

16^ο

Πανελλήνιο Συνέδριο
Εντατικής Θεραπείας
11-13 Νοεμβρίου 2016

Ευγενίδειο Ίδρυμα - Ξενοδοχείο Metropolitan, Αθήνα

Οργανώνεται από την



με την συμμετοχή των
ΜΕΘ όλης της χώρας

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ

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

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

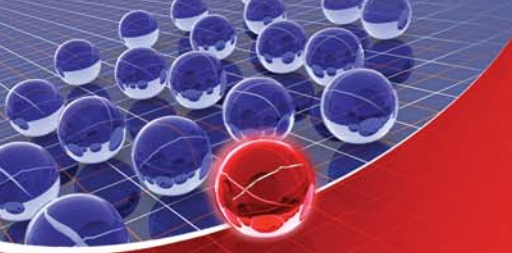
Αθήνα, 11-13 Νοεμβρίου 2016
ΕΥΓΕΝΙΔΕΙΟ ΙΔΡΥΜΑ
Ξενοδοχείο METROPOLITAN

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ

Οργανώνεται από την



Ελληνική Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας
με συμμετοχή όλων των ΜΕΘ της χώρας



16^ο

Πανελλήνιο Συνέδριο
Εντατικής Θεραπείας

Ημερομηνίες Συνεδρίου
11-13 Νοεμβρίου 2016

Συνεδριακός χώρος
ΕΥΓΕΝΙΔΕΙΟ ΙΔΡΥΜΑ - Ξενοδοχείο METROPOLITAN

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

Πρόεδρος: Αντώνης Μαυρομάτης
Αντιπρόεδρος: Βασίλειος Μπέκος
Γενική Γραμματέας: Αναστασία Κοτανίδου
Ταμίας: Μαρία Θεοδωρακοπούλου
Μέλη: Βασιλική Διονυσοπούλου
Βασίλειος Ζηδιανάκης
Στυλιανός Καρατζάς
Ελένη Μουλούδη
Μίλλυ Μπιτζάνη
Πάυλος Μυριανθεύς
Στέλιος Ορφανός
Μαρίνος Πιταρίδης
Αθανασίος Πρεκατές

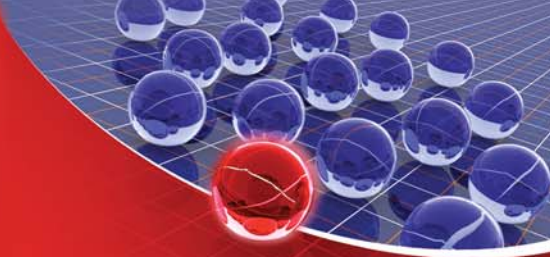
Πληροφορίες :
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (ΕΕΕΘ)
Γραμματεία της Ελληνικής Εταιρείας Εντατικής Θεραπείας
Τηλ. /Fax: 210-7754400
Email : hsicm@otenet.gr

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

Δημιουργική Επιμέλεια - Εκτύπωση: Σαπλαιούρας Σταύρος
Κ. Πετροπούλου 6 & Λ. Βύρωνα, 30 200 - Τηλ.:26310 23311 - Fax: 26310 23311 - e-mail:alfabook@otenet.gr

16^ο

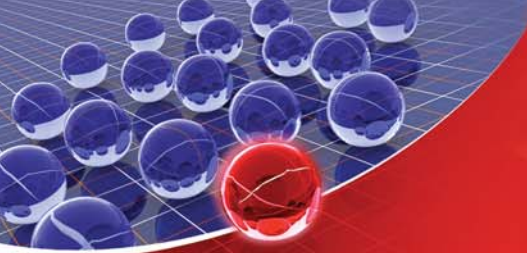
Πανελλήνιο Συνέδριο
Εντατικής Θεραπείας



ΒΙΒΛΙΟ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

16^{ου}

**Πανελλήνιου Συνεδρίου
Εντατικής Θεραπείας**



16°

Πανελλήνιο Συνέδριο
Εντατικής Θεραπείας

Περιλήψεις εργασιών 16^{ου} Συνεδρίου Εντατικής Θεραπείας

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ POSTERS ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 11/11/2016

1. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς σε prone position

Πνευμονική ίνωση από αμιωδαρόνη

Πνευμομεσοθωράκιο σε ασθενή με ARDS μετά από λοίμωξη από H1N1 υπό μηχανικό αερισμό

Έκτοπη χειρουργική τραχειοστομία σε ασθενή με αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα και αναπνευστική ανεπάρκεια

2. ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΣΤΗ ΜΕΘ

Υπερηχογραφική εκτίμηση της αμφοτερόπλευρης σκληρίας του τοιχώματος της κερκιδικής αρτηρίας: μια πιλοτική μελέτη

Αυτόματη ανίχνευση της κερκιδικής αρτηρίας από εικόνες υπερήχων: μια πιλοτική μελέτη

Η χρησιμότητα της υπερηχοκαρδιογραφίας στη διάγνωση του πνευμονοθώρακα

Tako tsubo μετά από την απόξεση ενδομυτρίου

Η εφαρμογή των υπερήχων για επεμβατικές πράξεις στη ΜΕΘ του Γ. Ν. Λάρισας

Εκτίμηση νεφρικής αιμάτωσης με Doppler και διαγνωστική συμβολή στην πρώιμη αξιολόγηση αναστρεψιμότητας οξείας νεφρικής βλάβης σπηκτικών ασθενών ΜΕΘ

Doppler μελέτη ροής δια των κάθετων ηπατικών φλεβών κατά την αιμοδυναμική εκτίμηση ασθενών στη ΜΕΘ

Υπερηχογραφικά ευρήματα ψευδοανευρύσματος τραχηλικής χώρας σε ασθενή με αποστηματικές κοιλότητες τραχήλου

3. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ - ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

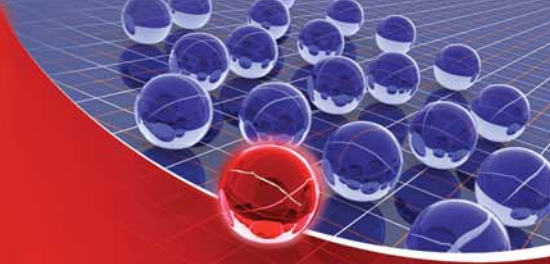
Λειτουργική έκβαση ασθενών με διάρκεια νοσηλείας >30 ημέρες στη ΜΕΘ : Ανασκόπηση 1-3 έτη μετά

Μακροχρόνιες επιπτώσεις της μυϊκής αδυναμίας της ΜΕΘ (Intensive Care Unit acquired Weakness - ICUaW)

Προγνωστικοί δείκτες αρνητικής έκβασης πρώιμα μετά την έξοδο από τη ΜΕΘ

4. ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΙΣ

Η τοξική επίδραση του «Ναρκωτικού των Κλαμπ» στο ΚΝΣ και η συσχέτισή του με την εμφάνιση νευρολογικής δυσλειτουργίας



5. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΓΜΕΝΗΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ - ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ

Η επίδραση της παρουσίας αναποτελεσματικών προσπαθειών με τη μορφή των clusters στην έκβαση βαρέως πασχόντων ασθενών

Επιτρεπόμενη υπεργλυκαιμία σε ασθενείς με αρρυθμιστο σακχαρώδη διαβήτη στη ΜΕΘ

Απώλεια οστικής μάζας σε βαριά πάσχοντες ασθενείς με ενδοκοιλιακή σήψη

Αιτίες και πρόγνωση της υπεργαλακταιμίας και της κάθαρσής της σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς στη ΜΕΘ.

Η έκφραση του ανθρώπινου υποδοχέα γλυκορτικοειδών (hGR) είναι αυξημένη σε ασθενείς με πρώιμη σήψη και σχετίζεται με την έκφραση των πρωτεϊνών θερμικής καταπληξίας (HSP72, 90α), τις ιντερλευκίνες και τη θνητότητα

6. ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΙΑΤΡΙΚΗ, ΠΡΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ/ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ

Παρουσίαση περιστατικού τοποθέτησης κεντρικού φλεβικού καθετήρα υπό καθοδήγηση υπερήχου σε ασθενή με βαριά θρομβοπενία

Χρήση του μη επεμβατικού μηχανικού αερισμού στην προνοσοκομειακή πρώιμη και νοσοκομειακή

Αντιμετώπιση του σύνδρομου της οξείας καρδιακής ανεπάρκειας

Επιδημιολογική μελέτη επείγουσων κλήσεων προς τη μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) κατά τη διάρκεια 15 μηνών. Πρόδρομη μελέτη.

Αιτίες εισόδου και έκβαση ασθενών που εισήχθησαν στη ΜΕΘ μετά από ανακοπή

Πολλαπλά σπηκτικά έμβολα πνεύμονα και πολυοργανική ανεπάρκεια σε έδαφος αρθρίτιδας από *Staphylococcus aureus* MSSA

Σημασία της έγκαιρης εξασφάλισης μόνιμου αεραγωγού στα ΤΕΠ ενός επαρχιακού νοσοκομείου

7. ΗΘΙΚΑ, ΝΟΜΙΚΑ, ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΑΛΛΑ ΘΕΜΑΤΑ ΣΤΗ ΜΕΘ

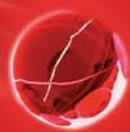
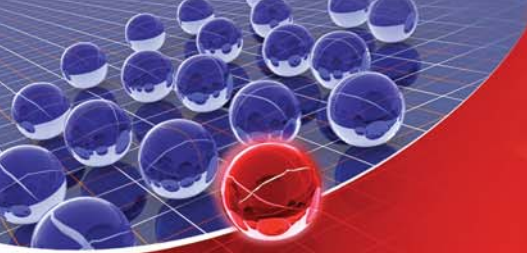
Ικανοποίηση και ανάγκες του συγγενικού περιβάλλοντος των ασθενών της ΜΕΘ

Η επίδραση της προσωπικότητας και των θρησκευτικών πεποιθήσεων του προσωπικού της ΜΕΘ στις αποφάσεις για το «τέλος της ζωής».

Παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση για εισαγωγή στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ασθενών που νοσηλεύονται σε νοσηλευτικό θάλαμο

Επαγγελματική εξουθένωση στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

Αιτίες κλήσης ιατρών εντατικολόγων για την εκτίμηση ασθενών σε κρίσιμη κατάσταση που νοσηλεύονται σε νοσηλευτικό θάλαμο



16°

Πανελλήνιο Συνέδριο
Εντατικής Θεραπείας

8. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ -SHOCK- ΚΑΡΔΙΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΑΖΩΟΓΟΗΣΗ

Περίπτωση παιδιού με σύνδρομο LONG QT:

Levosimendan και Νεφρική υποκατάσταση

Βαριά αναφυλακτική καταπληξία και πνευμονικό οίδημα μετά από χορήγηση μιας δόσης Ακεταζολαμίδης

Επίπτωση και άλλα χαρακτηριστικά της κοιλιακής μαρμαρυγής σε ασθενείς της ΜΕΘ. Ο ρόλος του νοσηλευτή.

Περίπτωση ασθενούς με πολυοργανική ανεπάρκεια μετά από θερμοπληξία

Αναστρέψιμη μυοκαρδιακή καταστολή από *Proteus mirabilis*-Δείκτης δυσμενούς πρόγνωσης ή προστατευτικός μηχανισμός προσαρμογής;

Τοπική θρομβόλυση διαμέσου Swan Ganz σε ασθενείς με σοβαρή πνευμονική εμβολή και απόλυτες αντενδείξεις για συστηματική θρομβόλυση

Χορήγηση Idarucizumab σε ασθενή πολυτραυματία που νοσηλεύεται σε μονάδα εντατικής θεραπείας

Κεραυνοβόλος πολυοργανική ανεπάρκεια σε ερασιτέχνη δρομέα μεγάλων αποστάσεων σχετιζόμενη με θερμοπληξία

9. ΚΑΡΔΙΟ-ΘΩΡΑΚΟ-ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΑΙ ΜΕΘ

Έκτοπος καθετηριασμός της πνευμονικής αρτηρίας, μετά από παρακέντηση για τοποθέτηση κεντρικού φλεβικού καθετήρα στην αριστερή υποκλείδια φλέβα

10. ΚΛΙΝΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑ

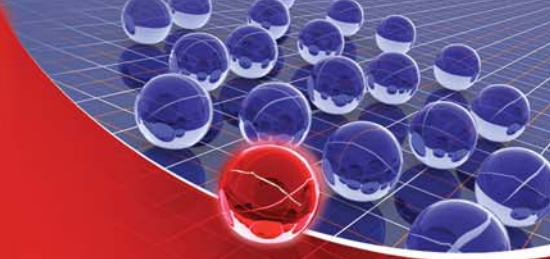
Πολυφαρμακία και αλληλεπιδράσεις φαρμάκων σε ασθενείς νοσηλευόμενους σε γενική ΜΕΘ

11. ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ

Αποσυμφορητική κρανιεκτομή σε ασθενείς με σοβαρή κρανιοεγκεφαλική κάκωση

Σύγκριση μαννιτόλης και υπέρτονου διαλύματος NaCl 7.5% σε παιδιατρικούς ασθενείς με σοβαρή κρανιοεγκεφαλική κάκωση

Συσχέτιση διακρανιακού Doppler με τη νευρολογική έκβαση σε ασθενείς με σοβαρή κρανιοεγκεφαλική κάκωση



ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ POSTERS ΣΑΒΒΑΤΟ 12/11/2016

12. ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

Λοιμώξεις σχετιζόμενες με κεντρικό φλεβικό καθετήρα (clabsi) σε παχύσαρκους και υπέρβαρους βαρέως πάσχοντες

Παχυμνιγγίτιδα από Bartonella Henselae (Cat-Scratch –Disease). Ενδιαφέρουσα Περίπτωση

Μυκηταιμία από Fusarium SPP σε μη ανοσοκατεσταλμένο ασθενή

Επιτυχής έκβαση σύνδρομου πολυοργανικής δυσλειτουργίας (Mods) από πνευμονία με βαρύ Ards σε ασθενή με HIV λοίμωξη και βαριά ανοσοκαταστολή ΚΑΤΑΣΤΟΛΗ

Μεταβολική οξέωση από φαρμακευτική δηλητηρίαση με ολανζαπίνη

Εγκεφαλικό απόστημα από τον μύκητα Lichtheimia σε ασθενή με κρανιοεγκεφαλική κάκωση

Η πλασμαφαίρεση σαν θεραπευτική επιλογή στην αντιμετώπιση του ασθενούς με υπερχολερυθριναιμία

Εμφάνιση μυκηταιμίας σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς ΜΕΘ. Καταγραφή και αξιολόγηση της χορήγησης προφυλακτικής αγωγής

Επίδραση αντιμυκητιακής αγωγής στην in vitro ευαισθησία μυκητών

Διηθητική βροχοπνευμονική ασπεργίλλωση μετά λοίμωξη με ιό της γρίπης H3N2:
Μια σπάνια νοσολογική οντότητα

Σοβαρές δευτερογενείς επιπλοκές σε υγιή ενήλικα επί εδάφους λοιμώξεως τον ιο της γρίπης H1N1.

Επιδημιολογική καταγραφή λοίμωξης από Clostridium Difficile σε ασθενείς που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ

Διεισδυτικές λοιμώξεις από candida σε ασθενείς της ΜΕΘ σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο

Μελέτη της in vitro δραστηριότητας αντιμικροβιακών έναντι των συχνότερα απομονωμένων παθογόνων από τραχείες εκκρίσεις ασθενών ΜΕΘ

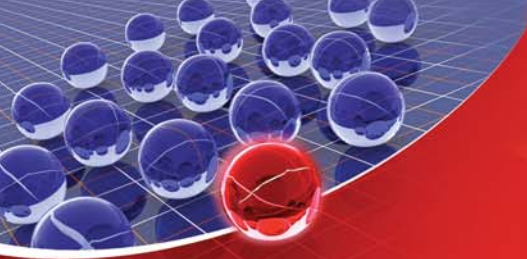
Μελέτη της in vitro αντοχής στελεχών Acinetobacter baumannii, Pseudomonas aeruginosa και Klebsiella pneumoniae που απομονώθηκαν στη ΜΕΘ τριτοβάθμιου νοσοκομείου στη διάρκεια ενός έτους

Ασθενείς με H1N1 που νοσηλεύθηκαν στη Μ.Ε.Θ.

Ο αποικισμός με πολυανθεκτικά κατά τη νοσηλεία σε Κέντρο Αποκατάστασης

Η γαγγραινα fournier στη ΜΕΘ: Σειρά 7 ασθενών

Δεδομένα από τη χρήση αντιϊκής θεραπείας στα παιδιά με γρίπη



16^ο

Πανελλήνιο Συνέδριο
Εντατικής Θεραπείας

Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά της γρίπης σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παίδων μεταξύ 2009-2016

Λοιμώξεις αιματικής ροής από πολυανθεκτικά Gram-αρνητικά μικρόβια σε γενική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

Τριτοβάθμιου Νοσοκομείου: αλλαγές στην επιδημιολογία και στις ευαισθησίες

13. ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ, ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΕΣ, ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗ ΜΕΘ

Εγκεφαλίτιδα έναντι NMDA υποδοχέων. Παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού

Περιγραφή περίπτωσης συνδρόμου H.E.L.L.P. στη ΜΕΘ

Μυασθένεια Gravis – Παρουσίαση κλινικής περίπτωσης

Έκβαση ασθενών ΜΕΘ οι οποίοι υποβάλλονται σε μηχανική υποστήριξη της νεφρικής τους λειτουργίας

Οξεία Ηπατική Ανεπάρκεια στα πλαίσια θερμοπληξίας μετά από Άσκηση. Περιγραφή Περίπτωσης και Ανασκόπηση της Βιβλιογραφίας.

Αξιολόγηση της χρήσης της υδροκορτιζόνης στη σχετική φλοιοπινεφριδιακή ανεπάρκεια στα βαριά περιστατικά της ΜΕΘ δευτεροβάθμιου νοσοκομείου.

Η εμφάνιση οξείας νεφρικής βλάβης στους ασθενείς της ΜΕΘ με ιογενή λοίμωξη του αναπνευστικού συστήματος και ARDS

Θρομβόλυση σε ισχαιμικά αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια στη ΜΕΘ. Σύγκριση της ελληνικής με τη διεθνή εμπειρία

Αίτιες εισόδου και έκβαση ασθενών με αιματολογικές κακοήθειες που εισάγονται στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

14. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΒΑΡΙΑ ΠΑΣΧΟΝΤΑ

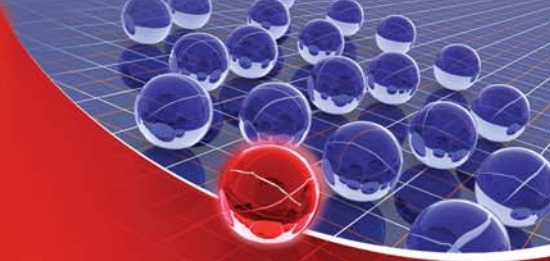
Η επίδραση του μηχανικού αερισμού σε πρηνή θέση στην ανάπτυξη Πνευμονίας σχετιζόμενης με Αναπνευστήρα: Συστηματική Ανασκόπηση

15. ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ & ΝΕΟΓΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η Δεξμεδετομιδίνη στη παιδιατρική ΜΕΘ: Η αρχική μας εμπειρία

Εφαρμογή μη επεμβατικού μηχανικού αερισμού σ παιδιατρικούς ασθενείς

Επιτήρηση των συμπτωματικών ουρολοιμώξεων που σχετίζονται με τη χρήση καθετήρα σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παίδων



Πρωτοπαθές σύνδρομο κοιλιακού διαμερίσματος (ΠΣΚΔ) σε παιδί, ως επιπλοκή σταφυλοκοκκικής λοίμωξης του εντέρου

Εκτίμηση κινδύνου θνητότητας σε ενήλικες και παιδιατρικούς ασθενείς ΜΕΘ βάσει του φλεγμονώδους, ανοσολογικού και μεταβολικού τους προφίλ

Κοινό φλεγμονώδες, ανοσολογικό και μεταβολικό προφίλ σήψης σε ενήλικες και παιδιά.

Περίπτωση περιστατικού με αιμαφαγοκυτταρικό σύνδρομο

Νοσηρότητα από γρίπη: Ποια παιδιά νοσηλεύονται στη ΜΕΘ; Χ Δεδομένα δύο περιόδων γρίπης από τριτοβάθμιο παιδιατρικό νοσοκομείο

16. ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΤΗ ΜΕΘ

Ένα σπάνιο αίτιο οξείας παγκρεατίτιδας σε χρονίως βαριά πάσχοντα ασθενή: μετανάστευση του καθετήρα γαστροστομίας στο δωδεκαδάκτυλο.

17. ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΙ MONITORING

Αναδρομική μελέτη φυσιολογίας για την εκτίμηση της ακρίβειας ενός προτεινόμενου αλγόριθμου για την τιτλοποίηση του επιπέδου υποστήριξης σε αναλογικά υποβοηθούμενο μοντέλο μηχανικού αερισμού PAV+

Πρώιμη επαναδιασωλήνωση σε ασθενείς ΜΕΘ

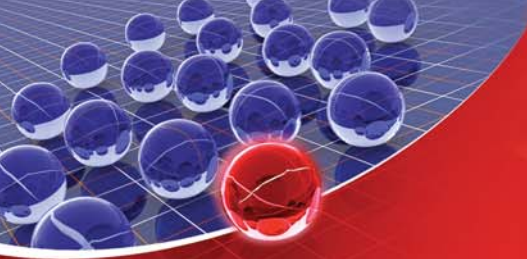
Όψιμη επαναδιασωλήνωση σε ασθενείς ΜΕΘ.

Η επίδραση του φωτός στους κirkάδιους ρυθμούς των ασθενών ΜΕΘ: προκαταρκτικά αποτελέσματα

Αντιμετώπιση των διαταραχών ηπκτικότητας σε εγκαυματίες.

18. ΤΡΑΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΗ ΜΕΘ

Βηματοδότηση διαφράγματος σε ασθενή με τραυματική κάκωση σπονδυλικής στήλης



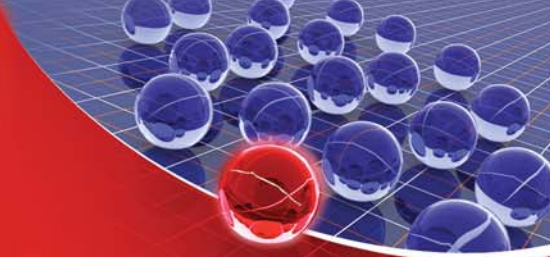
16^ο

Πανελλήνιο Συνέδριο
Εντατικής Θεραπείας

ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ
Οι Εργασίες για το 16^ο Συνέδριο
Μονάδων Εντατικής Θεραπείας

16^ο

Πανελλήνιο Συνέδριο
Εντατικής Θεραπείας



1

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΙΝΩΣΗ ΑΠΟ ΑΜΙΩΔΑΡΟΝΗ

Γράβος Α., Τζανουδάκης Γ., Τουρτόγλου Α., Σαράντος Κ., Τσόβολου Ε.,
Βαγγέλης Σ., Νοδάρου Α., Γραμματικοπούλου Β., Κατσιφα Κ., Σακελλαρίδης
Κ., Βενετούλης Δ., Τσελιώτη Π., Πρεκατές Α.

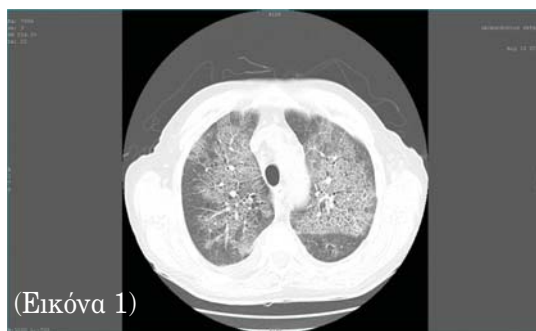
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, «Τζάνειο» Γ. Ν. Πειραιά

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η αμιωδαρόνη είναι ένα αντιαρρυθμικό φάρμακο κλάσης III που χρησιμοποιείται ευρέως για την αντιμετώπιση πολλών κοιλιακών και υπερκοιλιακών αρρυθμιών. Ωστόσο συνοδεύεται από πολλές ανεπιθύμητες ενέργειες, μεταξύ των οποίων είναι και η πνευμονική τοξικότητα.

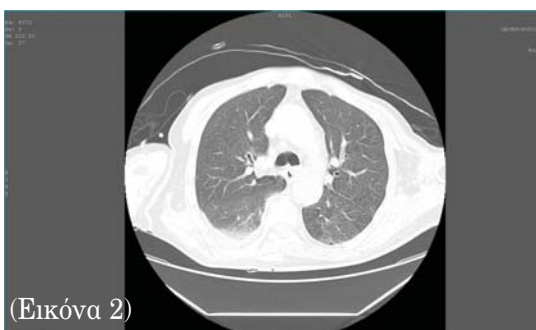
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Άρρην ασθενής ετών 78 εισήχθη στη ΜΕΘ διασωληνωμένος λόγω ΟΑΑ τύπου I (PaO₂= 49 mmHg με MV 100%) από Παθολογική κλινική του νοσοκομείου. Εκ του ιστορικού αναφέρεται αδυναμία, καταβολή, εύκολη κόπωση και δύσπνοια από εξαμήνου, προοδευτικά επιδεινούμενης, εμπύρετο έως 39°C από εβδομάδος, αρτηριακή υπέρταση υπό αγωγή και κοιλιακή μαρμαρυγή από 6 μήνου, υπό αμιωδαρόνη 400 mg / ημέρα και αντιπηκτικά p.os. Ο ασθενής εισήχθη στη ΜΕΘ άπυρετος, αιμοδυναμικά σταθερός και ισόκορος με θετικό ΦΚΑ. Κλινική εξέταση: λεπτοί τριζόντες μέσου και κάτω πνευμονικού πεδίου άμφω, S1S2 ευκρινείς, άρρυθμοι. Tripplex καρδιάς: ΚΕ=60%, χωρίς διάταση δεξιάς κοιλίας, MR:1/4 και TR:2/4 με υπολογιζόμενη RVSP=45 mmHg. Εργαστηριακός έλεγχος: ήπια λευκοκυττάρωση με ΠΜΝ τύπο, χωρίς λοιπά παθολογικά ευρήματα. Στην Παθολογική Κλινική η CT θώρακος ανέδειξε εικόνα «πνευμονικής ίνωσης», με διαμέσου και κυψελιδικού τύπου διηθήματα (Εικόνα 1), ενώ η CT θώρακος προ έτους δεν παρουσίαζε παθολογικά ευρήματα. Στη διαφορική διάγνωση τέθηκαν λοιμώδη νοσήματα, αυτοάνοσα νοσήματα, κυψελιδική αιμορραγία, ιδιοπαθής πνευμονική ίνωση και πνευμονική ίνωση από αμιωδαρόνη. Ο ιολογικός και ο έλεγχος για αυτοάνοσα νοσήματα ήταν αρνητικός και οι καλλιέργειες αίματος και βρογχικών εκκρίσεων αρνητικές. Η βρογχοκυψελιδική έκπλυση ανέδειξε αφρώδη μακροφάγα και παρουσία τύπου II πνευμονοκυττάρων με κενοτοπιώδη εκφύλιση, ευρήματα συμβατά με πνευμονίτιδα από αμιωδαρόνη. Ο ασθενής έλαβε εμπειρική αγωγή με αμπικιλίνη- σουλπακτάμ και αζιθρομυκίνη, έγινε διακοπή της αμιωδαρόνης και χορήγηση πρεδνιζολόνης 50 mg ημερησίως. Παρουσίασε κλινική και αεριομετρική βελτίωση, αποδιασωληνώθηκε σε 4 ημέρες και εξήλθε από τη ΜΕΘ σε καλή κλινική κατάσταση, ενώ από τη CT θώρακος 2 μήνες μετά παρουσίαζε σαφή απεικονιστική βελτίωση (Εικόνα 2).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Η πνευμονίτιδα από αμιωδαρόνη μπορεί να προκληθεί με άμεσο (κυτταροτοξική βλάβη) ή έμμεσο (ανοσολογικό) μηχανισμό. Εμφανίζεται σε 5-15% των ασθενών που λαμβάνουν δόση μεγαλύτερη από 400 mg ημερησίως οποτεδήποτε από την έναρξη της αγωγής (συνήθως μετά τους 2 μήνες) και κυρίως στο πρώτο έτος θεραπείας. Τα συμπτώματα είναι συνήθως μη ειδικά, ενώ η βρογχοσκόπηση βοηθά στη διάγνωση, καθώς η απουσία αφρώδων μακροφάγων ουσιαστικά αποκλείει τη διάγνωση. Από τις λειτουργικές δοκιμασίες των πνευμόνων παρατηρείται μείωση του DLCO. Τα κλινικά συμπτώματα συνήθως υποχωρούν σε 2-4 εβδομάδες, ενώ τα απεικονιστικά απαιτούν περίπου 3 μήνες. Στον ασθενή μας όμως είχαμε ταχύτερη κλινική και απεικονιστική βελτίωση. Η θνητότητα ανέρχεται σε 21-33%.

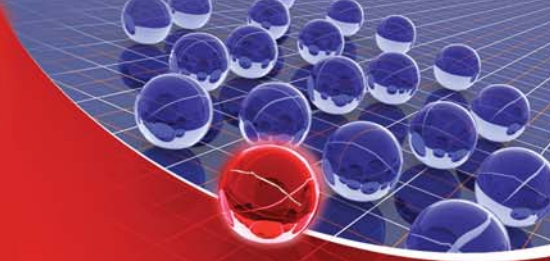
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η διάγνωση της πνευμονίτιδας από αμιωδαρόνη είναι αρκετά συχνή και απαιτεί ένα συνδυασμό κλινικών, απεικονιστικών και βρογχοσκοπικών ευρημάτων. Απαιτείται ισχυρή υποψία στους ασθενείς που λαμβάνουν αμιωδαρόνη σε δόση ίση ή μεγαλύτερη των 400 mg ημερησίως. Τα κορτικοστεροειδή έχουν δείξει ότι βοηθούν στη θεραπεία. Συστήνεται προ της έναρξης της αγωγής να διενεργείται ακτινογραφία θώρακος και λειτουργικές δοκιμασίες των πνευμόνων (DLCO) ως εξετάσεις αναφοράς για μελλοντικές συγκρίσεις και τακτική παρακολούθηση του ασθενούς.



(Εικόνα 1)



(Εικόνα 2)



ΠΝΕΥΜΟΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ARDS ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ H1N1 ΥΠΟ ΜΗΧΑΝΙΚΟ ΑΕΡΙΣΜΟ

Λαμπρινή Τίνα, Αλέξανδρος Χατζηδάκης, Νικόλαος Παντέλας,
Σωτήριος Παπακωστόπουλος, Μαρία Παναγάκη, Αναστασία Παρασκευοπούλου,
Αναστασία Σπυροπούλου, Μισέλ Γκιγιώμ Βασιλάκη

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης "Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ"

Σκοπός: Σκοπός της παρουσίασης αυτής είναι η μη συνήθης εκδήλωση βαροτραύματος υπό την μορφή του πνευμομεσοθωρακίου και υποδόριου εμφυσήματος σε ασθενή με ARDS υπό μηχανικό αερισμό παρά την προσπάθεια συμμόρφωσής με τις οδηγίες για αερισμό με χαμηλούς όγκους (protective lung strategy)

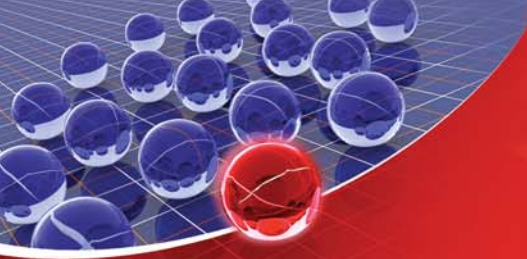
Υλικό: Ασθενής άρρεν 45 ετών με ιστορικό σαχαρώδους διαβήτη εισήχθη στη ΜΕΘ στις 2/2/016 λόγω ΟΑΑ σε έδαφος πνευμονίας από H1N1 Ο ασθενής από διημέρου νοσηλεύεται στην παθολογική κλινική του νοσοκομείου μας με εμπύρετο έως 39°C, υποξυγοναιμία υπό οξυγονοθεραπεία και μη επεμβατικό μηχανικό αερισμό

Μέθοδος: Η α/α θώρακος ανέδειξε διάσπαρτες κυψελιδικές διηθήσεις σε αμφοτερόπλευρα τα πνευμονικά πεδία. Αρχικά ετέθη σε μηχανικό αερισμό σε μοντέλο PC 16mmHg, PEEP₁₂, RR₂₀, FiO₂ 100% και είχε αέρια αίματος PaO₂ 73mmHg PH 7,34 PaCO₂ 40mmHg, Sat 94%

Αποτελέσματα: Ήταν αιμοδυναμικά σταθερός και συγχρονιγήθησαν μυοχάλαση και καταστολή. Ο ασθενής την τρίτη ημέρα της νοσηλείας του επιδείνωσε την οξυγόνωσή του και παρουσίασε υποδόριο εμφύσημα. Η α/α θώρακος δεν ανέδειξε πνευμοθώρακα. Λόγω της βαρύτητας της κατάστασής του η μεταφορά του ασθενούς στον αξονικό τομογράφο έγινε με χρήση του αναπνευστήρα της νοσηλείας του. Η CT θώρακος έδειξε εικόνα σημαντικού πνευμομεσοθωρακίου με συνοδό τραχηλικό και υποδόριο εμφύσημα, καθώς και διάχυτες πνευμονικές βλάβες συρρέουσες στα μέσα και κάτω πνευμονικά πεδία και υπεζωκοτικές συλλογές άμφω. Ο ασθενής κατά την επιστροφή του στην ΜΕΘ υπέστη καρδιακή ανακοπή και δεν ανετάχθη παρά την εξειδικευμένη ΚΑΡΡΙΑ που έγινε

Συμπεράσματα: Έχουν αναφερθεί περιπτώσεις αυτόματου πνευμομεσοθωρακίου ως επιπλοκή πνευμονίας από H1N1 κυρίως σε παιδιά με ιστορικό βροχικού άσθματος. Το περιστατικό αυτό περιγράφει την ασυνήθη αυτή εκδήλωση βαροτραύματος σε ασθενή με πνευμονία από H1N1 σε μηχανικό αερισμό με χαμηλούς όγκους και αναδεικνύει την διαγνωστική υπεροχή της CT θώρακος έναντι της απλής ακτινογραφίας. Παρόλα αυτά ο κίνδυνος για την μεταφορά ασθενών τέτοιας βαρύτητας παραμένει μεγάλος.





ΕΚΤΟΠΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΡΑΧΕΙΟΣΤΟΜΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΓΚΥΛΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Καναβού Αγγελική¹, Φαραζι-Χογγούκι Χρήστος^{1,2}, Τζερεφός Σταύρος¹,
Καρακώστα Αγάθη¹, Πλαντζά Παρασκευή¹, Κομπότη Μαρία¹,
Πιερρακάκης Στέφανος², Μιχαλιά Μάρθα¹

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας1 και Τμήμα Γενικής Χειρουργικής2, ΓΝΕ Θριάσιο

Εισαγωγή: Ιδιαίτερες σκελετικές ανωμαλίες, όπως η αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα, καθιστούν αδύνατη την ορθότοπη χειρουργική τραχειοστομία. Στις περιπτώσεις αυτές μπορούν να δοκιμαστούν χειρουργικές προσπελάσεις άλλου τύπου.

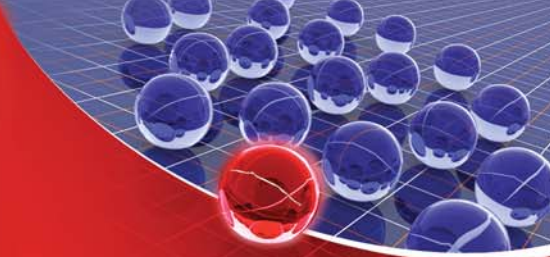
Σκοπός: Παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς στον οποίο διενεργήθηκε άτυπη χειρουργική τραχειοστομία λόγω σοβαρών σκελετικών ανωμαλιών (έντονη κύφωση) στα πλαίσια αγκυλοποιητικής σπονδυλίτιδας που καθιστούσε αδύνατη την υπερέκταση του αυχένα.

Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής 49 ετών, με βαριά αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα αρχόμενη από 30ετίας και σοβαρή παραμόρφωση του θωρακικού κλωβού, παρουσίασε αυχενικό άλγος και αιφνίδια εγκατάσταση τετραπληγίας, χωρίς εικόνα κατάγματος ΑΜΣΣ ή διαχωρισμού θωρακικής αορτής από την υπολογιστική τομογραφία. Εξαιτίας επιδείνωσης της αναπνευστικής λειτουργίας, χρειάστηκε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής και διασωληνώθηκε διαρρινικά. Οι επανειλημμένες προσπάθειες απογαλακτισμού του ασθενούς ήταν ανεπιτυχείς εξαιτίας του σοβαρού περιοριστικού συνδρόμου και αδυναμικού βήχα, ως εκ τούτου, ήταν επιβεβλημένη η διενέργεια τραχειοστομίας. Λόγω αδυναμίας να διενεργηθεί τυπική τραχειοστομία, έγινε χειρουργική παρασκευή της τραχείας μέσω τομής στο έσω χείλος του στερνοκλειδομαστοειδούς, στο ύψος του 2^{ου} - 3^{ου} ημικρίκιου έως και τη σφαγιτιδική εντομή, μετά από απολίνωση της έσω σφαγιτιδας φλέβας και μερική διατομή της στερνικής κατάφυσης του στερνοκλειδομαστοειδούς. Ακολούθησε τμηματική αφαίρεση του ΑΡ κάτω λοβού του θυρεοειδούς αδένου και διάνοιξη της τραχείας με καθήλωση αυτής στο ΑΡ κάτω τραχηλικό τρίγωνο.

Συμπέρασμα - Συζήτηση : Η σκελετική παραμόρφωση στα πλαίσια αγκυλοποιητικής σπονδυλίτιδας δεν αποκλείει τη δυνατότητα διενέργειας τραχειοστομίας μέσω άτυπης χειρουργικής οδού. Από τη βιβλιογραφία, περιγράφεται άλλη μία περίπτωση ασθενούς με αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα, όπου διενεργήθηκε τραχειοστομία διαμέσου του ΑΡ μεσοθωρακίου, μετά από αφαίρεση ανατομικών στοιχείων στην είσοδο του μεσοθωρακίου. (Nancy Deslauriers et al, Ann Thorac Surg 2010;89:979-81)

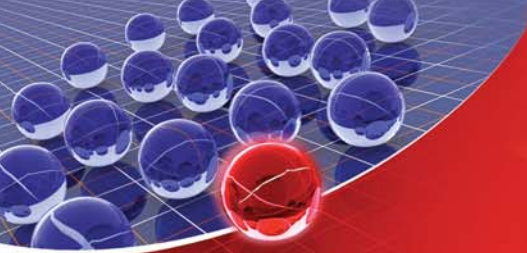
16^ο

Πανελλήνιο Συνέδριο
Εντατικής Θεραπείας



2

ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΣΤΗ ΜΕΘ



ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗΣ ΣΚΛΗΡΙΑΣ ΤΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΚΕΡΚΙΔΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ: ΜΙΑ ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Βασιλική Χαντζιάρη¹, Αιμιλία Βάσση¹, Γεώργιος Μιχαλούδης¹,
Ηλίας Σανίδας², Σπυρέττα Γολεμάτη³

1. Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Αγ.Σάββας, 2. Καρδιολογικό Τμήμα Γ.Ν.Α Λαϊκό
3. Ιατρική Σχολή, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

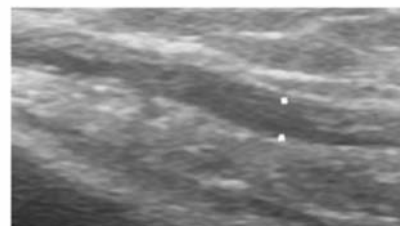
Σκοπός: Ο καθετηριασμός της κερκιδικής αρτηρίας για τη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) αποτελεί καθημερινή πρακτική στις μονάδες εντατικής θεραπείας. Οι μετρήσεις αυτές μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τον προσδιορισμό της αρτηριακής σκληρίας και κατ' επέκταση των ελαστικών ιδιοτήτων του αγγείου από τη σύστοιχη πλευρά μέσω ενός ειδικού αλγορίθμου ανάλυσης των υπερηχογραφικών εικόνων. Σκοπός της εργασίας είναι η μελέτη πιθανών διαφορών μεταξύ των ελαστικών ιδιοτήτων της δεξιάς και της αριστερής κερκιδικής αρτηρίας.

Υλικό: Η ΑΠ μετρήθηκε στη βραχιόνιο αρτηρία με σφυγμικό μανόμετρο. Οι ιδιότητες του ιστού ποσοτικοποιήθηκαν με τον υπολογισμό συντελεστών ελαστικότητας (Πίνακας 1). Εικόνες υπερήχων β-σάρωσης με γραμμική κεφαλή και συχνότητα ~30Hz ελήφθησαν από την αριστερή και τη δεξιά κερκιδική αρτηρία από 5 ασθενείς χωρίς ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης ηλικίας 38.5±3.10 ετών.

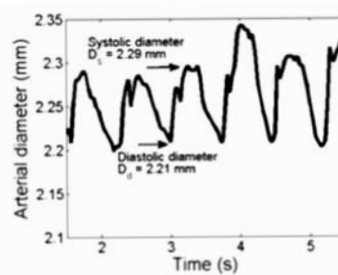
Μέθοδος: Με χρήση προσαρμοστικής ταύτισης περιοχών, υπολογίστηκαν κυματομορφές μετατόπισης από τις εικόνες υπερήχων και από αυτές εκτιμήθηκαν η συστολική και διαστολική διάμετρος.

Αποτελέσματα: Η αρτηριακή σκληρία δεν διέφερε στατιστικά στην αριστερή και τη δεξιά πλευρά (p-value>0.05). Οι παρατηρούμενες διακυμάνσεις στις τιμές οφείλονται στις ανατομικές διαφορές μεταξύ των εξεταζομένων, όπως αποτυπώνεται και στις διαφορετικές τιμές διαμέτρου και αρτηριακών πιέσεων. Στην Εικόνα 1 παρουσιάζεται ένα παράδειγμα υπερηχογραφικής εικόνας της κερκιδικής αρτηρίας και της διαμέτρου του αγγείου. Στον Πίνακα 1 αναφέρονται οι τιμές (μέση τιμή±τυπική απόκλιση) για τις παραμέτρους σκληρίας που υπολογίστηκαν.

Συμπεράσματα: Μέσω της προτεινόμενης μεθόδου οι μετρήσεις της ΑΠ στην κερκιδική αρτηρία μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τον προσδιορισμό των ελαστικών ιδιοτήτων του αγγείου και να συσχετιστούν προοπτικά με ειδικές ομάδες ασθενών.



(α)



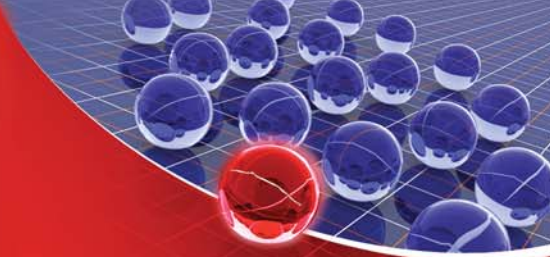
(β)

Πίνακας 1. Μέσες τιμές ± τυπικές αποκλίσεις της διαστολικής (D_d) και συστολικής (D_s) διαμέτρου, της ακτινικής παραμόρφωσης (ϵ), του συντελεστή διατασσιμότητας (distensibility coefficient - DC), του συντελεστή ενδοτικότητας (compliance coefficient - CC) και του ελαστικού συντελεστή Peterson (E_p).

	Αριστερή πλευρά	Δεξιά πλευρά	p-value
D_d , mm	1.66±0.54	1.63±0.67	0.94
D_s , mm	1.73±0.53	1.72±0.69	0.96
ϵ , %	5.04±3.67	5.68±3.94	0.78
DC, $\text{kPa}^{-1} \cdot 10^{-3}$	21.90±17.88	19.74±11.24	0.81
CC, $\text{m}^3/\text{kPa} \cdot 10^{-3}$	5.60E-6±4.56E-6	6.06E-6±6.43E-6	0.89
E_p , kPa	87.18±76.28	72.13±57.31	0.71

$$\epsilon = \frac{D_s - D_d}{D_d}, DC = \frac{A_s - A_d}{A_s \cdot PP}, CC = \frac{A_s - A_d}{PP}, E_p = \frac{A_{avg} \cdot PP}{A_s - A_d}$$

όπου A_s υποδηλώνει το εμβαδό του αυλού στη συστολή, A_d το εμβαδό του αυλού στη διαστολή, A_{avg} το μέσο εμβαδό του αυλού, και PP την πίεση παλμού.



ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΗΣ ΚΕΡΚΙΔΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΑΠΟ ΕΙΚΟΝΕΣ ΥΠΕΡΗΧΩΝ: ΜΙΑ ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Βασιλική Χαντζιάρ¹, Εμμανουήλ Σηφάκης², Αιμιλία Βάσση¹,
Γεώργιος Μιχαλούδης¹, Σπυρέττα Γολεμάτη²

*Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Άγιος Σάββας, Αθήνα
2. Ιατρική Σχολή, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών*

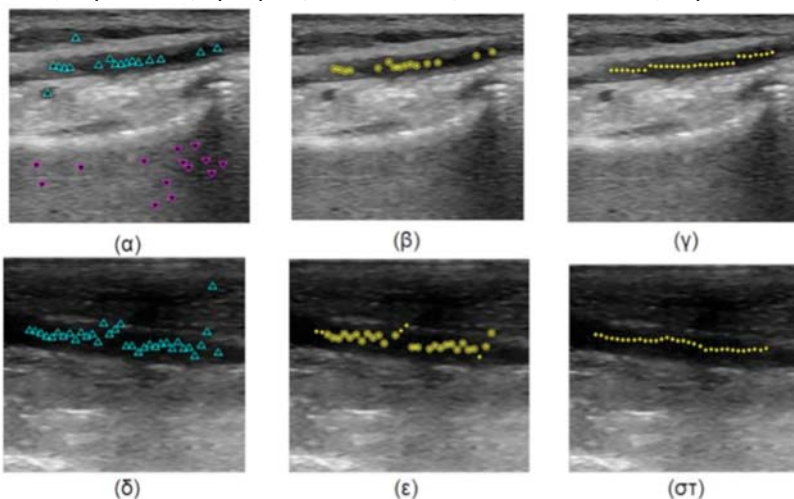
Σκοπός: Η εφαρμογή μίας νέας προηγμένης μεθόδου αυτόματης ανίχνευσης της κερκιδικής αρτηρίας από εικόνες υπερήχων, με στόχο τη διευκόλυνση της παρακέντησης προς την αποφυγή επιπλοκών.

Υλικό: Σε 4 ασθενείς καταγράφηκαν εικόνες υπερήχων β-σάρωσης με τη συσκευή Logiq Book XR (GE Healthcare) και με γραμμική κεφαλή. Οι ασθενείς ήταν ηλικίας 55 ± 17 ετών χωρίς αθηρωματική νόσο στα αγγεία.

Μέθοδος: Ο αλγόριθμος αυτόματης ανίχνευσης παρέχει εκτίμηση της θέσης του άξονα της αρτηρίας με βάση τοπικά στατιστικά στοιχεία της εικόνας (π.χ. μέση τιμή και διακύμανση φωτεινότητας) και ανατομικά στοιχεία της περιοχής (π.χ. μέση τιμή πλάτους του εξωτερικού χιτώνα). Η διαδικασία είναι πλήρως αυτοματοποιημένη και δεν απαιτεί από το χρήστη επιπλέον στοιχεία. Η αποτελεσματικότητα της μεθόδου αξιολογήθηκε ποιοτικά με την επισκόπηση της θέσης του άξονα μέσα στον αυλό του αγγείου.

Αποτελέσματα: Με τη χρήση του αλγορίθμου ο αυλός των αγγείων ανιχνεύθηκε επιτυχώς σε όλες τις περιπτώσεις. Οι άξονες που ανιχνεύθηκαν θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για τον καθετηριασμό της κερκιδικής αρτηρίας. Ο αλγόριθμος απαιτεί 0.2 sec κατά μέσο όρο για την ανάλυση μιας εικόνας. Πρέπει να τονισθεί ότι η αυτόματη ανίχνευση είναι ιδιαίτερα δύσκολη εργασία από υπολογιστικής πλευράς, εξαιτίας της μικρής διαμέτρου του αγγείου (περίπου 2 mm) και της χαμηλής αντίθεσης των εικόνων. Στην Εικόνα 1 παρατίθενται παραδείγματα των ενδιάμεσων και τελικών σταδίων της εφαρμογής της μεθόδου σε 2 περιπτώσεις. Εικόνα 1 Παραδείγματα ενδιάμεσων και τελικών βημάτων της εφαρμογής της μεθόδου αυτόματης ανίχνευσης σε 2 περιπτώσεις, στην πάνω και κάτω σειρά, αντίστοιχα. Οι εικόνες (α) και (δ) δείχνουν τις αρχικές εκτιμήσεις για τον άξονα του αγγείου, οι (β) και (ε) τις γραμμές που προέκυψαν μετά από επεξεργασία και φιλτράρισμα, και οι (γ) και (στ) τις τελικές γραμμές κατά μήκος του άξονα του αγγείου.

Συμπεράσματα: Τα αρχικά αυτά ευρήματα καταδεικνύουν ότι η μεθοδολογία είναι πολλά υποσχόμενη στην αυτόματη ανίχνευση της κερκιδικής αρτηρίας σε δύσκολες τεχνικά κλινικές περιπτώσεις.



Η ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΥΠΕΡΗΧΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΘΩΡΑΚΑ

Δεμπονέρας Χρήστος, Αραβωστά Παροσκευή, Μυστακέλλη Χριστίνα,
Σαλμά Βάια, Αλοϊζος Σταύρος

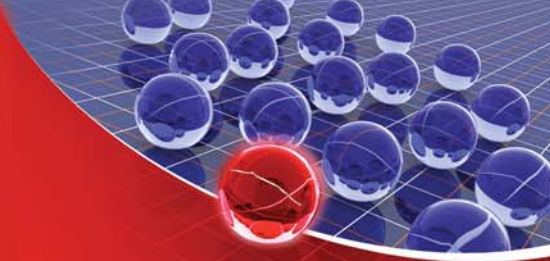
*ΜΗΤΕΡΑ Ιδιωτική Γενική, Μαιευτική-Γυναικολογική & Παιδιατρική Κλινική,
ΜΕΘ Ενηλίκων*

Σκοπός: να αναδείξουμε τη χρησιμότητα του υπερηχοκαρδιογραφήματος στη ΜΕΘ και για τη διάγνωση του πνευμοθώρακα, χωρίς να απαιτείται ακτινογραφία θώρακα, μειώνοντας και το χρόνο διάγνωσης αλλά και την ποσότητα της ακτινοβολίας των ασθενών.

Μέθοδος-Υλικό: γυναίκα 74 ετών νοσηλευόμενη στη ΜΕΘ λόγω ιογενούς λοίμωξης του κατώτερου αναπνευστικού σε έδαφος χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας. Την 15η ημέρα νοσηλείας της, κι ενώ βρισκόταν υπό μηχανική υποστήριξη της αναπνοής (TV 450, PEEP 5 χωρίς ενδογενή PEEP, Ppeak 25 mmHg) η ασθενής παρουσίασε αιφνιδώς επεισόδιο αποκορεσμού με υποξυγοναιμία και αιμοδυναμική αστάθεια. Διενεργήθηκε αμέσως υπερηχοκαρδιογράφημα, για τον αποκλεισμό πνευμονικής εμβολής ή πνευμοθώρακα. Από το υπερηχοκαρδιογράφημα αναδείχθηκε φυσιολογική αριστερή κοιλία με έντονη παράδοξη κίνηση του ΜΚΔ εντός της αριστερής κοιλίας με περιορισμό αυτής κατά τη συστολή, ενώ η δεξιά κοιλία παρουσίαζε πίεση εκ των έξω του ελευθέρου τοιχώματός της με πολύ μικρή έκπτυξη αυτής και πολύ μικρή τελοδιαστολική διάμετρο. Περικαρδιακό υγρό ή μόρφωμα δεν υπήρχε. Η περιγραφείσα υπερηχοκαρδιογραφική εικόνα μοιάζει με την εικόνα του περικαρδιακού επιπωματισμού, χωρίς όμως την παρουσία περικαρδιακής συλλογής. Από την υπερηχογραφική εικόνα του πνεύμονα δεν φάνηκε παρουσία αέρα. Η ακτινογραφία θώρακος που ακολούθησε επιβεβαίωσε τη διάγνωση του πνευμοθώρακα.

Αποτελέσματα: η αντιμετώπιση του πνευμοθώρακα με την τοποθέτηση θωρακικού σωλήνα παροχέτευσης, βελτίωσε αμέσως την κλινική εικόνα της ασθενούς με άμεση αποκατάσταση της ανταλλαγής των αερίων του αίματος και της αρτηριακής πίεσης. Στην ακτινογραφία θώρακος η έκπτυξη του πνεύμονα ήταν φυσιολογική. Στο υπερηχοκαρδιογράφημα είχε αποκατασταθεί σε φυσιολογικό επίπεδο η συστολική λειτουργία και οι διαστάσεις της δεξιάς κοιλίας καθώς και η κινητικότητα του ΜΚΔ, κάτι το οποίο αντικαταπτοπιζόταν και αιμοδυναμικά, αφού η ανάγκη για αγγειοσυσπαστικά φάρμακα εξαλείφθηκε.

Συμπεράσματα: Σκοπός της παρουσίασης του περιστατικού αυτού είναι η αναφορά της χρήσης των υπερήχων και δη της υπερηχοκαρδιογραφίας σε κάθε ασθενή με κλινική εικόνα σοκ, ακόμα και στην περίπτωση του πνευμοθώρακα. Η ανάπτυξη πνευμοθώρακα, κάτω από οποιοδήποτε συνθήκες, ατόματος ή ιατρογενής, παθοφυσιολογικά δημιουργεί εικόνα αποφρακτικού σοκ. Η υπερηχοκαρδιογραφική εικόνα είναι όμοια με του καρδιακού επιπωματισμού, με τη βασική διαφορά ότι όσον αφορά τη δυσκινησία του ελευθέρου τοιχώματος της δεξιάς κοιλίας δεν παρουσιάζεται το πρόβλημα εντός του περικαρδίου, αλλά έξω από αυτό. Ίσως με τη επέκταση της χρήσης του υπερηχοκαρδιογραφήματος και για τη διάγνωση του πνευμοθώρακα, να μπορεί να μειωθεί η ανάγκη για ακτινογραφικό έλεγχο και ό,τι συνεπάγεται αυτό σε χρόνο καθυστέρησης για τη διενέργεια ακτινογραφίας, σε καθυστέρηση για τη διάγνωση αφού πολλές φορές η διάγνωση του πνευμοθώρακα μέσω της ακτινογραφίας σε ασθενή της ΜΕΘ είναι ιδιαίτερα δύσκολη και αποτελεί πρόκληση για τον ιατρό της ΜΕΘ καθώς και στη μείωση της ακτινοβολίας για τους ασθενείς και το προσωπικό της ΜΕΘ.



ΤΑΚΟ TSUBO ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΠΟΞΕΣΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ

Δεμπονέρας Χρήστος, Αραβωστά Παρασκευή, Μυστακέλλη Χριστίνα,
Σαλμά Βάια, Αλοϊζος Σταύρος

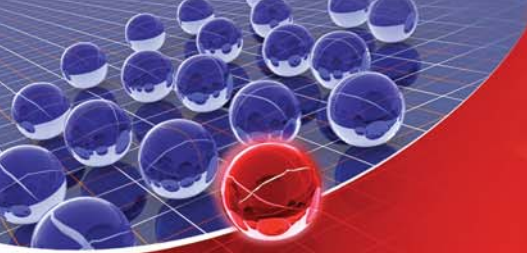
*ΜΗΤΕΡΑ Ιδιωτική Γενική, Μαιευτική-Γυναικολογική & Παιδιατρική Κλινική,
ΜΕΘ Ενηλίκων*

Σκοπός: να δείξουμε ότι η ανάπτυξη του συνδρόμου μετά από γυναικολογική χειρουργική επέμβαση και μετά από αιμορραγικό σοκ είναι συχνότερη από ότι νομίζουμε και η χρήση του υπερηχοκαρδιογραφήματος στη ΜΕΘ είναι περισσότερο απαραίτητη από ότι πιστεύεται μέχρι σήμερα.

Μέθοδος-Υλικό: παρουσιάζουμε δύο περιπτώσεις γυναικών 35 και 32 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, οι οποίες εισήχθησαν στη ΜΕΘ λόγω μεγάλης αιμορραγίας μετά από απόξεση ενδομητρίου λόγω αποβολής κήματος. Κατά την εισαγωγή τους στη ΜΕΘ οι ασθενείς παρουσίαζαν αιμοδυναμική αστάθεια με ΣΑΠ <90 mmHg, ΚΣ 150/min, ΑΣ 40/min. Από τα αέρια αίματος παρουσίαζαν μεταβολική οξέωση. Το ΗΚΓ παρουσίαζε φλεβοκομβική ταχυκαρδία. Το προεγχειρητικό διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα ήταν φυσιολογικό. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε αναιμία και θρομβοπενία (PLT 100.000/mm³). Κλινικά οι ασθενείς επιδεινώθηκαν αναπνευστικά από την 1^η ώρα χορήγησης υγρών και αίματος λόγω εμφάνισης οξέως πνευμονικού οιδήματος. Διενεργήθηκε νέο διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα το οποίο ανέδειξε υποκινησία της κορυφής της αριστερής κοιλίας με σοβαρά μειωμένη συστολική λειτουργία αυτής με Κλάσμα Εξωθήσεως (ΚΕ) περίπου 35%. Η ασθενής υποβλήθηκε σε στεφανιογραφία η οποία ήταν αρνητική για στεφανιαία νόσο.

Αποτελέσματα: οι ασθενείς ετέθησαν σε υποστηρικτική φαρμακευτική αγωγή με σταδιακή βελτίωση της κλινικής κατάστασης και της υπερηχοκαρδιογραφικής. Εξήλθαν από τη ΜΕΘ 72 ώρες μετά με φυσιολογική καρδιακή λειτουργία.

Συμπεράσματα: Συνήθως η μυοκαρδιοπάθεια εμφανίζεται με συμπτώματα οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου και η διάγνός της τίθεται με την επιβεβαίωση μη σημαντικών βλαβών στη στεφανιογραφία. Η θεραπεία είναι συμπτωματική και η έκβαση είναι σχεδόν πάντα καλή με φυσιολογικοποίηση της συστολικής λειτουργίας της αριστερής κοιλίας εντός μερικών εβδομάδων. Υπάρχουν μόνο λίγες αναφορές στο διαδίκτυο σχετικά με το σύνδρομο αυτό και την εμφάνισή του σε ασθενείς με αιμορραγική καταπληξία. Όλες παρουσίασαν καλή έκβαση, όπως και τα περιστατικά που περιγράφουμε κι εμείς. Δεδομένης της σπάνιας αλλά πιθανής ανάπτυξης μυοκαρδιοπάθειας takotsubo στους ασθενείς με μεγάλη αιμορραγία, θα θεωρούσαμε σκόπιμη τη διερεύνηση υπερηχοκαρδιογραφικά για μυοκαρδιοπάθεια takotsubo σε κάθε ασθενή με αιμορραγική καταπληξία που δεν ανατάσσεται με τη χορήγηση υγρών ή που αναπτύσσει οξύ πνευμονικό οίδημα μετά από χορήγηση υγρών.



Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΥΠΕΡΗΧΩΝ ΓΙΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ ΣΤΗ ΜΕΘ ΤΟΥ ΓΝ ΛΑΡΙΣΑΣ

Ζαφειρίδης Τηλέμαχος, Παπαμυχάλης Παναγιώτης, Καραγιάννης Σπύρος,
Ζησοπούλου Βασιλική, Παπαδόπουλος Δημήτριος, Μπαμπαλής Δημήτριος,
Μπούλιαρης Κων /νος, Μούρκας Βασίλειος, Νταφούλης Νικόλαος, Κομνός Απόστολος

ΜΕΘ Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

Σκοπός: Η χρήση του παρακλίνιου Υπερήχου στη καθημερινή ιατρική πράξη αποκτά σταθερά μεγαλύτερη απήχηση. Ειδικά στο περιβάλλον της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας εμφανίζει πολύτιμα πλεονεκτήματα. Ως διαγνωστικό εργαλείο εμφανίζει ταχύτητα, ακρίβεια και επαναληψιμότητα. Ως θεραπευτικό εργαλείο μπορεί να αυξήσει την ασφάλεια, την ακρίβεια και το εύρος πολλών παρεμβάσεων, ενώ νέα πεδία εφαρμογής ανακινούνται συχνά. Ανταποκρινόμενες στις εξελίξεις πολλές διεθνείς και εθνικές εταιρίες Εντατικής Θεραπείας έχουν ξεκινήσει την εκπόνηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων και κατευθυντηρίων οδηγιών.

Υλικό: Χρησιμοποιούμε τον υπέρηχο ως διαγνωστικό εργαλείο από το 2007. Από το 2010 η χρήση του για τις αγγειακές προσελάσεις έχει γίνει συστηματική, ενώ από το 2012, πραγματοποιούνται στο τμήμα μας υπερχογραφικά καθοδηγούμενες πράξεις σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς, όταν δεν διαφαίνεται άλλη εναλλακτική.

Μέθοδος: Για την εκπαίδευση του προσωπικού μας στους υπέρηχους συμμετέχουμε σε εθνικά και διεθνή κλινικά φροντιστήρια και σχολεία, ενώ για την τεχνική εξοικείωση χρησιμοποιούμε ιδιοκατασκευασμένα προπλάσματα. (ΕΙΚΟΝΕΣ 1-2) Από τον 6/2015 έχουμε ξεκινήσει μια πιλοτική καταγραφή των υπό υπέρηχο επεμβατικών πράξεων που πραγματοποιούνται από τους εντατικολόγους του νοσοκομείου μας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Καταγεγραμμένες επεμβατικές πράξεις, ανά κατηγορία

ΥΠΟΚΛΕΙΔΙΟΣ ΚΦΚ	49
ΣΦΑΓΙΓΙΔΙΚΟΣ ΚΦΚ	13
ΜΗΡΙΑΙΟΣ ΚΦΚ	2
ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΣ ΦΛ. ΚΑΘ.	15
ΑΡΤΗΡΙΑΚΟΣ ΚΑΘ.	8
ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ PORT	3
ΠΑΡ/Χ. ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΟΣ	18
ΔΔ. ΧΟΛΟΚΥΣ/ΜΙΑ	8
ΠΑΡ/Χ. ΣΥΛΛΟΓΗΣ	24
ΒΙΟΨΙΑ	5
ΣΥΝΟΛΟ	145

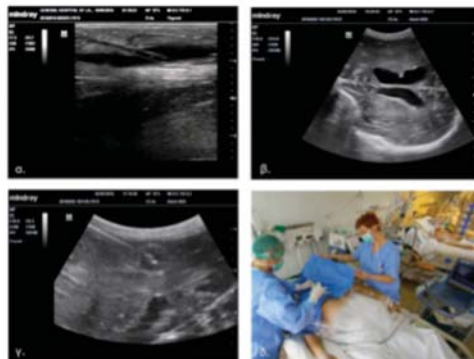
Αποτελέσματα: Οι καταγεγραμμένες επεμβατικές πράξεις, υπό υπέρηχο, από 6/2015 έως 8/2016 ήταν 145. Δεν αντιπροσωπεύουν το σύνολο αυτών που πραγματοποιήθηκαν, καθότι στην πιλοτική καταγραφή συμμετείχαν 3 από τους 8 ιατρούς της μονάδας (ΠΙΝΑΚΑΣ 1). Το 74% των πράξεων μας πραγματοποιήθηκε στη ΜΕΘ. 16% πραγματοποιήθηκε στη χειρουργική κλινική και 10% σε άλλα τμήματα. Καταγράφηκαν 2 πνευμοθώρακες κατά την τοποθέτηση υποκλειδίου καθετήρα και μία αιμορραγία μετά από διαδερμική χολοκ/τομία. Δεν υπήρξαν θάνατοι. Για το συγκεκριμένο εύρος παρεμβάσεων στη βιβλιογραφία αναφέρονται ποσοστά επιπλοκών από 0.2% έως 5.8%.

Συμπεράσματα: Οι εντατικολόγοι είναι εξοικειωμένοι με τις περισσότερες τεχνικές που απαιτούνται για τη χρήση των υπέρηχων επεμβατικά. Με μια ποιοτικά δομημένη εκπαίδευση στον τομέα αυτό, θα μπορούσαν σημαντικά να βελ-

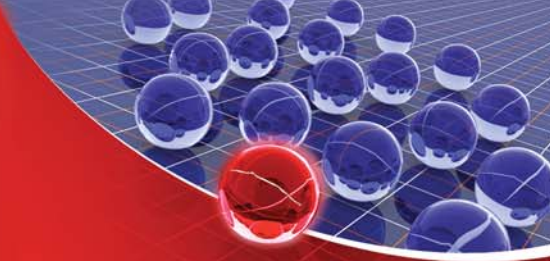
τιώσουν την παρεχομένη περίθαλψη, ειδικά σε περιοχές που δεν έχουν άμεση πρόσβαση σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο.



Εικόνα 2. α. Τοποθέτηση καθετήρα rig-tail σε πρόπλασμα. β. Εκπαίδευση νοσηλευτριών στη τοποθέτηση περιφερικών φλεβικών καθετήρων. γ. πρόπλασμα διακατασκευής



Εικόνα 1. α. Τοποθέτηση περιφερικού φλεβικού καθετήρα in plane. β. Υπέρηχος εγκεφάλου σε ασθενή με κраниοκτομία. γ. Παραγωγή εγκεφαλικού αποστήματος στον ίδιο ασθενή. δ. Καθετρισμός υποκλειδίου. Εκτός του ότι είναι ιδανικός για συμφορημένα μέρη, προτιμάται από τους σε εγρήγορα ασθενείς.



ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΙΜΑΤΩΣΗΣ ΜΕ DOPPLER ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗΝ ΠΡΩΙΜΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΟΤΗΤΑΣ ΟΞΕΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ ΣΗΠΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΘ

Β. Καραλή, Ε. Καϊμακάμης, Ζ. Μπόσου, Α. Δημάκη, Μ. Παπαϊωάννου, Χ. Λέικος,
Β. Βουτσάς, Γ. Βασιλειάδου, Μ. Μπιτζάνη

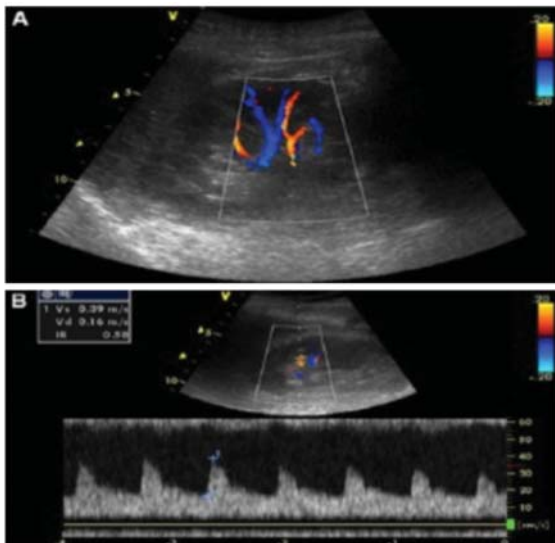
Α' ΜΕΘ, Γ.Π.Ν. Γ.ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ

Σκοπός: Έγκαιρη διάκριση μεταξύ παροδικής και επίμονης οξείας νεφρικής βλάβης (Acute kidney injury, AKI) μπορεί να συνδράμει στην επιλογή της βέλτιστης θεραπευτικής αγωγής σηπτικών ασθενών ΜΕΘ και να προσανατολίσει σε πρώιμες παρεμβάσεις για επιλεγμένες υποομάδες υψηλού κινδύνου. Η παρούσα προοπτική μελέτη παρατήρησης επιχείρησε να διερευνήσει αν το έγχρωμο Doppler για ημιοσοτική αξιολόγηση της νεφρικής αιμάτωσης και η Doppler καταγραφή του δείκτη νεφρικής αντίστασης (Renal resistive index, RI) μπορούν να αποτελέσουν πρώιμους δείκτες επίμονου AKI και προγνωστικούς παράγοντες εξέλιξης νεφρικής δυσλειτουργίας σηπτικών ασθενών που εισάγονται στη ΜΕΘ. Δευτερογενής στόχος ήταν η σύγκριση της διαγνωστικής ακρίβειας του RI με δείκτες του ουροποιητικού.

Υλικό: Εκτιμήθηκαν 32 ενήλικες σηπτικοί ασθενείς πολυδύναμης ΜΕΘ δώδεκα κλινών (01/2016-08/2016) στη διάρκεια του πρώτου 24ωρου από την εισαγωγή στη ΜΕΘ.

Μέθοδος: Διενεργήθηκαν συγχρόνως έγχρωμο Doppler για ημιοσοτική αξιολόγηση νεφρικής αγγείωσης (με διαβάθμιση από 0=μη αναγνωρίσιμα νεφρικά αγγεία ως 3= πλήρως αναγνωρίσιμα αγγεία στο οπτικό πεδίο του νεφρού) και έγχρωμο παλμικό Doppler υπερηχογράφημα για προσδιορισμό του RI που ορίζεται ως: μέγιστη συστολική ταχύτητα ροής (μεσολόβιας αρτηρίας νεφρού) -τελοδιαστολική ταχύτητα ροής / μέγιστη συστολική ταχύτητα ροής.

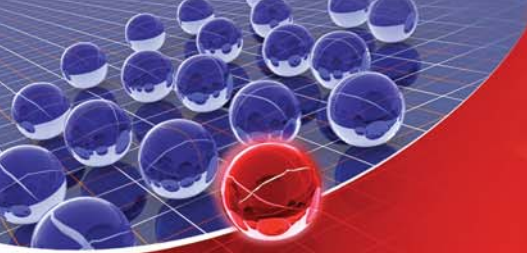
Αποτελέσματα: Από τους 32 ασθενείς της μελέτης, οι 9 δεν είχαν AKI (28%), οι 8 (25%) είχαν παροδικό AKI και οι 15 (47%) είχαν επίμονο AKI. Ο RI ήταν 0,69 (0,65-0,75) στην ομάδα χωρίς AKI, 0,70 (0,64-0,75) στην ομάδα με παροδικό AKI και 0,84 (0,80-0,90) στην ομάδα με επίμονο AKI (P 0.76 και για ημιοσοτικό έγχρωμο Doppler: 1. Το έγχρωμο Doppler για ημιοσοτική εκτίμηση ενδονεφρικής αιμάτωσης και ο RI αναδείχθηκαν καλύτεροι προ-



A: ημιοσοτική κλίμακα έγχρωμου Doppler
B: μέτρηση RI με χρήση παλμικού Doppler

γνωστικοί παράγοντες από δείκτες του ουροποιητικού για τη διάγνωση επίμονου AKI.

Συμπεράσματα: Ο υπολογισμός με Doppler του RI και το έγχρωμο Doppler για ημιοσοτική αξιολόγηση νεφρικής αγγείωσης αποτελούν ταχείες, μη επεμβατικές και επαναλήψιμες εξετάσεις για έγκαιρη διάκριση παροδικού από επίμονο AKI σε επιλεγμένους ασθενείς ΜΕΘ. Πρώιμα αυξημένος RI και χαμηλή βαθμολογία ημιοσοτικής εκτίμησης νεφρικής αιμάτωσης συμβάλλουν στην πρόγνωση βραχυπρόθεσμης αναστρεψιμότητας της νεφρικής δυσλειτουργίας και στην ταυτοποίηση σηπτικών ασθενών που θα εμφανίσουν επίμονη νεφρική βλάβη.



DOPLER ΜΕΛΕΤΗ ΡΟΗΣ ΔΙΑ ΤΩΝ ΚΑΘΕΤΩΝ ΗΠΙΑΤΙΚΩΝ ΦΛΕΒΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

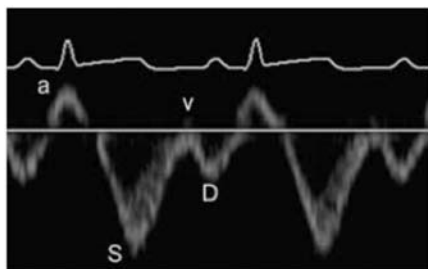
Μ.Δ. Παράσχος, Μ. Δράκος, Α. Αμερικάνου, Γ. Κασσιανίδης, Κ.Ε.Μανδραγός

Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Κοργιαλένιο - Μπενάκειο» ΕΕΣ. ΜΕΘ

Σκοπός: της παρούσας μελέτης είναι να αναδείξει ότι η καταγραφή με την τεχνική pulsed Doppler των ροών των καθέτων ηπιατικών φλεβών (HV) στο χρόνο μελέτης της κάτω κοίλης φλέβας (IVC) είναι εφικτή και προσφέρει σημαντικές πληροφορίες της αιμοδυναμικής των δεξιών καρδιακών κοιλοτήτων.

Υλικό-μέθοδος: Μελετήθηκαν 40 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ την περίοδο 5ος /2015 - 5ος /2016. Χρησιμοποιήθηκε η συσκευή Kontron Agile με ηχοβολία 2,5 MHz. Κατά την δύο διαστάσεων (2D) ανάδειξη της IVC στο υποξιφοειδικό παράθυρο η σταδιακή αντιωρολογιακή στροφή και μικρή γωνίωση του ηχοβολία αποκαλύπτει τις κάθετες ηπιατικές φλέβες που εκβάλλουν στη IVC. Ανα-

ζητούμε καλής διαμέτρου αγγείο, ορατό σε εισπνοή και εκπνοή. Ο δείκτης Doppler φέρεται παράλληλα στη ροή, δείγμα όγκου 2-3 mm τοποθετείται 1-2 cm προ της εκβολής στη IVC. Καταγράφονται 4 διακριτά κύματα (πρόσω συστολικό (S), πρόσω διαστολικό (D), ανάστροφο συστολικό (AR(a)) και ανάστροφο διαστολικό (AV(v)). Παράλληλα καταγράφεται ΗΚΓ (Εικόνα 1). Δημογραφικά στοιχεία των ασθενών αναφέρονται στον Πίνακα 1.



Εικόνα 1

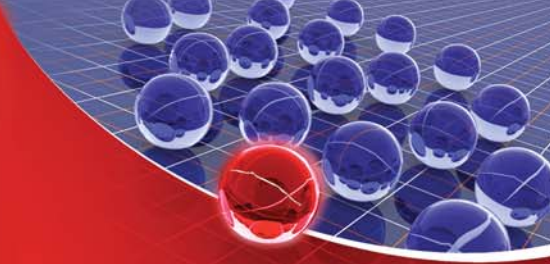
Φύλο	18 Α/ 22 Γ
Ηλικία	56±18 έτη
Κεντρικός καθετήρας	32/40
Μηχ. αερισμός	31/40
Ρυθμός	33/40 SR
Ιστορικό CAD/ HF	9/40
Μετεγχειρητικοί/ τραύμα-ΚΕΚ	24/40
Παθολογικά αίτια	16/40

Πίνακ. 1

Αποτελέσματα: Η καταγραφή σήματος της IVC ήταν εφικτή σε 33 ασθενείς(82%), του δε σήματος καθέτου ηπιατικής φλέβας σε 24/33 ασθενείς(73%) Στον πίνακα 2 αναγράφονται μετρήσεις 2D των δεξιών καρδιακών κοιλοτήτων και καταγραφές Doppler.

Συμπεράσματα: Η υποξιφοειδική θέση αποτελεί ηχογραφικό ακουστικό παράθυρο εκλογής στη ΜΕΘ. Η αποκάλυψη της IVC πρέπει να συνοδεύεται από προσπάθεια ανίχνευσης της ροής των καθέτων ηπιατικών φλεβών. Σε όλες τις περιπτώσεις, η ύπαρξη συστολικής προς τα πρόσω ροής μεγαλύτερης της διαστολικής ροής (S > D) συνοδευόταν από φυσιολογικές πιέσεις στις δεξιές κοιλοότητες, όπως αυτές εκτιμώνται υπερηχογραφικά.

Πίν. 2	Right heart	IVC			Tricuspid valve		Hepatic vein	
		x±1SD					x±1SD	
	RVEF %	IVC _{MAX} mm	IVC _{MIN} mm	IVC% collapsibility	E/A	V _S	V _D cm/s	V _S /V _D cm/s
CVP≤10 mmHg	48±6	13±3	8±2	59±15	0.8±0.1	48±12	32±14	1.5±0.5
CVP>10	37±14	18.2±4	13±2	30±17	1.1±0.3	20±12	33±14	0.7±0.2
P-value	0.009	0.0003	0.01	0.0001	0.0001	0.0001	0.8	0.002



ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΨΕΥΔΟΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΤΡΑΧΗΛΙΚΗΣ ΧΩΡΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΙΚΕΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΕΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Τσιούλης Ηλίας, Βουτσάς Βασίλειος, Παπαϊωάννου Μαρία, Δημάκη Αναστασία,
Μπόσμου Ζωή, Λέικος Χρήστος, Πιπερίδου Μαρία, Ρένεσης Βασίλειος,
Καραλή Βασιλική, Μπιτζάνη Μηνίτσα.

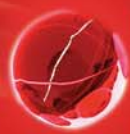
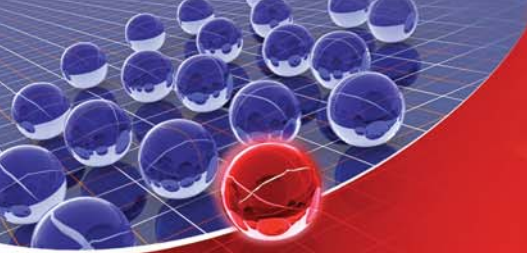
Α' ΜΕΘ Γ.Ν.Θ. 'Γ. Παπανικολάου'

Σκοπός: Περιγραφή ευρημάτων υπερηχογραφικής διάγνωσης ψευδοανευρύσματος στην τραχηλική χώρα σε ασθενή με αποστηματικές κοιλότητες τραχήλου.

Υλικό: Ασθενής 49 ετών με ιστορικό Σακχαρώδους Διαβήτη η οποία νοσηλεύεται στη ΜΕΘ με εικόνα καρδιοαναπνευστικής ανεπάρκειας.

Αποτελέσματα: Λόγω διογκώσεως στην περιοχή του τραχήλου έγινε αξονική τομογραφία η οποία ανέδειξε αποστήματα στα μαλακά μόρια της αριστερής πλάγιας τραχηλικής χώρας, προσπονδυλικά στο ύψος του Α3 σπονδύλου και στον καρωτιδικό χώρο αριστερά. Ακολούθησαν τρεις χειρουργικές παρεχτεύσεις των συλλογών με προσωρινή βελτίωση. Εξήντα ημέρες αργότερα λόγω εικόνας διόγκωσης στην αριστερή τραχηλική χώρα έγινε παρά την κλίνη υπερηχογραφική εξέταση η οποία ανέδειξε κοιλότητα με χαρακτηριστική εικόνα στροβιλώδους ροής εντός αυτής. Ακολούθησε απεικονιστικός έλεγχος με αξονική αγγειογραφία και κλασική αγγειογραφία που επιβεβαίωσαν την ύπαρξη πολύχωρης συλλογής εντός της οποίας εισερχόταν αγγειακός κλάδος (αριστερή άνω θυρεοειδική αρτηρία). Η ασθενής αντιμετωπίστηκε συντηρητικά. Δύο ημέρες αργότερα δεν εμφανιζόταν πλέον η εικόνα της στροβιλώδους ροής (θρόμβωση του αυχένα του ψευδοανευρύσματος).

Συμπεράσματα: Η δημιουργία ψευδοανευρύσματος είναι μία σπάνια επιπλοκή αποστημάτων τραχήλου. Η παρά την κλίνη υπερηχογραφική εξέταση μπορεί να συμβάλλει στη διάγνωση αλλά και την παρακολούθηση της εξέλιξης του ψευδοανευρύσματος.

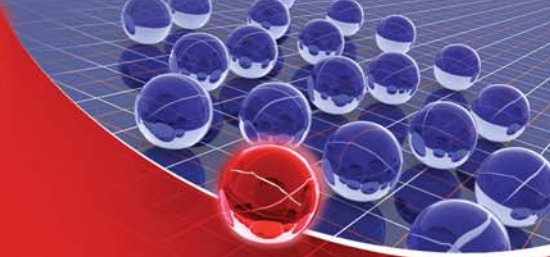


16^ο

Πανελλήνιο Συνέδριο
Εντατικής Θεραπείας

3

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ - ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΤΙ



ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ >30 ΗΜΕΡΕΣ ΣΤΗ ΜΕΘ: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ 1-3 ΕΤΗ ΜΕΤΑ

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

ΜΕΘ Γ. Ν. Βόλου « Αχιλλοπούλειο

Σκοπός: Καταγραφή της λειτουργικής έκβασης των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ > 30 ημέρες και διερεύνηση πιθανής συσχέτισης με τη διάρκεια νοσηλείας, την ηλικία, το APACHE II score και την αιτία εισόδου.

Υλικό: 59 ασθενείς που εισήχθησαν σε γενική ΜΕΘ 8 κλινών, μεταξύ Σεπτεμβρίου 2013 και Ιουλίου 2015 και παρέμειναν >30 ημέρες.

Μέθοδος: Αναδρομική μελέτη, μετά από τηλεφωνική επικοινωνία με το συγγενικό περιβάλλον του ασθενούς, για διερεύνηση της λειτουργικής έκβασης 1-3 χρόνια μετά (Ιούλιος 2016). Η έκβαση μετρήθηκε με την Glasgow Outcome Scale (GOS). Καταγράφηκαν : Καλή έκβαση (GOS 4-5), κακή έκβαση (GOS 1-3), η ηλικία, το APACHE II Score εισόδου, η διάρκεια νοσηλείας στη ΜΕΘ και η αιτία εισόδου (Τραύμα, Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, χειρουργική, παθολογική). Η στατιστική επεξεργασία έγινε με SPSS vs 20, σύγκριση των μέσων τιμών με student t-test και η συσχέτιση με Chi-Square test (x2 test). Στατιστικά σημαντικό $p < 0,05$.

Αποτελέσματα: Από τους 59 ασθενείς δεν εντοπίστηκε ένας, 29 ασθενείς (49,15%) απεβίωσαν εντός νοσοκομείου (15 στη ΜΕΘ, 14 εκτός) και 13 (22,03%) απεβίωσαν μετά. Συνολική θνητότητα 1-3 έτη μετά 72,4%. ΠΙΝΑΚΑΣ " Αρχείο σε επισύναψη. Από τους 29 ασθενείς που έλαβαν εξιτήριο και εντοπίστηκαν το 55,12% (16 ασθενείς) επιζούν 1-3 έτη μετά, ενώ το 44,8% (13 ασθενείς) απεβίωσαν. Εκ των επιζώντων, 43,75% (7 ασθενείς) ζουν μια απόλυτα φυσιολογική ζωή, το 31,25% (5 ασθενείς) έχουν μέτρια αναπηρία αλλά αυτοεξυπηρετούνται, το 18,75% (3 ασθενείς) έχουν βαριά αναπηρία και χρήζουν βοήθειας και 1 άτομο (6,25%) βρίσκεται σε φυτική κατάσταση.

Συμπεράσματα: Ένα μικρό σχετικά ποσοστό (22,41%) των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ περισσότερο από 30 ημέρες είχε καλή έκβαση 1-3 έτη μετά. Στατιστικά αποτυπώθηκε σημαντική συσχέτιση ($p < 0,05$) ανάμεσα στην λειτουργική έκβαση, στην ηλικία και στη διάρκεια νοσηλείας των ασθενών, ενώ η αιτία εισόδου δεν συσχετίζεται με την λειτουργική έκβαση των ασθενών στο συγκεκριμένο δείγμα. Διαφαιίνεται ίσως μια καλύτερη έκβαση των χειρουργικών ασθενών και μια χειρότερη των ασθενών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

	Κακή έκβαση GOS 1-3	Καλή έκβαση GOS 4-5	
Ασθενείς n=58	45 (77, 58%)	13 (22, 41%)	t-test
Διάρκεια νοσηλείας στη ΜΕΘ (ημέρες Μ.Ο)	51,51 +/- 17,91	38,62 +/- 6,85	p=0,014
Ηλικία (ΜΟ)	69,33 +/- 12,72	57,54 +/- 15,92	p=0,007
APACHE II score εισόδου	19,76 +/- 6,31	20 +/- 6,63	p=N.S
Τραύμα n1=11 ασθ. (18,3%)	9 (81,8%)	2 (18,21%)	Chi-square test P=N.S
ΑΕΕ n2=8 ασθ. (13,3%)	8 (100%)		
Χειρουργικά n3=12 (21,7%)	8 (66,7%)	4 (33,3%)	
Παθολογικά n4=27 (45%)	20 (74,1%)	7 (25,9%)	

ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΥΪΚΗΣ ΑΔΥΝΑΜΙΑΣ ΤΗΣ ΜΕΘ (INTENSIVE CARE UNIT ACQUIRED WEAKNESS - ICUAW)

Σιδηράς Γεώργιος¹, Γεροβασίλν Βασιλική¹, Πατσάκν Ειρήνν¹, Δακουτρού Μαρία¹,
Πολυμέρου Έφν¹, Καραβίτν Βασιλική¹, Ρούτση Χριστίνα¹,
Στράντζαλνς Γεώργιος², Νανάς Σεραφείμ¹

1. Α΄ Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός», ΕΚΠΑ
2. Νευροχειρουργική Κλινική Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός», ΕΚΠΑ

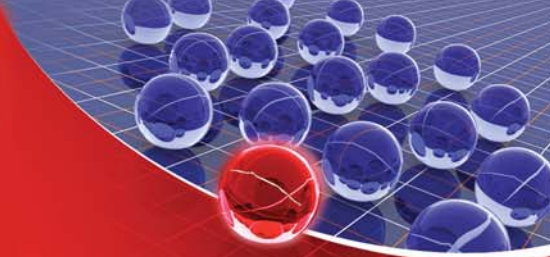
Σκοπός: Η μυϊκή αδυναμία της ΜΕΘ (Intensive Care Unit acquired Weakness, ICUaW) αποτελεί μια συχνή επιπλοκή της νοσηλείας στη ΜΕΘ. Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της μυϊκής ισχύος, της λειτουργικότητας και ποιότητας ζωής των ασθενών με ICUaW μέχρι και 6 μήνες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

Υλικό: 877 διαδοχικοί ασθενείς αξιολογήθηκαν κατά την έξοδο τους από την ΜΕΘ του Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός». 128(36 ICUaW) από αυτούς πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής: α. Διάρκεια μηχανικού αερισμού >72 ώρες, β. δυνατότητα του ασθενούς να εκτελεί εντολές (ανταπόκριση σε ≥3 από τις ακόλουθες 5 εντολές: άνοιξε /κλείσε τα μάτια σου, κοίταξέ με, βγάλε έξω τη γλώσσα σου, κούνησε το κεφάλι σου).

Μέθοδος: Η διάγνωση της νόσου έγινε στην έξοδο από τη ΜΕΘ με την MRC μυϊκής ισχύος από δύο ανεξάρτητους αξιολογητές(MRC≤48/60). Η μυϊκή ισχύς αξιολογήθηκε με την MRC μυϊκής ισχύος και τη δυναμομέτρηση χειρός στη έξοδο από τη ΜΕΘ, το νοσοκομείο καθώς 3 και 6 μήνες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Η λειτουργικότητα αξιολογήθηκε με τη κλίμακα FIM στην έξοδο από Νοσοκομείο, 3 και 6 μήνες μετά. Η ποιότητα ζωής αξιολογήθηκε με τα ερωτηματολόγια Nottingham Health Profile (NHP) και Sf-36, πριν την είσοδο στη ΜΕΘ, στην έξοδο από το Νοσοκομείο καθώς 3 και 6 μήνες μετά. Επίσης καταγράφηκε η διάρκεια παραμονής στη ΜΕΘ και στο Νοσοκομείο και η νοσοκομειακή θνησιμότητα.

Αποτελέσματα: Στην έξοδο από το νοσοκομείο οι ασθενείς με ICUaW παρουσίασαν μειωμένη μυϊκή ισχύ τόσο στην MRC μυϊκής ισχύος[53(49-56) vs. 59(58-60) n=112,p<0,001], όσο και στη δυναμομέτρηση χειρός[(δεξί χέρι 10±9 Kg vs. 20±11 Kg,p<0,001), (αριστερό χέρι 9±8 Kg vs. 18±10 Kg,p<0,001) n=111] σε σχέση με τους ασθενείς χωρίς. Στους 3 και 6 μήνες μετά η MRC δεν διέφερε μεταξύ των ομάδων ενώ η δυναμομέτρηση χειρός ήταν σημαντικά χαμηλότερη στους ασθενείς με ICUaW. Στην αξιολόγηση της λειτουργικότητας οι ασθενείς με ICUaW υπολείπονται σημαντικά έναντι αυτών χωρίς στην έξοδο από το Νοσοκομείο [65 (53-87) vs. 111 (86-122),p<0,001], στους 3 [116 (73-126) vs. 126 (121-126),p<0,05] και 6 μήνες μετά [116 (87-126) vs. 126 (124-126),p<0,05]. Οι ασθενείς με ICUaW παρουσίασαν μειωμένη ποιότητα ζωής, όπως αυτή αξιολογήθηκε με το Sf-36 και το NHP, σε όλες τις χρονικές στιγμές αξιολόγησης. Τέλος, οι ασθενείς με ICUaW παρουσίασαν αυξημένη διάρκεια παραμονής τόσο στη ΜΕΘ[ημέρες, 26 (13-42) vs.12 (9-23),p<0,001] όσο και στο Νοσοκομείο μετά την έξοδο από τη ΜΕΘ[ημέρες, 25 (19-43) vs.11 (7-19),p<0,001]. Όσον αφορά τη νοσοκομειακή θνησιμότητα, φαίνεται να είναι σημαντικά μεγαλύτερη στους ασθενείς με ICUaW έναντι αυτών χωρίς (19% vs. 4%, n=128,p=0,006).

Συμπεράσματα: Η παρουσία της ICUaW φαίνεται να επηρεάζει τόσο τη λειτουργικότητα όσο και τη ποιότητα ζωής έως και 6 μήνες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Το εύρημα αυτό κάνει επιτακτική την ανάγκη οργάνωσης κλινικών μελετών με μεγάλο αριθμό ασθενών, με σκοπό την εύρεση μεθόδων πρόληψης και θεραπείας της νόσου.



ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΡΝΗΤΙΚΗΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΠΡΩΙΜΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΘ

Κατσιάρη Μαρία, Μπακάλη Δήμητρα, Βαλαμουτοπούλου Μαρία,
Πετροπούλου Κωνσταντίνα, Μπατιάνη Πολυξένη, Ντόρλης Κυριάκος,
Ντεβές Ιωάννης, Μαθάς Χρήστος

ΜΕΘ Κωνσταντινούπλεϊου – Πατισίων ΓΝ Ν.Ιωνίας

Εισαγωγή: Η ανάγκη επανεισαγωγής στη ΜΕΘ κατά τη διάρκεια της ίδιας νοσηλείας στο νοσοκομείο αναδεικνύει έναν πληθυσμό ασθενών υψηλού κινδύνου για ενδονοσοκομειακή θνητότητα και νοσηρότητα.

Σκοπός: Σύγκριση δυνητικών παραγόντων κινδύνου επανεισαγωγής στη ΜΕΘ ή θανάτου εντός 72h μετά την έξοδο από τη ΜΕΘ.

Υλικό-Μέθοδος: Προοπτική μελέτη παρατήρησης, διάρκειας 18 μηνών (Ιανουάριος 2015- Ιούνιος 2016), που πραγματοποιήθηκε στη ΜΕΘ του νοσοκομείου μας. Συμπεριελήφθησαν 154 ασθενείς, οι οποίοι χωρίστηκαν σε 2 ομάδες: Ομάδα Α που περιελάμβανε ασθενείς που επανεισοήχθησαν στη ΜΕΘ ή απεβίωσαν εντός 72h μετά την έξοδό τους από τη ΜΕΘ (n=24) και Ομάδα Β που περιελάμβανε τους ασθενείς που δεν επανεισοήχθησαν και ήταν ζώντες (n=130). Κατεγράφησαν: δημογραφικά στοιχεία, συννοσηρότητες, δείκτες βαρύτητας και κλινικό-εργαστηριακά ευρήματα κατά την έξοδο των ασθενών, καθώς και στοιχεία νοσηλείας στη ΜΕΘ. Στη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν Chi-square, Student t test και Mann-Whitney Rank Sum test.

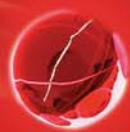
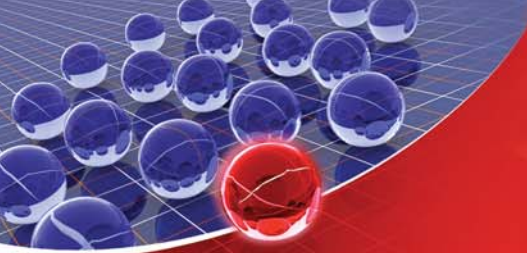
Αποτελέσματα: Η σύγκριση των δημογραφικών στοιχείων και των συννοσηροτήτων δεν ανέδειξε σημαντικές διαφορές, ενώ στον Πίνακα 1 αναγράφονται οι παράγοντες κινδύνου για τους οποίους διαπιστώθηκε συσχέτιση με αρνητική έκβαση των ασθενών.

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς που χρειάστηκε να επανεισοχθούν στην ΜΕΘ ή κατέληξαν εντός 72h από την έξοδό τους είχαν μεγαλύτερο χρόνο νοσηλείας πριν την εισαγωγή στη ΜΕΘ αλλά και εντός ΜΕΘ, περισσότερες ημέρες καθετηριασμού κεντρικής φλέβας και υποστήριξης με αγγειοσυσπαστικά φάρμακα, υψηλότερο APACHE II την ημέρα εξόδου και αυξημένη επίπτωση κατακλίσεων.

Πίνακας 1: Παράγοντες κινδύνου πληθυσμού μελέτης, οι οποίοι σχετίζονται με πρόωμη αρνητική έκβαση ασθενών

	ΟΜΑΔΑ Α (n=24)	ΟΜΑΔΑ Β (n=130)	p-value
Ημέρες νοσηλείας σε θάλαμο	4 (1-16,5)	2 (1-4)	0,016
Ημέρες νοσηλείας ΜΕΘ	17 (8,5-30,5)	10,5 (6-19)	0,028
Ημέρες καθετηριασμού κεντρικής φλέβας	17,5 (8,5-32,5)	11 (6-21)	0,028
Ημέρες υπό υποστήριξης με νορεπινεφρίνη	6 (3-18)	3 (0-8)	0,003
APACHE II	12,4 ± 3,6	9,6 ± 4,4	0,003
Κατακλίσεις	17 (70,8%)	56 (43,1%)	0,023

[οι τιμές αφορούν μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση ή αριθμό ασθενών (%) ή διάμεση τιμή (25%-75%)]

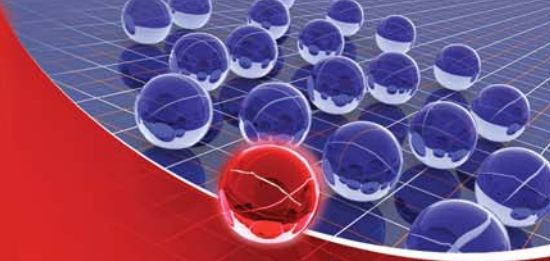


16^ο

Πανελλήνιο Συνέδριο
Έντατικής Θεραπείας

4

ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΙΣ



Η ΤΟΞΙΚΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ «ΝΑΡΚΩΤΙΚΟΥ ΤΩΝ ΚΛΑΜΠ» ΣΤΟ ΚΝΣ ΚΑΙ Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

Z. Ανδόν¹, Π. Τουρουτζή¹, Α. Κρόκος², Γ. Μήτος¹, Σ. Πατσατζάκης¹, Γ. Θωμά¹, Κ. Φωτιάδης¹, Ι. Σουλτάτ¹, Β. Ουραήλογλου¹, Ν. Ραΐκος², Ε. Γκέκα¹

1. Κλινική Αναισθησιολογίας και Εντατικής Θεραπείας Πανεπ. Γεν. Νοσ. ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκη
2. Εργαστήριο Ιατροδικαστικής & Τοξικολογίας Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ

Σκοπός: Η χημική ουσία MDMA (μεθυλενοδιοξυμεθαμφεταμίνη) γνωστή ως ecstasy και «ναρκωτικό των κλαμπ» είναι συνθετική αμφεταμίνη, η οποία έχει τόσο διεγερτική όσο και ψευδαισθησιογόνο δράση. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της MDMA μέσω της βλάβης των υποδοχέων της ντοπαμίνης είναι οι εξής: καρδιομυοπάθεια, αθηροσκλήρωση και σχηματισμός θρόμβων, έμφραγμα του μυοκαρδίου και συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, διαταραχές της αναπνευστικής λειτουργίας, διαταραχές στο ήπαρ και στα νεφρά, διαταραχές θερμορύθμισης και συστηματική φλεγμονώδης αντίδραση.

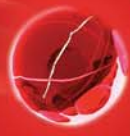
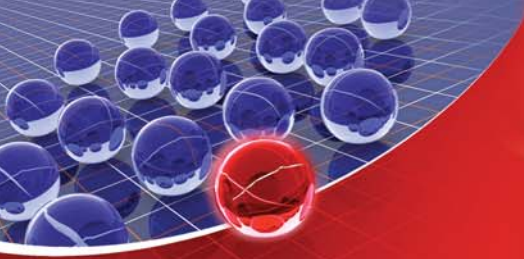
Υλικό: Άρρεν ασθενής 31 ετών, παλιός χρήστης οπιοειδών, μεταφέρθηκε διασωληνωμένος από την κινητή μονάδα του ΕΚΑΒ στα ΤΕΠ του ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, σε κωματώδη κατάσταση (GCS 1-1-4 και κόρες 2μ / 2μ άμφω) μετά από αναφερόμενη λήψη ουσιών. Ο ασθενής υπεβλήθη σε αξονική τομογραφία εγκεφάλου και θώρακος. Από την αξονική εγκεφάλου δεν ανευρέθηκαν παθολογικά ευρήματα, ενώ από την αξονική του θώρακος διαγνώστηκε ατελεκτασία – πύκνωση με αεροβρογχογράμμα κάτω λοβών άμφω, ευρήματα που συνηγορούν για βακτηριακή λοίμωξη ή ΤΒ.

Μέθοδος: Στην συνέχεια ο ασθενής μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ για υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών. Κατά την διάρκεια νοσηλείας του εμφάνισε μέγιστη αιμοδυναμική αστάθεια και ανθεκτική υπερθερμία διάρκειας τεσσάρων ημερών. Στάλθηκαν δείγματα αίματος και ούρων για τοξικολογικό έλεγχο, στα οποία ανιχνεύθηκαν MDMA (έκσταση) και MDA (μεταβολίτης της MDMA). Για την προκατεργασία των βιολογικών δειγμάτων χρησιμοποιήθηκε η τεχνική της εκκύλισης υγρού-υγρού και για την ανάλυση η αέρια χρωματογραφία σε συνδυασμό με φασματομετρία μάζας. Ο ασθενής νοσηλεύτηκε στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας για δώδεκα ημέρες, όπου σταδιακά αποδεσμεύτηκε από τον μηχανικό αερισμό και την ινóτροπη αιμοδυναμική υποστήριξη.

Αποτελέσματα: Διεκομίσθη στην Παθολογική Κλινική του ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ σε κατάσταση ελάχιστης εγκεφαλικής λειτουργίας (GCS 4-1t-2) και απύρετος. Κατά την διάρκεια της νοσηλείας του διενεργήθηκε νευρολογική εξέταση και διαπιστώθηκε αμφοτερόπλευρη πυραμιδική συνδρομή με μεγάλη αύξηση του μυϊκού τόνου αριστερά, με σπαστικότητα και κλόνο κάτω άκρων άμφω. Η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου κατέδειξε ευρήματα λευκοεγκεφαλοπάθειας. Ο ασθενής μετά από ένα μήνα νοσηλείας στο νοσοκομείο μας μεταφέρθηκε σε κέντρο αποκατάστασης με την ίδια νευρολογική εικόνα.

Συμπεράσματα: Στην συγκεκριμένη περίπτωση η χρήση MDMA (μεθυλενοδιοξυμεθαμφεταμίνη), σε συνδυασμό με τη μακροχρόνια χρήση ηρωίνης επέφερε στον ασθενή βαριές νευρολογικές βλάβες.

1. Hall A.P., Henry J.A. Acute toxic effects of 'Ecstasy' (MDMA) and related compounds: overview of pathophysiology and clinical management (2006). British Journal of Anaesthesia 96 (6): 678-85, doi:10.1093/bja/ael078 Advance Department of Anaesthesia and Intensive Care Medicine, University Hospitals of Leicester NHS Trust, Leicester Royal Infirmary, Leicester LE1 5WW, UK. Academic Department of Accident and Emergency Medicine, Imperial College London, 1st Floor QEQM Wing, St Mary's Campus, Norfolk Place, Paddington, London W2 1PG, UK. 2. Raikos N, Tsoukali H, Psaroulis D, Vassiliadis N, Tsoungas M, Njau SN, Amphetamine derivative related deaths in northern Greece, Forensic Sci Int. 2002 Aug 14;128(1-2):31-4. 3. Christophersen AS., Amphetamine designer drugs - an overview and epidemiology, Toxicol Lett. 2000 Mar 15;112-113:127-31. 4. Milroy CM, "Ecstasy" associated deaths: what is a fatal concentration? Analysis of a case series, Forensic Sci Med Pathol. 2011 Sep;7(3):248-52. 5. Kraemer T, Maurer HH, Toxicokinetics of amphetamines: metabolism and toxicokinetic data of designer drugs, amphetamine, methamphetamine, and their N-alkyl derivatives, Ther Drug Monit. 2002 Apr; 24(2):277-89.

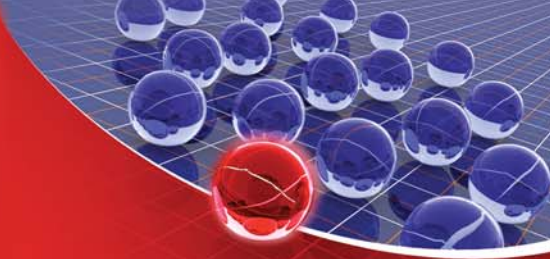


16^ο

Πανελλήνιο Συνέδριο
Εντατικής Θεραπείας

5

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΓΜΕΝΗΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ - ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ



Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΑΝΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΩΝ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΩΝ ΜΕ ΤΗ ΜΟΡΦΗ ΤΩΝ CLUSTERS ΣΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.

Βαπορίδη Α., Μπαμπαλής Δ., Πρόκλου Α., Κονδύλη Ε., Αμαργιανιτάκης Β.,
Διαμαντάκη Ε., Κοκκίνη Σ., Πεδιαδίτης Ε., Ψαρολογάκης Χ., Μαρούλη Δ.,
Πρινιανάκης Γ., Ξηρουχάκη Ν., Γεωργόπουλος Δ.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ – ΠΑΓΝΗ

Σκοπός: της μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίδρασης των αναποτελεσματικών προσπαθειών (in-effective efforts, IE) και ειδικότερα των clusters IE κατά τη διάρκεια μηχανικού αερισμού, καθώς και η συσχέτισή τους με την τελική έκβαση των βαρέως πασχόντων ασθενών.

Υλικό: Προοπτική μελέτη παρατήρησης 110 ασθενών σε υποβοηθούμενο μοντέλο αερισμού (PAV+, PS).

Μέθοδος: Σε μια προοπτική μελέτη παρατήρησης πραγματοποιήθηκαν καταγραφές διάρκειας 24 ωρών σε 110 ασθενείς, λαμβάνοντας ως χρόνο μηδέν την πρώτη ημέρα έναρξης υποβοηθούμενου μοντέλου μηχανικού αερισμού (pressure support, proportional assist ventilation) και χρησιμοποιώντας πρότυπη πειραματική συσκευή αναγνώρισης των IE (PVI monitor). Για να περιγραφούν τα clusters IE, αναπτύχθηκε η έννοια των επεισοδίων IE (IEEVENTS), που ορίστηκαν ως εποχές που περιέχουν περισσότερες από 30 IE σε περιόδους 3 λεπτών. Τέλος, εξετάστηκε η συσχέτιση των IEEVENTS με την έκβαση των υπό μελέτη ασθενών.

Αποτελέσματα: Στην ανάλυση περιελήφθησαν 2931 ώρες μηχανικού αερισμού. Η μέση τιμή του δείκτη IE (% IE επί του συνολικού αριθμού αναπνοών ανά ασθενή) ήταν 2.43% (IQR 1.1 -5.1). Παρατηρήθηκε επιπλέον ότι ενώ σχεδόν όλοι οι ασθενείς εμφάνιζαν IE, IEEVENTS εντοπίστηκαν μόνο στο 38 % των ασθενών. Η μέση διάρκεια του μηχανικού αερισμού μετά την πρώτη καταγραφή ήταν 7 και 13.5 ημέρες στους ασθενείς χωρίς και με IEEVENTS, αντίστοιχα. Η ανάλυση πολλαπλών μεταβλητών, ανέδειξε ότι η παρουσία των IEEVENTS σχετίζεται με μεγαλύτερη διάρκεια μηχανικού αερισμού μετά την πρώτη καταγραφή ($p=0.04$) και υψηλότερη ενδονοσοκομειακή θνησιμότητα ($p=0.01$). Αντίστοιχη συσχέτιση δεν βρέθηκε για το δείκτη IE, ή για ένα όριο IE >10 %.

Συμπεράσματα: Από τα αποτελέσματά μας φαίνεται ότι τα clusters IE, που ορίστηκαν ως IEEVENTS, παρατηρούνται συχνά σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς. Συγκριτικά με το δείκτη IE, τα IEEVENTS φαίνεται να έχουν καλύτερη συσχέτιση με την έκβαση των ασθενών (διάρκεια μηχανικού αερισμού και ενδονοσοκομειακή θνησιμότητα). Η ανάπτυξη κατάλληλου λογισμικού στους αναπνευστήρες θα μπορούσε να παρέχει έγκαιρο εντοπισμό των IEEVENTS και να χρησιμεύσει ως εργαλείο παρακολούθησης κατά τη διάρκεια του μηχανικού αερισμού.

ΕΠΙΤΡΕΠΟΜΕΝΗ ΥΠΕΡΓΛΥΚΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΡΡΥΘΜΙΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΤΗ ΜΕΘ

Μελισσοπούλου Θεοδώρα, Μέγα Άννα Μαρία, Βερνίκος Παύλος, Παππά Ευανθία,
Στάμος Γεώργιος, Πανουτσοπούλου Μαρία, Φλώρος Ιωάννης.

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ΓΝΑ "Λαϊκό"

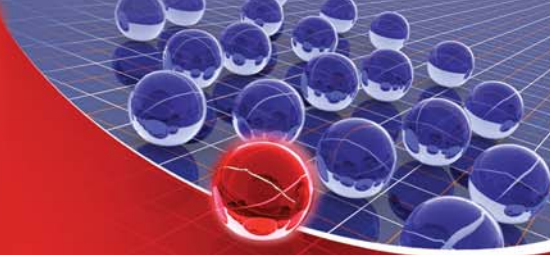
Σκοπός: Η μελέτη NICE-SUGAR οδήγησε στην ανάπτυξη μιας λιγότερο αυστηρής στρατηγικής στην αντιμετώπιση της υπεργλυκαιμίας αφού κατέδειξε τη βελτίωση στην επιβίωση των βαρέως πασχόντων όταν ο στόχος ρύθμισης του σακχάρου ήταν σε υψηλότερα επίπεδα σε σχέση με αυτά που μέχρι πρότινος προτεινόταν (110-180mg/dl). Ιδιαίτερα στους ασθενείς με αρρυθμιστο ΣΔ η «σχετική» υπογλυκαιμία, που μπορεί να εμφανιστεί σε φυσιολογικά επίπεδα σακχάρου, αποτελεί παράγοντα κινδύνου θνητότητας. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εκτίμηση της επίπτωσης της «σχετικής» υπογλυκαιμίας στη θνητότητα των ασθενών με αρρυθμιστο ΣΔ στη ΜΕΘ.

Υλικό: Η μελέτη διενεργήθηκε σε διαβητικούς ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ και είχαν παθολογικές τιμές γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης HbA1c κατά την εισαγωγή τους.

Μέθοδος: Μελετήσαμε αναδρομικά 72 διαβητικούς ασθενείς οι οποίοι εισήχθησαν στη ΜΕΘ κατά τη διάρκεια ενός έτους και είχαν πρόσφατη μέτρηση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης HbA1c (εντός τριμήνου προ της εισαγωγής τους). Βρέθηκαν 21 ασθενείς με παθολογικές τιμές γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης HbA1c > 6.0%. Για κάθε έναν από αυτούς τους ασθενείς υπολογίσαμε τη μέση συγκέντρωση γλυκόζης (eAG) με βάση τον τύπο των Nathan et al.: $eAG (mg/dl) = 28.7 \times HbA1c - 46.7$. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες με βάση την εμφάνιση «σχετικής υπογλυκαιμίας» κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Σύμφωνα με τα δεδομένα των πρόσφατων μελετών, ως «σχετική» υπογλυκαιμία ορίστηκε η μείωση των τιμών της μετρούμενης γλυκόζης κατά 30% σε σχέση με την υπολογιζόμενη με βάση τον τύπο μέση συγκέντρωση γλυκόζης. Στην ομάδα Α συμπεριλήφθηκαν οι ασθενείς που έκαναν ≥ 1 επεισόδιο «σχετικής» υπογλυκαιμίας ενώ στην ομάδα Β συμπεριλήφθηκαν οι ασθενείς που είχαν υψηλότερες τιμές σακχάρου (επιτρεπόμενη υπεργλυκαιμία). Υπολογίσαμε τη θνητότητα και στις δύο ομάδες.

Αποτελέσματα: Η ομάδα Α (n= 10) και η ομάδα Β (n= 11) ήταν όμοιες ως προς την ηλικία (70 ± 12.39 vs 72.82 ± 13.12 , $p=0.619$), το APACHE II score (26.3 ± 4.69 vs 23.64 ± 4.8 , $p=0.215$), την HbA1c (7.57 ± 1.5 vs 6.6 ± 0.5 , $p=0.062$) και την υπολογιζόμενη μέση συγκέντρωση γλυκόζης eAG (170.5 ± 43.11 vs 143.3 ± 14.36 , $p=0.062$). Η συνολική θνητότητα στους ασθενείς με παθολογικές τιμές HbA1c ήταν 28%. Η επιμέρους θνητότητα ήταν υψηλότερη για την ομάδα Α σε σύγκριση με την ομάδα Β (40% vs 18%, $p=0.269$).

Συμπεράσματα: Η θνητότητα των ασθενών με αρρυθμιστο ΣΔ που εμφάνισαν «σχετική» υπογλυκαιμία κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους στη ΜΕΘ ήταν υψηλότερη σε σύγκριση με εκείνη των ασθενών που είχαν υψηλότερες τιμές σακχάρου (επιτρεπόμενη υπεργλυκαιμία). Στην παρούσα μελέτη δεν ήταν δυνατό να καταδειχθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων ως προς τη θνητότητα, πιθανώς λόγω του μικρού αριθμού των ασθενών. Η περαιτέρω διερεύνηση των ορίων της επιτρεπόμενης υπεργλυκαιμίας και της συσχέτισης της «σχετικής» υπογλυκαιμίας με την επιβίωση των ασθενών αυτών κρίνεται απαραίτητη.



ΑΠΩΛΕΙΑ ΟΣΤΙΚΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΕ ΒΑΡΙΑ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΝΔΟΚΟΙΛΙΑΚΗ ΣΉΨΗ

Μ.Ν. Παπανικολάου, Β. Αντωνάκης, Σ. Πουρίκη, Ε. Στρουμπούλη,
Β. Καραούλη, Γ. Κοφινάς, Σ. Καρατζάς

ΜΕΘ και Ακτινοβιολογικό εργαστήριο, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

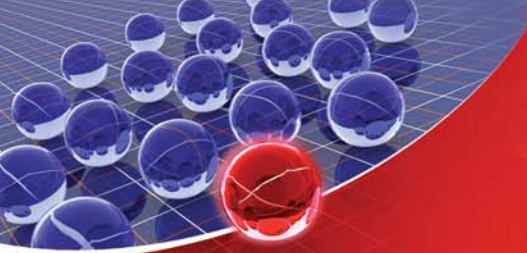
Σκοπός: Η απώλεια οστικής μάζας κατά τη νοσηλεία στη ΜΕΘ είναι αναπόφευκτη συνέπεια της χρόνιας κριτικής νόσου. Σκοπός της αναδρομικής αυτής μελέτης ήταν η καταγραφή της μεταβολής της οστικής πυκνότητας σε βαριά πάσχοντες ασθενείς με ενδοκοιλιακή σήψη με τη βοήθεια αξονικής τομογραφίας (CT). Η μέθοδος αυτή είναι αξιόπιστη και τεκμηριωμένη.

Υλικό: Ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στη ΜΕΘ την τελευταία 4ετία για περισσότερες από 7 ημέρες με ενδοκοιλιακή σήψη, και κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους υποβλήθηκαν στα πλαίσια της αντιμετώπισής τους σε δυο τουλάχιστον CT κοιλίας/ πυέλου.

Μέθοδος: Μετρήθηκε η οστική πυκνότητα σε μονάδες Hounsfield (HU) στο επίπεδο του αυχένα του αρ. μριαίου οστού όπως αυτός απεικονιζόταν στις τομές της CT, με το πρόγραμμα iPACS (κφ τιμές 700-3000 HU). Με τη βοήθεια t-test συγκρίθηκε η οστική πυκνότητα μεταξύ των δύο απεικονίσεων.

Αποτελέσματα: Συμπεριελήφθησαν 11 ασθενείς, 9 άνδρες και 2 γυναίκες, ηλικίας $76,2 \pm 10,7$ ετών, με APACHE score $25,2 \pm 9,9$. Οι ασθενείς είχαν μέσο όρο παραμονής στη ΜΕΘ $69,1 \pm 54,4$ ημέρες (10-154). Υποβλήθηκαν σε $4,3 \pm 3,7$ κατά μέσο όρο CT άνω και κάτω κοιλίας με διαφορά $54,1 \pm 54,4$ ημερών μεταξύ τους. Η οστική πυκνότητα στην 1η CT ήταν $225,7 \pm 101,2$ HU, και στην τελευταία $139,9 \pm 48,8$ HU. Η μείωση της οστικής πυκνότητας ήταν στατιστικά σημαντική ($p < 0,001$).

Συμπεράσματα: Η ανάπτυξη οστεοπόρωσης είναι σημαντικό πρόβλημα για τους βαριά πάσχοντες ασθενείς της ΜΕΘ και θα πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψη στη διατροφή, την κινησιοθεραπεία και τους καθημερινούς χειρισμούς των ασθενών αυτών, τόσο για την αποφυγή παθολογικών καταγμάτων, όσο και για την μελλοντική τους αποκατάσταση.



ΑΙΤΙΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΓΑΛΑΚΤΑΙΜΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ ΤΗΣ ΣΕ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΗ ΜΕΘ.

Παρτάλα Πανάγιω, Κουλιάτσος Γεώργιος, Νάκου Μαρία,
Πεταλά Άννα, Μουρούνογλου Μαρία, Χρηστοφορίδης Ηλίας,
Σερταρίδου Ελένη, Ιωάννης Πνευματικός

ΜΕΘ Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης

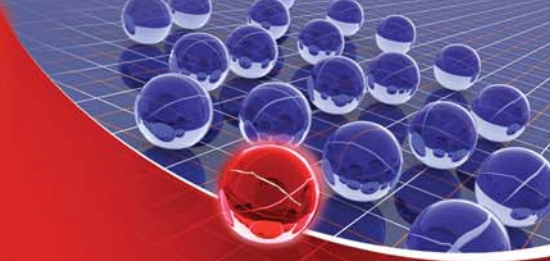
Σκοπός: Η καταγραφή των αιτιών της υπεργαλακταιμίας, της κάθαρσης της, και, η συσχέτισή τους με τη βαρύτητα και την πρόγνωση των βαρέως πασχόντων ασθενών στη μονάδα εντατικής θεραπείας.

Υλικό: Εξετάσθηκαν οι φάκελοι 83 ασθενών που εισήχθησαν στη ΜΕΘ από τις 1/9/2015 έως τις 31/12/2015

Μέθοδος: Αναδρομική μελέτη όπου εξετάσθηκαν οι φάκελοι 83 ασθενών που εισήχθησαν στη ΜΕΘ από τις 1/9/2015 έως τις 31/12/2015. Ανευρέθηκαν 32 ασθενείς που παρουσίασαν υπεργαλακταιμία είτε κατά την εισαγωγή τους είτε κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Ως υπεργαλακταιμία ορίσθηκε η τιμή των γαλακτικών στον ορό ≥ 5 mmol/L. Καταγράφηκαν οι αιτίες της υπεργαλακταιμίας και η κάθαρση των γαλακτικών (% μείωση τους τις πρώτες 12 ώρες από την εμφάνιση της υπεργαλακταιμίας). Υπολογίσθηκε επίσης η βαρύτητα των ασθενών με το APACHE II score και καταγράφηκε η θνητότητα.

Αποτελέσματα: Η κύρια αιτία υπεργαλακταιμίας ήταν η σοβαρή σήψη και το σηπτικό shock: 13 ασθενείς από τους 32 (41%) και ακολουθούσαν η αιμορραγική καταπληξία: 6 ασθενείς από τους 32 (19%) και η καρδιακή ανακοπή: 5 ασθενείς από τους 32 (16%). Η θνητότητα στο σύνολο των 83 ασθενών ήταν 39,7 % ενώ η θνητότητα στους ασθενείς με υπεργαλακταιμία ήταν 87,5%. Η θνητότητα των ασθενών με υπεργαλακταιμία είχε άμεση στατιστική συσχέτιση με την τιμή του APACHE II score: $18 \pm 4,1$ vs $32 \pm 9,2$ για αυτούς που επιβίωσαν έναντι αυτών που κατέληξαν, αντίστοιχα ($p = 0,0004$). Οι ασθενείς με υπεργαλακταιμία που επιβίωσαν είχαν στατιστικά σημαντικά μικρότερη μέση τιμή γαλακτικών $6 \pm 0,9$ mmol/L (εύρος 5,2 με 7,1) έναντι αυτών που δεν επιβίωσαν: $8,1 \pm 3,7$ mmol/L (εύρος: 5 με 17), ($p = 0,022$). Υπήρχε επίσης, στατιστικά σημαντική διαφορά στην clearance γαλακτικών στις 12 ώρες μεταξύ των ασθενών με υπεργαλακταιμία που επιβίωσαν και όσων δεν επιβίωσαν: $56,9 \pm 25,4$ vs $7,9 \pm 55,3$ αντίστοιχα ($p = 0,017$).

Συμπεράσματα: Η κυριότερη αιτία υπεργαλακταιμίας στη ΜΕΘ είναι η σοβαρή σήψη και το σηπτικό shock. Η θνητότητα από την υπεργαλακταιμία σχετίζεται ισχυρά με το APACHE II score. Η ταχεία κάθαρση (<12 ώρες) της υπεργαλακταιμίας σχετίζεται με καλύτερη πρόγνωση.



Η ΕΚΦΡΑΣΗ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΥΠΟΔΟΧΕΑ ΓΛΥΚΟΡΤΙΚΟΕΙΔΩΝ (hGR) ΕΙΝΑΙ ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΩΙΜΗ ΣΗΨΗ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΦΡΑΣΗ ΤΩΝ ΠΡΩΤΕΪΝΩΝ ΘΕΡΜΙΚΗΣ ΚΑΤΑΠΛΗΘΙΑΣ (HSP72, 90A), ΤΙΣ ΙΝΤΕΡΛΕΥΚΙΝΕΣ ΚΑΙ ΤΗ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ

Βάρδας Κ^{1,2}, Ηλία Σ.², Μπλιαράκη Α.Μ.², Σερτεδάκη Α.³, Χαρμανδάρη Ε.³,
Μπριασούλη Ε.⁵, Γούκος Δ.⁵, Ψαρρά Κ.⁶, Μποτούλα Ε.⁷, Τσαγκαράκης Σ.⁷,
Μάγειρα Ε.¹, Ρούτσον Χ.¹, Νανάς Σ.¹, Στρατάκης Κ.Α.⁴, Μπριασούλης Γ.²

1 ΕΚΠΑ, Α Κλινική Εντατικής Θεραπείας, ΓΝΑ ο «Ευαγγελισμός», Αθήνα.

2 Πανεπιστήμιο Κρήτης, ΜΕΘ Παιδών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο, Ηράκλειο.

3 ΕΚΠΑ, Τμήμα Ενδοκρινολογίας Μεταβολισμού

και Διαβητολογίας, Νοσοκομείο Παιδών "Η Αγία Σοφία", Αθήνα.

4 Section on Endocrinology and Genetics, Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development (NICHD), National Institutes of Health, Bethesda, MD 20892.

5 ΕΚΠΑ, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Λαϊκό Νοσοκομείο, Αθήνα

6 Τομέας Ανοσολογίας- Ιστοσυμβατότητας, ΓΝΑ ο «Ευαγγελισμός», Αθήνα

7 Τμήμα Ενδοκρινολογίας – Διαβητολογίας, ΓΝΑ ο «Ευαγγελισμός», Αθήνα

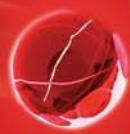
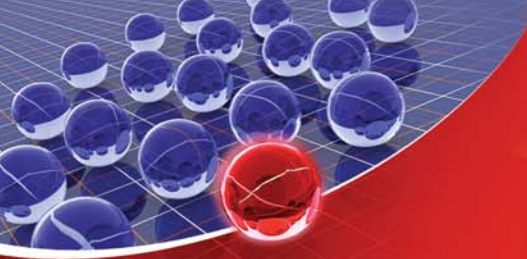
Σκοπός: Ο υποδοχέας γλυκοκορτικοειδών (GR) εκφράζεται υποχρεωτικά σε όλους τους κυτταρικούς πληθυσμούς. Η έλλειψή του από τους ιστούς μπορεί να οδηγήσει σε χαρακτηριστικά παθολογικούς φαινότυπους. Πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα παρέχουν ενδείξεις ότι η έκφραση του GR ελαττώνεται προοδευτικά σε πειραματικά μοντέλα σήψης, καθώς και ότι αυτή η διαδικασία οδηγεί σε μειωμένη ικανότητα της δεξαμεθαζόνης να μετακινείται προς τον πυρήνα του κυττάρου. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι ο υπολογισμός του αγγελιοφόρου RNA (mRNA) της ισομορφής α του ανθρώπινου υποδοχέα των γλυκοκορτικοειδών (hGRα) και της πρωτεϊνικής έκφρασης του hGR σε ασθενείς με πρώιμη σήψη (Σ), σε σχέση με ασθενείς με μη-λοιμώδεις σύνδρομο συστηματικής φλεγμονώδους απάντησης (SIRS) και υγιείς εθελοντές (Ε). Επίσης, η εκτίμηση των συσχετίσεων των hGRα και hGR με την κορτιζόλη, προλακτίνη, ACTH, ιντερλευκίνες, καθώς και τις ενδοκυττάρια και εξωκυττάρια πρωτεΐνες θερμικού σοκ (HSP) 72 και 90α.

Υλικό: Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε Πανεπιστημιακή Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και συμμετείχαν 48 ασθενείς με πρώιμης έναρξης (<48 ώρες) σήψη (Σ) και 40 πολυτραυματίες με πρώιμης έναρξης (<48 ώρες) SIRS. Η ομάδα ελέγχου περιελάμβανε 35 υγιείς εθελοντές (Ε).

Μέθοδος: Εγινε απομόνωση RNA από ολικό αίμα με TRI Reagent, παρασκευή συμπληρωματικού DNA από RNA, με τη μέθοδο της αντίστροφης μεταγραφής και κατόπιν χρήση αλυσιδωτής αντίδρασης πολυμεράσης πραγματικού χρόνου. Οι ενδοκυττάρια πρωτεΐνες hGR και HSPs στα μονοκύτταρα και ουδετερόφιλα υπολογίστηκαν με κυτταρομετρία ροής 4 χρωμάτων. Οι εξωκυττάρια HSPs και οι ιντερλευκίνες ορού υπολογίστηκαν με Elisa.

Αποτελέσματα: Η πρωτεΐνη του hGR βρέθηκε αυξημένη στην ομάδα Σ σε σχέση με τις ομάδες Ε και SIRS ($p<0,05$), ενώ το hGRα mRNA βρέθηκε αυξημένο στην ομάδα Σ σε σχέση με την ομάδα Ε ($p<0,05$). Από τους σπικτικούς ασθενείς, οι μη επιζήσαντες σε σχέση με τους επιζήσαντες είχαν υψηλότερα προγνωστικά σκορ APACHE-II και SAPS-III, επίπεδα πρωτεΐνης hGR και εξωκυττάριας HSP72 ($p<0,05$). Τα επίπεδα ορού των IL-6, IL-10 και HSP72 συσχετίστηκαν ανεξάρτητα με την πρωτεΐνη hGR ($p=0,03$). Ανεξάρτητη συσχέτιση παρατηρήθηκε επίσης μεταξύ του hGRα mRNA και των επιπέδων κορτιζόλης, προλακτίνης, IL-6 και IL-10 ($p<0,05$). Με τη θνητότητα, ανεξάρτητη θετική συσχέτιση παρουσίασε το hGRα mRNA, η προλακτίνη και η HSP72 ($p<0,05$).

Συμπεράσματα: Η πρώιμου σταδίου σήψη και η θνητότητα συνοδεύονται από αυξημένη γονιδιακή και πρωτεϊνική έκφραση του hGRα. Η έκφραση του hGRα, και η έκλυση της κορτιζόλης και προλακτίνης, σχετίζονται θετικά με τις HSP90α, HSP72, IL-6 και IL-10, σε μια πιθανή σχέση αλληλεπίδρασης ενδογενούς ανοσίας και φλεγμονώδους – ενδοκρινικής απόκρισης στην πρώιμη αυτή φάση του στρες.

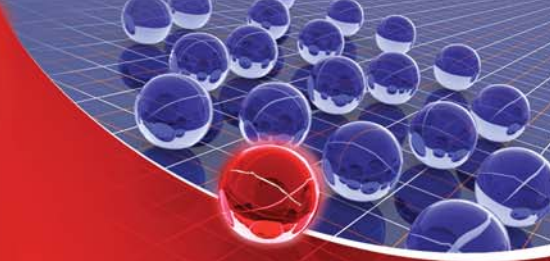


16^ο

Πανελλήνιο Συνέδριο
Εντατικής Θεραπείας

6

ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΙΑΤΡΙΚΗ, ΠΡΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ/ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ



ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗΣ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΦΛΕΒΙΚΟΥ ΚΑΘΕΤΗΡΑ ΥΠΟ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ ΥΠΕΡΗΧΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΒΑΡΙΑ ΘΡΟΜΒΟΠΕΝΙΑ.

Ιωάννης Σταΐκος¹, Παναγιώτης Παπαμιχάλης¹, Σπυρίδων Καραγιάννης¹,
Δημήτριος Παπαδόπουλος¹, Τηλέμαχος Ζαφειρίδης¹, Δημήτριος Μπαμπαλής¹, Γεώργιος
Παράφορος¹, Ιωάννα Βουλγαρίδου², Αποστολία - Λεμονιά Σκούρα³, Απόστολος Κομνός¹

(1) Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Γ.Ν.Λάρισας

(2) Εργαστήριο Μικροβιολογίας Γ.Ν.Λάρισας (3) Ιδιώτης Παθολόγος

Σκοπός: Να αναδειχθεί η ασφάλεια που παρέχει η καθοδήγηση υπερήχου στην τοποθέτηση κεντρικού φλεβικού καθετήρα ακόμα και σε ακραίες τιμές θρομβοπενίας.

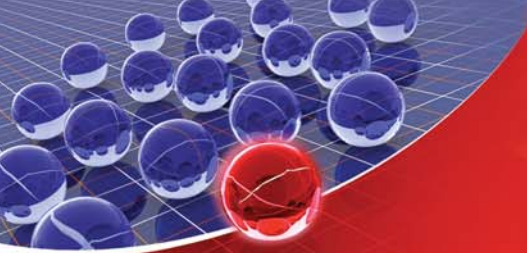
Υλικό: Ασθενής 53 ετών με ιστορικό οξείας προμυελοκυτταρικής λευχαιμίας και μεταμόσχευσης μυελού των οστών, με βαριά θρομβοπενία (2000/μL σε επίχρισμα περιφερικού αίματος) ως συνέπεια χημειοθεραπευτικού σχήματος.

Μέθοδος: Η ασθενής παρουσίασε ουδετεροπενικό πυρετό με πανκυτταροπενία και διεκομίσθη στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας με εικόνα σηπτικής καταπληξίας. Πληρούσε δύο κριτήρια δυσχερούς τοποθέτησης κεντρικού φλεβικού καθετήρα (1): α) πολλαπλές αποτυχημένες προσπάθειες σε αμφότερες τις έσω σφαγιτίδες φλέβες (στην κλινική που νοσπλευόταν) και β) βαριά θρομβοπενία. Η ασθενής έφερε ήδη κεντρικό φλεβικό καθετήρα στη δεξιά μριαία φλέβα η οποία θεωρήθηκε από τους θεράποντες σαν η πιθανή εστία της λοίμωξης αλλά λόγω της αδυναμίας τοποθέτησης νέου κεντρικού φλεβικού καθετήρα επιλέχθηκε η θεραπευτική τακτική του antibiotic lock. Το όριο για συμπληρωματική χορήγηση αιμοπεταλίων, προκειμένου να τοποθετηθεί κεντρικός φλεβικός καθετήρας με οδηγία ανατομικά στοιχεία στη διεθνή βιβλιογραφία διαφέρει από χώρα σε χώρα και κυμαίνεται από 10000/μL έως 50000/μL (2).

Αποτελέσματα: Η τοποθέτηση του κεντρικού φλεβικού καθετήρα με τη καθοδήγηση υπερήχου στη δεξιά έσω σφαγιτίδα φλέβα πραγματοποιήθηκε με απόλυτη επιτυχία με την πρώτη απόπειρα. Η διαδικασία ολοκληρώθηκε χωρίς επιπλοκές. Η ασθενής δεν υπεβλήθη σε μετάγγιση αιμοπεταλίων αποφεύγοντας πιθανές επιπλοκές της μετάγγισης [αλλεργικές αντιδράσεις, transfusion associated circulatory overload (TACO), transfusion related acute lung injury (TRALI)] ενώ δεν χάθηκε καθόλου χρόνος αναμένοντας την εύρεση και προετοιμασία των παραγώγων του αίματος. Ο παλιός κεντρικός φλεβικός καθετήρας που έφερε η ασθενής αφαιρέθηκε ταχέως και από το άκρο του και από το αίμα της ασθενούς απομονώθηκε *Klebsiella oxytoca* ενοχοποιώντας τον ως την εστία της λοίμωξης κι επιβεβαιώνοντας την θεραπευτική επιλογή της ταχείας αφαίρεσής του. Ο αριθμός των αιμοπεταλίων της ασθενούς ανήλθε άνω των 10000/μL μετά από 72 ώρες, χρόνος που πιθανά θα είχε αρνητικές συνέπειες για την ασθενή αν περιμέναμε για να αλλάξουμε τον καθετήρα.

Συμπεράσματα: Στη διεθνή βιβλιογραφία ορίζεται, έστω και με σημαντική διακύμανση (10000/μL - 50000/μL) και πάντως σε υψηλότερα επίπεδα από της ασθενούς μας (2000/μL), ο αριθμός για συμπληρωματική χορήγηση αιμοπεταλίων και τοποθέτηση κεντρικού φλεβικού καθετήρα χρησιμοποιώντας ως οδηγία σημεία ανατομικές δομές. Δεν υπάρχει αντίστοιχη βιβλιογραφία όσον αφορά τον αριθμό αιμοπεταλίων και τοποθέτηση κεντρικού φλεβικού καθετήρα υπό καθοδήγηση υπερήχου. Προτείνεται η περαιτέρω διενέργεια μελετών με μεγάλο αριθμό ασθενών ώστε να καθοριστεί το αντίστοιχο όριο και η όσο το δυνατόν πιο ευρεία χρήση υπερήχου για την ασφαλή τοποθέτηση κεντρικών φλεβικών καθετήρων.

(1) British Journal of Anaesthesia 82 (6): 822-6 (1999) (2) Cochrane Database Syst Rev. ; 12: CD011771. doi:10.1002/14651858.CD011771.pub2.



ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟΥ ΜΗΧΑΝΙΚΟΥ ΑΕΡΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΚΑΙ ΠΡΩΙΜΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Δ. Οικονομίδης, Ε. Παράσχου, Σ. Νικολιδάκης, Ε.Κ. Μανδραγός,
Μ.Δ. Παράσχος, Κ.Ε. Μανδραγός

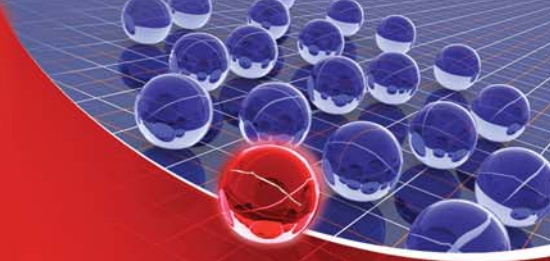
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Κοργιαλένιο - Μπενάκειο» ΕΕΣ., Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

Σκοπός: Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας (2016), η χρήση μη επεμβατικού μηχανικού αερισμού (ΜΕΜΑ) αποτελεί θεραπευτικό χειρισμό πρώτης γραμμής στην αντιμετώπιση της οξείας καρδιακής ανεπάρκειας (βαθμός σύστασης Ια). Η μέθοδος πρέπει να εφαρμόζεται το ταχύτερο δυνατόν ώστε να προλαμβάνονται οι επιπλοκές της οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας, η ανάγκη για επεμβατικό μηχανικό αερισμό και πιθανότητα να βελτιώνεται η τελική έκβαση. Σκοπός: Καταγραφή εφαρμογής και αποτελεσματικότητας του ΜΕΜΑ στην προνοσοκομειακή και άμεση νοσοκομειακή αντιμετώπιση των ασθενών με οξεία καρδιακή ανεπάρκεια που αντιμετωπίζονται στα εξωτερικά ιατρεία επειγόντων περιστατικών νοσοκομείου τριτοβάθμιας περίθαλψης.

Υλικό-Μέθοδος: Κατά τη χρονική περίοδο 2 ετών (7ος/2014- 7ος/2016) καταγράφηκαν τα στοιχεία ασθενών που διακομίσθηκαν στο ΤΕΠ (καρδιολογικό ιατρείο) του νοσοκομείου με εικόνα οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας. Η διάγνωση του οξέος πνευμονικού οιδήματος (ΟΠΟ) τέθηκε από το ιστορικό, την κλινική και ακτινολογική εικόνα και τις αυξημένες τιμές νατριοδιουρητικού πεπτιδίου (BNP > 400pg/ml). Όλοι οι ασθενείς έλαβαν τη συνήθη κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή ως επί ΟΠΟ (διουρητικά, αγγειοδιασταλτικά).

Αποτελέσματα: Στα 2 έτη παρακολούθησης καταγράφηκαν 336 περιπτώσεις ασθενών με εικόνα ΟΠΟ. Μόνο 5 ασθενείς διακομίσθηκαν φέροντες συσκευή ΜΕΜΑ. Κανένα ασθενοφόρο του ΕΚΑΒ δεν είχε εξοπλισμό εφαρμογής ΜΕΜΑ. 25 ασθενείς έλαβαν υποστήριξη ΜΕΜΑ στο ΤΕΠ. Το ΟΠΟ οφειλόταν σε οξύ στεφανιαίο σύνδρομο σε 8 ασθενείς (32%), σε υπερτασική κρίση σε 10 ασθενείς (40%), σε αρρυθμία σε 5 ασθενείς (20%) και σε λοίμωξη αναπνευστικού σε έδαφος χρόνιας καρδιακής ανεπάρκειας σε 2 ασθενείς (8%). 2 ασθενείς (8%) δεν συνεργάστηκαν με την εφαρμογή ΜΕΜΑ. Σε 8 ασθενείς (32%) έγινε διακοπή της τεχνικής λόγω των συνθηκών νοσηλείας στον χώρο των ΤΕΠ ή/και ελλιπούς εκπαίδευσης του προσωπικού. Σε 15/ 25 ασθενείς (60%) η υποστήριξη με ΜΕΜΑ διήρκεσε λιγότερο από 24 ώρες και με καλή έκβαση. 6/25 ασθενείς (24%) χρειάστηκε να διασωληνωθούν στοματοτραχειακά (1ασθ. από την ομάδα που δεν ανέχτηκε τον ΜΕΜΑ και 3 ασθ. από αυτούς στους οποίους διεκόπη προσωρινά). Στην ομάδα αυτή 2 ασθενείς αποσωληνώθηκαν τις επόμενες 48 ώρες, ενώ 2 απεβίωσαν.

Συμπεράσματα: Η άμεση εφαρμογή ΜΕΜΑ επί οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας σε έδαφος ΟΠΟ βοηθά στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του σοβαρού ΟΠΟ και μειώνει την πιθανότητα διασωλήνωσης και επεμβατικού μηχανικού αερισμού. Η έλλειψη εξοπλισμού, χώρου βραχείας νοσηλείας και εκπαιδευμένου προσωπικού στο ΤΕΠ καθυστερούν, δυσχεραίνουν ή και στερούν την εφαρμογή της τεχνικής. Παρά τις υπάρχουσες διεθνείς οδηγίες, η χρήση ΜΕΜΑ στην προνοσοκομειακή αντιμετώπιση της οξείας καρδιακής ανεπάρκειας συνεχίζει να είναι ανύπαρκτη, ενώ η εφαρμογή της στο ΤΕΠ είναι περιορισμένη.



ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΠΕΙΓΟΥΣΩΝ ΚΛΗΣΕΩΝ ΠΡΟΣ ΤΗ ΜΕΘ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ 15 ΜΗΝΩΝ. ΠΡΟΔΡΟΜΗ ΜΕΛΕΤΗ.

Γ. Μήτος, Γ. Θωμά, Σ. Πατσατζάκης, Ζ. Ανδόνη,
Κ. Φωτιάδης, Α. Ευθυμίου, Ι. Σουλτάτη, Ε. Γκέκα

*Κλινική Αναισθησιολογίας και Εντατικής Θεραπείας
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκη*

Σκοπός: είναι η επιδημιολογική μελέτη του χαρακτήρα των κλήσεων, της συχνότητας ανάγκης παρέμβασης από τον εντατικολόγο, της εισαγωγής στη ΜΕΘ, της άμεσης έκβασης με τη συμμετοχή του εντατικολόγου και η καταγραφή διαφορών στην κλινική προσέγγιση και εκτίμηση βαρέως πάσχόντων μεταξύ ιατρών ΜΕΘ και καλούντων ιατρών.

Υλικό και μέθοδος: πρόκειται για μία πρόδρομη μελέτη καταγραφής επειγουσών κλήσεων για το χρονικό διάστημα από 01/06/2015 μέχρι 31/08/2016. Καταγράφηκαν: η κλινική που έκανε την κλήση, η ιδιότητα του καλούντος και του ανταποκρινόμενου στην κλήση, η αιτία της κλήσης, η γνώση του ιστορικού από τον καλούντα, το είδος της παρέμβασης και η διάρκειά της, η άμεση έκβαση του ασθενή, η άποψη των καλούντων και των ιατρών ΜΕΘ περί της ενδεικνυόμενης φροντίδας.

Αποτελέσματα: Από τη μελέτη προέκυψε πως οι περισσότερες επείγουσες κλήσεις έγιναν από την παθολογική κλινική (43%), με συχνότερη αιτία την οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια (56%). Ο καλών ήταν συχνότερα ειδικευόμενος ιατρός (90%) και ο ανταποκρινόμενος στην κλήση ήταν εξειδικευόμενος ιατρός (98%). Παρέμβαση από τον εντατικολόγο πραγματοποιήθηκε στο μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (93%) και η άμεση έκβαση τους ήταν συνήθως η βελτίωση της κλινικής τους κατάστασης. Από το σύνολο των 93 κλήσεων, 52 ασθενείς ήταν βαρέως πάσχοντες, τους οποίους οι θεράποντες ιατροί ήθελαν να διακομίσουν στη ΜΕΘ. Από αυτούς εισήλθαν τελικά οι 21.

Συμπεράσματα: 1) Από σύνολο 93 κλήσεων, μόνο ένα μικρό ποσοστό ήταν βαρέως πάσχοντες, που θα ωφελούνταν από την εισαγωγή στη ΜΕΘ. 2) Η άποψη θεραπόντων ιατρών και εντατικολόγων περί κλιμάκωσης της φροντίδας και εισαγωγής στη ΜΕΘ διέφερε σε υψηλό ποσοστό (37%). 3) Από τα περιστατικά όπου υπήρξε διχογνωμία, με τους θεράποντες να αιτούνται την εισαγωγή στη ΜΕΘ και τους εντατικολόγους να μη συμφωνούν, υπερίσχυσε η γνώμη των εντατικολόγων (72%). Όπως αποδεικνύεται από την παρούσα μελέτη, ο εντατικολόγος απασχολείται για αρκετό χρονικό διάστημα εκτός ΜΕΘ για θέματα ήσσονος σημασίας. Η απόφαση εισαγωγής στη ΜΕΘ πολλές φορές είναι δύσκολη και εξαρτάται εκτός από τα αντικειμενικά-ιατρικά κριτήρια, από λόγους κοινωνικούς, νομικούς και από τη σύμπτωση μεταξύ θεραπόντων και εντατικολόγων.

Βιβλιογραφία:

1. Attitudes and barriers to a medical emergency team system at a tertiary paediatric hospital. Azzopardi P, Kinney S, Moulden A, Tibballs J Resuscitation. 2011;82(2):167-174.
2. Medical Emergency Team syndromes and an approach to their management. Daryl Jones, Graeme Duke, John Green, Juris Briedis, Rinaldo Bellomo Email author, Andrew Casamento, Andrea Kattula and Margaret Way Critical Care, 2006.
3. Time and outcome of rapid response calls and unscheduled transfers to PICU in a pediatric hospital. Humphreys, Stacey, Totapally, Balagangadhar, Critical Care Medicine. December 2013-Vol 41-Issue 12-626.
4. The role of the medical emergency team in end-of-life care: a multicenter, prospective, observational study, Jones DA1, Bagshaw SM, Barrett J, Bellomo R, Bhatia G, Bucknall TK, Casamento AJ, Duke GJ, Gibney N, Hart GK, Hillman KM, Jäderling G, Parmar A, Parr MJ. Crit Care Med. 2012 Jan;40(1):98-103.

ΑΙΤΙΕΣ ΕΙΣΟΔΟΥ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΕΙΣΗΧΘΗΣΑΝ ΣΤΗ ΜΕΘ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΝΑΚΟΠΗ

Ι. Ανδριανόπουλος, Α. Κητας, Γ. Παπαθανακος,
Α. Γιαμαρέλου, Γ. Νάκος, Β. Κουλούρας

ΜΕΘ ΠΓΝ Ιωαννίνων

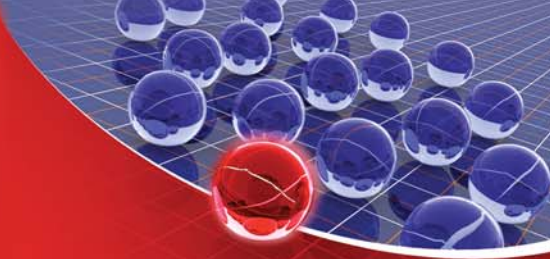
Σκοπός: Η επιδημιολογική ανάλυση των χαρακτηριστικών των ασθενών που εισήχθησαν στην ΜΕΘ μετά από καρδιακή ανακοπή και επιτυχή ανάταξη.

Υλικό: Το υλικό της μελέτης ήταν ασθενείς που εισήχθησαν και νοσηλεύθηκαν στη γενική ΜΕΘ του νοσοκομείου μας μετά από αναταχθείσα καρδιακή ανακοπή. Δεν συμπεριλήφθησαν οι ασθενείς που εμφάνισαν ανακοπή και νοσηλεύτηκαν στη καρδιολογική μονάδα του νοσοκομείου μας.

Μέθοδος: Αναζητήθηκαν αναδρομικά οι ασθενείς που εισήχθησαν στην ΜΕΘ με ανακοπή και πληρούσαν τα παραπάνω κριτήρια. Σε όλους τους ασθενείς καταγράφηκαν τα δημογραφικά στοιχεία (φύλο ηλικία) ο χώρος που συνέβη η ανακοπή (εξωνοσοκομειακή, ενδονοσοκομειακή), η πιθανή αιτία της ανακοπής, οι συνοσπρόπτες, οι ημέρες νοσηλείας και μηχανικής αναπνοής, η έκβαση (θάνατος, επιβίωση) και η νευρολογική έκβαση.

Αποτελέσματα: Ανευρέθηκαν 39 (31 άνδρες, 8 γυναίκες) με αναταχθείσα ανακοπή μέσης ηλικίας 66 ετών (15-91 έτη). Οι 22/39 (56%) ασθενείς εκδήλωσαν την ανακοπή ενδονοσοκομειακά (σε αυτές περιλαμβάνονται και 5 ανακοπές που συνέβησαν στο τμήμα επειγόντων περιστατικών) και οι υπόλοιποι (17/39) εξωνοσοκομειακά. Η αιτία της ανακοπής αποδόθηκε σε σαφές αίτιο στην πλειονότητα των περιστατικών (33/39). Τα αίτια αυτά περιλάμβαναν: οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (3 ασθενείς), αρρυθμίες (2 ασθενείς), οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια (7 ασθενείς) πνιγμονή στο φαγητό ή εισρόφηση (3 ασθενείς), χειρουργικά αίτια (6 ασθενείς), τραύμα (2 ασθενείς), αναφυλακτικές αντιδράσεις (2 ασθενείς), νευρολογικά αίτια (3 ασθενείς), σπικτική καταπληξία (4 ασθενείς), και οξεία νεφρική ανεπάρκεια (1 ασθενής). Για τους ασθενείς αυτούς τόσο η διάρκεια νοσηλείας όσο και η διάρκεια της εφαρμογής μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής εμφάνισαν μεγάλη διακύμανση και ήταν 1 - 170 μέρες και 0 - 170 μέρες αντίστοιχα. Η συνολική επιβίωση ήταν 41% (16/39 ασθενείς) ενώ από τους 5 ασθενείς που υπέστησαν ανακοπή στα ΤΕΠ επιβίωσαν οι 3. Από τους 16 ασθενείς που επέζησαν οι 5 εξήλθαν της ΜΕΘ με τραχειοστομία ενώ οι 2 είχαν ανάγκη υποστήριξης με μηχανικό αερισμό (home ventilator), βρισκόταν σε κωματώδη κατάσταση και σιτίζονταν με γαστροστομία. Οι υπόλοιποι ασθενείς που επιβίωσαν είχαν κατά την έξοδό τους από το νοσοκομείο ήπια υποξαιμική εγκεφαλοπάθεια με καλό επίπεδο συνείδησης (όλοι GCS >9), αυτόματη αναπνοή και σιτίζονταν από το στόμα. Όσον αφορά την επιβίωση ανάλογα με τις αιτίες της ανακοπής προκύπτει ότι: και οι 5 ασθενείς που εισήχθησαν στη ΜΕΘ με ισχαιμικό ή αρρυθμολογικό καρδιακό αίτιο ως αιτία της ανακοπής επιβίωσαν, ενώ αντίθετα οι 2/3 ασθενείς με νευρολογική υποκείμενη αιτία (αιμορραγικά ΑΕΕ, status epilepticus) απεβίωσαν, ενώ ο τρίτος εξήλθε υπό μηχανική υποστήριξη σε κώμα. Τη ίδια κακή έκβαση είχαν και οι δύο ασθενείς με πνιγμονή από τροφή αφού απεβίωσαν κατά τη νοσηλεία τους. Αντίθετα τόσο οι ασθενείς με υποκείμενο αίτιο την αναφυλαξία αλλά και την οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια είχαν καλή έκβαση αφού η πλειονότητα αυτών επέζησε και εξήλθαν από το νοσοκομείο χωρίς σοβαρά νευρολογικά ελλείμματα.

Συμπεράσματα: Η μέση επιβίωση των ασθενών που εισήχθησαν στη ΜΕΘ μετά από αναταχθείσα ενδο-εξωνοσοκομειακή ανακοπή ήταν 41%. Οι 3/5 ασθενείς που υπέστησαν ανακοπή στα ΤΕΠ και ανετάχθησαν, επιβίωσαν και εξήλθαν του νοσοκομείου χωρίς σημαντική αναπηρία. Τέλος, όπως ήταν αναμενόμενο η επιβίωση στους ασθενείς με αναταχθείσα ανακοπή φαίνεται ότι επηρεάζεται από το υποκείμενο αίτιο της ανακοπής και την αναστρεψιμότητά του και από τις υποκείμενες συνοσπρόπτες του ασθενούς. Μεγαλύτερος αριθμός ασθενών θα μας οδηγήσει σε ασφαλέστερα συμπεράσματα.



ΠΟΛΛΑΠΛΑ ΣΗΠΤΙΚΑ ΕΜΒΟΛΑ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΚΑΙ ΠΟΛΥΟΡΓΑΝΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ ΑΠΟ STAPHYLOCOCCUS AUREUS MSSA

Α. Τίνα, Μ. Παναγάκη, Σ. Παπακωστόπουλος, Ν. Παντέλας, Α. Χατζηδάκης, Α. Τσατσαράγκου,
Α. Παλαιολόγου, Α. Παρασκευοπούλου, Α. Σπυροπούλου, Μ. Γκιγιώμ - Βασιλάκη

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης "Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ"

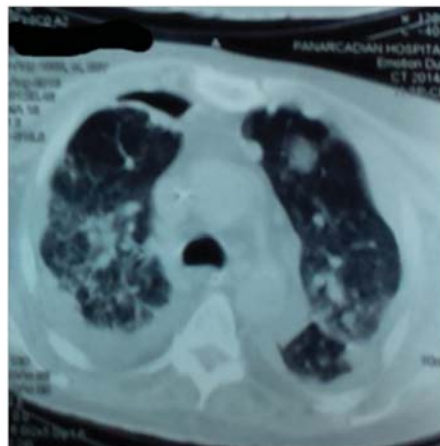
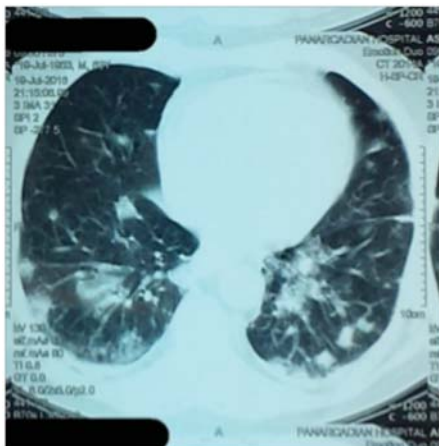
Σκοπός: της εργασίας είναι η παρουσίαση ασθενούς, χωρίς ιστορικό ανοσοκαταστολής, που εμφάνισε πολλαπλά αποστήματα πνεύμονος και πολυοργανική ανεπάρκεια συνεπεία σηπτικής αρθρίτιδος από Staphylococcus Aureus.

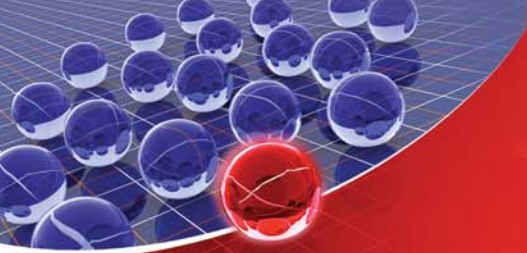
Υλικό: Ασθενής άνδρας 63 ετών, χωρίς ιστορικό ανοσοκαταστολής εισήχθη στην ΜΕΘ με εικόνα σηπτικής καταπληξίας και πολυοργανικής ανεπάρκειας σε έδαφος αρθρίτιδας αριστερού γόνατος.

Μέθοδος: Ο ασθενής παρουσίασε τρεις ημέρες προ της εισαγωγής του άλγος στην αριστερή κατά γόνατο άρθρωση και στη συνέχεια οίδημα αριστερού μηρού και έλαβε αγωγή με αντιφλεγμονώδη. Τα συμπτώματα δεν υποχώρησαν και συνοδεύτηκαν με πυρετό έως 40°C, δύσπνοια με οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια και βήχα παραγωγικό με πυώδη απόχρεψη.

Αποτελέσματα: Ο έλεγχος με CT θώρακος ανέδειξε πολλαπλά αμφοτερόπλευρα οζίδια και κυψελιδικές διηθήσεις του πνευμονικού παρεγχύματος με κατανομή κυρίως στην περιφέρεια. Ο ασθενής ετέθη σε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής, ινóτροπα και σε συνεχή αιμοδιαδιήθηση λόγω οξείας νεφρικής ανεπάρκειας. Το υλικό από την παρακέντηση στην αριστερή κατά γόνατο άρθρωση ανέδειξε Staphylococcus Aureus MSSA. Η ακτινολογική εικόνα παρουσίασε στη συνέχεια επιδείνωση με αποστηματοποίηση των οζιδίων του πνεύμονα και πνευμοθώρακα δεξιά. Μεταξύ άλλων επιπλοκών παρουσίασε υποδόριο εμφύσημα και στην προσπάθεια τοποθέτησης bullau αριστερά έγινε τρώση πνευμονικού παρεγχύματος και υπεβλήθη σε θωρακοχειρουργική επέμβαση. Ακολούθησε σταθεροποίηση και βελτίωση του ασθενούς ο οποίος εξήλθε με τραχειοστομία και σε αυτόματη αναπνοή και καλή κατάσταση σαράντα ημέρες μετά την είσοδό του στην ΜΕΘ.

Συμπεράσματα: Το περιστατικό αυτό αναδεικνύει την πιθανότητα εμφάνισης βαρύτατης συστηματικής λοίμωξης από Staphylococcus aureus, με εικόνα πυώδους αρθρίτιδας, σηπτικών εμβόλων στον πνεύμονα, καταπληξίας και πολυοργανικής ανεπάρκειας σε μη ανοσοκατεσταλμένο ενήλικα. Η πύλη εισόδου δεν βρέθηκε.





ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΑΙΡΗΣ ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΜΟΝΙΜΟΥ ΑΕΡΑΓΩΓΟΥ ΣΤΑ ΤΕΠ ΕΝΟΣ ΕΠΑΡΧΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Χρήστος Νίχλος, Ιωάννης Μιχάλης, Σπυριδούλα Ζαργάνη,
Βαΐα Μπουργανού, Φανή Τσάφκα-Τσότσου

Γ.Ν. Αμφισσας

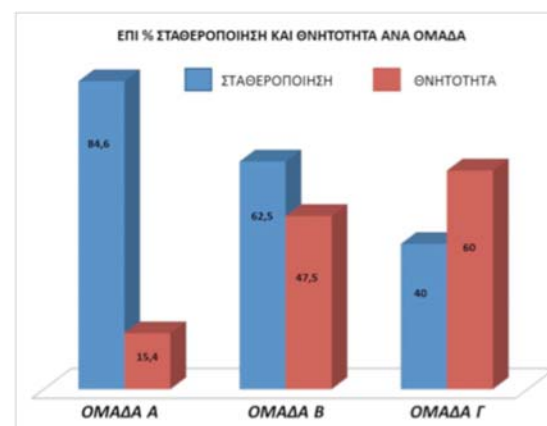
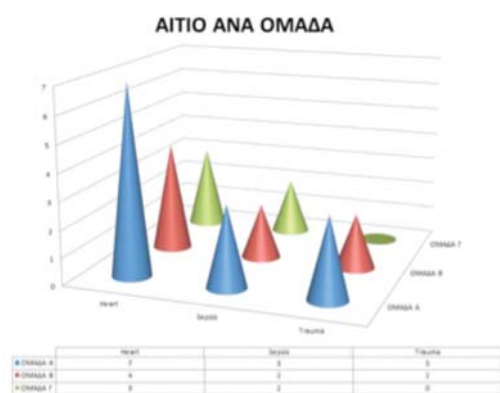
Σκοπός: Η διαδικασία διασωλήνωσης του ασθενούς αποτελεί ένα από τα ακρογωνιαία σημεία της επείγουσας και εντατικής ιατρικής. Με αυτή την εργασία θέλουμε να δείξουμε την σημασία της έγκαιρης διασωλήνωσης στα ΤΕΠ ενός επαρχιακού νοσοκομείου από τα χέρια εκπαιδευμένου προσωπικού, όχι απαραίτητα αναισθησιολόγων.

Υλικό: Μια ομάδα 26 ασθενών (17 άνδρες, 9 γυναίκες) που προσήλθε στα ΤΕΠ του Γ.Ν. Αμφισσας κατά το διάστημα 01/09/2014 έως 01/09/2016 με άμεση ανάγκη εξασφάλισης βατότητας του αεραγωγού τους. Όλοι οι ασθενείς είχαν GCS 3-5, βρισκονταν σε κατάσταση σοκ και είχαν ανάγκη αναζωογόνησης, χορήγησης υγρών και αγγειοσυσπαστικών/ινότροπων παραγόντων καθώς και υποβοήθηση του αναπνευστικού με μάσκα Abu. Η αιτία του σοκ ήταν καρδιογενής, σηπτική είτε αιμορραγική/νευρογενής (κατόπιν τροχαίου ατυχήματος).

Μέθοδος: Χωρίσαμε τους ασθενείς σε τρεις ομάδες: σε όσους η διασωλήνωση επιτεύχθηκε σε ~15 λεπτά από την άφιξη τους (ομάδα Α, 13 ασθενείς), σε αυτούς που διασωληνώθηκαν σε 30-45 λεπτά από την άφιξη (ομάδα Β, 8 ασθενείς) και σε αυτούς, στους οποίους τέθηκε λαρυγγική μάσκα λόγω ελλείψεως εκπαιδευμένου προσωπικού (ομάδα Γ, 5 ασθενείς). Στη συνέχεια συγκρίναμε τα ποσοστά θνητότητας στα Τ.Ε.Π. μεταξύ των διαφόρων ομάδων, καθώς και τα ποσοστά σταθεροποίησης και διακομίδας των ασθενών σε μεγαλύτερο δευτεροβάθμιο ή τριτοβάθμιο νοσοκομείο.

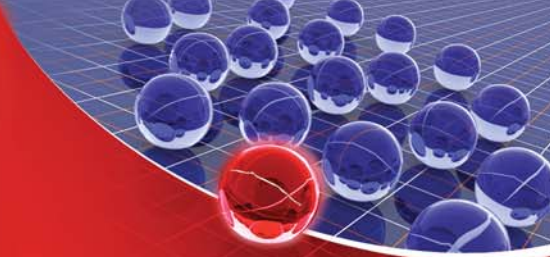
Αποτελέσματα: Από την ομάδα Α το 84,6% (11 ασθενείς) κατάφερε να διακομιστεί για περαιτέρω διαγνωστικά και θεραπευτικά μέτρα, ενώ το 15,4% (2 ασθενείς) των ασθενών κατέληξε στα Τ.Ε.Π. Από την ομάδα Β διακομίστηκε το 62,5% (5 ασθενείς) και κατέληξε το 47,5% (3 ασθενείς), ενώ από την ομάδα Γ διακομίστηκε το 40%(2) και το 60% των ασθενών κατέληξε στα Τ.Ε.Π. (3 ασθενείς).

Συμπεράσματα: Από αυτά τα στοιχεία γίνεται φανερό ότι η έγκαιρη, συντονισμένη, βάσει πρωτόκολλου και από σωστά εκπαιδευμένη ομάδα διασωλήνωση στα Τ.Ε.Π. μπορεί να βοηθήσει πολύ στη μείωση της θνητότητας των κρίσιμα πασχόντων, τουλάχιστον κατά τις πρώτες ώρες μέχρι τη σταθεροποίηση τους και έπειτα.



16^ο

Πανελλήνιο Συνέδριο
Εντατικής Θεραπείας



7

**ΗΘΙΚΑ, ΝΟΜΙΚΑ, ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ
ΚΑΙ ΑΛΛΑ ΘΕΜΑΤΑ ΣΤΗ ΜΕΘ**

ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ ΣΥΓΓΕΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΗΣ ΜΕΘ

Α. Χαλκιαδάκη, Μ. Λασιθιωτάκη, Θ. Στογιάννη, Μ. Τσουκάκης,
Χ. Τζανιδάκης, Ε. Θεοδωράκη, Χ. Μασούντ

ΜΕΘ Νοσοκομείου Αγίου Νικολάου

Σκοπός: Οι ασθενείς που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ αποτελούν ιδιαίτερο κομμάτι κάθε νοσοκομείου όχι μόνο ιατρικά και νοσηλευτικά, αλλά και στην επικοινωνία και ενημέρωση του συγγενικού περιβάλλοντος. Παράλληλα οι συναισθηματικές και πρακτικές ανάγκες των συγγενών του βαρέως πάσχοντος είναι διαφορετικές και απαιτούν άμεση αντιμετώπιση, σε σχέση με τους νοσηλευόμενους σε κλινικές.

Υλικό: Οι συγγενείς των ασθενών της ΜΕΘ του δευτεροβάθμιου νοσοκομείου του ΓΝΑΝ, μονάδα επιπέδου ΙΙ με έξι κλίνες, που νοσηλεύτηκαν από 10/02/16 έως 18/08/16.

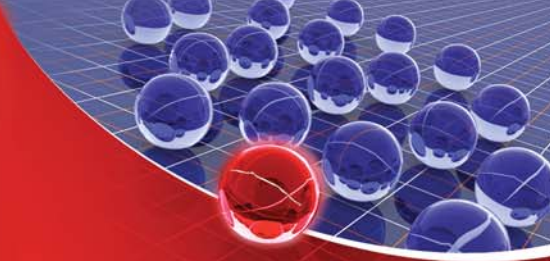
Μέθοδος: Το ερωτηματολόγιο JOHNSON-14 τροποποιημένο διανεμήθηκε στους συνοδούς των ασθενών της ΜΕΘ την 7η μέρα νοσηλείας ή την ημέρα εξόδου, αν οι μέρες νοσηλείας ήταν λιγότερες από επτά. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν προαιρετική και ανώνυμη. Αναλύθηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών και των συγγενών τους. Εκτιμήθηκε η ικανοποίηση των συγγενών για την παροχή υγείας και ενημέρωσης. Μέγιστη: 14-Ελάχιστη: 0. Αναζητήθηκε πιθανή συσχέτιση του βαθμού ικανοποίησης με παράγοντες όπως το φύλο και η εκπαίδευση χρησιμοποιώντας το Mann-Whitney test.

Αποτελέσματα: Το συγκεκριμένο διάστημα νοσηλεύτηκαν 86 ασθενείς, 54 άνδρες και 32 γυναίκες. Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 8,18 μέρες \pm 8,6, η μέση ηλικία 66,66 έτη \pm 17,19 και το APACHE εισαγωγής 22,23 \pm 8,89. Συμπληρώθηκαν πλήρως 40 ερωτηματολόγια. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων που συμμετείχαν φαίνονται στον πίνακα Ι. Το επίπεδο ικανοποίησης ήταν κατά μέσο όρο 12,35. Η ικανοποίηση των συγγενών ήταν απόλυτη (100%) στις ερωτήσεις που αφορούσαν την φροντίδα των ασθενών και την ενημέρωση των συγγενών, ενώ περιορίστηκε στο 57% των ερωτηθέντων όταν η ενημέρωση αφορούσε τον τεχνολογικό εξοπλισμό. 34% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι υπάρχουν πράγματα στη φροντίδα των ασθενών που μπορούν να βελτιωθούν. 28,5% του συγγενικού περιβάλλοντος αισθάνθηκε ότι το προσωπικό της ΜΕΘ δεν ενδιαφέρθηκε ιδιαίτερα για τις πιθανές ανάγκες του. Το επίπεδο ικανοποίησης ήταν 13/14 για τους άνδρες και 12/14 για τις γυναίκες p-value 0.0261. Οι ερωτηθέντες πανεπιστημιακής ή τεχνολογικής εκπαίδευσης παρουσίασαν 12,5/14 επίπεδο ικανοποίησης ενώ εκείνοι με μέση εκπαίδευση και κάτω 13/14 p-value 0.262

Συμπεράσματα: Η αξιολόγηση των παροχών του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού της ΜΕΘ του νοσοκομείου μας ήταν απόλυτα θετική για όλο σχεδόν το εύρος των ερωτήσεων, με εξαίρεση τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό. Είναι σημαντικό το ποσοστό που πιστεύει ότι υπάρχει περιθώριο βελτίωσης σε θέματα φροντίδας του ασθενούς καθώς και το ποσοστό των συνοδών που έχουν ανάγκη περισσότερης υποστήριξης. Η στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δυο φύλα για την ενημέρωση είναι ενδιαφέρουσα και η διαφορά ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΕΣ		ΓΥΝΑΙΚΕΣ		
	20		15		
ΗΛΙΚΙΑ	<40	>40 κ <60	>60		
	11	17	7		
ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	ΔΕΝ ΕΧΩ ΤΕΛΕΙΩΣΕΙ ΛΥΚΕΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΑΝΩΤΕΡΗ ΣΧΟΛΗ	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ	
	8	7	7	13	
ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ	ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ	3 ΦΟΡΕΣ/ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	1 ΦΟΡΑ/ ΕΒΔΟΜΑΔΑ		
	26	5	4		
ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΑΣ	ΓΟΝΙΟΣ	ΣΥΖΥΓΟΣ	ΠΑΙΔΙ	ΑΔΕΡΦΟΣ	ΑΛΛΟ
	10	6	13	2	4



Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΩΝ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΗΣ ΜΕΘ ΣΤΙΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ «ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ».

Νταντανά Ασημένια, Ματάμης Δημήτριος, Σαββίδου Σαββούλα,
Γιαννάκου Μαρία, Γκούβα Μαίρη, Νάκος Γεώργιος, Κουλούρας Βασίλειος.

ΓΝΘ "Παπαγεωργίου", ΑΧΕΠΑ ΓΝΘ, ΤΕΙ Ηπείρου, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Σκοπός: Είναι γνωστό ότι οι επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται στις αποφάσεις για το τέλος της ζωής επηρεάζονται από επιμέρους πολιτισμικά, γεωγραφικά, θρησκευτικά και προσωπικά χαρακτηριστικά. Σκοπός αυτής της εργασίας ήταν να μελετήσει πιθανές αλληλεπιδράσεις της προσωπικότητας και των θρησκευτικών πεποιθήσεων με τη στάση απέναντι στο τέλος της ζωής.

Υλικό: Συνολικά 149 ιατροί και 320 νοσηλευτές από 18 ελληνικές ΜΕΘ συμμετείχαν στη μελέτη.

Μέθοδος: Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν 3 διαφορετικά γνωστά ερωτηματολόγια: 1) Ερωτηματολόγιο για τη στάση τους απέναντι στο τέλος της ζωής, 2) Ερωτηματολόγιο προσωπικότητας (Eysenck Personality Questionnaire, EPQ) και 3) Ερωτηματολόγιο Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (Spiritual and Religious Attitudes Questionnaire, SpREUK).

Αποτελέσματα: ΤΤα ποσοστά συμμετοχής στη μελέτη ήταν υψηλά (65,7%). Μόνο 84 συμμετέχοντες προτίμησαν τον όρο «παθητική ευθανασία» έναντι της «άρνησης για μάταιη συνέχιση της φροντίδας» προκειμένου να χαρακτηρίσουν τις αποφάσεις για το τέλος της ζωής (7,6% των ιατρών και 23,3% των νοσηλευτών, $p < 0,001$). Περίπου οι μισοί συμμετέχοντες ($n=289$) δήλωσαν ότι η διακοπή του μηχανικού αερισμού αντιπροσωπεύει μία διαφορετική προσέγγιση για το τέλος της ζωής εξαιτίας της αναλογίας ανάσα=ζωή (51,4% των ιατρών έναντι 75,8% των νοσηλευτών, $p < 0,001$). Τέλος, 71 συμμετέχοντες (κυρίως ιατροί) αναγνώρισαν το φόβο των νομικών κυρώσεων ως την κύρια αιτία για την απόκρυψη της απόσυρσης θεραπείας στο τέλος της ζωής από την οικογένεια του ασθενή. Περαιτέρω στατιστική ανάλυση κατέδειξε ότι η παθητική ευθανασία ήταν ένας όρος που χρησιμοποιείται από άτομα με υψηλά σκορ νευρωτισμού (Odds ratio 1.6, 95%CI 1.1-2.7, $p=0.048$), ο φόβος των νομικών κυρώσεων υπάρχει σε άτομα με υψηλά σκορ ψυχωτισμού (Odds ratio 2.4, 95%CI 1.3-4.8, $p=0.009$), ενώ η αρνητική στάση απέναντι στην τελική αποσωλήνωση συσχετίζεται με υψηλά σκορ πίστης σε μία ανώτερη δύναμη (Odds ratio 1.7, 95%CI 1.1-2.5, $p=0.010$).

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν ότι η στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι σε σημαντικά ερωτήματα για το τέλος της ζωής επηρεάζεται με χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (νευρωτισμός, ψυχωτισμός) αλλά και των θρησκευτικών τους πεποιθήσεων.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΑΠΟΦΑΣΗ ΓΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΜΕΘ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΟΝΤΑΙ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΘΑΛΑΜΟ

Παπαγιαννοπούλου Αικατερίνη¹, Κατσούλας Θεόδωρος²,
Φιλντίσης Γεώργιος², Μυριανθείς Παύλος²

1. ΓΟΝΚ "Αγ. Ανάργυροι"

2. Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ, ΓΟΝΚ "Αγ. Ανάργυροι"

Σκοπός: Η μελέτη των παραγόντων που επηρεάζουν την απόφαση για εισαγωγή και αντιμετώπιση στη ΜΕΘ ασθενών σε βαριά κλινική κατάσταση που νοσηλεύονται σε θάλαμο χειρουργικής ή παθολογικής κλινικής.

Υλικό: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 115 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε χειρουργικές και παθολογικές κλινικές στο ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι», για τους οποίους έγινε κλήση για εκτίμηση στη ΜΕΘ του νοσοκομείου από τους θεράποντες ιατρούς των κλινικών.

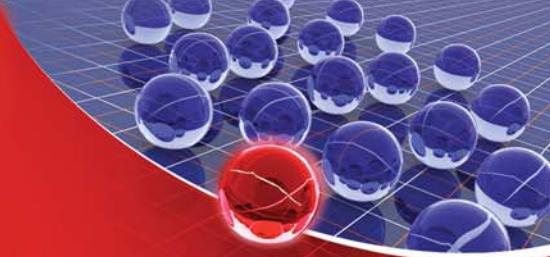
Μέθοδος: Πρόκειται για μία προοπτική μελέτη παρατήρησης, με διάρκεια από το Σεπτέμβριο του 2014 έως το Φεβρουάριο του 2016. Καταγράφηκαν τα βασικά δημογραφικά στοιχεία και τα κλινικά χαρακτηριστικά του ασθενή, διατηρώντας την ανωνυμία του με στόχο την προστασία των προσωπικών δεδομένων, η αιτία κλήσης εντατικολόγου και η βαθμολογία της κλίμακας KARNOFSKY.

Αποτελέσματα: Τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα. Από την πολυπαραγοντική ανάλυση προέκυψε ότι η εισαγωγή στη ΜΕΘ επηρεάζεται από τη βαθμολογία της κλίμακας Karnofsky [Exp(B):1,055 p:0,015] και από την παρουσία υποξίας ή/και αποκορεσμού [Exp(B):3,358, p:0,016]. Επιπλέον από τη μονομεταβλητή ανάλυση, φάνηκε ότι η ολιγουρία και η καταπληξία, όπως προσδιορίστηκε από χαμηλή μέση ΑΠ, απετέλεσαν αρνητικό παράγοντα εισαγωγής στη ΜΕΘ.

Συμπεράσματα: Όπως φαίνεται από τη συγκεκριμένη μελέτη οι παράγοντες που επηρεάζουν την εισαγωγή νοσηλευόμενων ασθενών σε κρίσιμη κατάσταση στη ΜΕΘ είναι η εμφάνιση υποξίας ή/και αποκορεσμού καθώς και η χαμηλή λειτουργική κατάσταση των ασθενών, έτσι όπως εκτιμήθηκε με τη βαθμολογία της κλίμακας Karnofsky.

Πίνακας: Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Φύλο	Άρρεν	67 (58.3%)
	Θήλυ	48 (41.7%)
Ηλικία	< 30 έτη	5 (4.3%)
	30-60 έτη	19 (16.5%)
	>60 έτη	91 (79.1%)
Κλινική	Χειρουργική	33 (28.7%)
	Παθ/γική - Ογκο/κή	77 (67%)
	Άλλη	5 (4.3%)
Πρόγνωση	Καλή 43	(37.4%)
	Κακή 49 (μέτρια)	42.6% 22 (19.1%)
Εμπειρία	<2 έτη	42 (36.5%)
	2-4 έτη	19 (16.5%)
	>4 έτη	54 (47%)
ΙΑτρικές παρεμβάσεις	ΝΑΙ	110 (96.5%)
	ΟΧΙ	4 (3.5%)
Εισαγωγή στη ΜΕΘ	ΝΑΙ	83 (72.2%)
	ΟΧΙ	32 (27.8%)
Κλίμακα Karnofsky		20.78 ± 12.07
Συστολική ΑΠ		114,03 ± 27,60
Διαστολική ΑΠ		60,62 ± 17,78
Μέση ΑΠ		77,74 ± 21,64
Θερμοκρασία		36,92 ± 1,15
Καρδιακή συχνότητα		89,79 ± 22,94



ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Νταντανά Ασημένια, Ματάμης Δημήτρης, Σαββίδου Σαββούλα,
Γιαννάκου Μαρία, Γκούβα Μαίρη, Νάκος Γεώργιος, Κουλούρας Βασίλειος

ΓΝΘ "Παπαγεωργίου", ΑΧΕΠΑ ΓΝΘ, ΤΕΙ Ηπείρου, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Σκοπός: Οι επαγγελματίες υγείας στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας παρουσιάζουν σημαντική επαγγελματική εξουθένωση παγκοσμίως. Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να καταγράψει τον επιπολασμό στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό των ελληνικών ΜΕΘ και να διερευνήσει πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες.

Υλικό: Συνολικά 149 ιατροί και 320 νοσηλευτές από 18 ελληνικές ΜΕΘ συμμετείχαν στη μελέτη.

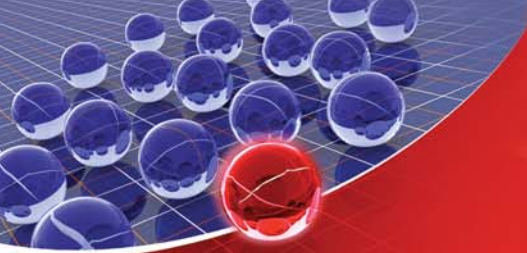
Μέθοδος: Το ειδικό ερωτηματολόγιο Maslach Burnout Inventory για τους επαγγελματίες υγείας συμπληρώθηκε από τους συμμετέχοντες μεταξύ Ιουνίου και Δεκεμβρίου 2015. Τα επιμέρους σκορ της Εξουθένωσης (Exhaustion), της Αποπροσωποποίησης (Depersonalization) και της Προσωπικής Ολοκλήρωσης (Personal accomplishment) υπολογίστηκαν από τα αντίστοιχα ερωτήματα. Τα αποτελέσματα αναλύθηκαν στατιστικά με πολυπαραγοντική λογαριθμιστική παλινδρόμηση προκειμένου να μελετηθούν πιθανοί προγνωστικοί παράγοντες για την επαγγελματική εξουθένωση.

Αποτελέσματα: Τα ποσοστά συμμετοχής στη μελέτη ήταν υψηλά (65,7%). Σχετικά με τα βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά (βλ. Πίνακας 1), οι συμμετέχοντες νοσηλευτές των ΜΕΘ συγκριτικά με τους ιατρούς ήταν κυρίως γυναίκες (80,8% έναντι 55,6%, $p < 0,001$), περίπου μία δεκαετία νεότεροι σε ηλικία και με λιγότερη επαγγελματική εμπειρία, ενώ δήλωσαν λιγότερη επαγγελματική ικανοποίηση ($p = 0,001$). Τα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης που καταγράφηκαν βρέθηκαν σχετικά χαμηλά στο σύνολο του δείγματος, με τους ιατρούς να παρουσιάζουν χαμηλότερα επιμέρους σκορ εξουθένωσης αλλά παρόμοια σκορ αποπροσωποποίησης και προσωπικής ολοκλήρωσης συγκριτικά με τους νοσηλευτές. Με το μοντέλο πολυπαραγοντικής λογαριθμιστικής παλινδρόμησης (Πίνακας 2) αναδείχθηκαν δύο ισχυροί προγνωστικοί παράγοντες: οι νοσηλευτές της ΜΕΘ (Odds ratio 1,6, 95%CI 1,1-2,7, $p = 0,05$) και η μικρή ικανοποίηση από το αντικείμενο της εργασίας (Odds ratio 0,2, 95%CI 0,1-0,4, $p < 0,001$). Άλλοι παράγοντες που μελετήθηκαν όπως το φύλο, η ηλικία, η προϋπηρεσία, οι πανεπιστημιακές ΜΕΘ και η απώλεια συγγενικού ατόμου δε βρέθηκαν να συσχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα της πολυκεντρικής αυτής μελέτης κατέδειξαν ότι τα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης παραμένουν χαμηλά στις ελληνικές ΜΕΘ. Οι νοσηλευτές εξουθενώνονται περισσότερο από τους ιατρούς. Ο σημαντικότερος αιτιολογικός παράγοντας αναδείχθηκε η ικανοποίηση από την εργασία.

	Ιατροί ΜΕΘ n=149	Νοσηλευτές ΜΕΘ n=320	p values
Άνδρες	63 (44.4%)	58 (19.2%)	<0.001
Ηλικία > 40ετών	101 (67.8%)	119 (37.4%)	<0.001
Απώλεια συγγενή	90 (60.4%)	172 (55.1%)	NS
Επαγ. εμπειρία >10έτη	66 (44.3%)	129 (40.9%)	<0.001
Τύπος νοσοκομείου			0.031
Πανεπιστημιακό	82 (55.0%)	142 (44.4%)	
Γενικό	67 (45.0%)	178 (55.6%)	
Επαγγελ.ικανοποίηση			0.001
Μικρή	3 (2.1%)	22 (6.9%)	
Μέτρια	25 (17.1%)	95 (29.7%)	
Υψηλή	118 (80.8%)	203 (63.4%)	
Επαγγελματική εξουθένωση			
Εξουθένωση (σκορ)	17 (13-26)	23 (17-30)	<0.001
Εξουθένωση			<0.001
Χαμηλή	67 (45.0%)	77 (24.1%)	
Μέτρια	48 (32.2%)	123 (38.4%)	
Υψηλή	34 (22.8%)	120 (37.5%)	
Αποπροσωποποίηση	8 (4-12)	7 (3-13)	NS
Προσωπ.Ολοκλήρωση	33 (29-37)	32 (28-37)	NS

Πίνακας 1: Βασικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων



ΑΙΤΙΕΣ ΚΛΗΣΗΣ ΙΑΤΡΩΝ ΕΝΤΑΤΙΚΟΛΟΓΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΚΡΙΣΙΜΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΟΝΤΑΙ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΑΛΛΑΜΟ

Παπαγιαννοπούλου Αικατερίνη¹, Κατσούλας Θεόδωρος²,
Φιλντίσης Γεώργιος², Μυριανθεύς Παύλος²

1. ΓΟΝΚ "Αγ. Ανάργυροι"
2. Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ, ΓΟΝΚ "Αγ. Ανάργυροι"

Σκοπός: Η μελέτη των αιτιών για τις οποίες καλείται Ιατρός Εντατικολόγος, για εκτίμηση ασθενών σε κρίσιμη κατάσταση, που νοσηλεύονται σε χειρουργικές και παθολογικές κλινικές ενός γενικού ογκολογικού νοσοκομείου.

Υλικό: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 115 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε χειρουργικές και παθολογικές κλινικές στο ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι», για τους οποίους έγινε κλήση για εκτίμηση στη ΜΕΘ του νοσοκομείου από τους θεράποντες ιατρούς των κλινικών.

Μέθοδος: Πρόκειται για μία προοπτική μελέτη παρατήρησης, με διάρκεια από το Σεπτέμβριο του 2014 έως το Φεβρουάριο του 2016. Για κάθε ασθενή συμπληρώθηκε μια φόρμα, στην οποία καταγράφηκαν τα βασικά δημογραφικά στοιχεία του ασθενή, διατηρώντας την ανωνυμία του με στόχο την προστασία των προσωπικών δεδομένων, η αιτία κλήσης εντατικολόγου και η βαθμολογία της κλίμακας KARNOFSKY.

Αποτελέσματα: Από το σύνολο των ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη οι 67 (58,3%) ήταν άρρενες, οι 91 (79,1%) ασθενείς ήταν ηλικίας >60 ετών ενώ μόλις οι 5 (4,3%) ήταν ηλικίας <30 ετών. Το 67% των ασθενών νοσηλεύονταν σε παθολογική - ογκολογική κλινική και το 28,7% σε χειρουργική κλινική. Από τους ασθενείς που εκτιμήθηκαν οι 83 (72,2%) εισήχθησαν για περαιτέρω αντιμετώπιση στη ΜΕΘ. Τα συχνότερα αίτια κλήσης των εντατικολόγων παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα.

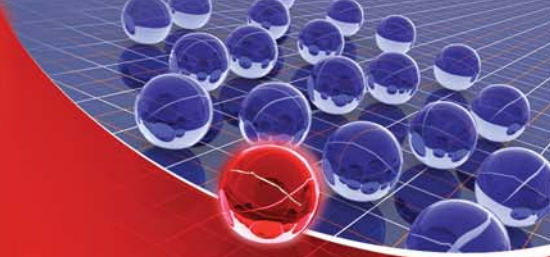
Πίνακας: Ποσοστά των αιτιών κλήσης των ιατρών ΜΕΘ για αξιολόγηση (Σε κάθε ασθενή μπορεί να αντιστοιχούν περισσότερες της μιας αιτίες κλήσης)

Ανακοπή	9 (7.8%)
Ταχύπνοια	35 (30.4%)
Υπόταση	27 (23.5%)
Εμπύρετο	26 (22.6%)
Ολιγουρία	22 (19.1%)
Επαπειλούμενος αεραγωγός	16 (13.9%)
Εργώδης αναπνοή	25 (21.7%)
Βραδυκαρδία	3 (2.6%)
Ηλεκτρολυτικές διαταραχές	32 (27.8%)
Έκπτωση επιπέδου συνείδησης - κώμα	30 (26.1%)
Υποξία / Αποκορεσμός	69 (60%)
Βραδύπνοια	2 (1.7%)
Ταχυκαρδία	31 (27%)
Επιληπτικές κρίσεις	0 (0%)

Συμπεράσματα: Οι συχνότερες αιτίες κλήσης εντατικολόγων για αξιολόγηση ασθενών σε κρίσιμη κατάσταση σε νοσηλευτικό θάλαμο σχετιζόνταν με δυσλειτουργία ή ανεπάρκεια του αναπνευστικού και ειδικότερα με υποξία ή αποκορεσμό σε ποσοστό 60%. Ακολουθούν η αιμοδυναμική αστάθεια και οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές, με μικρό μόνο ποσοστό των κλήσεων να αφορά σε ενδονοσοκομειακή καρδιο-αναπνευστική ανακοπή.

16^ο

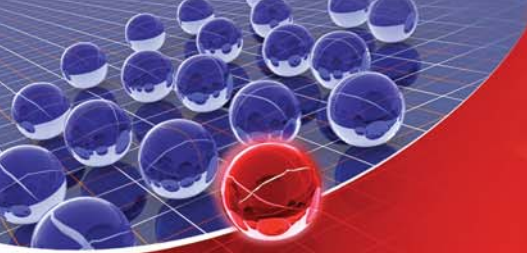
Πανελλήνιο Συνέδριο
Εντατικής Θεραπείας



8

**ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ
-SHOCK-**

ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ



16^ο

Πανελλήνιο Συνέδριο
Εντατικής Θεραπείας

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ LONG QT:

Ελπίς Χοχλιούρου, Ασημίνα Βιολάκη, Σεραφεία Καλαμπίτσου,
Περιστεέρα-Ελένη Μαντζαφλέρη, Γεώργιος Ευλαβής, Μαρία Σδούγκα
Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Παιδών, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

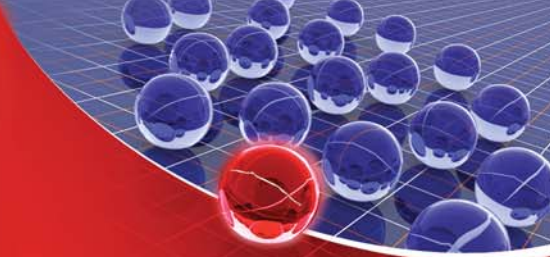
Σκοπός: Να μελετηθεί η δυνατότητα πρόληψης καρδιακού επεισοδίου οφειλόμενη στο σύνδρομο LONG QT και να κατανοηθεί η αναγκαιότητα καρδιολογικής εξέτασης σε παιδιά με επιληπτικές κρίσεις.

Υλικό: Αναφέρεται η περίπτωση νηπίου, θήλεως, 2 ετών που διακομίστηκε στη Μεθ Παιδών διασωληνωμένο μετά από επεισόδιο σπασμών και καρδιακής ανακοπής.

Μέθοδος: Η ασθενής νοσηλεύεται σε Παιδιατρική Κλινική λόγω επεισοδίων σπασμών για 2η φορά. Κατά τη διάρκεια σπασμών παρουσίασε επεισόδιο ανακοπής, ξεκίνησε ΚΑΡΠΑ και με εικόνα κοιλιακής μαρμαρυγής έγινε χρήση απινιδωτή, οπότε και επανήλθε. Κατά την παραμονή της στη ΜΕΘ εμφάνισε εικόνα κοιλιακής ταχυκαρδίας, εκτιμήθηκε από καρδιολόγο και τέθηκε η διάγνωση του long QT. Επιχειρήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις βάσεις δεδομένων Pub Med και Google Scholar με άρθρα που δημοσιεύτηκαν από το 2000 έως και σήμερα. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν "long QT syndrome, status epilepticus, cardiac attack, children".

Αποτελέσματα: Η ασθενής κατά τη νοσηλεία παρουσίασε σοβαρή αιμοδυναμική αστάθεια, πολλαπλά επεισόδια κοιλιακής ταχυκαρδίας, με πολύ χαμηλό κλάσμα εξώθησης από τον υπερηχογραφικό έλεγχο καρδιάς και ανάγκη ανάταξης με απινιδωτή. Άμεσα έναρξη θεραπευτικής αγωγής κατόπιν επικοινωνίας με ειδικό καρδιολογικό κέντρο. Την 6η ημέρα νοσηλείας παρουσίασε μη ανατάξιμο επεισόδιο βραδυκαρδίας και ανακοπής.

Συμπεράσματα: Η ασθενής νοσηλεύτηκε 2 φορές με κλινική εικόνα σπασμών σε Παιδιατρικές Κλινικές. Από τον μετέπειτα έλεγχο των γονέων προέκυψε εικόνα ηλεκτροκαρδιογραφήματος συμβατή με long QT. Πολλές περιπτώσεις αιφνίδιου θανάτου στον παιδιατρικό πληθυσμό οφείλονται σε συγγενείς καρδιοπάθειες. Το long QT σύνδρομο είναι γενετική ανωμαλία μεταβιβαζόμενη κληρονομικά, που μπορεί να προκαλέσει ηλεκτρική αστάθεια. Μπορεί να εμφανιστεί με την εικόνα επιληψίας, λιποθυμικού επεισοδίου ή επεισοδίου ανακοπής σε παιδιά. Η πρόγνωση σε ασθενείς που είναι υπό φαρμακευτική αγωγή είναι ικανοποιητική. Η έγκαιρη διαφορική διάγνωση και προσέγγιση μπορεί να αποβεί σωτήρια σε παρόμοια περιστατικά.



LEVOSIMENDAN ΚΑΙ ΝΕΦΡΙΚΗ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Δεμπονέρας Χρήστος, Αραβωστά Παρασκευή, Μυστακέλλη Χριστίνα,
Σαλμά Βάια, Αλοϊζος Σταύρος

*ΜΗΤΕΡΑ Ιδιωτική Γενική, Μαιευτική-Γυναικολογική
& Παιδιατρική Κλινική ΜΕΘ Ενηλίκων*

Σκοπός: Σκοπός είναι να αποδείξουμε την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα της χορήγησης λεβοσιμεντάνης, σε ασθενείς με οξεία καρδιακή ανεπάρκεια και σοβαρά επηρεασμένη νεφρική λειτουργία υπό θεραπεία υποκατάστασης, δεδομένου ότι δεν υπάρχουν πολλά στοιχεία για χρήση του φαρμάκου στους ασθενείς αυτούς.

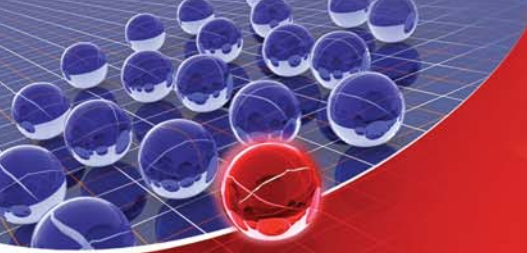
Μέθοδος-Υλικό: ασθενής με οξεία καρδιακή ανεπάρκεια και οξεία νεφρική ανεπάρκεια η οποία χρειάστηκε θεραπείας υποκατάστασης με αιμοδιαδιήθηση.

Ασθενής άνδρας 78 ετών εισάγεται στη ΜΕΘ λόγω καρδιογενούς καταπληξίας και πολυοργανικής ανεπάρκειας σε έδαφος οξέως εμφράγματος του μυοκαρδίου. Ατομικό αναμνηστικό: χειρουργηθείσα στεφανιαία νόσος προ 4ετίας, ενδαρτηρεκτομή (δε) καρωτιδίας προ 3ετίας, χειρουργηθέν ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής και λαγονίων αρτηριών προ 10ετίας, Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, χρόνια κολπική μαρμαρυγή, καταθλιπτική συνδρομή.

Εισαγωγή στο νοσοκομείο λόγω δύσπνοιας προοδευτικά επιδεινούμενης από 48 ώρου (NYHA II σε IV) με εικόνα οξέως πνευμονικού οιδήματος, με SpO₂ 83% (FiO₂ 21%), ΑΠ 165/80 mmHg, σφύξεις 95/min, υγροί ρόχοι πνευμόνων άμφω. ΗΚΓ εισαγωγής: κολπική μαρμαρυγή, πτωχή πρόοδος των R V1-V3. Υπερηχοκαρδιογράφημα εισόδου: μετρίου βαθμού ανεπάρκεια της μιτροειδούς βαλβίδας, LVEF 50%. Σταδιακή επιδείνωση της κλινικής του εικόνας με εντονότερη δύσπνοια και αίσθημα οπισθοστερνικού βάρους. ΗΚΓ: ανάσπαση ST V1-V3, αρνητικά T V4-V6. Υπερηχοκαρδιογράφημα: σοβαρού βαθμού υποκινησία ΜΚΔ, κορυφής και προσθίου τοιχώματος, LVEF <25%. Εισαγωγή στη ΜΕΘ: ασθενής συγχυτικός, ΑΠ 100/55 mmHg, ΚΣ 100/min, ανουρικός, οξύωση (pH 7.24, pCO₂ 19, pO₂ 91, HCO₃- 18) (MV 40%). Έναρξη χορήγησης ινοτρόπων (Dobutamine) και αγγειοσυσπαστικών (νοραδρεναλίνη). Λόγω μη βελτίωσης και ανουρίας ετέθη σε αιμοδιαδιήθηση. Εργαστηριακός έλεγχος: Ht 29%, Hb 9.9 g/dl, WBC 12800/mm³, PLT 48000/mm³, ουρία 98, κρεατινίνη 3.3 mg/dl, Na+ 133 mEq/l, K+ 4.6 mEq/l, Bil Tot 1.17, AST 7479, ALT 6511, γGT 156, ALP 108, INR 3.14, APTT 59 sec, CPK 296, MB 8.0, BNP 2525, cTnI 0.77. Η μέγιστη τιμή του BNP τις επόμενες 72 ώρες ήταν 4493 και της cTnI 7. Επεμβατική αντιμετώπιση με καρδιακό καθετηριασμό δεν ήταν δυνατή λόγω της δύσκολης αγγειακής πρόσβασης. 24 ώρες μετά ο ασθενής παρουσίασε αποβολή μεγάλης ποσότητας βυσινοχρώου αίματος από το ορθό. Ορθοσιγμοειδοσκόπηση: εικόνα ενεργούς ισχαιμικής κολίτιδας. Λόγω περαιτέρω επιβάρυνσης της κλινικής κατάστασης (αιμοδυναμική αστάθεια, νεφρική ανεπάρκεια σταδίου IV, εικόνα χαμηλής καρδιακής παροχής) αποφασίστηκε η χορήγηση levosimendan.

Αποτελέσματα: μετά τη χορήγηση levosimendan ο ασθενής βελτιώθηκε σημαντικά, με αιμοδυναμική, αναπνευστική και νευρολογική σταθεροποίηση και βελτίωση καθώς και αποκατάσταση της διούρησης και της νεφρικής λειτουργίας.

Συμπεράσματα: Η ιδιαιτερότητα του περιστατικού είναι η χορήγηση levosimendan σε ασθενείς με οξεία καρδιογενή καταπληξία και σοβαρή νεφρική δυσλειτουργία σε υποκατάσταση, η οποία ανέδειξε βελτίωση της κλινικής κατάστασης του ασθενούς χωρίς την εμφάνιση αρρυθμιών ή παρενεργειών. Είναι γνωστό πως η levosimendan δεν έχει ένδειξη χορήγησης σε σοβαρή νεφρική δυσλειτουργία, όμως μεμονωμένα περιστατικά που έχουν περιγραφεί στη βιβλιογραφία έχουν δείξει καλά αποτελέσματα. Στον ασθενή μας η απόφαση της χορήγησης levosimendan παρά τη νεφρική υποκατάσταση σε αιμοδιαδιήθηση είχε καλά αποτελέσματα. Στην παρακολούθηση 18 μήνες μετά ο ασθενής είναι καλά χωρίς να έχει ξαναχρειαστεί νοσηλεία.



ΒΑΡΙΑ ΑΝΑΦΥΛΑΚΤΙΚΗ ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ ΟΙΔΗΜΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΜΙΑΣ ΔΟΣΗΣ ΑΚΕΤΑΖΟΛΑΜΙΔΗΣ

Α. Πεταλά, Γ. Κουλιάτσος, Ρ. Παπαδοπούλου, Π. Παρτάλα, Ι. Πνευματικός

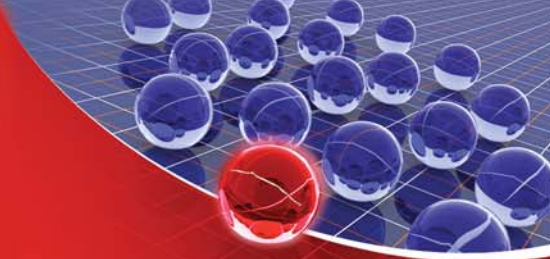
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού βαριάς αναφυλακτικής καταπληξίας με πνευμονικό οίδημα μετά από χορήγηση ακεταζολαμίδης στο πλαίσιο προεγχειρητικής προετοιμασίας για εγχείρηση οφθαλμικού καταρράκτη.

Υλικό - Μέθοδος: Άνδρας ηλικίας 56 ετών, νοσηλευόμενος στην Οφθαλμολογική Κλινική, παρουσίασε αιφνιδίως βήχα, δύσπνοια, ζάλη, εφίδρωση και υπόταση τριάντα λεπτά μετά τη χορήγηση 125 mg ακεταζολαμίδης. Αντιμετωπίστηκε ως οξεία αναφυλακτική αντίδραση και χορηγήθηκαν άμεσα ενδοφλεβίως αδρεναλίνη, κορτικοειδή, αντιϊσταμινικά και εισπνεόμενα βρογχοδιασταλτικά φάρμακα προκειμένου να αρθεί ο έντονος βρογχόσπασμος και να σταθεροποιηθεί αιμοδυναμικά. Ο ασθενής, όμως, διασωληνώθηκε λόγω εμμένουσας υποξυγοναιμίας και διακομίσθηκε στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), όπου τέθηκε σε μηχανικό αερισμό με φαρμακευτική καταστολή. Κατά τη διάρκεια της 1ης ημέρας νοσηλείας στη ΜΕΘ, εκδήλωσε εικόνα πνευμονικού οιδήματος με ανουρία (νεφρική ανεπάρκεια), γαλακτική οξέωση και μεγάλη αιμοδυναμική αστάθεια. Χορηγήθηκαν ενδοφλεβίως αγγειοσυσπαστικά, ινóτροπα, κορτικοειδή, αντιϊσταμινικά φάρμακα, κρυσταλλοειδή και κολοειδή διαλύματα. Στο υπερηχοκαρδιογράφημα διαπιστώθηκε υπερτροφία των τοιχωμάτων της καρδιάς ενώ αποκλείστηκε οξύ στεφανιαίο σύμφραμα. Τη 2η ημέρα νοσηλείας παρατηρήθηκε σταθεροποίηση της βαριάς κατάστασης του ασθενούς (μείωση των γαλακτικών και των αναγκών σε ινóτροπα φάρμακα). Ακτινογραφικά δεν παρατηρήθηκε βελτίωση του πνευμονικού οιδήματος. Ο ασθενής τέθηκε σε εξωνεφρική αιμοδιαδιήθηση λόγω οξείας νεφρικής βλάβης για τρία εικοσιτετράωρα και σταδιακά αποδεσμεύτηκε από τα ινóτροπα και τα αγγειοσυσπαστικά φάρμακα. Ο ασθενής αποδιασωληνώθηκε τη 10η ημέρα νοσηλείας με τη βοήθεια NIV. Επαναδιασωληνώθηκε όμως δύο μέρες αργότερα στα πλαίσια σπιτικού επεισοδίου λόγω ουρολοίμωξης από E.Coli με συνοδό μυοπάθεια και εμμένουσα μεταβολική οξέωση.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής ανταποκρίθηκε σε στοχευμένη αντιβιοτική αγωγή και τη 15η ημέρα αποδιασωληνώθηκε επιτυχώς. Τη 18η ημέρα διακομίσθηκε στην Παθολογική Κλινική από όπου και εξήλθε μερικές ημέρες αργότερα σε καλή γενική κατάσταση.

Συμπέρασμα: Παρά την καθιερωμένη χρήση της ακεταζολαμίδης ως αντιγλαυκωματικό φάρμακο και της χορήγησης της προεγχειρητικά για εγχείρηση οφθαλμικού καταρράκτη προκειμένου να μειωθεί ο κίνδυνος εξωθητικής αιμορραγίας διεγχειρητικά, ο κίνδυνος σοβαρής αλλεργικής αντίδρασης στο φάρμακο είναι υπαρκτός και θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη.



ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΚΑΙ ΑΛΛΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΗΣ ΜΕΘ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Ε. Γκουβά, Π. Στάμου Α. Παπαθανασίου Ε. Ρουσάνης, Ξ. Ζήκου, Μ. Σαράντη, Γ. Ζύλης,
Ι. Ανδριανόπουλος, Α. Καραχάλιου, Ε. Κωστάντη, Ε. Ιωάννου, Κ. Ναούμ, Β. Κουλούρας

ΜΕΘ ΠΓΝ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Σκοπός: Οι καρδιακές αρρυθμίες επιπλέκουν την πορεία των ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ. Από τις πιο συχνές είναι η κοιλιακή μαρμαρυγή (ΚΜ). Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης ήταν η εκτίμηση της επίπτωσης αλλά και άλλων χαρακτηριστικών της εμφάνισης της ΚΜ σε ασθενείς της ΜΕΘ. Επιπρόσθετα συζητείται ο ρόλος του νοσηλευτή στην έγκαιρη αναγνώριση της ΚΜ.

Υλικό: Υλικό της συνεχούς αυτής καταγραφής αποτελούν όλοι οι διαδοχικοί ασθενείς που εισάγονται σε μία ΜΕΘ 13 κλινών σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο

Μέθοδος: Πρόκειται για μια προοπτική μελέτη παρατήρησης. Σε όλους του ασθενείς γίνεται καταγραφή του APACHE II, του ατομικού αναμνηστικού, της βασικής διάγνωσης και του αρχικού καρδιακού ρυθμού στην εισαγωγή. Κατά την διάρκεια της νοσηλείας του ασθενή όταν αυτός εκδηλώσει νέο επεισόδιο ΚΜ καταγράφεται η κλινική εικόνα (αιμοδυναμική κατάσταση, χορήγηση φαρμάκων, αέρια αίματος) την στιγμή της εμφάνισης της ΚΜ. Επίσης καταγράφεται η διάρκεια του επεισοδίου, ο τρόπος ανάταξης (φαρμακευτική ουσία, ηλεκτρική ανάταξη, αυτόματη ανάταξη) και πιθανές επιπλοκές από την εκδήλωση ΚΜ.

Αποτελέσματα: Στην αρχική καταγραφή περιλαμβάνονται 192 ασθενείς (124 άνδρες, 68 γυναίκες μέσης ηλικίας 59,2 και 59,8 έτη αντίστοιχα). Η συνολική θνητότητα των ασθενών αυτών ήταν 27,6% και η μέση νοσηλεία στην ΜΕΘ 15 μέρες (1-77 μέρες). Από τους ασθενείς αυτούς οι 12 είχαν ιστορικό χρόνιας ΚΜ (ΧΚΜ) και 7 είχαν ιστορικό παροξυσμικής ΚΜ (ΠΚΜ). Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, 37 ασθενείς εκδήλωσαν επεισόδιο ΚΜ με ταχεία κοιλιακή ανταπόκριση (ταχεία ΚΜ) (7/12 ασθενείς με ΧΚΜ, 4/7 ασθενείς με ΠΚΜ και 18/173 ασθενείς χωρίς προηγούμενο ιστορικό ΚΜ). Κύριοι παράγοντες για την εμφάνιση ΚΜ με ταχεία κοιλιακή ανταπόκριση μεταξύ των 37 αυτών ασθενών ήταν η υποξυγοναιμία, η σήψη ή και η σπικτική καταπληξία, σοβαρές ηλεκτρολυτικές διαταραχές (κυρίως υπο- και υπερ- καλιαιμία) διαταραχές οξεοβασικής ισορροπίας (οξέωση) και APACHE II score κατά την εισαγωγή >30. Από τους 7 ασθενείς με ΧΚΜ και ταχεία ΚΜ στους 5 η ταχεία κοιλιακή ανταπόκριση αντιμετωπίστηκε αρχικά με χορήγηση β-αποκλειστή ενδοφλέβια (εσμολόλη), ενώ στους 2 ασθενείς οι οποίοι ήταν σε αγωγή με αγγειοσπαστικά χρησιμοποιήθηκε αμιωδαρόνη σε δόση 600mg ημερησίως για τον έλεγχο της συχνότητας. Στους υπόλοιπους ασθενείς που εμφάνισαν ΚΜ η αμιωδαρόνη ήταν το φάρμακο εκλογής για την ανάταξη του ρυθμού και τον έλεγχο της συχνότητας. Σε κάθε ασθενή με ιστορικό ΠΚΜ ή χωρίς ιστορικό αρρυθμίας η ΚΜ ανατάχθηκε νωρίτερα όταν εκλυτικός παράγοντας ήταν η υποξυγοναιμία, ενώ σε περίπτωση σπικτικής καταπληξίας ή ηλεκτρολυτικών διαταραχών η ΚΜ ήταν ανθεκτική στην φαρμακευτική αγωγή. Σε κάθε περίπτωση εκδήλωσης του επεισοδίου ΚΜ καταγράφηκε η χρονική περίοδος από την εμφάνιση της αρρυθμίας (με την βοήθεια του κεντρικού καταγραφέα της μονάδας) μέχρι την αναγνώριση της από το προσωπικό της μονάδας. Ο μέσος χρόνος ήταν 25 λεπτά (από 1 έως 180 λεπτά). Το προσωπικό της μονάδας μετά την καταγραφή αυτή εκπαιδεύτηκε εντατικά στην αναγνώριση των διαφόρων μορφών καρδιακού ρυθμού. Στην παρούσα φάση η καταγραφή συνεχίζεται με σκοπό την εκτίμηση της επίδρασης αυτής της εκπαίδευσης στο χρόνο αναγνώρισης της ΚΜ.

Συμπεράσματα: Η ΚΜ με ταχεία κοιλιακή ανταπόκριση είναι συχνή σε ασθενείς της ΜΕΘ ακόμη και με ελεύθερο ιστορικό καρδιακής νόσου. Η αντιμετώπιση της ΚΜ βασίζεται στην κυρίως στην φαρμακευτική αγωγή αλλά είναι απαραίτητη και η άμεση διόρθωση των εκλυτικών αιτιών. Η έγκαιρη αναγνώριση της εμφάνισης της ΚΜ όσο των εκλυτικών αιτιών που την προκαλούν πιθανά συμβάλουν στην καλύτερη πρόληψη, την έγκαιρη αντιμετώπιση και στην πιθανή μείωση των επιπλοκών.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΠΟΛΥΟΡΓΑΝΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΘΕΡΜΟΠΛΗΞΙΑ

Λαμπρινή Τίνα, Μαρία Παναγάκη, Σωτήρης Παπακοστόπουλος, Νικόλαος Παντέλας,
Αλέξανδρος Χατζηδάκης, Αικατερίνη Τσατσαράγκου, Αθηνά Παλαιολόγου,
Αναστασία Σπυροπούλου, Μισέλ Γκιγιωμ - Βασιλάκη

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τριπόλεως "Η Ευαγγελίστρια"

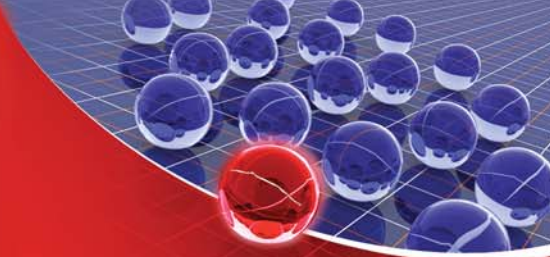
Σκοπός: Η θερμοπληξία είναι η κλινική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από επιμένουσα υπερθερμία, με σταθερή αύξηση της θερμοκρασίας σώματος πάνω από 41 βαθμούς Celsius (Κελσίου) οC και που μπορεί να προκληθεί είτε σε υψηλές θερμοκρασίες περιβάλλοντος είτε μετά από έντονη άσκηση. Μπορεί να οδηγήσει σε πολλαπλή οργάνικη ανεπάρκεια και παρόλο που μπορεί να υπάρχει μια ήπια ή μέσης βαρύτητας διαταραχή της ηπατικής λειτουργίας, σπάνιες είναι οι περιπτώσεις βαρειάς κεραυνοβόλου ηπατίτιδος με σύγχρονη διαταραχή των παραγόντων πήξης.

Υλικό: Ασθενής 58 ετών σε καλή φυσική κατάσταση, με ιστορικό διπολικής διαταραχής υπό αγωγή, διεκομίσθη στα ΤΕΠ του ΓΠΝ. Τρίπολης στις 19/6/2016 σε κωματώδη κατάσταση (λόγω πιθανής θερμοπληξίας (GCS: 6/15, οφθαλμοί ανοικτοί, θ:40oC, ΑΠ: 110/60 mmHg, RR: 25). Αναφέρθηκε ότι βρέθηκε αναισθητός σε φαράγγι μετά από τρίωρη πεζοπορία σε συνθήκες καύσωνα, χωρίς επαρκή πρόσληψη υγρών. Ακολούθησε πολύωρη διάσωση κάτω από υψηλές θερμοκρασίες

Μέθοδος: Μετά από την αρχική εκτίμηση στο τμήμα αναζωογόνησης, ο ασθενής υπεβλήθει σε C/T εγκεφάλου, θώρακος και α/κ κοιλίας, χωρίς αξιόλογα παθολογικά ευρήματα. Ακολούθως εισήχθη στη ΜΕΘ, όπου διασωληνώθηκε και ετέθη σε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής.

Αποτελέσματα: Κατά τις πρώτες ώρες νοσηλείας στη ΜΕΘ παρουσίασε βελτίωση της μεταβολικής οξέωσης, της αιμοδυναμικής αστάθειας και της οξείας νεφρικής ανεπάρκειας. Ωστόσο, στις 20/6 εμφανισε διαταραχή της ηπικτικότητας με αύξηση του χρόνου προθρομβίνης και πτώση του ινωδογόνου, που αποδόθηκε σε πιθανή διάχυτη ενδαγγειακή πήξη ως επιπλοκή της θερμοπληξίας, αύξηση των τρανσαμινασών, ραβδομύλυση και επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας με καλή διούρηση. Έγινε συμπτωματική αντιμετώπιση με χορήγηση πλάσματος, αιμοπεταλίων, βιταμίνης Κ, ανθρώπινου ινωδογόνου και συμπυκνώματος πρωτεϊνικού συμπλέγματος για τη ΔΕΠ, άφθονη ενυδάτωση και χρήση μαννιτόλης και διτανθρακικών περιστασιακά για αλκαλοποίηση των ούρων. Το επόμενο 24ωρο ο ασθενής παρουσίασε περαιτέρω επιδείνωση με εκσεσημασμένη αύξηση των τρανσαμινασών (οξεία ηπατική ανεπάρκεια). Στις 23/6 επιδείνωσε την νεφρική λειτουργία του με συνοδό ολιγουρία και παρουσίασε επεισόδια αιματοχεσίας. Στις 23/6 διακομίζεται στη ΜΕΘ του νοσοκομείου Ιπποκρατείου λόγω αναστολής της λειτουργίας της ΜΕΘ του Γ.Ν.Τρίπολης για συνέχιση της νοσηλείας του και περαιτέρω αντιμετώπιση. Ο ασθενής εκεί ετέθη σε συνεχή αιμοδιήθηση και κατέληξε τις επόμενες ημέρες.

Συμπεράσματα: Η θερμοπληξία είναι βαριά κλινική κατάσταση που εμφανίζεται συνήθως κατά επιδημικό τρόπο, σε περιόδους καύσωνα και προσβάλλει τις περισσότερες φορές ηλικιωμένα και εξασθενημένα άτομα. ή άτομα με συμπαροματούντα νοσήματα, όπως ο διαβήτης και η καρδιακή ανεπάρκεια. Η ταχύτατη ανάπτυξη πολυοργάνικης ανεπάρκειας με ραβδομύλυση, ΔΕΠ και ηπατική ανεπάρκεια δεν είναι συνήθης, ιδίως σε άτομα με καλή φυσική κατάσταση. Τα επεισόδια θερμοπληξίας απαιτούν εγκαίρως αναγνώριση και αντιμετώπιση για να έχουν καλή πρόγνωση. Η λήψη αντιψυχωσικών μπορεί να αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα.



ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΟΛΗ ΑΠΟ PROTEUS MIRABILIS-ΔΕΙΚΤΗΣ ΔΥΣΜΕΝΟΥΣ ΠΡΟΓΝΩΣΗΣ Ή ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΟΣ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ;

Ευαγγελία Τσίκα¹, Παναγιώτης Πουλικάκος¹, Ευτυχία Χαρόδρακα², Α. Παρίδου¹
I. Νικολαΐδου¹, Π. Τσιροβασίλης¹, Α. Δημούλα¹, Σ. Νικολακοπούλου¹, Σ. Κανακάκη¹,
Σ. Απολλωνάτου¹, Α. Μουστάκα¹, Μ. Γεωργοπούλου¹, Π. Πατσαούρας¹,
Α. Κουτσίκου, Μ. Ράλλης¹

1.Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ) Γ.Ν Ασκληπιείο Βούθας,

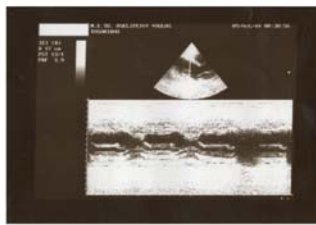
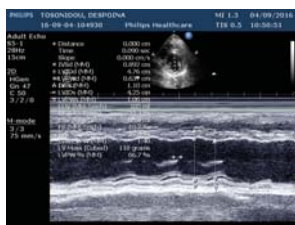
2.Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν Ασκληπιείο Βούθας

Σκοπός: Η σπυτική μυοκαρδιοπάθεια χαρακτηρίζεται από δυσλειτουργία του μυοκαρδίου με χαμηλό κλάσμα εξώθησης και χαμηλές κατά κανόνα πιέσεις πλήρωσης. Συνοδεύει τη σπυτική καταπληξία (έως και 60% [1]) και αναστρέφεται σε διάστημα 7-10 ημερών. Η θεραπεία περιλαμβάνει τα βασικά μέτρα αντιμετώπισης της σήψης, βασοπρεσίνη, ινóτροπα, μπλε του μεθυλενίου και χρησιμοποίηση ενδοαορτικής αντλίας και ECMO ως θεραπεία διάσωσης.

Υλικό: Περιγράφουμε ασθενή με σπυτική καταπληξία λόγω πυόνεφρου από *Proteus mirabilis*, με σοβαρού βαθμού μυοκαρδιακή καταστολή, η οποία ανεστράφη πλήρως και θεαματικά στις 7 ημέρες. Η θεραπευτική προσέγγιση περιελάμβανε τα υποστηρικτικά μέτρα αντιμετώπισης της σήψης και τη χορήγηση δοβουταμίνης.

Μέθοδος: Γυναίκα 46 ετών με ελεύθερο ατομικό ιστορικό εισάγεται στην παρ'ημίν ΜΕΘ για μετεγχειρητική υποστήριξη μετά από τοποθέτηση pig tail σε ΔΕ νεφρό λόγω πυελονεφρίτιδας, ουρητηρολιθίασης και διάτασης πυελοκαλυκτικού συστήματος ΔΕ νεφρού με επακόλουθη σπυτική καταπληξία. Μετά την εισαγωγή της στη ΜΕΘ η ασθενής παρουσίαζε: α) ανθεκτική στη χορήγηση κρυσταλλοειδών, αγγειοσυσπαστικών και υδροκορτιζόνης σπυτική καταπληξία β) οξεία νεφρική ανεπάρκεια με μικρή αύξηση της ουρίας και κρεατινίνης γ) θρομβοπενία με ήπια παράταση των χρόνων πήξης δ) οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια ε) επηρεασμένη ηπατική βιοχημεία (APACHE II=20). Οι καλλιέργειες ούρων και αίματος ανέδειξαν *Proteus mirabilis*. Διενεργήθηκε echo καρδιάς την 1η ημέρα νοσηλείας που ανέδειξε σοβαρή συστολική δυσλειτουργία της ΑΡ κοιλίας-EF≈25% (εικόνα 1), διάχυτη υποκινησία τοιχωμάτων και μικρή περικαρδιακή συλλογή. Την 2η ημέρα νοσηλείας, υπό στάγδην δοβουταμίνη έως 9mcg/kg/min, παρουσίαζε μικρή βελτίωση του EF≈30-35%. Επιπλέον, διαπιστώθηκε σημαντική αύξηση της τροπονίνης I και του BNP. Η ασθενής αντιμετωπίστηκε ως σπυτική μυοκαρδιοπάθεια με επιθετική αντιμετώπιση της σήψης και ινóτροπη υποστήριξη με δοβουταμίνη.

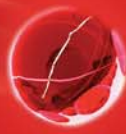
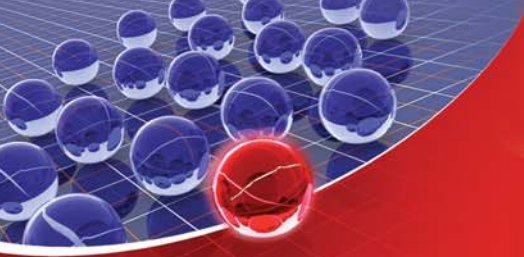
Αποτέλεσμα: Την 8η ημέρα νοσηλείας διαπιστώθηκε EF≈55-60% και αποδεσμεύτηκε πλήρως από την αγγειοσυσπαστική και ινóτροπη υποστήριξη. Αποσωληνώθηκε επιτυχώς την 9η ημέρα και έλαβε εξιτήριο μετά από 7 ημέρες.



Συμπέρασμα: Ενδεχομένως, η μυοκαρδιακή καταστολή που παρατηρείται στη σήψη να είναι μια μορφή «χειμάζοντος μυοκαρδίου», για να αποφευχθεί ο κυτταρικός θάνατος και να αυξηθούν οι πιθανότητες ανάνηψης. Άλλωστε, υπάρχουν ενδείξεις πως το υπερκινητικό μυοκάρδιο στη σπυτική καταπληξία μπορεί να σχετίζεται με αυξημένη θνητότητα [2]. Η αναστρέψιμη μυοκαρδιακή δυσλειτουργία σπυτικής αιτιολογίας θα παραμένει ένα κλινικό «αίνιγμα» μέχρι μεγαλύτερες μελέτες να αποσαφηνίσουν το τοπίο.

Βιβλιογραφία: 1. Septic cardiomyopathy. Antoine Vieillard-Baron, Annals of Intensive Care 2011

2. R Sato, M. Nasu A review of sepsis-induced cardiomyopathy |Journal of Intensive Care 2015 3:48



ΤΟΠΙΚΗ ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗ ΔΙΑΜΕΣΟΥ SWAN GANZ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ ΚΑΙ ΑΠΟΛΥΤΕΣ ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗ

Α Καραχάλιου, Α. Παπαθανασίου, Ι. Ανδριανόπουλος, Ε. Κωστάντη,
Γ Νάκος, Β Κουλούρας

ΜΕΘ ΠΓΝ Ιωαννίνων

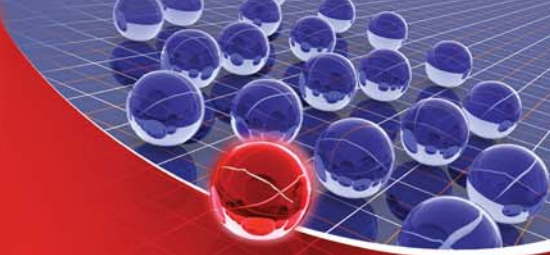
Σκοπός: Η σοβαρή πνευμονική εμβολή αποτελεί μια επικίνδυνη για τη ζωή κατάσταση η οποία χρήζει άμεση αντιμετώπιση, κυρίως με συστηματική θρομβόλυση από περιφερική φλέβα. Συχνά όμως οι βαρέως πάσχοντες ασθενείς έχουν απόλυτες αντενδείξεις για συστηματική θρομβόλυση, ενώ οι ενδεικνυόμενες για την περίπτωση αυτή επεμβατικές τεχνικές σπάνια είναι διαθέσιμες

Υλικό: Παρουσιάζουμε δύο περιπτώσεις ασθενών με σοβαρή πνευμονική εμβολή και βαριά κυκλοφορική καταπληξία που υποβλήθηκαν σε τοπική θρομβόλυση: μια νεαρή ασθενή 27 ετών με αιμορραγική καταπληξία λόγω μετεγχειρητικής αιμορραγίας μετά από καισαρική, ατονία μήτρας και ανάπτυξη διάχυτης ενδοαγγειακής πήξης, η οποία υπέστη καρδιακή ανακοπή που ανατάχθηκε με καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση διάρκειας 4 ωρών και η οποία εμφάνισε αμφοτερόπλευρη πνευμονική εμβολή, και ένα ασθενή 62 ετών με παρουσία θρόμβων και στις δύο κύριες πνευμονικές αρτηρίες, κυκλοφορική καταπληξία και ιστορικό πρόσφατης κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης και υπαρχονοειδούς αιμορραγίας.

Μέθοδος: Και στους δύο ασθενείς, κατόπιν ενημέρωσης και έγγραφης συγκατάθεσης των συγγενών, τοποθετήθηκε καθετήρας Swan Ganz από σφαγίτιδα φλέβα και ο οποίος προωθήθηκε στο στέλεχος της πνευμονικής αρτηρίας. Διαμέσου του καθετήρα χορηγήθηκαν σε εφάπαξ δόση και συνεχή χορήγηση συνολικά 20mg αλτεπλάσης.

Αποτελέσματα: Παρά την αβεβαιότητα για την αποτελεσματικότητα της μεθόδου χορήγησης και της επάρκειας της δόσης αλτεπλάσης και στις δύο περιπτώσεις, η χορήγηση του θρομβολυτικού συνδυάστηκε με γρήγορη και σημαντική βελτίωση της αιμοδυναμικής κατάστασής αλλά και της υπερηχογραφικής εικόνας των δεξιών κοιλοτήτων των ασθενών. Τελικά και οι δύο ασθενείς επιβίωσαν και έλαβαν εξιτήριο χωρίς σοβαρές επιπλοκές.

Συμπεράσματα: Σε ασθενείς με βαριά πνευμονική εμβολή και αντένδειξη για θρομβόλυση πρέπει να εφαρμόζονται οι καλά τεκμηριωμένες επεμβατικές τεχνικές για τοπική θρομβόλυση ή απομάκρυνση του θρόμβου με ειδικούς καθετήρες, όπως περιγράφονται από τις διεθνείς οδηγίες. Δυστυχώς η υλικοτεχνική υποδομή αλλά και το εξειδικευμένο προσωπικό για μια τέτοια παρέμβαση σπάνια είναι διαθέσιμα. Περιγράφουμε μια «υβριδική» τεχνική «ημικλεκτικής» χορήγησης μικρότερης ποσότητας θρομβολυτικού μέσω καθετήρα Swan Ganz σε περιπτώσεις όπου είναι σαφές το κλινικό αδιέξοδο για τη λήψη οποιασδήποτε άλλης ασφαλέστερης μεθόδου. Σε κάθε περίπτωση η αναφορά αυτή, παρά την θετική έκβαση των ασθενών, δεν πρέπει και δεν μπορεί να αποτελεί σύσταση για λήψη τέτοιων αποφάσεων σε αντίστοιχες περιπτώσεις.



ΧΟΡΗΓΗΣΗ IDARUCIZUMAB ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΑ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΕΤΑΙ ΣΕ ΜΕΘ

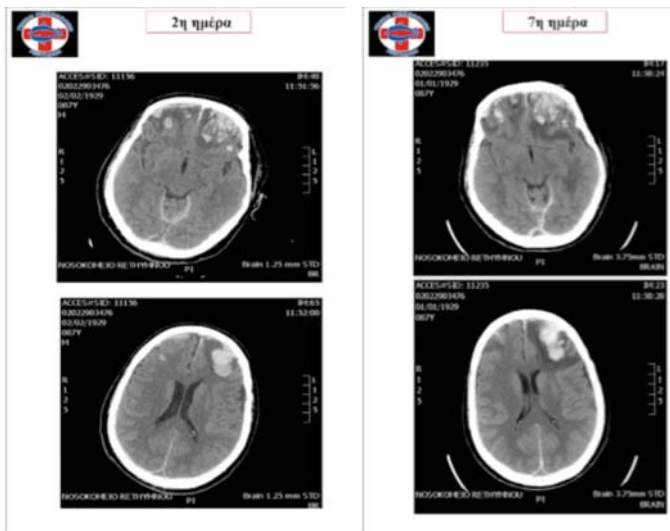
Σαμιώτης Η.¹, Στόκκος Κ.¹, Καμπουράκη Δ.¹, Πεντάρη Α.¹, Δεμιρτζόγλου Κ.¹
Δραμιτινού Ε.¹, Τραχαλάκη Α.¹, Παυλάκη Κ.², Μαρκάκης Χ.¹

1. Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Νοσοκομείο Ρεθύμνου
2. Αιματολογική Κλινική Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου

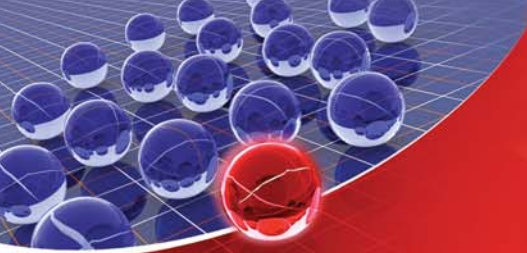
Σκοπός: Η χρήση αντιπηκτικής αγωγής και ειδικά των νεώτερων αντιπηκτικών καθιερώνεται όλο και περισσότερο σε ασθενείς που έχουν την απόλυτη ένδειξη, προκειμένου να αποφθεχθούν αγγειακά συμβάματα (αγγειακό εγκεφαλικό, θρομβώσεις μεγάλων αγγείων). Σε κάποιες περιπτώσεις όμως η χρήση αυτή μπορεί να προκαλέσει σοβαρές επιπλοκές ειδικά σε ηλικιωμένους ασθενείς, οι οποίες τις περισσότερες φορές μπορούν να είναι και θανατηφόρες. Στόχος μας είναι η ανάδειξη της σπουδαιότητας της άμεσης χρήση παραγόντων που αντιστρέφουν την δράση αυτών των φαρμάκων ακόμα και σε πολυτραυματίες που νοσηλεύονται στις μονάδες εντατικής θεραπείας.

Μέθοδος-Υλικά: Μελετήσαμε την κλινική περίπτωση ενός άνδρα ασθενή 80 ετών με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, χρόνιας κοιλιακής μαρμαρυγής υπό dabigatran, αδενοκαρκινώματος προστάτη, που διεκομίσθη στα ΤΕΠ λόγω αναφερόμενης παράσυρσης από δίκυκλο. Ο ασθενής κατά την εισαγωγή του στο ΤΕΠ ήταν αιμοδυναμικά σταθερός με GCS 15/15. Υποβλήθηκε στα ΤΕΠ σε CT εγκεφάλου όπου ανέδειξε υπαραχνοειδή αιμορραγία, υποσκληρίδιο αιμάτωμα, πολλαπλές ενδοπαρεγχυματικές αιμορραγίες της εγκεφαλικής ουσίας, μικρές αιμορραγικές θλάσεις μετωπιαία και κάτω γαμψοειδή κωνοειδή. Από τον λοιπό απεικονιστικό έλεγχο παρατηρήθηκε κάταγμα 10ης και 11ης πλευράς αριστερά, κάταγμα εξάρθημα δεξιάς ποδοκνημικής, τραυματική σπονδυλολύση ΟΜΣΣ. Λόγω των ευρημάτων χορηγήθηκε άμεσα idarucizumab (PRAXBIND). Τις επόμενες ημέρες της νοσηλείας του ασθενούς διενεργήθηκαν εκ νέου αξονικές τομογραφίες εγκεφάλου.

Αποτέλεσμα: Η idarucizumab (PRAXBIND) είναι ένα νέο μονοκλωνικό αντίσωμα που αναστέλλει άμεσα την δράση του dabigatran όταν χορηγηθεί. Στην κλινική αυτή περίπτωση είχε απόλυτη ένδειξη λόγω των ευρημάτων από την αξονική τομογραφία στα ΤΕΠ. Στην ΜΕΘ ο ασθενής υποβλήθηκε τις επόμενες ημέρες σε άλλες 2 αξονικές τομογραφίες εγκεφάλου όπου η έκταση της υπαραχνοειδούς αιμορραγίας καθώς και η πυκνότητα του αιμορραγικού υλικού στα αιματώματα είχαν ελάχιστα μειωθεί. Κλινικά ο ασθενής παρουσίαζε καλό επίπεδο συνείδησης, προσανατολισμένος (GCS 15/15). Επίσης δεν παρατηρήθηκαν επιπλοκές λόγω της αναστολής της δράσης του Dabidagran (Pradaxa)



Συμπέρασμα: Η χρήση αναστολέων δράσης των νεώτερων αντιπηκτικών αποδείχτηκε απόλυτα ασφαλής στο συγκεκριμένο ασθενή και είναι επιβεβλημένη όταν υπάρχει απόλυτη ένδειξη. Σε πολυτραυματίες που νοσηλεύονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας πρέπει να χορηγείται εξατομικευμένα με βάση την σχέση κινδύνου / οφέλους, όπως στην συγκεκριμένη κλινική περίπτωση όπου έπαιξε καθοριστικό ρόλο στην μη επέκταση των αιμορραγικών ευρημάτων, όπως θα αναμένονταν λόγω λήψης dabidagran.



ΚΕΡΑΥΝΟΒΟΛΟΣ ΠΟΛΥΟΡΓΑΝΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ ΕΡΑΣΙΤΕΧΝΗ ΔΡΟΜΕΑ ΜΕΓΑΛΩΝ ΑΠΟΣΤΑΣΕΩΝ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΘΕΡΜΟΠΛΗΞΙΑ

Γ. Αγαλιώτης, Π. Τεμπερικίδης, Σ. Μετζελόπουλος, Σ. Ζακυνθινός, Ζ. Μάστορα

Α΄ Κλινική Εντατικής Θεραπείας Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»

Σκοπός: Περιγράφεται περιστατικό θερμοπληξίας που εμφανίστηκε κατά τη διάρκεια της χειμερινής περιόδου, χωρίς αυξημένη θερμοκρασία περιβάλλοντος, με κεραυνοβόλο έναρξη και με όλες τις σπάνιες επιπλοκές της.

Υλικό: Άνδρας, 35 ετών, ερασιτέχνης δρομέας μεγάλων αποστάσεων, διακομίζεται σε κωματώδη κατάσταση στα ΤΕΠ του Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός» μετά από έντονη αθλητική δραστηριότητα. Μεταφέρθηκε στην ΜΕΘ με APACHE II score 31. Από την CT εγκεφάλου διαπιστώθηκε εγκεφαλικό οίδημα, από τα αέρια αρτηριακού σοβαρή υποξυγοναιμία και εικόνα ARDS στην α/α θώρακος. Επίσης, παρουσίαζε κυκλοφορική καταπληξία που έκριζε μεγάλων δόσεων αγγειοσυσπαστικών, ηπατική ανεπάρκεια με παράταση των χρόνων πήξης, ραβδομυόλυση, οξεία νεφρική ανεπάρκεια με ανουρία και υπερπυρεξία (θ- 41,0C). Το ιστορικό, η κλινική εικόνα και ο εργαστηριακός έλεγχος έθεσε την υπόνοια της θερμοπληξίας.

Μέθοδος: Από την είσοδο του στην ΜΕΘ ετέθη σε κουβέρτα υποθερμίας, προστατευτικό μηχανικό αερισμό, συνεχή αιμοδιαδιήθηση, έλαβε ινóτροπα, ευρέως φάσματος αντιβιοτικά και αγωγή για τις διαταραχές πήξης και το εγκεφαλικό οίδημα.

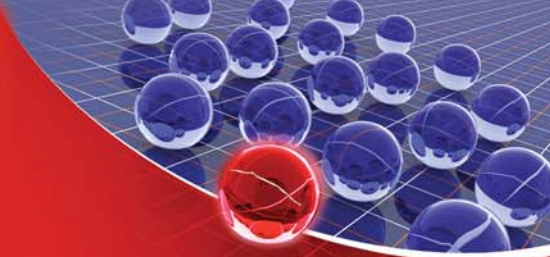
Αποτελέσματα: Μετά την παραμονή του για 22 ημέρες στην ΜΕΘ, εξήλθε για συνέχιση της νοσηλείας του στην ΜΑΦ και στην συνέχεια σε Παθολογικό τμήμα (συνολικός χρόνος νοσηλείας στο νοσοκομείο 64 ημέρες).

Συμπεράσματα: Η διάγνωση της θερμοπληξίας είναι κυρίως κλινική και απαιτεί υψηλή υποψία. Η θνησιμότητα της θερμοπληξίας ανέρχεται στο 63% με κύριους προγνωστικούς παράγοντες την ανουρία, το κόμα και την κυκλοφορική κατέρριψη, ενώ σχετίζεται άμεσα με την έγκαιρη αναγνώριση και την άμεση αντιμετώπιση.

Εργαστηριακά	WBC	Hct	Cr	SBP/DBP	HR	CPK	INR	FIB	T°
Είσοδος	13880	43%	1,8 mg/dl	60/30 mmHg	124 bpm	6700 UI/L	3,0	187	41,0 C
1° 24ωρο	23520	31%	5,6 mg/dl	130/40 mmHg	136 bpm	25000 UI/L	4,8	78	36,0 C

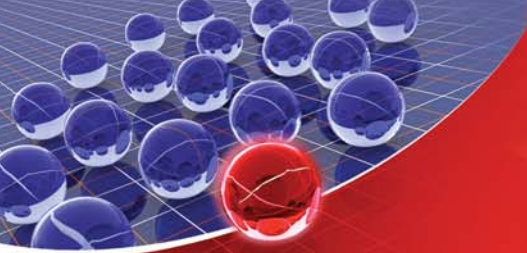
16^ο

Πανελλήνιο Συνέδριο
Εντατικής Θεραπείας



9

ΚΑΡΔΙΟ-ΘΩΡΑΚΟ-ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΑΙ ΜΕΘ



ΕΚΤΟΠΟΣ ΚΑΘΗΤΗΡΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ, ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ ΓΙΑ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΦΛΕΒΙΚΟΥ ΚΑΘΗΤΗΡΑ ΣΤΗΝ ΑΡΙΣΤΕΡΗ ΥΠΟΚΛΕΙΔΙΑ ΦΛΕΒΑ

Μούρκας Βασίλειος¹, Παναγιώτης Παπαμιχάλης¹, Σπυρίδων Καραγιάννης¹,
Δημήτριος Παπαδόπουλος¹, Τηλέμαχος Ζαφειρίδης¹, Δημήτριος Μπαμπαλής¹,
Γεώργιος Παράφορος¹, Αποστολία -Λεμονιά Σκούρα², Απόστολος Κομνός¹

(1) Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Γ.Ν.Λάρισας (2) Ιδιώτης Παθολόγος

Σκοπός: Η παρουσίαση μιας περίπτωσης σπάνιας επιπλοκής, με τοποθέτηση σε έκτοπη ανατομική θέση (πνευμονική αρτηρία) κεντρικού φλεβικού καθετήρα. Υπάρχουν μόλις τέσσερις συναφείς αναφορές στη διεθνή βιβλιογραφία (1-4).

Υλικό: Ασθενής 52 ετών, που νοσηλεύθηκε αρχικά σε νευρολογική κλινική και ακολούθως στη Μονάδα μας, λόγω οξείας έκπτωσης επιπέδου συνείδησης στα πλαίσια λευκοεγκεφαλοπάθειας των εγκεφαλικών ημισφαιρίων.

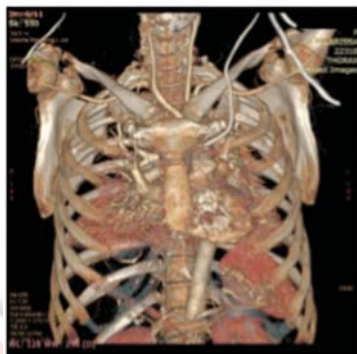
Μέθοδος: Χρησιμοποιήθηκε τεχνική seldinger και υποκλείδια προσπέλαση, με χρήση ανατομικών δομών ως οδηγά σημεία. Μολονότι η τοποθέτηση του καθετήρα επιβεβαιώθηκε με ακτινογραφία θώρακος επί κλίνης, με καθυστέρηση ημερών διαπιστώθηκε έκτοπη ανατομική θέση του καθετήρα. Προχωρήσαμε σε διενέργεια Αξονικής Τομογραφίας Θώρακος με ανασύνθεση (reconstruction) των εικόνων, που ανέδειξαν την έκτοπη θέση του καθετήρα στην πνευμονική αρτηρία (εικόνες 1-2).

Αποτελέσματα: Επιβεβαιώθηκε αυτή η εξαιρετικά σπάνια επιπλοκή, που δεν είχε δυσμενείς συνέπειες για την ασθενή σαν αυτές που περιγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία [αιμοθώρακας, πνευμοθώρακας, καρδιακός επιπωματισμός (1-3)].

Συμπεράσματα: Πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στις ακτινογραφίες που γίνονται μετά την παρακέντηση για τοποθέτηση κεντρικών φλεβικών καθετήρων, ώστε έγκαιρα να διαπιστώνονται συχνές (π.χ πνευμοθώρακας) ή και σπανιότερες (όπως στο περιστατικό μας) επιπλοκές. Επιπλέον να γίνει καθημερινή πρακτική η τοποθέτηση κεντρικών φλεβικών καθετήρων υπό καθοδήγηση υπερήχου, που θα μειώσει σημαντικά την επίπτωση τέτοιων επιπλοκών.

Βιβλιογραφικές αναφορές:

- 1) Anaesthesia. 1984; 39:727-8.
- 2) Journal of clinical anesthesia. 2008; 20-3:225-232.
- 3) Journal of clinical anesthesia. 2009; 21-5:377-385.
- 4) Case Reports in Critical Care. 2012, Article ID 160847, 3 pages.



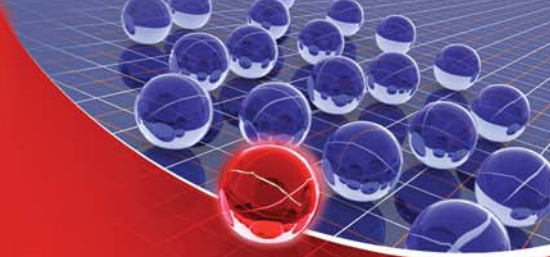
Εικόνα 1



Εικόνα 2

16^ο

Πανελλήνιο Συνέδριο
Εντατικής Θεραπείας



10

ΚΛΙΝΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑ

ΠΟΛΥΦΑΡΜΑΚΙΑ ΚΑΙ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΣΕ ΓΕΝΙΚΗ ΜΕΘ

Α. Παρασκευοπούλου¹, Σ. Κόκκορης², Ε. Γκριτζάλας³, Ε. Πατσάκη⁴,
Δ. Παναγίδης⁵, Σ. Νανάς⁶.

1. ΠΕ Νοσηλεύτρια, MSc© "ΜΕΘ και Επείγουσα Νοσηλευτική"

2. MD, PhD, Παθολόγος-Εντακκολόγος, Επιμελητής Β' ΜΕΘ ΓΝΑ 'Ο Ευαγγελισμός'

3. ΤΕ Νοσηλεύτρια, MSc© "ΜΕΘ και Επείγουσα Νοσηλευτική"

4. MSc Φυσιοθεραπεύτρια, ΜΕΘ ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Κλινική Εκπαιδευτρια ΤΕΙ Αθήνας, Τμήμα Φυσιοθεραπείας

5. ΤΕ Νοσηλεύτρια, MSc "ΜΕΘ και Επείγουσα Νοσηλευτική", ΜΕΘ ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

6. Καθηγητής Παθολογίας-Εντατικής Θεραπείας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ
ΜΕΘ ΓΝΑ "Ο Ευαγγελισμός"

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να καταγράψει την συχνότητα των πιθανών αλληλεπιδράσεων των χορηγούμενων φαρμάκων σε ασθενείς της ΜΕΘ, μέσω της χρησιμοποίησης της βάσης δεδομένων Lexi-interact®.

Υλικό: Μελετήθηκαν 62 ασθενείς (45% γυναίκες) που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ του νοσοκομείου κατά τη διάρκεια των 13 εβδομάδων, που διήρκεσε η μελέτη και εξετάστηκαν 105 φαρμακολογικά προφίλ για την ύπαρξη πιθανών αλληλεπιδράσεων. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 59±16 έτη και κατά μέσο όρο τα σκορ εκτίμησης της βαρύτητας ήταν 21±7 και 10±3 για APACHE II και SOFA αντίστοιχα.

Μέθοδος: Πρόκειται για προοπτική μελέτη παρατήρησης, η οποία πραγματοποιήθηκε σε τριτοβάθμιο δημόσιο νοσοκομείο του λεκανοπεδίου Αττικής. Σε κάθε ασθενή καταγράφηκαν φύλο, ηλικία, διαγνωστική κατηγορία εισόδου βάσει APACHE III και υπολογίστηκαν το APACHE II και SOFA του πρώτου 24ώρου. Έπειτα, καταγράφησαν οι απαραίτητες πληροφορίες για την φαρμακευτική αγωγή του κάθε ασθενή, ώστε να μπορεί να γίνει έλεγχος για την ύπαρξη πιθανών αλληλεπιδράσεων μέσω του Lexi-interact®.

Αποτελέσματα: Στους 4493 συνδυασμούς που ελέγχθηκαν εμφανίστηκαν 622 δυνητικές αλληλεπιδράσεις (13,8%). Το 12% των ασθενών δεν παρουσίασε καμία αλληλεπίδραση. Στο σύνολο βρέθηκε 1 (<1%) αλληλεπίδραση κατηγορίας Α, 65 (10%) αλληλεπιδράσεις κατηγορίας Β, 454 (73%) αλληλεπιδράσεις κατηγορίας C, 86 (13%) αλληλεπιδράσεις κατηγορίας D και 16 (3%) αλληλεπιδράσεις κατηγορίας Χ.

Ιδιαίτερα για τις κατηγορίες Χ και D που υπάρχει πιο έντονο ενδιαφέρον πρέπει να αναφερθεί ότι καταγράφηκαν 6 και 32 αντίστοιχα μοναδικοί συνδυασμοί αλληλεπιδράσεων μεταξύ φαρμάκων.

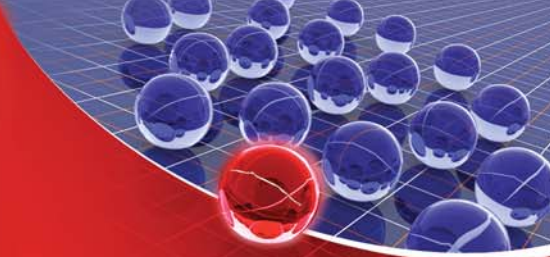
Στα φαρμακολογικά προφίλ ασθενών που λάμβαναν μέχρι και 4 φάρμακα δεν εμφανιζόταν καμία αλληλεπίδραση, για φαρμακολογικά προφίλ που περιείχαν μέχρι και 8 φάρμακα εμφανίζονταν κατά μέσο όρο 2,2 πιθανές αλληλεπιδράσεις (όλων των κατηγοριών), ενώ για φαρμακολογικά προφίλ με πάνω από 8 φάρμακα κατά μέσο όρο καταγράφονταν 8,7 πιθανές αλληλεπιδράσεις.

Μετά την στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε θετική συσχέτιση μεταξύ του αριθμού φαρμάκων και της εμφάνισης αλληλεπιδράσεων (Pvalue<0,001 και R2=0,76;0,7). Αρνητική ωστόσο είναι η σχέση που συνδέει την βαρύτητα των ασθενών τόσο με τον αριθμό των φαρμάκων όσο και με των αλληλεπιδράσεων.

Συμπεράσματα: Η συχνότητα εμφάνισης δυνητικών αλληλεπιδράσεων μεταξύ φαρμάκων είναι αρκετά αυξημένη σε ασθενείς της ΜΕΘ και φαίνεται να σχετίζεται άμεσα με τον αριθμό των χορηγούμενων φαρμάκων. Κρίνεται λοιπόν αναγκαία η χρήση εργαλείων ελέγχου αλληλεπιδράσεων ή η παρουσία κλινικού φαρμακοποιού στο χώρο της ΜΕΘ με στόχο τη μείωση των επιπλοκών που σχετίζονται με τις αλληλεπιδράσεις.

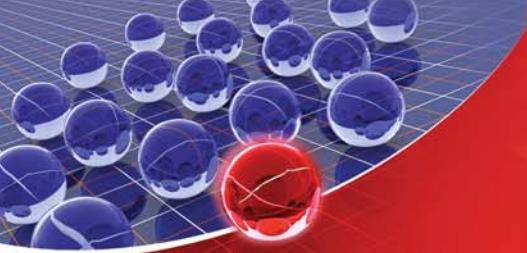
16^ο

Πανελλήνιο Συνέδριο
Εντατικής Θεραπείας



11

ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ



ΑΠΟΣΥΜΦΟΡΗΤΙΚΗ ΚΡΑΝΙΕΚΤΟΜΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΚΑΚΩΣΗ

Δημήτριος Ράλλης, Παναγιώτης Πούλος, Μαρία Καζαντζή, Ελένη Χρυστάκου,
Χρυσάνθη Τσιρογιάννη, Μαριλένα Πράπα, Παναγιώτης Καλαμπαλίκης

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παιδών, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

Σκοπός: Η αποσυμφορητική κρανιεκτομή μπορεί να εφαρμοστεί ως έσχατο μέτρο προκειμένου να μειωθεί η ενδοκράνια πίεση σε παιδιά με σοβαρή κρανιοεγκεφαλική κάκωση που δεν ανταποκρίνονται στη φαρμακευτική θεραπεία. Σκοπός της μελέτης μας ήταν η εκτίμηση της επίδρασης της αποσυμφορητικής κρανιεκτομής τόσο στη ρύθμιση της ενδοκράνιας πίεσης όσο και στην απώτερη νευρολογική έκβαση.

Υλικό: Για τους σκοπούς της εργασίας μας μελετήθηκαν αναδρομικά τα ιατρικά αρχεία όλων των ασθενών που εισήχθησαν στη Παιδιατρική ΜΕΘ του νοσοκομείου Παιδών «Η Αγία Σοφία» με σοβαρή κρανιοεγκεφαλική κάκωση κατά το διάστημα 2009 – 2015. Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν ασθενείς ≤ 14 ετών, με διάγνωση σοβαρή κρανιοεγκεφαλική κάκωση (κλίμακα κώματος Γλασκώβης ≤ 8) που παρουσίασαν αυξημένη ενδοκράνια πίεση (≥ 20 mmHg για τουλάχιστον 15 λεπτά) για την οποία απαιτήθηκε φαρμακευτική αντιμετώπιση. Ασθενείς οι οποίοι δεν ανταποκρίθηκαν στη φαρμακευτική θεραπεία υποβλήθηκαν σε αποσυμφορητική κρανιεκτομή.

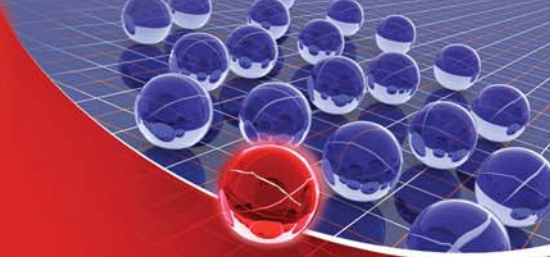
Μέθοδος: Καταγράφηκαν τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών που υποβλήθηκαν και αυτών που δεν υποβλήθηκαν σε κρανιεκτομή. Επίσης καταγράφηκε η μέγιστη τιμή της ενδοκράνιας πίεσης και η ελάχιστη τιμή της εγκεφαλικής πίεσης άρδευσης πριν και μετά τη διενέργεια της κρανιεκτομής. Τέλος εκτιμήθηκε η νευρολογική έκβαση με την εκτεταμένη κλίμακα έκβασης Γλασκώβης.

Αποτελέσματα: Από τους συνολικά 29 ασθενείς, οι 15 δεν υποβλήθηκαν (ομάδα 1) ενώ 14 υποβλήθηκαν σε κρανιεκτομή (ομάδα 2). Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές όσον αφορά την ηλικία, το φύλο, τον μηχανισμό κάκωσης, την κλίμακα κώματος Γλασκώβης ή την αντίδραση των κορών κατά την εισαγωγή ανάμεσα στις δύο ομάδες. Οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε κρανιεκτομή είχαν σε μεγαλύτερο ποσοστό ευρήματα διάχυτου εγκεφαλικού οιδήματος (93 έναντι 20%, $p < 0.001$), βαθμολογία ISS (32.1 ± 12.8 έναντι 22 ± 11.2 , $p = 0.032$) και Rotterdam (3 (3-4) έναντι 2 (2-3), $p = 0.046$), περισσότερες ημέρες καταστολής και μηχανικού αερισμού.

Οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε κρανιεκτομή παρουσίασαν σημαντική μείωση της μέγιστης τιμής της ενδοκράνιας πίεσης τους μετά την επέμβαση (31 ± 2.9 έναντι 19 ± 4.6 , $p < 0.001$) και αύξηση της ελάχιστης τιμής της εγκεφαλικής πίεσης άρδευσης (41 ± 10.5 έναντι 58 ± 11.5 , $p < 0.001$).

Όσον αφορά στη νευρολογική έκβαση και τη θνησιμότητα δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς των δύο ομάδων.

Συμπεράσματα: Η αποσυμφορητική κρανιεκτομή είναι αποτελεσματική στη μείωση της ενδοκράνιας πίεσης σε ασθενείς με κρανιοεγκεφαλική κάκωση, χωρίς ωστόσο να επηρεάζει τη νευρολογική τους έκβαση.



ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΑΝΝΙΤΟΛΗΣ ΚΑΙ ΥΠΕΡΤΟΝΟΥ ΔΙΑΛΥΜΑΤΟΣ NaCl 7.5% ΣΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΚΑΚΩΣΗ

Δημήτριος Ράλλης, Παναγιώτης Πούλος, Μαρία Καζαντζή, Ελένη Χρηστάκου,
Χρυσάνθη Τσιρογιάννη, Μαριλένα Πράπα, Παναγιώτης Καλαμπαλίκης

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παιδών, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

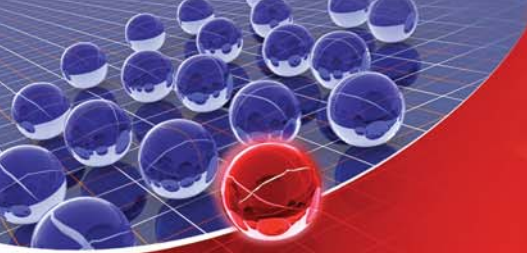
Σκοπός: Οι υπερωσμωτικές θεραπείες στοχεύουν στη ρύθμιση της αυξημένης ενδοκράνιας πίεσης σε ασθενείς με κρανιοεγκεφαλική κάκωση. Ο σκοπός της μελέτης είναι η σύγκριση της μαννιτόλης και του υπέρτονου διαλύματος 7.5% όσον αφορά στη μείωση της ενδοκράνιας πίεσης και στην αύξηση της εγκεφαλικής πίεσης άρδευσης σε παιδιά με σοβαρή κρανιοεγκεφαλική κάκωση.

Υλικό: Για τους σκοπούς της εργασίας μας μελετήθηκαν αναδρομικά τα ιατρικά αρχεία όλων των ασθενών που εισήχθησαν στη Παιδιατρική ΜΕΘ του νοσοκομείου Παιδών «Η Αγία Σοφία» με σοβαρή κρανιοεγκεφαλική κάκωση κατά το διάστημα 2009 – 2015. Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν ασθενείς ≤ 14 ετών, με διάγνωση σοβαρή κρανιοεγκεφαλική κάκωση (κλίμακα κώματος Γλασκώβης ≤ 8) που παρουσίασαν αυξημένη ενδοκράνια πίεση (≥ 20 mmHg για τουλάχιστον 15 λεπτά) για την οποία απαιτήθηκε φαρμακευτική αντιμετώπιση. Όλοι οι ασθενείς με ενδοκράνια πίεση ≥ 20 mmHg για ≥ 15 min έλαβαν αρχικά μαννιτόλη (0.5g/kg) και εάν δεν ανταποκρίνονταν υπέρτονο διάλυμα 7.5% (5ml/kg μέγιστη δόση).

Μέθοδος: Καταγράφηκαν τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών, ενώ για κάθε ασθενή αναλύθηκε η ενδοκράνια πίεση και η εγκεφαλική πίεση άρδευσης πριν τη χορήγηση και 30, 60 και 120 λεπτά μετά τη χορήγηση των υπερωσμωτικών διαλυμάτων.

Αποτελέσματα: Συνολικά αναλύθηκαν 53 δόσεις μαννιτόλης και 136 δόσεις υπέρτονου διαλύματος που χορηγήθηκαν σε 29 ασθενείς. Η χορήγηση υπέρτονου διαλύματος σχετίστηκε με σημαντική μεγαλύτερη μείωση της ενδοκράνιας πίεσης στα 30 [18 (13-21)έναντι 21 (17-23), $p < 0.001$], 60 [17 (12-22)έναντι 22 (17-28), $p < 0.001$] και 120 λεπτά [18 (13-23)έναντι 22 (19-27), $p < 0.001$] σε σύγκριση με τη μαννιτόλη. Αντίστοιχα και η εγκεφαλική πίεση άρδευσης ήταν σημαντικά υψηλότερη μετά τη χορήγηση υπέρτονου διαλύματος στα 30 [57 (51-68)έναντι 49 (41-51), $p < 0.001$], 60 [58 (51-69)έναντι 48 (40-51), $p < 0.001$] και 120 λεπτά [58 (49-67)έναντι 46 (39-51), $p < 0.001$]. Επίσης η ενδοκράνια πίεση και η εγκεφαλική πίεση άρδευσης αποκαταστάθηκαν σε φυσιολογικά επίπεδα σε μεγαλύτερο ποσοστό μετά τη χορήγηση του υπέρτονου διαλύματος (74 έναντι 45% στα 30 λεπτά, $p < 0.001$).

Συμπεράσματα: Η χορήγηση του υπέρτονου διαλύματος 7.5% σχετίζεται με σημαντικά μεγαλύτερη μείωση της ενδοκράνιας πίεσης και αύξηση της εγκεφαλικής πίεσης άρδευσης έναντι της μαννιτόλης σε παιδιά με σοβαρή κρανιοεγκεφαλική κάκωση.



ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΔΙΑΚΡΑΝΙΑΚΟΥ DOPPLER ΜΕ ΤΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΚΑΚΩΣΗ

Δημήτριος Ράλλης, Παναγιώτης Πούλος, Μαρία Καζαντζή, Ελένη Χρηστάκου,
Χρυσάνθη Τσιρογιάννη, Μαριλένα Πράπα, Παναγιώτης Καλαμπαλίκης

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παιδών, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

Σκοπός: Το διακρανιακό Doppler (TCD) εκτιμά την ροή και τις αντιστάσεις στη μέση εγκεφαλική αρτηρία και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να εντοπίσει περιοχές με αγγειόσπασμο ή/και μειωμένη ροή σε ασθενείς με κρανιοεγκεφαλική κάκωση. Σκοπός της μελέτης μας ήταν η συσχέτιση των ευρημάτων του TCD με τις τιμές της ενδοκράνιας πίεσης σε παιδιά με σοβαρή κρανιοεγκεφαλική κάκωση αλλά και με την απώτερη νευρολογική τους έκβαση.

Υλικό: Για τους σκοπούς της εργασίας μας μελετήθηκαν αναδρομικά τα ιατρικά αρχεία όλων των ασθενών που εισήχθησαν στη Παιδιατρική ΜΕΘ του νοσοκομείου Παιδών «Η Αγία Σοφία» με σοβαρή κρανιοεγκεφαλική κάκωση κατά το διάστημα 2009 – 2015, στους οποίους είχε πραγματοποιηθεί TCD κατά τις πρώτες 8 ώρες από την εισαγωγή. TCD με τιμές δείκτη παλμικότητας (PI) >1.25 ή τελοδιαστολικής ταχύτητας (EDV)

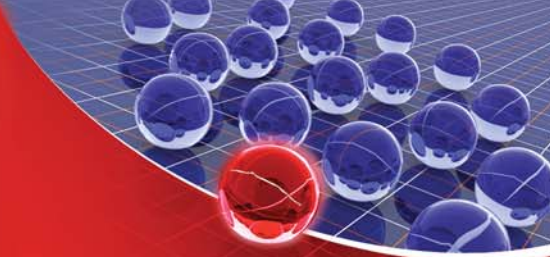
Μέθοδος: Καταγράφηκαν και αναλύθηκαν τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών με φυσιολογικό και παθολογικό TCD, η μέγιστη τιμή της ενδοκράνιας πίεσης και η ελάχιστη τιμή της εγκεφαλικής πίεσης άρδευσης κατά την πρώτη ημέρα και τέλος εκτιμήθηκε η νευρολογική έκβαση με την εκτεταμένη κλίμακα έκβασης Γλασκώβης και η επιβίωση.

Αποτελέσματα: Από τους 50 συνολικά ασθενείς της μελέτης οι 22 (44%) είχαν παθολογικό TCD. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές όσον αφορά την ηλικία, το φύλο, τον μηχανισμό κάκωσης, την κλίμακα κώματος Γλασκώβης εισαγωγής, την αντίδραση των κορών κατά την εισαγωγή ή τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά ανάμεσα στις δύο ομάδες. Οι ασθενείς με παθολογικό TCD είχαν σημαντικά μεγαλύτερη μέγιστη ενδοκράνια πίεση κατά την πρώτη ημέρα από την κάκωση (27 ± 8.3 έναντι 21 ± 8.7 , $p=0.044$). Όσον αφορά στη νευρολογική έκβαση η ύπαρξη παθολογικού TCD σχετίστηκε με χειρότερη GOSE ($p=0.007$) κατά την έξοδο από τη ΜΕΘ, αλλά καμία διαφορά στη θνησιμότητα.

Συμπεράσματα: Με χρήση του TCD μπορούν να ανιχνευθούν οι ασθενείς με μειωμένη εγκεφαλική ροή ή αγγειόσπασμο μετά από κρανιοεγκεφαλική κάκωση, οπότε η εξέταση μπορεί να χρησιμοποιηθεί επιπρόσθετα με τα υπόλοιπα απεικονιστικά μέσα προκειμένου να εντοπιστούν αυτοί που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο κακής νευρολογικής έκβασης.

16^ο

Πανελλήνιο Συνέδριο
Εντατικής Θεραπείας



12

ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΦΛΕΒΙΚΟ ΚΑΘΗΤΗΡΑ (CLABSI) ΣΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ ΚΑΙ ΥΠΕΡΒΑΡΟΥΣ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ

Τσολάκογλου Ιωάννης, Κολλάρος Αλέξιος, Γεώργιος Ιντας,
Παντελής Στεργιάννης, Ελευθερία Χάλαρη, Γεώργιος Φιλτίσης

Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών - Τμήμα Νοσηλευτικής

Σκοπός: Η διερεύνηση της υπόθεσης ότι η παρουσία λοιμώξεων σχετιζόμενων με κεντρικούς φλεβικούς καθετήρες σχετίζεται με την παχυσαρκία.

Υλικό: Μελέτη διάρκειας 18 μηνών σε 576 βαρέως πάσχοντες σε 3 Μ.Ε.Θ Αθηνών και Θεσσαλονίκης

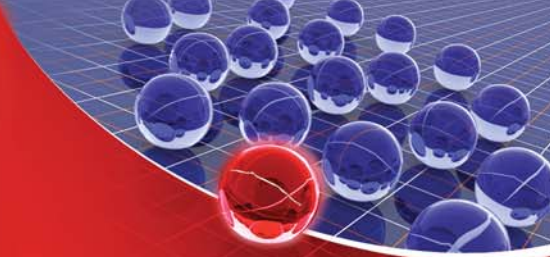
Μέθοδος: Σε όλους τους ασθενείς που επιλέχθηκαν για την μελέτη τοποθετήθηκε κεντρικός φλεβικός καθετήρας τριών αυλών σε σφαγιτίδα, υποκλείδιο ή μηριαία φλέβα από εντατικό/λόγο είτε από εξειδικευόμενο εντατικό/λόγο. Ο σωματικός τύπος των ασθενών ορίστηκε με βάση τον δείκτη BMI (Body Mass Index) και κατηγοριοποιήθηκαν σε λιπόσαρκους (BMI<20), κανονικού σωματικού τύπου (21<BMI<25), υπέρβαρους (25<BMI<30) και παχύσαρκους (BMI>30). Λοίμωξη σχετιζόμενη με τον κεντρικό φλεβικό καθετήρα διαγνώστηκε με εξέγερση μικροβιακού φορτίου κατά την καλλιέργεια του άκρου του καθετήρα και παράλληλη εύρεση ανάπτυξης ίδιου μικροβίου στην καλλιέργεια περιφερικού αίματος. Εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή στατιστική ανάλυση για να διαπιστωθεί συσχετισμός μεταξύ των ομάδων ασθενών (Λιπόσαρκοι, κανονικοί, υπέρβαροι, παχύσαρκοι) με λοιμώξεις σχετιζόμενες με κεντρικό καθετήρα.

Αποτελέσματα: Από τους 576 βαρέως πάσχοντες της μελέτης (258 Άνδρες, 318 Γυναίκες), μέσης ηλικίας 62,3 ±18.4 έτη, 28 (4.9%) ήταν λιπόσαρκοι, 220 (38.2%) κανονικού βάρους, 234 (40.6%) υπέρβαροι και 94 (16.3%) παχύσαρκοι. Λοίμωξη σχετιζόμενη με κεντρικό καθετήρα (CLABSI) διαγνώστηκε σε 156(27,1%) ασθενής κατά τη διάρκεια νοσηλείας τους (ανεξαρτήτως πόσοι κεντρικοί φλεβικοί καθετήρες τοποθετήθηκαν σε κάθε ασθενή). Οι υπέρβαροι και παχύσαρκοι βαρέως πάσχοντες είχαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερα ποσοστά εμφάνισης λοίμωξης σχετιζόμενης με κεντρικό φλεβικό καθετήρα από της υπόλοιπες ομάδες ασθενών (p<0.05). Οι παχύσαρκοι βαρέως πάσχοντες εμφάνισαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά επιβίωσης (p<0.05). Οι διάφοροι παράμετροι σχετιζόμενοι με την κατηγοριοποίηση των ασθενών ανά ομάδα σωματικού βάρους (BMI) παρουσιάζονται στον πίνακα 1.

Συμπεράσματα: Η παχυσαρκία φαίνεται να σχετίζεται με την παρουσία λοιμώξεων σχετιζόμενων με τον κεντρικό φλεβικό καθετήρα (CLABSI) στους βαρέως πάσχοντες. Ενδεχόμενα η συσχέτιση αυτή θα μπορούσε να οφείλεται στην μεγαλύτερη προσπάθεια και χρόνο που απαιτείται από τους ιατρούς κατά την τοποθέτηση του κεντρικού φλεβικού καθετήρα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.

	Underweight (N=28)	Normal weight (N=220)	Overweight (N=234)	Obese (N=94)	p
Apache II score	23.7±7.7	20.5±6.9	23.2±6.9	26.8±5.7	0.001
Comorbidity, n (%)	18 (64.3%)	160 (72.7%)	202 (86.3%)	66 (70.2%)	0.008
Femoral vein catheter insertion, n (%)	10 (35.7%)	30 (13.6%)	28 (11.9%)	14 (14.9%)	0.025
Subclavian vein catheter insertion, n (%)	10 (35.7%)	142 (64.5%)	156 (65%)	54 (61.4%)	
Jugular vein catheter insertion, n (%)	8 (28.6%)	48 (21.9%)	56 (21.1%)	20 (23.7%)	
N of attempts for catheter insertion	1.3±0.6	1.1±0.2	2.1±0.6	3.3±1.2	0.028
CLABSI, n (%)	6 (21.4%)	30 (13.6%)	86 (36.8%)	34 (36.2%)	0.001
ICU LOS	11.4±11.8	15.1±10.7	23.1±16.5	24.4±10.4	0.001
Hospital LOS	16.2±14.1	21.1±10.6	28.9±12.3	29.3±15.4	0.001
Survival, n (%)	16 (42.9%)	148 (67.3%)	94 (40.2%)	8 (8.5%)	0.001



ΠΑΧΥΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ ΑΠΟ *BARTONELLA HENSELAE* (CAT-SCRATCH -DISEASE). ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

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

Γ.Ν. Βόλου Αχιλλοπούλειο, ΜΕΘ

Σκοπός: Η Παχυμηνιγγίτιδα από *Bartonella Henselae* είναι μια σπάνια νόσος, σχετίζεται με την Cat-Scratch-Disease και η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία οδηγεί στην ίαση.

Υλικό: Γυναίκα 63 ετών, ελεύθερο ιστορικό. Εισήχθη στη ΜΕΘ διασωληνωμένη λόγω κόματος και κρίσεων "Ε". Η ασθενής δεν παρουσίασε πυρετό ούτε αυχενική δυσκαμψία. Αξονική εγκεφάλου : κ.φ. Εργαστηριακός έλεγχος Λευκά: 12700, CRP: 14,12 ONΠ: 10 κύτταρα /mm³, Γλυκόζη 95mg /dl, Λεύκωμα 144mg /dl. Καλλιέργεια ENY και αίματος αρνητικές.

Μέθοδος: MRI Εγκεφάλου : Εικόνα διάχυτης παχυμηνιγγικής ενίσχυσης (δεν παρατηρείται λεπτομηνιγγική ενίσχυση). Το εύρημα αποδίδεται σε φλεγμονώδη αλλοίωση της μήνιγγας. PCR ENY για ερπητοϊούς (-) και λόγω αναφοράς δήγματος από γάτα στο στέρνο (από μνός) εστάλη ορολογικός έλεγχος για *Bartonella Henselae*. Ευρέθη IgG >4096. Νέος έλεγχος σε άλλο εργαστήριο για επιβεβαίωση της 1ης εξέτασης επίσης θετικός.

Αποτελέσματα: Η ασθενής έλαβε θεραπεία : Ceftriaxone 2gr x 2 για 15 ημέρες Garamycin 400mg x 1 για 7 ημέρες Azithromycin 500mg x 1 για 7 ημέρες. Η ασθενής παρουσίασε κλινική βελτίωση και εξήλθε από την ΜΕΘ την 10η ημέρα νοσηλείας με GCS 15 και μετά από 1 εβδομάδα εξήλθε και από το νοσοκομείο με πλήρη αποκατάσταση. MRI εγκεφάλου μετά από 2 μήνες: Δεν παρατηρούνται φλεγμονώδεις αλλοιώσεις στις μήνιγγες.

Συμπεράσματα: Η Παχυμηνιγγίτιδα από *Bartonella Henselae* είναι μια σπάνια νόσος (αναφέρονται μόνο 4 case reports στη βιβλιογραφία) που προέρχεται από μία κοινή ζωνόσο (Cat-Scratch-Disease). Η ONΠ θέτει υποψία ιογενούς εγκεφαλίτιδας, η MRI και ο ορολογικός έλεγχος επιβεβαιώνει την νόσο. Απόλυτη διάγνωση γίνεται με βιοψία μήνιγγας.

Βιβλιογραφία -State of the Art Article: Beyond Cat Scratch Disease: Widening Spectrum of *Bartonella Henselae* Infection. Todd A. Florin, T. E. Zaoutis -Journal of Clinical Microbiology: Meningitis Due to "Bartonella Henselae" -Like Human Pathogen. Will Robert, Janice K. Louie -Arch Pathol Lab Med. 2007: A Case of Fatal Disseminated *Bartonella Henselae* Infection (Cat-Scratch-Disease) With Encephalitis. Brandy Fouch, Susan Coventry

ΜΥΚΗΤΑΙΜΙΑ ΑΠΟ FUSARIUM SPP ΣΕ ΜΗ ΑΝΟΣΟΚΑΤΕΣΤΑΛΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ

Γράβος Α., Τσόβολου Ε., Σαράντος Κ., Τζανουδάκης
Γ., Τουρτόγλου Α., Βαγγέλης Σ., Νοδάρου Α., Σακελλαρίδης Κ.,
Κατσιφά Κ., Γραμματικοπούλου Β., Τσελιώτη Π., Πρεκατές Α.

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, «Τζάνειο» Γ. Ν. Πειραιά

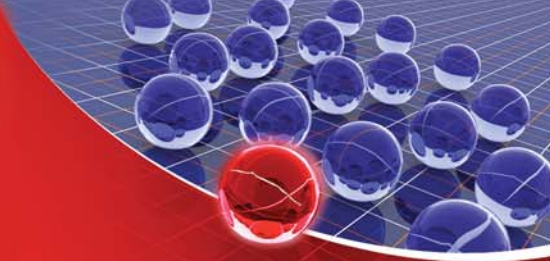
Σκοπός: Το *Fusarium spp* είναι ένα ευρέως διαδεδομένο στη φύση είδος νηματοειδών μυκήτων που μπορεί να οδηγήσει σε θανατηφόρες λοιμώξεις σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς. Έχουν παρατηρηθεί μυκηταιμίες σχετιζόμενες με ονυχομυκητίαση και δερματικές λοιμώξεις σε ανοσοεπαρκείς ασθενείς, ωστόσο συνηθέστερα προσβάλλονται ανοσοκατεσταλμένοι ασθενείς.

Υλικό: Άρρεν ασθενής ετών 43 εισήχθη στη ΜΕΘ μετά από αναφερόμενο τροχαίο με δίκυκλο. Ο ασθενής παρουσίαζε πολλαπλά κατάγματα σπλαγχνικού κρανίου, πολλαπλές αιμορραγικές θλάσεις εγκεφαλικών ημισφαιρίων και στελέχους και μεγάλο υποσκληρίδιο αιμάτωμα μετωπο-κρόταφο-βρεγματικά αριστερά και υποβλήθηκε σε ευρεία αποσυμπίεστική κρανιεκτομή.

Μέθοδος: Ατομικό αναμνηστικό: ελεύθερο. Κλινική εξέταση: ουδέν παθολογικό πλην ονυχομυκητίασης στο μεγάλο δάκτυλο του άκρου ποδός αριστερά. Μετά από τρίμηνη νοσηλεία στη ΜΕΘ ο ασθενής βρισκόταν σε αυτόματη αναπνοή με GCS=9/15, απύρετος, ισόκορος με θετικό ΦΚΑ και αιμοδυναμικά σταθερός. Την 98η ημέρα νοσηλείας παρουσίασε εμπύρετο έως 38,1 0C, ήπια λευκοκυττάρωση με ΠΜΝ τύπο, χωρίς ωστόσο αιμοδυναμική αστάθεια και γαλακτική οξέωση. Ελήφθησαν 2 ζεύγη αιμοκαλλιέργειών: θετικές για υφές νηματοειδών μυκήτων, συμβατές με *Fusarium spp* και εστάλησαν καλλιέργειες ούρων και από τους χώρους του νοσοκομειακού περιβάλλοντος που ήταν αρνητικές. Η καλλιέργεια από τον αφαιρεθέντα όνυχα της ονυχομυκητίασης ήταν επίσης θετική για *Fusarium spp*. Ο ασθενής έλαβε ενδοβλέβια αντιμυκητιασική αγωγή με βορικοναζόλη 600 mg IV ημερησίως, απυρέτησε την τρίτη ημέρα της έναρξης της αγωγής και παρέμενε αιμοδυναμικά σταθερός. Παρά την κλινική βελτίωση, την 15η ημέρα έγινε επανάληψη των αιμοκαλλιέργειών που ήταν εκ νέου θετικές για *Fusarium spp*. Έγινε προσθήκη αμφοτερικίνης Β σε δόση 3mg /Kg IV και διενεργήθηκε διαθωρακικό και διοισοφάγειο υπερηχογράφημα καρδιάς, που ήταν αρνητικά, triplex αρτηριών και φλεβών κάτω άκρων: αρνητικά καθώς και νέα CT εγκεφάλου, που ήταν επίσης αρνητική για πιθανά μυκωτικά ανευρύσματα ή αποστήματα. Μετά από 7 ημέρες συνδυασμένης αντιμυκητιασικής θεραπείας οι καλλιέργειες αίματος ήταν αρνητικές για *Fusarium spp*. Έγινε διακοπή της αμφοτερικίνης Β και συνέχισε με βορικοναζόλη. Ο ασθενής νοσηλεύεται ακόμα στη ΜΕΘ απύρετος και αιμοδυναμικά σταθερός, λαμβάνοντας IV βορικοναζόλη για 40 ημέρες, ενώ οι καλλιέργειες αίματος είναι αρνητικές για *Fusarium spp*.

Αποτελέσματα: Η μυκηταιμία από *Fusarium spp* εμφανίζεται κυρίως σε ασθενείς με αιματολογικές κακοήθειες και σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς. Οι δερματικοί τραυματισμοί, τα δακτυλικά έλκη, η ονυχομυκητίαση, και η παρονυχίτιδα είναι οι τυπικές δερματικές πύλες εισόδου. Σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς και χωρίς έγκαιρη θεραπεία η λοίμωξη συνοδεύεται από υψηλή θνητότητα, ενώ σε ανοσοεπαρκείς ασθενείς η μόνη εκδήλωση μπορεί να είναι ο χαμηλός πυρετός και η ήπια λευκοκυττάρωση. Η αμφοτερικίνη Β και η βορικοναζόλη, μόνη ή σε συνδυασμό είναι η θεραπεία εκλογής, ενώ εμφανίζονται και στελέχη ανθεκτικά σε αυτές.

Συμπεράσματα: Οι μυκητιασικές λοιμώξεις αποτελούν ένα σοβαρό πρόβλημα για τους ασθενείς της ΜΕΘ. Απαιτείται επαγρύπνηση σε ασθενείς υψηλού κινδύνου για μυκητιασικές λοιμώξεις, ενώ σε μη ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς η διάγνωση μπορεί να διαλάθει λόγω των μη ειδικών και αμβλυχρών συμπτωμάτων.



ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΕΚΒΑΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΠΟΛΥΟΡΓΑΝΙΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ (MODS) ΑΠΟ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΜΕ ΒΑΡΥ ARDS, ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ HIV ΛΟΙΜΩΞΗ ΚΑΙ ΒΑΡΙΑ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΟΛΗ

Τουρτόγλου Α., Γραμματικοπούλου Β., Τζανουδάκης Γ., Σαράντος Κ.,
Τσόβολου Ε., Νοδάρου Α., Βαγγέλης Σ., Γράβος Α., Σακελλαρίδης Κ.,
Κατσιφα Κ., Βενετούλης Δ., Τσελιώτη Π., Πρεκατές Α.

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, «Τζάνειο» Γ. Ν. Πειραιά

Σκοπός: Η θνητότητα του συνδρόμου πολυοργανικής δυσλειτουργίας (MODS) παραμένει μέχρι σήμερα υψηλή. Πολλές κλινικές μελέτες έχουν δείξει ότι το MODS που οφείλεται σε σήψη έχει θνητότητα που κυμαίνεται από 40-75%. Η θνητότητα του ARDS μόνο είναι 40-50%, ενώ όταν συνυπάρχει και δυσλειτουργία άλλου οργάνου η θνητότητα αυξάνεται έως και 90%. Παράγοντες κακής πρόγνωσης είναι η προχωρημένη ηλικία, η λοίμωξη από ανθεκτικό μικροοργανισμό, η ανοσοκαταστολή και η κακή προϋπάρχουσα λειτουργική κατάσταση του ασθενούς.

Υλικό: Άρρεν ασθενής 43 ετών με HIV λοίμωξη γνωστή από 17 ετίας για την οποία δεν ελάμβανε αντιρετροϊκή αγωγή, με απώλεια βάρους 15 κιλών εντός τριμήνου, καταβολή καθώς και HCV(+)/HBV(+) εισήχθη στην Παθολογική Κλινική, με διάγνωση πνευμονίας αριστερού κάτω λοβού. Ως εξωτερικός ασθενής έλαβε οσελατιμβίρη και μοξιφλοξασίνη επί δεκαήμερο στα πλαίσια εμπυρέτου λοίμωξης αναπνευστικού.

Μέθοδος: Λόγω επιδείνωσης της κλινικής του εικόνας και επιμονής του πυρετού, με CD4:9/μL, και C3 στάδιο της HIV λοίμωξης, έλαβε ενδοφλεβίως μεροπενέμ, τριμεθοπρίμη – σουλφομεθοξαζόλη (σε θεραπευτική δόση για λοίμωξη από PCP) και φλουκοναζόλη. Την 5η ημέρα της νοσηλείας του προστέθηκε ανιδουλαφουνγκίνη (αντί της φλουκοναζόλης) και τετραπλή αντιφυματική αγωγή. Την 7η ημέρα νοσηλείας ο ασθενής διασωληνώθηκε, τέθηκε σε μηχανικό αερισμό με εικόνα βαρέως ARDS-σηπτικής καταπληξίας και εισήχθη στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας λαμβάνοντας υψηλές δόσεις αγγειοσυσπαστικών φαρμάκων. Στην καλλιέργεια βρογχικών εκκρίσεων και στο ορθικό επίχρισμα απομονώθηκε *Candida albicans*. Δερματικές βλάβες στα δάκτυλα των άνω άκρων υποχώρησαν με την αντιμυκητιασική αγωγή ενώ αναδείχθηκαν βλάβες στη δεξιά κνήμη συμβατές με σάρκωμα Kaposi. Λοιπός εργαστηριακός έλεγχος: Πλήρης ιολογικός έλεγχος, συμπεριλαμβανομένου του ιού της γρίπης A+B (-), Abs για τοξόπλασμα (-), ορολογικός έλεγχος για άτυπα μικρόβια (-), A g πνευμονιοκόκκου και *Legionella* στα ούρα (-), Ag κρυπτοκόκκου αίματος (-). Καλλιέργειες αίματος για κοινά μικρόβια, μύκητες και άτυπα μυκοβακτηρίδια (-), Mantoux: (-), άμεσο παρασκεύασμα Ziehl-Nielsen, καλλιέργεια βρογχικών εκκρίσεων, ούρων, αίματος και γαστρικού υγρού (-) για B-Koch.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής στη ΜΕΘ έλαβε ενδοφλεβίως μεροπενέμ, τεικοπλανίνη, τριμεθοπρίμη – σουλφομεθοξαζόλη (σε θεραπευτική δόση για λοίμωξη από PCP), ανιδουλαφουνγκίνη και τετραπλή αντιφυματική αγωγή. Την 8η ημέρα νοσηλείας του αποδιασωληνώθηκε επιτυχώς και την 9η ημέρα εξήλθε από τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

Συμπεράσματα: Παρά το ότι η θνητότητα του συνδρόμου πολυοργανικής δυσλειτουργίας (MODS) οφειλόμενου σε σήψη είναι εξαιρετικά υψηλή, ειδικά επί εδάφους βαριάς ανοσοκαταστολής από HIV λοίμωξη με πολύ χαμηλό αριθμό CD4, η πρόωμη χορήγηση κατάλληλης αντιμικροβιακής αγωγής καθώς και η έγκαιρη και κατάλληλη υποστηρικτική αντιμετώπιση της σηπτικής καταπληξίας και του MODS συμβάλλουν στη μείωση της θνητότητας.

ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗ ΟΞΕΩΣΗ ΑΠΟ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ ΜΕ ΟΛΑΝΖΑΠΙΝΗ

Γράβος Α., Σαράντος Κ., Τουρτόγλου Α., Τζανουδάκης Γ., Τσόβολου Ε.,
Βαγγέλης Σ., Νοδάρου Α., Κατσιφα Κ., Μαλτέζος Δ., Γραμματικοπούλου Β.,
Σακελλαρίδης Κ., Τσελιώτη Π., Πρεκατές Α.

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, «Τζάνειο» Γ. Ν. Πειραιά

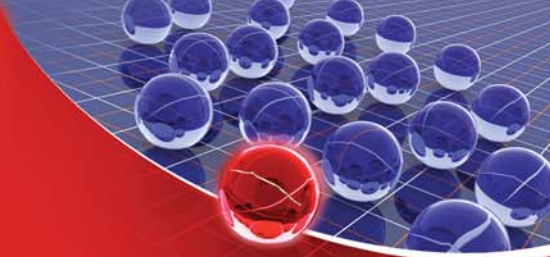
Σκοπός: ΗΣκοπός: Οι φαρμακευτικές δηλητηριάσεις με αντιψυχωσικά φάρμακα αποτελούν πολύ συχνό πρόβλημα σε ασθενείς που λαμβάνουν ψυχιατρική αγωγή και έχουν αυτοκτονικό ιδεασμό. Η ακριβής γνώση των ανεπιθύμητων ενεργειών των αντιψυχωσικών φαρμάκων είναι πολύ χρήσιμη στην καθημερινή κλινική πράξη.

Υλικό: Άρρεν ασθενής ετών 66 διακομίστηκε μέσω ΕΚΑΒ στο ΤΕΠ του νοσοκομείου μας με GCS=3/15, απύρετος, αιμοδυναμικά σταθερός και ισόκορος με θετικό ΦΚΑ. Ο ασθενής διασωληνώθηκε για προστασία του αεραγωγού, οδηγήθηκε επειγόντως για CT εγκεφάλου, που δεν ανέδειξε οξεία παθολογία και εισήχθη στη ΜΕΘ.

Μέθοδος: Εκ του ιστορικού αναφέρεται σχιζοφρένεια από ετών υπό ολανζαπίνη, ενώ από τους οικείους του αναφέρεται λήψη περίπου 15 tbs olanzapine των 15mg. Στη ΜΕΘ ο ασθενής ήταν απύρετος και αιμοδυναμικά σταθερός, με τριψήφια ωριαία διούρηση. Κλινική εξέταση: κ.φ. Εργαστηριακός έλεγχος: ήπια λευκοκυττάρωση με ΠΜΝ τύπο, φυσιολογική ηπατική βιοχημία και νεφρική λειτουργία (eGFR=96ml/min), glu αίματος= 164 mg/dl, κετόνες ούρων: (-), ακτινογραφία θώρακος: κ.φ, triplex καρδιάς: κ.φ. Από το ΗΚΓ: φλεβοκομβική ταχυκαρδία και QTc= 420 msec. Ο τοξικολογικός έλεγχος επιβεβαίωσε τις υψηλές τιμές ολανζαπίνης στο αίμα και ήταν αρνητικός για λοιπές ουσίες. Ο ασθενής παρουσίαζε βαριά αμγή μεταβολική οξέωση με αυξημένο χάσμα ανιόντων (pH= 7,24, pCO₂=32 mmHg, pO₂=190 mmHg με Fio₂=0,4, HCO₃⁻ =11 mEq/l, BE= -14, Lac=1,4 mmol/l και διορθωμένο ως προς τα λευκώματα ΧΑ= 18 και ΔΧΑ/ ΔΗCO₃⁻ = 1,3). Ο ασθενής μας δεν παρουσίαζε διαβητική κετοξέωση, γαλακτική οξέωση, ούτε νεφρική ανεπάρκεια, ενώ αποκλείστηκε και η δηλητηρίαση από σαλικυλικά και ωσμωτικώς δρώσες ουσίες. Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αναφέρονται περιπτώσεις μεταβολικής οξέωσης από δηλητηρίαση με ολανζαπίνη, αν και συννηθέστερα ο παθοφυσιολογικός μηχανισμός είναι μέσω διαβητικής κετοξέωσης. Στον ασθενή μας έγινε ενυδάτωση και προοδευτική διακοπή της καταστολής. Δε χρειάστηκε συνεχής φλεβο-φλεβική αιμοδιαδιήθηση. Παρατηρήθηκε προοδευτική βελτίωση της μεταβολικής οξέωσης, αποδιασωληνώθηκε σε 3 ημέρες και εξήλθε από τη ΜΕΘ σε 5 ημέρες σε καλή κλινική κατάσταση, χωρίς μεταβολική οξέωση.

Αποτελέσματα: Η ολανζαπίνη είναι αντιψυχωσικό φάρμακο που δρα συνδεδεμένη με τους υποδοχείς 5-HT₂ της σεροτονίνης και D₂ της ντοπαμίνης. Πολύ συχνά συμπτώματα της υπερδοσολογίας (με ποσοστό εμφάνισης >10 %) περιλαμβάνουν ταχυκαρδία, διέγερση/επιθετικότητα, δυσαρθρία, ποικίλα εξωπυραμιδικά συμπτώματα και μειωμένο επίπεδο συνείδησης (από καταστολή έως κόμα). Θανατηφόρες εκβάσεις έχουν αναφερθεί με οξείες υπερδοσολογίες τόσο χαμηλές όσο τα 450 mg, αλλά και επιβίωση έχει επίσης αναφερθεί μετά από οξεία υπερδοσολογία με περίπου 2 g από του στόματος ολανζαπίνη. Δεν υπάρχει ειδικό αντίδοτο για την ολανζαπίνη. Στη βιβλιογραφία αναφέρονται περιπτώσεις διαβητικής κετοξέωσης από υπερδοσολογία από ολανζαπίνη, λόγω της δυσμεταβολικής δράσης του φαρμάκου, ωστόσο στην περίπτωση του ασθενούς μας δεν παρατηρήθηκε διαβητική κετοξέωση.

Συμπεράσματα: Η φαρμακευτική δηλητηρίαση με ολανζαπίνη μπορεί να οδηγήσει σε μεταβολική οξέωση με αυξημένο χάσμα ανιόντων, ακόμα και επί απουσίας κλινικά σημαντικής διαβητικής κετοξέωσης.



ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΑΠΟΣΤΗΜΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΜΥΚΗΤΑ LICHTHEIMIA ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΚΑΚΩΣΗ

Σακελλαρίδης Κ., Γράβος Α., Τουρτόγλου Α., Τσόβολου Ε., Σαράντος Κ.,
Τζανουδάκης Γ., Βαγγέλης Σ., Νοδάρου Α., Κατσίφα Κ.,
Γραμματικοπούλου Β., Τσελιώτη Π., Πρεκατές Α.

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, «Τζάνειο» Γ. Ν. Πειραιά

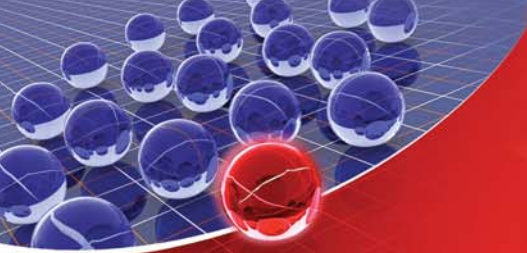
Σκοπός: Οι λοιμώξεις από *mucor* εμφανίζονται σε ασθενείς με ανοσοκαταστολή, αν και σπανιότερα μπορούν να προσβληθούν και ανοσοεπαρκείς ασθενείς.

Υλικό: Θήλυ ασθενής 28 ετών με ιστορικό κατάχρησης εθιστικών ουσιών, διεκομίσθη στη ΜΕΘ λόγω βαριάς κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης. Είχε προηγηθεί πτώση από δίκυκλο χωρίς προστατευτικό κράνος, παράσυρση στο οδόστρωμα και τραυματισμός του κρανίου σε σταθερή επιφάνεια. Προ της εισαγωγής της στη ΜΕΘ, υποβλήθηκε σε αξονική τομογραφία εγκεφάλου, όπου διαπιστώθηκε ευμέγεθες υποσκληρίδιο αιμάτωμα, υπαρχνοειδής αιμορραγία και αιμορραγικές εγκεφαλικές θλάσεις. Επίσης έφερε έγκαυμα τριβής με δερματικό έλλειμμα διαμέτρου 2cm στο τριχωτό της κεφαλής. Οδηγήθηκε στη χειρουργική αίθουσα, υποβλήθηκε σε αριστερή κρανιεκτομή, αφαίρεση του αιματώματος και έγινε εισαγωγή στη ΜΕΘ.

Μέθοδος: Παρέμεινε νοσηλεύομενη στη ΜΕΘ με ομαλή μετεχειρητική πορεία. Την 20η ημέρα νοσηλείας της η ασθενής παρουσίασε εικόνα σήψης με εκροή πυώδους υγρού από την περιοχή του δερματικού ελλείματος. Στάλθηκαν καλλιέργειες του υλικού αυτού, αιμοκαλλιέργειες και υποβλήθηκε σε νέα αξονική τομογραφία εγκεφάλου. Ο απεικονιστικός έλεγχος με τη χορήγηση ενδοφλέβιας σκιαγραφικής ουσίας ανέδειξε την παρουσία ευμεγέθους αποστήματος κάτωθεν του δερματικού ελλείματος και μικρότερων αποστημάτων δορυφορικά του αρχικού. Τέθηκε σε εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή με μεροπενέμη, χλωραμφενικόλη και κολιμυκίνη εν αμονή των απαντήσεων από τον εργαστηριακό έλεγχο. Μια εβδομάδα αργότερα το μικροβιολογικό εργαστήριο απομόνωσε από την καλλιέργεια του πυώδους υλικού τον μύκητα *Lichtheimia*. Το επόμενο 24ωρο η ασθενής οδηγήθηκε εκ νέου στη χειρουργική αίθουσα όπου έγινε χειρουργικός καθαρισμός και πλαστική στην περιοχή του δερματικού ελλείματος, ενώ ελήφθησαν εκ νέου καλλιέργειες και βιοπτικό υλικό από το απόστημα κάτωθεν της βλάβης. Από την παθολογοανατομική εξέταση του διεγχειρητικού υλικού απομονώθηκε ο ίδιος μύκητας *Lichtheimia*. Η ταυτοποίηση του είδους της *Lichtheimia* απαιτεί μοριακή τεχνική, που δεν ήταν διαθέσιμη στο εργαστήριο του νοσοκομείου μας. Με τα παραπάνω δεδομένα η ασθενής ξεκίνησε αγωγή με λιποσωμακή μορφή αμφοτερικίνης Β ενδοφλεβίως σε δόση 7mg/kg/24h και δισκία ποσακοναζόλης 800mg/24h. Η διπλή αντιμυμπιασική αγωγή συνεχίστηκε επί διμήνου και στη συνέχεια μονοθεραπεία με ποσακοναζόλη. Εν τω μεταξύ η ασθενής εξήλθε της ΜΕΘ με GCS:10/15 (Κ:5, Μ:4, Ο:1) και συνέχισε την αποθεραπεία της στη νευροχειρουργική κλινική.

Αποτελέσματα: Ο μύκητας *Lichtheimia* ανήκει στην οικογένεια των *mucor* μυκήτων και παλαιότερα ήταν γνωστός με την ονομασία *Absidia*. Το είδος *Lichtheimia* προκαλεί το 5% των λοιμώξεων από *mucor*. Η ακριβής επίπτωση των λοιμώξεων από *mucor* μύκητες είναι άγνωστη, λόγω της δυσκολίας στη διάγνωση της λοίμωξης. Στις ΗΠΑ η επίπτωση υπολογίζεται σε 1.7 περιστατικά ανά εκατομμύριο ασθενών ανά έτος. Οι λοιμώξεις από *mucor* εμφανίζονται σε ασθενείς με ανοσοκαταστολή, αν και σπανιότερα μπορούν να προσβληθούν και ανοσοεπαρκείς ασθενείς με μεταβολική οξέωση, διατιτραίνον τραύμα, έγκαυμα ή μεγάλο χειρουργείο. Η πρόγνωση της μουκορμύκωσης εξαρτάται από την εστία της λοίμωξης και τους προδιαθεσικούς παράγοντες του ασθενούς. Το σύνολο των ασθενών αποθνήσκουν εντός 12 εβδομάδων.

Συμπεράσματα: Συνδυασμένη αντιμυκητιασική αγωγή για 6 μήνες και τακτικός χειρουργικός καθαρισμός, με ταυτόχρονη αντιμετώπιση των προδιαθεσικών παραγόντων του πάσχοντος είναι ο ακρογωνιαίος λίθος στη θεραπεία.



Η ΠΛΑΣΜΑΦΑΙΡΕΣΗ ΣΑΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΛΟΓΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΥΠΕΡΧΟΛΕΡΥΘΡΙΝΑΙΜΙΑ

Βερνίκος Παύλος, Αρχοντούλης Νίκος, Κολοβού Κυριακή, Στάμος Γεώργιος,
Κυπραίου Θεμελίνα, Πανουτσοπούλου Μαρία, Φλώρος Ιωάννης

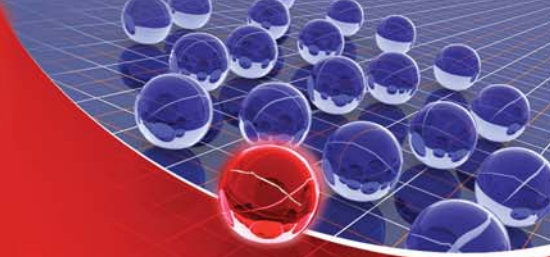
ΜΕΘ ΓΝΑ Λαϊκό

Σκοπός: Ο ίκτερος που δεν οφείλεται σε χειρουργικά αίτια αποτελεί εκδήλωση πολλών διαφορετικών νοσημάτων, είναι δείκτης ηπατικής διαταραχής, η επιδείνωσή του δε, θα μπορούσε να αποδειχθεί επικίνδυνη. Η πλασμαφαίρεση σαν μέθοδος αντιμετώπισης της υπερχολερυθριναιμίας δεν αποτελεί στοχευμένη αιτιολογική θεραπεία, μας δίνει όμως το χρόνο να διατηρήσουμε τον ασθενή σε σταθερή κατάσταση μέχρι την εφαρμογή εξειδικευμένης αντιμετώπισης

Υλικό: Ασθενής, θήλυ 42 ετών, με αναφερόμενη από ετών ήπια τρανσαμινασαιμία αγνώστου αιτιολογίας (AST 52 IU/ml, ALT 35 IU/ml), παρουσίασε ταχεία επιδείνωση της κλινικής της εικόνας (υπέρχρωση ούρων, ικτερική χροιά δέρματος και επιπεφυκώτων) και εισήχθη στο Νοσοκομείο προς έλεγχο και αντιμετώπιση. Από τον κλινικο - εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε : ίκτερος, περιφερικά οιδήματα, ασκιτική συλλογή, διαταραγμένη ηπατική βιολογία και πήξη, κίρρωτική απεικόνιση ήπατος στον υπέρηχο κοιλίας με βραδεία ροή αίματος στην πυλαία και σπληνομεγαλία, ύπαρξη δακτυλίου Kayser – Fleischer, παθολογικές τιμές σερούλοπλασμίνης ορού. Ετέθη η διάγνωση της οξείας επί χρόνιας ηπατικής ανεπάρκειας στα πλαίσια της νόσου Wilson. Η αντιμετώπιση με D Penicillamine διεκόπη λόγω επιδείνωσης της νεφρικής λειτουργίας, ενώ ταυτόχρονα οι τιμές της χολερυθρίνης επιδεινώθηκαν ραγδαία (31.10 mg/dl → 56.37 mg/dl). Αποφασίσθηκε η εφαρμογή πλασμαφαίρεσης μέχρι την διακομιδή της ασθενούς για οριστική αντι μετώπιση με μεταμόσχευση ήπατος.

Αποτελέσματα: Έγινε (1) συνεδρία πλασμαφαίρεσης (διάρκειας 1 ωρας) τη 2η ημέρα της νοσηλείας της κατά τη διάρκεια της οποίας η ασθενής έλαβε 10 μονάδες FFP. Προτιμήθηκε το FFP και όχι η συνθετική αλβουμίνη γιατί η ασθενής είχε σοβαρές διαταραχές πήξης. Επιπλοκές του τύπου της υπότασης ή υπασβεστιαϊμίας δεν υπήρξαν. Πίνακας 1 Η ασθενής την 3η ημέρα διεκομίσθη στις Βρυξέλλες για μεταμόσχευση ήπατος σε καλή κατάσταση.

Συμπεράσματα: Η πλασμαφαίρεση αποτελεί μια θεραπευτική επιλογή σε ασθενείς με υπερχολερυθριναιμία, που μπορεί να σταθεροποιήσει τον ασθενή όσον αφορά την ηπατική του βιολογία, μέχρι να εφαρμοσθεί η ενδεδειγμένη για αυτόν αντιμετώπιση (μεταμόσχευση ήπατος) ή μέχρι να εμφανισθούν τα αποτελέσματα της ήδη εφαρ-μοσθείσας θεραπείας.



ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΜΥΚΗΤΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΘ. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Μαργαρίτης Αθανάσιος, Μπουρνάκη Ευγενία, Μαρινάκης Γεώργιος,
Κάτσηνος Χρυσόστομος, Μανδραγός Κωνσταντίνος

Κοργιαλένιο Μπενάκειο Ε.Ε.Σ, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

Σκοπός: Η καταγραφή των ασθενών ΜΕΘ που εμφάνισαν μυκηταιμία και η αξιολόγηση της χρησιμότητας της χορήγησης προφυλακτικής αντιμυκητιασικής αγωγής σε αυτούς.

Υλικό: Σε χρονικό διάστημα δυόμιση ετών (Απρίλιος 2014-Σεπτέμβριος 2016) και επί συνόλου εισαγωγών στην ΜΕΘ 436 ασθενών, διαπιστώθηκαν βάσει καλλιέργειών αίματος 18 περιστατικά μυκηταιμιών

Μέθοδος: Εκτός από δυο, σε όλα τα περιστατικά χορηγήθηκε την πρώτη εβδομάδα νοσηλείας, προφυλακτική αντιμυκητιασική αγωγή με εκινokανδίνη, χωρίς να υπάρχει έως τότε θετική καλλιέργεια (αίματος, ούρων ή βρογχικών εκκρίσεων) για μύκητες. Διερευνήθηκαν η χρονική περίοδος θετικοποίησης της καλλιέργειας αίματος για μύκητες, το είδος του μύκητα, η επαναληψιμότητα η μη των θετικών καλλιεργειών, αφού είχε τεθεί αγωγή βάσει μυκητογράμματος και η τελική έκβαση των ασθενών που μελετήθηκαν.

Αποτελέσματα: Τα περιστατικά μυκηταιμιών στην ΜΕΘ σε διάστημα μελέτης δυόμιση ετών ήταν 18, επί 436 εισαχθέντων ασθενών, δηλ ποσοστό 4,11%. Τα αντίστοιχα περιστατικά που καταγράφηκαν την περίοδο 2009-2011, ήταν 1,81% επί των εισαχθέντων ασθενών. Διαπιστώθηκε επίσης ότι παρά την προφυλακτική χορήγηση αντιμυκητιασικού παράγοντα στους περισσότερους από τους μελετηθέντες ασθενείς, οι καλλιέργειες αίματος θετικοποιήθηκαν για μύκητες σε άλλοτε άλλο χρόνο, με μέσο όρο εμφάνισης τις 24 περίπου ημέρες. Ο υπεύθυνος μύκητας ήταν κατά βάσει η *Candida parapsilosis* και στα μισά περίπου περιστατικά διαπιστώθηκε αρνητικοποίηση των καλλιεργειών ως προς τον υπεύθυνο μύκητα. Τέλος, οι περισσότεροι ασθενείς επιβίωσαν και εξήλθαν από την ΜΕΘ.

Συμπεράσματα: Επειδή η εμφάνιση της μυκηταιμίας στους ασθενείς μας, εμφανίστηκε κατά μέσο όρο την 24 η ημέρα νοσηλείας, προκύπτουν κατά την άποψή μας, τα εξής ερωτήματα που χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης. 1. Ποιός πρέπει να είναι ο χρόνος έναρξης της αντιμυκητιασικής αγωγής και σε ποιούς ακριβώς ασθενείς πρέπει να χορηγείται 2. Αν είναι σκόπιμο να επαναλαμβάνεται και ανά πόσο χρονικό διάστημα 3. Αν θα ήταν σκόπιμη η διπλή τυφλή μελέτη 4. Ποια σχέση υπάρχει μεταξύ κόστους αντιμυκητιασικής αγωγής και εν γένει κόστους νοσηλείας στην ΜΕΘ 5. Ποιο είναι το καταλληλότερο αντιμυκητιασικό φάρμακο για προφυλακτική χορήγηση.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΜΕΣΩΝ ΟΡΩΝ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΦΥΛΟ	ΗΛΙΚΙΑ (Μ.Ο)	ΑΡΑΧΗ Π (Μ.Ο)	SOFA (Μ.Ο)	ΝΟΣΗΜΑ	ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΜΥΚΗΤΑΙΜΙΑΣ (ΗΜ-Μ.Ο)	ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΜΥΚΗΤΑΣ	ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗ	ΕΚΒΑΣΗ
18	9Α 9Θ	57	20,8333	8,72	10 ΠΑΘ 6 ΤΡΑΥΜ 2 ΧΕΙΡ	24,05	14 PARAPSIL 2 ALBIGANS 2 TROPICALIS	8 ΑΠΟΣΤ 8 ΟΧΙ 2 ΑΓΝ	11 ΕΞΙΤ 7 ΘΑΝ

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΑΝΤΙΜΥΚΗΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΤΗΝ IN VITRO ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ ΜΥΚΗΤΩΝ

Κατσιάρη Μαρία¹, Βαλαμουτοπούλου Μαρία¹, Πετροπούλου Κωνσταντίνα¹,
Μπατιάνη Πολυξένη¹, Κουνουγέρη Αικατερίνη¹, Λάσκου Μαρία¹,
Ρούσσου Ζωή², Πλατσούκα Ευαγγελία², Νικολάου Χαρίκλεια¹

1Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Γ. Ν. Ν. Ιωνίας «Κωνσταντιπούλειο – Πατησίων»

2 Μικροβιολογικό Τμήμα Γ. Ν. Ν. Ιωνίας «Κωνσταντιπούλειο – Πατησίων»

Σκοπός: Η σύγκριση της ελάχιστης ανασταλτικής πυκνότητας (minimum inhibitory concentration, MIC) ανά αντιμυκητικό φάρμακο και για κάθε είδος απομονωθέντος μύκητα, προ και μετά την λήψη αντιμυκητικής αγωγής.

Υλικό-Μέγεθος: Προοπτική μελέτη παρατήρησης σε μία πολυδύναμη γενική ΜΕΘ 9 κλινών. Κατά τη διάρκεια 18 μηνών (Ιανουάριος 2015-Ιούνιος 2016) και επί συνόλου 219 ασθενών που νοσηλεύθηκαν στη ΜΕΘ για > 48 ώρες, κατεγράφησαν οι ασθενείς που έλαβαν αντιμυκητική αγωγή. Στους ασθενείς αυτούς κατεγράφησαν δημογραφικά στοιχεία, δείκτες βαρύτητας και αιτία εισαγωγής στη ΜΕΘ, είδος αντιμυκητικής αγωγής, ταυτοποίηση απομονωθέντων στελεχών μυκήτων και αντίστοιχα μυκητογράμματα, καθώς και έκβαση εντός ΜΕΘ. Στη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε Student t test.

Αποτελέσματα: Ενενήντα-πέντε ασθενείς (53,8% άνδρες), με μέση ηλικία 67 ± 16 έτη, έλαβαν αντιμυκητική αγωγή (78 ασθενείς εμπειρική αγωγή, 17 ασθενείς θεραπευτική). Οι ασθενείς είχαν APACHE II 23,6 ± 6,8 και SOFA 9,6 ± 3,2, με αιτία εισαγωγής παθολογική (57,1%). Κατά την εισαγωγή τους στη ΜΕΘ είχαν Candida score 2,2 ± 1,3 και δείκτη αποικισμού (candida colonization index) 0,302 ± 0,348. Ο διάμεσος χρόνος έναρξης της αντιμυκητικής αγωγής ήταν 2,5 (1-11) ημέρες μετά την εισαγωγή στη ΜΕΘ και η μέση διάρκεια της ήταν 13 ± 8 ημέρες. Τριάντα επτά ασθενείς έλαβαν εχινοκανδίνες και 58 φλουκοναζόλη. Η αδρή θνητότητα του πληθυσμού μελέτης ήταν 56%. Στον Πίνακα 1 αναγράφεται η μέση MIC ανά αντιμυκητικό φάρμακο και ανά είδος απομονωθέντος μύκητα, προ και μετά την λήψη αντιμυκητικής αγωγής.

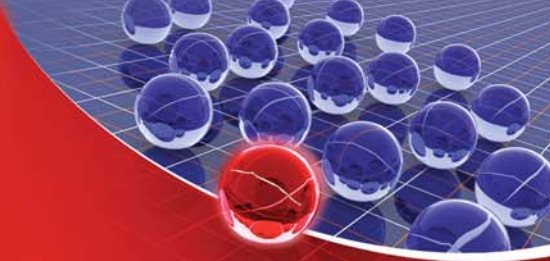
Συμπεράσματα: Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική μεταβολή της MIC των στελεχών μυκήτων, προ και μετά την λήψη αντιμυκητικής αγωγής. Ωστόσο, απαιτείται μεγαλύτερος ασθενών προκειμένου να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.

MIC ανά αντιμυκητικό φάρμακο και ανά είδος απομονωθέντος μύκητα, προ και μετά την λήψη αντιμυκητικής αγωγής

	C. albicans	C. glabrata	C. tropicalis	C. parapsilosis
Αμφοτερικίνη Β	0,34 ± 0,41	0,7 ± 0,21	0,56 ± 0,26	0,75 ± 0,35
Φλουκοναζόλη	Πριν	0,55 ± 0,33	12,4 ± 11,5	0,5 ± 0,35
	Μετά	1,73 ± 2,6	16 ± 5,6	1,25 ± 1,06
	p-value	0,220	0,548	0,443
Βορικοναζόλη	Πριν	0,02 ± 0,008	0,59 ± 0,4	0,04 ± 0,034
	Μετά	0,039 ± 0,039	0,7 ± 0,3	0,12 ± 0,11
	p-value	0,278	0,648	0,773
Κασποφουγκίνη	Πριν	0,27 ± 0,16	0,38 ± 0,23	0,34 ± 0,22
	Μετά		0,38 ± 0,22	0,48 ± 0,16
	p-value	0,28	0,447	0,773
Ανιτουλαφουγκίνη	Πριν	0,03 ± 0,028	0,38 ± 0,014	0,023 ± 0,005
	Μετά	0,027 ± 0,03	0,041 ± 0,03	0,027 ± 0,006
	p-value	0,855	0,825	0,423
Μικαφουγκίνη	Πριν	0,014 ± 0,0056	0,009 ± 0,004	2,0 ± 0,0
	Μετά	0,0276 ± 0,043	0,006 ± 0,004	1,25 ± 1,06
	p-value	0,48	0,371	0,423

[οι τιμές αφορούν μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση, MIC σε µg/ml]



ΔΙΗΘΗΤΙΚΗ ΒΡΟΓΧΟΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΑΣΠΕΡΓΙΛΛΩΣΗ ΜΕΤΑ ΛΟΙΜΩΞΗ ΜΕ ΙΟ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ Η3Ν2: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΟΝΤΟΤΗΤΑ

Σπυρίδων Καραγιάννης, Τηλέμαχος Ζαφειρίδης, Ιωάννα Βουλγαρίδη,
Παναγιώτης Παπαμιχάλης, Βασιλική Ζησοπούλου, Νικόλαος Νταφούλης,
Κωνσταντίνος Μπούλιαρης, Βασίλειος Μούρκας, Απόστολος Κορνός

ΜΕΘ Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας

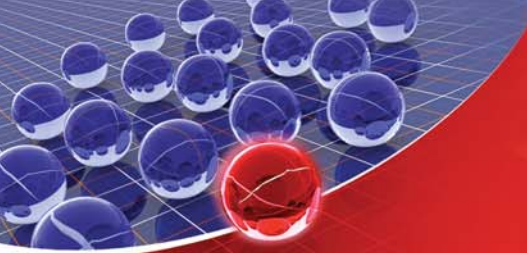
Σκοπός: Η παρουσίαση σπάνιας περίπτωσης ασθενούς με συνύπαρξη λοίμωξης από τον ιό της γρίπης Η3Ν2 και διηθητικής βρογχοπνευμονικής ασπεργίλλωσης από *Aspergillus niger*

Υλικό: Ασθενής 59 ετών, καπνιστής >150p-y, με ατομικό αναμνηστικό αιθυλισμού, επαγγελματικής έκθεσης σε χημικές ουσίες, σακχαρώδη διαβήτη, στεφανιαίας νόσου, αρτηριακής υπέρτασης, δυσλιπιδαιμίας και χωρίς προφυλακτική παθητική ανοσοποίηση έναντι του ιού της γρίπης εισήχθη στην Παθολογική κλινική λόγω εμπυρέτου από εβδομάδας με συνοδό βήχα και πυώδη απόχρεψη. Από τον απεικονιστικό έλεγχο του θώρακα με ακτινογραφία προέκυψε εικόνα πύκνωσης αριστερού κάτω πνευμονικού πεδίου. Παρά την αρχική εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή ο ασθενής τις επόμενες 72 ώρες παρουσίασε οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια και μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ όπου τέθηκε σε επεμβατικό μηχανικό αερισμό. Προηγήθηκε αξονική τομογραφία θώρακος που ανέδειξε εκτεταμένες πνευμονικές διηθήσεις όλων των βρογχοπνευμονικών τμημάτων αριστερά, κατά τόπους συρρέουσες, παρουσία αεροβρογχογράμματος και στοιχείων δίκην θαμβής υάλου, καθώς και πνευμονικών διηθήσεων παρόμοιας μορφολογίας δεξιού κάτω λοβού. Ο μοριακός έλεγχος των βρογχικών εκκρίσεων με PCR ανέδειξε ιό της γρίπης Η3Ν2. Από τον λοιπό εργαστηριακό έλεγχο λευκοπενία /λεμφοπενία και θρομβοπενία

Μέθοδος: Ακολούθησε βρογχοσκόπηση η οποία ανέδειξε βρογχικό βλεννογόνο οίδηματώδη με συρρέουσες λευκώπες και γκριζόφαιες διηθήσεις και κατά τόπους ελκωτικές και νεκρωτικές περιοχές ενώ στις βρογχικές εκκρίσεις ταυτοποιήθηκε *Aspergillus niger*. Ακολούθησε έλεγχος για παρουσία αντιγόνου γαλακτομαννάνης στις βρογχικές εκκρίσεις, ο οποίος ήταν θετικός. Ο ασθενής παρουσίασε επιδείνωση της αναπνευστικής ανεπάρκειας, ARDS, και τελικά κατέληξε την 7η ημέρα νοσηλείας.

Αποτελέσματα: Παρουσίαζε αναγνωρισμένους παράγοντες κινδύνου για μυκητιασική λοίμωξη, οι οποίοι σε συνδυασμό με την παροδική λευκοπενία /λεμφοπενία πιθανώς να πυροδότησαν την διηθητική λοίμωξη, σε ασθενή χωρίς εμβολιαστική κάλυψη για τον ιό της γρίπης

Συμπεράσματα: Οι περισσότερες λοιμώξεις που οφείλονται σε είδη *Aspergillus* παρουσιάζουν σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα, εμφανίζονται συνήθως σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς και οι περισσότερες αποδίδονται στον *Aspergillus fumigatus*. Ο *Aspergillus niger* είναι ένας υφομύκητας ο οποίος σπάνια αναφέρεται ως αίτιο πνευμονίας με ελάχιστες αναφορές στην βιβλιογραφία.



16^ο

Πανελλήνιο Συνέδριο
Εντατικής Θεραπείας

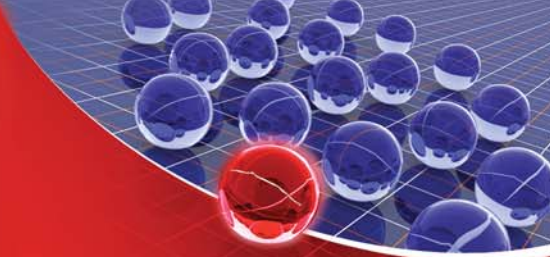
ΣΟΒΑΡΕΣ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΕΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΕ ΥΓΙΗ ΕΝΗΛΙΚΑ ΕΠΙ ΕΔΑΦΟΥΣ ΛΟΙΜΩΞΕΩΣ ΤΟΝ ΙΟ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ H₁N₁.

Μυστακέλλη Χριστίνα, Αραβωσιτά Παρασκευή, Σαλμά Βαΐα,
Τζερεφός Σταύρος, Αλοΐζος Σταύρος

ΜΕΘ, *Εννηθίκων «ΜΗΤΕΡΑ»*

Ασθενής άνδρας 55 ετών βαρύς καπνιστής με αναφερόμενο ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία με γριπώδη συνδρομή από 6ημέρου, πυρετός έως 39.5οC και αναπνευστική δυσχέρεια από 24ώρου. Μεταφέρθηκε στην ΜΕΘ λόγω πτώσης επιπέδου συνειδήσεως, υπότασης, ταχυκαρδίας και βαριάς οξέωσεως. Διασωληνώθηκε άμεσα και από το φαρυγγικό επίχρισμα διαπιστώθηκε λοίμωξη από H₁N₁, αρνητικά αντιγόνα ούρων για *Legionella* και *πνευμονιόκοκκο* αλλά με θετική αιμοκαλλιέργεια για Gram(+)-*S.aureus*. Ελήφθη δείγμα αίματος για τοξίνη *Panton-Valentine* η οποία ήταν αρνητική. Υποβάλλεται σε τραχειοστομία και σταδιακά βελτιώνεται και αποκτά ικανοποιητικό επίπεδο επικοινωνίας. Από την 20η ημέρα παρουσιάζει ήπια διαταραχή επιπέδου επικοινωνίας, βυθιότητα και προσήλωση βλέμματος. Διενεργήθηκε άμεσα MRI εγκεφάλου η οποία ανέδειξε αποστηματικού τύπου βλάβες και εικόνα κοιλιτιδίας. Αντιμετωπίστηκε με παροχέτευση με καθετήρα Omaxa (ΔΕ) μετωπιαία και έναρξη ενδοκοιλιακών εγχύσεων αντιβιοτικών (βανκομυκίνη, κολιμυκίνη, γενταμυκίνη) για 22 ημέρες. Παρά την θεραπεία δεν παρουσίασε βελτίωση, αντιθέτως παρατηρήθηκε αύξηση των κυττάρων του ΕΝΥ και υδροκέφαλος για τον οποίο τοποθετήθηκε 2^η παροχέτευση του ΕΝΥ και μετά από 2 μήνες ενδοκοιλιακή βαλβίδα παροχέτευσης. Τελικά ο ασθενής εξήλθε προς κέντρο αποκατάστασης έχοντας θεραπευτεί από την λοίμωξη του ΚΝΣ.

Συμπερασματικά η λοίμωξη από τον ιό της γρίπης H₁N₁ σε κατά τεκμήριο υγιείς ανθρώπους αποτελεί πρόσφορο έδαφος για επιλομιώξεις απειλητικές για την ζωή καθώς και συνοδές αναπνευστικές. Ο αντιγριπικός εμβολιασμός μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στην πρόληψη της νόσου και να προάγει την δημόσια υγεία.



ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ CLOSTRIDIUM DIFFICILE ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΟΝΤΑΙ ΣΤΗ ΜΕΘ

Χ. Ρούβαλης, Π. Στεργίου, Ε. Ιωαννου, Α. Παπαθανασίου
Κ. Ναούμ, Γ. Νάκος, Β. Κουλούρας

ΜΕΘ ΠΓΝ Ιωαννίνων

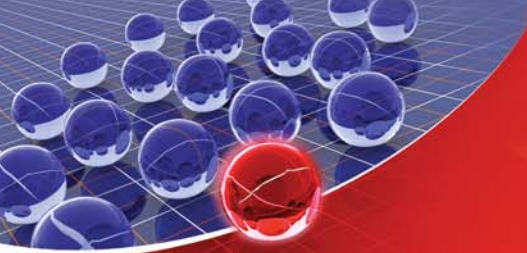
Σκοπός: Ο σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί η συχνότητα λοίμωξης από Clostridium Difficile (C.D) σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς, ο προσδιορισμός της συχνότητας ανεύρεσης τοξινογόνων ή μη στελεχών C.D σε δείγματα κοπράνων ασθενών με διάρροια καθώς και η καταγραφή των επιδημιολογικών στοιχείων, η πορεία και η έκβαση των ασθενών αυτών.

Υλικό: Σε διάστημα 10 μηνών (10/2013 – 8/2014) μελετήθηκαν όλοι οι ασθενείς ηλικίας >18 ετών με αναμενόμενη νοσηλεία > 24 ώρες, που εισήχθησαν στην ΜΕΘ του ΠΓΝ Ιωαννίνων και παρουσίασαν διάρροιες. Ως διάρροια ορίσθηκε η αύξηση της ρευστότητας και του βάρους των κοπράνων (>200g την ημέρα), η οποία μπορεί να συνδυάζεται με αύξηση της συχνότητας των κενώσεων, έπειξη προς αφόδευση, περιπρωκτική δυσφορία (τεινεσμός) και/ή ακράτεια κοπράνων.

Μέθοδος: Σε όλους τους ασθενείς της μελέτης καταγράφηκαν τα δημογραφικά στοιχεία η προηγούμενη νοσηλεία σε άλλο τμήμα του νοσοκομείου, οι μέρες νοσηλείας και μηχανικής αναπνοής, η αιτία εισόδου (αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια, shock, τραύμα, κρανιοεγκεφαλική κάκωση, μετεγχειρητική ανάνηψη,) τα εργαστηριακά ευρήματα και το είδος των χορηγούμενων αντιβιοτικών. Καταγράφηκε επίσης η έκβαση του ασθενούς, η αιτία θανάτου και ο χρόνος που μεσολάβησε από την διαπίστωση του CD. Σε όλους του ασθενείς που εμφάνιζαν διάρροιες έγινε η δοκιμασία ανίχνευσης της τοξίνης A και B του C.D με τη μέθοδο της ανοσοχρωματογραφίας μεμβράνης. Για την τεκμηρίωση λοίμωξης που σχετίζεται με το Clostridium Difficile Associated Disease, (CDAD) χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω κριτήρια : 5 ή περισσότερες διάρροιες σε διάστημα 36 ωρών καθώς και χρήση αντιβιοτικών τις προηγούμενες 8 εβδομάδες, ανίχνευση της τοξίνης του C. Difficile και ανταπόκριση στη θεραπεία. Καθυστερημένη εμφάνιση της CDAD ορίσθηκε ως έναρξη των συμπτωμάτων 2 εβδομάδες μετά την έκθεση.

Αποτελέσματα: Στη διάρκεια των 10 μηνών καταγράφηκαν συνολικά 206 διαδοχικοί ασθενείς εισήχθησαν στην ΜΕΘ του νοσοκομείου μας. Από αυτούς οι 35 (20 άνδρες/15 γυναίκες, μέσης ηλικία $62,6 \pm 16,7$ έτη) πληρούσαν κριτήρια (διάρροιες, ηλικία, κτλ) και συμπεριλήφθησαν στην ανάλυση. Δεκαπέντε από τους 35 ασθενείς, είχαν νοσηλευτεί αρχικά σε άλλο νοσοκομείο ή κλινική του νοσοκομείου μας. Οι 31/35 ασθενείς (88,5%) ετέθησαν σε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής και οι 27/35 ήταν σε κώμα (77,1%). Ο μέσος χρόνος νοσηλείας στη Μ.Ε.Θ. ήταν $36,2 \pm 20,7$ μέρες και της μηχανικής αναπνοής $32,5 \pm 21,7$. Οι 9/35 ασθενείς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους εκδήλωσαν κυκλοφορική σπικτική καταπληξία. Η πλειονότητα των ασθενών αυτών πήραν κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους στη ΜΕΘ περισσότερες από 4 κατηγορίες αντιβιοτικών. Όλοι οι ασθενείς ελέγχθηκαν για CD με ανοσοχρωματογραφία μεμβράνης. Το CD ανιχνεύτηκε συνολικά σε 4 ασθενείς (θετικό αντιγόνο - αρνητική τοξίνη σε 3 ασθενείς, θετικό αντιγόνο - θετική τοξίνη A+B σε 1 ασθενή). Λόγω της βαρύτητας των συμπτωμάτων 1/4 ασθενής υποβλήθηκε σε ενδοσκοπηση. Οι 3 από τους 4 ασθενείς έλαβαν αγωγή με vancomycin 500 x 4 per os. Από αυτούς τους 3 ασθενείς μία ασθενής έλαβε πλήρη αγωγή επί 10 μέρες ενώ στους άλλους δύο ασθενείς η βανκομυκίνη χορηγήθηκε για 3 και 7 μέρες αντίστοιχα λόγω θανάτου των ασθενών. Ο 1/4 ασθενείς δεν έλαβε ουσιαστικά θεραπεία αφού απεβίωσε εντός 24ωρου από την ανίχνευση του CD. Στην μία ασθενή με πλήρη διάρκεια (10 μέρες) θεραπείας με vancomycin το αντιγόνο για CD ήταν αρνητικό στον δεύτερο έλεγχο μετά την θεραπεία.. Οι 3/4 ασθενείς με CDAD τελικά απεβίωσαν, ο ένας από την λοίμωξη με CD ενώ οι άλλοι δυο από την υποκείμενη νόσο σε συνδυασμό με το CDAD.

Συμπεράσματα: Οι διάρροιες είναι συχνές σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς. Η λοίμωξη από CD διαπιστώθηκε σε 4 /35 βαρέως πάσχοντες ασθενείς που μελετήθηκαν με $\geq 3/24$ h διάρροιες, από τους οποίους ο ένας απεβίωσε εξαιτίας CD. Το ποσοστό λοίμωξης (περίπου 2% του συνόλου των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στην ΜΕΘ) είναι παραπλήσιο με αυτό που αναφέρεται την διεθνή βιβλιογραφία (1-3,5%). Οι λοιμώξεις από CD είναι σοβαρές και πρέπει να γίνεται έγκαιρη διαγνωστική προσέγγιση και θεραπευτική αντιμετώπιση. Για την πρόληψη η εμφάνιση πρέπει να δοθεί στα μέτρα μείωσης του αποικισμού των αντικειμένων και στην απομόνωση των ασθενών.



ΔΙΕΙΣΔΥΤΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΑΠΟ CANDIDA ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΗΣ ΜΕΘ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ζώτος Ν.¹, Μαργαρίτης Α.², Μπολώση Μ.², Υγροπούλου Ο.², Παπαγεωργίου Λ.¹,
Μπριασούλης Χ.¹, Μήτσος Χ.¹, Μήλιος Κ.², Πούρνου Α.¹

1.Μικροβιολογικό εργαστήριο Γ.Ν.Ιωαννίνων
2.Μονάδα εντατικής θεραπείας Γ.Ν.Ιωαννίνων

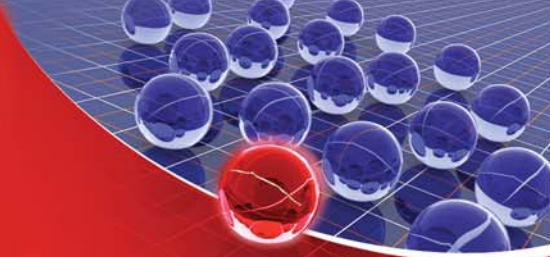
Σκοπός: Η διερεύνηση των καντιναιμιών σε ασθενείς νοσηλευόμενους στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, η καταγραφή της συχνότητας των ειδών Candida και της in vitro ευαισθησίας των κλινικών στελεχών στα αντιμυκητιασικά φάρμακα.

Υλικό: Μελετήθηκαν συνολικά 32 στελέχη Candida, που απομονώθηκαν από καλλιέργειες αίματος ασθενών από τη ΜΕΘ, σε διάστημα τριών ετών.

Μέθοδος: Χρησιμοποιήθηκαν φιάλες αιμοκαλλιέργειών που επωάσθηκαν στο αυτοματοποιημένο σύστημα BactAlert (bioMerieux). Η ταυτοποίηση των στελεχών Candida σε επίπεδο είδους και ο έλεγχος ευαισθησίας στα αντιμυκητιασικά πραγματοποιήθηκαν με το αυτοματοποιημένο σύστημα Microscan Walkaway (Siemens) και το ID 32C (bioMerieux). Οι τιμές MIC επιβεβαιώθηκαν με τη μέθοδο του Etest για τα ακόλουθα αντιμυκητιασικά: amphotericin B, fluconazole, Voriconazole, mycofungin και flucytocine.

Αποτελέσματα: Συνολικά παρατηρήθηκαν 32 επεισόδια καντιναιμιών σε ισάριθμους ασθενείς. Η μελέτη της κατανομής των ειδών ανέδειξε ότι τα non-albicans στελέχη στο σύνολό τους (20/32) επικράτησαν έναντι των Candida albicans στελεχών (12/32). Εξίσου συχνή με την απομόνωση Candida albicans (12/32, 37,5%) ήταν και η απομόνωση Candida parapsilosis (11/32, 34,3%). Μεταξύ των λοιπών non-albicans στελεχών απομονώθηκαν 4 στελέχη Candida glabrata, 2 Candida tropicalis, 1 Candida famata, 1 Candida lusitaniae και 1 Candida dubliniensis. Όλα τα στελέχη Candida που απομονώθηκαν ήταν ευαίσθητα στην amphotericin B, στη Voriconazole και mycofungin. Αντοχή στη fluconazole παρατηρήθηκε σε ποσοστό 9,4% των στελεχών (3/32) και αφορούσε στελέχη non-albicans και ειδικότερα Candida parapsilosis. Ένα από τα τέσσερα στελέχη Candida glabrata παρουσίασε αντοχή στη flucytocine.

Συμπεράσματα: Στις καντιναιμίες από ασθενείς της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας τα non-albicans στελέχη αναδύονται ως συχνά παθογόνα. Δεδομένου ότι τα στελέχη αυτά εμφανίζουν συχνότερα αντοχή στη fluconazole, επιβάλλεται ταυτοποίηση σε επίπεδο είδους καθώς και έλεγχος ευαισθησίας στα αντιμυκητιασικά προκειμένου να κατευθύνεται σωστά η αντιμυκητιασική αγωγή και η χημειοπροφύλαξη.



ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ IN VITRO ΔΡΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΩΝ ΕΝΑΝΤΙ ΤΩΝ ΣΥΧΝΟΤΕΡΑ ΑΠΟΜΟΝΩΜΕΝΩΝ ΠΑΘΟΓΟΝΩΝ ΑΠΟ ΤΡΑΧΕΙΑΚΕΣ ΕΚΚΡΙΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΘ

Ζώτος Ν.¹, Μαργαρίτης Α.², Μπολώση Μ.², Υγροπούλου Ο.², Γεωργίου Χ.¹,
Κίτσου Σ.¹, Τόλης Κ.¹, Μήλιος Κ.², Πούρνου Α.¹

1.Μικροβιολογικό εργαστήριο Γ.Ν.Ιωαννίνων

2.Μονάδα εντατικής θεραπείας Γ.Ν.Ιωαννίνων

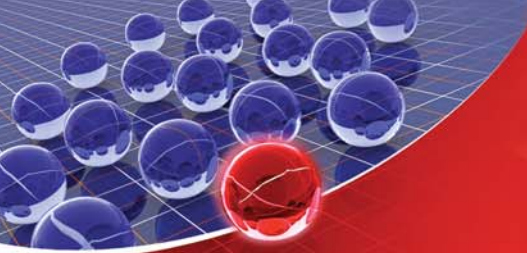
Σκοπός: Η μελέτη της in-vitro δραστηριότητας αντιμικροβιακών παραγόντων έναντι πολυανθεκτικών παθογόνων που συχνότερα απομονώνονται από δείγματα τραχειακών εκκρίσεων ασθενών ΜΕΘ.

Υλικό: Εξετάσθηκαν αναδρομικά και για χρονικό διάστημα έξι ετών απομονώσεις παθογόνων που συχνότερα απομονώθηκαν από καλλιέργειες n=1004 δειγμάτων τραχειακών εκκρίσεων ασθενών των ΜΕΘ του Νοσοκομείου μας.

Μέθοδος: Η καλλιέργεια των εκκρίσεων έγινε ημιποσοτικά σύμφωνα με τη μέθοδο Μακί στα κατάλληλα θρεπτικά υλικά. Ελέγχθηκαν μη επαναλαμβανόμενες απομονώσεις που παρουσίασαν ανάπτυξη της τάξης των 10⁵ cfu/ml. Η ταυτοποίηση και ο έλεγχος ευαισθησίας στους αντιμικροβιακούς παράγοντες έγινε με το σύστημα MicroScan Walkaway (Siemens) και η ερμηνεία των αποτελεσμάτων σύμφωνα με τις ισχύουσες οδηγίες του CLSI. Καταγράφηκαν επιπρόσθετα οι μεγαλύτερες ποσοστιαίες ευαισθησίες των τεσσάρων συχνότερα απομονωθέντων παθογόνων έναντι των ελεγχθέντων αντιβιοτικών.

Αποτελέσματα: Ταυτοποιήθηκαν n1=881 απομονώσεις A. Baumannii, n2=372 P. Aeruginosa, n3=94 S. Aureus και n4=91 K. Pneumoniae. Σύμφωνα με τους ελέγχους ευαισθησίας, οι μεγαλύτερες ποσοστιαίες ευαισθησίες των απομονώσεων A. Baumannii ήταν οι ακόλουθες: στην κολιστίνη 100%, στην αμπικιλίνη/ σουλμπακτάμη 40,7% και στη γενταμικίνη 27,9%. Για τις απομονώσεις της P. aeruginosa οι αντίστοιχες ευαισθησίες ήταν: στην κολιστίνη 100%, στην πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη 42,3%, στην κεφεπίμη 26,8% και στην κεφταζιδίμη 23,4%. Για τις απομονώσεις του S. aureus (77,4% MRSA) οι ευαισθησίες ήταν: στην τεϊκοπλανίνη και λινεζολίδη 100%, στην βανκομικίνη 100%, στην τριμεθοπρίμη/ σουλφαμεθοξαζόλη 96,8%. Τέλος για την K. pneumoniae ήταν: στην τιγκεκυκλίνη 100%, στην κολιστίνη 100%, στην γενταμικίνη 69,2% και στην κεφεπίμη 51,6%.

Συμπεράσματα: Τα ανωτέρω ευρήματα δίδουν σημαντικές πληροφορίες για την απομένουσα in-vitro δραστηριότητα αντιμικροβιακών παραγόντων έναντι των διαχρονικά συχνότερων πολυανθεκτικών παθογόνων σε τραχειακές εκκρίσεις ασθενών ΜΕΘ.



ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ IN VITRO ΑΝΤΟΧΗΣ ΣΤΕΛΕΧΩΝ ACINETOBACTER BAUMANNII, PSEUDOMONAS AERUGINOSA ΚΑΙ KLEBSIELLA PNEUMONIAE ΠΟΥ ΑΠΟΜΟΝΩΘΗΚΑΝ ΣΤΗ ΜΕΘ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΝΟΣ ΕΤΟΥΣ

Ζώτος Ν.¹, Μαργαρίτης Α.², Μπολώση Μ.², Υγροπούλου Ο.²,
Παπαδοπούλου Α¹, Καταγής Γ.¹, Μοσχέτα Ε.¹, Μήλιος Κ.², Πούρνου Α.¹

*1.Μικροβιολογικό εργαστήριο Γ.Ν.Ιωαννίνων
2.Μονάδα εντατικής θεραπείας Γ.Ν.Ιωαννίνων*

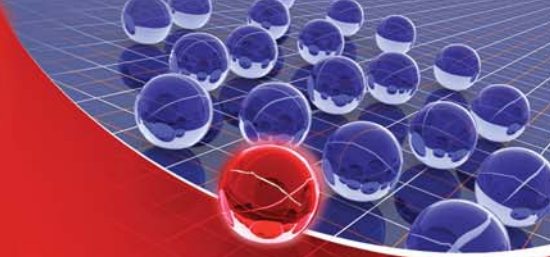
Σκοπός: Η καταγραφή και μελέτη της αντοχής των συχνότερων ανθεκτικών στελεχών gram αρνητικών βακτηριδίων που απομονώθηκαν στη ΜΕΘ του νοσοκομείου μας στη διάρκεια ενός έτους

Υλικό: Έγινε καταγραφή και μελετήθηκε η αντοχή σε 34 στελέχη Acinetobacter baumannii, 32 στελέχη Pseudomonas aeruginosa και 9 στελέχη Klebsiella pneumoniae που απομονώθηκαν το έτος 2015 στη ΜΕΘ.

Μέθοδος: Οι καλλιέργειες έγιναν στα συνήθη θρεπτικά υλικά. Η ταυτοποίηση των στελεχών και ο έλεγχος ευαισθησίας στα αντιβιοτικά έγινε με το αυτοματοποιημένο σύστημα MicroScan Walkaway(Siemens) Ο έλεγχος ευαισθησίας στα αντιβιοτικά επιβεβαιώθηκε με Etest σύμφωνα με τις οδηγίες του CLSI.

Αποτελέσματα: Δεν παρατηρήθηκε αντοχή σε Colistin και Tigecycline.Υψηλή αντοχή παρατηρήθηκε στην Imipenem(A.baumannii 69,7%,P.aeruginosa 45,2%,K.pneumoniae 55,6%) Παρατηρείται συνεπώς η εμφάνιση πολυανθεκτικών στελεχών με σημαντική αντοχή στις καρβαπενέμες.

Συμπεράσματα: Επιβάλλεται η συνεχής επιτήρηση της αντοχής των πολυανθεκτικών στελεχών Acinetobacter baumannii, Pseudomonas aeruginosa και Klebsiella pneumoniae που απομονώνονται στη ΜΕΘ, δεδομένου ότι πολύ λίγα μόνο αντιβιοτικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν έναντι των παραπάνω στελεχών.



ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ Η1Ν1 ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΘΗΚΑΝ ΣΤΗ Μ.Ε.Θ.

Αικατερίνη Τζαγκαράκη, Σοφία Νικολακοπούλου, Αγγελική Λουκέρη,
Λάμπρος Φιλίππου, Χρήστος Καμπόλης, Δημήτριος Βελδέκης

Μ.Ε.Θ. / Κ.Α.Α. (Κέντρο Αναπνευστικής Ανεπάρκειας), ΝΝΘΑ "Η ΣΩΤΗΡΙΑ"

Σκοπός: Η ανάδειξη των χαρακτηριστικών ασθενών με γρίπη Η1Ν1 κατά την εισαγωγή στη ΜΕΘ, η καταγραφή των επιπλοκών κατά την διάρκεια νοσηλείας και η πιθανή συσχέτιση αυτών με την τελική έκβαση.

Υλικό: Μελετήθηκαν αναδρομικά διαδοχικοί ασθενείς με λοίμωξη από Η1Ν1 που εισήχθησαν στην ΜΕΘ του ΚΑΑ του νοσοκομείου "Σωτηρία" από τον Νοέμβριο του 2015 έως και τον Φεβρουάριο του 2016.

Μέθοδος: Καταγράφηκαν για κάθε ασθενή τα κλινικοεργαστηριακά ευρήματα κατά την εισαγωγή, οι συνοσπρότητες, η πορεία νόσου τους και η τελική έκβαση.

Αποτελέσματα: Εννέα ασθενείς, με διάμεση ηλικία 50 έτη (εύρος: 30-69), συμπεριλήφθηκαν τελικά στην παρούσα μελέτη. Το 45% των ασθενών με Η1Ν1 (n=4) βελτιώθηκε σταδιακά και εξήλθε της ΜΕΘ. Το 60% (n=3) των ασθενών που κατέληξαν είχαν ως επιβαρυντικό παράγοντα τη νοσογόνο παχυσαρκία. Μεταξύ των κυριότερων επιπλοκών που εμφάνισαν, το 89% (n=8) παρουσίασε σπικτικό shock, το 89% (n=8) ARDS, το 44% (n=4) VAP, το 33% (n=3) πνευμονική εμβολή και το 33% (n=3) μικροβιαμία. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλινικοεργαστηριακών παραμέτρων κατά την εισαγωγή και θνητότητας.

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς που νοσούν από λοίμωξη Η1Ν1 και καταλήγουν στην ΜΕΘ εμφανίζουν υψηλή θνητότητα (> 50%), ενώ μεταξύ των κυριότερων επιπλοκών που παρουσιάζουν κατά την παραμονή τους στην ΜΕΘ είναι το σπικτικό shock και το ARDS.

Ο ΑΠΟΙΚΙΣΜΟΣ ΜΕ ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Τασούλης Α.¹, Προρέλη Μ.¹, Γουρνά Χ.¹, Καλλονιάτης Θ.¹, Νικηφόρου Α.¹,
Σουλιά Μ.², Γιαμαρέλου Ε.², Νανάς Σ.^{1,3}, Βησσαράκης Γ.¹

1. Κέντρο Αποθεραπείας και Αποκατάστασης «Φιλοκλήτης»

2. Διαγνωστικό & Θεραπευτικό Κέντρο ΥΓΕΙΑ

3. Α Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

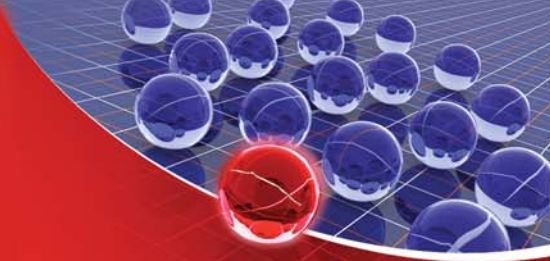
Σκοπός: Η μελέτη του αποικισμού πολυανθεκτικών μικροβίων από τον 2^ο/2014 έως 5^ο/2015 κατά την εισαγωγή σε Κέντρο Αποκατάστασης, μετά από νοσηλεία σε γενικό νοσοκομείο ή ΜΕΘ.

Υλικό: Οι νεοεισερχόμενοι ασθενείς στο Κέντρο Αποκατάστασης.

Μέθοδος: Στους ασθενείς λαμβάνονται καλλιέργειες κοπράνων, ούρων, πτυέλων ή βρογχικών εκκρίσεων (εφόσον είναι τραχειοτομημένοι) και κατακλίσεων ή τυχόν τραυμάτων σε χρόνο 0' στην εισαγωγή τους. 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 καλλιέργειές 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 (με την προϋπόθεση ότι έχει αρνητικοποιηθεί και τυχόν προϋπάρχον αποικισμός σε κατακλίσεις, ούρα ή βρογχικές εκκρίσεις).

Αποτελέσματα: Ελέχθησαν για αποικισμό πολυανθεκτικών μικροβίων κατά την είσοδό τους 380 ασθενείς (181 άρρενα) (70±14 έτη). Οι ασθενείς προέρχονταν σε ποσοστό 18% από ΜΕΘ. Από αυτούς θετικός αποικισμός για πολυανθεκτικά παρουσιάστηκε σε 139 ασθενείς (36,5%) και αρνητικός σε 241 ασθενείς (63,4%). Οι προερχόμενοι από ΜΕΘ ήταν αποικισμένοι σε ποσοστό 89%. Κατά την έξοδο ελέχθησαν 266 ασθενείς, θετικοί ήταν οι 108 (40,6%) και αρνητικοί οι 158 (59,4%). Ο μέσος χρόνος αρνητικοποίησης των ασθενών ήταν 2,5±1 μήνες (37 ασθενείς).

Συμπεράσματα: Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στον αποικισμό πολυανθεκτικών μικροβίων των ασθενών προ και μετά της νοσηλείας τους στο Κέντρο Αποκατάστασης. Ο χρόνος αρνητικοποίησης των ασθενών είναι παρατεταμένος και μεγαλύτερος του διμήνου.



Η ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ FOURNIER ΣΤΗ ΜΕΘ: ΣΕΙΡΑ 7 ΑΣΘΕΝΩΝ

Ι. Σταύρακα, Μ.Ν. Παπανικολάου, Θ. Παπαβασιλοπούλου, Ε. Μάϊνας, Η. Τάτσος,
Α. Ξανθάκη, Μ. Μπάλλα, Σ.Π. Καρατζάς

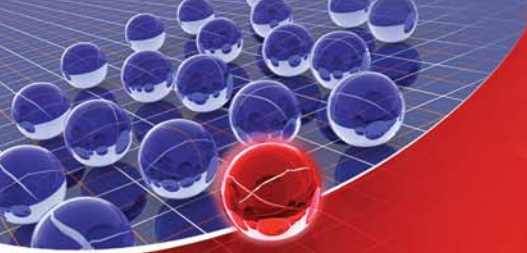
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Ιπποκράτειο Γ.Ν. Αθηνών

Σκοπός: Η γάγγραινα Fournier ανήκει στις νεκρωτικές λοιμώξεις δέρματος και μαλακών μορίων, με κύρια εντόπιση τα εξωτερικά γεννητικά όργανα και το περίνεο. Χαρακτηρίζεται από υψηλή θνητότητα, ακόμα και όταν η θεραπεία είναι η ενδεδειγμένη. Παραθέτουμε την κλινική μας εμπειρία, προκειμένου να αναλυθεί η φυσική ιστορία της νόσου, να υπογραμμισθούν οι προδιαθεσικοί παράγοντες, τα αίτια και οι επιπλοκές, όπως αυτές καταγράφηκαν στο ειδικό περιβάλλον της ΜΕΘ.

Υλικό: Κατά την περίοδο 2007-2016 νοσηλεύθηκαν στη ΜΕΘ 7 ενήλικες ανοσοεπαρκείς ασθενείς (4 ♂ - 3 ♀) με γάγγραινα Fournier, ηλικίας $53,6 \pm 22,5$ ετών (21 - 80).

Μέθοδος: Οι παράμετροι που εξετάστηκαν ήταν: ηλικία, πρόδρομα συμπτώματα, κλινική εικόνα, το APACHE II score, ο προγνωστικός δείκτης θνητότητας για τη γάγγραινα Fournier FGSI, προδιαθεσικοί και αιτιολογικοί παράγοντες, αριθμός χειρουργικών επεμβάσεων, επικουρικές θεραπείες, αποτελέσματα καλλιιεργειών, επιπλοκές και έκβαση. Ο μέσος χρόνος νοσηλείας ήταν $38 \pm 35,8$ ημέρες, το APACHE II score 21 ± 7 και ο δείκτης FGSI $8,7 \pm 3,0$. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε κλινικοεργαστηριακό έλεγχο, λήψη καλλιιεργειών του φλεγμονώδους υλικού περιεγχειρητικά ή/και μετεγχειρητικά και αντιμετωπίστηκαν με εκτεταμένο χειρουργικό καθαρισμό της πάσχουσας περιοχής, ευρέως φάσματος αντιβιοτική αγωγή, αιμοδυναμική υποστήριξη (με ενδοφλέβια ενυδάτωση και αγγειοδραστικά) και ΜΥΑ.

Αποτελέσματα: Όλοι οι ασθενείς είχαν πρόδρομα συμπτώματα συστηματικά (αδυναμία, καταβολή, εμπύρετο) και τοπικά (άλγος, οίδημα, θερμότητα της πάσχουσας περιοχής) για $4 \pm 2,1$ (3 - 7) ημέρες πριν τεθεί η διάγνωση. Κατά την είσοδο στο ΤΕΠ όλοι είχαν εικόνα κυτταρίτιδας της πάσχουσας περιοχής, ένας νέκρωση δέρματος και 4 παρουσίαζαν σηπτική καταπληξία. Οι συχνότεροι προδιαθεσικοί παράγοντες ήταν: κακοήθης παχυσαρκία (max 240 kg), ΣΔ, ΑΥ. Τα αίτια που καταγράφηκαν ήταν: δοθιήνας, λύση συνέχειας δέρματος, αμβλύ τραύμα μυών, ξένο σώμα ορθού, ορχεοεπιδιδυμίτιδα, περισίφιξη βουβωνοκλήης, σκωληκοειδίτιδα. Τα μικρόβια που απομονώθηκαν από τις καλλιιεργειες ιστών ήταν: Staph. epidermidis, Streptococcus constellatum, Proteus mirabilis., Acinetobacter baumannii και Fusobacterium. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν ευρέως φάσματος εμπειρική αντιβιοτική αγωγή έναντι αεροβίων και αναεροβίων gram (+) και (-) μικροβίων. Τρεις ασθενείς υποβλήθηκαν σε κολοστομία και σε 2 τοποθετήθηκε ειδικό σύστημα παροχέτευσης ορθού. Ένας έλαβε αγωγή με ανοσοσφαιρίνες. Η θνητότητα ήταν 71,4%. Από τους 5 ασθενείς που κατέληξαν, οι 3 είχαν FGSI > 9 (θνητότητα 75%). Όσοι κατέληξαν είχαν μεγαλύτερη διάρκεια συμπτωμάτων μέχρι τη διάγνωση. Τα αίτια θανάτου ήταν: σηπτική καταπληξία - MODS (3), μαζική πνευμονική εμβολή (1), ενδοεγκεφαλική αιμοραγία - εγκολεασμός (1).



ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΙΪΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΓΡΙΠΗ

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

ΜΕΘ Γ.Ν.Παιδων Αθηνών "Η Αγία Σοφία"

Σκοπός: Οι αναστολείς νευραμινιδάσης (ΑΝ) οσελταμιβίρη και ζαναμιβίρη έχουν λάβει έγκριση για την θεραπεία της γρίπης και συνιστώνται από τη νεογνική ηλικία και από την ηλικία των 7 ετών, αντίστοιχα. Το μέγεθος της αποτελεσματικότητάς τους, ωστόσο, δεν είναι σαφώς αποδεδειγμένο, ιδιαίτερα στους πληθυσμούς υψηλού κινδύνου. Στην παρούσα μελέτη μεταφέρουμε την εμπειρία μας από τη χρήση αντιικών φαρμάκων σε παιδιά με γρίπη που νοσηλεύτηκαν σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ).

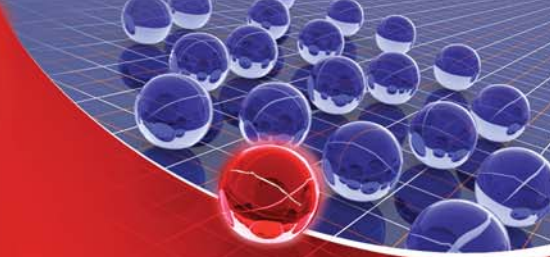
Υλικό: Συμπεριλήφθησαν όλοι οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ μεταξύ 1/9/2009 και 31/8/2016 με εργαστηριακά επιβεβαιωμένη γρίπη.

Μέθοδος: Αναδρομική μελέτη και καταγραφή των δεδομένων σχετικά με τη χρήση της αντιικής θεραπείας, την πορεία και την έκβαση των ασθενών. Οι κατηγορικές μεταβλητές δίνονται ως απόλυτος αριθμός και ποσοστό %, ενώ οι ποσοτικές δίνονται ως διάμεση τιμή και ενδοτεταρτημοριακό εύρος.

Αποτελέσματα: Αντική θεραπεία με οσελταμιβίρη μέσω ρινογαστρικού καθετήρα έλαβαν και οι 23 ασθενείς (100%). Ο χρόνος έναρξης της αγωγής ήταν 4 (2-5) ημέρες από την έναρξη των συμπτωμάτων και η συνολική διάρκεια της θεραπείας 7 (5-9) ημέρες. Σε 3 ασθενείς (13%) χορηγήθηκε ενδοφλέβια ζαναμιβίρη για 14, 19 και 24 ημέρες, λόγω γαστροπάρεσης. Εννέα ασθενείς (39,1%) κατέληξαν. Δεν υπήρξε διαφορά στην έκβαση ανάλογα με τη διάρκεια χορήγησης ΑΝ. Οι 8/23 (34,8%) ασθενείς ανήκαν σε ομάδα υψηλού κινδύνου.

Λόγω βαρειάς νόσησης, σε 8 ασθενείς (34,8%) έγινε επανέλεγχος με PCR τραχειοβρογχικών εκκρίσεων μία εβδομάδα μετά την έναρξη της οσελταμιβίρης και στο 62,5% (5 ασθενείς) η PCR παρέμεινε θετική, παρά τη θεραπεία. Στους ασθενείς αυτούς εστάλη νέος έλεγχος και η PCR παρέμεινε θετική επί 13 (8-17) ημέρες παρά την αγωγή με ΑΝ. Όλοι οι ασθενείς με θετική PCR στην εβδομάδα από την έναρξη της αγωγής ήταν διασωληνωμένοι σε μηχανικό αερισμό, ενώ μόνο οι 2 από αυτούς (40%) ανήκαν σε ομάδα υψηλού κινδύνου. Στους ασθενείς στους οποίους παρέμεινε θετική η PCR, ο διάμεσος χρόνος έναρξης ΑΝ ήταν 4 ημέρες (εύρος: 2-7), όπως και στο σύνολο του δείγματος.

Συμπεράσματα: Η θνητότητα από γρίπη στα παιδιά ήταν υψηλή παρά τη χορήγηση αντιικής αγωγής. Η βέλτιστη διάρκεια, το κλινικό όφελος που προκύπτει από τη χρήση ΑΝ και η σχέση του με το χρόνο έναρξης δεν είναι σαφή. Η φορεία του ιού της γρίπης στο ρινοφάρυγγα και η παράταση της κλινικής συμπτωματολογίας είναι υπαρκτή παρά τη χορήγηση ΑΝ, ακόμα και σε παιδιά που δεν ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου.



ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ ΣΕ ΜΕΘ ΠΑΙΔΩΝ ΜΕΤΑΞΥ 2009-2016

Χροστάκου Ε., Καζαντζή Μ., Πράπα Μ., Ράλλης Δ., Σταύρου Β.,
Μιχαηλοπούδη Ε., Καλαμπαλίκης Π.

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Γ.Ν.Παιδών «Η Αγία Σοφία»

Σκοπός: Η γρίπη είναι μία ιογενής λοίμωξη που σχετίζεται συχνά με αναπνευστική ανεπάρκεια, με δευτεροπαθείς μικροβιακές λοιμώξεις ή άλλες επιπλοκές, με αποτέλεσμα την ανάγκη αντιμετώπισης σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Η μελέτη αυτή αποσκοπεί στην επιδημιολογική επιτήρηση των κρουσμάτων γρίπης που χρειάστηκαν νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) Παιδών κατά τη διάρκεια 7 ετών.

Υλικό: Συμπεριλήφθησαν όλοι οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ μεταξύ 1/9/2009 και 31/8/2016 με εργαστηριακά επιβεβαιωμένη γρίπη.

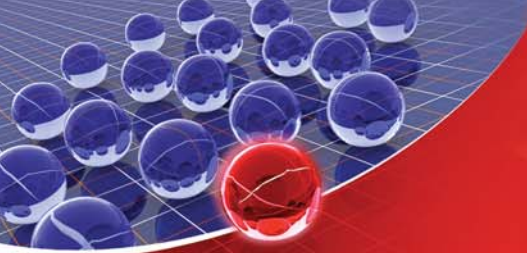
Μέθοδος: Για τη διάγνωση χρησιμοποιήθηκε ανίχνευση αντιγόνου της γρίπης και αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης (PCR). Τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά όλων των ασθενών καταγράφηκαν αναδρομικά. Οι ποιοτικές μεταβλητές δίνονται ως απόλυτος αριθμός και ποσοστό %, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές εκφράζονται ως διάμεσος τιμή και ενδοτεταρτημοριακό εύρος. Για τις συγκρίσεις χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικές δοκιμασίες, Pearson's χ^2 ή Fisher's exact test και Mann-Whitney test για τις κατηγορικές και ποσοτικές μεταβλητές αντίστοιχα. Ως επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το $\alpha=0,05$

Αποτελέσματα: Νοσηλεύτηκαν συνολικά 23 ασθενείς, τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των οποίων φαίνονται στον πίνακα. Δύο ασθενείς νοσηλεύτηκαν την περίοδο 2009-2010 με την εμφάνιση του πανδημικού στελέχους H1N1, ενώ την περίοδο 2015-2016 νοσηλεύτηκε ο μεγαλύτερος αριθμός ασθενών, (14/23, 60.9%), εκ των οποίων 10 (71,4%) προσβλήθηκαν με το στέλεχος H1N1. Σε 4 ασθενείς (17,4%) η λοίμωξη ήταν ενδονοσοκομειακή. Κανένας από τους ασθενείς δεν είχε εμβολιαστεί για τη εποχική γρίπη. Η αιτία εισαγωγής στη ΜΕΘ ήταν αναπνευστική δυσχέρεια ή ανεπάρκεια (10/23, 43,5%), βακτηριακή επιλοίμωξη (10/23, 43,5%), θρομβωτική θρομβοπενική πορφύρα (1/23), εγκεφαλίτιδα (1/23) και μυοκαρδίτιδα (1/23). Η συνολική θνητότητα ήταν 39,1% (9 ασθενείς) και ειδικά για την περίοδο 2015-2016 ανέρχεται σε 50% (7 ασθενείς), ενώ 2 ασθενείς (14,3%) εξήλθαν με υπολειμματική νόσο. Κανένα από τα χαρακτηριστικά που μελετήθηκαν δεν διέφερε σημαντικά ανάλογα με την έκβαση, εκτός από την ύπαρξη υποκείμενης νόσου (5/14 έναντι 7/9 μεταξύ των επιζώντων και των θανόντων, αντίστοιχα, $p:0,05$)

Συμπεράσματα: Η γρίπη στα παιδιά αποτελεί αίτιο εισαγωγής σε ΜΕΘ και συνοδεύεται συχνά από δυσμενή έκβαση, ιδιαίτερα μεταξύ ασθενών που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου. Το στέλεχος της πανδημικής γρίπης H1N1 σχετίστηκε με βαριά νόσηση, ιδιαίτερα την χρονική περίοδο 2015-2016.

Πίνακας: Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά και έκβαση των ασθενών που νοσηλεύτηκαν με γρίπη

Χαρακτηριστικά	Ασθενείς (n=23)
Φύλο, άρρεν	13 (56,5)
Ηλικία, έτη	4,5 (0,5 -10)
Υποκείμενο νόσημα	12 (52,2)
Δείκτης μάζας σώματος	
Φυσιολογικός	18 (78,3)
Υπέρβαροι	2 (8,7)
Παχύσαρκοι	3 (13,0)
Αιτία εισαγωγής στη ΜΕΘ	
Αναπνευστική δυσχέρεια ή ανεπάρκεια	10 (43,5)
Βακτηριακή επιλοίμωξη	10 (43,5)
Άλλο	3 (13,0)
Χρονικό διάστημα από την έναρξη των συμπτωμάτων έως την εισαγωγή στο νοσοκομείο, ημέρες	3 (2-5)
Χρονικό διάστημα από την έναρξη των συμπτωμάτων έως την εισαγωγή στη ΜΕΘ	4 (2-10)
Πρόελευση της λοίμωξης	
Κοινότητα	19 (82,6)
Νοσοκομειακή	4 (17,4)
Τύπος ιού	
H1N1	18 (78,3)
B	5 (21,7)
Μηχανικός αερισμός	18 (78,3)
Ημέρες μηχανικού αερισμού	7 (1-13)
Καταπληξία 7 (30,4)	
Ημέρες νοσηλείας στη ΜΕΘ	8 (5-28)
Χρονικό διάστημα από την έναρξη των συμπτωμάτων έως την έναρξη αντιβιοτικής αγωγής, ημέρες	4 (2-7)
Έκβαση, θάνατος	9 (39,1)



ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΑΙΜΑΤΙΚΗΣ ΡΟΗΣ ΑΠΟ ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΑ GRAM-ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΜΙΚΡΟΒΙΑ ΣΕ ΓΕΝΙΚΗ ΜΕΘ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ: ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΕΣ

Βασιλική Θεοδώρου¹, Γεώργιος Κουλιάτσος¹, Ελένη Σερταρίδου¹,
Μαρία Νάκου¹, Χρήστος Δραγουμάνης¹, Αναστασία Γράψα²,
Μαρία Πανοπούλου², Ιωάννης Πνευματικός¹

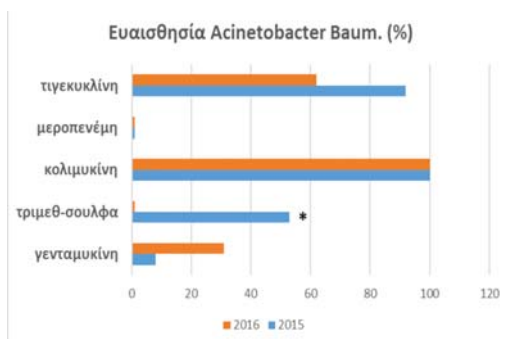
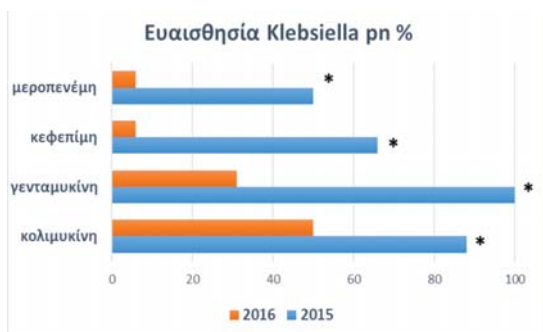
1.Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης
2.Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

Σκοπός: Η συνεχής καταγραφή και η γνώση των τοπικών επιδημιολογικών δεδομένων σε Τμηματικό, Νοσοκομειακό και Εθνικό επίπεδο είναι απαραίτητες για την επιλογή της κατάλληλης εμπειρικής αντιμικροβιακής αγωγής. Σκοπός της μελέτης ήταν η καταγραφή πιθανών αλλαγών στην επιδημιολογία πολυανθεκτικών (Multidrug resistant - MDR) Gram-αρνητικών μικροβίων και στις ευαισθησίες τους στα αντιβιοτικά.

Υλικό: Αρχείο Εργαστηρίου Μικροβιολογίας του Νοσοκομείου μας.

Μέθοδος: Καταγράφηκαν αναδρομικά οι λοιμώξεις αιματικής ροής (Bloodstream infections-BSIs) των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) του Νοσοκομείου μας (γενική ΜΕΘ 9 κλινών, Τριτοβάθμιου Νοσοκομείου) κατά τη διάρκεια δύο χρονικών περιόδων: νοσηλευόμενοι το 2015 και το 2016. Έγινε σύγκριση μεταξύ των δεδομένων των BSIs των δύο χρονικών περιόδων.

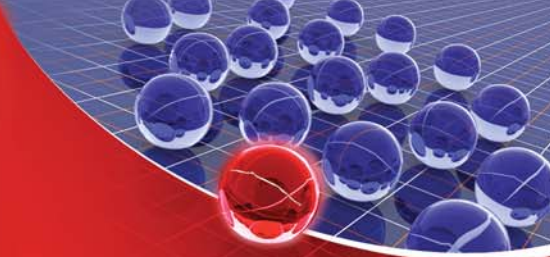
Αποτελέσματα: Καταγράφηκαν συνολικά 94 BSIs: $n_1=43$ τη διάρκεια του 2015 και $n_2=51$ μέχρι και το Σεπτέμβριο του 2016. Όσον αφορά στην επιδημιολογία, παρατηρήθηκε αύξηση του ποσοστού BSIs από MDR Klebsiella, χωρίς να είναι στατιστικά σημαντική ($p=0.29$). Όσον αφορά στις ευαισθησίες καταγράφηκαν: α) στατιστικά σημαντική αύξηση της ανθεκτικότητας της Klebsiella sp. στην κολιμυκίνη ($p=0.05$), στη γενταμυκίνη ($p=0.007$), στη μεροπενέμη ($p=0.01$) και στην κεφεπίμη ($p=0.0013$) και β) αύξηση της ανθεκτικότητας του Acinetobacter baum. στην τιγκεκυκλίνη ($p=0.06$) και στατιστικά σημαντική αύξηση της ανθεκτικότητας στην τριμεθ-σουλφα-σουλφαμεθοξαζόλη ($p=0.002$) (βλ διάγραμμα).



Συμπεράσματα: Η επιδημιολογία και οι ευαισθησίες των BSIs από MDR Gram (-) μικρόβια στις ελληνικές ΜΕΘ αλλάζουν με γρήγορους ρυθμούς. Η ανάγκη για εφαρμογή εσωτερικού κανονισμού για την πρόληψη και τον έλεγχο λοιμώξεων σε τοπικό επίπεδο και η γενικότερη ορθολογιστική χρήση των αντιβιοτικών σε Πανελλήνιο επίπεδο κρίνεται ως επιτακτική.

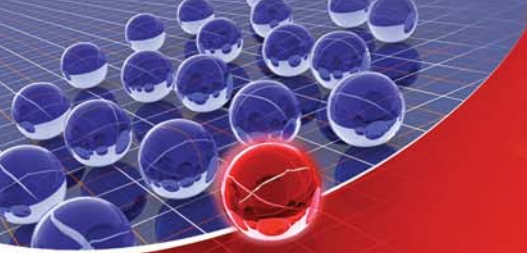
16^ο

Πανελλήνιο Συνέδριο
Εντατικής Θεραπείας



13

**ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ, ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΕΣ,
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΕΣ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗ ΜΕΘ**



ΕΓΚΕΦΑΛΙΤΙΔΑ ΕΝΑΝΤΙ NMDA ΥΠΟΔΟΧΕΩΝ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Κ. Νυφαντή, Ε. Κωσταντή, Ρ. Πατσιά, Β. Κουλούρας

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

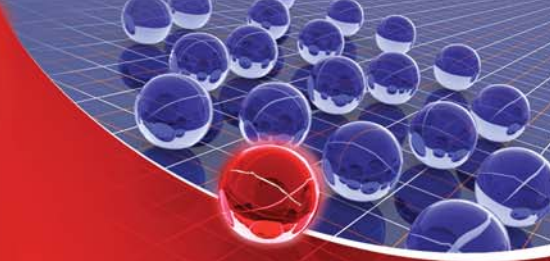
Σκοπός: Η παρουσίαση ενός περιστατικού με μακροχρόνια νοσηλεία σε ΜΕΘ (μεγαλύτερη του έτους). Συζητείται η βασική νόσος και οι άμεσες και έμμεσες επιπλοκές που προκύπτουν από τέτοια μακρά νοσηλεία.

Υλικό: Η περίπτωση αφορά ασθενή η οποία νοσηλεύεται στη Μ.Ε.Θ. εδώ και 1,5 έτη με διάγνωση NMDA εγκεφαλίτιδα

Μέθοδος: Η NMDA εγκεφαλίτιδα είναι μια οξεία μορφή αυτοάνοσης εγκεφαλίτιδας που σχετίζεται με αντισώματα έναντι των NMDA υποδοχέων γλουταμινικού τύπου και σήμερα θεωρείται μια ξεχωριστή κλινική οντότητα. Είναι μια σοβαρή αλλά δυνητικά θεραπεύσιμη, ασθένεια του Κ.Ν.Σ. που πλήττει νεαρά κυρίως άτομα. Εκδηλώνεται με νευροψυχιατρικά συμπτώματα (παραισθήσεις, συμπεριφορικές διαταραχές, δυσλειτουργία αυτόνομου συστήματος, κ.α.). Απαιτεί μακρόχρονη νοσηλεία σε Μ.Ε.Θ. και εφαρμογή συγκεκριμένου φαρμακευτικού σχήματος (1ης γραμμής: κορτικοστεροειδή, γ' σφαιρίνη, πλασμαφαίρεση, 2ης γραμμής: χορήγηση φαρμάκων όπως: Rituximab και Cyclophosphamide). Ασθενείς με έγκαιρη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση έχουν πλήρη αποκατάσταση στο 80% με αργή βελτίωση έως και 2 έτη. Υποτροπή της νόσου παρατηρείται σε ένα 15%. Η θνητότητα σχετίζεται με τις επιπλοκές που θα παρουσιαστούν κατά τη νοσηλεία και ανέρχεται περίπου στο 6%.

Αποτελέσματα: Η ασθενής νοσηλεύεται στη Μ.Ε.Θ. εδώ και 1,5 έτη με διάγνωση NMDA εγκεφαλίτιδα, και έλαβε σταδιακά όλες τις προβλεπόμενες πρώτης και δεύτερης γραμμής θεραπείες. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της η ασθενής εμφάνισε σοβαρές επιπλοκές από την κύρια αγωγή (κυρίως πανκυτταροπενία και εξαιτίας αυτής συχνά σππικά επεισόδια) και σοβαρή δυσавтоνομία μη ανταποκρινόμενη στην αγωγή. Επιπρόσθετα, η ασθενής εμφάνισε και σοβαρές επιπλοκές εξαιτίας της μακροχρόνιας νοσηλείας, κυρίως απώλεια μυϊκής μάζας μυοπάθεια, έλκη εκ κατακλίσεων, και χρόνιο διαρροϊκό σύνδρομο. Οι επιπλοκές αυτές επιδεινώνουν επιπρόσθετα την πρόγνωση και την νοσηρότητα της ασθενούς.

Συμπεράσματα: Αποδεικνύεται ότι η NMDεγκεφαλίτιδα είναι μια πολύπλοκη νόσος με σοβαρές επιπλοκές και μακρόχρονη νοσηλεία, με τεράστια οικονομική και συναισθηματική επιβάρυνση λόγω της μακράς και δαπανηρής νοσηλείας που απαιτείται τόσο για το νοσηλευτικό ίδρυμα όσο και για την οικογένεια.



ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ H.E.L.L.P. ΣΤΗ ΜΕΘ

Ν. Λαγός, Ν. Καζάκος, Γ. Βάγγος, Δ. Λεπίδα,
Π. Τσάκας, Κ. Παπαδόπουλος, Χ. Ναθαναήλ

Γ.Ν.Άρτας Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

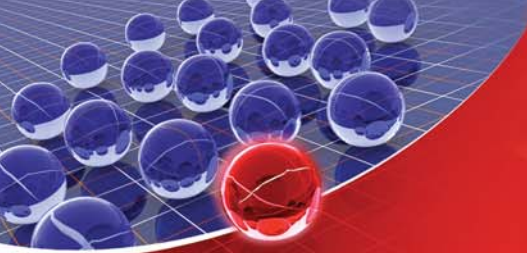
Σκοπός: Περιγραφή περίπτωσης συνδρόμου H.E.L.L.P. στη ΜΕΘ.

Υλικό: Έγκυος, πρωτοτόκος, 38 ετών, με προεκλαμψία συνοδευόμενη από θρομβοπενία και αύξηση των ηπατικών ενζύμων που έθεσαν τη διάγνωση του συνδρόμου HELLP κατηγορίας II, επιπλεγμένου από οξεία επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας.

Μέθοδος: Γυναίκα ηλικίας 38 ετών, στην 36η εβδομάδα της κύησης, προσήλθε στα ΤΕΠ με αδυναμία, ανορεξία, επιγαστραλγία και εμέτους από 5ημέρου. Από τον κλινικοεργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε βαριά προεκλαμψία και σύνδρομο HELLP (PLT: 82000/mm³, SGOT: 271, SGPT: 374, TBil:4,64, LDH: 546, ure: 50, cre: 2,36 Hct:41 - 37,4 - 33,4%) Υποβλήθηκε σε επείγουσα καισαρική τομή, χωρίς διεγχειρητικές επιπλοκές και με συνολική απώλεια αίματος ~ 500 ml και μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ για μετεγχειρητική παρακολούθηση. Μετά 7ωρο εμφάνισε σοβαρό αιμορραγικό shock (Hct 18%). Διαπιστώθηκε εκτεταμένο αιμάτωμα στο πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα και η ασθενής οδηγήθηκε εκ νέου στο Χ/Ο. Διαπιστώθηκε αιμάτωμα στο υποδόριο και μεταξύ των πετάλων της περιτονίας των ορθών κοιλιακών μυών το οποίο και αντιμετωπίστηκε. Συνεχίστηκε η νοσηλεία της στη ΜΕΘ όπου σταθεροποιήθηκε και απογαλακτίστηκε επιτυχώς από την μηχανική υποστήριξη μετά από 24h. Στη διάρκεια της νοσηλείας της μεταγγίστηκε με RBC's και FFP, ενώ της χορηγήθηκε και δεξαμεθαζόνη. Για τον έλεγχο της ΑΥ χρησιμοποιήθηκε διυδραλαζίνη και νεμπιβολόλη. Οι εργαστηριακοί της δείκτες συνέχισαν να επιδεινώνονται ως την 5η μέρα της νοσηλείας της οπότε και άρχισε η σταδιακή βελτίωσή τους.

Αποτελέσματα: Η ασθενής παρέμεινε νοσηλευόμενη και εξήλθε από τη ΜΕΘ μετά 6ήμερο. Οι κλινικοεργαστηριακοί της δείκτες αποκαταστάθηκαν πλήρως στην πορεία.

Συμπεράσματα: Το σύνδρομο HELLP αποτελεί μια άτυπη μορφή θρομβοπενίας και μικροαγγειοπαθητικής αιμολυτικής αναιμίας που σχετίζεται με την εγκυμοσύνη. Ταξινομείται σε δύο κατηγορίες: το μερικό και το πλήρες σύνδρομο HELLP. Η θρομβοπενία αποτελεί τον πιο αξιόπιστο δείκτη για την παρουσία του συνδρόμου. Παρουσιάζεται με επιγαστραλγία, κακουχία, ναυτία ή έμετο, κεφαλαλγία και οπτικές διαταραχές. Συχνά εμφανίζονται οιδήματα και σημαντική αύξηση βάρους. Αρτηριακή υπέρταση υπάρχει συνήθως αλλά η αύξηση της πίεσης μπορεί να είναι ήπια. Η προσβολή του ήπατος μπορεί να οδηγήσει σε ηπατική ανεπάρκεια, ή ακόμη και σε ρήξη του ήπατος. Διάχυτη ενδαγγειακή πήξη (20%) και πνευμονικό οίδημα (6%) είναι σοβαρές εκδηλώσεις του HELLP με τη συχνότητά τους να αυξάνεται σημαντικά (84% και 44% αντίστοιχα) όταν το HELLP επιπλέκεται από οξεία νεφρική ανεπάρκεια. Το σύνδρομο HELLP με δεδομένο ότι πολλές από τις πτυχές του όπως η διάγνωση, η ταξινόμηση και η αντιμετώπιση παραμένουν ακόμη αμφισβητήσιμες, αποτελεί μια δυνητικά σοβαρή απειλή για τις εγκύους. Η αμβληκρή αρχική κλινική εικόνα καθώς και η ανάγκη έγκαιρης διάγνωσης και αντιμετώπισης όχι σπάνια και στη ΜΕΘ, το τοποθετούν σε σημαντική θέση στη διαφοροδιαγνωστική μας προσέγγιση.



ΜΥΑΣΘΕΝΕΙΑ GRAVIS – ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Κονδύλη Ε., Ανδριανάκης Ε., Συρογιάννη Π., Πεδιαδίτης Ε., Πρόκλου Α.,
Ψαρολογάκης Χ., Κοκκίνη Σ., Αμαργιανιτάκης Β., Γεωργόπουλος Δ.

Κλινική Εντατικής Θεραπείας ΠαΓΝΗ

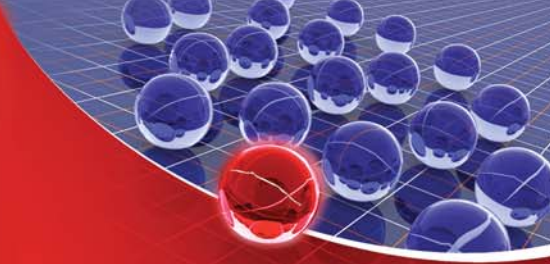
Σκοπός: Η Μυασθένεια Gravis συχνά σχετίζεται με θύμωμα και η θυμεκτομή αποτελεί θεραπευτική επιλογή με ποικίλα αποτελέσματα, ακόμα και σε περιπτώσεις χωρίς νεοπλασία του θύμου αδένου. Μελέτες έχουν δείξει ότι βελτίωση ή και πλήρη ύφεση της μυασθένειας αναμένεται μήνες μετά τη θυμεκτομή.

Υλικό: Περιγράφουμε την περίπτωση γυναίκας 42 ετών, που νοσηλεύτηκε στη ΜΕΘ εξαιτίας πρωτοεμφανιζόμενης Μυασθένειας Gravis

Μέθοδος: Η αρχική εκδήλωση της νόσου περιελάμβανε διπλωπία, αδυναμία κορμού, άνω μελών και μυών του τραχήλου. Με αναπνευστική ανεπάρκεια τέθηκε αρχικά σε μη επεμβατικό μηχανικό αερισμό, ενώ τις επόμενες μέρες διασωληνώθηκε και τραχειοστομήθηκε λόγω επιδείνωσης της ανταλλαγής αερίων. Επιπλέον εμφάνισε ραβδομυόλυση, με αύξηση της CPK και προσβολή του μυοκαρδίου με τροπονιναίμια χωρίς αλλοιώσεις στο ΗΚΓ. Το ηλεκτρομυογράφημα ήταν συμβατό με Μυασθένεια Gravis και ο έλεγχος αντισωμάτων ήταν θετικός για Anti-AChR και αρνητικός για Anti-MuSK. Η ασθενής έλαβε θεραπεία με πλασμαφαίρεση, κορτικοστεροειδή και πυριδοστιγμίνη, χωρίς βελτίωση. Έγινε CT θώρακος, που ανέδειξε κυστικό μόρφωμα στην περιοχή του θύμου. Αποφασίστηκε η χειρουργική εξαίρεση του μορφώματος, το οποίο ιστολογικά χαρακτηρίστηκε ως θυμική κύστη με περιοχές μικροθυμώματος. Την 4η μετεγχειρητική ημέρα εμφάνισε βελτίωση και απογαλακτίστηκε από τον μηχανικό αερισμό. Έλαβε εξιτήριο την 10η μετεγχειρητική ημέρα.

Αποτελέσματα: Την 4η μετεγχειρητική ημέρα εμφάνισε βελτίωση και απογαλακτίστηκε από τον μηχανικό αερισμό. Έλαβε εξιτήριο την 10η μετεγχειρητική ημέρα.

Συμπεράσματα: Η θυμεκτομή έχει ένδειξη στη Μυασθένεια Gravis και συνήθως οδηγεί σε βελτίωση της κλινικής εικόνας, αλλά δεν έχει περιγραφεί τόσο άμεσα όσο στην περίπτωση που περιγράφουμε. Η νόσος δεν σχετίζεται με μυϊκή καταστροφή, αν και έχει παρατηρηθεί προσβολή του μυοκαρδίου όταν υπάρχει παθολογία του θύμου αδένου.



ΕΚΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΘ ΟΙ ΟΠΟΙΟΙ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΜΗΧΑΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΤΟΥΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

Παπαϊωάννου Μαρία, Δημάκη Αναστασία, Βουτσάς Βασίλειος,
Καϊμακάμης Ευάγγελος, Μπόσμου Ζωή, Πιπερίδου Μαρία,
Σαχλά Ζαχάρω, Γιαννάκη Χρυσουγή, Παγιάτη Ειρήνη, Μπιτζάνη Μηνίτσα.

Α' ΜΕΘ Γ.Ν.Θ. 'Γ. Παπανικολάου'

Σκοπός: Η καταγραφή της έκβασης ασθενών ΜΕΘ που υποβάλλονται σε μηχανική υποστήριξη της νεφρικής λειτουργίας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους και η συσχέτιση της έκβασης με αιμοδυναμικές και βιοχημικές παραμέτρους των ασθενών.

Υλικό: Καταγράφηκαν όλοι οι ασθενείς ΜΕΘ που υποβλήθηκαν σε μία τουλάχιστον συνεδρία συνεχούς φλεβοφλεβικής αιμοδιαδιήθησης κατά τα έτη 2014-2015.

Μέθοδος: Συνολικά ήταν 81 ασθενείς με μέσο όρο ηλικίας 66,8 έτη. Το 65,9% ήταν άνδρες. Καταγράφηκαν επίσης πιθανοί προδιαθεσικοί παράγοντες για την εκδήλωση νεφρικής ανεπάρκειας, αιμοδυναμικές, αναπνευστικές και βιοχημικές παράμετροι, καθώς και το Sepsis-related Organ Failure Assessment Score (SOFA score) κατά την εισαγωγή των ασθενών καθώς και την ημέρα της πρώτης συνεδρίας. Οι ασθενείς κατά την εισαγωγή τους είχαν μέσο όρο SOFA score 12,8.

Αποτελέσματα: Η θνητότητα στις 28 ημέρες ήταν 80,2%. Από τους ασθενείς που απεβίωσαν το 46% κατέληξε τις τρεις πρώτες ημέρες. Πιο συχνοί προδιαθεσικοί παράγοντες για την εκδήλωση νεφρικής ανεπάρκειας ήταν η υπόταση (81,2%) και η σήψη (58,8%). Από τις παραμέτρους που καταγράφηκαν προγνωστική σημασία για την έκβαση των ασθενών φάνηκαν να έχουν το SOFA score ($p=0,012$), η τιμή της χολερυθρίνης ($p=0,001$), η τιμή του Glasgow Coma Scale ($p=0,023$) καθώς και το ισοζύγιο ύδατος πριν την έναρξη συνεχούς φλεβοφλεβικής αιμοδιαδιήθησης ($p=0,004$).

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς ΜΕΘ που υποβάλλονται σε μηχανική υποστήριξη της νεφρικής τους λειτουργίας έχουν υψηλή θνητότητα. Στην καταγραφή μας οι μισοί σχεδόν από τους θανόντες κατέληξαν τις τρεις πρώτες ημέρες λόγω της βαρύτατης γενικής κατάστασης. Στην παρούσα μελέτη προγνωστική αξία για την έκβαση των ασθενών φάνηκαν να έχουν το SOFA score, η τιμή της χολερυθρίνης και η τιμή του Glasgow Coma Scale.

ΟΞΕΙΑ ΗΠΑΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΘΕΡΜΟΠΛΗΞΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΣΚΗΣΗ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Παναγιώτης Πουλικάκος¹, Αικατερίνη Δημουλά¹, Ευαγγελία Τσίκα¹,
Παναγιώτης Τσιροβασίλης¹, Αικατερίνη Κουτού², Αλεξάνδρα Κωνσταντινίου²

1. Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) Γ.Ν. Ασκληπείου Βούλας,
2. Β' Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Ασκληπείου Βούλας

Σκοπός: Η θερμοπληξία μετά από άσκηση (ΘμΑ) είναι μία εν δυνάμει θανατηφόρα κατάσταση. Η ηπατική βλάβη είναι συχνή, αλλά μόνο στο 5% των περιπτώσεων φτάνει σε Οξεία Ηπατική Ανεπάρκεια. Η φυσική πορεία της νόσου δεν είναι επαρκώς προσδιορισμένη, γεγονός που δυσχεραίνει τις αποφάσεις όσον αφορά στη μεταμόσχευση ήπατος.

Υλικό: Περιγράφουμε ασθενή με ΘμΑ που ανέπτυξε οξεία ηπατική ανεπάρκεια και αντιμετωπίστηκε συντηρητικά, ενώ ανασκοπούμε τη βιβλιογραφία προκειμένου να εξάγουμε χρήσιμα συμπεράσματα για την αντιμετώπιση της νόσου.

Μέθοδος: Άντρας 56 ετών με ιστορικό υπέρτασης, καλοήθους υπερτροφίας προστάτη, καπνίσματος και κατάχρησης αλκοόλ, παρουσίασε πύωση επιπέδου συνείδησης κατά την εργασία του σε οικοδομή (έκθεση στον ήλιο, θερμοκρασία

περιβάλλοντος 36οC), σε συνδυασμό με προηγηθείσα λήψη αλκοόλ. Προσκομίσθηκε στο ΤΕΠ του Ασκληπείου Βούλας όπου διαπιστώθηκαν υπερπυρεξία (42 οC), Κλίμακα Γλασκώβης: 3, διαταραχή της ηπατικής και νεφρικής λειτουργίας, και τις επόμενες ώρες θρομβοπενία και διάχυτη ενδαγγειακή πήξη (Πίνακας 1). Χορηγήθηκαν άπαξ δαντρολένη, κορτικοειδή, εμπειρική αντιβιοτική αγωγή, και ενδοφλέβια Ν-ακετυλοκυστεΐνη. Ο ασθενής διασωληνώθηκε, τέθηκε σε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής και εισήχθη στη ΜΕΘ. Εκτεταμένος εργαστηριακός έλεγχος απέκλεισε λοιμώδες αίτιο. Επί διαταραχών ηπκτικότητας και θρομβοπενίας ο ασθενής έλαβε φρέσκο κατεψυγμένο πλάσμα, αιμοπετάλια και βιταμίνη Κ. Την 3η ημέρα παρουσίαζε παρουσίαση επιδείνωση της ηπατικής βιοχημείας και καθώς πληρούσε τα κριτήρια του King's College (>40 ετών, αδιευκρίνιστη αιτιολογία, INR>3), παραπέμφθηκε στον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων για μεταμόσχευση ήπατος. Εντούτοις την 4η ημέρα παρουσίασε βελτίωση της ηπατικής βιοχημείας οπότε ακυρώθηκε η διαδικασία μεταμόσχευσης. Ο ασθενής εξήλθε από τη ΜΕΘ και το νοσοκομείο την 7η και 28η ημέρα νοσηλείας αντίστοιχα, σε καλή γενική κατάσταση.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής παρότι πληρούσε τα κριτήρια για μεταμόσχευση ήπατος, τελικά αντιμετωπίστηκε επιτυχώς συντηρητικά. Μετά από βιβλιογραφική έρευνα στο pubmed με τους όρους liver, transplantation, heatstroke, συλλέξαμε 30 (μαζί με το παρόν περιστατικό) ασθενείς που σχετίζονται με οξεία ηπατική ανεπάρκεια στα πλαίσια ΘμΑ από τους οποίους επιβίωσαν 22

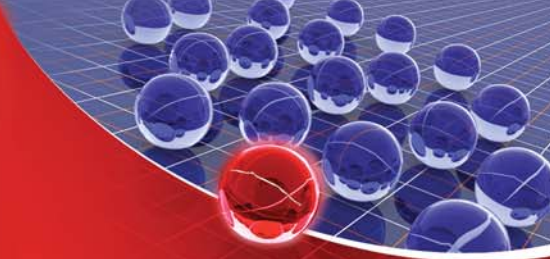
(73,3 3%). Συγκεκριμένα, επιβίωσαν 5 από 8 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση ήπατος (62,5%) και 17 από 22 (77,3%) ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά. Παλαιότερη ανασκόπηση [1] είχε προτείνει ιδιαίτερη προσοχή στη μεταμόσχευση ήπατος, καθώς η θνητότητα των μεταμοσχευθέντων μέχρι το 2004 ήταν απογοητευτική (100%). Από τη βιβλιογραφική μας ανασκόπηση προέκυψαν 5 επιτυχημένες μεταμοσχεύσεις ήπατος, οπότε φαίνεται πως η μεταμόσχευση έχει θέση σε αυτούς τους ασθενείς. Αυτό μπορεί να οφείλεται στη βελτίωση των τεχνικών μεταμόσχευσης ήπατος αλλά και στη βελτίωση της προ και μετα-μεταμοσχευτικής φροντίδας.

Συμπεράσματα: Ο ασθενής μας, παρότι πληρούσε κριτήρια για μεταμόσχευση ήπατος, είχε καλή έκβαση με συντηρητική αντιμετώπιση, σύμφωνα με την πλειονότητα των δημοσιευμένων περιστατικών. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση ανέδειξε πως η μεταμόσχευση ήπατος έχει θέση στην οξεία ηπατική ανεπάρκεια στα πλαίσια ΘμΑ. Τα κριτήρια μεταμόσχευσης ήπατος στην συγκεκριμένη οντότητα μένει να καθοριστούν.

Βιβλιογραφία: [1] Hadad E, Ben-Ari Z. et al. Liver transplantation in exertional heat stroke: a medical dilemma. Intensive Care Med. 2004 Jul;30(7):1474-8.

**Πίνακας 1. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ
ΑΣΘΕΝΗ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ**

	1 ^η ημ.	2 ^η ημ.	3 ^η ημ.	4 ^η ημ.	6 ^η ημ.
Hgb (g/dl)	14.3	13.5	13.4	11.5	11.3
WBC (K/μl)*1000	12.6	11	18.5	17.3	9.97
PLT (k/μl)*1000	18	20.8	19.9	32	69.8
INR	4.45	2.22	3.45	2.57	1.69
APTT (sec)	240	37.34	36	32.5	29.1
Ίνωδογόνο (mg/dl)	239	175	178	296	26
D-Dimers (μg/l)	4427	4427	4427	>4427	
Γλυκόζη (mg/dl)	264	195	193	239	182
Ουρία (mg/dl)	47	57	49	35	44
Κρεατινίνη (mg/dl)	1.8	1	0.9	0.8	0.5
Όλική χολερυθρίνη (mg/dl)	0.6	1.3	5.1	6.7	6.7
AST (U/l)	154	1191	3005	1046	138
ALT (U/l)	114	765	2552	2311	1129
gGT (U/l)	159	183	206	214	96
Αλκαλική φωσφατάση (U/l)	40	47	59	76	62
Γαλακτική δεϋδρογονάση (U/l)	440	1752	2857	841	346
Κρεατινική φωσφοκινάση (U/l)	152	340	361	163	80
Αλβουμίνη (g/dl)	3.6	3.5	3.6	3	3



ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΥΔΡΟΚΟΡΤΙΖΟΝΗΣ ΣΤΗ ΣΧΕΤΙΚΗ ΦΛΟΙΟΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΤΑ ΒΑΡΕΙΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΤΗΣ ΜΕΘ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Α. Χαλκιαδάκη, Μ. Λασιθιωτάκη, Ρ. Σουλγάρδου, Θ. Στογιάννη,
Μ. Τσουκάκης, Ε. Παγκάλου, Χ. Μασούντ

ΜΕΘ Γ.Ν. Αγίου Νικολάου

Σκοπός: Ο ρόλος των γλυκοκορτικοειδών στην παθοφυσιολογία του βαρέως πάσχοντος ασθενή είναι καθοριστικός. Μεγάλες κλινικές μελέτες κατέληξαν στην ανάγκη χορήγησής τους, ειδικά σε ασθενείς της ΜΕΘ, με ανθεκτική στα υγρά & αγγειοσπαστικά σπικτική καταπληξία.

Αναζητήσαμε τη συχνότητα και τα κριτήρια που ακολουθούνται στη χορήγηση υδροκορτιζόνης στη ΜΕΘ ενός δευτεροβάθμιου νοσοκομείου.

Υλικό: Οι ασθενείς που εισήχθησαν στη ΜΕΘ από 1/01/16 και έως 20/08/16 είχαν πάρει εξιτήριο.

Μέθοδος: Προοπτική μελέτη παρατήρησης. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες, με κριτήριο τη χορήγηση υδροκορτιζόνης σε δόση υποκατάστασης. ΟΜΑΔΑ Α οι ασθενείς που δεν πήραν θεραπεία. ΟΜΑΔΑ Β οι ασθενείς, που πήραν υδροκορτιζόνη σε δόση 100mg bolus και ακολούθως συνεχή στάγδην έγχυση 250mg το 24ωρο. Καταγράφηκε η δόση των αγγειοσπαστικών την ώρα έναρξης της αγωγής, η μεταβολή της κατά τη διακοπή, η διάρκεια και η ανάγκη συνέχισης από του στόματος υδροκορτιζόνης και τα επίπεδα πλάσματος κορτιζόνης όπως αυτά μετρήθηκαν πριν την έναρξη της θεραπείας σε πρωινό δείγμα ορού χωρίς προηγούμενη διέγερση με ACTH. Έγινε σύγκριση των δύο ομάδων στο APACHE εισαγωγής, την ηλικία, τις μέρες νοσηλείας και τις αιτίες εισόδου. Ειδικότερα στην ομάδα των ασθενών που έλαβαν κορτιζόνη αξιολογήθηκε η μεταβολή στη ροή των αγγειοσπαστικών μετά την προσθήκη υδροκορτιζόνης, η διάρκεια της αγωγής και η σημασία της μέτρησης των επιπέδων της στο πλάσμα.

Αποτελέσματα: Το συγκεκριμένο δμνο νοσηλεύτηκαν 110 ασθενείς στη ΜΕΘ.

Ομάδα Α (δεν πήραν αγωγή με υδροκορτιζόνη): 80 ασθενείς, ο μέσος όρος ημερών νοσηλείας ήταν $7,13 \pm 8,75$ μέρες, APACHE εισαγωγής $18,63 \pm 8,58$, μέση ηλικία $64,5 \pm 19,11$ έτη & θνητότητα 9%

Ομάδα Β: 30 ασθενείς που πήραν αγωγή με υδροκορτιζόνη : ο μέσος όρος ημερών νοσηλείας ήταν $15,13 \pm 13,53$ APACHE εισαγωγής $27,46 \pm 7,78$ μέση ηλικία σε έτη $71,06 \pm 10,08$, και θνητότητα 73%

Στον πίνακα I παρουσιάζονται οι αιτίες εισόδου των ασθενών. Η πλειονότητα των ασθενών στην ΟΜΑΔΑ Β αφορά σπικτική καταπληξία 27% και αναπνευστική ανεπάρκεια 47%.

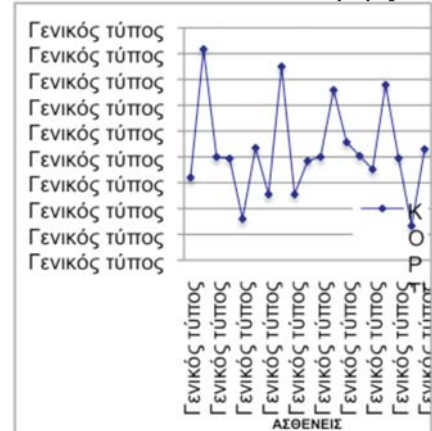
Συμπεράσματα: Οι ασθενείς που έλαβαν υδροκορτιζόνη ήταν οι βαριά πάσχοντες της ΜΕΘ, όπως δείχνουν οι σημαντικές διαφορές στο APACHE II score των δύο ομάδων. Η αιτία εισόδου από μόνη της (σπικτικό σοκ) και τα φυσιολογικά ή ελαφρά αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης ορού δεν μπορούν να αποτελέσουν κριτήριο για τη χορήγηση ή όχι αγωγής. 26% των ασθενών που πήραν αγωγή για σχετική φλοιοεπινεφριδιακή ανεπάρκεια και πιθανώς ωφελήθηκαν, επιβίωσαν. Τα χαρακτηριστικά όμως που τους διαφοροποιούν από τη μεγαλύτερη ομάδα, που δεν ωφελήθηκε και πιθανώς είχε και ανεπιθύμητες ενέργειες από τα κορτικοειδή, δεν είναι σαφή.

Ειδικότερα στην ΟΜΑΔΑ Β, με κριτήριο την έκβαση ορίζουμε δύο υποομάδες.

Β1: Βελτίωση: άνδρες 6 γυναίκες 2, μέση ηλικία 68,4 έτη μέσο APACHE 24,5, μέση νοσηλεία 23,6 μέρες. Πήραν αγωγή με ενδοφλέβια υδροκορτιζόνη για 6,13 μέρες κατά μέσο όρο, έως ότου τα αγγειοσπαστικά διακόπηκαν εντελώς. 4 ασθενείς συνέχισαν αγωγή υποκατάστασης από το στόμα. Στην Β2: Θάνατος: άνδρες 15 γυναίκες 7, μέση ηλικία 72,04 έτη, μέσο APACHE 28,4, μέση νοσηλεία 13,4 μέρες. Πήραν αγωγή με ενδοφλέβια υδροκορτιζόνη για 5,32 μέρες κατά μέσο όρο και κατέληξαν υποστηριζόμενοι με αγγειοσπαστικά.

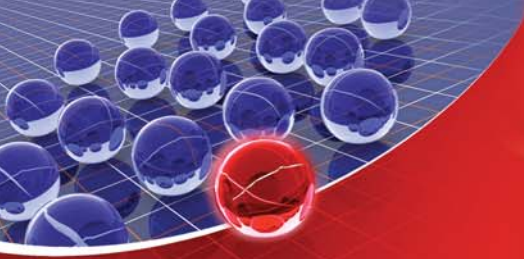
Τα επίπεδα κορτιζόλης που μετρήθηκαν με τιμές αναφοράς 171-536 nmol/L, ήταν στην πλειονότητα τους εντός των φυσιολ. ορίων.

Γράφημα Ι



ΑΙΤΙΕΣ ΕΙΣΟΔΟΥ	ΟΜΑΔΑ Α	ΟΜΑΔΑ Β
ΑΕΕ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΟ	3	0
ΑΕΕ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ	2	0
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ	2	0
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ	11	0
ΝΕΥΡΙΚΟ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	5	1
ΣΗΠΤΙΚΗ ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑ	17	8
ΑΡΡΥΘΜΙΕΣ ΠΛΗΡΗΣ ΚΚ	0	0
ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ	2	0
ΟΕΜ ΑΣΤΑΘΗΣ ΣΤΗΘΑΓΧΗ	5	0
ΒΑΡΕΙΣ ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΙΚΕΣ	0	0
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	4	2
ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑ	1	1
ΟΞΕΙΑ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ	0	0
ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ-ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗ Χ.Α.Α	11	14
ΟΞΥ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ ΟΙΔΗΜΑ	11	1
ΠΑΡΟΛΙΓΟΝ ΠΙΝΙΓΜΟΣ	2	0
ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑ ΑΝΑΚΟΠΗ	4	3

ΠΙΝΑΚΑΣ Ι



Η ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΟΞΕΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΗΣ ΜΕΘ ΜΕ ΙΟΓΕΝΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ARDS

Ζ. Μπόσομου, Α. Δημάκη, Β. Σουλούντσου, Ε. Καϊμακάμης,
Β. Καραλή, Α. Λαβρεντίεβα, Μ. Μπιτζάνη

Α' ΜΕΘ, Γ.Ν.Θ.Γ. Παπανικολάου

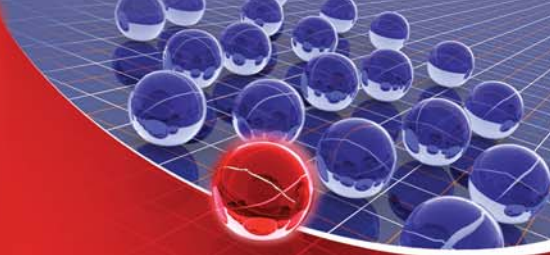
Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν να εξετασθεί η εμφάνιση οξείας νεφρικής βλάβης και η ανάγκη για θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας σε ασθενείς με ARDS λόγω επιβεβαιωμένης γρίπης τύπου Α.

Υλικό: Μελετήθηκαν συνολικά 7 ασθενείς με αναπνευστική ανεπάρκεια και ARDS εξαιτίας επιβεβαιωμένης λοίμωξης από γρίπη τύπου Α που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ κατά τη διάρκεια του έτους 2016

Μέθοδος: Καταγράφηκαν προοπτικά οι δείκτες νεφρικής λειτουργίας στους ασθενείς με γρίπη και ARDS. Εκτιμήθηκε υπερηχογραφικά ο δείκτης αντίστασης των νεφρικών αρτηριών. Η εκτίμηση της βαρύτητας των ασθενών έγινε με την χρήση της κλίμακας SOFA. Για τη σταδιοποίηση της νεφρικής βλάβης χρησιμοποιήθηκε η κατάταξη KDIGO. Καταγράφηκαν το ποσοστό των ασθενών που χρειάστηκε να υποβληθούν σε συνεχή φλεβοφλεβική αιμοδιαδιήθηση, η διάρκεια της θεραπείας και η έκβαση των αρρώστων που υποβλήθηκαν σε θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας.

Αποτελέσματα: Από τους 7 ασθενείς με αναπνευστική ανεπάρκεια και ARDS 5 παρουσίασαν νεφρική βλάβη, 1 ασθενής σταδίου 1 και 4 ασθενείς σταδίου 3. Τέσσερις ασθενείς χρειάστηκαν συνεχή φλεβοφλεβική αιμοδιαδιήθηση. Παρατηρήθηκε συνολική θνητότητα 57% και 75% θνητότητα στους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας.

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με ARDS εξαιτίας επιβεβαιωμένης λοίμωξης από γρίπη τύπου Α εμφάνισαν σε μεγάλο ποσοστό οξεία νεφρική βλάβη. Το 57% των ασθενών χρειάστηκε να υποβληθεί σε θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας η οποία συσχετίστηκε με υψηλή θνητότητα.



ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗ ΣΕ ΙΣΧΑΙΜΙΚΑ ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΣΤΗ ΜΕΘ. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΜΕ ΤΗ ΔΙΕΘΝΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ.

Παπαμικάλης Παναγιώτης¹, Καραγιάννης Σπυρίδων¹, Δαρδιώτης Ευθύμιος²,
Παπαδόπουλος Δημήτριος¹, Ζαφειρίδης Τηλέμαχος¹, Μπαμπαλής Δημήτριος¹,
Σκούρα Αποστολία - Λεμονιά³, Παράφορος Γεώργιος¹,
Χατζηγεωργίου Γεώργιος², Κομνός Απόστολος¹.

1)ΜΕΘ Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας

2)Νευρολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας

3)Ιδιώτης Παθολόγος

Σκοπός: Η θρομβολύση με αλτεπλάση είναι μια καθιερωμένη και ευρέως χρησιμοποιούμενη θεραπευτική παρέμβαση στο οξύ ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Προκειμένου να δούμε την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα του κέντρου μας, συγκρίναμε τα αποτελέσματά μας με αυτά που προκύπτουν από διεθνείς μελέτες και βάσεις δεδομένων.

Υλικό : 124 ασθενείς που εισήχθησαν με σημειολογία οξέος ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου και πληρώντας τις σχετικές ενδείξεις [1] υποβλήθηκαν σε θρομβολύση με αλτεπλάση. **Μέθοδος :** Αναδρομική μελέτη της βάσης δεδομένων για τα ισχαιμικά αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια που θρομβολύθηκαν στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Γ.Ν.Λαρίσας σε χρονική περίοδο 10 ετών (2004-2014), και σύγκριση με διεθνή αποτελέσματα, όπως προκύπτουν από δημοσιεύσεις [2-5]. Συγκρίθηκαν τα ποσοστά συμπτωματικής ενδοκράνιας αιμορραγίας και τα ποσοστά θνητότητας και λειτουργικής ανεξαρτησίας στους 3 μήνες.

Αποτελέσματα: Τα ποσοστά συμπτωματικής ενδοκράνιας αιμορραγίας ήταν χαμηλότερα στο κέντρο μας (0.8%), σε σχέση με τα άλλα κέντρα (1.6 & #8211; 1.7%). Τα ποσοστά θνητότητας στους 3 μήνες στο κέντρο μας (12.9%) ήταν συγκρίσιμα με αυτά των άλλων κέντρων (11.3 & #8211; 12.3%). Τα ποσοστά λειτουργικής ανεξαρτησίας στους 3 μήνες ήταν καλύτερα στο κέντρο μας (66.1%) σε σχέση με τα άλλα κέντρα (54.8 & #8211; 59%) (Πίνακας 1).

Συμπεράσματα: Οι θρομβολύσεις στα ισχαιμικά αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια διενεργούνται στο κέντρο μας με ασφάλεια αντίστοιχη των διεθνών κέντρων, όπως φαίνεται από τα ποσοστά συμπτωματικής ενδοκράνιας αιμορραγίας και θνητότητας στους 3 μήνες, ενώ παρουσιάζουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα, όπως φαίνεται από τα ποσοστά λειτουργικής ανεξαρτησίας στους 3 μήνες.

Βιβλιογραφία: 1)Cerebrovasc Dis. 2008;25(5):457-507 2) Lancet 2007;369(9558):275-282 3)Lancet. 200 8;372 (9646):1303-1309 4) Lancet Neurol. 2010;9(9):866-874 5)JAMA Neurol. 2013;70(7):837-844.

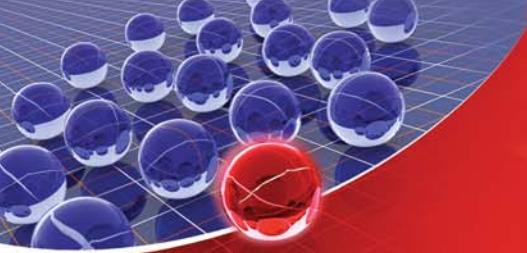
Πίνακας 1. Σύγκριση της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας της θρομβολύσης στο κέντρο μας, με τη διεθνή εμπειρία.

Διεθνής μελέτη / ή βάση δεδομένων έτος δημοσίευσης αποτελεσμάτων	Αριθμός ασθενών	Διάμεσος τιμή NIHSS προσέλευσης	Ποσοστό συμπτωματικής ενδοκράνιας αιμορραγίας, %	Ποσοστά θνητότητας στους 3 μήνες, %	Λειτουργική ανεξαρτησία στους 3 μήνες ^β , %
SITS-MOST/2007 [2]	6483	12	1.7	11.3	54.8
SITS-ISTR/2008 [3]	12529	12	1.6	12.2	56.3
SITS-ISTR/2010 [4]	23942	12	1.7	12.3	57.7
SITS-ISTR/2013 [5]	29335	9	1.6	11.7	59
ΜΕΘ Γ.Ν.ΛΑΡΙΣΑΣ	124	11	0.8	12.9	66.1

NIHSS National Institutes of Health Stroke Scale. SITS-MOST Safe Implementation of Thrombolysis in Stroke – Monitoring Study. SITS-ISTR Safe Implementation of Treatments in Stroke - International Stroke Thrombolysis Register.

^α Τοπική ή απομακρυσμένη παρεγχυματική αιμορραγία τύπου 2 που ανιχνεύεται με απεικόνιση μέσα σε 22-36 ώρες και επιδείνωση της NIHSS \geq 4 μέσα σε 24 ώρες ή θάνατος.

^β Τροποποιημένη κλίμακα Rankin 0-2.



ΑΙΤΙΕΣ ΕΙΣΟΔΟΥ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΚΟΗΘΕΙΕΣ ΠΟΥ ΕΙΣΑΓΟΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΜΕΘ

Ε. Ζήκου, Μ. Σαράντη, Γ. Ζύλης, Α. Κιτσακος, Ρ. Πατσια Γ. Νάκος, Β. Κουλούρας

ΜΕΘ ΠΓΝ Ιωαννίνων

Σκοπός: ΣΗ εισαγωγή ασθενών με αιματολογικές κακοήθειες σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), έχει συσχετισθεί με πτωχή πρόγνωση. Ωστόσο νεότερες έρευνες έδειξαν μεγαλύτερα ποσοστά επιβίωσης. Ο σκοπός της μελέτης μας είναι να προσδιορίσουμε τη θνητότητα στη ΜΕΘ του Νοσοκομείου μας και αν αυτή μπορεί να συσχετισθεί με κάποιο παράγοντα.

Υλικό: Μελετήθηκαν αναδρομικά ασθενείς με αιματολογικές κακοήθειες, που εισήχθησαν στη ΜΕΘ του ΠΠΓΝ Ιωαννίνων το χρονικό διάστημα από το 2011 έως 2015.

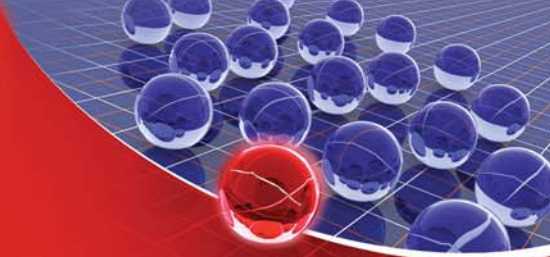
Μέθοδος: Μελετήθηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, η διάγνωση της αιματολογικής νόσου, η αιτιολογία εισαγωγής στη ΜΕΘ, οι μέρες νοσηλείας στη ΜΕΘ, οι μέρες από την τελευταία λήψη χημειοθεραπευτικού παράγοντα (ΧΜΘ), το sequential organ failure assessment score (SOFA score) εισαγωγής, η παρουσία ουδετεροπενίας, οι επιπλοκές κατά τη διάρκεια νοσηλείας, το σύνολο των μεταγίσεων σε συμπυκνωμένα ερυθρά, πλάσματα και αιμοπετάλια και το επίπεδο υποστήριξης οργάνων.

Αποτελέσματα: Ανευρέθηκαν 15 ασθενείς (9 άντρες 6 γυναίκες 60/40% αντίστοιχα) με μέσο όρο ηλικίας τα 54,8 έτη και εύρος 15-76 έτη. Η συχνότητα των αιματολογικών νοσημάτων ήταν οξεία μυελογενής λευχαιμία (46,7%), non Hodgking λέμφωμα (26,7%), οξεία λεμφοκυτταρική λευχαιμία (13,3%), χρόνια λεμφοκυτταρική λευχαιμία (6,7%) και πολλαπλό μυέλωμα (6,7%). Από το σύνολο των ασθενών στο 80% η νόσος είχε διαγνωστεί πριν την εισαγωγή τους στην ΜΕΘ και στο 20% ήταν υποτροπή. Ο μέσος όρος νοσηλείας στη ΜΕΘ ήταν 10,2 ημέρες με (ελάχιστη και μέγιστη διάρκεια 1 και 40 μέρες αντίστοιχα). Οι νοσογόνες καταστάσεις που οδήγησαν στην εισαγωγή στην ΜΕΘ ήταν η οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια με συνοδά διηθήματα στην ακτινογραφία θώρακος στο 86,7%, η αιμοδυναμική αστάθεια (shock) στο 37,5% και η οξεία νεφρική ανεπάρκεια στο 25%. Ο μέσος όρος ημερών λήψης ΧΜΘ πριν την εισαγωγή στη ΜΕΘ ήταν 11,4 (0-30) μέρες. Το SOFA score εισαγωγής ήταν 12 ± 3 , ενώ το 67% των ασθενών είχε ουδετεροπενία. Οι 12/15 (80%) από το σύνολο των ασθενών μπήκαν σε μηχανικό αερισμό άμεσα με την εισαγωγή στη ΜΕΘ ενώ σε 3 ασθενείς εφαρμόστηκε μη επεμβατικός μηχανικός αερισμός αλλά ήταν επιτυχής μόνο σε έναν. Αιμοδυναμική αστάθεια και ανάγκη υποστήριξης με αγγειοσυσπαστικά κατά την εισαγωγή στη ΜΕΘ παρατηρήθηκε σε 13/15 ασθενείς (86,7%). Κατά την διάρκεια της νοσηλείας το 60% των ασθενών εμφάνισε οξεία νεφρική ανεπάρκεια και υποστηρίχθηκε με συνεχή αιμοδιαδιήθηση. Ο μέσος όρος μεταγίσεων με συμπυκνωμένα ερυθρά, πλάσματα και αιμοπετάλια ήταν 3 (0-11), 7 (0-47) και 22,5 (0-130) αντίστοιχα. Η θνητότητα των ασθενών στη ΜΕΘ ήταν 86,7% (13/15 ασθενείς). Η θνητότητα συσχετίστηκε θετικά με την υποστήριξη με αγγειοσυσπαστικά κατά την εισαγωγή ($p < 0,01$).

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με αιματολογικές κακοήθειες που εισάγονται σε ΜΕΘ παρά την εντατική αντιμετώπιση έχουν πτωχή πρόγνωση. Οι ασθενείς που δεν έπαιρναν αγγειοσυσπαστικά την 1η μέρα νοσηλείας στη ΜΕΘ πιθανά να έχουν καλύτερη πρόγνωση. Μεγαλύτερος αριθμός ασθενών θα μας οδηγήσει σε ασφαλέστερα αποτελέσματα.

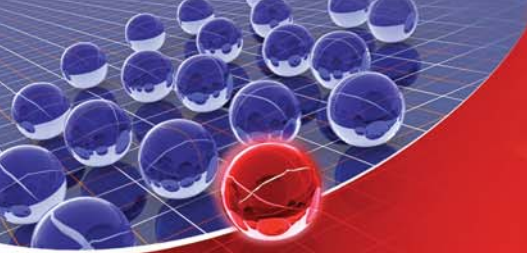
16^ο

Πανελλήνιο Συνέδριο
Εντατικής Θεραπείας



14

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ
ΤΟΥ ΒΑΡΙΑ ΠΑΣΧΟΝΤΑ**



Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΜΗΧΑΝΙΚΟΥ ΑΕΡΙΣΜΟΥ ΣΕ ΠΡΗΝΗ ΘΕΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΗΡΑ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Ανδρέου Ευμορφία, Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc
Γιαννακάρας Δημήτρης, Νοσηλευτής ΠΕ, MSc(c)

Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι να διερευνηθεί βιβλιογραφικά, αν ο μηχανικός αερισμός των βαρέως πασχόντων σε πρηνή θέση δύναται να μειώσει την επίπτωση της Πνευμονίας που σχετίζεται με Αναπνευστήρα.

Υλικό: Το υλικό της παρούσας ανασκόπησης αποτέλεσαν πρωτότυπες, τυχαίοποιημένες μελέτες σε αρρώστους που έλαβαν μηχανικό αερισμό για αναπνευστική ανεπάρκεια ποικίλης αιτιολογίας. Απαραίτητες προϋποθέσεις για να συμπεριληφθεί κάθε μελέτη στην ανασκόπηση αυτή ήταν, ο μηχανικός αερισμός του αρρώστου σε πρηνή θέση και η ύπαρξη της Πνευμονίας από Αναπνευστήρα στα ερευνητικά ερωτήματα.

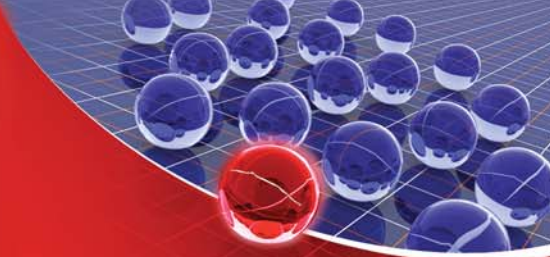
Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση σε βάσεις δεδομένων (PUBMED, CINAHL, COCHRANE, GOOGLESCHOLAR) με λέξεις ευρετηρίου σχετιζόμενες με μηχανικό αερισμό σε πρηνή θέση και Πνευμονία Σχετιζόμενη με Αναπνευστήρα (prone positioning, VAP, Prone position, ventilator associated pneumonia, ventilation, adverse events). Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε το Σεπτέμβριο του 2016 και αφορούσε σε πρωτότυπες ερευνητικές μελέτες, ανασκοπήσεις, μετα-αναλύσεις καθώς και βιβλιογραφικές παραπομπές από συγκεκριμένα άρθρα.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα της παρούσας, βασίζονται σε 8 ερευνητικές μελέτες που πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής και δημοσιεύτηκαν από το 2001 έως και το 2016. Οι ασθενείς έλαβαν μηχανικό αερισμό για αναπνευστική ανεπάρκεια ποικίλης αιτιολογίας (Οξεία Αναπνευστική Ανεπάρκεια (ARF), Σύνδρομο Οξείας Αναπνευστικής Δυσχέρειας (ARDS)). Σε 6 από τις 8 μελέτες φάνηκε ότι ο μηχανικός αερισμός σε πρηνή θέση μείωσε τον κίνδυνο ανάπτυξης Σχετιζόμενης με Αναπνευστήρα Πνευμονίας (ΣΑΠ). Μάλιστα, μια μελέτη από αυτές δεν αναφέρει καθόλου ανάπτυξη ΣΑΠ. Ωστόσο, 2 περισσότερο πρόσφατα δημοσιευμένες μελέτες αναφέρουν ότι ο μηχανικός αερισμός σε πρηνή θέση δεν είχε κανένα αποτέλεσμα στη μείωση του κινδύνου ανάπτυξης ΣΑΠ.

Συμπεράσματα: Ο μηχανικός αερισμός σε πρηνή θέση θεωρείται ότι διευκολύνει την ορθοστατική παροχέτευση των εκκρίσεων, συμβάλλοντας με αυτό τον τρόπο στη μείωση του κινδύνου εμφάνισης Σχετιζόμενης με Αναπνευστήρα Πνευμονίας. Πρόκειται για μια πρακτική που απαιτεί ανθρώπινο κεφάλαιο για να τοποθετηθεί κατάλληλα ο αρρώστος -στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι χρειάζονται 3 άτομα για την ασφαλή τοποθέτηση του αρρώστου, ενώ το ρίσκο για τα ανεπιθύμητα συμβάντα όπως η μετακίνηση του σωλήνα είναι μεγάλο. Τα συμπεράσματα, όπως αυτά προκύπτουν από τις ερευνητικές μελέτες που συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα ανασκόπηση είναι αμφιλεγόμενα. Αυτό οφείλεται στην ετερογένεια των μελετών αφενός ως προς το σχεδιασμό (διαγνωστικά κριτήρια, διαγνωστικές τεχνικές, τυχαίοποίηση) και αφετέρου ως προς τους ασθενείς (αναπνευστική ανεπάρκεια ποικίλης αιτιολογίας). Απαιτούνται λοιπόν περισσότερες ερευνητικές μελέτες, προσεκτικά σχεδιασμένες, ώστε διευκρινιστεί αν ο μηχανικός αερισμός σε πρηνή θέση μπορεί να έχει κάποια επίδραση στη μείωση εμφάνισης ΣΑΠ καθώς και να εντοπιστεί η ομάδα εκείνη των ασθενών που θα ωφεληθούν πραγματικά από μια τέτοια παρέμβαση.

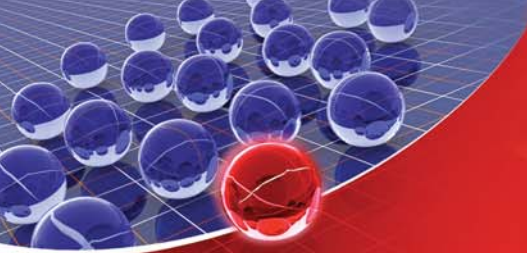
16^ο

Πανελλήνιο Συνέδριο
Εντατικής Θεραπείας



15

**ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ & ΝΕΟΓΝΟΛΟΓΙΚΗ
ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**



Η ΔΕΞΜΕΔΕΤΟΜΙΔΙΝΗ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΘ: Η ΑΡΧΙΚΗ ΜΑΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Τσιρογιάννη Χρυσάνθη, Παράσχου Δήμητρα, Ράλλης Δημήτριος,
Σταύρου Βασίλειος, Καλαμπαλίκης Παναγιώτης

ΜΕΘ, Νοσοκομείο Παιδών «η Αγία Σοφία»

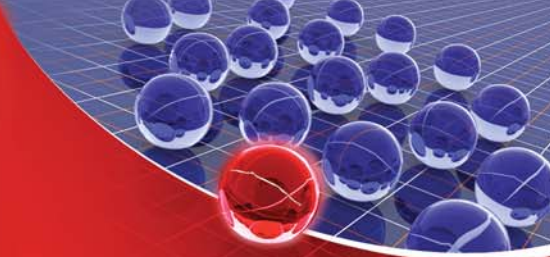
Σκοπός: Η χρήση της δεξμεδετομιδίνης, ενός εκλεκτικού α2 αγωνιστή με κατασταλτική και αναλγητική δράση, έχει επεκταθεί τα τελευταία χρόνια και στις παιδιατρικές ΜΕΘ. Αναφέρουμε την εμπειρία μας από την έναρξη χρήσης του φαρμάκου στη μονάδα μας σε σχέση με την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια του.

Υλικό: Η χρήση της δεξμεδετομιδίνης στη ΜΕΘ άρχισε τον 1/2015. Συλλέχθηκαν δεδομένα από τους φακέλους όλων των ασθενών στους οποίους έχει χορηγηθεί μέχρι σήμερα. Η επιλογή χορήγησης του φαρμάκου ήταν στην κρίση του θεράποντα ιατρού.

Μέθοδος: Η αναδρομική μελέτη παρατήρησης περιελάμβανε 39 ασθενείς οι οποίοι έλαβαν δεξμεδετομιδίνη, από το σύνολο των 181 ασθενών οι οποίοι έλαβαν καταστολή και /ή αναλγησία σε χρονικό διάστημα 20 μηνών (21,5%). Στους ασθενείς χορηγήθηκε στάγδην ενδοφλέβια δεξμεδετομιδίνη με τιλοποίηση της δόσης ανάλογα με το επιθυμητό επίπεδο καταστολής (κλίμακα comfort) και σταδιακή αποκλιμάκωση πριν τη διακοπή. Δεν χορηγήθηκε δόση εφόδου. Καταγράφηκαν: η ένδειξη, η δόση, η διάρκεια χορήγησης και πιθανές ανεπιθύμητες δράσεις, με έμφαση στις αιμοδυναμικές παραμέτρους (ΑΠ και σφύξεις πριν και μετά την χορήγηση του φαρμάκου).

Αποτελέσματα: -39 ασθενείς (24 αγόρια και 15 κορίτσια) ηλικίας 4μν-16 ετών έλαβαν στάγδην δεξμεδετομιδίνη σε δόση 0,1-1μgr/kg/h (μέση δόση 0,75μgr/kg/h) για 2-540 ώρες (μέση διάρκεια χορήγησης 60,4 ώρες). Εννέα ασθενείς έλαβαν δεξμεδετομιδίνη για >72 ώρες. - Οι κύριες ενδείξεις χορήγησης του φαρμάκου ήταν: αρχική καταστολή (11 ασθ, 28%), μη επαρκής καταστολή (9 ασθ, 23%), αποδέσμευση από άλλα για μακρό χρονικό διάστημα χορηγούμενα κατασταλτικά (16 ασθ, 41%), αντιμετώπιση στερητικού συνδρόμου (3,8%). -Η δεξμεδετομιδίνη χορηγήθηκε είτε ως μοναδικό κατασταλτικό/αναλγητικό (13 ασθ, 33%), είτε σε συνδυασμό με μιδαζολάμιν (10 ασθ, 26%), μορφίνη (10 ασθ, 26%), προποφόλη (1-2%) και μιδαζολάμιν και μορφίνη (5 ασθ, 13%) -23 ασθενείς (59%) αποδεσμεύτηκαν από το Μηχανικό Αερισμό και αποσωληνώθηκαν υπό δεξμεδετομιδίνη. -Η χορήγηση της δεξμεδετομιδίνης συνέβαλλε στην επίτευξη επαρκούς καταστολής και αναλγησίας στους ασθενείς που χορηγήθηκε, μειώνοντας τη συνολική χορηγούμενη δόση κυρίως των βενζοδιαζεπινών (μέση μείωση της ημερήσια χορηγούμενης δόσης κατά 5,58 mg/kg/ημέρα κατά το πρώτο 24ωρο) και λιγότερο των οπιοειδών (μέση μείωση κατά 40μgr/kg/ ημέρα) και ήταν αποτελεσματική στην αντιμετώπιση εκδηλώσεων στερητικού συνδρόμου. - Σε 4 ασθενείς (10%) παρατηρήθηκε πτώση της συστολικής ΑΠ η οποία αποδόθηκε στο φάρμακο και χρειάστηκε να μειωθεί ή να διακοπεί η χορήγηση του. Σε 1 ασθενή παρατηρήθηκε βραδυκαρδία που αναστράφηκε με τη διακοπή του φαρμάκου. -Δεν διαπιστώθηκε ηπατοτοξικότητα ή άλλες ανεπιθύμητες εκδηλώσεις. Δεν παρατηρήθηκαν εκδηλώσεις στερητικού συνδρόμου ή υπέρταση μετά τη διακοπή του φαρμάκου.

Συμπεράσματα: Η Δεξμεδετομιδίνη είναι ασφαλής για τους παιδιατρικούς ασθενείς της ΜΕΘ και αποτελεσματική στην επίτευξη επαρκούς καταστολής και αναλγησίας, στην μείωση των χορηγούμενων δόσεων μιδαζολάμιν και οπιοειδών και στην αντιμετώπιση στερητικού συνδρόμου. Η αποδέσμευση από τον Μηχανικό αερισμό και η αποσωλήνωση διευκολύνεται από τη χορήγηση της, ιδιαίτερα σε ασθενείς που έχουν λάβει καταστολή για μεγάλο χρονικό διάστημα.



ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟΥ ΜΗΧΑΝΙΚΟΥ ΑΕΡΙΣΜΟΥ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

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

ΜΕΘ Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ»

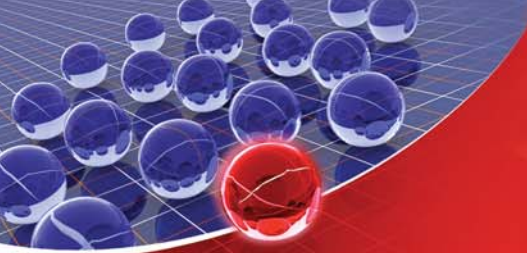
Σκοπός: Ο Μη Επεμβατικός Αερισμός (ΜΕΑ) αποτελεί εναλλακτική στην αντιμετώπιση της Οξείας Αναπνευστικής Ανεπάρκειας (ΟΑΑ) στα παιδιά, με αποτέλεσμα την αποφυγή επιπλοκών από τη διασωλήνωση και τη χορήγηση καταστολής. Σκοπός της μελέτης είναι η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας του ΜΕΑ και η αναγνώριση κλινικών και εργαστηριακών παραγόντων που σχετίζονται με την αποτυχία του.

Υλικό: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη των δημογραφικών, κλινικών και εργαστηριακών δεδομένων των ασθενών με ΟΑΑ που νοσηλεύθηκαν στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) μεταξύ 1/10/2014 και 31/5/2016 και στους οποίους εφαρμόστηκε ΜΕΑ.

Μέθοδος: Ως κριτήριο αποτυχίας στην εφαρμογή του ΜΕΑ ορίστηκε η επιμονή της ΟΑΑ ή η εμφάνιση αιμοδυναμικής αστάθειας. Αναλύθηκαν τα αέρια αίματος αμέσως πριν και τις πρώτες δύο ώρες μετά την εφαρμογή του ΜΕΑ. Οι ποιοτικές μεταβλητές δίνονται ως απόλυτος αριθμός και ποσοστό %, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές εκφράζονται ως διάμεσος τιμή και ενδοτεταρτημοριακό εύρος. Για τις συγκρίσεις χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικές δοκιμασίες, Pearson's χ^2 ή Fisher's exact test και Mann – Whitney test για τις κατηγορικές και ποσοτικές μεταβλητές αντίστοιχα. Ως επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το $\alpha=0,05$.

Αποτελέσματα: Το χρονικό διάστημα της μελέτης εισήχθησαν στη ΜΕΘ 315 ασθενείς, στους 68 εκ των οποίων (21,6%) η αιτία εισόδου ήταν ΟΑΑ. ΜΕΑ εφαρμόστηκε σε 24 ασθενείς (35,3%) ηλικίας 9 ετών (εύρος: 2μηνών – 14 ετών). Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τα κλινικά και εργαστηριακά ευρήματά των ασθενών πριν και μετά την εφαρμογή του ΜΕΑ και ανάλογα με την έκβαση αυτού φαίνονται στον πίνακα. Οι ασθενείς στους οποίους εφαρμόστηκε ο ΜΕΑ ως μέθοδος αποδέσμευσης από τον μηχανικό αερισμό είχαν καλή έκβαση, ενώ οι ασθενείς με υπερκαπνική αναπνευστική ανεπάρκεια συνοδεύτηκαν από περισσότερες αποτυχίες. Τα αέρια αίματος μέσα στις πρώτες δύο ώρες από την εφαρμογή του ΜΕΑ φαίνεται να συσχετίζονται καλά με την έκβαση αυτού, καθώς οι ασθενείς που χρειάστηκαν τελικά ενδοτραχειακή διασωλήνωση είχαν σημαντικά ή οριακά σημαντικά υψηλότερες τιμές PCO₂ και χαμηλότερες τιμές PaO₂/FiO₂, SaO₂ και pH.

Συμπεράσματα: Ο ΜΕΑ αποτελεί μία ελάχιστα παρεμβατική τεχνική αντιμετώπισης της ΟΑΑ στα παιδιά, ενώ μπορεί να χρησιμεύσει και στη διαδικασία αποδέσμευσης από το μηχανικό αερισμό σε ορισμένες κατηγορίες ασθενών. Τα αέρια αίματος που λαμβάνονται σύντομα μετά την εφαρμογή του ΜΕΑ μπορούν να χρησιμεύσουν στην πρόβλεψη της έκβασης αυτού. Μεγαλύτερες προοπτικές μελέτες είναι απαραίτητες για να καθοριστούν οι ομάδες των ασθενών που αναμένεται να ωφεληθούν το μέγιστο από την εφαρμογή ΜΕΑ.



ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗΝ ΟΥΡΟΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΚΑΘΕΤΗΡΑ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΑΙΔΩΝ

Πράπα Μ, Καζαντζή Μ, Χρυστάκου Ε, Τσιρογιάννη Χ, Σταύρου Β,
Βαγγελακούδη Ε, Καλαμπαλίκης Π

ΜΕΘ Γ.Ν.Παιδων «Η Αγία Σοφία»

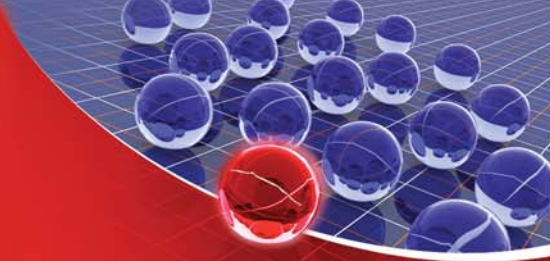
Σκοπός: Οι ουρολοιμώξεις που σχετίζονται με τη χρήση καθετήρα (catheter associated urinary tract infections, CAUTIs) αποτελούν διεθνώς την 4η συχνότερη ενδονοσοκομειακή λοίμωξη και αποτελούν σημαντικό αίτιο νοσηρότητας των ασθενών σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Σκοπός της μελέτης είναι η μελέτη της επιδημιολογίας των CAUTI σε ΜΕΘ Παιδων.

Υλικό: Όλα τα επεισόδια CAUTI από 1/8/2014 έως 31/3/2016 αναζητήθηκαν αναδρομικά μέσα από μία προοπτική καταγραφή επιτήρησης στη ΜΕΘ Παιδων του Γ.Ν.Παιδων «Η Αγία Σοφία».

Μέθοδος: Για την καταγραφή χρησιμοποιήθηκε ο ορισμός της συμπτωματικής CAUTI του Center for Disease Control (CDC USA). Ο ρυθμός των CAUTI εκφράζεται ως ο αριθμός των λοιμώξεων ανά 1000 ημέρες χρήσης καθετήρα κύστης (ΗΧΚ). Οι κατηγορικές μεταβλητές δίνονται ως απόλυτος αριθμός και ποσοστό %, ενώ οι ποσοτικές δίνονται ως διάμεση τιμή και ενδοτεταρτημοριακό εύρος

Αποτελέσματα: Κατά τη διάρκεια του χρόνου παρακολούθησης, συμπεριλήφθησαν 350 ασθενείς, για 3703 ασθενείς-ημέρες και 2505 ΗΧΚ. Καταγράφηκαν 23 επεισόδια που αντιστοιχούν σε ρυθμό 9,18 CAUTI ανά 1000 ΗΧΚ. Οι ασθενείς με CAUTI ήταν 59,1% θήλεα, με ηλικία 8 (2,2 -11,3) έτη. Ο χρόνος χρήσης του καθετήρα κατά τη στιγμή του επεισοδίου ήταν 19 (11-29) ημέρες και ο χρόνος νοσηλείας στη ΜΕΘ 55 (29-77) ημέρες. 15 ασθενείς (65,2%) εκδήλωσαν την CAUTI με πυρετό, 2 (8,7%) ήταν βρέφη με λήθαργο, εμέτους και υποθερμία ενώ οι 6 (26,1%) ήταν ασθενείς σε καταστολή χωρίς πυρετό αλλά με παθολογικά ευρήματα από τη γενική και την καλλιέργεια ούρων. Έξι ασθενείς (26,1%) ήταν ανοσοκατεσταλμένοι. Τα παθογόνα που απομονώθηκαν ήταν *Ps.aeruginosa* (7, 30,4%) *E.coli* (5, 21,7 %), *Kl. Pneumoniae* (2, 8,7%), *Enterococcus* (2, 8,7%), *Candida albicans* (2, 8,7%) και *Candida parapsilosis* (1, 4,3%) ενώ σε 4 (17,4%) απομονώθηκαν 2 παθογόνα. Δύο ασθενείς (8,7%) αντιμετωπίστηκαν μόνο με αφαίρεση του καθετήρα κύστης ενώ οι υπόλοιποι ετ έθησαν σε εμπειρική χημειοθεραπεία. Σε 5 ασθενείς (21,7%) η αγωγή τροποποιήθηκε με βάση το αντιβιογράμμα.

Συμπεράσματα: Παρά την συστηματική επιτήρηση, η CAUTI παραμένει σημαντικό πρόβλημα στη ΜΕΘ. Η αναζήτηση των παραγόντων κινδύνου και η εφαρμογή δέσμης μέτρων θα βοηθήσουν στον περιορισμό των CAUTIs.



ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΟΣ (ΠΣΚΔ) ΣΕ ΠΑΙΔΙ, ΩΣ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΣΤΑ ΦΥΛΟΚΟΚΚΙΚΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Μαρία Ν. Βασιλοπούλου¹, Δήμητρα Θεοφιλάτου¹, Φωτεινή Ζαφειροπούλου¹,
Γεώργιος Κλουτσοθύμιος¹, Σπυρίδων Μάσσινας², Σταύρος Ασπραδάκης¹,
Αλεξάνδρα Τσιάλλα¹, Ευστράτιος Χριστιανάκης³, Λήδα Σιανίδου¹

¹ Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Νοσοκομείο Παιδων Πεντέλης, Αθήνα

² Καρδιολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Παιδων Πεντέλης, Αθήνα

³ Χειρουργική κλινική, Νοσοκομείο Παιδων Πεντέλης, Αθήνα

Σκοπός: Εισαγωγή Ο χρυσίζων σταφυλόκοκκος αποικίζει τον γαστρεντερικό σωλήνα, όμως σπάνια προκαλεί νόσο. Το πρωτοπαθές σύνδρομο κοιλιακού διαμερίσματος (ΠΣΚΔ) στα παιδιά ορίζεται ως η λειτουργική έκπτωση οργάνων και συστημάτων, που οφείλεται σε απότομη αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης άνω των 10 mmHg εξαιτίας ενδοκοιλιακής παθολογίας. Η θνητότητα είναι υψηλή (40-100%). Σκοπός Παρουσίαση ενός περιστατικού ΠΣΚΔ σε προηγουμένως υγιές αγόρι 9 ετών, αποδιδόμενο σε σταφυλοκοκκική ειλειτίδα.

Υλικό: Ο ασθενής εισήχθη στο νοσοκομείο για παρακολούθηση λόγω οξέως, έντονου κοιλιακού άλγους και εμέτων αρχόμενων από λίγων ωρών. Η φυσική εξέταση δεν ανέδειξε παθολογία, ενώ το υπερηχογράφημα κοιλίας ανέδειξε μικρή ποσότητα ελεύθερου περιτοναϊκού υγρού. Κατά την διάρκεια των επόμενων 10 ωρών ο ασθενής εμφάνισε εικόνα κυκλοφορικής καταπληξίας και μεταφέρθηκε στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) για περαιτέρω αντιμετώπιση. Κλινική Εικόνα Εισόδου: Θερμοκρασία: 37,5οC, κυκλοφορική ανεπάρκεια, αναπνευστική ανεπάρκεια, νεφρική δυσλειτουργία, κοιλία διατεταμένη και σκληρή, γαστροπληγικοί έμετοι. Εργαστηριακές εξετάσεις εισόδου: μεταβολική οξέωση (pH:7,28, HCO3:7meq/Lt,) K:6,4meq/Lt, P:8,4mg/dl, ουρία:53 mg/dl, κρεατινίνη:1,53mg/dl, Hb 20,2g/dl, Ht 62%, λευκοκυττάρωση με ουδετεροφιλία και στροφή αριστερά, C-αντιδρώσα πρωτεΐνη: 7mg/dl, αύξηση των καρδιακών ενζύμων και υπαλβουμιναμία. Αξονική τομογραφία κοιλίας: Αυξημένη ποσότητα ενδοπεριτοναϊκού υγρού. Διατεταμένες εντερικές έλικες λεπτού εντέρου, κυρίως του ειλεού, με οιδηματώδη απεικόνιση του τοιχώματός τους. Δε διαπιστώθηκε ελεύθερος αέρας στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Ήπια ελίκωση των αγγείων στη ρίζα του μεσεντερίου με μικρούς επχώριους λεμφαδένες, χωρίς τυπική εικόνα συστροφής. Βατή η κάτω κοίλη φλέβα με αποπλατυσμένη μορφολογία, πιθανώς εκπέσεως. Χωρίς άλλα παθολογικά ευρήματα. Καρδιολογική εξέταση: Εικόνα μειωμένου προφόρτιου της δεξιάς κοιλίας. Ικανοποιητική συσταλτικότητα των δεξιών κι αριστερών καρδιακών κοιλοτήτων. Κλάσμα εξώθησης ΑΡ κοιλίας: 60%.

Μέθοδος: Ο ασθενής διασωληνώθηκε και ετέθη σε μηχανικό αερισμό. Εγινε ανάνηψη με μεγάλες ποσότητες κρυσταλλοειδών διαλυμάτων (100 mL/kg). Λόγω μη ανταπόκρισης χορηγήθηκαν σε συνεχή έγχυση ινότεροπα. Η νεφρική δυσλειτουργία αντιμετωπίστηκε, επέμεινε η ισχική υποάρδευση, η οποία αποδόθηκε σε απώλεια υγρών στον τρίτο χώρο και στην συμπίεση της κάτω κοιλίας φλέβας λόγω ανάπτυξης συνδρόμου κοιλιακού διαμερίσματος. Ακολούθησε ερευνητική λαπαροτομία. Αφαιρέθηκαν 2,5 λίτρα οροαιματηρού ενδοπεριτοναϊκού υγρού (4500 λευκά αιμοσφαίρια /λίτρο, πρωτεΐνη 10 g/l) και ανεδείχθη εκτεταμένη ορογονίτιδα στην περιοχή του ειλεού (εικόνα 1). Η PCR (polymerase chain reaction) από το υγρό ανέδειξε χρυσίζοντα σταφυλόκολλο ευαίσθητο στην μεθικιλίνη (MSSA). Χορηγήθηκε αγωγή με πιπερακιλλίνη-ταζομπακτάμ, κλινδαμυκίνη, φλουκοναζόλη και ρανιτιδίνη. Το 3ο μετεγχειρητικό 24ωρο, λόγω υποτροπής της κυκλοφορικής ανεπάρκειας με συνοδό αυξημένη ενδοκοιλιακή πίεση (15mmHg, έμμεση ενδοκυτική μέθοδος), ο ασθενής υποβλήθηκε σε δεύτερη λαπαροτομία, όπου αφαιρέθηκε τμήμα του σιγμοειδούς λόγω νέκρωσης.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής νοσηλεύθηκε στη ΜΕΘ δεκαπέντε ημέρες. Παρέμεινε σε μηχανική υποστήριξη αναπνοής για 9 ημέρες και έλαβε ολική παρεντερική διατροφή για δώδεκα ημέρες. Η πολυοργανική ανεπάρκεια ανατάχθηκε σταδιακά μετά την δεύτερη επέμβαση. Ο ασθενής ανένηψε πλήρως και εξήλθε από το νοσοκομείο το 22ο μετεγχειρητικό 24ωρο.

Συμπεράσματα: Οι εκδηλώσεις του ΠΣΚΔ είναι ποικίλες όσο και τα διάφορα όργανα που μπορεί να προβληθούν. Η πρόωπη διάγνωση αποτελεί πρόκληση, όμως είναι απλή μετρώντας την ενδοκοιλιακή πίεση παρά τη κλίση του ασθενούς εφόσον υπάρχει υψηλός δείκτης υποψίας.

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΘ ΒΑΣΕΙ ΤΟΥ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ, ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟΥ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΤΟΥΣ ΠΡΟΦΙΛ

Θ. Ταβλαδάκη¹, Α.Μ. Σπανάκη¹, Ε. Δημητρίου², Ε. Κονδύλη³, Γ. Χουλάκη⁴,
Ε. Μελέτη², Ε. Μπλευράκης¹, Κ. Φουντούλη⁵, Δ. Καφετζόπουλος⁴,
Δ. Γεωργόπουλος³, Γ. Μπριασούλης¹, * Ισότιμη συμμετοχή

1 Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, ΜΕΘ, Ηράκλειο

2 Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ιατρική Σχολή, Παιδιατρική Αιματολογία Ογκολογία, Ηράκλειο

3 Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, ΜΕΘ, Ηράκλειο

4 Ινστιτούτο Μοριακής Βιολογίας και Βιοτεχνολογίας (IMBB) - (ΙΤΕ), Ηράκλειο, Κρήτη

5 Μονάδα Αιμοδοσίας και Παραγώγων Αίματος, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Ηράκλειο, Κρήτη

Εισαγωγή: Οι βιοδείκτες, που τελευταία χρησιμοποιούνται συχνά στη σήψη, επηρεάζονται από πολλούς παράγοντες (κάθαρση, μεταβολικές διαταραχές) και δεν έχει αποδειχθεί ότι είναι σε θέση να προσδιορίσουν την παθοβιολογία πολύπλοκων κυτταρικών ανωμαλιών σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς. Επί του παρόντος δεν υπάρχουν δεδομένα για τη συμμετοχή της έμφυτη ανοσίας, της φλεγμονώδους διεργασίας και του μεταβολισμού στο πρώιμο στάδιο σήψης (S) ή στο σύνδρομο συστηματικής φλεγμονώδους απόκρισης (SIRS) σε ενήλικες (E) και παιδιατρικούς (Π) ασθενείς. **ΣΤΟΧΟΣ.** Να εκτιμηθεί η δυνατότητα υπολογισμού του κινδύνου θνητότητας σε ενήλικες και παιδιατρικούς ασθενείς σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) βάσει των επιπέδων: των πρωτεϊνών θερμικού σοκ (Heat Shock Proteins/HSPs), των Λιποκινών Ρεζιστίνης/Resistin και Αντιπνεκτίνης /Adiponectin, της κατανάλωσης οξυγόνου (VO₂), της παραγωγής διοξειδίου (VCO₂), της κατανάλωσης ενέργειας (Energy Expenditure/EE), του μεταβολικού προφίλ και των δεικτών θρεπτικής κατάστασης (BMI z-scores) κατά την πρώιμη φάση της σήψης ή SIRS.

Υλικό: Εβδομήντα οκτώ ενήλικες (S / 22, SIRS / 23, Control / 33) και 67 παιδιά (S / 18, SIRS / 23, Control / 26) συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Η αιμοληψία έγινε μέσα σε 24 ώρες από την εισαγωγή στη ΜΕΘ/ΜΕΘ Παιδών.

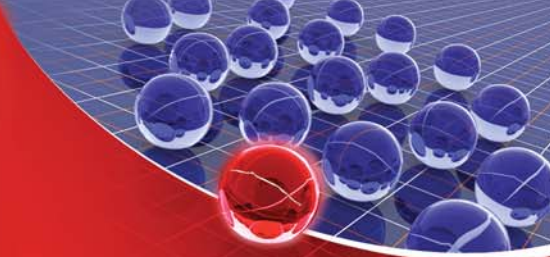
Μέθοδος: Η έκφραση των HSPs σε μονοκύτταρα (m) και ουδετερόφιλα (n) προσδιορίσθηκε με κυτταρομετρία ροής (μέση ένταση φθορισμού (MFI)). Η Ρεζιστίνη, Αντιπνεκτίνη και η εξοκυττάρια (e) HSP72 μετρήθηκαν με ανοσοσενζυμική τεχνική (ELISA-Enzo) ενώ για τη μέτρηση της ΕΕ χρησιμοποιήθηκε η E-COVX. Το γονιδιακό DNA απομονώθηκε με κιτ του εμπορίου (DNA PureLink Genomic).

Αποτελέσματα: Οι μη επιβιώσαντες ασθενείς παρουσίαζαν σππικό σοκ (p 2 mmol / L (p 0,70, p0,80, p<0.05).

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς ΜΕΘ ενηλίκων και παιδιών που διατρέχουν κίνδυνο θνητότητας εμφανίζουν παρόμοιο φλεγμονώδες, ανοσολογικό και μεταβολικό προφίλ το οποίο δεν επηρεάζεται από τους απλοτύπους HSP72. Η αυξημένη απελευθέρωση HSP72 and HSP90a σε ενήλικες και ο πρώιμος υπομεταβολισμός στα παιδιά σχετίζονται με αυξημένη θνητότητα στη σήψη.

ΑΝΑΦΟΡΕΣ Shankar -Hari M, Phillips GS, Levy ML, et al; Sepsis Definitions Task Force. Developing a New Definition and Assessing New Clinical Criteria for Septic Shock: For the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016 Feb 23;315(8):775-87.

GRANT ACKNOWLEDGMENT. Η παρούσα έρευνα έχει συγχρηματοδοτηθεί από την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο – ΕΚΤ) και από εθνικούς πόρους μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Εκπαίδευση και Δια Βίου Μάθηση» του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) – Ερευνητικό Χρηματοδοτούμενο Έργο: ΘΑΛΗΣ. Επένδυση στην κοινωνία της γνώσης μέσω του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου.



ΚΟΙΝΟ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΣ, ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΣΗΨΗΣ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΑ

Θ. Ταβλαδάκη¹, Α.Μ. Σπανάκη¹, Ε. Δημητρίου², Ε. Μελέτη², Ε. Μπλευράκης¹,
Ε. Κονδύλη³, Δ. Γεωργόπουλος³, Δ. Καφετζόπουλος⁴, Γ. Χουλάκη⁴, Γ. Μπριασούλης¹

¹ Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, ΜΕΘ Παιδών

² Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ιατρική Σχολή, Παιδιατρική Αιματολογία - Ογκολογία

³ Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, ΜΕΘ

⁴ Ινστιτούτο Μοριακής Βιολογίας και Βιοτεχνολογίας (IMBB) - (ΙΤΕ),

Εργαστήριο Μεταγονιδιωμικών εφαρμογών, Ηράκλειο, Κρήτη

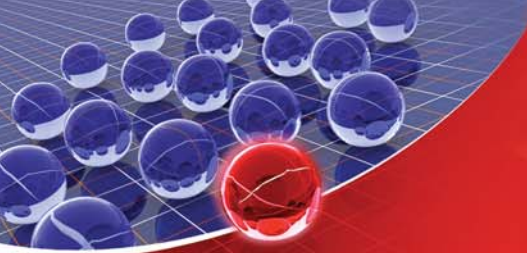
Εισαγωγή: Τα νεότερα κριτήρια ορισμού της σήψης (Sepsis-3) την απομακρύνουν από την αναγκαιότητα καθορισμού της ως μέρος του συνδρόμου της συστηματικής φλεγμονώδους απόκρισης (SIRS), μη θεωρώντας τη ως λοίμωξη συνοδευόμενη από συστηματική φλεγμονή αλλά πλέον ως λοίμωξη που προκαλεί ανεπάρκεια οργάνων. Εν τούτοις ο ρόλος της κυτταρικής έμφυτης ανοσίας και των φλεγμονωδών-μεταβολικών διαταραχών στην παθογένεση της σήψης (Σ) και του μη-λοιμώδους SIRS δεν έχει αποσαφηνιστεί ούτε σε ενήλικες ούτε σε παιδιατρικούς ασθενείς. **Σκοπός:** Να μελετηθούν οι πρώιμες αλλαγές στις Πρωτεΐνες Θερμικού Σοκ (Heat Shock Proteins/HSPs) και στις Λιποκίνες Ρεζιστίνης/ Resistin και Αντιπονεκτίνης/ Adiponectin, σε σχέση με το κλινικό, φλεγμονώδες και μεταβολικό προφίλ των ασθενών με σήψη σε μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) ενηλίκων (Ε) και παιδιών (Π) και να συγκριθούν με εκείνα αντίστοιχων ασθενών ΜΕΘ με SIRS αλλά και υγιών μαρτύρων (Μ).

Υλικό: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 78 ενήλικες (Σ/22, SIRS/23, Μ/33) και 67 παιδιά (Σ/18, SIRS/23, Μ/26). Ελήφθησαν δείγματα αίματος μέσα σε 24 ώρες από την εισαγωγή στη ΜΕΘ.

Μέθοδος: Τα επίπεδα HSPs στα μονοκύτταρα (m) ή ουδετερόφιλα (n) προσδιορίστηκαν με Κυτταρομετρία ροής και εκφράστηκαν ως μέση ένταση φθορισμού (MFI). Η Resistin, η Adiponectin και η εξωκυττάρια (e) HSP72 προσδιορίστηκαν με ανοσοενζυμική μέθοδο (ELISA-Enzo), ενώ η ενεργειακή κατανάλωση (Energy Expenditure/EE) μετρήθηκε με το E-COVX. Το γονιδιακό DNA απομονώθηκε με εμπορικό kit (PureLink Genomic DNA kit -Invitrogen) για τον προσδιορισμό των πολυμορφισμών rs1061581 και rs6457452 της HSP72.

Αποτελέσματα: Η ανάλυση του γονότυπου της HSP72 δεν κατέδειξε διαφορές ανά ομάδα σε ενήλικες και παιδιά σχετικά με τους απλότυπους rs6457452 ή rs1061581. Και στις δυο ηλικιακές ομάδες οι δείκτες βαρύτητας της νόσου και τα HR, CRP, γαλακτικό, Resistin και eHSP90a ήταν υψηλότερα στη σήψη σε σύγκριση με το SIRS ενώ τα mHSP72, VO₂, VCO₂, EE, μεταβολικό προφίλ, γλυκόζη, αλβουμίνη και EF ήταν χαμηλότερα στη σήψη σε σύγκριση με το SIRS (p 60 ng/mL, ειδικότητα 0,93, ευαισθησία 0,53 σε ενήλικες, 0,93 και 0,73, αντιστοίχως σε παιδιά), η eHSP90a (με cutoff τιμές >400 ng/mL, ειδικότητα 0,95 και ευαισθησία 0,57 σε ενήλικες, 0,95 και 0,50 αντιστοίχως σε παιδιά) και γαλακτικό (με cutoff τιμή >18 mmol/L, ειδικότητα 0,70, ευαισθησία 0,23 σε ενήλικες, 0,96 και 0,44 αντιστοίχως σε παιδιά) πέτυχαν την καλύτερη καμπύλη διαγνωστικής διάκρισης (AUR OC) > 0,80 (p 0,75 σε ενήλικες (p0,6 ng/mL, ειδικότητα 0,95 και ευαισθησία 0,73) παρουσίασε καμπύλη AUROC >0,90 (p<0,001).

Συμπεράσματα: Η σήψη χαρακτηρίζεται από κατεσταλμένη έμφυτη ανοσία και μεταβολισμό αλλά αυξημένη φλεγμονώδη αντίδραση τόσο σε ενήλικες όσο και σε παιδιά. Η Resistin και η eHSP90a φαίνεται να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην πρώιμη σήψη, συντελώντας στη δημιουργία προφίλ σήψης διακριτού από αυτό του SIRS, κοινού για ενήλικες και παιδιά. REFERENCES. Singer M. Deutschman CS. Seymour CW. et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA 2016;315:801-810 GRANT ACKNOWLEDGMENT. Η παρούσα έρευνα έχει συγχρηματοδοτηθεί από την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο - ΕΚΤ) και από εθνικούς πόρους μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Εκπαίδευση και Δια Βίου Μάθηση» του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) - Ερευνητικό Χρηματοδοτούμενο Έργο: ΘΑΛΗΣ. Επένδυση στην κοινωνία της γνώσης μέσω του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου.



ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΑΙΜΟΦΑΓΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Ελπίς Χοχλιούρου, Ασημίνα Βιολάκη, Μενέλαος Σβήρκος,
Όλγα Βράνη, Γεώργιος Ευλαβής, Μαρία Σδούγκα

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παιδών, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

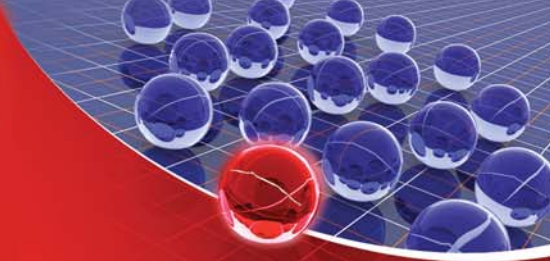
Σκοπός: Η εμφάνιση περιστατικών με αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο φαίνεται να αυξάνεται τα τελευταία χρόνια. Η αιμοφαγοκυτταρική λεμφοϊστοκυττάρωση είναι ένα σπάνιο, δυσνόητο, δύσκολα αναγνωρίσιμο και ταχέως απειλητικό σύνδρομο, για τη ζωή των μικρών ασθενών. Οι ασθενείς σπάνια εμφανίζουν σαφή διάγνωση βάσει κριτηρίων στην αρχική προβολή και τη συμπτωματολογία. Διεθνώς, πλέον, συστήνεται η έναρξη της θεραπείας άμεσα βάσει ισχυρών ενδείξεων για τη διάγνωση. Η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση είναι υψίστης σημασίας για την αντιμετώπισή του.

Υλικό: Αναφέρεται η περίπτωση βρέφους θήλεως 10 μηνών που διακομίστηκε σε ΜΕΘ Παιδών διασωληνωμένο υπό καταστολή μετά από χειρουργείο για αποκατάσταση κατάγματος κρανίου βρεγματικά Δε. Διεχειρητικά εμφάνισε αιμοδυναμική αστάθεια για την οποία χρειάστηκε ινóτροπη υποστήριξη. Στη ΜΕΘ παρουσίασε πολύ υψηλό ανθεκτικό εμπύρετο και ηπατική δυσλειτουργία.

Μέθοδος: Στα πλαίσια διερεύνησης στάλθηκε πλήρης έλεγχος, από τον οποίο προέκυψαν εργαστηριακά δεδομένα για σύνδρομο ενεργοποιημένου μακροφάγου (αυξημένη φεριπτίνη, χαμηλή λευκοματίνη, αναιμία, αυξημένες τρανσαμινάσες), σε συνδυασμό με την κλινική εικόνα :υπερπυρεξία, σπληνομεγαλία. Συστήθηκαν υψηλές δόσεις κορτιζόνης για 3 ημέρες και στη συνέχεια δόση συντήρησης με άμεση βελτίωση της κλινικής εικόνας.

Αποτελέσματα: Το βρέφος εξήλθε την 8η ημέρα νοσηλείας σε καλή γενική κατάσταση. Πολλές φορές η κλινική εικόνα δεν είναι η διαγνωστική της νόσου, αλλά συνοδά εργαστηριακά ευρήματα μπορεί να οδηγήσουν στην τελική διάγνωση.

Συμπεράσματα: Η έγκαιρη διάγνωση και έναρξη της θεραπευτικής αγωγής θα επιφέρουν το επιθυμητό αποτέλεσμα.



ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΓΡΙΠΗ: ΠΟΙΑ ΠΑΙΔΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΟΝΤΑΙ ΣΤΗ ΜΕΘ; ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΔΥΟ ΠΕΡΙΟΔΩΝ ΓΡΙΠΗΣ ΑΠΟ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Φωτεινή Ζαφειροπούλου¹, Μαρία Βασιλοπούλου¹, Δημήτριος Καλεντάκης²,
Σουζάνα Χατζηνικολάου², Όλγα Γιαννούλη¹, Ζωή Μπέκα¹, Λήδα Σιανίδου¹

¹Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών Πεντέλης, Αθήνα

²Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών Πεντέλης, Αθήνα

Σκοπός: Η γρίπη αποτελεί συνήθη αιτία νοσηρότητας στον παιδιατρικό πληθυσμό. Σύμφωνα με δεδομένα του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ), η νοσηρότητα και η θνητότητα από γρίπη κατά την περίοδο 2015-16 (κυρίαρχο στέλεχος: ιός τύπου A / H1N1) ήταν πιο σοβαρή από αυτή της προηγούμενης περιόδου (κυρίαρχο στέλεχος: ιός τύπου B). Ωστόσο, και στις δύο περιόδους η πλειονότητα των θανάτων προκλήθηκε από τον ιό της γρίπης τύπου A. Ο σκοπός της μελέτης ήταν : α) η σύγκριση της νοσηρότητας από γρίπη μεταξύ των περιόδων 2014-15 και 2015-16, στον παιδιατρικό πληθυσμό, βάσει δεδομένων από το Νοσοκομείο Παιδών Πεντέλης στην Αθήνα και β) η παρουσίαση των περιστατικών γρίπης που νοσηλεύθηκαν στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ).

Υλικό: Περιελήφθησαν όλα τα παιδιά ηλικίας <18 ετών που νοσηλεύθηκαν είτε σε κλινική είτε στη ΜΕΘ, λόγω εργαστηριακά επιβεβαιωμένης γρίπης (ταχεία δοκιμασία ανίχνευσης αντιγόνου, αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης (PCR)).

Μέθοδος: Αναδρομική μελέτη σειρών κατά την διάρκεια δύο περιόδων γρίπης (2014-15 και 2015-16). Καταγράφηκε η εμβολιαστική κατάσταση για την γρίπη και η ύπαρξη υποκείμενων νοσημάτων.

Αποτελέσματα: Συνολικά νοσηλεύθηκαν 58 παιδιά με γρίπη κατά την διάρκεια των δύο περιόδων.

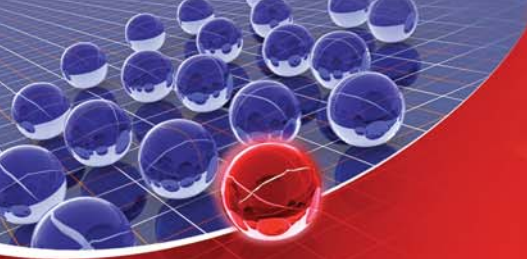
Περίοδος 2014-15: Σύνολο 16 εισαγωγών (Ιός τύπου A: 87.5%, ιός τύπου B: 12.5%). Κανένα από τα παιδιά δεν ήταν εμβολιασμένο. Μια εισαγωγή (6.25%) στη ΜΕΘ: κορίτσι 5 ετών χωρίς υποκείμενα νοσήματα, που εκδήλωσε εγκεφαλίτιδα και status epilepticus λόγω λοίμωξης από τον ιό H3N2 και χρειάστηκε μηχανικό αερισμό για ένα 24ωρο λόγω μειωμένου επιπέδου συνείδησης.

Περίοδος 2015-16: Σύνολο 42 εισαγωγών (Ιός τύπου A/H1N1: 78.57%, ιός τύπου B: 21.42%) Κανένα από τα παιδιά δεν ήταν εμβολιασμένο. Τρεις εισαγωγές (7.14%) στην ΜΕΘ (PCR θετική για τον ιό H1N1):

- Κορίτσι 15 ετών με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου I που παρουσίασε εικόνα αντιρροπούμενης καταπληξίας και ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome) και χρειάστηκε επεμβατικό μηχανικό αερισμό για πέντε 24ωρα, μετά από αποτυχία δοκιμής μη επεμβατικού μηχανικού αερισμού.
- Κορίτσι 17 ετών με σύνδρομο Dravet που παρουσίασε συστηματική φλεγμονώδη αντίδραση και ARDS. Χρειάστηκε επεμβατικό μηχανικό αερισμό για δεκαέξι 24ωρα.
- Κορίτσι 3 ετών χωρίς υποκείμενα νοσήματα, με εικόνα αναπνευστικής ανακοπής λόγω συλλοίμωξης από ιό γρίπης και αναπνευστικό συγκυτιακό ιό (RSV). Ετέθη σε επεμβατικό μηχανικό αερισμό για 6 24ωρα.

Εισαγωγές στην ΜΕΘ με υποκείμενα νοσήματα κατά την διάρκεια και των δύο περιόδων: 50%. Θνητότητα 0%.

Συμπεράσματα: Η νοσηρότητα από γρίπη στα παιδιά ήταν υψηλότερη κατά την διάρκεια της περιόδου 2015-16, γεγονός που συνάδει με τα εθνικά δεδομένα για τον γενικό πληθυσμό. Κατά την περίοδο 2014-1, παρά την επικράτηση του ιού τύπου B, καταγράφηκε υψηλότερη νοσηρότητα από τον ιό τύπου A στο νοσοκομείο μας. Είναι ενδιαφέρον ότι το ποσοστό των παιδιών με υποκείμενες νόσους, που εμφάνισαν βαριά νόσο και χρειάστηκαν νοσηλεία στην ΜΕΘ, ήταν όμοιο με εκείνο των προηγούμενων υγιών παιδιών. Η απρόβλεπτη βαρύτητα της νοσηρότητας από την εποχιακή γρίπη καθώς και το γεγονός της μηδενικής εμβολιαστικής κάλυψης μεταξύ των ασθενών που εισήχθησαν στην ΜΕΘ, υπογραμμίζουν την αναγκαιότητα του εμβολιασμού έναντι της εποχιακής γρίπης σε ολόκληρο τον παιδιατρικό πληθυσμό.

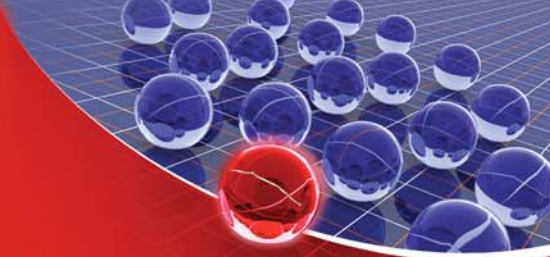


16^ο

Πανελλήνιο Συνέδριο
Εντατικής Θεραπείας

16

ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΤΗ ΜΕΘ



ΕΝΑ ΣΠΑΝΙΟ ΑΙΤΙΟ ΟΞΕΙΑΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΧΡΟΝΙΩΣ ΒΑΡΙΑ ΠΑΣΧΟΝΤΑ ΑΣΘΕΝΗ: ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΤΟΥ ΚΑΘΕΤΗΡΑ ΓΑΣΤΡΟΣΤΟΜΙΑΣ ΣΤΟ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟ.

Μ.Ν. Παπανικολάου, Α. Κυπαρίσση, Σ. Πουρίκη, Ε. Στρουμπούλη,
Θ. Παπαβασιλοπούλου, Μ. Μπάλλα, Γ. Κοφινάς, Σ. Καρατζάς

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

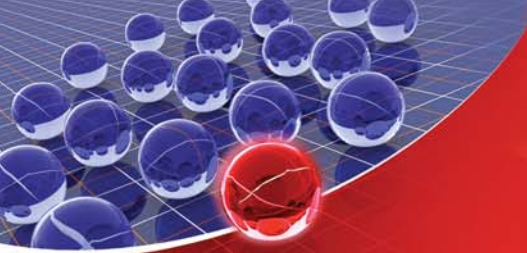
Σκοπός: Η γαστροστομία, χειρουργική ή διαδερμική, χρησιμοποιείται ευρέως στη ΜΕΘ για τη σίτιση βαριά πασχόντων ασθενών. Θεωρείται ασφαλής επέμβαση, με συχνότητα επιπλοκών από 8-30%, από τις οποίες το 5% είναι σοβαρές. Η οξεία παγκρεατίτιδα (ΟΠ) λόγω μετανάστευσης καθετήρα γαστροστομίας (ΚΓ) στο δωδεκαδάκτυλο και απόφραξης του φύματος του Vater είναι εξαιρετικά σπάνια.

Υλικό: Ασθενής, ♀ 62 ετών, (Α.Α.: v. Churg-Strauss υπό κορτικοστεροειδή, σακχ. διαβήτης και βρογχ. άσθμα). Αιτία εισαγωγής στη ΜΕΘ: επιτυχής καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση και θρομβόλυση μετά από ΠΕ, υποξαιμική εγκεφαλοπάθεια (GCS= 7). Δύο μήνες μετά την εισαγωγή της, υποβλήθηκε σε χειρουργική γαστροστομία, κατά την οποία τοποθετήθηκε καθετήρας Foley 18F.

Μέθοδος: Τρεις μήνες μετά τη γαστροστομία, η ασθενής παρουσίασε μεγάλες αναγωγές γαστρικού περιεχομένου και δεκατική πυρετική κίνηση έως 37,4 ο C. Την επομένη, η ασθενής εμφάνισε καταπληξία με ευαισθησία στο επιγάστριο. Διαπιστώθηκε μετανάστευση του ΚΓ πάνω από 10 cm μέσα στον πεπτικό σωλήνα. Εργαστηριακά ευρήματα: λευκοκυττάρωση (25.000 WBC/mL), αμυλάση ορού/ούρων 1200 / 6517 IU/L. CT κοιλίας: ήπιο περιπαγκρεατικό οίδημα και περιχολοκυστικό υγρό, χωρίς διάταση της χοληδόχου κύστεως ή των εξωπαπτικών χοληφόρων (εικ 1, μαύρο βέλος). Το άκρο του ΚΓ με τον αεροθάλαμο του βρισκόταν μέσα στο δωδεκαδάκτυλο (εικ 1, λευκό βέλος), οπότε η κλινική επιδείνωση της ασθενούς αποδόθηκε σε ΟΠ λόγω μερικής απόφραξης του φύματος του Vater. Ο ΚΓ επανατοποθετήθηκε και τα συμπτώματα της ασθενούς υποχώρησαν. Τις επόμενες μέρες, η υπερηχογραφική εικόνα του περιπαγκρεατικού οιδήματος βελτιωνόταν συνεχώς. Την 3η ημέρα διαπιστώθηκε υπερηχογραφικά νέα μετανάστευση του αεροθαλάμου (εικ 2Α, λευκό βέλος), οπότε διενεργήθηκε γαστροσκόπηση που αποκάλυψε νέα μετανάστευση του ΚΓ στο δωδεκαδάκτυλο, χωρίς βλάβη του βλεννογόνου. Ο ΚΓ αλλάχτηκε και η θέση του αεροθαλάμου επιβεβαιώθηκε υπερηχογραφικά (εικ 2Β).

Αποτελέσματα: Μόλις 11 περιπτώσεις ΟΠ λόγω μετανάστευσης του ΚΓ έχουν περιγραφεί, χωρίς να υπάρχει συσχέτιση με την τεχνική της γαστροστομίας. Η μετανάστευση του ΚΓ (Foley ή ειδικού καθετήρα) και η ΟΠ μπορεί να περάσουν απαρατήρητες, είτε επειδή οι ασθενείς νοσηλεύονται κατ' οίκον, είτε επειδή αδυνατούν να εκφράσουν πόνο ή ναυτία, ενώ εργαστηριακές εξετάσεις δεν πραγματοποιούνται καθημερινά. Η ΟΠ βελτιώνεται κατά κανόνα άμεσα μετά την απόσυρση του ΚΓ και συνήθως δεν απειλεί τη ζωή.

Συμπεράσματα: Συμπερασματικά, οι ΚΓ μπορούν να μεταναστεύσουν με απρόβλεπτες συνέπειες, παρά την καθήλωση τους στο κοιλιακό τοίχωμα. Γι' αυτό, η θέση του ΚΓ θα πρέπει να ελέγχεται ανά τακτά διαστήματα ενδοσκοπικά, ακτινολογικά ή υπερηχογραφικά.

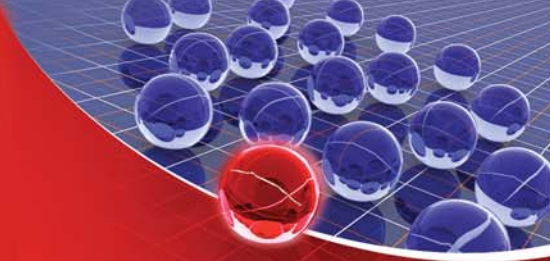


16^ο

Πανελλήνιο Συνέδριο
Εντατικής Θεραπείας

17

**ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ
ΚΑΙ MONITORING**



ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΚΡΙΒΕΙΑΣ ΕΝΟΣ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟΥ ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΙΤΛΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΣΕ ΑΝΑΛΟΓΙΚΑ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΜΗΧΑΝΙΚΟΥ ΑΕΡΙΣΜΟΥ PAV+

Αμαργιανιτάκης Β., Κονδύλη Ε., Αντωνογιαννάκη Ε.Μ., Κοκκίνη Σ., Πεδιαδίτης Ε.,
Συρογιάννη Π, Ψαρολογάκης Χ, Διαμαντάκη Ε, Πρόκλου Α. Μαλλιωτάκης Π.,
Αλεξοπούλου Χ, Γεωργόπουλος Δ

Κλινική Εντατικής Θεραπείας -Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου

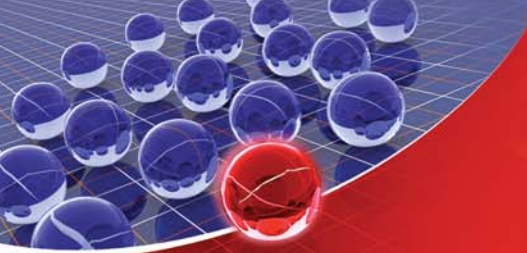
Σκοπός: Οι Cartheaux et al. (Crit Care Med, 2013) εισήγαγαν έναν προτεινόμενο αλγόριθμο για την τιτλοποίηση του επιπέδου υποστήριξης (gain) σε αναλογικά υποβοηθούμενο μοντέλο μηχανικού αερισμού PAV+. Με βάση αυτόν τον αλγόριθμο υπολογίζεται η $P_{muspeak}$ (ως αντίστοιχο της μέγιστης πίεσης που αναπτύσσουν οι αναπνευστικοί μύες) από την εξίσωση $P_{awpeak} - PEEP \times 100 - gain / gain$ και το γινόμενο πίεσης-χρόνου της $P_{muspeak}$ (PTP $_{muspeak}$). Ακολούθως το επίπεδο υποστήριξης καθορίζεται ώστε το PTP $_{muspeak}$ να κυμαίνεται εντός ενός προκαθορισμένου ορίου τιμών. Σχεδιάσαμε αυτή τη μελέτη για την αξιολόγηση της ακρίβειας της προτεινομένης μεθόδου αναφορικά με την εκτίμηση της μέγιστης πίεσης που αναπτύσσουν οι αναπνευστικοί μύες.

Υλικό: Αναδρομική ανάλυση καταγράφων 27 ασθενών υπό μηχανική υποβοήθηση με PAV+.

Μέθοδος: Μελετήθηκαν αναδρομικά οι καταγραφές 27 ασθενών υπό μηχανική υποβοήθηση με μοντέλο PAV+ και προκαθορισμένο επίπεδο υποστήριξης. Όλοι οι ασθενείς έφεραν καθετήρες για την μέτρηση της οισοφαγίας και γαστρικής πίεσης. Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε σε τρία επίπεδα υποστήριξης (30%, 50% και 70%). Σε ανάλυση αναπνοή προς αναπνοή υπολογίστηκαν η $P_{muspeak}$ και το PTP $_{muspeak}$ με βάση τον αλγόριθμο των Cartheaux et al. Για κάθε δεδομένη αναπνοή υπολογίστηκε επιπλέον η μέγιστη διαδιαφραγματική πίεση (P_{di}) από τη διαφορά μεταξύ και γαστρικής και οισοφαγίας πίεσης και το γινόμενο πίεσης-χρόνου της P_{di} (PTP $_{Pdi}$). Η συσχέτιση μεταξύ των τιμών $P_{muspeak} / P_{di}$ και των PTP $_{muspeak} / PTP_{Pdi}$ μελετήθηκε με τη στατιστική μέθοδο της regression analysis και την μέθοδο Bland and Altman.

Αποτελέσματα: Συνολικά αναλύθηκαν 362 αναπνοές με καταγραφή P_{di} και $P_{muspeak}$. Βρέθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των τιμών $P_{muspeak}$ και P_{di} ($P < 0,001$ και Coefficient of determination $R^2 = 0,3451$). Στην ανάλυση Bland and Altman παρατηρήθηκε σημαντική σκέδαση στις τιμές των δύο μεταβλητών. Παρόμοια συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ των τιμών PTP $_{muspeak}$ και PTP $_{Pdi}$ ($P < 0,001$ και Coefficient of determination $R^2 = 0,2433$) και στην ανάλυση Bland Altman αυτών.

Συμπεράσματα: Σημαντική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ της P_{di} και της από τον αλγόριθμο προκύπτουσας $P_{muspeak}$. Ωστόσο το συγκεκριμένο μοντέλο αδυνατεί πλήρως να δικαιολογήσει την διακύμανση των τιμών μεταξύ των δυο μεταβλητών.



ΠΡΩΙΜΗ ΕΠΑΝΑΔΙΑΣΩΛΗΝΩΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΘ

Βάκαλος Αριστείδης, Παρασκευοπούλου Ελένη

ΜΕΘ, Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης

Σκοπός: Η επαναδιασωλήνωση του ασθενή εντός 24 ωρών από την αφαίρεση του τραχειοσωλήνα (πρώιμη), αυξάνει την θνητότητα, την νοσηρότητα αλλά και το κόστος σε ασθενείς ΜΕΘ, διότι σχετίζεται με αύξηση του κινδύνου ανάπτυξης πνευμονίας αλλά και με αύξηση των κινδύνων πρόκλησης ανατομικών βλαβών. Σε κάθε περίπτωση η επείγουσα επαναδιασωλήνωση καταδεικνύει την μη επαρκή αποτελεσματικότητα των πρωτοκόλλων αποδέσμευσης από τον μηχανικό αερισμό στην συγκεκριμένη ομάδα των ασθενών. Για τους λόγους αυτούς η συχνότητα της μη προγραμματισμένης επαναδιασωλήνωσης συνιστάται να επιτηρείται ως δείκτης ποιότητας σε ασθενείς ΜΕΘ. Σκοπός της εργασίας είναι η αναδρομική μελέτη παρατήρησης των δεικτών νοσηλείας, βαρύτητας και έκβασης των ασθενών με πρώιμη επαναδιασωλήνωση (< 24 ωρών) σε πολυδύναμη ΜΕΘ δευτεροβάθμιου Νοσοκομείου.

Υλικό: Από Ιανουάριο 2006 έως και Δεκέμβριο 2015 σύμφωνα με την ηλεκτρονική βάση δεδομένων του τμήματος, νοσηλεύτηκαν στην ΜΕΘ 839 ασθενείς, μέσης ηλικίας (Age) 65,6 έτη, μέσης διάρκειας νοσηλείας (LOS) 13,2 ημέρες, μέσης διάρκειας μηχανικού αερισμού ανά διασωληνωμένο ασθενή (V Days) 11,4 ημέρες, μέσου APACHE II score κατά την εισαγωγή 21,5, προβλεπόμενης θνητότητας Pr Mortality) 39,3 %, καταγεγραμμένης θνητότητας (Actual Mortality) 30,51 % Standardized Mortality Rate (SMR) 0.77.

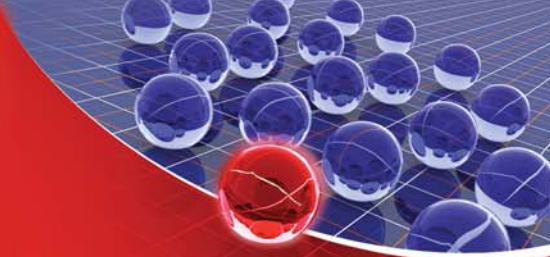
Μέθοδος: Αναζητήθηκαν οι αντίστοιχοι δείκτες νοσηλείας, βαρύτητας και έκβασης και η ημέρα νοσηλείας επαναδιασωλήνωσης (Reintubation Day, R.D) των ασθενών που επαναδιασωληνώθηκαν εντός 24 ωρών από την αποδιασωλήνωση τους. Εντός παρένθεσης οι αντίστοιχες τιμές του συνόλου των ασθενών.

Αποτελέσματα: Αριθμός ασθενών με πρώιμη επαναδιασωλήνωση: 36. (4,23% του συνόλου, 4,88% των διασωληνωμένων, 75% του συνόλου των επαναδιασωληνωθέντων, 4,22 ανά 100 ημέρες μηχανικού αερισμού). Βλέπε πίνακα.

Συμπεράσματα: Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης μας, οι ασθενείς με πρώιμη επαναδιασωλήνωση αποτελούν μικρό ποσοστό των διασωληνωμένων, μικρότερο από την μέγιστη αποδεκτή τιμή 12%, ενώ οι ασθενείς επαναδιασωληνώθηκαν περί την 8η ημέρα νοσηλείας. Δεν καταγράφηκε διαφορά στην ηλικία και στην βαρύτητα των ασθενών αυτών σε σχέση με το σύνολο. Ωστόσο καταγράφηκε μεγάλη και μάλιστα υπερδιπλάσια, παρότι μη σταθμισμένη στατιστικά διαφορά στις ημέρες νοσηλείας και μηχανικού αερισμού αλλά και στην καταγεγραμμένη θνητότητα και τον δείκτη SMR. Τα αποτελέσματά μας υποδεικνύουν την επιτυχή διαχείριση της διαδικασίας αποδέσμευσης από τον μηχανικό στην οικεία ΜΕΘ λόγω μικρού ποσοστού επαναδιασωλήνωσης. Ωστόσο στους ασθενείς που επαναδιασωληνώθηκαν καταγράφηκε παράταση της νοσηλείας αλλά και επιβάρυνση της έκβασης.

Πίνακας

	Age	LOS	V. Days	Reint. D	APACHE	Pr. Mort	Act Mor	SMR
Min	34	5	4	1	6	6	63.88	1.58
Max	93	93	80	50	45	75		
Mean	66.77 (65,6)	32.66 (13,2)	26.58 (11,4)	8.16	23.86 (21,5)	40.19 (39,3)	(30,5)	(0,77)



ΟΨΙΜΗ ΕΠΑΝΑΔΙΑΣΩΛΗΝΩΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΘ

Βάκαλος Αριστείδης, Παρασκευοπούλου Ελένη.

ΜΕΘ, Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης.

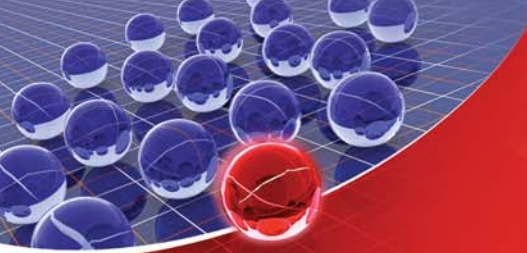
Η Εισαγωγή – Σκοπός: Η επαναδιασωλήνωση του ασθενή μετά από 24 ώρες από την αφαίρεση του τραχειοσωλήνα (όψιμη), είναι δυνατόν να αυξήσει την θνητότητα, την νοσηρότητα αλλά και το κόστος σε ασθενείς ΜΕΘ. Η όψιμη επαναδιασωλήνωση, αν και δεν είναι δυνατόν να αποδοθεί άμεσα σε αποτυχία των πρωτοκόλλων αποδέσμευσης από τον αναπνευστήρα, καταδεικνύει την αποτυχία στον σχεδιασμό και στην εφαρμογή της στρατηγικής υποστήριξης των ζωτικών λειτουργιών σε αποδιασωληνωμένους ασθενείς. Για τους λόγους αυτούς η συχνότητα της μη προγραμματισμένης επαναδιασωλήνωσης οφείλεται να επιτηρείται ως δείκτης ποιότητας σε ασθενείς ΜΕΘ. Σκοπός της εργασίας είναι η αναδρομική μελέτη παρατήρησης των δεικτών νοσηλείας, βαρύτητας και έκβασης των ασθενών με όψιμη επαναδιασωλήνωση (>24 ωρών) σε πολυδύναμη ΜΕΘ δευτεροβάθμιου Νοσοκομείου.

Υλικό – Μεθοδολογία: Από Ιανουάριο 2006 έως και Δεκέμβριο 2015 σύμφωνα με την ηλεκτρονική βάση δεδομένων του τμήματος, νοσηλεύτηκαν στην ΜΕΘ 839 ασθενείς, μέσης ηλικίας (Age) 65,6 έτη, μέσης διάρκειας νοσηλείας (LOS) 13,2 ημέρες, μέσης διάρκειας μηχανικού αερισμού ανά διασωληνωμένο ασθενή (V Days) 11,4 ημέρες, μέσου APACHE II score κατά την εισαγωγή 21,5, προβλεπόμενης θνητότητας (Pr Mortality) 39,3 %, καταγεγραμμένης θνητότητας (Actual Mortality) 30,51 % Standardized Mortality Rate (SMR) 0.77. Αναζητήθηκαν οι αντίστοιχοι δείκτες νοσηλείας, βαρύτητας και έκβασης καθώς και η ημέρα νοσηλείας επαναδιασωλήνωσης (Reintubation Day, R.D) αλλά και οι ημέρες εκτός αναπνευστήρα μετά την αρχική αποδιασωλήνωση (Ventilation Free Days, VF Days) των ασθενών που επαναδιασωληνώθηκαν μετά από 24 ώρες από την αποδιασωλήνωση τους. Εντός παρένθεσης οι αντίστοιχες τιμές του συνόλου των ασθενών.

Αποτελέσματα: Αριθμός ασθενών με πρώιμη επαναδιασωλήνωση: 12. (1.40% του συνόλου, 1.62% των διασωληνωμένων, 25% του συνόλου των επαναδιασωληνωθέντων, 0.14 ανά 1000 ημέρες μηχανικού αερισμού).

	Age	LOS	V. Days	Reint. D	VF Days	APACHE	Pr. Mort	Act Mor	SMR
Min	60	11	8	5	2	17	12	56.33	1.55
Max	84	65	69	49	11	29	75		
Mean	69 (65,6)	28.08 (13,2)	24.25 (11,4)	15.75	5	23.66 (21,5)	36.33 (39,3)	(30,5)	(0,77)

Συμπεράσματα: Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης μας, οι ασθενείς με όψιμη επαναδιασωλήνωση αποτελούν πολύ μικρό ποσοστό των διασωληνωμένων, μικρότερο από την μέγιστη αποδεκτή τιμή 12%, ενώ οι ασθενείς επαναδιασωληνώθηκαν περί την 15η ημέρα νοσηλείας, πέντε ημέρες μετά την αρχική αποδιασωλήνωση. Δεν καταγράφηκε διαφορά στην ηλικία και στην βαρύτητα των ασθενών αυτών σε σχέση με το σύνολο. Ωστόσο καταγράφηκε μεγάλη και μάλιστα υπερδιπλάσια παρότι μη σταθμισμένη στατιστικά διαφορά στις ημέρες νοσηλείας και μηχανικού αερισμού αλλά και στην καταγεγραμμένη θνητότητα και τον δείκτη SMR. Τα αποτελέσματα μας υποδεικνύουν την σημαντική επιβάρυνση όχι μόνο της νοσηλείας αλλά και της έκβασης των ασθενών αυτών, αλλά και την επιτυχή διαχείριση της υποστήριξης των ζωτικών λειτουργιών σε αποδιασωληνωμένους ασθενείς στην οικεία ΜΕΘ.



Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΦΩΤΟΣ ΣΤΟΥΣ ΚΙΡΚΑΔΙΟΥΣ ΡΥΘΜΟΥΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΘ: ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Καβροχωριανού Ν, Κορομπέλη Α, Κατσούλας Θ, Μπούτζουκα Ε,
Ζηδιανάκης Β, Φιλντίσης Γ, Μπαλτόπουλος Γ

*Μονάδα Έρευνας Πανεπιστημιακής ΜΕΘ, Γ.Ο.Ν.Κ.
"ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ", Καλυφτιάκη, Ν. Κηφισιά,*

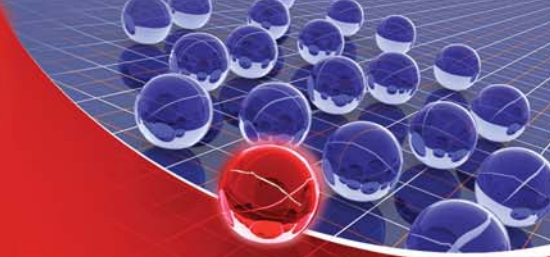
Σκοπός: Οι ασθενείς των ΜΕΘ υφίστανται έκπτωση στην ποιότητα του ύπνου τους, στο πλαίσιο των θεραπευτικών παρεμβάσεων και του περιβάλλοντος της ΜΕΘ (υψηλό επίπεδο θορύβου και φωτός, διαγνωστικές και θεραπευτικές διαδικασίες, μηχανική υποστήριξη της αναπνοής, φαρμακευτική αγωγή κλπ.). Οι διαταραχές των κιρκάδιων ρυθμών των ασθενών είναι γνωστό ότι, μεταξύ άλλων, μπορεί να οδηγήσουν σε παρατεταμένη παραμονή στη ΜΕΘ και αυξημένη θνησιμότητα. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση α) της μεταβλητότητας των κιρκάδιων ρυθμών της θερμοκρασίας σώματος (Θ), της καρδιακής συχνότητας (ΚΣ) και της μέσης αρτηριακής πίεσης (ΜΑΠ) των ασθενών της ΜΕΘ και β) της επίδρασης της έκθεσης στο φως.

Υλικό: Η μελέτη παρατήρησης διεξήχθη σε γενική ΜΕΘ σε διάστημα 2 μηνών. Τα κριτήρια εισαγωγής των ασθενών στη μελέτη ήταν: RASS:0, αυτόματη αναπνοή, χωρίς παραλήρημα, χωρίς λήψη κορτικοστεροειδών, χωρίς κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις και νευρολογικές διαταραχές.

Μέθοδος: Η καταγραφή του φωτός έγινε για 3 συνεχείς ημέρες. Παράλληλα οι δείκτες Θ, ΚΣ και ΜΑΠ των ασθενών καταγράφηκαν ανά 30 λεπτά και υπολογίστηκε ο κιρκάδιος ρυθμός τους.

Αποτελέσματα: Με βάση τα κριτήρια εισαγωγής, αναλύθηκαν 9 ασθενείς (4 άντρες, 5 γυναίκες) ηλικίας $65,4 \pm 5,6$ ετών με APACHE II = $22,6 \pm 3,2$ και SOFA = $7,7 \pm 0,8$. Από την ανάλυση των κιρκάδιων ρυθμών για των Θ, ΚΣ, και ΜΑΠ προέκυψε ότι: α) η Θ και η ΚΣ ακολουθούν κιρκάδιο ρυθμό σε όλη τη διάρκεια της μελέτης και στους 9 ασθενείς και β) η ΜΑΠ ακολουθεί κιρκάδιο ρυθμό σε όλη τη διάρκεια της μελέτης σε 6 από τους 9 ασθενείς. Σε 2 ασθενείς βρέθηκε ότι το 1ο 24ωρο η ΜΑΠ δεν ακολουθεί κιρκάδιο ρυθμό, αλλά το 2ο και 3ο 24ωρο ακολουθεί κιρκάδιο ρυθμό. Σε 1 ασθενή η ΜΑΠ ακολουθεί κιρκάδιο ρυθμό το 1ο 24ωρο, ενώ στη συνέχεια μεταβάλλεται. Δε βρέθηκε καμία συσχέτιση μεταξύ της έκθεσης στο φως και της μεταβλητότητας, όπου υπήρχε, των κιρκάδιων ρυθμών.

Συμπεράσματα: Βάσει βιβλιογραφίας, η διαταραχή των κιρκάδιων ρυθμών μπορεί να συμβάλει στην παθογένεια της βαριά νόσου σε ασθενείς ΜΕΘ. Από τα προκαταρκτικά αποτελέσματα αυτής της μελέτης, φαίνεται ότι, σε ασθενείς ΜΕΘ ο κιρκάδιος ρυθμός της θερμοκρασίας σώματος και της καρδιακής συχνότητας δε μεταβάλλεται. Αντίθετα, η μέση αρτηριακή πίεση εμφανίζει μεταβλητότητα στο 33,3% των ασθενών, η οποία όμως δε φαίνεται να οφείλεται στις συνθήκες έκθεσης στο φως. Η διεύθυνση της μελέτης κρίνεται απαραίτητη για τη διερεύνηση της μεταβλητότητας των κιρκάδιων ρυθμών σε ασθενείς ΜΕΘ.



ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΗΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΕΓΚΑΥΜΑΤΙΕΣ

Ζ. Μπόσμου, Ε. Καϊρακάμης, Α. Δημάκη, Χ. Λέικος,
Η. Τσιούλης, Α. Λαβρεντίεβα, Μ. Μπιτζάνη

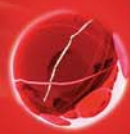
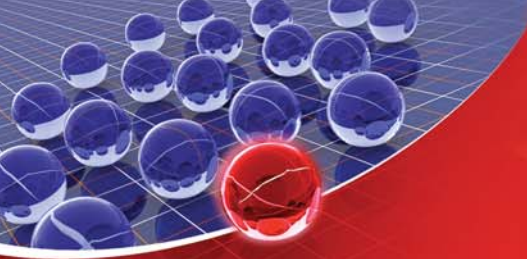
Α' ΜΕΘ, Γ.Ν.Θ. "Γ. Παπανικολάου"

Σκοπός: Η σημασία, ο ορισμός και η θεραπεία των διαταραχών πηκτικότητας στους εγκαυματίες δεν έχουν κατανοηθεί πλήρως και αποτελούν θέμα συζήτησης στη βιβλιογραφία. Μελετήσαμε τις απόψεις των κλινικών ιατρών σε ότι αφορά την παρακολούθηση και την αντιμετώπιση των διαταραχών πηκτικού μηχανισμού σε ασθενείς με εγκαυματικές βλάβες.

Υλικό: 350 ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν ηλεκτρονικά σε ιατρούς που εργάζονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας Εγκαυμάτων της Ελλάδας και του εξωτερικού. Η συμμετοχή στο ερωτηματολόγιο ήταν εθελοντική και ανώνυμη.

Μέθοδος: Οι απαντήσεις στα ερωτηματολόγια αναλύθηκαν ηλεκτρονικά και τα αποτελέσματα συγκρίθηκαν βάσει της περιοχής προέλευσης της ΜΕΘ και της ειδικότητας των συμμετεχόντων ιατρών. Αποτελέσματα: Από τα 350 ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν, συνολικά απαντήθηκαν 55 (15.7%). Το 74.5% των εντατικολόγων δεν χρησιμοποίησαν κάποιο συγκεκριμένο ορισμό ή σύστημα βαθμολόγησης για την εκτίμηση των διαταραχών πήξης. Η πλειονότητα των ιατρών (70.8%) αξιολόγησαν τις διαταραχές πηκτικότητας με τις ευρέως χρησιμοποιούμενες διαγνωστικές δοκιμασίες. Στην παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε πως στους εγκαυματίες το πιο συχνό αίτιο των διαταραχών του πηκτικού μηχανισμού ήταν η σήψη. Το κρουσκαθίζημα και το ινωδογόνο αποτελούσαν τους συχνότερα χορηγούμενους ειδικούς παράγοντες για την θεραπεία των διαταραχών πηκτικότητας. Το 21.1% των ερωτηθέντων δεν χρησιμοποιούσαν κάποια ειδική θεραπεία υποκατάστασης του πηκτικού μηχανισμού.

Συμπεράσματα: Η πλειοψηφία των εντατικολόγων που εργάζονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας Εγκαυμάτων δεν χρησιμοποιούν κάποιο σύστημα βαθμολόγησης για την εκτίμηση των διαταραχών πήξης. Οι διαταραχές του πηκτικού μηχανισμού στους εγκαυματίες αξιολογούνται με τις συνήθεις διαγνωστικές εξετάσεις και η εφαρμογή ειδικής θεραπείας δεν αποτελεί πρακτική ρουτίνας. Το μικρό ποσοστό συμμετεχόντων ιατρών στην παρούσα μελέτη δεν επιτρέπει την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.

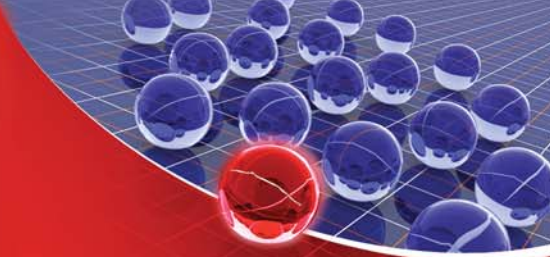


16^ο

Πανελλήνιο Συνέδριο
Εντατικής Θεραπείας

18

**ΤΡΑΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΙ
ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΗ ΜΕΘ**



ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΩΣΗ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ

Καναβού Αγγελική¹, Καρακώστα Αγάθνη¹, Φαραζί-Χογγούκι Χρήστος¹,
Τζερεφός Σταύρος¹, Κατσογιάννη Κατερίνα¹, Χαριτίδης Μαρία¹,
Καλλίτση Γκαμπριέλα¹, Βέλμαχος Γεώργιος², Μιχαλιά Μάρθα¹

¹ Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ΓΝΕ Θριάσιο

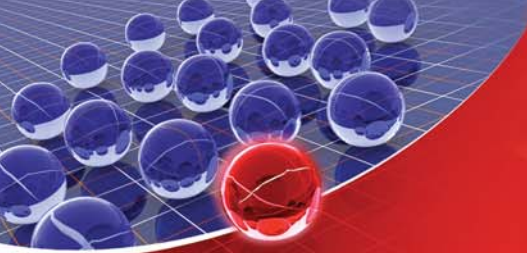
² Division of Trauma, Emergency Surgery,
and Surgical Critical Care Massachusetts General Hospital

Εισαγωγή: Η βηματοδότηση του διαφράγματος ενδείκνυται σε επιλεγμένους ασθενείς με αναπνευστική ανεπάρκεια και μπορεί να είναι αποτελεσματική μόνο όταν ο ασθενής έχει άθικτο το περιφερικό τμήμα του φρενικού νεύρου και διάφραγμα. Οι συνήθεις ενδείξεις για βηματοδότηση του διαφράγματος είναι η παράλυση του διαφράγματος και η κεντρικού τύπου υπνική άπνοια.

Σκοπός: Παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς με τραυματική κάκωση της σπονδυλικής στήλης και πλήρη εξάρτηση από μηχανική υποστήριξη της αναπνοής, ο οποίος υπεβλήθη σε βηματοδότηση διαφράγματος με αποτέλεσμα σταδιακό πλήρη απογαλακτισμό από τον μηχανικό αερισμό.

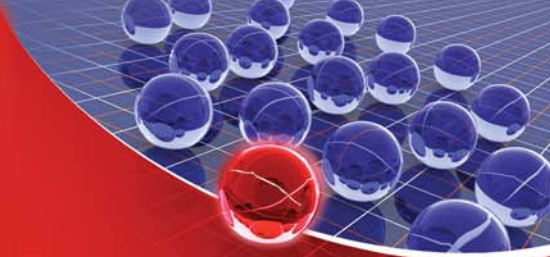
Παρουσίαση περίπτωσης: Άνδρας 20 ετών ανασύρθηκε μετά από βουτιά στη θάλασσα, ευρισκόμενος σε καρδιοαναπνευστική ανακοπή. Εφαρμόστηκε επιτυχώς ΚΑΡΠΑ και διασωληνώθηκε μετά από λίγο. Από τον απεικονιστικό έλεγχο με CT και MRI σπονδυλικής στήλης αναδείχθηκαν: κατάγμα βάσης οδόντος, οίδημα νωτιαίου μυελού A1 έως A3, αιμορραγική θλάση νωτιαίου μυελού στο ύψος του σώματος του A2, συμπεστικά κατάγματα σωμάτων Θ3-Θ5, ρήξη οπίσθιων συνδεσμικών στοιχείων στο ύψος του Θ3. Επίσης, παρατηρήθηκε ημισπόνδυλος Θ7 και μεγάλου βαθμού σκολίωση της θωρακοσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης AP καθώς και συγγενείς παραλλαγές των σπονδυλικών τόξων. Μετά τη διακοπή της καταστολής και ενώ ο ασθενής ανέκτησε άριστο επίπεδο συνείδησης, διαπιστώθηκε απουσία αυτόματων αναπνευστικών κινήσεων, ενώ νευρολογικά παρουσίαζε χαλαρή τετραπληγία με αισθητικό επίπεδο A4. Παρέμεινε σε πλήρη μηχανική υποστήριξη επί θμυνο και ακολούθως τοποθετήθηκε βηματοδότης διαφράγματος. Έγινε λαπαροσκοπική εμφύτευση δύο ηλεκτροδίων σε κάθε ημιδιάφραγμα, ενώ ένα πέμπτο ηλεκτρόδιο τοποθετήθηκε ακριβώς κάτω από το δέρμα στην ίδια περιοχή. Όλα συνδέθηκαν στη συσκευή βηματοδότησης (NeuRx DPS System, Synapse Biomedical Shipments). Μετά την τοποθέτηση του βηματοδότη, ο ασθενής ξεκίνησε καθημερινές συνεδρίες βηματοδότησης διαφράγματος αυξανόμενης διάρκειας. Μετά από τρεις μήνες, ο ασθενής κατάφερε να παραμείνει σε T-piece με ηλεκτροδιέγερση ολόκληρο το 24ωρο.

Συμπέρασμα -Συζήτηση: Η βηματοδότηση του παράλυτου διαφράγματος μετά από τραυματική κάκωση της σπονδυλικής στήλης μπορεί να ανεξαρτητοποιήσει τους ασθενείς από τη μηχανική υποστήριξη αναπνοής, με αποτελέσματα μείωση της επίπτωσης λοιμώξεων, μικρότερη διάρκεια παραμονής στη ΜΕΘ, επιμήκυνση επιβίωσης και βελτίωση της ποιότητας ζωής. Αναφέρονται αρκετά περιστατικά βηματοδότησης αυτού του τύπου στη βιβλιογραφία μετά το 2008, οπότε και εγκρίθηκε η συγκεκριμένη συσκευή. Δεν είναι όμως γνωστό αντίστοιχο περιστατικό στην Ελλάδα.



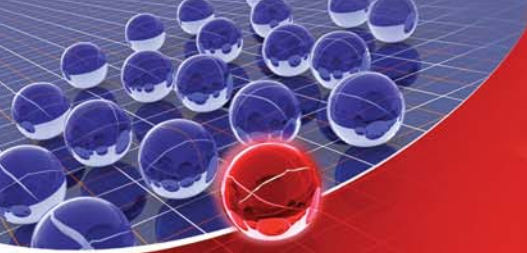
ΑΛΦΑΒΗΤΙΚΟ ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΣΕΛΙΔΑ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΣΕΛΙΔΑ
ΑΓΑΛΙΩΤΗΣ Γ.	60	ΒΟΥΛΓΑΡΙΔΗ Ι.	79
ΑΗΔΟΝΗ Ζ.	31, 41	ΒΟΥΛΓΑΡΙΔΟΥ Ι.	39
ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΥ Χ.	115	ΒΟΥΤΣΑΣ Β.	23, 25, 95
ΑΛΟΙΖΟΣ Σ	20, 21, 53, 80	ΒΡΑΝΗ Ο	110
ΑΜΑΡΓΙΑΝΙΤΑΚΗΣ Β.	33, 94, 115	ΓΕΡΟΒΑΣΙΛΗ Β.	28
ΑΜΕΡΙΚΑΝΟΥ Α.	24	ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΣ Δ.	33, 94, 108, 109, 115
ΑΝΔΡΕΟΥ Ε.	102	ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ Μ.	57
ΑΝΔΡΙΑΝΑΚΗΣ Ε.	94	ΓΙΑΜΑΡΕΛΟΥ Α.	42
ΑΝΔΡΙΑΝΟΠΟΥΛΟΣ Ι.	42, 55, 58	ΓΙΑΜΑΡΕΛΟΥ Ε.	86
ΑΝΤΩΝΑΚΗΣ Β.	35	ΓΙΑΝΝΑΚΑΡΑΣ Δ.	102
ΑΝΤΩΝΙΟΥ Α.	27, 71	ΓΙΑΝΝΑΚΗ Χ.	95
ΑΝΤΩΝΟΓΙΑΝΝΑΚΗ Ε.Μ.	115	ΓΙΑΝΝΑΚΟΥ Μ.	47, 49
ΑΠΟΛΛΩΝΑΤΟΥ Σ.	57	ΓΙΑΝΝΟΥΛΗ Ο.	111
ΑΡΑΒΩΣΙΤΑ Π.	20, 21, 53, 80	ΓΚΕΚΑ Ε.	31, 41
ΑΡΧΟΝΤΟΥΛΗΣ Ν.	76	ΓΚΙΓΙΩΜ-ΒΑΣΙΛΙΑΚΗ Μ.	15, 43, 56
ΑΣΠΡΑΔΑΚΗΣ Σ.	107	ΓΚΙΡΤΖΑΛΑΣ Ε.	64
ΒΑΓΓΕΛΑΚΟΥΔΗ Ε.	106	ΓΚΟΤΣΗ Ε.	88
ΒΑΓΓΕΛΗΣ Σ.	14, 72, 73, 74, 75	ΓΚΟΥΒΑ Μ.	47, 49
ΒΑΓΓΟΣ Γ.	93	ΓΚΟΥΒΑ Ε.	55
ΒΑΙΤΣΗ Ε.	27,71	ΓΚΟΥΛΙΑΤΣΗ Γ.	54
ΒΑΚΑΛΟΣ Α.	116, 117	ΓΟΛΕΜΑΤΗ Σ.	18, 19
ΒΑΛΑΜΟΥΤΟΠΟΥΛΟΥ Μ.	29, 78	ΓΟΥΚΟΣ Δ.	37
ΒΑΠΟΡΙΔΗ Α.	33	ΓΟΥΡΝΑ Χ.	86
ΒΑΡΔΑΣ Κ.	37	ΓΡΑΒΟΣ Α.	14, 72, 73, 74, 75
ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΟΥ Γ.	23	ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΟΠΟΥΛΟΥ Β.	14, 72, 73, 74, 75
ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΥ Μ.	107, 111	ΓΡΑΨΑ Α.	90
ΒΑΣΣΗ ΑΙΜ.	18, 19	ΔΑΚΟΥΤΡΟΥ Μ	28
ΒΕΛΔΕΚΗΣ Δ.	85	ΔΑΡΔΙΩΤΗΣ Ε.	99
ΒΕΛΜΑΧΟΣ Γ.	121	ΕΜΙΡΤΖΟΓΛΟΥ Κ.	59
ΒΕΝΕΤΟΥΛΗΣ Δ.	14, 73	ΔΕΜΠΟΝΕΡΑΣ Χ.	20, 21
ΒΕΡΝΙΚΟΣ Π.	34,76	ΔΗΜΑΚΗ Α.	23, 25, 95, 98, 119
ΒΙΟΛΑΚΗ Α.	52, 110	ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Ε.	108, 109



ΑΛΦΑΒΗΤΙΚΟ ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΣΕΛΙΔΑ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΣΕΛΙΔΑ
ΔΗΜΟΥΛΑ Α.	57, 96	ΚΑΛΕΝΤΑΚΣΗ Δ.	111
ΔΙΑΜΑΝΤΑΚΗ Ε.	33, 115	ΚΑΛΛΙΤΣΗ Γ.	121
ΔΡΑΓΟΥΜΑΝΗΣ Χ.	90	ΚΑΜΠΟΛΗΣ Χ.	85
ΔΡΑΚΟΣ Μ.	24	ΚΑΜΠΟΥΡΑΚΗ Δ.	59
ΔΡΑΜΙΤΙΝΟΥ Ε.	59	ΚΑΝΑΒΟΥ Α.	16, 121
ΕΥΘΥΜΙΟΥ Α.	41	ΚΑΝΑΚΑΚΗ Σ.	57
ΕΥΛΑΒΗΣ Γ.	52, 110	ΚΑΡΑΒΙΤΗ Β.	28
ΖΑΚΥΝΘΙΝΟΣ Σ.	60	ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗΣ Σ.	22, 39, 62, 79, 99
ΖΑΡΓΑΝΗ Σ.	44	ΚΑΡΑΘΑΝΟΥ Α.	27, 71
ΖΑΦΕΙΡΙΔΗΣ ΗΛ.	22, 39, 62, 79, 99	ΚΑΡΑΚΩΣΤΑ Α.	16, 121
ΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΥ Φ.	107, 111	ΚΑΡΑΛΗ Β.	23, 25, 98
ΖΗΔΙΑΝΑΚΗΣ Β.	118	ΚΑΡΑΟΥΛΗ Β.	35
ΖΗΚΟΥ Ε.	55, 100	ΚΑΡΑΤΖΑΣ Σ.	35, 87, 113
ΖΗΣΟΠΟΥΛΟΥ Β.	22, 79	ΚΑΡΑΧΑΛΙΟΥ Α.	55, 58
ΖΥΛΗΣ Γ.	55	ΚΑΣΣΙΑΝΙΔΗΣ Γ.	24
ΖΥΛΗΣ Γ.	100	ΚΑΤΑΓΗΣ Γ.	83, 84
ΖΩΤΟΣ Ν.	82, 83, 84	ΚΑΤΣΕΝΟΣ Χ.	77
ΗΛΙΑ Σ.	37	ΚΑΤΣΙΑΡΗ Μ.	29, 78
ΘΕΟΔΩΡΑΚΗ Ε.	46	ΚΑΤΣΙΦΑ Κ.	14, 72, 73, 74, 75
ΘΕΟΔΩΡΟΥ Β.	90	ΚΑΤΣΟΓΙΑΝΝΗ Κ.	121
ΘΕΟΦΙΛΑΤΟΥ Δ.	107	ΚΑΤΣΟΥΛΑΣ Θ.	48, 50, 118
ΘΩΜΑ Γ.	31, 41	ΚΑΦΕΤΖΟΠΟΥΛΟΣ Δ.	108, 109
ΙΝΤΑΣ Γ.	70	ΚΗΤΑΣ Α.	42
ΙΩΑΝΝΟΥ Ε.	55, 81	ΚΙΤΣΑΚΟΣ Α.	100
ΚΑΒΡΟΧΩΡΙΑΚΟΥ Ν.	118	ΚΛΟΥΤΣΟΘΥΜΙΟΣ Γ.	107
ΚΑΖΑΚΟΣ Ν.	93	ΚΟΚΚΙΝΗ Σ.	33, 94, 115
ΚΑΖΑΝΤΖΗ Ε.	66, 67, 68, 88, 89, 105, 106	ΚΟΚΚΟΡΗΣ Σ.	64
ΚΑΙΜΑΚΑΜΗΣ Ε.	23, 95, 98, 119	ΚΟΚΟΡΗΣ Ι.	27, 71
ΚΑΛΑΜΗΤΣΟΥ Σ.	52	ΚΟΛΛΑΡΟΣ Α.	70
ΚΑΛΑΜΠΑΛΙΚΗΣ Π.	66, 67, 68, 88, 89, 104, 105, 106	ΚΟΛΛΟΝΙΑΤΗΣ Θ.	86
		ΚΟΛΟΒΟΥ Κ.	76
		ΚΟΜΝΟΣ Α.	22, 39, 62, 79

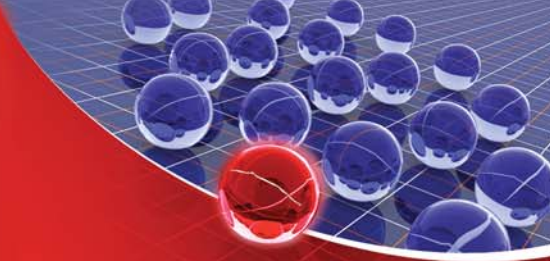


16°

Πανελλήνιο Συνέδριο
Εντατικής Θεραπείας

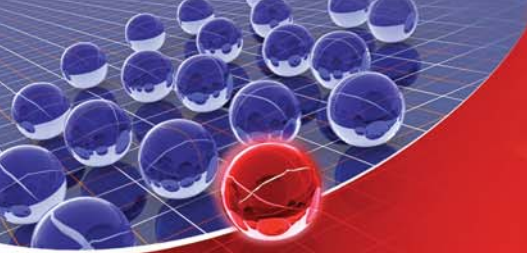
ΑΛΦΑΒΗΤΙΚΟ ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΣΕΛΙΔΑ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΣΕΛΙΔΑ
ΚΟΜΠΟΤΗ Μ.	16	ΜΑΡΚΑΚΗΣ Χ.	59
ΚΟΝΔΥΛΗ Ε.	33, 94, 108, 109, 115	ΜΑΡΟΥΛΗ Δ.	33
ΚΟΡΟΜΠΕΛΗ Α.	118	ΜΑΣΟΥΝΤ Χ.	46, 97
ΚΟΥΛΙΑΤΣΗΣ Γ.	36, 90	ΜΑΣΣΙΑΣ Σ.	107
ΚΟΥΛΟΥΡΑΣ Β.	42, 47, 49, 58, 81, 92, 100	ΜΑΣΤΟΡΑ Ζ.	60
ΚΟΥΤΣΗ ΑΙΚ	96	ΜΑΤΑΜΗΣ Δ.	47, 49
ΚΟΥΤΣΙΚΟΥ Α.	57	ΜΕΓΑ Α.Μ.	34
ΚΟΦΙΝΑΣ Γ.	35	ΜΕΛΕΤΗ Ε.	108, 109
ΚΡΟΚΟΣ Α	31	ΜΕΛΙΣΣΟΠΟΥΛΟΥ Θ.	34
ΚΥΠΑΡΡΙΣΗ ΑΙΚ.	113	ΜΕΤΖΕΛΟΠΟΥΛΟΣ Σ.	60
ΚΥΠΡΑΙΟΥ Θ.	76	ΜΗΛΙΑΡΑΚΗ ΑΜ	37
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Α	96	ΜΗΛΙΟΣ Κ.	82, 83, 84
ΚΩΣΤΑΝΤΗ Ε.	55, 58, 92	ΜΗΤΟΣ Γ.	31, 41
ΛΑΒΡΕΝΤΙΕΒΑ Α.	98, 119	ΜΗΤΣΗΣ Χ.	82
ΛΑΓΟΣ Ν.	93	ΜΙΧΑΗΛΟΥΔΗ Ε.	89
ΛΑΣΙΘΙΩΤΑΚΗ Μ.	46, 97	ΜΙΧΑΛΗΣ Ι.	44
ΛΑΣΚΟΥ Μ.	78	ΜΙΧΑΛΙΑ Μ.	16, 121
ΛΕΙΚΟΣ Χ.	23, 25	ΜΙΧΑΛΟΥΔΗΣ Γ.	18, 19
ΛΕΠΙΔΑ Δ.	93	ΜΟΣΧΕΤΑ Ε.	83, 84
ΛΟΥΚΕΡΗ Α.	85	ΜΟΥΡΚΑΣ Β.	22, 62, 79
ΜΑΓΕΙΡΑ Ε.	37	ΜΟΥΡΟΥΝΟΓΛΟΥ Μ.	36
ΜΑΘΑΣ Χ.	29	ΜΟΥΣΤΑΚΑ Α.	57
ΜΑΙΝΑΣ Ε.	87	ΜΠΑΚΑΛΗ Δ.	29
ΜΑΛΛΙΩΤΑΚΗΣ Π.	115	ΜΠΑΛΛΑ Μ.	87, 113
ΜΑΛΤΕΖΟΣ Δ.	74	ΜΠΑΛΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ.	118
ΜΑΝΔΡΑΓΟΣ Κ.Ε.	24, 40, 77	ΜΠΑΜΠΑΛΗΣ Δ.	22, 33, 39, 62, 99
ΜΑΝΔΡΑΓΟΣ Χ.	40	ΜΠΑΡΜΠΑΡΕΣΟΥ Χ.	105
ΜΑΝΤΖΑΦΛΕΡΗ Π.-Ε.	52	ΜΠΑΤΙΑΝΗ Π.	29, 78
ΜΑΡΓΑΡΙΤΗΣ Α.	77	ΜΠΕΚΑ Ζ.	111
ΜΑΡΓΑΡΙΤΗΣ Α.	82, 83, 84	ΜΠΙΤΖΑΝΗ Μ.	23, 25, 95, 98, 119
ΜΑΡΙΝΑΚΗΣ Γ.	77	ΜΠΛΕΥΡΑΚΗΣ Ε.	108, 109
		ΜΠΟΛΩΣΗ Μ.	82, 83, 84



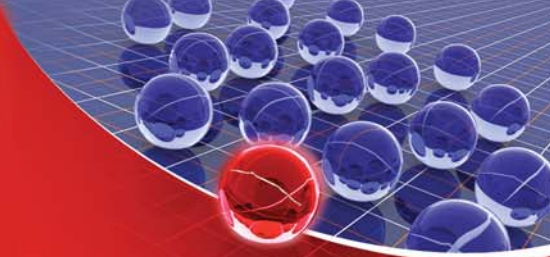
ΑΛΦΑΒΗΤΙΚΟ ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΣΕΛΙΔΑ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΣΕΛΙΔΑ
ΜΠΟΣΜΟΥ	Z. 23, 25, 95, 98, 119	ΠΑΓΙΑΤΗ	ΕΙΡ. 95
ΜΠΟΤΟΥΛΑ	Ε. 37	ΠΑΓΚΑΛΟΥ	Ε. 97
ΜΠΟΥΛΙΑΡΗΣ	Κ. 22, 79	ΠΑΛΑΙΟΛΟΓΟΥ	Α. 15, 43, 56
ΜΠΟΥΡΓΑΝΟΥ	Β. 44	ΠΑΜΟΥΚΗ	Σ. 27, 71
ΜΠΟΥΡΝΑΚΗ	Ε. 77	ΠΑΝΑΓΑΚΗ	Μ. 15, 43, 56
ΜΠΟΥΤΖΟΥΚΑ	Ε. 118	ΠΑΝΑΓΙΔΗΣ	Δ. 64
ΜΠΡΙΑΣΟΥΛΗ	Ε. 37	ΠΑΝΟΠΟΥΛΟΥ	Μ. 90
ΜΠΡΙΑΣΟΥΛΗΣ	Γ. 37, 108, 109	ΠΑΝΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΥ	Μ. 34, 76
ΜΠΡΙΑΣΟΥΛΗΣ	Χ. 82	ΠΑΝΤΕΛΑΣ	Ν. 15, 43, 56
ΜΥΡΙΑΝΘΕΥΣ	Π. 48, 50	ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΥ Θ.	87, 113
ΜΥΣΤΑΚΕΛΛΗ	Χ. 20, 21, 53, 80	ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ	Λ. 82
ΝΑΘΑΝΑΗ	Χ. 93	ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ ΑΙΚ.	48, 50
ΝΑΚΟΣ	Γ. 42 47, 49, 58, 81, 100	ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ	Δ. 22, 39, 62, 99
ΝΑΚΟΥ	Μ. 36, 90	ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ	Κ. 93
ΝΑΝΑΣ	Σ. 28, 37, 64, 86	ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ	Ρ. 54
ΝΑΟΥΜ	Κ. 55, 81	ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ	Α., 83, 84
ΝΙΚΗΦΟΡΟΥ	Α. 86	ΠΑΠΑΘΑΝΑΚΟΣ	Γ. 42
ΝΙΚΟΛΑΙΔΟΥ	Ι. 57	ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ	Α. 55, 58, 81
ΝΙΚΟΛΑΚΟΠΟΥΛΟΥ	Σ. 57, 85	ΠΑΠΑΙΩΑΝΝΟΥ	Μ. 23, 25, 95
ΝΙΚΟΛΑΟΥ	Χ. 78	ΠΑΠΑΚΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ	Σ. 15, 43, 56
ΝΙΚΟΛΙΔΑΚΗΣ	Σ. 40	ΠΑΠΑΜΙΧΑΛΗΣ	Π. 22, 39, 62, 79
ΝΙΧΛΟΣ	Χ. 44	ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ	Μ.Ν. 35, 87, 113
ΝΟΔΑΡΟΥ	Α. 14, 72, 73, 74, 75	ΠΑΠΠΑ	Ε. 34
ΝΤΑΝΤΑΝΑ	Α. 47, 49	ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΥ	Α. 26, 64
ΝΤΑΦΟΥΛΗΣ	Ν. 22, 79	ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΥ	Ε. 116, 117
ΝΤΕΒΕΣ	Ι. 29	ΠΑΡΑΣΧΟΣ	Μ.Δ. 24, 40
ΝΤΟΡΛΗΣ	Κ. 29	ΠΑΡΑΣΧΟΥ	Ε. 40
ΝΥΦΑΝΤΗ	Κ. 92	ΠΑΡΑΣΧΟΥ	Δ. 104
ΞΑΝΘΑΚΗ	Α. 87	ΠΑΡΑΦΟΡΟΣ	Γ. 39, 62, 99
ΞΗΡΟΥΧΑΚΗ	Ν. 33	ΠΑΡΙΔΟΥ	Α. 57
ΟΙΚΟΝΟΜΙΔΗΣ	Δ. 40	ΠΑΡΤΑΛΑ	Π. 36, 54
ΟΥΡΑΝΛΟΓΛΟΥ	Β. 31	ΠΑΣΧΑΛΗΣ	Π. 99



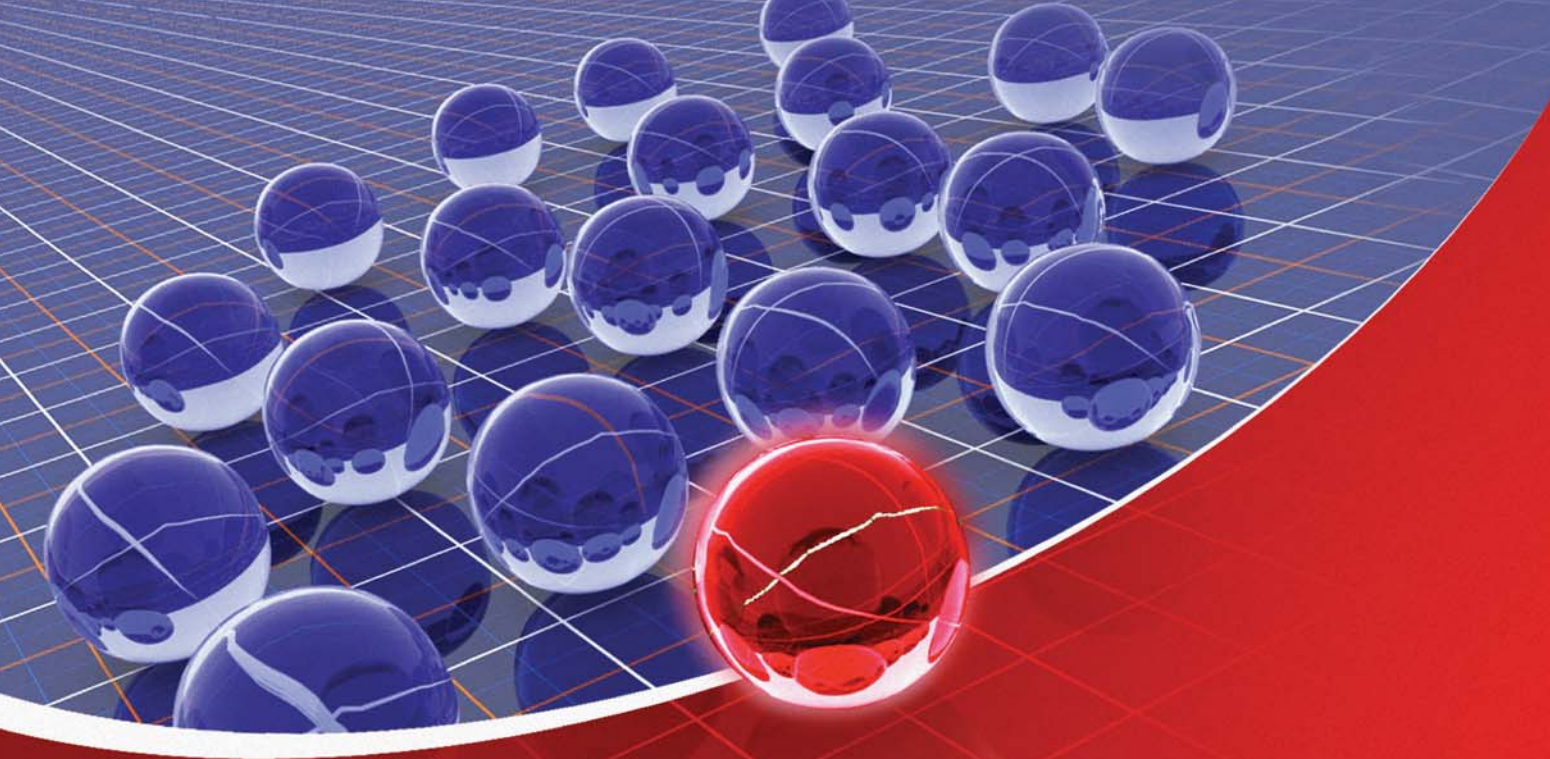
ΑΛΦΑΒΗΤΙΚΟ ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΣΕΛΙΔΑ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΣΕΛΙΔΑ		
ΠΑΤΣΑΚΗ	ΕΙΡ.	28	ΡΟΥΤΣΗ	Χ.	28, 37
ΠΑΤΣΑΚΗΣ	Ε.	64	ΣΑΒΒΙΔΟΥ	Σ.	47, 49
ΠΑΤΣΑΟΥΡΑΣ	Π.	57	ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΔΗΣ	Κ.	14, 72, 73, 74, 75
ΠΑΤΣΑΤΖΑΚΗΣ	Σ.	31, 41	ΣΑΛΜΑ	Β.	20, 21, 53, 80
ΠΑΤΣΙΑ	Ρ.	92, 100	ΣΑΜΙΩΤΗΣ	Η.	59
ΠΑΥΛΑΚΗ	Κ.	59	ΣΑΝΙΔΑΣ	Η.	18
ΠΕΔΙΑΔΙΤΗΣ	Ε.	33, 94, 115	ΣΑΡΑΝΤΗ	Μ.	55, 100
ΠΕΤΑΛΑ	Α.	36, 54	ΣΑΡΑΝΤΟΣ	Κ.	14, 72, 73, 74, 75
ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΥ	Κ.	29, 78	ΣΑΧΛΑ	Ζ.	95
ΠΕΡΡΑΚΑΚΗΣ	Σ.	16	ΣΒΗΡΚΟΣ	Μ.	110
ΠΗΠΕΡΙΔΟΥ	Μ.	25, 95	ΣΔΟΥΓΚΑ	Μ.	52, 110
ΠΛΑΝΤΖΑ	Π.	16	ΣΕΡΤΑΡΙΔΟΥ	Ε.	36, 90
ΠΛΑΤΣΟΥΚΑ	Ε.	78	ΣΕΡΤΕΔΑΚΗ	Α.	37
ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΣ	Ι.	36, 54, 90	ΣΗΦΑΚΗΣ	Ε.	19
ΠΟΛΥΜΕΡΟΥ	Ε.	28	ΣΙΑΝΙΔΟΥ	Λ.	107, 111
ΠΟΥΛΙΚΑΚΟΣ	Π.	57, 96	ΣΙΔΗΡΑΣ	Γ.	28
ΠΟΥΛΟΣ	Π.	66, 67, 68	ΣΚΟΥΡΑ	Α-Λ.	39, 62, 99
ΠΟΥΡΙΚΗ	Σ.	35, 113	ΣΟΥΛΗ	Μ.	86
ΠΟΥΡΝΟΥ	Α.	82, 83, 84	ΣΟΥΛΟΥΝΤΣΗ	Β.	98
ΠΡΑΠΑ	Μ.	66, 67, 68, 88, 89, 105, 106	ΣΟΥΛΤΑΤΗ	Ι.	31, 41
ΠΡΕΚΑΤΕΣ	Α.	14, 72, 73, 74, 75	ΣΠΑΝΑΚΗ	Α.Μ.	108, 109
ΠΡΙΝΙΑΝΑΚΗΣ	Γ.	33	ΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΥ	Α.	15, 43, 56
ΠΡΟΚΛΟΥ	Α.	33, 94, 115	ΣΤΑΙΚΟΣ	Ι.	39
ΠΡΟΡΕΛΗ	Μ.	86	ΣΤΑΜΟΣ	Γ.	34, 76
ΡΑΙΚΟΣ	Ν.	31	ΣΤΑΜΟΥ	Π.	55
ΡΑΛΛΗΣ	Μ.	57, 66, 67, 68	ΣΤΑΥΡΟΥ	Β.	89, 104, 106
ΡΑΛΛΗΣ	Δ.	88, 89, 104, 105	ΣΤΕΡΓΙΑΝΝΗΣ	Π.	70
ΡΕΝΕΣΗΣ	Β.	25	ΣΤΕΡΓΙΟΥ	Π.	81
ΡΟΥΒΑΛΗΣ	Χ.	81	ΣΤΟΓΙΑΝΝΗ	Θ.	46, 97
ΡΟΥΣΣΟΥ	Ζ.	78	ΣΤΟΚΚΟΣ	Κ.	59
ΡΟΥΣΤΑΝΗΣ	Ε.	55	ΣΤΡΑΝΤΖΑΛΗΣ	Γ.	28
			ΣΤΡΑΤΑΚΗΣ	ΚΑ	37



ΑΛΦΑΒΗΤΙΚΟ ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ		ΣΕΛΙΔΑ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ		ΣΕΛΙΔΑ
ΣΤΡΟΥΜΠΟΥΛΗ	Ε.	35, 113	ΤΣΟΒΟΛΟΥ	Ε.	14, 72, 73, 74, 75
ΣΥΛΙΓΑΡΔΟΥ	Ρ.	97	ΤΣΟΛΑΚΟΓΛΟΥ	Ι.	70
ΣΥΡΟΓΙΑΝΝΗ	Π.	94, 115	ΤΣΟΥΚΑΚΗΣ	Μ.	46
ΤΑΒΛΑΔΑΚΗ	Θ.	108, 109	ΥΓΡΟΠΟΥΛΟΥ	Ο.	82, 83, 84
ΤΑΣΟΥΛΗΣ	Α	86	ΦΑΡΑΖΙ-ΧΟΓΓΟΥΚΙ	Χ.	16, 121
ΤΑΤΣΗΣ	Η.	87	ΦΙΛΛΙΠΟΥ	Λ.	85
ΤΕΜΠΕΡΙΚΙΔΗΣ	Π.	60	ΦΙΛΑΝΤΙΣΗΣ	Γ.	48, 50, 70, 118
ΤΖΑΝΙΔΑΚΗ	Χ.	46	ΦΛΩΡΟΣ	Ι.	34, 76
ΤΖΑΝΟΥΔΑΚΗΣ	Γ.	14, 72, 73, 74, 75	ΦΟΥΝΤΟΥΛΗ	Κ.	108
ΤΖΕΡΕΦΟΣ	Σ.	16, 80, 121	ΦΩΤΙΑΔΗΣ	Κ.	31, 41
ΤΙΝΑ	Λ.	15, 43, 56	ΧΑΛΑΡΗ	Α.	70
ΤΟΠΑΛΗΣ	Τα.Ηλ	27, 71	ΧΑΛΚΙΑΔΑΚΗ	Α.	46, 97
ΤΟΥΡΟΥΝΤΖΗ	Π.	31	ΧΑΜΟΔΡΑΚΑ	Ε.	57
ΤΟΥΡΤΟΓΛΟΥ	Α.	14, 72, 73, 74, 75	ΧΑΝΤΖΙΑΡΑ	Β.	18, 19
ΤΡΑΧΑΛΑΚΗ	Α.	59	ΧΑΡΙΤΙΔΗ	Μ.	121
ΤΣΑΓΚΑΡΑΚΗΣ	Σ.	37	ΧΑΡΜΑΝΔΑΡΗ	Ε.	37
ΤΣΑΚΑΣ	Π.	93	ΧΑΤΖΗΓΕΩΡΓΙΟΥ	Γ.	99
ΤΣΑΡΣΑΡΑΓΚΟΥ	ΑΙΚ.	15, 43, 56	ΧΑΤΖΗΔΑΚΗΣ	Α.	15, 43, 56
ΤΣΑΦΚΛΑ-ΤΣΟΤΣΚΟΥ	Φ.	44	ΧΑΤΖΗΝΙΚΟΛΑΟΥ	Σ.	111
ΤΣΕΛΙΩΤΗ	Π.	14, 72, 73, 74, 75	ΧΟΥΛΑΚΗ	Γ.	108, 109
ΤΣΙΑΛΛΑ	Α.	107	ΧΟΧΛΙΟΥΡΟΥ	Α.	52, 110
ΤΣΙΚΑ	Ε.	57, 96	ΧΡΗΣΤΑΚΟΥ	Ε.	66, 67, 68, 88, 89, 105, 106
ΤΣΙΚΡΙΚΗ	Σ.	27, 71	ΧΡΗΣΤΟΦΟΡΙΔΗΣ	Η.	36
ΤΣΙΟΥΛΗΣ	Η.	25	ΧΡΙΣΤΙΑΝΑΚΗΣ	Ε.	107
ΤΣΙΡΟΒΑΣΙΛΗΣ	Π.	57, 96	ΨΑΡΟΛΟΓΑΚΗΣ	Χ.	33, 94, 115
ΤΣΙΡΟΓΙΑΝΝΗ	Χ.	66, 67, 68, 88, 104, 105, 106	ΨΑΡΡΑ	Κ.	37



16^ο

Πανελλήνιο Συνέδριο
Εντατικής Θεραπείας

Οργανώνεται από την



με την συμμετοχή των
ΜΕΘ όλης της χώρας

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