



ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΑροΑ, ΑροΒ, Ιρ(α) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Αικατερίνη Αλιμπέρτη¹, Μαρία Τσιρώνη², Πάολα Ρόχας Χιλ Ανδρέ³, Σοφία Ζυγά⁴

1. Νοσηλεύτρια ΤΕ, Msc, Υποψήφια Διδάκτωρ, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», 2. Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, 3. Μόν. Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, 4. Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Εισαγωγή

Τα λιπίδια αποτελούν το πλέον συμπυκνωμένο ενεργειακό απόθεμα του οργανισμού. Επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν πως οι κακοήθειες σχετίζονται με διαταραχές των επιπέδων των λιπιδίων. Στον καρκίνο του μαστού παραδόξως παρατηρείται αύξηση των επιπέδων της χοληστερόλης ενώ τα επίπεδα της HDL είναι χαμηλότερα, υποδηλώνοντας πως η πρόσληψη χοληστερόλης από νεοπλασματικά κύτταρα είναι σημαντική για την εξέλιξη της νόσου.

Σκοπός Σκοπός της μελέτης είναι η παρακολούθηση της μεταβολής της ΑροΑ, ΑροΒ και Ιρ(α) σε γυναίκες με Ca μαστού κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας.

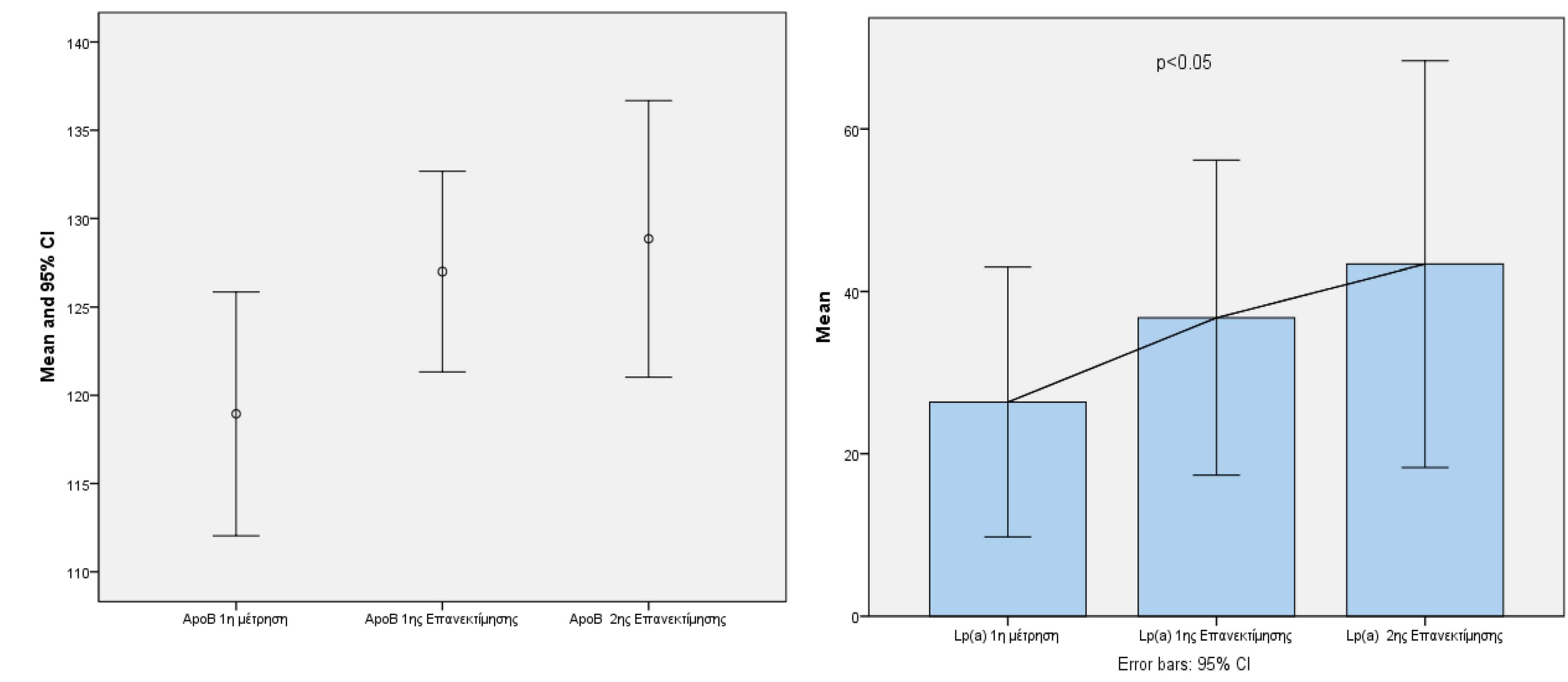
Συμπεράσματα

Στον καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας παρατηρείται μεταβολή των τιμών της ΑροΒ και Ιρ(α) λιποπρωτεΐνης, οι οποίες παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική αύξηση από την 1η μέτρηση στην 2η επανεκτίμηση.

Βιβλιογραφία

- American Cancer Society, Breast Cancer Facts & Figures 2011-2012, Atlanta: American Cancer Society.
- C.G. Alexopoulos, S. Pournaras, M. Vaslamatzis, A. Avgerinos, S. Raptis, Changes in serum lipids and lipoproteins in cancer patients during chemotherapy, *Cancer Chemother Pharmacol* (1992). 30:412-416.
- Σταθόπουλος Κ. Χαράλαμπος, Διαταραχές λιπιδίων σε ασθενείς με κακοήθη νεοπλάσματα, Νοσοκομειακά χρονικά, Ευαγγελισμός 2016, Τόμος 78, Συμπληρωματικό τεύχος 1, σελ. 168-169.

	baseline		1η Επανεκτίμηση		2η Επανεκτίμηση		P	P	P			
	A		B		C							
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD						
ApoA	157	32	149	32	150	37	0,090	0,721	0,256			
ApoB	119	22	127	18	129	24	0,020	0,525	0,033			
Ir(a)	26,4	52	37	61	43	78	0,124	0,100	0,025			



Βίαιη και επιθετική συμπεριφορά-Τρόποι Αντιμετώπισης

A. Μπουτζίκας, MSc, Νοσ/της Γ.Ν «Ο Ευαγγελισμός»; Θ. Πεταλά, Ειδ. Ιατρός Π.Ν. Αλεξανδρούπολης;
Ν. Τσίαμης Ιατρός, Μ. Βιολόγος-Γενετιστής; X. Μπαρώ, MSc, PhD (c), Προισ/νη Τμή/τος Νοσ/των.Υπουργείου Υγείας

Η βίαιη και επιθετική συμπεριφορά αποτελεί σημαντικό πρόβλημα στο νοσοκομείο. Κύριο μέλημα του προσωπικού είναι ο άμεσος έλεγχος του ασθενή, η εξακρίβωση των αιτίων που προκαλούν αυτή τη συμπεριφορά και η αντιμετώπισή της.

Οι αιτίες της επιθετικότητας μπορεί να είναι οργανικές ή ψυχιατρικές. Το κύριο χαρακτηριστικό του ψυχωτικού ασθενή είναι η διαταραγμένη επαφή με την πραγματικότητα, οι διαταραχές της σκέψης, όπως ιδέες δίωξης, συσχέτισης ή επίδρασης, διαταραχές της αντίληψης, ακουστικές ψευδαισθήσεις και διαταραχές της βούλησης. Σε ακραίες καταστάσεις η κατατονική διέγερση μπορεί να προκαλέσει βίαιη και επιθετική συμπεριφορά. Άτομα με αντικοινωνική, μεταιχμιακή, παρανοειδή διαταραχή προσωπικότητας σε συνθήκες έντονης συναισθηματικής πίεσης, είναι δυνατόν να εκδηλώσουν έντονη επιθετικότητα.

Η προσέγγιση του επιθετικού ασθενή πρέπει να γίνεται με σταθερότητα και αποφασιστικότητα. Είναι σημαντικό να διαπιστωθεί η αιτία της επιθετικής συμπεριφοράς και να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα.

Πρέπει να χρησιμοποιούσε ορισμένες στρατηγικές και τεχνικές θετικής υποστήριξης προσπαθώντας να προλάβουμε και να αποκλείσουμε την επιθετική συμπεριφορά του ατόμου προτού εκδηλωθεί ο επικείμενος κίνδυνός σωματικής βλάβης τόσο στον ίδιον όσο και τους άλλους.

Στρατηγικές αποκλιμάκωσης

Το προσωπικό θα πρέπει:

- να είναι άρτια εκπαιδευμένο ώστε να αναγνωρίζει έγκαιρα ότι ο ασθενής είναι αναστατωμένος
- να διατηρεί τα συναισθήματα του και να κυριαρχεί σε αυτά δημιουργώντας ένα ήρεμο και ασφαλές περιβάλλον
- να έχει επίγνωση του τρόπου επικοινωνίας που χρησιμοποιεί ο ασθενής, λεκτική και μη λεκτική και να ελέγχει τον τόνο και την ένταση της φωνής του
- να τροποποιήσει ή να εξαλείψει καταστάσεις που διαταράσσουν το κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον του ασθενούς
- να χρησιμοποιήσει τη θετική προφορική καθοδήγηση και ανατροφοδότηση
- να ακούει τις ανησυχίες του ασθενούς
- να συνομιλεί με τον ασθενή και να προσπαθήσει ώστε να αλλάξει ο ασθενής την οπτική του στα θέματα τα οποία τον απασχολούν
- να προτείνει δραστηριότητες που ηρεμούν τον ασθενή
- να εξαλείψει αντικείμενα, από το δωμάτιο και τον ιματισμό που φέρει ο ασθενής
- να παρακολουθεί για την λήψη της φαρμακευτικής αγωγής του ασθενούς
- να ακολουθεί εξατομικευμένες στρατηγικές και τεχνικές ακολουθώντας συγκεκριμένο σχέδιο εξυπηρέτησης, υποστήριξης και στήριξης του ασθενούς
- να αποφύγει οποιαδήποτε χρήση φυσικής καθήλωσης έως τη χρονική στιγμή που ο ασθενής ενεργήσει επιθετικά με σκοπό σωματικής βλάβης τόσο στον εαυτό του όσο και τους άλλους γύρω του

Συμπεράσματα

- Οι επαγγελματίες υγείας προσπαθούν να εξασφαλίσουν την ασφαλή διαχείριση της διαταρακτικής ή βίαιης και επιθετικής συμπεριφοράς.
- Απαιτείται η γρήγορη και έγκαιρη αναγνώριση των σημείων της επιθετικότητας (λεκτική και μη λεκτική).
- Η ασφάλεια, η διάγνωση και η αντιμετώπιση είναι ο βασικός κανόνας στις επείγουσες αυτές περιπτώσεις.
- Η αντιμετώπισή της βίαιης συμπεριφοράς χρειάζεται εξειδικευμένο προσωπικό και κατάλληλη υποδομή και απαιτεί επίσης τη συνεργασία πολλών ειδικών.

Λέξεις Κλειδιά: Βία, Επιθετικότητα, Ψυχιατρικά Επείγοντα, Αντιψυχωσικά

Βιβλιογραφία

- Ουζάνη Χ. & Ναζάκης Κ. (2013). Η χρήση του σωματικού περιορισμού και της απομόνωσης σε ψυχιατρική κλινική. Το βήμα του Ασκληπιού, 12(3), 304-316
Τριλίβα Σ. & Chimienti G. (1998). Προγράμματα ελέγχου των συγκρούσεων. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
Χαβάκη Μτ., Κονταζάκη, Δουζένης Α. & Κονταζάκης Β. (2013). Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.
Huckshorn KA. (2004). Reducing seclusion and restraint use in mental health settings: Core strategies for prevention. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 42:22-33. [PubMed]
Kaltiala-Heino R, Tuohimäki C, Korkeila J, Lehtinen V. (2003). Reasons for using seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. International Journal of Law and Psychiatry, 26:139-49. [PubMed]
Kaplan J. & Sadock's (2007). Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα.
Lai C. (2007). Nurses using physical restraints: Are the accused also the victims? A study using focus group interviews. BMC Nursing. 6:5. [PMC free article] [PubMed]

Διαδίκτυο:

http://www.nchk.org.hk/filemanager/en/pdf/physical_restraint_e.pdf
http://pmj.bmjjournals.com/content/80/939/7
http://hjn.gr/wp-content/uploads/2014/07/therapseclus.pdf

Μελέτη των επιπτώσεων της θεραπείας αποσιδήρωσης στους θαλασσαιμικούς ασθενείς-Αποτελέσματα από τη Μ.Μ.Α.Δ.Ν.του Νοσοκομείου Γ.Ν.Α. “Ο Ευαγγελισμός”

Αικατερίνη Δερίλα¹, Παναγιώτα Σταύρου², Χρυσούλα Καλκανά³, Λουκία Ευλιάτη⁴ Μαρία Κατσοχειράκη⁵.

1) RSN, MSC, Μ.Μ.Α.Δ.Ν. Νοσηλεύτρια Ψυχικής υγείας, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», 2) MSC, Νοσηλεύτρια Παθολογικό Ιατρείο Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», 3) MSC, PhD, Ιατρός Παθολόγος, Επιμελητής Α' Αιμοδοσίας Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», 4) MSc Ιατρός Παθολόγος Αιματολόγος Διευθύντρια Αιμοδοσίας 5) RN, BSN, MSC©, Νοσηλεύτρια Μ.Ε.Θ.Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας»

Εισαγωγή: Η αιμοσιδήρωση είναι ένα σοβαρό επακόλουθο των μεταγγίσεων στα πλαίσια αντιμετώπισης της μείζονος β-θαλασσαιμίας. Η αποσιδήρωση επιβαρύνει τη ψυχολογία των ασθενών και λόγω της πολυπλοκότητας και της μακροχρόνιας διαδικασίας μπορεί να εγκαταληφθεί ως θεραπεία.

Σκοπός: Να μελετηθούν οι αντιλήψεις και οι περιορισμοί που βιώνουν οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αποσιδήρωση, καθώς και οι ψυχολογικές επιπτώσεις.



Αποτελέσματα: Από την ανάλυση 70 συνεντεύξεων ασθενών (32 άντρες – 38 γυναίκες), προέκυψε ότι η πλειοψηφία των ασθενών (54 συμμετέχοντες) είναι τακτικοί με τη θεραπεία αποσιδήρωσης, καθώς αντιλαμβάνονται ότι βελτιώνει το προσδόκιμο επιβίωσης. Έξι συμμετέχοντες δεν είναι τακτικοί, καθώς νιώθουν ότι τους περιορίζει σημαντικά, ενώ οι υπόλοιποι προσπαθούν να είναι τακτικοί, καθώς αναγνωρίζουν τα οφέλη αυτής. 41 συμμετέχοντες έχουν θετική στάση ως προς τη θεραπεία, εκ των οποίων οι 13 δηλώνουν ότι η θεραπεία βελτιώνει την ποιότητα της ζωής τους, ενώ οι υπόλοιποι 29 έχουν αρνητική στάση απέναντι στη θεραπεία. Σχετικά με την ύπαρξη υποστηρικτικού περιβάλλοντος, 47 συμμετέχοντες δηλώνουν ότι έχουν ένα υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον, ενώ 11 συμμετέχοντες δηλώνουν ότι κρύβονται από το οικογενειακό περιβάλλον και 12 συμμετέχοντες βίωσαν ή βιώνουν ακόμη το στίγμα λόγω της νόσου.

Μεθοδολογία: Η μελέτη διεξήχθη στη Μονάδας Μεσογειακής Αναιμίας του νοσοκομείου Ευαγγελισμός. Στη μελέτη εντάσσονταν ασθενείς με β-μεσογειακή αναιμία, οι οποίοι ενημερώνονταν για το σκοπό της μελέτης και έδιναν ενυπόγραφη συγκατάθεση. Η έρευνα αποτελεί μία ποιοτική μελέτη με ημιδομημένες συνεντεύξεις.

Συμπεράσματα: Είναι σημαντική η διευκόλυνση των ασθενών με θεραπείες αποσιδήρωσης, οι οποίες δεν περιορίζουν την καθημερινότητα των ασθενών.

Επίσης, η ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών με θαλασσαιμία, είναι σημαντική, ώστε να ξεπερνούν τα εμπόδια της νόσου και να βιώνουν μια ζωή με λιγότερα εμπόδια.

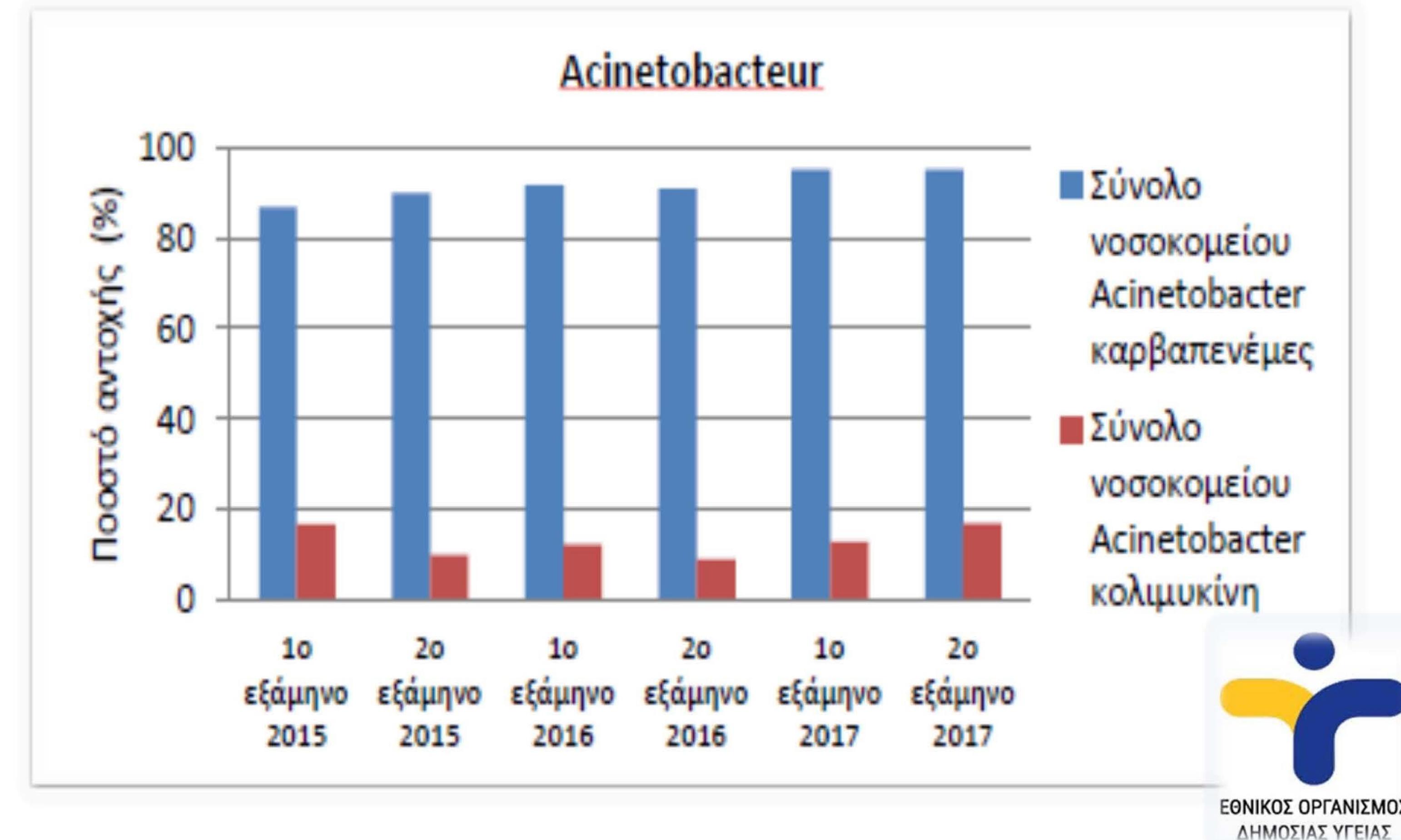
Βιβλιογραφία: Cakaloz, B., Cakaloz I., Polat, A., Inan, I. & Oguzhanoglu, N.K. (2009). Psychopathology in thalassaemia major. Pediatrics International, 51(6): 825-828.

Η ΕΝΔΗΜΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΝΤΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΚΟΛΙΣΤΙΝΗ ΣΤΟ *ACINETOBACTER BAUMANNII*, ΣΕ ΤΕΤΑΡΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ελένη Κρανιωτάκη, Ευσταθία Περιβολιώτη, Κωνσταντίνα Τάγκα, Αθηνά Καλλιμάνη, Πέτρος Ανδρικογιαννόπουλος, Κυριακή Ρανέλλου, Ανδριάνα Ζουριδάκη, Νικόλαος Κουδουμνάκης, Κωνσταντίνα Ρουζίνου, Ειρήνη Αργυροπούλου, Δήμητρα Γαζή, Μάρθα Νέπκα, Ζωή Ψαρουδάκη, Ελένη Μπελεσιώτη, Αθηνά Αργυροπούλου
Μικροβιολογικό τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

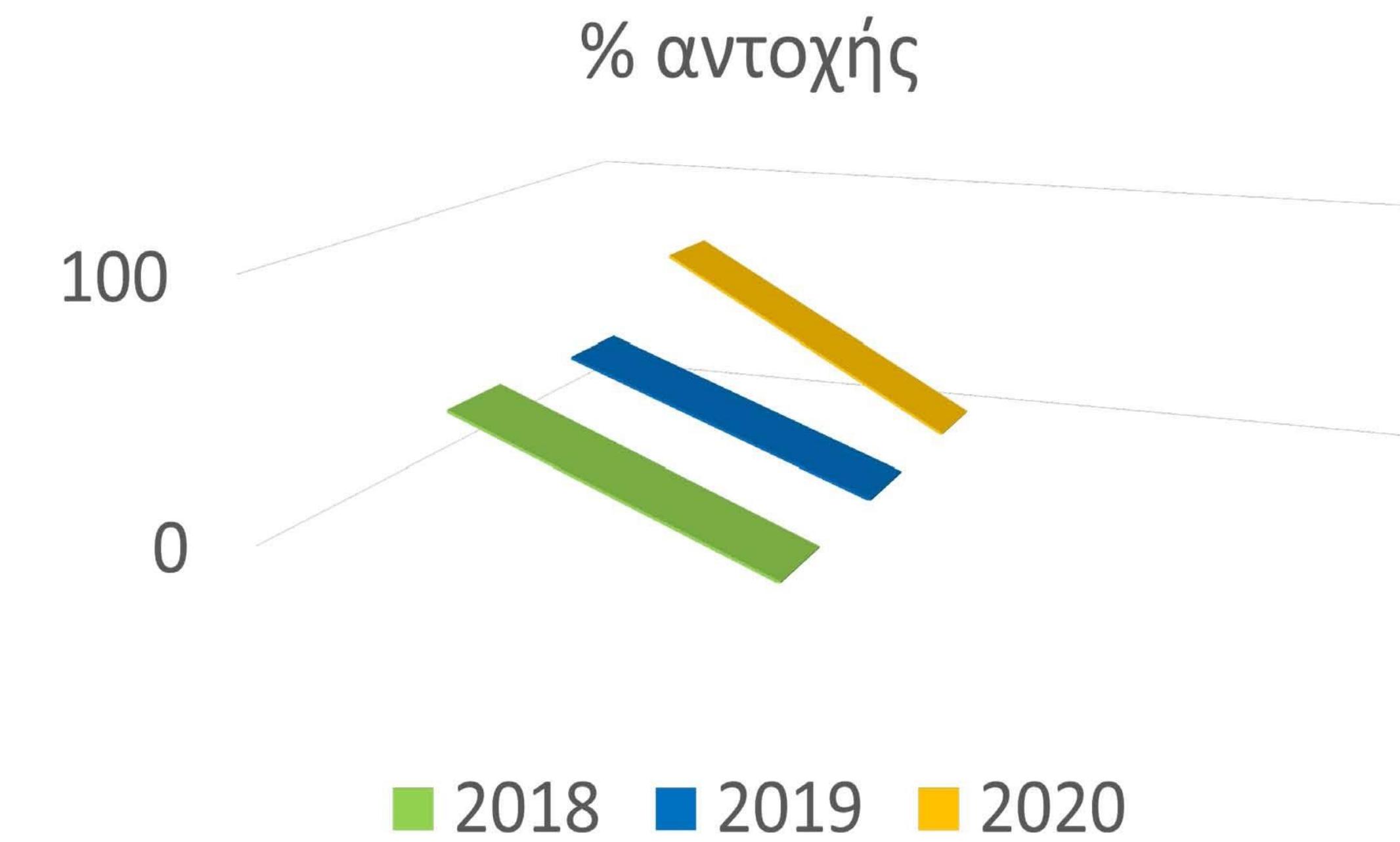


Η αντοχή στις καρβαπενέμες των στελεχών *Acinetobacter* είναι >80% των απομονωθέντων στελεχών, στα κλινικά τμήματα & στις ΜΕΘ



Σκοπός: Αναδυόμενο & συνεχώς αυξανόμενο πρόβλημα αποτελούν:

- η απομόνωση πολυ & πανανθεκτικών στελεχών *Acinetobacter baumannii*
- η εμφάνιση αυτών ως ψευδώς ευαίσθητα στην κολιστίνη με τα αυτοματοποιημένα συστήματα προσδιορισμού της MIC παραπλανώντας τον θεράποντα ιατρό



Υλικό & Μέθοδοι: Αναζητήσαμε την *in vitro* ευαίσθησία 95, 139 & 171 πολυανθεκτικών στελεχών *Acinetobacter baumannii*, τα διαστήματα: 1/1-31/12/2018, 1/1-31/12/2019 & 1/1-25/10/2020 αντίστοιχα, από ασθενείς με βακτηριαιμία, που νοσηλεύονταν στο ΓΝΑ "Ο Ευαγγελισμός" στην κολιστίνη.

* Η ταυτοποίηση & ο προσδιορισμός της ελάχιστης ανασταλτικής πυκνότητας (MIC) των κλινικών αυτών στελεχών πραγματοποιήθηκε με το αυτόματο σύστημα Vitek 2 (biomerieux).

* Ταυτόχρονα έγινε προσδιορισμός MIC της κολιστίνης με την **μέθοδο μικροαραίωσης σε ζωμό (broth microdilution)**, σύμφωνα με τις οδηγίες <http://www.eucast.org/ Recommendations for MIC determination of colistin March 2016>

Συμπεράσματα:

- Η μέθοδος μικροαραίωσης σε ζωμό είναι αποκλειστικά η μέθοδος προσδιορισμού MIC της κολιστίνης *in vitro*.
- Η αληθής κατανομή των MIC στην κολιστίνη των *Acinetobacter baumannii* σε τοπικό επίπεδο, θα καθορίσει τις οδηγίες για την ορθή επιλογή της αντιμικροβιακής θεραπείας στο νοσοκομείο μας

Δ. Γαζή, Ε. Μπελεσιώτου, Μ. Νέπκα, Ζ. Ψαρουδάκη, Ε. Περιβολιώτη, Π. Ανδρικογιαννόπουλος, Γ. Οικονομίδης, Ε. Παπαδοπούλου, Α. Ζουριδάκη, Κ. Λιτσάκης, Π. Καραγεώργου, Κ. Χάρου, Ε. Κρανιωτάκη, Π. Τσιάμη, Ι. Μπράμος, Α. Αργυροπούλου

Μικροβιολογικό τμήμα ΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

Εισαγωγή: Η καθυστερημένη και αναποτελεσματική θεραπεία παίζει σημαντικό ρόλο στη θνητότητα της ελονοσίας. Για το σύνολο σχεδόν των θανάτων ευθύνεται το *Plasmodium falciparum* που αποτελεί το κυρίαρχο είδος κυριως στην Αφρική.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ταχεία επιβεβαίωση της ελονοσίας για την έγκαιρη έναρξη κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής κατά την τελευταία τετραετία σε τεταρτοβάθμιο νοσοκομείο

Υλικό και μέθοδοι: Σε προσερχόμενα στα εξωτερικά ιατρεία άτομα με επιδημιολογικό ιστορικό και πυρετό έγινε έλεγχος με test ταχείας διάγνωσης ελονοσίας περιφερικού αίματος, με *in vitro* ποσοτικό ανοσοχρωματογραφικό προσδιορισμό της πρωτεΐνης II: HRPII η οποία είναι πλούσια σε ιστιδίνη του αντιγόνου *P. falciparum* και συγχρόνως έγινε διαφορική διάγνωση από λιγότερο λοιμογόνες μορφές ελονοσίας (*P. Vivax*, *P. ovale*, *P. Malariae*) οι οποίες έχουν κοινό αντιγόνο.

Αποτελέσματα: Συνολικά κατά την τελευταία τετραετία σε 10 ασθενείς βρέθηκε θετική δοκιμασία εκ των οποίων: α) *P. falciparum* σε 4 αλλοδαπούς ασθενείς, β) σε 4 έλληνες ασθενείς έπειτα από ταξίδι σε Αφρικανική χώρα βρέθηκε μικτή λοίμωξη από τα άλλα τρία είδη πλασμαδίου και γ) *P. Vivax* σε 2 έλληνες από περιοχή όπου διαμένουν αλλοδαποί και υπήρχε επιδημία ελονοσίας από *P. Vivax*.

Συμπεράσματα: Η θεραπευτική αγωγή για *P. falciparum* είναι α) κινίνη και δοξικυκλίνη ή κλινδαμικίνη ή β) Ατοβακόνη-προγουανίλη, ενώ για non *falciparum* χλωροκίνη ή μεφλοκίνη. Παράγωγα αρτεμισίνης δεν χορηγήθηκαν λόγω μη διαθεσιμότητας στην χώρα μας. Η ορθή και γρήγορη διάγνωση και θεραπεία της ελονοσίας είναι σημαντική διότι με *P. Vivax* και *P. ovale* δημιουργούνται λανθάνουσες μορφές του παρασίτου στο ήπαρ που χωρίς ειδική θεραπεία με πριμακίνη μπορεί να προκαλέσουν υποτροπές της νόσου. Επιπλέον, επειδή στην χώρα μας άλλαξε η επιδημιολογία της νόσου λόγω της μετακίνησης των πληθυσμών πρέπει η ελονοσία να μπαίνει πάντοτε στην διαφορική διάγνωση και να γίνεται το test ταχείας διάγνωσης.

