

9^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου

ΟΡΓΑΝΩΣΗ



ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ
ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ
ΓΙΑ ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

ΘΑ ΧΟΡΗΓΗΘΟΥΝ 18 ΜΟΡΙΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ
ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ (CME - CPD Credits)

23 - 26 Ιουνίου 2016
HOTEL ELITE CITY RESORT
ΚΑΛΑΜΑΤΑ



ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ ΤΩΝ:
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



International Chair on
Cardio-metabolic Risk



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΕΡΟΣΠΕΚΙΑΣ
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΕΡΟΣΠΕΚΙΑΣ

ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΒΙΒΛΙΟ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ



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



ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ - ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ - ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ
CONGRESS WORLD EVENT TRAVEL E.E.
Μαιάνδρου 23, 115 28 Αθήνα
Τ. 210 7222 518, F 210 7210 069
E. info@congressworld.gr, reception@congressworld.gr
W. http://www.congressworld.gr



DC001725_JARD 11/15

Jardiance®

(empagliflozin)

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

 **Boehringer
Ingelheim**



ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Εκ μέρους της Οργανωτικής Επιτροπής, έχουμε την τιμή και τη χαρά να σας προσκαλέσουμε στο **9^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου** που θα πραγματοποιηθεί από **23 έως 26 Ιουνίου 2016** στο ξενοδοχείο Elite City Resort στην Καλαμάτα.

Η μεγάλη συμμετοχή και το υψηλό επιστημονικό επίπεδο των προηγούμενων πανελληνίων συνεδρίων της Εταιρείας μας, αποτελεί πρόκληση αλλά και κίνητρο για τους συναδέλφους ώστε να υποβάλουν έγκαιρα τις επιστημονικές τους εργασίες και να δηλώσουν παρόντες στη διεξαγωγή ενός επιτυχημένου συνεδρίου, με μεγάλη συμμετοχή και υψηλό επιστημονικό ενδιαφέρον.

Στόχος και του φετινού συνεδρίου είναι οι συμμετέχοντες να διαμορφώσουν πληρέστερη εικόνα για τα σύγχρονα δεδομένα που αφορούν την πρόληψη και αντιμετώπιση των καρδιομεταβολικών παραγόντων κινδύνου, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην τεκμηριωμένη γνώση και στην ορθή κλινική πρακτική, μέσα από εισηγήσεις ειδικών σε στρογγυλά τραπέζια, κλινικά φροντιστήρια, διαλέξεις και επιστημονικές αντιπαραθέσεις.

Τέλος, όπως κάθε χρόνο έτσι και φέτος, παράλληλα με το Συνέδριό μας, θα διεξαχθεί η καθιερωμένη και με μεγάλη συμμετοχή τα τελευταία χρόνια Ημερίδα Κοινωνικής Νοσηλευτικής, καθώς και η Εκδήλωση Ενημέρωσης Κοινού.

Πιστεύοντας πως η δομή του επιστημονικού προγράμματος και αυτού του συνεδρίου θα εξασφαλίσει τους προαναφερόμενους στόχους του και με δεδομένο ότι η συμμετοχή σας θα συμβάλει στην επιτυχία του, σας καλωσορίζουμε στην Καλαμάτα και σας ευχαριστούμε που μας τιμάτε με την παρουσία σας.

Πρόεδροι Οργανωτικής Επιτροπής

Χ. Δημοσθενόπουλος

Σ. Λιάτης



ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδροι: **Χ. Δημοσθενόπουλος - Σ. Λιάτσος**

Μέλη:

Ν. Αποστολοπούλου

Ρ. Ευθυμιάδου

Σ. Ζόμπολος

Κ. Θωμόπουλος

Λ. Λαναράς

Μ. Λελέκης

Ε. Λυμπερόπουλος

Σ. Μακρυγιάννης

Γ. Μπριστογιάννης

Ι. Παπαδόπουλος

Ν. Πατσουράκος

Π. Περδικάκη

Α. Σιάννη

Κ. Σγούρος

Δ. Στεφανή

Ε. Στρουμπούλη

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδροι: **Κ. Τσιούφης - Ε. Χατζναγγελάκη**

Μέλη:

Α. Αθαβέρας

Γ. Δημητριάδης

Ι. Ιωαννίδης

Δ. Κιόρτσος

Α. Κόκκινος

Ν. Κομιτόπουλος

Ι. Κυριαζής

Α. Μελιδώνης

Σ. Παππάς

Β. Πυργάκης

Ν. Τεντολούρης

Α. Τσελέπη

με την εγγύηση
Glucomen®

Σχεδιάζουμε.
Υπογράφουμε.
Εγγυόμαστε.



Με βεβαίωση συμμόρφωσης και υπογραφή TÜV, του αυστηρότερου οργανισμού πιστοποίησης παγκοσμίως, τα συστήματα μέτρησης σακχάρου **Glucomen®** παρέχουν όλα τα πλεονεκτήματα και την ασφάλεια της πλήρους συμμόρφωσης στις απαιτήσεις του ISO 15197:2013.

Αξιοπιστία
Ακρίβεια
Επαναληψιμότητα

Τα συστήματα μέτρησης σακχάρου **Glucomen®** αποτελούν το πλέον αξιόπιστο εργαλείο, στη διάθεση των ατόμων με διαβήτη καθώς και των επιστημόνων υγείας, στην καθημερινή διαχείριση του διαβήτη.



Glucomen®
areo



Glucomen®
LX PLUS+



Νέο
Vipidia[®]
αλογλιπτίνη

Νέο
Vipdomet[®]
αλογλιπτίνη/υδροχλωρική μετφορμίνη



VIP-FPA-092015-001

ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ Vipidia 25 mg
Κάθε δισκίο περιέχει 25 mg αλογλιπτίνης (ως βενζοϊκής).

ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ Vipdomet 12,5 mg/850 mg
Κάθε δισκίο περιέχει 12,5 mg αλογλιπτίνης (ως βενζοϊκής) και 850 mg υδροχλωρικής μετφορμίνης.

ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ Vipdomet 12,5 mg/1.000 mg
Κάθε δισκίο περιέχει 12,5 mg αλογλιπτίνης (ως βενζοϊκής) και 1.000 mg υδροχλωρικής μετφορμίνης.

«Για περαιτέρω πληροφορίες παρακαλούμε επικοινωνήστε με τον Κάτοχο Άδειας Κυκλοφορίας, TAKEDA ΕΛΛΑΣ Α.Ε.»



Takeda Ελλάς Α.Ε.
Monumental Plaza, Κτήριο Γ,
Λ. Κηφισίας 44, 151 25 Μαρούσι,
Τηλ. κέντρο: 210 6387 800,
Fax: 210 6387 801
www.takeda.com

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ
Λ. Καραμανλή 60, 546 42 Θεσ/νίκη,
Τηλ.: 2310 87 04 80,
Fax: 2310 87 04 79



ELPEN Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ
Λεωφ. Μαραθώνος 95, 190 09 Πικέρμι Αττικής,
Τηλ.: 210 6039326-9, Fax: 210 6039300
www.elpen.gr

ΓΡΑΦΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ
Σεβαστείας 11, 115 28 Αθήνα,
Τηλ.: 210 7488711, Fax: 210 7488731
Εθν. Αντιστάσεως 114, 551 34 Θεσσαλονίκη,
Τηλ.: 2310 459920-1, Fax: 2310 459269





ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄ - Πέμπτη 23 Ιουνίου 2016

12.00 - 13.00 **ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ**

13.00 - 16.00 **V-LEARNING - ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Τροποποιήσιμοι και μη παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου. Η μελέτη του πληθυσμού της Ελαφονήσου (PERSEAS PROJECT) - **Ι. Ιωαννίδης - Ι. Κυριαζής**

16.00 - 16.30 **V-LEARNING - ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: **Ι. Ντούπης**
Γιατί πρέπει να ρυθμίσουμε τον διαβητικό ασθενή - **Ι. Κυριαζής**

16.30 - 17.15 **V-LEARNING - ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: **Ι. Μανιός - Ε. Τριανταφυλλίδη**
Μεσογειακή δίαιτα, δίαιτα χαμηλών λιπαρών, δίαιτα χαμηλών υδατανθράκων: Έχει τελικά σημασία η επιλογή όσον αφορά στον καρδιαγγειακό κίνδυνο; - **Χ. Δημοσθενόπουλος**

17.15 - 17.45 **ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

Προεδρείο: **Σ. Λιάτσης - Ν. Πατσουράκος**

• **ΠΑ 01 - Η ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΤΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΕΙΣΑΓΟΝΤΑΙ ΣΕ ΕΝΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΙΑΣ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΣΕ ΕΝΑ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

Ε. Καλαφάτης, Α. Εμμανουήλ, Δ. Στεφανή, Ι. Κυριαζής,
Κ. Σγούρος, Μ. Λελέκης

Παθολογική Κλινική - Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΚΑΤ

• **ΠΑ 02 - Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΕΝΟΣ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΛΙΠΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΗ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΣΤΗ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ ΙΣΧΑΙΜΙΚΩΝ ΜΗ-ΕΜΒΟΛΙΚΩΝ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ (ΑΕΕ) ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

Σ. Παπαδάτος, Χ. Νταλαμπίρα, **Α. Μπουρδάκης, PhD**

Ιατρείο Μεταβολισμού, Λιπιδίων και Διαβήτη & Β΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Ελλάδα



• **ΠΑ03 - ΔΙΑΒΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ
ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**

Ι. Κυριαζής, **Κ. Σγούρος**, Δ. Στεφανή, Ε. Καλαφάτης,
Τ. Μανούσος, Μ. Καριώρη, Π. Γεωργακόπουλος, Α. Μαρκέτος,
Ε. Πούλιου, Μ. Λελέκης

Διαβητολογικό Ιατρείο και Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Α ΚΑΤ

17.45 - 19.15 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ: ΜΗ ΚΛΑΣΣΙΚΟΙ
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ**

Προεδρείο: **Ν. Γκιούλιος - Σ. Χαντανής**

CRP: Αποτελεί δείκτη πρόγνωσης ή βόξι; - **Σ. Μακρυγιάννης**

Ουρικό οξύ: Νεώτερα δεδομένα & χρήση ως παράγοντα
κινδύνου - **Ν. Πατσουράκος**

Ομοκυστεΐνη & Ιρα: Αλγόριθμος χρήσης και κατάχρησης - **Α. Γράβος**

19.15 - 19.30 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΚΑΦΕΣ - Ε-POSTER**

[Προεδρείο: **Ι. Παπαδόπουλος**]

• **ΑΑ 01 - ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΥΠΕΙΝΟΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ
ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**

Α. Κουτσοβασίλης, Α. Σωτηρόπουλος, Α. Γκρόζου, Π. Βεργίδου,
Α. Κατωπόδη, Α. Χριστοδουλοπούλου, Ε. Μπλέτσα, Μ. Παππά,
Β. Κορδίνιας, Π. Τζαβάρα, Χ. Ταμβάκος, Σ. Μπούσμπουλας
Γ' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Νίκαιας
- Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

• **ΑΑ 02 - ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ
ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**

Α. Κουτσοβασίλης¹, **Δ. Γουγουρέλας**², Α. Σωτηρόπουλος¹,
Χ. Ταμβάκος¹, Ι. Μουζακίτης, Μ. Παππά¹, Π. Βεργίδου¹,
Α. Κατωπόδη¹, Π. Τζαβάρα¹, Α. Μπούσμπουλας³, Σ. Ελβανίδη¹,
Σ. Μπούσμπουλας¹

¹ Γ' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Νίκαιας
- Πειραιά "Άγιος Παντελεήμων", ² ΚΥ Γκούρας, ³ Τμήμα
Βιοπαθολογίας ΓΝ Αττικής «Σισμανόγλειο - Αμαλία Φλέμινγκ»

19.30 - 20.00 **ΔΙΑΛΕΞΗ ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΥ ΟΜΙΛΗΤΗ**

Προεδρείο: **Α. Αθαβέρας**

Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και σακχαρώδης διαβήτης
- **Σ. Παππάς**



20.00 - 20.30 ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ

- Απονομή βραβείων προφορικών εργασιών
- Απονομή βραβείου ALBERT SCHWEITZER στον ιατρό **Χ. Τούντα**

20.30 - 21.00 ΔΙΑΛΕΞΗ ALBERT SCHWEITZER

- Προεδρείο: **Σ. Παππάς**
Όταν η Παθολογία συνάντησε το Σακχαρώδη Διαβήτη - **Χ. Τούντας**

21.00 - 21.30 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ ANGELINI PHARMA HELLAS

- Προεδρείο: **Ι. Κυριαζής**
Η Ολιστική αντιμετώπιση του υπολειπόμενου καρδιαγγειακού κινδύνου σε ασθενείς με μικτή υπερλιπιδαιμία - **Ι. Ιωαννίδης**

21.30 - 22.00 ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΑ ΔΙΑΛΕΞΗ

- Προεδρείο: **Ε. Χατζναγγελάκη**
Διαταραχές λιπιδίων και λιποπρωτεϊνών στους ασθενείς με ΣΔ - **Δ. Κιόρτσας**

22.00 ΔΕΙΠΝΟ



ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄ - Παρασκευή 24 Ιουνίου 2016

09.00 - 09.30 ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Προεδρείο: **N. Αποστολοπούλου - Μ. Ζαφείρη**

• **ΠΑ 04 - ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ-ΤΡΙΕΣ ΚΑΙ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΓΝΩΣΗΣ ΤΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΥΣ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Θ. Αργυρόπουλος Νοσηλεύτρια MSc Νοσοκομείο
«Παιδών Πεντέλης» Αθήνα-Ελλάδα

• **ΠΑ 05 - ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΣΥΝΟΔΑ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ: ΜΙΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΕΝΟΣ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ**

Ι. Κυριαζής, Κ. Σγούρος, Δ. Στεφανή, Π. Κουτσούρης, Α. Μαρκέτος, Ε. Πούλιου, **Π. Γεωργακόπουλος**, Π. Βαβλιάνου, Α. Εμμανουήλ, Τ. Μανούσος, Ε. Καλαφάτης, Μ. Λελέκης
Ιατρείο Διαβήτη - Παχυσαρκίας ΓΝΑ ΚΑΤ

• **ΠΑ 06 - Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΤΟΥ ΕΥΡΟΥΣ ΤΟΥ DIPPING ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΗΛΙΚΙΑΣ ΑΝΩ ΤΩΝ 65 ΕΤΩΝ ΜΕ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ**

Γ. Μήτρου, Φ. Αθανασίου, Ε. Αμμολοχίτου, Μ. Μανδαράκα
Συστεγαζόμενα ιατρεία ΕΟΠΥΥ Χώρα Άνδρου

09.30 - 10.00 ΒΗΜΑ ΝΕΩΝ ΙΑΤΡΩΝ - ΒΡΑΧΕΙΕΣ ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ

Προεδρείο: **Κ. Σγούρος - Σ. Λιάτης**

Η υπογλυκαιμία ως αίτιο καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνησιμότητας στο σακχαρώδη διαβήτη - **Μ. Μυλωνά**
Τα αντιαιμοπεταλιακά στην πρόληψη των εγκεφαλικών επεισοδίων - **Π. Γεωργακόπουλος**

10.00 - 10.40 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ: ΜΕΣΣΗΝΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ & ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΥΓΕΙΑ

Προεδρείο / Σχολιασμός - **Χ. Δημοσθενόπουλος**

Παρουσίαση τοπικών προϊόντων:

Ελαιόλαδο από ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Α.Ε.

Βαλσαμικό ξύδι από ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Α.Ε.

Αποξηραμένα Σύκα από ΣΥΚΙΚΗ



10.40 - 11.00 ΒΡΑΧΕΙΑ ΔΙΑΛΕΞΗ ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΥ ΟΜΙΛΗΤΗ

Προεδρείο: **Ι. Ντούπης**

Νοσήματα του στοματικού βλεννογόνου στο μεταβολικό σύνδρομο - **Κ. Τόσιος**

11.00 - 11.30 ΔΙΑΛΕΞΗ Ε.Ι.Ε.Π.

Προεδρείο: **Ε. Καπάντας**

Η δυσμενής επίδραση της παχυσαρκίας στην υγεία του διαβητικού τύπου 2 - **Γ. Βαλσαράκης**

11.30 - 11.45 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΚΑΦΕΣ - Ε-POSTER

Προεδρείο: **Σ. Μακρυγιάννης**

•**ΑΑ 03 - ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΑΛΛΩΝ ΝΟΣΩΝ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ**

Α. Κοντορίγα

Ιδιωτικό παθολογικό ιατρείο - Νίκαια

•**ΑΑ 04 - ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΚΡΙΒΕΙΑ ΑΞΟΝΙΚΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΜΕ ΣΥΓΧΡΟΝΟΥΣ ΠΟΛΥΤΟΜΙΚΟΥΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΥΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΑΜΗΛΗ Η΄ ΜΕΤΡΙΑ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ**

Ρ. Ευθυμιάδου, Φ. Λάσπας, Χ. Μουρμούρης, Μ. Τζαλονίκου, Δ. Λογγίτσι, Α. Ρουσάκης

Τμήμα Αξονικού-Μαγνητικού Τομογράφου, Νοσοκομείο «Υγεία»

11.45 - 12.15 ΔΙΑΛΕΞΗ «ΓΑΛΗΝΟΣ»

Προεδρείο: **Γ. Δημητριάδης**

Φαρμακευτικές επιλογές στην αντιμετώπιση του ΣΔΤ2, βασισμένες στην παθοφυσιολογία του (από την γνωστή τρώκαστη σύγχρονη οκτάδα) - **Ν. Τεντολούρης**

**12.15 - 13.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΥ «ΥΓΕΙΑ»:
ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗ**

Προεδρείο: **Α. Αχείμαστος**

Διερεύνηση δευτεροπαθούς υπέρτασης: Πότε πρέπει να γίνεται και με ποιες εξετάσεις; - **Η. Αβραμόπουλος**

Απεικονιστικός έλεγχος στη δευτεροπαθή υπέρταση - **Ρ. Ευθυμιάδου**
Συμπεράσματα - **Α. Αχείμαστος**



13.00 - 13.30 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ COCA - COLA

Προεδρείο: **Χ. Δημοσθενόπουλος**

Τα οφέλη των ολιγοθερμιδικών γλυκαντικών στη μείωση και διατήρηση του σωματικού βάρους - **Α. Παπακωνσταντίνου**

13.30 - 14.00 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ NOVO NORDISK

Προεδρείο: **Ι. Κυριαζής**

IDegLira - ένα νέο πρότυπο θεραπείας στο ΣΔτ2 - **Ι. Ντούπης**

14.00 - 17.00 ΓΕΥΜΑ - ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΧΡΟΝΟΣ

17.00 - 18.15 ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ (ΒΡΑΒΕΥΜΕΝΕΣ) ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Προεδρείο: **Ε. Αζάς - Σ. Μακρυγιάννης**

• **ΠΑ 07 - ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ: ΜΕΛΕΤΗ PREMA**

Σ. Ευσταθίου, Ε. Σκεύα, Ε. Ζορμπαλά, Α. Αχείμαστος, Θ. Μουντοκαλιάκης

Κλινική «Υγείας Μέλαθρον», Αθήνα

• **ΠΑ 08 - ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1 ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΝΕΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Μ. Μυλωνά¹, Κ. Μακρυλάκης¹, Χ. Καί², Α. Ποδίτη², Π. Λίτσα², Π. Π. Σφηκιάκης¹, Σ. Λιάτης¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ Λαϊκό, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

² Διεύθυνση Φαρμάκου, Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα

• **ΠΑ 09 - Η ΛΙΠΟΚΑΛΙΝΗ Η ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗ ΖΕΛΑΤΙΝΑΣΗ ΤΩΝ ΟΥΔΕΤΕΡΟΦΙΛΩΝ (NGAL) ΩΣ ΠΡΩΙΜΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ, ΑΠΟ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΚΙΑΓΡΑΦΙΚΟΥ, ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Κ. Μακρής (1), Χ. Δεμπονέρας (2), Φ. Ζουμπούλογλου (1), Χ. Λιάκος (2), Ν. Καφκάς (2)

1. Βιοχημικό Τμήμα, Νοσοκομείο ΚΑΤ, Αθήνα

2. Καρδιολογική Κλινική -Τμήμα Επεμβατικής Καρδιολογίας, Νοσοκομείο ΚΑΤ, Αθήνα



• **ΠΑ 10 - ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΗΣ ΓΛΥΚΟΖΥΛΩΜΕΝΗΣ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ ΣΕ ΕΤΕΡΟΖΥΓΩΤΕΣ Β - ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ ΧΩΡΙΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ**

Δ. Τσιλιγγίρης, Κ. Μακρυλάκης, Ε. Βοσκαρίδου, Σ. Παγκράτη, Σ. Λιάτης,

1^η Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Λαϊκό Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

• **ΠΑ11 - ΤΙΜΕΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΚΑΙ ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΗ ΕΚΒΑΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΕΕ**

Α. Σωτηρόπουλος¹, **Δ. Γουγουρέλας**², Α. Κουτσοβασίλης¹, Ε. Μπλέτσα, Δ. Ντιώνιας, Α. Γκρόζου¹, Δ. Παπαδάκη¹, Μ. Παππά¹, Α. Μπούσμπουλας³, Η. Ταμβάκος¹, Σ. Μπούσμπουλας¹

¹ Γ' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά "Άγιος Παντελεήμων", ² ΚΥ ΓΚούρας, ³ Τμήμα Βιοπαθολογίας, «Σισμανόγλειο» ΓΝΑ

18.15 - 19.30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ: ΘΕΜΑΤΑ ΑΙΧΜΗΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΣΔ2

Προεδρείο: **Σ. Λιάτης - Α. Ράπτης**

Οι νεότερες αντιλήψεις για την πρόληψη και θεραπεία της διαβητικής νευροπάθειας - **Ν. Τεντολούρης**

GLP-1RAs: Παραλληλαγή σε ένα θέμα ή ουσιαστική διαφοροποίηση; - **Ι. Ντούπης**

Ευγλυκαιμική διαβητική κετοξέωση: παλαιός γνώριμος ή νέα οντότητα; - **Β. Λαμπαδιάρη**

19.30 - 20.00 ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Ι. Κυριαζής**

Η ασπιρίνη στην αντιμετώπιση των ασθενών υψηλού και μεσαίου καρδιαγγειακού κινδύνου - **Δ. Κιόρτσος**

20.00 - 20.15 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΚΑΦΕΣ - Ε-POSTER

Προεδρείο: **Ι. Ντούπης**

• **ΑΑ 05 - ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ II**

Φ. Μπακομήτρος¹, **Α. Κουτσοβασίλης**², Δ. Γουγουρέλας³, Ε. Σκοπελίτου¹, Π. Βεργίδου², Α. Γκρόζου², Α. Κατωπόδη², Β. Σπινάρης¹, Α. Σωτηρόπουλος², Σ. Μπούσμπουλας²

¹ Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων»,



Γ' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο και
Ψυχιατρικός Τομέας

² Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων»,
Γ' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο

³ ΚΥ Γκούρας

•ΑΑ06 - ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ: ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ΑΝΔΡΩΝ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΩΝ. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΠΑΡΧΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΣΚΟΜΕΙΟΥ

Π. Πουηλικαράκος, Δ. Γκότσης, Δ. Σβορώνος, Χ. Παντοπούλης,
Γ. Αλεβετσοβίτης, Β. Καραμπέτσος, Α. Κοηλιέρης, Χ. Ζόμπολος,
Η. Νταιβίς, Α. Κοθονιάρης, Η. Τσίχλης, Ν. Λιονάκης,
Ε. Μάκαρης, Π. Κλουφέτος, Σ. Κοσμοπούλου, Γ. Κουδούνης,
Σ. Ζόμπολος

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Μεσσηνίας, Καλαμάτα, Ελλάδα

20.15 - 21.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ: ΕΙΔΙΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Προεδρείο: **Α. Λαναράς - Ν. Μπριστογιάννης**

Η βέλτιστη αντιμετώπιση του ηλικιωμένου ασθενή με ΣΔΤ2
- **Μ. Ζαφείρη**

Βελτίωση της συμμόρφωσης και αύξηση του ελέγχου της
υπέρτασης: Ανάγκες των ειδικών υπερτασικών πληθυσμών
- **Κ. Τσιούφης**

21.00 - 22.00 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ - ΔΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε.

Η σημασία της έγκαιρης και εξατομικευμένης αντιμετώπισης
στο σακχαρώδη διαβήτη: Νεότερα δεδομένα και εξελίξεις στην
ινσουλινοθεραπεία

Προεδρείο: **Ι. Κυριαζής**

Η σημασία της έγκαιρης έναρξης και εντατικοποίησης στην
ινσουλινοθεραπεία - **Ι. Κυριαζής**

Έναρξη ινσουλινοθεραπείας με γλιταργινική ινσουλίνη.

Αξιοποιώντας το gold standard της βασικής ινσουλινοθεραπείας
έγκαιρα και αποτελεσματικά - **Ε. Διακουμπούλου**

Ινσουλίνη lispro 200 units/ml: Η εξέλιξη στην εντατικοποίηση
της ινσουλινοθεραπείας με σχήμα basalbolus -

Α. Κουτσοβασίλης

22.00

ΔΕΙΠΝΟ



ΑΙΘΟΥΣΑ Γ΄ - Παρασκευή 24 Ιουνίου 2016

08.30 - 11.00 ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ MSD & VIANEX

Μακροχρόνια Διαχείριση Ασθενή με υψηλό Καρδιομεταβολικό Κίνδυνο

Αθηρωματική νόσος - Δυσλιπιδαιμίες

Πρόεδρος: **Β. Νικολιάου**

08.30 - 08:45 Αθηρωμάτωση - Μία «αέναν» διαδικασία - **Β. Νικολιάου**

08.45 - 09.05 Η αντιμετώπιση των δυσλιπιδαιμιών μέσα από το πρίσμα των κατευθυντήριων οδηγιών - η σημασία της μακροχρόνιας χορήγησης υπολιπιδαιμικής αγωγής - **Μ. Κουτούζης**

09.05 - 09.25 Καρδιαγγειακός κίνδυνος και δυσλιπιδαιμία: είναι οι στατίνες πάντα αρκετές; - **Χ. Χρυσοχόου**

09.25 - 09:45 Συνθήξεις και προβληματισμοί στην καθημερινή κλινική πράξη - παρουσίαση κλινικών περιπτώσεων - **Μ. Κουτούζης - Χ. Χρυσοχόου**

Σακχαρώδης διαβήτης

Πρόεδρος: **Ι. Κυριαζής**

09.45 - 09.50 Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2: Μία επιδημία που απαιτεί παγκόσμια προσοχή και επείγουσα δράση - **Ι. Κυριαζής**

09.50 - 10.05 Πώς τα νεότερα επιστημονικά δεδομένα διευρύνουν τις γνώσεις μας για την παθοφυσιολογία του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 - **Β. Λαμπαδιάρη**

10.05 - 10.35 Επιλογή της κατάλληλης αντιδιαβητικής αγωγής: πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των θεραπευτικών επιλογών - Μεταφέροντας τη γνώση από τα αποτελέσματα των μελετών καρδιαγγειακής ασφάλειας των αντιδιαβητικών φαρμάκων στην κλινική πράξη - **Ι. Ιωαννίδης**

10.35 - 11.00 Η εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών για την αντιμετώπιση των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 στην κλινική πράξη- συζήτηση περιστατικών- **Β. Λαμπαδιάρη**



ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄ - Σάββατο 25 Ιουνίου 2016

09.00 - 09.45 ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

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

• **ΠΑ 12 - ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΔ2 ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**
Σ. Καλιαντζή¹, C. Savona-Ventura², M. Khattab², N. Lalic², F. Raposi², P. Conthe², Σ. Λιάτης¹

1. Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο «Λαϊκό», Αθήνα
2. Scientific Committee of The Education Study, MGSD (Mediterranean Study Group for diabetes)

• **ΠΑ 13 - ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΗΣ ΛΙΠΟΚΑΛΙΝΗΣ ΤΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΖΕΛΑΤΙΝΑΣΗ ΤΩΝ ΟΥΔΕΤΕΡΟΦΙΛΩΝ (NGAL) ΣΤΑ ΟΥΡΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟ, ΧΩΡΙΣ ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΒΛΑΒΗ**

Κ. Μακρής [1], Κ. Πυργάκης [2], Ν. Καφκάς [3], Λ. Σπανού [1]

1. Βιοχημικό Τμήμα, Νοσοκομείο ΚΑΤ, Αθήνα
2. Αγγειοχειρουργικό Τμήμα, Νοσοκομείο ΚΑΤ, Αθήνα
3. Καρδιολογική Κλινική - Τμήμα Επεμβατικής Καρδιολογίας, Νοσοκομείο ΚΑΤ, Αθήνα

• **ΠΑ 14 - ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΛΛΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΚΑΤΟΙΚΩΝ ΚΛΕΙΣΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΝΗΣΙΟΥ - ΜΕΛΕΤΗ PERSEAS-**

Ι. Ιωαννίδης, Χ. Καπέλιος, Ι. Κυριαζής, Κ. Σγούρος, Χ. Δημοσθενόπουλος, Ε. Χατζηναγγελάκη, Σ. Λιάτης

Επιστημονική Ομάδα PERSEAS - ΕΜΠαΚΑΝ

09.45 - 10.30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΑΝΤΙΠΑΡΑΘΕΣΗΣ

Προδιαβήτης: Ναι ή Όχι στη χορήγηση Στατίνης;

Προεδρείο: **Α. Αδαβέρας - Α. Σιάννη**

ΝΑΙ - Ε. Λυμπερόπουλος

ΟΧΙ - Α. Ράπτης



10.30 - 11.00 ΔΙΑΛΕΞΗ ΕΙΔΙΚΟΥ

Προεδρείο: **Ν. Τεντολούρης**
Λοιμώξεις κατά τη νοσηλεία ασθενών με οξύ εγκεφαλικό
επεισόδιο - **Μ. Λελέκης**

11.00 - 11.15 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΚΑΦΕΣ - Ε-POSTER

[Προεδρείο: **Ε. Αζάς**]

• **ΑΑ 07 - ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΔτ2**

Α. Κουτσοβασίλης, Α. Σωτηρόπουλος, Α. Γκρόζου, Β. Κορδίνας,
Ε. Μπλέτσα, Μ. Παππά, Χ. Ταμβάκος, Π. Βεργίδου, Α. Γκρόζου,
Α. Κατωπόδη, Σ. Μπούσμπουλας

Γ' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Νίκαιας-
Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

• **ΑΑ 08 - ΑΝΑΓΝΩΡΙΖΟΝΤΑΣ & ΘΕΡΑΠΕΥΟΝΤΑΣ ΤΑ ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΑΚΟΠΗΣ**

Σ. Ε. Αμπραχίμ¹, Σ. Τούλης², Κ. Ανδρουτσοπούλου³

1. RN, Msc, Msc, Γ.Ν.Α «ΚΑΤ»,

2. RN, Κέντρο Αποκατάστασης «Ευεξία»

3. Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Γ.Ν.Α «ΚΑΤ»

11.15 - 12.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΑΝΤΙΠΑΡΑΘΕΣΗΣ

Οι μελέτες «μη-κατωτερότητας» στην καρδιαγγειακή
ασφάλεια για τα νεότερα φάρμακα στη θεραπεία του σακχαρώδη
διαβήτη, έχουν τελικό κλινικό όφελος ή είναι πεταμένα λεφτά;

Προεδρείο: **Α. Αχείμαστος - Γ. Δημητριάδης**

ΝΑΙ - Α. Κουτσοβασίλης

ΟΧΙ - Ε. Αζάς

12.00-12.30 ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ ASTRAZENECA

Προεδρείο: **Ε. Λυμπερόπουλος**

Αντιμετωπίζοντας τον Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2: Κλινικά
δεδομένα για τη χρήση της δαπαγλιφλοζίνης στην καθημερινή
κλινική πράξη - **Ε. Ρίζος**



12.30 - 13.00 ΔΙΑΛΕΞΗ ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΥ ΟΜΙΛΗΤΗ

Προεδρείο: **Α. Αχειράστος**

Αμφιλεγόμενα θέματα για το ρόλο των αντιαιμοπεταλιακών και αντιπηκτικών φαρμάκων σε ασθενείς υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου - **Α. Τσελέπης**

13.00 - 13.30 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ ELPEN

Προεδρείο **Α. Αθαβέρας**

Αιολιλιπίνη ο νεότερος DPP-4 αναστολέας. Εκλεκτικότητα, καρδιαγγειακή ασφάλεια και άλλα χαρακτηριστικά της αιολιλιπίνης - **Π. Μήτρου**

13.30 - 14.00 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ - ΔΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε.

Η σημασία της έγκαιρης και εξατομικευμένης αντιμετώπισης στο σακχαρώδη διαβήτη

Προεδρείο: **Α. Λέπουρας**

Η σημασία της έγκαιρης και εξατομικευμένης αντιμετώπισης στο σακχαρώδη διαβήτη – **Α. Λέπουρας**

Ποιά είναι η θέση της πιογλιταζόνης στην αντιμετώπιση του ΣΔτ2; Επιπρόσθετες δράσεις και πλεονεκτήματα - **Ε. Αζάς**

14.00 - 17.00 ΓΕΥΜΑ - ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΧΡΟΝΟΣ

17.00 - 18.30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ: ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΘΕΜΑΤΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Προεδρείο: **Χ. Δημοσθενόπουλος - Θ. Καπάντας**

Ψυχολογική προσέγγιση και κατανόηση του παχύσαρκου ασθενούς: «Γιατί τρώω αυτά που ξέρω ότι δεν πρέπει;»

- **Α. Κανδαράκη**

Πώς και πότε εξατομικεύουμε ένα διατροφικό πρόγραμμααπώλειας βάρους; - **Χ. Δημοσθενόπουλος**

Πόσο ο καθιστικός τρόπος ζωής και η απουσία της άσκησης συμβάλλουν στην παχυσαρκία - **Γ. Παραδείσης**

18.30 - 19.00 ΔΙΑΛΕΞΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Προεδρείο: **Α. Σιάννη**

Αποτελέσματα Πανελλαδικής Έρευνας Διατροφής «χαρτογράφηση των διατροφικών μας συνθηκών και συμπεριφορών» - **Δ. Κατσώχη**



19.00 - 19.15 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΚΑΦΕΣ - Ε-POSTER

Προεδρείο: **Ν. Πατσουράκος**

•**ΑΑ 09 - ΜΕΛΕΤΗ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΝΟΣ ΕΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Γ.Ν. ΗΛΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ**

Α. Αγγελόπουλος, ειδικευόμενος Παθολογίας Γ.Ν. Πύργου, Π. Παπανικολάου, ειδικευόμενη Παθολογίας Γ.Ν. Πύργου, Γ. Σινικόφ, επιμελητής Α΄ νευρολόγος Γ.Ν. Πύργου

•**ΑΑ 10 - ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΤΗ ΚΑΙ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΜΦΡΑΚΤΑ ΜΕΘΟΡΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ**

Μ. Ξιφαράς, Φ. Αιθούρδα, Γ. Λιμπιτάκη, Ν. Λύτρα, Λ. Βογιατζής, Ε. Κερεζούδη

Νευρολογικό Τμήμα Νοσοκομείου «Παμμακάριστος», Αθήνα

19.15 - 20.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΑΝΤΙΠΑΡΑΘΕΣΗΣ

Στόχος αρτηριακής πίεσης στους διαβητικούς με υπέρταση <140/85 mmHg

Προεδρείο: **Σ. Χαντανής - Σ. Ζόμπολος**

Σωστό - **Η. Αβραμόπουλος**

Αμφίβολο - **Ε. Τριανταφυλλίδου**

20.00 - 20.30 ΔΙΑΛΕΞΗ ΛΗΣΗΣ

Προεδρείο: **Δ. Κιόρτσος**

Διαταραχές των βιταμινών στην παχυσαρκία. Αίτιο ή αιτιατό;

- **Α. Κόκκινος**

20.30 - 22.00 ΔΟΥΦΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ BOEHRINGER - INGELHEIM

Θεραπευτικές προκλήσεις στον ΣΔτ2: Τρέχουσες και νεότερες προοπτικές στην αντιμετώπιση του ΣΔτ2 στην καθημερινή κλινική πρακτική

Προεδρείο: **Ν. Παπάνας**

Αντιδιαβητική αγωγή με αναστολείς DPP4. Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και ιδιότητες της Λιναγλιπτίνης

- **Β. Λαμπαδιάρη**

Αντιδιαβητική αγωγή με αναστολείς SGLT2. Φαρμακολογικά και κλινικά χαρακτηριστικά της Εμπαγλιφλοζίνης

- **Β. Λαμπαδιάρη**

Αποτελέσματα της μελέτης «EMPAREG OUTCOME» - **Ι. Ιωαννίδης**

22.00

ΔΕΙΠΝΟ



ΑΙΘΟΥΣΑ Γ΄ - Σάββατο 25 Ιουνίου 2016

09.00 - 10.30 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ NOVARTIS

Προκλήσεις & Θεραπευτικές Επιλογές στη Διαχείριση των
Ασθενών με ΣΔΤ2 στην καθημερινή κλινική πρακτική
Συντονιστής: **Ι. Κυριαζής**
Ομιλητές: **Β. Λαμπαδιάρη - Ν. Παπάνας**

ΑΙΘΟΥΣΑ Β΄ - Σάββατο 25 Ιουνίου 2016

ΕΤΗΣΙΑ ΗΜΕΡΙΔΑ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ (έτος 7ο)

Λοιμώξεις Κοινότητας και Νοσοκομειακές στους ασθενείς με
χρόνια καρδιομεταβολικά νοσήματα

Υπό την αιγίδα της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος: **Μ. Σαρίδη**

Μέλη: **Θ. Αδαμοπούλου, Μ. Γκούζου, Μ. Δαμουλιάνου,
Σ. Ζυγά, Θ. Καυκιά, Β. Κοηλιού, Κ. Κοροβέσης,
Ε. Λαμπριανίδου, Α. Λιαχοπούλου, Ε. Μηνασίδου,
Ε. Παπακωνσταντίνου, Σ. Πετρουλά, Μ. Ρεκλειτή, Σ. Τάνη**

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος: **Μ. Κουράκος**

Μέλη: **Α. Αλεξανδράκη, Α. Αλωνιστιώτη, Κ. Αραποστάθνη, Β.
Γιάννου, Ι. Γκριτζάνη, Θ. Δεμερτζή, Α. Δημάκου, Γ. Λάμπου,
Α. Μπλάτσου, Κ. Καφαντόγια, Β. Κουτελιάρη, Π. Λιόλιου, Σ.
Μαρκέτη Κ. Συναδινού, Α. Τριανταφύλλου, Ε. Φραδέλος**

09.30 - 10.00 Εγγραφές

10.00 - 10.15 Χαιρετισμοί

10.15 - 11.30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Προεδρείο: **Κ. Ανδρουτσοπούλου-Λύτρα, Κ. Καφαντόγια**
Η Νοσηλευτική Συμβολή στην Πρόληψη Λοιμώξεων
σε νοσηλευόμενους ασθενείς με ΑΕΕ - **Σ. Μαρκέτη**
Λοιμώξεις σε ασθενείς με καρδιοαναπνευστική ανεπάρκεια -
Ε. Κλέτσιου

Οι κίνδυνοι των λοιμώξεων που ελλοχεύουν κατά
την αιμοκάθαρση - **Θ. Καυκιά**



11.30 - 12.00 ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Μ. Λελέκης**
Ανοσοπροφύλαξη σε ασθενείς με χρόνια καρδιομεταβολικά νοσήματα στην κοινότητα - **Κ. Κοροβέσης**

12.00 - 12.15 ΔΙΑΛΛΕΙΜΑ

12.15 - 12.45 ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Μ. Σαρίδη**
Το φάσμα των λοιμώξεων στο Διαβητικό Πόδι και οι επιπτώσεις τους - **Α. Δώνου**

12.45 - 14.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Προεδρείο: **Μ. Κουράκος - Σ. Τάνη**
Πρόληψη συρολοιμώξεων σε ασθενείς με ΣΔ - **Β. Κολονιώτη**
Αγωγή υγείας και συμβουλευτική σε ασθενείς με χρόνια καρδιομεταβολικά νοσήματα - **Α. Λιαχοπούλου**
Η συμμόρφωση διαβητικών ασθενών στη θεραπευτική αγωγή και η σημασία της - **Μ. Ρεκλείτη**

14.00 Λήξη Ημερίδας & Ελαφρύ Γεύμα

ΑΙΘΟΥΣΑ Β' - Σάββατο 25 Ιουνίου 2016

18.30 - 20.30 Εκδήλωση Διαβήτη - Ενημέρωση και εκπαίδευση κοινού
(Υπό την Αιγίδα του Δήμου Καλαμάτας & του Συλλόγου ΓΛΥΚΙΑ ΜΕΣΣΗΝΙΑ)

Προεδρείο: **Ν. Γκιούλιος - Α. Κορακοβούνη**
Διατροφικές συστάσεις στο Σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 - **Θ. Λάππα**
Αυτοέλεγχος - Γλυκαιμικοί στόχοι - **Κ. Σγούρος**
Σύντομη γνωριμία με τα αντιδιαβητικά δισκία - **Α. Σιάννη**
Ενέσιμες θεραπείες στο Σακχαρώδη διαβήτη - **Ι. Παπαδόπουλος**
Διαβητικό πόδι - **Τ. Μακρής**
Εμβολιασμοί στο Σακχαρώδη διαβήτη - **Κ. Κοροβέσης**



2^η Ημερίδα Διατροφής

Σάββατο 8 Οκτωβρίου 2016

Αθήνα - Αμφιθέατρο Λαϊκού Νοσοκομείου



Διατροφικές Παρεμβάσεις στην Πρόληψη
και Αντιμετώπιση των Καρδιομεταβολικών
Παραγόντων Κινδύνου



ΔΩΡΕΑΝ
ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ



ΔΙΟΡΓΑΝΣΗ - ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ - ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ
Εταιρεία Μελέτης Παροξύντων
Κινδύνων για Αγγειακό Νοσήματα
Ιατρ. Δραγιάση 8, Πειραιάς 185 35
(Όροφος 4 - Γραφείο 1)
t: 210 4953646, f: 210 4953646
e: info@empakan.gr, w: www.empakan.gr



ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ

- ▶ **Αβραμόπουλος Ηρακλής**
Παθολόγος με εξειδίκευση στο Διαβήτη και την Υπέρταση, Διαγνωστικό & Θεραπευτικό Κέντρο «Υγεία», Αθήνα
- ▶ **Αζάς Ελευθέριος**
Παθολόγος - Διαβητολόγος, Επιμελητής ΔΘΚΑ ΥΓΕΙΑ, Αθήνα
- ▶ **Αλαβέρας Αντώνιος**
Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθυντής Γ' Παθολογικής Κλινικής, Κοργιαλένιο Μπενάκειο ΓΝΑ «Ε.Ε.Σ.»
- ▶ **Ανδρουτσοπούλου - Λύτρα Κωνσταντίνα**
Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»
- ▶ **Αποστολοπούλου Νικολέττα**
Παθολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Καλαμάτας
- ▶ **Αχείμαστος Απόστολος**
Καθηγητής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών
- ▶ **Βαλσαμάκης Γεώργιος**
Πανεπιστημιακός Υπότροφος Ενδοκρινολογικής μονάδας Β' Μαιευτικής κλινικής Αρεταίειου ΕΚΠΑ, European Scope Fellow in Obesity, visiting Associate clinical Professor Warwick Medical School UK
- ▶ **Γεωργακόπουλος Παναγιώτης**
Ειδικευόμενος Παθολογίας, Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Α. ΚΑΤ
- ▶ **Γκιούλιος Νικόλαος**
Παθολόγος με εξειδίκευση στο Διαβήτη, Διευθυντής ΕΣΥ Κ.Υ Αγίου Νικολάου & Διαβητολογικού Ιατρείου Γ.Ν. Καλαμάτας
- ▶ **Γράβος Αθανάσιος**
Καρδιολόγος Εντατικολόγος, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»
- ▶ **Διακουμοπούλου Ευανθία**
Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Διευθύντρια, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ»
- ▶ **Δημητριάδης Γεώργιος**
Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Παν/μίου Αθηνών, Διευθυντής Β' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής, Μονάδα Έρευνας και Διαβητολογικού Κέντρο Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν»
- ▶ **Δημοσθενόπουλος Χάρης**
MMedSci, PhDc, Κλινικός Διαιτολόγος - Βιολόγος, Προϊστάμενος Διαιτολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αντιπρόεδρος Δ.Σ. Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν.
- ▶ **Δώνου Ανδριάντα**
Επισκέπτρια Υγείας, Υπεύθυνη Διαβητολογικού Ιατρείου & Ιατρείου Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού, «Δημήτρης Βογιατζόζη», Γ.Ν.Μ. «Αμαλία Φλέμινγκ»



- ▶ **Ευσθυμιάδου Ρωξάνη**
Ακτινολόγος, Διευθύντρια Τμήματος PET-CT & Αναπληρώτρια Διευθύντρια Τμήματος CT&MRI, Διαγνωστικό & Θεραπευτικό Κέντρο «Υγεία»
- ▶ **Ζαφείρη Μαρία**
Ειδικός Παθολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Ιατρείου Διαβήτη και Παχυσαρκίας, Γενικό Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας, Κωνσταντοπούλειο Πατισίων
- ▶ **Ζόμπιολος Σπυρίδων**
Καρδιολόγος, τέως Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικού τμήματος Γ.Ν. Καλαμάτας
- ▶ **Ιωαννίδης Ιωάννης**
Παθολόγος με εξειδίκευση στο Διαβήτη, Διευθυντής Α' Παθολογικής Κλινικής και Υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου και Ιατρείου Παχυσαρκίας, Γενικό Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο»
- ▶ **Κανδαράκη Άννα**
Κλινική Ψυχολόγος, Master 2 Pro του Πανεπιστημίου του Paris V Rene Descartes της Σορβόνης, υπ. Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών
- ▶ **Καπάντας Ευθύμιος**
Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθυντής Τμήματος Διαβήτη - Παχυσαρκίας - Μεταβολισμού, Ιδιωτικό Θεραπευτήριο METROPOLITAN, Πρόεδρος Ε.Ι.Ε.Π.
- ▶ **Κατσώχη Δέσποινα**
MD, PhD Ογκολόγος - Ακτινοθεραπευτής, Δ.Θ.Κ.Α «Υγεία», Διδάκτωρ Πανεπιστημίου RWTH Aachen Γερμανίας, Πρόεδρος ΑΚΟΣ
- ▶ **Καυκιά Θεοδώρα**
PhD[®], Καθηγήτρια Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Α-ΤΕΙ Θεσσαλονίκης
- ▶ **Καφαντόγια Κωνσταντίνα**
Νοσηλεύτρια Επιτήρησης Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»
- ▶ **Κιόρτσος Δημήτριος**
Ενδοκρινολόγος Διαβητολόγος, Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
- ▶ **Κηλέτσιου Ελένη**
Msc, PhD, Νοσηλεύτρια, Υπεύθυνη Εκπαίδευσης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Π.Γ.Ν.Α. «Ατακόν», Πρόεδρος Επιτροπής Εκπαίδευσης, CCNAP του ESC.
- ▶ **Κόκκινος Αλέξανδρος**
Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
- ▶ **Κοιλονιώτη Βασιλική**
Νοσηλεύτρια, MSc, Β' Παθολογική κλινική, Γ.Ν. Ελευσίνας, «Θριάσιο»
- ▶ **Κορακοβούνη Αρετή**
Ενδοκρινολόγος, Καλαμάτα
- ▶ **Κοροβέσης Κωνσταντίνος**
Παθολόγος με Εξειδίκευση στις Λοιμώξεις, Επιμελητής Α' Ε.Σ.Υ., Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Κορίνθου
- ▶ **Κουράκος Μιχαήλ**
PhD, Διευθυντής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας
- ▶ **Κουτούζης Μιχάλης**
Καρδιολόγος, Επιμελητής Β', Καρδιολογικού Τμήματος Γ.Ν.Α. «Κοργιλένιο - Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ.



- ▶ **Κουτσοβασίλης Αναστάσιος**
MSc, PhD, Παθολόγος - Διαβητολόγος, Επιμελητής Β', Γ' Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», Αθήνα
- ▶ **Κυριαζής Ιωάννης**
MD, PhD, FNSCOPE, Παθολόγος με εξειδίκευση στον Διαβήτη, Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής & Ιατρείου Διαβήτη- Παχυσαρκίας Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»
- ▶ **Λαμπαδιάρη Βάια**
Επίκουρη Καθηγήτρια Παθολογίας - Σακχαρώδη Διαβήτη, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Μονάδα Έρευνας και Διαβητολογικό Κέντρο Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Αττικό»
- ▶ **Λαναράς Λεωνίδας**
Παθολόγος Διαβητολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου, Γ.Ν. Λαμίας
- ▶ **Λάππα Θεοδώρα**
MscI, Προϊσταμένη Τμήματος Διατροφής, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»
- ▶ **Λελέκης Μωσής**
Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Παθολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ
- ▶ **Λέπουρας Αντώνης**
Διευθυντής Παθολογικής - Διαβητολογικής Κλινικής, υπεύθυνος διαβητολογικού κέντρου και εξωτερικών ιατρείων σακχαρώδη διαβήτη του ΙΑΣΩ GENERAL
- ▶ **Λιάτσης Σταύρος**
Δρ. Παθολόγος με εξειδίκευση στο Διαβήτη, Επιμελητής Α' ΕΣΥ, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
- ▶ **Λιαχοπούλου Αλεξάνδρα**
PhD, Νοσηλεύτρια Επιτήρησης Λοιμώξεων, Γ.Ν. Κορίνθου
- ▶ **Λυμπερόπουλος Ευάγγελος**
Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
- ▶ **Μακρής Αναστάσιος**
Γενικός Ιατρός με εξειδίκευση στο Διαβήτη, Επιμελητής Διαβητολογικού Ιατρείου, Γ.Ν. Καλαμάτας
- ▶ **Μακρυγιάννης Σταμάτης**
Καρδιολόγος, Επιμελητής Α' Καρδιολογικής Κλινικής, ΔΘΚΑ «Υγεία»
- ▶ **Μαρκέτη Στυλιανή**
MSc, Νοσηλεύτρια, Γραφείο Εκπαίδευσης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, ΓΝΑ «ΚΑΤ»
- ▶ **Μήτρου Παναγιώτα**
Παθολόγος με εξειδίκευση στο Διαβήτη, Διδάκτωρ Παν/μίου Αθηνών, Ερευνήτρια Εθνικού Κέντρου Διαβήτη, Β' Προπ. Παθολογική Κλινική Παν/μίου Αθηνών, Παν/μιακό ΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- ▶ **Μπριστογιάννης Γεώργιος**
Νεφρολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Νεφρολογικού Τμήματος Γ.Ν. Καλαμάτας



- ▶ **Μυλωνά Μαρία**
Παθολόγος, Α' Προπαιδευτική
Παθολογική Κλινική Γ.Ν. «Λαϊκό»
- ▶ **Νικολάου Βασίλειος**
Καρδιολόγος, Διευθυντής
Καρδιολογικής Κλινικής Γ.Ν.Α.
«Κοργιαλένιο - Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ.
- ▶ **Ντούπης Ιωάννης**
Παθολόγος - Διαβητολόγος,
Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών,
Υπεύθυνος Παθολογικού Τμήματος
ε Διαβητολογικού Ιατρείου, Ναυτι-
κό Νοσοκομείο Σαλαμίνας
- ▶ **Παπαδόπουλος Ιωάννης**
Παθολόγος, Αθήνα
- ▶ **Παπακωνσταντίνου Αιμιλία**
Λέκτορας Διατροφής και Μεταβο-
λισμού, Γεωπονικό Πανεπιστήμιο
Αθηνών
- ▶ **Παπάνας Νικόλαος**
Αν. Καθηγητής Παθολογίας, Υπεύ-
θυνος Διαβητολογικού Κέντρου, Β'
Παθολογική Κλινική ΔΠΘ, Πανε-
πιστημιακό ΓΝ Αλεξανδρούπολης,
Πρόεδρος Ε.Δ.Ε.
- ▶ **Παππάς Σταύρος**
Παθολόγος - Διαβητολόγος, Πρόεδρος
Ινστιτούτου Μελέτης Έρευνας και Εκ-
παίδευσης για το Σακχαρώδη Διαβήτη
και τα Μεταβολικά Νοσήματα
- ▶ **Παραδείσης Γιώργος**
Επίκουρος Καθηγητής ΤΕΦΑΑ
- ▶ **Πατσουράκος Νικόλαος**
Επεμβατικός Καρδιολόγος -
Εντατικολόγος, Επιμελητής Καρδιο-
λογικού Τμήματος, Υπεύθυνος Μονά-
δας Εμφραγμάτων, Γ.Ν.Π. «Τζάνειο»
- ▶ **Ράπτης Αθανάσιος**
Αν. Καθηγητής Παθολογίας -
Διαβητολογίας Β' Προπ.
Παθολογική Κλινική, Μονάδα
Έρευνας - Διαβητολογικό Κέντρο
Πανεπιστημίου Αθηνών Παν/μιακό
Γ.Ν. «Αττικόν»
- ▶ **Ρεκληίτη Μαρία**
PhD[®], Νοσηλεύτρια, Παθολογική
κλινική, Γ.Ν. Κορίνθου
- ▶ **Ρίζος Ευάγγελος**
Παθολόγος-Διαβητολόγος, Επιμε-
λητής Α' Παθολογίας Πανεπιστημι-
ακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων
- ▶ **Σαρίδη Μαρία**
PhD, Διευθύντρια Νοσηλευτικής
Υπηρεσίας, Γ.Ν. Κορίνθου
- ▶ **Σγούρος Κωνσταντίνος**
Ειδικός Παθολόγος - Εντατικολό-
γος, Επιμελητής Παθολογικής
Κλινικής, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»
- ▶ **Σιάννη Αλεξάνδρα**
Παθολόγος - Διαβητολόγος,
Επιμελήτρια Α', Α' Παθολογική
Κλινική & Ιατρείο Διαβήτη -
Παχυσαρκίας, Γενικό Νοσοκομείο
Νέας Ιωνίας, Κωνσταντοπούλειο -
Πατισίων
- ▶ **Τάνη Σοφία**
Νοσηλεύτρια, Msc, PhD[®],
Χειρουργείο, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»
- ▶ **Τεντολούρης Νικόλαος**
Αναπληρωτής Καθηγητής
Παθολογίας Πανεπιστημίου
Αθηνών - Α' Προπαιδευτική
Παθολογική Κλινική -
Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Ν.
«Λαϊκό»



- ▶ **Τόσιος Κωνσταντίνος**
Επ. Καθηγητής Στοματολογίας
ΕΚΠΑ, Οδοντιατρική Σχολή
Πανεπιστημίου Αθηνών
- ▶ **Τούντας Χαράλαμπος**
Αναπληρωτής Καθηγητής
Παθολογίας Ιατρικής Σχολής
Πανεπιστημίου Αθηνών
- ▶ **Τριανταφυλλίδη Ελένη**
Καρδιολόγος, Επιμελήτρια Α',
Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική
Κλινική Πανεπιστημιακό Γ.Ν.Α.
«Αττικό»
- ▶ **Τσελέπης Αλέξανδρος**
Καθηγητής Κλινικής Βιοχημείας
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων,
Πρόεδρος της Ελληνικής
Εταιρείας Αθηροσκλήρωσης
- ▶ **Τσιούφης Κωνσταντίνος**
Αναπληρωτής Καθηγητής
Καρδιολογίας, Υπεύθυνος Μονάδας
Υπέρτασης, Α' Καρδιολογική
Κλινική Ιατρικής Σχολής
Πανεπιστημίου Αθηνών,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών
«Ιπποκράτειο», Αντιπρόεδρος
Ελληνικής Καρδιολογικής
Εταιρείας
- ▶ **Χαντανής Στυλιανός**
Δρ., Καρδιολόγος, Διευθυντής
Καρδιολογικής Κλινικής,
«Τζάνειο» Νοσοκομείο Πειραιά
- ▶ **Χατζηαγγελιάκη Ερυφίδη**
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
Παθολογίας - Σακχαρώδη Διαβήτη,
Β' Προπ. Παθολογική Κλινική,
Μονάδα Έρευνας & Διαβητολογικό
Κέντρο Πανεπιστημίου Αθηνών, Πα-
νεπιστημιακό ΓΝΑ «Αττικόν», Γεν.
Γραμματέας Δ.Σ. Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν.
- ▶ **Χρυσόχοου Χριστίνα**
Καρδιολόγος, Επιμελήτρια Α', Α'
Πανεπιστημιακή Καρδιολογική
Κλινική Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»



ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΤΟΠΟΣ & ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΕΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Το Συνέδριο θα διεξαχθεί από 23 έως 26 Ιουνίου 2016 στο Hotel Elite City Resort στην Καλαμάτα (Ναυαρίνου 2, Καλαμάτα 24100, Τ. +30 27210 22434, F. +30 27210 84369, w. www.elite.com.gr)

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΟΣ ΤΟΠΟΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

www.empakan-synedrio2016.gr

ΜΟΡΙΟΔΟΤΗΣΗ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ

Χορηγούνται 18 μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME-CPDcredits) από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο.

ΜΟΡΙΟΔΟΤΗΣΗ ΕΤΗΣΙΑΣ ΗΜΕΡΙΔΑΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Χορηγούνται 3 μονάδες Συνεχιζόμενης Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης από την Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος.

ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Ιατροί ειδικευμένοι 200,00 €

Ιατροί ειδικευόμενοι 100,00 €

Λοιπά επαγγέλματα υγείας
(νοσηλεύτές, διαιτολόγοι κτλ) 50,00 €

Φοιτητές ΔΩΡΕΑΝ

(απαραίτητη η προσκόμιση εγγράφου που θα βεβαιώνει την ιδιότητα)

Το Κόστος Εγγραφής περιλαμβάνει:

Εγγραφή στο Συνέδριο, Παρακολούθηση του Επιστημονικού Προγράμματος, συνεδριακό υλικό υλικό (τελικό πρόγραμμα & βιβλίο περιλήψεων, άλλα έντυπα), Μοριοδοτημένο Πιστοποιητικό Παρακολούθησης (CME-CPD Credits) -εφόσον καλυφθεί ο απαιτούμενος χρόνος παρακολούθησης-.

Σε περίπτωση έκδοσης τιμολογίου, η εγγραφή επιβαρύνεται με ΦΠΑ 24%.

Το Πακέτο Συμμετοχής περιλαμβάνει:

3 διανυκτερεύσεις [ελάχιστος αριθμός διανυκτερεύσεων] σε δίκλινο δωμάτιο με πρωινό, 2 γεύματα (24/6 & 25/6) και 3 δειπνά (23/6, 24/6 & 25/6) για όλες τις ημέρες του συνεδρίου - σύμφωνα με το επιστημονικό πρόγραμμα και λοιπά λειτουργικά έξοδα. Η πλήρης διατροφή ισχύει για το κεντρικό εστιατόριο και δεν περιλαμβάνει τα ποτά, τα οποία χρεώνονται βάσει κατανάλωσης.



**ΕΤΗΣΙΑ ΗΜΕΡΙΔΑ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ (7ο έτος)
ΣΑΒΒΑΤΟ 25 ΙΟΥΝΙΟΥ 2016**

Συμμετοχή ΔΩΡΕΑΝ (θα τηρηθεί σειρά προτεραιότητας)

Περιλαμβάνεται: Παρακολούθηση του Επιστημονικού Προγράμματος του Σεμιναρίου, φάκελος με ενημερωτικό υλικό, καφέ στο διάλειμμα, ελαφρύ γεύμα, Πιστοποιητικό Παρακολούθησης με μοριοδότηση από την Ε.Ν.Ε. (θα χορηγηθούν 3 Μονάδες Συνεχιζόμενης Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης).

ΕΚΘΕΣΗ

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

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ

Η γραμματεία του συνεδρίου θα παραμείνει ανοικτή ως εξής:

Πέμπτη 23 Ιουνίου: 12.00-22.00

Παρασκευή 24 Ιουνίου: 08.45-14.00 - 17.00-22.00

Σάββατο 25 Ιουνίου: 08.45-14.00 - 17.00-22.00

ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ & ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗΣ

Ελεύθερες Ανακοινώσεις:

Διάρκεια παρουσίασης: 8 λεπτά (και 2 λεπτά συζήτηση)

Αναρτημένες Ανακοινώσεις:

Διάρκεια παρουσίασης: 3 λεπτά

Οι εργασίες που θα παρουσιαστούν ως Αναρτημένες Ανακοινώσεις θα είναι σε ηλεκτρονική μορφή (E-posters) σε οθόνες plasma σε ειδικό χώρο του Συνεδρίου.

Δεν απαιτείται η κατασκευή (εκτύπωση) poster από τους συγγραφείς.

Η παρουσίαση των e-posters θα αφορά την περίληψη όπως εστάλη αρχικά.

**ΓΙΑ ΚΑΜΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ Η ΟΠΟΙΑ ΕΧΕΙ ΓΙΝΕΙ ΑΠΟΔΕΚΤΗ ΩΣ e-POSTER,
ΔΕΝ ΘΑ ΥΠΑΡΧΕΙ ΑΛΛΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗΣ.**

Βράβευση εργασιών

Η καλύτερη προφορική ανακοίνωση θα βραβευθεί με το ποσό των 1.000 €.

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



Επιτροπή Βράβευσης

Κ. Τσιούφης, Ε. Χατζηναγγελάκη, Χ. Δημοσθενόπουλος, Σ. Λιάτης

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% 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 παράδοση της για την παραλαβή του Πιστοποιητικού Παρακολούθησης). Όσοι δεν 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.

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ - ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ - ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ CONGRESS WORLD EVENT TRAVEL E.E.

Μαιάνδρου 23, 115 28 Αθήνα

T. 210 7222 518, F. 210 7210 069

E. info@congressworld.gr, reception@congressworld.gr

W. <http://www.congressworld.gr>



ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

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

AMGEN[®]



ASCENSIA
Diabetes Care

AstraZeneca

Bayer

**Boehringer
Ingelheim**

Coca-Cola

MAVROGENIS

Coloplast

ELPEN 50 Χρόνια

eurodiet

Galenica α.ε.

LIBYTEC[®]
PHARMACEUTICAL S.A.

Lilly
ΦΑΡΜΑΣΕΥΒ



SANOFI



ΧΟΡΗΓΟΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:

medNutrition.gr

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 συνθηκών 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



9^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου

ΟΡΓΑΝΩΣΗ



ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ
ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ
ΓΙΑ ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

ΘΑ ΧΟΡΗΓΗΘΟΥΝ ΜΟΡΙΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ
ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ (CME - CPD Credits)

23 - 26 Ιουνίου 2016
HOTEL ELITE CITY RESORT
ΚΑΛΑΜΑΤΑ



ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ ΤΩΝ:
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



International Chair on
Cardio-metabolic Risk



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΡΕΥΜΑΤΙΣΜΟΥ
RHUMATOLOGISCHES GESELLSCHAFT

ΒΙΒΛΙΟ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ



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



ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ - ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ - ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ
CONGRESS WORLD EVENT TRAVEL E.E.
Μαϊνάνδρου 23, 115 28 Αθήνα
Τ. 210 7222 518, F 210 7210 069
E. info@congressworld.gr, reception@congressworld.gr
W. http://www.congressworld.gr



Εταιρεία Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου για Αγγειακά Νοσήματα

1ο Σχολείο Θεραπευτικής για τα Καρδιομεταβολικά Νοσήματα: Από τη θεωρία στην Πράξη

Ξενοδοχείο KANDIA' S CASTLE

Ναύπλιο, 27-30 Οκτωβρίου 2016

Υπό την Αιγίδα του



International Chair on Cardiometabolic Risk (ICCR)

Θα χορηγηθούν μόρια Συνεχιζόμενης
Ιατρικής Εκπαίδευσης CME - CPD Credits



ΟΡΓΑΝΩΣΗ

Εταιρεία Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου
για Αγγειακά Νοσήματα
Ιακ. Δραγάτσι 8, 185 35 Πειραιάς
(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.
Μαιάνδρου 23, 115 28 Αθήνα
T. 210 7222 518, F 210 7210 069
E. info@congressworld.gr, reception@congressworld.gr
W. http://www.congressworld.gr

9^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου

ΟΡΓΑΝΩΣΗ



ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ
ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ
ΓΙΑ ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

ΘΑ ΧΟΡΗΓΗΘΟΥΝ ΜΟΡΙΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ
ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ (CME - CPD Credits)

23 - 26 Ιουνίου 2016
HOTEL ELITE CITY RESORT
ΚΑΛΑΜΑΤΑ



ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ ΤΩΝ:
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



International Chair on
Cardio-metabolic Risk



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΚΕΝΤΡΟ



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



ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ - ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ - ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ
CONGRESS WORLD EVENT TRAVEL E.E.
Μαιάνδρου 23, 115 28 Αθήνα
Τ. 210 7222 518, F 210 7210 069
E. info@congressworld.gr, reception@congressworld.gr
W. http://www.congressworld.gr



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΙΑ 01

Η ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΕΙΣΑΓΟΝΤΑΙ ΣΕ ΕΝΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΙΑΣ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΣΕ ΕΝΑ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ε. Καθαφάτης, Α. Εμμανουήλ, Δ. Στεφανή, Ι. Κυριαζής, **Κ. Σγούρος**, Μ. Λελέκης
Παθολογική Κλινική - Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΚΑΤ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η κοιλιακή μαρμαρυγή (Κ.Μ) είναι μια κοινή αρρυθμία με πιθανές σοβαρές επιπλοκές κυρίως από το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ).

ΣΚΟΠΟΣ: Η προοπτική καταγραφή όλων των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στην κλινική μας, με γνωστή ή πρωτοδιαγνωσθείσα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, Κ.Μ.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Έγινε προοπτική καταγραφή όλων των ασθενών που νοσηλεύθηκαν στην κλινική μας, με γνωστή ή πρωτοδιαγνωσθείσα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, Κ.Μ καθώς και η ύπαρξη ή όχι επιπλοκών εκ του ΚΝΣ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε μια περίοδο 15 μηνών νοσηλεύθηκαν 1280 ασθενείς [συνολικά 174 (13,6%) είχαν ιστορικό Κ.Μ ή διαγνώστηκαν με αυτή], [72 άνδρες-102 γυναίκες με μέση ηλικία 82,6 έτη (55-100)]. Στους 128/174 η Κ.Μ ήταν ήδη γνωστή (111 συνεχείς, 17 παροξυσμικές), ενώ σε 46 είχε διαγνωστεί κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Από 128 ασθενείς με γνωστή Κ.Μ, 90 λάμβαναν ένα αντιαρρυθμικό φάρμακο: β-αναστολείς-48, αμιοδαρόνη-3, διγοξίνη-9, προπαφαινόνη-5, διλτιαζέμη-5, συνδυασμός φαρμάκων-20 και 106 λάμβαναν ένα αντιθρομβωτικό ή ένα αντιπηκτικό φάρμακο: από του στόματος κουμαρινικό αντιπηκτικό-50, νεότερα από του στόματος αντιπηκτικά (rivaroxaban, dabigatran, apixaban-24), ένα αντιθρομβωτικό (ασπιρίνη ή/και κλοπιδογρέλη-21), μια ενέσιμη αντιπηκτική (αντι-Χ ή χαμηλού μοριακού ηπαρίνης-6), ένα συνδυασμός-5. Από 54 που λάμβαναν κουμαρινικά αντιπηκτικά μόνα τους ή σε συνδυασμό, 27 είχαν INR <2, 12 μεταξύ 2 και 3, 5 μεταξύ > 3 και 4 και 10 > 4. Ασθενείς με γνωστή Κ.Μ που δεν ελάμβαναν αντιπηκτική ή αντιθρομβωτική αγωγή είχε μια μέση CHA2DS2-VASC σκορ 4.5. 43 από το σύνολο των 174 ασθενών με Κ.Μ είχαν προηγούμενο ιστορικό με τουλάχιστον μία περίπτωση εγκεφαλικού επεισοδίου (ισχαιμικό 39, αιμορραγικό 1, παροδικό ισχαιμικό 3), ενώ σε άλλους 18 ασθενείς αυτός ήταν και ο λόγος για την εισαγωγή στο τμήμα μας.



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ένα σημαντικό ποσοστό εισαχθέντων στην κλινική μας ασθενών είχε Κ.Μ γνωστές ή όχι. Πολλοί ασθενείς με κοιλιακή μαρμαρυγή δεν ελάμβαναν κάποια αντιπηκτική αγωγή όπως θα έπρεπε και εξ αυτών που ελάμβαναν κουμαρινικά μόνο μερικοί είχαν το κατάλληλο INR. Σε αυτή τη περίπτωση τα νεότερα από του στόματος αντιπηκτικά θα μπορούσαν να είναι μια λύση κάτω από ορισμένες συνθήκες. Ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών με Κ.Μ (35%) είχαν υποστεί τουλάχιστον ένα εγκεφαλικό επεισόδιο. Η ηλικία των ασθενών μας είναι ίσως ένας σημαντικός παράγοντας σύγχυσης για μερικά από τα αποτελέσματά μας.



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 02

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΕΝΟΣ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΛΙΠΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΗ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΣΤΗ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ ΙΣΧΑΙΜΙΚΩΝ ΜΗ-ΕΜΒΟΛΙΚΩΝ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ (ΑΕΕ) ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Σ. Παπαδάτος, Χ. Νταλαμπίρα, **Α. Μπουρδάκης, PhD**

Ιατρείο Μεταβολισμού, Λιπιδίων και Διαβήτη & Β' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Η υπεργλυκαιμία αδιαμφισβήτητα συνδέεται με ΑΕΕ και ο ρόλος της HbA1c, των λιπιδίων και της υπέρτασης στην επίπτωση ενός πρώτου ισχαιμικού ΑΕΕ σε διαβητικούς ασθενείς έχει καλά τεκμηριωθεί. Παρ' όλα ταύτα, η άμεση συσχέτιση αυτών με την υποτροπή ενός ισχαιμικού μη καρδιοεμβολικού ΑΕΕ έχει μελετηθεί μόνο σε συγκεκριμένους υποπληθυσμούς.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Από το σύνολο των ΑΕΕ που διαγνώστηκαν στο νοσοκομείο μας απομονώθηκαν τα ισχαιμικά, μη καρδιοεμβολικά και μελετήθηκαν οι 125 ασθενείς (65 άνδρες και 60 γυναίκες) που παρακολουθούνται στο τακτικό ιατρείο λιπιδίων και διαβήτη. Εξαρέθηκαν επίσης όσοι ασθενείς κατά τη διάγνωση του ΑΕΕ έπασχαν από κοιλιακή μαρμαρυγή, καρδιακή ανεπάρκεια (NYHA>=3), ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια και νεφρική ανεπάρκεια (στάδιο>=III). Στους υπό παρακολούθηση ασθενείς μετρούνταν ανά τρίμηνο για το πρώτο έτος και ανά εξάμηνο για το δεύτερο α) BMI, β) HbA1c και γ) πλήρες λιπιδαιμικό προφίλ. Δεν έγινε καμία παρέμβαση στην αντιαιμοπεταλιακή θεραπεία των ασθενών. Έγιναν οι κατάλληλες υγιεινοδιαιτητικές και φαρμακευτικές παρεμβάσεις προκειμένου να επιτευχθούν οι τιμές - στόχοι στα λιπίδια και την HbA1c και να μειωθεί ο υπολειπόμενος καρδιαγγειακός κίνδυνος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μέσα στη διετία παρακολούθησης, το 14,3% των ανδρών και το 13,3% των γυναικών εμφάνισαν νέο ισχαιμικό ΑΕΕ. Το 71% των ανδρών και το 70% των γυναικών πέτυχαν το στόχο του λιπιδιαμικού προφίλ, το 26% των ανδρών και το 50% των γυναικών πέτυχαν το στόχο της HbA1c ενώ πλημμελής ήταν η συμμόρφωση όσον αφορά το BMI.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ρύθμιση των παραγόντων κινδύνου μπορεί να συμβάλει στην αναστολή της δημιουργίας και εξέλιξης της αθηροσκληρωτικής πλάκας στα αγγεία στην ευαίσθητη ομάδα των διαβητικών ασθενών και συνεπώς στην πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη μακροαγγειακών επιπλοκών.



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 03

ΔΙΑΒΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Ι. Κυριαζής, **Κ. Σγούρος**, Δ. Στεφανή, Ε. Καλαφάτης, Τ. Μανούσος, Μ. Καριώρη, Π. Γεωργακόπουλος, Α. Μαρκέτος, Ε. Πούλιου, Μ. Λελέκης

Διαβητολογικό Ιατρείο και Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Α ΚΑΤ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι επιπλοκές του διαβήτη, μικρο- και μακρο-αγγειοπαθνητικές, επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη.

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση του επιπολασμού των διαβητικών επιπλοκών και η συσχέτιση τους με την γλυκαιμική ρύθμιση 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 άλλων μεταβολικών και μη χρόνιων νοσημάτων, έγινε πλήρης κλινικοεργαστηριακός έλεγχος και έλεγχος παρουσίας διαβητικών επιπλοκών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η διάρκεια ΣΔΤ2 ήταν $8\pm 10,0$ έτη χωρίς να παρουσιάζεται διαφορά μεταξύ των δύο φύλων ($p=0,223$). 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 της ρύθμισης όπως αυτή εκφράστηκε από τις τιμές της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης 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: Ο ακρογωνιαίος λίθος της πρόληψης των επιπλοκών του διαβήτη είναι η σωστή ρύθμιση του σακχάρου με τη λήψη της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής, παράλληλα με την τακτική ιατρική παρακολούθηση και τον προληπτικό έλεγχο των «οργάνων στόχων» του διαβήτη.



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 04

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ-ΤΡΙΕΣ ΚΑΙ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΓΝΩΣΗΣ ΤΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΥΣ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Θ. Αργυρόπουλος

Νοσηλεύτρια MSc Νοσοκομείο «Παιδων Πεντέλης» Αθήνα-Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Σήμερα, όλοι συμφωνούν, ότι η καλύτερη θεραπεία της στεφανιαίας νόσου είναι η πρόληψή της μέσω της κατανόησης του ρόλου και φυσικά του ελέγχου των προδιαθεσικών παραγόντων, εκείνων δηλαδή των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών που η παρουσία τους προμηνύει την εμφάνιση αλλιά και την εξέλιξη της νόσου.

Οι Νοσηλεύτες, όπως και όλοι οι επαγγελματίες υγείας, είναι ένας ευαίσθητος πληθυσμός. Το εργασιακό περιβάλλον, το στρες, ο τρόπος ζωής τους, τους καθιστά πολλές φορές ευάλωτους απέναντι στην Στεφανιαία νόσο.

Από την άλλη πλευρά, σαν επαγγελματίες υγείας, οφείλουν να έχουν τη γνώση σχετικά με τους προδιαθεσικούς παράγοντες, για να προστατέψουν τους εαυτούς τους, αλλά και να καθοδηγήσουν τους υπολοίπους.

Η διακοπή του καπνίσματος, η υγιεινή διατροφή με σκοπό τη διατήρηση της χοληστερόλης σε φυσιολογικά επίπεδα, η σωματική άσκηση, καθώς και ο έλεγχος της αρτηριακής πίεσης έχουν ως αποτέλεσμα την ελάττωση της συχνότητας εμφάνισης της νόσου, φαινόμενο που παρατηρήθηκε σε χώρες, όπου τα προγράμματα πρόληψης έτυχαν γενικής αποδοχής και εφαρμογής.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης αυτής, είναι να εκτιμηθεί, κατά πόσον οι εργαζόμενοι Νοσηλεύτες- τριες κινδυνεύουν να αναπτύξουν Στεφανιαία νόσο.

Επίσης, να εξακριβώσουμε το βαθμό γνώσης τους σχετικά με τους προδιαθεσικούς παράγοντες και να δούμε αν η γνώση αυτή είναι οδηγός στην καθημερινή τους ζωή, ώστε να διαφοροποιήσουν συνήθειες και τρόπο ζωής.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο γραπτών ερωτηματολογίων, τα οποία διανεμήθηκαν σε 164 εργαζόμενους Νοσηλεύτες-τριες, σε Νοσοκομεία των Αθηνών και διήρκεσε 4 μήνες (Μάιος-Αύγουστος 2014).

Προκειμένου να κάνουμε συγκρίσεις και να εξαγάγουμε ασφαλέστερα συμπεράσματα, παραθέτουμε στο Γενικό μέρος της εργασίας αυτής, αποτελέσματα αντίστοιχων διεθνών ερευνών.



ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο Βαθμός γνώσης των Νοσηλευτών -τριών στο τέλος της μελέτης, αποδεικνύεται ικανοποιητικός, ωστόσο, ο τρόπος ζωής τους, η διατροφή, το άγχος και η έλλειψη τακτικών ελέγχων τους καθιστά ευάλωτους σε σχέση με τους προδιαθεσικούς παράγοντες της Στεφανιαίας νόσου.



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 05

ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΣΥΝΟΔΑ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ: ΜΙΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΕΝΟΣ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Ι. Κυριαζής, Κ. Σγούρος, Δ. Στεφανή, Π. Κουτσούρης, Α. Μαρκέτος, Ε. Πούλιου, Π. Γεωργακόπουλος, Π. Βαθλιάνου, Α. Εμμανουήλ, Τ. Μανούσος, Ε. Καθαφάτης, Μ. Λελέκης

Ιατρείο Διαβήτη - Παχυσαρκίας ΓΝΑ ΚΑΤ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η παχυσαρκία αυξάνεται στο γενικό πληθυσμό επιδημικά και συνήθως συνοδεύεται και από συννοσηρότητες. Κάποιες από τις συνήθειες είναι η αρτηριακή υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης και η δυσλιπιδαιμία.

ΣΚΟΠΟΣ: Ο σκοπός της μελέτης μας ήταν η καταγραφή αυτών των συννοσηρότητων στην πρώτη επίσκεψη των ασθενών στο Ιατρείο Διαβήτη και Παχυσαρκίας του Νοσοκομείου μας.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Καταγράψαμε όλους τους ασθενείς στην πρώτη τους επίσκεψη για ένα έτος. Τα δημογραφικά τους στοιχεία, το ύψος, το βάρος, τη περίμετρο μέσης (WAIST) και ισχίων (HIP), την αρτηριακή πίεση, ενώ εκτιμήθηκαν ο δείκτης μάζας σώματος (BMI) και η σχετιζόμενη με το φύλο κεντρικού τύπου παχυσαρκία (SSCO).

Επιπλέον, συλλέχθηκαν δείγματα αίματος για τη γλυκόζη, και την ανάλυση των λιπιδίων. Πιθανή διαταραχή στο μεταβολισμό της γλυκόζης σε μη διαβητικούς εκτιμήθηκε χρησιμοποιώντας τα κριτήρια A.D.A 2015. Η στατιστική ανάλυση έγινε χρησιμοποιώντας SPSS 10.01

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 126 άτομα μελετήθηκαν, 63 γυναίκες και 21 άνδρες (μέσης ηλικίας $43,6 \pm 3,6$ έτη). Το μέσο συνολικό BMI ήταν 38,7 με εύρος τιμών 26,2-49,5.

Για τις γυναίκες η τιμή μέσου BMI ήταν 34,7 με εύρος τιμών 28,2-41,3 και για τους άνδρες η μέση τιμή BMI ήταν 41,6 με εύρος τιμών 32,1 - 51,4).

Η μέση τιμή WAIST ήταν 119,3 cm με εύρος 86-166 cm. Για τις γυναίκες η μέση τιμή WAIST ήταν 112cm με εύρος 86 -144 εκατοστά και για τους άνδρες η μέση τιμή WAIST ήταν 137,9 cm με εύρος 122-166 cm. Γνωστό διαβήτη είχε το 19,5%, γνωστή υπέρταση το 25,1% και γνωστή δυσλιπιδαιμία το 35% . Διαταραχή στη γλυκόζη νηστείας (IFG) βρέθηκε να έχει το 19,3%, νεοδιαγνωσμένο σακχαρώδη διαβήτη το 2,9%, νεοδιαγνωσμένη δυσλιπιδαιμία το 1,6%, και νεοδιαγνωσμένη υπέρταση το 2,2%. Καμία στατιστικά σημαντική διαφορά δεν βρέθηκε



μεταξύ των δύο φύλων. Μια θετική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ της παρουσίας της συννοσηρότητας (ιδιαίτερα του διαβήτη) και την αύξηση του BMI και κυρίως της περιμέτρου μέσης ($p < 0,05$). Ένα ποσοστό 13,9% των εξετασθέντων είχαν > 1 συννοσηρότητα, χωρίς να κυριαρχεί κάποιος συνδυασμός.

Συνολικά τα ποσοστά των ελεγχθέντων συννοσηροτήτων ήταν:

- Σακχαρώδης Διαβήτης: 21,4%
- Υπέρταση: 27,3 %
- Δυσλιπιδαιμία: 36,6
- IFG: 19,3%

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Αυξημένη βρέθηκε η συχνότητα των γνωστών και πρόσφατα διαγνωσμένων συννοσηροτήτων που ελέγξαμε στον παχύσαρκο πληθυσμό μας, σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό.



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 06

Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΤΟΥ ΕΥΡΟΥΣ ΤΟΥ DIPPING ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΗΛΙΚΙΑΣ ΑΝΩ ΤΩΝ 65 ΕΤΩΝ ΜΕ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Γ. Μήτρου, Φ. Αθανασίου, Ε. Αμμολοχίτου, Μ. Μανδaráκα

Συστεγαζόμενη ιατρεία ΕΟΠΥΥ Χώρα Άνδρου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η επαναληψιμότητα του dipping phenomenon, σε υπερτασικούς ασθενείς, ο ορισμός του, αλλά και η συσχέτισή του με τις καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου, την αιμοδυναμική φυσιολογία, την αρτηριακή δυσκαμψία αλλά και την ποιότητα του ύπνου, απασχολεί συχνά τον κλινικό ιατρό στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων. Η καταγραφή αλλά και το εύρος του dip, αποτελεί σημαντικό δείκτη μεταγενέστερων καρδιαγγειακών συμβαμάτων και θεραπευτικών εφαρμογών μέσω της 24ωρης καταγραφής της αρτηριακής πίεσης, κυρίως σε άτομα τρίτης ηλικίας.

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή, η διακύμανση του εύρους του dip αλλά και το 24ωρο προφίλ ασθενών με υπέρταση, με στόχο την ανάδειξη παραγόντων κινδύνου και η τροποποίηση της θεραπείας για βέλτιστη ρύθμιση, ήταν ο κύριος σκοπός της μελέτης

ΜΕΘΟΔΟΙ: Μελετήθηκαν 28 άτομα, ηλικίας 65 ετών και άνω, άνδρες και γυναίκες, με τη χρήση ABPM Holter 24ώρου, με γνωστό ιστορικό ανθεκτικής υπέρτασης υπό φαρμακευτική αγωγή.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 28,57% του πληθυσμού της μελέτης καταγράφηκαν ως dippers, 14,29% ως reverse dippers, 10,71% ως extreme dippers και 46,42% ως non dippers.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η καταγραφή του dipping phenomenon αποτελεί ένα πολύ σημαντικό εργαλείο αξιολόγησης του προφίλ των υπερτασικών ατόμων αλλά και της διαπίστευσης νυχτερινής υπέρτασης. Με τον τρόπο αυτό υπάρχει η δυνατότητα λήψης θεραπευτικών αποφάσεων με στόχο τη βέλτιστη δυνατή ρύθμιση και πρόγνωση ασθενών με υπέρταση.



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 07 (1^ο ΒΡΑΒΕΙΟ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ)

ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ: ΜΕΛΕΤΗ PREMA

Σ. Ευσταθίου, Ε. Σκεύα, Ε. Ζορμπαλά, Α. Αχειμάστος, Θ. Μουντοκαλάκης

Κλινική «Υγείας Μέλαθρον», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Εκτιμάται ότι ένας στους δέκα εφήβους στην Ελλάδα παρουσιάζει μεταβολικό σύνδρομο (ΜΣ). Μοιλονότι υπάρχουν γνωστοί προδιαθεσικοί παράγοντες για την ανάπτυξη του ΜΣ στην εφηβεία, δεν έχει μέχρι σήμερα περιγραφεί σαφώς καθορισμένο προφίλ κινδύνου.

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη PREMA (Prediction of Metabolic Syndrome in Adolescence) είχε σκοπό (α) την ανάπτυξη ενός προγνωστικού μοντέλου που θα μπορούσε να ανιχνεύσει τα παιδιά που διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο να εμφανίσουν ΜΣ στην εφηβεία, και (β) να εφαρμόσει το μοντέλο αυτό προκειμένου να ελεγχθεί η ακρίβειά του.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Η μελέτη PREMA ήταν μια δεκαπενταετής έρευνα, η οποία διεξήχθη σε δύο φάσεις. Στην πρώτη φάση (παραγωγή του μοντέλου) 1.270 έφηβοι 13-15 ετών αξιολογήθηκαν μεταξύ 2000 και 2007 στο πλαίσιο Προγράμματος Προληπτικής Ιατρικής Ασφαλιστικού Φορέα. Περιγεννητικά δεδομένα και στοιχεία από το γονεϊκό ιστορικό και το μεταβολικό αιματολογικό προφίλ των παιδιών σε ηλικία 6-8 ετών αναλύθηκαν σε πολυπαραγοντικό μοντέλο με τελικό καταληκτικό σημείο την παρουσία ΜΣ στην ηλικία των 13-15 ετών σύμφωνα με τον ορισμό της Διεθνούς Ομοσπονδίας για το Διαβήτη (IDF). Στη δεύτερη φάση (επικύρωση του μοντέλου) 1.396 έφηβοι -διαφορετικοί από εκείνους της πρώτης φάσης- αξιολογήθηκαν μεταξύ 2008 και 2015 προκειμένου να ελεγχθεί η διακριτική ικανότητα του μοντέλου που προέκυψε από την πρώτη φάση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: ΜΣ διαγνώστηκε σε 105 εφήβους (8.3%) στην πρώτη φάση παραγωγής του μοντέλου. Το βάρος γέννησης <10^η εκατοστιαία θέση (λόγος πιθανοτήτων 6.02, 95% όρια αξιοπιστίας 2.53-10.12, $p < 0.001$), η περίμετρος κεφαλής κατά τη γέννηση <10^η εκατοστιαία θέση [4.15 [2.04, 7.14], $p < 0.001$], και η παρουσία τουλάχιστον ενός υπέρβαρου ή παχύσαρκου γονέα [3.22 [1.30, 5.29], $p < 0.01$] αναδείχθηκαν ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες για τη διάγνωση του ΜΣ στην εφηβεία. Στον πληθυσμό της δεύτερης φάσης επικύρωσης του μοντέλου, 133 έφηβοι (9.5%) βρέθηκαν να πληρούν τα κριτήρια διάγνωσης του ΜΣ. Η παρουσία



και των 3 πιο πάνω ανεξάρτητων προγνωστικών παραγόντων διαπιστώθηκε ότι προέβλεπε τη διάγνωση ΜΣ στον πληθυσμό επικύρωσης με ευαισθησία 91%, ειδικότητα 98%, θετική προγνωστική αξία 77%, αρνητική προγνωστική αξία 99% και ακρίβεια 97%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η συνύπαρξη μικρού βάρους γέννησης, μικρής περιμέτρου κεφαλής, και οικογενειακού ιστορικού υπέρβαρου/παχύσαρκου γονέα μπορεί να είναι χρήσιμη για τον εντοπισμό των παιδιών που βρίσκονται σε μεγάλο κίνδυνο ανάπτυξης ΜΣ στην εφηβεία.



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 08 (1^ο ΒΡΑΒΕΙΟ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ)

ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1 ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΝΕΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Μ. Μυθωνά¹, Κ. Μακρυλάκης¹, Χ. Καϊά², Α. Πολίτη², Π. Λίτσα², Π. Π. Σφηκιάκης¹, Σ. Λιάτσ¹
¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ Λαϊκό, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

² Διεύθυνση Φαρμάκου, Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 (ΣΔ1) συνιστά ετερογενή διαταραχή αυτοάνοσης αρχής με καταστροφή των παγκρεατικών β-κυττάρων, οδηγώντας σε παντελή έλλειψη ινσουλίνης. Η συχνότητά του εμφανίζει ευρεία γεωγραφική κατανομή. Η Διεθνής Ομοσπονδία Διαβήτη υπολόγισε τον επιπολασμό της νόσου στο 0.13% στα Ελληνόπουλα <15 ετών, βασισμένη σε στοιχεία της παλαιότερης επιδημιολογικής μελέτης EURODIAB.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αναγνώριση όλων των παιδιών και νέων ενηλίκων(<35 ετών) με ΣΔ1 στην Ελλάδα και την περαιτέρω διερεύνηση της γεωγραφικής κατανομής της νόσου.

ΥΛΙΚΑ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Χρησιμοποιήθηκε η βάση δεδομένων της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Αναγνωρίστηκαν άτομα, νεότερα των 35 ετών, που έλαβαν τουλάχιστον 2 συνταγές ινσουλίνης με κωδικό ICD-10 «E10» (ινσουλινοεξαρτώμενος διαβήτης), άνευ συμμετοχής (0%), από την 1^η Ιουνίου 2014 ως την 31^η Μαΐου 2015. Το μέγεθος του ελληνικού πληθυσμού ανά φύλο, ηλικία και νομό καθορίστηκε σύμφωνα με την απογραφή του 2011 από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο πληθυσμός της μελέτης αποτελούνταν από 4.081.093 άτομα, που αντιστοιχούν στο 95% του ελληνικού πληθυσμού > 35 ετών. Ανευρέθηκαν 6.183 περιπτώσεις με ΣΔ1 που αντιστοιχούν σε επιπολασμό 1.51‰ (0.83‰ σε παιδιά < 15 ετών). Παρατηρήθηκε ελαφρά υπερχώ των ανδρών (53.9%), η οποία, ωστόσο, υπήρξε πιο έκδηλη μετά την ηλικία των 24 ετών. Δεν υπήρξαν σημαντικές γεωγραφικές διαφορές, ωστόσο ο μεγαλύτερος επιπολασμός παρατηρήθηκε στα νησιά του Αιγαίου (1.98‰ στη Χίο, 1.90‰ στα Δωδεκάνησα και 1.83‰ στις Κυκλάδες), αλλά όχι στην Κρήτη. Στην περιοχή της Αττικής, η οποία αντιπροσωπεύει σχεδόν το 50% του συνολικού ελληνικού πληθυσμού, ο επιπολασμός ανερχόταν στο 1.56 ‰.



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρούσα αποτελεί την πρώτη μελέτη, που διερευνά τον επιπολασμό του ΣΔ1 στο συνολικό πληθυσμό των παιδιών και νέων ενηλίκων της Ελλάδας. Παρατηρήθηκε συνολικά χαμηλός επιπολασμός της τάξης του 1.51%, χωρίς διαφορά βορρά- νότου. Ωστόσο, αναδείχθηκε μετρίως μεγαλύτερη συχνότητα της νόσου στα νησιά του Αιγαίου, όχι όμως στην Κρήτη.



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 09 (2^ο ΒΡΑΒΕΙΟ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ)

Η ΛΙΠΟΚΑΛΙΝΗ Η ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗ ΖΕΛΑΤΙΝΑΣΗ ΤΩΝ ΟΥΔΕΤΕΡΟΦΙΛΩΝ (NGAL) ΩΣ ΠΡΩΙΜΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ, ΑΠΟ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΚΙΑΓΡΑΦΙΚΟΥ, ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΑ

Κ. Μακρής (1), Χ. Δεμπονέρας (2), Φ. Ζουμπούλογλου (1), Χ. Λιάκος (2), Ν. Καφκάς (2)

1. Βιοχημικό Τμήμα, Νοσοκομείο ΚΑΤ, Αθήνα
2. Καρδιολογική Κλινική-Τμήμα Επεμβατικής Καρδιολογίας, Νοσοκομείο ΚΑΤ, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η νεφρική βλάβη από τη χορήγηση σκιαγραφικού (CIN) είναι μια μορφή οξείας νεφρικής βλάβης (ONB) η οποία προσδιορίζεται από την αύξηση της κρεατινίνης ορού (sCr) 48-72 ώρες μετά τη χορήγηση σκιαγραφικού. Ο ορισμός της CIN απαιτεί να πληρούνται τα κριτήρια του KDIGO(2012) για τον ορισμό της ONB. Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε καρδιακούς καθετηριασμούς συνήθως εξέρχονται του νοσοκομείου εντός του πρώτου 24ώρου, καθιστώντας την χρήση της sCr αναποτελεσματική στη διάγνωση της CIN.

ΣΚΟΠΟΣ: Ελέγχεται η υπόθεση ότι η μέτρηση των επιπέδων της NGAL στα ούρα (uNGAL), είναι αποτελεσματικότερη στην πρώιμη διάγνωση της CIN, σε ασθενείς που υποβάλλονται σε προγραμματισμένες στεφανιογραφίες.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Εκατό ασθενείς που υποβλήθηκαν σε προγραμματισμένη στεφανιογραφία συμπεριελήφθησαν στην μελέτη. Δείγματα αίματος και ούρων ελήφθησαν πριν, 6, 24 και 48 ώρες μετά την στεφανιογραφία. Στο αίμα μετρήθηκαν sCr, συστατίνη-C (sCysC) και pNGAL, ενώ στα ούρα, κρεατινίνη, αλβουμίνη και uNGAL και υπολογίστηκαν η σπειραματική διήθηση (eGFR) και ο λόγος αλβουμίνης προς κρεατινίνη ούρων (ACR). Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε αυτούς που παρουσίασαν κλινικά σημαντικές μεταβολές στα επίπεδα της uNGAL σε σχέση με την αρχική τιμή και σε αυτούς που δεν παρουσίασαν σημαντικές μεταβολές. Κλινικά σημαντική μεταβολή (RCV) μεταξύ διαδοχικών μετρήσεων ορίζεται μια μεταβολή όταν είναι μεγαλύτερη από το άθροισμα της αναλυτικής (CVa) και βιολογικής μεταβλητότητας (CVi) της υπό εξέταση παραμέτρου [$RCV=2^{\frac{1}{2}} \times 1.96 \times (CVa^2 + CVi^2)^{1/2}$] ενώ ως στατιστικά σημαντική όταν το $p < 0.05$ (Dunnett paired t-test).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τριάντα-τρεις ασθενείς παρουσίασαν κλινικά σημαντικές μεταβολές στα επίπεδα της uNGAL σε σχέση με την αρχική τιμή. Στο ίδιο χρονικό



διάστημα οι μεταβολές της sCr και της sCysC αν και στατιστικά σημαντικές σε σχέση με την αρχική δεν ήταν κλινικά σημαντικές. Κανένας από τους ασθενείς δεν παρουσίασε μεταβολές στην sCr οι οποίες να πληρούν τα κριτήρια του KDIGO για τον ορισμό της ONB. Οι δύο ομάδες δεν διέφεραν σημαντικά στα κλινικά τους χαρακτηριστικά, εκτός από τη ποσότητα του χορηγηθέντος σκιαγραφικού που ήταν σημαντικά μεγαλύτερη στην ομάδα που παρουσίασε κλινικά σημαντικές μεταβολές στην uNGAL.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Τα κριτήρια του KDIGO που ορίζουν την ONB ως αύξηση της sCr > 0.3mg/dL εντός 48-ωρών, δεν επαρκούν για να ανιχνεύσουν την ONB από τη χορήγηση σκιαγραφικού δεδομένου του περιορισμένου χρονικού διαστήματος που είναι διαθέσιμοι οι ασθενείς για ιατρική παρακολούθηση. Αντίθετα η μέτρηση της uNGAL και η αξιολόγηση των κλινικά σημαντικών μεταβολών με τον υπολογισμό της RCV, μέσα στο ίδιο χρονικό διάστημα, μπορεί να αποκαλύψει ασθενείς με σημαντικές μεταβολές της νεφρικής λειτουργίας.



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 10 (3^ο ΒΡΑΒΕΙΟ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ)

ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΗΣ ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΜΕΝΗΣ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ ΣΕ ΕΤΕΡΟΖΥΓΩΤΕΣ Β - ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ ΧΩΡΙΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Δ. Τσιλιγγίρης, Κ. Μακρυλάκης, Ε. Βοσκαρίδου, Σ. Παγκράτη, Σ. Λιάτης

1^η Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Λαϊκό Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c) είναι ένα κεφαλαιώδους σημασίας μέγεθος στην παρακολούθηση της θεραπείας ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη ενώ από το 2010 χρησιμοποιείται ως διαγνωστικό κριτήριο της νόσου. Μολαταύτα, καταστάσεις που επηρεάζουν την αιμοποίηση ή/και τη διάρκεια ζωής των ερυθροκυττάρων καθιστούν τα επίπεδά της αναξιόπιστα ως δείκτη διάγνωσης και παρακολούθησης του σακχαρώδη διαβήτη.

Η ετερόζυγη β-μεσογειακή αναιμία αποτελεί μια συχνότατη στον Ελλαδικό χώρο αιμοσφαιρινοπάθεια με επιπολασμό που φτάνει το 7,4%. Οι φέροντες παρουσιάζουν ήπια συνήθως αναιμία οφειλόμενη σε αναποτελεσματική ερυθροποίηση και ελαττωμένο χρόνο ζωής των ερυθροκυττάρων. Η επίδραση της στα επίπεδα της HbA1c δεν έχει προς το παρόν διασαφηνιστεί.

ΣΚΟΠΟΣ: Να διασαφηνιστεί αν η ετερόζυγη β-μεσογειακή αναιμία επηρεάζει τα επίπεδα της HbA1c σε ένα πληθυσμό ατόμων χωρίς σακχαρώδη διαβήτη

ΥΛΙΚΑ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Δύο ομάδες ατόμων χωρίς σακχαρώδη διαβήτη, η μία αποτελούμενη από ετεροζυγώτες β-μεσογειακής αναιμίας και η άλλη από μη φέροντες το χαρακτηριστικό συγκρίθηκαν ως προς τα επίπεδα της HbA1c. Οι λοιπές αιμοσφαιρινοπάθειες και αιμολυτικές καταστάσεις, η κίνηση, αιμοδοσία στο τελευταίο τρίμηνο και οποιαδήποτε κατάσταση επηρεάζουσα την αιμοποίηση αποτέλεσαν κριτήρια αποκλεισμού. Μετρήθηκαν οι τιμές γλυκόζης νηστείας (FPG), φρουκτοζαμίνης, φερριτίνης, κρεατινίνης, C-αντιδρώσας πρωτεΐνης και αλβουμίνης ορού ενώ για την επιβεβαίωση της ετερόζυγης β-μεσογειακής αναιμίας στην αντίστοιχη ομάδα διενεργήθη ηλεκτροφόρηση αιμοσφαιρίνης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Εξετάστηκαν 162 άτομα, 92 ετεροζυγώτες β-μεσογειακής αναιμίας και 70 με φυσιολογικούς ερυθροκυτταρικούς δείκτες (ομάδα ελέγχου). Οι δύο ομάδες δε διέφεραν ως προς ηλικία, φύλο, δείκτη μάζας σώματος και οικογενειακό ιστορικό διαβήτη. Οι μέσες τιμές FPG και φρουκτοζαμίνης δε διέφεραν μεταξύ των ομάδων (85.8 vs. 86.0 mg/dl, p=0.91 and 220.7



vs. 222.9 μ mol/L, $p=0.45$, αντίστοιχα). Οι δύο ομάδες παρουσίαζαν αντίστοιχες μέσες τιμές HbA1c (5.22% vs. 5.16%, $p=0.13$). Μολαταύτα, στην ομάδα των β -θαλασσαιμικών παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της HbA1c και των επιπέδων αιμοσφαιρίνης ($r=0.382$, $p<0.001$). Επιπλέον, την ίδια ομάδα, τα άτομα στο κατώτερο τεταρτημόριο επιπέδων αιμοσφαιρίνης παρουσίαζαν στατιστικά σημαντική διαφορά στην HbA1c σε σχέση με τα ανήκοντα στο ανώτερο (5.08% vs. 5.37%, $p=0.002$). Συσχέτιση μεταξύ HbA1c και αιμοσφαιρίνης δε διεπιστώθη στην ομάδα ελέγχου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα επίπεδα FPG, φρουκτοζαμίνης και HbA1c δε διαφέρουν μεταξύ ατόμων με και χωρίς ετερόζυγη β -μεσογειακή αναιμία. Μεταξύ των ετεροζυγωτών μολαταύτα, χαμηλότερες τιμές αιμοσφαιρίνης σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα HbA1c. Αυτό θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν όποτε η HbA1c χρησιμοποιείται για τη διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη σε άτομα με ετερόζυγη β -μεσογειακή αναιμία.



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 11 (3^ο ΒΡΑΒΕΙΟ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ)

ΤΙΜΕΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΚΑΙ ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΗ ΕΚΒΑΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΕΕ

Α. Σωτηρόπουλος¹, Δ. Γουγουρέλιας², Α. Κουτσοβασίλη¹, Ε. Μπλέτσα, Δ. Ντιώ-
νιας, Α. Γκρόζου¹, Δ. Παπαδάκη¹, Μ. Παππά¹, Α. Μπούσμπουλα³, Η. Ταμβάκος¹, Σ.
Μπούσμπουλα¹

¹Γ' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος
Παντελεήμων», ²ΚΥ Γκούρας, ³Τμήμα Βιοπαθολογίας, «Σισμανόγλειο» ΓΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το γλυκαιμικό προφίλ των ασθενών αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για
την έκβαση μετά από ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ). Υπάρ-
χουν ενδείξεις επίδρασης της γλυκόζης κατά την εισαγωγή και κατά τη νοση-
λεία με την έκβαση των ασθενών μετά από ισχαιμικό ΑΕΕ.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης είναι η εκτίμηση της επίδρασης των διαφορε-
τικών τιμών γλυκόζης (κατά την εισαγωγή, νηστείας, μεταγευματικών καθώς
και η μέση τιμή κατά τη νοσηλεία) με την μακροπρόθεσμη έκβαση μετά από
ισχαιμικό ΑΕΕ.

ΥΛΙΚΟ: 125 ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύθηκαν και έλαβαν εξιτήριο από την Παθο-
λογική Κλινική εντάχθηκαν σε αυτή την προοπτική μελέτη παρακολούθησης.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Τα τελικά σημεία της μελέτης για το ένα έτος παρακολούθησης
ήταν ο θάνατος (καρδιαγγειακής αιτιολογίας), ισχαιμικό ΑΕΕ, καθώς και η επι-
δείνωση της κλινικής-νευρολογικής εικόνας των ασθενών. Η εκτίμηση της
επίδρασης των διαφορετικών τιμών γλυκόζης στην έκβαση μετά από ένα έτος
παρακολούθησης έγινε με τη χρήση ξεχωριστών μοντέλων λογιστικής παλιν-
δρόμησης για κάθε μέτρηση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Εκ των ασθενών οι οποίοι εντάχθηκαν στη μελέτη 38 (30.4%)
ήταν άτομα με σακχαρώδη διαβήτη (Ομάδα Α) και 87 (69.6%) ήταν μη άτομα χω-
ρίς σακχαρώδη διαβήτη (Ομάδα Β). Η AUC των καμπυλών ROC (κάθε μια μετά
από προσαρμογή προς όλους τους γνωστούς συγχυτικούς παράγοντες) για την
γλυκόζη εισαγωγής ήταν 0.697 [95%CI: 0.565-0.712, p=0.001] για την Ομάδα Α
και 0.578 [95%CI: 0.502-0.657, p=0.047] για την Ομάδα Β. Η AUC για την γλυκόζη
νηστείας κατά τη νοσηλεία ήταν 0.635 [95%CI: 0.522-0.774, p=0.021], και 0.496
[95%CI:0.418-0.674, p=0.580] για τις Ομάδες Α και Β αντίστοιχα. Η AUC για τις με-
ταγευματικές τιμές γλυκόζης ήταν 0.611 [95%CI: 0.588-0.722, p=0.033] για την
Ομάδα Α και 0.468 [95%CI:0.399-0.626,p=0.343] για την Ομάδα Β ενώ η AUC για τη



μέση τιμή γλυκόζης κατά τη νοσηλεία ήταν 0.598 [95%CI:0.531-0.696, $p=0.024$] και 0.413 [95%CI: 0.251-0.576, $p=0.358$] για τις Ομάδες Α και Β αντίστοιχα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η τιμή της γλυκόζης κατά την εισαγωγή αποτελεί τον πιο σημαντικό προγνωστικό παράγοντα, σε σύγκριση με άλλες τιμές γλυκόζης κατά τη νοσηλεία, για την έκβαση κατά τους πρώτους δώδεκα μήνες μετά από ισχαιμικό ΑΕΕ τόσο για τα άτομα με διαβήτη όσο και για τα άτομα χωρίς σακχαρώδη διαβήτη.



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 12

ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΔ2 ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Σ. Καλαντζή¹, C. Savona-Ventura², M. Khattab², N. Lalic², F. Raposi², P. Conthe², Σ. Λιάτης¹

1. Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο «Λαϊκό», Αθήνα
2. Scientific Committee of The Education Study, MGSD (Mediterranean Study Group for diabetes)

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί μια χρόνια νόσο, με ολοένα αυξανόμενη συχνότητα, που μειώνει κατά 10-12 έτη το προσδόκιμο επιβίωσης των πασχόντων και απορροφά το 10-15% των συνολικών δαπανών υγείας σε Ευρώπη και ΗΠΑ. Αποτελεί, λοιπόν, επιτακτικό στόχο κάθε υγειονομικού συστήματος η πρόληψη του σακχαρώδους διαβήτη, η θεραπευτική αντιμετώπισή του και ο έλεγχος των επιπλοκών του. Βασικό ρόλο στην προσπάθεια αυτή κατέχει ο ιατρός, η θεραπευτική προσέγγιση του οποίου καθορίζει σε σημαντικό βαθμό την έκβαση της νόσου.

ΣΚΟΠΟΣ: Η αξιολόγηση των αντιλήψεων των γιατρών σχετικά με την αντιμετώπιση των ασθενών με ΣΔ2 στην Ελλάδα.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Η ανάλυση βασίστηκε στα δεδομένα από το ελληνικό σκέλος της μελέτης του MGSD (Mediterranean Group for the Study of Diabetes). Ιατροί όλων των ειδικοτήτων, όλων των βαθμίδων φροντίδας υγείας, που απασχολούνται τόσο στο δημόσιο, όσο και στον ιδιωτικό τομέα υγείας κλήθηκαν να συμπληρώσουν ερωτηματολόγια, μέσω διαδικτύου και στα πλαίσια συμμετοχής ιατρικών συνεδρίων. Αυτά περιλάμβαναν πληροφορίες αναφορικά με τις αντιλήψεις των γιατρών για την οργάνωση του συστήματος υγείας σχετικά με τον ΣΔ, κλινικά θέματα για τη διάγνωση και τις επιπλοκές του ΣΔ και τη χρήση των κατευσυντήριων οδηγιών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συμπληρώθηκαν πλήρως 250 ερωτηματολόγια. Από τους συμμετέχοντες 87 (34,8%) ήταν Παθολόγοι και 55 (22%) Γενικοί Ιατροί, ενώ οι υπόλοιποι ήταν Ιατροί λοιπών ειδικοτήτων. Οι 193/250 (77,2%) εργάζονταν στο δημόσιο τομέα και 118/250 (47,2%) στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.



Η πλειοψηφία των γιατρών 185/250 (74%) δήλωσε πως ενημερώνεται για ιατρικά θέματα, κυρίως από το διαδίκτυο. Σχετικά με την υποστήριξη από το σύστημα υγείας, οι περισσότεροι γιατροί (76%) θεωρούν πως οι ασθενείς με ΣΔ λαμβάνουν κάποια μορφή υποστήριξης, αλλά μόνο το 40% θεωρεί πως έχουν πρόσβαση σε ένα δομημένο σύστημα για τη διαχείριση της νόσου τους, ενώ το 67% θεωρεί ότι δεν λαμβάνουν οργανωμένη εκπαίδευση. Παράλληλα η πλειοψηφία των γιατρών (88%) αναφέρει πως αφιερώνει επαρκή χρόνο και συζητά με τους ασθενείς θέματα που αφορούν στη διαχείριση της νόσου τους. Οι 164/250 (66%) γιατροί πιστεύουν πως είναι απαραίτητη η επίτευξη ενός ιδανικού επιπέδου γλυκόζης σε όλους τους ασθενείς με ΣΔ2, θέτοντας ως βέλτιστο επίπεδο την τιμή της HbA1c κάτω από 7%. Ως δεύτερο φαρμακευτικό σκεύασμα μετά τη μετφορμίνη οι περισσότεροι επιλέγουν τους DPP-4 αναστολείς (58%), ενώ η επόμενη σε δημοτικότητα επιλογή είναι οι σουλιφονυλουρίες (28%). Τέλος 132/250 (53%) γιατροί απάντησαν πως αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην έναρξη της θεραπείας με ινσουλίνη κυρίως λόγω, απροθυμίας των ασθενών (73%), έλλειψη πείρας (42%), και λόγω του φόβου της υπογλυκαιμίας (27%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στην παρούσα μελέτη παρουσιάστηκαν οι αντιλήψεις των γιατρών σχετικά με την αντιμετώπιση των ασθενών με ΣΔ2 στην Ελλάδα. Διαπιστώθηκε πως οι Έλληνες γιατροί ενημερώνονται κυρίως από το διαδίκτυο, επιμένουν στην ενημέρωση των ασθενών με ΣΔ2 για τη διαχείριση της νόσου τους, θεωρούν πως οι ανωτέρω ασθενείς δεν έχουν πρόσβαση σε ένα δομημένο σύστημα για τη διαχείριση του διαβήτη και στοχεύουν σε τιμές γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης κάτω του 7%, χρησιμοποιώντας ως δεύτερο φάρμακο μετά τη μετφορμίνη τους DPP-4 αναστολείς.



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 13

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΗΣ ΛΙΠΟΚΑΛΙΝΗΣ ΤΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΖΕΛΑΤΙΝΑΣΗ ΤΩΝ ΟΥΔΕΤΕΡΟΦΙΛΩΝ (NGAL) ΣΤΑ ΟΥΡΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟ, ΧΩΡΙΣ ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΒΛΑΒΗ

Κ. Μακρής (1), Κ. Πυργάκης (2), Ν. Καφκάς (3), Λ. Σπανού (1)

1. Clinical Biochemistry Department, KAT General Hospital, Kifissia, 14561, Greece
2. Vascular Surgery Department, KAT General Hospital, Kifissia, 14561, Greece
3. Cardiology Department, KAT General Hospital, Kifissia, 14561, Greece

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Αρκετές μικρού μοριακού βάρους πρωτεΐνες (LMWp) έχουν προταθεί ως πρώιμοι βιοχημικοί δείκτες στη διάγνωση της οξείας νεφρικής βλάβης (ONB). Από αυτές η NGAL έχει μελετηθεί περισσότερο. Η NGAL παράγεται από τα πολυμορφοπύρρινα-ουδετερόφιλα και απελευθερώνεται στην συστηματική κυκλοφορία, διηθείται ελεύθερα στο σπείραμα των νεφρών και επαναροφάται από τα εγγύς εσπειραμένα σωληνάρια με ενδοκύτωση μέσω ενός υποδοχέα (μεγαλίνη), που βρίσκεται στα επιθηλιακά κύτταρα των ουροφόρων σωληναρίων. Η παρουσία ONB προκαλεί αφ' ενός δομικές βλάβες στα επιθηλιακά κύτταρα των εγγύς εσπειραμένων σωληναρίων με αποτέλεσμα να μειώνεται η απορροφητική τους ικανότητα. Αφ' ετέρου διεγείρει τα επιθηλιακά κύτταρα των άπω σωληναρίων να παράξουν NGAL, που διοχετεύεται στα ούρα όπου και ανιχνεύεται αθροϊζόμενη με την μη επαναροφούμενη. Επιπλέον η παρουσία χρόνιας νεφρικής νόσου (XNN) ενδέχεται να μειώσει τη διηθητική ικανότητα του σπειράματος με αποτέλεσμα την αύξησή της στη συστηματική κυκλοφορία. Ανεξάρτητα της παρουσίας σωληναριακής βλάβης, παρουσία αλβουμίνης στα ούρα ενδέχεται να αυξήσει τα επίπεδα των LMWp, λόγω ανταγωνισμού στη μεταφορά τους από τον ίδιο υποδοχέα, καθώς η αλβουμίνη παρουσιάζει μεγαλύτερη συγγένεια με τη μεγαλίνη.

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των επιπέδων NGAL στα ούρα (uNGAL) με τα επίπεδα αλβουμίνης στα ούρα (ACR) και της Σπειραματικής διήθησης (eGFR) σε ασθενείς με σταθερή καρδιαγγειακή νόσο (CVD) και χωρίς ONB.

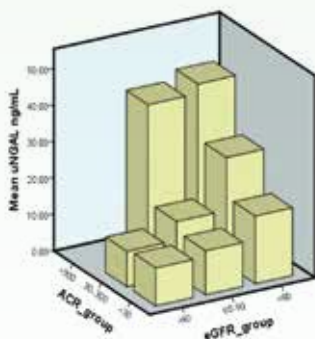
ΜΕΘΟΔΟΙ: Μελετήθηκαν 226 ασθενείς με CVD. Η uNGAL μετρήθηκε με ELISA (Bioport-Denmark). Για τον υπολογισμό του eGFR χρησιμοποιήθηκε ο τύπος CKD-EPI στον οποίο χρησιμοποιούνται οι μετρήσεις και της κρεατινίνης (Scr) και



της συστατικής C (sCysC). Μετρήκαν επίσης τα επίπεδα της κρεατινίνης και της uAlb στα ούρα για τον υπολογισμό του λόγου αλβουμίνης/κρεατινίνης (ACR).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Παρατηρήθηκε αρνητική, στατιστικά σημαντική, μη-γραμμική συσχέτιση μεταξύ uNGAL και eGFR ($r=-0.604$) και θετική, σημαντική και μη-γραμμική συσχέτιση ($r=0.496$) μεταξύ uNGAL και ACR. Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έδειξε ότι eGFR, και αλβουμινουρία επηρεάζουν τα επίπεδα της uNGAL. Τα αποτελέσματά δείχνουν (σχήμα) ότι τα επίπεδα της uNGAL αυξάνονται σημαντικά καθώς το eGFR μειώνεται και η αλβουμινουρία αυξάνεται (MANOVA).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η αλβουμινουρία και η XNN αυξάνουν το όριο ανίχνευσης της ONB αυξάνοντας τα επίπεδα των LMWp στα ούρα. Η παρουσία υψηλών επιπέδων uNGAL σε ασθενείς με χαμηλό eGFR και υψηλό λόγο ACR πιθανόν αποτελεί ένδειξη προιούσης νεφρικής νόσου. Η μέτρηση της uNGAL παράλληλα με τους υπολογισμούς eGFR και ACR σε αυτή την ομάδα ασθενών μπορεί να βοηθήσει στη διαστρωμάτωση κινδύνου.





ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ 14

ΕΙΔΙΚΟ ΒΡΑΒΕΙΟ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗΣ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΛΛΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΚΑΤΟΙΚΩΝ ΚΛΕΙΣΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΝΗΣΙΟΥ

- ΜΕΛΕΤΗ PERSEAS -

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

Επιστημονική Ομάδα **PERSEAS** - ΕΜΠαΚΑΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η προγνωστική αξία των διαφόρων παραγόντων κινδύνου (σακχαρώδης διαβήτης, κάπνισμα, υπέρταση, υπερλιπιδαιμία) στη συχνότητα εμφάνισης καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνησιμότητας έχει καθιερωθεί από πολυάριθμες μελέτες επιδημιολογικές και παρέμβασης. Η επικράτηση αυτών των παραγόντων σε πληθυσμούς σε διάφορες περιοχές της Ελλάδα δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς.

ΣΚΟΠΟΣ: Ο προσδιορισμός του επιπολασμού του σακχαρώδη διαβήτη και άλλων κλασικών παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου στους κατοίκους της Ελαφονήσου Λακωνίας, ένα κλειστό, παραδοσιακό αγροτικό πληθυσμό στην Ελλάδα. Η μελέτη PERSEAS, είναι μία πενταετής μη παρεμβατική μελέτη καταγραφής των παραγόντων καρδιομεταβολικού κινδύνου του γενικού πληθυσμού της Ελαφονήσου.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Ο πληθυσμός παρακολούθηθηκε κατά την περίοδο 2012-2014 για την παρουσία μειζόνων καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου και παρουσία των γνωστών καρδιαγγειακών παθήσεων.

Οι μόνιμοι κάτοικοι που έλαβαν μέρος στη μελέτη απάντησαν σε ένα δομημένο ερωτηματολόγιο σχετικά με δημογραφικά, ανθρωπομετρικά δεδομένα και πληροφορίες που σχετίζονται με διαβήτη τύπου 2 και άλλων καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε πλήθος κλινικοεργαστηριακών εξετάσεων, μεταξύ αυτών και σε μετρήσεις βάρους, ύψους, περιμέτρου μέσης και ισχίων, μέτρηση λίπους, αρτηριακής πίεσης, λιπιδίων και γλυκαιμικό προφίλ (γλυκόζη νηστείας και γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη).



ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στη μελέτη συμμετείχαν 612 άτομα, που αντιπροσωπεύουν το 77,8% του συνόλου των ενήλικων μόνιμοι κάτοικοι του νησιού. Από αυτούς, οι 598 (97,7%), έδωσαν απαντήσεις σε ερωτηματολόγια και 601 (98,2%) συμφώνησαν να υποβληθούν σε δειγματοληψία αίματος, 292 άνδρες (47,7%) και 164 (27%) ήταν ηλικίας > 65 ετών. 37,2% των συμμετεχόντων ήταν καπνιστές, ενώ το 15,3% (92 άτομα), είχαν σταματήσει το κάπνισμα. Μόνο 173 άτομα (28,5%) είχαν φυσιολογικό δείκτη μάζας σώματος, και 211 (34,7%) ήταν υπέρβαροι, 127 (20,9%) παχύσαρκοι και 80 (13,2%) νοσηρά παχύσαρκοι. Διακόσια πενήντα εννέα άτομα (42,8%) έπασχαν από αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ), ενώ οι 186 (31,1%) είχαν κάποια μορφή δυσλιπιδαιμίας. Με βάση τα στοιχεία, 46 άνθρωποι, δηλαδή 7,7% του πληθυσμού, πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη. Από τις μετρήσεις της γλυκόζης νηστείας και της HbA1c, προέκυψε διάγνωση εγκατεστημένου σακχαρώδη διαβήτη σε επιπλέον 25 άτομα (4,2% άγνωστος διαβήτης), ανεβάζοντας το συνολικό ποσοστό των διαβητικών ασθενών σε 11,9% του πληθυσμού. Επιπλέον, διεγνώσθησαν με προ-διαβήτη 29 άτομα (4,8%) με βάση τις τιμές της HbA1c ή / και της γλυκόζης νηστείας. Τέλος, 38 άτομα (6,4%) έπασχαν από στεφανιαία νόσο (CHD) δώδεκα (12%) είχαν ιστορικό εγκεφαλικού επεισοδίου και 49 (8.2%) ιστορικό περιφερικής αγγειακής νόσου (PAD).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Σακχαρώδης διαβήτης, παχυσαρκία, ΑΥ, και δυσλιπιδαιμία φαίνεται να έχουν ιδιαίτερα υψηλό επιπολασμό μεταξύ των κατοίκων του κλειστού αγροτικού πληθυσμού της Ελαφονήσου.

9^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου

ΟΡΓΑΝΩΣΗ



ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ
ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ
ΓΙΑ ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

ΘΑ ΧΟΡΗΓΗΘΟΥΝ ΜΟΡΙΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ
ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ (CME - CPD Credits)

23 - 26 Ιουνίου 2016
HOTEL ELITE CITY RESORT
ΚΑΛΑΜΑΤΑ



ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ



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



ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ - ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ - ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ
CONGRESS WORLD EVENT TRAVEL E.E.
Μαϊνάνδρου 23, 115 28 Αθήνα
Τ. 210 7222 518, F 210 7210 069
E. info@congressworld.gr, reception@congressworld.gr
W. http://www.congressworld.gr



ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 01

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΥΓΙΕΙΝΟΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Α. Κουτσοβασίλης, Α. Σωτηρόπουλος, Α. Γκρόζου, Π. Βεργίδου¹, Α. Κατωπόδη, Α. Χριστοδουλοπούλου, Ε. Μπλέτσα, Μ. Παππά, Β. Κορδίνιας, Π. Τζαβάρια, Χ. Ταμβάκος, Σ. Μπούσμπουλας

Γ΄ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η κατάθλιψη αποτελεί μια συχνή διαταραχή σε άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) η οποία εμφανίζεται σε μεγαλύτερο ποσοστό όταν συνυπάρχουν επιπλοκές.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης η διερεύνηση της παρουσίας κατάθλιψης σε άτομα με ΣΔ τρίτης και τέταρτης ηλικίας και η επίδραση της στις διατροφικές συνήθειες και την άσκηση των ατόμων αυτών.

ΥΛΙΚΟ: 322 ασθενείς εντάχθηκαν στη μελέτη (40.1 % άνδρες) με ΣΔ, τρίτης και τέταρτης ηλικίας, οι οποίοι προσήλθαν στο Διαβητολογικό Κέντρο του ΓΝ Νίκαιας.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Σε όλους τους ασθενείς έγινε καταγραφή σωματομετρικών χαρακτηριστικών, συνοδών νοσημάτων, επιπλοκών και φαρμακευτικής αγωγής. Όλοι οι ασθενείς απάντησαν το ερωτηματολόγιο του WHO για την κατάθλιψη και σε όλους έγινε προσδιορισμός της συμμόρφωσης στις διατροφικές οδηγίες και την άσκηση μέσω ενός δομημένου ερωτηματολογίου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους ασθενείς της μελέτης 188 (58.5%) ήταν άτομα τρίτης ηλικίας και 134 (41.5%) άτομα τέταρτης ηλικίας με τις γυναίκες να υπερτερούν στην τρίτη ηλικία ($p=0.001$). Διαπιστώθηκε υψηλότερο ποσοστό ατόμων με κατάθλιψη σε άτομα τέταρτης ηλικίας ($p=0.036$). Μεταξύ των υπό εξέταση ηλικιακών ομάδων δεν διαπιστώθηκε διαφορά ως προς τις διατροφικές οδηγίες ($p=0.234$) και ως προς την άσκηση ($p=0.321$). Η παρουσία κατάθλιψης συσχετίστηκε τόσο με χαμηλότερο σκορ στις οδηγίες διατροφής (OR=2.891, 95%CI:1.162-5.729, $p=0.012$) όσο και με χαμηλότερη επίδοση στην άσκηση (OR=1.902, 95%CI:1.117-4.263, $p=0.023$). Οι παράγοντες οι οποίοι επιδρούν θετικά στην συσχέτιση της κατάθλιψης με τους υπό εξέταση παράγοντες είναι το φύλο για τους άνδρες ($p=0.002$), το επίπεδο εκπαίδευσης ($p=0.027$) καθώς και η παρουσία καρδιαγγειακών επιπλοκών ($p=0.033$).



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η κατάθλιψη αποτελεί συχνή διαταραχή στα άτομα με ΣΔτ2. Η παρουσία της επιδεινώνει την συμμόρφωση των ατόμων αυτών με τις διατροφικές οδηγίες καθώς και με τις οδηγίες άσκησης ή τήρηση των οποίων συμβάλλει θετικά στην ρύθμιση των ατόμων με ΣΔτ2.



ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 02

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Α. Κουτσοβασίλης¹, Δ. Γουγουρέλας², Α. Σωτηρόπουλος¹, Χ. Ταμβάκος¹, Ι. Μουζακίτης, Μ. Παππά¹, Π. Βεργίδου¹, Α. Κατωπόδη¹, Π. Τζαβάρα¹, Α. Μπούσμπουλα³, Σ. Ελβανίδη¹, Σ. Μπούσμπουλα¹

¹Γ' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», ²ΚΥ Γκούρας, ³Τμήμα Βιοπαθολογίας ΓΝ Αττικής «Σισμανόγλειο -Αμαλία Φλέμινγκ»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) σχετίζεται με την εμφάνιση χρόνιων μικροαγγειακών και μακροαγγειακών επιπλοκών οι οποίες επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ατόμων με ΣΔ.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση των διαφορετικών επιπλοκών στην ποιότητα ζωής των ασθενών με ΣΔτ2, όπως αυτή καταγράφεται από τη κλίμακα αξιολόγησης SF-36.

ΥΛΙΚΟ: Στη μελέτη εντάχθηκαν 164 ασθενείς με ΣΔτ2 οι οποίοι προσήλθαν στο Διαβητολογικό Κέντρο σε προγραμματισμένο έλεγχο.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Οι ασθενείς οι οποίοι συμμετείχαν στην μελέτη απάντησαν το δομημένο ερωτηματολόγιο της SF-36 το οποίο περιλαμβάνει 8 διαφορετικές κλίμακες (γενικής υγείας [GH], φυσικής δραστηριότητας [PH], κοινωνικής συμμετοχής [SH], πνευματικής υγείας [MH], φυσικής κατάστασης [RP], συναισθηματικής κατάστασης [RE], σωματικού πόνου [BP], και ζωτικότητας [VT]) και σε όλους έγινε καταγραφή των χρόνιων επιπλοκών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 164 ασθενείς της μελέτης (48.2% άνδρες) μέσης ηλικίας 72.38±13.58έτη, μακροαγγειακές επιπλοκές παρουσίαζε το 44.7% των ασθενών και μικροαγγειακές το 41.9% των ασθενών. Η διάρκεια παρουσίας του ΣΔτ2 ήταν 14.22±10.98 έτη. Το ερωτηματολόγιο απάντησαν 128 ασθενείς. Διαπιστώθηκε συσχέτιση της διάρκειας του ΣΔτ2 με την ποιότητα ζωής των ασθενών (p=0.003). Συσχέτιση της παρουσίας στεφανιαίας νόσου με τους παράγοντες PH (p=0.033), GH (p=0.030), RP (p=0.041), RE (p=0.038) και VT (p=0.044). Η παρουσία νευροπάθειας συσχετίστηκε με τους παράγοντες PH (p=0.044), RP (p=0.028), BP (p=0.008), SH (p=0.012), GH (p=0.046), RE (p=0.018) και VT (p=0.040). Η διαβητική νεφροπάθεια συσχετίστηκε με τους παράγοντες GH (p=0.031), PH (p=0.044)



και RP ($p=0.038$). Η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια συσχετίστηκε με τους παράγοντες GH ($p=0.026$), PH ($p=0.033$), SH ($p=0.030$), RP ($p=0.041$), RE ($p=0.026$) και VT ($p=0.018$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η διαβητική νεφροπάθεια, η παρουσία νευροπάθειας, διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας καθώς και η στεφανιαία νόσος επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ατόμων με ΣΔτ2 δρώντας με διαφορετικό τρόπο σε αυτήν.



ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 03

ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΑΛΛΩΝ ΝΟΣΩΝ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ

Α. Κοντορίγα

Ιδιωτικό παθολογικό ιατρείο - Νίκαια

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Αρτηριακή υπέρταση υπάρχει όταν, η συστολική πίεση είναι ίση ή μεγαλύτερη με 140, είτε η διαστολική πίεση είναι μεγαλύτερη από 90 mmHg, ή και οι δύο να υπερβαίνουν αυτά τα όρια. Στους ηλικιωμένους η ΑΥ(αρτηριακή υπέρταση) αποτελεί τον σπουδαιότερο παράγοντα κινδύνου για ΑΕΕ, ΣΝ και καρδιακή ανεπάρκεια.

ΣΚΟΠΟΣ: Καταγραφή ηλικιωμένων υπερτασικών ασθενών με συνύπαρξη άλλων νόσων κατά την χρονική περίοδο 6 μηνών (9/2015 έως 2/2016).

ΥΛΙΚΑ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Εξετάστηκαν 88 υπερτασικοί ασθενείς >65 ετών, οι οποίοι προσήλθαν στο παθολογικό ιατρείο, κατά την χρονική περίοδο των 6 μηνών. Σε όλους τους ασθενείς πάρθηκε ατομικό ιστορικό, καθώς και υπολογισμός δείκτη μάζας σώματος BMI (Βάρος [κιλά] ÷ [ύψος [μέτρα]]²).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους εξετασθέντες οι 56 ήταν γυναίκες και οι 32 άντρες και όλοι >65 ετών. Το 85% παρακολουθούσε την ΑΠ(αρτηριακή πίεση) στο σπίτι με δικό του πιεσόμετρο σε σχεδόν καθημερινή βάση, ενώ το 15% αναφέρει επίσκεψη στον γιατρό για μέτρηση της ΑΠ. Επίσης σε ένα ποσοστό του 70% παίρνει συστηματικά την αγωγή τους και όχι μόνο σε άνοδο της ΑΠ, ενώ το 30% αναφέρει διακοπή αυτοβούληως της αγωγής ή επιπλέον αγωγή σε αύξηση της ΑΠ. Σε όλους τους ασθενείς παρατηρήθηκε αυξημένο BMI και ιδιαίτερα στις γυναίκες. Από το ιστορικό τους διαπιστώθηκε 50% των ασθενών να λαμβάνουν αγωγή για δυσλιπιδαιμία, 35% για σακχαρώδη διαβήτη και περίπου 15% αναφέρει ιστορικό αγγειοπάθειας (ΟΕΜ, ΑΕΕ). Τέλος το 50% των ανδρών και το 35% των γυναικών αναφέρουν καπνιστική συνήθεια.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Με βάση τα αποτελέσματα διαπιστώνεται η συνύπαρξη και άλλων παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου στους ηλικιωμένους ασθενείς με ΑΥ(αρτηριακή υπέρταση). Πέρα της φαρμακευτικής αγωγής, σαφώς θα πρέπει να λαμβάνονται μέτρα για αλλαγή τρόπου ζωής, όπως διακοπή καπνίσματος, μύωση σωματικού βάρους και αύξηση σωματικής άσκησης. Η ρύθμιση της πίεσης είναι μία δυναμική κατάσταση και απαιτεί συνεχή επικοινωνία του ασθενή με το γιατρό του.



ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 04

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΚΡΙΒΕΙΑ ΑΞΟΝΙΚΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΜΕ ΣΥΓΧΡΟΝΟΥΣ ΠΟΛΥΤΟΜΙΚΟΥΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΥΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΑΜΗΛΗ Η΄ ΜΕΤΡΙΑ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ

Ρ. Ευθυμιάδου, Φ. Λάσπας, Χ. Μουρμουρής, Μ. Τζαλονίκου, Δ. Λογγίτου, Α. Ρουσάκης

Τμήμα Αξονικού-Μαγνητικού Τομογράφου, Νοσοκομείο «Υγεία»

ΣΚΟΠΟΣ: Να εκτιμηθεί η διαγνωστική ακρίβεια της αξονικής στεφανιογραφίας με σύγχρονους πολυτομικούς τομογράφους σε ασθενείς με χαμηλή ή μέτρια πιθανότητα στεφανιαίας νόσου για την ανάδειξη σημαντικών στενώσεων (>50%) στις στεφανιαίες αρτηρίες.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 216 ασθενείς (174 άνδρες, 42 γυναίκες, μέσος όρος ηλικίας 45-82ετών) με χαμηλή ή μέτρια πιθανότητα στεφανιαίας νόσου που υποβλήθηκαν σε αξονική στεφανιογραφία. Με βάση τα ευρήματα της αξονικής στεφανιογραφίας, σε 41 από αυτούς τους ασθενείς πραγματοποιήθηκε κλασσική στεφανιογραφία και έγινε σύγκριση των αποτελεσμάτων των δύο μεθόδων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στους 41 ασθενείς που πραγματοποιήθηκε κλασσική στεφανιογραφία αναδείχθηκαν 52 σημαντικές στενώσεις στις στεφανιαίες αρτηρίες. Η αξονική στεφανιογραφία ανέδειξε 48 από αυτές τις στενώσεις, 4 σημαντικές στενώσεις διέφυγαν και 40 στενώσεις αναφέρθηκαν εσφαλμένα ως σημαντικές. Η ευαισθησία της μεθόδου ήταν 92% και η αρνητική προγνωστική αξία 99%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η αξονική στεφανιογραφία αποτελεί σημαντικό κλινικό εργαλείο για τη διαχείριση ασθενών με χαμηλή ή μέτρια πιθανότητα στεφανιαίας νόσου.



ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 05

ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ ΙΙ

Φ. Μπακομήτρου¹, **Α. Κουτσοβασιλίνης**², Δ. Γουγουρέλας³, Ε. Σκοπελίτου¹, Π. Βεργί-
δου², Α. Γκρόζου², Α. Κατωπόδη², Β. Σπινάρης¹, Α. Σωτηρόπουλος², Σ. Μπούσμπουλας²

¹ Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων», Γ' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο και Ψυχιατρικός Τομέας

² Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων», Γ' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, ³ΚΥ Γκούρας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ψυχολογική κατάσταση των διαβητικών ασθενών έχει μελετηθεί λεπτομερώς και ως αιτία και ως συνέπεια της προβληματικής αντιμετώπισης του ΣΔ. Όπως προκύπτει από διάφορες έρευνες 1 περίπου στους 5 διαβητικούς ασθενείς πάσχει από κατάθλιψη, ενώ ένα πολύ μεγαλύτερο ποσοστό, περίπου της τάξεως του 40%, εμφανίζει υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία παρόλο που δεν έχει επίσημη κλινική διάγνωση.

ΣΚΟΠΟΣ: Ο σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση πιθανής σχέσης ανάμεσα στον διαβήτη τύπου ΙΙ και την κατάθλιψη.

ΥΛΙΚΑ: Συμμετείχαν 124 εξωτερικοί διαβητικοί ασθενείς τύπου ΙΙ, του Διαβητολογικού Κέντρου του Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Χορηγήθηκε ένα δημογραφικό ερωτηματολόγιο που περιλάμβανε και ερωτήσεις σχετικά με την τρέχουσα θεραπεία και τα επίπεδα της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c), καθώς και το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της κατάθλιψης The Patient Health Questionnaire (PHQ-9). Η ανάλυση των περιγραφικών και επαγωγικών δεδομένων (t-test, One way Anova και Pearson's r) έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS-22.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο Μ.Ο ηλικίας των ατόμων ήταν 58,02 (±±8,38) έτη και είχαν διαβήτη κατά Μ.Ο 10,91(±±9,34) χρόνια, ενώ η HbA1c κυμαινόταν κατά Μ.Ο στο 7,33% (±±1,31). Από τη στατιστική επεξεργασία των ευρημάτων ενδιαφέρον παρουσίασε η θετική συνάφεια της HbA1c με τη διάρκεια του διαβήτη (r = ,195), καθώς και η αρνητική συνάφεια της ηλικίας των ασθενών με τα επίπεδα κατάθλιψης (r = -,183). Τέλος, οφείλει κανείς να υπογραμμίσει ότι το 1/4 των συμμετεχόντων (23,6%) υπέφερε από μείζων κατάθλιψη, όπως αυτή εκτιμήθηκε από το PHQ-9, ενώ μεγαλύτερη πιθανότητα κατάθλιψης εμφάνισαν οι γυναίκες [t={93,806}= -5,16, p= ,000].



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Μεγάλο ποσοστό διαβητικών ασθενών τύπου II πάσχει από μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, ενώ επιβεβαιώνεται στη μελέτη η ευαισθησία των γυναικών να εμφανίσουν κάποια μορφή κατάθλιψης. Φαίνεται όμως πως οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας έχουν μικρότερες πιθανότητες εμφάνισης καταθλιπτικών συμπεριφορών, κάτι το οποίο μπορεί να συνδέεται με την αποδοχή της ασθένειας και του εαυτού, η οποία αναπτύσσεται στα πλαίσια της ηλικιακής ωρίμανσης.



ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 06

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ: ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ΑΝΔΡΩΝ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΩΝ. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΠΑΡΧΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΣΚΟΜΕΙΟΥ

Π. Πουδηκαράκος, Δ. Γκότσης, Δ. Σβορώνος, Χ. Παντοπούλου, Γ. Αλεβητοσβίτης, Β. Καραμπέτσος, Αν. Κολλιέρης, Χρ. Ζόμπολου, Η. Νταιβίς, Αν. Κολλιονίρης, Ηλ. Τσιχλίδης, Ν. Λιονάκης, Ε. Μάκαρης, Π. Κλουφέτος, Σ. Κοσμοπούλου, Γ. Κουδούνης, Σ. Ζόμπολος

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Μεσσηνίας, Καλαμάτα, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η στεφανιαία νόσος είναι η κύρια αιτία θανάτου τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Τις τρεις τελευταίες δεκαετίες η καρδιαγγειακή θνησιμότητα κατά έτος είναι μεγαλύτερη στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες. Από τη διεθνή βιβλιογραφία προκύπτει ότι η στεφανιαία νόσος στις γυναίκες παραμένει λιγότερο μελετημένη, και φαίνεται συστηματικά πιο δύσκολο να διαγνωσθεί εγκαίρως και πιο πιθανό να θεραπευθεί ατελώς.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός μας ήταν να μελετήσουμε πιθανές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στην πιο δραματική εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου, στο οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου (ΟΕΜ) και ειδικότερα να καταγράψουμε τα συμπτώματα τα οποία αναφέρουν άνδρες και γυναίκες ασθενείς κατά την αρχική εξέταση στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) ενός μάχιμου ελληνικού νοσοκομείου.

ΥΛΙΚΟ/ΜΕΘΟΔΟΙ: Μελετήσαμε αναδρομικά τους φακέλους ασθενών οι οποίοι νοσηλεύθηκαν στην Καρδιολογική Κλινική και Στεφανιαία Μονάδα του Νοσοκομείου μας κατά το έτος 2012. Από το Φύλλο Εισαγωγής Ασθενούς καταγράψαμε τα συμπτώματα των ασθενών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά το διάστημα από 1/1/2012 έως 31/12/2012 νοσηλεύθηκαν 238 ασθενείς με ΟΕΜ. Η κατανομή κατά φύλο ήταν: 167 άνδρες (Α 70%) και 71 γυναίκες (Γ 30%). Η κατανομή με βάση τον τύπο του ΟΕΜ ήταν 117 ΟΕΜ με ανάσπαση του διαστήματος ST (49%) και 121 ΟΕΜ χωρίς ανάσπαση ST (51%). Ο θωρακικός πόνος ήταν το κύριο σύμπτωμα στην πλειοψηφία των ασθενών και των δύο φύλων (Α 86% Γ 80%). Ακολουθεί η δύσπνοια (Α 47% Γ 56%), η αντανάκλαση του πόνου στα άνω άκρα (Α 32% Γ 37%), η ζάλη/αδυναμία (Α 21% Γ 38%), η επιγαστρική δυσφορία (Α 19% Γ 31%), αντανάκλαση του πόνου στη γνάθο (Α 19% Γ 21%), η αντανάκλαση του πόνου στη ράχη (Α 5% Γ 14%) και το αίσθημα παλμών (Α 3% Γ 9%).



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το κύριο σύμπτωμα στο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι ο θωρακικός πόνος και εμφανίζεται με την ίδια σχεδόν συχνότητα και στα δύο φύλα. Εκεί που φαίνεται να υπάρχει διαφοροποίηση είναι στην υψηλή συχνότητα με την οποία συνυπάρχουν στην κλινική εκδήλωση του ΟΕΜ στις γυναίκες τα λεγόμενα άτυπα συμπτώματα, όπως δύσπνοια, ζάλη/αδυναμία και αίσθημα παλμών. Θεωρείται ότι η ύπαρξη πολλαπλών και άτυπων αιτίσεων που συχνά εμφανίζουν οι γυναίκες εμφραγματίες μπορεί να εξηγεί τόσο την καθυστερημένη αναγνώριση και διάγνωση του ΟΕΜ όσο και την επιλογή λιγότερο επιθετικών θεραπευτικών μεθόδων με αποτέλεσμα ενδεχομένως τη χειρότερη πρόγνωση του ΟΕΜ σε αυτή την ομάδα ασθενών.



ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 07

ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΔτ2

Α. Κουτσοβασίλης, Α. Σωτηρόπουλος, Α. Γκρόζου, Β. Κορδίνας, Ε. Μπλέτσα, Μ. Παππά, Χ. Ταμβάκος, Π. Βεργίδου, Α. Γκρόζου, Α. Κατωπόδη, Σ. Μπούσμπουλας
Γ' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2) συχνά παρουσιάζουν συνοδά καρδιαγγειακά νοσήματα τα οποία μπορούν να επηρεάσουν ακόμα και τον βαθμό γλυκαιμικής ρύθμισης.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης η διερεύνηση της παρουσίας καρδιαγγειακών νοσημάτων στην ποιότητα ζωής και την παρουσία κατάθλιψης σε άτομα με ΣΔτ2.

ΥΛΙΚΟ: Εντάχθηκαν στη μελέτη 158 ασθενείς τρίτης και τέταρτης ηλικίας (56.4% άνδρες) με ΣΔτ2.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Έγινε καταγραφή των σωματομετρικών χαρακτηριστικών, του επιπέδου ρύθμισης, συνοδών καρδιαγγειακών νοσημάτων, της ποιότητας ζωής με τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου SF-12 καθώς και της παρουσίας κατάθλιψης με το ερωτηματολόγιο PHQ-9.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 158 ασθενείς της μελέτης ηλικίας 74.68 ± 8.64 , 88% παρουσίαζαν αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) υπό αγωγή, 78% υπερλιπιδαιμία, 36.4% ήταν καπνιστές και 46% ήταν παχύσαρκοι. Από τους υπό εξέταση συνδυασμούς καρδιαγγειακών παραγόντων αυτός ο οποίος παρουσίασε στατιστικά σημαντική επίδραση ήταν η συνύπαρξη παχυσαρκίας και ΑΥ. Τα άτομα με ΑΥ και παχυσαρκία παρουσίαζαν στατιστικά σημαντικές διαφορές τόσο ως προς την ψυχική συνιστώσα (51.8 vs 54.2, $p=0.024$), όσο και ως προς την σωματική συνιστώσα (41.4 vs 48.9, $p=0.010$) του ερωτηματολογίου ποιότητας ζωής. Υψηλότερος βαθμός κατάθλιψης σύμφωνα με την βαθμολογία του PHQ-9 στα άτομα με παχυσαρκία και ΑΥ (5.9 vs 2.8, $p=0.028$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι καρδιαγγειακοί παράγοντες στα άτομα με ΣΔτ2 επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής καθώς και την παρουσία κατάθλιψης. Η συνύπαρξη αρτηριακής υπέρτασης και παχυσαρκίας αποτελεί τον συνδυασμό με την μεγαλύτερη επίδραση.



ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 08

ΑΝΑΓΝΩΡΙΖΟΝΤΑΣ & ΘΕΡΑΠΕΥΟΝΤΑΣ ΤΑ ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΑΚΟΠΗΣ

Σ. Ε. Αμπραχίμ¹, Σ. Τούλη², Κ. Ανδρουτσοπούλου³

1. RN, Msc, Msc, Γ.Ν.Α «ΚΑΤ», 2. RN, Κέντρο Αποκατάστασης «Ευεξία» 3. Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα καρδιαγγειακά νοσήματα, είναι μία από τις πρώτες και κύριες αιτίες αιφνίδιου καρδιακού θανάτου (ΑΚΘ) στους ενήλικες. Στις μέρες μας η συχνότητα εμφάνισης των καρδιαγγειακών νοσημάτων έχει περιοριστεί στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες, λόγω της πρόληψης, της βελτίωσης του τρόπου ζωής, καθώς και των νέων θεραπευτικών τεχνικών. Παρόλα αυτά, πρόσφατα επιστημονικά δεδομένα, υποστηρίζουν ότι στις Η.Π.Α. περισσότεροι από τους μισούς ετήσιους θανάτους εξακολουθούν να προέρχονται από καρδιακή ανακοπή (ΚΑ). Κατά την διάρκεια κάθε ανακοπής θα πρέπει να αναζητούνται οι επιβαρυντικοί παράγοντες.

ΣΚΟΠΟΣ: Η αναγνώριση των αναστρέψιμων αιτιών της ΚΑ και η επιτυχής αντιμετώπιση τους.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση της τελευταίας πενταετίας σε ξενόγλωσσα και ελληνικά επιστημονικά περιοδικά με τις κάτωθι λέξεις κλειδιά: «καρδιακή ανακοπή» σε συνδυασμό με τις παρακάτω λέξεις αντίστοιχα: «αναστρέψιμα αίτια», «αντιμετώπιση» και «θεραπεία».

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τα άρθρα που συλλέχθηκαν διαπιστώνεται ότι η ΚΑ είναι μια κατάσταση, η οποία είναι πιθανόν να αναστραφεί και να αντιμετωπιστεί εάν αναγνωριστούν και αντιμετωπιστούν έγκαιρα οι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με αυτή. Οι αναστρέψιμοι παράγοντες κινδύνου είναι η υποξία, η υποθερμία, η υποογκαιμία, η υπερκαλιαιμία η υποκαλιαιμία, και άλλες μεταβολικές διαταραχές, καθώς και άλλα αίτια όπως ο πνευμοθώρακας υπό τάση, ο καρδιακός επιπωματισμός, οι τοξίνες και οι θρομβώσεις.

Η πρόληψη της ΚΑ προϋποθέτει την εκπαίδευση του προσωπικού κατάλληλα, ώστε να αναπτύξει γνώσεις και δεξιότητες, τόσο στην επείγουσα φροντίδα, όσο και στην αναγνώριση των ασθενών με επιδείνωση, καθώς και την οργάνωση ενός συστήματος που να διαθέτει ομάδα αναζωογόνησης.



Αναστρέψιμα αίτια 4Hs

1. Υποξία
 - Επαρκής αερισμός με 100% O₂
2. Υποογκαιμία
 - Αποκατάσταση υγρών
 - Επείγουσα χειρουργική επέμβαση για περιορισμό της αιμορραγίας
3. Υπέρ - υποκαλιαιμία, Υπερασβεστιαϊμία, Υπογλυκαιμία
 - IV χορήγηση Cacl
4. Υποθερμία
 - Χρήση θερμομέτρων χαμηλών θερμοκρασιών

Αναστρέψιμα αίτια 4Ts

1. Πνευμοθώρακας υπό τάση
 - Με κλινική διάγνωση
 - Μειώνοντας την πίεση με μία βελόνα, θωρακοκέντηση
 - Τοποθέτηση σωλήνα θωρακικής παροχέτευσης
2. Τοξίνες
 - Χρήση διαθέσιμων antidotων
 - Υποστηρικτική θεραπεία
3. Θρομβοεμβολή
 - Άμεση χορήγηση θρομβολυτικής αγωγής
4. Επιπωματισμός
 - Διατιτραίνον θωρακικό τραύμα
 - Πρόσφατο χειρουργείο καρδιάς
 - Περικαρδιοκέντηση με βελόνα ή θωρακοτομή

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Εν κατακλείδι, κατανοώντας όλους τους αναστρέψιμους παράγοντες κινδύνου, την πιθανή αιτία πρόκλησης τους, καθώς και την έγκαιρη αντιμετώπιση τους ελαχιστοποιείται η πιθανότητα θανάτου και επιτυγχάνεται η αποτελεσματική αναζωογόνηση.



ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 09

ΜΕΛΕΤΗ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΝΟΣ ΕΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Γ.Ν. ΗΛΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Α. Αγγελόπουλος, ειδικευόμενος Παθολογίας Γ.Ν. Πύργου, Π. Παπανικολάου, ειδικευόμενη Παθολογίας Γ.Ν. Πύργου, Γ. Σινικόφο, επιμελητής Α΄ νευρολόγος Γ.Ν. Πύργου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να διερευνηθεί η επίπτωση των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων σύμφωνα με την εποχή και το φύλο καθώς και να συσχετιστεί με τους βασικούς παράγοντες κινδύνου (υπέρταση, κοιλιακή μαρμαρυγή, αντιαιμοπεταλιακή αγωγή).

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν συνολικά 177 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν από τον Σεπτέμβριο 2014 έως Αύγουστο 2015 στην παθολογική κλινική του Γ.Ν. Ηλείας. Όλοι οι ασθενείς είχαν απεικονιστικά ευρήματα στη CT εγκεφάλου. Σαν ξεχωριστή υποομάδα μελετήθηκαν 67 ασθενείς που ανήκουν στο ηλικιακό εύρος 60-80 ετών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Αρχικά μελετήθηκε η εποχιακή κατανομή της εμφάνισης αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων. Το 59,32% (105) των περιστατικών καταγράφηκαν τους χειμερινούς μήνες και το 40,68% (72) τους καλοκαιρινούς. Στη συνέχεια έγινε συσχέτιση με το φύλο. Η πλειοψηφία (111 ασθενείς) ανήκουν στο γυναικείο φύλο. Η διαπίστωση αυτή ισχύει και στην υποομάδα ασθενών ηλικίας 60-80. Το 85% των ασθενών έχουν υποστεί ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (57 ασθενείς). Επιπρόσθετα διερευνήθηκε η συσχέτιση της εμφάνισης αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου με σημαντικούς παράγοντες κινδύνου. Ο κύριος παράγοντας κινδύνου ήταν η αρρυθμιστη αρτηριακή πίεση σε ασθενείς που ήδη ελάμβαναν αγωγή (52,68% των ασθενών ηλικίας 60-80). Ο δεύτερος παράγοντας που μελετήθηκε ήταν η ελληνική κάλυψη των ασθενών με αντιαιμοπεταλιακή αγωγή. Τέλος, η εμφάνιση αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων συσχετίστηκε με την συνύπαρξη κοιλιακής μαρμαρυγής σε ποσοστό 31,34% (21 ασθενείς). Από αυτούς, οι 15 ασθενείς είχαν γνώστη κοιλιακή μαρμαρυγή, ενώ στους υπόλοιπους ήταν πρωτοδιαγνωσθείσα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η εμφάνιση των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων ακολουθεί εποχική και φυλετική κατανομή. Συσχετίζεται δε σημαντικά με την έλλειψη ικανοποιητικής ρύθμισης των παραγόντων κινδύνου στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.



ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 10

ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΤΗ ΚΑΙ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΜΦΡΑΚΤΑ ΜΕΘΟΡΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ

Μ. Ξιφαράς, Φ. Αιλούρδα, Γ. Λιμπιτάκη, Ν. Λύτρα, Λ. Βογιατζής, Ε. Κερεζούδη
Νευρολογικό Τμήμα Νοσοκομείου «Παμμακάριστος», Αθήνα

Ως μεθοριακό (watershed) έμφρακτο ορίζεται η ισχαιμική βλάβη λόγω διαταραχής ή απόφραξης της εγκεφαλικής αιματικής ροής σε περιοχές του εγκεφάλου που δέχονται άρδευση από δύο κύριους αρτηριακούς κλάδους. Οι μεθοριακές αυτές περιοχές είναι απομακρυσμένες από βασικά στελέχη των μεγάλων εγκεφαλικών αγγείων οπότε η προσφορά αίματος είναι μειωμένη. Για τον λόγο αυτό, παρέχεται διπλή αιμάτωση από βασικές εγκεφαλικές αρτηρίες (πρόσθια, μέση, οπίσθια εγκεφαλικές, πρόσθια χοριοειδής, φακοειδοραβδωτή, αρτηρία του Heubner) μέσω αρτηριολιών που δεν αναστομούνται. Τα μεθοριακά εγκεφαλικά επεισόδια αποτελούν περίπου το 10% όλων των ισχαιμικών εγκεφαλικών επεισοδίων και διακρίνονται, αναλόγως της εντόπισής τους, σε φλοιώδη και υποφλοιώδη.

Παρουσιάζονται οι περιπτώσεις δύο ανδρών ηλικίας 59 και 53 ετών που νοσηλεύτηκαν στο Τμήμα μας λόγω αιφνίδιας εγκατάστασης δεξιάς και αριστερής ημιπάρεσης αντίστοιχα. Για τον πρώτο ασθενή αναφέρθηκε ιστορικό υπέρτασης και δυσλιπιδαιμίας, ενώ για τον δεύτερο ασθενή δεν προέκυπτε ιστορικό παραγόντων πρόκλησης εγκεφαλοαγγειακού συμβάματος. Τα γενόμενα ηλεκτροκαρδιογραφήματα στο Τμήμα Επειγόντων ανέδειξαν κοιλιακή μαρμαρυγή (μη γνωστή στους ασθενείς). Υπεβλήθησαν σε απεικονιστικό έλεγχο με μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου που ανέδειξε εκτεταμένες ισχαιμικές βλάβες σε περιοχές κατανομής δύο διαφορετικών αγγειακών συστημάτων. Ο έλεγχος των αγγείων του τραχήλου ήταν φυσιολογικός.

Ο παθοφυσιολογικός μηχανισμός σχηματισμού ισχαιμικού εμφράκτου σε περιοχές μεθοριακής ζώνης αιμάτωσης δεν έχει αποσαφηνιστεί. Είναι πιθανό να οφείλεται σε μικροέμβολα προερχόμενα από την καρδιά ή σε αιμοδυναμικές διαταραχές που έχουν ως αποτέλεσμα την υποαιμάτωση των περιοχών αυτών, οι οποίες ούτως ή άλλως έχουν χαμηλή αιματική κυκλοφορία. Αίτια που ενοχοποιούνται στην εμφάνιση εμφράκτων μεθοριακών περιοχών είναι η αθηρομάτωση μεγάλων αγγείων, οι καρδιακές παθήσεις, οι αγγειίτιδες ή η στένωση/απόφραξη έσω καρωτίδας. Σύνηθες αίτιο πρόκλησης αγγειακών εγκεφαλικών συμβαμάτων εμβολικής αιτιολογίας είναι η κοιλιακή μαρμαρυγή. Είναι όμως δυνατόν, λόγω της διαταραχής του ρυθμού, να προκαλέσει μείωση της εγκεφαλικής κυκλοφορίας και μείωση της πίεσης εγκεφαλικής αιμάτωσης, ιδιαίτερα σε μεθοριακές περιοχές.

50 ΑΚΡΟΠΟΛΙΣ 2016



Εταιρεία Μελέτης Παράγοντων Κινδύνου για Αγγειακά Νοσήματα

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

**8 - 10 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2016
ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ ROYAL OLYMPIC, ΑΘΗΝΑ**

ΘΑ ΧΟΡΗΓΗΘΟΥΝ ΜΟΡΙΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ CME-CPD CREDITS

Υπό την Αιγίδα του International Chair on Cardiometabolic Risk (ICCR)

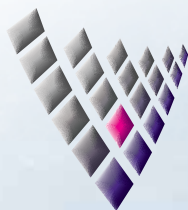


**ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ
ΚΕΓΜ ΤΟΥΡΙΣΤΙΚΗΣ & ΣΥΝΕΔΡΙΑΚΗΣ
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ Α.Ε.**

Μαιάνδρου 23, 115 28 Αθήνα,
Τ. 210 7222 518, F. 210 7210 069
E. info@congressworld.gr,
reception@congressworld.gr
W. <http://www.congressworld.gr>



ΟΡΓΑΝΩΣΗ
Εταιρεία Μελέτης Παράγοντων Κινδύνου
για Αγγειακά Νοσήματα
Ιακ. Δραγάκη 8, 185 35 Πειραιάς
(Όροφος 4 - Γραφείο 1) t / f: 210 4953646
e: info@empakan.gr, w: www.empakan.gr



Xarelto®

rivaroxaban

**Το πιο συχνά συνταγογραφούμενο
νεότερο από του στόματος
αντιπηκτικό παγκοσμίως¹**



Bayer

Κάτοχος της άδειας κυκλοφορίας:
Bayer Pharma AG, 13342 Berlin, Γερμανία
Τοπικός αντιπρόσωπος του κατόχου άδειας
κυκλοφορίας στην Ελλάδα: Bayer Ελλάς ABEE,
Σωραύ 18-20, 151 25 Μαρούσι,
Τοπικός αντιπρόσωπος του κατόχου άδειας
κυκλοφορίας στην Κύπρο: Novagem Ltd,
Τηλ. 00357 22483868

Τμήμα Επιστημονικής Ενημέρωσης
Τηλ: +30 210 6187742, Fax: +30 210 6187522
Email: medinfo.gr.cy@bayer.com

Εταιρεία συμπτρώθησης
για τα 15 & 20mg



ELPEN Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ
Λεωφ. Μεσοβίωνος 95, 190 09 Πικερμι Αττικής,
Τηλ: 210 6339326 - 9, Fax: 210 6339330
ΓΡΑΦΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ
Σεβαστίου 11, 115 28 Αθήνα,
Τηλ: 210 7488711, Fax: 210 7488731
Εθν. Αντιστάσεως 114, 951 34 Θεσσαλονίκη,
Τηλ: 2310 459920 - 1, Fax: 2310 459269

LEP.LINK1.GM.20.2016.0523

Βιβλιογραφικές αναφορές

1. Βάση Δεδομένων IMS Health MIDAS: Μηγιάιες Πωλήσεις από
Οκτώβριο 2008 ως Ιούλιο 2015

Πριν τη συνταγογράφηση για κάθε ένδειξη συμβουλευθείτε την αντίστοιχη Περιληψη των
Χαρακτηριστικών του Προϊόντος που διατίθεται στο εκθετήριο

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