



Ελληνική
Παιδοπνευμονολογική
Εταιρεία



Endorsed by

ERS

EUROPEAN
RESPIRATORY
SOCIETY

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

8



Επιστημονικό
Πρόγραμμα

20-22

Οκτωβρίου 2017

Ξενοδοχείο Divani Caravel
Αθήνα

8

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

Μήνυμα Προέδρου	4
-----------------	---

Διοικητικό Συμβούλιο	5
Οργανωτική Επιτροπή	
Επιστημονική Επιτροπή	

Επιστημονικό Πρόγραμμα	6
------------------------	---

Αναρτημένες Ανακοινώσεις	14
--------------------------	----

Προφορικές Ανακοινώσεις	24
-------------------------	----

Ευρετήριο Συγγραφέων Αναρτημένων Ανακοινώσεων	30
---	----

Ευρετήριο Συγγραφέων Προφορικών Ανακοινώσεων	31
--	----

Αλφαβητικός Κατάλογος Προέδρων - Ομιλητών	32
---	----

20-22

Οκτωβρίου 2017

Ξενοδοχείο Divani Caravel

Αθήνα



Ελληνική
Παιδοπνευμονολογική
Εταιρεία



Endorsed by

ERS

EUROPEAN
RESPIRATORY
SOCIETY



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΓΕΝΙΚΩΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ

Γενικές Πληροφορίες	35
Δορυφορική Διάλεξη	37
Χρήσιμες Πληροφορίες	38
Ευχαριστίες	41



8

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

Μήνυμα Προέδρου

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Με ιδιαίτερη χαρά σας ενημερώνω ότι το **8^ο Πανελλήνιο Παιδοπνευμονολογικό Συνέδριο** θα πραγματοποιηθεί στην **Αθήνα**, στις **20-22 Οκτωβρίου 2017**. Συνεχίζοντας την προσπάθεια μας να διατηρήσουμε υψηλό το επίπεδο του Συνεδρίου μας, αλλήλα και να το κάνουμε πιο ελκυστικό για τον ειδικευόμενο και ειδικευμένο παιδίατρο και τον παιδοπνευμονολόγο, εμπλουτίσαμε το πρόγραμμα της εφετινής χρονιάς, στο οποίο συμμετέχουν διακεκριμένοι συνάδελφοι από την Ελλάδα και το εξωτερικό, με μεγάλη ερευνητική και κλινική εμπειρία.

Το επιστημονικό πρόγραμμα θα συμπεριλαμβάνει ολοήμερο κλινικό φροντιστήριο, διαλέξεις με ενδιαφέροντα θέματα για τον γενικό παιδίατρο και παιδοπνευμονολόγο. Ειδικά εφέτος, οι συνεδρίες της τελευταίας ημέρας θα διεξαχθούν στα αγγλικά με τη συνεργασία της E.R.S. (European Respiratory Society) και τη συμμετοχή έμπειρων ομιλητών μελών της Paediatric Assembly της E.R.S. Παράλληλα, όπως κάθε χρονιά, θα πραγματοποιηθεί σεμινάριο για τους νοσηλευτές και φυσικοθεραπευτές.

Σημειώνω ότι, για πρώτη φορά, λόγω της σύνδεσης της Ελληνικής Παιδοπνευμονολογικής Εταιρείας με την E.R.S., που είναι σε ισχύ από την εφετινή χρονιά, έχει αυξηθεί ο αριθμός των ξένων προσκεκλημένων ομιλητών. Επιπλέον, το Συνέδριό μας προβλήθηκε κατά τη διάρκεια του Πανευρωπαϊκού Συνεδρίου της E.R.S. στο Μιλάνο.

Με την πεποίθηση ότι θα συνεχιστεί και αυτή τη χρονιά η παράδοση των επιτυχημένων Συνεδρίων της Εταιρείας μας, σας περιμένουμε όλους για να συζητήσουμε τις νεότερες εξελίξεις στην Παιδοπνευμονολογία.

Με εκτίμηση,

*Ο Πρόεδρος της Ελληνικής
Παιδοπνευμονολογικής Εταιρείας*

Εμμανουήλ Παρασκάκης MD, PhD
Αν. Καθηγητής Παιδιατρικής Δ.Π.Θ.

20-22

Οκτωβρίου 2017

Ξενοδοχείο Divani Caravel

Αθήνα



Ελληνική
Παιδοπνευμονολογική
Εταιρεία



Endorsed by

ERS

EUROPEAN
RESPIRATORY
SOCIETY



Διοικητικό Συμβούλιο Ελληνικής Παιδοπνευμονολογικής Εταιρείας

Πρόεδρος: Παρασκάκης Ε.

Αντιπρόεδρος: Χαϊδοπούλου Κ.

Γραμματέας: Γίδαρης Δ.

Ταμίας: Κυρβασίλης Φ.

Μέλος: Παπαδοπούλου Αθ.

Οργανωτική Επιτροπή

Πρόεδρος: Παρασκάκης Ε.

Μέλη: Γίδαρης Δ.
Καρανταγλής Ν.
Κυρβασίλης Φ.
Παπαδοπούλου Αθ.
Τσανάκας Ι.
Φούζας Σ.
Χαϊδοπούλου Κ.
Χατζηαγόρου Ε.

Επιστημονική Επιτροπή

Πρόεδρος: Κουμπουρήλης Α.

Μέλη: Ανθρακόπουλος Μ.
Βαβερή Ρ.
Γίδαρης Δ.
Δούρος Κ.
Εμποριάδου Μ.
Καδίτης Α.
Κατσαρδής Χ.
Κυρβασίλης Φ.
Μαντζουράνη Ε.
Μιχαηλίδη Ε.
Παναγιωτοπούλου-Γαρταγάνη Π.
Παρασκάκης Ε.
Πασπαλάκη Π.
Πρίφτης Κ.
Τσανάκας Ι.
Τσιλιγιάννης Θ.
Χαϊδοπούλου Κ.
Χατζημιχαήλ Α.



8

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

Επιστημονικό Πρόγραμμα

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 20 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ - ΑΙΘΟΥΣΑ MACEDONIA Β'

09:30 - 10:00

ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ - ΕΓΓΡΑΦΕΣ

10:00 - 13:00

ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ

Σπιρομέτρηση

Εκπαιδευτές: **Δ. Γίδαρης, Ν. Καρανταγής**

Οξυμετρία - Νυκτερινή οξυμετρία

Εκπαιδευτές: **Α. Καδίτης, Κ. Τανού**

Βασικά στοιχεία των αναπνευστικών λειτουργιών

Εκπαιδευτής: **Σ. Φούζας**

Τεχνικές χορήγησης εισπνεόμενων φαρμάκων

Εκπαιδευτές: **Κ. Χαϊδοπούλου, Ν. Καραμπατάκης**

13:00 - 14:30

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

14:30 - 17:30

ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ

Εκπνεόμενο ΝΟ στα παιδιά

Εκπαιδευτής: **Ε. Παρασκάκης**

Βρογχοσκόπηση

Εκπαιδευτές: **Φ. Κυρβασίλης, Κ. Δούρος**

Ακτινογραφία θώρακος

Εκπαιδευτής: **Σ. Π. Δευτεραίος**

Κρίση βρογχικού άσθματος

Εκπαιδευτρια: **Αθ. Παπαδοπούλου**

19:00 - 19:30

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

19:30 - 20:30

ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ

20-22

Οκτωβρίου 2017

Ξενοδοχείο Divani Caravel

Αθήνα



Ελληνική
Παιδοπνευμονολογική
Εταιρεία



Endorsed by
ERS

EUROPEAN
RESPIRATORY
SOCIETY

Επιστημονικό Πρόγραμμα

ΣΑΒΒΑΤΟ 21 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ - ΑΙΘΟΥΣΑ MACEDONIA Β'

09:00 - 09:30 ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ - ΕΓΓΡΑΦΕΣ

09:30 - 11:00 Στρογγυλό τραπέζι 1: Βρογχικό Άσθμα

Προεδρείο: **Κ. Χαϊδοπούλου, Χ. Κατσαρδής**

Η πρόγνωση του συριγμού **Σ. Φούζας**

Τα εισπνεόμενα φάρμακα και ο παιδιατρικός πνεύμονας **Φ. Κυρβασίλης**
Άσθμα και συν-νοσηρότητα **Μ. Παπαδόπουλος**

Νέες τεχνολογίες και διαχείριση άσθματος **Ν. Καρανταγλής**

11:00 - 11:30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

11:30 - 13:00 Στρογγυλό τραπέζι 2: Λοιμώξεις και Χρόνιες Αναπνευστικές Παθήσεις

Συντονιστές: **Ε. Ρονλίδης, Μ. Τσολιά**

Διερεύνηση του παιδιού με υποτροπιάζουσες πνευμονίες **Κ. Χαϊδοπούλου**

Μικροβίωμα και μυκοβίωμα του αναπνευστικού συστήματος: πόσο ενδιαφέρει;
Ε. Ρονλίδης

Γρίπη και χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις **Α. Μίχος**

13:00 - 14:00 ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ - ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Προεδρείο: **Ρ. Βαλερή, Ε. Χατζηαγόρου, Α. Καδίτης, Δ. Γίδαρης**

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

AA01 ΑΣΥΝΗΘΗΣ ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΣΕ ΑΓΟΡΙ ΜΕ ΝΕΥΡΙΝΩΜΑΤΩΣΗ ΤΥΠΟΥ 1 (NI-1)

Γρίβας Γ.¹, Μερμύρη Δ.Ζ.¹, Πετρά Μ.², Πασπάτη Ι.², Πετροχείλου Κ.³, Παπαδοπούλου Α.¹

¹Αλθέργιολογική και Αναπνευστική Μονάδα, ΓΝ Παιδων Πεντέλη

²Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν. Παιδων Πεντέλη

³Ανασθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Παιδων Πεντέλη

AA02 ΑΡΙΘΜΟΣ ΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Γώγου Μ., Γιαννόπουλος Α., Χαϊδοπούλου Κ.

Β' Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

AA03 ΕΜΠΥΗΜΑ ΣΕ ΝΗΠΙΟ ΠΛΗΡΩΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΕΝΟ ΓΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΟ

Θεοδώρου Ε., Τσεκούρα Ε.

Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Ασκληπιείο» Βούλας, Αθήνα

Επιστημονικό Πρόγραμμα

AA04 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΠΝΕΥΣΤΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ
Κούστα Α.¹, Χατζηαγόρου Ε.², Χριστάρα-Παπαδοπούλου Α.³, Τσανάκας Ι.¹¹ Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Π.Ν.Θ. Παπανικολάου² 3^ο Παιδιατρική Κλινική, Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη³ Τμήμα Φυσικοθεραπείας, Α ΤΕΙ Θεσσαλονίκης**AA05 ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΕΣ ΒΡΟΓΧΙΟΛΙΤΙΔΕΣ ΣΕ ΒΡΕΦΟΣ ΩΣ ΑΦΟΡΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ GM - 1 ΓΑΓΓΛΙΩΣΙΔΩΣΗΣ**

Λαμπροπούλου Δ., Μπουντουβάς Δ., Αλχαζίδου Ε., Πετράκος Γ., Αντωνόπουλος Σ.

AA06 ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΠΑΡΧΕΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Λαμπροπούλου Δ., Μπουντουβάς Δ., Αλχαζίδου Ε., Πετράκος Γ., Αντωνόπουλος Σ.

AA07 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΝΗΠΙΟΥ 13 ΜΗΝΩΝ ΜΕ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΛΑΡΥΓΓΙΤΙΔΑΣ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΥΠΕΡ-IgM ΣΥΝΔΡΟΜΟΥΛαρίου Μ.Σ.¹, Μεντεσίδου Α.¹, Σπανός Ι.², Σταμογιάννου Α.¹, Κανάριου Μ.², Βαζαίου Α.¹¹ Α' Παιδιατρική Κλινική ΓΝΠΑ «Παναγιώτης και Αγλαΐα Κυριακού», Αθήνα² Διευθύντρια Αναστολογική τμήματός Νοσοκομείου Παιδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα**AA08 ΔΕΙΚΤΗΣ ΦΥΜΑΤΙΔΩΣ ΔΙΑΜΟΛΥΝΣΗΣ ΣΕ ΕΛΛΗΝΕΣ ΚΑΙ ΑΛΛΟΔΑΠΟΥΣ ΜΑΘΗΤΕΣ ΝΗΠΙΑΓΩΓΕΙΩΝ ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΒΥΡΩΝΑ**Μαγαζιώτου Ι.¹, Παπαγεωργίου Χ.Χ.², Ιωαννίδης Α.³, Θεοδωροπούλου Ε.⁴, Λίτινα Δ.⁵, Νικολοπούλου Β.⁵, Σταυρακέλης Γ.⁵, Τσαγκάρη Α.¹

Κέντρο Υγείας Βύρωνα

¹ Παιδίατροι, ² Πνευμονολόγος, ³ Γενικός Ιατρός, ⁴ Ειδικευμένη Γενικής Ιατρικής, ⁵ Επισκέπτες Υγείας**AA09 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΕΝΕΡΓΟ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΠΝΟΗΣ ΚΑΙ ΣΥΣΚΕΥΗ ΘΕΤΙΚΗΣ ΕΚΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΠΙΕΣΕΩΣ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΕΝΕΡΓΟ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΠΝΟΗΣ ΚΑΙ FLUTTER ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ ΣΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΞΑΡΣΗ**
Ντίνου Σ.Ρ.¹, Χατζηαγόρου Ε.², Χρηστάρα - Παπαδοπούλου Α.¹, Παρίση Μ.², Νούσια Α.², Κουρούκλη Ε.², Τσανάκας Ι.²¹ Τμήμα Φυσικοθεραπείας, Α ΤΕΙ Θεσσαλονίκης² 3^ο Παιδιατρική Κλινική, Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη**AA10 ΒΡΟΓΧΙΟΛΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΙΟΓΕΝΗΣ ΒΡΟΓΧΟΣΠΑΣΜΟΣ: ΑΠΟ ΤΗ ΘΕΩΡΙΑ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ**

Παρίση Μ., Χατζηαγόρου Ε., Μπαρμπούτη Ε., Κουνκάς Κ., Τερζή Δ., Παπανικολάου Δ., Νούσια Α., Κουρούκλη Ε., Κυρβασιλής Φ., Τσανάκας Ι.

3^ο Παιδιατρική Κλινική, Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη**AA11 ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΑΣΘΜΑ**

Πεφτουλίδου Π., Νούσια Α., Παρίση Μ., Κουρούκλη Ε., Χατζηαγόρου Ε., Τσανάκας Ι.

3^ο Παιδιατρική Κλινική, Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

20-22

Οκτωβρίου 2017

Ξενοδοχείο Divani Caravel

Αθήνα



Ελληνική
Παιδοπνευμονολογική
Εταιρεία



Endorsed by
ERS

EUROPEAN
RESPIRATORY
SOCIETY



Επιστημονικό Πρόγραμμα

AA12 ΥΨΗΛΟΣ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΛΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΘΡΕΨΗΣ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ: ΜΕΛΕΤΗ GREECF

Πουλημνέας Δ.^{1,2}, Πετροχείλου Α.³, Γραμματικοπούλου Μ.², Καδίτης Α.³, Λούκου Ι.³, Ντουντουάκης Σ.Ε.³, Λάγγας Δ.¹, Βασιλάκου Τ.¹

¹ Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Αθήνα

² Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, Θεσσαλονίκη

³ Τμήμα Κυστικής Ινώσης, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

AA13 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΣΤΗ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ Σέιταρίδη Α.¹, Χατζαγόρου Ε.², Παρίση Μ.², Νούσια Λ.², Κουρούκλη Ε.², Χρηστάρα - Παπαδοπούλου Α.¹, Τσανάκας Ι.²

¹ Τμήμα Φυσικοθεραπείας, Α' ΤΕΙ Θεσσαλονίκης

² 3^η Παιδιατρική Κλινική, Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

AA14 ΕΠΙΠΛΕΓΜΕΝΕΣ ΠΑΡΑΠΝΕΥΜΟΝΙΚΕΣ ΣΥΛΛΟΓΕΣ ΚΑΙ ΘΩΡΑΚΙΚΗ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ - ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ, ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ

Χαρίση Μ., Μερμήρη Δ.Ζ., Κοροβέση Π., Παπαδοπούλου Α., Κωσταρίδου Σ.

Παιδιατρική Κλινική και Τμήμα Αναπνευστικών Παθήσεων, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών Πεντέλης

AA15 ΕΠΙΠΛΕΓΜΕΝΕΣ ΠΑΡΑΠΝΕΥΜΟΝΙΚΕΣ ΣΥΛΛΟΓΕΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ: ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ

Χαρίση Μ., Μερμήρη Δ.Ζ., Κοροβέση Π., Παπαδοπούλου Α., Κωσταρίδου Σ.

Παιδιατρική Κλινική και Τμήμα Αναπνευστικών Παθήσεων, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών Πεντέλης

AA16 ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΜΕ ΠΡΟΠΟΦΟΛΗ ΚΑΙ ΡΕΜΙΦΕΝΤΑΝΙΛΗ ΚΑΙ ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΑΝΑΠΝΟΗ ΣΕ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΒΡΟΧΟΣΚΟΠΗΣΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ

Ιωακείμίδου Α.¹, Γαλήνη Α.¹, Γιαβάση Ι.¹, Ρεντίφη Ε.¹, Μπουτοπούλου Β.¹, Δούρος Κ.², Πρίφτης Κ.², Μασώτα Π.³

¹ Μονάδα Αυξημένων Φροντίδας, Γ' Παιδιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «Αττικόν», Αθήνα

² Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Γ' Παιδιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «Αττικόν», Αθήνα

³ Β' Κλινική Αναισθησιολογίας, ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «Αττικόν», Αθήνα

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ01 ΕΠΙΠΕΔΑ ΛΕΥΚΟΤΡΙΕΝΙΟΥ Β₄ ΟΡΟΥ, ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΑ ΑΜΥΓΔΑΛΩΝ ΚΑΙ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Αλεξόπουλος Ε.¹, Χαρίτος Γ.¹, Μπεφάνης Χ.², Μουσαηλίδης Γ.³, Λαχανάς Β.³, Λιάκος Π.², Γουργουλιάνης Κ.¹, Καδίτης Α.⁴

¹ Εργαστήριο Υπνου, Πνευμονολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, Ιατρικό Τμήμα Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

² Εργαστήριο Βιοχημείας, Ιατρικό Τμήμα Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

³ ΩΡΛ Κλινική, Ιατρικό Τμήμα Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Λάρισα

⁴ Μονάδα Παιδιατρικής Πνευμονολογίας, Α' Παιδιατρική Κλινική Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

Επιστημονικό Πρόγραμμα

- ΠΑ02 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ ΚΑΙ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ RETT**
Γρίβας Γ.¹, Μερμήρη Δ.Ζ.¹, Παρασκευουλάκος Ε.², Καθόλογος Ι.², Παπαδοπούλου Α.¹
¹ Αλλεργιολογική και Πνευμονολογική Μονάδα Γ.Ν. Παίδων Πεντέλης
² Νευρολογική Κλινική Γ.Ν. Παίδων Πεντέλης
- ΠΑ03 ΙΛΑΡΑ ΜΕ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (ΜΕΘ) ΛΟΓΩ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ**
Ζαφειροπούλου Φ., Λυμπεράτου Χ., Δεληγιάννη Χ., Ζούκα Μ., Τηγάνη Ε., Μπουρουτζή Δ., Βασιλοπούλου Μ., Σιανίδου Λ.
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Νοσοκομείο Παίδων Πεντέλης, Αθήνα
- ΠΑ04 ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ Ο ΑΠΟΙΚΙΣΜΟΣ ΑΠΟ PSEUDOMONAS AERUGINOSA ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΠΡΟΣ ΑΣΚΗΣΗ ΣΤΗΝ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ;**
Καμπούρας Α.¹, Χατζηαγόρου Ε.¹, Αβραμίδου Β.¹, Γεωργοπούλου Β.², Κυρβασιίλης Φ.¹, Τσανάκας Ι.¹
¹ 3^ο Παιδιατρική Κλινική, Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
² Ακτινολογικό τμήμα, Ιπποκράτειο Γ.Ν.Θ., Θεσσαλονίκη
- ΠΑ05 ΜΠΟΡΕΙ Ο ΔΕΙΚΤΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ ΝΑ ΠΡΟΒΛΕΨΕΙ ΝΕΟ ΑΠΟΙΚΙΣΜΟ ΜΕ PSEUDOMONAS AERUGINOSA ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ;**
Κουρούκλη Ε., Αβραμίδου Β., Χατζηαγόρου Ε., Νούσια Λ., Παρίση Μ., Γαλτογάβρου Μ., Κυρβασιίλης Φ., Τσανάκας Ι.
3^ο Παιδιατρική Κλινική, Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
- ΠΑ06 ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ**
Μικελάτου Κ.¹, Μπούτης Α.², Τσαφαντάκης Μ.², Παπαδοπούλου Α.¹
¹ Παιδιατρικό Ιατρείο Ασθματος και Αλλεργιών, ΓΝ ΚΑΤ
² Τμήμα Σκολίωσης και Σπονδυλικής Στήλης, ΓΝ ΚΑΤ
- ΠΑ07 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΣΚΟΛΙΩΣΗ ΠΟΥ ΕΦΑΡΜΟΖΟΥΝ ΚΗΔΕΜΟΝΑ. ΠΡΟΔΡΟΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**
Μικελάτου Κ.¹, Μπούτης Α.², Τσαφαντάκης Μ.², Παπαδοπούλου Α.¹
¹ Παιδιατρικό Ιατρείο Ασθματος και Αλλεργιών, ΓΝ ΚΑΤ
² Τμήμα Σκολίωσης και Σπονδυλικής Στήλης, ΓΝ ΚΑΤ
- ΠΑ08 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ ΡΙΝΙΚΟΥ ΜΟΝΟΞΕΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΑΖΩΤΟΥ ΜΕΤΑΞΥ ΜΕΘΟΔΟΥ ΧΗΜΕΙΟΦΩΤΑΓΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΟΧΗΜΙΚΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ**
Μπουτοπούλου Β., Χατζηπαρασίδης Γ., Πλητανάρης Α., Παπαδόπουλος Μ., Πρίφτης Κ., Δούρος Κ.
Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Γ' Παιδιατρική Κλινική, ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «Αττικόν», Αθήνα
- ΠΑ09 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΔΥΣΚΙΝΗΣΙΑΣ ΚΡΟΣΣΩΝ ΣΕ ΕΛΛΗΝΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΒΙΝΤΕΟΜΙΚΡΟΣΚΟΠΗΣΗΣ ΥΨΗΛΗΣ ΤΑΧΥΤΗΤΑΣ (HSVA): ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΡΙΩΝ ΧΡΟΝΩΝ**
Χατζηπαρασίδης Γ., Μπουτοπούλου Β., Πλητανάρης Α., Παπαδόπουλος Μ., Πρίφτης Κ., Δούρος Κ.
Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Γ' Παιδιατρική Κλινική, ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «Αττικόν», Αθήνα
- ΠΑ10 ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟ: ΟΦΕΛΟΣ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ**
Χρυσόχοου Ε.Α., Κυρβασιίλης Φ., Χατζηαγόρου Ε., Τσανάκας Ι.
3^ο Παιδιατρική Κλινική, Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

20-22

Οκτωβρίου 2017

Ξενοδοχείο Divani Caravel

Αθήνα



Ελληνική
Παιδοπνευμονολογική
Εταιρεία



Endorsed by
ERS

EUROPEAN
RESPIRATORY
SOCIETY

Επιστημονικό Πρόγραμμα

ΣΑΒΒΑΤΟ 21 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ - ΑΙΘΟΥΣΑ MACEDONIA Β'

14:00 - 15:00

Γενική Συνέλευση Ελληνικής Παιδοπνευμονολογικής Εταιρείας

15:00 - 17:00

ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ

17:00 - 18:30

Στρογγυλό τραπέζι 3: Κυστική Ίνωση

Προεδρείο: **Ι. Λούκου, Ι. Τσανάκας**

Κυστική ίνωση: από τον γενικό παιδίατρο στον ειδικό **Α. Πετροχείλου**

Ενδείξεις και αποτελεσματικότητα τεχνικών αναπνευστικής θεραπείας **Ε. Χατζηαγόρου**

Διατροφή και κυστική ίνωση **Π. Καρανίκα**

18:30 - 19:00

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

19:00 - 20:00

ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ - Συντονιστές: **Μ. Ανθρακόπουλος, Φ. Κυρβασίλης**

Το BPD γίνεται 50: βελτιώθηκε με το χρόνο;

BPD gets 50: Did it get better with time?

Ομιλητής: **Α. Κουμπουρή**

Νεώτερες θεραπείες ΚΙ/ Latest treatment options for cystic fibrosis

Ομιλητής: **Σ. Cunningham**

20:00 - 21:30

Στρογγυλό τραπέζι 4: Ετήσια Ανασκόπηση

Συντονιστές: **Α. Χατζημιχαήλ, Π. Παναγιωτοπούλου-Γαρταγάνη**

Άσθμα **Κ. Δούρος**

Αλλεργική ρινίτιδα **Αθ. Παπαδοπούλου**

Ύπνος **Α. Καδίτης**

Κυστική Ίνωση **Ι. Λούκου**

8

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

Επιστημονικό Πρόγραμμα

ΚΥΡΙΑΚΗ 22 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ - ΑΙΘΟΥΣΑ MACEDONIA Β'

E.R.S. Meeting

09:30 - 10:00

ΔΙΑΛΕΞΗ

Συντονιστής: **F. Midulla**

Το όραμα της E.R.S. για την υγεία των πνευμόνων / The ERS vision for the lung health Ομιλήτρια: **M. Γκάγκα**

10:00 - 11:30

Στρογγυλό τραπέζι 1

Συντονιστές: **Ε. Παρασκάκης, Ι. Τσανάκας**

Παχυσαρκία: συνδέεται με τα νοσήματα του αναπνευστικού; /

"Fat chance": Is obesity tied to lung disease? **A. Κουμπουρή**

Νέες προσεγγίσεις για τον RSV και τη βρογχιολίτιδα /

New approaches to RSV and bronchiolitis **S. Cunningham**

Επιδημιολογία άσθματος και αλλεργίας. Έχει η αλλεργική πορεία χάσει τον βηματισμό της; / Epidemiology of asthma and allergy: Is the allergic march out of step? **M. Ανθρακόπουλος**

11:30 - 12:00

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

12:00 - 13:30

Στρογγυλό τραπέζι 2

Συντονιστές: **Φ. Τσιλιγιάννης, Α. Κουμπουρή**

Συσχέτιση βρογχιολίτιδας άσθματος / Bronchiolitis - Asthma link **F. Midulla**

Θεραπεία σοβαρού άσθματος / Severe asthma treatments **Ε. Παρασκάκης**

Το άσθμα από την παιδική ηλικία στην ενήλικιση / Asthma from childhood to adulthood **Σ. Λουκίδης**

13:30 - 14:00

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

14:00 - 15:30

Στρογγυλό τραπέζι 3

Συντονιστές: **Κ. Πρίφτης, Ε. Μαντζουράνη**

Χρόνιος βήχας στα παιδιά και κοινή λογική / Chronic cough in children and common sense

Δ. Γίδαρης

Ενδείξεις θεραπευτικής αντιμετώπισης της υπνικής άπνοιας στα παιδιά /

When to treat OSAS in children? **Α. Καδίτης**

Φροντίδα κατ' οίκον. Η ελληνική εμπειρία / Home care. The Greek experience

Ι. Τσανάκας

20-22

Οκτωβρίου 2017

Ξενοδοχείο Divani Caravel

Αθήνα



Ελληνική
Παιδοπνευμονολογική
Εταιρεία



Endorsed by

ERS

EUROPEAN
RESPIRATORY
SOCIETY

Επιστημονικό Πρόγραμμα

ΚΥΡΙΑΚΗ 22 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ - ΠΑΡΑΛΛΗΛΗ ΑΙΘΟΥΣΑ ΚΟΖΑΝΗ

Σεμινάριο Νοσηλευτών και Φυσικοθεραπευτών

10:00 - 11:30

Στρογγυλό τραπέζι 1

Συντονίστρια: **Ι. Παυλοπούλου, Ε. Γραμματοπούλου**

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη σύγχρονη διαχείριση του παιδικού άσθματος

Κ. Πέτσιος

Η αναπνευστική φυσικοθεραπεία στις χρόνιες αποφρακτικές πνευμονοπάθειες των παιδιών

Ε. Χασαλιεύρη - Α. Χόρτη

Η σημασία της φυσικοθεραπείας στις διαταραχές της σπονδυλικής στήλης

Κ. Ψαρογιώργος

Χορήγηση εισπνεομένων φαρμάκων **Σ. Δικαλιώτη**

11:30 - 12:00

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

12:00 - 13:30

Στρογγυλό τραπέζι 2

Συντονιστές: **Β. Μάντζιου-Μεγαπάνου, Μ. Χουλάκνης**

Το παιδί με το τραχειόστομα **Μ. Χουλάκνης**

Η εκπαίδευση των παιδιών και των εκπαιδευτικών για την αντιμετώπιση

επείγουσών καταστάσεων στο σχολείο **Β. Μπουτοπούλου**

Η συμμόρφωση στην αντιασθματική αγωγή. Είναι εφικτή; **Δ. Κουμπανγιώτη**

Ενημέρωση και προετοιμασία του παιδιού για τη διαδικασία της βρογχοσκόπησης

Ι. Χριστοθανοπούλου

8

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

AA01

ΑΣΥΝΗΘΗΣ ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΣΕ ΑΓΟΡΙ ΜΕ ΝΕΥΡΟΙΝΩΜΑΤΩΣΗ ΤΥΠΟΥ 1 (NI-1)

Γρίβας Γρηγόρης¹, Μερμήρη Δέσποινα-Ζωή¹, Πετρά Μαριάννα², Πασπάτη Ιωάννα², Πετροχείλου Καλλιόπη³, Παπαδοπούλου Αθηνά¹

¹ Αλθιεργιολογική και Αναπνευστική Μονάδα, ΓΝ Παιδων Πεντέλη

² Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν. Παιδων Πεντέλη

³ Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Παιδων Πεντέλη

Εισαγωγή: Η νευροινωμάτωση τύπου 1 (NI-1) είναι μια πολυσυστηματική διαταραχή με νευρολογικές, μυοσκελετικές, σφαθημολογικές και δερματικές ανωμαλίες. 4,5% των ασθενών με NI-1 αναπτύσσουν όγκους στο μεσοθωράκιο που σπάνια προκαλούν συμπίεση της τραχείας και των βρόγχων.

Περιγραφή περίπτωσης: 13χρονο αγόρι με NI-1 με νευρινώματα παρασπονδυλικά στο επίπεδο Θ2-Θ6 οδηγήθηκε σε προγραμματισμένο χειρουργείο για οπίσθια σπονδυλοδεσία λόγω δυστροφικής θωρακικής σκολίωσης διπλής κυρτότητας. Μετά την επαγωγή της αναισθησίας και την ενδοτραχειακή διασωλήνωση, παρατηρήθηκε ανησυχτική άνοδος του τελιοεσπνευστικού CO₂ και αναπνευστική οξέωση προκαλώντας την ακύρωση του χειρουργείου. Στην αξιολόγηση που έγινε από το τμήμα μας, συνεστήθηκε αξονική αγγειογραφία τραχήλου-θώρακα που ανέδειξε την γνωστή παρασπονδυλική μάζα δεξιά στο οπίσθιο μεσοθωράκιο που όμως προκαλούσε οπισθοπλάγια συμπίεση της τραχείας προς τα δεξιά στο επίπεδο του Θ3, ενώ η ανώνυμη αρτηρία σε θέση έμπροσθεν της τραχείας προκαλούσε μια προσπιοπλάγια συμπίεση της τραχείας προς τα αριστερά. Διενεργήθηκε βροχοσκοπική όπου στο απώτερο τμήμα της τραχείας παρατηρήθηκε διαμήκης συμπίεση του προσπιοπλάγιου τραχειακού τοιχώματος δίχως αναστραμμένου κόμματος και οι σοβαρή βροχομαλάκυνση όλου του δεξιού βρογχικού δένδρου. Ακολούθησε πλήρης χειρουργική εξαίρεση της μάζας και η παθολογοανατομική εξέταση επιβεβαίωσε τη διάγνωση του νευρινώματος.

Συμπέρασμα: Η λεπτομερής προεγχειρητική εκτίμηση (λειτουργικές δοκιμασίες, βροχοσκοπική, απεικονιστικός έλεγχος) είναι εξαιρετικής σημασίας σε ασθενείς με NI-1 και διαγνωσμένη μάζα του μεσοθωρακίου.

AA02

ΑΡΙΘΜΟΣ ΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Γώγου Μαρία, Γιαννόπουλος Ανδρέας, Χαϊδοπούλου Κατερίνα

Β' Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

Εισαγωγή: Η συνεχής ιατρική πρόσδοος και η ύπαρξη παιδιατρικών υποειδικοτήτων έχουν αυξήσει την πολυφαρμακία στα παιδιά.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν να καταγράψει τον αριθμό χορηγούμενων φαρμάκων σε νοσηλεύόμενα παιδιά με αναπνευστικά προβλήματα και να αναζητήσει παράγοντες σχετιζόμενους με πολυφαρμακία.

Υλικό: Μελετήθηκαν 92 παιδιά (52 αγόρια - 40 κορίτσια) που νοσηλεύτηκαν λόγω αναπνευστικού προβλήματος στη Β' Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ. την περίοδο 2016 -2017.

Μέθοδος: Ανασκοπήθηκαν οι φάκελοι και τα δεδομένα αναλύθηκαν με SPSS.

Αποτελέσματα: Οι διαγνώσεις περιελάμβαναν βροχιολίτιδα (40,2%), πνευμονία (30,4%), βρογχικό άσθμα (6,5%), μη ειδική λοίμωξη κατώτερου αναπνευστικού (6,5%), wheezing (5,4%), λαρυγγίτιδα (3,3%), λαρυγγοτραχειοβρογχίτιδα (2,2%), λοίμωξη ανώτερου αναπνευστικού (4,4%), φυματίωση (1,1%). Ο μέσος αριθμός χορηγούμενων φαρμάκων ανά ασθενή ήταν 6,11±2,93. Η μεγαλύτερη τιμή καταγράφηκε στους ασθενείς με λαρυγγοτραχειοβρογχίτιδα. Η συχνότερα χρησιμοποιούμενη κατηγορία φαρμάκων ήταν τα αντιβιοτικά (96,7%) και ακολούθως τα βροχοδιασταλτικά, τα συστηματικά στεροειδή, τα αντιπυρετικά, τα εισπνεύσιμα στεροειδή, τα γαστροπροστατευτικά και τα αναλγητικά. Η 90^η εκατοστιαία θέση του αριθμού χορηγούμενων φαρμάκων ήταν τα 7 φάρμακα. Συνολικά 19 παιδιά ≥ 90^η εκατοστιαία θέση. Τα παιδιά αυτά παρουσίαζαν σε μεγαλύτερη συχνότητα πυρετό και η διάρκεια νοσηλείας τους είχε την τάση να είναι μεγαλύτερη.

Συμπέρασμα: Τα αποτελέσματά μας συμβαδίζουν με τη διεθνή βιβλιογραφία. Απαιτείται συστηματική διερεύνηση της πολυφαρμακίας και επαγρύπνηση για ανεπιθύμητες φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις.

20-22

Οκτωβρίου 2017

Ξενοδοχείο Divani Caravel

Αθήνα

Ελληνική
Παιδοπνευμονολογική
ΕταιρείαEndorsed by
ERSEUROPEAN
RESPIRATORY
SOCIETY

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ03

ΕΜΠΥΗΜΑ ΣΕ ΝΗΠΙΟ ΠΛΗΡΩΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΕΝΟ ΓΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΟ

Θεοδώρα Ελένη, Λέφα Ποθυζένη, Τσεκούρα Ευφροσύνη

Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Ασκληπείο» Βούλας, Αθήνα

Εισαγωγή: Ο *Streptococcus pneumoniae* ενοχοποιείται για επιπλεγμένη πνευμονία με εμπύημα, σοβαρή κλινική οντότητα που απαιτεί άμεση νοσοκομειακή περίθαλψη και επεμβατική αντιμετώπιση πέραν της αντιμικροβιακής αγωγής

Σκοπός: Η περιγραφή περίπτωσης εμπύματος από *Str. Pneumoniae* ο οποίος εξακολουθεί να είναι ένα από τα κύρια παθογόνα αίτια παρά την ευρεία και υποχρεωτική χρήση του αντιπνευμονιοκοκκικού εμβολίου.

Περιγραφή Περίπτωσης: Άρρεν 26 μηνών πλήρως εμβολιασμένο με 13δύναμο εμβόλιο έναντι του πνευμονιοκοκκού (3+1 δόσεις) και ελεύθερο ατομικό ιστορικό προσκομίστηκε λόγω εμπυρέτου έως 40°C από 8ημέρου με βήχα και μειωμένη λήψη τροφής. Αναφέρονταν λήψη αντιβιοτικής αγωγής από το στόμα (*Syr. Augmentin* 60mg/kg/24ωρο). Κατά την αντικειμενική εξέταση ήταν σε επηρεασμένη γενική κατάσταση με γογγυσμό, αναπνευστική δυσχέρεια και μειωμένο αναπνευστικό ψιθύρισμα αριστερά. Συνυπήρχε οξεία μέση ωτίτιδα αριστερού ωτός. Ο απεικονιστικός έλεγχος έδειξε πύκνωση με υπεζωκοτική συλλογή αριστερά (εικ.1). Συνυπήρχε λευκοκυττάρωση, πολυμορφοπυρήνωση και θετική CRP=117mg/l. Ο ασθενής ετέθη σε ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή με Κεφτριαξόνη 100mg/kg/24ωρο και Βανκομυκίνη 45mg/kg/24ωρο. Στο 2^ο 24ωρο νοσηλείας λόγω επιμονής της βαρύτητας της κλινικής εικόνας έγινε επανάληψη ακτινολογικού & υπερηχογραφικού ελέγχου η οποία ανέδειξε αύξηση της πλευριτικής συλλογής >1/2 του ημιθωρακίου με συρρίκνωση του πνευμονικού παρεγχύματος, υπόνηξη συλλογή με πολλαπλά διαφραγμάτια και μετατόπιση μεσοθωρακίου δεξιά (εικ.2). Ο ασθενής διεκομίσθη σε τριτοβάθμιο κέντρο για τοποθέτηση θωρακικού σωλήνα παροχέτευσης, μέσω του οποίου χορηγήθηκαν δύο σχήματα ινωδολυσης. Η PCR του πλευριτικού υγρού ανέδειξε *Str. Pneumoniae*, αρνητικό για όλους τους ορότυπους του PCV13.

Συμπεράσματα - Συζήτηση: Πρόκειται για περίπτωση εμπύματος από στέλλεος *Str. Pneumoniae* που δεν περιλαμβάνεται στο PCV13. Βιβλιογραφικές αναφορές περιγράφουν σοβαρές πνευμονιοκοκκικές λοιμώξεις ακόμη και ΚΝΣ από ορότυπους που δεν περιλαμβάνονται στο PCV13. Σημειώνεται η ανάγκη καθορισμού των ορότυπων όλων των σοβαρών πνευμονιοκοκκικών λοιμώξεων με real-time PCR για τον καθορισμό της αναδυόμενης επιδημιολογίας του βακτηρίου.



Εικ. 1



Εικ. 2

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ04

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΠΝΕΥΣΤΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

Κούστα Αικατερινή¹, Χατζηαγόρου Ελπίδα², Χριστάρα - Παπαδοπούλου Αλεξάνδρα³, Τσανάκας Ιωάννης¹¹ Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Π.Ν.Θ. Παπανικολάου² 3^η Παιδιατρική Κλινική, Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης,

Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

³ Τμήμα Φυσικοθεραπείας, Α ΤΕΙ Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Η ενασχόληση με πνευστά όργανα βοηθάει στην εξάσκηση της διαφραγματικής αναπνοής και στην εισπνοή / εκπνοή από το στόμα. Η χρήση της διαφραγματικής αναπνοής βοηθά τους χρηστές των οργάνων να χρησιμοποιούν την μέγιστη δύναμη του διαφράγματος. Οι τεχνικές αναπνοής που χρησιμοποιούν οι μουσικοί των πνευστών οργάνων παρουσιάζουν πολλές ομοιότητες με τις τεχνικές της αναπνευστικής φυσιοθεραπείας.

Σκοπός: Να εκτιμηθεί αν βελτιώνεται η αναπνευστική λειτουργία των παιδιών που παίζουν πνευστά όργανα. Αντίστοιχες έρευνες υπάρχουν μόνο σε ενήλικες.

Υλικό - Μέθοδοι: Εκτιμήθηκαν 60 άτομα (Ομάδα Α: παιδιά που παίζουν πνευστά όργανα και ομάδα Β: παιδιά που δεν παίζουν πνευστά όργανα). Η αναπνευστική λειτουργία αξιολογήθηκε με σπιρομέτρηση, μέτρηση των στοματικών πιέσεων και μέτρηση του βήχα.

Αποτελέσματα: Δε βρέθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο ομάδων στις παραμέτρους FVC, FEV1%, FEF2575% και το βήχα. Εντούτοις παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέγιστη εκπνευστική ροή PEF ($p=0,002$), μέγιστη εισπνευστική πίεση MIP ($p=0,003$) μέγιστη εκπνευστική πίεση, MEP ($p=0,002$) μεταξύ των δυο ομάδων.

Συμπέρασμα: Η ενασχόληση με πνευστά όργανα φαίνεται να βοηθά στη βελτίωση της αναπνευστικής λειτουργίας στα παιδιά.

ΑΑ05

ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΕΣ ΒΡΟΓΧΙΟΛΙΤΙΔΕΣ ΣΕ ΒΡΕΦΟΣ ΩΣ ΑΦΟΡΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ GM - 1 ΓΑΓΓΛΙΟΣΙΔΩΣΗΣ

Λαμπροπούλου Δ., Μπουντουβάς Δ., Αλθαζίδου Ε., Πετράκος Γ., Αντωνόπουλος Σ.

Εισαγωγή: Η GM-1 γαγγλιοσίδωση είναι ένα σπάνιο αυτοσωμικό υπολειπόμενο νόσημα της διαταραχής αποθήκευσης των λιπιδίων ενζύμων. Οφείλεται σε ανεπάρκεια β-γαλακτοσιδάσης και διακρίνεται ανάλογα με την ηλικία έναρξης σε τρεις τύπους: 1) βρεφικό, 2) νεανικό και 3) παιδικό. Έχουν ήδη περιγραφεί 165 μεταλλάξεις και ο επιπολασμός της νόσου υπολογίζεται στο 1/10.000 - 1/20.000 γεννήσεις.

Σκοπός: Διαγνωστική προσέγγιση αθροιστικού λιπιδιοσωμικού νοσήματος.

Υλικό - Μέθοδος: Βρέφος 10 μηνών με ιστορικό 4 επεισοδίων βρογχιολίτιδας και μίας λοίμωξης αναπνευστικού. Αποτελεί το 1^ο παιδί δύο φαινοτυπικά υγιών γονέων, συγγενών μεταξύ τους (2^ο ξαδέρφια). Από τη φυσική εξέταση διαπιστώθηκε: αδρά χαρακτηριστικά προσώπου, ηπατοσπληνομεγαλία, υποτονία. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε:

- Βιοχημικός έλεγχος: ALP= 965U/L, SGOT= 180 IU/L, SGPT= 240IU/L
- Γενική αίματος: HBG:9g/dl HCT:28% RDW:16 MCV:77,9f
- Οφθαλμολογικός έλεγχος: ανεύρεση κερασόχρωων κηλίδων

Με βάση το οικογενειακό ιστορικό και τα κλινικοεργαστηριακά ευρήματα ετέθη η υποψία GM 1 γαγγλιοσίδωσης. Έγινε προσδιορισμός της β-γαλακτοσιδάσης και γονιδιακός έλεγχος του βρέφους.

Αποτελέσματα: β-γαλακτοσιδάση βρέφους = 0nmol/mg πρωτεΐνης/h, ενώ τα επίπεδα των γονέων είναι συμβατά με φορεία της νόσου. Ο γονιδιακός έλεγχος του βρέφους επιβεβαίωσε τη νόσο. Οι γονείς για οικονομικούς λόγους δεν προέβησαν σε γονιδιακό έλεγχο.

Συμπέρασμα: Τα λιπιδιοσωμικά αθροιστικά νοσήματα πρέπει να περιλαμβάνονται στη διαφορική διάγνωση σε παιδιά με ύποπτα κλινικά ευρήματα, ανεξάρτητα από την αιτία προσέλευσης.

20-22

Οκτωβρίου 2017

Ξενοδοχείο Divani Caravel

Αθήνα



Ελληνική
Παιδοπνευμονολογική
Εταιρεία



Endorsed by
ERS

EUROPEAN
RESPIRATORY
SOCIETY

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

AA06

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΠΑΡΧΕΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Λαμροπούλου Δ., Μπουντουβάς Δ., Αλχαζίδου Ε., Πετράκος Γ., Αντωνόπουλος Σ.

Εισαγωγή: Ως πνευμονία χαρακτηρίζεται η οξεία φλεγμονή του πνευμονικού παρεγχύματος και αποτελεί μια από τις συχνότερες αιτίες εισαγωγής σε νοσοκομείο.

Σκοπός: Έγινε καταγραφή των περιστατικών με πνευμονία που νοσηλεύτηκαν στην Παιδιατρική κλινική του Γ.Ν. Μεσσηνίας το έτος 2015 - 2016

Υλικό - Μέθοδος: Έγινε καταγραφή 76 περιστατικών με επιβεβαιωμένη ακτινολογικά πνευμονία

Αποτελέσματα: Από τα περιστατικά που μελετήθηκαν τα 41 ήταν κορίτσια και τα 35 αγόρια, με ηλικιακό εύρος από 3 μηνών έως 13 ετών. Το 85% των περιστατικών προσήλθαν με εμπύρετο και βήχα, το 3,5% με άτυπο κοιλιακό άλγος, το 6,5% με θωρακαλγία και το 5% με ανορεξία. Σε ηλικία <5 ετών χρησιμοποιήθηκε στο 1/3 των περιστατικών ως μονοθεραπεία αμοξικιλίνη - κλαβουλανικό, ενώ σε ηλικία >5 έτη το 1/3 των περιστατικών έλαβε συνδυασμό αμοξικιλίνης - κλαβουλανικού και κληρυθρομυκίνης. Το 19% παρουσίασε πνευμονική συλλογή και έλαβε συμπληρωματική αγωγή με κλινδαμυκίνη. Το 60% χρειάστηκε να νοσηλευτεί λιγότερο από 5 ημέρες, ενώ το 83% των περιστατικών απυρέτησε το 2^ο 24ωρο. Όλα είχαν αρνητική Mantoux, το 15% είχαν αρνητική τιμή C.R.P. Το 75% των εισαγωγών έγιναν άνοιξη και το 7% φθινόπωρο.

Συμπεράσματα: Δεν εμφανίζονται όλα τα περιστατικά πνευμονίας με εμπύρετο ενώ όλα τα περιστατικά με αρνητικούς δείκτες φλεγμονής παρατηρήθηκαν σε ηλικία <2 ετών. Τέλος αυξημένη συχνότητα κρουσμάτων παρατηρήθηκε την άνοιξη.

AA07

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΝΗΠΙΟΥ 13 ΜΗΝΩΝ ΜΕ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΛΑΡΥΓΓΙΤΙΔΑΣ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΥΠΕΡ-IgM ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ

Λαρίου Μαρία-Στέλλα¹, Μεντεσιδου Λήδα¹, Σπανός Ιωάννης², Σταμογιάννου Λέλα¹, Κανάριου Μαρία², Βαζαίου Ανδριανή¹

¹ Α' Παιδιατρική Κλινική ΓΝΠΑ «Παναγιώτης και Αγλαΐα Κυριακού», Αθήνα

² Διευθύντρια Ανοσολογικό τμήματός Νοσοκομείου Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

Εισαγωγή: Το υπερ-IgM σύνδρομο χαρακτηρίζεται από φυσιολογική ή αυξημένη IgM και χαμηλές ή απύσες IgG, IgA και IgE. Έχουν βρεθεί μεταλλάξεις σε 2 γονίδια στο Χ χρωμόσωμα και σε 3 γονίδια αυτοσωμικών χρωμοσωμάτων. Ο τύπος 1 του συνδρόμου προκαλείται από μεταλλάξεις στο γονίδιο του CD40 ligand στο χρωμόσωμα Χ, ο οποίος εκφράζεται στα Τ βοηθητικά λεμφοκύτταρα.

Παρουσίαση περιστατικού: Νήπιο άρρεν 13 μηνών, με ελεύθερο ιστορικό και πλήρως εμβολιασμένο, προσκομίσθηκε στο ΤΕΠ με συμπτωματολογία λαρυγγίτιδας (βράγχος φωνής, εισπνευστικό σιγμό, αναπνευστική δυσχέρεια). Λόγω επιμονής της συμπτωματολογίας παρά τη θεραπεία το παιδί εισήχθη στην κλινική μας. Το 1^ο 24ωρο νοσηλείας παρουσίασε εμπύρετο και επιδείνωση της αναπνευστικής δυσχέρειας με αύξηση των δεικτών φλεγμονής. Έγινε έναρξη αντιβιοτικής αγωγής και ΩΡΛ εκτίμηση που ήταν αρνητική για επιγλωττίτιδα ή απόστημα. Το 2^ο 24ώρο νοσηλείας παρουσίασε περαιτέρω επιδείνωση της κλινικής εικόνας, ουδετεροπενία, αύξηση της CRP και εικόνα φλεγμονής στην πρόσθια τραχηλική χώρα. Μεταφέρθηκε στην ΜΕΘ όπου παρέμεινε για τέσσερα 24ωρα. Απομονώθηκαν Streptococcus Pyogenes στην καλλιέργεια αίματος και Staphylococcus Aureus στην PCR εκκρίματος από μικρή συλλογή στη βάση του τραχήλου. Εστάλη ανοσολογικός έλεγχος και τέθηκε η διάγνωση του υπερ-IgM συνδρόμου τύπου 1.

Συμπέρασμα: Λοιμώξεις με ασυνήθιστη εντόπιση, βαρύτητα και παρατεταμένη διάρκεια ακόμη και από κοινά παθογόνα πρέπει να εγείρουν την υποψία για πιθανά ελλείμματα του ανοσοποιητικού.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ08

ΔΕΙΚΤΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΔΟΥΣ ΔΙΑΜΟΛΥΝΣΗΣ ΣΕ ΕΛΛΗΝΕΣ ΚΑΙ ΑΛΛΟΔΑΠΟΥΣ ΜΑΘΗΤΕΣ ΝΗΠΙΑΓΩΓΕΙΩΝ ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΒΥΡΩΝΑ

Μαγαζιώτου Ιωάννα¹, Παπαγεωργίου Χρυσοβαλάντης - Χρήστος², Ιωαννίδης Απόστολος³, Θεοδωροπούλου Ειρήνη⁴, Λίτινα Δήμητρα⁵, Νικοηοπούλου Βαρβάρα⁵, Σταυρακέλης Γεώργιος⁵, Τσαγκάρη Ανδριανή¹

¹ Παιδίατροι, ² Πνευμονολόγος, ³ Γενικός Ιατρός, ⁴ Ειδικευόμενη Γενικής Ιατρικής, ⁵ Επισκέπτες Υγείας

Εισαγωγή: Παρότι η Ελλάδα θεωρείται χώρα χαμηλής ενδημικότητας για φυματίωση, ο έλεγχος με δερμοαντίδραση Mantoux συνιστάται να γίνεται προληπτικά σε συγκεκριμένες ηλικίες.

Σκοπός: Η εκτίμηση του δείκτη φυματιώδους διαμόλυνσης σε Έλληνες και αλλοδαπούς μαθητές προσχολικής ηλικίας του Δήμου Βύρωνα.

Υλικό - Μέθοδος: Διενεργήθηκε Mantoux σε Έλληνες και αλλοδαπούς μαθητές 11 δημοσίων νηπιαγωγείων του Δήμου Βύρωνα. Προηγήθηκε έγγραφη ενημέρωση και λήψη συγκατάθεσης από τους γονείς. Αποκλείστηκαν 10 παιδιά στα οποία είχε προηγηθεί Mantoux (<8 εβδομάδες), ή εμβολιασμός με ζώντες ιούς (<6 εβδομάδες), ή εμβολιασμός έναντι της φυματίωσης.

Αποτελέσματα: Σε σύνολο 342 μαθητών, Έλληνες ήταν 298 (87,1%) και αλλοδαποί 44 (12,9%). Συγκατάθεση για διενέργεια φυματινοαντίδρασης δόθηκε για το 51% των Ελλήνων και το 47,7% των αλλοδαπών μαθητών. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη χορήγηση συγκατάθεσης ανάμεσα σε Έλληνες και αλλοδαπούς μαθητές (πίνακας). Η Mantoux ήταν αρνητική στο σύνολο των 172 παιδιών στα οποία διενεργήθηκε.

Συμπέρασμα: Ο δείκτης φυματιώδους διαμόλυνσης βρέθηκε μηδενικός στον πληθυσμό που ελέγχθηκε. Η χορήγηση συγκατάθεσης για τα μισά περίπου παιδιά των Ελλήνων αλλά και των αλλοδαπών γονέων αναδεικνύει την ανάγκη περαιτέρω ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης για προληπτική Mantoux στην προσχολική ηλικία.

	ΕΛΛΗΝΕΣ	%	ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ	%	ΑΛΛΟΔΑΠΟΙ	%	ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ	%	ΣΥΝΟΛΟ	%	ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ	%
ΠΡΟΝΗΠΙΑ	53	17,8	23	43,4	13	29,5	10	76,9	66	19,3	33	50
ΝΗΠΙΑ	2458	2,21	28	52,2	31	70,5	11	35,5	2768	0,71	39	50,4
ΣΥΝΟΛΟ	2988	7,11	51	51	44	12,9	21	47,7	3421	00	1725	0,3
Mantoux +	00		--		00		--		00		--	

ΑΑ09

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΕΝΕΡΓΟ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΠΝΟΗΣ ΚΑΙ ΣΥΣΚΕΥΗ ΘΕΤΙΚΗΣ ΕΚΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΠΙΕΣΕΩΣ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΕΝΕΡΓΟ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΠΝΟΗΣ ΚΑΙ FLUTTER ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ ΣΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΞΑΡΣΗ

Ντίνου Στεφάνια¹, Ραφανήλια¹, Χατζηαγόρου Ελπίδα², Χρηστάρα - Παπαδοπούλου Αλεξάνδρα¹, Παρίση Μαρία², Νούσια Λεμονιά², Κουρούκλη Ελέανα², Τσανάκας Ιωάννης²

¹ Τμήμα Φυσικοθεραπείας, Α ΤΕΙ Θεσσαλονίκης

² 3^ο Παιδιατρική Κλινική, Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η σύγκριση της αποτελεσματικότητας της χρήσης για φυσικοθεραπεία, δύο αναπνευστικών συσκευών, της PEP και του Flutter, σε ασθενείς με κυστική ίνωση (ΚΙ) που έχουν κάνει εισαγωγή στο νοσοκομείο για πνευμονική έξαρση.



20-22

Οκτωβρίου 2017

Ξενοδοχείο Divani Caravel

Αθήνα



Ελληνική
Παιδοπνευμονολογική
Εταιρεία



Endorsed by

ERS

EUROPEAN
RESPIRATORY
SOCIETY



ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

AA09

Μέθοδος: Εκτιμήθηκαν 17 ασθενείς με ΚΙ. Μετρήθηκαν ο μέγιστος εκπνεόμενος όγκος αέρα το πρώτο δευτερόλεπτο (FEV₁), ο δείκτης κάθαρσης των αεραγωγών (Lung Clearance Index, LCI) και το βάρος τους πριν και ένα μήνα μετά την ενδοφλέβια αγωγή. Ο πληθυσμός της μελέτης χωρίστηκε σε 2 ομάδες: Ομάδα Α: φυσικοθεραπεία με PEP και ενεργό κύκλο αναπνοής και Ομάδα Β: φυσικοθεραπεία με Flutter και ενεργό κύκλο αναπνοής.

Αποτελέσματα: Στην ομάδα με τη συσκευή Flutter παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση της μέσης τιμής FEV₁ (από 59,73% σε 73,55%, $p<0.05$), σημαντική βελτίωση στο LCI (από 15,81 σε 13,82, $p<0.05$), αλλά μη σημαντική μεταβολή στο βάρος. Στην ομάδα που χρησιμοποίησε τη συσκευή PEP δε διαπιστώθηκε σημαντική μεταβολή στον FEV₁ (87,25 σε 83,42%), ενώ βελτιώθηκε σημαντικά η μέση τιμή του LCI (από 14,07 στο 12,56, $p<0.05$). Το βάρος δε μεταβλήθηκε σημαντικά.

Συμπεράσματα: Φαίνεται ότι Τόσο το Flutter όσο και η συσκευή PEP βοηθούν σημαντικά στην αποκατάσταση και βελτίωση της πνευμονικής εξάρσης παιδιών με κυστική ίνωση.

AA10

ΒΡΟΓΧΙΟΛΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΙΟΓΕΝΗΣ ΒΡΟΓΧΟΣΠΑΣΜΟΣ: ΑΠΟ ΤΗ ΘΕΩΡΙΑ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ

Παρίση Μαρία, Χατζηναγόρου Ελπίδα, Μπαρμπούτη Ευσταθία, Κουνκά Κατερίνα, Τερζή Δέσποινα, Παπανικολάου Δάφνη, Νούσια Λεμονιά, Κουρούκλη Ελέανα, Κυρβασίλης Φώτης, Τσανάκας Ιωάννης

3^η Παιδιατρική Κλινική, Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Τα βρογχοδιασταλτικά χρησιμοποιούνται ευρέως στη βρογχολίτιδα, παρά το γεγονός ότι δε συστήνονται για τη θεραπεία της βρογχολίτιδας.

Σκοπός: Να εκτιμηθεί η χρήση των βρογχοδιασταλτικών στα παιδιά που εισήχθησαν με τη διάγνωση της βρογχολίτιδας.

Μέθοδος: Εκτιμήθηκαν 263 βρέφη με διάγνωση εισαγωγής «βρογχολίτιδα». Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: Ομάδα Α: 194 (74%) ασθενείς (βρογχοδιασταλτικά και υποστηρικτική αγωγή) και Ομάδα Β: 69 (26%) ασθενείς (μόνο υποστηρικτική αγωγή). Αξιολογήθηκαν το ιστορικό ατοπίας, το ιστορικό ιογενούς βρογχόσπασμου, η απάντηση στα βρογχοδιασταλτικά, η διάρκεια νοσηλείας και η διάρκεια χορήγησης οξυγόνου.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία ήταν 9.7 (± 6.3) μηνών στην Ομάδα Α και 6.2 (± 5.9) μηνών στην Ομάδα Β ($p<0.001$). 96% των βρεφών της ομάδας Α παρουσίασαν θετική απάντηση στα βρογχοδιασταλτικά. Θετικό ιστορικό ατοπίας αναφέρθηκε στο 53% και 0% των Ομάδων Α και Β, $p<0.001$, οικογενειακό ιστορικό ατοπίας αναφέρθηκε στο 28% και 18% στις Ομάδες Α και Β, $p=0.032$. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη διάρκεια νοσηλείας, ή τη χορήγηση οξυγόνου στις δύο ομάδες.

Συμπεράσματα: Στο 62% των ασθενών που εισήχθησαν με τη διάγνωση βρογχολίτιδας τελικά τέθηκε η διάγνωση του ιογενούς βρογχόσπασμου. Τονίζεται η σημασία του ιστορικού ατοπίας, της κλινικής εκτίμησης και της δοκιμαστικής χορήγησης βρογχοδιασταλτικών σε περιστατικά με θετικό ιστορικό ατοπίας.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

AA11

ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΑΣΘΜΑ

Πεφτουλίδου Παυλίνα, Νούσια Λεμονιά, Παρίση Μαρία, Κουρούκλη Ελέανα, Χατζηαγόρου Ελπίδα, Τσανάκας Ιωάννης

3^η Παιδιατρική Κλινική, Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η εκτίμηση και η συσχέτιση της φυσικής δραστηριότητας και της ποιότητας ζωής σε ασθματικά παιδιά με καλά ελεγχόμενο άσθμα.

Υλικό - Μέθοδος: Μελετήθηκαν 54 παιδιά ηλικίας 7-14 ετών που παρακολουθούνται στα Εξωτερικά Ιατρεία Άσθματος Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο, ύψος, βάρος, η φαρμακευτική αγωγή) και εκτιμήθηκε η αναπνευστική λειτουργία με σπιρομέτρηση (FVC, FEV₁, FEF 25-75). Η ποιότητα ζωής εκτιμήθηκε με το σταθμισμένο ερωτηματολόγιο Disabkids, η φυσική δραστηριότητα το ερωτηματολόγιο Godin και ο έλεγχος του άσθματος με το ερωτηματολόγιο για τον έλεγχο άσθματος (asthma control test, ACT).

Αποτελέσματα: Εκτιμήθηκαν 54 (32 αγόρια) παιδιά μέσης ηλικίας 11.43 (± 2.1) ετών με μέτριο - καλά ελεγχόμενο άσθμα (ACT 23.4 $\pm$ 3). Η αναπνευστική λειτουργία ήταν FVC 97.1% (± 12.4), FEV₁ 99.7% (± 12.43) και FEF 25-75 95.38% (± 29.15). Η ηλαιοψηφία (87%) των παιδιών παρουσίαζε ανεπαρκή φυσική δραστηριότητα, το 11.11% των παιδιών μέτρια φυσική δραστηριότητα και το 1.85% των παιδιών ικανοποιητική φυσική δραστηριότητα. Η φυσική δραστηριότητα σχετιζόταν σημαντικά με την ποιότητα ζωής των παιδιών ($r^2: 0.45$, $p: 0.03$).

Συμπεράσματα: Παρά τον καλό έλεγχο του άσθματός τους τα παιδιά παρουσίαζαν μειωμένη φυσική δραστηριότητα που σχετιζόταν αρνητικά με την ποιότητα ζωής τους. Χρειάζεται εκπαίδευση των οικογενειών ασθματικών παιδιών προκειμένου να τονιστούν τα οφέλη της άσκησης και αυξηθεί η φυσική δραστηριότητα των παιδιών.

AA12

ΥΨΗΛΟΣ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΛΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΘΡΕΨΗΣ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ: ΜΕΛΕΤΗ GREECF

Πουλημενέας Δημήτριος^{1,2}, Πετροχείλου Αργυρή³, Γραμματικοπούλου Μαρία², Καδίτης Αθανάσιος³, Λούκου Ιωάννα³, Ντουντουνάκης Σταύρος-Ελευθέριος³, Λάγγας Δημήτριος¹, Βασιλάκου Τώνια¹

¹ Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Αθήνα

² Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, Θεσσαλονίκη

³ Τμήμα Κυστικής Ίνωσης, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

Εισαγωγή: Στους παιδιατρικούς ασθενείς με κυστική ίνωση παρατηρείται υψηλός επιπολασμός κακής θρέψης, ο οποίος εξαρτάται από πολλούς παράγοντες.



20-22

Οκτωβρίου 2017

Ξενοδοχείο Divani Caravel

Αθήνα

Ελληνική
Παιδοπνευμονολογική
ΕταιρείαEndorsed by
ERSEUROPEAN
RESPIRATORY
SOCIETY

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

AA12

Υλικό-Μέθοδοι: Το δείγμα αποτελείται από 84 παιδιά (35 αγόρια), ηλικίας 6-18 ετών με κυστική ίνωση. Έπεται από ανθρωπομετρία (σώματος, χειρός) και σπιρομέτρηση, εκτιμήθηκε η κατάσταση θρέψης, η ανάπτυξη και η πνευμονική λειτουργία, και υπολογίστηκαν z-score του ΔΜΣ, της λιπώδους και μυϊκής μάζας.

Αποτελέσματα: Στο σύνολο του δείγματος, 6,0% των ασθενών ήταν λιποβαρείς, 4,8% βρέθηκε να έχουν χρόνια υποσιτισμό, 8,3% οξύ υποσιτισμό, 17,9% είχαν κακή θρέψη, ενώ το 59,5% των ασθενών βρέθηκε να έχουν ιδανικό ΔΜΣ. Ο FEV1% βρέθηκε να έχει θετική συσχέτιση με τα z-score του ΔΜΣ ($B=0,03$, $p\leq 0,003$), του βάρους ($B=0,03$, $p\leq 0,003$) και της μυϊκής μάζας ($B=0,04$, $p\leq 0,005$). Ο ειλεός εκ μηχανισμού συσχετίστηκε αρνητικά με το FEV1% ($B=-14,17$, $p\leq 0,003$) και το z-score του αναστήματος ($B=0,04$, $p\leq 0,043$). Η παγκρεατική ανεπάρκεια συσχετίστηκε αρνητικά με τα z-score της περιμέτρου βραχίονα και της λιπώδους μάζας ($p\leq 0,05$)

Συμπεράσματα: Τα παιδιά με κυστική ίνωση που εξετάστηκαν βρέθηκε να έχουν καλή κατάσταση θρέψης και φυσιολογική ανάπτυξη. Αντίθετα με ευρήματα άλλων μελετών, το φύλο των ασθενών, ο αποικισμός από παθογόνα και η γονιδιακή μετάλλαξη των ασθενών δε φάνηκε να επηρεάζει τη θρέψη και την ανάπτυξη τους.

AA13

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΣΤΗ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ

Σεϊταρίδη Αθηνά¹, Χατζηαγόρου Ελπίδα², Παρίση Μαρία², Νούσια Λεμονιά², Κουρούκλη Ελέανα², Χρηστάρα - Παπαδοπούλου Αλεξάνδρα¹, Τσανάκας Ιωάννης²

¹ Τμήμα Φυσικοθεραπείας, Α' ΤΕΙ Θεσσαλονίκης

² 3^η Παιδιατρική Κλινική, Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Για την πρόληψη της πνευμονοπάθειας στην κυστική ίνωση (ΚΙ) είναι ουσιώδης η συστηματική εφαρμογή αναπνευστικής φυσικοθεραπείας.

Σκοπός: Η εκτίμηση της συμμόρφωσης των ασθενών με ΚΙ στην αναπνευστική φυσικοθεραπεία και η συσχέτιση του βαθμού της συμμόρφωσης με την ποιότητα ζωής τους και την πιθανότητα κατάθλιψης.

Μέθοδος: Εκτιμήθηκαν 60 παιδιά - έφηβοι (30 αγόρια) με κυστική ίνωση, με μέση ηλικία 14.8 έτη. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από την προσωπική συνέντευξη των παιδιατρικών ασθενών και των κηδεμόνων τους με τη χρήση ερωτηματολογίων για την ποιότητα ζωής, την αναπνευστική φυσικοθεραπεία, τη συμμόρφωσή στη θεραπεία και την εκτίμηση κατάθλιψης.

Αποτελέσματα: Η πλειοψηφία των ασθενών (98.31%) ανέφερε ότι εφαρμόζει πρόγραμμα αναπνευστικής φυσικοθεραπείας, γεγονός που επιβεβαιώνεται και από το μεγάλο ποσοστό (72.88%) που προκύπτει από το ερωτηματολόγιο της συμμόρφωσης στη φυσικοθεραπεία. Η συχνότητα φυσικοθεραπείας αναφέρθηκε καθημερινά σε ποσοστό 61.82% και 4 φορές την εβδομάδα σε ποσοστό 10.91%. Ανέφεραν ότι έχαναν τη φυσικοθεραπεία τους είτε επειδή αισθάνονταν καλά και χωρίς αυτή (25%), ή απλά την ξεχνούσαν (23.08%). Βρέθηκε σημαντική συσχέτιση της αναπνευστικής φυσικοθεραπείας με την ποιότητα ζωής ($r=0.266$, $p=0.012$) και την κατάθλιψη ($r=0.256$, $p=0.048$).

Συμπέρασμα: Οι παιδιατρικοί ασθενείς με κυστική ίνωση παρουσιάζουν σημαντική συμμόρφωση στην αναπνευστική φυσικοθεραπεία, που συντελεί σε καλύτερη ποιότητα ζωής και μειώνει το ποσοστό της κατάθλιψης.

8

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

AA14

ΕΠΙΠΛΕΓΜΕΝΕΣ ΠΑΡΑΠΝΕΥΜΟΝΙΚΕΣ ΣΥΛΛΟΓΕΣ ΚΑΙ ΘΩΡΑΚΙΚΗ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ - ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ, ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ

Χαρίση Μάρθα, Μερμύρη Δέσποινα-Ζωή, Κοροβέση Παρασκευή, Παπαδοπούλου Αθηνά, Κωσταρίδου Σταυρούλα

Παιδιατρική Κλινική και Τμήμα Αναπνευστικών Παθήσεων, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών Πεντέλης

Εισαγωγή: Από τις συχνότερες επιπλοκές των βακτηριακών πνευμονιών είναι οι επιπλεγμένες παραπνευμονικές συλλογές (complicated ParaPneumonic Effusions, cPPEs) που αρκετά συχνά απαιτούν τοποθέτηση θωρακικής παροχέτευσης πέραν της αντιβιοτικής αγωγής.

Σκοπός: Η καταγραφή των επιδημιολογικών στοιχείων, της κλινικής πορείας και της έκβασης των παιδιών με cPPE όπου απαιτήθηκε θωρακική παροχέτευση.

Υλικό: 39 παιδιά με την ανωτέρω κλινική συνδρομή τα οποία νοσηλεύτηκαν στην κλινική μας κατά τα έτη 2001 έως και 2016.

Μέθοδος: Αναδρομική καταγραφή των φακέλων των ασθενών.

Αποτελέσματα: Κατά τη διάρκεια της 16ετίας 2001-2016 νοσηλεύτηκαν 39 παιδιά (29 αγόρια, 10 κορίτσια), ηλικίας 1 έως 13,5 ετών (μέση ηλικία 4,9 έτη). Υποκείμενο χρόνιο νόσημα εμφάνιζαν 8 παιδιά (στα 3 ήταν αναπνευστικό). Προηγούμενη εισαγωγή για αναπνευστικό πρόβλημα είχε το ένα τρίτο των παιδιών. Από την έναρξη των συμπτωμάτων μέχρι την εισαγωγή μεσοθαβούσε κατά μέσο όρο διάστημα 5,2 ημερών. Το 28% είχε πάρει ήδη αντιβίωση. Το 100% των παιδιών εμφάνισε πυρετό ($>38.5^{\circ}\text{C}$) ενώ μόνο ένα στα τρία είχε βήχα. Αναπνευστική δυσχέρεια είχαν 16 παιδιά και πνευμονία 14. Κανένα παιδί δεν ήταν αιμοδυναμικά ασταθές. Υπεύθυνος μικροοργανισμός ανευρέθηκε στα 20 παιδιά: πνευμονιόκοκκος 13, σταφυλόκοκκος 1, μυκόπλασμα 2 και λοιποί στρεπτόκοκκοι 4. Ο μέσος χρόνος παραμονής του θωρακικού σωλήνα ήταν 6,5 ημέρες και δεν απαιτήθηκε περαιτέρω χειρουργική παρέμβαση. 6 παιδιά εισήχθησαν στη ΜΕΘ. Η τελική έκβαση όλων των παιδιών ήταν πλήρης ίαση.

Συμπεράσματα: Η τοποθέτηση θωρακικής παροχέτευσης στα παιδιά είναι ασφαλής και πολύ αποτελεσματική όταν απαιτείται σε επιπλεγμένες παραπνευμονικές συλλογές.

AA15

ΕΠΙΠΛΕΓΜΕΝΕΣ ΠΑΡΑΠΝΕΥΜΟΝΙΚΕΣ ΣΥΛΛΟΓΕΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ: ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ

Χαρίση Μάρθα, Μερμύρη Δέσποινα-Ζωή, Κοροβέση Παρασκευή, Παπαδοπούλου Αθηνά, Κωσταρίδου Σταυρούλα

Παιδιατρική Κλινική και Τμήμα Αναπνευστικών Παθήσεων, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών Πεντέλης

Εισαγωγή: Τα τελευταία χρόνια σημειώνεται αυξημένη συχνότητα εμφάνισης επιπλεγμένων πνευμονιών (επιπλεγμένες παραπνευμονικές συλλογές, αποστήματα, νεκρωτικές πνευμονίες). Συχνότερο αίτιό τους παραμένει ο πνευμονιόκοκκος ενώ εμφανίζονται και σε παιδιά πλήρως εμβολιασμένα έναντι των συχνότερων οροτύπων του.

Σκοπός: Η καταγραφή των υπεύθυνων μικροοργανισμών σε παιδιά με επιπλεγμένες παραπνευμονικές συλλογές όπου απαιτήθηκε θωρακική παροχέτευση και η συσχέτισή τους με την εμβολιαστική κάλυψη.

Υλικό: 39 παιδιά (29 αγόρια, 10 κορίτσια), ηλικίας 1 έως 13,5 ετών (μέση ηλικία 4,9 έτη) με την ανωτέρω κλινική συνδρομή τα οποία νοσηλεύτηκαν στην κλινική μας κατά τα έτη 2001 έως και 2016.



20-22

Οκτωβρίου 2017

Ξενοδοχείο Divani Caravel

Αθήνα



Ελληνική
Παιδοπνευμονολογική
Εταιρεία



Endorsed by
ERS

EUROPEAN
RESPIRATORY
SOCIETY

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

AA15

Μέθοδος: Αναδρομική καταγραφή των φακέλων των ασθενών.

Αποτελέσματα: Υπεύθυνος μικροοργανισμός ανευρέθηκε στα 20 παιδιά και ήταν: πνευμονιόκοκκος 13, σταφυλόκοκκος 1, μυκόπλασμα 2 και λοιποί στρεπτόκοκκοι 4. Όσον αφορά τα 13 παιδιά με βεβαιωμένη πνευμονιοκοκκική λοίμωξη (ένα τρίτο του συνόλου), η εμβολιαστική τους κάλυψη ήταν η εξής: 2 είχαν άγνωστη εμβολιαστική κατάσταση, 3 ήταν πλήρως ανεμβολίαστα, 4 εμβολιασμένα με επταδύναμο συζευγμένο PCV7 (1-4 δόσεις ανάλογα με την ηλικία), 0 με δεκαδύναμο και τέλος 4 ήταν εμβολιασμένα με δεκατριδύναμο συζευγμένο PCV13 (όλα με 4 δόσεις). Ο υπεύθυνος ορότυπος ταυτοποιήθηκε στις 6 από τις 13 περιπτώσεις. 5 παιδιά είχαν διεισδυτική λοίμωξη από ορότυπο 3 (τα 4 από αυτά ήταν πλήρως εμβολιασμένα με PCV13), ενώ στο πέμπτο

AA16

ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΜΕ ΠΡΟΠΟΦΟΛΗ ΚΑΙ ΡΕΜΙΦΕΝΤΑΝΙΛΗ ΚΑΙ ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΑΝΑΠΝΟΗ ΣΕ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΒΡΟΧΟΣΚΟΠΗΣΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ

Ιωακείμίδου Α.¹, Γαλήνη Α.¹, Γιαβάση Ι.¹, Ρεντίφη Ε.¹, Μπουτοπούλου Β.¹, Δούρος Κ.², Πρίφτης Κ.², Ματσώτα Π.³

¹ Μονάδα Αυξημένων Φροντίδας, Γ' Παιδιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»

² Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Γ' Παιδιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»

³ Β' Κλινική Αναισθησιολογίας, ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι η παρουσίαση της κλινικής μας εμπειρίας σχετικά με την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια της χορήγησης ολικής ενδοφλέβιας αναισθησίας με προποφόλη και ρεμιφεντανίλη κατά τη διενέργεια μη επεμβατικών βρογχοσκοπήσεων σε παιδιά, με διατήρηση αυτόματης αναπνοής.

Μέθοδος: 31 παιδιά, ηλικίας 12 ως 72 μηνών, κατηγορίας ASA I και II, έλαβαν αναισθησία με ενδοφλέβιους παράγοντες προποφόλη και ρεμιφεντανίλη σε σταθερές δόσεις. Καταγράφονταν, οι μεταβολές των ζωτικών σημείων: αρτηριακή πίεση, καρδιακή συχνότητα, κορεσμός αίματος σε οξυγόνο σε συγκεκριμένες χρονικές στιγμές, ο συνολικός χρόνος ανάνηψης των παιδιών, συμβάματα, και ο βαθμός ικανοποίησης των ενδοσκοπών.

Αποτελέσματα: Στη διάρκεια της παρέμβασης, κανένα από τα παιδιά δεν εμφάνισε υπόταση ή πνευμοθώρακα. Πέντε από αυτά παρουσίασαν ακούσιες κινήσεις κατά τη διάρκεια της βρογχοσκόπησης. Συνολικά δύο ασθενείς παρουσίασαν λaryγγόσπασμο (6,66%). Η μέγιστη πτώση του αναπνευστικού ρυθμού και της καρδιακής συχνότητας εμφανιζόταν πέντε λεπτά μετά την έναρξη της βρογχοσκόπησης (T₅). Ωστόσο, δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ, της βασικής τιμής εισόδου (T₀) και της τιμής στο χρόνο (T₅), των παραμέτρων αυτών. Βραδυκαρδία η οποία χρειάστηκε αντιμετώπιση με ατροπίνη, εμφανίστηκε σε δύο περιστατικά (6,66%). Άπνοια παρουσιάστηκε σε δύο παιδιά (6,66%). Κατά την ανάνηψη βήχα και βρογχόσπασμος είχαν 17 (60%) και 4 (13,33%) παιδιά, αντίστοιχα. Η πλήρης ανάνηψη των παιδιών ήταν εφικτή σε 29,73 ± 6,72 λεπτά, μετά το πέρας της βρογχοσκόπησης. Τέλος ο βαθμός ικανοποίησης των βρογχοσκόπων μετρούμενος σε κλίμακα 1 έως 4, κυμάνθηκε κατά μέσο όρο στο 3,26 (2-4).

Συμπεράσματα: Με βάση τη κλινική μας εμπειρία ο συνδυασμός των ενδοφλέβιων αναισθητικών παραγόντων προποφόλη και ρεμιφεντανίλη είναι ασφαλής και αποτελεσματικός για την πραγματοποίηση μη επεμβατικών βρογχοσκοπήσεων, εκτός χειρουργικής αίθουσας.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ01 ΕΠΙΠΕΔΑ ΛΕΥΚΟΤΡΙΕΝΙΟΥ B₄ ΟΡΟΥ, ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΑ ΑΜΥΓΔΑΛΩΝ ΚΑΙ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ**Αλεξόπουλος Εμμανουήλ¹, Χαρίτος Γεώργιος¹, Μπεφάνη Χριστίνα², Μουσαπλήδης Γεώργιος³, Λαχανάς Βασίλειος³, Λιάκος Παναγιώτης², Γουργουλιάνης Κωνσταντίνος¹, Καδιτς Αθανάσιος⁴**¹ Εργαστήριο Υπνου, Πνευμονολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, Ιατρικό Τμήμα Πανεπιστημίου Θεσσαλίας² Εργαστήριο Βιοχημείας, Ιατρικό Τμήμα Πανεπιστημίου Θεσσαλίας³ ΩΡΛ Κλινική, Ιατρικό Τμήμα Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Λάρισα⁴ Μονάδα Παιδιατρικής Πνευμονολογίας, Α' Παιδιατρική Κλινική Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

Εισαγωγή: Παιδιά με αποφρακτική διαταραχή της αναπνοής στον ύπνο (ΑΔΑΥ) έχουν υψηλότερα επίπεδα λευκοτριενίου B₄ (LTB₄) ορού συγκριτικά με υγιή παιδιά ενώ ο δείκτης ανοιγίων - υποπνοιών αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για τα επίπεδα αυτά (Shen 2014). Επιπλέον, LTB₄ καθώς και τα βιοσυνθετικά του ένζυμα έχουν ανιχνευθεί στον υπερτροφικό αμυγδαλικό ιστό παιδιών με ΑΔΑΥ (Goldbart 2005 and Tsaousoglou 2014). Επομένως, είτε η ΑΔΑΥ προάγει τη σύνθεση LTB₄ είτε το LTB₄ ευνοεί την υπερτροφία αμυγδαλών και εμμέσως της ΑΔΑΥ. Σε αυτή τη μελέτη διερευνήσαμε εάν: i) υψηλά επίπεδα LTB₄ ορού προβλέπουν την παρουσία υπερτροφίας αμυγδαλών σε παιδιά με ΑΔΑΥ ή ii) η βαρύτητα της ΑΔΑΥ σχετίζεται με τα επίπεδα LTB₄.

Μέθοδοι: Παιδιά με φυσιολογικό βάρος με ή χωρίς ροχαλητό (ΑΔΑΥ και μάρτυρες) υποβλήθηκαν σε μελέτη ύπνου και μέτρηση της συγκέντρωσης LTB₄ σε δείγμα ορού. Ως υψηλό επίπεδο LTB₄ στα παιδιά με ΑΔΑΥ ορίστηκαν τιμές >75η εκατοστιαία θέση LTB₄ στους μάρτυρες.

Αποτελέσματα: 104 παιδιά με ΑΔΑΥ (διάμεση ηλικία 5.7 έτη [2-14.9]; διάμεσος δείκτης ανοιγίων - υποπνοιών 2.8/h [0-25.4]; διάμεση τιμή LTB₄ 119.9 pg/mL [0.1-2676.6]) and 13 υγιείς μάρτυρες (διάμεση ηλικία 7.4 [4-13.6]; διάμεσος δείκτης ανοιγίων - υποπνοιών 0.4 [0.1-0.8]; διάμεση τιμή LTB₄ 96.2 [38.9-314.8]) συμμετείχαν στη μελέτη. Η υψηλή τιμή LTB₄ (>170.3) ήταν σημαντικός προγνωστικός παράγοντας υπερτροφίας αμυγδαλών στα παιδιά με ΑΔΑΥ μετά από στατιστική διόρθωση για την ηλικία και το φύλο (OR [95% CI] 3.19 [1.16-8.74]; P=0.02). Δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ του δείκτη ανοιγίων - υποπνοιών ή του δείκτη αποκορεσμών και των επιπέδων LTB₄ ορού (r=-0.11; P=0.26 and r=-0.13; P=0.21, αντίστοιχα).

Συμπέρασμα: Δεν είναι πιθανή η υπόθεση ότι η ΑΔΑΥ προάγει την παραγωγή LTB₄. Αντίθετα, τα υψηλά επίπεδα LTB₄ πιθανόν προδιαθέτουν σε υπερτροφία αμυγδαλών.

ΠΑ02 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ ΚΑΙ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ RETT**Γρίβας Γρηγόρης¹, Μερμήρη Δέσποινα-Ζωή¹, Παρασκευουλάκος Ευάγγελος², Καλόγερος Ιωάννης², Παπαδοπούλου Αθηνά¹**¹ Αλθηρυπολογική και Πνευμονολογική Μονάδα Γ.Ν. Παιδών Πεντέλη² Νευρολογική Κλινική Γ.Ν. Παιδών Πεντέλη

Εισαγωγή: Το σύνδρομο Rett είναι μια φυλοσύνδετη επικρατική διαταραχή που απαντάται σχεδόν αποκλειστικά σε κορίτσια και χαρακτηρίζεται από απώλεια κινητικών και επικοινωνιακών λειτουργιών, στερεοτυπικές κινήσεις χεριών, σπασμούς και αναπνευστικά προβλήματα λόγω σοβαρής δυσλειτουργίας του αυτόνομου νευρικού συστήματος και/ή του στελέχους.

20-22

Οκτωβρίου 2017

Ξενοδοχείο Divani Caravel

Αθήνα



Ελληνική
Παιδοπνευμονολογική
Εταιρεία



Endorsed by

ERS

EUROPEAN
RESPIRATORY
SOCIETY

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ02

Σκοπός: Η καταγραφή των αναπνευστικών προβλημάτων στα παιδιά με σ. Rett

Υλικό και Μέθοδος: 21 κορίτσια (μέση ηλικία 12 έτη, μέση ηλικία διάγνωσης 32 μήνες) που παρακολουθούνται από τη νευρολογική κλινική και το πνευμονολογικό ιατρείο του νοσοκομείου μας αναλύθηκαν αναδρομικά.

Αποτελέσματα: Δυσκολίες σίτισης αντιμετώπιζε το 71% των ασθενών εκ των οποίων τα μισά παρουσίασαν πολλαπλά επεισόδια πνιγμονής και ένα μαζική εισρόφηση. Σε 24% των παιδιών ο έλεγχος κατάποσης ήταν παθολογικός. Διαταραχές αναπνοής στη διάρκεια της ημέρας παρουσίαζε το 86% ενώ μία ασθενής είχε νυκτερινές άπνοιες. Εναλλαγές υπέρπνοιας με άπνοιες παρουσίαζε το 38%, κράτημα αναπνοής το 19%, άπνοιες το 62%, επεισόδια κυάνωσης το 35%, συστηματική βίαιη εκπνοή το 10% και ρχηή αναπνοή το 10%. Διαταραχές του pCO_2 ήταν συχνές (57% υποκαπνία, 10% υπερκαπνία). Δύο ασθενείς χρησιμοποίησαν με επιτυχία μάσκα επανεισπνοής με μείωση των επεισοδίων υπέρπνοιας και υποκαπνίας. Νοσηλεία για λήψιμωξη αναπνευστικού χρειάστηκε το 24%.

Συμπέρασμα: Οι περισσότεροι ασθενείς με σ. Rett παρουσιάζουν αναπνευστικά προβλήματα λόγω δυσλειτουργίας του μηχανισμού αναπνοής, βήχα και κατάποσης.

ΠΑ03

ΙΛΑΡΑ ΜΕ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (ΜΕΘ) ΛΟΓΩ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ

Ζαφειροπούλου Φωτεινή, Λυμπεράτου Χριστίνα, Δεληγιάννη Χρύσα, Ζούκα Μαρία, Τηγιάνη Ελένη, Μπουρουτζή Δόμνα, Βασιλοπούλου Μαρία, Σιανίδου Λήδα

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Νοσοκομείο Παιδων Πεντέλης, Αθήνα

Εισαγωγή: Η ιλαρά είναι μια εξαιρετικά μεταδοτική οξεία ιογενής νόσος με θνητότητα 1-2/1000 περιπτώσεις. Η συχνότερη αιτία θανάτου στα παιδιά είναι η πνευμονία. Από έτους υπάρχει επιδημία της νόσου στην Ευρώπη και στη χώρα μας.

Σκοπός: Περιγραφή δύο περιστατικών που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ με επιπλοκές από το αναπνευστικό κατά τη διαδρομή ιλαράς. Στο νοσοκομείο έχουν ήδη νοσηλευθεί 10 επιβεβαιωμένα περιστατικά.

Υλικό - Μέθοδος: Οι ασθενείς μας είναι ένα αγόρι 8 ετών, πάσχον από συγγενή βαριά μυασθένεια και ένα κορίτσι 15 ετών χωρίς υποκείμενα νοσήματα. Και οι δύο ασθενείς ήταν πλήρως ανεμβολίαστοι για την ιλαρά, εμφάνισαν τυπική είσοδο της νόσου και έγινε ορολογική επιβεβαίωση. Οι ασθενείς εισήχθησαν στη ΜΕΘ στο 5^ο και 9^ο 24ωρο νόσου αντίστοιχα, με εικόνα διάμεσης πνευμονίτιδας και επικείμενης αναπνευστικής ανεπάρκειας (ARDS). Έλαβαν υποστήριξη με μη επεμβατικό μηχανικό αερισμό (NIV) για δύο 24ωρα. Κατά τη διαδρομή της νόσου, ο πρώτος ασθενής εμφάνισε πνευμονία από βακτηριακή επιλοίμωξη, η οποία αντιμετωπίστηκε με αντιβιοτική αγωγή.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς εξήλθαν από το νοσοκομείο χωρίς προβλήματα.

Συμπέρασμα: Οι επιπλοκές της ιλαράς μπορούν να είναι απειλητικές για τη ζωή και να προσβάλλουν τόσο τον υγιή πληθυσμό όσο και τους ασθενείς με υποκείμενα νοσήματα. Έτσι, τονίζεται η σημασία του έγκαιρου, καθολικού και πλήρους εμβολιασμού έναντι της νόσου.

8

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ04

ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ Ο ΑΠΟΙΚΙΣΜΟΣ ΑΠΟ *PSEUDOMONAS AERUGINOSA* ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΠΡΟΣ ΑΣΚΗΣΗ ΣΤΗΝ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ;

Καμπούρας Αστέρης¹, Χατζηαγόρου Ελπίδα¹, Αβραμίδου Βασιλική¹, Γεωργοπούλου Βασιλική², Κυρβασιίτης Φώτης¹, Τσανάκας Ιωάννης¹

¹ 3^ο Παιδιατρική Κλινική, Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

² Ακτινολογικό τμήμα, Ιπποκράτειο Γ.Ν.Θ., Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η Καρδιοαναπνευστική Δοκιμασία Κόπωσης (Cardio Pulmonary Exercise Testing, CPET) έχει αναγνωριστεί σαν μια πολύτιμη μέθοδος στην εκτίμηση της λειτουργικής ικανότητας και της πρόγνωσης σε ασθενείς με Κυστική Ίνωση.

Σκοπός: Να εξεταστεί η ύπαρξη διαφορών στις παραμέτρους των CPET, LCI και HRCT (High Resolution Computed Tomography) μεταξύ ασθενών με ΚΙ αποικισμένων ή μη από *Pseudomonas aeruginosa*.

Μέθοδοι: 78 ασθενείς με ΚΙ ηλικίας 17.08 ετών (6.75;24.25) υποβλήθηκαν σε σπιρομέτρηση, Multiple Breath Washout (MBW), CPET και HRCT.

Αποτελέσματα: Αξιολογήθηκαν 78 ασθενείς (μέσος FEV₁: 83.3% μέσος LCI: 10.9 και μέση VO₂peak: 79.1%). Από αυτούς 33 ήταν χρόνιως αποικισμένοι από *Pseudomonas aeruginosa*, 24 ήταν διαλειπόντως αποικισμένοι ενώ 21 ήταν ελεύθεροι. Στατιστικώς σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν μεταξύ των 3 ομάδων σε: Peak oxygen uptake % predicted (VO₂peak%) (p<0.001), LCI (p=0.000), καθώς και FEV₁% (p=0.000) και FVC% (p<0.001). Η VO₂peak% βρέθηκε ότι σχετίζεται με το Bhabha score (p=0.009, r=-0.546) ενώ ο αποικισμός από *Pseudomonas* βρέθηκε ότι προβλέπει τη VO₂peak% (p<0.000, r²:-0.395).

Συμπέρασμα: Η λειτουργική ικανότητα των ασθενών με ΚΙ είναι σημαντικά ελαττωμένη σε αυτούς που είναι αποικισμένοι από *Pseudomonas aeruginosa* και αντανακλά δομικές βλάβες των πνευμόνων. Ο αποικισμός από ψευδομονάδα μπορεί να προβλέψει περιορισμό στην άσκηση σε ασθενείς με ΚΙ.

ΠΑ05

ΜΠΟΡΕΙ Ο ΔΕΙΚΤΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ ΝΑ ΠΡΟΒΛΕΨΕΙ ΝΕΟ ΑΠΟΙΚΙΣΜΟ ΜΕ *PSEUDOMONAS AERUGINOSA* ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ;

Κουρούκλη Ελένα, Αβραμίδου Βασιλική, Χατζηαγόρου Ελπίδα, Νούσια Λεμονιά, Παρίση Μαρία, Γαλιγάβρου Μαρία, Κυρβασιίτης Φώτης, Τσανάκας Ιωάννης

3^ο Παιδιατρική Κλινική, Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Ο χρόνιος αποικισμός των αεραγωγών με *Pseudomonas aeruginosa* (PsA) προκαλεί χρόνια πτοίμωξη, φλεγμονή και σταδιακή καταστροφή του πνευμονικού παρεγχύματος στους ασθενείς με Κυστική Ίνωση (ΚΙ). Ο δείκτης καθαύσης πνευμόνων (LCI) εκτιμά την ανομοιογένεια της κατανομής του αερισμού στους πνεύμονες.

Σκοπός: Να διερευνηθεί αν ο LCI μπορεί να προβλέψει την πρώτη απομόνωση PsA σε καλλιέργεια πτυέλων προηγούμενης αρνητικών για PsA ασθενών.

Μέθοδοι: Εκτιμήθηκαν συνολικά 864 μετρήσεις LCI από 77 ασθενείς, μέσα σε διάστημα 5 ετών. Επιλέχθηκαν 48 μετρήσεις LCI που αντιστοιχούσαν στην πρώτη απομόνωση PsA σε προηγούμενης αρνητικούς ασθενείς. Παράλληλα, εκτιμήθηκαν τα συμπτώματα και τα σημεία και συσχετίστηκαν με τη μεταβολή του LCI.

Αποτελέσματα: Η μέση (sd) ηλικία των ασθενών ήταν 10,29 (5,24) έτη. Ο LCI ήταν σημαντικά αυξημένος σε νέο-αποικισμένους με PsA ασθενείς (ΔLCI= 1,26, p<0.0001). Οι 39 από τους 48 ασθενείς (81,25%) με νέο αποικισμό από PsA δεν παρουσίασαν επίταση του βήχα ή/και αύξηση των πτυέλων. Η ανάλυση ROC έδειξε ότι μια μεταβολή στον LCI κατά 1,18 μπορεί να προβλέψει νέο αποικισμό με PsA, με 5 ευαισθησία 54,3% και ειδικότητα 71,2%.

Συμπέρασμα: Ο LCI μπορεί να προβλέψει την πρώτη απομόνωση PsA από τα πτύελα προηγούμενης αρνητικών για PsA ασθενών, πριν την εμφάνιση συμπτωμάτων από το αναπνευστικό.

20-22

Οκτωβρίου 2017

Ξενοδοχείο Divani Caravel

Αθήνα

Ελληνική
Παιδοπνευμονολογική
Εταιρεία

Endorsed by

ERS

EUROPEAN
RESPIRATORY
SOCIETY

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ06

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ

Μικελήτου Κατερίνα¹, Μπούτης Αχιλλέας², Τσαφαντάκης Μανώλης², Παπαδοπούλου Αθηνά¹

¹ Παιδιατρικό Ιατρείο Άσθματος και Αλλεργιών, ΓΝ ΚΑΤ

² Τμήμα Σκολίωσης και Σπονδυλικής Στήλης, ΓΝ ΚΑΤ

Εισαγωγή: Οι ιδιοπαθείς διαταραχές της σπονδυλικής στήλης (ΣΣ) εμφανίζονται κυρίως στην εφηβική ηλικία και δεν είναι γνωστό πως επηρεάζουν τη ανάπτυξη του πνεύμονα.

Υλικό - Μέθοδος: 87 παιδιά (72 κορίτσια, 84%, μέση ηλικία $13\text{chr}\pm 1,6\text{chr}$) με ιδιοπαθή σκολίωση και 27 παιδιά με ιδιοπαθή κύφωση (11 κορίτσια, 40,7%, μέση ηλικία $13,4\text{chr}\pm 1,6\text{chr}$) προσήλθαν στο τμήμα. Έγινε καταγραφή της έκπτυξης του θωρακικού τοιχώματος, του κορσισμού οζυγόνου και των αναπνευστικών όγκων πριν την έναρξη θεραπειάς και έγινε σύγκριση με φυσιολογικά παιδιά.

Αποτελέσματα: 17 (19,3%) παιδιά παρουσίαζαν σκολίωση της θωρακικής, 47 (27,6%) παιδιά της θωρακοσφυϊκής και 24 (54%) παιδιά της οσφυϊκής μοίρας της ΣΣ. 40 παιδιά (46%) έπασχαν από ήπια, 39 (44,8%) από μέτρια και 8 (9,2%) από σοβαρή σκολίωση. 14 (51,8%) παιδιά είχαν μέτρια και 13 (48,2%) βαριά κύφωση. Διαπιστώθηκε σημαντική διαφορά των FVC και FEV₁ μεταξύ των παιδιών με θωρακική σκολίωση και κύφωση όπως επίσης μεταξύ των παιδιών με ήπια /μέτρια και σοβαρή σκολίωση. Επιπλέον, βρέθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των όγκων των παιδιών του γενικού πληθυσμού και των παιδιών με σκολίωση, κάτι που δεν διαπιστώθηκε στα παιδιά με κύφωση.

Συμπεράσματα: Η θωρακική σκολίωση φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά την αναπνευστική λειτουργία των παιδιών ανάλογα με την βαρύτητα της κάτι που δεν παρατηρείται σε παιδιά με κύφωση.

ΠΑ07

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΣΚΟΛΙΩΣΗ ΠΟΥ ΕΦΑΡΜΟΖΟΥΝ ΚΗΔΕΜΟΝΑ. ΠΡΟΔΡΟΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μικελήτου Κατερίνα¹, Μπούτης Αχιλλέας², Τσαφαντάκης Μανώλης², Παπαδοπούλου Αθηνά¹

¹ Παιδιατρικό Ιατρείο Άσθματος και Αλλεργιών, ΓΝ ΚΑΤ

² Τμήμα Σκολίωσης και Σπονδυλικής Στήλης, ΓΝ ΚΑΤ

Εισαγωγή: Η ιδιοπαθής σκολίωση της σπονδυλικής στήλης (ΙΣΣΣ) συνήθως αντιμετωπίζεται με την πολύμηννη εφαρμογή κηδεμόνα. Στις ώρες της εφαρμογής παρατηρείται παροδικός περιορισμός της ζωτικής χωρητικότητας αλλά δεν είναι γνωστό πως επηρεάζεται συνολικά η αναπνευστική λειτουργία στη διάρκεια της θεραπείας.

Υλικό - Μέθοδος: 46 παιδιά (89% κορίτσια, μέση ηλικία $12,9\pm 1,6$ έτη, BMI $19,7\pm 3,54$) παρακολούθηθηκαν για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 6 μηνών (μέσος χρόνος παρακολούθησης $16\pm 6,6$ μήνες). 10 (21,7%) παιδιά έπασχαν από θωρακική, 25 (54,3%) από θωρακοσφυϊκή και 11 (23,9%) από οσφυϊκή σκολίωση ενώ 19 (39,1%) παρουσίαζαν ήπια, 24 (54,3%) μέτρια και 3 (6,5%) σοβαρή σκολίωση.

Αποτελέσματα: Η μέση τιμή της FVC στα παιδιά κατά την πρώτη τους επίσκεψη πριν την εφαρμογή κηδεμόνα ήταν $91,5\pm 15,3\%$ ενώ στην τελευταία $87\pm 14,8\%$ ($p<0,05$). Κατά τη διάρκεια παρακολούθησης και ενώ παρατηρείται βελτίωση ή σταθεροποίηση του βαθμού της σκολίωσης, 28 παιδιά (60,8%) εμφάνισαν μείωση της FVC κατά $10,4\pm 3,8\%$ μη συσχετιζόμενη με την σοβαρότητα της σκολίωσης ενώ 18 (39%) παρουσίασαν σταθερή ή βελτιωμένη αναπνευστική λειτουργία.

Συμπεράσματα: Η εφαρμογή κηδεμόνα επηρεάζει αρνητικά την αναπνευστική λειτουργία των παιδιών με σκολίωση που δεν οφείλεται στην σοβαρότητα ή σε επιδείνωση της σκολίωσης. Η συνεχής παρακολούθηση των παιδιών και μετά την ολοκλήρωση της αγωγής σε μεγαλύτερο δείγμα θα βοηθήσει στην διεξαγωγή σαφέστερων συμπερασμάτων.

8

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ08

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ ΡΙΝΙΚΟΥ ΜΟΝΟΞΕΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΑΖΩΤΟΥ ΜΕΤΑΞΥ ΜΕΘΟΔΟΥ ΧΗΜΕΙΟΦΩΤΑΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΟΧΗΜΙΚΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ

Μπουτοπούλου Βαρβάρα, Χατζηπαρασίδης Γρηγόρης, Πλατνάρης Αντώνιος, Παπαδόπουλος Μάριος, Πρίφτης Κωνσταντίνος, Δούρος Κωνσταντίνος

Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Γ' Παιδιατρική Κλινική, ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «Αττικόν», Αθήνα

Εισαγωγή: Το μονοξείδιο του αζώτου (NO) είναι μία ελεύθερη διατομική ρίζα που διαπερνά εύκολα την κυτταρική μεμβράνη και δρα κυρίως ως μεσολαβητής. Στο αναπνευστικό επιθήλιο συντίθεται συνεχώς και αυξάνεται ως απόκριση σε φλεγμονή λοιμώδους ή μη-λοιμώδους αιτιολογίας. Στους ασθενείς με Πρωτοπαθή Δυσκινσία των Κροσσών (ΠΔΚ), παρότι χαρακτηρίζονται από χρόνια λοίμωξη του αναπνευστικού, η τιμή του ρινικού NO (nasal Nitric Oxide, nNO) είναι αξιοσημείωτα μειωμένη.

Σκοπός: Να συγκριθούν τα αποτελέσματα μετρήσεων του nNO μεταξύ της οικονομικότερης ηλεκτροχημικής μεθόδου και της δαπανηρότερης μεθόδου της χημειοφωταύγειας που θεωρείται όμως ο χρυσός κανόνας για τη μέτρηση του NO για τη διάγνωση της ΠΔΚ.

Μέθοδος: Για τη μέτρηση του nNO χρησιμοποιήθηκαν η συσκευή μέτρησης NO με τη μέθοδο της χημειοφωταύγειας (Ecomedics CLD88) και αυτή με την ηλεκτροχημική μέθοδο (NIOX MINO). Πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν ασθενείς που παραπέμφθηκαν για έλεγχο πιθανής ΠΔΚ.

Αποτελέσματα: Ελέγχθηκαν 112 ασθενείς που προσήλθαν με υποψία της νόσου. Σε 46 από αυτούς ο διαγνωστικός έλεγχος επαναλήφθηκε, καταλήγοντας έτσι σε 158 μετρήσεις NO με τις δύο συσκευές. Οι τιμές μέτρησης εμφάνισαν σημαντικά μεγάλη διαφορά (Mean nNO, ECOMEDICS=525ppb, SD= 124, Mean nNO, NIOX= 248ppb, SD=57, $p<0.001$) για ασθενείς με φυσιολογικές τιμές nNO. Η χρήση της ηλεκτροχημικής μεθόδου για τη διάγνωση των ασθενών με ΠΔΚ στο συγκεκριμένο δείγμα ανέδειξε ευαισθησία 92%, ενώ ειδικότητα 45%. Αναφορικά με την τεχνική εφαρμογή των δύο μεθόδων, η ηλεκτροχημική μέθοδος δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς βρεφικής και προσχολικής ηλικίας.

Συμπέρασμα: Οι μετρήσεις nNO διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των δύο συσκευών. Η διαφορά έγκειται στη διαφορετικότητα των δύο μεθόδων ανάλυσης του NO και των παραμέτρων που απαιτούνται για την επίτευξη της μέτρησης. Οι διαφορές πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στην αξιολόγηση και την ερμηνεία των αποτελεσμάτων, ενώ για την αξιόπιστη χρήση της οικονομικότερης ηλεκτροχημικής μεθόδου πρέπει να γίνει καταγραφή των φυσιολογικών τιμών για τη συγκεκριμένη μέθοδο.

ΠΑ09

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΔΥΣΚΙΝΗΣΙΑΣ ΚΡΟΣΣΩΝ ΣΕ ΕΛΛΗΝΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΒΙΝΤΕΟΜΙΚΡΟΣΚΟΠΗΣΗΣ ΥΨΗΛΗΣ ΤΑΧΥΤΗΤΑΣ (HSVA): ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΡΙΩΝ ΧΡΟΝΩΝ

Χατζηπαρασίδης Γρηγόρης, Μπουτοπούλου Βαρβάρα, Πλατνάρης Αντώνιος, Παπαδόπουλος Μάριος, Πρίφτης Κωνσταντίνος, Δούρος Κωνσταντίνος

Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Γ' Παιδιατρική Κλινική, ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «Αττικόν», Αθήνα

Εισαγωγή: Η Πρωτοπαθής Δυσκινσία των Κροσσών (ΠΔΚ) αποτελεί σπάνιο κληρονομούμενο νόσημα που απαντάται σε παιδιά και ενήλικους, χαρακτηριζόμενο από ελλιπή λειτουργία του μηχανισμού της βλεννοκροσσώτης κάθαρσης. Λόγω γενετικά καθοριζόμενης βλάβης, οι κροσσοί αδυνατούν να κινηθούν (ακινησία), κινούνται ανώμαλα/ασυντόνιστα (δυσκινσία) ή απουσιάζουν τελείως (απλασία). Κληρονομείται με ίση επικράτηση στα δύο φύλα και συχνότητα 1:10.000 - 30.000 άτομα. Για τη διάγνωση της απαιτείται συνδυασμός ενός υπόππου ιατρικού με εργαστηριακές εξετάσεις μεταξύ των οποίων προέχουσα θέση έχει η ανάλυση της κίνησης των κροσσών με τη βοήθεια βιντεομικροσκοπησης με υψηλή ταχύτητα (HSVA).

20-22

Οκτωβρίου 2017

Ξενοδοχείο Divani Caravel

Αθήνα



Ελληνική
Παιδοπνευμονολογική
Εταιρεία



Endorsed by
ERS

EUROPEAN
RESPIRATORY
SOCIETY



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ09

Σκοπός: Να παρουσιαστεί η εμπειρία της Μονάδας όσον αφορά στη χρήση της HSVA στη διάγνωση της ΠΔΚ στη χώρα μας. Να παρουσιαστούν τα αποτελέσματα της μεθόδου στον ελληνικό πληθυσμό και να αναδειχτεί η χρησιμότητά της στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου η οποία διαληνθάνει σε μεγάλο ποσοστό αδιάγνωστη.

Μέθοδος: Μετά τη λήψη αναπνευστικών επιθηλιακών κυττάρων από τον ρινικό βλεννογόνο με τη χρήση ειδικής στραυματικής ψύκτρας, μεταφέρονται άμεσα σε ειδικό διάλυμα και εξετάζονται σε ζώσα φάση με τη βοήθεια μικροσκοπίου ανάστροφης φάσης (HVM). Ελέγχονται η συχνότητα της κίνησης των κροσσών, ο συντονισμός ή μη της κίνησής τους και ο τύπος της κίνησης. Με τον τρόπο αυτό καταγράφονται οι ακόλουθες ανωμαλίες: 1) άκαμπτη τρεμώδης κίνηση, 2) άκαμπτη μικρού εύρους, πρόσθια κίνηση, 3) κυκλωτερής κίνηση, 4) ακινησία, και τέλος 5) απλυσία (απουσία κροσσών).

Αποτελέσματα: Ελέγχθηκαν 300 ασθενείς με συμπτώματα ύπνοπτα για τη νόσο. Η ηλικία των ασθενών κυμαίνονταν από ημερών έως και 47 ετών. Με τη μέθοδο της HSVA μελετήθηκαν τα δείγματα από το ρινικό τους επιθήλιο και εντοπίστηκαν 33 ασθενείς με ανώμαλη κινητικότητα κροσσών. Η πλειονότητα αυτών εμφάνιζε κροσσούς με άκαμπτη μικρού εύρους πρόσθια κίνηση (v=22), 5 ασθενείς εμφάνιζαν κροσσούς με άκαμπτη τρεμώδη κίνηση, ενώ κυκλωτερή κίνηση, ακινησία και απλυσία εντοπίστηκε ισάριθμα σε 6 ασθενείς (v=2).

Συμπέρασμα: Η HSVA αποτελεί χρήσιμη μέθοδο για τη διάγνωση της ΠΔΚ. Με τη μέχρι τώρα εμπειρία της μονάδας, η πλειονότητα των ελληνικών ασθενών με τη νόσο, εμφανίζουν κροσσούς με άκαμπτη πρόσθια κίνηση μικρού εύρους.

ΠΑ10

ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟ: ΟΦΕΛΟΣ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Χρυσοχόου Ε.Α., Κυρβασιλής Φ., Χατζηαγόρου Ε., Τσανάκας Ι.

3^η Παιδιατρική Κλινική, Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η μελέτη του οικονομικού οφέλους και του οφέλους στην ποιότητα ζωής από την κατ' οίκον νοσηλεία σε παιδιά με χρόνια αναπνευστικά προβλήματα και εξαρτώμενα από τεχνολογικό εξοπλισμό.

Μέθοδος - Ασθενείς: Μελετήθηκαν 40 παιδιά με χρόνια αναπνευστικά προβλήματα, μέσης ηλικίας 6,5 ετών. Έγινε καταγραφή του κόστους των παιδιών στο σπίτι και υπολογίσθηκε το κόστος νοσηλείας στο Νοσοκομείο. Η ποιότητα ζωής των παιδιών εκτιμήθηκε με το ερωτηματολόγιο DISABKIDS.

Αποτελέσματα: Το μέσο (sd) συνολικό κόστος στο σπίτι ήταν 2920,49 (4554,78) ευρώ και στο νοσοκομείο 12007,64 (18947,52), $p < 0.001$. Οι επισκέψεις φίλων στο σπίτι ήταν 0,97 ($\pm 1,07$), ενώ στο νοσοκομείο 0,21 ($\pm 0,68$), $p < 0.001$. Ο αριθμός των επισκέψεων φυσικοθεραπείας στο σπίτι ήταν 2,02 ($\pm 1,66$) και στο νοσοκομείο (0,97 $\pm 1,16$), ($p < 0.001$). Ο αριθμός των επισκέψεων λογοθεραπείας στο σπίτι ήταν 0,55 ($\pm 0,97$) σε σχέση με το νοσοκομείο 0,21 ($\pm 0,64$), $p = 0.017$. Η ποιότητα ζωής βελτιώθηκε σημαντικά μετά από ένα χρόνο ($p = 0,002$).

Συμπεράσματα: Το κόστος της κατ' οίκον νοσηλείας ήταν σημαντικά χαμηλότερο από ότι το κόστος στο νοσοκομείο. Η κατ' οίκον νοσηλεία παρείχε το πλεονέκτημα των περισσότερων επισκέψεων επαγγελματιών υγείας και κοινωνικών συναναστροφών. Η ποιότητα ζωής για την οικογένεια βελτιώθηκε σημαντικά ένα χρόνο μετά την έναρξη του προγράμματος.

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

Αιθαζίδου Ε.	AA05, AA06
Αντωνόπουλος Σ.	AA05, AA06
Βαζαίου Α.	AA07
Βασιλάκου Τ.	AA11
Γαλήνη Α.	AA16
Γιαβάση Ι.	AA16
Γιαννόπουλος Α.	AA02
Γραμματικοπούλου Μ.	AA11
Γρίβας Γ.	AA01
Γώγου Μ.	AA02
Δούρος Κ.	AA16
Θεοδοροπούλου Ε.	AA08
Θεοδώρου Ε.	AA03
Ιωακειμίδου Α.	AA16
Ιωαννίδης Α.	AA08
Καδίτης Α.	AA11
Κανάριου Μ.	AA07
Κοροβέση Π.	AA14, AA15
Κουνακά Κ.	AA10
Κουρούκλη Ε.	AA09, AA10, AA12, AA13
Κούστα Α.	AA04
Κυρβασίλης Φ.	AA10
Κωσταρίδου Σ.	AA14, AA15
Λάγγας Δ.	AA11
Λαμπροπούλου Δ.	AA05, AA06
Λαρίου Μ.Σ.	AA07
Λέφα Π.	AA03
Λίτινα Δ.	AA08
Λούκου Ι.	AA11
Μαγαζιώτου Ι.	AA08
Ματσώτα Π.	AA16
Μεντεσιδου Λ.	AA07
Μερμήρη Δ.Ζ.	AA01, AA14, AA15

Μπαρμπούτη Ε.	AA10
Μποντουβάς Δ.	AA05, AA06
Μπουτοπούλου Β.	AA16
Νικολοπούλου Β.	AA08
Νούσια Λ.	AA09, AA10, AA12, AA13
Ντίνου Σ.Ρ.	AA09
Ντουντουνάκης Σ.Ε.	AA11
Παπαγεωργίου Χ.Χ.	AA08
Παπαδοπούλου Α.	AA01, AA14, AA15
Παπανικολάου Δ.	AA10
Παρίση Μ.	AA09, AA10, AA12, AA13
Πασπάτη Ι.	AA01
Πετρά Μ.	AA01
Πετράκος Γ.	AA05, AA06
Πετροχείλου Α.	AA11
Πετροχείλου Κ.	AA01
Πεφτουλίδου Π.	AA12
Πουλημενέας Δ.	AA11
Πρίφτης Κ.	AA16
Ρεντίφη Ε.	AA16
Σεϊταρίδη Α.	AA13
Σπανός Ι.	AA07
Σταμογιάννου Λ.	AA07
Σταυρακέλης Γ.	AA08
Τερζή Δ.	AA10
Τσαγκάρη Α.	AA08
Τσανάκας Ι.	AA04, AA09, AA10, AA12, AA13
Τσεκούρα Ε.	AA03
Χαϊδοπούλου Κ.	AA02
Χαρίση Μ.	AA14, AA15
Χατζηαγόρου Ε.	AA04, AA09, AA10, AA12, AA13
Χρηστάρα - Παπαδοπούλου Α.	AA09, AA13, AA04

20-22

Οκτωβρίου 2017

Ξενοδοχείο Divani Caravel

Αθήνα



Ελληνική
Παιδοπνευμονολογική
Εταιρεία



Endorsed by

ERS

EUROPEAN
RESPIRATORY
SOCIETY

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ ΠΡΟΦΟΡΙΚΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

Αβραμίδου Β.	ΠΑ04, ΠΑ05
Αλεξόπουλος Ε.	ΠΑ01
Βασιλοπούλου Μ.	ΠΑ03
Γαλιγάβρου Μ.	ΠΑ05
Γεωργοπούλου Β.	ΠΑ04
Γουργουλιάνης Κ.	ΠΑ01
Γρίβας Γ.	ΠΑ02
Δεληγιάννη Χ.	ΠΑ03
Δούρος Κ.	ΠΑ08, ΠΑ09
Ζαφειροπούλου Φ.	ΠΑ03
Ζούκα Μ.	ΠΑ03
Καδίτης Α.	ΠΑ01
Καθόγερος Ι.	ΠΑ02
Καμπούρας Α.	ΠΑ04
Κουρούκλη Ε.	ΠΑ05
Κυρβασίλης Φ.	ΠΑ04, ΠΑ05, ΠΑ10
Λαχανάς Β.	ΠΑ01
Λιάκος Π.	ΠΑ01
Λυμπεράτου Χ.	ΠΑ03
Μερμύρη Δ.Ζ.	ΠΑ02
Μικελιάτου Κ.	ΠΑ06, ΠΑ07
Μουσαηλίδης Γ.	ΠΑ01
Μπεφάνη Χ.	ΠΑ01
Μπουρουτζή Δ.	ΠΑ03
Μπούτης Α.	ΠΑ06, ΠΑ07
Μπουτοπούλου Β.	ΠΑ08, ΠΑ09
Νούσια Λ.	ΠΑ05
Παπαδόπουλος Μ.	ΠΑ08, ΠΑ09
Παπαδοπούλου Α.	ΠΑ02, ΠΑ06, ΠΑ07

Παρασκευουδάκος Ε.	ΠΑ02
Παρίση Μ.	ΠΑ05
Πηλατάρης Α.	ΠΑ08, ΠΑ09
Πρίφτης Κ.	ΠΑ08, ΠΑ09
Σιανίδου Λ.	ΠΑ03
Τηγάνη Ε.	ΠΑ03
Τσανάκας Ι.	ΠΑ04, ΠΑ05, ΠΑ10
Τσαφαντάκης Μ.	ΠΑ06, ΠΑ07
Χαρίτος Γ.	ΠΑ01
Χατζηαγόρου Ε.	ΠΑ04, ΠΑ05, ΠΑ10
Χατζηπαρασίδης Γ.	ΠΑ08, ΠΑ09
Χρυσοχόου Ε.Α.	ΠΑ10

8

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

Αλφαβητικός Κατάλογος Προέδρων - Ομιλητών

Connett Gary

Consultant Respiratory Paediatrician,
Senior Lecturer, University Hospital
of Southampton, United Kingdom

Cunningham Steve

Professor and Honorary Consultant in Pediatric
Respiratory Medicine, Director, Children's
Clinical Research Facility, University of
Edinburgh, United Kingdom

Midulla Fabio

MD, PhD, Associate Professor of Pediatrics,
Department of Pediatrics and Infantile
Neuropsychiatry, Umberto I Policlinic Hospital,
"Sapienza" University of Rome, Rome, Italy

Ανθρακόπουλος Μιχαήλ

Καθηγητής Παιδιατρικής - Παιδοπνευμονολογίας
Πανεπιστημίου Πατρών, Παιδοπνευμονολογική
Μονάδα Παιδιατρικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα

Βαλερή Ροζαλία

Παιδίατρος - Παιδοπνευμονολόγος,
Α' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική
Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
«ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Θεσσαλονίκη

Γιδαρης Δήμος

Παιδίατρος MRCPCH, MRCPE,
Παιδοπνευμονολόγος, Senior Lecturer,
University of Nicosia, Θεσσαλονίκη

Γκάγκα Μίνα

MD, PhD, Συντονίστρια Διευθύντρια,
7^η Πνευμονολογική Κλινική, Υπεύθυνη
Κέντρου Άσθματος, Γενικό Νοσοκομείο
Νοσημάτων Θώρακος «Η ΣΩΤΗΡΙΑ», Πρόεδρος
Πνευμονολογικής Εταιρείας Ε.Ρ.Σ., Αθήνα

Γραμματοπούλου Ειρήνη

Καθηγήτρια Τμήματος Φυσιοθεραπείας,
Τ.Ε.Ι. Αθήνας, Αθήνα

Δευτεραίος Σάββας Π.

Επίκουρος Καθηγητής Ακτινολογίας Δ.Π.Θ.,
με εξειδίκευση στην Παιδιατρική Ακτινολογία,
Ακτινολογικό Εργαστήριο Πανεπιστημιακού
Γενικού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης,
Αλεξανδρούπολη

Δικαλιώτη Σταυρούλα

Πανεπιστημιακή Υπότροφος Παιδιατρικής Κλινικής,
Τμήμα Νοσηλευτικής Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα

Δούρος Κωνσταντίνος

Παιδοπνευμονολόγος - Παιδοαλλεργιολόγος,
Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Γ' Παιδιατρική Κλινική
Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Καδίτς Αθανάσιος

Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδιατρικής -
Παιδιατρικής Πνευμονολογίας, Α' Παιδιατρική
Κλινική Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.,
Νοσοκομείο Παίδων «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ», Αθήνα

Καραμπατάκης Νικόλαος

Παιδίατρος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.,
Επιστημονικός Συνεργάτης Β' Παιδιατρικής
Κλινικής Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

Καρανίκα Παρασκευή

Παιδογαστρεντερολόγος, Πανεπιστημιακή
Υπότροφος Γ' Παιδιατρικής Κλινικής Α.Π.Θ.,
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
«ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Θεσσαλονίκη

Καρανταγλής Νικόλαος

Παιδίατρος - Επιστημονικός Συνεργάτης Α.Π.Θ.,
Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Γ' Παιδιατρική
Κλινική Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
«ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Θεσσαλονίκη

Κατσαρδής Χαράλαμπος

Παιδοπνευμονολόγος, Επίκουρος Καθηγητής
Παιδιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης,
τ. Συντονιστής Διευθυντής Παιδιατρικού -
Παιδοπνευμονολογικού Τμήματος,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Η ΕΛΠΙΣ»,
Επιστημονικός Συνεργάτης Πειραματικής
Φυσιολογίας Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.,
Αθήνα

Κουμπαγιώτη Δέσποινα

Νοσηλεύτρια ΠΕ, Msc, PhD(c), RN,
Β' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική,
Γενικό Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. ΚΥΡΙΑΚΟΥ»,
Αθήνα

20-22

Οκτωβρίου 2017

Ξενοδοχείο Divani Caravel

Αθήνα



Ελληνική
Παιδοπνευμονολογική
Εταιρεία



Endorsed by
ERS

EUROPEAN
RESPIRATORY
SOCIETY

Αλφαβητικός Κατάλογος Προέδρων - Ομιλητών

Κουμπουρήλης Αναστάσιος

MD, M.P.H., Chief, Division of Pulmonary & Sleep Medicine, Director, Cystic Fibrosis Center, Children's National Medical Center, Professor of Pediatrics, George Washington University School of Medicine & Health Sciences, Washington DC, U.S.A.

Κυρβασίλης Φώτης

Επίκουρος Καθηγητής Παιδιατρικής Πνευμονολογίας, Γ' Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Θεσσαλονίκη

Λουκίδης Στυλιανός

Πνευμονολόγος, Αναπληρωτής Καθηγητής Πνευμονολογίας, Β' Πνευμονολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Λούκου Ιωάννα

Παιδιάτρος - Παιδοπνευμονολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια Τμήματος Κυστικής Ίνωσης, Νοσοκομείο Παιδών «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ», Αθήνα

Μάτζου-Μεγαπάνου Βασιλική

Καθηγήτρια Παιδιατρικής Νοσηλευτικής Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα

Μαντζουράνη Εύα

Ομότιμη Καθηγήτρια Παιδιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης, Διευθύντρια Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου, Ηράκλειο Κρήτης

Μίχος Αθανάσιος

Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδιατρικής - Λοιμωξιολογίας Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Νοσοκομείο Παιδών «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ», Αθήνα

Μπουτοπούλου Βαρβάρα

Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, PhD, RN, Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Γ' Παιδιατρική Κλινική Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Παναγιωτοπούλου-Γαρταγάνη Πολυτίμη

Παιδιάτρος - Παιδοπνευμονολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Μονάδα Παιδιατρικής - Πνευμονολογίας, Α' Παιδιατρική Κλινική Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Νοσοκομείο Παιδών «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ», Αθήνα

Παπαδόπουλος Μάριος

Παιδιάτρος - Παιδοπνευμονολόγος - Παιδοαλλεργιολόγος, Παιδοπνευμονολογική και Παιδοαλλεργιολογική Μονάδα, Νοσοκομείο «ΙΑΣΩ ΠΑΙΔΩΝ», Αθήνα

Παπαδόπουλου Αθηνά

Παιδοαλλεργιολόγος - Παιδοπνευμονολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Παιδιατρικό Τμήμα Γ. Ν. Κ.Α.Τ. - Αλλεργιολογική και Πνευμονολογική Μονάδα, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών Πεντέλης, Αθήνα

Παρασκάκης Εμμανουήλ

Παιδιάτρος - Παιδοπνευμονολόγος, Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδιατρικής, Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Παιδιατρική Κλινική Δ.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

Παυλοπούλου Ιωάννα

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής - Λοιμωξιολογίας, Τμήμα Νοσηλευτικής Ε.Κ.Π.Α., Γενικό Νοσοκομείο Παιδών «Π. & Α. ΚΥΡΙΑΚΟΥ», Αθήνα

Πετροχειίδου Αργυρή

Παιδιάτρος - Παιδοπνευμονολόγος, Επιμελήτρια Ε.Σ.Υ., Νοσοκομείο Παιδών «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ», Αθήνα

Πέτσιος Κωνσταντίνος

Νοσηλεύτης ΠΕ, ΜΗΜ(ς), MSc, PhD, Υπεύθυνος Κλινικής Έρευνας, ΩΝΑΣΕΙΟ Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα

Αλφαβητικός Κατάλογος Προέδρων - Ομιλητών

Πρίφτης Κωνσταντίνος

Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδιατρικής -
Παιδοπνευμονολογίας, Γ' Παιδιατρική
Κλινική Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Ρονλίδης Εμμανουήλ

Καθηγητής Παιδιατρικής - Λοιμωξιολογίας,
Γ' Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Θεσσαλονίκη

Τανού Καλλιόπη

Παιδίατρος - Παιδοπνευμονολόγος,
εξειδικευθείσα στην Παιδοπνευμονολογία στο
"Great Ormond Hospital", London, United Kingdom,
Επιμελήτρια Β' Παιδιατρικής Κλινικής Γενικού
Νοσοκομείου Βόλου, Βόλος

Τσανάκας Ιωάννης

Καθηγητής Παιδιατρικής Πνευμονολογίας,
Διευθυντής Γ' Παιδιατρικής Κλινικής Α.Π.Θ.,
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
«ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Θεσσαλονίκη

Τσιλιγιάννης Θεοφάνης

Αρχιπλοίαρχος Ιατρός Π.Ν. (ε.α.),
Παιδοπνευμονολόγος, Διευθυντής
Παιδοπνευμονολογικού Τμήματος,
Παιδιατρική Κλινική, Νοσοκομείο «ΜΗΤΕΡΑ»,
Αθήνα

Τσολιά Μαρία

Καθηγήτρια Παιδιατρικής - Λοιμωξιολογίας,
Διευθύντρια Β' Παιδιατρικής Κλινικής Ιατρικής
Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Γενικό Νοσοκομείο Παίδων
«Π. & Α. ΚΥΡΙΑΚΟΥ», Αθήνα

Φούζας Σωτήριος

Παιδίατρος - Παιδοπνευμονολόγος, Επιμελητής
Α', Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Πατρών,
Πάτρα

Χαϊδοπούλου Αικατερίνη

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής
Πνευμονολογίας, Β' Παιδιατρική Κλινική
Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Χασαλεύρη Ειρήνη

Φυσικοθεραπεύτρια,
Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Πεντέλης, Αθήνα

Χατζαγόρου Ελπίδα

Επίκουρη Καθηγήτρια Παιδιατρικής -
Παιδιατρικής Πνευμονολογίας Α.Π.Θ.,
Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Γ' Παιδιατρική
Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
«ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Θεσσαλονίκη

Χατζημιαχάη Αθανάσιος

Καθηγητής Παιδιατρικής Δ.Π.Θ.,
Διευθυντής Παιδιατρικής Κλινικής,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

Χόρτη Αγγελική

PT, MSc, PhD, Φυσικοθεραπεύτρια,
Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Πεντέλης, Αθήνα

Χουλιάκης Μιχαήλ

τ. Δ/ντής Ωτορινολαρυγγολογικού Τμήματος
Νοσοκομείου Παίδων «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ»,
Δ/ντής Ωτορινολαρυγγολογικού Τμήματος
Νοσοκομείου «ΙΑΣΩ ΠΑΙΔΩΝ», Αθήνα

Χριστοθανοπούλου Ιωάννα

Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, RN,
Παιδιατρική Κλινική, Νοσοκομείο «ΜΗΤΕΡΑ»,
Αθήνα

Ψαρογιώργος Κωνσταντίνος

PT, Int. Fellow, Dipl. Chiropractor,
Υπεύθυνος τμήματος Φυσικοθεραπείας,
Όμιλος ΙΑΣΩ, Αθήνα

20-22

Οκτωβρίου 2017

Ξενοδοχείο Divani Caravel

Αθήνα



Ελληνική
Παιδοπνευμονολογική
Εταιρεία



Endorsed by

ERS

EUROPEAN
RESPIRATORY
SOCIETY



ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ
8ου ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ
ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟΥ
ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ



Xolair
omalizumab



© Novartis, Ltd. 2017. All rights reserved.

 **NOVARTIS**

20-22

Οκτωβρίου 2017

Ξενοδοχείο Divani Caravel

Αθήνα



Ελληνική
Παιδοπνευμονολογική
Εταιρεία



Endorsed by

ERS

EUROPEAN
RESPIRATORY
SOCIETY



ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 20 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ - **ΑΙΘΟΥΣΑ MACEDONIA Β'**

19:00 - 19:30



ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

CFTR modulation as a novel therapeutic tool in Cystic Fibrosis

Πρόεδρος: **Ε. Χατζηναγόρου**

Ομιλητής: **Dr. G. Connet**





Χρήσιμες Πληροφορίες

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Το **8^ο Πανελλήνιο Παιδοπνευμονολογικό Συνέδριο** της Ελληνικής Παιδοπνευμονολογικής Εταιρείας θα πραγματοποιηθεί στις **20 - 22 Οκτωβρίου 2017**, στην **Αθήνα**.

ΣΥΝΕΔΡΙΑΚΟΣ ΧΩΡΟΣ

Ξενοδοχείο **Divani Caravel**, Βασιλέως Αλεξάνδρου 2, Τ.Κ. 161 21

Τηλ: 210 7207000, fax: 210 7236683

Email: info@divanicaravel.gr

ΓΛΩΣΣΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Η επίσημη γλώσσα του Συνεδρίου είναι η Ελληνική. Οι διαλέξεις των ξένων ομιλητών θα πραγματοποιούνται στα Αγγλικά.

ΚΟΝΚΑΡΔΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ (BADGES)

Οι κονκάρδες (badges) παραδίδονται από τη Γραμματεία του Συνεδρίου και είναι **απαραίτητες για την είσοδο** τόσο στους συνεδριακούς χώρους, όσο και στην έκθεση καθ' όλη τη διάρκεια του Συνεδρίου. Οι κονκάρδες φέρουν γραμμωτό κώδικα (barcode), ώστε να ελέγχεται η είσοδος και η έξοδος από τη συνεδριακή αίθουσα. Η συνολική ώρα παρακολούθησης του επιστημονικού προγράμματος του Συνεδρίου αποτελεί τη βασική προϋπόθεση για τη διάθεση των μορίων, σύμφωνα με τις οδηγίες της U.E.M.S., του Π.Ι.Σ. και του Ε.Ο.Φ.

ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΤΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

Κατηγορία	Κατηγορία
Ειδικευμένοι	120,00€
Ειδικευόμενοι	90,00€
Νοσηλεύτες, Φυσικοθεραπευτές, λοιποί Επαγγελματίες Υγείας	40,00€
Προπτυχιακοί Φοιτητές	ΔΩΡΕΑΝ

Σημείωση: Οι συμμετέχοντες θα πρέπει να προσκομίζουν κατάλληλο έγγραφο το οποίο θα επιβεβαιώνει την ιδιότητά τους

20-22

Οκτωβρίου 2017

Ξενοδοχείο Divani Caravel

Αθήνα



Ελληνική
Παιδοπνευμονολογική
Εταιρεία



Endorsed by
ERS

EUROPEAN
RESPIRATORY
SOCIETY

Χρήσιμες Πληροφορίες

Το δικαίωμα συμμετοχής για τους συνέδρους περιλαμβάνει:

Ειδικευμένοι & Ειδικευόμενοι

- Συνεδριακό Υλικό
- Παρακολούθηση Συνεδρίου
- Πιστοποιητικό με μοριοδότηση (εφόσον έχει συμπληρωθεί ο απαιτούμενος χρόνος παρακολούθησης)
- Είσοδο στον εκθεσιακό χώρο
- Βεβαίωση παρακολούθησης

Νοσηλεύτες, Φυσικοθεραπευτές και λοιποί Επαγγελματίες Υγείας

- Συνεδριακό Υλικό
- Παρακολούθηση Συνεδρίου
- Είσοδο στον εκθεσιακό χώρο
- Βεβαίωση παρακολούθησης

Προπτυχιακοί Φοιτητές

- Παρακολούθηση Συνεδρίου
- Είσοδο στον εκθεσιακό χώρο
- Βεβαίωση παρακολούθησης

Εγγραφή στο Κλινικό Φροντιστήριο (Παρασκευή 20 Οκτωβρίου 2017)

Κόστος εγγραφής στο Κλινικό Φροντιστήριο

50,00 €

Σημείωση:

Οι συμμετέχοντες θα χωριστούν σε ομάδες των 5 ατόμων και θα εκπαιδεύονται σε σταθμούς εργασίας με κυκλική εναλλαγή.

* Όλες οι τιμές των εγγραφών συμπεριλαμβάνουν τον νόμιμο Φ.Π.Α.

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Το επιστημονικό πρόγραμμα του Συνεδρίου μοριοδοτείται με **είκοσι δύο (22) Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης** από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο (Π.Ι.Σ.).

Με βάση την ισχύουσα νομοθεσία, δικαίωμα παραλαβής πιστοποιητικού με μοριοδότηση έχει κάθε Σύλλογος - Ιατρός, ο οποίος έχει παρακολουθήσει τουλάχιστον το 60% των ωρών του Επιστημονικού Προγράμματος. Δορυφορικά Συμπόσια και Διαλέξεις επιχορηγούμενα από φαρμακευτικές εταιρίες, καθώς και Κλινικά Φροντιστήρια, δεν μοριοδοτούνται. Η καταμέτρηση του χρόνου παρακολούθησης θα γίνεται με τη χρήση αναγνώστων γραμμωτού κώδικα (barcode scanners) στις κονκάρδες (badges) των Συνέδρων.

Με γνώμονα τα παραπάνω, η αποστολή των πιστοποιητικών θα γίνει ηλεκτρονικά δεκαπέντε (15) ημέρες μετά τη λήξη του Συνεδρίου, με την προϋπόθεση συμπλήρωσης του εντύπου αξιολόγησης, το οποίο θα προμηθεύονται οι Σύλλογοι κατά την εγγραφή τους.

8

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

Χρήσιμες Πληροφορίες

ΒΕΒΑΙΩΣΕΙΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

Η παράδοση των βεβαιώσεων παρακολούθησης θα γίνει από τη Γραμματεία του Συνεδρίου την **Κυριακή 22 Οκτωβρίου 2017**, μετά τη λήξη του Συνεδρίου.

ΕΚΘΕΣΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Θα υπάρχει έκθεση κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου για Φαρμακευτικές Εταιρίες & Εταιρίες Ιατρικών μηχανημάτων.

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΩΝ

Κατά τη διάρκεια της εκδήλωσης θα λειτουργεί γραμματεία παραλαβής παρουσιάσεων. Η αίθουσα είναι πλήρως εξοπλισμένη για παρουσιάσεις μέσω Η/Υ. Παρακαλούνται οι ομιλητές να παραδίδουν την παρουσίασή τους στη γραμματεία παραλαβής παρουσιάσεων **τουλάχιστον μία ώρα πριν** την προγραμματισμένη ώρα παρουσίασης της ομιλίας.

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΟΜΙΛΗΤΕΣ

Σύμφωνα με την εγκύκλιο του Ε.Ο.Φ., όλοι οι συμμετέχοντες, στις επιστημονικές εκδηλώσεις, ομιλητές, αντί της έγγραφης δήλωσης, υποχρεούνται στην αρχή της ομιλίας τους και συγκεκριμένα στη 2^η διαφάνεια μετά τον τίτλο της διάλεξης, να αναφέρονται σε οποιαδήποτε σύγκρουση συμφερόντων.

ΑΣΦΑΛΕΙΑ

Η Οργανωτική, η Επιστημονική Επιτροπή και η Εταιρεία Οργάνωσης του Συνεδρίου δε φέρουν καμία ευθύνη για τυχόν τραυματισμό ή απώλεια οποιασδήποτε φύσεως, καθώς επίσης και για οποιαδήποτε πιθανή φθορά, απώλεια ή κλοπή προσωπικών αντικειμένων των συμμετεχόντων.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ - ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Οι εργασίες θα παρουσιαστούν ως Αναρτημένες - Προφορικές Ανακοινώσεις και αναφέρονται στο πρόγραμμα ως **ΑΑ** και **ΠΑ**. Η παρουσίασή τους θα πραγματοποιηθεί το **Σάββατο 21 Οκτωβρίου 2017**, ώρα 13:00 - 14:00.

20-22

Οκτωβρίου 2017

Ξενοδοχείο Divani Caravel

Αθήνα



Ελληνική
Παιδοπνευμονολογική
Εταιρεία



Endorsed by

ERS

EUROPEAN
RESPIRATORY
SOCIETY

Ευχαριστίες

Η Οργανωτική Επιτροπή
του 8^{ου} Πανελληνίου Παιδοπνευμονολογικού Συνεδρίου
ευχαριστεί τις παρακάτω εταιρίες
για τη συμβολή τους στην πραγματοποίησή του



BIANEE A.E.
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

Κυστική Ίνωση

Η κυστική ίνωση αποτελεί την συχνότερη κληρονομική νόσο της λευκής φυλής που περιορίζει το προσδόκιμο ζωής¹

Τα πιο κοινά συμπτώματα είναι²:

- Αλμυρός ιδρώτας
- Δυσκολία στην πρόσληψη βάρους
- Λοιμώξεις του αναπνευστικού
- Πληκτροδακτυλία - δηλαδή μεγάλα σε μέγεθος ακροδάχτυλα

Τα ζευγάρια που πρόκειται να γίνουν γονείς μπορούν να ελέγξουν μέσω μιας αιματολογικής εξέτασης αν είναι ή όχι φορείς του παθολογικού γονιδίου της κυστικής ίνωσης.

Επισκεφθείτε την ιστοσελίδα www.kystiki.gr για να ενημερωθείτε σχετικά με τις υπηρεσίες που προσφέρει η Novartis (Ινέλα) Α.Ε.Ε.Ε. για την αντιμετώπιση της κυστικής ίνωσης.

Αυτός ο πληροφοριακός ηχογράφησης για γενική πληροφόρηση και ενημέρωση των γονέων και σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να αντικαταστήσει τη συμβουλή του γιατρού ή άλλου αρμόδιου επαγγελματία υγείας. Την επόμενη φορά που θα πάτε για επίσκεψη στο νοσοκομείο, φέρτε μαζί σας τον ηχογράφημα της Novartis (Ινέλα) Α.Ε.Ε.Ε.

Με την αιγίδα:



Με τη στήριξη:



Όραμα και Ευθύνη για τον Ασθενή

NOVARTIS



Περισσότερες πληροφορίες διατίθενται από τον κάτοχο
της άδειας κυκλοφορίας κατόπιν αιτήσεως



NOVARTIS

Novartis (Hellas) A.E.B.E.

12^η χλμ. Εθνικής Οδού
Αθηνών - Λαμίας
144 51 Μεταμόρφωση
Τηλ.: +30 210 281 1712

Γραφείο Θεσσαλονίκης
12^η χλμ. Εθνικής οδού Θεσσαλονίκης - Ν. Μουδανιών
570 01 Θέρμη
τηλ.: +30 2310 424 039

ΦΑΡΜΑΚΟΣΠΑΓΓΥΠΝΗΣΗ: +30 210 282 8812

TOBI[®]

podhaler[®]

Tobramycin Inhalation Powder

ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ



Ελληνική
Παιδοπνευμονολογική
Εταιρεία

8

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ
ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΣΥΝΕΔΡΙΟ



Οργάνωση - Γραμματεία

 **free spirit**
Getting you there!

Θεσσαλονίκης 12, 153 44 Γέρακας, Αττική
Τηλ.: 210 6048260, Fax: 210 6047457
E-mail: gkotsabasaki@free-spirit.gr
www.free-spirit.gr