

8⁰

Πανελλήνιο Επιστημονικό Συνέδριο Λοιμωξιολογίας

23-25

Ιανουαρίου 2026

**ΤΕΛΙΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ**

Electra Palace Hotel
Θεσσαλονίκη

 **Praxicon**
EVENTS

Οργάνωση – Γραμματεία Συνεδρίου
Ι. Πασαλίδη 43, Τ.Κ. 54453
Κάτω Τούμπα, Θεσσαλονίκη
Τηλ. 2310 674295
E-mail: info@praxiconevents.com
Website: www.praxiconevents.com

Θα χορηγηθούν Μόρια
Συνεχιζόμενης Ιατρικής
Εκπαίδευσης (C.M.E CREDITS)

ΕΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟ
ΓΙΑ PrEP

Argiodin®

emtricitabine/
tenofovir disoproxil

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευτείτε την ΠΧΠ
ή απευθυνθείτε στην εταιρεία ELPEN.

Για την ένδειξη «Θεραπεία της HIV-1 λοίμωξης»:

Περιορισμένη ιατρική συνταγή από ιατρούς Μονάδων Λοιμώξεων
με την σύμφωνη γνώμη του ΕΟΔΥ και παρακολούθηση
κατά την διάρκεια της αγωγής. Η χορήγηση γίνεται μόνο
από φαρμακεία των νοσοκομείων.

Για την ένδειξη «Προφύλαξη πριν από την έκθεση (PrEP)»:

Περιορισμένη ιατρική συνταγή από ιατρό με ειδικότητα παθολογίας,
ή γενικής ιατρικής, ή δερματολογίας/αφροδισιολογίας,
ή μαιευτικής / γυναικολογίας και παρακολούθηση κατά την διάρκεια
της αγωγής. Η χορήγηση γίνεται μόνο από φαρμακεία των
νοσοκομείων (σύμφωνα με την ΚΥΑ Αριθμ. 172/24-11-2023).

Για την Περίληψη
Χαρακτηριστικών
του Προϊόντος (ΠΧΠ)
σάρωστε τον κωδικό QR.



AT: ARGIODIN F.C.TAB (200+245)MG/TAB - 173,74€

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



ELPEN Α.Ε. Φαρμακευτική Βιομηχανία

- Λεωφ.Μαραθώνος 95, 19009 Πικέρμι, Τηλ: 210 6039326
-Παπαδιαμαντοπούλου 41, 11528 Αθήνα, Τηλ: 211 1865735
-Εθνικής Αντιστάσεως 114, 55134 Θεσσαλονίκη, Τηλ: 2310459920-1

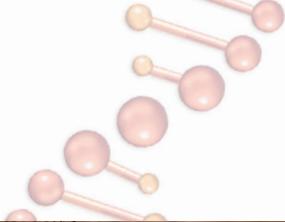
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ	3
ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ	5
ΘΕΜΑΤΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ	7
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΕΛΕΤΗΣ ΕΝΡΑΞΗΣ	9
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	11
ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΟΜΙΛΗΤΕΣ	32
ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ	37
ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ	51
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ	67
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	72
ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ	73



GILEAD

Creating Possible



**Μαζί,
πετυχαίνουμε
το ακατόρθωτο.
Από την έρευνα
έως τη θεραπεία,
δημιουργώντας
έναν καλύτερο,
υγιέστερο κόσμο.**

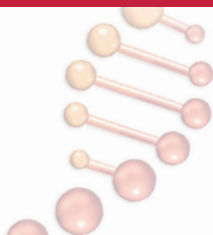
Η **Gilead Sciences** είναι μια πρωτοπόρος εταιρεία βιοτεχνολογίας που ερευνά και αναπτύσσει καινοτόμες θεραπείες σε τομείς που υπάρχουν σημαντικά θεραπευτικά κενά.

Πρωταρχικός σκοπός μας είναι να βοηθήσουμε τους ασθενείς που πάσχουν από νόσους απειλητικές για τη ζωή. Οραματιζόμαστε έναν καλύτερο και πιο υγιή κόσμο για όλους και αυτό αποτελεί την κινητήρια δύναμη μας. Χάρη στις καινοτόμες θεραπείες μας, εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο ζουν, απολαμβάνοντας καλύτερη υγεία και ποιότητα ζωής.

Οι θεραπευτικοί τομείς που εστιάζουμε περιλαμβάνουν την HIV λοίμωξη, τις ιογενείς Ηπατίτιδες, την COVID-19, καθώς και τους τομείς της Ογκολογίας και Αιματολογίας.

Θα συνεχίσουμε να επενδύουμε στην επιστήμη και την έρευνα, να παρέχουμε θεραπευτικές επιλογές στους ασθενείς και να αντιμετωπίζουμε τις μεγάλες, σύγχρονες προκλήσεις δημόσιας υγείας προς όφελος των επόμενων γενιών.

Η Gilead Sciences ιδρύθηκε το 1987 στις ΗΠΑ και απασχολεί περισσότερους από 18.000 υπαλλήλους. Στη χώρα μας η εταιρεία δραστηριοποιείται από το 2001 απασχολώντας 52 άτομα που εστιάζουν σε ιατρικές, κανονιστικές και εμπορικές δραστηριότητες.



ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ

Αγαπητοί/ές συνάδελφοι,

Εκ μέρους της Εταιρείας Μελέτης της Ανοσολογίας της Λοίμωξης (Ε.Μ.Α.Λ.), έχουμε τη χαρά να σας προσκαλέσουμε στο **8ο Επιστημονικό Συνέδριο Λοιμωξιολογίας**, το οποίο θα πραγματοποιηθεί στις **23-25 Ιανουαρίου 2026**, στο συνεδριακό κέντρο του ξενοδοχείου «**Electra Palace**» στη Θεσσαλονίκη, υπό την αιγίδα της Α' Παθολογικής Κλινικής του Α.Π.Θ.

Σε μια περίοδο όπου οι επιπτώσεις της πρόσφατης πανδημίας εξακολουθούν να επηρεάζουν την παγκόσμια υγειονομική πραγματικότητα, οι λοιμώξεις, εντός και εκτός νοσοκομείου, παραμένουν στο επίκεντρο της κλινικής πράξης. Η διαρκώς αυξανόμενη μικροβιακή αντοχή, αναγνωρισμένη από τον ΠΟΥ και την Ευρωπαϊκή Ένωση ως κορυφαία απειλή για τη δημόσια υγεία, αποτελεί πρόκληση με ιδιαίτερη σημασία και για τη χώρα μας, η οποία συνεχίζει να καταγράφει υψηλή κατανάλωση αντιβιοτικών και αυξημένα ποσοστά πολυανθεκτικών λοιμώξεων.

Στο πλαίσιο αυτό, η Ε.Μ.Α.Λ. συνεχίζει με συνέπεια το έργο της, παρουσιάζοντας και φέτος ένα επιστημονικό πρόγραμμα που στοχεύει στην αναβάθμιση της γνώσης, την κλινική εκπαίδευση και τη διαρκή ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας.

Η παρουσία και η ενεργή συμμετοχή σας θα αποτελέσουν πολύτιμη συμβολή στην ουσιαστική επιτυχία του Συνεδρίου.

Με θερμούς και συναδελφικούς χαιρετισμούς,

Ο Πρόεδρος του Συνεδρίου



Συμεών Μεταλλίδης

Καθηγητής Παθολογίας - Λοιμωξιολογίας Α.Π.Θ.



Μειώστε την εξέλιξη της νόσου Επισπεύστε την ανάρρωση

Το **Veklury®** ενδείκνυται για τη θεραπεία της νόσου COVID-19 σε:³

-  **ενήλικες και παιδιατρικούς ασθενείς (βάρους τουλάχιστον 40 kg) που δεν χρειάζονται συμπληρωματικό οξυγόνο και που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εξέλιξης σε σοβαρή νόσο COVID-19**
-  **ενήλικες και παιδιατρικούς ασθενείς (ηλικίας τουλάχιστον 4 εβδομάδων και βάρους τουλάχιστον 3 kg) με πνευμονία που χρήζει χορήγησης συμπληρωματικού οξυγόνου (οξυγόνου χαμηλής ή υψηλής ροής ή άλλου μη επεμβατικού αερισμού κατά την έναρξη της θεραπείας)**

ACTT-1:



5 ημέρες λιγότερες έως την ανάρρωση έναντι του εικονικού φαρμάκου¹



70% μείωση της θνητότητας σε ασθενείς με οξυγόνο χαμηλής ροής κατά την έναρξη, σε post - hoc ανάλυση της μελέτης ACTT-1 (4% έναντι 12,7% του εικονικού φαρμάκου, HR: 0,30 [95% CI, 0,14-0,64])¹

PINETREE:



87% σχετική μείωση της νοσηλείας ή του θανάτου σε ασθενείς υψηλού κινδύνου έναντι του εικονικού φαρμάκου²



Συντομογραφίες:

ACTT=Adaptive COVID-19 Treatment Trial, CI=διάστημα εμπιστοσύνης, COVID-19=νόσος κορονοϊού 2019

Παραπομπές

1. Beigel JH, et al. N Engl J Med. 2020; 383:1813–1826. **2.** Gottlieb RL, et al. N Engl J Med. 2022; 386:305–315. **3.** VEKLURY Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος, Αναθεώρηση Αύγουστος 2025.



Τοπικός αντιπρόσωπος του ΚΑΚ:

Gilead Sciences Ελλάς Μ. ΕΠΕ, Εθνάρχου Μακαρίου & Μωραϊτίνη 4, 17564 Παλιού Φάληρο, Τηλ.: 210 89 30 100 Αρ. Γ.Ε.ΜΗ.: 004304401000

Υπεύθυνος για τη συλλογή ΑΕ:

Gilead Sciences, Inc., Pharmacovigilance & Epidemiology, 333 Lakeside Dr., Foster City, CA 94404, Τηλ: +1 866 633 4474, Email: Safety_FC@gilead.com

Παρακαλείστε να αναφέρετε κάθε εικαζόμενη/πιθανολογούμενη ανεπιθύμητη ενέργεια απευθείας στον ΕΟΦ, σύμφωνα με το εθνικό σύστημα αναφοράς ανεπιθύμητων ενεργειών.

Τρόπος διάθεσης: Περιορισμένη ιατρική συνταγή. Παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της αγωγής, για χρήση αποκλειστικά σε περιβάλλον Δευτεροβάθμιας ή Τριτοβάθμιας Μονάδας Υγείας που θα διασφαλίζει τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του προϊόντος σύμφωνα με την άδεια κυκλοφορίας και τα παραρτήματα αυτής.

Αριθμός άδειας κυκλοφορίας:
EU/1/20/1459/002



Για την ΠΧΠ, Veklury, σκανάρετε εδώ



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

ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ

Πρόεδρος του Συνεδρίου: Σ. Μεταλλίδης

Πρόεδρος της ΕΜΑΛ: Σ. Μεταλλίδης

Οργανωτική Επιτροπή

Πρόεδρος:

Σ. Μεταλλίδης

Μέλη

Π. Ζεμπεκάκης

Μ. Δανιηλίδης

Μ. Παπαϊωάννου

Γ. Γερμανίδης

Β. Λιακόπουλος

Επιστημονική Επιτροπή

Πρόεδρος:

Ι. Μπακαΐμη

Μέλη

Π. Κολλάρας

Ο. Τσαχουρίδου

Α. Τρακατέλη

Α. Λώλης

Π. Χαλούδης

Ε. Χατζηχαρίση

Δ. Παντελίδου

Σ. Χατζηλεοντιάδου

Κ. Μαρκάκης

Θ. Μιχαηλίδης

Δ. Παπαδοπούλου

Θ. Χρυσανθίδης



TENKASI®

oritavancin



GR-TEN-1-08-2025

Το TENKASI® 400mg ενδείκνυται για την αντιμετώπιση των οξέων βακτηριακών λοιμώξεων δέρματος και δερματικών δομών (ABSSSI) σε ενήλικες και παιδιατρικούς ασθενείς ηλικίας 3 μηνών και άνω.

Θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι επίσημες οδηγίες σχετικά με τη σωστή χρήση των αντιβιοτικών παραγόντων

ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ: Κάθε φιαλίδιο περιέχει διωφασφορική οριταβανκίνη που ισοδυναμεί με 400 mg οριταβανκίνης. Μετά την ανασύσταση, 1 ml διαλύματος περιέχει 10 mg οριταβανκίνης. Μετά την αραιώση, 1 ml διαλύματος προς έγχυση περιέχει 1,2 mg οριταβανκίνης. Για τον πλήρη κατάλογο των εκδόχων, βλ. Π.Χ.Π. παράγραφο 6.1.

ΤΡΟΠΟΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ: Ενδοφλέβια έγχυση (εφάπαξ δόση) διάρκειας 3 ωρών.
ΠΕΡΙΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΥΣΣΕΥΑΣΙΑ:
PD.C.SO.IN 400MG/VIAL BT x 3 vials

ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ: Με Ιατρική συνταγή
N.T.: 1.991,68 €, Α.Τ.: 2.418,50 €
Καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία



Πριν τη συνταγογράφηση, παρακαλούμε συμβουλευτείτε την Περιλήψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος TENKASI® 400mg σκανάροντας το QR code.
TENKASI® 400mg SmPC (09/2023)

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

Για περισσότερες πληροφορίες παρακαλούμε απευθυνθείτε στην εταιρεία Menarini Hellas

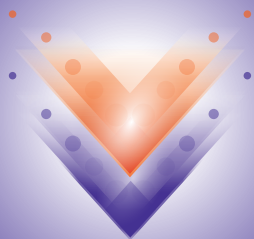


Menarini Hellas

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

ΘΕΜΑΤΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

- **Επιδημιολογία των λοιμώξεων**
- **Εξωνοσοκομειακές λοιμώξεις**
- **Νοσοκομειακές λοιμώξεις**
- **Λοιμώδη μεταδοτικά νοσήματα**
- **Παρασιτικές λοιμώξεις**
- **Ιατρική βασισμένη σε αποδείξεις (Evidence based medicine)**
- **Ιογενείς λοιμώξεις**
- **Παθοφυσιολογία των λοιμώξεων**
- **Διαγνωστική προσέγγιση των λοιμώξεων**
- **Φαρμακοκινητική / Φαρμακοδυναμική**
- **Ελληνικές και Διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες**
- **Χημειοθεραπεία των λοιμώξεων**
- **HIV λοίμωξη - AIDS**
- **Μυκητιασικές λοιμώξεις**
- **Κανόνες ορθολογικής θεραπείας στον τομέα των λοιμώξεων**



VABOREM[®]

meropenem/vaborbactam



ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:

Κάθε φιαλίδιο περιέχει τριωδρική μεροπενέμη ισοδύναμη με 1g μεροπενέμης και 1 g βαμπορβακτάμης. Μετά την ανασύσταση, 1ml του διαλύματος περιέχει 50mg μεροπενέμης και 50 mg βαμπορβακτάμης.

ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ: Χορηγείται με περιορισμένη ιατρική συνταγή, μόνο για νοσοκομειακή χρήση.

ΤΡΟΠΟΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ: Μέσω ενδοφλέβιας έγχυσης επί 3 ώρες.
Π.Χ.Π. VABOREM[®]: Ημερομηνία αναθεώρησης του κειμένου, 07/2023

ΠΕΡΙΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ

PD.C.S.INF (1+1)G/VIAL

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΤΙΜΗ

346,33€

Πριν τη συνταγογράφηση, για πλήρεις συνταγογραφικές πληροφορίες και πληροφορίες σχετικά με την ασφάλεια και ανεκτικότητα παρακαλούμε συμβουλευτείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος σκανάροντας το QR Code.

Για περισσότερες πληροφορίες και για την πλήρη Π.Χ.Π. παρακαλώ απευθυνθείτε στην εταιρεία:

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



Menarini Hellas

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

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΕΛΕΤΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ

ΠΡΟΣΦΩΝΗΣΕΙΣ - ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ

Σ. Τριαρίδης	Πρόεδρος του Τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας Α.Π.Θ.
Ν. Νίτσας	Πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης
Π. Παντελιάδης	Διοικητής Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

ΚΗΡΥΞΗ ΕΝΑΡΞΗΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Ν. Παπαϊωάννου

Υφυπουργός Παιδείας, Θρησκευμάτων και Αθλητισμού,
πρώην Πρύτανης του Α.Π.Θ., Καθηγητής Κτηνιατρικής

ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΑ ΟΜΙΛΙΑ

Προεδρείο: **Σ. Μεταλλίδης**

Η ζωή, ο άνθρωπος κι αναμεσίς η τέχνη

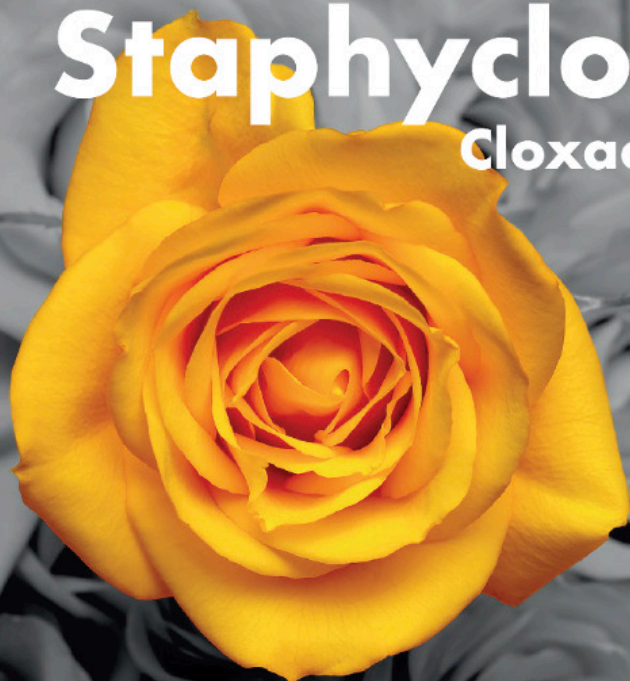
Δ. Χατζίκος

Οικονομολόγος, Απόφοιτος Α.Π.Θ.
Ζωγράφος

ΔΕΞΙΩΣΗ ΥΠΟΔΟΧΗΣ

Staphyclox®

Cloxacillin



NORMA

NORMA

Ώδα: Μονόκρου 54, 10431 Αθήνα,
Τηλ: 210 52.22.202, Fax: 210 52.41.368
E-mail: info@normahellas.gr, www.normahellas.gr



Επικράτεια
Ελλάδας



Βιοφάρμακο με άδεια να παρασκευάζεται και να κυκλοφορεί
στην Ελλάδα ως αντιβιοτικό αντισηπτικό που
δίνει τα καλύτερα
επισημασμένα από το ΕΛΕΥΘΕΡΙΟ ΚΑΡΑΥΕΤΣ

Παρασκευή 23 Ιανουαρίου 2026

08:30 - 9:00

ΠΡΟΣΦΩΝΗΣΕΙΣ - ΕΝΑΡΞΗ

9:00 - 10:00

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Προεδρείο: **Σ. Μεταλλίδης, Π. Κολλάρας**

OR.01

Οξεία γαστρεντερίτιδα από *C. jejuni* με ραβδομύλωση και οξεία νεφρική βλάβη: Παρουσίαση περιστατικού

Δ. Μολύβας¹, Α. Παπαγγέλου¹,
Μ. Διαβαστή¹, Θ. Καμινέλης¹,
Χ. Γεωργιάδου¹, Ε. Προδρομιάδου¹,
Ο. Σιδηροπούλου¹, Π. Σιάσιος²,
Π. Διγόνης², Σ. Τριανταφυλλίδης¹,
Χ. Κατσούλης¹, Κ. Καρόζης¹

¹Β' Παθολογική Κλινική, 424 ΓΣΝΕ

²Μικροβιολογικό Εργαστήριο, 424 ΓΣΝΕ

OR.02

Πρόθεση των Ελλήνων Νέων Επιστημόνων για εξειδίκευση στη Λοιμωξιολογία: Μια πανελλήνια έρευνα της Ελληνικής Εταιρείας Χημειοθεραπείας

Β. Πετράκης, Μ. Ε. Αδάμη, Φ. Ντζιώρα,
Κ. Ακινόσογλου, Ε. Χρηστάκη, Χ. Δαμουλάρη,
Σ. Γεωργιάδου, Η. Καραϊσκος, Ε. Καρακικέ,
Π. Κατσέλη, Ε. Κρανιδιώτη, Σ. Λαγού,
Ο. Νεοφύτου, Ι. Νικολακάκης, Π. Μαυρούδης,
Α. Σιαμπάνος, Α. Σπύρου, Ο. Τσαχουρίδου,
Ι. Μπαραμπούτης, Ε. Κυριαζοπούλου

Ελληνική Εταιρεία Χημειοθεραπείας

OR.03**Αντιμετώπιση ανθεκτικής φυματιώδους μηνιγγίτιδας σε ανοσοκατεσταλμένη ασθενή**

Μ. Μαγούδη¹, Χ. Μαδεμλής¹, Α. Πατούσης²,
 Ρ. Σαάντ¹, Ε. Σιμουλίδου¹, Γ. Σαπουρίδης³,
 Σ. Χατζημιχαηλίδου¹, Α. Κέφας¹,
 Γ. Δαμιανίδης¹, Κ. Πετίδης¹, Μ. Δούμας¹,
 Α. Πυρπασοπούλου¹

¹Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική,
 Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

²Νευρολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

³Εργαστήριο Ακτινολογίας,
 Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

OR.04**Εξωπνευμονική φυματίωση με οστική συμμετοχή: Κλινικές προκλήσεις τессάρων περιπτώσεων από το ΠΓΝ Ιωαννίνων.**

Θ. Καγκέλης¹, Δ. Μπίρος², Ι. Πολυμενίδης²,
 Ι. Βάγιας², Φ. Μπάρκας², Ι. Γκιάτας³,
 Χ. Μηλιώνης², Ε. Χριστάκη²

¹Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

²Α' Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμώξεων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

³Ορθοπαιδική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

OR.05

Η παρούσα ανασκόπηση εξετάζει τη θεραπευτική αντιμετώπιση λοιμώξεων από ανθεκτικά στις καρβαπενέμες *Enterobacterales* (CRE), εστιάζοντας στους μοριακούς μηχανισμούς αντοχής και τη στοχευμένη θεραπεία βάσει τύπου καρβαπενεμάσης. Αναλύονται οι νέοι συνδυασμοί β-λακταμικών/αναστολέων β-λακταμασών (κεφταζιδίμη-αβιμπακτάμη, μεροπενέμη-βαμπορμπακτάμη, αζτρεονάμη-αβιμπακτάμη) και οι θεραπευτικές επιλογές για KPC, OXA-48 και μεταλλο-β-λακταμάσες.

Θ. Νιτσοτόλης¹, Ε. Κουριαννίδη²,
Α. Παπαλεξάνδρου³, Ε. Χριστάκη¹,
Χ. Μηλιώνης¹

¹Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής,
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

²Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική,
Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος
Αθηνών «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

³Ιόνιο Νεφρολογικό Κέντρο Πειραιά

OR.06

**Γνώση, στάσεις και πρακτικές του
υγειονομικού προσωπικού του 424 ΓΣΝΕ
σχετικά με τις ενδοноσοκομειακές λοιμώξεις**

Χ. Γεωργιάδου¹, Ε. Σάλτα², Θ. Καμινέλης¹,
Α. Παπαγγέλου¹, Μ. Διαβαστή¹, Δ. Μολύβας¹,
Ο. Σιδηροπούλου¹, Ε. Προδρομιάδου¹,
Σ. Τριανταφυλλίδης¹, Χ. Κατσούλης¹,
Κ. Καρόζης¹

¹Β' Παθολογική Κλινική, 424 ΓΣΝΕ

²Τμήμα Ελέγχου Λοιμώξεων, 424 ΓΣΝΕ

OR.07

**Διηθητική Πνευμονιοκοκκική Νόσος: ο
Πάντοτε Παρών Εχθρός. Παρουσίαση
Περιστατικού**

Α. Παπαγγέλου¹, Μ. Διαβαστή¹, Θ. Καμινέλης¹,
Χ. Γεωργιάδου¹, Δ. Μολύβας¹,
Ο. Σιδηροπούλου¹, Ε. Προδρομιάδου¹,
Π. Σιάσιος², Π. Διγόνης², Σ. Τριανταφυλλίδης¹,
Κ. Καρόζης¹, Χ. Κατσούλης¹

¹Β' Παθολογική Κλινική, 424 ΓΣΝΕ

²Μικροβιολογικό Εργαστήριο, 424 ΓΣΝΕ

OR.08

**Συσχέτιση Frailty Index και θνητότητας στη
λοιμώξη από *Cl. difficile*: Μια αναδρομική
μελέτη σε περιστατικά της κλινικής μας**

Θ. Καμινέλης¹, Μ. Διαβαστή¹, Α. Παπαγγέλου¹,
Χ. Γεωργιάδου¹, Δ. Μολύβας¹,
Ο. Σιδηροπούλου¹, Ε. Προδρομιάδου¹,
Π. Σιάσιος², Π. Διγόνης², Σ. Τριανταφυλλίδης¹,
Χ. Κατσούλης¹, Κ. Καρόζης¹

¹Β' Παθολογική Κλινική, 424 ΓΣΝΕ

²Μικροβιολογικό Εργαστήριο, 424 ΓΣΝΕ

OR.09

Λοιμώδης Ενδοκαρδίτιδα με Σηπτικές Επιπλοκές από ευαίσθητο στη μεθικιλίνη *Staphylococcus Aureus*

Ε. Προδροσιάδου¹, Μ. Διαβαστή¹,
Α. Παπαγγέλου¹, Θ. Καμινέλης¹,
Χ. Γεωργιάδου¹, Ο. Σιδηροπούλου¹,
Δ. Μολύβας¹, Π. Σιάσιος², Π. Διγόνης²,
Σ. Τριανταφυλλίδης¹,
Χ. Κατσούλης¹, Κ. Καρόζης¹

¹Β' Παθολογική Κλινική, 424 ΓΣΝΕ

²Μικροβιολογικό Εργαστήριο, 424 ΓΣΝΕ

OR.10

Πέρα από το αντιβιογράμμα: ετήσια συσχέτιση φαινοτύπου σε καρβαπενεμάση - παραγωγά Gram-αρνητικά βακτήρια με χρήση rapid CARBA-5

Κ. Καρόζης¹, Π. Σιάσιος², Π. Διγόνης²,
Δ. Μολύβας¹, Χ. Κατσούλης¹

¹Β' Παθολογική Κλινική, 424 ΓΣΝΕ

²Μικροβιολογικό Εργαστήριο, 424 ΓΣΝΕ

OR.11

Ανοσολογική επάρκεια έναντι της ηπατίτιδας Β σε φοιτητές - σπουδαστές πριν την κλινική άσκηση: δεδομένα τριτοβάθμιου νοσοκομείου

Σ. Ε. Γουμπέρη¹, Α. Πυρπασοπούλου¹,
Χ. Αλεκτορίδου¹, Ε. Κοσμίδου¹, Μ. Ρουμτσίου¹,
Ζ. Μ. Παρίση², Χ. Ανταχόπουλος¹

¹Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

²ΕΟΔΥ

10:00 - 10:30

ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Μ. Δανιηλίδης**
Φαρμακευτικός πυρετός
Η. Χύτας

10:30 - 11:00

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΚΑΦΕΣ

11:00 - 12:30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα
Προεδρείο: **Ε. Βακιρλής**

Γονόρροια
Ε. Παπαντωνίου

Σύφιλη
Α. Κάλφα

Χλαμυδιακές λοιμώξεις
Χ. Γώγου

12:30 - 13:00

ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Π. Παναγόπουλος**
Αντιμετώπιση λοιμώξεων ασθενούς με
βρογχεκτασίες
Β. Πετράκης

13:00 - 13:30

ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Π. Αντωνίτσης**
Θεραπεία ενδοκαρδίτιδας από του
στόματος
Σ. Μεταλλίδης

13:30 - 14.00**ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: **Π. Κολλάρας**
 Διάρκεια αντιμικροβιακής θεραπείας.
 Τί νεότερο.
Θ. Χρυσανθίδης

14:00 - 15:00**ΕΛΑΦΡΥ ΓΕΥΜΑ****15:00 - 15:30****ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

Προεδρείο: **Σ. Μεταλλίδης, Θ. Χρυσανθίδης**

ΡΟ.01

**Σήψη: Από την Παθοφυσιολογία στη
 Θεραπευτική Πράξη**
 Η παρούσα ανασκόπηση στοχεύει στην
 παρουσίαση των νεότερων δεδομένων για τη
 διάγνωση και αντιμετώπιση της σήψης, με
 έμφαση στα κλινικά διλήμματα που
 αντιμετωπίζει ο παθολόγος. Αναλύονται
 οδηγίες Surviving Sepsis Campaign
 2021, Focused Update 2024 για τα
 κορτικοστεροειδή, αναδυόμενες τεχνολογίες
 τεχνητής νοημοσύνης.

Θ. Νιτσοτόλης¹, Ε. Κουριαννίδη²,
 Α. Παπαλεξάνδρου³, Ε. Χριστάκη¹, Χ. Μηλιώνης¹

¹Α' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική
 Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων,
 Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων
²Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γενικό
 Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών
 «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»
³Ιόνιο Νεφρολογικό Κέντρο Πειραιά

ΡΟ.02

**Περιγραφή του πρώτου ανθεκτικού στις
 εχινοκανδίνες στελέχους Candida auris στη
 Βόρεια Ελλάδα: ο ρόλος της ολικής
 γονιδιωματικής αλληλούχησης (WGS)**

Κ. Πουλοπούλου¹, Ε. Γεωργίου², Β. Καλαϊτζίδου³,
 Α. Ξανθοπούλου³, Α. Μαλούση²,
 Α. Σιδηροπούλου¹, Σ. Παππά¹, Α. Μπαρμπούτη⁴,
 Κ. Αρβανίτη⁵, Α. Κιουμή³, Τ. Α. Βυζαντιάδης¹

¹Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
²Εργαστήριο Βιολογικής Χημείας, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
³Αιματολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Θ «Παπαγεωργίου»
⁴Δ' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»
⁵Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν.Θ «Παπαγεωργίου»

PO.03

Από την Οξεία Οσφυαλγία στην Πολυεστιακή Λοίμωξη: Ένα Σπάνιο Περιστατικό Σοβαρής Λοίμωξης από methicillin-sensitive *Staphylococcus aureus* (MSSA) σε Ανοσοεπαρκή Ασθενή

Χ. Λεωνίδα¹, Κ. Χαραλαμπίδης¹, Χ. Σάνος¹, Μ. Κολαζά¹, Κ. Κουτσούλας¹, Μ. Χ. Παπαντοπούλου¹, Χ. Πετρίδης¹, Μ. Σιδηροπούλου², Η. Χύτας¹, Χ. Κυδώνη¹, Ι. Γουλή¹

¹Δ' παθολογική κλινική, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»
²Ακτινοδιαγνωστική Κλάδου ΕΣΥ, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

PO.04

Μετεγχειρητική σήψη και MODS: Διαγνωστικοί δείκτες και σύγχρονες θεραπευτικές προσεγγίσεις σε ασθενείς ΧΜΕΘ
Ν. Καραπτά¹, Ι. Πάσσος², Θ. Ράλλης³, Μ. Μυρωνίδου-Τζουβελέκη⁴

¹Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
²Α' Χειρουργική Κλινική, 424 ΓΣΝΕ
³Θωρακοχειρουργική - Ογκολογική Κλινική, Α.Ν.Θ. «Θεαγένειο»
⁴Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

PO.05

Παρατεινόμενος πυρετός και πρόσθια ραγοειδίτιδα λόγω ερπητικής λοίμωξης σε νεαρό άνδρα.

Π. Χριστοφή, Ι. Γαβαλάς, Ο. Ακριτίδου,
Α. Μ. Περιστέρη, Α. Νικοπούλου, Γ. Πηλιανίδης

Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

PO.06

MDW, Monocyte Distribution Width: Ανάλυση παραμέτρου της γενικής αίματος σε ασθενείς με συστηματική λοίμωξη ή σήψη

Κ. Τσιώνη¹, Ε. Νικολακοπούλου², Α. Καρυώτη¹,
Α. Καραντάνη¹, Μ. Ίσσα¹, Α. Χαλβαντζής¹,
Θ. Κοτούλας¹, Δ. Κομίλης³, Ε. Βαγδατλή¹

¹Εργαστήριο Βιοπαθολογίας, Γ.Ν.Θ.
«Ιπποκράτειο»

²Βιοπαθολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο
Ξάνθης

³Τμήμα Μηχανικών Περιβάλλοντος ΔΠΘ, Ξάνθη

PO.07

Οροεπιδημιολογική μελέτη κυτταρομεγαλοϊού (CMV) και ιού Epstein-Barr σε βρέφη και νήπια πριν και μετά την πανδημία COVID-19

Κ. Τσιώνη¹, Α. Καρυώτη¹, Ε. Νικολακοπούλου²,
Δ. Νικολαΐδου¹, Σ. Μαλλίνη¹, Γ. Παντής¹,
Θ. Κοτούλας¹, Δ. Κομίλης³, Ε. Βαγδατλή¹

¹Εργαστήριο Βιοπαθολογίας, Γ.Ν.Θ.
«Ιπποκράτειο»

²Βιοπαθολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο
Ξάνθης

³Τμήμα Μηχανικών Περιβάλλοντος ΔΠΘ, Ξάνθη

15:30 - 16:30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Τί νεότερο στις λοιμώξεις
Προεδρείο: **Γ. Πουλάκου, Δ. Κοφτερίδης**

Οι καλύτερες κλινικές δημοσιεύσεις
Κ. Ακινόσογλου

Οι καλύτερες εργαστηριακές δημοσιεύσεις
Α. Τυχάλα

16:30 - 17:00

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΚΑΦΕΣ

17:00 - 18:00

ΔΟΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

(χορηγούμενο από φαρμακευτική εταιρεία σελ.27)

18:00 - 19:00

ΔΟΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

(χορηγούμενο από φαρμακευτική εταιρεία σελ.28)

19:00 - 20:00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Αντιμετώπιση της σήψης
Προεδρείο: **Ι. - Ε. Γιαμαρέλλος - Μπουρμπούλης**

Αντιμικροβιακή χημειοθεραπεία στη σήψη
Ε. Κυριαζοπούλου

Ανοσοθεραπεία στη σήψη
Ε. Καρακικέ

20:00 - 21:00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Λοιμώξεις από *Acinetobacter* spp
Προεδρείο: **Ε. Πρωτονοταρίου, Κ. Ακινόσογλου**

Μικροβιολογικά και επιδημιολογικά δεδομένα
Π. Μαντζάνα

Θεραπευτική αντιμετώπιση
Η. Καραΐσκος

Σάββατο 24 Ιανουαρίου 2026

8:30- 9:00

ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Δ. Κοφτερίδης**
Φροντίδα της HIV λοίμωξης σε ιδιαίτερες
πληθυσμιακές ομάδες
Ο. Τσαχουρίδου

9:00 - 10:30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Μυκητιασικές λοιμώξεις στο νοσοκομείο
Προεδρείο: **Τ. Βυζαντιάδης,**
Μ. Παπαϊωάννου

Επιδημιολογία και μικροβιολογικά δεδομένα
Π. Κολλάρας

Θεραπευτική αντιμετώπιση
Θ. Μιχαηλίδης

Αντοχή στα αντιμυκητιακά φάρμακα
Κ. Μαρκάκης

10:30 - 11:00

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΚΑΦΕΣ

11:00 - 12:00

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

(χορηγούμενο από φαρμακευτική εταιρεία σελ.29)

12:00 - 12:30

ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Σ. Μεταλλίδης**
Αποκλιμάκωση Αντιμικροβιακής Θεραπείας -
Είναι εφικτή;
Γ. Πουλάκου

12:30 - 13:30

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

(χορηγούμενο από φαρμακευτική εταιρεία σελ.29)

13:30 - 14:00

ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Ε. Τούλης**
Νέο εμβολιαστικό πρόγραμμα ενηλίκων και
ασθενών με HIV λοίμωξη
Α. Νικοπούλου

14:00 - 15:00

ΕΛΑΦΡΥ ΓΕΥΜΑ

15:00 - 16:00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Αξιολόγηση αντιβιογράμματος

Προεδρείο: **Μ. Καχριμανίδου**

Από την πλευρά του εργαστηρίου
Γ. Μελέτης

Από την πλευρά του κλινικού
Θ. Χρυσανθίδης

16:00 - 17:30

**ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ:
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ**

Προεδρείο: **Γ. Γερμανίδης, Α. Τρακατέλη**

Σ. Σάββα

Θ. Τζιοβανάκη

Ζ. Αρμπάρα

Π. Ηλία

17:30 - 18:00

ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Θ. Χρυσανθίδης**

Ζωοανθρωπονόσοι: μια σύγχρονη απειλή

Π. Παναγόπουλος

18:00 - 18:30

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΚΑΦΕΣ

18:30 - 19:30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Μελιταίος Πυρετός- Λοίμωξη από

Coxiella burnettii

Προεδρείο: **Π. Ζεμπεκάκης**

Coxiella burnettii

Ι. Μιμτσούδης

Μελιταίος Πυρετός

Α. Λώλης

19:30 - 20:00

ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Μ. Γραμματική**

Παχυσαρκία και λοιμώξεις

Ε. Καρλάφτη

20:00 - 20.30**ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ
ΠΡΟΣΦΩΝΗΣΕΙΣ - ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ****ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΑ ΟΜΙΛΙΑ****Προεδρείο: Σ. Μεταλλίδης****Η ζωή, ο άνθρωπος κι αναμεσός η τέχνη
Δ. Χατζίκος****20:30****ΔΕΞΙΩΣΗ ΥΠΟΔΟΧΗΣ**

Κυριακή 25 Ιανουαρίου 2026

08:30 - 10.00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Πνευμονία της κοινότητας

Προεδρείο: **Γ. Κούρτογλου, Π. Χαλούδης**

Επιδημιολογία και παράγοντες κινδύνου

Α. Πυρπασοπούλου

Θεραπευτική αντιμετώπιση

Ν. Σπερνοβασίλης

Στεροειδή και ο ρόλος τους

Ι. Μπακαϊμή

10:00 - 10:30

ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Π. Νικολαΐδης**

Η σημασία των καλλιέργειών αποικισμού στην κλινική πράξη. Σε ποιους, πότε και ποια η χρησιμότητα

Ε. Πρωτονοταρίου

10:30 - 11:00

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΚΑΦΕΣ

11:00 - 12:00

ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

(χορηγούμενο από φαρμακευτική εταιρεία σελ.30)

12:00- 12:30

ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Ε. Χατζηχαρίση**

Λοιμώξεις σε ασθενείς με δευτεροπαθή υπογαμμασφαιριναιμία

Ε. Χριστάκη

12:30 - 14:00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Οστικές λοιμώξεις

Προεδρείο: **Α. Αργυράκη, Ν. Σπερνοβασίλης**

Σπονδυλοδισκίτιδα

Δ. Πιλάλας

Οστεομυελίτιδα σε ξένα σώματα

Γ. Τσίμπρης

Διάρκεια θεραπείας

Β. Σακκά

14:00 - 15:00

ΕΛΑΦΡΥ ΓΕΥΜΑ

15:00 - 15:30

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣΠροεδρείο: **Σ. Μεταλλίδης, Ο. Τσαχουρίδου****ΡΟ.08****Ασυνήθης κλινικοεργαστηριακή εικόνα σε ασθενή με λοίμωξη από τον ιό Ebstein-Barr**Ο. Μ. Στέπκου, Μ. Ζησιμοπούλου, Α. Πασχαλά, Α. Νικοπούλου

Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

ΡΟ.09**Κλινικό περιστατικό λοίμωξης από RHODOCOCCUS σε ασθενή με επίκτητη ανοσοανεπάρκεια**Σ. Σάββα, Μ. Κωνσταντή, Ε. Παπαντωνίου, Θ. Χρυσανθίδης

Α' Παθολογική Κλινική Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»

ΡΟ.10**Τρισδιάστατη εκτύπωση ιατρικού εξοπλισμού κατ'απαίτηση, για την ενίσχυση της υγειονομικής ετοιμότητας σε μελλοντικές πανδημίες**Π. Κουσίδης, Α. Νικολαΐδου

Α.Ν.Θ. «Θεαγένειο»

ΡΟ.11**Αίτια και Χαρακτηριστικά Νοσηλείας των Ατόμων που ζουν με HIV**Ε. Παπαντωνίου, Α. Γορτσίδου, Ε. Παπαντώνη, Θ. Μιχαηλίδης, Κ. Μαρκάκης, Θ. Χρυσανθίδης, Π. Κολλάρας, Σ. Μεταλλίδης, Ο. Τσαχουρίδου

Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Α' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

PO.12

**Candida auris σε νευροχειρουργικό ασθενή:
από τον αποικισμό στη σηπτική καταπληξία**

Χ. Γώγου, Κ. Παγιούλας, Θ. Μιχαηλίδης,
Α. Κάλφα, Σ. Νανούδης, Δ. Πιλάλας,
Κ. Μαρκάκης, Θ. Χρυσανθίδης, Π. Κολλάρας,
Σ. Μεταλλίδης, Ο. Τσαχουρίδου

Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Α' Παθολογική
Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ, Ιατρική Σχολή,
Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

15:30 - 16:00

ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Σ. Μεταλλίδης**

Αντιμετώπιση πνευμονίτιδας μετά από
ανοσοθεραπεία

Α. Αργυράκη

16:00 - 16:30

ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Ε. Χριστάκη**

Αντιμετώπιση επιδημίας στο νοσοκομείο

Δ. Βλαχάκης

16:30 - 17:30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Διαχείριση λοιμώξεων στην Μ.Ε.Θ.

Προεδρείο: **Ε. Μουλούδη, Ε. Αργυριάδου**

Τι νεότερο στα εισπνεόμενα αντιβιοτικά στη
VAP;

Κ. Τσακίρη

Λοιμώξεις σχετιζόμενους με Κεντρικούς
Φλεβικούς Καθετήρες

Β. Μπίρμπα

Πρακτικές πτυχές της χορήγησης
εισπνεόμενων αντιβιοτικών στους βαρέως
πάσχοντες ασθενείς της Μ.Ε.Θ

Ζ. Αηδόνη

17:30 - 18:00**ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΚΑΦΕΣ****18:00 - 19:30****ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**

Φυματίωση

Προεδρείο: **Κ. Μανίκα, Ο. Τσαχουρίδου**

Επιδημιολογία

Κ. ΓκαντάληΘεραπευτική αντιμετώπιση και διάρκεια
θεραπείας**Σ. Νανούδης**

Αντιμετώπιση τοξικότητας θεραπείας

Δ. Καραπιτέρης**19:30 - 20:00****ΛΗΞΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

ΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΑ ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΑ ΣΥΜΠΟΣΙΑ

Παρασκευή 23 Ιανουαρίου 2026

17:00 - 18:00

ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

με την ευγενική χορηγία της Φαρμακευτικής Εταιρείας



Πρόληψη και θεραπεία των αναπνευστικών λοιμώξεων στην κοινότητα

Προεδρείο: Σ. Μεταλλίδης

Αντι-ιική Θεραπεία στην Πρώιμη COVID-19:
Κλινική Εμπειρία με Νιρματρελβίρη/
ΡΙτοναβίρη σε Ασθενείς με Παράγοντες
Κινδύνου

Θ. Χρυσανθίδης

Στρατηγική πρόληψης του αναπνευστικού
συγκυτιακού ιού (RSV): η συμβολή του
διδύναμου εμβολίου (RSVPreF)

Ο. Τσαχουρίδου

PCV20: Η στρατηγική για έναν
ολοκληρωμένο εμβολιασμό κατά του
πνευμονιόκοκκου στους ενήλικες

Γ. Πουλάκου

18:00 - 19:00

ΔΟΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ*με την ευγενική χορηγία της Φαρμακευτικής Εταιρείας*

Προεδρείο: **Ε. Γιαμαρέλλος - Μπουρμπούλης**
Ιμιπενέμη/σιλαστατίνη/ρελεμπακτάμη, στη
θεραπεία των λοιμώξεων από ανθεκτικά στις
καρβαπενέμες Gram (-) βακτήρια

Θ. Χρυσανθίδης

PCV21: Νέο εμβόλιο έναντι του
πνευμονιόκκοκου, προσαρμοσμένο στην
επιδημιολογία των ενηλίκων

Ό. Τσαχουρίδου

ΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΑ ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΑ ΣΥΜΠΟΣΙΑ

Σάββατο 24 Ιανουαρίου 2026

11:00 - 12:00

ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

με την ευγενική χορηγία της Φαρμακευτικής Εταιρείας



Η HIV λοίμωξη σήμερα: Σύγχρονες θεραπευτικές προσεγγίσεις για τον PWH

Προεδρείο: **Σ. Μεταλλίδης**

Απλοποίηση στη διαχείριση της HIV λοίμωξης:

Νεότερα δεδομένα στην εξατομικευμένη κλινική πρακτική

Π. Κολλάρας

Μακράς δράσης ενέσιμη αντιρετροϊκή θεραπεία:

3+1 απαντήσεις σε σύγχρονα ερωτήματα

Θ. Χρυσανθίδης

12:30 - 13:30

ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

με την ευγενική χορηγία της Φαρμακευτικής Εταιρείας



GILEAD

Creating Possible

(HIV)

Επιλέγοντας αντιρετροϊκή θεραπεία με στόχο την μακροχρόνια επιτυχία

Προεδρείο: **Π. Παναγόπουλος**

Κλινικές περιπτώσεις πρωτοθεραπευόμενων

Β. Σακκά

Κλινικές περιπτώσεις προθεραπευμένων

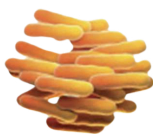
Κ. Ακινόσογλου

ΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΑ ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΑ ΣΥΜΠΟΣΙΑ**Κυριακή 25 Ιανουαρίου 2026****11:00 - 12:00****ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ***με την ευγενική χορηγία της Φαρμ. Εταιρείας***Menarini Hellas****Αντιμετωπίζοντας τις λοιμώξεις από
πολυανθεκτικά παθογόνα****Προεδρείο: Σ. Μεταλλίδης****Νεότερα δεδομένα σχετικά με την
αντιμετώπιση των λοιμώξεων από CRE****Ε. Χριστάκη****Διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις στη
διαχείριση των ABSSSIs****Δ. Καραπιπέρης**

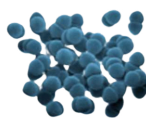
Πρόληψη Ενδονοσοκομειακών Λοιμώξεων. Έναρξη Στοχευμένης Θεραπείας σε **1** ώρα



Carbapenem-resistant Bacteria
50' λεπτά



C.difficile
43' λεπτά



Vancomycin-resistant Bacteria
50' λεπτά



MRSA
70' λεπτά

GeneXpert
System



- PCR 24/7
- Αποτελέσματα σε περίπου **1 ώρα**



Βέλτιστη διαχείριση
ασθενούς
Στοχευμένη θεραπεία



Παραδοσιακή
καλλιέργεια



- Αναμονή αποτελέσματος
- Προληπτική απομόνωση
- Εμπειρική χορήγηση αντιβιοτικών



Αποτελέσματα σε **5-24 ώρες**



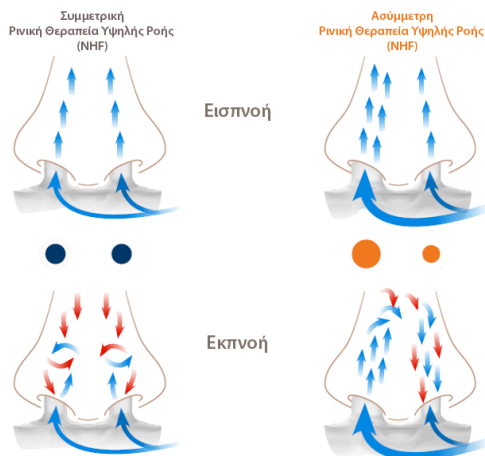
- Διασπορά Λοιμώξεων
- Μειωμένη διαθεσιμότητα κλινών
- Αυξημένο κόστος νοσηλείας

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ & ΟΜΙΛΗΤΕΣ

Αηδόνη Ζ.	Αναισθησιολόγος-Εντατικολόγος, Επιμελήτρια. Ά ΕΣΥ ΜΕΘΑ 1, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»
Ακινόσογλου Κ.	Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Ιατρικό Τμήμα Πανεπιστημίου Πατρών, Παθολογική Κλινική και Τμήμα Λοιμώξεων Π.Γ.Ν.Π.
Αντωνίσης Π.	Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιοχειρουργικής Α.Π.Θ.
Αργυράκη Α.	Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια Παθολογικής Κλινικής Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία», Γενική Γραμματέας Ελληνικής Εταιρείας Λοιμώξεων
Αργυριάδου Ε.	Αναισθησιολόγος - Εντατικολόγος, Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας Α.Π.Θ., Διευθύντρια Κλινικής Αναισθησιολογίας & Εντατικής Θεραπείας Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»
Αρμπάρα Ζ.	Ειδικευόμενη Παθολογίας, Α' Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»
Βακιρλής Ε.	Αναπληρωτής Καθηγητής Δερματολογίας - Αφροδισιολογίας Α.Π.Θ., Α' Δερματολογική Κλινική, «Νοσοκομείο Αφροδισίων & Δερματικών Νόσων Θεσσαλονίκης»
Βλαχάκης Δ.	Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Επιμελητής Α' , Δ' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»
Βυζαντιάδης Τ. - Α.	Καθηγητής Ιατρικής, Βιοπαθολογίας - Μικροβιολογίας, Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ.
Γερμανίδης Γ.	Γαστρεντερολόγος, Τακτικός Καθηγητής Γαστρεντερολογίας Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»
Γιαμαρέλλος-Μπουρμπούλης Ι.-Ε.	Καθηγητής Παθολογίας - Λοιμώξεων, Διευθυντής Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Λοιμωξιολογία», Δ' Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικών», ΕΚΠΑ, Chairman European Sepsis Alliance, Board member Global Sepsis Alliance, Πρόεδρος Ελληνικού Ινστιτούτου Μελέτης Σήψης, Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Χημειοθεραπείας
Γκαντάλη Κ.	Επιστημονική Συνεργάτης Α' Παθολογικής Κλινικής Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Επιμελήτρια Παθολογικής Κλινικής Λοιμώξεων «Αγίου Λουκά»
Γραμματική Μ.	Ενδοκρινολόγος, Επιμελήτρια Β'ΕΣΥ, Α' Παθολογική Κλινική Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»
Γώγου Χ.	Ειδική Παθολόγος, Εξειδικευόμενη Λοιμωξιολογίας στην Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»
Δανιηλίδης Μ.	Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας - Ανοσολογίας Α.Π.Θ., τ. Διευθυντής Α' Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ.

Νέα ασύμμετρη ρινική κάνουλα υψηλής ροής

Αυξημένη αποβολή CO₂



Μια **νέα** εξέλιξη
στην βελτίωση της
θεραπείας **υψηλής ροής**

Μετά από δύο δεκαετίες
έρευνας η ασύμμετρη
ρινική διεπαφή
F&P Optiflow Duet™
προσφέρει
βελτιωμένη απόδοση.

*Tatkov S et al. 2023.



- ↓ Δύσπνοια
5 λεπτά - 15 λεπτά
- ↓ Αναπνευστικός ρυθμός
5 λεπτά - 15 λεπτά
- ↓ Οξυγόνωση
15 λεπτά
- ↓ Υπερκλείδια εισολκή
30 λεπτά
- ↓ Θωρακοκοιλιακή ασυγχρονία
30 λεπτά



Χάρη στον **ασύμμετρο σχεδιασμό** της
ενισχύονται οι μηχανισμοί δράσης,
προσφέροντας πιο **αποτελεσματική**
έκπλυση CO₂ στο **άνω αναπνευστικό**,
μεγαλύτερη PEEP αλλά και μεγαλύτερη
άνεση στην παροχή θεραπείας
υψηλής ροής.



ΔΕΛΤΑ ΙΑΤΡΙΚΗ

ΙΑΤΡΙΚΑ ΕΙΔΗ
2106615209

www.deltamedical.gr

Ζεμπεκάκης Π.	Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας, τ. Διευθυντής Α΄ Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ.
Ηλία Π.	Ειδικεύμενος Παθολογίας, Α΄ Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»
Κάλφα Α.	Παθολόγος - Εξειδικευόμενη Λοιμωξιολογίας, Ε΄ Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»
Καραϊσκος Η.	Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Αναπληρωτής Διευθυντής Α΄ Παθολογικής Λοιμωξιολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο «ΥΓΕΙΑ»
Καρακικέ Ε.	Επίκουρη Καθηγήτρια Εντατικολογίας - Πνευμονολογίας, Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ
Καραπιπέρης Δ.	Ταξίαρχος (ΕΑ) Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, τ. Διευθυντής Τμήματος Λοιμώξεων 424 ΓΣΝΕ
Καρλάφτη Ε.	Παθολόγος - Διαβητολόγος, Hypertension Specialist (ESH), SCOPE & EASO Clinical Fellow, Επίκουρη Καθηγήτρια Παθολογίας, Α΄ Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ.
Καχριμανίδου Μ.	Καθηγήτρια Ιατρικής Βιοπαθολογίας - Μικροβιολογίας Α.Π.Θ.
Κολλάρας Π.	Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Α΄ Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»
Κούρτογλου Γ.	Ειδικός Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Α.Π.Θ., Υπεύθυνος Παθολογικού & Διαβητολογικού Τμήματος, Κλινική «Άγιος Λουκάς»
Κοφτερίδης Δ.	Καθηγητής Παθολογίας - Λοιμώξεων, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής & Μονάδας Λοιμώξεων, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου
Κυριαζοπούλου Ε.	Παθολόγος - Εντατικολόγος, Επιμελήτρια Β΄, Β΄ Κλινική Εντατικής Θεραπείας ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Εκλεγείσα Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ
Λώλης Α.	Επιμελητής Β΄ Παθολογίας, Α΄ Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»
Μανίκα Κ.	Καθηγήτρια Πνευμονολογίας - Φυματιολογίας, Διευθύντρια Πνευμονολογικής Κλινικής Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»
Μαντζάνα Π.	Ιατρός Βιοπαθολόγος, Κλινική Μικροβιολόγος, Διευθύντρια Μικροβιολογικού Εργαστηρίου Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»
Μαρκάκης Κ.	Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής, Επιμελητής Β΄, Α΄ Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»

Μελέτης Γ.	Αναπληρωτής Καθηγητής Ιατρικής Βιοπαθολογίας - Μικροβιολογίας, Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Τμήμα Ιατρικής Α.Π.Θ.
Μεταλλίδης Σ.	Καθηγητής Παθολογίας - Λοιμωξιολογίας Α.Π.Θ., Διευθυντής Α΄ Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»
Μιμτσούδης Ι.	Παθολόγος, Επιμελητής Τμήματος Παθολογίας - Λοιμώξεων, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Επιστημονικός Συνεργάτης Α΄ Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»
Μιχαηλίδης Θ.	Ειδικός Παθολόγος - Επιμελητής Β΄ ΕΣΥ, Εξειδικευόμενος Λοιμωξιολογίας, Α΄ Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ.
Μουλούδη Ε.	Συντονίστρια Διευθύντρια ΜΕΘ, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»
Μπακαϊμή Ι.	Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Επιμελήτρια Α΄, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»
Μπίρμπα Β.	Αναισθησιολόγος - Εντατικολόγος, Κλινική «Άγιος Λουκάς»
Νανούδης Σ.	Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Επιμελητής Α΄ Παθολογικής Κλινικής «424»
Νικολαΐδης Π.	Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας Α.Π.Θ., τ. Διευθυντής Α΄ Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ.
Νικοπούλου Α.	Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»
Νίτσας Ν.	Πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης
Παναγόπουλος Π.	Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Τακτικός Καθηγητής Παθολογίας με έμφαση στις Λοιμώξεις, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης
Παντελιάδης Π.	Διοικητής Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»
Παπαϊωάννου Μ.	Υφυπουργός Παιδείας, Θρησκευμάτων και Αθλητισμού, πρώην Πρότανης του Α.Π.Θ., Καθηγητής Κτηνιατρικής
Παπαντωνίου Ε.	Παθολόγος - Επιστημονικός Συνεργάτης Μονάδας Λοιμώξεων, Α΄ Παθολογική Κλινική Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»
Πετράκης Β.	Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας, Τμήμα Ιατρικής Δ.Π.Θ., Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Μεταδιδακτορικός Ερευνητής, Πανεπιστημιακό Εργαστήριο Μικροβιολογίας Δ.Π.Θ.
Πιλάλας Δ.	Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Α.Π.Θ., Γ΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου»
Πουλάκου Γ.	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παθολογίας - Λοιμώξεων, Γ΄ Παθολογική Κλινική & Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»
Πρωτονοταρίου Ε.	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ιατρικής Βιοπαθολογίας - Μικροβιολογίας, Τμήμα Ιατρικής Α.Π.Θ., Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»

Πυρπασπούλου Α. Σάββα Σ.	Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο» Ειδικευόμενη Παθολογίας, Α' Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»
Σακκά Β.	Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Διευθύντρια Γ' Παθολογικής Κλινικής ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Σωτηρία»
Σπερνοβασίλης Ν.	Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Διευθυντής Λοιμωξιολογικού Τμήματος & Επικεφαλής Κλινικών Ελέγχων, Γερμανικό Ιατρικό Ινστιτούτο Κύπρου, Αναπληρωτής Καθηγητής Ευρωπαϊκού Πανεπιστημίου Κύπρου
Τζιοβανάκη Θ.	Ειδικευόμενη Παθολογίας, Α' Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»
Τούλης Ε.	Παθολόγος, Πρόεδρος Επαγγελματικής Ένωσης Παθολόγων Ελλάδος
Τρακατέλη Α.	Παθολόγος, Επιμελήτρια Β' ΕΣΥ, Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»
Τριαρίδης Σ.	Πρόεδρος του Τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας Α.Π.Θ.
Τσίμπρης Γ.	Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Επιμελητής Α', Παθολογική Κλινική, Πα.ΓΝΗ
Τσαχουρίδου Ο.	Παθολόγος - Εξειδικευθείσα στη Λοιμωξιολογία, Επίκουρη Καθηγήτρια Παθολογίας, Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ.
Τσακίρη Β.	Παθολόγος - Εντατικολόγος, Επιμελήτρια Β', Μ.Ε.Θ. Ενηλίκων
Τυχάλα Α.	Εξειδικευόμενη Κλινικής Μικροβιολογίας, Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ Βιοπαθολογίας, Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»
Χαλούδης Π.	Αιματολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Α' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»
Χατζίκος Δ.	Οικονομολόγος, Απόφοιτος Α.Π.Θ., Ζωγράφος
Χατζηχαρίση Ε.	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Αιματολογίας, Α.Π.Θ., Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»
Χριστάκη Ε.	Επίκουρη Καθηγήτρια Παθολογίας - Λοιμωξιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Μονάδα Λοιμώξεων, Α' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων
Χρυσανθίδης Θ.	Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Π.Γ.Ν.Θ., «ΑΧΕΠΑ»
Χύτας Η.	Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος-Εντατικολόγος, Επιμελητής Α' ΕΣΥ, Δ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

OR.01

Οξεία γαστρεντερίτιδα από C. jejuni με ραβδομύλωση και οξεία νεφρική βλάβη: Παρουσίαση περιστατικού

Δ. Μολύβας¹, Α. Παπαγγέλου¹, Μ. Διαβαστή¹, Θ. Καμινέλης¹,
Χ. Γεωργιάδου¹, Ε. Προδρομιάδου¹, Ο. Σιδηροπούλου¹, Π. Σιάσιος²,
Π. Διγόνης², Σ. Τριανταφυλλίδης¹, Χ. Κατσούλης¹, Κ. Καρόζης¹

¹Β' Παθολογική Κλινική, 424 ΓΣΝΕ

²Μικροβιολογικό Εργαστήριο, 424 ΓΣΝΕ

Εισαγωγή: Το C. jejuni αποτελεί το δεύτερο συχνότερο αίτιο μικροβιακής διάρροιας στην Ελλάδα, ενώ συχνά η πορεία της νόσου εμφανίζει επιπλοκές. Παρουσιάζουμε ένα κλινικό περιστατικό με οξεία γαστρεντερίτιδα από C. jejuni η οποία επιπλέχθηκε από ραβδομύλωση και οξεία νεφρική ανεπάρκεια.

Σκοπός: Η παρουσίαση του περιστατικού και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

Υλικό και Μέθοδοι: Ασθενής 19 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ λόγω διαρροϊκού συνδρόμου από διημέρου με συνοδούς εμέτους και άλγος υπογαστρίου. Προηγήθηκε βρώση μη καλά μαγειρεμένου κρέατος ένα εικοσιτετράωρο προ της προσέλευσης. Εισήχθη στο 424 ΓΣΝΕ λόγω εκσεσημασμένης τρανσαμινασαιμίας (SGOT=1918 U/L, SGPT=302 U/L) και αυξημένης LDH (4292U/L). Δεν ανευρέθηκαν μορφολογικές διαταραχές του ήπατος και της χοληδόχου κύστης σε υπερηχογράφημα, ούτε στοιχεία αιμόλυσης από τα εργαστηριακά. Διαπιστώθηκε επίσης τιμή CPK 155.860 U/L και οξεία νεφρική βλάβη.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής υποβλήθηκε σε κατάλληλη ενυδάτωση, ενώ απαιτήθηκε η προσωρινή υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας με αιμοκάθαρση. Προοδευτικά υφέθηκε η συμπτωματολογία του ασθενούς και αποκατάστηκαν οι παθολογικές εργαστηριακές τιμές. Από εξέταση κοπράνων με πολυπλεκτική PCR ταυτοποιήθηκε C. jejuni. Στάλθηκε εκτενής έλεγχος για νευρομυϊκά, ανοσολογικά και νεφρολογικά νοσήματα, ο οποίος απέβη αρνητικός. Ο ασθενής εξήλθε του νοσοκομείου μετά από δεκαπενθήμερη νοσηλεία με φυσιολογικό εργαστηριακό έλεγχο.

Συμπεράσματα: Σπάνιες εκδηλώσεις συχνών λοιμώξεων μπορούν να δημιουργήσουν διαγνωστικό πρόβλημα και απειλητικές για τη ζωή του ασθενούς καταστάσεις. Από όσο γνωρίζουμε, η παρούσα εργασία αποτελεί την πρώτη αναφορά ραβδομύλωσης από C. jejuni στη βιβλιογραφία.

OR.02

Πρόθεση των Ελλήνων Νέων Επιστημόνων για εξειδίκευση στη Λοιμωξιολογία: Μια πανελλήνια έρευνα της Ελληνικής Εταιρείας Χημειοθεραπείας

Β. Πετράκης, Μ. Αδάμη, Φ. Ντζιώρα, Κ. Ακινόσογλου, Ε. Χρηστάκη, Χ. Δαμουλάρη, Σ. Γεωργιάδου, Η. Καραϊσκος, Ε. Καρακικέ, Π. Κατσέλη, Ε. Κρανιδιώτη, Σ. Λαγού, Ο. Νεοφύτου, Ι. Νικολακάκης, Π. Μαυρούδης, Α. Σιαμπάνος, Α. Σπύρου, Ο. Τσαχουρίδου, Ι. Μπααραμπούτης, Ε. Κυριαζοπούλου

Ελληνική Εταιρεία Χημειοθεραπείας

Εισαγωγή: Η λοιμωξιολογία είναι υποειδίκευση Παθολογίας/ Παιδιατρικής.

Σκοπός: Να διερευνηθεί η προθυμία νέων να εξειδικευτούν στη Λοιμωξιολογία.

Μέθοδοι: Διεξήχθη μια προοπτική έρευνα μεταξύ φοιτητών Ιατρικής 4ου -5ου -6ου έτους, ειδικευόμενων Παθολογίας/ Παιδιατρικής, και κατόχων τίτλου Μεταπτυχιακών Σπουδών «Λοιμωξιολογία» του Πανεπιστημίου Αθηνών. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω ηλεκτρονικής φόρμας (<https://hsch.gr/erotimatologia/>) από 17 Σεπτεμβρίου έως 16 Νοεμβρίου 2025, περιλάμβαναν δημογραφικά στοιχεία, ικανοποίηση από την εκπαίδευση σε κοινές/ειδικές λοιμώξεις, προθυμία εξειδίκευσης στη Λοιμωξιολογία, λόγους για τη μη προθυμία, προτάσεις για το πώς η Λοιμωξιολογία θα προσέλκυε περισσότερους νέους επιστήμονες. Όλα τα μέλη της Ελληνικής Εταιρείας Χημειοθεραπείας ενημερώθηκαν μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου να συμμετέχουν, καθώς και τα μέλη δύο φοιτητικών εταιρειών.

Αποτελέσματα: Συνολικά, συμμετείχαν 556 νέοι επιστήμονες: 310 φοιτητές, 192 ειδικευόμενοι και 54 κάτοχοι μεταπτυχιακού, 33,1% ήταν άνδρες ηλικίας 27 ± 6 ετών. και 81,5% γνώριζε ότι η Λοιμωξιολογία είναι υποεξειδίκευση. 274 (88,4%) φοιτητές εκτέθηκαν πολύ συχνά/συχνά σε κοινές λοιμώξεις, ενώ 254 (81,9%) ποτέ ή σπάνια σε ειδικές. 189 (98,4%) ειδικευόμενοι εκτέθηκαν πολύ συχνά σε κοινές και 88 (45,8%) σε ειδικές. 193 (34,7%) ερωτηθέντες δήλωσαν ότι θα ειδικευτούν στη Λοιμωξιολογία, ποσοστό χαμηλότερο στους φοιτητές (22,6%), υψηλότερο στους ειδικευόμενους (41,1%) και κατόχους μεταπτυχιακού (81,5%, $p < 0,001$). Το 16,5% όσων δεν επιθυμούσαν να εξειδικευτούν, δήλωσαν ότι αν και ενδιαφέρονται για τη Λοιμωξιολογία, δεν επιθυμούν να εκπαιδευτούν στην Παθολογία/ Παιδιατρική. Για το πώς η Λοιμωξιολογία θα ήταν πιο ελκυστική, το 39,8% απάντησε με εκπαίδευση σε ειδικό κέντρο στην Ευρώπη/ ΗΠΑ και το 24,8% σε ένα ειδικό αντικείμενο (ανοσοκατασταλμένοι, μεταμοσχευθέντες).

Συμπεράσματα: Υπογραμμίζεται η ανάγκη για ένα ανεξάρτητο πρόγραμμα ειδίκευσης στη Λοιμωξιολογία.

OR.03**Αντιμετώπιση ανθεκτικής φυματιώδους μηνιγγίτιδας σε ανοσοκατεσταλμένη ασθενή**

Μ. Μαγούδη¹, Χ. Μαδεμλής¹, Α. Πατούση², Ρ. Σαάντ¹, Ε. Σιμουλίδου¹,
Γ. Σαπουρίδης³, Σ. Χατζημιχαηλίδου¹, Α. Κέφας¹, Γ. Δαμιανίδης¹, Κ. Πετίδης¹,
Μ. Δούμας¹, Α. Πυρπασοπούλου¹

¹Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

²Νευρολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

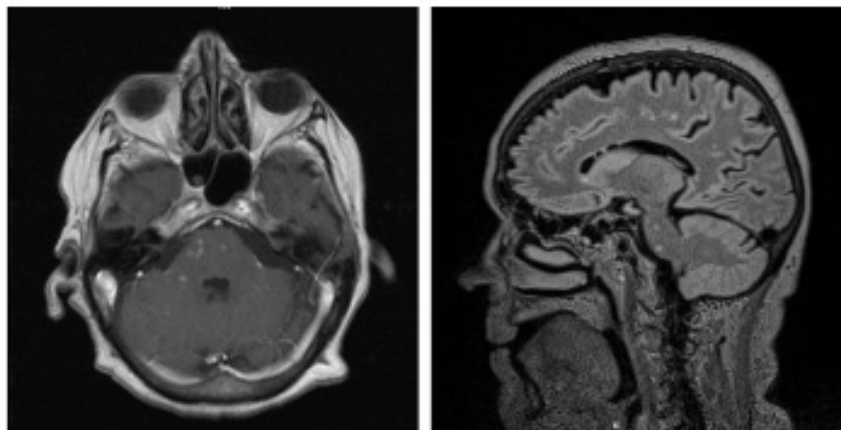
³Εργαστήριο Ακτινολογίας, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή: Η φυματιώδης μηνιγγίτιδα είναι λοίμωξη του ΚΝΣ από το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης. Συνήθως προσβάλλει ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς, εκδηλώνεται με λανθάνουσα/ άτυπη κλινική συμπτωματολογία, και σχετίζεται με μεγάλη θνητότητα (>30%) και υπολειπόμενη αναπηρία.

Σκοπός: Η παρουσίαση περίπτωσης ανοσοκατεσταλμένης ασθενούς που εκδήλωσε φυματιώδη μηνιγγίτιδα από ανθεκτικό μυκοβακτηρίδιο.

Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα ασθενής 64 ετών υπό αντίTNF παράγοντα λόγω ΡΑ, διακομίστηκε από περιφερικό νοσοκομείο λόγω υποξείας κεφαλαλγίας, εμπυρέτου, και διαταραχής επιπέδου συνείδησης. Το εμπύρετο χρονολογούνταν από μηνός, με προηγηθείσα νοσηλεία σε άλλο νοσοκομείο, χωρίς ανεύρεση εστίας λοίμωξης. Στο περιφερικό νοσοκομείο είχε διενεργηθεί οσφυονωτιαία παρακέντηση με στοιχεία υπέρ βακτηριακής μηνιγγίτιδας. Η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου έδειξε εκτεταμένη λεπτομηνιγγική ενίσχυση και μικρές εστίες συμβατές με φυματίωματα, χωρίς υδροκεφαλία. Μοριακό τεστ/ αντιβιογράμμα ENY (Xpert MTB/ XDR Ultra) ήταν θετικό, με αντοχή του μυκοβακτηριδίου στην ισονιαζίδη. Η ασθενής έλαβε εξιτήριο βελτιωμένη υπό ριφαμπικίνη, δεξαμβουτόλη, πυραζιναμίδη, μοξιφλοξασίνη και δεξαμεθαζόνη σε σταδιακή ελάττωση, με τακτικές τηλεφωνικές επανεκτιμήσεις. Επαναληπτική μαγνητική εγκεφάλου δεν έδειξε σαφή βελτίωση. Η ασθενής επανεισήχθη λόγω αναφερόμενου έντονου κνησμού, πιθανώς φαρμακευτικής αιτιολογίας. Έγινε διακοπή της αγωγής και σταδιακή προσθήκη των φαρμάκων με διαπίστωση αλλεργίας στη μοξιφλοξασίνη. Η αγωγή τροποποιήθηκε σε ριφαμπικίνη, πυραζιναμίδη, δεξαμβουτόλη και κυκλοσερίνη. Στη νοσηλεία η ασθενής εμφάνισε έντονη ζάλη και διαγνώστηκε με πρόσφατο ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο από νέο απεικονιστικό έλεγχο. Έξι μήνες μετά τη διάγνωση η ασθενής αναφέρει μόνο περιστασιακά κεφαλαλγία και η νέα απεικόνιση δείχνει σαφή υποχώρηση των ευρημάτων.

Συμπεράσματα: Η αντιμετώπιση της φυματιώδους μηνιγγίτιδας αποτελεί πρόκληση. Χρειάζεται υψηλή κλινική υποψία σε ασθενείς με συμβατό επιδημιολογικό/ κλινικό ιστορικό, εκτενή διερεύνηση, και μακροχρόνια στενή παρακολούθηση.



MRI εγκεφάλου: ανάδειξη πολλαπλών μικρών εστιών με θακτυλιασική εμπλουτισμό

OR.04**Εξωπνευμονική φυματίωση με οστική συμμετοχή: Κλινικές προκλήσεις τεσσάρων περιπτώσεων από το ΠΓΝ Ιωαννίνων.**

Θ. Καγκέλης¹, Δ. Μπίρος², Ι. Πολυμενίδης², Ι. Βάγιας², Φ. Μπάρκας²,
Ι. Γκιάτας³, Χ. Μηλιώνης², Ε. Χριστάκη²

¹Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

²Α' Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμώξεων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

³Ορθοπαιδική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Εισαγωγή: Εξωπνευμονική φυματίωση ορίζεται η λοίμωξη από *Mycobacterium tuberculosis* που εντοπίζεται σε όργανα ή ιστούς εκτός των πνευμόνων, με ή χωρίς πνευμονική προσβολή, ως αποτέλεσμα αιματογενούς διασποράς, συχνότερα κατά την πρωτοπαθή λοίμωξη. Συνήθεις θέσεις εντόπισης αποτελούν τα οστά και ειδικά η σπονδυλική στήλη στη θωρακική και οσφυϊκή της μοίρα.

Σκοπός: Σκοπός της έρευνας είναι να τονίσει τη σημασία της έγκαιρης υποψίας της λοίμωξης σε ομάδες υψηλού κινδύνου, καθώς και τις προκλήσεις που θέτει η αντιμετώπισή της.

Υλικό και Μέθοδοι: Η έρευνα αποτελεί μελέτη τεσσάρων ασθενών (case series), οι οποίοι νοσηλεύτηκαν στο ΠΓΝΙ. Όλοι ήταν νεαροί ενήλικοι μετανάστες με καταγωγή από χώρα υψηλής ενδημικότητας και εμφάνιζαν συμπτώματα εμμένουσας οσφυαλγίας ή αδυναμίας βάδισης. Η διάγνωση επιβεβαιώθηκε με μοριακό, μικροβιολογικό και απεικονιστικό έλεγχο.

Αποτελέσματα: Η εντόπιση της φυματίωσης αφορούσε τη ΘΜΣΣ, την ΟΜΣΣ, το ισχίο και το μηριαίο οστό, με επέκταση στα παρασπονδυλικά μαλακά μόρια ή στους παρακείμενους ιστούς. Κλινική πρόκληση αποτέλεσε η διαχείριση επιπλοκών (π.χ. τρανσαμινασαιμία, αύξηση ηωσινόφιλων κυττάρων) της αντιφυματικής αγωγής.

Συμπεράσματα: Η οστική συμμετοχή της φυματίωσης θα πρέπει να λαμβάνεται πάντα υπόψιν στη διαφοροδιάγνωση συμπτωμάτων από το μυοσκελετικό σύστημα σε άτομα ομάδων υψηλού κινδύνου, με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της λοίμωξης, αλλά και την προάσπιση της δημόσιας υγείας.

OR.05

Η παρούσα ανασκόπηση εξετάζει τη θεραπευτική αντιμετώπιση λοιμώξεων από ανθεκτικά στις καρβαπενέμες Enterobacterales (CRE), εστιάζοντας στους μοριακούς μηχανισμούς αντοχής και τη στοχευμένη θεραπεία βάσει τύπου καρβαπενεμάσης. Αναλύονται οι νέοι συνδυασμοί β-λακταμικών/αναστολέων β-λακταμασών (κεφταζιδίμη-αβιμπακτάμη, μεροπενέμη-βαμπορμπακτάμη, αζτρεονάμη-αβιμπακτάμη) και οι θεραπευτικές επιλογές για KPC, OXA-48 και μεταλλο-β-λακταμάσες.

Θ. Νιτσοτόλης¹, Ε. Κουριαννίδη², Α. Παπαλεξάνδρου³, Ε. Χριστάκη¹,
Χ. Μηλιώνης¹

¹Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

²ΓΠανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων
Θώρακος Αθηνών «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

³Ιόνιο Νεφρολογικό Κέντρο Πειραιά

Εισαγωγή: Τα ανθεκτικά στις καρβαπενέμες Enterobacterales (CRE) αποτελούν μείζονα απειλή για τη δημόσια υγεία, με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας να τα κατατάσσει στην κατηγορία κρίσιμης προτεραιότητας. Η θνητότητα από λοιμώξεις CRE κυμαίνεται από 24% έως 72%, με τα στελέχη που παράγουν μεταλλο-β-λακταμάσες (MBL) να παρουσιάζουν την υψηλότερη θνητότητα.

Σκοπός: Η παρουσίαση των μοριακών μηχανισμών αντοχής και η ανάδειξη της στοχευμένης θεραπείας βάσει τύπου καρβαπενεμάσης.

Μέθοδοι: Βιβλιογραφική ανασκόπηση στις βάσεις PubMed και Cochrane Library. Συμπεριελήφθησαν κλινικές δοκιμές, μετα-αναλύσεις και κατευθυντήριες οδηγίες IDSA/ESCMID έως Μάρτιο 2025.

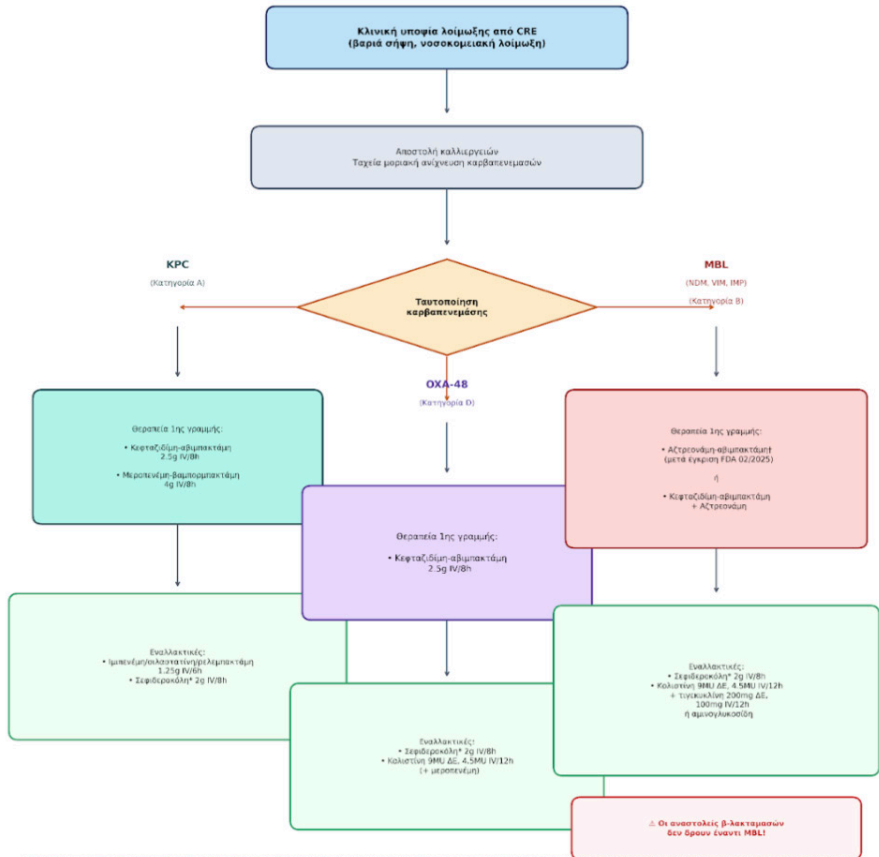
Αποτελέσματα: Η ταξινόμηση Ambler διακρίνει τις καρβαπενεμάσες σε κατηγορίες σερίνης (A: KPC, C: AmpC, D: OXA-48) και μεταλλοενζύμων (B: NDM, VIM, IMP). Οι διαθέσιμοι αναστολείς (αβιμπακτάμη, βαμπορμπακτάμη, ρελεμπακτάμη) αδρανοποιούν τα ένζυμα σερίνης αλλά όχι τις MBL. Για στελέχη KPC, η κεφταζιδίμη-αβιμπακτάμη, η μεροπενέμη-βαμπορμπακτάμη και η ιμιπενέμη/σιλαστατίνη/ρελεμπακτάμη αποτελούν θεραπείες πρώτης γραμμής. Για OXA-48, η κεφταζιδίμη-αβιμπακτάμη παραμένει αποτελεσματική. Για MBL, η αζτρεονάμη σε συνδυασμό με αβιμπακτάμη αποτελεί τη θεραπεία εκλογής, με την έγκριση της αζτρεονάμης-αβιμπακτάμης (FDA, Φεβρουάριος 2025) να παρέχει μονοθεραπεία. Η σεφιδεροκόλη διατηρεί δραστηριότητα έναντι MBL, ενώ κολιστίνη και τιγκεκυκλίνη παραμένουν εναλλακτικές τελευταίας γραμμής.

Συμπεράσματα: Η στοχευμένη θεραπεία βάσει μηχανισμού αντοχής βελτιώνει σημαντικά τα κλινικά αποτελέσματα. Η ταχεία μοριακή ταυτοποίηση καρβαπενεμασών είναι απαραίτητη για την επιλογή κατάλληλης αντιμικροβιακής αγωγής.

Λέξεις-κλειδιά: ανθεκτικά στις καρβαπενέμες Enterobacterales, καρβαπενεμάσες, KPC, NDM, VIM, OXA-48, κεφταζιδίμη-αβιμπακτάμη, μεροπενέμη-βαμπορμπακτάμη, ιμιπενέμη/σιλαστατίνη/ρελεμπακτάμη, αζτρεονάμη-αβιμπακτάμη, μικροβιακή αντοχή.

Θεραπευτικός Αλγόριθμος Λοιμώξεων από Ανθεκτικά στις Καρβαπενέμες Enterobacterales (CRE)

Στοχευμένη θεραπεία βάσει μηχανισμού αντοχής



Σημαντικές Επισημάνσεις

- Διάρκεια θεραπείας: 7-14 ημέρες ανάλογα με τη λοίμωξη
- Προσαρμογή δόσης σε νεφρική ανεπάρκεια απαραίτητη
- Μετάβαση σε per os θεραπεία όταν συνιστάται

- Παρακολούθηση MIC για ανίχνευση αντοχής
- Συνδυαστική θεραπεία σε βαριές λοιμώξεις
- Διάλυση καλσιπύλ = τυροκυκλίνη ή θειογλυκοξύλη

* Σιφαιρόνολιμ: εμπορικό σε Acinetobacter (αξιωματική ένδειξη σε μελέτη CRE/MBLE-CR)

† Ακτινολιδόμ-αβιμπακτάμ: έγκριση FDA Φεβρουάριος 2025 - πρώτα μονοθεραπεία για MBL

KPC: Κεϊσιόλη πρωτεΐνης καρβαπενεμάσης • MBL: Μεταλλο-β-λακταμάση • NDM: New Delhi MBL • VIM: Verruca integron MBL

OR.06**Γνώση, στάσεις και πρακτικές του υγειονομικού προσωπικού του 424 ΓΣΝΕ σχετικά με τις ενδοноσοκομειακές λοιμώξεις**

Χ. Γεωργιάδου¹, Ε. Σάλτα², Θ. Καμινέλης¹, Α. Παπαγγέλου¹, Μ. Διαβαστή¹, Δ. Μολύβας¹, Ο. Σιδηροπούλου¹, Ε. Προδρομιάδου¹, Σ. Τριανταφυλλίδης¹, Χ. Κατσούλης¹, Κ. Καρόζης¹

¹Β' Παθολογική Κλινική, 424 ΓΣΝΕ

²Τμήμα Ελέγχου Λοιμώξεων, 424 ΓΣΝΕ

Εισαγωγή: Οι ενδοноσοκομειακές λοιμώξεις αποτελούν σημαντικό πρόβλημα ασφάλειας ασθενών, με επιπτώσεις στη νοσηρότητα, τη θνητότητα και το κόστος υγείας. Παρά την ύπαρξη κατευθυντήριων οδηγιών, η αποτελεσματική πρόληψή τους εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη γνώση, τη στάση και την καθημερινή πρακτική του υγειονομικού προσωπικού.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση του επιπέδου γνώσεων, των στάσεων και των πρακτικών του υγειονομικού προσωπικού του 424 ΓΣΝΕ σχετικά με τις ενδοноσοκομειακές λοιμώξεις, καθώς και η καταγραφή των αντιλήψεων και προτάσεων τους για τη βελτίωση της πρόληψης.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανώνυμη, εθελοντική ερωτηματολογιακή έρευνα σε προσωπικό του 424 ΓΣΝΕ. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε δημογραφικά στοιχεία, ερωτήσεις αυτοαξιολόγησης γνώσεων, ερωτήσεις για την εφαρμογή προληπτικών μέτρων, την εκπαίδευση στο πρωτόκολλο ελέγχου λοιμώξεων, καθώς και ερωτήσεις στάσεων και προθυμίας αλλαγής συμπεριφοράς. Συμμετείχαν συνολικά 148 εργαζόμενοι από ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό.

Αποτελέσματα: Η πλειονότητα των συμμετεχόντων δήλωσε υψηλό επίπεδο γνώσης σχετικά με τις ενδοноσοκομειακές λοιμώξεις και τα βασικά προληπτικά μέτρα. Παρά ταύτα, μόνο περίπου οι μισοί ανέφεραν ότι έχουν εκπαιδευτεί στο πρωτόκολλο ελέγχου λοιμώξεων, ενώ περισσότεροι από τους μισούς έκριναν την εκπαίδευση ανεπαρκή. Η αυτοαναφερόμενη εφαρμογή των μέτρων πρόληψης ήταν υψηλή, ωστόσο η αντίληψη για τη συμμόρφωση των συναδέλφων ήταν χαμηλότερη. Ως βασικά αίτια αύξησης των λοιμώξεων αναφέρθηκαν η ανεπαρκής εκπαίδευση, η έλλειψη προσωπικού και η κακή υγιεινή χεριών.

Συμπεράσματα: Το προσωπικό του 424 ΓΣΝΕ διαθέτει ικανοποιητική γνώση και υψηλό αίσθημα ευθύνης, ωστόσο απαιτείται ενίσχυση της συστηματικής εκπαίδευσης και της οργανωμένης εφαρμογής των πρωτοκόλλων, ώστε να βελτιωθεί ουσιαστικά η πρόληψη των ενδοноσοκομειακών λοιμώξεων.

OR.07**Διηθητική Πνευμονιοκοκκική Νόσος: ο Πάντοτε Παρών Εχθρός. Παρουσίαση Περιστατικού**

Α. Παπαγγέλου¹, Μ. Διαβαστή¹, Θ. Καμινέλης¹, Χ. Γεωργιάδου¹, Δ. Μολύβας¹,
Ο. Σιδηροπούλου¹, Ε. Προδρομιάδου¹, Π. Σιάσιος², Π. Διγόνης²,
Σ. Τριανταφυλλίδης¹, Κ. Καρόζης¹, Χ. Κατσούλης¹

¹Β' Παθολογική Κλινική, 424 ΓΣΝΕ

²Μικροβιολογικό Εργαστήριο, 424 ΓΣΝΕ

Εισαγωγή: Ο Strep. pneumoniae αποτελεί το συχνότερο μικροβιακό αίτιο πνευμονίας της κοινότητας. Η πνευμονιοκοκκική νόσος συχνά συνδέεται με επιπλοκές. Παρουσιάζουμε ένα περιστατικό με διηθητική πνευμονιοκοκκική νόσο.

Σκοπός: Η παρουσίαση του περιστατικού και μικρή ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

Υλικά και μέθοδοι: Ασθενής 95 ετών διακομίσθηκε στο ΤΕΠ λόγω δύσπνοιας από σαρανταοκτώωρου και αποκορεσμού τις τελευταίες ώρες. Διαπιστώθηκε αναπνευστική ανεπάρκεια σε έδαφος ευμεγέθους συλλογής στο ΔΕ ημιθωράκιο και η ασθενής εισήχθη στο νοσοκομείο.

Αποτελέσματα: Η ασθενής τέθηκε σε οξυγονοθεραπεία με οξυγόνο υψηλής ροής HFNC). Μετά τη λήψη καλλιεργείων αίματος και του πλευριτικού υγρού τέθηκε σε αντιβιοτική αγωγή με κεφτριαξόνη και μοξιφλοξασίνη. Σύντομα μετά την εισαγωγή απαιτήθηκε αγγειοσυσπαστική υποστήριξη. Έγινε παροχέτευση της υπεζωκοτικής συλλογής με θωρακοσωλήνα και συσκευή Bullau. Η καλλιέργεια αίματος απέβη θετική για Strep. pneumoniae ευαίσθητο στην τρέχουσα αγωγή (η ασθενής δεν είχε εμβολιαστεί ποτέ εναντίον του παθογόνου). Προοδευτικά η ασθενής βελτιώθηκε κλινικά και εργαστηριακά. Η νοσηλεία επεπλάκη με νέα καρδιοαναπνευστική επιδείνωση την δέκατη ημέρα νοσηλείας και τελικά απεβίωσε μετά από έντεκα ημέρες νοσηλείας.

Συμπεράσματα: Η λοίμωξη από Strep. pneumoniae ειδικά στην τρίτη ηλικία μπορεί να έχει αρκετές, σοβαρές επιπλοκές και υψηλή θνητότητα. Τα προηγούμενα μπορούν να μειωθούν σημαντικά με την χρήση των υπαρχόντων εμβολίων.

OR.08**Συσχέτιση Frailty Index και θνητότητας στη λοίμωξη από *Cl. difficile*: Μια αναδρομική μελέτη σε περιστατικά της κλινικής μας**

Θ. Καμινέλης¹, Μ. Διαβαστή¹, Α. Παπαγγέλου¹, Χ. Γεωργιάδου¹, Δ. Μολύβας¹,
Ο. Σιδηροπούλου¹, Ε. Προδροσιάδου¹, Π. Σιάσιος², Π. Διγόννης²,
Σ. Τριανταφυλλίδης¹, Χ. Κατσούλης¹, Κ. Καρόζης¹

¹Β' Παθολογική Κλινική, 424 ΓΣΝΕ

²Μικροβιολογικό Εργαστήριο, 424 ΓΣΝΕ

Εισαγωγή: Η λοίμωξη από *Clostridioides difficile* (CDI) αποτελεί τη συχνότερη αιτία ενδονοσοκομειακής διάρροιας και σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα, ιδίως σε ηλικιωμένους και πολυνοσηρούς ασθενείς. Σκοπός της μελέτης ήταν η καταγραφή των κλινικών χαρακτηριστικών, των θεραπευτικών προσεγγίσεων και των εκβάσεων ασθενών με CDI, καθώς και η διερεύνηση προγνωστικών παραγόντων δυσμενούς έκβασης.

Υλικό και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη των περιστατικών CDI που νοσηλεύτηκαν κατά την περίοδο 2023-2024 στη Β' Παθολογική Κλινική. Καταγράφηκαν δημογραφικά και κλινικά δεδομένα, ο τύπος επεισοδίου, η προηγηθείσα αντιμικροβιακή αγωγή, η εφαρμοσθείσα θεραπεία, το ZAR score, ο Frailty Index (FI), ενδοσκοπικά και απεικονιστικά ευρήματα, καθώς και η τελική έκβαση.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 39 ασθενείς με μέση ηλικία 74,8 έτη. Υποτροπή καταγράφηκε στο 28% των περιπτώσεων, ενώ η συνολική θνητότητα ανήλθε επίσης στο 28%, ποσοστό υψηλότερο από διεθνώς αναφερόμενα δεδομένα. Η αυξημένη θνητότητα συσχετίστηκε με προχωρημένη ηλικία, αυξημένα ZAR scores, πολλαπλές συννοσηρότητες και υψηλό FI. Προηγηθείσα αντιβιοτική αγωγή αναφέρθηκε στο 62% των ασθενών, κυρίως με κινολόνες, κεφαλοσπορίνες και πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη. Η θεραπεία περιέλαβε βανκομυκίνη από του στόματος ή φινδαξομικίνη, ενώ σε σοβαρές περιπτώσεις εφαρμόστηκε συνδυασμός βανκομυκίνης *per os* και μετρονιδαζόλης ενδοφλέβια. Ψευδομεμβρανώδης κολίτιδα διαπιστώθηκε κυρίως σε ασθενείς υψηλής βαρύτητας και ευπάθειας.

Συμπεράσματα: Ο Frailty Index αποτελεί σημαντικό προγνωστικό δείκτη για τη CDI και θα πρέπει να ενσωματώνεται στη συνολική εκτίμηση κινδύνου. Η τήρηση κατευθυντήριων οδηγιών, η ορθολογική χρήση αντιβιοτικών και η συστηματική διαστρωμάτωση κινδύνου ενδέχεται να βελτιώσουν την κλινική έκβαση.

OR.09**Λοιμώδης Ενδοκαρδίτιδα με Σηπτικές Επιπλοκές από ευαίσθητο στη μεθικιλίνη *Staphylococcus Aureus***

Ε. Προδρομιάδου¹, Μ. Διαβαστή¹, Α. Παπαγγέλου¹, Θ. Καμινέλης¹,
 Χ. Γεωργιάδου¹, Ο. Σιδηροπούλου¹, Δ. Μολύβας¹, Π. Σιάσιος², Π. Διγόννης²,
 Σ. Τριανταφυλλίδης¹, Χ. Κατσούλης¹, Κ. Καρόζης¹

¹Β' Παθολογική Κλινική, 424 ΓΣΝΕ

²Μικροβιολογικό Εργαστήριο, 424 ΓΣΝΕ

Εισαγωγή: Η λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα από ευαίσθητο στη μεθικιλίνη *Staphylococcus aureus* (MSSA) αποτελεί μία από τις πιο επιθετικές μορφές ενδοκαρδίτιδας, με υψηλή θνητότητα, ιδίως σε ηλικιωμένους ασθενείς με πολλαπλά συνοδά νοσήματα.

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

Υλικό και Μέθοδοι: Παρουσιάζεται περιστατικό ασθενούς που νοσηλεύτηκε λόγω σήψης, με έμφαση στην κλινική εικόνα, τη διαγνωστική προσέγγιση και τη θεραπευτική στρατηγική.

Αποτελέσματα: Άνδρας 85 ετών προσήλθε με εμπύρετο και έκπτωση επιπέδου συνείδησης. Επαναλαμβανόμενες αιμοκαλλιέργειες ανέδειξαν MSSA. Ο υπερηχοκαρδιογραφικός έλεγχος (διαθωρακικός και διοισοφάγειος) κατέδειξε εκπλαστήσεις στην αορτική βαλβίδα με σοβαρή ανεπάρκεια. Η αξονική τομογραφία εγκεφάλου αποκάλυψε πολλαπλές αιμορραγικές εστίες συμβατές με σηπτικά έμβολα. Μετά την ταυτοποίηση του παθογόνου, η αντιβιοτική αγωγή τροποποιήθηκε σε κλοξακιλλίνη, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες.

Συμπεράσματα: Η MSSA ενδοκαρδίτιδα παραμένει νόσος υψηλού κινδύνου με συχνές εμβολικές επιπλοκές. Η έγκαιρη λήψη αιμοκαλλιεργειών, η πρώιμη διενέργεια διοισοφάγειου υπερηχοκαρδιογραφήματος και η στοχευμένη αντιβιοτική θεραπεία είναι καθοριστικές για την έκβαση. Το περιστατικό υπογραμμίζει την ανάγκη υψηλού δείκτη υποψίας σε ασθενείς με επίμονο πυρετό και βακτηριαιμία από *Staph. aureus*.

OR.10

Πέρα από το αντιβιογράμμα: ετήσια συσχέτιση φαινοτύπου σε καρβαπενεμάση - παραγωγή Gram - αρνητικά βακτήρια με χρήση rapid CARBA-5

Κ. Καρόζης¹, Π. Σιάσιος², Π. Διγόνης², Δ. Μολύβας¹, Χ. Κατσούλης¹

¹Β' Παθολογική 424 ΓΣΝΕ

²Μικροβιολογικό εργαστήριο 424 ΓΣΝΕ

Εισαγωγή: Τα καρβαπενεμο-ανθεκτικά Gram-αρνητικά βακτήρια αποτελούν σοβαρό πρόβλημα στη σύγχρονη κλινική πράξη και σχετίζονται με περιορισμένες θεραπευτικές επιλογές. Παρότι το αντιβιογράμμα αποτελεί βασικό εργαλείο λήψης αποφάσεων, ο φαινότυπος αντοχής συχνά δεν προβλέπει με αξιοπιστία τη δραστικότητα των νεότερων συνδυασμών β-λακταμικών/αναστολέων β-λακταμασών. Η ταχεία αναγνώριση του μηχανισμού αντοχής ενδέχεται να βελτιώσει τη στοχευμένη αντιμικροβιακή θεραπεία και τις πρακτικές antimicrobial stewardship.

Μέθοδοι: Κατά τη διάρκεια περιόδου ενός έτους συλλέχθηκαν 28 διαδοχικά καρβαπενεμο-ανθεκτικά Gram-αρνητικά στελέχη στην κλινική μας. Περιλάμβαναν *Klebsiella pneumoniae* (n=26) και *Pseudomonas aeruginosa* (n=2). Ο μηχανισμός αντοχής προσδιορίστηκε με rapid CARBA-5 assay (KPC, NDM, VIM, IMP, OXA-48-like) και συγκρίθηκε με το φαινοτυπικό προφίλ του αντιβιογράμματος από το Vitek. Αξιολογήθηκε η συσχέτιση γονότυπου-φαινοτύπου, με έμφαση στα ceftazidime-avibactam, meropenem-vaborbactam και imipenem-relebactam.

Αποτελέσματα: Η κατανομή των μηχανισμών αντοχής ήταν: KPC & NDM σε 17/28 στελέχη, NDM σε 6/28, VIM σε 2/28 και KPC σε 2/28, χωρίς ανίχνευση OXA-48-like ή IMP. Συνολικά, 23/28 (82%) στελέχη έφεραν metallo-β-lactamases (NDM ή VIM), μεμονωμένα ή σε συνδυασμό. Όλα τα στελέχη με metallo-β-lactamase εμφάνισαν φαινοτυπική αντοχή σε όλους τους εξεταζόμενους συνδυασμούς β-λακταμικών/αναστολέων. Αντίθετα, τα στελέχη με αποκλειστικό μηχανισμό KPC διατήρησαν γενικά ευαισθησία σε meropenem-vaborbactam και imipenem-relebactam, ενώ παρατηρήθηκε μεμονωμένη αλλά κλινικά σημαντική ασυμφωνία με αντοχή στο ceftazidime-avibactam.

Συμπεράσματα: Η ετήσια αυτή ανάλυση δείχνει ότι ο γονότυπος αντοχής προβλέπει με αξιοπιστία τον φαινότυπο και αποκαλύπτει κρίσιμες ασυμφωνίες που δεν είναι εμφανείς από το αντιβιογράμμα μόνο. Η ενσωμάτωση του rapid resistance genotyping στην καθημερινή πρακτική μεγιστοποιεί τη δυνατότητα έγκαιρης και στοχευμένης θεραπείας και ενισχύει ουσιαστικά τις στρατηγικές antimicrobial stewardship.

OR.11**Ανοσολογική επάρκεια έναντι της ηπατίτιδας Β σε φοιτητές - σπουδαστές πριν την κλινική άσκηση: δεδομένα τριτοβάθμιου νοσοκομείου**

Σ. Ε. Γουμπέρη¹, Α. Πυρπασοπούλου¹, Χ. Αλεκτορίδου¹, Ε. Κοσμίδου¹,
Μ. Ρουμτσίου¹, Ζ. Μ. Παρίση², Χ. Ανταχόπουλος¹

¹Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

²ΕΟΔΥ

Εισαγωγή: Οι φοιτητές - σπουδαστές διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο έκθεσης στον ιό της ηπατίτιδας Β (HBV) κατά τη διάρκεια της κλινικής τους εκπαίδευσης. Παρά τη διαθεσιμότητα αποτελεσματικού εμβολίου, η εμβολιαστική και ορολογική κάλυψη των φοιτητών-σπουδαστών που προσέρχονται στα νοσοκομεία δεν είναι πάντα επαρκώς τεκμηριωμένη

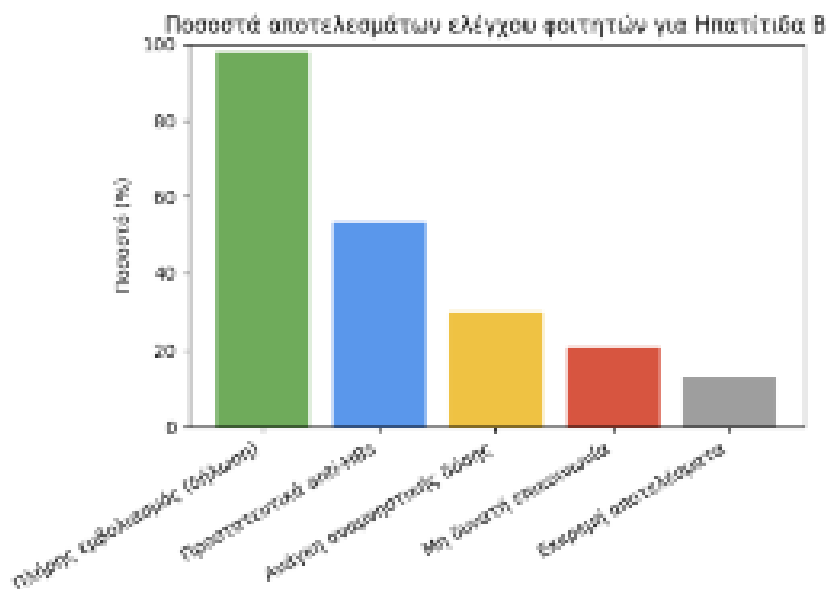
Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση της εμβολιαστικής κάλυψης έναντι της ηπατίτιδας Β και της ανοσολογικής επάρκειας (anti-HBs) φοιτητών - σπουδαστών κατά την έναρξη της κλινικής άσκησης.

Υλικό: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν φοιτητές - σπουδαστές διαφόρων ειδικοτήτων , που προσήλθαν για κλινική άσκηση σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε έλεγχος της εμβολιαστικής κάλυψης και μέτρηση των τίτλων αντισωμάτων anti-HBs. Ως προστατευτικό επίπεδο ορίστηκε τιμή anti-HBs ≥ 10 mIU/mL, σύμφωνα με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες. Οι φοιτητές - σπουδαστές χωρίς τεκμηριωμένο εμβολιασμό ή με ανεπαρκή τίτλο αντισωμάτων υποβλήθηκαν σε περαιτέρω αξιολόγηση και εμβολιαστική παρέμβαση σύμφωνα με το ισχύον πρωτόκολλο του νοσοκομείου.

Αποτελέσματα: Από τον Ιανουάριο του 2025 προσήλθαν 180 φοιτητές - σπουδαστές. Πλήρη εμβολιασμό έναντι της ηπατίτιδας Β δήλωσε το 98% των φοιτητών-σπουδαστών . Ωστόσο, μόνο το 53,5% παρουσίαζε προστατευτικά επίπεδα anti-HBs . Το 29,6% υποβλήθηκε σε αναμνηστική δόση. Επίσης, το 21% φοιτητών - σπουδαστών , ενώ προσήλθαν για έλεγχο βιβλιαρίου δεν κατέστη δυνατή η περαιτέρω επικοινωνία μαζί τους. Σε ένα ποσοστό 13,3% εκκρεμούν τα αποτελέσματα.

Συμπεράσματα: Σημαντικό ποσοστό εισέρχεται στο νοσοκομείο χωρίς τεκμηριωμένη ανοσολογική προστασία έναντι της ηπατίτιδας Β. Η υποχρεωτική πιστοποίηση εμβολιαστικής και ανοσολογικής κάλυψης από τα εκπαιδευτικά ιδρύματα πριν την έναρξη της κλινικής εκπαίδευσης αποτελεί αναγκαίο μέτρο πρόληψης και αποσυμφόρησης των Επιτροπών Νοσοκομειακών Λοιμώξεων.



ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

ΡΟ.01

Σήψη: Από την Παθοφυσιολογία στη Θεραπευτική Πράξη
 Η παρούσα ανασκόπηση στοχεύει στην παρουσίαση των νεότερων δεδομένων για τη διάγνωση και αντιμετώπιση της σήψης, με έμφαση στα κλινικά διλήμματα που αντιμετωπίζει ο παθολόγος. Αναλύονται οδηγίες Surviving Sepsis Campaign 2021, Focused Update 2024 για τα κορτικοστεροειδή, αναδυόμενες τεχνολογίες τεχνητής νοημοσύνης.

Θ. Νιτσοτόλης¹, Ε. Κουριαννίδη², Α. Παπαλεξάνδρου³, Ε. Χριστάκη¹, Χ. Μηλιώνης

¹Α' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

²Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

³Ιόνιο Νεφρολογικό Κέντρο Πειραιά

Εισαγωγή: Η σήψη αποτελεί κορυφαία αιτία νοσηρότητας και θνητότητας παγκοσμίως, με περίπου 49 εκατομμύρια περιστατικά και 11 εκατομμύρια θανάτους ετησίως, αντιπροσωπεύοντας το 19,7% της συνολικής παγκόσμιας θνητότητας. Ο ορισμός Sepsis-3 την καθορίζει ως απειλητική για τη ζωή οργανική δυσλειτουργία προκαλούμενη από δυσρυθμισμένη απόκριση του ξενιστή σε λοίμωξη, με θνητότητα 10-20% στη σήψη έως άνω του 40% στη σηπτική καταπληξία.

Παθοφυσιολογία: Η ανοσολογική απόκριση χαρακτηρίζεται από διφασική πορεία: αρχικά υπερφλεγμονώδης φάση (SIRS) με καταίγίδα κυτταροκινών (TNF-α, IL-1β, IL-6), ακολουθούμενη από ανοσοπαράλυση (CARS) με λεμφοπενία και υπερέκφραση ανασταλτικών υποδοχέων (PD-1, CTLA-4). Σύγχρονη έρευνα αναγνωρίζει τέσσερις διακριτούς κλινικούς φαινοτύπους (α-δ) με σημαντικά διαφορετική θνητότητα και θεραπευτική ανταπόκριση.

Διάγνωση και Θεραπεία: Η διάγνωση βασίζεται στο SOFA score (αύξηση ≥ 2 μονάδων από τη βασική τιμή), με το qSOFA ως εργαλείο ταχείας κλινικής εκτίμησης. Το Hour-1 Bundle παραμένει θεμελιώδης: μέτρηση γαλακτικού, λήψη αιμοκαλλιεργειών, άμεση εμπειρική αντιβιοτική αγωγή, αρχική αναζωογόνηση με υγρά (30 mL/kg balanced crystalloids) και έναρξη αγγειοσυσπαστικών (νορεπινεφρίνη πρώτης επιλογής, στόχος MAP ≥ 65 mmHg).

Νεότερες εξελίξεις: Η Focused Update 2024 ενισχύει τη σύσταση για χορήγηση υδροκορτιζόνης (200 mg/24ωρο) σε ανθεκτική σηπτική καταπληξία, βασιζόμενη στις πολυκεντρικές μελέτες ADRENAL και APROCCHSS. Υποστηρίζεται η συντηρητική στρατηγική υγρών μετά τη σταθεροποίηση και η περιφερική έναρξη αγγειοσυσπαστικών. Αλγόριθμοι τεχνητής νοημοσύνης επιτυγχάνουν πλέον AUC $> 0,90$ στην πρώιμη ανίχνευση σήψης.

Συμπεράσματα: Η σήψη εξελίσσεται ραγδαία σε πεδίο εξατομικευμένης ιατρικής ακριβείας. Τα καθημερινά κλινικά διλήμματα του παθολόγου-ιδανικός χρονισμός χορήγησης αντιβιοτικών, ποσότητα υγρών αναζωογόνησης, ένδειξη κορτικοστεροειδών - απαιτούν συνεχή επιστημονική ενημέρωση και κριτική αξιολόγηση των τρεχουσών διεθνών κλινικών οδηγιών.

Λέξεις-κλειδιά: Σήψη, φαινότυποι, τεχνητή νοημοσύνη

Σήψη 2025: Ολοκληρωμένος Κλινικός Οδηγός
Διάγνωση • Παθοφυσιολογία • Θεραπευτική Στρατηγική

SSC GUIDELINES 2021 | FOCUSED UPDATE 2024 | SSC 2024 | AIML INTEGRATION

Ορισμός Σήψης (Sepsis-3)
MMIA 2018 | Singer et al.

Απαιτείται για τη ζωή οργανική δυσλειτουργία προκλήσιμη από διασυσταμμένη απόκριση του οργανισμού σε λοίμωξη.

40M
Προσδόκωτος

11M
Εκτιμώμενος

>40%
Προσδόκωτος

qSOFA - Quick Screening
Bedside tool (quick assessment)

RR ≥ 22 /min Τετανωμένη

GCS < 15 Διαταραχή συνείδησης

SBP ≤ 100 Υπόταση (resting)

qSOFA ≥ 2 → Υψηλός κίνδυνος | Συνιστάται παροχή - Μην υπολείπεται, σήψη!

Αλγόριθμος Διαχείρισης
Κλινική κατάσταση

Υποψία λοίμωξης + Οργανική δυσλειτουργία

SOPA ≥ 2 κώτηρας

NEW
✓ Σήψη
New 1 Bundle

OK
✓ Οργανική
Υπερτασμένη

MAP < 65 mmHg

ΕΠΙΤΡΟΦΟ SHOCK → Υποτασμένος + Σηψικός?

Φυσιολογική Απόκριση
Απόκριση παθοφυσιολογία - Κώδη σε υποστηρίξιμη θύρα

ΥΠΕΡΦΛΕΥΜΟΝ (SIRS)

- Κορτικοστεροειδή: TNF- α , IL-1 β , IL-6, IFN- γ
- Εισαγωγή/απόκριση (C5a, C5b)
- Neutrophils, HSPs → ιστοί (απόκριση)
- Εξιδρώματα, διακυτταρική υπεραντιφλεγμονή
- Μεταβολική/παρακρίνη (IL-1, IL-6, IL-8)

WBCs, CRP, D-dimer, αντιπηκτικό

ΑΝΟΣΟΠΑΡΑΛΥΣΗ (CARS)

- Αποσυνθετική λειτουργία (CD4 $^{+}$, CD8 $^{+}$, B-cells)
- PD-1, CTLA-4, Tim-3, HVEM (απόκριση)
- Μονοκύτταρο HLA-DR $^{+}$ low
- IL-1 β , TNF- β , Treg, MDSCs
- Αιχμηρή, μεταβολική MD

Αποσυνθετική | Εισαγωγή/απόκριση

Hour-1 Bundle (SSC 2021) ΕΝΤΟΣ 1 ΩΡΑΣ

1 Γαλακτικό Οξύ
Προσδόκωτος
Ενδοφλέβια 0.5-1.0 mmol/L
Επείγουσα: 0.5-1.0 mmol/L

2 Αιμοκατάλυση
Επείγουσα: 0.5-1.0 mmol/L
Επείγουσα: 0.5-1.0 mmol/L

3 Αντιβιοτικό IV
Επείγουσα: 0.5-1.0 mmol/L
Επείγουσα: 0.5-1.0 mmol/L

4 Υγρό IV
Επείγουσα: 0.5-1.0 mmol/L
Επείγουσα: 0.5-1.0 mmol/L

5 Vasopressors
Επείγουσα: 0.5-1.0 mmol/L
Επείγουσα: 0.5-1.0 mmol/L

Υγρό & Αναζωογόνηση
Προσδόκωτος

- Balance crystalloids + NaCl 0.9% NEW
- 30 mL/kg: weak recommendation
- Συντηρητική στρατηγική μετά από υποκρούση
- De-resuscitation strategy
- Αποδοτική παροχή (FIR, SVV, PPV)
- Προηγμένη έγχυση: υποκρούσεις OK NEW

Κορτικοστεροειδή
Προσδόκωτος

- Υδροκορτιζόνη 200mg/24h (E0mg $\times 4$ C)
- Ενδοφλέβια: NE ≥ 25 μ g/kg/min $\times 4$ h NEW
- Μεταβολική: ADRENAL + APROCCHSS
- Μείωση διάρκειας shock & ICU LOS
- Simulator FTYN-11 για καθόλη διάρκεια
- Προηγμένη υποκρούση, υποκρούσεις

AI & Precision Medicine
Προσδόκωτος

- ML algorithms: AUC > 0.90 early detection
- 4 clinical phenotypes (a-4) με ML clustering
- Hemodynamic learning: fluid/vasopressor dosing
- Genomic insights: PCT, procalcitonin, P-MyD-10
- Real-time clinical decision support
- Εξοπλισμός/βασικά από ελπίδα

SOPA Score
Sepsis Organ Failure Assessment

Σήψη & Λοίμωξη $\geq$ SOPA ≥ 2

Αντιβιοτικό
Παροχή
HSP
Κορτικοστεροειδή
KNS
Νοσηλεία

Φαινότυποι
ML Clustering

α β
 γ δ

Clinical Pearls
Take-Home Messages

- Χρόνος + Επιβίωση: Κάθε ώρα καθυστέρησης ATB → θνητότητα 7.6%
- Ανέλεπτο + Παρακρούση: De-resuscitation μετά από υποκρούση
- Βασικά: NE ≥ 25 $\times 4$ h → Υδροκορτιζόνη 200mg/24h
- Εξοπλισμός: Ο κώδη απάντησης είναι διαγνωστικός (προσδόκωτος)

Θωμάς Ν. Ντισποζός, MD, MSc, PhD

PO.02**Περιγραφή του πρώτου ανθεκτικού στις εχινοκανδίνες στελέχους *Candida auris* στη Βόρεια Ελλάδα: ο ρόλος της ολικής γονιδιωματικής αλληλούχησης (WGS)**

Κ. Πουλοπούλου¹, Ε. Γεωργίου², Β. Καλαϊτζίδου³, Α. Ξανθοπούλου³,
Α. Μαλούση², Α. Σιδηροπούλου¹, Σ. Παππά¹, Α. Μπαρμπούτη⁴, Κ. Αρβανίτη⁵,
Α. Κιουμή³, Τ. Α. Βυζαντιάδης¹

¹Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

²Εργαστήριο Βιολογικής Χημείας, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

³Αιματολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Θ «Παπαγεωργίου»

⁴Δ' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

⁵Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν.Θ «Παπαγεωργίου»

Εισαγωγή - Σκοπός: Η *Candida auris* ανιχνεύθηκε για πρώτη φορά στη Βόρεια Ελλάδα το 2022. Οι εχινοκανδίνες αποτελούν θεραπεία πρώτης γραμμής. Έως σήμερα δεν είχαν αναφερθεί ανθεκτικά στελέχη σε αυτές στη Βόρεια Ελλάδα. Η εργασία περιγράφει και αναλύει το πρώτο τέτοιο στέλεχος, μέσω ολικής γονιδιωματικής αλληλούχησης (WGS).

Μεθοδολογία: Άνδρας 65 ετών από την Αλβανία με πολλαπλούς μυέλωμα, χρειάστηκε επανειλημμένες νοσηλείες, καθώς επιπλέχθηκε με πνευμονική εμβολή, λοιμώξεις αναπνευστικού και ουροποιητικού, οξεία νεφρική επιδείνωση και σηπτική καταπληξία. Ο ασθενής υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία. Σε καλλιέργεια ούρων τον Σεπτέμβριο του 2025 απομονώθηκε και ταυτοποιήθηκε *C. auris* για την οποία χορηγήθηκε μικαφουγκίνη και στη συνέχεια αμφοτερικίνη-Β, λόγω υψηλών MIC στις εχινοκανδίνες (Πίνακας 1). Οι καλλιέργειες ούρων αρνητικοποιήθηκαν, αλλά συνεχίζεται η απομόνωση του στελέχους σε ελέγχους φορέας. Απομονώθηκε γονιδιωματικό DNA, αξιολογήθηκαν η ποιότητα και η ποσότητα του και η αλληλούχηση πραγματοποιήθηκε στην πλατφόρμα GridION MK1C. Συναρμολογήθηκε de novo και συγκρίθηκε με γονιδιώματα αναφοράς. Για τον εντοπισμό πολυμορφικών θέσεων που σχετίζονται με αντιμυκητιακή αντοχή, έγινε στοίχιση στο πλησιέστερο γονιδίωμα αναφοράς (B8441).

Αποτελέσματα - Συμπεράσματα: Το στέλεχος ταξινομήθηκε στον κλάδο I. Αλληλουχίες σχετιζόμενες με ανθεκτικότητα σε αντιμυκητιακά φάρμακα, συγκρίθηκαν με το γονιδίωμα αναφοράς. Εντοπίστηκαν μεταλλάξεις που έχουν περιγραφεί σε κυκλοφορούντα στελέχη χωρίς αντοχή στις εχινοκανδίνες, η μετάλλαξη TAC1a:A288E (σύμφωνα με τα διαθέσιμα δεδομένα, για πρώτη φορά) και κυρίως η μετάλλαξη FKS1:S639F που είναι ισχυρά συνδεδεμένη με αντοχή στις εχινοκανδίνες. Η ταυτοποίηση τέτοιων μοριακών παραλλαγών είναι κρίσιμη για την κατανόηση της επιδημιολογίας της *C. auris* και για τη βελτιστοποίηση της αντιμυκητιακής θεραπείας και αναδεικνύει την ανάγκη συστηματικής γονιδιωματικής επιτήρησης.

Πίνακας1. Έλεγχος ευαισθησίας του στελέχους στα αντιμυκητιακά φάρμακα

	5-FC	AP-B	FLU	ITRA	VOR	POSA	AND	ISA	MYC	CS
<i>Candida auris</i> M889-25	<4	0.25	128	0.12	0.5	0.025	2	0.032	4	2

PO.03**Από την Οξεία Οσφυαλγία στην Πολυεστιακή Λοίμωξη: Ένα Σπάνιο Περιστατικό Σοβαρής Λοίμωξης από methicillin-sensitive *Staphylococcus aureus* (MSSA) σε Ανοσοεπαρκή Ασθενή**

Χ. Λεωνίδα¹, Κ. Χαραλαμπίδης¹, Χ. Σάνος¹, Μ. Κολαζά¹, Κ. Κουτσούλας¹,
 Μ. Χ. Παπαντοπούλου¹, Χ. Πετρίδης¹, Μ. Σιδηροπούλου², Η. Χύτας¹,
 Χ. Κυδώνα¹, Ι. Γουλής¹

¹Δ'παθολογική κλινική, Γ.Ν.Θ.«Ιπποκράτειο»

²Ακτινοδιαγνωστική Κλάδου ΕΣΥ, Γ.Ν.Θ.«Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή: Η μικροβιαμία *Staphylococcus aureus* έχει σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα, ιδίως όταν οδηγεί σε πολυεστιακές εν-τω-βάθει-λοιμώξεις. Παρουσιάζεται ένα σπάνιο και σοβαρό περιστατικό πολυεστιακής λοίμωξης σε ανοσοεπαρκή ασθενή, αναδεικνύοντας τις διαγνωστικές δυσκολίες και την κρισιμότητα της συντονισμένης αντιμετώπισης.

Υλικό και Μέθοδος: Πρόκειται για άνδρα 55χρ., που εισήχθη με οξεία οσφυαλγία, αδυναμία βάδισης και αυξημένους δείκτες φλεγμονής (CRP 385mg/L). Η διάγνωση τέθηκε με Μαγνητική Τομογραφία (επισκληρίδιο εμπύημα ΟΜΣΣ, αποστήματα ψοϊτών) και καλλιέργειες (αίματος και αρθρικού υγρού) που απομόνωσαν MSSA. Η αντιμετώπιση ήταν διεπιστημονική (Παθολογία, Λοιμωξιολογία, Νευροχειρουργική, Ρευματολογία, Επεμβατική Ακτινολογία).

Αποτελέσματα: Η αρχική εμπειρική αγωγή τροποποιήθηκε σε Κλοξακιλλίνη, ενώ προστέθηκε Δαπτομυκίνη λόγω επίμονης πυρετικής κίνησης και βαρύτητας της νόσου. Περαιτέρω απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε πολυεστιακή διασπορά: σηπτική αρθρίτιδα γόνατος, επισκληρίδιο εμπύημα (Θ12-Ι1), αποστήματα ψοϊτών και απόστημα στο πρόσθιο μεσοθωράκιο. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε δύο νευροχειρουργικές επεμβάσεις για παροχέτευση του επισκληριδίου εμπυήματος, παρακέντηση των κατά γόνυ αρθρώσεων και διαδερμική παροχέτευση των αποστημάτων των ψοϊτών. Κατά την διάρκεια της παρατεταμένης νοσηλείας, ο ασθενής εμφάνισε αποικισμό *Candida auris* (δερματικές πτυχές, ούρα). Εξήλθε χωρίς νευρολογική σημειολογία, με σημαντική βελτίωση των δεικτών φλεγμονής, λαμβάνοντας μακροχρόνια αγωγή (Bactrimel) για 6 μήνες. Οδηγήθηκε σε κέντρο αποκατάστασης λόγω της μυοπάθειας από τη μακρά νοσηλεία και την βαριά νόσο.

Συμπεράσματα: Η πολυεστιακή λοίμωξη από MSSA αποτελεί μείζονα

κλινική πρόκληση. Η επιτυχής έκβαση βασίστηκε στην υψηλή κλινική υποψία, την έγκαιρη διάγνωση (MRI), την άμεση στοχευμένη αντιβιοτική θεραπεία και την ταχεία επεμβατική αντιμετώπιση. Ο αποικισμός από *C. auris* υπογραμμίζει τις νοσοκομειακές επιπλοκές των παρατεταμένων νοσηλείων και καθιστά δύσκολη την παρακολούθηση και επανεξέταση σε νοσοκομειακές δομές.



PO.04**Μετεγχειρητική σήψη και MODS: Διαγνωστικοί δείκτες και σύγχρονες θεραπευτικές προσεγγίσεις σε ασθενείς ΧΜΕΘ**N. Καραπτά¹, I. Πάσσο², Θ. Ράλλης³, M. Μυρωνίδου-Τζουβελέκη⁴¹Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων²Δ' Χειρουργική Κλινική, 424 ΓΣΝΕ³Θωρακοχειρουργική - Ογκολογική Κλινική, Α.Ν.Θ. «Θεαγένειο»⁴Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Η σήψη και το σύνδρομο πολυοργανικής ανεπάρκειας (MODS) συμβάλλουν στη νοσηρότητα και θνησιμότητα των μετεγχειρητικών ασθενών στις ΧΜΕΘ. Χαρακτηρίζονται από συστηματική φλεγμονή, ανοσολογική δυσλειτουργία και πολυοργανική ανεπάρκεια, που επιδεινώνονται από το χειρουργικό τραύμα, συννοσηρότητες και λοιμώξεις. Παρά τις προόδους στις ΧΜΕΘ, η σήψη και το MODS παραμένουν προκλήσεις λόγω της πολύπλοκης παθοφυσιολογίας και υψηλής θνησιμότητας.

Μέθοδος: Η ανασκόπηση εξετάζει τη βιβλιογραφία για τη διάγνωση και διαχείριση της σήψης και του MODS σε χειρουργικές ΜΕΘ. Ακολουθήθηκαν οι κατευθυντήριες οδηγίες PRISMA για τη συλλογή μελετών που δημοσιεύθηκαν μεταξύ 2020-2025 στις βάσεις MEDLINE, PubMed, Scopus και CINAHL. Τα δεδομένα αναλύθηκαν για τάσεις στους βιοδείκτες, θεραπευτικές προσεγγίσεις και αποτελέσματα.

Αποτελέσματα: Η διάγνωση βασίζεται σε παραδοσιακούς βιοδείκτες όπως CRP και PCT για την πρώιμη ανίχνευση, ενώ νέοι βιοδείκτες (HMGB1, μιτοχονδριακό DNA, κυτταρικά DAMPs) βελτιώνουν την εκτίμηση της σοβαρότητας και της πρόγνωσης. Η διαχείριση επικεντρώνεται στην πρώιμη αντιμικροβιακή θεραπεία και την ορθολογική αποκατάσταση υγρών, αποφεύγοντας υπερφόρτωση. Ανοσοτροποποιητικοί παράγοντες, όπως αναστολείς IL-6 και TNF-α, μειώνουν τη φλεγμονή, ενώ τεχνικές εξωσωματικής θεραπείας (απομάκρυνση κυτταροκινών, CRRT) βοηθούν στη μείωση φλεγμονωδών μεσολαβητών και στην υποστήριξη οργάνων. Η παρακολούθηση με Κλίμακα SOFA, μεταβολωμικό προφίλ και δυναμική αξιολόγηση βιοδεικτών επιτρέπει εξατομικευμένες θεραπευτικές αποφάσεις, βελτιώνοντας την πρόγνωση. Επίσης, η συνδυαστική χρήση βιοδεικτών και κλινικών εργαλείων φαίνεται να διακρίνει καλύτερα τους ασθενείς υψηλού κινδύνου.

Συμπέρασμα: Η πρώιμη διάγνωση και οι εξατομικευμένες παρεμβάσεις είναι κρίσιμες για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων στους μετεγχειρητικούς ασθενείς με σήψη και MODS. Παρά τις προοπτικές των καινοτόμων στρατηγικών, απαιτείται περαιτέρω έρευνα για την ενσωμάτωσή τους στην καθημερινή κλινική πρακτική.

ΡΟ.05

Παρατεινόμενος πυρετός και πρόσθια ραγοειδίτιδα λόγω ερπητικής λοίμωξης σε νεαρό άνδρα.

Π. Χριστοφή, Ι. Γαβαλάς, Ο. Ακριτίδου, Α. Μ. Περιστέρη, Α. Νικοπούλου, Γ. Πηλιανίδης

Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

Σκοπός: Περιγραφή περίπτωσης ασθενούς 23 ετών ο οποίος νοσηλεύτηκε σε Παθολογική κλινική λόγω παρατεινόμενου πυρετού και ραγοειδίτιδας επί εδάφους λοίμωξης από τον ιό Human herpesvirus-7 (HHV-7).

Υλικό και Μέθοδοι: Ασθενής 23 ετών ανοσοεπαρκής με ελεύθερο ιστορικό εισήχθη λόγω πυρετού και φαρυγγαλγίας. Από την αντικειμενική εξέταση διαπιστώθηκαν ενδοφθάλμια υπεραιμία αμφοτερόπλευρα και τραχηλική λεμφαδενοπάθεια. Κατόπιν Οφθαλμολογικής εκτίμησης τέθηκε η διάγνωση της πρόσθιας ραγοειδίτιδας. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε ορθόχρωμη ορθοκυτταρική αναιμία, λεμφοπενία, αύξηση των τρανσαμινασών και της CRP. Από τον απεικονιστικό έλεγχο διαπιστώθηκε σπληνομεγαλία και γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια. Βάσει των ανωτέρω η διαφορική διάγνωση περιελάμβανε λοιμώδη, αυτοάνοσα νοσήματα καθώς και αιματολογικά νοσήματα - κακοήθειες.

Αποτελέσματα: Πραγματοποιήθηκε εκτεταμένος έλεγχος για λοιμώδη νοσήματα, κατά τον οποίο με μοριακή μέθοδο απομονώθηκε ο ιός HHV-7 σε δείγμα αίματος. Λόγω επίμονου πυρετού και λεμφαδενοπάθειας διενεργήθηκε ανοσολογικός έλεγχος (αυτοαντισώματα, έλεγχος για πρωτοπαθείς ανοσοανεπάρκειες και αυτοφλεγμονώδη νοσήματα) ο οποίος απέβη αρνητικός. Πραγματοποιήθηκε επιπρόσθετα μυελόγραμμα και οστεομυελική βιοψία χωρίς στοιχεία διήθησης του μυελού. Περαιτέρω απεικονιστικός έλεγχος με PET-CT ανέδειξε εικόνα γενικευμένης λεμφαδενοπάθειας αντιδραστικού τύπου. Σε 4 εβδομάδες η κλινική εικόνα του ασθενούς υφέθηκε και έκτοτε παραμένει απύρετος χωρίς συνοδό συμπτωματολογία.

Συμπεράσματα: Η πρόσθια ραγοειδίτιδα αποτελεί σπάνια εκδήλωση ερπητικής λοίμωξης, καθιστώντας την μείζον διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα στην κλινική πρακτική. Η HHV-7 λοίμωξη συνήθως σχετίζεται με εξάνθημα και πυρετό, με τις οφθαλμικές εκδηλώσεις να παραμένουν ασυνήθεις, επιτάσσοντας ενδελεχή διερεύνηση. Οι μοριακές μέθοδοι προσφέρουν υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα για την έγκαιρη ταυτοποίηση λοιμωδών νοσημάτων με άτυπες κλινικές εκδηλώσεις, γεγονός που τις καθιστά ένα χρήσιμο εργαλείο για την διαφορική διάγνωση από συστηματικά, μη-λοιμώδη φλεγμονώδη νοσήματα και κακοήθειες.

PO.06**MDW, Monocyte Distribution Width: Ανάλυση παραμέτρου της γενικής αίματος σε ασθενείς με συστηματική λοίμωξη ή σήψη**

Κ. Τσιώνη¹, Ε. Νικολακοπούλου², Α. Καρυώτη¹, Α. Καραντάνη¹, Μ. Ίσσα¹, Α. Χαλβαντζής¹, Θ. Κοτούλας¹, Δ. Κομίλης³, Ε. Βαγδατλή¹

¹Εργαστήριο Βιοπαθολογίας, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

²Βιοπαθολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης

³Τμήμα Μηχανικών Περιβάλλοντος ΔΠΘ, Ξάνθη

Εισαγωγή: Συστηματική λοίμωξη(ΣΛ) και σήψη αποτελούν σημαντικά αίτια θνησιμότητας. Απαραίτητοι βιοδείκτες για τη διάγνωση και παρακολούθηση ασθενών με ΣΛ, οι hsCRP και προκαλσιτονίνη(PCT). Η hsCRP μειονεκτεί σε ειδικότητα, η PCT σε κόστος, εξοπλισμό και προσβασιμότητα. Το εύρος κατανομής του όγκου των μονοκυττάρων(MDW) είναι εύκολα προσδιοριζόμενος δείκτης από το αιμοδιάγραμμα. Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι, ο όγκος των μονοκυττάρων μεταβάλλεται στις ΣΛ και το MDW συμβάλλει στην αναγνώριση τους.

Σκοπός: Προσδιορισμός hsCRP, PCT και MDW σε ασθενείς με ΣΛ και σύγκριση με ασθενείς χωρίς ΣΛ.

Υλικό-Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 100 νοσηλευόμενοι ασθενείς. Χωρίστηκαν σε Ομάδες, ανάλογα με τα επίπεδα PCT: 47 είχαν PCT<0,5ng/ml(Ομάδα-Α). 53, PCT>0,5ng/ml(Ομάδα-Β) και με βάση τη νοσηλεία: Ομάδα-Γ: νοσηλεία σε παθολογική κλινική, Ομάδα-Δ: νοσηλεία στη ΜΕΘ. Αποκλείστηκαν ασθενείς με κακοήθειες. Το αιμοδιάγραμμα διενεργήθηκε στον αιματολογικό αναλυτή UniCell-DXH800(Beckman-Coulter). Η PCT στον ανοσολογικό UniCell-DXI800(Beckman-Coulter) με ενισχυμένη χημειοφωταύγεια(CMIA). Η hsCRP στον Architect-c1600(Abbott). Σύγκριση διάμεσων τιμών MDW μεταξύ Ομάδων με SPSS® v.29 και το μη παραμετρικό Mann-Whitney U-test. Ο μη γραμμικός συντελεστής συσχέτισης, Spearman(ρ) υπολογίστηκε μεταξύ MDW-hsCRP, MDW-PCT. Όριο στατιστικής σημαντικότητας, p<0,05.

Αποτελέσματα-Συμπεράσματα: Οι διάμεσες τιμές MDW φαίνονται στον Πίνακα-1. Οι συσχετίσεις στον Πίνακα-2.

Τα μονοκύτταρα υφίστανται μορφολογικές και λειτουργικές αλλαγές στη ΣΛ. Ο αιματολογικός αναλυτής UniCell-DXH800 χρησιμοποιεί τεχνολογία VCS-360 και ποσοτικοποιεί τα μορφολογικά χαρακτηριστικά των μονοκυττάρων. Το MDW βρέθηκε στατιστικά σημαντικά υψηλότερο σε ασθενείς με αυξημένη PCT και σε ασθενείς της ΜΕΘ. Συσχετίζεται θετικά με την PCT σε όλες τις μελετηθείσες Ομάδες, αντίθετα από την hsCRP, όσο αυξάνεται η PCT, τόσο αυξάνεται το MDW. Ωστόσο, το MDW εύκολα προσδιορίζεται από το αιμοδιάγραμμα συνιστώντας οικονομικό, εύχρηστο, ταχύ βιοδείκτη, διαθέσιμο σε περιφερειακά ιατρεία.

ΟΜΑΔΑ	ΔΙΑΜΕΣΗ ΤΙΜΗ MDW	p
Ομάδα Α	21,08 (17,37 - 26,95)	<0,001
Ομάδα Β	25,39 (17 - 41,98)	
Ομάδα Γ	21,97 (17,37 - 36,03)	<0,001
Ομάδα Δ	24,97 (17 - 41,98)	

Πίνακας 1. Διάμεσες τιμές MDW

	Συσχετίσεις	p	Στατιστικά σημαντική διαφορά	Μη στατιστικά σημαντική διαφορά
Ομάδα-Α PCT<0,5	MDW vs PCT MDW vs hsCRP PCT vs hsCRP	0,384 0,504 0,202	p < 0,05 p < 0,001	p = 0,173
Ομάδα-Β PCT>0,5	MDW vs PCT MDW vs hsCRP PCT vs hsCRP	0,356 0,072 0,337	p < 0,05 p < 0,05	p = 0,609
Ομάδα-Γ IMD	MDW vs PCT MDW vs hsCRP PCT vs hsCRP	0,698 0,610 0,493	p < 0,001 p < 0,001 p < 0,001	
Ομάδα-Δ ICU	MDW vs PCT MDW vs hsCRP PCT vs hsCRP	0,360 0,053 0,240	p < 0,05	p = 0,753 p = 0,117
Στο σύνολο των ασθενών	MDW vs PCT MDW vs hsCRP PCT vs hsCRP	0,657 0,422 0,463	p < 0,001 p < 0,001 p < 0,001	

Πίνακας 2. Συσχετίσεις στις Ομάδες Α,Β, Γ, Δ MDW vs PCT, MDW vs hsCRP, PCT vs hsCRP
PCT: προκαλσιτονίνη, MDW: Monocyte Distribution Width, IMD: Internal Medicine Department, ICU: Intensive Care Unit

PO.07**Οροεπιδημιολογική μελέτη κυτταρομεγαλοϊού (CMV) και ιού Epstein-Barr σε βρέφη και νήπια πριν και μετά την πανδημία COVID-19**

Κ. Τσιώνη¹, Α. Καρυώτη¹, Ε. Νικολακοπούλου², Δ. Νικολαΐδου¹, Σ. Μαλλίνη¹, Γ. Παντής¹, Θ. Κοτούλας¹, Δ. Κομίλης³, Ε. Βαγδατλή¹

¹Εργαστήριο Βιοπαθολογίας, Γ.Ν.Θ.«Ιπποκράτειο»

²Βιοπαθολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης, Ξάνθη

³Τμήμα Μηχανικών Περιβάλλοντος ΔΠΘ, Ξάνθη

Εισαγωγή: Κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, τα μέτρα για την προστασία του πληθυσμού, το lockdown, η κοινωνική αποστασιοποίηση και η χρησιμοποίηση μάσκας επηρέασαν σημαντικά την μετάδοση λοιμώξεων. Η ηλικιακή ομάδα 8 μηνών-2 ετών είναι κρίσιμη και κατάλληλη για οροεπιδημιολογικές μελέτες, διότι μειώνονται τα μητρικά αντισώματα και αυξάνουν οι πιθανότητες πρωτολοίμωξης. Ο κυτταρομεγαλοϊός(CMV) και ο Epstein-Barr(EBV) προσβάλλουν τον άνθρωπο από την πρώιμη παιδική ηλικία. Η λοίμωξη συνήθως είναι ασυμπτωματική, αλλά τα IgG-αντισώματα που αναπτύσσονται αποτελούν δείκτη της έκθεσης των παιδιών στους ιούς.

Σκοπός: Διερεύνηση των διαφορών στην οροθετικότητα (IgG) για τους ιούς CMV και EBV σε βρέφη και νήπια, ηλικίας 8 μηνών-2 ετών πριν και κατά την περίοδο της πανδημίας.

Υλικό-Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 143 παιδιά 8 μηνών-2 ετών. Χωρίστηκαν σε δύο Ομάδες. 62 παιδιά που εξετάστηκαν από 1/1/17-31/12/19, 38(61,3%)άρρενα(Ομάδα-A). 81 παιδιά που εξετάστηκαν από 1/1/21-31/12/23, 50(61,7%)άρρενα(Ομάδα-B). Αποκλείστηκαν παιδιά με χρόνια νοσήματα. Χρησιμοποιήθηκε ο ανοσολογικός αναλυτής Alinity-i(Abbott), μέθοδος, χημειοφωταύγεια(CMIA). Στη σύγκριση μεταξύ των Ομάδων χρησιμοποιήθηκε το SPSS® v. 29 και το chi-square-test. Όριο στατιστικής σημαντικότητας, $p < 0,05$.

Αποτελέσματα-Συμπεράσματα: Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δυο Ομάδες, $p=0,397$ για CMV-IgG και $p=0,166$ για EBV-IgG. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα σε βρέφη και νήπια πριν την πανδημία και κατά τη διάρκεια της ως προς την παρουσία CMV-IgG και EBV-IgG. Αυτό συσχετίζεται πιθανώς με την ενδοοικογενειακή μετάδοση των λοιμώξεων αυτών που δεν επηρεάστηκε από τα εφαρμοζόμενα μέτρα. Επίσης, δεν ήταν υποχρεωτική η προστατευτική μάσκα σε παιδιά <2ετών. Ακόμη, οι προσδιορισμοί δεν έγιναν στο γενικό πληθυσμό. Ο πληθυσμός που εξετάζεται σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο έχει περισσότερες πιθανότητες να εμφανίζει οροθετικότητα.

PO.08**Ασυνήθης κλινικοεργαστηριακή εικόνα σε ασθενή με λοίμωξη από τον ιό Epstein-Barr**

Ο. Μ. Στέπκου, Μ. Ζησιμοπούλου, Α. Πασχαλά, Α. Νικοπούλου

Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

Εισαγωγή: Η λοίμωξη από τον ιό Epstein-Barr (EBV) εκδηλώνεται στην πλειονότητα των περιπτώσεων ως λοιμώδης μονοπυρήνωση. Έχει ωστόσο συσχετισθεί με την εμφάνιση ποικίλων άλλων συμπτωμάτων.

Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής 29 ετών προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών αιτιώμενος εμπύρετο έως 40°C από 2 ημερών, με συνοδό εμφάνιση εξανθήματος. Το εξάνθημα αναφέρθηκε πως εμφανίστηκε μετά τη λήψη αγωγής με μη-στεροειδή αντιφλεγμονώδη (ΜΣΑΦ). Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε εμπύρετο 38,5°C και ολοσωματικό κηλιδώδες εξάνθημα, μη κνησμώδες. Δεν διαπιστώθηκε λεμφαδενοπάθεια, δυσχέρεια ομιλίας ή κατάποσης. Δεν αναφέρθηκε πρόσφατο ιστορικό ταξιδιού, επαφής με ζώο, λήψης αλκόολ ή αντιβίωσης. Επιπλέον αναφέρθηκε ιογενής λοίμωξη νηπίου που διαμένει στο σπίτι. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν αυξημένοι δείκτες φλεγμονής και ηπατικά ένζυμα, καθώς και υψηλά D-dimers. Πραγματοποιήθηκε υπερηχογραφικός έλεγχος κοιλίας και Triplex σπληνοπυλαίου άξονα με ανάδειξη σπληνομεγαλίας, χωρίς ανεύρεση θρόμβωσης. Εστάλη ιολογικός έλεγχος με ανεύρεση θετικών αντισωμάτων IgG και IgM έναντι του ιού EBV. Ο ασθενής εισήχθη στην κλινική προς περαιτέρω κλινικοεργαστηριακή παρακολούθηση. Σταδιακά σημειώθηκε ύφεση των εμπυρέτων και υποχώρηση του εξανθήματος, με συνοδό βελτίωση των εργαστηριακών τιμών.

Συζήτηση: Η εμφάνιση εξανθήματος στα πλαίσια της λοίμωξης από EBV αποτελεί ασυνήθη εκδήλωση (3-15% των ασθενών βάσει βιβλιογραφίας, κυρίως σε παιδιά ή μετά τη λήψη αντιβίωσης). Επιπλέον η συχνότητα εμφάνισης υψηλών D-dimers δεν είναι βιβλιογραφικά καταγεγραμμένη.

Συμπέρασμα: Παρουσιάζεται ενδιαφέρουσα περίπτωση ασθενούς με κλινικοεργαστηριακή εικόνα πολύ διαφορετική από την κλασική εικόνα της λοιμώδους μονοπυρήνωσης. Η ετερογενής κλινική εικόνα χαρακτηρίζει τις ιογενείς λοιμώξεις, οι οποίες θα πρέπει πάντα να συμπεριλαμβάνονται στη διαφορική διάγνωση των ασθενών με εμπύρετο.

ΡΟ.09**Κλινικό περιστατικό λοίμωξης από RHODOCOCCLUS σε ασθενή με επίκτητη ανοσοανεπάρκεια**

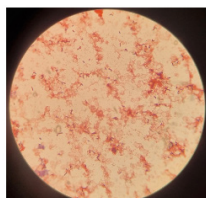
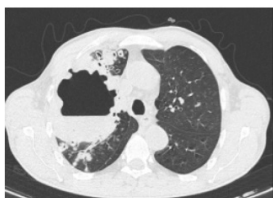
Σ. Σάββα, Μ. Κωνσταντή, Ε. Παπαντωνίου, Θ. Χρυσανθίδης

Α' Παθολογική Κλινική Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»

Ο *Rhodococcus hoagii* αποτελεί ένα σπάνιο, ευκαιριακό παθογόνο που ανευρίσκεται ευρέως στο έδαφος και προσβάλλει κυρίως ανοσοκατεσταλμένους ξενιστές, με ομάδα υψηλού κινδύνου τους ασθενείς με σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας. Η κλινική εικόνα χαρακτηρίζεται συνήθως από πνευμονία με δημιουργία κοιλοτήτων και οζιδίων, ενώ συχνά συνυπάρχει βακτηριακιά ή, σπανιότερα, εξωπνευμονικές εντοπίσεις. Παρόμοια κλινικοακτινολογική εικόνα εμφανίζουν μικροοργανισμοί όπως η *Nocardia* και το *Mycobacterium*, τα οποία ανήκουν στην τάξη *Actinomycetales*, γι' αυτό και πρέπει να περιλαμβάνονται στη διαφορική διάγνωση.

Άρρεν 50 ετών καυκάσιας φυλής, εκσκαφέας, με πρωτοδιάγνωση επίκτητης ανοσοανεπάρκειας, προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών λόγω εμπύρετου με συνοδό απώλεια βάρους από μηνός. Από τον εργαστηριακό έλεγχο παρατηρήθηκε αναιμία και αυξημένοι δείκτες φλεγμονής. Η ακτινογραφία θώρακος ανέδειξε υποστρόγγυλη παχυτοίχωματική μάζα. Διενεργήθηκε αξονική τομογραφία θώρακος με παρουσία ευμεγέθους κοιλότητας διαμέτρου 10 εκατοστών στο ΔΑΛ με υγραερικό επίπεδο. Ο ασθενής βρογχοσκοπήθηκε με αρνητικό έλεγχο για Φυματίωση και *Pneumocystis Jiroveci* και ετέθη σε αντιβιοτική αγωγή με ταζομπακτάμη/πιπερακιλλίνη και λινεζολίδη. Έγινε επίσης έναρξη αντιρετροϊκής αγωγής, επι CD4=23, με ντολουτεγκραβίρη και εμπτρισταβίρη/τενοφοβίρη. Από τις ληφθείσες αιμοκαλλιέργειες και καλλιέργεια πτυέλων απομονώθηκε *R. hoagii* και η αγωγή τροποποιήθηκε σε βανκομυκίνη και μεροπενέμη σύμφωνα με το αντιβιογράμμα. Λόγω εμμενόντων θετικών αιμοκαλλιέργειών παρά την κλινικοεργαστηριακή βελτίωση του ασθενούς διενεργήθηκε διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδιάς όπου παρατηρήθηκε μόρφωμα τριγλωχίνας βαλβίδας.

Ο *R. hoagii*, αν και εξαιρετικά σπάνιο παθογόνο, πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση κοιλωματώδους πνευμονίας σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς, καθώς η έγκαιρη διάγνωση και η στοχευμένη θεραπεία είναι καθοριστικές για ευνοϊκή έκβαση. Η θεραπευτική αντιμετώπιση της λοίμωξης συνιστά κλινική πρόκληση, καθώς απαιτείται μακροχρονία αντιβιοτική αγωγή και παρατηρούνται υποτροπές.



ΡΟ.10**Τρισδιάστατη εκτύπωση ιατρικού εξοπλισμού κατ'απαίτηση, για την ενίσχυση της υγειονομικής ετοιμότητας σε μελλοντικές πανδημίες**

Π. Κουσιδής, Α. Νικολαΐδου

Α.Ν.Θ. «Θεαγένειο»

Εισαγωγή: Στα αρχικά στάδια της πανδημίας COVID-19, παρουσιάστηκε αιφνίδια και δυσανάλογη αύξηση της ζήτησης ιατρικού εξοπλισμού και αναλωσίμων. Η τρισδιάστατη εκτύπωση μελετήθηκε ως μία ταχεία και οικονομικά αποδοτική ενδεχόμενη λύση, για την ανεξάρτητη παραγωγή διαγνωστικών εργαλείων και μέσων ατομικής προστασίας.

Σκοπός: Η παρουσίαση των εξελίξεων της τρισδιάστατης εκτύπωσης, αναφορικά με την παραγωγή αναλωσίμων και διαγνωστικών εργαλείων, από την πανδημία COVID-19 έως σήμερα. Επιπρόσθετα, η εξέταση της δυνατότητας αυτόνομης, κατ'απαίτηση παραγωγής τους.

Υλικό και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση στις βάσεις δεδομένων PubMed και Google Scholar για την περίοδο 2019-2025, με στόχο τον εντοπισμό μελετών σχετικών με την τρισδιάστατη εκτύπωση διαγνωστικών εργαλείων και αναλωσίμων σε συνθήκες πανδημίας. Για τον εξοπλισμό που περιγραφόταν στις επιλεγμένες μελέτες, πραγματοποιήθηκε δοκιμαστική εκτύπωση με τρισδιάστατο εκτυπωτή Bambu A1 (Bambu Lab, Shenzhen, People's Republic of China). Διενεργήθηκε μέτρηση του χρόνου εκτύπωσης, του εκτιμώμενου κόστους καθώς και ποιοτική εκτίμηση του εξοπλισμού.

Αποτελέσματα και Συμπεράσματα: Η δυνατότητα εκτύπωσης επαναχρησιμοποιούμενων ικριωμάτων масκών προστασίας, με αντικαταστήσιμο τμήμα φίλτρου KN95, επιτρέπει την κατάτμηση και πολλαπλάσια αξιοποίηση κάθε μάσκας KN95. Η παραγωγή εύκαμπτων στυλεών δειγματοληψίας είναι εφικτή, με χαμηλό κόστος και υψηλή διαγνωστική συμφωνία με εμπορικά προϊόντα. Εκτυπώσιμα στηθοσκόπια χαμηλού κόστους μπορούν αξιόπιστα να εξοπλίσουν ιατρεία λοιμώξεων. Επιπλέον, διακλαδωτές κυκλώματος μηχανικού αερισμού μπορούν ενδεχομένως να χρησιμοποιηθούν ως ύστατη λύση σε επείγουσες συνθήκες. Συμπερασματικά, η τρισδιάστατη εκτύπωση αποτελεί αποτελεσματική μέθοδο ανεξάρτητης παραγωγής κρίσιμων αναλωσίμων. Η αποθήκευση υλικών τρισδιάστατης εκτύπωσης έναντι τελικού εξοπλισμού προσφέρει σημαντικό πλεονέκτημα κόστους και ευελιξίας, ενώ μια ενιαία, διεθνής πλατφόρμα τρισδιάστατων μοντέλων μπορεί να ενισχύσει την παγκόσμια ετοιμότητα για μελλοντικές πανδημίες.

PO.11**Αίτια και Χαρακτηριστικά Νοσηλείας των Ατόμων που ζουν με HIV**

Ε. Παπαντωνίου, Α. Γορτσίδου, Ε. Παπαντώνη, Θ. Μιχαηλίδης, Κ. Μαρκάκης, Θ. Χρυσανθίδης, Π. Κολλάρας, Σ. Μεταλλίδης, Ο. Τσαχουρίδου

Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Α' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Σκοπός: Το αυξημένο προσδόκιμο επιβίωσης των ατόμων που ζουν με HIV (PWH) έχει μεταβάλει τα αίτια νοσηλείας τους, με ολοένα μεγαλύτερη συμμετοχή χρόνιων συνοσηροτήτων και μη μεταδοτικών νοσημάτων. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η περιγραφή των αιτιών, της διάρκειας και της έκβασης της νοσηλείας ατόμων που ζουν με HIV.

Ασθενείς και Μέθοδοι: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη παρατήρησης ενός κέντρου, που περιέλαβε όλες τις νοσηλείες των PWH στη Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων του Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ κατά το διάστημα 01/10/2024 - 30/09/2025. Συλλέχθηκαν δημογραφικά στοιχεία, αριθμός CD4 + T-λεμφοκυττάρων κατά τη νοσηλεία, λόγος εισαγωγής, διάρκεια και έκβαση νοσηλείας. Ως επανεισαγωγή ορίστηκε κάθε νέα νοσηλεία εντός του ίδιου έτους για τον ίδιο ασθενή.

Αποτελέσματα: Καταγράφηκαν 124 νοσηλείες που αντιστοιχούσαν σε 64 PWH (87,5 % άνδρες, μέση ηλικία $50,9 \pm 10,3$ έτη, διάμεση τιμή CD4 + = 566 κύτταρα/ μL). Η HIV λοίμωξη ήταν ήδη γνωστή στο 90,6 %, ενώ 25 % των ασθενών είχαν CD4 + ≤ 200 κατά τη νοσηλεία. Κυριότερες αιτίες εισαγωγής ήταν οι κακοήθειες (39,5 %) και οι λοιμώξεις (28,2 %), ενώ η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν $12,8 \pm 6,1$ ημέρες. Οι κακοήθειες συνδεθηκαν με μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας (16,4 ημέρες) έναντι των λοιμώξεων (9,1 ημέρες). Από τους 64 ασθενείς, 22 (34,4 %) παρουσίασαν ≥ 2 νοσηλείες, συγκεντρώνοντας το 66 % του συνολικού φόρτου νοσηλείων. Οι πολυνοσηλευόμενοι PWH είχαν κατά μέσο όρο 3,7 νοσηλείες και συνολική διάρκεια 38,3 ημερών ετησίως. Οι επανεισαγωγές σχετιζόνταν κυρίως με κακοήθειες (65 %), ενώ οι πρώτες νοσηλείες οφείλονταν συχνότερα σε λοιμώξεις (42 %). Η πλειονότητα των νοσηλείων κατέληξε σε εξιτήριο (83,4 %), ενώ 15 % σε αυτόβουλη αποχώρηση και 1,6% σε θάνατο.

Συμπεράσματα: Οι νοσηλείες PWH αφορούν κυρίως άτομα μέσης ηλικίας με γνωστή νόσο και σχετικά ικανοποιητική ανοσολογική κατάσταση. Οι κακοήθειες αποτελούν το συχνότερο αίτιο εισαγωγής και συνδέονται με αυξημένη διάρκεια και συχνότητα επανεισαγωγών, υποδεικνύοντας τη συμβολή τους στο συνολικό νοσηλευτικό φορτίο. Η υψηλή αναλογία πολυνοσηλευόμενων ασθενών και η μεγάλη σωρευτική διάρκεια νοσηλείας ανά άτομο καταδεικνύουν την ανάγκη για καλύτερο συντονισμό φροντίδας και ενίσχυση της εξωνοσοκομειακής παρακολούθησης αυτής της ομάδας.

PO.12**Candida auris σε νευροχειρουργικό ασθενή: από τον αποικισμό στη σηπτική καταπληξία**

Χ. Γώγου, Κ. Παγιούλας, Θ. Μιχαηλίδης, Α. Κάλφα, Σ. Νανούδης, Δ. Πιλάλας, Κ. Μαρκάκης, Θ. Χρυσανθίδης, Π. Κολλάρας, Σ. Μεταλλίδης, Ο. Τσαχουρίδου

Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Α' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Η *Candida auris* αποτελεί αναδυόμενο πολυανθεκτικό παθογόνο με αυξημένη νοσοκομειακή διασπορά, ιδίως σε μονάδες εντατικής θεραπείας. Οι λοιμώξεις από *Candida auris* σχετίζονται με υψηλή θνητότητα, ενώ η διάκριση μεταξύ αποικισμού και διεισδυτικής λοίμωξης παραμένει συχνά κλινικά δυσχερής.

Υλικό και Μέθοδος: Ανασκόπηση ιατρικού φακέλου και διεθνούς βιβλιογραφίας

Παρουσίαση Περιστατικού: Ο ασθενής μας είναι άνδρας, 29 ετών, ο οποίος υποβλήθηκε τον Μάρτιο σε υφολική εκτομή γλοιώματος δεξιού θαλάμου στη Νευροχειρουργική Κλινική. Μετά από σύντομη μετεγχειρητική παραμονή στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας συνέχισε τη νοσηλεία του στην κλινική. Από την πρώτη παραμονή του στη ΜΕΘ είχε τεκμηριωθεί αποικισμός με *Candida auris*. Από την 22η μετεγχειρητική ημέρα εμφάνισε εμπύρετο. Από καλλιέργειες αίματος και εγκεφαλονωτιαίου υγρού απομονώθηκε *Candida auris*. Την 27η μετεγχειρητική ημέρα ο ασθενής παρουσίασε αιφνίδια επιδείνωση με οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια, συνοδούς σπασμούς και σηπτική καταπληξία, με αποτέλεσμα την εκ νέου διασωλήνωσή του. Παρά την εντατική υποστήριξη, κατέληξε τρεις ημέρες αργότερα. Προ της σηπτικής καταπληξίας ελάμβανε αντιμικροβιακή αγωγή με λινεζολίδη, η οποία τροποποιήθηκε σε κολιμυκίνη, ιμιπενέμη-σιλαστατίνη-ρελεμπακτάμη και μिकाφουγκίνη, εν αναμονή των αποτελεσμάτων των καλλιεργειών. Μετά την επιβεβαίωση της *Candida auris*, η μिकाφουγκίνη αντικαταστάθηκε από αμφοτερικίνη Β, χορηγούμενη ενδοφλεβίως και ενδοκοιλιακά. Αξονική τομογραφία εγκεφάλου και θώρακος ανέδειξε εκτεταμένη πνευμονία από εισρόφηση.

Συζήτηση - Συμπεράσματα: Το περιστατικό αναδεικνύει τη δυσμενή πρόγνωση των λοιμώξεων από *Candida auris* σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς, καθώς και τη δυσκολία έγκαιρης διάκρισης μεταξύ αποικισμού και διεισδυτικής λοίμωξης. Υπογραμμίζεται η ανάγκη αυστηρής επιτήρησης αποικισμένων ασθενών, έγκαιρης μικροβιολογικής διάγνωσης, άμεσης προσαρμογής της αντιμυκητιακής αγωγής και τήρησης μέτρων ελέγχου λοιμώξεων, δεδομένης της υψηλής θνητότητας του παθογόνου.

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

Α

Αδάμη Μ. Ε.	OR.02
Ακινόσογλου Κ.	OR.02
Ακριτίδου Ο.	PO.05
Αλεκτορίδου Χ.	OR.11
Ανταχόπουλος Χ.	OR.11
Αρβανίτη Κ.	PO.02

Β

Βαγδατή Ε.	PO.06, PO.07
Βάγιας Ι.	OR.04
Βυζαντιάδης Τ. Α.	PO.02

Γ

Γαβαλάς Ι.	PO.05
Γεωργιάδου Σ.	OR.02
Γεωργιάδου Χ.	OR.01, OR.06, OR.07, OR.08, OR.09
Γεωργίου Ε.	PO.02
Γκιάτας Ι.	OR.04
Γουλής Ι.	PO.03
Γουμπέρη Σ. Ε.	OR.11
Γορτσίδου Α.	PO.11
Γώγου Χ.	PO.12

Δ

Δαμιανίδης Γ.	OR.03
Δαμουλάρη Χ.	OR.02
Διαβαστή Μ.	OR.01, OR.06, OR.07, OR.08, OR.09
Διγόνης Π.	OR.01, OR.07, OR.08, OR.09, OR.10
Δούμας Μ.	OR.03

Z

Ζησιμοπούλου Μ. PO.08

I

Ίσσα Μ. PO.06

K

Καγκέλης Θ.	OR.04
Καλαϊτζίδου Β.	PO.02
Κάλφα Α.	PO.12
Καμινέλης Θ.	OR.01, OR.06, OR.07, OR.08, OR.09
Καραϊσκος Η.	OR.02
Καρακικέ Ε.	OR.02
Καραντάνη Α.	PO.06
Καραπτά Ν.	PO.04
Καρόζης Κ.	OR.01, OR.06, OR.07, OR.08, OR.09, OR.10
Καρυώτη Α.	PO.06, PO.07
Κατσέλη Π.	OR.02
Κατσούλης Χ.	OR.01, OR.06, OR.07, OR.08, OR.09, OR.10
Κέφας Α.	OR.03
Κιουμή Α.	PO.02
Κολαζά Μ.	PO.03
Κολλάρας Π.	PO.11, PO.12
Κομίλης Δ.	PO.06, PO.07
Κοσμίδου Ε.	OR.11
Κοτούλας Θ.	PO.06, PO.07
Κουριαννίδη Ε.	OR.05, PO.01
Κουσίδης Π.	PO.10
Κουτσούλας Κ.	PO.03
Κρανιδιώτη Ε.	OR.02
Κυδώνα Χ.	PO.03
Κυριαζοπούλου Ε.	OR.02
Κωνσταντή Μ.	PO.09

Λ

Λαγού Σ.	OR.02
Λεωνίδα Χ.	PO.03

Μ

Μαγούδη Μ.	OR.03
Μαδεμλής Χ.	OR.03
Μαλλίνη Σ.	PO.07
Μαλούση Α.	PO.02
Μαρκάκης Κ.	PO.11, PO.12
Μαυρούδης Π.	OR.02
Μεταλλίδης Σ.	PO.11, PO.12
Μηλιώνης Χ.	OR.04, OR.05, PO.01
Μιχαηλίδης Θ.	PO.11, PO.12
Μολύβας Δ.	OR.01, OR.06, OR.07, OR.08, OR.09, OR.10
Μπαραμπούτης Ι.	OR.02
Μπάρκας Φ.	OR.04
Μπαρμπούτη Α.	PO.02
Μπίρος Δ.	OR.04
Μυρωνίδου - Τζουβελέκη Μ.	PO.04

Ν

Νανούδης Σ.	PO.12
Νεοφύτου Ο.	OR.02
Νικολαΐδου Δ.	PO.07
Νικολαΐδου Α.	PO.10
Νικολακάκης Ι.	OR.02
Νικολακοπούλου Ε.	PO.06, PO.07
Νικοπούλου Α.	PO.05, PO.08
Νιτσοτόλης Θ.	OR.05, PO.01
Ντζιώρα Φ.	OR.02

Ξ

Ξανθοπούλου Α.	PO.02
----------------	-------

Π

Παγιούλας Κ.	PO.12
Παντής Γ.	PO.07
Παπαγγέλου Α.	OR.01, OR.06, OR.07, OR.08, OR.09
Παπαλεξάνδρου Α.	OR.05, PO.01
Παπαντοπούλου Μ. Χ.	PO.03
Παπαντώνη Ε.	PO.11
Παπαντωνίου Ε.	PO.11, PO.09
Παππά Σ.	PO.02
Παρίση Ζ.	OR.11
Πάσσος Ι.	PO.04
Πασχαλά Α.	PO.08
Πατούση Α.	OR.03
Περιστέρη Α. Μ.	PO.05
Πετίδης Κ.	OR.03
Πετράκης Β.	OR.02
Πετρίδης Χ.	PO.03
Πηλιανίδης Γ.	PO.05
Πιλάλας Δ.	PO.12
Πολυμενίδης Ι.	OR.04
Πουλοπούλου Κ.	PO.02
Προδρομιάδου Ε.	OR.01, OR.06, OR.07, OR.08, OR.09
Πυρπασοπούλου Α.	OR.03, OR.11

Ρ

Ράλλης Θ.	PO.04
Ρουμτσίου Μ.	OR.11

Σ

Σαάντ Ρ.	OR.03
Σαββα Σ.	PO.09
Σάλτα Ε.	OR.06
Σάνος Χ.	PO.03
Σαπουρίδης Γ.	OR.03
Σιαμπάνος Α.	OR.02
Σιάσιος Π.	OR.01, OR.07, OR.08, OR.09, OR.10
Σιδηροπούλου Ο.	OR.01, OR.06, OR.07, OR.08, OR.09
Σιδηροπούλου Μ.	PO.03
Σιδηροπούλου Α.	PO.02
Σιμουλίδου Ε.	OR.03
Σπύρου Α.	OR.02
Στέπκου Ο.	PO.08

Τ

Τριανταφυλλίδης Σ.	OR.01, OR.06, OR.07, OR.08, OR.09
Τσαχουρίδου Ο.	OR.02, PO.11, PO.12
Τσιώνη Κ.	PO.06, PO.07

Χ

Χαλβαντζής Α.	PO.06
Χαραλαμπίδης Κ.	PO.03
Χατζημιχαηλίδου Σ.	OR.03
Χρηστακή Ε.	OR.02, OR.04, OR.05, PO.01
Χριστοφή Π.	PO.05
Χρυσανθίδης Θ.	PO.09, PO.11, PO.12
Χύτας Η.	PO.03

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ο Πρόεδρος και η Οργανωτική Επιτροπή του 8ου Επιστημονικού Συνεδρίου Λοιμωξιολογίας, ευχαριστούν θερμά τις παρακάτω εταιρείες για την ευγενική υποστήριξη και συμβολή τους στη διοργάνωση του Συνεδρίου.



Menarini Hellas



GILEAD

Creating Possible



MSD



FARAN

ELPEN

WinMedica



ΔΕΛΤΑ ΙΑΤΡΙΚΗ

ΙΑΤΡΙΚΑ ΕΙΔΗ

arriani
pharmaceuticals

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Ημερομηνίες Διεξαγωγής

Παρασκευή 23 - Κυριακή 25 Ιανουαρίου, 2026

Τόπος

Electra Palace Hotel
Πλατεία Αριστοτέλους 9, 54624
Θεσσαλονίκη, Ελλάδα
Τηλ.: **2310 294 040**

Οργάνωση Συνεδρίου - Γραμματεία - Πληροφορίες

PRAXICON EVENTS

Ιωάννη Πασαλίδη 43, Τ.Κ. 54453, Κ. Τούμπα, Θεσσαλονίκη
Τηλ.: +30 2310 674 295 | E-mail: lmx2026@praxiconevents.com
Website: <https://www.praxiconevents.com/lmx2026/>

Έκθεση

Κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου θα λειτουργεί έκθεση φαρμακευτικών και ιατρικών προϊόντων, όπως και εκδοτικών οίκων και βιβλιοπωλείων, για την ενημέρωση των συμμετεχόντων.

Διακριτικό Σήμα και Κάρτα Barcode

Για την παρακολούθηση των εργασιών του Συνεδρίου οι σύνεδροι είναι απαραίτητο να φέρουν τη διακριτική κονκάρδα εγγραφής που χορηγείται από τη Γραμματεία on site και παρακαλούνται να τη φορούν καθ'όλη τη διάρκεια του Συνεδρίου. Επίσης, με την εγγραφή του ο κάθε σύνεδρος θα παραλαμβάνει από τη Γραμματεία on site κάρτα με γραμμωτό κωδικό (barcode), την οποία θα σκανάρει στο ειδικό μηχάνημα κάθε φορά κατά την είσοδο και έξοδό του από τη συνεδριακή αίθουσα.

Με τον τρόπο αυτό θα γίνεται καταμέτρηση των ωρών παρακολούθησης κάθε συνέδρου και με τη συμπλήρωση του 60% των συνολικών ωρών του προγράμματος θα δίνεται το πιστοποιητικό παρακολούθησης, σύμφωνα με την τελευταία υπ'αρ. 37201/23.03.2020 εγκύκλιο του ΕΟΦ για τη διοργάνωση συνεδρίων.

Πιστοποιητικό Παρακολούθησης

Το Πιστοποιητικό Παρακολούθησης θα αποστέλλεται ηλεκτρονικά μετά τη λήξη του Συνεδρίου. Ελάχιστες ώρες παρακολούθησης: το 60% των συνολικών ωρών του Επιστημονικού Προγράμματος. Το πιστοποιητικό θα έχει μοριοδότηση από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο.

Το πιστοποιητικό έχει **23,5 μόρια** Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (ECMECs credits) από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο, σύμφωνα με τα κριτήρια αξιολόγησης και μοριοδότησης της UEMS - EACCME.

Προβολικός Εξοπλισμός

Στην αίθουσα των εργασιών του Συνεδρίου θα πραγματοποιούνται προβολές με data video projectors και διαφανειών μέσω PowerPoint για τις ανάγκες των ομιλητών.

Παρακαλούνται όλοι οι ομιλητές να παραδίδουν το υλικό της παρουσίασης τους έγκαιρα (τουλάχιστον 1 (μία) ώρα πριν την έναρξη της ομιλίας τους) στη γραμματεία του προβολικού εξοπλισμού.

Δικαίωμα Συμμετοχής

Η συμμετοχή στο Συνέδριο είναι:

Ειδικοί:	50€
Ειδικευόμενοι:	20€
Λοιπά Επαγγέλματα:	Δωρεάν
Προπτυχιακοί Φοιτητές:	Δωρεάν

*Οι εγγραφές που πραγματοποιούνται από εταιρείες επιβαρύνονται με ΦΠΑ.

Η εγγραφή στο Συνέδριο συνεπάγεται αυτόματα την εγγραφή και ως μέλος στην Εταιρεία Μελέτης Ανοσολογίας της Λοίμωξης (Ε.Μ.Α.Λ.). Για να εγγραφείτε στο Συνέδριο παρακαλούμε συμπληρώστε την Φόρμα εγγραφής:

<https://www.praxiconevents.com/lmx2026/index.php/attendees/>

Επίσημη Ιστοσελίδα Συνεδρίου

<https://www.praxiconevents.com/lmx2026/>

Διαμονή - Κρατήσεις Αεροπορικών Εισιτηρίων

Η PRAXICON EVENTS για την καλύτερη εξυπηρέτηση των συνέδρων έχει προβεί στην κράτηση ικανού αριθμού δωματίων στο Ξενοδοχείο Electra Palace.

Για τις κρατήσεις δωματίων και την έκδοση αεροπορικών εισιτηρίων μπορείτε να απευθύνεστε στη Γραμματεία του Συνεδρίου.

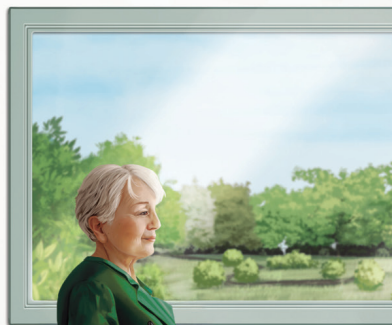
PRAXICON EVENTS

Τηλ.: +30 2310 674 295

E-mail: lmx2026@praxiconevents.com

DIFICLIR
fidaxomicin
TARGETED & PRESERVING

Αντιμετωπίστε το *C.difficile* αποτελεσματικά
από το πρώτο επεισόδιο, με θεραπεία
πρώτης γραμμής για να προλάβετε
την επανεμφάνισή του.¹



Το DIFICLIR™ είναι ένα αντιβιοτικό πρώτης γραμμής, στενού φάσματος, που στοχεύει το *C. difficile* αλλά προστατεύει το μικροβίωμα, βοηθώντας στην πρόληψη της υποτροπής^{1,2}

1. van Prehn J, et al. European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases: 2021 update on the treatment guidance document for clostridioides difficile infection in adults. Clinical Microbiology and Infection. 2021 Dec;27. 2. Περιλήψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος

ΠΡΙΝ ΤΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΕ ΤΗΝ ΠΧΠ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ


arriani
pharmaceuticals

Προϊόντων-Διανομή
Arriani Pharmaceuticals S.A.
Λεωφ. Λαυρίου 85, 150 02 Παιονία Αττικής
Tηλ: 210 66 83 000, Fax: 210 66 45 108
e-mail: arriani@arriani.gr

Βοηθείτε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή:
Συμπληρώστε τον «ΣΤΡΩΝΗ ΚΑΡΤΑ»
Αναγράφει:
• ΟΜΕΣ τις αντιβιοτικές ενέργειες για το Νέα φάρμακα
• Το ΕΣΒΑΡΕΕ ανεπιθύμητες ενέργειες για το Γενικό
φάρμακο


TILLOTTS PHARMA
ZERIA GROUP
GI-health is our passion™