

150

Πανελλήνιο Συνέδριο Εντατικής Θεραπείας

14-16 Νοεμβρίου 2014

Ίδρυμα Ευγενίδου - Αθήνα

(Λ. Συγγρού 387, 175 64 Π. Φάληρο)

Οργανώνεται από την



με την συμμετοχή των
ΜΕΘ όλης της χώρας

ΒΙΒΛΙΟ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (Ε.Ε.Ε.Θ)

14-16 Νοεμβρίου 2014

Ίδρυμα Ευγενίδου - Αθήνα

(Λ. Συγγρού 387, 175 64 Π. Φάληρο)

15^ο

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Αθήνα 14-16 Νοεμβρίου 2014
Ίδρυμα Ευγενίδου - Αθήνα

ΒΙΒΛΙΟ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

Οργανώνεται από την



Ελληνική Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας
με την συμμετοχή όλων των ΜΕΘ της χώρας

15⁰

Πανελλήνιο Συνέδριο
Εντατικής Θεραπείας

Ημερομηνίες Συνεδρίου
14-16 Νοεμβρίου 2014

Συνεδριακός χώρος
Ίδρυμα Ευγενίδου - Αθήνα

Οργανωτική και Επιστημονική Επιτροπή
το Δ.Σ. της Ε.Ε.Ε.Θ.

Πρόεδρος: Αντώνης Μαυρομάτης
Αντιπρόεδρος: Αθανάσιος Πρεκατές
Γενική Γραμματέας: Αναστασία Κοτανίδου
Ταμίας: Βασίλειος Μπέκος
Μέλη: Βασιλική Διονυσοπούλου
Βασίλης Ζηδιανάκης
Μαρία Θεοδωρακοπούλου
Ελένη Μουλούδη
Μπλίτσα Μπιτζάνη
Παύλος Μυριανθέας
Στυλιανός Ορφανός
Ευάγγελος Παπαδομιχελάκης
Μαρίνος Πιταρίδης

Γραμματεία - Πληροφορίες :
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (ΕΕΕΘ)

Αικατερίνη Μπότοπ
Τηλ./fax: 210-7754400
Email:ketibots@otenet.gr

Η ιστοσελίδα της Εταιρείας μας
<http://www.icu.gr>

Δημιουργική Επιμέλεια - Εκτύπωση: Σαπταλούρας Σταύρος
Τηλ.:2631 0 23 311 - Fax: 2631 0 23 311 - e-mail:alfabook@otenet.gr

14-16 Νοεμβρίου 2014

Ίδρυμα Ευγενίδου - Αθήνα

(Α. Συγγρού 387, 175 64 Π. Φάληρο)

ΒΙΒΛΙΟ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

15^{ου}

**Πανελλήνιου Συνεδρίου
Εντατικής Θεραπείας**

Περίληψεις εργασιών 15^{ου} Συνεδρίου Εντατικής Θεραπείας

1. Ανοσολογία-Μεταμοσχεύσεις - Σελ. 13

Δυσλειτουργία των μονοκυττάρων στους βαρέως πάσχοντες ασθενείς. - Σελ. 14

2. Αεραγωγός-Καταστολή-Αναισθησιολογία - Σελ. 15

Η χρήση του οπτικού λαρυγγοσκοπίου (Airtraq) απαραίτητο εργαλείο στην ενδοτραχειακή διασωλήνωση. - Σελ. 16

3. Αιματολογία - Σελ. 17

Διαφορές εργαστηριακών τιμών μεταξύ αναλυτή αερίων αίματος και κεντρικού εργαστηρίου. - Σελ. 18

Ορθή πρακτική μετάγγισης συμπυκνωμένων ερυθρών στη Μ.Ε.Θ. - Σελ. 19

Μεταγγίσεις συμπυκνωμένων ερυθρών στη Μ.Ε.Θ. - Σελ. 20

4. Αιμοδυναμικές διαταραχές-Shock-Καρδιολογία - Σελ. 21

Καρδιολογικοί ασθενείς στη Μ.Ε.Θ. Αιτία εισόδου και έκβαση. - Σελ. 22

Συσχέτιση διαστολικής δυσλειτουργίας και έκβασης στο σπητικό shock με συνεκτίμηση ιστικής Doppler απεικόνισης (Tissue Doppler Imaging, TDI) και καρδιακών βιοδεικτών. - Σελ. 23

Διαστολική δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας σε ασθενείς ΜΕΘ: κλινική σημασία και προγνωστική αξία. - Σελ. 24

Η επίπτωση της κοιλιακής μαρμαρυγής στους ασθενείς της ΜΕΘ και οι προκλήσεις στην αντιμετώπισή της. - Σελ. 25

Η συμβολή της διοισοφάγειας υπερηχογραφίας στη διάγνωση και παρακολούθηση μη αναμενόμενης παθολογίας σε ασθενή της ΜΕΘ: case report. - Σελ. 26

Αξιολόγηση της συχνότητας εμφάνισης θρομβοεμβολικών επεισοδίων σε τραυματίες και νευροχειρουργικούς ασθενείς στη Μ.Ε.Θ. (Πρόδρομη ανακοίνωση). - Σελ. 27

Συσχέτιση της διαστολικής δυσλειτουργίας της αριστερής κοιλίας με ανεπιτυχή προσπάθεια αποδέσμευσης από το μηχανικό αερισμό. - Σελ. 28

Βελτίωση δεικτών της αναπνευστικής ενόρμησης και της αναπνευστικής λειτουργίας μετά από τοποθέτηση συσκευής κοιλιακής υποθώρησης σε ασθενείς με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια. - Σελ. 29

Περίπτωση επιπλοκής κατάλυσης με υψίσυχνο ρεύμα κολπικής μαρμαριγής. - Σελ. 30

Ημερήσιες ανάγκες νοραδρεναλίνης και η επιβίωση ασθενών ΜΕΘ με σιπτικό shock. - Σελ. 31

5. Αναπνευστική ανεπάρκεια -Μηχανικός αερισμός- ARDS - Σελ. 32

Αποτελεσματικότητα της πρηνούς θέσης σε αποδιασωληνωμένους ασθενείς. - Σελ. 33

Υπερηχογραφική εκτίμηση της μέγιστης ταχύτητας χαλάρωσης του διαφράγματος. - Σελ. 34

Υπερηχογραφικά ευρήματα πνευμόνων στους ασθενείς με βαριά εγκεφαλική βλάβη - Σελ. 35

Η εργώδης αναπνοή επιδεινώνει την επαγόμενη από ενδοτοξίνη φλεγμονή των πνευμόνων: Ο ρόλος της διαλυτής γουανυλικής κυκλάσης. - Σελ. 36

Πνευμονονεφρικό Σύνδρομο. Παρουσίαση περιστατικού. - Σελ. 37

Η ενεργοποίηση της διαλυτής γουανυλικής κυκλάσης αναστρέφει την πνευμονική βλάβη στην εργώδη αναπνοή. - Σελ. 38

Η εφαρμογή της πρηνούς θέσης σε ασθενείς με βαρύ ARDS. - Σελ. 39

Η αναστολή της αναγωγής του 3-υδρόξυ-3-μέθυλογλουτάρυλο-Συνενζύμου Α μπορεί να προστατεύσει μύες από την πνευμονική βλάβη λόγω μηχανικού αερισμού. - Σελ. 40

6. Ανοσολογία -Μεταμοσχεύσεις - Σελ. 41

Δότες οργάνων και αιτία εισαγωγής στη Μ.Ε.Θ. Επιδημιολογική μελέτη 20 ετών. - Σελ. 42

Είναι επαρκείς οι γνώσεις των κλινικών γιατρών για την διαδικασία της δωρεάς οργάνων ή υπάρχουν βασικές ελλείψεις που μπορούν να επηρεάσουν την τελική απόφαση του περιβάλλοντος για την δωρεά οργάνων; - Σελ. 43

Ασθενείς με HIV στη Μ.Ε.Θ. Εμπειρία 10 Χρόνων. - Σελ. 44

7. Αποκατάσταση και Ποιότητα Ζωής - Σελ. 45

Ρόλος της εργοθεραπείας στην πρώιμη κινητοποίηση και αποκατάσταση ασθενών της ΜΕΘ - Σελ. 46

Μακροπρόθεσμη επίπτωση της πολυνευρομυοπάθειας του βαρέως πάσχοντος στην μυική ισχύ και στην λειτουργικότητα. - Σελ. 47

Η χρήση μυοσκελετικού υπερήχου σε ασθενείς της ΜΕΘ για τον έλεγχο έκτοπης οστεοποίησης. - Σελ. 48

Έκβαση των ασθενών της ΜΕΘ: Πώς υπολογίζεται και από τί επηρεάζεται; - Σελ. 49

Εκτίμηση κριτηρίων πρόγνωσης για τους ηλικιωμένους ασθενείς των Μ.Ε.Θ. - Σελ. 50

8. Βήμα Εξειδικευομένων - Σελ. 51

Μαζική καταστροφή από πυρκαγιά σε Μ.Ε.Θ. -Εφαρμογή σχεδίων πρόληψης και αντιμετώπισης. - Σελ. 52

Η εκπαίδευση στην διαδερμική τραχειοστομία (Seldinger) στην εξειδίκευση σε πολυδύ-
ναμη χειρουργική Μ.Ε.Θ. τριτοβάθμιου νοσοκομείου τραύματος. Η εμπειρίας μας
(2009-2013). - Σελ. 53

9. Γαστρεντερολογία / Ήπαρ - Σελ. 54

Βαρύτατες ηλεκτρολυτικές και οξεοβασικές διαταραχές μετά από μετανάστευση γαστρικού
δακτυλίου. Περιγραφή σπάνιου περιστατικού. - Σελ. 55

10. Ενδοκρινολογία - Σελ. 56

Επίδραση του τύπου του σακχαρώδους διαβήτη στην εμφάνιση πρώιμων επιπλοκών μετά
από καρδιοχειρουργική επέμβαση. - Σελ. 57

11. Επείγουσα προνοσοκομειακή ιατρική - Σελ. 58

Καρδιαγγειακά επειγόντα περιστατικά στον Διεθνή Αερολιμένα Αθηνών. - Σελ. 59

Επίπτωση και συνέπειες της στοματοφαρυγγικής δυσφαγίας μετά την αποσωλήνωση στη
μονάδα αυξημένης φροντίδας: Διετής αναδρομική μελέτη. - Σελ. 60

Καταγραφή επιπέδων φροντίδας νοσηλευόμενων ασθενών της Μ.Ε.Θ. - Σελ. 61

12. Ηθικά, Δεοντολογικά και Θέματα Κόστους - Σελ. 62

Μέτρηση της χρήσης των αντιμικροβιακών φαρμάκων στη Μ.Ε.Θ. για περίοδο δύο
μηνών. - Σελ. 63

Ασθενείς 80 ετών και άνω στη ΜΕΘ, μία πρόκληση για το παρόν και το μέλλον. - Σελ. 64

Η έκβαση των βαρέως πασχόντων ασθενών εντός και εκτός Μονάδων Εντατικής Θεραπείας
(ΜΕΘ) και η ανάγκη για αύξηση των διαθέσιμων κλινών ΜΕΘ. - Σελ. 65

Παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τη θνητότητα ασθενών, ηλικίας μεγαλύτερης των
75 ετών, σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). - Σελ. 66

Η κατανάλωση και το κόστος των προωθημένων αντιβιοτικών στη Μ.Ε.Θ. Σύγχρονα εργα-
λεία καταγραφής. - Σελ. 67

Μέτρηση της ικανοποίησης των συνοδών των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα στη
Μ.Ε.Θ. - Σελ. 68

13. Καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση - Σελ. 69

Σεμινάρια προσομοίωσης καρδιο-αναπνευστικής αναζωογόνησης: φόβοι και προσδο-
κίες. - Σελ. 70

14. Λοιμώξεις - Σελ. 71

Επιδημιολογία λοιμώξεων από Clostridium Difficile σε γενική Μ.Ε.Θ. - Σελ. 72

Περιγραφή περίπτωσης σποραδικής μορφής νόσου Creutzfeldt - Jakob. - Σελ. 73

Τέτανος - Σπάνιος μεν αλλά υπάρχει. Παρουσίαση περιστατικού στη Μ.Ε.Θ. Άρτας. - Σελ. 74

Λεπτοσπείρωση - Πολυοργανική ανεπάρκεια και ο ρόλος της Μ.Ε.Θ. - Σελ. 75

Τρία χρόνια εμπειρίας από τη χρήση των περιφερικά εισερχόμενων κεντρικών καθετήρων (PICC 's) σε γενική μονάδα εντατικής θεραπείας. - Σελ. 76

Αναδρομική μελέτη της ευαισθησίας στη Βανκομυκίνη σταφυλόκοκκων και εντερόκοκκων απομονωθέντων στη Μ.Ε.Θ. και στους ορόφους σε ιδιωτικό νοσοκομείο της Αθήνας - Πρόδρομη Ανακοίνωση. - Σελ. 77

Επίπτωση λοίμωξης από πνευμονία σχετιζόμενη με αναπνευστήρα σε ασθενείς Μ.Ε.Θ. - Σελ. 78

Νοσηλεία ασθενών με πνευμονία σχετιζόμενη με αναπνευστήρα σε Μ.Ε.Θ. - Σελ. 79

Επίδραση παραγόντων σχετιζόμενων με την τοποθέτηση κεντρικού φλεβικού καθετήρα στην ανάπτυξη λοίμωξης της αιματικής ροής. - Σελ. 80

Πολυμικροβιακή λοίμωξη αναπνευστικού σε ανοσοκατεσταλμένο ασθενή. - Σελ. 81

Εγκεφαλίτιδα σχετιζόμενη με H1N1 - Σελ. 82

Παρουσίαση περίπτωσης δερματικής, ρινοκογχικής μουκορμύκωσης σε ασθενή ΜΕΘ χωρίς προδιαθεσικούς παράγοντες. - Σελ. 83

Αντιμετώπιση λοίμωξης ΚΝΣ με ενδοκοιλιακή χορήγηση δαπτομυκίνης. - Σελ. 84

Γρίπη Α (H1N1) Σε ασθενείς με καρκίνο στη Μ.Ε.Θ. - Σελ. 85

Η διαχείριση των αρτηριακών γραμμών στις Ελληνικές Μ.Ε.Θ. - Σελ. 86

Χαρακτηριστικά ασθενών με γρίπη που νοσηλεύτηκαν σε Μ.Ε.Θ - Σελ. 87

Έκβαση ασθενών με γρίπη που νοσηλεύτηκαν σε Μ.Ε.Θ - Σελ. 88

Ο ρόλος της προκαλοπιτονίνης ορού στην έγκαιρη διάκριση μυκηταιμίας από βακτηριαμία σε ασθενείς Μ.Ε.Θ. - Σελ. 89

Φορεία ανθεκτικών μικροβίων σε ορθικό επίχρισμα και βρογχικές εκκρίσεις, στους εισαγόμενους σε Μ.Ε.Θ.: Συμπεράσματα από συνεχή καταγραφή. - Σελ. 90

Trichosporon SPP: Ένας νέος γνώριμος στη Μ.Ε.Θ. - Σελ. 91

Αποτίμηση της χρήσης τιγκεκυκλίνης για τη θεραπεία νοσοκομειακών λοιμώξεων από πολύ ανθεκτικά Gram αρνητικά μικρόβια σε μια Ελληνική Μ.Ε.Θ. - Σελ. 92

Ο αποικισμός με πολυανθεκτικά μικρόβια και η αρνητικοποίησή του κατά τη νοσηλεία σε κέντρο αποκατάστασης. - Σελ. 93

Η επλεκτική αναστολή των Α υποδοχέων της Ενδοθηλίνης-1 μπορεί να μειώσει την επαγόμενη από μπλεομυκίνη, πνευμονική φλεγμονή και ίνωση σε μύες. - Σελ. 94

Υποσκληρίδια, πυώδης εγκεφαλική συλλογή, από *Streptococcus pneumoniae* σε ασθενή νοσηλευόμενη σε Μ.Ε.Θ. μετά από κρανιεκτομή. - Σελ. 95

15. Νευρολογία - Σελ. 96

Συσχέτιση των δεδομένων της θερμικής Doppler ροομετρίας και της μικροδιάλυσης σε ασθενείς με σοβαρή υπαραχνοειδή και τραυματική εγκεφαλική αιμοραγία. - Σελ. 97

Παράγοντες που επηρεάζουν το βαθμό αναπηρίας και τη λειτουργική κατάσταση των ασθενών με ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο μετά από ενδοφλέβια θρομβόλυση με αλτεπλάση, βάσει της τροποποιημένης κλίμακας Rankin [Modified rankin scale (mRS)] τριμήνου. - Σελ. 98

Κατανάλωση ενέργειας σε ηρεμία και διακρανιακή υπερηχογραφία για την πρόωμη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου. - Σελ. 99

Ενδοκοιλιακή χορήγηση αλτεπλάσης για την αντιμετώπιση μαζικής αυτόματης ενδοκοιλιακής αιμοραγίας. - Σελ. 100

Παρουσίαση περιστατικού με σύνδρομο Παροξυσμικής Συμπαθητικής Υπερδραστηριότητας ύστερα από επίκτητη εγκεφαλική βλάβη. - Σελ. 101

Μελέτη των χαρακτηριστικών και της έκβασης των ασθενών με αυτόματα ενδοεγκεφαλικά αιμορραγικά επεισόδια που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ. - Σελ. 102

16. Νεφρολογία - Σελ. 103

Παράγοντες που σχετίζονται με μείωση του εκτιμώμενου ρυθμού σπειραματικής διήθησης (eGFR) μετά από καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις. - Σελ. 104

Επίδραση της παχυσαρκίας στην ανάπτυξη οξείας νεφρικής βλάβης μετά από αορτοστεφανιαία παράκαμψη. - Σελ. 105

Εμφάνιση οξείας νεφρικής βλάβης μετά από επεμβάσεις καρδιάς. - Σελ. 106

Διαταραχές της μικροκυκλοφορίας κατά τη διάρκεια συνεχούς αιμοδιήθησης σε ασθενείς της ΜΕΘ. - Σελ. 107

Μετρούμενη και υπολογιζόμενη κάθαρση κρεατίνης: Πόσο επηρεάζονται από τη βαρύτητα της νόσου και τη διάρκεια της νοσηλείας; - Σελ. 108

Κάθαρση κρεατίνης: Χρήσιμος ή παραπλανητικός δείκτης στη ΜΕΘ; - Σελ. 109

17. Νοσηλευτική και Φυσικοθεραπεία του βαρέως πάσχοντα - Σελ. 110

Καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις σε ασθενείς με ιστορικό υποθυρεοειδισμού και θεραπεία υποκατάστασης-Νοσηλευτική παρακολούθηση. - Σελ. 111

Συσχέτιση του νοσηλευτικού φόρτου εργασίας με τη βαρύτητα και την έκβαση ασθενών σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. - Σελ. 112

Παράγοντες κινδύνου για τη θνησιμότητα σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. - Σελ. 113

Προεγχειρητική νεφρική δυσλειτουργία και ανάγκη συνεχούς φλεβοφλεβικής αιμοδιήθησης μετά από καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις. - Σελ. 114

18. Παιδιατρική εντατική θεραπεία - Σελ. 115

Εφαρμογή lock therapy με αιθανόλη 70% για την αντιμετώπιση των CLABSI. - Σελ. 116

Νοσηλεία εφήβων σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας Παιδών: τάσεις και προοπτικές. - Σελ. 117

Νοσηλεία παιδιών με σύνθετα χρόνια νοσήματα σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παιδών. - Σελ. 118

Η C-αντιδρώσα πρωτεΐνη και η προκαλσιτονίνη ως δείκτες πρόωπης διάγνωσης και ανταπόκρισης στην αγωγή σε παιδιατρικούς ασθενείς με πνευμονία σχετιζόμενη με τον αναπνευστήρα. - Σελ. 119

19. Σήψη - Σελ. 120

Εφαρμογή φλεβοφλεβικής αιμοδιήθησης για την αντιμετώπιση της αύξησης του (ELWI) σε βαριά σηπτικούς ασθενείς ΜΕΘ. - Σελ. 121

Η χρησιμότητα των βιοδεικτών στη σήψη: Πρόδρομη μελέτη. - Σελ. 122

Πολυοργανική ανεπάρκεια σε ασθενή με λοίμωξη από το Hantaan. - Σελ. 123

Μεταβολές ενδοκυτταρίων (iHSPs) και εξωκυτταρίων (eHSPs) πρωτεϊνών θερμικής καταπληξίας και μεταβολικό stress σε απάντηση στη σοβαρή σήψη και τραύμα. - Σελ. 124

Ενδοκυττάρια και εξωκυττάρια έκφραση των πρωτεϊνών θερμικού σοκ (Heat Shock Proteins) σε ασθενείς με sirs και σοβαρή σήψη. Προκαταρκτικά δεδομένα. - Σελ. 125

** Μέρος της μελέτης «Πρωτεΐνες θερμικού σοκ και μεταβολές της γλουταμίνης συσχετιζόμενες με την ορμονολογική, ανοσολογική, αντιφλεγμονώδη και κυτταρική απόκριση στη σήψη. Μια συνδυαστική κλινική και πειραματική μελέτη».

Πρωτεΐνες θερμικής καταπληξίας 72 και 90 και αμινοξέα σε παιδιά και ενήλικες με σοβαρή σήψη ή τραύμα - πιλοτική μελέτη. - Σελ. 126

Μεταβολές και συσχετίσεις αμινοξέων NO₂/NO₃ ATP και ενδοκυτταρίων HSPs στη σοβαρή σήψη και το βαρύ τραύμα στη ΜΕΘ - Πρόδρομη μελέτη. - Σελ. 127

Χορήγηση γλουταμίνης στη σήψη: Εντερικά, παρεντερικά ή συνδυασμός; Πειραματική εργασία σε χοίρους - Σελ. 128

Το γαλακτικό οξύ είναι καλύτερος προγνωστικός δείκτης ανάπτυξης σήψης όταν συνδυαστεί με τα τους ενδοθηλιακούς παράγοντες E- και P-σελεκτίνη. - Σελ. 129

20. Σίτιση και θρέψη - Σελ. 130

Μετεγχειρητική νοσηρότητα και θνητότητα μετά από καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις σε παχύσαρκους ασθενείς με δείκτη μάζας σώματος (BMI) ≥ 35. - Σελ. 131

21. Τοξικολογία-Κλινική Φαρμακολογία - Σελ. 132

Μετεγχειρητικό κακοήθες νευροληπτικό σύνδρομο. - Σελ. 133

Δείγματα φιδιών: Εμπειρία του γενικού νοσοκομείου Λαμίας. - Σελ. 134

22. Τραύμα / Χειρουργική/Εγκαύματα -Σελ. 135

Προγνωστικοί παράγοντες θνητότητας ασθενών με τραύμα που εισήχθησαν στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας κατά τη διάρκεια δύο περιόδων (1997 vs. 2010-2011). - Σελ. 136

Διαγνωστικά κριτήρια σπινικής καταπληξίας σε ασθενείς με βαριά εγκαύματα. - Σελ. 137

Καραγραφή τραχειοστομηθέντων ασθενών σε πολυδύναμη χειρουργική ΜΕΘ τριτοβάθμιου νοσοκομείου τραύματος. Η εμπειρία μας (2009-2013). - Σελ. 138

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την έκβαση των πολυτραυματιών στη Μ.Ε.Θ. - Σελ. 139

Εγκεφαλική λιπώδης εμβολή και παραμονή ανοικτού του ωοειδούς τρήματος. Συσχέτιση των υπερηχογραφικών ευρημάτων με τη νευρολογική έκβαση. - Σελ. 140

Σοβαρό θωρακικό τραύμα σε ασθενή με πνευμονεκτομή. - Σελ. 141

14-16 Νοεμβρίου 2014

Ίδρυμα Ευγενίδου - Αθήνα

(Α. Συγγρού 387, 175 64 Π. Φάληρο)

ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ

Οι Εργασίες για το 15^ο Συνέδριο Μονάδων Εντατικής Θεραπείας

1

Ανοσολογία - Μεταμοσχεύσεις

ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΜΟΝΟΚΥΤΤΑΡΩΝ ΣΤΟΥΣ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ.

Διαμαντάκη Ελένη ⁽¹⁾, Θεοδωράκης Εμμανουήλ ⁽¹⁾, Ακουμιανάκη Αντωνία ⁽²⁾,
Χαμπλός Γεώργιος ⁽³⁾, Κονδύλη Ευμορφία ⁽⁴⁾, Γεωργόπουλος Δημήτριος ⁽⁴⁾,
Βαπορίδη Αικατερίνη ⁽⁴⁾

- 1.Εργαστήριο Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης
- 2.Εργαστήριο Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης
- 3.Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου
- 4.Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου

Εισαγωγή: Σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς η οξεία νόσος ακολουθείται από δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος με βασικό παθογενετικό ρόλο στην εμφάνιση ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων. Η παθοφυσιολογία της δυσλειτουργίας αυτής (ανοσοπαράλυση) δεν έχει μελετηθεί πλήρως και δεν υπάρχουν διαγνωστικά ή θεραπευτικά μέσα. Μελέτες σε σπηκτικούς ασθενείς κατέδειξαν δυσλειτουργία τόσο της φυσικής ανοσίας, με μειωμένη έκφραση μορίων αντιγονοπαρουσίασης (HLA-DR) από τα μονοκύτταρα, όσο και της επίκτητης ανοσίας, με αυξημένη απόπτωση λεμφοκυττάρων. Επίσης, έχει περιγραφεί εμφάνιση μονοκυττάρων με λεμφοκατασταλτικές ιδιότητες (Myeloid-Derived Suppressors Cells, MDSC). Τέλος, έχει διαπιστωθεί εναλλακτική ενεργοποίηση μακροφάγων (M2), χαρακτηριζόμενη από παραγωγή αντιφλεγμονωδών αντί προφλεγμονωδών παραγόντων. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανάλυση των μηχανισμών δυσλειτουργίας των μονοκυττάρων σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς μετά από μια εβδομάδα νοσηλεία στη ΜΕΘ

Υλικό – μέθοδος: Πρόκειται για προδρομική, μη παρεμβατική μελέτη σε ενήλικες ασθενείς που εισήχθησαν στη ΜΕΘ με Apache II > 15. Εξαιρέθηκαν ασθενείς με αιματολογικά νοσήματα ή ανοσοκατασταλτική αγωγή. Οι μηχανισμοί δυσλειτουργίας των μονοκυττάρων εξετάστηκαν με κυτταρομετρία ροής και ανοσοφθορισμό, συγκρίνοντας δείγματα που ελήφθησαν την 1η και 7η ημέρα νοσηλείας. Εξετάστηκε η έκφραση των δεικτών επιφανείας CD14 (δείκτης μονοκυττάρων), CD16 (δείκτης ενεργοποίησης μονοκυττάρων), CD86 (μόριο ενεργοποίησης λεμφοκυττάρων), HLA-DR (αντιγονοπαρουσιαστικό μόριο), CD206 και CD163 (δείκτες M2), CD33 και CD11b (δείκτες MDSCs). Επίσης εξετάστηκε με ανοσοφθορισμό η ωρίμανση του φαγοσώματος των μονοκυττάρων. Η σύγκριση έγινε μεταξύ των δειγμάτων του ίδιου ασθενούς την 1η (οξεία φάση), και την 7η ημέρα νοσηλείας (φάση ανοσοπαράλυσης).

Αποτελέσματα: Εξετάστηκαν δείγματα από 10 ασθενείς με Apache II εισαγωγής 22±7. Διαπιστώθηκαν 5 μηχανισμοί δυσλειτουργίας των μονοκυττάρων. Οι 7 από τους 10 ασθενείς εμφάνισαν περισσότερους από ένα τύπο ανοσοπαράλυσης. Ο πρώτος μηχανισμός δυσλειτουργίας των μονοκυττάρων αφορά τη μείωση των μορίων HLA-DR και CD86, και παρατηρήθηκε στο 50% των ασθενών. Στο 40% των ασθενών διαπιστώθηκε αύξηση των MDSCs ενώ στο 30% των ασθενών βρέθηκε ενεργοποίηση τύπου M2 των μονοκυττάρων. Στο ίδιο ποσοστό παρατηρήθηκε μείωση των ενεργοποιημένων μονοκυττάρων (CD14+/CD16+) ή/και αύξηση των άτυπων μονοκυττάρων (CD14dim/CD16+). Τέλος στο 20% των ασθενών διαπιστώθηκε δυσλειτουργία του φαγοσώματος. Κάθε ασθενής εμφάνιζε μοναδικό μοτίβο ανοσοπαράλυσης, χαρακτηριζόμενο από διαφορετικούς συνδυασμούς μηχανισμών δυσλειτουργίας των μονοκυττάρων.

Συμπεράσματα: Στους βαρέως πάσχοντες ασθενείς, η ανοσοπαράλυση διαπιστώθηκε ότι περιλαμβάνει πολλαπλούς μηχανισμούς δυσλειτουργίας των μονοκυττάρων, υπογραμμίζοντας την ανάγκη πολύπλευρης διαγνωστικής προσέγγισης, με στόχο την ανεύρεση βιοδεικτών και θεραπευτικών στόχων.

Βιβλιογραφία: 1. Nat Rev Immunol. 2013 Dec; 13(12):862 , 2. Clin Chest Med. 2008 Dec; 29(4): 617

14-16 Νοεμβρίου 2014

Ίδρυμα Ευγενίδου - Αθήνα

(Α. Συγγρού 387, 175 64 Π. Φάληρο)

2

**Αεραγωγός - Καταστολή
Αναισθησιολογία**

Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΟΠΤΙΚΟΥ ΛΑΡΥΓΓΟΣΚΟΠΙΟΥ (AIRTRAQ) ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΤΡΑΧΕΙΑΚΗ ΔΙΑΣΩΛΗΝΩΣΗ

Κοκολάκη Μαρία, Γαβρά Αικατερίνη, Τσιομελίδης Κωνσταντίνος,
Βαφειάδου Μαριάνθη, Ραϊτίσιου Μπογδάν*, Πουλιάση Ηρα*, Βαλάκης Κωνσταντίνος*

*Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Σιομανόγλειο – Α. Φθιέμιγκ Αττικής ΜΕΘ,
Γ.Ν. Σιομανόγλειο – Α. Φθιέμιγκ Αττικής **

Εισαγωγή: Το Airtraq είναι οπτικό λαρυγγοσκόπιο που διευκολύνει την διασωλήνωση της τραχείας και στις υψηλού βαθμού της κλίμακας Cormack – Lehane περιπτώσεις. Επιτρέπει τη διασωλήνωση σε κάθε δυνατή θέση. Σκοπός της μελέτης μας είναι να παρουσιάσουμε την εμπειρία μας από την χρήση του οπτικού λαρυγγοσκοπίου σε δύσκολη ενδοτραχειακή διασωλήνωση στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.

Υλικό / Μέθοδος: Σε 10 ασθενείς ηλικίας 30-72 ετών έγινε αρχικά μια προσπάθεια κλασικής ενδοτραχειακής διασωλήνωσης με λαρυγγοσκόπιο τύπου Macintosh. Σε 6 ασθενείς κατά την λαρυγγοσκόπηση είχαμε δυσκολία κατά Cormack & Lehane κλίμακα 2b και σε 4 ασθενείς κλίμακα 3.

Αποτελέσματα: Η διασωλήνωση έγινε σε όλους τους ασθενείς με το λαρυγγοσκόπιο airtraq, το οποίο έχει την δυνατότητα μεγέθυνσης της οπτικής γωνίας της ανατομικής περιοχής του λάρυγγα καθ' όλη την διάρκεια της διασωλήνωσης. Η δυσκολία της κλίμακας Cormack & Lehane 2b και 3 με το airtraq τροποποιείται σε κλίμακα 1, όπου υπάρχει πλήρης αναγνώριση των δομών του λάρυγγα (φωνητικές χορδές, επιγλωττίδα, αρυταινοειδείς χόνδροι). Το airtraq φέρει κανάλι στο οποίο εφαρμόζεται ενδοτραχειακός σωλήνας πριν την εισοδο της συσκευής στο στόμα του ασθενή. Σε όλους τους ασθενείς η διασωλήνωση της τραχείας με το οπτικό λαρυγγοσκόπιο airtraq έγινε με την πρώτη προσπάθεια.

Συμπεράσματα: Το airtraq αποτελεί απαραίτητο και αξιόπιστο εργαλείο σε δύσκολη διασωλήνωση ακόμα και σε περιπτώσεις υψηλού βαθμού κλίμακας Cormack – Lehane.

14-16 Νοεμβρίου 2014

Ίδρυμα Ευγενίδου - Αθήνα

(Α. Συγγρού 387, 175 64 Π. Φάληρο)

3

Αιματολογία

ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΤΙΜΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΑΝΑΛΥΤΗ ΑΕΡΙΩΝ ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ

Κυριάκου Λουκάς, Γαβαλά Αλεξάνδρα, Βασιλική Ψαλλίδα,
Μπαλτόπουλος Γεώργιος, Μυριανθεύς Παύλος

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ο.Ν.Κ Άγιοι Ανάργυροι

Εισαγωγή – Σκοπός: Ο παρακλίνιος εργαστηριακός έλεγχος τείνει να γίνει αναπόσπαστο κομμάτι της καθημερινής εντατικής θεραπείας. Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνήσει τις διαφορές των αποτελεσμάτων συνήθων εργαστηριακών εξετάσεων μεταξύ του κεντρικού εργαστηρίου (Κ.Ε) και του αναλυτή αερίων αίματος (POCT).

Υλικό / Μέθοδος: Σε αυτή τη μελέτη παρατήρησης καταγράφηκαν οι τιμές εργαστηριακών εξετάσεων (K⁺, Na⁺, Ht, Hb, Urea, Glu), που προέρχονταν από τον αναλυτή αερίων και από το Κ.Ε., με σκοπό να συγκριθούν. Το δείγμα αίματος από την ίδια αιμοληψία μεταφερόταν άμεσα στο Κ.Ε. και στον αναλυτή αερίων για μέτρηση, ώστε να ανακλά τις πραγματικές διαφορές μεταξύ του αναλυτή αερίων αίματος και του Κ.Ε. Ο αναλυτής που διαθέτει η ΜΕΘ είναι ο Roche OMNI® S Blood Gas Analyzer, που είναι ηλεκτροχημικός αναλυτής, για τον οποίο γίνεται καθημερινή βαθμονόμηση με πρότυπα διαλύματα. Οι διαφορές μεταξύ των τιμών αναλύθηκαν με τη μέθοδο Bland Altman.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 31 ασθενείς, μέσης ηλικίας 67.5 ± 2.9 ετών. Υπήρχαν 185 ζεύγη μετρήσεων για κάθε παράμετρο. Οι μέσες τιμές (Αναλυτής vs. Κ.Ε) είχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p < 0.0001$) για όλες τις παραμέτρους: K⁺ (mmol/L) = 4.1 ± 0.03 vs. 4.6 ± 0.03 , Na⁺ (mmol/L) = 141.2 ± 0.4 vs. 143.3 ± 0.4 , tHb (g/dL) = 9.03 ± 0.12 vs. 9.3 ± 0.11 , Hct (%) = 27.1 ± 0.4 vs. 29.3 ± 0.4 , Urea (mg/dL) = 68.4 ± 4.9 vs. 74.9 ± 5.1 , GLU (mg/dL) = 168.1 ± 3.9 vs. 145.3 ± 3.9 . Με την ανάλυση Bland Altman φάνηκε ότι ο αναλυτής αερίων δίνει μικρότερες τιμές για όλες τις παραμέτρους, πλην της γλυκόζης αίματος, σε σχέση με το Κ.Ε (Πίνακας 1). Ο χρόνος διάθεσης των αποτελεσμάτων (2.2 ± 0.2 λεπτά vs. > 60 λεπτών) και η ποσότητα αίματος, που απαιτήθηκε (1 ml vs. 6 ml), ήταν σημαντικά μικρότερα με τη χρήση του αναλυτή αερίων σε σχέση με το Κ.Ε.

Συμπεράσματα: Ο παρακλίνιος εργαστηριακός έλεγχος φαίνεται να πλεονεκτεί όσον αφορά το χρόνο διάθεσης του αποτελέσματος (μειώνοντας το χρόνο θεραπευτικής παρέμβασης), την ποσότητα αίματος που χρησιμοποιείται, την επαναληψιμότητα της εξέτασης και το κόστος (αναλώσιμα). Οι διαφορές των αποτελεσμάτων φαίνεται να δικαιολογούν τη χρήση του παρακλίνιου εργαστηριακού ελέγχου στην εντατική θεραπεία.

Πίνακας 1. Ανάλυση Bland Altman των διαφορών μεταξύ των δυο εργαστηρίων.

Παράμετρος	Bias	SD of bias	95% Limits of Agreement
K ⁺ (mmol/L)	-0.4536	0.2097	-0.8646 – -0.04264
Na ⁺ (mmol/L)	-2.246	1.886	-5.943 – 1.451
tHb (g/dL)	-0,2893	0,2881	-0,8540 – 0,2753
Hct (%)	-2,169	1,302	-4,721 – 0,3833
Urea (mg/dL)	-6.579	7.765	-21.80 – 8.641
GLU (mg/dL)	22.78	11.58	0.09179 – 45.47

ΟΡΘΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ ΣΥΜΠΥΚΝΩΜΕΝΩΝ ΕΡΥΘΡΩΝ ΣΤΗ ΜΕΘ

¹Κουνουγέρη Κατερίνα, ¹Κατσιάρη Μαρία, ¹Καναβού Αγγελική,
¹Δημουλά Αικατερίνη, ²Αθανασιάδου Βασιλική, ¹Μαγκίνα Ασημίνα

¹ΜΕΘ και ²Τμήμα Αιμοδοσίας Κωνσταντιπούλγειου ΓΝΝ. Ιωνίας

Εισαγωγή: Η μετάγγιση συμπυκνωμένων ερυθρών με επίπεδο Hgb > 9 g / dL δεν έχει αποδειχθεί ότι συμβάλλει στη μείωση της νοσηρότητας και θνητότητας στη ΜΕΘ. Η ορθή τακτική μετάγγισης με επίπεδα Hgb < 7g / dL φαίνεται να μειώνει τη νοσηρότητα και θνητότητα στις 30 και 60 ημέρες, σε νέους ασθενείς (< 55 έτη) και ασθενείς μέτριας βαρύτητας (APACHE II < 20).

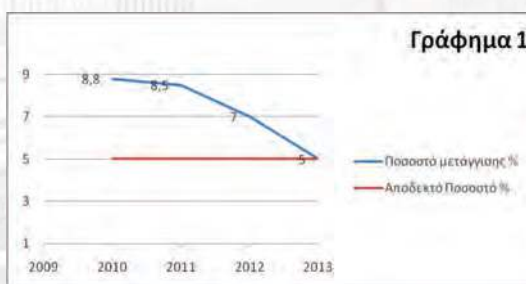
Η διαδικασία μετάγγισης πολλές φορές συνοδεύεται από επιπλοκές, λοιμώδους ή μη αιτιολογίας, όπως ανοσολογικές αντιδράσεις, transfusion – related acute lung injury, transfusion overload syndromes, SIRS.

Σκοπός: Καταγραφή της τήρησης αρχών ορθής πρακτικής μετάγγισης συμπυκνωμένων ερυθρών, με βάση τον αντίστοιχο δείκτη της SEMICYUC (Quality indicators in critically ill patients, Madrid, Spanish Society of Intensive and Critical Care, 2007). Ο δείκτης ορίζει ως κριτήριο ορθής πρακτικής μετάγγισης, την μετάγγιση με όριο Hgb > 8g / dL σε ποσοστό < 5%. Από δε το 2011, ο δείκτης ορίζει την ορθή πρακτική μετάγγισης, ως μετάγγιση με όριο Hgb > 7g / dL σε ποσοστό < 3%.

Υλικό- Μέθοδος: Αναδρομική μελέτη παρατήρησης, στην οποία συμπεριελήφθησαν όλοι οι ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στη ΜΕΘ κατά τα έτη 2010- 2013 και χρειάστηκαν μετάγγιση συμπυκνωμένων ερυθρών.

Κριτήρια αποκλεισμού από την μελέτη αποτελούσαν, το οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, η οξεία αιμορραγία και η σπικτική καταπληξία σε φάση σταθεροποίησης του ασθενούς.

Αποτελέσματα: Τα στοιχεία έχουν ως εξής: κατά το έτος 2010 ποσοστό 8,8 % έλαβε μετάγγιση με τιμή Hgb > 8 g / dL, το 2011 το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 8,5%, για δε τα έτη 2012 και 2013 τα ποσοστά ήταν 7,0 % και 5% αντίστοιχα (Γράφημα 1). Από το 2014 εφαρμόζεται ο νέος δείκτης ορθής πρακτικής μετάγγισης της SEMICYUC, όπου το επίπεδο Hgb για μετάγγιση συμπυκνωμένων ερυθρών στους βαρέως πάσχοντες ασθενείς της ΜΕΘ, ορίζεται στα 7 g / dL. Τα στοιχεία έχουν ως εξής: Από 1/1/ 2014 έως 28/8/2014 ποσοστό 74,3% έλαβε μετάγγιση με Hgb < 7,0 g / dL, ποσοστό 22,2% με Hgb 7,0- 7,5 g / dL και ποσοστό 5,4% με Hgb > 7,5 g / dL (Γράφημα 2).



Συμπέρασμα: Κατά την χρονική περίοδο 2010- 2013, η πρακτική ορθής μετάγγισης συμμορφώνεται με το ευρωπαϊκό πρότυπο. Με τις νέες οδηγίες, παραμένει η συμμόρφωση στο τμήμα υψηλή, με περιθώρια βελτίωσης μέσω επαγρύπνησης και σχολαστικής τήρησης των κριτηρίων μετάγγισης, του βαρέως πάσχοντα ασθενή της ΜΕΘ. Η εφαρμογή της ορθής πρακτικής μετάγγισης, αναμένεται να μειώσει τόσο το οικονομικό όσο και το κοινωνικό κόστος, πάντα προς όφελος του ασθενή.

**ΜΕΤΑΓΓΙΣΕΙΣ ΣΥΜΠΥΚΝΩΜΕΝΩΝ
ΕΡΥΘΡΩΝ ΣΤΗ ΜΕΘ**

ΧΑΛΚΙΑΔΑΚΗ ΑΝΘΟΥΛΑ⁽¹⁾, ΛΑΣΙΘΙΩΤΑΚΗ Μ.⁽²⁾,
ΛΑΜΠΡΙΝΑΚΗ Σ.⁽²⁾, ΜΑΝΔΡΑΜΠΙΑΖΑΚΗ Γ.⁽¹⁾, ΑΡΑΚΑΔΑΚΗΣ Γ.⁽³⁾,
ΤΖΑΝΙΔΑΚΗΣ Χ.⁽¹⁾, ΜΑΣΟΥΝΤ Χ.⁽⁴⁾

(1) Ιατρός ΜΕΘ, (2) Νοσηλεύτρια ΜΕΘ, (3) Οικονομολόγος ΤΕΙ Κρήτης, (4) Διευθυντής ΜΕΘ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Η αναιμία είναι συχνή στους ασθενείς της ΜΕΘ και έχει πολυπαραγοντική αιτιολογία. Το αυξανόμενο κόστος παραγωγής συμπυκνωμένων ερυθρών επιβάλλει την ορθολογική διαχείρησή τους. Η αξιολόγηση των κριτηρίων μετάγγισης και η συσχέτιση τους με τη νόσο και την έκβαση των ασθενών ήταν ο σκοπός αυτής της εργασίας.

ΑΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ : Μελετήθηκαν αναδρομικά οι φάκελοι των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ του νοσοκομείου μας από 1/01/2012 έως 31/12/2013. Έγινε καταγραφή του φύλου, της ηλικίας, του APACHE II, της αιτίας εισόδου και της έκβασης. Ειδικά για τους ασθενείς που μεταγγίστηκαν καταγράφηκε η αιμοσφαιρίνη πριν την πρώτη μετάγγιση, ο αριθμός των μεταγγίσεων και η ύπαρξη ή όχι στεφανιαίας νόσου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το παραπάνω χρονικό διάστημα νοσηλεύτηκαν 396 ασθενείς. Μεταγγίστηκαν 80 (48 Α & 32 Θ) με συνολικά 295 μονάδες συμπυκνωμένων ερυθρών αιμοσφαιρίων. Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών που μεταγγίστηκαν ήταν 66,84±17,21, οι ημέρες νοσηλείας 16,34±15,08, APACHE II εισαγωγής 24,16± 8,97 και η θνητότητα 40%. Οι αντίστοιχες τιμές για τους μη μεταγγισθέντες ασθενείς ήταν: ηλικία 66,51±17,15, ημέρες νοσηλείας 5,74± 6,52, APACHE 18,91±9,38, θνητότητα 18%.

26% των ασθενών μεταγγίστηκαν με αιμοσφαιρίνη ≤7mg/dl, 53% με 7.1-9,0mg/dl και 20% με ≥9,0mg/dl. Στεφανιαία νόσο είχε το 60% των ασθενών που μεταγγίστηκαν. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών που μεταγγίστηκαν παρουσιάζονται στον πίνακα II.

Συμπέρασμα: 20% των ασθενών που νοσηλεύτηκαν χρειάστηκαν μετάγγιση με μέσο όρο 3,68 ΜΣΕ. Οι ασθενείς που μεταγγίστηκαν διέφεραν στατιστικά σημαντικά από αυτούς που δεν μεταγγίστηκαν, στη διάρκεια νοσηλείας, στη βαρύτητα της νόσου και στην έκβαση ενώ δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στην ηλικία. Το 1/2 των ασθενών μεταγγίστηκε με ελαστικά κριτήρια και μόνο το 1/4 με αυστηρά. Η ύπαρξη στεφανιαίας νόσου επηρεάζει την απόφαση για μετάγγιση, ενώ δε φάνηκε να επηρεάζει τη θνητότητα.

**ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ
ΜΕΤΑΓΓΙΣΤΗΚΑΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ
ΠΙΝΑΚΑΣ II**

	ΒΕΛΤΙΩΣΗ 60%	ΘΑΝΑΤΟΣ 40%	P
ΦΥΛΟ (Α/Θ)	30/18	18/14	0,371
ΗΛΙΚΙΑ	65,38±20,36	69,03±10,86	
ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	13,81±13,68	20,13±16,48	
APACHE II	21,83±8,32	27,59±8,92	

14-16 Νοεμβρίου 2014

Ίδρυμα Ευγενίδου - Αθήνα

(Λ. Συγγρού 387, 175 64 Π. Φάληρο)

4

Αιμοδυναμικές διαταραχές

Shock - Καρδιολογία

ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΗ Μ.Ε.Θ. ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ

Τσικρίκη Σ., Καραθάνου Α., Κόκορης Ι.,
Τοπάλης Τ., Χολή Ε., Αντωνίου Α.

ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΟΛΟΥ

Σκοπός: Η καταγραφή της αιτίας εισόδου στη ΜΕΘ ασθενών από τη Στεφανιαία Μονάδα (Σ.Μ) και η διερεύνηση συσχέτισης μεταξύ της υποκείμενης καρδιολογικής πάθησης και της έκβασης.

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήθηκαν 39 ασθενείς, 22 άνδρες και 17 γυναίκες, που εισήχθησαν στη ΜΕΘ από τη Σ.Μ. την τελευταία τριετία. Όλοι ήταν διασωληνωμένοι, ενώ είχε προηγηθεί νοσηλεία στη Σ.Μ >48 ώρες. Η υποκείμενη νόσος ήταν: Ο.Ε.Μ. 10 ασθενείς, Ο.Π.Ο. 14 ασθενείς, αρρυθμία 15 ασθενείς. Η αιτία εισόδου στη ΜΕΘ ήταν: λοίμωξη: 10 ασθενείς, αδυναμία αποδέσμευσης από το μηχανικό αερισμό: 17 ασθενείς, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο: 2 ασθενείς, καταπληξία: 8 ασθενείς και υποξαιμική εγκεφαλοπάθεια: 2 ασθενείς. Καταγράφηκε η ηλικία, το APACHE II score, η διάρκεια νοσηλείας, η διενέργεια τραχειοστομίας, η υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας με συνεχή αιμοδιαδίθηση και η τελική έκβαση των ασθενών.

Αποτέλεσμα: 25 ασθενείς (64,1%) επιβίωσαν και εξήλθαν της ΜΕΘ (ομάδα Α), ενώ 14 ασθενείς (35,9%) απεβίωσαν (ομάδα Β). 24 ασθενείς υπεβλήθησαν σε τραχειοστομία και 9 σε συνεχή αιμοδιαδίθηση. Η μέση ηλικία των ασθενών της ομάδας Α ήταν $66,68 \pm 17,98$ έτη και της ομάδας Β $74,79 \pm 6,64$ έτη. Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων (Mann-Whitney U test, $p=0,364$). Το μέσο APACHE II score διαφέρει σημαντικά ($p<0,05$) ανάμεσα στις δύο ομάδες (Mann-Whitney U test, $p=0,013$) Ομάδα Α: $16,28 \pm 5,51$ και ομάδα Β: $21,86 \pm 7,32$. Η καρδιολογική πάθηση (ΟΕΜ, ΟΠΟ, αρρυθμία) που οδήγησε τους ασθενείς στη ΜΕΘ και η έκβασή τους είναι ανεξάρτητες (Pearson Chi-Square, $p=0,5$).

Επίσης το φύλο των ασθενών και η έκβαση είναι ανεξάρτητα (Pearson Chi-Square, $p=0,2$). Η μέση ηλικία των ασθενών συνολικά και των 2 ομάδων ήταν $69,59 \pm 15,32$ έτη και η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν $23,72 \pm 20,67$ ημέρες.

Συμπέρασμα: Από τους δείκτες που καταγράφηκαν, μόνο το APACHE II score σχετίζεται με την έκβαση των ασθενών, ενώ η υποκείμενη καρδιολογική νόσος δεν την επηρεάζει.

Βιβλιογραφία:

1.D.Gamero-donis, J.A.Silva-Obregon: I.C.U Mortality in very elderly patients admitted for cardiac disease. Esicm 26th annual congress Paris 2013.

2.V.Degoricija, I.Potocnjak, T.Bodroic: Clinical and epidemiological characteristics of patients with acute heart failure: Gender & associated differences. Esicm 25th annual congress Lisbon 2

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗΣ ΣΤΟ ΣΗΠΤΙΚΟ SHOCK ΜΕ ΣΥΝΕΚΤΙΜΗΣΗ ΙΣΤΙΚΗΣ DOPPLER ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (TISSUE DOPPLER IMAGING, TDI) ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΚΩΝ ΒΙΟΔΕΙΚΤΩΝ

Καραλή Βασιλική ⁽¹⁾, Βουτσάς Βασίλειος ⁽¹⁾, Λωρίδας Νικόλαος ⁽¹⁾,
Κόνογλου Μαρία ⁽¹⁾, Παπαϊωάννου Μαρία ⁽¹⁾, Αλεξίου Αλέξιος ⁽¹⁾,
Χάτσιου Βικτώρια ⁽²⁾, Φυτίλη Χριστίνα ⁽²⁾, Μπιτζάνη Μίλλυ ⁽¹⁾

Εισαγωγή- Σκοπός: Η διαστολική δυσλειτουργία, όπως αυτή εκτιμάται με το TDI και ιδιαίτερα με το λόγο E/e' (μέγιστη πρόωμη διαστολική διαμπρωειδική ταχύτητα / μέγιστη πρόωμη διαστολική ταχύτητα μπρωειδικού δακτυλίου) και την τιμή του κύματος e' μπρωειδικού δακτυλίου, δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς στη σήψη, αν και είναι συχνή στους ασθενείς της ΜΕΘ.

Στόχος της παρούσας προοπτικής μελέτης ήταν να εκτιμήσει και να συγκρίνει την προγνωστική σημασία μετρούμενων παραμέτρων διαστολικής δυσλειτουργίας (E/e' , e') και καρδιακών βιοδεικτών: TnT (Υψηλής Ευαισθησίας Τροπονίνης T), BNP (Νατριουρητικού Πεπτιδίου Εγκεφάλου) στην έκβαση ασθενών ΜΕΘ με σηπτικό shock.

Υλικό- Μεθοδολογία: Εκτιμήθηκαν 27 ενήλικες ασθενείς πολυδύναμης ΜΕΘ 15 κλινών στους οποίους διενεργήθηκαν 2 διαθωρακικές υπερηχοκαρδιογραφικές εξετάσεις νωρίς στην πορεία του σηπτικού shock (εντός 72 ωρών από την εμφάνισή του).

Αποτελέσματα: Το μέσο APACHE II score ήταν 21.2 ± 7.28 ενώ το SOFA score εισόδου 10.25 ± 2.76 και η διάρκεια παραμονής στη ΜΕΘ ως την εκδήλωση του σηπτικού επεισοδίου ήταν 5.4 ± 3.83 ημέρες. Η νοσοκομειακή θνητότητα κυμάνθηκε στο 55% κι η θνητότητα 28 ημερών στο 30,6%. Ο λόγος E/e' ήταν σημαντικά αυξημένος σε μη επιβιώσαντες 15.5 ± 1.4 ($p < 0.0001$) και το e' σημαντικά μειωμένο 6.32 ± 0.68 ($p < 0.0001$), σε σύγκριση με επιβιώσαντες όπου παρατηρήθηκαν οι αντίστροφες συσχετίσεις, δηλαδή σημαντικά ελαττωμένο E/e' : 9.30 ± 2.88 και αυξημένο e' 9.38 ± 0.74 . Παράλληλα, στατιστικά σημαντική συσχέτιση ως προς την έκβαση των ασθενών ΜΕΘ με σηπτικό shock παρουσίαζαν η χορηγούμενη δόση αγγειοσπαστικών ($p = 0.00007$), το ισοζύγιο υγρών ($p = 0.00001$) και οι κατά 67% αυξημένες στους μη επιβιώσαντες τιμές BNP ($p = 0.005$). Η ανάλυση του εμβαδού κάτω από την καμπύλη ROC (Receiver Operating Characteristic curve analysis) ανέδειξε τιμές 0.94 για το ισοζύγιο υγρών, 0.98 για το e' και 0.92 για το E/e' , με ουδό 14.3, ευαισθησία: 100% και ειδικότητα 83%. Ανάλυση multiple linear regression κατέγραψε το E/e' ($p = 0.00004$) και τη δοσολογία χορηγούμενων αγγειοσπαστικών ($p = 0.0001$) ως ανεξάρτητους προγνωστικούς παράγοντες συγκέντρωσης BNP.

Συμπέρασμα: Οι παράμετροι E/e' και e' (ως δείκτες διαστολικής δυσλειτουργίας) αναδεικνύονται σε ισχυρούς ανεξάρτητους προγνωστικούς παράγοντες έκβασης στο σηπτικό shock και προσφέρουν καλύτερη διάκριση ανάμεσα σε επιβιώσαντες και μη επιβιώσαντες από τους καρδιακούς βιοδείκτες. Επιπλέον, το ισοζύγιο υγρών και η διαστολική δυσλειτουργία μπορούν να αξιοποιηθούν ως ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες συγκέντρωσης BNP στο σηπτικό shock.

Βιβλιογραφία: Landesberg, G., Gilon, D., Meroz, Y., Georgieva, M., Levin, P. D., Goodman, S., Avidan, A., Beerli, R., Weissman, C., Jaffe, A. S. & Sprung, C. L. (2012) Diastolic dysfunction and mortality in severe sepsis and septic shock. European Heart Journal. 33(7), 895-903.

ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΘ: ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ

Τζερεφός Σ., Κομπούνη Μ., Κατσογιάννη Κ., Καρακώστα Α., Φαραζί Χ.,
Πλαντζά Π., Χαριτίδου Μ., Καλλίτση Γ., Σαρτζή Μ., Μιχαλιά Μ.

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Θριάσιο Γ. Ν. Εβρουσίας

Σκοπός – Εισαγωγή: Η χρήση της υπερηχοκαρδιογραφίας στη ΜΕΘ μπορεί να δώσει εύκολα και αναίμακτα πολλές πληροφορίες σχετικά με τις πιέσεις πλήρωσης της αριστεράς κοιλίας. Παρόλα αυτά, η συχνότητα και η κλινική σημασία της διαστολικής δυσλειτουργίας της αριστεράς κοιλίας σε ασθενείς ΜΕΘ δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση τυχόν συσχέτισης των δεικτών διαστολικής δυσλειτουργίας της αριστεράς κοιλίας με την έκβαση των ασθενών στη ΜΕΘ.

Υλικό – Μεθοδολογία: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν διαδοχικοί ασθενείς που εισήχθησαν στην ΜΕΘ του νοσοκομείου μας τους τελευταίους εννέα μήνες. Σε όλους τους ασθενείς έγινε υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη εντός των πρώτων 48 ωρών από την εισαγωγή και καταγράφηκαν οι δείκτες E, A, E/A, E/E', Sm, Stv. Επίσης έγινε προσδιορισμός ProBNP, hsTnT στην εισαγωγή και υπολογίστηκε το σκορ βαρύτητας νόσου (APACHE II). Οι ασθενείς παρακολουθήθηκαν προοπτικά μέχρι την έκβαση (έξοδος από τη ΜΕΘ/ θάνατος στη ΜΕΘ). Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με Fisher's exact test, Mann-Whitney και ROC ανάλυση με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $\alpha=0,05$ και με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 17.0.

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν 72 ασθενείς (53 άνδρες και 19 γυναίκες) με ηλικία (μέσος±SD) $57\pm 17,6$ έτη και APACHE II score $18,8\pm 6,6$. Η αιτία εισαγωγής ήταν: παθολογική σε 36 ασθενείς (50%), χειρουργική σε 15 (20,9%), τραύμα σε 16 (22,2%) και έγκαιρα σε 5 (6,9%). Σε 21% των ασθενών ο λόγος E/E' ήταν ενδεικτικός διαστολικής δυσλειτουργίας (>12) και σε 32% ήταν εντός της «γκρίζας ζώνης». Η αδρή θνητότητα στη ΜΕΘ ήταν 22,2%. Παρατηρήθηκε μια τάση υψηλότερης θνητότητας σε ασθενείς με επηρεασμένο τον δείκτη E/E' (γράφημα), ενώ και η απόλυτη τιμή του δείκτη ήταν οριακά υψηλότερη στους ασθενείς που απεβίωσαν συγκριτικά με αυτούς που εξήλθαν της ΜΕΘ ($12,2\pm 8,8$ vs. $9,1\pm 4,0$, $p=0,060$, αντίστοιχα). Επιπλέον, οι ασθενείς που απεβίωσαν είχαν σημαντικά υψηλότερες τιμές proBNP και hsTnT συγκριτικά με τους ασθενείς που εξήλθαν από τη ΜΕΘ (proBNP: 8579 ± 13862 vs. 4002 ± 15263 pg/ml, $p=0,007$, αντίστοιχα - hsTnT: $195,4$ ng/ml $\pm 254,4$ ng/ml, $p=0,011$, αντίστοιχα).

Συμπεράσματα: Τα προκαταρκτικά ευρήματα αυτής της μελέτης, η οποία βρίσκεται σε εξέλιξη, δείχνουν ότι σημαντικό ποσοστό των ασθενών ΜΕΘ εμφανίζουν διαταραγμένους τους δείκτες διαστολικής λειτουργίας της αριστεράς κοιλίας, ενώ διακρίνεται μια αδρή τάση αυξημένης θνητότητας σε αυτούς τους ασθενείς. Επιπλέον, οι τιμές proBNP και hsTnT κατά την εισαγωγή φάνηκαν να συσχετίζονται με αυξημένη θνητότητα. Οποσδήποτε, η περαιτέρω ένταξη ασθενών και αύξηση του δείγματος της μελέτης θα επιτρέψει να αποσαφηνιστούν τα παραπάνω ευρήματα και να διερευνηθεί ο ρόλος πιθανών συγχυτικών παραγόντων.

Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΗΣ ΜΕΘ ΚΑΙ ΟΙ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ

Ε. Ρουσάνης, Α. Παπαθανασίου, Μ. Σαράντη, Ξ. Ζήκου, Ε. Γαλιάτσου,
Β. Κουλούρας, Α. Καραχάλιου, Ε. Κωστάντη, Γ. Νάκος

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Σκοπός: Η καταγραφή της επίπτωσης της κοιλιακής μαρμαρυγής (ΚΜ) στους ασθενείς της ΜΕΘ, σε σχέση με τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών, και η αντιμετώπιση της.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Πρόκειται για μια προοπτική μελέτη παρατήρησης. Κατά την χρονική περίοδο Δεκεμβρίου 2013 έως 31 Αυγούστου 2014 όλοι οι ασθενείς που εισήχθησαν στη ΜΕΘ του ΠΓΝΙ συμπεριλήφθηκαν στην μελέτη. Στους ασθενείς αυτούς καταγράφηκε το ατομικό τους αναμνηστικό, με έμφαση στην ύπαρξη ιστορικού κοιλιακής μαρμαρυγής, η διάγνωση εισόδου καθώς τα ζωτικά σημεία, τα αέρια αίματος και το σκορ APACHE στην εισαγωγή τους και κατά την εμφάνιση της αρρυθμίας.

Αποτελέσματα: Συνολικά εισήχθησαν 192 ασθενείς, 124 άντρες (ηλικίας 16-88 ετών, μ.ο 59,8 έτη) και 68 γυναίκες (ηλικίας 17-93 ετών, μ.ο 63,8 έτη). Η ολική θνησιμότητα ήταν 27,6% (53 ασθενείς), ενώ η μέση διάρκεια νοσηλείας υπολογίστηκε στις 15 ημέρες (εύρος 1-77 ημέρες). Από το σύνολο των ασθενών, 19 είχαν ιστορικό ΚΜ (9,9%), 12 είχαν ιστορικό χρόνιας ΚΜ, 7 παροξυσμικής ΚΜ αλλά κατά την εισαγωγή τους στην ΜΕΘ ήταν σε φλεβοκομβικό ρυθμό. Κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους 7 (58,33%) από την υποομάδα με χρόνια μαρμαρυγή εμφάνισαν επεισόδια ταχείας κοιλιακής ανταπόκρισης ενώ ήταν σε αγωγή, και 4 από την υποομάδα με ιστορικό παροξυσμικής μαρμαρυγής εμφάνισαν επεισόδιο ΚΜ (57,14%). Το αντίστοιχο ποσοστό για την υποομάδα με ελεύθερο αναμνηστικό αρρυθμιών ήταν 10,4% (18 ασθενείς). Από αυτούς, οι 5 είχαν ιστορικό καρδιολογικής νόσου. Οι κυριότεροι παράγοντες που αναγνωρίστηκαν ως προδιαθεσικοί για την πρόκληση των παροξυσμών, ήταν η υποξυγοναιμία, η σήψη και το σπηπτικό shock, οι η λεκτρολυτικές διαταραχές και το υψηλό σκορ APACHE κατά τον παροξυσμό (>30). Έλεγχος συχνότητας/ανάταξη ρυθμού επιχειρήθηκε σχεδόν σε όλους τους ασθενείς, με τη χρήση φαρμάκων. Το φάρμακο εκλογής για την αντιμετώπιση της ταχυαρρυθμίας ήταν η αμιωδαρόνη. Σε 3 ασθενείς με ιστορικό χρόνιας ΚΜ η αρχική αγωγή ήταν β-blocker, στον οποίο προστέθηκε αμιωδαρόνη, λόγω μη ανταπόκρισης του παροξυσμού στον αποκλειστή, σε 1 ασθενή ο β-αποκλειστής διακόπηκε, λόγω αιφνίδιας υπότασης από τη συνδυαστική χρήση των δύο φαρμάκων και σε άλλον 1 ασθενή η χορήγηση β αποκλειστή ήταν αρκετή από μόνη της για έλεγχο συχνότητας. Σε όλους τους ασθενείς ο παροξυσμός ΚΜ, αντιμετωπίστηκε τάχιστα, όταν ο υποκείμενος προδιαθεσικός παράγοντας ήταν η υποξυγοναιμία, ενώ αποδείχτηκε ιδιαίτερα ανθεκτική επί εδάφους ηλεκτρολυτικών διαταραχών, ανταποκρινόμενη στην αγωγή μόνο μετά τη διόρθωση των ηλεκτρολυτών.

Συμπεράσματα: Η εμφάνιση κοιλιακής μαρμαρυγής με ταχεία κοιλιακή ανταπόκριση είναι συχνή κυρίως μεταξύ ασθενών της ΜΕΘ με ατομικό αναμνηστικό καρδιακής νόσου. Οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές και η υποξυγοναιμία είναι οι κυριότεροι προδιαθεσικοί παράγοντες. Η κατάλληλη αγωγή σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς με παροξυσμό ΚΜ είναι πιθανό να μην είναι αποτελεσματική για τον έλεγχο του ρυθμού ή/και της συχνότητας χωρίς την ταυτόχρονη αντιμετώπιση της υποκείμενης αιτιολογίας.

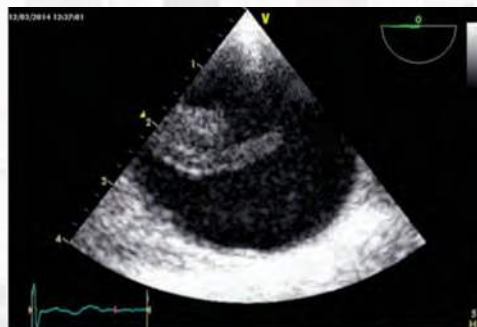
Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΔΙΟΙΣΟΦΑΓΕΙΑΣ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΜΗ ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΤΗΣ ΜΕΘ: CASE REPORT)

Ιωαννίδης Αντώνιος, Γιασνέτσοβα Τατιάνα, Μάσσα Ελένη,
Καραπαναγιώτου Αρετή, Γρίτσον-Γερογιάννη Νικολέττα

Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Ενηλίκων

Σκοπός: Ασθενής 69 ετών, καπνιστής, παχύσαρκος με πιθανή κατάχρηση αλκοόλ προσεκομίσθη με το ΕΚΑΒ σε ημέρα γενικής εφημερίας λόγω δύσπνοιας και συγχυτικο-διεγερτικής κατάστασης. Ο ασθενής είχε εκτιμηθεί προ εβδομάδος από ιδιώτη ιατρό λόγω οίδημάτων κάτω άκρων, ο οποίος συνέστησε διουρητική αγωγή και οξυγονοθεραπεία κατ' οίκον. Στο ΤΕΠ διαπιστώθηκαν ευρήματα συμβατά με λοίμωξη αναπνευστικού επί χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας και ο ασθενής εισήχθη σε Παθολογική Κλινική, όπου τέθηκε σε διπλή αντιβιοτική αγωγή (αμοξυκιλλίνη + κλαβουλανικό οξύ και κλαριθρομυκίνη), βρογχοδιαστολή και οξυγονοθεραπεία. Λόγω επιδείνωσης της αναπνευστικής λειτουργίας και έκπτωσης του επιπέδου συνείδησης ο ασθενής διεκομίσθη στη ΜΕΘ όπου διασωληνώθηκε και τέθηκε σε μηχανικό αερισμό.

Υλικό-Μέθοδος: Στα πλαίσια της εκτίμησης του καρδιαγγειακού συστήματος, ο ασθενής υποβλήθηκε, από εκπαιδευμένους ιατρούς της μονάδας, σε διοισοφάγειο υπερηχογράφημα επειδή η διαθωρακική προσπέλαση ήταν μη διαγνωστική λόγω κακού ακουστικού παράθουρου. Η εξέταση αποκάλυψε την παρουσία ευμεγέθους, κινητού, μισχωτού, λοβωτού θρόμβου στην κατιούσα αορτή (βλέπε Φωτ. 1), καθώς επίσης και χαμηλή συστολική απόδοση της καρδιάς με εικόνα αυτόματης ηχοανάκλασης (θρομβογόννο περιβάλλον) και στις τέσσερις καρδιακές κοιλότητες. Ακολούθησε άμεση εκτίμηση από καρδιολόγο, καρδιοχειρουργό και αγγειοχειρουργό, με τη σύμφωνη γνώμη των οποίων ο ασθενής τέθηκε σε θεραπευτική δόση ηπαρίνης χαμηλού μοριακού βάρους. Η περαιτέρω διερεύνηση με αξονική αγγειογραφία δεν κατέστη δυνατή (αδυναμία ασφαλούς διακομιδής - παχύσαρκος).



Αποτελέσματα: Την 4η ημέρα νοσηλείας ο ασθενής παρουσίασε οξεία ισχαιμία ΑΡ κάτω άκρου με συνοδό αιμοδυναμική κατάρριψη. Νέος διοισοφάγειος ηχοκαρδιογραφικός έλεγχος ανέδειξε απουσία του θρόμβου της κατιούσης αορτής. Ο ασθενής υποβλήθηκε επειγόντως σε εμβολεκτομή, αλλά παρουσίασε εμμένουσα βαρύτατη υποξυγοναιμία και αιμοδυναμική αστάθεια, μη αντιρροπούμενη με τη μεγιστοποίηση των θεραπευτικών μέτρων, ενώ επιπλέον κατέστη και σπικτικός. Τελικώς ο ασθενής κατέληξε τη 2η μετεγχειρητική ημέρα.

Συμπεράσματα: Η χρήση της ηχοκαρδιογραφίας επέτρεψε τη διάγνωση μη αναμενόμενης παθολογίας και τη παρακολούθηση της εξέλιξης της σε βαρέως πάσχοντα ασθενή. Η κατάλληλη εκπαίδευση των ιατρών των ΜΕΘ στην ηχοκαρδιογραφία επιτρέπει την αξιοποίηση των πολλαπλών πλεονεκτημάτων της μεθόδου στη διάγνωση και παρακολούθηση των ασθενών στις ΜΕΘ.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ ΣΕ ΤΡΑΥΜΑΤΙΕΣ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (ΠΡΟΔΡΟΜΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ)

Μαρκοπούλου Δ., Βενετσιάνου Κ., Πολύδερα Β., Καλδής Β.,
Μουρελάτος Ν., Παπαδάκη Ε., Αλαμάνος Ι.

Β' ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΜΕΘ ΓΝΑ «ΚΑΤ-ΕΚΑ», Κηφισιά

Εισαγωγή: Η φλεβική θρομβοεμβολική νόσος αποτελεί κύρια αιτία νοσηρότητας και θνητότητας σε ασθενείς της ΜΕΘ

Σκοπός: Αξιολόγηση της συχνότητας εκδήλωσης θρομβοεμβολικών επεισοδίων και πνευμονικής εμβολής, σε τραυματίες και νευροχειρουργικούς ασθενείς ΜΕΘ.

Υλικό / μέθοδος: Μελετήθηκαν αναδρομικά 100 ασθενείς της ΜΕΘ., 51 μετά από νευροχειρουργική επέμβαση και 49 τραυματίες. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά δεδομένα, το ατομικό αναμνηστικό, θερμοκρασία, λευκά και αιμοπετάλια κατά την εισαγωγή, η ημέρα νοσηλείας διάγνωσης της θρόμβωσης και η έκβαση του ασθενούς. Η στατιστική ανάλυση έγινε με SPSS19.

Αποτελέσματα: Από τους 100 ασθενείς οι 38 εμφάνισαν θρόμβωση, 14 τραυματίες και 24 νευροχειρουργικοί. Εξετάστηκε η συσχέτιση της εμφάνισης θρόμβωσης κατά τη διάρκεια νοσηλείας με τη διάγνωση, το χρόνο νοσηλείας και την έκβαση του ασθενούς. Οι νευροχειρουργικοί παρουσίασαν συχνότερα θρόμβωση σε σχέση με τους τραυματίες ($p < 0,05$). Βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της εμφάνισης θρόμβωσης με τη μέρα νοσηλείας ($p < 0,01$) και την τελική έκβαση των ασθενών ($p < 0,001$). Το είδος της θρόμβωσης συσχετίζεται με κακή έκβαση, ειδικότερα όταν οφείλεται σε κεντρικούς καθετήρες ($p < 0,001$) και πνευμονική εμβολή ($p < 0,001$). Δεν φαίνεται να συσχετίζεται με τη θερμοκρασία, τον αριθμό των λευκών και των αιμοπεταλίων εισαγωγής ($p > 0,05$)

Συμπεράσματα: Η εμφάνιση της θρόμβωσης έχει επίδραση στην τελική έκβαση του ασθενούς που νοσηλεύεται στη ΜΕΘ. Το είδος της θρόμβωσης συμβάλλει στην κακή έκβαση και κυρίως η εμφάνιση της πνευμονικής εμβολής, που αυξάνει το ποσοστό θνητότητας σημαντικά.

Βιβλιογραφία:

1. Geerts WH. Prevention of venous thromboembolism in high risk patients. Hematology Am Soc Hematol Educ Program 2006;462-6
2. Cook DJ, Crowther MA. Thromboprophylaxis in the intensive care unit: focus on medical-surgical patients. Crit Care Med 2010;38:S76-82

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΜΕ ΑΝΕΠΙΤΥΧΗ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΑΠΟΔΕΣΜΕΥΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΜΗΧΑΝΙΚΟ ΑΕΡΙΣΜΟ

Ιουλία Κονόμη, Αθανάσιος Τασούλης, Ιφιγένεια Καλτσή,
Ελευθέριος Καρατζάνος, Ιωάννης Βασιλειάδης, Γεράσιμος Δάναλης,
Σεραφείμ Νανάς, Χριστίνα Ρούτσου

*Α Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Ιατρική Σχολή-ΕΚΠΑ,
Νοσοκομείο 'ο Ευαγγελισμός', Αθήνα*

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνηθεί αν η αποτυχία της αποδέσμευσης από τον αναπνευστήρα σχετίζεται με την διαστολική δυσλειτουργία (ΔΔ) της αριστεράς κοιλίας και με τα επίπεδα στο αίμα καρδιακών βιοχημικών δεικτών.

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήθηκαν 42 ασθενείς, μηχανικά αεριζόμενοι, ηλικίας 59 ± 21 ετών. Υποβλήθηκαν σε δίωρη δοκιμασία αυτόματης αναπνοής μέσω T-piece. Υπό μηχανικό αερισμό και κατά τη διάρκεια της δοκιμασίας αυτόματης αναπνοής καταγράφονταν αναπνευστικές και αιμοδυναμικές παράμετροι και τιμές αερίων αίματος. Πριν την έναρξη της δοκιμασίας γινόταν διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα. Η ΔΔ εκτιμήθηκε με παλμικό Doppler από τη μέγιστη διαμυτροειδική ταχύτητα ροής στην πρόωπη διαστολή (κύμα E) και στο τέλος αυτής (κύμα A), από το χρόνο επιβράδυνσης του κύματος E καθώς και με την εφαρμογή ιστικού Doppler από την μέγιστη πρόωπη διαστολική ταχύτητα κίνησης του μιτροειδικού δακτυλίου (κύμα E')¹. Επίσης έγινε μέτρηση καρδιακών βιοχημικών δεικτών [νατριουρητικό πεπτιδίο τύπου B, (BNP), τροπονίνη I (cTnI), μυοκαρδιακό κλάσμα της κρεατινικινάσης (CK-MB)] και μυοσφαιρίνη προ και στο τέλος της δοκιμασίας. Επιτυχής αποδέσμευση από τον αναπνευστήρα ορίσθηκε η διατήρηση αυτόματης αναπνοής για > 48 ώρες.

Αποτελέσματα: Επιτυχώς αποδεσμεύτηκαν από τον αναπνευστήρα 27 ασθενείς ενώ 15 απέτυχαν. Βαθμός ΔΔ της αριστεράς κοιλίας 0, 1, 2 και 3 διαπιστώθηκε σε 38%, 35%, 15% και 12% των ασθενών αντίστοιχα. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ βαθμού ΔΔ και αποτυχίας αποδέσμευσης ($p < 0.001$, $r=0.703$ και $p < 0.001$, $r=-0.709$, αντίστοιχα). Οι τιμές BNP, cTnI και μυοσφαιρίνης ήταν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες στους ασθενείς με ΔΔ συγκριτικά με τους ασθενείς με φυσιολογική διαστολική λειτουργία. Ο λόγος της αναπνευστικής συχνότητας προς τον αναπνεύσιμο όγκο στο 2ο λεπτό της δοκιμασίας ήταν υψηλότερος σε ανεπιτυχή αποδέσμευση (102 ± 55 έναντι 62 ± 23 , $p=0.016$). Η πολυπαραγοντική ανάλυση έδειξε ότι η ΔΔ της αριστεράς κοιλίας και ο λόγος αναπνοών / αναπνεύσιμο όγκο ήταν ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου για αποτυχία αποδέσμευσης από το μηχανικό αερισμό.

Συμπεράσματα: Η ΔΔ της αριστεράς κοιλίας είναι ανεξάρτητος παράγων κινδύνου για αποτυχία αποδέσμευσης από το μηχανικό αερισμό.

Βιβλιογραφία: 1 Nagueh SF et al. J Am Soc Echocardiography 2009; 22:107

ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΔΕΙΚΤΩΝ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΕΝΟΡΜΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΣΥΣΚΕΥΗΣ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΥΠΟΒΟΗΘΗΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

I. Βασιλειάδης ⁽¹⁾, Θ. Τασούλης ⁽¹⁾, Σ. Δημόπουλος ⁽¹⁾, Γ. Τζανής ⁽¹⁾, Χ. Μανέτος ⁽¹⁾,
Ε. Καλδάρια ⁽²⁾, Χ. Χαρίτος ⁽³⁾, Σ. Νανάς ⁽¹⁾

(1) Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Εργαστήριο Καρδιοαναπνευστικής Δοκιμασίας Κόπωσης και Αποκατάστασης, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο 'Ευγενίδειο'

(2) Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, ΓΝΑ 'Λαϊκό'

(3) Καρδιοχειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο 'Ευαγγελισμός'

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι να εκτιμήσει την αναπνευστική ενόρμηση καθώς και δείκτες της αναπνευστικής λειτουργίας σε ασθενείς με Χρόνια Καρδιακή Ανεπάρκεια (ΧΚΑ), πρώιμα μετά από την τοποθέτηση συσκευής υποβοήθησης της λειτουργίας της αριστερής κοιλίας (Left Ventricular Assist Device, LVAD).

Μέθοδοι: Στη μελέτη συμμετείχαν 7 ασθενείς με ΧΚΑ (6 άρρενες, ηλικίας 44±19 ετών), σε σταθερή κλινική κατάσταση, ένα μήνα μετά από την τοποθέτηση LVAD (HeartMateII, ThoratecCorp., Pleasanton, CA, USA). Επίσης 7 ασθενείς με σοβαρή ΚΑ, που ήταν εξομοιωμένοι για ηλικία, φύλο και δείκτη μάζας σώματος (ομάδα ελέγχου). Όλοι υποβλήθηκαν σε μέγιστη Καρδιοαναπνευστική Δοκιμασία Κόπωσης (ΚΑΔΚ). Οι ασθενείς με LVAD υποβλήθηκαν σε ΚΑΔΚ τον 1ο, 3ο και 6ο μήνα μετά την τοποθέτησή του και οι ασθενείς της ομάδας ελέγχου κατά την εισαγωγή στη μελέτη και 5 μήνες μετά. Η αναπνευστική ενόρμηση (P0.1) εκτιμήθηκε σε ηρεμία, με την μέτρηση της πίεσης που αναπτύσσεται στο στόμα στα πρώτα 100 msec μίας ήρεμης εισπνοής, κατόπιν αποκλεισμού του αεραγωγού, στο τέλος μίας ήρεμης εκπνοής. Επίσης εκτιμήθηκε η μέγιστη εισπνευστική πίεση (Pimax), ο λόγος P0.1/Pimax*100%, και οι δείκτες της αναπνευστικής λειτουργίας FEV1, FVC και FEV1/FVC.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς με LVAD είχαν διαταραχή του P0.1 και περιοριστικού τύπου διαταραχή της αναπνευστικής λειτουργίας. Κατά την εκτίμησή τους τον 1ο, 3ο και 6ο μήνα από την τοποθέτηση του LVAD, παρουσίασαν βελτίωση της ικανότητας για άσκηση (VO_{2p}) (12.5±1.3 vs 13±1.5 vs 14.9±1.6 ml/kg/min, p<0.01), της Pimax (63±16 vs 78±17 vs 93±20 cmH₂O, p<0.01), του λόγου P0.1/Pimax*100% (4.17±0.43 vs 3.29±1.0 vs 2.56±0.35, p<0.01), του FEV1 (1.97±0.29 vs 2.22±0.45 vs 2.4±0.49 L, p<0.05), του FVC (2.33±0.45 vs 2.8±0.66 vs 3.1±0.75 L, p<0.05) και του λόγου FEV1/FVC (86±11 vs 80±7 vs 79±9 %, p<0.05). Στους ασθενείς της ομάδας ελέγχου δεν παρατηρήθηκαν μεταβολές.

Συμπέρασμα: Σε ασθενείς με ΧΚΑ, κατά τη διάρκεια 6μήνου μετά από την τοποθέτηση LVAD, παρατηρήθηκε βελτίωση των δεικτών της αναπνευστικής ενόρμησης και της αναπνευστικής λειτουργίας. Μια πιθανή εξήγηση είναι πως οι αιμοδυναμικές μεταβολές, μετά από την τοποθέτηση του LVAD, βελτίωσαν τη μυοπάθεια των αναπνευστικών μυών και τη δυσλειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΠΙΠΛΟΚΗΣ ΚΑΤΑΛΥΣΗΣ ΜΕ ΥΨΙΣΥΧΝΟ ΡΕΥΜΑ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ

Πολυξένη Μπατιάνη, Κωνσταντίνα Πετροπούλου, Αγγελική Καναβού,
Κυριάκος Ντόρλης, Χαρίκλεια Νικολάου, Νίνα Μαγκίνα.

ΜΕΘ, Γ.Ν.Ν.Ιωνίας «Κωνσταντινούπλειο – Πατησίων»

Εισαγωγή-Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού με εμφάνιση πνευμογαστρίου λόγω επικοινωνίας του οισοφάγου με τον αριστερό κόλπο της καρδιάς, μετά από κατάλυση κολπικής μαρμαρυγής με υψίσυχο ρεύμα.

Υλικό-Μέθοδος: Γυναίκα 61 ετών, με ιστορικό χρόνιας κολπικής μαρμαρυγής και κατάλυσης με υψίσυχο ρεύμα προ μηνός, προσέρχεται στο Γ.Ν. Κορίνθου με πυρετό, ρίγος και παροδική αιμωδία αριστερού κάτω άκρου. Η αξονική τομογραφία εγκεφάλου δεν αναδεικνύει παθολογικά ευρήματα. Στη συνέχεια εμφανίζει πτώση επιπέδου συνείδησης και εικόνα καταπληξίας λόγω αιμορραγίας ανωτέρου πεπτικού συστήματος. Διασωληνώνεται και τίθεται σε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής. Στη νέα αξονική τομογραφία εγκεφάλου διαπιστώνεται εκτεταμένη υπόπυκνη αλλοίωση δεξιά μετωποβρεγματοϊνιακά, ύποπτη για εγκεφαλίτιδα ή πρόσφατη ισχαιμική βλάβη. Η εξέταση ΕΝΥ αναδεικνύει 20 κύτταρα, λεμφοκυτταρικού τύπου και λεύκωμα 195mg/dl, στη δε καλλιέργεια αίματος απομονώνεται στρεπτόκοκκος. Τίθεται σε αντιμικροβιακή αγωγή με κεφτριαξόνη, αμπικιλιλίνη, βανκομυκίνη και ακυκλοβίρη. Η ασθενής διακομίζεται στη ΜΕΘ του νοσοκομείου μας για περαιτέρω αντιμετώπιση. Συνεχίζει να είναι σε καταπληξία, κολπική μαρμαρυγή ενώ από τον υπερηχοκαρδιογραφικό έλεγχο αναδεικνύεται εικόνα ισχαιμικής καρδιοπάθειας. Στην αξονική τομογραφία εγκεφάλου ελέγχονται και νέες ισχαιμικού τύπου βλάβες στον αριστερό μετωπιαίο και ινιακό λοβό καθώς και στην παρεγκεφαλίδα. Νέα εξέταση ΕΝΥ εμφανίζει 40 κύτταρα με λεύκωμα 263mg/dl και αρνητικό ιολογικό και μικροβιολογικό έλεγχο. Υποβάλλεται σε γαστροσκόπηση όπου παρατηρείται «παθολογική» επικοινωνία του οισοφάγου με σταγονοειδή αιμορραγία, χωρίς παθολογικά ευρήματα από τον στόμαχο και το δωδεκαδάκτυλο. Άμεσως μετά τη γαστροσκόπηση η ασθενής εμφανίζει επιδείνωση της αιμοδυναμικής αστάθειας, μεγάλη υποξυγοναιμία και επιδείνωση της νευρολογικής εικόνας με αμφοτερόπλευρη μυδρίαση. Η αξονική εγκεφάλου αναδεικνύει οίδημα και εικόνα πνευμογαστρίου ενώ η αξονική θώρακος εμφανίζει φυσαλίδα αέρα στο μεσοθωράκιο, επιβεβαιώνοντας την υποψία της επικοινωνίας του οισοφάγου με τον αριστερό κόλπο. Η ασθενής κατέληξε την έβδομη μέρα νοσηλείας στη ΜΕΘ.

Συμπεράσματα: Η κατάλυση με υψίσυχο ρεύμα είναι ασφαλής και αποτελεσματική μέθοδος θεραπείας της κολπικής μαρμαρυγής σε κατάλληλα επιλεγμένους ασθενείς, με ποσοστό επιτυχίας που σε ελεγχόμενες μελέτες κυμαίνεται από 66% έως 89%, μειώνει δε την υποτροπή της νόσου κατά 70%. Ωστόσο, λόγω της σχετικής πολυπλοκότητας της τεχνικής, επιπλοκές μπορεί να προκύψουν σε ποσοστό 4,5%, με συνολική θνητότητα 0,1%. Το κολπο-οισοφαγικό συρίγγιο αποτελεί σπάνια (0,1 έως 0,25%) επιπλοκή με υψηλή θνητότητα η οποία υπερβαίνει το 80%. Οι κλινικές εκδηλώσεις του συρίγγιου συνήθως εμφανίζονται 2 με 4 εβδομάδες μετά την κατάλυση, με πυρετό, ρίγη και υποτροπιάζοντα νευρολογικά συμπτώματα από σπινικά έμβολα. Η ενδοσκόπηση του ανωτέρου πεπτικού είναι δυνατό να προκαλέσει εμβολή αέρα στη συστηματική κυκλοφορία λόγω εμφύσησης αέρα στον οισοφάγο.

ΗΜΕΡΗΣΙΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΝΟΡΑΔΡΕΝΑΛΙΝΗΣ ΚΑΙ Η ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΘ ΜΕ ΣΗΠΤΙΚΟ SHOCK

Άννα Κορομπέλη, Παύλος Μυριανθεύς, Αλεξάνδρα Γαβαλά,
Γιώργος Φιλντίσης, Γεώργιος Μπαλτόπουλος

Πανεπιστημιακή ΜΕΘ ΓΟΝΚ 'ΑΓ. ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ'

Εισαγωγή: Η κυκλοφορική καταπληξία (shock) αποτελεί συνήθη κατάσταση σε βαριά πάσχοντες ασθενείς στη ΜΕΘ. Η ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και αγγειοσυσπαστικών φαρμάκων (νοραδρεναλίνη) αποτελούν τις βασικές συνιστώσες της συμπτωματικής αντιμετώπισης των ασθενών, με στόχο τη διατήρηση επαρκούς άρδευσης και οξυγόνωσης των ιστών. Ωστόσο, η ανάγκη χορήγησης υψηλών δόσεων αγγειοσυσπαστικών αποτελεί κακό προγνωστικό παράγοντα για την έκβαση των ασθενών αυτών. Σκοπός Ο σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί το κατώφλι της ημερήσιας δόσης της νοραδρεναλίνης σε σχέση με την έκβαση ασθενών με σηπτικό shock.

Υλικό - Μέθοδος: Πρόκειται για μελέτη παρατήρησης, που διεξήχθη σε Γενική Μ.Ε.Θ. από τον Μάρτιο έως το Δεκέμβριο 2013. Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν ασθενείς, που κατά διάρκεια νοσηλείας στη Μ.Ε.Θ. εμφάνισαν σηπτικό shock και υποστηρίχθηκαν με ενδοφλέβια χορήγηση νοραδρεναλίνης ανάλογα με τις ανάγκες των θεραπόντων ιατρών. Από τη μελέτη αποκλείστηκαν ασθενείς με shock άλλης αιτιολογίας.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμμετείχαν 53 ασθενείς (30 άντρες και 23 γυναίκες) μέσης ηλικίας 66.2 (SD=13.8) ετών, που είχαν APACHE II=21.5 (SD=1.5) και μέση διάρκεια νοσηλείας (LOS) στη ΜΕΘ 15.7 (SD=13.4) ημέρες. Συνολικά απεβίωσαν 23 ασθενείς (43.5%) με μέση διάρκεια νοσηλείας (LOS) 16.1 (SD=11.2) ημέρες. Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης, επιβίωσαν όλοι οι ασθενείς που έλαβαν συνολική μέγιστη ημερήσια δόση νοραδρεναλίνης < 9.2 mg, ενώ απεβίωσαν όλοι οι ασθενείς που έλαβαν συνολική μέγιστη ημερήσια δόση νοραδρεναλίνης >67.2 mg. Επιπλέον, υπολογίσθηκε ότι στο κατώφλι της δόσης 29.2 mg (συνολική μέγιστη ημερήσια δόση), 50% των ασθενών επιβίωσαν και 50% των ασθενών πέθαναν.

Συμπεράσματα: Από τη μελέτη παρατήρησης προέκυψε ότι επιβίωσαν οι ασθενείς ΜΕΘ που έχρηζαν μέγιστης ημερήσιας χορήγησης νοραδρεναλίνης μέχρι 2 amp, ενώ απεβίωσαν οι ασθενείς που είχαν ανάγκη μέγιστης ημερήσιας χορήγησης τουλάχιστον 16 amp νοραδρεναλίνης. Τέλος, στο κατώφλι της μέγιστης ημερήσιας δόσης των 7 amp νοραδρεναλίνης, οι ασθενείς είχαν εξίσου τις ίδιες πιθανότητες επιβίωσης και θανάτου.

15⁰

Πανελλήνιο Συνέδριο
Εντατικής Θεραπείας

5

**Αναπνευστική ανεπάρκεια
Μηχανικός αερισμός-ARDS**

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΡΗΝΟΥΣ ΘΕΣΗΣ ΣΕ ΑΠΟΔΙΑΣΩΛΗΜΩΝΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Μ., ΠΑΖΒΑΝΤΗ Χ., ΣΑΧΠΑΖΗΣ Κ.,
ΚΙΟΥΡΤΖΙΕΒΑ Ε., ΜΑΤΑΜΗΣ Δ.

ΜΕΘ, ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Τα ευεργετικά αποτελέσματα της πρήνουσ θεσης σε διασωληνωμένους ασθενείς με ARDS είναι πλέον βιβλιογραφικά τεκμηριωμένα τόσο ως προς τη βελτίωση της ανταλλαγής αερίων όσο και ως προς την ελάττωση της θνητότητας. Η χρήση της πρήνουσ θεσης σε αποδιασωληνωμένους ασθενείς δε είναι ευρέως διαδεδομένη, ίσως και να μην θεωρείται καν θεραπευτική επιλογή. Αναφερόμαστε τρεις μη διασωληνωμένους ασθενείς στους οποίους η πρήνης θεση είχε θεαματική αποτελεσματικότητα ως προς την βελτίωση της ανταλλαγής αερίων και την αποφυγή της διασωληνώσεως.

Υλικό-Μέθοδος: Τρεις ασθενείς ηλικίας 64, 22 και 20 ετών με οψιμη οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια (3 ημέρες μετά από αποδιασωλήνωση) που πληρούσαν όλα τα κριτήρια επαναδιασωλήνωσης λόγω αδυναμίας αποβολής εκκρίσεων τοποθετήθηκαν σε πρήνη θεση. Όλοι οι ασθενείς ήταν με καλό επίπεδο επαφής και ήταν αιμοδυναμικά σταθεροί χωρίς ινοτροπή ή αγγειοσυσπαστική υποστήριξη. Κλινικά ακτινολογικά και υπερηχογραφικά είχαν ατελεκτατικούς και τους δύο κατώ λοβούς του πνεύμονα. Η τοποθέτηση σε πρήνη θεση βελτίωσε άμεσα την ανταλλαγή αερίων βελτίωσε το αναπνευστικό τους pattern και ακροαστικά και υπερηχογραφικά βελτιώθηκε θεαματικά ο αερισμός των βάσεων του πνεύμονα. Η PaO_2/FiO_2 αυξήθηκε από 71 σε 212 mmHg και η $PaCO_2$ παρέμεινε σταθερή. Η επανόδος σε υπτία μετά από 16 ώρες πρήνουσ θεσεως επανεφερε τα αέρια αίματος στην προηγούμενη κατάσταση με αποτέλεσμα την εκ νέου τοποθέτηση των ασθενών σε πρήνη με τα ίδια θεαματικά αποτελέσματα στην ανταλλαγή αερίων. Μετά από τρεις ημέρες η κατάσταση των ασθενών στ αθεροποιήθηκε. Κανείς από τους ασθενείς δεν διασωληνώθηκε.

Συμπεράσματα: Η πρήνης θεση μπορεί να αποτελέσει θεραπευτική επιλογή και σε αποδιασωληνωμένους ασθενείς με τα ίδια αποτελέσματα όπως και σε ασθενείς υπό μηχανικό αερισμό. Απαραίτητη προϋπόθεση η αιμοδυναμική σταθερότητα και το καλό επίπεδο επαφής. Ο μηχανισμός βελτίωσης φαίνεται να είναι η κατανόμη του αερισμού των βάσεων και η παροχετευτική θεση των κατώ λοβών.

ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΜΕΓΙΣΤΗΣ ΤΑΧΥΤΗΤΑΣ ΧΑΛΑΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΣ

Παζβάντη Χ., Οικονόμου Μ., Σαχπάζης Κ., Σοϊλεμέζη Ε., Ματάμης Δ.

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης

Σκοπός: Η μέγιστη ταχύτητα χαλάρωσης του διαφράγματος (Maximal relaxation rate, MRR) αποτελεί πρώιμο δείκτη διαφραγματικής κόπωσης και χρησιμοποιείται ως προγνωστική παράμετρος δυσχερούς αποδέσμευσης από το μηχανικό αερισμό. Υπολογίζεται ως η ποσοστιαία πτώση της οισοφαγείου πίεσης ανά 10 msec, και συνεπώς η μέτρησή της πραγματοποιείται επεμβατικά. Αντίθετα, η M-mode υπερηχογραφία επιτρέπει ακριβείς μετρήσεις της ίδιας της ταχύτητας σύσπασης και χαλάρωσης του διαφράγματος που μπορούν να πραγματοποιηθούν μη-επεμβατικά, σε πραγματικό χρόνο και παρά την κλίνη του ασθενούς.

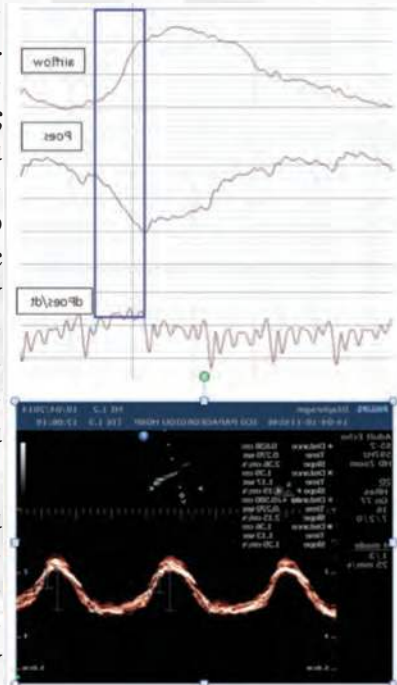
Σκοπός της εργασίας είναι η μελέτη της δυνατότητας των υπερήχων να προσφέρουν απευθείας μετρήσεις της διαφραγματικής MRR καθώς και η συσχέτιση αυτών με τις τιμές της MRR που παραδοσιακά λαμβάνονται με καθετήρες μέτρησης οισοφαγείου πίεσης.

Υλικό-Μέθοδος: Η MRR μετρήθηκε με τη συμβατική μεθοδολογία από κυματομορφές μέτρησης οισοφαγείου πίεσης (φωτ. MRR-Poes). Η υπερηχογραφική MRR (φωτ. MRR-US) υπολογίστηκε από τις M-mode καταγραφές της διαφραγματικής κίνησης ως ο λόγος της κλίσης (cm/sec) της διαφραγματικής κίνησης κατά την αρχική φάση της χάλασης προς τη συνολική απόσταση μετακίνησης (cm) του διαφράγματος κατά την εισπνοή. Με τον τρόπο αυτό η υπερηχογραφική MRR εκφράζεται στις ίδιες μονάδες (sec⁻¹) στις οποίες εκφράζεται και η MRR που υπολογίζεται από τον καθετήρα μέτρησης οισοφαγείου πίεσης. Για κάθε ασθενή που μελετήθηκε τρεις αλληλουχίες από πέντε συνεχόμενες αναπνοές μελετήθηκαν και συγκρίθηκαν οι τιμές των MRR-Poes και MRR-US. Οι αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS.

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν 6 μετεγχειρητικοί ασθενείς κατά τη διάρκεια δοκιμασίας T-piece. Από τις 95 αναπνοές που καταγράφησαν μόνο οι 65 ήταν κατάλληλες προς ανάλυση λόγω προβλημάτων στην καταγραφή είτε της MRR-Poes είτε της MRR-US. Η μέση τιμή για την MRR-Poes ήταν 4.4 ± 2 sec⁻¹ ενώ για την MRR-US 1.5 ± 0.7 sec⁻¹. Ο συντελεστής συσχέτισης ανάμεσα στις δύο μεθόδους ήταν 0.9 ± 0.3 ($p < 0.0001$) και η σχέση περιγράφεται από την εξίσωση $y = 0.95x + 0.09$.

Συμπεράσματα: Υψηλοί συντελεστές συσχέτισης παρατηρήθηκαν μεταξύ της διαφραγματικής MRR που υπολογίζεται από τις κυματομορφές μέτρησης οισοφαγείου πίεσης και της MRR που υπολογίζεται από ταυτόχρονες M-mode καταγραφές της διαφραγματικής κίνησης. Περαιτέρω κλινικές μελέτες απαιτούνται προκειμένου για την εκτίμηση αυτού του νέου υπερηχογραφικού δείκτη της διαφραγματικής MRR.

Φωτ: ΕΠΑΝΘ: MRR-Poes ΚΑΤΩ: MRR-US



ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΒΑΡΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΒΛΑΒΗ

Λωρίδας Ν., Βουτσάς Β., Παπαιωάννου Μ., Αλεξίου Α., Παπώτη Σ.,
Σουλούντση Β., Κοντού Π., Λαβρεντίεβα Α., Μπιτζάνη Μ.

Α' ΜΕΘ Γ.Ν.Θ. 'Γ. Παπανικολάου'

Εισαγωγή: Υπάρχουν περιορισμένες αναφορές στην βιβλιογραφία για τις διαταραχές της λειτουργίας των πνευμόνων σε ασθενείς με βαριά εγκεφαλική βλάβη. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος των πνευμόνων αποτελεί ένα εύχρηστο, μη επεμβατικό εργαλείο στην εκτίμηση του πνευμονικού παρεγχύματος στους ασθενείς της ΜΕΘ.

Σκοπός: Ο σκοπός της μελέτης ήταν να εκτιμηθεί με την χρήση των υπερήχων η πρώτη μεταβολή της κατάστασης των πνευμόνων στους ασθενείς με βαριά εγκεφαλική βλάβη και να συγκριθούν τα ευρήματα με τα ευρήματα των ασθενών χωρίς εγκεφαλική βλάβη.

Υλικό - Μέθοδος: Το πνευμονικό παρέγχυμα εκτιμήθηκε με την χρήση της LUS (Lung Ultrasound Score) κατά την εισαγωγή των ασθενών στην ΜΕΘ, στις 12 και 24 ώρες μετά την εισαγωγή στην ΜΕΘ. Αξιολογήθηκε η παρουσία 4 καταστάσεων στην υπερηχογραφική εικόνα: Α (Α-γραμμές), Β1 (αραιές Β-γραμμές), Β2 (πυκνές Β-γραμμές), C (consolidation, πύκνωση). Επιπρόσθετα, αναλύθηκε η μεταβολή της συνολικής υπερηχογραφικής εικόνας (LUS) των ασθενών. Οι ασθενείς και των δυο ομάδων βρίσκονταν υπό μηχανική υποστήριξη της αναπνοής σε ελεγχόμενο δια όγκου μοντέλο υποστήριξης. Η βαρύτητα της γενικής κατάστασης και της λειτουργίας των οργάνων εκτιμήθηκε με την χρήση των κλιμάκων APACHE II και SOFA, ενώ καταγράφηκε ξεχωριστά η παράμετρος λειτουργίας των πνευμόνων της κλίμακας SOFA (SOFA lung). Η σύγκριση έγινε με την χρήση του t-test και δοκιμασίας ANOVA.

Αποτελέσματα: Είκοσι εννέα ασθενείς με εγκεφαλική βλάβη συμπεριλήφθηκαν στην ομάδα μελέτης (APACHE II 18.6 ± 8 και SOFA 5.3 ± 2), ενώ την ομάδα ελέγχου αποτέλεσαν 14 ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύτηκαν στην ΜΕΘ μετά από προγραμματισμένες γναθοχειρουργικές επεμβάσεις (APACHE II 12.6 ± 4 και SOFA 2.6 ± 2). Κατά την εισαγωγή οι ασθενείς με εγκεφαλική βλάβη παρουσίασαν σε μεγαλύτερο ποσοστό ευρήματα συμβατά με πύκνωση σε σχέση με τους ασθενείς της ομάδας ελέγχου ($8 \pm 13\%$ vs. $0.56 \pm 2\%$).

Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές μεταβολές της κλίμακας LUS και στις 2 ομάδες των ασθενών στις 12 και στις 24 ώρες νοσηλείας σε σχέση με την κατάσταση στην εισαγωγή στην ΜΕΘ. Οι ασθενείς με βαριά εγκεφαλική βλάβη παρουσίασαν σημαντική επιδείνωση της κλίμακας σε σχέση με τους ασθενείς της ομάδας ελέγχου, -0.76 στις 12 ώρες μετά την εισαγωγή, και -3.75 στις 24 ώρες μετά την εισαγωγή, vs. 0.64 στις 12 ώρες μετά την εισαγωγή, και 0.35 στις 24 ώρες μετά την εισαγωγή, $p < 0.01$. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική μεταβολή του συστατικού λειτουργίας των πνευμόνων της κλίμακας SOFA, SOFA lung, στους ασθενείς με βαριά βλάβη του εγκεφάλου (1.58 ± 1.1 vs. 1.28 ± 0.8).

Συμπεράσματα: Φαίνεται ότι η υπερηχογραφική εικόνα των πνευμόνων είναι πιο επιβαρυσμένη στους ασθενείς με εγκεφαλική βλάβη σε σχέση με τους ασθενείς της ομάδας ελέγχου κατά την εισαγωγή των ασθενών στην ΜΕΘ. Υπάρχει επιδείνωση της υπερηχογραφικής εικόνας πρώιμα μετά την βαριά βλάβη του εγκεφάλου, η οποία συσχετίζεται και με την επιδείνωση της οξυγόνωσης.

Η ΕΡΓΩΔΗΣ ΑΝΑΠΝΟΗ ΕΠΙΔΕΙΝΩΝΕΙ ΤΗΝ ΕΠΑΓΩΜΕΝΗ ΑΠΟ ΕΝΔΟΤΟΞΙΝΗ ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΤΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗ ΔΙΑΛΥΤΗΣ ΓΟΥΑΝΥΛΙΚΗΣ ΚΥΚΛΑΣΗΣ.

Κωνσταντίνος Γλυνός^(1,2), Δημήτρης Τουμπανάκης⁽¹⁾, Κωνσταντίνος Λοβέρδος⁽¹⁾,
Αθανασία Παυλίδου⁽¹⁾, Βασιλική Καραβανά⁽¹⁾, Χριστίνα Μάγκου⁽³⁾,
Ανδρέας Παπαπετρόπουλος⁽²⁾, και Θεόδωρος Βασιλακόπουλος⁽¹⁾.

- (1) *Κλινική Εντατικής Θεραπείας & Μονάδα Πνευμονολογίας, ΓΠ Λιβαδός και Μ Σίμου Ερευνητικά Εργαστήρια, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, ΠΓΝ Ευαγγελισμός, Αθήνα.*
(2) *Εργαστήριο Μοριακής Φαρμακολογίας, Τμήμα Φαρμακευτικής, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα.*
(3) *Τμήμα Παθολογικής Ανατομικής, ΠΓΝ Ευαγγελισμός, Αθήνα.*

Σκοπός: Στην οξεία παρόξυνση της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ), συχνά λοιμώδους αιτιολογίας, η φλεγμονή του πνεύμονα και ο έντονος βρογχόσπασμος οδηγεί σε αυξημένες αντιστάσεις των αεραγωγών – Εργώδης Αναπνοή (ΕΑ). Το μονοπάτι του μονοξειδίου του αζώτου (NO)/διαλυτή γουανυλική κυκλάση (δΓΚ) ρυθμίζει τον μυϊκό τόνο των αεραγωγών, ενώ υποεκφράζεται σε καταστάσεις βρογχόσπασμου και πνευμονικής βλάβης. Σκοπός της μελέτης να διερευνήσουμε εάν η ΕΑ επιδεινώνει την προϋπάρχουσα πνευμονική βλάβη μετά από εισπνοή ενδοτοξίνης και να διερευνήσουμε το ρόλο του μονοπατιού του NO/δΓΚ.

Υλικό-Μέθοδος: Χρησιμοποιώντας ένα νέο μοντέλο ΕΑ σε μύες περιορίζοντας την επιφάνεια της τραχείας με περίδεσή της έως 50% ως εξής: 1. Ομάδα ελέγχου, C57BL6 άρρενες μύες, 2. Μύες σε ΕΑ, για 24 ώρες, 3. Μύες που έχουν εισπνεύσει ενδοτοξίνη (*Pseudomonas aureginosa* 10mg/3ml) για 24 ώρες, 4. Μύες που έχουν εισπνεύσει ενδοτοξίνη 30 λεπτά πριν από την περίδεση της τραχείας. Σε όλες τις ομάδες διενεργήθηκε βρογχοκυψελιδική έκπλυση, μέτρηση των κυττάρων, της συγκέντρωσης πρωτεΐνης, του παράγοντα νέκρωσης όγκου (TNF)-α, της ιντερλευκίνης (IL)-1β και -6 στο βρογχοκυψελιδικό έκπλυμα. Χρησιμοποιώντας την τεχνική εξαναγκασμένης ταλάντωσης διενεργήθηκε μέτρηση των αναπνευστικών μηχανικών παραμέτρων (ελαστικότητα, στατική ενδοτικότητα, αντιστάσεις των αεραγωγών).

Αποτελέσματα: Η ομάδα μυών που υποβλήθηκε σε ΕΑ με περίδεση τραχείας, ενώ είχε προηγηθεί εισπνοή ενδοτοξίνης παρουσίασε σημαντική αύξηση της κυτταροβρίθειας, της συγκέντρωσης πρωτεΐνης, των φλεγμονωδών κυτταροκινών (TNF-α, IL--1β και -6) και μεταβολή των αναπνευστικών μηχανικών παραμέτρων που συνάδουν με περαιτέρω επιδείνωση της οξείας πνευμονικής βλάβης σε σύγκριση με τις ομάδες που υποβλήθηκαν αμιγώς σε εισπνοή ενδοτοξίνης ή σε περίδεση τραχείας. Η ΕΑ μείωσε σημαντικά την έκφραση των υπομονάδων α1 και β1 της δΓΚ στον πνεύμονα και του παραγόμενου cGMP. Στο μοντέλο ΕΑ όπου είχε προηγηθεί εισπνοή ενδοτοξίνης μειώθηκε περαιτέρω η έκφραση της δΓΚ και το παραγόμενο cGMP. Συμπέρασμα: Η ΕΑ επάγει περαιτέρω την προϋπάρχουσα πνευμονική βλάβη μετά από εισπνοή ενδοτοξίνης και προκαλεί περαιτέρω μείωση της έκφρασης και της δΓΚ. Τα αποτελέσματα μας αναδεικνύουν το μοντέλο ΕΑ σε εργαλείο διερεύνησης και κατανόησης των παθοφυσιολογικών μηχανισμών στην παρόξυνση της ΧΑΠ.

ΠΝΕΥΜΟΝΟΝΕΦΡΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Κανακάκη Σοφία⁽¹⁾, Γραμματικοπούλου Βαρβάρα⁽¹⁾, Βαγγέλης Σπυρίδων⁽¹⁾,
Γράβος Αθανάσιος⁽¹⁾, Τζανουδάκης Γεώργιος⁽¹⁾, Αβρααμίδου Αλεξάνδρα⁽¹⁾,
Νοδάρου Αικατερίνη⁽¹⁾, Μερμίγκης Δημήτριος⁽¹⁾, Κατσιφα Κωνσταντίνα⁽¹⁾,
Σακελλαρίδης Κωνσταντίνος⁽¹⁾, Τσελιώτη Παρασκευή⁽¹⁾, Βενετούλης Δρόσος⁽¹⁾,
Πρεκατές Αθανάσιος⁽¹⁾

(1)Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Τζάνειο Γ. Ν. Πειραιά.

Εισαγωγή: Ως πνευμονονεφρικό σύνδρομο χαρακτηρίζεται ο συνδυασμός διάχυτης κυψελιδικής αιμορραγίας και ταχέως εξελισσόμενης σπειραματονεφρίτιδας.

Υλικό-Μέθοδος: Ασθενής 18 ετών, με ελεύθερο ιστορικό, παρουσίασε αιμόπτυση και διασωληνώθηκε λόγω βαρειάς αναπνευστικής ανεπάρκειας. Η ασθενής εισήχθη στη ΜΕΘ με μεθαιμορραγική καταπληξία λόγω διάχυτης κυψελιδικής αιμορραγίας (βρογχοσκόπηση) και ολιγουρική ΟΝΑ λόγω σπειραματονεφρίτιδας (ενδεικτική γενική ούρων, κρεατινίνη ορού 8mg/dl) και τέθηκε σε συνεχή φλεβοφλεβική αιμοδιαδιήθηση. Λόγω της βαρύτατης κλινικής εικόνας και της ταχύτατης εξέλιξης έγινε έναρξη θεραπείας από την πρώτη ημέρα, 1gr μεθυλπρεδνιζολόνη ημερησίως για τρεις ημέρες ακολουθούμενο από 60mg πρεδνιζολόνης/ημέρα & 1gr κυκλοφωσφαμίδη iv εφάπαξ και 0,5gr μετά από 11 ημέρες. Ανοσολογικός έλεγχος: ανοσοκαθίλωση φυσιολογική, αρνητικές κρουσφαιρίνες, φυσιολογικό συμπλήρωμα, αρνητικά anti-dsDNA, anti-GBM, anti-PR3/cANCA, anti-MPO/pANCA, ασθενώς θετικά ANA 1/80, ασθενώς θετικά αντι-καρδιολιπινικά IgM & IgG, ασθενώς θετικό αντιπικτικό του λύκου LA1 & LA2 (μη αξιολογήσιμο λόγω πολλαπλών μεταγγίσεων με FFP), αρνητικά αντι-GPI (IgM & IgG). Επίσης βρέθηκε πιθανή πρόσφατη λοίμωξη με EBV. Τα αιμοπετάλια ήταν φυσιολογικά. Κολονοσκόπηση ανέδειξε αιμορραγική κολίτιδα με μη ειδικές αλλοιώσεις στο βιοπτικό υλικό. Η βιοψία νεφρού ανέδειξε ανοσοπενική σπειραματονεφρίτιδα, μνηοειδική και εστιακή-νεκρωτική με μνηοειδείς σχηματισμούς στο σύνολο των σπειραμάτων. Επίσης θρόμβους ινικής εντός αρτηριολίων ως επί συνυπαρχουσών αλλοιώσεων οξείας θρομβωτικής μικροαγγειοπάθειας. Η ασθενής παρέμεινε μέχρι την έξοδό της από τη ΜΕΘ σε συνεχή αιμοδιαδιήθηση. Αποδιασωληνώθηκε επιτυχώς τη 14η ημέρα και διακομίσθηκε σε νεφρολογική κλινική.

Συζήτηση-Συμπέρασμα: Το πνευμονονεφρικό σύνδρομο ταξινομείται βάσει του παθογενετικού μηχανισμού:

1. Νόσος αντισωμάτων κατά της βασικής μεμβράνης anti-GBA (10%): σύνδρομο Goodpasture
2. Νόσος ανοσοσυμπλεγμάτων (45%): μεταλοιμώδης, αγγειίτιδες νόσων κολλαγόνου, νεφρίτιδα του λύκου, πορφύρα Henoch-Schonlein, IgA νεφροπάθεια, μκτική κρουσφαιριναιμία, v.Behcet, Ιδιοπαθής, φάρμακα)
3. Πνευμονονεφρικό σύνδρομο με ανοσοπενική σπειραματονεφρίτιδα (45%). Το 80-90% των ασθενών αυτών έχουν ANCA θετικά αντισώματα ορού: κοκκιωμάτωση Wegener, μικροσκοπική πολυαγγειίτιδα, v.Churg-Strauss, ιδιοπαθής. Η ανοσοπενική ταχέως εξελισσόμενη σπειραματονεφρίτιδα με αρνητικά ANCA ορού με διάχυτη κυψελιδική αιμορραγία αποτελεί μια εξαιρετικά σπάνια οντότητα. Το παρόν περιστατικό κατατάσσεται 1) στο 5-10% του φάσματος v. Wegener/μικροσκοπικής πολυαγγειίτιδας με αρνητικά ANCA ορού ή 2) ιδιοπαθή ανοσοπενική σπειραματονεφρίτιδα. Η άμεση θεραπεία με ανοσοκατασταλτικά βελτιώνει σημαντικά την επιβίωση και τη διατήρηση λειτουργίας των οργάνων.



Η ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΛΥΤΗΣ ΓΟΥΑΝΥΛΙΚΗΣ ΚΥΚΛΑΣΗΣ ΑΝΑΣΤΡΕΦΕΙ ΤΗΝ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΩΔΗ ΑΝΑΠΝΟΗ.

Κωνσταντίνος Γλυνός^(1,2), Δημήτρης Τουμπανάκης⁽¹⁾, Κωνσταντίνος Λοβέρδος⁽¹⁾, Βασιλική Καραβανά⁽¹⁾, Zongmin Zhou⁽¹⁾, Χριστίνα Μάγκου⁽³⁾, Μαρία Δεττοράκη⁽¹⁾, Φώτης Περλικός⁽¹⁾, Αθανασία Παυλίδου⁽¹⁾, Βασίλης Κοτσικόρης⁽²⁾, Σταύρος Τοπούζης⁽²⁾, Σταμάτης Θεοχάρης⁽⁴⁾, Peter Brouckaert^(5,6), Αθανάσιος Γιάννης⁽⁷⁾, Ανδρέας Παπαπετρόπουλος⁽²⁾, και Θεόδωρος Βασιλακόπουλος⁽¹⁾.

(1) *In Κλινική Εντατικής Θεραπείας & Μονάδα Πνευμονολογίας, ΓΠ Λιβαδός και Μ Σίμου Ερευνητικά Εργαστήρια, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, ΠΓΝ Ευαγγελισμός, Αθήνα.*

(2) *Εργαστήριο Μοριακής Φαρμακολογίας, Τμήμα Φαρμακευτικής, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα.*

(3) *Τμήμα Παθολογικής Ανατομικής, ΠΓΝ Ευαγγελισμός, Αθήνα.*

(4) *Τμήμα Παθολογικής Ανατομικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική σχολή Αθήνα,*

(5) *Department of Biomedical Molecular Biology, Ghent University, Ghent, Belgium.*

(6) *Department of Molecular Biomedical Research, VIB, Ghent, Belgium.*

(7) *Institut für Organische Chemie, Universität Leipzig, Leipzig, Germany.*

Σκοπός: Η εργώδης αναπνοή μέσω αυξημένων εισπνευστικών αντιστάσεων (ΕΑ), προκαλεί πνευμονική βλάβη. Η διαλυτή γουανυλική κυκλάση (δΓΚ) που ρυθμίζει τον μυϊκό τόνο των αεραγωγών, υποεκφράζεται σε μοντέλα της ΕΑ, όπως το άσθμα, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), ή στην οξεία πνευμονική βλάβη μετά από εισπνοή ενδοτοξίνης. Σκοπός: 1) Να εξετάσουμε εάν η ΕΑ προκαλεί πνευμονική βλάβη σε συνθήκες αυξημένων εισπνευστικών και εκπνευστικών αντιστάσεων, 2) Να διερευνήσουμε το ρόλο του μονοπατιού του NO /δΓΚ στο μοντέλο ΕΑ.

Υλικό-Μέθοδος: Αναισθητοποιημένοι μύες υποβάλλονται σε περιορισμό έως 50% της επιφάνειας της τραχείας με περίδεσή της ως εξής: 1. C57BL6 άρρενες μύες α) με ΕΑ για 24 ώρες ή β) μάρτυρες χωρίς περίδεση τραχείας, 2. Μύες με γενετική εξάλειψη της υπομονάδας α1 της δΓΚ (α1 -/-) α) με ΕΑ, β) μάρτυρες α1 - / -, 3) Μύες που εισέπνευσαν α) τον αναστολέα της δΓΚ, ODQ, 30 λεπτά προτού υποβληθούν σε ΕΑ για 24 ώρες β) μάρτυρες με ODQ. 4. Μύες όπου χορηγήθηκε ενδοπεριτοναϊκά ο ενεργοποιητής της δΓΚ, BAY58-2667, α) 30 λεπτά προτού υποβληθούν σε ΕΑ για 24 ώρες. β) 6 ώρες αφότου υποβλήθηκαν σε ΕΑ και θυσιάστηκαν 24 ώρες μετά, γ) Μάρτυρες με BAY58-2667. Σε όλες τις ομάδες διενεργήθηκε βρογχοκυψελιδική έκπλυση, μέτρηση των κυττάρων, της συγκέντρωσης πρωτεΐνης και των επιπέδων cGMP. Με την τεχνική εξαναγκασμένης ταλάντωσης υπολογίστηκαν οι αναπνευστικές μηχανικές παράμετροι (ελαστικότητα, στατική ενδοτικότητα, αντιστάσεις των αεραγωγών).

Αποτελέσματα: Οι μύες σε ΕΑ παρουσίασαν σημαντική αύξηση της κυτταροβρίθειας, της συγκέντρωσης πρωτεΐνης στο βρογχοκυψελιδικό έκπλυμα, μεταβολή των αναπνευστικών μηχανικών παραμέτρων και των ιστολογικών χαρακτηριστικών, που συνάδουν με την οξεία πνευμονική βλάβη. Η ΕΑ μείωσε σημαντικά την πνευμονική έκφραση των υπομονάδων α1 και β1 της δΓΚ και του παραγόμενου cGMP. Στο μοντέλο ΕΑ όπου είχε προηγηθεί εισπνοή ODQ ή σε α1 - / μύες, επιδεινώθηκε περαιτέρω η πνευμονική βλάβη. Αντίστροφα, η ενεργοποίηση της δΓΚ μετά από προφυλακτική χορήγηση του BAY58-2667, ανέστειλε την πνευμονική βλάβη. Αξιοσημείωτη είναι η αποκατάσταση της πνευμονικής βλάβης όταν χορηγήθηκε BAY58-2667 θεραπευτικά στο ίδιο μοντέλο ΕΑ.

Συμπεράσματα: Τα ευρήματά μας αναδεικνύουν το σηματοδοτικό μονοπάτι της δΓΚ / cGMP ως ένα νέο φαρμακευτικό στόχο για τη θεραπεία των αποφρακτικών πνευμονοπαθειών.

Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΠΡΗΝΟΥΣ ΘΕΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΒΑΡΥ ARDS

Βρεττός Θεοφάνης, Τσιώτσιου Παρασκευή, Μπουλοβάνα Μαρία, Κουτσιλέου Κορίνα,
Ζώτου Νατάσα, Καρπέτας Γιώργος, Φίλος Κρίτων, Φλίγκου Φωτεινή

*Τμήμα Αναισθησιολογίας και Εντατικής Θεραπείας. Ιατρική Σχολή. Πανεπιστήμιο Πατρών

Εισαγωγή - σκοπός: Η πρηνής θέση έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στην προσωρινή βελτίωση της οξυγόνωσης σε ασθενείς με ARDS αλλά όχι στην αύξηση της επιβίωσης συνολικά. Στην μελέτη αυτή θα δείξουμε σε ποια υποομάδα ασθενών η εφαρμογή της πρηνούς θέσης μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της επιβίωσης

Υλικό - Μέθοδος: Μελετήθηκαν περιπτώσεις 11 συνολικά ασθενών οι οποίοι παρουσίασαν Πρωτοπαθές ή δευτεροπαθές βαρύ ARDS με σχέση οξυγόνωσης ($PaO_2/FiO_2 < 100$). Μελετήθηκαν 6 άνδρες και 5 γυναίκες ηλικίας 24- 55 ετών με BMI = 20-29. Ο χειρισμός της πρηνούς θέσεως περιλάμβανε παραμονή σε πρηνή οριζόντια θέση, για 8 - 12 ώρες, ενώ όταν χρειάστηκε ο χειρισμός επαναλήφθηκε.

Αποτελέσματα: Στους ασθενείς με σχετικά υψηλή ενδοτικότητα ($C_{dyn} > 30$) (n=7) η βελτίωση της οξυγόνωσης ήταν στατιστικά σημαντική ενώ η επιβίωση ήταν 100%. Οι ασθενείς αυτοί εμφάνισαν στην πλειοψηφία τους ARDS πρώιμα, πριν την 6η ημέρα. Αντίθετα σε ασθενείς (n=4) με χαμηλή ενδοτικότητα ($C_{dyn} < 25$) η θνητότητα ήταν υψηλή 75% ενώ η βελτίωση της οξυγόνωσης ήταν σημαντικά μικρότερη. Η διαφορά της ενδοτικότητας στις δύο ομάδες ήταν επίσης στατιστικά σημαντική ($t = 0,0001$)

Συμπεράσματα: Η θεαματική επιβίωση των ασθενών στους οποίους εφαρμόστηκε η πρηνής θέση παρατηρείται στην υποομάδα των ασθενών με σχετικά καλή ενδοτικότητα ($C_{dyn} > 30$), η οποία περιλαμβάνει ασθενείς με εστιακές διηθήσεις (lobar ARDS), καταστάσεις συμβατές με πρωτοπαθές ARDS κυρίως και όχι σε ασθενείς με διάχυτες διηθήσεις και χαμηλή ενδοτικότητα ($C_{dyn} < 25$). Η μέτρηση της ενδοτικότητας είναι εύκολη κλινικά και δεν απαιτεί την μεταφορά του ασθενούς στον αξονικό. Η πρόωπη εφαρμογή του χειρισμού της πρηνούς θέσης φαίνεται επίσης να παίζει σημαντικό ρόλο.

Φύλο	Ηλικία	Ασθένεια	Ημέρα πρηνούς	Αριθμός χειρισμών	C_{dyn} before proning (ml/cm ³)	C_{dyn} after proning	PaO_2/FiO_2 before proning	PaO_2/FiO_2 1h after proning	έκβαση
άρρεν	24	N. Wheil	9	1	33	45	48	212	καλή
άρρεν	41	multiinjured	7	2	30	50	64	110	καλή
άρρεν	55	Head injury	5	1	37	45	54	157	καλή
θήλυ	32	Hypovolemic shock	3	1	34	47	50	275	καλή
άρρεν	50	stroke	7	3	35	45	50	80	καλή
θήλυ	35	C.S	5	1	37	50	60	250	καλή
άρρεν	50	pangreatitis	12	2	32	45	50	90	καλή
					34±2,58	46±2,36	53,71±6,04	167,7±78,9	καλή
						t<0,01		t < 0,01	
θήλυ	25	pneumonia	5	3	22	25	50	80	θάνατος
θήλυ	65	pneumonia	7	2	17	27	60	120	θάνατος
άρρεν	50	pangreatitis	6	1	18	23	55	90	θάνατος
θήλυ	40	Pneumonia	13	1	23	31	50	140	καλή
					22,5±2,6	29,5±2,9	57,9±4,1	131±24	

Η ΑΝΑΣΤΟΛΗ ΤΗΣ ΑΝΑΓΩΓΑΣΗΣ ΤΟΥ 3-ΥΔΡΟΞΥ- 3-ΜΕΘΥΛΟΓΛΟΥΤΑΡΥΛΟ-ΣΥΝΕΝΖΥΜΟΥ Α ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΣΕΙ ΜΥΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΛΟΓΩ ΜΗΧΑΝΙΚΟΥ ΑΕΡΙΣΜΟΥ

Νικόλας Μανιτσόπουλος¹, Στυλιανός Ε. Ορφανός², Αναστασία Κοτανίδου¹,
Ιωάννα Νικητοπούλου¹, Ηλίας Σιέρπος¹, Χριστίνα Μάγκου³, Ιωάννα Δημοπούλου²,
Σπύρος Γ. Ζακυνθινός¹, Απόστολος Αρμαγανίδης², Νικόλαος Α.Μανιάτης²

¹ 1η Κλινική Εντατικής Θεραπείας και Μονάδα Πνευμονολογίας, Γ.Π. Λιβανός και Μ. Σίμου Ερευνητικά Εργαστήρια, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Νος. Ευαγγελισμός, Αθήνα

² 2η Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Νος. Απικόν, Χαϊδάρι
³ 3 Παθολογοανατομικό Τμήμα, Νος. Ευαγγελισμός, Αθήνα.

Υπόθεση: Το σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσφορίας μπορεί να αυξήσει την θνητότητα των ασθενών στη ΜΕΘ, σε ποσοστό παραπάνω από το 40%. Ο μηχανικός αερισμός που εφαρμόζετε σε αυτές τις περιπτώσεις μπορεί να επιδεινώσει την προπάρχουσα πνευμονική βλάβη. Μέχρι σήμερα παρα την χρήση προστατευτικού αερισμού δεν υπάρχει διαθέσιμη αποτελεσματική θεραπεία. Οι αναστολείς της αναγωγής του 3-υδροξυ-3-μέθυλογλουτάρυλο-Συνενζύμου Α (στατίνες) είναι φαρμακευτικοί παράγοντες γνώστοι για την επίδραση τους στην μείωση της χοληστερόλης καθώς και για τις αντιφλεγμονώδεις ιδιότητές τους. Θέλοντας να διερευνήσουμε την αποτελεσματικότητα των στατινών στην πρόληψη πνευμονική βλάβη τις χρησιμοποιήσαμε σε ένα πειραματικό μοντέλο βλαπτικού μηχανικού αερισμού σε μύες.

Υλικό-Μέθοδος: Η χορήγηση Σιμβαστατίνης ξεκίνησε δύο μέρες πριν την εφαρμογή του μηχανικού αερισμού, ενδοπεριτοναϊκά. Κάθε ομάδα περιελάμβανε 7 πειραματώζωα (ομάδα ελέγχου που ελάμβανε simvastatin και ομάδα control που ελάμβανε N/S). Στην συνέχεια εφαρμόσαμε 8mL/kg (ομάδα I, προστατευτικός αερισμός+simvastatin; ομάδα II προστατευτικός αερισμός+N/S) ή 25mL/kg (ομάδα III, βλαπτικός αερισμός+ simvastatin; ομάδα IV βλαπτικός αερισμός+N/S) μηχανικό αερισμό χρησιμοποιώντας έναν αναπνευστήρα μικρών ζώων (Flexivent, Scireq, Ontario, Canada) για χρονική περίοδο 4 ωρών. Κατά την διάρκεια του πρωτοκόλλου έγινε καταγραφή της μηχανικής του πνεύμονα, της πνευμονικής ελαστικότητας και της πνευμονικής ενδοτικότητας μέσω του αναπνευστήρα μικρών ζώων ενώ μετά το πέρας του πρωτοκόλλου οι μύες θυσιάστηκαν και συλλέχθηκαν δείγματα ιστού, αίματος και βρογχοκυψελιδικού εκπλύματος για περαιτέρω ανάλυση. Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε μέσω one-way analysis of variance (ANOVA) ακολουθούμενη από Tukey's post hoc tests.

Αποτελέσματα: Η ομάδα IV σε σχέση με την ομάδα II, παρουσίασε τρεις φορές αύξηση της πνευμονικής ελαστικότητας και μείωσε την πνευμονική ενδοτικότητα 45%. Παράλληλα αυξήθηκε η αγγειακή διαπερατότητα 20 φορές της ομάδας IV σε σχέση με την ομάδα II και παρατηρήθηκε συσώρευση των λευκοκυττάρων στον πνεύμονα. Επίσης αυξήθηκε ο αριθμός των ουδετρόφυλλων κυττάρων στο βρογχοκυψελιδικό έκπλυμα ενώ τα επίπεδα δύο κυτταροκινών (TNF-α και IL-6) στα δείγματα αίματος της ομάδας IV αυξήθηκαν 3 και 7,4 φορές αντίστοιχα σε σχέση με την ομάδα II. Τέλος τα επίπεδα της μεταλλοπρωτεΐνης-9 στο βρογχοκυψελιδικό έκπλυμα της ομάδας IV αυξήθηκε 20 φορές σε σύγκριση με την ομάδα II, ενώ η ίδια ομάδα παρουσίασε σημαντική μείωση των επιπέδων της VE-Cadherin στον πνεύμονα. Η προφυλακτική χορήγηση σιμβαστατίνης εμπόδισε την ανάπτυξη της πνευμονικής βλάβης ενώ συνέβαλε στην διατήρηση της ακεραιότητας του αγγειακού τοιχώματος και στον περιορισμό της φλεγμονής.

Συμπεράσματα: Η χορήγηση στατινών μπορεί να προφλαξεί από δημιουργία πνευμονικής βλάβης λόγω υψηλών πιέσεων μέσω των αγγειοπροστατευτικών και αντιφλεγμονωδών ιδιοτήτων των στατινών.

14-16 Νοεμβρίου 2014

Ίδρυμα Ευγενίδου - Αθήνα

(Α. Συγγρού 387, 175 64 Π. Φάληρο)

6

Ανοσολογία - Μεταμοσχεύσεις

ΔΟΤΕΣ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΤΗ Μ.Ε.Θ. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ 20 ΕΤΩΝ

Κόκορης Ι.⁽¹⁾, Καραθανου Α.⁽¹⁾, Τοπάλης Τ.⁽¹⁾, Τοικρίκη.Σ.⁽¹⁾, Χολή.Ε.(1):

1.Μ.Ε.Θ. Νοσοκομείου Βόλου

Σκοπός: Οι συχνότερες αιτίες εισαγωγής στη Μ.Ε.Θ., ασθενών , στους οποίους γίνεται δωρεά οργάνων είναι: Κ.Ε.Κ και Α.Ε.Ε. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να μελετήσει την συχνότητα της αιτίας εισόδου αυτών των ασθενών κατά την διάρκεια 20 ετών.

Υλικό-Μέθοδος: Χωρίσαμε τους ασθενείς σε 2 ομάδες, ανά δεκαετία

ΟΜΑΔΑ Α (αφορά χρονικό διάστημα 1993-2002) 10 έτη.

Νοσηλεύτηκαν συνολικά στη Μ.Ε.Θ., 1813 ασθενείς, δωρεά οργάνων έγινε σε 17 ασθενείς.

ΟΜΑΔΑ Β:(αφορά χρονικό διάστημα 2003-2012) 10 έτη.

Νοσηλεύτηκαν συνολικά στη Μ.Ε.Θ. , 1935 ασθενείς, δωρεά οργάνων έγινε σε 18 ασθενείς

Αποτελέσματα: ΟΜΑΔΑ Α: Δ.Ο. με αιτία εισόδου Κ.Ε.Κ., είχαν 12 ασθενείς,(ποσοστό 71%).

Δ.Ο. με αιτία εισόδου Α,Ε,Ε , είχαν 5 ασθενείς ,(ποσοστό 25%).

ΟΜΑΔΑ Β:Δ.Ο. με :αιτία εισόδου Κ.Ε.Κ., είχαν 5 ασθενείς ,(ποσοστό 28%).

Δ.Ο. με αιτία εισόδου Α.Ε.Ε., είχαν 13 ασθενείς ,(ποσοστό 72%).(Στατιστική ανάλυση: Υπάρχει σημαντική συσχέτιση ($p < 0,05$) μεταξύ αιτίας εισόδου στη Μ.Ε.Θ.(ΑΕΕ ή ΚΕΚ) στους δωρητές οργάνων και της χρονικής περιόδου (1993-2002) ή (2003-2012).Δοκιμασία Pearson Chi-Square , $p=0,004$.)

Συμπεράσματα: Με παρόμοιο αριθμό ασθενών ανά δεκαετία,(και στο σύνολο και στον αριθμό Δ.Ο.) η αιτία εισόδου των ασθενών που έγινε δωρεά οργάνων έχει αναστραφεί.Την δεκαετία 1993-2002 ,κυριαρχουν ως αιτία οι Κ.Ε.Κ, ενώ την δεκαετία 2003-20012 ,κυριαρχούν ως αιτία, τα Α.Ε.Ε.Αυτό το φαινόμενο πιθανόν να οφείλεται σε 3 λόγους:

1,Την τελευταία δεκαετία γίνονται περισσότερες νευροχειρουργικές επεμβάσεις (αποσυμπτωτικές κρανιοεκτομές κ.λ.π.) και αποφεύγεται ο εγκεφαλικός θάνατος(κυρίως σε νεαρούς πολυτραυματίες)

2. Έχει αυξηθεί ο αριθμός των ασθενών που νοσηλεύονται στη Μ.Ε.Θ. με ΑΕΕ ,παρά την συνήθη δυσμενή πρόγνωση,λόγω κοινωνικών απαιτήσεων.(στοιχεία πίνακα)

3. Έχει μειωθεί ο αριθμός των νοσηλευόμενων σε Μ.Ε.Θ. τραυματιών με Κ.Ε.Κ.,πιθανον λόγω βελτίωσης της παθητικής ασφάλειας των αυτοκινήτων και των μέτρων της τροχαίας.(στοιχεία πίνακα)

Βιβλιογραφία: 1. Factors predicting the usefulness of deceased donors.

Hwang HP1, Yang JD, Yu HC, Cho BH, Kwon KS, Park SK, Lee S

Transplant Proc. 2013 Oct;45(8):2875-7. doi: 10.1016/j.transproceed.2013.08.088.

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΙΤΙΑ ΚΕΚ	Δ.Ο. ΜΕ ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ ΚΕΚ	ΣΥΝΟΛΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ ΑΕΕ	Δ.Ο. ΜΕ ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ ΑΕΕ
ΟΜΑΔΑ Α (1993-2002)	1813	308	12	123	5
ΟΜΑΔΑ Β (2003-2012)	1935	229	5	205	13

ΕΙΝΑΙ ΕΠΑΡΚΕΙΣ ΟΙ ΓΝΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ Ή ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΛΛΕΙΨΕΙΣ ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΕΠΗΡΕΑΣΟΥΝ ΤΗΝ ΤΕΛΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ ΤΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ?

Σαραφίδου Γ., Παππά Π., Σαρρής Ε., Κουζανίτης Ν., Παύλου Η.

Α ΜΕΘ Νος. ΚΑΤ

Εισαγωγή-Σκοπός : Η μικρή προσφορά μοσχευμάτων από εγκεφαλικά νεκρούς ασθενείς στη χώρα μας είναι μια κατάσταση γνωστή που ο ΕΟΜ σε συνεργασία με όλους τους εμπλεκόμενους φορείς προσπαθεί τα τελευταία χρόνια να αναστρέψει. Επειδή η πρώτη και πιο σημαντική επαφή του περιβάλλοντος των υποψηφίων δοτών γίνεται με το θεράποντα ιατρό κάθε ασθενούς, προσπαθήσαμε να διερευνήσουμε τις γνώσεις των γιατρών του νοσοκομείου μας σχετικά με το εισαγωγικό κομμάτι της διαδικασίας, δηλαδή από την αναγνώριση του υποψηφίου μέχρι να εμπλακεί ο τοπικός συντονιστής μεταμοσχεύσεων.

Υλικό-Μέθοδος: 43 γιατροί μάχιμων ειδικοτήτων (συμπεριλαμβανομένων και ιατρών της ΜΕΘ) απάντησαν σε ένα ερωτηματολόγιο 8 ερωτήσεων με τρεις επιλογές απαντήσεων, που αφορούσαν τον εντοπισμό των υποψηφίων δοτών, την διαδικασία εκτέλεσης των test εγκεφαλικού θανάτου και τον τρόπο ενημέρωσης και αρχικής προσέγγισης του περιβάλλοντος.

Αποτελέσματα: Η πλειονότητα των γιατρών ενώ γνωρίζει ποιοί μπορούν να γίνουν δότες οργάνων καθώς και την ακριβή χρονική περίοδο που πρέπει να εκτελεστούν τα test, πιστεύει ότι για να γίνουν χρειάζεται συγκατάθεση από τους οικείους, δεν γνωρίζει ποιοι ακριβώς γιατροί πρέπει να κληθούν για να τα πραγματοποιήσουν και θεωρούν ότι ο θεράπων ιατρός δεν συμμετέχει σ αυτά όπως επίσης δεν συμμετέχει ή συμμετέχει ελάχιστα στην αναγγελία του αποτελέσματος στους οικείους. Επίσης δεν γνωρίζει την κατάλληλη στιγμή που πρέπει να γίνει η συζήτηση για τη δωρεά με το περιβάλλον, με αποτέλεσμα να κάνουν συζήτηση στο περιβάλλον πριν ακόμα πραγματοποιούν τα test ή πάρα πολύ αργά μετά την πραγματοποίησή τους. Ένα ιδιαίτερα ενδιαφέρον σημείο από τις απαντήσεις των συναδέλφων είναι η επικρατούσα σύγχυση στο πως θα αντιμετωπίσουν τον ασθενή περαιτέρω σε περίπτωση άρνησης του περιβάλλοντος.

Συμπεράσματα: Οι ατελείς, αλλά περισσότερο οι λάθος γνώσεις μεγάλου μέρους των γιατρών που μπορεί να νοσηλεύουν υποψήφιους δότες οργάνων μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την απόφαση των συγγενών, να δημιουργήσουν αρνητικό κλίμα και εχθρικότητα προς τον τοπικό συντονιστή αλλά και γενικότερα αρνητικό κλίμα στο σύνολο της κοινωνίας. Επίσης η αποστασιοποίηση τους από την διαδικασία της ενημέρωσης των συγγενών για τον εγκεφαλικό θάνατο αποτελεί πολύ αρνητικό σημείο που μπορεί να επηρεάσει το σημαντικά περιβάλλον. Η ενημέρωση και εκπαίδευση των γιατρών στην όλη την διαδικασία πιστεύουμε ότι μπορεί να προσφέρει πάρα πολλά στην αύξηση της δωρεάς οργάνων στη χώρα μας.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ HIV ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ. ΕΜΠΕΙΡΙΑ 10 ΧΡΟΝΩΝ

Ζαχαράς Ι., Σουλτάτη Ι., Τουρουνηζή Π., Μήτος Γ., Ανδόνης Ζ.,
Πατσατζάκης Σ., Ευθυμίου Α., Ουραήλογλου Β., Γκέκα Ε.

*Κλινική Αναισθησιολογίας και Εντατικής Θεραπείας Α.Π.Θ.
– Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Αναισθησιολογίας (ΜΕΘΑ) Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ».*

Εισαγωγή: Η λοίμωξη με τον ιό HIV αποτελεί ιδιαίτερα μεγάλο προδιαθεσικό παράγοντα για την εμφάνιση σοβαρών λοιμώξεων και άλλων καταστάσεων απειλητικών για τη ζωή. Έτσι οι ασθενείς με AIDS μπορεί να χρειαστεί να νοσηλευτούν στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) για άλλοτε άλλους λόγους. Σκοπός της αναδρομικής μας μελέτης ήταν να δούμε τον αριθμό των ασθενών με λοίμωξη HIV που νοσηλεύτηκαν στη μονάδα μας τα τελευταία δέκα χρόνια, την αιτία εισαγωγής τους, το χρόνο νοσηλείας τους και την έκβασή τους.

Υλικό-Μέθοδος: Καταγράψαμε αναδρομικά το σύνολο των ασθενών με λοίμωξη HIV, οι οποίοι νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ κατά τη περίοδο 2003-2013. Έγινε καταγραφή των δημογραφικών στοιχείων των ασθενών, η αιτία εισαγωγής τους, η προηγούμενη λήψη αντιρετροϊκής θεραπείας καθώς και η λήψη θεραπείας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, η ανάγκη για μηχανικό αερισμό, η διάρκεια της νοσηλείας τους και η τελική τους έκβαση.

Αποτελέσματα: Στη μονάδα μας νοσηλεύτηκαν 19 ασθενείς με λοίμωξη από τον ιό του AIDS, 16 εκ των οποίων ήταν άντρες και 3 γυναίκες. Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών ήταν τα 41 έτη (29-76ετών). Συνηθέστερη αιτία εισαγωγής ήταν η οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια (73.68%). Άλλες αιτίες ήταν το κόμμα αγνώστου αιτιολογίας (10.52%), η περιτονίτιδα (5.26%), η πολυοργανική λειτουργική ανεπάρκεια (MOFS) (5.26%), και το Status Epilepticus (5.26%). Στους 8 από τους 19 ασθενείς (42.10%) η λοίμωξη από τον ιό HIV ήταν προσφάτως διαγνωσμένη (<1 μήνα), ενώ οι 10 από τους 19 (52.63%) είχαν λάβει αντιρετροϊκή θεραπεία πριν την εισαγωγή τους στη ΜΕΘ. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους στη ΜΕΘ 26.31% των ασθενών έλαβε εκ νέου θεραπεία με αντιρετροϊκά φάρμακα. Σε επεμβατικό μηχανικό αερισμό τέθηκε το 94.73% των ασθενών, ενώ ανάγκη για ινóτροπη υποστήριξη είχε το 57.89% των ασθενών. Η μέση διάρκεια νοσηλείας των ασθενών αυτών ήταν 17.57 ημέρες, ενώ το ποσοστό θνητότητας ήταν 52%. Οι ασθενείς που επιβίωσαν είχαν score APACHE II εισαγωγής <15, ενώ το αντίστοιχο των θανόντων ήταν > 20.

Συμπεράσματα: Μέσα από τη μελέτη αυτή φαίνεται ότι οι ασθενείς με λοίμωξη από τον ιό HIV έχουν υψηλά ποσοστά θνητότητας στη ΜΕΘ. Την κύρια αιτία εισαγωγής των ασθενών αποτελεί η οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια και το APACHE II score εισαγωγής αποτελεί προγνωστικό δείκτη για την επιβίωση των ασθενών αυτών.

14-16 Νοεμβρίου 2014

Ίδρυμα Ευγενίδου - Αθήνα

(Α. Συγγρού 387, 175 64 Π. Φάληρο)

7

Αποκατάσταση και Ποιότητα Ζωής

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΙΜΗ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΗΣ ΜΕΘ

Δήμητρα Τζούμπη⁽¹⁾, Καλλιόπη Λάππα⁽²⁾, Αλέξανδρος Κουβαράκος⁽¹⁾,
Βασιλική Μαρκάκη⁽¹⁾, Σεραφείμ Νανάς⁽¹⁾.

(1) Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΕΘ, Γ.Ν.Α. "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ"

(2) ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ, Κ.Α.Τ.-Ε.Κ.Α.

Σκοπός: Η Διεπιστημονική Ομάδα της Κλινικής Εντατικής Θεραπείας του Γ.Ν.Α. "ο Ευαγγελισμός", συμπεριέλαβε από τον Μάρτιο του 2013 την ειδικότητα της Εργοθεραπείας. Περιγράφεται ο ρόλος της Εργοθεραπείας στην πρώιμη κινητοποίηση και αποκατάσταση των βαρέως πασχόντων, σε συνεργασία με όλες τις ειδικότητες της διεπιστημονικής ομάδας.

Υλικό - Μέθοδος: Κατά την διάρκεια του πρώτου έτους εφαρμογής των εργοθεραπευτικών παρεμβάσεων στην Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας εισήχθησαν συνολικά 179 ασθενείς. Οι ασθενείς αυτοί κατατάχθηκαν σε 4 κατηγορίες: 44 με τραύμα - χειρουργικά προβλήματα, 47 με παθολογικά - αναπνευστικά, 34 ασθενείς με νευρολογικά και 54 ασθενείς με νευροχειρουργικά. Παραπέμφθηκαν για Εργοθεραπευτική εκτίμηση 79 συνολικά ασθενείς: 15 με τραύμα - χειρουργικά προβλήματα, 13 με παθολογικά - αναπνευστικά, 17 με νευρολογικά και 34 με νευροχειρουργικά. Στην παρούσα εργασία παρουσιάζεται η εργοθεραπευτική παρέμβαση και συγκεκριμένα: οι τομείς της εργοθεραπευτικής αξιολόγησης, οι στόχοι του εξατομικευμένου εργοθεραπευτικού προγράμματος και η συχνότητα, η διάρκεια και η κλιμάκωση των συνεδριών. Στους ασθενείς που εντάχθηκαν στο πρόγραμμα παρατηρήθηκε βελτίωση στους βραχυπρόθεσμους στόχους που τέθηκαν, ανάλογα των δεξιοτήτων που υπολείπονταν.

Συμπεράσματα: Η Εργοθεραπεία έχει έναν σημαντικό ρόλο στην διευκόλυνση της πρώιμης κινητοποίησης και στην αποκατάσταση της λειτουργικότητας, αποτρέποντας την περαιτέρω έκπτωση των δεξιοτήτων των ασθενών. Ακολουθώντας την ολιστική προσέγγιση και εξετάζοντας τις κινητικές, τις γνωστικές και τις συναισθηματικές συνέπειες των ασθενών, συνδράμει σε μεγάλο ποσοστό στην επανεκπαίδευση των απαραίτητων δεξιοτήτων για την ανάπτυξη ικανοτήτων βελτίωσης της ποιότητας ζωής των ασθενών.

ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΗ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΛΥΝΕΥΡΟ- ΜΥΟΠΑΘΕΙΑΣ ΤΟΥ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΟΣ ΣΤΗΝ ΜΥΪΚΗ ΙΣΧΥ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ

Σιδηράς Γεώργιος⁽¹⁾, Γεροβασίλη Βασιλική⁽¹⁾, Πατσάκη Ειρήνη⁽¹⁾,
Μήτσιου Γεώργιος⁽¹⁾, Κουβαράκος Αλέξανδρος⁽¹⁾, Καρδαρά Αργυρώ⁽¹⁾,
Στράντζαλης Γεώργιος⁽²⁾, Νανάς Σεραφείμ⁽¹⁾.

1. Α' Πανεπιστημιακή Κλινική Εντατικής Θεραπείας,
Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α, Γ.Ν.Α « Ο Ευαγγελισμός»

2. Νευροχειρουργική Κλινική Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α, Γ.Ν.Α « Ο Ευαγγελισμός»

Σκοπός: Τα τελευταία 25 χρόνια έχουμε αύξηση του ποσοστού επιβίωσης του βαρέως πάσχοντος ασθενούς. Καθώς λοιπόν όλο και περισσότεροι ασθενείς εξέρχονται της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), υπάρχει ένα τεράστιο ενδιαφέρον όσον αφορά τις συνέπειες της νοσηλείας στη ΜΕΘ μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο. Η μυϊκή ισχύς καθώς και η λειτουργικότητα των ασθενών με Πολυ-νευρομυοπάθεια (ICU - Acquired Weakness) συγκριτικά με τους ασθενείς που δεν ανέπτυξαν μετά την έξοδο τους από την ΜΕΘ έχει μελετηθεί περιορισμένα. Σκοπός της μελέτης ήταν να καταγραφεί η επίπτωση της ICUAW του βαρέως πάσχοντος στην μυϊκή ισχύ και λειτουργικότητα σε βάθος χρόνου 6 μηνών μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

Υλικό-Μέθοδος: 877 διαδοχικοί ασθενείς αξιολογήθηκαν μετά την έξοδο τους από την ΜΕΘ. 127 από αυτούς πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής (κριτήρια εισαγωγής: α. Διάρκεια μηχανικού αερισμού > 72 ώρες, β. δυνατότητα του ασθενούς να εκτελεί εντολές). Από αυτούς 32 διεγνώσθησαν με ICUAW. Η διάγνωση της ICUAW έγινε κλινικά με την μέθοδο Medical Research Council μυϊκής ισχύος (MRC<48/60). Η αξιολόγηση της μυϊκής ισχύος έγινε με την MRC μυϊκής ισχύος και με την δυνα-μομέτρηση χειρός (Hand grip) στην έξοδο από την ΜΕΘ, στην έξοδο τους από το Νοσοκομείο καθώς 3 και 6 μήνες μετά. Η κλίμακα Functional Independence Measure (FIM) χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της λειτουργικότητας στην έξοδο από το νοσοκομείο, 3 και 6 μήνες μετά.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς είχαν Apache II εισαγωγής στη ΜΕΘ 15 ± 7 , με διάρκεια παραμονής στην ΜΕΘ 20 ± 18 ημέρες και στο νοσοκομείο μετά την έξοδο από την ΜΕΘ 20 ± 19 . Οι ασθενείς με ICUAW είχαν σημαντικά χαμηλότερη MRC όσο και Hg κατά την έξοδο από την ΜΕΘ (34 ± 11 vs 56 ± 4 , $p < 0.001$, 6 ± 7 vs 16 ± 11 Kg, $p < 0.001$). Οι ασθενείς με ICUAW εξακολούθησαν να έχουν σημαντικά χαμηλότερη MRC σε σχέση με εκείνους που δεν εμφάνισαν τόσο στην έξοδο από το νοσοκομείο όσο και στους 3 μήνες ενώ στους 6 μήνες η MRC φαίνεται να έχει αποκατασταθεί και δεν έχει πια διάφορα (50 ± 9 vs 58 ± 2 , $p < 0.001$, 57 ± 5 vs 59 ± 3 , $p = 0.015$, 58 ± 4 vs 58 ± 4 , $p = 0.224$). Επίσης παρουσίασαν σημαντικά χαμηλότερη τιμή Hg στο δεξί χέρι τις ίδιες χρονικές στιγμές. (10 ± 9 vs 19 ± 11 Kg $p < 0.001$, 19 ± 10 vs 30 ± 12 Kg $p < 0.001$, 20 ± 5 vs 32 ± 11 Kg $p < 0.001$). Τέλος οι ασθενείς με ICUAW είχαν σημαντικά χαμηλότερη FIM σε σχέση με εκείνους που δεν εμφάνισαν στην έξοδο από το νοσοκομείο, 3 μήνες και 6 μετά (67 ± 24 vs 103 ± 23 , $p < 0.001$, 99 ± 29 vs 119 ± 15 , $p = 0.002$, 104 ± 23 vs 121 ± 12 , $p = 0.002$)

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με ICUAW παρουσίασαν σημαντικά χαμηλότερη μυϊκή ισχύ και λειτουργικότητα μετά την έξοδο τους από την ΜΕΘ, τόσο κατά την έξοδο τους από το νοσοκομείο όσο και σε 3 μήνες μετά. Στους 6 μήνες η MRC έχει αποκατασταθεί αλλά η λειτουργικότητα συνεχίζει να υπολείπεται και αυτό δεικνύει ότι οι ασθενείς αυτοί υπολείπονται λειτουργικά ακόμα και 6 μήνες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο με αρνητικές συνέπειες στην λειτουργικότητα τους και κατ'επέκταση στην ποιότητα ζωής τους. Επιπλέον μελέτη μεγαλύτερου αριθμού ασθενών κρίνεται απαραίτητη.

Η ΧΡΗΣΗ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΗΣ ΜΕΘ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΕΚΤΟΠΗΣ ΟΣΤΕΟΠΟΙΗΣΗΣ.

Σερταρίδου Ελένη, Χαβούζης Νίκος, Στυμπίρης Ηλίας, Δραγουμάνης Χρήστος,
Πεταλά Άννα, Χριστοφορίδης Ηλίας, Θεοδώρου Βασιλική,
Παπαϊωάννου Βασίλειος, Πνευματικός Ιωάννης.

ΜΕΘ ΠΓΝΝ Αλεξανδρούπολης

Σκοπός: Ως έκτοπη οστεοποίηση (ΕΟ) ή οστεοποίησης μυοσίτιδα (ΟΜ) ορίζεται η δημιουργία ετερότοπου οστού στα μαλακά μόρια περίξ της άρθρωσης, με συχνότερη εντόπιση την κατ' ισχίον άρθρωση. Είναι συχνή σε σοβαρές διαταραχές του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ) μετατραυματικής ή άλλης αιτιολογίας που συνεπάγεται μακροχρόνια ακινητοποίηση. Σκοπός μας η αναφορά δύο ασθενών με μακρόχρονη νοσηλεία στη ΜΕΘ και εκτεταμένη ΕΟ των ισχίων, που υποβλήθηκαν διαγνωστικά σε μυοσκελετικό υπερηχογράφημα.

Υλικό-Μέθοδος: Πρόκειται για δύο άνδρες ηλικίας 42 ετών, που νοσηλεύτηκαν στην ΜΕΘ του ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης 7 και 4 μήνες, ο μεν πρώτος λόγω ευμεγέθους αυτόματης ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας και ο δεύτερος λόγω εκτεταμένου ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Στο διάστημα αυτό δεν ανέκτησαν κινητικότητα στα άκρα ή δυνατότητα στήριξης του κορμού τους. Αποδεμεύτηκαν για μικρό χρονικό διάστημα από τον μηχανικό αερισμό και υποβάλλονταν καθημερινά σε παθητική φυσιοθεραπεία, οπότε και διαπιστώθηκε προοδευτικός περιορισμός του εύρους των κινήσεων αμφοτερόπλευρα στα ισχία, χωρίς να είναι εφικτή η αξιολόγηση και σταδιοποίηση του πόνου κατά την κινητοποίηση.

Στο διάστημα της νοσηλείας τους παρουσίασαν υποτροπιάζουσες βακτηριαμίες από πολυανθεκτικά ενδονοσοκομειακά μικρόβια και σημαντικού βαθμού κατακλίσεις. Έλαβαν σποραδικά ΜΣΑΦ για τον έλεγχο της θερμοκρασίας και υποβλήθηκαν σε ακτινολογικό έλεγχο (την 135η και 93η ημέρα νοσηλείας αντίστοιχα) για τον αποκλεισμό οστεομυελίτιδας οπότε και ανευρέθηκαν ως τυχαίο εύρημα οι ΕΟ στα ισχία. Πιλοτικά επαληθεύτηκε η παρουσία έκτοπου οστίτη ιστού υπερηχογραφικά με συσκευή General electric venue 40 και κεφαλή GE 4C-SC (1,8-5MHz).

Αποτελέσματα: Υπερηχογραφικά επαληθεύθηκε η παρουσία ανομοιογενών υπερηχογενών νησιδίων στα μαλακά μόρια στις αντίστοιχες περιοχές του ισχίου που φάνηκαν και στις απλές ακτινογραφίες, εύρημα συμβατό με την ανάπτυξη έκτοπου οστίτη ιστού. Κατά την διάγνωση, όμως, η ΕΟ ήταν ήδη σοβαρού βαθμού και προκάλούσε σημαντικό περιορισμό της κίνησης κατά την παθητική φυσιοθεραπεία.

Συμπεράσματα: Σε μακροχρόνια παραμονή ασθενών με σοβαρά νευρολογικά προβλήματα στη ΜΕΘ η κλινική υποψία για ΕΟ απαιτεί την επιβεβαίωση αλλά και την παρακολούθηση της εξέλιξής της. Η πρώιμη και συχνή χρήση υπερήχων κατά την διάρκεια νοσηλείας τέτοιων ασθενών μπορεί να αποτελέσει ένα επιπλέον monitoring στη ΜΕΘ, ελέγχοντας άμεσα την εξέλιξη της επιπλοκής αλλά και την όποια θεραπευτική αποτελεσματικότητα, μειώνοντας παράλληλα το κόστος των συχνών ακτινογραφιών.

ΕΚΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΗΣ ΜΕΘ: ΠΩΣ ΥΠΟΛΟΓΙΖΕΤΑΙ ΚΑΙ ΑΠΟ ΤΙ ΕΠΗΡΕΑΖΕΤΑΙ;

Κατερίνα Δημουλά⁽¹⁾, Αγγελική Καναβού⁽¹⁾, Πολύνα Μπατιάνη⁽¹⁾,
Κωνσταντίνα Πετροπούλου⁽¹⁾, Νίνα Μαγγίνα-Βλαχαντώνη⁽¹⁾

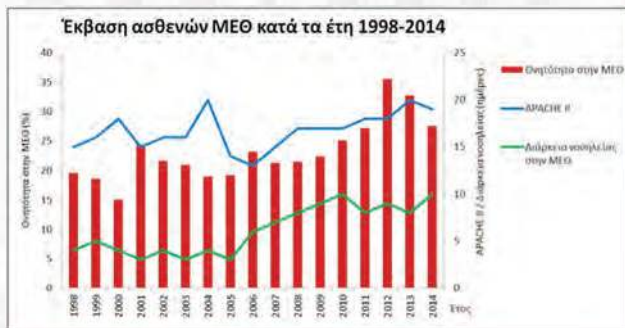
(1) Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Κωνσταντοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας - Πατησίων

Εισαγωγή-σκοπός: Η έκβαση των ασθενών και οι συνιστώσες της αποτελούν σημαντικά εργαλεία αξιολόγησης του επιτελούμενου έργου στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση αφενός των παραμέτρων της έκβασης και εφετέρου των παραγόντων που την επηρεάζουν.

Υλικό-Μέθοδος: Το δείγμα της προοπτικής αυτής μελέτης αποτέλεσαν όλοι οι ασθενείς της πολυδύναμης (παθολογικής και χειρουργικής) ΜΕΘ του Κωνσταντοπούλειου Γενικού Νοσοκομείου Νέας Ιωνίας – Πατησίων, που εισήχθησαν κατά το διάστημα από 1 Ιανουαρίου 1998 έως και 30 Ιουνίου 2014. Για την δημιουργία του προγνωστικού μοντέλου της θνητότητας στην ΜΕΘ και στο νοσοκομείο εφαρμόστηκε το μοντέλο της λογιστικής παλινδρόμησης.

Αποτελέσματα: Από το 1998 έως και το 1ο εξάμηνο του 2014 εισήχθησαν 3458 ασθενείς. Κατά την διάρκεια των ετών η θνητότητα εντός της ΜΕΘ παρουσίασε αύξηση όπως επίσης η ηλικία, ο δείκτης βαρύτητας APACHE II και η διάρκεια νοσηλείας των ασθενών (βλέπε Φωτ. 1), ενώ διέφερε η προέλευση των ασθενών (κλινικές νοσοκομείο /άλλο νοσοκομείο) και το είδος του περιστατικού (παθολογικό/χειρουργικό). Το χρονικό διάστημα από 1 Ιανουαρίου 2013 έως και 30 Ιουνίου 2014 εισήχθησαν 275 ασθενείς που είχαν διάμεση ηλικία (25ο–75ο εκατοστημόριο) 69 (59-78) έτη, διάμεση τιμή δείκτη βαρύτητας APACHE II 20 (14-26) και διάμεση διάρκεια νοσηλείας 8 (4-17) ημέρες. Η θνητότητα στην ΜΕΘ ήταν 31%, η θνητότητα στις 28 ημέρες από την έξοδο από την ΜΕΘ ήταν 44% και η θνητότητα στο νοσοκομείο ήταν 52%. Το προτυπωμένο πηλίκο θνητότητας (Standardized Mortality Ratio, SMR) ήταν 1,42. Η εφαρμογή της λογιστικής παλινδρόμησης ανέδειξε τον δείκτη βαρύτητας APACHE II και την διάγνωση εισαγωγής ως ανεξάρτητους παράγοντες που σχετίζονται τόσο με την θνητότητα στην ΜΕΘ, όσο και με την θνητότητα στο νοσοκομείο. Εξάλλου, η διάρκεια νοσηλείας στην ΜΕΘ σχετίζεται με την νοσοκομειακή θνητότητα ανεξάρτητα από άλλους παράγοντες, όπως ο δείκτης APACHE II και η διάγνωση εισαγωγής. Διάρκεια νοσηλείας στην ΜΕΘ μεγαλύτερης των 8 ημερών παρουσιάζει λόγο πιθανοτήτων (Odds Ratio) 3,2 (διάστημα εμπιστοσύνης 95%: 1,7-5,8, p<0,001) για νοσοκομειακό θάνατο συγκριτικά με διάρκεια νοσηλείας μικρότερης των 8 ημερών.

Συμπεράσματα: Η υψηλή άμεση και νοσοκομειακή θνητότητα των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στην ΜΕΘ σχετίζεται με τον δείκτη βαρύτητας APACHE II και την διάγνωση εισαγωγής. Διάρκεια νοσηλείας στην ΜΕΘ μεγαλύτερη των 8 ημερών αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για θάνατο στο νοσοκομείο.



ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΧΑΛΚΙΑΔΑΚΗ Α.⁽²⁾, ΛΑΣΙΘΙΩΤΑΚΗ Μ.⁽¹⁾, ΘΕΟΔΩΡΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Χ.⁽¹⁾,
ΑΡΑΚΑΔΑΚΗ Α.⁽²⁾, ΣΥΛΛΙΓΑΡΔΟΥ Ρ.⁽²⁾, ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ Γ.⁽¹⁾, ΜΑΣΟΥΝΤ Χ.⁽⁴⁾

(1) Ιατρός ΜΕΘ, (2) Νοσηλεύτρια ΜΕΘ, (4) Διευθυντής ΜΕΘ

Σκοπός: Με δεδομένο τον ανεπαρκή αριθμό κλινών ΜΕΘ και το φόρτο εργασίας, η αυξανόμενη ανάγκη νοσηλείας υπερηλικών ασθενών πολλές φορές προβληματίζει τον εντατικολόγο. Είναι δικαιολογημένη η προσπάθεια περιορισμού της θεραπείας με βάση μόνο την ηλικία και ποια άλλα χαρακτηριστικά των ασθενών αυτών μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως δείκτες έκβασης;

Υλικό - Μέθοδος: Μελετήθηκαν αναδρομικά οι ασθενείς της ΜΕΘ από 1/01/2011 έως 31/012/2013 και χωρίστηκαν σε δύο ομάδες με κριτήριο την ηλικία τους: ΟΜΑΔΑ Α <75 ετών & ΟΜΑΔΑ Β >75 ετών. Έγινε καταγραφή του φύλου, της αιτίας εισόδου, του APACHE II εισαγωγής, της διάρκειας και της έκβασης νοσηλείας των ασθενών. Στην ΟΜΑΔΑ Β διαχωρίσαμε δύο υποομάδες ανάλογα με την έκβαση: Β1 βελτίωση και Β2 θάνατος. Συγκρίναμε τα χαρακτηριστικά των ομάδων αυτών.

Αποτελέσματα: ΠΙΝΑΚΑΣ 1 & ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Οι αιτίες εισόδου των ≥ 75 ηλικίας ασθενών παρουσιάζονται στον πίνακα 3. Η ΟΑΑ λόγω λοίμωξης ή πνευμονικού οιδήματος μαζί με τους ασθενείς που εισάγονται για μετεγχειρητική παρακολούθηση αποτελούν την πλειονότητα των περιστατικών με θετική έκβαση. Αντίθετα η καταπληξία καρδιογενής ή σπινική και η ΑΑ κυριαρχούν στα περιστατικά που καταλήγουν σε θάνατο στη ΜΕΘ.

Συμπεράσματα: Όπως αναμένονταν οι νεότεροι ασθενείς είχαν μικρότερη θνητότητα & μικρότερο APACHE II, αν και δεν διέφεραν σημαντικά στη διάρκεια νοσηλείας. Η θνητότητα στην ομάδα των υπερηλικών ασθενών (28,86%) δεν είναι απαγορευτική για την είσοδο στη ΜΕΘ. Στις υποομάδες Β1 & Β2 των υπερηλικών ασθενών, υπήρχαν σημαντικές διαφορές, οι οποίες φαίνεται να καθορίζουν και την πρόγνωση. Η αιτία εισόδου, το APACHE II εισαγωγής, και η διάρκεια νοσηλείας, μπορούν να αποτελέσουν προγνωστικά κριτήρια. Φαίνεται ότι η θετική εξέλιξη έρχεται νωρίτερα ενώ η αρνητική ακολουθεί παρατεταμένη νοσηλεία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΣΥΝΟΛΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

	ΟΜΑΔΑ Α < 75 ΕΤΩΝ	ΟΜΑΔΑ Β ≥ 75 ΕΤΩΝ
ΑΣΘΕΝΕΙΣ	337	246
ΑΝΔΡΕΣ/ΓΥΝΑΙΚΕΣ	224 / 113	138 / 108
ΜΕΣΟ APACHE II ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	17,52 ± 9,78	23 ± 8,51
ΜΕΣΗ ΗΛΙΚΙΑ (ΕΤΗ)	56,59 ± 14,58	81,39 ± 4,83
ΜΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ (ΗΜΕΡΕΣ)	7,96 ± 10,84	8,71 ± 10,75
ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ	20,18% (68)	28,86% (71)

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ

	ΟΜΑΔΑ Β ≥ 75 ΕΤΩΝ Β1: ΒΕΛΤΙΩΣΗ	Β2: ΘΑΝΑΤΟΣ
ΑΣΘΕΝΕΙΣ	175	71
ΑΝΔΡΕΣ/ΓΥΝΑΙΚΕΣ	98 / 77	40 / 31
ΜΕΣΟ APACHE II ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	20,70 ± 7,3	228,65 ± 8,63
ΜΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ (ΗΜΕΡΕΣ)	6,49 ± 7,44	14,20 ± 15,02
ΜΕΣΗ ΗΛΙΚΙΑ (ΕΤΗ)	81,29 ± 4,87	81,63 ± 4,74

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΑΙΤΙΕΣ ΕΙΣΟΔΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ≥ 75 ΕΤΩΝ

ΑΙΤΙΕΣ ΕΙΣΟΔΟΥ	ΘΑΝΑΤΟΣ	ΒΕΛΤΙΩΣΗ	ΑΙΤΙΕΣ ΕΙΣΟΔΟΥ	ΘΑΝΑΤΟΣ	ΒΕΛΤΙΩΣΗ
ΑΕΕ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΟ	2	0	ΔΙΑΧΩΡΙΣΤΙΚΟ	0	1
ΑΕΕ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ	0	3	ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ		
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ	1	16	ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗ ΧΑΑ	8	13
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ	2	39	ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑ	7	0
ΝΕΥΡΙΚΟ	2	7	ΘΞΕΙΑ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ	20	32
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ			ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ		
ΣΗΠΤΙΚΗ ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑ	17	6	ΟΞΥ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ ΟΙΔΗΜΑ	2	23
ΑΡΡΥΘΜΙΕΣ ΠΛΗΡΗΣ	4	10	ΠΑΡΟΛΙΓΟΝ ΠΝΙΓΜΟΣ	0	5
ΚΚ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ			ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ	0	3
ΟΕΜ ΑΣΤΑΘΗΣ ΣΤΗΘΑΓΧΗ	1	9	ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΑΣ	1	0
ΒΑΡΕΙΣ ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	4	3	ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ	0	1
			ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ		

14-16 Νοεμβρίου 2014

Ίδρυμα Ευγενίδου - Αθήνα

(Α. Συγγρού 387, 175 64 Π. Φάληρο)

8

Βήμα Εξειδικευμένων

ΜΑΖΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΗ ΑΠΟ ΠΥΡΚΑΓΙΑ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ-ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΧΕΔΙΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

ΚΑΝΑΒΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ⁽¹⁾, ΣΤΟΥΦΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ⁽¹⁾,
ΝΤΕΒΕΣ ΙΩΑΝΝΗΣ⁽¹⁾, ΜΠΑΤΙΑΝΗ ΠΟΛΥΞΕΝΗ⁽¹⁾, ΦΙΛΑΝΤΙΣΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ⁽²⁾,
ΜΑΓΚΙΝΑ ΑΣΗΜΙΝΑ⁽¹⁾

1. ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ, ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ Γ.Ν.Ν.ΙΩΝΙΑΣ
2. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ Γ.Ο.Ν.Κ ΑΓ.ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι η παρουσίαση και η ανάλυση του θέματος της πρόληψης και αντιμετώπισης μαζικής καταστροφής από πυρκαγιά σε νοσηλευτικό ίδρυμα και ειδικότερα στο χώρο της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας.

Υλικό-Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε εκτεταμένη αναζήτηση ερευνητικών άρθρων και αναλύσεων δημοσιευμένων σε έγκυρα και έγκριτα περιοδικά τα οποία είναι καταχωρημένα σε διεθνείς βάσεις δεδομένων (ELSEVIER, PUBMED, MEDLINE, SCOPUS, EMBASE). Παράλληλα αναζητήθηκαν σχετικές πληροφορίες από Ελληνικούς οργανισμούς όπως η Πυροσβεστική Υπηρεσία και η Υπηρεσία Πολιτικής Προστασίας καθώς και αντίστοιχους διεθνείς.

Αποτελέσματα: Ανασκοπήθηκαν 35 διεθνείς και ελληνικές μελέτες που αφορούσαν εκδήλωση πυρκαγιάς σε ΜΕΘ και ανέλυαν τρόπους αποφυγής και ανάσχεσης μαζικής καταστροφής από πυρκαγιά σε νοσηλευτικά ιδρύματα με ιδιαίτερες αναφορές στο χώρο των ΜΕΘ .

Η ΜΕΘ αποτελεί χώρο υψηλής επικινδυνότητας για την εκδήλωση πυρκαγιάς. Οι κυριότερες αιτίες εκδήλωσης πυρκαγιάς στη ΜΕΘ σχετίζονται με τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό και τη χρήση του οξυγόνου. Το σχέδιο εκτάκτων αναγκών που καθορίζει τις ενέργειες σε περίπτωση πυρκαγιάς στα Ελληνικά νοσοκομεία είναι το Περσέας. Τα μέτρα πρόληψης περιλαμβάνουν την εκτίμηση κινδύνου εκδήλωσης πυρκαγιάς, την παθητική πυροπροστασία και την ενεργητική πυροπροστασία. Τα μέτρα αντιμετώπισης περιλαμβάνουν την εφαρμογή του επιχειρησιακού σχεδίου στο σύνολό του με ενημέρωση εμπλεκόμενων, οργάνωση εκκένωσης των χώρων, πυρόσβεση και αποκατάσταση των βλαβών.

Οι εργαζόμενοι πρέπει να είναι κατάλληλα προετοιμασμένοι για την περίπτωση που θα ξεσπάσει φωτιά στο χώρο του νοσηλευτικού ιδρύματος στο οποίο εργάζονται. Αυτό προϋποθέτει σχεδιασμό προγραμμάτων εκπαίδευσης για όλο το προσωπικό με συνεχή αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας μέσω ειδικών ασκήσεων. Η εκκένωση της ΜΕΘ είναι ένα πολύ δύσκολο εγχείρημα το οποίο σε περίπτωση πυρκαγιάς θα πρέπει να έχει σχεδιαστεί με αυστηρούς κανόνες προκειμένου να επιτευχθεί, με ταχύτητα και αποτελεσματικότητα, τόσο η ασφάλεια του προσωπικού όσο και κυρίως των ασθενών.

Συμπεράσματα: Η σωστή προσέγγιση του θέματος περιλαμβάνει την κατανόηση και ανάδειξη των παραγόντων κινδύνου εκδήλωσης πυρκαγιάς στο χώρο της ΜΕΘ με στόχο το σχεδιασμό και την εφαρμογή βασικών κατευθύνσεων πρόληψης, την οργάνωση αποτελεσματικών σχεδίων αντιμετώπισης πυρκαγιάς και τέλος την ευαισθητοποίηση του προσωπικού σε θέματα ασφάλειας στο χώρο του νοσοκομείου.

Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΤΡΑΧΕΙΟΣΤΟΜΙΑ (SELDINGER) ΣΤΗΝ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΣΕ ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΜΕΘ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ (2009-2013)

Καλδής Βασίλειος, Μουρελάτος Νικόλαος, Μαρκοπούλου Δήμητρα,
Χατζηλιά Δέσποινα, Πολυδέρα Βασιλική, Παπαδάκη Ελένη,
Στρατούλη Σταματίνα, Αλαμάνος Ιωάννης

Β' ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΜΕΘ ΓΝΑ «ΚΑΤ-ΕΚΑ», Κηφισιά

Εισαγωγή: Η Διαδερμική τραχειοστομία ,κατά seldinger, αποτελεί συχνή μείζονα χειρουργική πράξη, η οποία εκτελείται ως goldstandard Bedside τεχνική . Ταυτόχρονα αποτελεί και μία δυνατότητα- πρόκληση για την εκπαίδευση των εξειδικευομένων στην εντατική θεραπεία μη χειρουργικής ειδικότητας ώστε να αποκτήσουν την απαιτούμενη εξοικίωση .

Σκοπός: Καταγραφή χειρουργικών χρόνων εκπαίδευσης ΔΔ του συνόλου των εξειδικευομένων Εντατικολογίας, μέσω αναδρομικής καταγραφής των δεδομένων περιόδου 2009-2013 που αφορούν τη συχνότητα και τον χρόνο διενέργειας μιας τραχειοστομίας, τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών, το αίτιο εισαγωγής, τις ημέρες νοσηλείας και την έκβαση ΜΕΘ .

Υλικό - Μέθοδος: Στην περίοδο 2009-2013 έλαβαν νοσηλεία $n=1.346$, $AV61,2$ έτη(17-104), LOS ΜΕΘ $AV36,4$ (1-369).

Αποτελέσματα: Υπεβλήθησαν σε τραχειοστομία $n=182(13.52\%)$,παθολογικού & χειρουργικού ενδιαφέροντος $AV63,54 \pm 17,32SD$ έτη(19/93), σε ανοικτή ή διαδερμική τραχειοστομία απο την ομάδα χειρουργών -εξειδικευομένων -αναισθησιολόγων του τμήματος. Η πλειοψηφία αυτών έγιναν με τη μέθοδο της διαδερμικής τεχνικής κατά Seldinger και μόνο 7 με την κλασσική ανοικτή μέθοδο. Από τους ασθενείς οι οποίοι υπεβλήθησαν σε τραχειοστομία , $n=116(63.7\%)$, και $n=66$ (36,3%). LOS ΜΕΘ $n=5277$ $AV29,95 \pm 20,95SD(1n/164n)$. Τραυματίες ήταν $n=78(\%)$ $AV61,23 \pm 19,95SD$ εκ των οποίων $n=58$ ηλικίας $AV56,29(9/75)$ ενώ $n=21$ με $AV74,7(19/93)$. Η μέση ημέρα εκτέλεσης τραχειοστομίας ήταν $12.n \pm 5,86SD(1.n/32n)$ ημέρα από την έναρξη ΜΥΑ. Χειρουργικά συμβάματα καταγράφηκαν σε $12(6.5\%)$. Η έκβαση ΜΕΘ των ασθενών οι οποίοι υποβλήθηκαν σε τραχειοστομία που επιβίωσαν και εξήλθαν της ΜΕΘ ήταν $n=62(34\%)$, ενώ η θνητότητα αυτών ανήλθε σε $n=120(66\%)$. Έγινε καταγραφή χειρουργικών πράξεων ($n=342$) από $n=28$ ιατρούς της Β ΜΕΘ, $\Upsilon 4;n=11$ ενώ $n=17$, εκ των οποίων συμμετείχαν $n=9$ χειρουργοί , $MO17.2(1/98)$, και $n=19$ ιατροί διαφόρων μη χειρουργικών ειδικοτήτων με $n=179$ χειρουργικές παρεμβάσεις $AV9,42(1/30)$. Οι εξειδικευόμενοι εντατικής θεραπείας ,μη χειρουργικής ειδικότητας ήταν $n=10$ και έλαβαν εκπαίδευση σε $n=149$ ασθενείς , $AV14.9,(4/30)$ πράξεις.

Συμπεράσματα: Η διαδερμική τραχειοστομία, όπου έχει ένδειξη ή προβλέπεται, εξακολουθεί να συνιστά μια επιβεβλημένη χειρουργική επέμβαση σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς εντός της Μ.Ε.Θ. Η επιτέλεση της διαδερμικής τραχειοστομίας , υπό έμπειρη χειρουργική ομάδα ,σε Bedside τεχνική μειώνει τις όποιες επιπλοκές και θεωρείται ως η Goldstandard χειρουργική επέμβαση. Η εκπαίδευση στην διαδερμική τραχειοστομία κατά Seldinger στην Β Μεθ του ΓΝΑ ΚΑΤ-ΕΚΑ επιτυγχάνεται με ικανό αριθμό πράξεων ώστε το σύνολο των εξειδικευομένων και ειδικευομένων ,με το πέρας της εκπαίδευσης, να λαμβάνουν μια ικανή καμπύλη εκμάθησης στην τεχνική αυτή .

15⁰

Πανελλήνιο Συνέδριο
Εντατικής Θεραπείας

9

Γαστρεντερολογία / Ήπαρ

ΒΑΡΥΤΑΤΕΣ ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΟΞΕΟΒΑΣΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΔΑΚΤΥΛΙΟΥ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΠΑΝΙΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Θεοδωρίδου Θεοφιλία⁽¹⁾, Μουλούδη Ελένη⁽¹⁾, Μάσσα Ελένη⁽¹⁾,
Γιασνέτσοβα Τατιάνα⁽¹⁾, Γιωργάκης Νίκος⁽²⁾, Παπαδόπουλος Σάββας⁽¹⁾,
Φρακανδρέας Γεώργιος⁽³⁾, Γρίτσιν-Γερογιάννη Νικολέττα⁽¹⁾.

1. ΜΕΘ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

2. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΠΘ

3. Α' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Εισαγωγή: Ο ρυθμιζόμενος γαστρικός δακτύλιος είναι μια αρκετά διαδεδομένη χειρουργική επέμβαση για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, περιορίζοντας τη χωρητικότητα του στομάχου, με σκοπό να περιοριστεί η ποσότητα της τροφής που καταναλώνεται. Οι επιπλοκές της τοποθέτησής του αν και σπανιότατες μπορεί να αποβούν απειλητικές για τη ζωή.

Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής 22 ετών εισήχθη στο Νοσοκομείο μετά από λιποθυμικό επεισόδιο, σε ληθαργική κατάσταση, αναπνοές: 6-8/λεπτό, απύρετος με αναφερόμενους από φίλους εμέτους το τελευταίο 3μερο. Είχε κακή θρέψη, κοιλία μαλθακή ανώδυνη, ενώ από το Levin απέβαλλε μεγάλη ποσότητα γαστρικού υγρού - 1500 ml. Από τα αέρια αίματος διαπιστώθηκε μεταβολική αλκάλωση αντιρροπούμενη μερικώς από αναπνευστική οξέωση (pH=7.61, HCO₃=65, PaCO₂=55, PaO₂=70 (21%O₂). Ο ασθενής διασωληνώθηκε στο ΤΕΠ λόγω επιδείνωσης της νευρολογικής του εικόνας και εισήχθη στην ΜΕΘ με ΑΠ: 114/64 mmHg, σφύξεις: 73/λεπτό, διούρηση ικανοποιητική. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε: οξεία νεφρική ανεπάρκεια, λευκοκυττάρωση και σοβαρές ηλεκτρολυτικές διαταραχές (U=300mg/dL, Cr=2.6mg/dL, αμυλάση ορού=370U/L, Λευκά=23800, Λευκώματα ολικά/λευκ=8.3/4.7 g και γαλακτικά κφ, Na=127mEq/L, K=2.2mEq/L, Cl=56mEq/L, Ca=11.4mg/dL). Το πρώτο 12ωρο χορηγήθηκαν 4400ml RL, με σταδιακή διόρθωση των διαταραχών της οξεοβασικής του ισορροπίας (PaCO₂=53-55mmHg αρχικά μέχρις αποκατάστασής του pH) και των ηλεκτρολυτών. Ο άμεσος απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε: εγκέφαλος κφ και την ύπαρξη δακτυλίου στο ύψος της γαστροοισοφαγικής συμβολής, ενώ η επείγουσα γαστροσκόπηση ανέδειξε μεγάλη διάταση του στομάχου και απόφραξη πυλωρικού στομίου (Φωτ 1). Ο ασθενής υποβλήθηκε σε λαπαροσκοπική αφαίρεση του δακτυλίου. Η μετεγχειρητική ανάνηψη ήταν ομαλή, και μετά επανέλεγχο με γαστροσκόπηση της αποκατάστασης της βατότητας του πυλωρικού στομίου (φωτ 2), αποσωληνώθηκε και εξήλθε από την μονάδα σε πολύ καλή γενική κατάσταση.

Συμπεράσματα: Η τοποθέτηση του γαστρικού δακτυλίου είναι εύκολη και οι άμεσες πιθανές επιπλοκές είναι μηδαμινές. Ωστόσο μακροπρόθεσμα ο γαστρικός δακτύλιος μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές επιπλοκές (διολίσθηση δακτυλίου, εγκολεασμό και διάβρωση στομάχου) οι οποίες εάν δεν αντιμετωπιστούν άμεσα μπορεί να αποβούν μοιραίες για τον ασθενή.



(Φωτ 1)



(Φωτ 2)

15⁰

Πανελλήνιο Συνέδριο
Εντατικής Θεραπείας

10

Ενδοκρινολογία

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΤΥΠΟΥ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΠΡΩΙΜΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

Σίλελη Μαρία⁽¹⁾, Αμπατζίδου Φωτεινή⁽¹⁾, Διπλάρης Κωνσταντίνος⁽²⁾,
Μαδέσης Αθανάσιος⁽²⁾, Τσαγκαρόπουλος Σωκράτης⁽²⁾, Καραϊσκος Θεόδωρος⁽²⁾,
Μπαντούρ Αντώνιος⁽²⁾, Αστέρη Θεοδώρα⁽³⁾, Δρόσος Γεώργιος⁽²⁾

(1)Μονάδα μετεγχειρητικής ανάνηψης Καρδιοχειρουργικής Κλινικής,

(2)Καρδιο-θωρακοχειρουργική Κλινική,

(3)Καρδιοαναθροισιολογική Κλινική Γ.Ν.Θ "Γ. Παπανικολάου"

Σκοπός: Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) αυξάνει την περιεγχειρητική θνησιμότητα και θνητότητα στους ασθενείς που υποβάλλονται σε καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις (1). Η επίδραση του τύπου του ΣΔ (I, II) στην εμφάνιση επιπλοκών κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο δεν έχει διερευνηθεί. Πρωταρχικός στόχος της μελέτης είναι να καταγράψουμε τη συσχέτιση του τύπου του ΣΔ σε ασθενείς μετά από εγχείρηση ανοικτής καρδιάς με την εμφάνιση επιπλοκών κατά την άμεση μετεγχειρητική νοσηλεία τους στην ΜΕΘ. Δευτερεύων στόχος είναι η εκτίμηση του σχετικού κινδύνου ανάπτυξής τους.

Υλικό-Μέθοδος: Αναδρομική μελέτη σε σύνολο 284 διαδοχικών ασθενών με διαγνωσμένο ιστορικό ΣΔ υπό θεραπεία που υποβλήθηκαν σε εγχείρηση ανοικτής καρδιάς υπό εξωσωματική κυκλοφορία από τον Ιούνιο 2012 μέχρι τον Ιούνιο 2014. Αποκλείστηκαν ασθενείς με προϋπάρχουσα νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου (GFR < 15 mL/min/1.73 m²) και αυτοί με σοβαρού βαθμού αναπνευστική ανεπάρκεια. Οι ασθενείς που προέκυψαν χωρίστηκαν σε δύο ομάδες ανάλογα με τον τύπο του ΣΔ. Ως άμεσες μετεγχειρητικές επιπλοκές ορίστηκαν ο παρατεταμένος χρόνος μηχανικού αερισμού (ΜΑ > 48 ώρες), η επαναδιασωλήνωση, η χρήση μη επεμβατικού μηχανικού αερισμού (ΜΕΜΑ), η εμφάνιση πνευμονίας, η σηψαιμία, η λοίμωξη στερνοτομής, η οξεία νεφρική βλάβη (ΑΚΙ), η ανάγκη για υποκατάσταση νεφρικής λειτουργίας (ΤΝ) και η εμφάνιση συνδρόμου πολυοργανικής ανεπάρκειας (MODS). Επίσης καταγράφηκε η μετεγχειρητική θνητότητα και υπολογίστηκε ο ενδεχόμενος κίνδυνος εμφάνισης των επιπλοκών. Η στατιστική συσχέτιση διεξήχθη χρησιμοποιώντας το χ² τεστ και επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε η τιμή 0.01.

Αποτελέσματα: Στο σύνολο των ασθενών που μελετήθηκαν οι 69 (24.3%) είχαν ΣΔ τύπου I και οι 215 (75.7%) ΣΔ τύπου II. Από τη στατιστική ανάλυση φάνηκε ότι οι ασθενείς με ΣΔ τύπου I εμφανίζουν στατιστική σημαντική διαφορά σε ότι αφορά την εμφάνιση πνευμονίας, τη λοίμωξη στερνοτομής, την εμφάνιση ΑΚΙ και την ανάγκη για έναρξη ΤΝ σε σχέση με τους ασθενείς με ΣΔ τύπου II. Στον παρακάτω πίνακα παρατίθεται ο σχετικός κίνδυνος εμφάνισης των παραπάνω παραγόντων ως προς τους ασθενείς με ΣΔ τύπου I. Η μετεγχειρητική θνητότητα δεν διέφερε στατιστικά μεταξύ των δύο ομάδων.

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με ΣΔ τύπου I είναι πιο επιρρεπείς για ανάπτυξη μετεγχειρητικών επιπλοκών μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση και κυρίως ως προς την εμφάνιση λοίμωξης στερνοτομής (RR 18.7). Η εφαρμογή πρόσθετων προφυλακτικών μέτρων σε αυτούς τους ασθενείς είναι επιβεβλημένη.

Βιβλιογραφία: Carson J, Scholz P, Chen A, Peterson E, Gold J, Schneider S. Diabetes mellitus increases short-term mortality and morbidity in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *J Am Coll Cardiol* 2002;40:418-23.

15⁰

Πανελλήνιο Συνέδριο
Εντατικής Θεραπείας

11

Επείγουσα προνοσοκομειακή ιατρική

ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΣΤΟΝ ΑΕΡΟΛΙΜΕΝΑ ΑΘΗΝΩΝ.

Σταματούλα Τσικρικά, Τόγια Αθανασία, Δήμητρα Γκέσουρα,
Δημήτρης Θεοδωρίδης, Κουτρούμπα Ευσταθία, Κοτινά Ελένη,
Ζυγούρα Αναστασία, Γατσούλη Μαρίνα, Κεκερής Βασίλης, Πύρρος Δημήτριος

Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ)

Εισαγωγή: Κάθε έτος, περίπου 13 εκατομμύρια επιβάτες και τα διέρχονται από τον αερολιμένα Αθηνών τόσο για διεθνείς όσο και για πτήσεις εσωτερικού. Πρόσφατες μελέτες παρουσιάζουν δεδομένα όπου οι πάσχοντες από καρδιαγγειακά νοσήματα τυχαίνουν οξέων καρδιολογικών επεισοδίων και διασωλήνωσης κατά τη διάρκεια πολύωρων πτήσεων ή στην περιοχή ευθύνης του αεροδρομίου.

Σκοπός: η καταγραφή των περιστατικών που εμφάνισαν καρδιακά επεισόδια τα οποία χρειάστηκαν εξειδικευμένη ιατρική προνοσοκομειακή παρέμβαση και διακομιδή σε μονάδες εντατικής θεραπείας και επείγοντα τριτοβάθμιων νοσοκομείων.

Υλικό-Μέθοδος: από τον Ιανουάριο – Νοέμβριο 2013, 274 ασθενείς (τόσο επιβάτες όσο και συνοδοί αυτών) κάλεσαν για πρώτες βοήθειες στο Ιατρείο του Ελ.Βενιζέλος. Συμπληρώθηκαν πλήρη δημογραφικά δεδομένα, πλήρης ιατρικό ιστορικό, συννοσηρότητες, αιτία και τόπος συμβάντος, χρόνος απόκρισης ιατρικής μονάδας, καθώς και έκβαση του περιστατικού. Επίσης, σε όλους καταγράφηκαν δεδομένα πλήρης κλινικής εξέτασης, λήψη ζωτικών σημείων, οξυμετρία, καταγραφή καρδιακού ρυθμού, χορήγηση ελεγχόμενης ροής οξυγόνου ή χρήση αναινευστήρα και χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής καταγράφηκαν από το ΕΚΑΒ.

Αποτελέσματα: τα οξέα καρδιακά επεισόδια ανέρχονται αριθμητικά σε 232, από τα οποία 82 ήταν επιβάτες και 154 συνοδοί, τα 168 ελληνικής καταγωγής με μέση ηλικία τα 47±6 έτη. Η αρρυθμιστη φαρμακευτικά αρτηριακή πίεση, ο χρόνιος σακχαρώδης διαβήτης και το πρόσφατο έμφραγμα μυοκαρδίου ήταν οι συνηθέστεροι παράγοντες κινδύνου. Η διάγνωση της υπερκοιλιακής ταχυκαρδίας τέθηκε σε 39(16%) περιστατικών, σε 19(8%) κοιλιακή μαρμαρυγή και σε 24(11%) βραδυαρρυθμίες. Ηλεκτρική ανάταξη έλαβε χώρα σε 4(2%) περιστατικά. Από τους 103 ασθενείς που διακομίσθηκαν σε τριτοβάθμια νοσοκομεία προς περαιτέρω αντιμετώπιση μέσω του ΕΚΑΒ, οι 19 διασωληνώθηκαν ενδοτραχειακά και ζητήθηκε ανεύρεση κλίνης ΜΕΘ.

Συμπεράσματα: το Ιατρείο ΕΚΑΒ στον Αερολιμένα Αθηνών λόγω της ιδιαιτερότητας του χώρου (πύλη εισόδου της χώρας, πληθώρα εργαζομένων, παρέχει μέχρι σήμερα, μεγάλη παρουσία επισκεπτών και ταξιδιωτών), έχει αντιμετωπίσει μεγάλο αριθμό καρδιολογικών περιστατικών και έχει βοηθήσει σημαντικά στην αποσυμφόρνηση των ΤΕΠ νοσοκομείων εφημερίας ταξιδιωτών ή συνοδών αυτών που παρουσίασαν προβλήματα κατά την διάρκεια της πτήσης τους

ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΚΑΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΟΦΑΡΥΓΓΙΚΗΣ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΠΟΣΩΛΗΝΩΣΗ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΑΥΞΗΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ: ΔΙΕΤΗΣ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Βασιλική Μαρκάκη⁽¹⁾, Γεωργία Μαλανδράκη⁽²⁾, Βούλα Γεωργοπούλου⁽³⁾,
Λουκία Ψυχογιού⁽¹⁾, Αναστασία Κοτανίδου⁽¹⁾, Σεραφείμ Νανάς⁽¹⁾.

(1) Α΄ Πανεπιστημιακή Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Η στοματοφαρυγγική δυσφαγία στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και στη Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την κλινική πορεία των ασθενών. Οι κυριότεροι στόχοι της μελέτης ήταν η καταγραφή της επίπτωσης και των συνεπειών της στοματοφαρυγγικής δυσφαγίας μετά την αποσωλήνωση στη Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας σε μια χρονική περίοδο δύο ετών καθώς και η αναζήτηση παραγόντων κινδύνου στους ασθενείς που αξιολογήθηκαν.

Υλικό-Μέθοδος: Αναδρομική μελέτη παρατήρησης 87 ασθενών που παραπέμφθηκαν για αξιολόγηση στοματοφαρυγγικής δυσφαγίας στη Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας από τον Νοέμβριο του 2011 έως τον Νοέμβριο του 2013.

Αποτελέσματα: Από τους 357 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στη Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας του Νοσοκομείου μας κατά τη διάρκεια των δύο ετών, 87 ασθενείς ηλικίας $55,8 \pm 18,1$ (61 άνδρες) παραπέμφθηκαν για αξιολόγηση κατάποσης (24,0%). Από τους 87 ασθενείς μόνο 2 (2,3%) δεν είχαν δυσφαγία, 19 (21,8%) ασθενείς παρουσίαζαν ήπια δυσφαγία ενώ 66 (75,9%) παρουσίαζαν μέτρια ή σοβαρή δυσφαγία. Οι ασθενείς με μέτρια ή σοβαρή δυσφαγία ήταν σημαντικά πιθανότερο να έχουν παρατεταμένη διασωλήνωση ($p:0.02$) και να παρουσιάζουν σημεία εισρόφησης στην παρακλίνια εξέταση ($p:0.002$). Οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου για δυσφαγία ήταν η παρατεταμένη διασωλήνωση ($p:0.042$, odds ratio:12,355) και οι ημέρες παραμονής της τραχειοστομίας ($p:0,032$, odds ratio:1,036). Ειδικότερα η παρατεταμένη διασωλήνωση (>48 ώρες) βρέθηκε να σχετίζεται με επιπολασμό μέτριας ή σοβαρής δυσφαγίας 12 φορές μεγαλύτερο σε σχέση με την σύντομη διασωλήνωση (< 48 ώρες) ενώ για κάθε επιπλέον ημέρα παραμονής της τραχειοστομίας παρατηρήθηκε αύξηση του επιπολασμού της μέτριας ή σοβαρής δυσφαγίας κατά 3,6%. Η παρουσία μέτριας ή σοβαρής δυσφαγίας σχετιζόταν επίσης σημαντικά με πνευμονία ($p:0,02$), ανάγκη παραμονής σωλήνα σίτισης ($p:0,004$) και ενδονοσοκομειακή θνητότητα ($p:0.034$).

Συμπεράσματα: Η μελέτη αυτή επιβεβαιώνει ότι η στοματοφαρυγγική δυσφαγία μετά την αποσωλήνωση είναι συχνή και σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο πνευμονίας, ανάγκη παρουσίας σωλήνα σίτισης και αυξημένη ενδονοσοκομειακή θνητότητα. Τα αποτελέσματα μας υποστηρίζουν την ανάγκη ευαισθητοποίησης και πρώιμης αναγνώρισης και αντιμετώπισης της δυσφαγίας στον χώρο της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας.

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΚΑΝΑΒΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ, ΝΤΕΒΕΣ ΙΩΑΝΝΗΣ, ΝΤΟΡΛΗΣ ΚΥΡΙΑΚΟΣ,
ΔΗΜΟΥΛΑ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ, ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΥ ΚΩΝ/ΝΑ, ΜΑΓΚΙΝΑ ΑΣΗΜΙΝΑ

ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ Γ.Ν.Ν.ΙΩΝΙΑΣ

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν η καθημερινή καταγραφή των επιπέδων φροντίδας (Levels of care, LOCS) ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ όπως αυτά έχουν καθοριστεί από την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας. Απώτερος σκοπός της μελέτης αυτής ήταν η αξιοποίηση των στοιχείων στο σχεδιασμό και την οργάνωση θεμάτων στελέχωσης και εξοπλισμού της ΜΕΘ αλλά και ποιότητας λειτουργίας με ορθολογική χρήση των διατιθέμενων πόρων.

Υλικό - Μέθοδος: Έγινε καθημερινή καταγραφή των επιπέδων φροντίδας των 9 ασθενών της ΜΕΘ του Κωνσταντοπούλειου Γ.Ν.Ν.Ιωνίας κατά το χρονικό διάστημα από 27/6/2012 έως και 1/8/2014 με εξαίρεση τις μέρες που η ΜΕΘ παρέμεινε κλειστή λόγω συντήρησης. Όλοι οι ασθενείς κατετάσσοντο καθημερινά σε ένα από τα τρία επίπεδα φροντίδας με βάση τα παρακάτω κριτήρια:

Επίπεδο I: οργανική δυσλειτουργία για την οποία απαιτείται συνεχή παρακολούθηση ή ελάσσονα υποστήριξη με φάρμακα ή ουσίες. Πιθανός κίνδυνος εμφάνισης τουλάχιστον 1 ανεπάρκειας ζωτικού οργάνου.

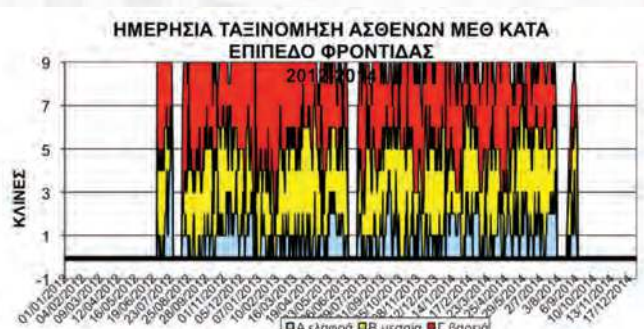
Επίπεδο II: Παρακολούθηση και υποστήριξη με φάρμακα ή συσκευές 1 ζωτικού οργάνου / συστήματος.

Επίπεδο III: Πολλαπλή ανεπάρκεια (τουλάχιστον 2) ζωτικών οργάνων / συστημάτων με ανάγκη φαρμακευτικής ή μηχανικής υποστήριξης αυτών.

Τα ευρήματα της καταγραφής σχεδιάζονται αυτόματα σε ειδικό ιστόγραμμα το οποίο με σαφήνεια απεικονίζει τη διαστρωμάτωση των νοσηλευόμενων ασθενών. (Βλ. ΦΩΤ.1)

Αποτελέσματα: Τα συγκεντρωτικά αποτελέσματα για όλο το χρονικό διάστημα της μελέτης (733 ημέρες) διαμορφώθηκαν ως εξής: Επίπεδο I: 14,1% Επίπεδο II: 41,5% Επίπεδο III: 40,6% (κενές κλίνες: 3,7%)

Συμπεράσματα: Η καθημερινή καταγραφή των επιπέδων φροντίδας, ανέδειξε με ακρίβεια τη σύνθεση των νοσηλευόμενων ασθενών με βάση της ανάγκες σε υποστήριξη βάσει της βαρύτητας. Η απλή αυτή καταγραφή ανέδειξε το προφίλ μιας ΜΕΘ δημόσιου Νοσοκομείου της Αττικής επιτρέποντας την εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με το βαθμό πληρότητας, τη βαρύτητα των ασθενών, τις ανάγκες σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό ή ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό και τέλος την ανάγκη δημιουργίας Μονάδας Αυξημένης Φροντίδας με στόχο την εξοικονόμηση πόρων. Τέλος δεδομένου ότι η πλειονότητα των νοσηλευόμενων ασθενών της ΜΕΘ κατατάσσονται σε επίπεδο φροντίδας II ή III επιβάλλεται αναβάθμιση της αριθμητικής σχέσης νοσηλευτής/ασθενείς με βάση τα διεθνώς προβλεπόμενα πρότυπα για τα περιστατικά με αυτό το επίπεδο νοσηλευτικού φορτίου.



15⁰

Πανελλήνιο Συνέδριο
Εντατικής Θεραπείας

12

Ηθικά, Δεοντολογικά και Θέματα Κόστους

ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΓΙΑ ΠΕΡΙΟΔΟ ΔΥΟ ΜΗΝΩΝ

Ριζος Μιχαήλ, Παραμυθιώτου Ελισσάβετ, Λιγνός Μιχαήλ, Μαύρου Ειρήνη,
Φραντζεσκάκη Φραντζέσκα, Καραμπη Σοφία,
Απολλωνάτου Σοφία, Αρμαγανίδης Απόστολος.

*2η Πανεπιστημιακή Μονάδα Εντατικής Θεραπείας,
Αιπικόν Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Αθήνα, Ελλάδα.*

Εισαγωγή: Η υπερβολική χρήση των αντιμικροβιακών φαρμάκων είναι ο κυριότερος λόγος της αυξημένης μικροβιακής αντοχής. Επιπλέον το κόστος των αντιμικροβιακών συνεισφέρει σημαντικά στο συνολικό νοσοκομειακό κόστος.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν να περιγράψουμε την κατανάλωση των αντιμικροβιακών, τις ενδείξεις χορήγησης, και την επίπτωση των πολυανθεκτικών μικροβίων σε ελληνική μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) τεταρτοβάθμιου πανεπιστημιακού νοσοκομείου στα μέσα μιας μεγάλης οικονομικής κρίσης. ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Αυτή είναι μια μελέτη παρατήρησης που έγινε σε μια περίοδο δύο μηνών σε δέκα κρεβάτια γενικής ΜΕΘ πανεπιστημιακού νοσοκομείου 650 κλινών. Όλοι οι ασθενείς εισήχθησαν κατά την περίοδο μεταξύ 31 Ιανουαρίου και 31 Μαρτίου 2013 με χρόνο παραμονής τουλάχιστον 48 ώρες. Τα δεδομένα περιλάμβαναν δημογραφικά στοιχεία των ασθενών, συνολικό αριθμό αντιμικροβιακών και μέτρηση της κατανάλωσης τις ημέρες θεραπείας (DOT), αιτιολογία της χρήσης αντιμικροβιακών (εμπειρική, κατευθυνόμενη, προφυλακτική), ή διακοπή, το είδος και την ευαισθησία των μικροβίων και τον συνολικό χρόνο παραμονής στη ΜΕΘ. Τα αντιμικροβιακά φάρμακα περιλήφθησαν επίσης. Καταγράψαμε τους λόγους τροποποίησης των αντιμικροβιακών φαρμάκων και την αντοχή των μικροβίων στα αντιμικροβιακά.

Αποτελέσματα: Συνολικά καταγράψαμε 23 ασθενείς που έλαβαν 96 σχήματα αντιμικροβιακών. Το πιο συχνά συνταγογραφούμενο ήταν η κολιμυκίνη (52,6%) μετά η μεροπενέμη (43%), η πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη, η βανκομυκίνη (11%) και η γενταμυκίνη (9%). Εμπειρική θεραπεία χορηγήθηκε κατά μέσο όρο για 4ημερες. Πέντε εμπειρικά σχήματα ξεπέρασαν τις 10 ημέρες, η κατευθυνόμενη αντιμικροβιακή θεραπεία διήρκησε κατά μέσο όρο 4,5 ημέρες. Οι ενδείξεις θεραπείας ήταν οι περισσότερες εμπειρικές (54%). Οι υπόλοιπες ήταν κατευθυνόμενες στο 20% των περιπτώσεων και προφυλακτικές στο 5%. Τα αντιμικροβιακά συμπεριλήφθησαν σε 28 αντιμικροβιακά σχήματα (29,1%) κατά βάση για προφυλακτική χορήγηση (μόνο 5 αντιμικροβιακά σχήματα ήταν κατευθυνόμενα). Οι συνολικές ημέρες θεραπείας ήταν 602 ενώ ο συνολικός αριθμός της αντιμικροβιακής κατανάλωσης σε DOTs ήταν 2149,5 DOT /1000PD. Υπήρχαν 92 τροποποιητικές θεραπείες που αφορούσαν ενδείξεις (68) και αποτελεσματικότητα (23). Οι θέσεις λοίμωξης ήταν το ουροποιητικό (2), άγνωστο (15), αναπνευστική λοίμωξη-πνευμονία στον αναπνευστήρα (VAP), (10) βακτηριαμία (6). Το μεγαλύτερο ποσοστό των λοιμώξεων προκλήθηκαν από πολυανθεκτικά gram-αρνητικά.

Συμπεράσματα: Αυτή είναι η πρώτη μελέτη χρήσης των αντιμικροβιακών σε ΜΕΘ στην Ελλάδα και μπορεί να χρησιμοποιηθεί συγκριτικά για άλλες ΜΕΘ. Σε σύγκριση με άλλες μελέτες, δεν γίνεται συχνά προφυλακτική χρήση αντιμικροβιακών λόγω του ότι στη μονάδα μας δεν νοσηλεύονται οι μετεγχειρητικοί ασθενείς. Μια άλλη διαφορά από προηγούμενες μελέτες είναι η μεγάλη κατανάλωση κολιμυκίνης που μπορεί να εξηγηθεί από τον αυξημένο επιπολασμό των πολυανθεκτικών gram-αρνητικών. Η συνολική κατανάλωση σε DOT/1000PDS είναι συγκρίσιμη με άλλες μελέτες.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ 80 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ ΣΤΗ ΜΕΘ. ΜΙΑ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΡΟΝ ΚΑΙ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ

Τοπάλης Τ.⁽¹⁾, Καραθάνου Α.⁽¹⁾, Κόκορης Ι.⁽¹⁾, Τσικρίκη Σ.⁽¹⁾,
Χολή Ε.⁽¹⁾, Βούλγαρης Γ.⁽¹⁾

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ΓΝ. Βόλου «Αχιλλοπούλειο»

Εισαγωγή-Σκοπός: Η διερεύνηση των χαρακτηριστικών και της έκβασης ασθενών με ηλικία άνω των 80 ετών στη ΜΕΘ

Υλικό - Μέθοδος: Μεταξύ 2000 και 2013, νοσηλεύθηκαν 2404 ασθενείς εκ των οποίων 354 ήταν 80 ετών και άνω. Καταγράφηκαν ηλικία, φύλο, αιτία εισαγωγής, συνοδά νοσήματα, APACHE II εισαγωγής, ημέρες νοσηλείας στη ΜΕΘ, θνητότητα των ασθενών αυτών συνολικά και σε σχέση με την αιτία εισαγωγής. Επίσης έγινε σύγκριση των ασθενών με ηλικία > 80 ετών και <80 ετών ως προς τις ημέρες νοσηλείας στη ΜΕΘ και τη θνητότητα.

Αποτελέσματα: Το 14,7% των ασθενών ήταν >80 ετών. Άρρενες, το 54,5%. Αίτια εισαγωγής στη ΜΕΘ ήταν κυρίως α) μετεγχειρητική αγωγή 49,1% (62% επειγόντα, 38% τακτικά χειρουργεία) και β) οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια 23,7%. Με μικρότερα ποσοστά ακολούθησαν ΑΕΕ (5,3%), MODS (4,8%), ΚΕΚ, τραύμα, κα.(Βλέπε Πίνακα). Συγκριτικά με τους ασθενείς <80 ετών, οι υπερήλικες ασθενείς εμφάνισαν σημαντικά υψηλότερο APACHE II score 17,60±6,46 έναντι 14,89±7,25 (t-test, p=0,015), λιγότερες ημέρες νοσηλείας, 11,65±13,8 έναντι 13,52±17 (t-test, p=0,024) και υψηλότερη θνητότητα, 41,8% έναντι 29,2%, (x2, p<0,05). Παρ' όλα αυτά, η πιο πολυπληθής ομάδα, αυτή με μετεγχειρητικούς ασθενείς, εμφάνισε σχετικά λίγες ημέρες νοσηλείας και χαμηλή θνητότητα.

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με ηλικία 80 ετών και άνω αποτελούν σημαντικό τμήμα των νοσηλευόμενων σε ΜΕΘ και πιθανότατα αυτό θα γίνεται ολοένα και πιο εμφανές στο μέλλον. Οι κύριες αιτίες εισαγωγής τους είναι μετά από χειρουργική επέμβαση, είτε επειγούσα, είτε προγραμματισμένη και στην περίπτωση αυτή η έκβαση είναι γενικά ευμενής, καθώς και οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια. Φαίνεται πώς είναι το είδος και η βαρύτητα της οξείας κατάστασης που οδηγεί στη ΜΕΘ παρά η ηλικία αυτή καθ' αυτή ο καθοριστικός για την έκβαση παράγοντας. Σαφώς, αν και γενικά η έκβαση είναι χειρότερη αυτής των νεότερων ασθενών, όσον αφορά την επιβίωση από μια σοβαρή οξεία κατάσταση, το μεγαλύτερο μέρος ασθενών αυτής της ηλικιακής ομάδας μπορούν να έχουν όφελος από την εισαγωγή τους στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

	Αιτία εισαγωγής στη ΜΕΘ	n	%	LOS	ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ
1	ΑΕΕ	19	5,30%	17,52	31,50%
2	ΟΑΑ	84	23,70%	16,4	51,10%
3	ΚΕΚ	11	3,10%	13	72%
4	MTX	174	49,10%	8,46	28,70%
5	ΟΞΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΣ	8	2,20%	10,37	37,50%
6	MODS	17	4,80%	13,7	88,00%
7	ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΑΣ	10	2,80%	12,1	70%
8	ΚΑΑ	8	2,20%	14,1	62,50%
9	ΑΛΛΑ	23	6,50%		

Η ΕΚΒΑΣΗ ΤΩΝ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΕΝΤΟΣ ΚΑΙ ΕΚΤΟΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (ΜΕΘ) ΚΑΙ Η ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΑΥΞΗΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΘΕΣΙΜΩΝ ΚΛΙΝΩΝ ΜΕΘ

Αικατερίνη Φλεβάρη, Χρύσα Διακάκη, Ολυμπία Αποστολοπούλου,
Αναστασία Αντωνοπούλου, Σοφία Καραμπη, Αθηνά Στριλάκου, Νικήτας Νικήτας,
Θεοδώρα Χριστοδουλοπούλου, Σοφία Απολλωνάτου, Παναγιώτης Παπαδόπουλος,
Κωνσταντίνος Ουρανός, Δημήτρης Ελαιόπουλος, Γεώργιος Δημόπουλος,
Ηρακλής Τσαγκάρης, Απόστολος Αρμαγανίδης.

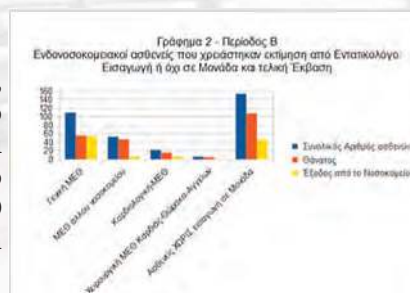
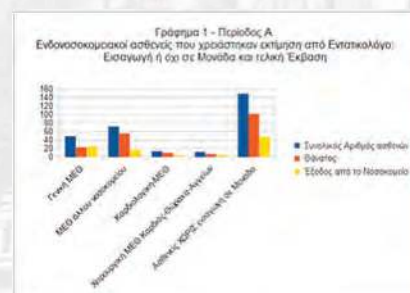
*Β' Πανεπιστημιακή Κλινική Εντατικής Θεραπείας,
Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αθηνών ΑΤΤΙΚΟΝ*

Εισαγωγή-Σκοπός: Στην Ελλάδα της κρίσης, η έλλειψη Νοσηλευτικού κυρίως Προσωπικού, έχει οδηγήσει σε περιορισμό των κλινών ΜΕΘ. Η έλλειψη αυτή δημιουργεί την ανάγκη παρακολούθησης πολλών βαρέως πασχόντων εκτός ΜΕΘ, αλλά και τη μεταφορά τους σε άλλα Νοσοκομεία με διαθέσιμη κλίνη. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η παρακολούθηση της πορείας και της τελικής έκβασης (θάνατος ή έξοδος) των ασθενών στους οποίους ζητήθηκε εκτίμηση Εντατικολόγου.

Υλικό - Μέθοδος: Έγινε καταγραφή και παρακολούθηση όλων των ασθενών στους οποίους ζητήθηκε εκτίμηση ιατρού-ΜΕΘ κατά τη διάρκεια δύο ίσων χρονικών περιόδων, μία με μικρότερο και μία με μεγαλύτερο αριθμό κλινών ΜΕΘ. Επιλέξιμοι ήταν όλοι οι ασθενείς που εμφανίζονταν ως βαρέως πάσχοντες στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), ή που παρουσίαζαν κλινική επιδείνωση στους γενικούς θαλάμους νοσηλείας ή σε άλλη Μονάδα, κατά την κρίση των θεραπόντων. Στην αρχική εκτίμηση καταγράφονταν το φύλο, η ηλικία, η κλίμακα αρχικής αξιολόγησης SCCM -Triage Priority Scale και οι προγνωστικές κλίμακες βαρύτητας APACHE II και SOFA. Χρονικές Περίοδοι: Α: 4/03/2013-12/10/2013 (223 ημέρες), δυναμικότητας 10 κλινών ΜΕΘ και Β: 13/10/2013-21/05/2014 (221 ημέρες), δυναμικότητας 18 κλινών. Στατιστική επεξεργασία: Οι τιμές εμφανίζονται ως μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση (SD). Για τον έλεγχο της διαφοράς των Περιόδων Α και Β, διενεργήθηκε δοκιμή t-test (για ανεξάρτητα δείγματα) με επίπεδο σημαντικότητας $p < 0,05$.

Αποτελέσματα: Κατά την Περίοδο Α εκτιμήθηκαν 297 ασθενείς (179 άνδρες), με ηλικία $68,24 \pm 16,34$ έτη. Κατά την 1η κλινική εκτίμηση η τιμή για τις κλίμακες APACHE II και SOFA ήταν $20,05 \pm 8,6$ και $7,43 \pm 3,9$ αντίστοιχα. Κατά την Περίοδο Β αξιολογήθηκαν 345 ασθενείς (210 άνδρες), με μέση ηλικία $65,94 \pm 16,78$ έτη και APACHE II και SOFA $23,40 \pm 8,24$ και $8,20 \pm 3,59$ αντίστοιχα. Μεταξύ των ασθενών των δύο Περιόδων, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την ηλικία ($p=0,07$) και το SOFA score ($p=0,075$), ενώ η περίοδος Β περιελάμβανε ασθενείς με υψηλότερο APACHE II έναντι αυτό των ασθενών της περιόδου Α με διαφορά στατιστικά σημαντική ($p=6E-5$). Κατά την Περίοδο Α, από τους ασθενείς που παρέμειναν στο θάλαμο, οι 85/150 (56,7%) είχαν SCCM -Triage Priority Scale 3 και 4. Ομοίως κατά την Περίοδο Β, το αντίστοιχο ποσοστό ήταν παρόμοιο 80/154 (51,9%). Στα Γραφήματα 1 (Περίοδος Α) και 2 (Περίοδος Β) παρουσιάζεται η πορεία και η τελική έκβαση των ασθενών.

Συμπεράσματα: 1. Η ανάγκη για περισσότερες κλίνες ΜΕΘ είναι παραπάνω από έκδηλη και επιτακτική καθώς 2. Η παραμονή εκτός ΜΕΘ, αλλά και η μεταφορά σε ΜΕΘ άλλου νοσοκομείου συνοδεύονται από αυξημένη θνητότητα 3. Κατά την Περίοδο Β, υπερδιπλασιάστηκαν οι ασθενείς που εισήχθησαν στη ΜΕΘ (110 έναντι 49), χωρίς αντίστοιχο υποδιπλασιασμό του αριθμού των ασθενών που μεταφέρθηκε σε ΜΕΘ άλλου νοσοκομείου (53 έναντι 72) 4. Χρειάζεται περαιτέρω ανάλυση των δεδομένων για τον εντοπισμό των ασθενών με κρίσιμη και αναστρέψιμη νόσο, που θα ωφεληθούν περισσότερο από την εισαγωγή στη ΜΕΘ.



ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ, ΗΛΙΚΙΑΣ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗΣ ΤΩΝ 75 ΕΤΩΝ, ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (ΜΕΘ)

Λαθύρης Δ., Τασιούδης Π., Αντύπα Ε., Χάσου Ε.,
Μπογιατζόπουλος Μ., Ρέντα Φ., Αντωνιάδου Ε.

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ.Γεννηματιάς».

Εισαγωγή: Τα τελευταία χρόνια, ο μέσος όρος ηλικίας ασθενών της ΜΕΘ έχει αυξηθεί σημαντικά. Αν και για ασθενείς άνω των 75 ετών (ηλικιωμένοι, elderly), σε σύγκριση με νεώτερες ηλικίες, η ηλικία είναι παράγοντας κινδύνου για θάνατο στη ΜΕΘ, ωστόσο, τα δεδομένα για τη θνητότητα ασθενών ≥ 85 ετών (πολύ ηλικιωμένοι, very elderly) σε σύγκριση με την ηλικιακή ομάδα $\geq 75-84$ ετών, δεν είναι σαφή.

Σκοπός: α) Να ελέγξουμε αν η θνητότητα στους πολύ ηλικιωμένους ασθενείς της ΜΕΘ (≥ 85 ετών) είναι υψηλότερη σε σύγκριση με τους ηλικιωμένους ($\geq 75-84$ ετών) ασθενείς και β) να αξιολογήσουμε την επίδραση των χαρακτηριστικών των ασθενών αυτών, κατά την εισαγωγή στη ΜΕΘ, στη τελική τους έκβαση στη ΜΕΘ.

Υλικό - Μέθοδος: Αναδρομική, μονοκεντρική μελέτη παρατήρησης, διάρκειας 42 μηνών (Ιανουάριος 2011 - Ιούνιος 2014). Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν όλοι οι ασθενείς ηλικίας ≥ 75 ετών που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ για ≥ 48 ώρες. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ηλικιακές ομάδες ($\geq 75-84$ και ≥ 85 ετών) και καταγράφηκαν τα παρακάτω χαρακτηριστικά κατά την εισαγωγή τους στη ΜΕΘ: ηλικία, φύλο, APACHE II score, McCabe score, αιτία εισαγωγής στη ΜΕΘ, συνοδές παθήσεις, έκβαση ΜΕΘ. Η σύγκριση των ηλικιακών ομάδων πραγματοποιήθηκε με τις δοκιμασίες Pearson's χ^2 και t-test. Για την εκτίμηση της επίδρασης των παραγόντων κινδύνου χρησιμοποιήθηκε το Cox regression model. Τιμή $p < 0.05$ θεωρήθηκε στατιστικώς σημαντική.

Αποτελέσματα: Εντάχθηκαν στη μελέτη 244 ασθενείς. Η θνητότητα στη ΜΕΘ ήταν 37.4% (73/195) για την ομάδα $\geq 75-84$ ετών και 51% (25/49) για την ομάδα ≥ 85 ετών ($p=0.083$). Στη μονοπαραγοντική ανάλυση δεν διαπιστώθηκε υψηλότερος κίνδυνος θανάτου για ηλικία ≥ 85 ετών σε σχέση με αυτή των $\geq 75-84$ ετών (Hazard Ratio-HR: 1.08; CI 95 %, 0.78-1.47, $p=0.63$). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση καταγράφηκαν ως στατιστικώς σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες θνητότητας στη ΜΕΘ, το APACHE II score και η εισαγωγή στη ΜΕΘ λόγω κακοήθους νεοπλασίας. Οι ασθενείς που εισήχθησαν στη ΜΕΘ για αίτιο άμεσα σχετιζόμενο με την κακοήθη νεοπλασία, παρουσίασαν αυξημένη πιθανότητα θανάτου (HR: 1.45; CI 95 %, 1.02-2.05, $p=0.03$).

Συμπεράσματα: Κατά το χρονικό διάστημα της μελέτης, το 39% των εισαγωγών στη ΜΕΘ αφορούσε ηλικιωμένους ($\geq 75-84$ ετών) και πολύ ηλικιωμένους ασθενείς (≥ 85 ετών) χωρίς, ωστόσο, σημαντική διαφορά στην έκβαση της ΜΕΘ ανάμεσα στις δύο ηλικιακές ομάδες. Μεταξύ των ασθενών αυτών (≥ 75 ετών), μόνο η εισαγωγή στη ΜΕΘ για αιτία που σχετίζεται με κακοήθη νεοπλασία αποτέλεσε ισχυρό παράγοντα κινδύνου για ανεπιθύμητη έκβαση. Τα παραπάνω κρίνεται σκόπιμο να λαμβάνονται υπόψη κατά την εκτίμηση και ανάλυση στοιχείων που αφορούν τη συνολική θνητότητα στη ΜΕΘ.

Η ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΚΑΙ ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΩΝ ΠΡΟΩΘΗΜΕΝΩΝ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ ΣΤΗ ΜΕΘ. ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ

Χριστοδούλου Παρασκευή¹, Κάρμαν Νικόλαος¹, Δημοπούλου Παναγιώτα¹,
Δημοπούλου Χαρά², Χαϊδή Μαργαρίτα³

1. Μονάδα Εντατικής Θεραπείας,
2. Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων
3. Φαρμακείο. Κωνσταντιπούλειο Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας

Εισαγωγή: Η καταγραφή της κατανάλωσης των αντιβιοτικών προτείνεται ως σημαντικό κομμάτι στην διαδικασία επιτήρησης και ελέγχου των λοιμώξεων στο χώρο του νοσοκομείου. Η ΜΕΘ είναι τμήμα όπου παρατηρείται τόσο αυξημένη αντοχή μικροβίων όσο και υψηλή κατανάλωση αντιβιοτικών, τα οποία αποτελούν σημαντική συνιστώσα στη διαμόρφωση του κόστους νοσηλείας.

Σκοπός: Η ανάλυση της κατανάλωσης και του κόστους των προωθημένων αντιβιοτικών στη ΜΕΘ του νοσοκομείου «Κωνσταντινούλειο» κατά τα τελευταία τρία έτη με σκοπό τη διαχρονική σύγκριση του τμήματος τόσο με διαχρονικά όσο και με παρόμοιες μελέτες της διεθνούς βιβλιογραφίας

Υλικό - Μέθοδος: Η συλλογή των δεδομένων έγινε αναδρομικά από τα ηλεκτρονικά αρχεία του φαρμακείου του νοσοκομείου για τα έτη 2011, 2012 και 2013. Τα αντιβιοτικά ταξινομήθηκαν με βάση το σύστημα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Classification) και ο υπολογισμός της κατανάλωσης έγινε σύμφωνα με την μεθοδολογία του ΠΟΥ για την Ημερήσια Συνιστώμενη Δόση -DDD (Daily Defined Dose)- ανά 1000ασθενό-ημέρες. Το κόστος υπολογίστηκε σε ευρώ και η στατιστική επεξεργασία έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS10

Αποτελέσματα: Η μέση κατανάλωση των προωθημένων αντιβιοτικών στη ΜΕΘ του νοσοκομείου μας σε DDDs/1000ημέρες νοσηλείας το 2011 ήταν 2.216,5, το 2012 2.705,5 και το 2013 2.286,5. Κατά το υπό μελέτη διάστημα τη μεγαλύτερη κατανάλωση έχουν οι πολυμυξίνες και ακολουθούν οι καρβαπενέμες και οι πενικιλίνες, ενώ τη μικρότερη έχουν οι μονομπακτάμες, τα γλυκοπεπτιδία και οι τετρακυκλίνες. Το συνολικό κόστος των αντιβιοτικών το 2011 ήταν 235.894€, το 2012 241.867€ και το 2013 198.690€. Το 2011 οι καρβαπενέμες συγκέντρωσαν το μεγαλύτερο ποσοστό (33%) επί του συνολικού κόστους αντιβιοτικών, ενώ το 2012 και 2013 οι πολυμυξίνες (25,03% & 26,1% αντίστοιχα).

Συμπεράσματα: Η καταγραφή της κατανάλωσης των αντιβιοτικών σε συνδυασμό με το κόστος τους αποτελούν απαραίτητα εργαλεία του προγράμματος επιτήρησης λοιμώξεων συμβάλλοντας τόσο στην περιγραφή των τάσεων που διαμορφώνονται στη συνταγογράφησή τους όσο και στην αναγνώριση παρεκκλίσεων από τις προτεινόμενες καλύτερες πρακτικές, αναδεικνύοντας ταυτόχρονα τις τρέχουσες μεταβολές της κλωρίδας του τμήματος.

ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΣΥΝΟΔΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ ΜΕΘ

Άλεξάκη Αρετή, Στουφής Νικόλαος,
Χριστοδούλου Παρασκευή, Δημοπούλου Παναγιώτα

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Κωνσταντοπούλγειο Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας-Πατησίων

Εισαγωγή: Η μέτρηση της ικανοποίησης αποτελεί απαραίτητο εργαλείο αξιολόγησης της λειτουργίας της ΜΕΘ και υλοποιείται μέσω της ύπαρξης ερωτηματολογίων. Λόγω της συχνότητας αδυναμίας των ασθενών της ΜΕΘ να εκφράσουν το βαθμό ικανοποίησης τους, συνήθως αυτή συνάγεται από ερωτηματολόγια συμπληρούμενα από τους συγγενείς των ασθενών.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή και αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησης μέσω ερωτηματολογίων των συγγενών-συνοδών των ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ από μια σειρά παραμέτρων της παρεχόμενης φροντίδας.

Υλικό - Μέθοδος: Μετά από 5ετή χρήση αντίστοιχου ερωτηματολογίου για την μελέτη αυτή, διαμορφώθηκε ένα νέο προσαρμοσμένο ερωτηματολόγιο με βάση την κλίμακα FS ICU-24 (FAMILY SATISFACTION ICU-24). Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει ερωτήσεις οι οποίες αξιολογούν την ικανοποίηση των συγγενών από τη, μεταξύ άλλων, παρεχόμενη φροντίδα, τη συμπεριφορά του προσωπικού, τη συχνότητα και ποιότητα επικοινωνίας προσωπικού-οικογένειας και την επάρκεια της ενημέρωσης. Το ερωτηματολόγιο επιπλέον περιέχει δημογραφικά στοιχεία και διαθέτει χώρο καταγραφής επιπλέον προσωπικών σχολίων. Όλες οι ερωτήσεις βαθμολογούνται σε πεντάβαθμη κλίμακα (1=μηδαμνή ικανοποίηση και 5=άριστη ικανοποίηση), ενώ τα αποτελέσματα δίνουν την δυνατότητα στατιστικής επεξεργασίας. Η διανομή των ερωτηματολογίων έγινε από τον Ιανουάριο 2014 έως και τον Αύγουστο 2014 κατά την διάρκεια του επισκεπτηρίου. Διασφαλίστηκε η ανωνυμία των ερωτώμενων με την χρήση φακέλου και ειδικού κουτιού συλλογής δεδομένων.

Αποτελέσματα: Από τα 50 ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν συμπληρώθηκαν τα 48, ως επί το πλείστον από άνδρες (60%) και από συνοδούς που είχαν πρώτο βαθμό συγγένειας με τους ασθενείς (44% τέκνα, 26% αδέρφια). Από τις απαντήσεις προέκυψε (πίνακας).

Επιπλέον αξιοπρόσεκτο είναι ότι σε ποσοστό 64% των ερωτηματολογίων υπήρξε επιπλέον, ιδιαίτερα ενδιαφέρον, σχολιασμός από τους συγγενείς.

Συμπεράσματα: Το παραπάνω ερωτηματολόγιο αποτελεί ένα εργαλείο επικοινωνίας με τους συγγενείς και αξιολόγησης του βαθμού ικανοποίησής τους από την δουλειά μας. Στη μελέτη αυτή οι υπηρεσίες μας έτυχαν υψηλής βαθμολογίας αναδεικνύοντας ωστόσο και θέματα, τα οποία χρήζουν επεξεργασίας και βελτίωσης.

14-16 Νοεμβρίου 2014

Ίδρυμα Ευγενίδου - Αθήνα

(Α. Συγγρού 387, 175 64 Π. Φάληρο)

13

Καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση

ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ ΠΡΟΣΟΜΟΙΩΣΗΣ ΚΑΡΔΙΟ -ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗΣ: ΦΟΒΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ

Σταυρούλα Ηλία⁽¹⁾, Ελισάβετ Γερωμαρκάκη⁽¹⁾, Ευφροσύνη Βασιλάκη⁽¹⁾,
Άννα-Μαρία Σπανάκη⁽¹⁾, Μιχαέλα-Ντιάνα Φυτρολάκη⁽¹⁾, Θεονύμφη Ταβλαδάκη⁽¹⁾,
Ευάγγελος Μπλευράκης⁽¹⁾, Κατερίνα Χατζημυχάλη⁽²⁾, Γεώργιος Μπριασούλης⁽¹⁾

(1) Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παιδών, ΠΑΓΝΗ, Κρήτη

(2) Αναισθησιολογική κλινική, ΠΑΓΝΗ, Κρήτη

Εισαγωγή- Σκοπός: Τα εκπαιδευτικά σεμινάρια προσομοίωσης Βασικής και Εξειδικευμένης Υποστήριξης της Ζωής σε παιδιά (PLS και APLS) βοηθούν στην απόκτηση δεξιοτήτων ΚΑΡΠΙΑ και βελτιώνουν την έκβαση παιδιών σε ανακοπή. Έχει διαπιστωθεί πως σε ένα μόνο μικρό ποσοστό ανακοπών εκτός νοσοκομείου αρχίζει η ΚΑΡΠΙΑ έγκαιρα είτε λόγω έλλειψης γνώσεων είτε ανασφάλειας λόγω διαφορετικών αλγορίθμων ανάνηψης. Η μελέτη αποσκοπεί στη διερεύνηση του προβλήματος ανασφάλειας στην αντιμετώπιση περιστατικών ανακοπής όπου διδάσκονται αλγόριθμοι σύμφωνα με τις τελευταίες οδηγίες αναζωογόνησης.

Υλικό - Μέθοδος: Μετά την επιτυχή εκπαίδευση σε ένα από τα πιστοποιημένα σεμινάρια ΚΑΡΠΙΑ για παιδιά (5-ωρο BLS-AED, μονοήμερο PLS, τριήμερο APLS) 324 επιτυχόντες διασώστες συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο σχετικά με την αυτοπεποίθησή τους και ετοιμότητα ανταπόκρισης σε περιστατικό ανακοπής, όπως και προτάσεις βελτίωσης του τρόπου εκμάθησης.

Αποτελέσματα: Από τους 324 συμμετέχοντες (38.9% άνδρες, 61.1% γυναίκες), 258 (79.6%) συμμετείχαν στο σεμινάριο Βασικής Υποστήριξης της Ζωής (BLS) (53.3% φοιτητές), 23 (7.1%) στο PLS (100% νοσηλεύτες), και 43 (13.3%) στο APLS (ιατροί σε ειδικότητα 100%, $p < 0.0001$). Οι εκπαιδευόμενοι στο BLS θα απέφευγαν να τοποθετήσουν ενδο-οστική βελόνα σε ποσοστό 39.4% σε σχέση με τους εκπαιδευόμενους του PLS 0% ή του APLS 9.3% ($p < 0.0001$), και να αερίσουν με ambu (12.8% BLS έναντι 0% PLS και 0% APLS, $p < 0.04$). Όλοι οι υποψήφιοι διασώστες θα επιχειρούσαν εξίσου να εφαρμόσουν ΚΑΡΠΙΑ σε ενήλικα (98.8%), παιδί (99.2%) ή βρέφος (98.8%), να επιχειρήσουν ΚΑΡΠΙΑ σε παιδί που πνίγεται (94.2%) ή να απινιδώσουν (94.2%). Οι εκπαιδευόμενοι του PLS ήταν οι περισσότερο απρόθυμοι να εφαρμόσουν πρωτόκολλο αντιμετώπισης πνιγμονής από ξένο σώμα (17.4% PLS έναντι 1.5% BLS, 0% APLS, $p < 0.0001$). Οι υποψήφιοι διασώστες εξέφρασαν το φόβο αποτυχίας να θυμηθούν τους σωστούς αλγορίθμους (BLS 28.2%, PLS 17.4%, APLS 27.9%) ή να βρεθούν σε κατάσταση πανικού (άνδρες 15.9%, γυναίκες 34.8%, $p < 0.0001$) αδυνατώντας να ανταποκριθούν κατάλληλα (BLS 28.2%, PLS 17.4%, APLS 27.9%). Οι εκπαιδευόμενοι του BLS πρότειναν να κάνουν πρακτική δύο φορές ετησίως (49%) σε σχέση με τη μία φορά που πρότειναν εκπαιδευόμενοι του PLS (43.5%) ή APLS (46.5%, $p < 0.005$). Όλοι οι υποψήφιοι διασώστες προτείνουν ως μέσο βελτίωσης τα μελλοντικά σεμινάρια ΚΑΡΠΙΑ να ακολουθούν «απλοποιημένους» και ενοποιημένους αλγορίθμους, και να είναι είναι υποχρεωτικά στη βασική τους εκπαίδευση (98-100%).

Συμπεράσματα: Τα εκπαιδευτικά παιδιατρικά σεμινάρια προσομοίωσης ΚΑΡΠΙΑ (PLS και APLS) βελτιώνουν την αυτοπεποίθηση των εν δυνάμει διασωστών και παρέχουν γνώσεις και δεξιότητες αναζωογόνησης βελτιώνοντας την έκβαση των ασθενών. Οι προσπάθειες μελλοντικά οφείλουν να εστιάζουν στην απλοποίηση και ενοποίηση των πρωτοκόλλων ανάνηψης, κάτι που θα αύξανε το βαθμό ετοιμότητας, θέλησης και αίσθημα ασφάλειας των διασωστών.

14-16 Νοεμβρίου 2014

Ίδρυμα Ευγενίδου - Αθήνα

(Α. Συγγρού 387, 175 64 Π. Φάληρο)

14

Λοιμώξεις

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΑΠΟ CLOSTRIDIUM DIFFICILE ΣΕ ΓΕΝΙΚΗ Μ.Ε.Θ

Θ. Κατσούλας, Π. Μυριανθεύς, Α. Γαβαλά, Γ. Φιλντίσης, Γ. Μπαλτόπουλος

Κλινική Εντατικής Νοσηλείας και Πνευμονικών Νόσων ΕΚΠΑ στο Γ.Ο.Ν.Κ «Άγιοι Ανάργυροι»

Σκοπός: Η καταγραφή της επιδημιολογίας της λοίμωξης από Clostridium difficile σε γενική ΜΕΘ.

Υλικό & Μέθοδος: Διερευνήθηκαν οι ασθενείς που εισάχθηκαν σε γενική ΜΕΘ (baseline μέτρηση, έλεγχος φορείας) με προβλεπόμενη διάρκεια νοσηλείας > 3 ημερών και στη συνέχεια επανελέγχθηκαν επί συμπτωμάτων, όπως επεισόδιο έντονης ή παρατεταμένης διάρροιας. Χρησιμοποιήθηκε αντιδραστήριο QUIK CHEK COMPLETE* (TECHLAB, USA) που απαιτεί τη λήψη μικρής ποσότητας κοπράνων με αποτελέσματα σε 20 λεπτά. Είναι μια ταχεία μέθοδος ανοσοχρωματογραφίας μεμβράνης για τον άμεσο προσδιορισμό του αντιγόνου της γλουταμικής αφυδρογονάσης και των τοξινών Α και Β σε δείγματα κοπράνων.

Αποτελέσματα: Σε διάστημα 18 μηνών ελέγχθηκαν 62 ασθενείς, από τους 258 που νοσηλεύθηκαν στο σύνολο, μέσης ηλικίας 68.16 ± 10.9 έτη με προβλεπόμενη διάρκεια νοσηλείας > 3 ημερών και δυνατότητα λήψης κοπράνων εντός 48ωρου από την εισαγωγή για έλεγχο φορείας. Το APACHE II ήταν 21.04 ± 5.5 , το SOFA $9.1 \pm 3,3$ και η μέση διάρκεια νοσηλείας 37.76 ± 53.81 ημέρες. Πραγματοποιήθηκαν 91 μετρήσεις (baseline και επανέλεγχος). Έξι ασθενείς (9.7%) είχαν θετική εξέταση αντιγόνου κατά την εισαγωγή τους στη ΜΕΘ αλλά μόνο ένας (1.6%) ασθενής ήταν θετικός για τοξίνες Α και Β. Από τους έξι ασθενείς, 4 επανελέγχθηκαν λόγω διαρροϊκού συνδρόμου από τους οποίους 4 είχαν θετικό αντιγόνο και αρνητική εξέταση για τοξίνες Α και Β. Από τους υπόλοιπους 56 ασθενείς, 25 επανελέγχθηκαν λόγω διαρροϊκού συνδρόμου και όλοι είχαν αρνητικό αντιγόνο και αρνητική εξέταση για τοξίνες Α και Β.

Συμπεράσματα: Η φορεία από Clostridium difficile σε γενική ΜΕΘ φαίνεται να είναι αρκετά υψηλή ($\approx 10\%$). Η νόσος φαίνεται να είναι σπάνια αν και το δείγμα μας είναι εξαιρετικά μικρό για ισχυρά συμπεράσματα.

*Τα αντιδραστήρια παραχωρήθηκαν από την ASTELLAS Pharmaceuticals AEEVE.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΣΠΟΡΑΔΙΚΗΣ ΜΟΡΦΗΣ ΝΟΣΟΥ CREUTZFELDT - JAKOB

Καζάκος Ν., Νάσης Χ., Παπαδόπουλος Κ., Τσάκας Π., Μπαστάνη Σ.,
Λαγός Ν., Λεπίδα Δ., Ναθαναήλ Χ.

ΜΕΘ Γ.Ν.ΑΡΤΑΣ

Εισαγωγή - Σκοπός: Η νόσος Creutzfeldt - Jakob (v-CJD) είναι μια σπάνια θανατηφόρος νευροεκφυλιστική νόσος που χαρακτηρίζεται από ταχύτατα εξελισσόμενη άνοια και νευρολογική σημειολογία. Η συνηθέστερη μορφή (85-90%) της νόσου, είναι η σποραδική, η οποία παρουσιάζει παγκοσμίως σταθερή επίπτωση, κυμαινόμενη μεταξύ 0,5-1 περιστατικού ανά εκατομμύριο πληθυσμού. Δεν έχουν διαπιστωθεί εξωγενείς παράγοντες επικινδυνότητας. Συγκεκριμένες διατροφικές συνήθειες (χορτοφαγία, κατανάλωση εντοσθίων ή εγκεφάλου ζώων) ή επαγγελματικές ιδιομορφίες (σφαγείς, κρεσώλες, ιατροί) αλλά και γεωγραφικοί παράγοντες δεν επηρεάζουν την συχνότητα της νόσου. Η νόσος έχει άτυπη κλινική εικόνα με μόνο χαρακτηριστικό την ταχεία επιδείνωσή της, χαρακτηριστικές αλλοιώσεις στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (EEG) και την MRI ενώ η διάγνωση ενισχύεται από την παρουσία υψηλού τίτλου πρωτεΐνης 14-3-3. Πάντως η επιβεβαίωση και τεκμηρίωση της διάγνωσης γίνεται μόνο κατόπιν βιοψίας εγκεφάλου.

Υλικό - Μέθοδος: Γυναίκα ηλικίας 78 ετών, διακομίζεται στα ΤΕΠ λόγω ραγδαία επιδεινούμενης συγχυτικοδιεγερτικής κατάστασης από 7ημέρου. Αναφέρεται έναρξη νευρολογικής συμπτωματολογίας από περίπου 2μήνου (παραισθησίες, διαταραχές μνήμης και σταδιακή απώλεια επαφής με το περιβάλλον). Ο αρχικός παρακλινικός έλεγχος χαρακτηρίστηκε φυσιολογικός και αποφασίστηκε η διακομίδή της σε νευρολογική κλινική. Η CT και η απλή MRI εγκεφάλου ανέδειξε εγκεφαλική ατροφία, και το EEG εμφάνισε γενικευμένες περιοδικές εκφορτίσεις (Generalised Periodic Discharges – GPDs) του τύπου των σύγχρονων γενικευμένων αιχμηρόμορφων βραδών κυμάτων συχνότητας 1Hz, τυπικά ευρήματα σποραδικού τύπου v-CJD. Στο μεταξύ η κλινική εικόνα επιδεινώθηκε (ανθεκτικό status epilepticus) με αποτέλεσμα να διασωληνωθεί και να μεταφερθεί στη ΜΕΘ. Στο διάστημα της νοσηλείας της στάλθηκε ENY για έλεγχο επιπέδων πρωτεΐνης 14-3-3, ο τίτλος της οποίας ήταν εξαπλάσιος του ανώτερου φυσιολογικού σε 2 μετρήσεις.

Αποτελέσματα: Η ασθενής παρέμεινε νοσηλευόμενη 36 ημέρες με συνεχή νευρολογική επιδείνωση και κατέληξε από πολυοργανική ανεπάρκεια συνεπεία σπιντικής καταπληξίας. Δεν λήφθηκε βιοψικό υλικό.

Συμπεράσματα: Τα νοσήματα prion (σπογγώδεις εγκεφαλοπάθειες) απαρτίζουν μια σύνθετη ομάδα μεταδιδόμενων, προοδευτικά εξελισσόμενων νευροεκφυλιστικών νοσημάτων, στην οποία περιλαμβάνονται γενετικές - κληρονομικές, επίκτητες και σποραδικές - ιδιοπαθείς μορφές. Στον άνθρωπο έχουν περιγραφεί 5 ασθένειες prion, με αντιπροσωπευτικότερη αυτών τη νόσο CJD. Είναι αναγκαίο να γίνει έγκαιρη και ορθή κλινική διάγνωση της νόσου CJD για να αποκλεισθεί οποιαδήποτε άλλη θεραπεύσιμη παθολογία. Το δημόσιο συμφέρον απαιτεί τη διαφοροποίηση του σποραδικού τύπου από το ποικίλο. Αρχικά χρησιμοποιούμενα για να αποκλείσουν θεραπεύσιμες ασθένειες του εγκεφάλου η MRI και το EEG που στη v-CJD έχει πρωτεύοντα διαγνωστικό ρόλο.

ΤΕΤΑΝΟΣ - ΣΠΑΝΙΟΣ ΜΕΝ ΑΛΛΑ ΥΠΑΡΧΕΙ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΣΤΗ ΜΕΘ ΑΡΤΑΣ

Χρήστου Ελευθερία⁽¹⁾, Μεϊμαρίδου Ζηνοβία⁽²⁾,
Καζάκος Νικόλαος⁽³⁾, Ναθαναήλ Χριστόδουλος⁽⁴⁾

1. ΜΕΘ Γ.Ν.Αρτας,
2. ΜΕΘ Γ.Ν.Αρτας,
3. ΜΕΘ Γ.Ν.Αρτας, 4. ΜΕΘ Γ.Ν.Αρτας

Εισαγωγή-σκοπός: Ο τέτανος, λοιμώδης, μη μεταδοτικό νόσημα δεν απαντάται συχνά σε αναπτυγμένες χώρες λόγω των αποτελεσματικών προγραμμάτων εμβολιασμού. Ωστόσο εξακολουθούν και στη χώρα μας να καταγράφονται σποραδικά κρούσματα, κυρίως σε ηλικιωμένους με ανεπαρκή κάλυψη εμβολίου, σε αγροτικές περιοχές. Η νόσος έχει σημασία να αναγνωρίζεται και να διαφοροδιαγνώσκεται άμεσα καθώς η επιβίωση του ασθενούς εξαρτάται εν πολλοίς από την έγκαιρη εισαγωγή του στη ΜΕΘ και την κατάλληλη αντιμετώπιση. Στην παρούσα μελέτη παρουσιάζεται ένα χαρακτηριστικό περιστατικό αντιμετώπισης ενός κρούσματος τετάνου στη ΜΕΘ Άρτας.

Υλικό - Μέθοδος: Άνδρας 68 ετών από αγροτική περιοχή, κτηνοτρόφος, προσήλθε στο ΤΕΠ του ΓΝ Άρτας λόγω εμπυρέτου και άλγους στο ΑΡ κάτω άκρο αρχικά και επώδυνων μυϊκών συσπάσεων στη συνέχεια που επεκτείνονταν σε όλο το σώμα. Από τη λήψη του ιστορικού επιβεβαιώθηκε μικροτραυματισμός προ 20ημέρου στο πάσχον μέλος (κλειστό τραύμα). Τέθηκε υποψία τετάνου, έγινε αντιτετανικός ορός και εισήχθη στη ΜΕΘ όπου και διασωληνώθηκε λόγω αναπνευστικής ανεπάρκειας από σύσπαση των μαστήριων. Προ της διασωλήνωσής του εμφανίζε χαρακτηριστική κλινική εικόνα (σαρδόνιος γέλωτας, οπισθότονος, τονικοκλονικοί σπασμοί κορμού και άκρων). Μετά τη διασωλήνωσή του τέθηκε σε καταστολή, αναλγησία και μυοχάλαση. Η αρχική αντιβιοτική αγωγή ήταν πενικιλίνη και μετρονιδαζόλη. Η νοσηλεία του ασθενούς διήρκεσε δύο μήνες αφού χρειάστηκε να αντιμετωπιστούν επιπλοκές της νόσου και συνέπειες παρατεταμένης νοσηλείας στη ΜΕΘ (αρρυθμίες, αιμόλυση, ειλεός, VAP και λοίμωξη αιματικής ροής). Κατά διαστήματα έγιναν προσπάθειες εκτίμησης της νευρολογικής εικόνας με απόσυρση καταστολής και μυοχάλασης, όμως εξάλειψη της σπαστικότητας και παρουσία επιπέδου συνείδησης στον ασθενή παρατηρήθηκαν μετά την 47η μέρα νοσηλείας.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής εξήλθε σε καλή γενική κατάσταση, με μη υποβοηθούμενη αναπνοή, πλήρη συνείδηση, ελεγχόμενη αρρυθμία και υπό φυσικοθεραπεία για βελτίωση κινητικότητας. Εμβολιάστηκε κατά του τετάνου για προφύλαξη από μια νέα προσβολή αφού δεν υφίσταται μόνιμη ανοσία από τη συγκεκριμένη νόσο.

Συμπεράσματα: Η έγκαιρη αναγνώριση των χαρακτηριστικών συμπτωμάτων του τετάνου, η προσεκτική λήψη ιστορικού και η άμεση νοσηλεία σε ΜΕΘ μπορούν να αποβούν σωτήριες για ασθενή που προσβλήθηκε από το κλωστηρίδιο. Παρότι στην Ελλάδα ο εμβολιασμός για τον τέτανο ξεκινά από τους πρώτους μήνες της ζωής, παρατηρείται αμέλεια στις αναμνηστικές δόσεις καθώς και άτομα που παραμένουν ανεμβολίαστα. Αμέλεια επιδεικνύουν πολλοί ασθενείς για απλά τραύματα ενώ τέτανος μπορεί να προκύψει και κατόπιν χειρουργικής επέμβασης στο πεπτικό. Είναι επίσης απαραίτητο για τον ιατρικό κόσμο να γνωρίζει και να τηρεί τον αλγόριθμο εμβολίου-ορού για τον τέτανο προκειμένου να αποφεύγεται η υπερκατανάλωση αντιτετανικών ορών σε αντίθεση με το εμβόλιο που παρέχει μεγαλύτερη οικονομία και μακρόχρονη κάλυψη.

ΛΕΠΤΟΣΠΕΙΡΩΣΗ – ΠΟΛΥΟΡΓΑΝΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΕΘ

Μεϊμαρίδου Ζηνοβία(1), Χρήστου Ελευθερία(2),
Καζάκος Νικόλαος(3), Ναθαναήλ Χριστόδουλος(4)

1. ΜΕΘ Γ.Ν.Άρτας, 2. ΜΕΘ Γ.Ν.Άρτας, 3. ΜΕΘ Γ.Ν.Άρτας, 4. ΜΕΘ Γ.Ν.Άρτας

Εισαγωγή – Σκοπός: Η λεπτοσπείρωση είναι μία ζωοανθρωπονόσος που προκαλεί ένα ευρύ φάσμα κλινικών εκδηλώσεων στον άνθρωπο. Ο υπεύθυνος παθογόνος μικροοργανισμός είναι η *leptospira interrogans*. Ιδανικές συνθήκες επιβίωσης της λεπτόσπειρας είναι ένα ζεστό και υγρό περιβάλλον με ουδέτερο έως ελαφρά αλκαλικό νερό. Εισέρχεται στον οργανισμό μέσω του στόματος, της μύτης, του επιπεφυκότα και μέσω των μικροτραυματισμών του δέρματος. Συχνά περιπτώσεις λεπτοσπείρωσης καταλήγουν στη ΜΕΘ λόγω καθυστερημένης προσέλευσης στο νοσοκομείο ή μη έγκαιρης διάγνωσης. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση χαρακτηριστικών περιπτώσεων πολυοργανικής ανεπάρκειας λόγω λεπτοσπείρωσης και η ανάδειξη του ρόλου της ΜΕΘ στο κρίσιμο στάδιο της μηχανικής υποστήριξης.

Υλικό - Μέθοδος: Μελετήθηκαν περιπτώσεις που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ Άρτας, δυο το 2013 και μια το 2009. Καταγράφηκε πλήρες ιστορικό με λεπτομερή συλλογή πληροφοριών για τον πιθανό τρόπο μόλυνσης κάθε ασθενούς, την κατάσταση κατά την εισαγωγή τους, την πορεία και την έξοδό τους από την ΜΕΘ. Συνεκτιμήθηκαν η κλινική κατάσταση των ασθενών, εργαστηριακά και παρακλινικά ευρήματα και APACHE II.

Αποτελέσματα: Ο πρώτος ασθενής, άντρας ηλικίας 35 χρόνων, εξήλθε της ΜΕΘ μετά από τρίμηνη περίπου νοσηλεία σε άριστη συνειδησιακή κατάσταση έχοντας όμως αναπτύξει πολυνευροπάθεια μονάδας (απίσχυση, εξωστόσεις). Κατά την εισαγωγή του βρισκόταν σε πολυοργανική ανεπάρκεια με ίκτερο. Υποβλήθηκε επί ενάμιση μήνα σε αιμοκάθαρση, μεταγγίσεις και κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή. Ο δεύτερος ασθενής, άντρας ηλικίας 73 χρόνων εισήλθε επίσης με ίκτερο και πολυοργανική ανεπάρκεια. Εξήλθε της ΜΕΘ σε καλή γενική κατάσταση μετά από 27 μέρες νοσηλείας και έχοντας υποβληθεί σε αιμοκάθαρση από την πρώτη μέρα νοσηλείας του επί μια εβδομάδα συνεχώς. Αποδισωλπώθηκε την 20η ημέρα. Ο τρίτος ασθενής, γυναίκα ηλικίας 65 χρόνων κατέληξε μετά από 10 ημέρες νοσηλείας συνέπειας σπιντικού shock. Και στις τρεις περιπτώσεις παρατηρήθηκε κατά τη λήψη του ιστορικού ότι η προσβολή από λεπτόσπειρα έγινε κατά την τέλεση εργασιών στο ύπαιθρο πιθανότατα δια της αναπνευστικής οδού στις δύο τελευταίες περιπτώσεις ενώ για την πρώτη περίπτωση υπήρξαν ενδείξεις δήγματος τρωκτικού.

Συμπεράσματα: Αρκετά συχνά η προσβολή από σπειροχαιίτη οδηγεί σε καταστάσεις πολυοργανικής ανεπάρκειας. Η έγκαιρη αναγνώριση του αιτίου και της σταδιακής έκπτωσης λειτουργίας κάθε συστήματος σε συνδυασμό με την συνεχή παρακολούθηση εντός ΜΕΘ μπορούν να αποβούν τελικά σωτήριες για τον ασθενή. Η θεραπεία στη ΜΕΘ είναι καθαρά συμπτωματική και υποστηρικτική με μηχανικό τρόπο (μηχανικός αερισμός, εξωνεφρική κάθαρση) μέχρι να υπάρξει ανταπόκριση στην φαρμακευτική αγωγή. Παρότι καταστάσεις σπιντικού σοκ λόγω λεπτοσπείρωσης δύναται να περιπλάκουν ακόμα περισσότερο από ανθεκτικά μικρόβια εντός ΜΕΘ εντούτοις η νοσηλεία σε ΜΕΘ μπορεί να οδηγήσει σε πλήρη ίαση.

ΤΡΙΑ ΧΡΟΝΙΑ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΑ ΕΙΣΕΡΧΟΜΕΝΩΝ ΚΕΝΤΡΙΚΩΝ ΚΑΘΗΤΗΡΩΝ (PICC'S) ΣΕ ΓΕΝΙΚΗ Μ.Ε.Θ.

Λυγνός Μιχαήλ, Παραμυθιώτου Ελισσάβητ, Καράμπη Σοφία,
Χριστοδουλοπούλου Θεοδώρα, Παπαδομιχελάκης Ευάγγελος,
Αρμαγανίδης Απόστολος.

*2η πανεπιστημιακή Μονάδα Εντατικής Θεραπείας,
Απικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Αθήνα, Ελλάδα.*

Εισαγωγή: Οι PICC χρησιμοποιούνται για να θεραπεύσουμε ασθενείς που λαμβάνουν χημειοθεραπεία, ολική παρεντερική διατροφή, ή παρατεταμένη αντιμικροβιακή θεραπεία. Στη μονάδα εντατικής οι picc 's μπορεί να είναι μια καλή εναλλακτική λύση στη καθιερωμένη χρήση των κεντρικών φλεβικών καθετήρων.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν να περιγράψουμε τους λόγους χρήσης τους όπως και τις επιπλοκές (συμπεριλαμβανομένου και το ποσοστό λοιμώξεων).

Υλικό - Μέθοδος: Αυτή είναι μια αναδρομική μελέτη που διεξήχθη σε γενική μονάδα εντατικής θεραπείας τεταρτοβάθμιου νοσοκομείου 650 κλινών. Όλοι οι ασθενείς που πήραν μέρος στη μελέτη ήταν > 18 ετών, με πιθανή παρατεταμένη παραμονή (> 20 ημέρες), και αιμοδυναμικά σταθεροί. Όλοι οι καθετήρες τοποθετήθηκαν κάτω από υπερηχογραφική καθοδήγηση. Η θέση του καθετήρα επιβεβαιώθηκε μετά με ακτινογραφία θώρακος. Χρησιμοποιήθηκε ένας τύπος καθετήρα 6F 3 αυλών («power PICC»).

Αποτελέσματα: Κατά την διάρκεια της μελέτης πήραν μέρος συνολικά 42 ασθενείς. Μέσος όρος ηλικίας 60,1 έτη (εύρος 18 – 85). Παρατεταμένη αντιμικροβιακή θεραπεία πήρε το μεγαλύτερο ποσοστό (82% των περιπτώσεων). Στους υπόλοιπους ολική παρεντερική διατροφή χορηγήθηκε για κάποιο συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Οι PICC εισήχθησαν στη δεξιά βασιλική φλέβα σε 23 περιπτώσεις (56%), στην αριστερή βασιλική φλέβα σε 8 (19,5%), στη δεξιά βραχιόνιο φλέβα σε 8 (19,5%) και στην αριστερή βραχιόνιο φλέβα σε 3 (5%). Οι καθετήρες picc παρέμειναν στη θέση τους πριν αφαιρεθούν κατά μέσο όρο 15 ημέρες (εύρος 1 – 80 ημέρες). Οι συνολικές καθετρο/ημέρες ήταν 705. Ο λόγος αφαίρεσης των καθετήρων ήταν πιθανή λοίμωξη κεντρικού φλεβικού καθετήρα (CRBSI) (5), επιβεβαιωμένη λοίμωξη σε CRBSI (1), ατυχή αφαίρεση σε (5), θάνατος (7), και τέλος θεραπείας με έξοδο του ασθενή από τη ΜΕΘ (24). Κατά παράδοξο τρόπο καμιά κλινική περίπτωση φλεβίτιδας ή θρόμβωσης δεν παρατηρήθηκε. Το άκρο του καθετήρα στάλθηκε για καλλιέργεια μετά την αφαίρεσή του σε όλες τις περιπτώσεις. Θετικές καλλιέργειες: *Candida tropicalis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterococcus faecalis*. Παρατηρήσαμε μια περίπτωση επιβεβαιωμένης CRBSI, με *E. Faecalis*

Συμπεράσματα: Η εμπειρία μας από τη χρήση των picc έδειξε ότι είναι ασφαλείς και κατάλληλοι για ασθενείς που χρειάζονται παρατεταμένη νοσηλεία στη ΜΕΘ. Το ποσοστό των τοπικών επιπλοκών ήταν μικρό και συγκρίσιμο με άλλες μελέτες. Το ποσοστό των επιβεβαιωμένων CRBSI ήταν μεγαλύτερο σε σύγκριση με την διεθνή βιβλιογραφία. Πρέπει να σημειωθεί ότι για να μπορέσει να διατηρηθεί ο καθετήρας στη θέση του για μεγάλο χρονικό διάστημα χωρίς λοιμώξεις χρειάζεται μεγάλη προσοχή κατά τη χρήση του από το νοσηλευτικό –ιατρικό προσωπικό.

ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΣΤΗ ΒΑΝΚΟΜΥΚΙΝΗ ΣΤΑ ΦΥΛΟΚΚΟΚΩΝ ΚΑΙ ΕΝΤΕΡΟΚΟΚΚΩΝ ΑΠΟΜΟΝΩΘΕΝΤΩΝ ΣΤΗ ΜΕΘ ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΟΡΟΦΟΥΣ ΣΕ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΑΘΗΝΑΣ – ΠΡΟΔΡΟΜΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ

Οικονόμου Χριστίνα⁽¹⁾, Τσιτράς Νικόλαος⁽¹⁾,
Τασόπουλος Γεώργιος⁽¹⁾, Παπαντωνάτος Διονύσιος⁽¹⁾

Α' ΚΕΘ, ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο «Ο Ευαγγελισμός»

Υλικό - Μέθοδος: Η μελέτη διήρκεσε 5 μήνες. Περιλήφθηκαν καλλιέργειες όλων των εισερχόμενων δειγμάτων από τη ΜΕΘ και τις κλινικές. Ο έλεγχος της ευαισθησίας πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του Microscan (M100-S 24) Siemens, σύμφωνα με τους κανόνες του CLSI και επιβεβαιώθηκε με τη μέθοδο E-test.

Ο αρχικός διαχωρισμός των αποτελεσμάτων παρουσιάζεται στον Πίνακα 1

Οι θετικές κ/ες για *Staphylococcus spp*, *Enterococcus spp* είναι 58 στις 291 θετικές κ/ες, ποσοστό 20%.

Η κατανομή των κ/ών με βάση τον μικροοργανισμό και την MIC στη βανκομυκίνη είναι η ακόλουθη:

	MIC (μg/mL) 1 (S)	2 (S)	4 (S)/(I)*
<i>S. aureus</i>	1	2	2
Coagulase negative staphylococci (CNS)	14	31	2
<i>Enterococcus spp</i>	1	2	2

S: sensitive (ευαίσθητο) - I: intermediate (ενδιάμεσο)

*MIC βανκομυκίνης = 4, ερμηνεύεται ως ευαισθησία στους εντεροκόκκους και ενδιάμεση ευαισθησία στους σταφυλοκόκκους.

Αποτελέσματα: Από τους gram (+) κόκκους, οι CNS ευθύνονται για το 20% των βακτηριαμιών - 80% αφορά στη ΜΕΘ- ακολουθεί ο *S. aureus* με 3%. Οι εντεροκόκκοι ευθύνονται για το 4% των θετικών κ/ών ούρων, ενώ στις κ/ες αποστημάτων, τραυμάτων, πύου και λοιπών υλικών οι gram (+) κόκκοι αντιπροσωπεύουν 50%. Τα αποτελέσματα αυτά δεν διαφέρουν από τα επιδημιολογικά δεδομένα που αναμένονται με βάση την προέλευση των δειγμάτων.

Συμπεράσματα: Αν και η κατανομή των MIC της βανκομυκίνης στη χώρα μας δεν έχει προσδιοριστεί επαρκώς, υπάρχουν ενδείξεις ότι αναπτύσσονται πληθυσμοί με συνεχώς αυξανόμενη MIC. Στη μελέτη δεν ανευρέθησαν στελέχη σταφυλοκόκκων ή εντεροκόκκων με υψηλή MIC στη βανκομυκίνη, γεγονός που επιβεβαιώνει τις θεωρήσεις ότι ανθεκτικά στελέχη ανευρίσκονται συνήθως σε μεμονωμένα νοσοκομεία, όπου και διασπείρονται μεταξύ των νοσηλευόμενων. Οι βακτηριακοί πληθυσμοί συχνά είναι ετερογενείς, αποτελούμενοι από στελέχη με μεγάλη διαφορά ευαισθησίας, ώστε κάποια στελέχη να ορίζονται ως ανθεκτικά και άλλα ως ευαίσθητα. Με τις συνήθεις μεθόδους κ/ας οι ετερογενείς πληθυσμοί δεν είναι πάντα διακριτοί. Απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή στη διενέργεια των κ/ών, καθώς συχνά η αντοχή στη βανκομυκίνη δεν επηρεάζει σημαντικά την in vitro δραστηριότητά της (ιδιαίτερα για τους VRE πληθυσμούς). Συμπερασματικά προκύπτει ότι κ/ες πρέπει να λαμβάνονται πριν την αρχική χορήγηση αντιμικροβιακών, ώστε όσο το δυνατόν νωρίτερα να διακόπτεται η εμπειρική θεραπεία, ιδιαίτερα σε σπηκτικούς ασθενείς. Προσοχή χρειάζεται στις θετικές κ/ες με MIC στη βανκομυκίνη >2 μg/mL. Στις περιπτώσεις αυτές συζητείται χορήγηση εναλλακτικής αγωγής. Στενή συνεργασία με το εργαστήριο και επιτήρηση των αντοχών στη βανκομυκίνη είναι ζωτικής σημασίας, ιδιαίτερα για τους βαριά σπηκτικούς ασθενείς της ΜΕΘ, που αποικίζονται συχνότερα ή πάσχουν από λοιμώξεις με πολυανθεκτικά στελέχη, ώστε να μειωθεί η υψηλή αντοχή στα αντιμικροβιακά.

Δείγμα	Καλλιέργειες που εστάλησαν	Θετικές καλλιέργειες	Θετικές για <i>Staphylococcus spp</i> , <i>Enterococcus spp</i>
Αίμα - κεντρικοί καθετήρες	292	116	24
ούρα	300	93	6
τραύμα	32	26	10
βρόγχοι	52	24	3
Πύο-παρακέντηση	5	4	3
απόστημα	3	3	1
Ουρηθρικό	13	7	1
Λοιπά υλικά (ιστοί, μοσχεύματα, ENY, αρθρικό υγρό κ.α.)	130	18	10

ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΗΡΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΘ

Βάκαλος Αριστείδης, Καρυώτης Χρήστος,

ΜΕΘ, Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης.

Εισαγωγή-Σκοπός: Η πνευμονία σχετιζόμενη με αναπνευστήρα (VAP) αποτελεί μία από τις συχνότερες λοιμώξεις σε ΜΕΘ η οποία είναι δυνατόν να επηρεάσει την θνητότητα, την νοσηρότητα και το κόστος νοσηλείας, η οποία ωστόσο θεωρητικά είναι δυνατόν να προληφθεί. Σκοπός της εργασίας είναι η αναδρομική μελέτη παρατήρησης της επίπτωσης της VAP σε ΜΕΘ δευτεροβάθμιου Νοσοκομείου και η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων σε σχέση με τιμή δεικτών ποιότητας: μικρότερη από 18/1000 ημέρες μηχανικού αερισμού.

Υλικό - Μέθοδος: Από Ιανουάριο 2006 έως και Ιούνιο 2014 αναζητήθηκε στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων του τμήματος ο αριθμός των πνευμονιών, με τεκμηριωμένη διάγνωση την απομόνωση του ίδιου μικροοργανισμού σε καλλιέργεια βρογχικού εκκρίματος μέσω προστατευμένου καθετήρα διπλού αυλού και σε ταυτόχρονη θετική αιμοκαλλιέργεια. Από αυτούς, εξαιρέθηκαν οι ασθενείς με διάγνωση εισόδου πνευμονίας κοινότητας και νοσοκομειακής πνευμονίας και οι ασθενείς με εργαστηριακή διάγνωση πνευμονίας την πρώτη ημέρα νοσηλείας. Αναζητήθηκε η ημέρα νοσηλείας εμφάνισης πνευμονίας (D VAP, μέση τιμή), το ποσοστό επεισοδίων ανά διασωληνωμένο ασθενή (% P V), το ποσοστό ανά ημέρες μηχανικού αερισμού (%o VD) και το ποσοστό καταγραφής *Acinetobacter B*, *Pseudomonas A*, *Klebsiella P*, ανά έτος, εξαμηνιαία για το 2014 και συνολικά.

Αποτελέσματα: Βλέπε πίνακα.

Συμπεράσματα: Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης μας, ο μέσος χρόνος νοσηλείας εμφάνισης VAP καταγράφεται αρκετά μεγάλος, άνω των τριών εβδομάδων κατά μέσο όρο για όλα τα έτη. Στο ήμισιο των περιπτώσεων, υπεύθυνος οργανισμός καταγράφεται το *Acinetobacter Baumannii*, με δεύτερο την *Pseudomonas aeruginosa*, ενώ η συχνότητα λοίμωξης από *Klebsiella pneumoniae* διατηρείται χαμηλή. Η επίπτωση της VAP καταγράφεται αρκετά κάτω από το όριο ποιότητας, δεδομένα που συνηγορούν για το ποιοτικό επίπεδο φροντίδας που παρέχεται στην οικεία ΜΕΘ.

	D VAP	% P V	%o V D	% Ac ba	% Ps ae	% Kl pn	% Other
2006	16,25	10,25	9,82	100	0	0	0
2007	18	7,14	6,65	75	0	25	0
2008	25,33	7,31	5,54	33,33	33,33	33,33	0
2009	14,42	10,52	9,91	75	25	0	0
2010	35,5	10,52	8,58	16,66	33,33	16,66	33,33
2011	40,33	6,81	6,06	33,33	50	16,66	0
2012	19,9	10,75	9,37	50	20	0	30
2013	19,25	14,45	9,89	46,66	20	20	13,33
2014	17,28	15,90	10,83	40	30	10	20
Σύνολο	22,44	10,43	8,52	50,76	26,15	12,30	15,39

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΗΡΑ ΣΕ ΜΕΘ

Βάκαλος Αριστείδης, Καρυώτης Χρήστος.

ΜΕΘ, Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης.

Εισαγωγή-Σκοπός: Η πνευμονία σχετιζόμενη με αναπνευστήρα (VAP) αποτελεί μία από τις συχνότερες λοιμώξεις σε ΜΕΘ η οποία είναι δυνατόν να επηρεάσει την θνητότητα, την νοσηρότητα και το κόστος νοσηλείας, η οποία ωστόσο θεωρητικά είναι δυνατόν να προληφθεί. Σκοπός της εργασίας είναι η αναδρομική μελέτη παρατήρησης των δεικτών νοσηλείας, βαρύτητας και έκβασης των ασθενών με VAP και η σύγκριση με τους αντίστοιχους δείκτες του γενικότερου πληθυσμού των ασθενών, σε ΜΕΘ δευτεροβάθμιου Νοσοκομείου.

Υλικό - Μέθοδος: Από Ιανουάριο 2006 έως και Ιούνιο 2014 σύμφωνα με την ηλεκτρονική βάση δεδομένων του τμήματος, νοσηλεύτηκαν στην ΜΕΘ 620 ασθενείς, μέσης ηλικίας (Age) 64.8 έτη, μέσης διάρκειας νοσηλείας (LOS) 14,2 ημέρες, μέσης διάρκειας μηχανικού αερισμού ανά διασωληνωμένο ασθενή (V Days) 12.23 ημέρες, μέσου APACHE II score κατά την εισαγωγή 21,2, προβλεπόμενης θνητότητας Pr Mortality) 38.9 %, καταγεγραμμένης θνητότητας (Actual Mortality) 31.45 % Standardized Mortality Rate (SMR) 0.80. Αναζητήθηκαν οι αντίστοιχοι δείκτες νοσηλείας, βαρύτητας και έκβασης των ασθενών με VAP και του γενικότερου πληθυσμού των ασθενών που αναγράφεται εντός παρένθεσης, ανά έτος, εξαμηνιαία για το 2014 και συνολικά.

Αποτελέσματα: Βλέπε πίνακα.

Συμπεράσματα: Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης μας, οι ασθενείς με VAP είναι όμοιας ηλικίας με τον γενικό πληθυσμό, στους οποίους όμως καταγράφεται, μη στατιστικά σταθμισμένη, μικρή υπεροχή στους δείκτες βαρύτητας, APACHE II score και προβλεπόμενη θνητότητα. Ωστόσο η διαφορά στις ημέρες νοσηλείας και μηχανικού αερισμού καταγράφεται υπερτριπλάσια, ενώ και η σταθμισμένη έκβαση καταγράφεται δυσμενέστερη. Τα δεδομένα μας υποδεικνύουν ότι η πνευμονία σχετιζόμενη με αναπνευστήρα επηρεάζει και επιδεινώνει τους δείκτες νοσηλείας και έκβασης στους ασθενείς της οικείας ΜΕΘ.

	Age	LOS	VD	APACHE	Pr Mort	Ac Mort	SMR
2006	46.25 (55.9)	35.5 (11.6)	30 (10.73)	20.75 (15.6)	32.5 (24.4)	25 (17.7)	0.76 (0.72)
2007	9.66 (67.7)	57.33 (16.1)	28.66 (13.19)	27.66 (19.8)	59.66 (34.6)	0 (18.18)	0 (0.52)
2008	47.33 (67.7)	37.66 (15.4)	26.33 (10.61)	18 (23)	27.66 (45.9)	0 (26.66)	0 (0.58)
2009	56.5 (58.1)	37.33 (13.1)	29.16 (12.28)	18 (17)	31.16 (27.3)	16.66 (25.75)	0.53 (0.94)
2010	71.5 (64)	56.5 (13.6)	52.16 (11.36)	17.83 (18.2)	23.5 (27.6)	50 (25.8)	2.12 (0.93)
2011	65.16 (66.1)	78.83 (14.5)	67 (11.18)	22.16 (21.5)	39 (39.3)	66.66 (24.5)	1.7 (0.62)
2012	70.9 (68.1)	33.4 (12.4)	27.5 (11.46)	24.7 (24.1)	43.7 (46.8)	90 (48.58)	2.05 (1.04)
2013	65.5 (66)	44.91 (15.5)	40.83 (14.54)	25.83 (24.3)	51.5 (49.4)	83.33 (40.2)	1.61 (0.81)
2014	62.28 (66.5)	43.42 (15.7)	38 (14.68)	24.85 (23.9)	50.71 (46.2)	42.85 (36.73)	0.84 (0.79)
Σύνολο	64.15 (64.8)	46.31 (14.2)	38.70 (12.23)	22.78 (21.2)	41.47 (38.9)	54.38 (31.45)	1.31 (0.80)

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΦΛΕΒΙΚΟΥ ΚΑΘΕΤΗΡΑ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΛΟΙΜΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΙΜΑΤΙΚΗΣ ΡΟΗΣ

Κ. Ποντίκης, Α. Παρλάντζα, Ν. Ροβίνα, Μ. Κυριακοπούλου, Α. Κουτσούκου

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Α' Πνευμονολογική Κλινική ΕΚΠΑ, ΝΝΘΑ 'Σωτηρία'

Εισαγωγή-Σκοπός: Οι λοιμώξεις της αιματικής ροής που σχετίζονται με την ύπαρξη κεντρικών φλεβικών καθετήρων (ΛΑΡοΣΚ) αποτελούν τη δεύτερη συχνότερη νοσοκομειακή λοίμωξη στο χώρο της Εντατικής Θεραπείας. Σκοπός της παρούσας, προοπτικής μελέτης παρατήρησης είναι η διερεύνηση συσχετίσεων μεταξύ παραμέτρων που σχετίζονται με την τοποθέτηση του κεντρικού φλεβικού καθετήρα (ΚΦΚ) και της ανάπτυξης λοίμωξης της αιματικής ροής.

Υλικό - Μέθοδος: Συνελέγησαν ερωτηματολόγια, συμπληρωμένα από τους υπεύθυνους επαγγελματίες υγείας (ΕΥ), που αφορούσαν την τοποθέτηση ΚΦΚ μεταξύ 15/05/2012 και 15/10/2012. Επίσης καταγράφηκαν τα αποτελέσματα καλλιέργειών αίματος και άκρων ΚΦΚ κατά την παραμονή των καθετήρων. Η ΛΑΡοΣΚ ορίσθηκε κατά CDC/NHSN. Περιεγράφη η συμμόρφωση των ΕΥ με τις τρέχουσες οδηγίες εισαγωγής ΚΦΚ και συσχετίσθηκαν οι καταγραφείσες παράμετροι με το ενδεχόμενο ανάπτυξης ΛΑΡοΣΚ κατά το χρονικό διάστημα παραμονής του ΚΦΚ. Οι ποιοτικές μεταβλητές συγκρίθηκαν με τις δοκιμασίες Χ² ή Fisher's Exact Test. Για την πολυπαραγοντική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της λογαριθμικής εξάρτησης. Με τη μέθοδο Kaplan-Meier υπολογίσθηκε η πιθανότητα εμπλοκής ΚΦΚ σε ΛΑΡοΣΚ συναρτήσει του χρόνου.

Αποτελέσματα: Κατά τη διάρκεια της μελέτης εισήχθησαν 122 ΚΦΚ σε 58 ασθενείς (Μέση ηλικία 64 έτη, μέσο APACHE II: 21,5). Στο 82,2% των περιπτώσεων η εισαγωγή ήταν απόλυτα σύμφωνη με τις τρέχουσες οδηγίες. Η κύρια αιτία απόκλισης από τις οδηγίες ήταν η παραβίαση της άσηπτης τεχνικής κατά τη γνώμη του εισάγοντος τον ΚΦΚ, η οποία αφορούσε το 13,4% των περιπτώσεων (η συχνότερη αναφορά αφορούσε την ατελή κάλυψη της κλίνης από το αποστειρωμένο πεδίο). Οι 22 από τους 122 ΚΦΚ (18%) ενεπλάκησαν σε ΛΑΡοΣΚ. Στη μονοπαραγοντική ανάλυση (Πίνακας) προγνωστικοί δείκτες εμφάνισης ΛΑΡοΣΚ ήταν η νυκτερινή βράδια τοποθέτησης, η εισαγωγή του ΚΦΚ λόγω επιβεβαιωμένης (προηγηθείσας) ΛΑΡοΣΚ και η ύπαρξη θετικής αιμοκαλλιέργειας κατά την εισαγωγή του ΚΦΚ από στέλεχος *Klebsiella pneumoniae*. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση (Πίνακας), μόνο η ύπαρξη θετικής καλλιέργειας αίματος από στέλεχος *K. pneumoniae*, διατήρησε τη στατιστική συσχέτιση με την ανάπτυξη μεταγενέστερης ΛΑΡοΣΚ.

Μεταξύ των ΚΦΚ, το 60,3% αφαιρέθηκε εντός ΜΕΘ μετά από κατά μέση τιμή (SD) 7,1 (3,1) ημέρες, ενώ το υπόλοιπο 39,7% ακολούθησε τον ασθενή εκτός ΜΕΘ. Μεταξύ των 22 ΚΦΚ που ενεπλάκησαν σε ΛΑΡοΣΚ, ο χρόνος έως τη λοίμωξη ήταν κατά μέση τιμή (SD) 6,6 (4,0) ημέρες. Στην ανάλυση Kaplan-Meier, διαπιστώθηκε ότι ο κίνδυνος εμπλοκής ενός ΚΦΚ σε ΛΑΡοΣΚ υπερέβαινε το 10% μετά την 5η ημέρα παραμονής του καθετήρα.

Συμπεράσματα: Η συμμόρφωση των επαγγελματιών υγείας με τις οδηγίες εισαγωγής των ΚΦΚ στην παρούσα μελέτη ήταν υψηλή, και δεν εξηγεί την επίπτωση ΛΑΡοΣΚ. Ενδεχομένως, μεγαλύτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στη φροντίδα των ΚΦΚ μετά την εισαγωγή τους. Η άμεση προηγηθείσα βακτηριαμμία από στέλεχος *K. pneumoniae*, προβλέπει την επακόλουθη ανάπτυξη λοίμωξης αιματικής ροής σχετιζόμενης με το νέο ΚΦΚ.

Μεταβλητή	Μονοπαραγοντική ανάλυση			Πολυπαραγοντική ανάλυση		
	ΣΛ	95% ΟΑ	τιμή-p	ΣΛ	95% ΟΑ	τιμή-p
Βάρδια τοποθέτησης: Νύκτα vs πρωί /απόγευμα	4,7	1,14-19,4	0,021			
Λόγος τοποθέτησης ΚΦΚ: Επιβεβαιωμένη ΛΑΡοΣΚ vs άλλοι λόγοι	7,66	1,2- 48,97	0,013			
Αποστειρωμένο σεντόνι: μη πλήρης κάλυψη	0,16	0,02-1,22	0,045			
Θετική αιμοκαλλιέργεια κατά την εισαγωγή του καθετήρα	3,13	1,2-8,17	0,016			
Θετική αιμοκαλλιέργεια <i>K.pneumoniae</i> κατά την εισαγωγή του καθετήρα	21,78	2,3-206,25	0,000	15,3	1,43-164,14	0,024

Πίνακας. Προγνωστικοί δείκτες ανάπτυξης λοίμωξης αιματικής ροής σχετιζόμενης με κεντρικό φλεβικό καθετήρα (ΣΛ: Σχετικός λόγος, ΟΑ: Όρια αξιοπιστίας, ΚΦΚ: Κεντρικός Φλεβικός Καθετήρας).

ΠΟΛΥΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΕ ΑΝΟΣΟΚΑΤΕΣΤΑΛΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ

Γράβος Αθανάσιος⁽¹⁾, Μερμίγκης Δημήτριος⁽¹⁾, Κανακάκη Σοφία⁽¹⁾,
Τζανουδάκης Γεώργιος⁽¹⁾, Αβρααμίδου Αλεξάνδρα⁽¹⁾,
Βαγγέλης Σπυρίδων⁽¹⁾, Νοδάρου Αικατερίνη (1), Τσελιώτη Παρασκευή⁽¹⁾,
Κατσιφα Κωνσταντίνα⁽¹⁾, Σακελλαρίδης Κωνσταντίνος⁽¹⁾,
Γραμματικοπούλου Βαρβάρα⁽¹⁾, Βενετούλης Δρόσος⁽¹⁾, Πρεκατές Αθανάσιος⁽¹⁾

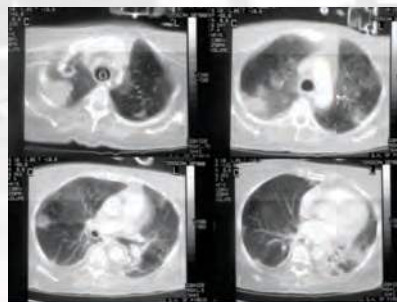
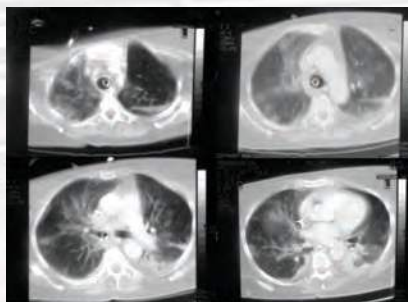
(1) Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Τζάνειο Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά

Εισαγωγή: Παρουσίαση περιστατικού ειδικής λοίμωξης αναπνευστικού σε ανοσοκατεσταλμένο ασθενή.

Υλικό - Μέθοδος: Ασθενής 55 ετών με ιστορικό σκλήρυνσης κατά πλάκας από 35ετίας υπό αγωγή με μεθυλ-πρεδνιζολόνη, εισήχθη σε Πνευμονολογική Κλινική λόγω επιδεινούμενης δύσπνοιας από εβδομάδος με συνοδό ξηρό βήχα και εμπύρετο έως 380 C. Από την κλινική εξέταση παρουσίαζε ταχύπνοια, περιφερική κυάνωση, διάσπαρτους μουσικούς και μη μουσικούς ρόγχους και ήταν αιμοδυναμικά σταθερή. Από την ακτινογραφία θώρακος παρουσίαζε διάσπαρτα διηθήματα άμφω και από τα αέρια αίματος αναπνευστική ανεπάρκεια τύπου I ($PO_2 / FiO_2=85$), ενώ είχε άριστο επίπεδο επικοινωνίας. Από τη CT θώρακος παρουσίαζε πολλαπλά κυψελιδικά διηθήματα άμφω, ιδίως δεξιά (Εικόνα 1). Η ασθενής διασωληνώθηκε λόγω σοβαρής υποξυγοναιμίας και εισήχθη στη ΜΕΘ, όπου ήταν αιμοδυναμικά ασταθής, σε καταστολή και μυοχάλαση λόγω δυσχερούς αερισμού και εμπύρετη έως 380 C. Την 1η ημέρα νοσηλείας υποβλήθηκε σε βρογχοσκόπηση και ελήφθη βρογχοκυψελιδικό έκπλυμα (BAL) προς ταυτοποίηση του παθογόνου μικροοργανισμού, ενώ εστάλη και φαρυγγικό επίχρισμα. Λόγω του ιστορικού της, έλαβε αρχικά εμπειρική αντιμικροβιακή, αντιϊική και αντιμυκητιασική αγωγή με κε-φτριαξόνη, μοξιφλοξασίνη, λινεζολίδη, βορικοναζόλη και οσελαμιβίρη. Την 3η ημέρα νοσηλείας έγινε προσθήκη κοτριμοξαζόλης σε υψηλές δόσεις, βάσει των αποτελεσμάτων του BAL, που ανέδειξαν *Pneumocystis carinii* (PCR), *Aspergillus flavus* και ιό H1N1 στο BAL και στο φαρυγγικό επίχρισμα. Την 5η ημέρα νοσηλείας μετά από κλινική, αιμοδυναμική και αεριομετρική βελτίωση υποβλήθηκε σε νέα CT θώρακος που ανέδειξε διάχυτα κυψελιδικά διηθήματα και πύκνωση με κοιλότητα και υδραερικό επίπεδο στο δεξιό άνω λοβό (Εικόνα 2). Από την 7η ημέρα νοσηλείας διεκόπη η καταστολή και ετέθη σε αυτόματη υποβοηθούμενη αναπνοή πίεσης. Λόγω αδυναμίας απογαλακτισμού από τον αναπνευστήρα την 11η ημέρα υποβλήθηκε σε τραχειοστομία και τη 15η ημέρα η ασθενής ήταν σε αυτόματη αναπνοή ($FiO_2=60\%$) με ικανοποιητική αεριομετρική εικόνα. Την 30η ημέρα νοσηλείας μεταφέρθηκε σε Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας βελτιωμένη αιμοδυναμικά, ακτινολογικά, κλινικά και αεριομετρικά.

Αποτελέσματα: Οκτώ μήνες μετά, η ασθενής βρίσκεται κατ' οίκον χωρίς αναπνευστική ανεπάρκεια και υποβάλλεται σε κίνησιο - φυσικοθεραπεία.

Συμπεράσματα: Από τη βιβλιογραφία διαφαίνεται ότι δεν είναι σπάνια η συνύπαρξη δύο ή και περισσότερων αιτιολογικών παραγόντων σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς. Η θεραπευτική προσέγγιση λοιμώξεων του αναπνευστικού σε αυτούς τους ασθενείς πρέπει να περιλαμβάνει επιθετική τακτική προσδιορισμού του αιτιολογικού παράγοντα με αρχικά ευρεία εμπειρική και κατόπιν στοχευμένη αντιμικροβιακή αγωγή. Η σοβαρότητα της αναπνευστικής ανεπάρκειας δεν πρέπει να είναι ανασταλτικός παράγοντας στη λήψη κατάλληλων δειγμάτων (βρογχικών εκκρίσεων, BAL κ.α) καθώς η αιτιολογική αντιμετώπιση της λοίμωξης πέρα από την συνήθη εντατική υποστηρικτική αγωγή, είναι καθοριστικής σημασίας για την έκβαση των ασθενών αυτών.



ΕΓΚΕΦΑΛΙΤΙΔΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ Η1Ν1 ΜΕ ΟΡΘΟΤΟΠΙΚΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΗΠΑΤΟΣ

ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΠΟΛΥΧΡΟΝΙΔΟΥ, ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΤΖΑΓΚΑΡΑΚΗ,
ΠΡΟΚΟΠΗΣ ΚΥΘΡΕΩΤΗΣ, ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΒΕΛΔΕΚΗΣ

Μ.Ε.Θ. Κ.Α.Α.ΓΝΝΘΑ ΣΩΤΗΡΙΑ

Εισαγωγή-Σκοπός: Από την πανδημία της γρίπης Η1Ν1 του 2009 έχουν αναφερθεί διάφορες νευρολογικές επιπλοκές κυρίως όμως σε παιδιά και εφήβους. Παρουσιάζεται η σπάνια περίπτωση ενήλικα ασθενούς με εγκεφαλίτιδα σχετιζόμενη με γρίπη Η1Ν1

Υλικό - Μέθοδος: Γυναίκα 40 ετών καπνίστρια με χρήση στον παρελθόν εισπνεόμενων ναρκωτικών ουσιών, (διακοπή προ 10ετίας) εισήχθη στην Μ.Ε.Θ. με εμπύρετο λοίμωξη αναπνευστικού από τριήμερο, βήχα και οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια. Κατά την εισαγωγή της εστάλη φαρμαγγικό επίχρισμα για τον ιό Η1Ν1. Στην κλινική εξέταση διαπιστώθηκαν εμπύρετο έως 38 °C, ταχύπνοια (40 αναπνοές/λεπτό), θετικό επίχρισμα για γρίπη Η1Ν1 διάχυτοι μη μουσικοί ρόγχοι άμφω και καλό επίπεδο επικοινωνίας της ασθενούς. Ο εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε λευκοκυττάρωση, αυξημένους τους δείκτες φλεγμονής (CRP, προκαλσιτονίνη), ηλεκτρολύτες ορού, και νεφρική λειτουργία σε φυσιολογικά επίπεδα. Στην αξονική τομογραφία θώρακα διαπιστώθηκαν διάχυτα πυκνωτικά διηθήματα και διάμεσο οίδημα (εικόνα μη καρδιογενούς πνευμονικού οιδήματος). Η ασθενής έλαβε εμπειρική θεραπεία με αντιβιοτικά ευρέως φάσματος και προσθήκη αντιικής αγωγής για πνευμονία κοινότητας. Την 3 ημέρα νοσηλείας η κλινική εικόνα της ασθενούς επιδεινώθηκε με αποτέλεσμα την διασωλήνωση και μηχανική υποστήριξη της. Την δέκατη μέρα νοσηλείας η ασθενής αποσωληνώθηκε, εμφανίζοντας μεταβαλλόμενη ψυχική κατάσταση και σημεία αποπροσανατολισμού.

Αποτελέσματα: Ο απεικονιστικός έλεγχος με αξονική και μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου ανέδειξε στοιχεία ήπιας υπαραχνοειδούς αιμορραγίας στον αριστερό μετωπαίο λοβό, μικρές αποστηματικές βλάβες, και μικρή υποσκληρίδια συλλογή κροταφοβρεγματικά δεξιά. Η οσφυονωτιαία παρακέντηση ανέδειξε φυσιολογικό αριθμό λευκκοκυττάρων, χωρίς παρουσία ερυθρών και φυσιολογικά επίπεδα γλυκόζης και πρωτεϊνών. Στα πλαίσια της διαφοροδιάγνωσης εστάλησαν αντισώματα για αυτοάνοση εγκεφαλίτιδα, αιμοκαλλιέργειες, καλλιέργειες εγκεφαλονωτιαίου υγρού, ορολογικές εξετάσεις για ιούς, μυκόπλασμα, σύφιλη με αρνητικά αποτελέσματα. Την 14 ημέρα της νοσηλείας της η ασθενής λόγω επιδείνωσης της αναπνευστικής της λειτουργίας επαναδιασωληνώθηκε. Πάρεται σε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής και μετά από σταδιακή βελτίωση της κλινικής της εικόνας την 32 ημέρα νοσηλείας αποσωληνώθηκε με πλήρη αποκατάσταση της νευρολογικής της εικόνας.

Συμπεράσματα: Η εγκεφαλίτιδα είναι μια σπάνια νευρολογική επιπλοκή της γρίπης Η1Ν1 στους ενήλικες. Η διάγνωση βασίζεται στην νευρολογική σημειολογία, στα απεικονιστικά ευρήματα του εγκεφάλου, σε συνδυασμό με θετικό φαρμαγγικό επίχρισμα.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΔΕΡΜΑΤΙΚΗΣ, ΡΙΝΟΚΟΓΧΙΚΗΣ ΜΟΥΚΟΡΜΥΚΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕΘ ΧΩΡΙΣ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Καραγιάννης Σπυρίδων, Ζαφειρίδης Τηλέμαχος, Ζησοπούλου Βασιλική,
Παπαμιχάλης Παναγιώτης, Παραφόρος Γεώργιος, Μπαμπαλής Δημήτριος,
Παπαδόπουλος Δημήτριος, Χριστοδούλου Βησσαρίων, Κομνός Απόστολος

ΜΕΘ, Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

Εισαγωγή: Πρόκειται για θήλυ ασθενή, 20 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, η οποία νοσηλευόταν λόγω κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης. Παρουσίαζε πολλαπλές εγκεφαλικές θλάσεις, υποσκληρίδιο αιμάτωμα, διάχυτο εγκεφαλικό οίδημα, τα οποία αντιμετωπίστηκαν με επείγουσα διενέργεια κοιλιοστομίας. Τοποθετήθηκαν ενδοκράνιοι καθετήρες νευροπαραμέτρησης (ICP, Bp_{ti}O₂, Microdialysis) και εισήχθη στη ΜΕΘ. Τέθηκε σε βαθιά καταστολή, αποιδηματική θεραπεία με μανιτόλη και υπέρτονα υγρά, ήπιο υπεραερισμό και εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή με κεφτριαξόνη και κλινδαμυκίνη. Τα επίπεδα σακχάρου διατηρούνταν μεταξύ 140-180mg/dl. Την ένατη ημέρα νοσηλείας, η ασθενής παρουσίασε επιδείνωση του εγκεφαλικού οιδήματος με αύξηση της ενδοκράνιας πίεσης και υποβλήθηκε σε αμφοτερόπλευρη αποσυμπίεστική κρανιεκτομία. Την ημέρα 10 παρουσίασε σοβαρή αιμοδυναμική αστάθεια με μεταβολική οξέωση, η οποία αποδόθηκε σε σπιντική καταπληξία. Απαιτήθηκε ανάνηψη με υγρά και αγγειοσυσπαστικά φάρμακα ενώ η επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας αντιμετωπίστηκε με συνεχή φλεβο-φλεβική αιμοδιαδιήθηση. Σε αναμονή των καλλιιεργειών έγινε τροποποίηση της εμπειρικής αντιμικροβιακής αγωγής σε κολιμυκίνη, λινεζολίδη, λεβοφλοξασίνη και μικαφουγκίνη. Την ημέρα 15, στη φυσική εξέταση διαπιστώθηκε μικρή περιοχή νεκρωμένου δέρματος στο ακρορρίνιο, η οποία αποδόθηκε στη προηγηθείσα αιμοδυναμική αστάθεια. Η παραπάνω περιοχή επεκτάθηκε ταχύτατα και περιέλαβε τμήματα των παρειών, του άνω χείλους και της στοματικής κοιλότητας (βλέπε φωτ 1 και 2). Επίσης κατά την επισκόπηση διαπιστώθηκε σκουρόχρωο υγρό να παροχετεύεται από τις ρινικές θαλάμες. Ακολούθησε λήψη βιοψίας δέρματος, το οποίο στάλθηκε για παθολογοανατομική και μικροβιολογική εξέταση. Κατά την απεικόνιση με αξονική τομογραφία εγκεφάλου, δεν υπήρξαν στοιχεία εμπλοκής των κόλπων. Δύο ημέρες μετά, η ιστολογική εξέταση αποκάλυψε νεκρώσεις και διηθήσεις από υφές μυκήτων των αγγείων του δέρματος. Τέθηκε η διάγνωση της δερματικής, ρινοκογχικής μουκορμύκωσης.



Συμπεράσματα: Η υπονατρίαμια ως δείκτης βαρύτητας της ηπατικής κίρρωσης φαίνεται να αποτελεί και παράγοντα κινδύνου για τη νοσηρότητα μετά τη μεταμόσχευση.

Συζήτηση: Η μουκορμύκωση ή ζυγομύκωση είναι μια απειλητική για τη ζωή μυκητιασική λοίμωξη, η οποία εκδηλώνεται με ποικιλία διαφορετικών συνδρόμων σε ανοσοκατασταλαμένους και σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη που παρουσιάζουν κετοξέωση. Σε ασθενείς με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, οι οποίοι εισάγονται στη ΜΕΘ για κρανιοεγκεφαλική κάκωση, αποτελεί εξαιρετικά σπάνια περίπτωση (ελάχιστα case reports). Η μικαφουγκίνη, ένα αντιμυκητιασικό χωρίς in vitro δραστηριότητα έναντι ζυγομυκήτων, αλλά με βιβλιογραφικές αναφορές για in vivo δραστηριότητα σε συνδυασμό με λιπιδωμιακή αμφοτερικίνη Β, αποδείχθηκε αναποτελεσματικό προφυλακτικό μέτρο. Η ήπια ιατρογενής υπεργλυκαιμία σε συνδυασμό με την μεταβολική οξέωση (λόγω σήψης, ΟΝΑ) πιθανώς να έχουν ρόλο στην αναπαραγωγή περιβάλλοντος που προσομοιάζει αυτό της διαβητικής κετοξέωσης. Να σημειωθεί ότι στην ασθενή προτεήθηκε λιπιδωμιακή αμφοτερικίνη Β την ημέρα 15. Λόγω της ταχύτατης εξέλιξης, δεν κατέστη εφικτός ο χειρουργικός καθαρισμός καθώς διαγνώσθηκε εγκεφαλικός θάνατος.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΚΝΣ ΜΕ ΕΝΔΟΚΟΙΛΙΑΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΔΑΠΤΟΜΥΚΙΝΗΣ

Φώτιος Τσιμπούκας⁽¹⁾, Χρήστος Γεωργιάδης⁽¹⁾, Ελένη Παναγιώτου⁽¹⁾,
Κωνσταντίνος Παπαπέτρου⁽²⁾, Δημήτριος Σφύρας⁽¹⁾

(1) Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και Αυξημένης Φροντίδας,
(2) Νευροχειρουργικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας.

Εισαγωγή - Σκοπός: Οι λοιμώξεις του ΚΝΣ αποτελούν συχνή επιπλοκή σε ασθενείς που φέρουν συσκευές παροχέτευσης του εγκεφαλονωτιαίου υγρού. Η φτωχή συγκέντρωση στο ΕΝΥ για πολλές από τις αντιμικροβιακές ουσίες καθώς και η ύπαρξη πολυανθεκτικών μικροοργανισμών, μειώνουν τις θεραπευτικές επιλογές. Παρουσιάζεται περίπτωση ασθενούς με κοιλιοπεριτοναϊκή βαλβίδα υδροκεφάλου και ανάπτυξη λοίμωξης ΚΝΣ από πολυανθεκτικό Coagulase Negative Staphylococcus, στην οποία χορηγήθηκε ενδοκοιλιακά δαπτομυκίνη.

Υλικό - Μέθοδος: Ασθενής 19 ετών με προηγηθείσα κρανιοεγκεφαλική κάκωση, αμφοτερόπλευρη κρανιεκτομή και μετατραυματικό υδροκέφαλο, μετά την αρχική αντιμετώπιση του υδροκεφάλου με καθετήρες οσφυονωτιαίας και ακολούθως ενδοκοιλιακής εξωτερικής παροχέτευσης, έλαβε κοιλιοπεριτοναϊκή βαλβίδα παροχέτευσης. Την 10η μέρα από την τοποθέτηση παρουσίασε εμπύρετο και ετέθη σε εμπειρική αγωγή με μεροπενέμη και λινεζολίδη. Η γενική εξέταση ΕΝΥ ανέδειξε 25 κύτταρα, χωρίς όμως ανάδειξη μικροοργανισμού από τη gram χρώση και την καλλιέργεια. Η ασθενής συνέχισε να παρουσιάζει διαλείπουσα πυρετική κίνηση και μετά τη συμπλήρωση 14 ημερών αγωγής, ενώ επανειλημμένες καλλιέργειες ήταν στείρες. Παρακέντηση του reservoir της βαλβίδας, 40 ημέρες μετά την τοποθέτησή της, ανέδειξε 570 κύτταρα και gram θετικό κόκκο στο ΕΝΥ. Οι καλλιέργειες τόσο του ΕΝΥ όσο και των αφαιρεθέντων υλικών της βαλβίδας ανέδειξαν Staphylococcus hominis ανθεκτικό στα γλυκοπεπτιδία και τη λινεζολίδη με ευαισθησία στην δαπτομυκίνη και την τιγκεκυκλίνη. Τοποθετήθηκε νέα εξωτερική κοιλιακή παροχέτευση

Αποτελέσματα: Η ασθενής ετέθη σε ενδοφλέβια αντιμικροβιακή αγωγή με δαπτομυκίνη 700 mg (11 mg/kg) και τιγκεκυκλίνη 200 mg καθώς και ενδοκοιλιακή χορήγηση 5 mg δαπτομυκίνης ημερησίως, με ταχεία κλινικοεργαστηριακή ανταπόκριση. Μετά την 11η ημέρα αγωγής, οπότε και σταμάτησε η ενδοκοιλιακή χορήγηση, διενεργήθηκαν μετρήσεις της συγκέντρωσης της δαπτομυκίνης, οι οποίες ήταν για το ΕΝΥ < 0,5 mg/L, όταν οι αντίστοιχες για τον ορό ήταν > 65 mg/L. Η ενδοφλέβια αγωγή συνεχίστηκε για 21 ημέρες, ενώ η ασθενής έλαβε βαλβίδα οσφυοπεριτοναϊκής παροχέτευσης ΕΝΥ 70 ημέρες μετά την αφαίρεση της πρώτης βαλβίδας.

Συζήτηση: Στην περίπτωσή μας η ανθεκτικότητα του μικροοργανισμού οδήγησε στην ενδοκοιλιακή χορήγηση της δαπτομυκίνης. Πλεονεκτήματα της αποτελούν η ταχεία μικροβιοκτόνος δράση χωρίς λύση των κυττάρων και η ικανότητα διείσδυσης στα σχηματιζόμενα biofilms των ξένων σωμάτων. Αν και αναφέρεται ότι στην περίπτωση φλεγμινουσών μηνίγγων δόσεις ενδοφλέβιου φαρμάκου >10 mg/kg μπορούν να πετύχουν ικανή συγκέντρωση στο ΕΝΥ, αυτό δεν αποδείχθηκε στην περίπτωση μας.

Συμπεράσματα: Η ενδοκοιλιακή / ενδοθηκική χορήγηση δαπτομυκίνης μπορεί να αποτελέσει αποτελεσματική επιλογή για την αντιμετώπιση λοιμώξεων του ΚΝΣ από gram θετικούς κόκκους. Περισσότερα δεδομένα απαιτούνται για την εξαγωγή συμπερασμάτων για την αποτελεσματικότητα της ενδοφλέβιας χορήγησης δαπτομυκίνης σε λοιμώξεις του ΚΝΣ.

ΓΡΙΠΗ Α (H1N1) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΟΥΛΙΚΑΚΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ, ΤΣΙΣΠΑΡΑ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ,
ΒΑΡΤΖΕΛΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ, ΖΑΚΚΑ ΜΑΡΙΑ

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ΕΑΝΠ "Μεταξά"

Εισαγωγή- Σκοπός: Τον χειμώνα του 2014 η Ελλάδα επλήγη από επιδημία γρίπης με 145 νεκρούς. Αναλύουμε την εμπειρία μας σε ασθενείς με καρκίνο που νόσησαν από τον 1ο της γρίπης.

Υλικό - Μέθοδος: Αναλύσαμε αναδρομικά τα στοιχεία ασθενών με καρκίνο που νόσησαν από γρίπη και νοσηλεύτηκαν στην ΜΕΘ την περίοδο 2013-14. Η διάγνωση έγινε βάσει συμβατού κλινικού συνδρόμου και θετικού δείγματος φαρυγγικού επιχρίσματος για τον 1ο της γρίπης με τη μέθοδο real time RT-PCR.

Αποτελέσματα: Νοσηλεύσαμε έξι ασθενείς ηλικίας 26-71 ετών, τέσσερις ήταν γυναίκες (Πίνακας 1). Δύο ασθενείς έπασχαν από πολλαπλόν μυέλωμα, τέσσερις από συμπαγείς κακοήθεις όγκους, εκ των οποίων τρεις με μεταστατικό νόσο. Κανείς δεν είχε εμβολιαστεί για την εποχιακή γρίπη, όλοι είχαν λάβει χημειοθεραπεία τις τελευταίες 3 εβδομάδες πριν την εισαγωγή και ένας έλαβε επιπρόσθετα μεταμόσχευση βλαστικών κυττάρων. Κατά την εισαγωγή όλοι παρουσίαζαν αναλογία $PaO_2/FiO_2 < 100$ με αμφοτερόπλευρες πνευμονικές διηθήσεις, δύο ήταν ουδετεροπενικοί. Όλοι έλαβαν οσελαταμβίρη > 48 ώρες μετά από την έναρξη των συμπτωμάτων. Όλοι είχαν θετικό δείγμα φαρυγγικού επιχρίσματος για τον 1ο H1N1rdm09 και υποστηρίχτηκαν με επεμβατικό μηχανικό αερισμό, εμπειρική αντιμικροβιακή κάλυψη και αγγειοσυσπαστικά ή/και ινότεροπα, ενώ τέσσερις έλαβαν επιπλέον κορτικοστεροειδή. Η οσελαταμβίρη δόθηκε σε δόση 150mg/24ωρο και σε δύο ασθενείς η δοσολογία αυξήθηκε σε 300mg/24ωρο. Η νοσηλεία στη ΜΕΘ ήταν 2 έως 45 ημέρες (διάμεσος 5 ημέρες). Η θνητότητα στις 30 ημέρες ήταν 83,3%, ενώ η συνολική θνητότητα ήταν 100%. Όλοι κατέληξαν από λοίμωξη αναπνευστικού και πολυοργανική ανεπάρκεια. Τρεις ασθενείς παρουσίασαν επιλοίμωξη, οι δύο είχαν παροδική κλινική βελτίωση και η μία κατάφερε να λάβει χημειοθεραπεία (βορτεζομίδα και δεξ'γή έως και την δεύτερη ημέρα νοσηλείας οπότε κατέληξε, λαμβάνοντας στοχευμένη αντιμικροβιακή αγωγή.

Συμπεράσματα: Διαπιστώσαμε πολύ υψηλή θνητότητα στους ασθενείς μας σε συμφωνία με μελέτες σε αντίστοιχους πληθυσμούς που ανακοινώνουν θνητότητα έως και 100%. (1,2) Κανένας από τους ασθενείς δεν είχε εμβολιαστεί για την εποχιακή γρίπη, και κανένας δεν έλαβε έγκαιρα θεραπεία με οσελαταμβίρη. Αξιοσημείωτα στην Ελλάδα παρατηρήθηκε έλλειψη εμβολίων την περίοδο 2013-14. Ο έγκαιρος εμβολιασμός αλλά και η ενημέρωση ομάδων υψηλού κινδύνου και επαγγελματιών υγείας, μπορεί να αποτρέψει μελλοντικά μοιραία συμβάματα σε ασθενείς με καρκίνο.

Βιβλιογραφία:

- Hajjar LA1, Mauad T, Galas FR et al. Severe novel influenza A (H1N1) infection in cancer patients. Ann Oncol. 2010 Dec;21(12):2333-41
- Snyder E, Cardenas-Turanzas M, Perego C et al. Respiratory failure in cancer patients with influenza A (H1N1) is associated with poor prognosis. Critical Care 2011, 15(Suppl 1) : P222 doi:10.1186/cc9642

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά και θεραπευτικές παρεμβάσεις σε καρκινοπαθείς με τον 1ο της γρίπης που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ το διάστημα 2013-2014

ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΣΥΝΟΛΟ n=6 (100%)	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΣΥΝΟΛΟ n=6 (100%)
Γυναίκες	4 (66,7%)	Αιμοπετάλια κατά την εισαγωγή (*1000 /μl)	18 [^] (5-232)
Ηλικία	53,5 [^] (26-71)	Οξεία Νεφρική Βλάβη κατά την εισαγωγή	3(50%)
Συνοδά Νοσήματα		Προσβεβλημένα τεταρτημόρια σε α/θώρακος κατά την εισαγωγή	3 [^] (3-4)
Αυτοάνοσα Νοσήματα	1(16,7%)	Λήψη ινότερων / αγγειοσυσπαστικών στη ΜΕΘ	6 (100%)
Υπέρταση	2 (33,3%)	Χορήγηση κορτικοειδών στη ΜΕΘ	4(66,7%)
Σύνδρομο Fanconi	1(16,7%)	Χορήγηση IgG ανοσοσφαιρίνης στη ΜΕΘ	1(16,7%)
Αιματολογική Κακοήθεια	2 (33,3%)	ARDS στη ΜΕΘ	5(83,3%)
Κακοήθεια συμπαγών οργάνων	4 (66,7%)	Οξεία Νεφρική Βλάβη στη ΜΕΘ	5(83,3%)
Charlson Comorbidity Index	5,5 [^] (2-8)	Οξεία Ηπατική Βλάβη στη ΜΕΘ (>10*UNL #τρανσαμινασών)	1(16,7%)
APACHE II με τιμές εισαγωγής	26 [^] (17-34)	Διάρκεια νοσηλείας στη ΜΕΘ σε ημέρες	5 [^] (2-45)
SOFA	13 [^] (11-16)		
SAPSI	54,5 [^] (39-60)		
Υπο ινότεροπα /αγγειοσυσπαστικά στην εισαγωγή	3(50%)		
PaO2/FiO2 κατά την εισαγωγή	62,7 [^] (42,7-84,1)		
Αιματοκρίτης (%) κατά την εισαγωγή	24,45 [^] (17,8-42,1)		
Λευκά αιμοσφαίρια (/μl) κατά την εισαγωγή	3070 [^] (10-18740)		

[^] Η τιμή εκφράζει τη διάμεσο. Εντός παρενθέσεως βρίσκεται το εύρος τιμών
ARDS: Σύνδρομο Οξείας Αναπνευστικής Δυσχέρειας των ενήλικων
UNL: ανώτερο φυσιολογικό όριο

Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΩΝ ΓΡΑΜΜΩΝ ΣΤΙΣ ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (ΜΕΘ)

Μαρίνος Χατζής, Παναγιώτα Γκιώνη, Γεώργιος Νικήτας, Παναγιώτης Κούτρας,
Ευστράτιος Μάινας, Μεταξία Παπανικολάου, Στυλιανός Καρατζάς

ΓΝΑ Ιπποκράτειο, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

Εισαγωγή-Σκοπός: Η τοποθέτηση αρτηριακής γραμμής είναι ζωτικής σημασίας σε μια ΜΕΘ, τόσο για την αιμοδυναμική παρακολούθηση των ασθενών όσο και για τη λήψη αρτηριακού δείγματος για έλεγχο των αερίων του αίματος. Θεωρήσαμε στη βάση ενδείξεων ότι η ακολουθούμενη στρατηγική και τακτική των ελληνικών ΜΕΘ στο θέμα που αφορά τις αρτηριακές γραμμές είναι ασαφείς. Στόχος της μελέτης ήταν η διερεύνηση της πρακτικής που ακολουθείται στη διαχείριση των αρτηριακών γραμμών στις ελληνικές ΜΕΘ και η σύγκρισή της με τη διεθνή πρακτική και τα δεδομένα της διεθνούς βιβλιογραφίας.

Υλικό - Μέθοδος: Τα υλικά μας προέκυψαν από τηλεφωνική έρευνα με τη χρήση λεπτομερούς ερωτηματολογίου που διενεργήθηκε από τον Ιούλιο του 2014 μέχρι τον Σεπτέμβριο του 2014. Ανταποκρίθηκαν θετικά υπεύθυνοι ιατροί από 41 ΜΕΘ. Από αυτές 24 εδρεύουν σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη και οι υπόλοιπες 17 στην επαρχία. Από το σύνολο των ΜΕΘ οι 7 ανήκουν στον ιδιωτικό τομέα. Το ερωτηματολόγιο εστίαζε τόσο στον τρόπο τοποθέτησης της αρτηριακής γραμμής όσο και σε θέματα διαχείρισης μετά την τοποθέτηση και αναγνώρισής της ως εστία λοίμωξης.

Αποτελέσματα: Μόνο το 12,2% των ελληνικών ΜΕΘ εφαρμόζει πλήρως τις οδηγίες του Centers of Disease Control and Prevention (CDC)¹ που αφορούν την τοποθέτηση και διαχείριση των αρτηριακών καθετήρων. Οι υπόλοιπες διαφοροποιούνται τόσο στην τακτική τοποθέτησης όσο και στην τακτική διαχείρισης. Το 75,6% δεν ακολουθεί τους κανόνες αντισηψίας κατά την τοποθέτηση και το 61% προβαίνει σε αλλαγή κυκλωμάτων μετά την πάροδο 96 ωρών. Επιπλέον το 78% των ερωτηθέντων δεν αναγνωρίζει την αρτηριακή γραμμή ως πιθανή εστία λοίμωξης.

Συμπεράσματα: Ένα πολύ μικρό ποσοστό των ελληνικών ΜΕΘ (12,2%) συμμορφώνεται με τις οδηγίες του CDC που αφορούν τους αρτηριακούς καθετήρες. Πιθανή εξήγηση αποτελεί το γεγονός ότι μόνο το 22% των ιατρών αναγνωρίζει την αρτηριακή γραμμή ως πιθανή εστία λοίμωξης. Τα δεδομένα της διεθνούς βιβλιογραφίας, που έχουν ενσωματωθεί στις κατευθυντήριες γραμμές του 2011, καθώς και μια πρόσφατη μετα-ανάλυση² αναδεικνύουν ότι οι αρτηριακοί καθετήρες αποτελούν σημαντική πηγή αιματικής λοίμωξης και συνεπώς θα πρέπει η διαχείρισή τους να συμμορφώνεται με τις οδηγίες του CDC.

Βιβλιογραφία: 1. O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. Am J Infect Control 2011;39(Suppl. 1):S1-S34

2. O'Horo JC, Maki DG, Krupp A et al. Arterial Catheters as a Source of Bloodstream Infection :A Systematic Review and Meta-Analysis. Crit Care Med 2014 June;42(6):1334-9

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΓΡΙΠΗ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ ΣΕ Μ.Ε.Θ

Καραγιάννης Σπύρος, Καραθάνου Αντιγόνη, Αρβανίτη Κωστούλα, Νικολάου Χαρίκλεια, Βλαχογιάννη Γλυκερία, Τασιούδης Πολυχρόνης, Κουκουμπάνη Τριανταφυλλιά, Ανίσσογλου Σουζάνα, Μιχελίδου Σοφία, Κυδώνα Χριστίνα, Νάγκυ Εύα -Οτίλια, Αρχοντογιώργης Κωνσταντίνος, Γαβαλά Αλεξάνδρα, Φραντζεσκάκη Φραντζέσκα, Γκιώνη Παναγιώτα, Παπαδομιχελάκης Ευάγγελος, Μυριανθεύς Παύλος.

Τομέας Πρόληψης και Αντιμετώπισης Λοιμώξεων, ΕΕΕΘ

Εισαγωγή - Σκοπός: Η εποχική γρίπη μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές επιπλοκές και ανάγκη νοσηλείας σε ΜΕΘ με αποτέλεσμα αυξημένη θνητότητα. Η έλλειψη εμβολιασμού και η μη έγκαιρη χορήγηση αγωγής σε ασθενείς με συνυπάρχοντα νοσήματα αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που οδηγούν σε ανάγκη νοσηλείας σε ΜΕΘ. Σκοπός ήταν η καταγραφή των χαρακτηριστικών των ασθενών που νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ με γρίπη (H1N1) σε χρονικό διάστημα 4 μηνών (Ιανουάριος - Απρίλιος 2014)

Υλικό - Μέθοδος: Αναδρομική καταγραφή των δημογραφικών, κλινικών, εργαστηριακών και επιδημιολογικών δεδομένων των ασθενών με γρίπη κατά την εισαγωγή στις ΜΕΘ.

Αποτελέσματα: Σε σύνολο 1248 εισαγωγών σε 15 ΜΕΘ ενηλίκων της χώρας (140 κλίνες), 61 ασθενείς (4.9%) εισήχθησαν με αναπνευστική ανεπάρκεια και εργαστηριακά επιβεβαιωμένη γρίπη (Pasteur) από τους οποίους, 6 παρέμειναν σε αυτόματη αναπνοή με μηχανική υποστήριξη (ΜΕΜΑ). Οι 34 ήταν άνδρες (55.7%), όλοι Καυκάσιοι (60 Έλληνες) με μέση ηλικία 60.4 ± 1.7 έτη. Από αυτούς 1 προερχόταν από οίκο ευγηρίας και 1 από φυλακή. Είκοσι (32.8%) ήταν καπνιστές (τουλάχιστον 20 τσιγάρα /ημέρα) και μόνο 3 είχαν εμβολιαστεί (4.9%, ο ένας απεβίωσε). Τα συχνότερα συνυπάρχοντα νοσήματα ήταν υπέρταση 50.8%, ΧΑΠ-Άσθμα 32.8%, σακχαρώδης διαβήτης 26.2%, ψυχιατρικά νοσήματα 16.4%, στεφανιαία νόσος 9.8%, άλλα καρδιολογικά 14.8%. Το βάρος σώματος ήταν 89.6 ± 3.4 kg, με ιδανικό βάρος 64.4 ± 1.4 kg. Η διάρκεια των συμπτωμάτων ήταν 5.5 ± 0.6 (εύρος 0-21) και η έναρξης της θεραπείας ήταν 1.5 ± 0.3 (εύρος 0-9) ημέρες πριν την εισαγωγή στη ΜΕΘ. Κατά την εισαγωγή 5 ασθενείς είχαν χολερυθρίνη > 2.0 mg/dl, 16 είχαν τριψήφιες τρανσαμινάσες (>100 U/L), 23 είχαν CPK > 500 U/L, 7 ασθενείς είχαν εγκατεστημένη οξεία νεφρική βλάβη (Cr $> 1,5$ mg/dl), 8 ασθενείς είχαν θρομβοπενία (<100.000 /mm³), 8 ασθενείς σοβαρή αναιμία ($<30\%$) και 23 υπερκαπνία (>45 mmHg). Το APACHE II και το SOFA ήταν 18.2 ± 1.0 και 8.1 ± 0.4 αντίστοιχα. Οι παράμετροι της μηχανικής υποστήριξης και ο εργαστηριακός έλεγχος φαίνονται στον πίνακα 1

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ λόγω γρίπης ήταν υπέρβαροι, με συνυπάρχοντα νοσήματα, που δεν εμβολιάστηκαν κατά 95%, με καθυστερημένη έναρξη αντιικής αγωγής και βαριά αναπνευστική ανεπάρκεια που αντιμετωπίστηκε με μηχανική υποστήριξη της αναπνοής και τις δέουσες συνθήκες αερισμού.

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά των 61 ασθενών κατά την εισαγωγή στη ΜΕΘ.

PaO ₂ /FiO ₂	Tv (ml /kg)	RR /min	PEEP cmH ₂ O	pH
138.2 ± 11.1	7.2 ± 0.2	19.2 ± 0.8	9.8 ± 0.5	7,36 ± 0.01
PaCO ₂	HCO ₃	ToC	Ht (%)	WBCs /mm ³
45.7 ± 1.7	25.8 ± 0.6	37.4 ± 0.2	36.4 ± 0.9	9,599 ± 830.2
PLTs /mm ³	Na ⁺ (mmol /L)	CPK (U /L)	LDH (U /L)	SGOT (U /L)
201,717 ± 12,578	136.7 ± 0.8	1146 ± 437.2	863.9 ± 94.6	237.6 ± 103.5
SGPT (U /L)	Cr (mg /dl)	Bili (mg /dl)	CRP (mg /dl)	D-dimers (μg /L)
134.4 ± 53.2	1.2 ± 0.1	0.8 ± 0.1	117.5 ± 25.5	10.79 ± 2.17

ΕΚΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΓΡΙΠΗ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ ΣΕ Μ.Ε.Θ

Σακαγιάνη Κατερίνα, Μουλούδη Ελένη, Λαμπίρη Κλαίρη, Θεοδώρου Βάσω,
Γαβαλά Αλεξάνδρα, Παραμυθιώτου Ελισάβετ, Κυπαρίσση Αικατερίνη,
Ζησοπούλου Βασιλική, Κόκορης Ιωάννης, Πασβάντη Χρυσούλα, Νικολάου Χαρίκλεια,
Αιμονιώτου Ελένη, Χάσου Ελευθερία, Τσιόκα Αγορίτσα, Παπαγεωργίου Ειρήνη,
Καίσαρης Ανδρέας, Παπαδομικελάκης Ευάγγελος, Μυριανθεύς Παύλος

Τομέας Πρόληψης και Αντιμετώπισης Λοιμώξεων, ΕΕΕΘ

Εισαγωγή-Σκοπός: Η εποχική γρίπη με ανάγκη νοσηλείας σε ΜΕΘ έχει αυξημένη θνητότητα λόγω σοβαρών επιπλοκών και ανάπτυξη πολυοργανικής δυσλειτουργίας. Σκοπός ήταν η καταγραφή της πορείας και της έκβασης των ασθενών

Υλικό - Μέθοδος: Αναδρομική καταγραφή των δημογραφικών, κλινικών και επιδημιολογικών δεδομένων, της αντιμετώπισης, της εξέλιξης και της έκβασης των ασθενών που νοσηλεύτηκαν με γρίπη (H1N1) σε Ελληνικές ΜΕΘ.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 61 ασθενείς (4.9% των εισαγωγών) από 15 ΜΕΘ με εργαστηριακά επιβεβαιωμένη γρίπη από τους οποίους 34 ήταν άνδρες (55.7%), με μέση ηλικία 60.4 ± 1.7 έτη. Έξι ασθενείς παρέμειναν σε αυτόματη αναπνοή με μηχανική υποστήριξη (ΜΕΜΑ) ενώ οι υπόλοιποι ήταν διασωληνωμένοι σε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής. Η βαρύτητα της νόσου όπως μετρήθηκε στην εισαγωγή στη ΜΕΘ με το APACHE II και το SOFA ήταν 18.2 ± 1.0 8.1 ± 0.4 αντίστοιχα. Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 15.5 ± 1.6 ημέρες (1 – 59 ημέρες). Από τους 61 ασθενείς, οι 12 (19.7%) τραχειοστομήθηκαν την 15.8 ± 1.6 ημέρα. Σε όλους χορηγήθηκε Oseltamivir 150 mg πρωί – βράδυ για 8.6 ± 0.5 ημέρες. Κύριες επιπλοκές ήταν: ARDS 70.5%, σοκ 59.1%, σηπτικό σοκ 50.8%, πνευμονία 45.9%, οξεία νεφρική βλάβη 36.1% (3 ασθενείς είχαν ανάγκη υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας), επιλοιμώξεις 37.7%, ραβδομύωση 21.3%, καρδιακή ανεπάρκεια 14.8%, νευρολογικές επιπλοκές 11.5%, οξύ στεφανιαίο σύνδρομο 3,3%, περικαρδίτιδα 3,3%. Δεκαέξι ασθενείς (26.2%) είχαν σύνδρομο πολυοργανικής δυσλειτουργίας (≥ 3 οργάνων) από τους οποίους 12 (75%) απεβίωσαν. Η θνητότητα ήταν 34.4% (21/61) με προβλεπόμενη $32.8 \pm 2.8\%$. Από αυτούς, οι 12, είχαν σύνδρομο πολυοργανικής δυσλειτουργίας, 4 απεβίωσαν λόγω βαριάς αναπνευστικής ανεπάρκειας και 5 λόγω μη αναπνευστικών αιτιών. Η θνητότητα των ανδρών ήταν 26.5% (9/34) και των γυναικών 44,4% (12/27) [$\chi^2 = 0.1796$, RR = 1.679 (εύρος = 0.8326 - 3.386), odds ratio = 2.222 (εύρος = 0.7579 - 6.516)].

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ λόγω γρίπης είχαν την αναμενομένη θνητότητα με βάση την βαρύτητα της νόσου κατά την εισαγωγή και παρά τις σοβαρές επιπλοκές της νόσου που ανέπτυξαν. Παρατηρήθηκε αυξημένη θνητότητα στις γυναίκες που δεν ήταν στατιστικά σημαντική κάτι που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΡΟΚΑΛΣΙΤΟΝΙΝΗΣ ΟΡΟΥ ΣΤΗΝ ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΜΥΚΗΤΑΙΜΙΑΣ ΑΠΟ ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Ε. Αγγελόπουλος, Α. Θεοδωροπούλου, Ε. Μπαρμπούτη, Ε. Περιβολιώτη,
Σ. Τσαούση, Σ. Ζακυνθινός, Χ. Ρούτσου

*Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο 'ο
Ευαγγελισμός', Αθήνα*

Εισαγωγή-Σκοπός: Η έγκαιρη διάκριση μεταξύ μυκηταιμίας και βακτηριαμίας σε ασθενείς με κλινική εικόνα σήψης είναι δύσκολη χωρίς την μικροβιολογική επιβεβαίωση. Η προκαλσιτονίνη (PCT) ορού χρησιμοποιείται σαν βιοχημικός δείκτης βακτηριακής λοίμωξης. Επί πλέον, η μη ειδική C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP) και η λευκοκυττάρωση συνεκτιμώνται σαν δείκτες. Εξετάσαμε εάν η PCT, η CRP και ο αριθμός των λευκών μπορούν να διακρίνουν την μυκηταιμία από την βακτηριαμία στους ασθενείς ΜΕΘ με κλινική εικόνα σήψης, πριν γνωστοποιηθεί η μικροβιολογική διάγνωση.

Υλικό - Μέθοδος: Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν ασθενείς ΜΕΘ με κλινικά σημεία συνδρόμου συστηματικής φλεγμονώδους αντίδρασης οι οποίοι ανέπτυξαν μικροβιολογικά επιβεβαιωμένη μυκηταιμία ή βακτηριαμία και είχαν ταυτόχρονη μέτρηση PCT και CRP κατά την ημέρα (± 1) της λήψης της θετικής αιμοκαλλιέργειας. Καταγράφονταν δημογραφικά χαρακτηριστικά, η διαγνωστική κατηγορία, η βαρύτητα της νόσου (SOFA score), ο αριθμός λευκών, τα επίπεδα PCT και CRP και το αποτέλεσμα της θετικής αιμοκαλλιέργειας.

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν 35 ασθενείς (24 άνδρες), ηλικίας 59 ± 16 έτη, με SOFA score εισόδου στη ΜΕΘ 8 ± 4 . Σε 24 από αυτούς διεγνώστη μυκηταιμία και σε 11 βακτηριαμία. Η μέση τιμή της PCT ήταν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη στους ασθενείς με μυκηταιμία σε σύγκριση με τους ασθενείς με βακτηριαμία (0.8 ± 1.6 $\mu\text{g/l}$ έναντι 1.9 ± 2.2 $\mu\text{g/l}$ αντίστοιχα, $p = 0.04$). Επίσης, στη μυκηταιμία ο αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων ήταν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερος σε σύγκριση με την βακτηριαμία (11.700 ± 5.850 έναντι 20.000 ± 11.600 , $p = 0.02$) ενώ η τιμή CRP δεν διέφερε σημαντικά (9.6 ± 8.2 έναντι 15.7 ± 9.2 , $p = 0.1$).

Συμπεράσματα: Χαμηλή τιμή PCT σε ασθενείς ΜΕΘ με κλινική εικόνα σήψης είναι περισσότερο πιθανό να υποδεικνύει μυκηταιμία παρά βακτηριαμία, ως εκ τούτου, μία χαμηλή τιμή PCT μπορεί να έχει κλινική χρησιμότητα στη διαγνωστική προσέγγιση ασθενών με υψηλό κίνδυνο μυκηταιμίας για την έγκαιρη έναρξη αντιμυκητιασικής αγωγής.

ΦΟΡΕΙΑ ΑΝΘΕΚΤΙΚΩΝ ΜΙΚΡΟΒΙΩΝ ΣΕ ΟΡΘΙΚΟ ΕΠΙΧΡΙΣΜΑ ΚΑΙ ΒΡΟΓΧΙΚΕΣ ΕΚΚΡΙΣΕΙΣ, ΣΤΟΥΣ ΕΙΣΑΓΟΜΕΝΟΥΣ ΣΕ Μ.Ε.Θ.: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΣΥΝΕΧΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ

ΙΩΑΝΝΗΣ ΝΤΕΒΕΣ⁽¹⁾, ΕΥΘΥΜΙΑ ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΥ⁽¹⁾,
ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΚΑΝΑΒΟΥ⁽¹⁾, ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΔΗΜΟΥΛΑ⁽¹⁾,
ΧΑΡΙΚΛΕΙΑ ΝΙΚΟΛΑΟΥ⁽¹⁾

(1) Γ.Ν.ΝΕΑΣ ΙΩΝΙΑΣ-ΠΑΤΗΣΙΩΝ "ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ"
- ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Εισαγωγή-Σκοπός: Η μελέτη της φορείας ανθεκτικών μικροβίων σε ασθενείς που εισάγονται σε Μ.Ε.Θ., μπορεί να είναι χρήσιμο εργαλείο πρόγνωσης νέου αποικισμού ή λοίμωξης από αντίστοιχα μικρόβια κατά την συνέχεια της νοσηλείας, καθώς και κατάλληλης καθοδήγησης της εμπειρικής αντιμικροβιακής αγωγής. Στην παρούσα μελέτη, διερευνάται αυτός ο ρόλος, καθώς και διάφοροι παράγοντες που δυνατόν προδιαθέτουν στην εμφάνιση φορείας.

Υλικό - Μέθοδος: Αξιοποιήθηκαν δεδομένα συνεχούς καταγραφής φορείας σε ορθικό επίχρισμα και βρογχικές εκκρίσεις από 72 ασθενείς, που εισήχθησαν και παρέμειναν ≥ 7 ημέρες στη Μ.Ε.Θ. του Νοσοκομείου μας κατά το διάστημα 12/2013 έως και 7/2014. Στο ορθικό επίχρισμα, εξετάστηκαν οι τύποι αντοχής KPC/CRE, ESBL και VRE. Στα δείγματα βρογχικών εκκρίσεων διενεργήθηκαν καλλιέργειες και στα αντιβιογράμματα χαρακτηρίστηκαν τα μικρόβια ως MDR, XDR είτε PDR. Ακολούθησε στατιστική ανάλυση.

Αποτελέσματα: Το ποσοστό της θετικής φορείας ανθεκτικών μικροβίων σε ορθικό επίχρισμα ανήλθε σε 33,3% των ασθενών, με βασικούς τύπους αντοχής τους KPC/CRE(+) και ESBL(+), ενώ στις βρογχικές εκκρίσεις το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 37,5%, με πρώτα σε συχνότητα ανθεκτικά στελέχη *Pseudomonas aeruginosa* και *Acinetobacter baumannii*. Σε μονοπαραγοντική ανάλυση, η ορθική φορεία αναδείχθηκε συχνότερη σε ασθενείς με διάσπαση δερματικών και βλεννογονικών φραγμών, ενώ η βρογχική φορεία συνδέθηκε με προηγούμενη παρουσία ελκών εκ κατακλίσεως, καθώς και με παρατεταμένους χρόνους μηχανικού αερισμού και κεντρικού φλεβικού καθετηριασμού κατά τις νοσηλείες στο τμήμα προέλευσης. Κατά την εξέλιξη της νοσηλείας στη Μ.Ε.Θ., η θετική φορεία εισαγωγής συνδέθηκε με αυξημένη συχνότητα ανάπτυξης νέας λοίμωξης ή νέου αποικισμού από αντίστοιχο μικροβιακό στέλεχος, αλλά η συσχέτιση ήταν ασθενής. Καρβαπενέμες χορηγήθηκαν εμπειρικά από την αρχή της νοσηλείας στο 69,2% των ασθενών εκείνων που, όπως εκ των υστέρων αποδείχθη μικροβιολογικά, ήταν ήδη φορείς KPC/CRE(+) κατά την εισαγωγή τους.

Συμπεράσματα: Σημαντικό ήταν το ποσοστό της θετικής φορείας και στα δύο είδη δειγμάτων που εξετάστηκαν. Λίγοι μόνο από τους διεθνώς αναφερόμενους παράγοντες που προηγουμένως θετική φορεία εισαγωγής κατέστη δυνατόν να τεκμηριωθούν στατιστικά στην παρούσα μελέτη. Η συσχέτιση θετικής φορείας στην εισαγωγή με επακόλουθη ανάπτυξη αντίστοιχης, αιτιολογικά, νέας λοίμωξης είτε νέου αποικισμού, ήταν ασθενής. Υψηλό είναι το ποσοστό της εμπειρικής αρχικής χρήσης καρβαπενεμών γενικά, αλλά και ειδικότερα σε ασθενείς που εκ των υστέρων αποδείχθηκε ότι έφεραν ανθεκτικά σε αυτές μικρόβια. Πιθανολογείται ότι με την συνέχιση και βελτίωση της διαδικασίας της καταγραφής και της ανάλυσης θα αναδειχθούν περισσότερες και ισχυρότερες συσχετίσεις.

TRICHOSPORON SPP: ΕΝΑΣ ΝΕΟΣ ΓΝΩΡΙΜΟΣ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Κατσιάρη Μαρία⁽¹⁾, Μπατιάνη Πολυξένη⁽¹⁾, Καναβού Αγγελική⁽¹⁾,
Δημουλά Αικατερίνη⁽¹⁾, Πετροπούλου Κωνσταντίνα⁽¹⁾, Ρούσου Ζωή⁽²⁾,
Πλατσούκα Ευαγγελία⁽²⁾, Μαγκίνα Ασημίνα⁽¹⁾

(1) ΜΕΘ και (2) Μικροβιολογικό Τμήμα Κωνσταντιπούλειου ΓΝ Ν.Ιωνίας

Εισαγωγή: Τα είδη *Trichosporon* ανήκουν στους ζυμομύκητες. Είναι ευρέως διαδεδομένα στη φύση και στο περιβάλλον και θεωρούνται μέλη της φυσιολογικής χλωρίδας του ανθρώπου. Συνήθως αποτελούν αίτια ευκαιριακών λοιμώξεων σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς και σχετίζονται με υψηλή θνητότητα.

Σκοπός: Διαχρονική καταγραφή απομονωθέντων στελεχών *Trichosporon* σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς νοσηλευόμενους σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ).

Υλικό - Μέθοδος: Αναδρομική μελέτη αρχείου ασθενών που νοσηλεύθηκαν στη ΜΕΘ του νοσοκομείου μας κατά τα έτη 2007-2014 και καταγραφή απομονωθέντων στελεχών *Trichosporon*. Κατεγράφησαν δημογραφικά στοιχεία ασθενών, παράγοντες κινδύνου, in vitro ευαισθησία σε αντιμυκητιασικά φάρμακα και έκβαση ασθενών.

Αποτελέσματα: Ο πληθυσμός της μελέτης μας περιελάμβανε 13 ασθενείς με μέση ηλικία 66 ± 9 έτη και APACHE II $18,77 \pm 7,64$, οι οποίοι στην πλειοψηφία τους (69%) αποτελούσαν παθολογικά περιστατικά. Όλοι οι ασθενείς έφεραν τουλάχιστον έναν κεντρικό φλεβικό καθετήρα και ευρίσκονταν υπό μηχανικό αερισμό. Σχετικά με παράγοντες κινδύνου, 4 εμφάνιζαν σακχαρώδη διαβήτη, 2 χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, 3 κακοήθεια, 1 χρόνια αναπνευστική πνευμονοπάθεια και 3 ανοσοκαταστολή (χρόνια λήψη κορτικοειδών ή σπληνεκτομή). Κατά την ημέρα της απομόνωσης του *Trichosporon* 6 ασθενείς ευρίσκονταν υπό εξωνεφρική υποκατάσταση. Όλοι οι ασθενείς είχαν μακρά προηγηθείσα νοσηλεία ανερχόμενη σε 41 ημέρες (36-52). Εκ των 13 συνολικά στελεχών, 11 ταυτοποιήθηκαν ως *Trichosporon beigelli*, ένα ως *Trichosporon asahii* και ένα ως *Trichosporon capitatus* και στην πλειοψηφία τους αφορούσαν σε νοσηλευόμενους στη ΜΕΘ κατά τα έτη 2013 (7 ασθενείς) και 2014 (3 ασθενείς). Σε 2 περιπτώσεις απομονώθηκαν σε αίμα και σε έναν ασθενή σε περιτοναϊκό υγρό, αντιπροσωπεύοντας λοίμωξη, ενώ στις υπόλοιπες 10 περιπτώσεις απομονώθηκαν σε ούρα (9 ασθενείς) και σε βρογχικές εκκρίσεις αντιπροσωπεύοντας αποικισμό. Αναφορικά με την ευαισθησία των στελεχών: Βορικοναζόλη 84,6%, κασποφουγκίνη 0%, ανιντουλαφουγκίνη 7,7%, φλουконаζόλη 30,7% και αμφοτερικίνη Β 53,8%. Το ήμισυ των ασθενών ευρισκόταν υπό αντιμυκητιασική αγωγή κατά την ημέρα απομόνωσης του *Trichosporon*, ωστόσο μόνο σε 2 περιπτώσεις ήταν αποτελεσματική. Η αδρή θνητότητα εντός ΜΕΘ του πληθυσμού μελέτης ήταν 61,5%. Ωστόσο η αποδιδόμενη θνητότητα ήταν 15,4% και αφορούσε αφ' ενός ασθενή υπό χρόνια λήψη κορτικοστεροειδών και μικροβαιμία από *Trichosporon asahii*, αφ' ετέρου ασθενή με επιπλεγμένη ενδοκοιλιακή λοίμωξη.

Συμπεράσματα: Κατά την τελευταία διετία στη ΜΕΘ, η απομόνωση στελεχών *Trichosporon* και ειδικότερα *T. beigelli*, παρουσιάζει ανοδική τάση. Παρά το γεγονός ότι στο πλείστο των περιπτώσεων αποτελούσαν αποικισμό, η απομόνωσή τους πρέπει να εγείρει ανησυχία και απαιτεί συνεχή επαγρύπνηση για πιθανή ανάπτυξη λοίμωξης, δεδομένου ότι αφορά σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς με ήδη μακρύ χρόνο νοσηλείας και επηρεασμένη ανοσολογική απόκριση. Επιπροσθέτως, η ευαισθησία των στελεχών αυτών παρουσιάζει ιδιαιτερότητες και συνεπώς η εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή που ήδη λαμβάνουν οι ασθενείς αυτοί αποδεικνύεται συχνά αναποτελεσματική.

ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΙΓΕΚΥΚΛΙΝΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΑΠΟ ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΑ GRAM ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΜΙΚΡΟΒΙΑ ΣΕ ΜΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΜΕΘ

Κατσιάρη Μαρία (1), Νικολάου Χαρίκλεια (1), Ρούσσου Ζωή (2),
Πάλλα Ελευθερία (2), Πλατσούκα Ευαγγελία (2), Μαγκίνα Ασημίνα (1)

(1) ΜΕΘ και (2) Μικροβιολογικό Τμήμα Κωνσταντινούπλειου ΓΝ Ν.Ιωνίας

Εισαγωγή: Οι νοσοκομειακές λοιμώξεις από πολυανθεκτικά Gram αρνητικά μικρόβια αποτελούν το σημαντικότερο πρόβλημα στις Ελληνικές Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) και οδηγούν σε αυξημένο χρόνο νοσηλείας και τελικά αυξημένη θνητότητα. Η τιγκεκυκλίνη είναι ένα καινούριο αντιβιοτικό με ικανή δραστηριότητα έναντι πολυανθεκτικών στελεχών *Klebsiella pneumoniae* και *Acinetobacter baumannii*. Ωστόσο, έχουν καταγραφεί επιλοιώξεις κατά τη διάρκεια θεραπείας με τιγκεκυκλίνη από μικρόβια με ελαττωμένη ευαισθησία σε αυτήν.

Σκοπός: Η αποτίμηση μέσω εκτίμησης της αποτελεσματικότητας της τιγκεκυκλίνης στη θεραπεία σοβαρών νοσοκομειακών λοιμώξεων και η ανάδειξη πιθανών ανεπιθύμητων συμβαμάτων. Επίσης, η καταγραφή των επιλοιώξεων από μικρόβια ανθεκτικά στην τιγκεκυκλίνη και η διερεύνηση πιθανών παραγόντων κινδύνου.

Υλικό - Μέθοδος: Διετής προοπτική μελέτη παρατήρησης που πραγματοποιήθηκε στη ΜΕΘ του νοσοκομείου μας και συμπεριέλαβε 64 ασθενείς. Κατεγράφησαν δημογραφικά στοιχεία, είδος λοίμωξης και υπεύθυνοι μικροοργανισμοί, διάρκεια θεραπείας, κλινική και μικροβιολογική έκβαση και ανεπιθύμητες ενέργειες κατά τη χρήση της τιγκεκυκλίνης. Για τη μελέτη των επιλοιώξεων εξαιρέθηκαν οι ασθενείς με γνωστό αποικισμό από ανθεκτικά στην τιγκεκυκλίνη Gram αρνητικά μικρόβια. Οι παράγοντες κινδύνου που μελετήθηκαν περιελάμβαναν: χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, σακχαρώδη διαβήτη, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, ανοσοκαταστολή, προηγηθείσα χρήση αντιβιοτικών, πρόσφατη χειρουργική επέμβαση, υπολευκωματιναιμία, κακοήθεια, καθώς και διάρκεια προηγηθείσας νοσηλείας εκτός ΜΕΘ. Στη στατιστική μελέτη χρησιμοποιήθηκαν t-test, x²-test και Fisher-Exact test.

Αποτελέσματα: Μέση ηλικία ασθενών 65±14 έτη και APACHE II εισαγωγής 20,4 ± 6,3. Έναρξη τιγκεκυκλίνης κατά την 11η ημέρα νοσηλείας στη ΜΕΘ. Η τιγκεκυκλίνη συνταγογραφήθηκε σε 64 ασθενείς: 28 (43,75%) με ενδονοσοκομειακή πνευμονία, 13 (20,3%) με βακτηριαιμία, 7 (10,9%) με λοίμωξη μαλακών μοριών, 12 (18,75%) με επιπλεγμένη ενδοκοιλιακή λοίμωξη, ενώ σε 4 (6,25%) περιπτώσεις χορηγήθηκε ως εμπειρική αγωγή. Οι υπεύθυνοι μικροοργανισμοί που απομονώθηκαν ήταν 41 (58%) στελέχη *Acinetobacter baumannii* και 22 (31%) στελέχη *Klebsiella pneumoniae*. Η διάμεση διάρκεια θεραπείας με τιγκεκυκλίνη ήταν 10 ημέρες. Η κλινική έκβαση ήταν επιτυχής σε 42 (65,6%) ασθενείς, ενώ η μικροβιολογική έκβαση ήταν επιτυχής σε 21 (32,8%) ασθενείς. Σε 13 (20,3%) ασθενείς εμφανίστηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες, που περιελάμβαναν πτώση ινωδογόνου < 200 mg/dl, χολόσταση ή πανκυτταροπενία. Σε 26 (60,5%) ασθενείς απομονώθηκαν ανθεκτικά στην τιγκεκυκλίνη Gram αρνητικά μικρόβια (σε 16 αντιπροσώπευαν επιλοίμωξη και σε 10 αποικισμό) κατά την 6η ημέρα χορήγησής της. Κυρίαρχο παθογόνο *Pseudomonas aeruginosa* (48,4%), ακολουθούμενη από *Proteus mirabilis* (19,3%), *Providencia stuartii* (22,6%) και *Stenotrophomonas maltophilia* (9,7%). Η μελέτη των πιθανών παραγόντων κινδύνου για την ανάπτυξη επιλοιώξεων δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα.

Συμπεράσματα: Η τιγκεκυκλίνη εμφανίζει ικανοποιητική κλινική αποτελεσματικότητα αναφορικά με την αντιμετώπιση σοβαρών νοσοκομειακών λοιμώξεων από πολυανθεκτικά Gram αρνητικά μικρόβια, ενώ η μικροβιολογική έκβαση είναι λιγότερο επιτυχής. Ωστόσο, διαπιστώθηκαν αρκετές ανεπιθύμητες ενέργειες και κυρίως ένα σημαντικό ποσοστό επιλοιώξεων από ανθεκτικά στην τιγκεκυκλίνη Gram αρνητικά μικρόβια, γεγονός που αναδεικνύει την ανάγκη για στενή παρακολούθηση των ασθενών αυτών, δεδομένου μάλιστα ότι από τη μελέτη μας δεν απομονώθηκαν συγκεκριμένοι προδιαθεσικοί παράγοντες κινδύνου.

Ο ΑΠΟΙΚΙΣΜΟΣ ΜΕ ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΑ ΜΙΚΡΟΒΙΑ ΚΑΙ Η ΑΡΝΗΤΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Τασούλης Α.¹, Προρέλη Μ.¹, Τζώρτζη Α.¹, Παπαστογιαννίδου Κ.¹, Χρηστού Ι.¹,
Γουρνά Χ.¹, Σουλιά Μ.², Νανάς Σ.^{1,3}, Γιαμαρελού Ε.²

1Κέντρο Αποθεραπείας και Αποκατάστασης «Φιλοκλήτης»

2Διαγνωστικό & Θεραπευτικό Κέντρο ΥΓΕΙΑ

3 Ά Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

Σκοπός: Η μελέτη του αποικισμού πολυανθεκτικών μικροβίων κατά την εισαγωγή σε κέντρο αποκατάστασης, μετά από νοσηλεία σε γενικό νοσοκομείο ή ΜΕΘ.

Κλινική σημασία: Μελλοντικές μελέτες αντιμετώπισης, καθιέρωση ενδείξεων για χορήγηση αντιβιοτικής αγωγή.

Υλικό - Μέθοδος: Στους ασθενείς λαμβάνονται καλλιέργειες κοπράνων, ούρων, πτυέλων ή βρογχιικών εκκρίσεων (εφόσον είναι τραχειοτομημένοι) και κατακλίσεων ή τυχόν τραυμάτων σε χρόνο 0' σε κάθε νεοεισερχόμενο ασθενή. Με βάση τα αποτελέσματα για αποικισμό XDR ή PDR gram-αρνητικών βακτηρίων (*Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii* και *Klebsiella pneumoniae*), οι ασθενείς χωρίζονται σε τρεις ομάδες: Ομάδα Α που αφορά εκείνους με θετικό αποικισμό που χρήζουν αυστηρότερων μέτρων προφύλαξης για την μετάδοση των μικροβίων, Ομάδα Β που αφορά εκείνους με αρνητικό αποικισμό, και Ομάδα Γ που αφορά εκείνους που μόλις εισήχθησαν και αναμένονται τα αποτελέσματα των καλλιεργειών τους. Οι ασθενείς της Γ Ομάδας θα υπάγονται αναλόγως μετά τα αποτελέσματα των καλλιεργειών στην Ομάδα Α ή στην Ομάδα Β. Η νοσηλεία των ασθενών της Ομάδας Α θα γίνεται ή στον ίδιο θάλαμο εφόσον είναι φορείς του ίδιου πολυανθεκτικού μικροβίου ή σε δωμάτιο μόνωσης εφόσον το «ίδιο» πολυανθεκτικό μικρόβιο στις καλλιέργειες τους δεν έχει απομονωθεί σε άλλο ασθενή. Ο επανέλεγχος του αποικισμού στα κόπρανα (όπως και σε οποιαδήποτε άλλη εστία ήταν θετική) των ήδη θετικών ασθενών της Ομάδας Α θα γίνεται ανά δίμηνο όπως και 3 μέρες πριν την έξοδό τους. Στους αρνητικούς για αποικισμό ασθενείς της Ομάδας Β, ο έλεγχος των καλλιεργειών κοπράνων θα επαναλαμβάνεται ανά 15ημερο με τη χρήση Chrom-άγαρ και επί θετικού αποτελέσματος θα ακολουθεί πλήρης μικροβιακός έλεγχος (τυποποίηση-αντιβιογράμμα). Οι θετικοί για αποικισμό ασθενείς αποχωρούν από την Ομάδα Β και εντάσσονται πλέον στην Ομάδα Α ακολουθώντας το πρόγραμμα της Ομάδας Α. Η τυχόν αρνητικοποίηση του αποικισμού των ασθενών της Ομάδας Α, απαιτεί τουλάχιστον τρεις αρνητικές καλλιέργειες στα κόπρανα (Chrom-άγαρ) επί τρεις συνεχόμενες εβδομάδες, οπότε και κατατάσσονται πλέον στην Ομάδα Β.

Αποτελέσματα: Ελέχθησαν για αποικισμό πολυανθεκτικών μικροβίων κατά την είσοδο τους 210 ασθενείς. Από αυτούς θετικός αποικισμός παρουσιάστηκε σε 81 ασθενείς (38,6%) και αρνητικός σε 129 ασθενείς(61,4%). Κατά την έξοδο ελέχθησαν 124 ασθενείς, θετικοί ήταν οι 51 (41,1%) και αρνητικοί οι 73 (58,9%). Ο μέσος χρόνος παραμονής των ασθενών που παρέμειναν θετικοί κατά τον επανέλεγχο ήταν 3±1,4 μήνες (44 ασθενείς). Ο μέσος χρόνος αρνητικοποίησης των ασθενών ήταν 2,6±1 μήνες (7 ασθενείς).

Συμπεράσματα: Δεν παρατηρήθηκε στατιστική σημαντική διαφορά στον αποικισμό πολυανθεκτικών μικροβίων των ασθενών προ και μετά της νοσηλείας τους στο κέντρο. Ο χρόνος αρνητικοποίησης των ασθενών είναι παρατεταμένος και μεγαλύτερος του διμήνου, άρα παρατηρείται παράταση του αποικισμού για μέγα διάστημα. Η μελέτη συνεχίζεται με στόχο την αύξηση του δείγματος και της εντατικοποίησης της επιτήρησης των λοιμώξεων .

Η ΕΠΙΛΕΚΤΙΚΗ ΑΝΑΣΤΟΛΗ ΤΩΝ Α ΥΠΟΔΟΧΕΩΝ ΤΗΣ ΕΝΔΟΘΗΛΙΝΗΣ-1 ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΜΕΙΩΣΕΙ ΤΗΝ ΕΠΑΓΩΜΕΝΗ ΑΠΟ ΜΠΛΕΟΜΥΚΙΝΗ, ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΚΑΙ ΙΝΩΣΗ ΣΕ ΜΥΕΣ

Νικόλαος Μαντισσόπουλος¹, Νικόλαος Α.Μανιάτης²,
Ιωάννα Νικητοπούλου¹, Χριστίνα Μάγκου³, Απόστολος Αρμαγανίδης²,
Αναστασία Κοτανίδου¹, Στυλιανός Ε. Ορφανός²

¹ 1η Κλινική Εντ. Θεραπείας και Μονάδα Πνευμονολογίας, Γ.Π. Λιβανός και Μ. Σίμου Ερευνητικά Εργαστήρια, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Νος. Ευαγγελισμός, Αθήνα

² 2η Κλινική Εντ. Θεραπείας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Νος. Αιπικόν, Χαϊδάρι

³ Παθολογοανατομικό Τμήμα, Νος. Ευαγγελισμός, Αθήνα

Σκοπός: Η πνευμονική ίνωση αποτελεί μια χρόνια ασθένεια η οποία οδηγεί σταδιακά σε αναπνευστική ανεπάρκεια. Η ενδοθηλίνη-1 εκτός από έναν ικανό αγγειοδραστικό παράγοντα αποτελεί και έναν επαγωγέα των ινοκυττάρων και του πολλαπλασιασμού των λείων μυικών ινών. Ο ρόλος, ωστόσο, της ενδοθηλίνης-1 στην πνευμονική ίνωση εξακολουθεί να αποτελεί αντικείμενο έρευνας. Στην συγκεκριμένη μελέτη προσπαθήσαμε να αποσαφηνίσουμε την επίδραση της επιλεκτικής αναστολής των Α υποδοχέων της ενδοθηλίνης-1 μέσω της σιταξεντάνης, στην παθογένεση της πνευμονικής ίνωσης.

Υλικό - Μέθοδος: Χορηγήσαμε ενδοτραχειακά, διάλυμα μπλεομυκίνης (BLM; 2mg/mL) ή φυσιολογικό ορό σε αρσενικούς μύες του γενετικού υπόβαθρου C57/BL6 (4 ομάδες: n=10/ομάδα). Η χορήγηση του αναστολέα (sitaxentan) ξεκίνησε μια ημέρα πριν την ενδοτραχειακή χορήγηση της μπλεομυκίνης μέσω του πόσιμου νερού (15mg/kg/ημέρα). Οι μύες θυσιάστηκαν σε τρία χρονικά σημεία (7, 14 και 21 ημέρες μετά την ένεση μπλεομυκίνης) αμέσως μετά την εκτίμηση της πνευμονικής λειτουργίας μέσω ενός αναπνευστήρα μικρών ζώων (Flexivent, Scireq, Ontario, Canada). Στην συνέχεια συλλέχθηκε ιστός πνεύμονα, αίμα και βρογχοκυψελιδικό έκπλυμα για περαιτέρω ανάλυση. Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε μέσω one way analysis of variance (ANOVA) ακολουθούμενη από Newman-Keuls post-hoc test.

Αποτελέσματα: Η ενδοτραχειακή ένεση μπλεομυκίνης οδήγησε σε εκτεταμένη δυσλειτουργία του πνεύμονα. Η ιστολογική εικόνα αποκάλυψε αλλοιωμένη αρχιτεκτονική του οργάνου με τις φυσιολογικές περιοχές να δίνουν την θέση τους στην χαρακτηριστική δομή επουλωμένου τραύματος που αντιπροσωπεύει την πνευμονική ίνωση. Παράλληλα παρατηρήθηκε αύξηση του κυτταρικού και πρωτεϊνικού περιεχομένου του βρογχοκυψελιδικού εκπλύματος. Η χορήγηση της σιταξεντάνης σε μύες που είχαν εκτεθεί ενδοτραχειακά σε φυσιολογικό ορό δεν παρουσίασε κάποιον παθολογικό φαινότυπο. Ωστόσο, η αναστολή των Α-υποδοχέων της ενδοθηλίνης-1 μέσω της σιταξεντάνης σε μύες που είχαν εκτεθεί στην μπλεομυκίνη είχε ως αποτέλεσμα την διατήρηση της πνευμονικής λειτουργίας. Επίσης κατάφερε να περιορίσει την παθολογική εικόνα του πνεύμονα διατηρώντας σημαντικό ποσοστό της φυσιολογικής αρχιτεκτονικής. Επιπρόσθετα κατάφερε να μειώσει το κυτταρικό περιεχόμενο στον κυψελιδικό χώρο σε όλα τα χρονικά σημεία που εξετάσαμε. Τέλος στο χρονικό σημείο των 21 ημερών κατάφερε να μειώσει το πρωτεϊνικό περιεχόμενο του βρογχοκυψελιδικού εκπλύματος ενώ μείωσε την εναπόθεση του διαλυτού κολλαγόνου στον πνεύμονα από 294.4±29.8 μg/mL (μπλεομυκίνη+φυσιολογικός ορός) σε 219.4±5.6 μg/mL (μπλεομυκίνη+σιταξεντάνη).

Συμπεράσματα: Η προφυλακτική αναστολή των Α υποδοχέων της ενδοθηλίνης-1 διατηρεί την πνευμονική λειτουργία στο πειραματικό μοντέλο της επαγόμενης πνευμονικής ίνωσης από μπλεομυκίνη. Παράλληλα μειώνει την φλεγμονή του κυψελιδικού χώρου, διατηρεί την φυσιολογική δομή του πνεύμονα ενώ περιορίζει την εναπόθεση κολλαγόνου. Εκτιμώντας τα παραπάνω θεωρούμε ότι η αναστολή των Α υποδοχέων του μονοπατιού της ενδοθηλίνης μπορεί να συμβάλει στην θεραπεία της πνευμονικής ίνωσης.

**ΥΠΟΣΚΛΗΡΙΔΙΑ ΠΥΩΔΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ
ΣΥΛΛΟΓΗ ΑΠΟ STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE
ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΗ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ
ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (ΜΕΘ)
ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΡΑΝΙΕΚΤΟΜΗ**

Κοροβέση Ιωάννα¹, Στρατίκη Μαγδαληνή¹, Μοσχάκη Μαρία¹,
Οικονομοπούλου Αγγελική¹, Σαρχώση Σμαραγδή¹, Κορφιάς Στέφανος²,
Μεντζελόπουλος Σπυρίδων¹, Ζακυνθινός Σπυρίδων¹, Μάστορα Ζαφειρία¹

1 Α Πανεπιστημιακή Κλινική Εντατικής Θεραπείας, ΓΝΑ «Ευαγγελισμός», Αθήνα

2 Α Πανεπιστημιακή Νευροχειρουργική Κλινική, ΓΝΑ «Ευαγγελισμός», Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Η οξεία μέση πυώδης ωτίτιδα μπορεί να προκαλέσει ενδοκράνιες επιπλοκές όπως μηνιγγίτιδα, εγκεφαλικό απόστημα, επισκληρίδιο απόστημα, υποσκληρίδιο εμπύημα και θρόμβωση φλεβωδών κόλπων, επιπλοκές δυνητικά επικίνδυνες και θανατηφόρες, αν δεν αντιμετωπιστούν άμεσα. Περιγράφεται η περίπτωση ασθενούς με υποσκληρίδιο εμπύημα από *Streptococcus pneumoniae* που άμεσα υπεβλήθη σε επείγουσα κρανιεκτομή και παροχέτευση και εν συνεχεία αντιμετωπίστηκε σε ΜΕΘ ως νευροχειρουργική ασθενής.

Υλικό - Μέθοδος: Πρόκειται για ασθενή, θήλυ 42 ετών, με ιστορικό υποτροπιάζουσων ωτίτιδων, η οποία προσήλθε στο τμήμα Επειγόντων αιτιώμενη ωταλγία ΔΕ από 3ημέρου, εμπύρετο από 24ώρου, κεφαλαλγία και εμέτους.

Η αξονική εγκεφάλου ανέδειξε: "Υποσκληρίδιο συλλογή δεξιά μετωποκροταφοβρεγματικά, πιεστικά φαινόμενα επί της μέσης γραμμής, οίδηματώδη απεικόνιση του εγκεφάλου και συλλογή στις δεξιές μαστοειδείς κυψέλες, κοιλότητα του μέσου ωτός και έξω ακουστικού πόρου σύστοιχα." Εκτιμήθηκε από νευροχειρουργούς και αποφασίστηκε επείγουσα κρανιεκτομή και παροχέτευση της συλλογής.

Στην ΜΕΘ εισήχθη διασωληνωμένη, σε καταστολή, με ανισοκορία υπέρ της δεξιάς, φέροντας ενδοκράνιο καθετήρα με τιμές ICP περί τα 20-22mmHg. Τέθηκε σε αποιδηματική αγωγή και ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή: βανκομυκίνη και μεροπενέμ. Τις επόμενες ώρες λόγω ενδοκράνιας υπέρτασης (μέχρι 30 mmHg), υπεβλήθη σε 2η αξονική εγκεφάλου, φλεβογραφία και αξονική σπλαγνικού κρανίου που ανέδειξαν μετεχειρητικές αλλοιώσεις δεξιά κροταφοβρεγματικά, οίδημα υποκείμενου εγκεφαλικού παρεγχύματος χωρίς μετατόπιση της μέσης γραμμής και χωρίς θρόμβωση φλεβωδών κόλπων, παχυβλεννογονίτιδα δεξιού ιγμορείου και λιθοειδών, συλλογές μαστοειδών κυψέλων δεξιά, συλλογή και κατάληψη μέσου ωτός. Εκτιμήθηκε από ωτορινολαρυγγολόγους που θεώρησαν την ωτίτιδα σε αποδρομή, χωρίς ανάγκη διατυμπανικής παροχέτευσης. Από την καλλιέργεια πύου απομονώθηκε πνευμονιόκοκκος πολυευαίσθητος. Η νοσηλεία της επεπλάκη με πνευμονία του αναπνευστήρα και τελικά αποσωληνώθηκε την 14η ημέρα επιτυχώς, με άριστο επίπεδο επικοινωνίας και τετρακινητική.

Συμπεράσματα: Μια από τις σημαντικότερες επιπλοκές της οξείας μέσης πυώδους ωτίτιδας είναι η δημιουργία εγκεφαλικού αποστήματος (συχνότητα 0,5%) με θνητότητα περίπου 3%. Στην περίπτωση μας η ασθενής υπεβλήθη άμεσα σε χειρουργική αντιμετώπιση με έναρξη άμεσα αντιβιοτικής αγωγής και τελική έκβαση την ίαση.

15⁰

Πανελλήνιο Συνέδριο
Εντατικής Θεραπείας

15

Νευρολογία

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΗΣ ΘΕΡΜΙΚΗΣ DOPPLER ΡΟΟΜΕΤΡΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΜΙΚΡΟΔΙΑΛΥΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ ΥΠΑΡΑΧΝΟΕΙΔΗ ΚΑΙ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ.

ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ⁽¹⁾, ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗΣ ΣΠΥΡΙΔΩΝ⁽¹⁾,
ΖΗΣΟΠΟΥΛΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ⁽¹⁾, ΠΑΡΑΦΟΡΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ⁽¹⁾,
ΜΠΕΚΙΑΡΗ ΘΕΟΔΩΡΑ⁽²⁾, ΦΙΛΛΙΠΙΔΗΣ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ⁽³⁾,
ΦΟΥΝΤΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ⁽⁴⁾, ΒΡΕΤΖΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ⁽⁴⁾,
ΠΑΤΕΡΑΚΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ⁽⁴⁾, ΚΟΜΝΟΣ ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ⁽¹⁾

(1) ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ,

(2) ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ,

(3) BOSTON MEDICAL CENTER, ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, ΒΟΣΤΩΝΗ,

(4) ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ, ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

Εισαγωγή: Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ της εγκεφαλικής αιματικής ροής και της μικροδιάλυσης σε ασθενείς με σοβαρή υπαραχνοειδή αιμορραγία και κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις.

Υλικό - Μέθοδος: Πολυπαραγοντική νευροπαρακολούθηση που συμπεριλαμβάνει την, CBF (QFlow, Hemedex) και τις τιμές γαλακτικού οξέος, πυροσταφυλικού, αναλογία γαλακτικού / πυροσταφυλικού, γλυκερόλης και γλυκόζης χρησιμοποιώντας την Μικροδιάλυση (CMA600, Microdialysis). Εισήχθησαν μέχρι σήμερα 21 ασθενείς με σοβαρή υπαραχνοειδή αιμορραγία (n = 17) και κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις (n = 4). Δεκατρείς από τους ασθενείς έλαβαν εξιτήριο επιτυχώς από τη ΜΕΘ, ενώ οκτώ δεν κατάφεραν να επιβιώσουν. Επιπλέον έχουν καταγραφεί παράμετροι που περιλαμβάνουν τα PbrO₂ (Licor, GMS-) ICP, CPP, MABP, CVP, τοπική θερμοκρασία του εγκεφάλου, θερμοκρασία πυρήνα σώματος, PCO₂ και της γλυκόζης του αίματος.

Αποτελέσματα: Βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων της γλυκόζης του εγκεφάλου και τις τιμές της CBF, όμως είναι ασθενής. Αυτή η μελέτη συνέδεσε, αντίστροφα την επιβίωση των ασθενών με τον λόγο L / P. Ακόμη βρέθηκε σχέση μεταξύ των τιμών K και L / P, ωστόσο, η κλινική και φυσιολογική σημασία τους είναι υπό διερεύνηση.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟ ΒΑΘΜΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗ ΜΕ ΑΛΤΕΠΛΑΣΗ, ΒΑΣΕΙ ΤΗΣ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ RANKIN [MODIFIED RANKIN SCALE (MRS)] ΤΡΙΜΗΝΟΥ

Παπαμυχάλης Παναγιώτης⁽¹⁾, Καραγιάννης Σπυρίδων⁽¹⁾, Παπαδόπουλος Δημήτριος⁽¹⁾, Ζαφειρίδης Τηλέμαχος⁽¹⁾, Μπαρπαλής Δημήτριος⁽¹⁾, Ζησοπούλου Βασιλική⁽¹⁾, Παράφορος Γεώργιος⁽¹⁾, Κομνός Απόστολος⁽¹⁾

(1) ΜΕΘ Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

Σκοπός: Να διερευνηθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργική έκβαση των ασθενών που υποβάλλονται σε ενδοφλέβια θρομβόλυση με αλτεπλάση στους 3 μήνες.

Υλικό - Μέθοδος: Αναδρομική μελέτη 8 ετών (2005 έως 2012), με 82 ασθενείς μέσης ηλικίας 64 ετών και κλίμακας National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) εισαγωγής με μέση τιμή 11/ εύρος 2 – 25, οι οποίοι θρομβολύθηκαν εντός 4,5 ωρών από την εγκατάσταση οξέος ισχαιμικού Αγγειακού Εγκεφαλικού Επεισοδίου, με ενδοφλέβια χορήγηση αλτεπλάσης. Για τους ασθενείς αυτούς καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, ημέρες νοσηλείας), δείκτες βαρύτητας [Simplified Acute Physiology Score (SAPS) II, NIHSS εισαγωγής/2ώρου / 24ώρου και 7 ημερών], ο χρόνος θρομβόλυσης (εντός 3 ωρών ή στις 3 – 4,5 ώρες) και η εξέλιξη ή όχι σε αιμορραγία. Οι παράγοντες αυτοί συσχετίστηκαν με την τροποποιημένη κλίμακα Rankin [modified Rankin Scale (mRS)] τριμήνου. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε αυτούς με ευνοϊκή (mRS ≤ 1) και σε αυτούς με δυσμενή (mRS 2 - 6) έκβαση ως προς τη λειτουργική και τη γενικότερη κατάσταση.

Αποτελέσματα: Στατιστικά σημαντική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ υψηλότερων τιμών SAPSII, NIHSS εισαγωγής/2ώρου/24ώρου και 7 ημερών με δυσμενή έκβαση. Επιπλέον το θήλυ φύλο και η θρομβόλυση στο παράθυρο 3-4,5 ωρών συσχετίστηκαν στατιστικά σημαντικά με χειρότερη έκβαση ενώ αυτοί που παρουσίασαν εξέλιξη σε αιμορραγία είχαν επίσης την τάση να οδηγηθούν σε χειρότερο λειτουργικό αποτέλεσμα (βλέπε Πίνακα).

Συμπεράσματα: Σε συμφωνία με τη διεθνή βιβλιογραφία (1, 2), υψηλοί δείκτες βαρύτητας (SAPSII, NIHSS), θήλυ φύλο, εξέλιξη σε αιμορραγία και καθυστέρηση στην έναρξη της θρομβόλυσης μπορούν να προβλέψουν χειρότερη λειτουργική κατάσταση των ασθενών που υποβάλλονται σε ενδοφλέβια θρομβόλυση με αλτεπλάση, στους 3 μήνες.

Βιβλιογραφία: 1. Clark WM, Wissman S, Albers GW, Jhamandas JH, Madden KP, Hamilton S. Recombinant tissue-type plasminogen activator (Alteplase) for ischemic stroke 3 to 5 hours after symptom onset. The ATLANTIS Study: a randomized controlled trial. Alteplase Thrombolysis for Acute Noninterventional Therapy in Ischemic Stroke. *Jama*. 1999 Dec 1;282(21):2019-26. 2. Young FB, Weir CJ, Lees KR. Comparison of the National Institutes of Health Stroke Scale with disability outcome measures in acute stroke trials. *Stroke*. 2005 Oct;36(10):2187-92

ΑΝΑΛΥΟΜΕΝΟ ΣΤΟΙΧΕΙΟ	ΟΜΑΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΥΝΟΙΚΗ (mRS ≤ 1) ΕΚΒΑΣΗ (n= 49)	ΟΜΑΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΥΣΜΕΝΗ (mRS > 1) ΕΚΒΑΣΗ (n= 33)	ΤΙΜΗ p
ΦΥΛΟ			
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	12 (24.5)	15 (45.5)	
ΑΝΔΡΕΣ	37 (75.5)	18 (54.5)	0.048 ^{‡*}
ΗΛΙΚΙΑ (mean ± SE)	62 ± 2	67 ± 2	(Μ.Σ) [‡]
Διάρκεια νοσηλείας (ημέρες) (m. ± SE)	1.9 ± 0.15	6.8 ± 2.1	(Μ.Σ) [‡]
SAPSII (m. ± SE)	21 ± 1	32 ± 2	< 0.001 ^{‡*}
NIHSS (ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ) mean (range)	9 (2 - 23)	14 (4 - 25)	< 0.001 ^{‡*}
NIHSS (2 ΩΡΩΝ) mean (range)	5 (0 - 24)	12 (0 - 24)	< 0.001 ^{‡*}
NIHSS (24 ΩΡΩΝ) mean (range)	2 (0 - 23)	11 (0 - 27)	< 0.001 ^{‡*}
NIHSS (7 ΗΜΕΡΩΝ) mean (range)	1 (0 - 10)	9 (0 - 25)	< 0.001 ^{‡*}
ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ			
ΟΧΙ	49 (100)	30 (90.9)	0.062 ^{§#}
ΝΑΙ	0 (0)	3 (9.1)	
ΧΡΟΝΟΣ ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗΣ			
ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗ ΕΝΤΟΣ 3 ΩΡΩΝ	44 (89.8)	24 (72.7)	0.044 ^{‡*}
ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗ ΣΤΙΣ 3-4,5 ΩΡΕΣ	5 (10.2)	9 (27.3)	

Πίνακας. Παράγοντες που σχετίζονται με ευνοϊκή ή δυσμενή έκβαση, βάσει της κλίμακας mRS τριμήνου σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ενδοφλέβια θρομβόλυση με αλτεπλάση. Τα αποτελέσματα εκφράζονται ως μέση τιμή ± τυπικό σφάλμα (mean ± SE) ή μέση τιμή (εύρος) -[mean (range)]. *Στατιστικά σημαντική διαφορά. #Τάση για στατιστική σημαντικότητα. ‡Mann-Whitney U test. †x2 με διόρθωση κατά Yates. §Fisher's exact test. Μ.Σ: Μη στατιστικά σημαντική διαφορά. Οι συντομογραφίες αναλύονται στο κείμενο.

ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΣΕ ΗΡΕΜΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΚΡΑΝΙΑΚΗ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΩΙΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

Κιουρτζιβεβα Ε., Κώτσο Ε., Οικονόμου Μ., Σοϊλερέζη Ε., Παζβάντη Χ., Ματάμης Δ.

ΜΜΕΘ Γ.Ν. Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Στους ασθενείς με βαριά ενδοκρανιακή παθολογία είναι συνήθης η χορήγηση βαθιάς καταστολής προς έλεγχο της ενδοκρανίου πίεσης (ICP). Στις περιπτώσεις που πληρούνται κλινικά κριτήρια εγκεφαλικού θανάτου, η χορηγούμενη καταστολή εμποδίζει την πρόωμη εφαρμογή των κατάλληλων κλινικών δοκιμασιών. Με επαναλαμβανόμενες μετρήσεις με διακρανιακή υπερηχογραφία, γίνεται εφικτή η παρακολούθηση των μεταβολών των ταχυτήτων ροής του αίματος στα εγκεφαλικά αγγεία για την πρόωμη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου (ΕΘ). Είναι αποδεδειγμένο ότι η κατανάλωση ενέργειας σε ηρεμία (REE) μετρούμενη με την έμμεση θερμιδομετρία, ελαττώνεται στους ασθενείς με εγκεφαλικό θάνατο και ο βασικός μεταβολικός ρυθμός (BMR) ελαττώνεται κάτω από το 100% του προβλεπόμενου, ανεξάρτητα από την χορηγούμενη καταστολή.

Σκοπός: Σε ασθενείς με ενδοκράνια παθολογία έγιναν επανειλημμένες μετρήσεις των ταχυτήτων ροής αίματος στα εγκεφαλικά αγγεία (TCD) και του REE ταυτόχρονα με σκοπό την εκτίμηση της αξιοπιστίας των δύο τεχνικών στην πρόωμη αναγνώριση του εγκεφαλικού θανάτου.

Υλικό - Μέθοδος: Για ένα χρόνο μελετήθηκαν όλοι οι ασθενείς με ενδοκρανιακή παθολογία με ταυτόχρονα μετρήσεις της REE και των ταχυτήτων ροής αίματος στα εγκεφαλικά αγγεία με TCD. Συγκρίθηκαν μεταξύ τους οι μετρήσεις της REE και TCD σε ασθενείς με εγκεφαλικό θάνατο και σε ασθενείς που δεν κατέληξαν σε εγκεφαλικό θάνατο. Ο εγκεφαλικός θάνατος επιβεβαιώθηκε από τις γνωστές κλινικές δοκιμασίες από τρεις κλινικούς ιατρούς ταυτόχρονα δυο φορές, με διαφορά τουλάχιστον 8 ωρών μεταξύ των δύο δοκιμασιών. Η στατιστική μελέτη έγινε με τη μέθοδο SPSS.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμπεριλήφθησαν 39 ασθενείς με ΚΕΚ και 22 με ενδοεγκεφαλική αιμορραγία. 13 ασθενείς από τους 39 εξέλιξαν εγκεφαλικό θάνατο που επιβεβαιώθηκε με κλινικά και TCD κριτήρια (ανάστροφη ροή ή απουσία ροής στην μέση εγκεφαλική αρτηρία). Βρέθηκε σημαντική στατιστική διαφορά στο REE και BMR μεταξύ των δύο ομάδων (1966 kcal /24ωρο vs 694 kcal /24ωρο και 131% vs 46% αντίστοιχα). Οι ασθενείς με εγκεφαλικό θάνατο ήταν υποθερμικοί σε σύγκριση με την ομάδα που δεν εξέλιξε εγκεφαλικό θάνατο (37,9 0C vs 35,9 0C). Η πολλαπλή ανάλυση στατιστική ανάλυση έδειξε ότι το REE και BMR συσχετίζονται ανεξάρτητα με τον εγκεφαλικό θάνατο. Σε 3 ασθενείς με υποσκοπνίδιες βλάβες και εξαιρετικά υψηλό BMR (168%±26) επιβεβαιώθηκε ο εγκεφαλικός θάνατος αρχικά με κλινικά κριτήρια μόνο αλλά όχι με το TCD - ωστόσο, όταν ο εγκεφαλικός θάνατος σε αυτούς τους ασθενείς επιβεβαιώθηκε και με TCD, το BMR ελαττώθηκε έως 46%.

Συμπεράσματα: Σε ασθενείς με ενδοκρανιακή παθολογία, η έμμεση θερμιδομετρία και η διακρανιακή υπερηχογραφία μπορεί να συμβάλουν στην πρόωμη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου ή στον αποκλεισμό ψευδούς διάγνωσης με τα κλινικά κριτήρια σε ασθενείς με υποσκοπνίδιες βλάβες.

ΕΝΔΟΚΟΙΛΙΑΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΛΤΕΠΛΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΑΖΙΚΗΣ ΑΥΤΟΜΑΤΗΣ ΕΝΔΟΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ

Βαγγέλης Σπυρίδων⁽¹⁾, Τσελιώτη Παρασκευή⁽¹⁾, Γράβος Αθανάσιος⁽¹⁾,
Κανακάκη Σοφία⁽¹⁾, Τζανουδάκης Γεώργιος⁽¹⁾, Αβρααμίδου Αλεξάνδρα⁽¹⁾,
Νοδάρου Αικατερίνη⁽¹⁾, Κατσιφα Κωνσταντίνα⁽¹⁾, Σακελλαρίδης Κωνσταντίνος⁽¹⁾,
Μερμίγκης Δημήτριος⁽¹⁾, Γραμματικοπούλου Βαρβάρα⁽¹⁾, Βενετούλης Δρόσος⁽¹⁾,
Πρεκατές Αθανάσιος⁽¹⁾

(1) Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Τζάνειο Γ. Ν. Πειραιά

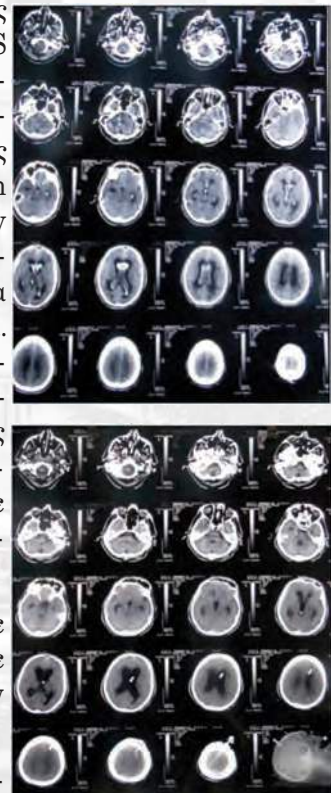
Εισαγωγή: Η ενδοκοιλιακή αιμορραγία (IVH), η οποία εμφανίζεται δευτεροπαθώς μετά από αυτόματη ενδοεγκεφαλική αιμορραγία ή μετά από ρήξη ανευρύσματος εγκεφαλικής αρτηρίας και αρτηριοφλεβώδους δυσπλασίας, είναι μια κλινική οντότητα η οποία συνδέεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα. Η βαρύτητα της κατάστασης και η έκβαση του ασθενούς εξαρτάται από την ποσότητα αίματος στο κοιλιακό σύστημα αλλά και από τη συμμετοχή της τρίτης και τέταρτης κοιλίας. Η αντιμετώπιση επομένως μιας μαζικής IVH μόνο με την τοποθέτηση εξωτερικής παροχέτευσης (EVD) του εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ENY) δεν βελτιώνει πάντα την έκβαση αυτών των ασθενών.

Σκοπός: Παρουσιάζουμε την αντιμετώπιση ασθενούς με μαζική και υποτροπιάζουσα ενδοκοιλιακή αιμορραγία, μη ανευρυσματικής αιτιολογίας, με τον συνδυασμό εξωτερικής παροχέτευσης του ENY και ενδοκοιλιακής χορήγησης αλτεπλάσης.

Υλικό - Μέθοδος: Άνδρας, 56 ετών, με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης υπό αγωγή, μεταφέρεται στο νοσοκομείο σε κωματώδη κατάσταση (GCS score: 7/15, E1 V1 M5) μετά από υπερτασική κρίση. Η αξονική τομογραφία εγκεφάλου (CT) ανέδειξε μαζική ενδοκοιλιακή αιμορραγία και αποφρακτικό υδροκέφαλο. Έγινε άμεση τοποθέτηση αμφοτερόπλευρης εξωτερικής παροχέτευσης του ENY και ο ασθενής μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ. Διενεργήθηκε ψηφιακή αγγειογραφία εγκεφάλου η οποία δεν ανέδειξε ανεύρυσμα εγκεφαλικής αρτηρίας ή αρτηριοφλεβώδη δυσπλασία. Ο ασθενής παρουσίασε αρχικά σταδιακή λύση του θρόμβου και δέκα ημέρες μετά το πρώτο επεισόδιο, παρουσίασε νέα μαζική αιμορραγία. Λόγω της βαρύτητας της κατάστασης αποφασίστηκε η ενδοκοιλιακή χορήγηση αλτεπλάσης (ανασυνδυασμένου ενεργοποιητή του ιστικού πλασμινογόνου). Ο ασθενής έλαβε θεραπεία με 1 mg αλτεπλάσης ανά 12 ώρες για διάστημα 7 ημερών. Η ενδοκοιλιακή αιμορραγία απορροφήθηκε πλήρως 10 ημέρες μετά την έναρξη της θεραπείας. Ο ασθενής παρουσίασε σταδιακή κλινική βελτίωση και εξήλθε της ΜΕΘ με άριστο επίπεδο συνείδησης.

Αποτελέσματα: Δύο μήνες μετά την αρχική αιμορραγία τοποθετήθηκε κοιλιοπεριτοναϊκό shunt και τρεις μήνες μετά ο ασθενής μεταφέρθηκε σε κέντρο αποκατάστασης σε πολύ καλή κλινική κατάσταση (Glasgow Outcome Scale: 4)

Συμπεράσματα: Η πρώιμη αντιμετώπιση της μαζικής μη ανευρυσματικής ενδοκοιλιακής αιμορραγίας με τοποθέτηση εξωτερικής παροχέτευσης ENY και ενδοκοιλιακής χορήγησης αλτεπλάσης δύναται να συμβάλλει στην πρόωπη λύση του θρόμβου και στην καλύτερη έκβαση των ασθενών.



ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΑΡΟΞΥΣΜΙΚΗΣ ΣΥΜΠΑΘΗΤΙΚΗΣ ΥΠΕΡΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗ- ΤΑΣ ΎΣΤΕΡΑ ΑΠΟ ΕΠΙΚΤΗΤΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΒΛΑΒΗ

Ε. Ζαχαροπούλου⁽¹⁾, Α. Σπυροπούλου⁽¹⁾, Σ. Παπακωστόπουλος⁽¹⁾, Π. Μανής⁽¹⁾,
Μ. Κελεπούρη⁽²⁾, Χ. Νάσσης⁽³⁾, Κ. Πίκολας⁽⁴⁾, Μ. Guillaume - Βασιλάκη⁽¹⁾

1 ΜΕΘ Γενικού Παναρκαδικού Νοσοκομείου Τρίπολης,

2 Αναισθησιολογικό τμήμα Γενικού Παναρκαδικού Νοσοκομείου Τρίπολης,

3 ΜΕΘ Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων,

4 Νευροχειρουργική Κλινική Γενικού Παναρκαδικού Νοσοκομείου Τρίπολης

Εισαγωγή-Σκοπός: Η Παροξυσμική Συμπαθητική Υπερδραστηριότητα (ΠΣΥ) είναι ένα σύνδρομο που δεν έχει μελετηθεί πλήρως και συχνά υποδιαγιγνώσκεται και υποθεραπεύεται στις ΜΕΘ. Σκοπός είναι η παρουσίαση ενός περιστατικού που εκδήλωσε ΠΣΥ μετά από επίκτητη εγκεφαλική βλάβη καθώς και η σύντομη ανασκόπηση των έως τώρα δεδομένων σχετικά με αυτό το σύνδρομο.

Υλικό - Μέθοδος: Ασθενής, άνδρας, 17 ετών, προσήλθε ύστερα από αναφερόμενο τροχαίο σε γενικευμένη επιληπτική κρίση. Διασωληνώθηκε και ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε μικρό επιοκληρίδιο αιμάτωμα μετωπο-βρεγματικά ΔΕ (5mm). Ετέθη σε μηχανικό αερισμό υπό βαθεία καταστολή με Μιδαζολάμη, Ρεμφεντανύλη και Προποφόλη. Μετά από 72 ώρες, και ύστερα από διακοπή της Προποφόλης λόγω πιθανού συνδρόμου Προποφόλης, παρουσιάστηκαν επεισόδια διέγερσης ως επί παροξυσμικών εκφορτίσεων του συμπαθητικού και του μυϊκού συστήματος που σχετιζόνταν με ερεθίσματα πρόκλησης όπως οι αναρροφήσεις, ο πυρετός και ο θόρυβος. Οι παροξυσμοί επιδεινώνονταν σταδιακά και δεν ελέγχονταν παρά τις υψηλές δόσεις καταστολής και ενίοτε μυοχάλασης. Αφού αποκλείστηκαν άλλα πιθανά αίτια διέγερσης, ετέθη ως πιθανή διάγνωση το σύνδρομο Παροξυσμικής Συμπαθητικής Υπερδραστηριότητας και έλαβε αγωγή με υψηλή δόση Κλονιδίνης, Βρωμοκρυπτίνη και Μορφίνη με ύφεση των επεισοδίων. Μετά από 7 ημέρες, με σταδιακή διακοπή της κατασταλτικής αγωγής επανέκτησε επικοινωνία με το περιβάλλον και αποσωληνώθηκε. Εξήλθε τετρακινητικός, ομιλητικός και προσανατολισμένος.

Αποτελέσματα: Σε ένα μικρό ποσοστό των ασθενών με επίκτητη εγκεφαλική βλάβη το αυτόνομο ενεργοποιείται υπέρμετρα με κίνδυνο πρόσθετης νοσηρότητας. Αυτή η κατάσταση αναγνωρίζεται πλέον ως ένα σύνδρομο που όμως δεν έχει μελετηθεί ακόμα πλήρως. Τον 9/2014 προτάθηκε να καθιερωθεί το όνομα Παροξυσμική Συμπαθητική Υπερδραστηριότητα (ΠΣΥ). Η συχνότητά του υπολογίζεται στο 8-11.3% των ασθενών ΜΕΘ με επίκτητη εγκεφαλική βλάβη. Οι ασθενείς που εκδηλώνουν την ΠΣΥ έχουν πιο μακρά παραμονή στη ΜΕΘ και μεγαλύτερο ποσοστό επιπλοκών χωρίς αυτό να επηρεάζει τη μακροπρόθεσμη νευρολογική αποκατάσταση. Χαρακτηρίζεται από παροξυσμική υπερδραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού και του μυϊκού συστήματος και εκδηλώνεται με αρτηριακή υπέρταση, ταχύπνοια, ταχυκαρδία, εφιδρώσεις, υπέρτονια, κ.α. Η έναρξη των συμπτωμάτων έχει συσχετιστεί με τη διακοπή της καταστολής και παροξυσμοί προκαλούνται από ερεθίσματα όπως το άλγος, η ενδοτραχειακή αναρρόφηση, ερεθίσματα από το περιβάλλον κ.α. Η διάγνωση τίθεται εξ αποκλεισμού. Στην αντιμετώπιση έχουν χρησιμοποιηθεί: η Μορφίνη, οι μη-εκλεκτικοί β-αναστολείς, η ενδορραχιαία Βακλοφέννη, η Βρωμοκρυπτίνη, η Κλονιδίνη κ.α. Η αντιμετώπιση παραμένει προβληματική κυρίως λόγω της ανεπαρκούς κατανόησης της παθοφυσιολογίας του συνδρόμου.

Συμπεράσματα: Τα περιστατικά περιγράφει μία κατάσταση που συναντάται σε μία ΜΕΘ με άλλοτε άλλο βαθμό έντασης των παροξυσμών. Εάν τεθεί έγκαιρα η διάγνωση της ΠΣΥ θα αποφευχθούν άσκοπες εργαστηριακές εξετάσεις, παράταση της νοσηλείας και πρόσθετη νοσηρότητα.

ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΥΤΟΜΑΤΑ ΕΝΔΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΑ ΕΠΙΣΟΔΙΑ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΟΝΤΑΙ ΣΤΗ ΜΕΘ

Παρτάλα Πανάγιω, Κουλιάτσος Γεώργιος, Θεοδώρου Βασιλική Πεταλά Άννα,
Χριστοφορίδης Ηλίας, Αρχοντογεώργης Κωσταντίνος, Νάκου Μαρία,
Τάτσου Νικολέτα, Παπαϊωάννου Βασίλειος, Πνευματικός Ιωάννης.

Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

Σκοπός: Η αναδρομική καταγραφή και σύγκριση των χαρακτηριστικών της αυτόματης ενδοεγκεφαλικής και της υπαραχνοειδούς αιμορραγίας σε ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στη ΜΕΘ και η έκβαση αυτών μετά από έξι μήνες.

Υλικό - Μέθοδος: Μελετήθηκαν οι φάκελοι 48 ασθενών που νοσηλεύθηκαν στη ΜΕΘ του ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης λόγω αιμορραγικών εγκεφαλικών επεισοδίων από το 1/1/2012 έως και τις αρχές του 1/2/2014. Οι μισοί από αυτούς (24) έπασχαν από Αυτόματη Ενδοεγκεφαλική Αιμορραγία (ΑΕΑ) και άλλοι μισοί (24) από Αυτόματη Υπαραχνοειδή Αιμορραγία (ΑΥΑ). Καταγράφηκαν το φύλο, η ηλικία, το APACHE II score, οι κλίμακες βαρύτητας κατά την εισαγωγή GCS για την ΑΕΑ και η Hunt Hess για την ΑΥΑ, η ύπαρξη υπέρτασης στο ιστορικό, οι μέρες νοσηλείας στη ΜΕΘ και στο νοσοκομείο, οι μέρες μηχανικού αερισμού, το είδος χειρουργικής θεραπείας, όπου αυτή εφαρμόστηκε, η θνητότητα και η έκβαση με την κλίμακα έκβασης Γλασκώβης GOS. Ο στατιστικός έλεγχος έγινε με t-test

Αποτελέσματα: Ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης είχαν οι περισσότεροι ασθενείς, 15 από τους 24 με ΑΕΑ (62%) και 19 από τους 24 με ΑΥΑ (79%). Η μέση ηλικία των ασθενών με ΑΕΑ ήταν μεγαλύτερη από αυτή των ασθενών με ΑΥΑ χωρίς όμως η διαφορά να είναι στατιστικά σημαντική. Το 70% των ασθενών με ΑΕΑ ήταν άνδρες ενώ οι ασθενείς με ΑΥΑ ήταν 50% άνδρες και 50% γυναίκες, δεν παρατηρήθηκε επομένως η υπεροχή των γυναικών που αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία[1]. Η βαρύτητα των ασθενών κατά την εισαγωγή σύμφωνα με το APACHE II score ήταν σημαντικά μεγαλύτερη στους ασθενείς με ΑΕΑ (πίνακας 1) και αυτό πιθανώς είχε αντίκτυπο στην έκβαση αυτών των ασθενών η οποία μετρούμενη με την κλίμακα έκβασης Γλασκώβης GOS ήταν σημαντικά χειρότερη (πιν.1) Οι ημέρες νοσηλείας στη ΜΕΘ και στο νοσοκομείο και οι ημέρες μηχανικού αερισμού ήταν περισσότερες στους ασθενείς με ΑΕΑ χωρίς όμως αυτό να υπολογίζεται ως στατιστικά σημαντικό. Η θνητότητα στη ΜΕΘ ήταν 45% για την ΑΕΑ και 33% για την ΑΥΑ ενώ η θνητότητα στους 6 μήνες ήταν 70% για την ΑΕΑ και 50% για την ΑΥΑ χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά. Η κρανιοτομή κρίθηκε απαραίτητη στους 10 από τους ασθενείς με ΑΕΑ και στους 6 με ΑΥΑ. Από τους 10 με ΑΕΑ, οι 7 πέθαναν ενώ οι 2 από τους 3 που επιβίωσαν είχαν έκβαση GOS 3 και 4 αντίστοιχα. Από τους 6 με ΑΥΑ οι 4 πέθαναν και οι 2 που επιβίωσαν είχαν έκβαση GOS 3 και 4 αντίστοιχα.

Συμπεράσματα: Η βαρύτητα των ασθενών με ΑΕΑ που νοσηλεύονται στο Τμήμα μας είναι σημαντικά μεγαλύτερη από αυτή των ασθενών με ΑΥΑ και η έκβαση τους είναι σημαντικά χειρότερη. Η θνητότητα και των δύο είναι πολύ υψηλή.

Βιβλιογραφία: [1]Matthew M Kikball, Gregory J Velat, JD. Mocco and Brian L. Hoh in Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage Textbook of Neurointensive Care second edition 2013 Springer (page 542)

	ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΕΝΔΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ		ΥΠΑΡΑΧΝΟΕΙΔΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ		p-value
	Average	St. Deviation	Average	St. Deviation	
Ηλικία	60,2	13,9	54,3	12,78	0,14
APACHE II	22,4	6,13	17,6	8,2	0,03
Ημέρες νοσηλείας ΜΕΘ	17,25	36,5	7,7	9,7	0,24
Ημέρες νοσηλείας νοσοκομείο	28,9	38,7	19,3	22,9	0,3
Ημέρες μηχανικού αερισμού	15,7	36,6	6,5	10,1	0,25
GOS	1,6	1,14	2,9	1,8	0,007

14-16 Νοεμβρίου 2014

Ίδρυμα Ευγενίδου - Αθήνα

(Α. Συγγρού 387, 175 64 Π. Φάληρο)

16

Νεφρολογία

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΕΚΤΙΜΩΜΕΝΟΥ ΡΥΘΜΟΥ ΣΠΕΙΡΜΑΤΙΚΗΣ ΔΙΗΘΗΣΗΣ (EGFR) ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

Αμπατζίδου Φωτεινή⁽¹⁾, Σίλελη Μαρία⁽¹⁾, Διπλάρης Κωνσταντίνος⁽²⁾,
Μαδέσης Αθανάσιος (2), Βλάχου Αθανασία(2),
Κεχαγιόγλου Γεώργιος⁽²⁾, Δρόσος Γεώργιος⁽²⁾

1.Μονάδα Μετεγχειρητικής Παρακολούθησης Καρδιοχειρουργικής
Κλινικής Γ.Ν.Γ. Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη

2.Καρδιοχειρουργική κλινική Γ.Ν.Γ. Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή-Σκοπός: Οξεία νεφρική βλάβη συμβαίνει στο 30% των ασθενών που υποβάλλονται σε καρδιοχειρουργική επέμβαση με το 1% να απαιτεί θεραπεία νεφρικής υποκατάστασης. Σκοπός της αναδρομικής αυτής μελέτης είναι να αναζητηθούν οι παράγοντες που οδηγούν σε μείωση της GFR την ημέρα του εξιτηρίου μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση.

Υλικό - Μέθοδος: Από το Μάιο 2012 ως τον Ιούνιο 2014 υποβλήθηκαν σε καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις στο Γ.Ν. Παπανικολάου συνολικά 863 ασθενείς, με μέσο όρο ηλικίας 65.05± 10.33. Προσδιορίστηκε η τιμή GFR - με τη μέθοδο MDRD- πριν την καρδιοχειρουργική επέμβαση καθώς και την ημέρα του εξιτηρίου. Η μείωση της τιμής της GFR συσχετίστηκε με τις εξής παραμέτρους: οξεία νεφρική βλάβη(AKI), χρήση μη επεμβατικού αερισμού (NIV), επαναδιασωλήνωση, μετεγχειρητική πνευμονία, παρατεταμένος μηχανικός αερισμός, μετεγχειρητική κολπική μαρμαρυγή, επαναδιάνοιξη λόγω αιμορραγίας, σύνδρομο χαμηλής καρδιακής παροχής. Το chi-square test χρησιμοποιήθηκε για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων. **Αποτελέσματα:** Συνολικά 331 ασθενείς παρουσίασαν μείωση του GFR κατά την έξοδο (38.31%). Τα αποτελέσματα φαίνονται στον πίνακα 1.

Συμπεράσματα: Η μείωση της GFR κατά την έξοδο από το νοσοκομείο μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση σχετίζεται με την εμφάνιση μετεγχειρητικού AKI (κριτήρια RIFLE) καθώς και με την εμφάνιση μετεγχειρητικής κολπικής μαρμαρυγής.

Βιβλιογραφία: 1.Rosner M.H., Okusa M.Acute Kidney Injury Associated with Cardiac SurgeryC-JASNJanuary 2006 vol. 1(1) 19-32 2.Engoren M., Habib R.H.,Arslanian- Engoren C. The effect of acute kidney injury and discharge creatinine level on mortality following cardiac surgery Crit-CareMed

-Πίνακας 1

	Σύνολο ασθενών	Μείωση GFR (No ασθενών)	P value
AKI	120	93	<0.001
NIV	133	49	0.24
Επαναδιασωλήνωση	12	7	0.152
Πνευμονία	8	5	0.157
Παράταση Μ.Α.	37	15	0.780
Επαναδιάνοιξη	36	18	0.142
Κολπική Μαρμαρυγή	275	133	<0.001
Σύνδρομο χαμηλής CO	33	7	0.085

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΟΞΕΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΟΡΤΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ

Σίλελη Μαρία⁽¹⁾, Αμπατζίδου Φωτεινή⁽¹⁾, Διπλάρης Κωνσταντίνος⁽²⁾,
Τσαγκαρόπουλος Σωκράτης⁽²⁾, Καραϊσκος Θεόδωρος⁽²⁾, Μαδέσης Αθανάσιος⁽²⁾,
Βλάχου Αθανασία⁽²⁾, Αστέρη Θεοδώρα⁽³⁾

(1)Μονάδα μετεγχειρητικής ανάνηψης Καρδιοχειρουργικής Κλινικής,

(2)Καρδιο-θωρακοχειρουργική Κλινική,

(3)Καρδιοαναισθησιολογική Κλινική Γ.Ν.Θ "Γ. Παπανικολάου"

Εισαγωγή-Σκοπός: Σε πρόσφατα βιβλιογραφικά δεδομένα αναφέρεται ότι η παχυσαρκία προκαλεί δομικές και λειτουργικές βλάβες στους νεφρούς αυξάνοντας τον κίνδυνο εμφάνισης χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας (1). Αντίθετα δεν έχει αποσαφηνιστεί η συμμετοχή της στην οξεία νεφρική βλάβη (AKI). Πρωτεύων στόχος της μελέτης είναι να εξεταστεί εάν η παχυσαρκία αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για την ανάπτυξη μετεγχειρητικού AKI σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη. Δευτερεύων στόχος είναι να διερευνηθεί η επίδραση της προεγχειρητικής νεφρικής λειτουργίας σε παχύσαρκους ασθενείς στην εμφάνιση AKI.

Υλικό - Μέθοδος: Αναδρομική μελέτη των τελευταίων 2 ετών σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη υπό εξωσωματική κυκλοφορία. Εξαιρέθηκαν ασθενείς λιποβαρείς (BMI <18.5 kg/m²), με οξεία νεφρική ανεπάρκεια ή εξωνεφρική κάθαρση (TN) προεγχειρητικά. Οι ασθενείς αρχικά ταξινομήθηκαν ανάλογα με το δείκτη μάζας σώματος (BMI) σε δύο ομάδες: BMI=18.5-29.9 kg/m² (Ομάδα 1, n=418) και BMI>30 kg/m² (Ομάδα 2, n=186) και στη συνέχεια υποκατηγοριοποιήθηκαν ανάλογα με την προεγχειρητική νεφρική τους λειτουργία (60<GRF<60mL/min/1.73m²). Η εμφάνιση AKI ορίστηκε με βάση τα κριτήρια RIFLE. Η στατιστική συσχέτιση διεξήχθη χρησιμοποιώντας το χ² τεστ και ανάλυση παλινδρόμησης με στατιστική σημαντικότητα το 0.05.

Αποτελέσματα: Σε σύνολο 589 ασθενών (85.9% άνδρες) που υποβλήθηκαν σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη οι 80 (13.58%) παρουσίασαν AKI. Στην ομάδα της παχυσαρκίας ανήκαν συνολικά 183 ασθενείς από τους οποίους οι 33 (18%) εμφάνισαν μετεγχειρητική νεφρική βλάβη. Από τη μονοπαραγοντική ανάλυση, προέκυψε στατιστικά σημαντική επίδραση μεταξύ BMI>30 και μετεγχειρητικού AKI (p=0.034). Κατά την παλινδρομική ανάλυση, ο συνδυασμός BMI και προεγχειρητικού GFR εξακολουθεί να παραμένει ανεξάρτητος παράγοντας για την εμφάνιση AKI (p=0.011). Συγκεκριμένα, μόνο η κατηγορία ασθενών με παχυσαρκία και GFR<60mL/min/1.73m² παρουσίασε στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με τους ασθενείς με φυσιολογικό BMI και GFR (p<0.01; Odds 3.26).

Συμπεράσματα: Υπάρχουν πολλές μελέτες που υποστηρίζουν μια παράδοξη “ευεργετική” επίδραση της παχυσαρκίας στην βραχυπρόθεσμη κλινική έκβαση των ασθενών μετά από χειρουργείο ανοικτής καρδιάς (2). Σύμφωνα με τη μελέτη μας δεν παρατηρήθηκε το φαινόμενο της παράδοξης παχυσαρκίας όσον αφορά την εμφάνιση μετεγχειρητικού AKI σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη. Επιπλέον, μεγαλύτερη πιθανότητα για ανάπτυξη AKI εμφανίζει η υποκατηγορία ασθενών με παχυσαρκία και μέτριου έως σοβαρού βαθμού νεφρική ανεπάρκεια.

Βιβλιογραφία:

- 1) Structural renal changes in obesity and diabetes. Semin Nephrol 2013;33:23-33. Amann K, Benz K.
- 2) Effect of body mass index on outcomes after cardiac surgery: is there an obesity paradox? Ann Thorac Surg. 2011;91:42-7. Stamou SC, Nussbaum M, Stiegel RM, Reames MK, Skipper ER, Robicsek F, Lobdell KW.

ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΟΞΕΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΡΔΙΑΣ

Δανάη Μωυσίδου, Φωτεινή Αρπατζίδου

Καρδιοχειρουργική κλινική Γ.Π.Ν. «Γ. Παπανικολάου»

Εισαγωγή-Σκοπός: Η οξεία νεφρική βλάβη (ΑΚΙ) εμφανίζεται μετά από επεμβάσεις καρδιάς σε σημαντικό ποσοστό των ασθενών, που υποβάλλονται σε επεμβάσεις με χρήση εξωσωματικής κυκλοφορίας. Ανάλογα με τους ορισμούς, η οξεία νεφρική βλάβη μπορεί να εμφανιστεί μέχρι και σε ποσοστό 30% σε ασθενείς που υποβάλλονται σε επεμβάσεις καρδιάς.

Οι περισσότερες μελέτες που έχουν γίνει αφορούν την σοβαρή νεφρική ανεπάρκεια, η οποία καταλήγει σε θεραπεία εκλογής την αιμοκάθαρση. Τα τελευταία χρόνια γίνονται προσπάθειες να εστιαστεί η έρευνα σε λιγότερο σοβαρές μορφές νεφρικής δυσλειτουργίας. Έτσι, μόνο τρεις έρευνες, εξετάζουν την μακρόχρονη πρόγνωση (πέρα από 90 ημέρες) σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς, με λιγότερο σημαντική νεφρική βλάβη, σύμφωνα με τα κριτήρια καθορισμού της. Από τις έρευνες διαφάνηκε πως η μακροχρόνια θνητότητα αυξάνεται σε ποσοστό 40-50% και η οξεία νεφρική βλάβη σχετίζεται με υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης καρδιακών επεισοδίων, συγκριτικά με τους ασθενείς που δεν παρουσίασαν νεφρική δυσλειτουργία.

Υλικό - Μέθοδος: Πρόκειται για μια προοπτική μελέτη παρατήρησης, η οποία πραγματοποιήθηκε στο Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου», στη Καρδιοχειρουργική κλινική από τον Ιανουάριο του 2013 έως και τον Ιούνιο του 2014.

Στην μελέτη συμμετείχαν όλοι οι ασθενείς οι οποίοι υποβλήθηκαν σε επεμβάσεις καρδιάς, επείγουσες ή προγραμματισμένες, με χρήση εξωσωματικής κυκλοφορίας, ηλικίας άνω των 18 ετών. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε από έναν ανεξάρτητο ερευνητή και τα αποτελέσματα της επεξεργάστηκαν από στατιστικολόγο με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 20.

Αποτελέσματα: Από την συσχέτιση της νεφρικής λειτουργίας των ασθενών σύμφωνα με τα στάδια της νεφρικής ανεπάρκειας, προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην εμφάνιση οξείας νεφρικής βλάβης για κάθε στάδιο, ($p=0,05$). Σύμφωνα με την δοκιμασία Chi-Square Test οξεία νεφρική βλάβη παρατηρήθηκε στο 9,5% των ασθενών ($n=9$) με νεφρική ανεπάρκεια σταδίου I. Στο στάδιο II νεφρικής ανεπάρκειας, το 54,7% των ασθενών ($n=52$) εμφάνισαν νεφρική βλάβη ενώ στο στάδιο III το 33,7% των ασθενών ($n=32$) παρουσίασε νεφρική δυσλειτουργία. Τέλος στο στάδιο IV νεφρικής ανεπάρκειας, το 2,1% των ασθενών ($n=2$) παρουσίασε οξεία νεφρική βλάβη.

Συμπεράσματα: Η νεφρική βλάβη παραμένει ένας σημαντικός περιορισμός στην τρέχουσα χειρουργική πρακτική, με αποτέλεσμα σε μια επέμβαση καρδιάς, να αυξάνει τη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα. Η παθογένεση της είναι πολύπλοκη και πολυπαραγοντική. Κρίνεται αναγκαίο να προσδιορίσουν τα άτομα με υψηλότερο κίνδυνο περιεγχειρητικής νεφρικής βλάβης, με σκοπό τον σχεδιασμό νέων στρατηγικών προστατευτικών της νεφρικής λειτουργίας.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΜΙΚΡΟΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΑΙΜΟΔΙΑΔΙΗΘΗΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΗΣ ΜΕΘ

Ιωάννης Βασιλειάδης⁽¹⁾, Χρυσούλα Πιπιλή⁽¹⁾, Ειρήνη Γράψα⁽¹⁾,
Έλλη-Σοφία Τριποδάκη⁽¹⁾, Σοφία Ιωαννίδου⁽²⁾,
Χριστίνα Ρούτσου⁽¹⁾, Σεραφείμ Νανάς⁽¹⁾

(1) Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο 'ο Ευαγγελισμός'

(2) Εργαστήριο Βιοχημείας, Νοσοκομείο 'ο Ευαγγελισμός'

Σκοπός: Αν και η εφαρμογή συνεχούς υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας έχει βελτιώσει το επίπεδο φροντίδας στους βαρέως πάσχοντες ασθενείς της ΜΕΘ, η παρέμβαση αυτή φαίνεται ότι δεν είναι άμοιρη επιπλοκών¹. Σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση της μικροκυκλοφορίας κατά τη διάρκεια 24ωρης συνεχούς αιμοδιαδιήθησης (ΣΑΔΔ) σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς.

Υλικό - Μέθοδος: Σε 28 βαρέως πάσχοντες ασθενείς (19 άρρενες, APACHEII score 19 ± 7 , 8 διαβητικοί), νοσηλευόμενους στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Θεραπευτηρίου 'ο Ευαγγελισμός', υπό ΣΑΔΔ, μελετήθηκαν παράμετροι της μικροκυκλοφορίας με τη μέθοδο της φασματοσκοπίας εγγύς υπερύθρου (Near Infrared Spectroscopy, NIRS) σε συνδυασμό με την τεχνική του αγγειακού αποκλεισμού². Οι μετρήσεις έγιναν πριν από την έναρξη της ΣΑΔΔ (H0) και στις 6 (H6) και 24 ώρες (H24) από την έναρξή της. Επίσης, στις ίδιες χρονικές στιγμές, μετρήθηκαν τα επίπεδα της CystatinC στον ορό (sCysC). Κατά την έναρξη της ΣΑΔΔ 23/28 (82%) είχαν οξεία νεφρική βλάβη και 19/28 (68%) ήταν σηπτικοί.

Αποτελέσματα: Κατά τη διάρκεια της ΣΑΔΔ μειώθηκαν σημαντικά η ιστική οξυγόνωση (StO₂, %) [76.5 ± 12.5 (H0) vs 75 ± 11 (H6) vs 70 ± 16 (H24), $p=0.04$], ο ρυθμός επαναιμάτωσης, που είναι δείκτης της ενδοθηλιακής λειτουργικότητας (ΕΛ, %/min), [2.25 ± 1.44 (H0) vs 2.1 ± 1.8 (H6) vs 1.6 ± 1.4 (H24), $p=0.02$] και τα επίπεδα της sCysC (mg/L) [2.7 ± 0.8 (H0) vs 2.2 ± 0.6 (H6) vs 1.8 ± 0.8 (H24), $p<0.0001$]. Η μεταβολή της ΕΛ παρουσίαζε θετική συσχέτιση με τις μεταβολές της sCysC ($r=0.464$, $p=0.013$) ενώ ειδικά στους διαβητικούς, η μεταβολή του StO₂ σχετιζόταν με τη δόση ($r=-0.8$, $p=0.01$).

Συμπεράσματα: Κατά τη διάρκεια της εφαρμογής ΣΑΔΔ, επί 24 ώρες, σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς, παρατηρήθηκε επιδείνωση της μικροκυκλοφορίας, όπως εκτιμήθηκε με τη μέθοδο NIRS. Η επιδείνωση αυτή σχετιζόταν με τις μεταβολές των επιπέδων της sCysC και, ειδικότερα στους διαβητικούς, με της δόση της εφαρμοζόμενης ΣΑΔΔ.

Βιβλιογραφία:

1 Maynar Moliner et al. Blood Purif 2012; 34: 177-185

2 Nanas et al. Anaesth Intensive Care 2009; 37:733-739

ΜΕΤΡΟΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΥΠΟΛΟΓΙΖΟΜΕΝΗ ΚΑΘΑΡΣΗ ΚΡΕΑΤΙΝΙΝΗΣ: ΠΟΣΟ ΕΠΗΡΕΑΖΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ;

ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Ν. ΜΕΤΑΞΙΑ, ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΥ ΘΕΟΝΥΜΦΗ,
ΧΑΤΖΗΣ ΜΑΡΙΝΟΣ, ΜΑΙΝΑΣ ΕΥΣΤΡΑΤΙΟΣ, ΚΟΥΤΡΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ,
ΝΙΚΗΤΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, ΜΠΑΛΛΑ ΜΑΡΓΑΡΙΤΑ

*ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ,
ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ*

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν η συσχέτιση της βαρύτητας της νόσου και της διάρκειας νοσηλείας των ασθενών με τη διαφορά μεταξύ μετρούμενης (meas-est) και υπολογιζόμενης (est CrCl) κάθαρσης κρεατινίνης.

Υλικό - Μέθοδος: Μελετήθηκαν 23 βαριά πάσχοντες ασθενείς, 21 άνδρες και 2 γυναίκες, ηλικίας $63,9 \pm 13,6$ ετών, με APACHE II score $19,4 \pm 8,3$, SOFA score $7,9 \pm 4,35$ και διάρκεια νοσηλείας $12,9 \pm 13,68$ ημέρες. Κανένας ασθενής δεν ήταν ολιγουρικός. Καταγράφηκαν 69 διαφορετικά ζεύγη μετρήσεων CrCl, υπολογιζόμενης [εξίσωση Cockcroft- Gault] και μετρούμενης [υπολογισμός από την κρεατινίνη ορού και ούρων 24ώρου], και το SOFA score κατά την ημέρα της μέτρησης.

Αποτελέσματα: Το APACHE II score συσχετίστηκε αρνητικά, τόσο με την meas CrCl (corr. coeff $r = -0,40$, $p < 0,001$), όσο και με την est CrCl (corr. coeff $r = -0,39$, $p < 0,001$). Αντίθετα, δεν υπήρξε συσχέτιση με τη διαφορά μεταξύ των 2 τιμών.

Το SOFA score συσχετίστηκε αρνητικά με την meas CrCl (corr. coeff $r = -0,25$, $p < 0,05$), όχι όμως και με την est CrCl (corr. coeff $r = -0,046$, ns). Υπήρξε αρνητική συσχέτιση με τη διαφορά μεταξύ των 2 τιμών (corr. coeff $r = -0,20$, $p < 0,08$).

Η διάρκεια της νοσηλείας κατά την ημέρα μέτρησης της κάθαρσης δε συσχετίστηκε με την meas CrCl (corr. coeff $r = -0,125$, ns), υπήρξε όμως θετική συσχέτιση με την est CrCl (corr. coeff $r = 0,628$, $p < 0,001$) και αρνητική συσχέτιση με τη διαφορά μεταξύ μετρούμενης και υπολογιζόμενης (corr. coeff $r = -0,443$, $p < 0,001$).

Συμπεράσματα: Η τιμή της μετρούμενης κάθαρσης της κρεατινίνης συσχετίστηκε αρνητικά με τη βαρύτητα της νόσου, όπως ήταν αναμενόμενο, όχι όμως και με τη διάρκεια νοσηλείας κατά τη στιγμή της μέτρησης. Η υπολογιζόμενη κάθαρση συσχετίστηκε αρνητικά μόνο με το APACHE II score, και φάνηκε να υπάρχει θετική συσχέτισή της με τη διάρκεια νοσηλείας, ίσως λόγω των χαμηλών τιμών κρεατινίνης ορού στους χρόνιους ασθενείς της ΜΕΘ. Τέλος, η παράταση της νοσηλείας στη ΜΕΘ, αλλά και η επιδείνωση της γενικής κατάστασης των ασθενών, συσχετίστηκαν με μείωση της διαφοράς μεταξύ μετρούμενης και υπολογιζόμενης CrCl. Η μελέτη μας απέδειξε ότι η μετρούμενη κάθαρση έχει μεγαλύτερη αξία σε ασθενείς ΜΕΘ με εξελισσόμενη πολυοργανική ανεπάρκεια, ενώ στους χρόνιους ασθενείς της ΜΕΘ η υπολογιζόμενη κάθαρση φαίνεται να είναι μάλλον αξιόπιστη.

ΚΑΘΑΡΣΗ ΚΡΕΑΤΙΝΙΝΗΣ: ΧΡΗΣΙΜΟΣ Ή ΠΑΡΑΠΛΑΝΗΤΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΣΤΗ ΜΕΘ;

ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Ν. ΜΕΤΑΞΙΑ, ΜΠΑΛΛΑ ΜΑΡΓΑΡΙΤΑ,
ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΥ ΘΕΟΝΥΜΦΗ, ΚΥΠΑΡΙΣΣΗ ΚΥΠΑΡΙΣΣΗ,
ΓΚΙΩΝΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ, ΚΟΦΙΝΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, ΚΑΡΑΤΖΑΣ ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ

ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ, ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

Σκοπός: Η εκτίμηση της νεφρικής λειτουργίας είναι ζωτικής σημασίας για τους βαρέως πάσχοντες ασθενείς. Η κρεατινίνη του ορού ως δείκτης εκτίμησης της GFR επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες και έχει περιορισμένη αξία τόσο στην ανίχνευση, την εξέλιξη και την εκτίμηση της βαρύτητας της ΟΝΑ, όσο και στη ρύθμιση των δόσεων των νεφροτοξικών φαρμάκων. Η κάθαρση της κρεατινίνης (CrCl) είναι σαφώς πιο αξιόπιστη για την εκτίμηση της GFR. Στη μελέτη αυτή συγκρίθηκαν οι 2 πλέον χρησιμοποιούμενες μέθοδοι μέτρησης της CrCl στην καθ' ημέραν πράξη: η εξίσωση Cockcroft - Gault (υπολογιζόμενη κάθαρση - est CrCl) και ο υπολογισμός της CrCl από την κρεατινίνη ορού και ούρων 24ώρου (μετρούμενη κάθαρση meas CrCl).

Υλικό - Μέθοδος: Μελετήθηκαν 23 βαριά πάσχοντες ασθενείς, 21 άνδρες και 2 γυναίκες, ηλικίας $63,9 \pm 13,6$ ετών, με APACHE II score $19,4 \pm 8,3$. Κανένας ασθενής δεν ήταν ολιγουρικός, όλοι όμως ελάμβαναν νεφροτοξικά φάρμακα. Η μέση τιμή της κρεατινίνης ορού ήταν $0,88 \pm 0,4$ (0,3-2) mg/dL. Καταγράφηκαν 69 διαφορετικά ζεύγη μετρήσεων CrCl, υπολογιζόμενης και μετρούμενης.

Αποτελέσματα: Η μέση τιμή της est CrCl ήταν $115,49 \pm 60,8$ mL/min (36,5-314), ενώ της meas CrCl ήταν $89,24 \pm 106,6$ mL/min (16,62-808) (paired t-test, $p < 0,05$). Στην ομάδα των καταγραφών που είχαν meas CrCl ≥ 50 mL/min (n=46), δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των 2 μετρήσεων [est CrCl $138,34 \pm 62,67$ mL/min (57-314), vs meas CrCl $125,24 \pm 121,65$ mL/min (51-808) (paired t-test, ns). Στην ομάδα των καταγραφών που είχαν meas CrCl 30-50 mL/min (n=11), η διαφορά μεταξύ των 2 μετρήσεων [est CrCl $78,2 \pm 16,06$ mL/min (59-110,2), vs meas CrCl $37,2 \pm 6,19$ mL/min (30-49)] ήταν στατιστικά σημαντική (paired t-test, $p < 0,001$), όπως και στην ομάδα με meas CrCl < 30 mL/min (n=12), [est CrCl $75,85 \pm 59,44$ mL/min (38-236), vs meas CrCl $21,9 \pm 3,99$ mL/min (16.62-28)] (paired t-test, $p < 0,01$)

Συμπεράσματα: Η τιμή της κάθαρσης της κρεατινίνης διέφερε ανάλογα με τη μέθοδο μέτρησης (υπολογιζόμενη ή μετρούμενη). Η διαφορά αυτή γινόταν πολύ σημαντική στις τιμές meas CrCl < 50 mL/min, και ιδιαίτερα μεταξύ 30 και 50 mL/min. Με βάση τα δεδομένα της μελέτης μας, θεωρούμε ότι η ρύθμιση των δόσεων των νεφροτοξικών φαρμάκων θα πρέπει να γίνεται με γνώμονα τη μετρούμενη και όχι την υπολογιζόμενη κάθαρση κρεατινίνης.

15⁰

Πανελλήνιο Συνέδριο
Εντατικής Θεραπείας

17

**Νοσηλευτική και Φυσικοθεραπεία
του βαρέως πάσχοντα**

ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΥΠΟΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

Ντέντα Α.⁽¹⁾, Λεοντή Α.⁽¹⁾, Λαζαρίδου Ε.⁽¹⁾, Παπίγγη Α.⁽¹⁾, Λελέκη Κ.⁽¹⁾

(1) Νοσηλευτές Μονάδας Μετεγχειρητικής

Παρακολούθησης Καρδιοχειρουργικής Κλινικής Γ.Ν.Θ. Γ. Παπανικολάου

Εισαγωγή: Οι θυρεοειδικές ορμόνες έχουν σημαντικές καρδιαγγειακές επιδράσεις. Κατά τη διάρκεια της εξωσωματικής κυκλοφορίας η συγκέντρωση της ελεύθερης Τ3 μειώνεται. Σε όλες τις μείζονες εκλεκτικές επεμβάσεις προηγείται ο προσδιορισμός των επιπέδων των θυρεοειδικών ορμονών προεγχειρητικά. Παρά τη θεραπεία υποκατάστασης και τις φυσιολογικές εργαστηριακές τιμές οι ασθενείς με ιστορικό υποθυρεοειδισμού έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν μετεγχειρητική αναπνευστική ανεπάρκεια κυρίως λόγω της μυικής αδυναμίας των αναπνευστικών μυών. ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η καταγραφή των ασθενών με υποθυρεοειδισμό και θεραπεία υποκατάστασης που υποβλήθηκαν σε καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις και η αναφορά των αποτελεσμάτων της μετεγχειρητικής πορείας τους έναντι των ασθενών που δεν έπασχαν από υποθυρεοειδισμό. Ο εντοπισμός των μετεγχειρητικών επιπλοκών για το σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας

Υλικό - Μέθοδος: Από τον Ιούνιο 2012 ως Μάρτιο 2014, συνολικά 795 ασθενείς υποβλήθηκαν σε καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις. Στην αναδρομική αυτή μελέτη, καταγράφηκαν οι ασθενείς που βρίσκονταν σε ορμονική θεραπεία λόγω υποθυρεοειδισμού.

Αποτελέσματα: Συνολικά 21 ασθενείς (2,64% των ασθενών) με υποθυρεοειδισμό (ΟΜΑΔΑ Α) υποβλήθηκαν σε καρδιοχειρουργική επέμβαση. Οι γυναίκες ήταν 13 (61,9%). Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 64,14±11,82. Η μέση τιμή του Euro score II ήταν 1.82. Ο μέσος όρος του κλάσματος εξώθησης ήταν 60,04±12.47. Η μέση τιμή μηχανικού αερισμού ήταν 8 ώρες. Παρατεταμένο μηχανικό αερισμό >48 ώρες είχαν 2 ασθενείς(9,52%). Μη επεμβατικός αερισμός χρησιμοποιήθηκε σε 3 ασθενείς(14,28%). Επαναδιασωληνώθηκε 1 ασθενής(4,76%). Τα αποτελέσματα σε σύγκριση και με την ομάδα ελέγχου (ΟΜΑΔΑ Β) περιγράφονται στον παρακάτω πίνακα.

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με υποθυρεοειδισμό και θεραπεία υποκατάστασης εμφάνισαν μεγαλύτερα ποσοστά παρατεταμένου μηχανικού αερισμού και επαναδιασωλήνωσης από τους υπόλοιπους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις. Η νοσηλευτική φροντίδα αυτών των ασθενών περιελάμβανε πιο εντατική νοσηλευτική φροντίδα για την υποστήριξη του αναπνευστικού συστήματος.

Βιβλιογραφία: 1. Stathatos N, Wartofsky L. Perioperative management of patients with hypothyroidism. *Endocrinol Metab Clin N Am* 32 (2003); 503–518 2. A. Jyrala, R. Weiss, R. Jeffries Is Hypothyroidism Overlooked in Cardiac Surgery Patients? *Open Journal of Thoracic Surgery* 2012; 2; 29-35

	No	Ηλικία	Euro score II	Κλάσμα εξώθησης	Ωρες Μ.Α.	Μ.Α.>48 ώρες	NIV	Επαναδιασωλήνωση
ΟΜΑΔΑ Α	21	64,14±	1.82 (2.64%)	60,04±12.47 11,82	8	2 (9.52%)	3 (14.28%)	1 (4.76%)
ΟΜΑΔΑ Β	774	64,91± 10,41	1.38	55,21± 11,45	8	49 (6.33%)	194 (24.4%)	18 (2.32%)

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΦΟΡΤΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Φίκα Σοφία⁽¹⁾, Χαριτίδου Ευστρατία⁽²⁾, Νανάς Σεραφείμ⁽¹⁾,
Μπαλτόπουλος Γεώργιος⁽³⁾, Μυριανθείς Παύλος⁽³⁾

(1) Α΄ Πανεπιστημιακή κλινική εντατικής θεραπείας, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

(2) Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο, Σχολή Εφαρμοσμένων Μαθηματικών και Φυσικών Επιστημών.

(3) Πανεπιστημιακή κλινική εντατικής θεραπείας, ΓΟΝΚ «Οι Αγ. Ανάργυροι»

Εισαγωγή: Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση του φόρτου εργασίας των νοσηλευτών. Οι παράγοντες που προκαλούν αυτή την αύξηση πιθανόν να είναι η αύξηση της μέσης ηλικίας, της βαρύτητας και της πολυπλοκότητας της κατάστασης των νοσηλευόμενων ασθενών στις μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ), ο μεγαλύτερος όγκος των οργανωτικών καθηκόντων, καθώς και η πολυπλοκότητα της βιοϊατρικής τεχνολογίας που χρησιμοποιούν πλέον οι νοσηλευτές. Προκειμένου να εκτιμηθεί και ποσοτικά αυτή η αύξηση, έχουν αναπτυχθεί ορισμένα συστήματα για τον σκοπό αυτό.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί η σχέση του νοσηλευτικού φόρτου εργασίας με τη βαρύτητα της ασθένειας και την τελική έκβαση (θνησιμότητα και διάρκεια παραμονής) ασθενών που εισήχθησαν σε γενική ΜΕΘ.

Υλικό - Μέθοδος: Μελετήθηκαν 436 ασθενείς οι οποίοι εισήχθησαν διαδοχικά σε δύο γενικές ΜΕΘ, σε γενικό νοσοκομείο της Αθήνας. Ο νοσηλευτικός φόρτος εργασίας εκτιμήθηκε με δύο συστήματα: το TISS-28 (therapeutic intervention scoring system) και το NAS (nursing activity score). Για την εκτίμηση της βαρύτητας της νόσου χρησιμοποιήθηκαν τα συστήματα APACHE II (acute physiology and chronic health evaluation), SOFA (sequential organ failure assessment), SAPS 3 (simplified acute physiology score) και η κλίμακα Γλασκώβης. Η έκβαση αφορά την θνησιμότητα και τη διάρκεια παραμονής των ασθενών στη ΜΕΘ, καθώς το τελευταίο χρησιμοποιείται ως υποκατάστατο μέτρο έκβασης της νοσηρότητας του ασθενούς. Κριτήρια αποκλεισμού των ασθενών από τη μελέτη αποτέλεσαν: η διάρκεια παραμονής στη ΜΕΘ < 48 ωρών, η ηλικία < 18 ετών, ο εγκεφαλικός θάνατος και η εγκυμοσύνη.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία του πληθυσμού που μελετήθηκε ήταν τα 58,6±17,0 έτη. Από τη μονομεταβλητή ανάλυση φάνηκε ότι το TISS-28 σχετίζεται σημαντικά με τα συστήματα APACHE II ($p < 0,001$), SOFA ($p < 0,001$), SAPS 3 ($p < 0,001$), την κλίμακα Γλασκώβης ($p < 0,001$), τη θνησιμότητα στη ΜΕΘ ($p < 0,001$) και τη διάρκεια παραμονής στη ΜΕΘ ($p = 0,001$). Ομοίως, για το NAS, στατιστικά σημαντική συσχέτιση βρέθηκε με τα συστήματα APACHE II ($p < 0,001$), SOFA ($p < 0,001$), SAPS 3 ($p < 0,001$), τη θνησιμότητα στη ΜΕΘ ($p < 0,001$) και τη διάρκεια παραμονής στη ΜΕΘ ($p = 0,004$). Με βάση τα παραπάνω αποτελέσματα, από τα συστήματα εκτίμησης της βαρύτητας της νόσου επιλέχθηκε μόνο το SOFA για να εισαχθεί στο πολλαπλό μοντέλο μαζί με τις άλλες δύο μεταβλητές. Στην πολυμεταβλητή ανάλυση παλινδρόμησης φάνηκε ότι το TISS-28 σχετίζεται με το SOFA score ($p < 0,001$) και τη θνησιμότητα στη ΜΕΘ ($p = 0,001$), ενώ το NAS σχετίζεται με το SOFA score ($p < 0,001$), τη θνησιμότητα στη ΜΕΘ ($p = 0,001$) και με τη διάρκεια παραμονής στη ΜΕΘ ($p = 0,032$).

Συμπεράσματα: Ο νοσηλευτικός φόρτος σχετίζεται σημαντικά με τη βαρύτητα της νόσου, την έκβαση και τη διάρκεια παραμονής των ασθενών στη ΜΕΘ. Τα συστήματα TISS-28 και NAS είναι αξιόπιστα εργαλεία προσδιορισμού του νοσηλευτικού φόρτου εργασίας και παράλληλα παρέχουν τη δυνατότητα πρόβλεψης της διάρκειας παραμονής και της θνησιμότητας στη ΜΕΘ.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΕ Μ.Ε.Θ.

Φίκα Σοφία⁽¹⁾, Νανάς Σεραφεΐμ⁽²⁾, Μπαλιτόπουλος Γεώργιος⁽³⁾,
Χαριτίδου Ευστρατία⁽⁴⁾, Μυριανθεύς Παύλος⁽³⁾

(1) Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, PhD(c),

Α΄ Πανεπιστημιακή κλινική εντατικής θεραπείας, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

(2) Καθηγητής, Α΄ Πανεπιστημιακή κλινική εντατικής θεραπείας, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

(3) Καθηγητής, Πανεπιστημιακή κλινική εντατικής θεραπείας, ΓΟΝΚ «Οι Αγ. Ανάργυροι»

(4) PhD(c), Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο, Σχολή Εφαρμοσμένων Μαθηματικών
και Φυσικών Επιστημών, Τομέας Μαθηματικών

Εισαγωγή: Η θνησιμότητα στις μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) διεθνώς παραμένει υψηλή. Δεδομένης της ιδιαίτερα επιβαρυσμένης κατάστασης των ασθενών της ΜΕΘ, δεν είναι υπερβολή να αναφέρουμε ότι τα ποσοστά θνησιμότητας μπορούν να ξεπεράσουν το 25%. Οι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τη θνησιμότητα στη ΜΕΘ ποικίλουν.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η εκτίμηση της θνησιμότητας και ο καθορισμός παραγόντων κινδύνου για τη θνησιμότητα των ασθενών που νοσηλεύονται σε γενική ΜΕΘ.

Υλικό - Μέθοδος: Μελετήθηκαν 436 ασθενείς σε κρίσιμη κατάσταση οι οποίοι εισήχθησαν διαδοχικά, για χρονική περίοδο δύο ετών, στις δύο γενικές ΜΕΘ σε γενικό νοσοκομείο της Αθήνας. Κριτήρια αποκλεισμού των ασθενών από τη μελέτη αποτέλεσαν: η παραμονή στη ΜΕΘ για λιγότερο από 48 ώρες, η ηλικία κάτω των 18 ετών, ο εγκεφαλικός θάνατος και η εγκυμοσύνη.

Αποτελέσματα: Η θνησιμότητα στη ΜΕΘ ήταν 33,5%, με προβλεπόμενη θνησιμότητα 32,82% ± 22,27 με βάση το APACHE II score. Η μέση ηλικία, APACHE II score, SOFA score και SAPS 3 διέφεραν στατιστικά σημαντικά μεταξύ των θανόντων και των επιζώντων ασθενών (Ηλικία: 63,17 ± 16,57 vs. 36,25 ± 16,82, p<0,001, APACHE II score: 22,39 ± 7,64 vs. 15,73 ± 7,29, p<0,001, SOFA score: 10,55 ± 3,76 vs. 7,46 ± 3,69, p<0,001 και SAPS 3: 71,92±15,60 vs. 54,99±13,67, p<0,001).

Η πολυπαραγοντική ανάλυση ανέδειξε πέντε ανεξάρτητους παράγοντες κινδύνου για τη θνησιμότητα στη ΜΕΘ: την παρουσία πνευμονίας κατά την εισαγωγή στη ΜΕΘ (p=0,009), την προϋπάρχουσα καρδιολογική νόσο (p=0,025), την πραγματοποίηση αιμοδιαδιήθησης εντός του πρώτου 24ώρου παραμονής στη ΜΕΘ (p=0,008), το σύστημα εκτίμησης της βαρύτητας της κατάστασης SAPS 3 (p<0,001) και το σύστημα αξιολόγησης νοσηλευτικού φόρτου εργασίας TISS-28 (p<0,001).

Συμπεράσματα: Η θνησιμότητα στη ΜΕΘ κυμαίνεται σε υψηλά επίπεδα. Πέρα από τα συστήματα SAPS 3 και TISS-28, η μελέτη ανέδειξε ότι η ύπαρξη κάποιας καρδιολογικής νόσου, η ύπαρξη πνευμονίας κατά την είσοδο στη ΜΕΘ και η πραγματοποίηση αιμοδιαδιήθησης την πρώτη ημέρα στη ΜΕΘ σχετίζονται με τη θνησιμότητα.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΓΚΗ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΦΛΕΒΟΦΛΕΒΙΚΗΣ ΑΙΜΟΔΙΗΘΗΣΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

Χατζηλεωνίδα Ευαγγελία, Ντέντα Αθηνά, Χατζητόλιας Βασίλης,
Λαζαρίδου Ευφροσύνη, Αμπατζίδου Φωτεινή

*Μονάδα Μετεγχειρητικής Παρακολούθησης Καρδιοχειρουργικής
Κλινικής Γ.Ν. Γ.Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη*

Εισαγωγή: Η επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας μετά από καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις με τη χρήση εξωσωματικής κυκλοφορίας είναι συχνή, πολυπαραγοντική, συνήθως παροδική ενώ μπορεί να απαιτηθεί η χρήση φίλτρου αιμοδιήθησης. Επιπλέον σε ασθενείς σε χρόνια αιμοκάθαρση συνυπάρχουν καρδιαγγειακά προβλήματα που συχνά χρήζουν χειρουργικής επέμβασης.

Σκοπός: Σκοπός της αναδρομικής αυτής μελέτης είναι η μελέτη της χρήσης φίλτρου αιμοδιήθησης μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση ανάλογα με τη νεφρική λειτουργία όπως αυτή καθορίζεται από την εκτιμώμενη τιμή της πειραματικής διήθησης (GFR).

Υλικό - Μέθοδος: Από το Μάιο του 2012 ως τον Ιούλιο του 2014 υποβλήθηκαν σε καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις 920 ασθενείς (198 γυναίκες). Από τις επεμβάσεις αυτές οι 110 ήταν επείγουσες. Μελετήθηκε το ποσοστό των ασθενών που χρειάστηκαν φίλτρο αιμοδιήθησης μετεγχειρητικά σε ασθενείς με στάδιο 3 (GFR 30-59 ml/min /1.73 m²), στάδιο 4 (GFR 15-29) και στάδιο 5 (GFR <15 ή χρόνια εξωνεφρική κάθαρση). Η ταξινόμηση αυτή βασίζεται στη διεθνή ταξινόμηση της χρόνιας νεφρικής νόσου (K/DOQI).

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα φαίνονται στον πίνακα 1.

Συμπεράσματα: Η παρουσία χρόνιας νεφρικής βλάβης σε ασθενείς που υποβάλλονται σε καρδιοχειρουργική επέμβαση αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα χρήσης φίλτρου συνεχούς αιμοδιήθησης μετεγχειρητικά. Οι νοσηλευτές πρέπει να γνωρίζουν τη λειτουργία και χρήση του φίλτρου αιμοδιήθησης, καθώς οι ασθενείς αυτοί απαιτούν πιο εντατική και εξειδικευμένη νοσηλευτική φροντίδα.

	Αριθμός ασθενών	% χρήση φίλτρου αιμοδιήθησης
Στάδιο 3	235	4.25 (10/235)
Στάδιο 4	12	16.66% (2/12)
Στάδιο 5	21	100% (21/21)

14-16 Νοεμβρίου 2014

Ίδρυμα Ευγενίδου - Αθήνα

(Α. Συγγρού 387, 175 64 Π. Φάληρο)

18

Παιδιατρική εντατική θεραπεία

ΕΦΑΡΜΟΓΗ LOCK THERAPY ΜΕ ΑΙΘΑΝΟΛΗ 70% ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ CLABSI

Ράλλης Δημήτριος⁽¹⁾, Καζαντζή Μαρία⁽¹⁾, Τσιρογιάννη Χρυσάνθη⁽¹⁾,
Χρηστάκου Ελένη⁽¹⁾, Πράπα Μαριλένα⁽¹⁾, Καλαμπαλίκης Παναγιώτης⁽¹⁾,

1. ΜΕΘ ΠΑΙΔΩΝ, ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ 'Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ', ΑΘΗΝΑ.

Εισαγωγή - Σκοπός: Η αντιμετώπιση των λοιμώξεων που σχετίζονται με κεντρικούς φλεβικούς καθετήρες (CLABSI) αποτελεί σημαντική πρόκληση και προκειμένου να αποφευχθεί η αφαίρεση του κεντρικού φλεβικού καθετήρα (ΚΦΚ), μπορεί να χρησιμοποιηθεί θεραπεία αποστείρωσης (lock therapy). Σκοπός μας ήταν η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της lock therapy με αιθανόλη 70% για την αντιμετώπιση των CLABSI.

Υλικό - Μέθοδος: Καταγράφηκαν αναδρομικά παιδιά που νοσηλεύτηκαν στην ΜΕΘ του Νοσοκομείου Παιδών "Η Αγία Σοφία" για 1,5 έτος, τα οποία παρουσίασαν CLABSI και αντιμετωπίστηκαν με εφαρμογή αιθανόλης 70% ως lock therapy. Τα επεισόδια των CLABSI ορίστηκαν βάσει των καθορισμένων κριτηρίων του CDC (2014). Διάλυμα αιθανόλης 70% σε συγκεκριμένη ποσότητα, ανάλογα με τον τύπο του καθετήρα (Hickman 1-2ml, μριαίος καθετήρα 0.5ml), χορηγήθηκε σε κάθε αυλό του ΚΦΚ για 5 ημέρες.

Η επιτυχία της θεραπείας καθορίστηκε από την απουσία θετικής καλλιέργειας αίματος (κ/α) για το ίδιο παθογόνο για χρονικό διάστημα 30 ημερών από την ολοκλήρωσή της.

Αποτελέσματα: Από 1/1/2013 ως 1/9/2014 καταγράφηκαν συνολικά 17 περιστατικά lock therapy, σε 11 ασθενείς, με διάμεση ηλικία 7 μήνες (εύρος 4.5 μήνες - 13 έτη). Στις 9(53%) περιπτώσεις οι ασθενείς ήταν σε ανοσοκαταστολή (24% στεροειδή, 29% χημειοθεραπευτικά), ενώ σε 8(47%) περιστατικά είχε καταγραφεί προηγούμενη βακτηριαμία. Σε 4 ασθενείς εφαρμόστηκε lock therapy για >1 φορές λόγω ανάπτυξης νέου παθογόνου. Σε 5(29%) περιστατικά ο ασθενής έφερε συγχρόνως και 2ο ΚΦΚ, ενώ 5(29%) ασθενείς λάμβαναν ολική παρεντερική διατροφή.

Από τα 17 περιστατικά, τα 7 αφορούσαν ανάπτυξη CNS, 3 Pseudomonas και τα υπόλοιπα άλλο παθογόνο (πίνακας). Η καθ' ημέρα διάρκεια χορήγησης αιθανόλης ήταν 12 ώρες σε 12(71%), 24 ώρες σε 2(12%) και 6 ώρες σε 3(18%) περιπτώσεις. Σε καμία από τις περιπτώσεις δεν παρατηρήθηκε επιδείνωση της ηπατικής ή νεφρικής λειτουργίας, θρόμβωση, καταστροφή ή δυσλειτουργία του καθετήρα.

Από τις 17 περιπτώσεις, οι 12(71%) αφορούσαν Hickman (διάυλος σε 11 και μονόαυλος σε 1 περίπτωση) και οι 5(29%) μριαίο φλεβικό καθετήρα (τρίαυλος σε 3 και διάυλος σε 2 περιπτώσεις). Σε μία περίπτωση μριαίου φλεβικού καθετήρα και σε 2 Hickman η κ/α αίματος ήταν θετική με το ίδιο παθογόνο εντός 30 ημερών από την ολοκλήρωση του lock, οπότε αφαιρέθηκε ο καθετήρας. Η θεραπεία ολοκληρώθηκε επιτυχημένα σε 14/17 περιπτώσεις (82%).

Συμπεράσματα: Η lock therapy με αιθανόλη 70% μπορεί να εφαρμοστεί για την αντιμετώπιση CLABSI που σχετίζονται με Hickman και μριαίους φλεβικούς καθετήρες, τόσο για Gram(+), όσο και για Gram(-) μικροοργανισμούς, δίχως να συνδέεται με επιπλοκές.

Αριθμός	Κεντρικός καθετήρας	Αυλός	Παθογόνο	Καθ' ημέρα ώρες χορήγησης αιθανόλης	Έκβαση
1	Hickman	2	ENTEROBACTER	12	ΕΠΙΤΥΧΙΑ
2	Hickman	2	CNS	12	ΕΠΙΤΥΧΙΑ
3	Hickman	2	ENTEROBACTER	12	ΕΠΙΤΥΧΙΑ
4	Μριαίος	3	CNS	12	ΑΠΟΤΥΧΙΑ ΑΦΑΙΡΕΣΗ
5	Μριαίος	3	CORYNEBACTERIUM	6	ΕΠΙΤΥΧΙΑ
6	Μριαίος	2	CNS	12	ΕΠΙΤΥΧΙΑ
7	Hickman	2	STENOTROPHOMONAS	12	ΕΠΙΤΥΧΙΑ
8	Μριαίος	3	CNS	24	ΕΠΙΤΥΧΙΑ
9	Hickman	2	PSEUDOMONAS	12	ΕΠΙΤΥΧΙΑ
10	Hickman	2	CNS	12	ΕΠΙΤΥΧΙΑ
11	Hickman	2	CNS	12	ΑΠΟΤΥΧΙΑ ΑΦΑΙΡΕΣΗ
12	Hickman	2	PSEUDOMONAS	12	ΕΠΙΤΥΧΙΑ
13	Hickman	2	KLEBSIELLA	12	ΕΠΙΤΥΧΙΑ
14	Μριαίος	2	ENTEROCOCCUS	24	ΕΠΙΤΥΧΙΑ
15	Hickman	2	CNS	6	ΑΠΟΤΥΧΙΑ ΑΦΑΙΡΕΣΗ
16	Hickman	1	SERATIA	6	ΕΠΙΤΥΧΙΑ
17	Hickman	2	PSEUDOMONAS	12	ΕΠΙΤΥΧΙΑ

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΕΦΗΒΩΝ ΣΕ Μ.Ε.Θ. ΠΑΙΔΩΝ: ΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ

Σταυρούλα Ηλία, Ελισάβετ Γερωμαρκάκη, Ευφροσύνη Βασιλάκη,
Άννα-Μαρία Σπανάκη, Μιχαέλα-Ντιάνα Φυτρολάκη, Θεονύμφη Ταβλαδάκη,
Ευάγγελος Μπλευράκης, Γεώργιος Μπριασούλης

1 Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παιδών, ΠΑΓΝΗ, Κρήτη

Εισαγωγή:-Σκοπός: Η νοσηλεία των εφήβων γίνεται σε παιδιατρικά νοσοκομεία. Σκοπός της μελέτης είναι η ανάλυση των χαρακτηριστικών των εφήβων ασθενών που νοσηλεύτηκαν σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παιδών (ΜΕΘΠ) και η σύγκριση κλινικών παραμέτρων μεταξύ αυτών και μικρότερων ηλικιακά ασθενών.

Υλικό - Μέθοδος: Αναδρομική μελέτη ασθενών που νοσηλεύτηκαν στην ΜΕΘΠ του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης με δύναμη 7 κλινών τη δεκαετία 2004-2014 οι οποίοι ταξινομήθηκαν σε τέσσερις ηλικιακές ομάδες: <6, 6-14, 14-18, >18 ετών. Μελετήθηκαν δημογραφικά στοιχεία, ύπαρξη υποκείμενου νοσήματος, τρόποι και χρόνος μηχανικού αερισμού, δείκτες βαρύτητας και έκβαση.

Αποτελέσματα: Στη διάρκεια των ετών 2004-2014 νοσηλεύτηκαν 1044 ασθενείς. Οι ηλικιακές ομάδες <6 και 6-14ετών είχαν το μεγαλύτερο ποσοστό οξέων περιστατικών παιδιών χωρίς γνωστό υποκείμενο νόσημα (58% και 49.4% αντίστοιχα). Στις ηλικίες 14-18 έτη παρατηρήθηκε το μεγαλύτερο ποσοστό κακοήθειας (16.7%). Η ομάδα >18ετών εμφάνισε μεγαλύτερο ποσοστό σύνθετων χρόνιων νοσημάτων (46.6%, $p<0.0001$), θετικών αιμοκαλλιτεργειών εισαγωγής (7.1% vs 1.8% (ομάδα <6) $p<0.0001$), μη επεμβατικού μηχανικού αερισμού (7.4% vs. 3.8% (10-14), $p<0.05$), και τραχειοστομίας (14.8% vs. 6.9% (<6), 11.8% (6-14), 7.7% (14-18), $p<0.05$). Συχνότερη χρήση αντιβιοτικών παρατηρήθηκε στις ομάδες <6 (70%) και >18 (81%) σε σχέση με 6-14 (60%) ή 14-18 (64%), ($p<0.05$). Η θνητότητα (4%) δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των ηλικιακών ομάδων, και κυμάνθηκε μεταξύ 2.2% (6-14) και 7.4% (>18). Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά τη εφαρμογή και διάρκεια μηχανικού αερισμού, διάρκεια νοσηλείας, χειρουργείων και βαρύτητας νόσου. Στη δεκαετή μελέτη η συν-νοσηρότητα και οι διαγνώσεις εισαγωγής διέφεραν σημαντικά μεταξύ των 4 ηλικιακών ομάδων ($p<0.0001$), με τους μεγαλύτερους ηλικιακά ασθενείς να πάσχουν από ανεπάρκεια περισσότερων του ενός συστημάτων και από υποκείμενα μεταβολικά νοσήματα.

Συμπεράσματα: Οι έφηβοι αποτελούν ένα μικρό αλλά υψηλού κινδύνου πληθυσμό ασθενών που νοσηλεύτηκαν στη Μονάδα μας. Οι παιδιατρικές ΜΕΘ οφείλουν να έχουν έτοιμα πρωτόκολλα και σχέδια θεραπείας και αποκατάστασης εστιασμένα σε αυτή την ηλικιακή ομάδα.

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΣΥΝΘΕΤΑ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΣΕ Μ.Ε.Θ.ΠΑΙΔΩΝ

Σταυρούλα Ηλία, Ελισάβετ Γερωμαρκάκη, Ευφροσύνη Βασιλάκη,
Άννα-Μαρία Σπανάκη, Μιχαέλα-Ντιάνα Φυτρολάκη, Θεονύμφη Ταβλαδάκη,
Ευάγγελος Μπλευράκης, Γεώργιος Μπριασούλης

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παίδων, ΠΑΓΝΗ, Κρήτη

Εισαγωγή-Σκοπός: Τα τελευταία χρόνια νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας Παίδων (ΜΕΘΠ) όλο και περισσότερα παιδιά και έφηβοι με χρόνια νοσήματα που επιβιώνουν μέχρι την ενήλικη ζωή λόγω αναβάθμισης των παροχών υγείας. Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στην καταγραφή της επίπτωσης, της διάρκειας μηχανικού αερισμού, του χρόνου νοσηλείας και της έκβασης αυτών των ασθενών που νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘΠ.

Υλικό - Μέθοδος: Για το σκοπό αυτό μελετήθηκαν όλοι οι ασθενείς ηλικίας 30 ημερών έως 18 ετών που νοσηλεύτηκαν στην ΜΕΘΠ του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης με δύναμη 7 κλινών τη δεκαετία 2004-2014 οι οποίοι ταξινομήθηκαν σε τρεις ομάδες: ασθενείς με χρόνια νοσήματα (ΧΝ), με κακοήθεια (Κ) και οξεία περιστατικά υγιών παιδιών (ΟΠ).

Αποτελέσματα: Μεταξύ 1044 εισαγωγών, 37.2% είχαν σύνθετα χρόνια νοσήματα, 7.7% κακοήθεια και 55.2% αφορούσαν οξεία συμβάματα υγιών παιδιών. Η ετήσια επίπτωση των ΧΝ κυμάνθηκε μεταξύ 28.3% και 48.6%, $p < 0.0001$. Οι ασθενείς με ΟΠ, Κ ή ΧΝ διέφεραν σημαντικά μεταξύ τους στις εξής μελετούμενες παραμέτρους: ηλικία (5 ± 0.2 vs. 5.9 ± 0.6 , vs. 6.6 ± 0.3 έτη, $p < 0.0001$), νοσηλευτική φροντίδα (230 ± 6 vs. 208 ± 15 , vs. 207 ± 6 , $p < 0.03$), και διάρκεια μηχανικού αερισμού (3.4 ± 0.05 vs. 3 ± 1 , vs. 3.5 ± 0.6 ημέρες, $p < 0.05$). Οι επιμέρους διαγνωστικές κατηγορίες επίσης διέφεραν σημαντικά μεταξύ ΟΠ και ΧΝ ($p < 0.0001$). Ασθενείς με ΧΝ εμφάνισαν μεγαλύτερα ποσοστά τραχειοστομίας (20% ΧΝ vs. 1.9% ΟΠ vs. 1.3% Κ, $p < 0.0001$) και θετικών καλλιεργείων αίματος εισαγωγής (2.6% ΧΝ vs. 1.7% ΟΠ, $p < 0.0001$). Δεν ανευρέθησαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων σχετικά με δείκτες βαρύτητας, όπως PRISM, PELOD, TISS, και χρόνου νοσηλείας ή θνητότητας (3.1% ΟΠ, 6.1% Κ, 4.8% ΧΝ).

Συμπεράσματα: Ασθενείς ΜΕΘΠ με ΧΝ ήταν μεγαλύτεροι σε ηλικία, σε μεγαλύτερο κίνδυνο για τραχειοστομία και με παρατεταμένο χρόνο μηχανικού αερισμού. Το ποσοστό των νοσηλευομένων σε ΜΕΘΠ ασθενών με χρόνια νοσήματα και κακοήθεια προσεγγίζει το 45% των εισαγωγών. Παραμένει επιτακτική ανάγκη να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στην φροντίδα αποκατάστασης κατά τη διάρκεια, αλλά και μετά την έξοδο από τη ΜΕΘΠ.

Η C-ΑΝΤΙΔΡΩΣΑ ΠΡΩΤΕΪΝΗ ΚΑΙ Η ΠΡΟΚΑΛΣΙΤΟΝΙΝΗ ΩΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΡΩΙΜΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΓΩΓΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΟΝ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΗΡΑ.

Χρηστάκου Ε, Καζαντζή Μ, Τσιρογιάννη Χ, Ράλλης Δ, Πράπα Μ, Καλαμπαλίκης Π.

ΜΕΘ Γ.Ν.Παιδων "Η Αγία Σοφία"

Εισαγωγή-Σκοπός: Η σχετιζόμενη με τον αναπνευστήρα πνευμονία (VAP) είναι η πιο συχνή λοίμωξη των ασθενών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Η έγκαιρη αναγνώρισή της είναι απαραίτητη για την βελτίωση της πρόγνωσης, απαιτεί όμως πληθώρα κλινικών και εργαστηριακών δεδομένων. Στόχος της μελέτης είναι η αξιολόγηση της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (CRP) και της προκαλσιτονίνης (PCT) ως δείκτες πρώιμης διάγνωσης και ανταπόκρισης στην αγωγή σε παιδιατρικούς ασθενείς με VAP.

Υλικό - Μέθοδος: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη των ασθενών που παρουσίασαν VAP κατά τη νοσηλεία τους στη ΜΕΘ του Νοσοκομείου Παιδών «Η Αγία Σοφία» επί ένα έτος. Η VAP ορίστηκε με βάση κλινικά και απεικονιστικά ευρήματα και με κλινικό σκορ πνευμονικής λοίμωξης (CPIS) ≥ 6 . Αποκλείστηκαν ασθενείς με εξωπνευμονική λοίμωξη και όσοι εισήχθησαν με λοίμωξη αναπνευστικού ή ARDS. Τα επίπεδα της CRP και της PCT στο αίμα μετρήθηκαν: α) την ημέρα που τέθηκε η κλινική υποψία της VAP (ημέρα -1) β) την ημέρα που έγινε έναρξη αντιμικροβιακής αγωγής (CPIS ≥ 6) (ημέρα 0) και γ) 48 ώρες μετά την έναρξη της αγωγής (ημέρα +1). Υπολογίστηκαν διάμεση τιμή και εύρος ή απόλυτη και σχετική συχνότητα για ποσοτικές και κατηγορικές μεταβλητές, αντίστοιχα. Για τις συσχετίσεις χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικές δοκιμασίες (Mann Whitney, Kruskal Wallis). Ως επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το 5% ($\alpha:0,05$).

Αποτελέσματα: Καταγράφηκαν 21 περιστατικά VAP σε 16 ασθενείς (9 θήλεα, 56,25%) με διάμεση ηλικία τα 4 έτη (2 μήνες - 15 έτη) και διάρκεια διασωλήνωσης 9 ημέρες (3 - 113 ημέρες). Οι 18/21 (85,7%) ασθενείς ανέπτυξαν τουλάχιστον ένα παθογόνο στην καλλιέργεια των τραχειοβρογχικών εκκρίσεων. Η διάμεση τιμή της PCT ήταν 0,23ng/ml (0,03-6,6), 0,66ng/ml (0,03-6,58) και 0,57ng/ml (0,06-0,40) την ημέρα -1, 0 και +1, αντίστοιχα. Δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στην τιμή της PCT την ημέρα -1 και την ημέρα 0 ($p: 0,18$), ή μετά τη θεραπεία (ημέρα 0 και +1) ($p: 0,68$). Οι αντίστοιχες τιμές της CRP ήταν 23,25mg/l (0,5-116), 101mg/l (7,1-295) και 42mg/l (3,6-440). Η τιμή της CRP την ημέρα 0 ήταν σημαντικά υψηλότερη από ότι την ημέρα -1 ($p: 0,0023$) ενώ την ημέρα +1 ήταν σημαντικά χαμηλότερη από την ημέρα 0 ($p: 0,034$). Με όριο την τιμή 0,5ng/ml, η PCT είχε ευαισθησία 33,3% για τη διάγνωση της VAP. Η μεταβολή της PCT μεταξύ των ημερών -1 και 0 κατά 0,2ng/ml είχε ευαισθησία 14,3% για τη διάγνωση της VAP. Αντίστοιχα τιμή της CRP >20 mg/l είχε ευαισθησία 85,7%, ενώ μεταβολή της CRP κατά 20mg/l είχε 66,7% ευαισθησία για την επιβεβαίωση της διάγνωσης (μεταξύ των ημερών -1 και 0) και 62,5% για την επιτυχία της αντιμετώπισης (μεταξύ των ημερών 0 και +1).

Συμπεράσματα: Η απόλυτη τιμή της PCT καθώς και η αύξησή της δεν αποτελούν ευαίσθητο δείκτη για την πρώιμη διάγνωση της VAP ούτε για την ανταπόκριση στη θεραπεία. Αντίθετα, η αύξηση των τιμών της CRP φαίνεται χρήσιμος δείκτης για την έγκαιρη αναγνώριση των παιδιών με VAP ενώ αποτελεί και καλό δείκτη ανταπόκρισης στην αγωγή.

15⁰

Πανελλήνιο Συνέδριο
Εντατικής Θεραπείας

20

Σήψη

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΦΛΕΒΟΦΛΕΒΙΚΗΣ ΑΙΜΟΔΙΗΘΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΥΞΗΣΗΣ ΤΟΥ (ELWI) ΣΕ ΒΑΡΙΑ ΣΗΠΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΘ.

Σαραφίδου Π. Παππά Ε. Σαρρής Γ. Κουζανίδης Ν. Κατσιούλα Ε. Παύλου Η.

Α ΜΕΘ Νοσοκομείο ΚΑΤ.

Εισαγωγή: Είναι γνωστό ότι στους βαριά σηπτικούς ασθενείς που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ η αύξηση του εξωπνευμονικού υγρού (ELWI) είναι ένα σύνθηρες επακόλουθο που συνοδεύεται από δραματική αύξηση της θνητότητας. (ELWI>14 παρουσιάζει θνητότητα 100%). Ακόμα και αν διατηρείται καλή η νεφρική λειτουργία και ικανοποιητικό το ημερήσιο ισοζύγιο υγρών η μείωση του εξωπνευμονικού υγρού είναι εξαιρετικά δύσκολη με την χρήση διουρητικών φαρμάκων ή τη μείωση των προσλαμβανόμενων υγρών.

Σκοπός της μελέτης είναι να διαπιστώσουμε αν η χρήση φλεβοφλεβικής αιμοδιήθησης με μηδενικό ισοζύγιο υγρών μπορεί να μετακινήσει το εξωπνευμονικό υγρό από τον διάμεσο πνευμονικό ιστό προς την συστηματική κυκλοφορία και να το μειώσει σημαντικά σε μικρό χρονικό διάστημα ώστε να διευκολύνει πιθανή χειρουργική αντιμετώπιση της σηπτικής εστίας ή να δώσει χρόνο στην θεραπευτική αγωγή να δράσει.

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήθηκαν 5 βαριά σηπτικοί ασθενείς που νοσηλεύονταν στην ΜΕΘ και ανέπτυξαν ARDS με ELWI >13 παρά την ικανοποιητική νεφρική λειτουργία και σχεδόν μηδενικό ημερήσιο ισοζύγιο υγρών. Οι ασθενείς μπήκαν σε φλεβοφλεβική αιμοδιήθηση για 48 ώρες με αποβαλλόμενο διήθημα 36/λίτρα/24ωρο και μηδενικό ημερήσιο ισοζύγιο υγρών στο φίλτρο. Κατεγράφησαν ΜΑΠ, ΚΦΠ, αέρια αίματος, συνολικό ισοζύγιο υγρών, CI, ELWI, SVRI και η ανάγκη χορήγησης αγγειοσυσπαστικών φαρμάκων καθ' όλη τη διάρκεια της παρακολούθησης των ασθενών.

Αποτελέσματα: Η τιμή του ELWI πριν την έναρξη της φλεβοφλεβικής αιμοδιήθησης ήταν 14 ± 1 ml/Kg. Στο τέλος του 1ου και 2ου 24ώρου μειώθηκε σε 11 (9-12) και 10.5 (10-11) ml/Kg αντίστοιχα.

Η CI ήταν πριν την έναρξη 3.71 (3,03-4,41) l/min/m² και μειώθηκε σε 3.10 (2,5-3,50) και 3.65 (3,23-4,10) l/min/m² αντίστοιχα και το SVRI από 1683 (1525-1779) dyne.s.cm⁻⁵ που ήταν πριν την έναρξη μειώθηκε σε 2055 (1990-2131) και 2213 (1889-2607) dyne.s.cm⁻⁵ αντίστοιχα, χωρίς να αλλάξει η δόση των χορηγούμενων αγγειοσυσπαστικών φαρμάκων.

Βελτιώθηκε το O₂/FIO₂ σε τρεις ασθενείς ενώ παρέμεινε ίδιο στους υπόλοιπους δύο. Η ΜΑΠ αυξήθηκε από 91.5 mmHg σε 95.25 και 96.75 mmHg αντίστοιχα ενώ το συνολικό ισοζύγιο υγρών (μετρούμενης και της διούρησης του ασθενούς) ήταν -359ml και -762 ml αντίστοιχα.

Στο τέλος του 48ώρου δύο ασθενείς μεταφέρθηκαν στο χειρουργείο για χειρουργική αντιμετώπιση της σήψης ενώ στους υπόλοιπους συνεχίστηκε η συντηρητική αντιμετώπιση.

Συμπεράσματα: Η χρήση της φλεβοφλεβικής αιμοδιήθησης σε ασθενείς με καλή νεφρική λειτουργία, παρά το μηδενικό ισοζύγιο υγρών, μπορεί τάχιστα να μειώσει το ELWI, να βελτιώσει την οξυγόνωση και να βοηθήσει στη σταθεροποίηση της αιμοδυναμικής κατάστασης προσφέροντας τον απαραίτητο χρόνο για την οριστική αντιμετώπιση της σηπτικής εστίας.

Η ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΒΙΟΔΕΙΚΤΩΝ ΣΤΗ ΣΗΨΗ: ΠΡΟΔΡΟΜΗ ΜΕΛΕΤΗ

Α. Καραπαναγιώτου, Σ. Παπαδόπουλος, Α. Ιωαννίδης, Χ. Κυδώνα,
Ε. Δαμιανίδης, Ν. Γρίτον -Γερογιάννη

ΜΕΘ "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟΥ" ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Εισαγωγή: Η σήψη και ιδιαίτερα η σοβαρή σήψη και το σηπτικό shock συνιστούν μείζονες προκλήσεις της σύγχρονης ιατρικής και εντατικής θεραπείας, αφενός μεν διότι η συχνότητά τους αυξάνεται, αφετέρου δε διότι συνοδεύονται από υψηλή νοσηρότητα και θνητότητα. Η βέλτιστη αντιμετώπιση της σήψης απαιτεί την έγκαιρη αναγνώρισή της, τη διαφορική διάγνωση και την πρόωπη στοχευμένη θεραπεία. Οι βιοδείκτες αντιπροσωπεύουν ένα πολλά υποσχόμενο εργαλείο στην έγκαιρη διάγνωση της σήψης. Το Presepsin (sCD-14-ST), καινούργιος βιοδείκτης μικροβιακής λοίμωξης, αποτελεί υπότυπο του sCD-14 και είναι πρωτεΐνη 13 kDa.

Σκοπός: Η εκτίμηση της διαγνωστικής και προγνωστικής αξίας του presepsin σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς στη ΜΕΘ, που πληρούν τα κριτήρια SIRS/σήψης.

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήθηκαν προοπτικά 21 ασθενείς στη ΜΕΘ, οι οποίοι πληρούσαν τα κριτήρια του SIRS/σήψης, όπως αυτά ορίζονται από τις SCCM και ESICM. Υπολογίστηκε η βαρύτητα αυτών σύμφωνα με τα APACHE II και SOFA scores. Κατά την εισαγωγή την 3η και 5η ημέρα έγινε μέτρηση του presepsin με την μέθοδο της χημειοφωταύγειας. Πραγματοποιήθηκαν αιμοληψίες και μετρήσεις της CRP καθώς και των λευκών αιμοσφαιρίων και βιοχημικός έλεγχος. Τέλος καταγράφηκε η επιβίωση των 30 ημερών.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς ταξινομήθηκαν σε τρεις ομάδες σύμφωνα με τα κριτήρια της σήψης: ομάδα Α: σήψη (6 ασθενείς), ομάδα Β: σοβαρή σήψη (6 ασθενείς) και ομάδα Γ: σηπτικό shock (9 ασθενείς). Ο μέσος όρος ηλικίας καταγράφηκε στα 55,7 έτη (42-73) και από αυτούς 15 ήταν άνδρες και 6 γυναίκες. Το APACHE II και το SOFA score, στους ασθενείς με σήψη βρέθηκαν 19,16±2,26, 12,16±1,06 αντίστοιχα, στην ομάδα της σοβαρής σήψης καταγράφηκαν στο 20±3,31 και 13,16±0,68 ενώ στην ομάδα Γ ανήλθαν στο 23,1±1,52 και 14,55±1,49. Το presepsin στις τρεις ομάδες ασθενών διαφέρει σημαντικά, συσχετίζεται με την βαρύτητα αυτών (βλέπε πίνακα) αλλά και την επιβίωση. Οι διαφορές δεν είναι σημαντικές όσο αφορά στη CRP και στα λευκά. Όσο αφορά στην επιβίωση των 30 ημερών: στην ομάδα Α ήταν 100%, στην σοβαρή σήψη 83,3% και στην ομάδα Γ στο 44,4%, στους επιβιώσαντες η ελάττωση του presepsin ήταν σημαντική κατά την 3η και την 5η ημέρα.

Συμπεράσματα: Ο αριθμός των ασθενών είναι αρκετά μικρός για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων. Φαίνεται όμως ότι η πρόωπη ανίχνευση του presepsin μπορεί να εξασφαλίσει σημαντικές πληροφορίες και ίσως να διαφοροδιαγνώσει και να εξασφαλίσει τη διαστρωμάτωση των ασθενών με σοβαρή σήψη και σηπτικό shock.

Βιβλιογραφία: Y. Fukui et al. Clinical performance of a point-of-care assay for measurement of presepsin in patients with bacteremia Crit Care 2013;17(Suppl 4): P58

	Sepsis (n=6)	Severe (n=6) sepsis	Septic (n=9) shock	p
CRP	120,5±34,2	156,16±18,6	184,5±5	0.069
WBCs	10175±1515	13188±2945	20002±8312	0.055
Presepsin	1090±180,72	2099±693 (850-1358)	4978,44±1287 (1035-3072)	0.037 (2959-7000)

ΠΟΛΥΟΡΓΑΝΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΙΟ HANTAAN

Γ., Πατσατζάκης Σ., Σουλτάτη Ι., Ανδόνη Ζ., Τουρουτζή Π.,
Ζαχαράς Ι., Ουραήλογλου Β., Ευθυμίου Α., Γκέκα Ε.

*Κλινική Αναισθησιολογίας και Εντατικής Θεραπείας Α.Π.Θ. –
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Αναισθησιολογίας (ΜΕΘΑ) Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»*

Εισαγωγή: Οι ιοί Hantaan ανήκουν στην οικογένεια Bunyaviridae. Τα τρωκτικά είναι ξενιστές του ιού και τον μεταδίδουν στον άνθρωπο μέσω των ούρων, των κοπράνων ή του σιέλου τους. Οι λοιμώξεις από ιό Hantaan είναι σπάνιες στην Ελλάδα και η εξέλιξη σε πολυοργανική ανεπάρκεια με κακή έκβαση ακόμα πιο σπάνια. Ο επιπολασμός της νόσου στην Ελλάδα δεν είναι γνωστός, καθώς δε δηλώνονται όλα τα περιστατικά στο Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ). Η παρουσίαση του εν λόγω περιστατικού σκοπεύει στην αποσαφήνιση της παθοφυσιολογίας των κλινικών συνδρόμων που συνδέονται με τη νόσο με στόχο την υψηλή κλινική υποψία, την πρόιμη διάγνωση και αντιμετώπιση - όλα θέματα μείζονος σημασίας για μια χώρα γεωκτιννοτροφική σαν την Ελλάδα.

Υλικό - Μέθοδος: Άνδρας 32 ετών κτιννοτρόφος, με ιστορικό παρελθούσας λοίμωξης από μελιταίο πυρετό, προσέρχεται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών επαρχιακού νοσοκομείου αιτούμενος καταβολή δυνάμεων, κεφαλαλγία, ναυτία, έμετο και ένεση επιπεφυκότων από τριμήρου. Επίσης αναφέρει ένα επεισόδιο απώλειας συνείδησης και δύο επεισόδια επίσταξης. Από τον κλινικοεργαστηριακό έλεγχο προέκυψε ασθενής σε εγρήγορη, με ομότιμο φυσιολογικό αναπνευστικό ψυθίρισμα, υπόταση, φλεβοκομβική ταχυκαρδία, μειωμένη σπαργή δέρματος, ήπια σπληνομεγαλία - χωρίς περιφερική λεμφαδενοπάθεια, εμπύρετο 38.2οC, μεταβολική οξέωση, τρανσαμινασαιμία, αύξηση ουρίας - κρεατινίνης, θρομβοπενία, λευκοματουρία, μικροσκοπική αιματουρία και γλυκοζουρία. Διενεργούνται ακτινογραφία θώρακα με φυσιολογικά ευρήματα, υπέρηχος κοιλίας με πάχυνση τοιχώματος χοληδόχου κύστης και αύξηση νχογένειας των νεφρών καθώς και test για δηλητηρίαση από paraquat που είναι αρνητικό. Τίθεται διαφορική διάγνωση μεταξύ ανικτερικής μορφής νόσου του Weil και αιμορραγικού πυρετού. Διακομίζεται κατόπιν σε οικεία παθολογική κλινική τριτοβάθμιου νοσοκομείου. Εκεί συνεχίζεται η υποστηρικτική αγωγή με ενυδάτωση και η εμπειρική αντιβιοτική αγωγή, αλλά με διαρκή επιδείνωση του αιματολογικού προφίλ. Εν τω μεταξύ από τον ορολογικό έλεγχο ευρίσκεται θετικός για λοίμωξη από ιό Hantaan.

Αποτελέσματα: Παρά τα υποστηρικτικά μέτρα και λόγω της διαρκούς επιδείνωσης των ζωτικών του λειτουργιών ο ασθενής διασωληνώνεται και νοσηλεύεται στη μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) εντός εικοσιτετραώρου από την εισαγωγή του στην παθολογική κλινική με σύνδρομο φτωχής καρδιακής παροχής, υποξυγοναιμία, ταχύπνοια και ανουρία. Κατά την εισαγωγή του στη ΜΕΘ εμφανίζει εικόνα βαρύτατης σπικτικής καταπληξίας, με ανάγκη για μεγάλη υποστήριξη της αναπνευστικής λειτουργίας, υποστήριξη του καρδιαγγειακού συστήματος με μεγάλες δόσεις αγγειοδραστικών και αγγειοσυσπαστικών φάρμακων και ανάγκη υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας με συνεχή φλεβοφλεβική αιμοδιήθηση (CVVHDF). Ο ασθενής σύντομα εμφανίζει σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας (ARDS) και περαιτέρω έκπτωση των λοιπών ζωτικών του λειτουργιών. Ο ασθενής κατέληξε την 22η ημέρα νοσηλείας του στη ΜΕΘ λόγω πολυοργανικής λειτουργικής ανεπάρκειας.

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΕΝΔΟΚΥΤΤΑΡΙΩΝ (IHSPS) ΚΑΙ ΕΞΩΚΥΤΤΑΡΙΩΝ (EHSPS) ΠΡΩΤΕΙΝΩΝ ΘΕΡΜΙΚΗΣ ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ STRESS ΣΕ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΣΤΗ ΣΟΒΑΡΗ ΣΗΨΗ ΚΑΙ ΤΡΑΥΜΑ

Άννα Μαρία Σπανάκη¹, Θεονύμφη Ταβλαδάκη¹, Ελένη Δημητρίου²,
Ευάγγελος Μπλευράκης¹, Ευτυχία Μελέτη², Μιχαέλα-Ντιάνα Φυτρολάκη¹,
Ευμορφία Κονδύλη³, Δημήτρης Γεωργόπουλος³, Γιώργος Μπριασούλης¹

1 Μ.Ε.Θ. Παίδων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης

2 Εργαστήριο Παιδιατρικής Αιματολογίας Ογκολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο

3 Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Κρήτης, Ηράκλειο

Εισαγωγή: Οι πρωτεΐνες θερμικής καταπληξίας (heat shock proteins (HSPs)) ενέχονται στην αναγνώριση κινδύνου για τον οργανισμό (PAMPs), (DAMPs)) και συμβάλουν στη διέγερση της φλεγμονώδους και αντιφλεγμονώδους διαδικασίας στην οξεία φάση του stress. Ενδοκυττάρια (iHSPs) αποτελούν έναν ενδογενή αμυντικό μηχανισμό ενώ εξωκυττάρια (eHSPs) έχουν ρόλο στην επικοινωνία και προστασία των κυττάρων (danger hypothesis). Ελάχιστες σχετικές μελέτες υπάρχουν ενώ δεν έχουν μελετηθεί οι διαχρονικές τάσεις iHSPs και eHSPs.

Σκοπός: Η εξέταση της διαχρονικής διακύμανσης των eHSP στο πλάσμα και των iHSP σε μονοκύτταρα και ουδετερόφιλα υγιών και ασθενών (ενήλικων και παιδιών) με Σοβαρή Σήψη (ΣΣ) ή τραύμα (SIRS). Η συσχέτιση των διαχρονικών μεταβολών των iHSPs και eHSPs με μεταβολικούς δείκτες στρες σε ασθενείς ΜΕΘ.

Υλικό - Μέθοδος: Μελετήθηκαν 26 παιδιά (ΣΣ/3; SIRS/15; ΥΓΙΗ/8) και 45 ενήλικες (ΣΣ/9; SIRS/13; ΥΓΙΕΙΣ/23). Ελήφθησαν δείγματα αίματος κατά τις ημέρες 1, 3 και 5 νοσηλείας τους. Προσδιορίστηκαν στο πλάσμα τα επίπεδα των eHSPs με την ανοσοενζυμική μέθοδο ELISA. Τα αντίστοιχα επίπεδα των iHSPs στους πληθυσμούς των μονοκυττάρων (mHSPs) και ουδετεροφίλων (nHSPs) αξιολογήθηκαν με κυτταρομετρία ροής (flow cytometry). Τα επίπεδα αμινοξέων στο αίμα μετρήθηκαν με Υγρή Χρωματογραφία Υψηλής Πίεσης (HPLC). Η κατανάλωση ενέργειας (ΕΕ) προσδιορίστηκε μέσω του αναπνευστικού κυκλώματος με έμμεση θερμιδομετρία (E-COVX).

Αποτελέσματα: Σε ενήλικες με ΣΣ η mHSP72 μειωνόταν την 3η μέρα σε σχέση με την 1η (MFI: 26±12 vs. 12±6, p<0.02), με τάση επιβράδυνσης έως την 5η ημέρα. Η nHSP72 επίσης μειωνόταν την 3η ημέρα (MFI: 38±23 vs. 19±6.5, p<0.03) επανερχόμενη στο φυσιολογικό την 5η ημέρα. Οι eHSP72 και eHSP90 αυξάνονταν με παρόμοιους ρυθμούς τις 3 πρώτες ημέρες (eHSPs72 MFI: 0.3±3 vs. 8.6±13pg/mL p<0.04). Σε παιδιά με ΣΣ και SIRS, οι iHSPs72 παρουσίαζαν όμοιες τάσεις με εκείνες των ενήλικων. Διαχρονικά (ημέρες 1-5) οι μειωτικές τάσεις μεταβολών των mHSPs72 και nHSPs72 (ιδιαίτερα στα παιδιά) και οι αυξητικές τάσεις των eHSP72 (ενήλικες) ήταν μεγαλύτερες στη ΣΣ σε σχέση με το SIRS. Την 3η ημέρα η mHSP72 σχετιζόταν θετικά με το SID (rs=0.4, p<0.05) και η mHSP90 με την ταυρίνη, (rs=0.9, p<0.03). Αρνητικά σχετιζόταν η nHSP90 με την ΕΕ (rs=-0.5, p<0.03) και το ασπαρτικό (rs=-0.9, p<0.05) και η eHSP72 με το SID (rs=-0.7, p<0.05), τη MAP (rs=-0.8, p<0.01) και την κατανάλωση αντιβιοτικών (rs=-0.5, p<0.04).

Συμπεράσματα: Στη σοβαρή νόσο οι iHSPs72 μειώνονται, ενώ οι eHSPs72 αυξάνονται σαν απάντηση στη σοβαρή σήψη και λιγότερο στο SIRS. Οι mHSP72, mHSP90, nHSP90 και eHSP72 μεταβάλλονται διαχρονικά και σχετίζονται με τη μεταβολική απάντηση στο στρες.

GRANT ACKNOWLEDGMENT. Ευρωπαϊκή Ένωση (European Social Fund (ESF)) και Ελληνικό Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Εκπαίδευσης και Δια Βίου Μάθησης (National Strategic Reference Framework (NSRF))- Ερευνητικό Χρηματοδοτούμενο Πρόγραμμα ΘΑΛΗΣ (Research Funding Program: THALES).

ΕΝΔΟΚΥΤΤΑΡΙΑ ΚΑΙ ΕΞΩΚΥΤΤΑΡΙΑ ΕΚΦΡΑΣΗ ΤΩΝ ΠΡΩΤΕΙΝΩΝ ΘΕΡΜΙΚΟΥ ΣΟΚ (HEAT SHOCK PROTEINS) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ SIRS ΚΑΙ ΣΟΒΑΡΗ ΣΗΨΗ. ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**

Μέρος της μελέτης «Πρωτεΐνες θερμικού σοκ και μεταβολές της γλουταμίνης συσχετιζόμενες με την ορμονολογική, ανοσολογική, αντιφλεγμονώδη και κυτταρική απόκριση στη σήψη. Μια συνδυαστική κλινική και πειραματική μελέτη».

Κ. Αποστόλου (1), Κ. Βάρδας (1), Ε. Μπριασούλη (1), Κ. Ψαρρά (1), Δ. Γούκος (2),
Ε. Μάγεια (1), Χ. Ρούτσον (1), Σ. Νανάς (1), Γ. Μπριασούλης (3)

1. Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Α΄ Κλινική Εντατικής Θεραπείας, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»
2. Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Λαϊκό Νοσοκομείο
3. Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Κρήτης, Παιδιατρική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Ηράκλειο Κρήτης

Εισαγωγή: Οι πρωτεΐνες θερμικής καταπληξίας (Heat Shock Proteins-HSPs) έχουν ενδοκυττάρια κυτταροπροστατευτική δράση, δρώντας παράλληλα και εξωκυττάρια ως επαγωγείς κυτταροκινών και διεγέρτες του ανοσοποιητικού συστήματος κατά τη διάρκεια κάθε είδους στρες. Η HSP70 είναι μια πρωτεΐνη οξείας φάσης η δράση της οποίας διεγείρεται έντονα και στη σοβαρή σήψη (Severe Sepsis-SS). Η HSP90 αποτελεί κύριο ρυθμιστή της ενδοκυττάριας σηματοδότησης ενεργοποιώντας μια πληθώρα πρωτεϊνών «πελατών» και επιτρέποντας την αλληλεπίδρασή τους με άλλες.

Σκοπός: Να καθοριστούν τα επίπεδα των HSP70 και HSP90 τόσο ενδοκυττάρια όσο και εξωκυττάρια σε ασθενείς με SIRS ή SS που εισάχθηκαν στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», συγκρινόμενα με αυτά υγιών ασθενών. Να συσχετιστεί η έκφρασή τους με τη βαρύτητα της νόσου.

Υλικό - Μέθοδος: 82 ασθενείς εν σειρά εισαχθέντες στη ΜΕΘ που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης στη μελέτη (35 SIRS, 47 SS) καθώς και 35 υγιείς μάρτυρες (Healthy Controls-H) συμμετείχαν τελικά στη μελέτη. Δημογραφικά χαρακτηριστικά, εργαστηριακός έλεγχος και βαρύτητα νόσου (APACHE II) καταγράφηκαν κατά την εισαγωγή. Τα επίπεδα των ενδοκυττάριας HSPs προσδιορίστηκαν με τη μέθοδο της κυτταρομετρίας ροής 4 χρωμάτων. Η μέση ένταση φθορισμού (MFI) για κάθε μία καταγράφηκε και αναλύθηκε. Η ανάλυση των εξωκυττάριας επιπέδων των HSPs έγινε με τη μέθοδο ELISA.

Αποτελέσματα: Η έκφραση των HSPs διέφερε σημαντικά μεταξύ των τριών ομάδων SIRS, SS και H (Kruskal-Wallis) τόσο ενδοκυττάρια (hsp70 χαμηλότερη στην SS, $p<0,001$), όσο και εξωκυττάρια (υψηλότερες στη σήψη hsp90, $p<0,001$ και hsp70, $p=0,003$). Επιπλέον, τόσο η HSP70 όσο και η HSP90 ενδοκυττάρια συσχετιζόνταν αρνητικά με τη βαρύτητα της νόσου, όπως εκφράζεται από το APACHE II (Spearman's, $p=0,003$ και $p=0,025$ αντίστοιχα). Η ενδοκυττάρια HSP70 σχετιζόταν με τη θνησιμότητα ανεξάρτητα από άλλους παράγοντες (logistic regression, $p=0,05$). Η εξωκυττάρια hsp90 συσχετίστηκε θετικά με την παράταση των χρόνων πήξης που παρατηρείται συχνά στους βαρέως πάσχοντες ($p=0,008$ με το INR και $p=0,021$ με το PT). Τέλος, στην ομάδα SIRS η ενδοκυττάρια HSP90 εκφραζόταν συχνότερα στους μη επιβίωσαντες ($p<0,001$).

Συμπεράσματα: Η SS χαρακτηρίζεται από υψηλά επίπεδα εξωκυττάριας HSPs ενώ αντίθετα η διέγερση της ενδοκυττάριας HSP70 στο SIRS καταστέλλεται στη SS. Μεταβολές των ενδοκυττάριας και εξωκυττάριας HSP70 και HSP90 στη σήψη και τραύμα σχετίζονται με τη βαρύτητα της νόσου και τη θνησιμότητα.

GRANT ACKNOWLEDGMENT. Η παρούσα έρευνα έχει συγχρηματοδοτηθεί από την Ευρωπαϊκή Ένωση (European Social Fund (ESF)) και από Ελληνικούς Εθνικούς Πόρους μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος 'Εκπαίδευση και Δια Βίου Μάθηση' (National Strategic Reference Framework (NSRF) - Ερευνητικό Χρηματοδοτούμενο Πρόγραμμα ΘΑΛΗΣ (Research Funding Program: THALES).

ΠΡΩΤΕΪΝΕΣ ΘΕΡΜΙΚΗΣ ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑΣ 72 ΚΑΙ 90 ΚΑΙ ΑΜΙΝΟΞΕΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ ΣΗΨΗ Ή ΤΡΑΥΜΑ - ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Ταβλαδάκη Θεονύμφη⁽¹⁾, Σπανάκη Άννα Μαρία⁽¹⁾, Δημητρίου Ελένη⁽²⁾,
Φυτρολάκη Μιχαέλα-Ντιάνα⁽¹⁾, Βενυχάκη Μαρία⁽³⁾, Κονδύλη Ευμορφία⁽⁴⁾,
Γεωργόπουλος Δημήτρης⁽⁴⁾, Μπριασούλης Γιώργος⁽¹⁾

1 Μ.Ε.Θ. Παιδών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης,
2 Εργαστήριο Παιδιατρικής Αιματολογίας Ογκολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο
3 Εργαστήριο Κλινικής Βιοχημείας, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο
4 Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Κρήτης, Ηράκλειο

Εισαγωγή: Οι πρωτεΐνες θερμικής καταπληξίας (Heat-shock-proteins, HSPs) διατηρούν την ομοιότητα του κυττάρου δρώντας πρώιμα στο stress με ενδοκυττάρους αλλά και εξωκυττάρους μηχανισμούς.

Σκοπός: Η εκτίμηση της ενδοκυττάριας (iHSP) στα μονοκύτταρα και της εξωκυττάριας (eHSP) έκφρασης των HSPs 72, 90 καθώς και των αμινοξέων σε παιδιά με σοβαρή σήψη (SS) ή SIRS και η συσχέτισή τους με ενήλικες και υγιή άτομα (H).

Υλικό - Μέθοδος: Κυτταρομετρία ροής χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση των iHSP και τα αποτελέσματα εκφράστηκαν ως Mean Fluorescence Intensity (MFI), με ELISA μετρήθηκαν οι eHSP ενώ με High Performance Liquid Chromatography (HPLC) τα αμινοξέα. Συνολικά 71 άτομα συμμετείχαν στη μελέτη από τα οποία 12 με SS (3 παιδιά), 28 με SIRS (15 παιδιά) και 31 υγιή άτομα (8 παιδιά)

Αποτελέσματα: Γλουταμίνη, αργινίνη δε διέφεραν μεταξύ παιδιών και ενηλίκων με SS/SIRS σε αντίθεση με iHSP72 στα παιδιά (SS 10±2MFI; SIRS 32±18; H 21±9, p<0.01) και στους ενήλικες (SS 26±12MFI, SIRS 29±8; H 16±12, p<0.003). Οι eHSP αυξήθηκαν και τα αμινοξέα μειώθηκαν σε ενήλικες με SS/SIRS συγκρινόμενα με H (p<0.05). Οι iHSP72 στα παιδιά συσχετίστηκαν αρνητικά με το NO2 (Beta=-0.97, p<0.05) και οι iHSP90 με NO3 (Beta=0.83, p<0.05). Σε ενήλικες iHSP72 και iHSP90α δε συσχετίστηκαν με ATP (Beta=-0.65, p<0.05 vs Beta=0.85, p<0.05). iHSP72 σε ενήλικες ήταν υψηλότερη ενώ γλουταμίνη, γλουταμινικό ήταν χαμηλότερα σε μη επιζήσαντες (p<0.003 vs p<0.05)

Συμπεράσματα: Αυξημένα επίπεδα iHSP72 και μειωμένα επίπεδα αμινοξέων πιθανά σχετίζονται με κακή έκβαση στη σήψη.

Η παρούσα έρευνα έχει συγχρηματοδοτηθεί από την Ευρωπαϊκή Ένωση (European Social Fund (ESF)) και από Ελληνικούς Εθνικούς Πόρους μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος "Εκπαίδευση και Δια Βίου Μάθηση" (National Strategic Reference Framework (NSRF)- Ερευνητικό Χρηματοδοτούμενο Πρόγραμμα ΘΑΛΗΣ (Research Funding Program: THALES))

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΑΜΙΝΟΞΕΩΝ NO₂/NO₃ ATP ΚΑΙ ΕΝΔΟΚΥΤΤΑΡΙΩΝ ΗSPS ΣΤΗ ΣΟΒΑΡΗ ΣΗΨΗ ΚΑΙ ΤΟ ΒΑΡΥ ΤΡΑΥΜΑ ΣΤΗ ΜΕΘ - ΠΡΟΔΡΟΜΗ ΜΕΛΕΤΗ

Θεονύμφη Ταβλαδάκη¹, Άννα Μαρία Σπανάκη¹, Ελένη Δημητρίου²,
Ευτυχία Μελέτη², Andrey Kozlov³, Catherina Duvigneau⁴,
Ευάγγελος Μπλευράκης¹, Μιχαέλα-Ντιάνα Φυτρολάκη¹, Ευμορφία Κονδύλη⁵,
Δημήτρης Γεωργόπουλος⁵, Γιώργος Μπριασούλης¹

1 Μ.Ε.Θ. Παίδων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης

2 Εργαστήριο Παιδιατρικής Αιματολογίας Ογκολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο

3 Boltzmann Institute for experimental and Clinical Traumatology, Vienna, Austria

4 Institute for Medical Biochemistry, Veterinary University Vienna, Austria

5 Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Κρήτης, Ηράκλειο

Εισαγωγή: Καθώς η παραγωγή ATP από την οξειδωτική μιτοχονδριακή φωσφορυλίωση ευθύνεται για πάνω από 90% της ολικής κατανάλωσης οξυγόνου, η ιστική βλάβη σε περιπτώσεις βαριάς συστηματικής φλεγμονώδους αντίδρασης (SIRS) πιθανώς οφείλεται στο μονοξείδιο του Αζώτου (NO) το οποίο αναστέλλει την αναπνευστική αναπνοή in vitro. Στη σοβαρή σήψη επίσης παρατηρείται αυξημένη παραγωγή NO λόγω εντονότερης έκφρασης της i-NOS από τη δράση ενδοτοξινών και κυταροκινών. Έχει δειχθεί ότι τα τελικά προϊόντα της βιοσύνθεσης του (NO₂/NO₃) στον ορό σπηπικών ασθενών σχετίζονται θετικά με τα επίπεδα ιντερλευκινών. Δεν έχει συσχετισθεί η συγκέντρωση του ATP και NO₂/NO₃ με την έκφραση των πρωτεϊνών θερμικής καταπληξίας (heat shock proteins (HSPs)) που διασφαλίζουν την ενδογενή κυτταρική άμυνα στο stress και επιπέδων αμινοξέων.

Σκοπός: Ο προσδιορισμός της συγκέντρωσης ATP και NO₂/NO₃ σε ενήλικες και παιδιατρικούς ασθενείς με σοβαρή σήψη (SS) ή τραύμα (SIRS) και η συσχέτισή τους με την έκφραση ενδοκυττάρων (iHSPs) και εξωκυττάρων (eHSPs) iHSPs και επιπέδων αμινοξέων στο αίμα ασθενών με SS ή SIRS σε παιδιά και ενήλικες

Υλικό - Μέθοδος: Δείγματα αίματος ελήφθησαν από 45 ενήλικες (SS/9; SIRS/13; H/23) και 26 παιδιά (SS/3; SIRS/15; H/8) το πρώτο 24ωρο στη ΜΕΘ και προσδιορίστηκαν επίπεδα αμινοξέων με Υγρή Χρωματογραφία Υψηλής Πίεσης (HPLC) και επίπεδα eHSPs με την ανοσοενζυμική μέθοδο ELISA. Τα αντίστοιχα επίπεδα των iHSPs στους πληθυσμούς των μονοκυττάρων (mHSPs) και ουδετεροφίλων (nHSPs) αξιολογήθηκαν με κυτταρομετρία ροής (flow cytometry).

Αποτελέσματα: Στους ενήλικες οι NO₂ (p<0.03) και NO₃ (p<0.006) ήταν μειωμένες στο SIRS>SS. Τα επίπεδα αμινοξέων αλανίνη, αργινίνη, βαλίνη, γλυκίνη, κιτρουλίνη, λευκίνη, μεθειονίνη, και φαινυλαλανίνη ήταν μειωμένα στο SIRS/SS συγκριτικά με H (p<0,05) όχι όμως και η γλουταμίνη. Οι mHSP72 (p<0.001) και mHSP90a (p<0.03) επίσης παρέμειναν κατεσταλμένες στη σοβαρή σήψη όμως παρουσίασαν σημαντική διέγερση στο SIRS. Η NO₂ σχετιζόταν θετικά με τη βαλίνη (r=0,65, p<0.003), γλυκίνη (r=0,50, p<0.04), κιτρουλίνη (r=0,52, p<0.02), αλανίνη (r=0,52, p<0.02), ισολευκίνη (r=0,59, p<0.01) και αρνητικά με την ορνιθίνη (r=-0,91, p<0.002) και προλίνη (r=-0,71, p<0.05) όπως και η ATP με τη mHSP72 (r=-0,88, p<0.005). Παρόμοιες ήταν οι τάσεις στον παιδιατρικό πληθυσμό.

Συμπεράσματα: Μειωμένα επίπεδα NO₂-NO₃ χαρακτηρίζουν το SIRS μάλλον παρά τη SS. Η διέγερση mHSP72-mHSP90a στο SIRS καταστέλλεται στη SS. Διαταραχές του μεταβολισμού αμινοξέων στην οξεία φάση του στρες συνδέονται με τα επίπεδα NO₂-NO₃ και μεταβολές της mHSP72 με τη συγκέντρωση ATP.

GRANT ACKNOWLEDGMENT. Η παρούσα έρευνα έχει συγχρηματοδοτηθεί από την Ευρωπαϊκή Ένωση (European Social Fund (ESF)) και από Ελληνικούς Εθνικούς Πόρους μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος "Εκπαίδευση και Δια Βίου Μάθηση" (National Strategic Reference Framework (NSRF)- Ερευνητικό Χρηματοδοτούμενο Πρόγραμμα ΘΑΛΗΣ (Research Funding Program: THALES)).

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΓΛΟΥΤΑΜΙΝΗΣ ΣΤΗ ΣΗΨΗ: ΕΝΤΕΡΙΚΑ, ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΑ Η ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ; ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΧΟΙΡΟΥΣ

Σταύρου Γ, Φιλίδου Ε*, Φωτιάδης Κ, Γροσομανίδης Β, Τσαούση Γ, Ιωαννίδης Α,
Μιχαλόπουλος Α, Μπασδάνης Γ, Κολιός Γ*, Κοτζάμπαση Κ.

*Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ και
Εργαστήριο Κλινικής Φαρμακολογίας* ΔΠΘ*

Σκοπός της πειραματικής αυτής εργασίας είναι να μετρηθούν τα επίπεδα της γλουταμίνης [GLN] στο αίμα - κατά τη διάρκεια τριώρου - μετά ενδοφλέβια [iv], εντερική [E] και σε συνδυασμό [iv+E] χορήγηση, σε υγιείς και σηπτικούς χοίρους.

Υλικό - Μέθοδος: Η σήψη προκλήθηκε με iv έγχυση E. Coli, σύμφωνα με καθιερωμένο πρωτόκολλο. Η GLN χορηγήθηκε iv στη μηριαία φλέβα [0.5gr /kgBΣ], E από γαστροστομία [0.5gr /kgBΣ] και στις ίδιες δόσεις στο συνδυασμό [iv+E], στο χρόνο 0. Ακολούθησαν αιμοληψίες στα 5, 15, 30, 60, 120 και 180min από την αντίθετη μηριαία φλέβα [συστηματική κυκλοφορία- ΣΥ] και από την πυλαία φλέβα [ΠΥ] για προσδιορισμό των συγκεντρώσεων της GLN [Enzychrom™ Glutamine Assay-Kit, Austria].

Αποτελέσματα: Στον υγιή χοίρο τα επίπεδα GLN παρέμειναν σταθερά καθόλου το τρίωρο της μελέτης, τόσο στη ΣΥ όσο και την ΠΥ κυκλοφορία. Η iv χορήγηση και πολύ περισσότερο ο συνδυασμός [iv+E] αύξησαν στατιστικά πάρα πολύ σημαντικά τα επίπεδα της GLN από τα 15min στη ΣΥ κυκλοφορία [p<0.001], ενώ η E χορήγηση δεν τα αύξησε σχεδόν καθόλου [p=0.4]. Αντίθετα, στην ΠΥ αυξήθηκαν πάρα πολύ σημαντικά με τον συνδυασμό [iv+E] [p<0.001], λιγότερο σημαντικά με την E χορήγηση [p<0.001] και ακόμη λιγότερο, σημαντικά όμως, με την iv [p<0.001].

Στο σηπτικό χοίρο τα επίπεδα GLN μειώθηκαν στατιστικά πολύ σημαντικά, τόσο στη ΣΥ [p<0.001] όσο και την ΠΥ κυκλοφορία [p<0.001]. Όμοια με τους υγιείς, η iv χορήγηση και πολύ περισσότερο ο συνδυασμός [iv+E] αύξησαν στατιστικά πολύ σημαντικά [p=0.001 και p<0.001 αντίστοιχα] τα επίπεδα της GLN από τα 15min στη ΣΥ, αλλά σχεδόν καθόλου η E χορήγηση [p=1]. Αντίθετα, στην ΠΥ, αυξήθηκαν πολύ σημαντικά τόσο με τον συνδυασμό [iv+E] [p<0.001] όσο και με μόνον iv [p=0.02], αλλά σχεδόν καθόλου από την E χορήγηση [p=0.08].

Συμπεράσματα: φαίνεται ότι ο συνδυασμός [iv+E] είναι ο καταλληλότερος για την επίτευξη υψηλών επιπέδων GLN στο σηπτικό χοίρο, αφού με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται η υψηλή φόρτιση τόσο της ΣΥ για τις ανάγκες των επιμέρους λειτουργικών συστημάτων του οργανισμού, όσο και του εντερικού βλεννογόνου για τις δικές του μεγάλες ανάγκες.

ΤΟ ΓΑΛΑΚΤΙΚΟ ΟΞΥ ΕΙΝΑΙ ΚΑΛΥΤΕΡΟΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΣΗΨΗΣ ΟΤΑΝ ΣΥΝΔΥΑΣΤΕΙ ΜΕ ΤΑ ΤΟΥΣ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ Ε- ΚΑΙ Ρ-ΣΕΛΕΚΤΙΝΗ

Entison Jahaj², Αλίκη Γ. Βασιλείου¹, Ζαφειρία Μάστορα²,
Στυλιανός Ε. Ορφανός^{1,3}, Νικόλαος Α. Μανιάτης^{1,3},
Αντωνία Κουτσούκου¹, Αναστασία Κοτανίδου^{1,2}

¹ 1η Κλινική Εντατικής Θεραπείας & Μονάδα Πνευμονολογίας, ΓΠ Λιβανός και Μ Σίμου
Ερευνητικά Εργαστήρια, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών,
Νοσοκομείο Ευαγγελισμός, Αθήνα, Ελλάδα

² 1η Κλινική Εντατικής Θεραπείας & Μονάδα Πνευμονολογίας, Ιατρική Σχολή
Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Ευαγγελισμός, Αθήνα, Ελλάδα

³ 2η Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών,
Νοσοκομείο Αττικόν, Αθήνα, Ελλάδα

Εισαγωγή: Η σήψη, η συστηματική απάντηση του οργανισμού στη σοβαρή μικροβιακή λοίμωξη, είναι η πλέον διαδεδομένη αιτία θανάτου στις μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ), με ποσοστό θνητότητας που αγγίζει το 30-50% [1]. Η σοβαρή σήψη διακρίνεται από τη σήψη μέσω της παρουσίας οργανικής ανεπάρκειας και την ανάλογη μείωση στην επιβίωση [2]. Στην παρούσα μελέτη διερευνήσαμε εάν οι διαλυτές Ε- και Ρ-σελεκτιν κατά την είσοδο των ασθενών στη ΜΕΘ έχουν προγνωστική αξία μεγαλύτερη από τις αρχικές τιμές γαλακτικού οξέος, σε μια μελέτη για την ανευρεση προγνωστικών δεικτών ανάπτυξης σήψης.

Υλικό - Μέθοδος: Ογδόντα εννέα ασθενείς που εισήχθησαν στη ΜΕΘ χωρίς κανένα κλινικό σημείο σήψης συμπεριληφθήκαν στη μελέτη και μετρήθηκαν οι αρχικές τιμές γαλακτικού οξέος και τα επίπεδα σελεκτινών Ε- και Ρ στον ορό τους τις πρώτες 24-ώρες μετά την εισαγωγή τους.

Αποτελέσματα: Σαράντα πέντε ασθενείς κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στη ΜΕΘ ανέπτυξαν σήψη ενώ 44 δεν ανέπτυξαν. Οι καμπύλες ROC (receiver operating characteristic) που σχεδιάστηκαν χρησιμοποιώντας την ανάπτυξη σήψης κατά την παραμονή στη ΜΕΘ ως τη μεταβλητή ταξινόμησης και τις τιμές του γαλακτικού οξέος και τους γραμμικούς συνδυασμούς τους με τα επίπεδα της διαλυτής Ε-και Ρ-σελεκτινής ως προγνωστικές μεταβλητές, έδειξαν ότι όταν οι τιμές του γαλακτικού οξέος κατά την είσοδο στη ΜΕΘ συνδυάζονται με τα επίπεδα Ε- και Ρ-σελεκτινής έχουν καλύτερη προγνωστική ακρίβεια, με περιοχή κάτω από την καμπύλη 0.854 (0.775 – 0.932; $p < 0.001$) και ευαισθησία /εξειδίκευση 76% και 84%, αντίστοιχα.

Συμπεράσματα: Στην ομάδα ασθενών που μελετήσαμε, οι ασθενείς με υψηλότερα επίπεδα διαλυτής Ε- και Ρ-σελεκτινής και γαλακτικού οξέος έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης σήψης σε σχέση με τους ασθενείς που έχουν αυξημένες τιμές σε μόνο μία από τις μεμονωμένες μετρήσεις.

Βιβλιογραφία:

1. Angus DC, Linde-Zwirble WT, Lidicker J, Clermont G, Carcillo J, Pinsky MR. Crit Care Med 2001, 29(7):1303-1310.
2. Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A, Annane D, Gerlach H, Opal SM, Sevransky JE, Sprung CL, Douglas IS, Jaeschke R et al. Intensive Care Med 2013, 39(2):165-228.

15⁰

Πανελλήνιο Συνέδριο
Εντατικής Θεραπείας

20

Σίτιση και Θρέψη

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ (BMI) 35

Αμπατζίδου Φωτεινή⁽¹⁾, Σίλελη Μαρία⁽¹⁾, Διπλάρης Κωνσταντίνος⁽²⁾,
Καραίσκος Θεόδωρος⁽²⁾, Μπαντούρ Αντώνιος⁽²⁾,
Ιγνατιάδης Αγνοσίλαος⁽²⁾, Δρόσος Γεώργιος⁽²⁾

1. Μονάδα Μετεγχειρητικής Παρακολούθησης Καρδιοχειρουργικής Κλινικής
Γ.Ν.Γ. Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη

2. Καρδιοχειρουργική κλινική Γ.Ν.Γ. Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή-Σκοπός: Σκοπός της αναδρομικής αυτής μελέτης είναι η καταγραφή της μετεγχειρητικής νοσηρότητας και θνητότητας μετά από καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις όσον αφορά ασθενείς με σοβαρή παχυσαρκία σταδίων II (BMI ≥ 35) και III (BMI ≥ 40)

Υλικό - Μέθοδος: Από το Μάιο του 2012 ως τον Ιούνιο του 2014 υποβλήθηκαν σε καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις στο Γ.Ν. Παπανικολάου συνολικά 891 ασθενείς, με μέσο όρο ηλικίας 65.06 ± 10.36. Μελετήθηκαν τα εξής όσον αφορά τη μετεγχειρητική πορεία των ασθενών: Ανάγκη αιμοδυναμικής υποστήριξης για περισσότερο από 24 ώρες, Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (ΑΕΕ), Οξεία Νεφρική Βλάβη (ΑΚΙ), επαναδιασωλήνωση, μετεγχειρητική κολπική μαρμαρυγή, χρήση μη επεμβατικού αερισμού (NIV), μετεγχειρητική πνευμονία καθώς και η θνητότητα. Οι παράγοντες αυτοί μελετήθηκαν συγκριτικά σε ασθενείς με δείκτη μάζας σώματος ≥ 35. Το chi-square test χρησιμοποιήθηκε για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων.

Αποτελέσματα: Συνολικά 79 ασθενείς (26 γυναίκες) είχαν BMI ≥ 35. Ο μέσος όρος ηλικίας τους ήταν 63±10.24. Οι 22 από αυτούς είχαν πολύ σοβαρή παχυσαρκία (BMI ≥ 40) Αναλυτικά τα αποτελέσματα φαίνονται στον πίνακα 1.

Συμπεράσματα: Οι παχύσαρκοι ασθενείς με BMI > 35 που υποβάλλονται σε καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις έχουν παρόμοια θνητότητα με τους υπόλοιπους ασθενείς. Παρουσιάζουν συχνότερα αναπνευστικές επιπλοκές που οδηγούν στη χρήση μη επεμβατικού αερισμού μετεγχειρητικά καθώς και μεγαλύτερο κίνδυνο μετεγχειρητικής πνευμονίας.

	Σύνολο ασθενών	Ασθενείς με BMI > 35	P value
Αιμοδυναμική υποστήριξη	57	6	0.649
Επαναδιασωλήνωση	20	2	0.857
ΑΚΙ	137	15	0.351
Κολπική Μαρμαρυγή	292	29	0.435
NIV	122	26	<0.001
Πνευμονία	16	4	<0.005
ΑΕΕ	14	0	0.239
Θνητότητα	28	4	0.305

15⁰

Πανελλήνιο Συνέδριο
Εντατικής Θεραπείας

21

Τοξικολογία-Κλινική Φαρμακολογία

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΝΕΥΡΟΛΗΠΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Βαγγέλης Σπυρίδων⁽¹⁾, Τσελιώτη Παρασκευή⁽¹⁾, Αβρααμίδου Αλεξάνδρα⁽¹⁾,
Τζανουδάκης Γεώργιος⁽¹⁾, Γράβος Αθανάσιος⁽¹⁾, Κανακάκη Σοφία⁽¹⁾,
Νοδάρου Αικατερίνη⁽¹⁾, Κατσιφα Κωνσταντίνα⁽¹⁾, Σακελλαρίδης Κωνσταντίνος⁽¹⁾,
Μερμύγκης Δημήτριος⁽¹⁾, Γραμματικοπούλου Βαρβάρα⁽¹⁾,
Βενετούλης Δρόσος⁽¹⁾, Πρεκατές Αθανάσιος⁽¹⁾

1) Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Τζάνειο Γ. Ν. Πειραιά

Εισαγωγή: Το κακοήθες νευροληπτικό σύνδρομο είναι μια σπάνια αντίδραση σε φάρμακα που δρουν ως ανταγωνιστές των ντοπαμινεργικών υποδοχέων (νευροληπτικά, λίθιο, μετοκλοπραμίδη, απότομη διακοπή ντοπαμινεργικών παραγόντων). Τα κυριότερα συμπτώματα είναι υπερθερμία, διαταραχές από το αυτόνομο νευρικό σύστημα, μεταβολές του επιπέδου συνείδησης και δυσκαμψία. Η θνητότητα είναι 20%.

Σκοπός: Περιγράφουμε την περίπτωση κακοήθους νευροληπτικού συνδρόμου σε ασθενή που χειρουργήθηκε με εικόνα ειλεού και χορηγήθηκε, κατά την εισαγωγή στην αναισθησία, δροπεριδόλη ως προνάρκωση και αντιεμετικό.

Υλικό - Μέθοδος: Ασθενής 71 ετών προσήλθε στα ΤΕΠ λόγω επιαστικού άλγους και χολώδων εμέτων. Η αξονική άνω-κάτω κοιλίας ανέδειξε διατεταμένες εντερικές έλικες με υδραερικά επίπεδα (εικόνα συμβατή με ειλεό) σε επαφή με το επίπλου και με σπειροειδή απεικόνιση (συστροφή), συλλογή υγρού περιπαιτικά, περισπληνικά και στη δεξιά παρακολική αύλακα. Οδηγήθηκε στο χειρουργείο όπου ανευρέθη συμφυσικός ειλεός και διενεργήθηκε συμφυσιόλυση, εκτομή τμήματος του ειλεού (περίπου 50 cm) σε απόσταση 1m από τον σύνδεσμο του Treitz και τοποθετήθηκε ενδοκοιλιακή παροχέτευση. Μετά το πέρας του χειρουργείου ο ασθενής αποδιασωληνώθηκε και μεταφέρθηκε σε θάλαμο της κλινικής. Την 2η μετεγχειρητική ημέρα εμφάνισε εμπύρετο έως 41oC δύσκολα υφέσιμο με αντιπυρετικά, ταχύπνοια, πτώση επιπέδου συνείδησης, αυξημένη υπέρταση των μυών, συνεχείς μυοκλονίες και οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια, διασωληνώθηκε και τέθηκε σε καταστολή. Διενεργήθηκε αξονική άνω-κάτω κοιλίας η οποία δεν ανέδειξε παθολογία, αξονική θώρακος η οποία ανέδειξε υπεζωκοτικές συλλογές αμφοτερόπλευρα. Την 3η μετεγχειρητική ημέρα εμφάνισε ραβδομυόλυση (CPK 38301 IU/Lt), επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας (κρεατινίνη 3,4mg/dl) και αύξηση τροπονίνης. Διενεργήθηκε νέα αξονική θώρακος η οποία δεν είχε επιπρόσθετη παθολογία, αξονική εγκεφάλου η οποία ανέδειξε διεύρυνση του κοιλιακού συστήματος ως επί φλοιώδους ατροφίας, ΗΕΓ όπου ανέδειξε ταπείνωση των δυναμικών με επιβράδυνση του βασικού ρυθμού και λήφθησαν νέες καλλιέργειες αίματος οι οποίες ήταν αρνητικές. Θεωρήθηκε πιθανή η διάγνωση του κακοήθους νευροληπτικού συνδρόμου, τέθηκε σε αγωγή με βρωμοκρυπτίνη και λόγω της ραβδομυόλυσης ενυδατώθηκε και τέθηκε σε CVVHDF με προοδευτική επάνοδο των τιμών σε φυσιολογικά επίπεδα και ασθενής απυρέτησε.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής αποδιασωληνώθηκε και τελικά εξήλθε της ΜΕΘ.

Συμπεράσματα: Η πρόωπη αναγνώριση συμπτωμάτων και διάγνωση του συνδρόμου με την εφαρμογή κατάλληλης υποστηρικτικής και φαρμακευτικής αγωγής έχει οδηγήσει, τις τελευταίες δεκαετίες, στην πτώση της μέσης τιμής θνησιμότητας.

ΔΗΓΜΑΤΑ ΦΙΔΙΩΝ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΜΙΑΣ

Μαγδαλινή Σαραφάδν⁽¹⁾, Φώτιος Τοιμπούκας⁽²⁾, Χρήστος Γεωργιάδης⁽²⁾,
Ευαγγελία Παπαδημητρίου⁽¹⁾, Λεωνίδα Λαναράς⁽¹⁾, Δημήτριος Σφύρας⁽²⁾

(1) Παθολογική κλινική,

(2) Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και Αυξημένης Φροντίδας
Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας

Εισαγωγή-Σκοπός: Το δήγμα όφρεως αποτελεί δυνητικά επείγουσα ιατρική κατάσταση, με σημαντική νοσηρότητα, συνεπεία της προκαλούμενης ιστικής καταστροφής, των συστηματικών συμπτωμάτων, αλλά και της ακολουθούμενης θεραπευτικής αντιμετώπισης. Στην Ελλάδα τα συχνότερα απαντώμενα δηλητηριώδη φίδια, στα οποία οφείλονται και τα περισσότερα δήγματα, είναι τα είδη της οχιάς. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή περιστατικών δηγμάτων φιδιών που αναφέρθηκαν και αντιμετωπίστηκαν στο Γενικό Νοσοκομείο της Λαμίας.

Υλικό - Μέθοδος: Αναδρομική καταγραφή δημογραφικών και επιδημιολογικών χαρακτηριστικών, κλινικοεργαστηριακών ευρημάτων, θεραπευτικής αντιμετώπισης και έκβασης 80 οφιδόδηκτων ασθενών που αντιμετωπίστηκαν στο Νοσοκομείο μας, από το 2006 έως και το 2014.

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν 53 άνδρες και 27 γυναίκες, με μέση ηλικία τα 54 έτη, οι οποίοι δέχθηκαν δήγμα φιδιού. Ήταν κατά κύριο λόγο κάτοικοι αγροτικών περιοχών (72,5%). Τα δήγματα κατανέμονται εποχικά από το Μάρτιο έως και τον Νοέμβριο, με κορύφωση όπως αναμένεται τους θερμότερους μήνες. Με εξαίρεση δύο περιστατικά που αναζήτησαν ιατρική βοήθεια μετά το πέρας 24ώρου, οι περισσότεροι απευθύνθηκαν σε υγειονομικό σχηματισμό εντός μίας ώρας (μέση τιμή 40 min). Το δήγμα εντοπιζόταν κυρίως στα άνω άκρα (66,2%). Αξιολογώντας την έκταση του οιδήματος και την σοβαρότητα των συστηματικών συμπτωμάτων σύμφωνα με την κλίμακα των Downey et al, η σοβαρότητα του δήγματος βαθμολογήθηκε από 0 έως 4 και η κατανομή των περιστατικών ήταν: 0 - 8,75%, 1 - 52,5%, 2 - 25%, 3 - 12,5%, 4 - 1,25%. Η αγωγή των ασθενών περιελάμβανε στο 100% των περιστατικών αντιεπιληπτική προφύλαξη, καθώς και αντιισταμινικά, αντιμικροβιακά και κορτικοειδή. Αντιοφικός ορός χορηγήθηκε στο 29% των περιπτώσεων, στην πλειοψηφία τους 20 ml, χωρίς εμφάνιση αλλεργικών αντιδράσεων. Παρατηρηθείσες επιπλοκές των δηγμάτων, κατά κανόνα ήπες, ήταν θρομβοφλεβίτιδα, αιμορραγικές φυσαλίδες, ιστική νέκρωση, ραβδομυόλυση, νεφρική ανεπάρκεια, θρομβοπενία, διάχυτη ενδαγγειακή πήξη. Η μέση διάρκεια νοσηλείας στο νοσοκομείο ήταν 4,3 ημέρες (1-10), ενώ 20 περιστατικά νοσηλεύτηκαν στη Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας με κύρια ένδειξη την ασφαλή χορήγηση του αντιοφικού ορού. Η παρατηρηθείσα θνητότητα ήταν μηδενική.

Συμπεράσματα: Αν και η θνητότητα από δήγμα των διαφόρων ειδών οχιάς είναι πολύ μικρή, μηδενική στη μελέτη μας, η προκαλούμενη νοσηρότητα μπορεί να είναι σημαντική. Χρειάζεται επαγρύπνηση για την αντιμετώπιση συστηματικών επιπλοκών και την ελαχιστοποίηση της ιστικής βλάβης. Η χορήγηση κορτικοειδών εκτός πλαισίου πρόληψης αλλεργικών αντιδράσεων από τον αντιοφικό ορό καθώς και η άκριτη χορήγηση αντιμικροβιακών, αν και ευρέως χρησιμοποιούμενα, δεν υποστηρίζεται από τη βιβλιογραφία. Αντίθετα η πιστή εφαρμογή των ενδείξεων χορήγησης αντιοφικού ορού και η έγκαιρη αναγνώριση των περιστατικών που μπορούν να ωφεληθούν είναι σημαντική και ουσιώδης, καθώς μπορεί να συμβάλει στη μείωση της νοσηρότητας.

14-16 Νοεμβρίου 2014

Ίδρυμα Ευγενίδου - Αθήνα

(Α. Συγγρού 387, 175 64 Π. Φάληρο)

22

Τραύμα / Χειρουργική / Εγκαύματα

ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΡΑΥΜΑ ΠΟΥ ΕΙΣΗΧΘΗΣΑΝ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΔΥΟ ΠΕΡΙΟΔΩΝ (1997 VS. 2010-2011)

Ματθαίος Παπαδημητρίου-Ολιβγέρης, Ελευθερία Παντελή, Μαρία Μπουλοβάνα,
Αναστασία Ζώτου, Μάρκος Μαραγκός, Κρίτων Φίλος, Φωτεινή Φλίγκου

Κλινική Αναισθησιολογίας και Εντατικής Θεραπείας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστημίο Πατρών

Εισαγωγή-Σκοπός: Το τραύμα αποτελεί μία σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνητότητας παγκοσμίως, ενώ οι σοβαρές τραυματικές βλάβες απαιτούν νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Σκοπός της μελέτης είναι η ανεύρεση των παραγόντων που επηρεάζουν τη θνητότητα στους ασθενείς που εισήχθησαν στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας λόγω σοβαρού τραύματος.

Υλικό - Μέθοδος: Στην αναδρομική μελέτη συμπεριλήφθησαν οι ασθενείς που εισήχθησαν στη ΜΕΘ του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών λόγω σοβαρού τραύματος σε δύο διαφορετικές περιόδους, το 1997 (περίοδος Α) και τη διετία 2010-11 (περίοδος Β) πριν και μετά την οργάνωση προγράμματος εκπαίδευσης στην προνοσοκομειακή περίθαλψη του τραύματος (PHTLS) για ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό. Τα επιδημιολογικά και κλινικά στοιχεία συλλέχθησαν από τα διαγράμματα νοσηλείας από την ηλεκτρονική βάση δεδομένων της ΜΕΘ.

Αποτελέσματα: Συνολικά συμπεριλήφθησαν 202 ασθενείς, 107 στην περίοδο Α και 95 στην περίοδο Β. Η θνητότητα την περίοδο Α ήταν 45.8%, ενώ την περίοδο Β ήταν 12.6% ($p < 0.001$), αν και οι ασθενείς δεν είχαν στατιστικά σημαντική διαφορά στο Injury Severity Score (ISS) εισαγωγής. Κατά την περίοδο Β, παρατηρήθηκαν λιγότερες εισαγωγές λόγω τροχαίων ατυχημάτων, ενώ περισσότεροι ασθενείς έλαβαν κατάλληλη προνοσοκομειακή περίθαλψη σε σχέση με τους ασθενείς της περιόδου Α. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, η θνητότητα των 202 ασθενών (συνολικά και στις δύο περιόδους) εξαρτάται από την GCS εισαγωγής, την παρουσία κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης, τη νοσηλεία την περίοδο Α, τη λήψη ντοπαμίνης, το PO₂/FiO₂ εισαγωγής, το ISS εισαγωγής, την εμφάνιση αιμορραγικής καταπληξίας, τον αριθμό των οργάνων που ανεπαρκούν και την παρουσία σπιντικής καταπληξίας. Από τους δείκτες βαρύτητας το SAPS II είχε την μεγαλύτερη ακρίβεια στην πρόγνωση της θνητότητας συγκρινόμενο με τα APACHE II, SOFA και ISS (Injury Severity Score).

Συμπεράσματα: Η σημαντική μείωση της θνητότητας των ασθενών με τραύμα που εισήχθησαν στη ΜΕΘ κατά τη Β περίοδο μελέτης, συγκριτικά με τη περίοδο Α πιθανώς οφείλεται στη βελτίωση της προνοσοκομειακής περίθαλψης των ασθενών αυτών ως απότοκος του προγράμματος PHTLS. Εκτός από τη βαρύτητα του τραύματος κατά την εισαγωγή, σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη θνητότητα παραμένουν η πολυοργανική ανεπάρκεια και η σπιντική καταπληξία.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΣΗΠΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΒΑΡΙΑ ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ

Βουτσάς Β., Καραλή Β., Κόνογλου Μ., Παπαιωάννου Μ., Νάκου Χ.,
Κωνσταντίνου Ε., Βλάικος Δ., Λαβρεντίεβα Α., Μπιτζάνη Μ.

Α' ΜΕΘ Γ.Ν.Θ. 'Γ. Παπανικολάου'

Εισαγωγή: Οι λοιμώδεις επιπλοκές αποτελούν κύρια αιτία θανάτου σε ασθενείς με βαριά εγκαύματα. Η έγκαιρη διάγνωση της σήψης είναι δυσχερής λόγω εμφάνισης μίας κλινικής εικόνας παρόμοιας με την σήψη αλλά οφειλόμενης στην επίδραση της εγκαυματικής νόσου. Η Αμερικάνικη Εταιρία Εγκαυμάτων (ABA) πρότεινε ειδικά κλινικά κριτήρια της σήψης στους ασθενείς αυτούς, τα οποία διαφέρουν από τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται σε ασθενείς των γενικών ΜΕΘ.

Σκοπός: Η μελέτη αυτή είχε σαν στόχο την ανάλυση της αιτίας της σηπτικής καταπληξίας σε ασθενείς με βαριά εγκαύματα και την εκτίμηση της παρουσίας των διαγνωστικών κριτηρίων της σήψης της ABA στους αποβιώσαντες και επιζήσαντες ασθενείς της ΜΕΘ εγκαυμάτων με σηπτική καταπληξία.

Υλικό - Μέθοδος: Αναλύθηκαν αναδρομικά τα στοιχεία 370 ασθενών οι οποίοι νοσηλεύτηκαν στην ΜΕΘ εγκαυμάτων από 2006 έως 2013. Στους ασθενείς με την διάγνωση της σηπτικής καταπληξίας καταγράφηκαν τα εξής στοιχεία: έκταση της εγκαυματικής επιφάνειας (ΕΕΕ), ηλικία, κλίμακα SOFA. Καταγράφηκαν τα κριτήρια της ABA (θερμοκρασία $>39^\circ$ ή $<36.5^\circ\text{C}$, ταχυκαρδία, ταχύπνοια, θρομβοκυτταροπενία, υπεργλυκαιμία, αδυναμία εντερικής σίτισης, αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων), και τα επίπεδα προκαλιτονίνης. Τα στοιχεία των αποβιωσάντων ασθενών συγκρίθηκαν με τα στοιχεία των ασθενών που επιβίωσαν από τη σηπτική καταπληξία.

Αποτελέσματα: Σηπτική καταπληξία διαγνώστηκε σε 59 ασθενείς με βαριά εγκαύματα (ηλικία 45 ± 17 έτη, ΕΕΕ $42\pm 16\%$, SOFA εισόδου 5 ± 2.7), η θνητότητα των οποίων ήταν 47%. Τα κύρια αίτια της σηπτικής καταπληξίας ήταν λοίμωξη αναπνευστικού συστήματος (40%) και λοίμωξη εγκαυματικής επιφάνειας (40%) οι οποίες προκλήθηκαν κυρίως από αρνητικά κατά Gram μικρόβια (*Pseudomonas aeruginosa* 38.3%, *Acinetobacter Baumannii* 25%). Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στον συνολικό αριθμό των κλινικών διαγνωστικών κριτηρίων της σήψης (4.6 ± 0.98 , επιβιώσαντες vs. 5.2 ± 1.4 , θανόντες, $p=0.9$). Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στην παρουσία των επιμέρους διαγνωστικών κριτηρίων της σήψης ανάμεσα στους επιβιώσαντες και θανόντες με εξαίρεση τη θρομβοκυτταροπενία (37.9% επιβιώσαντες vs. 64.3% θανόντες, $p=0.04$). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα προκαλιτονίνης κατά την έναρξη της σηπτικής καταπληξίας (4.7 ± 5.7 επιβιώσαντες vs. 6.4 ± 10 θανόντες, $p=0.5$).

Συμπεράσματα: Η διάγνωση της σηπτικής καταπληξίας συσχετίζεται με υψηλή θνητότητα. Δεν υπάρχει διαφορά ως προς τον αριθμό των διαγνωστικών κριτηρίων της σήψης στους θανόντες και στους επιβιώσαντες ασθενείς κατά την έναρξη της καταπληξίας. Φαίνεται ότι η παρουσία θρομβοκυτταροπενίας κατά την έναρξη της καταπληξίας συσχετίζεται με αυξημένη θνητότητα.

Βιβλιογραφία: 1. Greenhalgh DG, Saffle JR, Holmes JH, Gamelli RL, Palmieri TL, Horton JW, Tompkins RG, et al. American Burn Association consensus conference to define sepsis and infection in burns. *J Burns Care RES.* 2007;28(6):776-90.

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΡΑΧΕΙΟΣΤΟΜΗΘΕΝΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΜΕΘ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ (2009-2013)

Καλδής Βασίλειος, Μουρελάτος Νικόλαος, Μαρκοπούλου Δήμητρα,
Καλογερόπουλος Φώτιος, Χατζηλιά Δέσποινα, Κουτσούκου Βασιλική,
Χρόνη Δέσποινα, Αλαμάνος Ιωάννης

Β' ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΜΕΘ ΓΝΑ «ΚΑΤ-ΕΚΑ», Κηφισιά

Εισαγωγή: Η τραχειοστομία αποτελεί μια από τις πιο συχνές μείζονες παρεμβάσεις στη Μ.Ε.Θ για τους βαρέως πάσχοντες ασθενείς είτε με την διαδερμική μέθοδο είτε με ανοικτή επέμβαση. Λόγω παρατεταμένης νοσηλείας η αδυναμίας απογαλακτισμού, το είδος αυτής, ο βέλτιστος χρόνος διενέργειάς της και οι επιπτώσεις της στην πορεία νόσου αποτελούν ακόμη αντικείμενο συζήτησης.

Σκοπός: Η αναδρομική καταγραφή των δεδομένων περιόδου 2009-2013 που αφορούν τη συχνότητα και τον χρόνο διενέργειας μιας τραχειοστομίας, τα δημογραφικά

Υλικό - Μέθοδος: Σε περίοδο 60 μηνών 2009-2013 στην πολυδύναμη χειρουργική έλαβαν νοσηλεία συνολικά n=1.346 ασθενείς βαρέως πάσχοντες, σ 878 (65,2%) ♀ 468 (34,8%) με AV ηλικίας 61,2 έτη(17-104), με AV ημερών νοσηλείας ΜΕΘ 36,4 (1-369) με την έκβαση σε τμήμα να ανέρχεται σε 923(68.5%) περιστατικά και θνητότητα σε 423 (31,42%).

Αποτελέσματα: Υπεβλήθεισαν σε τραχειοστομία n=182(13.52%) με AV ηλικίας τα 63,54±17,32SD έτη(19/93), βαρέως πάσχοντες ασθενείς ΜΕΘ, σε ανοικτή ή διαδερμική τραχειοστομία απο την ομάδα χειρουργών -εξειδικευομένων -αναισθησιολόγων του τμήματος, σ ήταν n=116(63.7%), και ♀ n=66 (36,2%). Οι ημέρες νοσηλείας ΜΕΘ n=5277 AV29,95±20,95SD (1.n /164n). Η πλειοψηφία αυτών έγιναν με τη μέθοδο της διαδερμικής τεχνικής κατά Seldinger και μόνο 7 με την κλασσική ανοικτή μέθοδο. Τα κύρια αίτια εισαγωγής ήταν τράυμα n=78 (ΚΕΚ n=49), ΑΕΕ n=36, Ca n=10 etc. Τραυματίες ήταν n=78(%) AV61,23±19,95SD εκ των οποίων σ n=58 AV ηλικίας 56,29(9/75) ενώ ♀ n=21 με AV74,7(19/93). Η μέση ημέρα εκτέλεσης τραχειοστομίας ήταν n 12.n ±5,86SD (1.n /32n) ημέρα από την έναρξη της μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής. Χειρουργικά συμβάματα καταγράφηκαν σε 12(6.5%) περιπτώσεις διαδερμικής τραχειοστομίας κυρίως λόγω αιμορραγικής διάθεσης. Η έκβαση ΜΕΘ των ασθενών οι οποίοι υποβλήθηκαν σε τραχειοστομία μία που επιβίωσαν και εξήλθαν της ΜΕΘ ήταν n=62(34%), ενώ η θνητότητα αυτών ανήλθε σε n=120(66 %) με κύριο αίτιο σήψη /πολυοργανική ανεπάρκεια.

Συμπεράσματα: Η τραχειοστομία, μέσω διαδερμικής ή ανοικτής παρέμβασης, εξακολουθεί να συνιστά μια επιβεβλημένη επέμβαση σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς εντός της Μ.Ε.Θ. Στην μονάδα μας η επιτέλεση της διαδερμικής τραχειοστομίας, υπό έμπειρη χειρουργική ομάδα, σε Bedside τεχνική μειώνει τις όποιες επιπλοκές και θεωρείται ως η Goldstandard χειρουργική παρέμβαση

ΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΤΩΝ ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΩΝ ΣΤΗ ΜΕΘ

Παππά Ευανθία, Γεωργιάδου Μαριάνθη, Παύλου Ηλίας, Εφορακοπούλου Μαρία

ΜΕΘ Α΄ του ΓΝΑ ΚΑΤ

Εισαγωγή: Η έκβαση των πολυτραυματιών στη ΜΕΘ έχει σχέση με μια σειρά διαγνωστικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων, που λαμβάνουν χώρα κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους. Σε σημαντικό ποσοστό η θνητότητα των ασθενών αυτών οφείλεται σε αίτια, που δεν έχουν σχέση με αυτόν καθαυτό τον τραυματισμό.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι η αξιολόγηση των παραγόντων που σχετίζονται με την έκβαση των πολυτραυματιών, οι οποίοι νοσηλεύονται στη ΜΕΘ.

Υλικό - Μέθοδος: Μελετήσαμε αναδρομικά 106 πολυτραυματίες, που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ Α΄ του νοσοκομείου ΚΑΤ σε χρονικό διάστημα τριών ετών και ανάλογα με την ηλικία τους κατατάχθηκαν σε δύο ομάδες α) <60 ετών β) >60 ετών. Καταγράφηκαν: η ηλικία, το φύλο, ο τύπος της κάκωσης, η βαρύτητα της κάκωσης (Injury Severity Score), οι ημέρες νοσηλείας στη ΜΕΘ, οι συνυπάρχουσες νόσοι, η έκβαση και η αιτία θανάτου. Οι δοκιμασίες Logistic regression και Chi-square χρησιμοποιήθηκαν για την στατιστική ανάλυση.

Αποτελέσματα: Από τους 106 πολυτραυματίες οι 71 ήσαν <60 ετών και οι 35 >60 ετών. Και στις δύο ομάδες το φύλο, ο τύπος και η βαρύτητα των κακώσεων καθώς και οι ημέρες νοσηλείας δεν συσχετίστηκαν με την έκβαση. Η θνητότητα ήταν 28% στους <60 ετών και 42% στους >60 ετών πολυτραυματίες, διαφορά μη στατιστικά σημαντική. Οι <60 ετών πολυτραυματίες είχαν 1.15 φορές μικρότερη πιθανότητα να πεθάνουν σε σχέση με τους >60 ετών ($p=0.7$). Η ύπαρξη μιας τουλάχιστον συνυπάρχουσας νόσου είχε σημαντική συσχέτιση με την θνητότητα ($p<0.007$). Η σήψη ήταν στατιστικά σημαντική αιτία θανάτου στους >60 ετών πολυτραυματίες ($p<0.05$).

Συμπεράσματα: α) Η ύπαρξη συνοσπρότητας αυξάνει την θνητότητα στους πολυτραυματίες. β) Η σήψη είναι η κύρια αιτία θανάτου στους >60 ετών πολυτραυματίες. γ) Φαίνεται πως η θνητότητα τείνει να είναι μικρότερη στους πολυτραυματίες μικρότερης ηλικίας, αλλά αυτό για να αποδειχθεί απαιτεί μελέτη σε μεγαλύτερο δείγμα.

Βιβλιογραφία: Probst C, Zelle BA, Sittaro NA, Lohse R, Krettek C, Pape HC. Late death after multiple severe trauma: when does it occur and what are the causes? J Trauma 2009;66(4):1212-1217.

ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΛΙΠΩΔΗΣ ΕΜΒΟΛΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΑΝΟΙΚΤΟΥ ΤΟΥ ΩΟΕΙΔΟΥΣ ΤΡΗΜΑΤΟΣ. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΜΕ ΤΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ

Κιουρτζιέβα Ελλάδα, Μαμουανίδης Εντμοντ, Οικονόμου Μαρίνα,
Τσαγκούριας Ματθαίος, Ματάμης Δημήτριος

ΜΕΘ, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης "Παπαγεωργίου"

Εισαγωγή- Σκοπός: Η εγκεφαλική λιπώδης εμβολή είναι σπάνια, αλλά δυνητικά θανατηφόρος επιπλοκή των καταγμάτων των κάτω άκρων. Η παραμονή ανοικτού του ωοειδούς τρήματος (Patent Foramen Ovale – PFO) αποτελεί συχνά την παθολογική οδό διέλευσης του εμβολικού υλικού από τη δεξιά προς την αριστερή κυκλοφορία. Η “εν θερμώ” (σε πραγματικό χρόνο) υπερηχογραφική διάγνωση της επιπλοκής αυτής στο χώρο της ΜΕΘ με τη χρήση εξειδικευμένων τεχνικών υπερηχογραφίας και η συσχέτιση των υπερηχογραφικών ευρημάτων με την τελική νευρολογική έκβαση δεν έχει μελετηθεί.

Υλικό - Μέθοδος: Η μελέτη αφορά όλους τους ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στη ΜΕΘ την τελευταία δετία με εγκεφαλική λιπώδη εμβολή και PFO. Σε όλους τους ασθενείς διενεργήθηκε σειρά υπερηχογραφικών μελετών, στο χώρο της ΜΕΘ που περιελάμβαναν διδιάσταση απεικόνιση της κάτω κοίλης φλέβας για την ανάδειξη κίνησης εμβολικού υλικού προς την καρδιά, διαθωρακική/διοισοφάγιο μελέτη για τη διάγνωση ύπαρξης PFO και/ή “εν θερμώ” διέλευσης εμβολικού υλικού από τις δεξιές προς τις αριστερές καρδιακές κοιλότητες καθώς και διακρανιακό Doppler για την ανάδειξη διέλευσης εμβολικού υλικού στη μέση εγκεφαλική αρτηρία. Αξονική ή/και μαγνητική τομογραφία διενεργήθηκε στη συνέχεια σε όλους τους ασθενείς. Μελετήθηκε η νευρολογική έκβαση καθώς η συσχέτισή της με τα ευρήματα της υπερηχογραφικής μελέτης.

Αποτελέσματα: Σε χρονικό διάστημα 8 ετών νοσηλεύθηκαν στη ΜΕΘ 7 πολυτραυματίες, μέσης ηλικίας 23 ετών, με κατάγματα κάτω άκρων και κλινική υπόνοια εγκεφαλικής λιπώδους εμβολής. Οι ασθενείς δεν έφεραν κρανιοεγκεφαλική κάκωση (GCS 15, πριν τη διασωλήνωση). Σε όλους τους ασθενείς διαπιστώθηκε υπερηχογραφικά η ύπαρξη PFO. Σε 5 από τους 7 ασθενείς απεικονίσθηκε υπερηχογραφικά διέλευση εμβολικού υλικού στην κάτω κοίλη φλέβα, ενώ σε 3 ασθενείς απεικονίσθηκε υπερηχογραφικά η διέλευση εμβολικού υλικού στη μέση εγκεφαλική αρτηρία. Σε 2 από τους 7 ασθενείς, ηλικίας 18 και 31 ετών η εξέλιξη ήταν η εγκατάσταση εγκεφαλικού θανάτου, 4 ημέρες από την εισαγωγή τους στη ΜΕΘ. Ο τρίτος ασθενής, ηλικίας 21 ετών, απεβίωσε 4 έτη αργότερα, παραμένοντας σε κατάσταση ελάχιστης συνείδησης (minimally conscious state). Σε όλους τους ανωτέρω ασθενείς καταγράφηκε υπερηχογραφικά, σε πραγματικό χρόνο, μαζική και παρατεταμένης διάρκειας (έως και 36 ώρες) διέλευση εμβολικού υλικού από την κάτω κοίλη φλέβα μέσω του ωοειδούς τρήματος προς τον εγκέφαλο. Στους υπόλοιπους 4 ασθενείς, η νευρολογική αποκατάσταση ήταν πλήρης. Στους ασθενείς αυτούς τα υπερηχογραφικά ευρήματα δεν περιελάμβαναν μαζική και παρατεταμένης διάρκειας διέλευση εμβολικού υλικού προς τον εγκέφαλο.

Συμπεράσματα: Σε νεαρούς ασθενείς με κατάγματα των κάτω άκρων, η υπερηχογραφική τεκμηρίωση μαζικής και παρατεταμένης διάρκειας διέλευσης εμβολικού υλικού από την κάτω κοίλη φλέβα προς τον εγκέφαλο μέσω PFO, ενδέχεται να συνοδεύεται από εξαιρετικά δυσμενή νευρολογική έκβαση

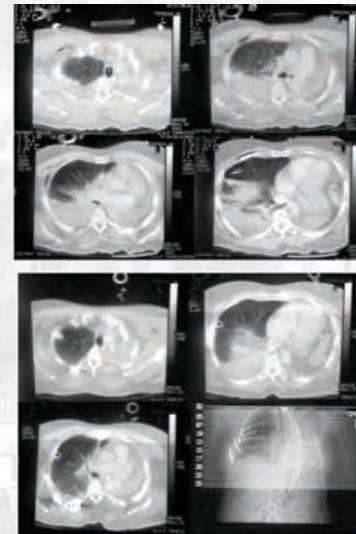
ΣΟΒΑΡΟ ΘΩΡΑΚΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΕΚΤΟΜΗ

Τζανουδάκης Γεώργιος⁽¹⁾, Μερμίγκης Δημήτριος⁽¹⁾, Γράβος Αθανάσιος⁽¹⁾,
Κανακάκη Σοφία⁽¹⁾, Αβρααμίδου Αλεξάνδρα⁽¹⁾, Βαγγέλης Σπυρίδων⁽¹⁾,
Νοδάρου Αικατερίνη⁽¹⁾, Τσελιώτη Παρασκευή⁽¹⁾, Κατοίφα Κωνσταντίνα⁽¹⁾,
Σακελλαρίδης Κωνσταντίνος⁽¹⁾, Γραμματικοπούλου Βαρβάρα⁽¹⁾,
Βενετούλης Δρόσος⁽¹⁾, Πρεκατές Αθανάσιος⁽¹⁾

Τζάνειο Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά

Εισαγωγή: Παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού σοβαρού θωρακικού τραύματος και ανάπτυξη της επιτυχούς αντιμετώπισης του.

Υλικό - Μέθοδος: Πρόκειται για την περίπτωση ασθενούς 46 ετών με ιστορικό αριστερής πνευμονεκτομής προ εξαετίας λόγω πνευμονικού καρκίνου, ο οποίος κατά την διάρκεια αγώνων ταχύτητας με μοτοσικλές υπέστη πτώση. Ο αρχικός απεικονιστικός έλεγχος σε επαρχιακό νοσοκομείο ανέδειξε πολλαπλά διπλά κατάγματα πλευρών και κλείδας δεξιά, αιμο-πνευμοθώρακα, υποδόριο εμφύσημα, ατελεκτασία δεξιού μέσου και κάτω λοβού καθώς και θλάση δεξιού νεφρού με υποκάψιο αιμάτωμα και θλάση ψοίτη μυός σύστοιχα. Κλινικά ήταν διεγερτικός με GCS 13/15, παρουσίαζε ταχύπνοια >30/λεπτό, κυάνωση και φλεβοκομβική ταχυκαρδία >130/λεπτό. Από την επισκόπηση του θωρακικού τοιχώματος παρουσίαζε παράδοξη κίνηση στις αναπνευστικές κινήσεις, ενώ από τα αέρια αίματος είχε σοβαρή αναπνευστική ανεπάρκεια με υπερκαπνία, ευρήματα συμβατά με ασταθή θώρακα $PO_2:39,3$, $PCO_2:65,3$, $pH:7,11$, $HCO_3:20$. Διασωληνώθηκε άμεσα και ετέθη παροχετευτικός σωλήνας δεξιού ημιθώρακιού. Ακολούθησε διακομδή του ασθενούς με ασθενοφόρο στη ΜΕΘ υπό καταστολή και μηχανική υποστήριξη αναπνοής, ενώ ήταν ασταθής αιμοδυναμικά με υψηλές δόσεις αγγειοσπαστικών. Μετά την σταθεροποίηση του ασθενούς υποβλήθηκε άμεσα την 1η ημέρα νοσηλείας σε βρογχοσκόπηση κατά την οποία διαπιστώθηκε ακέραιο το κολόβωμα του αριστερού στελεχιαίου βρόγχου καθώς και η παρουσία αιματοπηγμάτων που έφραζαν τα στόμα του μέσου και κάτω λοβού, τα οποία αφαιρέθηκαν επιτυχώς με αποκατάσταση της ατελεκτασίας των τμημάτων αυτών. Την 2η ημέρα μεταφέρθηκε σε άλλο νοσοκομείο όπου υποβλήθηκε σε χειρουργική σταθεροποίηση με μεταλλικά ελάσματα των διπλών καταγμάτων της 3ης-4ης-5ης πλευράς. Την 4η ημέρα επέστρεψε στη ΜΕΘ και την 7η ημέρα υποβλήθηκε σε τραχειοστομία. Ο ασθενής παρουσίασε προοδευτική βελτίωση όλων των παραμέτρων και την 10η ημέρα διεκόπη η καταστολή ενώ την 15η απογαλακτίστηκε από τον αναπνευστήρα με ικανοποιητική αεριομετρική εικόνα σε T-piece $FiO_2=60\%$ και άριστο επίπεδο συνείδησης. Την 20η ημέρα έγινε σύγκλιση τραχειοστομίας και 3 ημέρες αργότερα μεταφέρθηκε σε κλινική αιμοδυναμικά σταθερός με ρινικό O_2 στα 3lt/min.



Αποτελέσματα: 6 μήνες μετά τον αρχικό σοβαρό τραυματισμό του και μετά από 3μνο φυσιοθεραπείας κινησιοθεραπείας ο ασθενής είναι χωρίς αναπνευστική ανεπάρκεια, έχει πλήρη αποκατάσταση και παρά τις αντίθετες συστάσεις των ιατρών του επέστρεψε ενεργά στην αγαπημένη του ενασχόληση αγώνων ταχύτητας με μοτοσικλέτα. Συμπεράσματα Από τα βιβλιογραφικά δεδομένα διαφαίνεται τα τελευταία χρόνια μια τάση άμεσης χειρουργικής αποκατάστασης του ασταθούς θώρακα, καθώς συνδέεται με μείωση των ημερών στον αναπνευστήρα, των επιπλοκών παρατεταμένης μηχανικής υποστήριξης, της παραμονής στο νοσοκομείο και της θνητότητας.

ΑΛΦΑΒΗΤΙΚΟΣ ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΟΝΤΩΝ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΣΕΛΙΔΑ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΣΕΛΙΔΑ
BROUCKAERT P.	39	ΓΕΡΩΜΑΡΚΑΚΗ Ε.	70, 117, 118
DUVIGNEAU C.	127	ΓΕΩΡΓΑΚΗΣ Ν.	55
JAHAJ E.	129	ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ Χ.	84, 134
KOZLOV A.	127	ΓΕΩΡΓΙΑΔΟΥ Μ.	139
ZHOU Z.	38	ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΣ Δ.	14, 124, 126, 127
ΑΒΡΑΑΜΙΔΟΥ Α.	37, 81, 100, 133, 141	ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ Β.	60
ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ Ε.	89	ΓΙΑΜΑΡΕΛΟΥ Ε.	93
ΑΗΔΟΝΗ Ζ	44, 123	ΓΙΑΝΝΗΣ Α.	39
ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΟΥ Β.	19	ΓΙΑΣΝΕΤΣΟΒΑ Τ.	26, 55
ΑΙΜΟΝΙΩΤΟΥ Ε.	88	ΓΚΕΚΑ Ε.	44, 123
ΑΚΟΥΜΙΑΝΑΚΗ Α.	14	ΓΚΕΣΟΥΡΑ Δ.	59
ΑΛΑΜΑΝΟΣ Ι.	27, 53, 138	ΓΚΙΩΝΗ Π.	86, 87, 109
ΑΛΕΞΑΚΗ Α.	68	ΓΛΥΝΟΣ Κ.	36 38, 76
ΑΛΕΞΙΟΥ Α.	23, 35	ΓΟΥΚΟΣ Δ.	125
ΑΜΠΙΑΤΖΙΔΟΥ Φ.	57, 104, 106, 114, 130	ΓΟΥΡΝΑ Χ.	93
ΑΝΙΣΟΓΛΟΥ Σ.	87	ΓΡΑΒΟΣ Α.	37, 81, 100, 133, 141
ΑΝΤΥΠΑ Ε.	66	ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΟΠΟΥΛΟΥ Β.	37, 81, 100, 133, 141
ΑΝΤΩΝΙΑΔΟΥ Ε.	66	ΓΡΑΨΑ ΕΙΡ.	107
ΑΝΤΩΝΙΟΥ Α.	22	ΓΡΙΤΣΗ-ΓΕΡΟΓΙΑΝΝΗ Ν.	26, 55, 122
ΑΝΤΩΝΟΠΟΥΛΟΥ Α.	65	ΓΡΟΣΟΜΑΝΙΔΗΣ Β.	128
ΑΠΟΛΛΩΝΑΤΟΥ Σ.	63, 65	ΔΑΜΙΑΝΙΔΗΣ Ε.	122
ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ Ο.	65	ΔΑΝΑΔΗΣ Γ.	28
ΑΠΟΣΤΟΛΟΥ Κ.	125	ΔΕΤΤΟΡΑΚΗ Μ.	39
ΑΡΑΚΑΔΑΚΗ Α.	50	ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Ε.	124, 126, 127
ΑΡΑΚΑΔΑΚΗΣ Γ.	20	ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ Σ.	29
ΑΡΒΑΝΙΤΗ Κ.	87	ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ Γ.	65
ΑΡΜΑΓΑΝΙΔΗΣ Α.	40, 63, 65, 76, 94	ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΥ Ι.	40
ΑΡΧΟΝΤΟΓΙΩΡΓΗΣ Κ.	87, 102	ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΥ Π.	67
ΑΣΤΕΡΗ Θ.	57	ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΥ Χ.	67
ΒΑΓΓΕΛΗΣ Σ.	37, 81, 100, 133, 141	ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΥ Π.	68
ΒΑΚΑΛΟΣ Α.	78, 79	ΔΗΜΟΥΛΑ ΑΙΚ.	19, 49, 61, 90, 91
ΒΑΛΑΚΗΣ Κ.	16	ΔΙΑΚΑΚΗ Χ.	65
ΒΑΠΟΡΙΔΗ ΑΙΚ.	14	ΔΙΑΜΑΝΤΑΚΗ Ε.	14
ΒΑΡΔΑΣ Κ.	125	ΔΙΠΛΑΡΗΣ Κ.	57, 104, 130
ΒΑΡΤΖΕΛΗ Π.	85	ΔΡΑΓΟΥΜΑΝΗΣ Χ.	48
ΒΑΣΙΛΑΚΗ Ε.	70, 117, 118	ΔΡΟΣΟΣ Γ.	57, 104, 130
ΒΑΣΙΛΑΚΗ-GUILLAUME M.	101	ΕΛΛΙΟΠΟΥΛΟΣ Δ.	65
ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΗΣ Ι.	28, 29, 107	ΕΥΘΥΜΙΟΥ Α.	44, 123
ΒΑΣΣΙΛΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Θ.	36, 39	ΕΦΟΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Μ.	139
ΒΑΦΕΙΑΔΟΥ Μ.	16	ΖΑΚΚΑ Μ.	85
ΒΕΛΔΕΚΗΣ Δ.	82	ΖΑΚΥΝΘΙΝΟΣ Σ.	40, 89, 95
ΒΕΝΕΤΟΥΛΗΣ Δ.	37, 81, 100, 133, 141	ΖΑΦΕΙΡΙΔΗΣ Τα.	83, 98
ΒΕΝΕΤΣΙΑΝΟΥ Κ.	27	ΖΑΧΑΡΑΣ Ι.	44, 123
ΒΕΝΥΧΑΚΗ Μ.	126	ΖΑΧΑΡΟΠΟΥΛΟΥ Ε.	101
ΒΛΑΙΚΟΣ Δ.	137	ΖΗΚΟΥ Ε.	25
ΒΛΑΧΟΓΙΑΝΝΗ Γ.	87	ΖΗΣΟΠΟΥΛΟΥ Β.	83, 88, 97, 98
ΒΛΑΧΟΥ Α.	104	ΖΥΤΟΥΡΑ Α.	59
ΒΟΥΛΓΑΡΗΣ Γ.	64	ΖΩΤΟΥ Ν.	39, 136
ΒΟΥΤΣΑΣ Β.	23, 35, 137	ΗΛΙΑ Σ.	70, 117, 118
ΒΡΕΤΖΑΚΗΣ Γ.	97	ΘΕΟΔΩΡΑΚΗΣ Ε.	14
ΒΡΕΤΤΟΣ Θ.	39	ΘΕΟΔΩΡΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Χ.	50
ΓΑΒΑΛΑ Α.	18, 31, 72, 87, 88	ΘΕΟΔΩΡΙΔΗΣ Δ.	59
ΓΑΒΡΑ ΑΙΚ.	16	ΘΕΟΔΩΡΙΔΟΥ Θ.	55
ΓΑΛΙΑΤΣΟΥ Ε.	25	ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΥ Α.	89
ΓΑΤΣΟΥΛΗ Μ.	59	ΘΕΟΔΩΡΟΥ Β.	88
ΓΕΡΟΒΑΣΙΛΗ Β.	47	ΘΕΟΧΑΡΗΣ Σ.	39

ΑΛΦΑΒΗΤΙΚΟΣ ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΟΝΤΩΝ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΣΕΛΙΔΑ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΣΕΛΙΔΑ
ΘΟΔΩΡΟΥ Β.	48, 102	ΚΟΥΛΙΑΤΣΗΣ Γ.	102
ΓΝΑΤΙΑΔΗΣ Α.	130	ΚΟΥΛΟΥΡΑΣ Β.	25
ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ Α.	26, 122, 128	ΚΟΥΝΟΥΓΕΡΗ Κ.	19
ΙΩΑΝΝΙΔΟΥ Σ.	107	ΚΟΥΤΡΑΣ Ε.	86, 108
ΚΑΖΑΚΟΣ Ν.	73, 74, 75	ΚΟΥΤΡΟΥΜΠΑ Ε.	59
ΚΑΖΑΝΤΖΗ Μ.	116, 119	ΚΟΥΤΣΙΛΕΟΥ Κ.	39
ΚΑΙΣΑΡΗΣ Α.	88	ΚΟΥΤΣΟΥΚΟΥ Β.	138
ΚΑΛΑΜΠΑΛΙΚΗΣ Π.	116, 119	ΚΟΥΤΣΟΥΚΟΥ Α.	80, 129
ΚΑΛΔΑΡΑ Ε.	29	ΚΟΦΙΝΑΣ Γ.	109
ΚΑΛΔΗΣ Β.	27, 53, 138	ΚΥΔΩΝΑ Σ.	87, 122
ΚΑΛΛΙΤΣΗ Γ.	24	ΚΥΘΡΕΩΤΗΣ Π.	82
ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΣ Φ.	138	ΚΥΠΑΡΙΣΣΗ ΑΙΚ.	88, 109
ΚΑΛΤΣΗ Ι.	28	ΚΥΡΙΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Μ.	80
ΚΑΝΑΒΟΥ Α.	19, 30, 49, 52, 61, 90, 91	ΚΥΡΙΑΚΟΥ Α.	18
ΚΑΝΑΚΑΚΗ Σ.	37, 81, 100, 133, 141	ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Ε.	137
ΚΑΡΑΒΑΝΑ Β.	36, 38	ΚΩΣΤΑΝΤΗ Ε.	25
ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗΣ Σ.	83, 87, 97, 98	ΚΩΤΣΟ Ε.	99
ΚΑΡΑΘΑΝΟΥ Α.	22, 42, 64, 87	ΛΑΒΡΕΝΤΙΕΒΑ Α.	35, 137
ΚΑΡΑΙΣΚΟΣ Θ.	57, 130	ΛΑΓΟΣ Ν.	73
ΚΑΡΑΚΩΣΤΑ Α.	24	ΛΑΖΑΡΙΔΟΥ Ε.	111, 114
ΚΑΡΑΛΗ Β.	23, 137	ΛΑΘΥΡΗΣ Δ.	66
ΚΑΡΑΜΠΗ Σ.	63, 65, 76	ΛΑΜΠΙΡΗ Κ.	88
ΚΑΡΑΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ Α.	26, 122	ΛΑΜΠΡΙΝΑΚΗ Σ.	20
ΚΑΡΑΤΖΑΝΟΣ Ε.	28	ΛΑΝΑΡΑΣ Α.	134
ΚΑΡΑΤΖΑΣ Σ.	86, 109	ΛΑΠΠΑ Κ.	46
ΚΑΡΑΧΑΛΙΟΥ Α.	25	ΛΑΣΙΘΙΩΤΑΚΗ Μ.	20, 50
ΚΑΡΔΑΡΑ Α.	47	ΛΕΛΕΚΗ Κ.	111
ΚΑΡΜΑΝ Ν.	67	ΛΕΟΝΤΗ Α.	111
ΚΑΡΠΕΤΑΣ Γ.	39	ΛΕΠΠΑ Δ.	73
ΚΑΡΥΩΤΗΣ Χ.	78, 79	ΛΙΓΝΟΣ Μ.	63
ΚΑΤΣΙΑΡΗ Μ.	19, 91, 92	ΛΟΒΕΡΔΟΣ Κ.	36, 38
ΚΑΤΣΙΦΑ Κ.	37, 81, 100, 133, 141	ΛΩΡΙΔΑΣ Ν.	23, 35
ΚΑΤΣΟΥΛΑΣ Θ.	72	ΜΑΓΕΙΡΑ Ε.	125
ΚΕΚΕΡΗΣ Β.	59	ΜΑΓΚΙΝΑ-ΒΛΑΧΑΝΤΩΝΗ Α.	19, 30, 49, 52, 61, 91, 92
ΚΕΛΕΠΟΥΡΗ Μ.	101	ΜΑΓΚΟΥ Χ.	36, 39, 40, 94
ΚΕΧΑΓΙΟΓΛΟΥ Γ.	104	ΜΑΔΕΣΗΣ Α.	57, 104
ΚΙΟΥΡΤΖΙΕΒΑ Ε.	33, 99, 140	ΜΑΙΝΑΣ Ε.	86, 108
ΚΟΚΟΛΑΚΗ Μ.	16	ΜΑΛΑΝΔΡΑΚΗ Γ.	60
ΚΟΚΟΡΗΣ Ι.	22, 42, 64, 88	ΜΑΜΥΑΝΙΔΗΣ Ε.	140
ΚΟΚΟΡΗΣ Σ.	107	ΜΑΝΔΡΑΜΠΑΖΑΚΗ Γ.	20
ΚΟΛΙΟΣ Γ.	128	ΜΑΝΕΤΟΣ Χ.	29
ΚΟΜΝΟΣ ΑΠ.	83, 97, 98	ΜΑΝΗΣ Π.	101
ΚΟΜΠΟΤΗ Μ.	24	ΜΑΝΙΑΤΗΣ Ν.	40, 94, 129
ΚΟΝΔΥΛΗ Ε.	14, 124, 126, 127	ΜΑΝΙΤΣΟΠΟΥΛΟΣ Ν.	40, 94
ΚΟΝΟΓΛΟΥ Μ.	23, 137	ΜΑΡΑΓΚΟΣ Μ.	136
ΚΟΝΟΜΗ Ι.	28	ΜΑΡΚΑΚΗ Β.	46, 60
ΚΟΝΤΟΥ Π.	35	ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΥ Δ.	27, 53, 138
ΚΟΡΟΒΕΣΗ Ι.	95	ΜΑΣΟΥΝΤ Χ.	20
ΚΟΡΟΜΠΕΛΗ Α.	31	ΜΑΣΣΑ Ε.	26, 55
ΚΟΤΑΝΙΔΟΥ Α.	40, 60, 94, 129	ΜΑΣΤΟΡΑ Ζ.	95, 129
ΚΟΤΖΑΜΠΑΣΗ Κ.	128	ΜΑΤΑΜΗΣ Δ.	33, 34, 99, 140
ΚΟΤΙΝΑ Ε.	59	ΜΑΥΡΟΥ ΕΙΡ.	63
ΚΟΤΣΙΚΟΡΗΣ Β.	39	ΜΕΙΜΑΡΙΔΟΥ Ζ.	74, 75
ΚΟΥΒΑΡΑΚΟΣ Α.	46, 47	ΜΕΛΕΤΗ Ε.	124, 127
ΚΟΥΖΑΝΙΤΗΣ Ν.	43, 121	ΜΕΝΤΖΕΛΟΠΟΥΛΟΣ Σ.	95
ΚΟΥΚΟΥΜΠΙΑΝΗ Τ.	87	ΜΕΡΜΙΓΚΗΣ Δ.	37, 81, 100, 133, 141

ΑΛΦΑΒΗΤΙΚΟΣ ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΟΝΤΩΝ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΣΕΛΙΔΑ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΣΕΛΙΔΑ
ΜΗΤΟΣ Γ.	44, 123	ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΕΙΡ.	88
ΜΗΤΣΙΟΥ Γ.	47	ΠΑΠΑΔΑΚΗ Ε.	27, 53
ΜΙΧΑΛΙΑ Μ.	24	ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Ε.	134
ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΣ Α.	128	ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ - ΟΛΙΒΓΕΡΗΣ Μ.	136
ΜΙΧΕΛΙΔΟΥ Σ.	87	ΠΑΠΑΔΟΜΙΧΕΛΑΚΗΣ Ε.	76, 87, 88
ΜΟΣΧΑΚΗ Μ.	95	ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Σ.	55, 122
ΜΟΥΛΟΥΔΗ Ε.	55, 88	ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Π.	65
ΜΟΥΡΕΛΑΤΟΣ Ν.	27, 53, 138	ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Κ.	73
ΜΠΑΛΛΑ Μ.	108, 109	ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Δ.	83, 97, 98
ΜΠΑΛΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ.	18, 31, 72, 112, 113	ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Α.	25
ΜΠΑΜΠΑΛΗΣ Δ.	83, 98	ΠΑΠΑΙΩΑΝΝΟΥ Μ.	23, 35, 137
ΜΠΑΝΤΟΥΡ Α.	57, 130	ΠΑΠΑΙΩΑΝΝΟΥ Β.	48, 102
ΜΠΑΡΜΠΟΥΤΗ Ε.	89	ΠΑΠΑΚΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Σ.	101
ΜΠΑΣΔΑΝΗΣ Γ.	128	ΠΑΠΑΜΙΧΑΛΗΣ Π.	83, 98
ΜΠΑΣΤΑΝΗ Σ.	73	ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Μ.	86, 108, 109
ΜΠΑΤΙΑΝΗ Π.	30, 49, 52, 91	ΠΑΠΑΝΤΩΝΑΤΟΣ Δ.	77
ΜΠΕΚΙΑΡΗ Θ.	97	ΠΑΠΑΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΣ Α.	36, 39
ΜΠΙΤΖΑΝΗ Μ.	23, 137	ΠΑΠΑΠΕΤΡΟΥ Κ.	84
ΜΠΛΕΥΡΑΚΗΣ Ε.	70, 117, 118, 124, 127	ΠΑΠΑΣΤΟΓΙΑΝΝΙΔΟΥ Κ.	93
ΜΠΟΓΙΑΤΖΟΠΟΥΛΟΣ Μ.	66	ΠΑΠΑΣΥΛΙΑΝΟΥ Α.	107
ΜΠΟΥΔΟΒΑΝΑ Μ.	39, 136	ΠΑΠΗΓΗ Α.	111
ΜΠΡΙΑΣΟΥΔΗ Ε.	125	ΠΑΠΠΑ Π.	43, 121
ΜΠΡΙΑΣΟΥΔΗΣ Γ.	70, 117, 118, 124, 125 126, 127	ΠΑΠΠΑ Ε.	139
ΜΥΡΙΑΝΘΕΥΣ Π.	18, 31, 72, 87, 88, 112, 113	ΠΑΠΩΤΗ Σ.	35
ΜΩΥΣΙΔΟΥ Δ.	106	ΠΑΡΑΜΥΘΙΩΤΟΥ Ε.	63, 76, 88
ΝΑΓΚΥ Ε. Ο.	87	ΠΑΡΑΦΟΡΟΣ Γ.	83, 97, 98
ΝΑΘΑΝΑΗΛ Χ.	73, 74, 75	ΠΑΡΑΝΤΖΑ Α.	80
ΝΑΚΟΣ Γ.	25	ΠΑΡΤΑΛΑ Π.	102
ΝΑΚΟΥ Χ.	137	ΠΑΣΒΑΝΤΗ Χ.	88
ΝΑΚΟΥ Μ.	102	ΠΑΤΕΡΑΚΗΣ Κ.	97
ΝΑΝΑΣ Σ.	28, 29, 46, 47, 60, 93 107, 112, 113, 125	ΠΑΤΣΑΚΗ ΕΙΡ.	47
ΝΑΣΗΣ Χ.	73	ΠΑΤΣΑΤΖΑΚΗΣ Σ.	44, 123
ΝΑΣΣΗΣ Χ.	101	ΠΑΥΛΙΔΟΥ Α.	36, 39
ΝΙΚΗΤΑΣ Ν.	65	ΠΑΥΛΟΥ Η.	43, 121, 139
ΝΙΚΗΤΑΣ Γ.	86, 108	ΠΕΡΙΒΟΛΙΩΤΗ Ε.	89
ΝΙΚΗΤΟΠΟΥΛΟΥ Ι.	40, 94	ΠΕΡΛΙΚΟΣ Φ.	39
ΝΙΚΟΛΑΟΥ Χ.	30, 87, 88, 90, 92	ΠΕΤΑΛΑ Α.	48, 102
ΝΟΔΑΡΟΥ ΑΙΚ.	37, 81, 100, 133, 141	ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΥ Κ.	30, 49, 61, 91
ΝΤΑΓΑΝΟΥ Μ.	80	ΠΙΚΟΛΑΣ Κ.	101
ΝΤΕΒΕΣ Ι.	52, 61, 90	ΠΙΠΛΗ Χ.	107
ΝΤΕΝΤΑ Α.	111, 114	ΠΛΑΝΤΖΑ Π.	24
ΝΤΟΡΛΗΣ Κ.	30, 61	ΠΛΑΤΣΟΥΚΑ Ε.	91, 92
ΟΙΚΟΝΟΜΟΠΟΥΛΟΥ Α.	95	ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΣ Ι.	48, 102
ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Μ.	33, 34, 99, 140	ΠΟΛΥΔΕΡΑ Β.	27, 53
ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Χ.	77	ΠΟΛΥΧΡΟΝΙΔΟΥ Β.	82
ΟΡΦΑΝΟΣ Σ.	40, 94, 129	ΠΟΝΤΙΚΗΣ Κ.	80
ΟΥΡΑΝΟΛΟΓΟΥ Β.	44, 123	ΠΟΥΛΙΑΣΗ Η.	16
ΟΥΡΑΝΟΣ Κ.	65	ΠΟΥΛΙΚΑΚΟΣ Π.	85
ΠΑΖΒΑΝΤΗ Μ.	33, 34, 99	ΠΡΑΠΑ Μ.	116, 119
ΠΑΛΛΑ Ε.	92	ΠΡΕΚΑΤΕΣ Α.	37, 81, 100, 133, 141
ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΥ Ε.	90	ΠΡΟΡΕΛΗ Μ.	93
ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ Ε.	84	ΠΥΡΡΟΣ Δ.	59
ΠΑΝΤΕΛΗ Μ.	136	ΡΑΙΤΣΙΟΥ Μ.	16
ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΥ Θ.	108, 109	ΡΑΛΛΗΣ Δ.	116, 119
		ΡΕΝΤΑ Φ.	66
		ΡΙΖΟΣ Μ.	63

ΑΛΦΑΒΗΤΙΚΟΣ ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΟΝΤΩΝ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΣΕΛΙΔΑ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΣΕΛΙΔΑ
ΡΟΒΙΝΑ Ν.	80	ΤΣΑΚΑΣ Π.	73
ΡΟΥΣΣΟΥ Ζ.	91, 92	ΤΣΑΟΥΣΗ Σ.	89
ΡΟΥΣΤΑΝΗΣ Ε.	25	ΤΣΑΟΥΣΗ Γ.	128
ΡΟΥΤΣΗ Χ.	28, 107, 125	ΤΣΕΛΙΩΤΗ Π.	37, 81, 100, 133, 141
ΡΟΥΤΣΗ Χ.	89	ΤΣΙΚΡΙΚΑ Σ.	59
ΣΑΚΑΓΙΑΝΝΗ Κ.	88	ΤΣΙΚΡΙΚΗ Σ.	22, 42, 64
ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΔΗΣ Κ.	37, 81, 100, 133 141	ΤΣΙΜΠΟΥΚΑΣ Φ.	84, 134
ΣΑΡΑΝΤΗ Μ.	25	ΤΣΙΟΚΑ Α.	88
ΣΑΡΑΦΑΔΗ Μ.	123	ΤΣΙΡΟΓΙΑΝΝΗ Χ.	116, 119
ΣΑΡΑΦΙΔΟΥ Π.	43, 121	ΤΣΙΣΜΕΛΙΔΗΣ Κ.	16
ΣΑΡΡΗΣ Ε.	43, 121	ΤΣΙΣΠΑΡΑ Α.	85
ΣΑΡΤΖΗ Μ.	24	ΤΣΙΤΡΑΣ Ν.	77
ΣΑΡΧΩΣΗ Σ.	95	ΤΣΙΩΤΣΗ Π.	39
ΣΑΧΠΑΖΗΣ Κ.	33, 34	ΦΑΡΑΖΙ Χ.	24
ΣΕΡΤΑΡΙΔΟΥ Ε.	48	ΦΙΚΑ Σ.	112, 113
ΣΙΔΗΡΑΣ Γ.	47	ΦΙΛΙΔΟΥ Ε.	128
ΣΙΕΜΠΟΣ Η.	40	ΦΙΛΛΙΠΙΔΗΣ Α.	97
ΣΙΛΕΛΗ Μ.	57, 104, 130	ΦΙΛΑΝΤΙΣΤΗΣ Γ.	31, 52, 72
ΣΟΙΛΕΜΕΖΗ Ε.	34, 99	ΦΙΛΟΣ Κ.	39, 136
ΣΟΥΛΗ Μ.	93	ΦΛΕΒΑΡΗ ΑΙΚ.	65
ΣΟΥΛΟΥΝΤΣΗ Β.	35	ΦΛΙΓΚΟΥ Φ.	39, 136
ΣΟΥΛΑΤΑΤΗ Ι.	44, 123	ΦΟΥΝΤΑΣ Κ.	97
ΣΠΑΝΑΚΗ Α.Μ.	70, 117, 118, 124, 126,127	ΦΡΑΓΚΑΝΔΡΕΑΣ Γ.	55
ΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΥ Α.	101	ΦΡΑΝΤΖΕΣΚΑΚΗ Φ.	63, 87
ΣΤΑΥΡΟΥ Γ.	128	ΦΥΤΙΛΗ Χ.	23
ΣΤΙΜΠΙΡΗΣ Ν.	48	ΦΥΤΡΟΛΑΚΗ Μ.Ν.	70, 117, 118, 124,126,127
ΣΤΟΥΦΗΣ Ν.	52, 68	ΦΩΤΙΑΔΗΣ Κ.	128
ΣΤΡΑΝΤΖΑΛΗΣ Γ.	47	ΧΑΒΟΥΖΗΣ Ν.	48
ΣΤΡΑΤΙΚΗ Μ.	95	ΧΑΙΔΗ Μ.	67
ΣΤΡΑΤΟΥΛΗ Σ.	53	ΧΑΛΚΙΑΔΑΚΗ Α.	20, 50
ΣΤΡΙΛΑΚΟΥ Α.	65	ΧΑΜΗΛΟΣ Γ.	14
ΣΥΛΛΙΓΑΡΔΟΥ Ρ.	50	ΧΑΡΙΤΙΑΝ Μ.	24
ΣΦΥΡΑΣ Δ.	84, 134	ΧΑΡΙΤΙΔΟΥ Ε.	112, 113
ΤΑΒΛΑΔΑΚΗ Θ.	70, 117, 118, 124, 126,127	ΧΑΡΙΤΟΣ Χ.	29
ΤΑΣΙΟΥΔΗΣ Π.	66, 87	ΧΑΣΟΥ Ε.	66, 88
ΤΑΣΟΠΟΥΛΟΣ Γ.	77	ΧΑΤΖΗΛΕΩΝΙΔΑ Ε.	114
ΤΑΣΟΥΛΗΣ Α.	28, 29, 93	ΧΑΤΖΗΛΙΑ Δ.	53, 138
ΤΑΤΣΟΥ Ν.	102	ΧΑΤΖΗΜΙΧΑΛΗ Κ.	70
ΤΖΑΓΚΑΡΑΚΗ ΑΙΚ.	82	ΧΑΤΖΗΣ Μ.	86, 108
ΤΖΑΝΗΣ Γ.	29	ΧΑΤΖΗΤΟΛΙΑΣ Β.	114
ΤΖΑΝΙΔΑΚΗΣ Χ.	20	ΧΑΤΣΙΟΥ Β.	23
ΤΖΑΝΟΥΔΑΚΗΣ Γ.	37, 81, 100, 133, 141	ΧΟΛΗ Ε.	22, 42, 64
ΤΖΕΡΕΦΟΣ Σ.	24	ΧΡΗΣΤΑΚΟΥ Ε.	116, 119
ΤΖΟΥΜΗ Δ.	46	ΧΡΗΣΤΟΥ Ι.	93
ΤΖΩΡΤΖΗ Α.	93	ΧΡΗΣΤΟΥ Ε.	74, 75
ΤΟΓΙΑ Α.	59	ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΠΟΥΛΟΥ Θ.	65, 76
ΤΟΠΑΛΗΣ Τ.	22, 42, 64	ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ Π.	67, 68
ΤΟΠΟΥΖΗΣ Σ.	39	ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ Β.	83
ΤΟΥΜΠΑΝΑΚΗΣ Δ.	36, 38	ΧΡΙΣΤΟΦΟΡΙΔΗΣ Η.	48, 102
ΤΟΥΡΟΥΝΤΣΗ Π.	44, 123	ΧΡΟΝΗ Δ.	138
ΤΡΙΠΟΔΑΚΗ Ε.Σ.	107	ΨΑΛΛΙΔΑ Β.	18
ΤΣΑΓΚΑΡΗΣ Η.	65	ΨΑΡΡΑ Κ.	125
ΤΣΑΓΚΑΡΟΠΟΥΛΟΣ Σ.	57	ΨΥΧΟΓΙΟΥ Α.	60
ΤΣΑΓΚΟΥΡΙΑΣ Μ.	140		

150

Πανελλήνιο Συνέδριο Εντατικής Θεραπείας

14-16 Νοεμβρίου 2014

Ίδρυμα Ευγενίδου - Αθήνα

(Λ. Συγγρού 387, 175 64 Π. Φάληρο)

Οργανώνεται από την



με την συμμετοχή των
ΜΕΘ όλης της χώρας

