



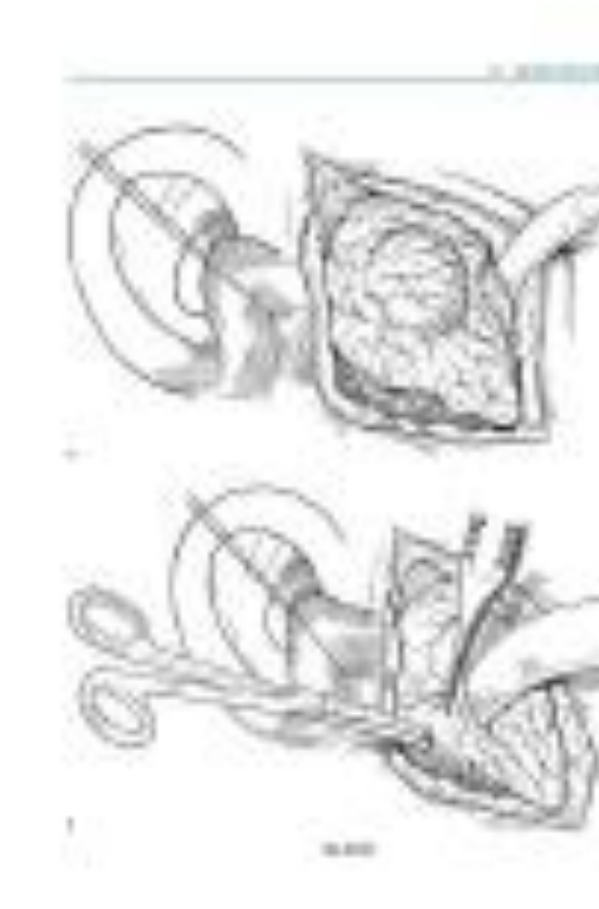
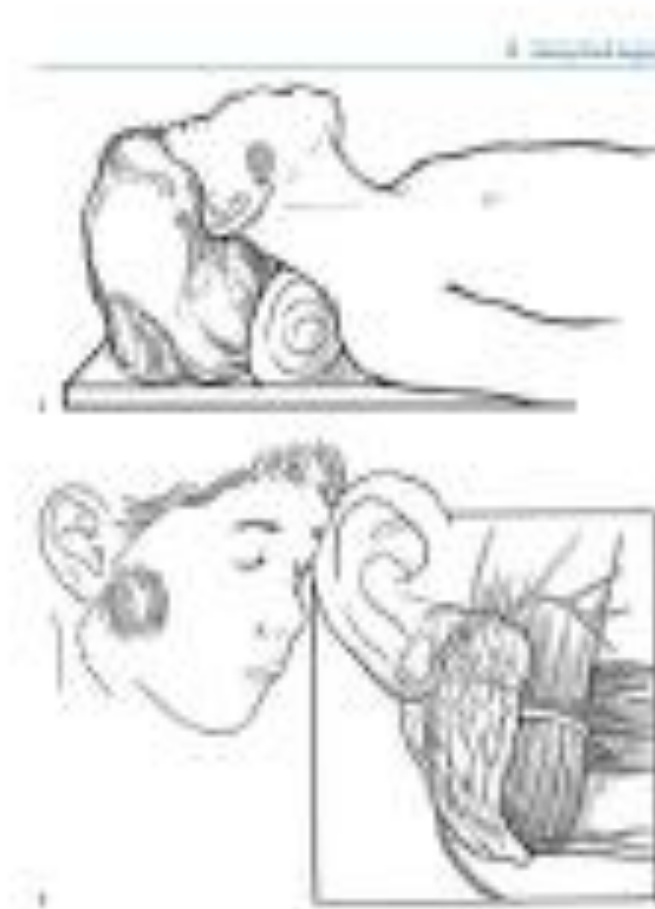
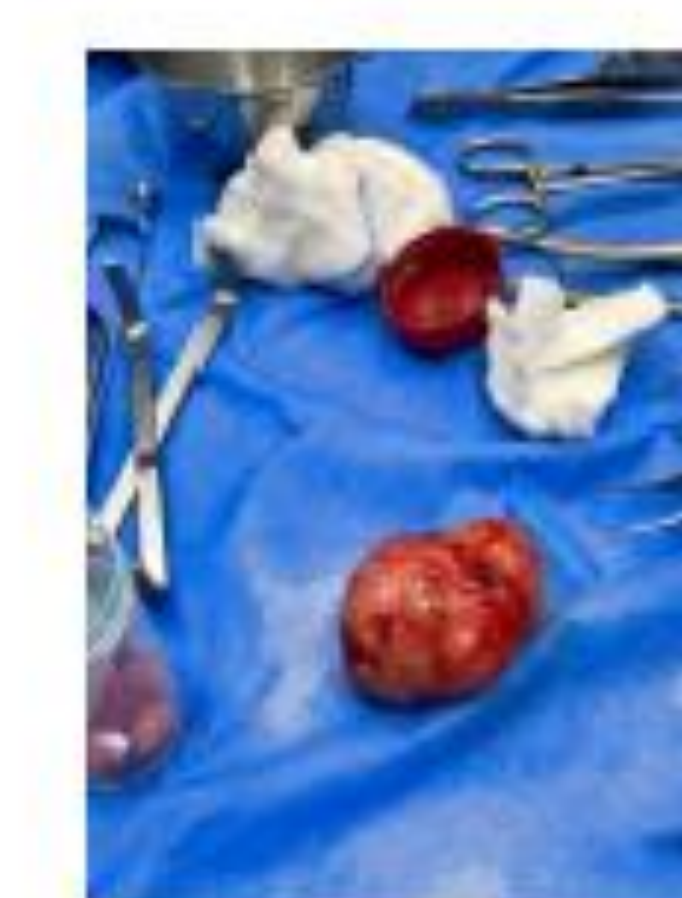
ΜΟΡΦΩΜΑΤΑ ΠΑΡΩΤΙΔΑΣ. ΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΤΗΚΑΝ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΑΣ ΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΔΥΟ ΧΡΟΝΙΑ
Ε.Βαζαίου, Α.Βαζαίου, Β.Κοκκίνου, Α.Κόβατς, Α.Ξενάκης, Μ.Καπνισάκη, Ε.Τζαβάρα, Α.Καρακάση
ΓΝΠΑ Η Αγία Σοφία Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική

Ο άνθρωπος διαθέτει έξι μείζονες σιαλογόνους αδένες. Δύο παρωτίδες, δύο υπογνάθιους και δύο υπογλώσσιους. Διαθέτει επίσης 700 έως 10000 ελάσσονες σιαλογόνους αδένες στη στοματική κοιλότητα, τα χείλη, τη γλώσσα και το φάρυγγα.

Στην παιδική ηλικία οι παρωτίδες και οι λεμφαδένες τους μπορούν να υποστούν φλεγμονώδη μόλυνση ή να εμφανίσουν νεοπλασίες... Στα παιδιά οι όγκοι της παρωτίδας είναι συνήθως καλοήθεις. Συνήθως πρόκειται για πλειόμορφο αδένωμα ή όγκο του Warthin. Η αφαίρεση είναι απαραίτητη καθώς πάντα με την πάροδο του χρόνου μεγαλώνουν σε μέγεθος, προκαλούν δυσμορφία και σε βάθος χρόνου μπορούν να εξαλλαχθούν σε κακοήθεια.

Στην κλινική μας αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά επτά περιστατικά τα οποία αφορούσαν, ένα κορίτσι τεσσάρων ετών κι έξι αγόρια ηλικίας 10-15 ετών. Τα δύο περιστατικά αφορούσαν μορφώματα που αντιστοιχούσαν ιστοπαθολογικά σε 1^η βραγχιακή σχισμή, ένα περιστατικό αφορούσε επιθηλίωμα του Malherbe και τέσσερα περιστατικά με πολύμορφο αδένωμα παρωτίδας. Αξίζει να σημειωθεί πως όλα τα περιστατικά πλην του επιθηλιώματος του Malherbe εντοπιζόνταν στην περιοχή της δεξιάς παρωτίδας.

Τα μορφώματα της παρωτίδας στους παιδιατρικούς ασθενείς αφορούν συνήθως οι καλοήθη όγκοι. Η επιτολής παρωτιδεκτομή ή η απλή αφαίρεση αυτών αποτελούν ασφαλή χειρουργική αντιμετώπιση.





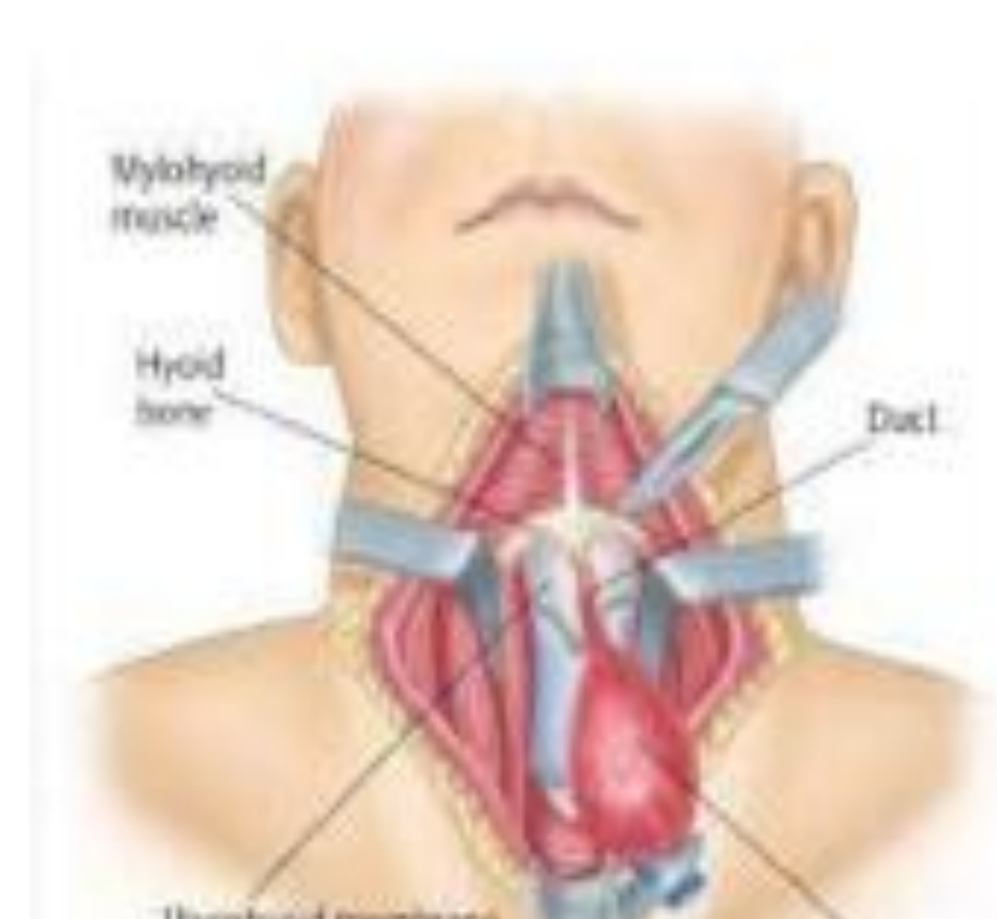
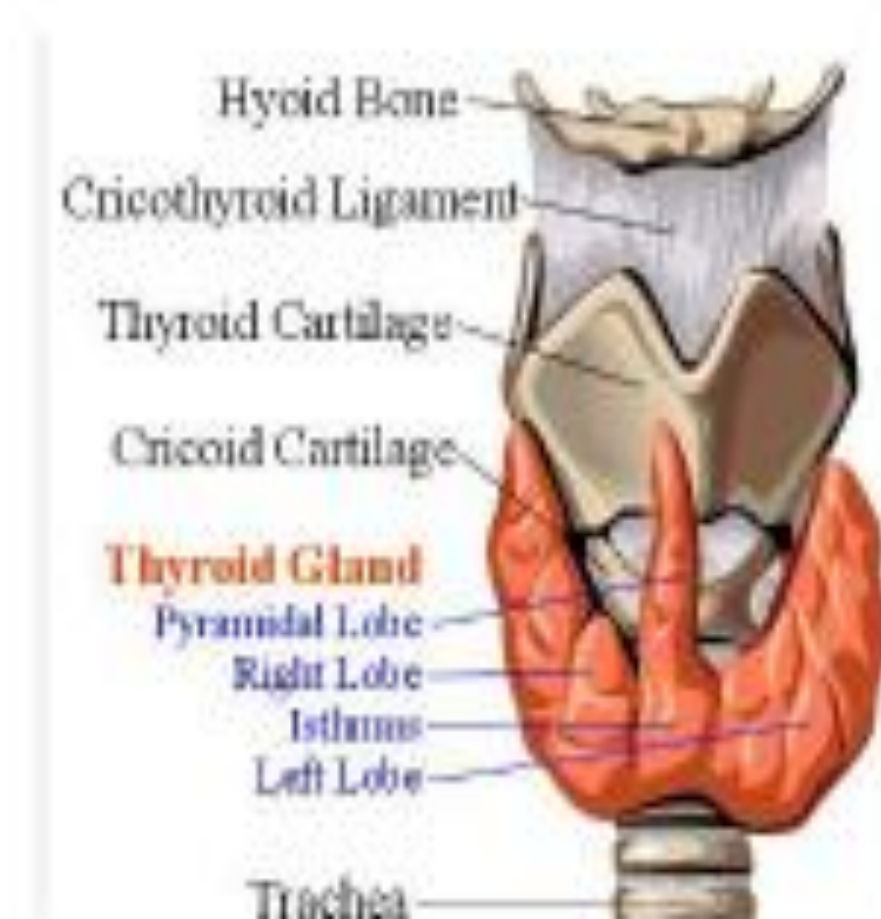
ΚΥΣΤΗ ΘΥΡΕΟΓΛΩΣΣΙΚΟΥ ΠΟΡΟΥ ΜΕ ΔΙΠΛΟ ΣΥΡΙΓΓΙΟ ΣΕ ΠΑΙΔΙ ΔΕΚΑ ΕΤΩΝ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ
Ε.Βαζαίου, Α.Βαζαίου, Μ.Καπνισάκη, Ε.Τζαβάρα, Β.Κοκκίνου, Α.Ξενάκης, Α.Κόβατς, Α.Καρακάση
1ΓΝΠΑ Η Αγία Σοφία Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική



Η κύστη θυρεογλωσσικού πόρου αφορά υπόλειμμα κατά την εμβρυογέννηση και αποτελεί συχνό αίτιο χειρουργικής αφαίρεσης στα παιδιά. Το περιστατικό αφορά αγόρι δέκα ετών με επαναλαμβανόμενα επεισόδια φλεγμονής μορφώματος μέσης γραμμής τραχήλου.

Ο ασθενής υποβλήθηκε σε U/S τραχήλου κατά το πρώτο επεισόδιο φλεγμονής όπου αναγνωρίστηκε τυπική εικόνα κύστης θυρεογλωσσικού πόρου το συρίγγιο της οποίας κατέληγε στο υοειδές οστό. Το παιδί παρουσίασε άλλες δύο φλεγμονές σε κοντινό χρονικό διάστημα μεταξύ τους και εκ νέου υποβλήθηκε σε υπερηχογραφικό έλεγχο. Σε κάθε μία από αυτές τις απεικονίσεις ο θυρεοειδής αδένας αναγνωρίζονταν στη φυσιολογική θέση του χωρίς παθολογικά ευρήματα. Κατά τη χειρουργική αφαίρεση ακολουθήθηκε το συρίγγιο το οποίο κατέληγε στη μεσότητα του υοειδούς οστού το οποίο και αφαιρέθηκε. Αφαιρέθηκε επίσης συρίγγιο το οποίο πορεύονταν ουραία της κύστης και κατέληγε τυφλό στο ύψος του ισθμού του θυρεοειδή αδένος χωρίς να αποτελεί μέρος αυτού.

Η κύστη θυρεογλωσσικού πόρου αποτελεί εμβρυικό κατάλοιπο το οποίο συνήθως διαπερνά το υοειδές οστό και καταλήγει στο τυφλό τρήμα της γλώσσας. Μια παραλλαγή αυτού, αφορά την ύπαρξη συριγγίου το οποίο καταδύεται από το υοειδές οστό μέχρι τον ισθμό του θυρεοειδή αδένος σε ύπαρξη πυραμοειδή λοβού του θυρεοειδή αδένος. Στο παραπάνω περιστατικό παρότι αναγνωρίστηκε και αφαιρέθηκε τέτοιο συρίγγιο, ανατομοπαθολογικά δεν επιβεβαιώθηκε η ύπαρξη πυραμοειδούς λοβού, γεγονός που καθιστά το περιστατικό ιδιαίτερο.



Είσοδος U/S ΤΡΑΧΗΛΟΥ
 Το ψηλαφητό μάρμαρο αντιστοιχεί σε μικτής ηχώγένειας σχηματισμό διαμέτρου 10 mm με αυξημένη περιφερική αμόρφωση (ανάστημα?).
 Ο θυρεοειδής αδένας ελέγχεται φυσιολογικού μεγέθους με αμοιβαίο, αδενικού τύπου ηχογράμμο.
 Σε έλεγχο με έγχρωμο Doppler δεν ανεδείχθησαν σημεία παθολογικής αγγειοσχίας του θυρεοειδικού παρεγχύματος.





Η ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΩΝΥΜΩΝ ΣΤΗΝ ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑ

A.Βαζαίου², E.Βαζαίου¹, A.Ξενάκης¹, A.Κόβατς¹, A.Καρακάση¹, B.Κοκκίνου¹, E.Τζαβάρα¹, M.Καπνισάκη¹

¹ΓΝΠΑ Η Αγία Σοφία,Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική, ²ΓΝΑ Ιπποκράτειο,Ουρολογική Κλινική



Διαχρονικά επιστήμονες αφιέρωσαν τη ζωή τους στην προσπάθεια κατανόησης του ανθρωπίνου σώματος, των ασθενειών και την έρευνα πάνω στη θεραπεία.

Μεταξύ των πρωτοπόρων στην έρευνα, την περιγραφή και την κατανόηση της Ωτορινολαρυγγολογίας πριν ακόμη αυτή θεμελιωθεί ως ιατρική ειδικότητα υπήρξαν οι:Johan Christian Rosenmuller ο οποίος περιέγραψε το φαρυγγικό κόλπωμα, ο Eustachias Bartolomeus, την ομώνυμη σάλπιγγα, ο Charles Bell μελέτησε και διαφοροποίησε το τρίδυμο από το προσωπικό νεύρο, περιγράφοντας την παράλυση του προσωπικού νεύρου, ο Primo Dorello με τη διατριβή του πάνω στην συσχέτιση των φλεγμονών του ωτός με το προσωπικό νεύρο, ο Carlo Mondini αφιερώθηκε στην περιγραφή των ανωμαλιών του μέσου και έσω ωτός, ο Thomas Wharton αναγνώρισε τον πόρο του υπογνάθιου αδένου, ο Niels Stensen ο οποίος περιέγραψε τον πόρο της παρωτίδας. Ο Raymond Carhart με την ομώνυμη εντομή στο ακούγραμμα καθαρών τόνων. Οι Rinne και Weber με τις δοκιμασίες τονοδοτών.

Στην ωτοχειρουργική οι σημαντικότερες δομές για την ασφαλή επέμβαση φέρουν το όνομα αυτών που τις περιέγραψε. Γωνία του Citelli (Citelli Salvatore), άκανθα του Henle (Henle Friedrich Gustav Jakob), House William Fouts (=Dr.Bill) τη δοκίδα του Bill. Korner Otto το διάφραγμα του Korner. McEwen William το ομώνυμο τρίγωνο. Χώρος του Prussak (Prussak Alexander). Rivinus Augustus με την εντομή. Shrapnell Henry James με τον T.Y. Ο χώρος του Trautmann (Trautmann Motitz Ferdinand). Και πολλοί άλλοι.

Η χρήση επωνύμων στην Ωτορινολαρυγγολογία αποδίδει φόρο τιμής σε εκείνους οι οποίοι με τις μελέτες τους αναγνώρισαν και καθιέρωσαν τη λεπτομερή περιγραφική και χειρουργική ανατομική σε εποχές που στερούνταν τεχνολογίας, πράγμα που κάνει αυτές τις ανακαλύψεις ακόμη σπουδαιότερες. Επίσης με τη χρήση επωνύμων στην ιατρική γενικότερα αναπτύχθηκε μια κοινή γλώσσα μεταξύ των επιστημόνων για την ευκολότερη συνεννόηση μας αναφορικά με την ανατομία και την περιγραφή ασθενειών.



Η ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΩΝΥΜΩΝ ΣΤΗΝ ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑ

Α.Βαζαίου², Ε.Βαζαίου¹, Α.Ξενάκης¹, Α.Κόβατς¹, Α.Καρακάση¹, Β.Κοκκίνου¹, Ε.Τζαβάρη¹, Μ.Καπνισάκη¹
¹ΓΝΠΑ Η Αγία Σοφία, Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική, ²ΓΝΑ Ιπποκράτειο, Ουρολογική Κλινική



Μπαρτολομέο Ευστάχιος



Primo Dorello



Καρλο Μοντίνι



thomas wharton



Niels Stensen



Raymond Carhart -



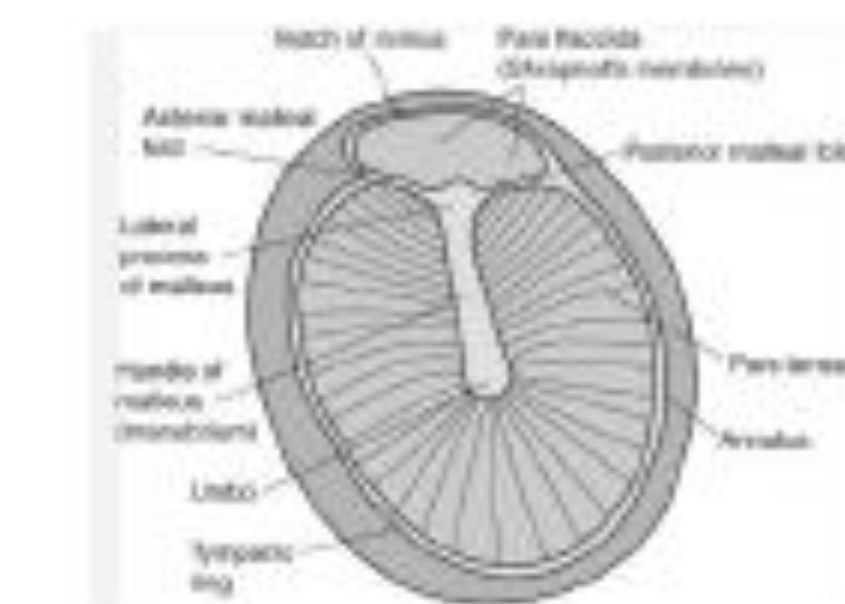
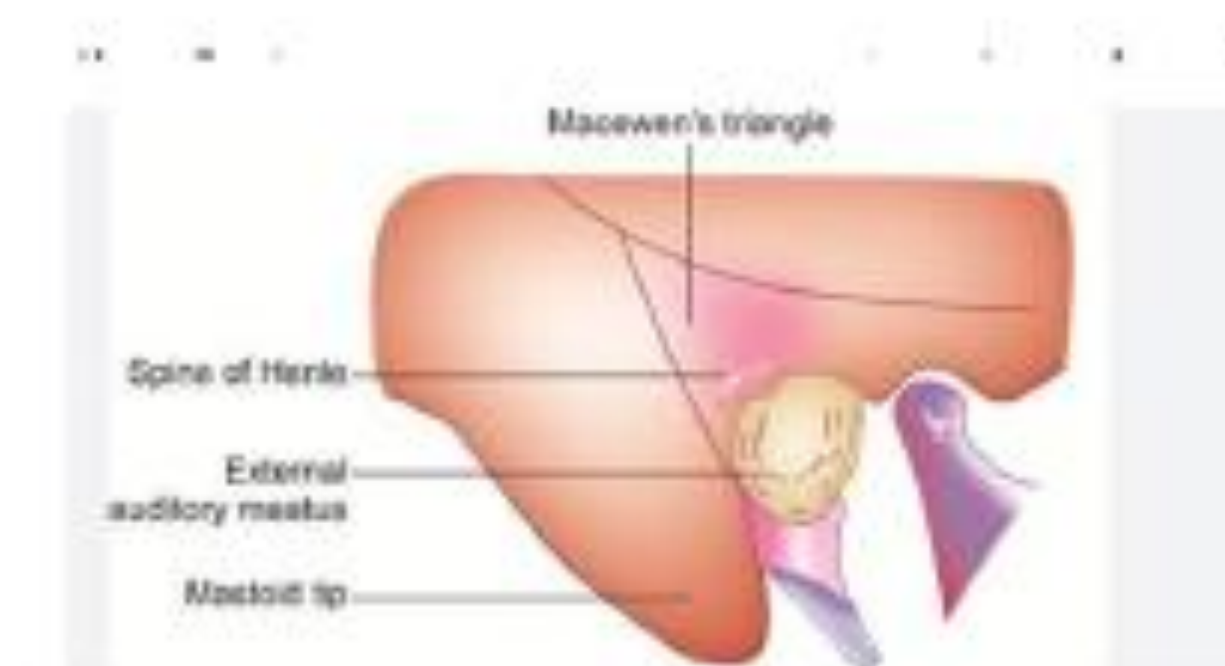
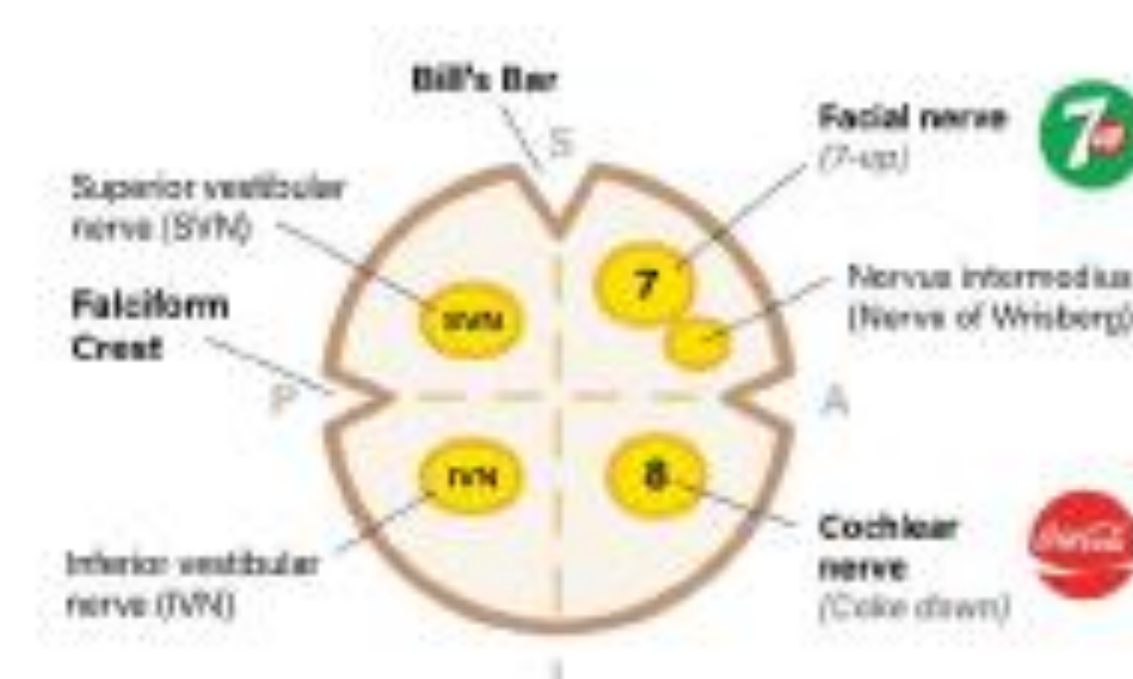
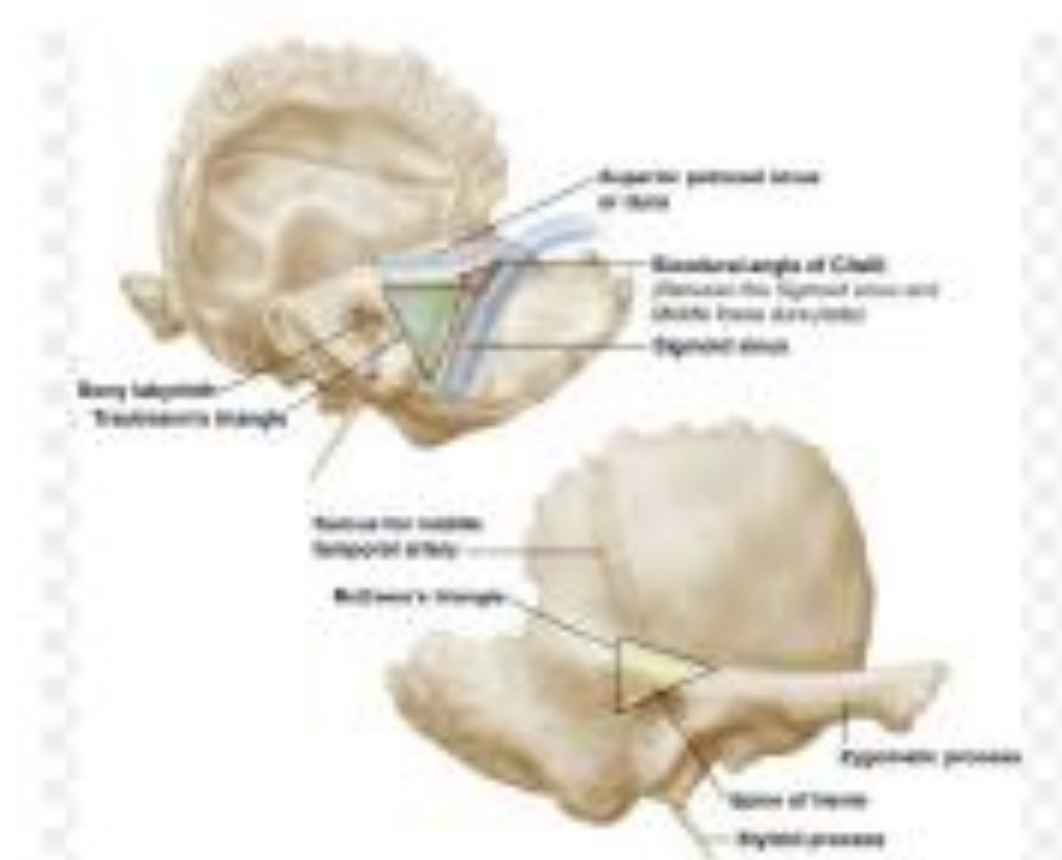
William F. House

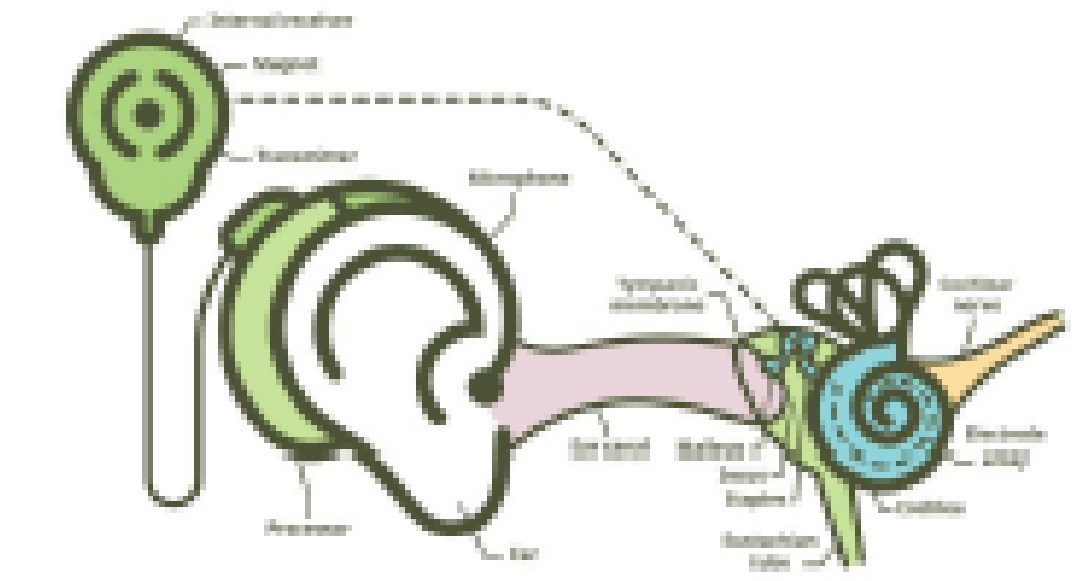
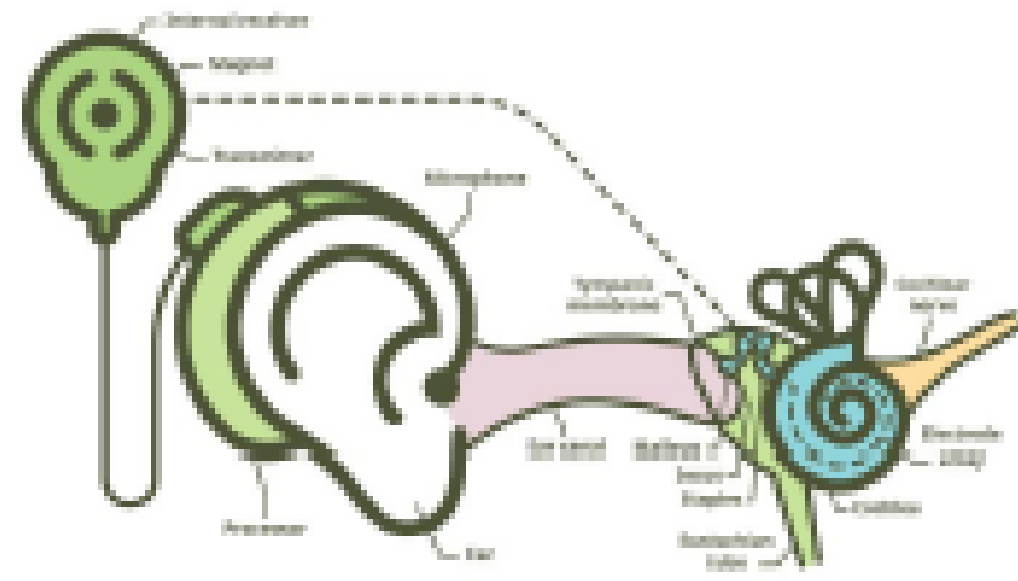


Alexander Prussak



Moritz Ferdinand Trautmann





Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΩΝ ΑΚΟΥΣΤΙΚΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ

Α.Βαζαίου, Ε. Βαζαίου, Α. Ξενάκης, Α.Κόβατς, Μ. Καπνισάκη, Β. Κοκκίνου, Ε. Τζαβάρα, Α.Καρακάση
ΓΝΠΑ Η Αγία Σοφία Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική

Η προσπάθεια αποκατάστασης της ακοής, αποτέλεσε αντικείμενο μελέτης από τα βάθη των αιώνων. Ας θυμηθούμε μερικά ιστορικά γεγονότα που οδήγησαν στην εφεύρεση τεχνικών μέσων για τη «θεραπεία» της βαρηκοΐας.

Μεταξύ πολλών άλλων γεγονότων:

1770- Volta προσπάθεια ηλεκτρικού ερεθισμού του κοχλία

1851- Corti περιγραφή του ομώνυμου οργάνου

1855- Reissner ανακάλυψη της ομώνυμης μεμβράνης

1862- von Helmholtz αναλύει τη θεωρία για το μηχανισμό της ακοής

1875- Bell εφευρίσκει το τηλέφωνο, που οδηγεί στη κατασκευή του πρώτου ακοομετρητή

1877- Politzer εισάγει τον τον πρώτο μηχανικό ακοομετρητή

1901- Retzius ανακάλυψη των τριχωτών κυττάρων

1902- Hensen περιγράφει τα έξω στηρικτικά κύτταρα

1920- Fletcher πρώτος ηλεκτρικός ακοομετρητής

1930- Wever & Bray περιγραφή των μικροφωνικών δυναμικών

1942- Shambaugh χρησιμοποιεί διόφθαλμο μικροσκόπιο στην ωτοχειρουργική

1947- Djourno & Eyries εμφυτεύουν ηλεκτρόδιο στο εγγύς άκρο του κοχλία

1960- House & Urban κοχλιακό εμφύτευμα

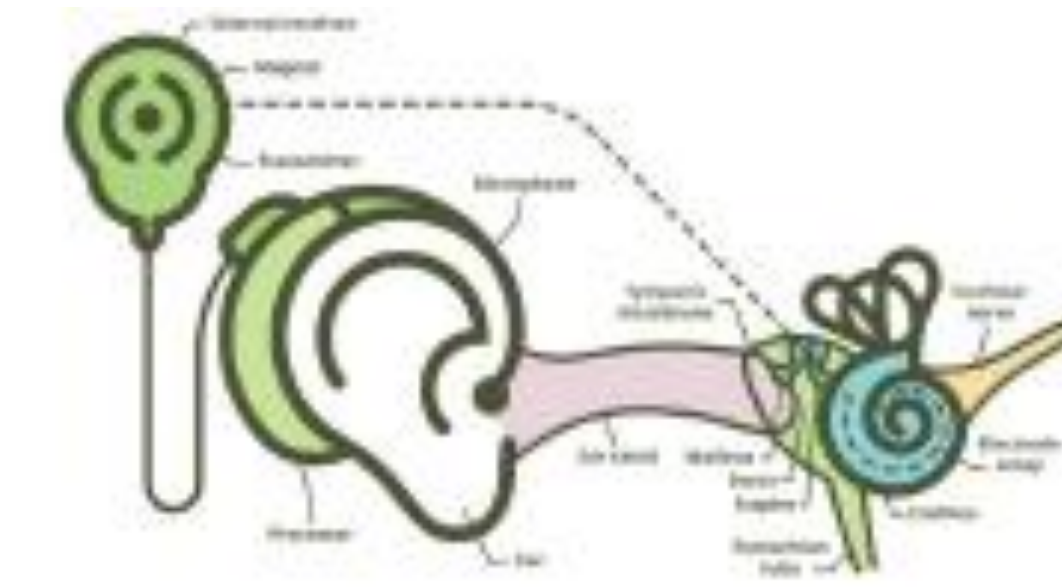
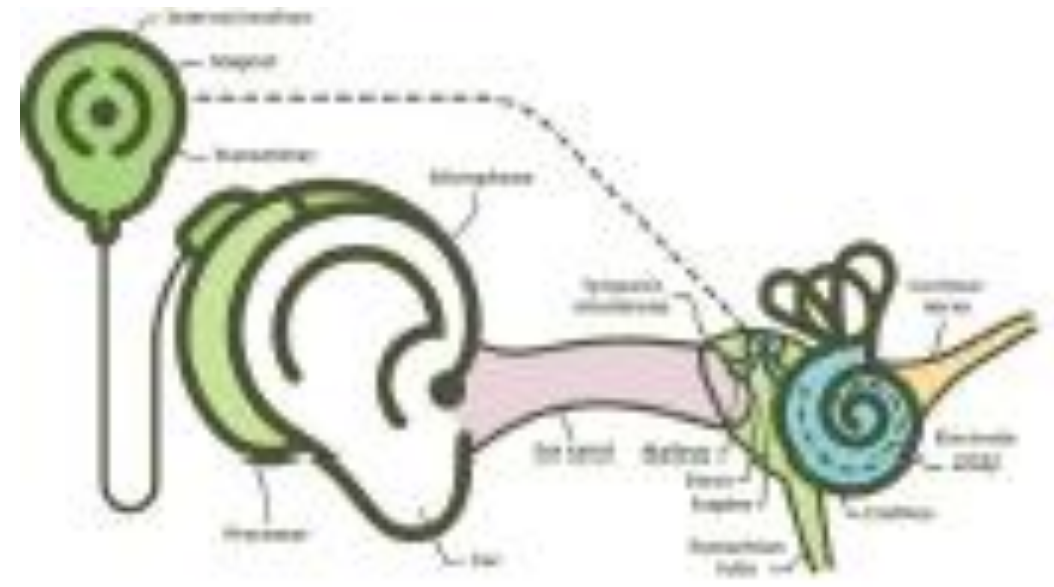
1961- von Békésy βραβείο Νόμπελ για την κατανόηση της λειτουργίας του κοχλία

1977- House & Hitselberger ερεθίζουν με ηλεκτρόδιο τον κοχλιακό πυρήνα

1990- άδεια εμφύτευσης σε παιδιά

Τη δεκαετία του '70 εισάγονται οι πρώτες οστεοαναρτώμενες συσκευές γνωστές ως ΒΑΗΑ

Για να φτάσουμε στη δημιουργία εμφυτεύσιμων συσκευών για την αποκατάσταση της ακοής, ο άνθρωπος πέρασε πρώτα από το στάδιο της αναγνώρισης των ανατομικών δομών, της λειτουργίας τους καθώς και από την κατανόηση της φυσιολογίας της ακοής. Ο 20^{ος} αιώνας έφερε την επανάσταση στη μηχανική και μας οδήγησε στην ικανότητα διέγερσης των τριχωτών κυττάρων καθώς και του ακουστικού νεύρου ώστε να επιτευχθεί η αποκατάσταση της ακοής με τεχνητά εμφυτεύσιμα μέσα.



Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΩΝ ΑΚΟΥΣΤΙΚΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ
A.Βαζαίου, Ε. Βαζαίου, Α. Ξενάκης, Α.Κόβατς, Μ. Καπνισάκη, Β. Κοκκίνου, Ε. Τζαβάρα, Α.Καρακάση
ΓΝΠΑ Η Αγία Σοφία Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική



Hermann von Helmholtz



Alexander Graham Bell:



Adam Politzer



Victor Hensen



Harvey Fletcher



George E. Shambaugh Jr.



Georg Von Békésy



Charles Eyriès,



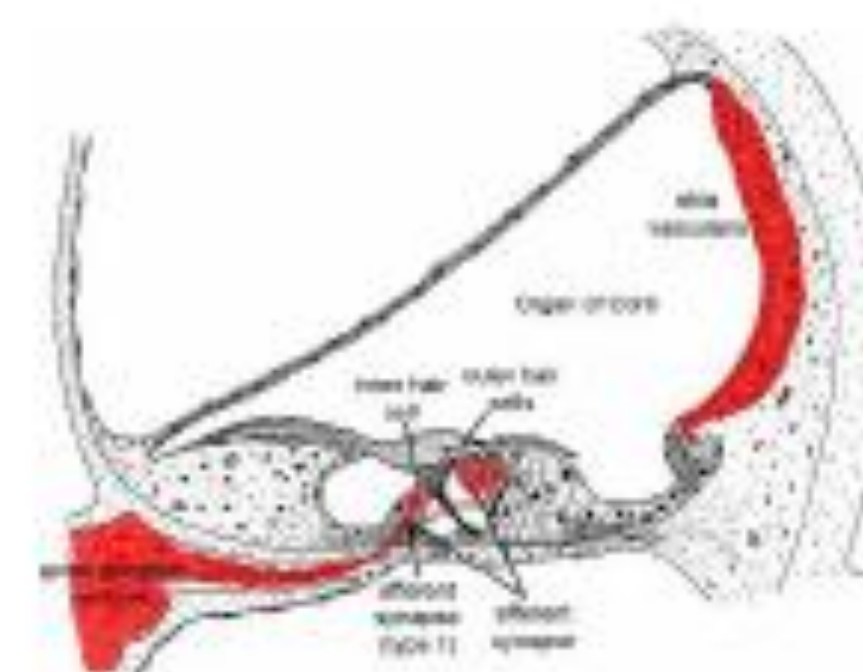
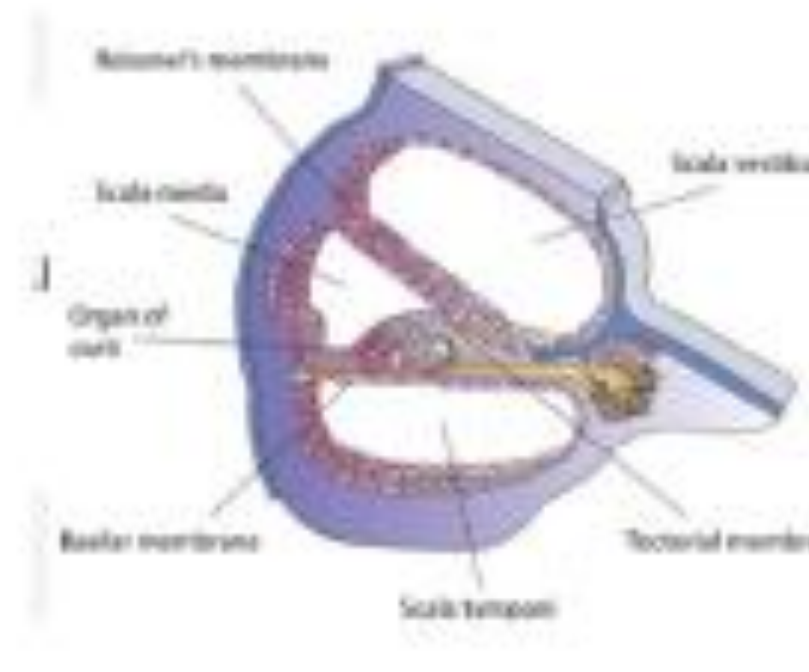
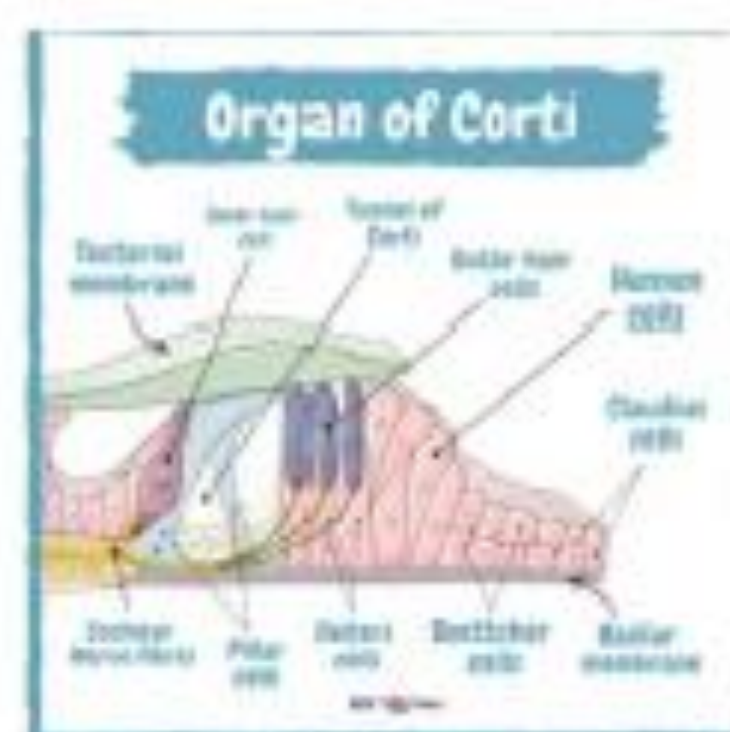
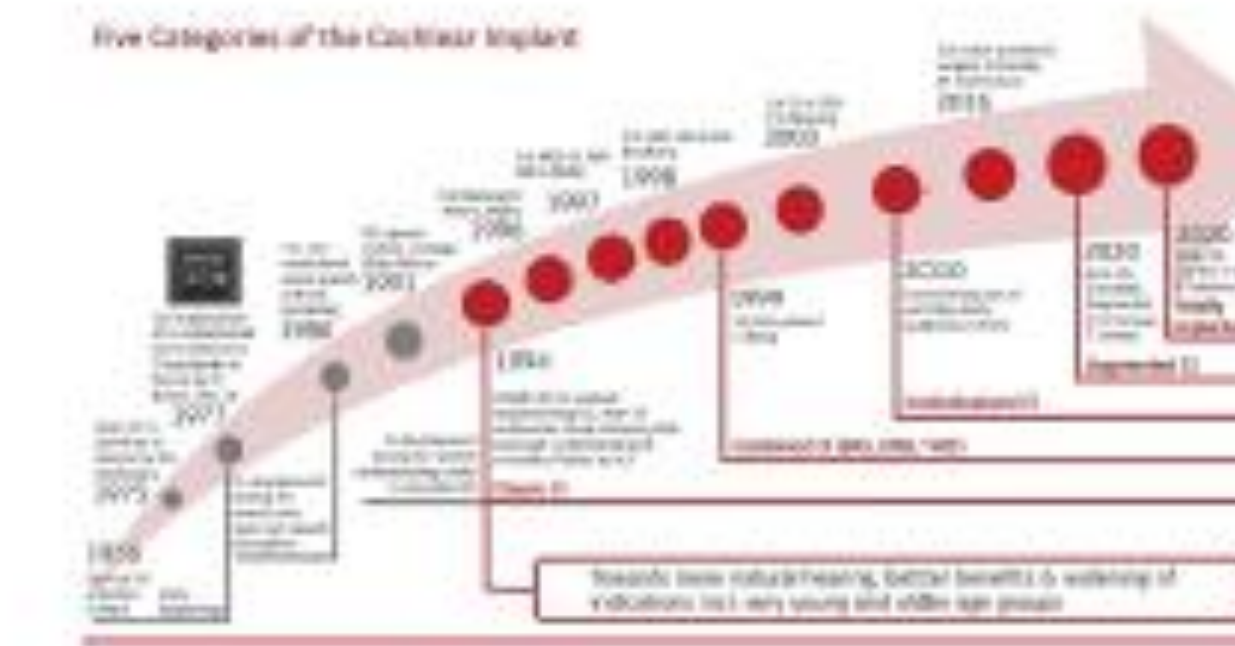
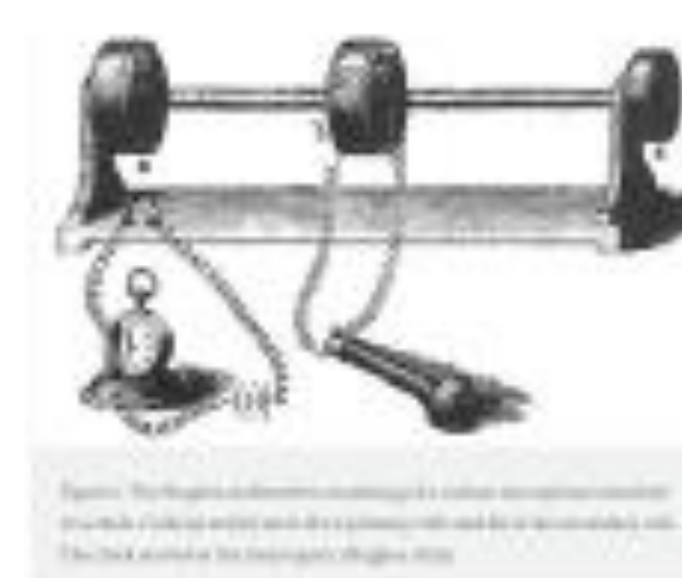
André Djourno



15th To 16th Century: The First Microscope

History

- Hans and Zacharias Janssen - 1590, Dutch spectacle makers, inventor
- First compound microscope (2 lenses) - 1620, with lenses of equal and
- Robert Hooke - 1665, 1685 English Cleric, Mathematician, Physicist, and inventor
- Compound microscope improvement
- Anton van Leeuwenhoek - 1670-1723, Dutch scientist, inventor, and microscopist
- First microscope with multiple lenses (3 lenses)





ΑΙΜΑΤΩΜΑ-ΥΓΡΩΜΑ ΠΤΕΡΥΓΙΟΥ ΩΤΟΣ

Ε.Βαζαίου¹, Α.Βαζαίου², Μ.Καπνισάκη¹, Β.Κοκκίνου¹, Ε.Τζαβάρη¹, Α.Ξενάκης¹, Α.Κόβατς¹, Α.Καρακάση¹

¹ΓΝΠΑ Η Αγία Σοφία ΩΡΛ κλινική, ²ΓΝΑ Ιπποκράτειο Ουρολογική κλινική



Το ωταιμάτωμα / σέρωμα χαρακτηρίζεται από συλλογή αίματος ή υγρού μεταξύ περιχονδρίου και χόνδρου.. Συνήθως είναι αποτέλεσμα τραυματισμού σε αθλητικές δραστηριότητες όπως το μπόξ ή την πάλη. Η πρόσθια επιφάνεια του ωτικού πτερυγίου στερείται υποδόριου στρώματος λιπώδους ιστού που θα επέτρεπε την κίνηση μεταξύ του δέρματος και του χόνδρου. Γι' αυτό η συλλογή γενικά εμφανίζεται στην πρόσθια επιφάνεια όταν μια διαμητική δύναμη μεταξύ δέρματος και χόνδρου προκαλεί τον διαχωρισμό του περιχονδρίου από το δέρμα πάνω στο οποίο είναι σταθερά κολλημένο. Το αιμάτωμα ή το ύγρωμα είναι δυνητικά επικίνδυνα διότι μπορούν να διακόψουν την θρέψη του υποκείμενου χόνδρου. Όταν ο χόνδρος στην τραυματική περιοχή στερείται της θρέψης λόγω διάχυσης γίνεται μαλθακός και χάνει το σχήμα του (πτερύγιο σαν κουνουπίδι).

Από τους επτά ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική παροχέτευση του ωτικού πτερυγίου τα πέντε αφορούσαν ωταιμάτωμα μετά από τραυματισμό από απευθείας πλήξη. Τα δύο παιδιά αφορούσαν συλλογή ορώδους υγρού πιθανό μετά από συνεχή μηχανική τριβή, καθώς από το ιστορικό δεν πρόκυπτε τραυματισμός. Τρία από τα ωταιμάτωμα και ένα από τα υγρώματα χρειάστηκαν επανεπέμβαση, με ένα από αυτά με αισθητικό αποτέλεσμα μη ικανοποιητικό.

Η χειρουργική της συλλογής αίματος ή ορώδους υγρού στο ωτικό πτερύγιο αποτελεί μια πρόκληση για τον ΩΡΛ. Η απλή παροχέτευση με βελόνη έχει έως και 100% υποτροπή της συλλογής. Η τεχνική της διπλής παράλληλης τομής-παροχέτευσης, απόξεση του χόνδρου από το περιχόνδριο και η πιεστική περίδεση αποτελούν την χειρουργική επιλογή με τη μεγαλύτερη πιθανότητα ικανοποιητικής αποκατάστασης της αρχιτεκτονικής του πτερυγίου.

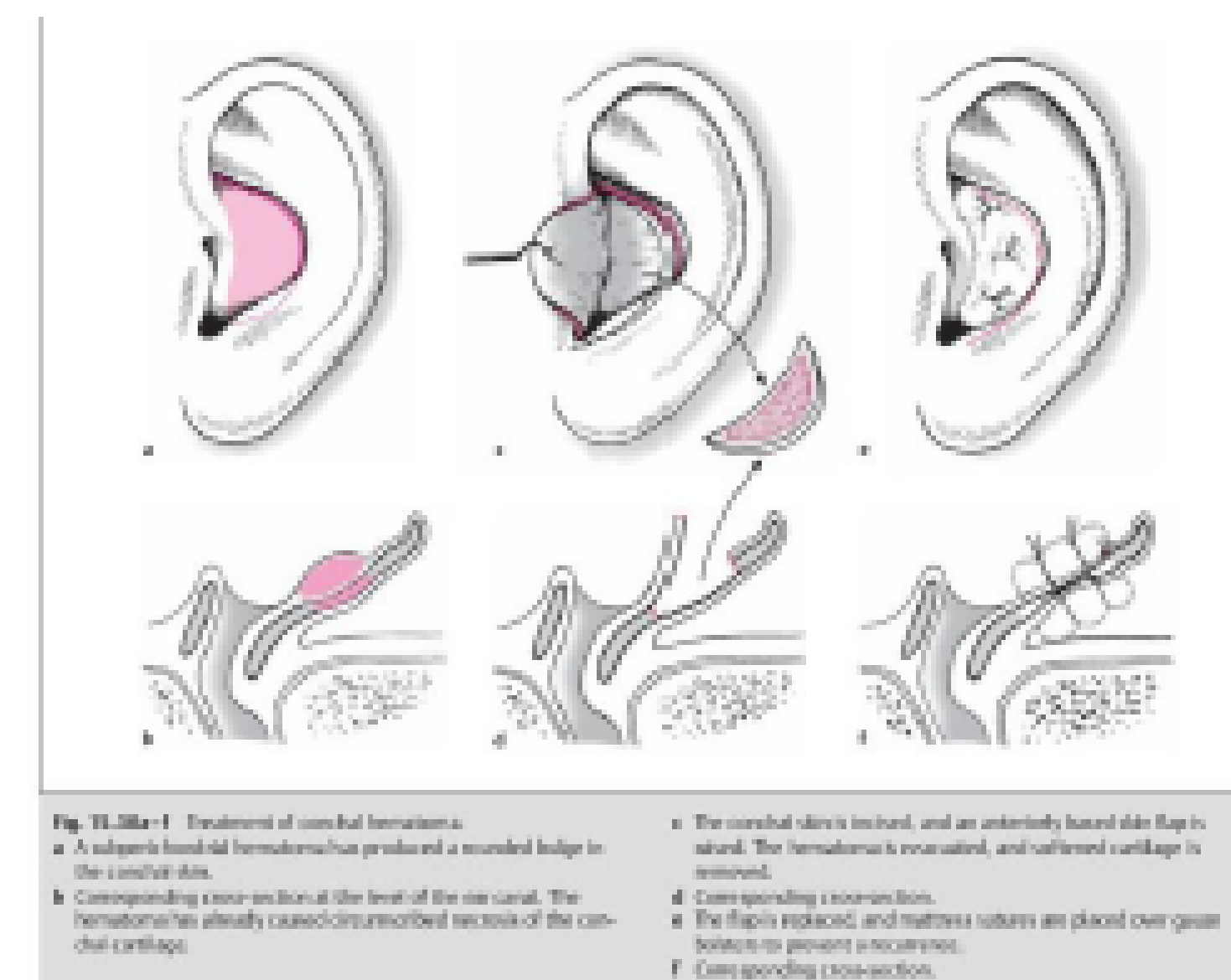


Fig. 15.31a Treatment of conchal hematomas.
a A lateral basal hematomectomy reveals a rounded bulge in the conchal skin.
b Corresponding incision around the level of the ear canal. The hematomectomy already causes compression of the conchal cartilage.
c The conchal skin is incised, and an anterior based skin flap is raised. The hematoma is evacuated, and softened cartilage is removed.
d Corresponding cross-sections.
e The flap is raised, and mattress sutures are placed over gauze blocks to prevent necrosis.
f Corresponding cross-section.

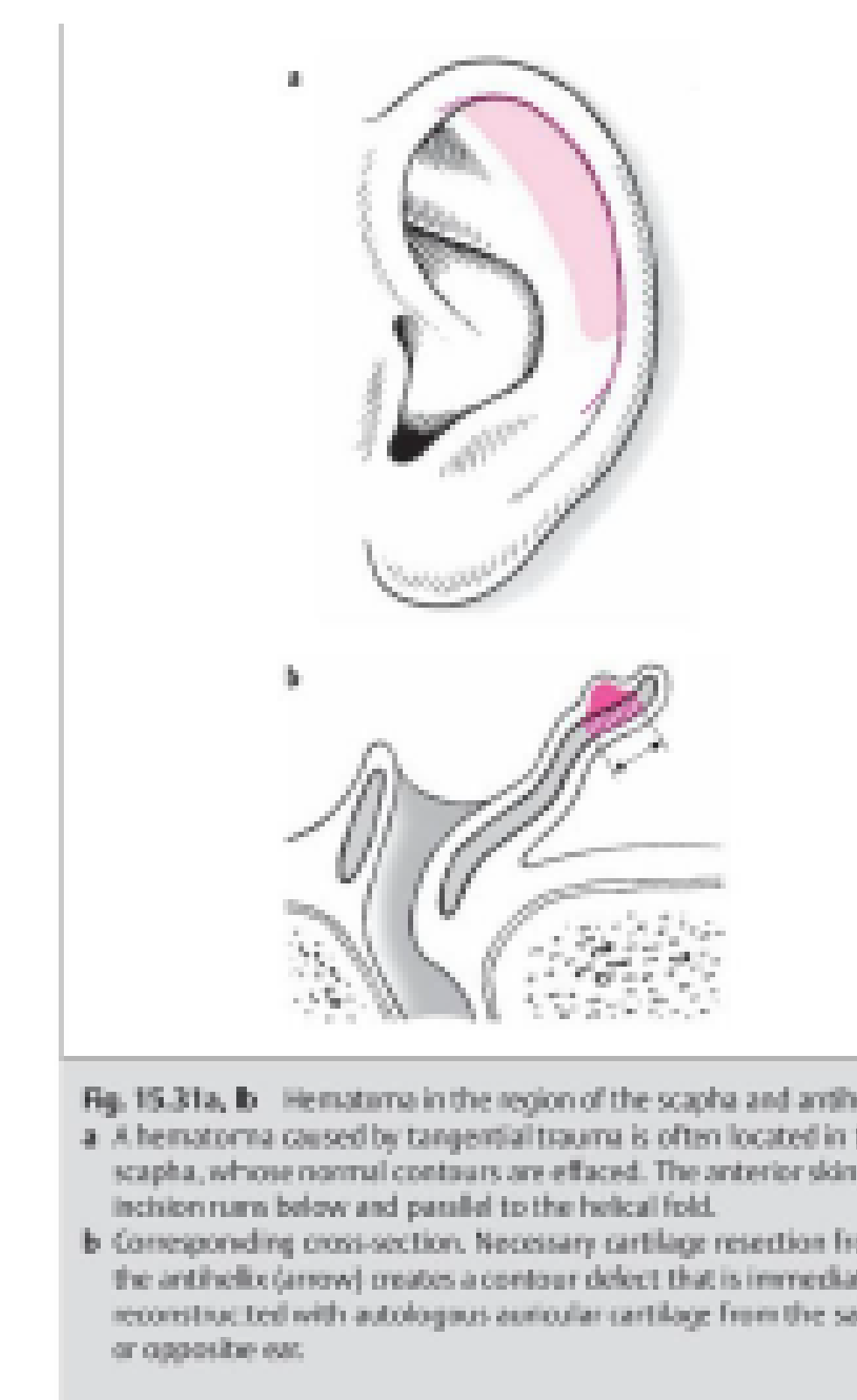


Fig. 15.31b Hematoma in the region of the scapha and antihelix.
a A hematoma caused by tangential trauma is often located in the scapha, whose normal contours are effaced. The anterior skin incision runs below and parallel to the helical fold.
b Corresponding cross-section. Necessary cartilage resection from the antihelix (arrow) creates a contour defect that is immediately corrected by fill with autologous auricular cartilage from the same or opposite ear.



Η ΓΙΟΓΚΑ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ

Α.Βαζαίου¹, Ε.Βαζαίου², Μ.Καπνισάκη², Ε.Τζαβάρα², Β.Κοκκίου², Α.Ξενάκης², Α.Κόβατς², Α.Καρακάση²
¹ΓΝΑ Ιπποκράτειο, Ουρολογική κλινική
²ΓΝΠΑ Η Αγία Σοφία, Ωτορινολαρυγγολογική κλινική



Η Γιόγκα συμπεριλαμβάνεται στο φιλοσοφικό σύστημα και έχει τις ρίζες της στην αρχαία Ινδία. Δεν είναι θρησκεία αλλά μια φιλοσοφία για τη ζωή. Οδηγεί στην αρμονία μεταξύ του ατόμου και του σύμπαντος με αποτέλεσμα την σωματική και ψυχική υγεία. Η ετοιμολογία της λέξης μεταξύ άλλων σημαίνει «πειθαρχία του πνεύματος». Θεωρείται ότι αποτελεί μέρος των βέδα(ιερά κείμενα). Αρχική αναφορά σε αυτή την τεχνική και φιλοσοφία γίνεται στο Rig-veda. Η λέξη όμως Yoga φαίνεται να πρωτοεμφανίζεται τον 5^ο με 3^ο π.Χ. αιώνα.

Η εκπαίδευση βασίζεται στα κείμενα της Patanjali Yogastura και βασίζεται σε 8 στάδια: αυτοελέγχου, αυτοσυγκράτησης, στάσεις του σώματος, έλεγχος αναπνοής, αυτοπερισπασμός, συγκέντρωση, διαλογισμός, βαθύς διαλογισμός.

- αυτοέλεγχος (yama) απαιτεί την πειθαρχία στις πέντε ηθικές αρχές: όχι βία, όχι κλοπές, μη διαθεσιμότητα, αλήθεια και αγνότητα
 - αυτοσυγκράτηση (niyama) απαιτεί διαρκεί και πλήρη διατήρηση πέντε βασικών ηθικών κανόνων: καθαρότητα, ικανοποίηση, ασκητισμό, μελέτη των Veda και αφοσίωση στο «Θεό»
 - στάσεις του σώματος (asana): απαιτεί από το μαθητή διαρκεί εξάσκηση
 - έλεγχος της αναπνοής (pranayama): επιτρέπει ιδιαίτερους ρυθμούς αναπνοής
 - αυτοπερισπασμός (pratyahara): όταν οι αισθήσεις δεν αντιλαμβάνονται εξωτερικούς ερεθισμούς
 - πνευματική συγκέντρωση (dharana): όταν το πνεύμα επικεντρώνεται σε ένα σκοπό
 - διαλογισμός (dhyana): όταν ένας σκοπός καταλαμβάνει πλήρως τη σκέψη
 - βαθύς διαλογισμός (samadha): όταν η προσωπικότητα είναι προσωρινά «διαλυμένη» στο σύμπαν
- Αυτού του τύπου η εκπαίδευση αποκαλείται Raja-yoga

Η Γιόγκα δίνει σε αυτόν που την εξασκεί τη δύναμη και την ικανότητα να επηρεάσει τη δραστηριότητα των εσωτερικών οργάνων του σώματος, να ελέγξει τη λειτουργία της καρδιάς, το ρυθμό της αναπνοής, να αποφύγει και να θεραπεύσει ασθένειες.

Βάση της εκπαίδευσης των θεωρητικών εννοιών της yoga, η Sushumna που αφορά το κύριο αγγείο του ανθρώπινου σώματος, περνάει από την σπονδυλική στήλη. Στο άνω άκρο της Sushumna βρίσκεται το κύριο κέντρο της νοητικής ενέργειας η Sahasrara, ενώ στο κάτω άκρο της κάτωθεν των γεννητικών οργάνων βρίσκεται η Kundalini που βρίσκεται κυρίως σε ηρεμία. Με ασκήσεις αυτή με τη βοήθεια της Sushumna φθάνει στο άνω άκρο και συνδέεται με την Sahasrara. Σε αυτή την κατάσταση ο εκπαιδευόμενος αποκτά τη δύναμη και την ικανότητα να επηρεάσει τη δραστηριότητα των εσωτερικών οργάνων, να ελέγξει τη λειτουργία της καρδιάς, το ρυθμό της αναπνοής, να υπομένει το κρύο και άλλες θανατηφόρες φυσικές και πνευματικές επηροές καθώς επίσης να αποτρέπει και να θεραπεύει ασθένειες.

Στον δυτικό κόσμο η αναφορά στη Γιόγκα τονίζει μια σύγχρονη εκδοχή με στάσεις του σώματος και τεχνικές χαλάρωσης για διατήρηση της φόρμας του σώματος και την απομάκρυνση του άγχους. Αυτή η μορφή Γιόγκα απέχει πολύ από την παραδοσιακή η οποία επικεντρώνεται στον διαλογισμό και την απελευθέρωση του ατόμου από τις κοσμικές προσκολλήσεις.

Τα τελευταία χρόνια η δυτική ιατρική έχει αντιληφθεί το ρόλο των τεχνικών της yoga στην πρόληψη της νόσησης και την προαγωγή της υγείας κυρίως στην ψυχιατρική και την καρδιολογία.



Η ΓΙΟΓΚΑ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ

A.Βαζαίου¹, Ε.Βαζαίου², Μ.Καπνισάκη², Ε.Τζαβάρη², Β.Κοκκίου², Α.Ξενάκης², Α.Κόβατς², Α.Καρακάση²
¹ΓΝΑ Ιπποκράτειο, Ουρολογική κλινική
²ΓΝΠΑ Η Αγία Σοφία, Ωτορινολαρυγγολογική κλινική



©. P. Kulkarni/CC0



SAPTARISHIS THE ORIGINAL SEEKERS AND FIRST SCIENTISTS

ATRI SEER IN VEDAS HUSBAND OF ANUSUYA FATHER OF DATATREYA DURYASA AND SOMA	VASHISHTHA OWNER OF KAMADHENU ROYAL PRIEST IN AYODHYA PERCEPTOR TO RAMA AND BHISHMA YOGA VASHISHTHA ATTRIBUTED TO HIM
KASHYAP AUTHOR IN RIG VEDA HUSBAND OF CITI ADITI, DANU, KADRU VINATA ETC FATHER TO GODS DEMONS, YAKSHAS NAGAS ETC	GAUTAM SEER IN VEDAS HUSBAND OF ANAYIA ANCESTOR TO KRISHNACHARYA ATTRIBUTED TO LEGENDS OF TRIPRAMBACHIMAR AND GODAVARI RIVER
BHARADWAJ VEDIC SAGE APPEARS IN BOTH RAMAYANA AND MAHABHARATA FATHER OF SAGE GARGA DRONACHARYA GRANDFATHER OF KUBERA (MATERNAL)	VISHWAMITRA KSHATRIYA TURNED RISHI GAVE GAYATRI MANTRA FATHER OF SHAKUNTALA GRAND FATHER OF BHARAT (AFTER WHOM THE COUNTRY IS NAMED)
ANGIRAS AUTHOR IN RIG VEDA FATHER OF BHISHASPATI AND PROGENITOR OF ANGIRAS CLAN, BOTH BHARADWAJ AND GAUTAM ARE ANGIRAS	





ΟΡΟΣΗΜΑ ΣΤΗΝ ΑΚΟΟΛΟΓΙΑ

Α.Βαζαίου¹, Ε.Βαζαίου², Ε.Τζαβάρα², Β.Κοκκίνου², Μ.Καπνισάκη², Ι.Πανκοζίδου², Α.Καρακάση²
1. ΓΝΑ Ιπποκράτειο, Ουρολογική Κλινική 2. ΓΝΠΑ Η Αγία Σοφία, Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική



Η μέτρηση και η διαχείριση των διαταραχών της ακοής ξεκινάει τόσο νωρίς όσο τον 4^ο π.Χ. αιώνα με τον Ιπποκράτη να περιγράφει εκτενέστατα τα αίτια της βαρηκοΐας.

Ορισμένα επιτεύγματα της Ακοολογίας στη σύγχρονη εποχή:

- 1943 ο Cordia Bunch συγγράφει το πρώτο βιβλίο ακοομετρίας
- 1943 ο Carhart χρησιμοποιεί την ομιλητική ακοομετρία για τον έλεγχο απόδοσης των ακουστικών βοηθημάτων
- 1950 ο Helmer Myklebust αναφέρεται στην διαταραχή της ακουστικής αντίληψης στα παιδιά
- 1953 οι Bardeen, Shockley και Brattain ανακαλύπτουν την κρυσταλλολυχνία (τρανζίστορ)
- 1958 ο Jack Kilby δημιουργεί το ενσωματωμένο κύκλωμα για τα ακουστικά βοηθήματα
- 1959 η Marion Downs χορηγεί ακουστικά βαρηκοΐας σε βρέφη
- 1953 η Marion Downs ξεκινά το πρώτο πρόγραμμα ελέγχου ακοής στα βρέφη
- 1957 οι Djourno και Eyries ανακοινώνουν την απευθείας διέγερση του κοχλιακού νεύρου σε κωφούς
- 1964 οι Terkildsen, Thomsen και Metz παρουσιάζουν την «έμμεση ακοομετρία»
- 1968 ο Barry Eiperh αποβάλλεται από την ASHA διότι διέθετε ακουστικά βοηθήματα
- 1971 ο Don Jewett πιστώνεται την πρώτη παρατήρηση της ακουστικής ανταπόκρισης του εγκεφαλικού στελέχους
- 1978 ο David Kemp απέδειξε ότι η ακουστική ενέργεια δημιουργεί απόκριση στον κοχλία που μπορεί να μετρηθεί και να καταγραφεί (Ωτοακουστικές εκπομπές).

Η ιστορία της σύγχρονης ακοολογίας είναι μακρά αλλά εξακολουθεί να είναι μια επιστήμη συνεχώς εξελισσόμενη τόσο στη διερεύνηση της βαρηκοΐας όσο και στην αποκατάσταση της ακοής.



Cordia Bunch



Carhar Raymndi



Don Jewett



Charles Eyries, Azela Djourno



David Kemp



Marion Downs

36^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, ΚΡΗΤΗ

ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΕΜΒΟΩΝ

Ι.Πανκοζίδου, Α.Βαζαίου, Ε.Βαζαίου, Μ.Καπνισάκη, Ε.Τζαβάρα, Β.Κοκκίνου



ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Οι εμβοές αφορούν, την ενοχλητική ακουστική αντίληψη επί απουσίας εξωτερικού ακουστικού ή ηλεκτρικού ερεθίσματος.

ΜΟΝΟ 20% των ασθενών που πάσχουν από εμβοές θα αναζητήσουν ιατρική βοήθεια.

Οι ασθενείς με εμβολές πάσχουν από αϋπνία, κατάθλιψη και υπερακουσία.

Οι εμβοές προκαλούν, άγχος, δυσκολίες στην συγκέντρωση μέχρι και τάσεις αυτοκαταστροφής.

Παρόλο που σε πολλούς τύπους εμβοών η ίαση είναι δύσκολη δεν σημαίνει, ότι δεν υπάρχει καμία θεραπεία ή ότι πρέπει να μάθουν οι ασθενείς να ζουν με το πρόβλημα αυτό.

Είναι σημαντικό για του ασθενείς να ενημερώνονται σωστά για το σύμπτωμά τους, καθώς αυτό μειώνεται σε ένταση τις περισσότερες φορές με την πάροδο του χρόνου ενώ μόνο σε ένα μικρό ποσοστό περιστατικών εμμένει ή και αυξάνει σε ένταση.

ΑΙΤΙΑ ΕΜΒΟΩΝ

Απώλεια Ακοής
Ωτοτοξικότητα
Ωτοσκλήρυνση
Νόσος Menier
Τραυματισμοί Κεφαλής – Τραχήλου
Γενετικοί Παράγοντες
Διαταραχή Αιμάτωσης

ΜΕΘΟΔΟΙ

Ηλεκτρομαγνητικές καταγραφές βοήθησαν στην καλύτερη κατανόηση της νευρικής βάσης των εμβοών.

Απεικόνιση της αναδιοργάνωσης του ακουστικού φλοιού.

Ψυχοακουστικές μετρήσεις για χαρακτηρισμό των εμβοών.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Γνωσιακή θεραπεία
Θεραπεία επανεκπαίδευσης
Ηχοθεραπεία
Αντικαταθλιπτική αγωγή
Διακρανική μαγνητική διέγερση (πειραματικό στάδιο).

ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΣ ΒΑΡΗΚΟΪΑΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΤΟ ΓΗΡΑΣ

Ι.Πανκοζίδου, Α.Βαζαίου, Ε.Βαζαίου, Β.Κοκκίνου, Μ.Καπνισάκη, Ε.Τζαβάρα

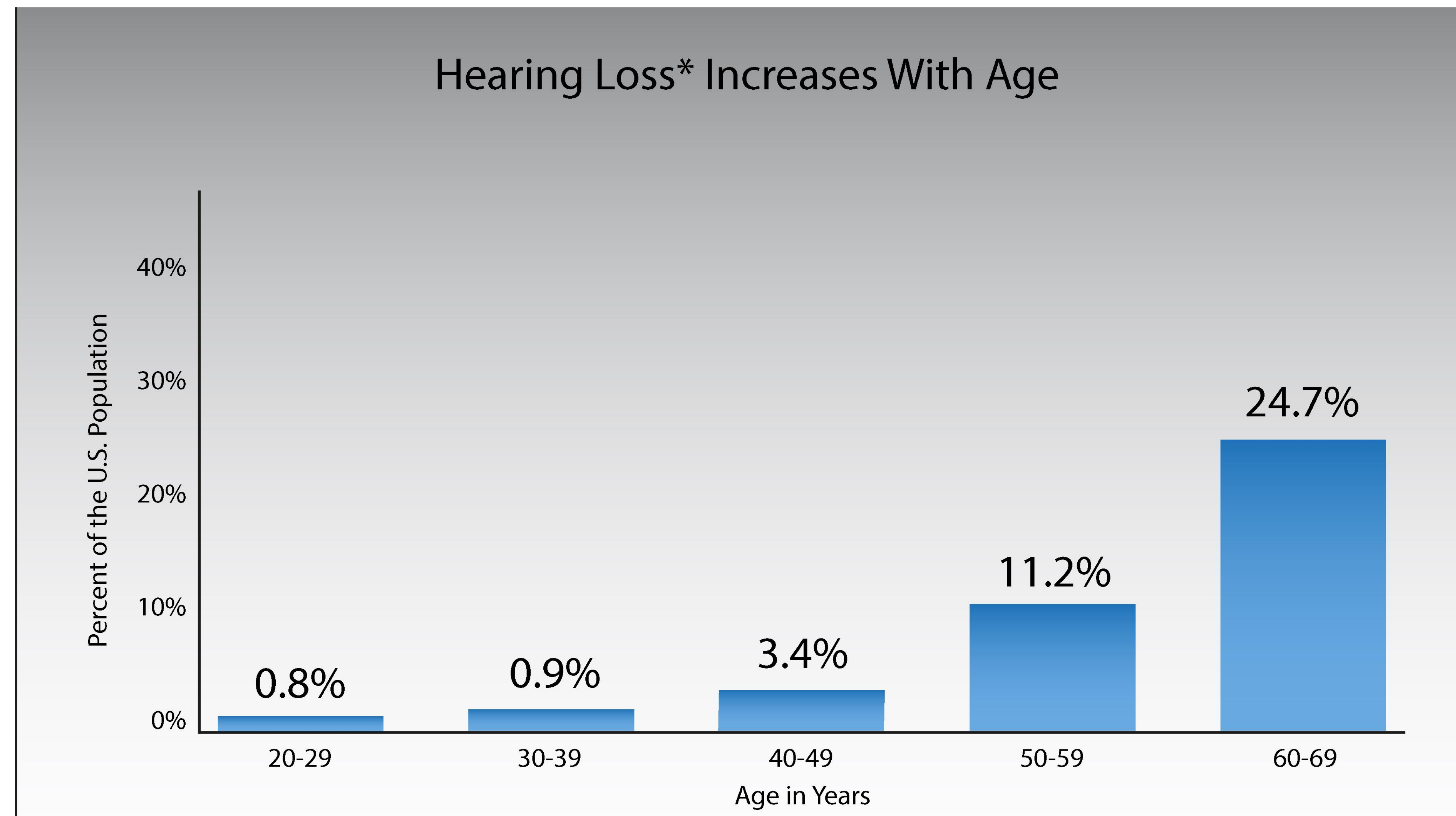


Figure 1. The figure shows the percent of the U.S. population aged 20 to 69 with speech-frequency hearing loss in both ears. From NIH source

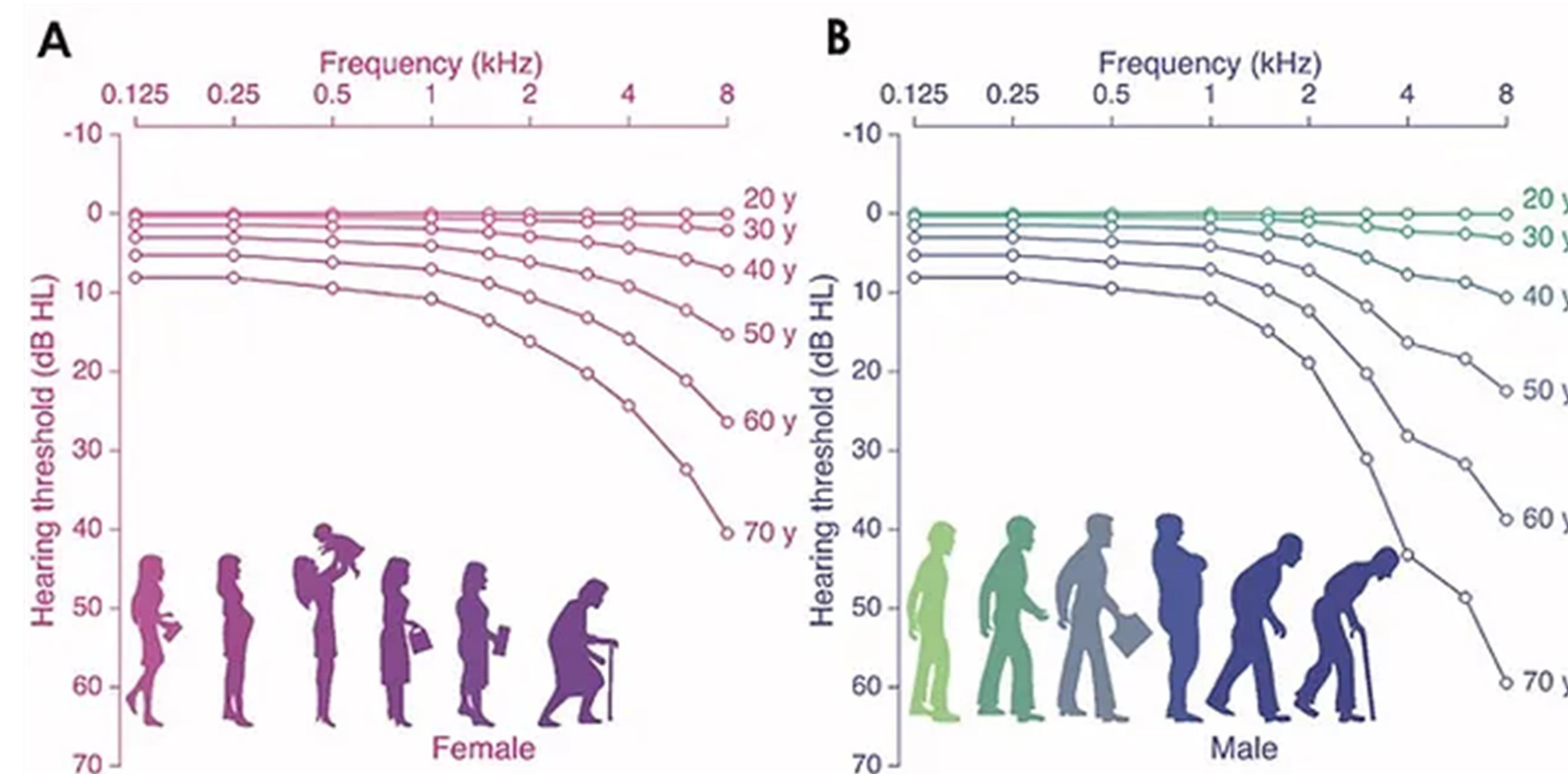


Figure 2. Source Journal of Clinical Medicine, Age-related hearing loss according to ISO

ΟΡΙΣΜΟΣ

Η πρεσβυακουσία είναι η αμφοτερόπλευρη μείωση της ακοής, η οποία εμφανίζεται στις μεγάλες ηλικίας άτομα. Χαρακτηρίζεται από την αδυναμία αντίληψης των υψηλών συχνοτήτων και αποδίδεται στην εκφύλιση του κοχλίου, των ανατομικών στοιχείων του έσω ωτός ή του ακουστικού νεύρου. Σπάνια οδηγεί σε πλήρη απώλεια της ακοής. Προσβάλλει κυρίως άνδρες. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ 30% του παγκόσμιου πληθυσμού άνω των 60 ετών παρουσιάζει νευροαισθητήρια βαρηκοΐα.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗΣ

Περιβαλλοντικοί θόρυβοι
 Ωτοτοξικά φάρμακα
 Καρδιαγγειακές παθήσεις
 Σακχαρώδης διαβήτης
 Κάπνισμα
 Γενετικές μεταλλάξεις
 Λοιμώξεις

ΨΥΧΩΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ

Η πρεσβυακουσία μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη φυσική και ψυχική υγεία των ηλικιωμένων.

Παρατηρούνται αλλαγές συμπεριφοράς καθώς και απόκλιση συμμετοχής από κοινωνικές συναναστροφές που μπορεί να οδηγήσουν σε κοινωνικό αποκλεισμό, κατάθλιψη και αίσθημα κατωτερότητας.

ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Έλεγχος των δυσλιπιδαιμικών διαταραχών και της αρτηριοσκλήρυνσης

Αποφυγή μειωμένων επιπέδων βιταμίνης D, σιδήρου και ψευδαργύρου καθώς αποτελούν βασικά θρεπτικά συστατικά του έσω ούς.

Η σωματική άσκηση καθώς και η εναλλακτική ιατρική βοηθούν στην καθυστέρηση εμφάνισης της πρεσβυακουσίας.

Η έλλειψη οιστρογόνων στους άνδρες μπορεί να θεωρηθεί ως αίτιο ανομοιογένειας ύπαρξης πρεσβυακουσίας στα δύο φύλα.

Η μέριμνα για την προσπάθεια επιβράδυνσης εμφάνισης της πρεσβυακουσίας πρέπει να επιτευχθεί σε πρώιμα στάδια της νόσου.

Τα ακουστικά βαρηκοΐας και τα κοχλιακά εμφυτεύματα βοηθούν στη αποκατάσταση της βαρηκοΐας, όταν αυτή έχει πλέον εγκατασταθεί.



ΣΥΝΤΟΜΗ ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΑΚΡΑΤΕΙΑΣ ΟΥΡΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΗΣ

Α.Βαζαίου¹, Ε.Βαζαίου², Α.Πλουμίδου²

¹ΓΝΑ Ιπποκράτειο, Ουρολογική κλινική, ²ΓΝΠΑ Α&Π Κυριακού, Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική



Οι αρχαίες αναφορές στην ακράτεια ούρων είναι σπάνιες και αφορούν συνήθως συρίγγια της παιδικής ηλικίας ή ακράτεια από υπερπλήρωση. Αργότερα εστιάζονταν στις επιπλοκές μετά από λιθοτομή. Χειρουργικές τεχνικές για την αντιμετώπιση της νόσου αναπτύχθηκαν το 19^ο αιώνα.

Βιβλιογραφικές αναφορές αναφορικά με την ακράτεια ούρων.

-2^η χιλιετία π.Χ. στον πάπυρο του Smith αναφέρεται ακράτεια ούρων μετά από τραυματισμό στη σπονδυλική στήλη και στον πάπυρο του Ebers περιγράφεται θεραπεία για την ανακούφιση από την ακράτεια

-2050 π.Χ. στη μούμια Henhenit αναγνωρίστηκε κολποκυστικό συρίγγιο πιθανότατα από τραύμα καθώς συνοδεύονταν από σχίσσιμο του περινέου

-ο Κέλσιος περιέγραψε την ευρεία τομή για λιθοτομή για περιορισμό της δημιουργίας συριγγίου

-ο Γαληνός θέτει τη διαφοροδιάγνωση μεταξύ παράλυσης της ουροδόχου κύστης και υπερκυστικής παρεμπόδισης από λίθο

-ο Αμβρόσιος Παρέ σχεδίασε ουροδοχείο για ασθενείς με ακράτεια

-ο Βίλχελμ Χιλντανους σχεδίασε το δικό του φορητό ουροσυλλέκτη

-το 18^ο -19^ο αιώνα χρησιμοποιούνταν εργοταμίνη, όπιο, ατροπίνη καθώς και κρύα και αρωματικά λουτρά, κολπικές πλύσεις κ.α. για τη θεραπεία της ακράτειας ούρων

-το 1762 ο Ντίκσον χρησιμοποιούσε έμπλαστρα

-το 1826 ο Μπράουν χρησιμοποιούσε αυτοσυγκρατούμενες συσκευές στην ουρήθρα ενώ νωρίτερα χρησιμοποιούνταν κολπικοί πεσσοί

-το 1903 ο Κάθελιν χρησιμοποιούσε φυσιολογικό ορό ή κοκαΐνη και αργότερα επισκληρίδιες ενέσεις στην περιοχή του ιερού οστού για διάφορους τύπους ακράτειας

-το 1890 ο Ούλτζμανν χρησιμοποιούσε ηλεκτροθεραπεία για τη νευρογενή κύστη

-το ίδιο ο Τσούκερκαντλ το 1898

-το 19^ο αιώνα οι Νέγκελ, Ντίφενμπαχ, Σίμς, Σίμον και Τρεντέλενμπουργκ ασχολήθηκαν εκτενέστατα με τα κυστεοουρηθρικά συρίγγια

-με τη χειρουργική θεραπεία της ακράτειας από στρες ασχολήθηκαν οι Φράνκ, Μπάρντενχερ, Φίνκελ, Πάουλικ

-ο Μάρσαλ εισήγαγε την κυστεοουρηθροπηξία και την κολποανάρτηση

-ενέσεις παραφίνης περιουρηθρικά πρωτοδιενεργήθηκαν από τον Γκερσούνι

Ο Μπέρι τοποθετεί το πρώτο εμφυτεύσιμο εξάρτημα

Ο Σκότ σχεδιάζει και εμφυτεύει τον «σφιγκτήρα Scott»

Από την απλή περιγραφή συμπτωμάτων της ακράτειας των ούρων μέχρι την ανάπτυξη σύνθετων χειρουργικών τεχνικών, το σύνθετο αυτό πρόβλημα παραμένει μια πρόκληση για τον ασθενή και τον ιατρό.



ΣΥΝΤΟΜΗ ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΑΚΡΑΤΕΙΑΣ ΟΥΡΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΗΣ

Α.Βαζαίου¹, Ε.Βαζαίου², Α.Πλουμίδου²

¹ΓΝΑ Ιπποκράτειο, Ουρολογική κλινική, ²ΓΝΠΑ Α&Π Κυριακού, Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική



ΓΑΛΗΝΟΣ



Wilhelm Hildanus



Ambros Pare



F. Brantley Scott



Ουροδόχιο από γυαλί του Fabricius Hildanus



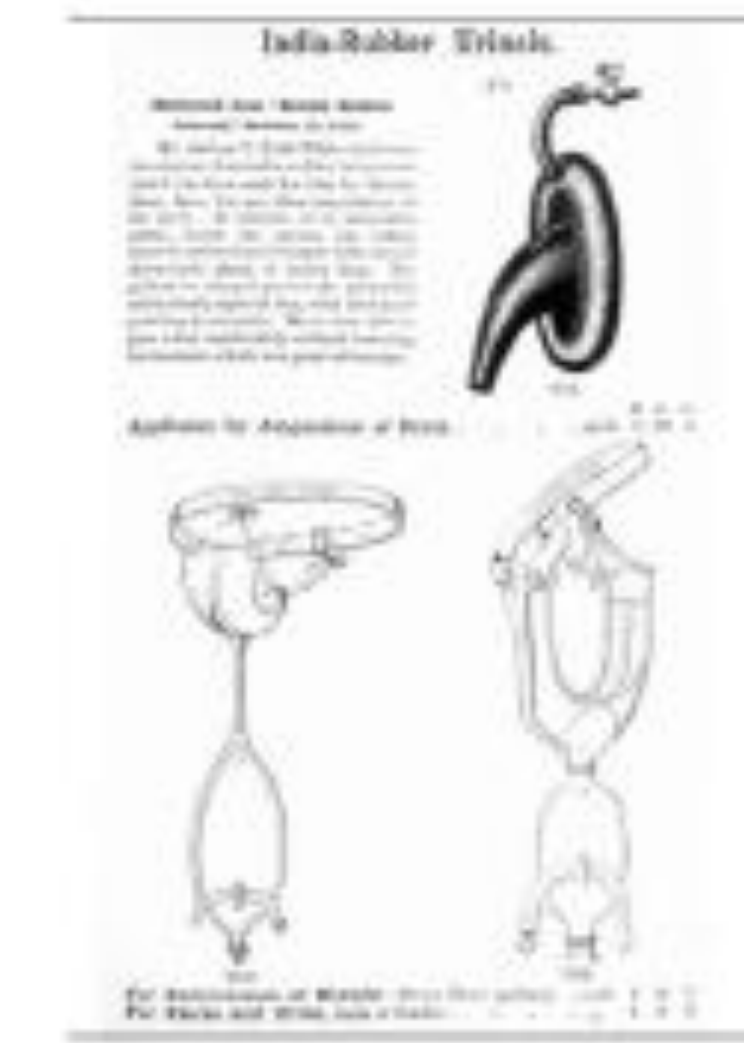
Το γυνητικό-ουροποιητικό σύστημα κατά τον Leonardo da Vinci



Ουροδόχιο από γυαλί του Fabricius Hildanus



Prototypes of the injector of Fernand Gauthier



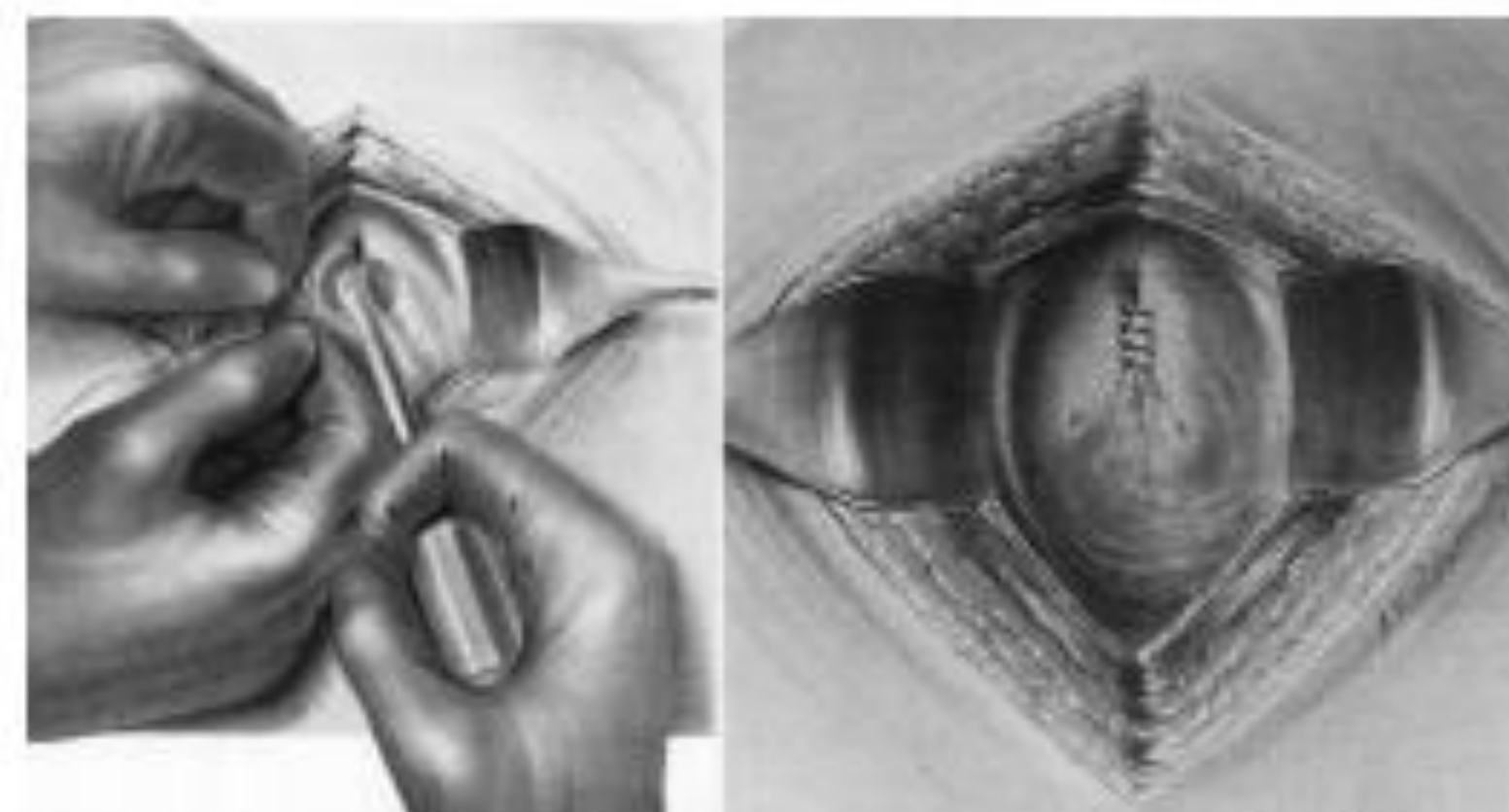
articles from the catalogue of Davis Bros., London (1906)



Indeflexible catheter for external compression of



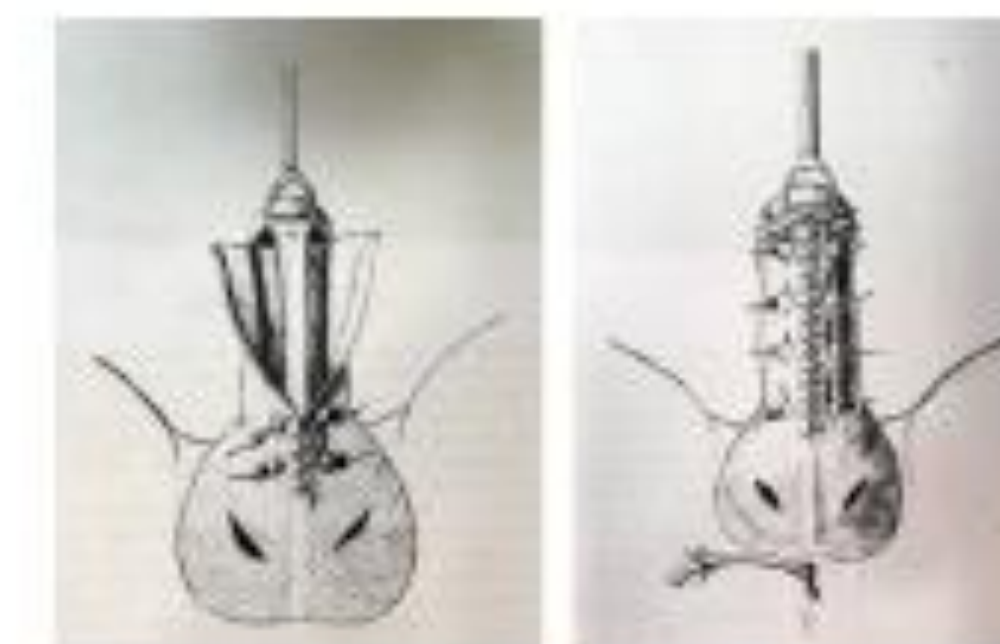
below the level of the vesicourethral fistula according to Gustav Niess (1862)



Transvesical approach, denudation of the trigone and deep sutures of the bladder wall (a) for fixation of the lateral bladder (b) in male patients with postoperative urinary incontinence according to Hugh H. Young (1907 and 1914)



Retractable gynoides muscle-fistula suture according to Madar Skarvel (1917)



Εκτροπή της ουρήθρας κατά Browne



Πλαστική ουρήθρας με χρήση δέρματος άσχου



Συσκευή για την κατασκευή καθετήρων



ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ LADA ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Σ. Ψαχνά, Δ. Λιλής, Α. Πολυμέρης, Μ. Δράκου, Σ. Πέγκα, Δ. Ιωαννίδης
Τμήμα Ενδοκρινολογίας- Μεταβολισμού και Σακχαρώδη Διαβήτη Γ.Ν.Α “Σισμανόγλειο -Αμαλία Φλέμινγκ”

Εισαγωγή:

- Άτομα νεαρής ηλικίας (30-50 ετών), συνήθως λεπτόσωμα, χωρίς κληρονομικό ιστορικό Σακχαρώδους Διαβήτη (ΣΔ), παρουσιάζουν αρχικά ήπια υπεργλυκαιμία, που όμως επιδεινώνεται σταδιακά (3-5 έτη από τη διάγνωση) και καθίσταται αναγκαία η ινσουλινοθεραπεία. Παρουσιάζουν θετικά, συνήθως anti-GAD65 αυτοαντισώματα και αποδεικνύεται ότι πρόκειται για αυτοάνοσο ΣΔ τύπου LADA (Latent Autoimmune Diabetes in Adults).
- Περίπου 2-12% των ασθενών με αρχική διάγνωση ΣΔ2 έχουν τελικά ΣΔ τύπου LADA, η διάκριση του οποίου από τον τύπο 2 είναι σημαντική για την θεραπευτική προσέγγιση και την εξέλιξή του.

Παρουσίαση περιστατικού:

Αιτία προσέλευσης: **Απορρύθμιση σακχαρώδους διαβήτη από μηνός.**

Στοιχεία ασθενούς:

- ♀ 71 ετών, νορμοβαρής με φυσιολογική κατανομή του λίπους (**B:58kg, Y:1,60cm**)
- **Ιστορικό:** Θυρ/δα Hashimoto, δυσλιπιδαιμία, οστεοπόρωση υπό αγωγή με T4 100μg, fb simvastatin 20mg, inj denosumab.
- Σε εμμηνόπαυση από την ηλικία των 52 ετών.

Πορεία νόσου:

Η ασθενής πρώτη φορά παρουσίασε παθολογική γλυκόζη νηστείας (IFG) προ 7ετίας, η οποία μετά 4 χρόνια εξελίχθηκε σε ΣΔ τύπου 2 (2 ώρες μετά λήψη 75 γρ γλυκόζης: Σάκχαρο 323mg/dl και ινσουλίνη 52,3 μIU/ml). Χορηγήθηκε μετορμίνη αλλά λόγω μη επίτευξης ευγλυκαιμίας, προσετέθη αναστολέας του ενζύμου διπεπτιδυλ-πεπτιδάση-4 με αποτέλεσμα ρύθμιση της σακχαραιμίας της, η οποία διήρκεσε την επόμενη διαίτα (HbA1c 6,5%).

Μετά από αναφερόμενη απώλεια 15 κιλών το τελευταίο έτος και πρόσφατη λοίμωξη με covid-19 η ασθενής εμφάνισε έντονη απορρύθμιση (HbA1c 9,5%) παρά την προσθήκη σουλφονουρίας. Με τα δεδομένα αυτά υπεβλήθη στον παρακάτω έλεγχο (Πίνακας). Το υπερηχογράφημα άνω κοιλίας έδειξε ήπια λιπώδη διήθηση του ήπατος (grade I)

Γλυκόζη	306mg/dl	Ουρία	32mg/dl
Ινσουλίνη	3,1μIU/ml	Κρεατινίνη	0,94mg/dl
C- Πεπτίδιο	1,29ng/ml	anti-GAD65	17,2U/ml (+)
HbA1c	9,6%	Αντισώματα έναντι ινσουλίνης	0,35 U/ml (-)

Πίνακας



•Με δεδομένα τα θετικά anti-GAD65, την σχετική ινσουλινοπενία και την κλινική πορεία της ασθενούς τέθηκε η διάγνωση διαβήτη τύπου LADA, διεκόπη η αγωγή της και χορηγήθηκε ινσουλινοθεραπεία με αποτέλεσμα ρύθμιση της σακχαραιμίας της.

Συζήτηση-Συμπέρασμα:

- Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου LADA δεν είναι ασυνήθης σε διαβητικούς ηλικίας άνω των 30-35 χρόνων, όμως είναι σπάνιος σε άτομα της τρίτης ηλικίας
- Επίσης ιδιαιτέρως σπάνια φαίνεται να είναι και η μακρά περίοδος του μήνα του μέλιτος που προηγείται της ινσουλινοθεραπείας όπως συνέβη στην ασθενή μας.
- Από την προσοχή σε μας διεθνή βιβλιογραφία, κανένα από τα ελάχιστα περιστατικά LADA στην τρίτη ηλικία δεν παρουσίασε αντίστοιχη πορεία .

Βιβλιογραφία

- 1.Figueiredo B et al.Late diagnosis of latent adult autoimmune diabetes (LADA) in an elderly patient with persistent episodes of hypoglycemia: case report. *Research, Society and Development, [S. l.], v. 10, n. 11, p. e483101120041, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i11.20041.*
2. Costa JR et al. A Case of Late Diagnosis of Latent Autoimmune Diabetes in Adults. *Cureus. 2022 Feb 2;14(2):e21826. doi: 10.7759/cureus.21826. PMID: 35282513; PMCID: PMC8904035.*
3. Keun Young Kim, Raveena Manem, Chenyu Sun, Faisal Qureshi, An Atypical Case of Latent Autoimmune Diabetes of Adults, *Journal of the Endocrine Society, Volume 5, Issue Supplement_1, April-May 2021, Page A366*



ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ ΑΠΟ DATURA STRAMONIUM

Ε. Νικητίδου, Π. Τσιφτσή, Ι. Κουραβάνας, Ν. Οσμάν, Α. Μήτρογλου, Μ. Μεμέτ, Λ. Μπόργκη
Σ. Ντούρτσιου

ΤΕΠ Γ.Ν.ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ



ΣΚΟΠΟΣ Είναι η παρουσίαση περιστατικού το οποίο διακομίσθηκε στο ΤΕΠ μετά από κατανάλωση αυτοφυούς αγριόχορτου

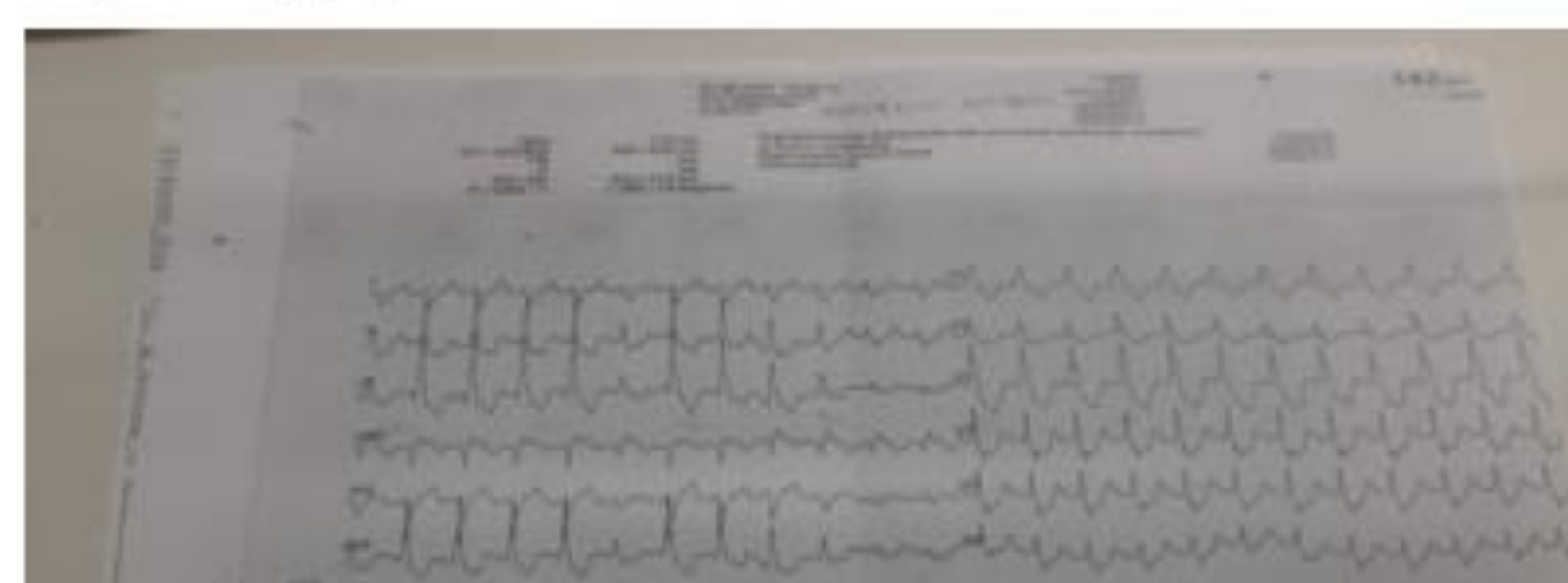
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Έγινε η καταγραφή της ηλικίας του ασθενούς, του ιστορικού, της κλινικής συμπτωματολογίας, του ΗΚΓ, της ΕCHO Καρδιάς, των εργαστηριακών εξετάσεων

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ασθενής **άρρεν 40 ετών** διακομίζεται στο ΤΕΠ λόγω ναυτίας και πολλαπλών εμέτων. Παρουσιάζει επίσης διαταραχή επιπέδου συνείδησης με οπτικές ψευδαισθήσεις. Από το Ατομικό Ιστορικό αναφέρεται χρήση ψυχοτρόπων φαρμάκων (κοκαΐνης). Από την κλινική εξέταση ο ασθενής είναι απύρετος με ΑΠ 130/80, **συγχυτικός με οπτικές ψευδαισθήσεις** (αναφέρει ότι βλέπει τους παρόντες ανάποδα και σε συνεχή κίνηση). Στο ΗΚΓ καταγράφονται 170 σφύξεις και κολποκοιλιακός αποκλεισμός Mobitz II 2:1. Μετά από λήψη λεπτομερέστερου ιστορικού, οι οικείοι προσκόμισαν στο ΤΕΠ τα βρασμένα χόρτα που κατανάλωσε ο ασθενής 4 ώρες πριν την άφιξη στο ΤΕΠ. Μετά την εξέταση του χόρτου διαπιστώθηκε ότι πρόκειται για Στραμώνιο (*Datura stramonium*) ή αλλιώς Διαβολόχορτο

Πρόκειται για αυτοφυές, μονοετές ποώδες φυτό της οικογένειας των Στριχνοειδών (*Solanaceae*), το οποίο φύεται συνήθως σε ακαλλιέργητους αγρούς με βλαστό ροδοιώδη ή πράσινο με μεγάλα σκουροπράσινα φύλλα. Μπορεί να φτάσει σε ύψος έως τα 2 μέτρα, τα άνθη του είναι λευκά σε σχήμα τρομπέτας, ενώ ο καρπός του είναι κάψα σε μέγεθος μεγάλου καρυδιού με πολλά ισχυρά αγκάθια. Είναι φυτό δηλητηριώδες πλούσιο σε ατροπίνη και σκοπαλαμίνη (μουςκαρινικοί ανταγωνιστές). Σε μεγάλες δόσεις μπορεί να είναι παραισθησιογόνο ενώ σε πολύ μεγάλες δόσεις μπορεί να προκαλέσει και θάνατο.

Στη συνέχεια ο ασθενής εισάγεται στην **Καρδιολογική** Κλινική για περαιτέρω παρακολούθηση και αντιμετώπιση. Στο ΗΚΓ καταγράφηκε επεισόδια παροξυσμικής ταχυκαρδίας με ευρέα QRS συμπλέγματα (ταχύς κολποκοιλιακός πτερυγισμός με αλλοδρομία) με εναλλαγή σε βραδυκολπικό πτερυγισμό 30-40 bpm. Καταγράφηκε επίσης αύξηση τροπονίνης (μέχρι 156 pg/ml) και της ουρίας και κρεατινίνης με ανουρία. Τα συμπτώματα υποχώρησαν μετά την 4 η ημέρα νοσηλείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η λήψη λεπτομερούς ιστορικού είναι απαραίτητη για την σωστή διάγνωση και αντιμετώπιση του εκάστοτε περιστατικού.



ΗΜΕΡΑ	1/06/20	2/06/20	3/06/20	04/06/20	05/06/20	06/06/20	07/06/20	08/06/20	09/06/20	10/06/20
ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑ	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
ΒΡΑΔΥΚΑΡΔΙΑ	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
ΑΡΤΗΡΙΑΚΟ ΠΡΟΣΤΡΩΜΑ	130/80	130/80	130/80	130/80	130/80	130/80	130/80	130/80	130/80	130/80
ΚΡΕΑΤΙΝΙΝΗ	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8
ΤΡΟΠΟΝΙΝΗ	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
ΟΥΡΙΑ	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
ΑΝΟΥΡΙΑ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΥΝΕΙΔΗΣΗΣ	Επείγει	Επείγει	Επείγει	Επείγει	Επείγει	Επείγει	Επείγει	Επείγει	Επείγει	Επείγει
ΕΠΙΠΕΔΟ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ	Διαβολόχορτο	Διαβολόχορτο	Διαβολόχορτο	Διαβολόχορτο	Διαβολόχορτο	Διαβολόχορτο	Διαβολόχορτο	Διαβολόχορτο	Διαβολόχορτο	Διαβολόχορτο

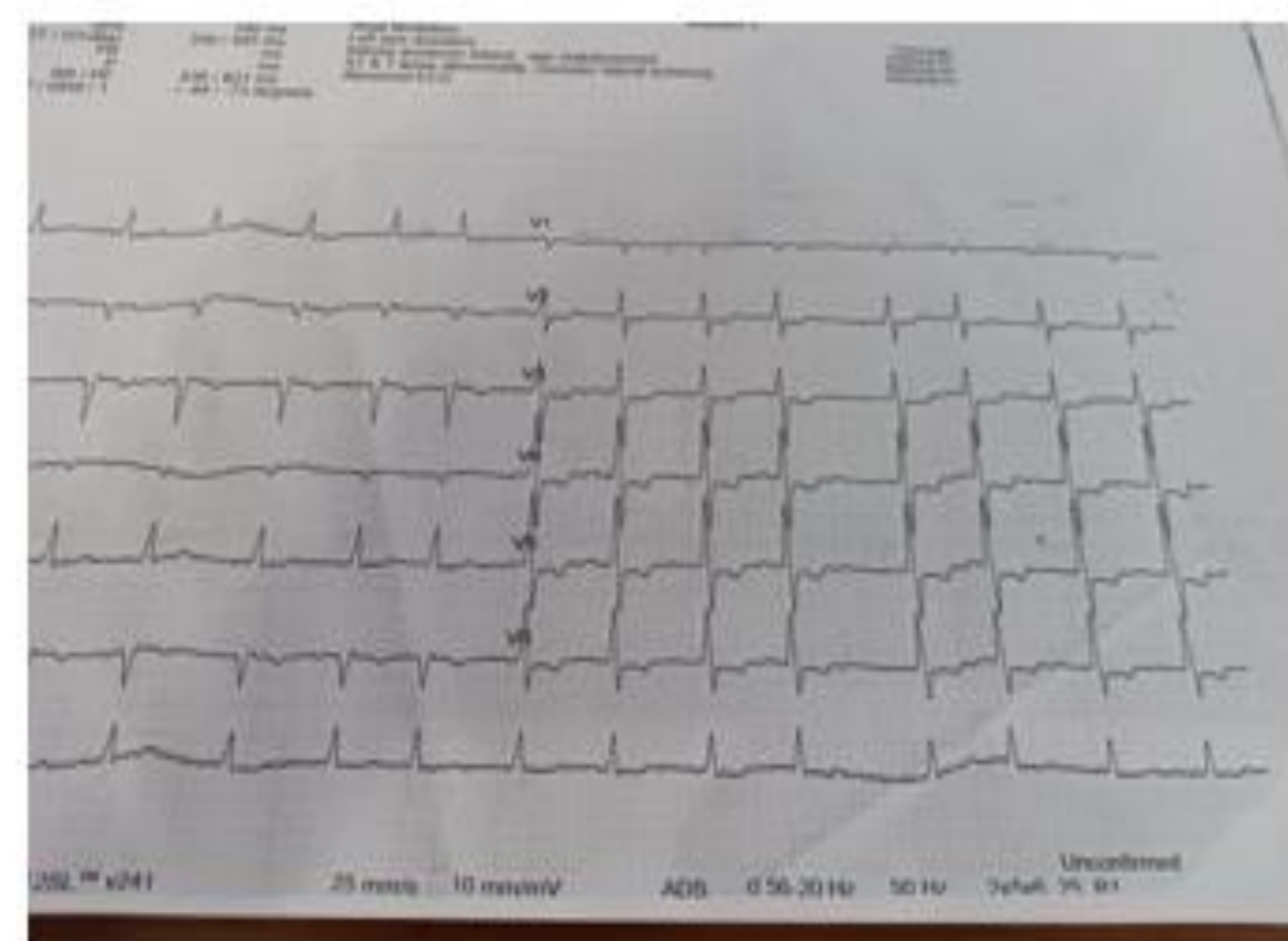




ΕΝΑ ΠΕΡΙΕΡΓΟ ΣΥΓΚΟΠΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Ε. Νικητίδου, Π. Τσιφτσή, Μ. Τσερεκτσίδου, Ι. Κουραβάνας, Σ. Γκασίλ, Δ. Μαδεμίδης, Λ. Μπόργκη, Π. Μπαμπαγεωργάκας

ΤΕΠ, ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ - Γ.Ν. ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ



ΣΚΟΠΟΣ: Καταγραφή περιστατικού το οποίο προσήλθε στο ΤΕΠ μετά από επεισόδιο απώλειας συνείδησης.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ - Εγινε η καταγραφή της ηλικίας του ιατρικού ατομικού ιστορικού, του ΗΚΓ, της φαρμακευτική αγωγής, της καρδιολογικής και νευρολογικής εξέτασης του echo καρδιάς του Ε/Ε και του απεικονιστικού ελεγχου: Rx θώρακος, CT εγκεφάλου και θωρακος με έγχυση σκιαγραφικού

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Άρρεν ετών 75 με ιστορικό ΣΝ (παλαιό OEM) ΚΜ υπό φαρμακευτική αγωγή με Dabigatran, μετρίου βαθμού στένωση Αορτικής βαλβίδας και ΣΔΤ2 υπό φαρμακευτική αγωγή με δισκία.

Από την κλινική Εξέταση τα ζωτικά σημεία είναι εντός φυσιολογικών. Στο ΗΚΓ καταγράφηκε ΚΜ ενώ στον ECHO καρδιάς διαπιστώθηκε EF 45%, Περικάρδιο ελεύθερο, και Μετρίου βαθμού στένωση Αορτικής βαλβίδας. Η Νευρολογική εξέταση δεν ανέδειξε εστιακή νευρολογική σημειολογία.

Από τον **Ε/Ε:** η Τροπονίνη είναι αυξημένη 129 pg/ml και ακολουθεί αυξητική πορεία 376 pg/ml στις επόμενες 3 ώρες, με νεφρική λειτουργία φυσιολογική. D-dimers 750 mg/ml

Ακολούθησε Απεικονιστικός έλεγχος με CT Εγκεφάλου και Θώρακος

Η CT εγκεφάλου δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα ενώ στην CT θώρακος απεικονίζεται αγγειακός σχηματισμός **διαστάσεων 5,7Χ5,2 cm** με εστιακές επασβεστώσεις των τοιχωμάτων στη ρίζα της αορτής δεξιά πριν τη χορήγηση σκιαγραφικής ουσίας. Μετά τη χορήγηση σκιαγραφικού παρατηρήθηκε παρουσία μερικής σκιαγράφισης αυλού με ενδοτοιχωματικό θρόμβο. Ο ανώτερος σχηματισμός επικοινωνεί με τη Δεξιά Στεφανιαία Αρτηρία και συνηγορεί υπέρ Ανευρύσματος αυτής. Δεν παρατηρήθηκε εικόνα διαχωρισμού ή ρήξης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Όπως προκύπτει από την περιγραφή του περιστατικού, ένα συγκοπτικό επεισόδιο δεν είναι πάντα ένα απλό περιστατικό και χρειάζεται τη συνεργασία πολλών ειδικοτήτων.



Ο ασθενής διακομίσθηκε σε ΚΘΧ κέντρο και υποβλήθηκε σε αφαίρεση του ανευρύσματος με επιτυχία



ΜΗΝΙΓΓΟΕΓΚΕΦΑΛΙΤΙΔΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΛΟΙΜΩΞΗ COVID-19

Π. Τσιφτσή, Ε. Νικητίδου, Τ. Δαλματζή, Μ. Τσερεκτσίδου, Γ. Χιλμή, Γ. Καρακάσης, Ον. Μεμέτ, Σ. Χουσεΐν

Γ.Ν.ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ-ΤΕΠ-ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ-ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση περιστατικού με μηνιγγοεγκεφαλίτιδα μετά από λοίμωξη SARS-CoV-2

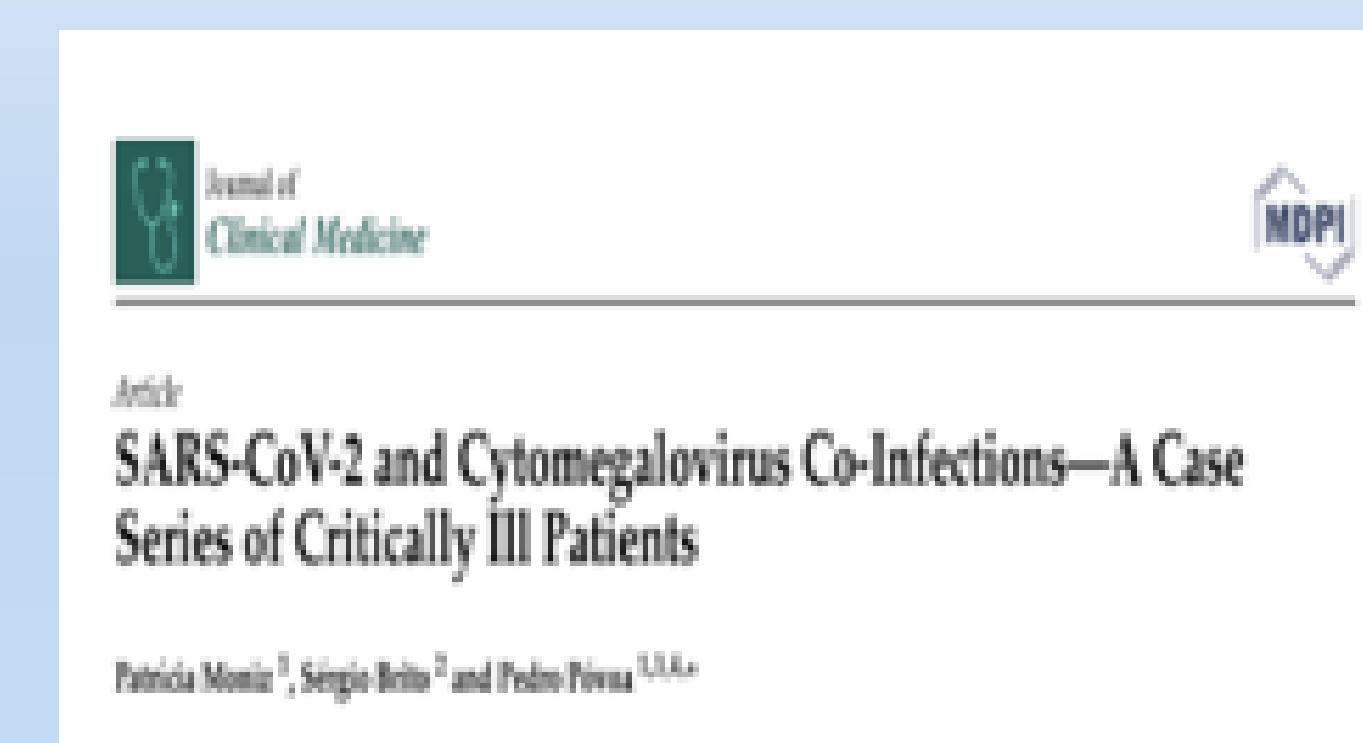
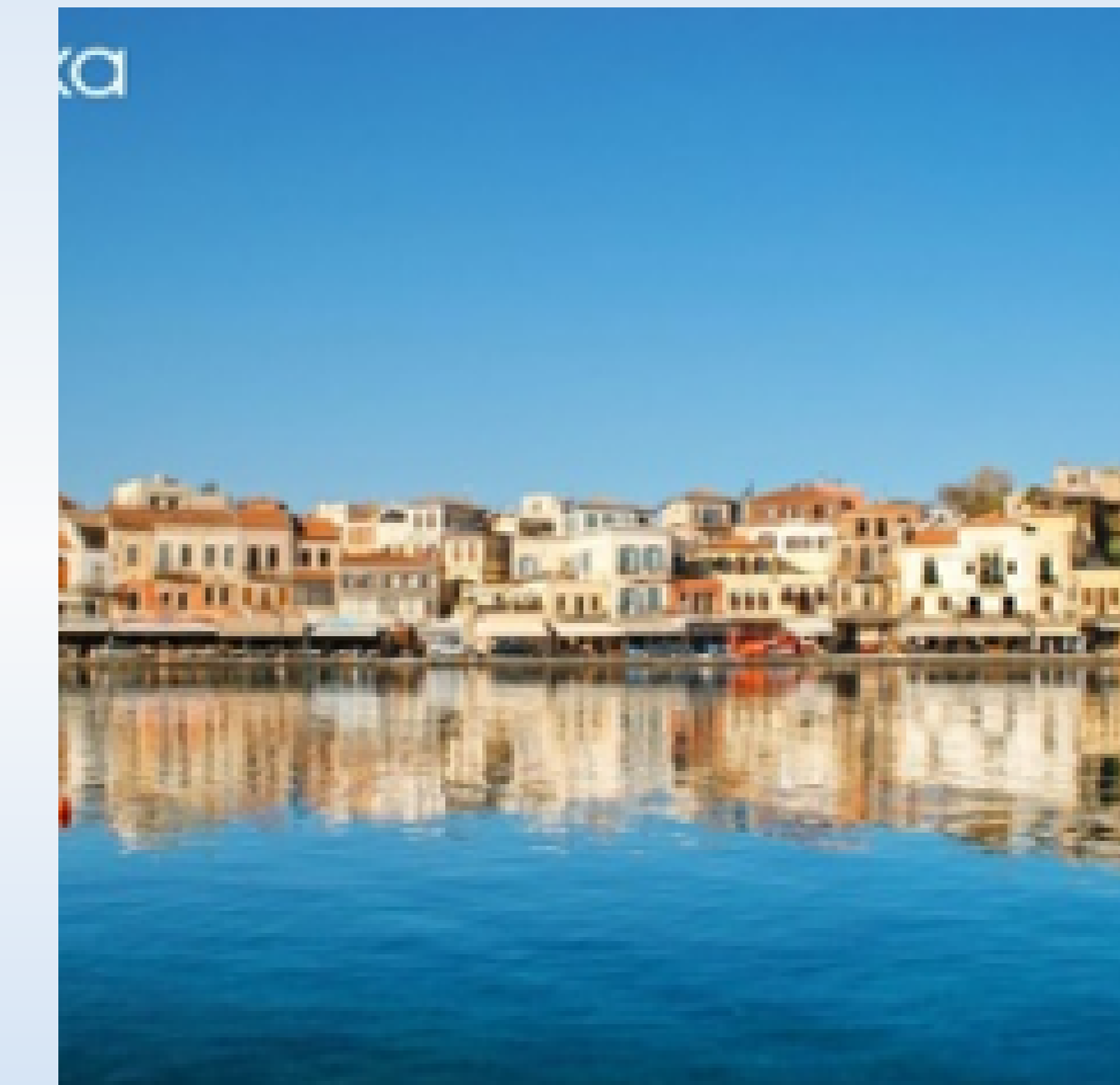
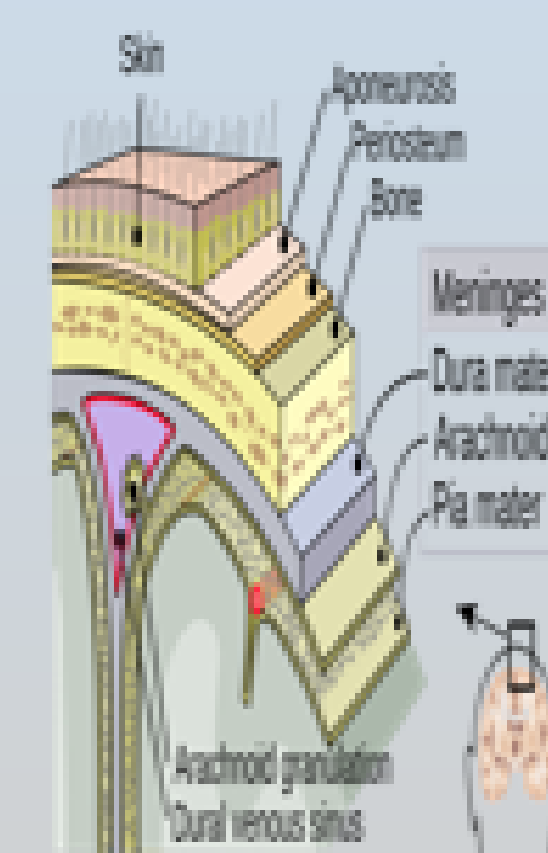
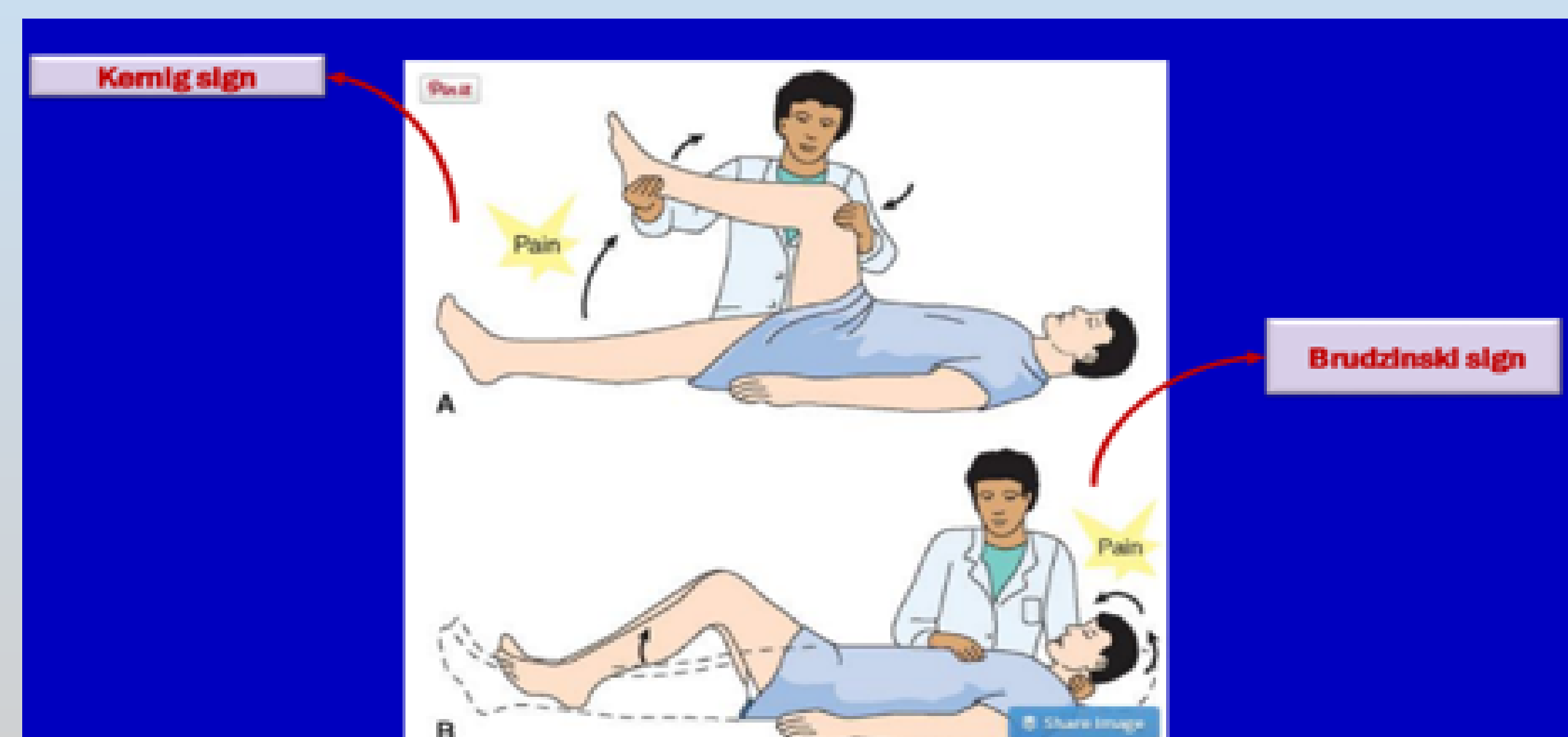
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Η καταγραφή ασθενούς, του ιστορικού, της Α.Π., του ΗΚΓ, η μέτρηση ζωτικών σημείων, ο Ε/Ε, η CT εγκεφάλου, η διενέργεια Νευρολογικής εξέτασης και ΟΝΠ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Ασθενής άρρεν, 65 ετών προσέρχεται στο ΤΕΠ του Νοσοκομείου αναφέροντας ρίγος, πυρετό (έως 39 °C) και κεφαλαλγία από 3ημέρου περίπου. Από το ατομικό ιστορικό αναφέρονται ΑΥ, ΚΜ, ΙΑΕΕ προ 2ετίας περίπου. Αναφέρεται επίσης πρόσφατη νόσηση από COVID-19 προ 20ημέρου περίπου, με ήπια συμπτωματολογία. Από την Κλινική Εξέταση παρατηρήθηκε πυρετική κίνηση (38,7 °C), ΑΠ, SPO2 και σφύξεις εντός φυσιολογικών ορίων. Από την εξέταση των πνευμόνων, της καρδιάς και της κοιλιάς επίσης δεν προέκυψαν παθολογικά ευρήματα. Στον Ε/Ε σημειώθηκε ήπια Υπονατριαιμία (Na 129 pg/ml)

Κατά τη Νευρολογική Εξέταση διαπιστώθηκε ήπια αριστερή ημιπάρεση (η οποία αναφέρεται ως υπολειμματική σημειολογία από το παλαιό ΙΑΕΕ), Αυχενική δυσκαμψία και θετικό σημείο Kerning, ευρήματα τα οποία θέτουν την υπόνοια για λοίμωξη ΚΝΣ. Για το λόγο αυτό διενεργείται CT Εγκεφάλου: χωρίς παθολογικά ευρήματα και στη συνέχεια διενεργείται ΟΝΠ. Από την εξέταση του ΕΝΥ προέκυψαν: Glu 69 mg/dl, t- Prot 53mg/dl και WBC 35/cm³ με 95% λεμφοκύτταρα όποτε και επιβεβαιώνεται η διάγνωση της Μηνιγγοεγκεφαλίτιδας. Εισήχθη στην Παθολογική Κλινική και έλαβε 10ήμερη εμπειρική αγωγή με Κεφτριαξόνη και Ακυκλοβίρη.

Ο έλεγχος του ΕΝΥ με PCR για EBV, TB, ΗVSI και ΙΙ ήταν αρνητικός ενώ ήταν θετικός για τον CMV. Μετά την διάγνωση έλαβε αγωγή με Γκανσικλοβίρη για 21 ημέρες. Τα συμπτώματα υποχώρησαν και ο ασθενής πήρε εξιτήριο την 26^η ημέρα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Η λοίμωξη του ΚΝΣ από CMV θα πρέπει να μπαίνει στη Δ/Δ για τους ασθενείς με συμπτώματα λοίμωξης ΚΝΣ και νοσούν από COVID-19, ακόμη και όταν τα συμπτώματά τους είναι ήπια καθώς ο ιός του COVID-19 προδιαθέτει πολλούς ασθενείς για ευκαιριακές λοιμώξεις.



ΠΙΝΑΚΑΣ 1.

ΙΟΙ ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΠΡΟΚΑΛΕΣΟΥΝ ΙΟΓΕΝΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΤΙΔΑ

Ερπητοϊοί
HSV1 (ιός απλού έρπητα τύπου 1 - επιχείλιος έρπης)
HSV2 (ιός απλού έρπητα τύπου 2 - έρπης γεννητικών οργάνων)
VZV (HHV3 - ιός ανεμευλογιάς / έρπητα ζωστήρα)
EBV (HHV4 - ιός Epstein-Barr)
CMV (HHV5 - Καταρομεγαλοϊός)
HHV6 (Αιφνίδιο εξάνθημα, χρόνια κόπωση)
HHV7 (Αιφνίδιο εξάνθημα, αναπνευστικό σύνδρομο κ.ά.)
Εντεροϊοί
Coxsackie
ECHO virus
Άλλοι ιοί
Ιός Παράς, Ερπητός, Παρωτίτιδας
Αδενοϊοί, Ροταϊοί
Ιός της γρίπης
HIV (ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας)
Ιός της λύσσας
Αρμποϊοί: Ιός του Δυτικού Νείλου, Ιός Zika κ.ά.



ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΜΕ ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΟ ΕΞΑΝΘΗΜΑ

Ε. Νικητίδου, Π. Τσιφτσή, Τ. Δαλματζή, Α. Τερζή, Σ. Μολλά, Π. Ζηνάπη, Γ. Ζάρας,

Α. Χηράκη, Μ. Τσικνίδης

ΤΕΠ Γ.Ν. ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ



ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσίαση περιστατικού το οποίο προσήλθε στο ΤΕΠ αναφέροντας θωρακική δυσφορία και αδυναμία άνω άκρων με γενικευμένο δερματικό εξάνθημα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Έγινε η καταγραφή του ιστορικού ασθενούς, η περιγραφή της κλινικής εικόνας, του ΗΚΓ, του εργαστηριακού ελέγχου, της echo καρδίας, της αξονικής τομογραφίας θώρακος, της νευρολογικής και καρδιολογικής εξέτασης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Ασθενής άρρεν 62 ετών προσέρχεται στο ΤΕΠ λόγω **θωρακικής δυσφορίας** και **μυϊκής αδυναμίας άνω άκρων**. Το Ατομικό Ιστορικό του ασθενή αναφέρεται ελεύθερο εκτός από το ό,τι τον τελευταίο μήνα λαμβάνει αγωγή για αλλεργικό δερματικό εξάνθημα. Από την κλινική εξέταση ο ασθενής είναι απύρετος ζωτικά σημεία εντός φυσιολογικών ορίων. ΗΚΓ: SR 95 bpm.

Από τον **Ε/Ε** παρατηρήθηκαν υψηλές τιμές **τροπονίνης** και ως πιθανό στεφανιαίο σύνδρομο, εισήχθη στην Καρδιολογική Κλινική για περαιτέρω παρακολούθηση και αντιμετώπιση. Κατά την παραμονή του στην **Καρδιολογική** κλινική, ο ασθενής συνεχίζει να αναφέρει τα συμπτώματα μυϊκής αδυναμίας αλλά και μυαλγίες άνω και κάτω άκρων, ενώ από τον εργαστηριακό έλεγχο καταγράφονται υψηλές τιμές CPK (2714 U/L), δυσανάλογες της υπόλοιπης ενζυμικής αύξησης. Εξετάζοντας λεπτομερέστερα τον ασθενή μας αναφέρει για το δερματικό του εξάνθημα ότι εμφανίστηκε **από μηνός** και δεν παρουσιάζει βελτίωση παρά τη λήψη κορτικοστεροειδών (από το στόμα αλλά και τοπικά) και αντιισταμινικών. Αντίθετα αναφέρεται και **σταδιακή επιδείνωση**. Πρόκειται για βαθυκόκκινο εξάνθημα στα βλέφαρα, στις παρειές, στον τράχηλο, τις αρθρώσεις (αγκώνες και γόνατα), στο στήθος και στην πλάτη. Παράλληλα με το εξάνθημα ο ασθενής αναφέρει και μυϊκή αδυναμία ιδιαίτερα στα άνω άκρα, τα οποία δεν μπορεί να τα σηκώσει πάνω από το ύψος των ώμων.

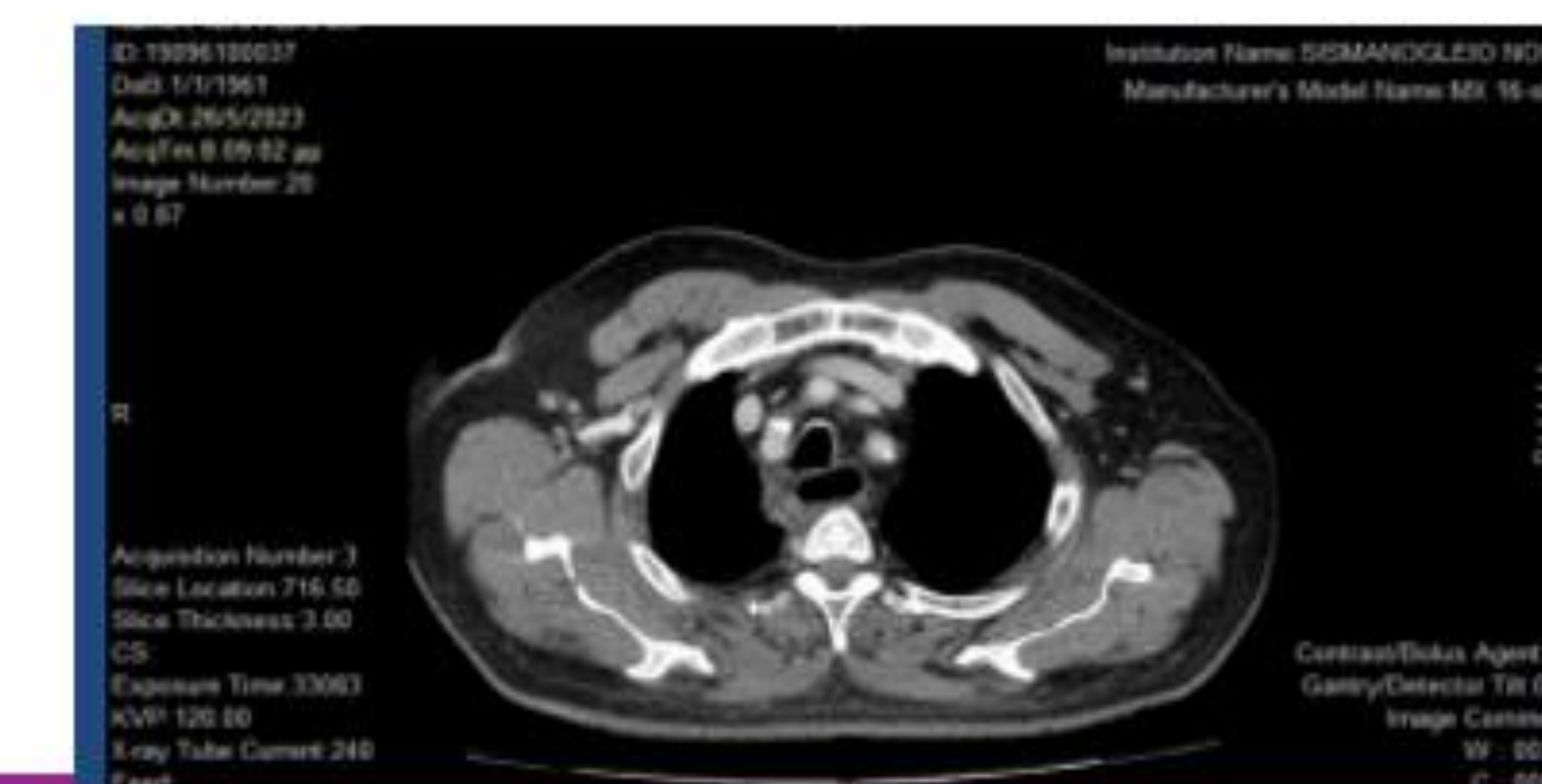
Από το ιστορικό του ασθενή, την κλινική εξέταση και τον **Ε/Ε** (υψηλές τιμές ΤΚΕ, CPK, LDH, τροπονίνης) τίθεται η υπόνοια δερματομυοσίτιδας.

Στην **CT** Θώρακος/Άνω και Κάτω κοιλίας, απεικονίζεται διηθητική χωροκατακτητική εξεργασία δεξιού πνεύμονα και λεμφαδενικό block στη δεξιά πύλη.

Βάσει όλων των ανωτέρω, τίθεται η διάγνωση της Δερματομυοσίτιδας (σαν παρανεοπλασματική εκδήλωση).



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Είναι σημαντικό για τη σωστή διάγνωση να γίνεται πάντα ενδελεχής εξέταση (ιστορικό, κλινική εξέταση, Ε/Ε) καθώς αγνοώντας κάποια στοιχεία μπορεί να οδηγηθούμε σε λάθος διάγνωση





ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΙΜΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΠΡΩΤΟΕΜΦΑΝΙΖΟΜΕΝΟ ΑΕΕ

Ε. Νικητίδου, Τ. Δαλματζή, Σ. Μολλά, Π. Τσιφτσή, Α. Καντανίδου, Σ. Αμανατίδου, Ντ. Ταχτηρογλου

ΤΕΠ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ - Γ.Ν. ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ

ΣΚΟΠΟΣ Είναι η καταγραφή και ανάλυση των τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου σε ασθενείς με πρωτοεμφανιζόμενο ΑΕΕ που αντιμετωπίστηκαν στο ΤΕΠ σε χρονικό διάστημα 12 μηνών (έτος 2020)

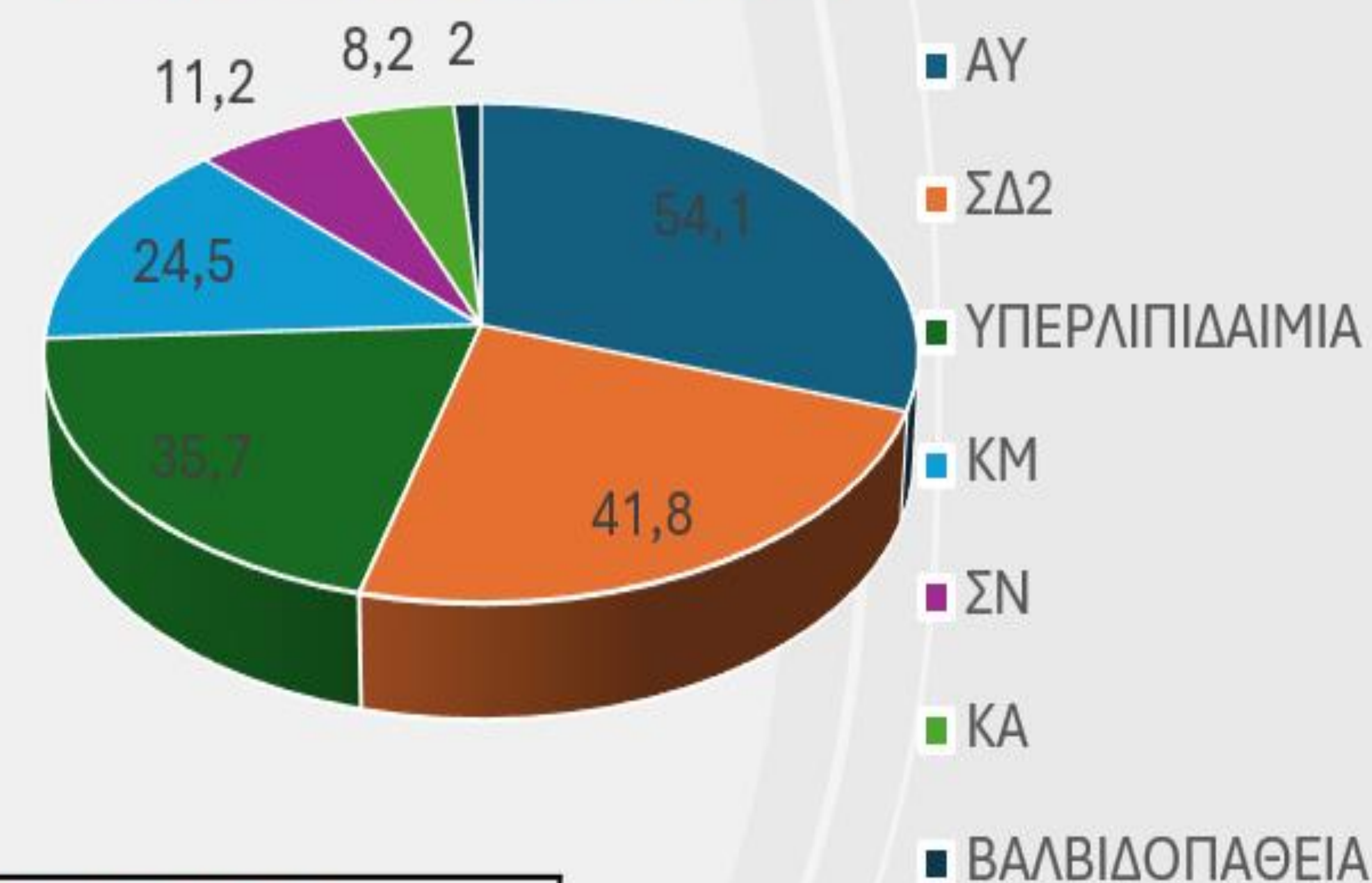
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ Κη καταγραφή του ατομικού ιστορικού των ασθενών με πρωτοεμφανιζόμενο ΑΕΕ , που αντιμετωπίστηκαν στο ΤΕΠ και στην συνέχεια νοσηλεύτηκαν στην παθολογική κλινική του Γ.Ν.Κομοτηνής.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Από την καταγραφή λοιπόν του ιστορικού των ασθενών προέκυψε πως η πλειοψηφία των ασθενών είχε τον κυριότερο παράγοντα κινδύνου εμφάνισης ΑΕΕ την ΑΥ (54,1%). Ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό, αλλά όχι η πλειοψηφία είχε Σακχαρώδη Διαβήτη (41,8%), Υπερλιπιδαιμία (35,7%) και ΚΜ (24,5%). Οι υπόλοιποι παράγοντες κινδύνου -Στεφανιαία νόσος, Βαλβιδοπάθεια και Καρδιακή Ανεπάρκεια – καταγράφηκαν σε μικρά ποσοστά, 11,2%, 2% και 8,2% αντίστοιχα. Αναφορικά με την συννοσηρότητα η πλειοψηφία των ασθενών είχε και άλλο συνοδό νόσημα (71,4%). Τα νοσήματα που καταγράφηκαν ήταν προηγούμενο ΑΕΕ, Άνοια, Κατάθλιψη, Νεφρική Ανεπάρκεια, χρήση ουσιών και αλκοόλ και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Σήμερα που έχουν γίνει σημαντικές πρόοδοι στην κατανόηση των παραγόντων κινδύνου στην πρόληψη, στην διάγνωση την θεραπεία και την αποκατάσταση μετά από ένα επεισόδιο ΑΕΕ. Ένα μεγάλο ποσοστό είναι προβλέψιμο και θα μπορούσαν να προληφθούν. Η ρύθμιση τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου επαφίεται αποκλειστικά στον ασθενή όπως η διατροφή, η σωματική άσκηση, το κάπνισμα, και η κατανάλωση αλκοόλ. Για τους υπόλοιπους παράγοντες κινδύνου ο ρόλος του γιατρού είναι πολύ σημαντικός. Η ρύθμιση της ΑΥ είναι εφικτή λόγω της πλούσιας φαρμάκων των αντιυπερτασικών φαρμάκων που έχουμε στην διάθεση μας. Στον ΣΔ τα νέα φάρμακα όχι απλώς ρυθμίζουν την γλυκαιμία αλλά κυρίως μειώνουν και τα καρδιαγγειακά συμβάντα. Η ΚΜ για την οποία έχουμε φάρμακα με καλό profile ασφαλείας



ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ



ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

ΠΑΛΑΙΟ ΑΕΕ
 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ
 ΑΝΟΙΑ
 ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ
 ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ
 ΑΛΚΟΟΛ
 ΧΑΠ



ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΠΡΩΤΟΕΜΦΑΝΙΖΟΜΕΝΟ ΑΕΕ ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ε. Νικητίδου, Π. Τσιφτσή, Τ. Δαλματζή, Γ. Παρισίδης, Χ. Μεχμέτ, Τσ. Χασάν, Λ. Καλαϊτζίδου,
Μ. Πουρσανίδης

ΤΕΠ Γ.Ν. ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ



ΣΚΟΠΟΣ της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή, η ταξινόμηση και η ανάλυση 2 μη τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου του φύλου και της ηλικίας των ασθενών με πρωτοεμφανιζόμενο ΑΕΕ, άνω των 16 χρόνων, που αντιμετωπίστηκαν στο ΤΕΠ και νοσηλεύτηκαν στην παθολογική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Κομοτηνής, το χρονικό διάστημα 01/01/20020 έως 31/12/2020.

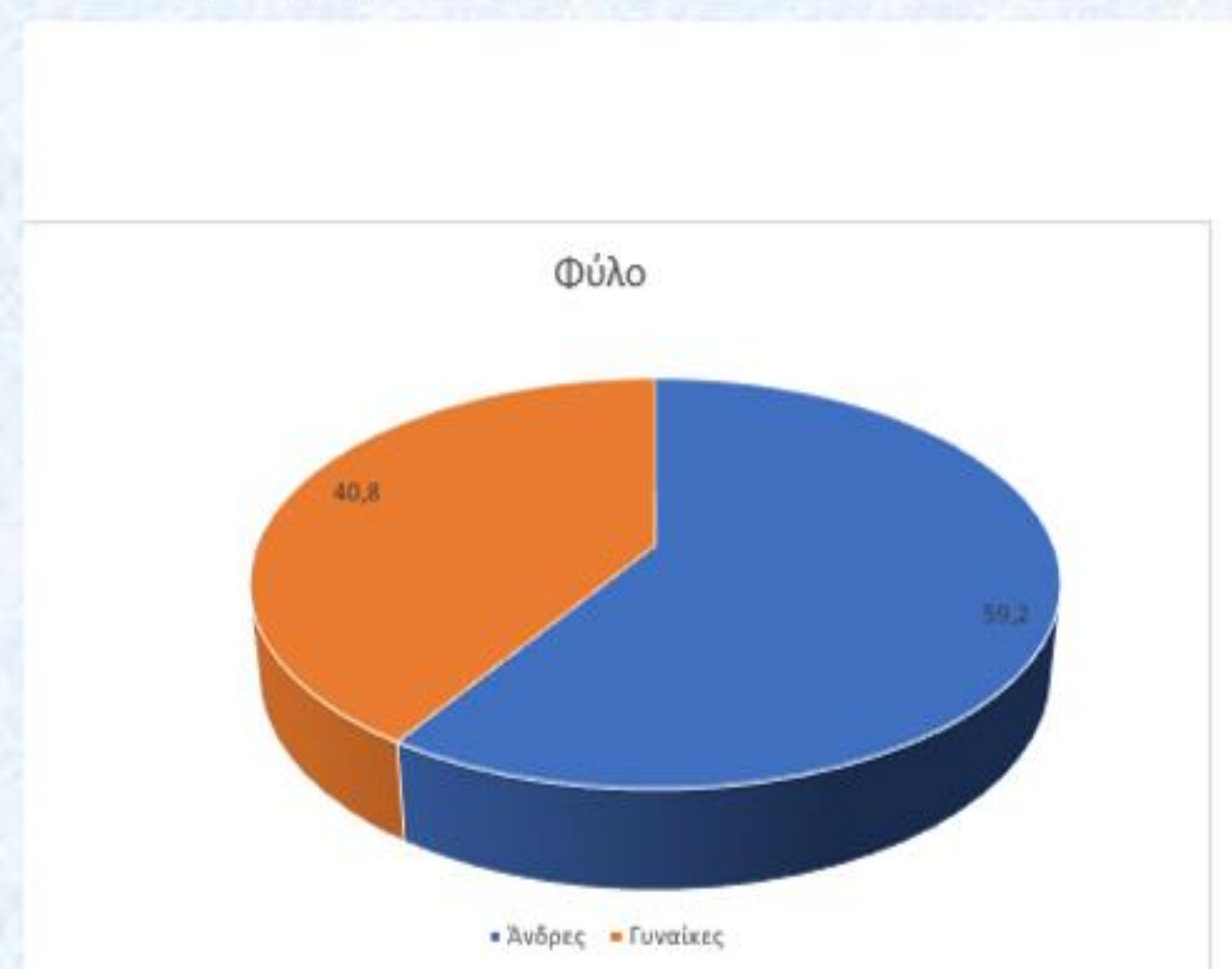
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ πρόκειται για μια κλινική επιδημιολογική αναδρομική μελέτη (μη παρεμβατική) στο Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής. Η αντιμετώπιση των περιστατικών στο τμήμα των επειγόντων και στην παθολογική κλινική έγινε σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες ESO και AHA/ASA και με βάση τις δυνατότητες του νοσοκομείου. Η συλλογή δεδομένων για την μελέτη έγινε από τους φακέλους των νοσηλευόμενων ασθενών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Συνολικά καταγράφηκαν **n=98** περιστατικά με πρωτοεμφανιζόμενο επεισόδιο ΑΕΕ (First-ever-in-a-lifetime stroke) που προσήλθαν στο ΤΕΠ και νοσηλεύτηκαν στην παθολογική κλινική. Το δείγμα αποτελείται από **58 άνδρες** (59,2%) και **40 γυναίκες** (40,8%) (Γράφημα 1) Η μέση ηλικία των **αντρών** ήταν **75,63 έτη**, για τις **γυναίκες** **76.17** ενώ για το σύνολο των ασθενών η μέση ηλικία ήταν **τα 75,85 έτη** (SD=7.05 έτη) Καταγράφηκαν 87 ασθενείς (88.8%) με ισχαιμικό ΑΕΕ, 1 ασθενής (1,0%) με αιμορραγικό ΑΕΕ, 8 ασθενείς με παροδικό (8,2%) και 2 ασθενείς (2,0%) με αιμορραγική μετατροπή ισχαιμικού ΑΕΕ (Γράφημα 2).



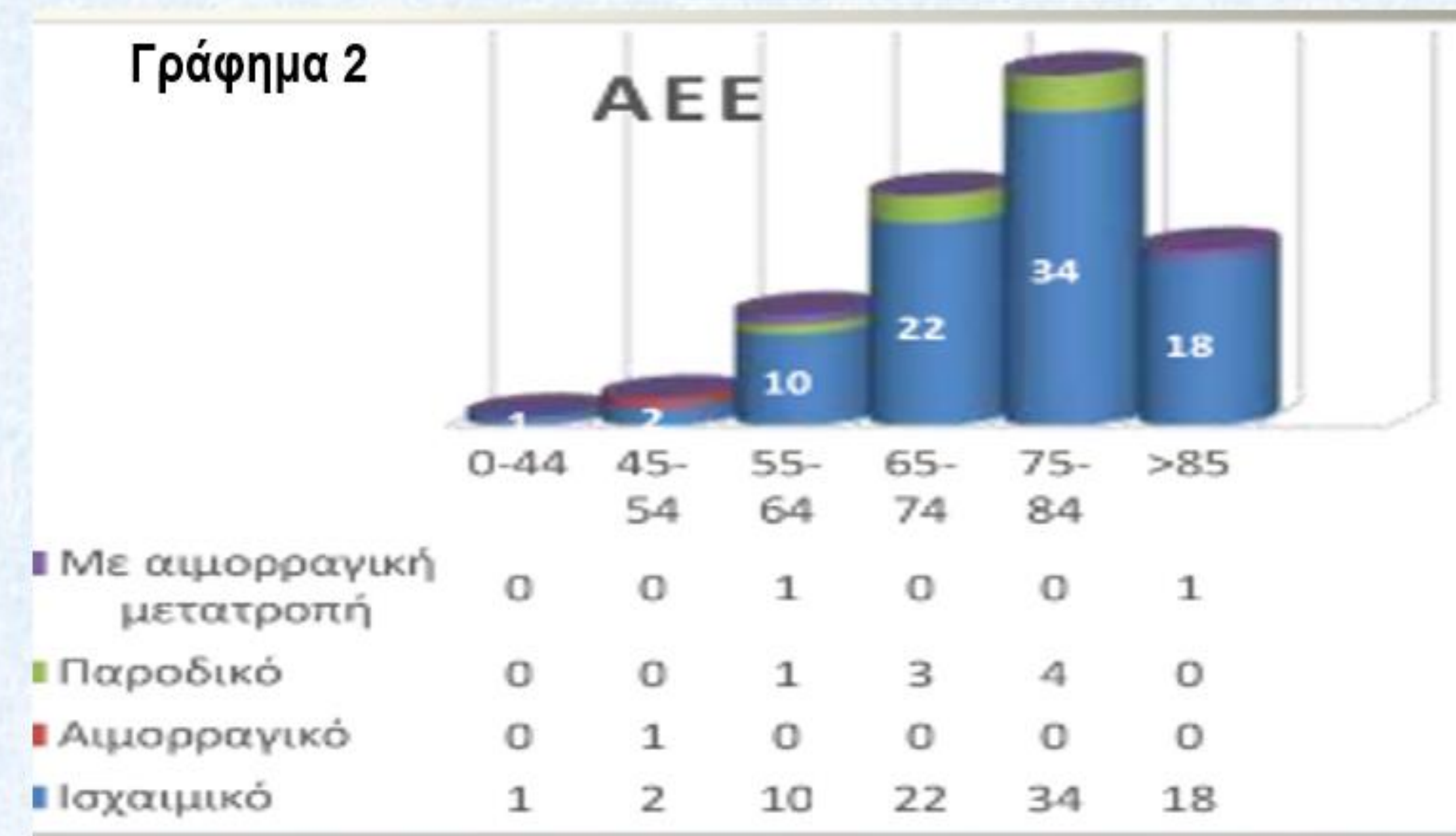
Το ΧΟΡΤΟΠΑ σώζει ζωές

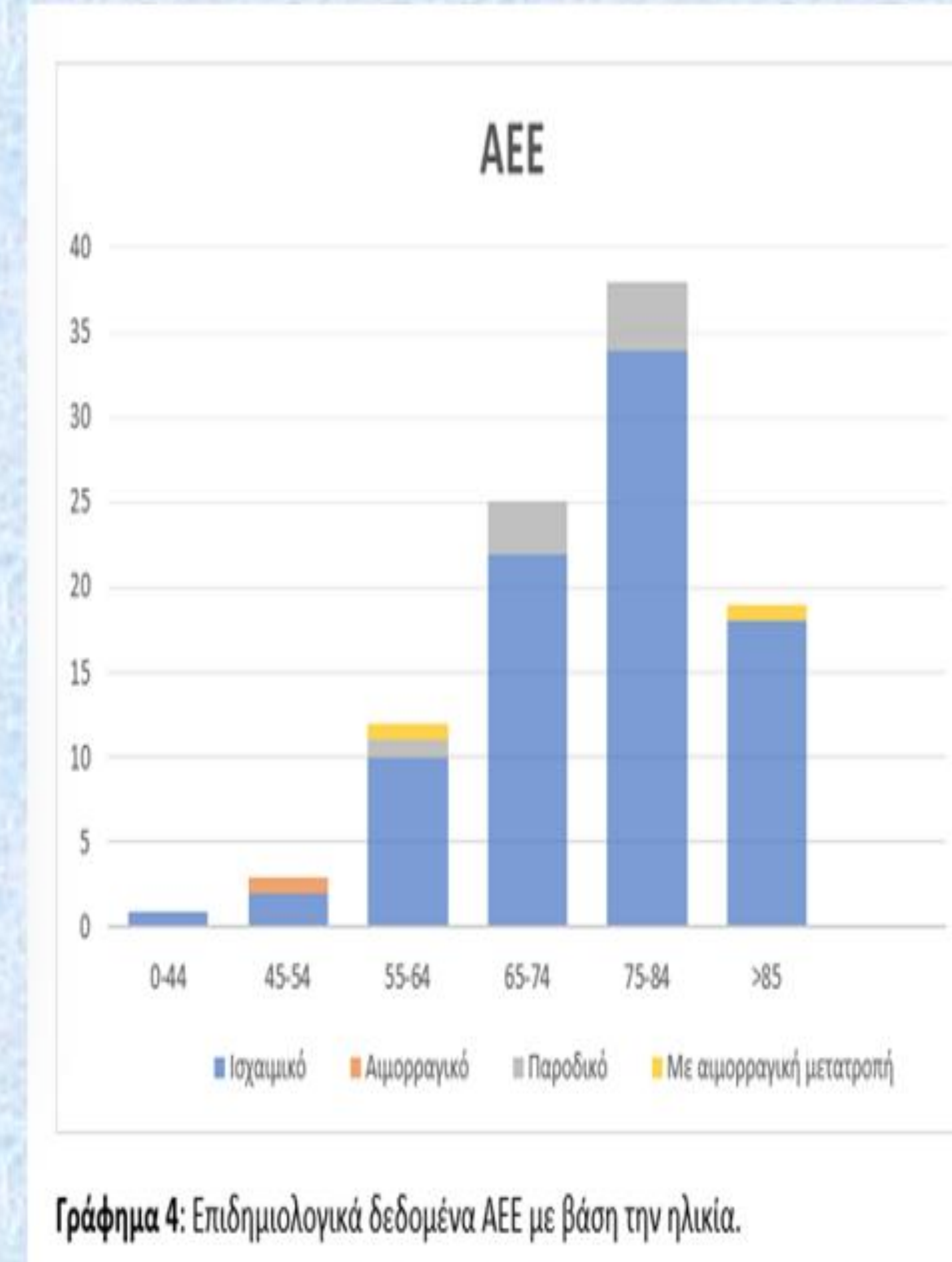
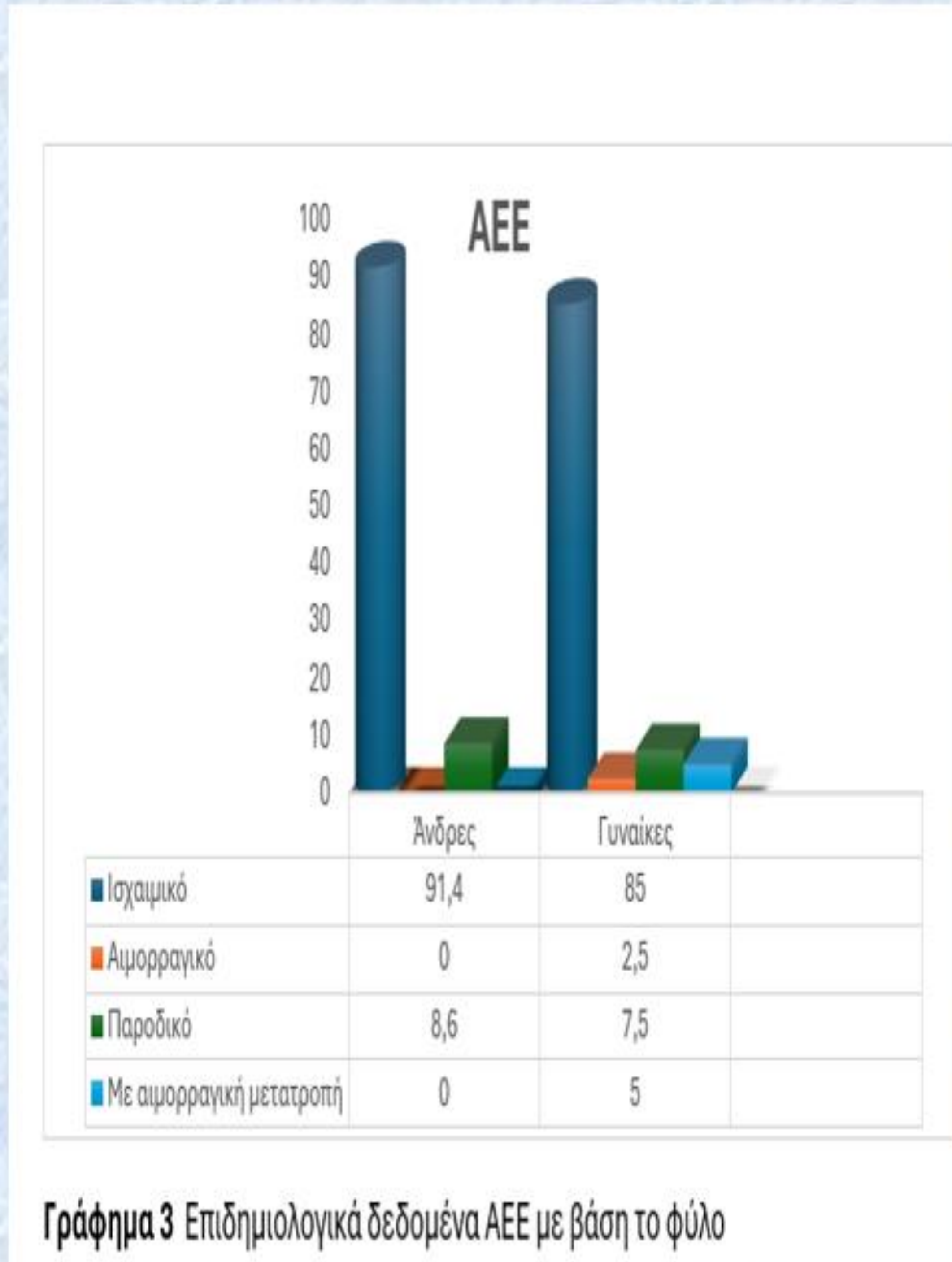
Γράφημα 1



Γράφημα 1. Κατανομή συχνότητας φύλου ασθενών δείγματος.

Γράφημα 2





ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Η συχνότητα εμφάνισης ισχαιμικού ΑΕΕ μεταξύ ανδρών και γυναικών φαίνεται να εμφανίζει κάποια διαφοροποίηση (91.4% και 85% αντίστοιχα), ενώ το μοναδικό περιστατικό αιμορραγικού περιστατικού που καταγράφηκε ήταν σε γυναίκα ασθενή (Γράφημα 3). Σύμφωνα με τα δικά μας δεδομένα παρατηρείται ότι τα επεισόδια ΑΕΕ, αυξάνονται με την ηλικία (Γράφημα 4)

STROKE WARNING SIGNS AND SYMPTOMS



FACE DROOPING



ARM WEAKNESS



SPEECH DIFFICULTY



TIME TO CALL

Ορθόδοξη Νηστεία: Ένας διατροφικός σύμμαχος στη διαχείριση του Σακχαρώδη Διαβήτη

Δημήτρης Ανυφαντάκης Ιατρός- Διευθυντής Κέντρου Υγείας Κισσάμου,
Αλεξάνδρα Σχετάκη - Ιατρός, Αλέκα Καραγιώργη - Νοσηλεύτρια



01. Εισαγωγή

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) αποτελεί έναν αυξανόμενο πρόβλημα δημόσιας υγείας που συνδέεται στενά με τον σύγχρονο τρόπο ζωής. Η υπερβολική κατανάλωση ζάχαρης, επεξεργασμένων τροφίμων, η έλλειψη φυσικής άσκησης και η παχυσαρκία αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου. Σκοπός του παρόντος άρθρου είναι η ανασκόπηση των τελευταίων επιστημονικών δεδομένων που αφορούν την επίδραση της Χριστιανικής Ορθόδοξης νηστείας στο μεταβολικό προφίλ των διαβητικών ασθενών.

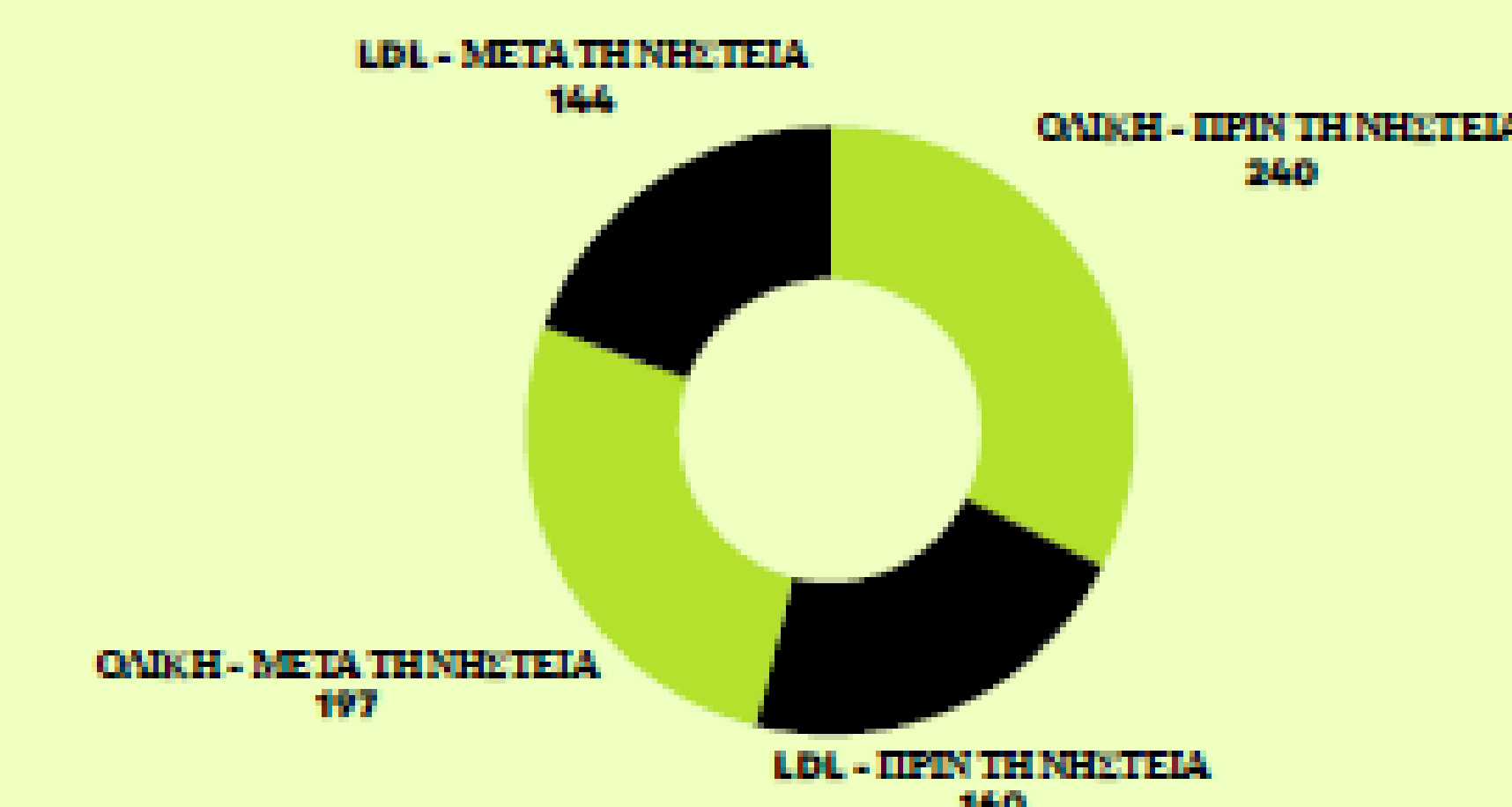
02. Ερευνητικά δεδομένα

Ερευνητικά δεδομένα του Τμήματος Προληπτικής Ιατρικής και Διατροφής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης έδειξαν ότι όσοι ακολουθούν τη Χριστιανική Ορθόδοξη Νηστεία παρουσιάζουν αξιοσημείωτη μείωση των επιπέδων χοληστερόλης.

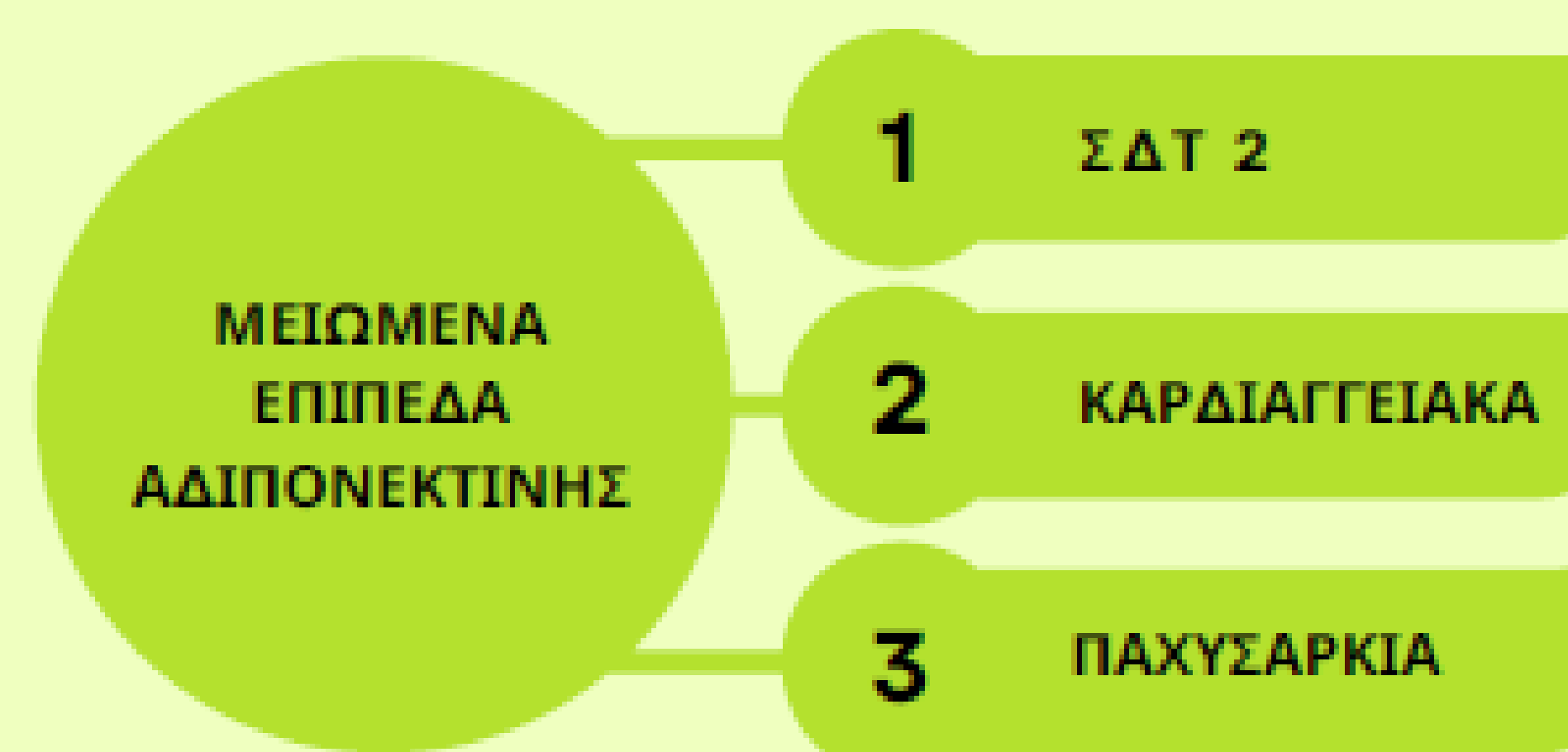
Η Ορθόδοξη Νηστεία λειτουργεί ιδιαίτερα ευεργετικά στη μείωση της «κακής» (LDL) χοληστερόλης και στην αύξηση της «καλής» (HDL). Αυτή η θετική επίδραση αποδίδεται στην κατανάλωση τροφών κατά τη διάρκεια της νηστείας, όπως οι ξηροί καρποί, το ταχίνι, τα χόρτα, τα λαχανικά, η βρώμη και τα φρούτα.

Επιπλέον, παρά το γεγονός ότι τα θαλασσινά, περιέχουν διαιτητική χοληστερόλη, όπως έχει αποδειχθεί δεν φαίνεται να αυξάνουν τα επίπεδά της στο αίμα.

Παράλληλα κατά τις περιόδους νηστείας σημειώθηκε μείωση της ολικής και LDL (κακής) χοληστερόλης κατά 17.8% και 15.9%, αντίστοιχα.



Μείωση της ολικής και LDL (κακής) χοληστερόλης κατά 17.8% και της Ολικής κατά 15.9%.



Αδιπονεκτίνη

Τα μειωμένα επίπεδα αδιπονεκτίνης θεωρείται ότι διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στην ανάπτυξη του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2, της παχυσαρκίας και των καρδιαγγειακών παθήσεων.

Προς αυτήν την κατεύθυνση, μελέτες του Τμήματος Ενδοκρινολογίας και Μεταβολισμού της Α' Παθολογικής Κλινικής του ΑΠΘ έδειξαν ότι όσοι ακολουθούν τις διατροφικά πρότυπα που προβάλλει η Ορθόδοξη νηστείας, τείνουν να έχουν υψηλότερα επίπεδα «καλών» αδιποκινών, όπως της αδιπονεκτίνης.

Σημαντικό!

Αξίζει να σημειωθεί πως οι διαθέσιμες μελέτες δείχνουν ότι μετά την ολοκλήρωση της περιόδου νηστείας, τα επίπεδα των λιπιδίων του ορού επανέρχονται στα προηγούμενα επίπεδα.



Ορθόδοξη Νηστεία: Ένας διατροφικός σύμμαχος στη διαχείριση του Σακχαρώδη Διαβήτη

Δημήτρης Ανυφαντάκης Ιατρός- Διευθυντής Κέντρου Υγείας Κισσάμου,
Αλεξάνδρα Σχετάκη - Ιατρός, Αλέκα Καραγιώργη - Νοσηλεύτρια



02. Ερευνητικά δεδομένα

Αναφορικά με το σωματικό βάρος φαίνεται ότι κατά τη διάρκεια της ορθόδοξης νηστείας υπάρχει μία μείωση κατά περίπου 2%, ενώ άλλες μελέτες είναι ενδεικτικές μείωσης του Δείκτη Μάζας Σώματος κατά 0.4 kg/m².

03. Ορθόδοξη Νηστεία - Διαιτολόγιο

Διαιτολόγιο κατά την περίοδο της Ορθόδοξης Νηστείας

- Ελαιόλαδο
- Θαλασσινά
- Όσπρια
- Λαχανικά
- Ρύζι
- Ξηροί καρποί



Τα άτομα με υπερουριχαιμία πρέπει να αποφεύγουν θαλασσινά και οστρακοειδή (μύδια, χτένια, καβούρια, στρείδια).

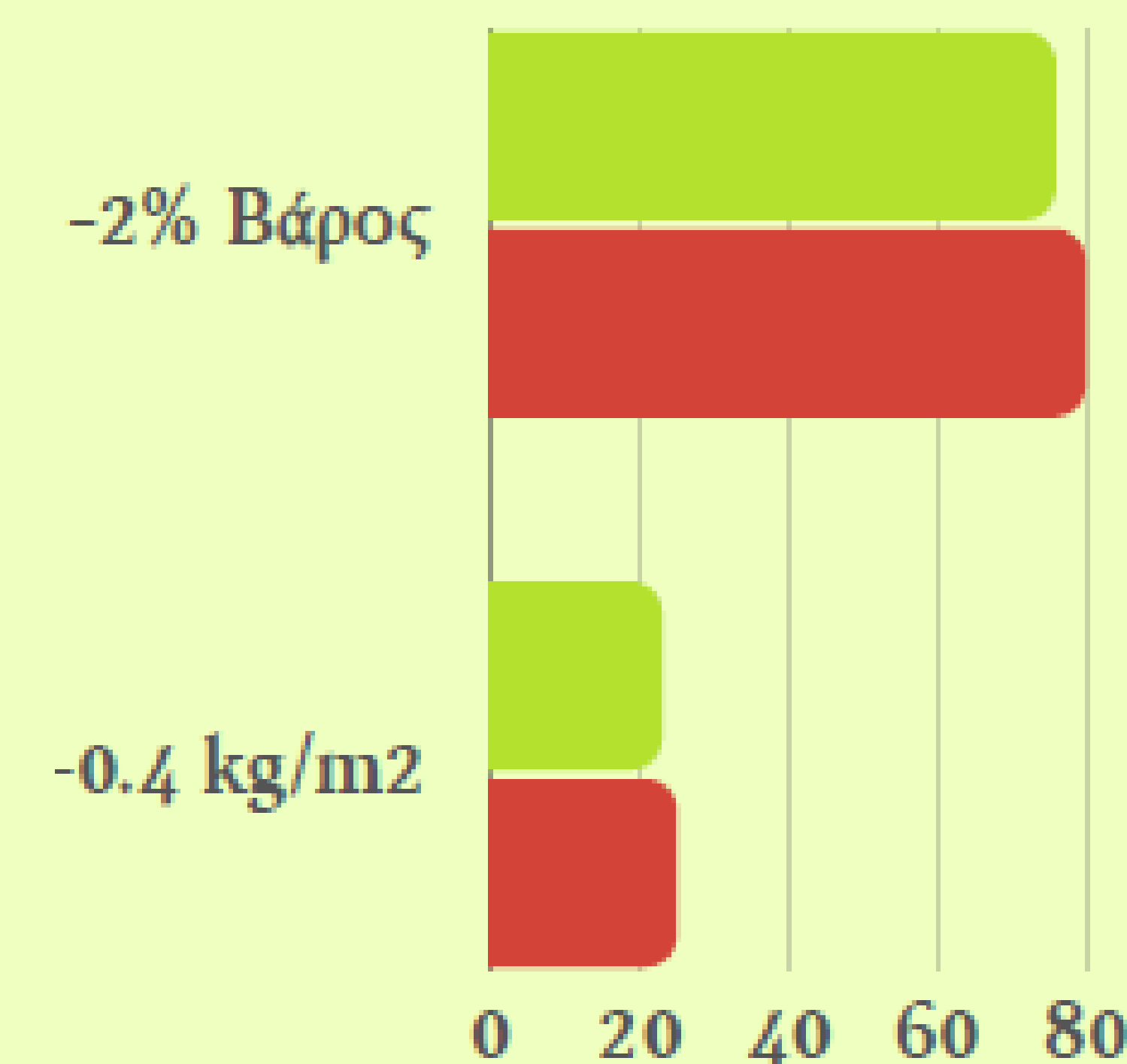
03. Ορθόδοξη Νηστεία - Διαιτολόγιο

Η περίοδος της Ορθόδοξης νηστείας προϋποθέτει ένα διαιτολόγιο χαμηλό σε κορεσμένα και trans λιπαρά οξέα και πλούσιο σε μονοακόρεστα (ελιές και λάδι ελιάς) αλλά και πολυακόρεστα λιπαρά οξέα (θαλασσινά, ξηροί καρποί, σουσάμι και ταχίνι), αντιοξειδωτικά ουσοτατικά και βιταμίνες. Ταυτόχρονα, αποτελεί μία διατροφή πλούσια σε αμυλούχα τρόφιμα. Για το λόγο αυτό, τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη θα πρέπει να προσέχουν το μέγεθος της μερίδας στα λαδερά φαγητά (φασολάκια, μπάμιες, μπριάμ, αγκινάρες, μελιτζάνες, τα γεμιστά με ρύζι) διότι αποτελούν πλούσιες πηγές υδατανθράκων. Τα γεύματα αυτά πρέπει να καταναλώνονται χωρίς ψωμί ή με μικρή ποσότητα ψωμιού ή φρυγανιές. Προσοχή απαιτείται σε τρόφιμα που είναι πλούσια σε πουρίνες οι οποίες αυξάνουν τα επίπεδα του ουρικού οξέος. Επομένως, τα άτομα με υπερουριχαιμία πρέπει να αποφεύγουν θαλασσινά και οστρακοειδή (μύδια, χτένια, καβούρια, στρείδια).



04. Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, όλο και περισσότερες μελέτες τα τελευταία χρόνια υποστηρίζουν τις ευεργετικές επιπτώσεις της Ορθόδοξης Νηστείας στην υγεία και στο μεταβολικό προφίλ των διαβητικών ασθενών. Με τους κατάλληλους συνδυασμούς τροφίμων, την αποφυγή υπερβολικής πρόσληψης αμύλου, την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας και την προσαρμογή της θεραπείας, τα άτομα με διαβήτη μπορούν να ενσωματώσουν στις διατροφικές τους συνήθειες την Ορθόδοξη Νηστεία, καθιστώντας την έναν διατροφικό σύμμαχο στη διαχείριση του Σακχαρώδη Διαβήτη και επιτυγχάνοντας ακόμα και μία πιο αποτελεσματική γλυκαιμική ρύθμιση.



Μείωση του σωματικού βάρους κατά την περίοδο της Ορθόδοξης Νηστείας.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ- ΑΠΩΛΕΙΑ ΣΥΝΕΙΔΗΣΗΣ ΚΑΙ ΚΕΡΑΥΝΟΒΟΛΟΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ ΝΕΟ ΑΝΔΡΑ ΜΕ ΓΡΙΠΩΔΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗ

Ο.Ανδρικόπουλος², Μ.Μηλιτσοπούλου⁴, Α.Γραμματικάκης⁵, Χ.Κωνσταντακόπουλος¹, Δ.Αγγελινάς, Ν.Σταμούλης², Γ.Ντάνης², Ι.Χαλίμου¹, Π.Φραγκούλης⁴, Σ.Γερακάρη⁶, Α.Σταυροθανασοπούλου³

1.Παθολόγος, ΤΕΠ-ΓΝ-Πατρών «Άγιος Ανδρέας», 2.Γενικός Ιατρός, ΤΕΠ-ΓΝ-Πατρών «Άγιος Ανδρέας», 3.Πνευμονολόγος-Εντατικολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια ΤΕΠ-ΓΝ-Πατρών «Άγιος Ανδρέας», 4.Καρδιολόγος, ΤΕΠ-ΓΝ-Πατρών «Άγιος Ανδρέας», 5:Γενικός Ιατρός, ΤΕΠ-ΓΝ-Πειραιά «Τζάνειο», 6:Παθολόγος, ΤΕΠ-ΓΝ-Πειραιά «Τζάνειο»

ΣΚΟΠΟΣ

Να παρουσιαστεί η περίπτωση σηπτικής καταπληξίας και επακόλουθου καρδιογενούς σοκ σε 35χρονο άνδρα με γριπώδη συνδρομή και ελεύερο ιστορικό

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Ο ασθενής πάσχων από γριπώδη συνδρομή από 4ημέρου διεκομίσθη στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) του ΓΝ Πατρών λόγω επεισοδίου απώλειας συνείδησης με σπασμούς. Κατά την αρχική φυσική εξέταση ήταν απύρετος, και εξέφραζε αίσθημα ατονίας και αδυναμίας, ενώ τα ζωτικά σημεία του ήταν εντός φυσιολογικών τιμών. Η αξονική τομογραφία εγκεφάλου ήταν φυσιολογική. Κατά την παραμονή του στο ΤΕΠ ο ασθενής εμφάνισε αιφνιδίως δικτυωτή πελίδνωση στα γόνατα αμφοτερόπλευρα, ενώ η αρτηριακή του πίεση μειώθηκε σε επίπεδα καταπληξίας. Η μέτρηση γαλακτικού οξέως και αερίων αίματος επιβεβαίωσαν τη διάγνωση. Επί κλίνης διενεργήθηκε άμεσα υπέρηχος καρδιάς point of care, ο οποίος ανέδειξε καρδιογενές σοκ (EF=10%).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο ασθενής άμεσα υποστηρίχθηκε με ινότροπα φάρμακα (noradrenaline), αντιβιοτικά ευρέως φάσματος (golden hour protocol) και κρυσταλλοειδή ταυτόχρονα με τοποθέτηση κεντρικής φλεβικής γραμμής και καρδιοαναπνευστικό monitoring. Έγινε άμεση εισαγωγή σε Μονάδα Εμφραγμάτων. Δυστυχώς ο ασθενής κατέληξε μετά από λίγα 24ωρα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα επεισόδια απώλειας συνείδησης που ομοιάζουν με επιληπτικές κρίσεις δεν σχετίζονται πάντα με νευρολογικές αιτίες. Η ενδελεχής εξέταση του ασθενούς καθώς και η λήψη λεπτομερούς ιστορικού μπορούν να κατευθύνουν τη διαγνωστική σκέψη του Γενικού Ιατρού και να κερδίσουν πολύτιμο χρόνο για τη γρήγορη σταθεροποίηση και έγκαιρη διακομιδή των ασθενών.

ΕΠΙΚΤΗΤΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ VIII ΥΣΤΕΡΑ ΑΠΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ ΓΙΑ COVID-19: Η ΑΣΥΝΗΘΙΣΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΙΜΑΤΩΜΑΤΟΣ ΛΑΡΥΓΓΑ/ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Ο.Ανδρικόπουλος², Ν.Μυλωνάς⁷, Μ.Μηλιτσοπούλου⁴, Α.Γραμματικάκης⁵, Χ.Κωνσταντακόπουλος¹, Δ.Αγγελινάς, Ν.Σταμούλης², Γ.Ντάνης², Π.Φραγκούλης⁴, Σ.Γερακάρη⁶, Α.Σταυροθανασοπούλου³

1.Παθολόγος, ΤΕΠ-ΓΝ-Πατρών «Άγιος Ανδρέας», 2.Γενικός Ιατρός, ΤΕΠ-ΓΝ-Πατρών «Άγιος Ανδρέας», 3.Πνευμονολόγος-Εντατικολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια ΤΕΠ-ΓΝ-Πατρών «Άγιος Ανδρέας», 4.Καρδιολόγος, ΤΕΠ-ΓΝ-Πατρών «Άγιος Ανδρέας», 5:Γενικός Ιατρός, ΤΕΠ-ΓΝ-Πειραιά «Τζάνειο», 6:Παθολόγος, ΤΕΠ-ΓΝ-Πειραιά «Τζάνειο» 7:Ειδ/νος ΩΡΛ ΓΝ Πατρών

ΣΚΟΠΟΣ

Να παρουσιαστεί η σπάνια περίπτωση ηλικιωμένου ασθενούς με επαγόμενη αιμορροφιλία Α, 20 ημέρες ύστερα από εμβολιασμό για COVID-19

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Άνδρας ασθενής 80 ετών προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) του ΓΝ Πατρών λόγω βράγχους φωνής και σταδιακά επιδεινούμενης δυσκολίας στην αναπνοή από 24ώρου. Είχε προηγηθεί δήγμα γλώσσας από ημερών το οποίο αντιμετωπίστηκε στο ΤΕΠ με συρραφή. Κατά την επείγουσα λαρυγγοσκόπηση, διαπιστώθηκε εκτεταμένο διάχυτο αιμάτωμα στον τράχηλο, το οποίο πίεζε τις δομές του λάρυγγα και την τραχεία, με αποτέλεσμα να απειλείται άμεσα ο αεραγωγός του ασθενούς. Έγινε επείγουσα τραχειοστομία, η αιμορραγία από την οποία όμως δεν ελέγχθηκε ούτε μετά από μετάγγιση πλάσματος, με αποτέλεσμα ο ασθενής να οδηγηθεί ξανά στο χειρουργείο, όπου έγινε αιμόσταση με τρανεξαμικό οξύ και ελαστομερείς αιμοστατικές κόλλες.



ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κατά τη νοσηλεία του ασθενούς, εστάλη πλήρης έλεγχος πήκτικότητας κατά τον οποίο η μόνη διαταραχή ήταν εμμένουσα άυξηση του χρόνου μερικής θρομβοπλαστίνης (ΡΤΤ). Το επίχρισμα περιφερικού αίματος δεν έδειξε παθολογικά ευρήματα, ενώ και ο αριθμός των αιμοπεταλίων δεν παρέκκλινε από το φυσιολογικό. Εξέταση των επιπέδω παραγόντων πήξης σε εξωτερικό εργαστήριο ανέδειξε ανεπάρκεια παράγοντα VIII χωρίς ωστόσο να υπάρχει ατομικό ή κληρονομικό ιστορικό αιμορροφιλίας. Ο ασθενής έλαβε αγωγή με κορτικοειδή και rituximab. Τα επίπεδα παράγοντα VIII επανήλθαν στο φυσιολογικό μετά από περίοδο 2 μηνών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η επίκτητη αιμορροφιλία Α μέσω αυτοαντισωμάτων για τον παράγοντα VIII μετά από εμβολιασμό COVID-19 έχει περιγραφεί στη διεθνή βιβλιογραφία ως μια εξαιρετικά σπάνια επιπλοκή. Ο υψηλός δείκτης υποψίας του Γενικού/Οικογενειακού Ιατρού όσο περισσότεροι ασθενείς εμβολιάζονται στην κοινότητα με τα χρόνια, είναι εξαιρετικής σημασίας.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ- ΕΞΑΝΘΗΜΑ ΚΑΙ ΕΜΠΥΡΕΤΟ ΣΕ ΝΕΑΡΟ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΜΕΝΟ LGBTQ ΑΣΘΕΝΗ

Ο.Ανδρικόπουλος², Μ.Μηλιτσοπούλου⁴, Γ.Κυριάκου⁷, Α.Γραμματικάκης⁵,

Χ.Κωνσταντακόπουλος¹, Δ.Αγγελινάς, Ν.Σταμούλης², Γ.Ντάνης², Β.Μουστόγιαννη¹,

Π.Φραγκούλης⁴, Σ.Γερακάρη⁶, Α.Σταυροθανασοπούλου³

1.Παθολόγος, ΤΕΠ-ΓΝ-Πατρών «Άγιος Ανδρέας», 2.Γενικός Ιατρός, ΤΕΠ-ΓΝ-Πατρών «Άγιος Ανδρέας», 3.Πνευμονολόγος-Εντατικολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια ΤΕΠ-ΓΝ-Πατρών «Άγιος Ανδρέας», 4.Καρδιολόγος, ΤΕΠ-ΓΝ-Πατρών «Άγιος Ανδρέας», 5:Γενικός Ιατρός, ΤΕΠ-ΓΝ-Πειραιά «Τζάνειο», 6:Παθολόγος, ΤΕΠ-ΓΝ-Πειραιά «Τζάνειο», 7:Δερματολόγος, ΓΝ-Πατρών «Άγιος Ανδρέας»

ΣΚΟΠΟΣ

Να παρουσιαστεί η περίπτωση τριτογενούς σύφιλης σε νεαρό LGBTQ ανοσοκατασταλμένο άνδρα

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Άνδρας 20 ετών με ατομικό ιστορικό HIV υπό αγωγή προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του ΓΝ Πατρών λόγω εμπυρέτου από τριήμερου με συνοδό συμμετρικό εξάνθημα κορμού-άκρων χωρίς κνησμό. Ο άνδρας εισήχθη για νοσηλεία και χορήγηση ενδοφλέβιας αντιβιοτικής αγωγής, ενώ τις επόμενες μέρες το εξάνθημα μετατράπηκε σε κηλιδοβλατιδώδες και επεκτάθηκε στις παλάμες και τα πέλματα του ασθενούς. Από τον ορολογικό έλεγχο, τα αποτελέσματα έδειξαν νόσηση από σύφιλη. Καθ'ολη τη διάρκεια της νοσηλείας του, ο ασθενής είχε άριστη νευρολογική εικόνα.



ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Παρότι οι τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες δεν το προβλέπουν, λόγω της επιδείνωσης του εξανθήματος διενεργήθηκε Οσφυονωτιαία Παρακέντηση στον ασθενή και ελήφθη καλλιέργεια εγκεφαλονωτιαίου υγρού, η οποία κατέδειξε συμμετοχή του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (τριτογενής σύφιλη). Κατ' επέκταση, τροποποιήθηκε το αντιβιοτικό σχήμα του ασθενούς, με άμεση επακόλουθη μείωση του εμπυρέτου, των δεικτών φλεγμονής και βελτίωση του εξανθήματος. Οι απεικονισμοί με CT/MRI εγκεφάλου δεν ανέδειξε βλάβες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο Γενικός Ιατρός καλείται να διαχειριστεί λοιμώξεις σε ασθενείς ομάδων υψηλού κινδύνου για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα μέσα στην κοινότητα. Η καλή γνώση της άτυπης κλινικής εικόνας με την οποία μπορεί να εμφανιστούν αυτά τα νοσήματα, μπορεί να αποβεί σωτήρια για την γρήγορη και κατευθυνόμενη θεραπεία των ασθενών αυτής της ομάδας.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ- Η ΑΣΥΝΗΘΙΣΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΕΠΑΝΕΙΛΗΜΜΕΝΕΣ ΟΥΡΟΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

Ο.Ανδρικόπουλος², Μ.Μηλιτσοπούλου⁴, Α.Γραμματικάκης⁵, Χ.Κωνσταντακόπουλος¹, Δ.Αγγελινάς¹, Ν.Σταμούλης², Γ.Ντάνης², Π.Φραγκούλης⁴, Σ.Γερακάρη⁶, Α.Σταυροθανασοπούλου³

1.Παθολόγος, ΤΕΠ-ΓΝ-Πατρών «Άγιος Ανδρέας», 2.Γενικός Ιατρός, ΤΕΠ-ΓΝ-Πατρών «Άγιος Ανδρέας», 3.Πνευμονολόγος-Εντατικολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια ΤΕΠ-ΓΝ-Πατρών «Άγιος Ανδρέας», 4.Καρδιολόγος, ΤΕΠ-ΓΝ-Πατρών «Άγιος Ανδρέας», 5:Γενικός Ιατρός, ΤΕΠ-ΓΝ-Πειραιά «Τζάνειο», 6:Παθολόγος, ΤΕΠ-ΓΝ-Πειραιά «Τζάνειο»

ΣΚΟΠΟΣ

Να παρουσιαστεί η περίπτωση ασθενούς με επανειλημμένες λοιμώξεις ουροποιητικού και οξυ άλγος ουρογεννητικού συστήματος.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Γυναίκα ασθενής 50 ετών με ελεύθερο ιστορικό και επανειλημμένες επισκέψεις στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του ΓΝ Πατρών λόγω υποτροπιάζοντων επεισοδίων κυστίτιδας, προσήλθε λόγω οξέως πόνου στην περιοχή του ουρογεννητικού και αδυναμία ούρησης. Κατά τη λήψη του ιστορικού η ασθενής επιβεβαίωσε ότι δεν υπήρξε κακοποίηση, αλλά ήταν φειδωλή όσο αφορά τις πληροφορίες για πιθανό τραυματισμό, ενώ αρνήθηκε και την τοποθέτηση ουροκαθετήρα παρά την αναφερόμενη αδυναμία ούρησης.



ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κατά τη διενέργεια ακτινογραφίας ΝΟΚ διαπιστώθηκε η ύπαρξη ξένου σώματος (συσκευασίας lip gloss) στην περιοχή του αυχένα της ουροδόχου κύστης- 1^{ου} τριτημορίου της ουρήθρας. Η ασθενής εισήχθη στην Ουρολογική Κλινική, όπου προγραμματίστηκε άμεσα η χειρουργική αφαίρεση του αντικειμένου, η λήψη ενδοφλέβιου σχήματος σιπροφλοξασίνης/αμικασίνης. Η ασθενής έλαβε εξιτήριο μερικές ημέρες αργότερα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η δύσκολη λήψη ενός λεπτομερούς ιστορικού όσο αφορά τις σεξουαλικές συνήθειες των ασθενών στην κοινότητα, είναι μια πραγματική πρόκληση για τον Γενικό/Οικογενειακό Ιατρό, που πρέπει με κατανόηση και ανοιχτό μυαλό να αντιμετωπίσει απρόβλεπτες καταστάσεις. Αυτό καταδεικνύει ακόμα περισσότερο τη σημασία της πρόληψης και ψυχοσεξουαλικής συμβουλευτικής στην κοινότητα στα πλαίσια προγραμμάτων προαγωγής Υγείας.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ- ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΟΙΔΗΜΑ ΠΡΟΣΩΠΟΥ/ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΚΑΙ ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΟΜΙΛΙΑΣ

Ο.Ανδρικόπουλος², Μ.Μηλιτσοπούλου⁴, Α.Γραμματικάκης⁵, Χ.Κωνσταντακόπουλος¹, Δ.Αγγελινάς, Ν.Σταμούλης², Γ.Ντάνης², Π. Φραγκούλης⁴, Σ.Γερακάρη⁶, Α.Σταυροθανασοπούλου³

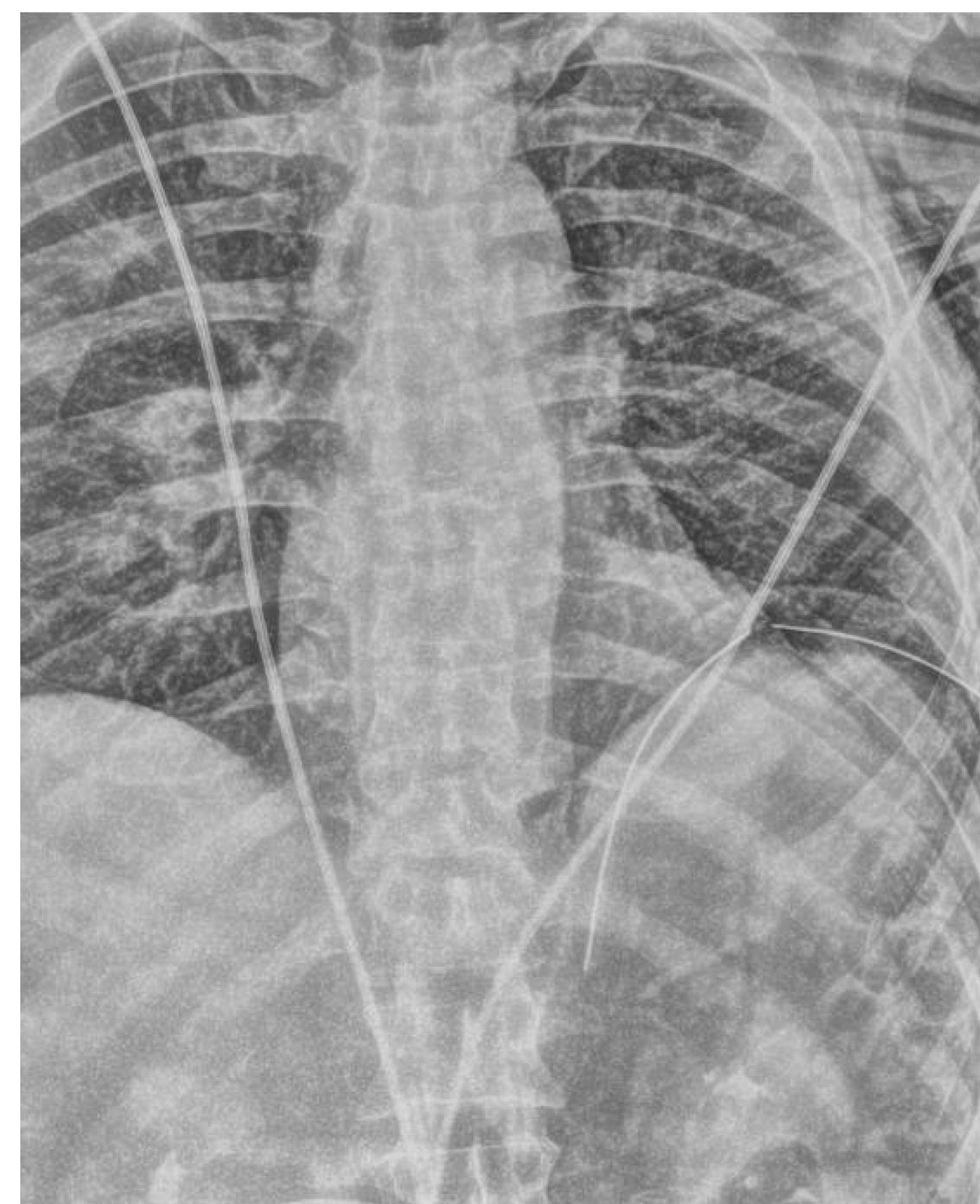
1.Παθολόγος, ΤΕΠ-ΓΝ-Πατρών «Άγιος Ανδρέας», 2.Γενικός Ιατρός, ΤΕΠ-ΓΝ-Πατρών «Άγιος Ανδρέας», 3.Πνευμονολόγος-Εντατικολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια ΤΕΠ-ΓΝ-Πατρών «Άγιος Ανδρέας», 4.Καρδιολόγος, ΤΕΠ-ΓΝ-Πατρών «Άγιος Ανδρέας», 5:Γενικός Ιατρός, ΤΕΠ-ΓΝ-Πειραιά «Τζάνειο», 6:Παθολόγος, ΤΕΠ-ΓΝ-Πειραιά «Τζάνειο»

ΣΚΟΠΟΣ

Να παρουσιαστεί η περίπτωση τραυματισμένου ηλικιωμένου ασθενούς με οίδημα προσώπου/τραχήλου και αδυναμία ομιλίας

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Ασθενής 80 ετών διεκομίσθη στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λόγω οιδήματος στον πρόσωπο/τράχηλο. Ο ασθενής δεν ήταν σε θέση να μιλήσει, ενώ παρουσίαζε ταχέως επιδεινούμενη αναπνευστική δυσχέρεια με επαπειλούμενη αιμοδυναμική αποσταθεροποίηση. Από τις πληροφορίες του οικείου περιβάλλοντος οι διασώστες του ΕΚΑΒ συμπέραναν ότι επρόκειτο για δήγμα εντόμου, οπότε και χορήγησαν αντιισταμινικά και κορτιζόνη, χωρίς ωστόσο να βελτιωθεί η εικόνα του ασθενούς κατά τη διακομιδή. Κατά την φυσική εξέταση του οιδήματος, διαπιστώθηκε η ύπαρξη υποδόριου εμφυσήματος, ενώ η ψηλάφηση του θωρακικού τοιχώματος ανέδειξε κριγμό στις κατώτερες πλευρές και ευαισθησία στην ψηλάφηση των ακανθώδων αποφύσεων της Θωρακικής Μοίρας της Σπονδυλικής Στήλης (ΘΜΣΣ), και απουσία αναπνευστικού ψιθυρίσματος στο (ΑΡ) ημιθωράκιο.



ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στον ασθενή έγινε αποσυμπίεση τραυματικού πνευμοθώρακα, αρχικά με βελόνα στο 5^ο μεσοπλεύριο διάστημα στο ύψος της μέσης μασχालιαίας γραμμής και κατ' οπιν με εισαγωγή σωλήνα θωρακικής παροχέτευσης. Η νευρολογική εξέταση δεν ανέδειξε νευρολογικά ελλείμματα κάτω από το ύψος της ΘΜΣΣ, ενώ η αιμοδυναμική κατάσταση του ασθενούς βελτιώθηκε ταχέως. Ο ασθενής έγινε εισαγωγή στην Χειρουργική Κλινική. Όταν μπόρεσε να μιλήσει, ο ασθενής παραδέχτηκε επεισόδιο πτώσεως από κλίμακα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το οίδημα στον πρόσωπο και τον τράχηλο δεν οφείλεται πάντα σε αναφυλαξία ή αγγειοίδημα. Η αδυναμία του ασθενούς να παρέχει επαρκείς πληροφορίες στο Γενικό Ιατρό λόγω αναπνευστικής δυσχέρειας, υπογραμμίζει την ύψιστη σημασία της ενδελχούς και πλήρους Φυσικής Εξέτασης.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ- ΝΕΟΣ ΑΝΔΡΑΣ ΜΕ ΔΙΑΛΕΙΠΟΥΣΑ ΧΩΛΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΛΛΑΓΗ ΧΡΩΜΑΤΟΣ ΚΑΤΩ ΑΚΡΟΥ ΜΕ ΤΗ ΒΑΔΙΣΗ

Μ.Μηλιτσοπούλου⁴, Ο.Ανδρικόπουλος², Α.Γραμματικάκης⁵, Χ.Κωνσταντακόπουλος¹, Δ.Αγγελινάς¹, Ν.Σταμούλης², Γ.Ντάνης²,

Π.Φραγκούλης⁴, Σ.Γερακάρη⁶, Α.Σταυροθανασοπούλου³

1.Παθολόγος, ΤΕΠ-ΓΝ-Πατρών «Άγιος Ανδρέας», 2.Γενικός Ιατρός, ΤΕΠ-ΓΝ-Πατρών «Άγιος Ανδρέας», 3.Πνευμονολόγος-Εντατικολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια ΤΕΠ-ΓΝ-Πατρών «Άγιος Ανδρέας», 4.Καρδιολόγος, ΤΕΠ-ΓΝ-Πατρών «Άγιος Ανδρέας», 5:Γενικός Ιατρός, ΤΕΠ-ΓΝ-Πειραιά «Τζάνειο», 6:Παθολόγος, ΤΕΠ-ΓΝ-Πειραιά «Τζάνειο»

ΣΚΟΠΟΣ

Να παρουσιαστεί η περίπτωση νέου άνδρα με σύνδρομο παγίδευσης ιγνυακής αρτηρίας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Άνδρας 25 ετών με ελεύθερο ιστορικό, προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών λόγω διαλείπουσας χωλότητας και άλγους γαστροκνημίας από μηνός. Ύστερα από επίσκεψη σε Ορθοπεδικό όπου έγινε η διάγνωση της θλάσης γαστροκνημίας και ήπιου διαστρέμματος ποδοκνημικής, ο ασθενής λάμβανε αγωγή με παυσίπονα/αντιφλεγμονώδη, χωρίς ωστόσο να υφίσταται η συμπτωματολογία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κατά την φυσική εξέταση διαπιστώθηκε μείωση της θερμοκρασίας δέρματος του πάσχοντος άκρου συγκριτικά με το υγιές, απουσία ψηλαφητών σφύξεων στην σύστοιχη ραχιαία του ποδός αρτηρία, και ασθενείς ψηλαφητικά σφύξεις στην ιγνυακή και οπίσθια κνημιαία. Εκ του εργαστηριακού και ακτινογραφικού ελέγχου δεν προέκυψαν παθολογικά ευρήματα, ενώ ισχαιμία δεν διαπιστώθηκε ούτε στο triplex φλεβών. Γι' αυτό το σκοπό, ζητήθηκε από τον ασθενή να βαδίσει για λίγα λεπτά έως επαγωγής των συμπτωμάτων. Παρατηρήθηκε αλλαγή του χρώματος του δέρματος του πάσχοντος άκρου, ενώ εξέταση με το φορητό Doppler ανέδειξε μειωμένη ροή στην ιγνυακή αρτηρία, η οποία αποδώθηκε σε σύνδρομο παγίδευσης ιγνυακής αρτηρίας μέσα στη σύστοιχη γαστροκνημία. Η διάγνωση επιβεβαιώθηκε με Μαγνητική Αγγειογραφία (MRA). Στον ασθενή συστήθηκε ενδεδειχμένη ενδυνάμωση της γαστροκνημίας για ευόδωση της ανάπτυξης παράπλευρου δικτύου και επί επιμονής των συμπτωμάτων χειρουργική αντιμετώπιση (bypass).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το Σύνδρομο Παγίδευσης Ιγνυακής Αρτηρίας είναι μια διαταραχή που εμφανίζεται συχνότερα σε νεαρούς άνδρες. Το λεπτομερές ιστορικό και η ενδεδειχμένη Φυσική Εξέταση είναι τα διαγνωστικά εργαλεία επιλογής του Γενικού Ιατρού για την όχι συχνή αυτή πάθηση.

ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΕΡΥΘΗΜΑ: ΣΠΑΝΙΑ ΕΚΔΗΛΩΣΗ COVID 19

P. Καπράνου¹, Α. Γραμματικάκης², Ο. Ανδρικόπουλος⁵, Α. Σταυροθανασοπούλου³, Μ. Μηλιτσοπούλου⁴, Μ. Καρακώτσα⁶, Σ. Γερακάρη⁷

1. Δερματολόγος Αφροδισιολόγος, 1η Πανεπιστημιακή κλινική ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο Α. Συγγρός, 2. Γενικός Ιατρός, ΤΕΠ-ΓΝ-Πειραιά «Τζάνειο», 3. Πνευμονολόγος-Εντατικολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια ΤΕΠ-ΓΝ-Πατρών «Άγιος Ανδρέας», 4. Καρδιολόγος, ΤΕΠ-ΓΝ-Πατρών «Άγιος Ανδρέας», 5. Γενικός Ιατρός, ΤΕΠ-ΓΝ-Πατρών «Άγιος Ανδρέας», 6. Καρδιολόγος, ΤΕΠ-ΓΝ-Πειραιά «Τζάνειο», 7. Παθολόγος-Εντατικολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια ΤΕΠ-ΓΝ-Πειραιά «Τζάνειο»

Σκοπός

Η λοίμωξη Covid-19 εκτός από εκδηλώσεις αναπνευστικού έχει συσχετιστεί και με δερματολογικές εκδηλώσεις με συχνότερα καταγραφόμενες: κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα, κνιδωτικό εξάνθημα, βλατιδοφουσαλιδώδες εξάνθημα, χειμετλόμορφες βλάβες, πορφυρικό εξάνθημα και δικτυωτή πελιδνώση.

Υλικό-Μέθοδοι

Άντρας ασθενής 22 ετών, με ελεύθερο ατομικό και οικογενειακό ιστορικό, παρουσιάστηκε στο ΤΕΠ λόγω εξανθήματος και δεκατικής πυρετικής κίνησης από τριημέρου. Κλινικά ανευρέθηκαν συμμετρικές ερυθρές βλατίδες και ωειδείς πλάκες εκτατικής επιφάνειας αγκώνων, γονάτων και άκρων χειρών, συνοδεύεται καύσους/άλγους. Παλάμες, πέλματα και βλεννογόνοι ήταν ελεύθεροι βλαβών. Ο ασθενής ανέφερε ήπια νόσηση Covid-19 προ 20ημέρου, με εμπύρετο και αίσθημα κόπωσης. Ακολούθησε εργαστηριακός έλεγχος, εντός φυσιολογικών ορίων και βιοψία δέρματος, η οποία επιβεβαίωσε τη κλινική υποψία για πολύμορφο ερύθημα (ΠΕ) σχετιζόμενο με λοίμωξη Covid-19. Στον ασθενή χορηγήθηκαν τοπικά και συστηματικά κορτικοειδή με άμεση βελτίωση.



Εικόνα 1

Κλινική εικόνα του ασθενή, που δείχνει πολλαπλές ωειδείς βλατίδες στην εκτατική επιφάνεια δεξιού αγκώνα

Αποτελέσματα

Το ΠΕ αποτελεί αντίδραση υπερευαισθησίας επιβραδυνόμενου τύπου αποτέλεσμα λοιμώξεων (HSV1, M. pneumoniae) ή σπανιότερα χορήγησης φαρμάκων (ΜΣΑΦ, σουλφοναμίδες). Περιγράφονται δύο μορφές: το μείζον ΠΕ (εκτεταμένη δερματική συμμετοχή, συμμετοχή τουλάχιστον ενός βλεννογόνου) και το έλασσον ΠΕ (δερματική προσβολή κυρίως στα άκρα). Κλινικά εμφανίζεται με βλατίδες και πλάκες σταδιακά εξελισσόμενες στις χαρακτηριστικές «βλάβες δίκην στόχου». Κατανέμεται συμμετρικά σε άνω και κάτω άκρα και παλάμες, πέλματα. Ενίοτε επεκτείνεται και σε άλλες περιοχές (πρόσωπο, ράχη, κορμό). Συνοδεύεται από πρόδρομα συμπτώματα (κακουχία, δεκατική πυρετική κίνηση) και αίσθημα άλγους, καύσους, κνησμού.

Συμπεράσματα

Στη βιβλιογραφία καταγράφονται λίγα περιστατικά ΠΕ σχετιζόμενο με Covid-19, είτε σαν μοναδικό επεισόδιο είτε σπανιότερα με υποτροπιάζουσα μορφή. Επομένως σημαντική είναι η καταγραφή του και από τους γιατρούς της ΠΦΥ οι οποίοι αντιμετωπίζουν συχνά περιστατικά λοίμωξης Covid-19.

Βιβλιογραφία

1. Bennardo L, Nisticò SP et al, Erythema Multiforme and COVID-19: What Do We Know? Medicina (Kaunas). 2021 Aug 16;57(8):828. doi: 10.3390/medicina57080828
2. Martora F, Villani A et al, COVID-19 and cutaneous manifestations: A review of the published literature. J Cosmet Dermatol. 2023 Jan;22(1):4-10. doi: 10.1111/jocd.15477
3. Rykiel K, Melchor J et al, Recurrent Erythema Multiforme Major Following COVID-19 Infection. Cureus. 2023 Jul 29;15(7):e42646. doi: 10.7759/cureus.42646

ΕΡΠΗΣ ΤΥΠΟΥ 2: ΣΠΑΝΙΟ ΑΙΤΙΟ ΠΡΩΚΤΙΤΙΔΑΣ

Ρ. Καπράνου¹, Α. Γραμματικάκης², Ο. Ανδρικόπουλος⁵, Α. Σταυροθανασοπούλου³, Μ. Μηλιτσοπούλου⁴, Ι. Νικολακάκης⁶, Σ. Γερακάρη⁷

1. Δερματολόγος Αφροδισιολόγος, 1η Πανεπιστημιακή κλινική ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο Α. Συγγρός, 2. Γενικός Ιατρός, ΤΕΠ-ΓΝ-Πειραιά «Τζάνειο», 3. Πνευμονολόγος-Εντατικολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια ΤΕΠ-ΓΝ-Πατρών «Άγιος Ανδρέας», 4. Καρδιολόγος, ΤΕΠ-ΓΝ-Πατρών «Άγιος Ανδρέας», 5. Γενικός Ιατρός, ΤΕΠ-ΓΝ-Πατρών «Άγιος Ανδρέας», 6. Γενικός Ιατρός, ΤΕΠ-ΓΝ-Πειραιά «Τζάνειο», 7. Παθολόγος-Εντατικολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια ΤΕΠ-ΓΝ-Πειραιά «Τζάνειο»

Σκοπός

Πρόσφατα παρατηρείται αυξανόμενη επίπτωση των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων (ΣΜΝ), τα οποία εκδηλώνονται και με συμπτωματολογία πρωκτίτιδας.

Υλικό-Μέθοδοι

Άντρας ασθενής, 47 ετών, προσήλθε λόγω πρωκτικού άλγους και διαρροϊκών κενώσεων από δεκαπενθημέρου. Ο ασθενής προσκόμισε τα αποτελέσματα ορθοσιγμοειδοσκόπησης και ιστολογικού ελέγχου, από τον οποίο προέκυπταν μη ειδικά ευρήματα φλεγμονής. Ανέφερε σεξουαλικές επαφές με άτομα του ίδιου φύλου και ελεύθερο ατομικό και οικογενειακό ιστορικό. Κλινικά δεν διαπιστώθηκε εξάνθημα περιπρωκτικά.

Κατόπιν δικής του επιθυμίας πραγματοποιήθηκε μοριακός έλεγχος (PCR) πρωκτικού δείγματος για ΣΜΝ και ορολογικός έλεγχος για σύφιλη, HIV και ηπατίτιδες. Η PCR ανέδειξε θετικά αποτελέσματα για απλό έρπητα 2 (HSV2). Ακολούθησε χορήγηση per os βαλσικλοβίρης με άμεση ύφεση των συμπτωμάτων.

Αποτελέσματα

Ως πρωκτίτιδα χαρακτηρίζεται η φλεγμονή του πρωκτού και του κατώτερου ορθού. Οφείλεται σε λοιμώδεις (λοιμώξεις γαστρεντερικού, ΣΜΝ) και μη λοιμώδεις παράγοντες (ακτινοθεραπεία, ΙΦΝΕ). Από τα ΣΜΝ συνήθως απομονώνονται γονόκοκκος, χλαμύδια, HSV και ωχρά σπειροχαίτη. Κλινικά εκδηλώνεται με άλγος, διαρροϊκές/αιμορραγικές/βλεννώδεις κενώσεις, ενώ συχνά είναι ασυμπτωματική.

Ο HSV2, μέλος της οικογένειας των ερπητοϊών, μεταδίδεται μέσω σεξουαλικής επαφής και εκδηλώνεται με φυσαλιδώδες/ελκωτικό εξάνθημα γεννητικών οργάνων. Η πρωκτίτιδα, μια σπάνια εκδήλωση HSV2, συνήθως αφορά ασθενείς με ανοσοκαταστολή ή HIV. Για τη διάγνωση του HSV2 στις ευρωπαϊκές οδηγίες προτείνεται η διενέργεια PCR, ενώ ο ορολογικός έλεγχος διενεργείται 90 ημέρες μετά την πρωτολοίμωξη και είναι υποστηρικτικός.

Συμπέρασματα

Η πρωκτίτιδα από HSV2 αν και σπάνια, μιμείται συμπτωματολογία άλλων συχνότερων συνδρόμων όπως οι ΙΦΝΕ. Επομένως είναι σημαντική η καταγραφή περιστατικών και η ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας στην πρωτοβάθμια υγεία.

Βιβλιογραφία

1. Steed JM, Henry-Okafor Q et al, Proctitis in Men Who Have Sex with Men. *Nurs Clin North Am.* 2020 Sep;55(3):325-335. doi: 10.1016/j.cnur.2020.05.003
2. Marco Oliver Schunter, Thorsten Walles et al, HSV colitis complicating ulcerative colitis: A case report and brief review on superinfections, *J Crohn's and Colitis*, Vol 1, Issue 1, Sep 2007, P 41-46, <https://doi.org/10.1016/j.crohns.2007.06.004>
3. 2024 European guidelines for the management of genital herpes, Authors: Rajul Patel, Benjamin Moran Emily Clarke et al