



ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ

16ο

ΒΟΡΕΙΟΕΛΛΑΔΙΚΟ
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ
ΣΥΝΕΔΡΙΟ

25-27/5/2017

ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ PALACE
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ
ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 26 ΜΑΪΟΥ 2017

40 ΧΡΟΝΙΑ
ΚΕΒΕ

ΤΕΛΙΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ





ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

04 / ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ

05 / ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ

06 / ΘΕΜΑΤΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

07 / ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΤΕΛΕΤΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ

08 / ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

19 / ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ / ΟΜΙΛΗΤΕΣ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

25 / ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

26 / ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

28 / ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

67 / 14^η ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ

71 / ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΗΜΕΡΙΔΑΣ

74 / ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ

Αγαπητοί/ές Συνάδελφοι,

Η ΚΕΒΕ διοργανώνει και φέτος το ετήσιο συνέδριό της που θα πραγματοποιηθεί στη Θεσσαλονίκη, στο ξενοδοχείο Makedonia Palace στις 25-27 Μαΐου 2017.

Όπως έχει καθιερωθεί τα τελευταία χρόνια, το συνέδριο στοχεύει στην παροχή, κατά το δυνατόν, ενός ευρέος φάσματος γνώσεων και πληροφοριών, που να αφορούν όλους τους καρδιολόγους, ανεξάρτητα του είδους εμπλοκής ενός εκάστου στην καρδιολογία (πρωτο-βάθμιοι-νοσοκομειακοί-κλινικοί-επεμβατικοί κ.λ.π.)

Όπως πάντα, έτσι και εφέτος, έχει δοθεί έμφαση στην κλινική-εφαρμοσμένη καρδιολογία της καθ' ημέραν πράξης με την παρουσίαση και συζήτηση κλινικών περιστατικών, αλλά και την παρουσίαση των αποτελεσμάτων των νέων μελετών ενταγμένων στην καθημερινή κλινική πράξη και στις κατευθυντήριες οδηγίες.

Σημαντική θέση και στο φετινό συνέδριο κατέχουν οι ειδικευόμενοι και η εκπαίδευσή τους. Θα υπάρξουν και φέτος κλινικά φροντιστήρια τις μεσημβρινές ώρες και στις τρεις ημέρες του συνεδρίου.

Έγινε προσπάθεια να προσκληθούν ως πρόεδροι και ομιλητές, όσο το δυνατόν μεγαλύτερος αριθμός έγκριτων συναδέλφων από την Βόρεια Ελλάδα, αλλά και εξέχοντες ομιλητές από την υπόλοιπη Ελλάδα και το εξωτερικό.

Η φετινή εκδήλωση συμπίπτει με τα σαράντα χρόνια από την ίδρυση της εταιρείας. Το γεγονός έχει ιδιαίτερη σημασία για τη Βόρεια Ελλάδα και θα εορτασθεί δεόντως κατά την τελετή έναρξης του συνεδρίου, όπου θα δοθεί ευκαιρία για μια εκτενή παρουσίαση της ιστορίας της ΚΕΒΕ και των ανθρώπων που συνέβαλαν στην ίδρυση και καθιέρωσή της σαν θεσμό στην χώρα μας.

Ελπίζοντας στην ενθουσιώδη ανταπόκριση και ενεργό συμμετοχή σας στην εκδήλωσή μας αυτή, εύχομαι ένα ευχάριστο και παραγωγικό συνέδριο στη Θεσσαλονίκη.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς,

Ιωάννης Κανονίδης

Καθηγητής Καρδιολογίας, Πρόεδρος ΚΕΒΕ



ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΚΕΒΕ - ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος: **Ι. Κανονίδης**

Αντιπρόεδρος: **Γ. Μπομπότης**

Γεν. Γραμματέας: **Α. Ζιάκας**

Ειδ. Γραμματέας: **Ν. Φραγκάκης**

Ταμίας: **Χ. Γραϊδης**

Μέλη: **Α.-Δ. Μαυρογιάννη, Θ. Παπαδόπουλος**

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΗΜΕΡΙΔΑΣ

Ε. Παντελίδου

Φ. Ιωαννίδου

Ε. Χαρέλα

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος: **Ι. Κανονίδης**

Μέλη:

Σ. Αδαμόπουλος

Δ. Αλεξόπουλος

Κ. Αναστασιάδης

Β. Βασιλικός

Ι. Βογιατζής

Π. Γκελερής

Ι. Γουδέβενος

Χ. Γραϊδης

Α. Δεληγιάννης

Γ. Δρόσος

Ι. Ζαρίφης

Α. Ζιάκας

Ν. Θεοδωρίδης

Α. - Δ. Μαυρογιάννη

Α. Καραγιάννης

Γ. Καρακώστας

Χ. Καρβούνης

Γ. Κατσέας

Δ. Κετίκογλου

Π. Κλιγκάτσος

Σ. Κωνσταντινίδης

Σ. Λαμπρόπουλος

Ι. Λεκάκης

Λ. Μιχάλης

Θ. Μπισχινιώτης

Γ. Μπομπότης

Ν. Παπουλίδης

Γ. Παρχαρίδης

Ι. Γ. Στυλιάδης

Ι. Χ. Στυλιάδης

Δ. Τζιακάς

Δ. Τούσουλης

Φ. Τρυποσκιάδης

Ι. Τσούνος

Γ. Φιλιππάτος

Ν. Φραγκάκης

Σ. Χατζημιλιτιάδης

ΘΕΜΑΤΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

// Υπέρταση

// Καρδιο-ογκολογία

// Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου

// Υπερπηχοκαρδιογραφική εκτίμηση σε καρδιαγγειακά σύνδρομα

// Ασυμπτωματική βαλβιδοπάθεια. Πότε πρέπει να χειρουργηθεί;

// Αγγειοπλαστική

// Κατάλυση αρρυθμιών – Σύγχρονοι προβληματισμοί

// Αιφνίδιος καρδιακός θάνατος – Ηλεκτροφυσιολογία

// Κολπική Μαρμαρυγή Καρδιολογία και Καρδιοχειρουργική

// Αποκατάσταση και παρακολούθηση μετά από καρδιολογικές παρεμβάσεις ή καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις

// Καρδιακή Ανεπάρκεια

// Διαγνωστική προσέγγιση καρδιολογικών ασθενών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Από τις κατευθυντήριες οδηγίες στην κλινική πράξη



ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΤΕΛΕΤΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ

16ο ΒΟΡΕΙΟΕΛΛΑΔΙΚΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

ΠΕΜΠΤΗ 25 ΜΑΪΟΥ 2017

ΏΡΑ 20:30

ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ MAKEDONIA PALACE, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΤΕΛΕΤΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ

Η Οργανωτική Επιτροπή του **16ου Βορειοελλαδικού Καρδιολογικού Συνεδρίου**, σας προσκαλεί στην Τελετή Έναρξης την **Πέμπτη 25 Μαΐου 2017** και ώρα **20:30**, στο ξενοδοχείο Makedonia Palace.

Η ΚΕΒΕ γιορτάζει τα σαράντα χρόνια από την ίδρυση της εταιρείας. Το γεγονός έχει ιδιαίτερη σημασία για τη Βόρεια Ελλάδα και θα εορτασθεί δεόντως. Κατά την Τελετή Έναρξης του Συνεδρίου θα δοθεί ευκαιρία για μια εκτενή παρουσίαση της ιστορίας της ΚΕΒΕ και των ανθρώπων που συνέβαλαν στην ίδρυση και την καθιέρωσή της σαν θεσμό στη χώρα μας.

Η παρουσία σας θα μας τιμήσει ιδιαίτερα.

Ο πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής και πρόεδρος της ΚΕΒΕ

Ιωάννης Κανονίδης

Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΕΜΠΤΗ 25 ΜΑΪΟΥ 2017 – ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ ΙΙ

08:30 - 10:00 ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Πρόεδροι: **Σ. Λαμπρόπουλος, Π. Μακρίδης**

10:00 - 11:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Κολπική Μαρμαρυγή

Πρόεδροι: **Σ. Παπαϊωάννου, Ε. Χατζηνικολάου-Κοτσάκου**

Ανάταξη κολπικής μαρμαρυγής (πότε ανατάσσουμε φαρμακευτικά, πότε ανατάσσουμε ηλεκτρικά, πότε επιχειρούμε ablation)

Η. Ζάρβαλης

Διατήρηση αναταχθείσας μαρμαρυγής. Ποιοι παράγοντες προβλέπουν ανατροπή;

Κ. Πολυμερόπουλος

Κολπική μαρμαρυγή και κοιλιακές αρρυθμίες (διάγνωση προσέγγιση - αντιμετώπιση)

Σ. Παρασκευαΐδης

Αποκατάσταση ρυθμού ή διατήρηση συχνότητας στην κολπική μαρμαρυγή;

Β. Σκέμπερης

11:30 - 12:00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

12:00 - 13:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Αρρυθμίες

Πρόεδροι: **Β. Βασιλικός, Σ. Φούσας**

Σε ποιες περιπτώσεις κάνουμε ηλεκτροφυσιολογική μελέτη.

Τι περιμένουμε;

Τ. Δαδούς



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΕΜΠΤΗ 25 ΜΑΪΟΥ 2017 – ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ II

Υπερκοιλιακές αρρυθμίες, διαφοροδιάγνωση με βάση ΗΚΓ 12 απαγωγών
Ν. Φραγκάκης

Ταχυκαρδία με ευρέα QRS. Διαφορική διάγνωση
Μ. Κωνσταντινίδου

Διαχείριση ασθενούς με πρόωπη επαναπόλωση
Δ. Λυσίτσας

13:30 - 14:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Καρδιακή Ανεπάρκεια. Από τις κατευθυντήριες οδηγίες στην καθημερινή πρακτική

Πρόεδροι: **Θ. Μπισχινιώτης, Ι. Τσούνος**

Νεότεροι θεραπευτικοί παράγοντες στην καρδιακή ανεπάρκεια. Πότε και πώς μπορεί να χρησιμοποιηθούν στην καθημερινή κλινική πράξη

Ε. Θεοφιλογιαννάκος

Εκτακτοσυστολική καρδιακή αρρυθμία στην καρδιακή ανεπάρκεια. Πώς την αντιμετωπίζουμε;

Ι. Βογιατζής

Πώς μπορώ να βελτιώσω την ανάγκη νοσοκομειακής νοσηλείας σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια

Δ. Κωνσταντίνου

14:30 - 15:00 ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδρος: **Β. Βασιλικός**

Καρδιονεφρικό σύνδρομο. Τι πρέπει να γνωρίζει ο κλινικός καρδιολόγος

Γ. Φιλιππάτος

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΕΜΠΤΗ 25 ΜΑΪΟΥ 2017 – ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ ΙΙ

15:00 - 15:30 ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδρος: **Ι. Κανονίδης**

Diabetes and heart failure: update 2017

S. Anker

15:30 - 17:00 ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ

Τεστ γνώσεων: Προετοιμάζοντας τον ειδικευόμενο για τις εξετάσεις της ειδικότητας

Πρόεδροι: **Χ. Καρβούνης, Ι. Ζαρίφης**

Συμμετέχουν: **Ι. Βογιατζής, Ν. Φραγκάκης, Γ. Ευθυμιάδης**

17:00 - 18:30 ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ

Συζήτηση περιστατικών και ανάλυση της παθοφυσιολογίας και θεραπευτικής προσέγγισης με βάση τις οδηγίες

Πρόεδροι: **Χ. Καρβούνης, Γ. Ευθυμιάδης**

Συμμετέχοντες: **Ι. Βογιατζής, Ε. Θεοφιλογιαννάκος, Δ. Κωνσταντίνου, Ι. Λαγός**

18:30 - 19:00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

19:00 - 19:30 ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδρος: **Γ. Μπομπότης**

Αλληλεπιδράσεις πνευμόνων καρδιάς στην κλινική πράξη

Δ. Ματάμης

19:30 - 20:00 ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ της εταιρείας UNI-PHARMA

Πρόεδρος: **Ι. Κανονίδης**

Ο σταθερός συνδυασμός β-αποκλειστή με ακετυλοσαλικυλικό

οξύ στη θεραπεία της αρτηριακής υπέρτασης και της στεφανιαίας νόσου

Θ. Παπαδόπουλος



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΕΜΠΤΗ 25 ΜΑΪΟΥ 2017 – ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ II

20:00 - 20:30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Πρόεδρος: **I. Ζαρίφης**

Reducing hospital readmission in heart failure:

What works and what does not!

A. Ahmed

20:30 - 21:30 **ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ**

40 χρόνια ΚΕΒΕ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 26 ΜΑΪΟΥ 2017 – ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ ΙΙ

08:30 - 10:00 ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Πρόεδροι: **Γ. Κατσέας, Π. Κλιγκάτσος**

10:00 - 12:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Επεμβατική Καρδιολογία

Πρόεδροι: **Γ. Μπομπότης, Κ. Τούτουζας**

Δομικές καρδιοπάθειες

Κ. Τούτουζας

Σχολιαστής: **Δ. Τσικαδέρης**

Η καρδιοχειρουργική άποψη στη διακορυφαία προσπέλαση

Α. Πίτσος

Σχολιαστής: **Δ. Τσικαδέρης**

Βιο-αποδομήσιμα ικρίωματα (stents)

Α. Ζιάκας

Σχολιαστής: **Α. Νικητόπουλος**

Σύμπλοκες διαδερμικές επεμβάσεις (δυναμικός, στέλεχος, μακρές πολλαπλές βλάβες)

Π. Δάρδας

Σχολιαστής: **Θ. Παπαδόπουλος**

Χρόνια απόφραξη

Σ. Τζήκας

Σχολιαστής: **Δ. Πεντούσης**

12:00 - 12:30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 26 ΜΑΪΟΥ 2017 – ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ II

12:30 - 14:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Υπερηχοκαρδιογραφία

Πρόεδροι: **Γ. Μπουντώνας, Β. Πυργάκης**

Η ηχωκαρδιογραφία στους ογκολογικούς ασθενείς

Δ. Φαρμάκης

Ανεπάρκεια αορτικής βαλβίδας: εκτίμηση, πρόγνωση, χειρουργική

Ε. Παπαβασιλείου

Ενδοκαρδίτιδα προσθετικών βαλβίδων. Ένα πρόβλημα με πολλούς συνεργάτες

Π. Γιαννακοπούλου

Ανεπάρκεια τριγώνινας βαλβίδας. Διάγνωση, χειρουργική αντιμετώπιση

Φ. Λαζαρίδου

14:30 - 15:00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

15:00 - 16:30 ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ ΥΠΕΡΗΧΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Πρόεδρος: **Δ. Κετίκογλου, Ε. Αναγνώστου**

Υπερηχοκαρδιογραφική εκτίμηση και δείκτες λειτουργικότητας αριστερής και δεξιάς κοιλίας

Ξ. Αποστολίδου, Ε. Παπαβασιλείου, Γ. Ευθυμιάδης, Ε. Κουλούρης

Υπερηχοκαρδιογραφική εκτίμηση μυοκαρδιοπαθειών

Ξ. Αποστολίδου, Ε. Παπαβασιλείου, Γ. Ευθυμιάδης, Ε. Κουλούρης

Υπερηχοκαρδιογραφική εκτίμηση αορτής μιτροειδούς

Ι. Ευθυμιάδης

Υπερηχοκαρδιογραφική εκτίμηση συγγενών καρδιοπαθειών

Γ. Γιαννακούλας

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 26 ΜΑΪΟΥ 2017 – ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ ΙΙ

16:30 - 17:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Ο ρόλος του φαρμακοποιού στη διαχείριση του ασθενούς με καρδιακή ανεπάρκεια σε συνεργασία με τον καρδιολόγο

Πρόεδροι: **Ι. Κανονίδης, Δ. Ευγενίδης**

Η άποψη του φαρμακοποιού

Α. Σιδηροπούλου

Η άποψη του καρδιολόγου

Ι. Ευθυμιάδης

17:30 - 19:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Απεικονιστικές μέθοδοι στην Καρδιολογία

Πρόεδρος: **Σ. Σαββάτης, Δ. Κετίκογλου**

Stress Echo

Θ. Ζαγκλαβάρια

Stress MRI

Η. Νινιός

Η σημασία της αξονικής στεφανιογραφίας σήμερα

Τ. Χριστοφορίδου

Η σημασία της αξονικής τομογραφίας (CT) στις καρδιοπάθειες

Ε. Βουρβούρη

19:00 - 19:30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 26 ΜΑΪΟΥ 2017 – ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ II

19:30 - 21:00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Δυσλιπιδαιμίες

Πρόεδροι: **Γ. Παρχαρίδης, Χ. Ντέλλος**

Επιθετική υπολιπιδαιμική αγωγή. Τι επιτυγχάνουμε;
(μελέτες "IMPROOVE IT" & "FURRIER")

A. Μπουφίδου

Στόχοι της υπολιπιδαιμικής αγωγής μετά τις νεώτερες μελέτες.
Τι λένε και πως πρέπει να διαμορφωθούν οι κατευθυντήριες οδηγίες

B. Άθυρος

Λιπιδική θεωρεία. Μία επανεξέταση

I. Κανονίδης

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΣΑΒΒΑΤΟ 27 ΜΑΪΟΥ 2017 – ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ ΙΙ

08:30 - 10:00 ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Πρόεδροι: **Β. Στραβέλας, Ν. Θεοδωρίδης**

10:00 - 12:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Καρδιά και Συννοσηρότητες

Πρόεδρος: **Ε. Ηλιοδρομίτης, Σ. Χατζημιλιτιάδης**

Καρδιά και πνεύμονες

Χ. Αδαμόπουλος

Καρδιά και διαβήτης

Ν. Καμπουρίδης

Καρδιά και θυρεοειδής

Ζ. Ευσταθιάδου

Καρδιά και νεφρική ανεπάρκεια

Γ. Καρακώστας

12:00 - 12:30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

12:30 - 13:30 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ της εταιρείας NOVARTIS

Η πρακτική διαχείριση της καρδιακής ανεπάρκειας με μειωμένο κλάσμα εξώθησης: Νεότερες κατευθύνσεις και λύσεις

Πρόεδρος: **Δ. Τζιακός**

Καρδιακή ανεπάρκεια με μειωμένο κλάσμα εξώθησης: προχωρώντας πέρα από την κλασική θεραπεία

Χ. Παπαδόπουλος

Η θέση των ARNIs στην κλινική πράξη. Ανάλυση περιστατικών

Γ. Χαλικιάς



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΣΑΒΒΑΤΟ 27 ΜΑΪΟΥ 2017 – ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ II

13:30 - 14:15 Ομάδα Καρδιάς - Heart Team

Πρόεδροι: **Ε. Γκουτζιομήτρου, Σ. Χατζημιλιτιάδης**

Η καρδιοχειρουργική άποψη για το Heart Team

Α. Μαλακούδης

Η αναισθησιολογική άποψη για το Heart Team

Δ. Μπλιάμπλιας

Η καρδιολογική - επεμβατική άποψη για το Heart Team

Α. Ζιάκας

14:15 - 15:00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΜΦΙΤΡΥΩΝ

14.15 - 15.15 MEET THE EXPERT - Συζήτηση Κλινικών Περιστατικών

Χορηγία της εταιρείας NOVARTIS (περιορισμένος αριθμός συμμετοχών)

Πρόεδρος: **Ι. Κανονίδης**

Ομιλητής: **Β. Νινιός**

15:00 - 17:00 ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ

Αιμοδυναμικής - Επεμβατικής Καρδιολογίας

Πρόεδροι: **Χ. Γραϊδης, Α.-Δ. Μαυρογιάννη**

Παρουσίαση στεφανιογραφιών

Γ. Αηδονίδης, Γ. Μαμαδάς, Θ. Παπαδόπουλος, Χ. Αραμπατζής,

Α. Νικητόπουλος

Παρουσίαση διαδερμικών στεφανιαίων παρεμβάσεων

Γ. Αηδονίδης, Γ. Μαμαδάς, Θ. Παπαδόπουλος, Χ. Αραμπατζής,

Α. Νικητόπουλος

Παρουσίαση διακαθετηριακών επεμβάσεων τοποθέτησης αορτικής

βαλβίδος - αποκατάσταση παραβαλβιδικής διαφυγής -

αποκλεισμός ωτίου αριστερού κόλπου

Γ. Μπομπότης, Π. Δάρδας, Δ. Τσικαδέρης, Β. Νινιός

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΣΑΒΒΑΤΟ 27 ΜΑΪΟΥ 2017 – ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ ΙΙ

17:00 - 18:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Καρδιά και άσκηση

Πρόεδρος: **A. Δελγιάννης, E. Κουϊδή**

Καρδιαγγειακές προσαρμογές στην άσκηση

Γ. Σπυρομήτρος

Το ηλεκτροκαρδιογράφημα στους αθλητές

Χ. Χατζηελευθερίου

Η άσκηση και καρδιαγγειακές παθήσεις. Πώς και πότε πρέπει να ασκούνται οι καρδιοπαθείς;

I. Καραντουμάνης

18:00 - 18:30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

18:30 - 19:00 ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδρος: **Γ. Λουρίδας**

Καρδιακή ανεπάρκεια με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης

Φ. Τρυποσκιάδης

19:00 - 19:30 ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδρος: **I. Χ. Στυλιάδης**

Δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια

Σ. Κωνσταντινίδης

19:30 - 20:00 ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδρος: **Π. Γκελερής**

Μυοκαρδίτιδα

Σ. Αδαμόπουλος



ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

A. Ahmed / MD, MPH, Director, Center for Health and Aging, Washington D.C. VA Medical Center, Professor of Medicine, George Washington University Washington, D.C., U.S.A.

S. Anker / Professor of Cardiology, Cardiology Department, Charite Campus Virchow-Klinikum, Berlin

Σ. Αδαμόπουλος / Καρδιολόγος, Υπεύθυνος Μονάδας Καρδιακής Ανεπάρκειας - Μεταμοσχεύσεων, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα

Χ. Αδαμόπουλος / Καρδιολόγος, Γ.Ν. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη, Unit of Pediatric and Congenital Heart Diseases, University Hospital of Strasbourg, France

Γ. Ανδονίδης / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Επιστημονικός Συνεργάτης Β' Καρδιολογικής Κλινικής ΑΠΘ, Κλινική Euromedica Κυανούς Σταυρός, Θεσσαλονίκη

B. Άθυρος / Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας, Τμήμα Ιατρικής ΑΠΘ, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

E. Αναγνώστου / Καρδιολόγος, Θεσσαλονίκη

Ξ. Αποστολίδου / Καρδιολόγος, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

Χ. Αραμπατζής / MD, PhD, Επεμβατικός Καρδιολόγος, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

B. Βασιλικός / MD, FACC, FESC, Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Διευθυντής Γ' Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

I. Βογιατζής / Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Βέροιας

E. Βουρβούρη / Καρδιολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Β' Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Γενική Κλινική Euromedica, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Erasmus Ολλανδίας, Θεσσαλονίκη

Π. Πιαννακοπούλου / Καρδιολόγος, Επιμελήτρια Α', Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Π. Γκελερής / Ομότιμος Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

E. Γκουτζιομήτρου / Αναισθησιολόγος, Αναπλ. Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Χ. Γραϊδής / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Κλινική Euromedica Κυανούς Σταυρός, Θεσσαλονίκη

T. Δαδούς / Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Β' Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

Π. Δάρδας / MD, FESC, Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διευθυντής Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

A. Δελγιάννης / Καρδιολόγος, Καθηγητής Αθλητιατρικής ΑΠΘ, Διευθυντής Εργαστηρίου Αθλητιατρικής ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

Δ. Ευγενίδης / Φαρμακοποιός, Γραμματέας ΔΣ, Φαρμακευτικός Σύλλογος Θεσσαλονίκης

Γ. Ευθυμιάδης / Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Α' Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Ι. Ευθυμιάδης / Καρδιολόγος, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Υπεύθυνος Καρδιολόγος Βιοκλινικής, Θεσσαλονίκη

Ζ. Ευσταθιάδου / Ενδοκρινολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Επιμελήτρια Α' Ενδοκρινολογικής Κλινικής, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

Θ. Ζαγκλαβάρη / MD, PhD, Καρδιολόγος, Τμήμα Καρδιαγγειακής Απεικόνισης, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο Θεσσαλονίκης

Η. Ζάρβαλης / Καρδιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Ι. Ζαρίφης / Καρδιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικού Τμήματος, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

A. Ζιάκας / Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Α' Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Ε. Ηλιοδρομίτης / Καθηγητής Καρδιολογίας, Διευθυντής Β' Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής, Π.Γ.Ν. Απικόν, Αθήνα

Ν. Θεοδωρίδης / Καρδιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Γ.Ν. Δράμας

Ε. Θεοφιλογιαννάκος / MD, PhD, Καρδιολόγος, Ιατρείο Καρδιακής Ανεπάρκειας, Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Κλινική Άγιος Λουκάς, Θεσσαλονίκη

Ν. Καμπουρίδης / MD, MSc, PhD, Καρδιολόγος, Επιμελητής Α', Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Καβάλας

Ι. Κανονίδης / Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Διευθυντής Β' Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Πρόεδρος ΚΕΒΕ, Θεσσαλονίκη

Γ. Καρακώστας / Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Κιλκίς

Ι. Καραντουμάνης / Καρδιολόγος, Επιμελητής Α', Γ.Ν. Έδεσσας

Χ. Καρβούνης / Καθηγητής Καρδιολογίας, Τμήμα Ιατρικής ΑΠΘ, Διευθυντής Α' Καρδιολογικής Κλινικής, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Γ. Κατσέας / Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Παντισών

Δ. Κετικoglou / MD, PhD, FESC, Καρδιολόγος, Διευθυντής Στεφανιαίας Μονάδας & Ηχοκαρδιογραφίας, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

Π. Κλιγκάτσος / Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Φλώρινας

Ε. Κουϊδῆ / Καρδιολόγος, Καθηγήτρια Αθλητιατρικής ΑΠΘ, Εργαστήριο Αθλητιατρικής, Τομέας Ιατρικής της Άθλησης, ΤΕΦΑΑ, Θεσσαλονίκη



ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

- Ε. Κουλούρης** / MD, Καρδιολόγος, Επιμελητής Β΄, Γ.Ν. Κοζάνης
- Σ. Κωνσταντινίδης** / Καθηγητής Καρδιολογίας ΔΠΘ, Αλεξανδρούπολη, Medical Director, Center for Thrombosis and Hemostasis (CTH), Johannes Gutenberg University Mainz
- Μ. Κωνσταντινίδου** / Καρδιολόγος - Ηλεκτροφυσιολόγος, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη
- Δ. Κωνσταντίνου** / MD, MSc, PhD, CCDS, Καρδιολόγος, Ακαδημαϊκός Υπότροφος Α΄ Καρδιολογικής Κλινικής, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Επιστημονικά Υπεύθυνος Τμήματος Απινιδωτών-Αμφικολιακών Βηματοδοτών, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη
- Ι. Λαγός** / Ειδικοκούμενος Καρδιολογίας, Β΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη
- Φ. Λαζαρίδου** / Καρδιολόγος, Επιμελήτρια Α΄, Γ.Ν. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη
- Σ. Λαμπρόπουλος** / Καρδιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Κοζάνης
- Γ. Λουρίδας** / Ομότιμος Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη
- Δ. Λυσίτσας** / MD, PhD, MRCP, Επεμβατικός Ηλεκτροφυσιολόγος, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη
- Π. Μακρίδης** / Καρδιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Πέλλας - Νοσοκομείο Έδεσσας
- Α. Μαλακούδης** / Καρδιοχειρουργός, Διευθυντής Καρδιοχειρουργικής Ομάδας, Κυανούς Σταυρός, Θεσσαλονίκη
- Γ. Μαμαδάς** / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Γενική Κλινική EuroMedica, Θεσσαλονίκη
- Δ. Ματάμης** / Εντατικολόγος - Αναισθησιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής ΜΕΘ, Γ.Ν. «Γ. Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη
- Α.-Δ. Μαυρογιάννη** / Επεμβατική Καρδιολόγος, Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Θ. Μπισχινιώτης** / Καρδιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικής Μονάδας, ΑΝΘ «Θεαγένειο», Θεσσαλονίκη
- Δ. Μπλιάμπλιας** / Αναισθησιολόγος - Εντατικολόγος, Επιμελητής Β΄, Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη
- Γ. Μπομπότης** / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διευθυντής, Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη
- Γ. Μπουντώνας** / Ομότιμος Καθηγητής Καρδιολογίας, Θεσσαλονίκη
- Α. Μπουφίδου** / Καρδιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Α΄ Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη
- Α. Νικητόπουλος** / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Β΄ Καρδιολογικής Κλινικής ΑΠΘ, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

- Β. Νινιός** / Καρδιολόγος, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη
- Η. Νινιός** / Καρδιολόγος, Διδάκτωρ Καρδιολογίας ΑΠΘ, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη
- Χ. Ντέλλος** / Καρδιολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθυντής Καρδιολογικού Τμήματος, Τζάνειο Νοσοκομείο Πειραιά, Αθήνα
- Ε. Παπαβασιλείου** / Καρδιολόγος, Νάουσα
- Θ. Παπαδόπουλος** / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Επιστημονικός Συνεργάτης, Β' Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη
- Χ. Παπαδόπουλος** / Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη
- Σ. Παπαϊωάννου** / MD, PhD, FESC, Καρδιολόγος, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών
- Σ. Παρασκευαΐδης** / Καρδιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Α' Πανεπιστημιακή Κλινική, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- Γ. Παρχαριδής** / Ομότιμος Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη
- Δ. Πεντούσης** / FESC, FSCAI, Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διαβαλκανικό Ιατρικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη
- Α. Πίτσας** / Καρδιοχειρουργός, Διευθυντής Καρδιοχειρουργικής Κλινικής, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη
- Κ. Πολυμερόπουλος** / MD, PhD, FACC, FESC, Καρδιολόγος, Επιμελητής Α' ΕΣΥ, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Β. Πυργάκης** / MD, FESC, FACC, Συντονιστής Διευθυντής, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα
- Σ. Σαββάτης** / Καρδιολόγος, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Διευθυντής ΕΣΥ, Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη
- Α. Σιδηροπούλου** / MSc, Φαρμακοποιός, Μέλος ΔΣ Φαρμακευτικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης
- Β. Σκέμπερης** / Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Γ' Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη
- Γ. Σπυρομήτρος** / FESC, Καρδιολόγος, Επιμελητής Α', Υπεύθυνος Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Κατερίνης
- Β. Στραβέλας** / Καρδιολόγος, Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Ι. Χ. Στυλιάδης** / Ομότιμος Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη



ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

- Σ. Τζήκας** / MD, Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διδάκτωρ, Επιμελητής ΕΣΥ, Γ' Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη
- Δ. Τζιακάς** / MD, FESC, FCCP, FAHA, FACC, FSCAI, Καθηγητής Καρδιολογίας ΔΠΘ, Διευθυντής Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης
- Κ. Τούτουζας** / Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Αθήνα
- Φ. Τρυποσκιάδης** / Καθηγητής Καρδιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής. Π.Γ.Ν. Λάρισας
- Δ. Τσικαδέρης** / MD, FESC, Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη
- Ι. Τσούνος** / Καρδιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής, Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη
- Δ. Φαρμάκης** / Καρδιολόγος, Επιμελητής Α', Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη
- Γ. Φιλιππάτος** / Καθηγητής Καρδιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Πρόεδρος Ευρωπαϊκής Εταιρείας Καρδιακής Ανεπάρκειας, Αθήνα
- Σ. Φούσας** / MD, FESC, FACC, Καθηγητής Καρδιολογίας, Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικού Τμήματος, Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο», Αθήνα, Πρόεδρος ΕΚΕ
- Ν. Φραγκάκης** / Καρδιολόγος, Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη
- Γ. Χαλικιάς** / Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας ΔΠΘ, Αλεξανδρούπολη
- Χ. Χατζηγελευθερίου** / Καρδιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Δράμας
- Σ. Χατζημυλιτιάδης** / Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Α' Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- Ε. Χατζηνικολάου-Κοτσάκου** / Ηλεκτροφυσιολόγος - Επεμβατική Καρδιολόγος, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη
- Τ. Χριστοφορίδου** / Ακτινοδιαγνώστρις, Υπεύθυνη Τμήματος Αξονικού Τομογράφου, Κλινική Euromedica - Κυανούς Σταυρός, Θεσσαλονίκη





ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε τις παρακάτω εταιρείες για τη συμμετοχή τους στο συνέδριο:

AMGEN Hellas

ASPEN Greece

AstraZeneca

ELPEN A.E.

BAYER Hellas

MENARINI Hellas

NOVARTIS

PFIZER Hellas A.E.

UNI-PHARMA

BIANEI A.E.

ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ-ΛΙΛΛΥ A.E.B.E.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΟΡΓΑΝΩΣΗ - ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ - ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

INVENTICS AE - Medevents.gr

Τεχνόπολη, Κτίριο THERMI II

9ο χλμ. Θεσσαλονίκης – Θέρμης

Τ. Θ. 60714, 57001 Θέρμη

T: 2310 474.400 | E: info@medevents.gr

Αρ. Ειδ. Σημ. Λειτ. ΕΟΤ: ΜΗΤΕ 09.33.Ε.60.00.01087.00

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ

Στο πλαίσιο του συνεδρίου, την Παρασκευή 26 Μαΐου 2017 και ώρα 08:30 - 14:30, θα πραγματοποιηθεί η 14η Καρδιολογική Νοσηλευτική Ημερίδα.

ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Ειδικότητα	Δικαίωμα Συμμετοχής
Ειδικοί Ιατροί	150 €
Ειδικευόμενοι Ιατροί	Δωρεάν
Φοιτητές και Παραϊατρικό	Προσωπικό
Νοσηλευτές	Δωρεάν

Όσοι επιθυμούν προεγγραφή για τη συμμετοχή τους στο συνέδριο, μπορούν να επισκέπτονται το επίσημο site της Καρδιολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος www.kebe.gr, για ηλεκτρονική εγγραφή.

ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

Η εξόφληση της εγγραφής γίνεται με κατάθεση στον παρακάτω λογαριασμό INVENTICS A.E. Στην αιτιολογία θα πρέπει να φαίνεται το όνομα του καταθέτη και ο τίτλος του συνεδρίου.



ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Τράπεζα Eurobank

Δικαιούχος:

ΙΝΒΕΝΤΙΚΣ-ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΑΝΩΝΥΜΟΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

Αρ. Λογ.: 0026.0014.25.0200522996

IBAN: GR48 0260 0140 0002 5020 0522 996

SWIFT BIC: ERBKGRAA

Τα έξοδα συμμετοχής δεν επιστρέφονται.

ΔΙΑΜΟΝΗ – ΑΕΡΟΠΟΡΙΚΑ ΕΙΣΙΤΗΡΙΑ

Για τη διαμονή και την έγκαιρη κράτηση αεροπορικών εισιτηρίων, μπορείτε να επικοινωνείτε με e-mail στο **reservations@medevents.gr**.

ΔΙΠΛΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Το δίπλωμα συμμετοχής θα αποσταλεί ηλεκτρονικά μετά το πέρας του συνεδρίου. Το δίπλωμα μοριοδοτείται με **18 μόρια** από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο. Με βάση την εγκύκλιο του ΕΟΦ, η παραλαβή του πιστοποιητικού θα γίνεται μόνο με την ελάχιστη παρακολούθηση του 60% των συνολικών ωρών του επιστημονικού προγράμματος.

ΑΠΟΘΗΚΕΥΜΕΝΑ VIDEO

Παρακολουθήστε αποθηκευμένα (on demand) το 16ο Βορειοελλαδικό Καρδιολογικό Συνέδριο στο Livemedia.

ΕΚΘΕΣΗ

Κατά τη διάρκεια του συνεδρίου θα λειτουργεί έκθεση φαρμακευτικών προϊόντων και ιατρικών μηχανημάτων, για την καλύτερη ενημέρωση των συνέδρων.

ΟΠΤΙΚΟΑΚΟΥΣΤΙΚΑ ΜΕΣΑ

Η αίθουσα του συνεδρίου είναι εξοπλισμένη με data video projector και Η/Υ με PowerPoint. Οι ομιλητές παρακαλούνται να παραδίδουν την παρουσίασή τους στη γραμματεία του συνεδρίου, τουλάχιστον μία ώρα πριν την προγραμματισμένη.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΕΜΠΤΗ 25 ΜΑΪΟΥ 2017

08:30 - 10:00 | Πρόεδροι: Σ. Λαμπρόπουλος, Π. Μακρίδης

OR.01 | ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΕΝ ΤΩ ΒΑΘΕΙ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΣΤΕΡΝΟΤΟΜΗΣ ΣΤΗ ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΗ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ;

Α. ΜΠΑΝΤΟΥΡ, Φ. ΑΜΠΑΤΖΙΔΟΥ, Α. ΜΠΟΥΤΟΥ, Α. ΓΩΓΑΚΟΣ, Γ. ΚΕΧΑΓΙΟΓΛΟΥ,
Χ. ΜΑΥΡΟΜΑΝΩΛΗΣ, Γ. ΔΡΟΣΟΣ

Καρδιοχειρουργική Κλινική, ΓΝ «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθεί εάν η μετεγχειρητική εν των βάθει λοίμωξη στερνοτομής επιδρά στην απώτερη θνητότητα μετά από καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις

Υλικό και Μέθοδος

Στην αναδρομική αυτή μελέτη συμπεριλήφθηκαν όλοι οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις με χρήση εξωσωματικής κυκλοφορίας από τον Ιούνιο του 2012 ως τον Απρίλιο του 2017 στο Γ.Ν.Γ.Παπανικολάου. Οι ασθενείς που μετεγχειρητικά εμφάνισαν λοίμωξη στερνοτομής αποτέλεσαν την ομάδα Α. Με βάση αλγόριθμο τυχαιοποίησης στους ασθενείς χωρίς λοίμωξη στερνοτομής, επιλέχθηκε η τυχαιοποιημένη ομάδα ελέγχου Β. Ο αριθμός των ασθενών της ομάδας ελέγχου επιλέχθηκε να είναι διπλάσιος των ασθενών με λοίμωξη στερνοτομής εκτιμώντας ότι θα υπήρχε ένα ποσοστό απώλειας ελέγχου στο follow up περίπου 10%. Μελετήθηκαν παράγοντες που καταγράφηκαν με προοπτικό τρόπο και ειδικότερα δημογραφικά και ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά, χρόνια νοσήματα, τύπος καρδιοχειρουργικής επέμβασης και μετεγχειρητικές επιπλοκές. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το Predictive Analytics Software (version 18; SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Η σύγκριση των ομάδων έγινε με τη χρήση του Independent Student's t-test ή το Chi-squared test ανάλογα. Η επιβίωση ή όχι των ασθενών στηρίχθηκε σε τηλεφωνική επικοινωνία. Η καμπύλη επιβίωσης Kaplan-Meier με τη σύγκριση Log-rank χρησιμοποιήθηκε για να εκτιμηθεί η επίδραση της εν τω βάθει λοίμωξης στερνοτομής στην απώτερη θνητότητα. Η τιμή $p < 0.05$ καθορίστηκε ως το όριο στατιστικής σημαντικότητας.



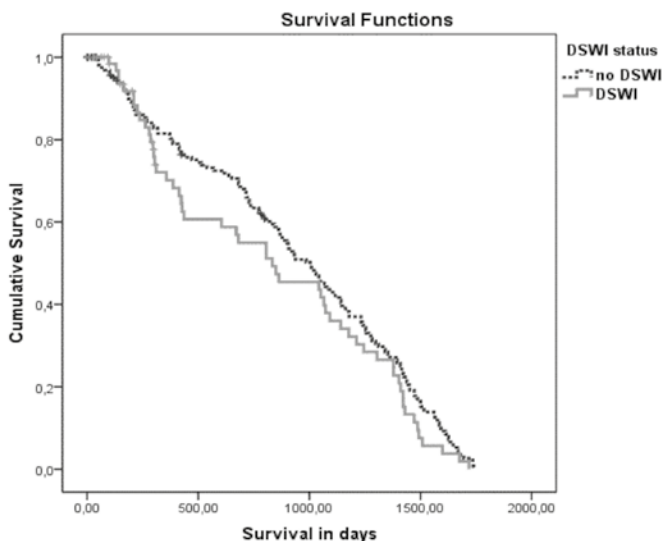
ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΕΜΠΤΗ 25 ΜΑΪΟΥ 2017

Όλοι οι ασθενείς με εν τω βάθει λοίμωξη στερνοτομής αντιμετωπίστηκαν με χρήση συσκευών αρνητικής πίεσης (Vacuum Assisted Closure –VAC)

Αποτελέσματα

Συνολικά υποβλήθηκαν σε καρδιοχειρουργική επέμβαση 2103 ασθενείς. Εν τω βάθει λοίμωξη στερνοτομής εμφάνισαν 80 ενώ την τυχαίοποιημένη ομάδα ελέγχου την αποτελούσαν 180 ασθενείς. Συνολικά δεν βρέθηκαν στο follow up 7(8,8%) από τους ασθενείς με λοίμωξη και 15 (8,3%) από την ομάδα ελέγχου. Η ηλικία ($66,7 \pm 10,5$ vs $65,9 \pm 10,4$ $p=0,598$), το φύλο (78.1% vs. 75.2% άνδρες $p=0,625$), το EUROSCORE II ($2,7 \pm 2,4$ vs. $2,1 \pm 2,1$ $p=0,071$) και ο τύπος της επέμβασης ($p=0,296$) ήταν παρόμοια μεταξύ των 2 ομάδων. 19 ασθενείς έναντι 12 της ομάδας ελέγχου ($p<0,001$) πέθαναν κατά τη διάρκεια του follow up. 16 Ασθενείς (84,2%) πέθαναν κατά τη διάρκεια του πρώτου χρόνου. Η μακροπρόθεσμη επιβίωση δεν διέφερε μεταξύ τους: 833(459,6-1206,4) μέρες έναντι 1004(871-1117) ημερών της ομάδας ελέγχου, $p=0,171$ ενώ η διάρκεια του follow up ήταν παρόμοια μεταξύ των 2 groups 1072(754-1390,8) μέρες έναντι 1022(880,2-1163,8) ημερών της ομάδας ελέγχου.



Εικόνα 1. Επιβίωση των ασθενών. Σύγκριση των ασθενών με λοίμωξη με τους ασθενείς της ομάδας ελέγχου

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΕΜΠΤΗ 25 ΜΑΪΟΥ 2017

Συμπέρασμα

Η εν τω βάθει λοίμωξη στερνοτομής μετά από καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις που αντιμετωπίζεται με την τεχνική VAC δεν έχει δυσμενή επίπτωση στην απώτερη επιβίωση.

OR.02 | ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΑΚΩΝ ΟΓΚΩΝ ΜΕ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟ ΚΛΙΝΙΚΟ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ

Η. Ι. ΚΑΠΙΤΣΙΝΗΣ, Α. Θ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ, Η.Θ. ΖΑΡΒΑΛΗΣ, Ι. Γ. ΣΤΥΛΙΑΔΗΣ

Β' Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή

Οι περιπτώσεις περιστατικών ενδοκαρδιακών όγκων δεν είναι περιστατικά της καθ' ημέρα πράξης ωστόσο η εμφάνισή τους απαιτεί ιδιαίτερη προσέγγιση και διαχείριση. Θα παρουσιάσουμε δυο ενδιαφέρουσες περιπτώσεις όγκων μια του αριστερού κόλπου και μια του δεξιού κόλπου με διαφορετικό τρόπο εκδήλωσης και διαφορετικά συμπτώματα – διαφορετική αιτιολογία.

Σκοπός

Σκοπός είναι δειχθεί η ιδιαίτερη διαγνωστική προσέγγιση που επιβάλλεται σε περιπτώσεις όγκων των καρδιακών κοιλοτήτων που αποτελούν σχετικά σπάνια περιστατικά.

Υλικά και μέθοδοι

Η πρώτη περίπτωση αφορά ασθενή με πρόσφατο ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο σε έδαφος εμμένουσας κολπικής μαρμαρυγής, υποτροπές επεισοδίων απώλειας συνείδησης, και εικόνα ογκόμορφης μάζας του αριστερού κόλπου με περιοδική στένωση του χώρου εισόδου της αριστεράς κοιλίας. Η δεύτερη περίπτωση ενδεχομένως περισσότερο συνηθισμένη αφορά εικόνα θρόμβου εντός του δεξιού κόλπου σε ασθενή με μαζική πνευμονική εμβολή και καρδιογενή καταπληξία που διαλύθηκε πλήρως μετά τη χορήγηση θρομβόλυσης.



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΕΜΠΤΗ 25 ΜΑΪΟΥ 2017

Αποτελέσματα

Η πρώτη περίπτωση όπως θα περιγραφεί και θα αναλυθεί οδηγήθηκε σε χειρουργική επέμβαση για την αφαίρεση του όγκου που αναδείχθηκε γιγαντιαίο μύξωμα ως απόλυτη ένδειξη λόγω των συμπτωμάτων, των αποφρακτικών φαινομένων στην πλήρωση της αριστεράς κοιλίας και του επεισοδίου περιφερικής εμβολής. Η έκβαση ήταν άριστη. Η δεύτερη περίπτωση επίσης εξήλθε σε άριστη κατάσταση μετά από χορήγηση θρομβόλυσης με πλήρη διάλυση των ενδοκαρδιακών θρόμβων και πλήρη σχεδόν ανάκτηση της λειτουργικότητας της δεξιάς κοιλίας.

Συμπέρασμα

Οι περιπτώσεις ενδοκαρδιακών όγκων αποτελούν περιστατικά που χρήζουν υψηλή κλινική υποψία, ταχεία διάγνωση και επιθετική αντιμετώπιση. Παρουσιάζονται με ποικίλες κλινικές εκδηλώσεις αναλόγως της φύσης, της εντόπισης και των επιπλοκών που ενδεχομένως προκαλούν. Δυστυχώς οι επιπλοκές τους μπορεί να είναι μοιραίες. Άριστο μέσο για τη διάγνωσή τους αποτελεί το υπερηχοκαρδιογράφημα.

OR.03 | ΔΙΑΧΩΡΙΣΤΙΚΟ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΜΕ ΡΗΞΗ ΚΟΛΠΟΥ VALSALVA ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΑΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Π. ΚΥΡΙΑΚΟΥ, Α. ΚΑΡΑΜΑΝΩΛΗΣ, Π. ΡΟΥΜΕΛΗΣ, Μ. ΣΩΤΗΡΙΑΔΟΥ, Χ. ΛΑΖΑΡΙΔΗΣ, Β. ΒΑΣΙΛΙΚΟΣ

Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝ Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή

Η ΡΑ σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο αορτικού ανευρύσματος, με επίπτωση 0.8%, συχνότερα σε γυναίκες, ηλικίας 60-79 ετών. Αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για ανεύρυσμα, με πιθανό μηχανισμό την αθηροσκλήρωση την πυροδοτούμενη από την φλεγμονή και την αγγειίτιδα, με την αναπτυσσόμενη αορτική ανελαστικότητα που παρατηρείται στη ΡΑ. Περιγράφουμε περιστατικό με διαχωριστικό ανεύρυσμα διατεταμένης ανιούσης αορτής, με ρήξη του κόλπου Valsalva στην περικαρδιακή κοιλότητα, σε ασθενή με ρευματοειδή αρθρίτιδα.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΕΜΠΤΗ 25 ΜΑΪΟΥ 2017

Περιστατικό

Γυναίκα 79 ετών προσήλθε στο τμήμα επειγόντων, μετά από συγκοπικό επεισόδιο, με δτχ προσανατολισμού, αμνησία του επεισοδίου, σε έδαφος γνωστής καλώς ρυθμιζόμενης φαρμακευτικώς ήπιας υπερλιπιδαιμίας και ρευματοειδούς αρθρίτιδας άνευ αγωγής. Ανέφερε άλγη και αιμωδίες στα δάκτυλα άνω άκρων, χωρίς προκάρδιο ή θωρακικό άλγος ή άλλα ενοχλήματα. Διαπιστώθηκε υπόταση, με ΑΠ 75/50 mmHg και βραδυκαρδία 30 σφύξεις/λεπτό. Από το ΗΚΓ καταγράφηκε βραδύς στεφανιαίος ρυθμός, με σχετικές χαμηλά δυναμικά και με καλή απάντηση στην χορήγηση ατροπίνης, με επάνοδο ΦΚ ρυθμού. Υπεβλήθη από τους νευρολόγους, σε άμεση αξονική τομογραφία εγκεφάλου, χωρίς εστία ΑΕΕ ή αιμορραγίας. Μπήκε αρχικά σε ινóτροπη υποστήριξη για την υπόταση. Από τον εργαστηριακό έλεγχο, παρουσίαζε αυξημένα d-Dimers 9.757 και λίγο αργότερα 18.032. Από το υπερηχοκαρδιογράφημα λίγες ώρες μετά, αποκαλύφθηκε διάταση ανιούσης αορτής στα 5cm, με εικόνα διαχωρισμού (διπλού αυλού στο τοίχωμα), ανεπάρκεια αορτικής βαλβίδας και σημαντική περικαρδιακή συλλογή. Έγινε επείγουσα αξονική αγγειογραφία θώρακος, που ανέδειξε εικόνα διαχωρισμού ανιούσης αορτής και ρήξη κόλπου Valsalva στην περικαρδιακή κοιλότητα. Η ασθενής παραπέμφθηκε για καρδιοχειρουργική επέμβαση με επιτυχή έκβαση. Η άτυπη σχετικώς κλινική εικόνα, με την εμμένουσα υπόταση χωρίς πόνο, έδωσε ενδεικτικά ευρήματα από πλευράς δ-διμερών, ΗΚΓ κών ευρημάτων κυρίως περικαρδιακής συλλογής, που βοήθησαν στην υποψία και την διαγνωστική προσπάθεια. Το υπέρηχοκαρδιογράφημα υπήρξε ενδεικτικóτατο της τελικής διάγνωσης, που επισφραγίστηκε με την αξονική αγγειογραφία θώρακος. Η ύπαρξη αυτοάνοσων νοσημάτων απαιτεί μια συστηματικότερη παρακολούθηση υπερηχοκαρδιογραφική τουλάχιστο της αορτής. Η ανάπτυξη αορτίτιδας, σχετίζεται τόσο με την φλεγμονή-αθηροσκλήρωση των νοσημάτων, όσο και με την κορτιζονοθεραπεία, που οδηγούν σε ελαττωμένη ελαστικότητα μικρών και μεγάλων αρτηριών και αυξημένες συστηματικές αντιστάσεις.

Συμπέρασμα

Η συμβολή της υπερηχοκαρδιογραφίας είναι σημαντική, τόσο στην παρακολούθηση ασθενών με ΡΑ για την ανάπτυξη αορτίτιδας, όσο και στην διαγνωστική προσπάθεια των επιπλοκών ενός ανευρύσματος, όπως ο διαχωρισμός και η ρήξη στην περικαρδιακή κοιλότητα που συνέβη στο περιστατικό μας. Η αυξημένη υποψία των σοβαρών αγγειακών επιπλοκών της ΡΑ, είναι θεμελιώδους σημασίας για την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία.



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΕΜΠΤΗ 25 ΜΑΪΟΥ 2017

OR.04 | ΑΤΥΠΗ ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΘΗΛΩΔΟΥΣ ΙΝΟΕΛΑΣΤΩΜΑΤΟΣ ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ ΒΑΛΒΙΔΟΣ, ΣΕ ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΜΕ ΑΛΛΑ ΑΘΗΡΟΓΟΝΑ-ΕΜΒΟΛΟΓΟΝΑ ΥΠΟΣΤΡΩΜΑΤΑ, ΩΣ ΠΙΘΑΝΗ ΕΜΒΟΛΟΓΟΝΟΣ ΕΣΤΙΑ ΘΑΛΑΜΙΚΟΥ ΑΕΕ

Π. ΚΥΡΙΑΚΟΥ, Α. ΚΑΡΑΜΑΝΩΛΗΣ, Μ. ΣΩΤΗΡΙΑΔΟΥ, Π. ΡΟΥΜΕΛΗΣ, Μ. ΜΑΥΡΟΥΔΗ, Β. ΒΑΣΙΛΙΚΟΣ

Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝ Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή

Τα εμβολικά ΑΕΕ έχουν καρδιολογική εμβολογόνο εστία στο ένα τρίτο τους. Σε κάποιες καταστάσεις όπως πχ η διατακτική μυοκαρδιοπάθεια, το ΑΕΕ αποτελεί και την πρώτη κλινική εκδήλωση της νόσου, ενώ παραμένει στο ίδιο ποσοστό και ως πρώτη εκδήλωση καρδιακού όγκου καλοήθους ή κακοήθους, ή ακόμη και αδιάγνωστης κακοήθειας εξω-καρδιακής εντόπισης. Περιγράφουμε την περίπτωση ασθενούς με συνυπάρχουσες αιτίες ΑΕΕ και την ταυτόχρονη ανεύρεση, σε σχετικώς άτυπη εντόπιση, θηλώδους ινοελαστώματος μιτροειδούς βαλβίδος.

Περιστατικό

Γυναίκα ηλικίας 62 ετών, προσήλθε με απότομο αίσθημα αιμωδίας και αδυναμίας, αριστερού άνω και κάτω άκρου. Απεικονιστικά φάνηκε ισχαιμικό εμβολικό θαλάμου δεξιά. Εισήχθη στην νευρολογική κλινική. Συμπαραμαρτούντα γνωστά νοσήματα: ΑΥ, κάπνισμα, υπνική άπνοια, υποστρώματα αυξημένης επιρρέπειας στην ανάπτυξη κολπικής μαρμαρυγής ως εμβολοπαραγωγού παθολογίας. Από το γενόμενο έλεγχο διαπιστώθηκαν υπερλιπιδαιμία, αθηρωμάτωση καρωτίδων, διάταση ανιούσης αορτής και διαταραγμένη νεφρική λειτουργία, καταστάσεις αυξημένης θρομβογονικότητας. Από την καρδιολογική εκτίμηση, η ασθενής με πολλούς παράγοντες αυξημένης επιρρέπειας ανάπτυξης ΚΜ, υπεβλήθη σε 24ωρο έλεγχο καρδιακού ρυθμού, για πιθανή σιωπηρή κολπική μαρμαρυγή (συχνή σε υπερτασικούς ασθενείς), χωρίς όμως σημαντικά ευρήματα, ενδεικτικά παροξυσμικής σιωπηρής κολπικής μαρμαρυγής. Για πληρέστερο καρδιολογικό έλεγχο, έγινε αρχικώς διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογραφήμα, που αποκάλυψε συγκεντρική υπερτροφία με διαστολική δυσλειτουργία ΑΚ, ενώ παρατηρήθηκε κινητή μισοκωπή μάζα, στα όρια πρόσθιας γλωχίνας μιτροειδούς (ΠΜΓ) και κατωτέρου βασικού τοιχώματος ΑΚ, προπίπτουσα στο χώρο εξόδου. Η σχέση με την ΜΓ ήταν ασαφής. Η εικόνα επιβεβαιώ-

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΕΜΠΤΗ 25 ΜΑΪΟΥ 2017

θηκε και με το διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα. Στη συνέχεια έγινε μαγνητική τομογραφία καρδιάς, επιβεβαιώνοντας την ύπαρξη μισχωτής μάζας, με διαστάσεις 19,8x17x23mm, κατά μήκος των τενοντίων χορδών του οπισθίου θηλοειδούς μυός, κεντρικότερα της πρόσφυσης τους, στην πρόσθια μιτροειδική γλωχίνα της βαλβίδος. Χαρακτηρίστηκε ως πιθανό ινοελάστωμα (δ/δ από μύξωμα), με σχετικώς άτυπη εντόπιση και με ασαφή σχέση με το κατώτερο τοίχωμα της ΑΚ. Η ασθενής παραπεμφθηκε για καρδιοχειρουργική εξαίρεση της μάζας, η βιοψία της οποίας έδειξε θηλώδες ινοελάστωμα, διαμέτρου 2,2 εκατοστών. Μετεγχειρητικώς η ασθενής εμφάνισε περικαρδιακή συλλογή και παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή. Η χειρουργική εξαίρεση της μάζας, αφείρεσε μία εμβολογόνο εστία, παραμένει όμως αιωρούμενη η απειλή της ΚΜ που εμφανίστηκε ως μετεγχειρητική επιπλοκή.

Το ίδιο του περιστατικού είναι η συνύπαρξη και άλλων πιθανών εμβολογόνων παραγόντων-εστιών, όπως η αθηρωμάτωση καρωτίδων, η διάταση ανιούσης αορτής, η αρτηριακή υπέρταση, η νεφρική δυσλειτουργία. Η ανεύρεση της ενδοκαρδιακής μάζας, ήταν έκπληξη, που όμως πιθανώς να ήταν το βασικό εμβολογόνο υπόστρωμα, υπεύθυνο για το δεδομένο ΑΕΕ. Η εντόπιση επίσης της μάζας ήταν άτυπη. Συνήθως το ινοελάστωμα είναι μάζα στις βαλβίδες, συνηθέστερα στις αορτικές πτυχές και σπανιότερα στις μιτροειδικές γλωχίνες. Η σπανιότητα του εν λόγω καλοήθους καρδιακού όγκου, κάνει την διάγνωση του να είναι σχεδόν πάντα τυχαίο εύρημα, ιδιαίτερα στο περιστατικό μας, που συνοπήχαν θρομβογόνοι παράγοντες κινδύνου και υπόστρωμα αυξημένης επιρρέπειας μαρμαρυγικού φορτίου. Η ασθενής μετεγχειρητικώς και με την εμφάνιση κολπικής μαρμαρυγής ετέθη σε αντιπηκτική αγωγή για πληρέστερη προστασία από μελλοντικό ΑΕΕ.

Συμπέρασμα

Στο παρόν περιστατικό, η συνύπαρξη θρομβογόνων και εμβολογόνων καταστάσεων, με αυξημένο κολπικό μαρμαρυγικό αρρυθμογόνο φορτίο, κάνει την ανεύρεση του καλοήθους ινοελαστώματος τυχαία και διάγνωση έκπληξη. Οι καρδιακοί όγκοι είναι σπάνιοι, αλλά η ύπαρξη της όποιας κακοήθειας ή η χημειοθεραπεία άμεσα στην οξεία φάση ή σε πιο χρόνια βάση είναι συχνότερα υποσώματα ΑΕΕ. Στη διαγνωστική προσπάθεια σημαντικός είναι ο ρόλος της υπερηχοκαρδιογραφίας και της μαγνητικής τομογραφίας καρδιάς. Καλό είναι σε καταστάσεις χωρίς σαφή εστία και αιτία να ψάχνουμε και την πιθανότητα αδιάγνωστης κακοήθειας πέρα από την καρδιακή εντόπιση του όγκου.



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΕΜΠΤΗ 25 ΜΑΪΟΥ 2017

OR.05 | ΚΑΡΔΙΑΚΟΣ ΕΠΙΠΩΜΑΤΙΣΜΟΣ ΦΥΜΑΤΙΩΔΟΥΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Ι. ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΗΣ¹, Α. ΣΤΑΥΡΑΤΗ¹, Σ. ΣΟΦΟΥΛΗΣ¹, Κ. ΤΣΙΑΚΜΑΚΟΠΟΥΛΟΣ¹,
Γ. Η. ΠΗΛΙΑΝΙΔΗΣ², Κ. Ι. ΜΑΝΙΚΑ³, Ι. Ι. ΖΑΡΙΦΗΣ¹

¹Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

²Παθολογική Κλινική, ΓΝ «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

³Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝ «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Σκοπός

Η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού καρδιακού επιπωματισμού

Υλικό και Μέθοδος

Ασθενής με ιστορικό ψωριασικής αρθρίτιδας υπό αγωγή με ινφλιξιμάμπη, ο οποίος έλαβε χημειοπροφύλαξη με ισονιαζίδη πριν την έναρξη της ινφλιξιμάμπης, παρουσιάζεται στο ΤΕΠ του νοσοκομείου μας εικόνα καρδιακού επιπωματισμού, για την αντιμετώπιση του οποίου πραγματοποιείται επείγουσα εκκενωτική παρακέντηση περικαρδίου.

Κατά την παραμονή στην κλινική ο ασθενής παρουσιάζει υπόστροφο πρότυπο πυρετικής κίνησης, ενώ το σύνολο του εργαστηριακού ελέγχου (αιματολογικός έλεγχος, απεικονιστικός έλεγχος, πλήρης διερεύνηση περικαρδιακού υγρού, κ.ά.) αποτυγχάνει να εντοπίσει την αιτία του επιπωματισμού και του εμπυρέτου.

Η βιοψία διογκωμένου βουβωνικού λεμφαδένα, που εντοπίστηκε κατά την κλινική εξέταση, ανέδειξε πολλαπλά κοκκιώματα με κεντρική νέκρωση τυροειδούς τύπου, ενώ η καλλιέργεια του λεμφαδένα απομόνωσε αποικίες *M. Tuberculosis*. Ο συνδυασμός αδιάγνωστης περικαρδιακής συλλογής και φυματιώδους λεμφαδενίτιδας έθεσε την υποψία φυματιώδους περικαρδίτιδας.

Την έναρξη αντιφυματικής αγωγής ακολούθησε η απυρεξία του ασθενούς, η πλήρης κλινική και εργαστηριακή αποκατάσταση και η επιβεβαίωση της διάγνωσης.

Συμπεράσματα

Η φυματιώδης νόσος του περικαρδίου είναι μία διάγνωση που θα πρέπει επίμονα να αναζητείται σε αδιάγνωστες περικαρδιακές συλλογές σε ανοσοκατεσταλμένους. Είναι επιβεβλημένος ο έλεγχος για ενεργή ή λανθάνουσα φυματίωση σε όλους τους ασθενείς που πρόκειται να ξεκινήσουν θεραπεία με anti-TNF παράγοντες, όπως η ινφλιξιμάμπη.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΕΜΠΤΗ 25 ΜΑΪΟΥ 2017

OR.06 | ΜΕΛΕΤΗ INOSET: ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΕΠΛΕΡΕΝΟΝΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Α. ΣΤΑΥΡΑΤΗ, Κ. ΤΖΟΡΜΠΑΤΖΟΓΛΟΥ, Θ. ΤΣΙΑΝΑΚΑ, Ι. ΜΑΤΖΙΡΗΣ, Ι. ΠΑΣΑΤΑΣ, Ι. ΖΑΡΙΦΗΣ

Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Σκοπός

Οι ανταγωνιστές αλδοστερόνης αποτελούν βασική τρέχουσα θεραπεία της καρδιακής ανεπάρκειας (ΚΑ) με μειωμένο κλάσμα εξώθησης. Η δοσολογία διαφέρει σημαντικά μεταξύ των πληθυσμών των πασχόντων. Καταγράψαμε τη δοσολογία της χορηγούμενης επλερενόνης σε ασθενείς με ΚΑ και μειωμένο κλάσμα εξώθησης και την επίδραση στη νεφρική λειτουργία και τα επίπεδα καλίου στον ορό.

Υλικό και Μέθοδος

Στην κλινική μας εντάχθηκαν 31 ασθενείς (87,1% άνδρες). Ποσοστό 87,1% ανήκε στις κατηγορίες κατά NYHA II&III με μέσο κλάσμα εξώθησης $31,1\pm 5,8\%$. Η δοσολογία επλερενόνης, η νεφρική λειτουργία και το κάλιο στον ορό, αξιολογήθηκαν σε όλη τη διάρκεια της μελέτης.

Αποτελέσματα

Η δοσολογία επλερενόνης στην έναρξη της μελέτης ήταν 12,5mg στο 3,2% των ασθενών και 25mg στο 96,8%, ενώ στους 6 μήνες 25mg στο 42,3% και 50mg στο 57,7%. Ο καρδιακός ρυθμός παρέμεινε σταθερός καθόλη τη διάρκεια της μελέτης [72bpm (min:55, max:120) και 68bpm (min:68, max:85), $p=0,118$], καθώς και η αρτηριακή πίεση [73,7mmHg (min:60,0, max:95,0) και 74,4 mmHg (min:65,0, max:85,0), $p=0,908$]. Η κάθαρση κρεατινίνης παρέμεινε σταθερή [77,4 \pm 16,7mL/min στην έναρξη και 75,1 \pm 21,6mL/min στους 6 μήνες, $p=0,403$]. Παρατηρήθηκε αύξηση της μέσης τιμής καλίου [4,4 \pm 0,3mmol/L και 4,8 \pm 0,4mmol/L αντίστοιχα, $p=0,0003$].

Συμπεράσματα

Η χορήγηση της επλερενόνης είναι αποτελεσματική και ασφαλής (Κ+ εντός φυσιολογικών ορίων και σταθερό GFR).



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΕΜΠΤΗ 25 ΜΑΪΟΥ 2017

OR.07 | ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΜΕ ΕΛΑΤΤΩΜΕΝΟ ΚΛΑΣΜΑ ΕΞΩΘΗΣΗΣ ΛΟΓΩ ΥΠΕΡΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΥ

Κ. ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ, Ε. ΘΕΟΦΙΛΟΓΙΑΝΝΑΚΟΣ, Α. ΚΑΡΛΙΓΚΙΩΤΗΣ, Μ. ΣΩΤΗΡΙΑΔΟΥ, Ε. ΜΑΝΤΖΟΡΟΓΕΩΡΓΟΥ, Χ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ, Β. ΣΚΕΜΠΕΡΗΣ, Β. ΒΑΣΙΛΙΚΟΣ

Γ΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Σκοπός

Η καρδιακή ανεπάρκεια αποτελεί ένα κλινικό σύνδρομο με τυπικά συμπτώματα και σημεία. Η αναζήτηση της αιτιολογίας του συνδρόμου αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της διαγνωστικής προσέγγισης, τόσο για θεραπευτικούς όσο και για προγνωστικούς λόγους. Ο υπερθυρεοειδισμός αποτελεί μία δυνητικά αναστρέψιμη κατάσταση όπου με κατάλληλη θεραπεία, η κλινική πορεία της καρδιακής ανεπάρκειας μπορεί να υποστραφεί θεαματικά, όπως φαίνεται στο περιστατικό που παρουσιάζεται.

Υλικό και Μέθοδος

Η παρούσα εργασία αφορά μία γυναίκα 50 ετών που εμφάνισε κλινική εικόνα καρδιακής ανεπάρκειας. Η κλινικοεργαστηριακή διερεύνηση της ασθενούς οδήγησε στη διάγνωση του υπερθυρεοειδισμού ως αιτία εμφάνισης καρδιακής ανεπάρκειας. Η αντιμετώπιση του υπερθυρεοειδισμού, σε συνδυασμό με φαρμακευτική θεραπεία καρδιακής ανεπάρκειας, οδήγησε στη σταδιακή πλήρη υποστροφή της μυοκαρδιακής δυσλειτουργίας.

Αποτελέσματα

Η κλινική εικόνα, οι εργαστηριακές και οι απεικονιστικές εξετάσεις απέκλεισαν μία σειρά ενδεχόμενων αιτιών καρδιακής ανεπάρκειας. Ο υπερθυρεοειδισμός που διαγνώσθηκε και αντιμετωπίστηκε με την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή αποτέλεσε το αίτιο εμφάνισης καρδιακής ανεπάρκειας με ελαττωμένο κλάσμα εξώθησης. Η επιτυχής αντιμετώπιση του υπερθυρεοειδισμού οδήγησε σε ταχεία ανάκαμψη της καρδιακής λειτουργίας εντός λίγων εβδομάδων μετά την έναρξη της ενδεδειγμένης θεραπείας.

Συμπεράσματα

Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία καταστάσεων που μπορεί να προκαλέσουν καρδιακή ανεπάρκεια, όπως ο υπερθυρεοειδισμός, είναι ζωτικής σημασίας για τη δυνητική αναστροφή της καρδιακής δυσλειτουργίας.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΕΜΠΤΗ 25 ΜΑΪΟΥ 2017

OR.08 | ΟΨΙΜΗ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΣ ΒΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗΣ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΟΣ ΜΕ ΣΥΝΟΔΟ ΣΠΟΝΔΥΛΟΔΙΣΚΙΤΙΔΑ

ΧΡ. ΚΕΦΑΛΙΔΗΣ, ΧΡ. ΧΑΤΖΗΕΛΕΥΘΕΡΙΟΥ¹, Π. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ¹, Β. ΣΑΑΤΣΟΓΛΟΥ¹, Ι. ΟΥΖΟΥΝΙΔΗΣ¹, Ε. ΘΕΟΦΙΛΟΓΙΑΝΝΑΚΟΣ², Σ. ΜΕΤΑΛΙΔΗΣ, Ν. ΘΕΟΔΩΡΙΔΗΣ¹

¹Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Δράμας

²Κλινική Άγιος Λουκάς Θεσσαλονίκης

Σκοπός

Η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού ενδοκαρδίτιδας προσθετικής αορτικής βαλβίδος με συμπτωματολογία χαμηλής οσφυαλγίας και μη διαγνωστικού απεικονιστικού ηχοκαρδιογραφικού έλεγχου. Η σημασία της HRCT καρδιάς. Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

Υλικό και Μέθοδος

Ασθενής άρρεν 85 ετών με ιστορικό χειρουργημένης βιολογικής από δεκαετία προσθετικής αορτικής εισάγεται με low back pain, αδυναμία βαδίσεως και δεκαδική πυρετική κίνηση με συνοδό ναυτία. Παρουσιάζει ↑CRP (104,50mg/l), πτώση ΗΤ λόγω mallory weiss συνδρόμου, χορήγηση μεταγγίσεων αίματος. Γαστροσκόπηση: αναδεικνύει εικόνα κίρσων-φλεβοεκτασιών γαστροοισοφαγικού δακτυλίου. HRCT οσφυϊκής μοίρας ΣΣ αναδεικνύει εικόνα σπονδυλοδισκίτιδος με παρασπονδυλικά αποστήματα. Θετικές αιμοκαλλιέργειες με streptococcus ph. Υπόνοια ενδοκαρδίτιδας αορτικής βαλβίδος παρά την αρνητική απεικόνιση από US καρδιάς. Διοισοφάγειος υπερηχογραφία(ΤΕΕ) αρνητική στην ανάδειξη εκβλαστήσεων. Έναρξη συνδυασμένης IV αντιβιοτικής αγωγής για gram-, gram+ βακτήρια, με αμπικιλίνη- σουλβακτάμη αρχικά και κεφτριαξόνη στη συνέχεια σε συνδυασμό με κινολόνη για 6 εβδομάδες. Προοδευτική ελάττωση CRP, συνέχιση per os αντιβίωσης στο σπίτι (μοξιφλοξασίνη). Υποτροπή εμπύρετου μετά διμήνου, νέα νοσηλεία, εκ νέου ↑ CRP (113,50mg/l) , θετική αιμοκαλλιέργεια για enterococcus faec. Εκ νέου συνδυασμένη IV αντιβίωση με βανκομυκίνη αρχικά και μεροπενέμη στη συνέχεια σε συνδυασμό με γενταμυκίνη και φλουκοναζόλη. Εκ νέου διενέργεια HRCT και ΤΕΕ.



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΕΜΠΤΗ 25 ΜΑΪΟΥ 2017

Αποτελέσματα

Το ΤΕΕ αναδεικνύει μη διαγνωστική εικόνα πρόσθετου ιστού στην πρόσθια αορτική επιφάνεια της βαλβίδος, με ελαχίστη συνοδό ανεπάρκεια της βαλβίδος. Η HRCT αναδεικνύει ελικοειδούς μορφολογίας εικόνα εκβλαστήσεων εντός της ανιούσης αορτής, εξορμούμενες από τις αορτικές πτυχές υψηλής πιθανότητας για ενδοκαρδίτιδα. Εκ νέου βελτίωση κλινικής εικόνας του ασθενούς, και per os αντιβίωση στο σπίτι (λινεζολίδη).

Συμπεράσματα

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δέκα ετών, η συνολική θνησιμότητα της ενδοκαρδίτιδας της προσθετικής ήταν 43% στην όψιμη ενδοκαρδίτιδα της προσθετικής βαλβίδας.

Πιο πρόσφατα, ωστόσο, το ποσοστό επιβίωσης φαίνεται ότι βελτιώνεται. Γενικά, η θνησιμότητα που σχετίζεται με την ενδοκαρδίτιδα της προσθετικής βαλβίδας που προκαλείται από τους μύκητες και τον *Staphylococcus aureus* είναι υψηλότερη και χαμηλότερη είναι αυτή των στρεπτόκοκκων όπως στην περίπτωση μας. Οι μολύνσεις σε κοίρειες βιοπροσθετικές τείνουν να εντοπίζονται στις πτυχές, οδηγώντας σε βαλβιδική ανεπάρκεια.

Η ηχοκαρδιογραφία είναι φυσιολογική ή ασαφής σε περίπου 30% των περιπτώσεων καθώς περιορίζεται από την ακουστική σκίαση, ιδιαίτερα όταν διερευνάται η εμπρόσθια περι-αορτική περιοχή. Η διαγνωστική απόδοση της CT είναι συγκρίσιμη με το ΤΕΕ στη διάγνωση αποστημάτων ή ρωγμών. Η MSCT μπορεί να θεωρηθεί ως ένα χρήσιμο συμπλήρωμα στην απεικόνιση των καρδιακών βλαβών της ενδοκαρδίτιδας αν η ηχοκαρδιογραφία δεν είναι διαγνωστική.

OR.09 | Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΛΕΒΟΣΙΜΕΝΤΑΝΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΙΤΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ Β ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Ι. ΛΑΓΟΣ, Ι. ΑΛΕΥΡΟΥΔΗΣ, Α. ΔΕΛΗΓΙΑΝΝΙΔΗΣ, Π. ΦΑΛΙΑΓΚΑΣ, Θ. ΜΟΥΛΑΤΖΙΚΟΣ, ΤΖ. ΔΑΔΟΥΣ, Ι. ΚΑΝΟΝΙΔΗΣ

Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝ Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή

Ο σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της έγχυσης λεβοσιμεντάνης στην αντιμετώπιση του φαινομένου της μη καλής ανοχής των β αποκλειστών κατά την διαδικασία τιτλοποίησής τους σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και μειωμένο κλάσμα εξώθησης.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΕΜΠΤΗ 25 ΜΑΪΟΥ 2017

Υλικό και Μέθοδος

Η μελέτη περιελάμβανε 125 ασθενείς με χρόνια σταθερή καρδιακή ανεπάρκεια και μειωμένο κλάσμα εξώθησης που ελάμβαναν την βέλτιστη φαρμακευτική αγωγή στις μέγιστες εφικτές δοσολογίες φαρμάκων (ΑΜΕΑ, διουρητικά κ.α.).

Έναρξη θεραπείας με καρβεδιλόλη και προοδευτική αύξηση της δόσης σε 3 διαδοχικές φάσεις.

Α. 6,25mg δύο φορές την ημέρα,

Β. 12,5mg δύο φορές την ημέρα και

Γ. 25mg δύο φορές την ημέρα, ανά χρονικά διαστήματα δύο εβδομάδων.

Σε κάθε φάση η ανοχή καθορίστηκε από τα κάτωθι κριτήρια:

1. Βελτίωση των συμπτωμάτων και της λειτουργικής κατάστασης (κλάση κατά ΝΥΗΑ και δοκιμασία 6 λεπτών βάρδισης) εν όψει της έναρξης θεραπείας με καρβεδιλόλη
2. μείωση του BNP κατόπιν έναρξης θεραπείας με καρβεδιλόλη

Η μη ανοχή του ασθενούς καθορίστηκε από αναστροφή των ως άνω κριτηρίων.

Στην περίπτωση μη καλής ανοχής, άρχισε η 24ωρη έγχυση λεβοσιμεντάνης ενώ η δόση του β αποκλειστή παρέμεινε ίδια. Καλή απάντηση στην έγχυση επιβεβαιώθηκε με μείωση του BNP και βελτίωση της λειτουργικής κλάσης.

Αποτελέσματα

Από τους 125 ασθενείς που συμμετείχαν στην μελέτη, οι 24 εμφάνισαν σημεία μη καλής ανοχής (ποσοστό 19,2%). Από αυτούς οι 6 εμφάνισαν μη καλή ανοχή κατά την διάρκεια της πρώτης φάσης, οι 10 κατά τη διάρκεια της δεύτερης φάσης και οι υπόλοιποι 8 κατά την τρίτη φάση.

20 ασθενείς (83%) ανταποκρίθηκαν καλά στην έγχυση λεβοσιμεντάνης [6 ασθενείς στην πρώτη φάση (100%), 7 ασθενείς στην δεύτερη φάση (70%) και 7 ασθενείς στην τρίτη φάση (87,5%)].

Δεν παρατηρήθηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες κατά την διάρκεια της έγχυσης.

Συμπεράσματα

Η έγχυση λεβοσιμεντάνης είναι αποτελεσματική και ασφαλής στην επίτευξη της δόσης στόχου κατά την πιλοποίηση των β αποκλειστών σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια.



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 26 ΜΑΪΟΥ 2017

08:30 - 10:00 | Πρόεδροι: Γ. Κασέας, Π. Κλιγκάτσος

OR.10 | HERBAL MEDICINE TODAY: CLINICAL AND RESEARCH ISSUES

MOHAMMED TAQEE ANSARI

My Organization runs a Medical Pharmacy College in India by the name of MAK College Of Pharmacy | Collaborate Company: Biotechnica-Pharma

Introduction

Demonstrate our indigenous medicines that are made by 1000 years old Herbal & Ayurvedic medicines practicing field in the spectrum of finding remedies for Asthma, Tuberculosis, Cancer and various other ailments.

Allopathic practitioners in India are outnumbered by practitioners of traditional Indian medicine and homeopathy (TIMH), which is used by up to two-thirds of its population to help meet primary health care needs, particularly in rural areas. India has an estimated 2.5 million HIV infected persons. However, little is known about TIMH use, safety or efficacy in HIV/AIDS management in India, which has one of the largest indigenous medical systems in the world.

Purpose

The purpose of this review was to assess the quality of peer-reviewed, published literature on TIMH for HIV/AIDS care and treatment. Of 206 original articles reviewed, 21 laboratory studies, 17 clinical studies, and 6 previous reviews of the literature were identified that covered at least one system of TIMH, which includes Ayurveda, Unani medicine, Siddha medicine, homeopathy, yoga and naturopathy. Most studies examined either Ayurvedic or homeopathic treatments. Only 4 of these studies were randomized controlled trials, and only 10 were published in MEDLINE-indexed journals.

Conclusion

Overall, the studies reported positive effects and even “cure” and reversal of HIV infection, but frequent methodological flaws call into question their internal and

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 26 ΜΑΪΟΥ 2017

external validity. Common reasons for poor quality included small sample sizes, high drop-out rates, design flaws such as selection of inappropriate or weak outcome measures, flaws in statistical analysis, and reporting flaws such as lack of details on products and their standardization, poor or no description of randomization, and incomplete reporting of study results.

OR.11 | ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΔΙΩΝ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

Φ. ΑΜΠΑΤΖΙΔΟΥ, Θ. ΤΣΕΡΜΑΚΙΑΝ, Α. ΓΩΓΑΚΟΣ, Χ. ΒΑΡΔΑΪΗ, Α. ΜΑΔΕΣΗΣ, Θ. ΚΑΡΑΪΣΚΟΣ, Α. ΜΠΑΝΤΟΥΡ, Γ. ΔΡΟΣΟΣ

Καρδιοχειρουργική Κλινική, ΓΝ «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Σκοπός

Η παχυσαρκία ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως η μη φυσιολογική, υπέρμετρη συσσώρευση λίπους στο ανθρώπινο σώμα. Για την εκτίμηση της χρησιμοποιείται ευρέως ο Δείκτης Μάζας Σώματος που ισούται με το βάρος του σώματος σε κιλά προς το τετράγωνο του ύψους σε μέτρα (Body Mass Index, BMI=kg/m²). Η παχυσαρκία ορίζεται ως BMI ≥30 και ταξινομείται ως στάδιο I για τιμές BMI 30-34.99, στάδιο II (σοβαρή) για BMI 35-39.99 και στάδιο III(νοσογόνος) για BMI ≥40 [2].

Η παχυσαρκία αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση ή την επιδείνωση αρκετών παθολογικών καταστάσεων και κυρίως καρδιαγγειακών διαταραχών όπως η στεφανιαία νόσος, η καρδιακή ανεπάρκεια, η υπέρταση, η κολπική μαρμαρυγή, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, ο αιφνίδιος θάνατος.[2,3] Ένα αμφιλεγόμενο ζήτημα στη βιβλιογραφία είναι η αναφερόμενη καλύτερη πρόγνωση των υπέρβαρων και παχύσαρκων ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα συγκριτικά με ασθενείς με φυσιολογικό BMI, κάτι που περιγράφεται ως παράδοξο της παχυσαρκίας (obesity paradox) [4].

Σύμφωνα με ορισμένες μελέτες το φαινόμενο αυτό ισχύει και στις καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις. [5-9]. Σύμφωνα όμως με άλλες μελέτες, η παχυσαρκία φαίνεται να αυξάνει σημαντικά τα ποσοστά μετεγχειρητικής νοσηρότητας και θνητότητας των ασθενών [10-11], ενώ αρκετές απέτυχαν στο να αποδείξουν κάποια διαφορά στην επιβίωση ύστερα από χειρουργείο στεφανιαίων αγγείων μεταξύ παχύσαρκων και φυσιολογικών ασθενών αποκλείοντας την παχυσαρκία από τις αντενδείξεις τέτοιων επεμβάσεων [12-16].



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 26 ΜΑΪΟΥ 2017

Όσο σε αρκετές από τις μελέτες αυτές η νοσογόνος παχυσαρκία δεν μελετάται ξεχωριστά, ενώ ακόμα και σε δημοσιεύσεις που διαχωρίζουν τα στοιχεία για άτομα με $BMI \geq 40$, τα αποτελέσματα φαίνονται να μην συμφωνούν με το παράδοξο φαινόμενο του υπολοίπου δείγματος παχύσαρκων ασθενών [9,11].

Υλικό και Μέθοδος

Από τον Ιούνιο του 2012 ως τον Μάρτιο του 2017 συνολικά 2084 ασθενείς υποβλήθηκαν σε καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις με χρήση εξωσωματικής κυκλοφορίας. Οι κατηγορίες χειρουργείων που πραγματοποιήθηκαν ήταν οι εξής: 1302 CABG, 167 επεμβάσεις CABG συνδυασμένες με επεμβάσεις βαλβίδων ή/και επεμβάσεις θωρακικής αορτής, 388 επεμβάσεις βαλβίδων, 176 επεμβάσεις στη θωρακική αορτή και 51 επεμβάσεις άλλου τύπου π.χ. αφαίρεση όγκων μυοκαρδίου, επεμβάσεις αναδιαμόρφωσης αριστερής κοιλίας επεμβάσεις αφαίρεσης /τοποθέτησης ηλεκτροδίων βηματοδότη. Στη μελέτη αυτή οι ασθενείς ταξινομήθηκαν με βάση το BMI και χρησιμοποιήθηκε η βάση δεδομένων της κλινικής όπου με προοπτικό τρόπο συλλέγονται τα περιεχειρητικά χαρακτηριστικά για κάθε ασθενή. Πιο συγκεκριμένα μελετήθηκαν συγκριτικά οι παρακάτω παράγοντες: εντω βάθει λοιμώξεις στερνοτομής, σηψαιμία, πνευμονία, αναπνευστικές επιπλοκές όπου έγινε χρήση μη επεμβατικού αερισμού, επαναδιασωλήνωση, οξεία νεφρική ανεπάρκεια AKI (acute kidney injury- κριτήρια RIFLE), πολυοργανική ανεπάρκεια (multiple organ dysfunction syndrome-MODS), κολπική μαρμαρυγή και θνητότητα. Αρχικά έγινε σύγκριση μεταξύ ασθενών με παχυσαρκία σταδίου I ($BMI 30-35$ obese class I) και ασθενών με $BMI > 35$ που περιλαμβάνει τις 2 σοβαρότερες μορφές της σοβαρής και νοσογόνου παχυσαρκίας. Επίσης έγινε συγκριτική μελέτη όσον αφορά τις ίδιες παραμέτρους μεταξύ της σοβαρής και νοσογόνου παχυσαρκίας (obese class II & III). Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το χ^2 για τετράπτυχο πίνακα (2×2). Το κριτήριο χ^2 συγκρίθηκε με την κριτική τιμή από τους πίνακες για $p=0,05$ και βαθμοί ελευθερίας (BE)=1 που είναι $\chi^2_{1;0,05}=3,84$. Ως ανεξάρτητη μεταβλητή ορίστηκε η νοσογόνος παχυσαρκία και ως εξαρτημένες μεταβλητές οι παραπάνω παράμετροι. Ορίστηκαν οι μηδενικές υποθέσεις, δηλαδή ότι η νοσογόνος παχυσαρκία δε σχετίζεται με κάθε μια από τις παραπάνω παραμέτρους.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 26 ΜΑΪΟΥ 2017

Αποτελέσματα

Κατά τη συγκριτική μελέτη των ασθενών με απλή παχυσαρκία (BMI 30-35) έναντι των ασθενών με σοβαρότερες μορφές παχυσαρκίας η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι ασθενείς με BMI > 35 παρουσίαζαν συχνότερα με στατιστικά σημαντική διαφορά: μετεγχειρητική πνευμονία ($\chi^2=4,12$, $P<0,05$), οξεία νεφρική βλάβη ($\chi^2=4,42$, $P<0,05$), και θνητότητα ($\chi^2=5,15$, $P<0,05$). Στη δεύτερη συσχέτιση στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα φαίνεται να υπάρχουν μεταξύ των 2 σταδίων της παχυσαρκίας και συγκεκριμένα οι ασθενείς με νοσογόνο παχυσαρκία παρουσιάζουν συχνότερα μετεγχειρητικές αναπνευστικές επιπλοκές με ανάγκη μη επεμβατικού μηχανικού αερισμού ($\chi^2=32,23$, $P<0,05$) καθώς και οξεία νεφρική βλάβη σε σχέση τους ασθενείς με σοβαρή παχυσαρκία ($\chi^2=27,36$, $P<0,05$).

Συζήτηση

Πολλές μελέτες υποστηρίζουν το φαινόμενο του παράδοξου της παχυσαρκίας στην καρδιοχειρουργική δηλαδή την καλύτερη έκβαση των υπέρβαρων και παχύσαρκων ασθενών συγκριτικά με τους ασθενείς φυσιολογικού βάρους και τους ελλιποβαρείς. Στη μελέτη αυτή φαίνεται ότι η σταδιοποίηση της παχυσαρκίας παίζει σημαντικό ρόλο στην έκβαση των ασθενών. Η σοβαρή μορφή παχυσαρκίας και ακόμη περισσότερο η νοσογόνος παχυσαρκία είναι ακραίες καταστάσεις που συσχετίζονται με σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές. Η αλλαγή των διατροφικών συνηθειών και η μετάπτωση στο απλό στάδιο της παχυσαρκίας μπορεί να οδηγήσει στην πραγματοποίηση καρδιοχειρουργικών επεμβάσεων με μεγαλύτερη ασφάλεια

OR.12 | ΔΥΣΠΝΟΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ

Κ. ΚΟΥΤΣΑΜΠΑΣΟΠΟΥΛΟΣ, Α. ΝΤΑΤΣΙΟΣ, Α. ΣΑΜΑΡΑΣ, Σ. ΓΡΗΓΟΡΙΑΔΗΣ, Ι. ΒΟΓΙΑΤΖΗΣ

Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο Βέροιας

Σκοπός της εργασίας μας αποτελεί η παρουσίαση ενός ενδιαφέροντος περιστατικού ασθενούς με ψευδοανεύρυσμα της αριστερής κοιλίας του μυοκαρδίου το οποίο αποτελεί μια σπάνια και ταυτόχρονα θανατηφόρα επιπλοκή του εμφράγματος του μυοκαρδίου (EM).



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 26 ΜΑΪΟΥ 2017

Παρουσίαση περιστατικού

Ασθενής 64 ετών προσήλθε αναφέροντας από εβδομάδος προοδευτικά επιδεινούμενη δύσπνοια στην κόπωση. Ο ασθενής προ 40 ημερών νοσηλεύοταν στην κλινική μας με έμφραγμα κατωτέρου τοιχώματος μυοκαρδίου καθυστερημένης προσέλευσης και είχε υποβληθεί σε επιτυχή αγγειοπλαστική στη δεξιά στεφανιαία αρτηρία. Παρά τη χορήγηση διουρητικής αγωγής και τη βελτιστοποίηση της λοιπής φαρμακευτικής αγωγής η λειτουργική κλάση κατά NYHA του ασθενή επιδεινώθηκε. Μετά από διενέργεια διαθωρακικού καρδιακού υπερήχου διαπιστώθηκε η παρουσία δυσκινητικής κοιλότητας (ψευδοανεύρυσμα) σε συνέχεια με το οπίσθιο-κατώτερο τοίχωμα του μυοκαρδίου, η οποία προκαλούσε σοβαρή ανεπάρκεια της μιτροειδούς, λόγω βλάβης στην οπίσθια μιτροειδική γλωχίνα (P1 scallop). Δυστυχώς ο ασθενής απεβίωσε περιμένοντας να διακομισθεί για καρδιοχειρουργική αντιμετώπιση.

Συμπεράσματα

Οι ασθενείς πολύ συχνά αναπτύσσουν συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (EM) και αντιμετωπίζονται φαρμακευτικά σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες. Ωστόσο οι μηχανικές επιπλοκές του EM θα πρέπει να βρίσκονται πάντα ψηλά στη διαφορική διάγνωση των ασθενών με δύσπνοια, γιατί χρειάζονται διαφορετική και συχνά επείγουσα αντιμετώπιση.

OR.13 | ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΨΕΥΔΩΣ ΑΡΝΗΤΙΚΗΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑΣ ΚΟΠΩΣΗΣ

Η. Ι. ΚΑΠΙΤΣΙΝΗΣ, Η. Θ. ΖΑΡΒΑΛΗΣ, Α. Θ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ, Ι. Γ. ΣΤΥΛΙΑΔΗΣ

Β' Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή

Παρουσιάζουμε την περίπτωση άνδρα ηλικίας 38 ετών που εισήχθη σε ημέρα γενικής εφημερίας για διερεύνηση θωρακικού άλγους. Ο ασθενής υπεβλήθη σε πλήρη έλεγχο με βιοχημικές εξετάσεις, διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα και δοκιμασία κόπωσης με φυσιολογικά ευρήματα. Ο ασθενής επανήλθε μετά 20 ημέρου με οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου πρόσθιου τοιχώματος με ανάσπαση του διαστήματος ST (STEMI).

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 26 ΜΑΪΟΥ 2017

Σκοπός

Να καταδειχθεί η «ύπουλη» εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου ως και το γεγονός ότι καμιά εξέταση ή λειτουργική δοκιμασία δεν έχει 100% ευαισθησία και ειδικότητα.

Υλικά και μέθοδοι

Άνδρας 38 ετών εισήχθη σε ημέρα γενικής εφημερίας λόγω αιφνίδιου θωρακικού άλγους που τον αφύπνισε. Είναι καπνιστής με οριακές τιμές λιπιδίων ορού. Το ΗΚΓ εισαγωγής ως και αυτά του πρώτου 48ωρου ήταν φυσιολογικά όπως και η καρδιακή βιοχημεία. Υπεβλήθη σε διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα και δοκιμασία κόπωσης με φυσιολογικά ευρήματα και εξήλθε με υπολιπιδαιμική αγωγή και οδηγίες. Μετά από 20 ημέρες επανήλθε σε ημέρα γενικής εφημερίας με υποτροπή των συμπτωμάτων πλην όμως από το ΗΚΓ ανεδείχθη οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου πρόσθιου τοιχώματος με ανάσπαση του διαστήματος ST (STEMI). Ο ασθενής υπεβλήθη σε πρωτογενή αγγειοπλαστική στον πρόσθιο κατιόντα κλάδο που εμφάνιζε σχεδόν υφολική στένωση με παρουσία θρόμβου. Τις επόμενες ημέρες υπεβλήθη σε αγγειοπλαστική και στη δεξιά στεφανιαία αρτηρία στην οποία ανεδείχθη επίσης κριτική στένωση εκ της αρχικής στεφανιογραφίας.

Αποτελέσματα

Ο ασθενής παρέμεινε σε σταθερή κατάσταση και πήρε εξιτήριο από με φαρμακευτική αγωγή και οδηγίες έχοντας καλή λειτουργικότητα της αριστεράς κοιλίας.

Συμπέρασμα

Η υποκλινική στεφανιαία νόσος μπορεί να εκδηλωθεί ύπουλα με διάφορες μορφές και δυστυχώς όπως είναι γνωστό στο 30% με αιφνίδιο καρδιακό θάνατο. Οι παρακλινικές εξετάσεις και η λειτουργικές δοκιμασίες έχουν ικανό εύρος ευαισθησίας και ειδικότητας και μπορούν να αποβούν ψευδώς αρνητικές σε ασθενείς με εκτεταμένη νόσο ακόμα και σε νεαρούς ασθενείς.

OR.14 | ΟΙ ΕΥΕΡΓΕΤΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΠΟΛΥΦΑΙΝΟΛΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Σ. ΚΑΖΝΕΣΗΣ, Μ. ΚΛΟΤΣΟΥΘΥΜΙΟΥ, Κ. ΜΑΚΕΔΟΥ, Σ. ΗΛΙΑΔΗΣ



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 26 ΜΑΪΟΥ 2017

Εργαστήριο Βιολογικής Χημείας, Ιατρικό Τμήμα, Σχολές Επιστημών Υγείας,
Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Με τον όρο ελεύθερες ρίζες ορίζονται εκείνα τα μόρια ή άτομα που έχουν τουλάχιστον ένα ελεύθερο ηλεκτρόνιο στην εξωτερική τους στιβάδα. Όλα τα βιολογικά μακρομόρια του οργανισμού μπορούν να υποστούν επιβλαβείς μετατροπές από την επίδραση των ελευθέρων ριζών. Η καταστροφή των λιπιδίων προκαλεί την λιπιδική υπεροξειδωση με μια αλυσιδωτή αντίδραση αποτελούμενη από 3 στάδια την έναρξη, διάδοση και τον τερματισμό. Η διακοπή της αντίδρασης αυτής γίνεται με αντιοξειδωτικές ουσίες, πολλές από τις οποίες προσλαμβάνονται με τη διατροφή. Η λιπιδική υπεροξειδωση έχει άμεση σχέση με τον σχηματισμό της αθηρωματικής πλάκας, στη στένωση του αυλού των αγγείων και στη σημαντική μείωση της ελαστικότητας τους. Πολλές μελέτες από βιβλιογραφικά δεδομένα, καταδεικνύουν ότι το μεσογειακό πρότυπο διατροφής είναι το βέλτιστο για την αποφυγή εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων. Σημαντικές ουσίες για την πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων φαίνεται να είναι οι πολυφαινόλες, οι οποίες είναι έγχρωμες ουσίες που περιέχονται στη μεσογειακή διατροφή, όπως το ελαιόλαδο, το κρασί, τα φρούτα και οι ξηροί καρποί. Εκτός από τις αντιοξειδωτικές ιδιότητες που εμφανίζουν, οι πολυφαινόλες φαίνεται να επιδρούν σημαντικά και σε άλλους παράγοντες κινδύνου, όπως η δυσλιπιδαιμία και ο σακχαρώδης διαβήτης.

OR.15 | ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΑΦΥΔΑΤΩΣΗΣ ΜΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ

Ι. ΛΑΓΟΣ¹, Τ. ΔΑΔΟΥΣ¹, Χ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ², Α. ΔΕΛΗΓΙΑΝΝΙΔΗΣ¹, Γ. ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ¹,
Ξ. ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΟΥ¹, Δ. ΕΚΚΛΗΣΙΑΡΧΟΣ¹, Χ. ΚΥΡΠΙΖΙΔΗΣ¹, Σ. ΣΑΒΒΑΤΗΣ¹,
Ι. ΚΑΝΟΝΙΔΗΣ¹

¹Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ Ιπποκράτειο

²Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ Ιπποκράτειο

Σκοπός

Σε ασθενείς με τελικού σταδίου νεφρική νόσο, η αιμοκάθαρση οδηγεί σε μεταβολές στη συστολική και διαστολική λειτουργία της αριστεράς κοιλίας. Σκοπός της παρούσας

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 26 ΜΑΪΟΥ 2017

μελέτης είναι να διερευνήσει ποιοι δείκτες μεταβάλλονται οξέως κατά τη διάρκεια μιας συνεδρίας αιμοκάθαρσης συμπεριλαμβανομένου και του ιστικού δείκτη TEI (δείκτης μυοκαρδιακής απόδοσης) και ποιοι από αυτούς μπορεί να φανούν χρήσιμοι στην εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της αφυδάτωσης μιας συνεδρίας αιμοκάθαρσης.

Μέθοδοι

16 ενήλικες ασθενείς (9 άνδρες, μέσος όρος ηλικίας 64.625 ± 13.865 έτη) με χρόνια τελικού σταδίου νεφρική νόσο που υποβάλλονται σε 3 συνεδρίες αιμοκάθαρσης εβδομαδιαίως χρησιμοποιήθηκαν για τη συλλογή των δεδομένων. Το κύμα E της διαμτροειδικής ροής, ο λόγος E/A και E/e, η μέση κλίση πίεσης της αορτικής βαλβίδας (Mean PG), οι ιστικές ταχύτητες στο πλάγιο τοίχωμα του μιτροειδικού δακτυλίου και ο ιστικός δείκτης TEI μετρήθηκαν υπό σταθερές συνθήκες πριν και μετά από μία συνεδρία αιμοκάθαρσης. Στη συνέχεια 10 ενήλικες (6 γυναίκες, μέσος όρος ηλικίας 72 ± 8.65 χρόνια) που υποβλήθηκαν εκτάκτως σε μία συνεδρία αιμοκάθαρσης στην κλινική μας, χωρίς προηγούμενο ιστορικό αιμοκάθαρσης, υποβλήθηκαν σε διαδοχικές υπερηχογραφικές μετρήσεις κατά την διάρκεια της αιμοκάθαρσης. Προσδιορίστηκαν οι μεταβολές στις τιμές του λόγου E/e ανά 500ml αφυδάτωσης και συσχετίστηκαν με τις μεταβολές της διαμέτρου της κάτω κοίλης φλέβας που αποτελεί έναν καθιερωμένο δείκτη εκτίμησης της αποτελεσματικότητας μία συνεδρίας αιμοκάθαρσης.

Αποτελέσματα

Η αιμοκάθαρση οδήγησε σε μείωση του κύματος E της διαμτροειδικής ροής ($p = 0.068$), σε μείωση του λόγου E/A ($p=0.117$) και σε σημαντική μείωση του λόγου E/e (13.95 ± 4.8 έναντι 10.65 ± 3.36 , $p=0.032$) που αντανάκλα στη μείωση των τελοδοιαστολικών πιέσεων πλήρωσης της αριστεράς κοιλίας. Ο λόγος E/e μεταβλήθηκε κατά 23.26% στους χρόνια αιμοκαθαριζόμενους ασθενείς και αυτό φάνηκε να συμβαίνει μετά από 2.3 Kg αφυδάτωσης όπως υπολογίσθηκε στο δεύτερο δείγμα των 10 ασθενών. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές μεταβολές στη μέση κλίση πίεσης της αορτικής βαλβίδας ($p=0.556$) και στις ιστικές ταχύτητες όπως αυτές υπολογίσθηκαν στο πλάγιο τοίχωμα του μιτροειδικού δακτυλίου ($p=0.563$). Ο ιστικός δείκτης TEI δεν παρουσίασε στατιστικώς σημαντικές μεταβολές στις τιμές του μετά την αιμοκάθαρση ($p=0.672$).



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 26 ΜΑΪΟΥ 2017

Συμπεράσματα

Η αποτελεσματική αφυδάτωση σε μία συνεδρία αιμοκάθαρσης οδηγεί σε σημαντική μείωση των τελοδιαστολικών πιέσεων πλήρωσης της αριστεράς κοιλίας όπως καταδείχθηκε από την μεταβολή του λόγου E/e, ο οποίος φαίνεται να αποτελεί χρήσιμο εργαλείο για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της αφυδάτωσης μίας συνεδρίας αιμοκάθαρσης.

OR.16 | CARDIO-ID: ΕΝΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΓΕΝΕΤΙΚΟ ΤΕΣΤ ΒΑΣΙΣΜΕΝΟ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ WHOLE GENOME SEQUENCING (WGS) ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΛΛΑ ΚΑΙ ΠΡΟΔΙΑΘΗ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Σ. ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ¹, Ι. Λ. ΛΟΥΚΑΣ^{2,3}, Γ. ΘΩΔΗ², Ν. ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ^{2,4},
Ο. ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΗ², Μ. ΧΑΤΖΗΔΑΚΗ², Ε. ΜΩΛΟΥ²

¹Καρδιολογική Κλινική, Ναυτικό Νοσοκομείο, Αθήνα

²Εργαστήριο Κλινικής Γενετικής, Neoscreen

³Τμήμα Φαρμακευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών

⁴Ιατρική Σχολή Comenius, Bratislava

Σκοπός

Τα κληρονομικά καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν την κύρια αιτία αιφνίδιου καρδιαγγειακού θανάτου στους νέους είναι κατά βάση χαρακτηρισμένα μονογονιδιακά νοσήματα (δηλαδή κληρονομούμενα νοσήματα που οφείλονται σε μεταλλάξεις ενός συγκεκριμένου γονιδίου) γεγονός που δίδει την δυνατότητα, πέρα από την επιβεβαίωση της κλινικής διάγνωσης, της έγκαιρης ανίχνευσης των ασυμπτωματικών φορέων.

Υλικό και Μέθοδος

Χρησιμοποιούμε την ανάλυση του ανθρώπινου γονιδιώματος (WGS) για την διάγνωση ασθενών αλλά και για την προδιάθεση 20 καρδιαγγειακών νοσημάτων σε υγιείς ανθρώπους. Απομονώνουμε DNA από περιφερικό αίμα και χρησιμοποιούμε την πλατφόρμα BGISEQ-500 της BGI για την ανάλυση 22.000 γονιδίων. Η απόφαση μας αυτή στηρίχτηκε στο γεγονός ότι έχει μειωθεί δραματικά το κόστος της εξέτασης αυτής, κάτω από τα 1000 ευρώ. Από την παραπάνω ανάλυση προκύπτουν περίπου 4 εκατομμύρια αλλαγές στο DNA (SNPs, InDels, CNVs) τα οποία περαιτέρω φιλτράρονται με ειδικούς αλγόριθμους και βάσεις δεδομένων για να προκύψουν τελικά εκείνες οι αλλαγές οι οποίες χαρακτηρίζονται ως παθογόνες και σχετίζονται με τα παραπάνω νοσήματα.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 26 ΜΑΪΟΥ 2017

Αποτελέσματα

Σε 6 στους 10 ασθενείς βρέθηκε παθογόνος μετάλλαξη σχετική με την νόσο που πάσχουν, επίσης σε 3 στους 10 με οικογενειακό ιστορικό και 2 στους 8 χωρίς οικογενειακό ιστορικό εντοπίστηκε μετάλλαξη σχετική με καρδιαγγειακό κληρονομικό νόσημα, οι περισσότερες μεταλλάξεις να σχετίζονται με υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια και σύνδρομο LongQT.

Συμπεράσματα

Το CARDIO-ID σποτελεί το πληρέστερο τεστ για την γενετική διάγνωση και προδιάθεση κληρονομούμενων γενετικών καρδιολογικών νοσημάτων.

OR.17 | Η ΑΠΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΤΙΣ ΟΜΑΔΕΣ ΑΠΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ -ΜΙΑ ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Γ. ΤΟΥΡΝΑΣ

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

Σκοπός

Η απενημέρωση είναι μία εκπαιδευτική διαδικασία η οποία στηρίζεται στην αναβίωση γεγονότων μέσα από τη συζήτηση και την περιγραφή όσων τα βίωσαν. Στην παρούσα ποιοτική έρευνα αντικείμενο μελέτης είναι η διαδικασία της απενημέρωσης ανάμεσα στα μέλη των ομάδων καρδιοαναπνευστικής απενημέρωσης που συγκροτούνται στα ελληνικά νοσοκομεία. Η παρεχόμενη καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση παρά την συνεχιζόμενη εκπαίδευση και την εύκολη πρόσβαση στις κατευθυντήριες οδηγίες συχνά είναι κατώτερη των προσδοκιών.

Υλικό και Μέθοδος

Ως υλικό της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν 27 ημιδομημένες συνεντεύξεις που ελήφθησαν από ειδικευμένους ιατρούς, ειδικούς Καρδιολόγους, Αναισθησιολόγους, ιατρούς Εντατικολόγους και νοσηλευτές που συμμετέχουν σε ομάδες απενημέρωσης των ελληνικών νοσοκομείων.



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 26 ΜΑΪΟΥ 2017

Αποτελέσματα

Στα ελληνικά νοσοκομεία οι πλείστοι ερωτώμενοι δεν είναι εξοικειωμένοι με τη χρήση της απενημέρωσης μετά την προσπάθεια αναζωογόνησης. Μόνο όταν τους αναλύεται ο όρος, συνειδητοποιούν το περιεχόμενό του. Σύμφωνα με τους ερωτώμενους το άτομο που συντονίζει τη διαδικασία θα πρέπει να έχει υψηλό επίπεδο εμπειρίας και γνώσης πάνω στο αντικείμενο της αναζωογόνησης ώστε να μπορεί να εμπνέει και να διδάσκει, καθώς και να θέτει ξεκάθαρους στόχους βοηθώντας τους συμμετέχοντες να περνούν από τη φάση της περιγραφής στη φάση της ανάλυσης των γεγονότων.

Οι περισσότεροι από τους γιατρούς και νοσηλευτές υποστήριξαν ότι πρέπει να γίνεται σχετικά αμέσως μετά τη διαδικασία αναζωογόνησης, το πολύ δυο ώρες μετά ώστε να μη διαφεύγουν λεπτομέρειες από την πρόσφατη μνήμη. Όμως αμέσως μετά τα συναισθήματα μπορεί να είναι πολύ έντονα που ίσως επηρεάσει την αντικειμενικότητα της διαδικασίας. Γι' αυτό το λόγο ορισμένοι υποστηρίζουν να γίνεται σε δεύτερο χρόνο μια φορά εβδομαδιαίως. Η διεθνής βιβλιογραφία δεν αναφέρει βέβαια ενθαρρυντικά ευρήματα σχετικά με την απενημέρωση σε δεύτερο χρόνο. Οι ερωτηθέντες ειδικευόμενοι ιατροί αναφέρουν ότι η έλλειψη χρόνου είναι ένα σημαντικό ζήτημα στα πλαίσια των πολλών καθηκόντων που καλούνται να επιτελέσουν στην καθημερινή κλινική πράξη, ίσως αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για διενέργεια απενημέρωσης.

Συμπεράσματα

Συμπερασματικά η γενική αποτίμηση της απενημέρωσης αποτιμάται θετικά ανάμεσα στα μέλη ομάδων αναζωογόνησης τόσο σε εκπαιδευτικό επίπεδο για βελτίωση ατομικών και ομαδικών επιδόσεων όσο και σαν τρόπος να αμβλυνηθεί η συναισθηματική φόρτιση που προκαλεί η όλη διαδικασία.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 26 ΜΑΪΟΥ 2017

OR.18 | Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΤΙΚΑΓΡΕΛΟΡΗΣ ΣΤΗΝ ΘΡΟΜΒΟΛΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΝΑΣΠΑΣΗ ΤΟΥ ST (STEMI)

Δ. ΕΚΚΛΗΣΙΑΡΧΟΣ, Α. ΔΕΛΗΓΙΑΝΝΙΔΗΣ, Ι. ΛΑΓΟΣ, Π. ΦΑΛΙΑΓΚΑΣ, Θ. ΜΟΥΛΑΤΖΙΚΟΣ, ΣΤ. ΣΑΒΒΑΤΗΣ, ΤΖ. ΔΑΔΟΥΣ, Ι. ΚΑΝΟΝΙΔΗΣ

Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝ Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή

Ο σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της κλινικής αποτελεσματικότητας και ασφάλειας της χορήγησης τικαγρελόρης στην θρομβολυτική θεραπεία ασθενών με οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου και ανάσπαση του ST διαστήματος.

Υλικό και Μέθοδος

Η μελέτη περιελάμβανε ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στην Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης της Κλινικής, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε θρομβόλυση για ΟΕΜ με ανάσπαση του ST διαστήματος για χρονική περίοδο 4 ετών (από 1/1/2011 έως 31/12/2015).

Η θρομβολυτική θεραπεία περιελάμβανε την χορήγηση ινωδολυτικού παράγοντα (ρετεπλάση ή τενεκτεπλάση) και την συγχορήγηση αντιθρομβωτικού (ηπαρίνη) καθώς και διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή. Η τελευταία περιελάμβανε ασπιρίνη συνδυαζόμενη είτε με κλοπιδογρέλη είτε με τικαγρελόρη.

Ασθενείς που υποβλήθηκαν σε θεραπεία για τα πρώτα δύο χρόνια έλαβαν συνδυασμό ασπιρίνης και κλοπιδογρέλης (Ομάδα Κ), ενώ ασθενείς που έλαβαν θεραπεία τα τελευταία δύο χρόνια έλαβαν συνδυασμό ασπιρίνης και τικαγρελόρης (Ομάδα Τ).

Η κλινική αποτελεσματικότητα της θρομβολυτικής θεραπείας αξιολογήθηκε ως εξής:

- α) υποχώρηση του προκάρδιου άλγους
- β) μείωση της ανάσπασης του ST διαστήματος στις ηλεκτροκαρδιογραφικές απαγωγές, στις οποίες εμφανίσθηκε αρχικώς (δείκτης ST)

Ως επιτυχημένη θρομβόλυση χαρακτηρίσθηκε η μείωση άνω του 50% του δείκτη ST.

Μετεμφραγματικά ισχαιμικά συμβάματα κατηγοριοποιήθηκαν ως εξής:

- α) Υποτροπιάζουσα στηθάγχη. Επανεμφάνιση του οπισθοστερνικού άλγους, με τα ίδια χαρακτηριστικά όπως και κατά την αρχική εκδήλωση.
- β) Υποτροπιάζουσα ισχαιμία. Απότομες αλλαγές στο ηλεκτροκαρδιογράφημα, ενδεικτικές ισχαιμίας μυοκαρδίου (επίταση κατάσπασης του ST διαστήματος ή αρνητικά κύματα T



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 26 ΜΑΪΟΥ 2017

ή εικόνα ακύρωσης, δηλαδή ψευδο-ομαλοποίηση) χωρίς συνοδή αύξηση μυοκαρδιακών ενζύμων.

γ) Επανεμφραγμα. Οποιαδήποτε αύξηση καρδιακών ενζύμων, αφού παρατηρήθηκε υποχώρησή τους μετά την θρομβόλυση, ανεξάρτητα από την ύπαρξη συνοδών κλινικών συμπτωμάτων ή ηλεκτροκαρδιογραφικών μεταβολών.

Αιμορραγικές επιπλοκές αξιολογήθηκαν σύμφωνα με τα κριτήρια TIMI (μειζονες, ελάσσονες, ελάχιστες).

Αποτελέσματα

Οι δύο ομάδες ήταν όμοιες σε σχέση με τα βασικά χαρακτηριστικά.

Ομάδα Κ περιελάμβανε 208 ασθενείς ενώ η Ομάδα Τ περιελάμβανε 196 ασθενείς.

Το ποσοστό επιτυχίας ήταν 75% (142 από 196 ασθενείς) στην Ομάδα Τ και 62% (128 από τους 208 ασθενείς) στην Ομάδα Κ, αλλά η διαφορά ήταν μη στατιστικώς σημαντική.

Οι αιμορραγικές επιπλοκές ήταν ίδιες και στις δύο ομάδες (18,2% στην Ομάδα Κ, 17,8% στην Ομάδα Τ).

Τα ισχαιμικά επεισόδια μετά την θρομβόλυση ήταν λιγότερα στην Ομάδα Τ:

16,2% (23 από τους 142 ασθενείς) από την Ομάδα Κ : 21.8% (28 από τους 208 ασθενείς).

Συμπεράσματα

α) Η τικαγρελόρη είναι αποτελεσματική και ασφαλής στα πλαίσια της θρομβολυτικής αγωγής.

β) Μπορεί να αυξήσει το ποσοστό επιτυχίας της θρομβολυτικής αγωγής (ανάγκη για μεγαλύτερες μελέτες).

γ) Οποσδήποτε μειώνει τον κίνδυνο επαναπόφραξης ή υποτροπών ισχαιμικών επεισοδίων.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΣΑΒΒΑΤΟ 27 ΜΑΪΟΥ 2017

08:30 - 10:00 | Πρόεδροι: **Β. Στραβέλας, Ν. Θεοδωρίδης**

OR.19 | ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΠΗΣ ΜΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΗ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ – Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΗΧΩΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Η. Ι. ΚΑΠΙΤΣΙΝΗΣ, Η. Θ. ΖΑΡΒΑΛΗΣ, Α. Θ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ, Ι. Γ. ΣΤΥΛΙΑΔΗΣ

Β' Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή

Παρουσιάζουμε δυο κλινικές περιπτώσεις καρδιοαναπνευστικής ανακοπής. Η πρώτη αφορά άνδρα ηλικίας 72 ετών ο οποίος εισήχθη σε ημέρα γενικής εφημερίας μετά παραπομπή από Κέντρο Υγείας. Εκεί μετέβη με αναφερόμενο άτυπο θωρακικό άλγος και εν συνεχεία παρουσίασε καρδιακή ανακοπή με απινιδώσιμο ρυθμό (VF) που ανατάχθηκε ηλεκτρικά. Η δεύτερη περίπτωση αφορά γυναίκα 66 ετών που προσκομίσθηκε σε ημέρα γενικής εφημερίας διασωληνωμένη από το ΕΚΑΒ μετά από αναταχθείσα καρδιοαναπνευστική ανακοπή σε κατάσταση καρδιογενούς καταπληξίας με ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου με ανάσπαση του διαστήματος ST (STEMI) πρόσθιου τοιχώματος. Η υπερηχοκαρδιογραφική εικόνα ανέδειξε πνευμονική εμβολή.

Σκοπός

Είναι να τονιστεί ότι παραπλήσιες κλινικές οντότητες μπορούν να έχουν αιτιολογία πλήρως διαφορετική και ότι ενίοτε η διάγνωση είναι παραπλανητική από την ηλεκτροκαρδιογραφική εικόνα μόνο. Επίσης να καταδειχθεί η σημασία της υπερηχοκαρδιογραφίας στη διαφορική διάγνωση και της επεμβατικής καρδιολογίας στη βελτίωση της επιβίωσης των ασθενών.

Υλικά και μέθοδοι

Στην πρώτη κλινική περίπτωση ο ασθενής μετά την εισαγωγή του στη Στεφανιαία Μονάδα εμφάνισε αλλεπάλληλες υποτροπές επεισοδίων κοιλιακής μαρμαρυγής που ανατάχθηκαν ηλεκτρικά ενώ ο ασθενής διασωληνώθηκε και τέθηκε σε μηχανικό αερισμό. Το ΗΚΓ μεταξύ των επεισοδίων κοιλιακής μαρμαρυγής ήταν φυσιολογικό. Υπεβλήθη σε υπερηχοκαρδιογράφημα με ανάδειξη σημαντικής υποκινησίας των τοιχωμάτων στην κατανομή



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΣΑΒΒΑΤΟ 27 ΜΑΪΟΥ 2017

του πρόσθιου κατιόντα κλάδου. Επίσης κινητοποίησε οριακά την τροπονίνη του ορού. Ως εκ της κλινικοεργαστηριακής του εικόνας υπεβλήθη σε επείγουσα στεφανιογραφία με ανάδειξη στομιακής στένωσης 95% του πρόσθιου κατιόντα κλάδου οπότε και διενεργήθηκε πρωτογενής διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση.

Στη δεύτερη κλινική περίπτωση η ασθενής λόγω των υπερηχογραφικών ευρημάτων δεν οδηγήθηκε στο αιμοδυναμικό εργαστήριο αλλά διενεργήθηκε αξονική πνευμονική αγγειογραφία που ανέδειξε μαζική πνευμονική εμβολή.

Αποτελέσματα

Ο πρώτος ασθενής είχε άριστη έκβαση και έλαβε εξιτήριο από το νοσοκομείο χωρίς νευρολογικά ελλείμματα με ελαφρά μειωμένη συστολική λειτουργία της αριστεράς κοιλίας. Η ασθενής στη δεύτερη περίπτωση τέθηκε σε ινότροπη υποστήριξη και έλαβε θρομβόλυση πλην όμως μία ώρα μετά τη θρομβόλυση κατέληξε.

Συμπέρασμα

Η εκδήλωση του αιφνίδιου καρδιακού θανάτου δύναται να έχει ποικίλη αιτιολογία. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα ηρεμίας όπως καταδείχθηκε από τις ανωτέρω περιπτώσεις μπορεί όχι μόνο να μην είναι προσδιοριστικό της διάγνωσης αλλά δυνητικά και παραπλανητικό (αρνητικό στο οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, ενδεικτικό εμφράγματος μυοκαρδίου σε μαζική πνευμονική εμβολή). Η προσεκτική συναξιολόγηση των κλινικοεργαστηριακών ευρημάτων σε συνδυασμό με την υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη θέτουν σε σημαντικό ποσοστό την ακριβή διάγνωση.

ΟΡ.20 | ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΑΚΟΠΗ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΟΥΝΗ ΤΥΠΟΥ I

Π.ΚΥΡΙΑΚΟΥ, Π. ΡΟΥΜΕΛΗΣ, Μ. ΣΩΤΗΡΙΑΔΟΥ, Ε. ΜΑΝΤΖΩΡΟΓΕΩΡΓΟΥ,
Ν. ΦΡΑΓΚΑΚΗΣ, Β. ΒΑΣΙΛΙΚΟΣ

Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝ Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή

Η αλλεργική απάντηση των στεφανιαίων αγγείων με σπθάγχη ή έμφραγμα μυοκαρδίου, σε καταστάσεις αλλεργικής πυροδότησης, από ποικίλους παράγοντες, με ή χωρίς

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΣΑΒΒΑΤΟ 27 ΜΑΪΟΥ 2017

συνύπαρξη βλάβης στεφανιαίων αγγείων έχει περιγραφεί ως σύνδρομο Κούνη. Περιγράφουμε την περίπτωση καρδιοαναπνευστικής ανακοπής, με φαρμακευτική αλλεργική καταπληξιά, σε τύπου I σύνδρομο Κούνη, με ΗΚΓκή εικόνα οξέως κατωτέρου ΕΜΦ.

Περιστατικό

Γυναίκα ασθενής 77 ετών, μετά από λήψη αμοξικιλίνης- κλαβουλανικού οξέως, υπέστη αλλεργική καταπληξιά με αρχικά εμφάνιση δύσπνοιας, κνησμού, ζάλης, και στην συνέχεια αναπνευστική παύση, καρδιακή ανακοπή πιθανώς με ασυστολία αφού το πλήρωμα του αθενοφόρου αναφέρει άσφυγμη ανακοπή. Η ασθενής διασωληνώθηκε και επανέκτησε ρυθμό μετά από μαλάξεις και χορήγηση αδρεναλίνης, μετά δε την ανάνηψη παρέμεινε σε καταπληξιά με σημαντική υπόταση. Από το ΗΚΓ μετά την επιτυχή καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση, όταν προσήλθε στο τμήμα επειγόντων, διαπιστώθηκε εικόνα οξέως κατωτέρου ΕΜΦ. Η ασθενής υποστηρίχθηκε με ινότροπα και μεταφέρθηκε στην στεφανιαία μονάδα, με το επαναληπτικό ΗΚΓ, να αναιρεί την εικόνα ανάσπασης (υποχώρηση ανασπάσεων κατωτέρου με διατήρηση σε ηπιότερο βαθμό των κατοπτρικών κατασπάσεων του προσθίου τοιχώματος που αναιρούνται πλήρως λίγο αργότερα). Από τον αιματολογικό έλεγχο ήπια πωσινοφιλία και από το βιοχημικό υπονατρίαζία και υποκαλιαιμία εξ αιτίας της λαμβανόμενης αντιπερταστικής αγωγής με κλωροθειαζιδή, ενώ δεν παρατηρήθηκε καρδιακή ενζυμική δραστηριότητα. Ατομικό ιστορικό ΑΥ, ως μόνος παράγοντας κινδύνου για ΣΝ, ύπαρξη ΒΑ ως αλλεργικού παράγοντα κινδύνου, ετερόζυγη β-μεσογειακή αναιμία (θαλασσαιμία), χωρίς άλλους παράγοντες κινδύνου για ΣΝ. Από τον γενόμενο στεφανιογραφικό έλεγχο, δεν ανευρέθη στεφανιαία νόσος.

Η όλη κλινική εικόνα φαίνεται να σχετίζεται με το σύνδρομο Κούνης τύπου I, χωρίς βλάβες στεφανιαίων αγγείων, με προεξάχων τον αλλεργικό στεφανιαίο αγγειόσπασμο, πυροδοτούμενο από την φαρμακευτική αλλεργική αντίδραση και την αλλεργική καταπληξιά. Η συνύπαρξη εικόνας οξέως στεφανιαίου συδρόμου στο σύνδρομο Κούνης οφείλεται στην ενεργοποίηση των καρδιακών μαστοκυττάρων, που πυροδοτεί η αλλεργική αντίδραση, φαίνεται δε να οφείλεται σε αγγειόσπασμο των επικαρδιακών στεφανιαίων αγγείων φυσιολογικών στην ασθενή μας, εξ αιτίας των εκλυομένων φλεγμονωδών παραγόντων, που απελευθερώνονται επί αναφυλαξίας. Βασικοί φλεγμονώδεις παράγοντες: ισταμίνη, θρομβοξάνη, προσταγλανδίνες, παράγωγα αραχιδονικού οξέως όπως τα λευκοτριένια, ο παράγοντας ενεργοποίηση αιμοπεταλίων, ποικιλίες κιτοκίνες και χημειοκίνες. Η απελευθέρωση τους οδηγεί στην «καρδιακή αναφυλαξία». Η απελευθέρωση επίσης ρενίνης συμβάλλει στην καρδιακή δυσλειτουργία. Μπορεί να πυροδοτήσει ταχυκαρδία,



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΣΑΒΒΑΤΟ 27 ΜΑΪΟΥ 2017

στεφανιαίο αγγειόσπασμο, συστολική κοιλιακή δυσλειτουργία καθώς και κολποκοιλιακό αποκλεισμό. Στην ασθενή μας φαίνεται πιθανό να προκλήθηκε ασυστολία από πιθανό σοβαρό κολποκοιλιακό αποκλεισμό.

Συμπέρασμα

Το σύνδρομο Κούνη τα τελευταία χρόνια φαίνεται να περιγράφεται σχετικώς συχνότερα, καθώς υπάρχει μεγαλύτερη υποψία. Το περιστατικό μας είναι σχετικά σπάνιο καθ'ότι αποτελεί συνδυασμένη αναφυλακτική καρδιαναπνευστική ανακοπή ευτυχώς με ευμενή κατάληξη του συνδρόμου.

OR.21 | ΑΡΧΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΑΤΑΛΥΣΗ ΚΟΙΛΙΑΚΩΝ ΑΡΡΥΘΜΙΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΚΑΘΗΤΗΡΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠΑΦΗΣ ΜΕ ΤΟ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟ TACTICATH QUARTZ™. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΔΟΜΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ

Ν. ΦΡΑΓΚΑΚΗΣ, Π. ΚΥΡΙΑΚΟΥ, Γ. ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ, Μ. ΣΩΤΗΡΙΑΔΟΥ, Χ. ΛΑΖΑΡΙΔΗΣ, Σ. ΤΖΗΚΑΣ, Β. ΒΑΣΙΛΙΚΟΣ

Γ΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή

Οι καθετήρες μέτρησης της επαφής με το μυοκάρδιο είναι νέοι καθετήρες κατάλυσης με στόχο την ενίσχυση των προκαλούμενων από την εφαρμογή ενέργειας βλαβών και την βελτίωση της αποτελεσματικότητας της επέμβασης. Ο TactiCath Quartz™ είναι καθετήρας κατάλυσης που παρέχει σε πραγματικό χρόνο πληροφορία για την εξασκούμενη δύναμη επαφής στο μυοκάρδιο από το άκρο του καθετήρα. Μέχρι τώρα, χρησιμοποιήθηκε μόνο για την κατάλυση υπερκοιλιακών αρρυθμιών, κυρίως της κολπικής μαρμαρυγής. Παραθέτουμε την αρχική μας εμπειρία χρησιμοποιώντας τον συγκεκριμένο καθετήρα σε κατάλυση κοιλιακών αρρυθμιών (ΚΑ).

Μέθοδοι και αποτελέσματα

Χρησιμοποιήσαμε τον καθετήρα TactiCath Quartz™ σε 17 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε κατάλυση ΚΑ. Σε 9 ασθενείς (Ομάδα Α) χωρίς υποκείμενη δομική καρδιοπάθεια (6 άρρενες, 44 ± 12 έτη) και σε 8 άρρενες (68 ± 12 έτη) με υποκείμενη ισχαιμική ή διατα-

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΣΑΒΒΑΤΟ 27 ΜΑΪΟΥ 2017

τικού τύπου μυοκαρδιοπάθεια (Ομάδα Β). Η πλειοψηφία (7) των ασθενών στην ομάδα Α είχε ΚΑ που προέρχονταν από το χώρο εξόδου της δεξιάς κοιλίας, ενώ το ελεύθερο τοίχωμα της αριστερής κοιλίας, ο στεφανιαίος κόλπος και η δεσμιδικού τύπου ταχυκαρδία ήταν τα αίτια της ΚΑ σε 2 ακόμη περιπτώσεις. Ηλεκτρική θύελλα σε ασθενείς που ήδη έφεραν απινιδωτή ήταν η αιτία κατάλυσης σε 5 περιπτώσεις στην ομάδα Β. Το μέσο κλάσμα εξώθησης στις ομάδες Α και Β ήταν $65 \pm 2\%$ και $33 \pm 11\%$ αντίστοιχα. Η διαδικασία θεωρήθηκε επιτυχής σε όλους τους ασθενείς εκτός από έναν στην ομάδα Α και σε 5 ασθενείς στην ομάδα Β. Η μέση διάρκεια της διαδικασίας ήταν (226 ± 47 λεπτά) με 21 ± 10 εφαρμογές υψίσχικου ρεύματος (EYP) στην ομάδα Α και (256 ± 69 λεπτά) με 32 ± 11 EYP στην ομάδα Β. Ως σοβαρή επιπλοκή καταγράφηκε η πρόκληση επιπωματισμού σε έναν ασθενή στην ομάδα Β ο οποίος υποβλήθηκε επιπλέον σε διακολλικό καθετηριασμό για πρόσβαση στην αριστερή κοιλία λόγω της παρουσίας εκτεταμένης περιφερικής αγγειακής νόσου.

Συμπεράσματα

Παραθέτουμε την εμπειρία μας στην κατάλυση ΚΑ με τη χρήση του νέου καθετήρα TactiCath Quartz™ τόσο σε ασθενείς με εκτεταμένη υποκείμενη δομική καρδιοπάθεια όσο και σε ασθενείς χωρίς εμφανή καρδιοπάθεια. Παρόλο που η περιορισμένη αρχική μας εμπειρία ήταν γενικά επιτυχής και ασφαλής, απαιτούνται περισσότερα κλινικά στοιχεία για να αποδειχθεί η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια αυτού του καθετήρα για την κατάλυση κοιλιακών αρρυθμιών σε διάφορες ομάδες ασθενών.

OR.22 | ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΡΡΥΘΜΙΟΓΟΝΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑΣ ΜΕ ΑΜΦΙΚΟΙΛΙΑΚΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

Μ.-Α. ΜΠΑΖΜΠΑΝΗ¹, Θ. ΖΕΓΚΟΣ¹, Μ. ΤΟΥΜΠΟΥΡΛΕΚΑ¹, Ν. ΦΡΑΓΚΑΚΗΣ², Μ. ΜΑΥΡΟΥΔΗ², Β. ΒΑΣΙΛΙΚΟΣ², Χ. ΚΑΡΒΟΥΝΗΣ¹, Θ. ΚΑΡΑΜΗΤΣΟΣ¹

¹Α' Καρδιολογική Κλινική, ΠΓΝ ΑΧΕΠΑ, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

²Γ' Καρδιολογική Κλινική, ΠΓΝ ΑΧΕΠΑ, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

Παρουσίαση περιστατικού

Γυναίκα ασθενής, 76 ετών, χωρίς γνωστό ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου παρουσιάστηκε με επαναλαμβανόμενα συγκοπτικά επεισόδια αιφνίδιας



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΣΑΒΒΑΤΟ 27 ΜΑΪΟΥ 2017

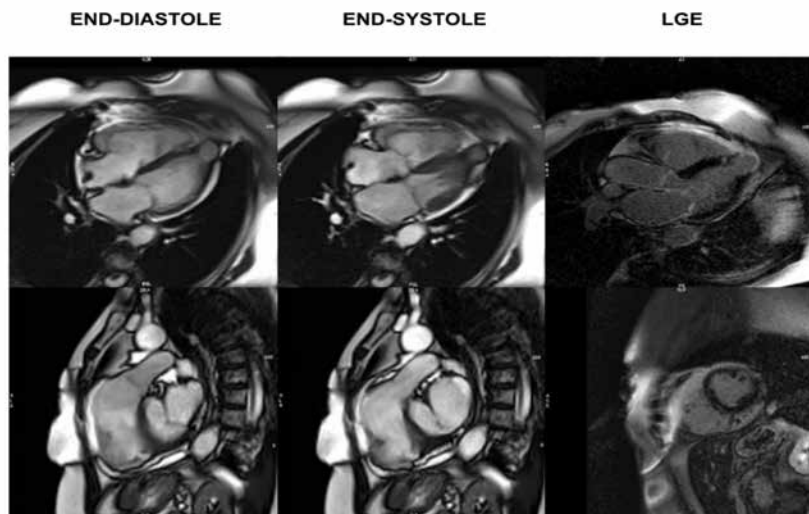
εισβολής και ταχείας ανάνηψης. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα ανέδειξε φλεβοκομβικό ρυθμό, αριστερή στροφή του άξονα, χαμηλά δυναμικά και αναστροφή του επάρματος T στις απαγωγές V1 έως V4. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος επιβεβαίωσε την ανευρυσματική διάταση της κορυφής τόσο της αριστερής όσο και της δεξιάς κοιλίας με σχετικά διατηρημένο κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας ενώ η δεξιά κοιλία ανευρέθη μετρίως διατεταμένη με ήπιου βαθμού υπερτροφία, ελαφρώς επηρεασμένη συστολική λειτουργικότητα, ενώ ιδιαίτερα η κορυφή της εμφανίζεται υποκινητική και υπερτροφική. Η 24ωρη ηλεκτροκαρδιογραφική καταγραφή ανέδειξε επεισόδια έκτακτων κοιλιακών συστολών, διδυμία και ένα επεισόδιο μη εμμένουσας κοιλιακής ταχυκαρδίας. Επιπροσθέτως, τα όψιμα δυναμικά ήταν εντόνων παθολογικά. Η ασθενής υπεβλήθη σε στεφανιογραφικό έλεγχο κατά τον οποίο τα στεφανιαία αγγεία ευρέθησαν χωρίς κριτικές σπνώσεις ενώ διαπιστώθηκε ανεύρυσμα της αριστερής κοιλίας. Ακολούθησε ηλεκτροφυσιολογική μελέτη η οποία ανέδειξε ευχερή εισαγωγή εμμένουσας κοιλιακής ταχυκαρδίας κατά τη βηματοδότηση της κορυφής της δεξιάς κοιλίας, με μορφολογία αποκλεισμού αριστερού σκέλους, η οποία εκφυλίσθηκε ταχέως σε κοιλιακό πτερυγισμό και απαιτήθηκε απινίδωση για ανάταξη. Η ασθενής παραπέμφθηκε για μαγνητική τομογραφία καρδιάς, με την οποία τέθηκε η διάγνωση της αρρυθμογενούς μυοκαρδιοπάθειας. Από τη μαγνητική τομογραφία καρδιάς ήταν ορατή η αμφικοιλιακή συμμετοχή, με ανευρυσματοειδή διάταση της κορυφής της αριστερής κοιλίας, λέπτυνση του πλάγιου τοιχώματος της αριστερής κοιλίας και πολλαπλά ανευρύσματα στη δεξιά κοιλία. Οι όγκοι της αριστερής κοιλίας ήταν διατηρημένοι με ήπιως επηρεασμένη συστολική λειτουργικότητα και ενώ η δεξιά κοιλία εμφάνιζε διάταση με σοβαρή συστολική δυσλειτουργία. Στη δεξιά κοιλία και στο κορυφαίο τμήμα του μεσοκοιλιακού διαφράγματος, πέριξ της ανευρυσματικής κορυφής, ανιχνεύθηκε εκτεταμένη διήθηση του μυοκαρδίου από λίπος.

Συμπεράσματα

Ενδιαφέροντα σημεία του περιστατικού είναι η εμφάνιση κλινικών εκδηλώσεων σε προχωρημένη ηλικία, η ανευρυσματοειδής διάταση της κορυφής της αριστερής κοιλίας, η οποία, αρχικά, έθεσε την υποψία στεφανιαίας νόσου καθώς και η έκταση της προσβολής της αριστεράς κοιλίας. Η διάγνωση είχε σημαντικές επιπτώσεις τόσο για την ίδια την ασθενή, η οποία υπεβλήθη σε εμφύτευση διπλοεστιακού απινιδωτή, όσο και για τους συγγενείς πρώτου βαθμού, οι οποίοι υπεβλήθησαν σε γενετικό έλεγχο για μυοκαρδιοπάθεια.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΣΑΒΒΑΤΟ 27 ΜΑΪΟΥ 2017



OR.23 | ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΠΑΡΑΜΟΡΦΩΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΚΟΛΠΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΟΞΥΣΜΙΚΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Χ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ, Κ. ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ, Κ. ΜΠΑΛΤΟΥΜΑΣ, Ι. ΚΕΛΕΜΑΝΗΣ, Μ. ΣΩΤΗΡΙΑΔΟΥ, Π. ΡΟΥΜΕΛΗΣ, Χ. ΛΑΖΑΡΙΔΗΣ, Ε. ΜΑΤΖΩΡΟΓΕΩΡΓΟΥ, Α. ΚΑΡΑΜΑΝΩΛΗΣ, Σ. ΤΖΗΚΑΣ, Π. ΚΥΡΙΑΚΟΥ, Ν. ΦΡΑΓΚΑΚΗΣ, Β. ΣΚΕΜΠΕΡΗΣ, Β. ΒΑΣΙΛΙΚΟΣ

Γ΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Σκοπός

Προηγούμενες μελέτες μας ανέδειξαν την στενή συσχέτιση των δεικτών παραμόρφωσης του αριστερού κόλπου (LA) σε ασθενείς με ΧΝΑ τελικού σταδίου με το ιστορικό κολπικής μαρμαρυγής (AF). Στην παρούσα μελέτη σε ίδιο πληθυσμό θελήσαμε να αξιολογήσουμε προοπτικά όλους τους υπερηχοκαρδιογραφικούς δείκτες που πιθανόν να μπορούν να προβλέψουν τους παροξυσμούς AF.



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΣΑΒΒΑΤΟ 27 ΜΑΪΟΥ 2017

Μέθοδοι

79 ασθενείς (41 άνδρες) ηλικίας 57 ± 15 με ΧΝΑ υπό αιμοκάθαρση αποτέλεσαν τον πληθυσμό της μελέτης. Οι ασθενείς παρακολουθήθηκαν για χρονικό διάστημα 16 ± 7 μηνών και χωρίστηκαν σε δύο κατηγορίες αναλόγως εάν εμφάνισαν στο διάστημα αυτό ΑF. Προσδιορίστηκαν οι όγκοι της αριστεράς κοιλίας (LV) και του LA και υπολογίστηκαν το αντίστοιχο κλάσμα εξώθησης και ο δείκτης E/e' της LV. Προσδιορίστηκαν επίσης η επιμήκης παραμόρφωση του LA στην πρώιμη διαστολή (LA Strain) και ο ρυθμός της επιμήκους παραμόρφωσης στην τελοδιαστολή (LA Strain Rate). Τέλος προσδιορίστηκε ο δείκτης CVCS (Cardiac Valve Calcification Score) που αποτελεί δείκτη επασβεστώσεως των καρδιακών βαλβίδων μιτροειδούς και αορτικής.

Αποτελέσματα

Από τον πληθυσμό της μελέτης 10 ασθενείς εμφάνισαν παροξυσμική ΑF, ήταν μεγαλύτερης ηλικίας (67 ± 12 έναντι 55 ± 15 , $p=0.018$) και είχαν παρόμοιο BMI σε σχέση με αυτούς που δεν εμφάνισαν ΑF. Δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά τους δείκτες συστολικής απόδοσης της LV και του LA μεταξύ των δύο ομάδων. Οι ασθενείς με PAF εμφάνιζαν συγκρίσιμες τιμές δείκτη E/e' (8.7 ± 4 έναντι 7.6 ± 4 , $p=NS$) και παρόμοιους όγκους LA (LAVi, 28 ± 14 έναντι 24 ± 16 ml/m², $p=NS$). Ωστόσο οι δείκτες παραμόρφωσης του LA ήταν πιο επηρεασμένοι (LA Strain 18 ± 8 έναντι $26 \pm 11\%$, $p=0.05$ και LA Strain Rate -1.27 ± 0.5 έναντι -1.75 ± 0.6 1/s, $p=0.036$). Τέλος το CVCS ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο στους ασθενείς που εμφάνισαν ΑF (0.7 ± 0.5 έναντι 0.35 ± 0.5 , $p=0.05$).

Συμπεράσματα

Σε ασθενείς με ΧΝΑ τελικού σταδίου οι νεότεροι υπερηχοκαρδιογραφικοί δείκτες της παραμόρφωσης του αριστερού κόλπου (LA Strain και LA Strain Rate) υπερέρχουν των παλαιότερων ως προς στην πρόγνωση των παροξυσμών ΑF. Ενδεχομένως οι δείκτες αυτοί μαζί με τον CVCS να αντανάκλουν την μεγαλύτερη ίνωση που αποτελεί το υπόστρωμα της ΑF και φαίνεται να επηρεάζονται νωρίτερα από τους άλλους κλασικούς δείκτες. Περαιτέρω προοπτικές μελέτες απαιτούνται για την αξιολόγηση των δεικτών αυτών στην πρόγνωση της κοιλιακής μαρμαρυγής και σε άλλους πληθυσμούς.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΣΑΒΒΑΤΟ 27 ΜΑΪΟΥ 2017

OR.24 | ΠΟΛΥΜΟΡΦΗ ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΩΝ

Ι. ΠΑΣΑΤΑΣ, Κ. ΠΟΛΥΜΕΡΟΠΟΥΛΟΣ, Ι. ΖΑΡΙΦΗΣ

Καρδιολογική Κλινική, ΓΠΝ «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Σκοπός

Η πολύμορφη κοιλιακή ταχυκαρδία είναι μια σοβαρή διαταραχή του καρδιακού ρυθμού, συχνά σχετιζόμενη με συγκοπικές κρίσεις και παράταση του QT διαστήματος.

Υλικό και Μέθοδος - Αποτελέσματα

Γυναίκα 60 χρονών παραπέμφθηκε από ιδιωτικό κέντρο για τοποθέτηση απινιδωτή εξαιτίας συγκοπικών επεισοδίων, με τεκμηριωμένη καταγραφή πολύμορφης κοιλιακής ταχυκαρδίας, με παράταση του QT διαστήματος (630msec). Προ διμήνου είχε νοσηλευτεί πάλι λόγω πολλαπλών επεισοδίων εμέτων από μηνός για τα οποία είχε διενεργηθεί ενδελεχής εργαστηριακός έλεγχος, ο οποίος θεωρήθηκε φυσιολογικός. Η ασθενής μετά τη διακομιδή της εισήχθη στη στεφανιαία μονάδα. Λόγω συνέχισης των εμέτων και της εμμένουσας ληθαργικής της κατάστασης, και σε συνδυασμό με τα ευρήματα από την μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου (μόρφωμα στην περιοχή του τουρκικού επιπέδου) τέθηκε η υπόνοια συστηματικής νόσου. Κατόπιν ορμονολογικού ελέγχου, διαπιστώθηκαν μηδενικά επίπεδα κορτιζόλης ορού καθώς και αύξηση της TSH. Μετά από δοκιμασία Synacthen τέθηκε η διάγνωση δευτεροπαθούς ανεπάρκειας επινεφριδίων. Η ασθενής έλαβε θεραπεία με υδροκορτιζόνη (και συμπληρωματικά θυροξίνη) με σταδιακά πλήρη βελτίωση των συμπτωμάτων της και των εργαστηριακών ευρημάτων.

Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, η πολύμορφη κοιλιακή ταχυκαρδία που σχετίζεται με παράταση του QT διαστήματος μπορεί να οφείλεται σε ορμονική ανεπάρκεια, οπότε η θεραπεία υποκατάστασης δύναται να θεραπεύσει μόνιμα την απειλητική για τη ζωή αρρυθμία.



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΣΑΒΒΑΤΟ 27 ΜΑΪΟΥ 2017

OR.25 | ΑΙΦΝΙΔΙΟΣ ΚΑΡΔΙΑΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ ΚΑΙ ΕΜΦΥΤΕΥΣΙΜΟΣ ΔΙΑΦΛΕΒΙΟΣ ΑΠΙΝΙΔΩΤΗΣ. ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

Κ. ΠΟΛΥΜΕΡΟΠΟΥΛΟΣ, Μ. ΜΠΟΥΓΙΑΚΛΗ, Π. ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ, Α. ΣΤΑΥΡΑΤΗ, Ι. ΖΑΡΙΦΗΣ

Καρδιολογικό Τμήμα, ΓΝ «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Σκοπός

Η καταγραφή της κλινικής εμπειρίας ενός τριτοβάθμιου απινιδωτικού κέντρου του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην τοποθέτηση διαφλέβιων εμφυτεύσιμων απινιδωτών (ΔΕΑ) για την πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη του αιφνιδίου καρδιακού θανάτου.

Υλικό και Μέθοδος

Μελετήθηκαν η επιβίωση, η ορθή και απρόσφορη ενεργοποίηση της συσκευής, μετά από διάρκεια παρακολούθησης 25 ± 17 μηνών σε 311 ασθενείς, ηλικίας $65,3 \pm 12,2$ ετών.

Αποτελέσματα

Κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης κατέληξαν 17 ασθενείς στην ομάδα της πρωτογενούς πρόληψης και 27 στην ομάδα της δευτερογενούς ($p=0,011$). Ορθή ενεργοποίηση της συσκευής παρατηρήθηκε σε 26 ασθενείς στην ομάδα της πρωτογενούς πρόληψης (20,1%) και 72 στην ομάδα της δευτερογενούς πρόληψης (39,5%) (OR 2,5, 95% CI 0,95-5,49, $p=0,090$). Ο χρόνος για την πρώτη ορθή ενεργοποίηση ήταν $9,37 \pm 3,69$ μήνες. Το ιστορικό ισχαιμικής μυοκαρδιοπάθειας (65 ασθενείς) σχετίζεται με πρόσφορη εκφόρτιση (95% CI 0,9-1,59, $p=0,055$), χωρίς ωστόσο στατιστικά σημαντική διαφορά. Απρόσφορη ενεργοποίηση καταγράφηκε σε 15 (11,6%) και 16 (8,7%) ασθενείς στις ομάδες της πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης αντίστοιχα (95% CI 0,16-1,0, $p=0,05$). Ο χρόνος για την πρώτη απρόσφορη ενεργοποίηση ήταν $9,37 \pm 3,69$ μήνες.

Συμπεράσματα

Η τοποθέτηση διαφλέβιων εμφυτεύσιμων απινιδωτών συνδυάζεται με υψηλά ποσοστά επιβίωσης. Η ομάδα της δευτερογενούς πρόληψης παρουσίασε υψηλότερα ποσοστά ορθής ενεργοποίησης ενώ η παρουσία ισχαιμικής μυοκαρδιοπάθειας σχετίζεται με πρόσφορη εκφόρτιση της συσκευής.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΣΑΒΒΑΤΟ 27 ΜΑΪΟΥ 2017

OR.26 | ΗΛΕΚΤΡΙΚΗ ΘΥΕΛΛΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ ΕΠΙ ΜΥΪΚΗΣ ΔΥΣΤΡΟΦΙΑΣ DUCHENNE, ΩΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΑΠΟΤΟΜΗΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ Β-ΑΝΑΣΤΟΛΕΑ

Μ. ΣΩΤΗΡΙΑΔΟΥ, Ι. ΚΕΛΕΜΑΝΗΣ, Π. ΡΟΥΜΕΛΗΣ, Μ. ΜΑΥΡΟΥΔΗ, Χ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ, Ν. ΦΡΑΓΓΚΑΚΗΣ, Β. ΒΑΣΙΛΙΚΟΣ

Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική Π. Γ. Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Παρουσίαση περιστατικού

Παρουσιάζουμε την κλινική περίπτωση άρρενος ασθενούς ηλικίας 23 ετών με καρδιομυοπάθεια Duchenne, φέρων μόνιμο εμφυτεύσιμο απινιδωτή για δευτερογενή πρόληψη, ο οποίος διεκομίσθη με ηλεκτρική θύελλα. Εκ του ελέγχου διαπιστώθηκαν πολλαπλά επεισόδια κοιλιακής μαρμαρυγής τις τελευταίες 24 ώρες, με 9 επιτυχημένες απινιδώσεις, λίγες αποτελεσματικές αντιταχυκαρδιακές θεραπείες όπως και πολλαπλά επεισόδια αυτόματης ανάταξης κοιλιακής μαρμαρυγής. Λόγω αυτών των επεισοδίων του χορηγήθηκε εσμολόλη και διαζεπάμη ενδοφλέβια, οπότε η ηλεκτρική αστάθεια απεκαταστάθη ταχέως. Εκ του ιστορικού προέκυψε διακοπή της αγωγής με β-αποκλειστή τις τελευταίες 48 ώρες. Μετά από επανέναρξη του β-αναστολέα τόσο κατά την διάρκεια νοσηλείας του, όσο και κατά την παρακολούθηση του ασθενούς στους επόμενους 6 μήνες δεν καταγράφηκαν κοιλιακές αρρυθμίες.

Συμπεράσματα

Η παρούσα κλινική περίπτωση καταδεικνύει τη σημασία της θεραπευτικής αγωγής με αναστολείς του συμπαθητικού συστήματος, σε ασθενείς με έλλειψη δυστροφίνης και συνυπάρχουσα καρδιομυοπάθεια. Προκύπτει, ότι θανατηφόρες αρρυθμίες συνδέονται στενά με δυσλειτουργία των διαύλων ασβεστίου στην δυστροφική καρδιά. Δομική και λειτουργική αναδιαμόρφωση του υποδοχέα ρυανοδίνης (RyR2) σε σχέση με τους διαύλους ασβεστίου, προάγει την διαστολική διαρροή ασβεστίου στο σαρκοπλασματικό δίκτυο. Κάθε μορφής διέγερση του συμπαθητικού ενεργοποιεί την διαρροή ασβεστίου και σχετίζεται με κοιλιακές αρρυθμίες που προσομοιάζουν τον μηχανισμό της κατεχολαμινεργικής ταχυκαρδίας. Η έγκαιρη και άνευ διακοπής χορήγηση β-αποκλειστών, συνεισφέρει στην πρόληψη κακοήθων αρρυθμιών και αιφνιδίου καρδιακού θανάτου, σε ασθενείς με καρδιομυοπάθεια Duchenne.



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΣΑΒΒΑΤΟ 27 ΜΑΪΟΥ 2017

OR.27 | Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ ΗΛΕΚΤΡΙΚΟΥ ΚΑΙ ΜΗΧΑΝΙΚΟΥ ΔΙΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΕΤΑΜΕΝΟ ΑΡΙΣΤΕΡΟ ΚΟΛΠΟ

Ε. ΧΑΤΖΗΝΙΚΟΛΑΟΥ-ΚΟΤΣΑΚΟΥ, Π. ΛΑΤΣΙΟΣ, Γ. ΜΟΣΧΟΣ, Ε. ΡΕΠΠΑΣ,
Θ. ΜΠΕΛΕΒΕΣΛΗΣ, Μ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ, Γ. ΣΚΕΝΤΟΣ

Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

Σκοπός

Η διάταση του αριστερού κόλπου (αύξηση των διαστάσεων) είναι συνήθης σε ασθενείς με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια (ΧΚΑ) και προηγούμενες μελέτες περιέγραψαν ισχυρή συσχέτιση του βαθμού της διάτασης του αριστερού κόλπου με την εμφάνιση κολπικής μαρμαρυγής (ΚΜ) στους ασθενείς με ΧΚΑ. Δεν υπάρχουν μελέτες που να ασχολήθηκαν με την επίδραση του ηλεκτρικού και ή/του μηχανικού δισυγχρονισμού στην επίπτωση εμφάνισης ΚΜ σε αυτήν ιδιαίτερα την ομάδα ασθενών.

Μέθοδος

Μελετήσαμε 215 συνεχόμενους ασθενείς (ηλικίας 56 +/- 9 years, 132 άρρενες) με ΧΚΑ που υποβλήθηκαν σε θεραπεία καρδιακού επανασυγχρονισμού (CRT) και δεν είχαν μέχρι τον χρόνο της εμφύτευσης τεκμηριωμένη ΚΜ. Εξαιρέσαμε ασθενείς με σοβαρού βαθμού βαλβιδική νόσο. Μελετήσαμε τα κλινικά χαρακτηριστικά όπως την ηλικία, το γένος, την αιτιολογία της ΧΚΑ, την υπέρταση, το σακχαρώδη διαβήτη, την λειτουργικά κατά NYHA κλάση, τη φαρμακευτική αγωγή, τη νεφρική δυσλειτουργία τα υπερηχογραφικά χαρακτηριστικά και τις υπερηχογραφικές μετρήσεις σε όλους τους ασθενείς σαν παράγοντες κινδύνου σχετιζόμενους με εμφάνιση ΚΜ. Ως ΚΜ ορίσαμε κάθε κολπική ταχυαρρυθμία με ≥ 180 σφύξεις ανά λεπτό και διάρκεια ≥ 30 s τεκμηριωμένη σε ηλεκτροκαρδιογράφημα 12 απαγωγών ή σε καταγραφή περιπατητικού ηλεκτροκαρδιογραφήματος Holter που συνοδευόταν με συμπτώματα. Εύρος QRS >130 ms με μορφολογία αποκλεισμού αριστερού σκέλους- LBBB καθορίστηκε ως κριτήριο ς ηλεκτρικού δισυγχρονισμού και υπήρχε σε όλους τους ασθενείς. Οι υπερηχογραφικές μετρήσεις έγιναν από έμπειρο εξειδικευμένο καρδιολόγο με τα διαθέσιμα μηχανήματα. Ο όγκος του αριστερού κόλπου (LAV) μετρήθηκε με τη μέθοδο Simpson's στις κορυφαίες λήψεις 2 και 4 κοιλοτήτων.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΣΑΒΒΑΤΟ 27 ΜΑΪΟΥ 2017

Ο δείκτης όγκου αριστερού κόλπου (LAVI) υπολογίστηκε σαν LAV/επιφάνεια σώματος. LAVI ≥ 29 mm³/m² καθορίστηκε ως όριο διάτασης του αριστερού κόλπου. Επίσης εκτιμήσαμε το κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας και τους αντίστοιχους όγκους. Επιπρόσθετα μελετήσαμε και το μηχανικό δισυγχρονισμό της αριστερής κοιλίας. Ως δείκτες μηχανικού δισυγχρονισμού χρησιμοποιήσαμε την προεξωθητική καθυστέρηση της αορτής εάν ήταν ≥ 140 ms, την διακοιλιακή μηχανική καθυστέρηση ≥ 40 ms (μετρούμενη ως ο χρόνος καθυστέρησης μεταξύ των προεξωθητικών διασχημάτων της αριστερής και της δεξιάς κοιλίας ή καθυστερημένη ενεργοποίηση του οπισθοπλαγίου τοιχώματος της αριστερής κοιλίας).

Αποτελέσματα

Χρησιμοποιήσαμε πολυπαραγοντικές αναλύσεις λογιστικής παλινδρόμησης με την προσθήκη σημαντικών παραμέτρων που προέκυψαν από τις μονοπαραγοντικές αναλύσεις. Η σημαντικότητα μιας παραμέτρου υπολογιζόταν όταν $p < 0.05$. Οι βασικές παράμετροι κατά τη μονοπαραγοντική ανάλυση που σχετιζόταν με την εμφάνιση ΚΜ ήταν η λειτουργική κατά NYHA κλάση της καρδιακής ανεπάρκειας, ο δείκτης όγκου του αριστερού κόλπου (LAVI) και ο μηχανικός δισυγχρονισμός ($p < 0.05$). Μετά την πολυπαραγοντική ανάλυση η μόνη παράμετρος που σχετιζόταν με την ΚΜ ήταν το μέγεθος του μηχανικού δισυγχρονισμού (HR: 2.08 (CI: 1.10-3.79)).

Συμπεράσματα

Η παρουσία μηχανικού δισυγχρονισμού κατά το χρόνο εμφύτευσης συσκευής καρδιακού επανασυγχρονισμού σε ασθενείς με ΧΚΑ και διατεταμένο αριστερό κόλπο ήταν ανεξάρτητος παράγοντας εμφάνισης ΚΜ. Ο μηχανικός δισυγχρονισμός της αριστερής κοιλίας φαίνεται να αποτελεί ισχυρό προγνωστικό δείκτη εμφάνισης ΚΜ σε ασθενείς με ΧΚΑ και διάταση του αριστερού κόλπου και ίσως πρέπει είναι κριτήριο έναρξης προφυλακτικής αντιπηκτικής αγωγής.



14η ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 26 ΜΑΪΟΥ 2017 - ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΜΦΙΤΡΥΩΝ

08:30 - 09:00 Εγγραφές

09:00 - 09:15 Χαιρετισμοί

09:15 - 10:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Γνωρίζοντας και εφαρμόζοντας τις κατευθυντήριες οδηγίες στην κλινική νοσηλευτική πράξη

Πρόεδροι: **Ε. Παντελίδου, Θ. Πεσιρίδης**

Οι ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες δυσλιπιδαιμίας στην κλινική πρακτική

Π. Χαρπαντίδου, Μ. Τσομπανίδου, Μ. Παραθύρα

Πρόληψη της καρδιαγγειακής νόσου στην κλινική πράξη

Λ. Κεραμιδά

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση ασθενών με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια σύμφωνα με τις νεότερες κατευθυντήριες οδηγίες

Π. Μπόνια

Διαχείριση της υπερτασικής κρίσης

Ε. Τσοπάνογλου, Α. Κουλούρης

Διαχείριση θωρακικού πόνου

Χ. Ηλωνίδου

14η ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 26 ΜΑΪΟΥ 2017 - ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΜΦΙΤΡΥΩΝ

10:30 - 11:45 **ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

Κλινική Καρδιολογία

Πρόεδροι: **Ο. Λιακοπούλου, Ε. Χαρέλα**

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πνευμονική υπέρταση

Αρ. Στεφανίδου, Κ. Γαργάνη, Αικ. Γιαννακούλα

Επιπολασμός της αύπνιας με βάση τα κριτήρια του DSM-V σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο

Δ. Διγγελούδη, Π. Στειρόπουλος, Ν.-Τ. Οικονόμου

Αθλητισμός και υγεία

Α. Λατινοπούλου

Κάπνισμα, οδήγηση και ταξίδια στην καρδιακή ανεπάρκεια

Κ. Κέτσιου, Ε. Στράτη

Μελέτη INOSET: Θεραπεία με επλερενόνη σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια

Χ. Χατζηελευθερίου, Σ. Κυρίου, Ν. Θεοδωρίδης

Θεραπεία του καρκίνου και καρδιοτοξικότητα

Αικ. Τερζή

Νέες κατευθυντήριες οδηγίες ERC: Universal ALS algorithm

Μ. Άγγου

Καρδιακή ανακοπή - εξειδικευμένη ΚΑΡΠΑ / Καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση και άμεσες θεραπευτικές - νοσηλευτικές παρεμβάσεις αντιμετώπισης σε παιδιά

Α. Αντωνίου, Α. Κασάπη, Π. Λιακοπούλου

11:45 - 12:15 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**



14η ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 26 ΜΑΪΟΥ 2017 - ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΜΦΙΤΡΥΩΝ

12:15 - 13:30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Επεμβατική Καρδιολογία

Πρόεδροι: **Μ. Άγγου, Κ. Τούφας**

Συγκριτική μελέτη των ποιοτικών χαρακτηριστικών της ζωής ασθενών με υπερκοιλιακές ταχυκαρδίες πριν και μετά την κατάλυση

Σ. Γιαννακίδου, Φ.-Ρ. Ι. Δομάγερ

Υψηλού Κινδύνου αγγειοπλαστική στελέχους σε ασθενή με σοβαρή δυσλειτουργία αριστερής κοιλίας χρησιμοποιώντας τεχνική rotablation υπό μηχανική υποστήριξη με Ecmo

Ε. Μπιζιργιάννη, Γ. Μητρούδας, Δ. Μιτρέας

Η ανάπτυξη του προγράμματος TAVI (Διακαθετήρια εμφύτευση βιολογικής αορτικής βαλβίδας μέσω διαδερμικής παρακέντηση αρτηρίας) στο αιμοδυναμικό εργαστήριο. Νοσηλευτική προσέγγιση

Μ. Αγριογιάννη, Ι. Τσιπέλης, Ζ. Μάρκου

Διακερκιδική προσπέλαση σε καρδιακό καθετηριασμό

Κ. Τούφας, Κ. Χρυσοχοΐδου, Ε. Δημητρίου, Θ. Κουπασιάρη,

Ε. Πιστικοπούλου, Μ. Άγγου

Αντιμετώπιση των χρόνιων ολικών αποφράξεων στο αιμοδυναμικό εργαστήριο

Μ. Πόντη, Α. Πολίτη

Ασφαλής χορήγηση σκιαγραφικών παραγόντων στο αιμοδυναμικό εργαστήριο

Β. Κρίκη

14η ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 26 ΜΑΪΟΥ 2017 - ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΜΦΙΤΡΥΩΝ

13:30 - 14:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Καρδιά και Νεφροί

Πρόεδροι: **Ε. Αθανασιάδου, Φ. Ιωαννίδου**

Καρδιονεφρικό σύνδρομο

Φ. Ιωαννίδου

Αλάτι υπέρταση και νεφρική νόσος

Φ. Σεϊταρίδου, Ε. Αποστολάκη, Α. Πατσώνας

Νυχτερινή μακράς διάρκειας (7ωρών) τρισεβδομαδιαία online αιμοδιαδιήθηση (NMD-OLHDF) στη μονάδα χρόνιας αιμοκάθαρσης.

Η σημασία της ρύθμισης της υπερ-φωσφαταιμίας στην πρόληψη της καρδιαγγειακής νόσου

Χ. Μιλτιάδης, Ε. Μάτη, Κ. Μπαμπανέλου, Ε. Τολιοπούλου, Ε. Μπαλλή, Π. Τσίτσας, Ν. Ζουμπαρίδης

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με ΧΝΑ που υποβάλλονται σε καρδιολογικές και καρδιοχειρουργικές παρεμβάσεις

Δ. Δημούλα



ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΝΟΣ. ΗΜΕΡΙΔΑΣ

- Μ. Άγγου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, PhD(c), Τομεάρχης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Instructor BLS/AED, ILS, ALS, Θεσσαλονίκη
- Μ. Αργιογιάννη** / Νοσηλεύτρια, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη
- Ε. Αθανασιάδου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Γ.Ν. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη
- Α. Αντωνίου** / ΔΕ Νοσηλεύτης, Διοίκηση Επιχειρήσεων ΠΕ, MBA, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παιδών, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη
- Ε. Αποστολάκη** / Νοσηλεύτρια, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη
- Κ. Γαργάνη** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Σ. Γιαννακίδου** / Νοσηλεύτρια, MSc(c), Αναπληρώτρια Προϊσταμένη Β' & Γ' Καρδιολογικών Κλινικών ΑΠΘ, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη
- Αικ. Γιαννακούλα** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Στεφανιαία Μονάδα, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Ε. Δημητρίου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- Θ. Δημούλα** / Νοσηλεύτρια Παθολογικής Ειδικότητας, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού και Περιτοναϊκής Κάθαρσης, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- Δ. Διγγελούδη** / Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Ιατρική του Ύψους», Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, Αλεξανδρούπολη
- Φ.-Ρ. Ι. Δομάτσιεφ** / MD, MHA, MSc, PhD, Γενικός - Οικογενειακός Ιατρός, Επιμελητής Α' ΕΣΥ, Καθηγητής ΣΕΠ ΜΠΣ «Διοίκησης Μονάδων Υγείας» ΕΑΠ, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίων Αθηνών Master Βιοστατιστικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Master Διοίκησης της Υγείας Πανεπιστημίου Πειραιώς, Υπεύθυνος - Συντονιστής Τμήματος Ελέγχου Ποιότητας: Έρευνας & Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, Γ.Ν. Χαλκίδας
- Ν. Ζουμπαρίδης** / Διευθυντής, Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης, Πρότυπο Νεφρολογικό Κέντρο Πέλλας
- Χ. Ηλωνίδου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc(c), Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Κιλκίς
- Ν. Θεοδωρίδης** / Καρδιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Γ.Ν. Δράμας
- Φ. Ιωαννίδου** / MSc, PhD(c), Προϊσταμένη, Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη
- Α. Κασάπη** / Νοσηλεύτρια, Χειρουργική Κλινική, Μποδοσάκειο Νοσοκομείο, Πτολεμαΐδα
- Λ. Κεραμιδά** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, ΠΕΔΥ - Κ.Υ. Ζαγκλιβεριού, Θεσσαλονίκη
- Κ. Κέτσιου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc(c), ΜΕΠ, Β' & Γ' Καρδιολογικές Κλινικές ΑΠΘ, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΝΟΣ. ΗΜΕΡΙΔΑΣ

- A. Κουλούρης** / Νοσηλεύτης ΤΕ, Προϊστάμενος, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη
- Θ. Κουπατσιάρη** / Νοσηλεύτρια, MSc, Εξειδίκευση στον Σακχαρώδη Διαβήτη, Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- B. Κρίκη** / Νοσηλεύτρια, Συνταγματάρχης (ΥΝ), Προϊσταμένη Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου & Τμήματος Επεμβατικής Ακτινολογίας, 424 Γ.Σ.Ν.Ε., Θεσσαλονίκη
- Σ. Κυρίου** / ΔΕ Νοσηλεύτρια, Τακτικά Ιατρεία, ΓΝ Δράμας
- A. Λατινοπούλου** / Πρωταθλήτρια Αντισφαίρισης (τένις), Προπονήτρια Αντισφαίρισης, Τελειόφοιτη Νομικής, Θεσσαλονίκη
- O. Λιακοπούλου** / Νοσηλεύτρια, Τομεάρχης Β' Νοσηλευτικού Τομέα, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη
- Π. Λιακοπούλου** / Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη
- Z. Μάρκου** / Νοσηλεύτρια, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη
- E. Μάτη** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Υπεύθυνη Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης, Πρότυπο Νεφρολογικό Κέντρο Πέλλας
- Γ. Μητρούδας** / Τεχνολόγος - Ακτινολόγος, Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη
- X. Μιλτιάδης** / Νοσηλεύτης ΠΕ, Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης, Πρότυπο Νεφρολογικό Κέντρο Πέλλας
- Δ. Μιτρέας** / Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Νοσοκομείο «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη
- E. Μπαλλή** / Νοσηλεύτρια ΠΕ, Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης, Πρότυπο Νεφρολογικό Κέντρο Πέλλας
- K. Μπαμπανέλου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Υπεύθυνη Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης, Πρότυπο Νεφρολογικό Κέντρο Πέλλας
- E. Μπιζιργιάννη** / Νοσηλεύτρια, Προϊσταμένη Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου, Νοσοκομείο «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη
- Π. Μπόνια** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Β' & Γ' Καρδιολογικές Κλινικές ΑΠΘ, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη
- N. - T. Οικονόμου** / Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Ιατρική του Ύψους», Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, Αλεξανδρούπολη
- E. Παντελίδου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Τομεάρχης Νοσηλευτικού Τομέα, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη
- M. Παραθύρα** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Προϊσταμένη Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη
- A. Πατσώνας** / Νοσηλεύτης, Προϊστάμενος, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού ΑΠΘ, ΓΝ Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη



ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΝΟΣ. ΗΜΕΡΙΔΑΣ

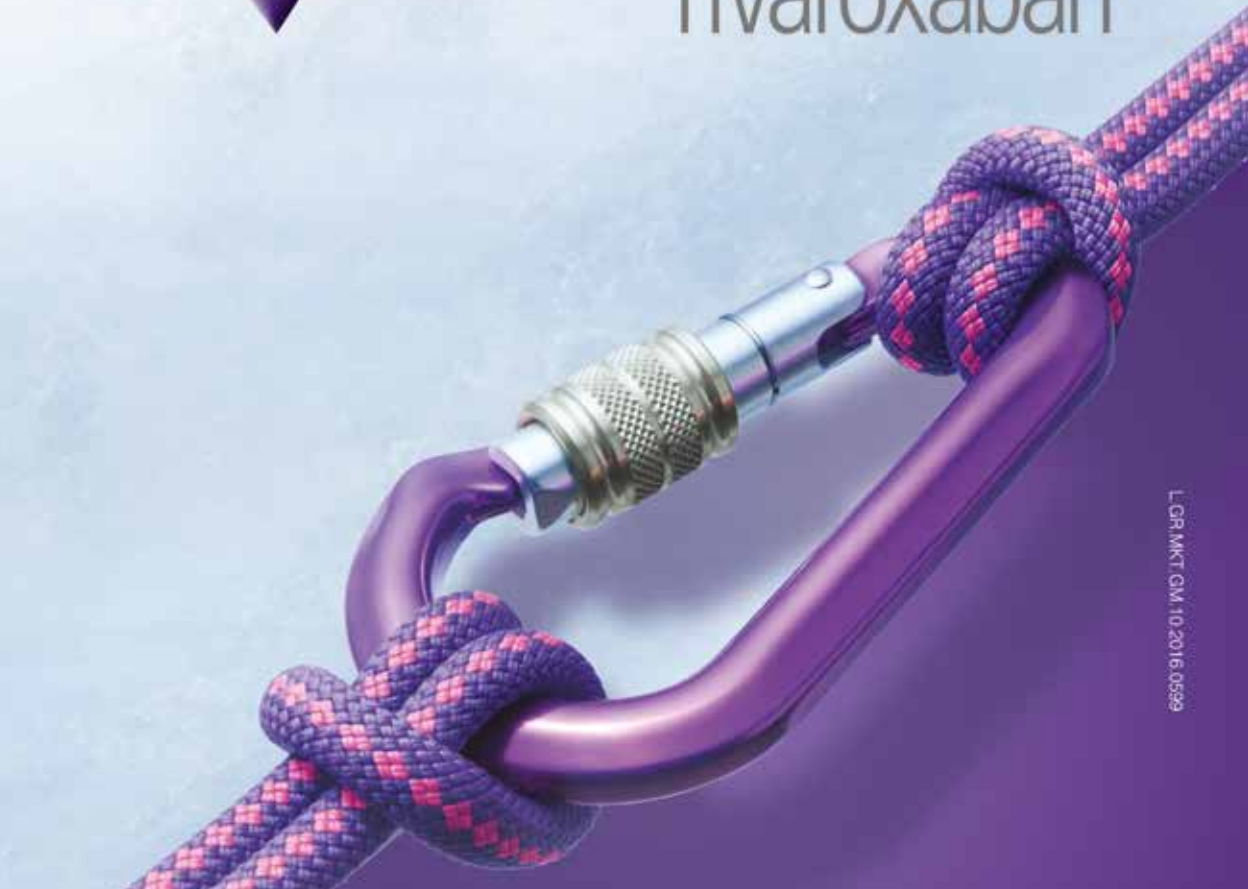
- Θ. Πειριρίδης** / Νοσηλεύτης ΠΕ, MSc, PhD, Προϊστάμενος Β' & Γ' Καρδιολογικής Κλινικής ΑΠΘ, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη, Επιστημονικός Συνεργάτης Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ
- Ε. Πιστικοπούλου** / MSc, Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Νοσηλεύτρια, Αναπληρώτρια Προϊσταμένη, Χειρουργείο Γ' Κιβρίου, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη
- Α. Πολίτη** / Νοσηλεύτρια, Προϊσταμένη, Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- Μ. Πόντη** / Νοσηλεύτρια, Αναπληρώτρια Προϊσταμένη, Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- Ε. Σείταριδου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Παιδών - Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Ενηλίκων, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη
- Π. Στειρόπουλος** / Πνευμονολόγος, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Ιατρική του Ύπνου», Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, Αλεξανδρούπολη
- Α. Στεφανίδου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Μ.Α.Α, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Ε. Στράτη** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Προϊσταμένη Στεφανιαίας Μονάδας, Β' & Γ' Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη
- Αικ. Τερζή** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc(c), Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας, ΑΝΘ Θεαγένειο, Θεσσαλονίκη
- Ε. Τολιοπούλου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης, Πρότυπο Νεφρολογικό Κέντρο Πέλλας
- Κ. Τούφας** / Νοσηλεύτης, MSc, Υποψήφιος Διδάκτωρ ΑΠΘ, Προϊστάμενος Μονάδας Ημερήσιας Νοσηλείας Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Εργαστηριακός Συνεργάτης ΑΤΕΙΘ Νοσηλευτικής, Συντονιστής Εργαστηρίου Κλινικών Δεξιοτήτων Ιατρικής ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη
- Ι. Τσιπέλης** / Νοσηλεύτης, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη
- Π. Τσίτσης** / Προϊστάμενος, Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης, Πρότυπο Νεφρολογικό Κέντρο Πέλλας
- Μ. Τσομπανίδου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Γ.Ν. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη
- Ε. Τσοπάνογλου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη
- Ε. Χαρέλα** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Προϊσταμένη Α' Παιδιατρικής Κλινικής, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη
- Π. Χαρναντίδου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Γ.Ν. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη
- Χ. Χατζηλευθερίου** / Καρδιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Δράμας
- Χρυσοχοΐδου** / Νοσηλεύτρια, Αναπληρώτρια Προϊσταμένη, Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη





Xarelto®

rivaroxaban



L GR MKT GM 10 2016 0599



Bayer

Κάτοχος της άδειας κυκλοφορίας:
Bayer Pharma AG, 13342 Berlin, Γερμανία
Τοπικός αντιπρόσωπος του κατόχου άδειας
κυκλοφορίας στην Ελλάδα: Bayer Ελλάς ΑΒΕΕ,
Σωρού 18-20, 151 25 Μαρούσι,
Τοπικός αντιπρόσωπος του κατόχου άδειας
κυκλοφορίας στην Κύπρο: Novigem Ltd,
Τηλ: 00357 22483858

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

Εταιρεία συμπρωόθησης
για τα 15 & 20mg



ELPEN Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ
Λεωφ. Μαραθώνος 95, 190 09 Πεύματα Αττικής,
Τηλ: 210 6039326 - 9, Fax: 210 6039300
ΓΡΑΦΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ
Σεβαστείας 11, 115 28 Αθήνα,
Τηλ: 210 7488711, Fax: 210 7488731
Εθν. Αντιστάσεως 114, 551 34 Θεσσαλονίκη,
Τηλ: 2310 459920 - 1, Fax: 2310 459268

Βεβαιώστε να γίνει το σάκετο με το οποίο κα-
λύβεται το ανάστημα
ΟΔΕΙ ή αναπληρωτές ενέργειες για
ΟΑΕΑ το φάρμακο
Συμπληρώνοντας την -ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ-

Πριν τη συνταγογράφηση για κάθε ένδειξη συμβουλευθείτε την αντίστοιχη Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος.