

ΠΝΕΥΜΟΝ

ΤΡΙΜΗΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΒΡΟΓΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
GREEK BRONCHOLOGIC
SOCIETY

PNEUMON

ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
HELLENIC THORACIC
SOCIETY

PULMONARY MEDICAL JOURNAL

ISSN 1105-848X

8^ο

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ

ΑΘΗΝΑ 14-17 ΜΑΡΤΙΟΥ 1996

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΟ
ΤΕΥΧΟΣ

ΑΘΗΝΑ
ATHENS

SUPPLEMENT

ΠΝΕΥΜΩΝ

ΤΡΙΜΗΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΒΡΟΓΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
GREEK BRONCHOLOGIC
SOCIETY

PNEUMON

ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
HELLENIC THORACIC
SOCIETY

PULMONARY MEDICAL JOURNAL

ΕΠΙΣΗΜΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΟΡΓΑΝΟ



ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗΣ
ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ
ΒΡΟΓΧΟΛΟΓΙΚΗΣ
ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ



ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ: ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΡΟΓΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

Διευθυντές Σύνταξης: Χ. ΜΕΛΙΣΣΗΝΟΣ — Π. ΜΠΕΧΡΑΚΗΣ
Μέλη: Ν. ΣΙΑΦΑΚΑΣ — Α. ΡΑΣΙΔΑΚΗΣ
Ε. ΖΑΧΑΡΙΑΔΗΣ — Μ. ΑΛΧΑΝΑΤΗΣ

ISSN 1105-848X

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Αναγνωστοπούλου Νίνα	Αθήνα	Μουλόπουλος Σπύρος	Αθήνα
Βαγενάκης Απόστολος	Πάτρα	Μπούρος Δημοσθένης	Ηράκλειο
Βεσλεμές Μαρίνος	Αθήνα	Παπαβασιλείου Κώστας	Αθήνα
Γκιουλέκας Δημήτρης	Θεσ/νίκη	Παπαδάκης Εμμανουήλ	Αθήνα
Gautier Henry	Paris	Παπά Ιόλη	Αθήνα
Green Malcolm	London	Πατάκας Δημήτρης	Θεσ/νίκη
James Yves	Marseille	Permutt Solbert	Baltimore
Ιορδάνογλου Ιωάννης	Αθήνα	Ρίγγος Δημήτρης	Θεσ/νίκη
Καρατζάς Νίκος	Αθήνα	Ρούσσος Χαράλαμπος	Αθήνα
Κονταξής Αργύρης	Αθήνα	Σιδερής Δημήτρης	Αθήνα
Κωνσταντόπουλος Σταύρος	Γιάννενα	Σπαντίδος Δημήτριος	Ηράκλειο
Macklem Peter	Montreal	Σταυρίδης Ιωάννης	Αθήνα
Milic-Emili Joseph	Montreal	Τρακόπουλος Γεώργιος	Αθήνα
Μιχάλης Αλκης	Αθήνα		

Επιστημονική Αλληλογραφία
Συνδρομές — Διαφημίσεις
Περιοδικό ΠΝΕΥΜΩΝ
Παπαδιαμαντοπούλου 4
Αθήνα 115 28
Τηλ : 7211.845

ΕΤΗΣΙΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ

Εσωτερικού	δρχ. 2.000
Μέλη ΕΠΕ — ΕΒΕ	δρχ. 1.000
Ειδικευόμενοι-Φοιτητές	δρχ. 1.000
Εταιρείες-Οργανισμοί	δρχ. 4.000
Βιβλιοθήκες	δρχ. 4.000
Εξωτερικού	\$ U.S. 40

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

ΓΕΝΙΚΑ:

ΠΝΕΥΜΩΝ είναι το επίσημο επιστημονικό περιοδικό της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας και της Ελληνικής Βρογχολογικής Εταιρείας. Η επιλογή της ύλης γίνεται από τη Συντακτική Επιτροπή του περιοδικού με ευθύνη των Διευθυντών Σύνταξης και των Υπεύθυνων της Εκπαιδευτικής Ύλης και των Ερευνητικών Εργασιών που ορίσθηκαν από τα Διοικητικά Συμβούλια των δύο Εταιρειών με 5ετή θητεία.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΡΘΡΩΝ:

Η ύλη του περιοδικού **ΠΝΕΥΜΩΝ** αναφέρεται κατά κύριο λόγο στο Αναπνευστικό Σύστημα. Η διάρθρωση της ύλης περιλαμβάνει: 1) Άρθρα Σύνταξης, 2) Πρωτότυπες ερευνητικές εργασίες, 3) Ανασκοπήσεις, 4) Εκπαιδευτικό Βήμα, 5) Ενδιαφέρουσες περιπτώσεις. Άρθρα σύνταξης, Ανασκοπήσεις, Ειδικά άρθρα και Άρθρα εκπαιδευτικού περιεχομένου (Εκπαιδευτικό Βήμα) δημοσιεύονται μετά από γραπτή πρόσκληση της Συντακτικής Επιτροπής.

Οι Πρωτότυπες ερευνητικές εργασίες κρίνονται από τουλάχιστον δύο ανεξάρτητους κριτές. Οι ενδιαφέρουσες περιπτώσεις επιλέγονται από τις περιπτώσεις που παρουσιάζονται στις Διανοσοκομειακές συγκεντρώσεις της Βρογχολογικής Εταιρείας. Τα άρθρα σύνταξης, τα ειδικά άρθρα, οι πρωτότυπες εργασίες δημοσιεύονται ολόκληρες στην Ελληνική και Αγγλική γλώσσα. Οι ερευνητικές εργασίες που υποβάλλονται στα Ελληνικά θα μεταφράζονται στα Αγγλικά μέσα σε ένα μήνα από της αποδοχής της εργασίας για δημοσίευση, με ευθύνη των συγγραφέων.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ: περιέχουν κατά σειρά:

1) *Σελίδα τίτλου:* Τίτλος, Ονόματα συγγραφέων στην ονομαστική, κέντρο προέλευσης, Διεύθυνση, τηλέφωνο κύριου συγγραφέα για επικοινωνία.

2) *Περίληψη:* Από 100 έως 200 λέξεις που θα περιέχει συνοπτικά το σκοπό, τη μέθοδο, τα βασικά αποτελέσματα και τα συμπεράσματα της εργασίας (ο τίτλος, η περίληψη και η βιβλιογραφία να αρχίζουν από νέα σελίδα). Στο τέλος των περιλήψεων να αναγράφονται 5 τουλάχιστον λέξεις κλειδιά.

3) *Εισαγωγή,* 4) *Υλικό - Μέθοδος,* 5) *Αποτελέσματα,* 6) *Συζήτηση,* 7) *Βιβλιογραφία.*

Οι Βιβλιογραφικές παραπομπές θα γίνονται με το σύστημα **Vancouver** δηλαδή στο κείμενο αριθμούνται κατά σειρά εμφάνισής τους. Βιβλιογραφία από περιοδικά: Μετά τον αριθμό, αναφέρονται όλα τα ονόματα των συγγραφέων, ο πλήρης τίτλος του άρθρου, η επίσημη σύντμηση του περιοδικού, το έτος, ο τόμος, η πρώτη και τελευταία σελίδα. π.χ. 1. Milic-Emili J., Henderson J.A.M., Dolovich M.B., Trop D. and Koneko K. Regional distribution of inspired gas in the lung. *J. Appl. Physiol.* 1966: 21, 749-759.

Βιβλιογραφία από Μονογραφία: Αριθμός, ονόματα συγγραφέων, τίτλος, αριθμός έκδοσης, ο εκδοτικός οίκος, ο τόπος και το έτος έκδοσης, σελίδες. π.χ. 2. Nunn J.F.: *Applied Respiratory Physiology* 2nd Edition. Mac Graw Hill, N.York, 1977, 33-35.

Βιβλιογραφία από κεφάλαιο βιβλίου: Αριθμός, ονόματα συγγραφέων του κεφαλαίου, ο τίτλος του κεφαλαίου, In, ο τίτλος του βιβλίου, οι Επιστημονικοί Συντάκτες (Editors), ο αριθμός έκδοσης, ο εκδοτικός οίκος, ο τόπος και το έτος έκδοσης και οι σελίδες. π.χ. 3) Gibson J.G., and Pride N.B.: *Pleural, Alveolar and Systemic Diseases Affecting Chest Wall Function:* In: *The Thorax.* Roussos C. and Macklem P.T. (eds) 1st edition. Marcel Dekker, New York, 1986, 1123-1133.

8) Πίνακες: Να έχουν σαφή - επεξηγηματικό τίτλο και να γράφεται ο καθένας σε χωριστή σελίδα.

9) Εικόνες - Διαγράμματα: Υποβάλλονται σε φωτογραφίες 9 x 12 cm (3 ανάτυπα), τεχνικά άψογες. Σημειώνεται στο πίσω μέρος με μαλακό μολύβι, ο αριθμός της, ο τίτλος του άρθρου και ο πρώτος συγγραφέας καθώς και το επάνω μέρος αυτής. Οι υπότιτλοι των εικόνων (λεζάντες) σε χωριστή σελίδα.

Προϋποθέσεις: Πειραματικές εργασίες σε ανθρώπους ή πειραματόζωα θα πρέπει να συνοδεύονται με δήλωση ότι ακολουθήθηκαν όλοι οι κανόνες της επιστημονικής δεοντολογίας σύμφωνα με τις αρχές του Helsinki. Τέλος η εργασία δεν θα πρέπει να έχει δημοσιευθεί προηγουμένως.

ΥΠΟΒΟΛΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ:

Οι εργασίες για δημοσίευση, δακτυλογραφημένες σε διπλό διάστημα και με ευρύ περιθώριο, υποβάλλονται σε 3 ανάτυπα (1 πρωτότυπο, 2 καλής ποιότητας φωτοαντίγραφα) στη Διεύθυνση:

**ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ «ΠΝΕΥΜΩΝ»
ΠΑΠΑΔΙΑΜΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ 4
ΑΘΗΝΑ 115 28**

ΑΝΑΤΥΠΑ:

Η δαπάνη της παραγγελίας ανατύπων βαρύνει τους συγγραφείς και η συμφωνία γίνεται κατευθείαν με την εκδότρια εταιρεία.

ΠΝΕΥΜΟΝ

ΤΡΙΜΗΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΒΡΟΓΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
GREEK BRONCHOLOGIC
SOCIETY

PNEUMON

ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
HELLENIC THORACIC
SOCIETY

PULMONARY MEDICAL JOURNAL

OFFICIAL MEDICAL PUBLICATION OF



THE HELLENIC
THORACIC
SOCIETY

THE GREEK
BRONCHOLOGIC
SOCIETY



OWNER: GREEK BRONHOLOGIC SOCIETY

Editors: C. MELISSINOS — P. BEHRAKIS
Associate editors: N. SIAFAKAS — A. RASIDAKIS
E. ZACHARIADIS — M. ALCHANATIS

ISSN 1105-848X

EDITORIAL BOARD

Anagnostopoulou Nina	Athens	Moulopoulos Spyros	Athens
Vagenakis Apostolos	Patra	Bouros Dimosthenis	Heraclion
Vesslemes Marinou	Athens	Papavassiliou Kostas	Athens
Gioulekas Dimitris	Thessaloniki	Papadakis Emmanouil	Athens
Gautier Henry	Paris	Papa Ioli	Athens
Green Malcolm	London	Patakas Dimitris	Thessaloniki
James Yves	Marseille	Permutt Solbert	Baltimore
Iordanoglou John	Athens	Rigos Dimitris	Thessaloniki
Karatzas Nicos	Athens	Roussos Charis	Athens
Kontaxis Argiris	Athens	Sideris Dimitris	Athens
Konstantopoulos Stavros	Giannena	Spantidos Dimitris	Heraclion
Macklem Peter	Montreal	Stavridis John	Athens
Milic-Emili Joseph	Montreal	Trakopoulos George	Athens
Michalis Alkis	Athens		

Address:
PNEUMON
Medical Journal
4 papdiamantopoulou str.,
Athens 115 28
Greece
Tel.: 7211.845

Annual Subscriptions	
Greece	Dr. 2.000
Members of the Societies	Dr. 1.000
Interns-Medical students	Dr. 1.000
Societies-Libraries	Dr. 4.000
Bibliouhkw	Dr. 4.000
Abroad	\$ U.S. 40

NOTICE TO CONTRIBUTORS

PNEUMON is the official Journal of the **Hellenic Thoracic Society** and the **Greek Bronchologic Society**, published quarterly in Athens, Greece. It is primarily intended for the publication of articles relevant to the respiratory system.

Editorial, original articles and special articles are published in **Greek and English**.

Editorials, Reviews and Special Articles are submitted after written invitation by the Editorial Board.

Original articles are subject to editorial revision. Articles submitted in English will be translated into Greek under the supervision and the responsibility of the Editorial Board.

Title page: Should bear the name, address and telephone number of the author who will deal with editorial correspondence.

Summary: No less than 100 and no more than 200 words. Key Words: No less than five.

References: The «**Vancouver**» system should be used. References in the text should be numbered in the consecutive order in which they are first mentioned in the text. Responsibility for accuracy of the references rests entirely with the authors.

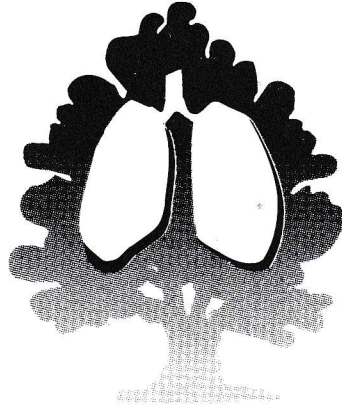
The list of references should be typed in numerical order on separate pages at the end of the paper.

References should include number, author's names and initials (all authors), title of article, name of Journal year, volume, the first and last page numbers. e.g. 1. Milic-Emili J., Henderson J.A.M., Dolovich M.B., Trop D. and Kaneko K: Regional distribution of inspired gas in the lung. *J. Appl. Physiol.* 1966. 21. 749-759.

For Books: Number, author(s), chapter's title (if applicable), book title, place of publication, publisher, year and page number. e.g. 2. Gibson J.G. and Pride N.B.: *Pleural, Alveolar and Systemic Diseases Affecting Chest Wall Function*. Roussos C. and Macklem D.T. (eds) 1st edition, Marcel Dekker, New York, 1986, 1123-1133.

Illustrations: Three copies of each illustration should be submitted as unmounted glossy photographic prints 9cm x 12cm. Each should bear a note on the back in soft pencil with the number of the figure, first author, and the top should be indicated. Legends should be typed on a separate page.

Submission: The original typescript and two copies should be sent to the **PNEUMON, 4 Papadiamantopoulou st., Athens 115 28, Greece**. Paper must be typed in double spacing with wide margins on one side of the paper only. Submission of an original paper for publication declares that the principles of Helsinki principles were observed and that the paper is not under consideration by any other journal for publication.



8^ο
ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ

ΑΘΗΝΑ 14-17 ΜΑΡΤΙΟΥ 1996

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος: Ν. Σιαφάκας
Μέλη: Ν. Αναγνωστοπούλου
Ν. Γαλάνης
Δ. Γιουλέκας
Λ. Γρηγοράκος
Μ. Κακούρα
Ν. Καρβουνάς
Κ. Κατής
Ν. Μαγκίνα
Α. Ρασιδάκης

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΕΠΙΤΙΜΑ ΜΕΛΗ

Ι. Ιορδάνογλου

Χ. Ρούσσος

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ

Π. Αργυροπούλου - Πατάκα	Σ. Κωνσταντόπουλος
Ν. Γαλάνης	Γ. Μπαλτόπουλος
Ν. Γεωργάτου	Π. Μπεχράκης
Δ. Γεωργόπουλος	Δ. Μπούρος
Δ. Γιουλέκας	Δ. Ορφανίδου
Κ. Γουργουλιάνης	Π. Πανάγου
Θ. Δόσιος	Ε. Παπαδάκης
Κ. Ζαρογουλίδης	Β. Πολυχρονόπουλος
Μ. Ζαχαριάδης	Λ. Σιλχετίδης
Σ. Κάκαρης	Ι. Τσανάκας
Χ. Κατσαρολής	Κ. Χατζησταύρου
Ε. Κοσμάς	Π. Χριστάκη

ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΒΡΑΒΕΙΩΝ

α) Περιλήψεων Εργασιών

Η Επιστημονική Επιτροπή του Συνεδρίου

β) Ολοκληρωμένων Εργασιών προς Δημοσίευση*

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Ι. Ιορδάνογλου

ΜΕΛΗ: Χ. Βαμβάκης Φ. Αποστολοπούλου
Χ. Τζημάκας Σ. Τζάννες
Γ. Ταρκόπουλος

γ) Δημοσιευμένων εργασιών σε περιοδικά του Εξωτερικού

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Χ. Ρούσσος

ΜΕΛΗ: Δ. Πατάκας Μ. Τουμπής
Ν. Κουλούρης Κ. Παπαγεωργίου

* Στις Επιτροπές κρίσεων συμμετείχαν και οι συντονιστές των αντιστοίχων προς τις εργασίες επιστημονικών ομάδων

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

1

ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ (Eu), ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ (Ei), ΘΕΤΙΚΗ (Θ), ΑΡΝΗΤΙΚΗ (Α) ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ (ΔΑ) ΕΝΟΣ ΝΕΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΑΕΡΙΣΜΟΥ (ΔΔΑ)

Μαθιοδράκης Γεώργιος*, Ευαγγελούλου Ευσταθία, Ροτζιώκος Ι., Μπάρλας Κ., Μπεχράκης Παναγιώτης

Πνευμονολογική Κλινική Π.Γ. Νοσοκομείου Πειραιώς, Εργαστήριο Πειραματικής Φυσιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών

Επειδή η συνήθης μέθοδος διακρίσεως διαταραχών αερισμού με σύγκριση παραμέτρων της βίαιης εκπνοής προς τις προβλεπόμενες τιμές υπόκεινται σε σφάλματα τύπου I (μικρός αριθμός δειγμάτων αναφοράς) ή II (διαφορετικά χαρακτηριστικά των ατόμων), αναζητούνται άλλοι τρόποι μορφολογικής αξιολογήσεως της καμπύλης \dot{V}_{\max} (κ \dot{V}_{\max} /V). Σκοπός της εργασίας αυτής ήταν ο έλεγχος της Eu, Ei, ΘΔΑ και ΑΔΑ του ΔΔΑ, τον οποίο ορίσαμε ως το λόγο a/b όπου a, b, οι εκτιμητρίες της εκθετικής εξισώσεως $\dot{V} = e^{a + b \cdot V}$ (2), που προσομοιώνει ικανοποιητικά το κατόν σκέλους της κ \dot{V}_{\max} /V. Υλικό της εργασίας αποτέλεσαν οι κ \dot{V}_{\max} /V 3 ομάδων ατόμων, ηλικίας 42 ± 15 ετών: 665 υγιών (57% άνδρες), 445 αποφρακτικών (64% άνδρες) και 44 ασθενών με περιοριστικές νόσους (63% άνδρες). Εκπονήθηκαν ισάριθμες εξισώσεις προσομοιώσεως (2) της κ \dot{V}_{\max} /V, όπου \dot{V} , η ροή ως εξαρτημένη μεταβλητή και V, ο όγκος ως ανεξάρτητα κλάσματα της FVC, στα 83, 75 50 και 25% αυτής. Μέθοδος: Αναζητήθηκε η εξάρτηση από την ηλικία, καθώς επίσης η Eu, η Ei, η ΘΔΑ και η ΑΔΑ. Αποτελέσματα: Διαπιστώσαμε ότι ο ΔΔΑ εξαρτάται ισχυρά από την ηλικία (Corr.Co = -0.828/-0.880, SEE = 0.257/0.213, R² = 78.5/81.5, άνδρες/γυναίκες αντίστοιχα) και στα φυσιολογικά άτομα εμφανίζει ετήσια μείωση = .0261/035, άνδρες/γυναίκες αντίστοιχα). Επιπλέον, η Eu (0.95) η Ei (0.91) η ΘΔΑ (.89) και η ΑΔΑ (0.96) του ΔΔΑ, ως κριτηρίου διακρίσεως διαφόρων τύπων διαταραχών αερισμού βρέθηκαν απόλυτα ικανοποιητικές. Συμπερασματικά, ο προτεινόμενος ΔΔΑ, ως παράγωγο των εκτιμητριών της εξισώσεως προσομοιώσεως της κ \dot{V}_{\max} /V, φαίνεται να αποτελεί ασφαλές εναλλακτικό κριτήριο διακρίσεως διαφόρων τύπων διαταραχών αερισμού, χωρίς αναφορά σε προβλεπόμενες τιμές που δεν είναι στατιστικά συνεπείς και δεν κατοχυρώνονται από φυσιολογικές απόψεις. —

3

ΝΕΑ ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΡΙΣΔΙΑΣΤΑΤΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ ΤΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΩΝ ΛΕΜΦΑΓΓΕΙΩΝ ΣΕ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟΥ ΟΙΔΗΜΑΤΟΣ.

Χαϊνής Δ. Κυριάκος*, I.J. Sznajder και D.E. Schraufnagel Πνευμονολογική Κλινική Γ.Ν. Κερκύρας, Pulmonary Division Humana Hospital Michael Reese, Departments of Medicine and Pathology, University of Illinois at Chicago.

Ενώ τα λεμφαγγεία παίζουν σημαντικό ρόλο στην απορρόφηση του πνευμονικού οιδήματος, παραμένει άγνωστο ποιά λεμφαγγεία παροχετεύουν το διάμεσο υγρό και πως μεταβάλλονται κατά το πνευμονικό οίδημα.

Σκοπός της εργασίας ήταν η μελέτη της τρισδιάστατης ανατομολογίας των πνευμονικών λεμφαγγείων κατά τη διάρκεια πνευμονικής βλάβης από υπερόξια με τη βοήθεια scanning ηλεκτρονικού μικροσκοπίου και τη χρήση μιας διεθνώς νέας τεχνικής.

Υλικό - Μέθοδος: Μέσω των αεραγωγών δημιουργήσαμε ανάγλυφα των πνευμονικών λεμφαγγείων σε 16 υγιή πειραματόζωα (Sprague Dawley rats) εκτεθέντων σε 85% O₂ για 7 ημέρες. Τέσσερις ομάδες από 4 πειραματόζωα επεξεργάσθηκαν τις ημέρες 0, (Ομάδα Ι), 3, 7, και 14 μετά την έκθεση στο O₂. Οι πνεύμονες 4 πειραματόζωων εκτεθέντων στον ατμοσφαιρικό αέρα χρησιμοποιήθηκαν σαν μάρτυρες. Για τη μονιμοποίηση, 4 ml methylmethacrylate διαλελυμένης με διαλύτη (4:1) εγχύθηκαν υπό σταθερή πίεση 25 cm στη τραχεία απομονωθέντων πνευμόνων. Ο καρδιακός λοβός χρησιμοποιήθηκε για τον προσδιορισμό της σχέσης Υγρού/Ξηρού πνεύμονα (Υ/Ξ).

Αποτελέσματα: Η σχέση Υ/Ξ πνεύμονα αυξήθηκε στην Ομάδα Ι σε 5.27 ± 0.17 (Μάρτυρες 4.390, p<0.01) και επέστρεψε στο επίπεδο των μαρτύρων την 7η ημέρα μετά την έκθεση. Στην ομάδα Ι 35% των βρογχολίων περιβάλλονταν από πολυστρωβά σακκοειδή λεμφαγγεία, 26% είχαν διατεταμένα αγωγά λεμφαγγεία και 18.5% είχαν σακκοειδή λεμφαγγεία που περιεβαλταν το τοίχωμα πεμφθέντων αγγείων. Τα περιβρογχικά και περιαγγειακά σακκοειδή λεμφαγγεία επικοινωνούσαν είτε άμεσα είτε έμμεσα μέσω ενός κοινού αγωγού λεμφαγγείου. Λεμφαγγεία υπήρχαν επίσης στη υπεζωκοτική επιφάνεια, μεταξύ κυμειδικών πόρων και κυμειδίων και μεταξύ αγγείων μακράν των βρογχολίων. Όλες οι παράμετροι επέστρεψαν στο επίπεδο των μαρτύρων κατά την 7η και 14η ημέρα.

Συμπεράσματα: Η περιγραφή τεχνική ανοίγει νέες δυνατότητες τρισδιάστατης απεικόνισης και μελέτης των λεμφαγγείων - Στη βλάβη των πνευμόνων από υπερόξια τα πνευμονικά λεμφαγγεία είναι διατεταμένα - Στους πνεύμονες υπάρχουν δύο συμπληρωματικές ομάδες λεμφαγγείων, τα περιβρογχικά και περιαγγειακά.

2

ΕΠΙΛΑΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΝΕΥΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΚΑΙ ΤΩΝ ΜΕΣΟΠΛΕΥΡΙΩΝ ΜΥΩΝ ΣΤΗΝ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΩΝ ΕΙΣΠΝΕΥΣΤΙΚΩΝ ΡΟΩΝ. Μητρούσκα Ι*, Younes M, Bshouty Z, Γεωργόπουλος Α. Respiratory Department, Univ. of Manitoba, Canada

Είναι γνωστό ότι η αύξηση των εισπνευστικών ροών (Vi) σε μηχανικά αεριζόμενα φυσιολογικά άτομα αυξάνει την αναπνευστική όση και την αναπνευστική συχνότητα. Ο υπεύθυνος μηχανισμός για το φαινόμενο αυτό δεν είναι γνωστό. Είναι πιθανόν ότι απαγωγή ερεθίσματα από τους πνεύμονες ή από τους μεσοπλευρίους μύες είναι υπεύθυνα για τη διεγερτική επίδραση των Vi στον έλεγχο της αναπνοής. Με σκοπό να μελετήσουμε την υπόθεση αυτή εξετάσαμε ασθενείς με έλλειψη απαγωγών ερεθισμάτων από τους πνεύμονες και μεσοπλευρίους μύες. Μελετήθηκαν 5 ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε αμφοτερόπλευρη μεταμόσχευση πνευμόνων (ΜΠ) και 8 ασθενείς με τετραπληγία (Τ). Οι ασθενείς συνδέθηκαν μέσω επιστομιού με αναπνευστήρα και αεριζόνταν με υποβοήθηση σταθερού όγκου και αναπνευστική συχνότητα που καθορίζονταν από τους ίδιους (assist volume-control). Ο όγκος δόθηκε με σταθερή ροή σε σχήμα τετραγωνικού κύματος. 39 δοκιμασίες στις οποίες η Vi άλλαζε τυχαία μεταξύ 30 και 90 l/min μελετήθηκαν. Κάθε Vi διατηρούνταν για 15 αναπνοές. Και στις δύο ομάδες των ασθενών η διάρκεια μιας αναπνοής (T₁₀₁) ελαττώθηκε σημαντικά με την αύξηση των Vi. Στους ΜΠ ο T₁₀₁ (μέση τιμή για κάθε Vi) ήταν 3.84±1.8, 3.16±1.2 και 3.08±1.6 sec, αντίστοιχα με Vi 30, 60 και 90 l/min. Οι αντίστοιχες τιμές στους Τ ήταν 4.11±0.6, 3.51±0.5 και 3.21±0.5 sec. Η μεταβολή του T₁₀₁ γίνονταν στις πρώτες δύο αναπνοές μετά από κάθε αλλαγή της Vi, υποδηλώνοντας νευρικό αντανακλαστικό. Αυτή η απάντηση του αναπνευστικού συστήματος στις Vi δεν διέφερε από αυτή που παρατηρείται σε φυσιολογικά άτομα. Οι μεταβολές του κατά λεπτόν αερισμού προκάλεσαν αντίστοιχες μεταβολές στη μερική πίεση του τελο-εκπνευστικού CO₂ (P_{ET}CO₂). Στους ΜΠ το P_{ET}CO₂ ήταν 32.1±10.5, 30.8±9.9 και 30.4±9.9 mmHg αντίστοιχα με Vi 30, 60 και 90 l/min, ενώ στους Τ 33.4±1.0, 32.1±1.3 και 31.1±1.5 mmHg. Συμπεραίνουμε ότι η διεγερτική επίδραση των Vi στο αναπνευστικό σύστημα δεν οφείλεται σε απαγωγή ερεθίσματα από τους πνεύμονες και τους μεσοπλευρίους μύες.

4

ΜΑΘΗΜΑΤΙΚΟ-ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΜΗΧΑΝΙΚΗΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

*Χατζάκης Γεώργιος†, Μπεχράκης Παναγιώτης†

†Ε.Κ.Ε.Φ.Ε. ΔΗΜΟΚΡΙΤΟΣ, Αγία Παρασκευή.

† Εργαστήριο Πειραματικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή Αθηνών.

Η εφαρμογή συγχρόνων μεθόδων Πληροφορικής στη μελέτη της Φυσιολογίας του Αναπνευστικού Συστήματος, επέτρεψε πρόσφατα την ανάπτυξη ενός μη γραμμικού μαθηματικού μοντέλου που με βάση τις μηχανικές παραμέτρους της αναπνοής επιτρέπει την πρόβλεψη της διάρκειας παθητικής εκπνοής καθώς και της μορφολογίας της εκπνευστικής καμπύλης Ροής-Όγκου.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανάπτυξη ενός νέου ειδικού προγράμματος H/Y που με βάση την απλή καταγραφή της εκπνευστικής Ροής και της σχέσης Πίεσης-Όγκου επιτρέπει την πλήρη επίλυση της εξίσωσης κίνησης του Αναπνευστικού Συστήματος σε μη γραμμική θεώρηση με ιδιαίτερη έμφαση στον υπολογισμό των Αντιστάσεων Ροής, της Δράσεως και της Εισπνευστικής Πίεσης των Αναπνευστικών μών κατά τη διάρκεια μίας ήρεμης εκπνοής.

Συγκεκριμένα, αναπτύσσεται και παρουσιάζεται ειδικό λογισμικό σε γλώσσα FORTRAN που με χρήση προηγμένων μεθόδων Αριθμητικής Ανάλυσης και με βάση την Εκπνευστική Ροή και την καμπύλη Πίεσης-Όγκου, υπολογίζει και καταγράφει αυτόματα τις εξής παραμέτρους της Αναπνευστικής λειτουργίας :

i. Επτάχωση, ii. Όγκο, iii. Πίεση, iv. Ρυθμό μεταβολής της Πίεσης, v. Αντιστάσεις, vi. Ελαστικότητα, vii. Χρονική Σταθρότα, viii. Πίεση από τη Μυϊκή Εισπνευστική δραστηριότητα κατά τη διάρκεια της εκπνοής.

Τα παραπάνω μεγέθη υπολογίζονται και καταγράφονται αυτόματα (On-Line), τόσο ως προς το Χρόνο όσο και κατά ζεύγη μεταξύ τους σε όλους τους δυνατούς συνδυασμούς χωρίς καμία παραδοχή γραμμικότητας. Αποτελεί στοιχείο απόλυτης πρωτοτυπίας στη Φυσιολογία της Αναπνοής η ανάπτυξη ενός Μαθηματικού-Υπολογιστικού μοντέλου που καλύπτει σε μη γραμμική βάση κάθε πιθανή μορφολογία καμπύλης Πίεσης-Όγκου και εκπνευστικής Ροής και οδηγεί σε πλήρη επίλυση της εξίσωσης κίνησης του Αναπνευστικού Συστήματος.

Εφαρμογή της μεθόδου αυτής στην κλινική πράξη επιτρέπει τη μη παρεμβατική μελέτη της Φυσιολογίας του Αναπνευστικού Συστήματος σε ασθενείς Εντατικής Θεραπείας ή κατά τη διάρκεια χειρουργικής επέμβασης και οδηγεί στην εξαγωγή διαγνωστικών και θεραπευτικών συμπερασμάτων εξαιρετικής σημασίας για τον άρρωστο.

5

Η ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΜΙΚΡΩΝ ΑΕΡΑΓΩΓΩΝ(ΔΜΑ) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ (ΚΑ)

Γουγουλάκης Σωτήρης*, Καστόπουλος Χαράλαμπος, Νανάς Ιωάννης, Μακαρίτης Κώστας, Νικηφόρου Σταυρούλα, Μουσουτζάνη Κυριακή, Κούβελας Νίκος, Ανδριώτη Σπυριδούλα, Ρασιδάκης Αντώνης.

Θεραπευτική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο "ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ", ΑΘΗΝΑ.

Η ύπαρξη χρόνιας ΚΑ προκαλεί μεταβολές της πνευμονικής λειτουργίας που εκδηλώνονται κυρίως με διαταραχές περιοριστικού τύπου. Υπάρχει όμως σχετική ασάφεια όσον αφορά τις ενδεχόμενες διαταραχές της λειτουργίας των αεραγωγών. Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνηθεί η ύπαρξη ΔΜΑ σε ασθενείς με ΚΑ. Ασθενείς με ΧΑΠΝ εξαιρέθηκαν της μελέτης. Σε 93 ασθενείς με συμφορητική ΚΑ μελετήθηκαν: α) η καρδιακή λειτουργία με ραδιοϊσοτοπική κοιλιογραφία και καθητηριασμό δεξιών κοιλιοτήτων και β) η αναπνευστική λειτουργία με δυναμική σπυρομέτρηση, καμπύλη ροής-όγκου, μέτρηση στατικών όγκων και διαχυτικής ικανότητας. Τα αποτελέσματα της μελέτης για την καρδιακή λειτουργία έδειξαν (μέση τιμή±SD): LVEF: 18±8%, PAP: 33±11 mmHg, PCWP: 23±8 mmHg. Σε ποσοστό 68% των ασθενών βρέθηκε παθολογικός ένας τουλάχιστον εκ των δευτέρων της αναπνευστικής λειτουργίας. Περιοριστικού τύπου διαταραχή αερισμού βρέθηκε σε ποσοστό 23%, μεμονωμένη ΔΜΑ σε 34% και μεμονωμένη διαταραχή της διαχυτικής ικανότητας σε 11%. Η ΜΕΡ25 είχε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με τις PAP και PCWP (p<0.05). Οι 56 (60% από τους ασθενείς ήταν καπνιστές. Μεμονωμένη ΔΜΑ βρέθηκε σε ποσοστό 41% στους καπνιστές και 24% στους μη καπνιστές. Στους μη καπνιστές η ΜΕΡ25 είχε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με τις PAP και PCWP (p<0.05) και θετική με το LVEF (p<0.05).

Συμπεραίνεται ότι οι ασθενείς με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια εμφανίζουν σε μεγάλο ποσοστό (68%) διαταραχές της πνευμονικής λειτουργίας. Η δυσλειτουργία των μικρών αεραγωγών αποτελεί συχνά (34%) τη μόνη διαταραχή, είναι ανεξάρτητη από το κάπνισμα και σχετίζεται με τη βαρύτητα της καρδιακής ανεπάρκειας.

7

ΜΑΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΜΕΣΗΣ ΠΙΕΣΕΩΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ (ΡΑΡ) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ Χ.Α.Π. ΜΕ ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ
Ν. Χαροκόπος, Κ. Σπυροπούλου, Α. Μαζαράκης, Ι. Χριστοδούλου, Α. Χαράλαμποπούλου, Γ. Τρακαδά, Δ. Δουγενής, Β. Τσάπας, Δ. Αλεξοπούλου, Θ. Πέτσας
Παθολογική Κλινική, Πνευμονολογικό Τμήμα, Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της δυνατότητας της μέτρησης της ΡΑΡ σε ασθενείς με Χ.Α.Π με μη επεμβατικές μεθόδους

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Εξετάσαμε 10 ασθενείς με ΧΑΠ ηλικίας από 53-77 ετών (μέση τιμή 64,88) σύμφωνα με τα κριτήρια της Αμερικανικής Θωρακικής Εταιρείας (Α.Τ.Σ.) οι οποίοι ευρίσκονται σε ύφεση. Οι εξετάσεις που παραγματοποιήθηκαν είναι οι παρακάτω. 1. Σπυρομέτρηση με καταγραφή καμπύλης όγκου-χρόνου και ροής-όγκου 2. Αερία αρτηριακού αίματος 3. Μέτρηση διαχυτικής ικανότητας πνεύμονα με την μέθοδο single breath 4. ΗΚΓ 5. Αξονική τομογραφία πνεύμονος (C.I) και μέτρηση διαμέτρου πνευμονικών αρτηριών

α) Κορμού πνευμονικής β) (ΔΕ) κλάδου πνευμονικής γ) (ΔΕ) κατιόντος κλάδου πνευμονικής δ) (ΑΡ) κλάδου πνευμονικής ε) (ΑΡ) κατιόντος κλάδου πνευμονικής

Από την μελέτη αποκλείστηκαν ασθενείς με Χ.Α.Π όταν συνυπάρχουν τα ακόλουθα νοσήματα: 1. Σημεία πνευμονικής καρδιάς στην φυσική εξέταση 2. Στεφανιαία νόσος 3. Διαταραγμένη λειτουργία αριστερής κοιλίας 4. Αναιμία 5. Γνωστό Ca 6. Ελάμβαναν χρόνια οξυγονοθεραπεία κατ'οίκον 7. Γνωστή άπνοια στον ύπνο 8. Διαταραχές ηκτικότητας 9. Ηπατική ή νεφρική ανεπάρκεια

Οι παραπάνω εξετάσεις παραγματοποιήθηκαν σε διάστημα 48 ωρών και χωρίς οι ασθενείς να λαμβάνουν καμία φαρμακευτική αγωγή ή οξυγονοθεραπεία. Ο δε καρδιακός καθητηριασμός παραγματοποιήθηκε με καθήτηρα swan-ganz 6F και μέτρηση μέσης πίεσης πνευμονικής αρτηρίας (ΡΑΡ) διαστολικής πίεσως πν. αρτηρίας, συστολικής πίεσως και πίεσης ενσφύωσης

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η στατιστική ανάλυση που χρησιμοποιήθηκε για να προσδιορίσουμε την σχετική σημασία των προαναφερομένων μεταβλητών ήταν το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης κατά βήματα (stepwise Multiple Regression Model)

$PAP = 3,24 (PH) - 0,328 (PO_2) + 0,23 (PCO_2) + 0,25$ (διάμετρος του κορμού της Πνευμονικής αρτηρίας στη C.T.)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα της εργασίας μας δείχνουν ότι δυνατά να διατυπωθεί μαθηματική σχέση από την οποία να υπολογίζεται η ΡΑΡ. Οι τιμές τις οποίες λαμβάνει η ΡΑΡ, λαμβάνονται όπως προκύπτει από μεγάλη που προσδιορίζονται με μη επεμβατικές μεθόδους

6

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΣΤΟ CO₂ ΣΕ ΜΗΧΑΝΙΚΑ ΑΕΡΙΖΟΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΥΠΟΒΟΗΘΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ ΜΕ ΣΤΑΘΕΡΗ ΠΙΕΣΗ (PS). Μητρούσκα Ι*, Younes M, Πατάκας Δ, Γεωργόπουλος Δ. Μονάδα Αναπνευστικής Ανεπάρκειας, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», και Respiratory Department, Univ. of Manitoba

Ο σκοπός της μελέτης ήταν να εξετάσουμε την αναπνευστική απάντηση στο CO₂ σε μηχανικά αερίζομενα άτομα με υποβοήθηση της αναπνοής με PS. Μελετήθηκαν 12 φυσιολογικοί ενήλικες στους οποίους προηγούμενα είχαν υπολογισθεί οι μηχανικές ιδιότητες του αναπνευστικού συστήματος με τη τεχνική της ταχείας απόφραξης των αεραγωγών. Τα άτομα συνδέθηκαν μέσω επιστομίου με αναπνευστήρα και υποστηρίχθηκαν μηχανικά με PS (πίεση 10±0.8 cmH₂O). Με PS ο αναπνεύμενος όγκος (V_i) αυξήθηκε σημαντικά (1.10±0.1 l) από αυτόν που παρατηρήθηκε κατά την διάρκεια του αναπνευστικού συστήματος (0.82±0.04 l) ενώ η αναπνευστική συχνότητα (F) δεν μεταβλήθηκε. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα την σημαντική ελάττωση του τελο-εκπνευστικού CO₂ (P_{ET}CO₂) από 36.4±1.4 σε 24.5±1.3 mmHg. Όλοι οι ασθενείς συνέχισαν να αναπνέουν ρυθμικά παρά την σημαντική υποκαπνία. Κατόπιν η συγκέντρωση του εισπνεόμενου CO₂ (F_ICO₂) άρχισε να αυξάνεται σταδιακά. Σε κάθε επίπεδο F_ICO₂ τα άτομα παρέμειναν για 4 λεπτά και στα τελευταία 30 sec κάθε σταδίου υπολογίσθηκαν οι μέσες τιμές του V_i και F. Συγχρόνως, με τη βοήθεια της εξίσωσης της κίνησης και γνωρίζοντας τις μηχανικές ιδιότητες του αναπνευστικού συστήματος, υπολογίσθηκαν οι πιέσεις που αναπτύσσονται από τους αναπνευστικούς μυς (P_{mus}) κατά τη διάρκεια της εισπνοής. Τόσο σε υποκαπνικές όσο και σε υπερκαπνικές συνθήκες ο V_i, η μέγιστη εισπνευστική ροή και η P_{mus} αυξήθηκαν σημαντικά με την αύξηση του P_{ET}CO₂. Η ένταση αυτής της απάντησης αυξήθηκε προοδευτικά με την αύξηση του P_{ET}CO₂ και σταθεροποιήθηκε πάνω από τα φυσιολογικά επίπεδα P_{ET}CO₂. Η σχέση της P_{mus} και P_{ET}CO₂ ακολουθούσε εκθετική εξίσωση της μορφής P_{mus}=a exp(b·P_{ET}CO₂). Η F αυξήθηκε σημαντικά μόνο σε υπερκαπνικές συνθήκες. Συμπεραίνουμε ότι 1) η αναπνευστική απάντηση στο CO₂ εκφράζεται κύρια με τη δύναμη συστολής των μύων και υφίσταται ακόμη και σε υποκαπνικές συνθήκες, 2) η απάντηση στο CO₂ δεν είναι γραμμική και 3) επειδή η F είναι ανεξάρτητη του CO₂ σε σημαντικό εύρος τιμών P_{ET}CO₂, η μηχανική υποστήριξη με PS εμποδίζει την ικανότητα του συστήματος χημικού ελέγχου της αναπνοής να αντισταθμίσει μεταβολές των χημικών ερεθισμάτων.

8

Η ΑΞΙΑ ΤΟΥ ΗΚΓ ΣΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΕΠΙ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑΣ

Σφακιανάκης Κων/νος*, Τουρκοχωρήτη Γεωργία, Μερδενειάνος Κων/νος, Μπόφος Δημήτριος, Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών

Σκοπός Μελέτης: Ο έλεγχος της ευαισθησίας του ΗΚΓ στην εκτίμηση της πνευμονικής υπέρτασης σε ασθενείς με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ).

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήθηκαν 30 ασθενείς με ΧΑΠ εκ των οποίων 20 ήταν άνδρες και 10 γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας αντίστοιχα 68 και 63 έτη. Σε όλους τους ασθενείς έγινε καταγραφή των ευρημάτων του ΗΚΓ και μέτρηση της πίεσης της δεξιάς κοιλίας με triplex καρδιάς. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Την ομάδα Α, απετέλεσαν 12 ασθενείς με ΧΑΠ, χωρίς πνευμονική υπέρταση και την ομάδα Β, 18 ασθενείς με ΧΑΠ και πνευμονική υπέρταση.

Αποτελέσματα:

1. Από τους ασθενείς της ομάδας Α, οι 8 εμφάνιζαν παθολογικό ΗΚΓ συμβατό με επιβάρυνση της δεξιάς κοιλίας και οι 4 με ΗΚΓ χωρίς παθολογικά ευρήματα.

2. Δέκα τρεις (13) ασθενείς της ομάδας Β, εμφάνιζαν παθολογικό ΗΚΓ (ενδεικτικό επιβάρυνσης δεξιών κοιλιοτήτων), ενώ 5 ασθενείς με μέτρια ή και βαρεία πνευμονική υπέρταση εμφάνιζαν φυσιολογικό ΗΚΓ.

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι ασθενείς με πνευμονική υπέρταση δεν έχουν πάντοτε παθολογικό ΗΚΓ. Αντίθετα, ασθενείς με ΧΑΠ και παθολογικό ΗΚΓ δεν έχουν πάντοτε πνευμονική υπέρταση.

Συμπέρασμα: Το ΗΚΓ σε ασθενείς με ΧΑΠ εμφανίζει ψευδώς θετικά ή αρνητικά σημεία πνευμονικής υπέρτασης και κρίνεται σκόπιμη η εξέταση με triplex καρδιάς για τη διάγνωση της πνευμονικής υπέρτασης σε αυτές τις περιπτώσεις.

9

ΑΣΤΑΘΕΙΑ ΜΙΚΡΟΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟΥ DNA (MICROSATELLITE INSTABILITY) ΣΕ ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ (ΧΑΠ).

Τζωρτζιάκη Ελένη¹, Χατζησταύρου Ιουλία¹, Μπούρος Δημοσθένης, Μαρκάτος Μιλτιάδης, Εργαζάκη Μαρία¹, Κιάρης Ιπποκράτης, Σπαντίδος Δημήτριος¹ και Σιαφάκας Νικόλαος, Πνευμονολογική Κλινική Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο, Κρήτη. ¹Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, Αθήνα.

Εισαγωγή Πρόσφατα έχει αποδειχθεί ότι η αστάθεια του μικροδορυφορικού DNA (microsatellite instability), είναι μια κοινή διαταραχή των καρκινικών κυττάρων, η οποία συνοδεύεται με ανώμαλο μηχανισμό αποκατάστασης του DNA.

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η διερεύνηση της ύπαρξης αστάθειας μικροδορυφορικού DNA στους ασθενείς με ΧΑΠ και αν μπορεί να ανιχνευθεί σε κυτταρολογικά δείγματα τους.

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήθηκαν 31 δείγματα πτυέλων ασθενών με ΧΑΠ, μέσης ηλικίας 69.7±10 έτη. Χρησιμοποιήθηκαν 6 δείκτες (microsatellite markers), ο καθένας τοποθετημένος σε διαφορετικό χρωμόσωμα ενισχυμένοι με τη μέθοδο PCR (αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης), η οποία μετά από ηλεκτροφόρηση αναδεικνύει την αστάθεια μικροδορυφορικού DNA.

Αποτελέσματα Βρέθηκαν 7 ασθενείς, ποσοστό 30% με αστάθεια μικροδορυφορικού DNA. Τα προκαταρκτικά μας ευρήματα έδειξαν ότι ίσως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις μέσες τιμές ηλικίας, διάρκειας νόσου, καρδιακής συνήθειας, αερίων αίματος και σπυρομετρικών ευρημάτων τόσο σε αυτούς που είχαν, όσο και σε αυτούς που δεν είχαν αστάθεια μικροδορυφορικού DNA στα κυτταρολογικά τους δείγματα (πτύελα).

Συμπεράσματα Αστάθεια μικροδορυφορικού DNA είναι συχνό εύρημα στη ΧΑΠ. Το φαινόμενο αυτό πιθανότατα δεν συνδέεται με τη βαρύτητα της νόσου.

10

ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ (ΧΑΠ).

Κοσμάς Επαμεινώνδας*, Βασιλαράς Βασίλειος, Ζορπίδου Δέσποινα, Χανιώτου Αικατερίνη, Πολυχρονόπουλος Βλάσιος, Πνευμονολογικό Τμήμα Α. Φλέμγκ, Αθήνα.

Έχει δείξει ότι οι χρόνιοι βρογχιτιδικοί (ΧΒ) ασθενείς παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα των κλασμάτων του συμπληρώματος C3 και C4 στον ορό, σαν αποτέλεσμα της παρατεταμένης ενεργοποίησης του συμπληρώματος λόγω των υποτροπιάζουσων αναπνευστικών λοιμώξεων. Η ενεργοποίηση του συμπληρώματος οδηγεί σε χημειόταξη πολυμορφωφωρίνων και μονοκυττάρων από το αίμα της πνευμονικής μικροκυκλοφορίας στο τραχειοβρογχικό δένδρο και στο πνευμονικό παρέγχυμα. Αυτά τα φλεγμονώδη κύτταρα, ως γνωστόν, απελευθερώνουν ελαστολυτικά ένζυμα και οξειδοπικούς παράγοντες τοξικούς για τις ίνες ελαστίνης. Η υπόθεσή μας επομένως ήταν ότι η παρατεταμένη ενεργοποίηση του συμπληρώματος στους ΧΒ-ασθενείς μπορεί να προκαλεί εμφυσηματικές αλλοιώσεις και να αποτελεί ένα μηχανισμό παθογένεσης του κεντροlobiώδους εμφυσήματος σε αυτούς τους ασθενείς. Μελετήθηκαν 20 σταθεροποιημένοι ΧΒ-ασθενείς ηλικίας 68 ± 1 ετών (μέση τιμή ± SEM) με λειτουργικές δοκιμασίες, αέρια αίματος, ακτινογραφία θώρακα και επίπεδα C3 και C4 στον ορό. Βρέθηκαν ισχυρές συσχετίσεις μεταξύ του C4 και : 1) της επίπτωσης αναπνευστικών λοιμώξεων την προηγούμενη ζετία ($r = -0.747, p < 0.001$), 2) του ακτινολογικού βαθμού εμφυσήματος ($r = -0.936, p < 0.001$), 3) του FEV1% προβλ. ($r = 0.533, p < 0.05$), 4) της FEF25-75% προβλ. ($r = 0.629, p < 0.01$), 5) του RV% προβλ. ($r = 0.446, p < 0.05$), 6) του λόγου RV/TLC ($r = -0.651, p < 0.01$) και 7) της εκθετικής σταθεράς της καμπύλης πίεσης - όγκου (K_{el} , $r = -0.606, p < 0.01$). Συμπερασματικά, οι ΧΒ-ασθενείς με τα χαμηλότερα επίπεδα C4 τείνουν να έχουν σοβαρότερη απόφραξη, πιο έκδηλη δυσλειτουργία μικρών αεραγωγών, μεγαλύτερη παγίδευση αέρα, μεγαλύτερη απώλεια ελαστικότητας και ακτινολογική εικόνα εμφυσήματος. Επομένως, η παρατεταμένη ενεργοποίηση του συμπληρώματος φαίνεται να παίζει κάποιο ρόλο στην παθογένεση εμφυσήματος στους χρόνιους βρογχιτιδικούς ασθενείς.

11

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΔΕΙΚΤΩΝ ΑΕΡΙΣΜΟΥ ΜΕ ΤΟΝ ΔΕΙΚΤΗ SHWACHMAN-KULCZYCKI (ΔSK) ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ (ΚΙ). Χρυσοχράκης Γεώργιος*, Αδάμ Γεώργιος, Ντουντουνάκης Σταύρος, Ευαγγελοπούλου Βάσω, Μαθιουδάκης Γ. και Μπεχράκης Π. Τμήμα Ινδοκυστικής Νόσου Γ.Ν.σφ. Παίδων Αθηνών 'Αγία Σοφία' και Εργαστήριο Πειραματικής Φυσιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών.

Οι εκτροπές αερισμού στην ΚΙ έχουν συγκριθεί με κλινικοεργαστηριακές παραμέτρους, σε ασθενείς αδιακρίτως ηλικίας. Σκοπός της εργασίας ήταν η συσχέτιση δεικτών αερισμού με τον κλινικό δείκτη ΔSK, τόσο σε παιδιά όσο και σε ενήλικες ασθενείς. **Υλικό-Μέθοδος.** Στην εργασία αυτή περιελήφθησαν 64 ασθενείς που κατανεμήθηκαν σε δύο ομάδες, ανάλογα με την ηλικία τους. Την ομάδα Α αποτέλεσαν 43 παιδιά ηλικίας 11±3 ετών ($\bar{x} \pm \text{sd}$), ενώ την ομάδα Β, 21 ασθενείς ηλικίας 22±4 ($\bar{x} \pm \text{sd}$). Οι δείκτες της εκπνευστικής καμπύλης μεγίστης ροής-όγκου συσχετίστηκαν με το ΔSK.

	ΠΑΙΔΙΑ			ΕΝΗΛΙΚΕΣ		
	a	b	CORCOE	a	b	CORCOE
FVC	-0.308	0.028	0.502	-1.95	0.060	0.855
FEV1	-0.950	0.035	0.582	-2.07	0.060	0.797
MEF25-75	-1.740	0.053	0.705	-3.81	0.090	0.725
PEF	1.580	0.045	0.284	-3.70	0.140	0.776
FEF75	-2.060	0.048	0.750	-3.19	0.072	0.695
FEF50	-1.870	0.064	0.608	-5.38	0.122	0.712
FEF25	-0.880	0.064	0.505	-4.74	0.146	0.712

Τα αποτελέσματα της μελέτης καταχωρούνται στον πίνακα. Ο ΔSK συσχετίστηκε καλύτερα με τους FVC, FEV1 και PEF στους ενήλικες ($t = 7.20, 5.75$ και 5.23 , αντίστοιχα), παρ' ότι στα παιδιά ($t = 4.46, 3.57$ και 1.90 , αντίστοιχα). Αντίθετα, στα παιδιά ο ΔSK συσχετίστηκε καλύτερα ($t = 7.1$) μόνο με την FEF75. **Συμπέρασμα.** Οι εξαρτήσεις των δεικτών αερισμού από μεταβολές του ΔSK υφίστανται έκδηλες επιδράσεις της ηλικίας σε ασθενείς με ΚΙ γεγονός που έχει κλινικό και ερευνητικό ενδιαφέρον.

12

ΕΙΣΠΝΟΕΣ ΜΕ ΑΝΑΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗ ΔΕΟΞΥΡΙΒΟΝΟΥΚΛΕΑΣΗ ΕΠΙΦΕΡΟΥΝ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ

Νούσια-Αρβανιτάκη Σάντα*, Ξεφτέρη Μαίρη, Γαλλί Ασημίνα, Εμποριάδου Μαρία
Δ' Παιδιατρική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσ/νίκης

Η ανασυνδυασμένη ανθρώπινη δεοξυριβονουκλεάση (rhDNάση) ελαττώνει το ιξώδες των βρογχικών εκκρίσεων στην Κυστική Ίνωση (ΚΙ). Σκοπός της μελέτης είναι η αξιολόγηση της θεραπευσίας με εισπνοές rhDNάση στην αντιμετώπιση της αποφρακτικής πνευμονοπάθειας της ΚΙ. Σε 26 ασθενείς, 13 αγόρια και 13 κορίτσια, ηλικίας 5-27 χρόνων, με τιμή χωριούχων ιδρώτα μεγαλύτερη των 60 mEq/L και δυναμική ζωτική χωρητικότητα (FVC) μεγαλύτερη του 40%, μελετήθηκαν οι εξής παράμετροι πριν και σε 1, 2 και 3 μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας με εισπνοές 25 mg rhDNάσης μία φορά ημερησίως με γεκαστίρα και συμπεστί τύπου De Vilbiss : μέγιστος εκπνεόμενος αέρας σε 1' (FEV1) FVC, ακτινολογικός δείκτης Brasfield και ο κλινικός δείκτης Schwachman. Στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με την εφαρμογή του t-student test ανά ζεύγη. Τα αποτελέσματα αναλύονται στον πίνακα.

Χρόνος	Μέσος όρος			Μέσος όρος		
	FEV1 %	Εύρος	P	FVC %	Εύρος	P
Πριν	65±17	37-108		69±18	42-122	
1 μήνας	75±15	46-111	<0.001	77±18	48-120	<0.005
2 μήνες	77±19	48-120	<0.001	79±16	53-122	<0.001
3 μήνες	74±19	42-120	<0.005	75±17	46-120	<0.05
	BRASFIELD			SCHWACHMAN		
Πριν	18±2	12-23		84±9	65-98	
1 μήνας	21±2	15-24	<0.001	88±7	75-98	<0.001
2 μήνες	21±2	17-24	<0.001	89±6	75-98	<0.001
3 μήνες	22±2	17-24	<0.001	90±6	77-98	<0.001

Συμπέρασμα. Η τρίμηνη χορήγηση rhDNάσης επιφέρει σημαντική βελτίωση της αναπνευστικής λειτουργίας αλλά και της κλινικής κατάστασης ασθενών με ΚΙ κατά το χρονικό διάστημα της θεραπευτικής τους αντιμετώπισης.

13

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΒΡΟΓΧΕΚΤΑΣΙΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΟΔΟΥ ΝΟΣΟΥ ΜΙΚΡΩΝ ΑΕΡΑΓΩΓΩΝ ΜΕ ΣΥΜΒΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΥΨΗΛΗΣ ΕΥΚΡΙΝΕΙΑΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

A. Βολουδάκη*, M. Δασκαλογιαννάκη, Μ.Ε. Φρουδαράκης, Δ. Μπούρος, Ν.Μ. Σιαφάκας, Ν. Γκουρτογιάννης, *Εργαστήριο Ιατρικής Απεικόνισης και Πνευμονολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Κρήτης*

Σκοπός της εργασίας είναι η καταγραφή των ευρημάτων της Υπολογιστικής Τομογραφίας σε ασθενείς με βρογχεκτασίες (ΒΕ) και η σύγκριση Συμβατικής (ΥΤΥΕ) και Υψηλής Ευκρίνειας Υπολογιστικής Τομογραφίας (ΣΥΤ) στην ανάδειξη των ΒΕ και συνοδού νόσου μικρών αεραγωγών (NMA). **Μελετήθηκαν** 63 ασθενείς με ΒΕ. Ο απεικονιστικός έλεγχος περιελάβε α/α θώρακος, ΣΥΤ με πάχος τομής 10 χιλ. και ΥΤΥΕ με πάχος τομής 1,5 χιλ. και υψηλής χωρικής διακριτικής ικανότητας αλγόριθμο ανασύνθεσης. Βαθμονομήθηκε η έκταση της ΝΜΑ ανα λοβό. **Αναγνωρίστηκαν** κυλινδρικού τύπου ΒΕ στο 58% των ασθενών, κυστικού στο 17% και συνυπαρξή τύπων στις υπόλοιπες περιπτώσεις. Στο 73% των ασθενών η νόσος αφορούσε περισσότερους από 1 λοβούς. Σε σύνολο 378 εξετασθέντων λοβών δεν παρατηρήθηκε διαφορά στη συχνότητα προσβολής μεταξύ δεξιού και αριστερού άνω λοβού (7%) ούτε μεταξύ δεξιού και αριστερού κάτω λοβού (10%). ΒΕ δεν αναγνωρίστηκαν σε 11 περιπτώσεις (17%) με ΣΥΤ. Συχνότερες συνοδές αλλοιώσεις ήταν απόλεια του πνευμονικού όγκου, πάχυνση του βρογχικού τοιχώματος και ολιγαμία/ελάττωση πυκνότητας. Συνολικά ΝΜΑ αναγνωρίστηκαν σε 32/63 ασθενείς. Στο σύνολο των 192 λοβών της παραπάνω ομάδας, ΒΕ εντοπίστηκαν σε 141 και ΝΜΑ σε 124 λοβούς. 7/124 λοβοί είχαν ΝΜΑ χωρίς ΒΕ. Η ΥΤΥΕ δεν αναγνώρισε ΝΜΑ σε 8/124 και η ΣΥΤ σε 5/124 λοβούς. Η ΥΤΥΕ υποτίμησε την έκταση της ΝΜΑ σε 14/32 ενώ η ΣΥΤ σε 6/32 ασθενείς. Η χαρακτηριστική διακλαδωμένη ακτινοσκιερή μορφολογία των βρογχιολίων απεικονίστηκε καλύτερα στην ΣΥΤ ενώ ο αυλός των παχυνμένων βρογχιολεκτασιών αναδείχθηκε σαφέστερα στην ΥΤΥΕ. **Συμπεραίνεται** ότι η ΥΤΥΕ αποτελεί εξέταση εκλογής για την διερεύνηση των ΒΕ. Συνδυασμός με ΣΥΤ είναι απαραίτητος για την αναγνώριση και εκτίμηση της έκτασης της ΝΜΑ.

15

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΥΪΚΗ ΔΥΣΤΡΟΦΙΑ
Φιλοξενίδη Νατάσα, Μερά Εύη, Δοχάνη Κωνσταντίνα, Σαρρή Ζαχαρούλα, Χατζής Αναστάσιος
ΜΕΒ Νοσοκομείο Παιδών Πεντέλης - Αθήνα

Η επάρκεια της αναπνευστικής λειτουργίας σε άτομα με εξελικτικές μυοπάθειες συσχετίζεται με το προσδοκίμο επιβίωσης και την ποιότητα ζωής τους.

Σκοπός της εργασίας ήταν να εκτιμηθεί η κλινική πορεία, κυρίως του αναπνευστικού, παιδιών με ΜΔ.

Υλικό αποτελέσαν 49 ασθενείς, 45 αγόρια (91.8%) και 4 κορίτσια (8.2%), οι οποίοι παρακολουθούνται στο ιατρείο αναπνευστικών παθήσεων της ΜΕΒ.

Η μέση διάρκεια παρακολούθησης ήταν 2.1έτη. Η διάμεση ηλικία των ασθενών κατά την πρώτη εξέταση ήταν 12έτη (εύρος 3.5-18). Ανά έτη γίνονταν ενεργητική σπειρομέτρηση σε 41 ασθενείς. Ακόμη είχαν μελέτη ύπνου και καρδιοθωρακικός έλεγχος.

Με βάση την τελευταία τιμή VC (% αναμενόμενης) βρέθηκε ότι: Α) $VC < 30\%$ είχαν Β ασθ. (19.5%) διάμεσης ηλικίας 15.5χρ. Β) $30 < VC < 50\%$ είχαν 15 ασθ. (36.5%) διάμεσης ηλικίας 16χρ. Γ) $50 < VC < 70\%$ είχαν 9 ασθ. (22%) διάμεσης ηλικίας 14χρ. Δ) $VC > 70\%$ είχαν 9 ασθ. (22%) διάμεσης ηλικίας 12χρ. Μελέτη ύπνου έγινε σε 32 ασθ. Διαταραχές αερίων είχαν: 100% της ομάδας Α, 36% της Β, 57% της Γ και 50% της Δ, (συνολικά 19 ασθ., 59%). Ενδείξεις για Μηχανικό Αερισμό (ΜΑ) στο σπίτι είχαν 9 ασθ. (18.3%). ΜΑ δέχθηκαν 5 (3 της ομάδας Α και 2 της Β), με σημαντική βελτίωση στις τιμές των αερίων αίματος. Η διάρκεια ΜΑ μέχρι σήμερα είναι 0.5-4χρ, με διάμεση τιμή 3χρ. Κατέληξαν: 1 ασθ. εντός με ΜΑ (Αδωχ μετεχειρητική σφαιμίας) και 4 χωρίς ΜΑ, όλοι με ενδείξεις για εφαρμογή ΜΑ. Μυοκαρδιοπάθεια είχαν 5 από τους 22 ασθενείς που ελέγχθηκαν (23%), 3 της ομάδας Α και 2 της Β.

Συμπεράσματα: Σε ασθενείς με Μυϊκή Δυστροφία η αναπνευστική λειτουργία μειώνεται σημαντικά κατά την εφηβεία. Η εφαρμογή ΜΑ βοηθά στην ποιότητα και ίσως στην παράταση της ζωής.

14

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ CLEARANCE ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΕΠΙΘΗΛΙΟΥ ΚΑΙ ΔΟΜΙΚΩΝ ΑΝΩΜΑΛΙΩΝ ΤΩΝ ΚΡΟΣΣΩΝ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΣΥΧΝΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΜΟΝΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Αϊβάζης Βίκτωρ*, Βαλερή Ροζαλία, και Κόντζογλου Γεώργιος
Α' Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

Σκοπός της εργασίας ήταν να εκτιμήσουμε την κλινική αξία της μεθόδου της χρωστικής σαν μία πρακτική και απλή μέτρηση της βλεννοκροσσωτής κάθαρσης (clearance) σε σχέση με την δομή των κροσσών του αναπνευστικού επιθηλίου. Μελετήθηκαν 37 παιδιά (ομάδα ελέγχου) ηλικίας 2-13 χρόνων με υποτροπιάζουσες λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος στα οποία δεν υπήρχε ιστορικό συγγενούς καρδιοπάθειας γνωστής πνευμονικής νόσου, αλλεργίας ή ανοσολογικής διαταραχής και 10 παιδιά (ομάδα μαρτύρων) χωρίς ιστορικό λοιμώξεων του αναπνευστικού. Σε όλα τα παιδιά της μελέτης μας έγινε βιοψία ρινικής κόγχης και μελέτη των κροσσών με ηλεκτρονικό μικροσκόπιο για την ανεύρεση δομικών ανωμαλιών. Από τα 37 παιδιά της ομάδας ελέγχου 5 (13,5%) βρέθηκαν να έχουν ανωμαλίες συμβατές με σύνδρομο πρωτοπαθούς δυσκινησίας των κροσσών (immotile cilia). 13 παιδιά (35%) είχαν κατεστραμμένους κροσσούς (σύνθετους κροσσούς- άφθορα καλυκοειδή κύτταρα), αποτέλεσμα δευτεροπαθούς βλάβης λόγω επανειλημμένων λοιμώξεων. Τα υπόλοιπα 19 παιδιά (51%) είχαν φυσιολογική δομή των κροσσών. Στην ομάδα μαρτύρων και τα 10 παιδιά βρέθηκαν με φυσιολογικό αναπνευστικό επιθήλιο. Όλα τα παιδιά ελέγχθηκαν με την μέθοδο της χρωστικής (Edicol orange 3% και $CaH_2PO_4 \cdot 2H_2O$ 97%) για την ανεύρεση του χρόνου της βλεννοκροσσωτής κάθαρσης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τόσο τα παιδιά με πρωτοπαθή δυσκινησία των κροσσών όσο και εκείνα με δευτεροπαθείς αλλοιώσεις είχαν βλεννοκροσσωτή κάθαρση παθολογική (>130 min) ενώ από τα υπόλοιπα 19 παιδιά με φυσιολογικούς κροσσούς 4 είχαν επιβραδυνόμενο χρόνο (15-29min) και 15 είχαν φυσιολογική clearance (<14 min). Τα παιδιά της ομάδας μαρτύρων είχαν επίσης όλα φυσιολογική clearance. Τα ευρήματά μας αυτά συνηγορούν ότι η βλεννοκροσσωτή κάθαρση ελεγχόμενη με την εύκολη και πρακτική μέθοδο της χρωστικής αποτελεί βασικό δείκτη διάγνωσης διαταραχών της λειτουργικότητας του αναπνευστικού επιθηλίου.

16

ΕΚΒΑΣΗ ΒΡΟΓΧΟΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΔΥΣΠΛΑΣΙΑΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΘΗΚΑΝ ΣΕ 6 ΝΕΟΓΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΤΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΣΤΟΝ ΠΡΩΤΟ ΧΡΟΝΟ ΖΩΗΣ

Πρόφτης Κων/νος^{7*}, Αναγνωστάκου Μαρίνα², Δελαγραμμάτικας Ηρακλής³, Καλλιγιάννης Νικόλαος¹, Κώσταλος Χρήστος⁶, Λίδσης Γεώργιος⁴, Μεγαλιάννη Ελευθερία³, Μέλλος Στάυρος¹, Μέρης-Μπουρνά Παναγιώτα⁶, Νικολόπουλος Δημήτριος⁵, Ξάνθου Μαριέττα², Παπαθωμά Ευγενία⁵, Παπάς Κων/νος⁴, Σοφatzής Ιωάννης⁴, Χαϊδάς Αθανάσιος⁷

1. Α & 2. Β ΜΕΝ Νοσ. Παιδών "Αγ. Σοφία", 3. Τμ. Νεογ/των Β Παιδ/κής Κλ. Παν. Αθ. Νοσ. Παιδών "Αγλ Κυριακού", 4. Νεογ/κό Τμ. ΓΜΚ "Ελένη Βενιζέλου", 5 Νεογ/κό Τμ. Π. Γ. Νοσ. "Αλεξάνδρα", 6. Νεογ/κό Τμ. ΠΓ Νοσ. Πειραιώς, 7. Β Παιδ/κό Τμ. Νοσ. Παιδών Πεντέλης

Η Βρογχοπνευμονική Δυσπλασία (ΒΠΔ) αποτελεί νόσημα που αναπτύσσεται ως επιπλοκή σε πρόωρα νεογνά με Σύνδρομο Αναπνευστικής Δυσχέρειας, λαμβάνουν μηχανικό αερισμό και αυξημένη πυκνότητα F_{iO_2} χαρακτηρίζεται δε από επίμονη και ενίοτε σοβαρή αναπνευστική συμπτωματολογία επί μακρόν. Σκοπός της παρούσας προγραμματισμένης πολυκεντρικής μελέτης ήταν η εκτίμηση της έκβασης κατά τον πρώτο χρόνο ζωής των πρόωρων νεογνών που εισήχθησαν κατά τη δωδεκάμηνη περίοδο από 1/8/1993 μέχρι 31/7/1994 και νοσηλεύθηκαν σε 6 Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας (ΜΕΝ) νεογνών Δημόσιων Νοσοκομείων της Αττικής και ανέπτυξαν ΒΠΔ. Ταξινομήθηκαν σε 3 ομάδες ανάλογα με το βάρος γέννησης (ΒΓ): <1000 g (ομάδα Α), 1001-1500 g (ομάδα Β) και 1501-2000 g (ομάδα Γ). Συνολικά πραγματοποιήθηκαν και στις 6 ΜΕΝ 667 εισαγωγές νεογνών με ΒΓ <2000g. ΒΠΔ ανέπτυξαν 57 νεογνά (επίπτωση 8.5%) με επίπτωση 18.2%, 11.7%, 2.8% ανά ομάδα. Η θνητότητα πριν από την έξοδο από τις ΜΕΝ ήταν 15. 8% (9 θάνατοι) με 35% για την ομάδα Α, 7.1% για την ομάδα Β και κανένα θάνατο στην ομάδα Γ. Ενα παιδί (ομάδα Α) κατέληξε μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Παρακολούθηση μέχρι το δωδέκατο μήνα ζωής επετεύχθη σε 38 από τα 47 επιζήσαντα. Εξωνοσοκομειακά χορηγήθηκε O_2 σε ένα μόνο παιδί. Επανεισαγωγή σε νοσοκομείο λόγω πνευμονικού νοσηματος ανέφεραν 8 (21.1%) ενώ υποτροπιάζουσα αναπνευστική συμπτωματολογία παρουσίασαν 19 (50%) χωρίς συσχέτιση με το ΒΓ. Συμπεραίνεται ότι η ΒΠΔ αποτελεί νόσημα υπαρκτό στον τόπο μας με υψηλή νοσηρότητα απαιτεί δε ειδική φροντίδα για την αντιμετώπισή του.

17

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΕΙΣΠΝΕΟΜΕΝΗΣ ΒΟΥΔΕΣΟΝΙΔΗΣ ΚΑΙ ΕΝΕΣΙΜΗΣ ΔΕΞΑΜΕΘΑΖΟΝΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΜΕΤΡΙΑ ΚΑΙ ΒΑΡΕΙΑ ΛΑΡΥΓΓΙΤΙΔΑ.
Τσανάκας Ιωάννης*, Κυρβασιλής Φώτης*, Χατζηνικόλας Νικόλαος.
Γ΄ Π/Δ Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.

Η κλασική θεραπεία της λαρυγγίτιδας συνίσταται στην χορήγηση εισπνοών αδρεναλίνης και στεροειδών παρεντερικά. Η βουδεσονίδη είναι ένα στεροειδές που μπορεί να χορηγηθεί σε εισπνοές με νεφελοποιητή. Στην παρούσα μελέτη συγκρίναμε την αποτελεσματικότητα της εισπνεόμενης βουδεσονίδης σε σχέση με την ενδομυϊκή χορήγηση δεξαμεθαζόνης.

Από 25 βρέφη και παιδιά ηλικίας από 0,5 μηνών - 12 χρόνων (μέση ηλικία 3,25 έτη), που προσκομίσθηκαν με οξεία λαρυγγίτιδα στα Εξωτερικά Ιατρεία, έγινε διαχωρισμός σε δύο ομάδες συγκρίσιμες, ως προς την βαρύτητα των συμπτωμάτων (Croup score) και κατόπιν χορηγήθηκε τυχαία ένα από τα εξής δύο θεραπευτικά σχήματα:

- 5 ml εισπνεόμενη L - αδρεναλίνη (1 : 1000) + 0,6 mg/kgf δεξαμεθαζόνη ενδομυϊκά (ΑΔ) ή
- 5 ml εισπνεόμενη L - αδρεναλίνη (1 : 1000) + 2 ml εισπνεόμενη βουδεσονίδη 0,5 mg/ml (ΑΒ).

Για να αποκλεισθεί η πιθανή ευεργετική επίδραση εισπνοών των υδατμών, προηγήθηκε σ' όλα τα παιδιά, εισπνοή με 5 ml φυσιολογικό ορό NaCl 0,9%.

Τόσο η βαρύτητα της λαρυγγίτιδας όσο και η βελτίωση μετά την αγωγή εκτιμήθηκαν με βάση βαθμολογία (Croup score) που στριγγίζεται στον εισπνευστικό συριγμό, το θήχα, τις εισολκές, την κύανωση και τον κοροσμό της αμφοσφαιρίνης. Όλα τα παιδιά κατά την εισαγωγή τους είχαν Croup score από 4 και άνω στην κλίμακα 0 - 10. Έγινε εκτίμηση της κατάστασης πριν και στο 5', 15', 30', 60', 120', 180' λεπτό μετά την χορήγηση της αγωγής.

- Κανένα παιδί δεν βελτιώθηκε με την εισπνοή υδατμών 15' λεπτά μετά τη χορήγησή τους.
- 85% (11/13) των ασθενών με αγωγή ΑΔ και 83% (10/12) των ασθενών με αγωγή ΑΒ παρουσίασαν σημαντική βελτίωση 30' μετά την θεραπεία, ενώ 3 ώρες αργότερα παρέμειναν βελτιωμένα τα 77% με ΑΔ και τα 66% με ΑΒ.

Φαίνεται ότι δεν υπάρχει διαφορά ανάμεσα στα δύο θεραπευτικά σχήματα, (ΑΔ) και (ΑΒ) άν και χρειάζεται μεγαλύτερος αριθμός ασθενών για να επιβεβαιωθεί το συμπέρασμα.

19

ΜΟΡΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΑΙ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΚΥΣΤΙΚΗΣ ΙΝΩΔΟΥΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΧΩΡΟ.

Καναβάκης Εμμανουήλ⁽¹⁾, Νιουνιουνάκης Σταύρος⁽²⁾, Αδάμ Γεωργιάς⁽²⁾, Καττάμης Χρήστος⁽¹⁾.
Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών⁽¹⁾ και Τμήμα Ινκυστικής Νόσου⁽²⁾-Νοσοκομείο Παιδών "Αγία Σοφία"-Γουδί-Αθήνα.

Η Κυστική Ινώδης νόσος (ΚΙΝ) αποτελεί το συχνότερο κληρονομικό νόσημα της λευκής φυλής και κληρονομείται με τον υπολειπόμενο σωματικό χαρακτήρα. Η μελέτη στο μοριακό επίπεδο τα τελευταία χρόνια απεκαλύψε τη μεγάλη γονοτυπική ετερογένεια της νόσου, που αποδεικνύεται από την περιγραφή περισσότερων από 500 μεταλλάξεων. Στην εργασία αυτή αναφέρονται τα ευρήματα από τη μελέτη α) της μοριακής διαταραχής και β) της συχνότητας των φορέων της ΚΙΝ στη χώρα μας. Για την ταυτοποίηση των μεταλλάξεων μελετήθηκαν 250 ασθενείς (500 χρωμοσώματα) με ΚΙΝ χρησιμοποιώντας την αλυσιδωτή αντίδραση της πολυμεράσης (PCR) και την ηλεκτροφόρηση των προϊόντων PCR σε γέλη πολυακρυλαμίδης με κλίση αποδιατακτικού (DGGE). Στα δείγματα του DNA με διαφορετική του φυσιολογικού κινητικότητα κατά την ηλεκτροφόρηση έγινε ανάλυση της αλληλουχίας (Sequencing). Από τον έλεγχο διαπιστώθηκαν: α) τριάντα εννέα (39) μεταλλάξεις είναι υπεύθυνες για το 82% των χρωμοσωμάτων της ΚΙΝ στην Ελλάδα, ενώ στο 18% η μοριακή διαταραχή παραμένει άγνωστη β) οι 8 πιο κοινές μεταλλάξεις (συχνότητα >1%), ανιχνεύθηκαν σε ποσοστό 69,8%. Σε αυτές περιλαμβάνεται και η ΔF508(52,6%), η οποία αποτελεί την πιο συχνή βλάβη στο γονίδιο της ΚΙΝ διεθνώς και γ) έξι μεταλλάξεις ανιχνεύθηκαν για πρώτη φορά σε διεθνές επίπεδο και καλύπτουν ποσοστό 2,4%. Για τον προσδιορισμό της συχνότητας των φορέων της ΚΙΝ ελέγχθηκαν 1000 τυχαία χρωμοσώματα για την ύπαρξη της πιο συχνής μεταλλάξης, της ΔF508. Βρέθηκαν 15 θετικά χρωμοσώματα. Με διεσπασμένη την παρουσία της μετάλλαξης ΔF508 στο γενικό πληθυσμό σε ποσοστό 52,6%, η συχνότητα των φορέων της ΚΙΝ στην Ελλάδα υπολογίζεται στο 5,7%. Τα ευρήματα μας αποδεικνύουν ότι: α) η ΚΙΝ παρουσιάζει μεγάλη γονοτυπική ετερογένεια στη χώρα μας β) το 18% των μεταλλάξεων παραμένει αδιευκρίνιστο, γεγονός που δεν επιτρέπει σήμερα την καθιέρωση πληθυσμιακών προγραμμάτων για την ανίχνευση των φορέων στη χώρα μας και γ) το ποσοστό των φορέων (5,7%) της ΚΙΝ στην Ελλάδα είναι ελαφρώς υψηλότερο από αυτό που αναφέρεται σε άλλους πληθυσμούς, και ανώλογο εκείνου που αναμένεται από την εμφάνιση νέων περιπτώσεων της νόσου ετησίως στη χώρα μας.

18

ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΟΒΟΛΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ α1-ΑΝΤΙΘΡΥΠΙΝΗΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Πρίφτης Κών/νος*, Παπατζιμίας Κών/νος, Τσίτσικας Κών/νος, Κονδύλης Ανδρέας, Κηπουρού Κανέλλα, Χαϊδάς Σταύρος

- Β Παιδιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Παιδών Πεντέλης,
- Τμ. Παιδιατρικής Αιματολογίας & Ογκολογίας Νοσοκομείου Παιδών "Η Αγία Σοφία", Αθήνα

Η ανεπάρκεια της α1-αντιθρυπίνης (α1-A) κληρονομείται με τον υπολειπόμενο σωματικό χαρακτήρα και αποτελεί γνωστό αίτιο εμφυσήματος στους ενήλικες. Με σκοπό την εκτίμηση του επιπολασμού και της κλινικής εικόνας παιδιών σχολικής ηλικίας με ανεπάρκεια α1-A ελέγχθηκαν 433 άτομα (206 αγόρια, 227 κορίτσια) 10-15 ετών που φοιτούν σε σχολεία εντός (n=292) και εκτός (n=141) Αττικής. Τα παιδιά εκτός Αττικής προέρχονταν από τα χωριά Βραχάτι και Ζευγολατιό Κορινθίας. Διανεμήθηκε και συμπληρώθηκε από τους γονείς ερωτηματολόγιο ενώ τα παιδιά υποβλήθηκαν σε κλινικό και σπυρομετρικό έλεγχο (FVC, FEV₁, PEF). Η ποσοτική μέτρηση της α1-A στον ορό έγινε με τη μέθοδο της ανοσοδιάχυσης (Hoechst). Ως φυσιολογικές τιμές θεωρήθηκαν εκείνες που ήταν >200mg/dL. Βρέθηκαν συνολικά 51 (11,8%) παιδιά (27 αγόρια, 24 κορίτσια, σχέση 1:0,8) με τιμές α1-A που κυμαίνονταν από 77-146mg/dL πλην ενός που είχε 20mg/dL. Από τα διαμενόμενα εντός Αττικής μειωμένες τιμές διαπιστώθηκαν σε 17 (5,8%) παιδιά ενώ από εκείνα της Κορινθίας σε 34 (24,1%). Ιστορικό με αναπνευστική συμπτωματολογία ανέφεραν 6 από τα 51 (11,8%) που δε διέφερε σημαντικά από το υπόλοιπο των 19,1%. Ούτε κατά το σπυρομετρικό έλεγχο η σχέση των τιμών προς τις προβλεπόμενες διέφερε σημαντικά εκείνων του υπόλοιπου δείγματος. Συμπερασματικά, η ανεπάρκεια της α1-A είναι σχετικά συνήθης και στη χώρα μας με επιπολασμό που ποικίλει κατά περιοχές και διαδράμει ασυμπτωματικά κατά την παιδική ηλικία.

20

ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΦΡΕΝΙΚΩΝ ΝΕΥΡΩΝ ΣΕ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

Ντάγανου Μαρία*, Δημοπούλου Ιωάννα, Καρακατσάνη Άννα, Κουλούρης Νίκος, Καλόγρης Παναγιώτης, Γερούλανος Στέφανος, Ιορδάνογλου Ιωάννης, Ωνάσιου Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική ΝΝΘΑ, Αθήνα.

Οι καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις επιπλέκονται συχνά από δυσλειτουργία του διαφράγματος. Κύριος παθογενετικός μηχανισμός θεωρείται η βλάβη των φρενικών νεύρων λόγω ψύξης από τον πάγο που εγχέεται στην περικαρδιακή κοιλότητα κατά την περίοδο της ισαιμίας (χρόνος σύγκλεισης αορτής).

Σκοπός: Η μελέτη της λειτουργίας των φρενικών νεύρων σε καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις.

Υλικό - μέθοδος: Μελετήθηκαν προοπτικά 62 ασθενείς: 31 ασθενείς (7 από τους οποίους υποβλήθηκαν σε αντικατάσταση βαλβίδας [ΑΒ] και 24 σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη [ΑΣΠ]) στους οποίους εφαρμόστηκε τοπική ψύξη του μυοκαρδίου με θρύμματα πάγου (ομάδα Α) και 31 ασθενείς (5 ΑΒ, 25 ΑΣΠ και 1 ΑΒ και ΑΣΠ) στους οποίους αντί πάγου χρησιμοποιήθηκε ψυχρός φυσιολογικός ορός (ομάδα Β). Οι δύο ομάδες δεν διέφεραν ως προς το φύλο (p=0.55), την ηλικία (p=0.27), το κλάσμα εξωθίσεως (p=0.67), τη συχνότητα χρήσης της έσω μαστικής αρτηρίας (p=0.55), την διάρκεια επέμβασης (p=0.09), τον χρόνο εξωσωματικής κυκλοφορίας (p=0.39) και τον χρόνο σύγκλεισης αορτής (p=0.09). Η λειτουργία των φρενικών εκτιμήθηκε με τη μέτρηση του χρόνου αγωγιμότητας, μετά από ηλεκτρικό ερεθισμό των νεύρων στον τράχηλο και καταγραφή του δυναμικού ενέργειας του διαφράγματος με επιδερμικά ηλεκτρόδια τοποθετημένα στο θωρακικό τοίχωμα. Τιμές άνω των 9.75 msec ή αδυναμία θύσωσης του διαφράγματος μετά τον ερεθισμό των νεύρων είναι διανοητικές πάρεσης ή παράλυσης του φρενικού. Οι μετρήσεις έγιναν 24 ώρες πριν και 24 ώρες μετά την επέμβαση.

Αποτελέσματα: Όλοι οι ασθενείς είχαν φυσιολογικές μετρήσεις προεγχειρητικά. Μετεγχειρητικά, παρατηρήθηκε δυσλειτουργία του αριστερού φρενικού νεύρου σε 10 ασθενείς της ομάδας Α (32%) και σε 2 ασθενείς της ομάδας Β (6%, p=0.02).

Συμπέρασμα: Η χρήση ψυχρού φυσιολογικού ορού αντί πάγου για την τοπική προστασία του μυοκαρδίου μειώνει σημαντικά την επίπτωση της βλάβης των φρενικών νεύρων σε καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις.

21

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΝΔΟΥΠΕΖΩΚΟΤΙΚΗΣ ΕΓΧΥΣΗΣ ΣΤΡΕΠΤΟΚΙΝΑΣΗΣ Ή ΟΥΡΟΚΙΝΑΣΗΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΠΟΛΥΕΓΚΥΣΤΩΜΕΝΩΝ ΥΠΕΖΩΚΟΤΙΚΩΝ ΣΥΛΛΟΓΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΕΜΠΥΗΜΑΤΟΣ

Σχίζα Σοφία*, Μπούρος Δημοθένης, Πανάγου Παναγιώτης, Αρσίου Ιωάννης, Τζανάκης Νικόλαος και Σιαφάκας Μ. Νικόλαος
Πνευμονολογική Κλινική Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο, Κρήτη.

Εισαγωγή Οι καλύτερες μέθοδοι για την αντιμετώπιση πολυεγκυστωμένων υπεζωκοτικών συλλογών (ΠΥΣ) και του εμπύηματος (ΕΥ) είναι υπό συζήτηση. Σε πρόσφατες εργασίες μας έχουμε δείξει ότι η σπρειοκινάση είναι ασφαλής και αποτελεσματικός τρόπος θεραπείας των ΠΥΣ και του ΕΥ.

Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν η σύγκριση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας της ενδουπεζωκοτικής έγχυσης σπρειοκινάσης (ΣΚ) ή ουροκινάσης (ΟΚ) σε ασθενείς με ΠΥΣ και ΕΥ.

Υλικό-Μέθοδος Μελετήθηκαν προοπτικά με τυχαία επιλογή 22 ασθενείς με ΠΥΣ και ΕΥ ηλικίας (x±SD) 47±25.8 έτη, οι οποίοι έλαβαν ΣΚ (ομάδα Ι) και 20 ασθενείς με ΠΥΣ και ΕΥ ηλικίας 51±14.6 έτη οι οποίοι έλαβαν ΟΚ (ομάδα ΙΙ). Η αρχική θωρακοκέντρωση έδειξε στην ομάδα Ι: pH 7.1±0.15, γλυκόζη 140.5±7 mg/dl και λευκά 11485±6627/ml και στην ομάδα ΙΙ: pH 7.07±0.16, γλυκόζη 141.8 mg/dl και λευκά 22260±21503/ml. Η ΣΚ εγχύεται ενδουπεζωκοτικά μέσω θωρακοσωλήνα μια φορά ημερησίως σε δόση 250.000 IU σε 100 ml NS και η ΟΚ επίσης μια φορά ημερησίως σε δόση 50.000 IU σε 100 ml NS. Ο θωρακοσωλήνας έκλεινε για 3 ώρες ημερησίως και κατόπιν άνοιγε για παροχέτευση.

Αποτελέσματα Ο αριθμός των εγχύσεων στην ομάδα Ι ήταν 512 ημέρες και στην ομάδα ΙΙ 4±2 ημέρες. Η μέση τιμή του υγρού που παροχετεύθηκε αυξήθηκε σημαντικά (p < 0.001) και στις δύο ομάδες 24 ώρες μετά την έγχυση ΣΚ και ΟΚ, σε σύγκριση με τις 24 ώρες προ της έγχυσης. Σημαντική ακτινολογική βελτίωση (> 2/3) παρατηρήθηκε σε 16/22 (73%) ασθενείς της ομάδας Ι και σε 14/20 (70%) ασθενείς της ομάδας ΙΙ. Η μόνη ανεπιθύμητη ενέργεια ήταν η εμφάνιση υψηλού πυρετού αλλεργικής αιτιολογίας σε έναν ασθενή της ομάδας Ι. Θωρακοχειρουργική αντιμετώπιση απαιτήθηκε μόνο σε έναν ασθενή σε κάθε ομάδα.

Συμπεράσματα Η ενδουπεζωκοτική έγχυση ΣΚ είναι αποτελεσματικός τρόπος θεραπείας των ΠΥΣ και του ΕΥ με κύρια ανεπιθύμητη ενέργεια τον πυρετό. Η ΟΚ είναι το ίδιο αποτελεσματική όπως και η ΣΚ, χωρίς όμως ανεπιθύμητες ενέργειες και θα μπορούσε να είναι το ιδανικό εκλογής. Με την έγχυση αυτή μειώνεται σημαντικά η ανάγκη για θωρακοτομή.

22

22

Η ΕΝΔΟΥΠΕΖΩΚΟΤΙΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΒΥΡΙΝΑΚΑΙΝΕ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΘΩΡΑΚΟΤΟΜΗ

Α. Χατζής, Ειρήνη Μπατάλη, Αναστασία Κοτανίδου*, Πηνελόπη Μιχαλοπούλου**, Ηρώ Γρηγοράκη, Ι. Μπελλένης.
Χειρουργική κλινική Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών
Μονάδα Χειρουργικής Θώρακος - Λαγείων. *Κέντρο Νοσημάτων Θώρακος Ευγενιδείου Θεραπευτηρίου, **ΝΝΘΑ.

Η αντιμετώπιση του πόνου μετά από θωρακοχειρουργικές επεμβάσεις έχει καθοριστικό ρόλο στην πρόληψη σοβαρών μετεγχειρητικών επιπλοκών. Στην μελέτη αυτή εξετάζεται η αποτελεσματικότητα της ενδουπεζωκοτικής χορήγησης βυρινακαινε στην αντιμετώπιση του πόνου μετά από θωρακοτομή.

Υλικό - Μέθοδος : 105 ασθενείς μέσης ηλικίας, 62,5 υποβλήθηκαν σε πλαγιοπιοθώρα θωρακοτομή με διατήρηση του προσθίου οδοντωτού μύος. Στο τέλος της επέμβασης ετοποθετείτο υποκλείδιος καθετήρας μέσω της τομής των παροχετεύσεων και κάθε 4 ώρες εγένετο 5cc βυρινακαινε 0,5% ή 5cc φυσιολογικού ορού 0,9%. Οι ασθενείς ελάμβαναν συμπληρωματικές δόσεις αναλγητικών ενδομυϊκά. Ο έλεγχος του πόνου εγένετο στις 4, 24, 48 & 72 ώρες μετά την θωρακοτομή.

Αποτελέσματα : Η ομάδα που έλαβε την βυρινακαινε (61 ασθενείς) σημείωσε χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα του πόνου και έλαβε μικρότερες δόσεις συμπληρωματικών αναλγητικών.

Συμπέρασμα : Τα πρώτα αποτελέσματα της μελέτης μας δείχνουν ότι η ενδουπεζωκοτική χορήγηση βυρινακαινε προσφέρει καλύτερη μετεγχειρητική αναλγησία στις θωρακοτομές απ' ότι η ενδομυϊκή χορήγηση αναλγητικών μόνον.

23

ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΣΤΟΝ 1ο ΧΡΟΝΟ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΕΠΙΣΥΝΕΒΗ ΣΤΗΝ ΑΜΕΣΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ ΎΣΤΕΡΑ ΑΠΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ.

Καρακατσάνη Άννα*, Ανθή Αναστασία, Τζελέπης Γεώργιος, Νικολαΐδης Αθανάσιος, Βασίλη Μαίρη, Παλατιανός Γεώργιος, Μγάλης Αλκή, Γερουλάνος Στέφανος.

ΜΕΘ - Ύνασσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο - Αθήνα

Η μακροπρόθεσμη επιβίωση και η ποιότητα ζωής ασθενών που παρουσίασαν καρδιακή ανακοπή στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο μετά από χειρουργική επέμβαση ανοιχτής καρδιάς δεν έχει πλήρως διευκρινιστεί.

Σκοπός της εργασίας αυτής ήταν να καθοριστεί η επιβίωση και η ποιότητα ζωής των παραπάνω ασθενών στον 1ο χρόνο μετά την καρδιακή ανακοπή. **Υλικό και Μέθοδος**: Το υλικό αποτελούν όλοι οι καρδιοχειρουργημένοι ασθενείς που παρουσίασαν καρδιακή ανακοπή στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο και που επέζησαν μετά από επιτυχή καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση στη ΜΕΘ. Η επιβεβαίωση της κατάστασης του ασθενή έγινε μετά από τηλεφωνική επικοινωνία είτε με τον ίδιο είτε με τον στενότερο συγγενή.

Αποτελέσματα: Από τον 12/1993 έως τον 3/1995, 23 ασθενείς ηλικίας 65 ± 9 ετών παρουσίασαν καρδιακή ανακοπή μέσα στις 24 πρώτες ώρες και ενώ νοσηλεύονταν στη ΜΕΘ. Σε όλους αυτούς τους ασθενείς αρχικά εφαρμόστηκε ΚΑΑ με κλειστό θώρακα η οποία στους 12 ασθενείς ακολουθήθηκε από ανοικτή ΚΑΑ. Τελικά 18 ασθενείς (78%) επέζησαν και εξήλθαν της ΜΕΘ. Από αυτούς: 15 ασθενείς (83%) επιβίωσαν πέραν του έτους. Από τους επιζήσαντες: 11 ασθενείς (74%) αναφέρουν υποκειμενική βελτίωση, 2 ασθενείς (13%) στασιμότητα και 2 ασθενείς (13%) επιδείνωση σε σχέση με την προεγχειρητική τους κατάσταση. Διεγχειρητικό έμφραγμα του μικροαρδίου ήταν το αίτιο της ανακοπής στο 45% των ασθενών που αναφέρουν υποκειμενική βελτίωση, στο 50% αυτών που αναφέρουν στασιμότητα και στο 100% αυτών που εμφανίζουν επιδείνωση.

Συμπέρασμα: Η επιβίωση στον 1ο χρόνο μετά από καρδιακή ανακοπή που επισυνέβη στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο ύστερα από χειρουργική επέμβαση ανοιχτής καρδιάς ανέρχεται σε 78%. Υπάρχουν ενδείξεις ότι από τα αίτια της ανακοπής το διεγχειρητικό έμφραγμα του μικροαρδίου συνδυάζεται με δυσμενέστερη πρόγνωση.

24

ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΘΡΟΜΒΟΕΝΔΑΡΤΗΡΕΚΤΟΜΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ.

Ντάγανου Μαρία, Τζελέπης Γεώργιος*, Καδάς Βασίλης, Καρατασάκης Γεώργιος, Μαγγίνας Αθανάσιος, Αντζακί Χριστίνα, Αζαριάδης Πρόδρομος, Αναγνωστόπουλος Κωνσταντίνος.
Ύνασσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα.

Η χρόνια θρομβοεμβολική πνευμονική νόσος (ΧΘΠΝ) των μεγάλων αγγείων είναι αποτέλεσμα μεμονωμένων ή επανειλημμένων πνευμονικών εμβόλων, τα οποία για άγνωστους λόγους δεν ακολουθούν τη συνήθη πορεία λύσης, αλλά οργανώνονται στο αγγειακό τοίχωμα και επιθηλιοποιούνται, προκαλώντας απόφραξη κεντρικών κλάδων της πνευμονικής αρτηρίας και πνευμονική υπέρταση. Η πρόγνωση της νόσου είναι κακή και η φαρμακευτική θεραπεία αναποτελεσματική. Τα τελευταία χρόνια σε εξειδικευμένα κέντρα έχει αναπτυχθεί μία νέα χειρουργική μέθοδος αντιμετώπισης της νόσου με πολύ ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Περιγράφεται περίπτωση επιτυχούς πνευμονικής θρομβοενδαρτηρεκτομής σε ασθενή, γυναίκα, 43 ετών, με βαρεία πνευμονική υπέρταση λόγω ΧΘΠΝ. Η ασθενής παρουσίασε δύσπνοια προοδευτικά επιδεινούμενη (στάδιο NYHA IV) και παρά την αγωγή με αντιπηκτικά και αναστολείς ασβεστίου επί τριετία, εξακολούθησε να επιδεινώνεται κλινικά. Στο ίδιο χρονικό διάστημα η πνευμονική της υπέρταση, εκτιμώμενη με καρδιακό καθετηριασμό, επιβρούνθηκε (πίεσεις πνευμονικής αρτηρίας από 80/30/45 mmHg σε 92/31/48 mmHg). Το υπερηχοκαρδιογράφημα έδειξε διατεταμένη και υπερτροφική δεξιά κοιλία με μειωμένη συσπαστικότητα. Το σπινθηρογράφημα αερισμού-αιμάτωσης των πνευμόνων έδειξε πολλαπλά αμφοτερόπλευρα ελλείματα. Η εκλεκτική αγγειογραφία της πνευμονικής έδειξε απόφραξη του κλάδου του μέσου λοβού της δεξιάς πνευμονικής αρτηρίας, καθώς και των κλάδων της γλωσσίδας και του κάτω λοβού της αριστερής πνευμονικής αρτηρίας. Η ασθενής υπεβλήθη σε θρομβοενδαρτηρεκτομή της πνευμονικής. Η επέμβαση έγινε με εφαρμογή εξώσωματικής κυκλοφορίας και ολικής κυκλοφορικής ανακοπής υπό βαθιά υποθερμία. Αφαιρέθηκαν πολυάριθμοι επιθηλιοποιημένοι θρόμβοι από τις κύριες πνευμονικές αρτηρίες, καθώς και από λοβιαίους και τμηματικούς κλάδους. Η ασθενής παρουσίασε ταχεία και πλήρη ανάρρωση μετεγχειρητικά. Έξι μήνες μετά την επέμβαση δεν παραπονείται για δύσπνοια, οι πιέσεις στην πνευμονική αρτηρία είναι 45/20/30 mmHg, η δεξιά κοιλία έχει φυσιολογικό μέγεθος και συσπαστικότητα και το σπινθηρογράφημα αερισμού-αιμάτωσης των πνευμόνων παρουσιάζει σημαντική βελτίωση.

Η πνευμονική θρομβοενδαρτηρεκτομή οδηγεί σε σημαντική βελτίωση των ασθενών με χρόνια θρομβοεμβολική πνευμονική υπέρταση και υποκαθιστά την μεταμόσχευση πνευμόνων, η οποία είναι η μόνη εναλλακτική λύση αυτών των ασθενών.

25

ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΗΠΙΑΣ ΘΕΣΙΑΣ ΑΠΟΡΡΙΨΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΔΙΑΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ

Αργυροπούλου Παρασκευή*, Θεοατόδης Ιωάννης, Κιομηής Ιωάννης, Σκορδαλάκη Άννα, Λαμπρού Σοφία, Πατάκας Δημήτριος, Σπύρου Παναγιώτης
Μονάδα Αναπνευστικής Ανάπνευσης, Α.Π.Θ.
Μονάδα Μεταμοσχεύσεων Καρδιοχειρουργικού Κέντρου Β. Ελλάδος, Γ.Ν.Γ. Παπανικολάου*

Εισαγωγή: Επεισόδια βαθμού 1Α, 1Β ή 2 οξείας απόρριψης του καρδιακού μοσχεύματος μετά ορθοτοπική μεταμόσχευση συνήθως σύμφωνα με την ISHLT δεν απαιτούν θεραπευτική αντιμετώπιση.

Σκοπός: της μελέτης μας είναι να παρακολουθήσουμε την εξέλιξη της ήπιας εντοπισμένης ή διάχυτης (1Α, 1Β) απόρριψης και της μέτριας εντοπισμένης (2) ανάλογα με το χρόνο εμφάνισης τους.

Μέθοδοι: Από το 1992 έως σήμερα 14 ασθενείς με ορθοτοπική μεταμόσχευση καρδιάς υποβλήθηκαν σε 101 ενδομυοκαρδιακές (ΕΜΒ) βιοψίες κατά το 1ο εξάμηνο (περίοδος Α) μετά τη μεταμόσχευση και σε 41 ΕΜΒ μετά το 2ο εξάμηνο βάσει πρωτοκόλλου (6-45 μηνες). Οι ασθενείς ελαμβάναν την κλασική τριπλή απορριπτική αγωγή.

Αποτελέσματα: Κατά την περίοδο Α 42 ΕΜΒ (41%) εμφάνισαν απόρριψη 1Α, 1Β και εξελίχθηκαν οι 15 σε 3Α (36%), βελτιώθηκαν οι 12 (29%) και εμειναν στασιμες οι υπολοίπες (36%). Επτά ΕΜΒ εμφάνισαν απόρριψη 2 και εξελίχθηκαν οι 3 σε 3Β (43%). Κατά την περίοδο Β 18 βιοψίες (43%) εμφάνισαν απόρριψη 1Α, 1Β και εξελίχθηκαν οι 4 σε 3Α (22%) ενώ λυθηκαν οι 10 (56%).

Το υψηλότερο ποσοστό βελτίωσης στην περίοδο Β εμφανίζει στατιστική σημαντικότητα (P<0,05) όταν συγκριθεί με το αντίστοιχο της περιόδου Α.

Μόνο 2 βιοψίες εμφάνισαν μέτρια απόρριψη (2) και δεν παρουσίασαν εξέλιξη.

Από το σύνολο των ασθενών ένας απεβίωσε από χρόνια απόρριψη ενώ κανείς δεν εμφάνισε σπυροκληρωτικές αλλοιώσεις.

Συμπερασματικά: διαπιστώσαμε ότι τα περισσότερα επεισόδια ήπιας απόρριψης που εξελίσσονται σε σοβαρότερο βαθμό εμφανίζονται κατά το πρώτο εξάμηνο μετά τη μεταμόσχευση και απαιτείται τότε συχνότερη παρακολούθηση με ΕΜΒ.

26

ΕΝΔΟΪΠΕΣΩΚΟΤΙΚΗ ΕΓΧΥΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΙΜΕΝΟΥΣΑΣ ΔΙΑΦΥΓΗΣ ΑΕΡΑ

Κ. Κοντραφούσης, Γ. Καλαβρουζιώτης, Α. Λουτσιδής, Ι. Μπελλένης, Ν. Ξεάρχος

Κλινική Χειρουργικής Θώρακος και Αγγείων, Π.Γ.Ν.Α. "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ", Αθήνα

Σκοπός: Η παρουσίαση μεθόδου, εναλλακτικής της χειρουργικής, για την αντιμετώπιση της επιμένουσας διαφυγής αέρα από τον πνεύμονα.

Υλικό: Την τελευταία διετία πέντε ασθενείς, με ηλικία 48-84 έτη, αντιμετώπισθηκαν με ενδοΪπεςωκοτική έγχυση αίματος λόγω επιμένουσας διαφυγής αέρα και πτωχών αναπνευστικών εφεδρειών. Το αίτιο της διαφυγής ήταν σε 4 ασθενείς αυτόματος πνευμοθώρακας και σε έναν σπυροειδής εκτομή περιφερικού αδενοκαρκινώματος.

Μέθοδος: Λήψη 80 κ.εκ. αίματος από τον ασθενή και έγχυση στην υπεσσωκοτική κοιλότητα, μέσω του υπάρχοντα ενδοθωρακικού σωλήνα. Εφαρμογή ήπιας αναρρόφησης (5 εκ. στήλης ύδατος) στο σύστημα και μεταβολή της θέσης του ασθενούς (πλαγία-πρηνής-ύπτια) ανά 15" για 4 ώρες. Στη συνέχεια διακοπή της αναρρόφησης και επανοποθέτηση του σωλήνα στην αρχική του θέση.

Αποτελέσματα: Σε 4 ασθενείς δεν διαπιστώθηκε διαφυγή αέρα από το σύστημα αναρρόφησης και ο σωλήνας αφαιρέθηκε μετά από 48 ώρες. Στον πέμπτο ασθενή η διαφυγή μειώθηκε σημαντικά, η μέθοδος επαναλήφθηκε μετά από 24 ώρες επιτυχώς, και ο σωλήνας αφαιρέθηκε μετά από 72 ώρες. Δεν παρατηρήθηκε υποτροπή της διαφυγής 30 ημέρες μετά.

Συμπέρασμα: Η ενδοΪπεςωκοτική έγχυση αίματος αποτελεί απλή, ασφαλή και αποτελεσματική μέθοδο, εναλλακτική της χειρουργικής για την αντιμετώπιση της επιμένουσας διαφυγής αέρα σε ασθενείς με πτωχές αναπνευστικές εφεδρείες.

27

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ ΜΕ ΔΙΗΘΗΣΗ ΤΡΟΠΙΔΑΣ

Μικρούλης Δημήτριος*, Αντύπας Γεώργιος
Χειρουργική Κλινική Θώρακος και Αγγείων Γ.Π.Ν.Α. ΜΕΤΑΣΑ- Πειραιάς

Η διήθηση της τρόπιδας (T4) από καρκίνο πνεύμονος αποτελεί σοβαρό δυσμενή προγνωστικό παράγοντα λόγω των τεχνικών δυσκολιών για την ριζική εξαίρεση και την πτωχή ανταπόκριση στην χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία.

Σκοπός της εργασίας είναι να αξιολογήσει τρεις χειρουργικές τεχνικές εξαίρεσης της διηθημένης τρόπιδας που εφαρμόστηκαν σε 31 ασθενείς το διάστημα 1983-1995.

1. Τοποθέτηση δικαλωτού σιλικονούχου μοσχεύματος σε 11 ασθενείς, με 18% διεγχειρητική θνητότητα, υψηλό ποσοστό επιπλοκών και μηδενική 5ετή επιβίωση.

2. Εκτομή τρόπιδας με δεξιά πνευμονεκτομή και τελικοτελική αναστόμωση αριστερού βρόγχου και τραχείας (sleeve πνευμονεκτομή) σε 9 ασθενείς, με 22% θνητότητα αλλά ικανοποιητική μακροχρόνια επιβίωση.

3. Δεξιά πνευμονεκτομή και χρήση υγιούς τμήματος του δεξιού στελεχιαίου βρόγχου για να καλυφθεί έλειμμα της τραχείας ή του αριστερού στελεχιαίου βρόγχου σε 11 ασθενείς (τροποποιημένη sleeve πνευμονεκτομή) με μηδενική θνητότητα και παρόμοια καλή μακροχρόνια επιβίωση όπως και στην προηγούμενη τεχνική.

Συμπερασματικά οι πρώτες εκτιμήσεις συνοψίζονται: α) Τα συνθετικά μοσχεύματα αν και εύκολα στη τοποθέτηση έχουν ψηλό ποσοστό επιπλοκών και καλό είναι να αποφεύγονται. β) Η sleeve πνευμονεκτομή είναι τεχνικά δύσκολη αλλά με ικανοποιητικά μακροχρόνια αποτελέσματα ενώ γ) η τροποποιημένη sleeve πνευμονεκτομή είναι τεχνικά εύκολη, με καλά μακροχρόνια αποτελέσματα αλλά απαιτεί μερική και όχι ολική διήθηση της τρόπιδας.

28

ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΑΚΟΠΗ ΣΤΗΝ ΑΜΕΣΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ: ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ
Ανθή Αναστασία*, Τζελέπης Γεώργιος, Καρακατσάνη Άννα, Αντζάκα Χριστίνα, Στρατήγη Πόλυ, Παλατιανός Γεώργιος, Μιχάλης Άλκης, Σ. Γερολάνας.
ΜΕΘ - Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο - Αθήνα

Καρδιακή ανακοπή που επισυμβαίνει στην άμεση μεταεγχειρητική περίοδο μετά από εγχείρηση ανοιχτής καρδιάς είναι κριτικής σημασίας στην εξέλιξη του ασθενούς.

Σκοπός της εργασίας αυτής ήταν ο καθορισμός της επίπτωσης καρδιακής ανακοπής κατά το πρώτο 24ωρο μετά από εγχείρηση ανοιχτής καρδιάς καθώς και ο προσδιορισμός των παραγόντων που προδιαθέτουν σε καρδιακή ανακοπή κατά το χρονικό αυτό διάστημα.

Υλικό και Μέθοδος: Η προοπτική αυτή μελέτη περιέλαβε όλους τους ασθενείς οι οποίοι, μετά από εγχείρηση ανοιχτής καρδιάς και ενώ είχαν ικανοποιητική καρδιακή λειτουργία, αιφνίδια παρουσίασαν καρδιακή ανακοπή που αντιμετώπιστηκε με καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση (ΚΑΑ).

Αποτελέσματα: Από τον 12/1993 έως τον 3/1995, 2140 ασθενείς υπεβλήθησαν σε εγχείρηση ανοιχτής καρδιάς στο Νοσοκομείο μας. Από αυτούς, 23 ασθενείς (1%) ηλικίας 65±9 ετών παρουσίασαν καρδιακή ανακοπή μέσα στις 24 πρώτες ώρες και ενώ νοσηλεύονταν στην ΜΕΘ. Οι χειρουργικές επεμβάσεις αφορούσαν: αορτοστεφανιαία παράκαμψη (17 ασθενείς), αντικατάσταση βαλβίδος (3 ασθενείς), αορτοστεφανιαία παράκαμψη και αντικατάσταση βαλβίδος (2 ασθενείς) και ανεύρυσμα αορτής (1 ασθενής). Το προεγχειρητικό κλάσμα εξωθώσεως ήταν 44±12% ενώ ο χρόνος εξωσωματικής κυκλοφορίας και σύγκλισης αορτής ήταν 127±70 και 72±42 min αντίστοιχα. Πριν από την ανακοπή είχαν έναν καρδιακό δείκτη της τάξεως του 223±0.5 l/min/m² και λάμβαναν 13±1 ινδρότρα. Αρρυθμίες που οδήγησαν σε καρδιακή ανακοπή αφορούσαν κοιλιακή ταχυκαρδία/μαρμαρυγή (10 ασθενείς) και βραδυαρρυθμία (9 ασθενείς). Οι αιτίες της ανακοπής περιλάμβαναν: διεγχειρητικό έμφραγμα του μυοκαρδίου (12 ασθενείς, 52%), επιπωματισμό (3 ασθενείς, 13%), ρήξη ή κεντρικής φλεβικής αναστόμωσης (1 ασθενής, 4%), απόφραξη του μοσχεύματος (2 ασθενείς, 9%), καμία εμφανής αιτία (5 ασθενείς, 21%).

Συμπεράσματα: Καρδιακή ανακοπή άμεσα μεταεγχειρητική σε αιμοδυναμικά σταθερούς ασθενείς είναι σπάνια (1% επίπτωση) και συνδέεται με αυξημένη πιθανότητα επιβίωσης μετά από επιτυχημένη ΚΑΑ. Ο πλέον συχνός προδιαθεσικός παράγοντας είναι διεγχειρητικό έμφραγμα του μυοκαρδίου.

29

Η ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ (1967 - 1992) ΚΑΙ Η ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ (1956 - 1991) ΑΠΟ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΙΑΣ.
Σωληναρίου Κωνσταντίν*, Σωληναρίου Ευάγγελος, Ζαχαριάδης Εμμανουήλ.
Σισμανόγλειο ΓΠΝΑ.

Στόχος της εργασίας είναι η διαπίστωση της συχνότητας και της διαχρονικής ροπής που παρουσιάζει η αρρώστια τα τελευταία 25 χρόνια.

Το υλικό της έρευνας αποτέλεσαν οι 154.659 πνευμονοφυματικοί με ενεργό φυματίωση στην περίοδο 1967 - 92. Από αυτούς 13.434 (11,52%) ήταν παιδιά και έφηβοι και 44.795 (29,35%) ήταν αρρώστοι της τρίτης ηλικίας. Στην 35ετία 1956-91 πέθαναν 24.441. Η μέθοδος της έρευνας συνίσταται στη μελέτη και αξιολόγηση των στοιχείων που είναι δημοσιευμένα στα τεύχη του ΥΓΠ και της ΕΣΥΕ. Αποτελέσματα: Διαπιστώθηκε ελάττωση του αριθμού των αρρώστων από 11.158 το 1962 σε 2.069 το 1992. Ο μέσος μεγαλύτερος αριθμός αρρώστων ανά 5ετία κατά ηλικιακές ομάδες, είναι στους με ενήλικες οι ομάδες 60-69, 70-79, στα δε παιδιά και εφήβους οι ομάδες 5-9 και 15-19 ετών, και στις 4 πενταετίες (1967-86), ενώ παρατηρείται συνεχής μείωση του αριθμού των αρρώστων. Αντίθετα, στην 5ετία (1987-91) έχουμε εντυπωσιακή αύξηση στις ομάδες 1-4 (35%), 5-9 (45%), και 10-14 (41%). Ο μέσος ειδικός δείκτης νοσηρότητας ανά πενταετία σημειώνει ελάττωση στα 10 γεωγραφικά διαμερίσματα και στις πέντε δετίες. Ο μεγαλύτερος δείκτης διαπιστώνεται στη Θράκη, Μακεδονία, Πελοπόννησο και ο μικρότερος στην Κρήτη. Ο απόλυτος αριθμός των θανάτων υποχώρησε από 1.513 το 1956 σε 186 το 1991. Ο ειδικός δείκτης θνησιμότητας υποχώρησε από 18,8 το 1956 στο 1,8 το 1991. Ο μεγαλύτερος μέσος αριθμός θανάτων ανά 5ετία και στις επτά δετίες, προέρχεται από τις ομάδες 60-69, 70-79, και 50-59 ετών, ενώ στις ομάδες ανηλικών τείνει να μηδενισθεί. Ο αριθμός των θανάτων στις αστικές περιοχές είναι μεγαλύτερος από εκείνον των αγροτικών. Συμπεράσματα: Η πνευμονική φυματίωση στη χώρα μας παρουσιάζει συνεχή υποχώρηση με βάση τα στατιστικά δεδομένα, αλλά η αύξηση του μέσου αριθμού των αρρώστων σε ορισμένες ηλικιακές ομάδες αποκαλύπτει την έκταση του προβλήματος.

31

ΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΗ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

Κοζυράκη Μαρία*, Παπαδοπούλη Ευαγγελία, Μπάστα Μαρία, Σαμίου Μαρία, Τζανάκης Νίκος, Μπαδύρος Δημοσθένης, και Σαφάκας Νικόλαος.
Πνευμονολογική Κλινική Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο Κρήτης

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να εκτιμηθεί η ενημέρωση του γενικού πληθυσμού της Κρήτης σχετικά με τη φυματίωση.

Υλικό-Μέθοδος: Ερωτηματολόγιο 22 ερωτήσεων, που αφορούσαν τις γνώσεις και την κοινωνική αντιμετώπιση της φυματίωσης, διανεμήθηκε σε τυχαίο δείγμα 1000 ατόμων από το γενικό πληθυσμό της Κρήτης. Από την έρευνα αποκλείστηκαν άτομα σχετικά με τα επαγγέλματα υγείας. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε και επιστράφηκε από 718 άτομα (71,8%), από τα οποία τα 332 (46,4%) ήταν άνδρες και τα 383 (53,6%) γυναίκες μέσης ηλικίας 44±14,78 και 39±13,44 αντίστοιχα. Τα 484 (69%) προέρχονταν από αστικά κέντρα και τα 217 (31%) από αγροτικές περιοχές. Η στατιστική ανάλυση έγινε με τη δοκιμασία χ^2 .
Αποτελέσματα: Το 75% των ερωτηθέντων γνώριζε ότι η φυματίωση προσβάλλει κυρίως τους πνεύμονες. Το 81% απάντησε ότι η φυματίωση θεραπεύεται πλήρως σήμερα, όμως διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα σε άτομα διαφορετικής ηλικίας ($P < 0,001$), με τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας να απαντούν σωστά σε μεγαλύτερο ποσοστό. Το 75,8% γνώριζε ότι υπάρχει εμβόλιο για τη φυματίωση. Αντίθετα, μόνο το 6,5% γνώριζε ότι η φυματίωση σήμερα αυξάνει, με τα άτομα ανώτερου μορφωτικού επιπέδου να παρουσιάζουν το μεγαλύτερο ποσοστό ($P = 0,0003$). Το 75% του γενικού πληθυσμού θα ανακοίνωνε σε συγγενείς και φίλους ότι πάσχει από φυματίωση, όμως διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα σε αστικό και αγροτικό πληθυσμό ($P = 0,008$). Μόνο το 11% θα απομακρυνόταν από το σύντροφό του αν ο τελευταίος νοσούσε. Το 18% των ατόμων ηλικίας κάτω των 25 ετών θα εμπόδιζε συγγενικό του πρόσωπο να παντρευτεί άτομο με φυματίωση, το ποσοστό αυτό ήταν μεγαλύτερο και διέφερε στατιστικά σημαντικά στις μεγαλύτερες ηλικίες ($P = 0,0001$). Τέλος, το 73% παραδέχτηκε ότι δεν έχει επαρκείς γνώσεις για τη φυματίωση και το 95,5% του πληθυσμού επιθυμούσε να ενημερωθεί εκτενέστερα.

Συμπεράσματα: Η έρευνα έδειξε ότι ένα σχετικά μεγάλο ποσοστό του γενικού πληθυσμού της Κρήτης διαθέτει τις βασικές γνώσεις γύρω από τη φυματίωση, όμως ένα πολύ μικρότερο ποσοστό ήταν ενήμερο για την αύξηση που παρουσιάζει σήμερα. Αξιοσημείωτη είναι η ελλιπής γνώση των νεότερων ατόμων σε σχέση με τις μεγαλύτερες ηλικίες. Από τη μελέτη είναι εμφανές ότι οι καλύτερες προκαταλήψεις για τη φυματίωση («αγτικό») έχουν υποχωρήσει, κυρίως στα αστικά κέντρα και στις νεότερες ηλικίες και ότι ο γενικός πληθυσμός επιθυμεί πληρέστερη ενημέρωση για τη φυματίωση.

30

Η ΦΥΜΑΤΙΝΟΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΜΑΝΤΟΥΣ ΣΤΟΥΣ ΤΡΟΦΙΜΟΥΣ ΤΩΝ ΦΥΛΑΚΩΝ ΤΗΣ ΑΛΙΚΑΡΑΞΕΣΟΥ ΚΡΗΤΗΣ.

Μπαχλιτζανάκης Νικόλαος*, Μπιμπιάκης Ιωάννης, Κουμνιάτης Σεβαστή, Καμνιάδα Μερσίνη, Μετζεδόπουλος Σπύρος, Μαθιουδάκης Γεώργιος.
Πνευμονολογική Κλινική Βενιζελείου Γεν. Νοσοκομείου Ηρακλείου.

Με σκοπό την εκτίμηση του Δείκτη Διαμόλυνσης TBC σε ειδικές ομάδες πληθυσμού της Κρήτης ελέγχσαμε με Μαντούς 5U - PPD Merieux 149 φυλακισμένους άνδρες ηλικίας 21 - 69 ετών (μέση ηλικία 37,07 έτη) και αναγνώσαμε 148 (108 Έλληνες και 40 αλλοδαπούς). Θετικές ($\Delta \geq 10$) ήταν 56,75%, αμφίβολες ($10 > \Delta \geq 5$) 8,1% και αρνητικές ($\Delta < 5$) 33,78%.

Μέση διάμετρος 10,49 mm (Ελλήνων 9,75 mm και αλλοδαπών 12,5 mm) σαφώς μεγαλύτερη των αλλοδαπών κατά πλειοψηφία τριτοκοσμικής προέλευσης, όπως επίσης και οι θετικές των αλλοδαπών (77,5%) με στατιστικώς πλέον σημαντική διαφορά ($\chi^2 = 9,59$, $p < 0,01$) σε σχέση με θετικές των Ελλήνων (49%). Η κατά δεκαετίες κατανομή των θετικών (21 - 30 = 51,9%, 31 - 40 = 58,9%, 41 - 50 = 62%, 51 - 60 = 62,5%, 61 - 70 = 50%) δεν δείχνει σημαντικές διαφορές ενώ εντυπωσιάζει το ήδη υψηλό ποσοστό διαμόλυνσης (51,9%) από την τρίτη δεκαετία της ζωής, που υποδηλώνει μεγάλη έκθεση σε κινδύνους πριν και κυρίως κατά τη διάρκεια της εγκύωσης σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Στις μεγαλύτερες ηλικίες δεν διαφέρει ο δείκτης διαμόλυνσης (~ 60%) από του αντίστοιχου γενικού πληθυσμού. Εντύπωση προκαλεί και ο μεγαλύτερος (όχι όμως στατιστικά) δείκτης διαμόλυνσης των προερχόμενων από την ύπαιθρο (58,13%) σε σχέση με την πόλη (53%) και η ανάλογη διαφορά στη μέση διάμετρο 12,12 mm και 8,62 mm αντίστοιχα.

Η κατά διάμετρο κατανομή συχνότητας είναι αυτή των επικρατούσων μορφολογιών (TBC) αντιδράσεων με επικρατούσες συχνότητες των 0 mm και 14 - 15 mm και με ικανοποιητικά κωδονοειδή κατανομή.

Συμπεραίνουμε ότι οι φυλακισμένοι αποτελούν ομάδα σχετικά αυξημένου κινδύνου για φυματιώση ιδιαίτερα στις νεαρότερες ηλικίες. Πρέπει να γίνει ευρύτερη εκτίμηση για προληπτικό έλεγχο σ' αυτή την ομάδα.

32

ΕΣΕΙΟ ΕΙΔΙΚΟΥ ΜΗΧΑΝΟΡΓΑΝΩΜΕΝΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΚΑΙ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΙΒΛΕΨΗ ΤΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ

Κωστόπουλος Χρήστος*, Βογιατζάκης Ευάγγελος, Γιατρομανωλάκης Νέαρκος, Παπαφράγκας Ευάγγελος, Βοντετσάνος Θεόδωρος, Τουμπής Μιχάλης, Πολύζος Νικόλαος, Κουρέα-Κρεμαστίνου Τζένη, Μαρίνης Ευάγγελος.

Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Μυκοβακτηριδίων και Τομέας Δημοσίας Υγείας Ε.Σ.Δ.Υ. Αθήνα.

Τα προγράμματα επιβλεψής της φυματίωσης, εντασσόμενα στις συνολικές δραστηριότητες πρόληψης, έχουν αποκτήσει υψηλή προτεραιότητα στις χώρες της Ευρώπης και την Π.Ο.Υ τα τελευταία χρόνια, διότι διάφοροι παράγοντες (AIDS, φτώχεια, μετανάστευση κλπ.) έχουν συντελέσει στην διατήρηση και επαύξηση του προβλήματος.

Σκοπός του προτεινόμενου προγράμματος είναι η σχεδίαση σε ερευνητικό επίπεδο ενός μηχανοργανωμένου συστήματος συλλογής και επεξεργασίας πληροφοριών για την επιδημιολογική επιβλεψη της φυματίωσης. Η ανάπτυξη του προγράμματος αυτού μπορεί να αποτελέσει τον πυρήνα για την καθιέρωση σε εθνικό επίπεδο, συστήματος παρακολούθησης που θα περιέχει τρία στοιχεία: 1) Την συλλογή και αξιολόγηση πληροφοριών για την φυματίωση και τις τάσεις εξέλιξης της νόσου 2) Την αξιολόγηση των προγραμμάτων ελέγχου 3) Την συνεχή χρησιμοποίηση των πληροφοριών που προέρχονται απ' τα προηγούμενα για τον σχεδιασμό αναθεωρήσεων, τροποποιήσεων και προσαρμογών των προγραμμάτων ελέγχου. Το σύστημα που προτείνεται λειτουργεί σε 3 επίπεδα: 1) Περιφέρεια (Κέντρο Υγείας, Αντιφυματικό Ιατρείο). 2) Περιφέρεια (Νομαρχιακό - Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο) - 3) Κέντρο (Υπουργείο Υγείας - Μονάδα έρευνας φυματίωσης) με αμφίδρομη επικοινωνία μεταξύ τους. Στο πρόγραμμα εισάγονται λεπτομερή στοιχεία που περιέχουν όλο το φάσμα πληροφοριών για τον ασθενή και την νόσο του. Η ανάλυση των στοιχείων αυτών θα οδηγήσει σε πληροφορίες καθοριστικής σημασίας για τα προγράμματα και τις παρεμβάσεις προς έλεγχο της νόσου. Στο σημείο αυτό η μελέτη μας περιλαμβάνει δυνατότητα καταγραφής πολλών παραμέτρων των απαραίτητων επιδημιολογικών δεικτών που, για παράδειγμα, καλύπτουν την επίπτωση, τις μεθόδους ανίχνευσης νέων περιπτώσεων, τ' αποτελέσματα της φυματινοαντιδραστικής και του εμβολιασμού, τον έλεγχο των επαφών, την θεραπευτική αγωγή, την υποτροπή και τις αιτίες της, την σχέση με την HIV λοίμωξη, την θνησιμότητα κατά ηλικία και φύλο κλπ.

33

ΜΕΣΟΘΗΛΙΩΜΑ ΑΠΟ ΜΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ΑΜΙΑΝΤΟΥ ΣΤΟ ΜΕΤΣΟΒΟ ΠΡΟΣ ΤΟ ΤΕΛΟΣ ΜΙΑΣ ΕΠΙΔΗΜΙΑΣ

Σακελλαρίου Καλλιρόη, Μαλάμου-Μήτση Βασιλική*, Χαρίτου Αγγελική, Κουμαντιού Χριστίνα, Σταρούλη Κάμμεν, Δημολιάνης Ιωάννης^ε, Κωνσταντόπουλος Σταύρος*

Πνευμονολογική Κλινική, *Παθολογοανατομικό Εργαστήριο και ^εΕργαστήριο Υγιεινής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα 451 10

Οι κάτοικοι του Μετσόβου έχουν εκτεθεί από πολύ μικρή ηλικία σε αμίαντο από χρήση υλικού που χρησιμοποιείται για άσπρισμα εσωτερικών χώρων (τρεμολίτης, "λούτο" στην τοπική διάλεκτο). Συνέπεια της έκθεσης ήταν η ενδημική εμφάνιση υπεζωκοτικών αποτιτανώσεων (47% ενηλίκων) και κακοήθους μεσοθηλιώματος (αποτιτανώσεων) (47% ενηλίκων) και κακοήθους μεσοθηλιώματος στην περιοχή Μετσόβου (χωριά: Μέτσοβο, Μπλιά, Ανήλιο, Βοτονόσι) ήταν σχεδόν 300 φορές μεγαλύτερη από την αναμενόμενη σε πληθυσμούς μη εκτεθειμένους σε αμίαντο (7 περιπτώσεις σε 5 χρόνια σε 4000-5000 κατοίκους).

Η παρούσα εργασία αποτελεί συνέχεια της προηγούμενης. Φαίνεται ότι από τότε η επίπτωση μεσοθηλιώματος έχει μειωθεί ουσιαστικά. Μεταξύ 1985-1994 διεγνώσαμε 6 μεσοθηλιώματα (επίπτωση 1,36 περιπτώσεις ανά 10.000 άτομα/έτη) ενώ μεταξύ 1980-84 είχαν διαγνωσθεί 8 περιπτώσεις (επίπτωση 3,74 περιπτώσεις/10.000 άτομα/έτη).

Αν και λόγω μικρού αριθμού περιστατικών, η διαφορά στην επίπτωση δεν έφθασε σε στατιστικά σημαντικές τιμές (θα είχε φθάσει με μια περισσότερη περίπτωση την πρώτη περίοδο) σημειώσαμε ότι τώρα η επίπτωση ήταν 2,78 φορές μικρότερη από τότε. Αν είχε παραμείνει η ίδια θα είχαμε 17 περιπτώσεις κακοήθους μεσοθηλιώματος αντί των 6 που είχαμε.

Η μείωση αυτή ακολουθεί την μείωση στη χρήση του αμιαντούχου υλικού άσπρισματος ("λούτο") το οποίο χρησιμοποιείται από όλους σχεδόν τους Μετσοβίτες ως το 1940-1950 αλλά μόνο 18% του πληθυσμού το 1980. Αν υπολογίσουμε μια "περίοδο ετώασης" 30-40 χρόνια για το μεσοθηλιώμα, ελπίζουμε ότι η επιδημία αυτή θα σβήσει γύρω στο 2020-2030 αφού το υλικό δεν χρησιμοποιείται από το 1985.

34

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΕ ΕΡΓΑΤΕΣ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΞΥΛΑΝΘΡΑΚΩΝ

Καλλέργης^ε, Κωνσταντίνος, Τζανόκης Νικόλαος, Σαρίου Μαρία, Πατούρακης Γεώργιος, Μπούρος Δημοσθένης και Σιαφάκας Μ. Νικόλαος.

^εΠνευμονολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Ρεθύμνης, Πνευμονολογική Κλινική Πανεπιστημίου Κρήτης.

Εισαγωγή: Η παραγωγή ξυλανθράκων σε ανοικτά καμίνια, είναι μία παραδοσιακή εργασία, που υπάρχει ακόμα σε ορισμένες περιοχές της χώρας μας. Κατά την διάρκεια του «καμίνιατος» του καμινιού κάτω από ελεγχόμενες συνθήκες, οι ασχολούμενοι σε αυτό εκτίθενται σε αυξημένες συγκεντρώσεις των προϊόντων της ατελούς καύσης των ξύλων.

Σκοπός της έρευνας αυτής ήταν να μελετηθούν οι επιπτώσεις του καπνού στο αναπνευστικό σύστημα και στην πνευμονική λειτουργία των εργατών παραγωγής ξυλανθράκων.

Υλικό-Μέθοδος. Μελετήθηκαν 22 εργάτες σε καμίνια ηλικίας 4,18±15,5, 34 πρώην εργάτες ηλικίας 59,56±14,9 και 35 υγιή άτομα ηλικίας 46,23±20,2 σαν ομάδα ελέγχου. Σε όλα τα άτομα ελήφθη πλήρης ιατρική και επαγγελματική ιστορική, ενώ διενεργήθηκε αντικειμενική εξέταση και συμπληρώθηκε ειδικό ερωτηματολόγιο. Σε όλα τα άτομα έγινε σπιρομέτρηση (Flowmate Jeager). Ειδικώς οι εργάτες υποβλήθηκαν σε σπιρομέτρηση και ροομέτρηση επί δεκαήμερο σε περίοδο έκθεσης και σε περίοδο μη έκθεσης.

Αποτέλεσμα: Ο μέσος όρος έκθεσης για τους νυν εργάτες ήταν 14,32±9,94 έτη και για τους πρώην εργάτες 20,8±16,7 έτη. Βρέθηκε στατιστικά σημαντική η διαφορά (μείωση) των μέσων τιμών της PEF των εργατών (p<0,05), της FVC (p<0,01), της FEV₁ (p<0,0001), της FEV₁/FVC (p<0,01) και της PEF25-75 (p<0,004) προ και κατά την έκθεση. Το 54,5% των εργατών εμφάνισαν βίχα και 86,4% εμφάνισαν δύσπνοια κατά την έκθεση ενώ πριν την έκθεση το ποσοστό ήταν 34,8% (p<0,05) και 50% (p<0,05) αντίστοιχα. Οι σπιρομετρικοί δείκτες FVC, FEV₁ στους πρώην εργάτες, διέφεραν στατιστικά σημαντικά από τα άτομα ελέγχου (p<0,05), πράγμα που εν μέρει μπορεί να οφείλεται στην διαφορά ηλικίας.

Συμπέρασμα: Η έκθεση στον καπνό από την ατελή καύση των ξύλων για την παραγωγή ξυλανθράκων, προκαλεί βραχυχρόνιες επιπτώσεις στους εργάτες, με αύξηση της συμπτωματολογίας από το αναπνευστικό και διαταραχές στους σπιρομετρικούς δείκτες. Παρατηρήθηκαν επίσης μακροχρόνιες επιπτώσεις στην αναπνευστική λειτουργία πρώην εργατών, για τις οποίες χρειάζονται περαιτέρω μελέτη για να εξαχθούν ακριβή συμπεράσματα.

35

Η ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΞΗΡΩΝ ΦΥΛΛΩΝ ΚΑΠΝΟΥ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ ΡΙΝΙΤΙΔΑ;

Σιχλιεπίδης Λάζαρος*, Δασκαλοπούλου Ευφημία, Χλωρός Διαμαντής, Κυριαζής Γεώργιος, Τσιότσος Ιωάννης, Κανταροπούλου Μαργαρίτα, Βάμβαλης Χρήστος.

Εργαστήριο Έρευνας παθήσεων από το περιβάλλον, Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου», Εξοχή, Θεσσαλονίκη.

Πολλοί εργαζόμενοι σε καπνεργοστάσια παρουσιάζουν συμπτωματολογία από τη μύτη. Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να διερευνηθεί αν τα ξηρά φύλλα καπνού εμπλέκονται στην πρόκληση αλλεργικής ρινιτίδας. Μελετήθηκαν 1117 εργαζόμενοι σε καπνεργοστάσια, 241 άνδρες και 876 γυναίκες, ηλικίας 26-57 χρόνων. Αρχικά για όλα τα άτομα συμπληρώθηκε ερωτηματολόγιο, σχετικά με την πρόκληση συμπτωματολογίας από τη μύτη κατά το χρόνο της εργασίας τους στα καπνεργοστάσια. Η συκέντρωση της σκόνης στα καπνεργοστάσια μετρήθηκε με συσκευή Casella London 13040/1 με παροχή αέρα 1,9 l/min. Βρέθηκαν τιμές κυμαινόμενες από 90,6 σε 109,9 mg/m³. Από τα 282 άτομα (25,25%), που ανέφεραν ρινική συμπτωματολογία, μόνον οι 76 αποδέχθηκαν περαιτέρω έλεγχο που περιλάμβανε: πρόσθια ρινομανομέτρηση (Rhinotest MP500), προσδιορισμό της ολικής IgE, των ειδικών IgE και IgG, καθώς επίσης ειδικές δοκιμασίες ρινικής πρόκλησης και δερματικής δοκιμασίας με αντιδραστήρια που παρασκευάστηκαν από την Allergopharma (Joachim Ganzer KG-Germany) από φύλλα καπνού που στάλθηκαν από μας. Από τους 76 εξετασθέντες οι 53 είχαν θετική δοκιμασία ρινικής πρόκλησης στον καπνό, οι 6 θετικά δερματικά tests και αυξημένη ολική IgE και 4 θετικά ειδικά IgE (κλάση I). Ορολογικές εξετάσεις και δοκιμασίες ρινικής πρόκλησης με εισπνοή του παραπάνω αντιδραστηρίου έγιναν επίσης σε 35 μέρτυρες (άτομα, εργαζόμενα χωρίς συμπτωματολογία από τη μύτη). Τρία άτομα απάντησαν θετικά στη ρινική δοκιμασία πρόκλησης. Συμπεραίνεται ότι η συμπτωματολογία από τη μύτη στους εργαζόμενους αποδίδεται μάλλον στον απευθείας ερεθισμό του ρινικού βλεννογόνου από τις υψηλές συγκεντρώσεις της σκόνης του καπνού στον τόπο εργασίας και όχι σε τύπου I αλλεργική απάντηση.

36

ΠΟΙΟΙ ΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΑ.

Πρεκατάς Αθανάσιος, Νικολάου Χαρά*, Νανάς Σεραφεύμ, Πιταρίδης Μαρίνος, Ζακυνθίνος Επαμεινώνδας, Πλατισούκα Ελένη, Αργυροπούλου Αθηνά, Πανιάρα Όλγα, Ρούσσος Χαραλάμπος, ΜΕΟ Νοσοκομείου Ευαγγελισμού, Αθήνα

Η πνευμονία, η οποία αποκτάται στον αναπνευστήρα (ΠΑΑ), είναι μία από τις πιο συνήθεις αιτίες λοίμωξης, η οποία απαντά στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Ο σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να αναγνωρίσουμε ποιοί είναι οι παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι προδιαθέτουν στην ανάπτυξη της ΠΑΑ σε διασωληνωμένους και μηχανικά αερίζομενους ασθενείς. Μελετήθηκαν προδρομικώς 94 διασωληνωμένοι μετεγχειρητικοί ή με πολλαπλό τραύμα ασθενείς, από το Σεπτέμβριο του 1994 έως το Σεπτέμβριο του 1995. Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών ήταν 51 +/- 17 έτη, και το APACHE II σκόρ ήταν 15,5 +/- 6. Θεωρήσαμε ότι ένας ασθενής είχε ΠΑΑ αν εκτός από τα κλασικά κλινικά κριτήρια, ενεφάνιζε στα δείγματα τα λαμβανόμενα από την Βρογχοκυψελιδική Εκπλυση (ΒΚΕ) ή από την προστατευόμενη Βούρτσα (ΠΒ) ένα τουλάχιστο μικροοργανισμό σε συγκέντρωση >10⁵ αποικίες ανά ml ή >10³ αντιτοίχως. 22 ασθενείς (23,4%) ανέπτυξαν ΠΑΑ. Στατιστικώς σημαντική διαφορά για την ανάπτυξη της ΠΑΑ βρέθηκε στους ακόλουθους προδιαθεσικούς παράγοντες: στο χαλαρό θώρακα (flail chest; p<0,001), στη χορήγηση μυοχαλαρωτικών φαρμάκων (p<0,001), στον πνευμοθώρακα (p<0,01), στην κλιμακία Γλασκώβης < 8 (p<0,05), στο ARDS (p<0,05), στην πολλαπλή ανεπάρκεια οργάνων (p<0,05), και στην συντεταγμένη κλιμακία βλάβης (Abbreviated Injury Scale; AIS) του θώρακα όταν ήταν > 4 (p<0,05). Μετα από πολυπαραγοντική ανάλυση βρήκαμε μόνο δυο παράγοντες από τους είκοσι ένα να έχουν ανεξάρτητη σύνδεση με την ανάπτυξη της ΠΑΑ. Αυτοί ήταν ο χαλαρός πνεύμων (Γ: 5,06, p<0,001), και η χορήγηση των μυοχαλαρωτικών φαρμάκων (Γ: 4,2, p=0,001). Τα αποτελεσμάτά μας δείχνουν ότι μόνο δύο ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου προδιαθέτουν στην ανάπτυξη της ΠΑΑ και αυτοί είναι α) ο χαλαρός πνεύμων και β) η χορήγηση των μυοχαλαρωτικών φαρμάκων.

37

ΟΡΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΛΑΡΥΓΓΙΤΙΔΑΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ.

Εμποριάδου Μαρία*, Αλεξίου Στυλιανή, Παπαδοπούλου Ειρήνη, Τεντζιδίου Κυριακή, Τσιλιγγίρη Μαρία, Παλιούδης Αλέξανδρος, Δ' Παιδιατρική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης (Α.Π.Θ.) και Εργαστήριο Μικροβιολογίας Ιατρικού Τμήματος Α.Π.Θ.

Η οξεία λαρυγγίτιδα ή λαρυγγοτραχειοβρογχίτιδα αποτελεί τη συχνότερη μορφή group στα βρέφη και παιδιά. Οφείλεται στα τρία τέταρτα των περιπτώσεων στον ιό της παραϊνφλουέντζας τύπου 1.

Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να καθορισθεί η αιτιολογία και η συχνότητα της ιογενούς λοίμωξης κατά την "επιδημία" οξείας λαρυγγίτιδας τη χειμερινή περίοδο 1994-95, στην πόλη της Θεσσαλονίκης.

Το υλικό μας αποτέλεσαν 48 άρρωστοι ηλικίας 2 μηνών-8 χρόνων (μέση ηλικία 2+4,7) που νοσηλεύθηκαν στην Κλινική μας για βαριά μορφή οξείας λαρυγγίτιδας (group score ≥ 7) την χειμερινή περίοδο 1994-95. Λήφθηκαν δύο δείγματα ορού στο οξύ στάδιο της νόσου και στην ανάρρωση και αναζητήθηκαν αντι σώματα για αναπνευστικούς ιούς και μυκόπλασμα με τη μέθοδο σύνδεσης του συμπληρώματος.

Σε 28 παιδιά (58,3%) βρέθηκε η αιτιολογία της οξείας λαρυγγίτιδας. Στα 27 (56,2%) απ' αυτά τα παιδιά η λοίμωξη ήταν ιογενής. Ο συχνότερος υπεύθυνος ιός ήταν ο αδενοϊός για το 27% (10/27) των παιδιών και ακολουθούν ο ιός της παραϊνφλουέντζας 1 και 2 για το 25,9% και 18,9% των παιδιών αντίστοιχα, του αναπνευστικού συγκυτίου (RSV) 11% και κυτταρομεγαλοϊός (CMV) 7,4%. Μόνο σε ένα παιδί, 2% (1/48) βρέθηκε το μυκόπλασμα της πνευμονίας σαν υπεύθυνο αίτιο λοίμωξης. Η συχνότητα της λοίμωξης από αδενοϊό ήταν μεγαλύτερη στη βρεφική ηλικία.

Συμπεραίνεται ότι ο συχνότερος ιογενής παράγοντας στην "επιδημία" αυτή της οξείας λαρυγγίτιδας ήταν ο αδενοϊός, σε αντίθεση με τα γνωστά διεθνώς βιβλιογραφικά δεδομένα που θεωρούν τον ιό της παραϊνφλουέντζας 1 το κατ'εξοχήν συχνότερο αίτιο της οξείας λαρυγγίτιδας ή ιογενούς group.

39

ΕΙΝΑΙ Η ΠΥΡΑΖΙΝΑΜΙΔΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙ ΤΟ ΤΡΙΤΟ ΦΑΡΜΑΚΟ ΕΚΛΟΓΗΣ ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΣΕΩΣ;

Νικόπουλος Κωνσταντίνος*, Κουμπανίου Χριστίνα, Παπής Σπύρος, Κωνσταντόπουλος Σταύρος
Πνευμονολογική Κλινική Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα 451 10

Ο πρώτος στόχος μιας αντιφυματικής αγωγής είναι "να θεραπεύσει τον ασθενή με την ελάχιστη παρέμβαση στην καθημερινή του ζωή στο συντομότερο δυνατό διάστημα" (S.L.Chan in P.D.O. Davies "Clinical tuberculosis", 1994). Η αντικατάσταση της εδαμβουτόλης με την πυραζιναμίδη (PZA) έκανε δυνατή την βράχυση της θεραπείας στους 6 μήνες. Αυτό συνδέει παρά την ελαφρά πιαστοζικότητα και ασυμπτωματική υπερουριχαιμία. Έτσι ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και η Διεθνής Ένωση εναντίον της Φυματώσεως συνιστούν θεραπεία με δύο μήνες ισοαζιδίου (H), ριφαμικίνης (R), πυραζιναμίδης (Z) και 4 ακόμα μήνες HR (2 HRP/4 HR). Την αγωγή αυτή χρησιμοποιούμε από ετών, αλλά επειδή παρατηρήσαμε συχνά υπερουριχαιμία αποφασίσαμε να μελετήσουμε μισοτικά τις παρενέργειες της πυραζιναμίδης. Από τον Απρίλιο έως τον Οκτώβριο 1995, 16 ασθενείς με φυματίωση έλαβαν 2HRZ/4 HR. Ήσαν 14 άνδρες και 2 γυναίκες, ηλικίας 24-85 (μέση ηλικία 56,3). Κανένας ασθενής δεν είχε νεφρική ανεπάρκεια. Η δόση της πυραζιναμίδης ήταν 25-35mg/kg/ημέρα.

Παρενέργειες 1) Σε δύο ασθενείς η πυραζιναμίδη διεκόπη λόγω δερματικό εξανθήματος, ημερησίως και μυαλγίας, 2) Επίπεδα ουρικού οξέως πριν την χορήγηση ήταν 4-8,5mg/dl (φυσιολογική τιμή 3,5-7mg/dl). Μετά την χορήγηση αυξήθηκαν σε 7,6-17,00mg/dl δέκα μέρες μετά την θεραπεία και υποχώρησαν με την χορήγηση αλλοπουρινόλης όπως χρειάστηκε. Μόνο σε έναν ασθενή (ουρικό οξύ στο 9,00 σε 17,0) διεκόπη η πυραζιναμίδη. Κανένας ασθενής δεν ανέπτυξε κλινικά εμφανή κρίση ουρικής αρθρίτιδας, 3) Δεν παρατηρήσαμε πιαστοζικότητα.

Συμπέρασμα Η ανάπτυξη υπερουριχαιμίας σε όλους τους ασθενείς, μας κάνει να διερωτώμεθα εάν η πυραζιναμίδη είναι το τρίτο φάρμακο εκλογής για την αρχική φάση της αντιφυματικής αγωγής. Είναι σαφές ότι δεν προκαλεί κρίση ουρικής αρθρίτιδας, όμως η ανάγκη προσεκτικής παρακολούθησης του ουρικού οξέως και ακόμη περισσότερο η ανάγκη θεραπείας της υπερουριχαιμίας (κυρίως για να αποφευχθεί νεφρική ανεπάρκεια) προσθέτει κόστος και ανθρώπινη εργασία σε μια θεραπεία που πρέπει να είναι κατά το δυνατόν απλούστερη για να εξασφαλίσει τη συμμόρφωση του ασθενούς.

38

ΚΑΤΑ ΦΑΛΑΓΓΕΣ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΩΝ ΜΕΤΑΒΟΛΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΜΥΚΟΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗΣ ΜΟΛΥΝΣΕΩΣ (ΔΜΜ)

Ζαρόκωστα Βικτωρία*, Ευαγγελοπούλου Ευσταθ, Ροτζιώκος Γιάν Μπάργλας Κ, Παντερμαράκη Ελ, Παπά Αικ. Μαθιουδάκης Γεώργιος Πνευμονολογική Κλινική Γεν. Περ. Νοσοκομείου Πειραιώς

Σκοπός της εργασίας ήταν η ανάλυση των μεταβολών του ΔΜΜ στην περιφέρεια υγειονομικής ευθύνης του Νοσοκομείου μας. **Υλικό-Μέθοδος:** Εξετάσαμε 16189 μαθητές όλων των τάξεων των Δημοτικών Σχολείων της περιοχής μας, κατά την επταετία 88-95. Τα παιδιά χωρίς προηγούμενο BCG εμβολιασμό (n= 11633) καταμετρήθηκαν κατά φάλαγγες ηλικιών, ανάλογα με το έτος γεννήσεώς τους και υποβλήθηκαν σε δερματική δοκιμασία (Μαντουχ) με 0.1 ml καθαρής φυματίνης του προτύπου διαλύματος RT23. **Αποτελέσματα:** Οι ΔΜΜ (ποσοστό θετικών εκβάσεων επί τοις χιλίοις) καταχωρούνται στον πίνακα. Στην ταυτοχρονική ανάλυση (κάθετη επισκόπηση) των δεδομένων μας,

	1η	2α	3η	4η	5η	6η
φάλαγγα 1				1.78	2.02	3.5
φάλαγγα 2			.661	1.56	4.00	4.07
φάλαγγα 3		4.13	3.53	3.43	3.22	1.73
φάλαγγα 4	5.31	7.4	6.06	2.85	3.18	1.94
φάλαγγα 5	4.99	7.69	6.23	5.77	5.38	4.03
φάλαγγα 6	2.31	4.03	3.68	3.04	2.92	2.31
φάλαγγα 7	1.84	3.30	2.88	3.67		

διαπιστώσαμε χαμηλές τάσεις ετήσιας μεταβολής του ΔΜΜ. Αντίθετα, στην διαχρονική ανάλυση (οριζόντια επισκόπηση) διαπιστώσαμε σημαντική (p=0.01) από χρόνο σε χρόνο βελτίωση των ΔΜΜ. Τα παιδιά της 1ης τάξεως μεταγενεστέρων φάλαγγων εμφανίζουν προοδευτική βελτίωση του ΔΜΜ, γεγονός που βεβαιώνει τον περιορισμό των ενδοοικογενειακών μολύνσεων. Μεγαλύτερος ετήσιος σχετικός κίνδυνος μολύνσεως εντοπίστηκε κατά τη διαδρομή στη 2α και 3η τάξη. **Συμπερασματικά** παρά τη μείωση των ενδοοικογενειακών ευκαιριών μολύνσεως, οι ΔΜΜ δεν μεταβάλλονται ικανοποιητικά στην περιφέρειά μας.

40

ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΕΙΣ ΤΗΣ ΔΕΡΜΟΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ ΜΑΝΤΟΥΧ ΜΕΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ ΜΕ BCG

Σπυριδής Π., Αναστασίου Α., Πατερική Ε., Σοφιανός Δ., Μαθιουδάκης Ι., Σινανιώτης Κ.

Β' Παιδ. Κλιν. Παίδιου Αθηνών, Ελλ. Ινστ. "Παστέρ", Κ.Υ. Βελεστίου, ΠΙΚΠΑ Μεταμόρφωσης

Η επιβραδυνόμενη υπερευαισθησία προς τη φυματίνη η οποία αποκτάται μετά εμβολιασμό με BCG, διαφέρει σε διάφορους πληθυσμούς και εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Αυτός είναι ο λόγος που οι οδηγίες για την εκτίμηση του μεγέθους της Μαντουχ και η συσχέτιση με τον εμβολιασμό, νόσο ή μόλυνση, διαφέρουν κάθε φορά. Σκοπός της μελέτης ήταν να δειχθεί ότι ο εμβολιασμός με BCG αποδυναμώνει την αξία της δερμοαντιδράσεως Μαντουχ για τη διερεύνηση ύποπτης φυματώδους μόλυνσης. Σε παιδιά μιας αστικής και μιας ημιστικής περιοχής, ηλικίας μεγαλύτερης των 6 ετών, διενεργήσαμε φυματινοαντίδραση με φυματίνη 5180Α, 1 και 2 χρόνια μετά τον εμβολιασμό με BCG. Στην αστική περιοχή το μέγεθος της Μαντουχ κυμάνθηκε από 4-30 χιλ. (Μ.Τ. 14 χιλ.) για τον πρώτο χρόνο και από 4-40 χιλ. (Μ.Τ. 14 χιλ.) για το δεύτερο χρόνο, ενώ στην ημιστική περιοχή οι τιμές ήταν 4-22 χιλ. (Μ.Τ. 5 χιλ.) και 4-20 χιλ. (Μ.Τ. 6 χιλ.), αντίστοιχα. Το αποτέλεσμα στις δύο περιοχές διέφερε στατιστικά (P < 0.001). Το μέγεθος της ουλής του εμβολίου δεν διέφερε, στις δύο περιοχές (4 χιλ. και 5 χιλ., αντίστοιχα). Θεωρούμε ότι, ανεξάρτητα από την αιτία, οι διαφορές του μεγέθους της δερμοαντιδράσεως σε δύο όμοιους σχετικά πληθυσμούς, όπου χρησιμοποιήθηκε κοινό εμβόλιο και φυματίνη, στην ίδια χρονική περίοδο, επιβεβαιώνει την αρχική μας υπόθεση. Συζητούνται τα πιθανά αίτια που είναι υπεύθυνα για τις διαφορές αυτές καθώς και οι "παρενέργειες" αυτών των διαφορών.

41

ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΚΑΙ ΟΜΟΙΟΤΗΤΕΣ ΜΕ ΝΕΑΡΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ.

Πολίτης Γεώργιος, Ζαμπής Γεώργιος, Χρυσώτης Χρήστος*, Παστάκα Βιβή, Αντωναροπούλου Αθηνά, Χατζηγιαννάκη Παναγιώτα, Πετράκης Κωνσταντίνος.

6η Πνευμονολογική Κλινική - ΝΝΘΑ - Αθήνα.

Η φυματίωση αποτελεί πρόβλημα στις υποανάπτυκτες, αναπτυσσόμενες και ανεπτυγμένες χώρες με αύξηση της επίπτωσης σε νεαρότερους ασθενείς. Εξίσου όμως σπουδαία είναι και η επιμένουσα ηξημένη επίπτωση της νόσου σε ασθενείς πάνω από 65 ετών.

Στην παρούσα εργασία μας εξετάσαμε 94 ασθενείς με φυματίωση πνευμόνων που νοσηλεύθηκαν στην κλινική μας.

Εξ αυτών 44 ασθενείς με μέση ηλικία $72 \pm 3,97$ (64-95) και 50 ασθενείς με μέση ηλικία $37 \pm 2,47$ (15-65). Σε όλους τους ασθενείς της μελέτης μας διεγνώσθη φυματίωση (πτύελα, γαστρικό υγρό, βρογχικό έκπλυμα, βιοψία και νεκροτομικό υλικό).

Συζητούνται τα κλινικά, τα ακτινολογικά, τα εργαστηριακά προβλήματα, η καθυστέρηση στη διάγνωση, διαφορές και ομοιότητες των δύο ομάδων.

Συμπερασματικά η καθυστέρηση της διάγνωσης σε ηλικιωμένους ασθενείς πιθανόν να οφείλεται στο χαμηλό δείκτη υποψίας των γιατρών απέναντι στην πνευμονική φυματίωση και προτείνουμε την άμεση διερεύνηση υπόπτων σκιάσεων δεδομένου ότι η φυματίωση είναι συχνή και πιο σοβαρή αυτής των νεαρότερων.

43

ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ ΜΕ ΙΝΟΒΡΟΓΧΟΣΚΟΠΗΣΗ

Πολίτης Γεώργιος, Ζαμπής Γεώργιος, Χρυσώτης Χρήστος*, Παστάκα Βιβή, Αντωναροπούλου Αθηνά, Χατζηγιαννάκη Παναγιώτα, Πετράκης Κωνσταντίνος.

6η Πνευμονολογική Κλινική - ΝΝΘΑ - Αθήνα.

Πολλοί συγγραφείς αναφέρουν ότι η βρογχοσκόπηση είναι χρήσιμη δια την διάγνωση της φυματίωσης ιδιαίτερος σε ασθενείς όπου το άμεσο παρασκεύασμα είναι αρνητικό.

Εξετάσαμε 47 ασθενείς με πνευμονική φυματίωση οι οποίοι νοσηλεύθηκαν στην κλινική μας τη διετία 1989-1991. Εξ αυτών 16 είχαν πτύελα θετικά στο άμεσο παρασκεύασμα και 14 ευρέθησαν με καλλιέργεια θετική. Οι υπόλοιποι 17 ασθενείς με αρνητικά πτύελα διεγνώσθησαν με βρογχοσκόπηση. Οι 14 ασθενείς εκ των 47 με άμεσο παρασκεύασμα αρνητικό και καλλιέργεια θετική εξετάσθησαν με βρογχοσκόπηση και η διάγνωση ετέθη σε 5 εξ αυτών. Έτσι, η αρχική διάγνωση της πνευμονικής φυματίωσης με πτύελα ετέθη σε 25 ασθενείς και με βρογχοσκόπηση σε 22 ασθενείς.

Η μέση διάρκεια μεταξύ της λήψης των δειγμάτων και της έναρξης της αγωγής ήταν 9 ημέρες για το άμεσο παρασκεύασμα, 67 ημέρες για την καλλιέργεια, 11 ημέρες για την εξέταση των δειγμάτων από την βρογχοσκόπηση, 70 ημέρες για την καλλιέργεια εκ της βρογχοσκόπησης και 14 ημέρες για την βιοψία.

Συμπερασματικά η βρογχοσκόπηση είναι χρήσιμο εργαλείο για τη διάγνωση της φυματίωσης σε ασθενείς με άμεσο παρασκεύασμα αρνητικό και ειδικότερα για την πρώιμη διάγνωση των ασθενών με άμεσο αρνητικό και καλλιέργεια θετική.

42

ΣΥΧΕΤΙΣΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΟΛΥΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ.

Πολίτης Γεώργιος, Ζαμπής Γεώργιος, Χρυσώτης Χρήστος*, Παστάκα Βιβή, Αντωναροπούλου Αθηνά, Χατζηγιαννάκη Παναγιώτα, Πετράκης Κωνσταντίνος.

6η Πνευμονολογική Κλινική - ΝΝΘΑ - Αθήνα.

Παρ' όλη την πείρα και την πρόοδο στα νέα αντιφυματικά φάρμακα που αποκτήθηκε τα τελευταία χρόνια, η πολυανθεκτική φυματίωση εξακολουθεί να αποτελεί τεράστιο πρόβλημα για το γιατρό, τον άρρωστο και την κοινότητα.

Η χρήση των νέων φαρμάκων δίνει ενθαρρυντικά κλινικά αποτελέσματα όμως το πρόβλημα της πολυανθεκτικής φυματίωσης θα πρέπει να απασχολεί μόνο τους πνευμονολόγους με εμπειρία στην αντιμετώπισή τους.

Στην παρούσα εργασία μας συμπεριελάβαμε το σύνολο των ανθεκτικών μυκοβακτηριδίων των νοσηλευθέντων στην κλινική μας με πνευμονική φυματίωση για 10 χρόνια και συσχέτισαμε την ανθεκτικότητα με τον τόπο νοσήσεως, την ηλικία, τις γραμματικές γνώσεις, το επάγγελμα των ασθενών καθώς και την καθυστέρηση στη διάγνωση αυτών.

Συζητούνται τα αποτελέσματα των ως άνω συσχετισμών και αναλύονται διεξοδικά και προτείνονται τρόποι προλήψεως της μεταδοτικότητας των ανθεκτικών μορφών φυματίωσης.

44

ΛΟΙΜΩΣΕΙΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΤΟ ΓΗΡΑΣ ΚΑΙΝΙΚΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Πολίτης Γεώργιος, Ζαμπής Γεώργιος, Χρυσώτης Χρήστος*, Παστάκα Βιβή, Αντωναροπούλου Αθηνά, Χατζηγιαννάκη Παναγιώτα, Πετράκης Κωνσταντίνος.

6η Πνευμονολογική Κλινική - ΝΝΘΑ - Αθήνα.

Οι λοιμώξεις αποτελούν μια από τις πιο συχνές αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας σε ηλικιωμένα άτομα και τείνουν να είναι πιο συχνές και πιο σοβαρές από αυτές των νεαρότερων ασθενών.

Οι πιο συνήθεις εντοπίσεις των λοιμώξεων αφορούν το αναπνευστικό σύστημα.

Στην παρούσα εργασία μας εξετάσαμε 67 ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στην Κλινική μας. Η μέση ηλικία τους ήταν $71 \pm 4,35$ (61-94). Οι ασθενείς της μελέτης μας έπασχαν από λοίμωξη του αναπνευστικού και επιβεβαιώθηκαν ή με ακτινογραφία θώρακος ή βακτηριολογικά ή και τα δύο.

Συζητούνται η αιτιολογική προσέγγιση και τα προβλήματα αυτής, η κλινική και εργαστηριακή διερεύνηση και προβλήματα κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Συμπερασματικά προτείνουμε άμεση έναρξη της θεραπευτικής αγωγής εμπειρικά δεδομένου ότι οι λοιμώξεις στο γήρας είναι και πιο συχνές και πιο σοβαρές αυτές των νεαρότερων ασθενών.

45

ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΣ ΑΠΟΙΚΙΣΜΟΣ ΜΕ ΨΕΥΔΟΜΟΝΑΔΑ, ΚΑΤΟΠΙΝ ΟΞΥΓΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ, ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΑΡΟΥΣΥΝΗ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑΣ.

Τσαλεπατιώτης Ευάγγελος^α, Γκαλάς Θεόδωρος^{α,β}, Λεμονή Μαρία^α, Μαντζάνα Παρρακευή^α.

Β' Παθολογική Κλινική^α και Μικροβιολογικό Εργαστήριο^β Γ.Ν.Ν. Τρικάλων.

Σκοπός της εργασίας είναι να επισημάνει ότι οι υγραντήρες των αναπνευστικών συσκευών είναι δυνατόν να ευθύνονται για τον αποικισμό του αναπνευστικού με ψευδομονάδα.

Υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 3 ασθενείς, 2 άνδρες και 1 γυναίκα, ηλικίας 55, 66 και 84 ετών αντίστοιχα, που νοσηλεύθηκαν στην Κλινική, σε διάστημα ενός τριμήνου, λόγω παροξίνησης χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας επί εδάφους λοιμώξεως ανωτέρου αναπνευστικού. Κοινό χαρακτηριστικό και των 3 ασθενών ήταν ότι μετά το τρίτο 24-ωρο νοσηλείας παρουσίασαν επιδείνωση της αναπνευστικής λειτουργίας, κλινικώς και εργαστηριακώς, καθώς και άφθονη πυώδη απόχρεμψη, ενώ στις καλλιέργειες πτυέλων αναπτύχθηκε *Pseudomonas aeruginosa*. Όλοι οι ασθενείς ευρίσκονταν υπό οξυγονοθεραπεία με ρινικό σωλήνα, από της εισαγωγής τους στο Νοσοκομείο. Ετσι δημιουργήθηκε η υποψία ότι πιθανή πηγή του αποικισμού ήταν ίσως οι υγραντήρες των συσκευών χορηγήσεως οξυγόνου. Πράγματι ελήφθησαν τυχαίως δείγματα περιεχομένου 10 υγραντήρων από όλες τις Κλινικές του Νοσοκομείου και 3 από αυτά (ποσοστό 30 %) ευρέθησαν θετικά για ψευδομονάδα (από ένα δείγμα στην Β' Παθολογική, Ουρολογική και Παιδιατρική Κλινική).

Επειδή στο Νοσοκομείο δεν υπάρχει σταθερή εγκατάσταση χορηγήσεως οξυγόνου ανά κλίνη ασθενούς και μοιραία κάθε συσκευή αναδιανέμεται σε όλες τις κλινικές, ανάλογα με τις ανάγκες, δημιουργείται αυξημένος κίνδυνος διασποράς ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων.

Συμπέρασμα: Η πιθανότητα ιατρογενούς αποικισμού του αναπνευστικού συστήματος ασθενών που κατ' εξοχήν χρήζουν οξυγονοθεραπείας, και μάλιστα από ψευδομονάδα, εφιστά την προσοχή της επιτροπής ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων για την τήρηση σχολαστικής αποστείρωσης των υγραντήρων των συσκευών χορηγήσεως οξυγόνου.

47

ΓΝΩΣΕΙΣ ΝΕΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ
Κρομμύδας Γ.*, Αρσενίου Α., Γουργουλιάνης Κ.
Ιατρικό Τμήμα Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Λάρισα

Σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση της καπνιστικής συνήθειας και των γνώσεων νέων ενηλίκων σχετικά με το κάπνισμα.

Υλικό και Μέθοδος. Σε 500 σπουδαστές στρατιωτικής σχολής διανεμήθηκαν ισάριθμα ερωτηματολόγια για να εκτιμηθούν ο επιπολασμός του καπνίσματος και το επίπεδο των γνώσεων των σπουδαστών σχετικά με τις επιπτώσεις του στην υγεία. Συλλέχθηκαν 258 ερωτηματολόγια και βρέθηκαν τα ποσοστά σωστών απαντήσεων κατά ερώτηση και θεματική ομάδα ερωτήσεων.

Αποτέλεσμα. Καπνιστές ήταν το 26% των ερωτηθέντων και από αυτούς το 42,25% είχε προσπαθήσει ανεπιτυχώς να διακόψει το κάπνισμα. Το σύνολο σχεδόν των σπουδαστών (92%) γνώριζε ότι δεν υπάρχει ακόμη αποτελεσματική μέθοδος διακοπής του καπνίσματος και ότι το κάπνισμα και ο καρκίνος τους πνεύμονος σχετίζονται στατιστικά σημαντικά. Αντίθετα λιγότεροι σπουδαστές (63,9%) γνώριζαν ότι η χρόνια βρογχίτιδα αποδίδεται σχεδόν αποκλειστικά στο κάπνισμα. Στατιστικά σημαντικές διαφορές στις σωστές απαντήσεις μεταξύ καπνιστών και μη καπνιστών ($p < 0.05$) παρατηρήθηκαν στις ερωτήσεις που αφορούσαν στη σχέση χρόνιας βρογχίτιδας και καπνίσματος, τον προσυμπτωματικό έλεγχο των νοσημάτων που προκαλούνται από το κάπνισμα και τα χρόνια καπνίσματος που απαιτούνται για να αναπτυχθεί καρκίνος πνεύμονος.

Συμπέρασμα. Η συχνότητα του καπνίσματος σε νέους ενηλίκους δε φαίνεται να είναι ιδιαίτερα μεγάλη. Η γνώση ότι το κάπνισμα προκαλεί καρκίνο του πνεύμονος έχει εδραιωθεί στους νέους ενώ δε φαίνεται να συμβαίνει το ίδιο για τη σχέση χρόνιας βρογχίτιδας και καπνίσματος.

46

ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ

Παπαδοπούλη Ευαγγελία^α, Κοζυράκη Μαρία, Μπούρος Δημοσθένης, Τζανακής Νίκος, Σιαφάκας Νίκος.

Πνευμονολογική Κλινική Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο Κρήτης

Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν να εκτιμηθούν οι καπνιστικές συνήθειες των φοιτητών της Ιατρικής σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης, να συγκριθούν με αυτές των φοιτητών άλλων πανεπιστημίων και με τα δεδομένα του γενικού πληθυσμού της Κρήτης.

Υλικό-Μέθοδος: Ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από 32 ερωτήσεις, που αφορούσαν καπνιστικές συνήθειες, μοιράστηκε σε 270 φοιτητές, 262 φοιτητές, που αποτελούν δείγμα μεγαλύτερο του 50% του συνόλου των φοιτητών της Ιατρικής Κρήτης, συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο.

Αποτελέσματα: Το ποσοστό των καπνιστών φοιτητών ήταν 30% και από αυτούς το 57% ήταν άνδρες. Πρώην καπνιστές ήταν το 12%. Τα αποτελέσματα ανά ήταν από τα υψηλότερα που αναφέρονται σε άλλες ιατρικές σχολές (3-33% σε 14 ευρωπαϊκές χώρες). Χαμηλό ποσοστό (30%) φοιτητών καπνίζουν σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (47%). Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι από τους καπνιστές το 23,4% φοιτούν στο 6^ο έτος και από αυτούς το 55,6% ήταν φοιτητρίτσες. Ο μέσος όρος καταναλωθέντων τσιγάρων την ημέρα ήταν 16±12 (±SD), ενώ ο μέσος όρος ηλικίας έναρξης του καπνίσματος ήταν τα 18±2 χρόνια, χωρίς σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων. Αρνητική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ της ηλικίας έναρξης του καπνίσματος και της βαρύτητας αυτού ($P=0.0009$, $r=0.373$). Όλοι οι φοιτητές συμφώνησαν ότι το κάπνισμα είναι βλαβερό για την υγεία τόσο των καπνιστών, όσο και των παθητικών καπνιστών. Ωστόσο από τους καπνιστές μόνο το 28% πίστευε ότι το κάπνισμα αποτελεί αντικοινωνική συμπεριφορά. Η αντίφαση αυτή τονίζεται αν λάβουμε υπόψη ότι το 45% των καπνιστών ενοχλούνταν από τον καπνό των άλλων. Τέλος, το 69% των καπνιστών θα επιθυμούσαν να διακόψουν το κάπνισμα, ενώ το 62,7% το έχουν ήδη επιχειρήσει τουλάχιστον μία φορά.

Συμπέρασμα: Η μελέτη έδειξε ότι το ποσοστό των καπνιστών φοιτητών στην Ελλάδα είναι σημαντικά μεγαλύτερο από αυτό των περισσότερων ιατρικών σχολών του εξωτερικού. Οι προσπάθειες μείωσης του καπνίσματος θα πρέπει να ενταθούν, λόγω της μελλοντικής επίδρασης της συνήθειας αυτής των νέων ιατρών στο κοινωνικό σύνολο, όπου λειτουργούν ως πρότυπα.

48

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΤΕΩΣ ΚΑΠΝΙΣΤΩΝ
Κλεώπας Ι.*, Γουργουλιάνης Κ., Σταματάκη Ειρήνη,
Γεωργόπουλος Δ.-Σ., Τσακρακλίδης Β.
Διαγνωστικό και Θεραπευτικό Κέντρο Αθηνών - «Υγεία»

Σκοπός της εργασίας ήταν η διερεύνηση των χαρακτηριστικών του τέως καπνιστού.

Υλικό και μέθοδος. Μελετήθηκαν οι απαντήσεις 760 ατόμων σε έντυπο ερωτηματολόγιο στα πλαίσια έρευνας απόψεων για τις δυσκολίες και τις συνέπειες εφαρμογής αντικαπνιστικού προγράμματος σε μεγάλο νοσηλευτικό ίδρυμα των Αθηνών. Απάντησαν 250 μη καπνιστές, 226 τέως καπνιστές και 284 καπνιστές. Όλοι ήταν ασθενείς, επισκέπτες, εργαζόμενοι, ιατρικό ή παραϊατρικό προσωπικό.

Αποτέλεσμα. Η έρευνα έδειξε ότι, 1) το ποσοστό των τέως καπνιστών ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο ($p < 0.05$) από ότι των καπνιστών (17% έναντι 6%) στην ηλικία των 60-69 ετών. 2) το επίπεδο γνώσεως των επιπτώσεων του καπνίσματος στην υγεία στους τέως καπνιστές ήταν σημαντικά υψηλότερο ($p < 0.01$) απ' ότι στους καπνιστές (74% έναντι 54%). 3) παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά ($p < 0.001$) μεταξύ των τέως καπνιστών και των καπνιστών στην κατανάλωση καπνού λιγότερο από 100 τσιγάρα συνολικά (51% έναντι 25%) και στην κατανάλωση καπνού περισσότερο από 40 τσιγάρα ημερησίως (12% έναντι 7%) και 4) οι τέως καπνιστές εμφάνισαν σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ασθενών από ότι οι καπνιστές (38% έναντι 26%) ($p < 0.01$). Με βάση την αρνητική ή θετική απάντηση στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου «θα επιθυμούσα να μη κάπνιζε κανείς στο νοσοκομείο» και «η εφαρμογή του αντικαπνιστικού προγράμματος είναι δύσκολη», υπολογίζεται ότι, από την ομάδα των πρώην καπνιστών, ποσοστό 22%, ήταν αποφασισμένοι να απαλλαγούν οριστικά από το κάπνισμα, ενώ ποσοστό 29% ήταν περισσότερο επιρρεπείς στην επαναφορά του καπνίσματος.

Συμπέρασμα: Ενισχυτικοί παράγοντες της διακοπής του καπνίσματος είναι η ηλικία μεταξύ 60 και 69 ετών, η προηγουμένη πολύ μικρή κατανάλωση καπνού (λιγότερο από 100 τσιγάρα συνολικά), ή η πολύ μεγάλη κατανάλωση καπνού (περισσότερο από 40 τσιγάρα ημερησίως) σε συνδυασμό με τη γνώση των δυσμενών συνεπειών του καπνίσματος και την ύπαρξη προβλημάτων υγείας.

49

ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Μπόφος Δημήτριος, Τουρκοχωριτή Γεωργία*, Μπατσάκης Χρήστος, Πανουτσόπουλος Γεώργιος
Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών

Σκοπός Μελέτης: Η σημασία των καρκινικών δεικτών: CEA, AFP, Ca₁₂₅, Ca₁₅₋₃, Ca₁₉₋₉, SCC, NSE στη διάγνωση του πνευμον. καρκίνου.

Υλικό-Μέθοδος: Προσδιορίστηκαν οι τιμές των καρκινικών δεικτών στο πλάσμα 76 πάσχοντων από πρωτοπαθή πνευμονικό καρκίνο (ομάδα 1) και 78 ασθενών, που έπασαν από καλοήγη πνευμονικά νοσήματα (ομάδα 2). Την ομάδα 1 αποτελούσαν 61 άνδρες (Μ.Ο. ηλικίας 65,3 έτη) και 15 γυναίκες (Μ.Ο. ηλικίας 67,1 έτη). Την ομάδα 2 αποτελούσαν 46 άνδρες (Μ.Ο. ηλικίας 76,1 έτη) και 32 γυναίκες (Μ.Ο. ηλικίας 62,5 έτη).

Αποτελέσματα: Οι τιμές των καρκινικών δεικτών στους ασθενείς των δύο ομάδων με φυσιολογικές (ΦΤ) και παθολογικές τιμές (ΠΤ) και οι αντίστοιχες % αναλογίες φαίνονται στον παρακάτω πίνακα:

Π Ι Ν Α Κ Α Σ

	ΟΜΑΔΑ 1		ΟΜΑΔΑ 2	
	ΦΤ	ΠΤ	ΦΤ	ΠΤ
CEA	51 (67,1%)	25 (32,9%)	68 (87,2%)	10 (12,8%)
AFP	68 (89,5%)	8 (10,5%)	72 (92,3%)	6 (7,7%)
Ca ₁₂₅	36 (47,4%)	40 (52,6%)	43 (55,1%)	35 (44,9%)
Ca ₁₅₋₃	42 (55,3%)	34 (44,7%)	42 (53,8%)	36 (46,2%)
Ca ₁₉₋₉	58 (76,3%)	18 (23,7%)	63 (80,8%)	15 (19,2%)
SCC	57 (75,0%)	19 (25,0%)	68 (87,2%)	10 (12,8%)
NSE	55 (72,4%)	21 (27,6%)	61 (78,2%)	17 (21,8%)

Από τον πίνακα φαίνεται ότι όλοι οι εξετασθέντες καρκινικοί δείκτες εμφανίζουν χαμηλά ποσοστά ευαισθησίας από 10,5% (AFP) έως 52,6% (Ca₁₂₅) στους πάσχοντες από πνευμονικό καρκίνο. Αντίθετα, οι δείκτες εμφανίζουν παθολογικές τιμές σε πάσχοντες από καλοήγη πνευμονικά νοσήματα από 7,7% (AFP) έως 46,2% (Ca₁₅₋₃).

Συμπέρασμα: Κανένας από τους εξετασθέντες δείκτες ΔΕΝ είναι χρήσιμος στη διάγνωση του πνευμονικού καρκίνου.

51

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΡΚΙΝΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΣΤΟΝ ΟΡΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ. (Πρόδρομη ανακοίνωση).

Χατζάκης Κων/νος*, Μπούρος Δημοσθένης, Τζανάκης Νίκος, Φρουδαράκης Μάριος, Σαμίου Μαρία, Δαμιλάκης Ιωάννης, Καρκαβίτσας Νικόλαος*, Σιαφάκας Νικόλαος.
Πνευμονολογική Κλινική Πανεπιστημίου Κρήτης, ¹Πυρηνική Ιατρική Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο Κρήτης.

Ο ρόλος των καρκινικών δεικτών (ΚΔ) δεν έχει διευκρινιστεί επαρκώς στην διάγνωση και πρόγνωση ασθενών με καρκίνο του πνεύμονος.

Σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση του ρόλου των ΚΔ, CYFRA 21-1, NSE, TPA, CEA, aFP, Ca 125 στην διαφορική διάγνωση των διαφόρων τύπων καρκίνου πνεύμονος.

Υλικό και Μέθοδος: Μελετήθηκαν 55 ασθενείς, καπνιστές, μέσης ηλικίας 65,5 ± 10,2 ετών με διαγνωσμένο καρκίνο πνεύμονος, εκ των οποίων 46 με μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονος (ΜΜΚΠ) [30 με πλακώδεις (ΠΚΠ)] και 9 με μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονος (ΜΚΠ).

Τα αποτελέσματα φαίνονται στον πίνακα ως μέσες τιμές ± ΣΕ

ΟΜΑΔΑ	CYFRA	NSE	TPA	CEA	aFP	Ca 125
I. ΜΚΠ (n)	3,6±0,9 (9)	28,5±7 (9)	117,5±37 (9)	7,4±3,2 (7)	3,1±0,5 (7)	72,2±39 (5)
II. ΜΜΚΠ (n)	11,3±3 (45)	13,2±1,9 (27)	136,6±32 (27)	16,7±5,3 (37)	3,6±0,2 (36)	64,5±15,1 (32)
III. ΠΚΠ (n)	13,7±4,5 (29)	11,2±2,8 (11)	98,6±17,7 (11)	16,2±7,5 (25)	3,6±0,3 (24)	46,2±9,6 (23)
p I vs II:	0,056*	0,02	NS*	NS	NS	NS
p I vs III:	0,03	0,01	NS	NS	NS	NS

*NS:Μή στατιστικά σημαντικό

Συμπεράσματα: Τα πρόδρομα αποτελέσματα της μελέτης αυτής δείχνουν ότι οι ΚΔ, NSE και CYFRA διαφέρουν στις τρεις μελετηθείσες κατηγορίες καρκίνου πνεύμονος και μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην διαφορική διάγνωση τους.

50

ΔΙΔΡΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ-ΒΙΟΧΗΜΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ

Δημάδη Μαρία*, Σαμαρά Ιωάννα, Γεωργακόπουλος Παναγιώτης, Βόσσος Ανδρέας, Κάντζα Χριστίνα, Παπαδάκης Εμμανουήλ.

1η Πν. Κλινική-Βιοχημικό Εργαστήριο ΝΝΘΑ

Η πλευριτική συλλογή επί Ca πιθανόν να είναι διδρωματική.

Σκοπός: Η μελέτη και η κατάταξη των πλευριτικών συλλογών σε διδρωμάτα η εξιδρώματα επί βρογχογενούς καρκίνου (Ca) και ο υπολογισμός της εκατοστιαίας αναλογίας των διδρωμάτων στις πλευριτικές συλλογές σε περιστατικά Ca.

Ασθενείς-Μέθοδοι: Προσδιορίστηκαν χολερυθρίνη, λευκωμα, λευκοματίνη, γαλακτική δεϋδρογενάση (LDH), χοληστερίνη, αδενοσινδεαμινάση και λυσοζύμη στο πλευριτικό υγρό και το αίμα 150 ασθενών που νοσηλεύθηκαν στο ΝΝΘΑ το έτος 1994. Για τους προσδιορισμούς χρησιμοποιήσαμε τις τρέχουσες βιοχημικές μεθόδους.

Αποτελέσματα: 47 περιστατικά ήταν καρκίνοι και σε οκτώ από αυτά η πλευριτική συλλογή απεδείχθη διδρωματική χωρίς να συνυπάρχει καρδιακή ανεπάρκεια. Όταν όμως εκτιμήθηκαν και οι υπόλοιποι δείκτες (LDH, χοληστερίνη, λευκοματίνη) το συμπέρασμα ήταν ότι μόνο σε πέντε περιπτώσεις θα μπορούσαμε να μιλήσουμε για διδρωμα.

Συμπέρασμα: Η αναλογία των διδρωμάτων στις πλευριτίδες επί Ca πνεύμονος είναι μικρή όταν λαμβάνονται υπ' όψη όλοι οι βιοχημικοί δείκτες αλλά υπαρκτή, πράγμα που σημαίνει ότι με αυτό το κριτήριο (παρουσία πλευριτικής συλλογής επί Ca) δεν πρέπει a priori να θεωρείται το Ca ανεγχείρητο.

52

Η ΠΡΟΣΘΗΚΗ ΘΕΟΦΥΛΛΙΝΗΣ ΣΤΗΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ

Ζαρογουλίδης Κωνσταντίνος, Ζαχαρούλης Στέργιος, Ζιώγας Ευθύμιος, Φωτίου Ανδρέας*, Στεργίου Βασιλική, Βάμβαλης Χρήστος.

Πνευμονολογική Κλινική Α.Π.Θ., 570 10 Εξοχή, Θεσσαλονίκη.
*Catherine Griffiths Cancer Research Laboratory, Westminster Hospital, London, England

Εισαγωγή: Είναι γνωστό ότι οι μεθυλξανθίνες παρουσιάζουν συνέργεια με αντινεοπλασματικούς παράγοντες στην πρόκληση βλαβών του DNA. Σε in vitro μελέτες στο εργαστήριο μας παρατηρήσαμε συνέργεια της θεοφυλλίνης με αντινεοπλασματικά φάρμακα σε καλλιέργειες κυττάρων από μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονος (ΜΚΠ) (ανέκδοτα στοιχεία).

Σκοπός: Η διερεύνηση της πιθανής θεραπευτικής συνέργειας της θεοφυλλίνης με την χημειοθεραπεία σε ασθενείς με ΜΚΠ.

Μέθοδος: Προσθέσαμε με τυχαίο τρόπο στο χημειοθεραπευτικό σχήμα 37 ασθενών με ΜΚΠ (22 με περιορισμένη νόσο) θεοφυλλίνη σε δόση 7.5 mg/kg βάρους ημερησίως, με τη μορφή δισκίων βραδείας αποδεσμεύσεως (Cholelyl SA, Parke & Davis). Η ομάδα αυτή συγκρίθηκε με ομάδα 40 ασθενών με ΜΚΠ (27 με περιορισμένη νόσο) οι οποίοι έλαβαν μόνο χημειοθεραπεία (ίδιο σχήμα).

Αποτελέσματα: Οι δύο ομάδες παρουσίασαν παρόμοια συνολικά ποσοστά απαντήσεως στην θεραπεία (97% και 90%, αντίστοιχα). Ωστόσο το ποσοστό πλήρους υφέσεως ήταν σημαντικά μεγαλύτερο στην ομάδα της θεοφυλλίνης (19/37 έναντι 11/40, p<0.05). Η αιματολογική τοξικότητα ήταν μεγαλύτερη στην ομάδα της θεοφυλλίνης, γεγονός που ενισχύει την υπόθεση της ανεργείας. Η διάμεση επιβίωση ήταν συγκρίσιμη στις δυο ομάδες (5 ασθενείς της ομάδας της θεοφυλλίνης επίζουν ακόμη).

Συμπέρασμα: Η συγχρόνηση της θεοφυλλίνης με χημειοθεραπεία φαίνεται να έχει ευεργετικά αποτελέσματα στο ΜΚΠ.

53

ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΞΙΑ ΚΑΡΚΙΝΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΒΡΟΓΧΟΣΚΟΠΗΣΗ

Χαρίτου Αγγελική¹, Κολής Γεώργιος, Λοκιάς Σωτήριος, Σεφεριάδης Κωνσταντίνος, Κωνσταντίνουλος Σταύρος
 Ιατρική και Φυσικομαθηματική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα 451 10

Η θέση των καρκινικών δεικτών (ΚΔ) στην "πρώιμη" διάγνωση του βρογχογενούς καρκίνου (Βρ. Ca) είναι ακόμα υπό αμφισβήτηση παρά την εκτεταμένη ερευνητική δραστηριότητα στο πεδίο αυτό. Για να μελετήσουμε το ρόλο τους στη βελτίωση της διαγνωστικής αξίας της βρογχοσκόπησης, εξετάσαμε ορούς όλων των ασθενών που υπέστησαν ινοσκοπική βρογχοσκόπηση από τον Ιανουάριο έως το Οκτώβριο 1995 στην Κλινική μας, για καρκινικούς δείκτες (SCC squamous cell carcinoma immunofluorescence, CEA - carcinoembryonic antigen immunofluorescence, TPS tissue polypeptide specific antigen ELISA και NSE - neuron specific enolase RIA).

Αποτελέσματα: 1) οι τιμές όλων των ΚΔ ήταν αυξημένες σε αρρώστους με Βρ. Ca (n=74) έναντι αυτών με αποδεδειγμένη καλοήγη νόσο (n 80) αλλά οι μεγάλες αποκλίσεις των τιμών έκαναν την διαφορά αυτή κλινικά μη αξιοποιήσιμη (SCC: 3,16±4,11 vs 1,71±1,67ng/ml, p<0,05, CEA: 20,72±63,95 vs 2,42±1,84 ng/ml, p<0,05, NSE: 45,22±81,44 vs 23,08±16,25 U/L, p<0,05 και TPS 344,38±512,01 vs 125,14±126,9 ng/ml, p<0,05). **2)** Ο κάθε ένας ΚΔ από μόνος του έδωσε πολλά ψευδώς θετικά και ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα για να είναι κλινικά χρήσιμος εκτός από τον CEA, οποίος απεδείχθη πολύ ειδικός αλλά όχι ευαίσθητος (ψευδώς θετικά αποτελέσματα 1,25%, ψευδώς αρνητικά 65,8%). Τα αντίστοιχα ψευδώς θετικά και ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα για τους άλλους δείκτες ήταν SCC: 18,75%-49,3%, NSE: 28,75%-24,7% και TRP 12,5% - 27,4% αντίστοιχα. **3)** και οι τέσσερις ΚΔ ήταν αρνητικοί σε 6/74 αρρώστους με Βρ. Ca, **4)** δεν υπήρχε κανένας ασθενής με καλοήγη νόσο και όλους τους δείκτες θετικούς, ενώ μόνο 1/80 είχε 3 ΚΔ θετικούς.

Συμπεράσματα: 1) Μέτρηση ενός ΚΔ είναι άχρηστη και αποπροσανατολιστική στην διάγνωση Βρ. Ca εκτός από τον CEA που είναι ψευδώς θετικός εξαιρετικά σπάνιος, **2)** Συνδυασμός ΚΔ είναι χρήσιμος για τον αποκλεισμό Βρ. Ca αν όλοι (ή τουλάχιστον 3/4) είναι αρνητικοί. Η αξία τους στην διάγνωση Βρ. Ca σε περιπτώσεις με αρνητική κυτταρολογική/βιοψία αλλά ακτινολογικές και ενδοσκοπικές ενδείξεις κακοήθειας βρίσκεται υπό μελέτη.

55

ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΙΝΤΕΡΦΕΡΟΝΩΝ ΜΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ

Ζαρογουλίδης Κωνσταντίνος, Ζιώγας Ευθύμιος, Παπαγιάννης Αντώνιος, Μαγκλαβέρας Νικόλαος², Βαμβακοπούλου Βασιλοπούλα, Φακαντίδου Ευριδίκη, Δερμιτζάκης Γεώργιος, Δημητριάδης Κωνσταντίνος³.

Πνευμονολογική Κλινική Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

²Εργαστήριο Ιατρικής Πληροφορικής Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη

³Β' Ογκολογική Κλινική Θεαγενείου Αντικαρκινικού Νοσοκ. Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Οι ιντερφερόνες (IFN) παρουσιάζουν συνέργεια με αντινεοπλασματικά φάρμακα σε καλλιέργειες κυττάρων SCLC. Ο in vivo ρόλος τους δεν έχει ακόμη ερευνηθεί αρκετά.

Σκοπός: Να εξετασθεί το ενδεχόμενο κλινικό όφελος από την προσθήκη IFN στο χημειοθεραπευτικό σχήμα ασθενών με SCLC.

Μέθοδος: 150 ασθενείς με SCLC έλαβαν με τυχαία κατανομή μόνο χημειοθεραπεία (ΧΜΘ) (ομάδα Α=39) ή ΧΜΘ και IFNα-2α (Β=42), ΧΜΘ και IFNγ (Γ=34) ή ΧΜΘ και IFNα-2α συν IFNγ (Δ=35).

Αποτελέσματα: Το ποσοστό συνολικής απαντήσεως και η διάμεση επιβίωση δεν διέφεραν σημαντικά στις 4 ομάδες. Οι ομάδες με IFN είχαν σημαντικά περισσότερες πλήρεις υφέσεις (Α=28,2%, Β=38%, Γ=44,1%, Δ=40%). Υπήρχε τάση μεγαλύτερης επιβιώσεως (Kaplan-Meier) στις ομάδες Β, Γ και Δ. Η τοξικότητα ήταν γενικά ανεκτή, αλλά μεγαλύτερη στις ομάδες με IFN.

Συμπέρασμα: Φαίνεται ότι, οι IFN μπορεί να βελτιώσουν την απόκριση στην ΧΜΘ των ασθενών με SCLC, αλλά ο ακριβής ρόλος τους χρειάζεται περισσότερη μελέτη.

54

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΝΔΟΒΡΟΓΧΙΚΟΥ ΑΜΑΡΤΩΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Τσαϊφάκη Ξανθή*, Κατής Κωνσταντίνος, Ράπτης Κωνσταντίνος, Αποστολίκας Νικήφορος, Θεοδωρόπουλος Ευάγγελος, Νταχάμπρε Τζαμπράλη, Αποστολοπούλου Φωτεινή,
 Β' Πνευμονολογικό Τμήμα, Σισμανόγλειο ΓΠΝΑ. Θωρακοχειρουργικό Τμήμα, Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Νοσοκομείου "Άγιος Σάββας" Ελληνικό Αντικαρκινικό Ινστιτούτο - Αθήνα.

Η σπανιότητα της εμφάνισης του ενδοβρογχικού αμαρτώματος του πνεύμονα μας οδήγησε στην παρουσίαση του περιστατικού. Πρόκειται για άνδρα ηλικίας 48 ετών, ο οποίος προσήλθε στην Κλινική μας με αιμόφυρτα πτύελα. Από την ακτινογραφία θώρακα παρατηρήθηκε αλλαγή του σχήματος της δεξιάς πύλης και από την αξονική τομογραφία (CT) θώρακα συμπαγήσκη σκίαση στην περιοχή του κορυφαίου τμηματικού του δεξιού κάτω λοβού. Κατά τη διάρκεια της βρογχοσκόπησης διαπιστώθηκε λεία, λευκωπή μάζα στο στόμιο του κορυφαίου του δεξιού κάτω λοβού η οποία προκαλούσε σχεδόν πλήρη απόφραξη. Το βιοψικό υλικό που ελήφθη από τη μάζα, έδειξε θηλοειδείς σχηματισμούς χωρίς στοιχεία κακοήθειας. Ο ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο όπου έγινε εκλεκτική τμηματοτομή και η μάζα αφαιρέθηκε. Τα ιστολογικά ευρήματα ήταν συμβατά με αμαρτώμα πνεύμονα.

Τα αμαρτώματα ανήκουν στους καλοήθεις όγκους του πνεύμονα. Πρόκειται για ογκόμορφους σχηματισμούς, δεδομένου ότι παρουσιάζουν ανώμαλη ανάπτυξη φυσιολογικών στοιχείων του πνεύμονα. Παρατηρούνται κυρίως στην έκτη δεκαετία με αναλογία εμφάνισης σε άνδρες και γυναίκες 4:1. Εντοπίζονται σε ποσοστό 90% περιφερικά και 10% ενδοβρογχικά.

Τα ενδοβρογχικά νεοπλασμάτα δίνουν σημεία και συμπτώματα ατελεκτασίας ή μεταποφρακτικής πνευμονίας. Βρογχοσκοπικά παρουσιάζονται σαν πολυποειδείς όγκοι, συχνά είναι μισχωτά. Ιστολογικά αποτελούνται από χόνδρο που διατίθεται σε νησίδες, λίπος, λείο μυϊκό ιστό και σχισμοειδείς χώρους οι οποίοι επενδύονται από κροσσώδη ή κυοειδείς επιθήλιο. Τα κεντρικά αμαρτώματα έχουν περισσότερο λίπος ενώ τα περιφερικά περισσότερο χόνδρο.

Σπάνια έχει διαπιστωθεί καρκίνωμα το οποίο προέρχεται από το επιθήλιο αυτών των νεοπλασμάτων.

Η χειρουργική εξαίρεσή τους αποτελεί θεραπεία εκλογής.

57

ΑΠΛΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗΣ ΥΠΕΖΩΚΟΤΙΚΗΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ
Τσίτουρα Άννα*, Πατενταλάκης Μιχάλης, Φωθιαδάκης Ε.,
Ηλιακόπουλος Ιωάννης, Καραγιαννίδης Ναπολέων, Παπαδά-
κης Γεώργιος.
Γ' Πνευμονολογική Κλινική Σισμανόγλειου Γ.Π.Ν.Α. - Αθήνα.

Πολλοί ασθενείς που πάσχουν από κακοήγη κυρίως πνευρίτιδα, με σημαντική αναπαραγωγή υγρού, χρειάζονται συχνά επανειλημμένες παρακεντήσεις ή διασωλήνωση υπεζωκοτικής κοιλότητας (Bilau) από τους χειρουργούς.

Στην Κλινική μας από 4 χρόνια (κυρίως τα 2 τελευταία) έχει εφαρμοσθεί με επιτυχία μέθοδος παροχέτευσης, χρησιμοποιώντας καθετήρα υπερηβικής παρακέντησης κύστεως (Cystofix), που τοποθετείται από εμάς, στον κοινό θάλαμο.

52 ασθενείς πάσχοντες εκ κακοήθους πνευρίτιδας έχουν αντιμετωπισθεί με αυτόν τον τρόπο. Η πρωτοπαθής εστία αφορούσε κυρίως πνεύμονα και μαστό.

Ο σπλήνας χρειάστηκε να παραμείνει 2-4 ημέρες και η ποσότητα του υγρού που αφαιρέθηκε κυμαινόταν από 2l μέχρι 8l. Ανεπιθύμητα συμβάματα ήταν ολίγα: πνευμοθώρακας, σε ποσοστό ανάλογο εκείνου της απλής παρακέντησης (3 εκ των 52 περιστατικών), άλγος δεν ξεπερνούσε εκείνο της απλής παρακέντησης και αιμορραγίες δεν παρατηρήθηκαν.

Διά μέσου του σπλήνα διενεργήθηκε επιτυχώς πνευροδεσία με έγχυση φαρμάκων σε αρκετούς ασθενείς.

Η μέθοδος κρίνεται απλή, ανώδυνη, φθηνή και αποτελεσματική.

59

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΝΟΝ ΗΟDΓΚΙΝ'S ΛΕΜΦΩΜΑΤΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Παπαδόρας Χαράλαμπος*, Ζαχαριάδης Εμμανουήλ, Αγγελίδου Μαρία, Νταχάμπρε Τζαμπρής, Λεγάκη Στέλλα, Αποστολοπούλου Φωτεινή.

Β' Πνευμονολογικό Τμήμα, Σισμανόγλειο ΓΠΝΑ.

Η σπανιότητα της εμφάνισης του πρωτοπαθούς n.H.A. μας οδήγησε στη παρουσίαση του περιστατικού. Πρόκειται για γυναίκα 46 ετών, ασυμπτωματική, στην οποία τυχαία διαπιστώθηκε παθολογική ακτινογραφία θώρακα. Από την Α/α και την αξονική τομογραφία θώρακα παρατηρήθηκε ευμεγέθους κοιλιοκτικός σχηματισμός στο μέσο λοβό, με επέκταση στη σύστοιχη πύλη. Κατά τη βρογχοσκόπηση, δε διαπιστώθηκαν ενδοβρογχικά ευρήματα, το δε υλικό της διαβρογχικής βιοψίας έθεσε έντονο διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα μεταξύ μικροκυτταρικού καρκινώματος και λεμφώματος. Η ασθενής υποβλήθηκε σε μέση και άνω λοβεκτομή με εξαίρεση της μάζας και τα ιστολογικά ευρήματα ήταν συμβατά με πρωτοπαθές non Hodgkin's λέμφωμα Β κυτταρικής προέλευσης με μονοκλωνικότητα IgG (κ) και προέλευσης BALT (broncus associated lymphoid tissue). Είναι μια σπάνια νόσος, αφού αναφέρεται να ανηπρασπεύει το 0,4% του συνόλου των λεμφωμάτων. Τα περισσότερα αποδεκτά κριτήρια για τη διάγνωση του n.H.A. είναι τα του Saltstein (1962) (προσβολή πνευμονικού παρεγχύματος με ή χωρίς προσβολή τοπικών λεμφαδένων και χωρίς στοιχεία εξωθωρακικής διασποράς για τουλάχιστον 3 μήνες μετά την αρχική διάγνωση). Τα περισσότερα πρωτοπαθή n.H.A. προέρχονται από εστίες BALT, που φυσιολογικά υπάρχουν στους αεραγώγους.

Η μακροσκοπική εμφάνιση των όγκων ποικίλλει, από καλά περιγεγραμμένους όζους ως διάχυτα διηθήματα, που καταλαμβάνουν μέρος ή ολόκληρο λοβό.

Ιστολογικά οι όγκοι διακρίνονται σ' αυτούς που συντίθενται από μικρά λεμφοκύτταρα και με ελάχιστες κυτταρικές ανωμαλίες (μικροκυτταρικό ή "καλά διαφοροποιημένο") που είναι και οι συνηθέστεροι και σ' αυτούς που παρουσιάζουν σαφή κυτταρική ατυπία (μεγάλα λεμφοκύτταρα).

Η πρόγνωση των πρωτοπαθών n.H.A. του πνεύμονα ποικίλλει, με ευνοϊκότερη την των μικροκυτταρικών, ανεξάρτητα από τη προσβολή τοπικών λεμφαδένων. Η πρόγνωση σαφώς χειροτερεύει επί εξωθωρακικής διασποράς της νόσου. Αντιμετωπίζονται με συνδυασμό κυτταροστατικών και κορτικοειδών

58

Ο ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Συνεφάκη Ελένη*, Μπλαζογιαννάκης Γεώργιος, Σάββα Ειρήνη, Αγγελετοπούλου Χρύσα, Μιχαλοπούλου Πηνελόπη, Τζάννης Σπύρος
7η Κλ. ΝΝΘΑ Αθήνα

Η αντιμετώπιση του πόνου σε καρκινοπαθείς ασθενείς είναι σημαντικό αλλά παραμελημένο πρόβλημα παγκόσμια.

Σκοπός της μελέτης μας είναι η καταγραφή των χαρακτηριστικών του πόνου σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο του πνεύμονα και η εκτίμηση της αντιμετώπισής τους.

Υλικό αποτέλεσαν 134 ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα που νοσηλεύτηκαν σε τρεις διαφορετικές κλινικές του ΝΝΘΑ. Καταγράφηκαν η εντόπιση, η ένταση και η αντιμετώπιση ανά ιστολογικό τύπο και στάδιο της νόσου. Κριτήριο ανταπόκρισης στην αναλγητική αγωγή λήφθηκε ο αριθμός που προέκυψε από την αφαίρεση: σκορ αναλγησίας-σκορ πόνου (κυμαίνεται από -3 έως 3).

Αποτελέσματα: Από το σύνολο των 134 ασθενών πόνο ανέφεραν οι 57 (42%). Από αυτούς οι 93 είχαν μη μικροκυτταρικό καρκίνο (NSCLC) και ανέφεραν πόνο οι 37 (39.7%) και οι 41 είχαν μικροκυτταρικό καρκίνο (SCLC) και ανέφεραν πόνο οι 20 (43.7%). Από τους πάσχοντες από NSCLC 1 ήταν σταδίου II, 10 σταδίου III και 26 σταδίου IV. Η εντόπιση αφορούσε, 31 στον θώρακα, 6 στα άκρα, 2 στην ΣΣ και 2 στην κοιλιά. Από τους πάσχοντες από SCLC 12 είχαν περιορισμένη νόσο και ανέφεραν πόνο οι 4 και 29 εκτεταμένη και ανέφεραν πόνο οι 16. Η εντόπιση αφορούσε 18 στον θώρακα, 2 στην κοιλιά και 1 στην ΣΣ. Το σκορ ανταπόκρισης ήταν σε 50 ασθενείς 0, σε 4 ήταν 1, σε 1 ασθενή -2 και σε 2 ασθενείς -1.

Συμπεράσματα: Η αντιμετώπιση του πόνου των πασχόντων από καρκίνο του πνεύμονα είναι πλημμελής και κυρίως συμπτωματική. Υπάρχει ανάγκη συστηματικότερης αντιμετώπισης, εκπαίδευσης ιατρικού και λοιπού προσωπικού και ανάπτυξης ειδικών κέντρων πόνου στα γενικά νοσοκομεία.

60

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΥΓΧΡΟΝΟΥ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ ΣΕ ΚΑΤΟΠΤΡΙΚΗ ΘΕΣΗ

Μαρκόπουλος Κων/νος, Θαλασσινός Νικόλαος,
Ζωγάνας Λεωνίδας, Κασσιανίδης Ανδρέας, Παπα
Βασιλείου Γεράσιμος, Μαστροκόστα Ευαγγελία
Ρούσκας Αθανάσιος.

Κλινική Χειρ. Θώρακος-Καρδιάς-Αγγείων
1ο Νοσοκομείο ΙΚΑ-Αθήνα

Η εμφάνιση συγχρόνων πρωτοπαθών καρκινωμάτων του πνεύμονος συστοίχως ή αμφοτεροπλεύρως αποτελεί το 1% των πνευμονικών καρκίνων και δημιουργεί διλήμματα στον χειρουργό για την αντιμετώπισή τους.

Παρουσιάζεται ενδιαφέρον περιστατικό ασθενούς ανδρός 61 ετών με σύγχρονο πρωτοπαθή καρκίνο πνεύμονος σε αμφοτέρους τους κάτω λοβούς. Ο ασθενής αρχικά παρουσίασε πρωτοπαθές πλακώδες καρκίνωμα Αρ. πνεύμονος που διαγνώθηκε από κυτταρολογική εξέταση βρογχοσκοπικού εκπλύματος. Το σημείο ανάπτυξης ήταν ο αρ. κάτω λοβός. Υποβλήθηκε σε Αρ. κάτω λοβεκτομή με μετεγχειρητικό στάδιο T₁N₀M₀. Εννέα μήνες αργότερα ενεφάνισε στον δεξιό κάτω λοβό κατοπτρικά στο ίδιο σημείο σκίαση, που με εκλεκτική βρογχοσκόπηση-LAVAGE τέθηκε η διάγνωση επίσης πλακώδους καρκινώματος πιθανότατα πρωτοπαθούς. Υποβλήθηκε σε δεξιά κάτω λοβεκτομή με μετεγχειρητικό στάδιο T₁N₀M₀ και ιστολογική επιβεβαίωση της κυτταρολογικής διάγνωσης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Ο σύγχρονος καρκίνος του πνεύμονα είναι κλινική οντότητα που μπορεί να υποδυθεί εικόνα μεταστατικής νόσου. Είναι όμως χειρουργικά αντιμετωπίσιμος σε περίπτωση περιορισμένης έκτασης

61

ΑΝΟΣΟΚΥΤΤΑΡΟΧΗΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΜΕΣΟΘΗΛΙΩΜΑΤΩΝ
ΤΟΥ ΥΠΕΖΩΚΟΤΑ

Πολίτη Δήμητρα, Κεφαλάκη Άννα*, Κοκκίνη Αγγελική, Φαρουδάκη Μαρία, Θεοφανοπούλου Αγγελική, Κοντογιάννης Παναγιώτης, Φραγκιάκη Χρυσή,
Κυτταρολογικό Εργαστήριο - ΝΝΘΑ - Αθήνα.

Μελετήθηκε η ανοσοκυτταροχημική αντίδραση 19 περιπτώσεων κακοήθους μεσοθηλιώματος του υπεζωκότα.

Χρησιμοποιήθηκαν μονοκλωνικά αντισώματα για CEA, EMA, κερατίνες και βιμεντίνη. Τα κύτταρα των κακοήθων μεσοθηλιωμάτων βρέθηκαν να έχουν αρνητική αντίδραση για CEA και θετική αντίδραση για EMA, κερατίνες και βιμεντίνη. Τα ευρήματα αυτά βοήθησαν σημαντικά στη διαφορική διάγνωση των κακοήθων μεσοθηλιωμάτων από μεταστατικά καρκινώματα, δεδομένου ότι τα τελευταία δίνουν συνήθως θετική αντίδραση για CEA και αρνητική για βιμεντίνη. Η διαφορική διάγνωση της καλοήθους αντιδραστικής μεσοθηλιακής υπερπλασίας από το κακόηδες μεσοθηλιώμα στρώθηκε κυρίως στη μορφολογία των κυττάρων του όγκου.

Συμπερασματικά η ανοσοκυτταροχημεία σε συνδυασμό με το ιστορικό, τη μορφολογία και τη κυτταροχημεία συμβάλλει σημαντικά στη διάγνωση των κακοήθων μεσοθηλιωμάτων.

63

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΑΞΟΝΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ
ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΒΡΟΓΧΟΓΕΝΟΥΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Γρηγοράτου Θεοπέλαστη*, Κωνσταντινίδης Κοσμάς, Αντωνίου Δημοσθένης,
Τόμος Περικλής, Κάκωρης Σταμάτης, Τζάννης Σπυρίδων
7η Πνευμονολογική Κλινική και Α' Θωρακοχειρουργική Κλινική ΝΝΘΑ

Η ακριβής σταδιοποίηση του καρκίνου του πνεύμονος αποτελεί βασική προϋπόθεση για τον καθορισμό της χειρουργησιμότητας και της ενγένη πρόγνωσης της νόσου. Για την σταδιοποίηση υπάρχουν σημαντικές δυσκολίες, οι οποίες εντοπίζονται κυρίως στην αναγνώριση επέκτασης της νόσου στο μεσοθωράκιο. Η ευρύτερη εφαρμογή της αξονικής τομογραφίας την τελευταία δεκαετία έχει βοηθήσει καθοριστικά στη διερεύνηση μεταστάσεων στο μεσοθωράκιο. Παρ' όλα αυτά η πιθανότητα ψευδώς θετικών ή αρνητικών ευρημάτων εξακολουθεί να υπάρχει παρά την τεχνολογική βελτίωση των αξονικών τομογράφων. Σκοπός της μελέτης μας ήταν η αναδρομική εκτίμηση της αξιοπιστίας της CT σε υλικό 982 χειρουργηθέντων ασθενών στην Α' Θ/Χ Κλινική του ΝΝΘΑ από το 1980-1994.

Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες:

Ομάδα I (1980-1985): 164 ασθενείς στους οποίους δεν έγινε προεγχειρητικός έλεγχος με CT.

Ομάδα II (1986-1990) και Ομάδα III (1990-1994): 342 και 476 ασθενείς αντίστοιχα, οι οποίοι εκτιμήθηκαν προεγχειρητικά με CT.

Αποτελέσματα: Με κριτήριο τη χειρουργησιμότητα των νεοπλάσματος κατά τη διάρκεια της επέμβασης τα ευρήματά έχουν ως εξής:

	Χειρουργήσιμα	Ανεγχείριτα	Σύνολο
Ομάδα I	83 (50,5%)	81 (49,5%)	164
Ομάδα II	219 (64%)	123 (36%)	342
Ομάδα III	394 (82,7%)	82 (17,3%)	476

Ομάδα I & II: $\chi^2 = 8,3$

Ομάδα II & III: $\chi^2 = 37$

Ομάδα I & III: $\chi^2 = 66,4$

Συμπέρασμα: Συμπεραίνεται ότι η αξονική τομογραφία παρά την αναφερόμενη σε ποσοστό 20% λανθασμένη αξιολόγηση των ευρημάτων, βελτίωσε σημαντικά το ποσοστό της εις το χειρουργικό τραπέζι αναγνωρισθείσας ανεγχειρησιμότητας.

Η σημαντική από στατιστική άποψη διαφορά που επιστημονήκε μεταξύ των δύο τελευταίων πενταετιών ενδεχομένως οφείλεται στην πιο αξιόπιστη εκτίμηση των ευρημάτων.

62

ΕΙΝΑΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟΣ Ο ΒΡΟΓΧΟΣΚΟΠΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ
ΑΙΜΟΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΑΡΝΗΤΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΘΩΡΑΚΟΣ:

Δεμερτζής Παναγιώτης*, Μιχαηλίδης Στυλιανός, Πολυχρονάκη Αντωνία,
Μηλίκου Κωνσταντίνη, Αδαμίδη Αντωνία, Παραστατίδης Σωκράτης,
Πολυχρόνοπουλος Βλάσσης,
Πνευμονολογική Κλινική - ΓΝΝ Μελισίων Αμαλία Φλέμινγκ

Η χρησιμότητα της βρογχοσκόπησης σε ασθενείς με αιμόπτυξη και αρνητική Α/α θώρακος έχει κατά καιρούς αμφισβητηθεί. Πολλοί δε είναι εκείνοι, οι οποίοι δεν θεωρούν την βρογχοσκόπηση σαν εξέταση ρουτίνας σε αυτή την κατηγορία ασθενών.

Έγινε προσπάθεια μελέτης των αποτελεσμάτων 67 βρογχοσκοπηθέντων ατόμων με αιμόπτυξη και αρνητική Α/α θώρακος, σε μια αναδρομική μελέτη 1600 βρογχοσκοπηθέντων ασθενών για διάφορους λόγους το χρονικό διάστημα 1989-1994.

Σκοπός ήταν η ανίχνευση πιθανών περιπτώσεων βρογχογενούς καρκίνου πνεύμονος καθώς και η καταγραφή των βρογχοσκοπικών ευρημάτων σε σχέση με την αρνητική ακτινογραφία θώρακος.

Σε σύνολο 67 βρογχοσκοπηθέντων ασθενών με αιμόπτυξη και αρνητική ακτινογραφία θώρακος ηλικίας 21-86 ετών (49 ανδρών, 18 γυναικών) εκ των οποίων 52 ήταν καπνιστές (77,6%) και 15 μη καπνιστές (22%) ετέθη η διάγνωση βρογχογενούς καρκίνου πνεύμονος σε 5 ασθενείς. Και οι 5 παρουσίαζαν ενδοβρογχική διήθηση του βλεννογόνου από την βιοψία του οποίου ετέθη η διάγνωση (4 πλακώδους τύπου και 1 αδενοκαρκίνωμα). Στους υπόλοιπους 62 ασθενείς η βρογχοσκοπική εικόνα είχε τα εξής χαρακτηριστικά: εικόνα χρόνιας βρογχίτιδας σε 31 ασθενείς (46%), ανθρακωσικές πλάκες σε 6 (8,9%), πρόσφατες αιμορραγικές εστίες σε 4 (5,9%), ενδοβρογχικές εκπλαστικές βλάβες σε 4 (5,9%) και των οποίων η βιοψία ήτο αρνητική για κακοήθεια, οστεοχονδροπλαστική τραχειοβρογχοπάθεια σε 1 (1,4%), σαρκία του βλεννογόνου σε 1 (1,4%) με βιοψία αρνητική για κακοήθεια, καθώς επίσης σε 15 (22%) η βρογχοσκόπηση ήταν φυσιολογική.

Οι 5 ασθενείς στους οποίους ετέθη η διάγνωση βρογχογενούς Ca πνεύμονος ήταν ηλικίας 56 έως 73 (Μ.Ο. 66 ετών) και ήταν όλοι καπνιστές.

Αναλύοντας τα ευρήματά μας πρέπει να επιστημονήσουμε την δυσαναλογία των βρογχοσκοπικών ευρημάτων σε σχέση με την αρνητική ακτινογραφία θώρακος ως και το αρκετά σημαντικό ποσοστό (7,4%) καρκίνου πνεύμονα, που ευρέθη στην μελέτη αυτή από την βρογχοσκόπηση ασθενών με αιμόπτυξη και αρνητική ακτινογραφία θώρακος. Επίσης πρέπει να τονίσουμε ότι η βρογχοσκόπηση ασθενών με αιμόπτυξη και αρνητική ακτινογραφία θώρακος, ειδικά όταν πρόκειται για καπνιστές ηλικίας άνω των 40 ετών είναι άκρως επιβεβλημένη.

64

ΠΙΘΑΝΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗ-
ΤΑΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ. ΠΡΟΛΟΡΜΗ
ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ

Ράπτη Αγγελική, Λιόση Αγγελική, Τσοτσός Βασίλης*, Γκούνη Μάγδα,
Λάσκου Μαρία, Αράπης Γιάννης, Αναγνωστοπούλου Ουρανία.

8η Πνευμονολογική Κλινική Νοσοκομείου Νοσημάτων Θώρακος
Αθηνών.

Ο σκοπός της εργασίας αυτής ήταν η διερεύνηση της συμμετοχής της προσωπικότητας ατόμων που εκδήλωσαν καρκίνο πνεύμονα. Διερευνήσαμε αυτή τη σχέση αποδεχόμενοι την άποψη της άμεσης συσχέτισης αυτού που αποκαλούμε ψυχή και των ιστών στόχων.

Υλικό και Μέθοδος: Για τη μελέτη του ψυχολογικού προφίλ των ασθενών χρησιμοποιήθηκε το πολυδιάστατο ερωτηματολόγιο προσωπικότητας της Μινεσότα (MMPI) που δινόταν στους ασθενείς πριν πληροφορηθούν το νόσημά τους. Το δείγμα αποτέλεσαν 42 ασθενείς με ιστολογικά αποδεδειγμένο καρκίνο πνεύμονα. Από τους 42 ασθενείς οι 22 (17 άντρες μέσης ηλικίας 58,2±8,2 έτη και 5 γυναίκες μέσης ηλικίας 48±7 έτη), συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο με αξιοπιστία.

Αποτελέσματα: Από την ανάλυση του ψυχολογικού προφίλ των ασθενών προέκυψε: Στους άνδρες διακρίνουμε καταθλιπτική διάθεση, ανασφάλεια, χαμηλή αυτοεκτίμηση, καχυποψία για τους άλλους και επιθετικότητα που εκφράζεται με έμμεσο τρόπο. Στις γυναίκες φαίνεται να υπάρχει κατάθλιψη, άγχος, ανασφάλεια, εγωκεντρισμός, και σωματικά ενοχλήματα.

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι κοινό χαρακτηριστικό του ψυχολογικού προφίλ των ασθενών αυτών είναι η καταπίεση και η αναστολή της έκφρασης των συναισθημάτων τους και η τάση καταθλιπτικής διάθεσης που πιθανά συμβάλλουν με άλλους παράγοντες στην καρκινογένεση.

65

ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΒΑΝΩΜΑΤΟΣ ΘΩΡΑΚΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΗΣ, ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΡΙΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ.

Λαμπρινάκη Ελένη, Νένου Ελένη*, Κοντογιάννης Παναγιώτης, Λουμνίτης Γεώργιος, Τσάμη Ειρήνη, Φραγκιάκη Χρυσή, Κυτταρολογικό Εργαστήριο - ΝΝΘΑ - Αθήνα.

Παρουσιάζονται τρεις περιπτώσεις σβανώματος θωρακικής κοιλότητας εκ των οποίων δύο ήταν καλοήγη και ένα κακόηθες. Τα καλοήγη σβανώματα ήταν περιγράψιμοι όγκοι, που είχαν αναπτυχθεί εξωπνευμονικά στην περιοχή του μεσοθωρακίου ενώ το κακόηθες αποτελούσε ενδοθωρακική εντόπιση γενικευμένης νευρινωμάτωσης.

Τα κυτταρολογικά επιχρίσματα εχράσθησαν αρχικά με χρώσεις Παπανικολάου, M.G Gimsa και Alcian Blue. Η εξέταση στο Φ.Μ. συνηγορούσε υπέρ μεσεγχυματιογενούς νεοπλασματος. Η διάκριση μεταξύ καλοήθειας και κακοήθειας στηρίχθηκε αποκλειστικά σε μορφολογικά κριτήρια, λαμβανομένου υπ' όψιν και του ιστορικού των ασθενών. Ακολούθησε ανοσοκυτταροχημικός έλεγχος και λήψη υλικού για εξέταση στο Η.Μ. Ο ανοσοκυτταροχημικός έλεγχος απέβη θετικός για βιμεντίνη, NSE και S-100 και αρνητικός για κερατίνες. Τα ευρήματα αυτά οδήγησαν στη διάγνωση όγκου νευρογενούς προέλευσης. Στο Η.Μ. η ανεύρεση της χαρακτηριστικής βασικής μεμβράνης που περιβάλλει κάθε ένα κύτταρο ή μικρές ομάδες κυττάρων του όγκου, έθεσε τη διάγνωση σβανώματος.

Συμπερασματικά η κυτταρολογική εξέταση μπορεί να διαγνώσει ένα καλοήγη ή κακόηθες σβανώμα, πράγμα το οποίο έχει ιδιαίτερη σημασία αν γίνει προεγχειρητικά σε υλικό από παρακέντηση του όγκου.

67

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΕΜΒΡΥΚΙΟΥ ΑΝΤΙΓΟΝΟΥ (CEA) ΚΑΙ ΦΕΡΡΙΤΙΝΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΤΑΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ, ΤΗ ΓΕΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΤΟ ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Τσαρούχα Αιμιλία, Παυλάκου Γεωργία, Κόζα Λίτσα, Πέρδικας Αθανάσιος, Χόρτης Ιωάννης, Χριστακοπούλου Ιουλία, Αναγνωστοπούλου Ουρανία.

Από την 8η Κλινική και το Τμήμα πνευμονικής ιατρικής του ΝΝΘΑ.

Σκοπός της μελέτης ήταν η συσχέτιση των επιπέδων CEA και φερριτίνης με την έκταση της νόσου, τη γενική κατάσταση (status performance) και το προσδόκιμο επιβίωσης ασθενών με καρκίνο πνεύμονα αμέσως μετά τη διάγνωση.

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήσαμε 88 ασθενείς με Ca πνεύμονα. Από αυτούς οι 24 είχαν μικροκυτταρικό (18 άνδρες ηλικίας \pm SD: 66,7 \pm 9 και 6 γυναίκες 66,6 \pm 9,7, $p < 0,10$) και 64 μη μικροκυτταρικό (52 άνδρες 67 \pm 9 και 12 γυναίκες 65 \pm 3, $p > 0,10$). Εγινε σταδιοποίηση των ασθενών σύμφωνα με το TNM σύστημα και 36 ασθενείς (ομάδα Α) ήταν στάδιο I, II και 52 στάδιο III και IV (ομάδα Β). Μετρήσαμε την Hb των ασθενών και με ραδιοανοσομετρική μέθοδο το CEA και τη φερριτίνη αμέσως με τη διάγνωση της νόσου.

Αποτελέσματα: Το CEA βρέθηκε πάνω από 5 ng/ml σε 9 (25%) των ασθενών της Α ομάδας και 22 (42%) της Β ομάδας. Τιμές φερριτίνης > 350 ng/ml (φ.τ. μέχρι 332 ng/ml) ανδιδάχονταν πάντα με χαμηλή τιμή Hb και βρέθηκε σε δύο ασθενείς (5,5%) της Α και 42 (80%) της Β. 90% των ασθενών με παθολογικές τιμές CEA και φερριτίνης είχαν status performance κάτω του 50 της κλίμακας Karnofsky. Το προσδόκιμο επιβίωσης ήταν 2-6 μήνες για όλους με φερριτίνη > 400 ng/ml. Η ανώμαλη υψηλών τιμών CEA και φερριτίνης είχε ακόμα δυσμενέστερη επίδραση στο προσδόκιμο επιβίωσης. Δεν βρέθηκαν διαφορές ως προς τον ιστολογικό τύπο και το φύλο.

Συμπέρασμα: Οι τιμές CEA και φερριτίνης στον ορό καρκινοπαθών έχει σχέση με την έκταση της νόσου και το status performance των ασθενών, ανεξάρτητα ιστολογικού τύπου και φύλου. Υψηλές τιμές φερριτίνης αποτελούν δυσμενές προγνωστικό στοιχείο της επιβίωσης των ασθενών και γίνεται δυσμενέστερο σε συνδυασμό παθολογικών τιμών CEA.

66

ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ Α ΚΑΙ Β-ΚΑΡΟΤΙΝΗΣ ΜΕ ΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ: ΕΝΑΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Γκούνη Μάγδα*, Ράπη Αγγελική, Λάσκου Μαρία, Τσούτσος Βασίλης, Καλογέρου Εύη, Αναγνωστοπούλου Ουρανία.

8η Πνευμονολογική Κλινική και Λιαιτολογικό Τμήμα Ν.Ν.Θ.Α.

Σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες η αυξημένη πρόσληψη με τη διατροφή βιταμίνης Α και Β-καροτίνης μειώνει την κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου γενικά και καρκίνου του πνεύμονα ειδικότερα. Συνδέεται όμως ο καρκίνος του πνεύμονα με μειωμένη πρόσληψη των παραπάνω παραγόντων;

Με σκοπό να απαντηθεί αυτό το ερώτημα, μελετήσαμε τις διατροφικές συνήθειες, ανά εβδομάδα και τουλάχιστον κατά τα τελευταία 4 χρόνια, 146 ασθενών με διαγνωσμένο Ca πνεύμονα και 150 υγιών ατόμων, ανάλογης ηλικίας και φύλου. Όλοι απάντησαν σε ειδικό ερωτηματολόγιο, που περιελάμβανε 44 ερωτήματα του Ελληνικού διαιτολογίου, πλούσια σε βιταμίνη Α και β-καροτίνη.

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε ότι το διαιτολόγιο των ασθενών με Ca πνεύμονα ήταν πτωχό σε βιταμίνη Α (128,1 \pm 58,6 IU έναντι 277,2 \pm 189,6 IU) ($p < 0,0001$) και Β-καροτίνη (77,05 \pm 38,6 mcg έναντι 164,72 \pm 114,9 mcg) ($p < 0,0001$) σε σχέση με το δείγμα των μαρτύρων και η διαφορά ήταν στατιστικά σημαντική.

Η συσχέτιση των τιμών των παραπάνω παραγόντων με τους διάφορους ιστολογικούς τύπους (πλακώδες-αδενοCa-μικροκυτταρικό) έδειξε ότι οι χαμηλότερες τιμές αφορούσαν τους ασθενείς με πλακώδες Ca (Bit. Α 127,3 \pm 53,8 IU-Β-καροτίνη 74,1 \pm 33,2 mcg) αλλά η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική.

Όσον αφορά την καπνιστική συνήθεια δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ τιμών βιτ. Α και Β-καροτίνης και αριθμού pack-years.

Συμπερασματικά φαίνεται ότι η μειωμένη πρόσληψη βιτ. Α και β-καροτίνης από το καθημερινό διαιτολόγιο, αποτελεί παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του πνεύμονα ανεξάρτητο από το κάπνισμα.

68

ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΙΝΤΕΡΦΕΡΟΝΗΣ (IFN) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ

Καρμανιώλας Κων/νος*, Παπαβασιλείου Στάθης, Παπαλάμπρος Θεοχάρης, Βουδούρη Θέμις, Πούλου Δήμητρα, Παπά Ιόλη
Γ' Παθολογική Κλινική, Πνευμονολογική Κλινική - ΝΙΜΤΣ - Αθήνα

In vitro και in vivo μελέτες έχουν αποκαλύψει τη παρουσία ουσιών που ανταγωνίζονται ή αναστέλλουν τη δράση της IFN και πιθανώς ευθύνονται για τα ανεπιτυχή αποτελέσματα που παρουσιάζει η κλινική της εφαρμογή. Σκοπός της μελέτης είναι η ανίχνευση αναστολέων της δράσης της IFN σε ορούς ασθενών με Ca πνεύμονος και η διερεύνηση της πιθανής διαγνωστικής ή προγνωστικής σημασίας της παρουσίας αυτών στον ορό.

Το υλικό αποτέλεσαν 34 ασθενείς με Ca πνεύμονος (10 με μικροκυτταρικό SCLC και 24 με μη μικροκυτταρικό NSCLC) και 34 μάρτυρες (υγιείς αμοδότες).

Για τον προσδιορισμό της IFN και των αναστολέων της χρησιμοποιήθηκε βιολογική μέθοδος που στηρίζεται στη προκαλούμενη αναστολή ανάπτυξης του ιού της αφθώδους στοματίτιδας στις ευαίσθητες κυτταρικές σειρές A₅₄₉, Intestine 407 και Chang-Liver, εκτεθείσες σε δείγμα ορού που περιέχει IFN.

Αποτελέσματα: Παρατηρήθηκε διαφορετική συμπεριφορά του SCLC από το NSCLC, όσον αφορά τη κατανομή της δράσης των αναστολέων της IFN στις τρεις ευαίσθητες κυτταρικές σειρές. Επίσης, η ευαισθησία στη σειρά A₅₄₉ συνδυάστηκε και στους δύο τύπους καρκίνου του πνεύμονος με τη παρουσία ηπατικών και άλλων μεταστάσεων, ενώ η ευαισθησία στη σειρά Intestine 407 με την απουσία μεταστατικής νόσου. Ειδικά για το NSCLC, η ευαισθησία στα κύτταρα A₅₄₉ συνδυάστηκε με επιδερμοειδείς νεόπλασμα και η ευαισθησία στα Chang-Liver με αδενοκαρκίνωμα.

Συμπέρασμα: Η παρουσία αναστολέων της IFN στους ορούς ασθενών με Ca πνεύμονος συσχετίζεται άμεσα με τα κλινικά και ιστολογικά δεδομένα των ασθενών. Η περαιτέρω αξιολόγηση των ευρημάτων θα αποτελέσει αντικείμενο διερεύνησης.

69

Η ΠΑΝΚΤΡΟΔΑΚΤΥΛΙΑ ΔΕΝ ΕΧΕΙ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΜΙΑ ΜΕΓΑΛΗ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ.

Ζαχαράκης Α.Κ*, Πετρογιαννόπουλος Κ, Δελιούσης Α, Μπακαρής Θ, Αρξούδουλος Θ, Πουλιανός Ι.

2ο Παθολογικό Τμήμα Νοσοκομείο Ελληνικού Εουθοού Σταυρού Αθήνα.

Παλαιά και συμπλεγμένη εμπειρία υποδεικνύει ότι η πληκτροδακτυλία(Π) υπορεί να συνοδεύει τον καρκίνο του πνεύμονος (ΚΠ)- και μερικές φορές να προηγείται της κλινικής αναγνώρισής του.

Η παρουσία της Π καταγράφηκε προοπτικά σε μια σειρά 266 διαδοχικών ασθενών με νεοδιαγνωσθέντα ΚΠ τα τελευταία 8 χρόνια(1986-1994) στο Τμήμα μας. Παράμετροι όπως το επάγγελμα, οι έξεις και τρόπος ζωής, το ατομικό και κληρονομικό ιστορικό, η φυσική εξέταση, ο εργαστηριακός και ακτινολογικός έλεγχος, οι παθολογοανατομικές ευθέςεις καθώς και πορεία του ασθενούς συμπεριλαμβάνονταν ανάμεσα σε πολλές άλλες (> 50) που μελετήθηκαν και αναλύθηκαν. Τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών με ή χωρίς Π συζητήθηκαν στατιστικά με το χ^2 , και με άλλες μη παραμετρικές μεθόδους όπως την λογαριθμική δοκιμασία σειράς για τις διαφορές επιβίωσης. Διακόσιοι τριάντα εννέα ασθενείς (το 90% του δείγματος) παρουσιάστηκαν με κλινικά αναγνωρίσιμη Π.

Τέσσερεις από αυτούς είχαν επιπλέον κλινικά και ακτινολογικά ευρήματα πνευμονικής υπερτροφικής οστεοαρθροπάθειας. Δύο στους 40 ασθενείς με μικροκυτταριό ΚΠ είχαν ειδικά Π έναντι με 16 από 142 ασθενείς με επιθηλιακό ΚΠ και 5 από 53 με αδενοκαρκίνωμα πνεύμονος.

Οι ασθενείς με Π παρουσίαζαν πιο συχνά περιορισμένη νόσο (5 από 29 ασθενείς σταδίου I vs 7 από 87 σταδίου IV, είχαν Π), και επιβίωναν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (μέση επιβίωση= 9,52 vs 8 μήνες). Εν τούτοις δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων των ασθενών.

71

ΠΡΟΛΨΗ ΤΗΣ ΑΜΕΣΗΣ ΡΙΝΙΚΗΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΙΣΠΝΟΗ ΑΛΕΡΓΙΟΓΟΝΟΥ

Σιχλιτίδης Λάζαρος*, Δασκαλοπούλου Ευφημία, Πechλιβανίδης Θεοφίλος, Τσιότσος Ιωάννης, Βλαχογιάννης Εμμανουήλ, Βάμβολης Χρήστος. Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου», Εξοχή, Θεσσαλονίκη.

Πολλά τα θεραπευτικά προβλήματα για την πρόληψη της αλλεργικής ρινίτιδας, έχουν δε κατά καιρούς προταθεί διάφοροι τρόποι για την αντιμετώπισή της.

Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν η εκτίμηση της επίδρασης της Βουδεσονίδης (B), ως μονοθεραπεία, καθώς και ο συνδυασμός της με Στριπρίνη (C) στη ρινική βετότητα μετά από πρόκληση με αλλεργιογόνο.

Μελετήθηκαν 24 ασθενείς, 16 άνδρες και 8 γυναίκες, μέσης ηλικίας 25±8 χρόνων, με αλλεργική ρινίτιδα και με θετικές δερματικές δοκιμασίες και RAST στο *D. pteronyssinus* και *D. farinae*. Στους ασθενείς έγινε πρόσθια ρινομετρομετρηση με Rhinotest MP500, καθ' αρχάς χωρίς φάρμακα (α), δέκα ημέρες μετά τη χρήση της B σε δόση 50mcg bid (β), δέκα ημέρες μετά τη διακοπή της B (γ), και, τέλος, δέκα ημέρες μετά τη λήψη συνδυασμού B και C σε δόση 10 mg το βράδυ (δ). Οι δοκιμασίες ρινικής πρόκλησης έγιναν με 3 εισπνοές διαλύματος, που περιείχε *D. pteronyssinus* και 3 εισπνοές ανάλογου διαλύματος *D. farinae* (Extraits Allergéniques Stallergens Pasteur) στο τέλος των περιόδων β και δ. Για στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το κατά ζεύγη t-test. Τα αποτελέσματα φαίνονται στον πίνακα.

Ρινική ροή cm ³ /sec πριν από την πρόκληση			
Πριν B	Μετά B	Πριν B+C	Μετά B+C
620±255	*731±257	682±230	*843±333
% Ελάττωση της ρινικής ροής μετά την πρόκληση			
**53±9		**10±2	
**p<0,005			

Παρατηρήθηκε ότι 1) με το συνδυασμό B+C επιτεύχθηκε σημαντική βελτίωση της ρινικής ροής σε σχέση με τη μονοθεραπεία με B, 2) η B, όπως και στην περίπτωση του βρογχικού άσθματος, δεν προστατεύει από την άμεση απάντηση που ακολουθεί την πρόκληση με ειδικό αντιγόνο. Αντίθετα η C, που είναι ένας εκλεκτικός ανταγωνιστής του ρινικού βλεννογόνου στην πρόκληση. Συμπεραίνεται ότι ο συνδυασμός B+C είναι πιο αποτελεσματικός για την αντιμετώπιση της χρόνιας αλλεργικής ρινίτιδας, από η B ως μονοθεραπεία.

70

ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΧΟΛΙΚΗ ΑΜΕΡΙΤΙΚΗ ΡΙΝΙΤΙΔΑ (EAP) ΣΤΟ ΕΠΙΧΟΛΙΚΟ ΑΛΛΕΡΓΙΚΟ ΑΣΘΜΑ (EAA) : ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.

Γρηγορέας Χρήστος^{1*}, Βούρδας Δημήτρης¹, Ελευθεριάδης Ιορδάνης², Γιατρομανωλάκης Νέανος².

¹Αλλεργιολογικό Τμ., ²Πνευμονολογική Κλ., 251 Πεν.Νοσ.Αεροπορίας, Αθήνα.

Ένας σημαντικός αριθμός ασθενών με EAP παρουσιάζουν είτε από την αρχή, είτε στη πορεία της νόσου, και EAA. Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να διαπιστωθούν οι παράγοντες οι οποίοι ανευρίσκονται σε μεγαλύτερη συχνότητα σε ασθενείς που παρουσιάζουν και EAA, συγκριτικά με ασθενείς που έχουν μόνο EAP. Μελετήσαμε (έτη 1987-1994) 249 ασθενείς (152 ♂, 97 ♀) με EAP (μέση ηλικία 30 ± 10,9 έτη, μέση ηλικία έναρξης συμπτωμάτων EAP: 23,5 ± 9,8 έτη) και 246 ασθενείς (153 ♂, 93 ♀) με EAA (οι οποίοι στη πορεία της νόσου παρουσίασαν και EAA (μέση ηλικία: 31,7 ± 11,6 έτη, μέση ηλικία έναρξης συμπτωμάτων EAP: 25,1 ± 10,3 έτη, μέση ηλικία έναρξης συμπτωμάτων EAA: 28,6 ± 10,9 έτη). Όλοι οι ασθενείς είχαν συμπτώματα με αποκλειστικά εποχικό χαρακτήρα και μονοεπιποθρία (θετική δερματική δοκιμασία με την επιδεικτική μέθοδο του υγρού) σε ένα μόνο είδος αλλεργιογόνου γύρων (αγαστώδη, περιδικάκι/Parietaria, ελιά).

Αποτελέσματα	Ασθενείς με EAP (n=249)	Ασθενείς με EAP + EAA (n=246)
Αγαστώδη (Agastacea)	140	79
Περιδικάκι (Parietaria)	92	89
Ελιά (Olive)	17	78
Οινορραμικό Ισπανικό ρινιτίδας	42	23
Οινορραμικό Ισπανικό άσθματος	20	54
Κάπνισμα	69	86

(* χ^2 - test : p < 0,05)

Συμπέρασμα: Η επιποθρία στη γύλη της ελιάς, και η παρουσία οικογενειακού ιστορικού (α συγγενεί, Αΐσθμικό) άσθματος, συσχετίζονται με αυξημένη συχνότητα παρουσίας EAA σε ασθενείς με EAP.

72

Η ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΒΡΟΓΧΟΣΚΟΠΗΣΗΣ ΣΤΟ ΑΣΘΜΑ

Γκάγκα Μίνα*, Ρασιδάκης Αντώνης, Γεωργιάτου Νίκη, Κουλούρης Νίκος, Ορφανίδου Δώρα, Δημάκου Κατερίνα, Ιορδάνογλου Ιωάννης

Πνευμονολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΝΝΘΑ

Εισαγωγή: Πολύ λίγα στοιχεία υπάρχουν σχετικά με την επίδραση της βρογχοσκόπησης στους ασθματικούς ασθενείς και παρ' όλο που η μέθοδος χρησιμοποιείται ευρέως, παραμένουν ερωτήματα για την ασφάλειά της.

Σκοπός: Να διερευνηθούν οι επιπτώσεις της βρογχοσκόπησης στην πνευμονική λειτουργία και τα συμπτώματα των ασθματικών ασθενών. Υλικό και μέθοδος: Εννέα ασθματικοί ασθενείς (4 άνδρες και 5 γυναίκες), ηλικίας 29-71 ετών υπεβλήθησαν σε λειτουργικό έλεγχο αναπνοής πριν και 3 ώρες μετά ινοβρογχοσκόπηση και λήψη βρογχικής βιοψίας ενώ καθ' όλη τη διάρκεια της εξέτασης κατεγράφετο ο κορεσμός της αιμοσφαιρίνης και το ΗΚΓ. Οι ασθενείς απάντησαν σε 2 ερωτηματολόγια που αφορούσαν τα συμπτώματά τους την εβδομάδα πριν και την εβδομάδα μετά την βρογχοσκόπηση. Οι ασθενείς δεν ελάμβαναν προφυλακτική αντιασθματική αγωγή για τουλάχιστον 1 μήνα πριν την βρογχοσκόπηση, ενώ μισή ώρα πριν, έλαβαν 2,5 mg σαλβουταμόλη με νεφελοποιητή.

Αποτελέσματα: Η μέση αρχική FEV1 των ασθενών ήταν 82,7% (56-112%) της προβλεπόμενης ενώ 3 ώρες μετά τη βρογχοσκόπηση ήταν 86,1% (68-117%). Ο κορεσμός της αιμοσφαιρίνης ήταν αρχικά 96-98% και κατά τη διάρκεια της βρογχοσκόπησης κυμάνθηκε από 88-98%. Δεν κατεγράφησαν διαταραχές του ρυθμού και της αγωγής. Όλοι οι ασθενείς παρέμειναν ασυμπτωματικοί εκτός από μία που εμφάνισε βρογχοσπασμο μισή ώρα μετά την βρογχοσκόπηση και της χορηγήθηκε νέα δόση σαλβουταμόλης. Τα συμπτώματα πριν και μετά την βρογχοσκόπηση δεν παρουσίασαν μεταβολές.

Συμπέρασμα: Η ινοβρογχοσκόπηση, με την κατάλληλη προφύλαξη, είναι ασφαλής ως ερευνητική μέθοδος στους ασθματικούς ασθενείς.

73

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΑΛΛΕΡΓΙΟΓΟΝΩΝ ΤΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΑΛΛΕΡΓΙΑΣ

Μπούρας Αθανάσιος, Θεοδορακόπουλος Παναγιώτης*, Παναγιάς Σωτήρης, Σολομωνίδης Ευάγγελος, Κατσαρδής Χάρης.

1) LAHEY CLINIC : Τμήμα Αλλεργίας - Ανοσολογίας, Βοστώνη, Η.Π.Α.

2) Εργαστήριο Κοινωνικής Ιατρικής Δ.Π.Θ.

Σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση της συμβολής των αλλεργιογόνων (ενδοουσιαστικών και εξωτ. Περιβάλλοντος) στην εμφάνιση αναπνευστικής αλλεργίας σε εφήβους και ενήλικες.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ : Μελετήθηκαν 940 ασθενείς (300 εφήβοι, 640 ενήλικες) από την περιοχή Βοστώνης Η.Π.Α., που έπασχαν από μέτρια ή σοβαρού βαθμού αλλεργία λόγω βρογχικού άσθματος ή και αλλεργικής ρινίτιδας. Εκτός από το λεπτομερές ιστορικό για κάθε ασθενή αξιολογήθηκαν τα αποτελέσματα των δερμιοαντιδράσεων στα ανήθη περιβαλλοντολογικά αλλεργιογόνα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ :

Αλλεργιογόνο	Θετικό-%		Αρνητικό %	
	ΕΦΗΒΟΙ	ΕΝΗΛΙΚΕΣ	ΕΦΗΒΟΙ	ΕΝΗΛΙΚΕΣ
Γύρες δέντρων	44	55	56	45
" χόρτον (εωροσταδόν)	33.5	53.5	66.5	46.5
" αγριόχορτο Ragweed	40	71	60	29
Στο Ακαρι κοινής σκόνης	71	77	29	23
Στο σκόλο	67	74.5	33	25.5
Ση γάτα	57	77	43	23
Φτερά - κούκουλα	65	76	35	24
Υγρασία - Μούχλα	75	92	25	8
Κατασπίδα σκαυπιδίων	14	23	86	77

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ : 1) Οι ασθενείς είχαν μεγαλύτερο βαθμό εκαισθητοποίησης στα ενδοουσιαστικά αλλεργιογόνα σε σύγκριση με αυτά του ατμοσφαιρικού αέρα, με εξαίρεση το αγριόχορτο το οποίο παρουσιάζει μεγάλες συγκεντρώσεις στον αέρα της περιοχής. 2) Στις περισσότερες περιπτώσεις υπήρχε αντιστοιχία δερματικής αντίδρασης και κλινικών συμπτωμάτων. 3) Οι ενήλικες εμφανίζουν μεγαλύτερη εκαισθησία από τους εφήβους, ο οποίος με στατιστικώς σημαντική διαφορά.

75

ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΠΙΧΟΛΙΑΚΗ ΡΙΝΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΑΣΘΜΑ (ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ, ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ).

Ιωάννου Ηλέκτρα, Βοβόλης Βασίλειος, Πέππας Γεώργιος

Αλλεργιολογικό τμήμα Ν.Ν.Θ.Α.

Σκοπός της εργασίας ήταν να μελετηθούν η αποτελεσματικότητα και οι παρενέργειες που προκαλεί η ανοσοθεραπεία (ΑΘ) με εκχύλιση γύρων ελιάς (Ε) αγροσταδών (ΑΓ) και παριετάρια (Π) σε ασθενείς (Α) με εποχιακή ρινοεπιπεφυκοίτιδα (ΑΡ) και άσθμα (ΑΑ).

Μελετήθηκαν 94Α με ιστορικό ΑΑ και ΑΡ. Το σχήμα ΑΘ που εφαρμόστηκε ήταν συντηρητικό προεποχιακό και ολοκληρώθηκε σε 5 μήνες.

36Α υπεβλήθησαν σε ΑΘ πρώτη χρονιά, 44 Α δεύτερη χρονιά 15 Α τρίτη χρονιά.

Η αποτελεσματικότητα της ΑΘ εκτιμήθηκε σε μία κλίμακα βαθμών σε συνεργασία ασθενών, Ιατρού* παρόμοιο σύστημα αξιολόγησης, χρησιμοποιήθηκε και για την εκτίμηση ανοσοαγωγικής αγωγής που χρειάστηκαν οι Α την άνοιξη. Οι 52/94 (66%) παρουσίασαν βελτίωση μεγαλύτερη από 75% στα συμπτώματα της ΑΡ και ΑΑ.

Οι 37/95 (34%) δεν χρειάστηκαν καμιά επιπρόσθετη φαρμακευτική αγωγή 30/95 (28%) πήραν 50% λιγότερα φάρμακα την άνοιξη απ'όσο πριν ΑΘ.

Κατά την διάρκεια ΑΘ είχαμε ένα επεισόδιο σοβαρής συστηματικής αναφυλαξίας και 8 ήπιες ανοσοαγωγικές αντιδράσεις. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ΑΘ με εκχυλίματα:Ε, ΑΓ Π, προσροφημένα σε σε ΑΛ (ΟΗ) 3 είναι πολύ αποτελεσματική και ασφαλή θεραπεία της ΑΡ και του ΑΑ, ιδιαίτερα τα πρώτα 5-8 χρόνια έναρξης της νόσου, σε ασθενείς με μονοευαισθησία και ηλικίας μέχρι τα 45 έτη.

Στην ομάδα που δεν ολοκλήρωσε την αγωγή ολοι οι ασθενείς πήραν φάρμακα την άνοιξη.

Το ποσοστό βελτίωσης στο Α άσθμα 72% της Α Ρινίτιδας 65%.

Το καλύτερο αποτέλεσμα της ανοσοθεραπείας στο αλλεργικό άσθμα μετάν τον να οφείλεται στη μικρότερη βαρύτητα και μικρότερη διάρκεια της νόσου.

74

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΔΙΝΑΤΡΙΟΥΧΟΥ ΝΕΔΟΧΡΩΜΙΔΗΣ (ΔΝ) ΚΑΙ ΑΝΥΔΡΗΣ ΘΕΟΦΥΛΛΙΝΗΣ (ΑΘ) ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕΤΡΙΟΥ ΑΣΘΜΑΤΟΣ Τράμπαρη Χρυσούλα, Ευαγγελοπούλου Ευσταθία, Τέρμινε Τζιοβάνη, Ροτζιώκος Γιάννης και Μαθιουδάκης Γεώργιος. Πνευμονολογική Κλινική Γενικού. Π. Νοσοκομείου Πειραιώς

Η προοδευτικά επιβεβαιούμενη αντιφλεγμονώδης δράση της ΔΝ, αλλά και της ΑΘ υποστηρίζεται ως αποτελεσματική στον έλεγχο της φλεγμονής και την αποτροπή ασθματικών προσβολών. Καθώς, η συγκριτική τους αποτίμηση δεν έχει, παρά πολύ περιορισμένα, επιχειρηθεί,

σκοπός της εργασίας αυτής ήταν η σύγκριση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων, μετά μακροπερίοδο χορήγησης ΔΝ ή ΑΘ.

Υλικό της μελέτης αποτελέσαν 67 ασθενείς με μέτριο άσθμα, υπό θεραπεία με βραχείας δράσεως β₂-διεγέρτες, κατ'επίκληση. Τριάντα τέσσερις (50.7%) από αυτούς, τυχαιοποιήθηκαν στην ομάδα Α, που έλαβε ΑΘ (300 mgX2) και 33 (49.3%) στην ομάδα Β, που έλαβε ΔΝ (4 mgX2, με δοσιμετρική αεροσόλη), επί 8 εβδομάδες.

Μεθοδος. Η ανάλυση των δεδομένων, [α] από την κάρτα ημερήσιας καταγραφής συμπτωμάτων (βαθμολογούμενων από 0-4) και, [β] από το ροδόγραμμα τους, έγινε με τη δοκιμασία Student, για δεδομένα με ποσοστικά χαρακτηριστικά και τη δοκιμασία Χ², μετά διόρθωση κατά Yates, για δεδομένα με ποιοτικά χαρακτηριστικά. Οι χρονοσειρές ομαλοποιήθηκαν μέσω λογισμικού (Brown's linear smoothing).

Αποτελέσματα. Μεταξύ των δύο ομάδων, διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές στο ρυθμό και το χρόνο μεταβολής της PEF (p=0.03), της υπέσεως των συμπτωμάτων (p=0.04) και της συχνότητας λήψης β₂-διεγερτών (p=0.028) κατά τρόπο, ώστε στο πρώτο διάστημα της περιόδου ελέγχου προηγήθηκε η ομάδα Α, ενώ στο δεύτερο διάστημα υπερίσχυσε η ομάδα Β. Στο τέλος της περιόδου ελέγχου (8 εβδομάδες), οι ασθενείς της ομάδας Β εμφάνισαν μεγαλύτερες (p=0.038) μέσες αποκλίσεις από τις μετρήσεις εισαγωγής στη μελέτη.

Συμπερασματικά, ο διαφορετικός ρυθμός με τον οποίο εκδηλώνεται, καθώς επίσης και ο διαφορετικός χρόνος στον οποίο συμπληρώνεται η αντιφλεγμονώδης δράση των δύο παραγόντων καθιστά «ενδεχομένως» επαναπροσδιορισίμα τα τρέχονα θεραπευτικά σχήματα επί μετρίου άσθματος.

76

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΦΟΥΡΟΣΕΜΙΔΗΣ ΚΑΙ ΝΕΔΟΧΡΩΜΙΔΗΣ ΣΤΗ ΒΡΟΓΧΙΚΗ ΥΠΕΡΑΝΤΙΔΡΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ

Ηλιονίδης Γ., Παναγιωτοπούλου Ε. Βαρελά Μ*, Βεκόπουλος Δ. Ηλιάδου Κ. Μαυρίκη, Ν. Παναγιωτόπουλος Σ.

Δ' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ.

Η βρογχική υπεραντιδραστικότητα είναι ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά του βρογχικού άσθματος.

Μελετήσαμε την επίδραση της φουροσεμίδης και νεδοχρωμίλης στη βρογχική υπεραντιδραστικότητα. Η μελέτη αφορούσε 12 άτομα με ενδογενές άσθμα, 7 γυναίκες και 5 άνδρες μέσης ηλικίας 50.5 ετών. Όλα τα άτομα που μελετήθηκαν ήταν σε σταθερή κλινική κατάσταση και δεν χρησιμοποίησαν φάρμακα τέσσερις εβδομάδες προ της μελέτης.

Εκτιμήθηκε η βασική τιμή του FEV₁ (μέγιστος εκπνεόμενος αέρας σε 1") και στη συνέχεια χορηγήθηκε μεταχολίνη. Η χορήγηση άρχισε από χαμηλές πυκνότητες με το νεφελοποιητή "Pari Provocation test" μέχρι της πτώσης του FEV₁ 20%.

Τη 2η ημέρα χορηγήθηκαν 2ml NaCl από το νεφελοποιητή και ακολούθησε η βρογχική πρόκληση με την ίδια πυκνότητα μεταχολίνης που προκάλεσε πτώση του FEV₁ 20%. Την 3η ημέρα χορηγήθηκαν 30mg φουροσεμίδης από το νεφελοποιητή και επαναλήφθηκε η βρογχική πρόκληση με την ίδια πάντα πυκνότητα μεταχολίνης που προκάλεσε πτώση του FEV₁ 20%. Μετά τέσσερις εβδομάδες χορήγησης νεδοχρωμίλης 12mg ημερησίως επαναλήφθηκε η βρογχική πρόκληση με την ίδια πάντα πυκνότητα μεταχολίνης. Η ίδια διαδικασία ακολούθηθηκε και για τα 12 άτομα της μελέτης.

Από τα αποτελέσματα της μελέτης φάνηκε ότι τόσο η φουροσεμίδα όσο και η νεδοχρωμίλη επέδρασαν ευνοϊκά στη βρογχική υπεραντιδραστικότητα. Πιο σημαντική υπήρξε η ευνοϊκή επίδραση της νεδοχρωμίλης.

77

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ ΕΠΙ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΕΠΙ ΤΗΣ ΒΡΟΓΧΙΚΗΣ ΥΠΕΡΑΠΙΔΡΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑΣ (BHR)

Ζεϊμπέκογλου Κυριακή*, Γκάγκα Μίνα, Ρέππας Χρήστος, Μαρώσης Κωνσταντίνος, Κωσταδήμα Ελένη, Λάμπρου Παναγιώτα, Γεωργιάτου-Παπαγεωργίου Νίκη.

Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών "ΣΩΤΗΡΙΑ"

Το άσθμα είναι συνήθως νόσος πολυπαραγοντικής αιτιολογίας, λίγοι όμως από τους παράγοντες που το προκαλούν έχουν προσδιορισθεί.

Σκοπός: Συσχέτιση συνθηκών διαβίωσης με την εκδήλωση αναπνευστικών συμπτωμάτων και αυξημένης BHR.

Υλικό-Μέθοδος: Τυχαίο δείγμα 258 ατόμων 20-44 ετών από περιοχή της Αθήνας ερωτήθηκε σχετικά με την ύπαρξη αναπνευστικών συμπτωμάτων και με τις συνθήκες διαβίωσής τους και στη συνέχεια υποβλήθηκε σε έλεγχο της πνευμονικής λειτουργίας και σε δοκιμασία πρόκλησης με μεταχολίνη για προσδιορισμό της BHR (PD20<1mg). Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε με τη μέθοδο χ^2 και με πολλαπλή λογιστική εξάρτηση.

Αποτελέσματα: Ο τύπος της κατοικίας και τα χρόνια κατοίκησης ενοχοποιούνται για την εμφάνιση ασθματικών συμπτωμάτων και αλλεργίας ($p<0.05$). Τα χαλιά, οι κουρτίνες, οι συσκευές κλιματισμού καθώς και οι συνθήκες συγχρωτισμού στην παιδική ηλικία ευθύνονται για τα ίδια συμπτώματα ($p<0.05$). Αυξημένη BHR παρατηρήθηκε μόνο στα άτομα που είχαν χαλιά στην κρεβατοκάμαρα ή επαφή με ποντίκια, ενδεικτικό φτωχών συνθηκών διαβίωσης.

Συμπέρασμα: Πολλοί από τους παράγοντες που σχετίζονται με τις συνθήκες διαβίωσης επηρεάζουν την εμφάνιση ασθματικών συμπτωμάτων, αλλά μόνο τα χαλιά στην κρεβατοκάμαρα και η επαφή με ποντίκια συνδέονται με αυξημένη βρογχική υπεραντιδραστικότητα.

78

ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΠΟΠΛΑΤΥΝΣΗΣ ΤΟΥ ΜΕΣΟΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ

Αγγελόπουλος Νικόλαος*, Γαρούφαλος Δημήτριος, Κοντογιάννη Δήμητρα, Παπαδόπουλος Νικόλαος, Θεοδώρου Γεώργιος, Χρυσός Δημήτριος, Β' Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Ν. "Αμαλία Φλέμινγκ", Μελίσσια, Αθήνα.

Εισαγωγή: Είναι γνωστό πως στην πνευμονική υπέρταση παρατηρείται ηχωκαρδιογραφικά συστολική και διαστολική αποπλάτυση του μεσοκοιλιακού διαφράγματος (ΜΚΔ), με συνέπεια ανώμαλη κινητικότητα αυτού. Δεν είναι όμως σαφώς καθορισμένη η προβλεπτική σημασία της απουσίας του ευρηματος αυτού όσον αφορά την ύπαρξη ή όχι πνευμονικής υπέρτασης.

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι η εκτίμηση της συστολικής πνευμονικής πίεσης σε ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) και αποπλάτυση του ΜΚΔ, καθώς και σε αυτούς χωρίς αποπλάτυση.

Υλικό και μέθοδος: Μελετήθηκαν συνολικά 50 ασθενείς (Α) με διαγνωσμένη ΧΑΠ (χρόνια βρογχίτιδα-εμφύσημα) κλινικά και εργαστηριακά, ηλικίας 30 έως 91 ετών (μέση τιμή ± σταθερό σφάλμα 74,32±11,39), 24 άνδρες (48%) και 26 γυναίκες (62%). Οι Α χωρίστηκαν σε δύο ομάδες (I και II). Στην ομάδα I εντάχθηκαν 25 Α με αποπλάτυση ΜΚΔ, ενώ στην ομάδα II 25 Α χωρίς το εύρημα αυτό.

Αποκλείστηκαν ασθενείς με συγγενείς καρδιοπάθειες, οργανικές βαλβιδοπάθειες, διαταραχές κινητικότητας και σημαντική υπερτροφία λοιπών τοιχωμάτων της αριστερής κοιλίας. Ο υπολογισμός της συστολικής πνευμονικής πίεσης (ΣΠΠ) έγινε από τους φακέλους Doppler της πνευμονικής ροής και της ανεπάρκειας τριγώνχινος και της κεντρική φλεβική πίεση που υπολογίσθηκε από την κλινική εξέταση.

Αποτελέσματα:

ΟΜΑΔΑ	ΣΠΠ (mmHg)
I	64,08±12,79
II	24,4±4,89

$P<0,01$

Συμπέρασμα: Η απουσία αποπλάτυσης του ΜΚΔ ηχωκαρδιογραφικά, αποτελεί ισχυρή ένδειξη κατά ύπαρξης πνευμονικής υπέρτασης σε ασθενείς με ΧΑΠ.

79

ΣΥΝΘΕΙΕΣ ΥΠΝΟΥ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ.

Μπάστα Μαρία*, Παρασκάκης Εμμανουήλ, Σημαντηράκη Μαρία, Σμυρνάκη Πηνελόπη, Σχίζα Σοφία, Τζανάκης Νίκος, Μπούρος Δημοσθένης, και Σιαφάκας Νικόλαος. Πνευμονολογική Κλινική Ιατρικού Τμήματος Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο Κρήτης.

Σκοπός: Τα τελευταία χρόνια μεγάλο επιστημονικό ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι μελέτες του ύπνου και η κατανομή του στη διάρκεια του 24ώρου. Σκοπός της μελέτης ήταν η καταγραφή των συνθηκών ύπνου των φοιτητών Ιατρικής προ και κατά τη διάρκεια εξεταστικής περιόδου.

Υλικό - Μέθοδος: Ένα ερωτηματολόγιο 14 ερωτήσεων και ωριαίου διαγράμματος ύπνου συμπληρώθηκε σε καθημερινή βάση από 46 φοιτητές Ιατρικής προ και κατά τη διάρκεια των εξετάσεων. Το υλικό αποτέλεσαν 17 φοιτητές και 29 φοιτήτριες ηλικίας 22,4 ± 1,63 (x ± SD) έτη που φοιτούσαν στο πρώτο ως το τέταρτο έτος της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης.

Αποτελέσματα: Η μέση διάρκεια ύπνου προ των εξετάσεων ήταν 7,38 ± 0,82 h, ενώ κατά τις εξετάσεις ήταν 7,11 ± 0,77 h στατιστικά σημαντικά ελαττωμένη ($p<0.05$). Επίσης στατιστικά σημαντική διαφορά εμφάνισε και η ώρα έναρξης νυχτερινού ύπνου που στην προ εξεταστική περίοδο ήταν 01.28 ± 1,16 το πρωί, ενώ κατά την εξεταστική ήταν 01.59 ± 1,18 ($p<0.032$). Οι ώρες μελέτης πριν τις εξετάσεις ήταν 3,51 ± 1,81, ενώ μετά αυξήθηκαν σε 5,87 ± 1,85 h ($p<0.001$). Διαφορές δε βρέθηκαν στην κατανάλωση, καφέ οινόπνευματος, διεγερτικών ή υπνωτικών φαρμάκων, στη δυσκολία έναρξης ύπνου, στους εφιάλτες ή στο ροχαλιτό ανάμεσα στις δύο περιόδους. Σε 61% των ημερών προ εξεταστικής οι φοιτητές ανέφεραν, ότι ένιωθαν ξεκούραστοι κατά την αφύπνιση, ενώ κατά την εξεταστική περίοδο το ποσοστό μειώθηκε σε 54% ($p<0.035$).

Συμπέρασμα Κατά την διάρκεια των εξετάσεων η μέση διάρκεια ύπνου των φοιτητών μειώνεται, ενώ η έναρξη του νυχτερινού ύπνου μετατίθεται σε πλέον προχωρημένες πρωινές ώρες και περίπου στις μισές μέρες της εξεταστικής περιόδου οι φοιτητές αισθάνονται κουρασμένοι, όταν αφυπνίζονται. Συμπερασματικά οι εξετάσεις επηρεάζουν τις συνθήκες ύπνου των φοιτητών.

80

ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΜΗΡΟΒΟΥΒΩΝΙΚΩΝ ΛΕΜΦΑΔΕΝΩΝ ΜΕ ΚΙΤΡΙΚΟ ΓΑΛΛΙΟ-67 ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΡΚΟΕΙΔΩΣΗ

Παναγόπουλος Γεώργιος*, Μπατσάκης Χρήστος, Τουρκοχωρίτη Γεωργία, Ηλίας Ιωάννης, Μπόφος Δημήτριος, Χριστακοπούλου Ιουλία, Τμ. Πυρην. Ιατρικής, Πνευμ. Κλιν. ΠΓΝΝΘΑ "Η ΣΩΤΗΡΙΑ".

Είναι γνωστή η αξία του σπινθηρογραφήματος (ΣΠΘ) με κιτρικό Γάλλιο-67 για τη διάγνωση και παρακολούθηση της σαρκοειδώσεως. Τελευταία έχουν καλά αναγνωριστεί τα δύο επιμέρους συχνά παθολογικά ΣΠΘφικά σημεία: το σημείο Panda (συμμετρική απεικόνιση δακρυϊκών και σιελογόνων αδένων) και το σημείο Λάμδα (συμμετρική απεικόνιση αδένων των πυλών και του μεσοθωρακίου). Στην βιβλιογραφία δεν υπάρχουν αναφορές για τυπική ΣΠΘφική εικόνα άλλης ομάδας λεμφαδένων. Στην παρούσα εργασία αναζητήθηκε η ύπαρξη μιάς τέτοιας εικόνας. Προς τούτο αναλύθηκαν παθολογικά ΣΠΘ 62 εν σειρά ασθενών στους οποίους τέθηκε η διάγνωση της σαρκοειδώσεως είτε με βιοψία, είτε με τυπικά ακτινολογικά και κλινικά ευρήματα, υποστηριζόμενα από αυξημένες τιμές SACE ή συμβατή λεμφοκυττάρωση στις βρογχοκυελιδικές εκπλάσεις. Τα ΣΠΘ είχαν ληφθεί - είτε κατά την αρχική διάγνωση, είτε κατά την παρακολούθηση και υποτροπή της νόσου - 48 ώρες μετά IV χορήγηση 111-148 MBq κιτρικού Γαλλίου-67 σε ολόσωμη εμπροσθία και όπου απαιτήθηκε και οπισθία σάρωση (γ-camera GE AT/X, Star 3200i, collimator μέσης ενέργειας, 3 ενεργειακά παράθυρα, >2.10⁶ cts/view).

Από την ανάλυση των ΣΠΘ διαπιστώθηκε ότι σε 38 ασθενείς (61%) αναγνωρίστηκε το σημείο Panda (15 έντονο, 23 ασθενείς), σε 48 ασθενείς (77%) απεικονίστηκαν αδένες πυλών-μεσοθωρακίου, αλλά μόνο στους 31 (50%) σχημάτιζαν το τυπικό σημείο Λάμδα (17 μη τυπικό), ενώ σε 22 ασθενείς (35%) απεικονίστηκαν μηροβουβωνικοί λεμφαδένες (17 άμφω, 3 ετεροπλευρώς) σε 16 εκ των οποίων (26%) συνυπήρχε έντονο ή ασθενές Panda καθώς και τυπικό ή όχι Λάμδα. Σε 13 ασθενείς διαπιστώθηκε διάχυτη ήπια έως έντονη κατανομή στους πνεύμονες καθώς και άλλα σπανιότερα ευρήματα (σε 8 ασθ. μασχάλ. - 3 αμφοτ. 5 ετεροπλ. - , σε 1 πρωταίως, σε 2 εστιακή συγκεντρωση στο πνευμονικό παρέγχυμα κτλ.).

Συμπέρασμα: Ένας στους τρεις ασθενείς που πάσχουν από σαρκοειδωση και έχουν παθολογικό σπινθηρογράφημα με Γάλλιο παρουσιάζουν συμμετρική κατά κανόνα απεικόνιση μηροβουβωνικών λεμφαδένων, γεγονός που θα μπορούσε ίσως να βοηθήσει στην ανάμικτη διάγνωση της νόσου, ιδίως όταν δεν συνυπάρχουν τυπικά σημεία Panda και Λάμδα.

81

ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΑΝΟΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

Ι Ηλιάς*, Γ Πανουτσόπουλος, Χ Μπατσακός, Α Τσελεμπής*, Ν Φιλίππου†, Ι Χριστοπούλου

Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής και 1^οο Πνευμονολογικό Τμήμα, ΠΓΝΝΘΑ"Η Σωτηρία", Αθήνα

Η φυματίωση (TB) είναι ένα νόσημα για το οποίο υπάρχουν διεθνώς λίγες και αντικρουόμενες αναφορές σχετικά με την επίδρασή του στον θυρεοειδή. Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν η εκτίμηση της θυρεοειδικής λειτουργίας και της ύπαρξης αντιθυρεοειδικών αυτοαντισωμάτων σε ασθενείς πασχόντες από πνευμονική TB σε σύγκριση με ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) ως μάρτυρες.

Συλλέχθηκαν οροί από 16 HIV(-) νοσηλευόμενους ασθενείς με νεοδιαγνωσθείσα [(+) πτύελα] πνευμονική TB εντός μιας ημέρας από την έναρξη θεραπείας με Ισονιαζίδη, Ριφαμπικίνη και Εθαμβουτόλη. Οι ασθενείς βρισκόνταν σε καλή κατάσταση θρεψής. Επίσης συλλέχθηκαν οροί από 23 ασθενείς με ΧΑΠ σε καλή κατάσταση κατά την εξόδο τους από το νοσοκομείο. Οι μετρήσεις που πραγματοποιήθηκαν ήταν: TSH (IRMA), ολική T₃ και T₄ (RIA), αντιθυρεοσφαιρινικά αυτοαντισώματα (IRMA) και αυτοαντισώματα κατά της θυρεοϋπεροξειδάσης (μονοκλωνικό RIA).

Η ολική T₃ στους ασθενείς με TB ήταν ελαφρά μειωμένη και διέφερε από τους μάρτυρες (p=0.06 με τη δοκιμασία Wilcoxon) ενώ οι υπόλοιπες μετρήσεις παρέμειναν στα φυσιολογικά όρια.

Συμπεραίνουμε ότι ένα ποσοστό ασθενών με πνευμονική TB παρουσιάζει το σύνδρομο της χαμηλής T₃ μη θυρεοειδικής νόσου.

83.

ΤΑ ΜΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΙΑΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ζιωτόπουλος Παναγιώτης*, Βερυκάκη Αγγελική, Νικολακόπουλος Ιωάννης, Δελιβοριάς Μιχαήλ, Δριβαλός Κωνσταντίνος, Α' Πνευμονολογική Κλινική - Σισμανόγλειο Νοσοκομείο - Αθήνα.

Σύμφωνα με πρόσφατη απόφαση του ΥΠ&ΚΑ, οι πνευμονολογικές κλινικές δεν έχουν πλέον την δυνατότητα (δεν θεωρούνται ως κατάλληλες) να ασκούν ιατρούς, υποψηφίους πνευμονολόγους, προκειμένου να χορηγούν εις αυτούς πιστοποιητικό άσκησης ενός έτους εις την παθολογία.

Σκοπός της παρούσης είναι η διερεύνηση της δυνατότητας μιάς πνευμονολογικής κλινικής να νοσηλεύει ασθενείς με προβλήματα "εσωτερικής παθολογίας" και κατ' επέκτασιν να εκπαιδεύει σχετικάς.

Υλικόν - Μέθοδος: Κατεγράψαμεν όλους τους ασθενείς με μη πνευμονολογικά προβλήματα, που νοσηλεύθησαν από 1.11.93 έως 1.11.95. Τοιοτοτρόπως, νοσηλεύθησαν περιστατικά.

Αποτελέσματα: α) Καρδιολογικά: Καρδ. Ανεπ. 124, Ισχ. καρδ. - Στεφ. Ν. 102, αρρυθμίες, άνω των 100, Περικ. 13, βαλβιδ. 22, εμφρ. μυοκ. 2, μυοκαρδιοπ. 3, Συγ. Καρδ. 2.

β) Ρευματολογικά: Ρευματοειδ. αρθρ. 2, Σκληροδερμ. 3, Ερ. Λ. 4, Οστεοπορ. 5, σπονδυλίτιδες 2, ασκυλ. σπονδ. 6, σύνδρ. ΤΙΕΤΖΕ 1, σύνδρ. SJOGREN 3.

γ) Νευρολογικά: Νέο-εγκεφ. μετ. (με σημειολογία) 25, νεο-εγκεφ. πρωτ. 2, σύνδρ. BROWN-SEQUARD νέο - αιτ. 2, νεο-εγκεφαλοπ. 2, αγγ. εγκεφ. επεισ. 21, v. PARKISON 7.

δ) Λοιπά παθολογικά: Αρτηρ. υπερτ. 78, σακχ. διαβήτη 79, γαστρεντερολογικά 25, ήπαρ - χολαγ. 47, αιματολ. 26, νεφρολογικά 26, ουρολογικά 15, αρτηριοπάθειαι 6, θρομβοφλεβίτιδες 2, ενδοκρινολογικά 6.

Σχόλια - Συμπέρασμα:

Οι πνευμονολογικές κλινικές δεν λειτουργούν πλέον ως απομονωμένες ανατομικές κλινικές, αλλά μέσα στον παθολογικό Τομέα του Γενικού Νοσοκομείου. Τα περιστατικά συνήθως είναι μικτά, απόψεις και γνώμες ανταλλάσσονται, η εκπαίδευση είναι ενιαία στον Τομέα. Περιστατικά σαν τα ανωτέρω θα είχαν πολλά να διδάξουν και παθολόγους και γενικούς ιατρούς. Προς τι επομένως η καταδικαστική - απαγορευτική - μειωτική για τις πνευμονολογικές κλινικές απόφαση;

82

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΣΠΙΡΟΜΕΤΡΗΣΗΣ ΜΕ ΕΞΑΕΚΚΗΤΗ ΤΗΣ ΑΝΑΙΝΩΣΗΣ ΣΤΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΝΑΙΝΩΣΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ Μισόρας: Αθανάσιος*, Θεοδωρακόπουλος Παναγιώτης, Παναγιώτης Σωτήριος, Σολωμονίδης Ευάγγελος, Κατσαρός Χάρης. SOMERVILLE HOSPITAL (Πνευμ/κή κλινική), Βοστώνη ΗΠΑ

Σκοπός της εργασίας ήταν η αξιολόγηση της ορισμέτοσης με εξαεκτή της αναπνοής (INCENTIVE SPIROMETRY) στην αναπνευστική αγωγή χειρουργηθέντων ασθενών.

Υλικό-Μέθοδος: 87 χειρουργημένοι ασθενείς (άνω-κάτω κοιλία, ορθοπεδικού) ηλικίας 28-77 χρ. με ένδειξη για την μέθοδο (ΧΑΠ, παχυσαφεία, έντονο άλγος κ.λ.π.) και με καλή συνεργασία έλαβαν μέρος. Μετά κατάλληλη επιαίδευση επιδιωκόμενος στόχος ήταν το 80% της προβλεπόμενης εισπνευστικής τιμής (χωρητικότητας) για 5-10 φορές/ώρα >100 φορές /24ωρο > 4 ημέρες.

Αποτελέσματα (α): Έφθασαν την προβλεπόμενη τιμή το 40% των ασθενών σε 24h και παρέμεινε σταθερή για 72h με σταθερή κλινική και αιματολογική εικόνα, ενώ ένα άλλο 13% έφθασαν σε 72h. β) Ποσοστό <75% της προβλεπόμενης τιμής έφθασε το 33% των ασθενών για > 72h ενώ γ) Στο 14% ήταν αδύνατη η χρησιμοποίηση της μεθόδου και αντικαταστάθηκε από CPAP.

Συμπεράσματα α) Η μέθοδος υπό προϋποθέσεις, είναι αποτελεσματική εύχρηστη ασφαλής και οικονομική β) Εάν ο ασθενής στο α' 24ωρο υπολείπεται του 75% της προβλεπόμενης τιμής χρήζει στενής παρακολούθησης και συμπληρωματικές αναπνευστικές ασκήσεις και γ) Εάν για 72h ο ασθενής κυμαίνεται στο 50-70% της προβλεπόμενης τιμής, συνιστάται αντικατάσταση από CPAP.

84

Η ΣΥΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΒΡΟΓΧΙΚΩΝ ΕΚΚΡΙΣΕΩΝ ΣΑΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ-ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΟΞΕΙΑΣ ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΑΠ

Σταυρακάκη-Καλλέργη Κρυσταλλία*, Σαμαρά Ιωάννα, Κάντζα Χριστίνα, Ασέφρα Ιουδήθ, Λαμπρούλης Γεώργιος, Μιλτιάδης Βασίλειος, Χρήστου Φρειδερίκη, Αρμενάκη Ουρανία, Λιτός Γεώργιος

3η Πν. Κλινική-Βιοχ. Εργαστήριο Ν.Ν.Θ.Α.

Οι αναπνευστικές λοιμώξεις επηρεάζουν την σύσταση των βρογχικών εκκρίσεων.

Σκοπός: Να μελετηθεί αν η σύσταση των βρογχικών εκκρίσεων σε ασθενείς με ΧΑΠ επηρεάζεται από μια οξεία μικροβιακή λοίμωξη.

Ασθενείς-Μέθοδος: Συγκρίναμε δύο ομάδες ασθενών:

1: 6 ασθενείς με ΧΑΠ έπασχαν από οξεία μικροβιακή λοίμωξη.

2: 8 ασθενείς με ΧΑΠ χωρίς βακτηριακή ή ιογενή λοίμωξη.

Η λήψη των βρογχικών εκκρίσεων έγινε από την βλέννη του κάτω τμήματος της τραχείας και των κυρίων βρόγχων κατά την διάρκεια ινοβροσκοπήσεως. Η τοπική αναίθησία έγινε με ίσες ποσότητες διαλύματος ξυλοκαΐνης 2%. Από την μελέτη μας αποκλεισθηκαν ασθενείς με αιμόπτυση, καθώς και όσοι είχαν υποβληθεί σε χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία.

Αποτελέσματα:

η	Αυξημένες τιμές βρ. εκκρίσεων	ουρία > 3,1 mg%	pH > 6,29	K > 2,5 meq/l	p > 1 mg%
6	οξ. μικρ. λοίμωξη	4 (67%)	4 (67%)	5 (83%)	6 (100%)
8	μάρτυρες	-	-	1 (17%)	1 (17%)

Συμπεράσματα: Είναι ήδη γνωστό ότι οι αναπνευστικές λοιμώξεις επηρεάζουν τη σύσταση των βρογχικών εκκρίσεων, προφανώς μέσω μηχανισμών αλλαγής της διαπερατότητας της βλέννης. Η ουρία και το pH αυξάνονται σε περιπτώσεις οξείας μικροβιακής λοίμωξης, σε σύγκριση με την ομάδα των μαρτύρων. Το κάλιο και ο φώσφορος επίσης επηρεάζονται σε ασθενείς με ΧΑΠ και οξεία λοίμωξη. Η ουρία, η ιοντική σύσταση και το pH των βρογχικών εκκρίσεων θα μπορούσαν να χρησιμεύσουν σαν διαγνωστικό κριτήριο για την διάγνωση οξείας μικροβιακής λοίμωξης σε ασθενείς με ΧΑΠ.

85

ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΒΑΡΙΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΠΝΟΙΑΣ ΣΕ ΔΥΟ ΑΣΘΕΝΕΙΣ.

Βαγιάκης Εμμανουήλ*, Μαυρομάτης Αντώνιος, Ζακυνθινός Επαμεινώνδας, Κοτανίδου Αναστασία, Ζακυνθινός Σπυρίδων, Ρούση Χριστίνα, Ρούσσος Χαράλαμπος.
Κέντρο Μελέτης Ύπνου - Κλινική Εντατικής Θεραπείας Πανεπιστημίου Αθηνών Νοσοκομείο "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ" Αθήνα.

Περιγράφονται 2 περιπτώσεις ασθενών που η μελέτη στο εργαστήριο ύπνου έδειξε ασυνήθους βαρύτητας πολυκαταγραφικά ευρήματα.

Περίπτωση 1η

Κορίτσι 13 ετών με ιστορικό παλαιού κατάγματος κάτω γνάθου και ακύλωση κροταφογναθικής αρθρώσεως άμφω, εισάγεται στο νοσοκομείο για να υποβληθεί σε γναθοχειρουργική επέμβαση.

Η μητέρα ανέφερε στην αναισθησιολόγο κατά την προεγχειρητική εκτίμηση ότι το παιδί "μελaniaζε" τη νύχτα και ζητήθηκε μελέτη ύπνου. Ούτε το παιδί, ούτε η μητέρα ανέφεραν άλλα συμπτώματα συνδρόμου άπνοιας στον ύπνο. Ο φάρυγγας της ασθενούς ήταν ιδιαίτερα στενωμένος λόγω του παλαιού κατάγματος. Η μελέτη ύπνου έδειξε βαρύτατες αποφρακτικές άπνοιες και υποξαιμίες με AHI 50, μέση διάρκεια άπνοιών 61 ± 23 sec και μέσο αποκορεσμό αιμοσφαιρίνης 35%. Ο κορεσμός της αιμοσφαιρίνης ήταν συνεχώς κάτω του 70% και συχνά έπεφτε κάτω από 25%. Ο χαμηλότερος κορεσμός που σημειώθηκε ήταν 11%. Η ασθενής είχε συνεχή ταχυκαρδία με σφύξεις 120-150 ανά λεπτό.

Περίπτωση 2η

Ανδρας 47 ετών προσήλθε για διερεύνηση ήπιας υπνηλίας, όπως ανέφερε, που δεν τον εμπόδιζε στην εκτέλεση επαγγέλματος υψηλών απαιτήσεων. Οι ετήσιοι ιατρικοί ελεγχοί του ασθενούς ευρίσκοντο φυσιολογικοί. Η μελέτη ύπνου έδειξε AHI 45 με πολύ παρατεταμένες άπνοιες διάρκειας κατά μέσο όρο 68 ± 17 sec. Ο κορεσμός της αιμοσφαιρίνης έπεφτε κατά μέσο όρο στο $56 \pm 12\%$. Κατά τη διάρκεια των άπνοιών καταγράφησαν έκτακτες υπερκοιλιακές συστολές και κομβικός ρυθμός. Η μεγαλύτερη άπνοια είχε διάρκεια 223 sec (σχεδόν 4 λεπτά) και κατεγράφη πτώση του κορεσμού στο 7%. Τόσον παρατεταμένη αποφρακτική άπνοια είναι εξαιρετικά σπάνια και είναι η πρώτη φορά, απ' όσο γνωρίζουμε, που παρουσιάζεται καταγραμμένη.

Οι καταγραφές των δύο ασθενών παρουσιάζονται.

87

ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗ ΜΕ rt-PA ΣΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ

Μπομπότης Γεώργιος, Κάκουρα Μαριάννα*, Βασιλειάδης Κων/νος, Κουλαξής Δ., Μπάκα Μαρία, Γαλάνης Νικόλαος, Κουρόγλου Στέργιος Καρδιολογικό και Α' Πνευμονολογικό Τμήμα Γεν. Περιφ. Νοσ/μείου "Γ. Παπανικολάου" Θεσσαλονίκη

Οι αντικειμενικές δυσκολίες επιλογής ασθενών (πολύπλοκες, χρονοβόρες διαγνωστικές τεχνικές) και ο υπερβολικός φόβος επιπλοκών ευθύνονται για τη μη ευρεία εφαρμογή θρομβόλυσης (ΘΛ) σε πνευμονικές εμβολές (ΠΕ). Παρουσιάζεται το 1ο περιστατικό πρωτοκόλλου συνεργασίας πνευμονολογικού και καρδιολογικού-αιμοδυναμικού τμήματος για διάγνωση, εκτίμηση, θεραπεία και παρακολούθηση ΠΕ. Η ασθενής, 50 ετών, διακομίστηκε από επαρχιακό νοσοκομείο με μαζική ΠΕ, που διαγνώστηκε κλινικά, ακτινολογικά, ΗΚΓγραφικά, υπερηχοΚΓγραφικά και αγγειογραφικά. Εφαρμόστηκε άμεσα θρομβόλυση με έγχυση 100 mg ανασυνδασμένου ιστικού ενεργοποιητή του πλασμινογόνου (rt-PA) σε 2 ώρες. Η ευμενής εξέλιξη της ΘΛ παρακολούθησε κλινικά, εργαστηριακά, υπερηχοΚΓγραφικά, με διαδοχικές εκλεκτικές πνευμονικές αγγειογραφίες (πριν, 2 και 48 ώρες μετά), καθώς και με αιμοδυναμικές μετρήσεις. Καμμία επιπλοκή δεν παρατηρήθηκε. Για αντικειμενικούς λόγους η διενέργεια σπινθηρογραφήματος αερισμού/αιμάτωσης και ραδιοϊσοτοπικής φλεβογραφίας έγιναν 48 ώρες μετά και έδειξαν τις υπολειμματικές βλάβες και την πηγή των εμβόλων.

Η ασθενής ευρίσκεται σε από του στόματος αντιπηκτική αγωγή και παρακολούθηση. Μετά 2 μήνες αισθάνεται απολύτως καλά. Το ΗΚΓ και η α φία θώρακος είναι χωρίς παθολογικά ευρήματα, η PaO₂ = 82 mmHg, PaCO₂ = 35 mmHg, οι πνευμονικοί όγκοι και οι χωρητικότητες είναι φυσιολογικοί, όπως και η ικανότητα διάχυσης. Έπειτα η διενέργεια υπέρηχοΚΓγραφήματος και σπινθηρογραφημάτων.

Συζητούνται πλεονεκτήματα, ενδείξεις, περιορισμοί, τρόποι χορήγησης, σύγχρονες τάσεις και προβληματισμοί της ΘΛ σε ΠΕ.

86

ΒΗΧΑΣ ΕΚΔΗΛΟΥΜΕΝΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΔΗΨΗ ΚΑΠΤΟΠΡΙΛΗΣ & ΕΝΑΛΑΠΡΙΛΗΣ

Στρατόπουλος Παναγιώτης*, Γλιέσκου Ντανιέλα, Γεωργίτσα Καλλιόπη, Γαλαριώτης Κωνσταντίνος
Ν.Ν.Θ./ΝΔΕ - Πάτρα

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η παρούσα μελέτη έγινε με σκοπό την αναγνώριση πιθανών παρενεργειών από τους πνεύμονες των ευρέως χρησιμοποιούμενων στη χρόνια αρτηριακή υπέρταση και την καρδιακή ανεπάρκεια αναστολέων του μεταρρεπτικού ένζυμου της Αγγειοστενίνης I (ΜΕΑ), καπτοπρίλης και εναλαπρίλης.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Ελέγχθηκαν 36 ασυμπτωματικοί ασθενείς (21 γυναίκες Μ.Ο. ηλικίας $59,6 \pm 8,6$ έτη και 15 άνδρες Μ.Ο. ηλικίας $65,7 \pm 6,7$ έτη) που ελάμβαναν ΜΕΑ τουλάχιστον για 6 μήνες (23 καπτοπρίλη και 13 εναλαπρίλη).

Σαν ομάδα ελέγχου εξετάσθηκαν 36 ασθενείς με ανάλογη κατανομή ως προς το φύλο και την ηλικία που ελάμβαναν για ένα τουλάχιστον όμινο διουρητικά ή ανταγωνιστές του ασβεστίου. Η σύγκριση των δύο ομάδων έγινε με τη στατιστική δοκιμασία Χ² και την απαραίτητη διόρθωση κατά Yates.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ενώ στους ασθενείς της ομάδας ελέγχου δεν καταγράφησαν επιπλοκές και πιο συγκεκριμένα βήχας, 11 ασθενείς από την ομάδα που ελάμβανε ΜΕΑ (8 γυναίκες και 4 άνδρες) εμφάνισαν ξηρό παρατενόμενο παροξυσμικό βήχα - ο οποίος υπεχώρησε με την διακοπή του φαρμάκου. Επιπλέον στην ομάδα ΜΕΑ παρατηρήθηκε γυναικεία επικράτηση ως προς το βήχα και ελαφρώς πιο αυξημένη συχνότητα του συμπτώματος μετά από λήψη καπτοπρίλης παρά εναλαπρίλης

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Ο βήχας πρέπει να θεωρείται σαν παρενέργεια των ΜΕΑ, πιθανόν λόγω συσσώρευσης διαφόρων μεσολαβητών στο αγγειακό δίκτυο των πνευμόνων - όπως βραδυκίνητη, προσταγλανδίνες, αγγειοδραστική ουσία P- που ερεθίζουν τις αισθητικές νευρικές απολήξεις προκαλώντας το αντανακλαστικό του βήχα.

88

ΟΞΕΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ (ΣΕΛ) ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Λουκιδής Στέλιος¹, Ευδώρας Σωτήριος¹, Πανάγου Παναγιώτης¹, Κάσιμος Δημήτριος², Καλακώνας Σπύρος³, Τσίπρα Σταυρούλα¹, Καλογρόπουλος Νικόλαος¹
¹Πνευμονολογική Κλινική 401 ΓΣΝΑ, ²Ρευματολογικό Τμήμα, ³Ανασθησιολογικό Τμήμα 401 ΓΣΝΑ - Αθήνα

Αναφέρεται περίπτωση οξείας πνευμονιτιδας από ΣΕΛ ως πρώτη εκδήλωση της νόσου. Πρόκειται για νέο άνδρα ηλικίας 19 ετών, ο οποίος εισήχθη σε Παθολογική Κλινική του Νοσοκομείου μας με διάγνωση "εμπύρετο από 5ημέρου - πανκτυταροπενία (Hct 32%, Λευκά 3100, PLT 80000)". Η Ro θώρακος εισόδου ήταν φυσιολογική. Από την 3η ημέρα νοσηλείας παρουσίασε προοδευτικές επιδεινούμενη δύσπνοια, ενώ η Ro θώρακος έδειξε αμφοτερόπλευρες πνευνώσεις κάτω πνευμονικών πεδίων. Ένα 24ώρο μετά λόγω μεγάλης αναπνευστικής ανεπάρκειας (FiO₂ 100%: PaO₂: 50, PaCO₂: 32, pH: 7.47) ο ασθενής διασωληνώθηκε και τέθηκε σε μηχανική αναπνοή. Η κλινικοεργαστηριακή διερεύνηση της παραπάνω νόσου απέβη αρνητική για λοίμωξη. Ο κολλαγονικός έλεγχος έδειξε θετικά αντιπηκτικά αντισώματα σε υψηλό τίτλο, θετικά ADNA διπλής έλικας, χαμηλό συμπλήρωμα ορού και θετικά αντί-Sm και αντι-ENA αντισώματα. Βάσει των ανωτέρω τέθηκε η διάγνωση της οξείας πνευμονιτιδας από ΣΕΛ. Ο ασθενής τέθηκε σε υψηλές δόσεις μεθυλπρεδνιζολόνης επί 3ημερο (1 gr) με σταδιακή μείωση, ενώ έγινε και επ' άπαξ χορήγηση κυκλοφωσφαμιδης 1000 mg. Τη 15η ημέρα νοσηλείας ο ασθενής αποσωληνώθηκε. Η Ro θώρακος και η Γεν. Αίματος επανήλθαν σταδιακά σε φυσιολογικά επίπεδα.

89

ΕΜΠΥΡΕΤΟΣ ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΔΗΣ ΝΟΣΟΣ

Ζιωτόπουλος Παναγιώτης, Βερυκάκη Αγγελική, Παλαμίδας Φίλιππος, Νικολακόπουλος Ιωάννης, Μαργαρίτης Χρήστος.
Α΄ Πνευμονολογική Κλινική, Σισμανόγλειο Γεν. Περιφ. Νοσοκομείο - Αθήνα

Πρόκειται για ασθενή 74 χρονών γυναίκα που προσέρχεται στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου μας με δύσπνοια ηρεμίας, βήχα, κακουχία, υποξυγοναιμία και δεκατική πυρετική κίνηση από μηνός. Μη καπνίστρια και με ατομικό αναμνηστικό στίγματος μεσογειακής αναιμίας και χολοκυστεκτομής.

Ακτινολογικά παρουσιάζει βαμβάκομορφες ομοιογενείς σκιάσεις κατά τόπους συρρέουσες εις άμφω τα πνευμονικά πεδία. Η γενική αίματος κατά την εισαγωγή της είναι: Λευκά: 19.800, Ht: 27, Πολ.: 81%, Ηωσ.: 2%, Λεμφ.: 8%, Μεγάλα μονοκύτταρα: 9%, ΤΚΕ: 102, Mantoux (-).

CT θώρακος: Διάσπαρτες σκιάσεις στο δεξιό μέσο πνευμονικό πεδίο, ύπαρξη υπεζωκοτικής συλλογής δεξιά, δεν παρατηρούνται λεμφαδενικές διογκώσεις.

CT άνω κοιλίας: Χωρίς παθολογικά ευρήματα.

Βρογχοσκοπικός: Βλεννογόνια διήθηση στον δεξιό κύριο βρόγχο. Εξιδρωματική βλάβη με διαβρώσεις και αιμορραγικές εστίες. Σε ιστολογική εξέταση βιοψίας βρόγχου παρατηρείται ανάπτυξη κοκκώματος η οποία θέτει ισχυρώς την υποψία φυματώσεως.

Κυτταρολογική ψήκτρας και βρογχικών εκκρίσεων αρνητικές. Πτύελα για Β. Koch αρνητικά.

Από τον λοιπό εργαστηριακό έλεγχο διάχυτος υπερ-γ-σφαιριναίμια. Έλεγχος κολλαγονικός: Ra Test 640 IU/ml (Φ.Τ. < 20 IU?ml). CRP: 117 ml/l/Φ.Τ. < 5mg/lit.

Δοκιμασία αμέσου Coombs: αρνητική
Έλεγχος θυρεοειδούς: αρνητικός

Η ασθενής υποβλήθηκε σε αντ-ΤΒC αγωγή (ισονιαζίδη, ριμφαμπικίνη και εθαμβουτόλη).

Η ασθενής κατέληξε 3 μήνες μετά την εισαγωγή της στο Νοσοκομείο.

10 ημέρες προ του θανάτου χορηγήθηκαν υψηλά δόσεις κορτικοειδών

90

Η ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΑΠΝΟΙΑ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΠΑΡΟΔΙΚΩΝ ΙΣΧΑΙΜΙΚΩΝ ΠΡΟΣΒΟΛΩΝ (ΤΙΑ)

Σ.Μάγιερ - Παπαγεωργίου, Α.Α.Παπαγεωργίου, Γ.Α.Παπαγεωργίου, Μ.Α.Ζαφράκας

Εργαστήριο Υπνου, Διαγνωστικόν Κέντρον ΘΡΑΞ, Ψαρών 26 GR-54453 Θεσσαλονίκη.

Οι παροδικές ισχαιμικές προσβολές του εγκεφάλου είναι βραχεία επεισόδια νευρολογικών διαταραχών οι οποίες απομαθίζονται αλλά έχουν τη τάση να επαναλαμβάνονται. Σαν αίτιο αναφέρονται συνήθως η ανεπαρκής αιμάτωση των εγκεφαλών λόγω αγγειακής νόσου συνεπεία αθηρωμάτωσης των εγκεφαλικών αγγείων.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ : Η μελέτη δύο ασθενών οι οποίοι παρουσίασαν παροδικές ισχαιμικές προσβολές κατά την διάρκεια του ύπνου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ : Εξετάσθηκαν δύο ασθενείς ηλικίας 78 ετών ο πρώτος και 65 ετών η δεύτερη, οι οποίοι παρουσίαζαν παροδικές ισχαιμικές προσβολές κατά την διάρκεια του ύπνου και ιδιαίτερα τις πρώτες πρωινές ώρες. Μετά την παροχή θεραπευτικής αγωγής στο εφημερεύον νοσοκομείο οι ασθενείς παρουσίασαν ταχεία ανάρρωση χωρίς μόνιμο γνατιαόσταση συμπτωματολογίας. Εγινε στους δύο ασθενείς αγγειολογική εξέταση η οποία δεν αποκάλυψε στένωση των εγκεφαλικών αρτηριών.

Η αξονική τομογραφία του εγκεφάλου δεν έδειξε παθολογικά ευρήματα. Η αρτηριακή πίεση ήταν στους δύο ασθενείς φυσιολογική. Στους ασθενείς διαπιστώθηκε αποφρακτική άπνοια του ύπνου βαριάς μορφής η οποία προκάλεσε, ιδίως τις πρωινές ώρες μία απότομη πτώση της μεριμής πίεσεως του O² του αρτηριακού αίματος με αποτέλεσμα συμπτωματολογίας παροδικής ισχαιμικής προσβολής του εγκεφάλου. Στους δύο ασθενείς χορηγήθηκε θεραπεία με εφαρμογή ρινικής θετικής πίεσεως των αεραγωγών (NCPAP). Δεν παρουσιάστηκε υποτροπή των παροδικών ισχαιμιών έκτοτε. Το διάστημα παρακολούθησε ήταν 14 μήνες για τον πρώτο ασθενή και 9 μήνες για την δεύτερη ασθενή. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η πιθανότητα υπάρξεως αποφρακτικής άπνοιας του ύπνου πρέπει να εξετάζεται σε κάθε ασθενή ο οποίος παρουσιάζει παροδικές ισχαιμικές προσβολές .-

91

Η ΔΙΑΒΡΟΓΚΙΚΗ ΔΙΑ ΒΕΛΟΝΗΣ ΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗ ΣΤΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΒΡΟΓΧΟΓΕΝΗ ΚΑΡΚΙΝΟ.

Κατής Κων/νος*, Κοτρογιάννης Γεώργιος, Ζαχαριάδης Εμμανουήλ, Τσιφαράκη Ξανθή, Σιδερίης Γεώργιος, Θεοδωρόπουλος Ευάγγελος, Χαϊνής Νικόλαος, Μπλάνα Αικατερίνη, Αποστολοπούλου Φωτεινή Β' Πνευμονολογικό Τμήμα, Σισμανόγλειο Γ.Π.Ν.Α., Αθήνα

Σκοπός της προοπτικής αυτής μελέτης ήταν η αξιολόγηση του ρόλου της διαβρογικής δια βελόνης αναρρόφησης (ΔΒΑ) στη σταδιοποίηση του μεσοθωρακίου ασθενών με βρογχογενή καρκίνο. Οι 74 ασθενείς της μελέτης μας (μέση ηλικία 64 έτη) παρουσίαζαν α/α θώρακα συμβατή με βρογχογενή καρκίνο και επιπλέον διόγκωση των μεσοθωρακικών λεμφαδένων στην αξονική τομογραφία (ΑΤ). Ασθενείς με ενδείξεις μεταστατικής νόσου ή άλλα ευρήματα που δεν επέτρεπαν τη χειρουργική αντιμετώπιση, αποκλείστηκαν από τη μελέτη. Η ΔΒΑ εφαρμόζονταν κατά την πρώτη ινοβρογχοσκόπηση πριν από κάθε άλλη διαγνωστική βρογχοσκοπική τεχνική. Δύο με τρεις παρακέντησεις πραγματοποιούνταν σε σημεία της κύριας τρύπιδας ή της τραχείας, τα οποία καθορίζονταν με μετρήσεις που είχαν προηγηθεί στην ΑΤ.

Η κυτταρολογική εξέταση της ΔΒΑ ήταν θετική για κακοήθεια στο 72% (53/74) των ασθενών. Η ΔΒΑ για τη διερεύνηση των υποτροπιδικών λεμφαδένων ήταν θετική στο 73% (39/53) των περιπτώσεων, ενώ για τη διερεύνηση των παρατραχειακών στο 67% (14/21). Η ΔΒΑ ήταν θετική στο 82% (45/55) των ασθενών με παραμόρφωση της κύριας τρύπιδας ή της τραχείας κατά την ενδοσκόπηση και στο 42% (8/19) αυτών με φυσιολογική κύρια τρύπιδα ή τραχεία. Στο 27% (20/74) των ασθενών η ΔΒΑ ήταν η μόνη μέθοδος διάγνωσης. Από τους 21 ασθενείς με αρνητική ΔΒΑ οι 10 είχαν μη-μικροκυτταρικό καρκίνο. Αυτοί στη συνέχεια σταδιοποιήθηκαν και χειρουργικά (μεσοθωρακασκόπηση - μεσοθωρακοτομή) από την οποία διαπιστώθηκε ότι οι 8 είχαν ψευδώς αρνητικές παρακέντησεις, ενώ οι 2 αληθώς αρνητικές. Η ευαισθησία της τεχνικής, που υπολογίστηκε στους ασθενείς με μη-μικροκυτταρικό καρκίνο, ήταν 77% θεωρώντας όλες τις θετικές ΔΒΑ ως αληθώς θετικές. Υποψία ψευδώς θετικής παρακέντησης δεν υπήρξε σε καμία περίπτωση. Δεν παρουσιάστηκαν σημαντικές επιπλοκές εκτός από μικρή αιμορραγία στο σημείο της παρακέντησης. Συμπερασματικά, η ΔΒΑ των μεσοθωρακικών λεμφαδένων αποτελεί μια ασφαλή και πολύτιμη τεχνική σταδιοποίησης σε ασθενείς με βρογχογενή καρκίνο και αδενόπθεια του μεσοθωρακίου που διαπιστώνεται με την ΑΤ θώρακα.

92

Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΕΜΜΕΣΩΝ ΒΡΟΓΧΟΣΚΟΠΙΚΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΩΣ ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ Ca ΠΝΕΥΜΟΝΩΣ.

Σωκράτης Παρασταπίδης, Αντωνία Πολυχρονιάκη, Κωνσταντίνος Μπίκου*, Μάρθα Μιχαλά, Επαμεινώνδας Κοσμάς, Βλάσσης Πολυχρονόπουλος, Πνευμονολογική Κλινική Νοσοκομείου "Α. Φλέμιγκ", Αθήνα.

Η σωστή αξιολόγηση των έμμεσων βρογχοσκοπικών ευρημάτων (οίδημα, διήθηση, επάρματα, στένωση βρόγχων) μπορεί να βοηθήσει στη διάγνωση σημαντικού αριθμού ασθενών. Σκοπός της εργασίας αυτής ήταν να αποδείξει τη σπουδαιότητα της διερεύνησης των έμμεσων βρογχοσκοπικών ευρημάτων όταν υπάρχει υποψία για κακοήγη νόσο. Μεταξύ 1989-1995 βρογχοσκοπήθηκαν 1600 ασθενείς εκ των οποίων οι 502 (31%) παρουσίαζαν έμμεσα βρογχοσκοπικά ευρήματα. Οι ασθενείς αυτοί υποβλήθηκαν σε βιοψία και brushing. Από τους 502 ασθενείς οι 285 (56,7%) παρουσίαζαν οίδημα. Η βιοψία από την περιοχή του οιδήματος με σύστημα ακτινολογικό εύρημα, απέβη θετική για κακοήθεια σε 28 ασθενείς (13,4%) και το brushing σε 9 (3,1%). 155 ασθενείς (31%) παρουσίαζαν διήθηση του βλεννογόνου, η βιοψία της οποίας έδωσε 105 (67%) θετικές απαντήσεις για κακοήθεια, το δε brushing 10 (6%). 35 ασθενείς (7%) παρουσίαζαν επάρματα του βλεννογόνου, η βιοψία των οποίων έδειξε 1 (2,8%) περίπτωση κακοήθειας και 4 (11%) περιπτώσεις οστεοχονδρπλαστικής τραχειοβρογχοπάθειας, ενώ το brushing 2 (5,7%) περιπτώσεις κακοήθειας. Τέλος 27 (5,3%) ασθενείς με στένωση βρόγχου εκ των οποίων οι 5 (18%) παρουσίαζαν νεοπλασία στην βιοψία και οι 2 (7%) στο brushing. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων φαίνεται ότι η βιοψία και το brushing όταν υπάρχει διήθηση του βλεννογόνου συνοδεύονται από υψηλά ποσοστά θετικών απαντήσεων ενώ τονίζεται η συμβολή της βιοψίας σε περιπτώσεις οιδήματος του βλεννογόνου και συγκεντρικής στένωσης, που αν και εκ πρώτης όψεως είναι μικρή η αναλογία σε σχέση με τον διηθημένο βλεννογόνο εν τούτοις, συναξιολογούμενα με τα θετικά κυτταρολογικά ευρήματα, αυξάνουν το ποσοστό.

93

ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΔΑΚΤΥΛΟΙΔΕΙΔΕΣ ΣΤΕΝΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΤΡΑΧΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΥΠΟΓΛΩΤΤΙΔΙΚΗΣ ΜΟΙΡΑΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ LASER.

Παλαμίδας Φίλιππος, Κατής Κωνσταντίνος, Ζαχαριάδης Εμμανουήλ*, Αγγελίδου Μαρία, Παπαγόρας Χαράλαμπος, Νταχάμπρε Τζαμπραήλ, Ιγγλέζος Ηλίας, Παπανικολάου Νικόλαος, Αποστολοπούλου Φωτεινή, Β' Παθολόγος Τομέας-Τμήμα Θεραπειών LASER, Σισμανόγλειο ΓΠΝΑ.

Οι καλοήθειες δακτυλοειδείς στενώσεις της τραχείας και της υπογλωττιδικής μοίρας του λάρυγγα αντιμετωπίζονται είτε με LASER (CO₂ ή Nd:YAG) ή με χειρουργική επέμβαση. Σκοπός της εργασίας είναι η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων από την εφαρμογή Nd:YAG σε καλοήθειες δακτυλοειδείς στενώσεις. Οι 25 ασθενείς που μελετήθηκαν παρουσίαζαν σαν κύρια συμπτώματα δύσπνοια και βήχα. Ο βαθμός απόφραξης εκτιμήθηκε με τις παρακάτω εξετάσεις: α/α θώρακα - τραχείας, τομογραφία λάρυγγα - τραχείας (κλασική, υπολογιστική ή μαγνητική), καμπύλη ροής - όγκου, βρογχοσκόπηση και λαρυγγοσκόπηση. Οι επιπλοκές κατά τη διάρκεια της επέμβασης ή μετά ήταν: δύσπνοια σε 5 ασθενείς, αιμόπτυση σε 3, (> 50 ml), υποξαιμία σε 1, shock σε 1, παροδικό εγκεφαλικό επεισόδιο σε 1 και σε ένα ασθενή χρειάστηκε επείγουσα τραχειοστομία. Η παρακολούθηση γινόταν ανά τρίμηνο τον πρώτο χρόνο και ύστερα ανά 12μηνο. Δέκα ασθενείς παρουσίασαν ικανοποιητική ανταπόκριση και είναι ασυμπτωματικοί. Τρεις ανταποκρίθηκαν μέτρια, έχουν ήπια συμπτώματα και κατά διαστήματα υποβάλλονται σε LASER. Έντεκα ασθενείς που δεν ανταποκρίθηκαν υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση, ενώ ένας αρνήθηκε να χειρουργηθεί και παραμένει με τραχειοστομία. Συμπερασματικά, η χρήση Nd:YAG LASER είναι αποτελεσματική στο συγκεκριμένο τύπο στενώσεων της τραχείας και συνιστάται σαν αρχική θεραπεία ενώ επί αποτυχίας συνιστάται χειρουργική αντιμετώπιση.

95

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΔΙΑΚΑΛΩΣΗΣ ΤΟΥ ΔΕΞΙΟΥΣ ΑΝΩ ΛΟΒΑΙΟΥ ΒΡΟΓΧΟΥ ΣΕ ΚΡΗΤΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Μπαχλιτζανάκης Νικόλαος*, Τζωρτζιάκη Ελένη, Μοσχονάς Μιχαήλ, Ροβίνα Νικολέττα, Κονδύλη Ευμορφία, Χαχλιούτης Κωνσταντίνος, Χαΐνης Κυριάκος, Δροσitis Ιωάννης, Πνευμονολογική Κλινική Βενιζελείου Γεν. Νοσοκομείου Ηρακλείου.

Η έρευνα και ονοματολογία του βρογχικού δέντρου βασίσθηκε σε ανατομικές και βρογχογραφικές μελέτες στο παρελθόν. Με την ευρεία διάδοση του ινοβρογχοσκοπίου θεωρείται αποδεκτή η ενδοσκοπική αναγνώριση και μελέτη των τμηματικών και υποτμηματικών βρόγχων και ταξινόμηση σύμφωνα με τη διεθνή ονοματολογία (σύστημα B¹⁻¹⁰ a-c(1-3)). Ειδική προϋπόθεση για αναγνώριση του παθολογικού αποτελεί η γνώση των φυσιολογικών παραλλαγών. Σε 381 Κρήτες ηλικίας 18-93 ετών που υποβλήθηκαν σε διεγνωστική βρογχοσκόπηση τα έτη 1989-91 καταγράφηκαν, μελετήθηκαν και αναγνωρίστηκαν 4 τύποι τριχαιτικής παραλλαγής της διακλάδωσης του RUB, 4 τύποι διχασμού και 2 τύποι τετραχασμού του RUB. Διαπιστώσαμε ότι ο RUB τριχάζεται (B₁ / B₂ / B₃) στο 61,6%, διχάζεται στο 32,5%, ενώ τετραχασμός παρατηρείται στο 4,7% και ανώμαλη διακλάδωση στο 1% των βρογχοσκοπηθέντων. Standard τριχασμός παρατηρήθηκε στο 68,9% των τριχασμών, V τριχασμός στο 20,4%, ανάστροφο V στο 9,8% και εν οειρή στο 0,8%. Επί διχασμού του RUB αναγνωρίσαμε τον τύπο B₁₋₂ / B₃ στο 34,67%, τον B₁ / B₂₋₃ στο 42,74%, τον B₁₋₃ / B₂ στο 20,16% των διχασμών. Δεν ταξινομήθηκαν 2,41% των διχασμών. Στατιστικά πλέον σημαντικές διαφορές 0,001 < p < 0,01 διαπιστώνται σε σχέση με ποσοστά μελετών του Boyden (Αμερική) και Nagai (Ιαπωνία) με συχνότερα απαντώμενο στην Κρήτη τον τριχασμό ενώ στην Ιαπωνία τον διχασμό. Η συχνότητα τετραχασμού σχεδόν ταυτίζεται με των Ιαπώνων, ενώ διαφέρει στατιστικά με αυτή των Αμερικανών. Το 91% των τμηματικών διχάζεται σε δύο υποτμηματικούς α και β και το υπόλοιπο τριχάζεται.

94

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΩΝ ΑΝΘΡΑΚΩΣΙΚΩΝ ΕΣΤΙΩΝ ΤΟΥ ΒΡΟΓΧΙΚΟΥ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟΥ 78 ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΣΥΝΟΛΟ 1300 ΒΡΟΓΧΟΣΚΟΠΗΘΕΝΤΩΝ Δεμερτζής Παναγιώτης*, Μιχαηλίδης Στυλιανός, Βασιλαράς Βασίλης, Ζάχαρης Ευάγγελος, Σάββα Σωτηρία, Κοσμάς Επαμεινώνδας, Πολυχρονάκη Αντωνία, Πολυχρονόπουλος Βλάσσιος, Πνευμονολογική Κλινική - Παθολογοανατομικό ΓΝΝ Μελισίων Αμαλία Φλέμινγκ

Η παθολογία και η σημασία των ανθρακωσικών εστιών (ΑΕ) που απαντώνται κατά τη διάρκεια της βρογχοσκόπησης δεν έχει ακόμα διεκρινισθεί. Προσπαθήσαμε να διερευνήσουμε τη φύση, την αιτιολογία και την ανατομική θέση των ανθρακωσικών εστιών (ΑΕ) και να συνδέσουμε την ύπαρξη τους με κάποια πιθανή υποκείμενη νόσο. Μελετήσαμε 1300 ασθενείς, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε βρογχοσκόπηση για διάφορους λόγους και καταγράψαμε το ιστορικό, τα ακτινολογικά και βρογχοσκοπικά ευρήματα καθώς και την τελική διάγνωση. Από ένα μικρό αριθμό ασθενών στους οποίους διεπιστώθηκαν ανθρακωσικές εστίες, ελήφθησαν βιοψίες από τις θέσεις αυτές. Βρέθηκαν 141 ΑΕ σε 78 ασθενείς, ηλικίας 32-86 χρόνων, από το σύνολο των 1300 ασθενών (ποσοστό 6%) από τους οποίους: 39 (50%) ήταν καπνιστές, 35 (45%) μη καπνιστές και 4 (5%) πρώην καπνιστές. Η κατανομή των ΑΕ ήταν: 52,5% στο δεξιό βρογχικό δέντρο, 47,5% στο αριστερό βρογχικό δέντρο, ενώ στο 32% των ασθενών βρέθηκαν ΑΕ αμφουρά. Η τραχεία, ο δεξιός και αριστερός κύριος βρόγχος, καθώς και ο διάμεσος βρόγχος ήταν απάντες θέσεις εντόπισης ανθρακωσικών εστιών (0%, 0,7%, 1,4% αντίστοιχα). Οι πιο συχνές θέσεις ΑΕ ήταν: δεξιός άνω λοβαίος 24,8%, αριστερός άνω λοβαίος 21,3%, αριστερός κάτω λοβαίος 12,8%, δεξιός μέσος 12%, δεξιός κάτω λοβαίος 11,3% και lingula 9,2%. Η βιοψία από τις ανθρακωσικές εστίες δεν αποκάλυψε κάποιο ειδικό εύρημα εκτός από σωματίδια άνθρακα και μακροφάγα στο χώρο του βρογχικού βλεννογόνου σε ποσοστό 50% των περιπτώσεων. Ασθενείς με ιστορικό παλαιάς ΤΒΚ παρουσίαζαν πιο συχνά ΑΕ (ποσοστό 20,5%), ενώ ασθενείς με αιμόπτυση αγνώστου αιτιολογίας και βρογχεκτασίες ποσοστό 14% και 7,7% αντίστοιχα. Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι αν και οι ανθρακωσικές εστίες δεν συνιστούν κάποια ειδική παθολογική αλλοίωση του βλεννογόνου και δεν σχετίζονται με κάποια νοσολογική οντότητα, εν τούτοις η ανεύρεσή τους σημαίνει την ύπαρξη μιας προϋπάρχουσας χρόνιας φλεγμονώδους διεργασίας.

96

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ 4 ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΣΤΕΟΧΟΝΔΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΤΡΑΧΕΙΟΒΡΟΓΧΟΠΑΘΕΙΑ.

Σωκράτης Παραστατίδης, Αντωνία Πολυχρονάκη*, Κων/να Μπίκου, Αικατερίνη Χανιώτου, Στέλιος Μιχαηλίδης, Παναγιώτης Δεμερτζής, Πνευμονολογική Κλινική Νοσοκομείου "Α. Φλέμινγκ" - Αθήνα.

Η οστεοχονδροπλαστική τραχειοβρογχοπάθεια (Ο.Τ.) είναι καλοήθης νόσος αγνώστου αιτιολογίας και αποτελούσε συνήθως εύρημα σε νεκροψίες. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να καταδείξει ότι η βρογχοσκόπηση αποτελεί τη βασική διαγνωστική μέθοδο της νόσου σε εν ζώη άτομα καθώς επίσης να αναλυθούν τα χαρακτηριστικά των ασθενών αυτών. Οι 2 ασθενείς ήταν άνδρες ηλικίας 37 και 72 χρόνων και οι 2 γυναίκες ηλικίας 39 και 76. Δύο (2) ασθενείς εισήχθησαν λόγω δύσπνοιας. Ένας (1) ασθενής εισήχθη λόγω θωρακικού άλγους στο αριστερό ημιθώρακιο και μη παραγωγικό βήχα και ένας (1) λόγω αιμόφυρτων πτυέλων. Οι 2 ασθενείς παρουσίαζαν σκληρά λευκωπά επάσματα μόνο στην μενώνδη μοίρα της τραχείας, ενώ οι άλλοι 2 παρουσίαζαν επάσματα και στους κυρίους βρόγχους. Στους 3 εκ των 4 η ιστολογική εξέταση έδειξε στον υποβλεννογόνο ανάπτυξη νησίδων αποτελούμενων περιφερικά από υαλοειδή χόνδρο και κεντρικά από οστίτη ιστό, ενώ ο 1 παρουσίαζε μόνο χονδρομόρφες νησίδες. Η ακτινογραφία θώρακα δεν παρουσίαζε κάποια αξιολογητή αλλοίωση σε κανένα από τους τέσσερις ασθενείς. Ο αξονικός έλεγχος δεν μπόρεσε να εντοπίσει τις βλάβες στην τραχεία ή στους κυρίους βρόγχους. Με την ολοένα και πιο ευρεία χρήση του εύκαμπτου βρογχοσκοπίου η Ο.Τ. παρουσιάζεται με μεγαλύτερη συχνότητα απ'ότι στο παρελθόν συνήθως σε άτομα που παρουσιάζουν κάποιο από τα συνοδά μη ειδικά συμπτώματα (βήχας, δύσπνοια και αιμόπτυση).

97

ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΕ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
Κριαράς Ιωάννης, Μιχαλόπουλος Αργύρης, Ανθή Αναστασία, Πράπας Σωτήρης, Γερούλανος Στέφανος
Ονάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα

Σκοπός της εργασίας αυτής ήταν η μελέτη της συχνότητας και των επιπτώσεων των λοιμώξεων του αναπνευστικού συστήματος, σε καρδιοχειρουργικούς ασθενείς.

Υλικό και Μέθοδος: Μελετήθηκαν 1131 καρδιοχειρουργικοί ασθενείς (924 άνδρες, 207 γυναίκες), μέσης ηλικίας 60.8±8.9 ετών, που υπεβλήθησαν σε επέμβαση ανοικτής καρδιάς, από 1/5/94 έως 31/1/95. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν προφυλακτική αντιβίωση. Οι ασθενείς ελεγχθήσαν με βάση συγκεκριμένο πρωτόκολλο, για ανάπτυξη λοίμωξης αναπνευστικού κατά τη διάρκεια του πρώτου μετεγχειρητικού μήνα.

Αποτελέσματα: Λοίμωξη ενεφάνισαν 40 ασθενείς (3.5%). Ήταν 33 άνδρες (3.5%) και 7 γυναίκες (3.4%), μέσης ηλικίας 64.3±9.2 ετών. Καπνιστές ήταν 30 (75%). Ιστορικό COPD είχαν 9 ασθενείς (εκ των οποίων ένας βρογχικό άσθμα) και ένας πνευμονικής ίνωσης. Οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη (N=20), αντικατάσταση βαλβίδος (N=5), συνδυασμένη επέμβαση (N=9) ή άλλη επέμβαση (N=6). Είχαν παρατεταμένους χειρουργικούς χρόνους και παρατεταμένη εφαρμογή μηχανικής αναπνοής (μέση τιμή 10 ημ.) σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (p<0.001). Σε 16 ασθενείς, η λοίμωξη ήταν η πρώτη επιπλοκή και εμφανίσθηκε περι την 5η μετεγχειρητική ημέρα. Στους υπόλοιπους 24, ακολούθησε σοβαρές επιπλοκές από διάφορα συστήματα και εμφανίσθηκε περί την 5η μετεγχ. ημέρα (33%) ή την 2η εβδομάδα (50%). Εμφανίσθηκε κυρίως στη ΜΕΘ (N=34) ή στο Νοσοκομείο (N=6). Σε 32 ασθενείς απομονώθηκε μικροοργανισμός, Gram (-) βακτηρίδιο (N=25), Gram (+) βακτηρίδιο (N=5) ή μύκητας (N=2). Η μέση διάρκεια νοσηλείας στη ΜΕΘ ήταν 12.4 και στο νοσοκομείο 18.8 ημέρες, που διέφερε στατιστικά σημαντικά σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (p<0.001). Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα τη σημαντική αύξηση του κόστους νοσηλείας. Η λοίμωξη δεν αποτέλεσε κύρια αιτία θανάτου σε κανέναν ασθενή.

Συμπεράσματα: 1. Μικρό σχετικά ποσοστό ασθενών (3.5%) ενεφάνισε λοίμωξη αναπνευστικού, που συνήθως εμφανίσθηκε στη ΜΕΘ και οφειλόταν κυρίως σε Gram (-) βακτηρίδιο. 2. Παρατηρήθηκε περι την 5η μετεγχειρητική ημέρα (60%) ή αργότερα σε ασθενείς με παρατεταμένη νοσηλεία στη ΜΕΘ. 3. Η λοίμωξη είχε σαν αποτέλεσμα παράταση της νοσηλείας στη ΜΕΘ και στο Νοσοκομείο. 4. Δεν απέτελεσε κύρια αιτία θανάτου σε κανέναν ασθενή. 5. Παράγοντες κινδύνου βρέθηκαν οι διάρκεια μηχανικής αναπνοής (>3 ημ.), η ηλικία, οι παρατεταμένοι χειρουργικοί χρόνοι, το είδος της επέμβασης, η διάρκεια νοσηλείας στη ΜΕΘ και η εμφάνιση σοβαρών μετεγχειρητικών επιπλοκών. Το αναπνευστικό ιστορικό δεν επηρέασε τη συχνότητα των αναπνευστικών λοιμώξεων.

99

Q FEVER ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΚΑΙ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Δ. Κοφτερίδης*, Α. Μπούρος, Ι. Παπαδάκης, Ε. Μπαρμπουάκης, Ι. Σπυριδάκη, Α. Γκίκας και Ι. Τσελέντης.
Παθολογική και Πνευμονολογική Κλινική Πανεπιστημίου Κρήτης και Εργαστήριο Κλινικής Βακτηριολογίας Παιδιατρικής Ζωοονόσων και Γεωγραφικής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο.

Η πνευμονία από *C. burnetii* είναι συχνή αιτία εξοσσοκομιακής πνευμονίας στην περιοχή της Κρήτης (Tselentis et al Clin Inf Dis 1995;20:1311-6).

Σκοπός της εργασίας είναι η μελέτη των ακτινολογικών ευρημάτων του πυρετού Q.

Κατά την χρονική περίοδο 1989-1995 εξετάστηκαν 3300 οροί με υποψία οξείας λοίμωξης από *Coxiella burnetii*. 301 ασθενείς είχαν ορολογικούς τίτλους IgM ≥1/400 και IgG ≥1/960. Για να αυξησουμε την ειδικότητα ανάγνωσης των αληθών περιπτώσεων του πυρετού Q, μελετήσαμε 75 ασθενείς με πνευμονία και τίτλους IgM ≥1/1600. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 36,5 έτη (15-92), 60 ήταν άνδρες και 15 γυναίκες.

Αποτελέσματα: Ο δξειός πνευμονας (ΑΠ) συμμετείχε σε 58 περιπτώσεις (77%) και ο αριστερός πνευμονας (ΑΠ) σε 40 περιπτώσεις (53%). Λοβώδης πνευμονία βρέθηκε σε 20 περιπτώσεις (IIAII, 9AII) και τμηματική πνευμονία σε 58 ασθενείς (36AII, 22 AII). Γραμμοειδείς ατελεκτασίες είχαν 12 (16%), βρογχοπνευμονικές εστίες 7 (9.3%), πολλαπλές οξείες σκιάσεις 6 (8%) και διάχυτη διάμεση πνευμονία I (1.3%). Μικρή πλευριτική συλλογή βρέθηκε σε 15 ασθενείς (20%). Επιδείνωση της ακτινογραφίας είχαν 14 ασθενείς (18.6%) ένας από αυτούς ανέπτυξε σοβαρή πνευμονία που χρειάστηκε νοσηλεία στη μονάδα εντατικής θεραπείας. Όλοι οι ασθενείς είχαν φυσιολογική ακτινογραφία θώρακος το αργότερο σε 42 ημέρες από την ακτινογραφία εισαγωγής.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματά μας δείχνουν ότι ο πυρετός Q στην περιοχή μας εμφανίζεται κυρίως με ακτινολογικά ευρήματα τοπικής πνευμονίας, ενώ ένα υψηλό ποσοστό εμφανίζει μικρή πλευριτική συλλογή.

98

Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Η ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ ΣΕ ΜΙΧΑΝΙΚΩΣ ΔΕΡΙΖΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ...

Πρεκατέας Αθανάσιος, Κατσούλης Παναγιώτης*, Μπαρδουγιώτου Γλένη, Νανάς Γεραφείμ, Φλώρος Ιωάννης, Φωτοπούλου Ε, Αργυροπούλου Αθηνά, Πανιάρα Ολγα, Ρούσσοσ Χαράλαμπος, ΜΕΟ. Νοσοκομείο Ευαγγελισμός, Αθήνα.

Σ' ασθενείς με πολλαπλούν τραύμα η συχνότητα της πνευμονίας κυμαίνεται από 4% έως 87% και η θνησιμότητα από 6% έως 59%. Επειδή τα αναφερόμενα όρια έχουν μεγάλες διακυμάνσεις, ο σκοπός της μελέτης μας ήταν να δούμε ποιά είναι οι συχνότητα και ποιά η θνησιμότητα της πνευμονίας σ' αυτήν την υποκατηγορία ασθενών. Μελετήσαμε προδρομικός 94 διασωληνωμένους και μηχανικώς αερίζομενους ασθενείς (μέσος όρος ηλικίας 58 + 19 ετη, APACHE II score 16.5 +/- 6), από τον Σεπτέμβριο του 1994 έως τον Σεπτέμβριο του 1995. Όλοι οι ασθενείς ήταν μετεγχειρητικοί ή πολυτραυματίες. Θεωρήσαμε ότι ένας ασθενής είχε πνευμονία, η οποία αποκτήθηκε στον αναπνευστήρα (ΠΑΛ), όταν εκτός από τα κλασικά κλινικά κριτήρια για την διάγνωση της ΠΑΛ, στα δείγματα της βρογχοκυμωλιδικής Εκπύση (ΒΚΕ) ή της Προστατευόμενης Βούρτσας (ΠΒ) αναπτύσσονταν τουλάχιστον ένας μικροοργανισμός σε συγκέντρωση > 10⁵ αποικίες ανα ml η > 10³ αντίστοιχα. ΠΑΛ αναπτύχθηκε σε 22 από τους 94 ασθενείς (23.5%). Τα πιο συνήθη μικρόβια, τα οποία απομονώθηκαν στους ασθενείς με ΠΑΛ ήταν ο χρυσίζων σταφυλόκοκκος (40%) και ψευδομονάδα η πυοκυανική (27%). Η θνησιμότητα στους ασθενείς με ΠΑΛ ήταν 36.6% (8/22) και στους ασθενείς χωρίς ΠΑΛ ήταν 34.7% (25/72), χωρίς να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά (p > 0.05). Μεταξύ των ασθενών με και χωρίς ΠΑΛ μερικοί παράγοντες βρέθηκαν να έχουν στατιστικά σημαντική διαφορά ως: η κλιμακία Γλασκώβης (< 8 (p < 0.05), η χορήγηση νευρομυϊκών φαρμάκων (p < 0.001), ο χαλαρός θώρακας (p < 0.001), ο πνευμοθώρακας (p = 0.001), ARDS (p < 0.001). **Συμπεράσματα:** τα ευρήματά μας δηλώνουν ότι, σ' αυτήν την ομάδα των διασωληνωμένων και μηχανικώς αερίζομενων ασθενών, α) ένας στους τέσσερις ασθενείς αναπτύσσει πνευμονία και β) η θνησιμότητα ήταν περίπου η ίδια και στις δύο ομάδες ασθενών.

100

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΝΔΟΨΕΖΩΚΟΤΙΚΗΣ ΕΓΧΥΣΗΣ ΣΤΡΕΠΤΟΚΙΝΑΣΗΣ Ή ΟΥΡΟΚΙΝΑΣΗΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΠΟΛΥΕΓΚΥΣΤΩΜΕΝΩΝ ΨΕΖΩΚΟΤΙΚΩΝ ΘΥΛΑΚΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΕΜΠΥΗΜΑΤΟΣ

Σχίζα Σοφία*, Μπούρος Δημόσθενης, Πανάγου Παναγιώτης, Δροσπίτης Ιωάννης, Τζανάκης Νικόλαος και Σταϊράκης Μ. Νικόλαος.
Πνευμονολογική Κλινική Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο, Κρήτη.

Εισαγωγή Οι καλύτερες μέθοδοι για την αντιμετώπιση πολυεγκυστωμένων ψευδοτικών συλλογών (ΠΥΣ) και του εμπύηματος (ΕΥ) είναι υπό συζήτηση. Σε πρόσφατες εργασίες μας έχουμε δείξει ότι η στρεπτοκινάση είναι ασφαλής και αποτελεσματικός τρόπος θεραπείας των ΠΥΣ και του ΕΥ.

Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν η σύγκριση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας της ενδοψευδοκοτικής έγχυσης στρεπτοκινάσης (ΣΚ) ή ουροκινάσης (ΟΚ) σε ασθενείς με ΠΥΣ και ΕΥ.

Υλικό-Μέθοδος Μελετήθηκαν προοπτικά με τυχαία επιλογή 22 ασθενείς με ΠΥΣ και ΕΥ ηλικίας (x±SD) 47±25.8 έτη, οι οποίοι έλαβαν ΣΚ (ομάδα I) και 20 ασθενείς με ΠΥΣ και ΕΥ ηλικίας 51±14.6 έτη οι οποίοι έλαβαν ΟΚ (ομάδα II). Η αρχική θωρακοκέντηση έδειξε στην ομάδα I: pH 7.1±0.15, γλυκόζη 40.5±7 mg/dl και λευκά 11485±6627/ml και στην ομάδα II: pH 7.07±0.16, γλυκόζη 41±8 mg/dl και λευκά 22260±21503/ml. Η ΣΚ εγχέονταν ενδοψευδοκοτικά μέσω θωρακοσωλήνα μια φορά ημερησίως σε δόση 250.000 IU σε 100 ml NS και η ΟΚ επίσης μια φορά ημερησίως σε δόση 50.000 IU σε 100 ml NS. Ο θωρακοσωλήνας έκλεινε για 3 ώρες ημερησίως και κατόπιν άνοιγε για παρακέντηση.

Αποτελέσματα Ο αριθμός των εγχύσεων στην ομάδα I ήταν 5±2 ημέρες και στην ομάδα II 4±2 ημέρες. Η μέση τιμή του υγρού που αποχετεύθηκε αυξήθηκε σημαντικά (p < 0.001) και στις δύο ομάδες 24 ώρες μετά την έγχυση ΣΚ και ΟΚ, σε σύγκριση με τις 24 ώρες προ της έγχυσης. Σημαντική ακτινολογική βελτίωση (> 2/3) παρατηρήθηκε σε 16/22 (73%) ασθενείς της ομάδας I και σε 14/20 (70%) ασθενείς της ομάδας II. Η μόνη ανεπιθύμητη ενέργεια ήταν η εμφάνιση υμιού πυρετού αλλεργικής αιτιολογίας σε έναν ασθενή της ομάδας I. Θωρακοχειρουργική αντιμετώπιση απαιτήθηκε μόνο σε έναν ασθενή σε κάθε ομάδα.

Συμπεράσματα Η ενδοψευδοκοτική έγχυση ΣΚ είναι αποτελεσματικός τρόπος θεραπείας των ΠΥΣ και του ΕΥ με κύρια ανεπιθύμητη ενέργεια τον πυρετό. Η ΟΚ είναι το ίδιο αποτελεσματική όπως και η ΣΚ, χωρίς όμως ανεπιθύμητες ενέργειες και θα μπορούσε να είναι το ισοδουλευτικό εκλογής. Με την τεχνική αυτή μειώνεται σημαντικά η ανάγκη για θωρακοτομή.

101

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΔΥΟ ΑΝΟΣΟΔΙΕΓΕΡΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ PLACEBO ΘΕΡΑΠΕΙΑ, ΣΕ ΧΡΟΝΙΕΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΕΣ ΝΟΣΟΥΣ.

Πετρόπουλος Γιώργος
Πολυιατρείο ΑΛΦΑ - Σιάτιστα

Η ανοσοδιέγερση τελευταία χρησιμοποιείται για την πρόληψη λοιμώξεων του αναπνευστικού συστήματος κατά τους ιδιαίτερα κρύους χειμερινούς μήνες, σε χρόνιους αναπνευστικούς ασθενείς. Σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας δύο γνωστών ανοσοδιεγερτικών παραγόντων, συγκριτικά μεταξύ τους και σε σχέση με τα αποτελέσματα σε ασθενείς που δε χρησιμοποίησαν τέτοιο παράγοντα το ίδιο διάστημα.

Οι κατηγορίες των ασθενών που μελετήθηκαν, ήταν γνωστοί χρόνιοι πνευμονοπαθείς με Χ.Α.Π ή βρογχικό άσθμα. Στους ασθενείς, που χωρίστηκαν κατά τυχαίο τρόπο σε τρεις ομάδες παρακολούθησης, δόθηκαν στη δοσολογία που συνίσταται, στις αρχές του φθινοπώρου, VIRONCHONAXOM (UNIRHARMA) (Ομάδα I, n:28), BIOSITIM (ROUSSEL) (Ομάδα II, n:25), και στην τρίτη ομάδα (n:18) εντάχθηκαν οι ασθενείς που δεν έλαβαν ανοσοδιεγερτικό παράγοντα ή υποστηρίχθηκαν με απλή βιταμινοθεραπεία.

Στους 58 από τους 71 συνολικά ασθενείς, έγινε κατορθωτός και ο αντιγριπικός τους εμβολιασμός (και απ' τις τρεις ομάδες), ενώ διατηρήθηκε η βασική τους θεραπεία με πολύ μικρές τροποποιήσεις (Βρογχοδιαστολή, Β-διεγέρτες, απόχρεμψη, κορτικοειδή κ.λ.π.)

Η παρακολούθηση έγινε επί τετραμήνιο, με κριτήρια:

α) Τα επεισόδια της κλινικά διαπιστωμένης βρογχίτιδας στο διάστημα αυτό (βρογχόχαισμος, βήχας, απόχρεμψη, πυρετός)

β) Υποκειμενικά ενοχλήματα σε κλίμακα 0, I, II, III, σχετικά με τη βασική τους νόσο κατά μήνα

Τα αποτελέσματα καταγράφονται αναλυτικά σε σχετικό πίνακα **Συμπέρασμα**

α) Τα δύο ανοσοδιεγερτικά έδωσαν θετικά αποτελέσματα προφύλαξης από λοιμώξεις συγκρίσιμα μεταξύ τους [VIRONCHONAXOM 86% (24/28) και BIOSITIM 80% (20/25)]

β) Αντίθετα, 33,3% μόνο (6/18) από τους ασθενείς που δεν έλαβαν ανοσοδιεγερτικό παράγοντα, ήταν ελεύθεροι αναπνευστικών λοιμώξεων.

γ) Ο αντιγριπικός εμβολιασμός δεν επηρέασε τα παραπάνω αποτελέσματα

103

ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗ ΚΥΤΤΑΡΟΚΙΝΩΝ ΚΑΙ ΠΡΩΤΕΙΝΩΝ ΟΞΕΙΑΣ ΦΑΣΕΩΣ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΞΟΝΟΣΟΚΟΜΙΑΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ

Κοσμάς Επαμεινώνδας*, Μπαξεβάνης Κωνσταντίνος, Κορδόσης Θεόδωρος.

Πνευμονολογικό Τμήμα Α, Φλέμιγκ, Εργαστήριο Ανοσολογίας Αγ. Σάββα, Πανεπιστημιακή Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, Αθήνα.

Η οξεία φάση φλεγμονής ενεργοποιείται από τις κυτταροκίνες (ΚΥΤ) ιντερλευκίνη-1β (IL-1β), ιντερλευκίνη-6 (IL-6) και παράγοντα νεκρώσεως των όγκων-α (TNF-α) που παράγονται από ενεργοποιημένα μακροφάγα. Μελετήθηκαν τα αρχικά επίπεδα στον ορό και η ημερήσια εξέλιξη αυτών των ΚΥΤ και ωρισμένων πρωτεϊνών οξείας φάσεως (ΠΟΦ) όπως η C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP), η φμπρονεκτίνη (FBN), η αλβουμίνη (ALB) και το ινωδογόνο (FBG) σε σχέση με την αιτιολογική διάγνωση και με κλινικοεργαστηριακούς δείκτες της λοίμωξης (πυρεξία, αριθμός λευκών, αριθμός ουδετεροφίλων, ΤΚΕ, α/α θώρακα) σε 31 νοσηλευθέντες ασθενείς ηλικίας 48 ± 3 ετών (μέση τιμή \pm SEM) με βακτηριολογικά διαγνωσμένη εξουνοσοκομιακή πνευμονία. Τα επίπεδα της IL-1β και της IL-6 στην εισαγωγή βρέθηκαν 15πλάσια του φυσιολογικού (122 ± 9 pg/ml και 60 ± 4 pg/ml αντίστοιχα), ενώ τα αρχικά επίπεδα του TNF-α ήταν 3πλάσια του φυσιολογικού (102 ± 5 pg/ml). Η ημερήσια διακύμανση όλων των ΚΥΤ ήταν φθίνουσα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας των ασθενών. Τα αρχικά επίπεδα της CRP ήταν 90πλάσια του φυσιολογικού (415 ± 21 mg/l) με ταχεία ημερήσια ελάττωση. Τα επίπεδα της FBN αρχικά ήταν μειωμένα (242 ± 9 mg/dl) και αυξήθηκαν βαθμιαία (312 ± 9 mg/dl την ημέρα του εξιτηρίου). Τα ημερήσια επίπεδα των ΚΥΤ και ΠΟΦ συσχετίστηκαν σημαντικά με τους κλινικοεργαστηριακούς δείκτες λοίμωξης (με όλους $p < 0.001$) ενώ τα αρχικά τους επίπεδα ήταν μη ειδικά όσον αφορά τον υπεύθυνο μικροοργανισμό. Ένας ασθενής ο οποίος απεβίωσε τελικά, απέτυχε να δημιουργήσει επαρκή απάντηση οξείας φάσεως, τα δε επίπεδα των ΚΥΤ σε αυτόν τον ασθενή ήταν συνεχώς μειωμένα και χωρίς διακύμανση. Συμπεραίνουμε ότι, παρ' όλο που οι κυτταροκίνες και πρωτεΐνες οξείας φάσεως δεν βοηθούν διαγνωστικά, ενδεχομένως παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με την κλινικοεργαστηριακή βελτίωση αλλά και την τελική έκβαση της εξουνοσοκομιακής πνευμονίας.

102

ΑΣΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΒΡΟΓΧΟΚΥΨΕΛΙΔΙΚΗΣ ΕΚΠΛΥΣΗΣ (BAL) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΜΠΥΡΕΤΟ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΔΙΑΧΥΤΕΣ ΣΚΙΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΘΩΡΑΚΑ

Πούλου Δήμητρα*¹, Βουδούρη Θεμελίνα¹, Παπαδόπουλος Κ¹, Τακτικού Ελένη³, Καρακίτσος Π.², Παπά Ιόλη¹

¹ Πνευμονολογική Κλινική - ΝΙΜΤΣ, ² Κυτταρολογικό Εργαστήριο Λαϊκού Νοσοκομείου και Πανεπιστημίου Αθηνών, ³ Σπειρομετρικό εργαστήριο Λαϊκού Νοσοκομείου

Μελετήθηκαν 15 ασθενείς οι οποίοι υπεβλήθησαν σε βρογχοσκόπηση και BAL. Οι 3 από αυτούς έπασχαν από AIDS, οι 4 έπασχαν από αδενοκαρκίνωμα πνεύμονα, οι 2 είχαν υποστεί μεταμόσχευση νεφρού, ο 1 δεν βρέθηκε να πάσχει από άλλο νόσημα, ενώ στους υπόλοιπους 3 ασθενείς διαπιστώθηκε AIDS μετά την ολοκλήρωση του ελέγχου (ένας είχε OMA και ένας αγγειίτιδα).

Σε όλους τους ασθενείς διαπιστώθηκε στο BAL, Πνευμονοκύστη Καρίνη. Στους 2 ασθενείς με την μεταμόσχευση νεφρού, διαπιστώθηκε επί πλέον κυτταρομεγαλοϊός στον ένα και μύκητες στον άλλον. Στον ασθενή που δεν είχε άλλο νόσημα, βρέθηκε επιπλέον και aspergillus.

Οι τεχνικές που εφαρμόστηκαν στην επεξεργασία του BAL ήταν οι εξής: κατά Παπανικολάου, Giemsa, PAS, Grocott και Perl's, προκειμένου να εξιολογηθεί ο κυτταρολογικός τύπος καθώς και η ύπαρξη ειδικής φλεγμονής. Για τη διάγνωση πνευμονικής αιμορραγίας χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης Gold.

Από την συσχέτιση των κλινικών ευρημάτων με τα δεδομένα του BAL, κακοί προγνωστικοί δείκτες είναι ο πολυμορφοκυτταρικός τύπος >40% και ο δείκτης Gold >90% καθώς και η παρουσία μικτής λοίμωξης.

104

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΥΠΕΡΒΑΡΙΚΗΣ ΟΞΥΓΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΕΝΟΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Λουκίδης Στέλιος*, Πανάγος Παναγιώτης, Τσιαντήρης Κων/νος, Τσούπη Ιωάννα, Ευδώρας Σωτήριος, Καλογερόπουλος Νικόλαος
Πνευμονολογική Κλινική 401 ΓΣΝΑ

Είναι γνωστή η αποτελεσματικότητα του υπερβαρικού οξυγόνου σε ευρύ φάσμα παθήσεων. Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να περιγραφεί η λειτουργία του υπερβαρικού οξυγόνου στη διάρκεια της τελευταίας τετραετίας στο 401 ΓΣΝΑ. 65 ασθενείς με διάφορες παθήσεις υπεβλήθησαν σε υπερβαρική οξυγονοθεραπεία στη διάρκεια 1992-1995. 14 έπασχαν από οστεοαρθρίτιδα, 13 από διάφορα κατάγματα, 12 από εγκαύματα, 8 από κρίσεις δρεπανοκυτταρικής αναιμίας, 5 από κακώσεις μαλακών μορίων, ενώ οι υπόλοιποι 13 από διάφορες παθήσεις (ΑΕΕ, έλκη σκληροδερμίας, γάγγραινα (δε) κάτω άκρου, αερώδεις κύστες εντέρου κ.ο.κ.). Όλοι οι ασθενείς πριν τη θεραπεία υποβάλλοντο σε Ro θώρακος, γεν. αίματος, σάκχαρο ορού, ΩΡΛ εξέταση με δοκιμασία Valsava καθώς και σε ΗΚΓ. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς με κρίσεις δρεπανοκυτταρικής αναιμίας παρουσίαζαν άμεση κλινική ανταπόκριση στην υπερβαρική οξυγονοθεραπεία, ενώ από τους υπόλοιπους 57 ασθενείς το 82% (47 ασθενείς) είχαν εντυπωσιακά αποτελέσματα στη νόσο τους ή στις επιπλοκές της. Οι μοναδικές παρενέργειες που παρατηρήθηκαν ήταν υπογλυκαιμία (1 ασθενής), εμβοές ώτων (6 ασθενείς), κλειστοφοβία (1 ασθενής). Συμπερασματικά, η υπερβαρική οξυγονοθεραπεία αποτελεί σημαντική θεραπευτική παρέμβαση σε διάφορες παθήσεις και η χρήση της πρέπει να γίνει γνωστή σ' όλο τον ιατρικό κόσμο.

105

ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΩΝ EG2+ ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΩΝ ΑΙΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΒΡΟΓΧΙΚΟ ΑΣΘΜΑ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥΣ ΕΙΚΟΝΑ

Τσαφάκη Ξανθή*, Γεωργουλάκης Ιωάννης, Βερυκάκη Αγγελική, Κατής Κωνσταντίνος, Δημοπούλου Ιωάννα, Αποστολοπούλου Φωτεινή. Β' Πνευμονολογικό Τμήμα, Εργαστήριο Κυτταρομετρίας Πανεπιστημιακής Ουρολογικής Κλινικής, Σισμανόγλειο ΓΠΝΑ Αθήνα.

Το βρογχικό άσθμα χαρακτηρίζεται από χρόνια φλεγμονώδη διαταραχή του βρογχικού βλεννογόνου. Τα ηωσινόφιλα και οι ουσίες που εκκρίνουν όταν ενεργοποιηθούν έχουν συσχετισθεί με τις βλάβες στους ιστούς των ασθματικών ασθενών. Η ηωσινόφιλη κατιονική πρωτεΐνη (ECP) αποτελεί μία τοξική πρωτεΐνη η οποία υπάρχει στα φυσιολογικά και στα ενεργοποιημένα ηωσινόφιλα. Το μονοκλωνικό αντίσωμα ανιχνεύει μόνο τα ενεργοποιημένα ηωσινόφιλα τα οποία εκκρίνουν ECP.

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η ανίχνευση των ενεργοποιημένων ηωσινόφιλων EG2+ σε ασθενείς με βρογχικό άσθμα και η συσχέτιση τους με τη δραστηριότητα της νόσου.

Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 20 ασθενείς με εξωγενές βρογχικό άσθμα (μέσης ηλικίας 30 ετών) και 6 υγιή άτομα ως μάρτυρες. Από τους ασθενείς αυτούς 12 είχαν ήπιο και μέτριο άσθμα σε έξαρση και 8 άσθμα σε ύφεση τους 2 τελευταίους μήνες. Το ποσοστό των ενεργοποιημένων ηωσινόφιλων EG2+ στο αίμα των ασθενών αυτών προσδιορίστηκε με την κυτταρομετρία ροής. Διαπιστώθηκε σημαντική διαφορά ($p < 0.0002$) στην έκφραση των ηωσινόφιλων EG2+ μεταξύ της ομάδας των ασθενών με άσθμα σε έξαρση και των δύο άλλων ομάδων. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων σε ύφεση και των υγιών ατόμων.

Συμπεραίνεται ότι η ανίχνευση με την κυτταρομετρία ροής των ενεργοποιημένων ηωσινόφιλων EG2+ στο περιφερικό αίμα ασθενών με βρογχικό άσθμα σχετίζεται με την κλινική τους εικόνα. Αποτελεί έμμεσο αλλά χρήσιμο δείκτη δραστηριότητας της φλεγμονής η οποία συμβαίνει στους αεραγωγούς των ασθματικών ασθενών.

107

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΕΠΙ ΤΗΣ ΕΝΔΟΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΑΣ ΚΑΙ ΜΗΝΙΑΙΑΣ (ΕΠΙΟΧΙΑΚΗΣ) ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ ΑΣΘΜΑΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Μπλαζιογιαννάκης Γεώργιος, Μιχαλοπούλου Πηνελόπη*, Συννεφάκη Ελένη, Σάββα Ειρήνη, Τοκατικάς Αλέξανδρος, Τζάννης Σπύρος
7η Κλ. ΝΝΘΑ Αθήνα

Σε πρόσφατη επιδημιολογική μας έρευνα διαπιστώθηκε ότι οι προσελεύσεις και οι εισαγωγές ασθματικών ασθενών συσχετίζονται με την ατμοσφαιρική ρύπανση, συγκεκριμένα με τα επίπεδα O₃, NO και CO.

Επειδή σε τέτοιου είδους μελέτες υπεισέρχονται και άλλοι συγχυτικοί παράγοντες ακόμα και κοινωνικοί περιχομιόμοιοι όπως ο ρόλος των ΜΜΕ, η ημέρα της εβδομάδος (αυξημένη γενικά προσέλευση τις πρώτες ημέρες) σκοπός της μελέτης μας είναι να εκτιμηθεί εάν υπάρχει σημαντική διακύμανση της προσέλευσης μεταξύ των ημερών της εβδομάδος και των μηνών του έτους.

Υλικό-Μέθοδος: Καθ' όλη τη διάρκεια του 1991 υπήρχε ημερήσια καταγραφή των προσερχομένων (2713) και εισαγομένων (806) ασθματικών ασθενών στο ΤΕΠ του ΝΝΘΑ. Οι ασθενείς ταξινομήθηκαν ανάλογα με την ημέρα και το μήνα προσέλευσης ή εισαγωγής. Η εκτίμηση της διακύμανσης έγινε με την δοκιμασία Χ² σαν κριτήριο καλής εφαρμογής (Goodness of fit).

Αποτελέσματα: Υπήρξαν συνολικά 2713 (ΜΤ 8.5) προσελεύσεις και 806 (ΜΤ 2.52) εισαγωγές στις 319 ημέρες της καταγραφής. Στους πίνακες 1 και 2 φαίνονται οι μέσες ανά ημέρα και μήνα τιμές προσελεύσεων και εισαγωγών.

Πίνακας 1

	Δευτ.	Τριτ.	Τεταρ.	Πεμπ.	Παρ.	Σαβ.	Κυρ.
Προσ.	10.57	8.65	9.09	8.26	8.02	7.95	6.93
Εισαγ.	2.65	2.71	2.81	2.36	2.55	2.66	1.91

(Πρ. Χ²=0.448, p=0.5, Eis. Χ²=0.3, p=0.58)

Πίνακας 2

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
11.5	8.38	8.11	9.84	12.33	11.16	5.4	7	6.66	7.8	7.73	7.2
4.33	2.44	3.05	3.26	2.83	2.43	1.66	1.83	2.23	2.06	3.1	2.1

(Πρ. Χ²=3.91, p=0.0478, Eis. Χ²=0.986, p=0.3208)

Συμπεράσματα: Οι προσελεύσεις ασθματικών ασθενών δεν επηρεάζονται σημαντικά από την ημέρα της εβδομάδος, αλλά από τον μήνα (εποχή), πράγμα αναμενόμενο. Οι εισαγωγές ασθενών δεν επηρεάζονται σημαντικά.

106

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΑΛΕΞΙΘΥΜΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΒΡΟΓΧΙΚΟ ΑΣΘΜΑ

Τάνια Αναγνωστοπούλου, Ph.D., Ζήσιμος Θεοακούλης
Τμήμα Ψυχολογίας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Το βρογχικό άσθμα θεωρείται μία κατεξοχήν ψυχοσωματική ασθένεια στην οποία η αρνητική ή η θετική συναισθηματική κατάσταση του ασθενή συμβάλλει αντίστοιχα στην εξέλιξη της νόσου. Επιπλέον, η χρονιότητα της ασθένειας δημιουργεί προβλήματα ψυχοκοινωνικής προσαρμογής στον ασθενή. Σκοπός της έρευνας ήταν η διερεύνηση της κατάθλιψης και της δυσκολίας αναγνώρισης και έκφρασης συναισθημάτων (αλεξιθυμίας) σε σχέση με δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, καθώς και τη χρονιότητα και τη σοβαρότητα της ασθένειας. Στην παρούσα έρευνα εξετάσαμε ένα δείγμα 96 ασθενών με βρογχικό άσθμα (48 άνδρες, 48 γυναίκες) στα εξωτερικά ιατρεία της Β' Πνευμονολογικής Κλινικής του νοσοκομείου Γεώργιος Παπανικολάου στη Θεσσαλονίκη (Διευθύντρια κ. Π. Χριστάκη).

Τα δεδομένα αναλύθηκαν με t-test και ανάλυση διακύμανσης και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι α. η εκπαίδευση συσχετίζεται αρνητικά με την αλεξιθυμία.

β. η χρονιότητα της ασθένειας συσχετίζεται θετικά τόσο με την κατάθλιψη όσο και με την αλεξιθυμία.

Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με τη διεθνή βιβλιογραφία και αποτελούν μία εμπειρική τεκμηριωμένη βάση για μελλοντική ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση για τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής σε ασθενείς με βρογχικό άσθμα.

108

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΛΛΕΡΓΙΑ (ΡΙΝΟΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ, ΑΣΘΜΑ) ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ ΣΤΟ ΤΡΙΧΩΜΑ ΤΗΣ ΓΑΤΑΣ : ΜΕΛΕΤΗ 278 ΑΣΘΕΝΩΝ.

Γρηγορέας Χρήστος^{1*}, Βούρδας Δημήτρης¹, Ελευθεριάδης Γορδάνης², Γιατρομανωλάκης Νέαρχος².
¹Αλλεργιολογικό Τμ., ²Πνευμονολογική Κλ., 251 Γεν. Νοσ. Αεροπορίας, Αθήνα

Η ευαισθητοποίηση στα αλλεργιογόνα του τριχώματος της Γάτας (Γ) εκδηλώνεται στους αλλεργικούς ασθενείς με συμπτώματα Αναπνευστικής Αλλεργίας (ΑΑ). Σκοπός της εργασίας αυτής ήταν να διαπιστώσουμε τα αποτελέσματα του αλλεργιολογικού ελέγχου σε ασθενείς που παρουσιάζουν Ρινοεπιπεφυκίτιδα (Ρ) ή και Άσθμα (Α) στο τρίχωμα της Γ. Μελετήσαμε 278 ασθενείς (207 ♂, 71 ♀), μέσης ηλικίας 23,9 ± 7,3 έτη που ανέβηκαν την εικόνηση αλλεργικών P/A μετά από επαφή με τη Γ, και είχαν θετική δερματική δοκιμασία γλυκού ή και RAST στο αλλεργιογόνο της Γ. Η παρουσία της Γ προκαλούσε P σε όλους τους εξετασθέντες (100%) και Α σε 140 από αυτούς (50,4%). Από τους 278 ασθενείς οι 118 (42,4%) δεν είχαν ποτέ Γ στο σπίτι τους, οι 115 (41,4%) είχαν παλιότερα Γ στο σπίτι τους αλλά την είχαν απομακρύνει, ενώ οι 45 (16,2%) ανέχονταν να έχουν Γ στο σπίτι. Σύμφωνα με το ιστορικό των εξετασθέντων οι 91 (32,7%) είχαν χρόνια P (οι 62 εποχιακή και οι 29 συνεχής) και οι 187 (67,3%) είχαν χρόνια Α (οι 92 εποχιακή και οι 95 συνεχής). Συνολικά εποχιακή P/A είχαν οι 154 (55,4%) και συνεχής P/A είχαν οι 124 (44,6%). Η επαφή με τη Γ προκαλούσε Α περισσότερο συχνά στους ασθενείς με ιστορικό Α (69,5%) συγκριτικά με τους ασθενείς που είχαν ιστορικό P (11%), P < 0,05. Η επαφή με τη Γ προκαλούσε Α περισσότερο συχνά στους ασθενείς με ιστορικό συνεχούς P/A (67,7%) συγκριτικά με τους ασθενείς που είχαν ιστορικό εποχιακής P/A (36,4%), P < 0,05. Από τους 278 ασθενείς, θετικές δερματικές δοκιμασίες σε άλλα αεροαλλεργιογόνα είχαν : οι 199 (71,6%) στα αγριαγιά, οι 83 (29,8%) στο περδικάκι, οι 161 (57,9%) στην ελιά, οι 79 (28,4%) στα ακάρεα, οι 70 (25,2%) στην Altamaria, οι 52 (18,7%) στον σκύλο και ακολουθούσαν σε μικρότερο ποσοστό, σε άλλα αεροαλλεργιογόνα.

Συμπεράσματα: 1) Η ΑΑ στη γάτα εκδηλώνεται στο 50,4% με Α και στο σύνολο με P (100%), 2) Η ευαισθητοποίηση στη Γ μπορεί να συμβεί (42,4%) από ευκαιριακές επαφές, χωρίς η παρουσία του ζώου στο σπίτι να είναι απαραίτητη, 3) Οι ασθενείς με αλλεργία στη Γ έχουν ιστορικό χρόνιου ΑΑ (P/A) και είναι ευαισθητοποιημένοι και σε άλλα αεροαλλεργιογόνα, 4) Η επαφή με τη Γ προκαλεί περισσότερο συχνά Α στους ασθενείς με ιστορικό Α και συνεχούς ΑΑ συγκριτικά με τους ασθενείς που έχουν ιστορικό P και εποχιακής ΑΑ, αντίστοιχα (P < 0,05).

109

ΤΑ ΑΚΑΡΕΟΚΤΟΝΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΜΑΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΕΥΑΙΣΘΗΤΩΝ ΣΤΑ ΑΚΑΡΕΑ ΣΚΟΝΗΣ ΣΠΙΤΙΟΥ

Πεχλιβανίδης Θ.*, Σιγλετίδης Α., Βάμβαλης Χ., Γκιουλέκας Δ.
Πνευμονολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.

Τα ακάρεα σκόνης σπιτιού (ΑΣΣ) αποτελούν την κυριότερη πηγή αλλεργιογόνων για την πρόκληση εξογενούς βρογχικού άσθματος.

Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της σημασίας της σωστής χρήσης ακαρεοκτόνων σκευασμάτων στη βελτίωση των συμπτωμάτων ασθματικών ασθενών ευαίσθητων στα ΑΣΣ.

Μεθοδολογία: Μελετήθηκαν 30 ασθματικοί ευαίσθητοι στα ΑΣΣ, χωρισμένοι σε δύο ισάριθμες ομάδες. Όλοι οι ασθενείς ελάμβαναν ένα σταθερό, κατά το δυνατό, θεραπευτικό σχήμα (εισπνοές β₂ διεγέρτη). Η πρώτη ομάδα πήρε επιπλέον και μέτρα προφύλαξης εναντίον των ΑΣΣ με τη συστηματική χρήση ακαρεοκτόνου σκευάσματος (Acarosan), σε αντίθεση με τη δεύτερη ομάδα, που δεν πήρε κανένα μέτρο προφύλαξης. Η μεθοδολογία της παρακολούθησης όλων των ασθενών περιελάμβανε: α) Μέτρηση της PEFR σε ημερήσια βάση (πρωί, βράδυ) και β) Ημερήσια καταγραφή των συμπτωμάτων (βήχας, δύσπνοια) ως επίσης και των μεταβολών στο θεραπευτικό σχήμα. Η χρονική διάρκεια της παρακολούθησης ήταν ένα έτος.

Αποτελέσματα: Η διακύμανση των μέσων τιμών της PEFR των ασθενών και των δύο ομάδων δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντικές διαφορές από μήνα σε μήνα ($f=0.1162$, $p=0.9998$). Τα αναπνευστικά συμπτώματα της 1ης ομάδας δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές διαφορές από μήνα σε μήνα ($f=1.16$, $p=0.31$) σε αντίθεση με εκείνη της 2ης ομάδας, που παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($f=9.6757$, $p=0.00$). Η αυξομείωση των εισπνεόμενων δόσεων του β₂ διεγέρτη στην 1η ομάδα δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντικές διαφορές από μήνα σε μήνα ($f=0.1432$, $p=0.8447$) σε αντίθεση με εκείνη της 2ης ομάδας, που παρουσίασε στατιστικά πολύ σημαντικές διαφορές ($f=12.9882$, $p=0.00$).

Συμπεράσματα: 1) Ασθματικοί ασθενείς ευαίσθητοι σε ΑΣΣ δεν παρουσιάζουν σημαντική διακύμανση της PEFR διαχρονικά, εφόσον υποβάλλονται συστηματικά σε θεραπεία. 2) Τα αναφερόμενα συμπτώματα και η αυξομείωση των δόσεων του β₂ διεγέρτη παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές από μήνα σε μήνα, σε ασθενείς, που δεν χρησιμοποιούν ακαρεοκτόνα σκευάσματα στις κατοικίες τους. 3) Η συστηματική και σωστή χρήση ακαρεοκτόνων έχει σαν αποτέλεσμα τη σταθερά βελτιωμένη κλινική εικόνα των ασθματικών, που είναι ευαίσθητοι στα ΑΣΣ, καθ'όλο το έτος.

110

ΕΠΙ 1987-1995: ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΗ ΓΥΡΗ ΤΗΣ PARIETARIA RITA ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΠΙΧΩΡΙΚΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΛΛΕΡΓΙΑ (ΡΙΝΙΤΙΔΑ, ΑΣΘΜΑ)

Γιοργιάδης Χρήστος^{1*}, Βούρδας Δημήτρης¹, Παπαϊωάννου Δημήτρης², Κουτσούκος Αλέξιος.

¹Αλλεργιολογικό Τμ. 251 Γεν.Νοσ.Αεροπορίας (251 ΓΝΑ),
²Αλλεργιολογικό Τμ. "ΛΑΙΚΟ", Νοσ., Αθήνα.

Η ευαισθητοποίηση στα αλλεργιογόνα γύρωθεν, αποτελεί την κύρια αιτία εκδήλωσης αμυγμάτων Εποχιακής Αναπνευστικής Αλλεργίας (ΕΑΑ) δηλ. Εποχιακής Ρινοοπιπεδικίτιδας (ΕΡ) ή και Εποχιακού Ασθματος (ΕΑ). Σκοπός της εργασίας αυτής, που είχε αναδρομικό χαρακτήρα, ήταν να διαπιστώσουμε τις μεταβολές οι οποίες παρουσιάστηκαν από το 1987-1995 όσον αφορά τη συχνότητα ευαισθητοποίησης στις γύρες των Αγραμυγδών (ΑΓ), της Parietaria/Περδικάκι (ΠΕ) και της Ξιλιάς (ΞΑ) σε ασθενείς με ΕΑΑ (ΕΡ/ΕΑ). Σε κάθε ένα έτος (1987-1995) καταγράφηκε ο αριθμός των ασθενών που εξετάστηκαν στο 251 ΓΝΑ, με αιτία αιτίας αποκλειστικά ΕΑΑ (ΕΡ/ΕΑ) και είχαν θετικές δερματικές δοκιμασίες (επιδερμική μέθοδος υγμού: μέση διάμετρος πομπού > 5mm) στις γύρες ΑΓ, ΠΕ και ΞΑ. **Αποτελέσματα:**

Έτος	Αριθμός n (σ, ♀)	Μέση ηλικία		ΑΓ		ΠΕ		ΞΑ	
		X	SD	n	%	n	%	n	%
1987	76 (62,14)	31	11,6	65	85,5	23	30,3	43	56,6
1988	141 (99,42)	30,8	10,7	97	68,8	48	34	85	60,3
1989	161 (114,47)	29,5	11,8	122	75,8	60	37,3	98	60,9
1990	148 (101,47)	29,3	12,6	94	63,5	59	39,9	78	52,7
1991	166 (119,47)	26,7	9,8	129	77,7	69	41,6	73	44
1992	205 (136,69)	30,2	11,3	142	69,3	103	50,2	117	57,1
1993	137 (93,44)	29,2	10,2	92	67,2	79	57,7	73	53,3
1994	173 (116,57)	29,6	10,5	112	64,7	101	58,4	95	54,9
1995	168 (104,64)	32,1	12,3	110	65,5	101	60,1	91	54,2

Η στατιστική ανάλυση (πολλαπλή γραμμική εξάρτηση), έδειξε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με το χρόνο, μόνο στο ΠΕ.

Συμπεράσματα: φαίνεται ότι από το 1987-1995 αυξήθηκε ο αριθμός των ασθενών με ΕΑΑ (ΕΡ, ΕΑ) που είναι ευαισθητοποιημένοι στη γύρη της Parietaria (ΠΕ).

111

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΣΗ WEGENER

Παπαϊωάννιδης Δ.*, Ηλιάς Ι., Γερονιάννη Α., Κούκου Ε., Φουφοπούλου Ε., Κωνσταντέλλου Μ.

Γ' Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών και Ρευματολογικό Τμήμα Πανεπιστημίου Birmingham, U.K.

Σκοπός: Η αξιολόγηση των διαλυτών υποδοχέων της ιντερλευκίνης-2 (sIL-2R) και του αντιγόνου του παράγοντα von Willebrand (vWfAG) ως δεικτών ενεργότητας της νόσου και δεικτών παρακολούθησης των ασθενών με γενικευμένη κοκκιώματωση Wegener (ΓΚΩ).

Ασθενείς-μέθοδοι: Με ειδικές τεχνικές ELISA μετρήθηκαν στον ορό 15 ασθενών με ενεργό ΓΚΩ, πριν την έναρξη θεραπείας, οι συγκεντρώσεις των sIL-2R και του vWfAG. Οι ίδιες μετρήσεις έγιναν και σε 15 υγιείς μάρτυρες (ίδιος μέσης ηλικίας και αναλογίας φύλου). Στη συνέχεια, οι μετρήσεις επαναλαμβάνονταν στους ασθενείς κάθε μήνα. Συγχρόνως με τη μέτρηση των sIL-2R γίνονταν και μέτρηση των συγκεντρώσεων της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (CRP) με νεφελωμετρική μέθοδο.

Αποτελέσματα: Διαπιστώθηκαν πολύ αυξημένες συγκεντρώσεις sIL-2R στην ομάδα των ασθενών ($\bar{x} \pm SD$: 1482 ± 685 U/ml) σε σύγκριση με τους μάρτυρες (394 ± 182 U/ml, $p < 0.001$). Επίσης, οι συγκεντρώσεις του vWfAG ήταν μεγαλύτερες στην ομάδα των ασθενών (2247 ± 550 IU L) σε σχέση με τους μάρτυρες (836 ± 214 IU L, $p < 0.001$). Διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ sIL-2R και CRP ($r = 0.85$, $p < 0.01$), ενώ δεν βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ sIL-2R και κρεατινίνης ορού ή μεταξύ vWfAG και CRP. Παρατηρήθηκε σταδιακή ελάττωση των συγκεντρώσεων των sIL-2R και CRP μετά την έναρξη θεραπείας και την κλινική βελτίωση των ασθενών, οι τιμές όμως του vWfAG παρέμειναν αυξημένες για αρκετούς μήνες. Η υπαρξη της νόσου σε 5 ασθενείς συνοδεύονταν από νέα αύξηση των συγκεντρώσεων των sIL-2R, που υπογράφηκε σταδιακά με την επίτευξη ύφεσης.

Συμπεράσματα: Η συσχέτιση των sIL-2R αποτελεί ευαίσθητο δείκτη ενεργότητας της νόσου σε ασθενείς με ΓΚΩ και μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην παρακολούθηση της κλινικής ανταπόκρισης στη θεραπεία και στη διάγνωση υπαρξης της νόσου.

112

ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΑΠΟ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΓΓΕΙΟΠΤΙΔΕΣ ΚΑΙ ΣΧΕΣΗ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΑΙ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΛΛΟΙΩΣΕΩΝ ΜΕ ΤΟΝ ΤΥΠΟ ΦΘΟΡΙΣΜΟΥ ΤΩΝ ANCA

Παπαϊωάννιδης Δ.*, Παναγιώτου Θ., Τσαγκοράκης Ι., Παπαγεωργίου Ν., Αλχανάκης Μ., Ορφανίδου Δ., Μαντακαλάκης Θ.

Γ' Παν/κή Παθολογική Κλινική και Παν/κή Πνευμονολογική Κλινική, ΠΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία", Αθήνα.

Μελετήθηκαν 32 ασθενείς, 17 γυναίκες και 15 άνδρες, ηλικίας 17-74 ετών (μέσης ηλικίας 54 ετών) που νοσηλεύτηκαν κατά την τελευταία τριετία στο νοσοκομείο μας με αμυγμωτική αγγειίτιδα (ΣΑ) και θετικά ANCA ορού (14 ασθενείς με C-ANCA και 18 με P-ANCA). 24 ασθενείς είχαν κοκκιώματωση Wegener, 6 μικροσκοπική πολυαγγειίτιδα, 1 ρευματοειδή αγγειίτιδα και 1 σύνδρομο Churg Strauss. Η διάρκεια των συμπτωμάτων από την έναρξη της νόσου μέχρι την οριστική διάγνωση ήταν 1-120 μήνες (μέση διάρκεια 12 μήνες). Προσβολή του ανώτερου αναπνευστικού είχαν 23 ασθενείς (κυρίως ρινική συμφόρηση και ρινορραγίες, παραρρινοκαλπίτιδα, μέση ωτίτιδα και εξελκώσεις ρινικού και σταματικού βλεννογόνου) και προσβολή των πνευμόνων 30 ασθενείς με κυριότερες εκδηλώσεις βήχα, αιμόφυρα πτύελα, δύσπνοια και πλευροπύονα. Οι περισσότεροι ασθενείς (25/32) είχαν νεφρική προσβολή κατά τη στιγμή της διάγνωσης. Κατά περιγεγραμμένες αζώθειες ακιώσεις με/ή χωρίς καιλότητα διαπιστώθηκαν ακτινολογικά μόνο σε ασθενείς με C-ANCA, ενώ οι ασθενείς με P-ANCA είχαν διάσπαρτες μικροαζώθειες ακιώσεις ή/και διάχυτες διάμεσες ή κυψελιδικές ακιώσεις. Η βιοψία πνευμόνων (ανοικτή ή διαβραχική) και βλαβών από το ανώτερο αναπνευστικό αποκάλυψε την παρουσία κοκκιωμάτων στους μισούς (7/14) ασθενείς με C-ANCA και μόνο σε μία ασθενή με P-ANCA. Στους υπόλοιπους 17 ασθενείς με P-ANCA διαπιστώθηκαν κυψελιδική αιμορραγία και τριχοειδίτιδα ή μη ειδικές φλεγμονώδεις αλλοιώσεις. Συμπεραίνεται ότι: α) η προσβολή του αναπνευστικού είναι πολύ συχνή στη ΣΑ με θετικά ANCA και β) ο τύπος των ακτινολογικών και ιστολογικών αλλοιώσεων από το αναπνευστικό αντρέπει και διαφέρει, ανάλογα με τον τύπο φθορισμού των ANCA.

113

ΠΝΕΥΜΟΘΩΡΑΚΑΣ: Η ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΑΡΚΟΕΙΔΩΣΗΣ

M. E. Φρουδαράκης*, Δ. Μπούρος, Σ. Παπής, Ι. Κωττάκης, Σ. Κωνσταντόπουλος, Ν. Μ. Σιαφάκας, Πνευμονολογική Κλινική Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και Κρήτης.

Ο πνευμοθώρακας (ΠΝΟ) εκδηλώνεται σπάνια στη σαρκοειδωση. Παρουσιάζουμε 5 ασθενείς που εμφανίστηκαν με ΠΝΟ, οδηγώντας στη διάγνωση σαρκοειδωσης:

	Φύλο	Ηλικία	Διάγνωση	Στάδιο	Θεραπεία	Εξέλιξη
1	A	46	Διαβρ. βιοψία	II	-	1982-92 απεβίωσε
2	A	35	Διαβρ. βιοψία	II	Πρεδνιζόνη	1986-95
3	A	40	Ανοικ. βιοψία	II	Πρεδνιζόνη	1989-95
4	Γ	29	Ανοικ. βιοψία	III	Πρεδνιζόνη	1990-95
5	Γ	42	Διαβρ. βιοψία	I	Πρεδνιζόνη	1991-95

Οι παραπάνω περιπτώσεις δείχνουν ότι ο ΠΝΟ μπορεί να είναι η πρώτη εκδήλωση της σαρκοειδωσης. Η διαφορική διάγνωση πρέπει να αποκλείσει άλλες νόσους που εμφανίζονται με ΠΝΟ όπως το ηωσινόφιλο κοκκίωμα, ή η λεμφαγγειολυσομομάτωση. Η συστηματική θεραπεία με στεροειδή, ανεξάρτητα σταδίου, οδηγεί στην ύφεση της νόσου και στην απουσία υποτροπής ΠΝΟ.

115

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΟΛΟΣΩΜΟΥ ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ ΜΕ Ga⁶⁷, ΣΤΗΝ ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΣΑΡΚΟΕΙΔΩΣΗΣ

Ράπη Αγγελική, Μπατσάκης Χρήστος, Αράνης Ιωάννης, Λάσκου Μαρία*, Καλοπίση Κατερίνα, Χριστακοπούλου Ιουλία, Αναγνωστοπούλου Ουρανία.

8η Πνευμονολογική Κλινική και Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, Ν.Ν.Θ.Α., Αθήνα

Πρόσφατες μελέτες ολόσωμου σπινθηρογραφήματος με Ga⁶⁷, έχουν περιγράψει χαρακτηριστικές εξωπνευμονικές απεικονίσεις στη Σαρκοειδωση (Σ).

Ο σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί η συχνότητα εμφάνισης τέτοιων απεικονίσεων και να αξιολογηθεί η συμβολή τους, στη μη επεμβατική διάγνωση της νόσου.

Υλικό και μέθοδος: Μελετήθηκαν συνολικά 217 ασθενείς με ολόσωμο Scan, με Ga⁶⁷. Από αυτούς 98 ασθενείς είχαν Σ (ομάδα 1), 62 TBC πνευμόνων (ομάδα 2) και 57 άλλες πνευμονοπάθειες (ομάδα 3). Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε ότι οι ασθενείς με Σ είχαν χαρακτηριστικές εξωπνευμονικές απεικονίσεις της πρόσληψης του Ga⁶⁷, που ήταν:

Αποτελέσματα: α) Πρόσληψη του Ga⁶⁷ από δακρυϊκούς και σιελογόνους αδένες (Panda sign) παρατηρήθηκε σε 73 ασθενείς (74,4%) β) Αμφίπλευρη πυλαία και δεξιοί παρατραχειακοί λεμφαδένες (Lamda sign) 58 ασθενείς (59%). γ) Panda και Lamda sign ήταν το συχνότερο απεικονιστικό εύρημα για τα στάδια I (78%) και II (69%) της νόσου.

Η πρόσληψη του Ga⁶⁷ από περιφερικούς λεμφαδένες ήταν ασυνήθιστη στη Σ (4%) και συνηθέστερη στους ασθενείς της ομάδας 2 (13%). Άτομα της ομάδας 2 & 3 εμφάνισαν παθολογική πρόσληψη του Ga⁶⁷ στους πνεύμονες και το μεσοθωράκιο, αλλά όχι Panda ή Lamda sign.

Συμπέρασμα: Το ολόσωμο σπινθηρογράφημα με Ga⁶⁷ παίζει σημαντικό διαγνωστικό ρόλο ειδικά στα πρώιμα στάδια της Σ μειώνοντας την ανάγκη χρησιμοποίησης επεμβατικών μεθόδων.

114

Ναϊρή Αγγελική*, Νταράμπα Παρούλα, Λεγούση Στέλλα

Πνευμονολογικό Τμήμα Π.Γ.Ν.Γ. "Γ. ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ" - Ιωάννινα, Ειδικολογική Κλινική - Σισμανόγλειο Γ.Π.Ν. - Αθήνα, Παθολογοανατομικό Εργαστήριο - Σισμανόγλειο Γ.Π.Ν. - Αθήνα

ΣΠΑΝΙΑ ΜΟΡΦΗ ΣΑΡΚΟΕΙΔΩΣΗΣ ΜΕ ΜΕΤΑΦΟΡΑΙΕΣ ΣΧΙΣΤΩΣΕΙΣ

Μελετήθηκαν δύο άνδρες ασθενείς οι οποίοι παρουσίαζαν στην ΒΘ άρρωστα διάπνοιας, σάκτες σκιάσεις διαμέτρου 1-1,5 Μ, -οιαιμένες με αποτιτανώσεις- και διεύρωση των πύλων.

Για τη διερεύνησή τους υποβλήθηκαν στις ακόθεις εξετάσεις. CT θώρακα, κοιλίας και εγκέφαλου, βιοψιοκόπηση, διαβρογχικές βιοψίες, κυτταρολογικές βρογχικών εκκρίσεων, έλεγχο SACE, MANTOUX, καλλιέργειες βρογχικών εκκρίσεων για B-RUCR, STAMMIDR γαλλίου, οολογικές εξετάσεις για μύκητες. Και στακ δύο ασθενείς έγινε ερευνητική θωρακοτομή. Οι ιστολογικές εξετάσεις ήταν αυθατές με σαρκοειδωση. Σημειώνεται η σπανιότητα της μορφής αυτής της σαρκοειδωσης με μεταφοραίες σκιάσεις στην ΒΘ θώρακα, που απαντάται σε λιγότερο από 1% των περιπτώσεων και μοιάζει με αιματογενείς μεταστάσεις νεοπλασματος, από τις οποίες πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί.

116

ΣΑΡΚΟΕΙΔΩΣΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Βλασέρου Φωτεινή*, Μπούρος Δημοσθένης, Ψαδάκης Κωνσταντίνος, Ντάσιου Μαρία, Τζανάκης Νικόλαος και Σιαφάκας Νικόλαος.
Πνευμονολογική Κλινική Παν/μίου Κρήτης, Ηράκλειο, Κρήτη.

Εισαγωγή: Η ποιότητα ζωής των ασθενών με διάμεσες πνευμονοπάθειες, και ειδικότερα με σαρκοειδωση, δεν έχει μέχρι σήμερα μελετηθεί.

Σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση του επιπέδου ποιότητας ζωής των ασθενών με σαρκοειδωση και η συσχέτιση αυτού με αντικειμενικές μετρήσεις της πνευμονικής λειτουργίας.

Υλικό Εξετάσθηκαν 30 ασθενείς, 13 άνδρες και 17 γυναίκες, με ιστολογικά επιβεβαιωμένη σαρκοειδωση με μέση ηλικία 49,5 (23-73) έτη. Ο μέσος χρόνος νόσησης ήταν 6,5 έτη. Σύμφωνα με την ακτινογραφία θώρακος κατά την ώρα της εξέτασης, 5 ασθενείς ήταν τύπου 0, 5 ασθενείς τύπου I, 8 ασθενείς τύπου II και 12 ασθενείς τύπου III.

Μέθοδοι: Για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκαν: α) 3 κλίμακες δύσπνοιας (του BORG, του MRC και το διάγραμμα κόστους O₂), β) ένα γενικό ερωτηματολόγιο καλής κατάστασης (The Quality of Well Being-QWB) γ) ένα ψυχολογικό ερωτηματολόγιο άγχους και κατάθλιψης (the Anxiety and Depression Scale), και δ) ένα ειδικό για αναπνευστικές παθήσεις ερωτηματολόγιο του Νοσ/μείου St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ). Επιπλέον, οι ασθενείς διερευνήθηκαν με σπυρομέτρηση, μέτρηση αερίων αρτηριακού αίματος προ και μετά κόπωσης, μέτρηση διαχυτικής ικανότητας και στατικών όγκων πνεύμονος, ασθεσιού και ACE ορόφ.

Τα **αποτελέσματα** φαίνονται στον παρακάτω πίνακα:

	MRC K X	BORG K X	O ₂ cost K X	SGRQ K X	QWB K X	Anx K X	Depr K X
	0-4	0-10	100-0	0-100	1-0	<8- >10	<8- >10
X ± SD	0,9±1	1,6±1,3	68,9±24	20,6±15,1	0,8±0,2	7,4±4,7	5,4±5
range	0-3	0-4	20-100	0-57,5	0,48-1	0-18	0-21

K καλύτερο X: χειρότερο

Το ερωτηματολόγιο SGRQ και η κλίμακα δύσπνοιας του BORG εμφάνισαν την καλύτερη συσχέτιση με τους δείκτες της σπυρομέτρησης (FEV₁ και FVC, r=-0,433 p=0,001 και r=-0,441 p=0,002 αντίστοιχα). Η χρονική διάρκεια της νόσου σχετιζόταν σημαντικά με όλες τις κλίμακες δύσπνοιας και το SGRQ (p<0,01).

Συμπέρασμα: Στους ασθενείς με σαρκοειδωση που μελετήθηκαν, η ποιότητα ζωής είναι ελαφρώς επηρεασμένη και συσχετίζεται με τη χρονιότητα της νόσου. Το ειδικό ερωτηματολόγιο αναπν. παθήσεων του St George, φαίνεται να είναι η πιο κατάλληλη κλίμακα για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με σαρκοειδωση.

117

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΜΕΤΑΤΡΕΠΤΙΚΟΥ ΕΝΖΥΜΟΥ ΤΗΣ ΑΓΓΕΙΟΤΕΝΣΙΝΗΣ ΜΕ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΤΗ ΣΑΡΚΟΕΙΔΩΣΗ.

Ψαδάκης Κωνσταντίνος*, Μπούρος Δημοσθένης, Τζανάκης Νικόλαος, Ντάσιου Μαρία, Yamaguchi Etsuro¹, και Σιαφάκας Νικόλαος
Πνευμονολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο και ¹First Department of Medicine, Hokkaido University School of Medicine, Japan.

Εισαγωγή: Το μετατρεπτικό ένζυμο της αγγειοτενσίνης (ACE) θεωρείται δείκτης δραστηριότητας στην σαρκοείδωση. Ο πολυμορφισμός του γονιδίου του ACE (χρωμόσωμα 17q23) έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με τα επίπεδα του ενζύμου στον ορό, τόσο σε σαρκοειδικούς όσο και σε υγιείς, καθώς και με την εκδήλωση καρδιαγγειακών νόσων, όπως το έμφραγμα του μυοκαρδίου και η υπέρταση. Ωστόσο δεν έχει μελετηθεί αν κάποιο από τα αλληλία (I/D) του γονιδίου του ACE σχετίζεται με την κλινική βαρύτητα της σαρκοείδωσης.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας αυτής ήταν να εκτιμηθεί η συσχέτιση του πολυμορφισμού του γονιδίου του ACE με αντικειμενικούς δείκτες βαρύτητας και ποιότητα ζωής στη σαρκοείδωση.

Υλικό και Μέθοδος: Σε δείγμα αίματος 28 σαρκοειδικών προσδιορίστηκε ο γονότυπος του γονιδίου του ACE με εμπλουτισμό του DNA με PCR και με ταυτοποίηση των αλληλίων του γονιδίου με ηλεκτροφόρηση σε γέλη αγαρόζης. Στη συνέχεια οι ασθενείς χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες ανάλογα με το γονότυπο τους (DD, II, ID), και συγκρίθηκαν με το ακτινολογικό στάδιο, την πολυσυστηματικότητα της νόσου, το συνολικό χρόνο θεραπείας, τις λειτουργικές δοκιμασίες του πνεύμονα και την ποιότητα της ζωής.

Αποτελέσματα: Βρέθηκε ότι οι ασθενείς με γονότυπο ID βρισκόταν σε πιο προχωρημένα ακτινολογικά στάδια της νόσου ($p = 0.02$). Επίσης οι ασθενείς με γονότυπο ID, έλαβαν θεραπευτική αγωγή για σημαντικά μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από τους ασθενείς με γονότυπο II ($p = 0.04$) και DD ($p = 0.005$). Οι ασθενείς με γονότυπο II και DD δεν διέφεραν μεταξύ τους ως προς τη διάρκεια θεραπείας ($p = 0.5$). Δεν βρέθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων με τους δείκτες των λειτουργικών δοκιμασιών του πνεύμονα, τις τιμές των αερίων αίματος, τα επίπεδα του ACE ή τις κλίμακες της ποιότητας ζωής ($p > 0.05$).

Συμπεράσματα: α) Ο γονότυπος ID φαίνεται να σχετίζεται με πιο προχωρημένα ακτινολογικά στάδια της σαρκοείδωσης, β) Οι ασθενείς με σαρκοείδωση και γονότυπο ID, φαίνεται ότι έχουν ανάγκη από μεγαλύτερη διάρκεια θεραπευτικής αγωγής συγκριτικά με τους άλλους σαρκοειδικούς. Πιθανότατα οι ασθενείς αυτοί να έχουν χειρότερη πρόγνωση, λόγω της παρατεταμένης ενεργού νόσου, αλλά και των επιπλοκών της μακροχρόνιας κορτικοστεροειδούς.

118

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΡΚΟΕΙΔΩΣΗ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΙΝΩΣΗ (ΠΠ).

Σαμίου Μαρία*, Μπούρος Δημοσθένης, Τζανάκης Νικόλαος, Βλασερού Φωτεινή, Ψαδάκης Κωνσταντίνος, Πατσουράκης Γεώργιος, Πριτανιάκης Γεώργιος και Σιαφάκας Νικόλαος.
Πνευμονολογική Κλινική Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο Κρήτης.

Εισαγωγή: Η χρονιότητα των Διάμεσων Διαχύτων Πνευμονοπαθειών (ΔΔΠ) επιδρά στην ποιότητα ζωής (ΠΖ) των ασθενών. Στην διεθνή βιβλιογραφία δεν υπάρχει επαρκής μελέτη της ποιότητας ζωής στους ασθενείς με ΔΔΠ. Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να εκτιμηθεί η ΠΖ σε δύο νοσήματα με διαφορετική πορεία και βαρύτητα, την ιδιοπαθή πνευμονική ίνωση (IPF) και την σαρκοείδωση (Sarc.)

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήθηκαν 30 ασθενείς με σαρκοείδωση (13 άνδρες, 17 γυναίκες), ηλικίας 23-63 ετών και 12 με ιδιοπαθή πνευμονική ίνωση (9 άνδρες και 3 γυναίκες), ηλικίας 41-71 ετών. Για την εκτίμηση της ΠΖ και της δύσπνοιας χρησιμοποιήθηκαν τα τροποποιημένα ερωτηματολόγια:

1) Medical Research Council (MRC), 2) St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ), 3) Κλίμακα δύσπνοιας BORG και κόστους O_2 , 4) The Quality of Well Being (QWB) και 5) το ερωτηματολόγιο εκτίμησης άγχους και κατάθλιξης (The Anxiety (Anx) and Depression (Depr) scale).

Επιπροσθέτως, μετρήθηκαν οι δυναμικοί και στατικοί όγκοι, η διαχυτική ικανότητα του πνεύμονα καθώς και τα αέρια αίματος πριν και μετά κόπωση.

Τα **αποτελέσματα** φαίνονται στον πίνακα.

	BORG K X 0 10	MRC K X 0 4	O_2 COST K X 100 0	QWB K X 1 0	ANX K X <8 >10	DEPR K X <8 >10	SGRQ K X 0 100
Sarc	1±0,9	1,7±1,3	68±24	0,8±0,2	9,4±4,8	5,7±4,3	21±15,2
IPF	2±1	6,4±9,6	60,8±24	0,7±0,2	6,3±5,3	5,1±4,5	31,8±15
p	0,007	0,02	NS	NS	NS	NS	0,03

K: καλύτερο X: χειρότερο

Συμπεράσμα: Η ποιότητα ζωής επηρεάζεται λιγότερο στους ασθενείς με σαρκοείδωση σε σχέση με την πνευμονική ίνωση. Το καταλληλότερο ερωτηματολόγιο ανεύρεσης αυτής της διαφοράς φαίνεται ότι είναι το SGRQ.

119

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ Ga-67 ΜΕ Tc-99m MIBI ΣΤΗΝ ΑΠΟΙΚΩΝΙΣΗ ΤΩΝ ΒΛΑΒΩΝ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΣΑΡΚΟΕΙΔΩΣΗΣ.

Σαμίου Μαρία*, Τζανάκης Νικόλαος, Ψαδάκης Κωνσταντίνος, Ευλούρης Ανδρέας¹, Καρακάτσας Νικόλαος¹, Μπούρος Δημοσθένης και Σιαφάκας Νικόλαος.
Πνευμονολογική Κλινική και ¹Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο Κρήτης.

Έχει προταθεί ότι το Tc-99m MIBI μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν εναλλακτικό ραδιοφάρμακο για την απεικόνιση των βλαβών στην πνευμονική σαρκοείδωση (CLIN. NUCL. MED., 1994;19(12): 1063-1065)

Σκοπός της εργασίας ήταν να συγκριθεί η πρόσληψη του Ga-67 με την πρόσληψη του Tc-99m MIBI σε ασθενείς με σαρκοείδωση.

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήθηκαν 13 ασθενείς (8 γυναίκες, 5 άνδρες) ηλικίας 53,6 χρόνων με ιστολογικώς διαγνωσμένη σαρκοείδωση. Κάθε ασθενής μελετήθηκε αρχικά με Tc-99m MIBI (15 mCi) και στη συνέχεια με Ga-67 (5 mCi), σε δύο διαφορετικές συνεδρίες που απέχαν 4-6 ημέρες. Οπίσθιο, πρόσθιο σπινθηρογράφημα θώρακος διενεργήτο 24, 48 και 72 ώρες μετά την IV έγχυση των ραδιοφαρμάκων με επίπεδη ψηφιακή γ-κάμερα (planar). Δύο πυρηνικοί ιατροί εκτίμησαν ανεξάρτητα την πρόσληψη στους λεμφαδένες (Λ) και στο πνευμονικό παρέγχυμα (Π). Σαν εξέταση αναφοράς χρησιμοποιήθηκε η υπολογιστική τομογραφία υψηλής ευκρίνειας (HRCT).

Αποτελέσματα: Κατά την γνωμάτευση των σπινθηρογραφημάτων υπήρξε συμφωνία μεταξύ των δύο γιατρών στους 12/13 (92,3%) ασθενείς όσον αφορά την πρόσληψη στο παρέγχυμα και στους 10/13 (77%) όσον αφορά την πρόσληψη στους λεμφαδένες. Βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά του ποσοστού των θετικών σπινθηρογραφημάτων μεταξύ Ga-67 και Tc-99m MIBI ($p < 0,05$) τόσο για τους λεμφαδένες όσο και για το παρέγχυμα (πίνακας).

ΤΕΧΝΙΚΗ	Λεμφαδένες Θετικά (%)	Παρέγχυμα Θετικά (%)
HRCT (n=13)	12 (92,3)	12 (92,3)
Ga-67 (n=13)	12 (92,3)	7 (53,8)
Tc-99m MIBI (n=13)	2 (13)	0 (0)

Συμπέρασμα: Το σπινθηρογράφημα με Ga-67 έδωσε συγκρίσιμα αποτελέσματα με την HRCT τόσο στην απεικόνιση λεμφαδενικής θλάξης όσο και στην παρεγχυματική θλάξη σε ασθενείς με σαρκοείδωση. Αντίθετα η πρόσληψη του Tc-99m MIBI είχε χαμηλή πρόσληψη και επομένως η χρήση του δεν ενδείκνυται.

120

ΑΝΤΙΨΗΡΤΑΣΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΜΕΤΑΤΡΕΠΤΙΚΟΥ ΕΝΖΥΜΟΥ ΑΓΓΕΙΟΤΑΣΙΝΗΣ (α-MEA) ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΑΠ

Μαθιουδάκης Γεώργιος, Ροτζιώκος Γιάννης, Ευαγγελοπούλου Ευσταθία, Τράμπαρη Χρυσούλα, Ζαρόκωστα Βικτωρία, Κάτσαρης Γεώργιος και Π. Μπεχράκης
Πνευμονολογική Κλινική, Γ. Π. Νοσοκομείου Πειραιώς και Εργαστήριο Πειραματικής Φυσιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών

Υπόθεση εργασίας: Η μετατροπή της αγγειοτασίνης I στην αγγειοσπαστική της μορφή II μπορεί να καθηλώνεται, λόγω μειωμένης παραγωγής MEA, από το ερμηύμενο τριχοειδικό δίκτυο του εμψυσηματικού πνεύμονος. Η υπέρταση στους ασθενείς με πνευμονικό εμφύσημα μπορεί, επομένως, να μην αντιμετωπίζεται με α-MEA, λόγω ελλείψεως υποστρώματος. Σκοπός της εργασίας αυτής ήταν ο έλεγχος του αντιπυραστατικού αποτελέσματος των α-MEA σε ασθενείς με διαφορετικής παθογένειας ΧΑΠ και αρτηριακή υπέρταση.

Υλικό-Μέθοδος: 32 ασθενείς, με ΧΑΠ και συστηματική υπέρταση (στάδιο II), ηλικίας 62±9 ετών, διακρίθηκαν ανάλογα με τα σπιρομετρικά τους ευρήματα και την ικανότητα διαχύσεως στην ομάδα Α (12 ασθενείς με χαμηλή <60%, T₁CO και KCO) ή στη ομάδα Β (20 ασθενείς με φυσιολογική, >80%, T₁CO και KCO). Μετά περίοδο 'εκλύσεως' 48 ωρών, κάθε ασθενής συνδεόταν, μέσω αρτηριακής γραμμής με αισθητήρα συνεχούς καταγραφής συστολικής αρτηριακής πίεσεως (ΣΑΠ) και ελάμβανε, υπογλωσσίως, 25 mg **καπτοπρίλης**. Το αναλογικό σήμα του αισθητήρος ΣΑΠ μετατρεπόταν σε ψηφιακό και απεικονιζόταν σε οθόνη ή καταγραφικό, σε συνθήκες πραγματικού χρόνου. Οι διαχρονικές μέσες μεταβολές της ΣΑΠ και οι αντίστοιχες χρονοσειρές, ελέγχθηκαν με τη δοκιμασία Student.

Αποτελέσματα: Η διαχρονική μεταβολή (Μ) της ΣΑΠ στην ομάδα Α (M=189,5-0,084xT) βρέθηκε πολύ σημαντικά ($p=0.0021$) **βραδύτερη**, συγκριτικά με τη Μ της ΣΑΠ στην ομάδα Β (M= 190,5-0,38xT), σε κάθε χρονική στιγμή (T) στο υπό μελέτη διάστημα (2 h).

Συμπερασματικά, οι αναστολείς MEA -πιθανόν λόγω ελλείψεως υποστρώματος- δεν είχαν κλινικά αξιοποιήσιμο θεραπευτικό αποτέλεσμα στους αποφρακτικούς ασθενείς, του δείγματός μας με υπέρταση και κλινικοεργαστηριακά ευρήματα εμφύσηματος.

121

ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΟΞΥΓΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΗ ΒΟΡΕΙΑ ΕΛΛΑΔΑ

Τσάρα Βενετία¹, Γουγουλιός Γεώργιος², Μπουσουγκιλιά Σταυρούλα³, Παπαδόπουλος Υάκινθος⁴, Παπακωνσταντίνου Χρήστος⁵, Χριστάκη Πανδώρα⁶

1. Β' Πνευμ. Κλινική Γ. Π. Ν. "Γ. Παπανικολάου" Θεσ/νίκης, 2. Πνευμ. Κλινική Νοσ. Πολυγύρου, 3. Πνευμ. Κλινική Νοσ. Καβάλας 4. Νοσοκομείο Κιλκίς

Σκοπός της εργασίας ήταν η απογραφή των ασθενών που χρησιμοποιούν θεραπευτικά οξυγόνο στο σπίτι, με στόχο την καταγραφή των συνηθών οξυγονοθεραπείας.

Η έρευνα έγινε σε 4 νομούς της Βόρειας Ελλάδας, συνολικού πληθυσμού 1.258.164 κατοίκων. Ως πηγές χρησιμοποιήθηκαν τα αρχεία των ασφαλιστικών οργανισμών (Ι.Κ.Α. - Ο.Γ.Α.) και οι εταιρείες διανομής οξυγόνου*. Καταγράφηκαν όλοι οι ασθενείς που είναι κρεωμένοι με πηγή παροχής οξυγόνου μέχρι και το 1995. Βρέθηκαν 622 ασθενείς, εκ των οποίων 56,5% χρησιμοποιούν φιάλη οξυγόνου, 29,5% συμπυκνωτή και 13,8% δεξαμενή υγρού οξυγόνου.

Οι εξής παρατηρήσεις είναι σημαντικές:

1. Ο αριθμός των ασθενών που έχουν κρεωθεί χρόνια χρήση οξυγόνου είναι ίσως πλεοναστικός, καθώς περιλαμβάνει κάθε περίπτωση που χορηγήθηκε οξυγόνο στο παρελθόν, χωρίς ενημέρωση για την εξέλιξη.
2. Το οξυγόνο διανέμεται από ιδιωτικούς φορείς χωρίς υποχρεωτική σύμβαση με τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, που καλύπτουν οικονομικά την δαπάνη. Ιδιαίτερα στην επαρχία η διακίνηση οξυγόνου για θεραπευτικούς σκοπούς γίνεται από ιδιώτες που ασκούν και άλλο επάγγελμα.
3. Απόρροια αυτών είναι ότι τα αρχεία δεν είναι ενημερωμένα για την ανάγκη και τον σκοπό χορήγησης, την καταλληλότητα της πηγής χορήγησης, την εξέλιξη των ασθενών (κανόνες χρόνιας οξυγονοθεραπείας).
4. Στα καινούργια περιστατικά εξακολουθεί να υπερέχει η χορήγηση φιαλών. Σε 105 νέους ασθενείς υπό οξυγονοθεραπεία στο νομό Θεσσαλονίκης (1995) σε 38% χορηγήθηκε φιάλη, σε 33% συμπυκνωτής και σε 28% δεξαμενή υγρού οξυγόνου.

Θεωρούμε ότι η καθιέρωση ειδικού συνταγολογίου για τη χορήγηση οξυγόνου για χρόνια οξυγονοθεραπεία είναι απαραίτητο βήμα που, όμως, πρέπει να συνοδεύεται από ενημέρωση των αρχείων των ασφαλιστικών οργανισμών, έτσι ώστε να είναι δυνατή η παρακολούθηση και εξαγωγή συμπερασμάτων για την αποτελεσματικότητα της χρόνιας οξυγονοθεραπείας στην χώρα μας.

Η συστασιογραφία για οξυγονοθεραπεία έγινε και από: Μ.Ο.Α.Α, Α' Πνευμ. Κλινική, Παν/κή Κιλκίς, Νοσ. Γ. Παπανικολάου, καθώς και από τα υπόλοιπα Γεν. Νοσοκομεία Θεσσαλονίκης.

*Air Liquide, Τμήμα Β. Ελλάδος, Ε. Θωρακάκης

123

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΔΡΑΣΗ SALMETEROL ΚΑΙ IPRATROPIUM BROMIDE ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ (ΧΑΠ)

Πατάκος Δημήτριος, Ανδρεάδης Δήμος, Μαυροφρίδης Ευκλείδης, Αργυροπούλου Παρασκευή, Κοντακίτης Θόδωρος*, Κακαβέλας Ηλίας

Μονάδα Αναπνευστικής Ανεπάρκειας

Ιατρικό Τμήμα Α.Π.Θ.

Σκοπός: Για να συγκρίνουμε τη δράση ενός αδρενεργικού φαρμάκου (Salmeterol-5) μ'αυτή ενός αντιχολινεργικού (ipratropium bromide - 1.8.) στη δύσπνοια, στην ανταλλαγή των αερίων κατά τη διάρκεια της άσκησης 15 ασθενείς με ΧΑΠ υποβλήθηκαν σε άσκηση προοδευτικά αυξανόμενου έργου σε τρεις διαδοχικές ημέρες και έπειτα από την εισπνοή placebo, 1.8.(120μg) ή 5 (100μg) σε τυχαία σειρά.

Μέθοδοι: Η δύσπνοια κατά την άσκηση εκτιμήθηκε από κλίση της γραμμικής συσχέτισης μεταξύ του βαθμού της κλίμακας δύσπνοιας του Borg και της απόστασης που βαδίζαν οι ασθενείς κάθε λεπτό στον ποδόμυλο. Η κλίση της σχέσης εκφραζόταν ως απόσταση που διανυθόταν όταν η δύσπνοια έφθασε τους 5 βαθμούς της κλίμακας Borg (BS score 5), ως φορτίο οξυδίου δύσπνοιας (TLD) και ως μέγιστο φορτίο δύσπνοιας (BLD). Κατά και μετά την άσκηση ο SaO₂ μετριόταν με παλμικό οξύμετρο και σημειωνόνταν ο ελάχιστος SaO₂ στο προ της άσκησης επίπεδο μετά τη διακοπή της.

Αποτελέσματα: Σε σχέση με το P διαπιστώσαμε έπειτα από εισπνοή 5 ή 1B βελτίωση των εκπνευστικών και εισπνευστικών ροών καθώς και αύξηση της απόστασης που περπάτησαν οι ασθενείς στον ποδόμυλο. Κατά την άσκηση και έπειτα από τα βρογχοδιασταλτικά ο SaO₂ δεν βελτιώθηκε, αλλά βραχύνθηκε σημαντικά ο χρόνος ανάκαμψής του. Η δύσπνοια όπως εκτιμήθηκε από TLD και από τη BS score 5 ελαττώθηκε έπειτα από τη χρήση τόσο του 1B όσο και της 5.

Συμπέρασμα: Η Salmeterol όταν χορηγείται σε συνήθεις δόσεις προκαλεί σημαντική βελτίωση στις αντιστάσεις των αεροφόρων οδών, επιταχύνει το χρόνο ανάκαμψής του SaO₂ μετά την άσκηση και ανακουφίζει τη δύσπνοια ασθενών με ΧΑΠ σε ίδιο βαθμό με το ipratropium bromide.

122

Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΜΕΘ ΛΟΓΩ ΠΑΡΟΞΥΝΣΗΣ ΧΑΠ: Η ΑΠΟΨΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Κουτσούκου Αντωνία, Παπαδημητρίου Στέφανος, Μανταίου Μερόπη, Βλαχογιώργος Γιώργος, Στρατούλη Ματίνα, Χατζηδάκης Νίκος και Ηλιόπουλος Ειρηναίος
ΜΕΘ/ΚΑΑ - ΝΝΘΑ - Αθήνα

Σκοπός της εργασίας ήταν να εκτιμήσουμε την ποιότητα ζωής των χρόνιων αποφρακτικών ασθενών έξι μήνες μετά τη νοσηλεία τους στη ΜΕΘ και να διακρίνουμε τις παραμέτρους της ΜΕΘ που επηρεάζουν το αποτέλεσμα.

Ασθενείς - Μέθοδος: Αποδελτιώθηκαν τ'αρχεία των 137 ασθενών που νοσηλεύθηκαν στη ΜΕΘ λόγω παρόξυνσης ΧΑΠ κατά τη διάρκεια μίας διετίας και καταγράφηκαν οι παράμετροι νοσηλείας τους. Έξι μήνες μετά την έξοδό τους ζητήθηκε από τους ασθενείς ν'αξιολογήσουν τη φυσική, ψυχολογική, κοινωνική και επαγγελματική τους κατάσταση σε σχέση με την αντίστοιχη προ της νοσηλείας στη ΜΕΘ.

Αποτελέσματα: Συγκεντρώθηκαν πλήρη στοιχεία για 123 ασθενείς από τους οποίους 24 (19.5%) είχαν αποβιώσει κατά τη διάρκεια του θμήνου. Από τους 99 ερωτηθέντες το 72.7%, 64.6% και 56.6% αξιολόγησε ως αμετάβλητη ή βελτιωμένη τη φυσική, ψυχολογική και κοινωνική τους κατάσταση αντίστοιχα. Από τους 44 εργαζόμενους, 21 (47.7%) είχαν επιστρέψει στην εργασία τους. Η διάρκεια μηχανικής αναπνοής βρέθηκε να επηρεάζει τη θνητότητα εντός του θμήνου και τη φυσική κατάσταση ενώ η ανάγκη διασωλήνωσης και η συνολική διάρκεια νοσηλείας επιπλέον και την ψυχολογική κατάσταση. Το 29.3% δεν θα συγκατατίθετο σε παρόμοια μορφή νοσηλεία στο μέλλον.

Συμπέρασμα: Η εντατική θεραπεία είναι σε θέση ν'αποκαταστήσει το επίπεδο ζωής των περισσότερων ασθενών με ΧΑΠ, για πολλούς όμως αποτελεί μια τραυματική εμπειρία.

124

ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΤΩΝ COPD ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗ ΜΕΘ

Κουτσούκου Αντωνία, Κυθρεώτης Προκόπης, Ταχμιτζή Αννέττα, Βελδέκης Δημήτρης, Στρατούλη Ματίνα, Βλαχογιώργος Γιώργος, Ηλιόπουλος Ειρηναίος
ΜΕΘ/ΚΑΑ - ΝΝΘΑ - Αθήνα

Σκοπός της μελέτης ήταν να συγκρίνουμε το μέσο ημερήσιο κόστος φαρμακευτικής αγωγής (ΜΗΚΦ) των ασθενών με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (COPD) που νοσηλεύθηκαν στη ΜΕΘ με το αντίστοιχο όλων των υπολοίπων ασθενών (μη-COPD).

Μέθοδος: Αποδελτιώσαμε τους φακέλους των ασθενών που νοσηλεύθηκαν στη ΜΕΘ το 1994 και καταγράψαμε την ηλικία, τη βαρύτητα σύμφωνα με την κλίμακα APACHE II, τη διάρκεια παραμονής στη ΜΕΘ (ΔΠ), την επιβίωση και το ΜΗΚΦ που υπολογίστηκε από τους καταλόγους του φαρμακείου του Νοσοκομείου. Τα παραπάνω μεγέθη συγκρίναμε μεταξύ των δύο ομάδων.

Αποτελέσματα: Συγκεντρώθηκαν πλήρη στοιχεία για 140 ασθενείς. Οι 38 απ'αυτούς (27%) νοσηλεύθηκαν για παρόξυνση χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας. Για τους COPD ασθενείς η ηλικία (68.6±9.2), η βαρύτητα (21.06±5.5) και η ΔΠ (25.3 ημέρες ± 23.2) ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερες από τις αντίστοιχες παραμέτρους των μη-COPD ασθενών (59±20.4, 16.5±6.4, 15.8±14.1). Παρ'όλα αυτά η επιβίωση τους (65%) και το ΜΗΚΦ (26053 δρχ±10196) ήταν στατιστικά συγκρίσιμα με τ'αντίστοιχα των μη-COPD ασθενών (76% και 27894 δρχ ± 13456).

Συμπέρασμα: Οι COPD ασθενείς που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ αν και μεγαλύτερης βαρύτητας μπορεί να ευεργετηθούν σε συγκρίσιμο με τους άλλους ασθενείς βαθμό, χωρίς αυτό να συνεπάγεται μεγαλύτερο κόστος, τουλάχιστον όσον αφορά τη φαρμακευτική αγωγή.

125

ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΘΕΟΦΥΛΛΙΝΗΣ ΣΤΟ ΠΛΑΣΜΑ ΚΑΙ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΤΟΥ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΟΣ ΘΕΟΦΥΛΛΙΝΗΣ ΒΡΑΔΕΙΑΣ ΑΠΟΔΕΣΜΕΥΣΗΣ 24ΩΡΗΣ ΔΡΑΣΗΣ.

Τάσης Γεώργιος*, Φιλαδέλφης Βάσω, Χαβιάρης Βασίλειος, Τσουκαλάς Γεώργιος, Περιστεράκης Αθανάσιος, Μπουλιμασάκος Γεώργιος, Αναγνώστου Ευτυχία, Πνευμονολογικό - Βιοχημικό Τμήμα, Γ.Π.Ν. Ευαγγελισμός, Αθήνα.

Σε μια ανοικτή, μη συγκριτική μελέτη μελετήθηκε ένα νέο σκεύασμα άνυδρης θεοφυλλίνης βραδείας αποδέσμευσης 24ωρης δράσης (Theodur 600 mg). Σκοπός της μελέτης ήταν η μέτρηση των επιπέδων θεοφυλλίνης στο πλάσμα και της διακυμάνσής τους, καθώς και η εκτίμηση της ασφάλειας του φαρμάκου. Μελετήθηκαν 30 ασθενείς (25 άνδρες - 5 γυναίκες) με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια ή βρογχικό άσθμα, ηλικίας 33-81 ετών (μέση ηλικία 67 ετών). Οι ασθενείς έλαβαν 1 δισκίο Theodur 600 mg την 08:00 π.μ. επί 4 ημέρες. Την 4η ημέρα της θεραπείας λαμβάνονταν δείγματα αίματος, για μέτρηση των επιπέδων θεοφυλλίνης, πριν από τη λήψη του σκευάσματος (0), καθώς και 4, 12, 16 και 24 ώρες μετά τη χορήγηση του σκευάσματος. Τα αποτελέσματα των μετρήσεων έδειξαν ότι οι ασθενείς παρουσίαζαν καθ'όλο το 24ωρο μέσες τιμές θεοφυλλίνης πλάσματος 11-19 μg/ml, με τη μέγιστη τιμή θεοφυλλίνης 12 ώρες μετά τη λήψη του φαρμάκου. Η στατιστική ανάλυση των τιμών θεοφυλλίνης πλάσματος μεταξύ των διαφόρων χρονικών στιγμών (φάσεις μέτρησης) έδειξαν μια λιαν στατιστική σημαντική διαφορά ($p < 0.0001$). Η μέση τιμή (\pm 1SD) των επιπέδων θεοφυλλίνης στο πλάσμα κατά τις διάφορες φάσεις μέτρησης ήταν 13.05 (± 3.25), 15.25 (± 3.78), 17.27 (± 3.26), 14.84 (± 2.93) και 12.74 (± 3.04) μg/ml για τις 0, 4, 12, 16 και 24 ώρες αιμοληψίας αντίστοιχα. Η διακύμανση (0-12) των επιπέδων θεοφυλλίνης ενφάνισε κανονική κατανομή ($p < 0.1809$) με μέση τιμή 35%. Μόνο σε 2 ασθενείς (6.67%) παρατηρήθηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες (ήπιο επιγαστρικό άλγος). Συμπερασματικά από τα δεδομένα αυτά συνάγεται ότι το σκεύασμα Theodur 600 mg χορηγούμενο άπαξ ημερησίως επιτυγχάνει θεραπευτικά επίπεδα θεοφυλλίνης στο πλάσμα καθ'όλο το 24ωρο, εμφανίζει μικρές διακυμάνσεις των επιπέδων στο πλάσμα και ελάχιστες ανεπιθύμητες ενέργειες.

127

ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΕΡΙΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΠΝΟΙΑ

Λαχανά Αλεξάνδρα*, Ταγκάρης Ηρακλής, Στεργίου Πέτρος, Νάκος Γεώργιος, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων.

Η άπνοια κατά την διάρκεια του ύπνου διακρίνεται σε αποφρακτική και κεντρική. Σκοπός της εργασίας είναι η μελέτη των αιμοδυναμικών μεταβολών και των αερίων αίματος κατά την διάρκεια ανοσικών επεισοδίων. Μελετήθηκαν τρεις άρρωστοι με διαπιστωμένη αποφρακτική άπνοια (ομάδα I) και πέντε άρρωστοι με γκεφαλικό θάνατο σαν μοντέλο κεντρικού τύπου άπνοιας (ομάδα II). Στην ομάδα I έγινε ταυτόχρονα μελέτη ύπνου και συνεχής καταγραφή των αιμοδυναμικών παραμέτρων, Αρτηριακή Πίεση (BP), Καρδιακή Συχνότητα (HR), κορεσμός μεκτου φλεβικού αίματος σε $O_2(SvO_2)$, πιέσεις της πνευμονικής αρτηρίας (PAP), και περιοδική μέτρηση των Πίεσεων ενσφηνώσεως της πνευμονικής αρτηρίας (Paw), Καρδιακής Παροχής (CO) και Πίεσεως δεξίου κόλπου (RAP), προ της άπνοιας, κατά την άπνοια και αμέσως μετά το τέλος αυτής. Επίσης εγένετο συνεχής μέτρηση των αερίων αρτηριακού αίματος (PaO_2 , $PaCO_2$). Στην ομάδα II μετά την διαπίστωση γκεφαλικού θανάτου, με την χρήση του μηχανικού αερισμού δημιουργήσαμε ένα μοντέλο κεντρικών απνοιών διάρκειας 1min που διακόπτονταν από 1 ή 2 αναπνοές. Οι αιμοδυναμικές παράμετροι και τα αέρια αίματος καταγράφονταν συνεχώς, όπως και στην ομάδα I.

Αποτελέσματα. Σε σύγκριση με τις τιμές των μελετούμενων παραμέτρων κατά την εγρήγορση, διαπιστώθηκαν τα εξής: **Ομάδα I:** κατά την διάρκεια της άπνοιας ελάττωση της BP, HR, CO, και αύξηση της PAP και των πνευμονικών αντιστάσεων (PVR). Η PaO_2 και το SvO_2 ελαττώθηκαν ενώ η $PaCO_2$ αυξήθηκε. Μετά το τέλος της άπνοιας παρατηρήθηκε αύξηση των BP, HR και CO, και επάνοδος των Pap, PaO_2 , $PaCO_2$, SvO_2 κοντά στις βασικές τιμές. Η RAP ελαττώθηκε κατά την διάρκεια άπνοιας. **Ομάδα II:** κατά την άπνοια, η CO και η BP ελαττώθηκαν ενώ η HR παρέμεινε σταθερή. Οι Pap, PVR και $PaCO_2$ αυξήθηκαν, η PaO_2 μειώθηκε και το SvO_2 παρέμεινε αμετάβλητο. Μετά το τέλος της άπνοιας οι αιμοδυναμικές παράμετροι και τα αέρια αίματος επανήλθαν κοντά στις βασικές τιμές. Η RAP παρουσίασε αύξηση.

Συμπεράσματα: 1. Κατά την αποφρακτική άπνοια παρατηρήθηκε ελάττωση της CO, HR και SvO_2 , και μετά την άπνοια σημαντική αύξηση και των τριών παραμέτρων. Αντίθετα στην ομάδα II δεν παρατηρήθηκε αύξηση της CO αμέσως μετά το τέλος της άπνοιας. Η διαφορά αυτή αποδίδεται κυρίως στην αμετάβλητη HR. 2. Η RAP στην ομάδα I μειώθηκε, ενώ στην ομάδα II αυξήθηκε. Η διαφορά αποδίδεται στις μεταβολές των ενδοθωρακικών πιέσεων κατά την αποφρακτική άπνοια. 3. Το SvO_2 στην ομάδα I μειώθηκε σημαντικά, ενώ δεν παρουσίασε σημαντική μεταβολή στην ομάδα II, γεγονός που αποδίδεται στην πολύ μικρή κατανάλωση O_2 στους άρρωστους με γκεφαλικό θάνατο.

126

ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΤΟΥ ΔΙΑΚΥΤΤΑΡΙΟΥ ΜΟΡΙΟΥ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗΣ (INTERCELLULAR ADHESION MOLECULE-1, ICAM-1) ΚΑΙ ΤΗΣ L-SELECTIN ΣΤΑ ΜΟΝΟΚΥΤΤΑΡΑ ΤΟΥ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑΞΥ ΧΡΟΝΙΩΝ ΒΡΟΓΧΙΤΙΔΙΚΩΝ ΚΑΙ ΕΜΦΥΣΗΜΑΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Κοσμάς Επαμεινώνδας*, Ρούσσου Τριάνθη, Οικονόμου Αικατερίνη, Παραστατίδης Σωκράτης, Δεμερτζής Παναγιώτης, Πολυχρονόπουλος Βλάσσιος, Μπαξεβάνης Κωνσταντίνος, Πνευμονολογικό Τμήμα Α. Φλέμινγκ και Εργαστήριο Ανοσολογίας Αγ. Σάββα, Αθήνα.

Η μετανάστευση λευκοκυττάρων (κυρίως πολυμορφοπυρήνων και μονοκυττάρων) στον πνεύμονα σε απάντηση διαφόρων ερεθισμάτων είναι κυρίαρχο στοιχείο στην παθογένεση της ΧΑΠ. Στην διαδικασία αυτή συμμετέχουν μόρια προσκόλλησης (adhesion molecules) που εκκτράζονται και στα λευκοκύτταρα και στα αγγειακά ενδοθηλιακά κύτταρα. Σκοπός της μελέτης ήταν η ανίχνευση της έκφρασης του ICAM-1 και της L-selectin στα μονοπύρνα κύτταρα του περιφερικού αίματος (ΜΚΠΑ) ασθενών με χρόνια βρογχίτιδα (XB) και πνευμονικό εμφύσημα (ΠΕ). Μελετήθηκαν 9 ασθενείς με XB, 9 με ΠΕ, 9 ασυμπτωματικοί καπνιστές (ΑΚ) και 9 μη καπνιστές (ΜΚ). Η ταξινόμηση των ασθενών βασίσθηκε σε δεδομένα από το ιστορικό, την φυσική εξέταση, τις λειτουργικές δοκιμασίες και την ακτινογραφία θώρακος. Η ανάλυση της έκφρασης στα ΜΚΠΑ έγινε με άμεσο ανοσοφθορισμό. Τα αποτελέσματα αναφέρονται σαν % θετικά κύτταρα μεταξύ των ΜΚΠΑ και σαν μέση ένταση ανοσοφθορισμού (ΜΕΑ) και συνοψίζονται στον πίνακα (μέση τιμή \pm SEM).

	ICAM-1 %(+)	ICAM-1 ΜΕΑ	L-selectin %(+)	L-selectin ΜΕΑ
XB	32 \pm 3	80 \pm 7	29 \pm 3	162 \pm 13
ΠΕ	11 \pm 2	68 \pm 4	11 \pm 2	129 \pm 8
ΑΚ	20 \pm 2	71 \pm 4	18 \pm 3	152 \pm 13
ΜΚ	20 \pm 1	70 \pm 5	18 \pm 2	131 \pm 8

Οι ασθενείς με XB παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερο αριθμό %(+) ΜΚΠΑ συγκριτικά με αυτούς με ΠΕ, και στο ICAM-1 ($t=5.75$, $p=0.00003$) και στην L-selectin ($t=5.55$, $p=0.00004$). Επιπλέον, ισχυρή αρνητική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ ακτινολογικού βαθμού εμφύσηματος και %(+) ΜΚΠΑ στο ICAM-1 ($r=0.762$, $p<0.001$) και στην L-selectin ($r=0.787$, $p<0.001$). Αυτά τα ευρήματα υποδεικνύουν ένα διαφορετικό ρόλο των μονοκυττάρων στην παθογένεση της χρόνιας βρογχίτιδας και του εμφύσηματος.

128

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΜΗΧΑΝΙΚΟΥ ΑΕΡΙΣΜΟΥ ΣΤΟΝ ΕΠΙΦΑΝΕΙΟΔΡΑΣΤΙΚΟ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ

Ταγκάρης Ηρακλής*, Λέκκα Μαριλένα**, Νάκος Γεώργιος*

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας*, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων και Εργαστήριο Βιοχημείας**, Χημικό Τμήμα, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ο μηχανικός αερισμός μπορεί να επηρεάσει την επιφανειακή τάση στις κυψελίδες. Η επίδραση αυτή μπορεί να αφορά τόσο την ελάττωση της ποσότητας, όσο και την αλλαγή της σύνθεσης του επιφανειοδραστικού παράγοντα. Προστατευτικά φαίνεται ότι δρα η θετική τελοεκπνευστική πίεση (PEEP), που έχει υποστηριχθεί ότι μπορεί να αποτρέπει διαταραχές του επιφανειοδραστικού παράγοντα που οφείλεται στο μηχανικό αερισμό. Σκοπός αυτής της μελέτης είναι ο καθορισμός των ποσοτικών και ποιοτικών μεταβολών του επιφανειοδραστικού παράγοντα σε μηχανικά αεριζόμενους ασθενείς με φυσιολογικούς πνεύμονες, όταν αερίζονται με χαμηλή θετική τελοεκπνευστική πίεση (PEEP) και μέτριο αναπνεύσιμο όγκο (10ml/kg).

Μελετήθηκαν 8 ασθενείς χωρίς καρδιοπνευμονική νόσο, που χρειάζονταν μηχανική υποστήριξη της αναπνοής για μεγάλο διάστημα. Οι ασθενείς αερίζονταν με μοντέλο ελεγχόμενου όγκου (Control Mode Ventilation, CMV), με φυσιολογική πυκνότητα οξυγόνου (το FiO_2 ήταν 0.21), η θετική τελοεκπνευστική πίεση (PEEP) ήταν 3-5cm H₂O και ο αναπνεύσιμος όγκος 10ml/kg. Η $PaCO_2$ ήταν μέσα στα φυσιολογικά όρια. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε βρογχοκυψελδική έκπλυση (BAL) κατά τη δεύτερη ημέρα του μηχανικού αερισμού, το οποίο επαναλήφθηκε μεταξύ της 7ης και της 12ης ημέρας, όπως επίσης και μετά την 20η ημέρα του μηχανικού αερισμού. Το BAL ελήφθη μετά από έγχυση φυσιολογικού ορού σε θερμοκρασία 37° C. Τα κύτταρα απομακρύνθηκαν μετά από ήπια φυγοκέντρηση και το υπερκείμενο χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση πρωτεϊνών και φωσφολιπιδίων.

Αποτελέσματα: Η ολική πρωτεΐνη ήταν υψηλότερη στο δεύτερο και τρίτο BAL. Παρατηρήθηκαν τόσο ποιοτικές όσο και ποσοτικές διαταραχές του επιφανειοδραστικού παράγοντα στο δεύτερο και στο τρίτο BAL. Συγκεκριμένα τα ολικά φωσφολιπίδια, όπως επίσης και η αναλογία της φωσφατιδυλοχολίνης και της φωσφατιδυλογκερόλης μειώθηκαν, ενώ η σφινγομυελίνη αυξήθηκε. Δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στις παραπάνω παραμέτρους μεταξύ του δεύτερου και του τρίτου δείγματος BAL.

Συμπέρασμα: Ο μηχανικός αερισμός με χαμηλή PEEP και μέτριο αναπνεύσιμο όγκο προκαλεί πνευμονική βλάβη σε ασθενείς με φυσιολογικούς πνεύμονες. Η βλάβη αυτή όμως δεν διαπιστώθηκε να επιδεινώνεται περαιτέρω μετά την πρώτη ή τη δεύτερη εβδομάδα του μηχανικού αερισμού.

129

ΦΑΡΜΟΓΗ ΜΗΧΑΝΙΚΟΥ ΑΕΡΙΣΜΟΥ ΜΕ PRESSURE REGULATED VOLUME CONTROL, PRESSURE CONTROL και VOLUME CONTROL ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΒΛΑΒΗ: ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗ ΚΑΡΔΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΕΣ.
Ανθή Αναστασία*, Καρακασάνη Άννα, Κωδάς Βασίλειος, Τζελέπης Γεώργιος, Πουλάρας Ιωάννης, Κόχελις Λάζαρος, Γερούλανος Στέφανος, ΜΕΘ - Φύσσιος Καρδιοχειρουργικό Κέντρο - Αθήνα

Η επίδραση της εφαρμογής μηχανικού αερισμού με pressure regulated volume control (PRVC) στην καρδιοαναπνευστική λειτουργία δεν έχει πλήρως διεκρινιστεί.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η σύγκριση της επίδρασης στη καρδιοαναπνευστική λειτουργία του μηχανικού αερισμού με pressure regulated volume control (PRVC), volume control (VC) ή pressure control (PC) σε ασθενείς με οξεία πνευμονική βλάβη μετά από επέμβαση ανοικτής καρδιάς.

Υλικό και Μέθοδος: Μελετήθηκαν 8 ασθενείς (ηλικίας 65 ± 11 ετών) με οξεία πνευμονική βλάβη μετά από χειρουργική ανοικτής καρδιάς. Σε όλους τους ασθενείς χρησιμοποιήθηκε ο αναπνευστήρας Siemens-Elima model 300. Ο αναπνεόμενος όγκος (IO ml/kg), η συχνότητα αναπνοών, η σχέση εισπνοής-εκπνοής (IE ratio), η PEEP και το FiO₂ διατηρήθηκαν σταθερά και στους τρεις τύπους μηχανικής αναπνοής. Η μέγιστη εισπνευστική πίεση και η μέση πίεση των αεραγωγών καταγράφηκαν σε όλους τους ασθενείς. Οι αιμοδυναμικοί παράμετροι συμπεριλαμβανομένης και της καρδιακής παροχής μετρήθηκαν σε 4 ασθενείς. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με την εφαρμογή ANOVA για επαναλαμβανόμενες μετρήσεις.

Αποτελέσματα:

	PC	VC	PRVC
PIP (cm H ₂ O)	36.4 ± 9.8	43.6 ± 9.1*	35.9 ± 7.9
Paw	16.2 ± 4.7	16.2 ± 4.7	15.7 ± 3.4

mean ± SD, *p<0.05 όταν συγκρίνεται με PC ή PRVC

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην PIP μεταξύ PC και PRVC. Η τιμή της PIP ήταν μεγαλύτερη σε VC συγκριτικά με PC ή PRVC. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις αιμοδυναμικές παραμέτρους ή στην ανταλλαγή αερίων.

Συμπεράσματα: Υπάρχουν ενδείξεις ότι ο τύπος μηχανικής αναπνοής PRVC έχει ουσιαστικά την ίδια επίδραση στη καρδιοαναπνευστική λειτουργία με το PC. Επειδή όμως το PRVC έχει την ικανότητα να εξασφαλίζει σταθερό αναπνεόμενο όγκο (V_T) είναι πιθανό να υπερφέρει σε ορισμένους ασθενείς με διάχυτη πνευμονική βλάβη.

131

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΧΑΜΗΛΗ ΔΟΣΗ ΑΜΙΟΔΑΡΟΝΗΣ ΣΤΗΝ ΑΜΕΣΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ
Δημοπούλου Ιωάννα*, Μαράθα Κατερίνα, Νταγανού Μαρία, Σταυρίδης Γεώργιος, Πραπας Σωτήριος, Δημητρίου Στέργιος, Γερούλανος Στέφανος, Ωνάσιο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα.

Αναφέρεται ότι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις και λαμβάνουν προεγχειρητικά αμιοδαρόνη σε υψηλή ημερήσια δόσολογία έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών από το αναπνευστικό (κυρίως οξεία αναπνευστική δυσχέρεια) και το κυκλοφορικό (Ann Thorac Surg 1994;58:622).

Σκοπός Η μελέτη της επίδρασης της χρόνιας θεραπείας με χαμηλή δόση αμιοδαρόνης στη μετεγχειρητική πορεία καρδιοχειρουργικών ασθενών.

Υλικό - Μέθοδος Μελετήθηκαν προοπτικά 64 καρδιοχειρουργικοί ασθενείς. Τριάνταδυο ελάμβαναν προεγχειρητικά αμιοδαρόνη (ομάδα Α), ενώ άλλοι 32 απετέλεσαν την ομάδα των μαρτυρών (ομάδα Μ), εξομοιωμένοι για την ηλικία, τις καπνιστικές συνήθειες, το είδος της επέμβασης, το κλάσμα εξωθώσεως, τη διάρκεια της εξωσωματικής κυκλοφορίας και του χρόνου συγκλίσεως της αορτής. Τριάνταοκτώ ασθενείς υποβλήθηκαν σε αορτοστεφανιαία παρακαμψη (ΑΣΠ), 16 σε αντικατάσταση βαλβίδας (ΑΒ), 8 σε ΑΣΠ σε συνδυασμό με ΑΒ και 2 σε ανευρύσματκτηση της αριστερας κοιλίας. Στους ασθενείς που είχαν αμιοδαρόνη η μέση διάρκεια χορήγησης του φαρμάκου ήταν 204 ημερες (7-730), ενώ η μέση ημερήσια δόσολογία ήταν 210 mg (100-400). Καταγράφηκε η οξυγονωση (pO₂/FiO₂) στις 2, 4, 6, 10, 14, και 18 ωρες μετά την αφίξη τους στη ΜΕΘ, η συχνότητα εμφάνισης οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας (ARDS), η ανάγκη υποστήριξης με ινотροπία και η συχνότητα βηματοδότησης.

Αποτελέσματα Όπως φαίνεται στον πίνακα δεν υπήρχε διαφορά στην οξυγονωση μεταξύ των ομάδων Α και Μ (μέσες τιμές ± σταθερή απόκλιση)

	2 ωρες	4 ωρες	6 ωρες	10 ωρες	14 ωρες	18 ωρες
ομάδα Α	269±115	288±124	324±179	321±78	283±77	273±104
ομάδα Μ	285±100	323±104	333±73	308±92	306±105	267±90

Επίσης δεν υπήρχαν διαφορές ως προς την ανάγκη για βηματοδότηση (12%, 6%, p=0.9). Ωστόσο, υπήρχαν διαφορές ως προς την ανάγκη για ινотροπική υποστήριξη (78%, 50%, p=0.03) και ως προς τον αριθμό των ινотροπών που χορηγήθηκαν ανά ασθενή (1.5±1, 0.8±0.9, p=0.01). Ένας ασθενής της ομάδας Α ενεργασε ARDS ο οποίος και κατέληξε, ενώ άλλοι 2 ασθενείς της ίδιας ομάδας επανεισηγήθησαν στη ΜΕΘ με εικόνα πνευμονικού οιδημάτος.

Συμπεράσματα Οι καρδιοχειρουργικοί ασθενείς που λαμβάνουν προεγχειρητικά χαμηλή δόση αμιοδαρόνης δεν διαφέρουν ως προς την οξυγονωση σε σχέση με τους υπόλοιπους ασθενείς, παρουσιάζουν όμως αυξημένη ανάγκη για μετεγχειρητική ινотροπική υποστήριξη, που πιθανώς οφείλεται στην αρνητική ινотροπική και αγγειοδιασταλτική δράση της αμιοδαρόνης.

130

ΕΝΔΟΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΓΑΛΑΚΤΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΣΕ ΒΑΡΕΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΒΛΑΒΗ

Ρούθητ Χ., Ζακυνθινός Σ., Μπαρδουλιώτου Ε., Βαγιάκης Ε., Αλεποπούλου Δ., Καζή Δ., Ιωαννίδου Β., Ρούσσος Χ.

Κλινική Εντατικής Θεραπείας ΓΠΝ Ευαγγελισμός & Ειδικό Βιοχημικό Εργαστήριο ΝΝΘΑ-Αθήνα

Το γαλακτικό οξύ (Lac) και η σχέση γαλακτικό προς πυροσταφυλικό οξύ (L/P) αποτελούν δείκτες ιστικής οξυγόνωσης. Με σκοπό να εξεταστεί εάν ο πνεύμων με σοβαρή οξεία βλάβη παράγει γαλακτικό οξύ λόγω τοπικής ιστικής υποξίας, μελετήσαμε 36 ασθενείς με οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια, σε μηχανικό αερισμό, που είχαν καθετήρα στην πνευμονική (Swan-Ganz) και στην κερκιδική αρτηρία. Μετά από ταυτόχρονη λήψη 5ml αίματος από την πνευμονική και κερκιδική αρτηρία έγινε ανάλυση αερίων αίματος και μέτρηση γαλακτικού και πυροσταφυλικού οξέος (εξυμική τεχνική, Sigma Diagnostic), στο μικτό φλεβικό και στο αρτηριακό δείγμα αντίστοιχα. Οι τιμές του γαλακτικού οξέος κυμαινόνταν από 0,8 έως 5,06 mMoL/L και της σχέσης L/P από 6.1 έως 24.5. Η μέση τιμή του γαλακτικού οξέος και της σχέσης L/P ήταν υψηλότερες στο αρτηριακό αίμα παρά στο μικτό φλεβικό (1.75±0.16 mMoL/L έναντι 1.64±0.17 mMoL/L και 12.41±0.89 έναντι 9.81±0.55 αντίστοιχα, p<0.001). Παρατηρήθηκε αρνητική γραμμική συσχέτιση μεταξύ PaO₂/FiO₂ και αρτηριοφλεβικής διαφοράς γαλακτικού οξέος [(a-v) Lac] (r=-0.378, p<0.05) καθώς και μεταξύ PaO₂/FiO₂ και (a-v) L/P (r=0.4168, p<0.05). Ισχυρή συσχέτιση υπήρχε μεταξύ κυψελδοαρτηριακής διαφοράς οξυγόνου (A-a) DO₂ και (a-v) Lac (r=0.5192, p<0.001) καθώς και μεταξύ (A-a) DO₂ και (a-v) L/P (r=0.4466, p<0.01). Τα αποτελέσματα αυτά οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η αρτηριοφλεβική διαφορά της συγκέντρωσης γαλακτικού οξέος συσχετίζεται άμεσα με την βαρύτητα της πνευμονικής βλάβης όπως αυτή εκφράζεται με τους δείκτες οξυγόνωσης του αρτηριακού αίματος. Τούτο υποδηλώνει ενδοπνευμονική παραγωγή γαλακτικού οξέος και επομένως υποξία του πνευμονικού ιστού.

132

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΤΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΜΟΝΑΔΗ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (ΜΕΘ)

Τούρα Βενετία, Μανουσάκη Άννα, Πασχίδου Βασιλική, Σομαράς Νικόλαος, Χριστάκη Πανδώρα

Β' Πνευμονολογική κλινική Γ.Π.Ν. "Γ. Παπανικολάου", Θεσσαλονίκη

Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιάσει τα αποτελέσματα από τη μέχρι τώρα λειτουργία ειδικού τμήματος για την υποβοήθηση ασθενών που νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ.

Στο διάστημα 1994-95 νοσηλεύτηκαν στο τμήμα της κλινικής 43 ασθενείς, ηλικίας από 21-82 ετών. Σε όλους τους ασθενείς προηγήθηκε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής στη ΜΕΘ, λόγω οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας (ΟΑΑ) σε έδαφος χρόνιας ή όχι νόσου. Το διάστημα νοσηλείας στη ΜΕΘ ήταν από 1-60 ημέρες. Αναλυτικά, τα αίτια της ΟΑΑ ήταν: σε 18 ασθενείς εξαρση χρόνιας νόσου (7 μικτού τύπου πνευμονοπάθεια λόγω παλαιάς ΤΒΚ, 10 Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια και 1 εκτεταμένες βρογχεκτασίες), σε 4 ασθενείς παχυσαρκία και Σύνδρομο Απνοιών στον Ύπνο, σε 5 ασθενείς νευρομυϊκή νόσος, σε 3 κριση βρογχικού άσθματος. Σε 9 ασθενείς δεν προηγήθηκε χρόνια νόσος (2 με κάκωση ΑΜΣΣ, 4 με ΚΕΚ από τροχαίο ατύχημα, 3 με εγκυφαλικό έμφρακτο ή αιμορραγία). Στους υπόλοιπους 4 ασθενείς τα αίτια ήταν διάφορα. Είκοσι οκτώ ασθενείς πήθαν στο τμήμα με τραχειοστομία το οποίο έκλεισε σε όλους πλην τριών. Σε όλους εφαρμόστηκε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής και οι 13 συνεχίζουν με μηχανικό αερισμό στο σπίτι. Σημειώθηκε 1 θάνατος στη διάρκεια της νοσηλείας, ενώ έχουν αποβιώσει συνολικά 4 ασθενείς.

Το πρόγραμμα αποκατάστασης περιλαμβάνει υποστήριξη του αναπνευστικού συστήματος με μηχανικό αερισμό, φυσιοθεραπεία, ουσιματική φροντίδα των κατακλίσεων και κνησιοθεραπεία με στόχο τη βελτίωση της κλινικής εικόνας στα ανώτερα όρια που επιτρέπει η νόσος για επιστροφή στο σπίτι. Στα πλαίσια αυτά γίνεται η εκπαίδευση του ασθενούς και των οικείων στη χρήση των διαφόρων συσκευών. Οι Μονάδες Ενδίαμησης Νοσηλείας και Αποκατάστασης έχουν αναπτυχθεί για τους ασθενείς που χρειάζονται ουσιματική αλλά όχι εντατική παρακολούθηση των βασικών λειτουργιών, διαγνωστικές εξετάσεις και εξειδικευμένη φροντίδα που δεν μπορεί να προσφερθεί σε πνευμονολογική κλινική που καλύπτει τρέχουσες ανάγκες. Επιπλέον, στις μονάδες αυτές νοσηλεύονται ασθενείς που χρειάζονται περαιτέρω υποστήριξη της αναπνοής, για την εξασφάλιση των προϋποθέσεων για νοσηλεία στο σπίτι.

Η νοσηλεία σε Ενδίαμησης Μονάδες επιτρέπει την διάθεση των κρεβατιών των ΜΕΘ σε περιστατικά που χρειάζονται εντατική νοσηλεία και μειώνει σημαντικά το κόστος λειτουργίας των. Τα μέχρι τώρα αποτελέσματα μας δείχνουν ότι ανάλογες μονάδες πρέπει να αναπτυχθούν στη χώρα μας τόσο για τη μείωση του κόστους νοσηλείας, όσο και για την οργανωμένη παρακολούθηση και θεραπεία περιστατικών που απαιτούν ειδική φροντίδα.

133

ΔΙΑΦΟΡΙΚΟΣ ΜΗΧΑΝΙΚΟΣ ΑΕΡΙΣΜΟΣ ΣΕ ΤΡΑΥΜΑΤΙΕΣ ΜΕ ΒΑΡΙΑ ΚΑΚΩΣΗ ΘΩΡΑΚΟΣ

Κατσαράγκης Στυλιανός, Παπαδημητρίου Κων/νος*, Στεργίου Σπυριδών, Μπέτσου Αφροδίτη, Κόντης Μιχαήλ, Παπανικολάου Σπυριδών, Ανδρούλακης Γεώργιος
Δ' Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών - Μονάδα Τραύματος

Στην παρούσα εργασία παρουσιάζεται η εμπειρία μας από την εφαρμογή του διαφορικού μηχανικού αερισμού σε δύο τραυματίες με βαριά κάκωση θώρακος-πνεύμονος και ταχεία επιδείνωση της αναπνευστικής τους λειτουργίας κατά την άμεση μετατραυματική περίοδο.

Περίπτωση 1η

Ανδρας πολυτραυματίας 22 ετών με ρήξη σπληνός, πολλαπλά κατάγματα πλευρών, ασαφή θώρακα και μαζικό αιμοπνευμοθώρακα αριστερά, παρουσιάζει ARDS λόγω βαριάς πνευμονικής θλάσης κατά την πρώτη μετατραυματική ημέρα και τίθεται σε ελεγχόμενη αναπνοή (CPPV) με εισπνεύσιμο όγκο αέρος (VT) 800 ml και FiO_2 60%. Σοβαρή υποξυγοναιμία (FiO_2 90%, $SaO_2 < 85%$, VT 1000ml) με αύξηση της διαφυγής αέρα από τον αριστερό πνεύμονα και αιμοδυναμική επιβάρυνση του ασθενούς (CI 3, PWP 19) κατά την 5η μετατραυματική ημέρα οδήγησε στην εφαρμογή διαφορικού μηχανικού αερισμού με τραχειοσωλήνα διπλού αυλού και τη χρησιμοποίηση δύο αναπνευστήρων Evita Drager 2 συγχρονιζόμενων μηχανικά. Η εξατομίκευση των συνθηκών αερισμού για κάθε πνεύμονα με διάφορο FiO_2 , VT και PEEP εκλεκτικά είχε σαν αποτέλεσμα τη μείωση της διαφυγής αέρα και την βελτίωση τόσο του αερισμού (FiO_2 40%, SaO_2 97%) όσο και της αιμοδυναμικής κατάστασης του ασθενούς (CI 4.2 και PWP 14). Επάνοδος σε ελεγχόμενη μηχανική αναπνοή με τραχειοσωλήνα μονού αυλού τη 5η ημέρα μετά την εφαρμογή του διαφορικού αερισμού.

Περίπτωση 2η

Ανδρας τραυματίας 28 ετών με πολλαπλά διπλά κατάγματα πλευρών δεξιά, ασαφή θώρακα δεξιά με εκτεταμένη πνευμονική θλάση, μεγάλο πνευμοθώρακα δεξιά και κάταγμα δεξιάς ωμοπλάτης. Κατά την 1η μετατραυματική ημέρα ο ασθενής ευρισκόμενος ήδη σε ελεγχόμενη αναπνοή (CPPV) παρουσιάζει ραγδαία επιδείνωση του αερισμού με σοβαρή υποξυγοναιμία (FiO_2 90% και SaO_2 65%), εκσεσημασμένη διαφυγή αέρα από τον δεξιό πνεύμονα και αιμοδυναμική αποδιοργάνωση. Η ανώτερη εικόνα του ασθενούς οδήγησε στην εφαρμογή διαφορικού μηχανικού αερισμού με τραχειοσωλήνα διπλού αυλού (τοποθέτηση αυτού από θέση τραχειοστομίας) και τη χρησιμοποίηση δύο αναπνευστήρων Evita Drager 2 μηχανικά συγχρονιζόμενων. Η εκλεκτική εφαρμογή PEEP στον "αριστερό πνεύμονα και $VT_{op} > VT_{sk}$ (800/300 ml) επί διήμερο οδήγησε στη μείωση της διαφυγής αέρα και τη βελτίωση του αερισμού του ασθενούς (FiO_2 45% και SaO_2 99%) επιτρέποντας την τοποθέτηση τραχειοστομίας μονού αυλού και την εφαρμογή ελεγχόμενης αναπνοής.

Η εφαρμογή του διαφορικού μηχανικού αερισμού σε ασθενείς με αμφοτερόπλευρες και μη βαριές κακώσεις θώρακος και πνευμόνων παρέχοντας τη δυνατότητα τοποθέτησης διαφορετικού είδους ή παραμέτρων αερισμού για κάθε πνεύμονα, μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση δύσκολα ανατασσόμενης υποξυγοναιμίας και να οδηγήσει στη βελτίωση του αερισμού του ασθενούς, συμβάλλοντας στην μείωση της θνητότητας και της νοσηρότητας βαριά πασχόντων τραυματιών.

135

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΜΕΝΟΥΣ ΚΑΚΟΗΘΩΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΚΑΘΕΤΗΣ ΓΑΣΤΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑ MASON.

Παπακωνσταντίνου Αλεξάνδρος, Αλφαράς Παναγιώτης, Μαθιουλάκης Σταύρος, Πηγής Αναστάσιος, Κομεσίδου Βάσω, Πουλταϊδή Αντιγόνη, Ε.Ι. Χατζηγιαννάκης.

Α' Χειρουργική Κλινική-ΜΜΟ, Π.Γ.Ν.Α. "ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ".

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να παρουσιάσουμε και να συζητήσουμε τις επιπλοκές από το αναπνευστικό που αντιμετωπίσαμε στη χειρουργική αντιμετώπιση κακοήθως παχυσαρκών ασθενών. Στην περίοδο 1990-1995 χειρουργήθηκαν στην Α' Χειρουργική Κλινική-ΜΜΟ του Νοσοκομείου μας 158 κακοήθως παχυσαρκείς ασθενείς για απώλεια βάρους με τη μέθοδο Mason (112 γυναίκες και 46 άνδρες), σωματικού βάρους από 107-213 kg και ηλικίας από 17-55 ετών. Στους αρρώστους αυτούς αντιμετωπίσαμε πνευμονική εμβολή σε 4 ασθενείς, μη ατελεκτασίες σε 6 ασθενείς, μη πνευμονίες σε 3 ασθενείς και αναγκαστήκαμε να εκτελέσουμε 2 τραχειοστομίες λόγω αναπνευστικής δυσχέρειας. Είχαμε δε 2 θανάτους (1 την 4η μέρα και 1 τον 3ο μήνα). Η αντιμετώπιση των αρρώστων ήταν άμεση με ανάλογη φαρμακευτική αγωγή (αντιβίωση, αντιπηκτική αγωγή), φυσιοθεραπεία, κινητοποίηση κλπ. Τα αποτελέσματα μας ήταν ικανοποιητικά.

Συμπέρασμα: Η παχυσαρκία γενικά και ειδικότερα στην κακοήθη μορφή της εμφανίζει συχνά επιπλοκές από το αναπνευστικό που η αντιμετώπιση τους πρέπει να είναι άμεση και δραστηριά γιατί έχει απόλυτη σχέση με την επιβίωση των ασθενών.

134

Η ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΩΝ ΜΕ ΒΑΡΟΣ ΜΙΚΡΟΤΕΡΟ ΤΩΝ 1500 ΓΡΑΜΜΑΡΙΩΝ Παπάς * Κώστας, Παπαϊωάννου Άλκη, Λύπας Δημήτριος, Βαβλάς Μάριος, Andrei-Ζαφειράτος Mihaela, Σοφταζής Γιάννης.

Νεογνολογικό Τμήμα, Π.Γ.Ν.-Μαιευτήριο "Έλενα Ελ. Βενιζέλου", Αθήνα.

Παθολογικές καταστάσεις του αναπνευστικού συστήματος αποτελούν τον σημαντικότερο παράγοντα νοσηρότητας και θνησιμότητας των νεογέννητων με πολύ μικρό βάρος γέννησης (ΠΜΒΓ).

Σκοπός της εργασίας ήταν να μελετηθεί η συμμετοχή της αναπνευστικής παθολογίας στη νοσηρότητα και θνησιμότητα των νεογέννητων με ΠΜΒΓ, που νοσηλεύθηκαν στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Νεογνολογικού Τμήματος. Ανασκοπήθηκαν τα ιστορικά νοσηλεύσεων των νεογέννητων ΠΜΒΕ της περιόδου 1990-1995. Τα νεογέννητα χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: Α) νεογέννητα με βάρος 500g-999g και Β) νεογέννητα με βάρος 1000g-1499g. Ο αριθμός των νοσηλευθέντων νεογέννητων και η αντίστοιχη θνησιμότητα (%) για το σύνολο (Σ) των νεογέννητων με βάρος 500g-1499g καθώς και για τις επιμέρους ομάδες βάρους (Α) και (Β) νεογέννητων με αναπνευστική παθολογία αναγράφονται στον ακόλουθο πίνακα.

	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Α	48(31%)	45(40%)	49(43%)	53(42%)	48(35%)	24(42%)
Β	18(61%)	16(69%)	15(87%)	19(89%)	15(67%)	12(67%)
Σ	17(24%)	20(30%)	20(30%)	16(19%)	23(30%)	8(25%)

Τα συχνότερα αναπνευστικά προβλήματα ήταν το σύνδρομο Αναπνευστικής Δυσχέρειας από ανεπάρκεια επιφανειοδραστικού παράγοντα (RDS-I), η Παροδική Ταχύπνοια του νεογέννητου (RDS-II), Απνοϊκές Κρίσεις, Σύνδρομο Διαφυγής (Πνευμοθώρακας, Διάμεσο Πνευμονικό Εμφύσημα) και Πνευμονική Αιμορραγία. Σε σημαντικό ποσοστό υπήρχε ιστορικό Περιγεννητικής Ασφυξίας Η βελτίωση της περιγεννητικής φροντίδας αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη σημαντική μείωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας των ΠΜΒΓ νεογέννητων.

136

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΑΝΤΙ-ΤΒC ΣΕ ΠΡΟΣΦΥΓΙΚΟ ΚΑΤΑΥΛΙΣΜΟ - MANDERA, KENYA 1992

Σιώζιος Αλκιβιάδης *, Παπαϊωάννου Α. Κωνσταντίνος
Γιατροί Χωρίς Σύνορα Ελλάδα - Ιατρικό Τμήμα, Αθήνα

Εισαγωγή: Ο εμφύλιος πόλεμος που ξέσπασε στη Σομαλία το 1991, οδήγησε εκατοντάδες χιλιάδες πρόσφυγες να διαφύγουν στα γειτονικά κράτη (Κένυα, Αιθιοπία, Υεμένη). Στην παρούσα εργασία παρουσιάζουμε την εφαρμογή από τις ομάδες των Γιατρών Χωρίς Σύνορα , ενός αντιφυμακτικού προγράμματος στον καταυλισμό Mandera της Κένυα με 55.000 πρόσφυγες .

Σκοπός: Εχοντας υπό την ευθύνη μας την ιατρική περίθαλψη του πληθυσμού αυτού, ήρθαμε αντιμέτωποι και με το τεράστιο πρόβλημα της φυματίωσης. Κύριος στόχος του προγράμματος ήταν ο έλεγχος των μολυσματικών περιπτώσεων καθώς και των σοβαρά υποσιτισμένων παιδιών (< 70 % W/H) που νοσηλεύονταν στα θεραπευτικά κέντρα σίτισης.

Υλικό και Μέθοδος : Τα μέσα ήταν η κλινική παρατήρηση και η άμεση μικροσκοπηση των πτυέλων με χρώση Ziehl Neelsen, ενώ το θεραπευτικό σχήμα ήταν η εξάμηνη συνδυασμένη χορήγηση τεσσάρων αντιφυμακτικών φαρμάκων. **Αποτελέσματα :** Παρόλο ότι τα κριτήρια επιτυχούς αποπράτωσης της θεραπείας που είχαμε θεσπίσει ήταν υψηλά και της εγγενούς δυσκολίας παρακολούθησης του προγράμματος λόγω του ασταθούς πληθυσμού στον καταυλισμό, τα αποτελέσματα κρίνονται ικανοποιητικά.

137

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΦΥΜΑΤΙΝΩΝ RT23, IP48 ΚΑΙ 5180Α ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΕΝΑ ΜΕ BCG ΕΜΒΟΛΙΟ

Σπυριδής Π., Πατεράκη Ε., Σοφιάνης Δ., Αναστασίου Α., Μαθιουδάκης Ι., Σιναϊωτής Κ. Β' Παιδ. Κλ. Παν/μίου Αθηνών, Ελλ. Ινστ. "Παστέρ", ΠΙΚΠΑ Μεταμόρφωσης, Κ. Υ. Βελεστίνου

Σκοπός της μελέτης ήταν να εκτιμηθεί η αξιοπιστία της φυματινής 5180Α, συγκρινόμενη με την RT23 και IP48, σε παιδιά εμβολιασμένα με εμβόλιο BCG. Μεμονωμένα η IP48 και 5180Α χορηγήθηκαν σε παιδιά που εμβολιάστηκαν προ 6μήνου. Οι τρεις φυματινές χορηγήθηκαν κατά ζεύγη συγκρινόμενες σε παιδιά που εμβολιάστηκαν προ έτους και τέλος η 5180Α χορηγήθηκε μόνη σε παιδιά που εμβολιάστηκαν προ 1, 2, 3 και 4 ετών. Κατά την πρώτη φάση θετικό αποτέλεσμα με IP48 είχε 95,8% των παιδιών και με 5180Α το 98,5%. Τα αποτελέσματα της δεύτερης φάσης περιλαμβάνονται στον πίνακα 1 και της τρίτης στον πίνακα 2.

Πίνακας 1 Χορήγηση των φυματινών κατά ζεύγη				Πίνακας 2 Θετικό αποτέλεσμα με 5180Α			
Φυματινές	Σύνολο/Θετικό	%	Στατιστική ανάλυση	Φυματινή	Έτη μετά BCG	Ελεγχθέντες	Θετικό %
IP48	319/241	75.5	$\chi^2 = 69.1, P < 0.001$	5180Α	1	539/533	95.5
5180Α	319/313	98.1		5180Α	2	82/68	84
IP48	149/110	73.8	Μη σημαντικό	5180Α	3	77/69	89.5
RT23	149/113	75.8		5180Α	4	71/60	84.5
RT23	70/46	65.7	$\chi^2 = 8.6, P < 0.001$				
5180Α	70/66	94.2					

Συμπεράσματα: Η φυματινή 5180Α Ινστιτούτου Pasteur - Merieux, είναι αξιόπιστη για τον έλεγχο των παιδιών που εμβολιάστηκαν με το χρησιμοποιημένο αυτή τη στιγμή εμβόλιο BCG.

139

Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΑΡΚΑΔΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΑ ΕΤΗ 1981-1995

Ζαχαριάς Κωνσταντίνος
Πνευμονολογικό Ιατρείο Ν.Γ.Νοσοκομείου Τρίπολης.

Εξετάζεται η επίπτωση της φυματίωσης στην Αρκαδία κατά την τελευταία δεκαεπταετία, καθώς και η σχέση της νόσου ανάμεσα στα δύο φύλα και τις διάφορες ομάδες ηλικιών.

Μελετήθηκαν 403 ασθενείς με φυματίωση (253 άνδρες και 150 γυναίκες) που αποτελούσαν τις νέες κατ' έτος περιπτώσεις με βάση τα στοιχεία του Πνευμονολογικού Ιατρείου.

Τα ευρήματά μας ήταν:

Έτος	Επίπτωση	Έτος	Επίπτωση
1981	52,81	1989	12,04
1982	44,47	1990	16,68
1983	37,06	1991	25,63
1984	16,68	1992	19,94
1985	23,10	1993	23,74
1986	21,30	1994	18,99
1987	25,01	1995	16,14
1988	22,23		

Συμπεράσματα:

- 1) Η επίπτωση της φυματίωσης στο Νομό Αρκαδίας παραμένει σταθερά υψηλή (και πέραν της τριετίας 1981-1983) με όρια διακύμανσης 12,04 έως 25,63 νέες περιπτώσεις κατ' έτος.
- 2) Οι γυναίκες ασθενείς αποτελούν το 37,2% του συνόλου (150 στις 403 νέες περιπτώσεις).
- 3) Οι ομάδες ηλικιών 60 έως 80 ετών προσβάλλονται συχνότερα και στα δύο φύλα (47,9% του συνόλου).

138

ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΤΩΝ ΛΕΜΦΑΔΕΝΩΝ ΤΟΥ ΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΟΥ-ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΜΕ ΜΕΣΟΘΩΡΑΚΟΣΚΟΠΗΣΗ

Δόσιος Θεοδόσιος, Αγγουράς Δημήτριος*, Κυριάκου Βασιλική, Καράμ Παύλος Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών και Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Λαϊκό Νοσοκομείο Αθηνών

Η φυματίωση των λεμφαδένων του μεσοθωρακίου, ως μοναδική εντόπιση της νόσου, θεωρείται ασυνήθης σε ασθενείς με φυσιολογική ανοσία. Στις περιπτώσεις αυτές, η διάγνωση είναι δυσχερής χωρίς τη χρήση επεμβατικών μεθόδων. Σκοπός της μελέτης είναι να παρουσιαστεί η πείρα μας από την επίλυση αυτού του δύσκολου διαγνωστικού προβλήματος με τη χρήση της μεσοθωρακοσκόπησης.

Από 1.1.1987 έως 31.10.1995, 107 ασθενείς υποβλήθηκαν σε μεσοθωρακοσκόπηση. Απ' αυτούς οι 20 είχαν γνωστή προεγχειρητικώς κακοήθεια και δεν συμπεριελήφθησαν στη μελέτη. Οι υπόλοιποι 87 έπασαν από λεμφαδενοπάθεια του μεσοθωρακίου άγνωστης αιτιολογίας. Σε 8 απ' αυτούς, 4 άνδρες και 4 γυναίκες, ηλικίας 20-72 (μ.η. 47.3) ετών, η μεσοθωρακοσκόπηση έθεσε τη διάγνωση της φυματιώδους λεμφαδενίτιδας του μεσοθωρακίου. Αυτοί οι ασθενείς εμφάνιζαν προεγχειρητικώς μη ειδικά συμπτώματα (πυρετό, καταβολή δυνάμεων, θωρακικό άλγος, ξηρό βήχα κλπ.), ενώ ένας παρουσίαζε βράγχος φωνής από πάρεση της αριστερής φωνητικής χορδής. Η ακτινογραφία και η υπολογιστική τομογραφία του θώρακα είχαν αναδείξει την ύπαρξη μάζας του μεσοθωρακίου που χαρακτηρίστηκε ως λεμφαδενοπάθεια. Η αιτία αυτής της λεμφαδενοπάθειας δεν κατέστη δυνατόν να καθορισθεί μετά από λεπτομερή κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο. Η διάγνωση της φυματίωσης ετέθη με βάση τα ιστολογικά χαρακτηριστικά των βλαβών ή και τη χρώση τους για μυκοβακτηρία, ενώ σε 3 περιπτώσεις υπήρξε και αντίστοιχη θετική καλλιέργεια. Δεν σημειώθηκε κανένας θάνατος ούτε άξια λόγου επιπλοκή. Όλοι οι ασθενείς εξήλθαν από την Κλινική μας την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα.

Συμπερασματικώς, αν υποθεθεί ότι το υλικό της μελέτης είναι αντιπροσωπευτικό του συνόλου των ασθενών στη χώρα μας, περίπου 1 στους 10 ασθενείς που παρουσιάζει άγνωστης αιτιολογίας διόγκωση των μεσοθωρακικών λεμφαδένων πάσχει από φυματιώδη λεμφαδενίτιδα του μεσοθωρακίου. Με δεδομένο το στοιχείο αυτό, ο κλινικός ιατρός πρέπει να υποπτεύεται τη φυματίωση στη χώρα μας σε κάθε ασθενή που πάσχει από άγνωστης αιτιολογίας λεμφαδενοπάθεια του μεσοθωρακίου. Αν με τη χρήση μη επεμβατικών μεθόδων δεν καταστεί δυνατόν να τεθεί αιτιολογική διάγνωση, η μεσοθωρακοσκόπηση μπορεί να το επιτύχει με αποτελεσματικότητα και ασφάλεια.

140

ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΣ ΤΟΥ ΜΥΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟΥ ΣΤΑ ΑΝΤΙΦΥΜΑΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ - ΜΕΛΕΤΗ ΑΠΟΜΟΝΩΘΕΝΤΩΝ ΣΤΕΛΕΧΩΝ ΚΑΤΑ ΤΑ ΕΤΗ 1990 - 1994

Στρατόπουλος Παναγιώτης*, Γεωργίτσα Καλλιόπη Ιλιέσκου Ντανιέλα, Λαθράνος Αριστέιδης, Γαλαριώτης Κωνσταντίνος
Πνευμονολογική Κλινική Ν.Ν.Θ./ΝΔΕ - Πάτρα

Σκοπός της παρούσης είναι ο έλεγχος της ανθεκτικότητας των απομονωθέντων στελεχών του μυκοβακτηριδίου στα αντιφυματικά φάρμακα στην ευρύτερη περιοχή της Νοτιο-Δυτικής Ελλάδος.

Με γνώμονα δε τον έλεγχο της ανθεκτικότητας πρέπει να γίνεται και ο καθορισμός του θεραπευτικού σχήματος για την αντιμετώπιση της ενεργού φυματικού νόσου.

Η παρούσα μελέτη αναφέρεται στο χρονικό διάστημα 1990-1994. Κατά το ανωτέρω διάστημα ελέγχθησαν 120 δείγματα ασθενών με ενεργό φυματίωση, οι οποίοι ενσωπλεύθηκαν στο ΝΝΘ/ΝΔΕ και από τα οποία δείγματα απομονώθηκε το μυκοβακτηρίδιο.

*Έγιναν δε δοκιμασίες ευαισθησίας των απομονωθέντων ΜΒ στα αντιφυματικά φάρμακα: Στρεπτομυκίνη - Ισοoniaζιδίνη - Ριφομυκίνη - Πυραζιναμίδη - Αιθαμυτολίνη και Κυκλοσερίνη.

Κάθε φάρμακο εξετάσθηκε σε δύο αραιώσεις και συγκριτικά με αντίστοιχο μάρτυρα - ομάδα ελέγχου.

Από τη μελέτη προέκυψε, στα 120 δείγματα πρωτοπαθούς ανθεκτικότητας στην SM σε 12 (10%), στη RIF 3 (2.5%), στην ETB 3 (2.5%), PZA 6 δείγματα (5%), INH 10 δείγματα (8.5%).

Από την έρευνα προκύπτει ότι η πρωτοπαθής ανθεκτικότητας στα αντιφυματικά φάρμακα, είναι σε χαμηλά επίπεδα, έχει δε πτωχική τάση σε σχέση με παρόμοιες εργασίες που έγιναν για την ίδια περιοχή προ δεκαετίας, ιδίως η SM (στρεπτομυκίνη) που έπαγε να χρησιμοποιείται από τον γενικό πληθυσμό ως κοινό αντιβιοτικό πλέον.

145

IN VITRO ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΔΡΑΣΗΣ ΤΩΝ ΙΝΤΕΡΦΕΡΟΝΩΝ α ΚΑΙ γ ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.

Ζαρογυλίδης Κωνσταντίνος, Βογιατζής Κ. Άγγελος*, Αντωνιάδου Σοφία, Παπαγιάννης Αντώνιος, Χατζηηασοπούλου Παναγιώτης, Φαχαντίδου Ευρυδίκη, Σικελιτίδης Λάζαρος
Μονάδα Έρευνας Νεοπλασιών Πνεύμονος, Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Γ. Παπανικολάου, 570 10 Εξοχή, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Οι ιντερφερόνες (IFN) αποτελούν ομάδα πρωτεϊνών χαμηλού μοριακού βάρους με ποικίλες βιολογικές δράσεις (αντιμικροβιακή, αντι-ιική, ανοσοενισχυτική κτλ) ιδιαίτερα κλινικά ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι IFN-α και γ οι οποίες επιπλέον εμφανίζουν και αντινεοπλασματική δράση.

Σκοπός: Να ερευνηθεί η δράση των IFN-α και γ σε συνδυασμό με αντινεοπλασματικά φάρμακα όπως το paclitaxel (Taxol), η vindesine (Gesidine) και η carboplatin (Paraplatin).

Υλικό και μέθοδος: Η μελέτη έγινε in vitro σε μια κυτταρική σειρά μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονος, την COLO 688 με χρήση της μεθόδου του MTT για την εκτίμηση της βιωσιμότητας των κυττάρων μετά την επίδραση των φαρμάκων. Τοσο η IFN-α όσο και η IFN-γ επωάσθη με τα καρκινικά κύτταρα σε σταθερή συγκέντρωση 100 IU σε όλη τη φάση του πειράματος. Το paclitaxel και η carboplatin ως πολυφασικά φάρμακα έμειναν στο θρεπτικό μέσο ανάπτυξης των κυττάρων για δύο ώρες, ενώ η vindesine έμεινε μαζί με τα κύτταρα για έξι ημέρες.

Αποτελέσματα: Στον παρακάτω πίνακα παρατίθενται οι IC₅₀ (ανασταλτικές συγκεντρώσεις για το 50% των κυττάρων) των φαρμάκων παρουσία (+)IN-F-α, +IN-F-γ) και απουσία (-)IN-F-α, -IN-F-γ) των IFN [με * σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές]

	+ IN-F-α	- IN-F-α	+ IN-F-γ	- IN-F-γ
Vindesine (nM)	0.152*	0.006	0.0004*	0.0062
Paclitaxel (nM)	0.188*	110.13	8.969*	111.04
Carboplatin (μM)	6.008*	42.87	10.64*	42.54

Συμπεράσματα: Στην in vitro αυτή μελέτη η παρουσία IFN-α και γ φαίνεται ότι ενισχύει τη δράση των αντινεοπλασματικών φαρμάκων. Το γεγονός αυτό συμφωνεί με άλλες βιβλιογραφικές αναφορές και δίνει ελπίδες για ευεργετική in vivo συνέργεια σε ασθενείς με καρκίνο πνεύμονος.

147

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΧΑΜΗΛΩΝ ΔΟΣΕΩΝ ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΗΤΙΝΗΣ ΣΤΟ ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ.

Ζαρογυλίδης Κωνσταντίνος*, Φαχαντίδου Ευρυδίκη, Δερμιτζάκης Γεώργιος, Παπαγιάννης Αντώνιος, Ζιώγας Ευθύμιος, Γκιουλέκας Δημήτριος, Βαμβολής Χρήστος

Μονάδα Έρευνας Νεοπλασιών Πνεύμονος, Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Γ. Παπανικολάου, 570 10 Εξοχή, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η εμφάνιση αναμίας από καταστολή της ερυθράς σειράς είναι μια από τις γνωστές τοξικές δράσεις της χημειοθεραπείας (ΧΜΘ), ιδίως με σκευάσματα πλατίνης ή με υψηλές δόσεις ΧΜΘ, με αποτέλεσμα την ανάγκη συχνών μεταγγίσεων αίματος με τους συνοδούς κινδύνους. Τα τελευταία χρόνια στην αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού έχει δοκιμασθεί η ερυθροποιητίνη.

Σκοπός: Να εξετασθεί ο ρόλος της ερυθροποιητίνης στην αντιμετώπιση της αναμίας από την χημειοθεραπεία του μικροκυτταρικού καρκινώματος (SCLC).

Μέθοδος: Μεταξύ 1991-1995 63 ασθενείς με SCLC, 30 με περιορισμένη νόσο (ομάδα Α) και 33 με εκτεταμένη (ομάδα Β) που υποβλήθηκαν σε ΧΜΘ στην κλινική μας παρουσίασαν τιμή αιμοσφαιρίνης ≤10 g/dl και χρειάστηκαν μεταγγίσεις σε ένα τουλάχιστον κύκλο θεραπείας. Στους ασθενείς αυτούς χορηγήσαμε ανθρώπινη ανασυνδυασμένη ερυθροποιητίνη Α (rHuEPO, Eprex 2000) σε δόση 2000 IU υποδορείως 3 φορές την εβδομάδα επί 2 εβδομάδες σε κάθε κύκλο ΧΜΘ (πρώτη δόση 48 ώρες μετά το πέρας της ΧΜΘ).

Αποτελέσματα: Πριν από την χορήγηση rHuEPO και οι 30 ασθενείς της ομάδας Α χρειάστηκαν μετάγγιση μετά από λήψη κατά μέσον όρο 5,5 κυκλών ΧΜΘ. Μετά την χορήγηση rHuEPO, στους επόμενους 64 κυκλούς ΧΜΘ μόνο 5/30 ασθενείς (12,6%) χρειάστηκαν μετάγγιση σε 6 κυκλούς (9%). Οι 33 ασθενείς της ομάδας Β μεταγγίσθηκαν μετά από λήψη κατά μέσον όρο 5,5 κυκλών ΧΜΘ. Μετά την χορήγηση rHuEPO σε 88 κυκλούς ΧΜΘ 7/33 ασθενείς (21,2%) χρειάστηκαν μετάγγιση σε 11 κυκλούς (12,5%). Σε 17/64 κυκλούς στην ομάδα Α και σε 28/88 στην ομάδα Β χορηγήθηκε συγχρόνως και G-CSF για την αντιμετώπιση συνοδού ουδετεροπενίας. Κανείς από τους ασθενείς δεν παρουσίασε ανεπιθύμητες ενέργειες από την χορήγηση rHuEPO.

Συμπεράσματα: Η χρήση ερυθροποιητίνης σε ασθενείς με SCLC που είχαν προηγούμενες παρουσιάσει σοβαρού βαθμού αναμία στα πλαίσια της ΧΜΘ φαίνεται να ελαττώνει σημαντικά τον κίνδυνο της τοξικής αυτής δράσεως και την ανάγκη για επανειλημμένες μεταγγίσεις αίματος, με όλους τους κινδύνους που αυτές συνεπάγονται. Η ευεργετική αυτή δράση επιτυγχάνεται με δόση ερυθροποιητίνης σημαντικά μικρότερη από αυτές που έχουν αναφερθεί στην βιβλιογραφία ως τώρα (≥150 IU/kg βάρους σωματός) και χωρίς τοξικότητα.

146

IN VITRO ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΘΕΟΦΥΛΛΙΝΗΣ ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.

Ζαρογυλίδης Κωνσταντίνος, Ζαχαρούλης Στεργίος, Βογιατζής Κ. Άγγελος*, Παπαγιάννης Αντώνιος, Μιλιανάκη Ευλ. Ιακωβίδης Δημήτριος, Μονάδα Έρευνας Νεοπλασιών Πνεύμονος, Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Γ. Παπανικολάου, 570 10 Εξοχή, Θεσσαλονίκη.

Εισαγωγή: Η θεοφυλλίνη είναι μία ευρέως χρησιμοποιούμενη ξανθίνη που χορηγείται κυρίως ως βρογχοδιασταλτικό σε αποφρακτικές πνευμονοπάθειες. In vitro έχει διαπιστωθεί ότι η θεοφυλλίνη αναστέλλει τη δράση του ενζύμου πολυ-ADP-ριβοζοπολυμεράση που συμμετέχει στην επιδιόρθωση βλαβών του DNA όπως μετά την επίδραση αντινεοπλασματικών παραγόντων στα καρκινικά κύτταρα.

Σκοπός: Να διαπιστωθεί η δράση του παράγοντα αυτού, σε συνδυασμό με κάποια αντινεοπλασματικά φαρμάκων όπως είναι το paclitaxel (Taxol), η vindesine (Gesidine) και η carboplatin (Paraplatin).

Υλικό και μέθοδος: Η μελέτη έγινε in vitro σε δύο κυτταρικές σειρές μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονος, την σειρά COLO 688 και την PW με χρήση της μεθόδου του MTT για εκτίμηση της βιωσιμότητας των κυττάρων μετά την επίδραση των φαρμάκων. Η θεοφυλλίνη επωάσθη με τα καρκινικά κύτταρα σε σταθερή συγκέντρωση 33 μM (15 μg/ml) καθόλη τη διάρκεια του πειράματος. Το paclitaxel και η carboplatin ως πολυφασικά φάρμακα έμειναν στο θρεπτικό μέσο ανάπτυξης των κυττάρων για δύο ώρες ενώ, η vindesine έμεινε μαζί με τα κύτταρα για έξι ημέρες.

Αποτελέσματα: Οι IC₅₀ (ανασταλτικές συγκεντρώσεις για το 50% των κυττάρων) παρουσία (+)ΘΕΟ) και απουσία (-)ΘΕΟ) θεοφυλλίνης φαίνονται στους παρακάτω πίνακες [με * σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές].

	COLO 688		PW	
	+ΘΕΟ	-ΘΕΟ	+ΘΕΟ	-ΘΕΟ
Paclitaxel (nM)	22.65	112	22.6*	110.1
Vindesine (nM)	2.42*	0.00626	0.031*	0.23
Carboplatin (μM)	13.48*	44.12	39.27*	75.23

Συμπεράσματα: Φαίνεται ότι, τουλάχιστον στην in vitro μελέτη, η συγχρηγήση θεοφυλλίνης ενισχύει την κυτταροτοξική δράση των αντινεοπλασματικών φαρμάκων.

148

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΚΑΡΚΙΝΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ CYFRA 21-1 ΚΑΙ NSE ΣΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Λημάδη Μαρία, Γρίβας Ορέστης*, Γεωργακόπουλος Παναγιώτης, Βλαστός Φρειδερίκος, Παπαδάκης Εμμανουήλ, Βόσσος Ανδρέας, Αγγελίδου Αθηνά, Χριστακοπούλου Ιουλίτσα
1η Πνευμονολογική Κλινική - ΝΝΘΑ - Αθήνα

Σκοπός της εργασίας αυτής ήταν, να εκτιμηθεί η αξία των καρκινικών δεικτών CYFRA 21-1 και NSE, σε διαφορικούς τύπους καρκίνου του πνεύμονα.

Υλικό και μέθοδος: Μετρήσαμε τα επίπεδα του δείκτη CYFRA 21-1 στον ορό 188 ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα (αναλυτικότερα: 55 με πλακώδες, 43 με αδενικού τύπου, 42 με αδιαφοροποίητο μη μικροκυτταρικό, 48 με μικροκυτταρικό) και σε 51 ασθενείς με καλοήθεις παθήσεις του πνεύμονα. Μετρήσαμε επίσης, τα επίπεδα του δείκτη NSE στον ορό 179 ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα (αναλυτικότερα: 49 με πλακώδες, 36 με αδενικού τύπου, 41 με αδιαφοροποίητο μη μικροκυτταρικό, 50 με μικροκυτταρικό) και σε 49 ασθενείς με καλοήθεις παθήσεις των πνευμόνων.

Αποτελέσματα: Η ενιαυσθσία του CYFRA 21-1 βρέθηκε για τους μόν ασθενείς με μικροκυτταρικό 20,8%, για τους δε με μη μικροκυτταρικό 52,8%, (αναλυτικότερα: πλακώδες 63,6% και αδενικού τύπου 58%). Η ειδικότητα του δείκτη ήταν 100% (διότι στους 51 μη πάσχοντες από καρκίνο δεν υπήρθε κανείς με ανιχνυμένο cyfra 21-1).

Η ενιαυσθσία του NSE βρέθηκε για τους ασθενείς με μικροκυτταρικό 82%, και για αυτούς με μη μικροκυτταρικό 73,8% (αναλυτικότερα: πλακώδες 79,6% και αδενικού τύπου 72,2%), η ειδικότητα όμως του δείκτη ήταν 57,18% (διότι από τους 49 ασθενείς που δεν έπασχαν από καρκίνο, οι 28 βρέθηκαν με ανιχνυμένο nse).

Στατιστικά αναλύσαμε τον μέσο όρο των τιμών του δείκτη CYFRA 21-1, ασθενών με διάφορους τύπους καρκίνου του πνεύμονα, με τη μέθοδο t-test και βρήκε στατιστικά σημαντική διαφορά (p<0,05) μεταξύ, μη μικροκυτταρικού και μικροκυτταρικού τύπου, ενώ για τα πλακώδη σε σύγκριση με τα μικροκυτταρικά και με τα αδενικού τύπου, βρέθηκε πλέον σημαντική διαφορά.

Οι αντίστοιχες αναλύσεις για το δείκτη NSE έδειξαν στατιστικά πλέον σημαντική διαφορά (p<0,01) των μέσων τιμών των μικροκυτταρικών σε σύγκριση με τα μη μικροκυτταρικά και τα πλακώδη, ενώ μεταξύ αδενικού τύπου και πλακώδη διαφορά στατιστικά σημαντική (p<0,05).

Συμπεράσματα: 1. Ο καρκινικός δείκτης CYFRA 21-1 μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν απλό ειδικό δείκτης, στον καρκίνο του πνεύμονα, σε αντίθεση με τον καρκινικό δείκτη nse που έχει μικρή ειδικότητα.

2. Ο δείκτης CYFRA 21-1 χρησιμοποιείται για τη διαφοροποίηση του καρκίνου πλακώδους τύπου από τον μικροκυτταρικό αλλά και από απτον αδενικού τύπου.

3. Ο δείκτης NSE βοηθά στην διαφοροποίηση του μικροκυτταρικού καρκίνου από απτον με πλακώδη μετάλλαξη και γενικότερα από τον μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα.

149

ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΒΙΟΨΙΑ ΜΕ ΒΕΛΟΝΑ ΥΠΟ ΥΠΕΡΗΧΟ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΣΕ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΕΣ ΥΠΟΥΠΕΖΩΚΟΤΙΚΕΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΕΣ ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ

Βλαστός Φρειδερίκος, Πολίτης Γεώργιος, Γεωργακόπουλος Παναγιώτης*, Ζαρημής Γεώργιος, Δημάδη Μαρία, Καίνης Ηλίας, Κάζος Δημήτριος, Σωτηροπούλου Βίκυ, Παπαδάκης Εμμανουήλ.

In Πνευμονολογική Κλινική, 6η Πνευμονολογική Κλινική, και Ακτινολογικό Τμήμα Ν.Ν.Θ.Α. "ΣΩΤΗΡΙΑ" - Αθήνα

Σκοπός της εργασίας μας ήταν να εκτιμηθεί η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα της διαδερμικής διαδωρακτικής βιοψίας με βελόνα με την βοήθεια υπερήχων στην διάγνωση υποπεζωκοτικών αλλοιώσεων.

Ασθενείς και μέθοδος : Πενήντα (50) ασθενείς, 40 άνδρες και 10 γυναίκες με υποπεζωκοτικές αλλοιώσεις, διαμέτρου, 4-10cm, μελετήθηκαν μετά από αξονική τομογραφία θώρακος.

Η διαδερμική βιοψία έγινε σε όλους με την καθοδήγηση υπερήχων και το υλικό εσταλεί για κυτταρολογική και μικροβιολογική εξέταση. Όλοι οι ασθενείς εκτός από 6, βρογχοσκοπήθηκαν με το εύκαμπτο βρογχοσκόπιο.

Αποτελέσματα : Από την κυτταρολογική εξέταση είχαμε 19 αδενοκαρκινώματα (μία περίπτωση μετά από ανοικτή βιοψία), 16 πλακώδη, 1 μεγαλοκυτταρικό, 2 κυμελιδικά, 4 μικροκυτταρικά και 8 με φλεγμονώδεις αλλοιώσεις εκ των οποίων τα 6 ήταν πνευμονίτιδες και 2 φυματώσεις. Τα αποτελέσματα από την βρογχοσκόπηση ήταν σύμφωνα με αυτά της βιοψίας με βελόνα σε 12 περιπτώσεις. Επιπλοκές δεν παρατηρήθηκαν σε κανέναν ασθενή.

Συμπέρασμα : Η διαδερμική βιοψία με βελόνα, με την βοήθεια υπερήχων, είναι μια μέθοδος ασφαλής, εύκολη και φθηνή και πρέπει να είναι η πρώτη επιλογή για την διάγνωση περιφερικών υποπεζωκοτικών πνευμονικών αλλοιώσεων.

LITERATURE : Jiamn-Fong Pan, MB et al : Needle aspiration Biopsy of malignant lung masses with necrotic centers. CHEST 103:1452-56, 1993.

151

ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ METHOCTRAMINE ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ REM ΥΠΝΟΥ

Bl. Málliou^{1,2*}, R.Lydic¹, and H.A.Baghdoyan¹. ¹Depart. of Anesthesia, College of Medicine, The Pennsylvania State University, Hershey PA, U.S.A. ²Πνευμονολογική Κλινική Πανεπιστημίου Κρήτης

Οι χολινεργικοί μουσκαρινικοί υποδοχείς (mAChR) παίζουν σημαντικό ρόλο στην ρύθμιση της αναπνοής και του ύπνου. Η χαρτογράφηση των mAChR υποομάδων στα νευρικά κέντρα αναπνοής και ύπνου που βρίσκονται στο στέλεχος έχει πραγματοποιηθεί με in vitro autoradiography (Baghdoyan et al 1994 και Mallios et al 1995). Όμως ο ρόλος των mAChR υποομάδων στον έλεγχο της αναπνοής κατά την διάρκεια του ύπνου είναι άγνωστος. **Σκοπός** της παρούσας εργασίας είναι ο προσδιορισμός του ρόλου της methoctramine (M2 mAChR ανταγωνιστής) στην μείωση της αναπνευστικής συχνότητας που παρατηρείται κατά την διάρκεια του REM ύπνου κατόπιν μικροέγχυσης χολινεργικού διεγέρτη (bethanechol) στην περιοχή του εγκεφαλικού στελέχους medial pontine reticular formation (mPRF). **Μέθοδος**: Χρησιμοποιήθηκαν έξι ενήλικες γάτες στις οποίες είχαν εμφυτευθεί καθετήρες για την πραγματοποίηση επαναλαμβανόμενων μικροεγχύσεων στο mPRF, και δύο ζεύγη ηλεκτροδίων EEG, EOG, EMG, και LGB για καταγραφή κυμάτων για τον καθορισμό των φάσεων του ύπνου. Συγκρίθηκε η συχνότητα αναπνοής κατά τη φάση της εγρήγορσης, του NREM ύπνου και του REM ύπνου μετά από α) control μετρήσεις, β) μικροέγχυση bethanechol στο mPRF και γ) μικροέγχυση bethanechol σε συνδυασμό με τη methoctramine. **Αποτελέσματα**: η bethanechol μείωσε σημαντικά (26±4, 23±5, p<0.05) την αναπνευστική συχνότητα κατά την διάρκεια του REM ύπνου. Η methoctramine δεν ανέστειλλε την μείωση της αναπνευστικής συχνότητας που προκαλείται από την bethanechol κατά την διάρκεια του REM ύπνου (p=0.16).

Συμπέρασμα: η καταστολή της αναπνευστικής συχνότητας που προκαλείται από μουσκαρινικούς χολινεργικούς διεγέρτες του ΚΝΣ κατά τη διάρκεια του REM ύπνου, δεν αναστέλλεται από την methoctramine.

150

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΪΠΕΖΩΚΟΤΙΚΗΣ ΕΓΧΥΣΗΣ α2-ΙΝΤΕΡΦΕΡΟΝΗΣ (α2- INF) ΚΑΙ γ-ΙΝΤΕΡΦΕΡΟΝΗΣ (γ-INF) ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΚΟΗΘΟΥΣ ΥΠΕΖΩΚΟΤΙΚΗΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ (ΚΥΣ)

Φερδούσης Εμμανουήλ*, Μπούρος Δημοσθένης, Μελέτης Γεώργιος, Ξηρουχάκη Νεκταρία, Πατσουράκης Γεώργιος και Σιαφάκας Μ. Νικόλαος. Πνευμονολογική Κλινική Πανεπιστημίου Κρήτης.

Εισαγωγή: Η νεοπλασματική πλευριτίδα αποτελεί σήμερα κλινικό πρόβλημα ως προς την αντιμετώπισή της, δεδομένου ότι η έγχυση διαφόρων ουσιών ενδοϋπεζωκοτικά με σκοπό την χημική πλευροδεση, δεν είναι ικανοποιητική.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η σύγκριση της αποτελεσματικότητας και ασφάλειας της ενδοϋπεζωκοτικής έγχυσης α2 -INF και γ-INF με σκοπό τον έλεγχο της ΚΥΣ.

Υλικό - Μέθοδος: Μελετήθηκαν πρόδρομα 287 ασθενείς, 8 γυναίκες και 20 άνδρες, ηλικίας 61,68± 8,56 ετών. Κριτήρια επιλογής των ασθενών ήταν η ιστολογικά ή κυτταρολογικά διαπιστωμένη υποτροπιάζουσα ΚΥΣ, ηλικία < 75 ετών και λειτουργική κατάσταση >40 της κλίμακας Karnofsky. Η υποκείμενη κακοήθεια ήταν καρκίνος του πνεύμονα σε 20 ασθενείς (16 μη μικροκυτταρικό και 4 μικροκυτταρικό), αδενοκαρκίνωμα αγνώστου πρωτοπαθούς σε 5 και καρκίνος του μαστού σε 3. Μετά την τυχαίοποίηση 15 ασθενείς έλαβαν ενδοϋπεζωκοτικά 20 MUI α2-INF και 13 ασθενείς 20 MUI γ-INF, ανά 5 ημέρες μέχρις συνόλου 3 εγχύσεων. Κριτήρια αξιολόγησης των ασθενών ήταν ο ακτινολογικός, υπερηχογραφικός και κλινικός έλεγχος σε 15, 30 και 60 ημέρες μετά την τελευταία έγχυση.

Αποτελέσματα: Υποτροπή της ΚΥΣ παρατηρήθηκε σε 7/15 (46,5%) ασθενείς της ομάδας της α2-INF και σε 4/13 (31%) της ομάδας της γ-INF σε διάστημα μικρότερο των 60 ημερών (p <0,003). Πυρετός (<39° C) με μαλγίες μετά την έγχυση παρατηρήθηκε σε 6/15 (40%) ασθενείς της ομάδας της α2-INF και σε 2/13 (15%) της ομάδας της γ-INF. Εμετοί παρατηρήθηκαν σε ένα ασθενή της γ-INF (7,5%).

Συμπέρασμα: Η ενδοϋπεζωκοτική έγχυση γ-INF ελέγχει καλύτερα την ΚΥΣ συγκριτικά με την α2-INF (73,5% και 53,5% αντίστοιχα). Ο πυρετός είναι η συνήθης ανεπιθύμητη ενέργεια της τεχνικής αυτής.

152

ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΑΡΧΙΤΕΚΤΟΝΙΚΗΣ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ ΣΤΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ (πρόδρομα αποτελέσματα)

Σχίζα Σοφία*, Μπούρος Δημοσθένης, Τζωνάκης Νικόλαος, Παπαβασιλείου Στάθης και Σιαφάκας Μ. Νικόλαος. Πνευμονολογική Κλινική Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο, Κρήτη.

Εισαγωγή Στις θυρεοειδικές δυσλειτουργίες έχουν παρατηρηθεί διαταραχές τόσο στο σύστημα αυτόματου ελέγχου της αναπνοής όσο και στις φάσεις του ύπνου. Παρόλα αυτά η αρχιτεκτονική του ύπνου δεν έχει μελετηθεί συστηματικά στις παθήσεις του θυρεοειδούς.

Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να ερευνηθούν τα στάδια του ύπνου και το σύνδρομο αποιών στον ύπνο, στις θυρεοειδικές δυσλειτουργίες.

Υλικό-μέθοδος 16 υποθυρεοειδικοί ασθενείς ηλικίας (x±SD) 50.47±6.9 έτη και 12 υπερθυρεοειδικοί ασθενείς ηλικίας 51.29±5.59 έτη μελετήθηκαν και συγκρίθηκαν με 25 φυσιολογικά άτομα ηλικίας 51.9±5.49 έτη. Έγινε θωρη πολυκαταγραφική μελέτη ύπνου (16 απαγωγές) στο εργαστήριο μελέτης διαταραχών του ύπνου, με υπνογράφο τύπου sleep trace.

Αποτελέσματα Τα πρόδρομα αποτελέσματα έδειξαν ότι 68% των ασθενών ροχαλίζουν και ότι δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών ομάδων όσο αφορά τη διάρκεια και τον αριθμό των αποιών/υποπνοιών. Η διάρκεια των σταδίων του ύπνου φαίνεται στον πίνακα (x±SD).

		ΣΤΑΔΙΑ ΥΠΝΟΥ (min)					
	n	I	II	III	IV	REM	NREM
HYPO-T	16	31±20	26±11	20±13	9±9	8±7	86±12
HYPER-T	12	57±22	21±8	12±11	3±5	1±3	92±6
CONTROL	25	39±17	24±9	10±5	14±8	9±6	86±9
p 1vs2		NS	0.003	NS	NS	NS	0.008
p 1vs3		NS	NS	NS	0.007	NS	NS
p 2vs3		NS	0.002	NS	NS	0.0007	NS

Διαταραχές βρέθηκαν στα στάδια I, III, IV και στον ύπνο REM.

Συμπέρασμα Από τα μέχρι τώρα πρόδρομα αποτελέσματα φαίνεται ότι υπάρχουν διαταραχές της αρχιτεκτονικής του ύπνου, είναι πιο συχνές στους υπερθυρεοειδικούς ασθενείς και κυρίως στα στάδια I, IV και στον ύπνο REM.

153

ΜΕΓΙΣΤΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥΣ ΓΙΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΚΑΡΔΙΑΣ

Δημοπούλου Ιωάννα*, Νταγανού Μαρία, Τσιντζας Κων/νος, Αγγελακας Στεφανος, Κοκκινος Διονυσιος, Αλβιζιτας Πετρος, Γερούλανος Στεφανος, Τζελέπης Γεωργιος.
 Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα.

Στους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια παρατηρείται ελαττωμένη ικανότητα για άσκηση (εκφράζεται με ελαττωμένη μέγιστη καταναλωση οξυγονου, VO_{2max}), η αιτιολογία της οποίας δεν έχει επακριβώς διευκρινισθεί. Σκοπός: Η συσχέτιση των παραμετρών της αναπνευστικής λειτουργίας με τη VO_{2max} σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, υποψηφίους για μεταμόσχευση. Υλικό-Μέθοδος: Μελετήθηκαν 16 ασθενείς (13 άνδρες), με μέση ηλικία 47±11 ετη και μέσο κλάσμα εξώθησης της αριστερας κοιλιας 23±8%. Επτά ασθενείς επάσχον από ισχαιμική καρδιοπαθεια, 6 από διατακτική μυοκαρδιοπαθεια και 3 από βαλβιδοπαθεια. Η ταξινομηση κατα NYHA ειχε ως εξης: 3 ασθενείς ήταν σταδίου II, 9 σταδίου III και 4 σταδίου IV. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν στις εξής εξετάσεις: απλή σπυρομετρηση, μετρηση στατικών ογκων, διαχυτικής ικανοτητας, μεγίστων εισπνευστικών ($P_{I_{max}}$) και εκπνευστικών (PE_{max}) στατικών πιεσεων και προοδευτικά αυξανομενη ασκηση σε κυλιόμενο ταπητα.

Αποτελέσματα: Τα ευρήματα απο το λειτουργικό ελεγχο του αναπνευστικού φαινοταίν στον πινακα I

FVC*	FEV ₁ *	FEV ₁ /FVC*	TLC*	FRC*	DLCO*	P _{I_{max}} *	PE _{max} *
95±17	87±19	73±10	79±13	85±24	71±16	75±21	105±24

*% προβλεπομενο, **%, *cm H₂O

και απο τη μέγιστη ασκηση στον πινακα II (μέσες τιμες ± σταθερη αποκλιση)

VO _{2max} *	VO _{2max} **	HR _{max} **	VT _{max}	f _{IRmax}	VE _{max}
15±4	49±13	137±28	1.5±0.4	42±10	63±25

*[ml/kg/min], **%προβλεπομενου, HR_{max}=μέγιστη καρδιακη συχνοτητα, VT_{max}=μέγιστος αναπνευσιμος ογκος [l], f_{IRmax}=μέγιστη αναπνευστικη συχνοτητα, VE_{max}=μέγιστος αερισμος [l/min].

Δεν υπηρχε συσχέτιση αναμεσα στη VO_{2max} και την FVC, το FEV₁, το λογο FEV₁/FVC, την TLC, την FRC, την DLCO και την PE_{max}. Αντιθετως, υπηρχε ισχυρη θετικη συσχέτιση αναμεσα στη VO_{2max} και την P_{I_{max}} (r=0.60, p=0.02). Επισης, υπηρχε θετικη συσχέτιση τοσο μεταξυ της P_{I_{max}} και του VT_{max} (r=0.7, p=0.007), οσο και μεταξυ της P_{I_{max}} και του VE_{max} (r=0.5, p=0.04).

Συμπερασματα: Η ισχυς των αναπνευστικων μων συσχετιζεται με τη μέγιστη καταναλωση οξυγονου στους ασθενεις με βαρεια καρδιακη ανεπάρκεια. Απαιτουται περαιτερω μελετες για να διευκρινισθει εαν υπαρχει και αιτιολογικη συσχέτιση μεταξυ της ελαττωμενης ικανοτητας για ασκηση και της αδυναμιας των αναπνευστικων μων.

155

ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΛΗΘΗΚΑΝ ΣΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ

Αργυροπούλου Παρασκευή*, Θεοτοδής Ιωάννης, Κουμής Ιωάννης, Νίτσιου Γεωργία, Κοντακίτης Θεόδωρος, Λάμπρου Σοφία, Ξύπου Ναναγιώτης, Πατάκος Δημήτριος
 Μονάδα Αναπνευστικής Ανεπάρκειας, Α.Π.Θ.

Μονάδα Μεταμοσχεύσεων Καρδιοχειρουργικού Κέντρου Βορ.Ελλάδος Γ.Δ.Μ. "Γ.Παπανικολάου"

Εισαγωγή: Η μεταμόσχευση πνευμόνων θεωρείται πλέον ως μία αποδεκτή θεραπευτική λύση σε ασθενείς σε τελικά στάδια παρεγχυματικής ή αγγειακής πνευμονικής νόσου.

Σκοπός: Η εργασία μελετά τις μεταβολές της λειτουργικής ικανότητας και της ποιότητας ζωής ασθενών που υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση πνευμόνων ή καρδιάς πνευμόνων.

Υλικό και μέθοδοι: Εννέα ασθενείς ηλικίας 41,8±15 ετη με υποκείμενη νόσο σε 5 XAP, 2 πρωτοπαθής πνευμονική υπέρταση (ΠΥ), 1 βρογχεκτασίες, 1 πνευμονική ίνωση, υποβλήθηκαν σε ετερόπλευρη (5) αμφοτερόπλευρη (3) μεταμόσχευση πνευμόνων και 1 σε μεταμόσχευση καρδιάς - πνευμόνων.

Μετρήθηκαν οι πνευμονικοί όγκοι και χωρητικότητες καθώς και οι εκπνευστικές ροές, η ικανότητα άσκησης με προοδευτικά αυξανόμενο εργο, η απόσταση βόδισης σε 6 min, η αντίληψη της δύσπνοιας κατά την κόπωση με αυτοεξιολόγηση της με κλίμακα οπτικής διαβάθμισης Borg, οι πιέσεις των δεξιών καρδιακών κοιλοτήτων, και η μερική πίεση των αερίων του αρτ. αίματος πριν και 3-4 μήνες μετά την μεταμόσχευση.

Οι ασθενείς αξιολογήσαν επίσης συμπτώματα όπως βήχας, δύσπνοια, λειτουργική ικανότητα, σεξουαλική ζωή, ποιότητα ζωής, σε κλίμακα 0-4 πριν και μετά τη μεταμόσχευση σε καθημερινή βάση στα πλαίσια της μετεχειρητικής παρακολούθησης.

Αποτελέσματα: Μετά τη μεταμόσχευση οι δοκιμασίες της αναπνευστικής λειτουργίας βελτιώθηκαν σε όλους τους ασθενείς εκτός από 2 με υποκείμενη νόσο ΠΥ. Η λειτουργία της δεξιάς καρδιάς βελτιώθηκε (mPAP 36,8±10 πριν και 18,3±3.4 μετά τη μεταμόσχευση).

Η ικανότητα άσκησης αυξήθηκε σημαντικά αλλά παραμένει η VO_{2max} ελαττωμένη σε σχέση με τις προβλεπόμενες φυσιολογικές τιμές (VO_{2max} 27,8±6,3% πριν και 48,3±10,4% μετά P<0,01). Η απόσταση βόδισης σε 6 min βελτιώθηκε θεματικά (80,2±33 πριν 358±68 μετά P<0,001) καθώς και η αντίληψη της δύσπνοιας κατά την άσκηση με αυτοεξιολόγηση αυτής (βαθμός δύσπνοιας 5 σε 30±25 πριν και 230±45 μετά P<0,001).

Από τα συμπτώματα εμφανίζεται σημαντική βελτίωση ως προς τη δύσπνοια, τη λειτουργική ικανότητα, την ποιότητα ζωής και τη σεξουαλική ζωή.

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση πνευμόνων εμφάνισαν βελτίωση της λειτουργικής τους ικανότητας και της ποιότητας ζωής τους.

154

ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗ ΠΑΡΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ

Ντάγανου Μαρία*, Δημοπούλου Ιωάννα, Μιχαλόπουλος Νίκος, Κουλούρης Νίκος¹, Καδός Βασίλης, Τζελέπης Γεωργιος.
 Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, ¹ Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική ΝΝΘΑ, Αθήνα.

Παρουσιάζεται περίπτωση αμφοτερόπλευρης παράλυσης του διαφράγματος σε ασθενή 62 ετών, διαβητικό, μετά από αορτοστεφανιαία παράκαμψη με χρήση των δύο μαστικών αρτηριών. Η τοπική προστασία του μυοκαρδίου έγινε με έγχυση πάγου στην περικαρδιακή κοιλότητα. Η διεχειρητική και άμεση μετεχειρητική πορεία ήταν ομαλές και ο ασθενής αποσωληνώθηκε την επομένη της επέμβασης. Λίγες ώρες αργότερα παρουσίασε δύσπνοια, ορθόπνοια, παράδοση εισολκή του κοιλιακού τοιχώματος κατά την εισπνοή, ενεργητική εκπνοή με σύσπαση των κοιλιακών μυών και βρογχόσπασμο, ο οποίος δεν βελτιώθηκε με χορήγηση βρογχοδιασταλτικών, υποχώρησε όμως με την εφαρμογή αερισμού με συνεχή θετική πίεση (CPAP) μέσω ρινικής μάσκας. Η διάγνωση επιβεβαιώθηκε με: (1) σπυρομέτρηση σε καθιστή και κατακεκλιμένη θέση, οπότε παρατηρήθηκε ελάττωση της ζωτικής χωρητικότητας κατά 54%, (2) υπερχογράφημα που έδειξε παράδοση κινητικότητα του αριστερού ημιδιαφράγματος και ακινησία του δεξιού, (3) επιδερμικό ηλεκτρικό ερεθισμό των φρενικών νεύρων στον τράχηλο που απέτυχε να προκαλέσει σύσπαση του διαφράγματος, (4) μέτρηση της διαδιαφραγματικής πίεσης, η οποία ήταν σημαντικά ελαττωμένη (sniff Pdi=18 cmH₂O). Ο ασθενής λόγω δυσανεξίας στην ρινική μάσκα χρειάστηκε επαναδυναμική και στη συνέχεια τραχειοστομία και μηχανική υποστήριξη της αναπνοής για 3 μήνες. Επτά μήνες μετά την επέμβαση ήταν ασυμπτωματικός. Νέος ηλεκτρικός ερεθισμός των φρενικών νεύρων έδειξε πλήρη αποκατάσταση δεξιά και επιμένουσα παράλυση αριστερά. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώθηκαν και με ακτινολογία. Η αμφοτερόπλευρη παράλυση του διαφράγματος είναι μία σπάνια επιπλοκή των επεμβάσεων ανοικτής καρδιάς. Η περίπτωση που αναφέρουμε είναι η πρώτη που παρατηρήθηκε στο Κέντρο μας μετά από 2500 επεμβάσεις. Η υποθερμική βλάβη των φρενικών από τον πάγο της τοπικής καρδιοπληγίας, η παρασκευή των έσω μαστικών αρτηριών και ο σακχαρώδης διαβήτης προδιαθέτουν στην εμφάνιση της επιπλοκής. Αν και η συμπτωματολογία είναι μη ειδική, πρέπει να την υποψιάζεται κανείς σε μετεχειρητικούς ασθενείς που παρουσιάζουν αδυναμία αποσύνδεσης από τον αναπνευστήρα. Η διάγνωση απαιτεί εξειδικευμένες εξετάσεις.

156

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥΣ ΓΙΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΚΑΡΔΙΑΣ

Ντάγανου Μαρία*, Δημοπούλου Ιωάννα, Κόλλια Δημήτρα, Λούρη Χρυσούλα, Αλιβιζάτος Πέτρος, Γερούλανος Στεφανος, Τζελέπης Γεωργιος.
 Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα.

Η χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια (Κ.Α.) μπορεί να προκαλέσει διαταραχές της αναπνευστικής λειτουργίας, οι οποίες δεν έχουν επαρκώς μελετηθεί.

Σκοπός: Η μελέτη της αναπνευστικής λειτουργίας σε ασθενείς με τελικού σταδίου Κ.Α., υποψηφίους για μεταμόσχευση.

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήθηκαν 15 ασθενείς (12 άνδρες), με μέση ηλικία 46±11 ετη. Εξή επάσχον από διατακτική μυοκαρδιοπάθεια, 6 από ισχαιμική καρδιοπάθεια και 3 από βαλβιδοπάθεια. Η μέση τιμή του κλάσματος εξώθησεως (Κ.Ε.) της αριστεράς κοιλιας ήταν 23±9%. Τρεις ασθενείς ανήκαν στο στάδιο II κατά NYHA, 8 στο στάδιο III και 4 στο στάδιο IV. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε απλή σπυρομέτρηση, μέτρηση στατικών ογκων, διαχυτικής ικανότητας και μέγιστης στατικής εισπνευστικής και εκπνευστικής πίεσης (στην FRC και την TLC αντίστοιχα).

Αποτελέσματα: Τα ευρήματα συνοψίζονται στον παρακάτω πίνακα:

FVC*	FEV ₁ *	FEV ₁ /FVC, %	TLC*	DLCO*	P _{I_{max}} **	PE _{max} **
93±19	87±20	73±10	77±15	73±16	74±21	102±23

*% προβλεπόμενου, ** cmH₂O, μέση τιμή±σταθερή απόκλιση

Τα λειτουργικά σύνδρομα που παρουσίασαν οι ασθενείς είναι τα εξής:

A	Π	A+Π	Δ	Δ±A ή/και Π	Φ
4 (27%)	3 (20%)	3 (20%)	3 (20%)	7 (47%)	2 (13%)

A=αποφρακτικό σύνδρομο, Π=περιοριστικό σύνδρομο, Δ=διαταραχή διάχυσης, Φ=φυσιολογική αναπνευστική λειτουργία.

Δεν βρέθηκε συσχέτιση των λειτουργικών αυτών παραμέτρων με τις καρπνιστικές συνηθειες, το Κ.Ε., ή το στάδιο κατά NYHA.

Δεκατρείς ασθενείς (87%) είχαν παθολογικές μέγιστες στατικές πιέσεις. Από αυτούς, οι 7 παρουσίαζαν ελάττωση μόνο στην PE_{max}, ένας μόνο στην P_{I_{max}} και 5 (33%) είχαν ελαττωμένες και τις δύο πιέσεις.

Από τους 6 ασθενείς με περιοριστικό σύνδρομο, 3 (50%) είχαν φυσιολογική διάχυση, αλλά ελαττωμένες στατικές πιέσεις (υποδυναμικού τύπου περιοριστική βλάβη).

Συμπέρασμα: Οι ασθενείς με τελικού σταδίου Κ.Α. παρουσιάζουν σε μεγάλο ποσοστό διαταραχές της αναπνευστικής λειτουργίας που περιλαμβάνουν απόφραξη, περιορισμό και διαταραχή της διαχυτικής ικανότητας, μεμονωμένες ή σε συνδυασμό. Αδυναμία των αναπνευστικών μων είναι αρκετά συνηθισμένη και μπορεί να ευθύνεται για την εμφάνιση περιοριστικού συνδρόμου.

157

ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΑΣ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΩΝ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΩΝ ΑΓΓΟΝΙΩΝ ΣΤΟΝ ΎΠΝΟ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ CPAP

Βλαχογιάννης Εμμανουήλ*, Δασκαλοπούλου Ευφημία***, Αρβωνίδης Δημήτριος*, Δουγαλής Απόστολος*, Δημητριάδης Γεώργιος**, Στίγγας Νικόλαος*, Πατάκας Δημήτριος**.

Παθολογικό Τμήμα Α' Γεν. Νομ. Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης "Άγιος Παύλος", ** Εργαστήριο Ύπνου, ΜΟΑΑ, ΑΓΠΘ και *** Β' Πνευμονολογική Κλινική Γ. Π. Ν. "Γ. Παπανικολάου"

Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της συχνότητας της υπερτροφίας της αριστεράς κοιλίας (LV) στους ασθενείς με σύνδρομο αποφρακτικών απνοιών στον ύπνο (ΣΑΑΥ) και η επίδραση της θεραπείας με CPAP (συσκευή παροχής συνεχούς θετικής πίεσης αέρα) σ'αυτήν.

Μελετήθηκαν 67 ασθενείς, 52 άνδρες και 15 γυναίκες, ηλικίας 32 μέχρι 65 χρόνων, οι οποίοι είχαν τεκμηριωμένο ΣΑΑΥ μετά από πολυωματοκαταγραφική μελέτη. Ο μέσος αμνοϊκός/υποαμνοϊκός δείκτης των ασθενών ήταν 43±18 ανά ώρα ύπνου, η μέση τιμή SaO₂ στη διάρκεια του ύπνου ήταν 89±5% και η ελάχιστη τιμή SaO₂: 79±12%. Το 61,2% των ασθενών (N=41) παρουσίαζε υπέρταση ημέρας. Η υπερτροφία της αριστεράς μελετήθηκε με 2D M - mode υπερηχοκαρδιογράφημα σε όλους τους ασθενείς, ενώ η μελέτη επαναλήφθηκε σε 11 μετά 5±3 μήνες από την έναρξη θεραπείας με CPAP. Διαπιστώθηκε ότι 37 ασθενείς παρουσίασαν παθολογικά αυξημένη μάζα LV. Από αυτούς οι 29 ήταν γνωστοί υπέρταστοι, ενώ οι 8 δεν είχαν υπέρταση ημέρας. Η μάζα της LV μειώθηκε κατά μέση τιμή 10,95% στους 10 από τους 11 ασθενείς που επανεκτιμήθηκαν μετά από θεραπεία με CPAP. Η βελτίωση αυτή παρουσίαζε μία θετική γραμμική συσχέτιση (r= 0,94 p<0,001) με την αρχική τιμή της LVM και ήταν υψηλότερη μεταξύ 4ου και 9ου μήνα θεραπείας.

Σύμφωνα με τα πρόδρομα αυτά αποτελέσματα φαίνεται ότι στους ασθενείς με ΣΑΑΥ η κατάσταση της αριστεράς κοιλίας που αποτελεί σοβαρό παράγοντα αγγειακού κινδύνου, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη όταν καράσσεται η θεραπευτική στρατηγική του συνδρόμου.

159

Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΘΕΟΦΥΛΛΙΝΗΣ ΜΕΙΩΝΕΙ ΤΑ ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΩΝ ΚΥΤΤΑΡΟΚΙΝΩΝ ΙΝΤΕΡΛΕΥΚΙΝΗΣ-4 (IL-4) ΚΑΙ -5 (IL-5) ΣΕ ΝΕΟΥΣ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΜΑΤΙΚΟΥΣ.

Κοσμάς Επαμεινώνδας*, Αδαμίδου Αντωνία, Πολυχρονάκη Αντωνία, Χανιώτου Αικατερίνη, Δεμερτζής Παναγιώτης, Μπαξεβάνης Κωνσταντίνος.
Πνευμονολογικό Τμήμα Α. Φλέμγκ και Εργαστήριο Ανοσολογίας Αγ. Σάββα, Αθήνα.

Η θεοφυλλίνη, ένας γνωστός αναστολέας της φωσφοδιεστεράσης με βρογχοδιασταλτικές ιδιότητες, προστίθεται συνήθως στην αγωγή ασθματικών ασθενών που δεν ελέγχονται επαρκώς με τα εισπνεόμενα στεροειδή. Όμως, υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι η θεοφυλλίνη ασκεί επιπλέον της βρογχοδιασταλτικής και αντιφλεγμονώδη ή ανοσοτροποποιητική δράση στο άσθμα. Μελετήσαμε την επίδραση της χορήγησης θεοφυλλίνης στα επίπεδα ορού της IL-4 και IL-5 σε 8 ασθενείς (3 άνδρες, 5 γυναίκες, ηλικία 30±1.5 ετών) με ήπιο ατοπικό άσθμα και σταθεροποιημένη κατάσταση. Οι ασθενείς ελάμβαναν πριν τη μελέτη σαλβουταμόλη 100 μg κατ' επίκληση και εισπνοές μεπκλομεθαζόνης 500 μg Χ 2 ημερησίως. Στους ασθενείς χορηγήθηκε θεοφυλλίνη 150 mg ημερησίως σε πρωτόκολλο on-off-on-off διάρκειας 3 εβδομάδων για κάθε on- ή off- διάστημα (συνολική διάρκεια 12 εβδομάδων). Οι μετρήσεις IL-4, IL-5 με ELISA εγίνοντο την πρώτη ημέρα κάθε on/off-διαστήματος και την τελευταία ημέρα της μελέτης. Ταυτόχρονα οι ασθενείς υποβάλλονταν σε σπιρομέτρηση και μέτρηση επιπέδων θεοφυλλίνης. Τα επίπεδα IL-4 ήταν (μέση τιμή ± SEM): 35 ± 6 pg/ml (αρχή) 19 ± 3 (on-3 εβδ.), 29.5 ± 4 (off-6 εβδ.), 15 ± 2 (on-9 εβδ.) και 26 ± 4 (off- 12 εβδ.), ενώ τα επίπεδα IL-5 ήταν αντιστοίχως: 27 ± 5, 18 ± 4, 28 ± 5, 17 ± 4 και 28 ± 5 pg/ml. Η σπιρομέτρηση δεν μεταβλήθηκε κατά τη διάρκεια της μελέτης, τα δε επίπεδα θεοφυλλίνης στο τέλος των on-διαστημάτων ήταν 4,5 ± 0,05 και 4,2 ± 0,07 μg/ml. Συμπεραίνουμε ότι η χορήγηση θεοφυλλίνης σε χαμηλή δόσολογία άπαξ ημερησίως σε νέους ασθενείς με ήπιο ατοπικό άσθμα και σταθεροποιημένη κατάσταση, φαίνεται να αναστέλλει την απελευθέρωση της IL-4 και IL-5 από την Th2 υποομάδα των Τη-λεμφοκυττάρων. Τα ευρήματά μας συνηγορούν υπέρ αντιφλεγμονώδους/ανοσοτροποποιητικής δράσης της θεοφυλλίνης στο βρογχικό άσθμα.

158

ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ HLA DRB1 ΣΕ ΑΣΘΜΑΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΥΣ ΣΕ ΑΚΑΡΕΑ ΤΗΣ ΟΙΚΙΑΚΗΣ ΣΚΟΝΗΣ

Βερυκάκη Αγγελική*, Τσιφαράκη Ξαθή, Αγγελίδου Μαρία, Σπυροπούλου Μαίριλιν, Αποστολοπούλου Φωτεινή, Ζιωτόπουλος Παναγιώτης, Σταυροπούλου Αικατερίνη.
Εξωτερικό Ιατρείο Βρογχικού Άσθματος, Σισμανόγλειου ΓΠΝΑ. Ανοσολογικό Τμήμα και Εθνικό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας Περ.Γεν. Νοσοκομείου Αθηνών

Η σχέση γενετικής προδιάθεσης στο Εξωγενές Βρογχικό Άσθμα (E-BA) και γονιδίων HLA είναι γνωστή. Χάρης σε σύγχρονες μοριακές τεχνικές έχει αποδειχθεί ότι η σχέση αυτή αφορά ειδικά αλληλομόρφια και ειδικά αλληλία HLA class - II.

Ο σκοπός αυτής της εργασίας ήταν η μελέτη του πολυμορφισμού του HLA DRB1 γονιδίου σε ασθματικούς ασθενείς ευαίσθητους στα ακάρεα *Dermatophagoides farinae* (Df) και *Dermatophagoides pteronyssinus* (Dp). Μελετήθηκαν 55 ασθενείς και 50 υγιείς μαρτύρες. Όλοι οι ασθενείς είχαν θετικό αλλεργικό ιστορικό με θετικές δερματικές δοκιμασίες (prick-tests) και θετική RAST για Df και Dp. Σε όλα τα άτομα εφαρμόστηκε η τυποποίηση του γονιδίου HLA DRB1 με PCR - SSO.

Αποτελέσματα: Το αλληλίο DRB1 0301 βρέθηκε σε ποσοστό 41,8% των ασθενών έναντι ποσοστού 12% των υγιών μαρτύρων.

Συμπέρασμα: Η παρουσία του αλληλίου HLA DRB1 0301 ήταν στατιστικά σημαντική σε ασθματικούς ασθενείς ευαίσθητους στα ακάρεα Df και Dp και υπονοεί ότι το εν λόγω αλληλίο θα μπορούσε να αποτελέσει προδιαθεσικό παράγοντα της νόσου.

160

Η ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗ ΤΩΝ ΙΟΝΤΩΝ ΜΑΓΝΗΣΙΟΥ ΣΤΟΝ ΟΡΡΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΒΡΟΧΙΚΟ ΑΣΘΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΡΙΣΕΩΝ ΚΑΙ ΥΦΕΣΕΩΝ

Σπυρόπουλος Κωνσταντίνος, Τρακαδά Γεωργία, Χαροκόπος Νίκος, Χαραλαμποπούλου Αικατερίνη, Παπαδημητρίου Μαρία, Γάκη Ελένη, Μαρνέρας Χρήστος

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ, Παθολογική Κλινική, Πνευμονολογικό Τμήμα

Σκοπός της έρευνας είναι η αξιολόγηση της συγκέντρωσης των ιόντων μαγνησίου στον ορρό του αίματος ασθενών με βρογχικό άσθμα, ως προδιαθεσικού παράγοντα στην παθογένεση των κρίσεων και ως προγνωστικού παράγοντα στη σοβαρότητα της πορείας της νόσου. Εξετάσαμε 10 ασθενείς με σπιρομέτρηση, οξυμέτρηση και προσδιορισμό της συγκέντρωσης των ιόντων μαγνησίου στον ορρό του αίματος 4 φορές α) κατά τη διάρκεια της οξείας κρίσης στο τμήμα επειγόντων και β) κάθε 10 ημέρες μετά, για 3 φορές έως ότου ο βρογχοσπασμός είχε υποχωρήσει τελείως. Εξετάσαμε επίσης 10 φυσιολογικούς ανθρώπους κάθε 10 ημέρες για 4 φορές. Συγκρίναμε τη συγκέντρωση των ιόντων μαγνησίου στον ορρό του αίματος ασθενών και φυσιολογικών χρησιμοποιώντας τη στατιστική μέθοδο "one way statistic analysis of variance" (Πίνακας 1). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά (Πίνακας 1). Στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν διατυπωθεί υποθέσεις ότι το Mg²⁺ ανταγωνίζεται το Ca²⁺ στα κύτταρα των λείων μυϊκών ινών του βρόγχου βοηθώντας στη λύση του βρογχοσπασμού και έχει χρησιμοποιηθεί ενδοφλέβια κατά τη διάρκεια κρίσεων βρογχικού άσθματος με καλά αποτελέσματα. Από τα αποτελέσματα όμως της δικής μας έρευνας συμπεραίνουμε ότι η τιμή της συγκέντρωσης των ιόντων μαγνησίου στον ορρό του αίματος δεν μπορεί να αξιολογηθεί ούτε ως προδιαθεσικός παράγοντας κατά την αρχή της κρίσης, ούτε ως προγνωστικός παράγοντας για την πορεία της νόσου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

	1η φορά	2η φορά	3η φορά	4η φορά
Ασθ. με άσθμα	2,19±0,09	2,13±0,04	2,14±0,15	2,08±0,13
Φυσιολογικοί	2,21±0,05	1,99±0,07	2,31±0,10	2,36±0,06
P	0,1	0,1	0,1	0,1

161

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΝΑΤΡΙΟΥΧΟΥ ΝΕΔΟΚΡΟΜΙΛΗΣ ΣΤΟ ΗΠΙΟ ΒΡΟΓΧΙΚΟ ΑΣΘΜΑ ΝΕΑΝΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Λουκίδης Στέλιος, Πανάγου Παναγιώτης, Ευδώρας Σωτήριος, Τσίπρα Σταυρούλα, Τσιντήρης Κων/νος, Καλογερόπουλος Νικόλαος
Πνευμονολογική Κλινική 401 ΓΣΝΑ

Είναι γνωστό ότι το άσθμα είναι μία χρόνια φλεγμονώδης νόσος. Κλινικές μελέτες έδειξαν ότι η νατριούχος νεδοκρομίλη μπορεί να αναστρέψει τα κλινικά ευρήματα της φλεγμονής των αεραγωγών γεγονός που εκφράζεται με τη μείωση της βρογχικής υπεραντιδραστικότητας, τη βελτίωση της πνευμονικής λειτουργίας και τη μείωση της συχνότητας και βαρύτητας των συμπτωμάτων.

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η αξιολόγηση της επίδρασης της νατριούχος νεδοκρομίλης στο ήπιο βρογχικό άσθμα νεανικής ηλικίας. Μελετήθηκαν 51 ασθενείς ηλικίας (16-28 ετών) με ιστορικό βρογχικού άσθματος (39) και πρωτοδιαγνωσθέν βρογχικό άσθμα μετά από δοκιμασία πρόκλησης (11). Η αξιολόγηση έγινε βάσει της συμπτωματολογίας, της πνευμονικής λειτουργίας του αριθμού των κρίσεων και της χρησιμοποίησης B2 διεγερτών κατά τη διάρκεια της μελέτης. Οι περισσότεροι ασθενείς (41) προ της μελέτης παρουσίαζαν βήχα, 4 ασθενείς είχαν άσθμα θωρακικής δυσφορίας και 6 ανέφεραν πρωινή συμπτωματολογία συριγμού. Η απλή σπυρομέτρηση και η PEFH ήταν φυσιολογικές προ της ενάρξεως του φαρμάκου. Η ημερήσια δοσολογία του φαρμάκου ήταν 2 εισπνοές ανά 6ωρο. Τα αποτελέσματα έδειξαν (έναν χρόνο παρακολούθησης) α) ότι η πλειοψηφία των ασθενών (41) παρουσίασαν βελτίωση της κλινικής εικόνας με υποχώρηση του βήχα την 1η εβδομάδα θεραπείας, (4,2±1,6 ημ SD), υποχώρηση της αισθήματος θωρακικής δυσφορίας σ' όλους τους ασθενείς, ενώ όσον αφορά την πρωινή συμπτωματολογία μόνο ένας ασθενής παρουσίασε βελτίωση, ενώ στους υπολοίπους πέντε προστέθη B2 διεγέρτης μακράς δράσεως, β) η απλή σπυρομέτρηση και η PEFH ήταν φυσιολογικές κατά τη διάρκεια της μελέτης, γ) η χρησιμοποίηση B2 διεγερτών μειώθηκε (7,3±21 SD προ 2,1±0,6 SD μετά p<0,01 - φορές ανά μήνα). Κανείς από τους ασθενείς που λάμβανε το φάρμακο δεν παρουσίασε παρενέργειες κατά τη διάρκεια της μελέτης. Συμπερασματικά, η χρησιμοποίηση της νεδοκρομίλης στο ήπιο βρογχικό άσθμα είναι αποτελεσματική για την κλινική και λειτουργική κατάσταση των ασθενών.

163

ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ HLA DRB₁ ΣΕ ΑΣΘΜΑΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ ΡΙΝΙΤΙΔΑ ΕΥΔΙΣΘΗΤΟΥΣ ΣΕ ΑΚΑΡΕΑ ΤΗΣ ΟΙΚΙΑΚΗΣ ΣΚΟΝΗΣ.

Βερυκάκη Αγγελική*, Τσικριτέας Κωνσταντίνος, Αγγελίδου Μαρία, Τσιφράκη Έανθη, Σπυροπούλου Μαίρηλιν, Αποστολοπούλου Φωτεινή, Κατσαργύρης Ιωάννης, Σταυροπούλου Αικατερίνη.
Εξωτερικό Ιατρείο Βρογχικού Άσθματος και ΩΡΛ Κλινική Σισμανόγλειου ΓΠΝΑ.

Ανοσολογικό Τμήμα και Εθνικό Κέντρο Ισοσυμβατότητας Περ. Γεν. Νοσοκομείου Αθηνών.

Σύγχρονες μοριακές τεχνικές δεν ενοχλούν μόνο την σχέση γενετικής προδιάθεσης στο αλλεργικό βρογχικό άσθμα, αλλά αποδεικνύουν ότι η σχέση αυτή αφορά ειδικά αλλεργιογόνα και ειδικά γονίδια HLA.

Σκοπός της εργασίας αυτής ήταν η μελέτη του πολυμορφισμού του γονιδίου HLA DRB₁ σε 88 ασθενείς ευαίσθητους στα ακάρεα της οικιακής σκόνης *Dermatophagoides farinae* (Df) και *Dermatophagoides pteronyssinus* (Dp). Οι ασθενείς αυτοί χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες. Η πρώτη ομάδα εκπροσωπήθηκε από 55 ασθενείς με αλλεργικό βρογχικό άσθμα (Α.Β.Α.), η δεύτερη ομάδα από 20 ασθενείς με Α.Β.Α. και αλλεργική ρινίτιδα (Α.Ρ.) και η τρίτη ομάδα από 13 ασθενείς με Α.Ρ. Όλοι οι ασθενείς είχαν θετικό αλλεργικό ιστορικό, θετικές δερματικές δοκιμασίες (prick-tests) και θετική RAST για Df και Dp. Στην μελέτη πήραν μέρος και 50 υγιείς μάρτυρες. Η τυποποίηση του γονιδίου HLA DRB₁ με PCR - SSO έγινε σε όλα τα άτομα.

Αποτελέσματα: Το αλληλίο DRB₁ 0301 βρέθηκε στους 32 από τους ασθενείς της πρώτης και της δεύτερης ομάδας με διαφορά στατιστικά σημαντική έναντι των υγιών μαρτύρων. Το εν λόγω αλληλίο απουσίαζε από την ομάδα των ασθενών με Α.Ρ.

Συμπέρασμα: Η παρουσία του αλληλίου DRB₁ 301 ήταν ισχυρή στους ασθενείς με ΑΒΑ καθώς και στους ασθενείς με ΑΒΑ και ΑΡ ευαίσθητους σε ακάρεα Df και Dp και υποδηλώνει ότι το αλληλίο αυτό θα μπορούσε να περιληφθεί στους προδιαθεσιακούς παράγοντες της νόσου.

162

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΙΚΡΙΣ, ΜΕΤΡΙΑΣ ΚΑΙ ΥΨΗΛΗΣ ΔΟΣΗΣ ΜΕΘΥΛΠΡΕΔΝΙΣΟΛΟΝΗΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΟΒΑΡΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΑΣΘΜΑΤΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Παυλάκος Γεωργία, Κόζα Λίτσα, Τσαρούχα Αιμιλία, Τσοτύρος Βασίλης, Ανδρουλάκη Λέσποινα, Αναγνωστοπούλου Ουρανία.

Από την 8η Πνευμονολογική Κλινική ΝΝΘΑ.

Είναι διεθνώς παραδεκτό ότι τα κορτικοειδή είναι απαραίτητα στη θεραπεία της σοβαρής οξείας ασθματικής κρίσης. Μέχρι στιγμής δεν υπάρχει ομοφωνία για την απαραίτητη ημερήσια δόση. Για το σκοπό αυτό μελετήσαμε 3 ομάδες (Α, Β, Γ) ασθενών που προσήλθαν στο τμήμα επείγοντων περιστατικών με σοβαρή οξεία ασθματική κρίση. **Ασθενείς και μέθοδος:** Κάθε ομάδα αποτελούσαν 15 ασθενείς και δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές ως προς την ηλικία, το ύψος, το βάρος, την αρτηριακή πίεση, τις σφίξεις, το αρτηριακό PO₂, PCO₂, PH, PEFH και το score συμπτωμάτων μεταξύ των τριών ομάδων. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν θεραπεία με aminophylline, β διεγέρτη με νεφελοποιητή και οξυγόνο. Επίσης έλαβαν IV μεθυλπρεδνιζολόνη η Α ομάδα: 40 mg/8h για 72 ώρες και 8mg/day per os τις επόμενες 5 ημέρες, η Β: 125 mg/8h και 16 mg/day per os και η Γ: 250mg/8h και 32 mg/day per os. Η μελέτη διήρκεσε 8 ημέρες και γινόταν καθημερινή προινή καταγραφή του PEFH, FEV₁ και των συμπτωμάτων. **Αποτελέσματα:** 6 ασθενείς από Α ομάδα, 13 από Β και 15 από Γ παρουσίασαν αξιοσημείωτη βελτίωση μετά 8 ημέρες θεραπείας. Η FEV₁ (μέση τιμή % της αναμενόμενης) ήταν μετά 72 ώρες θεραπεία 52±8 (Α), 68±9 (p<0,001*) για τη Β και 75±4 (p<0,001*) για τη Γ ομάδα. Κατά την έξοδο των ασθενών η μέση τιμή FEV₁ % της αναμενόμενης ήταν 64±4 (Α), 94±8 (p<0,001**) για τη Β και 96±6 (p<0,001**) για τη Γ ομάδα. Η PEFH (μέση τιμή % αναμεν.) ήταν 54±6 (Α), 74±8 (p<0,001**) για τη Β και 92±4 (p<0,001**) για τη Γ ομάδα (*paired t test 1ης και 3ης ημέρας, ** paired t test 1ης και 8ης ημέρας).

Συμπέρασμα: Από τα αποτελέσματά μας συνεπάγεται ότι δόση 125 mg methylprednisolone-IV κάθε 8 ώρες για τις πρώτες 72 ώρες είναι επαρκής για την θεραπεία της σοβαρής ασθματικής κρίσης στην πλειονότητα των ασθενών. Η συνέχιση της θεραπείας με per os χορήγηση 16 mg/day μεθυλπρεδνιζολόνης διατηρεί σταθερά ικανοποιητική την αναπνευστική λειτουργία.

164

ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ.

Μπανιά Δήμητρα*, Μοσχόδη Μαρία, Στήνιος Ιωάννης,

Κωνσταντινίδου Αικατερίνη, Μπαλαφούτα Μυρσίνη,

Καραμούλα Αικατερίνη, Τζωρτζάτου-Σταθοπούλου Φωτεινή.

Ογκολογικό Τμήμα Α' Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου

Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδών "Αγία Σοφία" Αθήνα

Τα τελευταία 10 χρόνια νοσηλεύθηκαν στο Ογκολογικό Τμήμα της Α' Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών 10 παιδιά (6Α, 4Κ) με όγκο θωρακικού τοιχώματος. Η ηλικία διάγνωσης κυμαινόταν από 3½-14 χρόνια (μέση ηλικία: 5 χρόνια). Η νόσος προεβλεπε με πνευμονία ή συλλογή πνευμονικού υγρού. Η διάγνωση τέθηκε 11 ημέρες έως 2 μήνες από την έναρξη των συμπτωμάτων με μέσο διάστημα 1 μήνα. Η μάζα εξορματο συνήθως από το οπισθοπλάγιο θωρακικό τοίχωμα και είχε διάμετρο 7-13cm (μέση τιμή: 6 cm). Σε 4/10 παιδιά η μάζα αφαιρέθηκε χειρουργικά και ακολούθησε χημειοθεραπεία και τοπική ακτινοθεραπεία. Στα υπόλοιπα 6 παιδιά η μάζα ήταν ανεγχείρητη, γι'αυτό έγινε διαγνωστική βιοψία. Οι ασθενείς αυτοί υποβλήθηκαν σε χημειοθεραπεία και όταν ο όγκος σμικρύνθηκε σημαντικά, ακολούθησε ριζική αφαίρεση και ακτινοθεραπεία. Ιστολογικά: 5 ασθενείς είχαν οσάκωμα και 5 ασθενείς αργόγυνο νεύρο εκτοδερμικό όγκο. Όλοι οι ασθενείς είναι σε πλήρη ύφεση 1-10 χρόνια από τη διάγνωση της νόσου (μέσο διάστημα: 6 χρόνια), πλην ενός που κατέληξε 2 χρόνια μετά την διάγνωση. **Συμπέρασμα:** Τα νέα χημειοθεραπευτικά πρωτόκολλα έχουν βελτιώσει σημαντικά την επιβίωση των ασθενών. Έχουν επίσης περιορίσει την ακτινοθεραπεία και τις απώτερες επιπλοκές της.

165

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΔΑΣΚΑΛΩΝ ΣΤΟ ΒΡΟΓΧΙΚΟ ΑΣΘΜΑ
 Παπαγιάννη Μαρία¹, Καρμίρη Φιλίτσα², Μερίδης Θεόδωρος²
 Γουργουλιάνης Κωνσταντίνος¹
 Ιατρικό Τμήμα Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Λάρισα¹
 Παιδιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Βόλου²

Σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση ενός προγράμματος εκπαίδευσης δασκάλων στο παιδικό βρογχικό άσθμα.

Υλικό και μέθοδος. Τριάντα έξι δάσκαλοι απάντησαν στο ίδιο ερωτηματολόγιο πριν και μετά την παρακολούθηση διήμερου σεμιναρίου με θέμα το άσθμα. Το ερωτηματολόγιο αφορούσε τα συμπτώματα, τα κλινικά σημεία, τη διάγνωση, τα αίτια και τη θεραπεία του βρογχικού άσθματος. Με τη μελέτη των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο εκτιμήθηκαν οι γνώσεις των δασκάλων στο παιδικό βρογχικό άσθμα πριν και μετά το σεμινάριο.

Αποτελέσματα. Πριν το σεμινάριο, το μεγαλύτερο ποσοστό των δασκάλων γνώριζε τα συμπτώματα του βρογχικού άσθματος (87%) ενώ όσον αφορά τα αίτια που το προκαλούν μόνο 6 στους 10 απάντησαν σωστά. Βρέθηκε ότι η γνώση των δασκάλων στο παιδικό άσθμα βελτιώθηκε στατιστικώς σημαντικά μετά το σεμινάριο ($p < 0,05$). Η σημαντικότερη βελτίωση παρατηρήθηκε στον τομέα της θεραπείας του άσθματος. Στην αρχή του σεμιναρίου περίπου 30% των δασκάλων πίστευε ότι τα αντιβιοτικά και τα σιρόπια αποτελούν την κύρια θεραπεία του άσθματος. Ενώ στο τέλος του σχεδόν όλοι οι δάσκαλοι έμαθαν ότι τα εισπνεόμενα φάρμακα αποτελούν τη σωστή μορφή θεραπείας ($p < 0,05$).

Συμπεράσματα. Εκπαιδευτικά προγράμματα μικρής διάρκειας μπορούν να βελτιώσουν τις βασικές γνώσεις των δασκάλων στο παιδικό βρογχικό άσθμα. Η καθημερινή τους επαφή με παιδιά που πάσχουν από βρογχικό άσθμα μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής αυτών των παιδιών.

167

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΕΙΣΡΟΦΗΣΗ ΞΕΝΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ

Βαλερή Ροζαλία*, Αϊβάζης Βίκτωρ, Παπαχρήστου Αναστασία, Κοντόπουλος Ελευθέριος, Κόντζογλου Γεώργιος.

Α' Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη
 ΟΡΛ Κλινική Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκη

Μελετήσαμε τα στοιχεία των φακέλων νοσηλείας 18 παιδιών 8 μηνών έως 12 χρόνων, που νοσηλεύθηκαν στην Α' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική του ΑΠΘ στην τριετία 1992-1994 για εισρόφηση ξένου σώματος (ξ.σ.), με σκοπό να εκτιμήσουμε τις κλινικές εκδηλώσεις και τα ακτινολογικά τους ευρήματα καθώς και την φύση των ξ.σ. Από την διερεύνηση βρέθηκε ότι στο 89% των παιδιών τα ξ.σ. ήταν οργανικά. Στα παιδιά με απόφραξη στο λάρυγγα ή την τραχεία τα κύρια συμπτώματα ήταν δύσπνοια, βήχας και εισπνευστικός συριγμός ενώ σε κείνα με βρογχική απόφραξη βήχας και εκπνευστικός συριγμός (wheezing). Το 50% των παιδιών με ξ.σ. στους βρόγχους είχε ακτινολογική εικόνα εμφυσήματος, 29,5% πνευμονίας και 21,5% ατελεκτασίας. Σε 1 παιδί με καθυστερημένη διάγνωση διαπιστώθηκαν βρογχεκτασίες, ενώ 2 παιδιά με ξ.σ. στους βρόγχους και τα 3 παιδιά με ξ.σ. στον λάρυγγα η τραχεία είχαν φυσιολογική ακτινογραφία. Σε 2 παιδιά με επιμονή κλινικών και ακτινολογικών ευρημάτων επαναλήφθηκε η βρογχοσκόπηση και βρέθηκε δεύτερο ξένο σώμα. Τα ευρήματα αυτά αποδεικνύουν την ποικιλία κλινικών και ακτινολογικών ευρημάτων που πρέπει να μας ευαισθητοποιήσουν για την έγκαιρη αντιμετώπιση των παιδιών με πιθανή εισρόφηση ξένου σώματος.

166

Η συμβολή του ειδικού Αναπνευστικού Παιδιατρικού Ιατρείου στην αγωγή του παιδικού βρογχικού άσθματος.
 Τσανάκας Ιωάννης¹, Παπασταύρου Θεοδούλη, Κηπουρός Φώτης, Κηπουρός Δημήτρης, Κυρβασιλίδης Φώτης, Κατσαρδής Χάρης, Χατζημιχαήλ Αθανάσιος, Μπάκα Αικατερίνη.
 (Ιπποκράτειο θες/νίκης, Δημοκρίτειο Αλεξ/πολης, "Ελπίς" Αθηνών)

Στην εργασία αυτή παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από την παρακολούθηση ασθματικών παιδιών σε τρία (3) ειδικά αναπνευστικά ιατρεία που λειτουργούν στην Θεσσαλονίκη, Αθήνα και Αλεξανδρούπολη.
 Μελετήθηκαν 389 οικογένειες ασθματικών παιδιών (249 αγοριών και 140 κοριτσιών). Από αυτά 271 παρακολουθούνταν στα ιατρεία από καιρό, ("παλαιά"). Τα υπόλοιπα 118 προσήλθαν για πρώτη φορά στα ειδικά αναπνευστικά ιατρεία ("νέα"). Από τους γονείς των παιδιών ζητήθηκε να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο, σχετικά με την διάρκεια των συμπτωμάτων, την χρονιότητα της πάθησης, την φαρμακευτική αγωγή και τις πιθανές ανησυχίες για το πρόβλημα τους.

Διαπιστώθηκε ότι:
 α) 3 στα 4 "νέα" παιδιά (75%) έπαιρναν σκευάσματα σε σιρόπια ή χάπια. Αντίθετα 3 στα 4 "παλαιά" παιδιά έπαιρναν εισπνεόμενα αντιασθματικά φάρμακα (76%)
 β) 52,5% των "νέων" παιδιών έπαιρνε προφυλακτικά φάρμακα, (87% κετοτιφαίνο, 27% χρωμογλυκίνη και 6% εισπνεόμενα στεροειδή. Ενώ από τα "παλαιά" το 90,4% ήταν σε προφύλαξη, (17% κετοτιφαίνο, 64% χρωμογλυκίνη και 19% εισπνεόμενα στεροειδή)
 γ) 27,9% (33/118) των "νέων" παιδιών αποφεύγουν τις αθλητικές δραστηριότητες. Για τα "παλαιά" παιδιά το ποσοστό αυτό ήταν 13,6% (37/271).
 δ) 47,5% των γονέων των "νέων" και 49% των "παλαιών" εκφράζουν μεγάλη ανησυχία για το πρόβλημα του παιδιού τους.
 Συμπερασματικά φαίνεται ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην φαρμακευτική αντιμετώπιση του παιδικού άσθματος από τον γενικό παιδίατρο σε σχέση με τον ειδικό. Ωστόσο η ανησυχία των γονέων για το πρόβλημα του παιδιού και στις δύο περιπτώσεις είναι η ίδια.

168

ΒΟΗΘΑ ΣΤΗ ΛΑΡΥΓΓΙΤΙΔΑ Η ΕΦΥΓΡΑΝΣΗ ΤΩΝ ΑΕΡΟΦΟΡΩΝ ΟΔΩΝ ΜΕ ΕΙΣΠΝΟΕΣ ΙΣΟΤΟΝΟΥ ΔΙΑΛΥΜΑΤΟΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΟΡΟΥ;
 Κυρβασιλίδης Φώτης¹, Τσανάκας Ιωάννης, Χατζηνικόλας Νικόλαος
 Γ' Π/Δ Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Με σκοπό την εκτίμηση της δράσης των εισπνοών ισότονου διαλύματος φυσιολογικού ορού στη λαρυγγίτιδα, σε 40 θρέφη και παιδιά, ηλικίας 0,3 - 7 ετών (μέση ηλικία: 3,6 έτη), δόθηκαν 5 ml NaCl 0,9% με νεφελοποιητή σε ροή O₂ 8 lt/min και εκτιμήθηκε η αποτελεσματικότητα της αγωγής 15 min μετά το πέρας της χορήγησης.

Προηγουμένως έγινε εκτίμηση του βαθμού βαρύτητας της νόσου με βάση τον εισπνευστικό συριγμό, τον θήχα, τις εισολκές του θωρακικού τοιχώματος, την κύνωση και τον κορεσμό της αιμοσφαιρίνης (Croup score, κλίμακας 0 - 10). Η λαρυγγίτιδα θεωρήθηκε ήπια (score < 4), μέτρια (score 4 - 7) και βαριά (score > 7).

Από την εκτίμηση προέκυψε ότι: 65% (26/40) προσήλθαν με ήπιο Croup (score < 4), ενώ τα υπόλοιπα 32,5% (13/40) με μέτριο ή βαρύ Croup (score > 4).

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι:

α) Από τα παιδιά με ήπιο Croup το 53,8% (14/26) βελτιώθηκαν, ενώ το 46% (12/26) δεν βελτιώθηκαν και χρειάστηκαν περαιτέρω αγωγή.
 β) Κανένα από τα παιδιά που είχε μέτριο ή βαρύ Croup δεν βελτιώθηκε με τις εισπνοές ισότονου διαλύματος φυσιολογικού ορού.

Συμπερασματικά οι εισπνοές νεφελοποιημένου ισότονου διαλύματος φυσιολογικού ορού χορηγούμενου με O₂ μπορεί να βοηθήσουν μερικά παιδιά με ήπιο Croup. Η χρήση τους όμως στο μέτριο Croup είναι σπατάλη πολυτίμου χρόνου.

169

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΑΙΔΙΚΟΥ ΒΡΟΓΧΙΚΟΥ ΑΣΘΜΑΤΟΣ

Παπαγιάννη Μ.*, Γαλανοπούλου Κ., Μαυροματίδη Ε., Παπαθεοδώρου Μ., Πασχουλάρη Κ., Ριζοπούλου Δ., Γουργουλιάνης Κ.
 Ιατρικό Τμήμα Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Λάρισα

Σκοπός της μελέτης ήταν η φαρμακευτική αγωγή παιδιών με βρογχικό άσθμα.

Υλικό και Μέθοδος. Μελετήθηκαν 92 παιδιά με βρογχικό άσθμα που διέμεναν σε αστικές και αγροτικές περιοχές. Για τα παιδιά αυτά συμπληρώθηκε ένα ερωτηματολόγιο από τη μητέρα τους σε συνεργασία με το θεράποντα παιδίατρο που αφορούσε το ιστορικό του ασθενή και τη μορφή της φαρμακευτικής αγωγής. Η διάγνωση του βρογχικού άσθματος τέθηκε από το ιστορικό του ασθενή (ύπαρξη ασθματικής βρογχίτιδας, επεισόδια παροξυσμικής δύσπνοιας, βήχα συριγμού) και από την εκτίμηση του θεράποντος παιδιάτρου.

Αποτελέσματα. Από τα 92 πάσχοντα παιδιά, 55 ελάμβαναν θεραπεία (60%). Βρέθηκε σημαντική προτίμηση στα σιρόπια ως μοναδική μορφή φαρμακευτικής αγωγής (38 παιδιά) ενώ αντίθετα τα δισκία δεν φαίνεται να προτιμούνται για τη θεραπεία του παιδικού άσθματος (1 στα 55 παιδιά ελάμβανε μόνο δισκία). Εισπνεόμενα φάρμακα ελάμβαναν ως μοναδική μορφή θεραπείας μόνο 4 στα 55 παιδιά ενώ συνδυασμό εισπνεομένων με άλλες μορφές (σιρόπια, δισκία) ελάμβαναν περισσότεροι ασθενείς (9 στους 55).

Συμπεράσματα. Η συνηθέστερη φαρμακευτική αγωγή του παιδικού άσθματος είναι ως μονοθεραπεία τα σιρόπια. Τα εισπνεόμενα φάρμακα ως μονοθεραπεία ή σε συνδυασμό χρησιμοποιούνται από σχετικά μικρό αριθμό ασθενών.

171

ΑΤΜΟΣΦΑΙΡΙΚΗ ΡΥΠΑΝΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΣΘΜΑΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Γκράτζιου Χριστίνα(*), Ευθυμίου Μαρία, Μαυρομάτης Αντώνης, Κατσογιάννη Κλέα, Κаланτίδου Κ. και Ρούσσος Χαράλαμπος.
 Τμήμα Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών
 Τμήμα Εντατικής Θεραπείας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί αν οι μεταβολές της ατμοσφαιρικής ρύπανσης επηρεάζουν την εκδήλωση συμπτωμάτων από το αναπνευστικό σε παιδιά με χρόνια αναπνευστικά προβλήματα. Συνολικά μοιράσθηκαν 6.454 βασικά ερωτηματολόγια, από τα οποία 3.242 σε παιδιά ηλικίας 6-11 ετών διαμένοντα στο κέντρο των Αθηνών και 3.212 παιδιά διαμένοντα σε απόσταση 15km (ομάδα ελέγχου). Το ποσοστό των παιδιών που πληρούσαν τα κριτήρια επιλογής (ασθματικού τύπου συμπτώματα) ήταν 7.9 στο κέντρο των Αθηνών και 7.3 στην ομάδα ελέγχου. Από τα παιδιά αυτά παρακολούθηθηκαν επί 2 συνεχείς μήνες με ημερήσια καταγραφή συμπτωμάτων και PEF 95 και 86 παιδιά αντίστοιχα. Κατά τη διάρκεια της μελέτης γίνονταν καθημερινά μετρήσεις ρύπων όπως SO₂, NO₂, PM₁₀ και καπνού.

Τα αποτελέσματα των μετρήσεων έδειξαν υψηλότερες συγκεντρώσεις ρύπων στο κέντρο των Αθηνών συγκριτικά με την περιοχή ελέγχου. Η καταγραφή των συμπτωμάτων δεν έδειξε διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων παιδιών. Περαιτέρω ανάλυση και συσχέτιση των αποτελεσμάτων έδειξε αρνητική συσχέτιση μεταξύ των τιμών των ρύπων και της PEF. Τα επίπεδα μετρήσεων των μικρών σωματιδίων PM₁₀ και καπνού συσχετίζονταν με αύξηση του βήχα και των συμπτωμάτων ανωτέρων αεραγωγών (καταρροή, πονόλαιμος).

Συμπερασματικά η μελέτη αυτή έδειξε ότι η ατμοσφαιρική ρύπανση και ειδικότερα οι ρύποι μικρών σωματιδίων (PM₁₀) επηρεάζουν την αναπνευστική λειτουργία παιδιών με χρόνια αναπνευστικά προβλήματα.

170

Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΚΟΥ ΑΣΘΜΑΤΟΣ

Καταρδής Χάρης*, Γρηγοράκος Λεωνίδας, Θεοδωρακόπουλος Παναγιώτης, Μπούρας Αθανάσιος, Παναγιάς Σωτήριος, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Η ΕΛΠΙΣ", Ινστιτούτο Νοσημάτων Θώρακος Αθήνας.

Η εξέλιξη των παιδιών, που εμφανίζουν άσθμα στην παιδική ηλικία, απασχολεί τους γονείς, αλλά και τους ίδιους τους ασθενείς στην εφηβική και ενήλικη ζωή. Σκοπός της εργασίας ήταν η πορεία των παιδιών με άσθμα μετά 10±2 (ΣΑ)χρ. από την πρώτη εξέταση. Το υλικό αποτελείται από 34 ασθενείς (18Α και 16Β) με τουλάχιστον μέτριας βαρύτητας άσθμα, που πρωτοεξετάστηκαν στην εξετία 1984-1989 και έγινε συστηματική παρακολούθηση για μεγάλο χρονικό διάστημα. Η διάγνωση βασίστηκε στο ιστορικό, την κλινική εικόνα και τις λειτουργικές δοκιμασίες πνευμόνων. Όλα τα παιδιά είχαν θεθεί σε αγωγή με βρογχίτες και β₂-διεγέρτες, ενώ "καθαροίμα" πολλαπτικά φάρμακα είχαν χορηγηθεί σε 15 (44%). Η σημερινή μέση ηλικία των ασθενών είναι 16,8±3,9χρ. Απαντες οι ασθενείς εμφανίζονται βελτιωμένοι την εξετία 1990-1995 σε σύγκριση με την προηγούμενη εξετία. Από αυτούς η σημερινή κατάσταση κρίνεται πάρα πολύ καλή σε 10 (29%) (ελεύθεροι συμπτωμάτων) πολύ καλή (πολύ αραιά επεισόδια, εύκολα ελεγχόμενα) σε 11 (32%), καλή (τακτικά ήπια επεισόδια) σε 9 (27%) και μέτρια (τακτικά μέτρια επεισόδια, που πολύ σπάνια οδηγούν σε δύσπνοια, αλλά έχουν ανάγκη παρακολούθησης από πνευμονολόγο) σε 4 (12%). Στις ομάδες των παιδιών με παρα πολύ - πολύ καλή κατάσταση ο μέσος χρόνος από την εμφάνιση του άσθματος μέχρι του τελευταίου ουσιαστικού επεισοδίου ήταν 8,3±2,8 χρ., ενώ η μέση ηλικία του τελευταίου επεισοδίου ήταν 11,3±3,3χρ. Συμπεραίνεται ότι η συστηματική παρακολούθηση - θεραπεία στη παιδική ηλικία φαίνεται να επηρεάζει θετικά την κατοπινή εξέλιξη. Ένα μεγάλο ποσοστό (61%) των παιδιών με τουλάχιστον μέτριας βαρύτητας άσθμα, μετά 8,5 χρ. περίπου από την εμφάνιση της νόσου, ζούν ουσιαστικά χωρίς προβλήματα.

172

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΧΩΡΟΒΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ (ΣΑΝ) ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΠΟΥ ΚΑΤΟΙΚΟΥΝ ΣΕ ΠΕΡΙΟΧΕΣ ΜΕ Ή ΧΩΡΙΣ ΡΥΠΑΝΣΗ

Ευαγγελοπούλου Ευσταθία, Πρίφτης Κωνσταντίνος, Ντίβις Εύα, Τράμπαρη Χρυσούλα, Μπάρλας Κωνσταντίνος, Μαθιουδάκης Γεώργιος
 Πνευμονολογική Κλινική Γενικού Π. Νοσοκομείου Πειραιώς 2ο Παιδιατρικό Τμήμα Νοσοκομείου Παιδών Πεντέλης

Η επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων στη διαμόρφωση της ΣΑΝ αποτελεί αντικείμενο επιτόπιες μελέτες και δεν είναι ορθή η αναφορά σε επιδημιολογικά δεδομένα από περιοχές με διαφορετικές χωροβιολογικές συνθήκες (Ιπποκράτους: *Περί αέρων, υδάτων τόπων*). Σκοπός της εργασίας ήταν ο έλεγχος των διαφορών των σπιρομετρικών τιμών (ΣΤ), της ΣΑΝ, των ενδοοικιακών συνθηκών διαβίωσης (ΣΔ), της γονικής καπνιστικής συνήθειας (ΚΣ) σε παιδιά σχολ. ηλικίας, εκτεθειμένα (Αθήνα, Α) ή όχι (Ζάκυνθος, Ζ) σε χαμηλά επίπεδα ρύπανσης. **Υλικό-Μέθοδος:** Μελετήσαμε 1272 παιδιά ηλικίας 8-11 ετών, κατοίκους επιβαρυσμένων περιοχών της Αθήνας, τα οποία συγκρίναμε με 758 παιδιά, αντιστοιχισμένα καθ' ομάδες, ως προς το ύψος και την ηλικία, κατοίκους Ζακύνθου, χωρίς ρύπανση της ατμόσφαιρας. Όλα τα παιδιά υπεβλήθησαν σε σπιρομετρικό έλεγχο με ξηρό σπιδρομετρο τύπου εκτοπίσεως όγκου και μεταλλικό ροόμετρο Wright, ενώ οι γονείς τους συμπλήρωσαν ειδικό ερωτηματολόγιο. **Αποτελέσματα:** Διαπιστώσαμε σημαντικά μικρότερες ΣΤ, σημαντικά μεγαλύτερες ΣΑΝ και δυσμενέστερες ΣΔ, στα παιδιά της Α. Διαπιστώσαμε μεγαλύτερη συχνότητα ΚΣ στις μητέρες των παιδιών της Ζ. Τα αντίστοιχα στατιστικά κριτήρια καταχωρούνται στον πίνακα.

παράγοντ. αναμεν. μερ. γ ² ανισοτήτες	Αθήνα	Ζάκυνθος	Α	Ζ
ΡΥC(προβ.)	870	325	77.1	1.1
PEF.75(προβ.)	796	382	52.8	1.1
PEP(προβ.)	642	127	99.1	1.1
λοιμ. αν. οδών	142	128	1.7	1.1
πνευμονία	33	23	4.6	1.1
άσθμα	50	21	39.3	1.1
±2 δωμάτια	647	102	99.4	1.1
καπνισ. πατ.	828	813	3	1.1
καπνισ. μητ.	433	466	2.4	1.1

Συμπερασματικά, η μεγαλύτερη επίδραση στην αναπνευστική λειτουργία των παιδιών της Α. φαίνεται να ασκείται από την παρουσία των γονέων που καπνίζουν, ενώ η επίδραση της ρύπανσης φαίνεται να είναι μικρότερη. Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνουν την ύπαρξη σημαντικών διαφορών στην ατμοσφαιρική ρύπανση και στην ποιότητα του περιβάλλοντος μεταξύ των δύο περιοχών. Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνουν την ύπαρξη σημαντικών διαφορών στην ατμοσφαιρική ρύπανση και στην ποιότητα του περιβάλλοντος μεταξύ των δύο περιοχών. Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνουν την ύπαρξη σημαντικών διαφορών στην ατμοσφαιρική ρύπανση και στην ποιότητα του περιβάλλοντος μεταξύ των δύο περιοχών.

173

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΣΑΛΜΕΤΕΡΟΛΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΧΡΩΜΟΓΛΥΚΟΝΙΚΟΥ ΝΑΤΡΙΟΥ ΣΤΗ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΑΠΟ ΒΡΟΧΟΣΜΑΣΜΟ ΜΕΤΑ ΚΟΠΩΣΗ ΣΕ ΑΣΘΜΑΤΙΚΑ ΠΑΙΔΙΑ
Ζαμπουρίδης Γ. Αριστείδης*, Τσανάκας Ν. Ιωάννης**, Νταρίλλης Εμμανουήλ, Καρπούζας Ιωάννης
Γ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ-ΙΠΝ Θεσσαλονίκης

Η Σαλμετερόλη είναι ένας νέος β2-διεγέρτης μακράς δράσης. Σκοπός της μελέτης μας ήταν να ελέγξουμε την αποτελεσματικότητα της Σαλμετερόλης συγκριτικά με το Χρωμογλυκονικό Νάτριο στη πρόφυλαξη από βρογχόσπασμο μετά κόπωση (BMK).

Είκοσι ασθματικά παιδιά (16 αγόρια και 4 κορίτσια) ηλικίας από 5,5 έως 11,5 ετών (μέση ηλικία 9,26 έτη) υποβλήθηκαν σε δοκιμασίες κόπωσης.

Τα παιδιά έτρεχαν σε κυλιόμενο τάντα με το πρωτόκολλο υπομέγιστου έργου (κλίση 14%, ταχύτητα 5,5km/h, 6 λεπτά από τη στιγμή που οι σφύξεις ξεπερνούσαν τις 170 το λεπτό), σε εργαστήριο με σταθερή θερμοκρασία 18-20°C και υγρασία 45-75%. Κάθε παιδί υποβλήθηκε σε 9 δοκιμασίες κόπωσης, την 1η ημέρα σε μια δοκιμασία χωρίς φάρμακο για να αποδειχθεί ο BMK και τις επόμενες δύο ημέρες από 4 δοκιμασίες αφού είχε χορηγηθεί το πρώιμο δόση φαρμάκου η επιλογή του οποίου γίνονταν με διπλή τυφλή μέθοδο. Μετά την εισπνοή του φαρμάκου το παιδί υποβλήθη στην σε δοκιμασία κόπωσης τη 1η, 4η, 6η και 10η ώρα. Πριν από κάθε δοκιμασία και στο 1^ο, 5^ο, 10^ο, 15^ο, 20^ο, 25^ο, 30^ο και 60^ο λεπτό μετά τη δοκιμασία γίνονταν μέτρηση της FEV1 και PEFR. Θετική θεωρείτο η δοκιμασία όταν μετά την άσκηση η FEV1 εμφάνιζε πτώση μεγαλύτερη από 15%.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η πτώση της FEV1 ήταν στατιστικά μικρότερη ($p < 0,05$) σε όλες τις δοκιμασίες μετά τη λήψη Σαλμετερόλης συγκριτικά με τη λήψη Χρωμογλυκονικού Νατρίου. Όσον αφορά την πρόφυλαξη μετά τη λήψη Χρωμογλυκονικού Νατρίου εμφανισαν BMK την 1η ώρα 4, την 4η ώρα 8, την 6η ώρα 12, την 10η ώρα 15 παιδιά ενώ μετά τη λήψη Σαλμετερόλης την 1η ώρα κανένα, τη 4η και 6η ώρα 1 και τη 10η ώρα 3 παιδιά.

Συμπερασματικά φαίνεται ότι η Σαλμετερόλη προφυλάσσει τα ασθματικά παιδιά με BMK καλύτερα από το Χρωμογλυκονικό Νάτριο και για 12 περίπου ώρες.

175

ΟΓΚΟΙ ΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΟΥ. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.
Δουζίνας Ματθαίος, Κρασόπουλος Γεώργιος*.
Θωρακοχειρουργική Κλινική Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών.

Υπάρχουν όγκοι που αναπτύσσονται τυπικά στο μεσοθωράκιο, ενώ άλλοι αναπτύσσονται σπανίως. Συχνά αυτοί οι όγκοι ευρίσκονται σε μη προσπελάσιμες διαγνωστικά θέσεις, δημιουργώντας διαγνωστικό πρόβλημα. Με βάση τη βασική βιολογία των περισσότερων από τους όγκους του μεσοθωρακίου, αναπτύχθηκαν τεχνικές ραδιοϊσοτοπικής χαρτογράφησης, ιστικών δεικτών και αίματος και τέλος βελτιώσεις στις κυτταρολογικές τεχνικές, επιτρέποντας καλύτερη αναγνώριση, διάγνωση και θεραπεία αυτών των όγκων.

Σκοπός της μελέτης ήταν να μελετήσουμε τις περιπτώσεις όγκων μεσοθωρακίου που νοσηλεύθηκαν στο Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών και να βρούμε τις παραμέτρους που οδήγησαν στην καλύτερη και πιο έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία τους.

Κατά την πενταετία (1990-1994), νοσηλεύθηκαν στο Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών, 38 περιπτώσεις ασθενών με όγκο μεσοθωρακίου και αφορούσαν 23 άνδρες και 15 γυναίκες. Όσον αφορά την ηλικία, η μέση ηλικία ήταν 3 έτη (ακραίες τιμές 18-57 έτη). Οι περιπτώσεις αφορούσαν 11 θυμώματα (3 κακοήγη, 2 περιπτώσεις μυασθένειας), 4 λεμφώματα, πλασμοκύτωμα (1), 2 καρκινώματα, 4 όγκους εκ γεννητικών κυττάρων, 3 καταδυομένες βρογχοκίστες, 3 λιπώματα, 5 νευρογενείς όγκους, 2 δερμοειδείς κύστεις, 2 περικαρδιακές κύστεις και 1 εξωμυελική αιμοποίηση (μεσοθωρακική εντόπιση).

Οι ασθενείς μετά από πλήρη εργαστηριακό, ακτινολογικό, τομογραφικό, βιοχημικό και έλεγχο δεικτών αίματος, υποβλήθηκαν σε χειρουργική αφαίρεση της μάζας, ενώ σε 11 περιπτώσεις προηγήθηκε βιοψία με βελόνα (FNA) και ανοικτή βιοψία μεσοθωρακίου, με αποτέλεσμα 4 περιπτώσεις να αποκλεισθούν από χειρουργική εξαίρεση του όγκου. Οι ασθενείς αυτοί υποβλήθηκαν σε άλλη ογκολογική θεραπεία ενώ σε συμπληρωματική ογκολογική αντιμετώπιση ετέθησαν άλλες 5 περιπτώσεις. Η χειρουργική θνητότης ήταν 0%.

Με τις νέες διαγνωστικές μεθόδους απεικόνισης και ανίχνευσης ιστικών δεικτών και αίματος, υπάρχει μεγαλύτερη και καλύτερη διαγνωστική προσέγγιση σε όγκους μεσοθωρακίου και καλύτερη βελτίωση, αντιμετώπιση τους.

174

Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΕΠΙ 500 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΜΕΣΟΘΩΡΑΚΟΣΚΟΠΗΣΕΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΟΚΤΑΕΤΙΑ.

Ανδραναδάη Βασιλική, Κων/πούλου Γεωργία, Χαρίσιη Νίκη, Γεωργακοπούλου Βασιλική, Λιούλιας Αχιλ., Κούβελα Ελένη.

Τμήμα Αναισθησιολογίας ΝΝΘΑ (Σωτηρία)

ΣΚΟΠΟΣ της μελέτης αυτής είναι η χρησιμότητα της μεσοθωρακοσκόπησης σαν διαγνωστική επέμβαση του μεσοθωρακίου σε σχέση με τους κινδύνους που ενέχει.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ Κατά την τελευταία δετία 500 ασθενείς ηλικίας από 30-70 ετών, αμφοτέρων των φύλων και ASA από I ως III, υποβλήθηκαν σε μεσοθωρακοσκόπηση τόσο για τη διάγνωση όσο και για την σταδιαποίηση του καρκίνου του πνεύμονα. Η μέθοδος της αναίσθησης ήταν η συνήθης, στο MONITORING όμως δώσαμε μεγάλη προσοχή τοποθετώντας κεντρική αρτηριακή γραμμή για τη λήψη αερίων αίματος και για συχνη παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης. Επίσης είχαμε συνδεδεμένο ΗΚΓράφο, οξύμετρο και καπνογράφο. Είχαμε τις επιπλοκές: 1) Διαταραχές του καρδιακού ρυθμού (20% των περιπτώσεων) 2) Μία τρώση τραχείας 3) Δύο τρώσεις αγγείων. Όλες αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς, ειδικά η τρώση των αγγείων ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ Πιστεύουμε ότι η μέθοδος αυτή, παρά τις διεγχειρητικές επιπλοκές που παρουσιάζει και οι οποίες αντιμετωπίζονται σε οργανωμένο κέντρο, έχει μεγάλα πλεονεκτήματα διότι αποφεύγεται η θωρακοτομή και η μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς είναι καλή και σύντομη.

176

ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΜΑΖΙΚΗΣ ΑΙΜΟΠΤΥΣΗΣ.

Νταχάμπρε Τζαμπραήλ*, Παπαγιαννάκης Γεώργιος, Γαρμπής Δημήτρης, Ζαχαριάδης Εμμανουήλ, Αγγελίδου Μαρία, Λεγάκη Στέλλα, Τσιαφάκη Έανθη, Κατής Κωνσταντίνος, Καραπιστόλης Ηλίας.
Νοσοκομείο: Σισμανόγλειο ΓΠΑ - "Άγιος Σάββας".

Ο σκοπός της εργασίας ήταν η κατάδειξη του ρόλου της χειρουργικής στην αντιμετώπιση της μαζικής αιμόπτυσης. Κατά την τελευταία δετία, 8 ασθενείς υποβλήθηκαν σε επείγουσα θωρακοτομή για μαζική αιμόπτυση. Οι 6 ασθενείς ήταν άνδρες και οι 2 γυναίκες, η ηλικία τους δε κυμαινόταν από 29 - 65 έτη. Στους 5 από αυτούς η αναίσθησία έγινε με τη χρήση ενδοτραχειακού σωλήνα διπλού αυλού.

Η αιτία της αιμόπτυσης ήταν: βρογχογενής καρκίνος σε 3, βρογχεκτασία σε 2, αδενοκυτταρικό καρκίνωμα σε 1, ενώ σε 2 δεν ανευρέθη συγκεκριμένη αιτία.

Το είδος της εκτομής που έγινε ήταν: πνευμονεκτομή σε 4, λοβεκτομή σε 2, εκτομή του κατώτερου τμήματος της τραχείας σε 1, ενώ σε έναν δεν ολοκληρώθηκε η χειρουργική επέμβαση, λόγω θανάτου από ασφυξία.

Η μόνη μετεγχειρητική επιπλοκή που παρουσιάστηκε ήταν η ρήξη του κολεβομάτου του βρόγχου σε έναν ασθενή που αντιμετώπιση με συντηρητικά.

Συμπεράσματα:

1. Η χειρουργική θεραπεία συνεχίζει να είναι αποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης της μαζικής αιμόπτυσης.
2. Η χρήση των ενδοτραχειακών σωλήνων διπλού αυλού, προσφέρει μεγάλη ασφάλεια για την οξυγόνωση του ασθενούς και η χρήση τους είναι επιβεβλημένη.
3. Η θωρακοτομή πρέπει να πραγματοποιείται έγκαιρα.

177

ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΑ ΑΠΟΛΥΜΑΤΑ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ ΣΕ ΕΝΝΕΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
Τσολάκης Κωνσταντίνος*, Κόλλιας Βασίλειος, Κότσαλος Αθανάσιος,
Παναγιωτόπουλος Παναγιώτης
Θωρακοχειρουργική Κλινική - ΝΙΜΤΣ - Αθήνα

Τα πνευμονικά απολύματα είναι σπάνια συγγενής ανωμαλία του αρχέγονου προσθίου εντέρου. Το απόλυμα είναι ένα μη λειτουργικό τμήμα πνεύμονος το οποίο διαχωρίζεται πλήρως (εξωλοβιακό) ή μερικώς (ενδολοβιακό) από το υγιές πνευμονικό παρέγχυμα.

Υλικό και Μέθοδος: Τα τελευταία 14 έτη αντιμετωπίσαμε εννέα ασθενείς με πνευμονικό απόλυμα. Μελετήθηκαν αναδρομικά παράμετροι όπως: ηλικία, φύλο, κλινική εικόνα, ακτινολογικά και διεγχειρητικά ευρήματα όπως και η ιστολογική τους εικόνα.

Αποτελέσματα: Η ηλικία των ασθενών μας κυμαινόταν από 6 έως 47 ετών και οι 5 ήταν άρρενες. Υποτροπιάζουσες αναπνευστικές λοιμώξεις ήταν η συνηθέστερη κλινική εκδήλωση. Το απόλυμα ήταν ενδολοβιακό σε 7 ασθενείς και εξωλοβιακό σε 2. Η συχνότερη ακτινολογική εικόνα ήταν αυτή της αερώδους κύστης για τα ενδολοβιακά ενώ η ομοιογενής σκίαση ήταν συνηθής στα εξωλοβιακά. Η υπολογιστική τομογραφία με ταυτόχρονη έγχυση σκιαγραφικού αποκάλυψε την ύπαρξη ανώμαλης ουστηματικής αρτηρίας σε 2 ασθενείς προεγχειρητικά. Η ανώμαλη αρτηρία προερχόταν από τη θωρακική αορτή και στους 2 τύπους αλλά η φλεβική επιστροφική διέφερε ανάλογα με τον τύπο του απολύματος. Βρογχογενής κύστη, υπεράριθμος πνευμονικός λοβός και εκτεταμένη βρογχεκτασία ήταν οι συνοδές ανωμαλίες σε 3 ασθενείς. Η χειρουργική αντιμετώπιση περιλάμβανε εκτομή του απολύματος ή λοβεκτομή, ανάλογα με τον τύπο του απολύματος.

Συμπεράσματα, το πνευμονικό απόλυμα είναι μία καλοήθης συγγενής κυστική νόσος του πνεύμονος, η οποία μπορεί να διαγνωστεί έγκαιρα και να αντιμετωπιστεί χειρουργικά με επιτυχία.

179

ΑΣΥΝΗΘΕΙΣ ΤΥΠΟΙ ΒΡΟΓΧΟΓΕΝΩΝ ΚΥΣΤΕΩΝ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ:
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
Κόλλιας Βασίλειος*, Παπαδοπούλου Πηνελόπη, Παναγιωτίδης Ηρακλής
Β' Χειρουργική Κλινική ΠΓΝΑ - Αθήνα

Οι βρογχογενείς κύστεις (Β.Κ.) είναι συγγενείς κυστικές παθήσεις που προέρχονται από το αρχέγονο έντερο και τυπικά εμφανίζονται στο πνεύμονα ή το μεσοθωράκιο. Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η παρουσίαση της εμπειρίας μας στην αντιμετώπιση Β.Κ. με ατυπία στην κλινική τους εμφάνιση και ιδιαιτερότητες στη χειρουργική τους αντιμετώπιση.

Περίπτωση 1η: Γυναίκα 22 ετών προσήλθε με δυσφαγία και επιγαστρικό άλγος. Το βαριούχο γεύμα, η οισοφαγοσκόπηση και η υπολογιστική τομογραφία (Υ.Τ.) έδειξαν την ύπαρξη οισοφαγικής μάζας. Διεγχειρητικά διαπιστώθηκε η ύπαρξη ενδοοισοφαγικής κύστεως η οποία και αφαιρέθηκε μετά από μυστομή του οισοφάγου. Η ανεύρεση αναπνευστικού επιθηλίου και υαλοειδούς χόνδρου στο τοίχωμα της κύστης έθεσαν τη διάγνωση της Β.Κ., που εξαιρετικά σπάνια εντοπίζεται στο οισοφαγικό τοίχωμα.

Περίπτωση 2η: Γυναίκα 17 ετών προσήλθε με κλινική και ακτινολογική εικόνα πνευμοθώρακα. Μετά όμως από ΥΤ θώρακος και σπινθηρογράφημα πνεύμονος, διαπιστώθηκε η ύπαρξη τεράστιας αερώδους κύστεως υπό τάση η οποία και αφαιρέθηκε χειρουργικά. Η ιστολογική εξέταση επιβεβαίωσε τη διάγνωση μας Β.Κ. τάσεως, ιδιαίτερα σπάνιας σε ενήλικες.

Περίπτωση 3η και 4η: Πρόκειται για 2 περιπτώσεις γυναικών 20 ετών με υποτροπιάζουσες Β.Κ. Η μία υποτροπίασε 2 έτη μετά από μερική χειρουργική αφαίρεση και η δεύτερη 1 έτος μετά από εκκενωτική παρακέντηση υπό ΥΤ.

Συμπέρασμα: Οι Β.Κ. μπορεί να έχουν μεγάλη ποικιλομορφία στην κλινική τους εμφάνιση, την ανατομική εντόπιση και τις δυναμικές επιπλοκές. Η πρόωπη και πλήρης χειρουργική αφαίρεση επιβάλλεται ενώ όταν αυτό δεν είναι δυνατό πρέπει να παρακολουθούνται τακτικά.

178

ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΕΝΤΟΣ ΜΑΛΠΙΓΙΑΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΜΕ Ν2 ΝΟΣΟ: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ 203 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ
Τσολάκης Κωνσταντίνος*, Κόλλιας Βασίλειος, Κότσαλος Χρήστος,
Παναγιωτόπουλος Παναγιώτης
Θωρακοχειρουργική Κλινική - ΝΙΜΤΣ - Αθήνα

Η πρόγνωση και η επιβίωση στον καρκίνο (Ca) του πνεύμονος με μεταστατική διήθηση των μεσοθωρακικών λεμφαδένων (νόσος Ν2 με βάση τη νέα TNM ταξινόμηση της American Joint Committee on Cancer - AJCC) ήταν ο σκοπός της παρουσίας αναδρομικής μελέτης.

Υλικό και Μέθοδος: Κατά την περίοδο 1979 - 1984 αντιμετωπίσαμε χειρουργικά 425 ασθενείς με πρωτοπαθή Ca πνεύμονος, εκ των οποίων οι 360 είχαν μαλπιγιακό Ca. Οι 229 ασθενείς με μαλπιγιακό Ca είχαν νόσο σταδίου III και συγκεκριμένα οι 203 εξ' αυτών είχαν στάδιο IIIa (νέο σύστημα ταξινόμησης κατά Mountain). Διεγχειρητικά, ριζικός λεμφαδενικός καθαρισμός εγένετο σε όλες τις πνευμονεκτομές. Ιστολογικά επιβεβαιωμένη Ν2 νόσο διαπιστώσαμε σε 174 ασθενείς.

Αποτελέσματα: Ανεξαρτήτως Τ (μεγεθους του όγκου), η 5ετής επιβίωση στους ασθενείς με Ν2 νόσο ήταν 17% (29/174) ενώ σε αυτούς χωρίς Ν2 και Τ2 ήταν περίπου διπλάσια (35%).

Συμπεράσματα: Η μεταστατική διήθηση των μεσοθωρακικών λεμφαδένων είναι καθοριστικός παράγοντας για την πρόγνωση των ασθενών με μαλπιγιακό Ca πνεύμονος, προκαλώντας δραματική μείωση της 5ετούς επιβίωσης κατά 50% περίπου. Η καθιέρωση της μετεγχειρητικής ακτινοθεραπείας στους ασθενείς μας με Ν2 νόσο από το 1985 και μετά έχει βελτιώσει σημαντικά την 5ετή επιβίωση αυτών των ασθενών, όπως προκύπτει από νέα συγκριτική μελέτη που θα παρουσιάσουμε σύντομα.

180

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΘΩΡΑΚΟΣΚΟΠΙΚΗΣ VIDEO-ASSIST (VATS) ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ.

Γ. Αντύπας, Ι. Καβούκας, Α. Μαρτίνος*, Σ. Μπαθρέλλου, Α. Γρηγοράκος.

Τμήμα Χειρουργικής Θώρακος και Ανασθησιολογικού Τμήματος Νοσοκομείου ΜΕΤΑΞΑ Ηεραία.

Την περίοδο 1988-1996 η VATS τεχνική χρησιμοποιήθηκε σε 300 ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονος. Στους 150 ασθενείς η τεχνική χρησιμοποιήθηκε για να πάρουμε βιοψίες και να σταδιοποιήσουμε την νόσο. Στους υπόλοιπους 150 εγένετο διά τους κάτωθι λόγους:

- α) διά πλευρόδεση για υποτροπιάζουσα πλευριτίδα,
- β) διά περικαρδιοτομή και παροχέτευση περικαρδιακού υγρού,
- γ) διά αντιμετώπιση διαφυγής εμμένουσας σε συνδυασμό με Laser.

Λευ υπήρξε θνητότητα συνδυαζόμενη με την μέθοδο άμεσα αν και 2 ασθενείς έθανον την 1η και 14η ημέρα από έμφραγμα μυοκαρδίου και πνευμονικής εμβολής παρά το γεγονός ότι ενρίσκοντο υπό προφυλακτική ηπαρινοθεραπεία. Η τεχνική θα πρέπει να χαρακτηριστεί επιτυχής του στόχου της στο 93,5% των περιπτώσεων.

181

ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ PEEP ΣΕ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Μιχαλόπουλος Αργύρης, Ανθή Αναστασία, Κριαράς Ιωάννης, Ρέλλος Κωσταντίνος, Παναγιώτου Γεράσιμος, Γερούλιανός Στέφανος
Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

Σκοπός της εργασίας αυτής ήταν η μελέτη της επίδρασης διαφορετικών τιμών PEEP στην αρτηριακή και την ιστική οξυγόνωση και την καρδιακή παροχή καρδιοχειρουργικών ασθενών, κατά τη διάρκεια εφαρμογής ελεγχόμενης μηχανικής αναπνοής.

Μέθοδος: 67 ασθενείς (54 άνδρες και 13 γυναίκες), μέσης ηλικίας 63±6 ετών, χωρίστηκαν τυχαία σε 3 ομάδες. Στην πρώτη ομάδα δεν εφαρμόστηκε PEEP (N=22), στη δεύτερη εφαρμόστηκε σταθερά PEEP ίση με 5 cm H₂O (N=24) και στην τρίτη ομάδα PEEP ίση με 10 cm H₂O (N=21). Οι ασθενείς δεν είχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές, όσον αφορά τα προεγχειρητικά δεδομένα τους. Ετέθησαν σε ελεγχόμενη μηχανική αναπνοή, με αναπνεόμενο όγκο 10 ml/Kg, συχνότητα 10 αναπνοές/μίν και FIO₂ που εξασφάλιζε PaO₂ περίπου 100 mmHg. Σε κάθε ασθενή, εμετρήθηκαν η σχέση P_aO₂/F_iO₂, το S_vO₂ και η καρδιακή παροχή 30 min και 4 ώρες μετά την εφαρμογή της μηχανικής αναπνοής στη ΜΕΘ, λίγο πριν την αποωλήνωση (ΠΑ), μισή ώρα και 4 ώρες μετά την αποωλήνωση (ΜΑ). Για τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το ANOVA.

Αποτελέσματα: Στους πίνακες 1, 2 και 3 παρουσιάζονται οι μέσες τιμές της σχέσης P_aO₂/F_iO₂, του S_vO₂ και του καρδιακού δείκτη (CI) στις 3 ομάδες ασθενών.

Πίνακας 1: Μέση τιμή σχέσης P_aO₂/F_iO₂ στις 3 ομάδες ασθενών.

	1/2h	4h	8h	BE	AE	4h	p
(PEEP=0)	320	317	322	325	277	228	NS
(PEEP=5)	339	324	322	327	286	229	
(PEEP=10)	321	319	305	315	285	221	

Πίνακας 2: Μέση τιμή S_vO₂ στις 3 ομάδες ασθενών.

	1/2h	4h	8h	BE	AE	4h	p
(PEEP=0)	67	65	67	67	65	65	NS
(PEEP=5)	68	69	68	69	67	68	
(PEEP=10)	68	68	67	67	67	67	

Πίνακας 3: Μέση τιμή καρδιακού δείκτη (CI) στις 3 ομάδες ασθενών.

	1/2h	4h	8h	BE	AE	4h	p
(PEEP=0)	2.7	3.1	3.1	3.2	3.4	3.1	NS
(PEEP=5)	2.5	2.8	2.9	3	3.1	3.0	
(PEEP=10)	2.6	3	3	3	3.1	3.0	

Συμπεράσματα. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά, όσον αφορά την σχέση P_aO₂/F_iO₂, το S_vO₂ και τον καρδιακό δείκτη (CI) στις 3 ομάδες των καρδιοχειρουργικών ασθενών.

183

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΘΩΡΑΚΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΚΑΙ ΤΟΥ ΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΟΥ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ ΣΕ 32 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ.

Κουτσομήτη Εύη*, Επανωμεριτάκης Εμμανουήλ, Μαλιωτάκης Ανδρέας, Πετράκης Ιωάννης, Ροδίτης Ιωάννης, Χαλκιάδακης Γεώργιος.
Θωρακοχειρουργική Μονάδα, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου. Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης.

Στην ανακοίνωση παρουσιάζονται 32 περιπτώσεις ασθενών με νόσο των πνευμόνων, του μεσοθωρακίου και του υπεζωκότα στους οποίους εφαρμόστηκε για διαγνωστικούς κυρίως αλλά και θεραπευτικούς λόγους η θωρακοσκοπική χειρουργική.

Πρόκειται για 3 όγκους μεσοθωρακίου και 4 όγκους του πνεύμονα από τους οποίους ελήφθη βιοψία, μια νεοπλασματική περικαρδίτιδα για τη δημιουργία περικαρδιακού "παραθύρου", 14 διαμεσές πνευμονοπάθειες στις οποίες έγινε βιοψία πνεύμονα με τη βοήθεια ενδοΓΙΑ, 5 υποτροπιάζοντων πλευριτιδών στις οποίες έγινε βιοψία υπεζωκότα, τρεις υποτροπιάζοντες πνευμοθώρακες στους οποίους έγινε συρραφή του σημείου διαφυγής με ενδοΓΙΑ και πλευρόδεση, μια αφαιρέση παρακαρδιακής και μια εμμεγέθους εμφυσηματικής κύστεως.

Σε 4 ασθενείς (σε ένα καρκίνο πνεύμονα με πολλαπλές συμφύσεις και διήθηση της αορτής, σε 2 διαμεσές πνευμονοπάθειες με πολλαπλές συμφύσεις και στη νεοπλασματική περικαρδίτιδα λόγω και εδώ της ύπαρξης συμφύσεων και της κακής αιμοδυναμικής κατάστασης του ασθενή) η προσέλαση ήταν ανεπιτυχής και χρειάστηκε ανοικτή θωρακοτομή.

Η μετεγχειρητική πορεία των ασθενών ήταν εξαιρετική χωρίς σοβαρές επιπλοκές, με μέσο όρο μετεγχειρητικών ημερών νοσηλείας 4 ημέρες. Παρα το γεγονός ότι η θωρακοσκοπική χειρουργική είναι σχετικά νέα μέθοδος και η υπάρχουσα εμπειρία ιδιαίτερα σε μειζόνες επεμβάσεις του θώρακα μικρή, η εξέλιξη των χρησιμοποιούμενων ενδοσκοπικών χειρουργικών εργαλείων, η ελαχιστοποίηση του μετεγχειρητικού πόνου και η γρήγορη επιστροφή του ασθενή στη φυσιολογική δραστηριότητα προωθούν την περαιτέρω ανάπτυξη της τεχνικής και την όλο και ευρύτερη εφαρμογή της.

182

Η ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ ΣΕ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ.

Μιχαλόπουλος Αργύρης*, Παλατιανός Γεώργιος, Κριαράς Ιωάννης, Καδάς Βασίλειος, Μαραθιά Αικατερίνη, Τζελέπης Γεώργιος, Γερούλιανός Στέφανος. Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα

Η χρησιμότητα του προεγχειρητικού λειτουργικού ελέγχου της Αναπνοής (ΛΕΑ) στους καρδιοχειρουργικούς (Κ/Χ) ασθενείς είναι θέμα αμφιλεγόμενο. Μελέτες αναφέρουν μεγαλύτερη νοσηρότητα και παράταση νοσηλείας σε Κ/Χ ασθενείς με παθολογικό προεγχειρητικό ΛΕΑ.

Σκοπός της εργασίας αυτής ήταν η μελέτη της χρησιμότητας του προεγχειρητικού ΛΕΑ σε ασθενείς που υπεβλήθησαν σε προγραμματισμένη Κ/Χ επέμβαση.

Ασθενείς-Μέθοδος. Η παρούσα μελέτη αφορά 579 ασθενείς, ηλικίας 60.2 (±6.7) ετών, στους οποίους έγινε πλήρης προεγχειρητικός έλεγχος του αναπνευστικού συστήματος (λήψη ιστορικού, φυσική εξέταση, Α/α θώρακα, ΛΕΑ και επί ενδείξεως, αέρια αίματος) προκειμένου να υποβληθούν σε Κ/Χ επέμβαση. Οι ασθενείς με παθολογικές τιμές ΛΕΑ αντιμετωπίστηκαν κατάλληλα, για να χειρουργηθούν στην καλύτερη δυνατή κατάσταση. Μελετήθηκαν οι χρόνοι μηχανικής αναπνοής και νοσηλείας στη ΜΕΘ και στο Νοσοκομείο, οι επιπλοκές και η έκβαση των ασθενών.

Αποτελέσματα. Καπιναστές ήταν 422 ασθενείς (72.8%). Παθολογικές τιμές ΛΕΑ βρέθηκαν σε 93 ασθενείς (16.1%). Σύνδρομο διαταραχής αερισμού αποφρακτικού τύπου διαπιστώθηκε σε 73 ασθενείς (12.6%), εκ των οποίων 9 είχαν βρογχικό άσθμα. Στην ομάδα αυτή ήταν 62 καπιναστές (84.9%), με μέση κατανάλωση καπνού 59(±25) ργ. Διαταραχή αερισμού περιοριστικού τύπου είχαν 8 ασθενείς (1.4%) και μεικτού τύπου 15 (2.6%). Οι ασθενείς με παθολογικές τιμές ΛΕΑ είχαν μέσο χρόνο νοσηλείας στη ΜΕΘ και στο νοσοκομείο 1.6(±0.5) και 9.2(±2.3) ημ., ενώ η ομάδα ελέγχου είχε αντίστοιχους χρόνους 1.5(±0.4) και 8.9(±2.1) ημ. (p>0.05). Η συχνότητα των μετεγχειρητικών αναπν. λοιμώξεων ήταν 2.7%, ενώ στην ομάδα ελέγχου ήταν 2.6% (p>0.05). Η θνητότητα ήταν 2.1% στους ασθενείς με παθολογικό ΛΕΑ και 1.9% στην ομάδα ελέγχου (p>0.05).

Συμπεράσματα. Στους Κ/Χ ασθενείς βρέθηκε: 1. Μεγάλο ποσοστό καπιναστών (72.8%) 2. Μικρό σχετικά ποσοστό ασθενών (16.1%) με παθολογικό προεγχειρητικό ΛΕΑ, που ήταν κυρίως αποφρακτικού τύπου, 3. Η μετεγχειρητική πορεία των ασθενών με παθολογικό ΛΕΑ δεν διέφερε σημαντικά, όσον αφορά τη νοσηρότητα, τη θνητότητα και τη διάρκεια νοσηλείας στη ΜΕΘ και το Νοσοκομείο σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Αυτό προφανώς οφείλεται στην καλή προεγχειρητική προετοιμασία των ασθενών αυτών, γεγονός, που καθιστά απαραίτητον τον προεγχειρητικό έλεγχο στους καρδιοχειρουργικούς ασθενείς.

184

Η ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΠΙ 2.000 ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΕΝΤΩΝ ΡΙΖΙΚΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 1983-1996

Αντύπας Γεώργιος, Μαρτίνος Ανδρέας*, Μπαθρέλλου Σταυρούλα.

Τμήμα Χειρουργικής Θώρακος-Αγγείων του Νοσοκομείου Μεταξά και Ανασθησιολογικού Τμήματος.

Ο καρκίνος πνεύμονος εξακολουθεί να παραμένει ο πλέον συχνός καρκίνος του άνδρος. Τα τελευταία έτη η χειρουργική θεραπεία συνέπεια νέων υλικών και η βελτίωση των αναισθησιολογικών μεθόδων επηρέασε θετικά τα αποτελέσματα της επιβίωσης των ασθενών αυτών. Μετά από προσεκτική σταδιοποίηση υποβλήθησαν την περίοδο 1983-1996, 2.000 ασθενείς σε χειρουργική επέμβαση. Παρουσιάζουμε τις τεχνικές μας σε συνδυασμό με την πενταετή επιβίωση μας κατά στάδιον και την συγκρίνουμε με εκείνη της διεθνούς βιβλιογραφίας. Τα στάδια που μελετήθηκαν ήταν το T1NoMo, το T2NoMo, το T1N1Mo, το T2N1Mo. Σε μεγάλο αριθμό επεμβάσεων εφαρμόσαμε δική μας τεχνική που ονομάσαμε non-sleeve και αφορούσε λοβεκτομές και πνευμονεκτομές. Μελετήσαμε την επιβίωση στο T2N2Mo, στο T3NoMo και στο N2 γενικότερα. Επίσης παρουσιάζεται η πενταετής επιβίωση με προσβολή διαφόρων οργάνων του μεσοθωρακίου και μετά από ακτινοχημειοθεραπεία που εφαρμόστηκε ως adjuvant ή neo-adjuvant.

185

ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ ΑΣΥΜΜΕΤΡΗΣ ΠΑΡΑΜΟΡΦΩΣΗΣ ΤΩΝ ΠΛΕΥΡΩΝ ΚΑΙ ΑΥΤΟΜΑΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΘΩΡΑΚΑ.

Δροσίτης Ιωάννης*, Μαλιωτάκης Ανδρέας, Επανωμεριτάκης Εμμανουήλ, Χαλκιάδακης Γεώργιος.

Θωρακοχειρουργική Μονάδα, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου. Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης.

Η συγγενής ασύμμετρος παραμόρφωση των πλευρών είναι πολύ σπάνια ανωμαλία και αφορά μόνο το δεξιό ημιθώρακιο σε όλες τις περιπτώσεις που έχουν μέχρι σήμερα περιγραφεί. Παρουσιάζουμε την περίπτωση ενός νέου 17 ετών με την παραπάνω συγγενή ανωμαλία που όμως αφορούσε το αριστερό ημιθώρακιο ενώ η αιτία εισαγωγής του ήταν αυτομάτως πνευμοθώρακας αριστερά. Κατά την διάρκεια της νοσηλείας του διαπιστώθηκε ότι συνυπήρχε σύνδρομο Marfan.

Επειδή παρα την συντηρητική αγωγή η διαφυγή αέρα συνεχιζόταν ο ασθενής χειρουργήθηκε για τον πνευμοθώρακα ενώ συγχρόνως διορθώθηκε η παραμόρφωση του θώρακα. Γιά τη σταθεροποίηση του στέρνου χρησιμοποιήθηκαν πλακές ανακατασκευής από αυτές που χρησιμοποιούν οι γναθοχειρουργοί που βιδώθηκαν στο στέρνο. Το αισθητικό αποτέλεσμα ήταν πολύ καλό.

Στην σχετική βιβλιογραφία που ανατρέξαμε δεν προκύπτει παρόμοιο περιστατικό, ενώ δεν έχει περιγραφεί και ο τρόπος σταθεροποίησης του στέρνου που εφαρμόσαμε.

187

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ ΣΕ ΟΔΟΝΤΟΤΕΧΝΙΤΕΣ

Μ. Ε. Φρουδαράκης*, Γ. Δρακωνάκης, Δ. Μπούρος, Α. Βολουδάκη, Ν. Γκουρτσογιάννης, Ν. Μ. Σιαφάκας. Πνευμονολογική Κλινική και Ακτινολογικό Εργαστήριο Πανεπιστημίου Κρήτης.

Σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση των συνεπειών της επαγγελματικής έκθεσης των οδοντοτεχνιτών (ΟΤ) στην αναπνευστική λειτουργία. **Μέθοδος:** 31 ΟΤ, μέσης ηλικίας 38±11 ετών (21-61), περιελήφθησαν σε μία προοπτική μελέτη. Καπνιστές ήταν 16 ΟΤ (46±38 πακ/ετ). Καταγράφηκαν: δημογραφικά στοιχεία, κλινικά σημεία, στοιχεία περιβαλλοντικής έκθεσης, αέρια αίματος σε ηρεμία και άσκηση, σπιρομέτρηση, διαχυτική ικανότητα CO, στατικοί όγκοι. **Αποτελέσματα:** Ο μέσος χρόνος έκθεσης ήταν 19±13 έτη (5-44), με μέση εβδομαδιαία απασχόληση 53±10 ώρες (40-72). Κλινικά σημεία ήταν: παραγωγικός βήχας 6 ΟΤ (19%), ξηρός βήχας 4 ΟΤ (13%), δύσπνοια κοπώσεως 1 ΟΤ (3%). Εκ του εργαστηριακού ελέγχου: FEV1/VC (%pred) 102±6 (87-114), FEF25-50 (% pred.) 97±30 (42-171), RV/TLC (%pred) 87±26 (58-143), DLCO/VA (% pred.) 102±17 (68-140), PO2ηρ=93±14 mmHg (61-110), PO2ασκ=106±13 mmHg (75-134), PCO2ηρ=40±2 mmHg (36-45), PCO2ασκ = 39±3 mmHg (34-46). Ένας ασθενής είχε περιοριστική συνδρομή με μείωση της PO2ασκ και της DLCO/VA.

Συμπέρασμα: Ο λειτουργικός έλεγχος της αναπνοής σε ΟΤ δεν παρουσιάζει αξιόλογες μεταβολές.

186

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Γεωργάτου-Παπαγεωργίου Νίκη, Μαρώσης Κων/νος*, Γκάγκα Μίνα, Ζεϊμπέκογλου Κυριακή, Ρέππας Χρ., Μαύρου Ειρήνη, Σαμαρά Ιωάννα, Τρακόπουλος Γεώργιος.

Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών "ΣΩΤΗΡΙΑ"

Το κάπνισμα επηρεάζει ποικιλοτρόπως το αναπνευστικό σύστημα.

Σκοπός: Η συμβολή του καπνίσματος και της παθητικής έκθεσης στον καπνό στην εμφάνιση αναπνευστικών συμπτωμάτων.

Υλικό-Μέθοδος: Τυχαίο δείγμα 300 ατόμων 20-44 ετών, υποβλήθηκε σε ερωτηματολόγιο που αφορούσε την καπνιστική συνήθεια και συμπτώματα από το αναπνευστικό. Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε με τη μέθοδο χ².

Αποτελέσματα: Οι καπνιστές (61% των ερωτηθέντων) και ιδιαίτερα οι άνδρες εμφανίζουν συχνότερα σφύρττωση αναπνοή, βήχα και απόχρεμψη (p<0.0004). Η αφύπνιση από δύσπνοια είναι ανάλογη με τα χρόνια της καπνιστικής συνήθειας (p<0.01). Το παθητικό κάπνισμα στην ενήλικη ζωή δεν συσχετίζεται με την ύπαρξη αναπνευστικών συμπτωμάτων. Όσον όμως αφορά την έκθεση στον καπνό κατά την παιδική ηλικία, το κάπνισμα του πατέρα, αλλά όχι της μητέρας, ενοχοποιείται για την εμφάνιση πρώιμου βήχα (p<0.02) και απόχρεμψης (p<0.05) στην ενήλικη ζωή.

Συμπέρασμα: Το κάπνισμα και η παθητική έκθεση στον καπνό κατά την παιδική ηλικία ενοχοποιούνται για την εμφάνιση αναπνευστικών συμπτωμάτων στην ενήλικη ζωή. Αντίθετα, το παθητικό κάπνισμα κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής δεν φαίνεται να αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα μέχρι την ηλικία των 44 χρόνων.

188

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΑΣΘΜΑΤΟΣ, ΑΛΛΕΡΓΙΚΗΣ ΡΙΝΙΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΕΚΖΕΜΑΤΟΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ

Γκράτζιου Χριστίνα(*), Πρίφτης Νίκος, Αναγνωστάκης Ιωσήφ, Τάτσης Γεώργιος και Τζανάκας Ιωάννης. Πνευμονολογική Κλινική, Νοσοκομείο "Ευαγγελισμός", Αθήνα. Αλλεργιολογικό Τμήμα Νοσοκομείου Παιδών Πεντέλης, Αθήνα. Γ' Παιδιατρική Κλινική, "Ιπποκράτειο" Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη.

Σκοπός της μελέτης ήταν να ερευνηθεί η συχνότητα άσθματος, αλλεργικής ρινίτιδας και εκζέματος σε γενικό πληθυσμό παιδιών βάσει του κοινού πρωτοκόλλου της παγκόσμιας μελέτης ISAAC (International Study for Allergy and Asthma in Children).

Μοιράσθηκαν συνολικά ερωτηματολόγια σε παιδιά ηλικίας 6-7 ετών (1.950) και σε παιδιά ηλικίας 13-14 ετών (2.945). Η συμμετοχή ήταν 84.9% και 86.9% αντίστοιχα στις δύο ομάδες ηλικιών. Ερωτήθηκαν 1.654 παιδιά 6-7 ετών και 2.561 παιδιά 13-14 ετών. Από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου που αφορούσε τα αναπνευστικά συμπτώματα των παιδιών στις δύο ομάδες ηλικιών βρέθηκε:

	Ομάδα 6-7	Ομάδα 13-14
Αναπνευστικά συμπτώματα κατά τη διάρκεια ζωής	17.7%	12.3%
Αναπνευστικά συμπτώματα το τελευταίο έτος	7.6%	3.7%
Αριθμός κρίσεων	7.3%	3.6%
Νυκτερινή αφύπνιση	4.2%	2.0%
Νυκτερινός βήχας	12.8%	6.7%
Γνωστό άσθμα	5.4%	4.5%
Συμπτώματα μετά άσκηση	2.4%	3.6%

Συμπερασματικά φαίνεται ότι τα άσθματικού τύπου αναπνευστικά συμπτώματα όπως σφύρττωση ή βρόγχος στο στήθος, ήταν συχνότερα στα παιδιά ηλικίας 6-7 ετών απ'ότι στα μεγαλύτερα παιδιά.

Η εμφάνιση καθώς και η βαρύτητα των συμπτωμάτων το τελευταίο έτος (current asthma) ήταν μεγαλύτερη στην ίδια ομάδα καθώς και ο νυκτερινός βήχας ήταν συχνότερος.

Η διάγνωση του άσθματος ήταν γνωστή μόνο στο 5.4% και 4.5% των δύο ομάδων αντίστοιχα.

Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής δείχνουν μεγαλύτερη συχνότητα του άσθματος ή του άσθματικού τύπου αναπνευστικών συμπτωμάτων σε παιδιά νεότερης ηλικίας. Πιθανοί παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση των συμπτωμάτων ή και την εξέλιξη της νόσου αξίζει να ερευνηθούν και να μελετηθούν περαιτέρω.

189

Ο ΦΥΜΑΤΙΝΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ (Φ.Δ.) ΑΤΟΜΩΝ ΠΡΟΕΡΧΟΜΕΝΩΝ
ΑΠΟ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΕΥΡΩΠΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΠΩ
ΑΝΑΤΟΛΗΣ

Θεοδωρακόπουλος Παναγιώτης*, Μπούρας Αθανάσιος, Παναγάς Σωτήρης, Σολωμονίδης Ευάγγελος, Κατσαρδής Χάρης.

Ινστιτούτο ερεύνης νοσημάτων θώρακος υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας

Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση του Φ.Δ. των ατόμων που εισέρχονται στην Ελλάδα από χώρες της Ανατολικής Ευρώπης και της Άνω Ανατολής, γνωστού όντος πως οι χώρες από τις οποίες προέρχονται αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο πρόβλημα TB από εμάς.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Την τελευταία 5ετία υποβλήθηκαν από το κέντρο μας σε φυματιοαντίδραση ΜΑΝΤΟΥΧ RT23-2U1 958 αλλοδαποί ηλικίας από 14-29 ετών, οι οποίοι δεν είχαν υποβληθεί ποτέ σε εμβολιασμό με BCG, ούτε είχαν ασθενίσσει από TB (835 Ανατολ. Ευρώπης και 123 Άνω Ανατολής).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

ΧΩΡΕΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ	Αρ.Εξεταζομένων	Θετική ΜΑΝΤΟΥΧ	Φ.Δ%
Ανατολ. Ευρώπη	835	69	8.26
Άνω Ανατολή	123	15	12.1

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

1. Ο Φ.Δ. των μεταναστών βρέθηκε υψηλότερος από τον μέσο όρο στη χώρα μας κατά τις ηλικίες αυτές.
2. Στους προερχόμενους από χώρες της Άνω Ανατολής που η πλειοψηφία τους προορίζεται για οικιακές βοηθούς και σερβιτόρες, παρατηρείται Φ.Δ. σε στατιστικά σημαντικά υψηλότερα επίπεδα από τους υπόλοιπους μετανάστες.
3. Επιβάλλεται συστηματικός έλεγχος και περιοδικό SCREENING σε όλους τους εργαζομένους αλλοδαπούς στην χώρα μας. Εδώ πρέπει να τονισθεί και ο κίνδυνος φυματιώδους διαμόλυνσης από πολυανθεκτικά στα φάρμακα μυκοβακτηρίδια ιδίως από τους προερχόμενους από χώρες της Άνω Ανατολής.

191

ΣΥΝΗΘΕΣΤΕΡΑ ΑΙΤΙΑ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ -
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Ζωτόπουλος Παναγιώτης*, Λωσταράκος Παναγιώτης, Χανδρινός Βασίλειος, Παλαμίδας Φίλιππος, Πουλιάκη Ρένα, Λιδίος Εμμανουήλ, Α΄ Πνευμονολογική Κλινική, Σισμανόγλειο Νοσοκομείο, Αθήνα.

Το συνηθέστερο εργαστηριακό εύρημα των ασθενών μίας Πνευμονολογικής Κλινικής είναι η υποξυγοναιμία, ενώ η εκδήλωση αυτής (< 60 χιλ. Hg) αποτελεί την αναπνευστική ανεπάρκεια I. Συνύπαρξη PaCO₂ > 45 χιλ. Hg υποδηλοί αναπνευστική ανεπάρκεια II.

Σκοπός της μελέτης ήταν: I) Η καταγραφή όλων των αναπνευστικών ανεπαρκειών I και II, II) Η αιτιολογική των ταξινόμηση, III) Η διαπίστωση δια στατιστικής μελέτης των κυριότερων υπευθύνων κατά σειρά νόσων.

Υλικόν - Μέθοδος: Το υλικόν απέτελεσαν 277 περιστατικά αναπνευστικών ανεπαρκειών I και 104 περιστατικά αναπνευστικής ανεπάρκειας II (Νοεμ. 94 - Δεκ. 95). Τα κυριώτερα υπεύθυνα κατ' απόλυτον αριθμόν νοσήματα ήσαν Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (Χ.Α.Π.), Νεο-πν., περιοριστικές θωρακοπνευμονικές παθήσεις, λοιμώξεις, βρογχικά άσθματα. Έγινε στατιστική μελέτη (Χ² - TEST) προς διαπίστωση του κατά πόσον οι εκ των ανωτέρω νοσημάτων πάσχοντες, είχαν ετερογένειαν ως προς την εμφάνισιν του χαρακτηριστικού αναπνευστικής ανεπάρκειας.

Η μελέτη έγινε αρχικώς για όλα τα νοσήματα μαζί, μετά δε ανά ζεύγη (Χ.Α.Π. - Νεο, Νεο-περιοριστ. νοσ., Νεο-περιορ. νοσ. + λοιμώξεις, Χ.Α.Π. - περιοριστ. νοσ., καθώς και δια το βρ. άσθμα προς τα άλλα νοσήματα ανά ζεύγη). Η μελέτη έγινε χωριστά για τις αν. ανεπάρκειες I και II. Έγινε έλεγχος επίσης του εάν η Χ.Α.Π. και τα περιοριστικά νοσήματα προκαλούν πιά συχνά αν. ανεπάρκεια I ή II.

Αποτελέσματα: Διαπιστώθηκε σημαντική ετερογένεια μεταξύ των ομάδων των προαναφερθέντων νοσημάτων ως προς την εμφάνισιν του χαρακτηριστικού αν. ανεπάρκειας I. Ειδικώτερον η Χ.Α.Π. προκαλεί συχνότερα αν. ανεπάρκεια από ότι τα Νεο-πνευμόνων, ενώ τα νεοπλάσματα προκαλούν τόσο συχνά αν. ανεπάρκεια όσο και τα περιοριστικά νοσήματα (υπερέχουν λίγο τα τελευταία). Η Χ.Α.Π. επίσης υπερέχει ελάχιστα των περιοριστικών ως προς την πιθανότητα αν. ανεπάρκειας I. Προκειμένου περί Αν. ανεπ. II, η Χ.Α.Π. και τα περιοριστικά νοσήματα δεν διαφέρουν ως προς την πιθανότητα προκλήσεως της. Τέλος φαίνεται ότι τόσο η Χ.Α.Π. όσον και τα περιοριστικά νοσήματα, έχουν τις ίδιες πιθανότητες να προκαλέσουν αν. ανεπάρκεια I ή II.

190

ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ
ΘΩΡΑΚΟΣ ΣΕ ΟΔΟΝΤΟΤΕΧΝΙΤΕΣ

Μ. Ε. Φρουδαράκης*, Α. Βολουδάκη, Μ. Κουντάκης, Γ. Δρακωνάκης, Δ. Μπούρος, Ν. Γκουρτσγιάννης, Ν. Μ. Σιαφάκας, Πνευμονολογική Κλινική και Ακτινολογικό Εργαστήριο Πανεπιστημίου Κρήτης.

Σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση των πιθανών ανωμαλιών της Υπολογιστικής Τομογραφίας θώρακος (ΥΤ) σε Οδοντοτεχνίτες (ΟΤ). **Μέθοδος:** 31 ΟΤ, μέσης ηλικίας 38±11 ετών (21-61), περιελήφθησαν σε μία προοπτική μελέτη. Καταγράφηκαν: δημογραφικά στοιχεία, κλινικά σημεία, στοιχεία περιβαλλοντικής έκθεσης. Η ακτινολογική μελέτη περιελάμβανε οπισθοπρόσθια και πλαγία ακτινογραφία θώρακος (ΑΘ), συμβατική ΥΤ (ΣΥΤ) και υψηλής ευκρίνειας ΥΤ (ΥΕΥΤ). Τα ευρήματα αξιολογήθηκαν απο δύο ειδικούς εξεταστές χωριστά (με βάση το σύστημα ILO για ΑΘ). **Αποτελέσματα:** Ο μέσος χρόνος έκθεσης ήταν 19±13 έτη (5-44), με μέση εβδομαδιαία απασχόληση 53±10 ώρες (40-72). 5 ΟΤ είχαν στην ΑΘ παρεγχυματικές βλάβες: 2/2 q/q, 1/0 q/q, 1/0 q/q, 0/1 p/p, 0/1 q/q. 7 ΟΤ είχαν στη ΣΥΤ λεμφαδένες με διάμετρο ≥ 10mm. Οι μεγάλης διαμέτρου παρεγχυματικές βλάβες ήταν πλέον ορατές στην ΣΥΤ. 10 ΟΤ είχαν συνοδές βλάβες στην ΥΕΥΤ, μη ορατές από την ΣΥΤ. **Συμπέρασμα:** Οι ΟΤ παρουσιάζουν ακτινολογικά ευρήματα στην ΑΘ, την ΣΥΤ και την ΥΕΥΤ. Η ΣΥΤ είχε καλύτερη ευαισθησία στους μεγάλους όζους, ενώ η ΥΕΥΤ στους μικρούς και σε άλλες συνοδές ανωμαλίες.

192

Ζεύγη Βασιλεία*, Πνευμονολογική Κλινική, Τσιτισπούλου Αναστασία, Βορέα-Λευθερίωτη Γεωργία, Σταυροπούλου-Πικέτα Αικατερίνη.

Πνευμονολογικό Τμήμα-ΠΙΠΙ "Γ. ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ"-Πάφου, Πνευμονολογική Κλινική "Γ.Γ. Παυλίνα", Ακτινολογικό Εργαστήριο ΠΙΠΝΑ-Αθήνα, Ακτινολογικό Τμήμα - Εθνικό Κέντρο Ισοτομογραφίας-ΠΙΠΝΑ-Αθήνα.

ΕΠΙΨΕΦΕ ΒΑΣΣΙΝΩΣΗΣ ΣΕ 440 ΕΡΓΑΤΕΣ ΚΑΣΤΕΛΙΟΥ ΒΑΜΒΑΚΙΟΥ

Η Βασσίωση, σύμφωνα με νεότερες απόψεις και πειραματικά δεδομέν, έχει ανοσολογική παθοφυσιολογική βάση, του τύπου της κυλιελιτίδας.

Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να διερευνηθούν οι λειτουργικές διαταραχές και αιματολογικές μεταβολές στο περιφερικό αίμα εργατών κλωστήριου βαμβακιού. Μελετήθηκαν οι σπινθηρομετρικές 440 εργατών κατά την πρώτη εργάσιμη μέρα, πριν από την είσοδο στην παραγωγή καθώς και τέσσερις ώρες μετά. Μετόθησαν: FVC, FEV₁, PFR, MMEF, V75%, V50%, V25%. Σε 77 εργάτες των προκαταρκτικών μετρήθηκαν πριν & μετά 4μηρ έκθεση στη σκόνη του βαμβακιού: λευκά, πολυμορφόσημα, λευκοκύτταρα, ημινόφιλα, μονοπύρνα και αιμοπετάλια.

Μετά από στατιστική ανάλυση με τη μέθοδο T-TEST κατά ζεύγη παρατηρήθηκαν: μείωση της FVC και αύξηση των MMEF, V50% και V25% μετά την έκθεση, καθώς και αύξηση των πολυμορφόσημων, μείωση των λευκοκυττάρων, ημινόφιλων και μονοπυρήνων και αύξηση των αιμοπεταλίων.

Τα αποτελέσματα αυτά αποτελούν έμμεσα στοιχεία για την ενίσχυση της νεότερης άποψης ότι η βλάβη στους πνεύμονες μετά την εισπνοή σκόνης βαμβακιού είναι αυτή της κυλιελιτίδας.

193

ΠΝΕΥΜΟΝΟΚΟΝΙΩΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΟΡΥΚΤΟ ΠΕΡΛΙΤΗΣ.

Σωληναριάου Κωνσταντίν*, Σωληναριάος Ευάγγελος, Ζαχαριάδης Εμμανουήλ.
Σισμανόγλειο ΓΠΝΑ.

Ο περλίτης είναι πυριτικό άλας υάλου ηφαιστειακής προέλευσης, μερικά ορυκτά του οποίου περιέχουν πυρίτιο που κυμαίνεται από 1-3%. Έχει ευρεία βιομηχανική χρήση ως μονωτικό υλικό οικοδομικών κατασκευών, χρησιμεύει για την μεταφορά και αποθήκευση αγροποιημένων αερίων, για φιλτραρίσμο ως υλικό διηθήσεως (κρασιού, μύρας, φαρμάκων), στην ανθοκηπουρική, στην υαλοουργία κ.λπ. Η Ελλάδα είναι η πρώτη χώρα στην Ευρώπη και η δεύτερη στον κόσμο - μετά τις Η.Π.Α. - στον τομέα παραγωγής περλίτη.

Στόχος της εργασίας είναι η διαπίστωση της συχνότητας της πνευμονοκονίωσης μεταξύ των εργαζομένων στο ορυχείο περλίτη της Μήλου. Εξετάστηκαν 230 μεταλλωρύχοι οι οποίοι υποβλήθηκαν σε μικροακτινογράφιση από το ΙΕΝΘ στη δεκαετία 1958 - 67. Σε 68 από αυτούς διαπιστώθηκαν ακτινολογικά ευρήματα ύποπτα για πνευμονοκονίωση.

Αποτελέσματα: Διαπιστώθηκε ότι 27 (11,7%) έπασαν από πνευμονοκονίωση. Οι 25 είχαν ακτινολογικά ευρήματα του τύπου των μικρών σικιών και 2 του τύπου των μεγάλων σικιών (2-τ, 4-υ, 4-1ρ, 9-2ρ, 4-3ρ και 2-Α κατά ΙΛΟ). Όλοι οι άρρωστοι ήταν ασυμπτωματικοί και δεν παρουσίαζαν σπироγραφικά διαταραχή των πνευμονικών όγκων αέρα. Ο μέσος χρόνος απασχόλησης ήταν 11,5 χρόνια (10 - 16) και η μέση ηλικία ήταν 46 χρόνια (35 - 58).

Συμπεράσματα: Η αυξημένη συχνότητα της πνευμονοκονίωσης και το μικρό χρονικό διάστημα αποτελούν τεκμήρια για ανθυγιεινές συνθήκες εργασίας κατά τον θρυμματισμό και λειτουργία του περλίτη. Επιβάλλεται η λήψη μέτρων προστασίας, θερμοθέτηση του Γιατρού Εργασίας, του τεχνικού ασφάλειας και των Επιτροπών Υγιεινής και Ασφάλειας των εργαζομένων.

195

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΕ ΝΕΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΜΕ ΜΕΙΖΟΝΑ ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ

Γούσου Α.*, Γουργουλιάνης Κ., Παπαϊωάννου Γ., Χαλκιάς Χ., Σταθάκης Ν., Μολυβδάς Π.-Α.
Ιατρικό Τμήμα Παν/μίου Θεσσαλίας, Λάρισα
Μον. Μεσογειακής Αναμίας, ΠΓΝΛ, Λάρισα

Σκοπός της εργασίας ήταν η εκτίμηση της πνευμονικής λειτουργίας σε νέους ενήλικες ομοζυώτες β-θαλασσαιμίας.

Υλικό και Μέθοδος. Μελετήθηκαν 42 ασθενείς (22 θήλειες και 20 άρρενες) ηλικίας 17-36 ετών, από τους οποίους κανένας δεν είχε ιστορικό αναπνευστικής νόσου. Όλοι υποβλήθηκαν σε δυναμική σπироμέτρηση, μέτρηση στατικών όγκων με τη μέθοδο αραίωσης ηλίου και διαχυτικής ικανότητας με τη μέθοδο της μιας αναπνοής μονοξειδίου του άνθρακα.

Αποτέλεσμα. Μόνο 5 ασθενείς (όλοι ηλικίας κάτω των 21 ετών) είχαν φυσιολογική πνευμονική λειτουργία. Τέσσερις ασθενείς είχαν μόνο διαταραχή της διάχυσης. Όλοι οι ασθενείς αυτοί είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές φερριτίνης σε σύγκριση με τους υπόλοιπους εξετασθέντες. Ο περισσότερο συχνός τύπος διαταραχής αερισμού ήταν ο περιοριστικός (18 ασθενείς). Οι 15 ασθενείς με μικτού τύπου διαταραχή αερισμού είχαν στατιστικά σημαντικά συχνότερα καρδιακή ανεπάρκεια (υπερηχογραφικά τεκμηριωμένη) και οστεοπόρωση μετά από μέτρηση της οστικής πυκνότητας.

Συμπερασματικά, η αιμοσιδήρωση, η δυσανάλογη ανάπτυξη θωρακικού κλωβού και πνευμόνων και η καρδιακή ανεπάρκεια, πιθανότατα ευθύνονται για τις διαταραχές της πνευμονικής λειτουργίας στη μεζονα β-θαλασσαιμία.

194

ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΤΗΣ ΑΤΜΟΣΦΑΙΡΙΚΗΣ ΡΥΠΑΝΣΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΒΡΟΓΧΙΚΟΥ ΑΣΘΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΓΝΝΘΑ "Η ΣΩΤΗΡΙΑ": 1984-1991

Ι Ηλίας, Α Τσελεμπής*, Θ Παπάς, Σ Πανοπούλου, Δ Νικολακάκου, Α Νικίτας, Δ Ηλίας*, Ν Φιλίππου

9ο Πνευμονολογικό Τμήμα του ΠΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία"-Αθήνα.

*Εργαστήριο Φυσικής της Ατμόσφαιρας, Πανεπιστήμιο Πατρών

Σκοπός της παρούσης εργασίας ήταν η μελέτη της επίδρασης της ατμοσφαιρικής ρύπανσης της πόλης των Αθηνών επί των κρίσεων βρογχικού άσθματος, γνωρίζοντας ότι την τελευταία εικοσαετία η πρωτεύουσα παρουσιάζει σημαντικό πρόβλημα ατμοσφαιρικής ρύπανσης, ιδίως φωτοχημικής (με προεξάρχοντες ρύπους τα οξειδία του αζώτου και το όζον).

Μελετήθηκε η συσχέτιση μεταξύ των μέσων ετησίων επιπέδων NO₂, NO, O₃, SO₂, CO και αιθαλής (δημοσιευμένα δεδομένα αναφορών του ΠΕΡΠΠΑ από 8 σταθμούς μετρήσεων) και του ετήσιου αριθμού περιστατικών βρογχικού άσθματος που αντιμετωπίστηκαν στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του ΠΓΝΝΘΑ από το 1984 έως και το 1991. Χρησιμοποιήθηκε η τεχνική stepwise backward linear regression. Καθώς η κλινική διάγνωση της ασθματικής κρίσης τίθεται σχεδόν με βεβαιότητα σε χαμηλές σχετικά ηλικίες, ελήφθησαν υπόψη μόνο άτομα από 15-24, 25-34 και 35-44 ετών (άνδρες και γυναίκες ξεχωριστά, συνολικός αριθμός 2388 άτομα).

Σε όλες τις ομάδες των ασθενών οι συντελεστές συσχέτισης (με εξαίρεση τις γυναίκες 15-24 ετών) με το CO ήταν μεγάλοι (r από +0,85 έως +0,91). Αυτό είναι ένα αποτέλεσμα που πρέπει να αποτελέσει έναυσμα για περαιτέρω μελέτη του προβλήματος, αφού δείχνει μεγαλύτερη επίδραση στις κρίσεις άσθματος ενός ρυπτού απλού προϊόντος καύσης σε αντίθεση με τους φωτοχημικούς ρύπους.

196

ΠΕΡΙΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Αργυροπούλου Παρασκευή, Μαυροφίδης Ευκλείδης, Τσαρτισανιώτης Ευάγγελος, Πιτσιου Γεωργία, Γιάννου Ελπίδα, Κακαβελάς Ηλίας, Πατάκος Δημήτριος
Μονάδα Αναπνευστικής Ανεπάρκειας, Α.Π.Θ.

Εισαγωγή: Ασθενείς με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια (ΧΚΑ) εμφανίζουν αδυναμία των εισπνευστικών και εκπνευστικών αναπνευστικών μυών και διαταραχές της αναπνευστικής λειτουργίας.

Σκοπός: Η εργασία αυτή εξετάζει το ρόλο των αντέρω παραγόντων στον περιορισμό της ικανότητας άσκησης σε ασθενείς με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια.

Υλικό και μέθοδοι: Τριάντα πέντε ασθενείς με ΧΚΑ (NYHA κλάση 12-II 15:III και 8:IV) υποβλήθηκαν σε καθημερινό των δεξιών καρδιακών κοιλιοτήτων. Μετά δύο ημέρες υποβλήθηκαν σε άσκηση με προοδευτικά αυξανόμενο έργο έως να διακόψουν λόγω δύσπνοιας για να προσδιοριστεί η μέγιστη κατανάλωση O₂ (V_{O2max}). Σπυρομετρικά μετρήθηκαν οι πνευμονικοί όγκοι και χωρητικότητες, οι εκπνευστικές ροές και ο δείκτης διάχυσης (DLCO). Η δύναμη (μέγιστες εισπνευστικές P_{imax} και εκπνευστικές P_{Emax} σταματικές πιέσεις) και η αντοχή των αναπνευστικών μυών υπολογίσθηκε επίσης.

Αποτελέσματα: Είκοσι δύο ασθενείς είχαν ισχυρική και 13 διαστατική μυοκαρδιοπάθεια. Εννέα ασθενείς είχαν περιοριστικού, 6 αποφρακτικού τύπου διαταραχή και 21 ελάττωση του δείκτη διάχυσης. Η δύναμη (P_{imax} 79,9±34,5 P_{Emax} 98,9±31,2 cmH₂O) και η αντοχή (E_T 79±19,2, E_E 76±15,2) των αναπνευστικών μυών ήταν ελαττωμένη. Η V_{O2max} ήταν ελαττωμένη (13,8±3,54ml·min⁻¹·Kg⁻¹). Επίσης δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της V_{O2max} των P_{imax}, P_{Emax} και αντοχής των αναπνευστικών μυών του DLCO, των εκπνευστικών ροών και των πνευμονικών όγκων και χωρητικότητων. Αντίθετα η V_{O2max} συσχετίζεται στατιστικά με την πίεση ενσπίνωσης της πνευμονικής αρτηρίας (PW r=-0,404, p<0,05) και LVEF (r=0,666 p<0,01).

Συμπεράσματα: Η λειτουργία της αριστεράς κοιλίας είναι ένας σημαντικός παράγοντας, που καθορίζει την ικανότητα άσκησης σε ασθενείς με ΧΚΑ.

197

ΚΑΤΑΚΡΑΤΗΣΗ CO₂ ΣΕ ΑΘΛΗΤΕΣ ΑΝΤΟΧΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΜΕΓΙΣΤΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΚΟΠΩΣΗΣ ΑΥΞΑΝΟΜΕΝΗΣ ΕΝΤΑΣΗΣ

Κοσμάς Επαμεινώνδας*, Δημοπούλου Ιωάννα, Κουλούρης Νικόλαος, Παραστατίδης Σωκράτης, Montserrat Josep, Levy Robert, Cosio Manuel.

Πνευμονολογικό Τμήμα Α. Φλέμινγκ, ΜΕΘ Ωνασίου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου, Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική Ν.Ν.Θ.Α. και Respiratory Division, Royal Victoria Hospital, McGill University, Montreal, Canada.

Οι υγιείς ενήλικες διατηρούν την τελοεκπνευστική PCO₂ (P_{ET}CO₂) κατά τη διάρκεια της δοκιμασίας κόπωσης παρά την μεγάλη αύξηση του ολικού κατά λεπτόν αερισμού (V_E). Είναι γνωστό επίσης ότι οι αθλητές αντοχής αφ' ενός έχουν μικρότερο V_E για δεδομένο φορτίο έργου, αφ' ετέρου ο V_Emax τους αυξάνεται πάρα πολύ στο τέλος της δοκιμασίας κόπωσης φθάνοντας περίπου στο 100% του μέγιστου εκούσιου αερισμού (MVV). Ο σκοπός της μελέτης ήταν να εξετασθεί κατά πόσον αυτός ο ιδιαίτερος τύπος αερισμού των αθλητών αντοχής επιδρά στην P_{ET}CO₂. Μελετήθηκαν 15 άρρενες αθλητές αντοχής ηλικίας 32 ± 7 ετών (μέση τιμή ± SD) με μέγιστη δοκιμασία κόπωσης βαθμιαία αυξανόμενης έντασης (40 Watts/min) σε ποδήλατο. Εννέα αθλητές (ομάδα Α) παρουσίασαν μια σταδιακή αύξηση της P_{ET}CO₂ κατά τη διάρκεια της δοκιμασίας που έφθασε σε επίπεδα 50 mmHg και ακολουθήθηκε από μια απότομη πτώση σε νορμοκαπνικά επίπεδα κατά το τέλος της κόπωσης. Οι υπόλοιποι 6 αθλητές (ομάδα Β) παρουσίασαν σταθερή P_{ET}CO₂ (<43 mmHg) καθ' όλη τη διάρκεια της κόπωσης. Η ομάδα Α παρουσίασε στατιστικά σημαντική ελάττωση του V_E, του V_E/VCO₂, του V_I/T_I και του (V_I/T_I)/VCO₂ σε δεδομένα επίπεδα κατανάλωσης O₂ (V̇O₂) κατά τη διάρκεια της κόπωσης σε σύγκριση με την ομάδα Β (όπου V̇CO₂ η παραγωγή CO₂ και V_I/T_I η μέση εισπνευστική ροή που σε υγιείς αντιπροσωπεύει ουσιαστικά το αναπνευστικό drive). Συμπεραίνομε ότι μερικοί αθλητές αντοχής παρουσιάζουν υπερκαπνία κατά τη διάρκεια μέγιστης δοκιμασίας κόπωσης, η οποία φαίνεται να οφείλεται σε καταστολή του αναπνευστικού drive και συνεπώς σε μειωμένο αερισμό.

199

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΜΙΚΡΩΝ ΑΕΡΑΓΩΓΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ.

Σαμίου Μαρία*, Τζανάκης Νικόλαος, Χατζάκης Κωνσταντίνος, Μουζάς Ιωάννης, Μπούρος Δημοσθένης, Μανουσός Ορέστης* και Σιαφάκος Νικόλαος.

Πνευμονολογική Κλινική Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο, Κρήτη. Γαστρεντερολογική Κλινική Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο, Κρήτη.

Οι φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου σχετίζονται με πνευμονικές εκδηλώσεις, όπως πνευμονική ίνωση, αγγείτιδα, κοκκιοματώδη πνευμονική νόσο, χρόνια βρογχική διαπύση, βρογχεκτασίες και πνευμονική εμβολή.

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να μελετηθεί η λειτουργία των μικρών αεραγωγών σε ασθενείς με νόσο του Crohn (CD) και ελκώδη κολίτιδα (UC).

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήθηκαν 18 ασθενείς, 9 με νόσο CD και 9 με UC αντίστοιχα. Στους ασθενείς έγινε πλήρης λειτουργικός έλεγχος των πνευμόνων (σπιρομέτρηση προ και μετά βρογχοδιαστολή, των στατικών όγκων και μέτρηση της διαχυτικής ικανότητας). Η λειτουργία των μικρών αεραγωγών εκτιμήθηκε με την μέθοδο της καμπύλης ροής-όγκου με εισπνοή αέρα και μίγματος He 80% και O₂ 20%. Μετρήθηκε η διαφορά της μέγιστης εκπνευστικής ροής στο 50% της FVC (ΔVmax50) μεταξύ της καμπύλης ροής-όγκου με αέρα και μίγματος He O₂. Επίσης βρέθηκε το σημείο σύμπτωσης των ροών των δύο καμπυλών, το οποίο εκφράστηκε σε ποσοστό επί τοις εκατό (%) της FVC (VisoV). Οι τιμές VisoV και ΔVmax50 συγκρίθηκαν με τις αντίστοιχες τιμές 15 φυσιολογικών ατόμων (N) ίδιας ηλικίας, φύλου και καπνιστικής συνήθειας.

Αποτελέσματα: Όλοι οι ασθενείς είχαν φυσιολογικό λειτουργικό έλεγχο ρουτίνας. Τα ευρήματα από την μελέτη της λειτουργίας των μικρών αεραγωγών παρουσιάζονται στον πίνακα, ως μέσες τιμές ± SD.

	ΔVmax50 (L/min) (X±SD)	VISOV(% FVC) (X±SD)
CD (n=9)	31,6 ± 14,3	26,47 ± 7,7*
UC (n=9)	42,87 ± 27*	24,78 ± 5,78*
N (n=9)	38,6 ± 7,7	19,1 ± 5,04

*p < 0,05

Συμπεράσματα: Η παράμετρος VisoV ήταν στατιστικά αυξημένη και στις δύο εντεροπάθειες, ενώ η ΔVmax50 ήταν μόνο στην UC. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι μικροί αεραγωγοί είναι επηρεασμένοι στις φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου.

198

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΕΚΤΙΜΗΤΡΙΩΝ (a, b) ΤΗΣ ΕΞΙΣΩΣΗΣ ΠΡΟΣΟΜΙΩΣΕΩΣ ΤΗΣ ΚΑΜΠΥΛΗΣ V̇_{max}/V ΜΕ ΤΟΝ ΔΕΙΚΤΗ SHWACHMAN-KULCZYCKI (ΔSK) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ (ΚΙ)

Μαθλουδάκης Γεώργιος*, Χρυσοεράκης Γεώργιος, Ντουντουνάκης Σταύρος, Αδάμ Γεώργιος και Μπεχράκης Παναγιώτης Πνευμονολογική Κλινική Γ. Π. Ν. Πειραιώς, Τμήμα Ινκυστικής Νόσου Γ. Ν. Παίδων Αθηνών 'Αγία Σοφία', Εργαστήριο Πειραματικής Φυσιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών.

Έχουμε δείξει (πρακ. 7ου Πανελ. Συν. Νοσ. Θωρ. σ. 55) ότι τα μορφολογικά χαρακτηριστικά του κατιόντος σκέλους της καμπύλης V̇_{max}/V περιγράφονται με ακρίβεια με την εξίσωση V̇_e = e^{3.1bV} (1), ώστε να μπορούν να εκτιμηθούν ικανοποιητικά οι διαταραχές αερισμού διαφόρων τύπων, χωρίς αναφορά σε προβλεπόμενες τιμές, οι οποίες εξ' άλλου δεν είναι στατιστικά συνεπείς και δεν κατοχυρώνονται από φυσιολογικής απόψεως. **Σκοπός** της εργασίας αυτής ήταν η συσχέτιση των a και b με τον ΔSK, σε ασθενείς με ΚΙ.

Υλικό-Μέθοδος. Στην εργασία περιελήφθησαν 64 ασθενείς, 44 άνδρες και 20 γυναίκες, ηλικίας 15±6 και 14±6 ετών (X±sd), αντίστοιχα. Μετά την επίλυση των εξισώσεων προσομοίωσης των καμπυλών V̇_{max}/V, συσχέτισαμε τις εκτιμημένες τους a και b με τον ταυτόχρονα προσδιοριζόμενο ΔSK, χρησιμοποιώντας τη μέθοδο των Gauss-Markon (πολλαπλή συσχέτιση).

Αποτελέσματα. Διαπιστώσαμε ισχυρή (P=33.77) και, από στατιστικής απόψεως, σημαντική (R²=0.52) εξάρτηση του ΔSK από το μέγεθος των εκτιμητριών της εξισώσεως προσομοίωσης της εκπνευστικής καμπύλης ροής-όγκου. Οι καμπύλες συσχέτισεως ήταν διαφορετικές (p<0.05) στους άνδρες και στις γυναίκες (80.23+7.44*a-3.62*b), (87.36-0.265*a-10.31*b), αντίστοιχα.

Συμπεράσμα. Η εξίσωση προσομοίωσης του κατιόντος σκέλους της καμπύλης V̇_{max}/V περιγράφει ικανοποιητικά την κλινική κατάσταση των πασχόντων από ΚΙ, όπως αυτή εκφράζεται με τον ΔSK.

200

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΕ ΑΘΛΗΤΕΣ ΜΕΣΑΙΩΝ ΑΠΟΣΤΑΣΕΩΝ

Μπρέλλας Ν.*, Χατζηπαρασίδης Γ., Σούλας Δ., Χρήστου Κ., Γουρουλιάνης Κ., Μολυβδάς Π.-Α. Εργαστήριο Φυσιολογίας της Αναπνοής - Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα ΤΕΦΑΑ Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τρίκαλα

Με **σκοπό** τη μελέτη της αναπνευστικής λειτουργίας σε αθλητές μεσαίων αποστάσεων συγκρίθηκαν τα αποτελέσματα της σπιρομέτρησης μεταξύ μιας ομάδας 16 αθλητών μεσαίων αποστάσεων και μιας ομάδας 13 φοιτητών του Τμήματος Επιστημών Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού.

Υλικό και Μέθοδος. Όλοι οι εξεταζόμενοι ήταν άνδρες ηλικίας 17 έως 22 ετών και υποβλήθηκαν σε τρεις προσπάθειες δυναμικής σπιρομέτρησης και μέτρηση του μέγιστου εκούσιου αερισμού. Οι πνευμονικοί όγκοι μετρήθηκαν από την καλύτερη προσπάθεια.

Αποτελέσματα. Η ταχέως εκπνεύσιμη ζωτική χωρητικότητα ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη στην ομάδα των αθλητών (104% της προβλεπόμενης τιμής) σε σχέση με την ομάδα των φοιτητών (94% της προβλεπόμενης τιμής) (p<0.05). Στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερος βρέθηκε επίσης ο ταχέως εκπνεύσιμος όγκος αέρα στο πρώτο δευτερόλεπτο καθώς και η εκπνευστική ροή στο 75% της ζωτικής χωρητικότητας. Η μέση τιμή του μέγιστου εκούσιου αερισμού ήταν μεγαλύτερη στην ομάδα των αθλητών (100.812 λίτρα) σε σχέση με τους φοιτητές (81.154 λίτρα) (p<0.05). Η αναπνευστική λειτουργία αυξανόταν με τα χρόνια και τις ώρες ημερήσιας άθλησης.

Συμπερασματικά η αναπνευστική λειτουργία των αθλητών μεσαίων αποστάσεων φαίνεται ότι είναι στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη ακόμα και όταν συγκρίνεται με φοιτητές φυσικής αγωγής που έχουν σημαντική αωματική δραστηριότητα.

201

Η ΠΝΕΥΜΟΛΟΓΙΑ ΚΑΤΑ ΤΟΥΣ ΠΡΩΤΟΒΥΖΑΝΤΙΝΟΥΣ ΧΡΟΝΟΥΣ ΣΥΜΒΟΛΗ ΕΙΣ ΤΗΝ ΜΕΛΕΤΗΝ ΤΟΥ ΕΡΓΟΥ ΤΟΥ ΟΡΕΙΒΑΣΙΟΥ Ζιωτόπουλος Παναγιώτης*, Παλαμίδας Φίλιππος, Αντωνιάδης Αντώνιος

Α' Πνευμονολογική Κλινική, Σισμανόγλειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Ο Ορειβάσιος υπήρξε ο διαπρεπέστερος ίσως ιατρός της πρωτοβυζαντινής εποχής (Προσωπικός ιατρός του αυτοκράτορος Ιουλιανού του Παραβάτου).

Σκοπός της ανακοινώσεως αυτής είναι η παρουσίαση εις το πνευμονολογικόν κοινόν και δη εις τους νεωτέρους συναδέλφους, του συνόλου έργου "Συναγωγή" του Ορειβάσιου που αφορά το αναπνευστικό σύστημα, προκειμένου να φανεί το μέγεθος της συνεισφοράς του εις την διατήρησιν υψηλού του επιπέδου της Ελληνικής ιατρικής κατά τους μετά τον Γαληνόν χρόνους.

Υλικόν-Μέθοδος. Τα αφορώντα την παθολογίαν και θεραπευτικήν του αναπνευστικού ευρίσκονται κυρίως εις τον 1ον-2ον-5ον τόμους (εις τον 5ον τόμον υπάρχει και ανεξάρτητον συγγραμμάτιον θεραπευτικής και του αναπνευστικού, αφιερωμένον εις τον Ιουλιανόν, καθώς επίσης και η πραγματεία προς τον υιόν του ιατρού Ευστάθιον, τμήμα της οποίας αποτελεί η εργασία "Περί των στηθικών νοσημάτων"). Εις τον 3ον τόμον υπάρχουν όλα τα αναφερόμενα σε θέματα φυσιολογίας και παθολογικής φυσιολογίας της αναπνοής.

Αποτελέσματα (Τα κυριώτερα σημεία του έργου)

- Περιγραφή ασφυξίας από απόφραξη ανωτέρων αεραγωγών και αντιμετώπισης
- Αναφορά εις την θεραπείαν των αναπν. παθήσεων διά εισπνοών (υποκαπιτισμών)
- Περί των χοιράδων και περί της θεραπείας αυτών
- Περί των αιμοπτύσεων και της αντιμετώπισεως των
- Περί της θεραπείας των οξειών συμφορητικών καταστάσεων των αεραγωγών
- Περί των εμπυημάτων και της θεραπείας αυτών
- Περί πλευριτιδών, περί άσθματος, κλπ.
- **Θέματα φυσιολογίας**
- περί της κινήσεως των πνευμόνων και του θώρακος (αι απόψεις του δεν διαφέρουν των σημερινών)
- Περί αιτίας της αναπνοής (περιέχονται πολύτιμα στοιχεία περί των αναπνευστικών μών και της λειτουργίας αυτών. Επίσης αντιμετώπισης του αναπν. συστήματος ως ολότητος, με επιμέρους στοιχεία τον εγκέφαλον, τα νείρα, τους μύς, τον θώρακα, τους πνεύμονες).

203

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΦΛΕΒΟΚΟΜΒΙΚΩΝ ΠΑΥΣΕΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΠΝΟΙΕΣ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ ΜΕ ΣΥΝΕΧΗ ΘΕΤΙΚΗ ΠΙΕΣΗ ΣΤΟΥΣ ΑΕΡΑΓΩΓΟΥΣ (CPAP).

Βαγιάκης Εμμανουήλ*, Μαυρομάτης Αντώνιος, Ρούση Χριστίνα, Ζακυνθινός Σπυρίδων, Ζακυνθινός Επαμεινώνδας, Φλώρος Ιωάννης, Ρούσσοσ Χαράλαμπος.

Κέντρο Μελέτης Ύπνου - Κλινική Εντατικής Θεραπείας Πανεπιστημίου Αθηνών Νοσοκομείο "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ" Αθήνα.

Φλεβοκομβικές παύσεις διάρκειας άνω των 2 sec έχουν καταγραφεί σε ποσοστό 10% περίπου των ασθενών κατά τη διάρκεια αποφρακτικών άπνοιών. Σκοπός της εργασίας ήταν να διερευνηθεί αν η διόρθωση των άπνοιών με CPAP αποκαθιστά τον καρδιακό ρυθμό. Περιγράφονται 7 περιπτώσεις ασθενών με σύνδρομο άπνοιας στον ύπνο στους οποίους κατεγράφησαν στο ΗΚΓ κατά τη διάρκεια της μελέτης ύπνου μεγάλες φλεβοκομβικές παύσεις διάρκειας από 5 ως 13 sec και επανειλημμένα επεισόδια φλεβοκομβικής βραδυκαρδίας με σφύξεις κάτω από 30 ανά λεπτό. Οι ασθενείς ήταν όλοι άνδρες ηλικίας 54±8 ετών με μέσο άπνοιικό-υποπνοιικό δείκτη (AHI) 68±24 και μέσο όρο χαμηλότερου κορεσμού κατά τη διάρκεια της μελέτης ύπνου 79±8%

Η καταγραφή έδειξε ότι οι παύσεις εμφανίζονται κατά τη διάρκεια άπνοιών επεισοδίων. Αν τέτοιου είδους αρρυθμίες καταγραφούν στο 24ωρο ΗΚΓράφημα Holter συνήθως τίθεται από τους καρδιολόγους η ένδειξη βηματοδότησης, γεγονός που συνέβη σε 2 από τους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε Holter 24ώρου.

Σε επόμενη μελέτη ύπνου στην οποία χρησιμοποιήθηκε συσκευή μονίμου θετικής πίεσης εισπνοής (CPAP) κατάλληλα ρυθμισμένη, ώστε να εξασφαιστούν οι άπνοιες δεν καταγράφησαν ούτε φλεβοκομβικές παύσεις ούτε βραδυκαρδίες. Οι ασθενείς αποκατέστησαν φυσιολογικό φλεβοκομβικό ρυθμό.

Συμπεράσματα

- 1) Οι άπνοιες κατά τη διάρκεια του ύπνου είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε σοβαρές αρρυθμίες που είναι διορθώσιμες με χρήση CPAP.
- 2) Η συσχέτιση των αρρυθμιών με τις άπνοιες συχνά διαλαθεί και τίθεται λανθασμένα η ένδειξη βηματοδότησης.

*AHI : Αριθμός άπνοιών και υποπνοιών ανά ώρα ύπνου.

202

ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΛΛΗΛΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΣΚΕΥΗΣ CPAP. ΕΙΝΑΙ Η ΜΕΛΕΤΗ ΟΛΟΚΛΗΡΗ ΤΗ ΝΥΧΤΑ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ ;

Βαγιάκης Εμμανουήλ*, Ζακυνθινός Επαμεινώνδας, Μαυρομάτης Αντώνιος, Πρεκατές Αθανάσιος, Ρούση Χριστίνα, Νανάς Σεραφείμ, Ρούσσοσ Χαράλαμπος.
Κέντρο Μελέτης Ύπνου - Κλινική Εντατικής Θεραπείας Πανεπιστημίου Αθηνών Νοσοκομείο "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ" Αθήνα.

Κατάλληλη πίεση της συσκευής CPAP για την αντιμετώπιση των αποφρακτικών άπνοιών είναι η ελάχιστη πίεση που καταργεί τις άπνοιες και το ροχαλιτό σε όλες τις θέσεις σώματος και όλα τα στάδια ύπνου. **Σκοπός** αυτής της εργασίας ήταν να διευκρινιστεί αν μια ολιγόωρη μελέτη ύπνου είναι επαρκής για τον προσδιορισμό αυτής της κατάλληλης πίεσης.

Μελετήθηκαν με συσκευή CPAP 94 διαδοχικοί ασθενείς, (76 άνδρες και 18 γυναίκες) που έπασχαν από το σύνδρομο της αποφρακτικής άπνοιας με μέσο AHI 53±24. Ο χρόνος της νυκτερινής μελέτης διαірθηκε σε δύο 4ωρα, στο πρώτο γινόταν ο προσδιορισμός της πίεσεως και στο δεύτερο γινόταν διορθώσεις της πίεσεως όπου απαιτείτο.

Αποτελέσματα

Σε 44 από τους 94 ασθενείς, ποσοστό 47%, (34 άνδρες, 10 γυναίκες) χρειάστηκε αύξηση της πίεσης στο δεύτερο 4ωρο της μελέτης από 1 ως 3 cmH₂O (μέσος όρος 1.27±0.54).

Το εύρος των τελικών πίεσεων στην ομάδα αυτή ήταν από 4 έως 17 cmH₂O με μέση τιμή 8.93±2.22 cmH₂O.

Συμπεράσματα

1) Σε σημαντικό ποσοστό ασθενών (47%) η τετράωρη μελέτη δεν είναι επαρκής. Η ολονύκτια μελέτη ύπνου δίνει ακριβέστερες και ασφαλέστερες πληροφορίες για την απαραίτητη πίεση στη συσκευή CPAP.

2) Η αποδοχή μιας μόνον τιμής κατάλληλης πίεσης είναι μια υπεραπλοστέυση. Η κατάλληλη πίεση μπορεί να ποικίλει ευρέως κατά τη διάρκεια του ύπνου, γι' αυτό η χρησιμοποίηση αυτορυθμιζόμενων συσκευών CPAP φαίνεται πιο ορθολογική λύση από τη χρήση συσκευών σταθερής πίεσης.

* AHI : Αριθμός άπνοιών και υποπνοιών ανά ώρα ύπνου

204

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΡΑΧΕΙΟΣΩΛΗΝΑ ΜΕ ΟΔΗΓΟ ΤΟ ΕΥΚΑΜΠΤΟ ΒΡΟΓΧΟΣΚΟΠΙΟ

Δ. Ιακωβίδης, Φ. Ζογλοπτης, Θ. Κοντακίτης, Α. Καπαλιόγλου, Χρ. Τζήμακας, Μονάδα Βρογχοσκόπησεων Βορείου Ελλάδος, Γ.Π.Ν. "Γ.ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ", Εξοχή Θεσσαλονίκης.

Παρουσιάζεται η πείρα των συγγραφέων από την εφαρμογή ενός απλού και ασφαλούς τρόπου εισαγωγής του τραχειοσωλήνα με τη βοήθεια του εύκαμπτου βρογχοσκοπίου. Η μέθοδος εφαρμόστηκε από το 1983 έως τον Οκτώβριο του 1995 σε 240 ασθενείς εφαρμόστηκε στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, ή υποβαλλόμενοι σε γενική αναισθησία στις Χειρουργικές Κλινικές των Νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης, και στους οποίους η διασωλήνωση της τραχείας δεν ήταν επιβλητική με την κλασική άμεση λαρυγγοσκόπηση εξ άπιας ενός ή περισσοτέρων από τους παρακάτω λόγους: 1. Αλλοιώσεις της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης (62 περιπ.). 2. Νοσήματα ή κακώσεις της γναθοπροσωπικής χώρας (63 περιπ.). 3. Δυσμορφία προσώπου (31 περιπ.). 4. Οίδημα προσώπου συνεπεία εγκαύματος (3 περιπ.). 5. Κοντός λαιμός (10 περιπ.). 6. Αλλοιώσεις ή νοσήματα τραχείας (19 περιπ.). 7. Αποτυχία διασωλήνωσης με την κλασική μέθοδο (52 περιπ.). Η εισαγωγή του τραχειοσωλήνα γινόταν ύστερα από εφαρμογή αναισθησίας του βλεννογόνου της ρινοφαρυγγικής ή στοματοφαρυγγικής κοιλότητας και της τραχείας δια ψεκασμού με ξυλοκαΐνη 2%. Το Βρογχοσκόπιο, διαμέτρου 5.6 mm εισάγονταν στον τραχειοσωλήνα, εκτός ασθενούς, και συγκρατούνταν στο εγγύς άκρο του. Ακολουθούσε διαβρογχοσκοπικός έλεγχος της λαρυγγικής κοιλότητας, των φωνητικών χορδών και της λαρυγγικής σχισμής, εισαγωγή του βρογχοσκοπίου στην τραχεία και έλεγχος αυτής μέχρι και τους στελεχειαίους βρόγχους. Στη συνέχεια προωθούνταν ο τραχειοσωλήνας, ο οποίος, με οδηγό το βρογχοσκόπιο ολισθάνει εντός της τραχείας μέχρι το οπτικό ελεγχόμενο επιθυμητό ύψος. Σε όλες τις περιπτώσεις της έρευνας η διαβρογχοσκοπική εισαγωγή του τραχειοσωλήνα εφαρμόστηκε επιτυχώς και χωρίς συμβάματα. Συμπεραίνεται ότι, σε περιπτώσεις στις οποίες αποτυγχάνει η διασωλήνωση της τραχείας με την κλασική άμεση λαρυγγοσκόπηση, η διαβρογχοσκοπική εισαγωγή του τραχειοσωλήνα αποτελεί τη μέθοδο εκλογής. Είναι απλή, ασφαλής και παρουσιάζει τα ακόλουθα πλεονεκτήματα: 1. Προηγείται ενεργής έλεγχος της λαρυγγικής κοιλότητας, της τραχείας και των στελεχειαίων βρόγχων. 2. Υπάρχει δυνατότητα ταυτόχρονης αναρρόφησης εκκριμάτων και αίματος. 3. Επιτυγχάνεται ασφαλής τοποθέτηση του σωλήνα εντός της τραχείας. 4. Ελέγχεται το ύψος τοποθέτησης του τραχειοσωλήνα. 5. Υπάρχει δυνατότητα εκλεκτικής διασωλήνωσης ενός στελεχειαίου βρόγχου.

205

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΒΡΟΧΙΚΗΣ ΣΤΕΝΩΣΗΣ ΜΕΤΑ ΜΕΤΑΦΟΡΕΥΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΑ.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ.

Μαυροφίδης Ευκλείδης, Ιακωβίδης Δημήτριος, Σαρίκος Γεώργιος, Ζογλοπίτης Φώτης, Κολακίδης Ευάγγελος, Θιλιππου Δημήτριος, Πατάκος Δημήτριος
Μονάδα Αναπνευστικής Αναπάρξεως, Α.Π.Θ.

Εισαγωγή: Η στένωση των αεροφόρων οδών στο επίπεδο της αναστομής αποτελεί σοβαρή επιπλοκή ασθενών που υποβλήθηκαν σε πνευμονική μεταμόσχευση.

Σκοπός: Παρουσίαση της διαγνωστικής προσέγγισης και της θεραπευτικής αντιμετώπισης βρογχικής στένωσης μετά αμφοτερόπλευρη μεταμόσχευση πνευμόνων.

Υλικοί - Μέθοδοι: Ασθενής 59 ετών με πρωτοπαθή πνευμονική υπέρταση υποβλήθηκε σε αμφοτερόπλευρη μεταμόσχευση πνευμόνων. Μετά από 2 μήνες παρ'ότι οι καθημερινές μετρήσεις της FEV₁ και VC δεν μεταβλήθηκαν, ελαττώθηκε η V_{50max} με χαρακτηριστική εικόνα της καμπύλης ροής - όγκου. Βρογχοσκοπικά διαπιστώθηκε στένωση κατά 80% του αρ. στελεχιαίου βροχίου στην περιοχή της αναστομής. Λόγω της αδυναμίας διέλευσης της στένωσης με τον οδηγό για την τοποθέτηση μεταλλικού αυτοεκτυποσώμενου υποστηρίγματος έγινε προσπάθεια διαστολής με ειδικό "μπαλόνι" μήκους 4cm διαμέτρου 1,2cm αγγειοπλαστικής (Meditech Inc. Watertown mass). Με προσαρμογή συσκευής υπήλυν πίεσεων (Meditech Le Veen inflator 10ml) εφαρμόσαμε πίεση 4 ατμοσφαιρών για 30 sec 5-7 φορές. Η αναπνευστική λειτουργία βελτιώθηκε (VC:2.86L πριν 3,05L μετά FEV₁ 1,82L πριν 2,05L μετά V_{max} 50 πριν 1,25L 1,95L μετά PEEF 4,7L πριν 5,81L μετά)

Μετά 2μηνιο λόγω επιδείνωσης των ροών επαναλήφθηκε η "βροχοπλαστική" και έγινε δυνατή η τοποθέτηση διπλού αυτοεκτυποσώμενου μεταλλικού υποστηρίγματος (stent), με πλήρη αποκατάσταση των εκπνευστικών ροών.

Συμπέρασμα: Η "βροχοπλαστική" αποτελεί αποδεκτή προσωρινή λύση για την αντιμετώπιση της βρογχικής στένωσης έως ότου γίνει ειδική η τοποθέτηση "stent".

206

Η ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΒΡΟΓΧΟΣΚΟΠΗΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΑΝΩ ΤΩΝ 80 ΕΤΩΝ

Στέλιος Φρέγκογιαν

ΑΠΟΛΛΩΝΕΙΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ Αθήνα

Ερσηθήσαμε την ασφάλεια της βρογχοσκόπησης σε γηριατρικούς ασθενείς στο Νοσοκομείο μας από 1.1.93 έως και 30.8.95 , οπότε βρογχοσκοπήθηκαν 24 ασθενείς (22 άρρενες και 2 θήλειες) ηλικίας 80-92 ετών (μέση ηλικία 83 έτη).

Πλήν 2 ασθενών που βρογχοσκοπήθηκαν στη ΜΕΘ ενώ υποβάλλοντο σε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής, οι υπόλοιποι βρογχοσκοπήθηκαν στην αίθουσα βρογχοσκοπήσεων με τη συνήθη προετοιμασία (5 mg διαζεπάμης 1 ώρα πρό της εξέτασης, PO, 5mg ατροπίνη και 50 mg πεθιδίνη IM μισή ώρα πριν την εξέταση) και τη συνήθη τοπική αναισθησία (10-15 ml διαλύματος λιδοκαΐνης 2%).

Όλοι οι ασθενείς πλήν ενός νοσηλεύοντο στην κλινική μας. Παρακολούθησαν κατά τη διάρκεια της εξέτασης με οξύμετρο και συνεχή ΗΚΓ γραφική καταγραφή. Δεν χορηγήθηκε σε κανένα συμπληρωματικό οξυγόνο. Δεν παρατηρήθηκε πτώση του SaO₂ πέραν του 90% ή μεγαλύτερη του 4% σε κανένα ασθενή, ούτε επίσης αρρυθμίες ή σημαντική ταχυκαρδία > 120λεπτό.

Η εξέταση σε κάθε περίπτωση ήταν εύκολη, δεν υπήρχε σχεδόν καθόλου βήχας και η ανάγκη χορήγησης επιπλέον λιδοκαΐνης ήταν σαφώς μειωμένη σε σχέση με νεότερους ασθενείς. Σε όλους τους ασθενείς η εξέταση ολοκληρώθηκε με βιοψίες ή brushing όποτε απαιτείτο, ενώ δεν πραγματοποιήσαμε σε κανένα διαβρογχική βιοψία πνεύμονα.

Σε 15 ασθενείς διεγνώστη καρκίνος πνεύμονα (1 SCLC), σε 2 φυματίωση, 1 είχε ατελεκτασία η οποία ελύθη, 4 είχαν φυσιολογική εικόνα ενώ σε 2 δεν έγινε δυνατή η διάγνωση ενδοσκοπικά (Ca πνεύμονα).

Μετά την εξέταση κανείς ασθενής δεν παρουσίασε πυρετό, αμύγδαση, πνευμοθώρακα ή άλλη παρενέργεια.

Η συμβολή της βρογχοσκόπησης ήταν καθοριστική σε αρκετούς από τους ηλικιωμένους ασθενείς.

Η βρογχοσκόπηση σε ηλικιωμένους ασθενείς κρίνεται ως μία ιδιαίτερα ασφαλής εξέταση και πραγματοποιείται ευκολότερα από ότι σε νεότερα άτομα, πιθανά λόγω της μείωσης των αντανεκλαστικών τους. Πλήν ειδικών περιπτώσεων δεν κρίνεται απαραίτητη η οξυμετρία και η συνεχής ΗΚΓ γραφική καταγραφή, ούτε η χορήγηση Οξυγόνου κατά την διάρκεια της βρογχοσκόπησης ούτε σε ηλικιωμένα άτομα.

207

Η ΚΙΤΡΙΚΗ ΠΕΝΤΟΞΥΒΕΡΙΝΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΒΗΧΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΠΟΒΑΛΛΟΜΕΝΩΝ ΣΕ ΒΡΟΓΧΟΣΚΟΠΗΣΗ

Διπλή τυφλή δοκιμασία

Θ. Κοιτακίωτης, Φ. Ζογλοπίτης, Δ. Ιακωβίδης, Γ. Σαρίκος, Χρ. Τζημάκας. Μονάδα Βρογχοσκοπήσεων Βορείου Ελλάδος, Γ. Π. Νοσοκομείο "Γ. Παπανικολάου", Εξοχή Θεσσαλονίκης.

Σκοπός: Η εργασία έγινε με σκοπό να μελετηθεί η αντιβηχική δράση της κιτρικής πεντοξυβερίνης (ΚΠ) για την προετοιμασία ασθενών οι οποίοι υποβάλλονται σε βρογχοσκοπικό έλεγχο. Ασθενείς και μέθοδοι Χρησιμοποιήθηκε η διπλή τυφλή δοκιμασία σε δύο ομάδες ασθενών. Η πρώτη ομάδα (ΠΑ) αποτελούνταν από 25 ασθενείς στους οποίους χορηγούνταν 50 mg ΚΠ σε τρεις δόσεις (12 ώρες, 4 ώρες και μισή ώρα πριν τη βρογχοσκόπηση). Η δεύτερη ομάδα (ΜΑ, ομάδα ελέγχου) αποτελούνταν από 21 ασθενείς στους οποίους χορηγούνταν placebo κατά τα ίδια χρονικά διαστήματα. Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων ως προς την ηλικία, το ύψος, το βάρος καθώς και τη χρονική διάρκεια της ενδοσκοπικής. Η βρογχοσκόπηση και η καταμέτρηση των ώσεων του βήχα γινόταν από τους ίδιους πάντα ερευνητές, οι οποίοι δεν εγνώριζαν τους κωδικούς αριθμούς των συσκευασμένων φαρμάκων και placebo. Η καταγραφή των ώσεων του βήχα γινόταν σε όλες τις φάσεις της διαδικασίας (εισαγωγή του βρογχοσκοπίου, επισκόπηση του τραχειοβρογχικού δένδρου, λήψη ιστοεπιγράμμιών με λαβίδα, λήψη κυτταρολογικού υλικού με βελόνα, ψήκτρα και βρογχική έκπλυση) και πάντα σε συνάρτηση με τη διάρκεια της εξέτασης. Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με τη μέθοδο Student t-test. **Αποτελέσματα** Από την έρευνα προέκυψε ότι ο συνολικός αριθμός των ώσεων του βήχα σε όλη τη διάρκεια της βρογχοσκόπησης ήταν μικρότερος στην ομάδα ΠΑ (39.6±137.4) σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (58.1±34.1, p<0.05). Ο αριθμός των ώσεων του βήχα κατά την διάρκεια της βρογχοσκοπικής επισκόπησης ήταν σημαντικά μικρότερος στην ομάδα ΠΑ (8,8±9.1) σε σχέση με την ομάδα ΜΑ (18,8±22.9, p<0.05). Ο αριθμός των ώσεων του βήχα δεν συσχετιζόταν ούτε με τη διάρκεια κάθε φάσης της εξέτασης, ούτε με τον αριθμό των τεχνικών λήψης ιστολογικού και κυτταρολογικού υλικού. Ανεπιθύμητες ενέργειες δεν παρατηρήθηκαν σε κανένα από τους ασθενείς της έρευνας.

208

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΖΩΤΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΙΝΟΒΡΟΓΧΟΣΚΟΠΗΣΗΣ (ΙΒΣ), ΕΝΔΟΒΡΟΓΧΙΚΗΣ (ΕΒΒ) ΚΑΙ ΔΙΑΒΡΟΓΧΙΚΗΣ ΒΙΩΨΙΑΣ (ΔΒΒ).

Βουδούρη Θέμις, Πούλου Δήμητρα, Παπάς Κώστας, Νταλούκας Κώστας, Καρμανιώλας Κώστας, Παπά Ιόλη*
Πνευμονολογικό Τμήμα - ΝΙΜΤΣ - Αθήνα

Κατά τη διάρκεια ινοβρογχοσκόπησης έχουν παρατηρηθεί μεταβολές στις παραμέτρους που αντικατοπτρίζουν την κατάσταση ζωτικών λειτουργιών (HbS₀₂, καρδ. συχν., κα). Σκοπός της εργασίας ήταν να εκτιμηθούν πιθανές μεταβολές στην αναπνευστική συχνότητα (ΑΞ), καρδιακή συχνότητα (ΚΣ), συστολική (ΣΠ) και διαστολική πίεση (ΔΠ) καθώς και τον HbS₀₂ κατά την ΙΒΣ, ενδρβρογχική (ΕΒΒ) και διαβρογχική βιοψία (ΔΒΒ). Μελετήθηκαν 45 περιπατητικοί ασθενείς, 37 άνδρες και 8 γυναίκες, ηλικίας 19-87 ετών (μέση ηλικία, 65 έτη), οι οποίοι χρειάστηκαν διαγνωστική ΙΒΣ. Χρησιμοποιήθηκε τύπου OLYMPUS BF IT 20D ινοβρογχοσκόπιο και το όργανο LIFE SCOPE (NISON KONDEN) πολλαπλών διαύλων για την αναιμακτη εκτίμηση των ζωτικών λειτουργιών.

Η εξέταση των ασθενών έγινε στην οριζόντια θέση με την κεφαλή ελαφρά ανυψωμένη. Σε όλους τους ασθενείς χορηγήθηκε οξυγόνο διαρρινικά (1-2 L/min) κατά τη διάρκεια της ΙΒΣ. Μετρήσεις έγιναν: 1. Προ της ενάρξεως της ΙΒΣ (n=45) 2. Όταν το βρογχοσκόπιο ευρισκότο προ των φωνητικών χορδών (ΦΧ) (n=45) 3. Όταν το βρογχοσκόπιο ευρισκότο στο ύψος των τμηματικών βρογχών (ΤΒ) (n=45) 4. Κατά την διάρκεια ΕΒΒ (n=30) και ΔΒΒ (n=14). Από τις μετρήσεις διαπιστώθηκε: 1. Σημαντική ελάττωση στην ΑΞ και ΚΣ (επίπεδο ΦΧ και ΤΒ και κατά την ΕΒΒ και ΔΒΒ). 2. Σημαντική αύξηση της ΣΠ (επίπεδο ΤΒ και ΕΒΒ). 3. Σημαντική αύξηση της ΔΠ (επίπεδο ΤΒ) και σημαντική ελάττωση της ΔΠ κατά την ΔΒΒ. 4. Σημαντική ελάττωση HbS₀₂ (επίπεδο ΦΧ και κατά την ΔΒΒ).

Συνιστάται στενή παρακολούθηση των ζωτικών λειτουργιών των ασθενών κατά τη διάρκεια ΙΒΣ, ΕΒΒ και ΔΒΒ, ιδιαίτερα όσων έχουν επηρεασμένες ζωτικές λειτουργίες προ της ινοβρογχοσκόπησης.

209

ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΡΑΧΕΙΑΣ: LASER Ή ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ LASER ΚΑΙ ΑΛΛΗΣ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.

Ζαχαριάδης Εμμανουήλ*, Κατής Κωνσταντίνος, Παλαμίδας Φίλιππος, Αγγελίδου Μαρία, Νταχάμπρε Τζαμπραήλ, Ιγγλέζος Ηλίας, Παπαγόρας Χαράλαμπος, Παπανικολάου Νίκος, Αποστολοπούλου Φωτεινή, Β' Παθ/κος Τομέας, Τμήμα Θεραπειών LASER, Σισμανόγλειο ΓΠΝΑ.

Η ακτινοβολία LASER έχει ένδειξη στην αντιμετώπιση των όγκων της τραχείας, ιδιαίτερα όταν απειλείται άμεσα η ζωή του ασθενούς από απόφραξη ή αιμορραγία.

Σκοπός της εργασίας είναι να αξιολογηθεί η μέθοδος καθώς και ο συνδυασμός της με άλλους θεραπευτικούς χειρισμούς (ΧΜΘ - RT). Αξιολογήθηκαν τα αποτελέσματα σε 123 ασθενείς. Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται η εντοπισή και η προέλευση των όγκων.

ΕΝΤΟΠΙΣΗ			
Πρωτοπαθή Ca	98	Μεταστατικά Ca	14
Τραχεία	46	Τραχεία	14
Τραχεία + τρ.	12	Τραχεία	8
Τραχεία + δκβ	18	Τραχεία + δκβ	2
Τραχεία + ακβ	13	Τραχεία + ακβ	1
Τραχεία + τρ.+ κύριοι βρ. άμφω	9		
ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ			
Πλακώδη	72	Λάρυγγας	4
Άδενοκαρκινώματα	16	Ουρεοειδής	3
Μικροκυτταρικά	6	Οισοφάγος	3
Μεγαλοκυτταρικά	4	Νεφρός	2
		Μαστός	1
		Μελάνωμα	1
		Αδενοκυτταρικά Ca	5
		Καρκινοειδή	3
		Μικτοί όγκοι	3

Σε 54 ασθενείς από τους 98 με πρωτοπαθές καρκίνωμα η ακτινοβολία LASER προηγήθηκε της RT και της ΧΜΘ, ενώ σε 30 ακολούθησε την RT και την ΧΜΘ. Η μέση επιβίωση ανεξάρτητα από το στάδιο της νόσου και τον ιστολογικό τύπο ήταν 9 μήνες. Όταν η νόσος ήταν εντοπισμένη στο θώρακα η επιβίωση ήταν 14,8 μήνες. Οι ασθενείς που είχαν όγκο χαμηλής κακοήθειας βρίσκονται σε παρακολούθηση.

Συμπερασματικά, η χρήση LASER μόνη ή σε συνδυασμό με άλλες παρηγορητικές θεραπείες, βελτώνει και παρατείνει την επιβίωση των ασθενών.

211

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ CEA ΚΑΙ CA19-9 ΤΟΥ ΒΡΟΓΧΙΚΟΥ ΕΚΠΛΥΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ.

Ιωαννίδης Βασίλειος*, Ιωαννίδης Θεόφιλος, Χαμαλίδης Κύριλλος. Πνευμονολογική Κλινική, Βρογχοσκοπικό Τμήμα του Ν.Γ.Νοσ.Καβάλας.

Η αυξανόμενη νοσηρότητα και θνησιμότητα από τον καρκίνο του πνεύμονα έχει προκαλέσει πολλές έρευνες για κάθε δυνατή προσέγγιση του προβλήματος. Μία από αυτές είναι η αναζήτηση βιολογικών δεικτών ικανών να βοηθήσουν στην διάγνωση, σταδιοποίηση, παρακολούθηση και πρόγνωση της νόσου. Οι καρκινικοί δείκτες έχουν ορισθεί ως ουσίες παραγόμενες από τα καρκινικά κύτταρα και οι οποίες διαχέονται στα βιολογικά υγρά του οργανισμού. Η ευαισθησία και ειδικότητα είναι παράμετροι που δίνουν πληροφορίες για την ισχύ μιας μεθόδου μέτρησης.

Σκοπός της εργασίας μας είναι η εύρεση των παραμέτρων αυτών για τα επίπεδα του CEA, CA19-9, στο βρογχικό έκπλυμα.

Υλικό και Μέθοδος: Μετρήθηκαν τα επίπεδα των CEA, CA19-9 σε όλα τα βρογχικά έκπλυματα σε 600 ασθενείς των Κλινικών μας και έγινε σύγκριση με τα επίπεδα στον ορό του αίματος.

Αποτελέσματα: Η ευαισθησία των μετρήσεων του CEA, CA19-9 στο βρογχικό έκπλυμα ανήλθε στο 99%, η ειδικότητα στο 100% και η διαγνωστική αξία στο 98%.

Συμπέρασμα: Τα υψηλά ποσοστά των μετρήσεων μας πείθουν ότι η μέτρηση των επιπέδων των CEA, CA19-9 αποτελεί μια ισχυρή παράμετρο διάγνωσης του καρκίνου του πνεύμονα και ως εκ τούτου είναι επιβεβλημένη μετά από κάθε βρογχοσκόπηση.

210

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΕΘΩΔΩΝ ΤΟΠΙΚΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΒΡΟΓΧΟΣΚΟΠΗΣΗ

Κωνσταντίνος Σπυρόπουλος, Γεωργία Τρακαδά, Αικατερίνη Χαραλαμπίδου, Μαγδαληνή Σπηλιοπούλου, Νικόλαος Χαροκόπος

Πνευμονολογικό Τμήμα Παθολογικής Κλινικής Παν/κού Νοσοκομείου Πατρών

Σκοπός της έρευνας είναι η σύγκριση της αποτελεσματικότητας 2 μεθόδων τοπικής αναισθησίας με λιδοκαΐνη κατά την προετοιμασία της βρογχοσκόπησης με εύκαμπτο βρογχοσκόπιο. Κατά την πρώτη μέθοδο χρησιμοποιήθηκε νεφελοποιητής στον οποίο ετέθησαν 2,5 cc διαλύματος λιδοκαΐνης 10% και 1,5 cc φυσιολογικός ορός. Κατά τη δεύτερη μέθοδο έγιναν απευθείας ψεκασμοί διαλύματος λιδοκαΐνης 10% (Συσκευασία με Aerosol Container, spray xylocaine 10% - astral) από 2 σε κάθε ρινική κόγχη και 2 στη στοματική κοιλότητα. Βρογχοσκοπήθηκαν συνολικά 58 άτομα, σε 38 εφαρμόσαμε την πρώτη μέθοδο και σε 20 τη δεύτερη και καταγράψαμε α) την αρτηριακή πίεση, β) τον αριθμό σφύξεων, γ) τον κορεσμό της αιμοσφαιρίνης σε O₂ πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη βρογχοσκόπηση, δ) το χρόνο ολοκλήρωσης της εξέτασης και ε) την ποσότητα λιδοκαΐνης που χορηγήθηκε ενδοτραχειακά κατά τη διάρκεια της εξέτασης (πιν. 1). Κατά τη σύγκριση με "Paired T-test" των δύο μεθόδων η αρτηριακή πίεση, ο αριθμός σφύξεων, ο κορεσμός της αιμοσφαιρίνης σε O₂ και ο χρόνος ολοκλήρωσης της εξέτασης δε διέφεραν σε βαθμό στατιστικά σημαντικό (P ≠ 0,1), ενώ η ποσότητα λιδοκαΐνης που χορηγήθηκε ενδοτραχειακά ήταν μεγαλύτερη σε βαθμό στατιστικά σημαντικό (P ≠ 0,05) όταν χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος του νεφελοποιητή. Επομένως οι απευθείας ψεκασμοί διαλύματος λιδοκαΐνης στις ρινικές και στη στοματική κοιλότητα πλεονεκτούν ως μέθοδος τοπικής αναισθησίας κατά την προετοιμασία της βρογχοσκόπησης σε σύγκριση με τη μέθοδο του νεφελοποιητή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Α.Π.	ΠΡΙΝ	ΜΕΤΑ
ΝΕΦΕΛΟΠΟΙΗΤΗΣ ΨΕΚΑΣΜΟΙ	121,842+17,684	127,03+23,367
P	120,526+19,5	125,625+16,317
	0,1	0,1
ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΦΥΞΕΩΝ	ΠΡΙΝ	ΜΕΤΑ
ΝΕΦΕΛΟΠΟΙΗΤΗΣ ΨΕΚΑΣΜΟΙ	81,921+14,704	87,151+13,809
P	85,578+11,261	85,894+11,079
	0,1	0,1
SatO₂	ΠΡΙΝ	ΜΕΤΑ
ΝΕΦΕΛΟΠΟΙΗΤΗΣ ΨΕΚΑΣΜΟΙ	95,777+1,708	96,156+2,141
P	95,842+2,007	93,215+9,912
	0,1	0,1
	ΧΡΟΝΟΣ	ΛΙΔΟΚΑΪΝΗ
ΝΕΦΕΛΟΠΟΙΗΤΗΣ ΨΕΚΑΣΜΟΙ	20,333+4,805	8,684+2,375
P	17,147+7,691	7,5+1,823
	0,1	0,05

212

ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΒΡΟΓΧΟΣΚΟΠΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΩΝ ΠΟΥ ΣΥΝΟΔΕΥΟΥΝ ΜΙΑ ΗΙΥ - ΛΟΙΜΩΞΗ

Α.Α. Παπαγεωργίου, Β.Κισσές, Κ.Κατσώρης
 Αίθροπαιδευτική Χειρουργική Κλινική και Μονάδα Ασπτητού
 Ειδικής Νοσηλείας, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Α.Π.Θ., GR-54006 Θεσσαλονίκη.

Η έγκαιρη διάγνωση του αιτίου μιάς πνευμονοπάθειας που συνοδεύει μιά ΗΙΥ - λοίμωξη είναι μεγίστη σημασίας λόγω της αναγκαιότητας άμεσου ενάρξεως της καταλλήλου θεραπευτικής αγωγής σε αυτούς τους ασθενείς οι οποίοι ευρίσκονται συνήθως σε ελλειπτική γενική κατάσταση. Η βρογχοσκόπηση με το εύκαμπτο βρογχοσκόπιο η οποία μπορεί να γίνει ακόμα και σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς είναι μιά διαγνωστική μέθοδος εκλογής στον προσδιορισμό της λοίμωξης του αναπνευστικού συστήματος η οποία σφείλεται συνήθως σε ευκαριαϊκό μικροοργανισμό, ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ : η μελέτη πνευμονοπαθειών των ασθενών με ΗΙΥ - λοίμωξη με το εύκαμπτο βρογχοσκόπιο.

ΥΛΟΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ : Εξετάσθηκε μιά ομάδα 6 ασθενών με το εύκαμπτο βρογχοσκόπιο οι οποίοι έπασχαν από πνευμονοπάθεια σε πλήρη εκδήλωση AIDS. Όλοι οι ασθενείς παρουσίαζαν ελαφρά πυρετική κίνηση, έντονα βήχα και δύσπνοια. Ο αριθμός των CD4 λεμφοκυττάρων ήταν μικρότερος του 100 ανά MM³. Οι ασθενείς είχαν υποβληθεί για αρκετές ημέρες σε χημειοπροφύλαξη κατά της πνευμονίας από PNEUMOCYSTIS CARINI (PCP). Σε 3 ασθενείς διαπιστώθηκε ενδοβρογχικό σάρκωμα CAPOSI ενώ σε μιά ασθενή με διαπιστωμένη λοβώδη πνευμονία του αριστερού κάτω λοβού διαπιστώθηκε απόφραξη από ένα ευμεγέθους αδένωμα γιά το οποίο ο συνιστήθη χειρουργική θεραπεία. Στους υπόλοιπους 2 ασθενείς η βρογχοσκόπηση υπήρξε μη αποκαλυπτική. Δεν κατέστη δυνατόν να απομονωθεί μικροοργανισμός.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ : Η βρογχοσκόπηση με το εύκαμπτο βρογχοσκόπιο σε συνδυασμό με την βρογχοκυψελιδική έκπλυση (BAL) αποτελεί την μέθοδο εκλογής διαγνώσεως πνευμονοπαθειών στο πλαίσιο μιάς ΗΙΥ - λοίμωξης. Σε νέα κρούσματα της νόσου είναι δυνατόν να προσδιορισθούν οι παθογόνοι μικροοργανισμοί, σε δε ασθενείς οι οποίοι υποβάλλονται ήδη σε χημειοπροφύλαξη να ελεγχθεί η αποτελεσματικότητάς της και να διαγνωσθεί ή αποκλεισθεί η παρουσία ενός νεοπλασματος - συνοδού της ΗΙΥ - λοίμωξης - του αναπνευστικού συστήματος. -

213

ΜΕΤΡΗΣΗ ΑΖΩΤΟΥ ΣΤΟ ΒΡΟΓΧΙΚΟ ΕΚΠΛΥΜΑ : ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Ασάφα Ιουδήθ*, Σταυρακάκη-Καλλέργη Κρυσταλλία, Σαμαρά Ιωάννα, Κάντζα Χριστίνα, Γαλαμά Χριστίνα, Καραγιαννίδης Νικόλαος, Λιτός Γεώργιος.

3η Πνευμονολογική Κλινική-Βιοχημικό Εργαστήριο ΝΝΘΑ

Η αζωθαμία αυξάνεται σε περίπτωση μεγάλου καταβολισμού ιστών, όπως συμβαίνει στον καρκίνο και στο εμφράγμα του μυοκαρδίου, ενώ μειώνεται κατά την δόμηση των πρωτεϊνών.

Σκοπός: Η μελέτη της επίδρασης ενός πιθανού νεοπλασματος στα επίπεδα του αζώτου στο βρογχικό εκπλύμα.

Αντικείμενο: Μετρήσαμε τις τιμές του αζώτου στο αίμα και το βρογχικό εκπλύμα 65 ασθενών. Από αυτούς οι 30 είχαν φυματίωση και οι 35 καρκίνο των πνευμόνων (12 μικροκυτταρικό, 10 αδeno- και 13 πλακώδες Ca). Ασθενείς με υψηλές τιμές ουρίας, κρεατινίνης, γλυκόζης και τρανσαμινασών αποκλείστηκαν από την μελέτη. Η μέθοδος που χρησιμοποιήσαμε είναι η ενζυμική-χρωματομετρική για τον προσδιορισμό του αζώτου της αμμωνίας κατά την αντίδραση Berthelot.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς με φυματίωση είχαν τιμές αζώτου στο αίμα 33,46 mg/dl κατά μέσο όρο, και 2,76 mg/dl στο βρογχικό εκπλύμα. Οι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα είχαν κατά μέσο όρο τιμή αζώτου 36,80 mg/dl στο αίμα και 5,37 mg/dl στο βρογχικό εκπλύμα. Οι διαφορές μεταξύ των ομάδων φυματίωσης και καρκίνου ήταν στατιστικά σημαντικές ($p < 0,006$) σε ότι αφορά το βρογχικό εκπλύμα.

Συμπέρασμα: Οι τιμές αζώτου στα βρογχικά εκπλύματα των δύο αυτών ομάδων διαφέρουν σημαντικά και πιθανόν θα μπορούσαν να μελετηθούν περισσότερο σε συνδυασμό με τις άλλες μεθόδους -κυτταρολογικές και ιστολογικές - σαν διαγνωστικό κριτήριο.

215

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΑΠ - Η ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΒΡΟΓΧΙΚΩΝ ΕΚΚΡΙΣΕΩΝ ΚΑΙ Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Σαμαρά Ιωάννα*, Μπίρμπα Παναγιώτα, Σταυρακάκη-Καλλέργη Κρυσταλλία, Κάντζα Χριστίνα, Γαλαμά Χριστίνα, Βλαστός Φώτιος, Αρμενάκη Ουρανία, Μπλάνας Βασίλειος, Σκότλη Ευφροσύνη, Λιτός Γεώργιος.

3η Πν. Κλινική-Βιοχ. Εργαστήριο Ν.Ν.Θ.Α.

Η ιοντική σύσταση και το pH των βρογχικών εκκρίσεων επηρεάζονται στον βρογχογενή καρκίνο του πνεύμονα.

Σκοπός: Η μελέτη της σύστασης των βρογχικών εκκρίσεων σε ασθενείς με ΧΑΠ και καρκίνο του πνεύμονα ταυτόχρονα και η σύγκρισή της με αυτή των ασθενών με ΧΑΠ μόνο.

Ασθενείς-Μέθοδοι: Συγκρίναμε δύο ομάδες ασθενών:

1: 7 ασθενείς με ΧΑΠ και καρκίνο του πνεύμονα ταυτόχρονα όπως διαγνώσθηκε με ιστολογικές και κυτταρολογικές εξετάσεις.

2: 7 ασθενείς με ΧΑΠ χωρίς αποδεδειγμένη κακοήθεια. Η λήψη των βρογχικών εκκρίσεων έγινε από την βλέννη του κάτω τμήματος της τραχείας και των κυρίων βρόγχων κατά την διάρκεια ινοβρογχοσκόπησης. Η τοπική αναισθησία έγινε με ίσες ποσότητες διαλύματος ξυλοκαΐνης 2%. Από την μελέτη μας αποκλείστηκαν ασθενείς με αιμόπτυση, καθώς και όσοι είχαν υποβληθεί σε χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία.

Αποτελέσματα:

n	Τιμές βρ. εκκρίσεων	pH<6,21	pH>6,29	Ca>2,5	Ca<1,9
7	ασθενείς με ΧΑΠ και Ca	4 (57%)	-	4 (57%)	3 (43%)
7	ασθενείς με ΧΑΠ	-	5 (71%)	1 (14%)	6 (86%)

Συμπεράσματα: το pH είναι χαμηλότερο σε ασθενείς με ΧΑΠ και καρκίνο του πνεύμονα, σε σύγκριση με την ομάδα των μαρτύρων. Το ασβέστιο έχει χαμηλότερες τιμές στην ομάδα των ασθενών με καρκίνο.

Η ιοντική σύσταση και το pH των βρογχικών εκκρίσεων θα μπορούσαν να χρησιμεύσουν σαν δείκτες για την διαγνώση κακοήθειας σε ασθενείς με ΧΑΠ.

214

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ARDS, ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΟΓΕΝΟΥΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟΥ ΟΙΔΗΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟ ΤΟΥ SCD14 ΤΟΥ ΒΡΟΓΧΟΚΥΨΕΛΙΔΙΚΟΥ ΕΚΠΛΥΜΑΤΟΣ

A.A. Παπαγεωργίου, Χ. Αγγουριδάκη, Ν. Περπερίδου, Σ. Μάγιερ, Κ. Κατσώχης

A' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική και Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Α.Π.Θ., GR-54006 Θεσσαλονίκη

Το σύνδρομο της αναπνευστικής δυσχερείας των ενηλίκων (ARDS), η γενικευμένη πνευμονία και το διάμεσο πνευμονικό οίδημα καρδιογενούς αιτιολογίας παρουσιάζουν συνήθως παρομοία κλινική και ακτινολογική εικόνα, στα αρχικά τουλάχιστον στάδια της εξέλιξής τους.

Μία προσπάθεια διαφορικής τους διάγνωσης αποτελεί ο προσδιορισμός του SCD14 σε κατάλληλα λαμβανόμενα με το εύκαμπτο βρογχοσκόπιο βρογχοψυελιδικό έκπλυμα. Εξετάσθηκαν βρογχοσκοπικά είκοσι εννέα ασθενείς οι οποίοι παρουσίασαν αναπνευστική δυσχέρεια. Στο βρογχοψυελιδικό έκπλυμα προσδιορίστηκε με την μέθοδο ELISA η ποσότητα του SCD14. Σε 15 ασθενείς οι οποίοι έπασχαν από βακτηριακή πνευμονία διαπιστώθηκαν πολύ υψηλές τιμές SCD14 (59,26 NG/ML). Οι 7 ασθενείς οι οποίοι έπασχαν από καρδιογενές πνευμονικό οίδημα παρουσίασαν χαμηλές τιμές SCD14 (3,92 NG/ML). Επί 2 ασθενείς οι οποίοι εξετάσθηκαν κατά την εξέλιξη ενός ARDS παρουσίασαν μεσαία αύξηση των αντιστοιχών τιμών (13,27 NG/ML).

Συνάγεται ότι η βρογχοψυελιδική έκπλυση με προσδιορισμό του SCD14 επιτρέπει σε περιπτώσεις αναπνευστικής δυσχερείας, την διαφορική διάγνωση μεταξύ πνευμονίας, πνευμονικού οίδηματος καρδιογενούς αιτιολογίας και συνδρόμου αναπνευστικής δυσχερείας των ενηλίκων. Ακόμη είναι επιφυκτική η πρόμηση διάγνωση αναπτυσσόμενης γενικευμένης πνευμονικής λοίμωξης σε ασθενείς με εγχεταστημένη αναπνευστική δυσχέρεια.

216

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΕΙΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΔΡΟΜΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ

Προεστύ-Βουδούρη Θέμις*, Παπαβασιλείου Ευστάθιος, Ράδου-Σφυρη Μαρία, Πούλου Δήμητρα, Καρμανιώλας Κωνσταντίνος, Παπά Ιόλη Πνευμονολογικό Τμήμα και Τμήμα Διατροφής - ΝΙΜΤΣ - Αθήνα

Η διατροφική κατάσταση επηρεάζεται από τα πνευμονικά νοσήματα και την εφαρμοζόμενη φαρμακευτική αγωγή και επηρεάζει τη πνευμονική λειτουργία.

Σκοπός της μελέτης αυτής που είναι σε εξέλιξη είναι η καταγραφή και η εκτίμηση των διατροφικών συνθηκών ατόμων με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια.

Μελετήθηκαν 30 ασθενείς (16 Α, 14 Γ), μέσης ηλικίας 71,4±9,8 χρόνια, μέσου βάρους 65,7±12,9 kg και μέσου ύψους 163±10,4 εκ. Οι καταναλωμένες τροφές εκτιμήθηκαν ποιοτικά και έμμεσα ποσοτικά με βάση τη καθημερινή, εβδομαδιαία και σπάνια λήψη τους. Το 60% είχε δύσπνοια ημερμίας και το 36% προσπάθειας. Το 40% είχε FEV₁<50%, το 50% μεταξύ 50-70% και το 10% FEV₁>70%. Η μέση τιμή PO₂ ήταν 61,9±11,9 mmHg, pCO₂ 42,4±5,1 και pH 7,39±0,04. Το 33,4% είχε στεφανιαία νόσο, το 26,6% χρόνια δυσκοιλιότητα, το 26,6% μετωρισμό και το 23% δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια. Το 80% χρησιμοποιούσε βρογχοδιασταλτικά, το 56,6% αντιβιοτικά, το 46,6% καρδιοαγγειακά και το 40% στεροειδή. Κάπνιζε το 63,3%.

Αποτελέσματα: Καθημερινή κατανάλωση γάλακτος έκανε το 66,6%, τυριού το 50%, ελαιόλαδου το 100%, λαχανικών το 60%, φρούτων το 73%, αμυγδαλών το 80%, καφέ το 56,6%. Εβδομαδιαία κατανάλωση τυριού έκανε το 43,4% και οσπρίων το 73,3%. Σπάνια κατανάλωση ζωικού λίπους έκανε το 53,3%. Το γιαούρτι και η ζάχαρη κατανέμονταν εξίσου. Αλκοόλη καθημερινά έπινε το 40% και σπάνια το 56,6%. Μία ή δύο φορές την εβδομάδα μοσχάρι κατανάλωνε το 67%, κοτόπουλο το 80% και ψάρι το 70%.

Συμπεράσματα: Υπήρχε επαρκής κατανάλωση όλων των ειδών των τροφών. Προτιμώμενες τροφές ήταν το γάλα, το τυρί, το ελαιόλαδο, τα λαχανικά, τα φρούτα, τα αμυγδαλάκια και το κρέας. Λιγότερο προτιμώμενες ήταν το γιαούρτι, η ζάχαρη, το ζωικό λίπος, ο καφές και η αλκοόλη.

217

ΕΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗ ΥΠΕΡΔΙΑΦΑΝΕΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΚΑΤΙΟΥΣΗΣ ΘΩΡΑΚΙΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ
Λουκιδής Στέλιος¹, Λάχανης Στέφανος², Κατσούλης Κων/νος¹, Πανάγου Παναγιώτης¹, Μπουγάς Κων/νος³, Καλογερόπουλος Νικόλαος¹, Πνευμονολογική Κλινική 401 ΓΣΝΑ, Τμήμα Αξονικής Τομογραφίας 401 ΓΣΝΑ2, Κέντρο Ραδιοϊσοτόπων 401 ΓΣΝΑ - Αθήνα

Αναφέρεται περίπτωση ετερόπλευρης υπερδιαφάνειας πνεύμονος συνεπεία ανευρύσματος κατιούσης θωρακικής αορτής που προκάλεσε πίεση στον αριστερό στελεχιαίο βρόγχο. Πρόκειται για νέο άνδρα ηλικίας 19 ετών, που νοσηλεύτηκε στην κλινική μας με ιστορικό δύσπνοιας στην κόπωση από εξαιμίου. Δύο χρόνια πριν την εισαγωγή του είχε τροχαίο ατύχημα που του προκάλεσε απλή θλάση θώρακος χωρίς άλλες επιπλοκές. Η κλινική εξέταση έδειξε μείωση του αναπνευστικού ψιθυρίσματος στο αριστερό ημιθώρακιο. Οι λειτουργικές δοκιμασίες πνευμόνων έδειξαν αποφρακτικό σύνδρομο με μειωμένη διαχυτική ικανότητα. Τα αέρια αίματος έδειξαν υποξυγοναιμία (PaO₂: 64 mmHg) με φυσιολογική PaCO₂ (36 mmHg). Η Ro θώρακος έδειξε πνευμονική ολιγαμία στο αριστερό ημιθώρακιο και απώλεια σκιαγράφησης της κατιούσης θωρακικής αορτής στο επίπεδο της αριστερής πνευμονικής αρτηρίας. Ο ραδιοϊσοτοπικός έλεγχος πνευμόνων έδειξε απουσία αιμάτωσης και αερισμού στο αριστερό ημιθώρακιο. Η CT θώρακος έδειξε υπερδιαφάνεια αριστερού πνεύμονος με μείωση των πνευμονικών αγγείων καθώς και παρουσία ανευρύσματος κατιούσης θωρακικής αορτής 3,5 cm που πιέζει τον αριστερό στελεχιαίο βρόγχο. Ο ασθενής χειρουργήθηκε επιτυχώς και ένα χρόνο μετά είναι ελεύθερος συμπτωμάτων και με φυσιολογικές τις λειτουργικές δοκιμασίες πνευμόνων.

219

ΑΠΟΦΡΑΣΗ ΤΗΣ ΔΕΞΙΑΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΤΙΔΑ ΤΑΚΑΥΑΣΟΥ

Δ. Παπαϊωαννίδης*, Ν. Φιλίππου, Α. Γερονιάννη, Μ. Κωνσταντέλλου, Ι. Στυλιανού, Κ. Καττέ. Γ' Παν/κή Παθολ. Κλιν., 9η και 7η Πνευμ. Κλιν. ΠΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία".

Η αρτηρίτιδα Takayasu (AT) χαρακτηριστικά προσβάλλει μεγάλο μενέθρος αρτηρίες με ελαστικό τοίχωμα και ιδίως την αορτή και τους κλάδους της. Στις εκδηλώσεις* από το αναπνευστικό περιλαμβάνονται βήχας, αιμοπτύσεις, δύσπνοια, πλευροδυνία και κυάνωση, που μπορεί να οφείλονται σε προσβολή κλάδων της πνευμονικής αρτηρίας, σε ορονοϊτίδα ή σε βλάβες της καρδιάς ή της αορτής. Προ 2ετίας νοσηλεύτηκε στο νοσοκομείο μας γυναίκα 24 ετών με ιστορικό AT από 5ετίας, χωρίς αγωνή τα τελευταία 4 έτη, που εμφάνιζε από 4μήνου επίμονο ξηρό βήχα, πλευροδυνία, δύσπνοια στην κόπωση και δεκαδική πυρετική κίνηση. Αντικειμενικά διαπιστώθηκαν ψιθύσματα στις καρωτίδες και στη δεξιά υποκλείδια χώρα, απουσία σφυζών στην αριστερή κερκιδική αρτηρία, ενώ υπήρχε διάχυτη μείωση του αναπνευστικού ψιθυρίσματος στο δεξιό ημιθώρακιο. Στην α/α θώρακα υπήρχε υποστρόγγυλη σκίαση διαμέτρου 2cm στα όρια μέσου και κάτω πνευμονικού πεδίου δεξιά. Στο σπινθ/μα αιμάτωσης πνευμόνων παρατηρήθηκε πλήρης έλλειψη αιμάτωσης του δεξιού πνεύμονα, ενώ η ΕΦ ψηφιακή σφαιρική αγγειογραφία πνευμονικής αρτηρίας έδειξε μεγάλο βαθμό επιμήκη στένωση στο κεντρικό τμήμα της δεξιάς πνευμονικής αρτηρίας.

Η ανωτέρω περίπτωση τονίζει τον κίνδυνο που περικλείει η πρώιμη διακοπή της θεραπείας με στεροειδή. Η εμφάνιση κλινικών εκδηλώσεων από το αναπνευστικό σε ασθενείς με AT πρέπει να δημιουργεί ισχυρή υπόνοια προσβολής από τη νόσο των πνευμονικών αγγείων.

218

ΘΗΛΩΔΕΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΚΥΤΩΜΑ,
ΚΛΙΝΙΚΟΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Τσακατίκας Αλέξανδρος*¹, Γρηγοράτου Θεοπέλαστη¹, Λιούλιας Αχιλλέας², Τριγγίδου Ροδούλα³, Τζάννης Σπυρίδων¹, Παπασταματίου-Τσιμάρα Ηρα³

1 7η Κλινική ΝΝΘΑ, 2 Β' Θ/Χ Κλινική ΝΝΘΑ, 3 Παθολογοανατομικό εργαστήριο ΝΝΘΑ

Με τον όρο "θηλώδες πνευμονοκύτωμα" αποδίδεται στη σύγχρονη βιβλιογραφία, σπάνιο σχετικά καλοήθες ενδοπνευμονικό νεόπλασμα που αναπτύσσεται από τα πνευμονοκύτταρα τύπου II και βρογχιολικά επιθηλιακά κύτταρα τύπου Clara. Παρουσιάζει μεγαλύτερη συχνότητα σε νέες γυναίκες, με κύριο σύμπτωμα την αιμόπτυση.

Η ιδιάζουσα μορφολογία του και η για πολλά χρόνια απουσία δυνατότητας ιστογενετικής ανοσοϊστοχημικής διερευνήσεως είχε σαν αποτέλεσμα χαρακτηρισμό αναλόγων νεοπλασμάτων ως όγκων αγγειακής, μεσεγχεματογενούς ή μεσοθηλιακής προέλευσης ή ακόμη ως βρογχιολοκυψελδοκυτταρικού καρκινώματος.

Παρουσιάζεται ανάλογη περίπτωση σε γυναίκα 35 ετών με κύριο σύμπτωμα εισαγωγής της στο Νοσοκομείο την αιμόπτυση. Μετά λεπτομερή κλινικοεργαστηριακό έλεγχο που κατέληξε σε ενδοπνευμονική ογκόμορφη επεξεργασία, και, σε υπό αξονικό τομογράφο δια βελόνης βιοψία, τέθηκε αρχικά η διάγνωση αδενοκαρκινώματος. Η τελική σωστή διάγνωση τέθηκε ιστολογικά στο παρασκευάσμα λοβετομής που ακολούθησε λόγω της περιορισμένης εκτάσεως της επεξεργασίας. Η ασθενής παρακολουθείται από εμάς και κρίνεται απολύτως υγιής.

Η περίπτωση παρουσιάζεται, όχι τόσο για το ιστολογικό διαφοροδιαγνωστικό ενδιαφέρον αλλά κυρίως με το σκοπό να εμπλουτισθεί η κλινική διαφοροδιαγνωστική φαρέτρα ώστε σε ανάλογες περιπτώσεις ιδίως επί νεαρών γυναικών να γίνονται οι ανάλογοι διαγνωστικοί χειρισμοί, πριν χαρακτηριστεί ο όγκος ως αδενοκαρκίνωμα.

220

Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΚΥΤΤΑΡΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΚΛΙΝΙΚΟΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ. -

Ημαμελετζή-ΰιούλην Ελισσάβετ* - Οικονόμου Κατερίνα
Κυτταρολογικό Εργαστήριο Νοσοκομείου Ε.Ε.Σ. - Κυτταρολογικό Εργαστήριο Γ.Ν.Ν. Κεφ/νίας.

Η αξιολόγηση της κυτταρολογικής διάγνωσης σε παθήσεις του πνεύμονα.

Σκοπός: η συσχέτιση των κυτταρολογικών με άλλα κλινικοεργαστηριακά ευρήματα.

Υλικό-μέθοδος: Επανεξετάσθηκαν 657 περιπτώσεις ήτοι 4.560 κυτταρολογικά επιχρίσματα από: πτύελα, πριν ή μετά την βρογχοσκόπηση, υλικό βρογχοσκόπησης και έπλυμα βρόγχων. Χρώση κατά Παπανικολάου.

Αποτελέσματα: Αρνητικά 85%, θετικά 12,3%, ενδεικτικά κακοήθειας 27%. Από τα θετικά 46,2% ήταν πλακώδη καρκινώματα, 30,1% αδενοκαρκινώματα, 19,5% μικροκυτταρικού τύπου και 4,2% μεγαλοκυτταρικού τύπου. Από τα αρνητικά 85% αφορούσαν φλεγμονές με ελαφρού ή μετρίου βαθμού άτυπη πλακώδη μετάπλαση. Τα ύποπτα και η σοβαρού βαθμού άτυπη πλακώδη μετάπλαση αποτελούν το 2,7%.

Συμπεράσματα: Η αξία της κυτταρολογικής διάγνωσης εξαρτάται από την εντόπιση του νεοπλασματος. Η επιτυχία στα κεντρικά καρκινώματα φτάνει το 98% ενώ στα περιφερικά στο 47%.

221

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΑΣ ΣΕ ΠΛΕΥΡΙΤΙΚΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΑΚΑ ΥΓΡΑ

Επιμελετιζή-Μυλωνή Ελισσάβετ* - Οικονόμου Κατερίνα
Κυτταρολογικό Εργαστήριο Νοσοκομείου Ε.Ε.Σ. - Κυτταρολογικό
Εργαστήριο Γ.Ν.Ν.Κεφ/νίας.

ΣΚΟΠΟΣ: η αναλυτική εκτίμηση των κυτταρολογικών ευρημάτων σε πλευριτικά και περικαρδιακά υγρά.
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: εξετάστηκαν συνολικά 58 δείγματα-περικαρδιακών υγρών τα οποία ελήφθησαν από 40 ασθενείς και 197 δείγματα τα πλευριτικών υγρών τα οποία αφορούσαν 140 ασθενείς. Χρώσεις: Παπανικολάου, MGG, PAS, PAS-διασάτση, Alcian blue και Alcian blue - υαλουρονιδάση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τα 58 δείγματα-περικαρδιακά υγρά τα 31 ήταν αρνητικά, τα 13 θετικά, τα 5 ύποπτα και 9 κρίθηκαν ακατάλληλα.

Από τα 197 δείγματα-πλευρικά υγρά τα 145 ήταν αρνητικά, τα 17 θετικά, τα 26 ύποπτα και 9 ακατάλληλα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Όπως προκύπτει η εκτίμηση των μορφολογικών κριτηρίων παρουσιάζει μερικές φορές δυσκολία όσον αφορά την διαφορική διάγνωση μεταξύ αντιδραστικών μεσοθηλιών, καρκινικών κυττάρων ή κυττάρων μεσοθηλιώματος. Οι ειδικές κυτταροχημικές μέθοδοι σε συνδυασμό με τις λεπτομερείς κλινικές πληροφορίες είναι δυνατόν να αυξήσουν την διαγνωστική ακρίβεια της κυτταρολογικής εκτίμησης.

222

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΦΕΡΡΙΤΙΝΗΣ, ΑΠΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ ΚΑΙ α1-ΑΝΤΙΘΡΥΠΙΝΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗΣ ΥΠΕΖΩΚΟΤΙΚΗΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ.

Επρουχάκη Νεκταρία¹, Αλεξανδράκης Μιχάλης¹, Μπούρος Δημοσθένης, Κρακαβίτσας Νικόλαος², Τζανάκης Νικόλαος, Φερδύσης Μανώλης, Σιαφάκας Μ. Νικόλαος.
¹Πνευμονολογική, ²Αιματολογική Κλινική και ²Πυρηνική Ιατρική Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο.

Εισαγωγή: Τα τελευταία χρόνια οι πρωτείνες οξείας φάσης έχουν μελετηθεί στη διαφορική διάγνωση της νεοπλασματικής υπεζωκοτικής συλλογής (NEO) (ΥΣ) με αμφιλεγόμενα αποτελέσματα.

Σκοπός της έρευνας αυτής είναι η μελέτη της φερριτίνης (ΦΕΡ), της αποσφαιρίνης (ΑΠΤ) και της α1-αντιθρυπίνης (α1-ΑΤ), πρωτεϊνών οξείας φάσης στη διαφορική διάγνωση της νεοπλασματικής υπεζωκοτικής συλλογής.

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήθηκαν προοπτικά 47 ασθενείς με NEO ΥΣ και 34 ασθενείς με μη νεοπλασματική ΥΣ (ΜΗ-NEO). Τα επίπεδα της φερριτίνης στο πλευριτικό υγρό και τον ορό μετρήθηκαν με ραδιοανοσολογική μέθοδο, ενώ τα επίπεδα της α1-ΑΤ και ΑΠΤ μετρήθηκαν με νεφελομετρία. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα.

ΠΛΕΥΡΙΤΙΚΟ ΥΓΡΟ	ΦΕΡ			α1-ΑΤ
	NEO	ΜΗ-NEO	p	0.05
	1976±310	644±122	0.0001	0.18
ΟΡΟΣ	ΦΕΡ			α1-ΑΤ
	NEO	ΜΗ-NEO	p	0.3
	647.6±99.6	254±32	0.001	0.2

Από τους τρεις δείκτες μόνο η φερριτίνη παρουσίασε στατιστικά σημαντική διαφορά τόσο στον ορό όσο και στο πλευριτικό υγρό στις ομάδες ασθενών που μετρήθηκαν.

Συμπέρασμα: Η φερριτίνη θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί σαν δείκτης στη διαφορική διάγνωση της νεοπλασματικής συλλογής.

223

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΠΛΕΥΡΙΤΙΚΩΝ ΣΥΛΛΟΓΩΝ- Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΑΜΥΛΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΧΟΛΕΡΥΘΡΙΝΗΣ

Σταυρακάκη-Καλλέργη Κρυσταλλία*, Νικόλοβα Ροσίτσα, Σαμαρά Ιωάννα, Κάντζα Χριστίνα, Σταυρακάκη-Καλλέργη Λουκία, Χρήστου Φρειδερίκη, Μπλάνας Βασίλειος, Αρμενιάκη Ουρανία, Λιτός Γεώργιος.

3η Πνευμονολογική Κλινική-Βιοχ. Εργαστήριο Ν.Ν.Θ.Α.

Η διαφορική διάγνωση των πλευριτικών συλλογών παραμένει πρόβλημα για τον κλινικό γιατρό.

Σκοπός: Η μελέτη της συμβολής κάποιων βιοχημικών δεικτών στην διαφορική διάγνωση των πλευριτικών συλλογών.

Ασθενείς-Μέθοδοι: Στο πλευριτικό υγρό και το αίμα 200 ασθενών προσδιορίσαμε ολική και άμεση χολερυθρίνη, αμυλάση, LDH, ADA και λισοζύμη, σύμφωνα με τις τρέχουσες βιοχημικές μεθόδους.

Αποτελέσματα:

αρ.	αυξημέ- νες τιμές στο ΠΥ	ολ. χολερ. >1,0 mg%	αμυλάση >85 U/lit	LDH>500 U/lit	ADA > 55 U/l	LP/L5 >1,1
51	Ca	13 (25%)	10 (20%)	15 (28%)	7 (13%)	6 (12%)
46	TBC	7 (15%)	4 (8,6%)	16 (36%)	43 (94%)	43 (94%)
43	διδρ.	1 (2,3%)	-	-	-	-
17	παραπν.	2 (12%)	-	3	3	3
3	αυτοάν.	-	-	-	1	1
3	ηωσ. ΠΥ	1 (33%)	-	-	-	-

Συμπεράσματα: Οι χαμηλές τιμές ADA και LP/L5 μπορούν να μας βοηθήσουν να αποκλείσουμε την φυματιώδη αιτιολογία σε μια πλευριτίδα. Η LDH επηρεάζεται εξ ίσου σε πολλές περιπτώσεις. Δεδομένου ότι κανένας από τους ασθενείς μας δεν είχε παγκρεατίτιδα ή ήκτερο, πιστεύουμε ότι οι υψηλές τιμές αμυλάσης και χολερυθρίνης στο ΠΥ πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπ' όψιν σαν ένδειξη για την παρουσία νεοπλασματος.

224

"ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ" ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΗ ΚΑΠΝΙΣΤΡΙΕΣ

Τερροβίτου Χρυσανγή*, Παπίρης Σπύρος, Κουμπανίου Χριστίνα, Χαρίτου Αγγελική, Κωνσταντόπουλος Σταύρος
Πνευμονολογική Κλινική Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα 451 10

Την τελευταία δετία παρουσιάστηκε στην Κλινική μας ένας μεγάλος αριθμός γυναικών μη καπνιστριών μέσης και μεγάλης ηλικίας με "Παρόξυνση Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας" (ΧΑΠ). Στην μελέτη αυτή παρουσιάζουμε αναδρομικά τα κλινικά, ακτινολογικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά των γυναικών αυτών.

Πληθυσμός: Εικοσιοκτώ γυναίκες μη καπνίστριες, 45-93 ετών (μέση 69,3).
Συμπτώματα: Αυξανόμενη δύσπνοια (20), παραγωγικός βήχας (11), ξηρός βήχας (4), παροξυσμική δύσπνοια (4). **Ατομικό αναμνηστικό:** Πνευμονικές λοιμώξεις στην παιδική ηλικία (8), ως ενήλικες (12), ατοπία (7). **Φυσική εξέταση:** τριζόντες (22), συριγμοί (6), ρεχχάζοντες (6), πληκτροδακτυλία (7). **Α/α θώρακα:** δικτυοσζώδες πρότυπο (16), υπεραερισμός (4). **Αξονική θώρακος:** εσπακό εμφύσημα (11), πνευμονική υπέρταση (4), βρογχεκτασίες (7), μωσαϊκό πρότυπο αιμάτωσης (1), εικόνα τριμμένου γυαλού (ground glass) (2), όζοι (1), πάχυνση τοιχωμάτων βρόγχων (2). **Αέρια αίματος:** υποξαιμία (28=21-69 mmHg), υπερκαντία (18=44-87 mmHg). **Σπυρομέτρηση:** μόνο 19 μπόρεσαν να κάνουν, 16 μικτό πρότυπο (4 πολύ σημαντικοί, 8 σημαντικοί, 4 μέσου βαθμού). **Καμπύλη ροής όγκου:** κυρίως απόφραξη, μία: μέσου βαθμού απόφραξη, μία: μέσου βαθμού περιορισμός, μία: φυσιολογική. **Διάχυση:** μόνο 1 μπόρεσε να κάνει (φυσιολογική). **Εξχωρίσαμε** αυτές με βρογχεκτασίες στην αξονική (Ομάδα Α=7 ασθενείς) και αυτές χωρίς βρογχεκτασίες (Ομάδα Β=21 ασθενείς). Η Ομάδα Α είχε πιο συχνά λοιμώξεις στην παιδική ηλικία και μετέπειτα (57% και 71% έναντι 19% και 33% αντίστοιχα). Κύριο σύμπτωμα στην Ομάδα Α: παραγωγικός βήχας (100%), ενώ στην Ομάδα Β: δύσπνοια (85%) και παραγωγικός βήχας (19%). Τριζόντες: κύριο αντικειμενικό εύρημα και στις δύο ομάδες. Πληκτροδακτυλία: συχνότερη στην Ομάδα Α (57% έναντι 23%). Δικτυοσζώδες πρότυπο: πολύ συχνό στην Α (85%), λιγότερο στην Β (47%). Εσπακό εμφύσημα στην αξονική: πολύ συχνό (85% στην Α και 80% στην Β).

Συμπέρασμα: Ένα μεγάλο ποσοστό μη καπνιστριών γυναικών μέσης και μεγάλης ηλικίας με "ΧΑΠ" στην πραγματικότητα είχε βρογχεκτασίες (7/28). Οι υπόλοιπες είχαν επίσης κλινικά και άλλα ευρήματα βρογχεκτασιών και επιπλέον ευρήματα, κυρίως ακτινολογικά, συμβατά με "ΧΑΠ". Αν αντιπροσωπεύουν κάποια κλινική μορφή μεταξύ βρογχεκτασιών και ΧΑΠ ή κάποια άλλη ειδική νόσο βρίσκεται υπό έρευνα.

225

ΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΔΙΗΘΗΣΗ ΣΕ ΦΥΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΥΠΕΖΩΚΟΤΙΚΕΣ ΣΥΛΛΟΓΕΣ

Γκάγκα Μίνα, Μπακάκος Πέτρος*, Ρασιδάκης Αντώνιος, Ορφανίδου Δώρα, Σαμαρά Ιωάννα, Πίτη Ελένη, Ιορδάνογλου Ιωάννης.

Πνευμονολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών-ΝΝΘΑ

Εισαγωγή: Είναι γνωστό ότι η η κυτταρική διήθηση στις φυματιώδεις αντιδράσεις περιλαμβάνει λεμφοκύτταρα και μακροφάγα.

Σκοπός: Για να ελεγχθεί η ειδικότητα της κυτταρικής διήθησης στην φυματιώδη (TBC) στην παρούσα μελέτη συγκρίθηκε ο φαινότυπος των T-λεμφοκυττάρων και η συγκέντρωση των μακροφάγων στην φυματική (TB) και στην κακοήθη (Ca) υπεζωκοτική συλλογή.

Υλικό και μέθοδος: Εξετάσθηκε πλευριτικό υγρό από 19 ασθενείς, 10 με φυματική και 9 με κακοήθη υπεζωκοτική συλλογή. 100 μL πλευριτικού υγρού τοποθετήθηκαν σε αντικειμενοφόρες πλάκες με κυτταροφυγόκετρο Cytospin 3. Χρησιμοποιήθηκε η ανοσοχημική μέθοδος APAAP και μονοκλωνικά αντισώματα έναντι των μορίων CD₃, CD₄, CD₈ και CD₆₈. Στατιστική ανάλυση έγινε με τη μέθοδο Mann-Whitney.

Αποτελέσματα: Στον πίνακα δίνονται μέσες τιμές θετικών κυττάρων ανά 100 κύτταρα για κάθε μονοκλωνικό αντίσωμα.

ΠΙΝΑΚΑΣ

		CD ₃	CD ₄	CD ₈	CD ₆₈
TBC	Median	79,4	52,00	8,45	2,1
	25-75%	(70,9-84,6)	(43,9-61,9)	(7-12,9)	(1,26-8,17)
Ca	Median	63,5	42,3	11,4	3,0
	25-75%	(45,2-70,2)	(36,9-45,8)	(7-13,8)	(1,6-14,85)
p		<0,003	0,01	NS	NS

Συμπέρασμα: Η φυματική υπεζωκοτική συλλογή χαρακτηρίζεται από αυξημένη λεμφοκυτταρική διήθηση από CD₃⁺ και CD₄⁺ λεμφοκύτταρα, ενώ δεν υπάρχει διαφορά στο CD₈⁺ λεμφοκύτταρα και στα μακροφάγα.

227

ΚΥΤΤΑΡΟΚΙΝΕΣ ΣΤΟ ΠΛΕΥΡΙΤΙΚΟ ΥΓΡΟ.

Επιρουχάκη Νεκταρία*, Κυριάκου Δέσποινα¹, Μισούρος Δημοσθένης, Τζανάκης Νικόλαος, Καραβίτσας Νικόλαος², Πατσουράκης Γεώργιος και Σιαφάκας Μ. Νικόλαος.

Πνευμονολογική Κλινική, ¹Αιματολογική Κλινική και ²Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης.

Εισαγωγή: Οι κυτταροκίνες είναι μικρομοριακές μεσολαβητικές ουσίες, σημαντικές για τη φλεγμονώδη και ανοσοολογική απάντηση του οργανισμού, και την κυτταρική επικοινωνία.

Σκοπός της έρευνας αυτής είναι η μελέτη της ιντερλευκίνης-1α (IL-1a), της ιντερλευκίνης-6 (IL-6), και του παράγοντα νέκρωσης όγκου (TNF-a), στην παθοφυσιολογία και τη διαφορική διάγνωση της υπεζωκοτικής συλλογής (ΥΣ).

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήθηκαν 20 ασθενείς με νεοπλασματική (NEO) ΥΣ, 11 ασθενείς με παραινευμονική (ΠΠ) και 9 ασθενείς με φυματιώδη (TB) ΥΣ. Οι κυτταροκίνες μετρήθηκαν στον ορό και το πλευριτικό υγρό με ραδιοανοσολογική μέθοδο.

Τα **αποτελέσματα** παρουσιάζονται στον πίνακα.

		IL-1a	IL-6	TNF-a
NEO	ΠΥ	2776±2048	4291±2451	1113±158
	ΟΡΟΣ	489±66	210±110	587±73
	p	0,27	0,11	0,004
PP	ΠΥ	9129±5396	14968±6900	1352±301
	ΟΡΟΣ	4526±4097	625±499	400±89
	p	0,28	0,05	0,009
TB	ΠΥ	570±176	24699±8751	901±220
	ΟΡΟΣ	494±117	134±44	511±104
	p	0,6	0,02	0,1

Τα **αποτελέσματα** έδειξαν ότι η IL-6 παρουσίασε στατιστικά σημαντική αύξηση στο πλευριτικό υγρό σε σχέση με τον ορό στις μη-νεοπλασματικές ΥΣ, ενώ ο TNF-a ήταν σημαντικά αυξημένος τόσο στις NEO όσο και στις ΠΠ. Μόνο η IL-6 ήταν σημαντικά αυξημένη (p<0.04) στο ΠΥ στις μη-NEO ΥΣ και ιδιαίτερα στις TB ΥΣ.

Συμπέρασμα: Η IL-6 αυξάνεται στις μη-NEO και ιδιαίτερα στις TB ΥΣ στο ΠΥ πιθανόν λόγω της τοπικής παραγωγής της από τα φλεγμονώδη κύτταρα, χρειάζεται όμως μεγαλύτερος αριθμός δειγμάτων για να επιβεβαιωθούν τα αποτελέσματα αυτά.

226

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Andrei-Zαφειράτου M.	134	Άνθη Α.	23, 28, 97, 129, 181
Baghdoyan H.	151	Άντζακα Χ.	24, 28
Bshouty Z.	2	Αντύπας Γ.	27, 180, 184
Cosio M.	197	Αντωναροπούλου Α.	41, 42, 43, 44
Levy R.	197	Αντωνιάδης Α.	201
Lydic R.	151	Αντωνιάδου Σ.	144, 145
Montserrat J.	197	Αντωνίου Δ.	63
Sancthez O.	143	Αποστολίκας Ν.	56
Schraufnagel D.	3	Αποστολοπούλου Φ.	56, 59, 91, 93, 105, 158, 163, 209
Sznajder I.	3	Αράπης Γ.	64, 115
Yamaguchi E.	117	Αργυρόπουλος Θ.	69
Younes M.	2, 6	Αργυροπούλου Α.	36, 98
A		Αργυροπούλου Π.	25, 123, 155, 196
Αγγέλακας Σ.	153	Αρμενάκη Ο.	84, 215, 223
Αγγελετοπούλου Χ.	58	Αρσενίου Α.	47
Αγγελίδου Μ.	59, 93, 158, 163, 176, 209	Ασσέφα Ι.	84, 213
Αγγελίδου Α.	148	Αφθονίδης Δ.	157
Αγγελόπουλος Ν.	78	B	
Αγγουράς Δ.	138	Βαβλίας Μ.	134
Αγγουριδάκη Χ.	214	Βαγιάνης Ε.	85, 130, 202, 203
Αγκομαχαλελής Ν.	144	Βαλερή Ρ.	14, 167
Αδάμ Γ.	11, 19, 198	Βαμβακοπούλου Β.	55
Αδαμίδα Α.	62	Βάμβαλης Χ.	35, 52, 71, 109, 147
Αδαμίδου Α.	159	Βαρελά Μ.	76
Αζαριάδης Π.	24	Βάρλα-Λευθεριώτη Γ.	192
Αϊβάζης Β.	14, 167	Βασιλαρέας Β.	10, 94
Αλεξανδράκης Μ.	222	Βασιλειάδης Κ.	87
Αλεξίου Σ.	37	Βασίλη Μ.	23
Αλεξόπουλος Δ.	7	Βεκόπουλος Δ.	76
Αλεποπούλου Δ.	130	Βελδέκης Δ.	124
Αλιβιζάτος Π.	153, 156	Βερυκάκη Α.	83, 89, 105, 158, 163
Αλφαράς Π.	135	Βεσλεμές Μ.	143
Αλχανάτης Μ.	112	Βλασερού Φ.	116, 118
Αναγνωστάκης Ι.	188	Βλαστός Φ.	148, 149, 215
Αναγνωστάκου Μ.	16	Βλαχογιάννης Ε.	71, 157
Αναγνωστόπουλος Κ.	24	Βλαχογιώργος Γ.	122, 124
Αναγνωστοπούλου Ο.	64, 66, 67, 115, 141, 162	Βοβόλης Β.	75
Αναγνωστοπούλου Τ.	106	Βογιατζάκης Ε.	32
Αναγνώστου Ε.	125	Βογιατζής Α.	144, 145, 146
Αναστασίου Α.	40, 137	Βολουδάκη Α.	13, 187, 190
Ανδρεάδης Δ.	123	Βοντετσιάνος Θ.	32
Ανδριώτη Σ.	5	Βόσσοσ Α.	50, 148
Ανδρονάδη Β.	174	Βουδούρη Θ.	68, 102, 208, 216
Ανδρουλάκη Δ.	162	Βούρδας Δ.	70, 108, 110
Ανδρουλάκης Γ.	133		

Γ			
Γάκη Ε.....	160	Δελιούσης Α.....	69
Γαλάνης Ν.....	87	Δεμερτζής Π.....	62, 94, 96, 126, 159
Γαλανοπούλου Κ.....	169	Δερμιτζάκης Γ.....	55, 147
Γαλαριώτης Κ.....	86, 140	Δημάδη Μ.....	50, 148, 149
Γαλλή Α.....	12	Δημάκου Α.....	72
Γαρμπής Δ.....	176	Δημητριάδης Κ.....	55, 157
Γαρυφαλλός Δ.....	78	Δημητρίου Σ.....	131
Γερογιάννη Α.....	111, 219	Δημολιάτης Ι.....	33
Γερούλιανος Σ.....	20, 23, 28, 97, 129, 131, 153, 156, 181, 182	Δημοπούλου Ι.....	20, 105, 131, 153, 154, 156, 197
Γεωργακόπουλος Π.....	50, 148, 149	Δογάνη Κ.....	15
Γεωργακοπούλου Β.....	174	Δόσιος Θ.....	138
Γεωργάτου-Παπαγεωργίου Ν.....	72, 77, 186	Δουγαλής Α.....	157
Γεωργίτσα Κ.....	86, 140	Δουγένης Δ.....	7
Γεωργόπουλος Δ.....	2, 6, 48	Δουζίνας Μ.....	175
Γεωργουλάκης Ι.....	105	Δρακωνάκης Γ.....	187, 190
Γιαλαμά Χ.....	213, 215	Δρίβαλος Κ.....	83
Γιάντσου Ε.....	196	Δροσίτης Ι.....	21, 95, 100, 183, 185
Γιατρομανωλάκης Ν.....	32, 70, 108	Ε	
Γκάγκα Μ.....	72, 77, 186, 225	Ελευθεριάδης Ι.....	70, 108
Γκαλέας Θ.....	45	Εμποριάδου Μ.....	12, 37
Γκίκας Α.....	99	Έξαρχος Ν.....	26
Γκιουλέκας Δ.....	109, 147	Επαναμεριτάκης Ε.....	183, 185
Γκούνη Μ.....	64, 66, 141	Εργαζάκη Μ.....	9
Γκουρτσογιάννης Ν.....	13, 187, 190	Ευαγγελοπούλου Ε.....	1, 38, 74, 120, 172
Γκράτζιου Χ.....	171, 188	Ευαγγελοπούλου Β.....	11
Γοργούλης Β.....	142, 143	Ευθυμίου Μ.....	171
Γουγουλάκης Σ.....	5	Ζ	
Γουγουλιάς Γ.....	121	Ζακυνθινός Ε.....	36, 85, 202, 203
Γουργουλιάνης Κ.....	47, 165, 169, 195, 200	Ζακυνθινός Σ.....	85, 130, 203
Γουργουλιάνης Κ.....	48	Ζαμπουρίδης Γ.....	173
Γούσιου Α.....	195	Ζαρμπής Γ.....	41, 42, 43, 44, 149
Γούτας Ν.....	143	Ζαρογουλίδης Κ.....	52, 55, 144, 145, 146, 147
Γρηγοράκη Η.....	22	Ζαρόκωστα Β.....	38, 120
Γρηγοράκος Λ.....	170, 180	Ζαφράκας Μ.....	90
Γρηγοράτου Θ.....	63, 218	Ζάχαρης Ε.....	94
Γρηγορέας Χ.....	70, 108, 110	Ζαχαριάδης Ε.....	29, 59, 91, 93, 176, 193, 209
Γρίβας Ο.....	148	Ζαχαριάς Κ.....	139
Δ		Ζαχαρούλης Σ.....	52, 146
Δαμιλάκης Ι.....	51	Ζαχάρωφ Α.....	69
Δασκαλογιαννάκη Μ.....	13	Ζειμπέκογλου Κ.....	77, 186
Δασκαλοπούλου Ε.....	35, 71, 157	Ζιώγας Ε.....	52, 55, 147
Δελαγραμμάτικας Η.....	16	Ζιωτόπουλος Π.....	83, 89, 158, 191, 201
Δεληβοριάς Μ.....	83	Ζογλοπίτης Φ.....	204, 205, 207
		Ζορπίδου Δ.....	10

Ζωγανάς Λ.	60	Καλπογιάννης Ν.	16
Η		Καμηλάκη Μ.	30
Ηλιάδου Κ.	76	Καναβάκης Ε.	19
Ηλιακόπουλος Ι.	57	Κανταροπούλου Μ.	35
Ηλίας Ι.	80, 81, 111, 194	Κάντζα Χ.	50, 84, 213, 215, 223
Ηλίας Δ.	194	Καπαλτσόγλου Α.	204
Ηλιόπουλος Ε.	122, 124	Καπετανέας Σ.	141
Ηλονίδης Γ.	76	Καραγιαννίδης Ν.	57, 213
Θ		Καρακατσάνη Α.	20, 23, 28, 129
Θαλασσινός Ν.	60	Καρακίτσος Π.	102
Θειακούλης Ζ.	106	Καράμ Π.	138
Θεοδωρακόπουλος Π.	73, 82, 170, 189	Καραμέρης Α.	142, 143
Θεοδωρόπουλος Ε.	56, 91	Καραμπούλα Α.	164
Θεοδώρου Γ.	78	Καραπιστόλης Η.	176
Θεοφανοπούλου Α.	61	Καρατασάκης Γ.	24
Ι		Καρκαβίτσας Ν.	51, 119, 222, 227
Ιακωβίδης Δ.	146, 204, 205, 207	Καρμανιώλας Κ.	68, 208, 216
Ιγγλέζος Η.	93, 209	Καρμίρη Φ.	165
Ιλιέσκου Ν.	86, 140	Καρπούζας Ι.	173
Ιορδάνογλου Ι.	20, 72, 225	Κάσιμος Δ.	88
Ιωαννίδης Β.	211	Κασσιανίδης Α.	60
Ιωαννίδης Θ.	211	Κατής Κ.	56, 91, 93, 105, 176, 209
Ιωαννίδου Β.	130	Κατσαραγάκης Σ.	133
Ιωάννου Η.	75	Κατσαργύρης Ι.	163
Κ		Κατσαρδής Χ.	73, 82, 166, 170, 189
Καθούκας Ι.	180	Κάτσαρης Γ.	120
Καδάς Β.	24, 129, 154, 182	Κατσογιάννη Κ.	171
Καζή Δ.	130	Κατσούλης Π.	98
Κάζος Δ.	149	Κατσούλη Κ.	217
Καίνης Η.	149	Κατσώχης Κ.	212, 214
Κακαβέλας Η.	123, 196	Καττάμης Χ.	19
Κάκαρης Σ.	63	Καττέ Κ.	219
Κάκουρα Μ.	87	Κεφαλάκη Α.	61
Καλαβρουζιώτης Γ.	26	Κηπουρός Δ.	166
Καλακώνας Σ.	88	Κηπουρός Φ.	166
Καλαντίδου Κ.	171	Κηπουρού Κ.	18
Καλλέργης Κ.	34	Κιάρης Ι.	9
Καλογερόπουλος Ν.	88, 104, 161, 217	Κιοσσές Β.	212
Καλογήρου Ε.	66	Κιουμής Ι.	25, 155
Καλόγρης Π.	20	Κίττας Χ.	143
Καλοπίση Κ.	115, 141	Κλεώπας Ι.	48
Καλπακίδης Ε.	205	Κόζα Λ.	67, 162
		Κοζυράκη Μ.	31, 46
		Κοκκίνη Α.	61
		Κόκκινος Δ.	153
		Κολιός Γ.	53

Κόλλια Δ.	156	Κωνσταντόπουλος Σ.	33, 39, 53, 113, 192, 224
Κόλλιας Β.	177, 178, 179	Κωσταδήμα Ε.	77
Κομεσίδου Β.	135	Κώσταλος Χ.	16
Κονδύλη Ε.	95	Κωστόπουλος Χ.	5, 32
Κονδύλης Α.	18	Κωττάκης Ι.	113
Κοντακιώτης Θ.	123, 155, 204, 207		
Κόντες Μ.	133	Λ	
Κόντζογλου Γ.	14, 167	Λαβράνος Α.	140
Κοντογιάννη Δ.	78	Λαμπρινάκη Ε.	65
Κοντογιάννης Π.	61, 65	Λάμπρου Π.	77
Κοντόπουλος Ε.	167	Λάμπρου Σ.	25, 155
Κοντραφούρης Κ.	26	Λαμπρούλης Γ.	84
Κορδόσης Θ.	103	Λάσκου Μ.	64, 66, 115, 141
Κοσμάς Ε.	10, 92, 94, 103, 126, 159, 197	Λαχανά Α.	127
Κοτανίδου Α.	22, 85	Λάχανης Σ.	217
Κοτρογιάννης Γ.	91	Λεγάκη Σ.	59, 114, 176
Κότσαλος Χ.	178	Λέκκα Μ.	128
Κότσαλος Α.	177	Λεμονή Μ.	45
Κούβελα Ε.	174	Λιόλιος Ε.	191
Κούβελος Ν.	5	Λιόση Α.	64
Κούκου Ε.	111	Λιόσης Γ.	16
Κουλαξής Δ.	87	Λιούλιας Α.	174, 218
Κουλούρης Ν.	20, 72, 154, 197	Λιτός Γ.	84, 213, 215, 223
Κουμιωτάκη Σ.	30	Λουκάς Σ.	53
Κουμπανιού Χ.	33, 39, 224	Λουκίδης Σ.	88, 104, 161, 217
Κουντάκης Μ.	190	Λουμάκης Γ.	65
Κουντούρη Μ.	141	Λούρη Χ.	156
Κουρέα-Κρεμαστινού Τ.	32	Λουτσιδής Α.	26
Κουρόγλου Σ.	87	Λύπας Δ.	134
Κουτσούκος Α.	110	Λωσταράκος Π.	191
Κουτσούκου Α.	122, 124		
Κουτσούμπη Ε.	183	Μ	
Κοφτερίδης Δ.	99	Μαγγίνας Α.	24
Κόχειλας Λ.	129	Μάγιερ-Παπαγεωργίου Σ.	90, 214
Κρασόπουλος Γ.	175	Μαγκλαβέρας Ν.	55
Κριαράς Ι.	97, 181, 182	Μαζαράκης Α.	7
Κρομμύδας Γ.	47	Μαθιουδάκης Γ.	1, 11, 30, 38, 74, 120, 172, 198
Κυθρεώτης Π.	124	Μαθιουδάκης Ι.	40, 137
Κυρβασίλης Φ.	17, 166, 168	Μαθιουλάκης Σ.	135
Κυριαζής Γ.	35	Μακαρίτσης Κ.	5
Κυριακού Δ.	227	Μαλάμου-Μήτση Β.	33
Κυριάκου Β.	138	Μαλιωτάκης Α.	183, 185
Κων/πούλου Γ.	174	Μάλλιου Β.	151
Κωνσταντέλλου Μ.	111, 219	Μαμελετζή-Μυλώνη Ε.	220, 221
Κωνσταντινίδης Κ.	63	Μανουσάκη Α.	132
Κωνσταντινίδου Α.	164	Μανούσος Ο.	199

Μανταίου Μ.	122	Μπαρδουιώτου Ε.	98, 130
Μαντζάνα Π.	45	Μπάρλας Κ.	1, 38, 172
Μαραθιά Α.	131, 182	Μπαρμπουνάκης Ε.	99
Μαργαρίτης Χ.	89	Μπάστα Μ.	31, 79
Μαρίνης Ε.	32	Μπατάλη Ε.	22
Μαρκάτος Μ.	9	Μπατσάκης Χ.	49, 80, 81, 115
Μαρκόπουλος Κ.	60	Μπαχλιτζανάκης Ν.	30, 95
Μαρνέρας Χ.	160	Μπελλένης Ι.	22, 26
Μαρτίνος Α.	180, 184	Μπέτσου Α.	133
Μαρώσης Κ.	77, 186	Μπεχράκης Π.	1, 4, 11, 120, 198
Μαστροκώστα Ε.	60	Μπίκου Κ.	62, 92, 96
Μαυρίκης Ν.	76	Μπιμπάκης Ι.	30
Μαυροματίδη Ε.	169	Μπίρμπα Π.	215
Μαυρομάτης Α.	85, 171, 202, 203	Μπλαζογιαννάκης Γ.	58, 107
Μαύρου Ε.	186	Μπλάνα Α.	91
Μαυροφρίδης Ε.	123, 196, 205	Μπλάνας Β.	84, 215, 223
Μεγαλογιάννη Ε.	16	Μπομποτής Γ.	87
Μελά Ε.	15	Μπουγάς Κ.	217
Μελέτης Γ.	150	Μπουλμπασάκος Γ.	125
Μέλλος Σ.	16	Μπούρας Α.	73, 82, 170, 189
Μέξη-Μπουρνά Π.	16	Μπούρος Δ.	9, 13, 21, 31, 34, 46, 51, 79, 99, 100, 113, 116, 117, 118, 119, 142, 150, 152, 187, 190, 199, 222, 227
Μερδενεσιάνος Κ.	8	Μπουσμουκίλια Σ.	121
Μερίδης Θ.	165	Μπόφος Δ.	8, 49, 80
Μετζελόπουλος Σ.	30	Μπρέλλας Ν.	200
Μητρούσκα Ι.	2, 6	Μυλωνάκη Ε.	146
Μικρούλης Δ.	27		
Μιχαηλίδης Σ.	62, 94, 96	N	
Μιχάλης Α.	23, 28	Νάκος Γ.	127, 128
Μιχαλιά Μ.	92	Νανάς Ι.	5
Μιχαλόπουλος Α.	97, 181, 182	Νανάς Σ.	36, 98, 202
Μιχαλόπουλος Ν.	154	Νένου Ε.	65
Μιχαλοπούλου Π.	22, 58, 107	Νικήτας Α.	194
Μολυβδάς Π.	195, 200	Νικηφόρου Σ.	5
Μοσχόθη Μ.	164	Νικολαΐδης Α.	23
Μοσχονάς Μ.	95	Νικολακάκου Δ.	194
Μουζάς Ι.	199	Νικολακόπουλος Ι.	83, 89
Μουντοκαλάκης Θ.	112	Νικολάου Χ.	36
Μουσουτζάνη Κ.	5	Νικόλοβα Ρ.	223
Μπαθρέλλου Σ.	180, 184	Νικολόπουλος Δ.	16
Μπάκα Α.	166	Νικόπουλος Κ.	39
Μπάκα Μ.	87	Νούσια-Αρβανιτάκη Σ.	12
Μπακάκος Π.	225	Ντάγανου Μ.	20, 24, 131, 153, 154, 156
Μπακαρής Θ.	69	Νταλούκας Κ.	208
Μπαλαφούτα Μ.	164	Νταρίλλης Ε.	173
Μπανιά Δ.	164		
Μπαξεβάνης Κ.	103, 126, 159		

Ντάσιου Μ.....	116, 117	Παπαδάκης Ι.....	99
Νταχάμπρε Τ.....	56, 59, 93, 114, 176, 209	Παπαδημητρίου Σ.....	122
Ντόβις Ε.....	172	Παπαδημητρίου Μ.....	160
Ντουντουνάκης Σ.....	11, 19, 198	Παπαδημητρόπουλος Κ.....	133
Ξ			
Ξάνθου Μ.....	16	Παπαδοπούλη Ε.....	31, 46
Ξεφτέρη Μ.....	12	Παπαδόπουλος Κ.....	102
Ξηρουχάκη Ν.....	150, 222, 227	Παπαδόπουλος Ν.....	78
Ξυδώνας Σ.....	88, 104, 161	Παπαδόπουλος Υ.....	121
Ξυλούρης Α.....	119	Παπαδοπούλου Ε.....	37
Ο			
Οικονόμου Α.....	126	Παπαδοπούλου Π.....	179
Οικονόμου Κ.....	220, 221	Παπαθεοδώρου Μ.....	169
Ορφανίδου Δ.....	72, 112, 225	Παπαθωμά Ε.....	16
Π			
Παιονίδης Α.....	37	Παπαϊωαννίδης Δ.....	111, 112, 219
Παλαμίδας Φ.....	89, 93, 191, 201, 209	Παπαϊωάννου Δ.....	110
Παλατιανός Γ.....	23, 28, 182	Παπαϊωάννου Α.....	134, 136
Παναγέας Σ.....	73, 82, 170, 189	Παπαϊωάννου Γ.....	195
Παναγιωτίδης Η.....	179	Παπακωνσταντίνου Α.....	135
Παναγιωτόπουλος Σ.....	76	Παπακωνσταντίνου Χ.....	121
Παναγιωτόπουλος Π.....	177, 178	Παπαλάμπρος Θ.....	68
Παναγιωτοπούλου Ε.....	76	Παπανικολάου Ν.....	93, 209
Παναγιώτου Θ.....	112	Παπανικολάου Σ.....	133
Παναγιώτου Γ.....	181	Παπάς Κ.....	16, 134, 208
Πανάγου Π.....	21, 88, 100, 104, 142, 161, 217	Παπασταματίου-Τσιμάρα Η.....	143, 218
Πανιέρα Ο.....	36, 98	Παπασταύρου Θ.....	166
Πανοπούλου Σ.....	194	Παπατζίμας Κ.....	18
Πανουτσόπουλος Γ.....	49, 80, 81	Παπαφράγκας Ε.....	32
Παντερμαράκη Ε.....	38	Παπαχρήστου Α.....	167
Παπά Α.....	38	Παπίρης Σ.....	39, 113, 224
Παπά Ι.....	68, 102, 208, 216	Παππός Θ.....	194
Παπαβασιλείου Γ.....	60	Παραστατίδης Σ.....	62, 92, 96, 126, 197
Παπαβασιλείου Ε.....	68, 152, 216	Παρασχάκης Ε.....	79
Παπαγεωργίου Α.....	90, 212, 214	Παστάκα Β.....	41, 42, 43, 44
Παπαγεωργίου Γ.....	90	Πασχίδου Β.....	132
Παπαγεωργίου Ν.....	112	Πασχουλάρη Κ.....	169
Παπαγιαννάκης Γ.....	176	Πατάκας Δ.....	6, 25, 123, 155, 157, 196, 205
Παπαγιάννη Μ.....	165, 169	Πατενταλάκης Μ.....	57
Παπαγιάννης Α.....	55, 144, 145, 146, 147	Πατερράκη Ε.....	401, 37
Παπαγόρας Χ.....	59, 93, 209	Πατσουράκης Γ.....	34, 118, 150, 227
Παπαδάκης Γ.....	57	Παυλάκου Γ.....	67, 162
Παπαδάκης Ε.....	50, 148, 149	Πέππας Γ.....	75
		Πέρδικας Λ.....	67
		Περιστεράκης Α.....	125
		Περπερίδου Ν.....	214
		Πετράκης Κ.....	41, 42, 43, 44
		Πετράκης Ι.....	183
		Πετρογιαννόπουλος Κ.....	69

Πετρόπουλος Γ.	101	Σαμίου Μ.	31, 34, 51, 118, 119, 199
Πέτσας Θ.	7	Σαρίκος Γ.	205, 207
Πεχλιβανίδης Θ.	71, 109	Σαρρή Ζ.	15
Πηγής Α.	135	Σεφεριάδης Κ.	53
Πίνη Ε.	225	Σημαντηράκη Μ.	79
Πιταρίδης Μ.	36	Σιαφάκας Ν.	9, 13, 21, 31, 34, 46, 51, 79, 100, 113, 116, 117, 118, 119, 150, 152, 187, 190, 199, 222, 227
Πίτσιου Γ.	155, 196	Σιδερής Γ.	91
Πλατσιούκα Ε.	36	Σινανιώτης Κ.	40, 137
Πολίτη Δ.	61	Σιχλετίδης Λ.	35, 71, 109, 145
Πολίτης Γ.	41, 42, 43, 44, 149	Σιώζιος Α.	136
Πολύζος Ν.	32	Σκορδαλάκη Α.	25
Πολυχρονάκη Α.	62, 92, 94, 96, 159	Σκόττη Ε.	215
Πολυχρονόπουλος Β.	10, 62, 92, 94, 126	Σμυρνάκη Π.	79
Πουλάκη Ρ.	191	Σολωμονίδης Ε.	73, 82, 189
Πουλαράς Ι.	129	Σούλας Δ.	200
Πουλικάκος Ι.	69	Σοφατζής Ι.	16, 134
Πούλου Δ.	68, 102, 208, 216	Σοφινός Δ.	40, 137
Πουλτσίδη Α.	135	Σπαντίδος Δ.	9
Πράπας Σ.	97, 131	Σπηλιοπούλου Μ.	210
Πρεκατές Α.	36, 98, 202	Σπυριδάκη Ι.	99
Πρινιανάκης Γ.	118	Σπυριδής Π.	40, 137
Πρίφτης Κ.	16, 18, 172	Σπυρόπουλος Κ.	7, 160, 210
Πρίφτης Ν.	188	Σπυροπούλου Μ.	158, 163
Ρ		Σπύρου Π.	25, 155
Ράδου-Σφυρή Μ.	216	Σταθάκης Ν.	195
Ράπτη Α.	64, 66, 115, 141	Σταματάκη Ε.	48
Ράπτης Κ.	56	Σταυρακάκη-Καλλέργη Κ.	84, 213, 215, 223
Ρασιδάκης Α.	5, 72, 143, 225	Σταυρακάκη-Καλλέργη Λ.	223
Ρασιδάκης Γ.	143	Σταυρίδης Γ.	131
Ρέλλος Κ.	181	Σταυροπούλου-Γκιόκα Α.	158, 163, 192
Ρέππας Χ.	77, 186	Σταχούλη Κ.	33
Ριζοπούλου Δ.	169	Στεργιόπουλος Σ.	133
Ροβίνα Ν.	95	Στεργίου Π.	127
Ροτζιώκος Γ.	1, 38, 74, 120	Στεργίου Β.	52
Ρούσκα Α.	60	Στήνιος Ι.	164
Ρούσσο Χ.	36, 85, 98, 130, 171, 202, 203	Στίγγας Ν.	157
Ρούσου Τ.	126	Στρατήγη Π.	28
Ρούτση Χ.	85, 130, 202, 203	Στρατόπουλος Π.	86, 140
Σ		Στρατούλη Μ.	122, 124
Σάββα Ε.	58, 107	Στυλιανού Ι.	219
Σάββα Σ.	94	Συννεφάκη Ε.	58, 107
Σακελλαρίου Κ.	33	Σφακιανάκης Κ.	8
Σαμαρά Ι.	50, 84, 186, 213, 215, 223, 225	Σχίζα Σ.	21, 79, 100, 152
Σαμαράς Ν.	132	Σωληναριάς Ε.	29, 193

Σωληναραίου Κ.	29, 193
Σωτήρη Α.	114, 192
Σωτηροπούλου Β.	149

Τ

Τακτικού Ε.	102
Τασιπούλου Α.	192
Τάτσης Γ.	125, 188
Ταχμιτζή Α.	124
Τεντζίδου Κ.	37
Τέρμινε Τ.	74
Τερροβίτου Χ.	224
Τζανάκης Ν.	21, 31, 34, 46, 51, 79, 100, 116, 117, 118, 119, 152, 199, 222, 227
Τζάννες Σ.	58, 63, 107, 218
Τζελέπης Γ.	23, 24, 28, 129, 153, 154, 156, 182
Τζημάκας Χ.	204, 207
Τζωρτζάκη Ε.	9, 95
Τζωρτζάτου-Σταθοπούλου Φ.	164
Τόμος Π.	63
Τουμπής Μ.	32
Τουρκοχωρήτη Γ.	8, 49, 80
Τρακαδά Γ.	7, 160, 210
Τρακόπουλος Γ.	186
Τράμπαρη Χ.	74, 120, 172
Τριγγίδου Ρ.	143, 218
Τσαγκαράκης Ι.	112
Τσαγκάρης Η.	127, 128
Τσακατίκας Α.	107, 218
Τσακρακλίδης Β.	48
Τσάμη Ε.	65
Τσανάκας Ι.	17, 166, 168, 173, 188
Τσάπανος Β.	7
Τσάρα Β.	121, 132
Τσαριτσανιώτης Ε.	196
Τσαρουχά Α.	67, 162
Τσελεμπής Α.	81, 194
Τσελέντης Ι.	99
Τσελεπατιώτης Ε.	45
Τσιαφάκη Ξ.	56, 91, 105, 158, 163, 176
Τοικριτέας Κ.	163
Τσιλαλής Θ.	142
Τσιλιγγίρη Μ.	37
Τσίντζας Κ.	153
Τοινητήρης Κ.	104, 161
Τσιότσιος Ι.	35, 71

Τσίπρα Σ.	88, 161
Τσίτουρα Α.	57
Τσίτσικας Κ.	18
Τσολάκης Κ.	177, 178
Τσουκαλάς Γ.	125
Τσούπη Ι.	104
Τσούτσος Β.	64, 66, 162

Φ

Φαχαντίδου Ε.	55, 145, 147
Φερδούτσος Ε.	150, 222
Φεσατίδης Ι.	25, 155
Φιλαδητάκη Β.	125
Φιλίππου Ν.	81, 194, 219
Φιλίππου Δ.	205
Φιλοξενίδη Ν.	15
Φλώρος Ι.	98, 203
Φουφοπούλου Ε.	111
Φραγκάκη Χ.	61, 65
Φρέγκογλου Σ.	206
Φρουδαράκης Μ.	13, 51, 113, 187, 190
Φωθιαδάκης Ε.	57
Φωτίου Α.	52
Φωτοπούλου Ε.	98

Χ

Χαβιάρας Β.	125
Χαϊδάς Α.	16
Χαϊδάς Σ.	18
Χαίνης Κ.	3, 95
Χαίνης Ν.	91
Χαλκιαδάκης Γ.	183, 185
Χαλκιάς Χ.	195
Χαμαλίδης Κ.	211
Χανδρινός Β.	191
Χανιώτου Α.	10, 96, 159
Χαραλαμποπούλου Α.	7, 160, 210
Χαρίση Ν.	174
Χαρίτου Α.	33, 53, 224
Χαροκόπος Ν.	7, 160, 210
Χατζάκης Γ.	4
Χατζάκης Κ.	51, 199
Χατζηαποστόλου Π.	145
Χατζηγιαννάκη Π.	41, 42, 43, 44
Χατζηγιαννάκης Ι.	135
Χατζηδάκης Ν.	122

Χατζημιχαήλ Α.	166	Χρήστου Φ.	84, 223
Χατζηνικόλας Ν.	17, 168	Χριστάκη Π.	121, 132
Χατζηπαρασίδης Γ.	200	Χριστακοπούλου Ι.	67, 80, 81, 115, 148
Χατζής Α.	15	Χριστοδούλου Ι.	7
Χατζηστάμου Ι.	9	Χρυσός Δ.	78
Χατζίνης Α.	22	Χρυσοχεράκης Γ.	11, 198
Χαχλιούτης Κ.	95	Χρυσώτης Χ.	41, 42, 43, 44
Χλωρός Δ.	35		
Χολέβας Μ.	144	Ψ	
Χόρτη Μ.	143	Ψαθάκης Κ.	116, 117, 118, 119
Χόρτης Ι.	67	Ψαρουδάκη Μ.	61
Χρήστου Κ.	200		

Αφήστε το άσθμα πίσω

Dracanyl®

 Turbuhaler®

Pulmicort®

 Turbuhaler®

ΚΛΙΚ! και βαθιά ανάσα

Τώρα
και τα 2 σκευάσματα
στον πίνακα
του ΙΚΑ

Dracanyl® Turbuhaler®

Terbutaline sulphate

Σύνθεση: Κάθε συσκευή Dracanyl® Turbuhaler® περιέχει 200 δόσεις των 0,5 mg terbutaline sulphate. **Ενδείξεις:** Σε βρογχόσπασμο στο βρογχικό άσθμα και σε αναστρέψιμο βρογχόσπασμο, σε πνευμονικό εμφύσημα, βρογχίτιδα και γενικώς σε πνευμονοπάθειες συνοδευόμενες από βρογχόσπασμο. **Αντενδείξεις:** Υπερευαίσθησια στην τερβουταλίνη. **Αντιψύχτες ενέργειες:** Η συχνότητα των παρενεργειών στις συνιστώμενες δόσεις είναι χαμηλή. Κατά τη χορήγηση της τερβουταλίνης με εισπνοή, δεν επιτυγχάνονται φαρμακολογικές φεραστικές συγκέντρωσεις της ουσίας στη συστηματική κυκλοφορία. Ως εκ τούτου, δεν αναμένεται πρόκληση σημαντικών συστηματικών αντιψύχτων ενεργειών. Ο τρόπος και σε μικρότερο βαθμό, το άσθμα πάλιμ που έχουν αναφερθεί, αποτελούν χαρακτηριστικά της δράσης όλων των συμπαθομιμητικών αμινών. Οι αντιψύχτες αυτές ενέργειες, όποτε παρουσιάζονται, αναστρέφονται στην πλειοψηφία τους αυτόματα μέσα στη πρώτη ή δεύτερη εβδομάδα της θεραπείας. Μπορεί να εμφανισθούν κνίδωση και εξάνθημα. **Αλληλεπιδράσεις:** Οι β-αναστολείς,

και ειδικότερα οι μη εκλεκτικοί, μπορεί να αναστείλουν μερικώς ή ολικώς τη δράση των β-διεγερτών. **Δοσολογία και τρόπος χορήγησης:** Τα εισπνεύσιμα βρογχοδιασταλτικά θα πρέπει, ως αρχική θεραπεία, να χρησιμοποιούνται κατά προτίμηση όταν απαιτείται, παρά σε συστηματική βάση. Η δοσολογία θα πρέπει να εξατομικεύεται. **Ενήλικες και παιδιά άνω των 12 ετών:** 0,5 mg (1 εισπνοή) όταν απαιτείται ή αν το φάρμακο χρησιμοποιείται ως τακτική θεραπεία συντήρησης κάθε 6 ώρες. Σε σοβαρές καταστάσεις η εφ' άπαξ δόση μπορεί ν' αυξηθεί μέχρι τις 3 εισπνοές. Η συνολική δόση ανά 24ωρο δεν θα πρέπει να υπερβαίνει τις 12 εισπνοές. **Παιδιά 3-12 ετών:** 0,5 mg (1 εισπνοή) όταν απαιτείται ή αν το φάρμακο χρησιμοποιείται ως τακτική θεραπεία συντήρησης κάθε 6 ώρες. Σε σοβαρές καταστάσεις η εφ' άπαξ δόση μπορεί ν' αυξηθεί σε 2 εισπνοές. Η συνολική δόση ανά 24ωρο δεν θα πρέπει να υπερβαίνει τις 3 εισπνοές. **Συσκευασία:** Πλαστική δοσιμετρική συσκευή για εισπνοές Turbuhaler® 200 δόσεων.

Pulmicort® Turbuhaler®

Budesonide/Βουδεσονιδή

Περιγραφή: Συσκευή για εισπνοές σταθερών δόσεων σκόνης, που ενεργοποιείται με την εισπνοή και απελευθερώνει, 200 mcg ανά δόση. Κάθε συσκευή περιέχει 200 δόσεις. Το Pulmicort®

Turbuhaler® δεν περιέχει προωθητικά, λιπαντικά, συντηρητικά, φθορές ή άλλα πρόσθετα. **Ενδείξεις:** Βρογχικό άσθμα.

Αντενδείξεις: Γνωστή υπερευαίσθησια στο φάρμακο.

Αντιψύχτες ενέργειες: Ελαφρής ερεθισμός του φάρυγγα, βήχας και βράγχος φωνής. Έχει αναφερθεί καντιντίαση του στοματικού φάρυγγα. Ο βήχας μπορεί συνήθως να προληφθεί με εισπνοή β-διεγερτή, 5-10 λεπτά πριν από την εισπνοή του Pulmicort®. **Προσοχή στη χορήγηση:** Η χορήγηση του φαρμάκου χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή σε ασθενείς με πνευμονική φυματίωση και μυκητιασικές ή ιογενείς λοιμώξεις των αεραγωγών. **Κύηση - Γαλουχία:** Η χορήγηση του Pulmicort® κατά τη διάρκεια της κύησης θα πρέπει ν' αποφεύγεται, εκτός αν υπάρχουν σοβαροί λόγοι που να τη δικαιολογούν. **Δοσολογία:** Η δοσολογία του Pulmicort® Turbuhaler® εξατομικεύεται. **Ενήλικες:** 200-1600 mcg την ημέρα, καταμεμημένα σε 2-4 δόσεις. (Στις λιγότερο σοβαρές περιπτώσεις: 200-800 mcg την ημέρα, στις σοβαρότερες: 800-1600 mcg την ημέρα). **Παιδιά άνω των 6 ετών:** 200-800 mcg την ημέρα, καταμεμημένα σε 2-4 δόσεις. Η δόση συντήρησης εξατομικεύεται και θα πρέπει να είναι η χαμηλότερη δυνατή. Χορήγηση δύο φορές την ημέρα είναι συνήθως επαρκής (πρωί και απόγευμα). **Συσκευασία:** Πλαστική δοσιμετρική συσκευή για εισπνοές Turbuhaler® 200 δόσεων.