



ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ
ΘΩΡΑΚΟΣ
ΕΛΛΑΔΟΣ

9ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσημάτων Θώρακος

14-16/5/2026

Πνευματικό
Ίδρυμα Σάμου
«Νικόλαος Δημητρίου»
Σάμος

$$a^2 = b^2 + c^2$$

ΟΡΓΑΝΩΣΗ / ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ / ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

INVENTICS A.E. / MEDEVENTS.GR

T. 2310 474 400 / E. INFO@MEDEVENTS.GR

W. WWW.MEDEVENTS.GR

Αρ. Ειδ. Σημ. Λειτουργίας ΕΟΤ-ΜΗΤΕ 0933Ε60000074600

ΠΥΘΑΓΟΡΑΣ Ο ΣΑΜΙΟΣ
580 - 496 π.χ



ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ

Αγαπητές και αγαπητοί συνάδελφοι,

Με ιδιαίτερη χαρά και τιμή σας καλωσορίζουμε στο 9ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσημάτων Θώρακος που θα πραγματοποιηθεί στη Σάμο, από 14 έως 16 Μαΐου 2026, σε έναν τόπο μοναδικής φυσικής ομορφιάς και ιστορικής σημασίας. Το συνέδριό μας αποτελεί μια σημαντική ευκαιρία για επιστημονική ανταλλαγή, ανανέωση της γνώσης και ενίσχυση της συνεργασίας στον τομέα των Νοσημάτων Θώρακος.

Το επιστημονικό πρόγραμμα έχει διαμορφωθεί με στόχο να ανταποκρίνεται στις σύγχρονες εξελίξεις και προκλήσεις της Πνευμονολογίας, δίνοντας έμφαση τόσο στις καινοτόμες θεραπευτικές προσεγγίσεις όσο και στην καθημερινή κλινική πρακτική. Περιλαμβάνει διαλέξεις από διακεκριμένους προσκεκλημένους ομιλητές, ελεύθερες ανακοινώσεις, παρουσιάσεις ερευνητικών εργασιών, στρογγυλές τράπεζες και διαδραστικές συνεδρίες που προάγουν τον ουσιαστικό διάλογο και τη γόνιμη ανταλλαγή απόψεων. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στη συμμετοχή νέων ιατρών και ειδικευομένων, οι οποίοι θα έχουν την ευκαιρία να παρουσιάσουν τη δουλειά τους και να συμβάλουν ενεργά στο επιστημονικό γίγνεσθαι.

Θα θέλαμε να εκφράσουμε τις θερμές μας ευχαριστίες προς όλους όσους συνέβαλαν στην οργάνωση και διαμόρφωση του προγράμματος, καθώς και προς όλους εσάς που με την παρουσία και τη συμμετοχή σας ενισχύετε την επιτυχία και το κύρος του συνεδρίου.

Με την αύρα του Αιγαίου και τη φιλοξενία της Σάμου, σας ευχόμαστε μια δημιουργική και ευχάριστη παραμονή.

Για το ΔΣ της ΕΝΘΕ

Ο Πρόεδρος
Σταύρος Τρύφων
Πνευμονολόγος
Συντονιστής Διευθυντής Πνευμονολογικής Κλινικής
Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»



ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ
ΘΩΡΑΚΟΣ
ΕΛΛΑΔΟΣ

9ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσημάτων Θώρακος

14-16/5/2026

Πνευματικό
Ίδρυμα Σάμου
«Νικόλαος Δημητρίου»
Σάμος

ΣΥΝΟΠΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ – Πέμπτη 14 Μαΐου 2026

ΑΙΘΟΥΣΑ Α	
16:00-18:30	ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ – ΑΠΟ ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ
18:30 - 21:00	Η ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ



ΣΥΝΟΠΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ – Παρασκευή 15 Μαΐου 2026

ΑΙΘΟΥΣΑ Α		ΑΙΘΟΥΣΑ Β	
09:00-09:30	ΟΜΙΛΙΑ ΥΨΗΛΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ Ηθικές προκλήσεις και νομικά διλήμματα στη λήψη κλινικών αποφάσεων στη ΜΕΘ	09:00-10:30	ΒΡΟΓΧΕΚΤΑΣΙΕΣ
09:30-11:00	ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗ ΒΑΣΙΚΗ ΒΡΟΓΧΟΣΚΟΠΗΣΗ	10:30-11:30	ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ
11:00-11:30	HOT TOPIC ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ Οξυγονοθεραπεία υψηλής ροής (High flow nasal cannula)		
11:30-12:00	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ	11:30-12:00	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ
12:00-12:30	ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ		
12:30-13:00	ΔОРΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ	12:30-13:00	ΔОРΥΦΟΡΙΚΕΣ ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ
13:00-13:30	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ	13:00-13:30	ΔОРΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ
13:30-14:00	ΟΜΙΛΙΑ ΥΨΗΛΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ Περιπτώσεις ασθενών κλινικού ενδιαφέροντος, με multiple choice	13:30-14:00	ΔΙΑΛΕΞΗ Η Ιατρική της Εργασίας στα Πνευμονικά Νοσήματα
14:00-16:00	ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΚΑΙ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΩΝ ΔΙΑΤΡΙΒΩΝ	14:00-16:00	ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ
16:00-17:00	ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ	16:00-17:00	ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ
17:00-18:30	ΚΑΠΝΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ	17:00-18:30	Η ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΣΤΗΝ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑ
18:30-20:00	ΔΙΑΧΥΤΕΣ ΔΙΑΜΕΣΕΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΕΣ	18:30-19:00	ΟΜΙΛΙΑ ΥΨΗΛΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΧΑΠ: Η χρήση βιολογικών παραγόντων στο Ιατρείο
		19:00-20:00	ΔОРΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ
20:00-20:30	ΔОРΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ	20:00-20:30	ΔОРΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ



ΣΥΝΟΠΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ – Σάββατο 16 Μαΐου 2026

ΑΙΘΟΥΣΑ Α		ΑΙΘΟΥΣΑ Β	
10:00-11:00	ΑΣΘΜΑ	09:00-10:30	ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ
11:00-11:30	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ	10:30-11:30	ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ - ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ
11:30-13:00	ΒΡΟΓΧΟΣΚΟΠΙΚΑ ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΑ	11:30-12:00	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ
13:00-13:30	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΕΣ ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ	12:00-13:00	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ
13:30-16:00	ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ	13:00-16:00	ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ
16:00-17:00	ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ	16:00-17:00	ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ
17:00-18:30	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ	17:00-18:30	ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ
18:30-19:30	ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ	18:30-20:00	ΚΑΡΚΙΝΟΣ
		20:00-21:00	ΛΗΞΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΒΡΑΒΕΥΣΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ



ΠΕΜΠΤΗ 14/5/2026 | ΑΙΘΟΥΣΑ Α

16:00 – 18:30

ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ – ΑΠΟ ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ

Προεδρείο: **Ζ. Δανιήλ, Ευθ. Παπαδοπούλου**

Διαχείριση Βρογχεκτασιών στους Ενήλικες
Χρ. Τσουρέλη

Διάγνωση και θεραπεία πνευμονίας της κοινότητας
Χρ. Πρώμος

Κακοήθης Πλευριτική Συλλογή-Οδηγίες διάγνωσης
Ν. Μπιλιής

Υπεζωκοτική Λοίμωξη προσέγγιση και αντιμετώπιση
Π. Γεωργανάκης

Νέα ταξινόμηση Διάμεσων Πνευμονοπαθειών
Γ. Τσιρίκος

18:30 – 21:00

Η ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Προεδρείο: **Κ. Καζάνας, Δρ. Τσαβλής, Α. Τσάτσος**

Υπέρηχος Θώρακος – Αλλεργικά Τεστ – Διαταραχές της αναπνοής
στον ύπνο

Ανοιχτή Συζήτηση: **Θ. Καραπέτσας, Π. Χατζηαποστόλου,
Θ. Χατζηανδρέου**



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 15/5/2026 | ΑΙΘΟΥΣΑ Α

09:00 - 09:30

ΟΜΙΛΙΑ ΥΨΗΛΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Προεδρείο: **Ηρ. Τσαγκάρης, Ευαγ. Σέραση**

Ηθικές προκλήσεις και νομικά διλήμματα στη λήψη κλινικών αποφάσεων στη ΜΕΘ

Μ. Σίλελη

Σχολιασμός: **Χρ. Ιασωνίδου**

09:30 - 11:00

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗ ΒΑΣΙΚΗ ΒΡΟΓΧΟΣΚΟΠΗΣΗ

Προεδρείο: **Β. Τσαούσης, Στ. Ανευλαβής**

Καταστολή στην βρογχοσκόπηση

Ευαγ. Κουκάκη

Αιμόπτυση στην βρογχοσκόπηση

Γ. Κοντοπύργιας

Confocal microscopy στη διάγνωση του μονήρους πνευμονικού όζου και της λεμφαδενοπάθειας μεσοθωρακίου

Π. Ζαρογουλίδης

Επιπλοκές μετά τη βρογχοσκόπηση

Μαξ. Αγγελίδης

Σχολιασμός: **Π. Μιχαηλόπουλος, Ι. Τσιούπρου**

11:00 - 11:30

HOT TOPIC ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ

Προεδρείο: **Ευαγγ. Καϊμακάμης, Β. Δημητριάδου**

Οξυγονοθεραπεία υψηλής ροής (High flow nasal cannula)

Ι. Πανταζόπουλος

11:30 - 12:00

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 15/5/2026 | ΑΙΘΟΥΣΑ Α

12:00 - 12:30

ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ

ΟΜΙΛΙΑ

ΕΟΔΥ - Δεδομένα και προκλήσεις

Θ. Βασιλακόπουλος

12:30 - 13:00

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

13:00 - 13:30

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

13:30 - 14:00

ΟΜΙΛΙΑ ΥΨΗΛΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Προεδρείο: **Ι. Γουτσίκας, Σ. Πελετίδου**

Περιπτώσεις ασθενών κλινικού ενδιαφέροντος, με multiple choice

Βλ. Πολυχρονόπουλος

Σχολιασμός: **Φ. Δρακοπαναγιωτάκης**

14:00 - 16:00

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΚΑΙ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΩΝ ΔΙΑΤΡΙΒΩΝ

Προεδρείο: **Π. Μπόγλου, Αθ. Γεωργοπούλου**

A.01 | ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ

Κ. Παπαδοπούλου¹, Ευθ. Παπαδοπούλου², Στ. Τρύφων³, Αλ. Μαθιουδάκης⁴, S. Knight⁴, Σ. Μπάκα⁵, Αν. Κόλλιας¹, Ηλ. Κοττέας¹, Κ. Συρίγος¹

¹ Γ' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η ΣΩΤΗΡΙΑ», Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

² Κλινική Αναπνευστικής Ανεπάρκειας ΑΠΘ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

³ Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

⁴ Division of Immunology, Immunity to Infection and Respiratory Medicine, University of Manchester, United Kingdom

⁵ Κλινική Μοριακής Ιατρικής ΑΠΘ, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 15/5/2026 | ΑΙΘΟΥΣΑ Α

A.02 | Η ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΒΑΒΕΝΟ ΣΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ ΣΤΟΝ ΎΠΝΟ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΥΠΟΑΕΡΙΣΜΟΥ

Γ. Μπαμπαλής¹, Δ. Σιώπη², Π. Γεωργανάκης², Στ. Τρύφων², Π. Στειρόπουλος¹

¹ Πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών «Ιατρική του Ύπνου», Ιατρική Σχολή, ΔΠΘ

² Πνευμονολογική κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

16:00 – 17:00 ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ

17:00 - 18:30 **ΚΑΠΝΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ**
Προεδρείο: **Στ. Τσικριά, Ευτ. Δήμου**

Νέα Καπνικά Προϊόντα
Αλ. Κορκοντζέλου

Διακοπή καπνίσματος: Ο κομβικός ρόλος της ΠΦΥ
Σπ. Κλίνης

Η εμπειρία της Διακοπής Καπνίσματος στην Δευτεροβάθμια φροντίδα
Ζ. Μπαρμπαρέσου

18:30 – 20:00 **ΔΙΑΧΥΤΕΣ ΔΙΑΜΕΣΕΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΕΣ**
Προεδρείο: **Ηλ. Παπανικολάου, Μ. Στάμου**

Βιοδείκτες στην πρόγνωση και θεραπεία των Διάχυτων Διάμεσων
Πνευμονοπαθειών
Ευφρ. Μάναλη

Διάχυτες Διάμεσες Πνευμονοπάθειες από Συστηματική Σκλήρυνση και
από ΣΕΛ
Γ. Μαργαριτόπουλος

Διακόπτοντας τα κορτικοστεροειδή στη Σαρκοείδωση
(WASOG statement)
Χρ. Ραμπιάδου

Σχολιασμός: **Π. Λάμπρου, Αθ. Γουνίδης**

20:00 -20:30 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ 9**



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 15/5/2026 | ΑΙΘΟΥΣΑ Β

09:00 - 10:30

ΒΡΟΓΧΕΚΤΑΣΙΕΣ

Προεδρείο: **Αικ. Δημάκου, Αλ. Κουτσοκέρα**

Φαινότυποι

Ευαγ. Φούκα

Μεταφυματιώδεις Βρογχεκτασίες

Αν. Βογιατζόγλου

Βρογχεκτασίες από Κυστική Ίνωση

Φιλ. Διαμαντέα

Σχολιασμός: **Αντ. Διγαλάκη, Αλ. Πολίτης**

10:30 - 11:30

ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ

Προεδρείο: **Ι. Κιουμής**

Πνευμονική νόσος από Ασπέργιλλο

Αδ. Λιαπίκου

Πνευμονία από RSV

Μ. Μαρκάτος

Πνευμονία από ιό της γρίπης

Ι. Κιουμής

Σχολιασμός: **Β. Πέττα, Μ. Παπαθανασίου**

11:30 - 12:00

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

12:00 - 12:30

ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ - (Α' Αίθουσα)

12:30 - 13:00

ΔΟΥΦΟΡΙΚΕΣ ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 15/5/2026 | ΑΙΘΟΥΣΑ Β

13:00 - 13:30 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

13:30 - 14:00 ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Θ. Κωνσταντινίδης**

Η Ιατρική της Εργασίας στα Πνευμονικά Νοσήματα
Ευαγ. Νένα

14:00 - 16:00 ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Προεδρείο: **Β. Αμπελίδου, Αντ. Παπαϊωάννου**

OR.01 | ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ ΟΣΤΙΚΟΥ ΤΣΙΜΕΝΤΟΥ ΣΤΙΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΕΣ
ΑΡΤΗΡΙΕΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

**Φ. Παπαϊωάννου, Αικ. Τζιούτζια, Ι. Μπέης, Αθ. Ζαχαρίας, Αθ. Γεωργοπούλου, Ευδ. Σούρλα,
Αθ. Πατάκα, Ι. Στανόπουλος, Γ. Πίτσιου, Αφ. Μπούτου**

Κλινική Αναπνευστικής Ανεπάρκειας ΑΠΘ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

OR.02 | ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΣΗΣ ΑΠΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ
ΣΥΓΚΥΤΙΑΚΟ ΙΟ (RSV)

Αρ. Σακκάς, Μ. Παπαθανασίου, Β. Δημητριάδου

ΜΕΘ, Γ.Ν. «Άγιος Δημήτριος», Θεσσαλονίκη

OR.03 | ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΑΚΤΙΝΟΜΥΚΕΣ GRAEVENITZII ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ
ΚΑΛΟΗΘΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΑΙΜΟΠΤΥΣΗΣ

**Σ. Κρασούλη, Στ. Κομπόγιωργας, Στ. Τσιπιλής, Αικ. Πρωτογέρου, Γ.-Ι. Πούπουζας, Β. Ίσσαρης,
Αλ. Τάσσης, Ν. Μουρατίδου, Σ. Κλήμης, Κ. Κότσιφας, Ευαγ. Μπαλής**

Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

OR.04 | ΔΕΡΜΑΤΙΚΟ ΕΞΑΝΘΗΜΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΙΚΗ
ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ

Δ. Σιώπη, Β. Καραπέτσας, Αν. Θεοδωρίδου, Χρ. Πρώιμος, Χρ. Ραμπιάδου, Στ. Τρύφων

Πνευμονολογική κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

OR.05 | ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΟΥ ΕΜΠΥΗΜΑΤΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΑ
ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΟΥ ΣΕ E.COLI

**Φ. Παπαϊωάννου, Αθ. Γεωργοπούλου, Ευθ. Παπαδοπούλου, Αικ. Τζιούτζια, Ι. Μπέης,
Αβρ. Κυριακίδης, Αθ. Ζαχαρίας, Ευδ. Σούρλα, Αθ. Πατάκα, Αφ. Μπούτου, Γ. Πίτσιου**

Κλινική Αναπνευστικής Ανεπάρκειας Α.Π.Θ., Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 15/5/2026 | ΑΙΘΟΥΣΑ Β

16:00 – 17:00 ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ

17:00 - 18:30 Η ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΣΤΗΝ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑ

Προεδρείο: **Χρ. Φορούλης, Ι. Παπαχρήστος**

Χειρουργική Παρέμβαση Διάσωσης Πνευμονικού Παρεγχύματος
Θ. Καραϊσκος

Εφαρμογή της χειρουργικής τεχνικής με Robotics
Κ. Τσακιρίδης

Δύσπνοια από ανύψωση ημιδιαφράγματος: παρουσίαση της
ρομποτικής αποκατάστασης

Μ. Κλημασίδης

Σχολιασμός: **Σωκ. Τσαγκαρόπουλος, Απ. Γωγάκος, Π. Ζαρογουλίδης**

18:30 – 19:00 ΟΜΙΛΙΑ ΥΨΗΛΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Προεδρείο: **Στ. Τρύφων**

ΧΑΠ: Η χρήση βιολογικών παραγόντων στο Ιατρείο

Κ. Πορπόδης

Σχολιασμός: **Δ.-Δ. Μαυροπάνου**

19:00 - 20:00 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

20:00 - 20:30 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ



ΣΑΒΒΑΤΟ 16/5/2026 | ΑΙΘΟΥΣΑ Α

10:00 - 11:00

ΑΣΘΜΑ

Προεδρείο: **Ελ. Τζωρτζάκη, Αθ. Κωνσταντινίδης**

Βιοδείκτες στο Άσθμα και στην Αλλεργική Ρινίτιδα
Ελ. Βρουβάκης

Επιλογή Βιολογικών Παραγόντων στο Άσθμα
Δ. Παπαλεξάτος

Διπλή ή Τριπλή στο Υποτροπιάζον Άσθμα
Ανδρ. Παπαϊωάννου

11:00 - 11:30

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

11:30 - 13:00

ΒΡΟΓΧΟΣΚΟΠΙΚΑ ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΑ

Προεδρείο: **Φ. Σαμψώνας, Κ. Πορπόδης**

Διαβρογχική Κρυοβιοψία. Πώς και πότε;
Ν. Κουφός

Λεμφαδενική Κρυοβιοψία. Πώς και πότε;
Μ. Δωρής

Εφαρμογές της βρογχοσκόπησης με κωνική δέσμη (Cone beam bronchoscopy)
Ηρ. Τιτόπουλος

13:00 - 13:30

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΕΣ ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ



ΣΑΒΒΑΤΟ 16/5/2026 | ΑΙΘΟΥΣΑ Α

13:30 - 16:00

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Προεδρείο: **Ελ. Παπαδάκη, Κ. Λαγούδη**

OR.06 | ΟΞΕΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΘΩΡΑΚΟΣ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ: Η ΜΑΧΗ ΜΕ ΤΟΝ ΧΡΟΝΟ ΣΕ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΩΝ ΠΟΡΩΝ

Χρ. Σίμογλου¹, Αθ. Κούκος², Δ. Γυμνόπουλος³

¹Θωρακοχειρουργός, ΤΕΠ, Γ.Ν. Ξάνθης

²ΤΕΠ, Γ.Ν. Ξάνθης

³Γενικός Χειρουργός, Κλινική Άγιος Λουκάς, Θεσσαλονίκη

OR.07 | ΚΡΙΣΙΜΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΘΩΡΑΚΟΣ ΣΤΟ ΤΕΠ: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ

Χ. Σίμογλου, Α. Θεοδωρίδης

Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γ.Ν. Ξάνθης

OR.08 | ΒΛΑΣΤΟΚΥΤΤΑΡΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ: ΚΑΙΝΟΤΟΜΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΑ ΟΞΕΑ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΘΩΡΑΚΟΣ

Χ. Σίμογλου, Α. Θεοδωρίδης

Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γ.Ν. Ξάνθης

OR.09 | ΧΥΛΟΘΩΡΑΚΑΣ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ: ΔΙΑΓΝΩΣΗ, ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΣΕ ΕΠΑΡΧΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Χ. Σίμογλου, Α. Θεοδωρίδης

Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γ.Ν. Ξάνθης

OR.10 | ΠΝΕΥΜΟΜΕΣΟΘΩΡΑΚΑΣ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ: ΔΙΑΓΝΩΣΗ, ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΣΕ ΕΠΑΡΧΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Χ. Σίμογλου, Α. Θεοδωρίδης

Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γ.Ν. Ξάνθης

OR.11 | ΚΑΤΑΔΥΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΟΘΩΡΑΚΑΣ: ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΣΕ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Χ. Σίμογλου, Α. Θεοδωρίδης

Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γ.Ν. Ξάνθης

16:00 – 17:00

ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ



ΣΑΒΒΑΤΟ 16/5/2026 | ΑΙΘΟΥΣΑ Α

17:00 - 18:30

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ

Προεδρείο: **Σ. Σχίζα, Αθ. Πατάκα, Χρ. Τερροβίτου**

Υπνογραφία Κατ' οίκον

Χ. Μερμίγκης

Σύνδρομο Ανήσυχων Κάτω Άκρων

Κ. Λάμπρου

Σύνδρομο Παχυσαρκίας – Υποαερισμού

Αστ. Τζίνας

Θεραπεία Αϋπνίας – Ημερήσιας Υπνηλίας

Δ. Σιώπη

Σχολιασμός: **Γ. Τρακαδά**

18:30 - 19:30

ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ

Προεδρείο: **Θ. Βασιλακόπουλος, Γ. Χειλάς, Μ. Βακιντή**

Η χρήση της Αξονικής Τομογραφίας στην ΧΑΠ – Νεώτερα Δεδομένα

Π. Στειρόπουλος

Πρόβλεψη παροξύνσεων ΧΑΠ με χρήση AI

Γ. Μπαλασούλης

Μηδενικές παροξύνσεις στη ΧΑΠ: μύθος ή πραγματικότητα;

Κ. Μπαρτζιώκας

Σχολιασμός: **Ν. Τζανάκης, Αθ. Κωνσταντινίδης**



ΣΑΒΒΑΤΟ 16/5/2026 | ΑΙΘΟΥΣΑ Β

09:00 - 10:30

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Προεδρείο: **Μ. Μανιάτη, Μ. Μελαχροινίδου**

Αναπνευστικοί Όγκοι και Διάχυση

Εμμ. Μάνος

Εργοσπιρομετρία

Αφρ. Μπούτου

Εκπνεόμενο Μονοξείδιο του Αζώτου στο Ιατρείο

Δ. Ιωαννίδου

Ταλαντωσιμετρία

Ουρ. Κώτσιου

Σχολιασμός: **Στ. Ηρ. Τρύφων**

10:30 - 11:30

ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ - ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ

Προεδρείο: **Γ. Πίτσιου, Ι. Μητρούσκα, Ευαγ. Σέρασλη**

Σύγχρονη Προσέγγιση και Θεραπεία της Πνευμονικής Υπέρτασης

Φ. Φραντζεσκάκη

Πότε και πως ελέγχω τις Διαταραχές Θρομβοφιλίας μετά από Πνευμονική Εμβολή και ποια η κατάλληλη αγωγή ανά περίπτωση;

Εμμ. Παπαδάκης

Παρακολούθηση στην Πρωτοβάθμια ασθενών με Πνευμονική Εμβολή

Φ. Μάλλη

Σχολιασμός: **Ηλ. Τσελεπής, Εμμ. Αντωνάκης, Ελ. Φανιάδου**

11:30 - 12:00

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

12:00 - 13:00

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ



ΣΑΒΒΑΤΟ 16/5/2026 | ΑΙΘΟΥΣΑ Β

13:00 - 16:00 **ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**
Προεδρείο: **Δρ. Τσαβλής**

OR.12 | ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ
ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Π. Τσόπα¹, Μ. Κωσταρές², Αγ. Λεκκάκου¹

¹ Παθολογική-Ογκολογική Κλινική, ΓΑΝΠ Μεταξά

² ΩΡΛ Κλινική, ΓΑΝΠ Μεταξά

OR.13 | ΑΙΜΟΠΤΥΣΗ ΚΑΙ ΚΥΨΕΛΙΔΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΣΗΣ ΜΕ
ΠΟΛΥΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ

Ελ. Ελευθεριάδου, Σ. Χρήστου, Π. Γεωργανάκης, Χρ. Ραμπιάδου

Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

OR.14 | Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΎΠΝΟΙΑ ΚΑΤΑ ΤΟΝ
ΎΠΝΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ ΡΙΝΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΡΙΝΙΚΟΥΣ ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ

Μ. Αγγελίδης¹, Μ. Παπαθανασίου², Ηρ. Τιτόπουλος¹, Β. Δημητριάδου²

¹ Α' Πνευμονολογική Κλινική, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

² Εργαστήριο Ύπνου, Γ.Ν. «Άγιος Δημήτριος», Θεσσαλονίκη

OR.15 | OSCILLOMETRY ASSESSMENT OF SMALL AIRWAY DYSFUNCTION IN TEZEPelumab-
TREATED SEVERE ASTHMA (THE OASIS STUDY)

Our. S. Kotsiou^{1,2,*}, G. I. Barkas³, P. Kirgou³; K. I. Gourgoulisianis³; Z. Daniil³

¹ Laboratory of Human Pathophysiology, Department of Nursing, University of Thessaly, Larissa, Greece

² Department of Respiratory Medicine, University of Thessaly, Larissa, Greece

³ Department of Nursing, University of Thessaly, Larissa, Greece

OR.16 | TEZEPelumab ΣΕ ΣΟΒΑΡΟ ΒΡΟΓΧΙΚΟ ΆΣΘΜΑ: ΕΠΙΚΑΙΡΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ
ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ARTEMIS ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΕΝΤΑΜΗΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

**Ι. Τσιούπρου¹, Ι. Φιλίππου¹, Αικ. Αντωνίου², Αργ. Τζουβελέκης³, Ελ. Ζέρβας⁴, Κ. Σάμιτας⁴,
Ευαγ. Φούκας⁵, Στ. Λουκίδης⁵, Κ. Μπαρτζιώκας⁶, Ελ. Τζωρτζάκη⁷, Μ. Μελαχροινίδου⁸,
Μ. Μαρκάτος⁹, Ουρ. Κώτσιου¹⁰, Π. Μπακάκος¹¹, Ανδρ. Παπαιωάννου¹¹, Ν. Ροβίνα¹¹,
Γ. Κρομμύδας⁸, Στ. Βιττωράκης⁷, Π. Στειρόπουλος¹², Χρ. Χαλίτσιος¹³, Π. Σταφυλάς¹³,
Κ. Πορπόδης¹**

¹ Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

² Πνευμονολογική Κλινική, Πα.Γ.Ν.Η.

³ Πνευμονολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Πατρών

⁴ 7η Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

⁵ Β' Πνευμονολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Γ.Π.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ»

⁶ Ιδιώτης Πνευμονολόγος – Τρίκαλα

⁷ Ιδιώτης Πνευμονολόγος – Ηράκλειο Κρήτης

⁸ Ιδιώτης Πνευμονολόγος – Αθήνα



ΣΑΒΒΑΤΟ 16/5/2026 | ΑΙΘΟΥΣΑ Β

⁹Ιδιώτης Πνευμονολόγος – Χανιά Κρήτης
¹⁰Πνευμονολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισας
¹¹Α' Πανεπιστημιακή Κλινική ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»
¹²Πνευμονολογική Κλινική Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης, ΠΓΝΑ
¹³HEALTHINK

16:00 - 17:00 ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ

17:00 - 18:30

ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

Προεδρείο: **Κ. Μανίκα, Ειρ. Γερογιάννη**

Διαγνωστικά Διλήμματα στην Καθημερινή Πράξη (Διαγνωστικές μέθοδοι- Αρνητικά πτύελα – και τώρα τι; Mantoux vs IGRA: πότε, σε ποιον και γιατί;)

Χρυσ. Μητσοκάλης

Ειδικά Κλινικά Σενάρια - Φυματίωση σε ανοσοκατεσταλμένο ασθενή- Φυματίωση και εγκυμοσύνη

Γ. Χασαπίδου

Έλεγχος Περιβάλλοντος και επαφών ασθενών με Φυματίωση

Μ. Σιωνίδου

Σχολιασμός: **Απ. Παπαβασιλείου, Ι. Τσιώκου**

18:30 - 20:00

ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Προεδρείο: **Θ. Τσιούδα, Χρ. Εμμανουηλίδης (TBC)**

Παρουσίαση της νέας σταδιοποίησης του Καρκίνου του Πνεύμονα

Δ. Σπυράτος

Νεότεροι Βιοδείκτες που προβλέπουν την πρόγνωση σε καρκίνο του πνεύμονα

Γ. Χαρδαβέλλα



9ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσημάτων Θώρακος

14-16/5/2026

Πνευματικό
Ίδρυμα Σάμου
«Νικόλαος Δημητρίου»
Σάμος

ΣΑΒΒΑΤΟ 16/5/2026 | ΑΙΘΟΥΣΑ Β

Παρενέργειες Ανοσοθεραπείας και αντιμετώπισή τους
Μ. Σαρόγλου

Θεραπεία των νευροενδοκρινικών όγκων – Που βρισκόμαστε;
Σ. Λαμπάκη

Σχολιασμός: **Γ. Χαρδαβέλλα**

20:00 – 21:00

ΛΗΞΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΒΡΑΒΕΥΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ



ΛΙΣΤΑ ΠΡΟΕΔΡΩΝ / ΟΜΙΛΗΤΩΝ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΩΝ

Μαξ. Αγγελίδης / Πνευμονολόγος, Επιμελητής Μονάδας Επεμβατικής Πνευμονολογίας, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη, Μέλος Εταιρείας Νοσημάτων Θώρακος Ελλάδος

Β. Αμπελίδου / Πνευμονολόγος, Επιμελήτρια Α', Γ.Ν. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Στ. Ανευλαβής / Αναπληρωτής Καθηγητής Πνευμονολογίας ΔΠΘ, Πνευμονολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

Εμμ. Αντωνάκης / Πνευμονολόγος, Επιμελητής Β', Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν. Κέρκυρας

Μ. Βακιντή / Πνευμονολόγος - Φυματιολόγος, Σάμος

Θ. Βασιλακόπουλος / Καθηγητής Πνευμονολογίας-Εντατικής Θεραπείας Πανεπιστημίου Αθηνών, Adjunct Professor, McGill University, Montreal, Quebec, Canada, Διευθυντής Β' Πνευμονολογικής Κλινικής & Συντονιστής Διευθυντής Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, Νοσοκομείο Ερρίκος Ντυνάν, Αθήνα, Πρόεδρος επιστημονικού συμβουλίου ΕΟΔΥ

Αν. Βογιατζόγλου / Πνευμονολόγος-Φυματιολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Πνευμονολογικής Κλινικής ΑΠΘ, Υπότροφος ΕΠΕ στο γνωστικό αντικείμενο της Κυστικής Ίνωσης

Ελ. Βρουβάκης / Πνευμονολόγος-Φυματιολόγος, Διευθυντής Πνευμονολογικής Κλινικής «ΑΝΑΣΑ» Metropolitan Hospital, Υπεύθυνος Πνευμονολογικού Κέντρου Πειραιά

Μ. Γαγγάδη / MD, MSc, PhD, Πνευμονολόγος - Φυματιολόγος, Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ, 5η Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία», Αθήνα

Ειρ. Γερογιάννη / Πνευμονολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Πνευμονολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισας

Π. Γεωργανάκης / Ειδικεύομενος Πνευμονολογίας- Φυματιολογίας, Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου» Θεσσαλονίκη

Αθ. Γεωργοπούλου / Πνευμονολόγος-Εντατικολόγος, Επιμελήτρια Α', Κλινική Αναπνευστικής Ανεπάρκειας ΑΠΘ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Αθ. Γουνίδης / Πνευμονολόγος, Επιμελητής Α, Γ.Ν. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

Ι. Γουτσίκας / Πνευμονολόγος - Εντατικολόγος, Βέροια, Ιδιώτης Ιατρός, Υπεύθυνος Εξωτερικού Πνευμονολογικού Ιατρείου Γ.Ν. Βεροίας

Απ. Γωγάκος / MD, MSc, PhD, Χειρουργός Θώρακος, Επιμελητής Α', Α.Ν.Θ. «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ», Θεσσαλονίκη

Ζ. Δανιήλ / Καθηγήτρια Πνευμονολογίας, Ιατρικό Τμήμα Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Διευθύντρια Πνευμονολογικής Κλινικής, Π.Γ.Ν. Λάρισας

Αικ. Δημάκου / MD, PhD, FCCP, Πνευμονολόγος-Φυματιολόγος, τ. Συντονίστρια Διευθύντρια 5ης Κλινικής ΝΝΘΑ και μονάδας Βρογχεκτασιών, Ιδρυτικό μέλος της Ευρωπαϊκής ομάδας Βρογχεκτασιών της ERS, Επιστημονική συνεργάτιδα του ΚΑΑ «ΑΤΤΙΚΑ», Ιδιώτης ιατρός

Β. Δημητριάδου / Πνευμονολόγος-Εντατικολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν. «Άγιος Δημήτριος», Θεσσαλονίκη



ΛΙΣΤΑ ΠΡΟΕΔΡΩΝ / ΟΜΙΛΗΤΩΝ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΩΝ

Ευτ. Δήμου / Διευθύντρια Κέντρου Υγείας Σάμου

Φιλ. Διαμαντέα / Πνευμονολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Επιστημονικά υπεύθυνη Μονάδας Κυστικής Ίνωσης Ενηλίκων, Γ.Ν. Σισμανόγλειο, Αθήνα

Αντ. Διγαλάκη / Πνευμονολόγος-Φυματιολόγος, Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο»

Φ. Δρακοπαναγιωτάκης / MD, PhD, FCCP, Επίκουρος Καθηγητής Πνευμονολογίας, Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

Μ. Δωρής / Επεμβατικός Πνευμονολόγος, Διευθυντής Γ' Πνευμονολογικής Κλινικής, Υπεύθυνος Μονάδας Επεμβατικής Βρογχοσκόπησης Δ.Θ.Κ.Α. ΥΓΕΙΑ, Αθήνα

Χρ. Εμμανουηλίδης / MD, PhD, Ογκολόγος - Παθολόγος, (π) Αναπληρωτής Καθηγητής UCLA, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

Π. Ζαρογουλίδης / MD, PhD, Πνευμονολόγος-Φυματιολόγος, Γενική Κλινική IMITHEA Θεσσαλονίκη

Χ. Ιασωνίδου / Αναισθησιολόγος-Εντατικολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια Β' ΜΕΘ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Δ. Ιωαννίδου / Πνευμονολόγος, Επιμελήτρια Β', Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Κ. Καζάνας / Πνευμονολόγος - Φυματιολόγος, Διευθυντής Πνευμονολογικής Κλινικής, Κυανούς Σταυρός, Θεσσαλονίκη, Ειδ. Γραμματέας Εταιρείας Νοσημάτων Θώρακος Ελλάδος

Ε. Καϊμακάμης / MD, MSc, PhD, Πνευμονολόγος - Εντατικολόγος, Επιμελητής Α, Α' ΜΕΘ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Θ. Καραϊσκος / Θωρακο-Καρδιοχειρουργός, Συντονιστής Διευθυντής, Θωρακο-Καρδιοχειρουργική Κλινική, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Θ. Καραπέτσας / Πνευμονολόγος, Θεσσαλονίκη

Ι. Κιουμής / Ομότιμος Καθηγητής Πνευμονολογίας - Λοιμωξιολογίας, Εντατικολόγος, Διευθυντής Καρδιοθωρακοχειρουργικής ΜΕΘ, Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης

Μ. Κληματσίδας / Χειρουργός Θώρακος, Επιστημονικά Υπεύθυνος Ελάχιστα Επεμβατικής Θωρακοσκοπικής και Ρομποτικής Θωρακοχειρουργικής, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη, Ερρίκος Ντυνάν - Αθήνα

Σπ. Κλίνης / MD, MSc, Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός, Ιδιώτης - Κοζάνη, Μέλος Επιτροπής Εκπαίδευσης ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ - Εταιρεία Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής Ελλάδος. Εκπρόσωπος της Ελλάδας στο Συμβούλιο της Ευρωπαϊκή Ακαδημία Δασκάλων Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής (EURACT)

Γ. Κοντοπύργιας / MD, MSc, FCCP, Αν. Διευθυντής Πνευμονολόγος, Νοσοκομείο Metropolitan Ομάδα «ΑΝΑΣΑ», Αθήνα



ΛΙΣΤΑ ΠΡΟΕΔΡΩΝ / ΟΜΙΛΗΤΩΝ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΩΝ

- Αλ. Κορκοντζέλου** / Πνευμονολόγος - Φυματιολόγος, Early Career Member της ομάδας εργασίας Διακοπής Καπνίσματος, Προαγωγής Υγείας & Κλιματικής Αλλαγής της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας
- Ευαγ. Κουκάκη** / Α' Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν.Ν.Θ.Α «Η Σωτηρία», Αθήνα
- Α. Κουτσοκέρα** / MSc Ογκολογία Θώρακα, MSc Παιδιατρική Πνευμονολογία, Πνευμονολόγος - Φυματιολόγος, Αθήνα
- Ν. Κουφός** / Πνευμονολόγος, Διευθυντής Μονάδας Βρογχοσκόπησης & Επεμβατικής Πνευμονολογίας, Metropolitan Hospital, Αθήνα
- Αθ. Κωνσταντινίδης** / Αναπληρωτής Καθηγητής Πνευμονολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
- Θ. Κωνσταντινίδης** / Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Καθηγητής Ιατρικής Δ.Π.Θ. Διευθυντής Εργαστηρίου Υγιεινής και Προστασίας Περιβάλλοντος Τμήματος Ιατρικής Δ.Π.Θ.
- Ουρ. Κώτσιου** / Πνευμονολόγος, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παθολογικής Φυσιολογίας του Ανθρώπου - Πνευμονολογίας, Τμήματος Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα, Επιστημονικός Συνεργάτης Πνευμονολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
- Κ. Λαγούδη** / Πνευμονολόγος, Επιμελήτρια Α', ΤΕΠ, Γ.Ν. Γ. Γεννηματάς, Θεσσαλονίκη
- Σ. Λαμπάκη** / MD, PhD, Reader Πνευμονολογίας - Καρκίνου του Πνεύμονα ΑΠΘ, Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Κ. Λάμπρου** / Πνευμονολόγος - Εντατικολόγος, Ειδική στην Ιατρική του Ύπνου, Επιμελήτρια Α', Κέντρο Μελέτης Ύπνου, Α' ΚΕΘ, Γ.Ν. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα
- Π. Λάμπρου** / Πνευμονολόγος - Φυματιολόγος, Διευθύντρια Πνευμονολογικού Τμήματος, Γ.Ν. «Λαϊκό», Αθήνα
- Αδ. Λιαπικού** / Πνευμονολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια 5ης Πνευμονολογικής Κλινικής, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία», Αθήνα
- Φ. Μάλλη** / Καθηγήτρια, Επιστ. Υπεύθυνη Ιατρείου Πνευμονικής Εμβολής, Π.Γ.Ν. Λάρισας
- Ευφρ. Μάναλη** / Καθηγήτρια Πνευμονολογίας ΕΚΠΑ, Β' Πνευμονολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Αθήνα
- Μ. Μανιάτη** / Πνευμονολόγος, Ιωάννινα
- Κ. Μανίκα** / Καθηγήτρια Πνευμονολογίας-Φυματιολογίας ΑΠΘ, Διευθύντρια Πνευμονολογικής Κλινικής ΑΠΘ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Εμμ. Μάνος** / Επεμβατικός Πνευμονολόγος, τ. Διευθυντής Βρογχολογικού Εργαστηρίου και Ιατρείου Διακοπής Καπνίσματος, Γ.Ν. Λαμίας
- Γ. Μαργαριτόπουλος** / Reader στις Διάμεσες Πνευμονοπάθειες, Πανεπιστημιακή Κλινική, Π.Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη, ΑΠΘ, Honorary Clinical Lecturer, Imperial College, London, UK
- Μ. Μαρκάτος** / Πνευμονολόγος, Χανιά
- Δ.-Δ. Μαυροπάνου** / Πνευμονολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, ΚΥ, Αθήνα



ΛΙΣΤΑ ΠΡΟΕΔΡΩΝ / ΟΜΙΛΗΤΩΝ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΩΝ

- Μ. Μελαχροινίδου** / Πνευμονολόγος, Αθήνα. Early career member της Ομάδας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας
- Χ. Μερμίγκης** / Ειδικός Ιατρός Ύπνου, Διδάκτορας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Κρήτης, Διευθυντής Τμήματος Εργαστηρίου Ύπνου, Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center, Αθήνα
- Ι. Μητρούσκα** / MD, PhD, MSc, Πνευμονολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Πνευμονολογική Κλινική Πανεπιστημίου Κρήτης ΠΑΓΝΗ, Συντονίστρια Διακλινικού Ιατρείου Πνευμονικής Υπέρτασης Κρήτης
- Χρυσ. Μητσοκάλης** / Πνευμονολόγος-Φυματιολόγος, Άρτα
- Π. Μιχαηλόπουλος** / Γενικός Αρχίατρος - Πνευμονολόγος, Επιμελητής Πνευμονολογικής Κλινικής 424 Γ.Σ.Ν.Ε., Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη
- Γ. Μπαλασούλης** / Πνευμονολόγος, Θεσσαλονίκη
- Ζ. Μπαρμπαρέσου** / Πνευμονολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Γ.Ν. Σάμου, Συντονίστρια της Ομάδας Εργασίας για τη Διακοπή Καπνίσματος, την Προαγωγή Υγείας και την Κλιματική Αλλαγή της ΕΠΕ
- Κ. Μπαρτζιώκας** / Ιδιώτης Πνευμονολόγος, Φυματιολόγος, Τρίκαλα
- Ν. Μπιλιής** / Ειδικευόμενος Πνευμονολογίας-Φυματιολογίας, Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Π. Μπόγλου** / Ιδιώτης Πνευμονολόγος, MD, PhD, Διδάκτωρ Δ.Π.Θ., Visiting Researcher (Universita di Parma), Μέλος Δ.Σ. Ε.Πν.Ελ, (Διοικητικού Συμβουλίου Ένωσης Πνευμονολόγων Ελλάδας), Delegate to the U.E.M.S Pneumology Section
- Αφρ. Μπούτου** / Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Πνευμονολογίας, Κλινική Αναπνευστικής Ανεπάρκειας ΑΠΘ
- Ευαγ. Νένα** / MD, PhD, Ειδικός Ιατρός Εργασίας και Περιβάλλοντος, Καθηγήτρια και Διευθύντρια του Εργαστηρίου Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, Adjunct Clinical Associate Professor Occupational Medicine, Epidemiology, Department, Zucker School of Medicine at Hofstra/ Northwell, Hempstead, NY, USA
- Ι. Πανταζόπουλος** / Αναπληρωτής Καθηγητής Επείγουσας Ιατρικής - Πνευμονολογίας, Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
- Απ. Παπαβασιλείου** / Πνευμονολόγος – Φυματιολόγος, τ. Διευθυντής, Αντιφυματικό Τμήμα - Μονάδα Πολυανθεκτικής Φυματίωσης, Γ.Ν.Ν.Θ.Α «Η Σωτηρία», Αθήνα
- Ελ. Παπαδάκη** / Πνευμονολόγος, Επιμελήτρια Α', Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Εμμ. Παπαδάκης** / Αιματολόγος, Co-Editor in chief Thrombosis Update, Ιατρείο Αιματολογίας και Αιμόστασης, Κλινική Γένεσις, Θεσσαλονίκη
- Ευθ. Παπαδοπούλου** / Πνευμονολόγος-Φυματιολόγος, Κλινική Αναπνευστικής Ανεπάρκειας ΑΠΘ (υπότροφος Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας), Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη



ΛΙΣΤΑ ΠΡΟΕΔΡΩΝ / ΟΜΙΛΗΤΩΝ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΩΝ

Μ. Παπαθανασίου / Πνευμονολόγος, Επιμελήτρια Α' Γ.Ν.Θ. «Ο Άγιος Δημήτριος», Θεσσαλονίκη

Ανδρ. Παπαϊωάννου / Επίκουρη Καθηγήτρια Πνευμονολογίας ΕΚΠΑ, Α' Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Ν.Θ. «Η Σωτηρία», Αθήνα

Αντ. Παπαϊωάννου / Πνευμονολόγος, MD, MSc, Κατερίνη, Επιστημονικός Συνεργάτης Πανεπιστημιακής Πνευμονολογικής Κλινικής ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

Δ. Παπαλεξάτος / Πνευμονολόγος - Φυματιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Κ.Υ. Βόρειου Τομέα Πατρών και Π.Γ.Ν.Π. Ρίο

Ηλ. Παπανικολάου / Πνευμονολόγος-Φυματιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Πνευμονολογική Κλινική Γ.Ν. Κέρκυρας

Ι. Παπαχρήστος / Ταξίαρχος ε.α. – Θωρακοχειρουργός, τ. Διευθυντής Θωρακοχειρουργικό Τμήμα, Νοσοκομείο 424 Γ.Σ.Ν.Ε., Θεσσαλονίκη

Αθ. Πατάκα / Καθηγήτρια Πνευμονολογίας - Διαταραχών Ύπνου ΑΠΘ, Κλινική Αναπνευστικής Ανεπάρκειας ΑΠΘ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Σ. Πελετίδου / MD, MSc, PhD, Πνευμονολόγος - Φυματιολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Β. Πέττα / Πνευμονολόγος, Msc, PhD, Επιμελήτρια Α', Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας», Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Αθηνών, Μεταδιδακτορική Ερευνήτρια Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Υπότροφος Ιδρύματος «Α.Σ. Ωνάσης»

Γ. Πίτσιου / Καθηγήτρια Πνευμονολογίας, Τμήμα Ιατρικής ΑΠΘ, Διευθύντρια Κλινικής Αναπνευστικής Ανεπάρκειας, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Αλ. Πολίτης / MD, PhD, Πνευμονολόγος, Διδάκτωρ Πνευμονολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Β. Πολυχρονόπουλος / Πνευμονολόγος - Φυματιολόγος, τέως Διευθυντής Πνευμονολογικής Κλινικής: Σισμανογλείου Αθηνών, ΥΓΕΙΑ και Ευρωκλινική Αθηνών

Κ. Πορπόδης / Αναπληρωτής Καθηγητής Πνευμονολογίας ΑΠΘ, Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη, Γεν. Γραμματέας Εταιρείας Νοσημάτων Θώρακος Ελλάδος

Χρ. Πρώμος / Ειδικευόμενος Πνευμονολογίας, Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Χρ. Ραμπιάδου / Πνευμονολόγος- Φυματιολόγος Επιμελήτρια Β', Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Φ. Σαμψώνας / Αναπληρωτής Καθηγητής Πνευμονολογίας Πανεπιστημίου Πατρών

Μ. Σαρόγλου / MD, MSc, PhD, Πνευμονολόγος, Επιμελήτρια Α', Υπεύθυνη Πνευμονολογικού - Νεοπλασιών Πνεύμονος Ιατρείου Πνευμονολογικής Κλινικής ΕΣΥ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Ευαγ. Σέραση / Πνευμονολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη



ΛΙΣΤΑ ΠΡΟΕΔΡΩΝ / ΟΜΙΛΗΤΩΝ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΩΝ

Μ. Σίλελη / Παθολόγος - Εντατικολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Β' ΜΕΘ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Μ. Σιωνίδου / Πνευμονολόγος - Φυματιολόγος PhD, MSc, Έμμισθη Επιστημονική Συνεργάτης Πνευμονολογικής Κλινικής ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

Δ. Σιώπη / Πνευμονολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Δ. Σπυράτος / Αναπληρωτής Καθηγητής Πνευμονολογίας ΑΠΘ, Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Μ. Στάμου / Επιστημονική Υπεύθυνη Κέντρου Υγείας Σάμου, Διευθύντρια Πνευμονολογίας, Σάμος

Π. Στειρόπουλος / Καθηγητής Πνευμονολογίας Δ.Π.Θ., Διευθυντής Πνευμονολογικής Κλινικής Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης, Διευθυντής Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Ιατρική του Ύπνου», Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, Αλεξανδρούπολη, Αντιπρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Υπνολογίας, Υπεύθυνος Ομάδας ΧΑΠ της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας

Σ. Σχίζα / Καθηγήτρια Πνευμονολογίας και Διαταραχών Ύπνου, Διευθύντρια Πνευμονολογικής Κλινικής ΠαΓΝΗ, Head of ERS Assembly 4 Sleep Disordered Breathing, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο

Χρ. Τερροβίτου / Πνευμονολόγος, Διευθύντρια Πνευμονολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Καβάλας

Ν. Τζανάκης / Καθηγητής Πνευμονολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο, Αντιπρόεδρος Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας

Αστ. Τζίνας / Πνευμονολόγος, Κλινική Αναπνευστικής Ανεπάρκειας, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Ελ. Τζωρτζάκη / Πνευμονολόγος-Φυματιολόγος, Τέως Επίκουρη Καθηγήτρια Πνευμονολογίας, Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Κρήτης, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Κρήτης & Μεταδιδακτορικές Σπουδές στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

Ηρ. Τιτόπουλος / MD, PhD, Επεμβατικός Πνευμονολόγος, Διευθυντής Πνευμονολογικής Κλινικής Ιατρικού Διαβαλκανικού Κέντρου, Θεσσαλονίκη

Ι. Τόμος / Πνευμονολόγος, Επιμελητής Β' ΕΣΥ, 5η Πνευμονολογική Κλινική Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία», Αθήνα

Γ. Τρακαδά / Πνευμονολόγος – Φυματιολόγος με Εκπαίδευση στην Ιατρική του Ύπνου, Καθηγήτρια Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Αθήνα

Στ. Τρύφων / MD, PhD, FCCP, Πνευμονολόγος, Συντονιστής Διευθυντής, Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη, Πρόεδρος Εταιρείας Νοσημάτων Θώρακος Ελλάδος

Στ. Ηρ. Τρύφων / Πνευμονολόγος, MD, MSc, Θεσσαλονίκη

Δρ. Τσαβλής / Πνευμονολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ, Αντιπρόεδρος Εταιρείας Νοσημάτων Θώρακος Ελλάδος (ΕΝΘΕ)



ΛΙΣΤΑ ΠΡΟΕΔΡΩΝ / ΟΜΙΛΗΤΩΝ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΩΝ

Ηρ. Τσαγκάρης / Καθηγητής Πνευμονολογίας - Εντατικής Θεραπείας ΕΚΠΑ, Διευθυντής Β' Κλινικής Εντατικής Θεραπείας ΕΚΠΑ

Σωκ. Τσαγκαρόπουλος / MD, Msc, PhD, Χειρουργός Θώρακος, Επιμελητής Α', Καρδιοθωρακοχειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Κ. Τσακίριδης / MD, PhD, FEBTS Καρδιοθωρακοχειρουργός, Διευθυντής Καρδιοθωρακοχειρουργικού Τμήματος Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

Β. Τσαούσης / MD, MSC, Πνευμονολόγος-Φυματιολόγος, Θεσσαλονίκη, Ταμίας Εταιρείας Νοσημάτων Θώρακος Ελλάδος (ΕΝΘΕ)

Α. Τσάτσος / Πνευμονολόγος – Φυματιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ - Υπεύθυνος Τ.Ι. Ν. Σμύρνης, ΚΥ Καλλιθέας, Μέλος Δ.Σ. Ένωσης Πνευμονολόγων Ελλάδα

Ηλ. Τσελεπής / Πνευμονολόγος, Θεσσαλονίκη

Στ. Τσικριά / MD, MSc, PhD, Πνευμονολόγος-Φυματιολόγος, Γ.Ν.Ν.Θ.Α «Η Σωτηρία», Chair ERS Group 6.3: Tobacco, Smoking Control and Health Education, Πρόεδρος Ένωσης Πνευμονολόγων Ελλάδος, Secretary and Treasurer of UEMS Pneumology Section, Ιατρός Ε.Σ.Ι. ΚΕΠΑ, Μέλος ΔΣ Μεσογειακό Ινστιτούτο Μελέτης & Εκπαίδευσης στην Πρόληψη & Αντιμετώπιση των Λοιμώξεων, Μέλος ΔΣ Ελληνικής Εταιρείας Επείγουσας Ιατρικής

Θ. Τσιούδα / Dr Πνευμονολόγος, Διευθύντρια Πνευμονολογικού Ογκολογικού Τμήματος, Α.Ν.Θ. ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ, Θεσσαλονίκη

Ι. Τσιούπρου / Πνευμονολόγος, Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Γ. Τσιρίκος, Ειδικευόμενος Πνευμονολογίας, Πνευμονολογικού Τμήματος Πανεπιστημίου Πατρών

Ι. Τσιώκου / Πνευμονολόγος, Αθήνα

Χρ. Τσουρέλη / Ειδικευόμενη Πνευμονολογίας, Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Ελ. Φανιάδου / Πνευμονολόγος, Επιμελήτρια Β, Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Δ. Φαρμάκης / Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Αθήνα

Χρ. Φορούλης / Καθηγητής Θωρακοχειρουργικής ΑΠΘ, Διευθυντής Σπουδών Ακαδημίας Χειρουργικής Θώρακος-Καρδιάς ΕΕΧΘΚΑ

Ευαγ. Φούκα / Επίκουρη Καθηγήτρια Πνευμονολογίας ΕΚΠΑ, 2η Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν. «Αττικόν», Αθήνα, Συντονίστρια Ομάδας Άσθματος της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας

Φ. Φραντζεσκάκη / Επίκουρη Καθηγήτρια Εντατικής Θεραπείας Πνευμονολογίας ΕΚΠΑ, Β' Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Αθήνα



9ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσημάτων Θώρακος

14-16/5/2026

Πνευματικό
Ίδρυμα Σάμου
«Νικόλαος Δημητρίου»
Σάμος

ΛΙΣΤΑ ΠΡΟΕΔΡΩΝ / ΟΜΙΛΗΤΩΝ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΩΝ

Γ. Χαρδαβέλλα / MD, MSc, PhD, Πνευμονολόγος, Επιμελήτρια Α΄ ΕΣΥ, Γ.Ν.Ν.Θ.Α «Η Σωτηρία», Αθήνα, Thoracic Oncology Assembly (Ass.11) Secretary, European Respiratory Society (ERS), Υπεύθυνη Ομάδας Καρκίνου Πνεύμονα ΕΠΕ

Γ. Χασαπίδου / Πνευμονολόγος-Φυματιολόγος, Επιμελήτρια Β' Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη, Εξειδικευθείσα Εντατικολογίας

Θ. Χατζηανδρέου / Πνευμονολόγος - Φυματιολόγος, Ιδιωτικό Ιατρείο Λάρισα, Επιστημονικά Υπεύθυνη Πνευμονολογικού Τμήματος Γενικής Κλινικής Γένεσις, Θεσσαλονίκη, Επιστημονικός Συνεργάτης Euromedica Κυανούς Σταυρός, Θεσσαλονίκη

Π. Χατζηαποστόλου / Πνευμονολόγος, Θεσσαλονίκη

Γ. Χειλάς / Αναπληρωτής Καθηγητής Πνευμονολογίας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Β΄ Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα



ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΕΣ ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΟΣΙΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 15/5/2026 | ΑΙΘΟΥΣΑ Α

12:30 - 13:00

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ με την υποστήριξη της **GlaxoSmithKline**
Προεδρείο: **Γ. Χειλάς**

Εισαγωγή
Γ. Χειλάς

Η κλινική αξία της βιολογικής θεραπείας στη ΧΑΠ στην πρωτοβάθμια και τη νοσοκομειακή φροντίδα: Μια επιστημονική συζήτηση μεταξύ δύο ειδικών
Μ. Μαρκάτος

Συζήτηση: **Γ. Χειλάς, Μ. Μαρκάτος**

20:00 -20:30

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ με την υποστήριξη της
Boehringer Ingelheim Hellas
Προεδρείο: **Γ. Μαργαριτόπουλος**

Πνευμονική Ίνωση: Σύγχρονη Διαγνωστική και Θεραπευτική Προσέγγιση
Ι. Τόμος



ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΕΣ ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΟΣΙΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 15/5/2026 | ΑΙΘΟΥΣΑ Β

12:30 - 13:00 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΕΣ ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ** με την υποστήριξη της **AstraZeneca**
Προεδρείο: **Ευαγ. Φούκα**

Επιθηλιακές συναγερμίνες και δυσλειτουργία των μικρών
αεραγωγών

Ουρ. Κώτσιου

Επιθηλιακή υγεία σε σοβαρό άσθμα και CRSwNP: από τη θεωρία
στην κλινική πράξη

Εμμ. Μάνος

13:00 – 13:30 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ** με την υποστήριξη της **Menarini Hellas A.E.**
Προεδρείο: **Ηρ. Τιτόπουλος**

Η σημασία της μέγιστης βρογχοδιαστολής στην Ποιότητα Ζωής των
ασθενών με ΧΑΠ

Ι. Γουτσίκας

19:00 - 20:00 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ** με την υποστήριξη της **AstraZeneca**
Προεδρείο: **Ν. Τζανάκης**

Καρδιά και πνεύμονας: Δύο όργανα, μια ευκαιρία για ζωή

Δ. Φαρμάκης

Ο ρόλος της IL-33 στη Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια

Ι. Πανταζόπουλος

Ηωσινόφιλα: οι αρχιτέκτονες της T2 high φλεγμονής

Μ. Γαγγάδη

Unlocking Insights: η αξία των θεραπευτικών στόχων στην κλινική
πράξη

Ελ. Βρουβάκης



ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΕΣ ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΟΣΙΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 15/5/2026 | ΑΙΘΟΥΣΑ Β

20:00 - 20:30

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ με την υποστήριξη της **Guidotti Hellas**
Προεδρείο: **Ν. Τζανάκης**

Διπλή βρογχοδιαστολή LAMA/LABA: Ο σταθερός πυλώνας στη
διαχείριση της ΧΑΠ

Π. Στειρόπουλος



ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΕΣ ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΟΣΙΑ

ΣΑΒΒΑΤΟ 16/5/2026 | ΑΙΘΟΥΣΑ Α

13:00 - 13:30 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΕΣ ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ** με την υποστήριξη της **Chiesi Hellas**
Τριπλή μικροσωματιδιακή θεραπεία στη διαχείριση των
αποφρακτικών νοσημάτων των αεραγωγών
Προεδρείο: **Π. Στειρόπουλος**

Στοχεύοντας την κλινική ύφεση του άσθματος
Δ. Σιώπη

Η σημασία της έγκαιρης παρέμβασης στη διαχείριση της σταθερής
ΧΑΠ
Ελ. Βρουβάκης

ΣΑΒΒΑΤΟ 16/5/2026 | ΑΙΘΟΥΣΑ Β

12:00 - 13:00 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ** με την υποστήριξη της
Menarini Hellas A.E.
Θεραπευτική διαχείριση του Άσθματος και της ΧΑΠ με μία
εισπνοή ημερησίως
Προεδρείο: **Θ. Βασιλακόπουλος**

Ο έλεγχος του άσθματος μέσα από την καθημερινή κλινική
πρακτική
Στ. Τρύφων

Συστάσεις GOLD 2026: Η θέση της τριπλής εισπνεόμενης
θεραπείας
Γ. Χειλάς



ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε θερμά τις παρακάτω εταιρίες για τη συμβολή τους στην επιτυχία του 9ου Πανελληνίου Συνεδρίου Νοσημάτων Θώρακος.



Pharmaceutical Laboratories S.A.





ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 15/5/2026 | ΑΙΘΟΥΣΑ Α

14:00 - 16:00

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΚΑΙ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΩΝ
ΔΙΑΤΡΙΒΩΝ

Προεδρείο: Π. Μπόγλου, Αθ. Γεωργοπούλου

A.01 | ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ

Κ. Παπαδοπούλου¹, Ευθ. Παπαδοπούλου², Στ. Τρύφων³, Αλ. Μαθιουδάκης⁴, S. Knight⁴, Σ. Μπάκας⁵, Αν. Κόλλιας¹, Ηλ. Κοττέας¹, Κ. Συρίγος¹

¹ Γ' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η ΣΩΤΗΡΙΑ», Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

² Κλινική Αναπνευστικής Ανεπάρκειας ΑΠΘ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

³ Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

⁴ Division of Immunology, Immunity to Infection and Respiratory Medicine, University of Manchester, United Kingdom

⁵ Κλινική Μοριακής Ιατρικής ΑΠΘ, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η ανοσοθεραπεία έχει βελτιώσει σημαντικά την πρόγνωση στον καρκίνο του πνεύμονα, όμως δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα αναφορικά με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητά της σε πληθυσμούς υψηλού κινδύνου. Η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) είναι η πιο συχνή συννοσηρότητα στους ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας των αναστολέων σημείων ελέγχου (ICI) για καρκίνο πνεύμονα στους ασθενείς με και χωρίς ΧΑΠ.

Υλικό και Μέθοδοι: Η παρούσα συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση ακολουθεί τη μεθοδολογία Cochrane, με προοπτική καταχώρηση του πρωτοκόλλου της στη βάση PROSPERO. Αναζητήθηκαν μελέτες στις βιβλιογραφικές βάσεις PubMed και Embase βάσει προκαθορισμένων κριτηρίων καταλληλότητας. Ο κίνδυνος συστηματικού σφάλματος ανά μελέτη εκτιμήθηκε με το εργαλείο QUIPS. Πραγματοποιήθηκαν μετα-αναλύσεις με μοντέλα τυχαίων επιδράσεων για τον υπολογισμό των αναλογιών πιθανοτήτων (odds ratio, OR) και αναλογιών κινδύνου (hazard ratio, HR), με διάστημα εμπιστοσύνης 95% (95% confidence interval, 95%CI).

Αποτελέσματα: Συνολικά συμπεριλήφθηκαν 22 μελέτες παρατήρησης με πληθυσμό 17.384 ασθενείς που λάμβαναν ICI για καρκίνο πνεύμονα, με ΧΑΠ στο 4,8% έως 80,8% του πληθυσμού ανά μελέτη. Οι περισσότερες μελέτες κρίθηκαν ενδιάμεσου ή υψηλού κινδύνου για συστηματικό σφάλμα. Φάνηκε ότι οι ασθενείς με ΧΑΠ είχαν ευνοϊκότερες εκβάσεις αποτελεσματικότητας συγκριτικά με τους ασθενείς χωρίς ΧΑΠ (σταθμισμένη επιβίωση ελεύθερη προόδου νόσου HR:0,53 95%CI:0,42-0,67, αντικειμενική θεραπευτική ανταπόκριση OR:2,05 95%CI:1,42-2,98, ποσοστό ελέγχου

νόσου OR:1,96 95%CI:1,20-3,22), με αυξημένη, όμως, πιθανότητα εμφάνισης ανεπιθύμητων συμβάντων από ICI (OR:1,54 95%CI:1,30-1,82) και πνευμονίτιδας από ICI (OR:2,52 95%CI:1,81-3,52). Η συνολική επιβίωση δεν φάνηκε να διαφέρει σημαντικά μεταξύ των ομάδων (HR:0,77 95%CI:0,54-1,11), αλλά σε σταθμισμένη ανάλυση για δυνητικά συγχυτικούς παράγοντες προέκυψε ευνοϊκότερη έκβαση στους ασθενείς με ΧΑΠ συγκριτικά με τους ασθενείς χωρίς ΧΑΠ (HR:0,47 95%CI:0,31-0,70).

Συμπεράσματα: Ο ρόλος της ΧΑΠ αναδεικνύεται καθοριστικός στην πρόγνωση των ασθενών που λαμβάνουν αναστολείς σημείων ελέγχου για καρκίνο του πνεύμονα, αλλά χρειάζονται επιπρόσθετα δεδομένα από άρτιες μεθοδολογικά μελέτες.

A.02 || Η ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΒΑΒΕΝΟ ΣΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ ΣΤΟΝ ΎΠΝΟ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΥΠΟΑΕΡΙΣΜΟΥ

Γ. Μπαμπαλής¹, Δ. Σιώπη², Π. Γεωργανάκης², Στ. Τρύφων², Π. Στειρόπουλος¹

¹ Πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών «Ιατρική του Ύπνου», Ιατρική Σχολή, ΔΠΘ

² Πνευμονολογική κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η παχυσαρκία σχετίζεται συχνά με διαταραχές της αναπνοής στον ύπνο και με προοδευτική επιβάρυνση της αναπνευστικής λειτουργίας, η οποία μπορεί να εκδηλώνεται με διαφορετικά στάδια υποαερισμού.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εφαρμογή του συστήματος ταξινόμησης Baveno σε παχύσαρκους ασθενείς με διαταραχές της αναπνοής στον ύπνο, με στόχο την κατανόηση της κλινικής ετερογένειας του πληθυσμού αυτού, τη διερεύνηση της σχέσης των σταδίων υποαερισμού με τις κατηγορίες Baveno και την αξιολόγηση της χρησιμότητας του συστήματος στην καθοδήγηση της θεραπευτικής επιλογής της αναπνευστικής υποστήριξης.

Υλικό και Μέθοδοι: Αναδρομική μελέτη παρατήρησης παχύσαρκων ασθενών με διαταραχές της αναπνοής στον ύπνο, οι οποίοι παρακολουθούνταν σε Εργαστήριο Διαταραχών Ύπνου. Οι ασθενείς ταξινομήθηκαν σε τρία στάδια υποαερισμού και κατανεμήθηκαν στις ομάδες A–D της ταξινόμησης Baveno.

Καταγράφηκαν κλινικά, πολυυπνογραφικά και εργαστηριακά δεδομένα, καθώς και η εφαρμοζόμενη μορφή αναπνευστικής υποστήριξης.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 227 ασθενείς (154 άνδρες, 73 γυναίκες) με BMI: 42,03 ± 8,53 kg/m², διάμεση ηλικία 60 έτη (IQR: 50-68) έτη, και μέτρια-σοβαρή υπνική άπνοια (AHI :65 ± 32,21/h). Σύμφωνα με την ταξινόμηση Baveno, οι ασθενείς ταξινομήθηκαν ως: ομάδα D (35.2%, n=80), B και C (27.3% η καθεμία, n=62), και ομάδα A (10.1%, n=23).

Η αρτηριακή υπέρταση αποτελεί το συχνότερο υποκείμενο νόσημα, (52.9%, n=120), ακολουθεί ο σακχαρώδης διαβήτης (28.6%, n=65), η καρδιακή ανεπάρκεια (19.8%, n=45), η στεφανιαία νόσος (15.0%, n=34), η δυσλιπιδαιμία (14.5%, n=33), και η κοιλιακή μαρμαρυγή (6.6%, n=15). Η κυρίαρχη μέθοδος θεραπείας ήταν η εφαρμογή MEMA με μοντέλο διφασικής πίεσης (BIPAP), (69.6%, n=158) και ακολουθεί η εφαρμογή συνεχούς θετικής πίεσης (CPAP), (30.0%, n=68). Βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση των σταδίων Baveno με το στάδιο του υποαερισμού ($\chi^2 = 21.8$, $p=0.001$). Διαπιστώθηκε επίσης στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην κατανομή του είδους της θεραπείας και την κατηγορία Baveno, ($\chi^2 = 17.74$, $p=0.002$). Οι ασθενείς στην κατηγορία Baveno A αντιμετωπίζονται κυρίως με CPAP (60.9%), ενώ στην κατηγορία D, με BIPAP (81.3%).

Συμπεράσματα: Η ταξινόμηση Baveno αποτελεί ένα χρήσιμο πολυπαραγοντικό εργαλείο φαινοτυπικής ταξινόμησης παχύσαρκων ασθενών με διαταραχές της αναπνοής στον ύπνο, προσφέροντας κλινική πληροφορία πέραν της παραδοσιακής αξιολόγησης με βάση τον AHI, και συμβάλλοντας στην καθοδήγηση της θεραπευτικής επιλογής.



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 15/5/2026 | ΑΙΘΟΥΣΑ Β

14:00 - 16:00

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (OR.01-05)

Προεδρείο: **Β. Αμπελίδου, Αντ. Παπαϊωάννου**

OR.01 | ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ ΟΣΤΙΚΟΥ ΤΣΙΜΕΝΤΟΥ ΣΤΙΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΕΣ

ΑΡΤΗΡΙΕΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Φ. Παπαϊωάννου, Αικ. Τζιούτζια, Ι. Μπέης, Αθ. Ζαχαρίας, Αθ. Γεωργοπούλου, Ευδ. Σούρλα, Αθ. Πατάκα, Ι. Στανόπουλος, Γ. Πίτσιου, Αφ. Μπούτου

Κλινική Αναπνευστικής Ανεπάρκειας ΑΠΘ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η διαδερμική σπονδυλοπλαστική και η κυφοπλαστική αποτελούν ευρέως διαδεδομένες ελάχιστα επεμβατικές τεχνικές αντιμετώπισης σπονδυλικών καταγμάτων κακοήθους ή τραυματικής αιτιολογίας. Ωστόσο, παρά την επίτευξη άμεσης ανακούφισης από τον πόνο, επιπλοκές όπως η διαρροή πολυμεθακρυλικού μεθυλεστέρα (PMMA) είναι συνήθεις, με την πνευμονική εμβολή από PMMA να συνιστά μία δυνητικά σοβαρή υποδιαγνωσμένη οντότητα, δεδομένης της συχνά ασυμπτωματικής φύσης της.

Σκοπός: Η παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς με ασυμπτωματική πνευμονική εμβολή από PMMA κατόπιν διαδερμικής σπονδυλοπλαστικής και η ανάδειξη της σημασίας της κλινικής επαγρύπνησης και εξατομικευμένης αντιμετώπισης, ελλείψει καθορισμένων κατευθυντήριων οδηγιών διαχείρισης.

Μέθοδος: Θήλυ 65 ετών με ιστορικό σοβαρής οστεοπενίας και συμπιεστικών καταγμάτων O₁-O₂ σπονδύλων, για τα οποία και υπεβλήθη σε διαδερμική σπονδυλοπλαστική προ διμήνου. Στα πλαίσια ετήσιου ελέγχου ρουτίνας διερεύνησης πνευμονικού οζιδίου, από ακτινογραφία θώρακος απεικόνιση διακλαδούμενων γραμμικών σκιάσεων. Πραγματοποιήθηκε κλινική εκτίμηση, έλεγχος πνευμονικής λειτουργίας, καθώς και αξονική τομογραφία θώρακος.

Αποτελέσματα: Από αξονική τομογραφία θώρακος ανάδειξη πολλαπλών γραμμικών εστιών αυξημένης πυκνότητας κατά μήκος των πνευμονικών αγγείων, συμβατών με εμβολή από PMMA. Η ασθενής παρέμεινε ασυμπτωματική, με φυσιολογικά ζωτικά σημεία, εργαστηριακές εξετάσεις, αναλύσεις αέρα αίματος και δοκιμασίες πνευμονικής λειτουργίας. Υιοθετήθηκε συντηρητική προσέγγιση με στενή παρακολούθηση έξι μηνών, χωρίς εκδήλωση συμπτωμάτων ή επιπλοκών κατά τη διάρκεια αυτής.

Συμπεράσματα: Η πνευμονική εμβολή από PMMA είναι μία σχετικά συνήθης, συχνά ασυμπτωματική, ωστόσο δυνητικά απειλητική για τη ζωή επιπλοκή. Λόγω της απουσίας τυποποιημένων κατευθυντήριων οδηγιών, η διαχείριση οφείλει να εξατομικεύεται βάσει της κλινικής εικόνας και των εκάστοτε παραγόντων κινδύνου. Η αυξημένη ευαισθητοποίηση των ιατρών κρίνεται αναγκαία για την έγκαιρη διάγνωση και την κατάλληλη αντιμετώπιση παρόμοιων περιστατικών.

OR.02 | ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΓΚΥΤΙΑΚΟ ΙΟ (RSV)

Αρ. Σακκάς, Μ. Παπαθανασίου, Β. Δημητριάδου
ΜΕΘ, Γ.Ν. «Άγιος Δημήτριος», Θεσσαλονίκη

Σκοπός Εργασίας: Η διερεύνηση των νεότερων δεδομένων αναφορικά με τις σύγχρονες στρατηγικές πρόληψης της λοίμωξης από τον αναπνευστικό συγκυτιακό ιό (RSV).

Υλικά και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση της σύγχρονης διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, Scopus και Google Scholar για την περίοδο 2021–2026, με εστίαση στις σύγχρονες στρατηγικές πρόληψης της λοίμωξης από τον αναπνευστικό συγκυτιακό ιό (RSV). Χρησιμοποιήθηκαν κατάλληλες λέξεις-κλειδιά, όπως: Πρόληψη, RSV, Λοίμωξη, Υγιεινή, Μέτρα Προστασίας στην ελληνική και αγγλική γλώσσα.

Αποτελέσματα: Οι σύγχρονες παρεμβάσεις πρόληψης έναντι του RSV συνδέθηκαν με ουσιαστική μείωση της σοβαρής λοίμωξης του κατώτερου αναπνευστικού, της νοσηρότητας και της ανάγκης για νοσηλεία σε βρέφη και ενήλικες υψηλού κινδύνου. Στους ενήλικες ηλικίας ≥ 60 ετών, το εμβόλιο Arexny παρουσίασε αποτελεσματικότητα έως 82,6% έναντι λοίμωξης του κατώτερου αναπνευστικού από RSV και έως 94,1% έναντι σοβαρής νόσου. Ωστόσο, το εμβόλιο mRESVIA φάνηκε να μειώνει τα κρούσματα RSV κατά 55–58% και βρέθηκε αποτελεσματικό κατά 68,4% έναντι της οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας. Μάλιστα, ο εμβολιασμός κατά την κύηση με το εμβόλιο Abrysvo (RSVpreF) επέφερε προστασία 81,8% έναντι σοβαρής λοίμωξης του κατώτερου αναπνευστικού από RSV κατά τις πρώτες 90 ημέρες ζωής και 69,4% έως τις 180 ημέρες, ενισχύοντας την πρώιμη ανοσοπροστασία τους. Επιπλέον, σε βρέφη υψηλού κινδύνου, η παλιβιζουμάμπη συνδέθηκε με μείωση των εισαγωγών λόγω RSV (10,6% έναντι 4,8%, $p < 0,001$), ενώ συνδέθηκε και με μικρότερη διάρκεια νοσηλείας και μειωμένες ανάγκες για συμπληρωματικό οξυγόνο. Αντίστοιχα, η νirseβιμάμπη συσχετίστηκε με μείωση των λοιμώξεων του κατώτερου αναπνευστικού από RSV άνω του 75%. Παράλληλα, η υγιεινή χεριών, η χρήση μέσων ατομικής προστασίας και η εφαρμογή μέτρων ελέγχου διασποράς στους χώρους παροχής φροντίδας συνέβαλε ως τα βασικά συμπληρωματικά μέσα περιορισμού της διασποράς.

Συμπεράσματα: Οι σύγχρονες στρατηγικές πρόληψης του RSV, μέσω χρήσης εμβολίων και εφαρμογής βασικών μέτρων προφύλαξης, συμβάλλουν ουσιαστικά στη μείωση της σοβαρής νόσου και της ανάγκης για νοσηλεία. Η στοχευμένη αξιοποίησή τους αναμένεται να περιορίσει σημαντικά το κλινικό φορτίο της λοίμωξης από RSV.

OR.03 | ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ACTINOMYCES GRAEVENITZII ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΚΑΛΟΗΘΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΑΙΜΟΠΤΥΞΗΣ

Σ. Κρασούλη, Στ. Κομπόγιωργας, Στ. Τσιπλής, Αικ. Πρωτογέρου, Γ.-Ι. Πούπουζας, Β. Ίσσαρης, Αλ. Τάσσης, Ν. Μουρατίδου, Σ. Κλήμης, Κ. Κότσιφας, Ευαγ. Μπαλής
Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού αιμόπτυσης σπάνιας καλοήθους αιτιολογίας.

Υλικό και μέθοδος: Άνδρας 65 ετών, με στεφανιαία νόσο υπό κλοπιδογρέλη/ακετυλοσαλικυλικό οξύ, πολλαπλό μυέλωμα (χωρίς ανοσοκατασταλτική αγωγή από έτους), XNN/Crea~2.5mg/dl και σακχαρώδη διαβήτη, προσεκομίσθη αναφέροντας αιμόπτυση~100ml από 24ώρου.

SatO₂:96%/FiO₂ 21% – κλινική εξέταση: κφ

CRP: 4mg/dl, PTL-χρόνοι πήξης: εφο, Crea 2.4mg/dl.

CTPA/CTA θώρακος: ατελεκτασία έσω τμήματος του ΔΜΛ, απόφραξη σύστοιχου βρόγχου και "ground glass" έξω τμήματος του ΔΜΛ, αρνητική για πνευμονική εμβολή.

Τροποποιήθηκε η αντιαιμοπεταλιακή αγωγή και χορηγήθηκε τρανσεναμικό οξύ και δοξουκυκλίνη, με ύφεση της αιμόπτυσης. Διενεργήθηκε βρογχοσκόπηση και αναδείχθηκε αιμορραγική εξωφυτική βλάβη, που προκαλούσε σημαντική στένωση του έσω τμηματικού του ΔΜΛ, απ' όπου ελήφθησαν washing και δείγματα βιοψίας.

Αποτελέσματα: Αναδείχθηκαν πολυάριθμες αποικίες *Actinomyces graevenitzii* στη βιοψία της ενδοβρογχικής βλάβης και στην καλλιέργεια washing. Ο ασθενής τέθηκε σε αμοξυκιλίνη/κλαβουλανικό οξύ (875/125mgx2). Σε νέα βρογχοσκόπηση ένα μήνα μετά αναδείχθηκε ερυθρότητα-οίδημα του βλεννογόνου του ΔΜΛ και δεν επισκοπήθηκε εξωφυτική

βλάβη, ούτε στένωση του έσω του ΔΜΛ. Σε CT θώρακος ένα μήνα μετά παρατηρήθηκε ατελεκτασία έσω τμήματος του ΔΜΛ, βελτιωμένη συγκριτικά με τον αρχικό έλεγχο και σε επανέλεγχο μετά τριμήνου ουλορικνωτικά στοιχεία και βρογχεκτασίες. Ο ασθενής λαμβάνει αμοξυκιλλίνη/κλαβουλανικό οξύ από τετραμήνου υπό παρακολούθηση.

Συζήτηση: Ακτινομυκητίαση εκδηλώνεται σε ανοσοκατεσταλμένους και σπανιότερα σε ανοσοεπαρκείς ασθενείς. Προδιαθεσικοί παράγοντες είναι η εισρόφηση οροφαρυγγικών/γαστρεντερικών εκκρίσεων, η κακή στοματική υγιεινή, ο αλκοολισμός και χρόνιες πνευμονικές νόσοι. Ο *Actinomyces graevenitzii* είναι εξαιρετικά σπάνιο, αναερόβιο-gram(+) βακτήριο, που απομονώνεται σχεδόν αποκλειστικά από την πεπτική και την αναπνευστική οδό.

Η πνευμονική λοίμωξη από *Actinomyces graevenitzii* δεν παρουσιάζει ειδικά κλινικά και απεικονιστικά ευρήματα και η διάγνωση εύκολα διαλάθει. Η ταυτοποίηση *Actinomyces graevenitzii* σε βιοψία θεωρείται gold standard της διάγνωσης, ενώ σημαντική θεωρείται η απομόνωσή του σε καλλιέργεια BAL. Στη διαφορική διάγνωση περιλαμβάνονται ο καρκίνος, η φυματίωση και άλλες ειδικές και μη ειδικές λοιμώξεις (στην συγκεκριμένη περίπτωση διερευνήθηκαν αίτια σημαντικής αιμόπτυσης). Η βρογχοσκόπηση αναδεικνύεται καθοριστική στη διαφορική διάγνωση και στην ανάδειξη ειδικού παθογόνου. Σε πνευμονική ακτινομυκητίαση συστήνονται β-λακταμικά αντιβιοτικά για 6-12 μήνες.

Συμπεράσματα: Η πνευμονική λοίμωξη από *Actinomyces graevenitzii* είναι εξαιρετικά σπάνια, παρουσιάζει μη ειδικά κλινικά και απεικονιστικά χαρακτηριστικά και η διάγνωση στηρίζεται στην ταυτοποίηση του παθογόνου σε βιοψία, ενώ αξιολογείται η απομόνωσή του σε καλλιέργεια BAL.

OR.04 | ΔΕΡΜΑΤΙΚΟ ΕΞΑΝΘΗΜΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ

Δ. Σιώπη, Β. Καραπέτσας, Αν. Θεοδωρίδου, Χρ. Πρώιμος, Χρ. Ραμπιάδου, Στ. Τρύφων

Πνευμονολογική κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα 76 ετών με ιστορικό διατατικής μυοκαρδιοπάθειας, και ΧΝΑ σε έδαφος IgA νεφροπάθειας, προσήλθε λόγω πυρετού από 5ημέρου, και θωρακαλγίας δεξιά.

Ακτινολογικά διαπιστώθηκε παρουσία πυκνωτικών βλαβών άμφω, ενώ ο έλεγχος αντιγόνου ούρων (με ανοσοχρωματογραφία) για *Str.Pneumoniae* ήταν θετικός, και οι δείκτες φλεγμονής υψηλοί. Σε CT θώρακος απεικονίστηκαν εκτεταμένες πυκνώσεις δεξιού πνεύμονα, με αεροβρογχόγραμμα, περιβάλλουσες διηθήσεις θολής υάλου, μικρότερης έκτασης διηθήσεις θολής υάλου και tree in bud στον ΑΑΛ, στη γλωσσίδα, και στο πρόσθιο τμήμα του ΑΚΛ. Υπήρχαν επίσης πλευριτικές συλλογές αμφοτερόπλευρα, η μεγαλύτερη δεξιά, με τάσεις εγκύστωσης στη δεξιά μείζονα μεσολόβιο.

Παρά την έναρξη αντιβιοτικής αγωγής με μοξιφλοξασίνη και κεφτριαξόνη, δεν επιτεύχθηκε έλεγχος της λοίμωξης, οπότε προστέθηκε και λινεζολίδη.

Έγινε αρχικά εκκενωτική παρακέντηση της υπεζωκοτικής συλλογής δεξιά,, με χαρακτηρισές υγρού συμβατούς με πολυμορφοπυρηνικό εξίδρωμα: 13.500 κκχ (70% πολυμορφοπύρηννα), γλυκόζη : 90mg/dl, ολικά λευκώματα: 2,75 g/dl, αλβουμίνη : 1,77g/dl , LDH: 311U/l, ADA: 7U/L.

Ο κυτταρολογικός έλεγχος ανέδειξε αρκετά κυτταρικά στοιχεία φλεγμονής, λίγα ιστοκύτταρα και ελάχιστα μεσοθηλιακά κύτταρα, ενώ οι καλλιέργειες πλευριτικού υγρού ήταν αρνητικές.

Ακολούθησε τοποθέτηση παροχετευτικού σωλήνα με καθοδήγηση αξονικού τομογράφου. Από την είσοδο της ασθενούς διαπιστώθηκε η παρουσία δερματικών βλαβών, που παρουσίασαν σταδιακή επέκταση, στα άνω άκρα, στη ράχη, και στην κοιλιακή χώρα. Η εικόνα ήταν ενός μεικτού εξανθήματος, με ορισμένες διηθημένες βλάβες, ενώ 2 εξ' αυτών παρουσίαζαν μικρή φυσαλίδα.

Έγινε βιοψία των προαναφερόμενων βλαβών, με παθολογοανατομικά ευρήματα συμβατά με αλλοιώσεις δερματίτιδας, χωρίς ειδικούς χαρακτήρες.

Συμπέρασμα: Η δερματίτιδα που αποδίδεται σε πνευμονιοκοκκική λοίμωξη σπάνια περιγράφεται, ενώ συχνότερα αναφέρεται κυτταρίτιδα. Γενικά, δερματικές αλλοιώσεις που σχετίζονται με πνευμονία, αναφέρονται συχνότερα σε πνευμονίες που οφείλονται σε *Mycoplasma pneumoniae*.

OR.05 | ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΟΥ ΕΜΠΥΗΜΑΤΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΟΥ ΣΕ E.COLI

Φ. Παπαϊωάννου, Αθ. Γεωργοπούλου, Ευθ. Παπαδοπούλου, Αικ. Τζιούτζια, Ι. Μπέης, Αβρ. Κυριακίδης, Αθ. Ζαχαρίας, Ευδ. Σούρλα, Αθ. Πατάκα, Αφ. Μπούτου, Γ. Πίτσιου
Κλινική Αναπνευστικής Ανεπάρκειας Α.Π.Θ., Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Το εμπύημα πνεύμονα αποτελεί στην πλειονότητα των περιπτώσεων επιπλοκή της πνευμονίας, ωστόσο μπορεί να αποδίδεται σε λοιμώξεις διαφορετικής αιτιολογίας, καθώς και τραυματικά ή χειρουργικά αίτια, σχετιζόμενο με υψηλή νοσηρότητα και θνητότητα επί μη έγκαιρης αντιμετώπισης. Το Gram (-) βακτήριο *Escherichia coli* (*E.coli*), παρότι συνιστά συχνό παθογόνο του ουροποιητικού συστήματος, των χοληφόρων και της αιματικής ροής, σπανίως απομονώνεται από την υπεζωκοτική κοιλότητα, ενώ η εμφάνιση αμφοτερόπλευρου εμπύηματος από *E.coli* είναι πλημμελώς περιγραφείσα στη βιβλιογραφική οντότητα.

Σκοπός: Η παρουσίαση περίπτωσης αμφοτερόπλευρου εμπύηματος οφειλόμενου σε *E.coli* και η επισήμανση της δυσμενούς πρόγνωσης σε ασθενείς υψηλού κινδύνου.

Μέθοδος: Άρρεν 81 ετών, ενεργός καπνιστής (120 ρ/γ), με ιστορικό χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας υπό οξυγονοθεραπεία, στεφανιαίας νόσου, κολπικής μαρμαρυγής, καρδιακής ανεπάρκειας με μόνιμο βηματοδότη, μεταφέρθηκε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών λόγω εμπυρέτου, δύσπνοιας, θωρακαλγίας και παραγωγικού βήχα με αποβολή αιμόφυρτων πτυέλων από εβδομάδος. Η ακτινογραφία θώρακος ανέδειξε πλευριτική συλλογή δεξιά με χαρακτηριστικές εμπύηματος από τη διαγνωστική παρακέντηση. Ο ασθενής τέθηκε σε αντιβιοτική αγωγή με πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη και μοξιφλοξασίνη, ωστόσο, λόγω αιμοδυναμικής αστάθειας, ανουρίας και σοβαρής μεικτής οξέωσης, διασωληνώθηκε και μεταφέρθηκε στη Μονάδα Αναπνευστικής Ανεπάρκειας.

Αποτελέσματα: Από υπερηχογραφικό (U/S) έλεγχο πνευμόνων ανεδείχθη εκτεταμένη πλευριτική συλλογή δεξιά με οργανωμένα στοιχεία ινικής και αεροβρογχόγραμμα, καθώς και μικρή ανηχοϊκή συλλογή αριστερά (AP). Τοποθετήθηκε θωρακοσωλήνας δεξιά και ελήφθη καλλιέργεια πλευριτικού υγρού με απομόνωση *E.coli*. Η αντιβιοτική αγωγή κλιμακώθηκε σε μεροπενέμη και λινεζολίδη. Σε επαναληπτικό U/S έλεγχο διαπιστώθηκε αύξηση της συλλογής AP με υπερηχοϊκά στοιχεία και διαφραγμάτια, οπότε και τέθηκε νέος θωρακοσωλήνας AP. Από καλλιέργειες συλλογής AP, αίματος και βρογχικών εκκρίσεων επίσης απομονώθηκε *E.coli*. Στα πλαίσια διερεύνησης πιθανών συριγγίων πραγματοποιήθηκε U/S κοιλίας και νεφρών, χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα, ενώ αποκλείστηκε και το ενδεχόμενο ουροθώρακα. Ο ασθενής παρουσίασε επίταση της αιμοδυναμικής αστάθειας και πολυοργανική ανεπάρκεια, με ανεύρεση μεσεντερίου ισχαιμίας από αξονική αγγειογραφία. Η κλινική πορεία επιπλέχθηκε με ορθορραγία, περαιτέρω επιδείνωση των εργαστηριακών ευρημάτων και ανάγκη συνεχούς αιμοδιαδιήθησης, για να καταλήξει την 13^η ημέρα νοσηλείας.

Συμπεράσματα: Το αμφοτερόπλευρο εμπύημα από *E.coli* συνιστά μία εξαιρετικά σπάνια εκδήλωση. Απαιτείται εξατομικευμένη προσέγγιση βάσει της συνολικής κλινικής εικόνας, καθώς η αμφοτερόπλευρη εντόπιση και η εμφάνιση εξωπνευμονικών επιπλοκών καθιστούν τη διαχείριση ιδιαίτερος απαιτητική, ιδίως σε ασθενείς με πολλαπλές συννοσηρότητες.



ΣΑΒΒΑΤΟ 16/5/2026 | ΑΙΘΟΥΣΑ Α

13:30 - 16:00

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Προεδρείο: Ελ. Παπαδάκη, Κ. Λαγούδη

OR.06 | ΟΞΕΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΘΩΡΑΚΟΣ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ: Η ΜΑΧΗ ΜΕ ΤΟΝ ΧΡΟΝΟ ΣΕ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΩΝ ΠΟΡΩΝ

Χρ. Σίμογλου¹, Αθ. Κούκος², Δ. Γυμνόπουλος³

¹Θωρακοχειρουργός, ΤΕΠ, Γ.Ν. Ξάνθης

²ΤΕΠ, Γ.Ν. Ξάνθης

³Γενικός Χειρουργός, Κλινική Άγιος Λουκάς, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Τα οξέα νοσήματα του θώρακος αποτελούν κρίσιμες καταστάσεις που απαιτούν άμεση διάγνωση και θεραπευτική παρέμβαση, καθώς συχνά σχετίζονται με υψηλή θνητότητα. Η πολυπλοκότητα αυτών των περιστατικών αυξάνεται σε επαρχιακά νοσοκομεία, όπου οι διαθέσιμοι πόροι είναι περιορισμένοι. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανάδειξη των προκλήσεων και των κρίσιμων παραγόντων που επηρεάζουν την έκβαση ασθενών με οξέα θωρακικά νοσήματα στο ΤΕΠ.

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν αναδρομικά 720 ασθενείς που προσήλθαν στο ΤΕΠ κατά τη διετία 2024–2025 με κύρια συμπτώματα οξύ θωρακικό άλγος ή δύσπνοια. Περιλήφθηκαν περιστατικά όπως πνευμοθώρακας υπό τάση, αιμοπνευμοθώρακας, βαριά πνευμονία, πνευμονική εμβολή και οξείες πλευριτικές συλλογές. Καταγράφηκαν οι χρόνοι διάγνωσης, οι παρεμβάσεις (θωρακική παροχέτευση, διασωλήνωση), η χρήση απεικονιστικών μεθόδων και η ανάγκη για διακομιδή σε ανώτερο κέντρο.

Αποτελέσματα: Το 42% των ασθενών παρουσίασε βαριά κλινική εικόνα κατά την προσέλευση, ενώ το 25% χρειάστηκε άμεση επείγουσα παρέμβαση. Πνευμοθώρακας υπό τάση και αιμοπνευμοθώρακας καταγράφηκαν στο 14% των περιπτώσεων, με άμεση ανάγκη θωρακικής παροχέτευσης. Το 18% των ασθενών παρουσίασε αιμοδυναμική αστάθεια, ενώ στο 10% απαιτήθηκε διασωλήνωση. Καθυστερήσεις στη διάγνωση σημειώθηκαν κυρίως σε ηλικιωμένους και πολυπαραγοντικούς ασθενείς. Η έγκαιρη παρέμβαση εντός της πρώτης ώρας συσχετίστηκε με σημαντικά μειωμένη θνητότητα. Η ανάγκη διακομιδής σε τριτοβάθμιο κέντρο παρατηρήθηκε στο 20% των περιστατικών.

Συμπεράσματα: Η διαχείριση οξέων νοσημάτων θώρακος στο ΤΕΠ αποτελεί «μάχη με τον χρόνο», όπου η ταχύτητα διάγνωσης και η άμεση θεραπευτική παρέμβαση καθορίζουν την επιβίωση του ασθενούς. Σε επαρχιακά νοσοκομεία, η έλλειψη πόρων καθιστά ακόμη πιο κρίσιμη την κλινική εμπειρία, τη σωστή διαλογή και την αποφασιστική δράση. Η ενίσχυση των πρωτοκόλλων, η εκπαίδευση του προσωπικού και η χρήση σύγχρονων διαγνωστικών εργαλείων μπορούν να βελτιώσουν σημαντικά τα αποτελέσματα. Η εμπειρία αυτή αναδεικνύει ότι ακόμη και σε αντίξοες συνθήκες, η οργανωμένη και έγκαιρη αντιμετώπιση μπορεί να σώσει ζωές και να αποτελέσει πρότυπο διαχείρισης για κρίσιμα περιστατικά θώρακος.

OR.07 | ΚΡΙΣΙΜΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΘΩΡΑΚΟΣ ΣΤΟ ΤΕΠ: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ

Χ. Σίμογλου, Α. Θεοδωρίδης

Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γ.Ν. Ξάνθης

Σκοπός: Τα οξέα νοσήματα θώρακος αποτελούν συχνή αιτία προσέλευσης στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) και συνδέονται με σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα. Η έγκαιρη διάγνωση και η σωστή διαστρωμάτωση κινδύνου αποτελούν κρίσιμους παράγοντες για την επιτυχή έκβαση, ιδιαίτερα σε περιβάλλοντα περιορισμένων πόρων. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των διαγνωστικών προκλήσεων και η αξιολόγηση των παραγόντων που επηρεάζουν την έκβαση ασθενών με οξέα νοσήματα θώρακος σε επαρχιακό νοσοκομείο.

Υλικό και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική ανάλυση 865 ασθενών που προσήλθαν στο ΤΕΠ κατά τη διετία 2024–2025 με κύρια συμπτώματα δύσπνοιας ή θωρακικού άλγους. Συμπεριλήφθηκαν περιστατικά πνευμοθώρακα, αιμοπνευμοθώρακα, πνευμονικής εμβολής, πνευμονίας και πλευριτικών συλλογών. Καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία, συνοσηρότητες, χρόνος μέχρι τη διάγνωση, απεικονιστικά ευρήματα, θεραπευτικές παρεμβάσεις και κλινική έκβαση.

Αποτελέσματα: Το 38% των ασθενών παρουσίασε σοβαρή αναπνευστική δυσχέρεια κατά την προσέλευση, ενώ το 22% απαιτούσε άμεση επείγουσα παρέμβαση. Πνευμοθώρακας ή αιμοπνευμοθώρακας καταγράφηκε στο 13% των περιπτώσεων, με το 70% αυτών να χρήζει θωρακικής παροχέτευσης. Καθυστερημένη διάγνωση (>3 ώρες) σημειώθηκε στο 18% των ασθενών, κυρίως σε ηλικιωμένους με άτυπη κλινική εικόνα. Η χρήση αξονικής τομογραφίας αύξησε σημαντικά τη διαγνωστική ακρίβεια, ενώ η έγκαιρη παρέμβαση εντός της πρώτης ώρας συσχετίστηκε με μείωση των επιπλοκών κατά 35%. Θνητότητα παρατηρήθηκε στο 6% των περιστατικών, κυρίως σε ασθενείς με πολλαπλές συνοσηρότητες.

Συμπεράσματα: Η διαχείριση των οξέων νοσημάτων θώρακος στο ΤΕΠ απαιτεί υψηλό επίπεδο κλινικής εγρήγορης, ταχεία διαγνωστική προσέγγιση και άμεση θεραπευτική παρέμβαση. Η καθυστερημένη διάγνωση αποτελεί κρίσιμο παράγοντα επιδείνωσης της πρόγνωσης, ιδιαίτερα σε ευάλωτες ομάδες ασθενών. Σε επαρχιακά νοσοκομεία, η ενίσχυση των διαγνωστικών δυνατοτήτων, η εφαρμογή πρωτοκόλλων και η συνεχιζόμενη εκπαίδευση του προσωπικού μπορούν να βελτιώσουν σημαντικά τα κλινικά αποτελέσματα. Η παρούσα μελέτη αναδεικνύει ότι η έγκαιρη και οργανωμένη αντιμετώπιση μπορεί να αποτελέσει καθοριστικό παράγοντα επιβίωσης, ακόμη και σε συνθήκες περιορισμένων πόρων.

OR.08 | ΒΛΑΣΤΟΚΥΤΤΑΡΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ: ΚΑΙΝΟΤΟΜΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΑ ΟΞΕΑ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΘΩΡΑΚΟΣ

Χ. Σίμογλου, Α. Θεοδωρίδης

Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γ.Ν. Ξάνθης

Σκοπός: Η θεραπευτική αξιοποίηση των βλαστοκυττάρων αποτελεί υποσχόμενη στρατηγική για την αναγέννηση και αποκατάσταση του πνευμονικού ιστού σε ασθενείς με οξέα και χρόνια νοσήματα θώρακος, όπως οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) και πνευμονική ίνωση. Σκοπός της μελέτης είναι η παρουσίαση των βασικών μοριακών μηχανισμών διαφοροποίησης των βλαστοκυττάρων σε πνευμονικά κύτταρα, καθώς και η κλινική εφαρμογή τους για τη βελτίωση της αναπνευστικής λειτουργίας και την επιβράδυνση της προοδευτικής βλάβης πνευμονικού ιστού.

Υλικό και Μέθοδοι: Η μελέτη βασίζεται σε βιβλιογραφική ανασκόπηση των πρόσφατων ερευνών πάνω σε ενήλικα και εμβρυϊκά βλαστοκυττάρων, με έμφαση σε κλινικές μελέτες φάσης I-II και πειραματικά μοντέλα πνευμονικών παθήσεων. Αναλύθηκαν οι δυνατότητες κατευθυνόμενης διαφοροποίησης των βλαστοκυττάρων σε αλβεολικά και ενδοθηλιακά κύτταρα, η ρύθμιση φλεγμονωδών μονοπατιών και η προαγωγή αγγειογένεσης, καθώς και η αξιολόγηση της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας των κυτταρικών θεραπειών.

Αποτελέσματα: Τα δεδομένα δείχνουν ότι η χορήγηση μεσεγχυματικών βλαστοκυττάρων μπορεί να μειώσει τη φλεγμονή, να προάγει την αναγέννηση αλβεολικών κυττάρων και να βελτιώσει τις παραμέτρους αναπνευστικής λειτουργίας σε πειραματικά μοντέλα και σε περιορισμένο αριθμό κλινικών μελετών. Οι κλινικές εφαρμογές, αν και αρχικές, υποδεικνύουν δυνατότητα επιβράδυνσης της εξέλιξης της ίνωσης και βελτίωσης της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με ΧΑΠ και πνευμονική ίνωση. Παράλληλα, τα δεδομένα αναδεικνύουν την ανάγκη για αυστηρή παρακολούθηση και πρόληψη πιθανών επιπλοκών, όπως ανοσολογική απόρριψη και σχηματισμός όγκων.

Συμπεράσματα: Η χρήση βλαστοκυττάρων σε νοσήματα θώρακος αντιπροσωπεύει μια πολλά υποσχόμενη θεραπευτική προσέγγιση με δυνατότητες αναγέννησης πνευμονικού ιστού και βελτίωσης κλινικών εκβάσεων. Οι προοπτικές της αναγεννητικής ιατρικής στον πνεύμονα είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικές, αλλά απαιτούν περαιτέρω κλινικές μελέτες μεγάλης κλίμακας και μακροχρόνια παρακολούθηση για την τεκμηρίωση ασφάλειας, αποτελεσματικότητας και βελτιστοποίηση πρωτοκόλλων θεραπείας. Η τεχνολογία βλαστοκυττάρων ανοίγει νέους δρόμους για εξατομικευμένη θεραπεία και μπορεί να αλλάξει το θεραπευτικό τοπίο στα σύνθετα νοσήματα θώρακος.

OR.09 | ΧΥΛΟΘΩΡΑΚΑΣ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ: ΔΙΑΓΝΩΣΗ, ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΣΕ ΕΠΑΡΧΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Χ. Σίμογλου, Α. Θεοδωρίδης

Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γ.Ν. Ξάνθης

Σκοπός: Ο χυλοθώρακας αποτελεί σπάνια αλλά σοβαρή επιπλοκή πολλών παθολογικών και χειρουργικών καταστάσεων, όπως θωρακοχειρουργικές επεμβάσεις, τραύματα ή λέμφωμα. Σκοπός της μελέτης είναι η ανάλυση των αιτιών, η παρουσίαση των διαγνωστικών και θεραπευτικών προσεγγίσεων, καθώς και η ανάδειξη των προκλήσεων διαχείρισης των ασθενών σε επαρχιακό νοσοκομείο, όπου οι πόροι μπορεί να είναι περιορισμένοι.

Υλικό και Μέθοδοι: Αναλύθηκαν αναδρομικά 15 περιστατικά ενήλικων ασθενών με χυλοθώρακα που νοσηλεύτηκαν στο Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης κατά την περίοδο 2024–2025. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε πλήρη κλινική εκτίμηση, απεικονιστικό έλεγχο (ακτινογραφία θώρακα, CT θώρακος, υπερηχογράφημα), και παρακέντηση για χημική ανάλυση του θωρακικού υγρού. Η θεραπεία περιλάμβανε συντηρητική αγωγή με διατροφικούς χειρισμούς (λιπαρά οξέα μέσης αλύσου), θωρακοστομία, και σε επιλεγμένες περιπτώσεις χειρουργική αντιμετώπιση με θωρακοσκοπική διακοπή του λεμφικού αγωγού. Καταγράφηκαν παράγοντες κινδύνου, διάρκεια νοσηλείας και επιπλοκές.

Αποτελέσματα: Η αιτιολογία περιλάμβανε μετεγχειρητικό χυλοθώρακα (7/15), τραυματικό (5/15) και ιδιοπαθή (3/15). Η συντηρητική αγωγή ήταν αποτελεσματική σε 8 περιστατικά, ενώ 5 απαιτήθηκαν θωρακοστομία και 2 χειρουργική παρέμβαση. Ο μέσος χρόνος νοσηλείας ήταν 12 ημέρες. Σημαντικοί παράγοντες που επηρέασαν την έκβαση ήταν η ηλικία >65 ετών, συνυπάρχοντα καρδιοαναπνευστικά προβλήματα και

καθυστερημένη διάγνωση. Δεν παρατηρήθηκε θνησιμότητα, ενώ δύο ασθενείς εμφάνισαν υποτροπή εντός 3 μηνών και αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς με επανεπέμβαση.

Συμπεράσματα: Η έγκαιρη διάγνωση και η εξατομικευμένη διαχείριση του χυλοθώρακα είναι κρίσιμες για την πρόληψη επιπλοκών, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους ασθενείς με συνυπάρχοντα νοσήματα. Σε περιβάλλον περιορισμένων πόρων, όπως τα επαρχιακά νοσοκομεία, η σωστή ιεράρχηση θεραπευτικών επιλογών, η συνεργασία διεπιστημονικής ομάδας και η χρήση σύγχρονων διαγνωστικών μεθόδων συμβάλλουν καθοριστικά στην επιτυχή έκβαση των ασθενών. Η μελέτη αυτή υπογραμμίζει τη σημασία της οργανωμένης, πολυπαραγοντικής προσέγγισης στη διαχείριση χυλοθώρακα.

OR.10 | ΠΝΕΥΜΟΜΕΣΟΘΩΡΑΚΑΣ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ: ΔΙΑΓΝΩΣΗ, ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΣΕ ΕΠΑΡΧΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Χ. Σίμογλου, Α. Θεοδωρίδης

Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γ.Ν. Ξάνθης

Σκοπός: Ο πνευμομεσοθώρακας αποτελεί σπάνια, αλλά δυνητικά επικίνδυνη για τη ζωή κατάσταση, που απαιτεί γρήγορη διάγνωση και κατάλληλη παρέμβαση. Η παρούσα εργασία έχει ως σκοπό να αναδείξει τα κλινικά χαρακτηριστικά, τις διαγνωστικές προκλήσεις και τις θεραπευτικές στρατηγικές που εφαρμόστηκαν σε ενήλικες ασθενείς με πνευμομεσοθώρακα σε ένα επαρχιακό νοσοκομείο, καθώς και τα οργανωτικά και τεχνικά προβλήματα που προκύπτουν σε περιορισμένο πόρων περιβάλλον.

Υλικό και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική ανάλυση 18 περιπτώσεων ασθενών ηλικίας 23–78 ετών, που διαγνώστηκαν με πνευμομεσοθώρακα κατά την περίοδο 2024–2025. Οι ασθενείς παρουσιάστηκαν είτε με αυθόρμητη μορφή, είτε δευτεροπαθή σε τραύμα, άσθμα ή ιατρογενείς αιτίες. Η διάγνωση βασίστηκε σε ακτινογραφία θώρακος και αξονική τομογραφία. Η θεραπεία περιλάμβανε συντηρητική παρακολούθηση με οξυγονοθεραπεία και αναλγησία, τοποθέτηση σωλήνα θωρακικής παροχέτευσης σε σοβαρότερα περιστατικά, και σε ένα περιστατικό επείγουσα χειρουργική παρέμβαση λόγω αιμοπνευμοθώρακα. Η διαχείριση των ασθενών αφορούσε επίσης στενή παρακολούθηση ζωτικών σημείων, εφαρμογή πρωτοκόλλων triage και συνεργασία με κλινικές ειδικότητες.

Αποτελέσματα: Η συντηρητική αντιμετώπιση ήταν επαρκής σε 12 από τους 18 ασθενείς (66%), ενώ 5 ασθενείς χρειάστηκαν παροχέτευση θώρακα και 1 ασθενής υποβλήθηκε σε επείγουσα χειρουργική επέμβαση. Δεν καταγράφηκε θνητότητα, ενώ η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 4,5 ημέρες. Η καθυστέρηση διάγνωσης σε δύο περιπτώσεις λόγω αρχικής υποεκτίμησης των συμπτωμάτων ανέδειξε τη σημασία της αυξημένης κλινικής υποψίας.

Συμπεράσματα: Ο πνευμομεσοθώρακας, αν και σπάνιος, μπορεί να εξελιχθεί σε απειλητική για τη ζωή κατάσταση. Η έγκαιρη διάγνωση και η σωστή επιλογή θεραπευτικής στρατηγικής είναι καθοριστικές για την επιβίωση. Σε περιβάλλον επαρχιακού νοσοκομείου, η αποτελεσματική διαχείριση απαιτεί οργάνωση, χρήση πρωτοκόλλων triage, διεπιστημονική συνεργασία και άριστη κλινική κρίση, ενώ η παρακολούθηση ασθενών με συντηρητική ή επεμβατική προσέγγιση μπορεί να οδηγήσει σε άριστα αποτελέσματα με περιορισμένους πόρους.

OR.11 | ΚΑΤΑΔΥΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΟΘΩΡΑΚΑΣ: ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΣΕ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Χ. Σίμογλου, Α. Θεοδωρίδης

Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γ.Ν. Ξάνθης

Σκοπός: Ο πνευμοθώρακας που σχετίζεται με καταδύσεις αποτελεί σπάνια αλλά δυνητικά απειλητική για τη ζωή κατάσταση, η οποία οφείλεται κυρίως σε βαροτραυματισμό του πνεύμονα κατά τη διάρκεια της ανάδυσης. Η έγκαιρη αναγνώριση και η σωστή διαχείριση είναι κρίσιμες για την αποφυγή σοβαρών επιπλοκών. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή της κλινικής εμπειρίας, η ανάλυση των παραγόντων κινδύνου και η αξιολόγηση της αντιμετώπισης περιστατικών πνευμοθώρακα σχετιζόμενου με καταδύσεις στο ΤΕΠ.

Υλικό και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική ανάλυση περιστατικών δυτών που προσήλθαν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών επαρχιακού νοσοκομείου κατά τη διετία 2023–2025 με συμπτώματα μετά από κατάδυση. Συνολικά αναλύθηκαν 32 περιστατικά δυτών, εκ των οποίων οι 12 παρουσίασαν πνευμοθώρακα σχετιζόμενο με καταδύσεις. Καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία, ιστορικό καταδύσεων (βάθος, διάρκεια, ταχύτητα ανάδυσης), παρουσία υποκείμενης πνευμονικής νόσου, κλινική εικόνα, απεικονιστικά ευρήματα και θεραπευτική αντιμετώπιση.

Αποτελέσματα: Οι περισσότεροι ασθενείς με πνευμοθώρακα ήταν άνδρες μέσης ηλικίας, ενώ σε ποσοστό 33% αναφέρθηκε ταχεία ανάδυση ή κατακράτηση αναπνοής. Κλινικά, οι ασθενείς παρουσίασαν οξύ θωρακικό άλγος και δύσπνοια, ενώ σε 3 περιπτώσεις παρατηρήθηκε αιμοδυναμική αστάθεια. Η αξονική τομογραφία επιβεβαίωσε τη διάγνωση σε όλα τα περιστατικά, ενώ στο 25% συνυπήρχε πνευμομεσοθωράκιο. Η αντιμετώπιση περιλάμβανε συντηρητική παρακολούθηση σε 5 περιστατικά και θωρακική παροχέτευση σε 7. Δεν καταγράφηκαν θάνατοι, ενώ η πλειονότητα των ασθενών παρουσίασε πλήρη αποκατάσταση.

Συμπεράσματα: Ο πνευμοθώρακας που σχετίζεται με καταδύσεις αποτελεί σημαντική κλινική οντότητα που απαιτεί υψηλό δείκτη υποψίας στο ΤΕΠ. Η έγκαιρη διάγνωση μέσω απεικονιστικού ελέγχου και η άμεση θεραπευτική παρέμβαση είναι καθοριστικής σημασίας για την πρόγνωση. Η σωστή εκπαίδευση των δυτών, η τήρηση των κανόνων ασφαλούς ανάδυσης και ο προ-καταδυτικός έλεγχος μπορούν να μειώσουν την επίπτωση του βαροτραυματισμού. Η εμπειρία από επαρχιακό νοσοκομείο αναδεικνύει ότι, ακόμη και σε περιβάλλον περιορισμένων πόρων, η οργανωμένη και έγκαιρη διαχείριση μπορεί να οδηγήσει σε άριστα κλινικά αποτελέσματα.



ΣΑΒΒΑΤΟ 16/5/2026 | ΑΙΘΟΥΣΑ Β

13:00 - 16:00

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Προεδρείο: **Δρ. Τσαβλής**

OR.12 | ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Π. Τσόπα¹, Μ. Κωσταρές², Αγ. Λεκκάκου¹

¹ Παθολογική-Ογκολογική Κλινική, ΓΑΝΠ Μεταξά

² ΩΡΛ Κλινική, ΓΑΝΠ Μεταξά

Εισαγωγή: Ο μικροκυτταρικός καρκίνος του πνεύμονα (SCLC) αποτελεί το 15% των νεοπλασιών του πνεύμονα και χαρακτηρίζεται από επιθετική πορεία και δυσμενή πρόγνωση. Η αναγνώριση απλών και εύκολα προσβάσιμων προγνωστικών δεικτών παραμένει κλινικά σημαντική. Δείκτες που προκύπτουν από τον αιματολογικό έλεγχο και αντανακλούν τη συστηματική φλεγμονή και τη θρεπτική κατάσταση, όπως ο λόγος ουδετεροφίλων προς λεμφοκύτταρα (NLR), ο λόγος αιμοπεταλίων προς λεμφοκύτταρα (PLR), ο προγνωστικός δείκτης θρέψης (PNI) και ο LIPI (Lung Immune Prognostic Index), έχουν προταθεί ως πιθανοί προγνωστικοί παράγοντες στον καρκίνο του πνεύμονα. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης των ανωτέρω δεικτών με τη συνολική επιβίωση ασθενών με SCLC.

Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη κοόρτης που περιέλαβε ασθενείς με ιστολογικά επιβεβαιωμένο SCLC, οι οποίοι έλαβαν χημειοθεραπεία πρώτης γραμμής με πλατίνα-ετοποσίδη, με ή χωρίς ανοσοθεραπεία, σε ογκολογικό νοσοκομείο. Δημογραφικά, κλινικά και εργαστηριακά δεδομένα πριν τη χορήγηση χημειοθεραπείας, συλλέχθηκαν από τα ιατρικά αρχεία. Οι δείκτες NLR, PLR, PNI και LIPI υπολογίστηκαν από συνήθεις αιματολογικές εξετάσεις πριν από την έναρξη της θεραπείας. Η συνολική επιβίωση (OS) ορίστηκε ως ο χρόνος από την έναρξη της θεραπείας έως τον θάνατο ή την τελευταία παρακολούθηση, ανεξαρτήτως επόμενων γραμμών θεραπείας. Η επιβίωση εκτιμήθηκε με καμπύλες Kaplan–Meier και συγκρίθηκε με log-rank test, ενώ χρησιμοποιήθηκαν μοντέλα αναλογικών κινδύνων Cox για την αναγνώριση προγνωστικών παραγόντων.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 66 ασθενείς (μέση ηλικία $66,3 \pm 8,6$ έτη, 60,6% γυναίκες). Νόσο εκτεταμένου σταδίου παρουσίαζε το 69,7%, ενώ το 43,9% έλαβε χημειοανοσοθεραπεία. Κατά την παρακολούθηση καταγράφηκαν 52 θάνατοι και η διάμεση συνολική επιβίωση ήταν 13,6 μήνες. Η ανάλυση Kaplan–Meier ανέδειξε σημαντική διαφορά στην επιβίωση ανάλογα με την κατάσταση απόδοσης (ECOG Performance Status PS) (log-rank $p < 0,001$), ενώ δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τη χορήγηση ανοσοθεραπείας ($p = 0,188$) ή την κατηγορία LIPI ($p = 0,568$). Στη μονοπαραγοντική ανάλυση Cox, υψηλότερες τιμές NLR και χαμηλότερες τιμές PNI συσχετίστηκαν με χειρότερη επιβίωση, χωρίς να διατηρείται η στατιστική σημαντικότητα στην πολυπαραγοντική ανάλυση.

Συμπεράσματα: Το ECOG PS αναδείχθηκε ως ο ισχυρότερος προγνωστικός παράγοντας επιβίωσης σε ασθενείς με SCLC. Οι δείκτες φλεγμονής και θρέψης εμφάνισαν περιορισμένη ανεξάρτητη προγνωστική αξία μετά από προσαρμογή για κλινικούς παράγοντες.

OR.13 | ΑΙΜΟΠΤΥΣΗ ΚΑΙ ΚΥΨΕΛΙΔΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΣΗΣ ΜΕ ΠΟΛΥΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ

Ελ. Ελευθεριάδου, Σ. Χρήστου, Π. Γεωργανάκης, Χρ. Ραμπιάδου

Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Παρουσίαση ενδιαφέρουσας περίπτωσης κυψελιδικής αιμορραγίας στα πλαίσια νεοδιαγνωσθείσας κοκκιωμάτωσης με πολυαγγειίτιδα.

Υλικά/Μέθοδοι: Ασθενής 50 ετών, πρώην καπνιστής, με ιστορικό ΡΑ υπό μεθοτρεξάτη, προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λόγω μεγάλης αιμόπτυσης (ζωηρό κόκκινο χρώμα) από ωρών. Ο ασθενής είχε ήπια αναπνευστική ανεπάρκεια και από την ακτινογραφία θώρακος ανευρέθηκαν διάσπαρτες αμφοτερόπλευρες διηθήσεις. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε ήπια αναιμία (Hb 9 g/dL) και οξεία νεφρική βλάβη (creat 1.4 mg/dL ur 40 mg/dL)

Αποτελέσματα: Ο ασθενής εισήχθη στην ΠΝ ΕΣΥ και υποβλήθηκε σε βρογχοσκόπηση και λήψη βρογχοκυψελιδικού εκπλύματος (BAL). Η δοκιμασία κυψελιδικής αιμορραγίας ήταν θετική και ανευρέθηκαν πολλά σιδηροφάγα μακροφάγα. Η γενική ούρων ανέδειξε άφθονη παρουσία αιμοσφαιρίνης και η συλλογή ούρων 24ωρου σημαντική λευκωματουρία (700gr/24h). Στη διαφορική διάγνωση ετέθη η φαρμακευτικής αιτιολογίας κυψελιδική αιμορραγία λόγω μεθοτρεξάτης και η παρουσία συστηματικής αγγειίτιδας. Διεκοπή η μεθοτρεξάτη και στάλθηκε πλήρης ανοσολογικός έλεγχος όπου και ανευρέθη ιδιαίτερα αυξημένος τίτλος C anca αντισωμάτων (<100 AU/ml), λοιπός ανοσολογικός έλεγχος φυσιολογικός. Υπεβλήθη σε βιοψία ρινός με φυσιολογικά ευρήματα. Βάσει των θετικών C anca αντισωμάτων, της κλινικής, απεικονιστικής και εργαστηριακής εικόνας του ασθενούς με τη συνεργασία των νεφρολόγων ετέθη η διάγνωση της κοκκιωμάτωσης με πολυαγγειίτιδα. Ο ασθενής έλαβε 3ήμερο σχήμα με ενδοφλέβια κορτικοστεροειδή, ριτουξιμάμπη (μέρα 1 και 14), κυκλοφωσφαμίδη και υπεβλήθη με τη καθοδήγηση των νεφρολόγων σε συνεδρίες πλασμαφαίρεσης. Σταδιακά αποδεσμεύτηκε από την οξυγονοθεραπεία και αποκαταστάθηκε η οξεία νεφρική βλάβη. Η κλινική βελτίωση συνοδεύτηκε και από βελτίωση των απεικονιστικών ευρημάτων. Βρίσκεται πλέον σε θεραπεία συντήρησης.

Συμπέρασμα: Η κυψελιδική αιμορραγία αποτελεί μια σοβαρή και απειλητική για τη ζωή εκδήλωση αυτοάνοσης αγγειίτιδας. Σε αυτές τις καταστάσεις, η βρογχοσκόπηση αποτελεί κρίσιμο εργαλείο για την επιβεβαίωση της διάγνωσης, ενώ ο πλήρης εργαστηριακός έλεγχος είναι απαραίτητος για την αναγνώριση της αιτίας και την καθοδήγηση της κατάλληλης θεραπείας. Η έγκαιρη διάγνωση και η συντονισμένη αντιμετώπιση με συνεργασία επιμέρους ειδικοτήτων είναι αναγκαία για τη βελτίωση της κλινικής έκβασης.

OR.14 | Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΆΠΝΟΙΑ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΎΠΝΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ ΡΙΝΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΡΙΝΙΚΟΥΣ ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ

Μ. Αγγελίδης¹, Μ. Παπαθανασίου², Ηρ. Τιτόπουλος¹, Β. Δημητριάδου²

¹ Α' Πνευμονολογική Κλινική, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

² Εργαστήριο Ύπνου, Γ.Ν. «Άγιος Δημήτριος», Θεσσαλονίκη

Η Αλλεργική Ρινίτις (ΑΡ) και οι Ρινικοί Πολύποδες (ΡΠ) είναι συχνές φλεγμονώδεις παθήσεις των ανωτέρων αεραγωγών που μπορεί να προκαλέσουν χρόνια ρινική απόφραξη, με αποτέλεσμα να οδηγήσουν ή να επιδεινώσουν προϋπάρχον αποφρακτικό σύνδρομο κατά τον ύπνο (ΑΣΥ). Οι βιολογικοί παράγοντες (ΒΠ) αποτελούν «στοχευμένη» θεραπεία που χορηγούνται σε ασθενείς με σοβαρή, χρόνια ρινοκολπίτιδα με ρινικούς πολύποδες, που δεν ανταποκρίνονται σε κλασικές θεραπείες. Σκοπός της μελέτης είναι η θεραπευτική επίδραση των ΒΠ στο ΑΣΥ σε ασθενείς με ΑΡ και ΡΠ. Μελετήθηκαν 12 ασθενείς, 6 άντρες και 6 γυναίκες, με μέση ηλικία τα 40 έτη, που έπασχαν από ΑΡ και ΡΠ. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε εκτίμηση IgE και Γ. αίματος – ΑΑΕ για φαινοτύπηση του αλλεργικού υπόβαθρού τους για την επιλογή του κατάλληλου ΒΠ, ενώ

συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια SNOT-22 και Epworth για την επίπτωση των συμπτωμάτων στη ποιότητα ζωής και την εκτίμηση της ημερήσιας υπνηλίας, αντίστοιχα, και υποβλήθηκαν σε σπυρομέτρηση και μελέτη ύπνου για την καταγραφή των σταδίων του ύπνου και του απνοϊκού δείκτη (AHI). Τα αποτελέσματα έδειξαν **SNOT22** 80-90 (υψηλού βαθμού), **Epworth Scale** 14-16 (μετρίου βαθμού) και **AHI** 13-21 άπνοιες/h (μετρίου βαθμού). Ακολούθησε μηνιαία χορήγηση ΒΠ για 6 μήνες και επανέλεγχος των παραπάνω δεικτών με ανάδειξη **SNOT22** 30, **EPWORTH Scale** 6 και **AHI** 3-6 άπνοιες/μήνα.

Συμπεραίνουμε ότι χορήγηση ΒΠ βελτιώνει τα συμπτώματα, την ποιότητα ζωής, αλλά κυρίως την ποιότητα του ύπνου των ασθενών με AP και ΡΠ.

OR.15 | OSCILLOMETRY ASSESSMENT OF SMALL AIRWAY DYSFUNCTION IN TEZEPelumab-TREATED SEVERE ASTHMA (THE OASIS STUDY)

Our. S. Kotsiou^{1,2,*}; G. I. Barkas³, P. Kirgou³; K. I. Gourgoulisanis³; Z. Daniil³

¹ Laboratory of Human Pathophysiology, Department of Nursing, University of Thessaly, Larissa, Greece

² Department of Respiratory Medicine, University of Thessaly, Larissa, Greece

³ Department of Nursing, University of Thessaly, Larissa, Greece

Background: Small airway dysfunction (SAD) is a frequent and clinically relevant feature of severe asthma that is often underestimated by conventional spirometry. Respiratory oscillometry offers sensitive, effort-independent assessment of distal airway mechanics, yet real-world data on the effects of tezepelumab on oscillometry-derived SAD remain limited.

Objective: To assess the baseline burden of SAD, longitudinal changes in small-airway mechanics, and predictors of physiological response in patients with severe asthma treated with tezepelumab in routine clinical practice.

Methods: OASIS was a single-center, observational, longitudinal study of adults with severe asthma initiated on tezepelumab. Assessments were performed at baseline and at 1, 3, and 6 months. Oscillometry outcomes included R5, R20, R5–R20, reactance at 5 Hz (X5), area of reactance (AX), and resonant frequency (Fres). Spirometry included FEV₁ and FEF_{25–75}. Longitudinal changes were analyzed using linear mixed-effects models, and exploratory multivariable regression identified predictors of improvement from baseline to 6 months.

Results: Twenty-eight patients (mean age 63.0 ± 11.3 years; 78.6% female) were included. SAD was highly prevalent at baseline across T2-high and T2-low endotypes. Tezepelumab was associated with significant improvement over 6 months in R5–R20, X5, AX, and Fres. Greater improvement was observed in T2-high patients, never/former smokers, those with chronic rhinosinusitis with nasal polyps, and those with more severe baseline SAD, whereas current smoking attenuated response. FEV₁ changes were modest and did not correlate with oscillometry improvement.

Conclusion: SAD is common in severe asthma irrespective of inflammatory endotype. Tezepelumab was associated with measurable improvement in distal-airway mechanics, best captured by oscillometry.

OR.16 | ΤΕΖΕΡΕΛΟΥΜΑΒ ΣΕ ΣΟΒΑΡΟ ΒΡΟΓΧΙΚΟ ΆΣΘΜΑ: ΕΠΙΚΑΙΡΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ARTEMIS ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΕΝΤΑΜΗΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ι. Τσιούπρου¹, Ι. Φιλίππου¹, Αικ. Αντωνίου², Αργ. Τζουβελέκης³, Ελ. Ζέρβας⁴, Κ. Σάμιτας⁴, Ευαγ. Φούκας⁵, Στ. Λουκίδης⁵, Κ. Μπαρτζιώκας⁶, Ελ. Τζωρτζάκη⁷, Μ. Μελαχροινίδου⁸, Μ. Μαρκάτος⁹, Ουρ. Κώτσιου¹⁰, Π. Μπακάκος¹¹, Ανδρ. Παπαιωάννου¹¹, Ν. Ροβίνα¹¹, Γ. Κρομμύδας⁸, Στ. Βιτωράκης⁷, Π. Στειρόπουλος¹², Χρ. Χαλίτσιος¹³, Π. Σταφυλάς¹³, Κ. Πορπόδης¹

¹Πνευμονολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

²Πνευμονολογική Κλινική, Πα.Γ.Ν.Η.

³Πνευμονολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Πατρών

⁴7η Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

⁵Β' Πνευμονολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Γ.Π.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ»

⁶Ιδιώτης Πνευμονολόγος – Τρίκαλα

⁷Ιδιώτης Πνευμονολόγος – Ηράκλειο Κρήτης

⁸Ιδιώτης Πνευμονολόγος – Αθήνα

⁹Ιδιώτης Πνευμονολόγος – Χανιά Κρήτης

¹⁰Πνευμονολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισας

¹¹Α' Πανεπιστημιακή Κλινική ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

¹²Πνευμονολογική Κλινική Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης, ΠΓΝΑ

¹³HEALTHINK

Σκοπός Εργασίας: Το σοβαρό βρογχικό άσθμα παραμένει δύσκολα ελεγχόμενο παρά τη σύγχρονη φαρμακευτική αγωγή. Η τεζεπελουμάμπη δρα σε πρώιμο στάδιο της φλεγμονής προσφέροντας μια νέα θεραπευτική προσέγγιση.

Στόχος είναι η καταγραφή δημογραφικών, κλινικών και εργαστηριακών χαρακτηριστικών των ασθενών με ανεπαρκώς ελεγχόμενο σοβαρό άσθμα που λαμβάνουν τεζεπελουμάμπη στην Ελλάδα και η εκτίμηση της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας της τεζεπελουμάμπης.

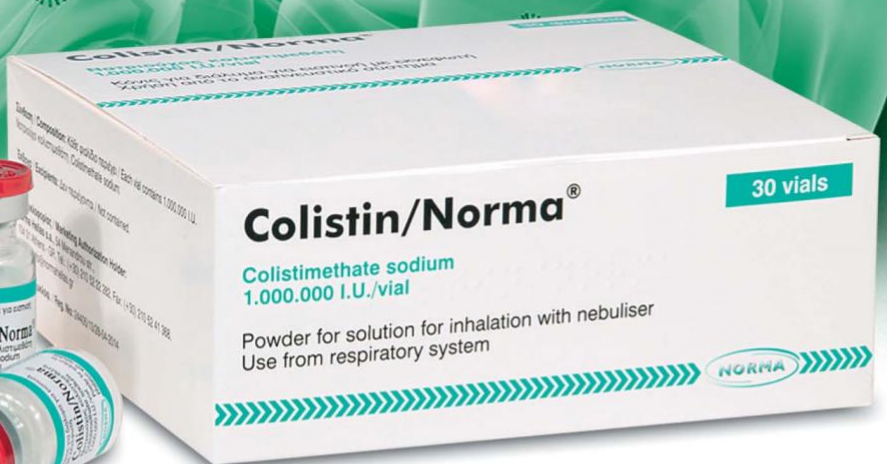
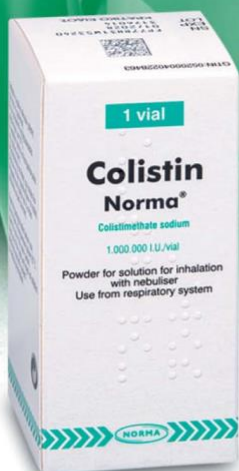
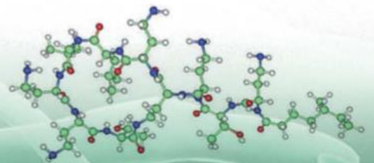
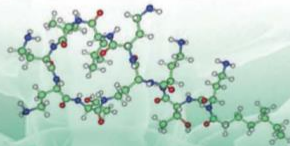
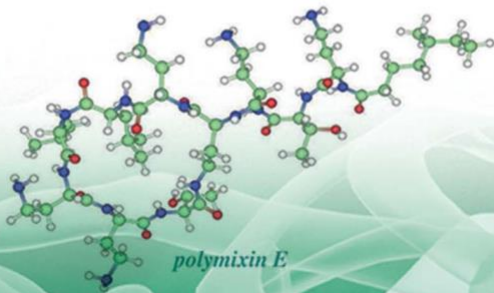
Υλικά και Μέθοδοι: Πρόκειται για μια πολυκεντρική, μη παρεμβατική, συγχρονική καταγραφική μελέτη. Γίνεται αξιολόγηση του επιπέδου ελέγχου του άσθματος, καταγραφή αναπνευστικής λειτουργίας, βιοδεικτών (FeNO, BEC, IgE, blood/ sputum neutrophils), παροξύνσεων άσθματος, συμμόρφωσης στην αγωγή και ΑΕ.

Αποτελέσματα: Από την 1η Ιουνίου 2024 έως και τις 28 Μαρτίου 2026 συμμετείχαν 211 ασθενείς με μέσο όρο ηλικίας τα 58,2±14,8 έτη. CRSwNP βρέθηκε στο 15%. Παρατηρήθηκαν 2 παροξύνσεις άσθματος τους τελευταίους 12 μήνες πριν την ένταξη στη μελέτη. ≥1 επίσκεψη σε ΤΕΠ βρέθηκε στο 29,1% και ≥1 νοσηλεία λόγω άσθματος στο 15,8%. Το 33,9% των ασθενών έλαβε προηγουμένως βιολογική θεραπεία λόγω σοβαρού άσθματος, την οποία διέκοψε λόγω μη αποτελεσματικότητας. Το ποσοστό συμμόρφωσης στη θεραπεία ήταν >90%. Στον πέμπτο μήνα θεραπείας παρατηρήθηκε ελάττωση FeNO (p<0,001) και ολικής IgE (p>0,05). Οι συμμετέχοντες παρουσίασαν από τον πρώτο μήνα θεραπείας σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων, η οποία διατηρήθηκε στον πέμπτο μήνα (p<0,001 σε όλες τις συγκρίσεις), σημαντική βελτίωση στο ACT score (13,8 vs 18,8 στον πρώτο και 20,4 στον πέμπτο μήνα, p<0,001) και βελτίωση στην αναπνευστική λειτουργία με αύξηση της FEV1 στον πέμπτο μήνα κατά 0,2L (p<0,001). Αναλύσεις υποομάδων έδειξαν πως η βελτίωση ήταν ανεξάρτητη από BMI, κάπνισμα, BEC, τη λήψη προηγούμενης βιολογικής θεραπείας και τις συννοσηρότητες. Δεν παρατηρήθηκαν ΑΕ στον πέμπτο μήνα θεραπείας. Προκαταρκτικά δεδομένα εννέαμηνης χορήγησης της τεζεπελουμάμπης δείχνουν διατήρηση των βελτιώσεων σε κλινικές παραμέτρους, βιοδείκτες και αναπνευστική λειτουργία.

Συμπεράσματα: Η μελέτη αυτή δείχνει πως η λήψη τεζεπελουμάμπης διάρκειας πέντε μηνών παρουσιάζει βελτίωση των συμπτωμάτων άσθματος, της αναπνευστικής λειτουργίας και των βιοδεικτών, από τον πρώτο μήνα, σε επιβαρυσμένους ασθενείς με σοβαρό ανεπαρκώς ελεγχόμενο άσθμα ανεξάρτητα από τα αρχικά χαρακτηριστικά των ασθενών.

Colistin/Norma®

Colistimethate sodium



Έδρα: Μενάνδρου 54, 10431 Αθήνα,
Τηλ.: 210 52.22.282, Fax: 210 52.41.368
E-mail: info@normahellas.gr
www.normahellas.gr



Υψηλή
Ποιότητα
Ελέγχου



Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και
Ασφαλή
ΟΑΕΕ τις αναθεωρήσεις ενέγκρισης για
ΟΑΕΕ τα φάρμακα
Συμπληρώστε την "ΚΑΤΗΓΗ ΚΑΡΤΑ"

Βγαίνω μία για τσιγάρο κι έρχομαι.

Έρχομαι κι εγώ. Να σου κάνω μια τράκα;

Μα δεν το έχεις κόψει;

Όχι ρε, σιγά, δεν καπνίζω γενικά, απλά έτσι, για την παρέα



Ξέρεις πως πρέπει να κόψεις το κάπνισμα.
Απλά δεν το παραδέχεσαι.

Κόψε τα “όχι ρε, σιγά” Ξεκίνα RECIGAR

Το RECIGAR είναι ο νέος σου σύμμαχος στην προσπάθεια να απαλλαγείς από το κάπνισμα και το άτμισμα. Χάρη στη δραστική ουσία κυτισινικλίνη, μειώνει την επιθυμία για κάπνισμα, θεραπεύοντας τον εθισμό στη νικοτίνη μέσα σε 25 μέρες.



Κατέβασε δωρεάν το app
για υποστήριξη σε κάθε
βήμα της θεραπείας σου



Pharmaceutical Laboratories S.A.



62 χρόνια UNI-PHARMA.
Αξία για τον άνθρωπο.
Ευθύνη για την κοινωνία.

Το Υπουργείο Υγείας και ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων συνιστούν:
ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ ΤΙΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΧΡΗΣΗΣ.
ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΕΙΤΕ ΤΟΝ ΓΙΑΤΡΟ Ή ΤΟΝ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟ ΣΑΣ.
Το φάρμακο δεν συνιστάται για χρήση σε παιδιά και εφήβους κάτω των 18 ετών.

TRELEGY ELLIPTA

fluticasone furoate/umeclidinium/vilanterol



TRELEGY Ellipta

Φουροϊκή Φηλοτικάζονη/Ουμεκλιδίνιο/
Βιλαντερόλη 92/55/22 µg

Το προϊόν δεν απεικονίζεται σε πραγματικό μέγεθος
Λ.Τ.: TRELEGY Ellipta INH.PD.DOS (92+55+22)mcg/DOSEBTx1: 63,81€
Το προϊόν χορηγείται με ιατρική συνταγή.
% επιχορήγησης από τους οργανισμούς κοινωνικών ασφαλίσεων: 75%.



Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευτείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος, η οποία είναι διαθέσιμη κατόπιν αιτήσεως στην εταιρεία ή σκανάροντας το παρακάτω QR Code. Τα ανωτέρω ισχύουν κατά την ημερομηνία σύνταξης του υλικού.

GR-TRE-3-03-2024

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και Αναφέρετε
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για ΟΛΑ τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»

Τοπικός Αντιπρόσωπος

GSK

Τα εμπορικά σήματα ανήκουν ή έχουν παραχωρηθεί στον Όμιλο Εταιρειών GSK.
© 2024 Όμιλος εταιρειών GSK ή δικαιοπάροχος του Ομίλου GSK.

M Menarini Hellas

Menarini Hellas A.E.
Πάτμου 16-18, 151 23 Μαρούσι
Τ: 210 8316111, F.: 210 8317343
www.menarini.gr

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΤΗ ΧΑΠΙ

1-4*

Brimica®
Genuair®
acilidium bromide + formoterol

BRETARIS®
Genuair®
Acilidium Bromide

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και
Αναφέρετε
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
ΟΛΑ τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»

Λ.Τ. Bretaris Genuair: 37,20€
Λ.Τ. Brimica Genuair: 52,59€



Τα προϊόντα περιλαμβάνονται στον θετικό κατάλογο και αποζημιώνονται από τα ασφαλιστικά ταμεία

Χορηγούνται με ιατρική συνταγή.
*Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια

Κάθε παρεχόμενη δόση **Bretaris® Genuair®** περιέχει 375μg βρωμιούχου ακλιδινίου που ισοδυναμεί με μια δόση 322μg ακλιδινίου. Κάθε παρεχόμενη δόση **Brimica® Genuair®** περιέχει 396 μικρογραμμάρια βρωμιούχου ακλιδινίου (που ισοδυναμεί με μία δόση 340 μικρογραμμάτων ακλιδινίου) και 11,8 μικρογραμμάρια διϋδρικής φουμαρικής φορμοτερόλης.^{3,4}

Βιβλιογραφία: 1. Jones PW et al. Eur Respir J. 2012 Oct;40(4):830-6. 2. Ni H et al. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Dec 11;12(12):CD011594. 3. SmPC Bretaris® Genuair® (02/2025). 4. SmPC Brimica® Genuair® (02/2025).

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευτείτε
την Περίληψη Χαρακτηριστικών του
Προϊόντος σκανάροντας το QR Code.



Για περισσότερες πληροφορίες παρακαλώ επικοινωνήστε με την εταιρεία:



Menarini Hellas

Menarini Hellas A.E. - Πάτμου 16-18, 151 23 Μαρούσι, Αττική
T: 210 8316111-13, F.: 210 8317343, info@menarini.gr, www.menarini.gr

Pulmoton[®]
βουδεσονίδη/φορμοτερόλη

 **Modulair**[®]
μοντελουκάστη

στο ΑΣΘΜΑ¹

Περιγραφή	Λιανική τιμή
Modulair CHW.TAB 4MG/TAB	9.31€
Modulair CHW.TAB 5MG/TAB	9.84€
Modulair F.C.TAB 10MG/TAB	10.14 €
Pulmoton (200+6)mcg/δόση	31.24€
Pulmoton (400+12)mcg/δόση	31.61€

Για την Περιλήψη
Χαρακτηριστικών Προϊόντος
του Modulair 4 mg
σαρώστε εδώ



Για την Περιλήψη
Χαρακτηριστικών Προϊόντος
του Modulair 5 mg
σαρώστε εδώ



Για την Περιλήψη
Χαρακτηριστικών Προϊόντος
του Modulair 10 mg
σαρώστε εδώ



Για την Περιλήψη
Χαρακτηριστικών Προϊόντος
του Pulmoton
σαρώστε εδώ



Χορηγούνται με ιατρική συνταγή

Αναφέρετε κάθε
εικαζόμενη/πιθανολογούμενη ανεπιθύμητη ενέργεια
απευθείας στον ΕΟΦ,
σύμφωνα με το εθνικό σύστημα αναφοράς
ανεπιθύμητων ενεργειών

ELPEN

ELPEN Α.Ε Φαρμακευτική Βιομηχανία
Λεωφ. Μαραθώνος 95 | Πικέρμι Αττικής 190 09
Τηλ.: 2111865000
www.elpen.gr

¹Περιλήψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος (ΠΧΠ)