

4^ο ΑΚΡΟΠΟΛΙΣ 2015



**Εταιρεία Μελέτης Παράγοντων Κινδύνου
για Αγγειακά Νοσήματα**

**Ετήσια συνάντηση ειδικών
σε θέματα καρδιομεταβολικού
κινδύνου: αμφιλεγόμενα θέματα αιχμής**

**10 - 12 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2015
ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ ROYAL OLYMPIC, ΑΘΗΝΑ**

ΧΟΡΗΓΟΥΝΤΑΙ 17 ΜΟΡΙΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ CME-CPD CREDITS

Υπό την Αιγίδα του International Chair on Cardiometabolic Risk (ICCR)
& του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών (ΙΣΑ)



**ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΒΙΒΛΙΟ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ**

Εσύ τι επιλέγεις;

Ιατρική
μέθοδο
eurodiet



Συμβατική
υποθερμιδική
δίαιτα;

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα διαβητολογικά ιατρεία των νοσοκομείων **Τζάνειο** και **ΓΝΑ Λαϊκό**, **79 παχύσαρκοι ασθενείς με διαβήτη τύπου 2** εντάχθηκαν σε μία από τις παρακάτω 2 ομάδες για 5 μήνες

Ομάδα 1: Ιατρικό πρόγραμμα απώλειας βάρους Eurodiet

Το **96.7%** των ασθενών της ομάδας που ακολούθησαν το ιατρικό πρόγραμμα απώλειας βάρους Eurodiet, μείωσαν ή σταμάτησαν τα αντιδιαβητικά δισκία.

Ομάδα 2: Συμβατική υποθερμιδική δίαιτα χαμηλού γλυκαιμικού δείκτη

Το αντίστοιχο ποσοστό στην ομάδα που ακολούθησε τη συμβατική υποθερμιδική δίαιτα ήταν **46.8%**.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το ιατρικό πρόγραμμα απώλειας βάρους Eurodiet σε σχέση με μία συμβατική υποθερμιδική δίαιτα οδηγεί σε:

α) μεγαλύτερη απώλεια βάρους,

β) καλύτερο γλυκαιμικό έλεγχο και λιπιδαιμικό προφίλ,

γ) μεγαλύτερη μείωση της αρτηριακής πίεσης και

δ) μείωση και/ή διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής.

Η παρούσα μελέτη ανακοινώθηκε στο 19ο Ευρωπαϊκό Συνέδριο Παχυσαρκίας, Λυών Γαλλία, 2012. (EASO, Lyon 2012)

Ακόμα να αποφασίσεις;

- ✓ Σταδιακή και επιστημονική τροποποίηση των διατροφικών συνηθειών σας, που θα σας φέρει ομαλά στο ιδανικό για εσάς βάρος και θα σας βοηθήσει να το διατηρήσετε.
- ✓ Εύκολη στην εφαρμογή, προστασία μυϊκής μάζας
- ✓ Καταστολή της πείνας, υψηλό αίσθημα κορεσμού
- ✓ Εξατομικευμένο πρόγραμμα 4 φάσεων
- ✓ Ιατρική παρακολούθηση

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ ΠΡΟΕΔΡΟΥ

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Η **Εταιρεία Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου για Αγγειακά Νοσήματα (Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν.)** διοργανώνει στις **10-12 Δεκεμβρίου 2015**, το **4^ο Ακρόπολης 2015 (Ετήσια συνάντηση ειδικών σε θέματα καρδιο-μεταβολικού κινδύνου: αμφιλεγόμενα θέματα αιχμής)**, στην Αθήνα στο ξενοδοχείο Royal Olympic.

Στο Συνέδριο, κατά τη διάρκεια των τριών αυτών ημερών, θα έχουμε τη δυνατότητα να παρακολουθήσουμε συνεδρίες με συμμετοχή ειδικών (διαλέξεις, στρογγυλά τραπέζια, επιστημονικές αντιπαραθέσεις και δορυφορικά συμπόσια) και να αναλύσουμε ενδιαφέροντα θέματα αιχμής, ζητήματα και τομείς με αμφισβητούμενες απόψεις για όλες τις πτυχές των μεταβολικών διαταραχών.

Με ιδιαίτερη χαρά δεχθήκαμε και τις εργασίες σας, έχοντας φροντίσει να απονεμηθεί χρηματικό έπαθλο στην καλύτερη προφορική ανακοίνωση, καθώς και τιμητικές διακρίσεις [έπαινοι] στις αμέσως δύο καλύτερες προφορικές εργασίες που προτάθηκαν από την επιτροπή βράβευσης.

Το Συνέδριο τελεί υπό την αιγίδα του International Chair on CardiometabolicRisk (ICCR) & του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών.

Στο Συνεδριό μας, χορηγήθηκαν από τον Π.Ι.Σ 17 Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME-CPD credits).

Εκφράζω τις ειλικρινείς μου ευχαριστίες για το ολοένα αυξανόμενο ενδιαφέρον που δείχνετε για το Συνεδριό μας, το οποίο με τη βοήθειά σας ενδυναμώνεται χρόνο με το χρόνο επιστημονικά και θεματολογικά και σας καλωσορίζω σε ένα ακόμα δημιουργικό και παραγωγικό επιστημονικό και εκπαιδευτικό τριήμερο.

Με εκτίμηση,



Δρ. Ιωάννης Κυριαζής
Πρόεδρος Ο.Ε.

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

| | |
|----------------|---------------------------|
| ΠΡΟΕΔΡΟΣ: | Ι. Κυριαζής |
| ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ: | Χ. Δημοσθενόπουλος |
| Γ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ: | Ε. Χατζηαγγελάκη |
| ΤΑΜΙΑΣ: | Ν. Πατσουράκος |
| ΜΕΛΗ: | Ρ. Ευθυμιάδου |
| | Ι. Ιωαννίδης |
| | Σ. Λιάτης |

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

| | |
|-----------|---------------------------|
| ΠΡΟΕΔΡΟΣ: | Ι. Κυριαζής |
| ΜΕΛΗ: | Χ. Δημοσθενόπουλος |
| | Ρ. Ευθυμιάδου |
| | Ε. Ζέρβας |
| | Σ. Λιάτης |
| | Ν. Πατσουράκος |
| | Κ. Σγούρος |
| | Δ. Στεφανή |
| | Σ. Τσαούση |
| | Ε. Χατζηαγγελάκη |

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

| | |
|-----------|------------------------------------|
| ΠΡΟΕΔΡΟΙ: | Κ. Θωμόπουλος, Ι. Ιωαννίδης |
| ΜΕΛΗ: | Α. Αλαβέρας |
| | Δ. Βλαχάκος |
| | Γ. Δημητριάδης |
| | Δ. Κιόρτσης |
| | Ν. Κομιτόπουλος |
| | Γ. Λάζαρος |
| | Λ. Λαναράς |
| | Μ. Λελέκης |
| | Θ. Μακρής |
| | Α. Μελιδώνης |
| | Α. Νικολόπουλος |
| | Σ. Πατσιλινάκος |
| | Σ. Παππάς |
| | Α. Πιτταράς |
| | Α. Πρωτογέρου |
| | Γ. Στεργίου |
| | Κ. Τσιούφης |
| | Σ. Φούσσας |
| | Π. Χριστακόπουλος |



Εταιρεία Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου για Αγγειακά Νοσήματα

11^ο (ΕΑΡΙΝΟ) ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ

«Πρόληψη & Αντιμετώπιση των Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου: Πρακτικές Οδηγίες»

Ξενοδοχείο MONTANA
Καρπενήσι, 11-13/3/2016

Υπό την Αιγίδα του



International Chair on Cardiometabolic Risk (ICCR)
& Ιατρικού Συλλόγου Ευρυτανίας

Θα χορηγηθούν μόρια Συνεχιζόμενης
Ιατρικής Εκπαίδευσης CME - CPD Credits



ΟΡΓΑΝΩΣΗ
Εταιρεία Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου
για Αγγειακά Νοσήματα
Ιακ. Δραγάτση 8, Πειραιάς 185 35
(Όροφος 4 - Γραφείο 1)
T. & F 210 4953646, E. info@empakan.gr
W. www.empakan.gr



ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ - ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ - ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ
ΤΟΥΡΙΣΤΙΚΕΣ & ΣΥΝΕΔΡΙΑΚΕΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ Ε.Ε.
Μαϊανδρου 23, 115 28 Αθήνα, T. 210 7222 518, F. 210 7210 069
E. info@congressworld.gr, reception@congressworld.gr
W. <http://www.congressworld.gr>

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΕΜΠΤΗ 10 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2015

15.30 - 16.00 ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ - ΕΓΓΡΑΦΕΣ

16.00 - 17.00 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Προεδρείο: **Α. Αθαβέρας - Δ. Μυτάς**

• **ΠΑ 01 - ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΡΙΝΟΡΡΑΓΙΑΣ**

Αικ. Δρύλλη, Ι. Κοκολιάκης, Αικ. Μούντριχα, Γ. Μπερτόλης, Ν. Μαρουδιάς
ΩΡΛ Κλινική, Γ.Ν. Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο», Αθήνα, Ελλάδα

• **ΠΑ 02 - Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΤΙΝΩΝ ΣΤΗΝ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ**

Α. Σαμέντζας, Γ. Σιώνης, Γ. Παπαγιάννης, Γ. Μπλιαζάκης, Α. Πασχάλης, Π. Στουγιάννος,
Α. Ζήκος, Α. Τρίκας
Καρδιολογική Κλινική ΓΝΑ «Η ΕΛΠΙΣ»

• **ΠΑ 03 - ΔΙΑΒΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**

Ι. Κυριαζής, Κ. Σγούρος, Δ. Στεφανή, Σ. Τσαούση, Ε. Καλαφάτης, Τ. Μανούσος,
Μ. Καριώρη, Π. Γεωργακόπουλος, Μ. Λεβέκης
Παθολογική Κλινική & Ιατρείο Διαβήτη - Παχυσαρκίας, Γ.Ν.Α ΚΑΤ

• **ΠΑ 04 - ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΚΑΤΟΙΚΩΝ ΚΛΕΙΣΤΟΥ ΑΓΡΟΤΙΚΟΥ ΝΗΣΙΩΤΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ**

Χ. Καπέλιος, Ι. Ιωαννίδης, Ι. Κυριαζής, Κ. Σγούρος, Χ. Δημοσθενόπουλος, Ε. Χατζηαγγελιάκη,
Σ. Λιάτης
Επιστημονική Ομάδα Perseas ΕΜΠαΚΑΝ

• **ΠΑ 05 - ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΥΓΙΕΙΝΟΔΙΑΤΗΤΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΚΑΤΟΙΚΩΝ ΚΛΕΙΣΤΟΥ ΑΓΡΟΤΙΚΟΥ ΝΗΣΙΩΤΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ**

Χ. Καπέλιος, Ι. Ιωαννίδης, Ι. Κυριαζής, Κ. Σγούρος, Χ. Δημοσθενόπουλος, Ε. Χατζηαγγελιάκη,
Σ. Λιάτης
Επιστημονική Ομάδα Perseas ΕΜΠαΚΑΝ

17.00 - 19.00 **ΑΜΦΙΛΕΓΟΜΕΝΑ ΘΕΜΑΤΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ, ΤΡΟΠΟΥ ΖΩΗΣ**

Προεδρείο: **Ι. Μανιός - Ε. Τριανταφυλλίδη**

- Μεσογειακή διαίτα, διαίτα χαμηλών λιπαρών, διαίτα χαμηλών υδατανθράκων: Έχει τελικά σημασία η επιλογή όσον αφορά στον καρδιαγγειακό κίνδυνο; **Χ. Δημοσθενόπουλος**
- Αερόβικη άσκηση ή άσκηση αντίστασης για την καρδιαγγειακή υγεία; Τι ισχύει για τα άτομα με ΣΔ; **Α. Πιτταράς**
- Γλυκαντικές ουσίες: Πόσο χρήσιμες είναι για την απώλεια ΣΒ και πόσο ασφαλείς; **Ι. Αβραμίδης**
- Διατροφικό κορεσμένο λίπος; Είναι πάντα βλαβερό; Υπάρχουν αντίθετες απόψεις; **Β. Λαμπαδιάρη**

19.00 – 19.30 **Διάλειμμα - e-poster** [Προεδρείο: **Ν. Πατσουράκος**]

- **ΑΑ 01 - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΧΝΑ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΡΟΛΟΥ ΤΗΣ ΠΦΥ ΣΤΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗ ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΟΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΗ ΑΓΩΓΗ**

Δ. Κουμουτσέα^{1,2,3,6}, Β. Γέρμαν^{1,2,4}, Π. Μπαρμπαγιάννης^{1,2}, Π. Θαλασσινού³, Σ. Κουρούκλης^{3,6}, Ι. Γριβέας^{3,4}, Α. Γαλήνας^{4,6}, Γ. Σταυγιαννουδάκης^{4,6}

¹ Α' Παθολογικό Τμήμα 401 ΓΣΝΑ

² Α' Παθολογικό Τμήμα ΝΙΜΤΣ

³ ΜΤΝ 401 ΓΣΝΑ

⁴ ΜΤΝ ΝΙΜΤΣ

⁶ ΜΤΝ Ομίλων "Euromedica" και «Ιατρικού Αθηνών»

Η εργασία
αποσύρθηκε
από τον
συγγραφέα

- **ΑΑ 02 - ΥΠΟΔΟΡΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ Α₁ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΩΝ ΣΕ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ**

Χ. Βέρρα¹, Γ. Κακούρης¹, Ν. Μπαϊκούσης²

¹ Τμήμα Ιατρικής βιοπαθολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

² Καρδιοχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ"

19.30 - 20.00 **ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ** [ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ: Προέδρων Ο.Ε. & Ε.Ε, Προέδρου Ι.Σ.Α, Υπουργού Υγείας - Κήρυξη Έναρξης Εργασιών Συνεδρίου, Απονομή Βραβείων Προφορικών Εργασιών]

20.00 - 20.20 **ΒΡΑΧΕΙΑ ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: **Χ. Δημοσθενόπουλος**

- Διατροφικές οδηγίες για ασθενείς με στεφανιαία νόσο – προβληματισμοί για αναθεώρησή τους.
Π. Χαντζαρίδης

20.20 - 21.00 **ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΑ ΔΙΑΛΕΞΗ**

Πρόεδρος: **Ι. Κυριαζής**

- Ιατρική βασισμένη σε ενδείξεις: βοηθά ή καταπιέζει τον κλινικό γιατρό; **Σ. Ευσταθίου**

21.00 **Τέλος 1^{ης} ημέρας**

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 11 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2015

09.00 - 09.45

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Προεδρείο: **Ι. Κυριαζής - Κ. Σγούρος**

• **ΠΑ 06 ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ: ΣΚΕΠΤΙΚΙΣΜΟΣ ΠΑΝΩ ΣΤΙΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΕΝΑΡΞΗ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ**

Β. Μαμάκου^{1,2}, Π. Βήσυσ³, Ν. Τεντολούρης⁴, Σ. Μεταξά⁵, Α. Θανοπούλου⁶

¹ Παθολογική Κλινική, «Δρομοκαΐτειο» Ψ.Ν.Α

² Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

³ Καρδιολόγος, Δαφνί Ψ.Ν.Α.

⁴ Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Αθηνών, «Λαϊκό» ΓΝΑ

⁵ Σοφία Μεταξά, Senior Clinical Fellow, Cardiology Department, Wexham Park Hospital, Frimley Health NHS Foundation NHS Trust

⁶ Διαβητολογικό Κέντρο, Β' Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, «Ιηποκράτειο» Γ.Ν.Α.

Οι εργασίες δεν παρουσιάστηκαν στο Συνέδριο

~~• **ΠΑ 07 - ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ - ΠΡΟΣ ΜΙΑ ΠΙΟ ΥΓΙΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ;**~~

~~Σ. Χαντζησαλάτας MD, MSc, PhD. Ε.Κ.Π.Α.~~

~~• **ΠΑ 08 - ΙΣΧΑΙΜΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ: ΠΟΥ ΘΦΕΙΛΕΤΑΙ ΚΑΙ ΠΩΣ ΕΜΦΑΝΙΖΕΤΑΙ; ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ**~~

~~Σ. Χαντζησαλάτας MD, MSc, PhD. Ε.Κ.Π.Α.~~

09.45 - 11.15

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΥΨΗΛΟ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΚΙΝΔΥΝΟ

Προεδρείο: **Σ. Παππάς - Α. Πιτταράς**

• Ασθενής με διαβητική νεφροπάθεια. **Α. Κουτσοβασίλης**

• Ασθενής με δυσλιπιδαιμία και στένωση καρωτίδων 70%. **Α. Παπαζαφειροπούλου**

• Ασθενής με ΑΕΕ και στεφανιαία νόσο. **Σ. Καλιονήτα**

11.15 - 11.30

Διάλειμμα - e-poster [Προεδρείο: **Α. Κουτσοβασίλης**]

• **ΑΑ 03 - ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΠΡΟΣΘΙΑΣ ΙΣΧΑΙΜΙΚΗΣ ΟΠΤΙΚΟΠΑΘΕΙΑΣ**

Φ. Μαρινέλη, Ε. Κουτσοστάθης, Ι. Χατζηδάκης, Σ. Γογγάκη, Ε. Θεοδωροπούλου, Β. Φασιάς, Ν. Συμεωνίδης

Β' Παθολογική Κλινική, 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, Αθήνα, Ελλάδα

• **ΑΑ 04 - ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΙΚΗ ΣΥΝΗΘΕΙΑ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ. ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ**

Π. Τράμπαρν¹, Φ. Κατσιγιάννη¹, Δ. Πιστόλας¹, Σ. Σταθόπουλος¹, Ι. Αδαμόπουλος²,

Ι. Μπουρδούβαλης³, Σ. Αγγελιάκου-Βαϊτσά⁴, Ν. Βαϊτσάς⁴

¹ Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός», Αθήνα

² Επιστημονικός συνεργάτης, Λάρισα

³ Κέντρο Υγείας Αλεξάνδρειας, Βέροια

⁴ Ιδιωτικό ιατρείο, Φάρσαλα

- 11.30 – 12.00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**
Προεδρείο: **Κ. Θωμόπουλος**
- Η εκτίμηση του καρδιαγγειακού κινδύνου: Πόσο είναι ξεκάθαρο το τοπίο; Πόσο ακριβής είναι ο υπολογισμός; **Ε. Μιχαηλοπούλου**
- 12.00 – 13.00 **ΑΜΦΙΛΕΓΟΜΕΝΑ ΘΕΜΑΤΑ ΛΙΠΙΔΙΩΝ**
Προεδρείο: **Ε. Μιχαηλοπούλου - Ε. Χατζηαγγελάκη**
- Νεώτερα δεδομένα για τη διαβητογόνο δράση των στατινών. **Σ. Λιάτσης**
 - Μυϊκά προβλήματα και στατίνες: Είναι υποεκτιμημένα; Υπάρχουν τρόποι πρόληψης; **Γ. Γκουμάς**
- 13.00 – 13.30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**
Προεδρείο: **Σ. Μπούσμπουλας**
- Ηλικιωμένοι διαβητικοί τύπου 2 ασθενείς: μία ακόμα πρόκληση στην καθ' ημέρα κλινική πράξη. **Ι. Κυριαζής**
- 13.30 – 14.00 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ BOEHRINGER INGELHEIM**
Θεραπευτικές προκλήσεις στον ΣΔτ2: Τρέχουσες και νεότερες προοπτικές στην αντιμετώπιση του ΣΔτ2 στην καθημερινή κλινική πρακτική.
Προεδρείο: **Σ. Μπούσμπουλας**
- Αντιδιαβητική αγωγή με αναστολείς DPP4. Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και ιδιότητες της Λιναγλιπτίνης. **Ε. Διακουμοπούλου**
- 14.00 – 15.30 **ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ - ΕΛΑΦΡΥ ΓΕΥΜΑ**
- 15.30 – 17.30 **ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΗ**
Προεδρείο: **Η. Αβραμόπουλος - Π. Στουγιάννος**
- Ασθενής με στένωση νεφρικών αρτηριών
Ομιητής: **Κ. Δημητριάδης**
Σχολιάστis: **Ε. Καθίστρατος**
 - Ασθενής με κλινικά διαφορετικές μετρήσεις 24ωρης και κατ' οίκον
Ομιητής: **Α. Κόλλης**
Σχολιάστis: **Ε. Καθιδάρα**
 - Ασθενής με υπνική άπνοια
Ομιητis: **Β. Κατσή**
Σχολιάστis: **Ε. Ζέρβας**
 - Ασθενής με οξύ αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο
Ομιητis: **Α. Δαμέλου**
Σχολιάστis: **Ε. Τριανταφυλλίδη**
- 17.30 – 18.00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**
Προεδρείο: **Γ. Φλώρος**
- Ύπνος και καρδιαγγειακή νόσος: Πώς μπορεί να σχετίζονται; (διάρκεια ύπνου, μεσημεριανός ύπνος, υπνική άπνοια). **Ε. Ζέρβας**

18.00 – 18.30

Η εργασία δεν παρουσιάστηκε στο Συνέδριο

Διάλειμμα - e-poster [Προεδρείο: Σ. Καλοπήτα]

- **AA 05 - ΩΤΑΙΜΑΤΩΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΕ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ**
Αικ. Δρύλλη¹, Β. Μαμάκου²
¹ Ειδική Ιατρός ΩΡΛ, MSc, Αθήνα, Ελλάδα
² Παθολογική Κλινική, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δρομοκαΐτειο», Αθήνα, Ελλάδα
- **AA 06 - Η ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΑΠΟ ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΦΟΡΕΙΣ**
Κ. Σγούρος¹, Σ. Λέκκα², Αικ. Τόσκα³
¹ Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Α ΚΑΤ
² Νοσηλεύτρια, Προϊσταμένη Παιδιατρικής Κλινικής, Γ.Ν. Λαμίας
³ Νοσηλεύτρια, PhD, Προϊσταμένη Χειρουργείου, Γ.Ν. Κορίνθου
- **AA 07 - ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΣΥΝΟΣΗΡΟΤΗΤΩΝ ΣΕ ΥΠΕΡΒΑΡΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**
Ι. Κυριαζής, Κ. Σγούρος, Δ. Στεφανή, Σ. Τσαούση, Β. Αναστασίου, Τ. Μανούσος, Α. Εμμανουήλ, Μ. Λελέκας
Παθολογική Κλινική & Ιατρείο Διαβήτη - Παχυσαρκίας, Γ.Ν.Α ΚΑΤ

18.30 - 20.00

ΑΜΦΙΛΕΓΟΜΕΝΑ ΘΕΜΑΤΑ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Προεδρείο: **Θ. Μακρής - Κ. Τσιούφης**

- Έχει αξία η ανίχνευση των non-dippers; Αφήζει κάτι στη θεραπεία τους; **Γ. Στεργίου**
- Πόσο συχνή είναι πραγματικά η ανθεκτική υπέρταση; Πώς μπορούμε να την επιβεβαιώσουμε και να τη διερευνήσουμε. **Κ. Θωμόπουλος**
- Χειρισμός των φαρμάκων του ΣΡΑΑ και των διουρητικών σε άτομα με υπέρταση και ΧΝΝ. **Δ. Βλαχάκος**

20.00 - 20.30

ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ-ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε.

Προεδρείο: **Κ. Μακρυλάκης**

- Πόσο όμοια είναι τα όμοια; Μία νέα επιλογή στη θεραπεία με βασική ινσουλίνη στο ΣΔτ1 & ΣΔτ2. **Ι. Ντούνης**

20.30 - 21.00

ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ SANOFI

Προεδρείο: **Α. Ράπτης**

- Η Ινσουλίνη glargine και η εξέλιξη της: θέτοντας το πλαίσιο αναφοράς στην ινσουλινοθεραπεία. **Ι. Ιωαννίδης**

21.00 - 21.30

ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ BIANEΞ - MSD

Προεδρείο: **Ι. Κυριαζής**

- Αναδεικνύοντας την αξία της Σιταγλιπτίνης στην αντιμετώπιση των ασθενών με ΣΔΤ 2 - Αποτελέσματα μελέτης TECOS. **Ι. Ιωαννίδης**

21.30

Τέλος 2^{ης} ημέρας

ΣΑΒΒΑΤΟ 12 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2015

09.00 – 09.30

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Προεδρείο: **Ι. Κυριαζής - Ν. Πατσουράκος**

Η εργασία δεν
παρουσιάστηκε
στο Συνέδριο

- **ΠΑ 12 - ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΟΥ ΑΦΟΡΑ ΤΟΝ ΣΥΣΧΕΤΙΣΜΟ ΤΗΣ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΗΣ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗΣ ΕΝΔΟΜΥΚΙΩΝ ΛΙΠΟΕΙΔΩΝ ΚΑΙ ΤΗΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΑΝΤΙΣΤΑΣΗ ΣΤΟ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟ ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΣΚΕΛΕΤΙΚΟΥΣ ΜΥΕΣ.**

Αθ. Σταματελόπουλος^{1,4}, Ε. Τσιάμπας², Π. Μίχος¹, Χρ. Χαρίτος³, Π. Δεδεθλίης³, Ι. Γακίδης¹, Ι. Δοντά⁴

¹ ΘΧ τμ. ΓΝΑ ΚΑΤ

² Εργ. Κυττ/γίας Παν. Αθηνών

³ ΚΡΧ τμ ΓΝΑ «Ευαγγελισμός»

⁴ Εργ. Πειρ. Χειρ. Παν. Αθηνών

- **ΠΑ 13 - CORRELATION BETWEEN SERUM URIC ACID (sUA) LEVELS AND LEFT VENTRICULAR HYPERTROPHY (LVH) IN PATIENTS WITH ESSENTIAL HYPERTENSION AND CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD)**

Δ. Koumoutsea^{1,4}, V. German^{1,4}, C. Soitou², D. Aslanoglou³, I. Griveas⁴, K. Xenakis⁵, P. Thalassinou¹, A. Galinas⁴, P. Kotileas⁵, G. Stavgiannoudakis⁴

¹ Sector of Internal Medicine 401 General Army Hospital of Athens

² Internal Medicine Department of Kos Hospital

³ Health Center of Patmos

⁴ Division of Renal Medicine 417 Veterans Affairs Hospital of Athens (NIMTS)

⁵ Division of Cardiology and Cardiovascular Medicine 401 General Army Hospital of Athens

- **ΠΑ 14 - ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΟΝΤΑΙ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΣΕ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΑΘΗΝΑΣ**

Ε. Καθαφάτης, Α. Εμμανουήλ, Σ. Τσαούση, Κ. Βαθιλιάνου, Κ. Σγούρος, Τ. Μανούσος, Μ. Καριώρη, Δ. Στεφανή, Μ. Λεφέκης
Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν Αττικής «ΚΑΤ - ΕΚΑ»

09.30 – 11.00

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΜ

Προεδρείο: **Κ. Θωμόπουλος - Ι. Οικονομίδης**

- Ablation
Ομιητής: **Δ. Τσιαχρής**
Σχολιαστής: **Α. Πασχάλης**
- Ηλεκτρική ανάταξη
Ομιητής: **Σ. Αρχοντάκης**
Σχολιαστής: **Ι. Σκιαδάς**
- Οξύ στεφανιαίο επεισόδιο - ΚΜ και αντιπηκτικά
Ομιητής: **Ν. Πατσουράκος**
Σχολιαστής: **Ν. Ιωακειμίδης**

11.00 - 11.30

ΔΙΑΛΕΞΗ «ΑΚΡΟΠΟΛΙΣ»

Προεδρείο: **Π. Χριστακόπουλος**

- Το παρόν και το μέλλον της βariatρικής και της μεταβολικής χειρουργικής.
Κ. Κωνσταντινίδης

11.30 - 11.45

Η εργασία δεν παρουσιάστηκε στο Συνέδριο

Διάλειμμα - e-poster [Προεδρείο: **Α. Παπαζαφειροπούλου]**

• ΑΑ 08 - ΠΟΛΛΑΠΛΑ ΝΕΦΡΙΚΑ ΕΜΦΡΑΚΤΑ ΕΠΙ ΕΔΑΦΟΥΣ ΠΑΡΟΞΥΣΜΙΚΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΤΗΣ

Α. Δρύλλη¹, Ε. Πάσχου², Ε. Γαβριηλάκη³, Δ. Σαραφάπουλος², Σ. Βασιλείου², Ν. Σαμπάνης²

¹ Ειδική Ιατρός ΝΡΛ, MSc, Αθήνα, Ελλάδα

² Γενικό Νοσοκομείο Πέλλης, Έδεσσα, Ελλάδα

³ Γ.Ν. «Παπανικολάου» - Αιματολογική Κλινική, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

• ΑΑ 09 - ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ ΣΕ ΝΕΟΥΣ ΑΛΛΟΔΑΠΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ

Δ. Θήριου¹, Α. Νικολακοπούλου¹, Χ. Κερασιώτης¹, Γ. Νούτσος², Α. Αθανασοπούλου¹, Ε. Δημητριάδου¹, Α. Τσαρουχά¹

¹ 2^ο Πνευμονολογική Κλινική ΓΝΝΘΑ Η Σωτηρία

² ΤΕΙ Φυσικοθεραπείας Αθηνών

11.45 - 13.30

ΑΜΦΙΛΕΓΟΜΕΝΑ ΘΕΜΑΤΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Προεδρείο: **Π. Καθηγερόπουλος - Α. Τριανταφύλλου**

- Φαρμακευτική αγωγή για την παχυσαρκία: Φως ξανά στην άκρη του τούνελ; **Α. Κόκκινος**
- Αιθηθελιπιδράσεις φαρμάκων σε άτομα με ΚΑΝ: Πόσο συχνές και επικίνδυνες είναι;
Ι. Οικονομίδης
- Αγγειοπλαστική σε άτομα με ΣΔ: Διαφορές και ομοιότητες με τα μη διαβητικά άτομα.
Σ. Πατσιλινάκος
- Ηλεκτρονικό κάπνισμα: Έχει θέση στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος.
Ν. Ιωακειμίδης

13.30 - 14.00

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ ΕΛΡΕΝ

Προεδρείο: **Μ. Μπενρουμπή**

- Αιθολιπίνη. Ο νεότερος DPP4 αναστολέας. Φαρμακοκινητικά χαρακτηριστικά και κλινικά οφέλη. **Ν. Κυπραίος**

14.00 - 15.30

ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ - ΕΛΑΦΡΥ ΓΕΥΜΑ

15.30 - 16.00

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ [Βραβευμένες]

Προεδρείο: **Ι. Ιωαννίδης** – **Κ. Θωμόπουλος**

- **ΠΑ 09 - RELATIONSHIP BETWEEN MICROALBUMINURIA AND STRUCTURAL CHANGE SINARTERIAL VESSELS IN PATIENTS WITH TYPE II DIABETES MELLITUS AND DIABETIC NEPHROPATHY.**

D. Koumoutsea^{1,4}, V. German^{1,4}, C. Soitou², P. Thalassinou^{1,4}, D. Aslanoglou³, I. Griveas⁴, K. Xenakis⁵, A. Galinas⁴, P. Kotileas⁵, G. Stavgiannoudakis⁴

¹ Sector of Internal Medicine 401 General Army Hospital of Athens

² Internal Medicine Department of Kos Hospital

³ Health Center of Patmos

⁴ Division of Renal Medicine 417 VA Hospital of Athens (NIMTS)

⁵ Division of Cardiology and Cardiovascular Medicine 401 General Army Hospital of Athens

- **ΠΑ 11 - Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ΣΤΑ ΔΥΟ ΦΥΛΑ ΜΕ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΔΕΚΑΕΤΙΑ ΣΤΟΝ ΑΣΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ**

A. Σαμέντζας, Γ. Παπαγιάννης, Γ. Σιώνης, Δ. Παπαδημητρίου, Δ. Παπασάικας, Ε. Σέργη, Α. Ζήκος, Α. Τρίκας

Καρδιολογική Κλινική ΓΝΑ «Η ΕΛΠΙΣ»

- **ΠΑ 10 - ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΜΕΣΗΣ ΤΙΜΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΜΕΝΗΣ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**

Κ. Μακρής¹, Λ. Σπανού^{1,2}, Α. Ραμψαούνη-Αντωνέλη³, Κ. Κόνιαρη², Ι. Δρακόπουλος¹, Δ. Ρίζος⁴

¹ Βιοχημικό Τμήμα ΓΝΑ ΚΑΤ

² Παθολογικό Τμήμα ΓΝΑ ΚΑΤ

³ Διαβητολογικό Ιατρείο - ΙΚΑ Χαλανδρίου

⁴ Οργανολογικό Εργαστήριο Αρεταίειο Νοσοκομείο - ΕΚΠΑ

16.00 - 17.30

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ

Προεδρείο: **Α. Πιπιλής** – **Σ. Χαντανής**

- Αναίμακτη διάγνωση και διαστρωμάτωση κινδύνου

Ομιλήτρια: **Ρ. Ευθυμιάδου**

Σχοлиάστρια: **Ε. Στρουμπούλη**

- Αντιμετώπιση Οξέων στεφανιαίων συνδρόμων

Ομιλητής: **Ν. Πατσουράκος**

Σχολιαστής: **Ε. Δουκιαντζάκης**

- Φαρμακευτικές παρεμβάσεις στην στεφανιαία νόσο

Ομιλητής: **Σ. Μακρυγιάννης**

Σχολιαστής: **Α. Γράβος**

17.30 - 18.00

ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Δ. Κιόρτσος**

- Αναστολείς της PCSK9: Ακριβή θεραπεία για λίγους; **Γ. Ανδρικόπουλος**

18.00 – 18.30

ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Κ. Θωμόπουλος**

- Η καρδιακή ανεπάρκεια ως τελικό σημείο προοπτικών μελετών: Γιατί απουσιάζει; Έχουμε αρκετά στοιχεία για την αντιμετώπιση αυτών των ασθενών; **Η. Αβραμόπουλος**

18.30 - 19.00

Διάλειμμα - e-poster [Προεδρείο: **Α. Κουτσοβασιίλης**]

• **ΑΑ 10 - ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ, ΑΤΟΜΩΝ ΗΛΙΚΙΑΣ 1-18 ΕΤΩΝ. ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ 2000-2014**

Α. Νικολή¹, Φ. Κατσιγιάννη¹, Δ. Αλιάσσης¹, Α. Μπαλιάσκα¹, Ν. Καφούσις², Σ. Σταθόπουλος¹, Ι. Μπουρδούβαλης³, Σ. Αγγελιάκου-Βαϊτση⁴, **Ν. Βαϊτση⁴**

¹ Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός», Αθήνα

² Επιστημονικός συνεργάτης, Αθήνα

³ Κέντρο Υγείας Αλεξάνδρειας, Βέροια

⁴ Ιδιωτικό ιατρείο, Φάρσαλα

• **ΑΑ 11 - ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΚΑΙ ΒΙΟΧΗΜΙΚΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΗΛΙΚΙΑΣ < 14 ΕΤΩΝ**

Α. Κ. Παπαζαφειροπούλου¹, Μ. Σαρίδη², Μ. Ρεκληίτη², Ε. Παπαβασιλείου³, Ι. Κυριαζής²

¹ 1η Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο, Τζάνειο Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά

² Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο Παχυσαρκίας, Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου

³ Παιδιατρικό Τμήμα Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου

• **ΑΑ 12 - Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΤΑ ΚΑΠΗ**

Π. Νικολίντα¹, **Δ. Πασπαλά²**

¹ Νοσηλεύτρια, Msc Κοινωνικής Πολιτικής

² Επισκέπτρια Υγείας, Msc Διαχείρισης Πολιτισμού

Ν.Π.Δ.Δ. Κοινωνική Προστασία, Αλληλεγγύη & ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ Δήμου Νίκαιας - Αγ. Ι. Ρέντη

19.00 – 20.30

ΑΜΦΙΛΕΓΟΜΕΝΑ ΘΕΜΑΤΑ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Προεδρείο: **Γ. Δημητριάδης**

- Είναι επαρκείς οι τρόποι εκτίμησης της γλυκαιμικής ρύθμισης (αυτοέλεγχος σακχάρου και HbA1c); **Δ. Κιόρτσος**
- Ινσουλινοκεντρική θεραπεία του ΣΔ: Ξεκουράστε το β-κύτταρο! **Ε. Χατζναγελιάκη**
- Επικεντρώνοντας στην αντίσταση και στη μείωση της απόπτωσης του β κυττάρου: Αφήστε την ινσουλίνη στο τέλος! **Ι. Ιωαννίδης**

20.30 – 21.00

ΔΙΑΛΕΞΗ ΛΗΞΗΣ

Προεδρείο: **Α. Χατζητόλης**

- Νεότερα δεδομένα στην δευτερογενή πρόληψη των ισχαιμικών Α.Ε.Ε. **Ν. Κομτόπουλος**

21.00 – 22.00

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ BOEHRINGER INGELHEIM

Νεότερες εξελίξεις στη θεραπευτική αντιμετώπιση του Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2

Προεδρείο: **Ι. Κυριαζής**

- Εμπαγλιφλοζίνη, νέος αναστολέας SGLT2. Φαρμακολογικά χαρακτηριστικά & κλινικά δεδομένα για την Εμπαγλιφλοζίνη. **Κ. Μακρυλάκης**
- Αποτελέσματα της μελέτης EMPA-REG OUTCOME. **Ι. Ντούνης**

22.00

Λήξη Συνεδρίου

9^ο

Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου



ΟΡΓΑΝΩΣΗ



ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ
ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ
ΓΙΑ ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

ΘΑ ΧΟΡΗΓΗΘΟΥΝ ΜΟΡΙΑ
ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

23 - 26 Ιουνίου 2016
HOTEL ELITE CITY RESORT
ΚΑΛΑΜΑΤΑ

ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ



Εταιρεία Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου
για Αγγειακά Νοσήματα
Ιακ. Δραγάση 8, Πειραιάς 185 35
(Όροφος 4 - Γραφείο 1)
T. & F. 210 4953646, E. info@empakan.gr
W. www.empakan.gr



ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ - ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ - ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ
ΤΟΥΡΙΣΤΙΚΕΣ & ΣΥΝΕΔΡΙΑΚΕΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ Ε.Ε.
Μαϊνάνδρου 23, 115 28 Αθήνα
T. 210 7222 518, F. 210 7210 069
E. info@congressworld.gr, reception@congressworld.gr
W. http://www.congressworld.gr

ΠΡΟΕΔΡΟΙ – ΟΜΙΛΗΤΕΣ – ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

| | |
|---------------------------------------|--|
| Αβραμίδης Ιάκωβος | Διευθυντής Ε.Σ.Υ, Α' Παθολογική Κλινική, Διαβητολογικό Εξωτερικό Ιατρείο, Γενικό Νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη |
| Αβραμόπουλος Ηρακλής | Παθολόγος με ειδικευση στο Διαβήτη και την Υπέρταση, Διαγνωστικό & Θεραπευτικό Κέντρο «Υγεία», Αθήνα |
| Αθαβέρας Αντώνης | Δρ., Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθυντής, Γ' Παθολογική Κλινική, Κοργιαλένιο - Μπενάκειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ε.Ε.Σ.», Αθήνα |
| Ανδρικόπουλος Γεώργιος | Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ερρίκος Ντυνάν», Αθήνα |
| Αρχοντάκης Στέφανος | Επιμελητής Καρδιολογικού Τμήματος, Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο - Μαιευτήριο «Ελενα Βενιζέλου», Αθήνα |
| Βλαχάκος Δημήτριος | Καθηγητής Παθολογίας - Νεφρολογίας, Υπεύθυνος Νεφρολογικής Μονάδας, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικών», Αθήνα |
| Γκουμάς Γεώργιος | Καρδιολόγος, Αναπηρωπτής Διευθυντής Β' Καρδιολογικής Κλινικής, «Ευρωκλινική Αθηνών», Αθήνα και Πρόεδρος Ο.Ε. Πρόληψης και Επιδημιολογίας ΕΚΕ |
| Γράβος Αθανάσιος | Καρδιολόγος Εντατικολόγος, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο», Αθήνα |
| Δαμέλλου Αναστασία | Καρδιολόγος, Επιμελήτρια Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα |
| Δημητριάδης Γεώργιος | Καθηγητής Παθολογίας ΕΚΠΑ, Διευθυντής Β' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής - Μονάδα Έρευνας και Διαβητολογικό Κέντρο Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικών», Αθήνα |
| Δημητριάδης Κυριάκος | Καρδιολόγος, Πανεπιστημιακός Υπότροφος, Α' Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο», Αθήνα |
| Δημοσθενόπουλος Χαρίλαος | MMedSci, PhD, Κλινικός Διατολόγος - Βιολόγος, Προϊστάμενος Διατολογικού Τμήματος, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Αθήνα |
| Διακουμοπούλου Ευανθία (Εβίτα) | Παθολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Αθήνα |
| Δουκιαντζάκης Ευάγγελος | Καρδιολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Καρδιολογικής Κλινικής ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο» |
| Ευθυμιάδου Ρωξάνη | Ακτινολόγος, Διευθύντρια Τμήματος PET-CT & Αναπηρωπτήρια Διευθύντρια Τμήματος CD& MRI, Διαγνωστικό & Θεραπευτικό Κέντρο «Υγεία», Αθήνα |
| Ευσταθίου Σταμάτιος | MD, MSc, PhD, Ειδικός Παθολόγος, Επιμελητής Α', Κέντρο Πρόληψης Καρδιαγγειακών Νόσων, «Υγείας Μέλαθρον», Αθήνα |
| Ζέρβας Ελευθέριος | Πνευμονολόγος - Φυματιολόγος, Επιμελητής Α' Ε.Σ.Υ., 7η Πνευμονολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος «Η Σωτηρία», Αθήνα |

| | |
|------------------------------------|--|
| Θωμόπουλος Κωνσταντίνος | Καρδιολόγος, Επιμελητής Καρδιολογικού Τμήματος, Υπεύθυνος Ιατρείου Υπέρτασης, Γενικό Νοσοκομείο - Μαιευτήριο «Ελένα Βενιζέλου», Αθήνα |
| Ιωακείμης Νικόλαος | Καρδιολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Α' Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο ΓΝΑ, Αθήνα |
| Ιωαννίδης Ιωάννης | Παθολόγος με εξειδίκευση στον Διαβήτη, Διευθυντής Α' Παθολογικής Κλινικής και Υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου και Ιατρείου Παχυσαρκίας, Γενικό Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας, «Κωνσταντοπούλειο Πατρίσιων», Αθήνα |
| Καθδάρη Ελισάβετ | Ειδικός Παθολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Γ' Καρδιολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας, «Κωνσταντοπούλειο Πατρίσιων», Αθήνα |
| Καηλιόστρατος Εμμανουήλ | MD, PhD, FESC, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Καρδιολόγος, Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Ασκληπείο Βούλας», Αθήνα |
| Καλογερόπουλος Πέτρος | Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς «Άγιοι Ανάργυροι», Αθήνα |
| Καλοπήτα Σταυρούλα | Παθολόγος - Διαβητολόγος, Επιμελήτρια Β' Παθολογικής Κλινικής, Υπεύθυνη Ιατρείου Παχυσαρκίας, Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας, Λαμία |
| Κατσιά Βίκυ | Καρδιολόγος, Επιμελήτρια Καρδιολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο», Αθήνα |
| Κιόρτσος Δημήτριος | Ενδοκρινολόγος Διαβητολόγος, Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα |
| Κόκκινος Αλέξανδρος | Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Αθήνα |
| Κόλλιας Αναστάσιος | Ειδικός Παθολόγος, Υπότροφος ΕΚΠΑ, Κέντρο Υπέρτασης, Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος «Η Σωτηρία», Αθήνα |
| Κομτόπουλος Νικόλαος | MD, PhD, Συντονιστής Διευθυντής Β' Παθολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο - Πατρίσιων», Αθήνα |
| Κουτσοβασίλης Αναστάσιος | MSc, PhD, Παθολόγος - Διαβητολόγος, Επιμελητής Β', Γ' Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», Αθήνα |
| Κυπραίος Νικόλαος | Ενδοκρινολόγος, Εξ. Συνεργάτης, Διαβητολογικό Κέντρο ΓΝ «Ευαγγελισμός - Οφθαλμιατρείο - Πολυκλινική» |
| Κυριαζής Ιωάννης | MD, PhD, FNSCOPE, Παθολόγος με εξειδίκευση στο Διαβήτη, Διευθυντής Ε.Σ.Υ. - Παθολογική Κλινική & Ιατρείο Διαβήτη - Παχυσαρκίας, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΚΑΤ», Αθήνα |
| Κωνσταντινίδης Κωνσταντίνος | Διευθυντής Γενικής, Βαριατρικής, Λαπαροσκοπικής και Ρομποτικής Χειρουργικής Κλινικής, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, Αθήνα |
| Λαμπαδιάρη Βάια | Επίκουρη Καθηγήτρια Παθολογίας - Σακχαρώδους Διαβήτη, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Μονάδα Έρευνας και Διαβητολογικό Κέντρο Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα |

| | |
|--------------------------------------|--|
| Λιάτης Σταύρος | Παθολόγος με εξειδίκευση στο Διαβήτη, Επιμελητής Α' Ε.Σ.Υ, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Αθήνα |
| Μακρής Θωμάς | Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικού Τμήματος, Γενικό Νοσοκομείο - Μαιευτήριο «Έλενα Βενιζέλου», Αθήνα |
| Μακρυγιάννης Σταμάτης | Καρδιολόγος, Επιμελητής Α' Καρδιολογικής Κλινικής, Διαγνωστικό & Θεραπευτικό Κέντρο «Υγεία», Αθήνα |
| Μακρυλάκης Κωνσταντίνος | Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Α' Προπ. Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ «Λαϊκό», Αθήνα |
| Μανιός Ιωάννης | Αναπληρωτής Καθηγητής Διατροφικής Αγωγής και Αξιολόγησης Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Σχολή Επιστημών Υγείας και Αγωγής, Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας - Διατροφής |
| Μιχαηλοπούλου Έλενα - Διστίμα | Καρδιολόγος - Εντατικολόγος, Department of Cardiology, European Institute of Oncology, Milan, Italy |
| Μπενρουμπή Μαριάννα | Παθολόγος Διευθύντρια ΕΣΥ, Διαβητολογικό Κέντρο ΓΝ «Ευαγγελισμός - Οφθαλμιατρείο - Πολυκλινική» |
| Μπούσμπουλης Σταύρος | Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθυντής Γ' Παθολογικής Κλινικής και Υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Αγ. Παντελεήμων», Αθήνα |
| Μυτάς Δημήτριος | MD PhD, Καρδιολόγος, Επιμελητής Α' Ε.Σ.Υ, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «Σισμανόγλειο», Αθήνα |
| Ντούπης Ιωάννης | Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Υπεύθυνος Παθολογικού Τμήματος & Διαβητολογικού Ιατρείου, Ναυτικό Νοσοκομείο Ναυστάθμου Σαλαμίνας |
| Οικονομίδης Ιγνάτιος | Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας ΕΚΠΑ, Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα |
| Παπαζαφειροπούλου Αθανασία | Παθολόγος - Διαβητολόγος, MSc, PhD, Επικουρική Ιατρός, Α' Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο» |
| Παππιάς Σταύρος | Παθολόγος - Διαβητολόγος, Προέδρος Ινστιτούτου Μελέτης Έρευνας και Εκπαίδευσης για το Σακχαρώδη Διαβήτη και τα Μεταβολικά Νοσήματα |
| Πασχάλης Αθανάσιος | Καρδιολόγος, Επιμελητής Α', Γενικό Νοσοκομείο «Ελπίς» |
| Πατσιλινάκος Σωτήρης | Καρδιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας, «Κωνσταντοπούλαιο Πατισίων», Αθήνα |
| Πατσουράκος Νικόλαος | Επεμβατικός Καρδιολόγος - Εντατικολόγος, Επιμελητής Καρδιολογικού Τμήματος, Υπεύθυνος Μονάδας Εμφραγμάτων, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο», Αθήνα |
| Πιπιλής Αθανάσιος | Διευθυντής Α' Καρδιολογικού Τμήματος, Διαγνωστικό & Θεραπευτικό Κέντρο «Υγεία», Αθήνα |
| Πιτταράς Ανδρέας | Καρδιολόγος, Ειδικός Υπερτασιολόγος, Ass. Professor Georgetown University, Washington, ΗΠΑ |

| | |
|---|--|
| Ράπτης Αθανάσιος | Αν. Καθηγητής Παθολογίας - Διαβητολογίας, Β' Προπ. Παθολογική Κλινική Μονάδα Έρευνας - Διαβητολογικό Κέντρο Πανεπιστημίου Αθηνών Παν/μιακό ΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ» |
| Σγούρος Κωνσταντίνος | Ειδικός Παθολόγος - Εντατικολόγος, Επικουρικός Επιμελητής Παθολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΚΑΤ», Αθήνα |
| Σκιαδάς Ιωάννης | Καρδιολόγος, Επιμελητής Α' Καρδιολογικού Τμήματος, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο», Αθήνα |
| Στεργίου Γεώργιος | Καθηγητής Παθολογίας - Υπέρτασης, Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Γ' Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος «Η Σωτηρία», Αθήνα |
| Στουγιάννος Παύλος | Ειδικός Καρδιολόγος, Επιμελητής Καρδιολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Η Ελπίς», Αθήνα |
| Στρουμπούλη Ευαγγελία Τριανταφυλλίδη Ελένη | Επιμελήτρια Ακτινολόγος, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο», Αθήνα Καρδιολόγος, Επιμελήτρια Α', Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικών», Αθήνα |
| Τριανταφύλλου Αθανάσιος | Δρ., Διευθυντής ΕΣΥ, Α' Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα |
| Τσιαχρής Δημήτριος | Καρδιολόγος - Ηλεκτροφυσιολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Α' Παν/μιακή Καρδιολογική Κλ. Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», Διευθυντής Τμήματος Ηλεκτροφυσιολογίας - Βηματοδότησης, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, Αθήνα |
| Τσιούφης Κωνσταντίνος | Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας, Υπεύθυνος Μονάδας Υπέρτασης, Α' Καρδιολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο», Αντιπρόεδρος Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας |
| Φλώρος Γεώργιος | Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΚΑΤ» |
| Χαντανής Στυλιανός | Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο», Αθήνα |
| Χαντζαρίδης Πέτρος | MSc Στρατιωτικός Διατροφολόγος - Διαποθολόγος |
| Χατζπαγγεληλάκη Ερυφίτη | Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παθολογίας - Σακχαρώδη Διαβήτη, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Μονάδα Έρευνας & Διαβητολογικό Κέντρο Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικών», Αθήνα |
| Χατζητόλης Απόστολος | Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Α' Αντιπρόεδρος Εταιρείας Παθολογίας Βορείου Ελλάδος (ΕΠΒΕ), Αντιπρόεδρος Επαγγελματικής Ένωσης Παθολόγων Ελλάδος (ΕΕΠΕ) |
| Χριστακόπουλος Πάρης | Άμισθος Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών |

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΤΟΠΟΣ & ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΕΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

10 - 12 Δεκεμβρίου 2015, Ξενοδοχείο Royal Olympic
(Αθνασίου Διάκου 28-34, Αθήνα, τηλ.: 210 9288400, www.royalolympic.com)

ΜΟΡΙΟΔΟΤΗΣΗ

Το επιστημονικό πρόγραμμα του Συνεδρίου μοριοδοτείται με δεκαεπτά (17) Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο (Π.Ι.Σ.), ο οποίος είναι ο επίσημος φορέας για τη μοριοδότηση, μετά την υπογραφή σχετικής σύμβασης με την U.E.M.S.

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΙΓΙΔΑΣ

Το Συνέδριο τελεί υπό την αιγίδα του International Chair on Cardiometabolic Risk (ICCR) και του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών.

ΓΛΩΣΣΑ

Η επίσημη γλώσσα του συνεδρίου είναι η Ελληνική.

ΔΙΚΤΥΑΚΟΣ ΤΟΠΟΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

www.acropolis2015empakan.gr

ΕΚΘΕΣΗ

Καθ' όλη τη διάρκεια του Συνεδρίου θα λειτουργεί έκθεση φαρμακευτικών προϊόντων και υπηρεσιών.

ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ: ΔΩΡΕΑΝ

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Μετά από αίτημα πολλών συναδέλφων, η Ο.Ε του συνεδρίου και το Δ.Σ της Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν, λόγω και των οικονομικών συνθηκών που επικρατούν τη δεδομένη χρονική περίοδο στη χώρα μας, αποφάσισε να προχωρήσει στη ΔΩΡΕΑΝ συμμετοχή όλων στο Συνέδριο.

Το δικαίωμα συμμετοχής περιλαμβάνει:

Παρακολούθηση του επιστημονικού προγράμματος, έντυπα και υλικό συνεδρίου, Τελικό Πρόγραμμα και Τόμο Περιλήψεων, καφέ και ελαφρύ γεύμα όπως αναφέρονται στο πρόγραμμα του συνεδρίου, πιστοποιητικό παρακολούθησης με μοριοδότηση (εφόσον καλυφθεί ο απαιτούμενος χρόνος παρακολούθησης)

ΚΟΝΚΑΡΔΕΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ:

Με την παραλαβή του υλικού, όλοι οι συμμετέχοντες θα λάβουν την ονομαστική τους κονκάρδα που θα φέρει ένα μοναδικό barcode. Οι κονκάρδες με το barcode θα πρέπει να σαρώνονται στο ειδικό μηχάνημα πριν από την είσοδο και κατά την έξοδο από την αίθουσα, για να καταγράφονται οι ώρες παρακολούθησης. Σύμφωνα με την εγκύκλιο του ΕΟΦ, είναι υποχρεωτική η παρακολούθηση ποσοστού 60% (12 ώρες) επί των συνολικών ωρών του επιστημονικού προγράμματος για την παραλαβή του Πιστοποιητικού Παρακολούθησης. Η επίδειξη της κονκάρδας θα είναι απαραίτητη καθ' όλη τη διάρκεια του συνεδρίου (καθώς και η παράδοσή της για την παραλαβή του Πιστοποιητικού Παρακολούθησης). Όσοι δε συμπληρώσουν τον απαιτούμενο χρόνο παρακολούθησης, θα λάβουν μόνο τη βεβαίωση εγγραφής τους στο Συνέδριο. Οι κονκάρδες με το barcode είναι μοναδικές και δεν μπορούν να αντικατασταθούν. Στην καταμέτρηση των ωρών δεν προσμετρώνται τα διαλείμματα και τα δορυφορικά Συμπόσια.

ΔΙΑΜΟΝΗ

Ξενοδοχείο Royal Olympic, Αθήνα

Τιμή μονόκλινο δωματίου (ανά διανυκτέρευση) 150,00 €

Η παραπάνω τιμή είναι ανά μονόκλινο δωμάτιο, ανά διανυκτέρευση και συμπεριλαμβάνει πρωινό και όλους τους νόμιμους φόρους.

ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ & ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗΣ

Ελεύθερες Ανακοινώσεις

Διάρκεια παρουσίασης: 8 λεπτά (και 2 λεπτά συζήτηση)

Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-poster)

Διάρκεια παρουσίασης: 3 λεπτά

Αναρτημένες Ανακοινώσεις:

Οι Αναρτημένες Ανακοινώσεις θα παρουσιαστούν σε ηλεκτρονική μορφή (E-posters) σε οθόνες plasma σε ειδικό χώρο του Συνεδρίου. Η παρουσίαση των e-posters θα αφορά την περιήληψη όπως εστάλη αρχικά.

Βράβευση εργασιών

Η καλύτερη προφορική ανακοίνωση θα βραβευθεί με το ποσό των 1000 €.

Έπαινοι θα απονεμηθούν στην 2η και 3η καλύτερη προφορική εργασία.

Επιτροπή Βράβευσης: **Κ. Θωμόπουλος, Ι. Ιωαννίδης, Ι. Κυριαζής**

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η Εταιρεία Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου για Αγγειακά Νοσήματα ευχαριστεί θερμά τις ακόλουθες εταιρείες για τη στήριξη και τη συμβολή τους στην επιτυχία της Επιστημονικής Εκδήλωσης.



ΧΟΡΗΓΟΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

medNutrition.gr

A woman with dark hair and a slight smile is looking towards the camera. A large, semi-transparent Sanofi logo is overlaid on her face, partially covering her eye and cheek. She is wearing a light blue denim jacket over a white top. The background is a blurred city street at night with warm lights.

ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΟΝΤΑΣ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

ΝΟΡΕ. Η ΕΛΠΙΔΑ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΠΙΣΩ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΠΟΦΑΣΙΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΛΕΝΑΣ ΝΑ ΖΕΙ ΜΕ ΤΟΝ ΔΙΑΒΗΤΗ.

Η Λένα είναι ένα από τα 382 εκατομμύρια ατόμων με διαβήτη παγκοσμίως. Η Sanofi, για να βελτιώσει την ποιότητα ζωής τους, ενασχολείται και προάγει καθημερινά την πρόληψη, τη θεραπεία και την τεχνολογική υποστήριξή τους, τηρώντας τη δέσμευσή της να ανταποκρίνεται στις προσδοκίες και την ελπίδα των ατόμων που ζουν με διαβήτη.

www.sanofi.gr
www.sanofi.com

GR.COM.15.02.03

SANOFI 

Janumet
(sitagliptin/metformin, MSD)

Januvia
(sitagliptin, MSD)



ΠΩΣΕΙΣ ΣΥΝΕΓΧΡΑΣΤΕΙΣ ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΕΙΣ ΤΗΝ ΔΕΥΤΕΡΗ ΚΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ



Υπεύθυνος Άδειας Κυκλοφορίας
MSD Α.Φ.Β.Ε.Ε.
ΤΜΗΜΑΤΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ
ΑΘΗΝΑ: Αγ. Δημητρίου 63, 174 56 Άλιμος, Τηλ.: 2109897300
ΒΟΡΕΙΑ ΕΛΛΑΔΑ: Ρογιά, Θεσ/νίκης - Οδύσης, 570 01 ΠΥΛΑΙΑ,
ΤΗΛ: 2310 863634, FAX: 2310 863687
www.merck.com



Συντρούβηση από την εταιρεία:
BIANEX Α.Ε. ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

LICENSEE/DISTRIBUTOR OF **MERCK SHARP & DOHME**, Division of MERCK & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA.
Γραφείο Επιστημονικής Ενλημέρωσης
• ΑΘΗΝΑ: Οδός Τσιτσώνη 140 71 Ν. Ερυθρίαις, Τηλ.: 210 8009111
• E-Mail: marketing@bianex.gr • INTERNET: <http://www.bianex.gr>
• ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Αεθόργου 113, Κόμβος Μακρυγιάννη, Εύοσμος Θεσσαλονίκης, ΤΚ 56224, Τηλ: 2310 861683
• ΠΑΤΡΑ: Μεσώνος 131, Τηλ: 2610 221997

4^ο ΑΚΡΟΠΟΛΙΣ 2015



**Εταιρεία Μελέτης Παράγοντων Κινδύνου
για Αγγειακά Νοσήματα**

**Ετήσια συνάντηση ειδικών
σε θέματα καρδιομεταβολικού
κινδύνου: αμφιλεγόμενα θέματα αιχμής**

**10 - 12 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2015
ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ ROYAL OLYMPIC, ΑΘΗΝΑ**

ΧΟΡΗΓΟΥΝΤΑΙ 17 ΜΟΡΙΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ CME-CPD CREDITS

Υπό την Αιγίδα του International Chair on Cardiometabolic Risk (ICCR)
& του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών (ΙΣΑ)



ΒΙΒΛΙΟ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ



4^ο ΑΚΡΟΠΟΛΙΣ 2015



**Εταιρεία Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου
για Αγγειακά Νοσήματα**

**Ετήσια συνάντηση ειδικών
σε θέματα καρδιομεταβολικού
κινδύνου: αμφιλεγόμενα θέματα αιχμής**

**10 - 12 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2015
ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ ROYAL OLYMPIC, ΑΘΗΝΑ**

ΧΟΡΗΓΟΥΝΤΑΙ 17 ΜΟΡΙΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ CME-CPD CREDITS

Υπό την Αιγίδα του International Chair on Cardiometabolic Risk (ICCR)
& του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών (ΙΣΑ)



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 09 (1^ο Βραβείο Προφορικής Ανακοίνωσης)

RELATIONSHIP BETWEEN MICROALBUMINURIA AND STRUCTURAL CHANGES IN ARTERIAL VESSELS IN PATIENTS WITH TYPE II DIABETES MELLITUS AND DIABETIC NEPHROPATHY.

D. Koumoutsea^{1,4}, V. German^{1,4}, C. Soitou², P. Thalassinou^{1,4}, D. Aslanoglou³, I. Griveas⁴, K. Xenakis⁵, A. Galinas⁴, P. Kotileas⁵, G. Stavgianoudakis⁴

¹ Sector of Internal Medicine 401 General Army Hospital of Athens,

² Internal Medicine Department of Kos Hospital,

³ Health Center of Patmos,

⁴ Division of Renal Medicine 417 VA Hospital of Athens (NIMTS),

⁵ Division of Cardiology and Cardiovascular Medicine 401 General Army Hospital of Athens

BACKGROUND/AIM: The aim of this study was to evaluate any potential relationship between diabetic nephropathy, particularly microalbuminuria and structural changes in arteries.

MATERIALS - METHODS: 72 type II diabetic patients (44 men and 28 women, mean age 53±16 years) were studied. The patients under study were divided into three groups according to albuminuria status as following: Group I: 25 pts without albuminuria (<30 mgr alb/gr creat), Group II: 23 pts with microalbuminuria (30-300 mgr/gr) and Group III: 24 pts with macroalbuminuria (>300 mgr/gr). Albuminuria was measured by collection of fasting random urine specimen on arrival to the outpatient clinics early in the morning. The Carotid IMT (Intima Media Thickness) was measured by a B-mode UltraSound 10 Hz transducer. Each group was evaluated for Body Mass Index (BMI), glycosylated haemoglobin (HbA1c), lipid and blood pressure (BP) levels.

RESULTS: Systolic BP (SBP) levels in the Group II were found 143,5±15,3 mmHg, significantly higher (p< 0,01) than those SBP levels in the Group I (132,4±17,8 mmHg) and the Group III (138,8±18,6 mmHg). No significant differences in age, smoking and oral antihypertensive agents were found between those three groups. Carotid IMT mean values in the Group II were 1,28±0,36 mm, significantly higher (p< 0,01) than those Carotid IMT mean values in the Group I and the Group III (1,08±0,26 mm ; 1,18±0,45 mm respectively). There were no significant differences in BMI, HbA1c, lipid and serum creatinine levels between those three groups.

CONCLUSIONS: The Carotid IMT was significantly higher in diabetic patients with microalbuminuria. Therefore microalbuminuria seems to be associated with structural changes in arteries.

ΠΑ 11 (2^ο Βραβείο Προφορικής Ανακοίνωσης)

Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ΣΤΑ ΔΥΟ ΦΥΛΑ ΜΕ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΔΕΚΑΕΤΙΑ ΣΤΟΝ ΑΣΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ.

Α. Σαμέντζας, Γ. Παπαγιάννης, Γ. Σιώνης, Δ. Παπαδημητρίου, Δ. Παπασάικας, Ε. Σέργη, Α. Ζήκος, Α. Τρίκας
Καρδιολογική Κλινική ΓΝΑ «Η ΕΛΠΙΣ»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Από τη διεθνή βιβλιογραφία είναι πλέον γνωστό ότι ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί μια παγκόσμια και ταχέως εξελισσόμενη πανδημία, ενώ έχει ήδη καταδειχθεί ο αυξημένος κίνδυνος της εμφάνισης στεφανιαία νόσου σε διαβητικούς ασθενείς. Σύμφωνα με πρόσφατες ανακοινώσεις σε διεθνή περιοδικά, η καρδιαγγειακή νόσος, με προεξάρχουσα τη στεφανιαία νόσο, ευθύνεται για το 70-80% των θανάτων των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη, ενώ περίπου το 50% των νεοδιαγνωσμένων διαβητικών πάσχουν ήδη από καρδιαγγειακή νόσο.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας είναι η συγκριτική μελέτη (ως προς το φύλο) της επίπτωσης του σακχαρώδους διαβήτη (ΣΔ) σε ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (ΟΣΣ).

Η μελέτη της επίπτωσης του σακχαρώδους διαβήτη (ΣΔ) σε ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (ΟΣΣ) (που συμπίπτει χρονικά και με την περίοδο της ελληνικής οικονομικής κρίσης- πενταετία 2008-2012), όπως αυτή αντικατοπτρίζεται από τα δεδομένα ενός κεντρικού νοσοκομείου των Αθηνών, αποκτά έντονο κοινωνικό και επιστημονικό ενδιαφέρον.

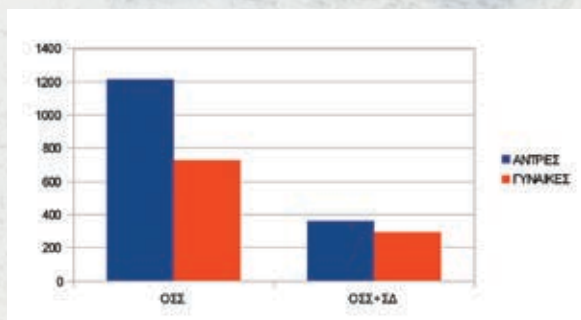
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη ασθενών (και των δύο φύλων) διαφόρων ηλικιακών ομάδων που νοσηλεύτηκαν στην καρδιολογική κλινική του Γ.Ν.Α ΕΛΠΙΣ την τελευταία δεκαετία (2003-2012) λόγω ΟΣΣ (οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου-ασταθής στηθάγχη). Επιπλέον καταγράφηκαν όσοι από αυτούς έπασχαν από ΣΔ και κατατάχτηκαν σε δύο ομάδες ανάλογα με το φύλο (άρρενες-θήλειες).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από το 2003 έως και το 2012 εισήχθησαν συνολικά 7280 ασθενείς στην Καρδιολογική Κλινική του ΓΝΑ ΕΛΠΙΣ εκ των οποίων οι 3918 ήταν άντρες και οι 3362 ήταν γυναίκες. Από αυτούς ήταν 1210 άρρενες ασθενείς με ΟΣΣ, εκ των οποίων 362 έπασχαν από ΣΔ και 724 θήλειες ασθενείς με ΟΣΣ, εκ των οποίων 298 έπασχαν από ΣΔ (Πίνακας 1).

Πίνακας 1

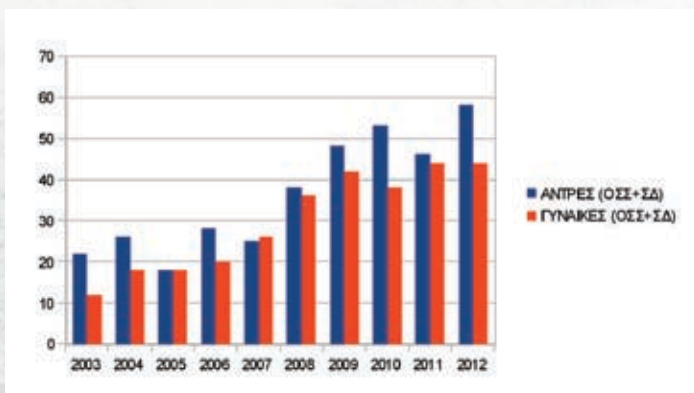
| ΑΣΘΕΝΕΙΣ | ΟΣΣ | ΟΣΣ+ΣΔ |
|------------------|------|--------|
| ΑΡΡΕΝΕΣ | 1210 | 362 |
| ΘΗΛΕΙΣ | 724 | 298 |
| ΑΡΡΕΝΕΣ + ΘΗΛΕΙΣ | 1934 | 660 |

ΓΡΑΦΗΜΑ 1



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΓΡΑΦΗΜΑ 2



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τα παραπάνω αποτελέσματα προκύπτει ότι το ποσοστό συνύπαρξης ΣΔ και ΟΣΣ είναι ιδιαίτερα υψηλό και στα δύο φύλα (34% μ.ο), με τον πληθυσμό των ανδρών (41%) όμως να υπερέχει αισθητά έναντι του γυναικείου (30%) ($p < 0,005$, γράφημα 1). Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνει την άμεση συσχέτιση του ΣΔ με το ΟΣΣ καθώς και την βαρύτητα που έχει ο ΣΔ ως βασικός παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα.

Όπως επίσης διαφαίνεται ξεκάθαρα (γράφημα 2), αξιολογείται εύρημα της μελέτης μας είναι και η σημαντική κατ' έτος αύξηση του αριθμού των ασθενών που εμφάνιζαν ΟΣΣ και ΣΔ κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης (2008-2012), σε σχέση με την περίοδο πρό αυτής (2003-2008) ($p < 0,001$), ιδιαίτερα όσο αφορά τον αντρικό πληθυσμό ($p < 0,01$).

Παρόμοιες μελέτες και σε άλλους πληθυσμούς της ελληνικής περιφέρειας θα συνδράμουν σημαντικά στην αξιολόγηση της επίπτωσης του ΣΔ στην καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνησιμότητα ως προς τα δύο φύλα.

ΠΑ 10 (3^ο Βραβείο Προφορικής Ανακοίνωσης)

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΜΕΣΗΣ ΤΙΜΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΜΕΝΗΣ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΣΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2.

Κ. Μακρής¹, Λ. Σπανού^{1,2}, Α. Ραμπαούν-Αντωνέλη³, Κ. Κόνιαρη², Ι. Δρακόπουλος¹, Δ. Ρίζος⁴

¹ Βιοχημικό Τμήμα ΓΝΑ ΚΑΤ

² Παθολογικό Τμήμα ΓΝΑ ΚΑΤ

³ Διαβητολογικό Ιατρείο - ΙΚΑ Χαλανδρίου

⁴ Οργανολογικό Εργαστήριο Αρεταίειο Νοσοκομείο - ΕΚΠΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η μέτρηση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο για τη διάγνωση και παρακολούθηση των ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ). Η HbA1c αποτελεί ένα δείκτη του μέσου όρου των τιμών της γλυκόζης του αίματος κατά το τελευταίο τρίμηνο και αποδεδειγμένα αποτελεί δείκτη κινδύνου εμφάνισης των επιπλοκών του ΣΔ. Ωστόσο, η HbA1c δεν δίνει πληροφορίες στους ασθενείς σχετικά με τις τιμές της γλυκόζης του αίματος σε καθημερινή βάση με αποτέλεσμα να είναι αναγκαίος ο συχνός αυτοέλεγχος των τιμών της γλυκόζης του αίματος από τους ασθενείς για την καθημερινή διαχείριση του ΣΔ. Οι κλινικοί γιατροί μπορεί να αντιλαμβάνονται τι σημαίνει HbA1c και πώς σχετίζεται με τη γλυκόζη αίματος, αλλά αυτό δεν ισχύει και για τους ασθενείς. Ως εκ τούτου, η μετάφραση του αποτελέσματος της HbA1c σε κάτι πιο οικείο στους ασθενείς αποτελεί μια αναγκαιότητα.

ΣΚΟΠΟΣ: της μελέτης είναι να συσχετίσει τις Μέσες τιμές Γλυκόζης Αίματος (ΜΓΑ) με τη HbA1c σε Έλληνες ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2) ή /και μεταβολικό σύνδρομο.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν 140 Έλληνες, ενήλικες ασθενείς: 92 ασθενείς με διαγνωσμένο ΣΔ2 σε αγωγή είτε με ινσουλίνη είτε με αντιδιαβητικά δισκία και 48 ασθενείς με νεοδιαγνωσθέν ΣΔ2 ή μεταβολικό σύνδρομο άνευ θεραπευτικής αγωγής. Η ΜΓΑ υπολογίσθηκε για κάθε ασθενή με βάση τον αυτοέλεγχό του με ένα φορητό μετρητή σακχάρου (Bayer Ascencia). Σύμφωνα με το πρωτόκολλο της μελέτης, κάθε ασθενής υποχρεούτο σε έξι μετρήσεις την ημέρα (πριν και 2 ώρες μετά από κάθε γεύμα), τρεις φορές την εβδομάδα, για 1 μήνα. Η HbA1c προσδιορίστηκε με τη μέθοδο HPLC (Menarini-Arkray HA8160) στην αρχή (0) και στη 12η εβδομάδα της παρακολούθησης κάθε συμμετέχοντος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η συσχέτιση της HbA1c στην αρχή 0 (x) και 12η εβδομάδα (y) παρουσιάζεται πολύ ισχυρή ($y = 0.790x + 1.115, r = 0.92$), επιβεβαιώνοντας ότι η γλυκαιμική κατάσταση των ασθενών παρέμεινε σταθερή καθ' όλη τη διάρκεια της παρακολούθησης. Εφαρμόζοντας το μοντέλο της γραμμικής παλινδρόμησης όπου η τιμή της HbA1c στις 12 εβδομάδες, το φύλο, η ηλικία, ο δείκτης μάζας σώματος (BMI) και η κατάσταση του ασθενούς (ΣΔ2 υπό αγωγή ή άνευ) χρησιμοποιήθηκαν ως ανεξάρτητες μεταβλητές, αποδεικνύεται μόνο η HbA1c στις 12 εβδομάδες αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα της ΜΓΑ. Το τελικό μοντέλο ήταν: $ΜΓΑ(mg/dl) = (34,74 \times HbA1c) - 79,21, r = 0,93$ (95% CI για την κλίση: 32.47–37.02) Όμως παρότι ο συντελεστής συσχέτισης (r) της ανωτέρω σχέσης είναι πολύ ισχυρός από στατιστικής άποψης, το 95% διάστημα εμπιστοσύνης είναι αρκετά μεγάλο με αποτέλεσμα μια τιμή ΜΓΑ να αντιστοιχεί σε ένα σημαντικό μεγάλο εύρος πιθανών τιμών HbA1c και αντίστροφα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματά μας δείχνουν μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της ΜΓΑ και της HbA1c σε ασθενείς με ΣΔ2 και θα μπορούσαν υποστηρίξουν την ιδέα της έκφρασης της HbA1c ως αποτέλεσμα μέσης γλυκόζης αίματος. Αυτό θα βοηθήσει τους αφενός τους ασθενείς να αποκτήσουν μια σαφέστερη ερμηνεία των αποτελεσμάτων, που θα τους προκαλεί λιγότερη σύγχυση, αφετέρου τους γιατρούς να εκτιμήσουν καλύτερα τον γλυκαιμικό έλεγχο των ασθενών με παθολογικές αιμοσφαιρίνες ή άλλες παθολογικές καταστάσεις που HbA1c δεν δίνει αξιόπιστα αποτελέσματα.

ΠΑ 01

ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΡΙΝΟΡΡΑΓΙΑΣ.

Αικ. Δρύλιση, Ι. Κοκολιάκης, Αικ. Μούντριχα, Γ. Μπερτόλης, Ν. Μαρουδιάς
ΩΡΛ Κλινική, Γ.Ν. Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο», Αθήνα, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ: Μελετήθηκε η καρδιαγγειακή νοσηρότητα των νοσηλευόμενων ασθενών με ρινορραγία κατά την προσθίου/προσθιοπίσθιου πωματισμού στην ΩΡΛ Κλινική του νοσοκομείου μας για τα έτη 2013-2014.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Η μελέτη συμπεριέλαβε τους νοσηλευόμενους ασθενείς με ρινορραγία για τα έτη 2013-2014 που ήταν 17 άνδρες και 3 γυναίκες σε συνολικά 20 ασθενείς. Ταξινομήθηκαν σε ομάδες κατά ηλικία - 20+ έως 50 ετών, 50+ έως 80 ετών και 80+ ετών -, φύλο - άρρεν/θήλυ - και ημέρες νοσηλείας - εύρος ημερών 2 έως 9 -. Παράλληλα, ελήφθη ατομικό ιστορικό των ασθενών με έμφαση στα καρδιαγγειακά νοσήματα και ειδικότερα στην αρτηριακή υπέρταση, στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου ΙΙ, στην υπερλιπιδαιμία, στη κοιλιακή μαρμαρυγή και στη στεφανιαία νόσο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η κατανομή κατά ηλικία, φύλο και ημέρες νοσηλείας απέδωσε μέσο όρο ηλικίας νοσηλευόμενου για τα έτη 2013-2014 69,35 έτη, με υπεροχή των ανδρών έναντι των γυναικών - 17άνδρες/3 γυναίκες/20 ασθενείς - και μέσο όρο ημερών νοσηλείας 5,3 ημέρες. Οι ασθενείς νοσούσαν από αρτηριακή υπέρταση κατά 60% - 12/20 ασθενείς -, σακχαρώδη διαβήτη τύπου ΙΙ κατά 50% - 10/20 ασθενείς -, υπερλιπιδαιμία κατά 60% - 12/20 ασθενείς -, κοιλιακή μαρμαρυγή κατά 20% - 4/20 ασθενείς - και στεφανιαία νόσο κατά 45% - 9/20 ασθενείς - περιλαμβάνοντας αντικατάσταση καρδιακής βαλβίδας - 15% -, αγγειοπλαστική δύο ή τριών αγγείων- 15% - και χειρουργθέν ανεύρυσμα αορτής - 15% -, αντίστοιχα - 3/20 ασθενείς - .

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι άνδρες με μέσο όρο ηλικίας περίπου τα 64 έτη και με θετικό καρδιαγγειακό ατομικό ιστορικό περιλαμβάνοντας συνοσηρότητα αρτηριακής υπέρτασης και σακχαρώδη διαβήτη τύπου ΙΙ - 8/17 ασθενείς - ή στεφανιαία νόσο - 7/17 ασθενείς -, σε ποσοστά 47,05% και 41,18% αντίστοιχα, εισάγονται στην ΩΡΛ Κλινική με ρινορραγία και νοσηλεύονται κατά μέσο όρο για 5,6 ημέρες.

ΠΑ 02

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΤΙΝΩΝ ΣΤΗΝ ΣΤΥΤΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Α. Σαμέντζας, Γ. Σιώνης, Γ. Παπαγιάννης, Γ. Μηλιαζάκης, Α. Πασχάλης, Π. Στουγιάννος, Α. Ζήκος, Α. Τρίκας
Καρδιολογική Κλινική ΓΝΑ «Η ΕΛΠΙΣ»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο όρος στυτική δυσλειτουργία (ΣΔ), ο οποίος έχει αντικαταστήσει τον συγκινησιακά φορτισμένο όρο "ανικανότητα", εκφράζει την αδυναμία έναρξης και διατήρησης μιας σύσης ικανής για την επίτευξη σεξουαλικής επαφής.

Η αιτιολογία της πάθησης αυτής είναι πολυπαραγοντική όμως πιο συχνά ευθύνονται αγγειακές βλάβες που προκαλούνται από δυσλειτουργία του ενδοθηλίου.

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη έχει ως στόχο να διερευνήσει τη σχέση της στυτικής δυσλειτουργίας με τη συνύπαρξη δυσλιπιδαιμίας καθώς και την επίπτωση της υπολιπιδαιμικής αγωγής με στατίνες σε ασθενείς με στυτική δυσλειτουργία (που δεν ελάμβαναν αναστολείς φωσφοδιεστεράσης)

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΙ: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 100 άρρενες ασθενείς (ηλικίας 40-70 ετών) με μοναδικό παράγοντα κινδύνου την δυσλιπιδαιμία (κανένας από αυτούς δεν ελάμβανε υπολιπιδαιμική αγωγή) και στυτική δυσλειτουργία. Η διάγνωση της στυτικής δυσλειτουργίας και ο βαθμός αυτής αξιολογήθηκαν με βάση το διεθνές ερωτηματολόγιο στυτικής λειτουργίας (IIEF).

Σε όλους μετρήθηκαν τα επίπεδα ολικής χοληστερόλης (CHOL), χαμηλής (LDL) και υψηλής (HDL) πυκνότητας λιποπρωτεϊνών καθώς και τριγλυκεριδίων (TRG) στο αίμα. Κατόπιν οι 50 από αυτούς ξεκίνησαν θεραπεία με στατίνη (ατορβαστατίνη) ενώ οι άλλοι 50 δεν έλαβαν καμία θεραπεία (ομάδα ελέγχου). Μετά από 3 μήνες και οι 100 ασθενείς υποβλήθηκαν εκ νέου στην ίδια διαδικασία (συμπλήρωση IIEF ερωτηματολογίου-προσδιορισμός στο αίμα επιπέδων CHOL, LDL, HDL, TRG).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα της μελέτης, όσο αφορά τη στυτική δυσλειτουργία και το λιπιδαιμικό προφίλ των ασθενών υπό διερεύνηση, πριν και μετά την θεραπεία με στατίνη, παρατίθενται συγκεντρωτικά στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 1

| | ΣΤΑΤΙΝΕΣ | ΟΜΑΔΑ ΕΛΕΓΧΟΥ |
|---------------|----------|---------------|
| Προ θεραπείας | 11,4* | 10,8* |
| Μετά θεραπεία | 16,3* | 11,2* |

*ΜΟ (μέσος όρος) score IIEF (International Index of Erectile Dysfunction)
- p<0,05

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς που έλαβαν υπολιπιδαιμική θεραπεία για 3 μήνες με στατίνη βελτίωσαν σημαντικά (p<0,01), τόσο το λιπιδαιμικό τους προφίλ όσο και τη στυτική τους δυσλειτουργία, σε σχέση με την ομάδα των ασθενών που δεν έλαβαν καμία θεραπεία.

Συνεπώς οι άνδρες που χρησιμοποιούν στατίνες για να βελτιώσουν τα επίπεδα της χοληστερόλης τους, μπορεί να έχουν σημαντική κλινική βελτίωση στη λειτουργία της σύσης.

Παρά το γεγονός ότι οι στατίνες δεν συνιστώνται ως βασική θεραπεία για τη στυτική δυσλειτουργία στους άνδρες με φυσιολογικά επίπεδα χοληστερόλης, το αποτέλεσμα αυτό μπορεί να βελτιώσει τη συμμόρφωση των υπερχοληστερολαιμικών ασθενών στη θεραπεία με στατίνες.

ΠΑ 03

ΔΙΑΒΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Ι. Κυριαζής, Κ. Σγούρος, Δ. Στεφανή, Σ. Τσαούση, Ε. Καλαφάτης, Τ. Μανούσος, Μ. Καριώρη, Π. Γεωργακόπουλος, Μ. Λελιέκνης

Παθολογική Κλινική & Ιατρείο Διαβήτη - Παχυσαρκίας, Γ.Ν.Α ΚΑΤ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η κατάθλιψη εμφανίζεται στα άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) πολύ συχνότερα από τον γενικό πληθυσμό με τουλάχιστον ένα στα πέντε άτομα με ΣΔ να παρουσιάζει καταθλιπτική συμπτωματολογία.

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση του επιπολασμού της κατάθλιψης, η πιθανή συσχέτιση της με την γλυκαιμική ρύθμιση και τις διαβητικές επιπλοκές σε άτομα με ΣΔ τύπου 2 [ΣΔΤ2].

ΥΛΙΚΟ: 125 ασθενείς (45,9% άνδρες), 64,7% άνω των 45 ετών, χωρίς να παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων, $p=0,213$.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Καταγράφηκαν τα δημογραφικά και σωματομετρικά στοιχεία τους, οι πληροφορίες σχετικές με την παρουσία άηλων μεταβολικών και μη χρόνιων νοσημάτων, έγινε πλήρης κλινικοεργαστηριακός έλεγχος και έλεγχος παρουσίας διαβητικών επιπλοκών. Η εκτίμηση της κατάθλιψης έγινε με την χρήση της κλίμακας αυτοαξιολόγησης της κατάθλιψης κατά Zung.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η διάρκεια ΣΔΤ2 ήταν $8\pm 10,0$ έτη χωρίς να παρουσιάζεται διαφορά μεταξύ των δύο φύλων ($p=0,223$). Το 61,3% παρουσίαζε κάποιου βαθμού κατάθλιψη [28,9% ήπια κατάθλιψη 32,4% μέτριου βαθμού κατάθλιψη] με τη διαφορά μεταξύ των δύο φύλων να είναι στατιστικά σημαντική ($p<0,0001$) και τις γυναίκες με ΣΔΤ2 να παρουσιάζουν συχνότερα τόσο ήπια ($p<0,0001$) όσο και μέτριου βαθμού κατάθλιψη ($p<0,0001$) σε σχέση με τους άνδρες. Οι ασθενείς με κατάθλιψη ήταν μεγαλύτερης ηλικίας ($p=0,0029$) και είχαν μεγαλύτερη διάρκεια εμφάνισης του ΣΔΤ2 ($p=0,001$), ενώ δεν διαπιστώθηκε διαφορά στην διάρκεια του ΣΔ μεταξύ των ασθενών με φυσιολογικό συναίσθημα και αυτών με ήπιου βαθμού κατάθλιψη ($p=0,625$). Η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη παρουσίαζε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ασθενών με φυσιολογικό συναίσθημα και αυτών με μέτριου βαθμού κατάθλιψη ($6,2\pm 2,11$ vs $7,3\pm 1,15$, $p=0,037$) ενώ δεν διαπιστώθηκε ανάλογη διαφορά μεταξύ των ασθενών με φυσιολογικό συναίσθημα και αυτών με ήπιου βαθμού κατάθλιψη ($6,1\pm 2,07$ vs $6,29\pm 0,93$, $p=0,506$). Στεφανιαία νόσο παρουσίαζε το 22,9% των ασθενών (αγγειοπλαστική το 2,9% και αορτοστεφανιαία παράκαμψη το 7,1%), νεφροπάθεια το 13,1%, αμφιβληστροειδοπάθεια το 34,2%, στυτική δυσλειτουργία το 48,5% των ανδρών, διαβητικό πόδι το 5,7% και ακρωτηριασμός είχε διενεργηθεί στο 2,3% των ασθενών. Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση του βαθμού κατάθλιψης με την εμφάνιση των επιπλοκών του ΣΔΤ2 ($r=0,222-0,139$ $p=0,003-0,026$), ενώ ανάλογη συσχέτιση παρουσίασε και η διάρκεια του ΣΔΤ2 ($p=0,001$) καθώς και το επίπεδο μόρφωσης για την παρουσία διαβητικού ποδιού ($r=0,200$ $p=0,004$) και στυτικής δυσλειτουργίας ($r=0,209$ $p=0,013$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η κατάθλιψη ανευρίσκεται συχνά μεταξύ των ασθενών με ΣΔΤ2 και κυρίως σε γυναίκες, σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και με μεγαλύτερη διάρκεια ΣΔ2. Διαπιστώνουμε δε ότι ακόμα και η μέτριου βαθμού κατάθλιψη επιδρά αρνητικά στην γλυκαιμική ρύθμιση των ατόμων με ΣΔΤ2 καθώς και ότι η παρουσία επιπλοκών, παρουσιάζει συσχέτιση με το βαθμό κατάθλιψης.

ΠΑ 04

ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΚΑΤΟΙΚΩΝ ΚΛΕΙΣΤΟΥ ΑΓΡΟΤΙΚΟΥ ΝΗΣΙΩΤΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ.

Χ. Καπέλιος, Ι. Ιωαννίδης, Ι. Κυριαζής, Κ. Σγούρος, Χ. Δημοσθενόπουλος, Ε. Χατζηαγγελιάκη, Σ. Λιάτς

Επιστημονική Ομάδα Perseas ΕΜΠΑΚΑΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η προγνωστική αξία διαφόρων παραγόντων κινδύνου (κάπνισμα, αρτηριακή υπέρταση, υπερλιπιδαιμία, σακχαρώδης διαβήτης) ως προς την επίπτωση της καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνητότητας έχει καθιερωθεί από πολυάριθμες μελέτες καταγραφής και παρέμβασης. Ο επιπολασμός των παραγόντων αυτών σε πραγματικούς πληθυσμούς περιοχών της Ελλάδος δεν έχει επαρκώς διερευνηθεί.

ΣΚΟΠΟΣ: Ο προσδιορισμός του επιπολασμού των κλασικών παραγόντων καρδιαγγειακής νοσηρότητας και των ιδίων των καρδιαγγειακών νοσημάτων, στους κατοίκους της Εξαφονήσου Λακωνίας, ενός κλειστού, παραδοσιακά αγροτικού πληθυσμού του ελλαδικού χώρου.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Διανεμήθηκαν και μελετήθηκαν οι απαντήσεις σε σταθμισμένα ερωτηματολόγια κλειστού τύπου για α) τα βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά, β) την παρουσία των κυριότερων παραγόντων κινδύνου καρδιαγγειακής νοσηρότητας και γ) την παρουσία γνωστής καρδιαγγειακής νόσου κατά το χρονικό διάστημα 2012-2014. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες υπεβλήθησαν σε λιπομέτρηση, μέτρηση σωματικού βάρους, ύψους και περιφέρειας μέσης και ισχίου, λιπιδαιμικό και γλυκαιμικό προφίλ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στη μελέτη συμμετείχαν 612 άτομα, που αντιπροσωπεύουν το 77,8% του συνόλου των μόνιμων ενήλικων κατοίκων του νησιού. Εξ αυτών, οι 598 (97,7%) έδωσαν απαντήσεις στα ερωτηματολόγια και οι 601 (98,2%) δέχτηκαν να υποβληθούν σε αιμοληψία. Οι 292 ήταν άνδρες (47,7%), ενώ 164 (27%) είχαν ηλικία >65 ετών. Το 37,2% των συμμετεχόντων ήταν ενεργοί καπνιστές, ενώ το 15,3%, ήτοι 92 άτομα, είχαν διακόψει το κάπνισμα. Μόνο 173 άτομα (28,5%) είχαν φυσιολογικό δείκτη μάζας σώματος, ενώ 211 (34,7%) ήταν υπέρβαροι, 127 (20,9%) παχύσαρκοι και 80 (13,2%) νοσηρά παχύσαρκοι. Διακόσια πενήντα εννιά άτομα (42,8%) έπασχαν από αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ), ενώ 186 (31,1%) είχαν κάποια μορφή δυσλιπιδαιμίας. Με βάση το ιστορικό, 46 άτομα, ήτοι 7,7% του πληθυσμού, έπασχαν από σακχαρώδη διαβήτη. Από τις μετρήσεις γλυκόζης νηστείας και γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης ετέθη διάγνωση του διαβήτη σε επιπλέον 25 άτομα (4,2%), ανεβάζοντας το συνολικό ποσοστό των πασχόντων στο 11,9% του πληθυσμού. Επιπλέον, η διάγνωση του προ-διαβήτη ετέθη σε 29 άτομα (4,8%) με βάση τα επίπεδα γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης, σε 127 άτομα (21,1%) με βάση τα επίπεδα γλυκόζης νηστείας και σε 13 άτομα (2,2%) με αμφότερες τις μεθόδους. Τέλος, 38 άτομα (6,4%) έπασχαν από στεφανιαία νόσο (ΣΝ), δώδεκα (2%) είχαν ιστορικό αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ) και 49 (8,2%) ιστορικό περιφερικής αγγειακής νόσου (ΠΑΝ).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η παχύσαρκια, η ΑΥ, ο σακχαρώδης διαβήτης και η δυσλιπιδαιμία φαίνεται να έχουν ιδιαίτερα υψηλό επιπολασμό μεταξύ των κατοίκων του κλειστού αγροτικού πληθυσμού της Εξαφονήσου.

ΠΑ 05

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΥΓΙΕΙΝΟΔΙΑΙΤΗΤΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΚΑΤΟΙΚΩΝ ΚΛΕΙΣΤΟΥ ΑΓΡΟΤΙΚΟΥ ΝΗΣΙΩΤΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Χ. Καπέλιος, Ι. Ιωαννίδης, Ι. Κυριαζής, Κ. Σγούρος, Χ. Δημοσθενόπουλος, Ε. Χατζηαγγελιάκη, Σ. Λιάτσης
Επιστημονική Ομάδα Perseas ΕΜΠαΚΑΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα τελευταία χρόνια πολλές επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει την άμεση συσχέτιση των διατροφικών και λοιπών υγιεινοδιαιτητικών συνθηκών με την επίπτωση της αθηρωμάτωσης και την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων.

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή των διατροφικών συνθηκών των κατοίκων της Ελλαφονήσου Λακωνίας, ενός κλειστού, παραδοσιακά αγροτικού πληθυσμού του ελλαδικού χώρου, καθώς και η ανάδειξη συσχετίσεων μεταξύ των συνθηκών αυτών και α) των σωματομετρικών χαρακτηριστικών, β) των λοιπών συνθηκών ζωής και γ) της παρουσίας καρδιαγγειακών νοσημάτων.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Διανεμήθηκαν και μελετήθηκαν οι απαντήσεις σε σταθμισμένα ερωτηματολόγια κλειστού τύπου για α) τα βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά, β) τις διατροφικές συνήθειες, γ) τον τρόπο ζωής και γ) την παρουσία καρδιαγγειακών νοσημάτων κατά το χρονικό διάστημα 2012-2014. Επιπλέον, οι συμμετεχόντων υποβλήθηκαν σε λιπομέτρηση, μέτρηση δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) και περιφέρειας μέσης, καθώς και σε λιπιδαιμικό και γλυκαιμικό προφίλ αίματος. Τέλος, υπολογίστηκε ένα σταθμισμένο διατροφικό σκορ, που λαμβάνει τιμές από 0 (καθόλου υγιεινή διατροφή) έως 11 (πολύ υγιεινή).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στη μελέτη συμμετείχαν 612 άτομα, που αντιπροσωπεύουν το 77,8% του συνόλου των μόνιμων κατοίκων του νησιού. Εξ αυτών, οι 598 (97,7%) έδωσαν απαντήσεις στα ερωτηματολόγια και οι 601 (98,2%) δέχθηκαν να υποβληθούν σε αιμοληψία. Το 47,7% πληθυσμού της μελέτης ήταν άρρενες ενώ το 37,2% των συμμετεχόντων ήταν ενεργοί καπνιστές. Τετρακόσια δέκα οκτώ άτομα (68,8%) είχαν παθολογικά υψηλό ΔΜΣ ($\geq 25\text{Kg}/\text{m}^2$). Διακόσια εβδομήντα επτά άτομα (46,2%) κατανάλωναν αλκοόλη, με σαφή προτίμηση στο κρασί (41,9%). Σε ότι αφορά στις διατροφικές συνήθειες, το 42,8% και 35,9% των συμμετεχόντων κατανάλωνε φρούτα και λαχανικά έως 3 φορές την εβδομάδα, αντίστοιχα, ενώ το 96,2% κατανάλωνε καθημερινά ελαιόλαδο. Η μέση τιμή του διατροφικού σκορ, ήταν 5.8 ± 1.8 (διάμεση τιμή 6). Το 28,7% των ατόμων δεν ανέφερε καθόλου σωματική δραστηριότητα, εν αντιθέσει με το 48,6% που ανέφερε κάποια δραστηριότητα σε καθημερινή βάση. Οι συμμετέχοντες με τις υψηλές τιμές διατροφικού σκορ (8-11, N=98) ήταν μεγαλύτεροι σε ηλικία ($P=0,001$) και σε υψηλότερο ποσοστό άνδρες ($P<0,001$) σε σχέση με τα άτομα με τις μέτριες (4-7, N=414) και χαμηλές τιμές διατροφικού σκορ (≤ 3 , N=61). Επιπλέον, ανέφεραν πιο συχνά μεσημεριανό ύπνο ($P=0,006$), κατανάλωναν περισσότερο αλκοόλη ($P<0,001$) και έπασχαν σε υψηλότερο ποσοστό από στεφανιαία νόσο ($P=0,001$). Τέλος, τα άτομα με καλές και μέτριες διατροφικές συνήθειες ασκούνταν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό από τα άτομα με κακές συνήθειες ($P=0,047$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Οι διατροφικές συνήθειες των κατοίκων της Ελλαφονήσου μπορούν να χαρακτηριστούν ως μέτριες, παρά την καθημερινή κατανάλωση ελαιόλαδου. Οι συνήθειες αυτές φαίνεται να σχετίζονται με τη φυσική δραστηριότητα και να βελτιώνονται με την αύξηση της ηλικίας και την παρουσία καρδιαγγειακής νόσου.

ΠΑ 06

ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ: ΣΚΕΠΤΙΚΙΣΜΟΣ ΠΑΝΩ ΣΤΙΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΕΝΑΡΞΗ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ.

Β. Μαμάκου^{1,2}, Π. Βήυσμας³, Ν. Τεντολούρης⁴, Σ. Μεταξά⁵, Α. Θανοπούλου⁶

¹ Παθολογική Κλινική, «Δρομοκαΐτειο» Ψ.Ν.Α

² Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

³ Καρδιολόγος, Δαφνί Ψ.Ν.Α.

⁴ Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Αθηνών, «Λαϊκό» ΓΝΑ

⁵ Σοφία Μεταξά, Senior Clinical Fellow, Cardiology Department, Wexham Park Hospital, Frimley Health NHS Foundation NHS Trust

⁶ Διαβητολογικό Κέντρο, Β' Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, «Ιπποκράτειο» Γ.Ν.Α.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ: Η αρτηριακή πίεση αποτελεί μεταξύ άλλων παράγοντα κινδύνου για στεφανιαία νόσο. Η τιμή της συστολικής πίεσης στους διαβητικούς ασθενείς έχει μεταβληθεί στις τελευταίες κατευθυντήριες οδηγίες. Στην παρούσα μελέτη εξετάσαμε την τιμή της συστολικής και διαστολικής πίεσης πάνω από την οποία αυξάνει ο κίνδυνος για στεφανιαία νόσο.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Μελετήσαμε συνολικά 1653 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, οι οποίοι νοσηλεύονταν στο ψυχιατρικό νοσοκομείο “Δρομοκαΐτειο”. Εφαρμόσαμε αυστηρά κριτήρια ένταξης στη μελέτη και τελικά θεωρήθηκαν κατάλληλοι 603(408 χωρίς και 195 με στεφανιαία νόσο). Κριτήρια αποκλεισμού από τη μελέτη αποτέλεσαν λήψη ανυπερτασικής αγωγής, η μη συνεργασία του ασθενούς στη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και η μη πιστοποιημένη ύπαρξη στεφανιαίας νόσου. Η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης πραγματοποιήθηκε για χρονικό διάστημα 15 ημερών με καθημερινή μέτρηση (δύο φορές μέτρησης με χρήση μέσου όρου) δύο φορές την ημέρα και χρησιμοποιήθηκε ο μέσος όρος της συστολικής και διαστολικής πίεσης. Η στεφανιαία νόσος θεωρήθηκε παρούσα όταν υπήρχε στεφανιογραφικός έλεγχος θετικός για στένωση τουλάχιστο ενός στεφανιαίου αγγείου μεγαλύτερη ή ίση του 50%. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS και Wizard pro. Λόγω του όγκου και της κανονικής κατανομής του δείγματος, μετά από ταξινόμηση των ασθενών σε ομάδες ανάλογα με τα επίπεδα της συστολικής και διαστολικής πίεσης, χρησιμοποιήθηκε η στατιστική μέθοδος t-test και Person Χ2 ενώ επιπλέον έγινε ο σχεδιασμός του προβλεπτικού μοντέλου με το οποίο υπολογίστηκε η τιμή της συστολικής και διαστολικής πίεσης (cutoff).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από την στατιστική ανάλυση προκύπτει ότι η συστολική και η διαστολική αρτηριακή πίεση συσχετίζονται σημαντικά με την στεφανιαία νόσο (p=0.025 και 0.001 αντίστοιχα). Η τιμή κινδύνου για στεφανιαία νόσο της συστολικής πίεσης είναι η 133.74 mmHg με προβλεπτική ακρίβεια 67.9% και στατιστικά σημαντική τιμή μεγαλύτερη από 135mmHg (p=0.004) και μη στατιστικά σημαντική μικρότερη από 130mmHg (p=0.597). Για τη διαστολική πίεση η αντίστοιχη τιμή είναι η 84.111 mmHg με προβλεπτική ακρίβεια 68.1% και στατιστικά σημαντική τιμή 85mmHg (p=0.001), 80mmHg (p=0.030) και μη στατιστικά σημαντική μικρότερη από 75mmHg (p=0.163).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στην μελέτη με ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 επιβεβαιώθηκε ότι η συστολική και η διαστολική αρτηριακή πίεση αποτελούν παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο. Η τιμή στη συστολική και διαστολική πίεση η οποία προβλέπει με μεγαλύτερη ακρίβεια την έναρξη του κινδύνου για στεφανιαία νόσο είναι το 133.74mmHg και το 84.111 mmHg αντίστοιχα, ενώ μπορεί να θεωρηθεί ως στατιστικά σημαντική τιμή παρέμβασης το 135 mmHg και 80mmHg αντίστοιχα.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Η εργασία δεν παρουσιάστηκε στο Συνέδριο

ΠΑ 07

ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΜΙΑ ΠΙΟ ΥΓΙΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ;

Σ. Χαντζησαλάτας

MD, MSC, PHD, Ε.Κ.Π.Α.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι ίσως η μεγαλύτερη αιτία για την απώλεια ζωών σε ολόκληρο τον πλανήτη. Κι όμως, έρευνες έχουν δείξει ότι με μικρές αλλαγές στον τρόπο ζωής μας, ο κίνδυνος μπορεί να μειωθεί σημαντικά. Ποιες είναι αυτές, όμως, και τι μας προσφέρουν συνολικά;

ΣΚΟΠΟΣ: Της παρούσης μελέτης είναι η ανάδειξη των καρδιαγγειακών νοσημάτων καθώς και του καρδιομεταβολικού κινδύνου που διέπουν τον ασθενούντα και της αποτελεσματικότητας προς μία υγιή κοινωνία.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Απετέλεσε η ενδελεχής ανασκόπηση μέσω MEDLINE της διεθνούς και Ελληνικής βιβλιογραφίας.

ΥΠΟΒΑΘΡΟ: Τα μη μεταδιδόμενα νοσήματα ευθύνονται για την πλειονότητα των θανάτων σχεδόν σε όλες τις χώρες του πλανήτη (με εξαίρεση τις χώρες της Υποσαχάριας Αφρικής). Παγκοσμίως, λοιπόν, οι τέσσερις κύριες αιτίες θανάτου είναι τα καρδιακά και τα εγκεφαλικά επεισόδια, ο καρκίνος (στις διάφορες μορφές του), τα χρόνια πνευμονικά νοσήματα και ο σακχαρώδης διαβήτης. Αναγνωρίζοντας το πρόβλημα, η Γενική Συνέλευση του ΟΗΕ υιοθέτησε μια πολυετής διακήρυξη τον Σεπτέμβριο του 2011 ώστε τα κράτη-μέλη να αναλάβουν δράση για την πρόληψη και θεραπεία των νοσημάτων αυτών. Το πρόγραμμα ονομάστηκε 25x25 ούτι ο στόχος που τέθηκε ήταν να μειωθεί η πρόωμη θνητότητα από τα εν λόγω νοσήματα κατά 25% σε σχέση με το σημερινό επίπεδο μέχρι το έτος 2025.

Γενικά, υπάρχουν δύο προσεγγίσεις στο πρόβλημα της πρόληψης μιας νόσου. Αν πάρουμε το παράδειγμα της καρδιαγγειακής νόσου, η συνηθισμένη στρατηγική είναι να εντοπίσει κανείς τα άτομα που χαρακτηρίζονται «υψηλού κινδύνου» και που κινδυνεύουν στο μέλλον να παρουσιάσουν ένα καρδιακό ή εγκεφαλικό επεισόδιο. Πρόκειται για τα άτομα που έχουν παράγοντες κινδύνου όπως υψηλή πίεση, υψηλή χοληστερόλη, διαβήτης ή καπνίζουν. Στα άτομα αυτά, αφού δοκιμάσαμε αρχικά αλλαγές στις συνήθειές τους, θα τους χορηγήσουμε τελικά φάρμακα για την πίεση ή τη χοληστερίνη, προσδοκώντας να μειώσουμε τη μελλοντική πιθανότητα να νοσήσουν.

Η ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ

Όμως, μία δεύτερη στρατηγική ίσως προσφέρει μεγαλύτερη προστασία από την πρώτη σε επίπεδο κοινωνίας. Είναι η στρατηγική πρόληψης σε επίπεδο γενικού πληθυσμού, η οποία βασίζεται σε μείωση των επιπέδων των διαφόρων παραγόντων κινδύνου σε ολόκληρο τον πληθυσμό μέσω ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής (σχετικά με το κάπνισμα, τη διατροφή, την άσκηση), χωρίς να απαιτείται ιατρική εξέταση των ατόμων, χωρίς εργαστηριακές μετρήσεις και, φυσικά, χωρίς χορήγηση φαρμάκων.

Εννοϊκές μεταβολές του τρόπου ζωής μπορούν να πραγματοποιηθούν με εκστρατείες ενημέρωσης και με νομοθετικές ρυθμίσεις ώστε, για παράδειγμα, να αποθαρρύνεται το κάπνισμα, να είναι περισσότερο διαθέσιμα τα τρόφιμα με λιγότερο λίπος, να ενθαρρύνεται το περπάτημα αντί η μετακίνηση με αυτοκίνητο. Φαίνεται, μάλιστα, ότι η στρατηγική πρόληψης σε επίπεδο πληθυσμού δυνητικά μπορεί να αποδώσει περισσότερο από τη στρατηγική επικέντρωσης στα άτομα υψηλού κινδύνου που περιγράφηκε πιο πάνω. Αν όλος ο πληθυσμός μιας χώρας είχε ιδανικό σωματικό βάρος, θα καταλάφονταν 30% λιγότεροι θάνατοι από καρδιαγγειακά και 8% λιγότεροι θάνατοι από νεοπλασίες. Έχει, επίσης, υπολογιστεί ότι, αν η διαστολική («μικρή») πίεση ολόκληρου του πληθυσμού ήταν μόλις 2 χιλιοστά χαμηλότερη (δηλαδή, για παράδειγμα, αντί 82, 78 ή 90 να ήταν 80, 76 ή 88), κάτι που εύκολα γίνεται με καλύτερη διατροφή, λίγη άσκηση και μικρή απώλεια

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

βάρους, θα μπορούσαν να προληφθούν σχεδόν όσα εγκεφαλικά επεισόδια προλαμβάνουμε σήμερα δίνοντας δαπανηρή φαρμακευτική αγωγή σε όλη τα υπέρτασικά άτομα που έχουν «μικρή» πίεση πάνω από 95.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι 6 παρεμβάσεις

Με βάση τα δεδομένα αυτά της επιδημιολογίας και πολλών μελετών πρόληψης, για να επιτευχθεί ο στόχος του ΟΗΕ στο πρόγραμμα 25x25, συμφωνήθηκε να πραγματοποιηθούν 6 παρεμβάσεις σε επίπεδο κοινωνίας που να σχετίζονται με τον τρόπο ζωής και να είναι αποτελεσματικές χωρίς να είναι ανέφικτες:

1. 30% μείωση του καπνίσματος
2. 10% μείωση στην κατανάλωση οινοπνεύματος
3. 30% μείωση στην κατανάλωση αλατιού
4. διατήρηση του ποσοστού παχύσαρκων και διαβητικών ατόμων (διότι η μείωση θεωρήθηκε μη εφικτός στόχος).
5. μείωση των υπέρτασικών ατόμων κατά 25%
6. μείωση της καθιστικής ζωής κατά 10% μέσω καθημερινής άσκησης.

Η επιλογή αυτών των 6 παρεμβάσεων πρόληψης σε επίπεδο πληθυσμού βασίζεται σε ισχυρά δεδομένα που τεκμηριώνουν την αποτελεσματικότητά τους. Χώρες που κατάφεραν να μειώσουν το ποσοστό των καπνιστών σημείωσαν μείωση στην καρδιαγγειακή θνητότητα και μάλιστα κατέγραψαν λιγότερα εμφράγματα πολύ σύντομα μετά την επιβολή της απαγόρευσης του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους.

Η μείωση της υπερβολικής χρήσης αλκοόλ αναμένεται να μειώσει κυρίως θανάτους από ορισμένα είδη καρκίνου, ενώ ο περιορισμός της ημερήσιας κατανάλωσης αλατιού σε ποσό κάτω από 2 γρ. (σήμερα παγκοσμίως το 90% του πληθυσμού καταναλώνει ποσότητες πάνω από 3 γρ./ημέρα) θα επέφερε μείωση κατά 10% των καρδιαγγειακών επεισοδίων. Αντίστοιχη προστασία προσφέρει και μία ήπια καθημερινή φυσική δραστηριότητα, όπως το απλό περπάτημα για 20 μόλις λεπτά την ημέρα. Στην Ελλάδα, τα παραπάνω έχουν ιδιαίτερη σημασία. Είμαστε μία κοινωνία που επιμένει πεισματικά στο κάπνισμα στα εστιατόρια, μία κοινωνία που έχει εδώ και δεκαετίες αρνηθεί την παραδοσιακή μεσογειακή διατροφή και που δυστυχώς παραμένει στην κορυφή της Ευρώπης όσον αφορά την παιδική παχυσαρκία. Στο χέρι μας είναι να αλληλέξουμε συνήθειες και να επωφεληθούμε.

Η εργασία δεν παρουσιάστηκε στο Συνέδριο

ΠΑ 08

ΙΣΧΑΙΜΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ: ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ ΚΑΙ ΠΩΣ ΕΜΦΑΝΙΖΕΤΑΙ; ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Σ. Χαντζησαλάτας

MD, MSc, PhD. Ε.Κ.Π.Α.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ισχαιμική καρδιοπάθεια είναι μία από τις μεγαλύτερες απειλές για τη ζωή του ανθρώπου. Απειλεί πλέον και πιο νεαρές ηλικίες, καθώς ο σύγχρονος τρόπος ζωής και ορισμένες βλαβερές συνήθειες ευνοούν την εμφάνισή της. Με ποια συμπτώματα εκδηλώνεται, όμως, και τι πρέπει να γνωρίζουμε;

ΣΚΟΠΟΣ: Της παρούσης επιδημιολογικής μελέτης είναι η ανάδειξη της ισχαιμικής καρδιοπάθειας.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Απετέλεσε η ενδελεχής ανασκόπηση μέσω MEDLINE της διεθνούς και Ελληνικής βιβλιογραφίας.

ΥΠΟΒΑΘΡΟ: Η στεφανιαία νόσος είναι επίσης γνωστή ως ισχαιμική καρδιοπάθεια, η οποία αποτελείται από μία ομάδα παθήσεων που συμπεριλαμβάνουν σταθερή στηθάγχη, ασταθή στηθάγχη, εγκεφαλικό επεισόδιο, έμφραγμα, αιφνίδιο θάνατο με ισχαιμικό χαρακτήρα κ.λ.π. Το 2013 αυτή η νόσος ήταν η πιο συχνή αιτία θανάτου στον κόσμο και κατά τη διάρκεια της τελευταίας 20ετίας, εκτός από την αύξηση του συνολικού ποσοστού θνησιμότητας, παρατηρήθηκε σημαντική αύξησή της και σε πιο νεαρές ηλικίες. Επίσης, είναι αυξημένη η παρουσία της σε άνδρες συγκριτικά με τις γυναίκες της ίδιας ηλικίας. Περίπου το 30% των ενηλίκων που επισκέπτονται νοσοκομείο λόγω πόνου στο στήθος έχουν διαγνωστεί με μία από τις μορφές της ισχαιμικής καρδιοπάθειας.

Οι παράγοντες κινδύνου που ευνοούν την εμφάνιση της ισχαιμικής καρδιακής νόσου ορίζονται ως τροποποιούμενοι και μη τροποποιούμενοι. Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει παράγοντες όπως η αρτηριακή υπέρταση, το κάπνισμα (παρόν περίπου στο 36% των περιπτώσεων), ο διαβήτης, η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας (στο 10% των περιπτώσεων), η παχυσαρκία (περίπου στο 20% των περιπτώσεων), η δυσλιπιδαιμία, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ κ.α. Στη δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνονται παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο και το οικογενειακό ιστορικό.

ΟΙ ΑΙΤΙΕΣ

Ο κύριος μηχανισμός της νόσου, που δεν είναι ο μόνος, είναι η αθηροσκλήρωση των στεφανιαίων αρτηριών, η οποία είναι κοινή στα άτομα που παρουσιάζουν τους περισσότερους παράγοντες που αναφέρθηκαν παραπάνω.

Σε σπάνιες περιπτώσεις η στεφανιαία νόσος μπορεί να εμφανιστεί χωρίς να υπάρχει στεφανιαία αθηροσκλήρωση. Μία τέτοια περίπτωση είναι το Σύνδρομο X, που εκδηλώνεται με τυπικό ισχαιμικό πόνο στο στήθος, χωρίς παρουσία αθηρωματικής στένωσης στις μεγαλύτερες στεφανιαίες αρτηρίες (όπως φαίνεται μετά τη διενέργεια στεφανιογραφίας). Το Σύνδρομο X πλήττει συχνότερα γυναίκες και η ακριβής του αιτιολογία είναι άγνωστη. Μία πιθανή εξήγηση, αν και δεν έχει επιβεβαιωθεί, έχει να κάνει με τα προβλήματα της μικροκυκλοφορίας και της μικροαγγείωσης.

Παράγοντες πρόληψης της ισχαιμικής καρδιοπάθειας είναι η υγιεινή διατροφή, η τακτική σωματική δραστηριότητα, η διακοπή του καπνίσματος και η αποτελεσματική θεραπεία παραγόντων κινδύνου όπως η αρτηριακή υπέρταση, ο διαβήτης ή η δυσλιπιδαιμία. Μια σειρά εξετάσεις, όπως το ηλεκτροκαρδιογράφημα, ο υπέρηχος καρδιάς, το τεστ κοπώσεως και η στεφανιογραφία, βοηθούν στον ορισμό της ιατρικής διάγνωσης και παρακολούθησης της νόσου.

ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Τα πιο συννηθισμένα συμπτώματα είναι ο πόνος στο στήθος, ο οποίος εντοπίζεται κυρίως οπισθοστερνικά και εξαπλώνεται στα χέρια, τους ώμους, την πλάτη, το σαγόνι κ.λ.π. Ο πόνος παίρνει διάφορες μορφές, όπως καυστικός, σπασμωδικός, βάρους, διαρκεί λίγα λεπτά και εμφανίζεται ή εντείνεται κυρίως κατά τη διάρκεια συναισθηματικής και σωματικής κόπωσης.

Ο πόνος μπορεί επίσης να ξεκινήσει στην επιγαστρική περιοχή και ως εκ τούτου συγχέεται με προβλήματα στο στομάχι – για το λόγο αυτό να λαμβάνεται υπόψη η διαφορική διάγνωσή του. Επίσης, η δυσκολία στην αναπνοή είναι ένα σημάδι που εμφανίζεται συχνά, καθώς δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις που απουσιάζουν πλήρως τα κλασικά συμπτώματα, όπως συμβαίνει με το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, που είναι περίηλοκο στις αρχές του, με αποτέλεσμα θανατηφόρο αρρυθμία ή αιφνίδιο θάνατο.

Ο πόνος στο στήθος, ο οποίος αρχίζει κατά τη διάρκεια των προβλεψιμων δραστηριοτήτων όπως η ήπια φυσική δραστηριότητα, το φαγητό κ.λ.π., ονομάζεται σταθερή στηθάγχη και έχει ως αποτέλεσμα την καρδιακή επιβάρυνση: λόγω της στένωσης των στεφανιαίων αρτηριών, η καρδιά κατά τη διάρκεια της αυξημένη «ζήτησης» δεν τροφοδοτείται με την ποσότητα αίματος που απαιτεί η συγκεκριμένη δραστηριότητα.

Η στηθάγχη κατά την οποία μεταβάλλεται η ένταση, η συχνότητα και η φύση του πόνου, ονομάζεται ασταθής στηθάγχη και είναι από τις κύριες προδρόμους του εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Σε κάθε περίπτωση τα συμπτώματα θα πρέπει να εξετάζονται πάντοτε με τη μέγιστη προσοχή για να διαγνωστεί η νόσος, μέχρι και τη διενέργεια στεφανιογραφίας, η οποία ως επεμβατική διαγνωστική τεχνική προσφέρει 100% ακρίβεια στη διάγνωση της νόσου. Η συνέχεια της διάγνωσης είναι η θεραπεία των στενώσεων που εντοπίζονται στις στεφανιαίες αρτηρίες μέσω διαδερμικής επαναγγείωσης ή αγγειοπλαστικής.

Φυσικά, όπως συμβαίνει σε κάθε ασθένεια, εκτός από την καταγραφή και την τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου για την αθηροσκληρωτική νόσο ή τη διάγνωση ανάλογα με την παρουσία των προαναφερθέντων συμπτωμάτων, σημαντικό ρόλο και αναγκατάστατο έχει το λεπτομερές προληπτικό check-up ανάλογα με την ηλικία και την παρουσία διαφόρων παραγόντων κινδύνου.

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΟΥ ΑΦΟΡΑ ΤΟΝ ΣΥΣΧΕΤΙΣΜΟ ΤΗΣ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΗΣ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗΣ ΕΝΔΟΜΥΙΚΩΝ ΛΙΠΟΕΙΔΩΝ ΚΑΙ ΤΗΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΑΝΤΙΣΤΑΣΗ, ΣΤΟ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟ ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΣΚΕΛΕΤΙΚΟΥΣ ΜΥΕΣ.

Α. Σταματελόπουλος^{1,4}, Ε. Τσιάμπας², Π. Μίχος¹, Χρ. Χαρίτος³, Π. Δεδενλίας³, Ι. Γακίδης¹, Ι. Δοντά⁴

¹ ΘΧ τμ.ΓΝΑ ΚΑΤ

² Εργ. Κυττ/γίας Παν Αθηνών

³ ΚΡΧ τμ ΓΝΑ «Ευαγγελισμός»

⁴ Εργ. Πειρ. Χειρ. Παν Αθηνών

Η σχέση ανάμεσα στην ενδοκυτταρική συσσώρευση λιποειδών στο γραμμωτό μυϊκό ιστό και την ινσουλινοαντίσταση είναι γνωστή. Ωστόσο, δεν είναι γνωστό το κατά πόσο η συσσώρευση ενδομυϊκών διγλυκεριδίων και τριγλυκεριδίων είναι ίδια ή διαφορετική σε μύες με διαφορετικού βαθμού ενεργοποίηση σε άτομα με διαταραγμένο γλυκαιμικό προφίλ. Στόχος μας ήταν η διερεύνηση της παρουσίας ΣΔ τύπου II στα ενδοκυτταρικά διγλυκερίδια, όπως επίσης και στα τριγλυκερίδια, του μυοκαρδίου, σε σύγκριση με τα αντίστοιχα επίπεδα σκελετικών μυών και να διευρευνηθεί ο συσχετισμός μεταξύ των δύο λιποειδών στο μυοκάρδιο με δείκτες του γλυκαιμικού ελέγχου.

ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ: Στη μελέτη συμμετείχαν 12 άτομα (61-80 χρονών), τα οποία υποβλήθηκαν σε επέμβαση στεφανιαίας παράκαμψης. Έξι από τους εθελοντές της μελέτης είχαν διαγνωσμένου διαβήτη για περισσότερα από πέντε χρόνια. Δείγματα αίματος λήφθηκαν πριν την επέμβαση (μία ή δύο ημέρες πριν) για τη μέτρηση γλυκόζης και της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης. Οι βιοψίες λήφθηκαν από το μείζονα θωρακικό μυ και από τους μυοσηλεύριους μύες, ως δείγματα ελέγχου. Η λήψη των δειγμάτων έγινε αμέσως μετά την τοποθέτηση των ασθενών στην εξωσωματική κυκλοφορία και πριν τη χορήγηση στην καρδιά καρδιοπηλγίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα τριγλυκεριδίων παρατηρήθηκαν στο μυοκάρδιο, σε σύγκριση με τους γραμμωτούς μύες. Η διαφοροποίηση αυτή ήταν σαφής στους διαβητικούς ασθενείς. Αντίθετα, στους μη διαβητικούς ασθενείς δεν παρατηρήθηκαν διαφοροποιήσεις στους εξεταζόμενους μύες. Τα επίπεδα τριγλυκεριδίων ήταν περίπου τριπλάσια στα μη διαβητικά άτομα, σε σύγκριση με τα διαβητικά

Συμπερασματικά, η μελέτη αυτή έδειξε ότι τα ενδοκυτταρικά αποθέματα λιποειδών (με τη μορφή των τριγλυκεριδίων) στο ανθρώπινο μυοκάρδιο είναι μικρότερου βαθμού, σε σύγκριση με τους σκελετικούς μύες. Τα επίπεδα διγλυκεριδίων στο μυοκάρδιο ήταν παρόμοια με αυτά των σκελετικών μυών που εξετάστηκαν και σχετίζονταν αρνητικά με τα επίπεδα γλυκαιμικού ελέγχου. Η αρνητική αυτή συσχέτιση δείχνει ενδεχομένως μια πιθανή διαταραχή της σηματοδότησης των διγλυκεριδίων, η οποία μπορεί με τη σειρά της να συμβάλει στην εκδήλωση της καρδιομυοπάθειας.

ΠΑ 13

CORRELATION BETWEEN SERUM URIC ACID (sUA) LEVELS AND LEFT VENTRICULAR HYPERTROPHY (LVH) IN PATIENTS WITH ESSENTIAL HYPERTENSION AND CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD).

D. Koumoutsea^{1,4}, V. German^{1,4}, C. Soitou², D. Aslanoglou³, I. Griveas⁴, K. Xenakis⁵, P. Thalassinou¹, A. Galinas⁴, P. Kotileas⁵, G. Stavgiannoudakis⁴

¹ Sector of Internal Medicine 401 General Army Hospital of Athens

² Internal Medicine Department of Kos Hospital

³ Health Center of Patmos

⁴ Division of Renal Medicine 417 Veterans Affairs Hospital of Athens (NIMTS)

⁵ Division of Cardiology and Cardiovascular Medicine 401 General Army Hospital of Athens

BACKGROUND/AIM: It is widely known that many studies have suggested an association between serum Uric Acid levels and cardiovascular outcomes. Several studies have also shown an association between serum Uric Acid (sUA) levels with established cardiovascular risk factors such as hypertension and diabetes. Hyperuricemia is highly prevalent among patients with Chronic Kidney Disease (CKD). The aim of this study was to evaluate any potential relationship between sUA levels and Left Ventricular Hypertrophy (LVH) in patients with essential hypertension and CKD.

MATERIALS - METHODS: 64 patients (46 men and 18 women, mean age 68 ± 14 years) with stage III of essential hypertension and CKD were studied. All patients under study were divided into two groups according to the presence of hyperuricemia defined as sUA levels higher than 9 mgr/dl (sUA > 9 mgr/dl, Group I) and sUA levels lower than 8 mgr/dl (sUA < 8 mgr/dl, Group II). LV abnormalities have been determined by bidimensional echocardiography.

The Left Ventricular Mass Index (LVMI) has been evaluated according to the methods of Devereux and Reichek.

RESULTS: A positive correlation was found between sUA levels and LVMI ($r=0,414$, $p<0,05$).

Our study has shown that patients with sUA levels > 9 mgr/dl (Group I) have significant differences in LVH degree and systolic LV functions compared to patients with sUA levels < 8 mgr/dl (Group II).

CONCLUSIONS: According to the above data and results our study has shown that elevated sUA levels are significantly associated with LVH and worsening of systolic LV function in essential hypertensive patients with CKD.

ΠΑ 14

**ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΟΝΤΑΙ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ:
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΣΕ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΑΘΗΝΑΣ.**

Ε. Καθαφάτης, Α. Εμμανουήλ, Σ. Τσαούση, Κ. Βαβλιάνου, Κ. Σγούρος, Τ. Μανούσος, Μ. Καριώρη, Δ. Στεφανή, Μ. Λελέκης

Παθολογικό Τμήμα, ΓΝ Αττικής «ΚΑΤ - ΕΚΑ»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ: Η κοιλπική μαρμαρυγή (ΚΜ) είναι συχνή αρρυθμία με δυνητικά σοβαρές επιπλοκές, κυρίως από το ΚΝΣ, τις οποίες συχνά καθλούνται να αντιμετωπίσουν τα Παθολογικά Τμήματα. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η προοπτική καταγραφή και μελέτη όλων των ασθενών που εισάγονται στο Παθολογικό Τμήμα του ΓΝΑ «ΚΑΤ - ΕΚΑ» και έχουν ιστορικό ΚΜ ή την εμφανίζουν κατά τη νοσηλεία τους. Η καταγραφή διήρκεσε 15 μήνες.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Καταγράφηκαν όλοι οι ασθενείς που εισήχθησαν για οποιαδήποτε αιτία και είχαν ιστορικό ΚΜ ή παρουσίασαν ΚΜ κατά την νοσηλεία τους. Έμφαση δόθηκε στα δεδομένα σχετικά με την αντιμετώπιση της κλινικής αυτής οντότητας, αλλιά και στην ύπαρξη ή μη επιπλοκών νευρολογικής φύσεως.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στη διάρκεια της μελέτης εισήχθησαν στο τμήμα συνολικά 1280 ασθενείς. Από αυτούς 174 (13,6%) είχαν ή εμφάνισαν κατά τη νοσηλεία τους ΚΜ. Επρόκειτο για 72 άνδρες και 102 γυναίκες με ηλικία 55-100 χρόνια (μέση 82,6). Σε 128 περιπτώσεις η ΚΜ ήταν ήδη γνωστή (111 είχαν συνεχή και 17 παροξυσμική ΚΜ) ενώ σε 46 η διάγνωση τέθηκε κατά την είσοδο ή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Οι 90 από τους 128 με τη γνωστή ΚΜ ελάμβαναν κάποιο αντιαρρυθμικό: β - αναστολέα 48, αμιωδαρόνη 3, διγοξίνη 9, προπαφαινόνη 5, διλτιαζέμη 5, συνδυασμό 20. Οι 106/128 ασθενείς με γνωστή ΚΜ ελάμβαναν κάποιο αντιθρομβωτικό ή αντιπηκτικό: ενέσιμο (ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους ή αντι - Χ) 6, αντιθρομβωτικά (ασπιρίνη ή/και κλοπιδογρέλη) 21, κουμαρινικά 50, νεότερα αντιπηκτικά (rivaroxaban, dabigatran, apixaban) 24, συνδυασμούς 5. Είκοσι επτά ασθενείς σε κουμαρινικά μόνα ή σε συνδυασμό είχαν INR <2, δώδεκα είχαν 2-3, πέντε είχαν 3-4 και δέκα >4. Οι ασθενείς με γνωστή ΚΜ που δεν ελάμβαναν αντιπηκτικό/ αντιθρομβωτικό είχαν μέση τιμή CHA2DS2 -VASC score 4,5. Οι 43/174 ασθενείς με διαγνωσμένη ή μη ΚΜ είχαν στο αναμνηστικό τους τουλάχιστον ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) ισχαιμικό (39), αιμορραγικό (1) ή παροδικό ισχαιμικό (3), ενώ σε επιπλέον 18 ασθενείς διαγνώστηκε ΑΕΕ κατά τη νοσηλεία στο Τμήμα (όλα ισχαιμικά ήλην ενός αιμορραγικού).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ένα αξιολογείωτο ποσοστό ασθενών που εισήχθη στο Παθολογικό Τμήμα του ΓΝΑ «ΚΑΤ - ΕΚΑ» την περίοδο της μελέτης είχε ΚΜ, διαγνωσμένη ή μη. Αρκετοί ασθενείς με ΚΜ δεν ελάμβαναν αντιπηκτική αγωγή ενώ θα έπρεπε, αλλιά και αυτοί που ελάμβαναν κουμαρινικά, συχνά δεν είχαν άριστο INR. Στο θέμα αυτό τα νεότερα αντιπηκτικά φάρμακα μπορούν να είναι η λύση σε περιπτώσεις ΚΜ μη βαλβιδικής αιτιολογίας. Σημαντικό ποσοστό των ασθενών μας με ΚΜ (35%) εμφάνισαν τουλάχιστον ένα ΑΕΕ. Η πολύ μεγάλη ηλικία των ασθενών είναι ένας παράγοντας που ίσως επηρεάζει σημαντικά τα αποτελέσματα της μελέτης μας.

4^ο ΑΚΡΟΠΟΛΙΣ 2015



**Εταιρεία Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου
για Αγγειακά Νοσήματα**

**Ετήσια συνάντηση ειδικών
σε θέματα καρδιομεταβολικού
κινδύνου: αμφιλεγόμενα θέματα αιχμής**

**10 - 12 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2015
ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ ROYAL OLYMPIC, ΑΘΗΝΑ**

ΧΟΡΗΓΟΥΝΤΑΙ 17 ΜΟΡΙΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ CME-CPD CREDITS

Υπό την Αιγίδα του International Chair on Cardiometabolic Risk (ICCR)
& του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών (ΙΣΑ)



ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 01

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΧΝΑ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΡΟΛΟΥ ΤΗΣ ΠΦΥ ΣΤΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗ ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΟΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΗ ΑΓΩΓΗ.

Δ. Κουμουτσέα^{1,2,3,6}, Β. Γέρμαν^{1,2,4}, Π. Μπαρμπαγιάννης^{1,2}, Π. Θαλάσσιου³, Σ. Κουρούκλης^{3,6}, Ι. Γριβέας^{3,4}, Α. Γαλήνας^{4,6}, Γ. Σταυγιαννουδάκης^{4,6}

¹ Α Παθολογικό Τμήμα 401 ΓΣΝΑ

² Α Παθολογικό Τμήμα ΝΙΜΤΣ

³ ΜΤΝ 401 ΓΣΝΑ

⁴ ΜΤΝ ΝΙΜΤΣ

⁶ ΜΤΝ Ομίλων «Euromedica» και «Ιατρικού Αθηνών»

ΣΚΟΠΟΣ: Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να διερευνήσει και να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής προσέγγισης, αναφορικά με την ενδεικνυόμενη χρόνια υπολιπιδαιμική αγωγή σε δυσλιπιδαιμικούς ασθενείς με ΧΝΑ υπό αιμοκάθαρση.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 117 ασθενείς με ΧΝΑ υπό αιμοκάθαρση (42 γυναίκες και 75 άνδρες) μέσης ηλικίας 57±28 έτη. Διερευνήθηκε το λιπιδαιμικό προφίλ (T-Chol, LDL-Chol, HDL-Chol, Trigly) και αξιολογήθηκε η αποτελεσματικότητα της υπολιπιδαιμικής αγωγής εντός της διάρκειας ενός χρονικού διαστήματος παρακολούθησης περίπου 2,5 ετών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 71 ασθενείς (≈60% του υπό μελέτη πληθυσμού) βρίσκονταν υπό την ενδεδειγμένη υπολιπιδαιμική αγωγή με στατίνες και εζετιμίμη ή/και ωμέγα-3 λιπαρά κυρίως. Τα επίπεδα της T-Chol ανευρέθησαν εντός των φυσιολογικών ορίων στην πλειονότητα των ασθενών (57 ασθενείς/ποσοστό ≈80%) και μόνο 14 ασθενείς (≈20%) είχαν επίπεδα T-Chol > 240 mgr/dl με επιθυμητό στόχο επίπεδα T-Chol < 200 mgr/dl. Η μέση τιμή των επιπέδων της T-Chol στους ασθενείς υπό υπολιπιδαιμική αγωγή ήταν 186,5±41,3mgr/dl στην έναρξη της μελέτης και 162,3±33,3 mgr/dl μετά την ολοκλήρωση του follow up (p < 0,05). Μεταξύ των ασθενών υπό αγωγή μόνο 44 (62%) ανταποκρίθηκαν. Η μέση τιμή των Trigly ήταν 188 mgr/dl (εύρος 84-456) στην έναρξη της μελέτης και 164 mgr/dl (εύρος 54-656) μετά την ολοκλήρωση του follow up (p < 0,05). Περίπου οι μισοί (37 - 52%) από τους ασθενείς ανταποκρίθηκαν. Τα επίπεδα της LDL-Chol ανευρέθησαν χαμηλότερα των 130 mgr/dl στην πλειονότητα των ασθενών σε ποσοστό 84,5% στην έναρξη της μελέτης (με επιθυμητό στόχο τουλάχιστον LDL-Chol ≤ 70-80 mgr/dl) και σε ποσοστό 95,7% μετά την ολοκλήρωση του follow up. Χαμηλά επίπεδα HDL-Chol (< 35 mgr/dl) ανευρέθησαν στο 63,3% των ασθενών υπό παρακολούθηση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς με ΧΝΑ υπό αιμοκάθαρση μπορεί να έχουν ικανοποιητικό έλεγχο του λιπιδαιμικού τους προφίλ υπό την κατάλληλη χρόνια υπολιπιδαιμική αγωγή. Τονίζεται ο σημαντικός ρόλος των ιατρών της ΠΦΥ που μπορεί να παρακολουθούν σε εξωτερική βάση, παράλληλα με τους θεράποντες νεφρολόγους αυτούς τους ασθενείς, αναφορικά τόσο με τη συμμόρφωση (compliance), όσο και με την προσκόλληση (adherence) των ασθενών αυτών στην ενδεικνυόμενη χρόνια υπολιπιδαιμική αγωγή.

ΥΠΟΔΟΡΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΤ1 ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΩΝ ΣΕ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ.

Χ. Βέρρα¹, Γ. Κακούρης¹, Ν. Μπαϊκούσης²

¹ Τμήμα Ιατρικής Προπαθολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Πατρών.

² Καρδιοχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Μια φαρμακευτική στρατηγική για την αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης είναι οι ανταγωνιστές του ΑΤ1 υποδοχέα της Αγγειοτενσίνης II η οποία αποτελεί τον κύριο παράγοντα του συστήματος Ρενίνης – Αγγειοτενσίνης – Αλδοστερόνης και διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης.

ΣΚΟΠΟΣ: Στην πειραματική αυτή μελέτη σκοπός ήταν ο έλεγχος της αντihuπερτασικής απόκρισης μη πεπτιδικών ανταγωνιστών του ΑΤ1 υποδοχέα της Αγγειοτενσίνης II μετά από υποδόρια και διαδερμική χορήγηση στοχεύοντας σε εναλλακτικές προσεγγίσεις για την καταπλήρωση της αρτηριακής υπέρτασης.

ΥΛΙΚΑ: Τα βιολογικά πειράματα έγιναν σε 8ηλικούς και αρσενικούς λευκούς επίμους της φυλής Wistar rats βάρους 370 ± 80 g και ηλικίας 5 μηνών.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Αρχικά μετρήθηκε η μέση αρτηριακή πίεση (ΜΑΠ). Στη συνέχεια μετρήθηκε η ΜΑΠ μετά από υποδόρια χορήγηση Αγγειοτενσίνης II, σε συγκέντρωση 50μg/kg όπου παρατηρείται αύξηση της ΜΑΠ κατά περίπου 40%. Ανταγωνιστές του ΑΤ1 υποδοχέα χρησιμοποιήθηκαν η ΒV6Νa σαρτάνη, που συντέθηκε στο εργαστήριο και η βαλσαρτάνη. Πραγματοποιήθηκε υποδόρια και διαδερμική χορήγηση ΒV6Νa και βαλσαρτάνης συγκέντρωσης 20mg/kg b.w. σε 8 Wistar Rats. Στο πείραμα αυτό ένα από τα πειραματόζωα χρησιμοποιήθηκε ως placebo.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ΜΑΠ των ζώων είναι $97,86 \pm 15,84$ mmHg. Μετά από χορήγηση AII παρατηρείται αύξηση της ΜΑΠ σε $119,87 \pm 15,09$ mmHg. Η υποδόρια χορήγηση βαλσαρτάνης (20 mg/ kg b.w.) είχε αντihuπερτασική δράση για τουλάχιστον 24h μετά από τη χορήγηση ενώ η υποδόρια χορήγηση ΒV6Νa είχε δράση για τουλάχιστον 8h μετά από τη χορήγηση. Επίσης η διαδερμική χορήγηση βαλσαρτάνης είχε αντihuπερτασική δράση για τουλάχιστον 24h μετά από τη χορήγηση ενώ η διαδερμική χορήγηση ΒV6Νa δεν έδειξε τα επιθυμητά αποτελέσματα στον έλεγχο της υπέρτασης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Εν κατακλείδι, διαδερμική χορήγηση σαρτανών μπορεί να είναι μια αποτελεσματική μέθοδος αντihuπερτασικής αγωγής με χρήση κατάλληλου διαλύματος διαπέρασης και κατάλληλη τεχνολογία στην κατασκευή του patch. Ταυτόχρονα η δια επιθέματος αντihuπερτασική αγωγή παρέχει ελεγχόμενη αποδέσμευση του δραστικού συστατικού χωρίς τον κίνδυνο υπερδοσολογίας, είναι μακράς διάρκειας σε αντίθεση με την δια δισκίου αντihuπερτασικής θεραπείας η οποία υποχρεώνει σε καθημερινή βάση την λήψη αντihuπερτασικού φαρμάκου.

ΑΑ 03

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΠΡΟΣΘΙΑΣ ΙΣΧΑΙΜΙΚΗΣ ΟΠΤΙΚΟΠΑΘΕΙΑΣ.

Φ. Μαρινέλη, Ε. Κουτσοστάθης, Ι. Χατζηδάκης, Σ. Γογγάκη, Ε. Θεοδωροπούλου, Β. Φασιάς, Ν. Συμεωνίδης
Β' Παθολογική Κλινική, 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, Αθήνα, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η αθηρωμάτωση αποτελεί μια παθολογική κατάσταση που μπορεί να προκαλέσει αγγειοπάθεια σε πολλά όργανα. Εκτός από την προσβολή μεγάλων αρτηριακών κλάδων, μπορεί να προκαλέσει βλάβη και σε όργανα όπως οι οφθαλμοί.

ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς με αιφνίδια απώλεια της οράσεως δεξιού οφθαλμού.

ΥΛΙΚΑ: Άρρεν ασθενής 74 ετών προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών με αναφερόμενη αιφνίδια απώλεια της οράσεως στο δεξιό οφθαλμό. Από το ατομικό του ιστορικό παρουσίαζε αρτηριακή υπέρταση και ταχυαρρυθμία για τα οποία ελάμβανε αγωγή και ήταν καπνιστής.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Η αντικειμενική εξέταση δεν ανέδειξε ιδιαίτερα παθολογικά ευρήματα πλην την μειωμένης οπτικής οξύτητας του δεξιού οφθαλμού. Από την επείγουσα οφθαλμολογική εκτίμηση διαπιστώθηκε οπτική οξύτητα δεξιού οφθαλμού 3-4/10. Έγινε επείγουσα αξονική εγκεφάλου η οποία απέκλεισε το αιμορραγικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και ασθενής εισήχθη σε παθολογική κλινική για περαιτέρω διερεύνηση. Στην διαφορική διάγνωση συμπεριελήφθησαν η ισχαιμία δεξιάς οφθαλμικής αρτηρίας, η κροταφική αρτηρίτιδα, το γλαύκωμα και η οπτική νευρίτιδα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μετά την εισαγωγή του ασθενούς, ακολούθησε πλήρης εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος, ενώ πραγματοποιούνταν καθημερινή οφθαλμολογική εκτίμηση. Έγινε αποκλεισμός της κροταφικής αρτηρίτιδας με βιοψία της κροταφικής αρτηρίας η οποία απέβη αρνητική. Μετά από ενδελεχή οφθαλμολογικό έλεγχο, για τον αποκλεισμό γλαυκώματος και άλλων αιτιών οξείας απώλειας της όρασης, παρατηρήθηκε εκτεταμένη βλάβη του οπτικού νεύρου και βαμβακόμορφες αλλοιώσεις πέριξ του οπτικού νεύρου με σημεία ισχαιμίας. Η τελική διάγνωση ήταν οπτική νευροπάθεια ισχαιμικής αιτιολογίας, πρόσθια ισχαιμική οπτικοπάθεια.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η δυσλιπιδαιμία και η αρτηριακή υπέρταση αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για αθηρωμάτωση, η οποία μπορεί να έχει ποικίλες εκδηλώσεις. Σε περίπτωση έκπτωσης της όρασης μετά τον αποκλεισμό τοπικών αιτιών όπως το γλαύκωμα ή η κροταφική αρτηρίτιδα που αποτελεί επείγουσα κατάσταση, πρέπει πάντα να διερευνάται η πιθανότητα αθηρωματικής νόσου.

ΑΑ 04

ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΙΚΗ ΣΥΝΗΘΕΙΑ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ. ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ.

Π. Τράμπαρη¹, Φ. Κατσιγιάννη¹, Δ. Πιστόλας¹, Σ. Σταθόπουλος¹, Ι. Αδαμόπουλος², Ι. Μπουρδούβαλης³, Σ. Αγγελιάκου-Βαϊτση⁴, Ν. Βαϊτσης⁴

¹ Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός», Αθήνα

² Επιστημονικός συνεργάτης, Λάρισα

³ Κέντρο Υγείας Αλεξάνδρειας, Βέροια

⁴ Ιδιωτικό ιατρείο, Φάρσαλα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: υπάρχουν μελέτες που συνδέουν την καπνισματική συνήθεια των γονέων, κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, με την παιδική παχυσαρκία.

ΣΚΟΠΟΣ: εκτίμηση της σχέσης της έκθεσης του εμβρύου στον καπνό τσιγάρων και του ποσοστού παιδικής παχυσαρκίας.

ΜΕΘΟΔΟΣ - ΥΛΙΚΟ: πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση, στην αγγλική γλώσσα στη βάση δεδομένων PubMed για την αναγνώριση όλων των μελετών που αναφέρονταν στο υπό διερεύνηση ερευνητικό ερώτημα και αφορούσαν στην χρονική περίοδο έως και τον Σεπτέμβριο του 2014. Τελικά ανασκοπήθηκαν 8 μελέτες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: το συγκεντρωτικό odds ratio για την παχυσαρκία εκτιμήθηκε στο 1,68 (95%CI: 1,42-1,94, I²=0,02%), για την καπνισματική συνήθεια της μητέρας και στο 1,19 (95%CI: 1,10-1,29, I²=37,4%) για τον πατέρα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: η καπνισματική συνήθεια της μητέρας, σε σύγκριση με του πατέρα, κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, φαίνεται ότι επηρεάζει σε μεγαλύτερο βαθμό την εμφάνιση παχυσαρκίας στο παιδί.

Η εργασία δεν παρουσιάστηκε στο Συνέδριο

AA 05

ΩΤΑΙΜΑΤΩΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΕ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ.

Αικ. Δρύλιση¹, Β. Μαμάκου²

¹ Ειδική Ιατρός ΩΡΛ, MSc, Αθήνα, Ελλάδα

² Παθολογική Κλινική, Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής «Δρομοκαΐτειο», Αθήνα, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ: Η λήψη αντιπηκτικής αγωγής από ασθενείς με κοιλιακή μαρμαρυγή με στόχο να ελαττωθεί ο κίνδυνος θρομβοεμβολικών επεισοδίων ενίοτε περιπλέκεται με μείζονα ή ελάσσονα επεισόδια αιμορραγίας.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Παρουσίαση περιστατικού που αφορά άνδρα, 53 ετών, με αιφνίδιο ωταιμάτωμα του δεξιού ωτός, υπό αγωγή για κοιλιακή μαρμαρυγή, αρτηριακή υπέρταση και κατάθλιψη, νοσηλευόμενο στη Παθολογική Κλινική του νοσοκομείου μας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Άνδρας, 53 ετών, παρουσιάζει αιφνίδιο ωταιμάτωμα του δεξιού ωτός, μετά από αναφερόμενο επεισόδιο ζήτησης και αστάθειας, που ακολουθήθηκε από πρήξη σε μεταλλικό αντικείμενο, κατά τη νοσηλεία του στη Ψυχιατρική Κλινική. Ο ασθενής εισάγεται στη Παθολογική Κλινική του νοσοκομείου μας για περαιτέρω αντιμετώπιση. Το ατομικό του αναμνηστικό περιλαμβάνει κοιλιακή μαρμαρυγή υπό αγωγή με ασενοκουμαρόλη, αρτηριακή υπέρταση υπό αγωγή με βελισαρτάνη και υδροχλωροθειαζίδη και κατάθλιψη υπό αγωγή με υδροβρωμική σιταλοπράμη. Κατά την κλινική εξέταση ο ασθενής είναι αιμοδυναμικά σταθερός, απύρετος και χωρίς ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις ενώ παράλληλα εμφανίζει ωταιμάτωμα σε δεξιά ους -επώδυνο, αιμορραγικό μόρφωμα σε δεξιά ωτικό πτερύγιο που κλυδάζει κατά τη ψηλάφηση. Κατά τη νευρολογική εξέταση ο ασθενής παρουσιάζεται τετρακινητικός, ισοκορικός, με φυσιολογική Κλίμακα Γλασκώβης GCS:15/15 και χωρίς σημεία μηνιγγικού ερεθισμού. Από τον εργαστηριακό έλεγχο προκύπτει μετρίου βαθμού υπονατριαιμία -νάτριο ορού 128mmol/l- και διαταραχή χρόνου πήξεως -INR 3,93- με εύρος φυσιολογικών τιμών INR 0,8-1,1. Ο ασθενής τίθεται σε αγωγή διόρθωσης της υπονατριαιμίας και αναστροφής της παράτασης του χρόνου πήξεως με λήψη βιταμίνης Κ. Υπό τοπική αναισθησία υποβάλλεται σε παρακέντηση του ωταιμάτωματος του δεξιού ωτός και τοποθέτηση πιεστικής περιδεδης. Ο ασθενής διακομίζεται σε Νευροχειρουργική Κλινική για εγκεφαλική απεικόνιση και εκτίμηση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρουσία παθολογικής τιμής στο χρόνο πήξεως δύναται να εμφανιστεί με αιμορραγική διάθεση. Ελάσσων εκδήλωση αποτελεί το ωταιμάτωμα που παρουσιάζεται με συνάθροιση αιμορραγικού υλικού μεταξύ χόνδρου και περιχονδρίου στο ωτικό πτερύγιο. Η άμεση αντιμετώπιση -παρακέντηση ή σπάση σε έλικα και ανθέλικα- είναι επιβεβλημένη καθώς η παραμονή του οδηγεί τελικά σε ανθοκραμβοειδές ωτικό πτερύγιο.

ΑΑ 06

Η ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΑΠΟ ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΦΟΡΕΙΣ.

Κ. Σγούρος¹, Σ. Λέκκα², Αικ. Τόσκα³

¹ Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Α ΚΑΤ

² Νοσηλεύτρια, Προϊσταμένη Παιδιατρικής Κλινικής, Γ.Ν. Λαμίας

³ Νοσηλεύτρια, PhD, Προϊσταμένη Χειρουργείου, Γ.Ν. Κορίνθου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η παχυσαρκία αποτελεί πολυπαραγοντικό νόσημα, το οποίο οφείλεται στην κληρονομική προδιάθεση του ατόμου αλλά και σε περιβαλλοντικούς λόγους. Η παιδική παχυσαρκία αποτελεί μια από τις πιο σημαντικές προκλήσεις του τομέα δημόσιας υγείας.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι η επικαιροποίηση των διεθνών δεδομένων για το θέμα της παιδικής και εφηβικής παχυσαρκίας, και των προγραμμάτων πρόληψης από τον WHO και το CDC.

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ: Μελετήθηκαν δεδομένα από άρθρα, της τελευταίας πενταετίας, μέσω βάσεων δεδομένων όπως η Medline και η Scopus. Επίσης μελετήθηκαν αναφορές από διεθνείς οργανισμούς όπως ο WHO και το CDC. Από τα ευρήματα της ανασκόπησης φάνηκε ότι το 2013, τα παχύσαρκα παιδιά κάτω των πέντε ετών ξεπερνούν τα 43.000.000, ενώ στην Ελλάδα το ποσοστό των παχύσαρκων παιδιών φτάνει στο 20%. Η κατανομή στις ανεπτυγμένες χώρες είναι περίπου στα 8 εκατομμύρια και τα υπόλοιπα 35 εκατομμύρια αφορούν τις αναπτυσσόμενες χώρες. Οι στρατηγικές πρόληψης που κατευθύνονται από τον WHO εστιάζουν κυρίως στην αύξηση της σωματικής άσκησης και στην εφαρμογή υγιεινής διατροφής μέσα από εθνικά προγράμματα και εκστρατείες. Για να υπάρχουν ενιαία στοιχεία από την παρακολούθηση του θέματος ο WHO σε συνεργασία με το CDC, έχει σχεδιάσει το Global School-based Student Health Survey (GSHS), ένα εργαλείο που έχει ως στόχο να βοηθήσει τις χώρες στη μέτρηση της παχυσαρκίας και στην αξιολόγηση τόσο των συμπεριφορών υγείας, όσο και των προστατευτικών παραγόντων που μπορεί να βοηθήσουν στον έλεγχο του φαινομένου και στηρίζεται σε ένα χαμηλού κόστους αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο το οποίο σκιαγραφεί πληροφορίες σχετικά με τις αιτίες, τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα του φαινομένου. Έως σήμερα, μόνο το 25% των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχουν επικυρώσει και συμμετέχουν σε αυτή τη μελέτη. Στην Αυστραλία, μετά από την εφαρμογή προγράμματος πρόληψης σχετικά με την παιδική παχυσαρκία, διαπιστώθηκε ότι το όφελος για την υγεία είναι πολύ μεγαλύτερο από το κόστος εφαρμογής ενός συντονισμένου προγράμματος πρόληψης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας, μέσω συντονισμένων προγραμμάτων αγωγής υγείας, αποτελεί το κυριότερο μέσο με το οποίο μπορεί να αντιμετωπιστεί το φαινόμενο αυτό. Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να συμβάλλουν ουσιαστικά με την τεχνολογία και την επιστημονική τους κατάρτιση σε αυτό.

ΑΑ 07

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΣΥΝΟΣΗΡΟΤΗΤΩΝ ΣΕ ΥΠΕΡΒΑΡΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ.

Ι. Κυριαζής, Κ. Σγούρος, Δ. Στεφανή, Σ. Τσαούση, Β. Αναστασίου, Τ. Μανούσος, Α. Εμμανουήλ, Μ. Λεβέκης

Παθολογική Κλινική & Ιατρείο Διαβήτη - Παχυσαρκίας, Γ.Ν.Α ΚΑΤ

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Η παχυσαρκία, ένας από τους κυριότερους παράγοντες κινδύνου για αρτηριακή υπέρταση (Α.Υ) , σακχαρώδη διαβήτη (Σ.Δ) και δυσλιπιδαιμία, αυξάνει στο γενικό πληθυσμό με επιδημικούς ρυθμούς. Σκοπός της εργασίας μας ήταν να καταγράψουμε τα νοσήματα αυτά στην πρώτη επίσκεψη των ασθενών στα ιατρεία Διαβήτη - Παχυσαρκίας των νοσοκομείων μας.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 103 άτομα 64 γυναίκες και 39 άντρες (μέσος ηλικίας 54,8 έτη). Μετρήθηκαν η περίμετρος της μέσης (Waist), η αρτηριακή πίεση και υπολογίσθηκε ο δείκτης μάζας σώματος (BMI). Εξετάσθηκε το λιπιδαιμικό προφίλ, το σάκχαρο νηστείας και εκτιμήθηκε η ενδεχόμενη διαταραχή στο μεταβολισμό της γλυκόζης στους μη-διαβητικούς (κριτήρια A.D.A 2015).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα εξετασθέντα άτομα είχαν BMI 26.5 - 53.4 (μέση τιμή 39,9): [Γυναίκες 226.5-49 (μέση τιμή 37,9), Άνδρες 32-53.4 (μέση τιμή 41,2)] και Waist 86 - 164 cm (μέση τιμή 110,8 cm): Γυναίκες 86-144cm (μέση τιμή 108cm), Άνδρες 121 - 165 cm (μέση τιμή 138,6cm)]. Γνωστό Σ.Δ παρουσίαζε το 23,1%, γνωστή Α.Υ το 37,2%, και γνωστή δυσλιπιδαιμία το 23,5%). Παθολογική ανοχή στη γλυκόζη νηστείας παρουσίαζε το 18,9% [62% IGT], νέο-διαγνωσμένο Σ.Δτ2 το 11,7%, νέο-διαγνωσμένη δυσλιπιδαιμία το 12,9% και νέο-διαγνωσμένη Α.Υ το 23,1 %. Δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλλα. Θετική συσχέτιση υπήρξε μεταξύ παρουσίας συννοσηρότητας (ιδίως του Σ.Δ) με την αύξηση του BMI και κυρίως του Waist ($p<0,05$). Ποσοστό 19,1% των εξετασθέντων είχαν > 1 συνοδό νόσημα χωρίς να υπερέχει κάποιος συνδυασμός.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Υφίσταται αυξημένη συμμετοχή γνωστής και νέο-διαγνωσμένης συννοσηρότητας στα παχύσαρκα άτομα σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό.

ΠΟΛΛΑΠΛΑ ΝΕΦΡΙΚΑ ΕΜΦΡΑΚΤΑ ΕΠΙ ΕΔΑΦΟΥΣ ΠΑΡΟΞΥΣΜΙΚΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ.Α. Δρύλιη¹, Ε. Πάσχου², Ε. Γαβριηλάκη³, Α. Σαραφάπουλος², Σ. Βασιλείου², Ν. Σαμπάνης²¹ Ειδική Ιατρός ΩΡΛ, MSc, Αθήνα, Ελλάδα² Γενικό Νοσοκομείο Πέλλας, Έδεσσα, Ελλάδα³ Γ.Ν. «Παπανικολάου» - Αιματολογική Κλινική, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το οξύ νεφρικό έμφρακτο χαρακτηρίζεται από μη ειδική κλινική συμπτωματολογία και η καθυστερημένη διάγνωση του έχει συσχετισθεί με μη αναστρέψιμη απώλεια της νεφρικής λειτουργίας. Η έγκαιρη διάγνωση απαιτεί υψηλό βαθμό κλινικής υποψίας ιδιαίτερα σε ασθενείς με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο.

Σκοπός: Παρουσίαση ασθενούς με πολλαπλά νεφρικά έμφρακτα επί εδάφους παροξυσμικής κοιλιακής μαρμαρυγής.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Γυναίκα 75 ετών, καπνίστρια, προσήλθε αιτιώμενη αιφνίδιας έναρξης οξέ και συνεχές κοιλιακό άλγος από 4ώρου, εντοπιζόμενο στο αριστερό υπογάστριο με συνοδό ναυτία και έμετο. Από την αναλυτική καταγραφή του ατομικού αναμνηστικού σημειώθηκαν τα ακόλουθα: σακχαρώδης διαβήτης υπό ινσουλίνη από 10ετίας, αρτηριακή υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, σοβαρή περιφερική αρτηριοπάθεια και ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια. Η ασθενής ελάμβανε αγωγή με αταρβαστατίνη, κλοπιδογρέλη, διλιταζέμη, ραμιριπίλη, σπειρονολακτόνη και φουροσεμίδη. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκαν τα ακόλουθα παθολογικά ευρήματα: πυρετική κίνηση (37.60C), ήπιο συστολικό φύσημα στην εστία ακρόασης της αορτικής βαλβίδας και ευαισθησία στην εν τω βάθει ψηλάφηση του αριστερού υπογαστρίου. Στο ηλεκτροκαρδιογράφημα εισόδου καταγράφηκε κοιλιακή μαρμαρυγή ταχείας κοιλιακής ανταπόκρισης ενώ από τον υπέρηχο καρδίας αναδείχθηκαν: διαστολική δυσλειτουργία, μετρίου βαθμού στένωση της αορτικής βαλβίδας και διάταση του αριστερού κόλπου (48mm). Από τον εργαστηριακό έλεγχο σημειώθηκε εκσεσημασμένη λευκοκυττάρωση (29.500/μL, πολυμορφοπύρνα 91,3%), υποκαλιαιμία (3,1mg/dL), αυξημένα επίπεδα γαλακτικής δεϋδρογενάσης (593 mg/dL) και μικροσκοπική αιματοουρία. Κατά το δεύτερο 24ωρο παρατηρήθηκε λευχαιμοειδής αντίδραση (56.500/μL) και περαιτέρω αύξηση των επιπέδων της γαλακτικής δεϋδρογενάσης (3290mg/dL). Από την αξονική τομογραφία κοιλίας αναδείχθηκε έλλειμμα πλήρωσης της αριστερής νεφρικής αρτηρίας με εικόνα μη σκιαγράφησης του νεφρικού παρεγχύματος σε ποσοστό >80% στα ηλιαία πολλαπλών εμφράκτων. Η ασθενής αντιμετωπίστηκε συντηρητικά με υποδόρια χορήγηση νατριούχου τιναζαπρίνης 14000IU/0,7mL ημερησίως, λόγω της παρέλευσης 24 ωρών από την εγκατάσταση των νεφρικών εμφράκτων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η παροξυσμική κοιλιακή μαρμαρυγή αποτελεί τη συχνότερα αναγνωριζόμενη υποκείμενη αιτία νεφρικού εμφράκτου. Η διάγνωση στηρίζεται στην υψηλή κλινική υποψία και την άμεση διενέργεια αξονικής τομογραφίας με σκιαγραφικό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η απόφραξη της νεφρικής αρτηρίας αποτελεί σπάνια νοσολογική εντόπιση (1-4/100.000). Η διάγνωση της χαρακτηρίζεται από την ακόλουθη κλασική κλινικοεργαστηριακή τριάδα: ασθενής υψηλού κινδύνου για θρομβοεμβολικό επεισόδιο με επίμονο κοιλιακό ή οσφυϊκό άλγος και σημαντική αύξηση της γαλακτικής δεϋδρογενάσης, λευκοκυττάρωση και αιματοουρία εντός 24 ωρών από την έναρξη του πόνου ενώ η επιβεβαίωσή της στηρίζεται στην αξονική τομογραφία.

ΑΑ 09

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ ΣΕ ΝΕΟΥΣ ΑΛΛΟΔΑΠΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ.

Δ. Θήριου¹, Α. Νικολακοπούλου¹, Χ. Κερασιώτης¹, Γ. Νούτσος², Α. Αθανασοπούλου¹, Ε. Δημητριάδου¹, Α. Τσαρουχά¹

¹ 2^η Πνευμονολογική Κλινική ΓΝΝΘΑ Η Σωτηρία

² ΤΕΙ Φυσικοθεραπείας Αθηνών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι διαβητικοί ασθενείς αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου για την εκδήλωση πνευμονικής φυματίωσης (pTB). Με τη μετακίνηση πληθυσμών και την αύξηση της φτώχειας η φυματίωση έχει επανέλθει στο προσκήνιο. Απεικονιστικά η τυπική της μορφή αφορά τους άνω λοβούς.

Σκοπός: Η μελέτη των ακτινολογικών ευρημάτων σε νεαρούς αλλοδαπούς ασθενείς που διαγνώστηκαν ταυτόχρονα με πνευμονική φυματίωση και σακχαρώδη διαβήτη.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ: Την πενταετία 2010-2014 νοσηλεύτηκαν συνολικά 212 ασθενείς με pTB. 16/212 (7%, άνδρες, ηλικίας 16-29 ετών, καταγωγής Πακιστάν και Μπαγκλαντές) οι οποίοι προσήλθαν στο ΤΕΠ διαγνώστηκαν για πρώτη φορά με σακχαρώδη διαβήτη και παθολογική α/α θώρακα οπότε εισήχθησαν για περαιτέρω διερεύνηση. Μετά από εργαστηριακό έλεγχο (ιολογικός, αιματολογικός/βιοχημικός, mantoux, quantiferon (QFR) TB gold, πτύελα, γαστρικό υγρό, βρογχοσκόπηση, HbA1c%) τέθηκε η διάγνωση pTB και έγινε έναρξη αντιTB αγωγής και ινσουλίνης. Μελετήθηκαν και ταξινομήθηκαν τα ακτινολογικά ευρήματα σε απλές ακτινογραφίες θώρακα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Όλοι οι ασθενείς είχαν αρνητικό ιολογικό έλεγχο. 11/16 είχαν mantoux από 8-15mm και 4/16 (+) QFR. Η διάγνωση τέθηκε από πτύελα (8/16), γαστρικό υγρό (6/16), βρογχοσκόπηση (2/16). Η μέση τιμή της HbA1c ήταν 8,2% και το σάκχαρο ορού 262 mg/dl. Άμφω εκτεταμένη σπηλαιώδη pTB είχαν 3/16 ασθενείς, κεχροειδές πρότυπο είχε 1/16, ετερόπλευρο σπήλαιο >2εκ. στο κάτω πνευμονικό πεδίο (π.π) είχαν 4/16, άμφω πυκνωτικά διηθήματα κάτω π.π. 3/16, ετερόπλευρη οζώδης/μικροοζώδης απεικόνιση κάτω π.π. 2/16 και σπήλαια κορυφών 3/16.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ακτινολογική εικόνα της πνευμονικής φυματίωσης σε ασθενείς με ΣΔ μπορεί να χαρακτηριστεί ως «άτυπη» διότι συχνά εμπλέκει τα κάτω πνευμονικά πεδία και πολλές φορές συγχέεται με πνευμονία ή απόστημα. Αν και το δείγμα των ασθενών μας ήταν μικρό, τα ακτινολογικά ευρήματα που παρατηρήσαμε αφορούσαν στην πλειοψηφία τους τα μέσα και κάτω πνευμονικά πεδία. Το χαρακτηριστικό και απογοητευτικό στους ασθενείς μας ήταν ότι η διάγνωση της pTB αποκάλυψε τον ΣΔ, ίσως αρκετά καθυστερημένα, αν υπολογίσουμε το νεαρόν της ηλικίας των ασθενών, και ευθύνεται η παραμελημένη ιατρική φροντίδα απόρροια της φτώχειας και της κακής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης τους.

ΑΑ 10

ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ, ΑΤΟΜΩΝ ΗΛΙΚΙΑΣ 1-18 ΕΤΩΝ. ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ 2000-2014.

Α. Νικολη¹, Φ. Κατσιγιάννη¹, Δ. Αλιάσσης¹, Α. Μπαλιάσκα¹, Ν. Καφούσιας², Σ. Σταθόπουλος¹, Ι. Μπουρδούβαλης³, Σ. Αγγελιάκου-Βαϊτση⁴, Ν. Βαϊτση⁴

¹ Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός», Αθήνα

² Επιστημονικός συνεργάτης, Αθήνα

³ Κέντρο Υγείας Αλεξάνδρειας, Βέροια

⁴ Ιδιωτικό ιατρείο, Φάρσαλα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: η παχυσαρκία, στην Ελλάδα, έχει λάβει επιδημικά χαρακτηριστικά τις τελευταίες τρεις δεκαετίες. Τα επιδημιολογικά δεδομένα, μέσω της απόδοσης του φαινομένου και της εξελικτικής του τάσης μέσα στον χρόνο, θεωρούνται υψίστης σημασίας προκειμένου να αναπτυχθούν αποτελεσματικά μέτρα πρόληψης.

ΣΚΟΠΟΣ: εκτίμηση του επιπολασμού της παχυσαρκίας στην Ελλάδα, ατόμων ηλικίας 1-18 ετών, και διερεύνηση της εξελικτικής πορείας του φαινομένου, κατά την τελευταία 15ετία (2000-2014).

ΜΕΘΟΔΟΣ - ΥΛΙΚΟ: πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση, στην ελληνική και αγγλική γλώσσα στις βάσεις δεδομένων PubMed, Google-Scholar, latrotek Online για την αναγνώριση όλων των μελετών που αναφέρονταν στο υπό διερεύνηση ερευνητικό ερώτημα και αφορούσαν στην χρονική περίοδο 2000-2014. Τελικά ανασκοπήθηκαν 27 μελέτες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: ο επιπολασμός της παχυσαρκίας στην Ελλάδα, για άτομα ηλικιακού φάσματος 1-18 ετών, εκτιμήθηκε στο 11,4% (95%CI: 10,1-12,7%, ετερογένεια χ^2 : $p < 0,001$, $I^2 = 93,7\%$) με σημαντικό βαθμό ετερογένεια μεταξύ των μελετών. Η περαιτέρω ανάλυση των υποομάδων, κατά φύλο, έδειξε τιμή επιπολασμού για αγόρια και κορίτσια, αντίστοιχα, ίση με 12,1% (95%CI: 11,7-12,5%, ετερογένεια χ^2 : $p < 0,001$, $I^2 = 89,4\%$) και 10,9% (95%CI: 9,5-12,3%, ετερογένεια χ^2 : $p < 0,001$, $I^2 = 98,2\%$). Η σθροιστική ανάλυση έδειξε μία αυξητική τάση του φαινομένου, κατά την περίοδο 2000-2003, ακολουθούμενη από μία σταθεροποίηση (περίοδος 2004-2010) και εν συνεχεία από μία αυξητική τάση, μεγαλύτερου βαθμού, από το 2010 έως και το 2014.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: περίπου το 10% από τα ελληνόπουλα πάσχει από παχυσαρκία και σχεδόν το 30% θεωρείται υπέρβαρο. Τα δεδομένα αυτά μας φέρνουν στις κορυφαίες θέσεις παγκοσμίως, σε ότι αφορά το φαινόμενο της παχυσαρκίας. Κρίνεται απαραίτητη η υιοθέτηση δραστικών προληπτικών μέτρων.

ΑΑ 11

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΚΑΙ ΒΙΟΧΗΜΙΚΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΗΛΙΚΙΑΣ < 14 ΕΤΩΝ.

Α. Κ. Παπαζαφειροπούλου¹, Μ. Σαρίδη², Μ. Ρεκλειτή², Ε. Παπαβασιλείου³, Ι. Κυριαζής²

¹ 1η Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο, Τζάνειο Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά

² Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο Παχυσαρκίας, Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου

³ Παιδιατρικό Τμήμα Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα υπάρχοντα επιδημιολογικά δεδομένα δείχνουν μια σημαντική αύξηση της παιδικής παχυσαρκίας που οφείλεται εν μέρει στην αύξηση της κατανάλωσης των αναψυκτικών και τροφών ανακ, εκτός βέβαια και από την μειωμένη σωματική δραστηριότητα.

ΣΚΟΠΟΣ: Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να αξιολογήσει τις βιοχημικές παραμέτρους σε ένα δείγμα παιδιών ηλικίας <14 ετών, ανάλογα με τα επίπεδα του δείκτη μάζας σώματος (BMI).

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΙ: Στη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 539 παιδιά ηλικίας <14 χρόνια [285 αγόρια / κορίτσια 254, μέση ηλικία (± τυπική απόκλιση): 8,4 ± 3,4 έτη]. Το ύψος, το βάρος και ο δείκτης μάζας σώματος (BMI) καταγράφηκαν και ελήφθη δείγμα αίματος για βιοχημικές εξετάσεις. Τα παιδιά ταξινομήθηκαν σε φυσιολογικού βάρους, υπέρβαρα και παχύσαρκα, σύμφωνα με το εκατοστημόριο ΔΜΣ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τα παιδιά της μελέτης 28,1% ήταν παχύσαρκα, το 22,2% υπέρβαρα και 49,7% είχαν φυσιολογικό βάρος. Τα επίπεδα της ολικής χοληστερόλης στο πλάσμα (170,2 ± 27,9 έναντι 170,3 ± 30,1 έναντι 162,3 ± 32,7 mg / dl, αντίστοιχα, p = 0,03), της HDL-C (47,1 ± 10,2 έναντι 49,1 ± 11,5 έναντι 45,2 ± 15,5 mg / dl, αντίστοιχα, p = 0,05), της γλυκόζης νηστείας (88,2 ± 8,9 έναντι 88,3 ± 7,4 έναντι 85,0 ± 10,9 mg / dl, αντίστοιχα, p = 0,003), AST (27,9 ± 10,9 έναντι 27,2 ± 10,2 έναντι 30. 4 ± 10,7 mg / dl, αντίστοιχα, p = 0,03) και γGT (15,6 ± 5,1 έναντι 15,5 ± 5,3 έναντι 12,1 ± 3,5 mg / dl, αντίστοιχα, p <0,01) διέφεραν σημαντικά μεταξύ των τριών ομάδων μελέτης. Αντίθετα, δεν υπήρχαν διαφορές στα επίπεδα της LDL-χοληστερόλης (106,4 ± 24,6 έναντι 105,9 ± 28,6 έναντι 99,3 ± 30,8 mg / dl, αντίστοιχα, p = NS) και τα επίπεδα ALT (27,1 ± 13,2 έναντι 25,8 ± 12,1 έναντι 25,3 ± 10., 6 mg / dl, αντίστοιχα, p = NS).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι τα παχύσαρκα και υπέρβαρα παιδιά είχαν υψηλότερα επίπεδα της ολικής χοληστερόλης, της HDL-χοληστερόλης, της γλυκόζης νηστείας και της γGT και χαμηλότερα επίπεδα AST σε σύγκριση με τα παιδιά με φυσιολογικό βάρος.

ΑΑ 12

Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΤΑ ΚΑΠΗ.

Νικολήτση Π.¹, Πασπαλά Δ.²

¹ Νοσηλεύτρια, Msc Κοινωνικής Πολιτικής Επισκέπτρια Υγείας, Msc Διαχείρισης Ποιότητας

² Ν.Π.Δ.Δ. Κοινωνική Προστασία, Αλληλεγγύη & ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ Δήμου Νίκαιας - Αγ. Ι. Ρέντη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Στην εποχή της εικόνας, όπως ονομάζεται η δική μας, θα έλεγε κανείς ότι τα ΚΑΠΗ (Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων) έχουν χάσει την μάχη, τουλάχιστον, των εντυπώσεων. Ωστόσο, πολλές φορές τα φαινόμενα απατούν.

Η παρούσα εργασία φιλοδοξεί με θέμα την διαχείριση του Σ.Δ στα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων της Νίκαιας ΑΓ. Ι. ΡΕΝΤΗ να αναδείξει τις πραγματικές παραμέτρους της εικόνας αυτής.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρούσα εργασία στοχεύει στην παρουσίαση του προγράμματος διαχείρισης του Σακχαρώδη Διαβήτη στα ΚΑΠΗ της Νίκαιας ΑΓ. Ι. ΡΕΝΤΗ.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Η διαδικασία εγγραφής των μελών στα ΚΑΠΗ αποτελεί την έναρξη της διαδικασίας διαχείρισης του Σ.Δ. Έτσι σύμφωνα με τις πληροφορίες που δίδονται, το μέλος αναγράφεται σε μία από τις εξής ομάδες:

- α.1** Ομάδα διαβητικών μελών με γνώση του Σ.Δ, παρακολούθησή του από τον γιατρό και θεραπευτική αγωγή.
- α.2** Ομάδα διαβητικών μελών με γνώση του Σ.Δ, αναφορά στον γιατρό αλλά δεν ακολουθεί την θεραπευτική αγωγή.
- α.3** Ομάδα διαβητικών μελών με γνώση του Σ.Δ, από τυχαίο έλεγχο, αλλά δεν επιθυμεί να προσέλθει στον γιατρό, ούτε φυσικά και ακολουθεί θεραπευτική αγωγή.
- α.4** η ομάδα των μελών που δεν πάσχουν από Σ.Δ και θα κληθούν να ακολουθήσουν τον προληπτικό μηνιαίο έλεγχο στον χώρο του ΚΑΠΗ.

Στην κάθε ομάδα αντιστοιχούν οι ανάλογες δράσεις εκπαίδευσης.

Οι δράσεις αποτελούν προγράμματα συνεργασίας του ειδικευμένου δυναμικού των ΚΑΠΗ και του Διαβητολογικού Κέντρου του Γ' Παθολογικού Τμήματος του Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου Νίκαιας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε συνολικό αριθμό 54 εγγεγραμμένων μελών με Σ.Δ η ομάδα α2 η οποία κατά το έτος 2012 αντιστοιχούσε σε 8 μέλη δεν αντιστοιχεί πλέον σε αριθμό μελών.

Η ομάδα α3 περιλαμβάνει 2 μέλη, αριθμώντας 2 μέλη και κατά το έτος 2012.

Ο επανέλεγχος κατά τα έτη 2013 και 2014 έδειξε ότι ο αριθμός των μελών άλλαξε (περισσότερα εξυπηρετούμενα μέλη) τα αποτελέσματα όμως παρέμειναν αντίστοιχα στα ίδια ποσοστά.

Αναφορά στα προγράμματα για την Παγκόσμια Ημέρα Σακχαρώδη Διαβήτη.

Αναφορά για την συμμετοχή μας στο πρόγραμμα «ΗΠΙΟΝΗ» που ξεκίνησε τον Οκτώβριο του 2015 και συνεχίζεται και τα πρώτα ενδεικτικά αποτελέσματα του.

Η προσέλευση των μελών στα παράλληλα προγράμματα για τον Σ.Δ. που είναι αθρόα.

(Δυνατότητα παρουσιάσεως 3λεπτου προγράμματος Γυμναστικής ή Κινησιοθεραπείας που πραγματοποιείται στα ΚΑΠΗ).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα προγράμματα-δράσεις που αφορούν την διαχείριση του Σ.Δ στα ΚΑΠΗ Νίκαιας ΑΓ. Ι. ΡΕΝΤΗ αποτελούν ουσιαστική παρέμβαση στην εκπαίδευση για τον Σ.Δ. στην Γ' Ηλικία.

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Α

| | | | |
|-----------------------|-------|-------|--|
| Αγγελιάκου - Βαΐση Σ. | ΑΑ 04 | ΑΑ 10 | |
| Αδαμόπουλος Ι. | ΑΑ 04 | | |
| Αθανασοπούλου Α. | ΑΑ 09 | | |
| Αλιάσσης Δ. | ΑΑ 10 | | |
| Αναστασόπουλος Β. | ΑΑ 07 | | |
| Ασλάνογλου Δ. | ΠΑ 09 | ΠΑ 13 | |

Β

| | | | |
|---------------|-------|-------|--|
| Βαΐσης Ν. | ΑΑ 04 | ΑΑ 10 | |
| Βαθιλιάνου Κ. | ΠΑ 14 | | |
| Βασιλείου Σ. | ΑΑ 08 | | |
| Βέρρα Χ. | ΑΑ 02 | | |
| Βηλυμάς Π. | ΠΑ 06 | | |

Γ

| | | | |
|-------------------|-------|-------|-------|
| Γαβριηλάκη Ε. | ΑΑ 08 | | |
| Γακίδης Ι. | ΠΑ 12 | | |
| Γαλήνας Α. | ΑΑ 01 | ΠΑ 09 | ΠΑ 13 |
| Γέρμαν Β. | ΑΑ 01 | ΠΑ 09 | ΠΑ 13 |
| Γεωργακόπουλος Π. | ΠΑ 03 | | |
| Γογγάκη Σ. | ΑΑ 03 | | |
| Γριβέας Ι. | ΑΑ 01 | ΠΑ 09 | ΠΑ 13 |

Δ

| | | | |
|--------------------|-------|-------|-------|
| Δεδεληΐας Π. | ΠΑ 12 | | |
| Δημητριάδου Ε. | ΑΑ 09 | | |
| Δημοσθενόπουλος Χ. | ΠΑ 04 | ΠΑ 05 | |
| Δοντά Ι. | ΠΑ 12 | | |
| Δρακόπουλος Ι. | ΠΑ 10 | | |
| Δρύλλη Αικ. | ΠΑ 01 | ΑΑ 05 | ΑΑ 08 |

Ε

| | | | |
|--------------|-------|-------|--|
| Εμμανουήλ Α. | ΠΑ 14 | ΑΑ 07 | |
|--------------|-------|-------|--|

Ζ

| | | | |
|----------|-------|-------|--|
| Ζήκος Α. | ΠΑ 11 | ΠΑ 02 | |
|----------|-------|-------|--|

Θ

| | | | |
|------------------|-------|-------|-------|
| Θαλασσινού Π. | ΑΑ 01 | ΠΑ 09 | ΠΑ 13 |
| Θανοπούλου Α. | ΠΑ 06 | | |
| Θεοδωροπούλου Ε. | ΑΑ 03 | | |
| Θήριου Δ. | ΑΑ 09 | | |

Ι

| | | | |
|--------------|-------|-------|--|
| Ιωαννίδης Ι. | ΠΑ 04 | ΠΑ 05 | |
|--------------|-------|-------|--|

Κ

| | | | |
|-----------------|-------|-------|-------|
| Κακούρης Γ. | ΑΑ 02 | | |
| Καθαφάτης Ε. | ΠΑ 03 | ΠΑ 14 | |
| Καπέλιος Χ. | ΠΑ 04 | ΠΑ 05 | |
| Καριώρη Μ. | ΠΑ 03 | ΠΑ 14 | |
| Κατσιγιάννη Φ. | ΑΑ 04 | ΑΑ 10 | |
| Καφούσις Ν. | ΑΑ 10 | | |
| Κερασιώτης Χ. | ΑΑ 09 | | |
| Κοκολλάκης Ι. | ΠΑ 01 | | |
| Κόνιαρη Κ. | ΠΑ 10 | | |
| Κοτιλέας Π. | ΠΑ 09 | ΠΑ 13 | |
| Κουμουτσέα Δ. | ΑΑ 01 | ΠΑ 09 | ΠΑ 13 |
| Κουρούκλης Σ. | ΑΑ 01 | | |
| Κουτσοστάθης Ε. | ΑΑ 03 | | |
| Κυριαζής Ι. | ΠΑ 03 | ΠΑ 04 | ΠΑ 05 |
| | ΑΑ 07 | ΑΑ 11 | |

Λ

| | | | |
|-------------|-------|-------|-------|
| Λέκκα Σ. | ΑΑ 06 | | |
| Λεηλέκης Μ. | ΠΑ 03 | ΠΑ 14 | ΑΑ 07 |
| Λιάτης Σ. | ΠΑ 04 | ΠΑ 05 | |

Μ

| | | | |
|-------------------|-------|-------|-------|
| Μακρής Κ. | ΠΑ 10 | | |
| Μαμάκου Β. | ΠΑ 06 | ΑΑ 05 | |
| Μανούσος Τ. | ΠΑ 03 | ΠΑ 14 | ΑΑ 07 |
| Μαρινέλη Φ. | ΑΑ 03 | | |
| Μαρουδιάς Ν. | ΠΑ 01 | | |
| Μεταξά Σ. | ΠΑ 06 | | |
| Μίχος Π. | ΠΑ 12 | | |
| Μούντριχα Αικ. | ΠΑ 01 | | |
| Μπαϊκούσης Ν. | ΑΑ 02 | | |
| Μπαλίσκα Α. | ΑΑ 10 | | |
| Μπαρμπαγιάννης Π. | ΑΑ 01 | | |
| Μπερτόλης Γ. | ΠΑ 01 | | |
| Μπιλαζάκης Γ. | ΠΑ 02 | | |
| Μπουρδούβαλης Ι. | ΑΑ 04 | ΑΑ 10 | |

Ν

| | | | |
|-------------------|-------|--|--|
| Νικολακοπούλου Α. | ΑΑ 09 | | |
| Νικολή Α. | ΑΑ 10 | | |

Νικολίνταν Π. ΑΑ 12
Νούτσος Γ. ΑΑ 09

Ξ

Ξενάκης Κ. ΠΑ 09 ΠΑ 13

Π

Παπαβασιλείου Ε. ΑΑ 11
Παπαγιάννης Γ. ΠΑ 11 ΠΑ 02
Παπαδημητρίου Δ. ΠΑ 11
Παπαζαφειροπούλου Α. Κ. ΑΑ 11
Παπασάικας Δ. ΠΑ 11
Πασπαλιά Δ. ΑΑ 12
Πασχάλης Α. ΠΑ 02
Πάσχου Ε. ΑΑ 08
Πιστόλης Δ. ΑΑ 04

Ρ

Ραμψαούνη-Αντωνέλη Α. ΠΑ 10
Ρεκληίτη Μ. ΑΑ 11
Ρίζος Δ. ΠΑ 10

Σ

Σαμέντζας Α. ΠΑ 11 ΠΑ 02
Σαμπάνης Ν. ΑΑ 08
Σαραφόπουλος Α. ΑΑ 08
Σαρίδη Μ. ΑΑ 11
Σγούρος Κ. ΠΑ 03 ΠΑ 04 ΠΑ 05
ΠΑ 14 ΑΑ 06 ΑΑ 07
Σέργη Ε. ΠΑ 11
Σιώνης Γ. ΠΑ 11 ΠΑ 02
Σπανού Λ. ΠΑ 10
Σταθόπουλος Σ. ΑΑ 04 ΑΑ 10
Σταματελόπουλος Α. ΠΑ 12
Σταυγιαννουδάκης Γ. ΑΑ 01 ΠΑ 09 ΠΑ 13
Στεφανή Δ. ΠΑ 03 ΠΑ 14 ΑΑ 07
Στουγιάννης Π. ΠΑ 02
Συμεωνίδης Ν. ΑΑ 03
Σωπου Χ. ΠΑ 09 ΠΑ 13

Τ

Τεντολιούρης Ν. ΠΑ 06
Τόσκα Αικ. ΑΑ 06
Τράμπαρη Π. ΑΑ 04
Τρίκας Α. ΠΑ 11 ΠΑ 02

Τσαούση Σ. ΠΑ 03 ΠΑ 14 ΑΑ 07
Τσαρουχά Α. ΑΑ 09
Τσιάμπας Ε. ΠΑ 12

Φ

Φασιάς Β. ΑΑ 03

Χ

Χαντζησαβίτας Σ. ΠΑ 07 ΠΑ 08
Χαρίτος Χ. ΠΑ 12
Χατζηπαγγελιάκη Ε. ΠΑ 04 ΠΑ 05
Χατζηδάκης Ι. ΑΑ 03



00001725_JARD 11/15

Jardiance®

(empagliflozin)

Boehringer Ingelheim Ελλάς Α.Ε.
Ελληνικού 2, 167 77 Ελληνικό, Αθήνα - Τηλ. 210 8906 300
Γραφείο Μακεδονίας Θράκης: Αντιώνη Τρίτη 15-17 & Μαρίας Κάλλας 6
57001 Θέρμη, Θεσσαλονίκη - Τηλ. 2310 424618

 **Boehringer
Ingelheim**