



**ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ**

ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΓΕΝΙΚΗΣ / ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ  
ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

# 4<sup>ο</sup> ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

ΓΕΝΙΚΗΣ / ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ  
ΙΑΤΡΙΚΗΣ & ΠΦΥ

**ΙΑΤΡΙΚΗ**  
ΜΕ ΕΠΙΚΕΝΤΡΟ  
ΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΟ

7-10 | 04  
2022

GRAND HOTEL PALACE  
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

## ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Πρόεδρος:	Δ. Καρανάσιος
Αντιπρόεδρος:	Ν. Παπανικολάου
Γ. Γραμματέας:	Α. Συμεωνίδης
Ειδ. Γραμματέας:	Α. Καρπούζη
Ταμίας:	Χ. Χατζής
Μέλη:	Ν. Δήμου Σ. Κλίνης
Ειδικευόμενοι:	Μ. Στεφανίδου Γ. Φωτιάδης

## ΕΞΕΛΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος:	Β.-Γ. Πολύζου
Μέλη:	Δ. Πετρίδης Π. Τσικάκη

## ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

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

## ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος: Α. Συμεωνίδης

Αβακιάν Ι.	Δήμου Ν.	Κωσταλάμπρου Α.	Παπανικολάου Ν.
Αβραμόπουλος Γ.	Κακαβίτσας Φ.	Λιάμος Κ.	Πάτσιο Α.
Βασιλειάδου Δ.	Καλιώρα Χ.	Μακρή Β.	Παύλου Ι.
Βαφοπούλου Ε.	Κανταρτζής Ε.	Μαλιούφας Α.	Πετρίδης Δ.
Βέρρας Χ.	Καπαγερίδου Μ.	Μανουσαρίδης Γ.	Πουργιατζίδου Α.
Βίλδου Μ.	Καπάντας Ι.	Μάρτου Μ.	Σκαβούνος Π.
Βιτουλαδίτης Ι.	Καρανάσιος Δ.	Μπίρτσου Χ.	Σταυρίδης Χ.
Βουτσελά Δ.	Καρπούζη Α.	Μπουτσίκου Φ.	Στεφανίδου Μ.
Γακίμοβα Β.	Κατσούρη Β.	Ντελέζος Β.	Τζιράκη Μ.
Γκουντουβά Ε.	Κεράνη Η.	Πανίδα Α.	Τσικάκη Π.
Γουρζή Β.	Κηπουρός κ.	Πανταζή Δ.	Χαλκίδου Μ.
Δέρβας Δ.	Κλίνης Σ.	Παπαδόπουλος Χ.	Χατζής Χ.
Δημητριάδης Π.	Κυριαζής Ι.	Παπαδοπούλου Α.	Ψάλτογλου Ι.
Δημητριάδης Χ.	Κωνσταντινίδης Α.	Παπανικολάου Θ.	

## ΤΙΜΗΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Αντωνίου Α.	Μελιδώνης Α.	Σαβδόπουλος Χ.	Τιτόπουλος Η.
Βότης Κ.	Μουντοκαλάκης Θ.	Σιαφάκα Ι.	Τρύφων Σ.
Θηραϊός Ε.	Μπενέτος Α.	Σκληρός Ε.Α.	Τσουρός Α.
Καταξάκη Ε.	Περδικάκη Π.	Σουλιώτης Κ.	Φιλιπιάδης Δ.
Λιονίς Χ.	Πολυζωγοπούλου Ε.	Σταφυλάς Π.	Χατζηαγγελάκη Ε.
Μαριόλης Α.	Σμυρνάκης Ε.	Συμβουλάκης Ε.	Χριστοδούλου Ν.

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Αγαπητοί συνάδελφοι και φίλοι,

Ως Πανελλήνια Επιστημονική Εταιρεία της Π.Φ.Υ., είμαστε στην ευχάριστη θέση να σας προσκαλέσουμε στο **4ο ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΓΕΝΙΚΗΣ / ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ** που θα πραγματοποιηθεί στη **Θεσσαλονίκη** κατά το χρονικό διάστημα **7-10 Απριλίου 2022**.

Ιδιαίτερη και σημαδιακή είναι η μέρα έναρξης των εργασιών του Συνεδρίου μας, καθώς συμπίπτει με την **ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΗΜΕΡΑ ΥΓΕΙΑΣ** για το 2022, η οποία σε συνδυασμό με το κεντρικό θέμα **“ΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕ ΕΠΙΚΕΝΤΡΟ ΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΟ”** αντικατοπτρίζουν τις αρχές και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της ειδικότητας μας και της Π.Φ.Υ.

Το Επιστημονικό Πρόγραμμα χαρακτηρίζεται από τη σημασία που αποδίδει ο ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ ως Επιστημονική Εταιρεία, όχι μόνο στη Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση των Ιατρών με πολυετή άσκηση της κλινικής Ιατρικής, αλλά και στην επιστημονική ανέλιξη των νέων ειδικευόμενων, αλλά και των εκκολαπτόμενων, φοιτητών των Ιατρικών Σχολών, δίνοντας στους τελευταίους την ευκαιρία να παρουσιάσουν για πρώτη φορά σε Πανελλήνιο Συνέδριο Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής τις απόψεις, τις εμπειρίες και το έργο τους ειδικά μέσα στην πανδημία.

Συνδέοντας την αναγκαιότητα όσο ποτέ άλλοτε της κλινικής “έκθεσης” τους σε δομές Π.Φ.Υ., υπό την επίβλεψη καταρτισμένων εκπαιδευτών και την καθοδήγηση έμπειρων μεντόρων, εισάγονται έννοιες όπως η λειτουργίας της ομάδας υγείας, η διασυνδετική μεταξύ των επιστημόνων υγείας, η συναισθηματική ενδυνάμωση, η μείωση της βλάβης και το mentoring. Παράλληλα αναδεικνύονται σύγχρονες προκλήσεις όπως η επίτευξη Ψυχικής Υγείας στην εποχή της πανδημίας, ο Ψηφιακός Μετασχηματισμός στην Υγεία, η Δημόσια Υγεία και η Πρόληψη ως πυρήνας της Π.Φ.Υ. αλλά και η Διεύρυνση των δομών της, με απώτερο στόχο την καθολική κάλυψη των αναγκών της κοινωνίας μέσα από το περιεχόμενο και το νέο ρόλο της Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής.

Στο Επιστημονικό πρόγραμμα κλήθηκαν και συμμετέχουν όλοι οι Πρόεδροι των Επιστημονικών Εταιρειών Γενικής Ιατρικής της Ελλάδας, Ακαδημαϊκοί δάσκαλοι των Ιατρικών Σχολών της χώρας, καθώς και Πρόεδροι και στελέχη πολλών Ιατρικών Επιστημονικών Εταιρειών άλλων ειδικοτήτων. (ΕΡΕ, ΕΨΕ, ΕΚΟΜΕΝ, ΕΜΠΑΚΑΝ, ΕΝΘΕ, ΠΑΡΗΣΥΑ, EuGMS)

Σας περιμένουμε όλους στις 7 Απριλίου ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΗΜΕΡΑ ΥΓΕΙΑΣ για το 2022, ημέρα έναρξης του 4ου Πανελλήνιου Συνεδρίου του ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ, να συναντηθούμε, να εκθέσουμε τις απόψεις μας και να μοιραστούμε τις εμπειρίες μας για μια **“ΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕ ΕΠΙΚΕΝΤΡΟ ΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΟ”**...



**Καρανάσιος Δημήτριος**  
Ο Πρόεδρος του ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ

# ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Πέμπτη 7 Απριλίου 2022 (Αίθουσα Α')

**14.00-16.00** **Εγγραφές**

**14.30-15.30** **Στρογγυλό Τραπέζι**

*Φοιτητές Ιατρικής ΑΠΘ σε δράση: Η επόμενη γενιά ιατρών*

*Προεδρείο: Ε. Σμυρνάκης, Μ. Στεφανίδου*

Γνωριμία με την ΠΦΥ μέσα στην πανδημία: Απόψεις πρωτοετών φοιτητών και φοιτητριών του Τμήματος Ιατρικής ΑΠΘ

*Εισηγητής: Π. Ευαγγελίδης*

Η κλινική άσκηση σε μονάδες ΠΦΥ μέσα στην πανδημία: Απόψεις εκτοετών φοιτητών και φοιτητριών του τμήματος Ιατρικής ΑΠΘ

*Εισηγήτρια: Δ-Φ. Πουρτουλίδου*

Παρουσίαση δράσεων φοιτητικής οργάνωσης «HelMSIC» (Hellenic Medical Students' International Committee, Ελληνική Επιτροπή Διεθνών Σχέσεων Φοιτητών Ιατρικής)

*Εισηγητής: Γ. Αθανασιάς*

Παρουσίαση δράσεων φοιτητικής οργάνωσης «ΕΕΦΙΕ» (Επιστημονική Επιτροπή Φοιτητών Ιατρικής Ελλάδος)

*Εισηγητής: Π. Νασίκας*

Παρουσίαση επιλεγμένων δράσεων φοιτητών και φοιτητριών σε συνεργασία με το Εργαστήριο ΠΦΥ, Γενικής Ιατρικής και Έρευνας Υπηρεσιών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής ΑΠΘ.

Πρωτοβουλία "Εγώ Εμβολιάστηκα! Εσύ;"

*Εισηγήτρια: Ε. Σαββίδου*

Συμμετοχή φοιτητών και φοιτητριών του τμήματος Ιατρικής ΑΠΘ στα εμβολιαστικά κέντρα και στην υποστήριξη Κέντρων Υγείας για την τηλεφωνική παρακολούθηση ασθενών με ήπια συμπτώματα COVID-19 στο σπίτι

*Εισηγήτρια: Α. Μπουρτζινάκου*

**15.30-16.30** **Βήμα των ειδικευόμενων**

*Οι προκλήσεις στη Γενική/Οικογενειακή Ιατρική που μας κάνουν καλύτερους*

*Προεδρείο: Η. Κεράνη, Χ. Χατζής, Ε. Χοβαρδά*

*Συντονιστής: Ε. Σμυρνάκης*

Τα εμπόδια πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας λόγω ταυτότητας φύλου και σεξουαλικού προσανατολισμού

*Εισηγήτρια: Σ. Κωστάκη*

Οι εμπειρικοί κανόνες (heuristics), εμπόδιο ή εργαλείο για τη λήψη κλινικών αποφάσεων

*Εισηγητής: Μ. Παπαδόπουλος*

Ο ασθενής, ο Ιατρός και ο Dr. Google, μια σχέση-πρόκληση

*Εισηγητής: Α. Ανθόπουλος*

**16.30-17.00** **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ**

# ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

**Πέμπτη 7 Απριλίου 2022 (Αίθουσα Α΄)**

- 17.00-18.00 Συνάντηση με τις άλλες ειδικότητες**  
Ερμηνεία ευρημάτων αξονικής τομογραφίας εγκεφάλου - Παρουσίαση περιπτώσεων  
*Προεδρείο: Ν. Δήμου, Δ. Στενός*  
*Εισηγητής: Δ. Φιλιππίδης*  
*Σχολιαστές: Δ. Στενός, Ν. Δήμου*
- 18.00-18.30 Διάλεξη**  
Συναισθηματική ενδυνάμωση ψυχικής υγείας εφήβων, προ και εν μέσω πανδημίας  
*Προεδρείο: Ε. Φακούρι, Α. Καραγιαννάκη*  
*Εισηγήτρια: Μ. Καμπουράκη*
- 18.30-19.00 Διάλεξη**  
Επιλογές μικρότερης βλάβης καπνιστικής συνήθειας  
*Προεδρείο: Η. Κεράνη, Α. Κωνσταντινίδης*  
*Εισηγητής: Χ. Χατζής*
- 19.00-19.30 Διάλεξη**  
Οργάνωση και λειτουργία Ιατρείου Επειγόντων στην ΠΦΥ  
*Προεδρείο: Ι. Καπάντας, Β. Μακρή*  
*Εισηγητής: Δ. Κολοκυθάς*
- 19.30-20.30 Τελετή έναρξης**
- 19.30-19.45 Χαιρετισμοί Φορέων - Αρχών**
- ΙΣ Θεσσαλονίκης
  - ΠΙΣ
  - ΥΠΕ
- 19.45-20.30 Τιμητική Διάλεξη**  
Τι ακριβώς σημαίνει «ιατρική με επίκεντρο τον άνθρωπο»;  
**Θ. Μουντοκαλάκης**

# ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Παρασκευή 8 Απριλίου 2022 (Αίθουσα Α')

- 08.00-09.00 Προφορικές Ανακοινώσεις**  
*Προεδρείο: TBA*
- 09.00-10.00 Στρογγυλό Τραπέζι**  
*Διαχείριση ασθενών με Ιδιοπαθή Πνευμονική Ίνωση στην κοινότητα*  
*Προεδρείο: Α. Καρπούζη, Β. Γουρζή*  
Τίπς και προκλήσεις για την έγκαιρη διάγνωση και ολιστική φροντίδα ασθενών με Ιδιοπαθή Πνευμονική ίνωση στην κοινότητα  
**Α. Αντωνίου**  
Διερευνώντας την εφικτότητα της διαγνωστικής προσπέλασης της Ιδιοπαθούς Πνευμονικής Ίνωσης με αφετηρία την ΠΦΥ: Ανάλυση πρώιμων ερευνητικών δεδομένων  
**Ε. Συμβουλάκης**
- 10.00-10.30 Δορυφορική Διάλεξη**  Σελ.12
- 10.30-11.00 Δορυφορική Διάλεξη**  Σελ.12
- 11.00-11.30 Δορυφορική Διάλεξη**  Σελ.12
- 11.30-11.45 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ**
- 11.45-12.15 Δορυφορική Διάλεξη**  Σελ.12
- 12.15-12.45 Δορυφορική Διάλεξη**  Σελ.12
- 12.45-14.00 Στρογγυλό Τραπέζι**  
*Ψηφιακός μετασχηματισμός στην υγεία*  
*Προεδρείο: Δ. Καρανάσιος, Α. Συμεωνίδης, Ν. Παπανικολάου*  
Ο ψηφιακός μετασχηματισμός της ΠΦΥ: Προκλήσεις και προοπτικές  
**Ε. Θηραίος**  
Η θέση του Γενικού/Οικογενειακού Ιατρού: Ανάγκες και προτεραιότητες  
**Ν. Παπανικολάου**  
Ο ρόλος των ερευνητικών και ακαδημαϊκών κέντρων στον ψηφιακό μετασχηματισμό της υγείας  
**Κ. Βότσης**  
Μέθοδοι αξιολόγησης του αντίκτυπου του ψηφιακού μετασχηματισμού στην υγεία: Ευρωπαϊκή εμπειρία και νεότερες εξελίξεις  
**Π. Σταφυλάς**
- 14.00-17.00 ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ**

# ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Παρασκευή 8 Απριλίου 2022 (Αίθουσα Α')

14.30-17.00 **Άκου τι χρειάζομαι, γιατρέ μου. Μαζί, στη φροντίδα ρευματοπαθών**  
Προεδρείο: **Β. Γιακίμοβα, Χ. Καλιώρα**  
Εισηγητές: **Ξ. Κουρκοπούλου, Μ. Τσεκούρα, Λ. Φωτιάδης, Β. Γιακίμοβα, Α. Καρούζη**

**(Αίθουσα Β')**

14.30-17.00 **Κλινικό Φροντιστήριο στην Επείγουσα Υπερηχοτομογραφία - Συζήτηση Κλινικών Περιστατικών**  
Προεδρείο: **Ε. Πολυζωγοπούλου**  
Εισηγητές: **Σ. Μπεζάτη, Χ. Βέρρας**

15.00-17.00 **Αναρτημένες Ανακοινώσεις**  
Προεδρείο: **TBA**

17.00-17.30 **Δορυφορική Διάλεξη**

 Σελ. 12

17.30-18.00 **Δορυφορική Διάλεξη**

 Σελ. 13

18.00-18.30 **Δορυφορική Διάλεξη**

 Σελ. 13

18.30-18.45 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ**

18.45-19.15 **Δορυφορική Διάλεξη**

 Σελ. 13

19.15-19.30 **Αναρωτήσεις για τη διαχείριση ασθενών σε κίνδυνο ΦΘΝ**  
Προεδρείο: **Χ. Χατζής, Μ. Μάρτου**  
Συζητητές: **Α. Κοκκίνη, Γ. Δημητριάδου, Σ.-Χ. Ζαγαλιώτη**

19.30-20.30 **Δορυφορικό Συμπόσιο**

 Σελ. 13

20.30-21.00 **Διάλεξη**

Διάγνωση και αντιμετώπιση των νοπτικών διαταραχών σήμερα  
Προεδρείο: **Α. Παγανάς**  
Εισηγήτρια: **Μ. Κώστα-Τσολάκη**

# ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Σάββατο 9 Απριλίου 2022 (Αίθουσα Α΄)

- 08.00-09.00 Προφορικές Ανακοινώσεις**  
*Προεδρείο: ΤΒΑ*
- 09.00-09.30 Διάλεξη**  
Η αυξανόμενη σημασία των σταθερών συνδυασμών για τον έλεγχο της αρτηριακής υπέρτασης  
*Προεδρείο: Δ. Πετρίδης, Μ. Πανιεράκη*  
*Εισηγητής: Δ. Καρανάσιος*
- 09.30-10.00 Διάλεξη**  
*Φαμοτιδίνη να ξανασυστηθούμε*  
*Προεδρείο: Γ. Μαρκόπουλος, Χ. Μπίρτσου*  
*Εισηγητής: Δ. Καρανάσιος*
- 10.00-11.00 Δορυφορικό Συμπόσιο**  *Σελ. 14*
- 11.00-11.30 Δορυφορική Διάλεξη**  *Σελ. 14*
- 11.30-11.45 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ**
- 11.45-12.15 Διάλεξη**  
Οξύς και χρόνιας πόνος. Υφιστάμενες και νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις. Η θέση των σκευασμάτων σταθερού συνδυασμού και τα πλεονεκτήματά τους  
*Προεδρείο: Μ. Τζιράκη, Ε. Ζερβάκη*  
*Εισηγήτρια: Ι. Σιαφάκα*
- 12.15-14.00 Στρογγυλό Τραπέζι**  
(Οικογενικό Φόρουμ)  
*Καθολική κάλυψη των αναγκών υγείας της κοινωνίας. Περιεχόμενο και νέος ρόλος της Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής*  
*Προεδρείο: Α. Συμεωνίδης, Δ. Καρανάσιος, Ν. Παπανικολάου*  
*Εισηγητές: Ε.Α. Σκληρός, Π. Περδικάκη, Α. Μαριόλης*  
*Σχολιαστής: Χ. Λιονής*
- 14.00-14.30 Διάλεξη**  
Η χρήση της φαρμακευτικής κάνναβης στη σύγχρονη ιατρική  
*Προεδρείο: Ν. Παπανικολάου*  
*Εισηγητής: Α. Συμεωνίδης*
- 14.30-17.00 ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ**



# ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Σάββατο 9 Απριλίου 2022 (Αίθουσα Α΄)

- 14.30-17.00 Κλινικό Φροντιστήριο**  
**Ιατρός Αγώνα: Πλαίσιο λειτουργίας, γνώσεις, δεξιότητες, προϋποθέσεις**  
*Προεδρείο: Γ. Μαρκόπουλος, Ε. Κανταρτζής*  
*Εισηγητές: Γ. Αβραμόπουλος, Π. Δημητριάδης*
- (Αίθουσα Β΄)**
- 14.30-17.00 Εργαστήριο Κλινικών Δεξιοτήτων (με προπλάσματα)**  
*Προεδρείο: Χ. Χατζής, Ν. Δήμου*  
*Συντονιστές: Χ. Τσιόγια, Σ.-Χ. Ζαγαλιώτη*  
Ψηλάφηση μαστού  
**Θ. Παπανικολάου**  
Οφθαλμοσκόπηση  
**Η. Κεράνη**  
Φυσιολογικός τοκετός  
**Β. Μακρή**  
Φλεβοκέντηση  
**Ι. Καπάντας**
- 15.00-17.00 Αναρτημένες Ανακοινώσεις**  
*Προεδρείο: ΤΒΑ*
- 17.00-18.00 Στρογγυλό Τραπέζι**  
(σε συνεργασία με ΕΚΟΜΕΝ)  
**Κατανοώντας και αξιολογώντας τον προδιαβήτη**  
*Προεδρείο: Α. Μελιδώνης*  
Η σχέση του προδιαβήτη με τη μελλοντική ανάπτυξη διαβητικών επιπλοκών, συννοσηροτήτων καθώς και με τη συνολική θνησιμότητα  
*Εισηγήτρια: Β. Κατσούρη*  
Από το μεταβολικό στο καρδιονεφροπατομεταβολικό σύνδρομο. Παθοφυσιολογική και θεραπευτική προσέγγιση  
*Εισηγητής: Α. Μελιδώνης*
- 18.00-18.30 Διάλεξη**  
Σύγχρονες λύσεις στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της οξύτητας/γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης. Ο ρόλος των ιατροτεχνολογικών προϊόντων στην καθημερινή κλινική πρακτική  
*Προεδρείο: Α. Πανίδα, Μ. Καμπουράκη*  
*Εισηγητής: Σ. Τερζούδης*

## ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Σάββατο 9 Απριλίου 2022 (Αίθουσα Α΄)

### 18.30-19.30 **Στρογγυλό Τραπέζι**

*Ξεχνάει πολύ ο πατέρας μου γιατρέ, γέρασε...*

Προεδρείο: **A. Μπενέτος**

Η καθημερινή εμπειρία του γενικού/οικογενειακού Ιατρού μπροστά στα προβλήματα μνήμης των ηλικιωμένων και των οικογενειών τους

#### **Σ. Κλίνης**

Ιδιαιτερότητες διαγνωστικής προσέγγισης προβλημάτων νοητικών λειτουργιών σε ηλικιωμένους της κοινότητας

#### **A. Μπενέτος**

Η παρακολούθηση του ηλικιωμένου ασθενή με άνοια στην κοινότητα: Η ματιά του γηριάτρου

#### **M. Κοτσάνη**

### 19.30-20.00 **Διάλεξη**

Δημόσια Υγεία-Πρόληψη. Ο πυρήνας της ΠΦΥ

Προεδρείο: **N. Παπανικολάου**

Εισηγητής: **A. Τσουρός**

### 20.00-21.00 **Στρογγυλό Τραπέζι**

*Η διασύνδεση της ΠΦΥ με τη δημόσια υγεία: Η επομένη ημέρα μετά την πανδημία*

Προεδρείο: **E. Θηραΐος, N. Παπανικολάου**

Τι μας έμαθε η πανδημία

#### **E. Θηραΐος**

Ο ρόλος των υπηρεσιών δημόσιας υγείας

#### **M. Τσαντίδου**

ΠΦΥ και επιδημιολογική επιτήρηση

#### **M. Γαβανά**

Ο ρόλος των επισκεπτών υγείας

#### **Δ. Τοπάλη**

Τα ψηφιακά εργαλεία για την υποστήριξη της διασύνδεσης

#### **E. Φωτιάδου**

# ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Κυριακή 10 Απριλίου 2022 (Αίθουσα Α')

- 09.00-09.30 Διάλεξη**  
Ο Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός αντιμέτωπος με την παχυσαρκία στην ΠΦΥ  
*Προεδρείο: Δ. Βασιλειάδου, Α. Πάτσιου*  
*Εισηγητής: Ι. Καπάντας*
- 09.30-10.30 Στρογγυλό Τραπέζι**  
(συνεργασία με ΕΝΘΕ)  
*Προεδρείο: Δ. Καρανάσιος, Η. Τιτόπουλος*  
*Εισηγητές: Σ. Τρύφων, Α. Συμεωνίδης*
- 10.30-11.00 Δορυφορική Διάλεξη**  Menarini Hellas Σελ. 14
- 11.00-12.00 Στρογγυλό Τραπέζι**  
*Οι διαστάσεις της ψυχικής υγείας στην εποχή της πανδημίας COVID-19*  
*Προεδρείο: Χ. Λιονής*  
Το αποτύπωμα της πανδημίας COVID-19 στην ψυχική υγεία του πληθυσμού  
**Ν. Χριστοδούλου**  
Η ψυχική υγεία στην post-covid εποχή - τάσεις, προκλήσεις και κατευθύνσεις της επόμενης ημέρας  
**Σ. Κλίνης**
- 12.00-13.00 Στρογγυλό Τραπέζι**  
(συνεργασία με ΕΡΕ)  
*Προεδρείο: Τ. Σφέτσιος, Α. Συμεωνίδης*  
Προσέγγιση ασθενών με οστεοπόρωση  
**Κ. Δευτεραίου**  
Εκτίμηση μυοσκελετικών συμπτωμάτων σε σχέση με τα ρευματικά νοσήματα.  
**Δ. Ζησόπουλος**  
Κλινικές εκδηλώσεις συστηματικών ρευματικών νοσημάτων: Τι δεν πρέπει να χάσει ο ιατρός της ΠΦΥ  
**Ε. Τριανταφυλλίδου**
- 13.00-14.30 Στρογγυλό Τραπέζι**  
*Νέο πρόγραμμα εκπαίδευσης στην ειδικότητα ΓΟΙ. Κατανοώντας το ρόλο του μέντορα*  
*Προεδρείο: Ε. Σμυρνάκης, Α. Συμεωνίδης*  
*Εισηγητές: Δ. Καρανάσιος, Η. Κεράνη, Β. Γιακίμοβα*  
*Σχολιαστές: Χ. Λιονής, Α. Τατσιώνη*
- 14.30-15.00 Τελετή Λήξης - Απονομή βραβείων - Συμπεράσματα**





## ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΕΣ

Παρασκευή 8 Απριλίου 2022 (Αίθουσα Α΄)

- 10.00-10.30 Δορυφορική Διάλεξη**  Σελ.6  
*Ρύθμιση της Αρτηριακής Υπέρτασης με βάση τις τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες. Η σημασία της συνδυασμένης αγωγής για τη συμμόρφωση και θεραπεία της υπέρτασης & των επιπλοκών της*  
Προεδρείο: **Δ. Καρανάσιος**  
Εισηγητής: **Χ. Σαββόπουλος**
- 10.30-11.00 Δορυφορική Διάλεξη**  Σελ.6  
*Ο ρόλος του Γενικού/Οικογενειακού Ιατρού στη διαχείριση της οστεοπόρωσης*  
Προεδρείο: **Α. Συμεωνίδης**  
Εισηγητής: **Δ. Καρανάσιος**
- 11.00-11.30 Δορυφορική Διάλεξη**  Σελ.6  
*Η σημασία του εμβολιασμού των ενηλίκων έναντι του κοκκύτη και του τετάνου*  
Προεδρείο: **Ε. Θηραίος**  
Εισηγήτρια: **Ι. Τσιαούση**
- 11.45-12.15 Δορυφορική Διάλεξη**  Σελ.6  
*Νεότερα δεδομένα στη διαχείριση υπερτασικού ασθενή*  
Προεδρείο: **Χ. Χατζής**  
Εισηγητής: **Π. Σταφυλάς**
- 12.15-12.45 Δορυφορική Διάλεξη**  Σελ.6  
*Δυσπεπτικά προβλήματα και Mastiha var. Chia: Η «Αυθεντική Λύση»*  
Προεδρείο: **Μ. Καπαγερίδου**  
Εισηγητής: **Χ. Ζαβός**
- 17.00-17.30 Δορυφορική Διάλεξη**  Σελ.7  
*Βιταμίνη D3 και βιταμίνη B12. Ένας γάμος ως συμβόλαιο ζωής*  
Προεδρείο: **Σ. Τρύφων**  
Εισηγητής: **Χ. Χατζής**



## ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΕΣ

Παρασκευή 8 Απριλίου 2022 (Αίθουσα Α')


- 17.30-18.00 Δουρυφορική Διάλεξη**  Σελ. 7  
*Παγκόσμια και ελληνικά δεδομένα για το φορτίο της πνευμονιοκοκκικής νόσου στους ενήλικες. Η συμβολή του PCV13 στον έλεγχο των πνευμονιοκοκκικών λοιμώξεων*  
Προεδρείο: **Ε. Σμυρνάκης**  
Εισηγητής: **Σ. Μεταλλίδης**
- 18.00-18.30 Δουρυφορική Διάλεξη**  Σελ. 7  
*Η 1η εγκεκριμένη από τον EMA αντι-ιική θεραπεία από του στόματος για την COVID-19*  
Προεδρείο: **Ε. Θηραΐος**  
Εισηγητής: **Ν. Σύψας**
- 18.45-19.15 Δουρυφορική Διάλεξη**  Σελ. 7  
*Πώς επιτυγχάνεται η επιστροφή των ασθενών με κατάθλιψη στην καθημερινότητά τους. Παραδείγματα από την κλινική πράξη*  
Προεδρείο: **Σ. Κλίνης**  
Εισηγητής: **Σ. Μπαργιώτα**
- 19.30-20.30 Δουρυφορικό Συμπόσιο**  Σελ. 7  
*Η τεκμηρίωση του οφέλους της θρομβοπροφύλαξης εν μέσω πανδημίας COVID-19*  
Προεδρείο: **Δ. Καρανάσιος**  
Εισηγητές: **Α. Κόλλιας**

## ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΕΣ

Σάββατο 9 Απριλίου 2022 (Αίθουσα Α΄)

- 10.00-11.00 Δορυφορικό Συμπόσιο**  **NOVARTIS** Σελ.8  
*Η αξία της συνδιαχείρισης ασθενών με ψωριασική αρθρίτιδα: Από τη θεωρία στην κλινική πράξη*  
Προεδρείο: **Ε. Καταξάκη, Δ. Καρανάσιος**  
Εισηγητές: **Δ. Καρανάσιος, Γ. Βοσβοτέκας**
- 11.00-11.30 Δορυφορική Διάλεξη**  **Boehringer Ingelheim** Σελ.8  
*Οι θεραπευτικές ανάγκες των ασθενών με Διαβήτη τύπου 2 και η σύγχρονη καρδιο-νέφρο-μεταβολική θεραπευτική προσέγγιση. Η θέση των αναστολέων SGLT-2 στην Π.Φ.Υ.*  
Προεδρείο: **Ε. Χατζηαγγελάκη**  
Εισηγητής: **Β. Γκιζλής**

Κυριακή 10 Απριλίου 2022 (Αίθουσα Α΄)

- 10.30-11.00 Δορυφορική Διάλεξη**  **Menarini Hellas** Σελ.11  
*Η θεραπευτική αντιμετώπιση με διπλή βρογχοδιαστολή από τον Πνευμονολόγο στο Γιατρό ΠΦΥ*  
Προεδρείο: **Σ. Τρύφων**  
Εισηγητές: **Μ. Σαρόγλου, Χ. Χατζής**

# ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ

Ευχαριστούμε θερμά τις Φαρμακευτικές Εταιρείες  
που συνέβαλαν στην πραγματοποίηση της εκδήλωσης



**Τίτλοι**  
**Ομιλητών - Προέδρων**





## ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ

- Αβραμόπουλος Γ.** Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός, Ιδιώτης, Βέροια
- Αθανασιάς Γ.** Φοιτητής Τμήματος Ιατρικής ΑΠΘ, Γραμματέας της Τοπικής Επιτροπής Θεσσαλονίκης της HelMSIC
- Ανθόπουλος Α.** Ειδικευόμενος Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής, ΠΓΝΘ. «Γ. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»
- Αντωνίου Α.** Καθηγήτρια Πνευμονολογίας, Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Κρήτης
- Βασιλειάδου Δ.** Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός, Ιδιώτης, Θεσσαλονίκη
- Βέρας Χ.** Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός με Εξειδίκευση στην Επείγουσα Ιατρική, Επιμ. Β΄ ΕΣΥ, Πανεπιστημιακή Κλινική Επειγόντων Περιστατικών ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Βοσβοτέκας Γ.** Ρευματολόγος, Υπεύθυνος Ρευματολογικού Τμήματος EUROMEDICA - Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης
- Βότης Κ.** Ερευνητής Β, Ινστιτούτο Τεχνολογιών Πληροφορικής και Επικοινωνιών, Εθνικό Κέντρο Έρευνας και Τεχνολογικής Ανάπτυξης
- Γαβανά Μ.** Διευθύντρια ΕΣΥ Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής, Αν Συντονίστρια Επιστ. Λειτουργίας ΚΥ Ν. Μηχανιώνας, Επιδημιολόγος (MSc), Μεταδιδακτορική Ερευνήτρια Ιατρικής ΑΠΘ
- Γακίμοβα Β.** Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός, Διευθύντρια, ΚΥ Πύλης Τρικάλων, Μέλος Δ.Σ. ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ
- Γκιζλής Β.** Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός με μετεκπαίδευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Γραμματέας Ελληνικού Δικτύου Διαβήτη στην Π.Φ.Υ.
- Γουρζής Β.** Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός, Επιμ. Β΄ ΚΥ Αίγινας
- Δευτεραίου Κ.** Ρευματολόγος - Επιστημονικός Συνεργάτης Δ΄ Πανεπιστημιακής Παθολογικής Κλινικής, ΑΠΘ Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
- Δημητριάδης Π.** Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός, Επιμ. Α΄, ΚΥ Βέροιας, Αναπληρωτής επιστημονικά υπεύθυνος ΚΥ Βέροιας
- Δημητριάδου Γ.** Ειδικευόμενη Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

## ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ

- Δήμου Ν.** Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός, Διευθυντής ΚΥ Ψαχνών- Μέλος ΔΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ -Συντονιστής Εκπαίδευσης ειδικευόμενων Γενικής Ιατρικής Νοσοκομείου Χαλκίδας
- Ευαγγελίδης Π.** Φοιτητής Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ
- Ζαβός Χ.** Ειδικός Γαστρεντερολόγος - Ηπατολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Βιοκλινική Θεσσαλονίκης
- Ζαγαλιώτη Σ.-Χ.** Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός, Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου
- Ζερβάκη Ε.** Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός, Επιμελήτρια Α΄, ΠΙ Αγίων Δέκα, ΚΥ Μοιρών
- Ζησόπουλος Δ.** Επιμελητής Ρευματολογικής Κλινικής, 424 Γ.Σ.Ν.Ε., Θεσσαλονίκη
- Θηραΐος Ε.** MD, Msc in Public Health, Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός, Διευθυντής ΕΣΥ, ΚΥ Βάρης, Γενικός Συντονιστής Εκπαίδευσης Ειδικευόμενων Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής Αττικής, Γενικός Γραμματέας Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών
- Καλιώρα Χ.** Γενικός/ Οικογενειακός Ιατρός, Επιμ. Α΄, ΚΥ Πύλης Τρικάλων
- Καμπουράκη Μ.** Γενικός/ Οικογενειακός Ιατρός, Επιμ. Α΄ ΚΥ Ν. Μαδύτου
- Κανταρτζής Ε.** Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός, Ιδιώτης, Θεσσαλονίκη
- Καπαγερίδου Μ.** Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός
- Καπάντας Ι.** Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός, Επιμ. Β΄, ΠΙ Αγίας Παρασκευής Λέσβου (ΠΕΔΥ - 2η ΔΥΠΕ)
- Καραγιαννάκη Α.** MD, MSc, PhDc, Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός, Γενική Κλινική Euromedica Θεσσαλονίκης
- Καρανάσιος Δ.** Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός, ΚΥ Ν. Μαδύτου Θεσσαλονίκης, Συντονιστής Εκπαίδευσης Ειδικευόμενων Γενικής Ιατρικής Γ.Π.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Εκπρόσωπος της Ελλάδας στην Ευρωπαϊκή Ακαδημία Δασκάλων Γενικής Ιατρικής (EURACT), Πρόεδρος Δ.Σ. ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ (Εταιρία Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής Ελλάδος)
- Καρπούζη Α.** Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός, Επιμ. Β., Π.Ι. Βραχασίου, Νοσοκομείο ΚΥ Νεάπολης Λασιθίου, Ειδ. Γραμματέας Εταιρείας Γενικής Οικογενειακής Ιατρικής Ελλάδος «ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ», Αν. Συντονίστρια Τομέα Π.Φ.Υ. Περιφερειακής Ενότητας Λασιθίου, Αν. Συντονίστρια Εκπαίδευσης Ειδικευόμενων Γενικής Ιατρικής ΓΝΑΝ

## ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ

- Καταξάκη Ε.** MD, MSc, PhD, Ρευματολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, ΓΝ Ελευσίνας «ΘΡΙΑΣΙΟ», Πρόεδρος Ε.Ρ.Ε.- ΕΠ.Ε.Ρ.Ε.
- Κατσούρη Β.** Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη
- Κεράνη Η.** MD, PhD, Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Διευθύντρια ΕΣΥ, Κ.Υ. Αργαλαστής, Μαγνησία, Γενική Συντονίστρια Ειδικευόμενων Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής Θεσσαλίας
- Κλίνης Σ.** MD, MSc, Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός, Εκπρόσωπος της Ελλάδας στην Ευρωπαϊκή Ακαδημία Δασκάλων Γενικής Ιατρικής (EURACT), Μέλος ΔΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ
- Κοκκίνη Α.** Φαρμακοποιός, Τεχνολόγος Ιατρικών Εργαστηρίων, MSc (Υποψήφια)
- Κόλλιας Α.** MD, PhD Παθολόγος, Επιμελητής ΕΣΥ, Γ΄ Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»
- Κολοκυθάς Δ.** Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός, Επιμ. Α΄, ΚΥ Δημητσάνας
- Κοτσάνη Μ.** MD, MSc, PhD, Παθολόγος - Γηρύατρος, Κέντρο Πρόληψης και Υγιούς Γήρανης Agirc-Arrco PACA/Συντονιστής ιατρός Οίκου Ευγηρίας, Όμιλος Senectis, Νίκαια, Γαλλία, Ειδική Γραμματέας, Υπεύθυνη Επιστημονικών Ομάδων Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης και Έρευνας Γήρανης, Αθήνα
- Κουρκοπούλου Ξ.** Πρόεδρος Πανελληνίου Συλλόγου Ρευματοπαθών «ΑΚΕΣΩ»
- Κωνσταντινίδης Α.** Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός, Θεσσαλονίκη
- Κώστα-Τσολάκη Μ.** Καθηγήτρια Νευρολογίας ΑΠΘ, Συντονίστρια Εργαστηρίου Νεύρο-εκφυλιστικών Νοσημάτων, ΚΕΔΕΚ ΑΠΘ, Πρόεδρος Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Νόσου Alzheimer
- Κωστάκη Σ.** Ειδικευόμενη Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής, ΠΓΝΘ. ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ
- Λιονής Χ.** Καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης
- Μακρή Β.** Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός, Επιμ. Β΄, ΚΥ Αργαλαστής, Πιστοποιημένη Εκπαιδευτρια ERC, κάτοχος Ε.Π.Ι. (Επείγουσα Προνοσοκομειακή Ιατρική)

## ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ

- Μαριόλης Α.** Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός, Διευθυντής ΚΥ Αρεόπολης
- Μαρκόπουλος Γ.** Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός, Υποψήφιος Διδάκτωρ Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων
- Μάρτου Μ.** Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός, Επιμελήτρια Α΄, ΚΥ Ζαγκλιβερίου, Θεσσαλονίκη
- Μελιδώνης Α.** Παθολόγος-Διαβητολόγος, Συντονιστής Διευθυντής, Διαβητολογικό Καρδιομεταβολικό Κέντρο «METROPOLITAN HOSPITAL»
- Μεταλλίδης Σ.** Αν. Καθηγητής Παθολογίας και Λοιμωξιολογίας, Α΄ Παθολογική Κλινική, «ΑΧΕΠΑ»
- Μουντοκαλάκης Θ.** Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας ΕΚΠΑ
- Μπαργιώτα Σ.** MD, MSc, PhD, Ψυχίατρος - Ψυχοθεραπεύτρια, Επιστημονική Συνεργάτις Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ
- Μπεζάτη Σ.** Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός, Εξειδικευόμενη στην Επείγουσα Ιατρική, Πανεπιστημιακή Κλινική Επειγόντων Περιστατικών ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Μπενέτος Α.** Καθηγητής Παθολογίας και Γηριατρικής, Διευθυντής Τομέα Γηριατρικής και Κλινικής Γεροντολογίας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Νανσί, Πρόεδρος της Ευρωπαϊκής Γηριατρικής Εταιρείας (2019-2021), Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης και Έρευνας της Γήρανσης (ΕΕΜΕΓ)
- Μπίρτσου Χ.** Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός, Επιμ Α΄, ΚΥ Ζαγκλιβερίου
- Μπουρτζινάκου Α.** Φοιτήτρια Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ
- Νασίκας Π.** Φοιτητής Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ, Αντιπρόεδρος παραρτήματος ΕΕΦΙΕ Θεσσαλονίκης
- Παγανάς Α.** Γενικός Οικογενειακός Ιατρός, Διευθυντής ΕΣΥ, ΠΙ Κονταριώτισσας, ΚΥ Λιτοχώρου
- Πανίδη Α.** Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός, Επιμ. Β΄, 1η ΤοΜΥ Ιωαννίνων, MSc(c) «Διαχείριση Γήρανσης και Χρόνιων Νοσημάτων»
- Πανιεράκη Μ.** Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός, Επιμ. Α΄, ΚΥ Μοιρών
- Παπαδόπουλος Μ.** Ειδικευόμενος Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής, ΓΝ Βόλου

## ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ

- Παπανικολάου Θ.** Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός, Επιμελητής Α΄, ΚΥ Τζερμιάδων Οροπεδίου Λασιθίου Κρήτης
- Παπανικολάου Ν.** Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός, Διευθυντής - Σ.Ε.Λ., ΚΥ Δυτ. Φραγκίστας, Γενικός Συντονιστής Εκπαίδευσης Ειδικευόμενων Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής Στερεάς Ελλάδας, Αντιπρόεδρος ΔΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ
- Πάτσιου Α.** Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός, Ιδιώτης, Θεσσαλονίκη
- Περδικάκη Π.** Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός, Διευθύντρια ΚΥ Άστρους Κυνουρίας, Πρόεδρος ΕΚΟΓΕΝΙΑ
- Πετρίδης Δ.** Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός, Διευθυντής ΚΥ Εχίνου Ξάνθης, Γεν. Συντονιστής Εκπαίδευσης Ανατ. Μακεδονίας και Θράκης
- Πολυζωγοπούλου Ε.** Επ. Καθηγήτρια Επείγουσας Ιατρικής Ε.Κ.Π.Α., Πανεπιστημιακή Κλινική Επείγοντων Περιστατικών, Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ», Πρόεδρος του Ultrasound Section της EUSEM (Ευρωπαϊκή Εταιρεία Επείγουσας Ιατρικής)
- Πουρτουλίδου Δ-Φ.** Φοιτήτρια Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ
- Σαββίδου Ε.** Φοιτήτρια Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ
- Σαββόπουλος Χ.** Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη
- Σαρόγλου Μ.** MD, MSc, PhD, Πνευμονολόγος- Φυματιολόγος, Επιμ. Α΄ ΕΣΥ, Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ. Παπανικολάου, Ταμίας ΔΣ ΕΝΘΕ
- Σιαφάκα Ι.** Ομ. Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας Θεραπείας Πόνου ΕΚΠΑ, Αντιπ. Ελληνικής Εταιρείας Θεραπείας Πόνου & Παρηγορικής Φροντίδας, Μέλος ΔΣ Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας
- Σκληρός Ε.Α.** MD, PhD, Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Έρευνας και Εκπαίδευσης στην ΠΦΥ, Γενικός Γραμματέας Ελληνικού Κολεγίου Γενικής Ιατρικής
- Σμυρνάκης Ε.** Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός, Αν. Καθηγητής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας - Ιατρικής Εκπαίδευσης, Εργαστήριο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Γενικής Ιατρικής και Έρευνας Υπηρεσιών Υγείας - Τμήμα Ιατρικής ΑΠΘ

## ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ

- Σταφυλάς Π.** Καρδιολόγος/ESH Hypertension Specialist, Επιστημονικός Διευθυντής, HealThink, Θεσσαλονίκη
- Στενός Δ.** Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός
- Στεφανίδου Μ.** Ειδικευόμενη Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής, ΓΝ Κοζάνης, Μέλος ΔΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ
- Συμβουλάκης Ε.** Επ. Καθηγητής ΠΦΥ, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης
- Συμεωνίδης Α.** Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός, Γενικός Γραμματέας ΔΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ
- Σύψας Ν.** Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Καθηγητής, Υπεύθυνος Μονάδας Λοιμώξεων, Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ» & Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α
- Σφέτσιος Τ.** Ρευματολόγος, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Ρευματολογικό Τμήμα Ιατρικού Διαβαλκανικού, Θεσσαλονίκη
- Τασιώνη Α.** Γενικός Οικογενειακός Ιατρός, Αν. Καθηγήτρια Γενικής Ιατρικής, Τμήματος Ιατρικής Σχολής Επιστημών Υγείας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και Γενική Συντονίστρια Ειδικευόμενων Γενικής Ιατρικής Ηπείρου, Ιατρική Σχολή Παν. Ιωαννίνων
- Τερζούδης Σ.** MD, PhD, FESGE, Γαστρεντερολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Κρήτης
- Τζιράκη Μ.** MSc, Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός, Επιμ. Β΄, Π.Ι. Χερσονήσου, ΚΥ Καστελίου, Ηράκλειο
- Τιτόπουλος Η.** Ειδικός / Επεμβατικός Πνευμονολόγος, Διευθυντής Πνευμονολογικής Κλινικής, Διαβαλκανικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
- Τοπάλη Δ.** Msc Επισκέπτρια Υγείας, Γενική Γραμματέας Πανελληνίου Συλλόγου Επισκεπτών Υγείας, Συντονίστρια Δικτύου Αγωγής Υγείας & Πρόληψης 3ης ΥΠΕ
- Τριανταφυλλίδου Ε.** Ρευματολόγος, Θεσσαλονίκη
- Τρύφων Σ.** MD, PhD, FCCP, FERS, Γεν. Γραμματέας ΕΝΘΕ, Πνευμονολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, ΓΝΘ Γ. Παπανικολάου
- Τσαντίδου Μ.** Ιατρός Δημόσιας Υγείας, Οδοντίατρος MSc, Πρόεδρος Πανελλήνιας Ένωσης Ιατρών Δημόσιας Υγείας ΕΣΥ

## ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ

- Τσεκούρα Μ.** Πρόεδρος του Συλλόγου Σκελετικής Υγείας «ΠΕΤΑΛΟΥΔΑ»
- Τσιαούση Ι.** MD, Γυναικολόγος-Μαιευτήρας, MBA, E&B University of Athens, Medical Director Vaccines Division, Vianex S.A.
- Τσιόγια Χ.** Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός, ΠΓΝΘ. ΑΧΕΠΑ
- Τσουρός Α.** Πρώην Διευθυντής Πολιτικής και Διακυβέρνησης για την Υγεία και Ευεξία, ΠΟΥ Ευρώπης, Adjunct Professor of Global Health, University of Boston
- Φακούρι Ε.** Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός, ΚΥ Πύλης Αξιού
- Φιλιππίδης Δ.** Ακτινολόγος, Επ. Καθηγητής Διαγνωστικής και Επεμβατικής Ακτινολογίας, Β΄ Εργαστήριο Ακτινολογίας, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Φωτιάδης Λ.** IHI Patient expert, EUPATI Alumni, Μέλος Συλλόγου «ΑΚΕΣΩ»
- Φωτιάδου Ε.** Προϊσταμένη Υποδιεύθυνσης Ειδικών Εφαρμογών, Διεύθυνση Λειτουργίας & Υποστήριξης Εφαρμογών, ΗΔΙΚΑ Α.Ε.
- Χατζηπαγγελάκη Ε.** Καθηγήτρια Παθολογίας - Μεταβολικών Νοσημάτων, Β΄ Προπ. Παθολογική Κλινική, Μονάδα Έρευνας & Διαβητολογικό Κέντρο, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Χατζής Χ.** Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός, Επιμ. Α΄, ΚΥ Ν. Μαδύτου, Συντονιστής Εκπαίδευσης Ειδικευόμενων Γενικής Ιατρικής Νοσοκομείου «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ», Ταμίας ΔΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ
- Χοβαρδά Ε.** Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός, Επιμ. Α΄, Π.Γ.Ν.Θ. ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ
- Χριστοδούλου Ν.** Αν. Καθηγητής Ψυχιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

**Προφορικές  
Ανακοινώσεις**





## ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

### ΠΑ 01

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΑΛΙΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ Β12 ΣΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ

**Β. Βασιλακόπουλος<sup>1</sup>, Σπ. Κλίνης<sup>3</sup>, Στ. Πούλιος<sup>2</sup>, Π. Ξάρρας<sup>2</sup>, Χρ. Τσουμής<sup>1</sup>, Γ. Παπαγώρας, Κ. Παπανικολάου<sup>1</sup>, Ελ. Κυριττίδου<sup>1</sup>, Στ. Λαμπρόπουλος<sup>1</sup>**

*Καρδιολογική Κλινική<sup>1</sup>, Παθολογική Κλινική<sup>2</sup> - ΓΝ Κοζάνης, ΚΥ Κοζάνης<sup>3</sup>*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Στόχος της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθεί η συσχέτιση των επιπέδων του καλίου και της βιταμίνης Β12 με την εκδήλωση εμμένουσας κολπικής μαρμαρυγής (ΕΚΜ).

**ΥΛΙΚΑ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Στη μελέτη έχουν συμπεριληφθούν 29 ασθενείς με εμμένουσα κολπική μαρμαρυγή (ΕΚΜ), ηλικίας <70 ετών που ανατάχθηκαν σε φλεβοκομβικό ρυθμό. Πλήρες ιατρικό ιστορικό ελήφθη από όλους τους συμμετέχοντες οι οποίοι ακολούθως υποβλήθηκαν σε αιματολογικό έλεγχο, ηλεκτροκαρδιογράφημα και Τρίplex καρδιάς. Κριτήρια εισαγωγής στη μελέτη ήταν το ελεύθερο καρδιολογικό και πνευμονολογικό ιστορικό, ο αποκλεισμός θυρεοειδοπάθειας, πρόσφατης χειρουργικής επέμβασης καθώς και το φυσιολογικό Τρίplex καρδιάς. Οι ασθενείς διαχωρίστηκαν σε 2 υποομάδες ανάλογα με την ύπαρξη μη καρδιακών παραγόντων κινδύνου για κολπική μαρμαρυγή όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η αρτηριακή υπέρταση, η δυσλιπιδαιμία και το θετικό οικογενειακό ιστορικό.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η μέση ηλικία των ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη ήταν 59.3 έτη. Η μέση τιμή καλίου στο σύνολο των ασθενών κατά την εκδήλωση της ΕΚΜ ήταν στα κατώτερα φυσιολογικά όρια ( $3.32 \pm 0.31$  mmol/l). Η μέση τιμή της Β12 επίσης προσέγγιζε την κατώτερη φυσιολογική τιμή ( $234.6 \pm 97.42$  pg/ml) Η πρώτη υποομάδα περιλάμβανε 13 ασθενείς, όλοι με αρτηριακή υπέρταση, το 12,3% αυτών είχε σακχαρώδη διαβήτη, το 49,9% είχε δυσλιπιδαιμία, το 23.5% ήταν καπνιστές και το 19,5% είχαν θετικό οικογενειακό ιστορικό για κολπική μαρμαρυγή. Η δεύτερη υποομάδα περιλάμβανε 16 ασθενείς χωρίς τους προαναφερθέντες παράγοντες κινδύνου. Η μέση τιμή καλίου κατά την εκδήλωση της ΕΚΜ ήταν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη στη δεύτερη υποομάδα ( $3.2 \pm 0.18$  mmol/l) σε σχέση με την πρώτη ( $3.8 \pm 0.23$  mmol/l) ( $P < 0.001$ ) Επιπλέον, η δεύτερη υποομάδα παρουσίασε χαμηλότερα επίπεδα βιταμίνης Β12 ( $211.7 \pm 72.58$  pg/ml) σε σύγκριση με την πρώτη ( $309.3 \pm 123.2$  pg/ml) ( $P = 0.008$ )

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ιδιοπαθής κολπική μαρμαρυγή συσχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα καλίου και βιταμίνης Β12 σε σύγκριση με την εμμένουσα κολπική μαρμαρυγή που ευοδώνεται από τους κλασικούς παράγοντες κινδύνου.

### ΠΑ 02

ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΣΘΕΝΩΝ-ΜΑΡΤΥΡΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΗΝ ΗΠΑΤΙΚΗ ΒΙΟΧΗΜΕΙΑ/ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΣΤΗΝ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β/ΣΤΗΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

**Θ. Καραουλάνη<sup>1,3</sup>, Α. Καπάτσος<sup>2</sup>, Χ. Καραντώνης<sup>1</sup>, Κ. Γιαγκίνης<sup>1</sup>, Α. Κουτελιδάκης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ΠΜΣ Διατροφή Ευζωία & Δημόσια Υγεία του Τμήματος Επιστήμης Τροφίμων και Διατροφής (ΤΕΤΔ) του Πανεπιστημίου Αιγαίου

<sup>2</sup> Α' Παθολογική κλινική- Α' Ηπατολογικό Ιατρείο, Γ.Ν.Ν.Π. "Άγιος Παντελεήμων"-Γ.Ν.Δ.Α. "Αγία Βαρβάρα"

<sup>3</sup> Εργαστήριο Βιοπαθολογίας-Βιοχημικού, Γενικό Νοσοκομείο-ΨΝΑ ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η διάδοση και υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών συνθηκών αποτελεί καθοριστικό παράγοντα πρόαψισης της ατομικής υγείας, καθώς και βασικό συντελεστή προαγωγής της Δημόσιας Υγείας. Τα λειτουργικά τρόφιμα παρέχουν όφελος για την υγεία, πέρα από τα θρεπτικά συστατικά που ούτως ή άλλως περιέχουν. Το μεταβολικό σύνδρομο και οι ιογενείς ηπατίτιδες (ηπατίτιδα Β και C) αποτελούν ένα πρόβλημα δημόσιας υγείας με υψηλό φορτίο νοσηρότητας και θνητότητας.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο σκοπός της μελέτης ήταν να διαπιστωθεί η ενδεχόμενη θετική επίδραση της υγιεινής διατροφής και των λειτουργικών τροφίμων στην Ηπατική Βιοχημεία και σε Καρδιαγγειακούς Δείκτες σε ασθενείς με Ιογενή Ηπατοπάθεια (Ηπατίτιδα Β και C) και Μεταβολικό Σύνδρομο.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στη μελέτη συμμετείχαν 90 (ηλικίας>18 ετών) ασθενείς και 90 υγιείς- μάρτυρες ισόποσα καταναεμμένοι στις τρεις νόσους. Η συλλογή του δείγματος πραγματοποιήθηκε τυχαιοποιημένα στο Γενικό Νοσοκομείο Δυτικής Αττικής "Η Αγία Βαρβάρα"- Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας "Άγιος Παντελεήμων". Οι καρδιαγγειακοί-ηπατικοί δείκτες που αξιολογήθηκαν είναι οι ακόλουθοι: HbA1c, CHOL, TG, HDL, SGOT, SGPT, PRO-BNP, U, CR.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Έγινε καταγραφή των κύριων ομάδων συμβατικών και επιλεγμένων λειτουργικών τροφίμων μέσω της συχνότητας κατανάλωσης τους και επίδρασή τους σε βιοχημικούς ηπατικούς και καρδιαγγειακούς δείκτες. Διαπιστώθηκε αυξημένη κατανάλωση λειτουργικών τροφίμων στους μάρτυρες σε σχέση με την ομάδα των ασθενών. Η αυξημένη κατανάλωση ξηρών καρπών συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με τη βελτίωση των τιμών του BNP και U, των λαχανικών, φρούτων, βοτάνων με τη βελτίωση τιμών SGPT ( $p<0,05$ ). Στην BNP υπήρχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της τιμής  $<300$  με την κατανάλωση κρασιού, οσπρίων και μελιού ( $p<0,05$ ). Στην Ουρία, βρέθηκε στατιστικά σημαντική βελτίωση τιμών με την κατανάλωση φρούτων, στη Cr με την κατανάλωση ελαιόλαδου, στη Χοληστερίνη με την κατανάλωση βοτάνων και μελιού.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Αν και σε μικρό δείγμα τα αποτελέσματα αναδεικνύουν την ευεργετική επίδραση των λειτουργικών τροφίμων στην κλινική πορεία και εξέλιξη (δείκτες) και των τριών νοσημάτων. Βέβαια υπάρχει ανάγκη, ειδικά στις ηπατίτιδες να πραγματοποιηθούν περισσότερες μελέτες για την τεκμηρίωση της υγιεινο-διαιτητικής ευεργετικής δράσης.

### ΠΑ 03

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΝΕΑΣ ΜΑΔΥΤΟΥ ΚΑΤΑ ΤΟ ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ 2018-2021

**Χ. Τσιόγια<sup>1</sup>, Α. Ευφραιμίδου<sup>2</sup>, Δ. Καρανάσιος<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Ειδικός Γενικής Οικογενειακής Ιατρικής, Κ.Υ. Νέας Μαδύτου - Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

<sup>2</sup> Ειδικεύομενη Γενικής Οικογενειακής Ιατρικής, Κ.Υ. Νέας Μαδύτου - Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

<sup>3</sup> Διευθυντής ΚΥ Ν. Μαδύτου, Συντονιστής εκπαίδευσης Γενικών Ιατρών Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η βία αποτελεί σοβαρό διαχρονικό πρόβλημα δημόσιας υγείας. Συχνά στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) προσέρχονται ασθενείς αιτιώμενοι «ξυλοδαρμό» με την έννοια της διαπροσωπικής βίας μεταξύ μελών της οικογένειας ή βίας στην κοινότητα που ασκείται μεταξύ ανθρώπων, που δεν σχετίζονται μεταξύ τους.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η Εργασία έχει ως σκοπό την καταγραφή των περιστατικών σωματικής κακοποίησης που προσήλθαν στα Τ.Ε.Π. στο κέντρο υγείας, ώστε να ευαισθητοποιηθεί το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό σε θέματα σωματικής βίας, να αναδειχθεί ο ρόλος της υψηλής κλινικής υποψίας και να σχεδιαστεί η καταλληλότερη προσέγγιση για τέτοιου είδους περιστατικά.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Πραγματοποιήθηκε μια αναδρομική μελέτη των δεδομένων που αφορούσαν ασθενείς, που προσήλθαν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του κέντρου υγείας Ν. Μαδύτου, αιτιώμενοι κάποια μορφή σωματική κακοποίησης, κατά το χρονικό διάστημα 01.01.2018 έως 31.12.2021.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συνολικά καταγράφηκαν 51 ασθενείς, εκ των οποίων 16 ήταν γυναίκες και 35 οι άνδρες. Η επικρατούσες ηλικιακές ομάδες ήταν 26-30 και 36-40 ετών και τα περισσότερα περιστατικά σωματικής κακοποίησης παρατηρήθηκαν τους μήνες Απρίλιο, Ιούνιο και Νοέμβριο με παρόμοια διακύμανση τα έτη 2019 και 2021 (31% και 27% αντιστοίχως). Η συνηθέστερη ώρα προσέλευσης ήταν 14.00 -17.00, ενώ οι κακώσεις αφορούσαν κατά κύριο λόγο την περιοχή της κεφαλής.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Στη μελέτη μας παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μόνο στο φύλο ( $p=0,008 < 0,05$ ). Οι άνδρες προσέρχονται στο Κ.Υ συχνότερα για ιατρική εξέταση και καταγραφή του περιστατικού βίας. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει λοιπόν να είναι εξοικειωμένοι σχετικά με την κλινική υποψία και διαχείριση μορφών κακοποίησης καθώς αποτελεί μια πρόκληση για την ιατρονοσηλευτική μονάδα.

### ΠΑ 04

ΤΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ COVID-19 ΛΟΙΜΩΞΗ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

**Κ. Τσολάκη, Μ. Γεωργαράκη, Ε. Ακήφ-Ογλού, Μ. Ντόγα, Θ. Θεοφανίδου, Η. Σταματίου, Ν. Σταματάκη, Χ. Καραδέδος, Δ. Μπαμπάκας, Μ. Βάκας, Κ. Παπαθεοδώρου**

*Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το ιστορικό των ασθενών παίζει σημαντικό ρόλο στην έκβαση μιας νόσου και επηρεάζει τη βαρύτητα της.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Να μελετήσουμε παραμέτρους από το ιστορικό ασθενών με covid-19 λοίμωξη και αν κάποιες από αυτές παίζουν ρόλο στην ανάγκη για νοσηλεία των ασθενών.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Συμπεριλήφθηκαν COVID-19 θετικοί ασθενείς, που επισκέφθηκαν το Τ.Ε.Π. του Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης κατά την περίοδο 10/2020 ως 12/2021. Καταγράφηκε το ιστορικό τους και αν έγινε εισαγωγή στο Νοσοκομείο για αντιμετώπιση της λοίμωξης COVID-19. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα R\_4.0.3. Συγκρίσεις ποσοτικών μεταβλητών έγιναν με Student t, ή Mann-Whitney U test (μη κανονικές κατανομές). Οι ποιοτικές μεταβλητές ελέγχθηκαν με  $\chi^2$ -τεστ και, όπου απαιτήθηκε, Fisher's exact Test. Επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το 0.05.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συνολικά 701 covid-19 θετικοί ασθενείς συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη (379 άνδρες) με μέση ηλικία (έτη $\pm$ SD): 57.2 $\pm$ 17.5. Από αυτούς χρειάστηκαν νοσηλεία 411 (58,6%). Οι ασθενείς που νοσηλεύθηκαν, σε σχέση με αυτούς που πήραν οδηγίες για κατ' οίκον απομόνωση δεν διέφεραν στο ιστορικό τους ως προς: κάπνισμα ( $p=0.380$ ), βρογχικό άσθμα ( $p=0.888$ ), ΧΑΠ ( $p=0.386$ ), αυτοάνοσα ( $p=0.590$ ). Οι νοσηλευθέντες είχαν μεγαλύτερη ηλικία (έτη $\pm$ SD: 63.8 $\pm$ 15.6 έναντι 48.2 $\pm$ 15.9  $p<0.001$ ) και σε μεγαλύτερο ποσοστό στο ιστορικό τους παχυσαρκία, ΣΔτ2, ΑΕΕ, καρδιακή ανεπάρκεια, υπέρταση και δυσλιπιδαιμία (όλα με  $p<0.001$ ). Επίσης, είχαν μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης στο ατομικό αναμνηστικό τους στεφανιαίας νόσου ( $p=0.023$ ), νεφλασίας ( $p=0.034$ ) και χρόνιας νεφρικής νόσου ( $p=0.031$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η μεγαλύτερη ηλικία και τα χρόνια προβλήματα υγείας όπως η υπέρταση, ο ΣΔ2, η παχυσαρκία, αλλά όχι το κάπνισμα, οι χρόνιες πνευμονοπάθειες και τα αυτοάνοσα νοσήματα, παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάγκη για εισαγωγή και νοσηλεία ασθενών με λοίμωξη COVID-19.

### ΠΑ 05

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΤΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ COVID-19 ΛΟΙΜΩΞΗ ΚΑΙ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ

**Μ. Γεωργαράκη, Κ. Τσολάκη, Μ. Βάκας, Ε. Ακίφ-Ογλού, Μ. Ντόγα, Θ. Θεοφανίδου, Ν. Σταματάκη, Δ. Μπαμπάκας, Κ. Παπαθεοδώρου**

*Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Παθήσεις του ατομικού αναμνηστικού των ασθενών μπορεί να επηρεάσουν την έκβαση ακόμη και μιας ήπιας νόσου και να οδηγήσουν στο θάνατο. Στη λοίμωξη από τον ιό SARS-CoV-2 αυτό μπορεί να συμβαίνει συχνά.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Να μελετήσουμε αν παράμετροι από το ιστορικό ασθενών με COVID-19 λοίμωξη επηρεάζουν τη θνητότητα της νόσου.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Συμπεριλήφθηκαν COVID-19 θετικοί ασθενείς, που επισκέφθηκαν το Τ.Ε.Π. του Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης κατά την περίοδο Οκτώβριος 2020 ως Δεκέμβριο 2021. Ελέγχθηκε το ιστορικό τους και τα ηλεκτρονικά αρχεία του Νοσοκομείου για να διαπιστωθεί ποιοι από αυτούς απεβίωσαν κατά τη νοσηλεία τους. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα R\_4.0.3. Συγκρίσεις ποσοτικών μεταβλητών έγιναν με Student t, ή Mann-Whitney U test (μη κανονικές κατανομές). Οι ποιοτικές μεταβλητές ελέγχθηκαν με χ<sup>2</sup>-τεστ και, όπου απαιτήθηκε, Fisher's exact Test. Επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το 0.05.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συνολικά 701 covid-19 θετικοί ασθενείς συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη (379 άνδρες) με μέση ηλικία (έτη±SD): 57.2±17.5. Από αυτούς απεβίωσαν συνολικά 59 άτομα (8.42%). Οι ασθενείς που απεβίωσαν ήταν μεγαλύτερης ηλικίας (73.7±12.3 έναντι 55.9±17.2, p<0.001) και είχαν στο ιστορικό τους σε υψηλότερο ποσοστό: υπέρταση (p<0.001), ΣΔ2 (p=0.001), στεφανιαία νόσο (p=0.02), αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (p=0.007), καρδιακή ανεπάρκεια (p=0.001) και δυσλιπιδαιμία (p=0.011). Οι θανόντες δεν διέφεραν, σε σύγκριση με τους επιβιώσαντες, στην εμφάνιση στο ατομικό αναμνηστικό τους: βρογχικού άσθματος (p=0.808), χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας (p=0.999), παχυσαρκίας (p=0.139), νεοπλασίας (p=0.253), αυτοάνοσου νοσήματος (p=0.076), νεφροπάθειας (p=0.120), ηπατοπάθειας (p=0.999), και καπνίσματος (p=0.999).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η ηλικία και χρόνια προβλήματα υγείας όπως υπέρταση, ΣΔ2, αθηρωματική νόσος και καρδιακή ανεπάρκεια φαίνεται ότι σχετίζονται με υψηλότερη θνητότητα από τη λοίμωξη COVID-19. Αντίθετα, κάπνισμα, χρόνιες πνευμονοπάθειες, παχυσαρκία και αυτοάνοσα νοσήματα, μάλλον δεν επηρεάζουν τη θανατηφόρο έκβαση της νόσου.

### ΠΑ 06

ΕΚΒΑΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ COVID-19 ΚΑΤΑ ΤΟ ΔΕΥΤΕΡΟ ΚΥΜΑ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ

**Κ. Τσολάκη, Μ. Γεωργαράκη, Ν. Τούζλατζη, Α. Συμυρλής, Μ. Βάκας, Ν. Ζιώγα, Ε. Σατυρίδου, Η. Φωτιάδου, Δ. Κόγιας, Κ. Παπαθεοδώρου**

*Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η πανδημία COVID-19 εξελίχθηκε κατά κύματα, καθένα από τα οποία είχε διαφορετικό ρυθμό μετάδοσης και επικινδυνότητας.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Να εξετάσουμε τις εκβάσεις ασθενών με COVID-19 λοίμωξη και ασθενών με ύποπτη συμπτωματολογία αλλά αρνητικό τεστ, που επισκέφτηκαν το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης κατά τη διάρκεια του 2ου κύματος της πανδημίας.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Συμπεριλήφθηκαν ασθενείς που εξετάσθηκαν το Τ.Ε.Π. του Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης με συμπτωματολογία ενδεικτική για λοίμωξη από τον ιό SARS-CoV-2. Οι ασθενείς αυτοί διακρίθηκαν στην ομάδα Α που είχε θετικό μοριακό τεστ, και την ομάδα Β με αρνητικό. Οι εκβάσεις που ελέγχθηκαν ήταν η εισαγωγή στο Νοσοκομείο, η διάρκεια νοσηλείας, η ανάγκη για εισαγωγή σε ΜΕΘ, και ο θάνατος του ασθενούς. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα R\_4.0.3. Συγκρίσεις ποσοτικών μεταβλητών έγιναν με Student t, ή Mann-Whitney U test (μη κανονικές κατανομές). Οι ποιοτικές μεταβλητές ελέγχθηκαν με χ<sup>2</sup>-τεστ και, όπου απαιτήθηκε, Fisher's exact Test. Επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το 0.05.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συμπεριλήφθηκαν 377 ασθενείς (218 άνδρες). Οι ομάδες Α και Β δεν διέφεραν σημαντικά ως προς την ηλικία ( $p=0.179$ ) και το φύλο ( $p=0.372$ ). Δεν διέφεραν επίσης, ως προς το ποσοστό εισαγωγών στο νοσοκομείο ( $p=0.277$ ) και το ποσοστό θανάτων ( $p=0.138$ ). Οι ασθενείς με COVID-19 λοίμωξη είχε σαφώς περισσότερες εισαγωγές στη ΜΕΘ (7,46% έναντι 0,57%,  $p<0.001$ ) και μεγαλύτερο διάστημα νοσηλείας στο νοσοκομείο [median (IQR): 7 (12) έναντι 3 (8),  $p<0.001$ ].

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Οι ασθενείς με COVID-19 λοίμωξη χρειάσθηκαν μεγαλύτερο διάστημα νοσηλείας και είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να εισαχθούν στη ΜΕΘ σε σχέση με ασθενείς με παρόμοια συμπτώματα. Η συχνότερη προσβολή του κατώτερου αναπνευστικού από τον ιό SARS-CoV-2 ίσως εξηγεί τις παραπάνω διαφορές.

### ΠΑ 07

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΤΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ COVID-19 ΛΟΙΜΩΞΗ ΚΑΙ ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

**Κ. Τσολάκη, Μ. Γεωργαράκη, Ν. Τούζλατζη, Α. Συμυρλής, Ν. Ζιώγα, Ε. Σατυρίδου, Μ. Βάκας, Δ. Μπαμπάκας, Κ. Παπαθεοδώρου**

*Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ασθενείς με βεβαρημένο ιστορικό έχουν δυσμενέστερη έκβαση στην πορεία μιας λοίμωξης όπως η COVID-19.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Να μελετήσουμε αν παράμετροι του ιστορικού ασθενών με COVID-19 λοίμωξη συμβάλλουν στην ανάγκη για εισαγωγή σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Συμπεριλήφθηκαν COVID-19 ασθενείς, που επισκέφθηκαν το Τ.Ε.Π. του Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης κατά την περίοδο Οκτωβρίου-Δεκεμβρίου 2021. Αναλύθηκε το ιστορικό τους και ποιοι από αυτούς τελικά εισήχθησαν στη ΜΕΘ. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα R\_4.0.3. Συγκρίσεις ποσοτικών μεταβλητών έγιναν με Student t, ή Mann-Whitney U test (μη κανονικές κατανομές). Οι ποιοτικές μεταβλητές ελέγχθηκαν με χ<sup>2</sup>-τεστ και, όπου απαιτήθηκε, Fisher's exact Test. Επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το 0.05. Για κάθε παράμετρο υπολογίστηκε το odds ratio.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συνολικά 701 COVID-19 ασθενείς συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη (379 άνδρες) με μέση ηλικία (έτη±SD): 57.2±17.5. Από αυτούς χρειάστηκε να νοσηλευτούν στη ΜΕΘ 41 άτομα (5.85%). Οι ασθενείς που εισήχθησαν στη ΜΕΘ ήταν μεγαλύτερης ηλικίας (68.1±11 έναντι 56.7±17.6, p<0.001) και έπασχαν συχνότερα από: υπέρταση (p<0.001), καρδιακή ανεπάρκεια (p<0.001) και δυσλιπιδαιμία (p=0.009). Στο ατομικό αναμνηστικό των δύο ομάδων δεν υπήρχαν διαφορές ως προς: κάπνισμα (p=0.587), βρογχικό άσθμα (p=0.767), ΧΑΠ (p=0.701), παχυσαρκία (p=0.315), ΣΔ2 (p=0.068), στεφανιαία νόσο (p=0.184), αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (p=0.373), νεοπλασία (p=0.737), αυτοάνοσο νόσημα (p=0.241), νεφροπάθεια (p=0.639) και ηπατοπάθεια (p=0.999). Ο υπολογισμός του odds ratio απέβη σημαντικός μόνο για την υπέρταση (OR: 4.33, 95%CI: 1.33-14.08) και την καρδιακή ανεπάρκεια (OR: 4.03, 95%CI: 1.21-13.49).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Μεγαλύτερη ηλικία, υπέρταση, και καρδιακή ανεπάρκεια φαίνεται ότι σχετίζονται με σοβαρότερη λοίμωξη COVID-19, που χρήζει αντιμετώπισης σε ΜΕΘ. Οι χρόνιες πνευμονοπάθειες και τα αυτοάνοσα νοσήματα, περιέργως, δεν αυξάνουν το κίνδυνο για νοσηλεία στη ΜΕΘ, πράγμα που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

### ΠΑ 08

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ COVID-19 ΛΟΙΜΩΞΗ ΚΑΤΑ ΤΟ ΔΕΥΤΕΡΟ ΚΑΙ ΤΕΤΑΡΤΟ ΚΥΜΑ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ

**Μ. Γεωργαράκη, Κ. Τσολάκη, Μ. Ντόγα, Ε. Ακίφ-Ογλού, Η. Σταματίου, Χ. Καραγιάννης, Κ. Μπονέλης, Ν. Μαργαρίτης, Μ. Βάκας, Δ. Μπαμπάκας, Κ. Παπαθεοδώρου**

*Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC) έχει συστήσει συμπτώματα ύποπτα για λοίμωξη από COVID-19. Καθώς ο ιός μεταλλάσσεται η συμπτωματολογία των ασθενών μπορεί να τροποποιείται.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Να εξετάσουμε αν υπάρχει διαφορά στη συχνότητα εμφάνισης συμπτωμάτων μεταξύ ασθενών με COVID-19 λοίμωξη που νόσησαν στο δεύτερο και στο τέταρτο κύμα της πανδημίας.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με COVID-19 λοίμωξη που επισκέφθηκαν το Τ.Ε.Π. του Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης κατά το Φθινόπωρο του 2021 (ομάδα Α) και το Φθινόπωρο του 2022 (ομάδα Β). Συνολικά καταγράφηκαν 21 διαφορετικά συμπτώματα που σχετίζονταν με τη λοίμωξη COVID-19. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα R\_4.0.3. Συγκρίσεις ποσοτικών μεταβλητών έγιναν με Student t, ή Mann-Whitney U test (μη κανονικές κατανομές). Οι ποιοτικές μεταβλητές ελέγχθηκαν με χ<sup>2</sup>-τεστ (Yates-corrected) και, όπου απαιτήθηκε, Fisher's exact Test. Επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το 0.05.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συνολικά 701 ασθενείς (379 άνδρες) συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Οι δύο ομάδες διέφεραν ως προς την ηλικία (Α: 60.4±17.1 έναντι Β: 56±17.6 έτη, p=0.003) και το φύλο (άντρες στην Α: 60.1% έναντι Β: 51.4%, p=0.042). Οι ασθενείς του τέταρτου κύματος πανδημίας εμφάνιζαν πιο συχνά βήχα (p<0.001), πυρετό (p<0.001), ρινική συμφόρηση (p=0.023), απώλεια γεύσης (p=0.038) και έντονη εξάντληση (p<0.001), ενώ του δεύτερου κύματος ανέφεραν πιο συχνά αίσθημα παλμών (p<0.001) και ταχύπνοια (p<0.001). Οι δύο ομάδες δεν διέφεραν ως προς τη συχνότητα εμφάνισης άλλων συμπτωμάτων.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Στο 4ο κύμα της πανδημίας COVID-19, στο οποίο επικρατούσε η «δέλτα» μετάλλαξη του ιού, οι ασθενείς εμφάνισαν σε μεγαλύτερο ποσοστό, συγκριτικά με το 2ο, συμπτώματα όπως βήχα, πυρετό και έντονη εξάντληση. Πιθανόν, οι διάφορες παραλλαγές του ιού SARS-CoV-2 να προσβάλλουν όργανα στόχους με διαφορετική δυναμική.



### ΠΑ 09

ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΕΝΑΝΤΙ SARS-COV-2 ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ COVID-19 ΚΑΤΑ ΤΟ ΤΕΤΑΡΤΟ ΚΥΜΑ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ

**Μ. Γεωργαράκη, Κ. Τσολάκη, Α. Σμυρλής, Ν. Τούζλατζη, Δ. Μπαμπάκας, Μ. Βάκας, Ε. Σατυρίδου, Κ. Παπαθεοδώρου**

*Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Κατά το 4ο κύμα της πανδημίας COVID-19, ο εμβολιασμός κατά του ιού SARS-CoV-2 έδινε την προοπτική της προστασίας, τουλάχιστον, από βαριά νόσο.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Να εξετάσουμε εκβάσεις ασθενών με COVID-19 λοίμωξη κατά το τέταρτο κύμα της πανδημίας σε σχέση με τον εμβολιασμό κατά SARS-CoV-2.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με COVID-19 λοίμωξη που εξετάστηκαν το Τ.Ε.Π. του Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης κατά τη διάρκεια του 4ου κύματος της πανδημίας COVID-19. Οι εκβάσεις που ελέγχθηκαν ήταν: Εισαγωγή στο Νοσοκομείο, διάρκεια νοσηλείας, εισαγωγή σε ΜΕΘ, ανάγκη χορήγησης οξυγόνου και θάνατος του ασθενούς. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα R\_4.0.3. Συγκρίσεις ποσοτικών μεταβλητών έγιναν με Student t, ή Mann-Whitney U test (μη κανονικές κατανομές). Οι ποιοτικές μεταβλητές ελέγχθηκαν με χ<sup>2</sup>-τεστ και, όπου απαιτήθηκε, Fisher's exact Test. Επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το 0.05.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συμπεριλήφθηκαν 488 ασθενείς (251 άνδρες). Οι εμβολιασμένοι ασθενείς (ομάδα Α) ήταν λιγότεροι (35.45%) σε σχέση με τους ανεμβολίαστους (ομάδα Β). Η ομάδα Α είχε μεγαλύτερη ηλικία (έτη±SD: 60.9±16.3 έναντι 53.4±17.7, p<0.001) και ποσοστό ανδρών (59.5% έναντι 47%, p=0.010), περισσότερες εισαγωγές στο νοσοκομείο (59.37% έναντι 49.13%, p=0.037). Η ομάδα Β είχε μεγαλύτερη ανάγκη για χορήγηση οξυγόνου (41.3% έναντι 31.2%, p=0.036) και μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας (p=0.033). Οι δύο ομάδες δεν διέφεραν σημαντικά ως προς τα ποσοστά εισαγωγών στη ΜΕΘ (p=0.469) και θανάτων (p=0.724).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Οι εμβολιασμένοι ασθενείς με COVID-19 λοίμωξη που επισκέφθηκαν το ΤΕΠ, εισήχθησαν σε μεγαλύτερο ποσοστό στο νοσοκομείο, αλλά ήταν λιγότεροι (περίπου 1/3), χρειάστηκαν μικρότερο διάστημα νοσηλείας και εμφάνισαν σε μικρότερο ποσοστό αναπνευστική ανεπάρκεια. Τέλος, αν και ήταν σημαντικά πιο ηλικιωμένοι, δεν διέφεραν ως προς το ποσοστό θανάτων και εισαγωγής στη ΜΕΘ από τους μη εμβολιασμένους.

### ΠΑ 10

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΕΥΘΡΑΥΣΤΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΔΕΙΓΜΑ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

**Χ. Τσιαμαντά<sup>1</sup>, Λ. Μποσνάκοβα<sup>1</sup>, Χ. Μαδεμπλής<sup>1</sup>, Χ. Παπανικολάου<sup>1</sup>, Ε. Μπέλλου<sup>2</sup>, Π. Ζορμπάς<sup>2</sup>, Λ. Ψύχου-Δέρκα<sup>2</sup>, Χ. Καλιώρα<sup>3</sup>, Β. Γιακίμοβα-Πολύζου<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Ειδικευόμενος Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής

<sup>2</sup> Ιατρός υπηρεσίας υπαίθρου ΚΥ Πύλης Τρικάλων

<sup>3</sup> Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Διευθύντρια ΚΥ Πύλης Τρικάλων

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η ευθραυστότητα (Frailty) είναι ένα κλινικό σύνδρομο στους ηλικιωμένους το οποίο οφείλεται στη φθορά φυσιολογικών συστημάτων λόγω της γήρανσης. Οδηγεί σε έκπτωση της συνολικής λειτουργικότητας και αυξημένο κίνδυνο για πτώσεις, αναπηρία, απώλεια της αυτονομίας και θάνατο. Η επίπτωση της ευθραυστότητας στην Ελλάδα εκτιμάται στο 17,4%. Η έγκαιρη εντόπιση και οι κατάλληλες παρεμβάσεις μπορούν να συμβάλλουν σημαντικά στη διατήρηση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Αναζήτηση ατόμων σε κίνδυνο ή με ενδείξεις ευθραυστότητας σε τυχαίο δείγμα γηριατρικού πληθυσμού.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η έρευνα μας σχεδιάστηκε ως περιγραφική μελέτη παρατήρησης. Για την πρώιμη εντόπιση της ευθραυστότητας χρησιμοποιήθηκε το Ερωτηματολόγιο PRISMA 7.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το συνολικό δείγμα της μελέτης μας ήταν 148 ηλικιωμένοι από την περιοχή ευθύνης του ΚΥ Πύλης, οι περισσότεροι άνδρες ηλικίας 65-74 ετών. Με την εφαρμογή του ερωτηματολογίου εντοπίστηκαν 61 άτομα (41,20%) με score >3, ενδεικτικό για αυξημένο κίνδυνο για ευθραυστότητα και ανάγκη για περαιτέρω κλινική διερεύνηση και διαχείριση. Άλλο σημαντικό εύρημα της έρευνας μας ήταν το σημαντικό ποσοστό 41,9% ηλικιωμένων που έδωσαν θετική απάντηση (ΝΑΙ) σε 1-2 ερωτήσεις.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα ευρήματα της μελέτης μας υποδεικνύουν την ανάγκη εστιασμένης αναζήτησης ατόμων που πάσχουν ή βρίσκονται σε κίνδυνο για ευθραυστότητα και την περαιτέρω διερεύνηση με την εφαρμογή και άλλων εργαλείων κλινικής εκτίμησης. Η κλινική σημασία της ευθραυστότητας για την υγεία και την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων καθιστά αναγκαία την ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας στην ΠΦΥ για την έγκαιρη εντόπιση και κατάλληλη διαχείριση αυτών των ηλικιωμένων.

### ΠΑ 11

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΣΕ ΔΕΙΓΜΑ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

**Λ. Μποσνάκοβα<sup>1</sup>, Χ. Μαδεμπλής<sup>1</sup>, Χ. Τσιαμαντά<sup>1</sup>, Χ. Παπανικολάου<sup>1</sup>, Λ. Ψύχου-Δέρκα<sup>2</sup>, Π. Ζορμπάς<sup>2</sup>, Ε. Μπέλλου<sup>2</sup>, Χ. Καλιώρα<sup>3</sup>, Β. Γιακίμοβα-Πολύζου<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Ειδικευόμενος Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής

<sup>2</sup> Ιατρός υπηρεσίας υπαίθρου ΚΥ Πύλης Τρικάλων

<sup>3</sup> Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Διευθύντρια ΚΥ Πύλης Τρικάλων

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η βελτίωση της φυσικής κατάστασης είναι ιδιαίτερα σημαντική για τη διατήρηση της ευεξίας, της λειτουργικότητας και της αυτονομίας των ηλικιωμένων ατόμων. Τα εξατομικευμένα προγράμματα κατάλληλων ασκήσεων προσφέρουν στους ηλικιωμένους τη δυνατότητα σωματικής ενδυνάμωσης και επιβράδυνσης της γήρανσης.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Αδρή εκτίμηση της συχνότητας σωματικής άσκησης και εκτίμηση αναγκών για συντονισμένες σχετικές ενημερωτικές παρεμβάσεις στην περιοχή μας.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η έρευνα μας σχεδιάστηκε ως περιγραφική μελέτη παρατήρησης. Η αδρή εκτίμηση της συχνότητας σωματικής άσκησης έγινε με τη χρήση σύντομου ερωτηματολογίου σχετικά με την εβδομαδιαία συχνότητα σωματικής άσκησης σε τυχαίο δείγμα γηριατρικού πληθυσμού.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το συνολικό δείγμα της μελέτης μας ήταν 148 ηλικιωμένοι από την περιοχή ευθύνης του ΚΥ Πύλης, οι περισσότεροι άνδρες ηλικίας 65-74 ετών. Από την εφαρμογή του ερωτηματολογίου βρέθηκε ότι 57 άτομα (38,50%) δηλώνουν ότι ασκούνται συστηματικά, τουλάχιστον 3 φορές την εβδομάδα από 15 λεπτά το λιγότερο, 58 άτομα (39,20%) απάντησαν ότι δεν ασκούνται συστηματικά, 33 (22,30%) ασκούνται σπάνια.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα ευρήματα της μελέτης μας υποδεικνύουν την ανάγκη οργανωμένων ενημερωτικών παρεμβάσεων σχετικά με τη σωματική άσκηση στην τρίτη ηλικία. Η περαιτέρω διερεύνηση των στάσεων και των πεποιθήσεων των ηλικιωμένων της περιοχής μας και η κατάλληλη σχεδιασμένη κινητοποίηση τους μπορεί να συμβάλλουν σημαντικά στην υιοθέτηση δραστηριοτήτων που βελτιώνουν την ποιότητα ζωής και τη συνολική κατάσταση της υγείας τους.

### ΠΑ 12

ΕΡΕΥΝΑ ΑΠΟΨΕΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΣΕ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΓΕΝΙΚΗΣ/ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

**Η. Κεράνη<sup>1</sup>, Ι. Αβακιάν<sup>2</sup>, Ε. Μακρή<sup>1</sup>, Β. Γιακίμοβα-Πολύζου<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, ΚΥ Αργαλαστής Μαγνησίας

<sup>2</sup> Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, ΚΥ Φαρσάλων Λάρισας

<sup>3</sup> Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, ΚΥ Πύλης Τρικάλων

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η Γενική/Οικογενειακή Ιατρική είναι μια πολυδιάστατη ειδικότητα, με ευρύ κλινικό φάσμα και διαφορετικό μοντέλο προσέγγισης της υγείας και της ασθένειας. Για τους ειδικευόμενους, η κατανόηση της ιδιαιτερότητας της ειδικότητας και του ρόλου του Γενικού/Οικογενειακού Ιατρού (ΓΟΙ) στο σύστημα υγείας θεωρείται καθοριστική για τη μελλοντική τους επαγγελματική πορεία.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Καταγραφή και ανάλυση των απόψεων των ειδικευόμενων Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής στη Θεσσαλία σχετικά με την ειδικότητα.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η έρευνα απόψεων πραγματοποιήθηκε μέσω αυτό-συμπληρωμένου ερωτηματολογίου ηλεκτρονικής μορφής. Οι ειδικευόμενοι κλήθηκαν να περιγράψουν με μια φράση τα 3 πιο δύσκολα και πιο ικανοποιητικά της ειδικότητας, και 3 σημαντικότερες προσδοκίες. Στη συνέχεια, έγινε κατηγοριοποίηση και ανάλυση των στοιχείων.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ως δυσκολίες αναφέρθηκαν το κλινικό εύρος της ειδικότητας, η αλλαγή τμημάτων/κλινικών, ο όγκος κλινικών γνώσεων/δεξιοτήτων, η κακή οργάνωση της ΠΦΥ/ΚΥ. Ως ικανοποιητικά αναφέρθηκαν η σχέση ιατρού/ασθενή, ολοκληρωμένη φροντίδα και πρόληψη, το εύρος γνώσεων/δεξιοτήτων, η δυνατότητα προσφοράς, η επαγγελματική αποκατάσταση. Οι προσδοκίες σχετίζονταν κυρίως με το ρόλο του ΓΟΙ, την κλινική επάρκεια, την επαγγελματική εξέλιξη.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Γενικά, οι ειδικευόμενοι αντιλαμβάνονται το σημαντικό ρόλο και την προσφορά του ΓΟΙ, η σχέση με τον ασθενή είναι ζήτημα που τους απασχολεί. Το ευρύ φάσμα γνώσεων και δεξιοτήτων που απαιτεί η ειδικότητα αντιλαμβάνεται ως δυσκολία αλλά και ως πρόκληση, κίνητρο για εξέλιξη. Τους προβληματίζει η ευθύνη της αυτονομίας, η πολυπλοκότητα, η αβεβαιότητα στην ειδικότητα και αναγνωρίζουν την ανάγκη για συνεχή εκπαίδευση και βελτίωση και μετά την απόκτηση τίτλου ειδικότητας. Τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να συμβάλλουν σημαντικά στην οργάνωση της εκπαίδευσης στα Νοσοκομεία και ΚΥ της Θεσσαλίας και στην εκτίμηση των εκπαιδευτικών αναγκών των ειδικευόμενων, σε συνεργασία με τους τοπικούς συντονιστές και εκπαιδευτές στη Θεσσαλία.

# ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

## ΠΑ 13

### Health Technology Assessment

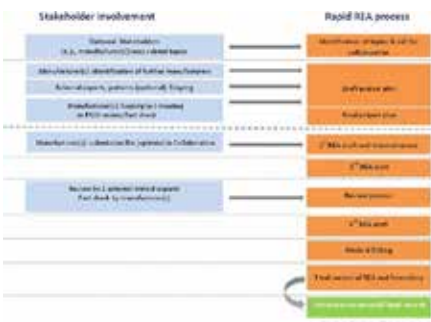
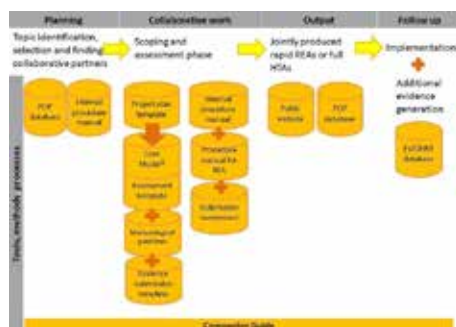
Καμπουράκη Μαρία  
Γενικός Ιατρός  
Επιμ Α'  
ΚΥ Ν. Μαδύτου

### The European Network for Health Technology Assessment (EUnetHTA)

- 2006
- Υποστηρίζει χρηματοδότησης **European Commission**
- Δίκτυο
- Αποφάσεις για επένδυση

### Μέθοδοι

- αναγνώριση, επιλογή, ταξινόμηση
- **Database**
- **European Activity Centres**
- **rapid relative effectiveness assessment (REA)**
- Αλγόριθμοι
- Standardized reporting structure: **CoreModel®**
- Πρωτόκολλα Μεθοδολογίας
- **Evidence database on new technologies (EVIDENT database)**
- **EUnetHTA ιστοσελίδα**



## ΠΑ 13

### Standardized reporting structure: the CoreModel®

- Πλαίσιο εργασιών
- Ιεραρχική ταξινόμηση κλινικών ερωτημάτων
- Αναπτύχθηκε 2006–2008 διαφορετικοί υπότυποι

### Προκλήσεις

- “Proposal for a Regulation of the European Parliament and of the Council on health technology assessment and amending Directive 2011/24/EU”
- Προώθηση, ενδυνάμωση, επέκταση
- όλες οι χώρες να συμμετέχουν

### Βιβλιογραφία

- 1.EUnetHTA . HTA Core Model. EUnetHTA. 2018.
- 2.EUnetHTA . Work Package 7. Evidence submission templates to support production of core HTA information and rapid assessments: medical devices evidence submission template short version. 2015.
- 3.EUnetHTA . Work Package 7. Evidence submission templates to support production of core HTA information and rapid assessments: medical devices evidence submission template long versio. 2015.
- 4.EUnetHTA . Methodology Guidelines. Work Package 6 of EUnetHTA Joint Action 3. 2018.
- 5.EUnetHTA. Work Package 2. Stakeholder Analysis. 2018. Accessed 31 August 2018.
- 6.EUnetHTA. Stakeholder involvement policy. 2010.
- 7.EUnetHTA. Stakeholder Involvement Policy Standard Operating Procedures. 2010.
- 8.EUnetHTA. Expert Involvement in EUnetHTA Joint Action Work Packages. Standard Operating Procedures. 2010.

## ΠΑ 14

### ΣΟΥΛΦΟΝΥΛΟΥΡΙΕΣ ΓΙΑ ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΧΡΗΣΗ

Καμπορακη Μαρια  
Γενικός Ιατρός Επίμ Α'  
ΚΥ Ν.Μαΐστου

### SULFONYLUREAS (SU)

- ◉ Παρασιτοκτόνα
- ◉ Χημική δομή παρόμοια με αντιδιαβητικών δισκίων
- ◉ Δημητριακά, σταφύλι, φράουλα
- ◉ Acetolactate synthase (ALS)-αναστολή

### SULFONYLUREAS (SU)

- ◉ Κίνα
- ◉ tribenuron-methyl (TBM)
- ◉ amidosulfuron
- ◉ Αναστολή στη Βιοσυνθεση valine, leucine, και isoleucine
- ◉ Κεφαλαλγία, ναυτία, έμετοι, δύσπνοια,
- ◉ Βραδυκαρδία, δερματίτιδα, ερεθισμός οφθαλμών

### SULFONYLUREAS (SU)

- ◉ Μεταβολές στις αιματολογικές παραμέτρους(Ταϊλάνδη)
- ◉ αλλοιώσεις σε ανοσολογικούς παράγοντες - αριθμός λεμφοκυττάρων Β και επίπεδα βιοχημικών δεικτών(Ταϊλάνδη)
- ◉ Στην Ελλάδα, μυελοδυσπλαστικό σύνδρομο
- ◉ οπνική άπνοια, αναστολή της ακετυλοχολινεστεράσης (ΗΠΑ)
- ◉ Πάρκινσον(Ουαίγκτον)
- ◉ Γάλλους εργάτες, τρόμο που σχετίζεται με τη νόσο του Πάρκινσον

### SULFONYLUREAS (SU)

- ◉ ενδοκρινικές αλλοιώσεις, Γαλλία
- ◉ νότιας Βραζιλίας, ψυχικές διαταραχές
- ◉ Βόρεια Καρολίνα, Ηνωμένες Πολιτείες, ρευματοειδούς αρθρίτιδας
- ◉ Βενεζουέλα, υπογονιμότητα
- ◉ Βραζιλία, ΣΝ
- ◉ Μυοσκελετικά αλγη,Ελλάδα
- ◉ 3 περιστατικά ΣΔ σε γεωπόνους Κρητη(;) )

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ghafari M, Cheraghi Z, Doosti-Irani A. Occupational risk factors among Iranian farmworkers: a review of the available evidence. *Epidemiol Health*. 2017;39:e2017027. [
2. Lemarchand C, Tual S, Leveque-Morlais N, Perrier S, Belot A, Velten M, et al. Cancer incidence in the AGRICAN cohort study (2005-2011). *Cancer Epidemiol*. 2017;49:175-185.
3. Piel C, Pouchieu C, Tual S, Migault L, Lemarchand C, Carles C, et al. Central nervous system tumors and agricultural exposures in the prospective cohort AGRICAN. *Int J Cancer*. 2017;141(9):1711-1722. 6. Silva M, Stadlinger N, Mmochi AJ, Lundborg CS, Marrone G. Pesticide use and self-reported health symptoms among rice farmers in zanzibar. *J Agromedicine*. 2016;21(4):325-344.
4. Hamsan H, Ho YB, Zaidon SZ, Hashim Z, Saari N, Karami A. Occurrence of commonly used pesticides in personal air samples and their associated health risk among paddy farmers. *Sci Total Environ*. 2017;603-604:381-389. [
5. Franca DMZR, Lacerda ABM, Lobato D, Ribas A, Dias KZ, Leroux T, et al. Adverse effects of pesticides on central auditory functions in tobacco growers. *Int J Audiol*. 2017;56(4):233-241.
6. Kab S, Spinosi J, Chaperon L, Dugravot A, Singh-Manoux A, Moisan F, et al. Agricultural activities and the incidence of Parkinson's disease in the general French population. *Eur J Epidemiol*. 2017;32(3):203-216.
7. Nielsen SS, Hu S-C, Checkoway H, Negrete M, Palmanquez P, Bordinau T, et al. Parkinsonism signs and symptoms in agricultural pesticide handlers in Washington state. *J Agromedicine*. 2017;22(3):215-221.

# ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

## ΠΑ 15

### ΧΡΗΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΣΕ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΥΠΑΙΘΡΟΥ

Καμπορακή Μαρία, Κορανάσιος Δημήτριος, Χατζής Χρήστος, Καβακοπούλου Γεωργία, Τσιουγιά Χρισανθή, Δημητριάδου Γεωργία, Παναγιωτίδης Μίχαηλ, Ξεργουλιός Βασίλειος, Αλιωνίδης Κυριακός, Γαλανής Βασιλκή, Ευσταθιάδου Αριάδνη, Ευσταθιάδου Αικατερίνη, Πρίνη Μαρία, Χασίση Βασιλική, Παυλίδου Παναγιώτα

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΣΤΗΝ ΠΦΥ

- Αποδοτική μέθοδος, οικονομική, εύκολη
- Συμπτωματολογία, ποιότητας ζωής, πόνου, συνηθειών
- 500 για ιατρικές ειδικότητες
- 30 στην ΠΦΥ (Laube et al 2017)
- Ανήγχευση νοσημάτων
- Συννοσηρωτικές
- Συμμόρφωση στη θεραπεία

Ερωτηματολόγιο εκτίμησης επίδρασης για ΚΑΠ στον Π.Σ.Κ.3 και 4 - 17 εκ/χρονος επίδρασης για ΚΑΠ (Pitts, et al, Chest 2008; CIB: 2013-05)

Ερώτημα (αριθμ. ερώτησης)	Απάντηση	Βαθμολογία
1. Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε δύσπνοια;	0-100	0
2. Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε βήχα;	0-100	0
3. Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε κούραση;	0-100	0
4. Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε πόνους;	0-100	0
5. Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε αλλαγές στην όρεξη;	0-100	0
6. Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε αλλαγές στην κατάσταση του δέρματος;	0-100	0
7. Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε αλλαγές στην κατάσταση των ματιών;	0-100	0
8. Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε αλλαγές στην κατάσταση των αυτιών;	0-100	0
9. Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε αλλαγές στην κατάσταση των μύλων;	0-100	0
10. Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε αλλαγές στην κατάσταση των οστών;	0-100	0
11. Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε αλλαγές στην κατάσταση των νεφρών;	0-100	0
12. Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε αλλαγές στην κατάσταση των πνευμόνων;	0-100	0
13. Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε αλλαγές στην κατάσταση των αιμοφόρων αγγείων;	0-100	0
14. Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε αλλαγές στην κατάσταση των εσωτερικών οργάνων;	0-100	0
15. Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε αλλαγές στην κατάσταση των εξωτερικών οργάνων;	0-100	0
16. Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε αλλαγές στην κατάσταση των αισθητήρων;	0-100	0
17. Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε αλλαγές στην κατάσταση των μυών;	0-100	0

Ερωτηματολόγιο εκτίμησης επίδρασης για ΚΑΠ στον Π.Σ.Κ.3 και 4 - 17 εκ/χρονος επίδρασης για ΚΑΠ (Pitts, et al, Chest 2008; CIB: 2013-05)

Ερώτημα (αριθμ. ερώτησης)	Απάντηση	Βαθμολογία
1. Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε δύσπνοια;	0-100	0
2. Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε βήχα;	0-100	0
3. Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε κούραση;	0-100	0
4. Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε πόνους;	0-100	0
5. Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε αλλαγές στην όρεξη;	0-100	0
6. Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε αλλαγές στην κατάσταση του δέρματος;	0-100	0
7. Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε αλλαγές στην κατάσταση των ματιών;	0-100	0
8. Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε αλλαγές στην κατάσταση των αυτιών;	0-100	0
9. Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε αλλαγές στην κατάσταση των μύλων;	0-100	0
10. Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε αλλαγές στην κατάσταση των οστών;	0-100	0
11. Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε αλλαγές στην κατάσταση των νεφρών;	0-100	0
12. Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε αλλαγές στην κατάσταση των πνευμόνων;	0-100	0
13. Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε αλλαγές στην κατάσταση των αιμοφόρων αγγείων;	0-100	0
14. Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε αλλαγές στην κατάσταση των εσωτερικών οργάνων;	0-100	0
15. Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε αλλαγές στην κατάσταση των εξωτερικών οργάνων;	0-100	0
16. Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε αλλαγές στην κατάσταση των αισθητήρων;	0-100	0
17. Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε αλλαγές στην κατάσταση των μυών;	0-100	0

### ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

- 330 ασθενείς που προσήλθαν στο ΚΥ Ν.Μαδύτου
- 90 σε χρόνια αγωγή
- 40 καπνιστές
- MARS
- RSHQ
- Συγκαταθεση συναεισής
- Ελληνική γλωσσα,νοητική ικανότητα

### ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

- 58% γυναίκες, 42% άνδρες
- 56 έτη, Μ.Ο ηλικίας
- 31% καπνιστές
- 12% πάνω από 20 π/γ
- 47% λαμβάνει πάνω από ένα φαρμακευτικό σκεύασμα ανά ημέρα



# ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

## ΠΑ 15

### ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

- 5% χρήζει σπιρομετρησης(score >17)
- 37,5% BMI >30
- 15% καπνιστών πρινινό βήχα
- 100% πρώτη χρήση ερωτηματολογίου αγωγής/καπνισματος
- 3,3 % ξεχνά την αγωγή
- 1,7% αδιαφορεί για την αγωγή
- 4,0% διακοπή αγωγής σε αδιαθεσία
- 0% αδιανόητο να λαμβάνει αγωγή

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

- Χρήση ερωτηματολογίων βοηθά στην πρώιμη διάγνωση
- Ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας
- Σημαντικό εργαλείο για επαγγελματίες υγείας
- Οργάνωση και μεθόδευση πρακτικών

**Αναρτημένες  
Ανακοινώσεις**



## ΑΑ 01

ΒΙΤΑΜΙΝΗ D ΚΑΙ ΝΟΣΟΓΟΝΟΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

**Β. Βασιλακόπουλος<sup>1</sup>, Σ. Κλίνης<sup>3</sup>, Μ. Στεφανίδου<sup>4</sup>, Π. Ροδίτης<sup>1</sup>, Σ. Θεοδωρίδου<sup>1</sup>,  
Χ. Τσουμής<sup>1</sup>, Κ. Παπανικολάου<sup>1</sup>, Γ. Παπαγόρας, Ελ. Κυπριτίδου<sup>1</sup>, Σ. Πούλιος<sup>2</sup>, Π. Ξάφρας<sup>2</sup>,  
Αν. Παπαναστασίου<sup>2</sup>, Στ. Λαμπρόπουλος<sup>1</sup>**

*Καρδιολογική Κλινική<sup>1</sup>, Παθολογική Κλινική<sup>2</sup> ΓΝ. Κοζάνης, Κ.Υ Κοζάνης<sup>3</sup>, ΓΝΚοζάνης<sup>4</sup>*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Έχει παρατηρηθεί ότι η ανεπάρκεια της βιταμίνης D σχετίζεται με πολλά χρόνια νοσήματα, όπως με το σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 και 2, τη ρευματοειδή αρθρίτιδα, το συστηματικό ερυθηματώδη λύκο και άλλα αυτοάνοσα νοσήματα. Χαμηλά επίπεδα βιταμίνης D έχουν επίσης παρατηρηθεί σε ασθενείς με παχυσαρκία. Σκοπός της εργασίας ήταν η μελέτη των επιπέδων της βιταμίνης D σε ασθενείς με νοσογόνο παχυσαρκία.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Σε ομάδα 26 ασθενών με νοσογόνο παχυσαρκία, BMI 38,16±1,24 (μέση τιμή ± SEM), εύρος 26.35-49.59, βάρος σώματος 109.05±2.56 kg, εύρος 87 - 145 kg, μετρήθηκαν τα επίπεδα της 25 (OH) D3. Μετρήσεις έγιναν επίσης σε ομάδα 26 ατόμων φυσιολογικού BMI και βάρους σώματος, ίδιας ηλικίας και φύλου που αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου. Η 25 (OH) D3 μετρήθηκε με ραδιοανοσολογική μέθοδο.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στην ομάδα των ασθενών με νοσογόνο παχυσαρκία και στην ομάδα ελέγχου τα επίπεδα της 25 (OH) D3 ήταν 8,32±0.68 ng/ml και 22,76±1,01 ng/ml, αντίστοιχα (p < 0.001). Παρατηρήθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων της 25 (OH) D3 και του BMI, standardized beta coefficient -0.87, p=0.001. Παρατηρήθηκε επίσης αρνητική συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων της 25 (OH) D3 και του βάρους σώματος, standardized beta coefficient -0.345, p < 0.001.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Πολύ χαμηλά επίπεδα βιταμίνης D παρατηρήθηκαν σε ομάδα ασθενών με νοσογόνο παχυσαρκία. Παρατηρήθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων της 25 (OH) D3, του BMI και του βάρους σώματος. Η σχέση αυτή σημαίνει ότι τα χαμηλά επίπεδα της βιταμίνης D σχετίστηκαν με μεγάλο BMI και μεγάλο βάρος σώματος. Έχει παρατηρηθεί ότι η βιταμίνη D είναι αρνητικός δείκτης της οξείας φλεγμονώδους αντίδρασης. Τα ευρήματα συνηγορούν στο ότι η βιταμίνη D μπορεί να είναι αρνητικός δείκτης του φλεγμονώδους περιβάλλοντος που χαρακτηρίζει τη νοσογόνο παχυσαρκία.

## ΑΑ 02

Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ Γ.Ν. ΚΟΖΑΝΗΣ

**Β. Βασιλακόπουλος<sup>1</sup>, Π. Ροδίτης<sup>1</sup>, Σ. Θεοδωρίδου<sup>1</sup>, Ελ. Κυριτίδου<sup>1</sup>, Χ. Τσουμής<sup>1</sup>, Κ. Παπανικολάου<sup>1</sup>, Γ. Παπαγόρας, Στ. Πούλιος<sup>2</sup>, Π. Ξάρρας<sup>2</sup>, Μ. Στεφανίδου<sup>4</sup>, Σ. Κλίνης<sup>3</sup>, Στ. Λαμπρόπουλος<sup>1</sup>**

*Καρδιολογική Κλινική<sup>1</sup>, Παθολογική Κλινική<sup>2</sup> ΓΝ Κοζάνης, Κ.Υ Κοζάνης<sup>3</sup>, ΓΝΚοζάνης<sup>4</sup>*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Οι ασθενείς που νοσηλεύονται με καρδιακή ανεπάρκεια συχνά πάσχουν από νοσήματα που επιβαρύνουν την πρόγνωση και τη θνητότητά τους. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να προσδιοριστούν οι συννοσηρότητες των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια και να συγκριθεί η συχνότητα εμφάνισής τους σε ασθενείς με χαμηλό και διατηρημένο κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν συνολικά 64 ασθενείς εκ των οποίων 18 γυναίκες και 46 άνδρες ηλικίας 76.2 +/-11.1 ετών με καρδιακή ανεπάρκεια που νοσηλεύτηκαν στην καρδιολογική κλινική οι οποίοι χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Στην πρώτη ομάδα συμπεριλήφθηκαν 44 ασθενείς με χαμηλό κλάσμα εξώθησης (HFIEF) EF: 27.3% +/- 6.7 και στη δεύτερη 20 ασθενείς με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης (HFprEF) EF: 50% +/- 6.4. Οι ασθενείς των δύο ομάδων ελέγχθηκαν για την ύπαρξη συνοδών νοσημάτων και ακολούθησε στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων τους.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από την ανάλυση παρατηρήθηκαν τα εξής: 1) Στατιστικά σημαντική διαφορά στην επίπτωση της χρόνιας κολπικής μαρμαρυγής (ΧΚΜ) ( $p=0.029$ ) και της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ) ( $p=0.058$ ) ανάμεσα στις δύο ομάδες, με υψηλότερη επίπτωση στους ασθενείς με HFprEF. 2) Αυξημένη επίπτωση της στεφανιαίας νόσου (ΣΝ) στους ασθενείς με HFIEF ( $p=0.086$ ). 3) Η συχνότητα του σακχαρώδη διαβήτη τύπου II (ΣΔII) εμφανίσθηκε αυξημένη στους ασθενείς με HFprEF χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά. 4) Η συχνότητα της αρτηριακής υπέρτασης (ΑΥ) ανήλθε στο 90%, της αναιμίας στο 10% και της χρόνιας νεφρικής νόσου (ΧΝΝ) στο 20% και στις δύο ομάδες.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ΧΚΜ και η ΧΑΠ έχουν υψηλότερη επίπτωση στους ασθενείς με HFprEF. Η ΣΝ έχει υψηλότερη επίπτωση στους ασθενείς με HFIEF. Η ΑΥ έχει υψηλή επίπτωση και στις δύο κατηγορίες καρδιακής ανεπάρκειας. Η αναιμία και η νεφρική νόσος εμφανίζονται με συχνότητα 10% και 20% αντίστοιχα στους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια.

### ΑΑ 03

ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΕΜΒΟΛΗΣ ΠΟΥ ΔΙΑΓΝΩΣΤΗΚΑΝ ΣΕ ΕΝΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

**Β. Βασιλακόπουλος, Σ. Θεοδωρίδου, Π. Ροδίτης, Ελ. Κυριρτίδου, Γ. Παπαγόρας, Κ. Παπανικολάου, Χρ. Τσουμής, Στ. Λαμπρόπουλος**

*Καρδιολογική Κλινική - ΓΝ Κοζάνης, «Μαμάτσειο»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Η πνευμονική εμβολή (ΠΕ) είναι μια κατάσταση με δυνητικά πολύ σοβαρές επιπτώσεις, που επισυμβαίνει σε νοσηλευόμενους κυρίως ασθενείς, αλλά όχι μόνο. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η μελέτη των ασθενών που διαγνώστηκαν με ΠΕ σε διάστημα ενός έτους.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν όλοι οι ασθενείς με ΠΕ που διαγνώστηκε κατά την εισαγωγή ή τη νοσηλεία τους στο Καρδιολογικό τμήμα του νοσοκομείου μας από 1/1/20 - 31/12/21.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στη μελέτη περιλήφθηκαν 23 ασθενείς (9 άνδρες και 14 γυναίκες) με μέση ηλικία 78,5±15 έτη. Σε 9 περιπτώσεις η ΠΕ διαγνώστηκε κατά την εισαγωγή, ενώ στις υπόλοιπες 14 κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, κατά μέσο όρο την 6η ημέρα. Στους πλείστους ασθενείς (20/23) αναγνωρίστηκαν περισσότεροι του ενός παράγοντες κινδύνου για ΠΕ. Κατά σειρά συχνότητας αυτοί ήταν: παρατεταμένη ακινητοποίηση (11/23) περιπτώσεις, καρδιοαναπνευστική νόσος (9/23), κάπνισμα (6/23), κακόθες νόσημα (4/23) και παχυσαρκία (5/23). Από τα συμπτώματα, σημεία και εργαστηριακές εξετάσεις που έθεταν την υποψία της ΠΕ υπήρχαν: αυξημένα d-dimers (22/23), φλεβοκομβική ταχυκαρδία (18/23), οξεία δύσπνοια/διαταραχές αερίων (6/23), σημεία εν τω βάθει φλεβοθρόμβωσης (3/23). Οι 10 των ασθενών ελάμβαναν προ του επεισοδίου της ΠΕ κάποιο είδους αντιπηκτική ή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή (6 ακετυλοσαλικυλικό οξύ, 4 ενοξαπαρίνη). Η πιθανότητα ΠΕ εκτιμήθηκε με βάση το revised Geneva score. Η μέση τιμή των ασθενών ήταν 5,66, με διάμεση τιμή 6 (ομάδα με μέτριο βαθμό κινδύνου). Όλοι οι ασθενείς νοσηλεύτηκαν στο Καρδιολογικό Τμήμα. Όλοι αντιμετωπίστηκαν με αντιπηκτικά πλιν ενός που έπασχε από αιμορραγικό ΑΕΕ. Στις 4 εβδομάδες η επιβίωση των ασθενών ήταν 78,2%% (18/23).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Σημαντικό ποσοστό των ασθενών εμφάνισαν ΠΕ εκτός νοσοκομείου. Οι ασθενείς είχαν συνήθως πολλαπλούς προδιαθεσικούς παράγοντες κινδύνου για ΠΕ. Τα αυξημένα d-dimers υπήρχαν σε όλους τους ασθενείς πλιν ενός. Η θνητότητα των ασθενών στις 4 εβδομάδες ήταν σημαντική (περίπου 22%) χωρίς να μπορεί όμως να αποδοθεί μόνο στην ΠΕ.

## ΑΑ 04

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΩΝ ΣΕ ΥΠΕΡΒΑΡΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

**Π. Κουφοπούλου<sup>1</sup>, Α. Βοζίκης<sup>2</sup>, Κ. Σουλιώτης<sup>3</sup>, Σ.Ε. Αμπραχίμ<sup>4</sup>, Δ. Μπούρα<sup>5</sup>,**

**Ε. Αναστασοπούλου<sup>6</sup>, Ε. Ιακωβίδου<sup>7</sup>, Ι. Κυριαζής<sup>8</sup>**

<sup>1</sup> PhD, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Εργαστήριο Οικονομικών & Διοίκησης της Υγείας, Σχολή Οικονομικών, Επιχειρηματικών & Διεθνών Σπουδών, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, MSc., BSc., Κέντρο Κοινότητας, Δήμος Αγίου Δημητρίου, τ. Αναπληρώτρια Διοικήτρια ΓΝΑ ΚΑΤ, τ. Πρόεδρος ΔΣ ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ Κυκλάδων.

<sup>2</sup> Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Διευθυντής Εργαστηρίου Οικονομικών & Διοίκησης της Υγείας, Σχολή Οικονομικών, Επιχειρηματικών & Διεθνών Σπουδών, Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

<sup>3</sup> Καθηγητής, Τμήμα Κοινωνικής & Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Κοσμήτορας, Σχολή Κοινωνικών & Πολιτικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου.

<sup>4</sup> RN, ΓΝΑ ΚΑΤ, PhD (c), Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, MSc. Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, MSc. Salud y Calidad de Vida, Universidad de Huelva.

<sup>5</sup> MD, Αναισθησιολόγος, Επιμελήτρια Α', Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς "Οι Άγιοι Ανάργυροι".

<sup>6</sup> RN, Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς "Οι Άγιοι Ανάργυροι", PhD (c), Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας, ΠΑΔΑ, MSc. Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας, Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων, Σχολή Διοικητικών, Οικονομικών & Κοινωνικών Επιστημών, ΠΑΔΑ.

<sup>7</sup> MD, Γενική Ιατρός, ΕΚΑΒ-ΕΚΕΠΥ, MSc. Διοίκηση της Υγείας, Πανεπιστήμιο Πειραιώς-ΤΕΙ Αθηνών, MSc. Δημόσιας Υγείας, ΕΣΔΥ.

<sup>8</sup> MD, PhD, Παθολόγος-Διαβητολόγος, Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής ΓΝΑ ΚΑΤ, FNSCOPE.

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι υπέρβαροι ασθενείς αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας, μεταξύ των οποίων η αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ), ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) και η δυσλιπιδαιμία.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παχυσαρκία, ένας από τους κυριότερους παράγοντες κινδύνου για ΑΥ, ΣΔ και δυσλιπιδαιμία, αυξάνει στο γενικό πληθυσμό με επιδημικούς ρυθμούς. Σκοπός της εργασίας μας ήταν να καταγράψουμε τα νοσήματα αυτά στην πρώτη επίσκεψη των ασθενών στα ιατρεία Διαβήτη-Παχυσαρκίας των νοσοκομείων μας.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν 163 άτομα 94 γυναίκες και 69 άντρες (μέσος ηλικίας 54,8 έτη). Μετρήθηκαν η περίμετρος της μέσης (Waist), η αρτηριακή πίεση και υπολογίσθηκε ο δείκτης μάζας σώματος (BMI). Εξετάσθηκε το λιπιδαιμικό προφίλ, το σάκχαρο νηστείας και εκτιμήθηκε η ενδεχόμενη διαταραχή στο μεταβολισμό της γλυκόζης στους μη-διαβητικούς (κριτήρια A.D.A 2021).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα εξετασθέντα άτομα είχαν BMI 26,7-53,1 (μέση τιμή 39,7): [Γυναίκες 26,3-47,8 (μέση τιμή 37,5), Άνδρες 31,6-53,2 (μέση τιμή 40,9)] και Waist 87-163 cm (μέση τιμή 109,8 cm): Γυναίκες 85-141cm (μέση τιμή 106cm), Άνδρες 119-63 cm (μέση τιμή 137,9cm)]. Γνωστό Σ.Δ παρουσίαζε το 12,1%, γνωστή ΑΥ το 35,9%, και γνωστή δυσλιπιδαιμία το 21,7%). Παθολογική ανοχή στη γλυκόζη νηστείας παρουσίαζε το 12,9% [62% IGT], νέο-διαγνωσμένο Σ.Δτ2 το 5,7%, νέο-διαγνωσμένη δυσλιπιδαιμία το 8,9% και νέο-διαγνωσμένη Α.Υ το 13,1%. Δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλλα. Θετική συσχέτιση υπήρξε μεταξύ παρουσίας συννοσηρότητας (ιδίως του Σ.Δ) με την αύξηση του BMI και κυρίως του Waist ( $p < 0,05$ ). Ποσοστό 35,1% των εξετασθέντων είχαν  $> 1$  συνοδό νόσημα χωρίς να υπερέχει κάποιος συνδυασμός.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Υφίσταται αυξημένη συμμετοχή γνωστής και νέο-διαγνωσμένης συννοσηρότητας στα παχύσαρκα άτομα σε σχέση με το γενικό πληθυσμό.

## AA 05

ΔΙΑΒΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ & ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

**Π. Κουφοπούλου<sup>1</sup>, Α. Βοζίκης<sup>2</sup>, Κ. Σουλιώτης<sup>3</sup>, Σ.Ε. Αμπραχίμ<sup>4</sup>, Δ. Μπούρα<sup>5</sup>,  
Ε. Αναστασοπούλου<sup>6</sup>, Ε. Ιακωβίδου<sup>7</sup>, Ι. Κυριαζής<sup>8</sup>**

<sup>1</sup> PhD, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Εργαστήριο Οικονομικών & Διοίκησης της Υγείας, Σχολή Οικονομικών, Επιχειρηματικών & Διεθνών Σπουδών, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, MSc., BSc., Κέντρο Κοινότητας, Δήμος Αγίου Δημητρίου, τ. Αναπληρώτρια Διοικήτρια ΓΝΑ ΚΑΤ, τ. Πρόεδρος ΔΣ ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ Κυκλάδων.

<sup>2</sup> Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Διευθυντής Εργαστηρίου Οικονομικών & Διοίκησης της Υγείας, Σχολή Οικονομικών, Επιχειρηματικών & Διεθνών Σπουδών, Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

<sup>3</sup> Καθηγητής, Τμήμα Κοινωνικής & Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Κοσμήτορας, Σχολή Κοινωνικών & Πολιτικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου.

<sup>4</sup> RN, ΓΝΑ ΚΑΤ, PhD (c), Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, MSc. Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, MSc. Salud y Calidad de Vida, Universidad de Huelva.

<sup>5</sup> MD, Αναισθησιολόγος, Επιμελήτρια Α', Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς "Οι Άγιοι Ανάργυροι".

<sup>6</sup> RN, Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς "Οι Άγιοι Ανάργυροι", PhD (c), Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας, ΠΑΔΑ, MSc. Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας, Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων, Σχολή Διοικητικών, Οικονομικών & Κοινωνικών Επιστημών, ΠΑΔΑ.

<sup>7</sup> MD, Γενική Ιατρός, ΕΚΑΒ-ΕΚΕΠΥ, MSc. Διοίκηση της Υγείας, Πανεπιστήμιο Πειραιώς-ΤΕΙ Αθηνών, MSc. Δημόσιας Υγείας, ΕΣΔΥ.

<sup>8</sup> MD, PhD, Παθολόγος-Διαβητολόγος, Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής ΓΝΑ ΚΑΤ, FNSCOPE.

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η κατάθλιψη εμφανίζεται στα άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) συχνότερα απ' ό,τι στο γενικό πληθυσμό με έναν στους πέντε ασθενείς να εκδηλώνει τα συμπτώματα.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η διερεύνηση του επιπολασμού της κατάθλιψης και η πιθανή συσχέτιση της με τη γλυκαιμική ρύθμιση και τις διαβητικές επιπλοκές σε ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 (ΣΔΤ2).

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Καταγράψαμε σε 215 ασθενείς τα δημογραφικά και σωματομετρικά χαρακτηριστικά τους & την παρουσία άλλων μεταβολικών και μη χρόνιων νοσημάτων. Διεξήχθη κλινικοεργαστηριακός έλεγχος, έλεγχος διαβητικών επιπλοκών και εκτίμηση της κατάθλιψης βάσει της κλίμακας αυτοαξιολόγησης κατά Zung.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Διάρκεια ΣΔΤ2  $7 \pm 11$  έτη χωρίς διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών ( $p=0.223$ ). Κατάθλιψη παρουσίαζε το 49.3% (29.3% ήπια, 20% μέτριου βαθμού) με στατιστικά σημαντική διαφορά στα δύο φύλα ( $p<0.0001$ ) με την ήπια ( $p<0.0001$ ) και μέτριου βαθμού κατάθλιψη ( $p<0.0001$ ) να κυριαρχεί στις γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες. Οι ασθενείς με κατάθλιψη είχαν μεγαλύτερη ηλικία ( $p=0.0029$ ), μεγαλύτερη διάρκεια εμφάνισης ΣΔΤ2 ( $p=0.001$ ), χωρίς όμως διαφορά στους ασθενείς με φυσιολογικό συναίσθημα και σ' εκείνους με ήπια κατάθλιψη ( $p=0.625$ ). Η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη είχε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ασθενών με φυσιολογικό συναίσθημα και αυτών με μέτριου βαθμού κατάθλιψη ( $6.4 \pm 1.89$  vs  $7.1 \pm 1.45$ ;  $p=0.037$ ) ενώ δεν διαπιστώθηκε ανάλογη διαφορά μεταξύ των ασθενών με φυσιολογικό συναίσθημα ή ήπια κατάθλιψη ( $6.21 \pm 1.97$  vs  $6.39 \pm 1.03$ ;  $p=0.506$ ). Στεφανιαία νόσο είχε το 20.4% των ασθενών (3.2% αγγειοπλαστική, 8.2% αορτοστεφανιαία παράκαμψη), 32.1% νεφροπάθεια, 16.2% αμφιβληστροειδοπάθεια, 48.5% των ανδρών με στυτική δυσλειτουργία, 3.7% διαβητικό πόδι και 1.3% των ασθενών υπέστη ακρωτηριασμό. Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση του βαθμού κατάθλιψης με την εμφάνιση των επιπλοκών του ΣΔΤ2 ( $r=0.222-0.139$ ;  $p=0.003-0.026$ ). Ανάλογη συσχέτιση παρουσίασε η διάρκεια του ΣΔΤ2 ( $p=0.001$ ) και το επίπεδο μόρφωσης για την παρουσία διαβητικού ποδιού ( $r=0.200$ ;  $p=0.004$ ) και στυτικής δυσλειτουργίας ( $r=0.209$ ;  $p=0.013$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η κατάθλιψη εντοπίζεται συχνά μεταξύ των ασθενών με ΣΔΤ2 και κυρίως σε γυναίκες, σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και με μεγαλύτερη διάρκεια ΣΔ2.

### ΑΑ 06

#### Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πιο συχνή μορφή καρκίνου στις γυναίκες.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Διερευνάται εάν η σωματική δραστηριότητα μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η συλλογή δεδομένων από έρευνες της τελευταίας πενταετίας που να αποδεικνύουν τον τρόπο με τον οποίο επιδρούν τα διαφορετικά χαρακτηριστικά της άσκησης (ένταση, τύπος, συχνότητα), στους υπό μελέτη πληθυσμούς, σε σχέση με τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η φυσική άσκηση μέτριας και μεγάλης έντασης σχετίζεται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης σε αντίθεση με τη χαμηλής έντασης άσκηση που δε φαίνεται να σχετίζεται με μείωση του κινδύνου σε καμία ηλικιακή περίοδο της ζωής. Σχετικά με τον τύπο της άσκησης, το έντονο περπάτημα για περισσότερο από 7 ώρες/ εβδομάδα φαίνεται να οδηγεί σε σημαντική μείωση της εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η μέτριας και μεγάλης έντασης άσκηση συμβάλλει στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού, ιδιαίτερα στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.



## AA 07

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ OGILVIE - Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΙΑΣ ΔΙΕΤΙΑΣ

**A. Κυριακίδης<sup>1</sup>, I. Κατσαρός<sup>1</sup>, Σ. Τσοκπλακτζόγλου<sup>1</sup>, B. Κυριακίδης<sup>1</sup>, E. Γιαγιά<sup>1</sup>, Σ. Γκόγκος<sup>1</sup>, X. Παπαδόπουλος<sup>2</sup>, K. Αθανασίου<sup>1</sup>, Η. Αλεξανδρής<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Χειρουργικό Τμήμα, <sup>2</sup> Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Άμφισσας

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το σύνδρομο Ogilvie εμφανίζεται με οξεία διάταση του παχέος εντέρου με απουσία, όμως, μηχανικού κωλύματος. Παρατηρείται κυρίως σε κατακεκλιμένους γηριατρικούς ασθενείς με αυξημένη συννοσηρότητα, καθώς και μετά από μείζονες χειρουργικές επεμβάσεις και οφείλεται στις διαταραχές του αυτόνομου νευρικού συστήματος του παχέος εντέρου.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η παρουσίαση της αντιμετώπισης του συνδρόμου ψευδοαπόφραξης παχέος εντέρου στο Χειρουργικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου της Άμφισσας την τελευταία διετία.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν 12 ασθενείς, 9 άνδρες και 3 γυναίκες με μέση ηλικία 87 (85-97) έτη που αντιμετωπίστηκαν, από 1/4/2019 έως 1/4/2021, στο Χειρουργικό Τμήμα του Γ.Ν. Άμφισσας. Η διερεύνηση του συνδρόμου συμπεριλάμβανε καθημερινές α/α NOK λόγω χρόνιας κατάκλισης και Αξονική Τομογραφία άνω-κάτω κοιλίας για αποκλεισμό της μηχανικής απόφραξης του παχέος εντέρου. Η συντηρητική αντιμετώπιση συμπεριελάμβανε τοποθέτηση σωλήνα αερίων, υψηλούς υποκλυσμούς, διόρθωση ηλεκτρολυτικών διαταραχών, διακοπή φαρμάκων που προκαλούν έμμεσα πάρεση του γαστρεντερικού σωλήνα και ορθοσιγμοειδοσκόπηση, όπου ήταν αναγκαίο.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Έξι ασθενείς (50.0%) αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά με επιτυχία, όπου με το σύνολο των μέτρων πραγματοποιήθηκε αποσυμφόρηση του παχέος εντέρου και επανασίτιση των ασθενών χωρίς την υποτροπή των συμπτωμάτων. Ένας ασθενής (8.3%) με διάταση του τυφλού 12εκ υπεβλήθη σε επείγουσα τυφλοστομία και αποσυμφόρηση παχέος εντέρου. Οι υπόλοιποι 5 ασθενείς (41.7%), ενώ αρχικά εμφάνισαν υποχώρηση των συμπτωμάτων μετά την επανασίτιση, υπήρξε υποτροπή, είτε στην ίδια νοσηλεία είτε κατ' οίκον, και πραγματοποιήθηκε τελική κολοστομία.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ψευδοαπόφραξη παχέος εντέρου (σύνδρομο Ogilvie) είναι μια κατάσταση που συχνά απειλεί τη ζωή του υπερήλικα ασθενή και είναι απαραίτητη η υψηλή κλινική υποψία από τους ιατρούς όλων των δομών Υγείας. Η έγκαιρη διάγνωση, η αρχική συντηρητική αντιμετώπιση και η έγκυρη χειρουργική παρέμβαση είναι ο ακρογωνιαίος λίθος της επιτυχημένης αντιμετώπισης του συνδρόμου αυτού στην πλειοψηφία των ασθενών.



### ΑΑ 08

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΕΠΙΣΗΜΟΥΣ ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ ΜΕ ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΤΟΠΙΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

**Α. Κοντού<sup>1</sup>, Ξ. Δράκου<sup>2</sup>, Α. Τσίπου<sup>3</sup>, Ε. Παναγιώτου<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> 2η ΤΟΜΥ ΑΙΓΑΛΕΩ, <sup>2</sup> 1η ΤΟΜΥ ΝΙΚΑΙΑΣ-Α.Γ.Ι.ΡΕΝΤΗ, <sup>3</sup> 1η ΤΟΜΥ ΑΙΓΑΛΕΩ, <sup>4</sup> ΓΟΑΝ ΑΓ. ΣΑΒΒΑΣ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το σύγχρονο μοντέλο της Ανακουφιστικής Φροντίδας προτείνει την ενσωμάτωσή της ολιστικής προσέγγισης ήδη από τα αρχικά στάδια μιας χρόνιας, απειλητικής για τη ζωή ασθένειας, όπως η νεοπλασματική νόσος ή οι αιματολογικές κακοήθειες. Ο Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, με τη συμβολή της Διεπιστημονικής Ομάδας στις Τοπικές Ομάδες Υγείας (Τ.ΟΜ.Υ), πλαισιώνει τον ασθενή με νεοπλασία και την οικογένειά του, από τη διάγνωση μέχρι την αποκατάσταση/ίωση ή το θάνατο.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Να διερευνηθούν οι στάσεις αυτών των ασθενών & των ανεπίσημων φροντιστών τους, αναφορικά με την παροχή ανακούφισης σε πρωτοβάθμιο επίπεδο.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:** Ποιοτική μελέτη, με ημιδομημένες συνεντεύξεις. 12 ασθενείς και 5 ανεπίσημοι φροντιστές συμμετείχαν με τη μέθοδο της σκόπιμης δειγματοληψίας από την 1η και 2η Τ.ΟΜ.Υ Αιγάλεω και 1η Τ.ΟΜ.Υ Νίκαιας-Αγ.Ι.Ρέντη, μετά από την ενημερωμένη ενυπόγραφη συγκατάθεσή τους. Τα δεδομένα αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας τη φαινομενολογική μεθοδολογία. Η Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της 2ης Υγειονομικής Περιφέρειας Πειραιώς και Αιγαίου παρέιχε την άδεια.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** 9 γυναίκες και 3 άνδρες (με μέσο όρο τα 62,25 έτη) ανέλυσαν τις θέσεις τους. 4 γυναίκες είχαν καρκίνο του μαστού και 3 άντρες καρκίνο του προστάτη. Στο 75% των περιπτώσεων η διάγνωση της ασθένειας έλαβε χώρα στις Τ.ΟΜ.Υ, είτε στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου είτε ισχυρής κλινικής υποψίας. Αναγνωρίστηκαν 4 θεματικές ενότητες: 1) η έγκαιρη διάγνωση και η κατάλληλη παραπομπή, 2) οι δεξιότητες επικοινωνίας, 3) η εξατομικευμένη προσέγγιση και ο σχεδιασμός του πλάνου φροντίδας, με ενδεδειγμένη και λεπτομερή παρακολούθηση και 4) η ολιστική διαχείριση, με έμφαση στην ψυχολογική υποστήριξη.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι παρεμβάσεις των Δομών, με ολιστικό πλαίσιο διαχείρισης, η έγκαιρη διάγνωση, η εξατομίκευση και η κατάλληλη παραπομπή παρέιχαν ανακουφιστική φροντίδα σε πρωτοβάθμιο επίπεδο σε ασθενείς με κακοήθη νοσήματα.

### ΑΑ 09

Η ΕΒΔΟΜΗ ΤΕΧΝΗ ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗ ΓΕΝΙΚΗ/ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

**Β. Γιακίμοβα-Πολύζου<sup>1</sup>, Η. Κεράνη<sup>2</sup>, Α. Καρπούζη<sup>3</sup>, Ε. Μακρή<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, ΚΥ Πύλης Τρικάλων

<sup>2</sup> Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, ΚΥ Αργαλαστής Μαγνησίας

<sup>3</sup> Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, ΚΥ Νεάπολης Ηράκλειο Κρήτης

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η χρήση του κινηματογράφου στην κλινική εκπαίδευση είναι μια ιδιαίτερη, σχετικά νέα μεθοδολογία ενεργής μάθησης, στην οποία οι προσωπικές εμπειρίες συνδέονται αποτελεσματικά με τα εκπαιδευτικά αντικείμενα. Μέσα από τη διέγερση των αισθήσεων, οι κινηματογραφικές ταινίες προσφέρουν ένα ασφαλές για τον εκπαιδευόμενο περιβάλλον, που επιτρέπει την ανοιχτή έκφραση σκέψεων και συναισθημάτων.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Μη συστηματική, περιγραφική ανασκόπηση βιβλιογραφίας σχετικά με τη χρήση του κινηματογράφου στην ιατρική εκπαίδευση.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η αναζήτηση βιβλιογραφίας έγινε μέσα από PubMed, Medline, Medscape και με τυχαία αναζήτηση στο διαδίκτυο. Λέξεις-κλειδιά της αναζήτησης ήταν movies, clinical education, family medicine, general practice, medical humanities, empathy, professionalism.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τον αρχικό σύνολο 47 δημοσιεύσεων, επιλέχθηκαν 12 οι οποίες αφορούσαν τη χρήση του κινηματογράφου στη μεταπτυχιακή κλινική εκπαίδευση και στην εκπαίδευση στη Γενική/Οικογενειακή Ιατρική. Κοινά σημεία των δημοσιεύσεων ήταν:

1. Ανάγκη κάλυψης σημαντικών πεδίων εκπαίδευσης των νέων ιατρών, όπως στάσεις, συμπεριφορές, ηθική, επαγγελματισμός, ανθρωπιά, ενσυναίσθηση, διαπροσωπικές σχέσεις.
2. Αξιοποίηση της δύναμης της εικόνας και των συναισθημάτων στην ενεργή βιωματική εκπαίδευση στις αρχές και στην ηθική της Ιατρικής τέχνης
3. Χρήση ταινιών, εκπαιδευτικών video και clip στη διδασκαλία σύνθετων μη κλινικών δεξιοτήτων.
4. Αναζήτηση τεχνικών αξιολόγησης της εκπαιδευτικής μεθοδολογίας με χρήση κινηματογράφου.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο κινηματογράφος στην ιατρική εκπαίδευση είναι μια σχετικά νέα μεθοδολογία και η εμπειρία από τη συστηματική χρήση της είναι μικρή. Ωστόσο, ως μια ιδιαίτερη, βιωματική προσέγγιση φαίνεται να είναι καλά αποδεκτή. Η δύναμη της Έβδομης Τέχνης μπορεί να αποδώσει σημαντικά στη μετάδοση της ενσυναίσθησης και των διαπροσωπικών σχέσεων, των αρχών, της ηθικής και της κουλτούρας μιας σύγχρονης ανθρωπιστικής προσέγγισης στην κλινική εκπαίδευση.

## ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

### 10. Σύνδρομο Ogilvie ή οξεία ψευδοαπόφραξη εντέρου

Αυτός ο άγνωστος εχθρός των ηλικιωμένων

Η οξεία ψευδοαπόφραξη του παχέος εντέρου ή σύνδρομο Ogilvie είναι ένα κλινικό σύνδρομο που δημιουργεί συμπτώματα ίδια με αυτά της οξείας απόφραξης εντέρου, χωρίς όμως να υπάρχει μηχανικό κώλυμα. Παρατηρείται κυρίως σε γηριατρικούς ασθενείς με αυξημένη συννοσηρότητα, καθώς και μετά από μείζονες χειρουργικές επεμβάσεις. Η παθοφυσιολογία της νόσου δεν είναι πλήρως γνωστή. Οι τρέχουσες θεωρίες εμπλέκουν το αυτόνομο νευρικό σύστημα και πώς αυτό επιδρά στην κινητικότητα του παχέος εντέρου. Η αντιμετώπιση της υποκείμενης νόσου οδηγεί συχνά σε λύση του συνδρόμου. Όμως, σε περιπτώσεις οι οποίες δεν ανταποκρίνονται στη συντηρητική αντιμετώπιση με μη επεμβατικούς χειρισμούς ή με φαρμακευτική αγωγή η χειρουργική επέμβαση είναι αναπόφευκτη. Παρατηρείται πολύ συχνά στην πρωτοβάθμια, σε ηλικιωμένους ασθενείς για αυτό και ο οικογενειακός ιατρός πρέπει να είναι ευαισθητοποιημένος για την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση του.

<sup>1</sup>Δωροθέα Βουτσελά MD MSc ιδιώτης γενικός /οικογενειακός γιατρός Τρίκαλα

<sup>2</sup>Βλαδίμηρος Κυριακίδης ειδικευόμενος Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής Γενικού Νοσοκομείου Άμφισσας

## ΑΑ 11

Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

### Α. Ψαρρά

*Νοσηλεύτρια Επιτήρησης Λοιμώξεων, Νοσηλευτική Μονάδα Πύργου Ηλείας, Ελλάδα*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι η πλέον οικονομική και αποτελεσματική υπηρεσία για την προαγωγή και αποκατάσταση της υγείας. Τα Ευρωπαϊκά κράτη παρουσιάζουν ομοιότητες και διαφορές στην παροχή ΠΦΥ.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η περιγραφή των συστημάτων ΠΦΥ στα Ευρωπαϊκά κράτη

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση ανασκοπικών άρθρων και ερευνητικών μελετών δημοσιευμένων στην Αγγλική και Ελληνική γλώσσα τα 10 τελευταία έτη. Οι βάσεις δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι εξής: EBSCO HOST, Elsevier Science Direct, PubMed, Medline, CINAHL, και Google Scholar.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Υπηρεσίες υγείας στη Μ. Βρετανία παρέχονται από την Εθνική Υπηρεσία Υγείας (NHS), η οποία χρηματοδοτείται από τη φορολογία και διοικείται από το κράτος. Η κάλυψη υγείας είναι πλήρης ανεξαρτήτως εισοδήματος και εθνικότητας. Οι πολίτες συμμετέχουν υποχρεωτικά στο NHS, ενώ η ιδιωτική ασφάλιση είναι απλώς συμπληρωματική.

Για την παροχή Π.Φ.Υ. κάθε Γερμανός πολίτης επιλέγει ελεύθερα το γενικό γιατρό και τους ειδικευμένους που είναι συμβεβλημένοι με το ταμείο του. Η Π.Φ.Υ. παρέχεται από ιδιώτες γιατρούς στα ιατρεία τους (solo practice). Το 5% εξ' αυτών μπορεί να περιθάλπει ασθενείς στο νοσοκομείο. Στο Γερμανικό σύστημα υγείας οι ιδιώτες γιατροί δεν ασκούν gatekeeping.

Το σύστημα υγείας της Ολλανδίας βασίζεται στη δημόσια και την ιδιωτική ασφάλιση. Καθοριστικό ρόλο στην Π.Φ.Υ. διαδραματίζει ο οικογενειακός γιατρός. Εκτός από τους γενικούς γιατρούς Π.Φ.Υ. παρέχεται και από οδοντιάτρους, νοσηλευτές, μαίες, και άλλους επαγγελματίες υγείας. Τα περιστατικά αντιμετωπίζονται σε ατομικά ή ομαδικά ιδιωτικά ιατρεία καθώς και σε Κέντρα Υγείας.

Στη Σουηδία η Π.Φ.Υ. αποτελεί την πύλη εισόδου στο σύστημα υγείας. Οι φορείς τοπικής αυτοδιοίκησης και το κεντρικό κράτος ασκούν την πολιτική υγείας στην Π.Φ.Υ. Το κράτος συγκεντρώνει τους οικονομικούς πόρους, τους οποίους διοχετεύει στην τοπική αυτοδιοίκηση που είναι υπεύθυνη για την οργάνωση και παροχή Π.Φ.Υ.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Και στις τέσσερις χώρες υπάρχει ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού αλλά μόνο στη Μ. Βρετανία είναι υποχρεωτική η εγγραφή σε GP, ο οποίος ασκεί ρόλο gatekeeper. Ρόλο gatekeeper έχουν και οι πάροχοι Π.Φ.Υ. και στην Ολλανδία. Η αποζημίωση των γιατρών γίνεται κατά κεφαλή ή κατά πράξη ενώ στη Σουηδία υπάρχει θεσμοθετημένη συμμετοχή του πολίτη τόσο στην παροχή υπηρεσιών υγείας, όσο και στη φαρμακευτική δαπάνη.

### ΑΑ 12

ΑΓΚΥΛΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΙΤΙΔΑ - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

**Λ. Μεγαγιάννης<sup>1</sup>, Η. Κεράνη<sup>2</sup>, Ε. Μακρή<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Ακτινοδιαγνώστης Επιμελητής Β΄ Κ.Υ. Αργαλαστής,

<sup>2</sup> Διευθύντρια Γενικής Ιατρικής Κ.Υ. Αργαλαστής,

<sup>3</sup> Επιμελήτρια Β΄ Γενικής Ιατρικής Κ.Υ. Αργαλαστής

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η Αγκυλοποιητική Σπονδυλίτιδα (ΑΣ) ανήκει στην ομάδα των χρόνιων φλεγμονωδών αυτοάνοσων ρευματικών νοσημάτων. Η πλειοψηφία των ατόμων με ΑΣ φέρουν το γονίδιο HLA-B27. Η νόσος χαρακτηρίζεται από διείσδυση των ανοσοποιητικών κυττάρων στον αρθρικό χόνδρο και συνήθως εμφανίζεται την 3η δεκαετία της ζωής, με άτυπα συμπτώματα τα οποία συχνά καθυστερούν τη διάγνωση.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Παρουσίαση κλινικού περιστατικού με ΑΣ

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ανάλυση πληροφοριών από το ατομικό ιστορικό του ασθενή και το Αρχείο ασθενών του ΚΥ Αργαλαστής.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Άνδρας 78 ετών. Αιτία προσέλευσης: άλγος ιεράς χώρας, κατά περιόδους τα τελευταία 30 χρόνια. Σύμφωνα με τον ασθενή, μέχρι την παρούσα επίσκεψη δεν έχει γίνει διερεύνηση του πόνου. Λοιπό ιατρικό ιστορικό ελεύθερο. Από την εστιασμένη κλινική εξέταση δεν βρέθηκαν κλινικά σημαντικά ευρήματα.

**ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ:** απλή ακτινογραφία (Α/Α) λεκάνης-ισχίων (f) η οποία ανέδειξε ελάττωση του εύρους του δεξιού μεσάρθριου διαστήματος, ασαφοποίηση των ορίων των ιερολαγόνιων αρθρώσεων με παρουσία σκληρυντικών στοιχείων, επίσης και οστεοποίηση του οπίσθιου μεσακάνθιου και επακάνθιου συνδέσμου στο απεικονιζόμενο τμήμα της Ο.Μ.Σ.Σ. - Ι.Μ.Σ.Σ. Λόγω των ανωτέρων ευρημάτων πραγματοποιήθηκε και Α/Α Ο.Μ.Σ.Σ.(f) όπου παρατηρήθηκε η οστεοποίηση του πρόσθιου μεσακάνθιου και επακάνθιου συνδέσμου σε όλη την έκταση της Ο.Μ.Σ.Σ. (Dagger sign) καθώς και παρουσία συνδεσμοφύτων των σπονδυλικών σωμάτων με εικόνα μπαμπού (Bamboo spine).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Βάσει των ευρημάτων τέθηκε η διάγνωση Αγκυλοποιητική Σπονδυλίτιδα. Η μεγάλη χρονική καθυστέρηση της διάγνωσης και των κατάλληλων θεραπευτικών παρεμβάσεων είχαν ως αποτέλεσμα τη σημαντική επιβάρυνση της υγείας και της ποιότητας ζωής του ασθενή.

Η υποδιάγνωση της ΑΣ οφείλεται στην κοινή συμπτωματολογία που παρουσιάζει με άλλα νοσήματα. Ο ρόλος του ιατρού της πρωτοβάθμιας είναι να το αναγνωρίσει όσο το δυνατόν νωρίτερα, να το παραπέμψει στο ρευματολόγο ώστε να συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενή.

# ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

## ΤΟΠΟΣ & ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΕΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Το Συνέδριο θα διεξαχθεί από 7 έως 10 Απριλίου 2022 στο Ξενοδοχείο «GRAND HOTEL PALACE» στη Θεσσαλονίκη, Μοναστηρίου 305, Θεσσαλονίκη 546 28, Τ: +30 231 054 9000

## ΜΟΡΙΟΔΟΤΗΣΗ

Θα χορηγηθούν **23** Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης CME - CPD Credits από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο (Π.Ι.Σ.).

## ΚΟΝΚΑΡΔΕΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

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

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

Στην καταμέτρηση των ωρών, δεν προσμετρούνται τα διαλείμματα και τα Δορυφορικά Συμπόσια/ Διαλέξεις.

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

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

# ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

## ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

Σε όλους τους συμμετέχοντες του συνεδρίου θα δοθεί Πιστοποιητικό συμμετοχής.

Για την παραλαβή του Πιστοποιητικού απαιτείται η παρακολούθηση του 60% του συνολικού χρόνου του Επιστημονικού Προγράμματος, σύμφωνα με τη σχετική Εγκύκλιο του ΕΟΦ.

Δεν προσμετρούνται τα Δορυφορικά Συμπόσια / Διαλέξεις.

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

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

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

## ΒΙΝΤΕΟΣΚΟΠΗΣΗ

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

## ΓΡΑΦΕΙΟ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

CONGRESS WORLD

Μιχαλακοπούλου 27, 115 28 Αθήνα

210 7210001, 210 7210052, 210 7210051, 210 7210069

[www.congressworld.gr](http://www.congressworld.gr), [reception@congressworld.gr](mailto:reception@congressworld.gr)





# PLATOREL®

## Ροσουβαστατίνη



PLATEAM/05-2021/02

ADRENALIN

Για συνταγογραφικές πληροφορίες συμβουλευτείτε την ΠΧΠ ή απευθυνθείτε στην εταιρεία ELPEN. Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή.

Αναφέρετε κάθε εξαζήτηση/παρακολούθηση κατάλληλης ενέργειας σε επίπεδο ΕΟΦ, σύμφωνα με το εθνικό σύστημα αναφοράς ανεπιθύμητων ενεργειών.



**ELPEN Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ**  
Λεωφ. Μαραθώνος 95, 190 09 Πικέρμι Αττικής,  
Τηλ.: 210 6039326-9, Fax: 210 6039300  
[www.elpen.gr](http://www.elpen.gr)

**ΓΡΑΦΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ**  
Σεβαστείας 11, 115 28 Αθήνα,  
Τηλ.: 210 7488711, Fax: 210 7488731  
Εθν. Αντιστάσεως 114, 551 34 Θεσσαλονίκη,  
Τηλ.: 2310 459920-1, Fax: 2310 459269

ΠΡΟΪΟΝ	Λ.Τ.
PLATOREL F.C.TAB 5MG/TAB BTx30 tabs	7,62 €
PLATOREL F.C.TAB 10MG/TAB BTx30 tabs	13,31 €
PLATOREL F.C.TAB 20MG/TAB BTx30 tabs	18,75 €
PLATOREL F.C.TAB 40MG/TAB BTx30 tabs	23,28 €



# PMI SCIENCE

PHILIP MORRIS INTERNATIONAL

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

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

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

[www.pmiscience.com](http://www.pmiscience.com)

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



prolia<sup>®</sup>  
denosumab



Περαιτέρω πληροφορίες διατίθενται από τον κάτοχο της άδειας κυκλοφορίας κατόπιν απευθείας επικοινωνίας στην απτική περιγραφή χαρακτηριστικών του προϊόντος και το φύλλο οδηγιών χρήσης.

Βεβαιωθείτε να είναι τα φάρμακα και οφθαλμικά και Ανοσογόνο  
ΟΑΕΕ της οικογένειας ενέχυρου για ΟΑΕΕ να φέρουν  
σημάδια ενέχυρου εν "ΚΙΤΡΙΝΟ ΚΑΡΤΙ"

Ανοσογόνο είναι υπαγορευμένο στη διεύθυνση επικοινωνίας το ελληνικό αντιπροσωπείο  
της Τεχνητή Αντιβιοτική Ένωση των Εθνικών Οργανισμών Φαρμάκων (ΕΟΦ) Τηλ:  
21320-8030, Fax: 21065-43033, για τη διεύθυνση της ΚΑ.Κ.Κ. Κέντρο Διερεύνησης και Ολοκλήρωσης  
ΕΟΦ, στην ιστοσελίδα της εταιρείας ή παρακαλώτε να επικοινωνήσετε με τον  
AMGEN Ελλάς Φαρμακευτικά Ε.Π.Ε. Τηλ. +30 2103447000

Λιανική τιμή: 191,45€ GR-PRO-0721-00001  
Τρόπος Διάθεσης: Με ιατρική συνταγή.

AMGEN HELLAS ΕΠΕ

Αγ. Κωνσταντίνου 59-61

Green Plaza, κτίριο Γ, 15 124 Μαρούσι

Τηλ: 210 3447000 - Fax: 210 3447050

Email: [info@amgen.gr](mailto:info@amgen.gr), [www.amgen.gr](http://www.amgen.gr)



# Cyclo3Fort<sup>®</sup>

RUSCUS ACULEATUS  
HESPERIDIN METHYL CHALCONE



Ο ΥΨΗΛΟΤΕΡΟΣ ΒΑΘΜΟΣ  
ΣΥΣΤΑΣΗΣ<sup>2,3</sup>

ΥΨΗΛΟ ΕΠΙΠΕΔΟ  
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ<sup>1</sup>

Στην ανακούφιση των κυριότερων  
συμπτωμάτων της ΧΦΝ<sup>®</sup> και του οιδήματος<sup>2,3</sup>



ΧΡΟΝΙΑ  
ΦΛΕΒΙΚΗ  
ΝΟΣΟΣ

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ\*\*

\*\*Σύμφωνα με τις επικαιροποιημένες κατευθυντήριες οδηγίες EVF<sup>2,3</sup>

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

\*Κλίση των κάτω άκρων (1B), Κράμπες (2B/C), Κινημός (2B/C), Αίδημα καύσου (μη σημαντικό).  
® ΧΦΝ: Χρόνια Φλεβική Νόσος  
1. Kakkos, S.K., Aliaert F.A., Int Angiol 36, 99-106 (2017); 2. Nicolaidis A. et al. Angiol. 37, 232-254 (2018); 3. Nikolaidis A. et al. Angiol. 39(3):175-240 (2020)  
Πριν την συνταγογράφηση συμβουλευτείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος



Pierre Fabre

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ

**1. ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ** CYCLO 3 FORT καψάκια σκληρά **2. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ** Dry Ruscus extract titrated in sterolic heterosides 150,0 mg Hesperidin methyl chalcone 150,0 mg Ascorbic acid 100,0 mg Για ένα σκληρό καψάκιο Έκδοχο με γνωστή δράση: Sunset yellow FCF (E110). Για τον πλήρη κατάλογο των εκδόχων, βλ. παράγραφο 6.1. **3. ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ** Καψάκιο σκληρό με αδιαφανές κίτρινο σωμα και αδιαφανές πορτοκαλί κάλυμμα. **4. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ 4.1. Θεραπευτικές ενδείξεις** Ενδείκνυται σε ενήλικες: Δυννητικός δρων ως βοηθητική θεραπεία στην αντιμετώπιση των επιπολών της χρόνιας φλεβικής ανεπάρκειας των κάτω άκρων. **4.2. Δοσολογία και τρόπος χορήγησης Δοσολογία** Η συνήθης δόση είναι 2-3 καψάκια την ημέρα. Τρόπος χορήγησης Από στόματος χρήση. Τα καψάκια πρέπει να λαμβάνονται με ένα ποτήρι νερό. **4.3. Αντενδείξεις** - Υπερευαίσθησι στα δραστικά ουσίες ή σε κάποιο από τα έκδοχα που αναφέρονται στην παράγραφο 6.1. - Διαταραχές εναποθήκευσης σιδήρου (μεσογειακή αναιμία, αιμοχρωμάτωση, σιδηροβλαστική αναιμία) λόγω της παρουσίας ασκορβικού οξέος στη σύνθεση του φαρμακευτικού προϊόντος. **4.4. Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση Προειδοποίηση** - Εάν εμφανισθεί διάρροια, διακόψτε την αγωγή. Παρέμβαση σε εργαστηριακές εξετάσεις: Το ασκορβικό οξύ ως αναγκαγικό μέσο μπορεί να επηρεάσει τα αποτελέσματα εργαστηριακών εξετάσεων, όπως ο προσδιορισμός γλυκόζης αίματος, χολερυθρίνης, δράσης των τρανσαμινασών, γαλακτικού και άλλες. Το φαρμακευτικό αυτό προϊόν περιέχει αζωχρωστική [sunset yellow FCF (E110)] και μπορεί να προκαλέσει αλλεργικές αντιδράσεις. **4.5. Αλληλεπιδράσεις με άλλα φαρμακευτικά προϊόντα και άλλες μορφές αλληλεπίδρασης** Δεν έχουν πραγματοποιηθεί μελέτες αλληλεπιδράσεων με άλλα φαρμακευτικά προϊόντα ή με τροφές. **4.6. Γονιμότητα, κύηση και γαλουχία** Κύηση Είναι περιορισμένα τα δεδομένα από τη χρήση CYCLO 3 FORT σε έγκυες γυναίκες. Μελέτες σε ζώα δεν κατέδειξαν άμεσες ή έμμεσες επιβλαβείς επιδράσεις όσον αφορά την αναπαραγωγική τοξικότητα (βλέπε παράγραφο 5.3). Σαν προληπτικό μέτρο, είναι προτιμότεο να αποφεύγεται η χρήση του CYCLO 3 FORT κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Θηλασμός Δεν είναι γνωστό εάν οι μεταβολίτες του CYCLO 3 FORT απεκκρίνονται στο ανθρώπινο γάλα. Ο κίνδυνος στα νεογνέντα/βρέφη δεν μπορεί να αποκλειστεί. Σαν προληπτικό μέτρο, το CYCLO 3 FORT δε θα πρέπει να χρησιμοποιείται κατά τη διάρκεια του θηλασμού. Γονιμότητα Δε διατίθενται δεδομένα σχετικά με τη γονιμότητα. **4.7. Επιδράσεις στην ικανότητα οδήγησης και χειρισμού μηχανημάτων** Δεν έχουν πραγματοποιηθεί ειδικές μελέτες. **4.8. Ανεπιθύμητες ενέργειες** Ανεπιθύμητες ενέργειες που παρατηρήθηκαν σε κλινικές δοκιμές: Οι ακόλουθες ανεπιθύμητες ενέργειες έχουν παρατηρηθεί κατά τη διάρκεια κλινικών δοκιμών. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες παρουσιάζονται σύμφωνα με την ταξινόμηση οργανικού συστήματος MedDRA και απαριθμούνται παρακάτω ως πολύ συχνές ( $\geq 1/10$ ), συχνές ( $\geq 1/100$  έως  $< 1/10$ ), όχι συχνές ( $\geq 1/1.000$  έως  $< 1/100$ ), σπάνιες ( $\geq 1/10.000$  έως  $< 1/1.000$ ), πολύ σπάνιες ( $< 1/10.000$ ). Οι πιο συχνά αναφερόμενες είναι διάρροια και κοιλιακό άλγος.

Ψυχιατρικές διαταραχές Όχι συχνές: Αϋνία Σπάνιες: Νευρική διαταραχές του ωτός και του λαβυρίνθου Σπάνιες: Ίλιγγος Αγγειακές διαταραχές Σπάνιες:

Περιφερική ψυχρότητα, Φλεβικό άλγος Διαταραχές του γαστρεντερικού Συχνές: Διάρροια, μερικές φορές σοβαρή (συσχετιζόμενη με κίνδυνο απώλειας βάρους και διαταραχές υγρών/ηλεκτρολυτών, εφόσον ακολουθείται η θεραπεία), γρήγορα αναστρέψιμη με τη διακοπή της θεραπείας (βλ. παράγραφο 4.4) Κοιλιακό άλγος Όχι συχνές: Δυσπεψία, Ναυτία Σπάνιες: Γαστρεντερική διαταραχή, Αφθώδης στοματίτιδα Διαταραχές του ήπατος και των χοληφόρων Σπάνιες: Αμινοτρανσφεράση της αλανίνης αυξημένη Διαταραχές του δέρματος και του υποδόριου ιστού Όχι συχνές: Ερύθημα, Κνησμός Διαταραχές του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού Όχι συχνές: Μυϊκοί σπασμοί, Πόνος στα άκρα Ανεπιθύμητες ενέργειες που αναφέρθηκαν αυθόρμητα (συχνότητα: μη γνωστή): Διαταραχές του γαστρεντερικού Έχει εξακριβωθεί αναστρέψιμη, ιδιοπαθής λεμφοκυτταρική, μικροσκοπική κολίτιδα σε ορισμένες περιπτώσεις (ή σε ορισμένους ασθενείς). Γαστραλγία Διαταραχές του δέρματος και του υποδόριου ιστού: Κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα και κνίδωση Αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών: Η αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών μετά από τη χορήγηση άδειας κυκλοφορίας του φαρμακευτικού προϊόντος είναι σημαντική. Επιπρέπει τη συνεχή παρακολούθηση της σχέσης οφέλους-κινδύνου του φαρμακευτικού προϊόντος. Ζητείται από τους επαγγελματίες του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης να αναφέρουν οποιοσδήποτε πιθανολογούμενος ανεπιθύμητες ενέργειες μέσω του εθνικού συστήματος αναφοράς: Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων Μεσογείων 284 GR-15562 Χολαργός, Αθήνα Τηλ: + 30 21 32040380/337 Φαξ: + 30 21 06549585 Ιστοτόπος: <http://www.eof.gr> **4.9. Υπερδοσολογία** Δεν έχει αναφερθεί κανένα περιστατικό υπερδοσολογίας. Ωστόσο, υπερβολικές δόσεις ασκορβικού οξέος μπορεί να οδηγήσουν άτομα με ανεπάρκεια G6PD σε αιμολυτική αναιμία. Χειρισμός: Σε περίπτωση υπερδοσολογίας, θα πρέπει να χορηγείται συμπτωματική θεραπεία. **6. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ 6.1. Κατάλογος εκδόχων Έκδοχα**: Τάλκης Macrogl 6000 Υδροφοβο κολλοειδές πυριτίου οξειδίου Μαγνήσιο στεατικό Σύνθεση κενής κάψουλας: Σώμα (κίτρινο χρώμα) Κίτρινο κινολίνης E104 Sunset yellow FCF E110 Τιτανίου διοξειδίου E171 Ζελατίνη Κάλυμμα (πορτοκαλί χρώμα) Sunset yellow FCF E110 Τιτανίου διοξειδίου E171 Ζελατίνη **6.2. Ασυμβατότητες** Δεν εφαρμόζεται. **6.3. Διάρκεια ζωής** 2 χρόνια **6.4. Ιδιαίτερες προφυλάξεις κατά τη φύλαξη του προϊόντος** Μην φυλάσσετε σε θερμοκρασία μεγαλύτερη των 25°C. **6.5. Φύση και συστατικά του περιέκτη** 30 κάψουλες σε blisters (PVC/ACLAR/Aluminium) **6.6. Ιδιαίτερες προφυλάξεις απόρριψης και άλλος χειρισμός** Καμία ειδική υποχρέωση. **7. ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ** PIERRE FABRE FARMAKA A.E. Λεωφ. Μεσογείων 350, 153 41 Αγ. Παρασκευή - Αθήνα Τηλ.: 210 7234582 Fax: 210 7234589 **8. ΑΡΙΘΜΟΣ(ΟΙ) ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ** 44408/11-9-2009 **9. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΕΓΚΡΙΣΗΣ/ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ** Ημερομηνία πρώτης έγκρισης: 4-11-1994 Ημερομηνία ανανέωσης: 11-9-2009 **10. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ** 06/2021 Τρόπος διάθεσης: δεν απαιτείται ιατρική συνταγή. **Ενδεικτική Λ.Τ.**: 5,99€.

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

 **Pierre Fabre Farmaka A.E.**  
L. Μεσογείων 350, Αγ. Παρασκευή, Τ.Κ. 15341  
Pierre Fabre Τηλ.: 210 7234582, Fax: 210 7234589

# COVADIR

Amlodipine / Valsartan

# &

# COVADIR HCT

Amlodipine / Valsartan / Hydrochlorothiazide



COVADIR366Z\_11/2021

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευθείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος πατώντας στους παρακάτω συνδέσμους

[COVADIR](#)

[COVADIR HCT](#)

Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή.

Λ.Τ σύμφωνα με το Δ.Τ. 29/6/21  
COVADIR F.C.TAB (10+160)MG/TAB BTx 30 tabs: 8,9 €  
COVADIR F.C.TAB (5+160)MG/TAB BTx 30 tabs σε: 8,14 €  
COVADIR HCT® F.C.TAB (5+160+12,5)MG/TAB BTx30: 10,93 €  
COVADIR HCT® F.C.TAB (10+160+12,5)MG/TAB BTx30: 13,33 €

Βοήθησε να γίνει το φάρμακο πιο ασφαλή και Ανάξερτα ΟΙΕΣ ή σχετιζόμενες ενότητες για ΟΛΑ τα φάρμακα Συμπεριλαμβάνει την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ».

COVADIR HCT® F.C.TAB (5+160+25)MG/TAB BTx30: 11,13 €  
COVADIR HCT® F.C.TAB (10+160+25)MG/TAB BTx30: 13,55 €  
COVADIR HCT® F.C.TAB (10+320+25)MG/TAB BTx30: 21,76 €

\*Σε περίπτωση ανακοίνωσης νέου Δ.Τ. θα ισχύσουν οι νεότερες.

[www.demo.gr](http://www.demo.gr) | Ελληνικά Φάρμακα με Παγκόσμια Εμβέλεια |



**DEMO** ABEE  
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

# RELVAR ELLIPTA

fluticasone furoate/vilanterol



Τα προϊόντα δεν απεικονίζονται σε πραγματικό μέγεθος.

## RELVAR Ellipta

Φουροϊκή Φλουϊτικαζόνη/Βιλαντερόλη  
92/22mcg & 184/22mcg

Α.Τ: RELVAR Ellipta INH.PD.DOS (92+22)mcg/DOSE BTx1 36,33 €  
Α.Τ: RELVAR Ellipta INH.PD.DOS (184+22)mcg/DOSE BTx1 39,70 €

Το προϊόν χορηγείται με ιατρική συνταγή.

% επιχορήγησης από τους οργανισμούς κοινωνικών ασφαλίσεων: 75%.

Τα ανωτέρω ισχύουν κατά την ημερομηνία σύνταξης του υλικού.



Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευτείτε την Περιήληξη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος, η οποία είναι διαθέσιμη κατόπιν αιτήσεως στην εταιρεία ή σκανάροντας το παρακάτω QR Code.

GR-REL-7-03-2022

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



Τα εμπορικά σήματα ανήκουν ή έχουν παραχωρηθεί στον Όμιλο Εταιρειών GSK.  
© 2022 Όμιλος εταιρειών GSK ή δικαιούχος του Όμιλου GSK.

Τοπικός Αντιπρόσωπος



**Menarini Hellas**

Menarini Hellas A.E.

Πάτμου 16-18, 151 23 Μαρούσι  
Τ: 210 8316111, F.: 210 8317343  
www.menarini.gr



# Προστασία έναντι του κοκκύτη με το BOOSTRIX<sup>1</sup>

Το Boostrix ενδείκνυται για αναμνηστικό εμβολιασμό έναντι της διφθερίτιδας, του τετάνου και του κοκκύτη ατόμων ηλικίας τεσσάρων ετών και άνω.<sup>1</sup> Η χορήγηση του Boostrix θα πρέπει να βασίζεται στις επίσημες συστάσεις.<sup>1</sup>

Με βάση το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού Ενηλίκων συστήνεται μία αναμνηστική δόση μεταξύ των ηλικιών 19-25 ετών με Tdap ή Tdap-IPV και στην συνέχεια αναμνηστική δόση κάθε 10 χρόνια με Td ή Tdap.<sup>2</sup>



Αποδεδειγμένη ανοσογονικότητα σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας.<sup>3</sup>



Το **Boostrix** μπορεί επίσης να χορηγηθεί σε εφήβους και ενήλικες με άγνωστη κατάσταση εμβολιασμού ή ελλιπή εμβολιασμό κατά της διφθερίτιδας, του τετάνου και του κοκκύτη ως μέρος μιας σειράς ανοσοποίησης κατά της διφθερίτιδας, του τετάνου και του κοκκύτη.<sup>1</sup>



Γενικά καλά ανεκτό προφίλ ασφαλείας σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας (+55 ετών).<sup>3,4</sup>

**Σύνοψη προφίλ ασφαλείας.**<sup>1</sup> Το Boostrix αντενδείκνυται σε οποιονδήποτε έχει υπερευαίσθηση στις δραστικές ουσίες ή σε κάποιο από τα έκδοχα του εμβολίου ή υπερευαίσθησία μετά από προηγούμενη χορήγηση εμβολίων έναντι της διφθερίτιδας, του τετάνου ή του κοκκύτη. Το Boostrix αντενδείκνυται αν το άτομο έχει ιστορικό εγκεφαλοπάθειας αγνώστου αιτιολογίας, η οποία εμφανίστηκε σε διάστημα 7 ημερών μετά από προηγούμενο εμβολιασμό έναντι του κοκκύτη. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ο εμβολιασμός έναντι του κοκκύτη θα πρέπει να διακόπτεται και το εμβολιαστικό σχήμα θα πρέπει να συνεχίζεται με εμβόλια έναντι διφθερίτιδας και τετάνου. Το Boostrix δε θα πρέπει να χορηγείται σε άτομα που έχουν παρουσιάσει παροδική θρομβοπενία ή νευρολογικές επιπλοκές (για σπασμούς ή επεισόδια υποτονίας-υποαντιδραστικότητας, δείτε παράγραφο 4.4 της ΠχΠ) μετά από προηγούμενη ανοσοποίηση έναντι της διφθερίτιδας και/ή του τετάνου. Η χορήγηση του Boostrix θα πρέπει να αναβάλλεται σε άτομα που πάσχουν από οξύ σοβαρό εμπύρετο νόσημα. Η παρουσία ήπιας λοίμωξης δεν αποτελεί αντένδειξη. Όπως με όλα τα ενέσιμα εμβόλια, θα πρέπει να υπάρχει πάντα άμεση διαθέσιμη κατάλληλη ιατρική αντιμετώπιση και επίβλεψη στη σπάνια περίπτωση αναφυλακτικής αντίδρασης μετά τη χορήγηση του εμβολίου. Όπως με κάθε εμβόλιο, η προστατευτική ανοσιακή απάντηση μπορεί να μην επηρεαστεί σε όλους τους εμβολιασθέντες. Το Boostrix μπορεί να χρησιμοποιηθεί κατά το δεύτερο ή τρίτο τρίμηνο της κύησης σύμφωνα με τις επίσημες συστάσεις. Η επίδραση της χορήγησης Boostrix κατά τη διάρκεια της γαλουχίας δεν έχει εκτιμηθεί. Ωστόσο, καθώς το Boostrix περιέχει τοξοειδή ή αδρανιστοποιημένα αντιγόνα, δεν αναμένεται κίνδυνος για το βρέφος που θηλάζει. Τα σφηλι έναντι των κινδύνων της χορήγησης του Boostrix σε γυναίκες που θηλάζουν θα πρέπει να αξιολογούνται προσεκτικά από τους παρόντες υπηρεσίες υγείας. Το προφίλ ασφαλείας του Boostrix βασίζεται σε δεδομένα από κλινικές δοκιμές όπου το εμβόλιο χορηγήθηκε σε 839 παιδιά (ηλικίας από 4 έως 8 ετών) και 1931 ενήλικες, εφήβους και παιδιά (ηλικίας από 10 έως 76 ετών). Οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες που εμφανίστηκαν μετά τη χορήγηση του Boostrix και στις δύο ομάδες ήταν οι τοπικές αντιδράσεις στο σημείο της ένεσης (άλγος, ερυθρότητα και οίδημα) που αναφέρθηκαν στο 23,7-80,6% των ατόμων σε κάθε μελέτη. Συνήθως τα συμπτώματα αυτά άρχισαν εντός των πρώτων 48 ωρών από τον εμβολιασμό. Όλα τα συμπτώματα υποχώρησαν χωρίς επακόλουθα.

**Βιβλιογραφία:** 1. Boostrix, Περιλήψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος, Οκτώβριος 2021. 2. Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού Ενηλίκων 2022. 3. Van Damme P, et al. Vaccine. 2011;29(35):5932-5939. 4. Weston WM, et al. Vaccine. 2012; 30 (9): 1721-1728.

Λ.Τ.: 16,64€. % επιχορήγησης από τους οργανισμούς κοινωνικών ασφαλίσεων: 100%. Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή. Τα ανωτέρω ισχύουν κατά την ημερομηνία σύνταξης του εντύπου/καταχώρησης. Παρακαλούμε επικοινωνήστε με την εταιρία για επιβεβαίωση πλήρους ενημερωμένων δεδομένων, για οποιαδήποτε πληροφορία ή/και αναφορά Ανεπιθύμητων Ενέργειών στο τηλέφωνο 210 6882100.

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

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευτείτε την Περιλήψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος. Για την Περιλήψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος πατήστε **εδώ**.



## boostrix

Tetanus Toxoid, Reduced Diphtheria Toxoid and Acellular Pertussis Vaccine, Adsorbed

GlaxoSmithKline ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ Α.Ε.Β.Ε

Λ. Κηφισίας 266, 152 32 Χαλάνδρι | Τηλ.: 2106882100

[www.glaxosmithkline.gr](http://www.glaxosmithkline.gr)

Τα εμπορικά σήματα ανήκουν ή έχουν παραχωρηθεί στον Όμιλο Εταιρειών GSK.

©2022 Όμιλος εταιρειών GSK ή δικαιούχος του Ομίλου GSK





**SHINGRIX** ▼  
(HERPES ZOSTER VACCINE  
RECOMBINANT, ADJUVANTED)

**ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΑΣ ΗΛΙΚΙΑΣ  
≥50 ΕΤΩΝ ΒΡΙΣΚΟΝΤΑΙ ΣΕ  
ΥΨΗΛΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ  
ΕΡΠΗΤΑ ΖΩΣΤΗΡΑ.<sup>1</sup>**

**ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΣΥΜΒΑΛΛΕΤΕ  
ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ...<sup>2,3</sup>**

**...με το SHINGRIX**

Το SHINGRIX έχει παρουσιάσει αποτελεσματικότητα >90% έναντι του έρπητα ζωστήρα σε όλες τις ηλικιακές ομάδες ≥50 ετών, βάσει των αποτελεσμάτων δύο μεγάλων, ελεγχόμενων με εικονικό φάρμακο, τυχαιοποιημένων μελετών φάσης 3.<sup>2,3</sup>



**Σύντομη προφίλ ασφάλειας:**

Το Shingrix αντενδείκνυται σε οποιονδήποτε έχει υπερευαίσθησία στις δραστησικές ουσίες ή σε κάποιο από τα έκδοχα. Όπως συμβαίνει με όλα τα ενέσιμα εμβόλια, η κατάλληλη ιατρική θεραπεία και επιβλέψη θα πρέπει να είναι πάντα άμεσα διαθέσιμη σε περίπτωση αναφυλακτικού συμβάντος μετά τη χορήγηση του εμβολίου.

Σε ενήλικες ηλικίας 50 ετών και άνω οι πιο συχνά αναφερόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες ήταν άλγος στη θέση ένεσης (68,1% συνολικά/δόση, 3,8% σοβαρού βαθμού/δόση), μυαλγία (32,9% συνολικά/δόση, 2,9% σοβαρού βαθμού/δόση), κόπωση (32,2% συνολικά/δόση, 3,0 % σοβαρού βαθμού/δόση) και κεφαλαλγία (26,3% συνολικά/δόση, 1,9% σοβαρού βαθμού/δόση). Οι περισσότερες από αυτές τις ανεπιθύμητες ενέργειες δεν ήταν μεγάλης διάρκειας (διάμεση διάρκεια 2 έως 3 ημέρες). Η διάρκεια των ανεπιθύμητων ενεργειών που αναφέρθηκαν ως σοβαρές ήταν 1 έως 2 ημέρες. Σε ενήλικες ηλικίας ≥18 ετών που έχουν ανοσοανεπάρκεια ή βρίσκονται σε ανοσοκατασταλή λόγω νόσου ή θεραπείας (αναφέρονται ως ανοσοκατασταλείμνοι (IC)), το προφίλ ασφάλειας ήταν σε συμφωνία με εκείνο που παρατηρήθηκε σε ενήλικες ηλικίας 50 ετών και άνω. Υπάρχουν περιορισμένα δεδομένα σε ενήλικες ηλικίας 18-49 ετών με αυξημένο κίνδυνο ΗΖ που δεν είναι IC. Συνολικά, υπήρξε υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης κάποιων ανεπιθύμητων ενεργειών σε νεότερες ηλικιακές ομάδες:

- μελέτες σε IC ενήλικες ηλικίας ≥18 ετών (συγκεντρική ανάλυση): η συχνότητα εμφάνισης πόνου στο σημείο της ένεσης, κόπωσης, μυαλγίας, κεφαλαλγίας, ρίγους και πυρετού ήταν υψηλότερη σε ενήλικες ηλικίας 18-49 ετών σε σύγκριση με αυτούς ηλικίας 50 ετών και άνω.

- μελέτες σε ενήλικες ηλικίας ≥50 ετών (συγκεντρική ανάλυση): η συχνότητα εμφάνισης μυαλγίας, κόπωσης, κεφαλαλγίας, ρίγους, πυρετού και γαστροεντερικών συμπτωμάτων ήταν υψηλότερη σε ενήλικες ηλικίας 50-69 ετών σε σύγκριση με αυτούς ηλικίας 70 ετών και άνω.

Δεν υπάρχουν δεδομένα από τη χρήση του Shingrix σε έγκυες γυναίκες. Ως προληπτικό μέτρο, είναι προτιμότερο να αποφεύγεται η χρήση του Shingrix κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Είναι άγνωστο εάν το Shingrix απεκκρίνεται στο ανθρώπινο γάλα. Όπως συμβαίνει με οποιοδήποτε εμβόλιο, ο εμβολιασμός με Shingrix μπορεί να μην έχει ως αποτέλεσμα την προστασία όλων των εμβολιασμένων.

**Βιβλιογραφία:** 1. Gauthier et al. Epidemiology and costs of herpes zoster and postherpetic neuralgia in the United Kingdom. Epidemiol infect. 2009 137 38-47. 2. Lal H et al. Efficacy of an adjuvanted herpes zoster subunit vaccine in older adults. N Engl J Med. 2015; 372(22):2087-96. 3. Cunningham AL et al. Efficacy of the herpes zoster subunit vaccine in adults 70 years of age or older. N Engl J Med. 2016; 375(11): 1019-32. 4. Shingrix, Περιλήψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος, Σεπτέμβριος 2021.

A.T.: 165,86 €

% επιχορήγησης από τους οργανισμούς κοινωνικών ασφαλίσεων: αναμένεται Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή. Τα ανωτέρω ισχύουν κατά την ημερομηνία σύνταξης του εντύπου/καταχώρησης. Παρακαλούμε επικοινωνήστε με την εταιρία για επιβεβαίωση πλήρους ενημερωμένων δεδομένων, για οποιαδήποτε πληροφορία ή/και αναφορά Ανεπιθύμητων Ενεργειών στο τηλέφωνο 210 6882100. Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευτείτε την Περιλήψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος.

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

Για την Περιλήψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος πατήστε **εδώ**

A. Κηφισίας 266, 152 32 Χαλάνδρι, Αθήνα, Τηλ.: 210 6882100  
Το εμπορικό σήμα ανήκει ή έχει παραχωρηθεί στον Όμιλο Εταιρειών GSK  
© 2022 Όμιλος εταιρειών GSK ή δικαιούχος του Όμιλου GSK



PM-GR-GSK-ADVT-220002 | ΣΧ.Υ.Σ. 3/2022-3/2024