



Xarelto®

15mg & 20mg

rivaroxaban



L 001 0122 00 001 001



Bayer

Κάτοχος της άδειας κυκλοφορίας:
Bayer Pharma AG, 13342 Berlin, Γερμανία
Τοπικός αντιπρόσωπος του κατόχου άδειας
κυκλοφορίας στην Ελλάδα: Bayer Ελλάς ΑΒΕΕ, Σωφού
18-20, 151 25 Μαρούσι,
Τοπικός αντιπρόσωπος του κατόχου άδειας
κυκλοφορίας στην Κύπρο: Novartis Ltd,
Τηλ: 00357 22483858

Τμήμα Επιστημονικής Ενγύμνασης
Τηλ: +30 210 6187742, Φαξ: +30 210 6187522
Email: medinfo.gry@bayer.com

Εταιρεία συμπτωμάτων



ELPEN Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ
Γλυφ. Μαρousiου 95, 150 01 Γλυφάδα Αττικής
Τηλ: 210 6233236 - 6, Φαξ: 210 6233630
ΓΡΑΦΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΓΥΜΝΑΣΗΣ
Σελκωνίας 11, 115 28 Αθήνα
Τηλ: 210 7488711, Φαξ: 210 7488731
Εθν. Αντιστάσεως 114, 551 34 Θεσσαλονίκη,
Τηλ: 2010 459020 - 1, Φαξ: 2010 459069

Pulmoton[®]
Budesonide/Formoterol

Θεραπεία
χωρίς απώλειες



ΕΜΠΟΡΙΚΗ ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ Pulmoton[®]

Κόνις για εισπνοή σε δόσεις.

ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ ΣΕ ΔΡΑΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΑΤΙΚΟ

Κάθε ταινία μιας δόσης περιέχει:

200mcg βουδεσονίδης και 6mcg διυδρικής φορμαρικής φορμοτερόλης ή
400mcg βουδεσονίδης και 12mcg διυδρικής φορμαρικής φορμοτερόλης.



PULAD03/1013



www.elpen.gr

ELPEN A.E.
Φαρμακευτική Βιομηχανία
Λεωφ. Μαροβίνου 95
Πικρμι Άγκλης 190 09
Τηλ.: 210 60 39 326-9

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

Αντιπρόσωπος Κύπρου
Κωστακης Τσιολις & Σια ΑΤΔ
Τ.Θ.: 56495, 3307 ΛΕΜΕΣΟΣ
Τηλ.: +357 25343150
Fax: +357 25354242

**18° ΤΑΚΤΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΙΑΤΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ
ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΚΕΡΚΥΡΑΣ**



9° ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

2-4 ΜΑΪΟΥ 2014

ΔΗΜΟΣΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΚΕΡΚΥΡΑΣ

**ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΤΗΣ ΙΑΤΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ
ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΚΕΡΚΥΡΑΣ**

ΠΡΟΕΔΡΟΣ:	Μαρία Μάνδουλα-Κουσουνή
ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ:	Βασίλειος Πανδής
ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ:	Ιωάννης Ζαβιτσιάνος
ΤΑΜΙΑΣ:	Κωνσταντίνος Οβάλες
ΕΦΟΡΟΣ:	Σοφία Κοντοστάνου

**ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΤΟΥ 18^{ΟΥ} ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ
ΤΗΣ ΙΑΤΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΚΕΡΚΥΡΑΣ**

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ
Μαρία Μάνδουλα Κουσουνή

ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ
Ιωάννης Ζαβιτσιάνος

ΜΕΛΗ

- | | |
|---------------------------|-----------------------------|
| 1. Βαρθολομαίος Σταμάτης | 10. Κουρή Μαρία |
| 2. Βλάχος Αχιλλέας | 11. Λαϊνά Γιάννα |
| 3. Γιάγκας Χρήστος | 12. Μαλτέζος Αθανάσιος |
| 4. Γονίδη Μαρία | 13. Μπαλής Νίκος |
| 5. Δουϊτσης Ευάγγελος | 14. Ντουβέλης Ευάγγελος |
| 6. Καββαδίας Δαμιανός | 15. Οβάλες Κωνσταντίνος |
| 7. Κιρκίνη Ευανθία | 16. Ρωμαίος Σπύρος |
| 8. Κοντογιάννης Απόστολος | 17. Τησαρχόντου Ηλίας |
| 9. Κοντοστάνου Σοφία | 18. Χριστοδούλου Καλλίνικος |

ΕΠΙΤΙΜΗ ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Κωνσταντίνα Δένδια

**ΑΝΑΚΗΡΥΣΣΟΜΕΝΟΙ ΕΠΙΤΙΜΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ
ΤΗΣ ΙΑΤΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΚΕΡΚΥΡΑΣ**

Μαρία Αρώνη
Παναγιώτης Μπάλας

**ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ
ΤΟΥ 18ΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ
ΤΗΣ ΙΑΤΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΚΕΡΚΥΡΑΣ**

- | | |
|---------------------------|-------------------------------|
| 1. Αλαμάνος Ιωάννης | 14. Κούστα Ελένη |
| 2. Αργαλιάς Ιωάννης | 15. Μάνδουλα – Κουσουνή Μαρία |
| 3. Βασιλείου Μιλτιάδης | 16. Μιχαλόπουλος Αθανάσιος |
| 4. Βλάσσης Γεώργιος | 17. Μπόϊκος Σπυρίδων |
| 5. Γατσούλης Νικόλαος | 18. Παπούλιας Εμμανουήλ |
| 6. Δημουλής Νικόλαος | 19. Παυλίδης Χρίστος |
| 7. Ζαχαράτου Σοφία | 20. Πολυμενάκος Δημήτρης |
| 8. Κάντας Αριστείδης | 21. Σκούρτης Χρήστος Ηρακλής |
| 9. Κάντας Διονύσιος | 22. Τσαμανδουράκη Κυριακή |
| 10. Κεφαλληνού Αγγελική | 23. Χαϊνης Κυριάκος |
| 11. Κλώνου Ελένη | 24. Χρήστου Παρασκευή |
| 12. Κογεβίνας Αντώνιος | 25. Χριστοδούλου Καλλίνικος |
| 13. Κουλουρίδης Ευστάθιος | 26. Χυτήρης Ιωάννης |

**ΤΙΜΗΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΤΟΥ 18^{ΟΥ} ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ
ΤΗΣ ΙΑΤΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΚΕΡΚΥΡΑΣ**

1. Ανδρικόπουλος Γεώργιος
2. Ανθρακόπουλος Μιχαήλ
3. Ανωγιάτης-Ρελέ Δημήτριος
4. Αρώνη Μαρία
5. Βαρλάμης Γεώργιος
6. Γκούσης Ονούφριος
7. Ζαφειρόπουλος Παρασκευάς
8. Κάκας Μιχαήλ
9. Λιονής Χρήστος
10. Μαρτζούκος Αλέξιος
11. Μπάλας Παναγιώτης
12. Παπίρης Σπυρίδων
13. Τσιάμης Κωνσταντίνος
14. Χατζηγεωργίου Δημήτριος

**ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ
9^{ΟΥ} ΣΕΜΙΝΑΡΙΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

Πρόεδρος:	Αναστασία Αργυροκαστρίτη
Γραμματέας:	Ευτυχία Καρύδη
Ταμίας:	Σοφία Ξένου
Μέλος:	Διαμαντίνα Αθηναίου
Μέλος:	Δήμητρα Ρούτση

Χαιρετισμός της Προέδρου της Ιατροχειρουργικής Εταιρείας και του Συνεδρίου

Αγαπητοί συνάδελφοι, φίλες και φίλοι

Πιστή στη συνάντηση με την ιστορία της η Ιατροχειρουργική Εταιρεία Κέρκυρας (ΙΧΕΚ) πραγματοποιεί το 18ο τακτικό συνέδριό της, μαζί με το 9ο σεμινάριο της Νοσηλευτικής, από 2-4 Μαΐου 2014, στο ιστορικό κτίριο της Κεντρικής Δημόσιας Βιβλιοθήκης της Κέρκυρας, στο παλαιό φρούριο.

Αισθάνομαι μεγάλη χαρά και ικανοποίηση, γιατί καταφέραμε και τούτη τη χρονιά, παρά τις αντίξοες συνθήκες σε όλα τα επίπεδα που αντιμετωπίσαμε για την οργάνωσή του, να το φέρουμε εις πέρας. Η βαθεία οικονομική κρίση, η προθυμία για ελάχιστη στήριξη από φορείς, η δυσκολία και πολλών ακόμα συναδέλφων, λόγω προβλημάτων, να δηλώσουν παρόντες, αλλά και τα έντονα οικονομικά προβλήματα, που απειλούσαν και τη συνέχιση ακόμα τη λειτουργίας του Ιατρείου Κέρκυρας, δημιουργούσαν από παντού αδιέξοδα! Το φετινό συνέδριο είναι ένα σημαντικό συνέδριο, μοριοδοτημένο από την ΕΑΚΜΕ-UEMS με 14 μόρια, κάτι ιδιαίτερα σημαντικό για την Εταιρεία μας, αφού ένας από τους βασικούς της στόχους είναι η προαγωγή της ιατρικής επιστήμης και της υγείας.

Τα θέματα του φετινού συνεδρίου καλύπτουν τις περισσότερες ειδικότητες της Ιατρικής, με στρογγυλά τραπέζια, ενδιαφέρουσες διαλέξεις, ελεύθερες ανακοινώσεις και posters. Σημαντική είναι η συμμετοχή για 9η συνεχή χρονιά των νοσηλευτών μας. Συμμετέχει για τρίτη φορά το Κέντρο Ψυχικής Υγείας της Κέρκυρας και για πρώτη φορά το Ιόνιο Πανεπιστήμιο. Οι συμμετοχές αυτές είναι ιδιαίτερα σημαντικές, διότι δηλώνουν τη διεπιστημονική προσέγγιση του συνεδρίου μας, αλλά και νέες προοπτικές, που θα φέρει η συνεργασία της ΙΧΕΚ με το ανώτατο πνευματικό ίδρυμα του νησιού μας. Στις μέρες μας η διεπιστημονική προσέγγιση της υγείας, ψυχικής και σωματικής, αποτελεί χρέος επιβεβλημένο.

Παράλληλα το συνέδριό μας θα βοηθήσει τους συναδέλφους, πέρα από τα τυπικά προσόντα της μοριοδότησης, και στην απόκτηση γνώσεων, που τόσο έχει ανάγκη η άσκηση της επιστήμης, που καλούνται να υπηρετήσουν στην εποχή των μεγάλων απαιτήσεων και της ταχύτατης εξέλιξης της επιστήμης. Διότι σύμφωνα με τον Ιπποκράτη η άγνοια είναι ένας κακός θησαυρός και ένα κακό εφόδιο γι' αυτούς που την κουβαλούν....Η αληθινή γνώση και

η απλή γνώμη είναι δύο διαφορετικά μεταξύ τους πράγματα: το ένα γεννάει την επιστήμη, το άλλο την άγνοια.

Ευχαριστώ όλους τους Κερκυραίους συναδέλφους, τους Καθηγητές μας και όλους τους συναδέλφους που ήλθατε από διάφορα μέρη της Ελλάδας και από την Αλβανία. Ευχαριστώ επίσης τους νοσηλευτές μας, που για 9η χρονιά συνδιοργανώνουν το δικό τους σεμινάριο μαζί μας, αφού η γνώση και η καλή συνεργασία μαζί τους αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο για τη σωστή αντιμετώπιση του ασθενούς.

Σας καλωσορίζω όλους στο ανθοστόλιστο νησί μας, σας εύχομαι καλή και ευχάριστη παραμονή και καλή επιτυχία στο συνέδριό μας.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς

Η πρόεδρος της ΙΧΕΚ



Δρ. Μαρία Μάνδουλα-Κουσουνή
Παιδιάτρος-Ιστορικός

Επιστημονικό πρόγραμμα

Παρασκευή 2 Μαΐου 2014

Αίθουσα Α

09:00 – 10:30 Προσέλευση – Εγγραφές

10:30 – 12:00 **Στρογγυλό Τραπέζι:**

«Φυματίωση: Ιστορική προσέγγιση της νόσου στην Ελλάδα του Μεσοπολέμου μέσα από τα Αρχεία της Σωτηρίας»

Προεδρείο: Δημήτριος Ανωγιάτης-Πελέ, Τάλεμπ Ίσσα,
Μαρία Μάνδουλα - Κουσουνή

Ομιλητές:

1. «Ιατρικές και κοινωνικές αντιλήψεις περί φυματιώσεως την εποχή του Μεσοπολέμου»

Κωνσταντίνος Τσιάμης

2. «Δημογραφική και Γεωγραφική αποτύπωση της φυματίωσης στον Ελληνικό χώρο κατά το Μεσοπόλεμο»

Άντα Μαρσέλου

3. «Δημογραφική αποτύπωση της νοσηλευτικής κίνησης των ασθενών του Νοσοκομείου «Σωτηρία» (1918-1930)»

Αλέξανδρος Αηδονίδης

4. «Δημογραφική αποτύπωση της νοσηλευτικής κίνησης των ασθενών του Νοσοκομείου «Σωτηρία» (1930-1940)»

Μαρίνα Κουρή

12:00 – 12:30 **Διάλεξη: «Διαβήτης και Κύηση»**

Προεδρείο: Απόστολος Κοντογιάννης, Ιωάννης Κυπάρος

Ομιλητής: Αθανάσιος Μιχαλόπουλος

12:30 – 14:00 **Στρογγυλό Τραπέζι:**

«Οι κοινές Ψυχικές διαταραχές στις Πρωτοβάθμιες

Υπηρεσίες Γενικής και Ψυχικής Υγείας».*Προεδρείο: Ανδρέας Κατσαρός, Ιωάννης Ζαβιτσιάνος*

Ομιλητές:

1. «Το φάσμα των Αγχωδών Διαταραχών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα»*Ανδρέας Κατσαρός***2. «Αποτύπωση - Διαχείριση των διαταραχών του ύπνου στο Π.Ι.Α. Κορακιάνας»***Ευανθία Κιρκίνη***3. «Κατάθλιψη και Γενική Ιατρική»***Πέτρος Πολιτάκης***4. «Οι επιπτώσεις της Ενδοοικογενειακής Βίας σε παιδιά και εφήβους: Κλινικές Περιπτώσεις»***Ρωξάνα Μίχα***5. «Σύγχρονες Τάσεις στη Θεραπεία της Κατάθλιψης»***Χαράλαμπος Τουλούμης***14:00 – 17:30 Διάλεξη****17:30 – 18:00 Διάλεξη:****«Διαταραχές Κατάποσης και Επικοινωνίας στο Αγγειο-εγκεφαλικό Επεισόδιο: Αξιολόγηση και Αποκατάσταση»***Προεδρείο: Κωνσταντίνος Οθάλης*Ομιλητής: *Εμμανουήλ Ανυφαντής,***18:00 – 18:15 Διάλεξη:****«Οι Επιπτώσεις των Ενδοκρινικών Διαταρακτών στο Γυναικείο Αναπαραγωγικό Σύστημα»***Προεδρείο: Αλεξάνδρα Πιλόττι, Νικόλαος Κοσκινάς*Ομιλήτρια: *Χριστίνα Μαντζούκη***18:15 – 18:30 Διάλεξη:****«Εξελίξεις στον Τομέα της Αναπαραγωγικής Ενδοκρινολογίας»**

Προεδρείο: Αλεξάνδρα Πιλόττι, Νικόλαος Κοσκινάς

Ομιλήτρια: Ελένη Κούστα

18:30 – 19:00 Διάλεξη:

«Ανευρυσματική Νόσος και Ανευρύσματα Κοιλιακής Αορτής»

Προεδρείο: Χρυσούλα Πουλιάση, Σπυρίδων Σκιαδόπουλος

Ομιλητής: Μιχαήλ Γκιώνης

19:00 – 19:30 Διάλεξη:

«Ασκώντας τροπική ιατρική στα βάθη της Τανζανίας»

Προεδρείο: Ιωάννης Αλαμάνος, Κυριακή Τσαμανδουράκη

Ομιλητής: Δημήτριος Χατζηγεωργίου

19:30 – 20:00 Διάλειμμα

20:00 – 20:30 Τελετή έναρξης – Χαιρετισμοί – Ανακήρυξη Επίτιμων Προέδρων

20:30 – 21:00 Εναρκτήρια Διάλεξη:

«Αθροσκήρωση, Κλινικές εκδηλώσεις – Διάγνωση και Επεμβατική Θεραπεία»

Προεδρείο: Χρήστος Γιάγκας, Αντώνιος Δραγανίγος

Ομιλητής: Παναγιώτης Μπάλας

21:30 Δεξίωση υποδοχής των συνέδρων

Αίθουσα Β

17:00 – 19:00 Ελεύθερες ανακοινώσεις

Προεδρείο: Ευτέρπη Βλασερού, Ρωξάνα Μίχα, Βασιλική Φατούρου

1. Ολική Αρθροπλαστική Ισχίου και Ολική Αρθροπλαστική Γόνατος σε Ασθενή με Ωχρονοσιακή Αρθροπάθεια.

Χ. Κωνσταντινίδης, Π. Μπαλανίκας, Π. Αυγέρης, Σ. Γαλάνης, Κ. Παπακωστίδης

Ορθοπαιδική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα, Ελλάδα

2. Σακχαρώδης διαβήτης στην παιδική ηλικία: μία διαγνωστική πρόκληση

Τσιώλη Χρ. Α., Danne T., Κορδονούρη Ο.

Παιδιατρικό Νοσοκομείο AUF DER BULT, Διαβητολογικό τμήμα, Αννόβερο Γερμανίας

3. Συγκριτική μελέτη αποτελεσμάτων με χρήση βιο-συνθετικής κόλλας για στήριξη πλέγματος σε βουβωνοκήλη αντί ραμμάτων.

Χριστοδούλου Κ, Λαζάρου Λ, Παπαδημητρίου Γ, Λιώρη Άννα, Χρήστου Παρασκευή

Χειρουργικό και Αναισθησιολογικό τμήμα Γ. Ν. Κέρκυρας

4. Παρουσίαση τριών περιπτώσεων συνδρόμου διαμερίσματος

Κάντας Θεοφάνης¹, Καρδακάρης Σπυρίδων¹, Κάντας Διονύσιος¹, Τρούσας Δημήτριος²

¹Ορθοπαιδική Κλινική Νοσοκομείου Κέρκυρας, ²Χειρουργός Ορθοπαιδικός

5. Ατρησία Πρωκτικού Δακτυλίου σε Νεογνό

Μιχαήλ Λιούμπας, Χρυσούλα Μαραγκού, Άννα Ψυρροπούλου, Ντε Μάτζιο Ιμμακολάτα

Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας

6. Πάρεση Προσωπικού Νεύρου ως Επιπλοκή της Οξείας Μέσης Ωτίτιδας

Μιχαήλ Λιούμπας, Χρυσούλα Μαραγκού, Άννα Ψυρροπούλου, Ντε Μάτζιο Ιμμακολάτα

Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας

7. Το Παιδί ως Μέλος του Κοινωνικού Συνόλου και Προϋποθέσεις Διασφάλισης της Υγείας του Διαχρονικά.

Στάθης Κουσουνης, Πετρίνα Γερογιάννη, Μαρία Μάνδουλα.

Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Παιδιατρικής και Προαγωγής της Υγείας, Παράρτημα Κέρκυρας.

8. Οι Διατροφικές Συνήθειες των Παιδιών, Βασικό Στοιχείο της Υγείας τους, όπως διαφαίνονται μέσα στο Χρόνο.

Πετρίνα Γερογιάννη, Στάθης Κουσουνης, Μαρία Μάνδουλα.

Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Παιδιατρικής και Προαγωγής της Υγείας, Παράρτημα Κέρκυρας.

9. Προοπτική μελέτη επιπλοκών μετά από μείζονες επεμβάσεις για μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα.

Σ. Νικολούζος¹, Γ. Ζαχαρία², Μ. Κουρή³, Α. Μουζακίτη⁴,
Η. Παπανικολάου⁵

¹ Χειρουργός θώρακος – καρδιάς, Χειρουργικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας

² Ανασθησιολογικό Τμήμα, Γενική Κλινική Κερκύρας « Αλέξανδρος Μάστορας »

³ Αλλεργιολόγος, MSc Βιοστατιστική

⁴ Παθολόγος Ογκολόγος, Υποψήφιος Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών

⁵ Πνευμονολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας

10. Ο ρόλος του θωρακοχειρουργού στον καρκίνο του πνεύμονα

Σ. Νικολούζος¹, Γ. Ζαχαρία², Α. Μουζακίτη³, Μ. Κουρή⁴,
Κ. Καγκουρίδης⁵, Ε. Ντουβέλης³, Ν. Καποδίστριας³, Η.
Παπανικολάου⁶,

¹ Χειρουργός θώρακος – καρδιάς, Χειρουργικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας

² Ανασθησιολογικό Τμήμα, Γενική Κλινική Κερκύρας «Αλέξανδρος Μάστορας»

³ Παθολόγος Ογκολόγος

⁴ Αλλεργιολόγος, MSc Βιοστατιστική

⁵ Πνευμονολόγος

⁶ Πνευμονολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας

11. Παιδιά με χρόνια νοσήματα και ειδικές ανάγκες στην Κέρκυρα: Γνώσεις, εμπειρίες και προβληματισμοί.

Ε. Ντουβέλης, Μ. Μάνδουλα

Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Παιδιατρικής και Προαγωγής της Υγείας, Παράρτημα Κέρκυρας

Σάββατο 3 Μαΐου 2014

Αίθουσα Α

09:30 – 11:00 *Στρογγυλό Τραπέζι:*

«Θέματα Γενικής Ιατρικής»

Προεδρείο: Ελευθερία Λιντοβόη, Ηλίας Τησαρχόντου

Ομιλητές:

1. «Τομείς άσκησης ειδικότητας Γενικής Ιατρικής Π.Φ.Υ. (περίθαλψη-κοινωνική-κοινωνική ιατρική), ομάδες υγείας, μετεκπαιδεύσεις, κατ' οίκον νοσηλεία»

Νικόλαος Ραζής

2. «Ο ρόλος του Γενικού Ιατρού στην εγκαυματική νόσο»

Ιωάννης Μεταλληνός

3. «Πολυφαρμακία στους ηλικιωμένους, ο ρόλος του Γενικού Ιατρού»

Γεώργιος Σπαθαράκης

4. «Πρόληψη του μεταβολικού συνδρόμου στην Π.Φ.Υ. αρχίζοντας από την παιδική παχυσαρκία»

Ευανθία Κιρκίνη

11:00 – 11:30 *Διάλεξη:*

«Η χαμένη ευκαιρία της Γ.Ι. στην Ελλάδα. Η επόμενη μέρα»

Προεδρείο

Ευανθία Κιρκίνη, Χρήστος-Ηρακλής Σκούρτης

Ομιλητής: *Χρήστος Λιονής*

11:30 – 12:00 *Διάλεξη:*

«Η κοινωνικο - οικονομική επιβάρυνση από την αρθρίτιδα»

Προεδρείο: Νικόλαος Μπαλής, Βασίλειος Πανδής

Ομιλητής: *Κωνσταντίνος Μαλίζος*

12:00 – 12:30 Διάλειμμα

12:30 – 14:00 Κλινικό Φροντιστήριο:

«Κολπική Μαρμαρυγή»

Προεδρείο: Ιωάννης Ζαβιτσιάνος, Σπυρίδων Φαγομένης

Ομιλητής: Γεώργιος Ανδρικόπουλος

14:00 – 14:30 Διάλεξη:

«Διαχείριση εγκαυμάτων»

*Προεδρείο: Σπυρίδων Μπούκης, Μιχαήλ Παρηγόρης,
Καλλίνικος Χριστοδούλου*

Ομιλητής: Μιχαήλ Κάκας

14:30 – 15:00 Διάλεξη:

«Συστηματικές παθήσεις που επηρεάζουν την όραση»

Προεδρείο: Αθανάσιος Μαλτέζος, Σπυρίδων Πολίτης

Ομιλητής: Παρασκευάς Ζαφειρόπουλος

15:00 – 17:30 Διάλειμμα

17:30 – 18:00 Διάλεξη:

«Είναι η ΧΑΠ, παιδιατρική νόσος;»

*Προεδρείο: Μιλτιάδης Βασιλείου, Χριστόφορος Ζερβός,
Κωνσταντίνος Καγκουρίδης*

Ομιλητής: Μιχαήλ Ανθρακόπουλος

18:00 – 19:30 Δορυφορικό Συμπόσιο:

«Επίκαιρα θέματα στην πνευμονολογία».

Προεδρείο: Σπυρίδων Παπίρης, Κυριάκος Χαϊνης

Ομιλητές:

1. «Πνευμονική Εμβολή»

Κωνσταντίνος Καγκουρίδης

2. «Κάπνισμα και υγεία»

Ηλίας Παπανικολάου

3. «Οδηγίες αντιμετώπισης πνευμονίας κοινότητας»*Ευφροσύνη Μάναλη***4. «Σταθεροί συνδυασμοί στο άσθμα»***Σπυρίδων Παπίρης***19:30 – 20:00 Διάλεξη****20:00 – 20:30 Διάλεξη:****«Επιδημιολογική προσέγγιση της παιδικής ηλικίας τέλος του 19ου και αρχές του 20ου αιώνα»***Προεδρείο: Αριστείδης Κοντογιώργης, Αγάθη Σπιτιέρη Γουδέλη, Κωνσταντίνος Τσιάμης**Ομιλητής: Μαρία Μάνδουλα – Κουσουνη***20:30 – 21:00 Διάλεξη:****«Πνευμονική Υπέρταση: εισαγωγή, γενικές έννοιες παθοφυσιολογίας»***Προεδρείο: Μιχαήλ Ανθρακόπουλος, Αλέξανδρος Καββαδίας**Ομιλητής: Μιλτιάδης Βασιλείου***21:00 – 21:30 Διάλεξη:****«Η επιδημία του καρκίνου του πνεύμονα, το πρόβλημα στην Κέρκυρα»***Προεδρείο: Αντώνιος Γεωργόπουλος, Αθανάσιος Μιχαλόπουλος, Άννα Μουζακίτη**Ομιλητής: Κυριάκος Χαΐνης***21:30 Επίσημο Δείπνο****Αίθουσα Β****09:30 – 14:30 Σεμινάριο Νοσηλευτικής****16:00 – 17:00 Αξιολόγηση αναρτημένων ανακοινώσεων (posters)***Προεδρείο: Χριστίνα Μπάμπαλη, Μαρισόλ Νούτσι***1. Οι ενδαγγειακοί καθητήρες ως αίτιο βακτηριαμίας και ο σωστός χειρισμός τους προς αποφυγή ενδοσσοκομειακής λοίμωξης**

Αθανάσιος Μάρκου

Μικροβιολογικό Εργαστήριο του Γενικού Νοσοκομείου Ζακύνθου

2. Αμφοτερόπλευρος τραυματικός πνευμοθώρακας μετά από ρήξη τραχείας σε παιδιατρικό ασθενή – Παρουσίαση περιστατικού

Σ. Νικολούζος¹, Χ. Μαραγκού², Α. Ψυρροπούλου², Ι. Ντε Μάτζιο²

¹ Χειρουργός θώρακος – καρδιάς, Χειρουργικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας

² Παιδιατρικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας

3. Ενδοτραχειακό μυοεπιθηλίωμα – Μια εξαιρετικά σπάνια περίπτωση

Σ. Νικολούζος¹, Γ. Ζαχαρία², Δ. Δαφνής³, Α. Μουζακίτη⁴,

¹ Χειρουργικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας

² Ανασθησιολογικό Τμήμα, Γενική Κλινική Κερκύρας «Αλέξανδρος Μάστορας»

³ Αγγειοχειρουργός, Συνεργάτης Χειρουργικού Τμήματος, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας

⁴ Παθολόγος-Ογκολόγος

4. Πρόβλεψη αναπνευστικής λειτουργίας μετά από πνευμονεκτομή

Σ. Νικολούζος¹, Γ. Ζαχαρία², Δ. Δαφνής³, Κ. Καγκουριδής⁴

¹ Χειρουργός θώρακος – καρδιάς, Χειρουργικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας

² Ανασθησιολογικό Τμήμα, Γενική Κλινική Κερκύρας «Αλέξανδρος Μάστορας»

³ Αγγειοχειρουργός, Συνεργάτης Χειρουργικού Τμήματος, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας

⁴ Πνευμονολόγος

17:00 – 19:00 Ελεύθερες ανακοινώσεις

Προεδρείο: Κωνσταντίνος Μωραΐτης

1. Diabetic Nephropathy (DN) and Chronic Renal Failure (CRF)

Alketa Koroshi

Dept. of Nephrology, University Hospital Center, Tirana, Albania

2. Syphilis in Albania: clinical overview of recent cases

Arjan Harxhi, Esmeralda Meta, Najada Como, Sadik Aliko, Dhurata Torba, Erjona Shehu, Dhimiter Kraja.

Infectious Disease Service, University Hospital Center of Tirana

3. Limits of modern anesthesia. Median sternotomy under peridural anesthesia

Saimir Kuçi MD, Andi Kaçani MD**, Stavri LLazo MD*,*

Alfred Ibrahim MD, Ermal Likaj MD**, Ervin Bejko MD*,*

Merita Zeka MD Esmerilda Lico MD*, Marlind Dimçe **

**Department of Anesthesia and Intensive Care Unit of Cardiac and Vascular Surgery Clinic, University Hospital Center "Mother Theresa", Tirana.*

*** Clinic of Cardiac Surgery, University Hospital Center "Mother Theresa", Tirana.*

4. Congenital Heart Septal Defects (CHSD) During Infancy (0-1 Year) - 3 years experience

Albert Kojaj¹, Niketa Koliçi², Numila Kuneshka¹, Durim Bebeçi¹,

¹ - General Pediatric Service Nr.1.QSU "Mother Teresa" Tirana.

² - Neonatology Service, SUOGj. "Koco Gliozheni" Tirana.

5. Detection of Serious Congenital Heart Disease: The Need for Serious Fetal Cardiac Evaluation

Albert KOJAJ¹; N.Kolici²; N.Kuneshka¹; D.Bujari²; E.Postoli²;

D.Lushi²; G.Bime²; E.Kreko²; F. Sadikaj³; B.Dardha³; E.Tushe⁴

¹Department of Pediatrics; Pediatrics cardiologist; HUC "Nënë Tereza" Tirana

²HUOG"Koco Gliozheni" Tirana, Neonatologist

³ HUOG"Koco Gliozheni" Tirana, Head-nurse NICU

⁴ HUOG"Koco Gliozheni" Tirana, Head of Neonatal Service

6. Συχνότητα μεταλλάξεων του k-ras σε πληθυσμό ασθενών με μεταστατικό κολορρθικό καρκίνο, κατοίκων του νομού Κερκύρας

Καποδίστριας Ν. , Μουζακίτη Α.

Παθολόγοι-Ογκολόγοι

7. Περιγραφή Περιστατικού Βλεννοκλήης Σκκληκοειδούς

Α. Παράσχου¹, Χ. Τσαγκαρουσιάνος¹, Η. Καρανίκα¹, Φ. Κούνδουρος¹, Π. Καψαμπέλης³, Μ. Δεναξά², Ε. Πάλλη², Π. Καψαμπέλης¹

¹Χειρουργικό και ²Ανασθησιολογικό Τμήμα Γ.Ν. Ζακύνθου

³Φοιτητής Ιατρικής Πανεπιστημίου Πατρών

8. Παρουσίαση Περιστατικού Ενδομυϊκού Αιμαγγειώματος

Α. Παράσχου¹, Μ. Τσουκαλάς¹, Σ. Μυλωνάς², Μ. Μπισκίνη¹, Π. Καψαμπέλης⁴, Μ. Παναγούλια¹, Η. Κάπρος³, Δ. Ακτύπη², Π. Καψαμπέλης¹

¹Χειρουργικό, ²Ορθοπαιδικό και Ακτινολογικό³ Τμήμα Γ.Ν. Ζακύνθου

⁴Φοιτητής Ιατρικής Πανεπιστημίου Πατρών

9. Παρουσίαση Περιστατικού Ημιαγενεσίας Θυρεοειδούς

Κ. Χρόνης¹, Δ. Στήθος¹, Μ. Αγγελίδη², Α. Παράσχου¹, Κ. Βεντουρή³, Ε. Πάλλη², Π. Καψαμπέλης¹

¹Χειρουργικό και ²Αναθησιολογικό Τμήμα Γ.Ν. Ζακύνθου

³Παθολογοανατόμος

10. Παρουσίαση Περιστατικού Κάκωσης Έκτοπου Νεφρού

Α. Παράσχου¹, Μ. Σταυρίδης¹, Α. Γκριντζάπη¹, Σ. Δρακόπουλος¹, Π. Καψαμπέλης³, Η. Κάπρος², Π. Καψαμπέλης¹

¹Χειρουργικό και ²Ακτινολογικό Τμήμα Γ.Ν. Ζακύνθου

³Φοιτητής Ιατρικής Πανεπιστημίου Πατρών

11. Memocath - Ένα νέο, αφαιρούμενο, θερμο-ευαίσθητο, μεταλλικό στεντ

Μωραΐτης Α. Κωνσταντίνος

M.D., FEBU, FES, Χειρουργός Ουρολόγος Ανδρολόγος

12. Παρουσίαση της Εθνικής Μελέτης Νοσηρότητας και Παραγόντων Κινδύνου (EMENO)

Γιάννης Αλαμάνος, Πηνελόπη Βουκία**, Μαρία Ζήκου**, Νίκος Παγκράτης**, Γιώτα Τουλούμη****

**Ινστιτούτο Προληπτικής Ιατρικής, ** Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας,*

**** Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ*

Κυριακή 4 Μαΐου 2014

Αίθουσα Α

09:30 – 10:30 Στρογγυλό Τραπέζι:

**«Νεοπλασίες: Από την πρόληψη στις στοχευμένες
θεραπείες»:**

*Προεδρείο: Μαρία Γονίδη, Ευάγγελος Ντουβέλης, Σπυρίδων
Ρωμαίος*

Ομιλητές:

**1. «Ο ρόλος της κλινικής κυτταρολογίας στην πρόληψη,
διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου»**

Παυλίνα Αθανασιάδου

**2. «Στοχευμένες θεραπείες: Το παρόν και το μέλλον
της Ογκολογίας»**

Σπυρίδων Ξυνόγαλος

**3. «Αντιμετώπιση του παιδοογκολογικού ασθενούς
σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο»**

Ελευθέριος Σμαρόπουλος

10:30 – 11:30 Διάλεξη:

«Πρόληψη γυναικολογικού καρκίνου»

Προεδρείο: Μαρία Γονίδη, Μιχαήλ Ναθαναήλ

Ομιλητής: *Ευάγγελος Παρασκευαΐδης*

11:30 – 12:00 Διάλεξη:

«Βαλβιδοπάθειες καρδιάς, η Νέα επιδημία»

*Προεδρείο: Ευστάθιος Κουλουρίδης, Χρήστος Κουρής,
Αθανάσιος Παγώνης*

Ομιλητής: *Μαρία Αρώνη*

12:00 – 12:30 Διάλειμμα

12:30 – 14:00 Στρογγυλό Τραπέζι:

«Φαρμακευτική αλλεργία στην καθημερινή πράξη».

Προεδρείο: Ιωάννης Βορβίλας, Γρηγόριος Λώμης

Ομιλητές:

1. «Περιεγχειρητική αλλεργία»

Μιχαήλ Μακρής

2. «Αλλεργία στα αντιφλεγμονώδη (ΜΣΑΦ) και λοιπά συχνής χρήσης φάρμακα»

Σταμάτιος Βαρθολομαίος

3. «Αλλεργία στα αντιβιοτικά σε παιδιά και ενήλικες»

Μαρία Κουρή

14:00 – 15:00 ΤΕΛΕΤΗ ΛΗΞΗΣ - ΒΡΑΒΕΥΣΕΙΣ

ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΕΙΣΗΓΗΤΕΣ

Όνοματεπώνυμο	Ιδιότητα
Αηδονίδης Αλέξανδρος	Μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών ιστορικής δημογραφίας, Ιόνιο Πανεπιστήμιο
Αθανασιάδου Παυλίνα	Καθηγήτρια Παθολογικής Ανατομικής - Κυτταρολογίας Ε.Κ.Π.Α .
Αλαμάνος Ιωάννης	Αναπληρωτής Καθηγητής Υγιεινής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πατρών, Εργαστήριο Υγιεινής
Ανδρικόπουλος Γιώργος	MD, PhD, Καρδιολόγος, Διευθυντής ΓΝΑ Ερρίκος Ντυνάν, Γραμματέας Ελληνικής Εταιρείας Καρδιαγγειακής Έρευνας
Ανθρακόπουλος Μιχαήλ	Καθηγητής Παδιατρικής, Παιδοπνευμονολογίας Πανεπιστημίου Πατρών
Ανυφαντής Εμμανουήλ	MA CCC-SLP, Λογοπαθολόγος
Ανωγιάτης-Ρελέ Δημήτριος	Καθηγητής Τμήματος Ιστορίας Ιονίου Πανεπιστημίου, Κοσμήτορας Ιονίου Πανεπιστημίου
Αρώνη Μαρία	MD, FACS, FACC, FCCP. Τέως Επίκουρη Καθηγήτρια Καρδιοχειρουργικής, Cornell University - New York Hospital, New York, USA Διευθύντρια Καρδιοχειρουργικής Κλινικής Ευρωκλινική Αθηνών. Διπλωματούχος American Board of Thoracic Surgery”
Βαρθολομαίος Σταμάτιος	Αλλεργιολόγος
Βασιλείου Μιλτιάδης	Αν. Καθηγητής Πνευμονολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Βλασερού Ευτέρπη	Παθολόγος
Βορβίλας Ιωάννης	Γενικός Ιατρός
Γεωργόπουλος Αντώνιος	Αιματολόγος
Γιάγκας Χρήστος	Αγγειοχειρουργός
Γκιώνης Μιχαήλ	MD, PhD, Αγγειοχειρουργός, Ιατρική Σχολή Κρήτης
Γονίδη Μαρία	Κυτταρολόγος
Δραγανίγος Αντώνιος	Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής ΓΝΝΚ

Ζαβιτσάνος Ιωάννης	Καρδιολόγος
Ζαφειρόπουλος Παρασκευάς	Επιμελητής Οφθαλμολογίας Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων.
Ζερβός Χριστόφορος	Πνευμονολόγος
Καββαδίας Αλέξανδρος	Πνευμονολόγος
Καγκουρίδης Κωνσταντίνος	Πνευμονολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης, Β' Πνευμονολογική Κλινική ΕΚΠΑ
Κάκας Μιχαήλ	Χειρουργός, Διευθυντής Χειρουργός Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού
Κατσαρός Ανδρέας	Ψυχίατρος, Συντονιστής Διευθυντής ΕΣΥ Κ.Ψ.Υ και Ιατροπαιδαγωγικού Ινστιτούτου Κέρκυρας.
Κιρκίνη Ευανθία	Γενικός ιατρός, Επιμελήτρια Α' Π.Ι. Α. Κορακιάνας
Κοντογιάννης Απόστολος	Ενδοκρινολόγος
Κοντογιώργης Αριστείδης	Παιδίατρος
Κοσκινάς Νικόλαος	Ουρολόγος
Κουλουρίδης Ευστάθιος	Νεφρολόγος, Διευθυντής MTN ΓΝΝΚ
Κουρή Μαρία	Αλλεργιολόγος
Κουρή Μαρίνα	Μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών ιστορικής δημογραφίας, Ιόνιο Πανεπιστήμιο
Κουρής Χρήστος	Καρδιολόγος
Κούστα Ελένη	M.D., PhD, Ενδοκρινολόγος
Κυπάρος Ιωάννης	Γυναικολόγος
Κωλέττης Θεόφιλος	Καθηγητής Καρδιολογίας Παν/μίου Ιωαννίνων
Λιτοβόη Ελευθερία	Γενική Ιατρός
Λιονής Χρήστος	Καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Διευθυντής Κλινικής, Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης
Λώμης Γρηγόριος	Παθολόγος
Μακρής Μιχαήλ	Αλλεργιολόγος, Επιμελητής Α' Ε.Σ.Υ., υπεύθυνος μονάδας αλλεργιολογίας «Δ. Καλογερομήτρος», Β' Κλινική Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν. «Αττικών»

Μαλίζος Κωνσταντίνος	Καθηγητής Ορθοπαιδικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
Μαλτέζος Αθανάσιος	Οφθαλμίατρος
Μάναλη Ευφροσύνη	Λέκτορας Πνευμονολογίας, Β΄ Πνευμονολογική Κλινική ΕΚΠΑ
Μάνδουλα – Κουσούνη Μαρία	Παιδιάτρος, Ιστορικός, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής του ΕΚ Πανεπιστημίου Αθηνών, Πρόεδρος ΙΧΕΚ
Μαντζούκη Χριστίνα	Μαία Msc “Έρευνα στην γυναικεία αναπαραγωγή” Ιατρική Σχολή Αθηνών
Μαρσέλου Άντα	Ιστορικός, διδάκτωρ Ιονίου Πανεπιστημίου
Μεταλληνός Ιωάννης	Πλαστικός χειρουργός
Μίχα Ρωξάνα	Παιδοψυχίατρος, Επιμελήτρια Α΄ Κ.Ψ.Υ.- Ιατροπαιδαγωγικού Ινστιτούτου Κέρκυρας
Μιχαλόπουλος Αθανάσιος	Παθολόγος - Διαβητολόγος, μέλος του Δ.Σ. της Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης Παχυσαρκίας, Μεταβολισμού και Διαταραχών Διατροφής
Μουζακίτη Άννα	Παθολόγος-Ογκολόγος
Μπάλας Παναγιώτης	Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής του Ε.Κ.Π.Α.
Μπαλής Νικόλαος	Ορθοπαιδικός
Μπάμπαλη Χριστίνα	Μικροβιολόγος
Μπούκης Σπυρίδων	Δερματολόγος
Μωραΐτης Κωνσταντίνος	Ουρολόγος
Ναθανάηλ Μιχαήλ	Γυναικολόγος
Νούτσι Μαρισόλ	Μικροβιολόγος
Ντουβέλης Ευάγγελος	Παθολόγος-Ογκολόγος
Ξυνόγαλος Σπυρίδων	Παθολόγος-Ογκολόγος, Διευθυντής, Ογκολογικό Τμήμα Γ.Ν.Α. «Γεώργιος Γεννηματάς»
Οβάλες Κωνσταντίνος	Νευρολόγος
Παγώνης Αθανάσιος	Καρδιολόγος
Πανδής Βασίλειος	Ορθοπαιδικός
Παπανικολάου Ηλιάς	Πνευμονολόγος, Επιμελητής Β΄ Πνευμονολογικής Κλινικής Γενικού Νοσοκομείου Κερκύρας
Παπίρης Σπυρίδων	Καθηγητής Πνευμονολογίας, Β΄ Πνευμονολογική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Επίτιμος Πρόεδρος ΙΧΕΚ

Παρασκευαΐδης Ευάγγελος	Καθηγητής Μαιευτικής – Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Παθολογίας του Τραχήλου, Πρόεδρος Ελληνικής Ακαδημαϊκής ομάδας μελετών παθήσεων του τραχήλου
Παρηγόρης Μιχαήλ	Χειρουργός
Πιλότσι Αλεξάνδρα	Ενδοκρινολόγος
Πολιτάκης Πέτρος	Γενικός Ιατρός, Επιμελητής Β΄ Π.Ι. Καστελλάνων Μέσης
Πολίτης Σπυρίδων	Παθολόγος
Πουλιάση Χρυσούλα	Ακτινολόγος
Ραζής Νικόλαος	Δρ., Γενικός ιατρός, Διευθυντής Κέντρου Υγείας Καλαβρύτων
Ρωμαίος Σπυρίδων	Χειρουργός Παίδων
Σκιαδόπουλος Σπυρίδων	Χειρουργός
Σκούρτης Χρήστος	Ορθοπαιδικός
Σμαρόπουλος Ελευθέριος	Παιδοχειρουργός, Επιμελητής Α΄, Παιδοχειρουργική Κλινική, Ιπποκράτειο Γ.Ν.Θ.
Σπαθαράκης Γεώργιος	Γενικός ιατρός, Διευθυντής Κ.Υ. Ιτέας
Σπιτιέρη-Γουδέλη Αγάθη	Μικροβιολόγος
Τάλεμπ Ίσσα	Παθολόγος
Τησαρχόντου Ηλίας	Μικροβιολόγος
Τουλούμης Χαράλαμπος	Ψυχίατρος, Συντονιστής Διευθυντής 5ου Ψ.Τ.Ε., Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής
Τσαμανδουράκη Κυριακή	Ιατρός Κοινωνικής Ιατρικής
Τσιάμης Κω/νος	Ιατρός, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ
Φαγογένης Σπυρίδων	Καρδιολόγος
Φατούρου Βασιλική	Μικροβιολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ
Χαϊνης Κυριάκος	FCCP, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Διευθυντής Πνευμονολογικής Κλινικής Γεν. Νοσ/μείου Κερκύρας
Χατζηγεωργίου Δημήτρης	Παθολόγος–Λοιμωξιολόγος, Υποδιοικητής Νοσοκομείου Αεροπορίας
Χριστοδούλου Καλλίνικος	Χειρουργός, Διευθυντής Χειρουργικής Κλινικής ΓΝΚ

9ο Νοσηλευτικό Σεμινάριο

*στα πλαίσια του Συνεδρίου
της Ιατροχειρουργικής Εταιρείας Κερκύρας*

Σάββατο 3 Μαΐου 2014

- 9.30: *Ομιλία-προσφώνηση της Προέδρου της Οργανωτικής Επιτροπής κας Αν. Αργυροκαστρίτη για την έναρξη του 9ου Νοσηλευτικού Σεμιναρίου.*
- 9.45 -12.00: **Ελεύθερες ανακοινώσεις.**

1^ο ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ: ΓΡΑΜΜΕΝΟΥ ΣΟΦΙΑ-ΞΕΝΟΥ ΣΟΦΙΑ

- 9.45 -9.55: **Η εξέλιξη της Νοσηλευτικής από την ίδρυση του Ψυχιατρείου έως την οριστική παύση του.**

Δ.Αθηναίου
ΤΕ-Νοσηλεύτρια, Διευθύνουσα Γ.Ν.Ν.Κερκύρας,
Μ.Νεράντζη
ΤΕ Νοσηλεύτρια, Τομέαρχης Ψ/Κ τομέα Γ.Ν.Ν.Κερκύρας,
Σ.Βασιλείου
ΠΕ Διοικητικού Ψ/Κ τομέα Γ.Ν.Ν.Κερκύρας

- 9.55 - 10.05: **«Κοινωνικό δίκτυο υπηρεσιών ψυχικής υγείας Κερκύρας: παρουσίαση της λειτουργίας του ξενώνα Ν. Μώρος 1993–2013. 20 χρόνια λειτουργίας στα πλαίσια της ψυχικής μεταρρύθμισης.»**

Μαρία Β. Δημοπούλου
Νοσηλ, ΜSc, Προϊστ Ξεν Ν.ΜΩΡΟΣ, Επιστ Υπεύθ ΚΜΨΥ Κέρκυρας, Κοιν Δίκτυο Υπηρ
ΨΥ,Γ.Ν.Κ,Μέλος ΤΕΨΥ,
Ευαγγελία Καλογήρου
Νοσηλ,Υπεύθ Ξεν Ν.ΜΩΡΟΣ, Κοινोट Δίκτ Υπηρεσ ΨΥ,ΓΝ.Κ,
Ρομπέρτα Μαρία Φάντι
Ψυχίατρος, Επιμελ Α' ΕΣΥ, Επιστ Υπεύθ Ξεν Ν.ΜΩΡΟΣ, Κοινोट Δίκτ Υπηρεσ ΨΥΓ.Ν.Κέρκ,
Μέλος ΤΕΨΥ

- 10.05 -10.15: **Ηλικιωμένοι με ψυχικό νόσημα. Φροντίδα και προοπτικές.**

Τριανταφύλλου Χρυσούλα
ΤΕ Νοσηλ Ψυχικής Υγείας Ψυχ. Νοσ/μείου Θεσ/νίκης,
Αργυροκαστρίτη Αναστασία
ΤΕ Νοσηλεύτρια Γ.Ν.Ν.Κερκύρας,
Χρηστίδου Αννέτα
Νοσηλεύτρια Ψυχικής Υγείας Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσ/νίκης.

10.15 - 10.25: Ανασκόπηση της πορείας της ενδοσκοπικής χειρουργικής μέσα στο χρόνο.

Μαρία Ντάρα

ΤΕ, Νοσηλεύτρια, Αναπλ. Προϊσταμένη Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων. «Γ. Χατζηκόστα»-

Ζήκου Μαρία

ΤΕ Νοσηλεύτρια, Τομέαρχης Ψυχ. Τομέα Γ.Ν.Ν. Κερκύρας

2^ο ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ: ΝΤΟΥΚΑ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ-ΛΙΒΙΤΖΑΝΟΥ ΜΑΡΓΑΡΙΤΑ

10.35 - 10.45: Η λειτουργία της Μονάδας Θαλασσαιμίας ως Αυτόνομο Νοσηλευτικά Τμήμα στη τελευταία 10ετία. Σύγκριση με το παρελθόν – Επίπτωση στην ποιότητα ζωής των θαλασσαιμικών πασχόντων.

Κοντοδήμου– Κούφαλη Μαρία,

ΤΕ Νοσηλεύτρια, Προϊσταμένη Μον. Μεσογ. αναμίας Γ.Ν.Ν. Κερκύρας.

10.45 - 10.55: Ο ρόλος της νοσηλευτικής φροντίδας σε ασθενείς με καρκίνο του προστάτη.

Κριάδη Βαρβάρα,

ΤΕ Νοσηλεύτρια, Προϊσταμένη Χ/Κ κλινικής Γ.Ν.Ν.Κερκύρας.

10.55 - 11.05: Το άγχος και πως επηρεάζει τον σύγχρονο άνθρωπο (αίτια, μελέτες και αντιμετώπιση).

Καρπουζά Αννα

Τ.Ε Νοσηλεύτρια-Ψ/Χ Κλινικής Γ.Ν.Ν.Κερκύρας,

Μηνά Χριστίνα

ΤΕ Νοσηλεύτρια-Ψ/Χ Κλινικής, Γ.Ν.Ν.Κερκύρας,

Ξένου Σοφία

ΤΕ Νοσηλεύτρια, Προϊσταμένη Ψ/Χ κλινικής Γ.Ν.Ν.Κερκύρας

11.05 - 11.15: Ανεπιθύμητα συμβάματα κατά τη διάρκεια και μετά το πέρας της αιμοληψίας σε αιμοδότη ολικού αίματος.

Μαρία Γεωργουλά

ΤΕ Νοσηλεύτρια Σταθμού Αιμοδοσίας Γεν.Νοσοκ.Κερκύρας

3° ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ: ΜΗΛΙΩΤΗ ΟΛΓΑ-ΝΕΡΑΝΤΖΗ ΜΑΡΙΑ

11.25 - 11.35: Διερεύνηση της στάσης της Κοινότητας Αγίου Μάρκου προς τους διαβιούντες του οικοτροφείου «ΚΛΕΙΩ» με τη συμπλήρωση έξι χρόνων λειτουργίας του.

*Παπαδόπουλος Νικόλαος Αθηναίου Διαμαντίνα,
Δημητρακοπούλου Σταυρούλα, Ιακωβίδης
Γεώργιος, Καρπουζά Άννα, Νεράντζη Μαρία, Ξένου Σοφία,,
Παγκράτη Αικατερίνη, Φράγκου Αικατερίνη, Χανδρινός
Ξενοφών.*

*Οικοτροφείο "Κλειώ"- Ψυχιατρικός Τομέας Γ.Ν. Κ.- Πολυκλαδική ομάδα Οικοτροφείου
"Κλειώ".*

11.35 - 11.45: Κυκλικό ωράριο εργασίας σε υπηρεσίες υγείας- επιπτώσεις στην υγεία και τη ζωή των Νοσηλευτών.

*Αργυροκαστρίτη Αναστασία
ΤΕ Νοσηλεύτρια Σταθμού Αιμοδοσίας Γ.Ν.Ν.Κερκύρας.
Ντούκαν-Πανδή Π.
ΤΕ Νοσηλεύτρια Προϊσταμένη Αναισθησιολογικού Γ.Ν.Κ,
Τριανταφύλλου Χ
ΤΕ Νοσηλεύτρια Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Σταυρούπολης.
Γιαβρή Σ
ΤΕ Νοσηλεύτρια Γ.Ν.Κ.*

11.45 - 11.55: Ενθαρρυντικοί ή αποθαρρυντικοί παράγοντες της γονεϊκής παρουσίας στη φλεβοκέντηση του παιδιού.

*Καρύδη Ευτυχία
ΤΕ Νοσηλεύτρια, Προϊσταμένη Π/Δ κλινικής Γ.Ν.Ν.Κερκύρας.*

12.00 -12.30: Διάλειμμα για καφέ.

Πόστερ Δικαστικής Ψυχιατρικής

4° ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ: ΡΟΥΤΣΗ ΔΗΜΗΤΡΑ-ΑΘΗΝΑΙΟΥ ΔΙΑΜΑΝΤΙΝΑ

12.30 - 13.00 Κλινική κατευθυντήρια οδηγία: «Ανοιχτή μέθοδος βρογχοαναρρόφησης σε ασθενή με ενδοτραχειακό σωλήνα-τραχειοστομία».

*Ραψομανίκης Α.-Γκίλιας Γ.
ΤΕ Νοσηλεύτες ΜΕΘ Γ.Ν.Ν.Κερκύρας.*

- 13.00 - 13.30:** Ομιλία της κας Ασπ. Παναγιώτου, Τομεάρχου του Σισμανογλείου Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών με θέμα: **«Ποιότητα φροντίδας στους ασθενείς και στελέχωση τμήματος».**
- 13.30 - 14.30** Λήξη της ημερίδας με ομιλία της Τομεάρχου του Π/Θ τομέα του Γενικού Νοσοκομείου Κερκύρας κας Δήμ. Ρούτση με θέμα: **«Κερκυραίες Πρωτοπόρες Νοσηλεύτριες του 20ου αιώνα».**

Περίληψεις Ανακοινώσεων

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ
18^ο ΤΑΚΤΙΚΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ Ι.Χ.Ε.Κ

ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΙΣΧΙΟΥ ΚΑΙ ΟΛΙΚΗ
ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΓΟΝΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΩΧΡΟΝΟΣΙΑΚΗ
ΑΡΘΡΟΠΑΘΕΙΑ.

*Χ. Κωνσταντινίδης, Π. Μπαλανίκας, Π. Αυγέρης, Σ. Γαλάνης,
Κ. Παπακωστίδης*

Ορθοπαιδική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα, Ελλάδα

Η ωχρονοσία αποτελεί τη μυοσκελετική εκδήλωση της αλκαπτονουρίας, μιας σπάνιας κληρονομικής μεταβολικής διαταραχής που χαρακτηρίζεται από της συγγενή έλλειψη του ενζύμου οξειδάση του ομογεντισιακού οξέος. Η επίπτωση της νόσου είναι 1/1000000 γεννήσεις στο δυτικό κόσμο. Σχετίζεται με διάφορες συστηματικές διαταραχές που οφείλονται στην εναπόθεση του ομογεντισιακού οξέος ως χρωστική στους ιστούς.

Παρουσιάζουμε την περίπτωση ενός άνδρα ασθενή 71 ετών, πάσχοντος από τελικού σταδίου εκφυλιστική αρθρίτιδα του δεξιού ισχίου και του αριστερού γόνατος, που αντιμετωπίστηκε σε πρώτο χρόνο με ολική αρθροπλαστική ισχίου χωρίς χρήση τιμέντου και μετά το πέρας 8 μηνών με ολική αρθροπλαστική γόνατος.

Σακχαρώδης διαβήτης στην παιδική ηλικία:
μία διαγνωστική πρόκληση

Τσιώλη Χρ. Α., Danne T., Κορδονούρη Ο.

Παιδιατρικό Νοσοκομείο AUF DER BULT, Διαβητολογικό τμήμα, Αννόβερο Γερμανίας

Εισαγωγή:

Η ταξινόμηση του σακχαρώδους διαβήτη (ΣΔ) στην παιδική ηλικία είναι σημαντική. Η σφαιρική θεώρηση των δεδομένων κατευθύνει όχι μόνο την διάγνωση, αλλά επηρεάζει καθοριστικά την θεραπεία και την μακροπρόθεσμη εξέλιξη της νόσου.

Περιστατικό:

Αναφερόμαστε σε παχύσαρκο κορίτσι 12 ετών (βάρος 65,8 kg (άνωθεν της 97ης εκατοστιαίας θέσης), ύψος 159 cm, BMI 26 kg/m² (97η εκατοστιαία θέση)) που παρουσιάστηκε με κλινικό υποθυρεοειδισμό (fT4 0,93 ng/dl, TSH 11,53 μIU/ml) στα πλαίσια θυρεοειδίτιδας Hashimoto (αντιμικροσωμιακά αντισώματα 86,3 IU/ml). Η ασθενής εμφάνισε τα τυπικά σημεία αύξησης βάρους, κόπωσης, δυσανεξίας στο ψύχος. Η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη, που μετρήθηκε με αφορμή την παχυσαρκία, ήταν παθολογική (6,8%). Οικογενειακό αναμνηστικό: Ο πατέρας έπασχε από υπερθυρεοειδισμό. Στο ιστορικό του αναφερόταν αυξημένο σάκχαρο αίματος, χωρίς να του είχε επιβληθεί κάποια θεραπεία γι' αυτό.

Διερεύνηση:

Σε τυχαίες μετρήσεις σακχάρου εμφανίστηκαν αυξημένες τιμές νηστείας (max. 131 mg/dl). Ενώ στην δοκιμασία ανοχής γλυκόζης καταγράφηκε παθολογική τιμή, 211 mg/dl στις 2 ώρες. Λόγω της συνύπαρξης αυτοάνοσης δραστηριότητας υποθέσαμε ΣΔ τύπου 1, όμως η πιθανότητα ΣΔ τύπου 2 δεν μπορούσε να παραβλεφθεί λόγω της παχυσαρκίας. Σε απουσία πολυουρίας και πολυδιψίας, δεν χορηγήθηκε θεραπεία ινσουλίνης, παρά μόνο θεραπεία υποκατάστασης με L-Thyroxin. Παραλλήλως δόθηκαν συμβουλές από διαιτολόγο και συστήθηκε αύξηση της σωματικής δραστηριότητας με στόχο την απώλεια βάρους. 8 εβδομάδες αργότερα η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη παρέμεινε αμετάβλητη, οι τυχαίες μετρήσεις σακχάρου επιβεβαίωναν μία μέτρια υπεργλυκαμία. Εχοντας λάβει εν τω μεταξύ, αρνητικά αποτελέσματα για τα ειδικά αντισώματα που σχετίζονται με τον διαβήτη, η διάγνωση ΣΔ 1 φαινόταν απίθανη. Στον γενετικό έλεγχο εντοπίστηκε έλλειψη ενός αλληλίου για το γονίδιο της γλυκοκινάσης (Maturity onset diabetes of the young, MODY 2), που επρόκειτο για μία μη-καταγεγραμμένη αλλοίωση. Οι ασθενείς με αλλοιωμένο το γονίδιο της γλυκοκινάσης εμφανίζουν, εξαιτίας της ελαττωμένης ευαισθησίας των βήτα νησιδίων στην διακύμανση της γλυκόζης αίματος, μεσομακροπρόθεσμα ήπια αλλά σταθερή υπεργλυκαμία. Στους ασθενείς με MODY 2 σπάνια καταγράφονται διαβητικές επιπλοκές, ενισχύοντας την στρατηγική της μη χορήγησης θεραπείας, ειδικά κατά την παιδική ηλικία.

Συμπέρασμα:

Σε ασθενείς με ΣΔ αρνητικούς για τα αντισώματα που σχετίζονται με τον διαβήτη, με θετικό οικογενειακό ιστορικό και χαμηλές ανάγκες ινσουλίνης ενδείκνυται η γενετική διερεύνηση για MODY. Η σωστή θεραπεία και κατά συνέπεια καλή πορεία των ασθενών εξαρτάται από την σφαιρική θεώρηση των κλινικών παραμέτρων, των εργαστηριακών ευρημάτων και από την ευαισθητοποίηση των ιατρών.

Συγκριτική μελέτη αποτελεσμάτων με χρήση βιοσυνθετικής κόλλας για στήριξη πλέγματος σε βουβωνοκήλη αντί ραμμάτων.

Χριστοδούλου Κ, Λαζάρου Λ, Παπαδημητρίου Γ, Λιώρη Αννα, Χρήστου Παρασκευή

Χειρουργικό και Αναισθησιολογικό τμήμα Γ.Ν.Κέρκυρας.

Σκοπός :

Σκοπός της εργασίας είναι η σύγκριση της χρήσης βιοσυνθετικής κόλλας για στήριξη του πλέγματος αντί ραμμάτων στις βουβωνοκήλες.

Υλικό και μέθοδος :

Πρόκειται για αναδρομική μελέτη των αποτελεσμάτων, που πραγματοποιήθηκε από 01/09/2012 έως 31/08/2013 από την ίδια χειρουργική ομάδα. Ομάδα Α με δεκαπέντε (15) ασθενείς με χρήση κόλλας και πλέγματος πολυπροπυλενίου, ομάδα Β τριάντα (30) ασθενείς με χρήση ραμμάτων και πλέγμα πολυπροπυλενίου. Εξαίρεθηκαν από την εργασία μεγάλες οσχεοκήλες, κήλες περισφιγμένες εκτάκτως χειρουργημένες και υποτροπές. Η αναισθησία ήταν και στις δύο ομάδες περιοχική. Στις δύο ομάδες η αντιμετώπιση ήταν κατά Lichtenstein. Στην Α ομάδα η μέση ηλικία ήταν 59.5 χρόνια και στην ομάδα Β ήταν 53.6 χρόνια. Στην Α ομάδα είχαμε δεκαπέντε (15) ασθενείς άνδρες ενώ στην ομάδα Β είχαμε είκοσι έξι (26) άνδρες και τέσσερις (4) γυναίκες. Στην Α ομάδα είχαμε εννιά (9) βουβωνοκήλες δεξιά και έξι (6) αριστερά ενώ στην ομάδα Β δεκαοκτώ (18) βουβωνοκήλες δεξιά, δέκα (10) αριστερά και 2 αμφοτερόπλευρα.

Αποτελέσματα :

Τα άμεσα αποτελέσματα ήταν άριστα για την ομάδα Α αφού οι ασθενείς ανέφεραν λιγότερο μετεγχειρητικό πόνο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας με στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες. Ο χειρουργικός χρόνος ήταν κατά μέσο όρο 8' λιγότερος στην ομάδα Α από την ομάδα Β. Σε επανέλεγχο που έγινε μέχρι σήμερα δεν σημειώθηκε καμμία υποτροπή αλλά ούτε απώτερος πόνος και στις δύο ομάδες. Επίσης ο χρόνος νοσηλείας στην Α ομάδα ήταν μικρότερος αφού σε πέντε (5) περιπτώσεις στην ομάδα Β εξήλθαν τη δεύτερη μετεγχειρητική ημέρα λόγω μετεγχειρητικού πόνου και την ανάγκη χορήγησης αναλγησίας. Δεν εμφανίστηκαν σηπτικές επιπλοκές σε καμμία από τις δύο ομάδες ενώ στην ομάδα Β σε δύο ασθενείς παρουσιάστηκε ύγρωμα, το οποίο αφαιρέθηκε με παρακέντηση.

Συζήτηση :

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία η χρήση βιοσυνθετικής κόλλας για τη στήριξη του πλέγματος στην ανοκτού τύπου πλαστική αποκατάσταση βουβω-

νοκλήλης υπερτερεί από τη χρήση ραμμάτων τόσο στο χρόνο χειρουργείου όσο και στον άμεσο και αψώτερο μετεγχειρητικό πόνο. Επίσης αναφέρεται ότι η χρήση της επιτρέπει γρηγορότερη επιστροφή στις καθημερινές δραστηριότητες καθώς και μικρότερη παραμονή στο νοσοκομείο. Αναφορικά με τις σηπτικές επιπλοκές και τις υποτροπές, οι πλείστες μελέτες δεν έχουν αναδείξει σημαντικά στατιστική διαφορά μεταξύ των δύο τεχνικών. Το ίδιο αποτέλεσμα εξήχθηκε και απο τη δική μας μελέτη.

Συμπερασματικά για την αποκατάσταση βουβωνοκλήλης και στις δύο τεχνικές το αποτέλεσμα ήταν άριστο όσο αφορά τις υποτροπές και τις σηπτικές επιπλοκές. Στην ομάδα Α ο άμεσος μετεγχειρητικός πόνος ήταν σημαντικά μειωμένος εως ανύπαρκτος και ο χειρουργικός χρόνος ήταν μικρότερος. Στην ομάδα Α το κόστος ήταν μεγαλύτερο αλλά το κέρδος για τον ασθενή ήταν η μικρότερη παραμονή στο νοσοκομείο καθώς και η ταχύτερη επάνοδος στις καθημερινές δραστηριότητες.

Παρουσίαση τριών περιπτώσεων συνδρόμου διαμερίσματος

Κάντας Θεοφάνης¹, Καρδακάρης Σπυρίδων¹, Κάντας Διονύσιος¹, Τρούσας Δημήτριος²

¹Ορθοπαιδική Κλινική Νοσοκομείου Κερκύρας, ²Χειρουργός Ορθοπαιδικός

Το σύνδρομο διαμερίσματος μπορεί να μην είναι η πιο συχνή, αλλά σίγουρα είναι η πλέον σοβαρή επιπλοκή, των μυοσκελετικών κακώσεων (κυρίως) των άνω και κάτω άκρων.

Κατά την επιπλοκή αυτή μέσα σε χώρο (διαμέρισμα) που περιβάλλεται απο ΑΝΕΝΔΟΤΑ τοιχώματα (απο οστά και περιτονίες), αναπτύσσεται μία αλλοκοτή και επιθετική αλληλουχία ισχαμίας και υψηλων ενδοδιαμερισματικών πιέσεων με την μορφή φαύλου κύκλου, που έχει τραγικές και μη αναστρέψιμες πιθανόν συνέπειες για τους πλέον ευαίσθητους «ένοιους» του διαμερίσματος που είναι κυρίως οι μύες και τα νεύρα.

Στην παρούσα εργασία παρουσιάζουμε την εμπειρία μας απο τρεις περιπτώσεις συνδρόμου διαμερίσματος που παρουσιάστηκαν στην ορθοπαιδική κλινική του νοσοκομείου Κερκύρας την τελευταία τριετία καθώς και την αντιμετώπισή τους. Επιπρόσθετα επιχειρούμε ανατομο-φυσιο-παθολογική μελέτη του συνδρόμου και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

ΑΤΡΗΣΙΑ ΠΡΩΚΤΙΚΟΥ ΔΑΚΤΥΛΙΟΥ ΣΕ ΝΕΟΓΝΟ

Μιχαήλ Λιούμπας, Χρυσούλα Μαραγκού, Αννα Ψυρροπούλου, Ντε

Μάτζιο Ιμμακολάτα

Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας

Η ατρησία πρωκτού είναι μία συγγενής ανωμαλία της ορθοπρωκτικής περιοχής, στην οποία παρατηρείται απουσία του πρωκτικού δακτυλίου στη σωστή θέση. Στην πραγματικότητα ανήκει σε μια γενικότερη κατηγορία ορθοπρωκτικών ανωμαλιών, που μπορεί να υπάρχουν διαφόρου βαθμού βαρύτητας ανωμαλίες, από στένωση του πρωκτού έως πλήρης αγενεσία αυτού με ή χωρίς επικοινωνία με το ουρογεννητικό σύστημα.

Συχνά συνυπάρχουν και άλλες διαμαρτίες από τη σπονδυλική στήλη, την καρδιά, το ουροποιογεννητικό, τον οισοφάγο και τα άκρα (VACTERL). Η επίπτωση είναι 1:5000 γεννήσεις. Κατά τον προγεννητικό έλεγχο, τα ευρήματα είναι μη ειδικά όπως πολυυδράμνιο, ενδοκοιλιακές κύστεις ή ευρήματα από άλλες συνυπάρχουσες διαμαρτίες, όπως υδρονέφρωση. Η θεραπεία είναι χειρουργική με κολοστομία ή πρωκτοπλαστική.

Παρουσιάζουμε άρρεν νεογνό 1ου 24ώρου που παραπέμφθηκε στην Παιδιατρική κλινική από ιδιωτικό μαιευτήριο με στένωση πρωκτικού δακτυλίου και εικόνα κεκαλυμμένου πρωκτού. Το νεογνό είχε ήδη σιτιστεί και είχε αποβάλει μικρή ποσότητα μηκνίου. Κατά την εισαγωγή του, το νεογνό ήταν σε σχετικά καλή γενική κατάσταση, με μοναδικά ευρήματα από την κλινική εξέταση διάταση κοιλίας και εικόνα κεκαλυμμένου πρωκτού, χωρίς άλλες εμφανείς συγγενείς ανωμαλίες. Στην κλινική μας αντιμετωπίστηκε με διακοπή σίτισης και τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα και εν συνεχεία έγινε άμεση διακομιδή σε 3οβάθμιο νοσοκομείο Παιδών για παιδοχειρουργική εκτίμηση και αντιμετώπιση, καθώς και περαιτέρω διερεύνηση για πιθανές συνυπάρχουσες συγγενείς ανωμαλίες. Στο 3οβάθμιο νοσοκομείο αντιμετωπίστηκε με πρωκτοπλαστική, ενώ στον έλεγχο στον οποίο υπεβλήθη δεν διαπιστώθηκαν άλλες συγγενείς διαμαρτίες.

Η ατρησία του πρωκτού όταν δεν συνυπάρχει με άλλες σοβαρές συγγενείς διαμαρτίες, συνιστά μία σπάνια μη θανατηφόρα κατάσταση. Θα πρέπει όντως να γίνουν οι κατάλληλοι χειρισμοί αποκατάστασής της ώστε να μην επηρεαστεί η μετέπειτα κοινωνική ζωή του παιδιού, λόγω της μακροχρόνιας δυσκοιλιότητας που οδηγεί στο φαινόμενο της εγκόπρισης.

ΠΑΡΕΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΩΣ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΜΕΣΗΣ ΩΤΙΤΙΔΑΣ

Μιχαήλ Λιούμπας, Χρυσούλα Μαραγκού, Άννα Ψυρροπούλου, Ντε Μάτζιο Ιμμακολάτα

Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας

Η πάρεση προσωπικού νεύρου (ΠΠΝ) είναι μια διαταραχή που μπορεί να προσβάλλει όλες τις ηλικίες και συνήθως αναπτύσσεται 2 εβδομάδες μετά από μία συστηματική λοίμωξη. Σήμερα πρόκειται για μία σπάνια επιπλοκή της οξείας μέσης ωτίτιδας (ΟΜΩ) με επίπτωση 0,005%, ενώ πριν την εφαρμογή της αντιβιοτικής αγωγής η επίπτωση έφτανε στο 0,5 – 0,7%. Η ΟΜΩ είναι μία καλοήγητος, αλλά υποτροπιάζουσα νόσος, με 1 στα 3 παιδιά να παρουσιάζουν ως και 6 επεισόδια μέχρι την ηλικία των 7 ετών. Στην ΟΜΩ, η πάρεση του προσωπικού νεύρου προκαλείται από τη συμπίεση του λόγω του οιδήματος που υπάρχει στην περιοχή του μέσου ωτός.

Παρουσιάζουμε άρρεν προνήπιο, ηλικίας 3 ετών, το οποίο προσεκομίσθη στην Παιδιατρική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Κέρκυρας με οξεία μέση ωτίτιδα δεξιά και εμπύρετο ως 39,5°C. Ο ασθενής λάμβανε ήδη θεραπεία με αζιθρομυκίνη από του στόματος για 3 μέρες από ιδιώτη παιδίατρο χωρίς αποτέλεσμα. Στην κλινική μας αντιμετωπίστηκε με κεφουροξίμη ενδοφλεβίως και παρά την αρχική κλινική βελτίωση και την πτώση του πυρετού, την 6η ημέρα νοσηλείας παρουσίασε ετερόπλευρη πάρεση προσωπικού νεύρου. Η αγωγή άλλαξε σε κεφτριαξόνη ενδοφλεβίως, ενώ προστέθηκε και κορτιζόνη. Ο ασθενής μεταφέρθηκε σε 3οβάθμιο νοσοκομείο Παίδων ώστε να υποβληθεί σε επείγουσα μυριγγοτομή. Η ΠΠΝ σε μικρό χρονικό διάστημα αποκαστάθηκε πλήρως.

Συμπερασματικά, η ΟΜΩ είναι μία καλοήγητος νόσος, η οποία πολλές φορές είναι αυτοπεριοριζόμενη. Παρόλα αυτά ο παιδίατρος πρέπει να γνωρίζει ότι μπορεί να προκαλέσει σοβαρές επιπλοκές, όπως η ΠΠΝ, της οποίας θεραπεία εκλογής είναι η μυριγγοτομή με άριστα αποτελέσματα.

ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΩΣ ΜΕΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ ΚΑΙ ΠΡŪΠΟΘΕΣΕΙΣ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΑ.

Στάθης Κουσουνης¹, Πετρίνα Γερογιάννη¹, Μαρία Μάνδουλα¹.

¹Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Παιδιατρικής και Προαγωγής της Υγείας, Παράρτημα Κέρκυρας.

Εισαγωγή:

Τα στοιχεία που συνθέτουν την έννοια της υγείας διαφέρουν στις διάφορες ηλικίες. Επομένως διαφορετικοί είναι οι παράγοντες που κρίνονται αναγκαίοι για την εγκατάσταση και τη διατήρησή της. Η παιδική ηλικία σήμερα αποτελεί αντικείμενο έντονου ενδιαφέροντος όλων των επιστημών και τα δικαιώματά των παιδιών κατοχυρώνονται από την Πολιτεία. Σημαντικός σταθμός, που δίνει έμφαση στην παιδική ηλικία ως αυθύπαρκτης αξίας, είναι η συγγραφή του «Αιμίλιου» από τον Rousseau τον 18ο αιώνα.

Σκοπός:

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι μέσα από την ιστορική έρευνα και την παρούσα πραγματικότητα να αναζητηθούν τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το παιδί ως οντότητα, να καταγραφούν οι προσπάθειες που καταβάλλονται σε ατομικό, οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο και να προταθούν λύσεις για τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσής του στην εποχή του τεχνολογικού θριάμβου και των ταχύτατων ρυθμών εξέλιξης σε όλους τους τομείς.

Υλικό και μέθοδος:

Μελετήθηκαν ιστορικές πηγές και λογοτεχνικά κείμενα, που καταγράφονται οι συνθήκες διαβίωσης των παιδιών διαχρονικά.

Αποτελέσματα:

Η υγεία των παιδιών φαίνεται να συνδέεται άμεσα με τους άλλους που πρωταγωνιστούν στη ζωή τους, όπως: γονείς, δάσκαλοι, περιβάλλον. Για την ελληνική κοινωνία η οικογένεια αποτελεί το βασικό στοιχείο της κοινωνικής ζωής και οργάνωσης και το σπουδαιότερο κοινωνικό θεσμό μέσα από τον οποίο αναπτύσσονται όλες εκείνες οι προϋποθέσεις για την υγεία του παιδιού.

Συμπέρασμα:

Η παιδική ηλικία είναι μία περίοδος που αξίζει ιδιαίτερη προσοχή εκ μέρους των γονιών και του κοινωνικού συνόλου. Το παιδί, με την ιδιαίτερη ψυχοσύνθεσή του, χρειάζεται καθοδήγηση και προστασία, αλλά και ως άτομο έχει και δικαιώματα. Δικαιώματα στη σωματική, ψυχική και πνευματική του υγεία.

Ενδεικτική βιβλιογραφία:

1. James Arthur Hadfield, *Παιδικότητα και εφηβεία, πέμπτη έκδοση, εκδόσεις Θυμάρι, Αθήνα, 1979.*
2. Πελαγία Σουτζόγλου-Κοτταρίδη, *Παιδί και υγεία στα πρώτα χρόνια της ανεξάρτητης Ελλάδας, 1830-1862, πρόλογος Σπύρος Δοξιάδης, Εκδόσεις 'Αωδώνη', Αθήνα, 1991.*
3. Colwyn Trevarthen, «Πως και γιατί επικοινωνούν τα βρέφη», *Πρόοδος στην αναπτυξιακή ψυχολογία των πρώτων χρόνων, Επιμέλεια έκδοσης: Γιάννης Κουγιουμουτζάκης, Πανεπιστημιακές εκδόσεις Κρήτης, τρίτη έκδοση, Ηράκλειο, 1999, σ.13-32*

ΟΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ, ΒΑΣΙΚΟ ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥΣ, ΟΠΩΣ ΔΙΑΦΑΙΝΟΝΤΑΙ ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΧΡΟΝΟ.

Πετρίνα Γερογιάννη¹, Στάθης Κουσουνηός¹, Μαρία Μάνδουλα¹.

¹Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Παιδιατρικής και Προαγωγής της Υγείας, Παράρτημα Κέρκυρας.

Εισαγωγή:

Η διατροφή είναι ένας από τους πιο σημαντικούς εξωγενείς παράγοντες που επηρεάζουν την ανθρώπινη υγεία και αποτελεί το θεμέλιο λίθο για τη διατήρησή της. Καθοριστικός παράγοντας για την προάσπιση και την προαγωγή της δημόσιας υγείας είναι η υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών συνθηκών, οι οποίες θα ξεκινήσουν από τη νεογνική ακόμη ηλικία.

Σκοπός:

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι μέσα από την ιστορική έρευνα να αναδειχτούν οι διατροφικές συνήθειες της παιδικής και εφηβικής ηλικίας, σε συνάρτηση με το περιβάλλον και τις πολιτισμικές συνήθειες, μέσα στο χρόνο.

Υλικό και μέθοδος:

Μελετήθηκαν ιστορικές πηγές και λογοτεχνικά κείμενα, που καταγράφονται οι διατροφικές συνήθειες των παιδιών και των εφήβων διαχρονικά. Αποτελέσματα: Η ιστορία της διατροφής βρίσκεται σε στενή σχέση με την ανθρωπολογία, την οικονομία, τη γεωγραφία, την κοινωνιολογία, την ιστορία της τέχνης, την αρχαιολογία. Το είδος και η ποσότητα της διατροφής καθορίζονται κυρίως από το φυσικό περιβάλλον και τις επιδράσεις που ασκεί η εκάστοτε ανθρώπινη δραστηριότητα σε αυτό.

Συμπέρασμα:

Από την εμφάνιση του ανθρώπου πάνω στη γη η αποκλειστική τροφή του νεογέννητου και του βρέφους ήταν το μητρικό γάλα. Η διατροφή δεν είναι ένα μονοσήμαντο φαινόμενο, καθώς περιλαμβάνει στοιχεία πολιτισμού που ανανεώνονται με τον ρυθμό που εξελίσσεται ένα σύνολο ανθρώπων και καθορίζεται από αντιλήψεις θρησκευτικές, φιλοσοφικές, συμβολικές, γενικότερα πολιτισμικές. Γενικά από την αρχαιότητα μέχρι τον 19ο περίπου αιώνα η διατροφή των παιδιών ήταν λιτή. Από το τέλος του 19ου αιώνα παρατηρείται βελτίωση στη διατροφή, λόγω της ανόδου του βιοτικού επιπέδου και της αστικοποίησης, που παρατηρήθηκε από τη βιομηχανική επανάσταση και μετά. Σήμερα στο δυτικό πολιτισμό η παχυσαρκία των παιδιών και των εφήβων αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά προβλήματα δημόσιας υγείας του 21ου αιώνα, και έχει πάρει διαστάσεις 'επιδημίας', σε αντίθεση με τις χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου και τις συνθήκες φτώχειας, οπουδήποτε παρουσιάζονται.

Ενδεικτική βιβλιογραφία:

1. Τούντας Γ.Κ., *Οι ιστορικές-κοινωνικές διαστάσεις της διατροφής και οι επιπτώσεις της στην υγεία*, <http://rapacee.med.uoa.gr>
 2. *Ελληνική Διαθητολογική Εταιρεία*, <http://enallaktikidrasi.com>
 3. Τσαλίκουλου Φωτεινή, « *Επικίνδυνη αποστολή* », <http://www.tovima.gr> Δημοσίευση: 31/12/2011
-

Προοπτική μελέτη επιπλοκών μετά από μείζονες επεμβάσεις για μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα.

Σ. Νικολούζος¹, Γ. Ζαχαρία², Μ. Κουρή³, Α. Μουζακίτη⁴, Η. Παπανικολάου⁵.

1 Χειρουργός θώρακος – καρδιάς, Χειρουργικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας

2 Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γενική Κλινική Κερκύρας «Αλέξανδρος Μάστορας»

3 Αλλεργιολόγος, MSc Βιοστατιστική

4 Παθολόγος Ογκολόγος, Υποψήφιος Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών

5 Πνευμονολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας

Σκοπός:

Κύριος σκοπός της μελέτης ήταν η καταγραφή των επιπλοκών μετά από μείζονες θωρακοχειρουργικές επεμβάσεις για καρκίνο του πνεύμονα και η αναζήτηση παραγόντων κινδύνου που συσχετίζονται με την εμφάνιση επιπλοκών.

Υλικό και μέθοδος:

89 ασθενείς ηλικίας 37 - 82 ετών υποβλήθηκαν σε μείζονα πνευμονική εκτομή. Πραγματοποιήθηκε λεπτομερής καταγραφή όλων των επιπλοκών. Πραγματοποιήθηκε μονοπαραγοντική ανάλυση με τη χρήση κατάλληλων στατιστικών δοκιμασιών (t test, χ^2) ανάλογα με τον τύπο των μεταβλητών. Στη συνέχεια προσαρμόστηκαν με ανάδρομη διαδικασία μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης.

Αποτελέσματα:

64% των ασθενών εμφάνισε κάποιο είδους επιπλοκή. 79% των επιπλοκών αυτών δεν ήταν δυνητικά επικίνδυνες για τη ζωή. 12.4% εμφάνισαν κάποια επικίνδυνη για τη ζωή επιπλοκή και 4.5% πέθαναν. Ως δυνητικά επικίνδυνες θεωρήθηκαν οι εξής επιπλοκές: διεγχειρητική αιμορραγία, μετεγχειρητική αιμορραγία, οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, πνευμονική εμβολή, βρογχόουπεζωκοτικό συρίγγιο, ARDS, μετεγχειρητική πνευμονία και η ανάγκη επανεπέμβασης. Ως μη επικίνδυνες για τη ζωή θεωρήθηκαν οι εξής επιπλοκές: μετεγχειρητική κοιλιακή μαρμαρυγή, διαφυγή αέρα, υπολειπόμενος κενός χώρος, διαπύηση τραύματος, ατελεκτασία, πυρετός, φλεβοκομβική ταχυκαρδία, ουρολοίμωξη, τραυματισμός φρενικού και λαρυγγικού νεύρου, θρομβοφλεβίτιδα.

Συμπεράσματα:

Η προεγχειρητική τιμή αιμοσφαιρίνης και η μετάγγιση σχετίζεται με την εμφάνιση επιπλοκών γενικότερα. 75% των ασθενών με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια εμφάνισαν κάποια επιπλοκή παρόλο που γενικά οι επιπλοκές αυτές εντάσσονταν στις μη επικίνδυνες για τη ζωή. Ο σακχαρώδης διαβήτης σχετίζονταν με επικίνδυνες για τη ζωή επιπλοκές. Η παράταση νοσηλείας παρατηρήθηκε κατά κύριο λόγο για εμμένουσα διαφυγή αέρα, ατελεκτασία, πυρετό και ιδίως μετά από δεξιές θωρακοτομές.

Ο ρόλος του θωρακοχειρουργού στον καρκίνο του πνεύμονα.

Σ. Νικολούζος¹, Γ. Ζαχαρία², Α. Μουζακίτη³, Μ. Κουρή⁴, Κ. Καγκουρίδης⁵, Ε. Ντουβέλης³, Ν. Καποδίστριας³, Η. Παπανικολάου⁶.

¹ Χειρουργός Θώρακος – καρδιάς, Χειρουργικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας

² Ανασθησιολογικό Τμήμα, Γενική Κλινική Κερκύρας «Αλέξανδρος Μάστορας»

³ Παθολόγος Ογκολόγος

⁴ Αλλεργιολόγος, MSc Βιοστατιστική

⁵ Πνευμονολόγος

⁶ Πνευμονολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας.

Σκοπός:

Ο πόλεμος ενάντια στον καρκίνο του πνεύμονα δεν είναι έργο ενός μόνο ιατρού αλλά απαιτεί συνεργασία πολλών ειδικοτήτων και ομαδική δουλειά . Γιατροί πολλών ειδικοτήτων θα πρέπει να συνεργαστούν αρμονικά για να έχουμε άριστα αποτελέσματα . Ειδικά σε ότι αφορά τον ρόλο του θωρακοχειρουργού , αυτός είναι τριπλός . Συμβάλλει στην διάγνωση και σταδιοποίηση της νόσου , προσφέρει τη δυνατότητα θεραπείας και αντιμετωπίζει τις επιπλοκές τόσο της νόσου , όσο και των θεραπειών .

Μέθοδος:

Πραγματοποιήθηκε συστηματική βιβλιογραφική έρευνα σχετικών αναφορών. Χρησιμοποιήθηκε διαδικτυακή αναζήτηση των αρχείων της εθνικής ιατρικής βιβλιοθήκης των ΗΠΑ μέσω της διαδικτυακής πύλης Pubmed . Περιορίσαμε την έρευνα μας σε εργασίες από το 2006 και μετά.

Αποτελέσματα:

Η τραχηλική μεσοθωρακοσκόπηση , η πρόσθια μεσοθωρακοτομή και η θωρακοσκόπηση αποτελούν τα μέσα βάση των οποίων καλείται ο θωρακοχειρουργός να δώσει διάγνωση και να συμβάλλει στην σταδιοποίηση όταν όλες οι άλλες ελάχιστα επεμβατικές μέθοδοι δεν δύνανται . Οι ενδείξεις για χειρουργική αντιμετώπιση είναι σαφείς και βασίζονται σε κατευθυντήριες οδηγίες . Οι επιπλοκές της νόσου και των θεραπειών τις περισσότερες φορές αντιμετωπίζονται απλά με θωρακική διασωλήνωση . Σπάνια απαιτούν μια πιο επεμβατική προσέγγιση.

Συμπεράσματα:

Η ακριβής σταδιοποίηση παραμένει άκρως απαραίτητη για τη διαχείριση των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα . Η χειρουργική αντιμετώπιση και μόνο

αυτή μέχρι σήμερα προσφέρει το μόνο πραγματικό ενδεχόμενο θεραπείας από τη νόσο . Πρέπει να στηρίζεται σε σωστά κριτήρια σταδιοποίησης και σε λεπτομερή αξιολόγηση της κλινικής κατάστασης του ασθενή . Σε ότι αφορά τις επιπλοκές παρεμβαίνουμε χειρουργικά όταν έχει εξαντληθεί κάθε πιθανότητα αντιμετώπισης με συντηρητικά ή ελάχιστα επεμβατικά μέσα.

Παιδιά με χρόνια νοσήματα και ειδικές ανάγκες στην Κέρκυρα: Γνώσεις, εμπειρίες και προβληματισμοί.

Ε. Ντουβέλης, Μ. Μάνδουλα.

ΕΕΚΠΠΥ, Παράρτημα Κέρκυρας

Εισαγωγή:

Η αντιμετώπιση των παιδιών με χρόνια προβλήματα υγείας στην περιφέρεια παρουσιάζει πολλές δυσκολίες, είτε λόγω έλλειψης ενημέρωσης των αρμόδιων φορέων (οικογένεια, εκπαιδευτικοί, επαγγελματίες υγείας), είτε λόγω έλλειψης υποδομών.

Σκοπός:

Σκοπός της έρευνας που διενεργήθηκε στο νησί της Κέρκυρας ήταν η καταγραφή του τρόπου αντιμετώπισης των παιδιών με χρόνια προβλήματα υγείας από διάφορους φορείς, ώστε να εφαρμοστούν μέτρα προς τη βελτίωση της έγκαιρης διάγνωσης, της θεραπείας και της προώθησης της όσο το δυνατόν πλήρους επανένταξης στις εκπαιδευτικές και κοινωνικές δραστηριότητές τους.

Μέθοδος:

Με προσωπικές συνεντεύξεις και με τη βοήθεια ειδικών ερωτηματολογίων, έγινε επαφή με εκπαιδευτικούς, επαγγελματίες υγείας, γονείς καθώς και με παιδιά φορείς χρονίων νοσημάτων.

Διερευνήθηκε η ικανότητα τόσο των γονέων όσο και των εκπαιδευτικών αναφορικά με την πρώιμη ανίχνευση συμπτωμάτων χρόνιων νοσημάτων και ο χρόνος παραπομπής στον παιδίατρο. Καταγράφηκε επίσης αν υπάρχει ενημέρωση των εκπαιδευτικών από τους γονείς αναφορικά με την ύπαρξη παιδιών με χρόνια νόσημα, η δυνατότητα εφαρμογής μεθόδων επαρκούς και απρόσκοπτης εκπαίδευσης των παιδιών αυτών, η στάση των συμμαθητών απέναντι στα πάσχοντα παιδιά, καθώς και ο ρόλος των εκπαιδευτικών στην αποφυγή της περιθωριοποίησης και στην ομαλή επανένταξή τους μετά τη θεραπεία. Παράλληλα, διερευνήθηκε ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας της τοπικής κοινωνίας στη διάγνωση, θεραπεία και παρακολούθηση των χρονίως πασχόντων παιδιών, η

σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ τους, το αν η πρώτη σκέψη είναι η διασύνδεση με μεγάλα αστικά κέντρα (ακόμη και αν αυτό δεν είναι απαραίτητο) καθώς και οι δυσκολίες στη συμμόρφωση των παιδιών με τις θεραπευτικές οδηγίες. Επίσης, καταγράφηκε πώς διαχειρίζονται ψυχολογικά τόσο τα παιδιά όσο και οι γονείς την ύπαρξη ενός χρόνιου νοσήματος, η διατάραξη της οικογενειακής γαλήνης και των σχέσεων ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας.

Επιπλέον, γίνεται αναφορά στις ελλείψεις του νησιού τόσο στην ύπαρξη εξειδικευμένων ιατρών (π.χ. παιδονευρολόγων, παιδοενδοκρινολόγων) όσο και ειδικών σχολείων και διδασκαλίας σε παιδιά με χρόνια προβλήματα υγείας (όπως κατ'οίκον εκπαίδευσης). Τέλος καταγράφηκε η κοινωνική ζωή των παιδιών με χρόνια προβλήματα υγείας, όπως η συμμετοχή τους σε αθλητικές δραστηριότητες και η ένταξή τους σε μουσικές ομάδες.

Αποτελέσματα:

Αποδείχτηκε σαφώς ότι τα παιδιά με χρόνια προβλήματα στην υγεία τους στην περιφέρεια αντιμετωπίζουν πολλές δυσκολίες, όχι μόνο από την έλλειψη ενημέρωσης των αρμόδιων φορέων, πρόβλημα άλλωστε της ελληνικής κοινωνίας γενικά, αλλά κυρίως από την έλλειψη υποδομών.

Ενδεικτική βιβλιογραφία:

1. Kuo AA, Etzel RA, Chilton LA, Watson C, Gorski PA. Primary care pediatrics and public health: meeting the needs of today's children. *Am J Public Health*. 2012 Dec;102(12):e17-23
2. Maslow G, Haydon AA, McRee AL, Halpern CT. Protective connections and educational attainment among young adults with childhood-onset chronic illness. *J Sch Health*. 2012 Aug;82(8):364-70.
3. Huiikko E, Tuomo-Johansson E, Kairemo AC, Piha J, Moilanen I, Räsänen E, Tamminen T, Almqvist F. Behavioural/emotional symptoms among 8-9-year-old children with somatic symptoms or illnesses as reported by their teacher. *Eur Child Adolesc Psychiatry*.

Diabetic Nephropathy (DN) and Chronic Renal Failure (CRF)

Alketa Koroshi

Dept. of Nephrology, University Hospital Center, Tirana, Albania

Type-2-Diabetes affects now more than 250 million people in the world. In many countries Type-2-D has become the most frequent cause of End Stage Renal Disease. Actually in our country 38 % of pts in Renal Replacement Therapy have Diabetes. Incipient Nephropathy in diabetics is characterised by persistent Microalbuminuria (MA=30-300 mg/24h.). Overt Nephropathy is characterised by persistent Albuminuria(>300 mg/24h). Other signs of DN are: High Blood Pressure, restless decline of GFR, high risk of Cardiovascular morbidity and mortality. The presence of Albuminuria + Retinopathy are important for the diagnosis of DN

The genetic factors including Angiotensin II and the insertion/deletion polymorphism of ACE gene, have an important role in progressive renal injury. DD genotype has a higher incidence of progressive disease. Other significant risk factors are: HBP, smoking, and the level of proteinuria. Albuminuria points to a more widespread disturbance of the endothelial cell function in diabetic and perhaps in non diabetic pts. Endothelial dysfunction in coronaries allows the transudations of lipoproteins into the vessel walls and the acceleration of atherogenic process. Hypercholesterolemia does not contribute on the outcome of overt nephropathy. Poor metabolic control does not play a major role in type-2-D at least after persistent Albuminuria developed

It is recommended (St Vincent Declaration) that all diabetic pts of ages 12-70 should be screened for MA at least once a year.

Positive diabetic pts for MA can benefit from good metabolic control, raised BP correction and renin-angiotensin system inhibition.

Tight BP control remains the cornerstone of therapy in overt Nephropathy of type-1 and type-2-D

Syphilis in Albania: clinical overview of recent cases

Arjan Harxhi, Esmeralda Meta, Najada Como, Sadik Aliko, Dhurata Torba, Erjona Shehu, Dhimiter Kraja.

Background:

The aim of this study is to document some epidemiological and clinical manifestations of syphilis among patients with and without concurrent HIV infection over a two years period in Albania.

Materials and Methods:

This is a descriptive retrospective study of all adult cases with syphilis followed at Infectious Disease Service, University Hospital Center of Tirana, between February 2010 – March 2012. Diagnosis was based on a positive RPR/VDRL and TPHA tests. Serological follow up of treatment response was not able to be performed.

Results:

23 patients with syphilis were seen during the study period. Among them, 15 cases (65%) presented concurrent HIV infection, 20 cases were male (87%) and mean age was 40 years (range 16-76 years). 8 cases had a history of anal sex.

Primary syphilis was diagnosed in 5 cases (22%) (3 cases HIV positive), secondary syphilis was diagnosed in 8 cases (35%) (5 cases, HIV positive) and latent syphilis was diagnosed in 10 cases (43%) (7 cases, HIV positive). 3 patients with concurrent HIV infection presented an overlapping pattern of stages, primary and secondary syphilis. Neurosyphilis was not observed. One female pregnant patient without HIV infection was diagnosed with secondary syphilis at her 12 weeks of gestation. Primary syphilis with concurrent HIV presented with more than one ulcer and with a longer duration of shanker. Among those with concurrent HIV infection, treatment was based on 3 doses of benzathine penicillin regimen in 12 cases, with a mean duration of therapy 3.5 weeks. Among those without concurrent HIV infection, treatment was based on 3 doses of benzathine penicillin in 4 cases, with a mean duration of 2 weeks.

Conclusions:

More intensive treatment and repeated serological screening is needed for HIV/syphilis co-infected Albanian patients.

Limits of modern anesthesia. Median sternotomy under peridural anesthesia

*Saimir Kuçi MD**, *Andi Kaçani MD***, *Stavri LLazo MD**, *Alfred Ibrahim MD**, *Ermal Likaj MD***, *Ervin Bejko MD**, *Merita Zeka MD** *Esmerilda Lico MD**, *Marlind Dimçe **

**Department of Anesthesia and Intensive Care Unit of Cardiac and Vascular Surgery Clinic, University Hospital Center "Mother Theresa", Tirana.*

***Clinic of Cardiac Surgery, University Hospital Center "Mother Theresa", Tirana.*

In our daily practice, we are faced with the challenges of anaesthetizing older patients with multiple complex pathology. The dilemma of the anaesthesiologist is to take into account the risk of anesthesia against the benefits of the intervention in this category of patients. Regional anesthesia is a reliable alternative in cardiac surgery and it can be used when endotracheal anesthesia and mechanical ventilation compromise the patient's outcome. We recommend to not consider any patient as "mission impossible" because modern anesthesia doesn't know limits.

The patient K.D. 57 years, diagnosed with 2 vessels CAD, was scheduled for Off-pump CABG. In fact, the patient didn't have contraindications for general anesthesia. Institutional approval and informed consent was obtained. The patient was monitored through ECG, SpO₂, invasive blood pressure measured in radial artery, CVP. Intervertebral space T4-T5 was identified and marked.

After local anesthesia of the cutis and subcutis with Xylocaine 2%, an epidural catheter was introduced, and 1cc of Xylocain 2% was injected. The patient had a cold sensation at the shoulders and the procedure went without complications. After patient positioning, 10cc of Bupivacaini 0.5% and 5cc of Lidocaini 2% were injected at the epidural catheter. A drop in BP from the baseline, was observed after 7min and was easily managed with noradrenaline 0.08 mcg/kg/min. After 30 min, analgesia reached an optimal level and the incision was performed. An infusion with 5cc/h of Bupivacaini 0.5% was started at the epidural catheter. Patient was sedated with Propofol 2% infusion 5cc/h. Incision and sternotomy were performed without problems and the epidural anesthesia provided sufficient analgesia.

Conclusion:

All anesthetic techniques were equally safe from the clinician standpoint. The use of Thoracal Epidural Anesthesia, TEA, providing better hemodynamic stability, better perioperative stability, less postoperative pain, less use of intraoperative and postoperative opioid drugs and faster recovery of the patient. Nonetheless, the actual and potential risks of TEA during cardiac surgery should not be underestimated but the use of this technic by specialized anaesthesiologist, have demonstrated to have lowered risks of complications.

CONGENITAL HEART SEPTAL DEFECTS (CHSD) DURING INFANCY (0-1 YEAR) - 3 years experience

Albert Koja¹, Niketa Koliçi², Numila Kuneshka¹, Durim Bebeçi¹

¹ - General Pediatric Service Nr.1.QSU «Mother Teresa» Tirana.

² - Neonatology Service, SUOGj. «Koco Gliozheni» Tirana.

Introduction:

Septal defect(DIA, DIV, A-V defect) are the most frequent congenital heart defect, near 35-40 % of all of them. Prevalence is 1-4 / 1000 live birth, and often are associated with other congenital heart defects. Large and not treated defects in the right moment are associated with serious complication like: heart failure, arrhythmias, pulmonary hypertension etc. A systolic murmur can be the first symptom of the congenital heart defect in infant babies, and in the same time the most frequent reason of a cardio-pediatric consultation. Prevalence of presence of a systolic murmur is different in different articles and is published from 0.9 to 77.4%. This difference in prevalence seems to be related to with the size of the study.

Aim.

To assess the incidence of CHCD during infant period, referred to our pediatric cardiology service, the single pediatric cardiac tertiary center in Albania.

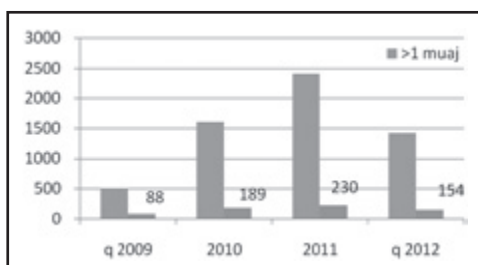
Methods.

Were analyzed retrospectively the data-base of the outpatient clinic of our service, all infants during June 2009-June 2013, referred for evaluation by the Pediatric community. Referral reasons was a systolic murmur. All patients were evaluated with physical examination and echocardiography.

Results:

A systolic murmur often is not associated with clinical manifestations, but is strongly related with a DIV (85%).

Graf1. Total vs neonatal consultation



Tab 1. Murmur vs septal defect

	2009	2010	2011	2012
	588	189	230	154
DIA	588	12189	22230	11154
DIV	3888	40189	62230	24154
NORMAL	3388	111189	109230	78154

More affected are male infants 67%. 75% of DIV are diagnosed during neonatal period, and DIA less than 30%.

Conclusion:

The high incidence of these defects draws attention to a careful examination of newborns in terms of time to capture the heart defects that would later complicate the future of healthy children. Ultrasound is the appropriate tools in

diagnosis of CHSD. Diagnosis and timely correction of congenital heart diseases, cures or improves quality of life.

Detection of Serious Congenital Heart Disease: The Need for Serious Fetal Cardiac Evaluation

*Albert KOJA¹; N.Kolici²;N.Kuneshka¹;D.Bujari²;E.Postol²;D.Lushi²;G.Bime²;
E.Kreko²;F. Sadikaj³; B.Dardha³; E.Tushe⁴*

¹Department of Pediatrics; Pediatrics cardiologist; HUC "Nënë Tereza" Tirana

²HUOG "Koco Gliozheni" Tirana, Neonatologist

³HUOG "Koco Gliozheni" Tirana, Head-nurse NICU

⁴HUOG "Koco Gliozheni" Tirana, Head of Neonatal Service

Introduction : Y

Congenital cardiac malformations are common developmental anomalies. In our country, congenital heart disease is one of the most frequent cause of infant mortality from congenital malformations. Prenatal diagnosis of congenital heart defects aids treatment coordination. Congenital cardiac malformations are the most common developmental anomalies, occurring in approximately 8 per 1000 live births.¹⁻³ In the United States, congenital heart disease is the number one cause of infant mortality from congenital malformations. However, advances have not improved the overall prenatal detection of congenital cardiac anomalies.^{5,7,8} The use of high resolution and high frequency trans-vaginal combined with trans-abdominal transducers between 13 and 15 weeks of gestation allows the demonstration of all cardiac structures and the detection of majority of cardiac defects, 29-31 its sensitivity is only above 60% which, however, is 20% lower than that of the trans-abdominal examination at 18-22 weeks gestation.¹⁰

Objective.

Our aim was to evaluate prenatal detection of serious congenital heart malformations.

Materials and Methods:

We define serious congenital cardiac defects as either a structural cardiovascular abnormality responsible for symptoms in the first 30 days of life or the need for intervention within the first 6months of life.

We searched our research department-maintained database for patients with serious congenital heart disease born between January 2010 and December 2013. We included patients that have at least 1 prenatal ultrasound examination. All prenatal ultrasound studies were performed in obstetric offices. Pediatric

cardiologists performed all postnatal ultrasound examinations and confirm all diagnosis.

Results.

During the study period, we diagnosed serious congenital heart malformations in 110 patients among a total estimated 120,640 births (0.9/1000). All the 110 patients had a postnatal diagnosis.

Heart Defect	Prenatal Diagnosis		Total
	Yes	No	
AV connection abnormality			
• <i>HLV</i>	0	2	2
• <i>Ebstein anomaly</i>	1	0	1
Outflow abnormality			
• ToF	2	6	8
• P atresia + VSD	0	7	7
• P atresia + intact septum	0	2	2
• Truncus	0	5	5
• d-TGA	3	20	23
• DORV	1	7	8
Left-to-right shunt			
• <i>Aortopulmonary window</i>	0	1	1
Obstructive lesion			
• <i>Aortic arch abnormality</i>	1	1	2
• <i>Critical PS</i>	0	10	10
• <i>Critical AS</i>	0	1	1
Other			
• <i>Cardiopathic complex</i>	2	16	18
• <i>TAPVR</i>	0	2	2
• <i>Tricuspid atresia</i>	0	9	9

We don't have exact data of survival of this babies, because we don't offer surgical solution for all of them.

Conclusions.

Standard prenatal ultrasound fails to show congenital heart disease in most fetuses. Should be kept in mind that although most forms of heart defects can be diagnosed early in pregnancy, but some may develop and become apparent only later in gestation.

Key words:

congenital heart disease; fetal echocardiography; prenatal diagnosis; prenatal ultrasound.

References

1. Ferencz C, Rubin JD, McCarter RJ, et al. Congenital hear disease: prevalence at live birth. The Baltimore-Washington Infant Study. *Am J Epidemiol* 1985; 121:31–36.
2. Hoffman JJ, Kaplan S. The incidence of congenital heart disease. *J Am Coll Cardiol* 2012; 39:1890–1900.
3. Gardnier HM. Fetal echocardiography: 20 years of progress. *Heart* 2011; 86:1112–1122.
4. Lee KS, Khoshnood B, Chen L, Wall SN, Cromie WJ, Mittendorf RL. Infant mortality from congenital malformations in the United States, 1970–1997. *Obstet Gynecol* 2011; 98:620–627.
5. Garne E, Stoll C, Clementi M, Euroscan Group. Evaluation of prenatal diagnosis of congenital heart diseases by ultrasound: experience from 20 European registries. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004; 17:286–391.
6. Kovalchin JP, Silverman NH. The impact of fetal echocardiography. *Pediatr Cardiol* 2004; 25:299–306.
7. Acharya G, Sitras V, Maltau JM, et al. Major congenital heart disease in northern Norway: shortcoming of pre- and postnatal diagnosis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83:1124–1129.
8. Tegnander E, Eik-Nes SH, Johansen OJ, Linker DT. Prenatal detection of heart defects at the routine fetal examination at 18 weeks in a non-selected population. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2005; 5:372–380.
9. Center for Health Data and Research. Nevada Vital Statistics Report 2001–2003. Carson City, NV: Nevada State Health Division; 2005.
10. Kuehl KS, Loffredo CA, Ferencz CH. Failure to diagnose congenital heart disease in infancy. *Pediatrics* 1999; 103:743–747.

Συχνότητα μεταλλάξεων του k-ras σε πληθυσμό ασθενών με μεταστατικό κολοορθικό καρκίνο, κατοίκων του νομού Κερκύρας

Καποδίστριας Ν., Μουζακίτη Α.
παθολόγοι ογκολόγοι

Εισαγωγή:

Οι μεταλλάξεις του k-ras στην παθογένεση του κολοορθικού καρκίνου έχουν πρόσφατα ερευνηθεί παγκοσμίως και αποτελούν επιγενετικό φαινόμενο διαφόρων περιβαλοντικών παραγόντων (διατροφικοί, χημικοί, φυσικοί κ.τ.λ.).

Σκοπος:

Σύγκριση της συχνότητας των μεταλλάξεων του k-ras σε αριθμό ασθενών μόνιμων κατοίκων σε σχέση με τα αναφερόμενα στη διεθνή βιβλιογραφία.

Μέθοδος:

Εγινε έλεγχος των μεταλλάξεων του k-ras σε 41 δείγματα ασθενών με μεταστατικό κολοορθικό καρκίνο καθώς επίσης και συσχέτιση των μεταλλάξεων με την εντόπιση της πρωτοπαθούς εστίας του εντέρου.

Αποτελεσματα:

Η συχνότητα των k-ras μεταλλάξεων ανευρέθει σε ποσοστό 49% (20 απο

τους 41 ασθενείς εμφανίζουν μετάλλαξη στο εξόνιο 2 η 3 του k-ras) .Σε σύγκριση με τα αναφερόμενα στη διεθνή βιβλιογραφία , αλλά και με ποσοστά επιδημιολογικών δεδομένων άλλων περιοχών της μεσογείου το ποσοστό είναι πολύ υψηλότερο.

Το δείγμα των ασθενών αναμένεται να εμπλουτίζεται συνεχώς με την καταγραφή όλων των εμφανιζόμενων νέων περιστατικών .Σκοπός η χαρτογράφηση των μεταλλάξεων και της συχνότητά τους σε όλα τα διαμερίσματα του νομού .

Συμπέρασμα :

Το υψηλό ποσοστό των k-ras μεταλλάξεων στο συγκεκριμένο δείγμα ασθενών κατοίκων του νομού Κερκύρας αναμένεται να επιβεβαιωθεί με νεότερα δεδομένα.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΒΛΕΝΝΟΚΗΛΗΣ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΟΥΣ

A. Παράσχου¹, O. Βέργος¹, X. Τσαγκαρουσιάνος¹, Φ. Κούνδουρος¹, Π. Καψαμπέλης³, Μ. Δεναξά², Ε. Πάλλη², Π. Καψαμπέλης⁴

¹Χειρουργικό και ²Αναισθησιολογικό Τμήμα Γ.Ν. Ζακύνθου

³Φοιτητής Ιατρικής Πανεπιστημίου Πατρών

ΣΚΟΠΟΣ:

Η βλεννοκήλη σκωληκοειδούς αποτελεί μία σπάνια κλινική οντότητα, με συχνότητα 0,3 % επί των σκωληκοειδεκτομών και 10% επί των μαζών της απόφυσης (Kanasugi et al 2013). Πρόκειται για κυστική διάταση του αυλού της σκωληκοειδούς ο οποίος περιέχει μεγάλη ποσότητα βλέννης και δύναται να εμφανιστεί με ποικίλη κλινική συμπτωματολογία. Σπάνια διαγιγνώσκεται προεγχειρητικά (Zahid et al 2010). Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση ενός ενδιαφέροντος περιστατικού βλεννοκήλης το οποίο αρχικά αποδόθηκε σε γυναικολογικής φύσεως αιτιολογία.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:

Γυναίκα 57 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, προσήλθε αιτιώμενη διάχυτο κοιλιακό άλγος αρχόμενο από διμήνου με συνοδούς εμέτους την τελευταία εβδομάδα. Ο κλινικός, εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος απέδωσε τη συμπτωματολογία σε μόρφωμα του οπίσθιου τοιχώματος της μήτρας. Ωστόσο, κατά την διάρκεια της ερευνητικής λαπαροτομίας που πραγματοποιήθηκε, διαπιστώθηκε διογκωμένη σκωληκοειδής απόφυση διαστάσεων 11,5*7*6 εκ και καταδείχθηκε, έτσι, η πρόελευση του μορφώματος από το τυφλό. Η ασθενής υποβλήθηκε σε σκωληκοειδεκτομή και η μετεγχειρητική πορεία της ήταν άνευ επεισοδίων. Η ιστολογική εξέταση του παρασκευάσματος κατέδειξε βλεννώδες κυστικό αδένωμα σκωληκοειδούς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

- Kanasugi, T., Kikuchi, A., Omi, H., Ikeda, M., Fukushima, A., Sugiyama, T., 2013. Appendiceal mucocele and peritoneal inclusion cyst mimicking right adnexal masses: a diagnostic challenge in gynecologic practice. *Journal of Medical Ultrasonics*, 40 (1), 51-55.
- Zahid, F.E., Majdoub, K.I., Anoune, H., Ousadden, A., Mazaz, K., Taleb, K.A., 2010. Uncommon mimics of appendicitis. *The Pan African Medical Journal*, 7 (7).

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΕΝΔΟΜΥΪΚΟΥ ΑΙΜΑΓΓΕΙΩΜΑΤΟΣ

Α. Παράσχου¹, Μ. Τσουκαλάς¹, Σ. Μυλωνάς², Μ. Μπισκίνη¹, Π. Καψαμπέλης³, Μ. Μπισκίνη¹, Μ. Παναγούλια¹, Δ. Ακτύπης², Π. Καψαμπέλης²

¹Χειρουργικό και ²Ορθοπαιδικό Τμήμα Γ.Ν. Ζακύνθου

³Φοιτητής Ιατρικής Πανεπιστημίου Πατρών

ΣΚΟΠΟΣ:

Τα ενδομυϊκά αιμαγγειώματα αποτελούν σπάνιους καλοήθεις όγκους, η συχνότητα των οποίων δεν ξεπερνά το 0,8% όλων των αιμαγγειωμάτων (Cho et al 2013). Η κλινική τους εικόνα περιλαμβάνει άλγος της περιοχής και τοπική διόγκωση, αρκετές φορές παρόντα για χρόνια (Cotelli et al 2013). Εντοπίζονται συχνότερα στα κάτω άκρα (45%), ακολούθως στα άνω άκρα (27%), στην κεφαλή και στην τραχηλική χώρα (14%) (Ranero-Juarez et al 2009). Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η παρουσίαση ενός σπάνιου περιστατικού ενδομυϊκού αιμαγγειώματος εντοπιζόμενο στον ημιμεμβρανώδη μυ.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:

Ανδρας, 21 ετών προσήλθε στην κλινική μας αιτιώμενος προοδευτικά αυξανόμενη διόγκωση στο μέσο και κατώτερο τριτημόριο της οπίσθιας επιφάνειας του αριστερού μηρού αρχόμενη από έτους και επώδυνη στην κίνηση. Από το ατομικό του αναμνηστικό προκύπτει υποθυρεοειδισμόςγνωσμένος από τριετίας. Ο ασθενής υπεβλήθη σε αξονική τομογραφία που κατέδειξε εντός του κατωτέρου τμήματος του αριστερού ημιμεμβρανώδους μύος την παρουσία αιμαγγειώματος διαστάσεων 12,5 * 4,5 * 5,5 εκ. με συνοδή παρουσία φλεβολίθων. Δεν παρατηρήθηκε αλλοίωση από τον έλεγχο των απεικονιζόμενων οστών. Ο ασθενής παραπέμφθηκε και υπεβλήθη σε εμβολισμό. Δέκα μήνες αργότερα παραμένει ελεύθερος νόσου χωρίς σημεία υποτροπής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

- Cho, J.H., Han, I., Lee, M.R., Cho, H.S., Oh, J.H., Kim, H.S., 2013. Isolation and characterization of endothelial cells from intramuscular hemangioma. *Journal of Orthopaedic Science*, 18, 137-144.
- Cotelli, M. S., Todeschini, A., Vielmi, V., Seddio, C., Padovani, A., Filosto, M., 2013. Hemangioma of the

semimembranosus muscle in a patient with late-onset glycogenesis II. Muscle & Nerve, 47 (1), 142-143.
-Ranero-Juarez, A.G., Rosales-Galindo, M.R., Leon-Takahashi, A.M., Arenas-Guzman, R., Garcia, C., 2009.
Intramuscular hemangiomas of the extremities: report of six cases. International Journal of Dermatology, 48 (8), 875-878.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΗΜΙΑΓΕΝΕΣΙΑΣ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ

Κ. Χρόνης¹, Δ. Στήθος¹, Μ. Αγγελίδη², Α. Παράσχου¹, Γ. Παναγόπουλος¹, Κ. Βεντουρή³, Ε. Πάλλη², Π. Καψαμπέλης¹

¹Χειρουργικό και ²Αναισθησιολογικό Τμήμα Γ.Ν. Ζακύνθου

³Παθολογοανατόμος

ΣΚΟΠΟΣ:

Η παρουσίαση ενός ενδιαφέροντος περιστατικού ημιαγενεσίας θυρεοειδούς σε ασυμπτωματική ασθενή. Όπως προκύπτει από την βιβλιογραφική ανασκόπηση, πρόκειται για μία σπάνια διαταραχή με 250 καταγεγραμμένα περιστατικά παγκοσμίως έως το 2007 (Sakurai et al 2007). Η πρώτη αναφορά γίνεται το 1866 από τον Handfield-Jones. (Yildiz et al 2003). Παρά το γεγονός ότι η διαταραχή διαδράμει συνήθως, ασυμπτωματικά και άρα η πραγματική επίπτωση της είναι άγνωστη, αυτή εκτιμάται σε 0,02% (Apaydin et al 2007). Η ανωμαλία αυτή συχνά συσχετίζεται με διάφορες θυρεοειδοπάθειες ανάμεσα τους το καλοήθες αδένωμα, τη νόσο του Graves, το καρκίνωμα του θυρεοειδούς, το τοξικό αδένωμα, τον έκτοπο υπογλώσσιο θυρεοειδή και την υπερπλασία των παραθυρεοειδών (Yildiz et al 2003).

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:

Στα πλαίσια προγραμματισμένου υπερηχογραφήματος έγχρωμης ροής καρωτίδων (triplex) σε γυναίκα 66 ετών, διαπιστώθηκε απουσία του αριστερού λοβού του θυρεοειδούς ως τυχαίο εύρημα. Επιπλέον, αναδείχθηκε η παρουσία όζων στον υπάρχοντα δεξιό. Η ασθενής παρουσιάστηκε ευθυρεοειδική, ενώ από το ατομικό αναμνηστικό δεν γίνεται αναφορά σε χειρουργική επέμβαση ή ακτινοθεραπεία στην περιοχή της τραχηλικής χώρας. Στην συνέχεια, διερευνήθηκε περαιτέρω κλινικά και απεικονιστικά, ενώ διενεργήθηκε παρακέντηση με λεπτή βελόνη FNA των όζων. Τελικά, λόγω κατηγοριοποίησης του υλικού ως V κατά Bethesda, η ασθενής υποβλήθηκε σε ολική θυρεοειδεκτομή (δεξιά λοβεκτομή στην ουσία), η οποία επιβεβαίωσε την αγενεσία του αριστερού λοβού και του ισθμού του θυρεοειδούς και την ύπαρξη θυλακιδώδους τύπου αδενώματος στον δεξιό. Η μετεγχειρητική της πορεία ήταν ομαλή, ενώ έκτοτε η ασθενής ακολουθεί θεραπεία υποκατάστασης με λεβοθυροξίνη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

-Apaydin, M., Varer, M., Sarsilmaz, A., Akin, H., 2007. Thyroid hemiagenesis. *European Journal of Radiology*

Extra, 62 (3), 65-67.

-Sakurai, K., Amano, S., Enomoto, K. et al, 2007. Primary hyperparathyroidism with thyroid hemiagenesis. *Asian Journal of Surgery*, 30, 151-153.

-Yildiz, M., Bozkurt, M., 2003. Thyroid hemiagenesis. *Journal of Adolescent Health*, 33 (4), 291-292.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΚΩΣΗΣ ΕΚΤΟΠΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

Α. Παράσχου¹, Μ. Σταυρίδης¹, Ν. Κοσμάδακης¹, Σ. Δρακόπουλος¹, Ε.

Ευφραιμίδου¹, Β. Πετρουλάς², Η. Κάπρος², Π. Καψαμπέλης¹

¹Χειρουργικό και ²Ακτινολογικό Τμήμα Γ.Ν. Ζακύνθου

ΣΚΟΠΟΣ:

Η απλή νεφρική εκτοπία διαδράμει συνήθως ασυμπτωματικά. Η συχνότητα της υπολογίζεται σε 1:1000, ενώ κλινική σημειολογία παρατηρείται μόλις σε 1:10.000 περιπτώσεις (Van der Bosch et al 2010). Είναι γεγονός ότι ο έκτοπος νεφρός καθίσταται περισσότερο ευάλωτος σε τραυματισμούς (Becker et al 2010) και συχνά συνυπάρχει με άλλες διαμαρτίες του ουροποιογεννητικού συστήματος (Ho et al 2013). Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση ενός ενδιαφέροντος περιστατικού κάκωσης έκτοπου νεφρού μετά από αμβλύ κοιλιακό τραύμα.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:

Νέος, 16 ετών προσήλθε αιτώμενος άλγος υπογαστρίου και μακροσκοπική αιματουρία έπειτα από αμβλύ τραύμα που δέχτηκε στην κάτω κοιλιακή χώρα. Εκ του επειγόντος γενομένου υπερηχογραφήματος και την διαπίστωση απουσίας νεφρού στον δεξιό νεφρικό βόθρο τέθηκε η υποψία κάκωσης έκτοπου νεφρού, η οποία επιβεβαιώθηκε μετά την διενέργεια αξονικής τομογραφίας. Η κάκωση κατηγοριοποιήθηκε ως 3ου βαθμού και αντιμετωπίστηκε συντηρητικά. Η όλη πορεία του ασθενούς ήταν ομαλή. Από το ατομικό του αναμνηστικό προκύπτουν συγγενείς διαταραχές του ουροποιογεννητικού συστήματος, πιο συγκεκριμένα υποσπαδίας και ανασπώμενος όρχις, οι οποίες αποκαταστάθηκαν στη νηπιακή ηλικία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

-Becker, A.B., Baig, M.B., Becker, A.M., 2010. Conservative management of a grade V injury to an ectopic pelvic kidney following blunt trauma to the lower abdomen: a case report. *Journal of Medical Case Reports*, 4 (1), 224.

-Ho, S.W., Yeh, Y. T., Yeh, C.B., 2013. Rupture of ectopic pelvic dysplastic kidney after blunt abdominal trauma presenting as left lower quadrant pain. *The Journal of Emergency Medicine*, 44 (2), 173-175.

-Van der Bosch, C.M.A., Van Wijk, J.A.E., Beckers, G.M.A., Van der Horst, H.J.R., Schreuder, M.F., Bokenkamp, A., 2010. Urological and nephrological findings of renal ectopia. *The Journal of Urology*, 183 (4), 1574-1578.

ΜΕΜΟΚΑΤΗ: Ενα νέο, αφαιρούμενο, θέρμο-ευαίσθητο, μεταλλικό στέντ για την αντιμετώπιση ουρητηρικών, ουρηθρικών στενωμάτων καθώς και της αποφρακτικής Κ.Υ.Π.

Εμπειρία από τρία κέντρα σε δύο χώρες

ΜΩΡΑΪΤΗΣ Α. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

M.D., FEBU, FES -ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ-ΟΥΡΟΛΟΓΟΣ-ΑΝΔΡΟΛΟΓΟΣ

Σκοπός:

Παρουσιάζουμε την μακροχρόνια εμπειρία μας από την χρήση ενός καινοτόμου θερμο-ευαίσθητου μεταλλικού στέντ για την αντιμετώπιση στενωμάτων σε όλο το μήκος του ουροποιητικού συστήματος.

Υλικά και Μέθοδοι:

Από το 2001, 251 ασθενείς ηλικίας από 28 έως 92 ετών (μ.ο. 68.2), αντιμετωπίστηκαν με την τοποθέτηση του εν λόγω στέντ. 127 έπασχαν από αποφρακτική υπερπλασία (Κ.Υ.Π.), ή νεοπλασία του προστάτη, 35 από υποτροπιάζοντα στενώματα ουρήθρας και 89 από στενώματα του ουρητήρα.

Το στέντ είναι ένα κράμα τιτανίου-νικελίου σπειροειδούς σχήματος και έχει την ιδιότητα θερμικής μνήμης όσον αφορά το σχήμα του, με το εγγύς του άκρο να διαστέλλεται όταν βρέχεται με ζεστό (~ 550C) φυσιολογικό ορό.

Όλες οι επεμβάσεις που αφορούσαν σε ουρητηρικά στενώματα, έγιναν με γενική αναισθησία, ενώ η πλειονότητα (71.6%) των ουρηθρικών/προστατικών επεμβάσεων πραγματοποιήθηκε με εύκαμπτη κυστεοσκόπηση υπό τοπική νάρκωση.

Αποτελέσματα:

Η παρακολούθηση των ασθενών κυμάνθηκε από 11 έως 120 μήνες (μ.ο. 65.5). Ο μέσος όρος παραμονής του στέντ ήταν 3.1 χρόνια. Κατά την χρονική στιγμή της ανάλυσης των δεδομένων, το 84.3% είχαν το στέντ στη θέση του (in situ). Οι ασθενείς με προστατική απόφραξη βελτίωσαν την μέγιστη ροή τους κατά ένα μέσο όρο 7ml/sec. Για τους ασθενείς με ουρηθρικά και ουρητηρικά στενώματα η επιτυχία έφθασε στο 91% και 87.5% αντίστοιχα. Οι επιπλοκές που καταγράφηκαν ήταν μετανάστευση του στέντ (10%), πεικός πόνος (10.1%) και υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις (2.8%).

Συμπεράσματα:

Το Memokath στέντ είναι μια αποτελεσματική και ασφαλή ελάχιστα επεμβατική μέθοδος για την αντιμετώπιση των στενωμάτων του ουροποιητικού συστήματος. Παρά το γεγονός ότι η επιλογή των ασθενών ήταν αρνητική ως προς τα προγνωστικά κριτήρια, η πλειονότητά τους βελτίωσε τις μετρήσιμες παραμέτρους (ροομετρία, μετά ούρηση υπόλειμμα, δυναμικό σπινθηρογράφημα νεφρών, πυελογραφία.)

Παρουσίαση της Εθνικής Μελέτης Νοσηρότητας και Παραγόντων Κινδύνου (EMENO)

*Γιάννης Αλαμάνος**, *Πηνελόπη Βουκιά***, *Μαρία Ζήκου***, *Νίκος Παγκράτης***, *Γιώτα Τουλούμη****

**Ινστιτούτο Προληπτικής Ιατρικής, ** Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας,*

**** Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ*

Στην Ελλάδα, σε αντίθεση με άλλες χώρες της ΕΕ, δεν υπάρχουν επιδημιολογικές μελέτες σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του γενικού πληθυσμού, που να μας δίνουν έγκυρα στοιχεία για την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού και την χρήση υπηρεσιών υγείας.

Η Εθνική Μελέτη Νοσηρότητας και Παραγόντων Κινδύνου (Ε.ΜΕ.ΝΟ) οργανώνεται στο πλαίσιο του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Εκπαίδευση και Διά Βίου Μάθηση» από την Ιατρική Σχολή του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, σε συνεργασία με όλες τις Ιατρικές Σχολές της Ελλάδας και το Πάντειο Πανεπιστήμιο, με συγχρηματοδότηση από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και από εθνικούς πόρους.

Σκοπός της Μελέτης είναι η καταγραφή και αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας του ενήλικου πληθυσμού στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα η Ε.ΜΕ.ΝΟ αποσκοπεί στην μελέτη της κατανομής της νοσηρότητας και των κύριων παραγόντων κινδύνου χρόνιων νοσημάτων στον ελληνικό πληθυσμό. Επίσης εστιάζει στην αξιολόγηση του βαθμού εφαρμογής των συνιστώμενων μέτρων πρόληψης και των πιθανών φραγμών στην πρόσβαση στο σύστημα υγείας, καθώς και στην μελέτη των κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία, και των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης σε αυτή. Θα συλλεχθούν επίσης στοιχεία για την ψυχική ευεξία, τη λήψη φαρμάκων, τα μέτρα πρόληψης και τη χρήση υπηρεσιών υγείας.

Η μελέτη θα διεξαχθεί σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του ενήλικου πληθυσμού (ηλικίας 18 ετών και άνω). Η επιλογή των ατόμων που θα εξετασθούν, μετά από συγκατάθεση τους, στα πλαίσια της μελέτης, θα γίνει με μέθοδο συστηματικής δειγματοληψίας από το συνολικό ενήλικο πληθυσμό της χώρας, στοχεύοντας σε ένα δείγμα 6.000 ατόμων. Στο πλαίσιο της μελέτης, και κατόπιν ενυπόγραφης συγκατάθεσης των συμμετεχόντων, συνεντευκτές θα συλλέξουν τα δεδομένα υγείας μέσω ενός ειδικά διαμορφωμένου ερωτηματολογίου, ενώ ειδικά εκπαιδευμένοι επαγγελματίες υγείας θα καταγράψουν σωματομετρικές παραμέτρους και θα προβούν σε αιμοληψία και επιλεγμένες κλινικές εξετάσεις.

Η μελέτη έχει εγκριθεί από την Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων και την επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών. Η Κέρκυρα περιλαμβάνεται στις περιοχές από τις οποίες θα αντληθεί το δείγμα.

Επιδημιολογική προσέγγιση της παιδικής ηλικίας τέλος του 19ου και αρχές του 20ου αιώνα.

Μαρία Μάνδουλα-Κουσουνή,

Παιδίατρος-Ιστορικός

Το 19ο αιώνα μεγάλες κοινωνικές ανακατατάξεις και ανακαλύψεις στο χώρο της επιστήμης και της τεχνολογίας ακολούθησαν τη βιομηχανική επανάσταση και τις τεράστιες αλλαγές, που επέφερε στο οικονομικό, κοινωνικό και υγειονομικό επίπεδο.

Στην Ελλάδα, οι συνεχείς πόλεμοι και οι μετακινήσεις των πληθυσμών μεταβάλλουν τις γεωγραφικές και τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, με άμεση επίδραση στη νοσηρότητα των κατοίκων και τη μεγάλη θνησιμότητα, κυρίως της βρεφικής και παιδικής ηλικίας. Τα μεταδοτικά λοιμώδη νοσήματα δεσπόζουν στο νοσολογικό φάσμα της εποχής.

Ιδιαίτερα ευάλωτα ήταν τα παιδιά. Τα μεταδοτικά λοιμώδη νοσήματα, που είχαν το μεγαλύτερο μερίδιο στη βρεφική και παιδική θνησιμότητα, ήταν τα βασικά νοσήματα της παιδικής νοσολογίας σε μία εποχή που η Παιδιατρική ειδικότητα ήταν ακόμη ανύπαρκτη. Το ένα έκτο των κατ' έτος γεννωμένων ζώντων βρεφών πέθαιναν πριν συμπληρώσουν το πρώτο έτος της ζωής τους, ενώ η ελονοσία, η φυματίωση, οι εντερολοιμώξεις είχαν εγκατασταθεί υπό μόνιμη ενδοενδημική μορφή και σε συνδυασμό και με τα άλλα επιδημικά νοσήματα και το χρόνιο υποσιτισμό των κατοίκων συμπλήρωναν την καταστροφή. Η υψηλή παιδική νοσηρότητα και θνησιμότητα επηρέασε σημαντικά τη δημογραφική εξέλιξη της χώρας.

Στη δεκαετία του 1880 η βρεφική και η παιδική θνησιμότητα έφθανε το 50% των θανάτων και ήταν μεγαλύτερη μεταξύ των εκθέτων του Βρεφοκομείου Αθηνών.

Σημαντικά στοιχεία για την παιδική νοσηρότητα και θνησιμότητα της εποχής δίνουν οι μελέτες του Κλών Στέφανου και του Α. Παναγιώτου.

Μέχρι το 1940 τρεις κατηγορίες νόσων, λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα (ελονοσία, τυφοειδής πυρετός, ευλογιά, ιλαρά, οστρακιά, κοκκύτης και διφθερίτις), νοσήματα του αναπνευστικού (φυματίωση) και νοσήματα του πεπτικού συστήματος) αποτελούν τις συχνότερες αιτίες θανάτου των παιδιών και των νέων και ευθύνονται για το 57,1% (1921) έως το 71,1% (1937) των θανάτων.

Ιδιαίτερα σημαντική στη μελέτη των λοιμωδών νοσημάτων ήταν η συμβολή της Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών, που ιδρύθηκε το 1835, του Πανεπιστημίου Αθηνών, που ιδρύθηκε το 1837 και του Εργαστηρίου Υγιεινής και Μικροβιολογίας,

που ιδρύθηκε το 1900 από τον καθηγητή Κων. Σάββα.

Συμπέρασμα:

Σε μία εποχή που η πορεία της δημόσιας υγείας στη χώρα μας ακολουθούσε την πολιτική της πορείας και τις άθλιες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες που επικρατούσαν, ο πληθυσμός και κυρίως τα παιδιά αποδεκατίζονταν από λοιμώδη κυρίως νοσήματα και η βρεφική θνησιμότητα ξεπερνούσε το 50% σε όλη τη διάρκεια του 19ου αιώνα με μια προοδευτική πτώση από τις αρχές του 20ου.

Βιβλιογραφία:

«Αποθιώσεις», *Ασκληπιός*, τεύχος Α', τόμ. 7ος, Αθήνα, 1862, σ. 52.

«Παραγωγικά τινά αίτια νόσων παρά τοις νεογνοίς και θηλάζουσιν», *Ασκληπιός*, τεύχος Ζ', τόμ. 5ος, Αθήνα, 1861, σ. 326-328.

Clon Stephanos, *La Grèce au point de vue Naturel, ethnologique, anthropologique, démographique et médicale*, Paris, G. Masson Éditeur, 1884, p.468-495.

ΟΙ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΟΙ ΚΑΘΗΤΡΕΣ ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΣΩΣΤΟΣ ΧΕΙΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥΣ ΠΡΟΣ ΑΠΟΦΥΓΗ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ

ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΜΑΡΚΟΥ

ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΖΑΚΥΝΘΟΥ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Οι ενδοφλέβιοι καθητήρες αποτελούν συχνή πηγή βακτηριαμίων . Η συχνότητα της λοίμωξης εξαρτάται από τον τύπο του καθητήρα και κυρίως από τις συνθήκες νοσηλείας (π.χ. ΜΕΘ ή κοινός θάλαμος) και τα υποκείμενα νοσήματα του ασθενούς.

ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ:

- Χρησιμοποιήσατε ένα αλκοολούχο διάλυμα σαν απολυμαντικό
- Η είσοδος του καθητήρα πρέπει να γίνεται αφού το δέρμα σε γνώσει καλά ,μετά τη χρήση του αντισηπτικού.
- Οι συσκευές έγχυσης δεν πρέπει να αντικαθίσταται συχνότερα των τριών ημερών
- Χρησιμοποιήσατε γάζα με μεγάλη απορροφητικότητα και διάφανη έτσι ώστε το σημείο εισόδου να μπορεί να ελέγχεται μακροσκοπικά, χωρίς αλλαγή του επικαλύμματος.
- Η Γάζα πρέπει να αλλάζεται κάθε δυο ημέρες

- Ελαχιστοποίηση των σημείων καθήλωσης του καθετήρα στο δέρμα
- Η επιλογή του τύπου του καθετήρα να γίνεται με βάση την εκτιμώμενη διάρκεια καθετηριασμού και τον τύπο της ενδοφλέβιας αγωγής
 - περιφερικός καθετήρας 5 ημέρες
 - κεντρικός φλεβικός καθετήρας : 5-10 ημέρες (σφαγιτιδα)
5 -25 ημέρες (υποκλείδιος)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ :

Δυο είναι οι κύριες οδοί στην παθογένεια των λοιμώξεων που σχετίζονται με καθετήρες .

> Το σημείο εισόδου του καθετήρα που αποτελεί και την πιο συχνή πηγή εισόδου βακτηρίου ,που μπορούν να αποικίσουν την εξωτερική επιφάνεια του, να μεταναστεύσουν και να φτάσουν στο άκρο του.(κατά τη διάρκεια συνήθως της 1ης εβδομάδας μετά την τοποθέτησης του)

> το σημείο σύνδεσης του καθετήρα με τη συσκευή έγχυσης όπου αποικίζοντας τα βακτήρια μπορούν ακολούθως να μεταναστεύσουν κατά μήκος της εσωτερικής τους επιφάνειας (συνήθως μετά τις πρώτες 10 ημέρες από την τοποθέτηση του καθετήρα).

Οι οδηγίες πρέπει να εφαρμόζονται από το προσωπικό που έχει την ειδικότητα αλλά και την ικανότητα εφαρμογής καθετήρα .Προς τούτο η συνεχή εκπαίδευση αφενός αλλά και η διαρκής επιτήρηση και καταγραφή των τυχόν προκληθεισών λοιμώξεων , θα επιφέρει και τη μείωση τους σε ακόμη πιο χαμηλά επίπεδα.

Αμφοτερόπλευρος τραυματικός πνευμοθώρακας μετά από ρήξη τραχείας σε παιδιατρικό ασθενή – Παρουσίαση περιστατικού.

Σ. Νικολούζος¹, Χ. Μαραγκού², Α. Ψυρροπούλου², Ι. Ντε Μάτζιο²

¹ Χειρουργός θώρακος – καρδιάς, Χειρουργικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας

² Παιδιατρικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας

Εισαγωγή:

Τα ατυχήματα στην παιδική ηλικία αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου και σε μεγάλο βαθμό μπορούν να προληφθούν. Τα ατυχήματα στο σπίτι και τον περιβάλλοντα χώρο υπερβαίνουν το 60 % του συνόλου. Ο όρος ατύχημα αφορά

σε κάθε γεγονός που ανεξάρτητα από την ανθρώπινη θέληση, προκαλείται από εξωτερική αιτία που ταχύτατα οδηγεί σε σωματική ή διανοητική βλάβη.

Σκοπός:

Παρουσιάζουμε μία εξαιρετικά βαριά περίπτωση αμφοτερόπλευρου , μεγάλης έκτασης πνευμοθώρακα μετά από ρήξη τραχείας σε παιδιατρικό ασθενή .

Υλικό-Μέθοδος: Πρόκειται για θήλυ ηλικίας 7 ετών η οποία προσήλθε συνοδεία των γονέων στο ΤΕΠ του νοσοκομείου μας παρουσιάζοντας εκτεταμένο υποδόριο εμφύσημα σε εξέλιξη και ταχέως επιδεινούμενη δύσπνοια μετά από κλειστό τραύμα στην πρόσθια τραχηλική χώρα εξαιτίας πρόσφατης (προ ολίγων λεπτών) πλήξης σε έπιπλο .

Αποτελέσματα:

Κρίθηκε αναγκαία η άμεση ενδοτραχειακή διασωλήνωση αυτής και στην συνέχεια, έχοντας διασφαλίσει την βατότητα του αεραγωγού πραγματοποιήθηκε διαδοχικά θωρακική διασωλήνωση και παροχέτευση του αριστερού και δεξιού ημιθωρακίου. Αφού σταθεροποιήθηκε η ασθενής διακομίσθηκε σε παιδιατρική μονάδα εντατικής θεραπείας . Εκεί επιβεβαιώθηκε ενδοσκοπικά η παρουσία ρήξης τραχείας στην μεμβρανώδη μοίρα η οποία αντιμετωπίστηκε συντηρητικά.

Συμπεράσματα:

Μερικές κακώσεις των αεροφόρων οδών μπορούν να αντιμετωπιστούν και συντηρητικά. Οι κακώσεις αυτές είναι μικρές σε έκταση ρήξεις που εντοπίζονται άνωθεν της κύριας τρόπιδας και σε τουλάχιστον 2 εκατοστά απόσταση από αυτή. Η προώθηση του τραχειοσωλήνα πέραν της ρήξης και ο επιπωματισμός αυτής με το cuff του τραχειοσωλήνα ή ο αποκλεισμός της διαρροής αέρα από τη ρήξη από το φουσκωμένο cuff του τραχειοσωλήνα περιφερικότερα της ρήξης, μπορεί να βοηθήσουν στην επούλωση μικρών ρήξεων.

Ενδεικτική βιβλιογραφία:

1. Τούντας Γ.Κ., *Οι ιστορικές-κοινωνικές διαστάσεις της διατροφής και οι επιπτώσεις της στην υγεία*, <http://rapacea.med.uoa.gr>
2. Ελληνική Διαθροακολογικίνδυνη αποστολή», <http://www.tovima.gr> Δημοσίευση: 31/12/2011

Ενδοτραχειακό μυοεπιθηλίωμα – Μια εξαιρετικά σπάνια περίπτωση

Σ. Νικολούζος¹, Γ. Ζαχαρία², Δ. Δαφνής³, Α. Μουζακίτη⁴.

¹ Χειρουργικό Τμήμα , Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας

² Αναισθησιολογικό Τμήμα , Γενική Κλινική Κερκύρας « Αλέξανδρος Μάστορας »

³ Αγγειοχειρουργός, Συνεργάτης Χειρουργικού Τμήματος, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας

⁴ Παθολόγος Ογκολόγος.

Εισαγωγή:

Τα μυοεπιθηλίωματα είναι εξαιρετικά σπάνιοι καλοήθεις όγκοι. Αναπτύσσονται κυρίως στους σιελογόνους αδένες της υπερώας, των χειλέων, της παρειάς, των ούλων, του εδάφους του στόματος, στην παρωτίδα, τον υπογνάθιο αδένα ενώ έχουν βρεθεί και στον μαστό. Μέχρι σήμερα έχουν περιγραφεί μόλις 6 περιπτώσεις ενδοπνευμονικών μυοεπιθηλιωμάτων παγκοσμίως και μόλις 2 μυοεπιθηλίωματα στην τραχεία.

Σκοπός:

Παρουσιάζουμε μία εξαιρετικά σπάνια περίπτωση μυοεπιθηλιώματος της τραχείας σε έναν άνδρα ο οποίος υπεβλήθη σε επιτυχή χειρουργική αφαίρεση αυτού.

Υλικό-Μέθοδος:

Πρόκειται για άνδρα ηλικίας 63 ετών ο οποίος παρουσίαζε από οκτάμηνο βραδέως επιδεινούμενη δύσπνοια η οποία αρχικά είχε αποδοθεί στην συνυπάρχουσα στεφανιαία νόσο (στηθάγχη). Τρεις εβδομάδες πριν από την εισαγωγή του στο νοσοκομείο παρουσίασε ήπιο παραγωγικό βήχα με παρουσία ίχνους αίματος κατά την απόχρεμψη.

Αποτελέσματα:

Η υπολογιστική τομογραφία θώρακα ανέδειξε ενδοτραχειακή μάζα. Η βρογχοσκόπηση επιβεβαίωσε τα ευρήματα της υπολογιστικής τομογραφίας αλλά η βιοψία δεν πιστοποίησε οριστική διάγνωση. Ο ασθενής υπεβλήθη σε μέση στερνοτομή αφαίρεση του προσβεβλημένου τμήματος της τραχείας μετά του όγκου και σε τελικο-τελική αναστόμωση αυτής.

Συμπεράσματα:

Τα μυοεπιθηλίωματα είναι εξαιρετικά σπάνιοι όγκοι οι οποίοι θα πρέπει να τους διακρίνουμε από τα πλειόμορφα αδενώματα και από τα βλεννοεπιδερμοειδή καρκινώματα. Η διάγνωση είναι μόνο παθολογοανατομική και βασίζεται στην μορφολογία και στις χρώσεις ανοσοιστοχημείας. Επειδή επικρατεί σύγχυση σχετικά με τη χρήση του όρου «μυοεπιθηλίωμα», κάποιοι χρησιμοποιούν τον όρο καλοήθεις μυοεπιθηλίωμα. Είναι γεγονός ότι παρ' ότι ιδιαίτερα σπάνια θα πρέπει να τα λαμβάνουμε πάντα υπόψη στη διαφορική διάγνωση ενδοτραχειακών όζων.

Πρόβλεψη αναπνευστικής λειτουργίας μετά από πνευμονεκτομή.

Σ. Νικολούζος¹, Γ. Ζαχαρία², Δ. Δαφνής³, Κ. Καγκουρίδης⁴,

¹ Χειρουργός θώρακος – καρδιάς, Χειρουργικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας

² Ανασθησιολογικό Τμήμα, Γενική Κλινική Κερκύρας « Αλέξανδρος Μάστορας »

³ Αγγειοχειρουργός, Συνεργάτης Χειρουργικού Τμήματος, Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας

⁴ Πνευμονολόγος.

Εισαγωγή:

Ο καρκίνος του πνεύμονα προκαλεί 6.000 θανάτους κάθε χρόνο στην Ελλάδα. Η χειρουργική επέμβαση προσφέρει την καλύτερη δυνατότητα θεραπείας των ασθενών με μη μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονα. Έχει παρατηρηθεί μια αύξηση του αριθμού των περιστατικών οι οποίοι έχουν ένδειξη εκτομής του πνεύμονα λόγω πρωτοπαθούς καρκινώματος κυρίως μεταξύ ηλικιωμένων ασθενών και ασθενών με μειωμένη αναπνευστική λειτουργία. Σε αυτούς τούς ασθενείς η προεγχειρητική πρόβλεψη της κατάστασης της αναπνευστικής λειτουργίας μετά την εκτομή του πνευμονικού παρεγχύματος προβάλλει επιτακτική.

Σκοπός:

Στόχος της μελέτης μας είναι να προσδιορίσει το αποτέλεσμα της εκτομής του πνευμονικού παρεγχύματος στη μετεγχειρητική σπιρομέτρηση και να εκτιμήσει την ακρίβεια της απλής εξίσωσης των Juhl και Frost στην πρόβλεψη της μετεγχειρητικής αναπνευστικής λειτουργίας στους ασθενείς που υποβάλλονται σε πνευμονεκτομή.

Υλικό-Μέθοδος:

Σαράντα ασθενείς υποβλήθηκαν σε σπιρομετρικό έλεγχο προεγχειρητικά, 3 και 6 μήνες μετά την επέμβαση. Από όλες τις παραμέτρους που καταγράφονταν για την εκτίμηση της δυνατότητας του ασθενούς να χειρουργηθεί αλλά και για τις υπόλοιπες συγκρίσεις χρησιμοποιήθηκε η FEV₁. Η προβλεπόμενη μετεγχειρητική FEV₁ υπολογίσθηκε με την εξίσωση των Juhl και Frost.

Αποτελέσματα:

Σε σχέση με τις προεγχειρητικές τιμές το ποσοστό απώλειας της αναπνευστικής λειτουργίας 6 μήνες μετά την επέμβαση (μείωση της FEV₁) για τούς ασθενείς που υποβλήθηκαν σε πνευμονεκτομή είναι 32,53%. Η γραμμική ανάλυση παλινδρόμησης ανέδειξε από την συσχέτιση μεταξύ προβλεπόμενης και μετρηθείσας –πραγματικής FEV₁ την παρακάτω εξίσωση

$$FEV_1 \text{ ΜΕΤΕΓΧ.} = 0,145 + 0,65318 \times FEV_1 \text{ ΠΡΟΕΓΧ.}$$

Συμπεράσματα:

Πιστεύουμε ότι η εξίσωση μας αποτελεί μια αξιόπιστη μέθοδο πρόβλεψης της μετεγχειρητικής αναπνευστικής λειτουργίας των ασθενών που υποβάλλονται σε πνευμονεκτομή.

ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΚΤΩΝ ΣΤΟ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ “ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ”
Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Τμήμα Μαιευτικής ΤΕΙ Αθηνών

Χ. Μαντζούκη, Γ. Μαστοράκος, Δ.Γ. Γουλής, Ε. Κούστα

Τα τελευταία 40 έτη παρατηρείται αυξημένο ενδιαφέρον για τη μελέτη της επίδρασης που ασκούν οι ενδοκρινικοί διαταράκτες (ΕΔ) στην υγεία του ανθρώπου. Οι ουσίες αυτές βρίσκονται στο περιβάλλον, στα τρόφιμα και τα καταναλωτικά προϊόντα, που χρησιμοποιούνται καθημερινά και σε ευρεία κλίμακα από τον άνθρωπο. Πρόκειται για χημικές ουσίες, φυσικές ή συνθετικές, οι οποίες παρεμβαίνουν στην ομαλή λειτουργία του ενδοκρινικού ορμονικού συστήματος, τόσο των ανθρώπων όσο και των ζώων και επηρεάζουν τη δράση, τη σύνθεση, το μεταβολισμό και την απέκκριση των ορμονών. Η έκθεση των εμβίων όντων στους ΕΔ μπορεί να λάβει χώρα μέσω του αέρα, του νερού ή του εδάφους και, κατά την εμβρυϊκή ζωή, μέσω του πλακούντα. Επιπρόσθετα, κατά την περίοδο της γαλουχίας, τα νεογνά και τα βρέφη εκτίθενται στην επίδραση των ΕΔ μέσω του θηλασμού. Πολυάριθμες μελέτες σε ανθρώπους και ζώα δείχνουν την επίπτωση των ΕΔ σε όλα τα στάδια της ζωής, ανεξαρτήτως φύλου και ηλικίας. Η παρούσα ανασκόπηση αναφέρεται στις επιπτώσεις των ΕΔ στο γυναικείο αναπαραγωγικό σύστημα. Ειδικότερα εστιάζεται στη δυναμική τους επίδραση στη λειτουργία του ωοθυλακίου, την έμμηνου ρύση, το σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών, καθώς και την ηλικία εμφάνισης της εμμηνόπαυσης. Εξαιτίας των σοβαρών αυτών επιδράσεων σε θεμελιώδεις ανθρώπινες λειτουργίες, προβάλλει επιτακτική η ανάγκη υλοποίησης επιδημιολογικών μελετών, ώστε να διευκρινιστεί η δράση τους. Επιπρόσθετα απαιτείται να ενεργοποιηθούν κρατικοί μηχανισμοί πρόληψης, προκειμένου να αποφευχθεί η έκθεση του πληθυσμού στις ουσίες αυτές.

Λέξεις ευρετηρίου:

Ενδοκρινικοί διαταράκτες, ωοθυλάκιο, διαταραχές έμμηνου κύκλου, εμμηνόπαυση, πολυκυστικές ωοθήκες.

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ
9^ο ΣΕΜΙΝΑΡΙΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Η εξέλιξη της Νοσηλευτικής από την ίδρυση του
Ψυχιατρείου έως την οριστική παύση του.

Δ.Αθηναίου¹, Μ.Νεράντζη², Σ.Βασιλείου³

¹ ΤΕ Νοσηλεύτρια, Διευθύνουσα Γ.Ν.Ν.Κερκύρας,

² Μ.Νεράντζη ΤΕ Νοσηλεύτρια, Τομεάρχης Ψ/Κ τομέα Γ.Ν.Ν.Κερκύρας,

³ Σ.Βασιλείου ΠΕ Διοικητικού Ψ/Κ τομέα Γ.Ν.Ν.Κερκύρας

Το 1838, ιδρύθηκε το πρώτο άσυλο φρενοβλαβών στην Κέρκυρα από τις βρετανικές αρχές. Το 1864, με την ένωση των Ιονίων νήσων, έγινε για τα επόμενα 23 χρόνια το μοναδικό, εξειδικευμένο ψυχιατρικό Δημόσιο ίδρυμα στην Ελλάδα. Η παύση λειτουργίας του ως ιδρυματικού Ασύλου, επιτεύχθηκε στις 10 Οκτωβρίου του 2006, ημέρα εορτασμού της Παγκόσμιας Ημέρας για την Ψυχική Υγεία. Για την κατάργηση του Ασύλου στην Κέρκυρα και την υπέρβαση του ψυχιατρείου το έναυσμα δόθηκε με τον Ευρωπαϊκό κανονισμό 815 του 1984.

Η δεκαετία του '90 συνοδεύτηκε από ριζικές αλλαγές και για πρώτη φορά ο ρόλος του Ασύλου αρχίζει να αμφισβητείται. Η μετάβαση όμως αυτή από το κλειστό στο ανοιχτό σύστημα ψυχιατρικής φροντίδας βασίστηκε κατά κανόνα στο υπάρχον νοσηλευτικό προσωπικό του ιδρύματος και στην κοινή αντιδραματική και αποκαταστασιακή κουλτούρα των νοσηλευτών ψυχικής υγείας που επιτεύχθηκε μέσα από την συνεχή εκπαίδευση και οδήγησε στην αλλαγή των καθιερωμένων ρόλων και πρακτικών.

Η οργάνωση δικτύου κοινοτικών υπηρεσιών δηλώνει στροφή στην κοινότητα και σημαίνει υπηρεσίες όχι συμπληρωματικές στο Ασυλο αλλά ριζικά εναλλακτικές ως προς αυτό. Μοχλός και υλοποιητής των κοινοτικών υπηρεσιών παραμένει ο νοσηλευτής. Σήμερα οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας αναγνωρίζουν τον ουσιαστικό ρόλο που καλούνται να διαδραματίσουν, αναγνωρίζουν τη θετικά αλλαγή στον ρόλο τους και γίνονται θεραπευτικοί συνοδοί των ασθενών στην δύσκολη διαδρομή τους.

«Κοινωνικό δίκτυο υπηρεσιών ψυχικής υγείας Κερκύρας:
παρουσίαση της λειτουργίας του Ξενώνα Ν. Μώρος 1993–
2013. 20 χρόνια λειτουργίας στα πλαίσια της ψυχικής
μεταρρύθμισης.»

Μαρία Β. Δημοπούλου¹, Ευαγγελία Καλογήρου², Ρομπέρτα Μαρία Φάντι³

¹Νοσηλεύτρια, MSc, Προϊσταμένη Ξενώνα Ν.ΜΩΡΟΣ, Επιστημονικά Υπεύθυνη ΚΜΨΥ Κέρκυρας, Κοινωνικό Δίκτυο Υπηρεσιών ΨΥ, Γ.Ν. Κέρκυρας, Μέλος ΤΕΨΥ

²Νοσηλεύτρια, Υπεύθυνη Ξενώνα Ν.ΜΩΡΟΣ, Κοινωνικό Δίκτυο Υπηρεσιών ΨΥ, Γ.Ν. Κέρκυρας

³Ψυχίατρος, Επιμελήτρια Α'ΕΣΥ, Επιστημονικά Υπεύθυνη Ξενώνα Ν.ΜΩΡΟΣ, Κοινωνικό Δίκτυο Υπηρεσιών ΨΥ, Γ.Ν. Κέρκυρας, Μέλος ΤΕΨΥ

Εισαγωγή:

Ο Ξενώνας Ν. ΜΩΡΟΣ αποτελεί την πρώτη δομή ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου από το 1992. Λειτουργεί με στόχο την ανάπτυξη ατομικών και κοινωνικών δεξιοτήτων των ασθενών, την εγκατάσταση υπευθυνότητας και την ανάληψη πρωτοβουλιών μέσα από πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής ενδυνάμωσης/υποστήριξης.

Σκοπός:

Η αποτύπωση της εξέλιξης της λειτουργίας του Ξενώνα Ν.ΜΩΡΟΣ στα 20 χρόνια μετά την ίδρυσή του.

Μεθοδολογία:

Ο Ξενώνας λειτούργησε εφαρμόζοντας Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας από το 1993. Παρέχει ψυχιατρική και ψυχολογική εκτίμηση, συνέχεια στην θεραπεία και την φροντίδα, ψυχοθεραπεία υποστηρικτικού τύπου, οικογενειακή θεραπεία συστημικού τύπου, εναλλακτική θεραπευτική παρέμβαση μέσω τέχνης, Εργοθεραπεία, Κοινωνική Υποστήριξη, ψυχοκοινωνική και εργασιακή αποκατάσταση. Η στελέχωση και ο τρόπος εργασίας του προσωπικού βασίζεται στην αρχή της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας.

Αποτελέσματα:

Ο Ξενώνας ακολουθεί τις αρχές της Κοινωνικής Ψυχιατρικής, στα πλαίσια εφαρμογής του Κανονισμού 815/84, αναπτύσσοντας νέα αντίληψη για την ψυχική νόσο και τον ασθενή.

Συμπεράσματα:

Ο Ξενώνας προσπαθεί μέσα από μια ολοστική, βιο-ψυχο-κοινωνική προσέγγιση να απαντήσει στο σύνολο των αναγκών των ασθενών, με την ανάδειξη προσωπικής συμμετοχής και κινήτρου και την εμπλοκή της οικογένειας, των επαγγελματιών Ψ.Υ. και όλων των διαθέσιμων πόρων.

Ηλικιωμένοι με ψυχικό νόσημα. Φροντίδα και προοπτικές.

Τριανταφύλλου Χρυσούλα¹, Αργυροκαστρίτη Αναστασία² Χρηστίδου Αννέτα³,

¹ΤΤΕ Νοσηλεύτρια Ψυχικής Υγείας Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσ/νίκης

²ΤΕ Νοσηλεύτρια Γενικού Νοσοκομείου Κερκύρας

³ΤΕ Νοσηλεύτρια Ψυχικής Υγείας Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσ/νίκης

Περίληψη

Τα όρια έναρξης της 3ης ηλικίας δεν είναι σαφή, συνήθως κάποιος ανήκει στην τρίτη ηλικία εφόσον περάσει το 65ο έτος της ηλικίας του, ενώ γενικά θεωρείται κάποιος ηλικιωμένος από την ώρα που θα συνταξιοδοτηθεί. Θεωρείται ότι είναι η «χρυσή ηλικία» καθώς ο άνθρωπος έχει αρκετό ελεύθερο χρόνο ώστε να ασχοληθεί με πράγματα που του αρέσουν και με δραστηριότητες που αγαπάει. Ωστόσο αλλάζει ο κοινωνικός ρόλος του, δεν έχει απασχόληση καθημερινή, γεγονός που μπορεί να το επηρεάσει στην κοινωνική του ζωή αλλά και στην ψυχολογική του προσαρμογή του.

Επίσης η έντονη αίσθηση της κόπωσης στο σώμα, η απώλειες των δυνάμεων, η αλλαγής της εικόνας, η έκπτωση των αισθήσεων όπως η ακοή και η όραση αλλά και των νοητικές λειτουργίες όπως η μνήμη πολλές φορές οδηγούν σε προβλήματα ψυχικής φύσεως όπως κατάθλιψη, άγχος κα.

Η Τρίτη ηλικία δεν ελκύει το ενδιαφέρον των νοσηλευτών αλλά και των άλλων επαγγελματιών υγείας κυρίως αν συνοδεύεται από κάποια ψυχιατρική πάθηση. Ωστόσο τα ποσοστά των ηλικιωμένων πασχόντων από ψυχικό νόσημα αυξάνονται και η ανάγκη για τη φροντίδα τους εμφανίζει περισσότερες απαιτήσεις.

Πολύ σημαντικές λοιπόν είναι οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση των ψυχιατρικών προβλημάτων των ηλικιωμένων με σκοπό την ανακούφιση την κατάλληλη υποστήριξη και την παροχή ποιότητας ζωής στους ανθρώπους που μόχθησαν προσέφεραν και εξακολουθούν να είναι στυλοβάτες του χθες οδηγού του σήμερα εμπνευστές του αύριο.

Ανασκόπηση της πορείας της ενδοσκοπικής χειρουργικής μέσα στο χρόνο.

Μαρία Ντάρα MSc¹, Ζήκου Μαρία²

¹Νοσηλεύτρια ΤΕ, Αναπλ. Προϊσταμένη Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων. «Γ. Χατζηκώστα»

²Νοσηλεύτρια ΤΕ, Τομέαρχης Ψυχιατρικού Τομέα Γ.Ν.Ν. Κερκύρας

Εισαγωγή:

Η έκρηξη της ενδοσκοπικής χειρουργικής έχει διανύσει πολυεθνικές διαδρομές και οι ενδοσκοπικές επεμβάσεις πιθανολογούνται ήδη από την ιπποκρατική εποχή γύρω στο 450π.Χ. Αποτελεί πλέον μια τεχνική με ποικίλες εφαρμογές στην αντιμετώπιση της πλειονότητας των χειρουργικών παθήσεων και η εξέλιξη της τις τελευταίες δεκαετίες είναι αλματώδης.

Σκοπός:

Η παρούσα εργασία προσπαθεί να καταδείξει τη διαδρομή στην εξέλιξη της ενδοσκόπησης από διαγνωστική σε επεμβατική χειρουργική διαδικασία και να επισημάνει τη σημαντικότητα της ιατρονοσηλευτικής λαπαροσκοπικής ομάδας.

Ανασκόπηση:

Ο Αραβας ιατρός Albukasim (936-1013) και αργότερα ο Bozzini (1805) ήταν από τους πρώτους που επιχειρήσαν την εξερεύνηση των ανθρώπινων κοιλοτήτων. Η πραγματική «ώρα γέννησης» της λαπαροσκόπησης αποδίδεται στο Γερμανό Kelling το 1901. Ακολούθως, ο Semm στη δεκαετία του '60 ανέπτυξε την ενδοσκόπηση στη διεθνώς αναγνωρισμένη μέθοδο στην οποία έχει εξελιχθεί σήμερα. Το πεδίο είναι συναρπαστικό, αλλά ταυτόχρονα μας δείχνει και τα όριά μας. Η επιλογή της μεθόδου, η επικοινωνία και η συνεργασία της χειρουργικής ομάδας, η άρτια και συνεχιζόμενη εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού και ο σύγχρονος εξοπλισμός αποτελούν τους καθοριστικούς παράγοντες που συμβάλλουν στο βέλτιστο αποτέλεσμα.

Συμπέρασμα:

Η ενδοσκόπηση έχει εξελιχθεί σε μια αποτελεσματική και αναντικατάστατη θεραπευτική προσέγγιση. Η αλματώδης τεχνολογική πρόοδος και η εντωμεταξύ αποκτηθείσα γνώση και εμπειρία έχουν διευρύνει θεαματικά τις ενδείξεις και αποτελούν αναπόσπαστο τμήμα της εκπαίδευσης και της καθημερινής πρακτικής της χειρουργικής ομάδας.

Η Λειτουργία της Μονάδας Θαλασσαιμίας ως Αυτόνομο
Νοσηλευτικά Τμήμα στη τελευταία 10ετία. Σύγκριση
με το παρελθόν – Επίπτωση στην ποιότητα ζωής των
θαλασσαιμικών πασχόντων.

Κοντοδήμου – Κούφαλη Μαρία¹.

¹ΤΕ Νοσηλεύτρια, Προϊσταμένη Μον.Μεσ.αναμίας .Γεν.Νομ.Νοσ.Κερκύρας

Εισαγωγή:

Η Μονάδα Θαλασσαιμίας αποτελεί το βασικό κορμό παρακολούθησης και θεραπευτικής αντιμετώπισης των Θαλασσαιμικών πασχόντων της Κέρκυρας και της ευρύτερης περιοχής της Ηπείρου και της Νότιας Αλβανίας.

Σκοπός:

Είναι να καταδείξουμε τη βελτίωση στην θεραπευτική συμμόρφωση αλλά και στην ποιότητα ζωής και στο προσδόκιμο επιβίωσης των πασχόντων, με την πλήρη νοσηλευτική αυτόνομη στη λειτουργία της Μονάδας.

Υλικό–Μέθοδος:

Εξετάζονται σταθερά 75 πάσχοντες από Θαλασσαιμικά σύνδρομα. Οι περισσότεροι από αυτούς είναι σε σταθερές μεταγγίσεις και στην πλειοψηφία τους ενήλικες. Αξιολογήσαμε τη συμμόρφωση των πασχόντων στις θεραπείες αποσιδήρωσης, την ασφάλεια των μεταγγιζόμενων, τη τήρηση των ιατρικών φακέλων, και την ποιότητα ζωής τους την τελευταία 10ετία με σταθερό και αυτόνομο νοσηλευτικό προσωπικό στη Μονάδα και τα αποτελέσματα τα συγκρίναμε με την 7ετία 1997–2004.

Αποτελέσματα:

Παρά τη σημαντική αλλαγή που υπήρξε με νέα φάρμακα αποσιδήρωσης, η συμμόρφωση των πασχόντων ανήλθε σε επίπεδα >95% από < 30% στην πρώτη 7ετία. Η ενίσχυση των προσωπικών σχέσεων με τους πάσχοντες, η καθημερινή λήψη ιστορικού, η επικέντρωση στην ασφάλεια των μεταγγίσεων σε συνδυασμό με τις σημαντικότερες ανατροπές στις καρδιολογικές και ενδοκρινολογικές επιπλοκές, εκτόξευσαν το προσδόκιμο επιβίωσης αυτών επίπεδα ανάλογα του γενικού πληθυσμού.

Συμπεράσματα:

Οι μόνιμες, σταθερές και διαρκείς προσωπικές σχέσεις νοσηλεύτριας και χρόνιου πάσχοντα, αφού ενισχύουν τις προσωπικότητες και των δύο, συμβάλουν στη σημαντική ενίσχυση του προσδόκιμου επιβίωσης με ποιότητα ζωής, αυτής της ομάδας χρόνιως πασχόντων.

Ο ρόλος της νοσηλευτικής φροντίδας σε ασθενείς με
καρκίνο του προστάτη.

Κριάδη Βαρβάρα¹

¹ΤΕ Νοσηλεύτρια, Προϊσταμένη Χ/Κ κλινικής Γ.Ν.Ν.Κερκύρας.

Περίληψη.

Ο ρόλος της Νοσηλευτικής παρέμβασης στους ασθενείς με καρκίνο του προστάτη είναι διαφορετικός εάν πρόκειται για κλινικά εντοπισμένη νόσο ή προχωρημένη μεταστατική.

Στην πρώτη περίπτωση ο νοσηλευτής θα παρέμβει στον άρρωστο βοηθώντας στην προεγχειρητική και τη μετεγχειρητική του νοσηλεία.

Στη δεύτερη περίπτωση δεν θα παρέμβει μόνο νοσηλευτικά, αλλά μπορεί να έχει και υποστηρικτικό ρόλο τόσο από πλευράς ψυχολογικής, οικογενειακής και κοινωνικής, κυρίως σε ασθενείς τελικού σταδίου.

Στην παρούσα εργασία αναπτύσσονται αυτοί οι δύο τομείς νοσηλευτικής παρέμβασης σε ασθενείς με καρκίνο του προστάτη.

Το άγχος και πως επηρεάζει τον σύγχρονο άνθρωπο (αίτια, μελέτες και αντιμετώπιση).

Καρπουζιά Αννα¹, Μηνά Χριστίνα², Ξένου Σοφία³

¹Τ.Ε. Νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας- Ψυχιατρική Κλινική-Οικοτροφείο «ΚΛΕΙΩ»

²Τ.Ε. Νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας- Ψυχιατρική Κλινική

³ Τ.Ε. Νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας- Ψυχιατρική Κλινική-Προϊσταμένη Οικοτροφείου «ΚΛΕΙΩ»

Εισαγωγή:

Είναι γεγονός ότι η σημερινή εποχή είναι πολύ απαιτητική για τους σύγχρονους ανθρώπους και τις ανάγκες τους. Η κοινωνία μας βρίσκεται σε μια παρατεταμένη κρίση, λόγω της οικονομίας και των προτύπων ζωής που έχει δημιουργήσει η δυτική κοινωνία. Οι ρυθμοί της καθημερινότητας, οι υποχρεώσεις και ο σύγχρονος τρόπος ζωής, έχουν επιτρέψει στο άγχος, το στρες και την πίεση να διαδραματίζουν πρωταγωνιστικό και καταλυτικό ρόλο σε όλους τους τομείς του σύγχρονου ατόμου.

Σκοπός:

Κύριος σκοπός της εργασίας είναι να εξετάσει την ύπαρξη του καθημερινού άγχους του σύγχρονου ανθρώπου, τα αίτια, την συχνότητα και κυρίως την αντιμετώπισή του με βάση εμπειριστατωμένες μελέτες.

Συμπεράσματα:

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελετών και ερευνών, που έχουν διεξαχθεί κατά καιρούς για το άγχος και με βάση την συχνότητα των περιστατικών αντιλαμβανόμαστε την ανάγκη για καλύτερη αντιμετώπιση αυτών των ατόμων, καθώς επίσης και πως η αντιμετώπιση είναι άμεση και αποδοτική.

Ανεπιθύμητα συμβάματα κατά τη διάρκεια και μετά το πέρας της αιμοληψίας σε αιμοδότη ολικού αίματος.

Μαρία Γεωργουλά

ΤΕ Νοσηλεύτρια Σταθμού Αιμοδοσίας Γεν.Νοσοκ.Κερκύρας

Εισαγωγή.

Η Αιμοδοσία είναι μια απλή και ακίνδυνη διαδικασία κατά και μετά την οποία είναι δυνατόν να εμφανιστούν κάποιες επιπλοκές με τοπικά συμπτώματα, όπως πόνος, ερυθρότητα, αλλεργία, κάκωση νεύρου ή τένοντα και άλλα με γενικευμένα χαρακτηριστικά, όπως η βαγοτονική αντίδραση.

Σκοπός.

Σκοπός της εργασίας είναι να αναδείξει τις επιπλοκές αυτές, να προβάλλει μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισής των και να καθησυχάσει τους υποψήφιους αιμοδότες να αιμοδοτούν.

Μεθοδολογία.

Η εργασία είναι βασισμένη σε περιπτώσεις που έχουν καταγραφεί στο Νοσοκομείο της Κέρκυρας τα τελευταία τρία χρόνια ,τους παράγοντες που συντελούν στην εμφάνισή τους και την αποφυγή τους με τη λήψη ενός πλήρους και σωστού ιστορικού και την ενημέρωση των υποψήφιων αιμοδοτών. Η καταγραφή των συμβάντων ανά αιμοδότη βοηθά στην αποτροπή αυτών σε επόμενη αιμοδότηση.

Αποτελέσματα.

Τα ποσοστά των τοπικών επιπλοκών αλλά και των γενικευμένων συμπτωμάτων είναι ιδιαίτερα μικρά (περίπου 1%) και με τάση για μείωση, ενώ μπορούν να αντιμετωπιστούν με ηρεμία, επιστημονική κατάρτιση του προσωπικού, άνετο και κατάλληλο χώρο, ορθή λήψη του ιστορικού του αιμοδότη. Με αυτό τον τρόπο αποφεύγεται ο φόβος, παράγοντας ανασταλτικός για την αιμοδότηση, και επιτυγχάνεται η αιμοεπαγρύπνηση. Οι συνειδητοποιημένοι αιμοδότες αλλά και το πεπειραμένο προσωπικό μειώνει το ποσοστό εμφάνισης των συμβάντων.

Συζήτηση.

Πως ο κατάλληλος χώρος είναι δυνατόν να δημιουργήσει ευχάριστο κλίμα σε αιμοδότες αλλά και στο προσωπικό.

Διερεύνηση της στάσης της Κοινότητας Αγίου Μάρκου προς τους διαβιούντας του οικοτροφείου «ΚΛΕΙΩ» με τη συμπλήρωση έξι χρόνων λειτουργίας του.

¹Αθηναίου Διαμαντίνα, Δημητρακοπούλου Σταυρούλα, Ιακωβίδης Γεώργιος, Καρπουζιά Αννα, Νεράντζη Μαρία, Ξένου Σοφία, Παπαδόπουλος Νικόλαος,

²Παγκράτη Αικατερίνη, Φράγκου Αικατερίνη, Χανδρινός Ξενοφών.

*1*Οικοτροφείο "Κλειώ" Ψυχιατρικός Τομέας Γ.Ν. Κέρκυρας

*2*Πολυκλαδική ομάδα Οικοτροφείου "Κλειώ".

Εισαγωγή:

Το οικοτροφείο "Κλειώ" λειτουργεί στον οικισμό του Αγίου Μάρκου Κέρκυρας από το 2005 και από τότε έχει άμεση αλληλεπίδραση με τους κατοίκους του χωριού είτε με την καθημερινή επαφή με τους ενοίκους και το προσωπικό είτε με τις διάφορες δράσεις που αναπτύσσει.

Σκοπός της έρευνας είναι η αναζήτηση του κατά πόσο η παρουσία μιας Δομής Παροχής Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας μπορεί να επηρεάσει την άποψη των κατοίκων της περιοχής που εδρεύει, σε σχέση με τους ψυχικά πάσχοντες.

Υλικό και Μέθοδος:

Για την εργασία αυτή δημιουργήθηκε ερωτηματολόγιο που απαντήθηκε από 80, σε σύνολο 800 περίπου κατοίκων του χωριού. Οι ερωτήσεις του αφορούσαν τις απόψεις των ερωτηθέντων, για τη ψυχική νόσο και για τις δομές ψυχικής υγείας αλλά και για το αν έχει υπάρξει διαφοροποίηση των απόψεων αυτών μετά από τα έξι χρόνια λειτουργίας του οικοτροφείου.

Αποτελέσματα:

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων γνώριζε την ύπαρξη του οικοτροφείου αν και κάποιο ποσοστό δεν ήξερε πως είναι μονάδα παροχής ψυχικής υγείας. Μεγάλο μέρος τους έχει θετική γνώμη για την προσφορά προς τους ενοίκους και θεωρεί χρήσιμη την ύπαρξη ανάλογων δομών τις οποίες θα χρησιμοποιούσαν αν παρουσιαζόταν ανάγκη. Επίσης είναι διάχυτη η άποψη πως οι ψυχικά πάσχοντες δεν πρέπει να απομακρύνονται από τον κοινωνικό ιστό.

Κυκλικό ωράριο εργασίας σε υπηρεσίες υγείας.-επιπτώσεις στην υγεία και τη ζωή των Νοσηλευτών.

Αργυροκαστρίτη Αν.¹, Ντούκα Π.², Τριανταφύλλου Χ.³ Γιαβρή Σ.⁴.

^{1,4} ΤΕ Νοσηλεύτρια Σταθμού Αιμοδοσίας Γ.Ν.Ν.Κερκύρας.

² ΤΕ Νοσηλεύτρια Προϊσταμένη Ανασθησιολογικού Γ.Ν.Ν.Κερκύρας.

³ ΤΕ Νοσηλεύτρια Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Σταυρούπολης.

Εισαγωγή:

Η εργασία με εναλλασσόμενο κυκλικό ωράριο αποτελεί μια αναπόφευκτη πραγματικότητα για το νοσηλευτικό επάγγελμα, αφού η παροχή φροντίδας πρέπει να διατίθεται επί 24 ώρες την ημέρα, 7 ημέρες την εβδομάδα, 365 ημέρες το χρόνο. Οι επιπτώσεις του κυκλικού ωραρίου εργασίας αφορούν στη σωματική και τη συναισθηματική υγεία, καθώς και στη διαταραχή της κοινωνικής και της οικογενειακής ζωής.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η έρευνα των επιδράσεων του κυκλικού ωραρίου στην υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού.

Υλικό-μέθοδος:

Για τη συλλογή πληροφοριών που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα εργασία ερευνήθηκαν έγκυρες ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων. Χρησιμοποιήθηκαν οι εξής λέξεις κλειδιά: κυκλικό ωράριο εργασίας, νοσηλευτικό προσωπικό, διαταραχές ύπνου, επαγγελματικά χαρακτηριστικά, συστήματα ωραρίων εργασίας.

Συμπεράσματα:

Το κυκλικό ωράριο εργασίας που ακολουθούν οι νοσηλευτές μπορεί να οδηγήσει σε εργατικά και τροχαία ατυχήματα, ενοχοποιείται για την ανάπτυξη ορισμένων νόσων, ενώ έχει διαπιστωθεί ότι επηρεάζει την ικανότητα του ατόμου να κοιμηθεί, να τραφεί σωστά, να ασκηθεί και να αναπτύξει διαπροσωπικές σχέσεις. Η έγκαιρη ενημέρωση, συμβουλευτική ανίχνευση και αντιμετώπισή τους συνιστά τη βασική μέθοδο πρόληψης των συνεπειών του κυκλικού ωραρίου στους νοσηλευτές.

Ενθαρρυντικοί ή αποθαρρυντικοί παράγοντες της γονεϊκής παρουσίας στη φλεβοκέντηση του παιδιού.

Καρύδη Ευτυχία¹,

¹ Νοσηλεύτρια ΤΕ, Προϊσταμένη Παιδιατρικής κλινικής του Γ.Ν.Ν.Κερκύρας.

Εισαγωγή:

Οι αιτίες που οδηγούν το γονιό με το παιδί του στο νοσοκομείο είναι από εξαιρετικά απλές έως περισσότερο περίπλοκες. Από τις δυσκολότερες στιγμές του γονικού ρόλου, είναι όταν αποφασισθούν ιατρικές διεργασίες στο παιδί του, με συνηθέστερη καθημερινή πρακτική την φλεβοκέντηση. Αυτή απαραίτητα προηγείται του εργαστηριακού ελέγχου και εμπεριέχει πόνο ως αιματηρή εφαρμογή.

Σκοπός:

Να γίνει αποτελεσματική φλεβοκέντηση χωρίς να δημιουργηθεί απολύτως κανένα πρόβλημα. Το παιδί θέλει ειδικό χειρισμό, καθησυχαστικό και συγκρατητικό, ώστε να αντλήσει εμπιστοσύνη και να μειωθεί ο φόβος του. Δεν αποθαρρύνουμε πάντα την παρουσία του γονέα στη φλεβοκέντηση όταν του διαγνώσουμε εμπιστοσύνη και συνεργασία. Όταν κρίνουμε ότι επικρατούν οι αρνητικές εμπειρίες του, άρα δεν μπορεί να βοηθήσει, ο γονέας πρέπει να αποχωρήσει από την αίθουσα αιμοληψιών

Υλικό και μέθοδος:

Αποτελεί η 12χρονη και πλέον εμπειρία και παρατήρηση ως προϊσταμένη παιδιατρικού τμήματος. Αναζήτησα επίσης νέες απόψεις από το διαδίκτυο για τα ελληνικά δεδομένα.

Συμπεράσματα:

Πρέπει να αναγνωρίσουμε την σημαντικότητα των επιπτώσεων της πρώτης εμπειρίας των ιατρικών πράξεων με υποχρεωτικά επιμορφωτικά οργανωμένα προγράμματα ώστε να σταματήσει ο απαρηγόρητος πόνος με το τρομοκρατημένο παιδί στο δωμάτιο με το γιατρό και τη νοσηλεύτρια και τον γονέα έντρομο έξω από την κλειστή πόρτα. Να βοηθήσει ο γονιός εμάς και να προετοιμάζει το παιδί για το έργο μας.

Δικαστική Ψυχιατρική και επαγγελματίες ψυχικής υγείας (πρόστερ)

Αγγελική Βλαχοπούλου

Βασιλική Παρασκευοπούλου

1) Νοσηλεύτρια, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας

2) Νοσηλεύτρια, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας

Εισαγωγή:

Η Ψυχιατροδικαστική ή Δικαστική Ψυχιατρική υποδηλώνει τον επιστημονι-

κό κλάδο που ασχολείται με ζητήματα που άπτονται της Ψυχιατρικής ταυτόχρονα όμως και της Νομικής, υποδηλώνει δηλαδή την ειδικότητα που ασχολείται με ζητήματα ατόμων με ψυχικά προβλήματα, τα οποία εμπλέκονται στη δικαιοδοσία των αρχών του δικαίου.

Σκοπός της εργασίας:

είναι να εντοπίσει και να επισημάνει τα σημαντικότερα θέματα που αφορούν τους επαγγελματίες στο χώρο της ψυχικής υγείας σε σχέση με την Δικαστική ψυχιατρική και στα οποία εμπλέκονται καθημερινά και θα πρέπει να έχουν άριστη γνώση.

Η βαθιά κρίση του εγχειρήματος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης έχει φέρει στο προσκήνιο την δυσλειτουργική σχέση ανάμεσα στο ψυχιατρικό και νομικό σύστημα. Τόσο η νομοθεσία που αφορά την ακούσια νοσηλεία όσο και αυτή που αφορά την 'δικαιοπραξία' καθώς και το λεγόμενο «ακαταλόγιστο» πράξεων των ψυχικά ασθενών που άπτονται του Ποινικού Νόμου χαρακτηρίζονται από ανακολουθίες και διατρέχονται από εσωτερικές αντιφάσεις που έχουν επιπτώσεις τόσο στο καθαυτό θεραπευτικό πεδίο της Ψυχιατρικής όσο και σε αυτό των δικαιωμάτων του ασθενούς.

Συμπέρασμα:

Η νομοθεσία για την ψυχική υγεία χρήζει προφανώς βελτιώσεων ώστε να μην αποτελεί απλώς άλλοθι δημόσιας πολιτικής, όπως συνήθως συμβαίνει στη χώρα μας, αλλά να συνιστά και μοχλό προάσπισης των δικαιωμάτων των ψυχοσθενών και ανάπτυξης παροχής ποιοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

ΧΟΡΗΓΟΙ

Περιφέρεια Ιονίων Νήσων
Δ.Ο.Π.Α.Π. Δήμου Κέρκυρας
Δημόσια Κεντρική Βιβλιοθήκη Κέρκυρας
Astra Zeneca
Bayer Hellas
Eipen
Pharma Galenica
Pfizer
Ιατρικός Σύλλογος Κέρκυρας
Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας
Οδοντοϊατρικός Σύλλογος Κέρκυρας
Φαρμακευτικός Σύλλογος Κέρκυρας
Ευρωδιάγνωση Κέρκυρας
Επιμελητήριο Κέρκυρας
Ζαχαροπλαστείο Emerald
Crystal Travel