

28^ο



ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΜΕΛΕΤΗΣ ΤΗΣ ΒΑΡΙΑΣ ΝΟΣΟΥ
Σε συνεργασία με τις Μ.Ε.Θ. των Νοσοκομείων
Π.Γ.Ν. ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ, Γ.Ν. ΛΑΡΙΣΑΣ
Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η ΣΩΤΗΡΙΑ», Ν.Ι.Μ.Τ.Σ.

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΘΕΜΑΤΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

www.icem-congress.gr

Εντατική Θεραπεία
& Επείγουσα Ιατρική

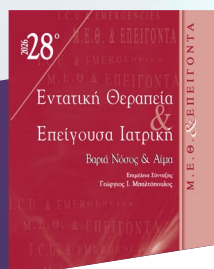
ΒΑΡΙΑ ΝΟΣΟΣ & ΑΙΜΑ

1-3
Οκτωβρίου
2026



Αθήνα

Ξενοδοχείο Crowne Plaza



Θα διατεθεί και το ομώνυμο
βιβλίο του Συνεδρίου

ABSTRACT BOOK

ΟΡΓΑΝΩΣΗ - ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ

Starlitetravel

Λ.Βασιλίσσης Αμαλίας 32, 105 58, Αθήνα
starlitetravel.gr



A001

ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΤΟΥ ΧΑΣΜΑΤΟΣ ΑΝΙΟΝΤΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΧΑΣΜΑΤΟΣ ΙΣΧΥΡΩΝ ΙΟΝΤΩΝ (STRONG ION GAP) ΑΠΟ ΤΟ pH: ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΕΝΑ ΜΗ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΜΕΝΟ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟ BUFFERING

Αγγραφιώτης Μιχάλης

ΜΕΘ Λατσειού, Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «Θριάσιο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το χάσμα ανιόντων (AG) και το χάσμα ισχυρών ιόντων (SIG) χρησιμοποιούνται για τον προσδιορισμό των μη μετρήσιμων ανιόντων στους βαρέως πάσχοντες. Η συσχέτιση τους όμως με τις διακυμάνσεις του pH δεν έχει διερευνηθεί.

ΣΚΟΠΟΣ

Να διερευνηθεί αν το AG και το SIG εξαρτώνται από το pH. ΥΛΙΚΟ ΜΕΘΟΔΟΙ: Χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα τονομέτρησης με CO₂ από πλάσμα και ολικό αίμα 18 υγιών και 18 σπηπτικών ασθενών (Langer et al., J Appl Physiol 2021; 131:464–73). Εφαρμόστηκαν μικτά γραμμικά μοντέλα τυχαίων επιδράσεων, με ανεξάρτητη μεταβλητή τα AG και SIG, σταθερές επιδράσεις το pH και το pH², παράγοντα αλληλεπίδρασης την απουσία/παρουσία σπηπτικής κατάστασης και τυχαία επίδραση το σημείο τομής (intercept) της καμπύλης τιτλοποίησης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο πλάσμα, το AG παρουσίασε μια ήπια αυξητική τάση με το pH (1.7 pH-3.9 pH²), ενώ το SIG ακολούθησε καθοδική πορεία. (-5.3 pH-4.5 pH²). Αντιθέτως, στο ολικό αίμα, το AG αυξήθηκε απότομα σε συνάρτηση με το pH (9.3 pH), ενώ το SIG παρουσίασε μετατόπιση προς υψηλότερες τιμές συγκριτικά με το πλάσμα (1.8 pH-2.9 pH²). Η σήψη άμβλυνε σημαντικά την απόκριση του AG στο pH, χωρίς να μεταβάλει τη σχέση SIG-pH.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

1. Τα AG/SIG επηρεάζονται από τις μεταβολές του pH
2. Η εξάρτηση του AG από το pH (αλλά όχι του SIG) αμβλύνεται από την παρουσία σπηπτικής κατάστασης
3. Η συγκέντρωση των μη μετρήσιμων ανιόντων στο πλάσμα του ολικού αίματος αυξάνεται με την αλκάλωση και ελαττώνεται με την οξέωση. Το εύρημα αυτό θα μπορούσε να αποδοθεί σε διαμεμβρανική μετακίνηση μη μετρήσιμων ανιόντων μεταξύ των κυττάρων του αίματος και του πλάσματος
4. Το πρότυπο αυτό ανταπόκρισης αντιτίθεται στις μεταβολές του pH και αποτελεί ένδειξη για ένα μη αναγνωρισμένο μηχανισμό buffering.



A002

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΚΑΙ ΣΗΨΗΣ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Ξυθάλης Δημήτριος¹, Νοσηλευτής Επιτήρησης Λοιμώξεων, **Καλαφάτη Μαρία²**, Επίκουρη Καθηγήτρια, **Μπατιάνη Πολυξένη¹**, Πνευμονολόγος ΤΕΠ, **Αληγεώργας Κωνσταντίνος¹**, Πνευμονολόγος-Εντατικολόγος ΜΕΘ, **Καρρά Βασιλική¹**, Νοσηλεύτρια-Προϊσταμένη Αυτοτελούς Τμήματος Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης.

1. ΓΝΑ «Σισμανόγλειο», Μαρούσι

2. Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η έγκαιρη αναγνώριση της λοίμωξης και της σήψης στο Τμήμα Επείγοντων Περιστατικών αποτελεί κρίσιμη προϋπόθεση για την άμεση κλινική αντιμετώπιση. Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της διαγνωστικής ακρίβειας των κριτηρίων συστηματικής φλεγμονώδους απόκρισης (Systemic Inflammatory Response Syndrome, SIRS) για τον εντοπισμό λοίμωξης και της κλίμακας Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) για τον εντοπισμό σήψης.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ

Πραγματοποιήθηκε προοπτική μελέτη παρατήρησης σε ενήλικες ασθενείς που προσήλθαν στο ΤΕΠ με κλινική υποψία λοίμωξης. Η SIRS υπολογίστηκε κατά την αρχική αξιολόγηση, ενώ η SOFA εκτιμήθηκε με βάση τις χειρότερες τιμές του πρώτου 24ώρου. Η διαγνωστική ακρίβεια αξιολογήθηκε με ευαισθησία, ειδικότητα, θετική και αρνητική προγνωστική αξία και συνολική ακρίβεια.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Για τον εντοπισμό λοίμωξης, η SIRS παρουσίασε ευαισθησία 59,4%, ειδικότητα 36,1%, θετική προγνωστική αξία 93,2% και αρνητική προγνωστική αξία 5,7%. Η υψηλή θετική προγνωστική αξία επηρεάστηκε από τον αυξημένο επιπολασμό λοίμωξης στο δείγμα. Για τον εντοπισμό σήψης, η SOFA παρουσίασε ευαισθησία 99,2%, ειδικότητα 96,6%, θετική προγνωστική αξία 89,6% και αρνητική προγνωστική αξία 99,7%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στο ΤΕΠ η SIRS μπορεί να βοηθήσει ως ένδειξη λοίμωξης, αλλά δεν είναι ασφαλής για αποκλεισμό λοίμωξης όταν είναι αρνητική και δεν είναι αρκετά ειδική για επιβεβαίωση όταν είναι θετική. Η χρήση της πιθανώς θα πρέπει να αναθεωρηθεί. Αντίθετα, η SOFA εμφάνισε εξαιρετική ακρίβεια για την αναγνώριση σήψης.



A003

ΜΕΛΕΤΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΤΗΝ ΠΗΞΗ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΣΕ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΗΣ ΜΕΘ

Εξαρχοπούλου Δήμητρα, Παπαϊωάννου Ουρανία, Καραπαναγιώτης Κωνσταντίνος, Μπονοφά Διονυσία, Μπουρίκου Μαρία, Νταλιάνης Δημήτριος, Καρακατσάνης Χαράλαμπος, Πλατσούκα Φερενίκη, Χαντζιάρια Βασιλική, Τριπολιτσιώτη Παρασκευή.
ΜΕΘ Ά Πανεπιστημιακής Πνευμονολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο ΓΝΝΘΑ, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η παρατήρηση διαταραχών πήξης στον καθημερινό συμβατικό εργαστηριακό έλεγχο του πληθυσμού των μετεγχειρητικών ασθενών σε πολυδύναμη ΜΕΘ μπορεί να αποτελεί γνώμονα για τη θεραπεία ή ενίοτε αιώνω για κακή έκβαση. Πρωτεύων σκοπός της μελέτης ήταν να καταγραφεί η συχνότητα εμφάνισης τους σε μετεγχειρητικούς ασθενείς. Επίσης, δευτερευόντως να μετρηθεί το ποσοστό των ανωτέρω ασθενών για το οποίο δεν ήταν εφικτή η αγωγή με ηπαρίνες.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ

Το δείγμα αφορούσε 120 μετεγχειρητικούς ασθενείς της ΜΕΘ σε διάστημα 5ετίας. Πρόκειται για αναδρομική μελέτη παρατήρησης συμβατικά καθορισμένων εργαστηριακών διαταραχών ($PLTs < 150K/\mu l$, $INR > 1.5$, $APTT > 60''$, ινωδογόνο $< 150mg/dl$) σε ασθενείς ΜΕΘ μετά από χειρουργική επέμβαση και καταγραφή της συχνότητας εμφάνισης τους σε σχέση με φύλο, ηλικία, ιστορικό λήψης αντιαιμοπεταλιακών και αντιπηκτικών παραγόντων, ύπαρξη ενεργού κακοήθειας, μετεγχειρητική ημέρα εισαγωγής, εμφάνιση νεφρικής βλάβης με $Cr > 1.2mg/dl$, λήψη θεραπείας με ηπαρίνες, συνολικό χρόνο νοσηλείας στη ΜΕΘ και θάνατο. Για τις ποιοτικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκε διωνυμική δοκιμασία ή δοκιμασία χ^2 ως κριτήριο καλής προσαρμογής ενώ η κανονική κατανομή στις συνεχείς μεταβλητές εκτιμήθηκε με την εφαρμογή της μη παραμετρικής δοκιμασίας Kolmogorov-Smirnov. Εφαρμόστηκαν εργαλεία της περιγραφικής στατιστικής (Student's t test ή Mann-Whitney) διαθέσιμα στο ηλεκτρονικό πρόγραμμα IBM SPSS Statistics.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η συχνότητα εμφάνισης θρομβοπενίας ήταν 40.8%, παράτασης INR 51.7%, ινωδογονοπενίας 6.7% και παράτασης APTT 43.3%. Καθεμιά από τις διαταραχές πήξης ήταν συχνότερη σε ασθενείς που παρουσίασαν νεφρική βλάβη ($p < 0.001$ σε όλες). Με εξαίρεση τη διαταραχή APTT, όλες οι άλλες διαταραχές πήξης ήταν συχνότερες και στους ασθενείς που κατέληξαν ($p < 0.001$, $p = 0.017$, $p < 0.001$ αντίστοιχα). Παράταση του APTT, όπως αναμενόταν, ήταν συχνότερη σε ασθενείς που έλαβαν ηπαρίνη ($p < 0.001$). Παράταση του INR και του APTT παρατηρήθηκε συχνότερα σε μακρά νοσηλεία ($p < 0.001$ και για τα δύο). Επιπλέον, παράταση του APTT εμφάνισαν συχνότερα μετεγχειρητικοί ασθενείς που εισάχθηκαν αργότερα στη ΜΕΘ ($p = 0.002$). 22% δεν έλαβαν καθόλου ηπαρίνη τουλάχιστον για μια μέρα ενώ 1 στους 10 έλαβε για κάποιο διάστημα και αντιαιμοπεταλική αγωγή εκτός από κάποιας μορφής ηπαρίνη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Αν και σχεδόν το ήμισυ των μετεγχειρητικών ασθενών στη ΜΕΘ θα εμφανίσει διαταραχή χρόνων πήξης ή θρομβοπενία δε φαίνεται αυτό να συσχετίζεται με την ηλικία, το είδος επέμβασης (θώρακα-κοιλίας), την προηγηθείσα λήψη σχετικών φαρμάκων ή την κακοήθεια.



A004

ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ ΜΕ ΑΝΑΓΚΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΕ ΜΕΘ ΠΑΙΔΩΝ: ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΣΥΓΚΡΙΣΗ 2016–2020 ΚΑΙ 2021–2026

Αναστασίου Αναστασία¹, Κατσαφυλούδη Μαρία¹, Νάνο Αδαμαντία¹, Μαντζαφλήρη Περιστέρα-Ελένη¹, Σβήρκος Μενέλαος¹, Φίλο Εύα¹, Αναγνωστόπουλος Μάρκος², Βιολάκη Ασημίνα¹, Σδούγκα Μαρία¹

1. ΜΕΘ Παίδων, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

2. Παιδιατρική Κλινική, ΓΝΘ Γεννηματάς, Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η διερεύνηση της διαχρονικής μεταβολής των εισαγωγών σε ΜΕΘ Παίδων λόγω απόπειρας αυτοκτονίας κατά τις περιόδους 2016–2020 και 2021–2026, καθώς και η περιγραφή των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών και των χρησιμοποιούμενων μεθόδων.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ

Πραγματοποιήθηκε αναδρομική καταγραφή περιστατικών απόπειρας αυτοκτονίας που νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ Παίδων κατά την περίοδο 2016–2026. Καταγράφηκαν φύλο, ηλικία, μέθοδος απόπειρας, ψυχιατρικές συννοσηρότητες και έκβαση. Πραγματοποιήθηκε περιγραφική ανάλυση και σύγκριση του μέσου ετήσιου αριθμού περιστατικών μεταξύ των δύο περιόδων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Καταγράφηκαν 13 περιστατικά ηλικίας 9–15,5 ετών, με μέση ηλικία 14,3 έτη. Τέσσερα περιστατικά αφορούσαν την περίοδο 2016–2020 (0,8/έτος) και εννέα την περίοδο 2021–2026 (1,5/έτος), καταγράφοντας αύξηση 87,5% του μέσου ετήσιου αριθμού. Επτά ασθενείς ήταν κορίτσια και έξι αγόρια. Στα κορίτσια συχνότερη ήταν η φαρμακευτική δηλητηρίαση (5/7, 71,4%), ενώ στα αγόρια η πτώση από ύψος (4/6, 66,7%). Κατά τη δεύτερη περίοδο αυξήθηκε η αναλογία των πτώσεων από ύψος (55,6% έναντι 25%), ενώ η φαρμακευτική δηλητηρίαση παρέμεινε παρόμοια (44,4% έναντι 50%). Ψυχιατρικές συννοσηρότητες καταγράφηκαν σε τρία περιστατικά, όλα κορίτσια. Καταγράφηκαν τρεις θάνατοι, όλοι κατά την περίοδο 2021–2026 και μετά από πτώση από ύψος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση των εισαγωγών σε ΜΕΘ Παίδων λόγω απόπειρας αυτοκτονίας, με διαφοροποίηση της χρησιμοποιούμενης μεθόδου ανά φύλο. Η παρουσία ψυχιατρικών συννοσηροτήτων, αναδεικνύει την ανάγκη συστηματικής ψυχιατρικής αξιολόγησης των παιδιών και εφήβων που εμφανίζουν παράγοντες ψυχοκοινωνικής ευαλωτότητας. Τα ευρήματα ενισχύουν την ανάγκη έγκαιρης αναγνώρισης παιδιών υψηλού κινδύνου, ενδυνάμωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και εφαρμογή στοχευμένων προληπτικών παρεμβάσεων, με έμφαση στην εφηβική ηλικία.



A005

Η ΕΠΙΔΙΝΗ ΣΤΗ ΣΗΨΗ ΚΑΙ ΤΗ ΣΗΠΤΙΚΗ ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ

Αλεφραγκής Δημήτριος^{1,2}, Χριστόπουλος Γενναίος², Γκάτζια Όλγα-Ελένη³

1. Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα
2. Β' Πανεπιστημιακή Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Π.Γ.Ν. «Αττικόν» – Γ.Ν.Δ.Α. «Η Αγία Βαρβάρα», Αθήνα
3. Νοσηλευτική Υπηρεσία, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η επιδίνη αποτελεί βασικό ρυθμιστή της ομοιόστασης του σιδήρου και αυξάνεται κατά τη φλεγμονή, περιορίζοντας μέσω της φερροπορτίνης την κυκλοφορία του σιδήρου. Στη σήψη, η ενεργοποίηση του άξονα ιντερλευκίνης-6–επιδίνης έχει προταθεί ως μέρος της ανοσολογικής απόκρισης. Σκοπός ήταν η αξιολόγηση της διαγνωστικής και προγνωστικής αξίας της επιδίνης σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ

Η μεθοδολογία περιελάμβανε αναζήτηση ανασκοπικών και ερευνητικών άρθρων στη βάση δεδομένων PubMed. Επιλέχθηκαν μελέτες της τελευταίας πενταετίας με λέξεις-κλειδιά «hepcidin», «sepsis», «septic shock», «critical illness», «biomarker», «diagnosis» και «prognosis». Τα κριτήρια ένταξης αφορούσαν άρθρα που αξιολογούσαν τα επίπεδα επιδίνης σε ενήλικες βαρέως πάσχοντες ασθενείς και διερευνούσαν τη συσχέτισή της με τη διάγνωση της σήψης, τη βαρύτητα της νόσου ή/και την κλινική έκβαση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μετα-ανάλυση οκτώ μελετών με 1.047 ασθενείς ανέδειξε υψηλή διαγνωστική ακρίβεια της επιδίνης για τη σήψη, με ευαισθησία 0,88, ειδικότητα 0,91 και εμβαδόν κάτω από την καμπύλη ROC (AUC) 0,95. Σε προοπτική μελέτη 164 ασθενών ΜΕΘ, τα επίπεδα επιδίνης κατά την εισαγωγή ήταν υψηλότερα στους ασθενείς με σήψη και μειώνονταν κατά την κλινική βελτίωση. Επιπλέον, μελέτη 198 ασθενών με σήψη έδειξε συσχέτιση υψηλότερων επιπέδων επιδίνης με αυξημένη 28ήμερη θνητότητα, με AUC 0,808 για την πρόβλεψη της 28ήμερης θνητότητας. Ωστόσο, τα προτεινόμενα όρια αποκοπής και οι μέθοδοι μέτρησης παρουσιάζουν διαφοροποιήσεις μεταξύ των μελετών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η επιδίνη παρουσιάζει ισχυρότερη τεκμηρίωση ως διαγνωστικός παρά ως αυτόνομος προγνωστικός βιοδείκτης. Η κλινική εφαρμογή της απαιτεί τυποποίηση των μεθόδων μέτρησης και επιβεβαίωση σε μεγαλύτερες πολυκεντρικές μελέτες.



A006

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΣΙΔΗΡΟΥ ΣΤΗ ΒΑΡΙΑ ΝΟΣΟ: ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ

Αλεφραγκής Δημήτριος^{1,2}, Χριστόπουλος Γενναίος², Γκάτζια Όλγα-Ελένη³

1. Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα
2. Β' Πανεπιστημιακή Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Π.Γ.Ν. «Αττικόν» – Γ.Ν.Δ.Α. «Η Αγία Βαρβάρα», Αθήνα
3. Νοσηλευτική Υπηρεσία, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η βαριά νόσος συνοδεύεται συχνά από διαταραχές της ομοιόστασης του σιδήρου και αναιμία. Η φλεγμονώδης αύξηση της επιδίνης μειώνει τη δραστηριότητα της φερροπορτίνης, περιορίζοντας την εντερική απορρόφηση και την απελευθέρωση σιδήρου από τα μακροφάγα. Σκοπός ήταν η παρουσίαση των παθοφυσιολογικών μηχανισμών, των διαγνωστικών δυσκολιών και των διαθέσιμων θεραπευτικών προσεγγίσεων στους βαρέως πάσχοντες.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ

Η μεθοδολογία περιελάμβανε αναζήτηση ανασκοπικών και ερευνητικών άρθρων στη βάση δεδομένων PubMed. Επιλέχθηκαν μελέτες της τελευταίας πενταετίας με λέξεις-κλειδιά «iron metabolism», «critical illness», «iron deficiency», «anemia», «hepcidin», «intravenous iron» και «patient blood management». Τα κριτήρια ένταξης αφορούσαν άρθρα που εξέταζαν διαταραχές της ομοιόστασης του σιδήρου σε ενήλικες βαρέως πάσχοντες ασθενείς, καθώς και τη διαγνωστική αξιολόγηση και τις σύγχρονες θεραπευτικές προσεγγίσεις της αναιμίας και της σιδηροπενίας στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στη βαριά νόσο παρατηρούνται υποσιδηραιμία, χαμηλή τρανσφερρίνη και περιορισμένη διαθεσιμότητα σιδήρου για ερυθροποίηση, ενώ η φερριτίνη μπορεί να παραμένει αυξημένη λόγω φλεγμονής. Η απόλυτη και η λειτουργική έλλειψη σιδήρου μπορεί να συνυπάρχουν, δυσχεραίνοντας τη διάγνωση με μεμονωμένο δείκτη. Μετα-ανάλυση έξι τυχαιοποιημένων μελετών με 805 ασθενείς έδειξε ότι η χορήγηση σιδήρου αύξησε ελαφρά την αιμοσφαιρίνη, χωρίς σημαντική μείωση των μεταγγίσεων ή αύξηση των λοιμώξεων. Στη φάση αποκατάστασης, μικρότερες τυχαιοποιημένες μελέτες έδειξαν βελτίωση της αιμοσφαιρίνης μετά από ενδοφλέβιο σίδηρο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διαχείριση απαιτεί συνδυαστική εκτίμηση του σιδηρικού προφίλ και εξατομίκευση της θεραπείας. Η ενδοφλέβια χορήγηση σιδήρου φαίνεται περισσότερο τεκμηριωμένη μετά την οξεία φάση, ενώ η επίδρασή της στις μεταγγίσεις και στις κλινικές εκβάσεις παραμένει αβέβαιη.



A007

MORBUS STRANGULATORIUS

Βενιέρη Δήμητρα¹, Πατρόζου Ελένη²

1. Απόφοιτος Ιατρικής Σχολής Αθηνών, Νοσοκομείο ΥΓΕΙΑ, Αθήνα
2. Διευθύντρια, Γ' Παθολογική-Λοιμωξιολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΥΓΕΙΑ, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ

Η παρουσίαση περιστατικού βαριάς σπητικής νόσου από τραχηλική λοίμωξη τύπου κυνάγχης Ludwig, με απειλητική για τη ζωή απόφραξη του αεραγωγού και επιπλοκή σοβαρής θρομβοεμβολικής νόσου, που αντιμετωπίστηκε στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ).

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Γυναίκα 52 ετών εισήχθη στο Νοσοκομείο ΥΓΕΙΑ λόγω ταχείας διόγκωσης στην υπογνάθια χώρα και έντονης δυσφαγίας, με διάγνωση κυνάγχης Ludwig. Λόγω άμεσου κινδύνου απόφραξης του αεραγωγού, διενεργήθηκε προφυλακτική διασωλήνωση και εισαγωγή στη ΜΕΘ. Κατά την προετοιμασία για χειρουργικό καθαρισμό διαπιστώθηκε σοβαρή υποξυγοναιμία. Ο απεικονιστικός έλεγχος με αξονική αγγειογραφία ανέδειξε οξεία πνευμονική εμβολή στον διχασμό του στελέχους της πνευμονικής αρτηρίας, ενώ το Triplex φλεβών επιβεβαίωσε συνοδό εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση κάτω άκρων. Παρά την έναρξη αντιπηκτικής αγωγής και τη διενέργεια χειρουργικού καθαρισμού (με διεγχειρητικές καλλιέργειες αρνητικές υπό αντιμικροβιακή αγωγή), παρατηρήθηκε την επόμενη ημέρα επέκταση του θρόμβου στον δεξιό κόλπο στη συμβολή με την κάτω κοίλη φλέβα, κολπική μαρμαρυγή και εμμένουσα υποξυγοναιμία. Αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με επείγουσα μηχανική θρομβεκτομή από επεμβατικό ακτινολόγο, με άμεση βελτίωση της οξυγόνωσης. Ακολούθησε τραχειοστομία, σταδιακός απογαλακτισμός από τον μηχανικό αερισμό και αποσωλήνωση, με μεταφορά στον όροφο και έξοδο από το νοσοκομείο σε άριστη γενική κατάσταση.

ΣΧΟΛΙΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η κυνάγχη Ludwig παραμένει μια απειλητική για τη ζωή επείγουσα κατάσταση, με κύριο κίνδυνο την ταχεία απόφραξη του αεραγωγού, γεγονός που καθιστά την άμεση αναγνώριση και εξασφάλιση του αεραγωγού πρωταρχικό στόχο. Το παρόν περιστατικό αναδεικνύει επιπλέον τη θρομβοεμβολική νόσο ως σοβαρή, δυνητικά θανατηφόρα επιπλοκή της βαριάς σπητικής νόσου υπογραμμίζοντας την ανάγκη κλινικής υποψίας ακόμη και σε ασθενείς χωρίς γνωστούς προδιαθεσικούς παράγοντες. Η έγκαιρη διεπιστημονική συνεργασία εντατικολόγου, λοιμωξιολόγου, ωτορινολαρυγγολόγου και επεμβατικού ακτινολόγου ήταν καθοριστικής σημασίας για την επίτευξη του καλύτερου δυνατού κλινικού αποτελέσματος.



A008

ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟΣ ΤΕΣΣΑΡΩΝ ΑΚΡΩΝ ΑΠΟ ΣΤΡΕΠΤΟΚΟΚΚΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΟΞΙΚΟΥ ΣΟΚ

Βενιέρη Δήμητρα¹, Πατρόζου Ελένη²

1. Απόφοιτος Ιατρικής Σχολής Αθηνών, Νοσοκομείο ΥΓΕΙΑ, Αθήνα
2. Διευθύντρια, Γ' Παθολογική-Λοιμωξιολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΥΓΕΙΑ, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ

Η παρουσίαση περιστατικού στρεπτοκοκκικού συνδρόμου τοξικού σοκ με κεραυνοβόλο πολυοργανική ανεπάρκεια, διαταραχή πήξης και ανάγκη ακρωτηριασμού 4 άκρων, που αντιμετωπίστηκε στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ).

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Γυναίκα 42 ετών μεταφέρθηκε στο Νοσοκομείο ΥΓΕΙΑ λόγω καταβολής δυνάμεων και πυρετού έως 39°C, χωρίς παθολογικά ευρήματα στην αντικειμενική εξέταση. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε θρομβοπενία, οξεία νεφρική βλάβη, ηπατική δυσλειτουργία, διαταραχή πήξης με χαμηλό ινωδογόνο και εξαιρετικά αυξημένη προκαλσιτονίνη. Λίγες ώρες αργότερα παρουσίασε αιμοδυναμική κατάρρευση, σημαντικά μειωμένο επίπεδο συνείδησης, εκτεταμένη δικτυωτή πελίωση δέρματος, ολιγουρία και σοβαρή υποξαιμία, οπότε επιβλήθηκε η άμεση εισαγωγή στη ΜΕΘ.

Ο θετικός ταχύς έλεγχος αντιγόνου streptococcus και η θετική αιμοκαλλιέργεια για *Streptococcus pyogenes* επιβεβαίωσαν στρεπτοκοκκικό σύνδρομο τοξικού σοκ. Χορηγήθηκε πενικιλίνη με κλινδαμυκίνη, ενδοφλέβια ανοσοσφαιρίνη και υδροκορτιζόνη, με υποστήριξη πολλαπλών αγγειοσυσπαστικών, μηχανικό αερισμό λόγω συνδρόμου οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας και συνεχή θεραπεία νεφρικής υποκατάστασης. Ακολούθησε τραχειοστομία, με σταδιακή αποκατάσταση της αναπνευστικής και νεφρικής λειτουργίας. Η εκτεταμένη περιφερική ισχαιμία των άκρων, στο πλαίσιο σοκ και διαταραχής πήξης, κατέστησε αναπόφευκτο τον ακρωτηριασμό άνω και κάτω άκρων. Η ασθενής τελικά επιβίωσε, με πλήρη ανάκτηση αυτόματης αναπνοής και ομιλίας.

ΣΧΟΛΙΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το στρεπτοκοκκικό σύνδρομο τοξικού σοκ αποτελεί κεραυνοβόλο νόσημα με υψηλή θνητότητα παρά την επιθετική θεραπεία. Χαρακτηρίζεται από ταχεία εξέλιξη προς σοκ και πολυοργανική ανεπάρκεια εντός ωρών, ενώ η πύλη εισόδου του παθογόνου παραμένει άγνωστη σε σημαντικό ποσοστό των περιστατικών, όπως και στο παρόν. Η διαταραχή πήξης, με θρομβοπενία και μειωμένο ινωδογόνο, αποτελεί βασικό στοιχείο και συμβάλλει στην περιφερική ισχαιμία που μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια άκρων. Η έγκαιρη αναγνώριση, η άμεση χορήγηση αντιβιοτικού συνδυασμού κατά των τοξινών και η επιθετική υποστήριξη στη ΜΕΘ ήταν καθοριστικής σημασίας για την επιβίωση της ασθενούς.



A009

ΣΟΒΑΡΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗ ΜΕ ΗΠΙΑ ΥΠΕΡΓΛΥΚΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΝΤΟΠΙΣΜΕΝΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Καράμνη Ειρήνη-Σοφία, Μακρής Αναστάσιος, Δαρειωτάκη Φωτεινή, Κουτσουμπού Σταυρούλα, Φάτσιου Αναστασία, Χασανέας Ιωάννης, Θεοδωρακοπούλου Ευσταθία, Αριστομενοπούλου Κυριακή, Μαργαριτίδη Μαρία, Γιαμαρελου Αγγελική.
ΜΕΘ, Νοσηλευτική Μονάδα Καλαμάτας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Οι αναστολείς συνμεταφοράς νατρίου-γλυκόζης2 (SGLT2-αναστολείς), παρουσία εκλυτικών παραγόντων (λοιμώξεις, αφυδάτωση κ.α.) σε συνθήκες σχετικής ή απόλυτης ινσουλινοπενίας μπορεί να πυροδοτήσουν παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς οδηγώντας σε ευγλυκαιμική διαβητική κετοξέωση.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ

Ασθενής 55 ετών με ιστορικό ΣΔ2 υπό ινσουλινοθεραπεία και p.o.αντιδιαβητική αγωγή (δαπαγλιφλοζίνη/μετφορμίνη, γλικλαζίδη), χολοκυστεκτομής και γαστρικού bypass προ 20ετίας προσήλθε στο ΤΕΠ αιτιώμενος αστάθεια, ζάλη, κεφαλαλγία και κακουχία από 24ώρου. Κλινική εικόνα: προσανατολισμένος, υπνηλίκος, ταχυπνοϊκός, με φλεβοκομβική ταχυκαρδία και αρτηριακή υπέρταση, απύρετος, κοιλιά μαλακή ευπίεστη, εντερικοί ήχοι παρόντες, εμφάνιζε πολουρία, πολυδιψία. Φυσική εξέταση: ευμεγέθους δοθιήνας τριχωτού κεφαλής, πολλαπλοί μικροί δοθιίνες σώματος. Απεικονιστικός έλεγχος: χωρίς παθολογικά ευρήματα. Εργαστηριακός έλεγχος: λευκοκυττάρωση πολυμορφοπυρηνικού τύπου, ήπια αύξηση δεικτών φλεγμονής, GLU=276mg/dL, κετοναιμία, υπερκαλιαιμία, γλυκοζουρία και κετονουρία. Από το αρχικό ABGs(0.21): pH=6.83, pO₂=106mmHg, pCO₂=6.3mmHg, HCO₃=1.1mmol/L με lac=2mmol/L και αυξημένο χάσμα ανιόντων (34mmol/L). Λόγω της βαριάς μεταβολικής κετοξέωσης ο ασθενής εισήχθη στη ΜΕΘ, ενυδατώθηκε, έλαβε διττανθρακικά, διάλυμα γλυκόζης σε συνδυασμό με χορήγηση ινσουλίνης, βάσει των κατευθυντήριων οδηγιών. Χορηγήθηκε εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή. Στάλθηκαν καλλιέργειες αίματος, ούρων, πτυέλων, οι οποίες ήταν αρνητικές, ενώ στο πύο από δοθιίνα απομονώθηκε Staphylococcus aureus (MRSA).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Παρουσίασε σταδιακή βελτίωση της μεταβολικής οξέωσης στο πρώτο 24ωρο (ABGs(0,21): pH=7.41, pO₂=107mmHg, pCO₂=21mmHg, HCO₃=13,7mmol/L), χρειάστηκε στενή παρακολούθηση για 24ώρες ακόμη για τη ρύθμιση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών. Εξήλθε της ΜΕΘ σε σταθερή κλινική κατάσταση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Αν και ο ασθενής μας δεν πληροί τα τυπικά κριτήρια της ευγλυκαιμικής διαβητικής κετοξέωσης (glu<250mg/ml), η σχετικά ήπια υπεργλυκαιμία με εντοπισμένη δερματική λοίμωξη σε ασθενή υπό SGLT2-αναστολέα, δεν αποκλείει την εμφάνιση σοβαρής κετοξέωσης. Η έγκαιρη αναγνώριση-αντιμετώπιση της κετοξέωσης, σε συνδυασμό με τη στενή παρακολούθηση της οξεοβασικής ισορροπίας-ηλεκτρολυτικών διαταραχών, είναι καθοριστικής σημασίας για την ευνοϊκή έκβαση των ασθενών.



A010

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΩΝ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΔΙΑΧΥΤΗΣ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΠΗΞΗΣ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Ευστρατίου Ιωάννα, Δαρειωτάκη Φωτεινή, Καράμνη Ειρήνη-Σοφία, Κουτσουμπού Σταυρούλα, Μακρή Αγγελική, Δημητρακοπούλου Κωνσταντίνα, Γιαμαρέλου Αγγελική

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν. Μεσσηνίας, Καλαμάτα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η Διάχυτη Ενδαγγειακή Πήξη (ΔΕΠ) αποτελεί οξεία, απειλητική για τη ζωή διαταραχή της αιμόστασης σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Χαρακτηρίζεται από ανεξέλεγκτη ενεργοποίηση του καταρράκτη της πήξης, με αποτέλεσμα τη μικροαγγειακή θρόμβωση, την κατανάλωση παραγώγων πήξης και τελικά τη βαριά αιμορραγική διάθεση και την πολυοργανική ανεπάρκεια. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανασκόπηση και αξιολόγηση των βαθμολογικών συστημάτων πρόγνωσης και διάγνωσης της ΔΕΠ στους ασθενείς της ΜΕΘ.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ

Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων Pubmed και Scopus με τις λέξεις- κλειδιά: Διάχυτη Ενδαγγειακή Πήξη, ΜΕΘ, Βαθμολογικά Συστήματα, Πρόγνωση, Κλινική Έκβαση, Θνησιμότητα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Εντοπίστηκαν πέντε διαφορετικά προγνωστικά βαθμολογικά συστήματα ΔΕΠ (ISTH Overt DIC Score, JAAM DIC Score, SIC Score, CDSS Score, JMW Score). Τα συστήματα JAAM και SIC πλεονεκτούν στην πρώιμη αναγνώριση της υπερπηκτικότητας και της κατανάλωσης αιμοπεταλίων στη σήψη, επιτρέποντας πρώιμες παρεμβάσεις. Το σύστημα ISTH παρουσιάζει την υψηλότερη ειδικότητα για την επιβεβαίωση της εγκατεστημένης ΔΕΠ και της αρνητικής κλινικής έκβασης. αυξάνει σημαντικά την προγνωστική ικανότητα για τη θνησιμότητα 28 ημερών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Δεν υπάρχει ένα μεμονωμένο σύστημα βαθμολόγησης που να υπερέχει απόλυτα σε όλες τις παραμέτρους. Τα συστήματα JAAM και SIC προτείνονται για τη γρήγορη ανίχνευση της αιμοστατικής διαταραχής, ενώ το σύστημα ISTH παραμένει το χρυσό πρότυπο για την επιβεβαίωση της σοβαρής/εγκατεστημένης ΔΕΠ και τον καθορισμό της πρόγνωσης. Η συναξιολόγηση των συγκεκριμένων βαθμολογικών συστημάτων με γενικά σκορ βαρύτητας ΜΕΘ (π.χ. SOFA, APACHE) επιτρέπει την έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση και τη βελτιστοποίηση της διαχείρισης των ασθενών.



A011

Η ΠΕΡΙΣΤΡΟΦΙΚΗ ΘΡΟΜΒΟΕΛΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ (ROTEM) ΩΣ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΔΥΝΑΜΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΙΜΟΣΤΑΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΠΙΚΤΗΤΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ V

Αικατερίνη Φλεβάρη, Στυλιανή Γιαννακάκη, Γεωργία Γεωργακοπούλου, Ολυμπία Αποστολοπούλου, Ευδοξία Τσάτση, Ελένη Σακκαλή, Ελένη-Αννα Παπαδημητρίου, Βασιλική Κουτσούκου, Παναγιώτης Βασιλείου, Ευτυχία Κουρτελέση, Ιωσηφίνα Κολιαντζάκη, Όλγα Κουνιάκη, Καλλιόπη Αγγέλου, Μαρία Πούλου, Ευστρατία Βρεττού, Μαρία Ντάγανου

Πολυδύναμη ΜΕΘ, ΓΝΝΘ “Σωτηρία”, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Η επίκτητη ανεπάρκεια του παράγοντα V (AIFVD) αποτελεί σπάνια διαταραχή που μπορεί να προκαλέσει αιμορραγική διάθεση, ενώ οι συμβατικές δοκιμασίες πήξης δεν αποτυπώνουν τη δυναμική της αιμόστασης.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ

Άνδρας 80 ετών με ιστορικό λοβεκτομής λόγω καρκίνου πνεύμονα και βρογχεκτασιών εισήχθη λόγω μαζικής αιμόπτυσης και υποβλήθηκε σε επιτυχή εμβολισμό βρογχικής αρτηρίας. Έξι ημέρες αργότερα εμφάνισε σοβαρή μικτή παράταση PT/INR και aPTT με σοβαρή βλεννογονική και γαστρεντερική αιμορραγία. Η δραστηριότητα του FV ήταν <5% και οι δοκιμασίες ανάμειξης συμβατές με αναστολέα. Μετά από αποτυχία μεθυλπρεδνιζολόνης και IVIG χορηγήθηκε κυκλοφωσφαμίδη, ενώ για έλεγχο της αιμορραγίας χρησιμοποιήθηκαν rFVIIa και aPCC.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Αρχικά, κατά τη σοβαρή αιμορραγία, η θρομβοελαστογραφία (ROTEM) δεν κατέδειξε μετρήσιμο σχηματισμό θρόμβου. Τέσσερις εβδομάδες μετά τη χορήγηση κυκλοφωσφαμίδης, παρά την εμμένουσα ανεπάρκεια του FV (<5%), κατέστη δυνατή η εκτίμηση σχηματισμού και σταθερότητας του θρόμβου. Παρατηρήθηκε παράταση του χρόνου έναρξης της πήξης, με CT 529s στο EXTEM (38-79sec) και 628s στο INTEM (100-240sec). Ωστόσο, η σταθερότητα του θρόμβου παρέμεινε διατηρημένη, με MCF 65 mm και 67 mm αντίστοιχα. Τα A10 και A20 ήταν επίσης διατηρημένα. Το προφίλ αυτό συνοδεύονταν από ύφεση της αιμορραγίας, παρά την παραμονή του FV <5%, ωστόσο ο ασθενής κατέληξε από σήψη την 58η ημέρα νοσηλείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ROTEM προσέφερε συμπληρωματική δυναμική πληροφόρηση πέραν των συμβατικών δοκιμασιών πήξης, αναδεικνύοντας σαφή διαχωρισμό μεταξύ καθυστερημένης έναρξης πήξης και διατηρημένης σταθερότητας του θρόμβου. Η παρακολούθηση της αιμόστασης με ROTEM συμβάλλει στην εκτίμηση της αιμοστατικής επάρκειας και στην εξατομίκευση της θεραπείας σε ασθενείς με επίκτητες διαταραχές πήξης.



A012

ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΣΤΡΕΠΤΟΚΟΚΚΙΚΟΥ ΤΟΞΙΚΟΥ ΣΟΚ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΕΠΙΠΛΟΚΗ

Περιστέρη Αθανασία-Μαρίνα, Σουλούντση Βασιλική, Παπαδήμος Ανδρέας, Αραμπατζής Γεώργιος, Καραχρήστος Χρήστος, Καραπέτσας Βασίλειος, Λαβρεντίεβα Αθηνά

Α' ΜΕΘ, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Γ. Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Περιγραφή περίπτωσης ασθενούς με οξεία αρτηριακή θρόμβωση επί εδάφους συνδρόμου στρεπτοκοκκικού τοξικού σοκ (ΣΣΤΣ).

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ

Ασθενής 80 ετών με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης προσκομίστηκε από τους οικείους της στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) τριτοβάθμιου νοσοκομείου λόγω διαταραχής επιπέδου συνείδησης και έκπτωσης γενικής κατάστασης. Στο ΤΕΠ διαπιστώθηκε πυρετός, αιμοδυναμική αστάθεια, διάχυτο μικροπετεχειώδες εξάνθημα, οξεία νεφρική βλάβη, διαταραχή ηπατικής βιοχημείας και κλινικά ευρήματα οξείας ισχαιμίας δεξιού κάτω άκρου. Από τον απεικονιστικό έλεγχο με αξονική αγγειογραφία διαπιστώθηκε οξεία θρόμβωση της δεξιάς μηριαίας αρτηρίας, ενώ κατόπιν αγγειοχειρουργικής εκτίμησης το άκρο κρίθηκε μη βιώσιμο και η ασθενής υποβλήθηκε σε ακρωτηριασμό του δεξιού κάτω άκρου άνωθεν του γόνατος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Άμεσα μετεχειρητικά η ασθενής εισήχθη διασωληνωμένη και υπό μέγιστη αγγειοσυσπαστική υποστήριξη σε ΜΕΘ. Ως επί σπητικής καταπληξίας και επί απουσίας σαφούς εστίας λοίμωξης έγινε έναρξη εμπειρικής αντιβιοτικής αγωγή με βανκομυκίνη και κεφτριαξόνη. Από τις καλλιέργειες αίματος απομονώθηκαν πυογόνος στρεπτόκοκκος και ακολούθως η αντιβιοτική αγωγή τροποποιήθηκε σε κεφτριαξόνη και κλινδαμυκίνη. Λαμβάνοντας υπόψιν τα αρχικά κλινικοεργαστηριακά ευρήματα της ασθενούς (αιμοδυναμική αστάθεια, οξεία νεφρική βλάβη, πετεχειώδες εξάνθημα, διαταραχή ηπατικής βιοχημείας) τέθηκε η διάγνωση του ΣΣΤΣ. Στην εν λόγω αντιβιοτική αγωγή η ασθενής παρουσίασε κλινικοεργαστηριακή ανταπόκριση με ύφεση του πυρετού, υποχώρηση του εξανθήματος, πτώση των δεικτών φλεγμονής και πλήρη αποκατάσταση της νεφρικής της λειτουργίας. Η ασθενής αποσωληνώθηκε επιτυχώς μετά από τρία εικοσιτετράωρα και διακομίστηκε σε Χειρουργική κλινική για συνέχιση νοσηλείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το ΣΣΤΣ αποτελεί βαριά, δυννητικά θανατηφόρο επιπλοκή της λοίμωξης από Πυογόνο Στρεπτόκοκκο. Η οξεία αρτηριακή θρόμβωση αποτελεί σπάνια αλλά καταστροφική εκδήλωση αυτού και είναι δυνατό να οδηγήσει σε μη αναστρέψιμη ισχαιμία και ανάγκη ακρωτηριασμού. Η έγκαιρη αναγνώριση της αγγειακής επιπλοκής, σε συνδυασμό με την άμεση αντιμετώπιση της λοίμωξης και της συνυπάρχουσας πολυοργανικής ανεπάρκειας, είναι καθοριστικής σημασίας για την έκβαση των ασθενών.



A013

ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΟΣ ΔΕΡΜΑΤΙΚΗ ΜΟΥΚΟΡΜΥΚΩΣΗ ΤΟΥ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

Μανιουδάκη Σ.¹, Μπάντερ Ι.¹, Αθανασά Ζ.¹, Μαννάρης Μ.², Μιχελίδου Σ.¹, Σακαγιάννη Α.¹

1. ΜΕΘ, ΓΝΑ Σισμανόγλειο, Αθήνα

2. Θωρακοχειρουργική Κλινική, ΓΝΑ Σισμανόγλειο, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η δερματική μουκορμύκωση αποτελεί μια σπάνια αλλά εξαιρετικά θανατηφόρα ευκαιριακή μυκητιασική λοίμωξη, που προκαλείται από μύκητες της τάξης Mucorales (κλάση Zygomycetes), συχνότερα του γένους Rhizopus. Προσβάλλει κυρίως ασθενείς με ανεπαρκώς ρυθμιζόμενο σακχαρώδη διαβήτη, ανοσοκαταστολή ή εκτεταμένο τραυματισμό των ιστών. Η δερματική μουκορμύκωση ως σπάνια επιπλοκή μείζονος καρδιοχειρουργικής επέμβασης σε διαβητικό ασθενή έχει υψηλή θνητότητα και απαιτεί μεγάλη κλινική υποψία.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Άνδρας ηλικίας 71 ετών, με ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη, αρτηριακής υπέρτασης, OEM, στεφανιαίας νόσου μεταφέρθηκε στην ΜΕΘ 19 ημέρες μετά από τετραπλή αορτοστεφανιαία παράκαμψη (coronary artery bypass grafting – CABG), λόγω μετεγχειρητικού συνδρόμου χαμηλής καρδιακής παροχής και πολυοργανικής ανεπάρκειας. Δεκατρείς ημέρες μετά την εισαγωγή του ασθενούς εμφανίστηκε μικρή νεκρωτική βλάβη στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα. Η αξονική τομογραφία θώρακος ανέδειξε μεγάλη οπισθοστερνική συλλογή υγρού με εκτεταμένη φλεγμονή του θωρακικού τοιχώματος.

Ο ασθενής ξεκίνησε θεραπεία με λιποσωμιακή αμφοτερικίνη Β, λόγω απομόνωσης Candida parapsilosis σε καλλ/ειες αίματος και πύου από την δερματική βλάβη. Καθώς η νεκρωτική εσχάρα επεκτεινόταν, εστάλησαν εκ νέου μυκητολογικές καλλιέργειες νεκρωτικού ιστού που έθεσαν την διάγνωση της δερματικής μουκορμύκωσης (είδη Rhizopus). Ο ασθενής τέθηκε σε συνδυαστική αντιμυκητιασική αγωγή με λιποσωμιακή αμφοτερικίνη και ισαβουκοναζόλη. Έγινε επιθετικός χειρουργικός καθαρισμός (debridement), ενώ τα διεγχειρητικά δείγματα επιβεβαίωσαν εκ νέου λοίμωξη από Rhizopus. Παρά τους επανειλημμένους εκτεταμένους χειρουργικούς καθαρισμούς και τη συνδυαστική αντιμυκητιασική θεραπεία, ακολούθησε ταχέως εξελισσόμενη νέκρωση του πρόσθιου θωρακικού τοιχώματος. Η κατάσταση του ασθενούς επιδεινώθηκε, καταλήγοντας σε διαπύηση στέρνου, σπητική καταπληξία, πολυοργανική ανεπάρκεια και θάνατο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η μουκορμύκωση πρέπει να εξετάζεται στη διαφορική διάγνωση δερματικών βλαβών σε ασθενείς με ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη και μετεγχειρητικά τραύματα. Λόγω της υψηλής θνητότητας απαιτείται υψηλή κλινική επαγρύπνηση για έγκαιρη διάγνωση και χειρουργική θεραπεία.



A014

ΝΟΣΟΣ VON WILLEBRAND ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ: ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (ΜΕΘ) ΠΑΙΔΩΝ – ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Καφτεράνη Μαρία Σοφία¹, Κατσαφυλούδη Μαρία¹, Σβήρκος Μενέλαος¹, Αναστασίου Αναστασία¹, Παπαδοπούλου Βασιλική¹, Οικονόμου Μαρίνα², Φακιολά Αγγελική¹, Σδούγκα Μαρία¹

1. Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παιδών, Γ.Ν.Θ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

2. Α' Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ, Γ.Ν.Θ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ

Η νόσος von Willebrand αποτελεί τη συχνότερη κληρονομική αιμορραγική διαταραχή, με επιπολασμό 0,6–1,3% και σημαντική κλινική ετερογένεια. Στα παιδιά εκδηλώνεται κυρίως με εκχυμώσεις και επιστάξεις, ενώ επιπόλαιοι τραυματισμοί και ελάχιστονες χειρουργικές επεμβάσεις μπορεί να επιπλακούν από σοβαρή αιμορραγία. Σκοπός είναι η παρουσίαση δύο παιδιατρικών ασθενών με νόσο von Willebrand που χρειάστηκαν νοσηλεία σε ΜΕΘ Παιδών.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ

Παρουσιάζονται δύο παιδιά με νόσο von Willebrand τα οποία νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ Παιδών λόγω σοβαρής αιμορραγίας μετά από τραυματισμό και χειρουργική επέμβαση. Καταγράφηκαν η κλινική πορεία, η θεραπευτική αντιμετώπιση και η έκβαση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Αγόρι 9 ετών, με γνωστή νόσο von Willebrand, εισήχθη στη ΜΕΘ Παιδών μετά από χειρουργική αντιμετώπιση επισκληρίδιου αιματώματος συνεπεία πτώσης από χαμηλό ύψος. Χορηγήθηκε θεραπεία υποκατάστασης με FVIII/vWF προ- και μετεγχειρητικά, με ομαλή πορεία και έξοδο μετά από τετραήμερη νοσηλεία. Αγόρι 8,5 ετών παρουσίασε υποτροπιάζουσα αιμορραγία μετά από αμυγδαλεκτομή και αδενοειδεκτομή, κατά τη διερεύνηση της οποίας διαγνώστηκε νόσος von Willebrand. Παρά τη χορήγηση θεραπείας υποκατάστασης και τρανεξαμικού οξέος, εμφάνισε νέα αιμορραγία από τον αμυγδαλικό βόθρο, η οποία αντιμετωπίστηκε με μετάγγιση και χειρουργική αιμόσταση. Λόγω κινδύνου εισρόφησης διακομίστηκε στη ΜΕΘ, όπου παρουσίασε εκ νέου αιμορραγία κατά την πρώτη προσπάθεια αποδέσμευσης από τον μηχανικό αερισμό. Η περαιτέρω πορεία ήταν ομαλή και εξήλθε σε καλή κατάσταση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η νόσος von Willebrand μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές αιμορραγικές επιπλοκές μετά από τραυματισμούς ή χειρουργικές επεμβάσεις. Η έγκαιρη αναγνώριση της αιμορραγικής διάθεσης, η εξατομικευμένη θεραπευτική προσέγγιση και η στενή διεπιστημονική συνεργασία είναι καθοριστικής σημασίας για την πρόληψη και αποτελεσματική αντιμετώπιση σοβαρών αιμορραγικών επιπλοκών.



A015

Η ΦΕΡΡΙΤΙΝΗ ΣΤΗ ΒΑΡΙΑ ΝΟΣΟ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΞΙΑ

Αλεφραγκής Δημήτριος^{1,2}, Νταουντάκη Αγγελική²

1. Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

2. Β' Πανεπιστημιακή Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Π.Γ.Ν. «Αττικόν» – Γ.Ν.Δ.Α. «Η Αγία Βαρβάρα», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ

Η φερριτίνη αποτελεί πρωτεΐνη αποθήκευσης του σιδήρου και πρωτεΐνη οξείας φάσης, με σημαντική αύξηση στη συστηματική φλεγμονή. Στους βαρέως πάσχοντες, η υπερφερριτιναιμία έχει συσχετισθεί με μεγαλύτερη βαρύτητα νόσου και δυσμενή έκβαση. Σκοπός ήταν η αξιολόγηση της προγνωστικής και κλινικής αξίας της φερριτίνης στη βαριά νόσο.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ

Η μεθοδολογία περιελάμβανε αναζήτηση ανασκοπικών και ερευνητικών άρθρων στη βάση δεδομένων PubMed. Επιλέχθηκαν μελέτες της τελευταίας πενταετίας με λέξεις-κλειδιά «ferritin», «critical illness», «intensive care», «mortality», «organ dysfunction» και «sepsis». Τα κριτήρια ένταξης αφορούσαν μελέτες ενηλίκων ασθενών ΜΕΘ που αξιολογούσαν τη φερριτίνη σε σχέση με τη βαρύτητα νόσου ή την έκβαση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μετα-ανάλυση 19 μελετών με 125.490 βαρέως πάσχοντες κατέδειξε συσχέτιση των δεικτών του μεταβολισμού του σιδήρου, συμπεριλαμβανομένης της φερριτίνης, με τη θνητότητα, με ετερογένεια μεταξύ των πληθυσμών. Σε 1.947 ασθενείς με σήψη, κάθε αύξηση της φερριτίνης κατά 1.000 ng/mL συσχετίστηκε με αυξημένη 28ήμερη θνητότητα (OR 1,13, 95% ΔΕ 1,07–1,19). Σε ασθενείς με σήψη και οξεία νεφρική βλάβη, το υψηλότερο τεταρτημόριο φερριτίνης συσχετίστηκε επίσης με αυξημένο κίνδυνο 28ήμερης θνητότητας (HR 1,92, 95% ΔΕ 1,24–2,96). Η περιορισμένη ειδικότητα της φερριτίνης περιορίζει τη χρησιμότητά της ως μεμονωμένου προγνωστικού δείκτη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η φερριτίνη μπορεί να συμβάλει στη διαστρωμάτωση κινδύνου στη ΜΕΘ, αλλά πρέπει να συνεκτιμάται με το κλινικό πλαίσιο, τη βαρύτητα νόσου και άλλους βιοδείκτες.



A016

ΜΙΜΗΤΕΣ ΤΗΣ ΣΗΠΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑΣ: ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΣΟΒΑΡΗΣ ΓΑΛΑΚΤΙΚΗΣ ΟΞΕΩΣΗΣ

Ιωάννα. Παπακίτσου, Εμμανουήλ Πετράκης, Στέργος. Κούκις, Βάγια Σταματοπούλου, Αστέριος Τζίνας, Σοφία Κοκκίνη, Ελευθέριος. Παπαδάκης, Ελένη Αποστολάκου, Μαρία Αναστασάκη, Αθανασία Πρόκλου, Νεκταρία. Ξηρουχάκη, Ευαγγελία Ακουμιανάκη, Ευμορφία Κονδύλη

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ

Η σοβαρή γαλακτική οξέωση με αιμοδυναμική αστάθεια αποτελεί συχνό εύρημα σε ασθενείς με σηπτική καταπληξία. Ωστόσο, μεταβολικές, ογκολογικές και άλλες μη λοιμώδεις διαταραχές μπορούν να εμφανιστούν με παρόμοια κλινική εικόνα. Σκοπός είναι η παρουσίαση τριών διαφορετικών μηχανισμών σοβαρής γαλακτικής οξέωσης που μιμήθηκαν σηπτική καταπληξία.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ

Καταγράφηκαν τρεις βαρέως πάσχοντες με σοβαρή γαλακτική οξέωση και αιμοδυναμική αστάθεια που απαιτούσε αγγειοσυσπαστική υποστήριξη. Αρχικά τέθηκε υποψία σηπτικής καταπληξίας, χωρίς τεκμηριωμένη λοιμώδη εστία. Καταγράφηκαν κλινικά και βιοχημικά χαρακτηριστικά, θεραπευτική αντιμετώπιση και έκβαση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι συγκεντρώσεις γαλακτικού οξέος στο αίμα ήταν 80, 90 και 110 mg/dL, αντίστοιχα. Η πρώτη περίπτωση αφορούσε έγκυο με παρατεταμένη νηστεία, επίμονους εμέτους, υψηλού χάσματος ανιόντων μεταβολική οξέωση και χαμηλή/φυσιολογική γλυκόζη, συμβατή με οξέωση λόγω ασιτίας. Βελτιώθηκε μετά από αναζωογόνηση με κρυσταλλοειδή διαλύματα και χορήγηση δεξτρόζης. Η δεύτερη αφορούσε ογκολογικό ασθενή με σύνδρομο λύσης όγκου και γαλακτική οξέωση πιθανώς σχετιζόμενη με το φαινόμενο Warburg, που αντιμετωπίστηκε με συνεχή φλεβοφλεβική αιμοδιαδιήθηση (Continuous renal replacement therapy-CRRT). Η τρίτη αφορούσε ασθενή με προχωρημένη χρόνια νεφρική νόσο και πολυκυστική νόσο νεφρών, με επίμονη γαλακτική οξέωση και πιθανή ανεπάρκεια θειαμίνης, που αντιμετωπίστηκε με CRRT και θειαμίνη.

Και οι τρεις ασθενείς εμφάνιζαν καταπληξία με συνοδό γαλακτική οξέωση, με εικόνα μιμούμενη σηπτικής καταπληξίας που ωστόσο δεν απομονώθηκε παθογόνο και δε τέθηκε διάγνωση λοίμωξης. Οι ασθενείς επιβίωσαν και εξήλθαν από τη ΜΕΘ, με υποχώρηση της οξέωσης μετά από στοχευμένη θεραπεία, βάσει του υποκείμενου παθοφυσιολογικού μηχανισμού.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η γαλακτική οξέωση με αιμοδυναμική αστάθεια δεν αποτελεί συνώνυμο της σήψης. Διαφορετικοί μεταβολικοί και ογκολογικοί μηχανισμοί αποτελούν συχνά υποεκτιμώμενους μιμητές της σήψης. Η έγκαιρη αναγνώριση αυτών των καταστάσεων είναι απαραίτητη για την εφαρμογή στοχευμένης θεραπείας.



A017

ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΤΗ ΣΗΨΗ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ SYNDECAN-1 ΚΑΙ ΤΟΥ ENDOCAN

Γαρίνης Μιλτιάδης¹, Δημόπουλος Γεώργιος², Λιάχνης Χρήστος¹

1. Πολυδύναμη ΜΕΘ 4 ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»
2. Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ

Η ενδοθηλιακή δυσλειτουργία και η αποδόμηση του ενδοθηλιακού γλυκοκάλυκα αποτελούν βασικούς μηχανισμούς στην παθοφυσιολογία της σήψης και σχετίζονται με διαταραχή της αγγειακής διαπερατότητας και οργανική δυσλειτουργία. Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης ήταν η διερεύνηση της κλινικής και προγνωστικής αξίας του syndecan-1 και του endocan σε ασθενείς με σήψη.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ

Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση στη βάση PubMed με συνδυασμούς των όρων “sepsis”, “endothelial dysfunction”, “glycocalyx”, “syndecan-1” και “endocan”. Αξιολογήθηκαν πρόσφατες μελέτες, συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις σε ενήλικες ασθενείς.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα διαθέσιμα δεδομένα καταδεικνύουν αυξημένες συγκεντρώσεις syndecan-1 σε ασθενείς με σήψη και συσχέτιση με αυξημένη θνητότητα, σηπτική καταπληξία και οργανικές επιπλοκές. Μετα-ανάλυση 29 μελετών και 4.985 συμμετεχόντων επιβεβαίωσε σημαντικά υψηλότερα επίπεδα syndecan-1 στη σήψη και στους μη επιβιώσαντες. Παράλληλα, αυξημένα επίπεδα endocan έχουν συσχετισθεί με αυξημένη θνητότητα, παρουσιάζοντας σημαντική προγνωστική αξία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το syndecan-1 και το endocan αποτελούν υποσχόμενους βιοδείκτες ενδοθηλιακής βλάβης στη σήψη, με πιθανή χρησιμότητα στη διαστρωμάτωση κινδύνου και στην εκτίμηση της πρόγνωσης. Απαιτείται περαιτέρω τυποποίηση των ορίων και προοπτική επικύρωση πριν από την ενσωμάτωσή τους στην καθημερινή κλινική πρακτική.



A018

ΔΙΑΦΑΝΕΙΑ ΚΑΙ ΕΡΜΗΝΕΥΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ: ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ

Γαρίνης Μιλτιάδης, Λιάχνης Χρήστος, Κασσίτας Σεραφείμ

Πολυδύναμη ΜΕΘ 4 ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ

Η εφαρμογή μοντέλων Τεχνητής Νοημοσύνης (TN) στην Εντατική Θεραπεία παρουσιάζει σημαντικές δυνατότητες πρόβλεψης κλινικών εκβάσεων. Ωστόσο, η αδυναμία ερμηνείας του τρόπου με τον οποίο σύνθετα μοντέλα καταλήγουν στις προβλέψεις τους αποτελεί σημαντικό εμπόδιο στην κλινική εφαρμογή τους. Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης ήταν η διερεύνηση του ρόλου της Εξηγήσιμης Τεχνητής Νοημοσύνης (Explainable AI-XAI) στην υποστήριξη της κλινικής λήψης αποφάσεων στη ΜΕΘ.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ

Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση στη βάση PubMed με τους όρους “explainable artificial intelligence”, “XAI”, “critical care”, “intensive care” και “clinical decision support”. Αξιολογήθηκαν πρόσφατες μελέτες και ανασκοπήσεις που αφορούσαν εφαρμογές XAI σε ενήλικες ασθενείς ΜΕΘ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τεχνικές όπως SHAP και LIME επιτρέπουν την αποτύπωση της σχετικής συμβολής επιμέρους κλινικών μεταβλητών στις προβλέψεις των μοντέλων. Πρόσφατη ανασκόπηση εφαρμογών XAI στην Εντατική ανέδειξε τη δυνατότητα διατήρησης υψηλής προγνωστικής επίδοσης παράλληλα με την ανάδειξη κλινικά ερμηνεύσιμων παραγόντων. Ωστόσο, παραμένουν σημαντικοί περιορισμοί, όπως η ανεπαρκής προοπτική και εξωτερική επικύρωση και η περιορισμένη ενσωμάτωση στην πραγματική κλινική ροή εργασίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η XAI μπορεί να αποτελέσει σημαντικό βήμα προς περισσότερο διαφανή και κλινικά αξιοποιήσιμα συστήματα TN στη ΜΕΘ. Η εξηγησιμότητα, όμως, πρέπει να συνοδεύεται από ισχυρή εξωτερική επικύρωση και αξιολόγηση σε πραγματικές συνθήκες κλινικής πρακτικής.



A019

ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΡΩΤΟΔΙΑΓΝΩΣΗ T – ΠΡΟΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Πετράκης Εμμανουήλ¹, Παπακίτσου Ιωάννα¹, Κούκιας Στέργος¹, Ματθαϊακάκης Άγγελος², Αλεξιάδου Δήμητρα², Σταματοπούλου Βάγια¹, Τζίνας Αστέριος¹, Ντότσικας Κωνσταντίνος¹, Ψαρολογάκης Χαράλαμπος¹, Μανδόλα Χρυσή¹, Βάιος Γεώργιος¹, Μπολάκη Μαρία¹, Στάμου Ηλέκτρα¹, Παπάζογλου Γεώργιος¹, Παντελή Αικατερίνη¹, Ξηρουχάκη Νεκταρία¹, Βαπορίδη Αικατερίνη¹, Κονδύλη Ευμορφία¹

1. Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου
2. Αιματολογική κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ

Η T-προλεμφοκυτταρική λευχαιμία (T-PLL) αποτελεί σπάνιο λέμφωμα ώριμων T λεμφοκυττάρων, με ετήσια επίπτωση 0,3–0,4 περιστατικά/1.000.000 πληθυσμού. Πολλοί ασθενείς παρουσιάζουν, κατά τη διάγνωση, υπερλευκοκυττάρωση ($WBC > 100 \times 10^9/L$), ενώ η συνοδός λευκόσταση είναι σπανιότερη απ' ό,τι στην οξεία μυελογενή ή λεμφοβλαστική λευχαιμία. Η λευκόσταση αποτελεί αιματολογικό επείγον με αναπνευστική δυσχέρεια και νευρολογικές διαταραχές, λόγω διαταραχής της μικροκυκλοφορίας. Σκοπός μας η παρουσίαση περιστατικού με ενδοκράνια αιμορραγία ως πρώτη εκδήλωση σπάνιας λευχαιμίας.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ

Άνδρας 71 ετών, με ελεύθερο ιστορικό, προσήλθε στο ΤΕΠ λόγω καταβολής 10ημερών, με συχνά επεισόδια πτώσεων και αστάθεια βάδισης. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε $WBC 466 \times 10^9/L$, $PLTs 32 \times 10^9/L$ και $Hgb 4,0 g/dL$ και αυξημένη LDH. Στο ΤΕΠ παρουσίασε έκπτωση επιπέδου συνείδησης και διασωληνώθηκε. Η αξονική τομογραφία εγκεφάλου ανέδειξε υποσκληρίδιο αιμάτωμα με χαρακτήρες χρονιότητας και οξύ επισκληρίδιο αιμάτωμα με πιεστικά φαινόμενα, μετατόπιση της μέσης γραμμής, αιμορραγικές θλάσεις και παρουσία αίματος στο αριστερό κροταφικό κέρας. Το επίχρισμα αίματος ανέδειξε μονόμορφο πληθυσμό κύτταρων μικρού και μεσαίου μεγέθους και ανοσοφαινότυπο συμβατό με T-PLL.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στη ΜΕΘ έλαβε άμεσα δεξαμεθαζόνη ως κυτταρομειωτική αγωγή και στην συνέχεια προσαρμοσμένη χημειοθεραπεία. Υποβλήθηκε σε δεξιά κρανιεκτομή με παροχέτευση του αιματώματος. Τα αιμορραγικά ευρήματα μπορούν να αποδοθούν πρωτίστως σε τραυματισμό κατά την πτώση. Εντούτοις, η συμμετοχή της λευκόστασης και της θρομβοπενίας στη διαταραχή των πηκτικών μηχανισμών και την αγγειακή βλάβη περιγράφεται συχνά σε περιπτώσεις υπερλευκοκυττάρωσης. Μετά τη διασωλήνωση ο ασθενής παρουσίασε αναπνευστική επιδείνωση με P/F 153 θέτοντας στη διαφορική διάγνωση πνευμονική λευκόσταση έναντι ψευδούς υποξυγοναιμίας λόγω υπερμεταβολισμού των λευχαιμικών κυττάρων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η λευκόσταση αποτελεί αιματολογικό επείγον που μπορεί να προσβάλει ζωτικά όργανα, κυρίως το ΚΝΣ και το αναπνευστικό, γι' αυτό οι ασθενείς χρήζουν στενής παρακολούθησης. Η λευκόσταση προσβάλλει κυρίως ασθενείς με οξεία μυελογενή ή λεμφοβλαστική λευχαιμία, ενώ είναι σπανιότερη στην T-PLL. Η προσβολή του ΚΝΣ μπορεί να εκτείνεται από απλή αστάθεια έως ενδοκράνια αιμορραγία. Ακόμα και μετά την κυτταρομείωση, ο κίνδυνος αιμορραγίας παραμένει υπαρκτός.



A020

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗΣ ΑΝΤΟΧΗΣ ΣΤΕΛΕΧΩΝ PSEUDOMONAS AERUGINOSA ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΑΙΔΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ 2022-2025.

Πάτρα Κωλέτση¹, Βαρβάρα Κούρτη¹, Ευφροσύνη Γιαννοπούλου¹, Ευσταθία Στάικου², Μαρία Βασιλοπούλου¹

1. ΜΕΘ Παιδών, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών Πεντέλης
2. Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών Πεντέλης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πολυανθεκτική ψευδομονάδα αποτελεί αιτία αυξημένης νοσηρότητας και θνητότητας στα βαρέως πάσχοντα παιδιά. Η επιδημιολογική επιτήρηση της αντοχής για τη διαμόρφωση της εμπειρικής αντιβιοτικής αγωγής και την οριστική αντιμετώπιση ασθενών με λοίμωξη/αποικισμό(Λ/Α) κρίνεται απαραίτητη ειδικά στον ευαίσθητο χώρο της παιδιατρικής ΜΕΘ(ΜΕΘ-Π).

ΣΚΟΠΟΣ

Η καταγραφή επιδημιολογικών χαρακτηριστικών και αντιμικροβιακής αντοχής στελεχών *Pseudomonas aeruginosa*(PA) στους νοσηλευόμενους στη ΜΕΘ-Π του Νοσοκομείου μας.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ

Μελετήθηκαν αναδρομικά οι ιατρικοί φάκελοι των ασθενών για την καταγραφή των κλινικο-επιδημιολογικών δεδομένων για το διάστημα 2022-2025 και δη οι μεταβλητές: Ηλικία, προέλευση, εξάρτηση από τεχνολογικό εξοπλισμό (τραχειοστομία(ΤΧΣ), γαστροστομία(ΓΣΤ), τύπος επιχρίσματος, αντοχή σε παλαιότερα και προηγμένα αντιβιοτικά.

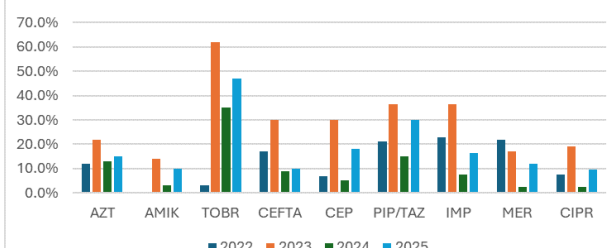
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από σύνολο 250 εισαγωγών ασθενών, απομονώθηκε *Pseudomonas spp.* στο 18%; (292 δείγματα από 45 ασθενείς με διάμεση ηλικία 3.5ετών(3μηνών-16ετών). 66% τραχειακά, 8.5% & 7% φορείς από ορθικό & ρινικό/φαρυγγικό επίχρισμα αντίστοιχα, 3% καλλιέργεια αίματος & 3% πύο δερματικής βλάβης. 59% δειγμάτων ήταν από ασθενείς με ΤΧΣ και ΓΣΤ, 20% από ασθενείς με ΤΧΣ, 20% χωρίς τεχνολογικό εξοπλισμό και 4 από ασθενείς με ΓΣΤ(1%). Η αντοχή στα αντιψευδομοναδικά απεικονίζεται στο Διάγραμμα1. 85 δείγματα 22 ασθενών ήταν ανθεκτικά στις καρβαπενέμες. Σε έλεγχο δειγμάτων με αντοχή στη μεροπενέμη βρέθηκαν: αντοχή σε κολιστίνη (0%), κεφταζιδίμη-αβιμπακτάμη (27%), κεφτολοζάνη-ταζομπακτάμη (27%), ιμιπενέμη-σιλαστατίνη-ρελεμπακτάμη (36%), μεροπενέμη-βαρμπομπακτάμη (36%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η DTR-PA ταυτοποιήθηκε συχνότερα από ασθενείς με προηγούμενη νοσηλεία σε ΜΕΘ/MENN με ΤΧΣ/ΓΣΤ ενώ καταγράφηκε αυξανόμενη *in vitro* αντοχή στην πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη η οποία αποτελεί εμπειρική θεραπεία στις λοιμώξεις των ασθενών της Μονάδας μας.

Διάγραμμα 1. *P.aeruginosa* & αντοχή ΜΕΘ Παιδών, 2022-2025





A021

ΝΕΥΡΟΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ CAR-T ΚΥΤΤΑΡΑ: Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

Αλοΐζου Αθηνά-Μαρία¹, Αλοΐζου Δήμητρα²

1. Νευρολογική Κλινική, St. Josef-Hospital, Ruhr University Bochum, Μπόχουμ, Γερμανία
2. Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ

Η θεραπεία με CAR-T κύτταρα έχει καθιερωθεί στη θεραπεία αιματολογικών κακοθειών. Η θεραπεία με anti-CD19/-BCMA CAR-T κύτταρα έχει δοκιμαστεί και σε αυτοάνοσα νοσήματα. Με την αυξανόμενη έκθεση ασθενών στη θεραπεία, προσοχή πρέπει να δοθεί στη νευροτοξικότητά της.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ

Οι βάσεις δεδομένων PubMed/MEDLINE και SCOPUS αναζητήθηκαν για έρευνες πάνω στη νευροτοξικότητα της CAR-T θεραπείας. Η διαθέσιμη βιβλιογραφία συντέθηκε θεματικά και συνοψίστηκε.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Επίπτωση: 10-70%, θάνατοι εξαιτίας της είναι σπάνιοι.

Κλινικές εκδηλώσεις:

-ICANS: immune effector cell-associated neurotoxicity syndrome, οξεία νευρολογική συμπτωματολογία μετά την έγχυση των CAR-T κυττάρων, συνήθως εντός εβδομάδας, επί αποκλεισμού λοιμώδους αιτιολογίας)

-Non-ICANS σύνδρομο (και στην χρόνια φάση)

-Το σπανιότατο σύνδρομο MNT (movement and neurocognitive treatmentemergent toxicity), επί χρήσης anti-BCMA CAR-T κυττάρων.

Θεωρούνται ξεχωριστή οντότητα από το σύνδρομο απελευθέρωσης κυτταροκινών, που όμως συνυπάρχει συχνότατα με το ICANS. Το ICANS επηρεάζει αποκλειστικά το κεντρικό νευρικό σύστημα, με τα συμπτώματα να εμπίπτουν σε 5 κατηγορίες (σε σειρά συχνότητας):

-Νοητικές λειτουργίες: κυριότερα αφασία, αγραφία, επιτελεστική δυσλειτουργία. Η νοητική δυσλειτουργία θεωρείται χαρακτηριστικό γνώρισμα του ICANS.

-Μη-πυραμιδική κινητική διαταραχή: κυριότερα αταξία, μυόκλονος, τρόμος

-Διαταραχές επιπέδου συνείδησης: συνήθως διέγερση

-Επιληπτικές κρίσεις

-‘Άλλα’ (σπανιότερα συμπτώματα).

Διάγνωση: βασίζεται σε κλινικά και παρακλινικά κριτήρια. Όλοι οι ασθενείς υπό CAR-T θεραπεία πρέπει να εξετάζονται νευρολογικά κάθε μέρα. Η μαγνητική τομογραφία είναι συνήθως φυσιολογική, αλλοιώσεις στο ΗΕΓ και στο ENY συχνές.

Αξιολόγηση βαρύτητας: Πολλές κλίμακες, συχνότερα τα κριτήρια CARTOX.

Θεραπεία: Κυρίως συμπτωματική για ήπιες μορφές, χορήγηση κορτικοστεροειδών και anakinra για βαρύτερες.

Πρόγνωση: Γενικά καλή, η πλειοψηφία αναρρώνει χωρίς ελλείμματα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η νευροτοξικότητα στα πλαίσια της CAR-T θεραπείας είναι συχνή, με πολυποίκιλες εκδηλώσεις. Με έγκαιρη θεραπεία και παρακολούθηση, η πρόγνωση είναι καλή.



A022

ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΣΗΨΗ: ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Μυρτώ Μανωλούδη

Πανεπιστήμιο Πατρών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ

Η οξεία νεφρική βλάβη που σχετίζεται με σήψη (Sepsis-associated acute kidney injury/S-AKI) είναι μια συχνή, απειλητική για τη ζωή επιπλοκή σε νοσηλευόμενους και βαριά πάσχοντες ασθενείς. Η S-AKI αυξάνει τη θνησιμότητα στο νοσοκομείο έξι έως οκτώ φορές και τον κίνδυνο ανάπτυξης χρόνιας νεφρικής νόσου (CKD) τρεις φορές. Επιπλέον, μέχρι και το ένα τέταρτο των ασθενών με S-AKI θα χρειαστεί θεραπεία αντικατάστασης νεφρών (RRT). Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανάδειξη της συχνότητας της S-AKI και η δημιουργία συζήτησης με τον ακαδημαϊκό τομέα υγείας για την ευαισθητοποίηση του σχετικά με την S-AKI.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ

Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση στη βάση δεδομένων Google Scholar για την περίοδο 2020–2026, με χρήση των λέξεων/φράσεων-κλειδιών «Sepsis-associated acute kidney injury» και «οξεία νεφρική βλάβη που σχετίζεται με σήψη». Συνολικά αναλύθηκαν 40 ελληνικές και διεθνείς δημοσιεύσεις σχετικές με το θέμα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σε παγκόσμιο επίπεδο, περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) παρουσιάζουν οξεία νεφρική βλάβη (ONB), με τη σήψη να αποτελεί τη συχνότερη αιτία. Στοιχεία από επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι η ONB συνδέεται όχι μόνο με βραχυπρόθεσμες ανεπιθύμητες επιδράσεις, αλλά και με σημαντικές μακροπρόθεσμες συνέπειες. Διάφοροι σύνθετοι παθοφυσιολογικοί παράγοντες συμβάλλουν στην εκδήλωση και τη διατήρησή του, συμπεριλαμβανομένων των μεταβολών στη μακροκυκλοφορία και τη μικροκυκλοφορία, της μιτοχονδριακής δυσλειτουργίας και του μεταβολικού επαναπρογραμματισμού.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η πρόληψη της οξείας νεφρικής βλάβης που σχετίζεται με τη σήψη (SA-AKI) αποτελεί πρόκληση, καθώς οι περισσότεροι ασθενείς που την εμφανίζουν πάσχουν ήδη από αυτήν κατά την αρχική τους προσέλευση. Συνεπώς, οι βασικοί στόχοι εστιάζονται στην έγκαιρη αναγνώριση της σήψης, δεδομένου ότι αποτελεί επείγον ιατρικό περιστατικό, και στην έναρξη της θεραπείας.



A023

«Συσχέτιση και προγνωστική αξία CHA₂DS₂-VASc score και HASBLED score με θρομβωτικά και αιμορραγικά συμβάντα σε ασθενείς Μονάδων Εντατικής Θεραπείας»

Κατσαγάνη Γ., Κατσαρού Θ., Δεττά Α., Μαρκαντωνάκη Δ., Ντάγανου Μ.

ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΗ ΜΕΘ ΝΝΘΑ Η ΣΩΤΗΡΙΑ, ΑΘΗΝΑ

Τα CHA₂DS₂-VASc και HASBLED score αποτελούν καθιερωμένα κλινικά εργαλεία για την εκτίμηση του θρομβοεμβολικού και αιμορραγικού κινδύνου σε ασθενείς με μη βαλβιδική κολπική μαρμαρυγή. Η προγνωστική του αξία ως προς την πρόβλεψη αντίστοιχων συμβάντων σε ασθενείς της ΜΕΘ, δεν έχει μελετηθεί.

ΣΚΟΠΟΣ

Να εξετασθεί εάν το CHA₂DS₂-VASc score και το HASBLED score μπορεί να προβλέψει τον κίνδυνο εμφάνισης θρομβωτικών και αιμορραγικών συμβάντων σε γενικό πληθυσμό ασθενών ΜΕΘ.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ

Μελετήθηκαν αναδρομικά 94 ασθενείς >18 ετών (60 άνδρες), οι οποίοι νοσηλεύθηκαν στη ΜΕΘ >24 ώρες μεταξύ 01/01/2023 και 01/01/2024. Αποκλείστηκαν ασθενείς με αιτία εισαγωγής αιμορραγία ή θρομβωτικό επεισόδιο. Συλλέχθηκαν δημογραφικά δεδομένα και υπολογίστηκε το CHA₂DS₂-VASc και το HASBLED για κάθε έναν από αυτούς. Καταγράφηκαν τα θρομβωτικά (Ισχαιμικό Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο, Πνευμονική εμβολή, Εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση, Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο) και αιμορραγικά συμβάντα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 67 έτη, το μέσο APACHEII score 21.6, η συχνότερη αιτία εισαγωγής η αναπνευστική ανεπάρκεια (64%) και η συχνότερη συννοσηρότητα ο σακχαρώδης διαβήτης (34%).

Η μέση τιμή του CHA₂DS₂-VASc score ήταν 2.8±1.7(0-7). Θρομβωτικό επεισόδιο παρουσίασαν 22 ασθενείς (23.4%), οι οποίοι είχαν σημαντικά υψηλότερο CHA₂DS₂-VASc σε σύγκριση με όσους δεν εμφάνισαν (4 vs 2.5, p<0.001). Η ανάλυση έδειξε πως το βέλτιστο διαχωριστικό όριο για την πρόβλεψη θρομβωτικού συμβάντος είναι η τιμή CHA₂DS₂-VASc 3.5 (AUC = 0.74, ευαισθησία 63.6% και ειδικότητα 75%). Η μέση τιμή του HASBLED ήταν 1.6 + 1.3 (0-5). Αιμορραγικό συμβάν παρουσίασαν 18 ασθενείς (13.8%). Η ανάλυση έδειξε πως το βέλτιστο διαχωριστικό όριο για το δείκτη HAS-BLED είναι η τιμή 1.5 (AUC = 0.744, ευαισθησία 46.2% και ειδικότητα 55.6%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σε ένα γενικό πληθυσμό ασθενών ΜΕΘ ο δείκτης CHA₂DS₂-VASc φάνηκε να έχει ικανοποιητική προγνωστική αξία για την εμφάνιση θρομβωτικών συμβάντων κατά τη διάρκεια νοσηλείας, εύρημα που χρήζει επιβεβαίωσης με περαιτέρω μελέτη μεγαλύτερου αριθμού ασθενών. Αντίθετα, δεν επιβεβαιώθηκε η αξιοπιστία του δείκτη HAS-BLED στην πρόβλεψη αιμορραγικών επεισοδίων σε αυτό τον πληθυσμό ασθενών.



A025

ΑΠΟ ΤΗ ΣΗΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΗΞΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΧΥΤΗ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΠΗΞΗ: ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Αβντουλλά Χρήστος¹, Ταχιράι Ντανιέλα²

1. Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ποιότητας Ζωής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα
2. Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Κορίνθου, Κόρινθος

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ

Η σήψη συνοδεύεται από σύνθετες διαταραχές της αιμόστασης, οι οποίες κυμαίνονται από πρώιμη υπερπηκτικότητα έως εγκατεστημένη διάχυτη ενδαγγειακή πήξη (Disseminated Intravascular Coagulation, DIC). Η έγκαιρη αναγνώριση της επαγόμενης από τη σήψη διαταραχής της πήξης (Sepsis-Induced Coagulopathy, SIC) ενδέχεται να επιτρέψει την ταχύτερη αναγνώριση ασθενών με εξελισσόμενη διαταραχή της αιμόστασης. Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης ήταν η παρουσίαση της σύγχρονης προσέγγισης στη διάγνωση και αντιμετώπιση της SIC και της σηπτικής DIC.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ

Πραγματοποιήθηκε αφηγηματική ανασκόπηση της πρόσφατης διεθνούς βιβλιογραφίας στη βάση PubMed, με έμφαση σε κατευθυντήριες οδηγίες, συστηματικές ανασκοπήσεις και κλινικές μελέτες σχετικά με την παθοφυσιολογία, τη διάγνωση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση των διαταραχών πήξης στη σήψη.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η σηπτική διαταραχή της πήξης χαρακτηρίζεται από αλληλεπίδραση φλεγμονής και αιμόστασης, ενεργοποίηση της πήξης, ενδοθηλιακή δυσλειτουργία, αναστολή φυσικών αντιπηκτικών μηχανισμών και διαταραχή της ινωδόλυσης. Το σύστημα βαθμολόγησης SIC διευκολύνει την αναγνώριση πρώιμων διαταραχών, ενώ τα κριτήρια έκδηλης DIC της International Society on Thrombosis and Haemostasis χρησιμοποιούνται για την αναγνώριση εγκατεστημένης DIC. Η αντιμετώπιση βασίζεται πρωτίστως στον έλεγχο της υποκείμενης λοίμωξης και στην υποστηρικτική θεραπεία. Η χορήγηση παραγώγων αίματος καθοδηγείται από την κλινική εικόνα και την παρουσία αιμορραγίας, ενώ ο ρόλος ειδικών αντιπηκτικών παρεμβάσεων παραμένει αντικείμενο διερεύνησης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η SIC και η DIC αποτελούν δυναμικό φάσμα διαταραχών της αιμόστασης στη σήψη. Η έγκαιρη αναγνώριση, η επαναλαμβανόμενη αξιολόγηση της πήξης και η εξατομικευμένη αντιμετώπιση είναι καθοριστικές για την ορθολογική διαχείριση του βαρέως πάσχοντος.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ

Clinical Studies.



A026

ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΟΞΥΓΟΝΩΣΗ ΜΕ ΜΕΜΒΡΑΝΗ ΚΑΙ ΑΙΜΟΣΤΑΣΗ: ΜΕΤΑΞΥ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΟΜΒΩΣΗΣ

Αβντουλλά Χρήστος¹, Ταχιράι Ντανιέλα²

1. Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ποιότητας Ζωής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα
2. Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Κορίνθου, Κόρινθος

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ

Η εξωσωματική οξυγόνωση με μεμβράνη (Extracorporeal Membrane Oxygenation, ECMO) αποτελεί θεραπεία υποστήριξης ασθενών με βαριά καρδιακή ή/και αναπνευστική ανεπάρκεια. Η αλληλεπίδραση αίματος και εξωσωματικού κυκλώματος προκαλεί σύνθετες μεταβολές της αιμόστασης, δημιουργώντας ταυτόχρονο κίνδυνο αιμορραγικών και θρομβωτικών επιπλοκών. Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης ήταν η παρουσίαση των μηχανισμών αιμοστατικής διαταραχής και των σύγχρονων στρατηγικών αντιπηκτικής διαχείρισης κατά την ECMO.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ

Πραγματοποιήθηκε αφηγηματική ανασκόπηση της πρόσφατης διεθνούς βιβλιογραφίας στη βάση PubMed, με έμφαση σε κατευθυντήριες οδηγίες, συστηματικές ανασκοπήσεις και κλινικές μελέτες σχετικά με την αιμόσταση, την αντιπηκτική αγωγή και την εργαστηριακή παρακολούθηση ασθενών υπό ECMO.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η έκθεση του αίματος στις τεχνητές επιφάνειες του κυκλώματος, η διατμητική τάση και η συστηματική φλεγμονή προκαλούν ενεργοποίηση της πήξης, διαταραχές των αιμοπεταλίων, αιμόλυση και επίκτητη διαταραχή του παράγοντα von Willebrand. Παράλληλα, η απαιτούμενη αντιπηκτική αγωγή ενισχύει τον αιμορραγικό κίνδυνο. Η μη κλασματοποιημένη ηπαρίνη παραμένει ευρέως χρησιμοποιούμενη, ενώ άμεσοι αναστολείς της θρομβίνης αποτελούν εναλλακτική σε επιλεγμένους ασθενείς. Η παρακολούθηση με χρόνο ενεργοποιημένης πήξης, ενεργοποιημένο χρόνο μερικής θρομβοπλαστίνης και anti-Xa παρουσιάζει επιμέρους περιορισμούς, ενώ οι ιξωδοελαστικές δοκιμασίες μπορούν να συμπληρώσουν τη συνολική εκτίμηση της αιμόστασης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η αιμοστατική διαταραχή στην ECMO είναι δυναμική και πολυπαραγοντική. Η εξατομίκευση της αντιπηκτικής αγωγής και η πολυπαραμετρική παρακολούθηση είναι απαραίτητες για την εξισορρόπηση του αιμορραγικού και θρομβωτικού κινδύνου.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ

Clinical Studies.



A027

ΙΑΤΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΑΙΜΟΛΗΨΙΩΝ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Αλοΐζου Δήμητρα¹, Γαρίνης Μιλτιάδης², Λιάχνης Χρήστος²

1. ΜΕΘ, ΓΝΑ «Σισμανόγλειο»

2. ΜΕΘ, ΓΝΝΘ Η Σωτηρία

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ

Η αναιμία αποτελεί συχνό πρόβλημα στους βαρέως πάσχοντες και η αιτιολογία της είναι πολυπαραγοντική. Οι επαναλαμβανόμενες διαγνωστικές αιμοληψίες αποτελούν τροποποιήσιμη αιτία απώλειας αίματος και ενδέχεται να συμβάλλουν στην επιδείνωση της αναιμίας και στην ανάγκη μετάγγισης. Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης ήταν η διερεύνηση της συμβολής των διαγνωστικών αιμοληψιών στην ιατρογενή αναιμία και η αξιολόγηση στρατηγικών περιορισμού της απώλειας αίματος στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ

Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση στη βάση PubMed με συνδυασμούς των όρων “intensive care”, “critically ill”, “iatrogenic anemia”, “diagnostic blood loss”, “phlebotomy”, “blood conservation” και “small-volume tubes”. Συμπεριλήφθηκαν πρωτότυπες μελέτες και ανασκοπήσεις ενηλίκων ασθενών που διερευνούσαν τη διαγνωστική απώλεια αίματος και παρεμβάσεις περιορισμού της.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η διαγνωστική αιμοληψία συμβάλλει σημαντικά στην αθροιστική απώλεια αίματος κατά τη νοσηλεία στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Ανασκόπηση 38 μελετών ανέδειξε ημερήσιους όγκους διαγνωστικής αιμοληψίας έως 377 mL. Η εφαρμογή συνδυασμένων στρατηγικών εξοικονόμησης αίματος έχει συσχετιστεί με μείωση της ημερήσιας απώλειας από 43,3 σε 15,0 mL. Επιπλέον, η χρήση σωληναρίων μικρού όγκου μπορεί να περιορίσει την απώλεια αίματος και ενδεχομένως την ανάγκη μετάγγισης, χωρίς σημαντική αύξηση ανεπαρκών δειγμάτων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ιατρογενής απώλεια αίματος αποτελεί δυνητικά τροποποιήσιμο παράγοντα αναιμίας στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Η χρήση σωληναρίων μικρού όγκου, συστημάτων κλειστού κυκλώματος και ο περιορισμός μη απαραίτητων αιμοληψιών αποτελούν πρακτικές στρατηγικές διαχείρισης του αίματος και μπορούν να ενσωματωθούν στην καθημερινή φροντίδα του βαρέως πάσχοντος.



A028

ΠΡΟΑΝΑΛΥΤΙΚΑ ΣΦΑΛΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΕΡΙΩΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Αλοΐζου Δήμητρα¹, Λιάχνης Χρήστος², Μακαρίτη Γεωργία¹

1. ΜΕΘ, ΓΝΑ «Σισμανόγλειο»

2. ΜΕΘ, ΓΝΝΘ Η Σωτηρία

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ

Η ανάλυση αερίων αρτηριακού αίματος αποτελεί βασικό εργαλείο αξιολόγησης της οξυγόνωσης, του αερισμού και της οξεοβασικής ισορροπίας στους βαρέως πάσχοντες. Η αξιοπιστία της επηρεάζεται σημαντικά από την προαναλυτική διαδικασία. Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης ήταν η διερεύνηση των κυριότερων προαναλυτικών παραγόντων που μπορούν να αλλοιώσουν τα αποτελέσματα της ανάλυσης αερίων αίματος.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ

Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση στη βάση PubMed για δημοσιεύσεις της περιόδου 2010–2026, χρησιμοποιώντας συνδυασμούς των όρων “arterial blood gas”, “blood gas analysis”, “preanalytical errors”, “preanalytical variables”, “sample handling”, “air bubbles”, “hemolysis” και “delay”. Επιλέχθηκαν πρωτότυπες μελέτες και ανασκοπήσεις σχετικές με την προαναλυτική διαχείριση δειγμάτων αερίων αίματος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα κυριότερα σφάλματα αφορούν την παρουσία αέρα στο δείγμα, την ακατάλληλη ηπαρίνιση, την ανεπαρκή ανάμιξη, την αιμόλυση και την καθυστέρηση μεταξύ δειγματοληψίας και ανάλυσης. Η παρουσία αέρα επηρεάζει ιδιαίτερα τη μερική πίεση οξυγόνου, ενώ ο χρόνος και η θερμοκρασία αποθήκευσης μπορούν να μεταβάλουν τη σταθερότητα της μερικής πίεσης διοξειδίου του άνθρακα, του pH, της γλυκόζης και του γαλακτικού. Η αιμόλυση μπορεί επιπλέον να προκαλέσει κλινικά σημαντική αλλοίωση μετρούμενων ηλεκτρολυτών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η προαναλυτική φάση αποτελεί κρίσιμο παράγοντα αξιοπιστίας της ανάλυσης αερίων αίματος. Η τυποποίηση της δειγματοληψίας, η ορθή διαχείριση και η έγκαιρη ανάλυση του δείγματος, σε συνδυασμό με τη συνεχή εκπαίδευση του προσωπικού, μπορούν να μειώσουν τα σφάλματα και να ενισχύσουν την ασφάλεια των ασθενών στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.



A029

ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΕΡΥΘΡΩΝ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΩΝ ΣΤΟΝ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΑ: ΠΕΡΙΟΡΙΣΤΙΚΗ Ή ΦΙΛΕΛΕΥΘΕΡΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ;

Αλοΐζου Δήμητρα¹, Αλοΐζου Αθήνα², Αλεφραγκής Δημήτριος³

1. ΜΕΘ, ΓΝΑ «Σισμανόγλειο»
2. St. Josef-Hospital Klinikum der Ruhr-Universität Bochum
3. ΜΕΘ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αττικών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ

Η αναίμια είναι συχνή στους βαρέως πάσχοντες και η μετάγγιση ερυθρών αιμοσφαιρίων αποτελεί συχνή θεραπευτική παρέμβαση. Ωστόσο, η έκθεση σε προϊόντα αίματος συνοδεύεται από δυνητικές επιπλοκές και το βέλτιστο όριο αιμοσφαιρίνης εξακολουθεί να απαιτεί εξατομίκευση. Σκοπός της ανασκόπησης ήταν η σύγκριση περιοριστικών και φιλελεύθερων στρατηγικών μετάγγισης σε ενήλικες βαρέως πάσχοντες.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ

Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση στη PubMed για την περίοδο 1999–2026 με συνδυασμούς των όρων “critically ill”, “intensive care”, “red blood cell transfusion”, “restrictive transfusion”, “liberal transfusion” και “transfusion threshold”. Επιλέχθηκαν τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες, συστηματικές ανασκοπήσεις, μετα-αναλύσεις και κατευθυντήριες οδηγίες ενηλίκων ασθενών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η σύγχρονη βιβλιογραφία υποστηρίζει περιοριστική στρατηγική μετάγγισης στους περισσότερους αιμοδυναμικά σταθερούς βαρέως πάσχοντες. Τα περιοριστικά όρια αιμοσφαιρίνης κυμαίνονται συνήθως στα 7–8 g/dL, έναντι 8,5–10 g/dL των φιλελεύθερων στρατηγικών. Πρόσφατη μετα-ανάλυση 13 τυχαιοποιημένων μελετών και 13.705 ασθενών δεν ανέδειξε σημαντικό πλεονέκτημα επιβίωσης από τη φιλελεύθερη στρατηγική. Ωστόσο, ειδικές ομάδες, όπως ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, απαιτούν διαφορετική προσέγγιση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η περιοριστική στρατηγική μετάγγισης αποτελεί την προτιμώμενη προσέγγιση για τους περισσότερους σταθερούς βαρέως πάσχοντες. Η απόφαση δεν πρέπει να βασίζεται αποκλειστικά στην τιμή της αιμοσφαιρίνης, αλλά να συνεκτιμά την αιμορραγία, την ισχαιμία, την αιμοδυναμική κατάσταση και τις εξατομικευμένες ανάγκες του ασθενούς.



A030

A NOVEL NON-INVASIVE INDEX OF CARDIOPULMONARY RESERVE FOR THE PREDICTION OF FAILURE OF WEANING FROM MECHANICAL VENTILATION

George T. Nikitas¹, Stylianos Kykalos², Evangelia Ntikoudi³, Ioannis Vasileiadis⁴, Antonia Koutsoukou⁵, Nikolaos I. Nikiteas²

1. Cardiology Department, Panarkadian General Hospital, Tripoli GRC
2. Second Department of Propaedeutic Surgery, Laiko General Hospital, National and Kapodistrian University of Athens · Athens, GRC
3. Intensive Care Unit, Sotiria Thoracic Diseases Hospital · Athens, GRC
4. Intensive Care, National and Kapodistrian University of Athens · Athens, GRC
5. Critical Care, National and Kapodistrian University of Athens Medical School · Athens, GRC

PURPOSE

To develop an easy-to-implement prediction index of weaning failure for ICU patients.

MATERIALS AND METHODS

We developed a prediction index modifying respiratory exchange ratio (RER), Mod-RER, a parameter measured during the cardiopulmonary exercise test (CPET) based on respiratory quotient. The Mod-RER index is the ratio of partial pressure of CO² in central venous blood over the difference of partial pressure of O₂ in arterial and central venous blood (Mod-RER = $\frac{P_{cv}CO_2}{PaO_2 - P_{cv}O_2}$, where $P_{cv}CO_2$ = partial pressure of CO² in central venous blood, PaO_2 = partial pressure of O₂ in arterial blood, and $P_{cv}O_2$ = partial pressure of O₂ in central venous blood). We prospectively tested its predictive value, compared to other indices of weaning outcome, in an observational study of difficult-to-wean ICU patients.

RESULTS

Mod-RER index increased significantly only in failed trials and receiver operating characteristic (ROC) analysis for prediction of outcome based on Mod-RER index change had an area under the curve (AUC) 0.80 (p < 0.001). Mod-RER change exhibited the highest sensitivity (84.6%) and specificity (78.1%) among the tested indices, with the optimal cut-off of 19.3%. Comparison of AUC's did not reach statistical significance (p = 0.106).

CONCLUSIONS

We conclude that Mod-RER index is an accurate, easy-to-use prediction tool of weaning failure, useful in decision making of timely extubation.



Ευρετήριο Συγγραφέων

Αβντουλλά Χρήστος	A024, A025, A026
Αγγέλου Καλλιόπη	A011
Αγραφιώτης Μιχάλης	A001
Αθανασά Ζωή	A013
Ακουμιανάκη Ευαγγελία	A016
Αλεξιάδου Δήμητρα	A019
Αλεφραγκής Δημήτριος	A005, A006, A015, A029
Αληγεώργας Κωνσταντίνος	A002
Αλοϊζου Αθηνά - Μαρία	A021, A029
Αλοϊζου Δήμητρα	A021, A027, A028, A029
Αναγνωστόπουλος Μάρκος	A004
Αναστασάκη Μαρία	A016
Αναστασίου Αναστασία	A014, A004
Αποστολάκου Ελένη	A016
Αποστολοπούλου Ολυμπία	A011
Αραμπατζής Γεώργιος	A012
Αριστομενοπούλου Κυριακή	A009
Βάιος Γεώργιος	A019
Βαπορίδη Αικατερίνη	A019
Βασιλειάδης Ιωάννης	A030



Βασιλείου Παναγιώτης	A011
Βασιλοπούλου Μαρία	A020
Βενιέρη Δήμητρα	A007, A008
Βιολάκη Ασημίνα	A004
Βρεττού Ευστρατία	A011
Γαρίνης Μιλτιάδης	A017, A018, A027
Γεωργοπούλου Γεωργία	A011
Γιαμαρέλου Αγγελική	A009, A010
Γιαννακάκη Στυλιανή	A011
Γιαννοπούλου Ευφροσύνη	A020
Γκάτσια Όλγα - Ελένη	A005, A006
Δαρειωτάκη Φωτεινή	A009, A010
Δέττα Αγγελική	A023
Δημητρακοπούλου Κωνσταντίνα	A010
Δημόπουλος Γεώργιος	A017
Εξαρχοπούλου Δήμητρα	A003
Ευστρατίου Ιωάννα	A010
Θεοδωρακοπούλου Ευσταθία	A009
Καλαφάτη Μαρία	A002
Καρακατσάνης Χαράλαμπος	A003
Καράμνη Ειρήνη - Σοφία	A009, A010
Καραπαναγιώτης Κωνσταντίνος	A003



Καραπέτσας Βασίλειος	A012
Καραχρήστος Χρήστος	A012
Καρρά Βασιλική	A002
Κασσίτας Σεραφείμ	A018
Κατσαγάνη Γεωργία	A023
Κατσαρού Θεοδώρα	A023
Κατσαφυλούδη Μαρία	A014, A004
Καφτεράνη Μαρία - Σοφία	A014
Κοκκίνη Σοφία	A016
Κολιαντζάκη Ιωσηφίνα	A011
Κονδύλη Ευμορφία	A016, A019
Κούκιας Στέργος	A016, A019
Κουνιάκη Όλγα	A011
Κουρτελέση Ευτυχία	A011
Κούρτη Βαρβάρα	A020
Κουτσούκου Αντωνία	A030
Κουτσούκου Βασιλική	A011
Κουτσούμπου Σταυρούλα	A009, A010
Κύκαλος Στυλιανός	A030
Κωλέτση Πάτρα	A020
Λαβρεντιέβα Αθηνά	A012
Λιάχνης Χρήστος	A017, A018, A027, A028



Μακαρίτη Γεωργία	A028
Μακρή Αγγελική	A010
Μακρής Αναστάσιος	A009
Μανδόλα Χρυσή	A019
Μανιουδάκη Σοφία	A013
Μαννάρης Μάριος	A013
Μαντζαφλέρη Περιστέρα-Ελένη	A004
Μανωλούδη Μυρτώ	A022
Μαργαριτίδη Μαρία	A009
Μαρκαντωνάκη Δέσποινα	A023
Ματθαϊακάκης Άγγελος	A019
Μιχελίδου Σοφία	A013
Μπάντερ Ιωσήφ	A013
Μπατίανη Πολυξένη	A002
Μπολάκη Μαρία	A019
Μπονοφά Διονυσία	A003
Μπουρίκου Μαρία	A003
Νάνο Αδαμαντία	A004
Νικήτας Γεωργιος Τ.	A030
Νικητέας Νικόλαος Ι.	A030
Ντάγανου Μαρία	A011, A023
Νταλιάνης Δημήτριος	A003



Νταουντάκη Αγγελική	A015
Ντικούδη Ευανγγελία	A030
Ντόσικας Κωνσταντίνος	A019
Ξηρουχάκη Νεκταρία	A016, A019
Ξύθαλης Δημήτριος	A002
Οικονόμου Μαρίνα	A014
Παντελή Αικατερίνη	A019
Παπαδάκης Ελευθέριος	A016
Παπαδημητρίου Ελένη - Άννα	A011
Παπαδήμος Ανδρέας	A012
Παπαδοπούλου Βασιλική	A014
Παπάζογλου Γεώργιος	A019
Παπαϊωάννου Ουρανία	A003
Παπακίτσου Ιωάννα	A016, A019
Πατρόζου Ελένη	A007, A008
Περιστέρη Αθανασία - Μαρίνα	A012
Πετράκης Εμμανουήλ	A016, A019
Πλατσούκα Φερενίκη	A003
Πούλου Μαρία	A011
Πρόκλου Αθανασία	A016
Σακαγιάννη Αικατερίνη	A013
Σακκαλή Ελένη	A011



Σβήρκος Μενέλαος	A014, A004
Σδούγκα Μαρία	A014, A004
Σουλούντση Βασιλική	A012
Στάικου Ευσταθία	A020
Σταματοπούλου Βάϊα	A016, A019
Στάμου Ηλέκτρα	A019
Ταχιράι Ντανιέλα	A024, A025, A026
Τζίνας Αστέριος	A016, A019
Τριπολιτσιώτη Παρασκευή	A003
Τσάτση Ευδοξία	A011
Φακιάλα Αγγελική	A014
Φάτσιου Αναστασία	A009
Φίλο Εύα	A004
Φλεβάρη Αικατερίνη	A011
Χαντζιάρη Βασιλική	A003
Χασανέας Ιωάννης	A009
Χριστόπουλος Γενναίος	A005, A006
Ψαρολογάκης Χαράλαμπος	A019

28^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΘΕΜΑΤΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

Εντατική Θεραπεία & Επείγουσα Ιατρική

ΒΑΡΙΑ ΝΟΣΟΣ & ΑΙΜΑ

www.icem-congress.gr

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Starlitetravel

Κατερίνα Μονάντερου

Λεωφόρος Βασιλίσσης Αμαλίας 32, 105 58, Αθήνα

+30 210 921 5080 (15 γραμμές)

E-mail: icem-congress@starlitetravel.gr

