



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΛΙΠΙΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ
ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ**

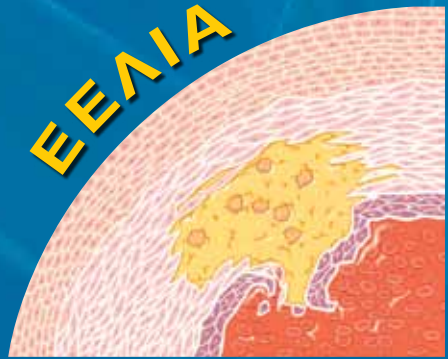
17^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΛΙΠΙΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

✓ 16-18 Οκτωβρίου 2014
Ξενοδοχείο Divani Caravel, Αθήνα

Θα χορηγηθούν 15 μόρια
Συνεχιζόμενης
Ιατρικής Εκπαίδευσης
CME-CREDITS

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ - ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ

ΕΞΕΛΙΑ



ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Πρόεδρος: Δ. Ρίχτερ
Αντιπρόεδρος: Γ. Υφαντή
Επίτιμος Πρόεδρος: Γ. Τσιτούρης
Γεν. Γραμματέας: Κ. Μακρυλάκης
Ειδ. Γραμματέας: Λ. Ραλλίδης
Ταμίας: Θ. Αποστόλου
Μέλη: Χ. Βλαχόπουλος
Α. Ζαμπέλας
Ι. Λεκάκης
Δ. Σταμάτης

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Δ. Αλεξόπουλος	Δ. Κρεμαστινός
Ε. Ανδρεάδης	Σ. Κωνσταντινίδης
Γ. Ανδρικόπουλος	Ι. Λεκάκης
Θ. Αποστόλου	Κ. Μακρυλάκης
Α. Αχείμαστος	Α. Μανώλης
Σ. Βασδέκης	Λ. Ραλλίδης
Κ. Βέμμος	Δ. Ρίχτερ
Β. Βούδρης	Δ. Σταμάτης
Ι. Γουδέβενος	Γ. Στεργίου
Α. Ευθυμιάδης	Χ. Στεφανάδης
Α. Ζαμπέλας	Δ. Τούσουλης
Β. Ζαννής	Α. Τσελέπης
Ε. Ηλιοδρομίτης	Γ. Τσιτούρης
Γ. Θεοδωράκης	Κ. Τσιούφης
Ι. Ιωάννιδης	Γ. Υφαντή
Ι. Κανονίδης	
Χ. Καρβούνης	

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ

Με ιδιαίτερη χαρά σας καλωσορίζω εκ μέρους της Οργανωτικής Επιτροπής στο 17^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Λιπιδιολογίας, Αθηροσκλήρωσης και Αγγειακής Νόσου, το οποίο οργανώνεται στην Αθήνα στις 16-18 Οκτωβρίου 2014. Στο Συνέδριο αυτό θα έχουμε την ευκαιρία να αναπτύξουμε και να συζητήσουμε τις σύγχρονες απόψεις σχετικά με την αθηρωμάτωση, τα καρδιαγγειακά νοσήματα και τους γνωστούς και νέους παράγοντες κινδύνου.

Όπως προκύπτει από τα δεδομένα άλλων χωρών, τα καρδιαγγειακά συμβάματα αυξάνονται σημαντικά κατά τη διάρκεια κοινωνικο-οικονομικών κρίσεων. Το αυξημένο και μόνιμο άγχος καθώς και η υποκλινική κατάθλιψη φαίνεται ότι αποτελούν επιπλέον σημαντικούς παράγοντες κινδύνου, τους οποίους θα πρέπει η ιατρική κοινότητα να αντιμετωπίζει στον τομέα της πρόληψης.

Στο συνέδριο αυτό ιδιαίτερη σημασία θα δοθεί στους κλασσικούς παράγοντες κινδύνου και τις νεότερες εξελίξεις στην αντιμετώπισή τους, στις διατροφικές παρεμβάσεις με αποδεδειγμένο κλινικό όφελος καθώς και στη γενετική των καρδιαγγειακών παθήσεων και τις σημερινές εφαρμογές της.

Πρέπει να τονιστεί η παρουσία στο φετινό πρόγραμμα του Συνεδρίου μας στρογγυλών τραπέζιων που αφορούν στις νεότερες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας σε διάφορα θέματα, δύσκολα κλινικά ερωτήματα στα οποία ειδικοί θα μας δώσουν όλο το εύρος των νεότερων εξελίξεων, τη θέση της απεικόνισης στη σημερινή καρδιολογία καθώς και το καθιερωμένο και ιδιαίτερα πετυχημένο τραπέζι «τα καλύτερα της περασμένης χρονιάς», όπου αναφέρονται όλες οι εξελίξεις σε σημαντικούς κλάδους της πρόληψης των καρδιαγγειακών συμβαμάτων.

Έχουμε τη χαρά και την τιμή να συμμετέχουν στο πρόγραμμα του Συνεδρίου καταξιωμένοι επιστήμονες με ιδιαίτερη προσφορά στον χώρο τους, που θα μας περιηγήσουν στα διάφορα γνωστικά αντικείμενα. Και φέτος έχουμε την τιμή να συνδιοργανώσουμε στρογγυλά τραπέζια με την Εταιρεία Αθηροσκλήρωσης Βορείου Ελλάδος και τον Πανελλήνιο Σύλλογο Διαιτολόγων-Διατροφολόγων καθώς και την προσυνομιλητική εκδήλωση με την Ελληνική Εταιρεία Ιατρικής Διατροφής. Οφείλουμε να ευχαριστήσουμε τα Διοικητικά Συμβούλια των Εταιρειών αυτών για τη συμβολή τους στην ολοκλήρωση του φετινού επιστημονικού προγράμματος.

Το ερευνητικό μέρος του Συνεδρίου μας ελπίζουμε να ευρίσκεται σε υψηλό επίπεδο και φέτος. Οι καλύτερες αναρτημένες ανακοινώσεις θα επιλεγούν από ειδικές επιτροπές και θα τιμηθούν στην τελετή λήξης. Ελπίζουμε ότι φέτος θα είμαστε σε θέση να βραβεύσουμε περισσότερες εργασίες τονίζοντας έτσι το ενδιαφέρον της Εταιρείας για την ερευνητική προσπάθεια των νέων επιστημόνων. Επίσης όπως και όλα τα τελευταία έτη θα χρηματοδοτηθούν από τα έσοδα του Συνεδρίου μας 3-4 ερευνητικά πρωτόκολλα στο χώρο της πρόληψης των καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Με τις σκέψεις αυτές σας προσκαλώ στην όμορφη φθινοπωρινή Αθήνα, στο φιλόξενο Roof-Garden του ξενοδοχείου DIVANI CARAVEL, να χαρούμε ένα εποικοδομητικό Συνέδριο, να δημιουργήσουμε νέες γνωριμίες και να ανανεώσουμε παλιές φιλίες.

Δημήτρης Ρίχτερ

Πρόεδρος

Ελληνικής Εταιρείας Λιπιδιολογίας,
Αθηροσκλήρωσης και Αγγειακής Νόσου

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΚΑΙ ΤΟΠΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ

Αθήνα, 16-18 Οκτωβρίου 2014.
Ξενοδοχείο DIVANI CARAVEL, Αίθουσα HORIZON.

ΕΓΓΡΑΦΗ

Δωρεάν
Από τις 18:00 της Πέμπτης 16 Οκτωβρίου 2014, στη γραμματεία του Συνεδρίου.

Η εγγραφή περιλαμβάνει:

- Παρακολούθηση επιστημονικού προγράμματος
- Συνεδριακό υλικό
- Πιστοποιητικό παρακολούθησης

ΜΟΡΙΟΔΟΤΗΣΗ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

Το 17^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Λιπιδιολογίας, Αθηροσκλήρωσης και Αγγειακής Νόσου επιχορηγείται με 15 Μόρια (Credits) Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME-CPD) από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο. Οι εγγεγραμμένοι σύνεδροι θα πρέπει να συμπληρώσουν ποσοστό 60% επί των συνολικών ωρών του προγράμματος, προκειμένου να παραλάβουν το πιστοποιητικό τους.

ΚΟΝΚΑΡΔΕΣ ΣΥΝΕΔΡΩΝ

Οι κονκάρδες των συνέδρων θα παραδίδονται από τη γραμματεία του συνεδρίου σε όλους τους συνέδρους κατά την εγγραφή τους και την παραλαβή του συνεδριακού υλικού. Κρίνεται **απαραίτητη η επίδειξή τους** για την είσοδο στους συνεδριακούς χώρους καθ' όλη τη διάρκεια του συνεδρίου και για την **παραλαβή του πιστοποιητικού**.

ΤΕΧΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ

Η Τεχνική Γραμματεία θα λειτουργεί καθ' όλη τη διάρκεια του Συνεδρίου. Θερμή παράκληση, όλες οι παρουσιάσεις και ομιλίες να παραδίδονται στους υπεύθυνους τεχνικούς τουλάχιστον μία ώρα πριν από την ώρα παρουσίασής τους σύμφωνα με το Επιστημονικό Πρόγραμμα.

ΕΚΘΕΣΙΑΚΟΣ ΧΩΡΟΣ

Στην αίθουσα ATHENS VIEW θα λειτουργεί έκθεση ιατροφαρμακευτικών προϊόντων.

ΕΠΙΔΕΙΞΗ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ (POSTERS)

Οι υποβληθείσες εργασίες που συγκεντρώσανε την καλύτερη βαθμολογία θα αναρτηθούν ως posters, την **Παρασκευή 17 Οκτωβρίου 2014** από τις 09.00-21.00 στην αίθουσα ATHENS VIEW. Στις 15.00 κάθε ημέρας θα πραγματοποιηθεί συζήτηση στο χώρο ανάρτησης των posters μεταξύ των συγγραφέων και των Προέδρων. Την Παρασκευή 17 Οκτωβρίου (από το Νο 1 έως το Νο 12) και το Σάββατο 18 Οκτωβρίου (από το Νο 13 έως το Νο 23). Τα δύο καλύτερα posters θα βραβευθούν στη λήξη του Συνεδρίου με το χρηματικό έπαθλο των 300 ευρώ το καθένα.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Γραμματεία Συνεδρίου:



Διεύθυνση: Μιχαλακοπούλου 27, 115 28 Αθήνα, 2^{ος} όροφος
Τηλ.: 210-72 100 52
Fax: 210-72 100 51
e-mail: reception@congressworld.gr
Web site: <http://www.congressworld.gr>

Γραμματεία Ελληνικής Εταιρείας Λιπιδιολογίας, Αθηροσκλήρωσης και Αγγειακής Νόσου:
Μαιάνδρου 23, 115 28 ΑΘΗΝΑ, Τηλ. 210-72 11 845, 210-72 43 161, φαξ. 210-72 15 082
<http://www.eelia.gr>, e-mail: lipid_athero@yahoo.gr

17^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΛΙΠΙΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

16-18 Οκτωβρίου 2014 - Ξενοδοχείο *Divani Caravel*

Π Ρ Ο Γ Ρ Α Μ Μ Α

ΠΕΜΠΤΗ 16 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2014

- 14.00-18.00 **Προσυνεδριακή Εκδήλωση**
Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο
LLL Programme in Clinical Nutrition and Metabolism
**Nutrition in obesity - Διατροφική υποστήριξη
στην παχυσαρκία**
- 18.00 **Εγγραφές**
- 19.00-19.30 **Τελετή Έναρξης**
Παρουσίαση και Βράβευση Ερευνητικών Πρωτοκόλλων 2014
Πρόεδρος: **Γ. Τσιτούρης**
- 19.30-20.00 **Διάλεξη**
Καρδιαγγειακή Ιατρική:
«Τα πάντα ρει, μηδέποτε κατά τ' αυτό μένειν»
Κ. Τσιούφης
- 20.00-21.00 **Διάλεξη**
Η άγνωστη Μικρά Ασία
Γ. Λεκάκης, συγγραφέας
*Με σχολιασμό και προβολή εικόνων από τον ίδιο τον συγγραφέα
και το ομώνυμο βιβλίο του*
- 21.00 **Coctail**
(με την ευγενική χορηγία της ΕΛΑΪΣ - UNILEVER HELLAS A.E.)

09.00-10.30 **Στρογγυλό Τραπέζι**

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ

(Σε συνεργασία με τον Πανελλήνιο Σύλλογο Διαιτολόγων-Διατροφολόγων)

Πρόεδροι: **Ε. Ηλιοδρομίτης, Γ. Ρίσβας**

Διατροφικές ανάγκες καπνιστών και διατροφικοί χειρισμοί κατά τη διακοπή του καπνίσματος

Α. Μπασχαλή

Σχολιαστής: **Γ. Μπουλμπασάκος**

Προβιοτικά και καρδιαγγειακός κίνδυνος

Κ. Παπαδημητρίου

Σχολιαστής: **Σ. Σουγιουλτζής**

Ο ρόλος του διαιτολόγου στην ενίσχυση της συμμόρφωσης στις διατροφικές οδηγίες σε ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα

Ε. Φάππα

Σχολιαστής: **Μ. Γιαννακούλια**

Αλκοόλ και καρδιαγγειακά νοσήματα

Θ. Ψαλτοπούλου

Σχολιαστής: **Β. Μπενέτου**

10.30-11.00 **Διάλειμμα**

11.00-12.30 **Στρογγυλό Τραπέζι**

ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ

Πρόεδροι: **Α. Τρίκας, Α. Χατζηιωάννου**

Αξονική στεφανιογραφία

Ν. Αλεξόπουλος

Σχολιαστής: **Δ. Έξαρχος**

Μαγνητική καρδιάς

Ρ. Βρεττού

Σχολιαστής: **Θ. Κρατημένος**

Σπινθηρογράφημα μυοκαρδίου: Έχει θέση σήμερα;

Α. Κίτσιου

Σχολιαστής: **Ι. Αρμενιάκος**

Απεικόνιση μετά αγγειοπλαστική. Πότε και σε ποιους;

Τ. Ξυδάς

Σχολιαστής: **Ι. Μπαρμπετσέας**

- 12.30-13.00 **Διάλεξη**
Πρόεδρος: **Α. Σιδέρης**
Καρδιαγγειακός κίνδυνος στη νεφρική νόσο
Θ. Αποστόλου
- 13.00-13.30 **Διάλεξη**
Πρόεδρος: **Ι. Λεκάκης**
Κατάθλιψη και καρδιαγγειακά νοσήματα
Χ. Παπαγεωργίου
- 13.30-14.00 **Διάλεξη**
Πρόεδρος: **Γ. Υφαντή,**
Από το σακχαρώδη διαβήτη στον ακρωτηριασμό
Γ. Μαρακομιχελάκης
- 14.00-14.30 **Διάλεξη**
Πρόεδροι: **Ι. Λεκάκης, Γ. Υφαντή**
Μεικτή αθηρογόνος δυσλιπιδαιμία:
Βελτιώνοντας το συνολικό λιπιδαιμικό προφίλ
Δ. Ρίχτερ
- 14.30-15.00 **Ελαφρύ Γεύμα**
- 15.00-16.00 **Συζήτηση Αναρτημένων Ανακοινώσεων**
(στο χώρο ανάρτησής τους)
Πρόεδροι: **Θ. Αποστόλου, Δ. Σταμάτης**

16.00-17.30 **Στρογγυλό Τραπέζι**

ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Πρόεδροι: **Γρ. Βυσσούλης, Ν. Ζακόπουλος**

Υπέρταση και αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο

Ε. Ανδρεάδης

Σχολιαστής: **Δ. Παπαδόπουλος**

Υπέρταση και καρδιακή ανεπάρκεια

Ε. Τριανταφυλλίδη

Σχολιαστής: **Θ. Μακρής**

Ανθεκτική υπέρταση

Χ. Γράσσο

Σχολιαστής: **Β. Αδαμοπούλου**

Υπέρταση και παθήσεις αορτής

Β. Κατσή

Σχολιαστής: **Γ. Λάτσιος**

17.30-18.30 **Κλινικό Φροντιστήριο**

(ψηφοφορία από το ακροατήριο)

Πρόεδροι: **Λ. Ραλλίδης, Δ. Ρίχτερ**

Αρτηριακή υπέρταση σε ασθενή σε στεφανιαία νόσο

Π. Πιέτρη

Σακχαρώδης διαβήτης

Β. Λαμπαδιάρη

Στυτική δυσλειτουργία

Ν. Ιωακειμίδης

18.30-18.45 **Διάλειμμα**

18:45-20.00 **Στρογγυλό Τραπέζι**

ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗ ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ

Πρόεδροι: **Β. Ζαννής, Δ. Καρδάσης**

Γενετική της καρδιαγγειακής νόσου

Γ. Δεδούσης

Ο ρόλος της apoE στην αθηροσκλήρωση

Β. Ζαννής

Γονιδιωματικές μελέτες πάνω στις αθηροπροστατευτικές δράσεις της HDL

Δ. Σανούδου

HDL και αρθρίτιδα

Δ. Καρδάσης

20.00-20.30 **Διάλεξη**

Πρόεδρος: **Γ. Τσιτούρης**

Νεότερα δεδομένα για τη σχέση περιοδοντίτιδας-στεφανιαίας νόσου

Φ. Μαδιανός

20.30-21.30 **Δορυφορικό Συμπόσιο ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ - ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε.**

ΝΕΕΣ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑΣ: ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΠΙΤΑΒΑΣΤΑΤΙΝΗΣ

Πρόεδρος: **Ι. Λεκάκης**

Συστήνοντας την πιταβαστατίνη: μπορούν ασφάλεια και αποτελεσματικότητα να συνυπάρξουν;

Γ. Ανδρικόπουλος

Ασθενής με μεταβολικό σύνδρομο. Είναι όλες οι στατίνες ίδιες;

Δ. Ρίχτερ

09.00-10.30 **Στρογγυλό Τραπέζι**

ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Πρόεδροι: **Γ. Δημητριάδης, Α. Ράπτης**

Ο ρόλος της βαριατρικής χειρουργικής στο διαβήτη

Ε. Καπάντας

Σχολιαστής: **Α. Αλαβέρας**

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης ως ισοδύναμο Στεφανιαίας Νόσου. Παίζει ρόλο η διάρκεια και ρύθμιση της νόσου;

Κ. Μακρυλάκης

Σχολιαστής: **Μ. Νούτσου**

Ο Διαβήτης στην εποχή της οικονομικής κρίσης. Ελληνικά δεδομένα για το κόστος του ΣΔΤ2 και των υπογλυκαιμιών

Σ. Λιάτης

Σχολιαστής: **Σ. Παππάς**

Αντιαιμοπεταλιακή αγωγή στο Σακχαρώδη Διαβήτη

Α. Μελιδώνης

Σχολιαστής: **Η. Μυγδάλης**

10.30-11.00 **Διάλεξη**

Πρόεδρος: **Ε. Καρπάνου**

Αντιμετώπιση αρτηριακής υπέρτασης στις δύο πλευρές του Ατλαντικού

Χ. Βλαχόπουλος, Α. Αχείμαστος

11.00-11.30 **Διάλειμμα**

11.30-13.00 **Στρογγυλό Τραπέζι**

ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Πρόεδροι: **Χ. Ολύμπιος, Σ. Φούσας**

Στεφανιαία νόσος

Γ. Ανδρικόπουλος

Σχολιαστής: **Σ. Κούνας**

Δυσλιπιδαιμία (AHA/ACC)

Λ. Ραλλίδης

Σχολιαστής: **Χ. Μιχαλακέας**

Μη καρδιακή χειρουργική επέμβαση. Διαχείριση και αντιμετώπιση

Β. Βούδρης

Σχολιαστής: **Δ. Αθανασιάς**

Πνευμονική εμβολή

Η. Τσαγκάρης

Σχολιαστής: **Μ. Βαβουρανάκης**

- 13.00-13.45 **Δορυφορικό Συμπόσιο ASTRAZENECA**
ΕΠΙΘΕΤΙΚΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ LDL-C ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΕΠΙΤΕΥΞΗΣ ΤΟΥ ΣΤΟΧΟΥ ΤΗΣ
Πρόεδρος: **Δ. Ρίχτερ**
Λ. Ραλλίδης
- 13.45-14.30 **Δορυφορικό Συμπόσιο MSD & BIANEΞ**
ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΑΛΗΘΕΙΕΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑΣ
Πρόεδρος: **Ι. Λεκάκης**
Θεραπευτικά διλήμματα στη διαχείριση των ασθενών με δυσλιπιδαιμία. Είναι οι στατίνες πάντα αρκετές;
Χ. Βλαχόπουλος
Παρουσίαση κλινικών περιστατικών με οδηγίες για τη βέλτιστη θεραπευτική τους αντιμετώπιση
Δ. Ρίχτερ
Κλινικό και οικονομικό φορτίο των καρδιομεταβολικών νοσημάτων
Ι. Λεκάκης
- 14.30-15.30 **Ελαφρύ γεύμα**
- 15.00-16.00 **Συζήτηση Αναρτημένων Ανακοινώσεων**
(στο χώρο ανάρτησής τους)
Πρόεδροι: **Χ. Βλαχόπουλος, Κ. Μακρυλάκης**
- 16.00-17.30 **Στρογγυλό Τραπέζι**
ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ
Πρόεδροι: **Α. Μανώλης, Δ. Τούσουλης**
Συγκοπτικό επεισόδιο
Κ. Λέτσας
Σχολιαστής: **Π. Φλεβάρη**
Νόσος καρωτίδων
Ι. Κακίσης
Σχολιαστής: **Γ. Παπαγεωργίου**
Ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής
Κ. Φίλης
Σχολιαστής: **Γ. Κωτούλας**
Καρκίνος και πνευμονική εμβολή
Ε. Μιχαλοπούλου
Σχολιαστής: **Μ. Βασλαματζής**

17.30-19.00 **Στρογγυλό Τραπέζι**

ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΕΣ ΚΑΙ Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥΣ

(σε συνεργασία με την Εταιρεία Αθηροσκλήρωσης Βορείου Ελλάδος)

Πρόεδροι: **Α. Ευθυμιάδης, Δ. Ρίχτερ**

Μεταβολισμός και ηπατοτοξικότητα στατινών και φιμπρατών
σε μονοθεραπεία ή συγχορήγηση

Α. Ταυρίδου

Σχολιαστής: **Ε. Μαυροκεφάλου**

Η συμβολή της αρτηριακής σκληρίας στην εκτίμηση
του καρδιαγγειακού κινδύνου

Ι. Ευθυμιάδης

Σχολιαστής: **Ι. Οικονομίδης**

Μικτή δυσλιπιδαιμία

Γ. Κολοβού

Σχολιαστής: **Γ. Γκουμάς**

Αντιμετώπιση δυσλιπιδαιμίας στα παιδιά

Α. Γαρούφη

Σχολιαστής: **Ε. Μπιλιανού**

19.00-19.15 **Διάλειμμα**

19.15-20.15 **Στρογγυλό Τραπέζι**

ΤΑ ΚΑΛΥΤΕΡΑ 2013-14

Πρόεδρος: **Ι. Λεκάκης**

Θρόμβωση

Δ. Ρίχτερ

Δυσλιπιδαιμίες

Λ. Ραλλίδης

Αρτηριακή υπέρταση

Γ. Στεργίου

Σακχαρώδης διαβήτης

Α. Σωτηρόπουλος

- 20.15-21.00 **Δορυφορικό Συμπόσιο ABBOTT LABORATORIES HELLAS S.A.**
ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΜΕΙΚΤΗΣ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑΣ. ΟΦΕΛΟΣ ΠΕΡΑ ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ LDL-C
Πρόεδρος: **Ι. Λεκάκης**
Υπολειπόμενος Καρδιαγγειακός Κίνδυνος. Μύθος ή πραγματικότητα; Η αντιμετώπιση των υψηλών επιπέδων LDL-C αρκεί για την εξάλειψή του;
Χ. Βλαχόπουλος
Μεικτή δυσλιπιδαιμία: Οφέλη από τη συνδυασμένη θεραπεία
Θ. Μακρής
- 21:00 **Απονομή διακρίσεων - Λήξη του Συνεδρίου - Παρουσίαση Βραβευθέντων Ερευνητικών Πρωτοκόλλων 2013**

1. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ Η ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Ζ. Μπιτσώρη¹, Δ. Χάρος², Μ. Ανδριοπούλου³

¹ΤΕ Νοσηλεύτρια (ΜΕΘ/Γ.Ν. ΕΛΠΙΣ), ΜSc, Εκπαιδεύτρια BLS/AED, ²Εργ. Συνεργάτης ΤΕΙ Αθηνών, ³ΤΕ Νοσηλεύτρια Γ.Ν. Κωνσταντοπούλειο

2. ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΟΥ ΓΛΥΚΟΚΑΛΥΚΑ, ΤΩΝ ΕΛΑΣΤΙΚΩΝ ΙΔΙΟΤΗΤΩΝ ΤΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΜΥΟΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΠΑΡΑΜΟΡΦΩΣΗΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΣΕ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΠΡΩΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ

Ι. Οικονομίδης¹, Γ. Παυλίδης¹, Β. Λαμπαδιάρη², Φ. Κουσαθανά², Ε. Τριανταφυλλίδη¹, Μ. Βαρούδη¹, Γ. Δημητριάδης², Ι. Λεκάκης¹

¹Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Β' Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», ²Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ (ΑΥ) ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΛΟΙΠΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΗ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ (ΡΑ)

Δ. Κουμουτσέα^{1,3}, Π. Μπαρμπαγιάννης^{1,3}, Β. Γέρμαν^{1,3}, Σ. Κουρούκλης², Ι. Βασιλάκος^{3,4}, Δ. Κασίμος³, Δ. Πατρίκος³, Α. Αντωνίου^{3,4}, Α. Ηλιόπουλος^{3,4}, Γ. Γιαννακός¹

¹Α Παθολογικό Τμήμα 417 ΝΙΜΤΣ και Παθολογικός Τομέας Ομίλων "Ιατρικού Αθηνών" (π. Κλινική "ΙΑΣΙΣ" Πειραιώς), ²Καρδιολογικό Τμήμα "Ερρίκος Ντυνάν", ³Ρευματολογικό Τμήμα 401 ΓΣΝΑ, ⁴Ρευματολογικό Τμήμα 417 ΝΙΜΤΣ

4. ΕΚΤΑΣΗ ΤΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΑ ΛΟΓΩ ΥΠΟΨΙΑΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ

Α. Μαρίνη¹, Α. Μπεχλιούλης¹, Ε. Αντωνιάδου¹, Κ. Νικολάου¹, Μ. Μπουγιακλή¹, Σ. Γιαννίτση¹, Γ. Τριάντη², Δ. Σιώνης², Κ.Κ. Νάκα¹, Λ. Μιχάλης¹

¹Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Μιχαηλίδειο Καρδιολογικό Κέντρο, Ιωάννινα, ²Αιμοδυναμικό Τμήμα, Γ.Ν. Σισμανόγλειο, Αθήνα

5. ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΝΑ⁺ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ ΚΑΙ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Ε. Βασιλοπούλου¹, Τ. Σίσκου², Μ. Τσακίριδου³, Δ.Π. Κορκολή⁴, Μ. Καπρίτσου⁵

¹RN, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ²RN, MSc, Τομέαρχης Ν.Υ. Ειδικών Μονάδων, Αντικαρκινικό-Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας», ³RN, Προϊσταμένη Χειρουργικού Τμήματος, Αντικαρκινικό-Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας», ⁴MD, PhD, Επιμελητής Α' Χειρουργικής Ογκολογικής Κλινικής, Αντικαρκινικό-Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας», ⁵RN, BSN, MSc, PhD(c), Αντικαρκινικό-Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας»

6. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΕΥΡΕΣΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΩΝ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Γ. Λυράκος^{1,2}, Α. Κουτσοβασίλης³, Α. Παπαζαφειροπούλου³, Ι. Σπινάρης², Φ. Μπακομήτρου³, Π. Βεργίδου³, Α. Γκρόζου³, Σ. Μπούσμπουλας³

¹Cardiff Metropolitan University - City U, Wales-Athens, ²Ψυχιατρικός Τομέας, ΓΝΝ «Αγ. Παντελεήμων», Νίκαια, ³Διαβητολογικό Κέντρο, Γ΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΝ «Αγ. Παντελεήμων», Νίκαια

7. ΑΜΥΛΟΕΙΔΩΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ

Ι. Αναστασοπούλου¹, Β. Δρίτσα¹, Ε. Κουτουλάκης², Ι. Κασσικού², Χ. Κωτούλας³, Ι. Μαμαρέλης⁴

¹Ακτινοχημεία & Βιοφασματοσκοπία, Σχολή Χημικών Μηχανικών, Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο, Αθήνα, ²Καρδιολογική Κλινική, ΝΙΜΤΣ, Αθήνα, ³Καρδιοχειρουργική Κλινική, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών, ⁴Καρδιολογική Κλινική, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών

8. REGULATION OF HUMAN LXRA GENE TRANSCRIPTION IN HEPATIC CELLS BY THE NUCLEAR RECEPTOR HEPATOCYTE NUCLEAR FACTOR 4

D. Theofilatos, A. Anestis, D. Kardassis

Laboratory of Biochemistry, University of Crete School of Medicine, Heraklion Greece

9. ΣΠΛΑΧΝΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΜΕΤΡΟΥΜΕΝΗ ΜΕ ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΚΑΙ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΑ. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΚΑΙ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΕΝΔΟΘΗΛΙΟΥ

Κ. Μπαρουτσή¹, Λ. Ραλλίδης², Μ. Καραγιάννη¹, Γ. Λιάκος¹, Μ. Ζολινδάκη¹, Ζ. Χελιδώνης¹, Ι. Λεκάκης²

¹Ακτινοδιαγνωστικό και Βιοχημικό Τμήμα, Γ.Ν. Νίκαιας «Αγ. Παντελεήμων», ²Β΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο, «Αττικόν»

10. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΚΑΛΙΟΥ ΚΑΙ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ Β12 ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ

Β. Μουντάκη, Α. Σαμέντζας, Δ. Παπαδημητρίου, Α. Τρίκας

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς»

11. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΤΙΝΩΝ ΣΤΗΝ ΣΤΥΤΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Α. Σαμέντζας, Γ. Σιώνης, Γ. Μπλαζάκης, Α. Πασχάλης, Π. Στουγιάννος, Α. Τρίκας
Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς»

12. Η ΔΕΚΑΜΗΝΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΝΕΟΥ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

Π. Στουγιάννος, Ι. Καπλάνης, Α. Σαμέντζας, Γ. Σιώνης, Δ. Παπασάικας, Γ. Παπαγιάννης, Ε. Σέργη, Α. Πασχάλης, Α. Αντωνόπουλος, Α. Τρίκας
Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς»

13. ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΤΗ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Γ. Λυράκος^{1,2}, Α. Παπαζαφειροπούλου³, Α.Κουτσοβασίλης³, Β. Σπινάρης², Ε. Ασλάνη², Ν. Μόσχος², Σ. Μπούσμπουλας³

¹Cardiff Metropolitan University - City U, Wales-Athens, ²Ψυχιατρικός Τομέας, ΓΝΝ «Αγ. Παντελεήμων», Νίκαια, ³Διαβητολογικό Κέντρο, Γ΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΝ «Αγ. Παντελεήμων», Νίκαια

14. Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΒΕΛΤΙΩΝΕΙ ΤΗΝ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΗ ΚΑΙ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΜΙΚΡΟΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ ΠΑΡΑΛΛΗΛΑ ΜΕ ΤΗΝ ΜΥΟΚΑΡΔΙΑΚΗ ΠΑΡΑΜΟΡΦΩΣΗ ΚΑΙ ΣΥΣΠΕΙΡΩΣΗ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΨΩΡΙΑΣΗ

Ι. Οικονομίδης¹, Μ. Βαρούδη¹, Ε. Παπαδαυίδ², Κ. Θεοδωρόπουλος², Χ. Στάμου², Σ. Γιατράκου², Δ. Κουμάκη², Ι. Παπαδάκης¹, Γ. Παυλίδης¹, Ε. Τριανταφυλλίδη¹, Μ. Αναστασίου-Νανά¹, Δ. Ρηγόπουλος², Ι. Λεκάκης¹

¹Β΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο, «Αττικόν», ²Β΄ Κλινική Αφροδισίων & Δερματικών Νόσων, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο 'Αττικόν»,

15. ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΣΤΥΤΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ-ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΛΠΙΔΑ;

Α. Σαμέντζας, Γ. Σιώνης, Γ. Παπαγιάννης, Π. Τόλιος, Α. Καλαφάτης, Κ. Εμμανουήλ, Γ. Μπλαζάκης, Κ. Ευδωρίδης, Α. Ζήκος, Α. Τρίκας
Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς»

16. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΥ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ ΟΙΔΗΜΑ

Α. Σαμέντζας¹, Σ. Γουλοπούλου², Γ. Παπαγιάννης¹, Γ. Σιώνης¹, Γ. Μπλαζάκης¹, Α. Ζήκος¹, Α. Τρίκας¹
¹Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς», ²Κ.Υ. Σοφάδων

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

Α. Σαμέντζας, Γ. Σιώνης, Δ. Παπαδημητρίου, Δ. Παπασάικας, Ε. Σέργη, Α. Ζήκος, Α. Τρίκας
Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς»

ΣΑΒΒΑΤΟ 18 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2014

18. Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΟΞΕΟΣ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ ΓΝΑ «Η ΕΛΠΙΣ»

Α. Σαμέντζας, Δ. Παπαδημητρίου, Α. Τρίκας
Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς»

19. ΤΟ ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΣΥΣΤΟΛΙΚΟ ΦΟΡΤΙΟ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΑΟΡΤΙΚΗ ΣΚΛΗΡΙΑ ΣΕ DIPPER ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΩΤΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΙΣΑ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Ε. Τριανταφυλλίδη, Ι. Ξενογιάννης, Α. Σχοινάς, Γ. Παυλίδης, Π. Τριβήλου, Ι. Οικονομίδης, Ι. Λεκάκης
Β΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

20. ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΣΕ ΥΓΙΗ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕΤΑ ΤΕΣΣΕΡΑ ΕΤΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

Ε. Τριανταφυλλίδη, Γ. Παυλίδης, Λ. Παλαιοδήμος, Π. Τριβήλου, Β. Σαραντοπούλου, Α. Καραγκιούλη, Α. Σχοινάς, Ι. Λεκάκης
Β΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

21. Η ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΕΥΡΟΥΣ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ ΤΩΝ ΕΡΥΘΡΩΝ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΑΟΡΤΙΚΗ ΣΚΛΗΡΙΑ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΠΡΩΤΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΙΣΑ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΤΑΔΙΟΥ Ι-ΙΙ

Ε. Τριανταφυλλίδη, Α. Σχοινάς, Π. Τριβήλου, Γ. Παυλίδης, Ι. Οικονομίδης, Σ. Τζώρτζης, Ι. Λεκάκης
Β΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

22. ΜΟΝΤΕΛΟ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Ι. Χιωτέλης¹, Λ. Ραλλίδης², Ε. Καλλίστρατος¹, Κ. Κυφνίδης, Λ. Πουλημένος¹, Α. Σκύρλας¹, Α.Ι. Μανώλης¹
¹Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ασκληπιείο» Βούλα, ²Β΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο, «Αττικόν»

23. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΥ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟ ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Π. Κατσαούνη^{1,2}, Ε. Παπαμιχαήλ¹, Α. Μαϊλλη^{1,3}
¹Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Ιατρική Σχολή, ²Ειδ/νη Γενικής Ιατρικής Γ.Ν. Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», ³Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής Ιατρικής Σχολής Αθηνών

ΠΡΟΕΔΡΟΙ ΚΑΙ ΟΜΙΛΗΤΕΣ

Ε. Αδαμοπούλου

Επιμελήτρια Α΄, Υπεύθυνη Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο»

Δ. Αθανασιάς

Επεμβατικός Καρδιολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Α. Αλαβέρας

Διευθυντής, Γ΄ Παθολογική Κλινική,
Γ.Ν. Αθηνών «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» - ΕΕΣ

Ν. Αλεξόπουλος

Επιμελητής Β΄, Καρδιολογική Κλινική,
Ευρωκλινική Αθηνών

Ε. Ανδρεάδης

Παθολόγος, Διευθυντής, Δ΄ Παθολογικό Τμήμα -
Ιατρείο Υπέρτασης, Γ.Ν. Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός»

Γ. Ανδρικόπουλος

Διευθυντής, Καρδιολογική Κλινική,
Νοσοκομείο «Ερρίκος Ντυνάν»

Θ. Αποστόλου

Διευθυντής, Νεφρολογικό Τμήμα,
Γ.Ν. Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός»

Ι. Αρμενιάκος

Διευθυντής ΕΣΥ Πυρηνικής Ιατρικής,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Α. Αχείμαστος

Καθηγητής Παθολογίας, Γ΄ Παθολογική
Πανεπιστημιακή Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ. Αθηνών «Σωτηρία»

Μ. Βαβουρανάκης

Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας,
Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Μ. Βασλαματζής

Διευθυντής, Επιστημονικά Υπεύθυνος Ογκολογικής
Κλινικής, Γ.Ν. Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός»

Χ. Βλαχόπουλος

Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας,
Α΄ Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,
Γ.Ν. Αθηνών «Ιπποκράτειο»

Β. Βούδρης

Διευθυντής, Β΄ Τμήμα Αιμοδυναμικών Μελετών
και Επεμβατικής Καρδιολογίας, Συντονιστής
Καρδιολογικού Τομέα, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό
Κέντρο

Ρ. Βρεττού

Επιμελήτρια Β΄, Β΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική
Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
«Αττικόν»

Γρ. Βυσσούλης

Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας,
Γ.Ν. Αθηνών «Ιπποκράτειο»

Α. Γαρούφης

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής,
Β΄ Παιδιατρική Πανεπιστημιακή Κλινική, Υπεύθυνη
Ιατρείου Διαταραχών Λιπιδίων, Γ.Ν. Παίδων Αθηνών
«Π. & Α. Κυριακού»

Μ. Γιαννακούλια

Επίκουρη Καθηγήτρια Διατροφής και Διαιτητικής
Συμπεριφοράς, Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-
Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

Γ. Γκουμάς

Αναπληρωτής Διευθυντής, Β΄ Καρδιολογική Κλινική,
Ευρωκλινική Αθηνών

Χ. Γράσσο

Διευθυντής Καρδιολόγος, Γ.Ν. Αττικής «ΚΑΤ»

Γ. Δεδούσης

Καθηγητής Βιολογίας, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

Γ. Δημητριάδης

Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής
Β΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής,
Μονάδας Έρευνας και Διαβητολογικού Κέντρου
Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο «Αττικόν»

Δ. Έξαρχος

Διευθυντής ΕΣΥ Αξονικού-Μαγνητικού Τομογράφου
& PET/CT, Γ.Ν. Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός»

Α. Ευθυμιάδης

Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Πρόεδρος Εταιρείας
Αθροσκληρωσης Βορείου Ελλάδος

Ι. Ευθυμιάδης

Καρδιολόγος, διδάκτωρ ΑΠΘ, Υπεύθυνος
Καρδιολόγος Βιοκλινικής Θεσσαλονίκης

Ν. Ζακόπουλος

Καθηγητής, Θεραπευτική Κλινική Πανεπιστημίου
Αθηνών, Γ.Ν. Αθηνών «Αλεξάνδρα»

Β. Ζαννής

Καθηγητής Ιατρικής και Βιοχημείας, Ιατρικής Σχολής
Πανεπιστημίου Βοστώνης

Ε. Ηλιοδρομίτης

Καθηγητής Καρδιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών

Ν. Ιωακειμίδης

Καρδιολόγος, Α΄ Καρδιολογική Κλινική
Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν. Αθηνών, «Ιπποκράτειο»

I. Κακίσης

Αναπληρωτής Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής, Αγγειοχειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

E. Καπάντας

Διευθυντής Τμήματος Διαβήτη-Παχυσαρκίας-Μεταβολισμού, Νοσοκομείο «Metropolitan»

Δ. Καρδάσης

Καθηγητής Βιοχημείας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης

E. Καρπάνου

Καρδιολόγος, Υπεύθυνη Υπερτασικού Ιατρείου, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Ph.D, European Hypertension Specialist

B. Κασιή

Επιμελήτρια Β', Γ.Ν. Αθηνών «Ιπποκράτειο»

A. Κίτσιου

Επιμελήτρια ΕΣΥ, Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Αττικής «Σισμανόγλειο»

Γ. Κολοβού

Διευθύντρια Καρδιολογικού Τομέα, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

Σ. Κούνας

Διευθυντής, Καρδιολογικό Τμήμα, «Βιοκλινική Αθηνών»

Θ. Κρατημένος

Επιμελητής Α', Επεμβατικός Ακτινολόγος, Μονάδα Επεμβατικής Ακτινολογίας - Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γ.Ν. Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός»

Γ. Κωτούλας

Διευθυντής Τομέα Επεμβατικής και Διαγνωστικής Ακτινολογίας, Ευρωκλινική Αθηνών

B. Λαμπαδιάρη

Επίκουρη Καθηγήτρια Παθολογίας-Σακχαρώδη Διαβήτη, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Γ. Λάτσιος

Επιμελητής Β', Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Γ. Λεκάκης

Συγγραφέας

I. Λεκάκης

Καθηγητής Καρδιολογίας, Διευθυντής, Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

K. Λέτσας

Επιμελητής Β', Β' Καρδιολογική Κλινική, Εργαστήριο Επεμβατικής Ηλεκτροφυσιολογίας, Γ.Ν. Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός»

Σ. Λιάτης

Παθολόγος, Επιμελητής Α' ΕΣΥ, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. Αθηνών «Λαϊκό»

Φ. Μαδιανός

Καθηγητής Περιοδοντολογίας, Οδοντιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Θ. Μακρής

Συντονιστής-Διευθυντής, Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Μ. Αθηνών «Έλενα Βενιζέλου»

K. Μακρυλάκης

Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική - Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. Αθηνών «Λαϊκό»

A. Μανώλης

Καθηγητής Καρδιολογίας, Α' Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν. Αθηνών «Ιπποκράτειο»

Γ. Μαρακομιχελάκης

Διευθυντής ΕΣΥ, Δ' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός»

E. Μαυροκεφάλου

Επιμελήτρια Α', Δ' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός»

A. Μελιδώνης

Συντονιστής Διευθυντής, Α' Παθολογικό Τμήμα και Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο»

X. Μιχαλακάς

Καρδιολόγος, επιστημονικός συνεργάτης Β' Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

E. Μιχαλοπούλου

Καρδιολόγος-Εντατικολόγος, Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ, Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Α.Ν. Πειραιά «Μεταξά»

ΠΡΟΕΔΡΟΙ ΚΑΙ ΟΜΙΛΗΤΕΣ

Ι. Μπαρμπετσέας

Συντονιστής Διευθυντής, Καρδιολογικό Τμήμα,
Γ.Ν. Αθηνών «Λαϊκό», Επισκέπτης Καθηγητής Baylor
College of Medicine, Houston, Texas, Η.Π.Α.

Α. Μπασχαλή

Κλινική Διαιτολόγος – Διατροφολόγος, Προϊσταμένη
Τμήματος Διατροφής, Γ.Ν. Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός»

Β. Μπενέτου

Επίκουρη Καθηγήτρια, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου
Αθηνών

Ε. Μπιλιανού

Διευθύντρια Καρδιολογίας, Υπεύθυνη Λιπιδαιμικού
Ιατρείου, Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο»

Γ. Μπουλμπασάκος

Διευθυντής Πνευμονολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Αθηνών
«Ο Ευαγγελισμός»

Η. Μυγδάλης

Συντονιστής Διευθυντής, Β' Παθολογική Κλινική
και Διαβητολογικό Κέντρο, Νοσοκομείο Ν.Ι.Μ.Τ.Σ

Μ. Νούτσου

Παθολόγος-Διαβητολόγος, Διευθύντρια,
Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Αθηνών
«Ιπποκράτειο»

Τ. Ξυδάς

Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Αθηνών
«Παμμακάριστος»

Ι. Οικονομίδης

Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας,
Β' Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο «Αττικών»

Χ. Ολύμπιος

Συντονιστής Διευθυντής, Καρδιολογικό Τμήμα,
Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο»

Χ. Παπαγεωργίου

Καθηγητής Ψυχιατρικής, Διευθυντής Α' Ψυχιατρικής
Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, «Αιγινήτειο
Νοσοκομείο»

Γ. Παπαγεωργίου

Διευθυντής Τμήματος Επεμβατικής Ακτινολογίας
και Νευροακτινολογίας, Ευρωκλινική Αθηνών

Κ. Παπαδημητρίου

Επιστημονικός Συνεργάτης, Γεωπονικό Πανεπιστήμιο
Αθηνών

Δ. Παπαδόπουλος

Επιμελητής Καρδιολογικής Κλινικής, Υπεύθυνος
Τμήματος Υπέρτασης και Λιπιδίων, Γ.Ν. Αθηνών
«Λαϊκό»

Σ. Παππάς

Παθολόγος-Διαβητολόγος, Πρόεδρος Ινστιτούτου
Μελέτης, Έρευνας και Εκπαίδευσης για τον
Σακχαρώδη Διαβήτη και τα Μεταβολικά Νοσήματα

Π. Πιέτρη

Καρδιολόγος, Επιστημονική συνεργάτης,
Α' Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,
Γ.Ν. Αθηνών «Ιπποκράτειο»

Λ. Ραλλίδης

Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας,
Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικών»

Α. Ράπτης

Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας - Σακχαρώδη
διαβήτη, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική
- Μονάδα Έρευνας και Διαβητολογικό Κέντρο
Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο «Αττικών»

Γ. Ρίσβας

Διαιτολόγος-Διατροφολόγος, Πρόεδρος Πανελληνίου
Συλλόγου Διαιτολόγων-Διατροφολόγων

Δ. Ρίχτερ

Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Ευρωκλινική
Αθηνών

Δ. Σανούδου

Επίκουρη Καθηγήτρια, Εργαστήριο Φαρμακολογίας,
Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Α. Σιδέρης

Διευθυντής, Β' Καρδιολογικό Τμήμα,
Γ.Ν. Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός»

Σ. Σουγιουλτζής

Επίκουρος Καθηγητής Γαστρεντερολογίας, Κλινική
Παθολογικής Φυσιολογίας, Γ.Ν. Αθηνών «Λαϊκό»

Δ. Σταμάτης

Διευθυντής, Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Α.Ν. Πειραιά
«Μεταξά»

Γ. Στεργίου

Καθηγητής Παθολογίας-Υπέρτασης, Κέντρο
Υπέρτασης, STRIDE Hellas-7, Γ' Παθολογική Κλινική
Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Ν.Θ. Αθηνών «Σωτηρία»

ΠΡΟΕΔΡΟΙ ΚΑΙ ΟΜΙΛΗΤΕΣ

Α. Σωτηρόπουλος

Διευθυντής ΕΣΥ, Γ΄ Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Νίκαιας - Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

Α. Ταυρίδου

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Φαρμακολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

Δ. Τούσουλης

Καθηγητής Καρδιολογίας, Διευθυντής, Α΄ Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν. Αθηνών

Ε. Τριανταφυλλίδη

Επιμελήτρια Α΄, Β΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικών»

Θ. Τρίκας

Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Αθηνών «Η Ελπίς»

Η. Τσαγκάρης

Επίκουρος Καθηγητής Εντατικής Θεραπείας, Β΄ Πανεπιστημιακή Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικών»

Κ. Τσιούφης

Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας, Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Αθηνών «Ιπποκράτειο»

Γ. Τσιτούρης

Καθηγητής Καρδιολογίας

Γ. Υφαντή

Διευθύντρια, Δ΄ Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός»

Ε. Φάππα

Κλινικός Διαιτολόγος - Διατροφολόγος, PhD

Κ. Φίλης

Αναπληρωτής Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής, Α΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν. Αθηνών «Ιπποκράτειο»

Π. Φλεβάρη

Διευθύντρια ΕΣΥ, Β΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικών»

Σ. Φούσας

Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας, Συντονιστής - Διευθυντής Καρδιολογικού Τμήματος, Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο»

Α. Χατζηγιάννου

Καθηγητής Ακτινολογίας - Επεμβατικής Ακτινολογίας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Θ. Ψαλτοπούλου

Επίκουρη Καθηγήτρια, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η Οργανωτική Επιτροπή του Συνεδρίου ευχαριστεί θερμά τις παρακάτω εταιρείες για την υποστήριξη της εκδήλωσης

ABBOTT LABORATORIES HELLAS S.A.

ANGELINI PHARMA HELLAS A.E.B.E

ALPRO

ASTRAZENECA S.A.

BAYER HELLAS A.G.

ELPEN A.E.

ΕΛΑΪΣ - UNILEVER HELLAS A.E.

EURODIET

COCA-COLA HELLAS A.E.

GALENICA A.E.

MENARINI HELLAS

MSD & BIANEΞ

SANOFI

PFIZER HELLAS S.A.

SERVIER HELLAS

ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ ΛΙΛΛΥ A.E.B.E.

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ
ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

(POSTERS)

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ Η ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Z. Μπιτσώρη¹, Δ. Χάρος², Μ. Ανδριοπούλου³

¹ΤΕ Νοσηλεύτρια (ΜΕΘ/Γ. Ν. ΕΛΠΙΣ), ΜSC, Εκπαιδύτρια BLS/AED, ²Εργ. Συνεργάτης ΤΕΙ Αθηνών,

³ΤΕ Νοσηλεύτρια Γ.Ν. Κωνσταντοπούλειο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Κατά τη διάρκεια της κύησης ο πλακούντας παράγει ορμόνες που συμβάλουν στην ανάπτυξη του εμβρύου. Οι ορμόνες αυτές κάνουν πιο δύσκολη τη δράση της ινσουλίνης στο σώμα. Στις γυναίκες με διαβήτη κύησης το πάγκρεας δεν μπορεί να ανταπεξέλθει σ' αυτές τις αυξημένες ανάγκες, με αποτέλεσμα να αυξάνονται τα επίπεδα της γλυκόζης στο αίμα. Ως εκ τούτου, εμφανίζεται ο σακχαρώδης διαβήτης. Ως διαβήτης της κύησης ορίζεται οποιαδήποτε διαταραχή στον μεταβολισμό της γλυκόζης, των υδατανθράκων που διαγιγνώσκεται ή εμφανίζεται για πρώτη φορά στην κύηση, συνήθως στο τέλος του δεύτερου τριμήνου, μετά την 24η εβδομάδα.

ΣΚΟΠΟΣ: Μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης να αναδειχτεί η σημαντικότητα και η αποτελεσματικότητα των μέτρων πρόληψης και αντιμετώπισης του ΣΔ της κύησης.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Το υλικό της παρούσας ανασκόπησης στηρίζεται στην έντυπη ελληνική και στη διεθνή βιβλιογραφία καθώς και σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο διαβήτης της κύησης, εφόσον διαγνωστεί, χαρακτηρίζει αυτόματα την κύηση ως κύηση υψηλού κινδύνου και χρήζει ιδιαίτερης προσοχής. Ο διαβήτης της κύησης ευθύνεται για ένα σύνολο επιπλοκών που μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο την ίδια την κύηση, τη μητέρα και το έμβρυο. Η έγκαιρη διάγνωση και η σωστή αντιμετώπιση όμως, απομακρύνει κάθε κίνδυνο και συντελεί στην επιτυχή και ασφαλή έκβαση της κύησης.

Όσον αφορά στη μητέρα, αυξάνεται ο κίνδυνος εμφάνισης υπέρτασης, προεκλαμψίας, διαβήτη τύπου 2, όπου οδηγούν στην καισαρική τομή. Αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη κύησης έχουν οι γυναίκες που είναι ιδιαίτερα παχύσαρκες πριν την εγκυμοσύνη, έχουν ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό διαβήτη ή διαταραχή ανοχής στη γλυκόζη, έχουν ιστορικό με επιπλοκές σε προηγούμενη κύηση, έχουν υπέρταση ή δυσλιπιδαιμία και είναι 35 ετών και άνω. Ως εκ τούτου, η έγκυος με διαβήτη κύησης χρήζει τακτικής παρακολούθησης από γυναικολόγο και ενδοκρινολόγο. Ισορροπημένη διατροφή με μικρά και συχνά γεύματα, αποφυγή τροφών πλούσιων σε λιπαρά και ζάχαρη, τακτική άσκηση χαμηλής έντασης και μεγάλης διάρκειας. Αν, παρ' όλα αυτά, δεν καταστεί δυνατή η επίτευξη επιπέδων σακχάρου αίματος εντός φυσιολογικών ορίων, είναι αναγκαία η έναρξη ινσουλινοθεραπείας. Μετά τον τοκετό, η μητέρα πρέπει να υποβάλλεται σε τακτικό έλεγχο για την πιθανότητα ανάπτυξης ΣΔ τύπου 2. Όσον αφορά στο έμβρυο, αυξάνεται ο κίνδυνος της μακροσωμίας, της υπογλυκαιμίας κατά τον τοκετό, της υπομαγνησιαμίας και της υπασβεστιαμίας. Επιπλέον, παρατηρήθηκε αυξημένη πιθανότητα για νεογνικό ίκτερο και πρόωρο τοκετό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο διαβήτης της κύησης έχει συχνότητα εμφάνισης 4-8 % των κυήσεων. Η περίοδος της εγκυμοσύνης αποτελεί μια ευκαιρία για να επέμβουμε συμβουλευτικά και θεραπευτικά και να προλάβουμε χρόνιες νόσους που έχουν σοβαρό σωματικό και ψυχικό αντίκτυπο στη ζωή μιας γυναίκας αλλά και τεράστιες επιπτώσεις στη δημόσια υγεία. Ο διαβήτης της κύησης αντιπροσωπεύει μια χρόνια μεταβολική διαταραχή που παρουσιάζεται για πρώτη φορά κατά τη διάρκεια της κύησης, γιατί τότε συνήθως μελετάμε για πρώτη φορά την ανοχή στη γλυκόζη μιας υγιούς γυναίκας. Αποτελεί «καμπανάκι» για αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης σακχαρώδη διαβήτη (>30%), μεταβολικού συνδρόμου και καρδιαγγειακής νόσου.

ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΟΥ ΓΛΥΚΟΚΑΛΥΚΑ, ΤΩΝ ΕΛΑΣΤΙΚΩΝ ΙΔΙΟΤΗΤΩΝ ΤΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΜΥΟΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΠΑΡΑΜΟΡΦΩΣΗΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΣΕ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΠΡΩΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ

Ι. Οικονομίδης¹, Γ. Παυλίδης¹, Β. Λαμπαδιάρη², Φ. Κουσαθανά², Ε. Τριανταφυλλίδη¹, Μ. Βαρούδη¹, Γ. Δημητριάδης², Ι. Λεκάκης¹

¹Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Β' Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», ²Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ακεραιότητα του ενδοθηλιακού γλυκοκάλυκα διαδραματίζει ζωτικό ρόλο στην αγγειακή διαπερατότητα και τη φλεγμονή. Η ινσουλινοαντίσταση συνδέεται με ενδοθηλιακή δυσλειτουργία και αυξημένη αρτηριακή σκληρία, η οποία μπορεί να επηρεάσει τη λειτουργικότητα της αριστερής κοιλίας (LV).

ΜΕΘΟΔΟΣ: Σε 40 άτομα (ηλικία: 51 ± 12 έτη) με νεοδιαγνωσθέντα σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, 20 συγγενείς πρώτου βαθμού με φυσιολογική δοκιμασία ανοχής στη γλυκόζη (OGTT) και 25 άτομα παρόμοιας ηλικίας και φύλου και χωρίς παράγοντες κινδύνου που αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου μετρήσαμε: α) την καρωτιδο-μηνιαία ταχύτητα (PWVc, m/sec—Complior SP ALAM), την κεντρική συστολική αρτηριακή πίεση (cSBP, mmHg), τον δείκτη ενίσχυσης (Augmentation index, AI%) και το diastolic reflection area (DRA) του αορτικού σφυγμικού κύματος (Arteriograph, TensioMed), β) τις ταχύτητες Ε' και Α' του μιτροειδικού δακτυλίου και το λόγο τους Ε'/Α' χρησιμοποιώντας ιστικό Doppler, τη συνολική επιμήκη παραμόρφωση (GLS-%), τον συστολικό (LGSr-1/sec) και διαστολικό ρυθμό παραμόρφωσης (LGSrE-1/sec), χρησιμοποιώντας την τεχνική speckle tracking γ) το Perfused boundary region των υπογλώσσιων αγγείων (μεγέθους 5-25 micrometers) (PBR) απεικονίστηκε με τη χρήση ειδικού φακού υψηλής ευκρινείας με την τεχνική Sideview Darkfield Imaging (Microscan, Glucoscheck). Το PBR αποτελεί το διάστημα ελεύθερο κυττάρων που προκύπτει από το διαχωρισμό των ερυθρών αιμοσφαιρίων με το πλάσμα στην επιφάνεια του ενδοθηλιακού γλυκοκάλυκα. Το αυξημένο PBR θεωρείται ένας ακριβής δείκτης μείωσης του πάχους του ενδοθηλιακού γλυκοκάλυκα λόγω διείσδυσης του πλάσματος εντός του γλυκοκάλυκα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συγκριτικά με τους φυσιολογικούς, οι διαβητικοί και οι συγγενείς είχαν υψηλότερες αρχικές τιμές PBR (2.1 ± 0.25 vs. 2.05 ± 0.25 vs. 1.89 ± 0.1) AI (27 ± 16 vs. 24 ± 15 vs. 17 ± 14) και DRA (44 ± 12 vs. 49 ± 13 vs. 68 ± 27) ($p < 0.05$ για όλες τις συγκρίσεις). Οι διαβητικοί και οι συγγενείς είχαν παρόμοιο PBR, AI και DRA ($p = ns$). Συγκριτικά με τους φυσιολογικούς, οι ασθενείς είχαν υψηλότερο PWV (10.9 ± 2 vs. 8.9 ± 2), cSBP (137 ± 19 vs. 116 ± 17), μειωμένο RT (118 ± 26 vs. 151 ± 14), GLS (-16 ± 4 vs. -20 ± 3), LongSr (-0.8 ± 0.2 vs. -1.1 ± 0.3), LongSrE (0.8 ± 0.2 vs. 1.3 ± 0.5), S'E' και Ε'/Α' ($p < 0.05$ για όλες τις συγκρίσεις). Το αυξημένο PBR συσχετίστηκε με αυξημένο PWV ($r = 0.35$) και μειωμένο RT ($r = -0.42$) και DRA ($r = -0.36$) στους διαβητικούς ($p < 0.05$ για όλες τις συσχετίσεις). Οι συσχετίσεις αυτές ήταν ισχυρότερες για το PBR που αφορά τα αγγεία διαμέτρου 20-25 micrometers. Το αυξημένο PWV συσχετίστηκε με μειωμένο S' ($r = -0.48$), Ε' ($r = -0.63$), Ε'/Α' ($r = -0.63$), GLS ($r = 0.48$), LongSr ($r = 0.35$), LongSrE ($r = -0.51$) αντιστοίχως ($p < 0.05$ για όλες τις συγκρίσεις).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Οι νεοδιαγνωσθέντες διαβητικοί και οι συγγενείς πρώτου βαθμού εμφανίζουν διαταραχή του ενδοθηλιακού γλυκοκάλυκα, η οποία συσχετίζεται με παθολογικές ελαστικές ιδιότητες της αορτής που οδηγούν σε διαταραχή της επιμήκου παραμόρφωσης της LV στους διαβητικούς.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ (ΑΥ) ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΛΟΙΠΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΗ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ (ΡΑ)

Δ. Κουμουτσέα^{1,3}, Π. Μπαρμπαγιάννης^{1,3}, Β. Γέρμαν^{1,3}, Σ. Κουρούκλης²,
Ι. Βασιλάκος^{3,4}, Δ. Κασίμος³, Δ. Πατρίκος³, Α. Αντωνίου^{3,4}, Α. Ηλιόπουλος^{3,4},
Γ. Γιαννακός¹

¹Α Παθολογικό Τμήμα 417 ΝΙΜΤΣ και Παθολογικός Τομέας Ομίλων "Ιατρικού Αθηνών" (π. Κλινική "ΙΑΣΙΣ" Πειραιώς) και "ΙΑΣΩ General", ²Καρδιολογικό Τμήμα "Ερρίκος Ντυνάν", ³Ρευματολογικό Τμήμα 401 ΓΣΝΑ, ⁴Ρευματολογικό Τμήμα 417 ΝΙΜΤΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η θνητότητα και η θνησιμότητα αυξάνονται σημαντικά στους ρευματολογικούς ασθενείς, που πάσχουν από χρόνιες νόσους του κολλαγόνου, όπως η ΡΑ, ο ΣΕΛ, η ΔΜ/ΠΜ, οι Αγγειίτιδες, οι Σπονδυλοαρθροπάθειες κ.λπ. Η φλεγμονή, η υπέρταση, η δυσλιπιδαιμία, το ψυχικό άγχος (stress), το κάπνισμα, η αντίσταση στην ινσουλίνη κ.λπ. ανευρίσκονται συχνά ως καταστάσεις συννοσηρότητας σε τέτοιους ασθενείς και συνεισφέρουν στην ανάπτυξη και εξέλιξη της καρδιαγγειακής (ΚΑ) νόσου. Σε πολλές μελέτες έχει δειχθεί ότι η υποκλινική φλεγμονή που ανιχνεύεται με το B-mode υπερηχογράφημα των καρωτίδων είναι έμμεσος παράγοντας και προγνωστικός δείκτης της ΚΑ νόσου, ενώ το πάχος του έσω-μέσου χιτώνα ανευρίσκεται αυξημένο σε ασθενείς με ΡΑ σε σύγκριση με τους υγιείς μάρτυρες. Πολλοί ερευνητές σε αυτές τις μελέτες διερωτήθησαν εάν μπορεί μία από τις κυριότερες αιτίες για αυξημένη θνητότητα/θνησιμότητα και πρόωρο θάνατο στους ασθενείς με ΡΑ μπορεί κύρια να οφείλεται στην αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ).

Η ελαττωμένη ελαστικότητα των αρτηριών, η αυξημένη αρτηριακή σκληρία και οι μεγαλύτερες συστηματικές αγγειακές αντιστάσεις συνεισφέρουν στην εμφάνιση της ΑΥ σε ασθενείς με ΡΑ.

ΣΚΟΠΟΣ: Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να διερευνηθούν οι παράγοντες ΚΑ κινδύνου με ιδιαίτερη έμφαση στην ΑΥ σε ασθενείς με ΡΑ.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Σχεδιάστηκε αναδρομική κλινική συγκριτική μελέτη ομάδων. Συνολικά 37 ασθενείς με ΡΑ που παρακολουθούνταν σε εξωτερική βάση (εξωτερικοί ασθενείς) αποτέλεσαν την ομάδα Α, που συγκρίθηκε με 30 υγιείς μάρτυρες που αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου Β. Το κατώφλι τιμών μέτρησης των επιπέδων για τη διάγνωση της ΑΥ ήταν ΣΑΠ/ΔΑΠ > 140/90 mmHg.

Οι παράγοντες ΚΑ κινδύνου εκτός από την ΑΥ που αξιολογήθηκαν ήταν ακολούθως το κάπνισμα, η δυσλιπιδαιμία, η σπλαγγχικού τύπου παχυσαρκία, ο τρόπος ζωής (διατροφικές συνήθειες) και το stress. Τα επίπεδα της CRP μετρήθηκαν ως μία σημαντική μη ειδική παράμετρος της συστηματικής φλεγμονής που αντανάκλα την παρουσία αθηροσκλήρωσης και αθηροθρόμβωσης. Η θεραπεία υπό κορτικοστεροειδή επίσης αξιολογήθηκε σε κάθε ασθενή σαν ένας σημαντικός προδιαθεσικός παράγοντας στην εμφάνιση ΑΥ και αθηροσκλήρωσης. Διενεργήθηκε στατιστική ανάλυση με τη χρήση του t-test και του τροποποιημένου Χ² test (modified chi squared Χ² test).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην ομάδα Α της ΡΑ των 37 υπήρχαν 29 γυναίκες και 8 άντρες με μέση ηλικία τα 56 έτη (26-65). Στην ομάδα Β των υγιών μαρτύρων των 30 υπήρχαν 18 γυναίκες και 12 άντρες με μέση ηλικία τα 69 έτη (62-75). Η μέση διάρκεια της ΡΑ ήταν 12 χρόνια με 4 χρόνια κατά μέσο όρο διάρκεια θεραπείας υπό κορτικοστεροειδή και με μέση δόση πρεδνιζολόνης ≥ 10 mgr. Στην ομάδα Α, ΑΥ ανιχνεύθηκε σε μόλις 4 ασθενείς (10,8%), ενώ σε αυτήν

την ομάδα επίσης η ΑΥ απέβη ο τελευταίος κατά σειρά ΚΑ παράγοντας κινδύνου μεταξύ των υπολοίπων άλλων. Οι πιο συχνοί ήταν κατά σειρά το κάπνισμα σε 13 ασθενείς (35,1%), η δυσλιπιδαιμία σε 9 ασθενείς (24,3%), η σπλαγγχνική παχυσαρκία σε 6 ασθενείς (16,2%). Και οι 4 συνολικά ασθενείς με ΑΥ βρίσκονταν από μακρού χρόνου υπό θεραπεία με κορτικοστεροειδή σε δόση ≥ 10 mgr prednisolone ημερησίως. Στην ομάδα Β, ΑΥ διαγνώσθηκε σε 10 (33,3%) μη ρευματολογικούς μάρτυρες και πιο συχνοί παράγοντες ΚΑ κινδύνου κατά σειρά ήταν το κάπνισμα σε 17 (56,6%), η σπλαγγχνική παχυσαρκία σε 9 ασθενείς (30%) και η δυσλιπιδαιμία/τρόπος ζωής-διατροφικές συνήθειες σε 7 ασθενείς (23,3%). Από τα ευρήματα που προέκυψαν από τη μελέτη της συγκεκριμένης σειράς καταδείχθηκε ότι το κάπνισμα, η δυσλιπιδαιμία, η σπλαγγχνική παχυσαρκία, η μεγάλη ηλικία, η παρατεταμένη διάρκεια θεραπείας με κορτικοστεροειδή και η διάρκεια αυτής καθ' αυτής της ΡΑ σχετίζονται με την παρουσία ΑΥ, $P < 0,05$. Ωστόσο όμως συγκριτικά με τους μη ρευματολογικούς μάρτυρες δεν καταδείχθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της παρουσίας ΑΥ με τη νόσο (ΡΑ), P : NS.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Συμπεραίνεται λοιπόν από τη μελέτη της συγκεκριμένης σειράς ότι η ΑΥ δε φαίνεται να αποτελεί σημαντικό μείζονα ΚΑ παράγοντα κινδύνου για πρόωρη θνητότητα/θνησιμότητα σε ασθενείς με ΡΑ. Το ερώτημα, που ήδη έχει εγερθεί, εξακολουθεί να παραμένει και να επικεντρώνεται στο εάν η ίδια η ενεργότητα της νόσου και η παρατεταμένη θεραπεία με κορτικοστεροειδή αποτελούν μείζονες ΚΑ παράγοντες για την επιταχυνόμενη εξέλιξη της υποκλινικής αθηροσκλήρωσης και της αθηροθρόμβωσης.

ΕΚΤΑΣΗ ΤΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΑ ΛΟΓΩ ΥΠΟΨΙΑΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ

Α. Μαρίνη¹, Α. Μπεχλιούλης¹, Ε. Αντωνιάδου¹, Κ. Νικολάου¹, Μ. Μπουγιακλή¹,
Σ. Γιαννίτση¹, Γ. Τριάντης², Δ. Σιώνης², Κ.Κ. Νάκα¹, Λ. Μιχάλης¹

¹Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Μιχαηλίδειο Καρδιολογικό Κέντρο, Ιωάννινα, ²Αιμοδυναμικό Τμήμα, Γ.Ν. Σισμανόγλειο, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Διαφορές στην έκταση της στεφανιαίας νόσου μεταξύ ασθενών με σταθερή στεφανιαία νόσο ή οξύ στεφανιαίο επεισόδιο, οι οποίοι οδηγούνταν σε διαγνωστική στεφανιογραφία, έχουν δειχτεί σε προηγούμενες μελέτες με αντικρουόμενα αποτελέσματα. Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν η αναζήτηση διαφορών στην έκταση της στεφανιαίας νόσου μεταξύ ασθενών με σταθερή στηθάγχη ή οξύ στεφανιαίο σύνδρομο που οδηγούνταν σε στεφανιογραφία καθώς και ο προσδιορισμός ανεξάρτητων προγνωστικών παραγόντων της έκτασης της στεφανιαίας νόσου στους ασθενείς αυτούς.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Στη μελέτη συμπεριλήφθησαν 584 συνεχόμενοι ασθενείς (μέση ηλικία 66 έτη), χωρίς προηγούμενο ιστορικό στεφανιαίας νόσου, οι οποίοι υπεβλήθησαν σε διαγνωστική στεφανιογραφία για σταθερή στεφανιαία νόσο (n=463) ή οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (n=121). Σε όλους τους ασθενείς έγινε πλήρης καταγραφή δημογραφικών στοιχείων, του ιατρικού ιστορικού και προσδιορισμός βασικών μεταβολικών παραμέτρων, συμπεριλαμβανομένης της υψηλής ευαισθησίας C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (hsCRP). Ο 10ετής καρδιαγγειακός κίνδυνος εκτιμήθηκε με βάση το Framingham Risk Score (FRS) και η έκταση της στεφανιαίας νόσου με το Gensini Score.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς με σταθερή στεφανιαία νόσο παρουσίαζαν υψηλότερο επιπολασμό υπερχοληστερολαιμίας, υπέρτασης και σακχαρώδη διαβήτη ($p<0.05$) και υψηλότερη συστολική και διαστολική πίεση και γλυκόζη, ενώ είχαν χαμηλότερα επίπεδα hsCRP ($p<0.05$) σε σχέση με εκείνους με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο. Ο δείκτης FRS ήταν υψηλότερος στους ασθενείς με σταθερή στεφανιαία νόσο ($p<0.001$). Δεν υπήρξε διαφορά στο Gensini Score μεταξύ των δύο ομάδων ($p=0.118$). Στους ασθενείς με σταθερή στεφανιαία νόσο, το υψηλότερο Gensini Score σχετιζόταν ανεξάρτητα (R^2 0.15, $p<0.001$) με το ιστορικό υπερχοληστερολαιμίας, υψηλότερη hsCRP και γλυκόζη και μεγαλύτερη ηλικία, ενώ στους ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (R^2 0.17, $p<0.001$) με τη μεγαλύτερη ηλικία, τα υψηλότερα επίπεδα γλυκόζης και υψηλότερη hsCRP.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σε ασθενείς που υπεβλήθησαν σε διαγνωστική στεφανιογραφία για σταθερή στεφανιαία νόσο ή οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, δεν υπήρξε διαφορά στην έκταση αθηρωμάτωσης, παρά το χειρότερο προφίλ καρδιαγγειακού κινδύνου των ασθενών με σταθερή στεφανιαία νόσο. Κατά πόσο η μεγαλύτερης έντασης φλεγμονή (υψηλότερη hsCRP σε ασθενείς με οξεία στεφανιαία επεισόδια) μπορεί να αντirroπίσει το ηπιότερο προφίλ των κλασικών παραγόντων κινδύνου στους ασθενείς με οξεία στεφανιαία συμβάματα ή απλά είναι επιφαινόμενο του οξέος συμβάντος απομένει να διερευνηθεί σε μελλοντικές μελέτες. Η έκταση στεφανιαίας νόσου καθορίζεται από παρόμοιες παραμέτρους και στις δύο ομάδες (ηλικία, επίπεδα γλυκόζης και φλεγμονής). Παρά ταύτα οι παράγοντες αυτοί μπορούν να εξηγήσουν μόνο ένα μικρό μέρος της μεταβλητότητας του Gensini score.

ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΝΑ⁺ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ ΚΑΙ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Ε. Βασιλοπούλου¹, Τ. Σίσκου², Μ. Τσακιρίδου³, Δ.Π. Κορκολής⁴, Μ. Καπρίτσου⁵

¹RN, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ²RN, MSc, Τομεάρχης Ν.Υ. Ειδικών Μονάδων, Αντικαρκινικό-Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας», ³RN, Προϊσταμένη Χειρουργικού Τμήματος, Αντικαρκινικό-Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας», ⁴MD, PhD, Επιμελητής Α' Χειρουργικής Ογκολογικής Κλινικής, Αντικαρκινικό-Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας», ⁵RN, BSN, MSc, PhD(c), Αντικαρκινικό-Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Στα πλαίσια της εκτίμησης της διατροφικής κατάστασης στους ασθενείς με Χρόνια Νεφρική Νόσο (ΧΝΝ) με υπέρταση, περίσσεια Νατρίου (Να⁺) οδηγεί σε ολιγουρία ή και ανουρία, ενώ, κλινικά εκδηλώνεται με οίδημα και υπέρταση. Γι' αυτό, κρίνεται απαραίτητη η τροποποίηση στην κατανάλωση υγρών, ηλεκτρολυτών, μεταλλικών στοιχείων και πρωτεϊνών.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παροχή διατροφικής φροντίδας ώστε να μειωθεί η πρόσληψη Να⁺ από τη διατροφή που θα οδηγήσουν σε υπέρταση, σε ασθενείς με ΧΝΝ.

ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Pubmed και Cochrane Library από το 2006 έως το 2014. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν salt intake, kidney disease, heart disease, hypertension. Κριτήρια ένταξης άρθρων στην ανασκόπηση αποτέλεσαν η αγγλική γλώσσα και η εστίαση στις μεθόδους αντιμετώπισης της υπέρτασης σε ασθενείς με ΧΝΝ κατά τη λήψη Να⁺ από τη διατροφή.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ανευρέθηκαν 203 άρθρα, αλλά μόνο 159 τηρούσαν τα κριτήρια ένταξης στην ανασκόπηση. Τα νεότερα δεδομένα δείχνουν ότι σε ενήλικες η μείωση της πρόσληψης Να⁺ μείωσε σημαντικά τη συστολική αρτηριακή πίεση κατά 3,39 mmHg (εύρος από 2,46 έως 4,31) και τη διαστολική αρτηριακή πίεση κατά 1,54 mmHg (εύρος από 0,98 έως 2,11). Όταν η πρόσληψη Να⁺ ήταν <2 g / ημέρα έναντι ≥2 g / ημέρα, η συστολική αρτηριακή πίεση μειώθηκε κατά 3,47 mmHg (0,76 έως 6,18) και η διαστολική αρτηριακή πίεση κατά 1,81 mmHg (0,54 έως 3,08).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Μια προσαρμοσμένη παρέμβαση μπορεί να επιτύχει μέτριο περιορισμό του Να⁺ σε ασθενείς με ΧΝΝ, με αποτέλεσμα σε κλινικά σημαντικές μειώσεις στην αρτηριακή πίεση ανεξάρτητα από τη λήψη υπερτασικών φαρμάκων.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΕΥΡΕΣΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΩΝ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Γ. Λυράκος^{1,2}, Α. Κουτσοβασιλής³, Α. Παπαζαφειροπούλου³, Ι. Σπινάρης²,
Φ. Μπακομήτρου³, Π. Βεργίδου³, Α. Γκρόζου³, Σ. Μπούσμπουλας³

¹Cardiff Metropolitan University - City U, Wales-Athens, ²Ψυχιατρικός Τομέας, ΓΝΝ «Αγ. Παντελεήμων», Νίκαια, ³Διαβητολογικό Κέντρο, Γ' Παθολογική Κλινική, ΓΝΝ «Αγ. Παντελεήμων», Νίκαια

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα αρνητικά συναισθήματα αποτελούν ένα γνωστό παράγοντα που επιδρά επιβαρυντικά στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ). Εντούτοις δεν έχει διερευνηθεί αρκετά η επιβάρυνση αυτή όταν συνυπάρχουν με το ΣΔ άλλα νοσήματα όπως η υπέρταση.

ΣΚΟΠΟΣ: της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση στατιστικά σημαντικών διαφορών στη συναισθηματική διάθεση σε άτομα με ΣΔ και συνύπαρξη ή μη διαγνωσμένης υπέρτασης.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Εξετάστηκαν 271 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, 74 άνδρες (27,2%) και 197 (78,8%) γυναίκες, με μέση ηλικία $57,5 \pm 15,7$, διάρκεια ΣΔ $12,3 \pm 8,2$ έτη οι οποίοι παρακολουθούνταν σε τακτική βάση από το διαβητολογικό ιατρείο. Από αυτούς οι 152 (56,1%) ήταν ταυτόχρονα ασθενείς με διαγνωσμένη υπέρταση. Για τη μελέτη χρησιμοποιήθηκαν οι κλίμακες μέτρησης άγχους, κατάθλιψης και στρες Depression Anxiety Stress Scale (DASS), το ερωτηματολόγιο GRLOT-R για την μέτρηση της θετικής στάσης απέναντι στη ζωή, και το ερωτηματολόγιο SWLS για την μέτρηση της υποκειμενικής ικανοποίησης από τη ζωή. Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές μετρήθηκαν με την εφαρμογή του στατιστικού κριτηρίου τα τεστ και η ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 21.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς με συνύπαρξη υπέρτασης (ΣΥ) και χωρίς υπέρταση (ΧΥ) στις κλίμακες μέτρησης άγχους, κατάθλιψης και στρες ενώ αντίθετα βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κλίμακα στάσης απέναντι στη ζωή GRLOT-R που μετρά την αισιοδοξία ($t=4.794$ $p=.001$) με τους ασθενείς με υπέρταση ($MO=10,9 \pm 2,7$) να έχουν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα αισιοδοξίας από τους ασθενείς ΧΥ ($MO=13 \pm 3,9$), και στη υποκειμενική αντίληψη ικανοποίησης από τη ζωή SWLS ($t=3.767$ $p=.001$) με τους ασθενείς χωρίς υπέρταση να φαίνονται περισσότερο ικανοποιημένοι από τη ζωή τους ($MO=20,7 \pm 6,4$) από αυτούς με την συνύπαρξη υπέρτασης ($MO=17,7 \pm 5,8$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τόσο η υποκειμενική αντίληψη της ικανοποίησης από τη ζωή όσο και η θετική στάση από τη ζωή φαίνεται να επηρεάζονται από τη συνύπαρξη της υπέρτασης στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, γεγονός που συμφωνεί με τα αποτελέσματα άλλων μελετών που δείχνουν πως η συνοσηρότητα αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για την συναισθηματική κατάσταση των ασθενών.

ΑΜΥΛΟΕΙΔΩΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ

Ι. Αναστασοπούλου¹, Β. Δρίτσα¹, Ε. Κουτουλάκης², Ι. Κασσικού², Χ. Κωτούλας³,
Ι. Μαμαρέλης⁴

¹Ακτινοχημεία & Βιοφασματοσκοπία, Σχολή Χημικών Μηχανικών, Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο, Αθήνα, ²Καρδιολογική Κλινική, ΝΙΜΤΣ, Αθήνα, ³Καρδιοχειρουργική Κλινική, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών, ⁴Καρδιολογική Κλινική, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Προηγούμενες μελέτες μας έδειξαν ότι το οξειδωτικό στρες καταστρέφει την δευτεροταγή διάταξη των πρωτεϊνών. Η ανάλυση των παραγόμενων τελικών προϊόντων σε δείγματα στεφανιαίων αρτηριών και δεξιών κολπικών ωτίων παρέχει σημαντικές πληροφορίες για τις μεταβολές της δευτεροταγούς μοριακής δομής των πρωτεϊνών και τον σχηματισμό ινιδίων.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Χρησιμοποιήθηκαν 120 δείγματα στεφανιαίων αρτηριών μετά από στεφανιαία ενδαρτηρεκτομή και 80 δείγματα από την κορυφή δεξιών κολπικών ωτίων ασθενών, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε επεμβάσεις αορτοστεφανιαίας παράκαμψης (CABG) ή/και χειρουργικής αντικατάστασης καρδιακών βαλβίδων. Η μελέτη της δευτεροταγούς δομής των πρωτεϊνών των βιοψιών έγινε με υπέρυθρη φασματοσκοπία (Fourier Transform Infrared, FT-IR).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα υπέρυθρα φάσματα βιοψιών στεφανιαίων αρτηριών και δεξιών κολπικών ωτίων έδειξαν έντονες μεταβολές στην μοριακή δομή των πρωτεϊνών. Οι ταινίες στα 1694 και 1630 cm^{-1} αποδίδονται στις μετατροπές της α-έλικας των πρωτεϊνών σε β-επίπεδο παράλληλο και αντιπαράλληλο σχηματισμό, χαρακτηριστικά των αμυλοειδών πρωτεϊνών. Ο σχηματισμός αμυλοειδούς τύπου ινιδίων οφείλεται στον πολυμερισμό θραυσμάτων απολιποπρωτεϊνών και πολυσακχαριτών. Οι αυξημένες εντάσεις των ταινιών στα 3000-2850 και 1742 cm^{-1} επιβεβαιώνουν την υπεροξείδωση των λιπιδίων, συνθήκες που ευνοούν την αυτοοργάνωση (self-assemblies) των αμυλοειδών πρωτεϊνών και σχηματισμό συσσωματωμάτων (aggregations) προκαλώντας μη αντιστρεπτές βλάβες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα FT-IR φάσματα δείχνουν μεταβολές που αποδίδονται σε υπεροξειδώσεις που καταστρέφουν την δευτεροταγή δομή των πρωτεϊνών από α-έλικα σε σταθερά β-επίπεδα. Τα παραγόμενα προϊόντα πολυμερισμού σακχάρων και πρωτεϊνών (αμυλοειδείς πρωτεΐνες) σχηματίζουν ινίδια. Η φαρμακευτική αντιμετώπιση πριν και ιδιαίτερα μετά την επέμβαση πρέπει να στραφεί στην σύνθεση νέων φαρμάκων με βάση την παρεμπόδιση της σχάσης της α-έλικας των πρωτεϊνών και επομένως την παρεμπόδιση σχηματισμού ινιδίων.

REGULATION OF HUMAN LXRA GENE TRANSCRIPTION IN HEPATIC CELLS BY THE NUCLEAR RECEPTOR HEPATOCYTE NUCLEAR FACTOR 4

D. Theofilatos, A. Anestis, D. Kardassis

Laboratory of Biochemistry, University of Crete School of Medicine, Heraklion Greece

Liver X Receptors (LXRs) are sterol-activated transcription factors that play major roles in cellular cholesterol homeostasis by controlling the expression of sets of genes that participate in HDL biogenesis and the reverse cholesterol transport. LXRs consist of two isoforms LXR α (NR1H3) and LXR β (NR1H2), whose genes are located in different chromosomes, while their tissue distribution differs significantly. Whereas LXR β seems to be constitutively expressed in many cell types, the LXR α expression is restricted in metabolic tissues such as the liver, adipose tissue, intestine and kidney. In the present study we wanted to investigate the mechanisms that control the expression of the human LXR α gene in hepatic cells. For this purpose, a series of reporter plasmids containing consecutive 5' deletions of the hLXR α promoter upstream of the luciferase gene were constructed (-2762/+384, -844/+384, -457/+384, -300/+384, -111/+384 and -42/+384) and the activity of each construct was measured in HepG2 cells. We observed that the activity of the hLXR α promoter was significantly reduced by deleting the -111 to -42 fragment suggesting the presence of positive regulatory elements in this short proximal region. Our bioinformatical analysis revealed the presence of a potential binding site for Hepatocyte Nuclear Factor 4a (HNF-4a), a liver-enriched member of the hormone nuclear receptor superfamily. Chromatin Immunoprecipitation (ChIP) and DNA Affinity Precipitation (DNAP) assays confirmed the binding of HNF4a to the proximal -52 to -23 region of the human LXR α promoter. Furthermore, overexpression of exogenous wild type HNF-4a or silencing of the endogenous HNF-4a gene using a short hairpin RNA in HepG2 cells caused transactivation and repression respectively of the -111/+384 LXR α promoter but not of the -42/+384 promoter. These data indicate that hepatic hLXR α gene regulation is mediated by HNF4a through a novel hormone response element in the proximal region of the hLXR α promoter.

ΣΠΛΑΧΝΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΜΕΤΡΟΥΜΕΝΗ ΜΕ ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΚΑΙ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΑ. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΚΑΙ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΕΝΔΟΘΗΛΙΟΥ

Κ. Μπαρουτσή¹, Λ. Ραλλίδης², Μ. Καραγιάννη¹, Γ. Λιάκος¹, Μ. Ζολινδάκη¹, Ζ. Χελιδώνης¹, Ι. Λεκάκης²

¹Ακτινοδιαγνωστικό και Βιοχημικό Τμήμα, Γ.Ν. Νίκαιας «Αγ. Παντελεήμων», ²Β΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο, «Αττικόν»

ΣΚΟΠΟΣ: Στην παρούσα μελέτη ερευνήσαμε εάν ο σπλαχνικός λιπώδης ιστός ο οποίος μετρήθηκε υπερηχογραφικά (U/S) και με αξονική τομογραφία (CT), υπερέχει από τη μέτρηση της περιμέτρου μέσης (WC) στην πρόγνωση της υποκλινικής καρωτιδικής αθηροσκλήρωσης.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Εξετάσαμε 100 άτομα, άντρες και γυναίκες, χωρίς ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου ή σακχαρώδους διαβήτη. Το σπλαχνικό λίπος μετρήθηκε με U/S και CT και το πάχος του μέσου-έσω χιτώνα της κοινής καρωτίδας (CCA-IMT) με B-mode υπερηχογραφία. Τόσο το σπλαχνικό λίπος όσο και η WC συσχετίστηκαν θετικά με το Δείκτη Μάζας Σώματος, τα τριγλυκερίδια, το ουρικό οξύ, τη συστολική/διαστολική αρτηριακή πίεση, την υψηλής ευαισθησίας CRP και αντιστρόφως ανάλογα με την HDL χοληστερόλη.

Ωστόσο, μόνο το σπλαχνικό λίπος παρουσίασε σημαντική συσχέτιση με το CCA - IMT ($r=0.309$, $p=0.002$).

Η πολυπαραγοντική ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης έδειξε ότι ο σπλαχνικός λιπώδης ιστός, αλλά όχι η WC, ήταν ανεξάρτητος προγνωστικός δείκτης καρωτιδικών πλακών μετά την προσαρμογή για παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου [odds ratio (OR):1.017; 95% confidence interval (CI):1.003-1.031; $p=0.017$] και η συσχέτιση αυτή συνεχίστηκε και μετά πρόσθετη προσαρμογή για τη WC (OR:1.024; 95% CI:1.003-1.031; $p=0.027$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Τα στοιχεία μας δείχνουν ότι, για την εκτίμηση της αθηρωματικής επιβάρυνσης σε υγιή άτομα, η μέτρηση του σπλαχνικού λιπώδους ιστού με απλή υπερηχογραφική μέθοδο είναι ανώτερη μέθοδος από τη μέτρηση της WC.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΚΑΛΙΟΥ ΚΑΙ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ Β12 ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ

Β. Μουντάκη, Α. Σαμέντζας, Δ. Παπαδημητρίου, Α. Τρίκας

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς»

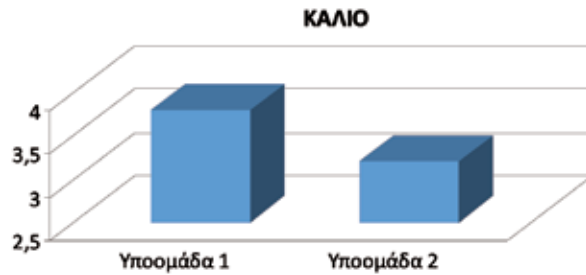
ΣΚΟΠΟΣ: Πρωτογενής στόχος της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθεί η συσχέτιση των επιπέδων του καλίου και της βιταμίνης Β12 με την εκδήλωση εμμένουσας κοιλιακής μαρμαρυγής (ΕΚΜ). Δευτερογενώς μελετήθηκε εάν η διόρθωση των επιπέδων του καλίου συνέβαλε στη ανάκτηση του φλεβοκομβικού ρυθμού.

ΥΛΙΚΑ – ΜΕΘΟΔΟΙ: Στη μελέτη έχουν συμπεριληφθεί έως τώρα 37 ασθενείς με εμμένουσα κοιλιακή μαρμαρυγή ηλικίας <60 ετών που ανατάχθηκαν σε φλεβοκομβικό ρυθμό. Πλήρες ιατρικό ιστορικό ελήφθη από όλους τους συμμετέχοντες οι οποίοι ακολούθως υποβλήθηκαν σε αιματολογικό έλεγχο, ηλεκτροκαρδιογράφημα και Triplex καρδιάς. Κριτήρια εισαγωγής στη μελέτη ήταν το ελεύθερο καρδιολογικό και πνευμονολογικό ιστορικό, ο αποκλεισμός θυρεοειδοπάθειας, πρόσφατης χειρουργικής επέμβασης καθώς και το φυσιολογικό Triplex καρδιάς. Οι ασθενείς διαχωρίστηκαν σε 2 υποομάδες ανάλογα με την ύπαρξη μη καρδιακών παραγόντων κινδύνου για κοιλιακή μαρμαρυγή όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η αρτηριακή υπέρταση, η δυσλιπιδαιμία και το θετικό οικογενειακό ιστορικό. Στην πρώτη υποομάδα συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με ΕΚΜ που είχαν τουλάχιστον έναν από τους ανωτέρω παράγοντες και στην δεύτερη υποομάδα συμπεριλήφθηκαν οι ασθενείς που δεν είχαν κανένα από τους ανωτέρω παράγοντες (Ione-ιδιοπαθής ΚΜ). Έγινε σύγκριση ως προς τα επίπεδα καλίου και βιταμίνης Β12 στις δύο υποομάδες.

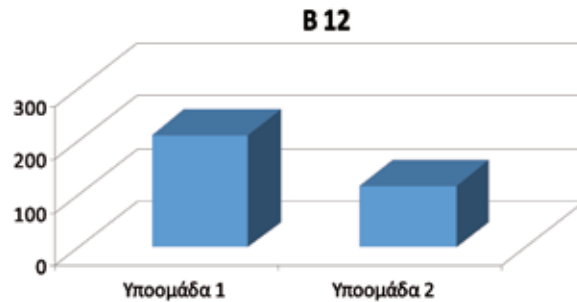
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μέση ηλικία των ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη ήταν 59.3 έτη. Η μέση τιμή καλίου στο σύνολο των ασθενών κατά την εκδήλωση της ΕΚΜ ήταν στα κατώτερα φυσιολογικά όρια ($3.52 \pm 0.38 \text{ mmol/l}$). Η μέση τιμή της Β12 επίσης προσεγγίζει την κατώτερη φυσιολογική τιμή ($256.6 \pm 109.35 \text{ pg/ml}$). Η πρώτη υποομάδα περιλάμβανε 17 ασθενείς, όλοι με αρτηριακή υπέρταση, το 17,6 % αυτών είχε σακχαρώδη διαβήτη, το 52,9% είχε δυσλιπιδαιμία, το 29,4% ήταν καπνιστές και το 23,5% είχαν θετικό οικογενειακό ιστορικό για κοιλιακή μαρμαρυγή. Η δεύτερη υποομάδα περιλάμβανε 20 ασθενείς χωρίς τους προαναφερθέντες παράγοντες κινδύνου. Η μέση τιμή καλίου κατά την εκδήλωση της ΕΚΜ ήταν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη στη δεύτερη υποομάδα ($3.2 \pm 0.18 \text{ mmol/l}$) σε σχέση με την πρώτη ($3.8 \pm 0.23 \text{ mmol/l}$) ($P < 0.001$). Επιπλέον, η δεύτερη υποομάδα παρουσίασε χαμηλότερα επίπεδα βιταμίνης Β12 ($211.7 \pm 72.58 \text{ pg/ml}$) σε σύγκριση με την πρώτη ($309.3 \pm 123.2 \text{ pg/ml}$) ($P = 0.008$). Στην πρώτη υποομάδα το 29,4% ανατάχθηκε υπό αμιωδαρόνη και β-αναστολέα, το 6% με αμιωδαρόνη, το 6% ανατάχθηκε με συνδυασμό αμιωδαρόνης-β-αναστολέα και προπαφαινόνης, το 17,6% ανατάχθηκε αυτόματα υπό β-αναστολέα, το 6% ανατάχθηκε αυτόματα υπό διγοξίνη, το 6% με συνδυασμό αμιωδαρόνης, β-αναστολέα και καλίου, το 12% με συνδυασμό προπαφαινόνης και αμιωδαρόνης, το 6% ανατάχθηκε αυτόματα υπό β-αναστολέα και ενδοφλέβια χορήγηση καλίου, το 6% με χορήγηση αμιωδαρόνης και καλίου και το 6% ανατάχθηκε ηλεκτρικά μετά από διενέργεια διοισοφάγειου υπερηχογραφήματος. Στη δεύτερη υποομάδα το 15% ανατάχθηκε με χορήγηση προπαφαινόνης συνδυαστικά με ενδοφλέβιο κάλιο, το 15% με την χορήγηση αμιωδαρόνης συνδυαστικά με κάλιο, το 30% ανατάχθηκε αυτόματα υπό συγχορήγηση καλίου

και β-αναστολέα και το 40% ανατάχθηκε αυτόματα υπό χορήγηση ενδοφλέβιου καλίου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ιδιοπαθής κολπική μαρμαρυγή συσχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα καλίου και βιταμίνης B12 σε σύγκριση με την εμμένουσα κολπική μαρμαρυγή που ευοδώνεται από τους κλασσικούς παράγοντες κινδύνου. Η ενδοφλέβια χορήγηση καλίου οδήγησε σε ανάταξη σε φλεβοκομβικό ρυθμό σημαντικό ποσοστό ασθενών με ιδιοπαθή ΚΜ. Περαιτέρω μελέτες απαιτούνται προκειμένου να επιβεβαιωθούν τα ευρήματα αυτά και να διερευνηθεί ο ρόλος της ενδοφλέβιας χορήγησης καλίου ως θεραπευτικό μέσο στην ιδιοπαθή εμμένουσα κολπική μαρμαρυγή και ίσως και η χορήγηση βιταμίνης B12.



Γράφημα 1. Σύγκριση των τιμών Καλίου στις 2 υποομάδες ($P < 0.001$).



Γράφημα 2. Σύγκριση των τιμών B12 στις 2 υποομάδες ($P = 0.008$).

Descriptive Statistics

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΤΙΝΩΝ ΣΤΗΝ ΣΤΥΤΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Α. Σαμμέντζας, Γ. Σιώνης, Γ. Μπλαζάκης, Α. Πασχάλης, Π. Στουγιάννος, Α. Τρίκας

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς»

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

Η αιτιολογία της πάθησης αυτής είναι πολυπαραγοντική όμως πιο συχνά ευθύνονται αγγειακές βλάβες που προκαλούνται από δυσλειτουργία του ενδοθηλίου. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται πληθώρα μελετών στην προσπάθεια συσχέτισης της ολοένα αυξανόμενης εμφάνισης στυτικής δυσλειτουργίας με άλλα αίτια και ειδικά σε ασθενείς που πάσχουν από καρδιαγγειακά νοσήματα. Αρκετές από αυτές έχουν δείξει ότι οι στατίνες θα μπορούσαν να βελτιώσουν άμεσα την ενδοθηλιακή λειτουργία, ακόμη και πριν την αλλαγή του λιπιδαιμικού προφίλ. Ωστόσο, έχει αποδειχθεί ότι η αυξημένη χοληστερόλη του ορού καθώς και τα μειωμένα επίπεδα λιποπρωτεΐνης υψηλής πυκνότητας (HDL) σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο ΣΔ.

Εν τούτοις, δεν έχει τεκμηριωθεί ακόμη εάν η διόρθωση της δυσλιπιδαιμίας μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο ανάπτυξης ΣΔ.

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

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

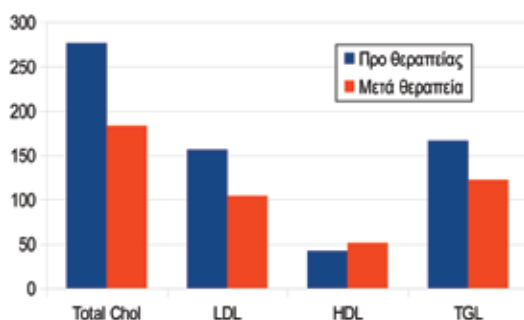
Σε όλους μετρήθηκαν τα επίπεδα ολικής χοληστερόλης (CHOL), χαμηλής (LDL) και υψηλής (HDL) πυκνότητας λιποπρωτεϊνών καθώς και τριγλυκεριδίων (TRG) στο αίμα. Κατόπιν οι 50 από αυτούς ξεκίνησαν θεραπεία με στατίνη (ατορβαστατίνη) ενώ οι άλλοι 50 δεν έλαβαν καμία θεραπεία (ομάδα ελέγχου). Μετά από 3 μήνες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

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα της μελέτης, όσο αφορά τη στυτική δυσλειτουργία και το λιπιδαιμικό προφίλ των ασθενών υπό διερεύνηση, πριν και μετά τη θεραπεία με στατίνη, παρατίθενται συγκεντρωτικά στον παρακάτω πίνακα 1 και γραφήματα 1 και 2

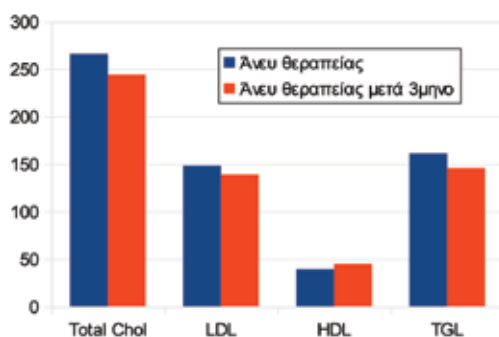
Πίνακας 1

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

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



Γράφημα 1. Ομάδα που έλαβε θεραπεία με στατίνες για 3 μήνες.



Γράφημα 2. Ομάδα ελέγχου που δεν έλαβε στατίνες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς που έλαβαν υπολιπιδαιμική θεραπεία για 3 μήνες με στατίνη βελτίωσαν σημαντικά ($p < 0,01$), τόσο το λιπιδαιμικό τους προφίλ όσο και τη στυτική τους δυσλειτουργία, σε σχέση με την ομάδα των ασθενών που δεν έλαβαν καμία θεραπεία. Συνεπώς οι άνδρες που χρησιμοποιούν στατίνες για να βελτιώσουν τα επίπεδα της χοληστερόλης τους, μπορεί να έχουν σημαντική κλινική βελτίωση στη λειτουργία της σύσης. Παρά το γεγονός ότι οι στατίνες δεν συνιστώνται ως βασική θεραπεία για τη στυτική δυσλειτουργία στους άνδρες με φυσιολογικά επίπεδα χοληστερόλης, το αποτέλεσμα αυτό μπορεί να βελτιώσει τη συμμόρφωση των υπερχοληστερολαιμικών ασθενών στη θεραπεία με στατίνες.

Η ΔΕΚΑΜΗΝΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΝΕΟΥ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

Π. Στουγιάννος, Ι. Καπλάνης, Α. Σαμέντζας, Γ. Σιώνης, Δ. Παπασάικας, Γ. Παπαγιάννης, Ε. Σέρρη, Α. Πασχάλης, Α. Αντωνόπουλος, Α. Τρίκας

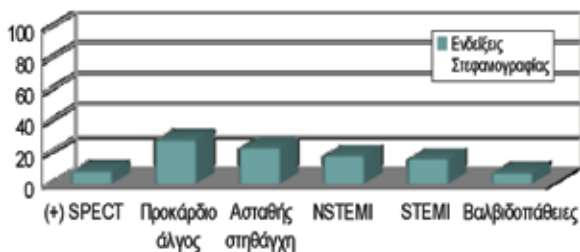
Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς»

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να αποτυπώσει την εμπειρία, από τους πρώτους κιάλας μήνες λειτουργίας, ενός νέου αιμοδυναμικού εργαστηρίου στην περιοχή της Αττικής.

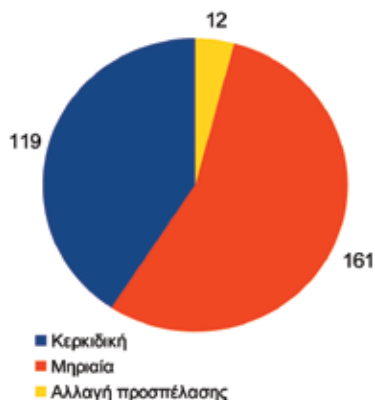
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Από τον Ιούλιο του 2013 μέχρι και το Μάιο του 2014 μελετήθηκαν οι ασθενείς οι οποίοι υποβλήθηκαν σε στεφανιογραφικό έλεγχο στο νεοσύστατο αιμοδυναμικό εργαστήριο του ΓΝΑ «Η ΕΛΠΙΣ». Καταγράφηκαν τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών, οι ενδείξεις στεφανιογραφικού ελέγχου, η οδός προσπέλασης, η διαγνωσθείσα νόσος και η εφαρμοζόμενη θεραπεία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στο διάστημα των 10 μηνών λειτουργίας του αιμοδυναμικού εργαστηρίου υποβλήθηκαν σε στεφανιογραφικό έλεγχο 280 ασθενείς (206 άντρες-74 γυναίκες) ηλικίας 35-91 ετών (μέση ηλικία 68 έτη).

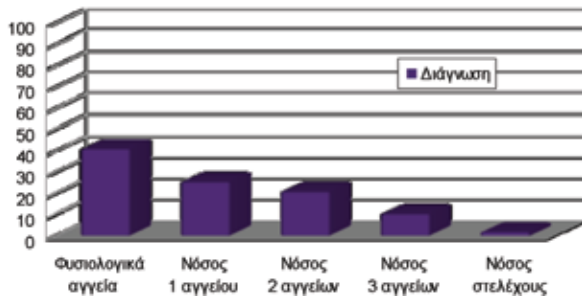
Ενδείξεις στεφανιογραφίας ήταν το θετικό σπινθηρογράφημα του μυοκαρδίου (SPECT) σε 23 ασθενείς (8 %), το προκάρδιο άλγος σε 78 ασθενείς (28%), η ασταθής στηθάγχη σε 64 ασθενείς (23 %), το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (χωρίς ανάσπαση του ST- non-STEMI) σε 51 ασθενείς (18 %), το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (με ανάσπαση του ST-STEMI) σε 44 ασθενείς (16 %) και οι βαλβιδοπάθειες σε 20 ασθενείς (7 %) (γράφημα 1).



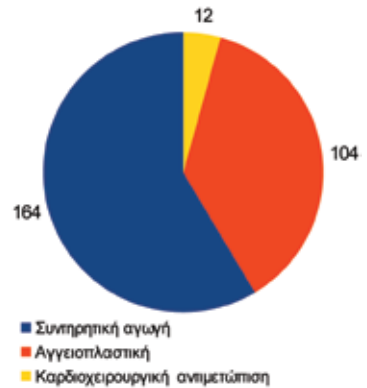
Γράφημα 1. Κερκιδική προσπέλαση πραγματοποιήθηκε σε 119 ασθενείς (42,5 %), μηριαία προσπέλαση σε 161 ασθενείς (57,5 %), ενώ σε 12 ασθενείς (4 %) χρειάστηκε αλλαγή της οδού προσπέλασης από κερκιδική σε μηριαία (γράφημα 2).



Γράφημα 2. Φυσιολογικά στεφανιαία αγγεία διαγνώστηκαν σε 114 ασθενείς (41 %), νόσος 1 αγγείου σε 72 ασθενείς (25,5 %), νόσος 2 αγγείων σε 58 ασθενείς (21 %), νόσος 3 αγγείων σε 30 ασθενείς (10,5 %) και νόσος στελέχους σε 6 ασθενείς (2 %) (γράφημα 3).



Γράφημα 3. Συντηρητική αγωγή εφαρμόστηκε σε 164 ασθενείς (58,5 %), αγγειοπλαστική σε 104 ασθενείς (37 %), ενώ 12 ασθενείς (4,5 %) παραπέμφθηκαν για χειρουργική αντιμετώπιση (By Pass) (γράφημα 4).



Γράφημα 4.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τα πρώτα αποτελέσματα προκύπτει ξεκάθαρα ότι ο αριθμός των αντρών που υποβλήθηκαν σε στεφανιογραφικό έλεγχο ήταν σαφώς μεγαλύτερος (περίπου 3πλάσιος) από τον αντίστοιχο των γυναικών ενώ η συχνότερη ένδειξη για στεφανιογραφία ήταν το προκάρδιο άλγος.

Επίσης η συντηθέστερη οδός προσπέλασης ήταν η μηριαία (με σημαντικό όμως ποσοστό και κερκιδικών προσπελάσεων) ενώ αξίζει να σημειωθεί ότι σε περισσότερους από τους μισούς ασθενείς (69 %) ανευρέθηκε νόσος τουλάχιστον 1 αγγείου.

Τέλος, οι περισσότεροι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά, ένα μεγάλο μέρος αυτών υποβλήθηκε σε αγγειοπλαστική ενώ ελάχιστοι ήταν αυτοί που παραπέμφθηκαν για καρδιοχειρουργική αντιμετώπιση.

Συνεπώς η λειτουργία του νεοσυστατού αιμοδυναμικού εργαστηρίου του ΓΝΑ «Η ΕΛΠΙΣ» έδωσε τη δυνατότητα αντιμετώπισης ενός σημαντικού αριθμού ασθενών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, χωρίς να καταστεί απαραίτητη η παραπομπή ή η διακομιδή των ασθενών αυτών σε αλλά νοσοκομεία (όπως γινόταν παλαιότερα) με ό,τι αυτό συνεπάγεται για την υγεία του ασθενούς και το σύστημα υγείας γενικότερα.

ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΤΗ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Γ. Λυράκος^{1,2}, Α. Παπαζαφειροπούλου³, Α. Κουτσοβασίλης³, Β. Σπινάρης²,
Ε. Ασλάνη², Ν. Μόσχος², Σ. Μπούσμπουλας³

¹Cardiff Metropolitan University - City U, Wales-Athens, ²Ψυχιατρικός Τομέας, ΓΝΝ «Αγ. Παντελεήμων», Νίκαια, ³Διαβητολογικό Κέντρο, Γ' Παθολογική Κλινική, ΓΝΝ «Αγ. Παντελεήμων», Νίκαια

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ποιότητα ζωής είναι ένας παράγοντας που τα τελευταία χρόνια μετράται σε όλα τα νοσήματα καθώς αποτελεί το δείκτη που δείχνει πως ο ίδιος ο ασθενής αντιλαμβάνεται την υγεία του και ειδικά όταν υπάρχει συνοσηρότητα είναι ένας από τους δείκτες που χρησιμεύουν στη δημιουργία ενός σωστού θεραπευτικού πλάνου.

ΣΚΟΠΟΣ της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των παραγόντων που επιδρούν στη μέτρηση της ποιότητας ζωής των υπερτασικών ασθενών με συνύπαρξη σακχαρώδη διαβήτη Τ2.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Εξετάστηκαν 153 ασθενείς με υπέρταση και σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (33 άνδρες (21,6%) και 120 (78,4%) γυναίκες), μέση ηλικία 67,5±9,6 που παρακολουθούνταν σε τακτική βάση από το διαβητολογικό ιατρείο. Για την μελέτη χρησιμοποιήθηκαν το ερωτηματολόγιο μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής SF12 με τις δύο υποκλίμακες σωματικής (PCS) και πνευματικής (MCS) υγείας, οι κλίμακες μέτρησης άγχους, κατάθλιψης και στρες Depression Anxiety Stress Scale (DASS), το ερωτηματολόγιο GRL0T-R για τη μέτρηση της θετικής στάσης απέναντι στη ζωή, και το ερωτηματολόγιο SWLS για τη μέτρηση της υποκειμενικής ικανοποίησης από τη ζωή. Οι στατιστικές σημαντικές διαφορές μετρήθηκαν με την εφαρμογή πολλαπλής ανάλυσης παλινδρόμησης με εξαρτημένες μεταβλητές τις δύο υποκλίμακες της ποιότητας ζωής και η ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 21.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η πολυπαραγοντική ανάλυση για τη PCS έδειξε ότι η σωματική υγεία σχετίζεται με το άγχος ($\beta = -0,363$, $p = ,001$), την κατάθλιψη ($\beta = 0,231$, $P = ,044$), την υποκειμενική ικανοποίηση από τη ζωή ($\beta = 0,349$, $p = 0,001$), την ηλικία ($\beta = 0,231$, $p = 0,001$) και το BMI ($\beta = -0,191$, $P = 0,011$) και οι παράγοντες αυτοί εξηγούν το 29% της συνολικής της διακύμανσης ($F=7.062$, $R^2=.283$, $p=.001$). Αντίστοιχα για την MCS η πνευματική υγεία σχετίζεται με το στρες ($\beta = -0,309$, $p = ,024$), το άγχος ($\beta = 0,210$, $p = ,007$), την κατάθλιψη ($\beta = -0,614$, $P = ,001$) και την αισιοδοξία ($\beta = 0,125$, $p = 0,02$), και σκορ της MNSI ($\beta = 1,019$, $P = 0,037$) και οι παράγοντες εξηγούν το 64% της συνολικής της διακύμανσης ($F=31.669$, $R^2=.639$, $p=.001$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι συναισθηματικοί παράγοντες αποτελούν σημαντικές μεταβλητές που επιδρούν στην ποιότητα ζωής των υπερτασικών ασθενών ειδικά στο κομμάτι της πνευματικής τους υγείας.

Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΒΕΛΤΙΩΝΕΙ ΤΗΝ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΗ ΚΑΙ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΜΙΚΡΟΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ ΠΑΡΑΛΛΗΛΑ ΜΕ ΤΗΝ ΜΥΟΚΑΡΔΙΑΚΗ ΠΑΡΑΜΟΡΦΩΣΗ ΚΑΙ ΣΥΣΠΕΙΡΩΣΗ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΨΩΡΙΑΣΗ

Ι. Οικονομίδης¹, Μ. Βαρούδη¹, Ε. Παπαδαυίδ², Κ. Θεοδωρόπουλος², Χ. Στάμου², Σ. Γιατράκου², Δ. Κουμάκη², Ι. Παπαδάκης¹, Γ. Παυλίδης¹, Ε. Τριανταφυλλίδη¹, Μ. Αναστασίου-Νανά¹, Δ. Ρηγόπουλος², Ι. Λεκάκης¹

¹Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο, «Αττικών»,

²Β' Κλινική Αφροδισίων & Δερματικών Νόσων, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο 'Αττικών»

ΣΚΟΠΟΣ: Ο ρόλος της θεραπείας με βιολογικούς παράγοντες στη αγγειακή κυκλοφορία και στη λειτουργία της αριστερής κοιλίας είναι υπό διερεύνηση στους ασθενείς με Ψωρίαση.

ΜΕΘΟΔΟΣ: 101 ασθενείς [ηλικίας:50±12y] με ψωρίαση (PS) (PASI-disease activity score: 11.5±8) έλαβαν: **α)** anti-TNF-a-παράγοντα (n=32), **β)** anti-IL12/23-παράγοντα (n=31) **γ)** ένα συνδυασμό μεθοτρεξάτης με κυκλοσπορίνη (n=38).

Σε χρόνο 0 και 4μήνες θεραπείας μετρήθηκε: **α)** η ταχύτητα μετάδοσης του καρωτίδο-μηριαίου αρτηριακού σφυγμικού κύματος (PWVc) με τη συσκευή Complior (PWVc m/sec-Complior-SP-ALAM), ο δείκτης ενίσχυσης του σφυγμικού κύματος (AI%), η κεντρική αορτική συστολική πίεση (central-cSBP-mmHg) και η ταχύτητα αορτικού σφυγμικού κύματος (PWVa) by-Arteriograph, TensioMed). **β)** Μέτρηση της ενδοθηλιωξεαρτώμενης αγγειοδιαστολής (FMD) της βραχιονίου αρτηρίας και το πάχος του έσω μέσου χιτώνα των καρωτίδων (IMT) με υπερηχογραφία. **γ)** Η Ε' και Α' ταχύτητα διαμιτροειδικής ροής και ο λόγος τους Ε'/Α' χρησιμοποιώντας Doppler υπερηχογραφία, η επιμήκης μυοκαρδιακή παραμόρφωση της αριστερής κοιλίας (global LV longitudinal strain- GLS%), ο ρυθμός επιμήκου παραμόρφωσης (strain rate-GLSR-l/sec), οι ταχύτητες συσπείρωσης (Tw-deg), στο μέγιστο συσπείρωσης-peak-twisting (Tw-deg/sec), στην αποσυσπείρωση, στο άνοιγμα της Μιτροειδούς βαλβίδας (unTw) και αποσυσπείρωσης (unTw), με speckle tracking υπερηχογραφία. **δ)** Η Στεφανιαία εφεδρεία (CFR).

40 άτομα χωρίς Ψωρίαση χρησιμοποιήθηκαν ως ομάδα έλεγχου (controls).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στο baseline οι ασθενείς με ψωρίαση είχαν υψηλότερο PWVc, PWVa, AI, IMT, Tw, Tw-velocity, unTw-velocity και χαμηλότερο CFR, Ε'/Α', GLS σε σύγκριση με τους normals (p<0.05). Προδιαθεσικοί παράγοντες ηλικία και φύλο ήταν παρόμοια μεταξύ των ομάδων σε σύγκριση. Τέσσερις μήνες μετά την αγωγή, οι ασθενείς που έλαβαν βιολογικούς παράγοντες (n=63) είχαν υψηλότερο: FMD (11±6 vs.5±4), CFR (3.3±1.4 vs.2.6±1), Ε'/Α' (0.94±0.3 vs.0.74±0.3) και παρουσίασαν μείωση Ε/Ε' (8.3±3 vs.9.4±3), Tw (15±6 vs.17±9), Tw velocity (97±45 vs.110±48), ταχύτητας αποσυσπείρωσης κατά το άνοιγμα της μιτροειδούς βαλβίδος-untwisting at mitral valve opening (8.3±3 vs.9.4±3) και ταχύτητα αποσυσπείρωσης-unTw velocity-(100±44 vs.120±60) (p<0.05 για όλες τις ομάδες σύγκρισης) παρουσιάζοντας τιμές παρόμοιες με αυτές των controls (p=ns).

Δεν παρατηρήθηκε καμία διάφορα μεταξύ anti-TNFa και anti-IL-12/23. Αντιστρόφως μετά τη θεραπεία με κυκλοσπορίνη και μεθοτρεξάτη οι ασθενείς δεν παρουσίασαν καμία αλλαγή στο FMD (6.6±6 vs.6.3±4), CFR (2.7±1.4 vs.2.9±1), Ε'/Α' (0.89±0.3 vs.0.91±0.3), αλλά αύξηση στο AI (34±19 vs.26±22), cSBP (135±22 vs.128±15), Tw (15±5 vs.13±6) και unTw-velocity

(110±59 vs.98±55) (p0.05 για όλες τις ομάδες σε σύγκριση). Το PASI παρουσίασε βελτίωση σε όλα τα θεραπευτικά σχήματα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η θεραπεία με βιολογικούς παράγοντες βελτιώνει την ενδοθηλιακή και στεφανιαία μικροκυκλοφορία έχοντας σαν αποτέλεσμα τη βελτίωση της μυοκαρδιακής παραμόρφωσης και συσπείρωσης

ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΣΤΥΤΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ-ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΛΠΙΔΑ;

Α. Σαμέντζας, Γ. Σιώνης, Γ. Παπαγιάννης, Π. Τόλιος, Α. Καλαφάτης, Κ. Εμμανουήλ, Γ. Μπλαζάκης, Κ. Ευδωρίδης, Α. Ζήκος, Α. Τρίκας

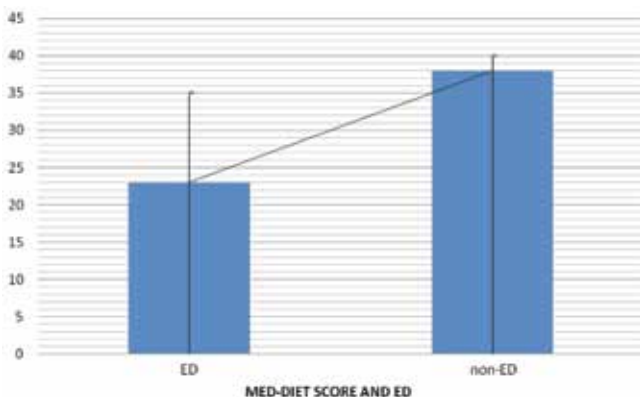
Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η μεσογειακή διαίτα όπως όλοι γνωρίζουμε αντιπροσωπεύει έναν τρόπο ζωής που συνδυάζεται με μακροζωία και καλή ποιότητα υγείας. Όσον αφορά την φυσιολογία των αγγείων, η εφαρμογή αυτής της διαίτας έχει δείξει ότι μπορεί να βελτιώσει τη λειτουργικότητα του ενδοθηλίου. Η ενδοθηλιακή δυσλειτουργία είναι ο κύριος παθοφυσιολογικός μηχανισμός της στυτικής δυσλειτουργίας που επηρεάζει δραματικά την ποιότητα της ζωής.

ΣΚΟΠΟΣ: Μελετήσαμε τη συσχέτιση μεταξύ της μεσογειακής διαίτας (ΜΔ) με την παρουσία και το βαθμό βαρύτητας της στυτικής δυσλειτουργίας (ΣΔ).

ΜΕΘΟΔΟΙ: Μελετήσαμε 100 ασθενείς με ΣΔ χωρίς ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου (ηλικίας 52 ± 15 ετών) και 100 άτομα χωρίς ΣΔ (ομάδα ελέγχου), αντίστοιχα σε ηλικία και παράγοντες κινδύνου. Η ΣΔ αξιολογήθηκε με βάση τον διεθνές ερωτηματολόγιο σεξουαλικής υγείας (International Index of Erectile Dysfunction -IIEF). Χαμηλό IIEF score δείχνει σοβαρή ΣΔ. Ο βαθμός εφαρμογής της Μεσογειακής διαίτας προσδιοριζόταν με ένα ειδικό score (το MED-DIET score, με θεωρητική διακύμανση 0-55). Αυξημένες τιμές αυτού του score δείχνουν μεγάλο βαθμό αφοσίωσης σε αυτού του είδους τη διαίτα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου οι ασθενείς με ΣΔ είχαν σημαντικά χαμηλότερο MED-DIET score ($P < 0.05$). Σε τελική ανάλυση το MED-DIET score συσχετιζόταν θετικά με την στυτική απόδοση όπως αυτή εκφραζόταν από το IIEF score ($P < 0.01$). Η συσχέτιση του MED-DIET score με το IIEF score παρέμεινε σημαντική αφού ελέγχθηκαν η ηλικία, οι παράγοντες κινδύνου και τα επίπεδα τεστοστερόνης ($P < 0.05$).



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μελέτη αυτή έδειξε ότι η πτωχή μακροχρόνια εφαρμογή της ΜΔ έχει δυσμενή επίδραση στην ΣΔ, ανεξάρτητα από τους κλασικούς παράγοντες κινδύνου. Μία διαίτα πλούσια σε φρούτα, όσπρια, λαχανικά, ξηρούς καρπούς και κυρίως ελαιόλαδο σε συνδυασμό με μέτρια κατανάλωση αλκοόλ, ειδικά μεταξύ των γευμάτων, μπορεί να αποβεί χρήσιμη ως προς την βελτίωση της λειτουργικότητας των αγγείων κι εν συνεχεία της στυτικής και καρδιαγγειακής επίδοσης.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΥ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ ΟΙΔΗΜΑ

Α. Σαμμέντζας¹, Σ. Γουλοπούλου², Γ. Παπαγιάννης¹, Γ. Σιώνης¹, Γ. Μπλαζάκης¹,
Α. Ζήκος¹, Α. Τρίκας¹

¹Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς», ²Κ.Υ. Σοφάδων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Πνευμονικό οίδημα ονομάζεται η κατάσταση κατά την οποία οι πνεύμονες γεμίζουν υγρό, λόγω της αυξημένης πίεσης στα αιμοφόρα αγγεία των πνευμόνων, όπως συμβαίνει σε κάποιες καρδιοπάθειες ή λόγω κάποιας λοίμωξης όπως πνευμονίας ή έκθεσης σε ορισμένες τοξίνες και φάρμακα.

Το οξύ πνευμονικό οίδημα είναι μια οξεία κατάσταση που εκδηλώνεται κυρίως με δύσπνοια και απαιτεί άμεση ιατρική αντιμετώπιση. Αν και το πνευμονικό οίδημα μερικές φορές μπορεί να αποβεί μοιραίο, η έκβαση του είναι ευνοϊκή αν χορηγηθεί άμεση θεραπεία.

ΣΚΟΠΟΣ: Με τη μελέτη αυτή προσπαθήσαμε να περιγράψουμε τα χαρακτηριστικά των ασθενών που αντιμετωπίστηκαν ως «Οξύ Πνευμονικό Οίδημα» τόσο σε ένα κεντρικό νοσοκομείο των Αθηνών (στα ΤΕΠ καρδιολογίας του ΓΝΑ ΕΛΠΙΣ) όσο και σε ένα νοσοκομείο της περιφέρειας (Κ.Υ Σοφάδων).

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 187 ασθενείς με μέση ηλικία 69 έτη (106 άνδρες και 81 γυναίκες) οι οποίοι αντιμετωπίστηκαν ως οξύ πνευμονικό οίδημα στα ΤΕΠ καρδιολογίας του ΓΝΑ ΕΛΠΙΣ και στο Κ.Υ. Σοφάδων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στο 56 % των ασθενών η αρχική συστολική πίεση ήταν >160 mmHg. Στην ακτινογραφία θώρακα σε ποσοστό περίπου 61% οι ασθενείς εμφάνιζαν εικόνα κυψελιδικού οιδήματος ενώ στους υπόλοιπους παρατηρήθηκε αναστροφή αιμάτωσης (20%) ή γραμμές Kerley (19%). Από τον υπερηχοκαρδιογραφικό έλεγχο διαπιστώθηκε ότι το 67% των ασθενών είχε κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας <45%. Το 39% των ασθενών έπασχε από σακχαρώδη διαβήτη, το 46% από αρτηριακή υπέρταση, το 57% από δυσλιπιδαιμία, το 44% ήταν καπνιστές ενώ το 37% παρουσίαζαν διαταραχή της νεφρικής λειτουργίας (Cr >1,5 mg/dl). Επίσης σε ποσοστό 52% συνυπήρχε ενεργός λοίμωξη του αναπνευστικού. Αξίζει να σημειωθεί ότι στο 47% των ασθενών παρατηρήθηκε αύξηση της τροπονίνης (μ.τ. 0,732-φ.τ <0,056). Όλοι οι ασθενείς έλαβαν άμεσα ενδοφλέβια διουρητική αγωγή και στο 82% χορηγήθηκαν νιτρώδη ενδοφλεβίως. Ενδοτραχειακή διασωλήνωση και μηχανική υποστήριξη της αναπνοής χρειάστηκε να εφαρμοσθεί στο 19% των ασθενών ενώ το ποσοστό θνησιμότητας ήταν περίπου 8%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς με οξύ πνευμονικό οίδημα αποτελούν μια ιδιαίτερος ετερογενή ομάδα ασθενών όσον αφορά στα δημογραφικά, κλινικά, ακτινολογικά, υπερηχογραφικά και λοιπά εργαστηριακά ευρήματα με αποτέλεσμα η διάγνωση και η αντιμετώπιση του οξέος πνευμονικού οιδήματος να χρήζει ιδιαίτερης προσοχής και εξατομίκευσης.

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

Α. Σαμέντζας, Γ. Σιώνης, Δ. Παπαδημητρίου, Δ. Παπασάικας, Ε. Σέρρη, Α. Ζήκος, Α. Τρίκας
Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς»

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

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

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

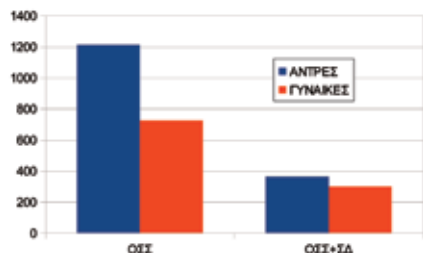
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη ασθενών (και των δύο φύλων) διαφόρων ηλικιακών ομάδων που νοσηλεύτηκαν στην καρδιολογική κλινική του Γ.Ν.Α. ΕΛΠΙΣ την τελευταία δεκαετία (2003-2012) λόγω ΟΣΣ (οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου-ασταθής στηθάγχη). Επιπλέον καταγράφηκαν όσοι από αυτούς έπασχαν από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

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

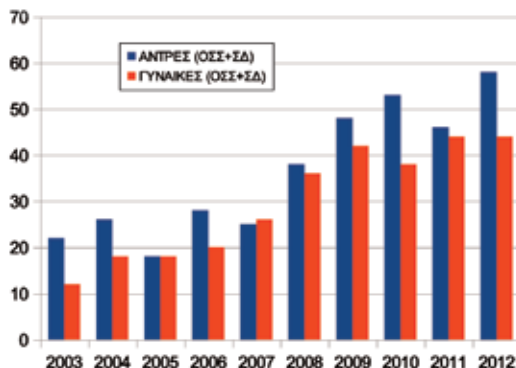
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τα παραπάνω αποτελέσματα προκύπτει ότι το ποσοστό συνύπαρξης ΣΔ και ΟΣΣ είναι ιδιαίτερα

Πίνακας 1.

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



Γράφημα 1.



Γράφημα 2.

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

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

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

Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΟΞΕΟΣ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ ΓΝΑ «Η ΕΛΠΙΣ»

Α. Σαμέντζας, Δ. Παπαδημητρίου, Α. Τρίκας

Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Είναι κοινώς αποδεκτό ότι η ολική θνησιμότητα αυξάνει κατά τις περιόδους κοινωνικών κρίσεων, όπως πόλεμοι, φυσικές καταστροφές ή τρομοκρατικές επιθέσεις.^{1,2} Η Ελλάδα βιώνει εδώ και χρόνια μια περίοδο οικονομικής κρίσης. Η έλευση της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης το φθινόπωρο του 2008 οδήγησε στον περαιτέρω εκτροχιασμό της ελληνικής οικονομίας, αφού το έλλειμμα άλλα και το χρέος αυξήθηκαν με ακόμη ταχύτερους ρυθμούς. Η οικονομική κρίση και οι συνέπειες αυτής όπως η ανεργία, η μείωση μισθών και η επακόλουθη έκπτωση του επιπέδου διαβίωσης επηρεάζουν την καρδιαγγειακή θνησιμότητα, όπως έχει φανεί από μελέτες σε άλλους πληθυσμούς. Η μελέτη της επίπτωσης του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου κατά την περίοδο της ελληνικής οικονομικής κρίσης, όπως αυτή αντικατοπτρίζεται από τα δεδομένα ενός κεντρικού νοσοκομείου των Αθηνών, αποκτά έντονο κοινωνικό και επιστημονικό ενδιαφέρον.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Μελετήθηκαν αναδρομικά δύο χρονικές περίοδοι αναφορικά με την επίπτωση του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου (ΟΕΜ) στους ασθενείς που εισήχθησαν στην Καρδιολογική Κλινική του ΓΝΑ ΕΛΠΙΣ κατά τα τελευταία 10 έτη. Η πρώτη χρονική περίοδος αφορά την πενταετία 1-1-2003 έως και 31-12-2007 η οποία ορίστηκε ως “πενταετία προ κρίσης” ενώ η δεύτερη αφορά το διάστημα 1-1-2008 έως και 31-8-2012 το οποίο ορίστηκε ως “πενταετία της κρίσης”. Ως χρονική έναρξη της κρίσης ορίστηκε το έτος 2008, καθώς τότε παρουσιάστηκε μείωση στο εθνικό ακαθάριστο εγχώριο προϊόν, η οποία εξακολουθεί να υφίσταται και συνοδεύεται από σταδιακή αύξηση του ποσοστού ανεργίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην πενταετία προ της κρίσης εισήχθησαν συνολικά 3420 ασθενείς στην Καρδιολογική Κλινική του ΓΝΑ ΕΛΠΙΣ εκ των οποίων οι 1903 ήταν άντρες και οι 1517 ήταν γυναίκες. Από τους 1903 άντρες ΟΕΜ υπέστησαν οι 444 (23,3%) εκ των οποίων οι 66 ήταν <45 ετών (14,9%), οι 61 ήταν ανασφάλιστοι (13,7%) και οι 31 (7%) χωρίς κανένα παράγοντα κινδύνου. Από τις 1517 γυναίκες οι 221 (14,57%) συνολικά υπέστησαν ΟΕΜ εκ των οποίων οι 39 (17,65%) ήταν <45 ετών, οι 22 (10%) ήταν ανασφάλιστες και οι 15 (6,7%) δεν είχαν κανένα παράγοντα κινδύνου.

Στην πενταετία της κρίσης εισήχθησαν συνολικά 3860 ασθενείς στην Καρδιολογική Κλινική του ΓΝΑ ΕΛΠΙΣ εκ των οποίων οι 2015 ήταν άντρες και οι 1845 ήταν γυναίκες. Από τους 2015 άντρες οι 569 υπέστησαν ΟΕΜ (28,2%) εκ των οποίων οι 89 (15,65%) ήταν κάτω των 45 ετών, οι 133 (23,4%) ανασφάλιστοι και οι 42 (7,4%) δεν είχαν κανένα παράγοντα κινδύνου. Από τις 1845 γυναίκες οι 412 (22,3%) υπέστησαν ΟΕΜ εκ των οποίων οι 94 (22,8%) ήταν κάτω των 45 ετών, οι 55 (13,35%) ήταν ανασφάλιστες και οι 29 (10,7%) δεν είχαν κανένα παράγοντα κινδύνου.

Τα ανωτέρω αποτελέσματα παρατίθενται συγκεντρωτικά στον Πίνακα 1 και στο Γράφημα 1.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τα ανωτέρω αποτελέσματα διαφαίνεται ότι ο αριθμός των εισαγωγών για ΟΕΜ παρουσίασε σημαντική αύξηση κατά την πενταετία της κρίσης και στα δύο φύλα συγκριτικά με την πενταετία προ της κρίσης αλλά η αύξηση αυτή ήταν σαφώς μεγα-

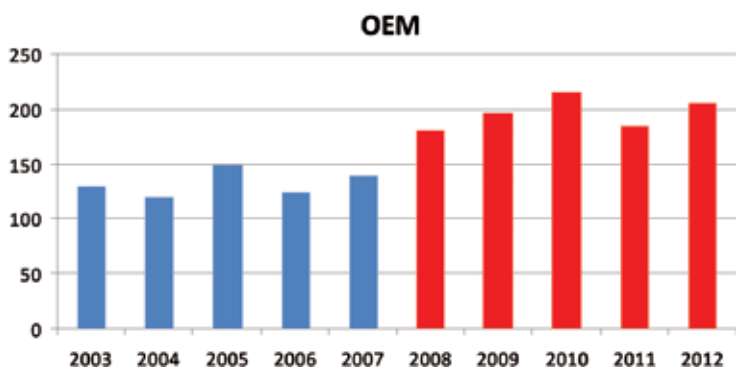
ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Συγκεντρωτικά στοιχεία OEM την 5ετία της κρίσης συγκριτικά με την 5ετία προ τη κρίσης.

	5ετία προ κρίσης		5ετία κρίσης	
	Άντρες	Γυναίκες	Άντρες	Γυναίκες
Σύνολο εισαγωγών	1903	1517	2015	1845
OEM	444 (23.3%)*	221 (14.6%)*	569 (28.2%)*	412 (22.3%)*
<45 ετών	66 (14.9%)†	39 (17.6%)†	89 (15.65%)†	94 (22.8%)†
Ανασφάλιστοι/ες	61 (13.7%)†	22 (10%)†	133 (23.4%)†	55 (13.35%)†
Χωρίς κανένα παράγοντα κινδύνου	31 (7.0%)†	15 (6.7%)†	42 (7.4%)†	29 (10.7%)†

*εντός της παρενθέσεως αναφέρονται τα ποσοστά OEM επί του συνόλου των εισαγωγών στις διάφορες υποομάδες

† ποσοστά επί του συνόλου των OEM στις διάφορες υποομάδες.

λύτερη για το γυναικείο φύλο ($p < 0.001$). Επίσης, αυξήθηκε σημαντικά το ποσοστό των ασθενών με OEM ηλικίας κάτω των 45 ετών τόσο στους άντρες όσο και στις γυναίκες με τις τελευταίες να κατέχουν τα πρωτεία στις μικρές ηλικίες ($p < 0.01$). Αυτό που είναι αξιοσημεί-



ΓΡΑΦΗΜΑ 1. Αριθμός OEM την 5ετία προ της κρίσης (μπλε χρώμα) και την 5ετία της κρίσης (κόκκινο χρώμα).

αύξηση συνολικά των ανασφάλιστων ασθενών που υπέστησαν OEM την περίοδο της κρίσης (κυρίως στο αντρικό φύλο) ενώ τέλος παρατηρήθηκε μια μικρή αύξηση του αριθμού των OEM σε άντρες και γυναίκες που δεν έφεραν κανένα παράγοντα κινδύνου ($p < 0.01$).

Παρόμοιες μελέτες και σε άλλους πληθυσμούς της ελληνικής περιφέρειας θα συνδράμουν σημαντικά στην αξιολόγηση της επίπτωσης της οικονομικής κρίσης στην καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνησιμότητα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Spiegel PB, Salama P. War and mortality in Kosovo, 1998–99: An epidemiological testimony Doctors and torture. *Lancet*. 2000;355:2204–2209.
2. Goldberg RJ, Spencer F, Leesard D, Yarzebsky J, Lareau C, Gore JM. Occurrence of Acute Myocardial Infarction in Worcester Massachusetts Before, During, and After the Terrorists Attacks in New York City and Washington, DC, on September 11 2001. *Am J Cardiol*. 2005;95:258–260.
3. Gurfinkel EP, Bozovich GE, Dabbous O, Mautner B, Anderson F. Socio economic crisis and mortality. Epidemiological testimony of the financial collapse of Argentina. *Thromb J*. 2005 13;3:22.

ΤΟ ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΣΥΣΤΟΛΙΚΟ ΦΟΡΤΙΟ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΑΟΡΤΙΚΗ ΣΚΛΗΡΙΑ ΣΕ DIPPER ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΩΤΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΙΣΑ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Ε. Τριανταφυλλίδη, Ι. Ξενογιάννης, Α. Σχοινιάς, Γ. Παυλίδης, Π. Τριβήλου, Ι. Οικονομίδης, Ι. Λεκάκης

Β΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ως υπερτασικό φορτίο ορίζεται το ποσοστό των παθολογικών τιμών της αρτηριακής πίεσης (συστολικής και διαστολικής) κατά την 24ωρη καταγραφή της (ABPM). Η αορτική σκληρία θεωρείται πολύτιμος δείκτης υποκλινικής βλάβης σε υπερτασικούς ασθενείς συμβάλλοντας στην εκτίμηση του καρδιαγγειακού κινδύνου. **Στόχος** μας ήταν να διερευνήσουμε τη συσχέτιση μεταξύ παραμέτρων του υπερτασικού φορτίου και της αορτικής σκληρίας σε ασθενείς με πρωτοδιαγνωσθείσα ιδιοπαθή υπέρταση βάσει της παρουσίας του φαινομένου dipping.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήσαμε 218 ασθενείς με πρωτοδιαγνωσθείσα ιδιοπαθή αρτηριακή υπέρταση χωρίς αγωγή (μέση ηλικία 51 ± 11 έτη, 189 άνδρες). Πραγματοποιήσαμε: α) 24ωρη καταγραφή της αρτηριακής πίεσης (ABPM) προκειμένου να εκτιμήσουμε το υπερτασικό φορτίο καθώς και τη νυχτερινή πτώση της αρτηριακής πίεσης (φαινόμενο dipping) και β) μελέτη της ταχύτητας διάδοσης σφυγμικού κύματος προκειμένου να αξιολογήσουμε την αορτική σκληρία (PWV). Ο συνολικός πληθυσμός διακρίθηκε βάσει του φαινομένου dipping στην ομάδα Α (n=156, dippers) και στην ομάδα Β (n=82, non-dippers).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Δεν προέκυψαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων σχετικά με το PWV, το δείκτη μάζας σώματος, τη συστολική, διαστολική και μέση αρτηριακή πίεση (ιατρείου και 24ωρη ABPM), την πίεση παλμού ιατρείου και το ημερήσιο συστολικό υπερτασικό φορτίο. Εν τούτοις, οι ασθενείς της ομάδας Α ήταν νεότεροι και εμφάνιζαν μειωμένη πίεση παλμού 24ώρου. Στην ομάδα Α το ημερήσιο συστολικό φορτίο εμφάνιζε συσχέτιση με δείκτες αορτικής σκληρίας: PWV ($r=0.21$, $p<0.01$), πίεση παλμού ($r=0.24$, $p<0.01$) και 24ωρη πίεση παλμού ($r=0.51$, $p<0.001$). Αντίστοιχη συσχέτιση δεν διαπιστώθηκε στους ασθενείς της ομάδας Β. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση παλινδρόμησης που ακολούθησε στην Ομάδα Α και όπου ως ανεξάρτητες μεταβλητές εισήχθησαν η συστολική αρτηριακή πίεση ιατρείου (ή ABPM), η πίεση παλμού ιατρείου (ή ABPM), η μέση αρτηριακή πίεση και το ημερήσιο συστολικό φορτίο διαπιστώθηκε ότι το PWV εμφάνιζε ανεξάρτητη συσχέτιση μόνο με τη μέση αρτηριακή πίεση και την 24ωρη πίεση παλμού.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το ημερήσιο συστολικό φορτίο κατά την 24ωρη καταγραφή της αρτηριακής πίεσης σχετίζεται με τους δείκτες αορτικής σκληρίας σε υπερτασικούς dipper ασθενείς χωρίς αγωγή, αλλά όχι ανεξάρτητα από το επίπεδο της αρτηριακής πίεσης. Η συσχέτιση αυτή χάνεται στους υπερτασικούς non-dippers, όπου διαφορετικοί παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί οδηγούν σε ιδιαίτερα αυξημένο 24ωρο υπερτασικό φορτίο.

ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΣΕ ΥΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕΤΑ ΤΕΣΣΕΡΑ ΕΤΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

Ε. Τριανταφυλλίδη, Γ. Παυλίδης, Λ. Παλαιοδήμος, Π. Τριβήλου, Β. Σαραντοπούλου, Α. Καραγκιούλη, Α. Σχοινάς, Ι. Λεκάκης

Β΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η επίπτωση του μεταβολικού συνδρόμου στα παιδιά έχει αυξηθεί δραματικά τα τελευταία χρόνια δεικνύοντας πιθανή αύξηση των μελλοντικών καρδιαγγειακών συμβάντων στους ενήλικες. Τα παιδιά συχνά αλλάζουν διατροφικές συνήθειες καθώς μεγαλώνουν υιοθετώντας λιγότερο υγιεινή διατροφή. **Σκοπός** μας ήταν η διερεύνηση μεταβολών τόσο στις διατροφικές συνήθειες, όσο και σε παραμέτρους του μεταβολικού συνδρόμου σε υγιή παιδιά μετά από τέσσερα έτη παρακολούθησης.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Μελετήσαμε 70 υγιή παιδιά (ηλικία 10-16 έτη, 39 αγόρια) ως προς τις διατροφικές συνήθειες, το δείκτη μάζας σώματος (BMI), τις παραμέτρους της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ), το λιπιδαιμικό προφίλ, τις αθλητικές δραστηριότητες και τα επίπεδα ουρικού οξέος. Τα παιδιά χωρίστηκαν ανάλογα με την ηλικία σε δύο ομάδες, την ομάδα Α (ηλικία 10-12 έτη, 21 αγόρια) και την ομάδα Β (ηλικία 12,5-16 έτη, 18 αγόρια). Η ηλικία των δώδεκα ετών αντιστοιχεί στο τέλος της πρωτοβάθμιας και την έναρξη της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Ο ίδιος έλεγχος είχε προηγηθεί από την ίδια ομάδα ερευνητών πριν τέσσερα έτη.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην επανεξέταση παρατηρήσαμε ότι τα παιδιά της Ομάδας Α: α. σχεδόν διατήρησαν τις διατροφικές τους συνήθειες (καμία μεταβολή στην κατανάλωση κοτόπουλου, σαλάτας και φρούτων ανά εβδομάδα, μείωση της κατανάλωσης ψαριού) ενώ τα επίπεδα ουρικού οξέος παρέμειναν σταθερά. Τα παιδιά της Ομάδας Β: α. βελτίωσαν τις διατροφικές τους συνήθειες (καμία μεταβολή σε κατανάλωση σαλάτας και ψαριού ανά εβδομάδα και αύξηση στην κατανάλωση κοτόπουλου και φρούτων) ενώ τα επίπεδα ουρικού οξέος αυξήθηκαν. Και οι δύο ομάδες αύξησαν τις αθλητικές τους δραστηριότητες ($p=0.01$ και <0.001 , αντίστοιχα), τις παραμέτρους της αρτηριακής πίεσης (συστολική, διαστολική, πίεση παλμού, μέση πίεση) και το BMI, διατήρησαν σταθερό το λιπιδαιμικό προφίλ (χοληστερόλη, LDL, τριγλυκερίδια), ενώ η HDL μειώθηκε. Τέλος, κατά την επανεξέταση οι δύο ομάδες παιδιών διέφεραν μεταξύ τους ως προς το BMI ($p<0.001$), τη συστολική αρτηριακή πίεση ($p<0.05$) και την κατανάλωση φρούτων ανά εβδομάδα ($p<0.05$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Φαίνεται ότι τα παιδιά υιοθετούν υγιεινοδιαιτητικές συνήθειες, όσον αφορά τη διατροφή και τη φυσική άσκηση, κατά τη διάρκεια της φοίτησης στο δημοτικό σχολείο. Ξεκινώντας το γυμνάσιο, αυτός ο τρόπος ζωής όχι μόνο παραμένει, αλλά ενισχύεται οδηγώντας σε πιο υγιεινό τρόπο ζωής και ενδεχομένως μειώνοντας το μελλοντικό καρδιαγγειακό κίνδυνο.

Η ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΕΥΡΟΥΣ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ ΤΩΝ ΕΡΥΘΡΩΝ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΩΝ ΜΕΤΗΝ ΑΟΡΤΙΚΗ ΣΚΛΗΡΙΑ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΠΡΩΤΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΙΣΑ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΤΑΔΙΟΥ Ι-ΙΙ

Ε. Τριανταφυλλίδη, Α. Σχοινάς, Π. Τριβήλου, Γ. Παυλίδης, Ι. Οικονομίδης, Σ. Τζώρτζης, Ι. Λεκάκης

Β΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το εύρος κατανομής ερυθρών (RDW), στοιχείο της γενικής εξέτασης αίματος, είναι ένας δείκτης της μεταβλητότητας του μεγέθους των κυκλοφορούντων ερυθρών αιμοσφαιρίων. Το αυξημένο RDW εμφανίζει ανεξάρτητη συσχέτιση με τη νοσηρότητα και τη θνητότητα σε καρδιαγγειακές παθήσεις ενώ είναι υψηλό σε υπερτασικούς ασθενείς σε σύγκριση με νορμοτασικούς. **Σκοπός** της μελέτης μας ήταν η μελέτη της σχέσης του RDW με βλάβες οργάνων-στόχων σε πρόσφατα διαγνωσθέντες μεσήλικες ασθενείς με ήπια ή μέτρια ιδιοπαθή υπέρταση.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 73 μη διαβητικοί πρόσφατα διαγνωσθέντες χωρίς αγωγή ασθενείς με ιδιοπαθή υπέρταση (μέση ηλικία 48 ± 11 έτη, 51 άνδρες). Υπεβλήθησαν σε 24ωρη καταγραφή αρτηριακής πίεσης, εκτίμηση της αορτικής σκληρίας (PWV), υπολογισμό του πάχους έσω-μέσου χιτώνα των καρωτίδων (IMT) και υπέρηχοκαρδιογράφημα για εκτίμηση της υπερτροφίας της αριστεράς κοιλίας (LVMI) και της εφεδρείας της στεφανιαίας μικροκυκλοφορίας (CFR).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες αναφορικά με την ηλικία, το δείκτη μάζας-σώματος (BMI), την LDL, τη συστολική πίεση 24ωρης καταγραφής, την PWV, την LVMI, IMT, τη CFR και το RDW. Διαπιστώσαμε ότι στις γυναίκες το RDW εμφάνιζε ικανοποιητική συσχέτιση με τη PWV ($r=0.48$, $p<0.05$). Σε γραμμική ανάλυση παλινδρόμησης όπου η ηλικία, το BMI, η 24ωρη αρτηριακή πίεση, το κάπνισμα και η PWV χρησιμοποιήθηκαν ως ανεξάρτητες μεταβλητές, διαπιστώσαμε μία ανεξάρτητη συσχέτιση ανάμεσα στο RDW και την PWV ($\text{Beta}=0.48$, $p<0.05$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρούσα μελέτη παρέχει ουσιαστικές ενδείξεις ότι το RDW θα μπορούσε να προβλέψει επηρεασμένη αορτική σκληρία σε υπερτασικές γυναίκες. Περαιτέρω μελέτες που θα διερευνήσουν την πιθανότητα ύπαρξης αυτής της σχέσης και μετά την επιτυχή αντιυπερτασική αγωγή είναι αναγκαίες.

ΜΟΝΤΕΛΟ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Ι. Χιωτέλης¹, Λ. Ραλλίδης², Ε. Καλλίστρατος¹, **Κ. Κυφνίδης**, Λ. Πουλημένος¹, Α. Σκύρλας¹, Α.Ι. Μανώλης¹

¹Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ασκληπιείο» Βούλα, ²Β΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο, «Αττικόν»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα μοντέλα εκτίμησης καρδιαγγειακού κινδύνου παρουσιάζουν προοδευτικά μεγάλο ερευνητικό ενδιαφέρον, καθότι ποσοτικοποιούν τον κίνδυνο ατόμων ή πληθυσμών, εντοπίζουν άτομα που θα ωφεληθούν από παρεμβάσεις σε επίπεδο ατόμου ή πληθυσμού, δίνουν κίνητρο συμμόρφωσης ατόμων ή πληθυσμών στις παρεμβάσεις, αλλά και ορίζουν τους στόχους της πολιτικής δημόσιας υγείας.

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη και καταγραφή των χαρακτηριστικών, ατόμων και ομάδων, στα οποία, μετρήθηκε ο ατομικός τους κίνδυνος με το Ελληνικό μοντέλο SCORE (Hellenic Score) και μετά από σύντομο χρονικό διάστημα μείωσαν ή όχι αυτόν τον κίνδυνο από κατάλληλη παρέμβαση.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Κατά το έτος 2011-12, 212 εθελοντές ηλικίας ετών $53,37 \pm 6,63$ οι άνδρες (48,6%) και $54,7 \pm 6$ οι γυναίκες (51,4%) προσήλθαν διαδοχικά στο καρδιολογικό ιατρείο και δέχτηκαν να συμμετέχουν στη μελέτη. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά στοιχεία, ηλικία, φύλο, ύψος, βάρος καθώς και παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο, όπως καπνιστικές συνήθειες, τιμές αρτηριακής πίεσης, τιμές ολικής χοληστερόλης και HDL-C, LDL-C. Ο 10-ετής κίνδυνος για θανατηφόρο καρδιαγγειακό επεισόδιο των συμμετεχόντων υπολογίστηκε με βάση το HellenicSCORE (μία αναβαθμονόμηση του ESC-SCORE).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από την ανάλυση προέκυψε ότι και τα δυο φύλα μείωσαν το απόλυτο ($P=0,043$) και το σχετικό σκορ ($p<0,001$) κινδύνου στο τέλος της μελέτης. Η μείωση της αρτηριακής πίεσης σχετίστηκε με τη μείωση του υπολογιζόμενου κινδύνου στο σύνολο του πληθυσμού της μελέτης ($p<0,001$). Η μείωση του καπνίσματος και της ολικής χοληστερίνης δεν φάνηκε να σχετίζεται με τη μείωση του υπολογιζόμενου κινδύνου. Όσο αφορά την ηλικία φάνηκε ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς οφελήθηκαν περισσότερο από τη θεραπευτική παρέμβαση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στην κλινική πράξη υπάρχει ακόμα ένα μεγάλο χάσμα στην πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Αυτό αφορά την αδυναμία αλλαγής τρόπου ζωής, δηλαδή την υιοθέτηση υγιεινότερης διατροφής, συστηματικής άσκησης και διακοπής του καπνίσματος. Η καλύτερη ενημέρωση, η βελτίωση της θεραπευτικής προσέγγισης και η ενιαία διαχείριση των ασθενών θα μπορούσε να βελτιώσει τα αποτελέσματα ώστε να μειωθούν περισσότερο τα καρδιαγγειακά νοσήματα.

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΥ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟ ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Π. Κατσαούνη^{1,2}, Ε. Παπαμιχαήλ¹, Α. Μαϊλλης^{1,3}

¹Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Ιατρική Σχολή, ²Είδ/νη Γενικής Ιατρικής Γ.Ν. Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», ³Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής Ιατρικής Σχολής Αθηνών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα δημόσιας υγείας είναι η αύξηση της καταθλιπτικής νόσου. Σκοπός της παρούσας πρωτογενούς μελέτης ήταν η διερεύνηση της συνύπαρξης καρδιαγγειακής νόσου και κατάθλιψης σε χρόνιους πάσχοντες ασθενείς άνω των 65 ετών σε επίπεδο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

ΜΕΘΟΔΟΣ-ΥΛΙΚΟ: Μελετήθηκαν 100 άτομα τα οποία προσέρχονταν στο Κέντρο Υγείας Σαλαμίνας και παρακολουθούνταν στα τακτικά ιατρεία από τον Μάιο έως και τον Αύγουστο του 2013.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Γυναίκες ήταν το 51% του δείγματος, με την πλειονότητα (62%) να είναι ηλικίας 65-74 ετών. Η υπέρταση ήταν η συχνότερη διαταραχή (71%) ακολουθούμενη από τη δυσλιπιδαιμία (50%) και τον σακχαρώδη διαβήτη (43%). Η συχνότητα της στεφανιαίας νόσου ήταν 25% και της κολπικής μαρμαρυγής 10%.

Στατιστικά σημαντική διαφορά υπήρξε στην περίπτωση της στεφανιαίας νόσου. Οι έχοντες στεφανιαία νόσο εμφάνισαν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης από όσους δεν ανέφεραν Σ.Ν., της οποίας η μέση τιμή ήταν υψηλότερη του 5, δείχνοντας πιθανότητα καταθλιπτικής διαταραχής (5,52±3,25 έναντι 4,25±2,31, p=0,036). Σε σχέση με τα υπόλοιπα νοσήματα του πίνακα δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Πίνακας. Διαφορές στην κλίμακα κατάθλιψης GDS ανάλογα με τα κυριότερα νοσήματα.

		N	GDS	p
Υπέρταση	Ναι	71	4,45±2,59	0,480
	Όχι	29	4,86±2,73	
Σακχαρώδης Διαβήτης	Ναι	43	4,69±2,12	0,675
	Όχι	57	4,47±2,96	
Δυσλιπιδαιμία	Ναι	50	4,41±2,67	0,623
	Όχι	50	4,70±2,59	
Στεφανιαία Νόσος	Ναι	25	5,52±3,25	0,036
	Όχι	75	4,25±2,31	
Κολπική Μαρμαρυγή	Ναι	10	4,30±2,66	0,734
	Όχι	90	4,60±2,63	

t-test

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Κατάθλιψη και καρδιαγγειακή νόσος δρουν συνεργικά αυξάνοντας η μία τη νοσηρότητα και τη θνητότητα της άλλης. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης τονίζουν τη συμβολή των τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου στην πρόληψη της κατάθλιψης και υπογραμμίζουν τη συνύπαρξη καρδιοπάθειας και κατάθλιψης.

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ AUTHORS' INDEX

ANESTIS A.....	19, 38	ΒΟΥΔΡΗΣ Β.....	14, 23
KARDASSIS D.....	19, 38	ΒΡΕΤΤΟΥ Ρ.....	10, 23
THEOFILATOS D.....	19, 38	ΒΥΣΣΟΥΛΗΣ Γ.....	12, 23

A

ΑΔΑΜΟΠΟΥΛΟΥ Β.....	12
ΑΔΑΜΟΠΟΥΛΟΥ Ε.....	23
ΑΘΑΝΑΣΙΑΣ Δ.....	14, 23
ΑΛΛΑΒΕΡΑΣ Α.....	14, 23
ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ Ν.....	10, 23
ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ ΝΑΝΑ Μ.....	21, 47
ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΥ Ι.....	19, 37
ΑΝΔΡΕΑΔΗΣ Ε.....	12, 23
ΑΝΔΡΙΚΟΠΟΥΛΟΣ Γ.....	13, 14, 23
ΑΝΔΡΙΟΠΟΥΛΟΥ Μ.....	18, 30
ΑΝΤΩΝΙΑΔΟΥ Ε.....	18, 34
ΑΝΤΩΝΙΟΥ Α.....	18, 32
ΑΝΤΩΝΟΠΟΥΛΟΣ Α.....	20, 44
ΑΠΟΣΤΟΛΟΥ Θ.....	11, 23
ΑΡΜΕΝΙΑΚΟΣ Ι.....	10, 23
ΑΣΛΑΝΗΣ Ε.....	21, 46
ΑΧΕΙΜΑΣΤΟΣ Α.....	14, 23

B

ΒΑΒΟΥΡΑΝΑΚΗΣ Μ.....	14, 23
ΒΑΡΟΥΔΗ Μ.....	18, 21, 31, 47
ΒΑΣΙΛΑΚΟΣ Ι.....	18, 32
ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΥ Ε.....	18, 35
ΒΑΣΛΑΜΑΤΖΗΣ Μ.....	15, 23
ΒΕΡΓΙΔΟΥ Π.....	19, 36
ΒΛΑΧΟΠΟΥΛΟΣ Χ.....	14, 15, 17, 23

Γ

ΓΑΡΟΥΦΗ Α.....	16, 23
ΓΕΡΜΑΝ Β.....	18, 32
ΓΙΑΝΝΑΚΟΣ Γ.....	18, 32
ΓΙΑΝΝΑΚΟΥΛΙΑ Μ.....	10, 23
ΓΙΑΝΝΙΤΣΗ Σ.....	18, 34
ΓΙΑΤΡΑΚΟΥ Σ.....	21, 47
ΓΚΟΥΜΑΣ Γ.....	16, 23
ΓΚΡΟΖΟΥ Α.....	19, 36
ΓΟΥΛΟΠΟΥΛΟΥ Σ.....	21, 50
ΓΡΑΣΣΟΣ Χ.....	12, 23

Δ

ΔΕΔΟΥΣΗΣ Γ.....	13, 23
ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ Γ.....	14, 18, 23, 31
ΔΡΙΤΣΑ Β.....	19, 37

Ε

ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ Κ.....	21, 49
ΕΞΑΡΧΟΣ Δ.....	10, 23
ΕΥΔΩΡΙΔΗΣ Κ.....	21, 49
ΕΥΘΥΜΙΑΔΗΣ Α.....	16, 23
ΕΥΘΥΜΙΑΔΗΣ Ι.....	16, 23

Z

ΖΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Ν.....	12, 23
ΖΑΝΝΗΣ Β.....	13, 23

ΖΗΚΟΣ Α 21, 49, 50, 51
ΖΟΛΙΝΔΑΚΗ Μ..... 19, 39

Η

ΗΛΙΟΔΡΟΜΙΤΗΣ Ε 10, 23
ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ Α 18, 32

Θ

ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΣ Κ..... 21, 47

Ι

ΙΩΑΚΕΙΜΙΔΗΣ Ν..... 12, 23

Κ

ΚΑΚΙΣΗΣ Ι..... 15, 24
ΚΑΛΑΦΑΤΗΣ Α..... 21, 49
ΚΑΛΛΙΣΤΡΑΤΟΣ Ε 22, 58
ΚΑΠΑΝΤΑΗΣ Ε..... 14, 24
ΚΑΠΛΑΝΗΣ Ι..... 20, 44
ΚΑΠΡΙΤΣΟΥ Μ..... 18, 35
ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗ Μ 19, 39
ΚΑΡΑΓΚΙΟΥΛΗ Α 22, 56
ΚΑΡΔΑΣΗΣ Δ..... 13, 24
ΚΑΡΠΑΝΟΥ Ε..... 14, 24
ΚΑΣΙΜΟΣ Δ 18, 32
ΚΑΣΣΙΚΟΥ Ι..... 19, 37
ΚΑΤΣΑΟΥΝΗ Π..... 22, 59
ΚΑΤΣΗ Β 12, 24
ΚΙΤΣΙΟΥ Α 10, 24
ΚΟΛΟΒΟΥ Γ..... 16, 24
ΚΟΡΚΟΛΗΣ ΔΠ 18, 35
ΚΟΥΜΑΚΗ Δ 21, 47
ΚΟΥΜΟΥΤΣΕΑ Δ 18, 32
ΚΟΥΝΑΣ Σ 14, 24
ΚΟΥΡΟΥΚΛΗΣ Σ..... 18, 32
ΚΟΥΤΟΥΛΑΚΗΣ Ε 19, 37

ΚΟΥΤΣΑΘΑΝΑ Φ..... 18, 31
ΚΟΥΤΣΟΒΑΣΙΛΗΣ Α 19, 21, 26, 46
ΚΡΑΤΗΜΕΝΟΣ Θ..... 10, 24
ΚΥΦΝΙΔΗΣ Κ..... 22, 58
ΚΩΤΟΥΛΑΣ Γ 15, 24
ΚΩΤΟΥΛΑΣ Χ 19, 37

Λ

ΛΑΜΠΑΔΙΑΡΗ Β 12, 18, 24, 31
ΛΑΤΣΙΟΣ Γ..... 12, 24
ΛΕΚΑΚΗΣ Γ..... 9, 24
ΛΕΚΑΚΗΣ Ι..... 11, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 24,
..... 31, 39, 47, 55, 56, 57
ΛΕΤΣΑΣ Κ..... 15, 24
ΛΙΑΚΟΣ Γ 19, 39
ΛΙΑΤΗΣ Σ 14, 24
ΛΥΡΑΚΟΣ Γ 19, 21, 36, 46

Μ

ΜΑΔΙΑΝΟΣ Φ 13, 24
ΜΑΙΛΛΗΣ Α 22, 59
ΜΑΚΡΗΣ Θ 12, 17, 24
ΜΑΚΡΥΛΑΚΗΣ Κ..... 14, 15, 24
ΜΑΜΑΡΕΛΗΣ Ι..... 19, 37
ΜΑΝΩΛΗΣ Α 15, 24
ΜΑΝΩΛΗΣ ΑΙ 22, 58
ΜΑΡΑΚΟΜΙΧΕΛΑΚΗΣ Γ 11, 24
ΜΑΡΙΝΗ Α..... 18, 34
ΜΑΥΡΟΚΕΦΑΛΟΥ Ε 16, 24
ΜΕΛΙΔΩΝΗΣ Α..... 14, 24
ΜΙΧΑΛΑΚΕΑΣ Χ..... 14, 24
ΜΙΧΑΛΗΣ Λ 18, 34
ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΥ Ε 15, 24
ΜΟΣΧΟΣ Ν..... 21, 46
ΜΟΥΝΤΑΚΗ Β..... 19, 40
ΜΠΑΚΟΜΗΤΡΟΥ Φ 19, 36

ΜΠΑΡΜΠΑΓΙΑΝΝΗΣ Π.....	18, 32
ΜΠΑΡΜΠΕΤΣΕΑΣ Ι.....	10, 25
ΜΠΑΡΟΥΤΣΗ Κ.....	19, 39
ΜΠΑΣΧΑΛΗ Α.....	10, 25
ΜΠΕΝΕΤΟΥ Β.....	10, 25
ΜΠΕΧΛΙΟΥΛΗΣ Α.....	18, 34
ΜΠΙΛΙΑΝΟΥ Ε.....	16, 25
ΜΠΙΤΣΩΡΗ Ζ.....	18, 30
ΜΠΛΑΖΑΚΗΣ Γ.....	19, 21, 42, 49, 50
ΜΠΟΥΓΙΑΚΗ Μ.....	18, 34
ΜΠΟΥΛΜΠΑΣΑΚΟΣ Γ.....	10, 25
ΜΠΟΥΣΜΠΟΥΛΑΣ Σ.....	19, 21, 36, 46
ΜΥΓΔΑΛΗΣ Η.....	14, 25

Ν

ΝΑΚΑ ΚΚ.....	18, 34
ΝΙΚΟΛΑΟΥ Κ.....	18, 34
ΝΟΥΤΣΟΥ Μ.....	14, 25

Ξ

ΞΕΝΟΓΙΑΝΝΗΣ Ι.....	22, 55
ΞΥΔΑΣ Τ.....	10, 25

Ο

ΟΙΚΟΝΟΜΙΔΗΣ Ι.....	16, 18, 21, 22, 25, 31, 47, 55, 57
ΟΛΥΜΠΙΟΣ Χ.....	14, 25

Π

ΠΑΛΑΙΟΔΗΜΟΣ Λ.....	22, 56
ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Γ.....	15, 25
ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Χ.....	11, 25
ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗΣ Γ.....	20, 21, 44, 49, 50
ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ Ι.....	21, 47
ΠΑΠΑΔΑΥΙΔ Ε.....	21, 47
ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Δ.....	19, 21, 22, 40, 51, 53
ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Κ.....	10, 25

ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Δ.....	12, 25
ΠΑΠΑΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΥ Α.....	19, 21, 36, 46
ΠΑΠΑΜΙΧΑΗΛ Ε.....	22, 59
ΠΑΠΑΣΑΙΚΑΣ Δ.....	20, 21, 44, 51
ΠΑΠΠΑΣ Σ.....	14, 25
ΠΑΣΧΑΛΗΣ Α.....	19, 20, 42, 44
ΠΑΤΡΙΚΟΣ Δ.....	18, 32
ΠΑΥΛΙΔΗΣ Γ.....	18, 21, 22, 31, 47, 55, 56, 57
ΠΙΕΤΡΗ Π.....	12, 25
ΠΟΥΛΗΜΕΝΟΣ Λ.....	22, 58

Ρ

ΡΑΛΛΙΔΗΣ Λ.....	12, 14, 15, 16, 19, 22, 25, 39, 58
ΡΑΠΤΗΣ Α.....	14, 25
ΡΗΓΟΠΟΥΛΟΣ Δ.....	21, 47
ΡΙΣΒΑΣ Γ.....	10, 25
ΡΙΧΤΕΡ Δ.....	11, 12, 13, 15, 16, 25

Σ

ΣΑΜΕΝΤΖΑΣ Α.....	19, 20, 21, 22, 40, 42, 44, 49, 50, 51, 53
ΣΑΝΟΥΔΟΥ Δ.....	13, 25
ΣΑΡΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ Β.....	22, 56
ΣΕΡΓΗ Ε.....	20, 21, 44, 51
ΣΙΔΕΡΗΣ Α.....	11, 25
ΣΙΣΚΟΥ Τ.....	18, 35
ΣΙΩΝΗΣ Γ.....	19, 20, 21, 42, 44, 49, 50, 51
ΣΙΩΝΗΣ Φ.....	18, 34
ΣΚΥΡΛΑΣ Α.....	22, 58
ΣΟΥΓΙΟΥΛΤΖΗΣ Σ.....	10, 25
ΣΠΙΝΑΡΗΣ Β.....	19, 21, 36, 46
ΣΤΑΜΑΤΗΣ Δ.....	11, 25
ΣΤΑΜΟΥ Χ.....	21, 47
ΣΤΕΡΓΙΟΥ Γ.....	16, 25
ΣΤΟΥΓΙΑΝΝΟΣ Π.....	19, 20, 42, 44
ΣΧΟΙΝΑΣ Α.....	22, 55, 56, 57

ΣΩΤΗΡΟΠΟΥΛΟΣ Α..... 16, 26

Τ

ΤΑΥΡΙΔΟΥ Α..... 16, 26

ΤΖΩΡΤΖΗΣ Σ..... 22, 57

ΤΟΛΙΟΣ Π..... 21, 49

ΤΟΥΣΟΥΛΗΣ Δ..... 15, 26

ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΗ Ε..... 12, 18, 21, 22, 26, 31,
..... 47, 55, 56, 57

ΤΡΙΑΝΤΗΣ Γ..... 18, 34

ΤΡΙΒΗΛΟΥ Π..... 22, 55, 56, 57

ΤΡΙΚΑΣ Α..... 10, 19, 21, 22, 40, 42, 44, 49, 51, 53

ΤΡΙΚΑΣ Θ..... 26

ΤΣΑΓΚΑΡΗΣ Η..... 14, 26

ΤΣΑΚΙΡΙΔΟΥ Μ..... 18, 35

ΤΣΙΟΥΦΗΣ Κ..... 9, 26

ΤΣΙΤΟΥΡΗΣ Γ..... 9, 13, 26

Υ

ΥΦΑΝΤΗ Γ..... 11, 26

Φ

ΦΑΠΠΑ Ε..... 10, 26

ΦΙΛΗΣ Κ..... 15, 26

ΦΛΕΒΑΡΗ Π..... 15, 26

ΦΟΥΣΑΣ Σ..... 14, 26

Χ

ΧΑΡΟΣ Δ..... 18, 30

ΧΑΤΖΗΩΑΝΝΟΥ Α..... 10, 26

ΧΕΛΙΔΩΝΗΣ Ζ..... 19, 39

ΧΙΩΤΕΛΗΣ Ι..... 22, 58

Ψ

ΨΑΛΤΟΠΟΥΛΟΥ Θ..... 10, 26