



Ελληνική
Παιδοπνευμονολογική
Εταιρεία

Endorsed by



ERS
EUROPEAN
RESPIRATORY
SOCIETY

Accredited by



14^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

Τελικό
Πρόγραμμα

18-20 Οκτωβρίου
2024

The Met Hotel • Θεσσαλονίκη

Οργάνωση - Γραμματεία





14^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

18-20 Οκτωβρίου 2024

The Met Hotel • Θεσσαλονίκη

Περιοχόμενα

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Μήνυμα Προέδρου 03

Διοικητικό Συμβούλιο - Οργανωτική Επιτροπή - Επιστημονική Επιτροπή 04

Επιστημονικό Πρόγραμμα 05

Ευρετήριο Προέδρων - Ομιλητών 18

Προφορικές Ανακοινώσεις 24

Αναρτημένες Ανακοινώσεις 35

Ευρετήριο Συγγραφέων Προφορικών & Αναρτημένων Ανακοινώσεων 54

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Δορυφορικές Διαλέξεις 60

Ευρετήριο Προέδρων - Ομιλητών Δορυφορικών Διαλέξεων 62

Χρήσιμες Πληροφορίες 63

Ευχαριστίες 66



Ελληνική
Παιδοπνευμονολογική
Εταιρεία

Μήνυμα Προέδρου

Αγαπητές/οί, συναδέλφισσες/συναδέλφοι, φίλες και φίλοι,

Θα ήθελα εκ μέρους του Διοικητικού Συμβουλίου να σας καλέσω στο **14^ο Παιδοπνευμονολογικό Συνέδριο**, που θα γίνει με φυσική παρουσία, στις **18 - 20 Οκτωβρίου 2024** στη **Θεσσαλονίκη**.

Διατηρώντας στοιχεία που οδήγησαν σε επιτυχία τα προηγούμενα συνέδρια μας, έχουμε συμπεριλάβει στο επιστημονικό πρόγραμμα κλινικά φροντιστήρια, ομιλίες από έμπειρους συναδέλφους από την Ελλάδα και το εξωτερικό αλλά και συνεδρίες στα αγγλικά από μέλη της ERS Paediatric Assembly. Επίσης αυτή τη χρονιά το πρόγραμμα εμπλουτίστηκε με εργαστήρια εκμάθησης νέων τεχνικών διάγνωσης και θεραπείας των αναπνευστικών νοσημάτων με ενεργό συμμετοχή των εκπαιδευμένων.

Σας περιμένουμε στην όμορφη Θεσσαλονίκη προκειμένου ν' ανταλλάξουμε απόψεις και προβληματισμούς γύρω από τις εξελίξεις στην Παιδοπνευμονολογία σε ένα συνέδριο με ενδιαφέροντα θέματα για τον παιδίατρο και τον παιδοπνευμονολόγο.

Με εκτίμηση,

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Emmanouil Paraskevas".

Εμμανουήλ Παρασκάκης

Καθηγητής Παιδιατρικής - Παιδοπνευμονολογίας Παν. Κρήτης
Πρόεδρος της Ελληνικής Παιδοπνευμονολογικής Εταιρείας

14^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

18-20 Οκτωβρίου 2024

The Met Hotel • Θεσσαλονίκη

Διοικητικό Συμβούλιο Ελληνικής Παιδοπνευμονολογικής Εταιρείας

Πρόεδρος:	Παρασκάκης Ε.
Αντιπρόεδρος:	Φούζας Σ.
Γραμματέας:	Γίδαρης Δ.
Ταμίας:	Αλεξόπουλος Ε.
Έφορος - Μέλος:	Χατζηναγόρου Ε.

Οργανωτική Επιτροπή

Πρόεδρος:	Παρασκάκης Ε.
Μέλη:	Αλεξόπουλος Ε. Γίδαρης Δ. Καρανταγλής Ν. Κοτζιά Δ. Λούκου Ι. Όψιμος Χ. Φούζας Σ. Χατζηναγόρου Ε.

Επιστημονική Επιτροπή

Πρόεδρος: Κουμπουρλής Α.
Μέλη:

Αλεξόπουλος Ε.	Ιωσηφίδης Η.	Λαδομένου Φ.	Τσανάκας Ι.
Ανθρακόπουλος Μ.	Καδίτης Α.	Λούκου Ι.	Τσιάτσου Ό.
Βαλερή Ρ.	Καπνίσσης Δ.	Όψιμος Χ.	Τσιλιγιάννης Θ.
Γαλανάκης Ε.	Καρανταγλής Ν.	Παρασκάκης Ε.	Φούζας Σ.
Γαλογάβρου Μ.	Κατσαρδής Χ.	Πετροχείλου Α.	Χαϊδοπούλου Α.
Γεωργοπούλου Β.	Κολτσίδα Γ.	Πρίφτης Κ.	Χατζηναγόρου Ε.
Γίδαρης Δ.	Κοντούλη Κ.	Ροηλίδης Ε.	
Δευτεραίος Σ.	Κοτζιά Δ.	Σαρικλόγλου Ε.	
Δούρος Κ.	Κυρβασίλης Φ.	Σωπιάδου Α.	



Ελληνική
Παιδοπνευμονολογική
Εταιρεία



Επιστημονικό Πρόγραμμα

14^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

18-20 Οκτωβρίου 2024

The Met Hotel • Θεσσαλονίκη

Επιστημονικό Πρόγραμμα

Παρασκευή 18 Οκτωβρίου 2024

08.30 - 09.00 Προσέλευση - Εγγραφές

09.00 - 12.00 Κλινικό Φροντιστήριο [I]

- Ακτινογραφία θώρακος **Β. Γεωργοπούλου**
- US θώρακος **Σ. Δευτεραίος**
- CT θώρακος **Β. Γεωργοπούλου**
- MRI θώρακος **Σ. Δευτεραίος**

12.00 - 14.00 Προφορικές & Αναρτημένες Ανακοινώσεις

Προεδρείο: **Ε. Χατζηναγούρου, Δ. Γίδαρης**

ΠΑ01

ΤΕΧΝΙΚΗ ΕΞΑΝΑΓΚΑΣΜΕΝΩΝ ΤΑΛΑΝΤΩΣΕΩΝ (FOT): ΜΙΑ ΝΕΑ ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΠΑΝΤΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΕΛΕΧΑΦΑΤΟΡ / ΤΕΖΑ CΑFTΟΡ / ΙVΑCΑFTΟΡ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ, ΕΦΗΒΟΥΣ ΚΑΙ ΝΕΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ

Κόγιας Χρήστος¹, Σωπιάδου Αθηνά¹, Φούζας Σωτήριος², Βάντση Πετρίνα¹, Χρυσοκόου Ελισσάβετ-Άννα¹, Γαλογάβρου Μαρία¹, Γάσπαρης Νικόλαος³, Χατζηναγούρου Ελπίδα¹

¹ Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, 3^ο Παιδιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

² Πανεπιστήμιο Πατρών, Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Παιδιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα

³ Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη

ΠΑ02

ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΒΡΟΓΧΟΚΥΨΕΛΙΔΙΚΟΥ ΕΚΠΛΥΜΑΤΟΣ (BAL) ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΧΡΟΝΙΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ

Λαμπρόπουλος Παναγιώτης¹, Φίλιου Αναστασία¹, Μαρμαράς Νεκτάριος², Πάγκαλη Αναστασία², Χρονοπούλου Γενοβέφα², Πρίφτης Κωνσταντίνος¹

¹ Παιδοπνευμονολογικό Τμήμα, Παιδιατρικό Κέντρο Αθηνών, Όμιλος Ιατρικού Αθηνών, Μαρούσι

² Βιοπαθολογικό Τμήμα, Παιδιατρικό Κέντρο Αθηνών, Όμιλος Ιατρικού, Μαρούσι

ΠΑ03

ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟΣ ΑΕΡΙΣΜΟΣ ΣΕ ΟΜΑΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΩΤΙΑΙΑ ΜΥΪΚΗ ΑΤΡΟΦΙΑ (SMA1)

Παναγιώτου Παναγιώτα¹, Πατέλης Βασίλειος²

¹ Μονάδα Παιδιατρικής Πνευμονολογίας, Α' Παιδιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Γενικό Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

² Paediatric Respiratory medicine and Long term ventilation department, Great Ormond Street Hospital, London, United Kingdom



Ελληνική
Παιδοπνευμονολογική
Εταιρεία

Επιστημονικό Πρόγραμμα

Παρασκευή 18 Οκτωβρίου 2024

ΠΑ04

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΙΔΙΟΠΑΘΟΥΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΑΙΜΟΣΙΔΗΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Τσούπρου Μαρία¹, Κουτσούρη Ευφροσύνη¹, Ζάχος Κωνσταντίνος¹, Τόλα Ελόνα¹, Αλεξάνδρουβα Τατιάνα¹, Τσάμπρα Μαρία¹, Φιλίππου Όλγα¹, Κολτσιδά Γεωργία², Μπότσα Ευανθία¹

¹ Α' Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

² Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

ΠΑ05

ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΑΥΤΟΝΟΜΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΕ ΥΠΕΡΒΑΡΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ

Σωπιάδου Α.¹, Σαμαράς Θ.², Νικολόπουλος Α.¹, Κουϊδή Ε.³, Χρυσοχού Ε.Α.¹, Τσιρουκίδου Κ.¹, Καδίτης Α.⁴, Χατζηναγόρου Ε.¹

¹ Παιδοπνευμονολογική Μονάδα - Μονάδα Κυστικής ίνωσης, Γ' Παιδιατρική Πανεπιστημιακή Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο

² Τμήμα Φυσικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

³ Τμήμα Αθλητιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

⁴ Παιδοπνευμονολογική μονάδα - Εργαστήριο ύπνου, Α' Παιδιατρική Πανεπιστημιακή κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδών Αγίας Σοφίας

ΠΑ06

ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΗΣ ΘΡΕΨΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ CFTR ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΤΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ

Αμαραντίδου Μαρία¹, Χρυσοχού Ελισσάβετ-Άννα¹, Ταλιμτζή Περσεφόνη², Χουρδάκης Μιχαήλ², Χατζηναγόρου Ελπίδα¹

¹ Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, 3^η Παιδιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

² Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Εργαστήριο Υγιεινής, Κοινωνικής, Προληπτικής Ιατρικής και Ιατρικής Στατιστικής, Θεσσαλονίκη

ΠΑ07

ΔΕΙΚΤΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΑΣΚΗΣΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ ΜΕ ΒΡΟΧΟΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΔΥΣΠΛΑΣΙΑ

Κουρούκλη Ελεάνα¹, Χατζηναγόρου Ελπίδα¹, Σαραφίδης Κοσμάς², Τσανάκας Ιωάννης¹

¹ Παιδοπνευμονολογική μονάδα, Γ' Παιδιατρική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

² Α' Νεογνολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

14^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

18-20 Οκτωβρίου 2024

The Met Hotel • Θεσσαλονίκη

Επιστημονικό Πρόγραμμα

Παρασκευή 18 Οκτωβρίου 2024

ΠΑ08

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΤΗΛΕΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ
Κυρβασίλη Σ.- Σ., Σωπιάδου Α., Χρυσοχόου Ε.-Α., Γαλογάβρου Μ., Κόγιας Χ., Χατζηναγόρου Ε.

Παιδοπνευμονολογική Μονάδα και Μονάδα Κυστικής Ίνωσης, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

ΠΑ09

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΤΡΙΠΛΟΥ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ ELEXACAFTOR - TEZACAFTOR- IVACAFTOR (ΕΤΙ) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ ΚΑΙ ΚΑΜΙΑ ΜΕΤΑΛΛΑΞΗ ΔF508: ΜΙΑ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ
Διαμαντέα Φίλια¹, Μανίκα Κατερίνα², Σωπιάδου Αθηνά³, Χατζημήτροβα Μαρία², Τσάκωνα Άννα², Χρυσοχόου Ελισάβετ-Άννα³, Σιωνίδου Μαρία², Παπαδάκη Ελένη², Τσιούμπου Ιωάννα², Γαλογάβρου Μαρία³, Βάντση Πετρίνα³, Χατζηναγόρου Ελπίδα³

¹ Μονάδα Κυστικής Ίνωσης, Σισμανόγλειο Νοσοκομείο, Αθήνα

² Μονάδα Κυστικής Ίνωσης, Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη

³ Μονάδα Κυστικής Ίνωσης, Γ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

ΠΑ10

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ (ΝΟΣΠΙ) ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΣΟΒΑΡΑ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ: 15ΕΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Βάντση Πετρίνα, Κυρβασίλης Φώτης, Γαλογάβρου Μαρία, Μωυσιδης Κωνσταντίνος, Σωπιάδου Αθηνά, Χρυσοχόου Ελισάβετ-Άννα, Λιάκος Βασίλης, Τσανάκας Ιωάννης, Χατζηναγόρου Ελπίδα

Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Γ' Παιδιατρική Κλινική, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΠΑ11

ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ ΜΕ ΑΣΘΜΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Καρανταγλής Νικόλαος¹, Κυρβασίλης Φώτης¹, Φούζας Σωτήριος², Γκαντάρας Αντώνιος³, Κοντούλη Καλλιόπη¹, Εμποριάδου Μαρία⁴, Τσανάκας Ιωάννης¹

¹ Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Γ' Παιδιατρική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

² Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Παιδιατρική Κλινική Π.Γ.Ν. Πατρών, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα

³ Α' Παιδιατρική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

⁴ Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη



Ελληνική
Παιδοπνευμονολογική
Εταιρεία

Επιστημονικό Πρόγραμμα

Παρασκευή 18 Οκτωβρίου 2024

ΠΑ12

ΝΗΠΙΟ ΜΕ ΣΥΓΓΕΝΗ ΚΥΣΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΠΑΘΕΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΡΩΤΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΠΝΕΥΜΟΘΩΡΑΚΑ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Κοτζιά Δόξα¹, Ρόρρης Φίλιππος-Πασχάλης², Μπόμπος Δημήτριος²

Αγραπίδη Μαρία¹, Κανάκης Μελέτιος²

¹ Παιδοπνευμονολογικό και Νεογνολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο «Ιασώ Παίδων», Αθήνα

² Καρδιοχειρουργικό Τμήμα Παίδων και Συγγενών Καρδιοπαθειών Ενηλίκων, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα.

ΑΑ01

Η ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΜΑΤΟΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ: ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΑΥΤΟΡΡΥΘΜΙΣΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ

Πατάγια Μπακαράκη Μυρτώ¹, Δουρμπόης Θεοφάνης²

¹ Εργοθεραπεύτρια, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

² Στρατιωτικός Νοσηλευτής, 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας

ΑΑ02

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΟΝ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟ ΤΟΥ ΒΡΟΓΧΙΚΟΥ ΑΣΘΜΑΤΟΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 10- 12 ΕΤΩΝ

Κωστοπούλου Βασιλική

Φοιτήτρια Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Παιδιατρική Πνευμονολογία», Αθήνα

ΑΑ03

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΤΑΛΑΝΤΩΣΙΜΕΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Κόλλαρης Ηλίας^{1,2}, Δούρος Κωνσταντίνος¹, Πρίφτης Κώστας³, Αντωνογεώργος Γεώργιος¹,

Αντωνοπούλου Ελένη², Αναστασοπούλου Παναγιώτα², Σαβελιέβα Όλγα²

¹ Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

² Θριάσιο Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας, Μαγούλα

³ Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, Μαρούσι

ΑΑ04

ΑΓΟΡΙ 15.5 ΕΤΩΝ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΚΑΙ ΜΥΪΚΗ ΔΥΣΤΡΟΦΙΑ DUCHENNE

Δημογεροντάκη Αφροδίτη¹, Σωτηρίου Σπυριδούλα¹, Μαγούλα Μαρούσα¹,

Αθανασοπούλου Ευγενία Ιωάννα¹, Καλαμαρά Παναγιώτα¹, Μαυρέλου Μυρτώ-Μυρσίνη¹,

Γκόββη Παναγιώτα¹, Χατζηπαντελή Αναστασία¹, Παπαγιαννίδη Μαρίνα¹, Ιωαννίδου Γερίνα¹

¹ Παιδιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου, Κόρινθος

ΑΑ05

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΕ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Δημογεροντάκη Αφροδίτη¹, Ιωαννίδου Γερίνα¹, Μαγούλα Μαρούσα¹, Γκόββη Παναγιώτα¹,

Χατζηπαντελή Αναστασία¹, Σουλοπούλου Μαρία-Αρετή¹, Μαυρέλου Μυρσίνη¹,

Ευθυμιοπούλου Μαργαρίτα¹, Παπαγιαννίδη Μαρίνα¹, Σωτηρίου Σπυριδούλα¹

¹ Παιδιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου, Κόρινθος

14^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

18-20 Οκτωβρίου 2024

The Met Hotel • Θεσσαλονίκη

Επιστημονικό Πρόγραμμα

Παρασκευή 18 Οκτωβρίου 2024

AA06

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΠΝΕΥΜΟΘΩΡΑΚΑ ΣΕ ΚΟΡΙΤΣΙ 3 ΕΤΩΝ ΜΕ ΣΥΓΓΕΝΗ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ

Δημογεροντάκη Αφροδίτη¹, Μπαλή Μαρία¹, Μαγουλά Μαρούσα¹, Αθανασοπούλου Ευγενία Ιωάννα¹, Μίσιου Γκεντιάνα¹, Καλαμαρά Παναγιώτα¹, Μαυρέλου Μυρτώ-Μυρσίνη¹, Παπαγιαννίδη Μαρίνα¹, Ιωαννίδου Γερίνα¹, Σωτηρίου Σπυριδούλα¹

¹ Παιδιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου, Κόρινθος

AA07

ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ Η ΑΠΟΛΕΠΙΣΗ ΟΝΥΧΩΝ ΜΕ ΤΗ ΛΗΨΗ ELEXACAFTOR / TEZACAFTOR/IVACAFTOR;

Πετροχείλου Αργυρή¹, Μουστάκη Μαρία¹, Ζαρκάδα Ιωάννα¹, Τρουπή Ευγενία¹, Ζαραφωνίτης Γεώργιος², Λούκου Ιωάννα¹

¹ Τμήμα Κυστικής Ίνωσης, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»

² Δερματολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»

AA08

ΔΙΠΛΑΣΙΑΣΜΟΣ CFTR DUP1_11 ΚΑΙ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Πετροχείλου Αργυρή¹, Ζαρκάδα Ιωάννα¹, Μουστάκη Μαρία¹, Τρουπή Ευγενία¹, Τζέτη Μαρία², Λούκου Ιωάννα¹

¹ Τμήμα Κυστικής Ίνωσης, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»

² Εργαστήριο Γενετικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

AA09

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ ΠΟΥ ΕΛΑΒΕ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ELEXA CAFTOR/TEZACAFTOR/IVACAFTOR ΕΚΤΟΣ ΕΓΚΕΚΡΙΜΕΝΩΝ ΕΝΔΕΙΞΕΩΝ ΜΕ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ

Ζαρκάδα Ιωάννα, Μουστάκη Μαρία, Πετροχείλου Αργυρή, Τρουπή Ευγενία, Λούκου Ιωάννα

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

AA10

ΑΥΤΟΜΑΤΟ ΠΝΕΥΜΟΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΟ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΣΘΜΑΤΙΚΟ ΠΑΡΟΞΥΣΜΟ ΣΕ ΑΓΟΡΙ 13 ΕΤΩΝ

Χατζηπαντελή Αναστασία¹, Σωτηρίου Σπυριδούλα¹, Δημογεροντάκη Αφροδίτη¹, Μαγουλά Μαρούσα¹, Σουλοπούλου Μαρία Αρετή¹, Μαυρέλου Μυρσίνη¹, Γκόβερνη Παναγιώτα¹, Ευθυμιοπούλου Μαργαρίτα¹, Παπαγιαννίδη Μαρίνα¹, Ιωαννίδου Γερίνα¹

¹ Παιδιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου, Κόρινθος



Ελληνική
Παιδοπνευμονολογική
Εταιρεία

Επιστημονικό Πρόγραμμα

Παρασκευή 18 Οκτωβρίου 2024

AA11

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΣΤΟΝ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟ ΑΤΟΠΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 10-12 ΕΤΩΝ

Τολίδου Αλίκη Νικολίνα¹, Βαλαβάνη Ευδοξία², Κωστοπούλου Βασιλική¹, Δούρος Κωνσταντίνος³

¹ Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών "Παιδιατρική Πνευμονολογία", Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα

² Β' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική κλινική, Γ.Ν. Παίδων Αθηνών "Π. & Α. Κυριακού", Αθήνα

³ Γ' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική κλινική, Γ.Ν. "Αττικόν", Αθήνα

AA12

ΑΥΞΗΣΗ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΠΝΕΥΜΟΜΕΣΟΠΝΕΥΜΟΝΙΟΥ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ Η ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΥΠΟΨΙΑ;

Σιδηρόπουλος Θεόδωρος-Κωνσταντίνος, Αγγελή Χρυσάνθη, Γελαδάρη Αναστασία, Γαλλή-Τσινοπούλου Ασημούλα, Χαϊδοπούλου Αικατερίνη
Β' Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ Π.Γ.Ν.Θ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

AA13

ΤΕΧΝΙΚΗ ΕΞΑΝΑΓΚΑΣΜΕΝΩΝ ΤΑΛΑΝΤΩΣΕΩΝ (FOT): ΜΙΑ ΝΕΑ ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΠΑΝΤΗΣΗΣ ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ICS-LABA ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΑΣΘΜΑ

Κόγιας Χρήστος¹, Σωπιάδου Αθηνά¹, Φούζας Σωτήριος², Βάντση Πετρίνα¹, Χρυσοχόου Ελισσάβετ Άννα¹, Γαλογαύρου Μαρία¹, Χατζηπαγόρου Ελπίδα¹

¹ Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, 3^ο Παιδιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

² Πανεπιστήμιο Πατρών, Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Παιδιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα, Ελλάδα

AA14

ΛΟΙΜΩΞΗ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕ ΕΜΒΟΛΙΟ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΟΥ ΣΕ ΠΑΙΔΙ 10 ΕΤΩΝ

Δημογεροντάκη Αφροδίτη¹, Σωτηρίου Σπυριδούλα¹, Μαγουλά Μαρούσα¹, Γκόβερνη Παναγιώτα¹, Χατζηπαντελή Αναστασία¹, Σουλοπούλου Μαρία-Αρετή¹, Μαυρέλου Μυρτώ-Μυρσίνη¹, Ευθυμιοπούλου Μαργαρίτα¹, Παπαγιαννίδη Μαρίνα¹, Ιωαννίδου Γερίνα¹

¹ Παιδιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου, Κόρινθος

AA15

ΝΗΠΙΟ ΜΕ ΠΤΩΞΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΣΥΝΕΙΔΗΣΗΣ ΚΑΙ ΥΠΟΕΥΓΟΝΑΙΜΙΑ

Γκόβερνη Παναγιώτα, Σωτηρίου Σπυριδούλα, Ευθυμιοπούλου Μαργαρίτα, Παπαγιαννίδη Μαρίνα, Δημογεροντάκη Αφροδίτη, Μαυρέλου Μυρσίνη, Χατζηπαντελή Αναστασία, Μαγουλά Μαρούσα, Σουλοπούλου Μαρία-Αρετή, Ιωαννίδου Γερίνα

Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου, Κόρινθος

14^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

18-20 Οκτωβρίου 2024

The Met Hotel • Θεσσαλονίκη

Επιστημονικό Πρόγραμμα

Παρασκευή 18 Οκτωβρίου 2024

AA16

ΒΡΕΦΟΣ ΗΛΙΚΙΑΣ 6 ΜΗΝΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑ ΚΑΙ ΛΕΥΚΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗ

Μαγουλά Μαρούσα, Σωτηρίου Σπυριδούλα, Ευθυμιοπούλου Μαργαρίτα, Δημογεροντάκη Αφροδίτη, Μαυρέλου Μυρσίνη, Γκόβερνη Παναγιώτα, Χατζηπαντελή Αναστασία, Ιωαννίδου Γερίνα

Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου, Κόρινθος

AA17

ΕΜΠΥΗΜΑ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΑΛΛΑ ΣΟΒΑΡΗ ΝΟΣΟΣ

Μαυρέλου Μυρσίνη¹, Γκόβερνη Παναγιώτα¹, Μαγουλά Μαρούσα¹, Σουλοπούλου Μαρία Αρετή¹, Χατζηπαντελή Αναστασία¹, Δημογεροντάκη Αφροδίτη¹, Ευθυμιοπούλου Μαργαρίτα¹, Παπαγιαννίδη Μαρίνα¹, Ιωαννίδου Γερίνα¹, Σωτηρίου Σπυριδούλα¹

¹ Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου, Κόρινθος

AA18

ΜΑΓΝΗΣΙΟ: ΕΝΑΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΣ ΣΥΜΜΑΧΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑΣ

Μαυρέλου Μυρσίνη¹, Γκόβερνη Παναγιώτα¹, Μαγουλά Μαρούσα¹, Σουλοπούλου Μαρία Αρετή¹, Χατζηπαντελή Αναστασία¹, Δημογεροντάκη Αφροδίτη¹, Ευθυμιοπούλου Μαργαρίτα¹, Παπαγιαννίδη Μαρίνα¹, Ιωαννίδου Γερίνα¹, Σωτηρίου Σπυριδούλα¹

¹ Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου, Κόρινθος

AA19

ΥΠΕΖΩΚΟΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΩΣ ΠΡΩΙΜΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΝΟΣΟΥ KAWASAKI: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Παπασάββα Μαργαρίτα-Ευθαλία¹, Τσανάκα Βασιλική¹, Γραμμενιάτης Βασίλειος¹, Ηλιάδης Ανδρέας², Λάγκα Ευμορφία¹, Γκέτση Βασιλική¹

¹ Παιδιατρικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

² Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παιδών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Παναγία η Βοήθεια», Πάτρα

AA20

ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΑΣ ΣΤΟ ΒΡΟΓΧΟΚΥΨΕΛΙΔΙΚΟ ΕΚΠΛΥΜΑ (BAL) ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΧΡΟΝΙΟ ΥΓΡΟ ΒΗΧΑ

Γραμμενιάτης Βασίλειος¹, Παπαδόπουλος Μάριος², Μορίκη Δάφνη², Πρίφτης Κώστας², Δούρος Κώστας²

¹ Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, «Γ. Χατζηκώστα»,

² Παιδοαλλεργιολογική και Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Γ' Παιδιατρική Κλινική Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα



Ελληνική
Παιδοπνευμονολογική
Εταιρεία

Επιστημονικό Πρόγραμμα

Παρασκευή 18 Οκτωβρίου 2024

AA21

ΠΝΕΥΜΟΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΗ ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΟ ΑΣΘΜΑ

Τόλα Ελόνα¹, Φιλίππου Όλγα¹, Τσούπρου Μαρία¹, Ζάχος Κωνσταντίνος¹,
Βουγιουκλάκη Αικατερίνη-Μαρία¹, Κωνσταντελάκη Μυρτώ¹,
Τσινόπουλος Βασίλειος¹, Καδίτης Αθανάσιος², Μπότσα Ευανθία¹

¹ Α' Παιδιατρική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Παιδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

² Α' Παιδιατρική κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Παιδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

AA22

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΠΑΝΙΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΒΡΕΦΟΥΣ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ ΑΠΟΛΥΜΑ ΤΡΟΦΟΔΟΤΟΥΜΕΝΟ ΑΠΟ ΔΥΟ ΑΓΓΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΑΤΙΟΥΣΑ ΘΩΡΑΚΙΚΗ ΑΟΡΤΗ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Κοτζιά Δόξα¹, Ρόρρης Φίλιππος-Πασχάλης², Μπόμπος Δημήτριος²,
Λιούλιας Αχιλλέας³, Αγραπίδη Μαρία¹, Κανάκης Μελέτιος²

¹ Παιδοπνευμονολογικό και Νεογνολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο «Ιασώ Παιδων», Αθήνα

² Καρδιοχειρουργικό Τμήμα Παιδων και Συγγενών Καρδιοπαθειών Ενηλίκων, Γνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα

³ Θωρακοχειρουργικό Τμήμα, Metropolitan Hospital, Αθήνα

AA23

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΔΙΔΟΜΕΝΟΥ FIO₂ ΡΙΝΙΚΗΣ ΚΑΝΟΥΛΑΣ ΥΨΗΛΗΣ ΡΟΗΣ ΜΕΣΩ ΜΗΧΑΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΜΙΩΣΗΣ

Μπερτζουάνης Άρης, Μπιλίρης Χρήστος-Διονύσιος, Καραγιάννη Αικατερίνη,
Δημητρίου Γαβριήλ, Φούζας Σωτήριος

Παιδοπνευμονολογική Μονάδα και Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών

14.00 - 15.00 **Μεσημβρινή Διακοπή**

15.00 - 18.00 **Κλινικό Φροντιστήριο [II]**

- Νυχτερινή οξυμετρία και καπνομετρία. **Δ. Κοτζιά**
- HFNC **Ε. Χατζηαγόρου, Α. Σωπιάδου, Μ. Γαλογάβρου**
- Σπироμέτρηση **Δ. Γίδαρης, Ν. Καρανταγλής**
- Ταλαντωσιμετρία **Σ. Φούζας**

18.00 - 18.30 **Δορυφορική Διάλεξη** (σελ. 60)

18.30 - 19.00 **Διάλειμμα**

14^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

18-20 Οκτωβρίου 2024

The Met Hotel • Θεσσαλονίκη

Επιστημονικό Πρόγραμμα

Παρασκευή 18 Οκτωβρίου 2024

19.00 - 19.30 Ομιλίες Βραβευμένων Νέων Ερευνητών

Προεδρείο: **Ε. Αλεξόπουλος, Χ. Όψιμος**

- Πρόγνωση ασθματικού παροξυσμού **Ε. Σαρικλόγλου**
- Χαρακτηριστικά αποκατάστασης της καρδιακής συχνότητας μετά από μέγιστη άσκηση σε παιδιά και εφήβους **Δ. Καπνίσης**

19.30 - 20.00 Δορυφορική Διάλεξη (σελ. 60)

20:00 - 20:30 Διάλεξη: Επιβιώνοντας ανάμεσα σε καρχαρίες: Μια ομιλία αφυπηρέτησης

Προεδρείο: **Ε. Παρασκάκης**

Ομιλητής: **Μ. Ανθρακόπουλος**

20.30 - 21.00 Τελετή Έναρξης - Χαιρετισμοί



Ελληνική
Παιδοπνευμονολογική
Εταιρεία

Επιστημονικό Πρόγραμμα

Σάββατο 19 Οκτωβρίου 2024

09.00 - 11.00 **Στρογγυλό Τραπέζι: Λοιμώξεις**

Προεδρείο: **Ε. Ροηλίδης, Ε. Γαλανάκης**

- Η υπόθεση του ανοσιακού χρέους μετά την πανδημία. **Ε. Γαλανάκης**
- Λοιμώξεις αναπνευστικού στο αλλεργικό παιδί. **Φ. Λαδομένου**
- Ιογενείς πνευμονίες. **Η. Ιωσηφίδης**
- Νέα εμβόλια **Ο. Τσιάτσιου**

11.00 - 11.30 **Lecture: Over the horizon: New insight on severe respiratory infections**

Moderator: **S. Fouzas**

Speaker: **A. Sovtic**

11.30 - 11.45 **Διάλειμμα**

11.45 - 12.15 **Δορυφορική Διάλεξη** (σελ. 61)

12.15 - 14.00 **Στρογγυλό Τραπέζι: Άσθμα**

Προεδρείο: **Ε. Παρασκάκης, Φ. Κυρβασίλης**

- Φαινότυποι βρογχιολίτιδας και κίνδυνος άσθματος. **Σ. Φούζας**
- Δύσκολο άσθμα: Διαγνωστική προσέγγιση. **Ε. Παρασκάκης**
- Δύσκολο άσθμα: Θεραπευτική προσέγγιση. **Φ. Κυρβασίλης**
- Υπάρχει σχέση του παιδικού άσθματος με τη ΧΑΠ; **Α. Χαΐδοπούλου**

14.00 - 15.15 **Μεσημβρινή Διακοπή - Γενική Συνέλευση ΕΠΕ**

15.15 - 15.45 **Lecture: The new face of CF: Are we ready for it?**

Moderator: **Ε. Chatziagorou**

Speaker: **J. Davies**

14^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

18-20 Οκτωβρίου 2024

The Met Hotel • Θεσσαλονίκη

Επιστημονικό Πρόγραμμα

Σάββατο 19 Οκτωβρίου 2024

15.45 - 18.00 **Στρογγυλό Τραπέζι: Κυστική Ίνωση και Ύπνος**

Προεδρείο: **A. Καδίτης, E. Χατζηαγόρου**

- Διαχείριση νεογνών και βρεφών με θετικό ανιχνευτικό έλεγχο αλλά αμφίβολη διάγνωση κυστικής ίνωσης **I. Λούκου**
- Νεότερα δεδομένα στη διάγνωση και αντιμετώπιση της ΠΔΚ **E. Χατζηαγόρου**
- Αποφρακτική άπνοια στα πρώτα δύο χρόνια ζωής **A. Καδίτης**
- Διαχείριση παιδιών με ήπια αποφρακτική άπνοια **E. Αλεξόπουλος**

18.00 - 18.30 **Δορυφορική Διάλεξη** (σελ. 61)

18.30 - 19.00 **Δορυφορική Διάλεξη** (σελ. 61)

19.00 - 19.15 **Διάλειμμα**

19.15 - 19.45 **Lecture: Preschool wheeze-Asthma**

Moderator: **A. Chaidopoulou**

Speaker: **A. Möller**

19.45 - 21.30 **Στρογγυλό Τραπέζι: Άσκηση**

Προεδρείο: **I. Τσανάκας, X. Κατσαρδής**

- Παιδοπνευμονολογικός έλεγχος του παιδιού που αθλείται. **K. Κοντούλη**
- Άσκηση στα παιδιά με άσθμα. **X. Όψιμος**
- Άσκηση στα παιδιά με κυστική ίνωση. **A. Πετροχείλου**
- Βρογχόσπασμος στην άσκηση. **Δ. Γίδαρης**



Ελληνική
Παιδοπνευμονολογική
Εταιρεία

Επιστημονικό Πρόγραμμα

Κυριακή 20 Οκτωβρίου 2024

ERS meeting

09.30 - 11.45

Round Table [I]

Moderators: **E. Paraskakis**, **M. Anthracopoulos**

- Cancer and congenital lung disease - how do we manage? **A. Bush**
- Antibiotics, lung microbiome and asthma **A. Sovtic**
- Multiple breath wash-out and sensitive assessment of early lung disease.
J. Davies
- Interventional paediatric pulmonology **A. Koumbourlis**
- Preschool wheezers should be treated for asthma. **S. Saglani**

11.45 - 13.45

Round Table [II]

Moderators: **T. Tsiligiannis**, **A. Koumbourlis**

- Interstitial lung disease. **A. Koumbourlis**
- Dyspnoea and breathlessness in sport. **A. Möller**
- Neuromuscular disorders. **G. Koltsida**
- Novel approaches to lung imaging. **J. Davies**

13.45 - 14.00

Break

14.00 - 16.00

Round Table [III]: Year in Review

Moderators: **K. Douros**, **K. Priftis**

- Asthma. **K. Douros**
- Allergic rhinitis. **N. Karantaglis**
- Sleep. **D. Kotzia**
- Cystic Fibrosis. **A. Petrocheilou**

16.00 - 17.00

Closing remarks - Prizes



14^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

18-20 Οκτωβρίου 2024

The Met Hotel • Θεσσαλονίκη



**Ευρετήριο
Προέδρων
Ομιλητών**



Ελληνική
Παιδοπνευμονολογική
Εταιρεία

Ευρετήριο Προέδρων - Ομιλητών

Bush Andrew

MD, FHEA, FRCP, FRCPC, FERS, FAPSR, ATSF, Professor of Paediatrics and Paediatric Respiriology, National Heart and Lung Institute, and Imperial Centre for Paediatrics and Child Health, Imperial College, Consultant Paediatric Chest Physician, Royal Brompton & Harefield NHS Foundation Trust, NIHR Senior Investigator Emeritus, UK

Davies Jane

Professor of Paediatric Respiriology & Experimental Medicine, National Heart & Lung Institute, Imperial College London, Honorary Consultant in Paediatric Respiratory Medicine, Royal Brompton Hospital, part of Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, UK

Koumbourlis Anastasios

MD, MPH, Chief, Division of Pulmonary & Sleep Medicine, Director, Cystic Fibrosis Center, Children's National Medical Center, Professor of Paediatrics, George Washington University School of Medicine & Health Sciences, USA

Möller Alexander

Professor, Head of the Division of Respiratory Medicine, The Pediatric Cystic Fibrosis Center and the Center for Sleep Medicine at the University Children's Hospital Zurich, Switzerland

Saglani Sejal

Professor of Paediatric Respiratory Medicine, National Heart & Lung Institute, Imperial College London, Honorary Consultant in Respiratory Paediatrics, Royal Brompton Hospital, London, UK

Sovtic Aleksandar

M.D., Ph.D, Associate Professor of Pediatrics, Faculty of Medicine, University of Belgrade, Chair of the Ethics Committee, Head, Department of pulmonology, Mother and Child Health Institute of Serbia, President, Serbian Pediatric Respiratory Society, President, Republic Expert Commission for Pulmonology - Ministry of Health Republic of Serbia, Serbia

Αλεξόπουλος Εμμανουήλ

Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδιατρικής - Παιδοπνευμονολογίας Ιατρικού Τμήματος Σχολής Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

Ανθρακόπουλος Μιχαήλ

Ομότιμος Καθηγητής Παιδιατρικής Παιδοπνευμονολογίας Πανεπιστημίου Πατρών, Γενική Κλινική Ολύμπιον, Πάτρα

14^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

18-20 Οκτωβρίου 2024

The Met Hotel • Θεσσαλονίκη

Ευρετήριο Προέδρων - Ομιλητών

Γαλανάκης Εμμανουήλ

Παιδίατρος - Λοιμωξιολόγος, Καθηγητής Παιδιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης, Διευθυντής Παιδιατρικής Κλινικής ΠαΓΝΗ, Ηράκλειο Κρήτης, Κρήτη

Γαλογάβρου Μαρία

Επιμελήτρια ΕΣΥ, Γ΄ Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Θεσσαλονίκη

Γεωργοπούλου Βασιλική

τ. Διευθύντρια ΕΣΥ, Ακτινολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Θεσσαλονίκη

Γίδαρης Δήμος

Παιδίατρος FRCPCH, MRCPE, PhD, MSc, PGCertMEd, Παιδοπνευμονολόγος HERMES ERS, Senior Lecturer at the University of Nicosia, "Παιδιατρικό - Πνευμονολογικό Θεσσαλονίκης", Θεσσαλονίκη

Δευτεραίος Σάββας

Καθηγητής Ακτινολογίας - Παιδοακτινολογίας, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

Δούρος Κωνσταντίνος

Παιδοπνευμονολόγος - Παιδοαλλεργιολόγος, Καθηγητής Παιδιατρικής - Παιδιατρικής Πνευμονολογίας, Γ΄ Παιδιατρική Κλινική Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Ιωσηφίδης Ηλίας

Παιδίατρος - Λοιμωξιολόγος, Επίκουρος Καθηγητής Παιδιατρικής, Γ΄ Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Θεσσαλονίκη

Καδίτης Αθανάσιος

Καθηγητής Παιδιατρικής - Παιδιατρικής Πνευμονολογίας, Α΄ Παιδιατρική Κλινική Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο Παίδων «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ», Αθήνα

Καννίσης Δημήτριος

Ειδικευόμενος Παιδιατρικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα

Καρανταγλής Νικόλαος

Παιδίατρος - Επιστημονικός Συνεργάτης ΑΠΘ, Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Γ΄ Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Θεσσαλονίκη

Κατσαρδής Χαράλαμπος

Παιδοπνευμονολόγος, Επίκουρος Καθηγητής Παιδιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης, τ. Συντονιστής Διευθυντής Παιδιατρικού - Παιδοπνευμονολογικού Τμήματος, ΓΝΑ «Η ΕΛΠΙΣ», Επιστημονικός Συνεργάτης Πειραματικής Φυσιολογίας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Αθήνα



Ελληνική
Παιδοπνευμονολογική
Εταιρεία

Ευρετήριο Προέδρων - Ομιλητών

Κολτσιδα Γεωργία

MD FAAP, Παιδίατρος - Πνευμονολόγος, Αθήνα

Κοντούλη Καλλιόπη

Ειδικός Παιδίατρος, Διδάκτωρ Παιδιατρικής Πνευμονολογίας ΑΠΘ, Εντεταλμένη Διδάσκουσα Παιδιατρικής ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

Κοτζιά Δόξα

MD, MSc, MPH, PhD, CCT (UK), FRCPC, Παιδοπνευμονολόγος - Παιδίατρος, Διευθύντρια Παιδοπνευμονολογικού Τμήματος και Εργαστηρίου Πολυπνογραφίας, Νοσοκομείο «Ιασώ Παίδων», Επιστημονική Συνεργάτης Παιδοπνευμονολογικού Τμήματος, Α Παιδιατρική Κλινική Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο Παίδων «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ», Αθήνα

Κυρβασίλης Φώτης

Καθηγητής Παιδιατρικής - Παιδιατρικής Πνευμονολογίας, Γ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Θεσσαλονίκη

Λαδομένου Φανή

Επίκουρη Καθηγήτρια Παιδιατρικής Λοιμωξιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Λούκου Ιωάννα

Παιδίατρος - Παιδοπνευμονολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια Τμήματος Κυστικής Ίνωσης, Νοσοκομείο Παίδων «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ», Αθήνα

Όψιμος Χάρης

MD, ScM, Παιδοπνευμονολόγος, Συνεργάτης - Ευρωκλινική Παίδων, fmr Assistant Professor of Medicine, Director Cystic Fibrosis Center, Director Home Mechanical Ventilation Center, Loma Linda University, California, USA

Παρασκάκης Εμμανουήλ

Καθηγητής Παιδιατρικής - Παιδοπνευμονολογίας, Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Κρήτης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης, Κρήτη

Πετροχείλου Αργυρή

Παιδίατρος - Παιδοπνευμονολόγος, Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ, Τμήμα Κυστικής Ίνωσης, Νοσοκομείο Παίδων «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ», Αθήνα

Πρίφτης Κωνσταντίνος

Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδιατρικής - Παιδοπνευμονολογίας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Διευθυντής Παιδοπνευμονολογικού και Παιδοαλλεργιολογικού Τμήματος, Παιδιατρικό Κέντρο Αθηνών, Αθήνα

14^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

18-20 Οκτωβρίου 2024

The Met Hotel • Θεσσαλονίκη

Ευρετήριο Προέδρων - Ομιλητών

Ρονλίδης Εμμανουήλ

Ομότιμος Καθηγητής Παιδιατρικής - Λοιμωξιολογίας Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

Σαρικλόγλου Ευαγγελία

Παιδιάτρος, MSc Παιδιατρική Λοιμωξιολογία ΕΚΠΑ, PhD candidate ΔΠΘ, Αλεξανδρούπολη

Σωπιάδου Αθηνά

MSc, PhDc, Επικουρική Παιδιάτρος, Γ΄ Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Θεσσαλονίκη

Τσανάκας Ιωάννης

Ομότιμος Καθηγητής Παιδιατρικής Πνευμονολογίας ΑΠΘ, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Θεσσαλονίκη

Τσιάτσου Όλγα

Παιδιάτρος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Γ΄ Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Θεσσαλονίκη

Τσιλιγιάννης Θεοφάνης

Αρχιπλοίαρχος Ιατρός ΠΝ ε.α., Παιδοπνευμονολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Παιδιατρικής Κλινικής, Νοσοκομείο «ΜΗΤΕΡΑ», Αθήνα

Φούζας Σωτήριος

Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδιατρικής - Παιδιατρικής Πνευμονολογίας Πανεπιστημίου Πατρών, Πάτρα

Χαϊδοπούλου Αικατερίνη

Καθηγήτρια Παιδιατρικής - Παιδιατρικής Πνευμονολογίας, Β΄ Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Χατζηναγόρου Ελπίδα

Καθηγήτρια Παιδιατρικής-Παιδιατρικής Πνευμονολογίας ΑΠΘ, Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Γ΄ Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Θεσσαλονίκη



Ελληνική
Παιδοπνευμονολογική
Εταιρεία



Προφορικές & Αναρτημένες Ανακοινώσεις

14^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

18-20 Οκτωβρίου 2024

The Met Hotel • Θεσσαλονίκη

Προφορικές Ανακοινώσεις

ΠΑ01

ΤΕΧΝΙΚΗ ΕΞΑΝΑΓΚΑΣΜΕΝΩΝ ΤΑΛΑΝΤΩΣΕΩΝ (FOT): ΜΙΑ ΝΕΑ ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΠΑΝΤΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ELEXACAFTOR / TEZACAFTOR / IVACAFTOR ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ, ΕΦΗΒΟΥΣ ΚΑΙ ΝΕΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ

Κόγιας Χρήστος¹, Σωπιάδου Αθηνά¹, Φούζας Σωτήριος², Βάντση Πετρίνα¹, Χρυσοχόου Ελισσάβετ-Άννα¹, Γαλογάβρου Μαρία¹, Γάσπαρης Νικόλαος³, Χατζηναγόρου Ελπίδα¹

¹ Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, 3^ο Παιδιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

² Πανεπιστήμιο Πατρών, Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Παιδιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα

³ Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή - Σκοπός: Μέχρι σήμερα δεν υπάρχουν δεδομένα για την τεχνική εξαναγκασμένων ταλαντώσεων (FOT) για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor (ETI) σε νεαρούς ασθενείς με κυστική ίνωση (pwCF). Στόχος της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της επίδρασης του ETI στις παραμέτρους της FOT και η σύγκριση με την επίδραση στις παραμέτρους της σπιρομέτρησης και της τεχνικής έκπλυσης αζώτου με πολλαπλές αναπνοές (N2MBW).

Μέθοδος: Σαράντα-εννέα ασθενείς με ΚΙ (διάμεση ηλικία 12.39 ετών, 59.2% άνδρες) εκτιμήθηκαν με σπιρομέτρηση, N2MBW και FOT πριν, 3 & 6 μήνες μετά τη λήψη ETI. Εκτιμήθηκε η στατιστική αξία στις μεταβολές των παραμέτρων, η ποσοστιαία μεταβολή τους, η συμφωνία στις μεταβολές τους καθώς και ο ρόλος του γονοτύπου και της προηγούμενης φαρμακευτικής αγωγής.

Αποτελέσματα: Παρατηρήθηκε σημαντική μεταβολή από το 0 στους 6 μήνες μετά τη λήψη ETI σε όλες τις παραμέτρους ($p < 0.01$). Η FOT ακολουθεί παρόμοια τάση μεταβολής παραμέτρων με τη σπιρομέτρηση και το N2MBW μετά την ETI ($p < 0.05$). Ο γονότυπος είχε μικρό ρόλο στην αποτελεσματικότητα της ETI, καθώς η αλλαγή των παραμέτρων στην ομάδα non-F/non-F ήταν σημαντική σε όλες τις δοκιμασίες ($p < 0.01$). Βρέθηκε %συμφωνία με το LCI στις παραμέτρους Rrs(64.7%), Xrs(79.4%), AX(82.4%), FEV1(76.5%), FEF50(67.6%) και FEF75(76.5%).

Συμπεράσματα: Οι μεταβολές στις παραμέτρους της FOT συνάδουν με τις αντίστοιχες μεταβολές στη σπιρομέτρηση και την N2MBW. Η FOT μπορεί να αποτελέσει μία ζωτική σημασίας εναλλακτική, ιδίως στην προσχολική ηλικία όπου η συνεργασία αποτελεί πρόκληση, και να βοηθήσει στην παρακολούθηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας αλλά και της εξέλιξης της πνευμονικής νόσου.



Προφορικές Ανακοινώσεις

ΠΑ02

ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΒΡΟΓΧΟΚΥΨΕΛΙΔΙΚΟΥ ΕΚΠΛΥΜΑΤΟΣ (BAL) ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΧΡΟΝΙΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ

Λαμπρόπουλος Παναγιώτης¹, Φίλιου Αναστασία¹, Μαρμαράς Νεκτάριος², Πάγκαλη Αναστασία², Χρονοπούλου Γενοβέφα², Πρίφτης Κωνσταντίνος¹

¹ Παιδοπνευμονολογικό Τμήμα, Παιδιατρικό Κέντρο Αθηνών, Όμιλος Ιατρικού Αθηνών, Μαρούσι

² Βιοπαθολογικό Τμήμα, Παιδιατρικό Κέντρο Αθηνών, Όμιλος Ιατρικού, Μαρούσι

Εισαγωγή: Η μικροβιολογική ανάλυση του BAL αποτελεί χρήσιμο διαγνωστικό εργαλείο στην κλινική παιδοπνευμονολογική πράξη.

Σκοπός: Η διερεύνηση του βακτηριακού παράγοντα στο BAL παιδιών με χρόνια/ υποτροπιάζουσα συμπτωματολογία από κατώτερο αναπνευστικό.

Μέθοδος: Μελετήθηκαν 40 παιδιά [7 μηνών - 14 ετών (διάμεση 5 έτη)] που προσήλθαν στο ΕΙ του Παιδοπνευμονολογικού Τμήματος με χρόνια/υποτροπιάζοντα προβλήματα από το κατώτερο αναπνευστικό, όπως χρόνιος βήχας (>3 μήνες), υποτροπιάζουσα πνευμονία και επίμονα απεικονιστικά ευρήματα. Αποκλείστηκαν ασθενείς με ΚΙ, ΠΔΚ, ανοσοανεπάρκεια. Διενεργήθηκε εύκαμπτη βρογχοσκόπηση με λήψη BAL και καλλιέργεια με αντιβιογράμμα και PCR (film-array, κατώτερο, 14 βακτήρια, απάντηση σε 1 ώρα). Έγινε στατιστική ανάλυση των ευρημάτων.

Αποτελέσματα: Βακτηριακός παράγοντας ανιχνεύθηκε: κ/α 35/40 (87,5%) έναντι Multiplex PCR 39/40 (97,5%). Ειδικότερα (κ/α): 24/40 (60%) *H.influenzae*, 12/40 (30%) *M.catarrhalis*, 5/40 (12,5%) *S.aureus*, 3/40 (7,5%) *P.aeruginosa*, 3/40 (7,5%) *S.pneumoniae*, 1/40 (2,5%) *S.marcescens*, 1/40 (2,5%) *K.pneumoniae*. Για τον *H.influenzae* διαπιστώθηκε in vitro αντοχή: amoxicillin/clavulanic R:41,7%, I:45,8%, ampicillin R:54,2%, I:4,2%. Ευαισθησία σε cefotaxime S:91,7%.

Συμπεράσματα: Η μικροβιολογική ανάλυση στο BAL παιδιών με χρόνια/ υποτροπιάζουσα λοίμωξη κατώτερου αναπνευστικού παρέχει πολύ χρήσιμες πληροφορίες για την κλινική διαχείριση των ασθενών. Η Multiplex PCR είναι ακόμα πιο ευαίσθητη και ταχύτερη μέθοδος έναντι της κ/α. Κυρίαρχο βακτήριο παραμένει ο *H.influenzae*.

[S: sensitive, R: resistance, I: Sensitive increased exposure κατά EUCAST]]

ΠΑ03

ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟΣ ΑΕΡΙΣΜΟΣ ΣΕ ΟΜΑΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΩΤΙΑΙΑ ΜΥΪΚΗ ΑΤΡΟΦΙΑ (SMA1)

Παναγιώτου Παναγιώτα¹, Πατέλης Βασίλειος²

¹ Μονάδα Παιδιατρικής Πνευμονολογίας, Α' Παιδιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

² Paediatric Respiratory medicine and Long term ventilation department, Great Ormond Street Hospital, London, United Kingdom

Εισαγωγή: Μετά την εισαγωγή θεραπειών τροποποίησης της νόσου και μακροχρόνιου μηχανικού αερισμού στη φροντίδα ασθενών με νωτιαία μυϊκή

14^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

18-20 Οκτωβρίου 2024

The Met Hotel • Θεσσαλονίκη

Προφορικές Ανακοινώσεις

ατροφία τύπου 1 (SMA1), η φυσική πορεία της νόσου έχει αλλάξει και η επιβίωση των ασθενών έχει αυξηθεί σημαντικά.

Σκοπός: Σε αυτή τη μελέτη περιγράφουμε την ομάδα των ασθενών μας με SMA1, συμπεριλαμβανομένων αυτών που χρειάζονται αερισμό, και καταγράφουμε τις πιο κοινές ενδείξεις για έναρξη αερισμού.

Υλικά-Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική ανασκόπηση στο αρχείο της παιδοπνευμονολογικής κλινικής του Great Ormond Street Hospital μεταξύ Αυγούστου 2022 και Αυγούστου 2023. Εντοπίστηκαν 37 ασθενείς με SMA1 εκ των οποίων 29 πληρούσαν τα κριτήρια να συμπεριληφθούν στη μελέτη.

Αποτελέσματα: 16 ασθενείς βρίσκονται σε μακροχρόνιο αερισμό τη στιγμή της ανασκόπησης. 15/16 είναι σε μη επεμβατικό αερισμό (NIV) και ένας ασθενής αερίζεται μέσω τραχειοστομίας. Ο λόγος για την έναρξη του NIV ήταν οξέως, μετά αναπνευστικής λοίμωξης για 5/16 ασθενείς, λόγω κλινικών ανησυχιών για 5/16 ασθενείς. 4/16 ξεκίνησαν λόγω των ευρημάτων στη μελέτη ύπνου (διαταραχή της αναπνοής κατά τον ύπνο (SDB) ή χαμηλός κορεσμός). 2/16 ξεκίνησαν λόγω της διάγνωσης στο πλαίσιο συμπτωματικής θεραπείας. Όλοι οι ασθενείς που ξεκίνησαν οξέως ή λόγω αυξημένης αναπνοής έχουν βέλτιστη συμμόρφωση με το NIV. 6/10 ασθενείς με οξεία έναρξη ή λόγω κλινικών ανησυχιών δεν έκαναν ποτέ μελέτη ύπνου στον αέρα. Οι 4/10 είχαν φυσιολογική ανταλλαγή αερίων πριν από την έναρξη, αν και όλοι είχαν ένα βαθμό SDB στη μελέτη ύπνου. Κανένας τους δεν είχε υποαερισμό.

Συμπέρασμα: Η έναρξη του μηχανικού αερισμού είναι συνήθως μετά από αναπνευστική λοίμωξη ή λόγω κλινικών ανησυχιών και για ορισμένους ασθενείς λόγω παρουσίας SDB σε μια μελέτη ύπνου. Η συμμόρφωση με τη θεραπεία είναι εξαιρετική για ασθενείς με οξεία έναρξη ή λόγω αυξημένης αναπνοής. Ο υποαερισμός δεν είναι πρώιμο χαρακτηριστικό των ασθενών με SMA. Η έγκαιρη διάγνωση και η εισαγωγή θεραπειών τροποποίησης της νόσου αλλάζει την αναπνευστική διαχείριση των ασθενών με SMA1.

ΠΑ04

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΙΔΙΟΠΑΘΟΥΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΑΙΜΟΣΙΔΗΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Τσούπρου Μαρία¹, Κουτσούρη Ευφροσύνη¹, Ζάχος Κωνσταντίνος¹, Τόλα Ελόνα¹, Αλεξάνδρουβα Τατιάνα¹, Τσάμπρα Μαρία¹, Φιλίππου Όλγα¹, Κολτσίδα Γεωργία², Μπότσα Ευανθία¹

¹ Α' Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

² Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

Εισαγωγή: Η ιδιοπαθής πνευμονική αιμοσιδήρωση είναι μία σπάνια αναπνευστική νόσος, πιο συχνή στα παιδιά, με επαναλαμβανόμενα επεισόδια διάχυτης κυψελιδικής αιμορραγίας, χωρίς υποκείμενη προφανή αιτία. Εκδηλώνεται συνήθως με αναμία, βήχα, αιμόπτυση και πνευμονικές διηθήσεις στην ακτινογραφία θώρακος, ενώ αποτελεί διάγνωση εξ αποκλεισμού.



Ελληνική
Παιδοπνευμονολογική
Εταιρεία

Προφορικές Ανακοινώσεις

Σκοπός: Η παρουσίαση περίπτωσης κοριτσιού 2ετών με ιδιοπαθή πνευμονική αιμοσιδήρωση.

Υλικό - Μέθοδος: Κορίτσι 2ετών προσκομίζεται με σοβαρή αναιμία (Hb 4g/dl), εμπύρετο και βήχα από 4ημέρου και σημεία αναπνευστικής δυσχέρειας. Συνοδά εμφάνιζε καταβολή και έντονη ωχρότητα επιδεινούμενη από μηνός. Αναφέρεται επεισόδιο αιμόπτυσης προ μηνός χωρίς έλεγχο. Σε ακτινογραφία και αξονική τομογραφία θώρακος παρουσίασε εικόνα διάχυτης κυψελιδικής αιμορραγίας. Είχε φυσιολογική αύξηση και ανάπτυξη, χωρίς ιστορικό λοιμώξεων αναπνευστικού. Μετά τη μετάγγιση παρουσίασε κλινική βελτίωση, χωρίς ανάγκες σε οξυγόνο, ενώ έγινε καρδιολογική και αιματολογική εκτίμηση χωρίς ευρήματα. Ακολούθησε βρογχοσκόπηση και λήψη βρογχοκυψελιδικού εκπλύματος (BAL) με ανεύρεση μακροφάγων- αιμοσιδηροφάγων ενώ έγινε εκτενής λοιμωξιολογικός και ανοσολογικός έλεγχος καθώς και γενετικός έλεγχος (WGS).

Αποτελέσματα: Η ασθενής έλαβε αντιβιοτική αγωγή και πρεδνιζολόνη (1mg/kg) και παρέμεινε αιμοδυναμικά σταθερή με βελτίωση των ακτινολογικών ευρημάτων. Ο έλεγχος για αυτοάνοσα και γενετικά νοσήματα ήταν αρνητικός. Έλαβε συνολικά δεβδομάδες πρεδνιζολόνη και ακολούθως cellcert, με σταθερή κλινικοεργαστηριακή πορεία.

Συμπεράσματα: Η ιδιοπαθής πνευμονική αιμοσιδήρωση, αν και σπάνια οντότητα, αποτελεί πρόκληση τόσο διαγνωστικά όσο και θεραπευτικά για τη βέλτιστη αντιμετώπιση και τη μακροχρόνια πορεία.

ΠΑ05

ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΑΥΤΟΝΟΜΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΕ ΥΠΕΡΒΑΡΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ

Σωπιάδου Α.¹, Σαμαράς Θ.², Νικολόπουλος Α.¹, Κουιδή Ε.³, Χρυσοχού Ε.Α.¹, Τσιρουκίδου Κ.¹, Καδίτης Α.⁴, Χατζηναγόρου Ε.¹

¹ Παιδοπνευμονολογική Μονάδα - Μονάδα Κυστικής ίνωσης, Γ' Παιδιατρική Πανεπιστημιακή Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο

² Τμήμα Φυσικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

³ Τμήμα Αθλητιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

⁴ Παιδοπνευμονολογική μονάδα - Εργαστήριο ύπνου, Α' Παιδιατρική Πανεπιστημιακή κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων Αγίας Σοφίας

Εισαγωγή: Η αποφρακτική υπνική άπνοια εμφανίζεται σε πάνω από το 50% των παιδιών με παχυσαρκία. Τόσο η παχυσαρκία όσο και η αποφρακτική υπνική άπνοια έχουν συσχετισθεί με επιπλοκές από το καρδιαγγειακό και δυσλειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος.

Σκοπός: Η μελέτη του αυτόνομου νευρικού συστήματος μέσω της μεταβλητότητας του καρδιακού παλμού σε υπέρβαρα παιδιά και εφήβους με αποφρακτική υπνική άπνοια.

14^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

18-20 Οκτωβρίου 2024

The Met Hotel • Θεσσαλονίκη

Προφορικές Ανακοινώσεις

Υλικό - Μέθοδος: Αναδρομική μελέτη υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών και εφήβων 2-15 ετών που υποβλήθηκαν σε νυχτερινή πολυγραφική μελέτη ύπνου. Η μεταβλητότητα του καρδιακού παλμού εκτιμήθηκε μέσω του σήματος της φωτοπληθυσμογραφίας και αναλύθηκε με μη γραμμική ανάλυση καθώς και στο πεδίο του χρόνου και των συχνοτήτων. Συσχετίστηκαν οι παράμετροι της μεταβλητότητας του καρδιακού παλμού με τον δείκτη υπνικής άπνοιας- υπόπνοιας (AHI), το δείκτη αποκορεσμών του οξυγόνου με πτώση πάνω από 3% από τη μέση τιμή (ODI3) και το δείκτη μάζα σώματος (ΔΜΣ) με την εφαρμογή των συντελεστών Spearman ή Pearson.

Αποτελέσματα: 25 παιδιά και έφηβοι ηλικίας 2-15 ετών (μέση ηλικία 11ετών, 60% άρρεν φύλο) με μέση τιμή του ΔΜΣ 32,7 kg/m² (SD 6,8), και μέση τιμή BMI z-score 2,56 (SD 0,86), παρουσίασαν κατά τη διάρκεια της μελέτης ύπνου μέση τιμή καρδιακών παλμών 81.2/λεπτό (SD 15.3) και διάμεση τιμή του δείκτη AHI και ODI3 2,4 επεισόδια/ώρα και 5.1 επεισόδια αποκορεσμών/ώρα αντίστοιχα. Από την ανάλυση της καρδιακής μεταβλητότητας στο πεδίο του χρόνου η διάμεση τιμή του ποσοστού των επιτυχών διαστημάτων RR >50ms (pNN50) ήταν 0.31, με μέση τιμή της τυπικής απόκλισης των R-R διαστημάτων (SDNN) 88,1 ms. Βρέθηκε σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ του δείκτη AHI, ODI3 και του pNN50 (rho= -0,52, p=0,04 & rho= -0.55 p=0.04 αντίστοιχα), όπως και μεταξύ του SDNN και ODI3 (r= -0.04, p=0.043).

Συμπεράσματα: Τα προκαταρκτικά αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν αρνητική συσχέτιση μεταξύ της σοβαρότητας της υπνικής άπνοιας και του παρασυμπαθητικού σύστηματος υποδεικνύοντας τη δυσλειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος σε υπέρβαρα παιδιά και εφήβους.

ΠΑ06

ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΗΣ ΘΡΕΨΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ CFTR ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΤΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ

Αμραντίδου Μαρία¹, Χρυσοχόου Ελισσάβετ-Άννα¹, Ταλιμτζή Περσεφώνη², Χουρδάκης Μιχαήλ², Χατζηναγούρου Ελπίδα¹

¹ Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, 3^ο Παιδιατρικό Κλινικό, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

² Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Εργαστήριο Υγιεινής, Κοινωνικής, Προληπτικής Ιατρικής και Ιατρικής Στατιστικής, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή - Σκοπός: Η ανακάλυψη των CFTR τροποποιητών έφερε πολλαπλά οφέλη για τους ασθενείς με κυστική ίνωση (ΚΙ). Σκοπός της εργασίας είναι η μελέτη της επίδρασης τους στη θρέψη και στην αναπνευστική λειτουργία των ασθενών.

Υλικό - Μέθοδος: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη παρακολούθησης 57 ασθενών με ΚΙ η οποία πραγματοποιήθηκε στη Μονάδα Κυστικής Ίνωσης ΑΠΘ του ΓΝΘ Ιπποκράτειο. Από τους ιατρικούς φακέλους καταγράφηκαν σωματομετρικοί δείκτες και τιμές σπιρομέτρησης 0, 3, 6, 12 μήνες πριν και μετά την έναρξη του CFTR τροποποιητή. Τα αντίστοιχα z scores υπολογίστηκαν με βάση τις καμπύλες ανάπτυξης του CDC. Επιπλέον καταγράφηκαν βιοχημικοί δείκτες ηπατικής λειτουργίας πριν και μετά την έναρξη του CFTR τροποποιητή.



Προφορικές Ανακοινώσεις

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 57 ασθενείς με ΚΙ (μέσης ηλικίας 14,8 έτη). Οι 39 έλαβαν elaxacaftor/tezacaftor/ivacaftor (ΕΤΙ), οι 16 lumacaftor/ivacaftor, 1 tezacaftor/ivacaftor και 1 ivacaftor. Παρατηρήθηκε σημαντική διάμεση αύξηση του βάρους z score, BMI z score, ρρFEV₁ στους 3, 6 και 12 μήνες μετά την έναρξη του τροποποιητή. Η μεγαλύτερη αύξηση παρατηρήθηκε στους 3 μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας η οποία παρέμεινε 12 μήνες μετά. Αξιοσημείωτη ήταν η επίδραση κυρίως του ΕΤΙ με μέση αύξηση του βάρους κατά 4,31 κιλά ($p < 0,001$), του BMI z score κατά 0,38 ($p < 0,001$) του ρρFVC κατά 9,57 μονάδες ($p = 0,048$) και του ρρFEV₁ κατά 9,3 μονάδες ($p = 0,015$) 12 μήνες μετά την έναρξη του. Τέλος δεν επηρεάστηκε η ηπατική λειτουργία ενώ παρατηρήθηκε αύξηση στην αλβουμίνη ορού ($p = 0,003$).

Συμπεράσματα: Παρατηρήθηκε αύξηση του βάρους z score, του BMI z score, του ρρFEV₁ και της αλβουμίνης ορού μετά την έναρξη των CFTR τροποποιητών. Η θρέψη των ασθενών είναι καθοριστικής σημασίας για την βελτίωση των εκβάσεων της νόσου.

ΠΑ07

ΔΕΙΚΤΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΑΣΚΗΣΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ ΜΕ ΒΡΟΓΧΟΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΔΥΣΠΛΑΣΙΑ

Κουρούκλη Ελεάνα¹, Χατζηπαγόρου Ελπίδα¹, Σαραφίδης Κοσμάς², Τσανάκας Ιωάννης¹

¹ Παιδοπνευμονολογική μονάδα, Γ' Παιδιατρική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

² Α' Νεογολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Η βρογχοπνευμονική δυσπλασία (ΒΠΔ) σχετίζεται με μακροχρόνια νοσηρότητα και αναπνευστικά συμπτώματα που μπορεί να περιορίζουν τη φυσική δραστηριότητα.

Σκοπός: Να εκτιμηθεί ο FEV₁%, ο δείκτης καθαράς πνευμόνων (LCI) και η ικανότητα για άσκηση σε παιδιά και εφήβους με ιστορικό προωρότητας και ΒΠΔ, σε σύγκριση με τελειόμηνους μάρτυρες.

Υλικό: Παιδιά και έφηβοι 8-18 ετών με ιστορικό προωρότητας ή/και ΒΠΔ και τελειόμηνοι υγιείς μάρτυρες.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκαν δοκιμασία έκπλυσης αζώτου με πολλαπλές αναπνοές, καρδιοαναπνευστική δοκιμασία κόπωσης και σπιρομέτρηση, και καταγράφηκε το ιστορικό ατοπίας, άσθματος και αναπνευστικών συμπτωμάτων.

Αποτελέσματα: Εξετάστηκαν τρεις ομάδες παιδιών (μάρτυρες=32, πρόωροι χωρίς ΒΠΔ=27, ΒΠΔ=23, N=82). Τα αποτελέσματα των δοκιμασιών φαίνονται στον πίνακα. Οι ομάδες διέφεραν σημαντικά ως προς την ηλικία (μικρότερη στην ομάδα της ΒΠΔ) και την μέγιστη πρόσληψη οξυγόνου κατά την άσκηση (VO₂max, μικρότερη σε όλους τους πρόωρους με ή χωρίς ΒΠΔ), ενώ δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στις παραμέτρους της σπιρομέτρησης και τον LCI.

14^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

18-20 Οκτωβρίου 2024

The Met Hotel • Θεσσαλονίκη

Προφορικές Ανακοινώσεις

	Μάρτυρες	Πρόωροι χωρίς ΒΠΔ	ΒΠΔ	p-value
Ηλικία	12,405	12,618	10,436	0,026
FEV ₁ %	102,75	93,74	93,68	0,120
VO ₂ max%	81,07	68,69	66,68	0,020
LCI	6,879	7,257	7,129	0,246

Συμπεράσματα: Τα παιδιά με ιστορικό ΒΠΔ παρουσιάζουν ήπιο περιορισμό της άσκησης. Είναι πιθανό ότι αναπτύσσουν αποφρακτική πνευμονοπάθεια, με μηχανισμό που δε φαίνεται να σχετίζεται με την ασθματική φλεγμονή.

ΠΑ08

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΤΗΛΕΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ

Κυρβασίλη Σ.- Σ., Σωπιάδου Α., Χρυσοχόου Ε.-Α., Γαλογάβρου Μ., Κόγιας Χ., Χατζηαγόρου Ε.

Παιδοπνευμονολογική Μονάδα και Μονάδα Κυστικής Ίνωσης, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Να εκτιμηθεί η συμμόρφωση στην τηλεπαρακολούθηση της αναπνευστικής λειτουργίας με την εξ αποστάσεως σπιρομέτρηση από το σπίτι σε ασθενείς με κυστική ίνωση (ΚΙ). Να συγκριθεί η επίδραση της εξ αποστάσεως σπιρομέτρησης από το σπίτι επιπρόσθετα της καθιερωμένης παρακολούθησης των ασθενών σε σύγκριση με την καθιερωμένη παρακολούθηση στην επιδείνωση της αναπνευστικής λειτουργίας.

Μέθοδοι: Η παρούσα μελέτη είναι μία τυχαιοποιημένη ανοιχτή ελεγχόμενη δοκιμή δύο σκελών σε ασθενείς με κυστική ίνωση, παιδιά και ενήλικες, διάρκειας 26 εβδομάδων. Ο πληθυσμός της μελέτης αποτελείται από δύο ομάδες. Στην ομάδα αναφοράς ανήκουν ασθενείς οι οποίοι παρακολουθούνται τακτικά στο ιατρείο της κυστικής ίνωσης και στην ομάδα παρέμβασης ανήκουν ασθενείς στους οποίους εφαρμόστηκε το πρόγραμμα τηλεπαρακολούθησης, επιπλέον από τις τακτικές επισκέψεις, με την εξ αποστάσεως σπιρομέτρηση εβδομαδιαία. Χρησιμοποιήθηκαν ηλεκτρονικές συσκευές καταγραφής της αναπνευστικής λειτουργίας οι οποίες ήταν συνδεδεμένες με ηλεκτρονική πλατφόρμα προσβάσιμη από την Μονάδα Κυστικής Ίνωσης.

Αποτελέσματα: 104 ασθενείς με ΚΙ συμπεριλήφθηκαν στην μελέτη μας, 52 στην ομάδα παρέμβασης και 52 στην ομάδα ελέγχου, με μέση ηλικία 16 έτη (IQR: 10.8 έως 20.2). Η εβδομαδιαία συμμόρφωση στο πρόγραμμα τηλεπαρακολούθησης ήταν 23.1%. Μόνο 12 από τους 52 ασθενείς εκτελούσαν σπιρομέτρηση μία φορά την εβδομάδα σε περισσότερες από το 80% των ευκαιριών της παρακολούθησής τους, ενώ 27 από τους 52 ασθενείς εκτελούσαν σπιρομέτρηση σε περισσότερες από το 50% των ευκαιριών (52%). Ο δείκτης μάζας σώματος (Body Mass Index, BMI) δεν παρουσίασε σημαντική μεταβολή στην διάρκεια των 26 εβδομάδων μεταξύ των δύο ομάδων της μελέτης, με μεταβολή στις ομάδες παρέμβασης και ελέγχου 0.53 (IQR: -0.17 έως 0.98) και 0.25 (IQR: -0.30 έως 0.65) αντίστοιχα (p: 0.22). Δεν βρέθηκε



Προφορικές Ανακοινώσεις

στατιστικά σημαντική μεταβολή μεταξύ των δύο ομάδων της μελέτης στους δείκτες της αναπνευστικής λειτουργίας, με μεταβολή στον FEV1% στην ομάδα παρέμβασης και στην ομάδα ελέγχου 2% (IQR: -6 έως 14.2) και 2% (IQR: -7 έως 8) αντίστοιχα (p : 0.578) και μεταβολή στον FVC% 2% (IQR: -8.25 έως 11.5) και 0% (IQR: -7.25 έως 9) αντίστοιχα (p : 0.569).

Συμπέρασμα: Παρά το ικανοποιητικό επίπεδο συμμόρφωσης στο πρόγραμμα τηλε-παρακολούθησης με την εξ αποστάσεως σπιρομέτρηση στο σπίτι, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές μεταβολές στον δείκτη μάζας σώματος και στην αναπνευστική λειτουργία των ασθενών.

ΠΑ09

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΤΡΙΠΛΟΥ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ ELEXACAFTOR-TEZACAFTOR-IVACAFTOR (ETI) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ ΚΑΙ ΚΑΜΙΑ ΜΕΤΑΛΛΑΞΗ ΔF508: ΜΙΑ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Διαμαντέα Φίλια¹, Μανίκα Κατερίνα², Σωπιάδου Αθηνά³, Χατζημήτροβα Μαρία², Τσάκωνα Άννα², Χρυσούκου Ελισάβετ-Άννα³, Σιωνίδου Μαρία², Παπαδάκη Ελένη², Τσιούπρου Ιωάννα², Γαλογάβρου Μαρία³, Βάντση Πετρίνα³, Χατζηναγόρου Ελπίδα³

¹ Μονάδα Κυστικής Ίνωσης, Σισμανόγλειο Νοσοκομείο, Αθήνα

² Μονάδα Κυστικής Ίνωσης, Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη

³ Μονάδα Κυστικής Ίνωσης, Γ΄ Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Στην Ευρώπη ο τριπλός συνδυασμός elxacaftor-tezacaftor-ivacaftor (ETI), έχει λάβει έγκριση για ασθενείς με Κυστική Ίνωση (ΚΙ), που φέρουν τουλάχιστον μία μετάλλαξη ΔF508, ενώ ο FDA έχει εγκρίνει τους ETI για άλλες 117 μεταλλάξεις.

Σκοπός: Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των ETI σε ασθενείς με Κυστική Ίνωση που δεν φέρουν καμία μετάλλαξη ΔF508.

Μέθοδος: Συλλέχθηκαν αναδρομικά δεδομένα από ασθενείς >12 ετών από 3 κέντρα ΚΙ στην Ελλάδα. Η έναρξη των ETI βασίστηκε στην μειωμένη αναπνευστική λειτουργία, στις συχνές παροξύνσεις, καθώς και στα σοβαρά συμπτώματα.

Αποτελέσματα: Στην μελέτη συμπεριλήφθηκαν 20 ασθενείς με ΚΙ (10 άρρενες, 10 θήλεα, 8 με ΣΔ - ΚΙ), ηλικίας 30.8±11.2 έτη, 5.5±4.5 μήνες από την έναρξη των ETI. 19 ασθενείς δεν έφεραν καμία συγκεκριμένη μετάλλαξη από τον FDA. 4 ασθενείς είχαν τουλάχιστον μία μετάλλαξη NK1303K. Μετά την έναρξη των ETI βελτιώθηκε ο FEV1% (68.1±23.5 πριν vs 77.4±28.3 μετά, p =0.006), η FVC% (81±20.7 vs 90.8±25.6, p =0.011), καθώς και η δοκιμασία ιδρώτα (103.8±20.6 vs 80.36±13.4 mmol/lit, p =0.003). Επίσης, παρατηρήθηκε μείωση του αριθμού των παροξύνσεων από 3.1±2.6 σε 1.1±1.2 και αύξηση του BMI (21.03±3.4 vs 21.7±3.5 Kg/m², p =0.009). Οι μεταβολές στους ασθενείς με την μία τουλάχιστον μετάλλαξη NK1303K: FEV1% 58±18.1 vs 85.3±31.6 (p =0.031), FVC% 79±20.5 vs 104.8±30.2, αριθμός παροξύνσεων 4±2.5 vs 0.5±1, BMI 21.2±2.8 vs 22.4±2.8 Kg/m² (p =0.003). Όσον αφορά τα συμπτώματα, βελτίωση

14^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

18-20 Οκτωβρίου 2024

The Met Hotel • Θεσσαλονίκη

Προφορικές Ανακοινώσεις

αναφέρθηκε σε 15 ασθενείς στην δύσπνοια και στην άσκηση και 19 στον βήχα.

Συμπεράσματα: Η ανταπόκριση στους ΕΤΙ είναι εξατομικευμένη και εξαρτάται από διαφορετικές παραμέτρους.

ΠΑΙΟ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ (ΝΟΣΠΙ) ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΣΟΒΑΡΑ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ: 15ΕΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Βάντση Πετρίνα, Κυρβασίλης Φώτης, Γαλογάβρου Μαρία, Μωυσίδης Κωνσταντίνος, Σωπιάδου Αθηνά, Χρυσόχοου Ελισσάβητ-Άννα, Λιάκος Βασίλης, Τσανάκας Ιωάννης, Χατζηαγόρου Ελπίδα

Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Γ Παιδιατρική Κλινική, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Η νοσοκομειακή φροντίδα στο σπίτι αποτελεί ένα σχετικά καινούργιο μοντέλο περίθαλψης, που έχει ως σκοπό την παροχή νοσοκομειακής φροντίδας στο σπίτι. Το πρόγραμμα απευθύνεται σε ασθενείς με χρόνια και σύνθετα προβλήματα υγείας, οι οποίοι εξαρτώνται από την τεχνολογία. Σκοπός μας είναι η αναφορά της εμπειρίας της Μονάδας ΝΟΣΠΙ της Γ Παιδιατρικής Κλινικής ΑΠΘ, που αποτελεί το μοναδικό κέντρο ΝΟΣΠΙ στην Ελλάδα.

Μέθοδος: Ανασκοπήθηκαν ταιατρικά αρχεία των ασθενών από 2011 ως τον Σεπτέμβριο του 2024. Καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία, παρουσία τραχειοστομίας, τρόπος αερισμού (O_2 , μηχανικός ή μη επεμβατικός μηχανικός αερισμός) και τρόπος σίτισης (ρινογαστρικός καθετήρας, γαστροστομία).

Αποτελέσματα: Στο πρόγραμμα ΝΟΣΠΙ έχουν ενταχθεί 366 ασθενείς (195 άρρενες, 171 θήλεα), 48 (13.11%) έχουν αποβιώσει. Η μέση ηλικία των ασθενών είναι 11.74 ± 7.39 έτη. Οι κύριες κατηγορίες των υποκείμενων νοσημάτων είναι τα σύνδρομα- συγγενείς διαμαρτίες (63 ασθενείς, 17.2%), κυστική ίνωση (95, 25.9%), νευρομεταβολικά νοσήματα (47, 12.8%), παθήσεις του πνεύμονα (86, 23.4%), εγκεφαλική παράλυση (86, 23.4%), νεοπλάσματα (36, 9.8%) και παχυσαρκία (2, 0.5%). 114 παιδιά (31,4%) φέρουν τραχειοστομία και 82 από αυτά εξαρτώνται από φορητό αναπνευστήρα. 69 ασθενείς (18,8%) χρειάζονται χορήγηση οξυγόνου και 12 από αυτούς NIPPV. 81 ασθενείς (22,1%) σιτίζονται μέσω καθετήρα σίτισης και 67 από αυτούς φέρουν στομία (γαστροστομία ή νησιδοστομία).

Συμπέρασμα: Οι ασθενείς χαρακτηρίζονται από μεγάλη ετερογένεια και η δημιουργία νέων μονάδων ΝΟΣΠΙ είναι επιτακτική, λόγω του αυξανόμενου αριθμού των ασθενών.



Προφορικές Ανακοινώσεις

ΠΑ11

ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ ΜΕ ΑΣΘΜΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Καρανταγλής Νικόλαος¹, Κυρβασίλης Φώτιος¹, Φούζας Σωτήριος²,
Γκαντάρας Αντώνιος³, Κοντούλη Καλλιόπη¹, Εμποριάδου Μαρία⁴,
Τσανάκας Ιωάννης¹

¹ Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Γ' Παιδιατρική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»,
Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

² Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Παιδιατρική Κλινική Π.Γ.Ν. Πατρών, Πανεπιστήμιο
Πατρών, Πάτρα

³ Α' Παιδιατρική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο
Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

⁴ Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η νοσηλεία παιδιών και εφήβων με ασθματικό παροξυσμό επιφέρει σημαντικό κόστος στα Συστήματα Υγείας. Μέχρι σήμερα, δεν υπάρχουν σχετικά δημοσιευμένα δεδομένα για την Ελλάδα.

Σκοπός: Ο υπολογισμός του κόστους νοσηλείας σε παιδιά που νοσηλεύτηκαν εξαιτίας ασθματικού παροξυσμού στο Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Υλικό - Μέθοδος: Μελετήθηκαν οι ιατρικοί φάκελοι 15 παιδιών που νοσηλεύτηκαν λόγω ασθματικού παροξυσμού σε τριτοβάθμια παιδιατρική κλινική της Ελλάδας κατά την περίοδο 2017-2018. Το κόστος νοσηλείας βασίστηκε σε στοιχεία που χορηγήθηκαν από τις οικονομικές υπηρεσίες του νοσοκομείου.

Αποτελέσματα: Η διάμεση ηλικία των ασθενών ήταν 4,29 [3,11 - 5,67] έτη (εύρος: 0,92 - 10,83 έτη), ενώ το 73,3% ήταν αγόρια. Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 3,32 ± 1,50 ημέρες (εύρος: 1 - 6 ημέρες), με μέσο κόστος νοσηλείας 577,27 ± 248,83 € (εύρος: 318,00 - 1040,00 €) ανά ασθενή για το σύνολο της νοσηλείας, δηλαδή 203,30 ± 98,41 € (εύρος: 53,33 - 361,00 €) ανά ασθενή ανά ημέρα νοσηλείας. Είναι ενδιαφέρον ότι το 1/3 των παιδιών δεν λάμβανε κανενός είδους αντιασθματική αγωγή πριν τη νοσηλεία.

Συμπεράσματα: Η νοσηλεία ασθματικών παιδιών και εφήβων συμβάλλει σε σημαντική επιβάρυνση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Η κατανόηση και αντιμετώπιση των αιτιών που οδηγούν στην ανάγκη νοσηλείας, καθώς και η γνώση του κόστους νοσηλείας αποτελούν σημαντικές παραμέτρους για τη βέλτιστη χρήση των πόρων του συστήματος.

14^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

18-20 Οκτωβρίου 2024

The Met Hotel • Θεσσαλονίκη

Προφορικές Ανακοινώσεις

ΠΑ12

ΝΗΠΙΟ ΜΕ ΣΥΓΓΕΝΗ ΚΥΣΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΠΑΘΕΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΡΩΤΟ ΕΠΙΣΟΔΙΟ ΠΝΕΥΜΟΘΩΡΑΚΑ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ
**Κοτζιά Δόξα¹, Ρόρρης Φίλιππος-Πασχάλης², Μπόμπος Δημήτριος²,
Αγραπίδη Μαρία¹, Κανάκης Μελέτιος²**

¹ Παιδοπνευμονολογικό και Νεογνολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο «Ιασώ Παιδων», Αθήνα

² Καρδιοχειρουργικό Τμήμα Παιδων και Συγγενών Καρδιοπαθειών Ενηλίκων, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα.

Εισαγωγή: Ο πνευμοθώρακας ορίζεται ως συσσώρευση αέρα στην πλευριτική κοιλότητα, και κυρίως είναι πρωτοπαθούς, ή δευτεροπαθούς, τραυματικής αιτιολογίας. Συχνότητα 20/100.000 περιπτώσεων το χρόνο, υπεροχή του άρρενος φύλου.

Σκοπός: Η αξία στην έγκαιρη αιτιολογική διερεύνηση περιπτώσεων πνευμοθώρακα, ακόμα και επί πρώτου επεισοδίου και η σωστή θεραπευτική προσέγγιση.

Περιστατικό: 4 ετών άρρεν νήπιο, με ιστορικό νοσηλείας στη ΜΕΝΝ, εισήχθη λόγω αυτόματου πνευμοθώρακα υπό τάση. Λύση μέσω θωρακικού σωλήνα και ακολούθη αρνητική ακτινογραφία θώρακος. Επαναληπτικές αξονικές τομογραφίες με σταθερά ευρήματα: εμφυσηματικές κύστες στο δεξιού άνω λοβού και μικρές εμφυσηματικές περιοχές στους δύο κάτω λοβούς. Ακολούθησε χειρουργική αφαίρεση αερωδών κύστεων (Ζεκ) στο κορυφοπίσθιο τμήμα του δεξιού άνω λοβού και τοιχωματικού υπεζωκότα, καθώς και χημική πλευροδεσία. Ανεπίπλεκτη μετεγχειρητική πορεία. Έλεγχος αρνητικός για γενετικά, ανοσολογικά και αυτοάνοσα νοσήματα

Ανασκόπηση: Κυριότερο αίτιο η ρήξη προ-ύπαρχουσών κύστεων στα ανώτερα πνευμονικά πεδία χωρίς υπόστρωμα άλλης νόσου. Σημαντικός ο έλεγχος για υποκείμενο νόσημα (ιστορικό τραύματος, συγγενές, λοίμωξη, άσθμα, συστηματικό φλεγμονώδες, διάμεσο, ανοσοανεπάρκεια, σαρκοείδωση, κακοήθεια και άλλα). Διαγνωστικές εξετάσεις εκλογής η ακτινογραφία θώρακος σε όρθια θέση και βαθιά εισπνοή και η αξονική τομογραφία. Χρόνος και είδος αντιμετώπισης ποικίλλουν.

Συμπέρασμα: Εγρήγορη για α) έλεγχο πιθανής ύπαρξης υποκείμενου νοσήματος ακόμη και στο πρώτο επεισόδιο πνευμοθώρακα και β) κατάλληλη χρονική και θεραπευτική αντιμετώπιση αυτού.



Αναρτημένες Ανακοινώσεις

ΑΑ01

Η ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΜΑΤΟΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ: ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΑΥΤΟΡΡΥΘΜΙΣΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ

Πατάγια Μπακαράκη Μυρτώ¹, Δουρμπόης Θεοφάνης²

¹ Εργοθεραπεύτρια, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

² Στρατιωτικός Νοσηλευτής, 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας

Εισαγωγή: Το άσθμα είναι μια χρόνια αναπνευστική πάθηση που επηρεάζει εκατομμύρια παιδιά παγκοσμίως, συχνά οδηγεί σε σημαντικούς περιορισμούς στις καθημερινές δραστηριότητες και τη συνολική ποιότητα ζωής.

Σκοπός: Αυτή η βιβλιογραφική ανασκόπηση στοχεύει να εξετάσει την τρέχουσα έρευνα για το ρόλο της εργοθεραπείας στη διαχείριση του άσθματος για παιδιά, εστιάζοντας στην αυτορρύθμιση, τα εκπαιδευτικά προγράμματα και τη μείωση των επεισοδίων άσθματος.

Μέθοδοι - Υλικά: Η ανασκόπηση περιλαμβάνει μελέτες από διάφορες βάσεις δεδομένων. Οι μελέτες επιλέχθηκαν με βάση τη συνάφειά τους με τις εργοθεραπευτικές παρεμβάσεις στη διαχείριση του άσθματος, που δημοσιεύτηκαν τα τελευταία 15 χρόνια. Συμπεριλήφθηκαν τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά ερευνητικά άρθρα.

Αποτελέσματα: Οι παρεμβάσεις εργοθεραπείας, ιδιαίτερα αυτές που ενσωματώνουν τεχνικές αυτορρύθμισης και εκπαίδευση για το άσθμα, βελτιώνουν σημαντικά τον έλεγχο του άσθματος και μειώνουν τη συχνότητα των επεισοδίων άσθματος στα παιδιά. Τεχνικές όπως οι ασκήσεις αναπνοής, οι στρατηγικές χαλάρωσης και η χρήση βοηθητικών συσκευών βρέθηκαν να είναι ευεργετικές.

Συμπεράσματα: Η ενσωμάτωση προγραμμάτων αυτορρύθμισης και εκπαιδευτικών προγραμμάτων στην πρακτική της εργοθεραπείας δείχνει πολλά υποσχόμενη για την ενίσχυση του ελέγχου του άσθματος και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

ΑΑ02

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΟΝ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟ ΤΟΥ ΒΡΟΓΧΙΚΟΥ ΑΣΘΜΑΤΟΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 10- 12 ΕΤΩΝ

Κωστοπούλου Βασιλική

Φοιτήτρια Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Παιδιατρική Πνευμονολογία», Αθήνα

Εισαγωγή: Το παιδικό άσθμα αποτελεί σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας. Οι αιτίες του είναι γενετικές και περιβαλλοντικές. Η αύξηση παιδικού άσθματος που παρουσιάζεται τα τελευταία χρόνια εικάζεται ότι μπορεί να οφείλετε στις διατροφικές συνήθειες.

Σκοπός: Η παρούσα εργασία αποτελεί μία ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας με στόχο την διερεύνηση της επίδρασης της διατροφής στον επιπολασμό του άσθματος στα παιδιά. Εξετάσθηκε η συσχέτιση μεταξύ κατανάλωσης μεμονωμένων τροφίμων και συστατικών και του άσθματος.

14^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

18-20 Οκτωβρίου 2024

The Met Hotel • Θεσσαλονίκη

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

Υλικά - Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 142 άρθρα δημοσιευμένα στο PubMed (1991-2024). Από τις μελέτες αποκλείστηκαν 64. Οι 12 αφορούσαν μελέτες που έχουν γίνει σε ζώα, ενώ για τα υπόλοιπα 52 κριτήριο αποκλεισμού ήταν η ηλικία.

Αποτελέσματα: Αποδείχθηκε ότι η τήρηση της Μεσογειακής διατροφής δρα προστατευτικά έναντι στην εμφάνιση άσθματος. Αντίθετα, η Δυτικού τύπου διατροφή οδηγεί στην παχυσαρκία, η οποία έχει συνδεθεί με αυξημένη συστηματική φλεγμονή και με δύσκολο έλεγχο άσθματος, ανθεκτικό στα κορτικοστεροειδή. Πολλές μελέτες απέδειξαν ότι η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών πλούσια σε αντιοξειδωτικά έχουν προστατευτικό ρόλο έναντι στην εμφάνιση άσθματος και συριγμού. Επίσης, οι βιταμίνες C, E, A και το σελήνιο έχουν ισχυρές αντιοξειδωτικές ιδιότητες μειώνοντας την φλεγμονή στους αεραγωγούς. Η χαμηλή διατροφική πρόσληψη μαγνησίου σχετίζεται με μειωμένη πνευμονική λειτουργία και βρογχική υπεραντιδραστικότητα. Η ενεργός μορφή της βιταμίνης D παίζει ρόλο στην φυσική και επίκτητη ανοσία και προστατεύει από λοιμώξεις του αναπνευστικού και από φλεγμονώδεις ασθένειες όπως το άσθμα. Παρά τα οφέλη του γάλατος, έχει συνδεθεί με αυξημένη παραγωγή προφλεγμονωδών ουσιών, συγκεκριμένα της IL-17F, που επιδεινώνουν το άσθμα. Τα ω3 λιπαρά οξέα που προσλαμβάνονται από τα ψάρια έχουν αντιφλεγμονώδη δράση και ενισχύουν την πνευμονική λειτουργία. Τέλος, τα πρόσθετα τροφίμων έχουν συνδεθεί με πυροδότηση αλλεργιών και αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης παιδικού άσθματος.

Συμπεράσματα: Κρίνεται αναγκαίο να δοθεί μεγαλύτερη βάση στην διατροφή και να αναλυθούν τα συστατικά της ώστε να μπορέσουμε να εστιάσουμε στην πρόληψη και καταπολέμηση του άσθματος πριν ακόμα εκδηλωθούν τα πρώτα συμπτώματα, βελτιώνοντας έτσι την ποιότητα ζωής των παιδιών και των οικογενειών τους.

AA03

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΤΑΛΑΝΤΩΣΙΜΕΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Κόλλαρης Ηλίας^{1,2}, Δούρος Κωνσταντίνος¹, Πρίφτης Κώστας³, Αντωνογεώργος Γεώργιος¹, Αντωνοπούλου Ελένη², Αναστασοπούλου Παναγιώτα², Σαβελίεβα Όλγα²

¹ Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

² Θριάσιο Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας, Μαγούλα

³ Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, Μαρούσι

Εισαγωγή: Η παλμική ταλαντωσιμετρία (Impulse Oscillometry System - IOS) αποτελεί μια μη επεμβατική μέθοδο αξιολόγησης της αναπνευστικής λειτουργίας, για την οποία απαιτείται ελάχιστη συνεργασία από τον ασθενή. Το τελευταίο είναι ιδιαίτερα σημαντικό κατά την παιδική ηλικία, όπου η συνεργασία, ειδικά στα παιδιά προσχολικής ηλικίας, είναι δυσχερής.

Σκοπός: Διενεργήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση με σκοπό την καταγραφή των δεδομένων και την εξαγωγή συμπερασμάτων από την εφαρμογή της IOS στα παιδιά με άσθμα.



Αναρτημένες Ανακοινώσεις

Μεθοδολογία: Για τη διεξαγωγή της ανασκόπησης, πραγματοποιήθηκε εκτενής έρευνα της υπάρχουσας βιβλιογραφίας. Η αναζήτηση των άρθρων έγινε στις επιστημονικές βάσεις δεδομένων PubMed, Scopus και Google Scholar και επιλέχθηκαν άρθρα των τελευταίων είκοσι ετών.

Συμπεράσματα: Η IOS είναι χρήσιμη σε παιδιά που δεν μπορούν να εκτελέσουν μέγιστες εκπνευστικές προσπάθειες λόγω ηλικίας ή σωματικών περιορισμών. Σε αντίθεση με τη σπιρομέτρηση, η οποία παρέχει πληροφορίες για τη δυσλειτουργία κυρίως των μεγάλων αεραγωγών, η IOS προσφέρει την δυνατότητα ανίχνευσης υποκλινικών μεταβολών στη μηχανική τόσο των κεντρικών όσο και των περιφερικών αεραγωγών, διαδραματίζοντας σημαντικό ρόλο στην έγκαιρη διάγνωση του άσθματος. Παράλληλα συμβάλλει στην παρακολούθηση του ελέγχου και την πρόβλεψη των εξάρσεων της νόσου. Τα δεδομένα που λαμβάνονται από την IOS είναι συμπληρωματικά και όχι ταυτόσημα με αυτά της σπιρομέτρησης, και αποτελούν μια εναλλακτική και αξιόπιστη μέθοδο αξιολόγησης της αναπνευστικής λειτουργίας στα παιδιά.

Λέξεις - κλειδιά: Άσθμα, παιδιά, μικροί αεραγωγοί, δυσλειτουργία, παλμική ταλαντωσιμετρία

ΑΑ04

ΑΓΟΡΙ 15.5 ΕΤΩΝ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΚΑΙ ΜΥΪΚΗ ΔΥΣΤΡΟΦΙΑ DUCHENNE

Δημογεροντάκη Αφροδίτη¹, Σωτηρίου Σπυριδούλα¹, Μαγουλά Μαρούσα¹, Αθανασοπούλου Ευγενία Ιωάννα¹, Καλαμαρά Παναγιώτα¹, Μαυρέλου Μυρτώ-Μυρσίνη¹, Γκόβερη Παναγιώτα¹, Χατζηπαντελή Αναστασία¹, Παπαγιαννίδη Μαρίνα¹, Ιωαννίδου Γερίνα¹

¹ Παιδιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου, Κόρινθος

Εισαγωγή: Οι κοινές λοιμώξεις του αναπνευστικού σε παιδιά με μυϊκή δυστροφία Duchenne αποτελούν δοκιμασία για τον παιδίατρο. Πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όλες οι κλινικές μορφές και ιδιαιτερότητες του συνδρόμου.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι η σωστή ενημέρωση και διαχείριση αυτών των ασθενών και η αντιμετώπισή τους ως ολόκληρες.

Υλικό: Παρουσιάζεται κλινική περίπτωση αγοριού 15.5 ετών με λοίμωξη του αναπνευστικού και μυϊκή δυστροφία Duchenne.

Μέθοδος: Αγόρι 15.5 ετών σε αναπηρικό αμαξίδιο προσκομίστηκε στο Τ.Ε.Π. λόγω αναπνευστικής δυσχέρειας από ωρών στα πλαίσια εμπύρετης λοίμωξης από 2 24ωρα. A/I: μυϊκή δυστροφία Duchenne, με μυοκαρδιοπάθεια (EF~55%). Κατά την κλινική εξέταση, διαπιστώθηκε υποξυγοναιμία (SpO₂ 85%), μειωμένη είσοδος αέρα άμφω, ιδίως δεξιά, συρρίκτοντες, χωρίς σημεία αναπνευστικής δυσχέρειας και σκολίωση. Έγινε ε/ε (...) α/α θώρακος η οποία ανέδειξε πύκνωση ΔΕ μέσου και κάτω λοβού καθώς και παρουσία εντερικών ελίκων εντός του δεξιού ημιθώρακιου. Στο 1^ο 24ωρο νοσηλείας του, παρά την αγωγή με εισπνεόμενα βρογχοδιασταλτικά και ευρέως φάσματος αντιβιοτική αγωγή, δεν παρουσίασε βελτίωση της αναπνευστικής λειτουργίας.

14^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

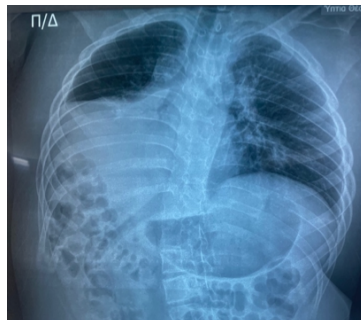
18-20 Οκτωβρίου 2024

The Met Hotel • Θεσσαλονίκη

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

Αποτελέσματα: Ο ασθενής διακομίστηκε σε Τριτοβάθμιο νοσοκομείο, διενεργήθη αξονική τομογραφία και αντιμετωπίστηκε ως πνευμονία. Ο ιολογικός έλεγχος ανέδειξε συλλοίμωξη με μεταπνευμοϊό. Ο ασθενής το 3^ο 24ωρο νοσηλείας του, παρουσίασε επιδείνωση της αναπνευστικής του λειτουργίας και μεταφέρθηκε σε ΜΕΘ, όπου παρέμεινε στις μέγιστες συγκεντρώσεις οξυγόνου, χωρίς βελτίωση.

Συμπεράσματα: Η αντιμετώπιση αυτών των ασθενών χρήζει διαφορετική και προσεκτική προσέγγιση. Πρέπει να λαμβάνονται υπόψη η προχωρημένη μυϊκή αδυναμία, που οδηγεί σε παραλλαγές της κλινικής εικόνας, η μυοκαρδιοπάθεια που επιβάλλει χρήση άλλης φαρμακευτικής αγωγής, αλλά και η προχωρημένη σκολίωση που επιβαρύνει την ήδη περιορισμένη αναπνευστική λειτουργία.



Εικόνα 1.

AA05

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΕ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Δημογεροντάκη Αφροδίτη¹, Ιωαννίδου Γερίνα¹, Μαγουλιά Μαρούσα¹, Γκόβερνη Παναγιώτα¹, Χατζηπαντελή Αναστασία¹, Σουλοπούλου Μαρία-Αρετή¹, Μαυρέλου Μυρσίνη¹, Ευθυμιοπούλου Μαργαρίτα¹, Παπαγιαννίδη Μαρίνα¹, Σωτηρίου Σπυριδούλα¹

¹ Παιδιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου, Κορίνθος

Εισαγωγή: Οι πνευμονίες συναντώνται πολύ συχνά στα παιδιατρικά ιατρεία και νοσοκομεία. Έχει παρατηρηθεί το τελευταίο διάστημα, μετά την περίοδο του Covid-19, αυξημένη επίπτωση περιστατικών με λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού, με άτυπη κλινική και εργαστηριακή εικόνα.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι η έγερση της κλινικής υποψίας για τις διαφορετικές παραλλαγές στην κλινική, εργαστηριακή και ακτινολογική εικόνα της πνευμονίας.

Υλικό: Παρουσιάζεται καταγραφή περιστατικών λοιμώξεων του κατώτερου αναπνευστικού σε δευτεροβάθμιο νοσοκομείο σε διάστημα 8 μηνών.

Μέθοδος: Κατά τη χρονική περίοδο Ιανουαρίου-Αυγούστου καταγράφηκαν 61 εισαγωγές για λοίμωξη του κατώτερου αναπνευστικού από 1 έτους έως 16 ετών. Από αυτές 28 περιστατικά αφορούσαν πνευμονίες, με ακτινογραφικά στοιχεία πνευμονίας.

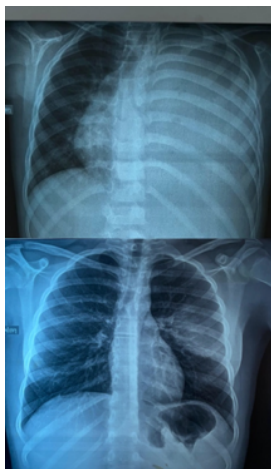
Αποτελέσματα: Τρία περιστατικά διακομίστηκαν σε Τριτοβάθμιο νοσοκομείο, λόγω επιπλοκών μικροβιακής πνευμονίας (εμπύημα, πλευριτική συλλογή). Από τα



Αναρτημένες Ανακοινώσεις

οποία απομονώθηκαν πνευμονιόκοκκος ή/και μεταπνευμονοίος. Τα υπόλοιπα χρειάστηκαν κατά μέσο όρο 4 ημέρες νοσηλείας, όπου αντιμετωπίστηκαν με ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή και παρουσίασαν ύφεση της κλινικοεργαστηριακής τους εικόνας. Η ακτινογραφική εικόνα ήταν ποικίλη, άλλες με διηθήματα αμφοτερόπλευρα και άλλες με πύκνωση σε διαφορετικά πνευμονικά πεδία από ότι τα συνήθη.

Συμπεράσματα: Η πνευμονία αν και είναι ένα σύνηθες κλινικό περιστατικό, μπορεί να παρουσιαστεί με πολλά διαφορετικά «πρόσωπα», ασυνήθιστη εντόπιση ή κλινική εικόνα. Επομένως, πρέπει να δίνεται η αντίστοιχη προσοχή σε κάθε ασθενή και να μην υποτιμάται.



Εικόνα 1.



Εικόνα 2.

ΑΑ06

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΠΝΕΥΜΟΘΩΡΑΚΑ ΣΕ ΚΟΡΙΤΣΙ 3 ΕΤΩΝ ΜΕ ΣΥΓΓΕΝΗ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ

Δημογεροντάκη Αφροδίτη¹, Μπαλή Μαρία¹, Μαγουλά Μαρούσα¹, Αθανασοπούλου Ευγενία Ιωάννα¹, Μίσιου Γκεντιάνα¹, Καλαμαρά Παναγιώτα¹, Μαυρέλου Μυρτώ-Μυρσίνη¹, Παπαγιαννίδη Μαρίνα¹, Ιωαννίδου Γερίνα¹, Σωτηρίου Σπυριδούλα¹

¹ Παιδιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου, Κορίνθος

Εισαγωγή: Απουσία ή ατελής σχηματισμός της μείζονος ή της ελάσσονος μεσολοβίου σχισμής μπορεί να οδηγήσει σε σύμφυση (συγκόλληση) των λοβών (άνω, μέσου) των πνευμόνων, ιδίως του δεξιού.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι η έγερση κλινικής υποψίας για την παραλλαγή ώστε να αποφευχθεί πιθανή λανθασμένη διάγνωση και αντιμετώπιση.

14^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

18-20 Οκτωβρίου 2024

The Met Hotel • Θεσσαλονίκη

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

Υλικό: Παρουσιάζεται κλινική περίπτωση κοριτσιού 3 ετών με εμπύρετο, βήχα και παθολογική ακτινογραφία θώρακος.

Μέθοδος: Κορίτσι 3 ετών προσεκομίσθη λόγω πυρετού, μη θερμομετρούμενου και βήχα επιδεινούμενου από ημέρας. Πρόκειται για παιδί με συγγενή καρδιοπάθεια με μονήρη κοιλία τύπου δεξιάς, μεγάλα αγγεία σε θέση D-μετάθεσης, στένωση της πνευμονικής (σχεδόν ατρησία) και χειρουργική επέμβαση τύπου Glenn σε ηλικία 5 μηνών. Η ασθενής ήταν σε καλή γενική κατάσταση, με θ:38.1°C, SpO₂: 87% ολοσυστολικό φύσημα 5/6 ακουστό σε όλες τις εστίες ακρόασης και στην ωμοπλάτη, φυσιολογικό αναπνευστικό ψιθύρισμα ομότιμο άμφω, χωρίς σημεία αναπνευστικής δυσχέρειας. Ετέθη σε O₂ και ελήφθη εργαστηριακός έλεγχος (WBC: 11.700, Π: 52.8%, CRP: 22.5). Διενεργήθη ακτινογραφία θώρακος με εικόνα πνευμοθώρακα δεξιά.



Αποτελέσματα: Η ασθενής παραμπέφθηκε σε τρίτοβάθμιο νοσοκομείο, όπου έγινε U/S και CT θώρακος και ανέδειξε αγγειακούς σχηματισμούς και πνευμονικό παρέγχυμα. Έγινε καρδιολογική εκτίμηση που ανέδειξε καλό κλάσμα εξώθησης και συστήθηκε προφυλακτική αγωγή με ασπιρίνη. Η ασθενής απυρέτησε, με βελτίωση της κλινικοεργαστηριακής της εικόνας.

Συμπεράσματα: Η παρουσία φυσιολογικής παραλλαγής της μείζονος μεσολοβίου σχισμής είναι συνηθέστερη σε παιδιά με συγγενή καρδιοπάθεια και μπορεί να αποπροσανατολίσει τον θεράποντα ιατρό. Επομένως, είναι απαραίτητη η γνώση των φυσιολογικών παραλλαγών και η άμεση αναγνώριση τους ώστε να τεθεί η σωστή διάγνωση και ο ασθενής να αντιμετωπιστεί ορθά.

AA07

ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ Η ΑΠΟΛΕΠΙΣΗ ΟΝΥΧΩΝ ΜΕ ΤΗ ΛΗΨΗ ELEXACAFTOR / TEZACAFTOR/IVACAFTOR;

Πετροχειλίου Αργυρή¹, Μουστάκη Μαρία¹, Ζαρκάδα Ιωάννα¹, Τρουπή Ευγενία¹, Ζαραφωνίτης Γεώργιος², Λούκου Ιωάννα¹

¹ Τμήμα Κυστικής Ίνωσης, Νοσοκομείο Παιδων «Η Αγία Σοφία»

² Δερματολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Παιδων «Η Αγία Σοφία»

Εισαγωγή: Οι νεότερες αιτιολογικές θεραπείες στην κυστική ίνωση έχουν ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της κλινικής πορείας των ασθενών και του προσδόκιμου επιβίωσης. Στα πλαίσια της φαρμακοεπαγρύπνισης αναφέρουμε τα παρακάτω περιστατικά απολέπισης ονύχων τα οποία πιθανόν να σχετίζονται με τη λήψη Elexacaftor/Tezacaftor/Ivacaftor.



Αναρτημένες Ανακοινώσεις

Παρουσίαση Περιστατικών:

1. Πρόκειται για κορίτσι έξι ετών σήμερα το οποίο παρακολουθείται στο Τμήμα Κυστικής Ίνωσης το οποίο παρουσίασε απολέπιση ονύχων χειρών και ποδών ένα μήνα μετά την έναρξη θεραπείας με Elexacaftor/Tezacaftor/Ivacaftor,
2. Πρόκειται για αγόρι 13 ετών το οποίο επίσης εμφάνισε απολέπιση ονύχων χειρών και ποδών με τη λήψη Elexacaftor/Tezacaftor/Ivacaftor.

Και στις δύο περιπτώσεις δεν είχε παρατηρηθεί απολέπιση ονύχων με προηγούμενες θεραπείες με τροποποιητές του διαύλου CFTR. Υφέθηκε με την εφαρμογή ενυδατικής κρέμας.

Συζήτηση: Η απολέπιση ονύχων σχετίζεται συνήθως με φλεγμονή, λοιμώξεις, έλλειψη βιταμινών και ιχνοστοιχείων, αλλά και επαφή με χημικά, απορροπαντικά ή με χρήση φαρμάκων. Δεν έχει αναφερθεί όμως ως ανεπιθύμητη ενέργεια του εν λόγω φαρμακευτικού συνδυασμού. Έχει υποστηριχθεί στο παρελθόν ότι σχετίζεται με το ποσοστό ύδατος των ονύχων.

Συμπεράσματα: Ο φαρμακευτικός συνδυασμός Elexacaftor/Tezacaftor/Ivacaftor πιθανώς σχετίζεται με απολέπιση ονύχων.

ΑΑ08

ΔΙΠΛΑΣΙΑΣΜΟΣ CFTR DUP1_11 ΚΑΙ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Πετροχείλου Αργυρή¹, Ζαρκάδα Ιωάννα¹, Μουστάκη Μαρία¹, Τρουπή Ευγενία¹, Τζέτη Μαρία², Λούκου Ιωάννα¹

¹ Τμήμα Κυστικής Ίνωσης, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»

² Εργαστήριο Γενετικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Εισαγωγή: Η κυστική ίνωση οφείλεται σε μεταλλάξεις του γονιδίου CFTR και κληρονομείται με τον αυτοσωματικό υπολειπόμενο χαρακτήρα. Ο φαινότυπος των ασθενών δεν αντιστοιχεί πάντα στον γονότυπο. Το περιστατικό που παρουσιάζεται παρουσίασε διαφορετική κλινική εικόνα από την προβλεπόμενη σύμφωνα με τα μοντέλα που χρησιμοποιήθηκαν.

Παρουσίαση Περιστατικού: Πρόκειται για αγόρι τριών ετών σήμερα το οποίο παρακολουθείται στο Τμήμα Κυστικής Ίνωσης καθώς ανευρέθηκαν δύο μεταλλάξεις κυστικής ίνωσης στα πλαίσια προγεννητικού ελέγχου. Η μετάλλαξη μητρικής προέλευσης είναι η F508del ενώ η μετάλλαξη πατρικής προέλευσης ο διπλασιασμός των εξονίων 1-11 (CFTRDUP1_11). Ο διπλασιασμός αυτός δεν ήταν καταχωρημένος στις βάσεις δεδομένων και η γενετική συμβουλευτική βασίστηκε σε μικρότερους διπλασιασμούς σε κοντινή περιοχή που οδηγούν σε κλασική κυστική ίνωση. Ο ασθενής είχε αρνητικό νεογνικό ανιχνευτικό έλεγχο, οριακό χλώριο στη δοκιμασία χλωριούχων ιδρώτα (Cl⁻= 33,8 και 31 mmol/L), φυσιολογική ελαστικότητα κοπράνων. Ως σήμερα δεν έχει παρουσιάσει κλινική συμπτωματολογία και αναπτύσσεται φυσιολογικά.

14^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

18-20 Οκτωβρίου 2024

The Met Hotel • Θεσσαλονίκη

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

Συμπέρασμα: Ο γονότυπος δεν αντιστοιχεί πάντα στον προβλεπόμενο φαινότυπο στην κυστική ίνωση καθιστώντας δύσκολη την γενετική συμβουλευτική προγεννητικά.

AA09

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ ΠΟΥ ΕΛΑΒΕ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ELEXA CAFTOR/TEZACAFTOR/IVACAFTOR ΕΚΤΟΣ ΕΓΚΕΚΡΙΜΕΝΩΝ ΕΝΔΕΙΞΕΩΝ ΜΕ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ

Ζαρκάδα Ιωάννα, Μουστάκη Μαρία, Πετροχείλου Αργυρή, Τρουπή Ευγενία, Λούκου Ιωάννα

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

Εισαγωγή: Οι τροποποιητές της CFTR πρωτεΐνης και ιδιαίτερα ο τριπλός συνδυασμός elxacaftor/tezacaftor/ivacaftor έχουν αλλάξει δραστικά το τοπίο στην θεραπεία της κυστικής ίνωσης. Το συγκεκριμένο φάρμακο έχει λάβει έγκριση από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων (EMA) για χορήγηση σε ασθενείς που στο γονότυπό τους φέρουν τουλάχιστον μία φορά την μετάλλαξη F508del.

Σκοπός: Παρουσίαση περίπτωσης έφηβης 15 ετών με κυστική ίνωση, σοβαρή πνευμονοπάθεια, συχνές νοσηλίες και περιστασιακά επεισόδια αιμοπτύσεων, η οποία τέθηκε σε αγωγή με elxacaftor/tezacaftor/ivacaftor, χωρίς να έχει έγκριση από τον EMA παρά μόνο από τον FDA (ΗΠΑ) για τον γονότυπό της. Με την έναρξη της αγωγής, η έφηβη παρουσίασε αξιοσημείωτη κλινική ανταπόκριση με αύξηση του σωματικού της βάρους, υποχώρηση του χρόνιου βήχα, σημαντική βελτίωση των σπироμετρήσεών της, ενώ δεν έχει χρειαστεί να νοσηλευτεί έκτοτε.

Συμπεράσματα: Ο τριπλός συνδυασμός elxacaftor / tezacaftor / ivacaftor αποδεικνύεται ιδιαίτερα αποτελεσματικός και σε ασθενείς που στον γονότυπό τους δεν φέρουν την F508del μετάλλαξη. Πιθανώς θα πρέπει να διευρυνθεί η χορήγησή του, έστω δοκιμαστικά, και σε ασθενείς με άλλες μεταλλάξεις.

AA10

ΑΥΤΟΜΑΤΟ ΠΝΕΥΜΟΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΟ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΣΘΜΑΤΙΚΟ ΠΑΡΟΞΥΣΜΟ ΣΕ ΑΓΟΡΙ 13 ΕΤΩΝ

Χατζηπαντελή Αναστασία¹, Σωτηρίου Σπυριδούλα¹, Δημογεροντάκη Αφροδίτη¹, Μαγουλά Μαρούσα¹, Σουλοπούλου Μαρία Αρετή¹, Μαυρέλου Μυρσίνη¹, Γκόβερνη Παναγιώτα¹, Ευθυμιοπούλου Μαργαρίτα¹, Παπαγιαννίδη Μαρίνα¹, Ιωαννίδου Γερίνα¹

¹ Παιδιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου, Κορίνθος

Εισαγωγή: Το πνευμομεσοθωράκιο, η παρουσία ελεύθερου αέρα στο μεσοθωράκιο, ανήκει στα σύνδρομα διαφυγής αέρα. Διακρίνεται σε πρωτοπαθές ή αυτόματο και σε δευτεροπαθές (σε έδαφος υποκειμένου νοσήματος, χειρουργικής επέμβασης ή μηχανικού αερισμού).

Σκοπός: Περιγράφεται κλινική περίπτωση πνευμομεσοθωρακίου επί ασθματικού παροξυσμού, η διάγνωση και η θεραπεία του.



Ελληνική
Παιδοπνευμονολογική
Εταιρεία

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

Υλικό: Αγόρι 13 ετών με θετικό ιστορικό ασθματικών παροξυσμών προσκομίστηκε λόγω προοδευτικά επιδεινούμενης αναπνευστικής δυσχέρειας εκπνευστικού τύπου επί ιογενούς λοιμώξεως του ανώτερου αναπνευστικού. Από 3ημέρου παρουσίαζε εμπύρετο ως 38οC και επιδεινούμενο ξηρό παροξυσμικό βήχα. Η κλινική εξέταση ανέδειξε ταχύπνοια, αραιούς συρρίκτοντες ρόγγους (AP) βάσης και παράταση εκπνοής. Εισήχθη και αντιμετωπίστηκε με εισπνεόμενα βρογχοδιασταλτικά. Κατά το 1^ο 24ωρο νοσηλείας, παρουσιάστηκε ήχος τριβής παραστερνικά αριστερά, θετικό σημείο Hamman και κριγμός στα μαλακά μόρια του πρόσθιου θωρακικού τοιχώματος. Διενεργήθηκε ΗΚΓ και υπερηχογράφημα καρδιάς που ήταν φυσιολογικά.

Μέθοδος: Η ακτινογραφία θώρακος ανέδειξε μικρού βαθμού πνευμομεσοθωράκιο αριστερά παρακαρδιακά με συνοδό υποδόριο εμφύσημα τραχήλου. Ο ασθενής υπεβλήθη σε έλεγχο για ινοκυστική νόσο (Τεστ ιδρώτα: αρνητικό).

Αποτέλεσμα: Η διάγνωση που τέθηκε ήταν το δευτεροπαθές πνευμομεσοθωράκιο ως επιπλοκή του ασθματικού παροξυσμού. Αντιμετωπίστηκε με συστηματική χορήγηση οξυγόνου.

Συμπέρασμα: Το δευτεροπαθές πνευμομεσοθωράκιο στην παιδική ηλικία είναι μια σπάνια, καλοήθης, συνήθως αυτοϊώμενη κατάσταση και αποτελεί το 2-5% των επιπλοκών του ασθματικού παροξυσμού. Η διάγνωσή βασίζεται στην αναλυτική κλινική εξέταση και επαγρύπνηση.

AA11

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΣΤΟΝ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟ ΑΤΟΠΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 10-12 ΕΤΩΝ

Τολίδου Αλίκη Νικολίνα¹, Βαλαβάνη Ευδοξία², Κωστοπούλου Βασιλική¹, Δούρος Κωνσταντίνος³

¹ Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών "Παιδιατρική Πνευμονολογία", Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα

² Β' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική κλινική, Γ.Ν. Παιδων Αθηνών "Π. & Α. Κυριακού", Αθήνα

³ Γ' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική κλινική, Γ.Ν. "Αττικόν", Αθήνα

Εισαγωγή: Τα ατοπικά νοσήματα αποτελούν βασική αιτία νοσηρότητας της παιδικής ηλικίας. Το επίπεδο εκπαίδευσης των γονέων, ως κοινωνικός προσδιοριστής της υγείας, επηρεάζει τον επιπολασμό τους.

Σκοπός: Διερεύνηση της συσχέτισης του επιπέδου εκπαίδευσης γονέων με το άσθμα, την αλλεργική ρινίτιδα και το έκζεμα σε παιδιά σχολικής ηλικίας.

Υλικό: Αναλύθηκαν δεδομένα από ερωτηματολόγια, τα οποία συμπληρώθηκαν από 379 παιδιά, ηλικίας 10-12 ετών.

Μέθοδος: Χρησιμοποιήσαμε μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης στο οποίο συμπεριλήφθηκαν οι συγχυτικοί παράγοντες: φύλο, ατοπία γονέων, κάπνισμα,

14^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

18-20 Οκτωβρίου 2024

The Met Hotel • Θεσσαλονίκη

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

αριθμός αδερφών, καισαρική τομή, προωρότητα, νοσηλεία MENN, θηλασμός, παρακολούθηση παιδικού σταθμού, άσκηση, παχυσαρκία. Το επίπεδο εκπαίδευσης ορίστηκε ως η υψηλότερη βαθμίδα μεταξύ των γονέων και κατηγοριοποιήθηκε σε χαμηλό (δευτεροβάθμια εκπαίδευση: 100 γονείς) και υψηλό (τριτοβάθμια εκπαίδευση: 279 γονείς).

Αποτελέσματα: Ο επιπολασμός της αλλεργικής ρινίτιδας ανεύρεθη 24% στην ομάδα χαμηλού επιπέδου εκπαίδευσης και 20% στην ομάδα υψηλού επιπέδου. Ο επιπολασμός του εκζέματος ήταν 31% και 26%, αντίστοιχα. Η ανάλυση ανέδειξε ότι παιδιά γονέων με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης είναι 45% και 40% λιγότερο πιθανό να έχουν αλλεργική ρινίτιδα (aOR:0,546, 95%CI:0,299-0,997) και έκζεμα (aOR:0,592, 95%CI:0,345-1,016), αντίστοιχα, σε σύγκριση με παιδιά γονέων χαμηλότερου επιπέδου εκπαίδευσης. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ άσθματος και επιπέδου εκπαίδευσης (aOR:1,94, 95%CI:0,6-6,4).

Συμπεράσματα: Το επίπεδο εκπαίδευσης των γονέων επηρεάζει την πιθανότητα εμφάνισης ατοπικών νοσημάτων στα παιδιά.

AA12

ΑΥΞΗΣΗ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΠΝΕΥΜΟΜΕΣΟΠΝΕΥΜΟΝΙΟΥ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ Η ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΥΠΟΨΙΑ;

Σιδηρόπουλος Θεόδωρος-Κωνσταντίνος, Αγγελί Χρυσάνθη, Γελαδάρη Αναστασία, Γαλλή-Τσινοπούλου Ασημούλα, Χαϊδοπούλου Αικατερίνη
B' Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ Π.Γ.Ν.Θ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Το πνευμομεσοπνευμόνιο ορίζεται ως η παρουσία ελεύθερου αέρα στο μεσοθωράκιο. Διακρίνεται σε δευτεροπαθές (σε έδαφος υποκείμενου νοσήματος, χειρουργικής επέμβασης ή μηχανικού αερισμού) και πρωτοπαθές ή αυτόματο. Θεωρείται μια σπάνια κατάσταση στα παιδιά με κλινική εικόνα που μεταξύ ήπιας συμπτωματολογίας, οξέος θωρακικού άλγους και σοβαρής αναπνευστικής δυσχέρειας με ανάγκη θωρακοχειρουργικής παρέμβασης.

Σκοπός: Η περιγραφή 7 παιδιών με πνευμομεσοπνευμόνιο τα τελευταία 2 χρόνια στην κλινική μας.

Υλικό - Μέθοδος: Πρόκειται για 7 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν από 02/2022 έως 03/2024 με πνευμομεσοπνευμόνιο, 6 αγόρια και 1 κορίτσι, από 6,5 μέχρι 15 χρονών. Η διάγνωση τέθηκε με ακτινογραφία θώρακος και επιβεβαιώθηκε με αξονική τομογραφία που καθόρισε και την έκταση της διαφυγής.

Αποτελέσματα: Όλα τα παιδιά προσήλθαν αιτιώμενα οξύ θωρακικό άλγος. Δύο ασθενείς είχαν εκτεταμένο υποδόριο εμφύσημα με ψηλαφητό κριγμό σε θωρακικό τοίχωμα και τράχηλο, δύο παρουσίασαν ήχο τριβής στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα (σημείο Hamman) με αποτέλεσμα να τεθεί αρχικά η υποψία περικαρδίτιδας, ενώ ένας ασθενής παρουσίασε πνευμοθώρακα. Όλοι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά με κλινοστατισμό και χορήγηση οξυγόνου και κατά περίπτωση με αντιασθματική και αντίκη/αντιβιοτική αγωγή. Ο ασθενής που εμφάνισε πνευμοθώρακα αντιμετωπίστηκε χειρουργικά με σωλήνα παροχέτευσης.



Αναρτημένες Ανακοινώσεις

Συμπεράσματα: Το πνευμομεσοπνευμόνιο θεωρείται σπάνια κατάσταση στα παιδιά με την διάγνωση να τίθεται εύκολα όταν συνοδεύεται από υποδόριο εμφύσημα. Η αυξημένη επίπτωση που καταγράφηκε μπορεί εν μέρει να εξηγηθεί από τα χαρακτηριστικά των ασθενών (έφηβοι, σωματότυπος, μη καλά ελεγχόμενο άσθμα, ενασχόληση με έντονα ανταγωνιστικά αθλήματα) αλλά και την αυξημένη κλινική και ακτινολογική υποψία του παιδιάτρου που οδηγεί στον εντοπισμό ακόμα και των πολύ ήπιων περιπτώσεων.

AA13

ΤΕΧΝΙΚΗ ΕΞΑΝΑΓΚΑΣΜΕΝΩΝ ΤΑΛΑΝΤΩΣΕΩΝ (FOT): ΜΙΑ ΝΕΑ ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΠΑΝΤΗΣΗΣ ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ICS-LABA ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΑΣΘΜΑ

Κόγιας Χρήστος¹, Σωπιάδου Αθηνά¹, Φούζας Σωτήριος², Βάντση Πετρίνα¹, Χρυσόχου Ελισαβέτ Άννα¹, Γαλογαύρου Μαρία¹, Χατζηναγόρου Ελπίδα¹

¹ Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, 3^ο Παιδιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

² Πανεπιστήμιο Πατρών, Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Παιδιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα, Ελλάδα

Εισαγωγή-σκοπός: Τα δεδομένα της τεχνικής εξαναγκασμένων ταλαντώσεων (FOT) σε ασθενείς με άσθμα είναι περιορισμένα. Στόχος της μελέτης ήταν η μέτρηση της αναπνευστικής αντίστασης (Rrs) και της αέργυς αντίστασης (Xrs) σε έναν συνδυασμό παιδιών και εφήβων με άσθμα που έλαβαν ρυθμιστική αγωγή με τον συνδυασμό ICS-LABA για 1 μήνα και η συσχέτιση των παραμέτρων της ταλαντωσιμετρίας με τις αντίστοιχες της σπιρομέτρησης, της τεχνικής έκπλυσης αδρανούς αερίου με πολλαπλές αναπνοές (N2MBW) και του εκπνεόμενου NO (FeNO).

Υλικό - Μέθοδος: Ασθενείς με άσθμα που ελάμβαναν ρυθμιστική αγωγή με τον συνδυασμό ICS-LABA και παρακολουθούνταν στο Παιδοπνευμονολογικό Ιατρείο του ΓΝΘ Ιπποκρατείου υποβλήθηκαν σε σπιρομέτρηση, N2MBW, FeNO και FOT. Εκτιμήθηκε η ποσοστιαία μεταβολή των παραμέτρων των δοκιμασιών πριν και 1 μήνα μετά την έναρξη της θεραπείας.

Αποτέλεσμα: Βρέθηκε αύξηση του FEV1 (7,6±13%) και του FEF75 (19,7±29,5%) και μείωση των Rrs (-9,2±20,9%), Xrs (-16,3±26,9%) και FeNO (-19±52,6%) ένα μήνα μετά την έναρξη του συνδυασμού ICS-LABA. Βρέθηκε επίσης σημαντική βελτίωση ως απόκριση στα βρογχοδιασταλτικά για τον FEV1 (11,9±7,2vs.4,2±4,1%·p<0,001), FEF75 (44,4±39,5vs.24,1±27,4%·p=0,023) και Rrs (-29,5±11,9vs.-17,9±14,3%·p=0,004). Η μείωση του FeNO συσχετίστηκε σημαντικά με το Rrs (rho=0,467·p=0,014) και τη μείωση Xrs (0,412·p=0,033). Η μείωση του Rrs θα μπορούσε να προβλέψει τη μείωση του FeNO με 90,5% ευαισθησία και 83,3% ειδικότητα.

Συμπέρασμα: Οι παράμετροι της FOT, Rrs και Xrs, μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση της απόκρισης του άσθματος στον συνδυασμό ICS-LABA και την παρακολούθηση της βελτίωσης της φλεγμονής των αεραγωγών σε παιδιά με άσθμα που ξεκινούν τη χρόνια αντιασθματική αγωγή.

14^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

18-20 Οκτωβρίου 2024

The Met Hotel • Θεσσαλονίκη

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

AA14

ΛΟΙΜΩΞΗ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕ ΕΜΒΟΛΙΟ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΟΥ ΣΕ ΠΑΙΔΙ 10 ΕΤΩΝ

**Δημογεροντάκη Αφροδίτη¹, Σωτηρίου Σπυριδούλα¹, Μαγουλά Μαρούσα¹,
Γκόβερνη Παναγιώτα¹, Χατζηπαντελή Αναστασία¹, Σουλοπούλου Μαρία-Αρετή¹,
Μαυρέλου Μυρτώ-Μυρσίνη¹, Ευθυμιοπούλου Μαργαρίτα¹, Παπαγιαννίδη Μαρίνα¹,
Ιωαννίδου Γερίνα¹**

¹ Παιδιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου, Κόρινθος

Εισαγωγή: Οι ανεπιθύμητες ενέργειες των εμβολίων σπανίζουν, ωστόσο η ιατρική κοινότητα οφείλει να τις γνωρίζει και να ενημερώνουν για τυχόν εμφάνισή τους.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι η επικαιροποίηση των ανεπιθύμητων παρενεργειών ανοσοποίησης.

Υλικό: Παρουσιάζεται περιστατικό λοίμωξης μαλακών μορίων μετά από ανοσοποίηση με εμβόλιο έναντι πνευμονιοκόκκου.

Μέθοδος: Έφηβος ηλικίας 11 ετών προσκομίστηκε λόγω αναφερόμενου εμπυρέτου από 2.5 24ωρα (θmax: 39.5°C, ΠΚ/3ωρο), με συνοδό φλεγμαιουσα βλάβη στο δελτοειδή μυ. Από το α/α: αναφέρεται ανοσοποίηση με εμβόλιο έναντι του πνευμονιοκόκκου προ 24ωρου. Από την κλινική εξέταση ήταν αιμοδυναμικά σταθερός, απύρετος, με οίδημα, ερυθρότητα και ευαισθησία στο ΔΕ δελτοειδή μυ.

Αποτελέσματα: Ελήφθη ε/ε: WBC:32.600/μL, Π: 92.1%, CRP: 281.4 mg/L. Εισήχθη στην κλινική για ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή με κεφοταξίμη και κλινδαμυκίνη. Στην καλλιέργεια αίματος απομονώθηκε *Staphylococcus hominis*. Ο ασθενής παρουσίασε κλινικοεργαστηριακή βελτίωση, με σύσταση για ανοσολογικό έλεγχο. Στον έλεγχο διαπιστώθηκαν μειωμένες τιμές ανοσοσφαιρινών IgA, IgM, IgE και IGG-3.

Συμπεράσματα: Η ύπαρξη τέτοιας κλινικής εικόνας κυτταρίτιδας μετά από ανοσοποίηση και τέτοιας αύξησης των δεικτών φλεγμονής δε συναντάται συχνά. Παιδιά με αυτή την κλινική εικόνα θα πρέπει να διερευνώνται περαιτέρω καθώς μπορεί να υποκρύπτεται κάποιο ανοσολογικό έλλειμμα.

AA15

ΝΗΠΙΟ ΜΕ ΠΤΩΞΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΣΥΝΕΙΔΗΣΗΣ ΚΑΙ ΥΠΟΞΥΓΟΝΑΙΜΙΑ

**Γκόβερνη Παναγιώτα, Σωτηρίου Σπυριδούλα, Ευθυμιοπούλου Μαργαρίτα,
Παπαγιαννίδη Μαρίνα, Δημογεροντάκη Αφροδίτη, Μαυρέλου Μυρσίνη,
Χατζηπαντελή Αναστασία, Μαγουλά Μαρούσα, Σουλοπούλου Μαρία-Αρετή,
Ιωαννίδου Γερίνα**

Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου, Κόρινθος

Εισαγωγή: Η υποξυγοναιμία ως κλινικό σημείο μπορεί να συνοδεύει μια πληθώρα νοσημάτων.

Σκοπός: Να τονιστεί η ανάγκη υψηλού δείκτη υποψίας για άτυπες εκδηλώσεις συχνών παιδιατρικών καταστάσεων.

Υλικό - Μέθοδος: Άρρεν νήπιο 3 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, προσκομίστηκε λόγω αναφερόμενου επεισοδίου απώλειας αισθήσεων με



Ελληνική
Παιδοπνευμονολογική
Εταιρεία

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

χαλαρότητα κορμού και άκρων, διάρκειας 3 λεπτών. Δύο ώρες πριν, είχε προηγηθεί ένας έμετος. Το νήπιο ήταν ωχρό, ληθαργικό, αντιδρώντας μόνο στα επώδυνα ερεθίσματα (P κατά AVPU). Από την Α/Ε διαπιστώθηκε υποξυγοναιμία ($SpO_2=82\%$), ταχυκαρδία (HR=137/min), ταχύπνοια (RR=45/min) με ΑΠ 79/60 και $\theta=36,7$. Από την ακρόαση των πνευμόνων, είχαμε καλή είσοδο αέρα, χωρίς σημεία αναπνευστικής δυσχέρειας, ενώ δεν διαπιστώθηκε οίδημα σταφυλής ή κάποιο άλλο παθολογικό εύρημα. Ο ε/ε και η ακτινογραφία θώρακος ήταν κατά φύσιν. Ετέθη σε οξυγόνο, με το οποίο διατηρούσε SpO_2 92%, χωρίς ωστόσο βελτίωση του επιπέδου συνείδησης.

Αποτελέσματα: Λαμβάνοντας εκ νέου το ιστορικό, διαπιστώθηκε πως είχε καταναλωθεί ένα φουντούκι για πρώτη, μάλιστα, φορά. Αμέσως χορηγήθηκε αδρεναλίνη με ταχεία ανταπόκριση του ασθενούς.

Συμπεράσματα: Η υποξυγοναιμία ως το μοναδικό σημείο συμμετοχής του αναπνευστικού συστήματος, αποτελεί μία ασυνήθιστη εκδήλωση αναφυλαξίας, η οποία μάλιστα εκδηλώθηκε ώρες μετά την επαφή με το αλλεργιογόνο. Επιπλέον, δεν υπήρχε συμμετοχή δέρματος και βλεννογόνων (10% των περιπτώσεων). Στις άτυπες εκδηλώσεις αναφυλαξίας, απαιτείται επιμονή στη λήψη λεπτομερούς ιστορικού και, συχνά, χορήγηση αδρεναλίνης ακόμα και χωρίς την πλήρη βεβαιότητα της διάγνωσης.

AA16

ΒΡΕΦΟΣ ΗΛΙΚΙΑΣ 6 ΜΗΝΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑ ΚΑΙ ΛΕΥΚΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗ

Μαγουλά Μαρούσα, Σωτηρίου Σπυριδούλα, Ευθυμιοπούλου Μαργαρίτα, Δημογεροντάκη Αφροδίτη, Μαυρέλου Μυρσίνη, Γκόβενη Παναγιώτα, Χατζηπαντελή Αναστασία, Ιωαννίδου Γερίνα

Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου, Κορίνθος

Εισαγωγή: Με τον όρο λευκοκυττάρωση αναφερόμαστε σε αύξηση του αριθμού των λευκοκυττάρων πάνω από δύο τυπικές αποκλίσεις από τη μέση τιμή (για την βρεφική ηλικία έως 17.500 cells/microL).

Σκοπός: Είναι να εφιστίσουμε την προσοχή στην παιδιατρική κοινότητα για την έξαρση μιας νόσου που μπορεί να προβάλλει με την παραπάνω άτυπη κλινική εικόνα.

Υλικό - Μέθοδος: Βρέφος άρρεν ηλικίας 6 μηνών, με ελεύθερο ατομικό και περιγεννητικό ιστορικό και ελλιπή εμβολιαστική κάλυψη, προσκομίζεται λόγω αναπνευστικής δυσχέρειας από ωρών. Η παρούσα νόσος άρχεται από 10ημέρου όπου παρουσίασε σταδιακά επιδεινούμενο παροξυσμικό βήχα. Κατά την κλινική εξέταση ο ασθενής είναι αιμοδυναμικά σταθερός ($\Theta:36,9$, $SpO_2:98\%$, HR:172/min) ενώ παρουσιάζει κοιλιακή αναπνοή, εισολκές ευένδοτων σημείων (υποχονδρίων), ταχύπνοια (RR:67/min) και ακροαστικά υγρούς ρόγχους και συρίττοντες άμφω. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε αυξημένους δείκτες φλεγμονής (CRP:90,6) και λευκοκυττάρωση με λεμφοκυττάρωση (WBC:39.200→45.000, Lymph:73,4%→87,2%,

14^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

18-20 Οκτωβρίου 2024

The Met Hotel • Θεσσαλονίκη

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

Neut:19,1) που επιβεβαιώθηκε και με μικροσκοπήση (αρκετά λεμφοκύτταρα με εντομή) ενώ η ακτινογραφία θώρακος δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα.

Αποτελέσματα: Στην καλλιέργεια φαρυγγικών εκκρίσεων απομονώθηκε αιμόφιλος του κοκκύτη και ο ασθενής έλαβε από του στόματος μακρολίδη (κλαριθρομυκίνη), εισπνεόμενα βρογχοδιασταλτικά (σαλβουταμόλη, βουδεσονίδη) και ενδοφλέβια μεθυλπρεδνιζολόνη, με σταδιακή κλινικοεργαστηριακή βελτίωση.

Συμπεράσματα: Ο κοκκύτης οφείλεται σε λοίμωξη από το gram αρνητικό βακτήριο *Bordetella pertussis* και χαρακτηρίζεται από παροξυσμικό βήχα, εισπνευστικό σιγμό και μεταβηχικούς εμέτους. Η λευκοκυττάρωση οφείλεται στην κοκκυτική τοξίνη (Pertussis Toxin) η οποία διεγείρει και τα λεμφοκύτταρα ενώ πολύ υψηλά επίπεδα λευκών αιμοσφαιρίων σχετίζονται με κακή πρόγνωση στα νοσηλεύόμενα βρέφη.

AA17

ΕΜΠΥΗΜΑ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΑΛΛΑ ΣΟΒΑΡΗ ΝΟΣΟΣ

**Μαυρέλου Μυρσίνη¹, Γκόβερνη Παναγιώτα¹, Μαγουλά Μαρούσα¹,
Σουλοπούλου Μαρία Αρετή¹, Χατζηπαντελή Αναστασία¹, Δημογεροντάκη Αφροδίτη¹,
Ευθυμιοπούλου Μαργαρίτα¹, Παπαγιαννίδη Μαρίνα¹, Ιωαννίδου Γερίνα¹,
Σωτηρίου Σπυριδούλα¹**

¹ Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου, Κορίνθος

Εισαγωγή: Το εμπύημα στην παιδική ηλικία είναι μια σοβαρή επιπλοκή, κυρίως της βακτηριακής πνευμονίας, που μπορεί να διαδράμει με άτυπη κλινική εικόνα. Συνηθέστερο αίτιο είναι gram(+) βακτήρια κυρίως του γένους *Streptococcus*. Ο επιπολασμός του εμπυήματος είναι 0.6% σε ασθενείς με βακτηριακή πνευμονία και η θνησιμότητα κυμαίνεται μεταξύ 5%-30% αν δεν τεθεί κατάλληλη αγωγή ή υπάρχουν συννοσηρότητες.

Σκοπός: Ενημέρωση της παιδιατρικής κοινότητας για τον κίνδυνο του εμπυήματος σε ασθενείς με άτυπη κλινική εικόνα.

Υλικό: Ασθενής με άτυπη κλινική εικόνα επιπλεγμένης πνευμονίας.

Μέθοδος: Παιδί άρρεν 5 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό προσκομίσθηκε, λόγω πυρετού από 7 24ωρα χωρίς συνοδά συμπτώματα. Λόγω των ακροαστικών ευρημάτων (σιγή στο αρ ημιθωράκιο), του ε/ε (wbc:16.000/μL, neu:80%, cpr:150mg/dl) και των ακτινολογικών ευρημάτων (εκτεταμένη συλλογή υγρού στο αρ ημιθωράκιο, υπερδιατασηή του και παρεκτόπιση της τραχείας προς τα δεξιά) τέθηκε η διάγνωση της επιπλεγμένης παραπνευμονικής συλλογής στα πλαίσια πνευμονίας. Το εμπύημα ταξινομήθηκε σε στάδιο 2, ενδιάμεσο, ινοπυώδες λόγω ευρημάτων από τον απεικονιστικό έλεγχο και από το δείγμα που λήφθηκε από την θωρακοκέντηση. Στην καλλιέργεια υγρού αναπτύχθηκε πνευμονιόκοκκος. Λόγω της εμφάνισης επιπλοκών, πνευμονοθώρακας και υποδόριο εμφύσημα, ο ασθενής παρέμεινε σε πολυήμερη νοσηλεία με χορήγηση διπλής αντιβιοτικής αγωγής (κεφοταξίμη - κλινδαμυκίνη) και εντατική παρακολούθηση.



Ελληνική
Παιδοπνευμονολογική
Εταιρεία

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

Αποτελέσματα-Συμπεράσματα: Το εμπύημα είναι λοιμώδης νόσος με αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών και θνησιμότητας και πρέπει πάντα να λαμβάνεται υπόψιν σε παρατεταμένο πυρετό ακόμα και χωρίς την ύπαρξη συνοδών συμπτωμάτων από το αναπνευστικό.

AA18

ΜΑΓΝΗΣΙΟ: ΕΝΑΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΣ ΣΥΜΜΑΧΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑΣ

Μαυρέλου Μυρσίνη¹, Γκόβερνη Παναγιώτα¹, Μαγουλά Μαρούσα¹, Σουλοπούλου Μαρία Αρετή¹, Χατζηπαντελή Αναστασία¹, Δημογεροντάκη Αφροδίτη¹, Ευθυμιοπούλου Μαργαρίτα¹, Παπαγιαννίδη Μαρίνα¹, Ιωαννίδου Γερίνα¹, Σωτηρίου Σπυριδούλα¹

¹ Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου, Κόρινθος

Εισαγωγή: Το μαγνήσιο παίζει σημαντικό ρόλο στη δομή και τη λειτουργία του αναπνευστικού συστήματος μέσω της αντιοξειδωτικής, αντιφλεγμονώδους δράσης του και της συμβολής του στη χάλαση των λείων βρογχικών μυών η οποία επιτυγχάνεται με αναστολή διαύλων ασβεστίου.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι η ενημέρωση για τη συμβολή του μαγνησίου σε φλεγμονώδεις νόσους του πνεύμονα.

Υλικό: Παρουσιάζεται κλινική περίπτωση εφήβου με εμμένουσα αναπνευστική δυσχέρεια.

Μέθοδος: Ασθενής άρρεν 14 ετών προσκομίζεται λόγω αναπνευστικής δυσχέρειας με συνοδά υποξυγοναιμία (So₂:88%), βήχα και εμπύρετο διάρκειας 2 24ωρων. Λόγω της κλινικής εικόνας, του εργαστηριακού ελέγχου (wbc:11.200/μl, NEU:75%, cpr:50mg/l), των ακροαστικών και των ακτινολογικών ευρημάτων τέθηκε η διάγνωση της πνευμονίας. Το 2^ο 24ωρο λόγω επιδείνωσης της κλινικής εικόνας τέθηκε σε αγωγή με εισπνεόμενα βρογχοδιασταλτικά, χορήγηση O₂ με μάσκα Venturi 50%, ενδοφλέβια χορήγηση μεθυλπρενδιζολόνης και ενδοφλέβια διπλή αντιβιοτική αγωγή (κεφοταξίμη - κλινδαμυκίνη) χωρίς όμως βελτίωση. Λόγω της επιδείνωσης της αναπνευστικής δυσχέρειας στην αγωγή προστέθηκεθειικό μαγνήσιο (50mg/kg). Μετά την ενδοφλέβια χορήγηση τουθειικού μαγνησίου παρατηρήθηκε σταδιακή βελτίωση της κλινικής εικόνας και ύφεση της αναπνευστικής δυσχέρειας.

Αποτελέσματα - Συμπεράσματα: Έχει παρατηρηθεί ότι η προσθήκη μαγνησίου στη αγωγή ασθενών με φλεγμονώδεις νόσους των πνευμόνων έχει μειώσει το διάστημα νοσηλείας, την εισαγωγή σε ΜΕΘ και την θνητότητα.

14^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

18-20 Οκτωβρίου 2024

The Met Hotel • Θεσσαλονίκη

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

AA19

ΥΠΕΖΩΚΟΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΩΣ ΠΡΩΙΜΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΝΟΣΟΥ KAWASAKI: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Παπασάββα Μαργαρίτα-Ευθαλία¹, Τσανάκα Βασιλική¹, Γραμμενιάτης Βασίλειος¹,
Ηλιάδης Ανδρέας², Λάγκα Ευμορφία¹, Γκέτση Βασιλική¹

¹ Παιδιατρικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

² Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παιδών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Πατρών «Παναγία η Βοήθεια», Πάτρα

Εισαγωγή: Η πνευμονική προσβολή στη νόσο Kawasaki (NK) είναι σπάνια (1.3 %). Το αξιοσημείωτο σε αυτές τις περιπτώσεις είναι πως τα συμπτώματα από το αναπνευστικό προηγούνται, κατά μέσο όρο 12.5 ημέρες, των σημείων που παραπέμπουν στη διάγνωση της NK.

Σκοπός: Η παρουσίαση περίπτωσης παιδιού με ατελή NK και πνευμονική προσβολή.

Παρουσίαση περίπτωσης: Αγόρι 4.5 ετών προσκομίστηκε λόγω πυρετού και βήχα από τετραήμερου. Είχε γενικευμένο μικροκηλιδώδες εξάνθημα και ερυθρότητα στοματικού βλεννογόνου. Ο εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξαν: λευκοκυττάρωση, υψηλούς δείκτες λοίμωξης, πλευριτικές συλλογές αμφοτερόπλευρα. Χορηγήθηκαν κεφοταξιμη/κλινδαμυκίνη. Την 8^η ημέρα νοσηλείας ο πυρετός συνεχιζόταν, παρουσιάστηκε επιδείνωση των εργαστηριακών και απεικονιστικών ευρημάτων, θρομβοκυττάρωση, απολέπιση στα δάκτυλα των ποδιών και περιστοματικά. Ο ασθενής πληρούσε τα κριτήρια της ατελούς NK. Ο καρδιολογικός έλεγχος ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα. Χορηγήθηκε γ-σφαιρίνη και ασπιρίνη. Ο πυρετός υποχώρησε άμεσα, ενώ οι υπεζωκοτικές συλλογές σε 5 εβδομάδες. Χορηγήθηκε αντιβιοτική αγωγή για 5 εβδομάδες και ασπιρίνη για 2 μήνες. Οι καρδιολογικοί επανέλεγχοι ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα.

Συμπεράσματα: Η πνευμονική συμμετοχή σε NK είναι ασυνήθιστη και συνήθως προηγείται των κλασικών συμπτωμάτων της νόσου. Πνευμονία που δεν ανταποκρίνεται στην αντιβιοτική αγωγή, μπορεί να υποδηλώνει NK. Ασθενείς με πνευμονική προσβολή είναι πιο πιθανό να έχουν καρδιακές επιπλοκές, λόγω καθυστερήσεων στη διάγνωση και τη θεραπεία.

AA20

ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΑΣ ΣΤΟ ΒΡΟΧΟΚΥΨΕΛΙΔΙΚΟ ΕΚΠΛΥΜΑ (BAL) ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΧΡΟΝΙΟ ΥΓΡΟ ΒΗΧΑ

Γραμμενιάτης Βασίλειος¹, Παπαδόπουλος Μάριος², Μορίκη Δάφνη²,

Πρίφτης Κώστας², Δούρος Κωνσταντίνος²

¹ Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, «Γ. Χατζηκώστα»,

² Παιδοαλλεργιολογική και Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Γ' Παιδιατρική Κλινική
Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Εισαγωγή: Ο χρόνιος υγρός βήχας είναι το κύριο σύμπτωμα της εμμένουσας βακτηριακής βρογχίτιδας (PBB). Η τεκμηρίωση της συνύπαρξης άσθματος είναι εξαιρετικά δύσκολη, ιδιαίτερα σε μικρά παιδιά.

Σκοπός: Η πιθανότητα συνύπαρξης άσθματος σε μικρά παιδιά με PBB.



Αναρτημένες Ανακοινώσεις

Μέθοδος: Συμπεριλήφθηκαν παιδιά 2-4 ετών με χρόνια υγρό βήχα, με μερική ανταπόκριση σε αντιβιοτική αγωγή τα τελευταία έξι έτη. Όλα τα παιδιά βρογχοσκοπήθηκαν και έγινε ανάλυση BAL. Τα κλινικά χαρακτηριστικά, τα απεικονιστικά ευρήματα, το ατοπικό ιστορικό, η ανταπόκριση στην αντιασματική αγωγή καταγράφηκαν. Παιδιά με πρόσφατη λοίμωξη αποκλείστηκαν.

Αποτελέσματα: 44 παιδιά με χρόνια υγρό βήχα βρογχοσκοπήθηκαν. Βακτήρια $>10^5$ /ml απομονώθηκαν σε 35 παιδιά (79.5%) - *H. influenzae* (19/35), *M. catarhalis* (9/35) και *St. pneumoniae* (7/35). Η κυτταρολογία του BAL ανέδειξε ήπια ηωσινοφιλία (2-8%) σε 14/44 των ασθενών. Συγκρίνοντας ασθενείς με ηωσινοφιλία στο BAL σε σχέση με εκείνους χωρίς ηωσινοφιλία, η πρώτη ομάδα έδειξε επαναλαμβανόμενα καλύτερη απάντηση στη σαλβουταμόλη και/ή σε εισπνεόμενα κορτικοειδή (14 vs 2 ασθενείς), επεισόδια συριγμού, (9 vs 2) και ατοπική δερματίτιδα (6 vs 1). Τα ηωσινόφιλα στην περιφέρεια ήταν φυσιολογικά και στις δύο ομάδες.

Συμπεράσματα: Η ηωσινοφιλία στο BAL μπορεί να χρησιμεύσει ως ένας δείκτης άσθματος σε μια υποομάδα παιδιών με PBB.

AA21

ΠΝΕΥΜΟΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΗ ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΟ ΑΣΘΜΑ

**Τόλα Ελόνα¹, Φιλίππου Όλγα¹, Τσούπρου Μαρία¹, Ζάχος Κωνσταντίνος¹,
Βουγιουκλάκη Αικατερίνη-Μαρία¹, Κωνσταντελάκη Μυρτώ¹,
Τσινόπουλος Βασίλειος¹, Καδίτης Αθανάσιος², Μπότσα Ευανθία¹**

¹ Α' Παιδιατρική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

² Α' Παιδιατρική κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

Εισαγωγή: Ως πνευμομεσοθωράκιο περιγράφεται η κατάσταση εκείνη που οφείλεται στην είσοδο αέρα στο συνδετικό ιστό του μεσοθωρακίου.

Σκοπός: Περιγραφή περίπτωσης ασθενούς με εκτενές πνευμομεσοθωράκιο σε έδαφος μη ελεγχόμενου άσθματος.

Μέθοδος - Υλικό: Αγόρι 9ετών, με ιστορικό συχνής χρήσης εισπνεόμενων βρογχοδιασταλτικών, προσκομίστηκε λόγω οξείας έναρξης θωρακίου άλγους και βήχα. Στην αντικειμενική εξέταση εμφάνιζε έντονη αναπνευστική δυσχέρεια, ταχύπνοια, υποξυγοναιμία (SatO₂ 91%), εκπνευστικό συριγμό και εκτεταμένο κριγμό (τράχηλος, άνω τρίτημόριο θώρακα). Διενεργήθηκε α/α θώρακος και αξονική θώρακος που ανέδειξαν εικόνα εκτεταμένου υποδόριου εμφυσήματος και πνευμομεσοθωρακίου.

Τέθηκε σε οξυγονοθεραπεία, ενδοφλέβια κορτικοειδή και εισπνεόμενα βρογχοδιασταλτικά. Η πορεία του χαρακτηρίστηκε από υποτροπές που πυροδοτούνταν από παροξυσμούς βήχα.

Εστάλη εκτενής έλεγχος προς αποκλεισμό κυστικής ίνωσης, ανοσοανεπάρκειας, αυτοανσίας και νοσημάτων του συνδετικού ιστού που ήταν φυσιολογικός. Ως βασική αιτία προκρίθηκε το υπόβαθρο του μη ελεγχόμενου άσθματος για τον έλεγχο του οποίου απαιτήθηκε αγωγή με κορτικοειδή σε υψηλή δόση για 3 εβδομάδες.

14^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

18-20 Οκτωβρίου 2024

The Met Hotel • Θεσσαλονίκη

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

Αποτέλεσμα: Εξήλθε με αγωγή με εισπνεόμενη φορμοτερόλη / βουδεσονίδη και κορτιζόνη χωρίς να παρουσιάσει νέα υποτροπή.

Συμπέρασμα: Πέραν των περιπτώσεων που σχετίζονται με τραύμα ή χειρουργική παρέμβαση, το μη ελεγχόμενο άσθμα είναι η συχνότερη αιτία εμφάνισης πνευμομεσοθωρακίου στα παιδιά και απαιτεί έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση. Η θεραπεία είναι συνήθως συμπτωματική και στηρίζεται στην οξυγονοθεραπεία και τον έλεγχο του υποκείμενου νοσήματος για το οποίο μπορεί να χρειαστεί μακροχρόνια νοσηλεία.

AA22

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΠΑΝΙΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΒΡΕΦΟΥΣ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ ΑΠΟΛΥΜΑ ΤΡΟΦΟΔΟΤΟΥΜΕΝΟ ΑΠΟ ΔΥΟ ΑΓΓΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΑΤΙΟΥΣΑ ΘΩΡΑΚΙΚΗ ΑΟΡΤΗ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Κοτζιά Δόξα¹, Ρόρρης Φίλιππος-Πασχάλης², Μπόμπος Δημήτριος²,

Λιούλιας Αχιλλέας³, Αγραπίδη Μαρία¹, Κανάκης Μελέτιος²

¹ Παιδοπνευμονολογικό και Νεογνολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο «Ιασώ Παιδων», Αθήνα

² Καρδιοχειρουργικό Τμήμα Παιδων και Συγγενών Καρδιοπαθειών Ενηλίκων, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα

³ Θωρακοχειρουργικό Τμήμα, Metropolitan Hospital, Αθήνα

Εισαγωγή: Το πνευμονικό απόλυμα αποτελεί μια εμβρυονική μάζα μη λειτουργικού ιστού, χωρίς επικοινωνία με το τραχειοβρογχικό δέντρο και με ανώμαλη αγγειακή παροχή. Συχνά η διάγνωση καθυστερεί ή χάνεται, λόγω ασυμπτωματικής προβολής.

Σκοπός: Παρουσίαση μιας ενδιαφέρουσας κλινικής περίπτωσης και σύνοψη της σχετικής βιβλιογραφίας.

Περίπτωση: Τελειόμηνο άρρεν βρέφος 8 μηνών, με ελεύθερο ιστορικό και καλή ανάπτυξη, παραπέμφθηκε για χειρουργική αποκατάσταση ενδοπαρεγχυματικού απολύματος, στον αριστερό κάτω λοβό, διεγνωσμένο προγεννητικά. Διενεργήθηκε αριστερή κάτω λοβεκτομή και απολίνωση δύο ευμεγέθων τροφοφόρων αγγείων που εκφύονταν απευθείας από την κατιούσα θωρακική αορτή, μη συνηθισμένο εύρημα. Ανεπίπλεκτη μετεγχειρητική πορεία.

Ανασκόπηση: Το απόλυμα προκύπτει είτε ως τυχαίο εύρημα σε προ ή μετα-γεννητικό έλεγχο ή ως εντόπιση μετά από υποτροπιάζουσες πνευμονίες σε συγκεκριμένο σημείο του πνεύμονα. Προβάλλει ασυμπτωματικά ή με συνδυασμό αναπνευστικών εκδηλώσεων. Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει άλλες συγγενείς παθολογίες και σπανιότερα κακοήθειες. Αγγειογραφία είναι η διαγνωστική εξέταση εκλογής. Σύσταση για χειρουργική αντιμετώπιση, λόγω κινδύνου συχνών λοιμώξεων, ανάγκης ευρείας εκτομής σε χρόνια φλεγμονή και πιθανότητα αιμορραγίας. Απουσιάζουν μεγάλες τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές και παγκόσμιες κατευθυντήριες οδηγίες διάγνωσης, διαχείρισης και παρακολούθησης αυτών.

Συμπέρασμα: Το πνευμονικό απόλυμα είναι μία σπάνια ανωμαλία, η έγκυρη αναγνώριση της οποίας είναι σημαντική για την αποφυγή επιπλοκών. Ο ρόλος της διεπαγγελματικής ομάδας στη φροντίδα των ασθενών με αυτήν την πάθηση είναι καίριος.



Ελληνική
Παιδοπνευμονολογική
Εταιρεία

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

AA23

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΔΙΔΟΜΕΝΟΥ FiO_2 ΡΙΝΙΚΗΣ ΚΑΝΟΥΛΑΣ ΥΨΗΛΗΣ ΡΟΗΣ ΜΕΣΩ ΜΗΧΑΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΜΙΩΣΗΣ

Μπερτζουάνης Άρης, Μπιλίρης Χρήστος-Διονύσιος, Καραγιάννη Αικατερίνη, Δημητρίου Γαβριήλ, Φούζας Σωτήριος

Παιδοπνευμονολογική Μονάδα και Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών

Εισαγωγή: Κατά τη χρήση ρινικής κάνουλας υψηλής ροής (HFNC) στα βρέφη, η ροή ρυθμίζεται βάσει του βάρους και αρχικά τίθεται σε 1-2 L/min/kg. Το χορηγούμενο κλάσμα οξυγόνου (FiO_2) ρυθμίζεται μέσω ενός μίκτη οξυγόνου με αναπνευστική αέρα. Αν και το χορηγούμενο FiO_2 θεωρείται σταθερό, το FiO_2 που αποδίδεται στο κατώτερο αναπνευστικό ενδέχεται να αποκλίνει σημαντικά.

Σκοπός: Να αξιολογηθεί το αποδιδόμενο FiO_2 κατά τη χρήση HFNC και οι παράμετροι που το επηρεάζουν.

Υλικό και Μέθοδος: Χρησιμοποιήθηκε ένας πρωτότυπος προσομοιωτής αναπνοής, όπως έχει δημοσιευτεί στο αποθετήριο <https://github.com/arisberd/Infant-breath-mechanical-simulator> και ένα βρεφικό πρόπλασμα ανώτερου αεραγωγού. Μετρήθηκε το FiO_2 στο επίπεδο της τραχείας κατά την προσομοίωση με ποικίλους αναπνευστικές παραμέτρους και ροές ρινικής κάνουλας. Τα αποτελέσματα αναλύθηκαν και απεικονίστηκαν σε διαγράμματα.

Αποτελέσματα: Μέσω της προσομοίωσης αναδείχθηκε ότι η βέλτιστη παράμετρος πρόβλεψης του αποδιδόμενου FiO_2 είναι ο λόγος ροής προς βάρος σώματος. Υψηλές τιμές αποδιδόμενου FiO_2 βρέθηκαν σε τιμές ροής ρινικής κάνουλας > 3 L/min/kg και σε τιμές ροής 1 - 2 L/min/kg χωρίς συνυπάρχουσα υψηλή αναπνευστική συχνότητα.

Συμπεράσματα: Το χορηγούμενο FiO_2 προσεγγίζεται ικανοποιητικά α) σε υψηλές ροές και β) σε χαμηλές ροές χωρίς ταχύπνοια. Η τιμή της ροής έχει μεγάλη σημασία κατά τις αρχικές ρυθμίσεις του HFNC και κατά την αποδέσμευση.



14^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

18-20 Οκτωβρίου 2024

The Met Hotel • Θεσσαλονίκη



**Ευρετήριο
Συγγραφέων
Προφορικών
& Αναρτημένων
Ανακοινώσεων**



Ελληνική
Παιδοπνευμονολογική
Εταιρεία

Ευρετήριο Συγγραφέων Προφορικών & Αναρτημένων Ανακοινώσεων

ΑΓΓΕΛΗ Χ.	ΑΑ12
ΑΓΡΑΠΙΔΗ Μ.	ΠΑ12, ΑΑ22
ΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΥ Ε.-Ι.	ΑΑ04, ΑΑ06
ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΒΑ Τ.	ΠΑ04
ΑΜΑΡΑΝΤΙΔΟΥ Μ.	ΠΑ06
ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΥ Π.	ΑΑ03
ΑΝΤΩΝΟΓΕΩΡΓΟΣ Γ.	ΑΑ03
ΑΝΤΩΝΟΠΟΥΛΟΥ Ε.	ΑΑ03
ΒΑΛΑΒΑΝΗ Ε.	ΑΑ11
ΒΑΝΤΣΗ Π.	ΠΑ01, ΠΑ09, ΠΑ10, ΑΑ13
ΒΟΥΓΙΟΥΚΛΑΚΗ Α.-Μ.	ΑΑ21
ΓΑΒΡΙΗΛ Δ.	ΑΑ23
ΓΑΛΛΗ - ΤΣΙΝΟΠΟΥΛΟΥ Α.	ΑΑ12
ΓΑΛΟΓΑΒΡΟΥ Μ.	ΠΑ01, ΠΑ08, ΠΑ09, ΠΑ10, ΑΑ13
ΓΑΣΠΑΡΗΣ Ν.	ΠΑ01
ΓΕΛΑΔΑΡΗ Α.	ΑΑ12
ΓΚΑΝΤΑΡΑΣ Α.	ΠΑ11
ΓΚΕΤΣΗ Β.	ΑΑ19
ΓΚΟΒΕΝΗ Π.	ΑΑ04, ΑΑ05, ΑΑ10, ΑΑ14, ΑΑ15, ΑΑ16, ΑΑ17, ΑΑ18
ΓΡΑΜΜΕΝΙΑΤΗΣ Β.	ΑΑ19, ΑΑ20
ΔΗΜΟΓΕΡΟΝΤΑΚΗ Α.	ΑΑ04, ΑΑ05, ΑΑ06, ΑΑ10, ΑΑ14, ΑΑ15, ΑΑ16, ΑΑ17, ΑΑ18
ΔΙΑΜΑΝΤΕΑ Φ.	ΠΑ09
ΔΟΥΡΜΠΟΗΣ Θ.	ΑΑ01
ΔΟΥΡΟΣ Κ.	ΑΑ03, ΑΑ11, ΑΑ20
ΕΜΠΟΡΙΑΔΟΥ Μ.	ΠΑ11
ΕΥΘΥΜΙΟΠΟΥΛΟΥ Μ.	ΑΑ05, ΑΑ10, ΑΑ14, ΑΑ15, ΑΑ16, ΑΑ17, ΑΑ18
ΖΑΡΑΦΩΝΙΤΗΣ Γ.	ΑΑ07
ΖΑΡΚΑΔΑ Ι.	ΑΑ07, ΑΑ08, ΑΑ09
ΖΑΧΟΣ Κ.	ΠΑ04, ΑΑ21
ΗΛΙΑΔΗΣ Α.	ΑΑ19

14^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

18-20 Οκτωβρίου 2024

The Met Hotel • Θεσσαλονίκη

Ευρετήριο Συγγραφέων Προφορικών & Αναρτημένων Ανακοινώσεων

ΙΩΑΝΝΙΔΟΥ Γ.	ΑΑ04, ΑΑ05, ΑΑ06, ΑΑ10, ΑΑ14, ΑΑ15, ΑΑ16, ΑΑ17, ΑΑ18
ΚΑΔΙΤΗΣ Α.	ΠΑ05, ΑΑ21
ΚΑΛΑΜΑΡΑ Π.	ΑΑ04, ΑΑ06
ΚΑΝΑΚΗΣ Μ.	ΑΑ22, ΠΑ12
ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗ Α.	ΑΑ23
ΚΑΡΑΝΤΑΓΛΗΣ Ν.	ΠΑ11
ΚΟΓΙΑΣ Χ.	ΠΑ01, ΠΑ08, ΑΑ13
ΚΟΛΛΑΡΗΣ Η.	ΑΑ03
ΚΟΛΤΣΙΔΑ Γ.	ΠΑ04
ΚΟΝΤΟΥΛΗ Κ.	ΠΑ11
ΚΟΤΖΙΑ Δ.	ΠΑ12, ΑΑ22
ΚΟΥΙΔΗ Ε.	ΠΑ05
ΚΟΥΡΟΥΚΛΗ Ε.	ΠΑ07
ΚΟΥΤΣΟΥΡΗ Ε.	ΠΑ04
ΚΥΡΒΑΣΙΛΗ Σ.-Σ.	ΠΑ08
ΚΥΡΒΑΣΙΛΗΣ Φ.	ΠΑ10, ΠΑ11
ΚΩΝΣΤΑΝΤΕΛΑΚΗ Μ.	ΑΑ21
ΚΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ Β.	ΑΑ02, ΑΑ11
ΛΑΓΚΑ Ε.	ΑΑ19
ΛΑΜΠΡΟΠΟΥΛΟΣ Π.	ΠΑ02
ΛΙΑΚΟΣ Β.	ΠΑ10
ΛΙΟΥΛΙΑΣ Α.	ΑΑ22
ΛΟΥΚΟΥ Ι.	ΑΑ07, ΑΑ08, ΑΑ09
ΜΑΓΟΥΛΑ Μ.	ΑΑ04, ΑΑ05, ΑΑ06, ΑΑ10, ΑΑ14, ΑΑ15, ΑΑ16, ΑΑ17, ΑΑ18
ΜΑΝΙΚΑ Κ.	ΠΑ09
ΜΑΡΜΑΡΑΣ Ν.	ΠΑ02
ΜΑΥΡΕΛΟΥ Μ.-Μ.	ΑΑ04, ΑΑ05, ΑΑ06, ΑΑ10, ΑΑ14, ΑΑ15, ΑΑ16, ΑΑ17, ΑΑ18
ΜΙΣΙΟΥ Γ.	ΑΑ06
ΜΟΡΙΚΗ Δ.	ΑΑ20
ΜΟΥΣΤΑΚΗ Μ.	ΑΑ07, ΑΑ08, ΑΑ09



Ελληνική
Παιδοπνευμονολογική
Εταιρεία

Ευρετήριο Συγγραφέων Προφορικών & Αναρτημένων Ανακοινώσεων

ΜΠΑΛΗ Μ.	ΑΑ06
ΜΠΕΡΤΖΟΥΑΝΗΣ Α.	ΑΑ23
ΜΠΙΛΙΡΗΣ Χ.-Δ.	ΑΑ23
ΜΠΟΜΠΟΣ Δ.	ΠΑ12, ΑΑ22
ΜΠΟΤΣΑ Ε.	ΠΑ04, ΑΑ21
ΜΩΥΣΙΔΗΣ Κ.	ΠΑ10
ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΣ Α.	ΠΑ05
ΠΑΓΚΑΛΗ Α.	ΠΑ02
ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ Π.	ΠΑ03
ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΙΔΗ Μ.	ΑΑ04, ΑΑ05, ΑΑ06, ΑΑ10, ΑΑ14, ΑΑ15, ΑΑ17, ΑΑ18
ΠΑΠΑΔΑΚΗ Ε.	ΠΑ09
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Μ.	ΑΑ20
ΠΑΠΑΣΑΒΒΑ Μ.-Ε.	ΑΑ19
ΠΑΤΑΓΙΑ ΜΠΑΚΑΡΑΚΗ Μ.	ΑΑ01
ΠΑΤΕΛΗΣ Β.	ΠΑ03
ΠΕΤΡΟΧΕΙΛΟΥ Α.	ΑΑ07, ΑΑ08, ΑΑ09
ΠΡΙΦΤΗΣ Κ.	ΠΑ02, ΑΑ03, ΑΑ20
ΡΟΡΡΗΣ Φ.-Π.	ΠΑ12, ΑΑ22
ΣΑΒΕΛΙΕΒΑ Ο.	ΑΑ03
ΣΑΜΑΡΑΣ Θ.	ΠΑ05
ΣΑΡΑΦΙΔΗΣ Κ.	ΠΑ07
ΣΙΔΗΡΟΠΟΥΛΟΣ Θ. -Κ.	ΑΑ12
ΣΙΩΝΙΔΟΥ Μ.	ΠΑ09
ΣΟΥΛΟΠΟΥΛΟΥ Μ.-Α.	ΑΑ05, ΑΑ10, ΑΑ14, ΑΑ15, ΑΑ17, ΑΑ18
ΣΩΠΙΑΔΟΥ Α.	ΠΑ01, ΠΑ05, ΠΑ08, ΠΑ09, ΠΑ10, ΑΑ13
ΣΩΤΗΡΙΟΥ Σ.	ΑΑ04, ΑΑ05, ΑΑ06, ΑΑ10, ΑΑ14, ΑΑ15, ΑΑ16, ΑΑ17, ΑΑ18
ΤΑΛΙΜΤΖΗ Π.	ΠΑ06
ΤΖΕΤΗ Μ.	ΑΑ08
ΤΟΛΑ Ε.	ΠΑ04, ΑΑ21
ΤΟΛΙΔΟΥ Α. -Ν.	ΑΑ11

14^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

18-20 Οκτωβρίου 2024

The Met Hotel • Θεσσαλονίκη

Ευρετήριο Συγγραφέων Προφορικών & Αναρτημένων Ανακοινώσεων

ΤΡΟΥΠΗ Ε.	ΑΑ07, ΑΑ08, ΑΑ09
ΤΣΑΚΩΝΑ Α.	ΠΑ09
ΤΣΑΜΠΡΑ Μ.	ΠΑ04
ΤΣΑΝΑΚΑ Β.	ΑΑ19
ΤΣΑΝΑΚΑΣ Ι.	ΠΑ07, ΠΑ10, ΠΑ11
ΤΣΙΝΟΠΟΥΛΟΣ Β.	ΑΑ21
ΤΣΙΟΥΠΡΟΥ Ι.	ΠΑ09
ΤΣΙΡΟΥΚΙΔΟΥ Κ.	ΠΑ05
ΤΣΟΥΠΡΟΥ Μ.	ΠΑ04, ΑΑ21
ΦΙΛΙΟΥ Α.	ΠΑ02
ΦΙΛΙΠΠΟΥ Ο.	ΠΑ04, ΑΑ21
ΦΟΥΖΑΣ Σ.	ΠΑ01, ΠΑ11, ΑΑ13, ΑΑ23
ΧΑΪΔΟΠΟΥΛΟΥ Α.	ΑΑ12
ΧΑΤΖΗΑΓΟΡΟΥ Ε.	ΠΑ01, ΠΑ05, ΠΑ06, ΠΑ07, ΠΑ08, ΠΑ09, ΠΑ10, ΑΑ13
ΧΑΤΖΗΜΗΤΡΟΒΑ Μ.	ΠΑ09
ΧΑΤΖΗΠΑΝΤΕΛΗ Α.	ΑΑ04, ΑΑ05, ΑΑ10, ΑΑ14, ΑΑ15, ΑΑ16, ΑΑ17, ΑΑ18
ΧΟΥΡΔΑΚΗΣ Μ.	ΠΑ06
ΧΡΟΝΟΠΟΥΛΟΥ Γ.	ΠΑ02
ΧΡΥΣΟΧΟΟΥ Ε. -Α.	ΠΑ01, ΠΑ05, ΠΑ06, ΠΑ08, ΠΑ09, ΠΑ10, ΑΑ13



Ελληνική
Παιδοπνευμονολογική
Εταιρεία



Γενικές Πληροφορίες

14° ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

18-20 Οκτωβρίου 2024

The Met Hotel • Θεσσαλονίκη

Δορυφορικές Διαλέξεις

Παρασκευή 18 Οκτωβρίου 2024

18.00 - 18.30

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

«Από του στόματος κορτικοστεροειδή στις παθήσεις του αναπνευστικού: Ποιο, πότε και γιατί»

Προεδρείο: Δ. Γίδαρης

Ομιλητής: Σ. Φούζας



19.30 - 20.00

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

«Πώς μπορούμε να φροντίσουμε τα παιδιά με σοβαρό άσθμα σήμερα;»

Προεδρείο: Φ. Κυρβασίλης

Ομιλήτρια: Ε. Χατζηναγόρου

• Η διαχείριση παιδιών με σοβαρό άσθμα στην Ελλάδα το 2024





Ελληνική
Παιδοπνευμονολογική
Εταιρεία

Δορυφορικές Διαλέξεις

Σάββατο 19 Οκτωβρίου 2024

11.45 - 12.15

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ



«PCV20: Ευρύτερη προστασία στο μεταβαλλόμενο τοπίο της πνευμονιοκοκκικής νόσου»

Προεδρείο: **Ε. Παρασκάκης**

Ομιλητής: **Δ. Γίδαρης**

18.00 - 18.30

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ



«Η σημασία της δοκιμασίας χλωριούχων ιδρώτα ως μέτρου της λειτουργίας της CFTR πρωτεΐνης και μελλοντικές προσδοκίες από τις θεραπείες της Κυστικής Ίνωσης - Importance of Sweat Chloride as measure of CFTR activity and future expectations from Cystic Fibrosis treatments»

Προεδρείο: **Ε. Χατζηναγόρου**

Ομιλήτρια: **Ι. Λούκου**

18.30 - 19.00

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ



«Η προτεινόμενη πρόληψη και θεραπευτική διαχείριση του άσθματος μέσα από το πρίσμα των παγκόσμιων συστάσεων GINA»

Προεδρείο: **Ε. Παρασκάκης**

Ομιλητής: **Ε. Βρουβάκης**

14^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

18-20 Οκτωβρίου 2024

The Met Hotel • Θεσσαλονίκη

Ευρετήριο Προέδρων - Ομιλητών Δορυφορικών Διαλέξεων

Βρουβάκης Ελευθέριος

Ειδικός Πνευμονολόγος - Φυματιολόγος, Διευθυντής Πνευμονολογικής Κλινικής «ΑΝΑΣΑ» METROPOLITAN HOSPITAL, Πειραιάς

Γίδαρης Δήμος

Παιδίατρος FRCPCH, MRCPE, PhD, MSc, PGCertMEd, Παιδοπνευμονολόγος HERMES ERS, Senior Lecturer at the University of Nicosia, «Παιδιατρικό - Πνευμονολογικό Θεσσαλονίκης», Θεσσαλονίκη

Κυρβασίλης Φώτης

Καθηγητής Παιδιατρικής - Παιδιατρικής Πνευμονολογίας, Γ΄ Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Θεσσαλονίκη

Λούκου Ιωάννα

Παιδίατρος - Παιδοπνευμονολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια Τμήματος Κυστικής Ίνωσης, Νοσοκομείο Παίδων «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ», Αθήνα

Παρασκάκης Εμμανουήλ

Καθηγητής Παιδιατρικής - Παιδοπνευμονολογίας, Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Κρήτης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης, Κρήτη

Φούζας Σωτήριος

Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδιατρικής - Παιδιατρικής Πνευμονολογίας Πανεπιστημίου Πατρών, Πάτρα

Χατζηγάγου Ελπίδα

Καθηγήτρια Παιδιατρικής - Παιδιατρικής Πνευμονολογίας ΑΠΘ, Παιδοπνευμονολογική Μονάδα, Γ΄ Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Θεσσαλονίκη



Ελληνική
Παιδοπνευμονολογική
Εταιρεία

Χρήσιμες Πληροφορίες

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

Το **14^ο Πανελλήνιο Συνέδριο** της **Ελληνικής Παιδοπνευμονολογικής Εταιρείας** θα πραγματοποιηθεί **με φυσική παρουσία**, στις **18-20 Οκτωβρίου 2024** στο ξενοδοχείο The Met στη Θεσσαλονίκη.

ΤΟΠΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ

Ξενοδοχείο THE MET

26^{ης} Οκτωβρίου 48, Θεσσαλονίκη, 54627, Τηλ.: 2310 017000
www.themethotel.gr

ΓΛΩΣΣΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Η επίσημη γλώσσα του Συνεδρίου είναι η Ελληνική.

ΕΚΘΕΣΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου θα λειτουργεί έκθεση φαρμακευτικών εταιριών & εταιριών ιατρικών μηχανημάτων.

ΚΟΝΚΑΡΔΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ (BADGES)

Οι κονκάρδες (badges) θα διανεμηθούν από τη γραμματεία του Συνεδρίου, κατά την άφιξη στο συνεδριακό χώρο 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.

ΜΟΡΙΟΔΟΤΗΣΗ

Το επιστημονικό πρόγραμμα του Συνεδρίου θα μοριοδοτηθεί με είκοσι δύο (22) μόρια συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο (ΠΙΣ), ο οποίος είναι ο επίσημος φορέας για τη μοριοδότηση, μετά την υπογραφή σχετικής σύμβασης με την U.E.M.S. (Ευρωπαϊκή Ένωση Ειδικευμένων Ιατρών). Με βάση την ισχύουσα νομοθεσία, δικαίωμα παραλαβής πιστοποιητικού με μοριοδότηση έχει κάθε Σύνοδος (Ιατρός), ο οποίος έχει παρακολουθήσει τουλάχιστον το 60% των ωρών του Επιστημονικού Προγράμματος. Δορυφορικά συμπόσια και διαλέξεις επιχορηγούμενα από φαρμακευτικές εταιρίες, δε μοριοδοτούνται. Η καταμέτρηση του χρόνου παρακολούθησης θα γίνεται με τη χρήση αναγνωστών γραμμωτού κώδικα (barcode scanners) στις κονκάρδες των Συνέδρων που συμμετέχουν με φυσική παρουσία.

ΒΕΒΑΙΩΣΕΙΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ - ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

Όλοι οι συμμετέχοντες θα έχουν τη δυνατότητα να παραλάβουν τις Βεβαιώσεις Συμμετοχής και τα Πιστοποιητικά Παρακολούθησης μέσω της ιστοσελίδας του Συνεδρίου. Μετά τη λήξη του Συνεδρίου θα αποσταλούν σχετικές οδηγίες.

14^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

18-20 Οκτωβρίου 2024

The Met Hotel • Θεσσαλονίκη

Χρήσιμες Πληροφορίες

ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Η επίσημη ιστοσελίδα του Συνεδρίου είναι:

<https://www.events-free-spirit.gr/14o-paidopneumonologiko-2024>

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ & ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (E-POSTERS)

- Οι Προφορικές Ανακοινώσεις ΠΑ01 - ΠΑ12 θα παρουσιαστούν την Παρασκευή 18 Οκτωβρίου 2024 και ώρα 12.00-14.00 στη συνεδριακή αίθουσα MAISTROS B
- Οι Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-posters) AA01 - AA23 θα παρουσιαστούν την Παρασκευή 18 Οκτωβρίου 2024 και ώρα 12.00-14.00 στο φουαγιέ της συνεδριακής αίθουσας MAISTROS B - εκθεσιακός χώρος
- Κατά την Τελετή Λήξης του Συνεδρίου, θα πραγματοποιηθεί η **βράβευση των δύο (2) καλύτερων ανακοινώσεων** οι οποίες θα παρουσιαστούν στο πλαίσιο του Συνεδρίου. Οι συγγραφείς των εργασιών που θα βραβευθούν θα συμμετέχουν στο επόμενο Πανελλήνιο Συνέδριο της Ελληνικής Παιδοπνευμονολογικής Εταιρείας ως **προσκεκλημένοι ομιλητές στη Συνεδρία των Νέων Ερευνητών**.

ΕΓΓΡΑΦΕΣ

Κατηγορία

Ειδικευμένοι Ιατροί

Ειδικεύομενοι Ιατροί

Νοσηλεύτες & Λοιποί Επαγγελματίες Υγείας

Φοιτητές*

Κόστος

120,00€

70,00€

40,00€

ΔΩΡΕΑΝ

Όλες οι εγγραφές θα πραγματοποιούνται διαδικτυακά μέσω της ιστοσελίδας του Συνεδρίου:

<https://www.events-free-spirit.gr/14o-paidopneumonologiko-2024>

Στις τιμές των εγγραφών συμπεριλαμβάνεται ο ΦΠΑ 24%

** Οι συμμετέχοντες με δωρεάν εγγραφή θα πρέπει να προσκομίζουν κατάλληλο έγγραφο το οποίο θα επιβεβαιώνει την ιδιότητά τους.*

Το δικαίωμα συμμετοχής περιλαμβάνει:

- Παρακολούθηση του Συνεδρίου
- Είσοδο στην έκθεση των φαρμακευτικών εταιριών
- Βεβαίωση Παρακολούθησης για όλους τους Συμμετέχοντες και Πιστοποιητικό Συμμετοχής με μόρια για τους Ιατρούς (εφόσον έχει καλυφθεί ο απαιτούμενος χρόνος παρακολούθησης)



Ελληνική
Παιδοπνευμονολογική
Εταιρεία

Χρήσιμες Πληροφορίες

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΟΜΙΛΗΤΕΣ

Κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου θα λειτουργεί γραμματεία παραλαβής παρουσιάσεων. Η αίθουσα θα είναι πλήρως εξοπλισμένη για παρουσιάσεις μέσω Η/Υ. Παρακαλούνται οι Ομιλητές να παραδώσουν την παρουσίασή τους στη γραμματεία παραλαβής παρουσιάσεων τουλάχιστον μία ώρα πριν από την προγραμματισμένη ώρα παρουσίασης της ομιλίας τους. Παρακαλούνται όλοι οι Συμμετέχοντες Πρόεδροι - Ομιλητές του Συνεδρίου να τηρήσουν αυστηρά τους χρόνους του προγράμματος προκειμένου να διασφαλιστεί η ομαλή και εύρυθμη λειτουργία του.

ΑΣΦΑΛΕΙΑ

Η Οργανωτική Επιτροπή και η Εταιρία Οργάνωσης του Συνεδρίου δε φέρουν καμία ευθύνη για τυχόν τραυματισμό ή απώλεια οιασδήποτε φύσεως, καθώς επίσης και για οιαδήποτε πιθανή φθορά, απώλεια ή κλοπή προσωπικών αντικειμένων των Συμμετεχόντων.

ΟΡΓΑΝΩΣΗ - ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ



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

14^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

18-20 Οκτωβρίου 2024

The Met Hotel • Θεσσαλονίκη

Ευχαριστίες

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



**Η Vertex αναπτύσσει καινοτόμα φάρμακα
για άτομα με σοβαρές ασθένειες
συμβάλλοντας σε μια καλύτερη
ποιότητα ζωής.**

Επενδύουμε στην επιστημονική έρευνα
στοχεύοντας στα αίτια σοβαρών παθήσεων.
Οι επιστήμονές μας βλέπουν ως κίνητρο
την ανακάλυψη νέων τρόπων
για την επίτευξη αυτού
που αρχικά φαινόταν αδύνατο.

Vertex Φαρμακευτική Μονοπρόσωπη
Ανώνυμη Εταιρεία

Γ.Ε.ΜΗ. 140097401000

Δημ. Γούναρη 78 18561 Γλυφάδα
Τηλ.: +30 (211) 2120535

www.vrtx.com

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και
Αναφέρετε

ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για

ΟΛΑ τα φάρμακα

Συμπληρώνοντας την "ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ"