



ΕΤΑΙΡΕΙΑ  
ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ  
ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ



# 7ο ΕΤΗΣΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ

με διεθνή συμμετοχή

10-12 Μαρτίου 2011

Makedonia Palace, Θεσσαλονίκη

ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ



# ZODIN<sup>®</sup>

EPA+DHA 90%

*Αποδεδειγμένα Ενισχύει*  
**την Καρδιαγγειακή Προστασία**

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ:** Zodin 1000mg κάψαλα, μαλακό. **ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** Ένα κάψαλο, μαλακό περιέχει: Αιθυλεστέρες των ω-3 λιπαρών οξέων 90, 1000mg που περιλαμβάνουν 840mg του αιθυλεστέρα του εicosασαταεταϊκού acid (EPA) (480mg) και του αιθυλεστέρα του docosahexaεταϊκού acid (DHA) (360mg). **Θεραπευτικές ενδείξεις:** Μία από έμφραγμα του μυοκαρδίου; Επικυρωτική αγωγή για δευτερογενή πρόληψη μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου ως συμπλήρωμα της κύριας αγωγής (π.χ. στατίνες, αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα, β-αποκλιτιστές, αναστολείς του μεταφρετικού ενζύμου της αγγειοτασίνης ή-MEAI). **Υπερτριγλυκεριδαίαια:** Ενδογενής υπερτριγλυκεριδαίαια ως συμπλήρωμα στη δίαιτα όταν το διαπιστωθεί μετά από μόνο τρεις κρινονιαί ανεπαρκή για να προσφέρουν κανονιστική απόκριση: τύπου IV σε μονοθεραπεία, τύπου IIIa/III σε συνδυασμό με στατίνες, όταν ο έλεγχος των τριγλυκεριδίων είναι ανεπαρκής. **Αντενδείξεις:** Υπερσαδωνία στη διαστολική ομάδα, στη νόση ή σε ασθενείς από το έκδοιο. **Ιδιαίτερες προειδοποιήσεις και ιδιαίτερες προφυλάξεις κατά τη χρήση:** Λόγω της μέτριας αύξησης του χρόνου πήξης στην υψηλή δοσολογία, δηλ. 4 κάψαλα οι ασθενείς που λαμβάνουν αγωγή με αντιπηκτικά πρέπει να παρακολουθούνται και, αν χρειαστεί, η δοσολογία του αντιπηκτικού να προσαρμόζεται. **Ιβή:** Αιθνηλεπιδόσοι με άλλα φάρμακα και άλλες μορφές αιθνηλεπιδόσοι. Η χρήση του Zodin δεν καταργεί την ανάγκη παρακολούθησης που συνήθως απαιτείται για ασθενείς αυτού του τύπου. **Να λαμβάνεται υπόψη:** όλη η αυξημένος χρόνος πήξης στους ασθενείς με υψηλή κίνδυνο για αιμορραγία (εξαιτίας ασταθούς κατάματος, καρδιαγγειακής ανεπάρκειας, κ.λπ.). Επειδή δεν υπάρχουν ακριβή στοιχεία αιθνηλεπιδόσοι και ασπιδίνης, δεν συνιστάται η χορήγηση του Zodin σε παιδιά και εφήβους. Το Zodin δεν ενδείκνυται στην εξουθενωτική υπερτριγλυκεριδαίαια (τύπου I υπερλιπιδαιμικροσφαιρίδα). Δεν υπάρχει επαρκής εμπειρία σε δευτερογενή ενδογενή υπερτριγλυκεριδαίαια (ιδίαιτα με αυξημένο διαβήτη). Δεν υπάρχει εμπειρία όσον αφορά την αντιμετώπιση της υπερτριγλυκεριδαίαιας σε συνδυασμό με ψυχρώσεις. **Ανοχή:** τοπική παρακοιλιοποίηση της ηπατικής λειτουργίας (ASAT και ALAT) σε ασθενείς με ηπατική δυσλειτουργία (ιδίαιτα στις υψηλές δόσεις, δηλ. 4 κάψαλα). **Αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα και άλλες μορφές αιθνηλεπιδόσοι:** Από του στόματος αντιπηκτικά: Βιτ. Παράγραφο **Ιδιαίτερες προειδοποιήσεις και ιδιαίτερες προφυλάξεις κατά τη χρήση.** Το Zodin έχει συγχρητιστεί με διαφορήως και/ή παραρρηστών αιμορραγικές επιπλοκές. Πρέπει, όμως, να επέλεγει ο χρόνος προφραμίνης όταν το Zodin συγχρητιστεί με διαφορήως ή όταν διακόπτεται η αγωγή με Zodin. **Αντενδείξεις Ενέργειες:** Οι συκωνίτες των αντιπηκτικών ενδρνεγών ιαροακονών αυμαρών με τα ακοιλιοδα: ποδη συκωνί (1-110), συκωνί (>1100; <111), οι συκωνί (>11000; <1100), σπώνες (>110000; <11000), ποδη σπώνες (<110000), ηερηλοδομωμένων μεμονωμένων ανοφρών. **Δωμώδες και παραρρηστές:** Οι συκωνί: γαστρνεορική. **Διαρραές του γαστρνεορικού συστήματος:** Οι συκωνί: υπερσαδωνία. **Διαρραές του μεταβολισμού και της βλάης:** Σπώνες: υπερηλικωμία. **Διαρραές του νεφρικού συστήματος:** Οι συκωνί: ζόνη, δυσνομία Σπώνες: κερατοήνη. **Αγγειακές διαρραές:** Ποδη σπώνες: υποταση. **Διαρραές του αναπνευστικού συστήματος, του θώρακα και του μεσοθωρακίου:** Ποδη σπώνες: έφραγμα πνευκό βλεννογόνου. **Διαρραές του γαστρνεορικού συστήματος:** Συκωνί: δυσπεψία, ναυτία. **Οχι συκωνί:** κοιλιακό άλγος, διαρραές του γαστρνεορικού συστήματος, γαστρική, άλγος όνη κοιλιακής χώρας. **Σπώνες:** γαστρνεορικό άλγος. **Ποδη σπώνες:** αιμορραγία του κατώτερου γαστρνεορικού συστήματος. **Διαρραές ήπιας και των κατώτερων:** Σπώνες: ηπιακές διαρραές. **Διαρραές του δέρματος και του υποδόριου ιστού:** Σπώνες: ακμή, κνισρωδες ερόδημα. **Ποδη σπώνες:** κνίδωση. **Ιενικές διαρραές και καταρραές της όδοι χορηγώσης:** Σπώνες: ασταθής κνιδωσιζομνες διαρραές. **Παρορρηστικές εξουδίες:** Ποδη σπώνες: αυξημένος αριθμός περικοιλιακών, αυξημένη γαστρική σπιδωνογόνος του μύτη. **Μικρο σφύτη των ιαροακονών και σπιδωνί σε ασθενείς με υπερτριγλυκεριδαίαια:** **ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** Δικαιούχος τίτλους: Pronova BioPharma Norge AS, Norway, Υπεύθυνος Κυκλοφορίας: Ferrer Galenica A.E., Ελευθερίας 4, Κηφισό 145 64, τηλ.: 210 5281700. **ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** 69212 / 21-11-2005. **Τρόπος Διανομής:** Το φάρμακο αυτό χορηγείται με ιατρική συνταγή. Για πλήρες συνταγογραφικές πληροφορίες παρακαλείσθε να απευθύνεστε στην Galenica A.E.

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή:  
Συμπληρώστε την "ΚΑΤΙΝΗ ΚΑΡΤΑ"

Αναφέρατε:

- ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για τα Νέα φάρμακα **N**
- Τις ΣΟΒΑΠΕΣ ανεπιθύμητες ενέργειες για τα Γνωστά φάρμακα



**CRESTOR**<sup>®</sup>  
rosuvastatin



miscanmm\_06/00145/011210

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: Crestor<sup>™</sup> επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία 5mg, 10mg, 20mg και 40mg

ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ: Κάθε δισκίο περιέχει 5mg rosuvastatin (ως rosuvastatin calcium). Κάθε δισκίο περιέχει 10mg rosuvastatin (ως rosuvastatin calcium). Κάθε δισκίο περιέχει 20mg rosuvastatin (ως rosuvastatin calcium). Κάθε δισκίο περιέχει 40mg rosuvastatin (ως rosuvastatin calcium). Για περισσότερες συνταγογραφικές πληροφορίες, παρακαλούμε να απευθυνθείτε στην εταιρεία AstraZeneca.



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

- 03 Επιστολή Προέδρου
- 04 Διοικητικό Συμβούλιο
- 04 Οργανωτική Επιτροπή
- 05 Επιστημονική Επιτροπή
- 08 Θέματα Συνεδρίου
- 09 Συνεργασίες
- 09 Ξένοι Ομιλητές
- 10 Επιστημονικό Πρόγραμμα
- 24 Προσκεκλημένοι Πρόεδροι – Ομιλητές
- 33 Ευχαριστίες
- 34 Προφορικές Ανακοινώσεις
- 46 Αναρτημένες Ανακοινώσεις
- 69 Γενικές Πληροφορίες
- 71 Ευρετήριο Συγγραφέων Ανακοινώσεων



## **ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΠΡΟΕΔΡΟΥ**

### **Αγαπητές και Αγαπητοί Συνάδελφοι**

Η Εταιρεία Αθηροσκλήρωσης Β. Ελλάδος σας προσκαλεί στο 7ο Ετήσιο Συνέδριό της που θα πραγματοποιηθεί στο συνεδριακό χώρο του Ξενοδοχείου Macedonia Palace Θεσσαλονίκης, στις 10 – 12 Μαρτίου 2011.

Οι επιπλοκές της Αθηροσκλήρωσης από το καρδιαγγειακό σύστημα αποτελούν σήμερα την 1η αιτία θανάτου στο Δυτικό κόσμο και τη Χώρα μας, παρά τις γνώσεις που αποκτήθηκαν και τα νέα φάρμακα που κυκλοφόρησαν για την αντιμετώπισή τους. Αυτό αποδίδεται στη μειωμένη προσπάθεια εκ μέρους όλων για την προληπτική αντιμετώπιση των βασικών παραγόντων κινδύνου, όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, οι δυσλιπιδαιμίες, η παχυσαρκία και το μεταβολικό σύνδρομο, η αρτηριακή υπέρταση και η συνήθεια του καπνίσματος. Οι ιατρικές εκδηλώσεις πρέπει να προωθούν το σκοπό αυτό. Στο δικό μας επιστημονικό πρόγραμμα περιλαμβάνονται διαλέξεις και στρογγυλά τραπέζια με Πρόεδρους και εισηγητές ειδικούς από όλα τα Πανεπιστήμια και τα περισσότερα Νοσοκομεία της Χώρας. Επίσης θα είναι κοντά μας καταξιωμένοι επιστήμονες του εξωτερικού.

Η πρόσκληση απευθύνεται σε συναδέλφους Ιατρούς όλων των ειδικοτήτων, σε Οδοντιάτρους, Βιοχημικούς, Χημικούς, Φαρμακολόγους, Διαιτολόγους και Διατροφολόγους, νοσηλευτές και φοιτητές της Ιατρικής και των ΤΕΙ, που ασχολούνται με την Αθηροσκλήρωση υπό την ευρεία έννοια και τις επιπλοκές της.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω όλες τις συνεργαζόμενες επιστημονικές Εταιρείες που συνδράμουν στην επιτυχία της προσπάθειάς μας.

Η ΕΑΒΕ, σε συνεργασία με τον Π.Ι.Σ., χορηγεί πιστοποιητικό παρακολούθησης, με μόρια συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης, αναγνωρισμένα από όλες τις Χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Οι επιστημονικές εκδηλώσεις ενημέρωσης θα είναι επιτυχημένες και ωφέλιμες σε όλους, αν υπάρχει ενεργός καθημερινή παρουσία.

Σας προσκαλώ να συμμετάσχετε στο 7ο Ετήσιο Συνέδριο της Εταιρείας μας και σας ευχαριστώ εκ των προτέρων.

### **Με πολύ εκτίμηση**

Ο Πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου και της Οργανωτικής Επιτροπής

**Απόστολος Ευθυμιάδης**

Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ



## ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

<b>Πρόεδρος</b>	<b>Απόστολος Ευθυμιάδης</b> Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ
<b>Αντιπρόεδρος</b>	<b>Γεώργιος Σακαντάμης</b> Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ
<b>Γενικός Γραμματέας</b>	<b>Ιωάννης Βογιατζής</b> Διευθυντής ΕΣΥ, Καρδιολόγος
<b>Αναπλ. Γεν. Γραμματέας</b>	<b>Μαρία Χασαπίδου</b> Καθηγήτρια Διαιτολογίας ΑΤΕΙΘ
<b>Ταμίας</b>	<b>Άννα Ταυρίδου</b> Επίκουρη Καθηγήτρια Φαρμακολογίας ΔΠΘ
<b>Αναπλ. Μέλη</b>	<b>Ιωάννης Κανονίδης</b> , Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ <b>Βαρβάρα Καραγκιοζάκη</b> , Καρδιολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ
<b>Γραμματεία</b>	<b>Σοφία Παυλίδου</b> , Ιατρός

## ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

<b>Πρόεδρος</b>	<b>Απόστολος Ευθυμιάδης</b>
<b>Αντιπρόεδρος</b>	<b>Γεώργιος Σακαντάμης</b>
<b>Γραμματείς</b>	<b>Ιωάννης Βογιατζής</b> <b>Μαρία Χασαπίδου</b>
<b>Ταμίας</b>	<b>Άννα Ταυρίδου</b>
<b>Μέλη</b>	<b>Γεώργιος Γιαννόγλου</b> <b>Ιωάννης Κανονίδης</b> <b>Αρετή Μακέδου - Χίτογλου</b> <b>Βαρβάρα Καραγκιοζάκη</b> <b>Ελένη Πασχαλίδου</b>
<b>Γραμματεία</b>	<b>Σοφία Παυλίδου</b>

## **ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

### **Νέστωρ Αγκομαχαελής**

Καθηγητής Καρδιολογίας–Πνευμονολογίας, Πνευμονολογική Κλινική,  
Νοσοκομείο Γ. Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη

### **Γεώργιος Ανδρικόπουλος**

Αναπληρωτής Διευθυντής ΕΣΥ, Καρδιολόγος, Νοσοκομείο Ερρίκος Ντυνάν, Αθήνα

### **Βασίλειος Βασιλίκος**

Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας, Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο  
ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

### **Ιωάννης Βιζιριανάκης**

Αναπληρωτής Καθηγητής Φαρμακολογίας ΑΠΘ

### **Σταύρος Γαβριηλίδης**

Καθηγητής Καρδιολογίας, Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ,  
Θεσσαλονίκη

### **Παράσχος Γκελερής**

Καθηγητής Καρδιολογίας, Διευθυντής Γ΄ Καρδιολογικής Κλινικής ΑΠΘ,  
Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

### **Κωνσταντίνος Γκεμπτζής**

Καθηγητής Καρδιολογίας, Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ,  
Θεσσαλονίκη

### **Δημήτριος Γρέκας**

Καθηγητής Παθολογίας–Νεφρολογίας, Διευθυντής Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής  
Κλινικής, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

### **Γεώργιος Ευθυμιάδης**

Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας, Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο  
ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

### **Νικόλαος Ευθυμιάδης**

Οδοντίατρος–Περιοδοντολόγος, TUFTS Βοστώνη, ΗΠΑ

### **Γεώργιος Ευστρατιάδης**

Καθηγητής Παθολογίας–Νεφρολογίας, Νεφρολογική Κλινική, Ιπποκράτειο  
Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη



## **ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

### **Νίκος Ζακόπουλος**

Καθηγητής Θεραπευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Αλεξάνδρα, Αθήνα

### **Γεώργιος Ηλονίδης**

Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής Δ' Παθολογικής Κλινικής, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

### **Γεώργιος Καζινάκης**

Διευθυντής ΕΣΥ, Καρδιολόγος, Α' Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

### **Χαράλαμπος Καρβούνης**

Καθηγητής Καρδιολογίας, Α' Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

### **Ιωάννης Κλωνιζάκης**

Καθηγητής Παθολογίας-Αιματολογίας, Διευθυντής Β' Παθολογικής Κλινικής, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

### **Ιωάννης Κουντουράς**

Καθηγητής Παθολογίας-Γαστρεντερολογίας, Β' Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

### **Ιωάννης Λεκάκης**

Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας, Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Λιπιδιολογίας-Αθηροσκλήρωσης και Αγγειακής Νόσου, Αττικό Νοσοκομείο Αθηνών

### **Ιφιγένεια Μαγούλα**

Καθηγήτρια Παθολογίας, Β' Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

### **Ευστράτιος Μαλτέζος**

Καθηγητής Παθολογίας, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

### **Γεώργιος Μπουντώνας**

Καθηγητής Καρδιολογίας, Β' Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

### **Παναγιώτα Μπούρα**

Καθηγήτρια Παθολογίας-Κλινικής Ανοσολογίας, Β' Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη



**Ηλίας Μυγδάλης**

Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο ΝΙΜΤΣ, Αθήνα

**Πάυλος Νικολαΐδης**

Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής Α΄ Παθολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**Γεώργιος Παπαγεωργίου**

Καθηγητής Βιοχημείας ΑΠΘ

**Γεώργιος Παρχαρίδης**

Ομότιμος Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

**Χριστόδουλος Πλιάκος**

Καθηγητής Καρδιολογίας, Α΄ Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**Δημήτριος Ρίχτερ**

Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ Αθηνών

**Δήμητρα Σακελλάρη**

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Εργαστηρίου Περιοδοντολογίας και Βιολογίας Εμφυτευμάτων, Οδοντιατρική Σχολή ΑΠΘ

**Ιωάννης Χ. Στυλιάδης**

Καθηγητής Καρδιολογίας, Διευθυντής Α΄ Καρδιολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**Σταύρος Χατζημιτιάδης**

Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**Απόστολος Χατζητόλιος**

Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη



## ΘΕΜΑΤΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

- / Αρτηριακή υπέρταση
- / Στεφανιαία νόσος
- / Δυσλιπιδαιμίες
- / Αθηροθρόμβωση και αιμοπεταλιακή συμμετοχή
- / Σακχαρώδης διαβήτης
- / Μεταβολικό σύνδρομο
- / Χημεία και βιοχημεία του μεταβολισμού (λιπιδίων, υδατανθράκων, πρωτεϊνών)
- / Αθηροσκλήρωση στα συστηματικά αυτοάνοσα νοσήματα
- / Σύγχρονες οδηγίες στην κλινική πράξη
- / Γενετικοί παράγοντες της αθηροσκλήρωσης
- / Παράγοντες πήξης-ινωδόλυσης
- / Καρδιοχειρουργική-Αγγειοχειρουργική
- / Ενδοκρινικές παθήσεις και αθηροσκλήρωση
- / Ενδοθήλιο
- / Διατροφή και μεσογειακή δίαιτα
- / Φαρμακολογία
- / Αθηροσκλήρωση και σύνδρομο υπνικής άπνοιας
- / Απεικονιστικές Τεχνικές στη διάγνωση της Αθηροσκλήρωσης
- / Περιφερική Αρτηριακή Νόσος
- / Ποιότητα ζωής
- / Άσκηση
- / Κάπνισμα
- / Παχυσαρκία

## **ΣΥΝΕΡΓΑΖΟΜΕΝΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΤΑΙΡΕΙΕΣ ΚΑΙ ΦΟΡΕΙΣ**

- > Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας
- > Ελληνική Εταιρεία Λιπιδιολογίας-Αθηροσκλήρωσης και Αγγειακής Νόσου
- > Ελληνική Ανοσολογική Εταιρεία
- > Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας
- > Ελληνική Εταιρεία Νόσου ALZHEIMER και Συγγενών Διαταραχών
- > Ιατρική Εταιρεία Θεσσαλονίκης

## **ΞΕΝΟΙ ΟΜΙΛΗΤΕΣ**

**Peter Kokkinos** PhD, FAHA, FACSMT,  
Professor, Veterans Affairs Medical Center, Georgetown University School of Medicine,  
George Washington, University School of Medicine and Health Sciences

**Petros Nihoyannopoulos** MD, FRCP, FACC, FESC  
Professor of Cardiology, Imperial College London  
Hammersmith Hospital, NHLI, London, UK

**Katrin Schaefer**  
Καθηγήτρια Έρευνας Αθηροσκλήρωσης, Πανεπιστήμιο Goettingen, Γερμανία

**Πόλυ Μιχαηλίδου**  
Κλινική Διαιτολόγος-Διατροφολόγος, Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Κύπρος



## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

**ΠΕΜΠΤΗ 10 ΜΑΡΤΙΟΥ 2011**

ΠΡΟΒΟΛΗ VIDEO ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗ

**09.00-10.30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Αποκατάσταση καρδιοπαθούς αρρώστου  
Πρόεδροι: **Γ. Ηλνίδης, Χ. Πλιάκος**

Ο ρόλος του καρδιολόγου  
**Χ. Ραΐδης**

Ο ρόλος του ψυχιάτρου  
**Π. Ιορδανίδης**

Ο ρόλος του φυσιοθεραπευτή  
**Ι. Καρατζάς**

Ο ρόλος του διαιτολόγου  
**Π. Μιχαηλίδου**

**10.30-11.15 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Παιδική παχυσαρκία και παρέμβαση  
Πρόεδροι: **Α. Μακέδου, Ι. Ρούσος**

Λιπώδης ιστός και ενδοθήλιο: Μια δυναμική σχέση  
**Κ. Μακέδου**

Αλληλεπιδράσεις γονιδίων- διατροφής στην παχυσαρκία  
**Α. Αργυρίου**

**11.15-11.45 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

**11.45- 13.15 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Συνέπειες του καπνίσματος από τα διάφορα συστήματα  
Πρόεδροι: **Χ. Καρβούνης, Β. Καραγιάννης**

Η σημασία της διακοπής του καπνίσματος στο καρδιαγγειακό σύστημα  
**Ι. Βογιατζής**

Η επίδραση του καπνίσματος στην κύηση και το νεογνό  
**Μ. Τζητηρίδου**

Κάπνισμα, περιοδοντική νόσος και υγιεινή στόματος  
**Ν. Ευθυμιάδης**

Η επίδραση του καπνίσματος στο δέρμα και τη γήρανση  
**Ζ. Απάλλα**

**13.15-14.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Διατροφή, οξειδωτικό στρες και αθηροσκλήρωση  
Πρόεδροι: **Ι. Κλωνιζάκης, Μ. Χασαπίδου**

Η αντιοξειδωτική δράση της διατροφής στην αθηροσκλήρωση και τη γήρανση  
**Δ. Κομνηνού**

Ο ρόλος των φαινολικών ουσιών στην αντιμετώπιση της αθηροσκλήρωσης  
**Ε. Πασχαλέρη**

**14.00- 15.00 ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

Πρόεδροι: **Δ. Χατζόπουλος, Ι. Παπαγιάννης**

**OR.01 ΚΛΟΠΙΔΟΓΡΕΛΗ - ΑΠΟ ΤΙΣ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ**

**Χ. ΚΥΡΠΙΖΙΔΗΣ, Α. ΚΕΪΒΑΝΙΔΟΥ, Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ, Κ. ΤΣΙΠΤΣΗΣ,  
Μ. ΞΑΦΕΝΙΑΣ, Α. ΠΕΧΛΕΒΑΝΗΣ**

Καρδιολογική κλινική – Στεφανιαία μονάδα 2ου Νοσοκομείου ΙΚΑ-ΕΤΑΜ  
Θεσσαλονίκης



**OR.02 ΑΣΦΑΛΕΙΣ ΕΞΑΓΩΓΕΣ ΔΟΝΤΙΩΝ ΧΩΡΙΣ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΜΟΝΗΣ Η ΔΙΠΛΗΣ ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ**

ΛΙΛΛΗΣ Θ.<sup>1</sup>, ΖΙΑΚΑΣ Α.<sup>2</sup>, ΚΟΣΚΙΝΑΣ Κ.<sup>2</sup>, ΤΣΙΡΛΗΣ Α.<sup>1</sup>, ΓΙΑΝΝΟΓΛΟΥ Γ.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Εργαστήριο Οδοντοφατνιακής Χειρουργικής, Χειρουργικής Εμφυτευματολογίας & Ακτινολογίας, Οδοντιατρική Σχολή Α.Π.Θ.

<sup>2</sup>Α' Καρδιολογική Κλινική Α.Χ.Ε.Π.Α., Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ.

**OR.03 Η ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΔΡΑΣΗ ΚΟΛΛΑΓΕΝΟΛΥΤΙΚΩΝ ΕΝΖΥΜΩΝ ΚΑΙ ΑΠΟΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΛΕΙΩΝ ΜΥΪΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΣΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ ΜΕ ΧΑΜΗΛΟ SHEAR STRESS ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΕΝΤΟΠΙΣΜΕΝΟ ΣΧΗΜΑΤΙΣΜΟ ΕΥΑΛΩΤΩΝ ΑΘΗΡΩΜΑΤΙΚΩΝ ΠΛΑΚΩΝ**

KONSTANTINOS C. KOSKINAS<sup>1,2</sup>, YIANNIS S. CHATZIZISIS<sup>1,2</sup>,  
MICHAIL I. PAPAFAKLIS<sup>1</sup>, AARON B. BAKER<sup>2</sup>, ANTONIOS ANTONIADIS<sup>1</sup>,  
AHMET COSKUN<sup>3</sup>, MICHAEL JONAS<sup>2</sup>, CHARLES MAYNARD<sup>4</sup>,  
ELAZER R. EDELMAN<sup>1,2</sup>, CHARLES L. FELDMAN<sup>1</sup>, PETER H. STONE<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Cardiovascular Division, Brigham and Women's Hospital, Harvard Medical School, Boston, MA

<sup>2</sup>Harvard-MIT Division of Health Sciences & Technology, Massachusetts Institute of Technology, Cambridge, MA

<sup>3</sup>Mechanical and Industrial Engineering, Northeastern University, Boston, MA

<sup>4</sup>Department of Health Services, University of Washington, Seattle, WA

**OR.04 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΟΓΚΟΥ ΤΟΥ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΚΟΛΠΟΥ ΜΕ ΤΟ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΗΠΙΟΥ ΕΩΣ ΜΕΤΡΙΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΑΣΒΕΣΤΟΠΟΙΟ ΣΤΕΝΩΣΗ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΟΣ**

Γ. ΣΠΥΡΟΜΗΤΡΟΣ<sup>1</sup>, Χ. ΠΛΙΑΚΟΣ<sup>2</sup>, Α. ΖΙΑΚΑΣ<sup>3</sup>, Α. ΛΑΖΑΡΙΔΗΣ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Γ.Ν.Κατερίνης, Καρδιολογική Κλινική

<sup>2</sup>ΑΧΕΠΑ, Α' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική

<sup>3</sup>ΑΧΕΠΑ, Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική

**OR.05 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΒΑΡΟΥΣ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΗΣ ΑΔΙΠΟΝΕΚΤΙΝΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ HS- CRP ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ**

Ε. ΠΑΣΧΑΛΙΔΟΥ<sup>1</sup>, Ι. ΕΥΘΥΜΙΑΔΗΣ<sup>1</sup>, Σ. ΠΑΥΛΙΔΟΥ<sup>1</sup>, Κ. ΜΑΚΕΔΟΥ<sup>2</sup>,  
Φ. ΝΤΟΓΡΑΜΑΤΖΗ<sup>3</sup>, Α. ΧΙΤΟΓΛΟΥ- ΜΑΚΕΔΟΥ<sup>2</sup>, ΑΠ. ΕΥΘΥΜΙΑΔΗΣ<sup>1</sup>

- 1) Ιατρείο Αθηροσκλήρωσης Β΄ Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
- 2) Εργαστήριο Λιπιδίων Β΄ Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης
- 3) Βιοχημικό Εργαστήριο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

**OR.06 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΤΟΥ ΟΞΕΙΔΩΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ**

Ε. ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΟΥ, Μ. ΣΑΡΗΓΙΑΝΝΗ, Π. ΠΑΣΧΟΣ, Μ. ΧΑΣΑΠΙΔΟΥ,  
Κ. ΠΑΛΕΤΑΣ, Α. ΤΣΑΠΑΣ

Μονάδα Μελέτης Μεταβολικών Νοσημάτων, Β΄ Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

**ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗ**

**16.00- 17.30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**  
**Σε συνεργασία με την Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας**

Παχυσαρκία και καρδιαγγειακός κίνδυνος  
Πρόεδροι: **Α. Αμπραχαμιάν-Μιχαλάκη, Ε. Μαλτέζος**

Παχυσαρκία-απώλεια βάρους και νεότεροι αγγειακοί παράγοντες κινδύνου  
**Θ. Τζώτζας**

Μεσογειακή διατροφή και καρδιαγγειακά νοσήματα  
**Μ. Χασαπίδου**

Παχυσαρκία, φλεγμονή και ενδοθήλιο  
**Δ. Παπάζογλου**

Παχυσαρκία, μεταβολικό σύνδρομο και στυτική δυσλειτουργία  
**Α. Αμπραχαμιάν-Μιχαλάκη**



**17.30-18.30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Τρόποι διερεύνησης του στεφανιαίου συνδρόμου: Ενδείξεις και περιορισμοί  
Πρόεδροι: **Ι. Κανονίδης, Γ. Μπουντώνας**

Συμβατική ή αξονική απεικόνιση των στεφανιαίων αρτηριών;  
**Α. Ζιάκας**

Αναζήτηση της ευάλωτης αθηρωματικής πλάκας  
**Γ. Γιαννόγλου**

Χρησιμότητα της πυρηνικής ιατρικής  
**Ε.-Ι. Μωραλίδης**

**18.30-19.00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

**19.00-19.30 ΔΙΑΛΕΞΗ**  
Πρόεδρος: **Α. Ευθυμιάδης**

Ο κεντρικός ρόλος της ηχοκαρδιογραφίας σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο  
**Ρ. Νιχογιαννοπουλος**

**20.00-22.00 ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ**

**ΔΙΑΛΕΞΗ**  
Κλιματική αλλαγή και υγεία  
**Γ. Τσιτούρης**

**ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 11 Μαρτίου 2011**

**09.00-10.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Καρδιαγγειακός κίνδυνος στη Χρόνια Νεφρική Νόσο (ΧΝΝ)  
Πρόεδροι: **Δ. Γρέκας, Κ. Μαυροματίδης**

Παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου στη ΧΝΝ  
**Κ. Μαυροματίδης**

Ο ρόλος των μεταλλοπρωτεϊνών στην αθηροσκλήρωση της ΧΝΝ  
**Γ. Δήμας**



- 10.00-11.00**    **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**  
**Σε συνεργασία με την Ελληνική Ανοσολογική Εταιρεία**
- Φλεγμονή. Θρόμβωση και Αγγειακή βλάβη  
Πρόεδροι: **Π. Μπούρα, Χ. Νικολάου**
- Η φλεγμονώδης επαγωγή του ιστικού παράγοντα (TF) στη ρύθμιση των  
θρομβωτικών και μη εκδηλώσεων  
**Κ. Ρίτης**
- Ανοσιακοί μηχανισμοί στη χρόνια φλεγμονή των μεγάλων αγγείων  
**Ι. Γκουγκουρέλας**
- Συστηματική αυτονοσία και αγγειακή φλεγμονή  
**Π. Σκένδρος**
- 11.00-11.45**    **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**
- Ρευματικά Νοσήματα και Αθηροσκλήρωση  
Πρόεδροι: **Δ.-Α. Βερέττας, Π. Μπούρα**
- Οστεοαρθρίτιδα και μεταβολικό σύνδρομο: Κοινοί παθογενετικοί μηχανισμοί  
**Κ. Τιλκερίδης**
- Η πρόωμη αθηρωμάτωση στη ρευματοειδή αρθρίτιδα  
**Α. Δρόσος**
- 11.45-12.15**    **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**
- 12.15-12.45**    **ΔΙΑΛΕΞΗ**  
Πρόεδρος: **Γ. Σακαντάμης**
- Διάγνωση της συμπτωματικής αποσκλήρυνσης: Παράγοντες κινδύνου  
ή απεικονιστικές τεχνικές;  
**Χ. Πίτσαβος**



**12.45-13.45 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Αθηροσκλήρωση και Παχυσαρκία: Ρυθμιστικός ρόλος του ανοσοποιητικού συστήματος

Πρόεδροι: **Σ. Κωνσταντινίδης, Γ. Παρχαρίδης**

Χημειοκίνες και Αθηρογένεση

**Σ. Αποστολάκης**

Ενδοκρινής ή παρακρινής δράση; Παθογενετική σημασία του σπλαγγχνικού και περιαγγειακού λιπώδους ιστού

**K. Schaefer**

Νέα δεδομένα για την αποσταθεροποίηση της αθηρωματικής πλάκας

**Κ. Τούτουζας**

**14.00-15.00 ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ**

**ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗ**

**16.00-17.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

**Σε συνεργασία με την Ελληνική Εταιρεία Νόσου ALZHEIMER και Συγγενών Διαταραχών**

Μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις στην άνοια

Πρόεδροι: **Μ. Τσολάκη, Δ. Οικονομίδης**

Διατροφή και Άνοια

**Δ. Οικονομίδης**

Γενετική προδιάθεση στη νόσο Alzheimer: Ο ρόλος της απολιποπρωτεΐνης Ε

**Θ. Σκλαβιάδης**

Αντιμετώπιση του Στρες και Άνοια

**Μ. Τσολάκη**

- 17.00-18.30**    **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**  
Συνεργασία με την Εταιρεία Λιπιδιολογίας-Αθηροσκλήρωσης  
και Αγγειακής Νόσου
- Πρόεδροι: **Ι. Λεκάκης, Γ. Τσιτούρης**
- Θεραπευτικοί στόχοι στον σακχαρώδη διαβήτη: Τί μάθαμε από τις κλασσικές  
(DCCT-UKPDS) και νεότερες μελέτες (ACCORD-ADVANCE-VADT);  
**Κ. Μακρυλάκης**
- Εργαστηριακή διερεύνηση των Δυσλιπιδαιμιών  
**Ν. Παπαγεωργιάκης**
- Περιφερική Αρτηριοπάθεια: Φαρμακευτική αντιμετώπιση το 2011  
**Γ. Υφαντή**
- Η Ελλάδα δεν καπνίζει σε κλειστούς χώρους. Είναι εφικτό?  
**Δ. Ρίχτερ**
- 18.30-19.00**    **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**
- 19.00-19.30**    **ΔΙΑΛΕΞΗ**  
Πρόεδρος: **Ι. Κανονίδης**
- Η φλεγμονή στα πλαίσια του μεταβολικού συνδρόμου  
**Κ. Παπαδόπουλος**
- 19.30-20.00**    **ΔΙΑΛΕΞΗ**  
Πρόεδρος: **Π. Τούτουζας**
- Recovery Heart Rate and Mortality: Does it depend on Exercise Capacity? /  
Καρδιακός ρυθμός ανάνηψης και θνητότητα. Εξαρτάται από την ικανότητα  
για άσκηση?  
**P. Kokkinos**
- 20.00-20.30**    **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**



**20.30-21.00 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**  
**Ευγενική χορηγία της Φαρμακευτικής Εταιρείας ASTRA ZENECA**

Πρόεδρος: **Α. Ευθυμιάδης**

Μειώνοντας τον συνολικό καρδιαγγειακό κίνδυνο και στην πρωτογενή πρόληψη  
**Ι. Βογιατζής**

**ΣΑΒΒΑΤΟ 12 ΜΑΡΤΙΟΥ 2011**

Θα χρησιμοποιηθεί το σύστημα ηλεκτρονικής ψηφοφορίας στις παρουσιάσεις όλων των ομιλητών.

**09.00-10.15 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Επίκαιρα θέματα Διαβητολογίας  
Πρόεδροι: **Χ. Μανές, Α. Τσάπας**

Διαβητική Δυσλιπιδαιμία  
**Κ. Σουλής**

Διαβητικό Πόδι  
**Ν. Παπάνας**

Προδιαβήτης: Το πρόβλημα και η λύση  
**Η. Μυγδάλης**

Σχολιαστής: **Δ. Καραγιάννη**

**10.15-11.30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Δυσλιπιδαιμίες. Ο Ρόλος τους στον καρδιαγγειακό κίνδυνο  
Πρόεδροι: **Ι.Χ. Στυλιάδης, Π. Γκελερής**

Λιποπρωτεΐνη (α). Νεότερα δεδομένα  
**Κ. Μακέδου**

Υπολειπόμενος καρδιαγγειακός κίνδυνος  
**Σ. Σαββάτης**

Τί το νεότερο στη φαρμακευτική θεραπεία; Παραμένουν οι στατίνες ως φάρμακα επιλογής;  
**Α. Ταυρίδου**

Σχολιαστής: **Δ. Ρίχτερ**

**11.30-12.00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

**12.00-13.15 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Αρτηριακή υπέρταση. Είναι αιτία ή αιτιατό καρδιαγγειακών επιπλοκών;

Υπάρχει πρόληψη;

Πρόεδροι: **Ι. Μαγούλα, Δ. Συμεωνίδης**

Διερεύνηση αρτηριακής υπέρτασης. (Πρωτοπαθής- Δευτεροπαθής)

**Ν. Καμπουρίδης**

Υπερτασική καρδιακή νόσος: Διαγνωστικά κριτήρια

**Ι. Ευθυμιάδης**

Προτιμώμενοι συνδυασμοί αντιυπερτασικών φαρμάκων

**Χ. Κυρπιζίδης**

Σχολιαστής: **Κ. Δημητρακόπουλος**

**13.15-13.45 ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**

**Ευγενική χορηγία της Φαρμακευτικής Εταιρείας PHARMASWISS**

Πρόεδρος: **Α. Ευθυμιάδης**

Ο ρόλος της φαινοφιβράτης στη σύγχρονη κλινική πράξη

**Δ. Ρίχτερ**

**14.00-15.00 ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

Πρόεδροι: **Χ. Αηδονόπουλος, Α. Δουγαλής**

**OR.07 ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ ΚΑΙ ΑΛΛΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΤΩΝ ΕΛΚΩΝ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

ΜΑΝΕΣ Χ., ΕΞΙΑΡΑ Τ, ΓΕΩΡΓΑ ΣΤ., ΚΑΤΣΑΡΟΣ Θ., ΠΕΤΡΙΔΗΣ Δ., ΤΣΙΑΝΤΑΣ Γ., ΣΚΟΥΤΑΣ Δ., ΚΕΦΑΛΟΓΙΑΝΝΗΣ Ν., ΚΑΡΑΤΖΑΣ Ν.

Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Ν. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ» Θεσσαλονίκη

Κλινική Διαβητικού Ποδιού Γ.Ν. «Γ.Γεννηματάς» Αθήνα,

Τμήμα Διατροφής ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης, Μονάδα Διαβήτη Γ.Ν. «Βενιζέλειο», Ηράκλειο,

Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Γ.Ν. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»

Θεσσαλονίκη



**OR.08 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΒΛΑΒΩΝ ΤΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΟΠΑΘΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΟΞΥΓΟΝΩΣΗ ΤΩΝ ΙΣΤΩΝ**

Χ. ΜΑΝΕΣ, Θ. ΜΕΣΗΜΕΡΗΣ, Θ. ΜΕΛΕΚΟΣ, Γ. ΒΟΣΚΟΠΟΥΛΟΣ, Μ. ΒΟΥΚΙΑΣ ,  
Σ. ΓΑΒΡΙΗΛΙΔΗΣ

Διαβητολογικό κέντρο Γ.Π.Ν «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»  
Μονάδα Υπερβαρικής Οξυγονοθεραπείας Α΄ Γ.Ν. «ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ»

**OR.09 Η ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΗΣ ΣΥΣΤΟΛΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΑΝΤΡΕΣ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ**

Π. ΣΤΑΦΥΛΑΣ, Π. ΓΕΩΡΓΙΑΝΟΣ, Π. ΣΑΡΑΦΙΔΗΣ, Σ. ΓΟΥΣΟΠΟΥΛΟΣ, Ε. ΖΑΪΡΗ,  
Α. ΚΑΝΑΚΗ, Λ. ΧΑΤΖΗΣΤΑΥΡΗ, Ι. ΤΖΙΟΛΑΣ, Π. ΖΕΜΠΕΚΑΚΗΣ, Α. ΛΑΖΑΡΙΔΗΣ

Τμήμα Υπέρτασης, Α΄ Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Π.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

**OR.10 ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ, ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΑΝΤΙΣΤΑΣΗ ΣΕ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ**

ΣΤΑΦΥΛΑΣ Π, ΓΕΩΡΓΙΑΝΟΣ Π, ΓΟΥΣΟΠΟΥΛΟΣ Σ, ΣΑΡΑΦΙΔΗΣ Π, ΖΑΪΡΗ Ε,  
ΚΟΠΑΤΣΑΡΗ Σ, ΧΑΤΖΗΣΤΑΥΡΗ Λ, ΤΖΙΟΛΑΣ Ι, ΖΕΜΠΕΚΑΚΗΣ Π, ΛΑΖΑΡΙΔΗΣ Α

Τμήμα Υπέρτασης, Α΄ Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Π.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ.

**OR.11 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΕΪΝΗΣ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ ΕΣΤΕΡΩΝ ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗΣ (CETP) ΣΤΗΝ ΑΥΞΗΣΗ ΤΩΝ HDL ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΝΙΚΟΤΙΝΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

Θ. ΤΖΩΤΖΑΣ, Σ. ΚΑΡΡΑΣ, Θ. ΚΑΛΤΣΑΣ, Κ. ΤΖΙΟΜΑΛΟΣ, Τ. GAUTIER\*,  
Ζ. ΚΕΛΕΠΟΥΡΗΣ, Φ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ, L.LAGROST\*, Η. ΕΥΘΥΜΙΟΥ

Κλινική Ενδοκρινολογίας, Διαβήτη και Μεταβολισμού, Νοσοκομείο Παναγία,  
Θεσσαλονίκη

\* INSERM, UMR866, Dijon-France

**OR. 12 ΟΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΜΗ-ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΛΙΠΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ**

Π. ΠΑΣΧΟΣ, Ε. ΜΠΕΚΙΑΡΗ, Ε. ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΟΥ, Μ. ΣΑΡΗΓΙΑΝΝΗ, Α. ΤΣΑΠΑΣ, Κ. ΠΑΛΕΤΑΣ

Μονάδα Μελέτης Μεταβολικών Νοσημάτων, Β΄ Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

**ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗ**

**16.00-16.40 ΔΙΑΛΕΞΗ**

Πρόεδροι: **Π. Αρζόγλου, Ι. Ζαρίφης**

Νεώτερα αντιαιμοπεταλικά και αντιπηκτικά φάρμακα. Μηχανισμοί δράσης και κλινική σημασία

**Α. Τσελέπης**

Σχολιαστές: **Ε. Ιωαννίδου, Ι. Ζαρίφης**

**16.40-17.30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Αντιμετώπιση του οξέος στεφανιαίου συνδρόμου

Πρόεδροι: **Γ. Μπουγιούκας, Σ. Γαβριηλίδης**

Φάρμακα ή επείγουσα αγγειοπλαστική;

**Θ. Παπαδόπουλος**

Αορτοστεφανιαία παράκαμψη. Ενδείξεις. Αντιμετώπιση μετά το χειρουργείο

**Β. Χαλβατζούλης**

Σχολιαστές: **Γ. Ανδρικόπουλος, Σ. Ιωαννίδης**

**17.30-18.00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**



**18.00-19.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Ενδοθήλιο. Χρησιμότητα. Δυσλειτουργία: Πώς προκαλείται και τι προκαλεί;  
Πρόεδροι: **Γ. Γιαννόγλου, Γ. Ανδρικόπουλος**

Αίτια και συνέπειες της δυσλειτουργίας  
**Β. Καραγκιοζάκη**

Φάρμακα που βελτιώνουν τη λειτουργικότητά του  
**Ε. Πασχαλίδου**

Ο ρόλος του ενδοθηλίου στις καρδιολογικές παρεμβάσεις  
των στεφανιαίων αρτηριών  
**Γ. Καζινάκης**

**19.00-19.30 ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**  
**Ευγενική χορηγία της Εταιρείας NOVO MD**

Πρόεδροι: **Α. Ευθυμιάδης, Β. Κουλουρίδα**

Τα μικρά-πυκνά σωματίδια της LDL (sdLDL) είναι ο κύριος μεταφορέας της  
Λιποπρωτεϊνικής Φωσφολιπάσης A2 (Lp-PLA2) στο πλάσμα. Κλινική σημασία  
και εργαστηριακή διερεύνηση  
**Α. Τσελέπης**

**19.30-20.30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Αθηροσκλήρωση και αρρυθμίες  
Πρόεδροι: **Γ. Σακαντάμης, Α. Κατσιβας**

Επίδραση της Αθηροσκλήρωσης στην Αρρυθμογένεση  
**Π. Ιωαννίδης**

Επείγουσα αντιμετώπιση των αρρυθμιών στα οξέα στεφανιαία σύνδρομα  
**Τ. Δαδούς**

Φαρμακευτική προληπτική παρεμβολή (ω-3, στατίνες)  
**Ξ. Αποστολίδου**



**20.30-20.40 ΤΕΛΕΤΗ ΛΗΞΗΣ**

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ  
κ. Απόστολος Ευθυμιάδης, Πρόεδρος ΕΑΒΕ

**20.40-22.00 ΔΟΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ**

Ευγενική χορηγία των Φαρμακευτικών Εταιρειών **BIANEΞ A.E./ MSD HELLAS**

Διπλή αναστολή χοληστερόλης - με αποδεδειγμένα οφέλη στο στόχο της LDL-C  
Πρόεδροι: **A. Ευθυμιάδης, X. Μανές**

Η σημασία της Υπολιπιδαιμικής Αγωγής στη μείωση του Καρδιαγγειακού Κινδύνου – Στόχος η LDL-C  
**E. Πάγκαλος**

Ο μοναδικός τρόπος δράσης της Διπλής Αναστολής στην αντιμετώπιση της Υπερλιπιδαιμίας  
**I. Ζαρίφης**

Ezetimibe/Simvastatin: Νεότερα Δεδομένα. Η επόμενη κίνησή σας με αποδεδειγμένα οφέλη  
**Δ. Ρίχτερ**

Συζήτηση – Συμπεράσματα

**22.00 ΔΕΙΠΝΟ**

Ευγενική χορηγία των Φαρμακευτικών Εταιρειών **BIANEΞ A.E./ MSD HELLAS**



## ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ

### **P. Kokkinos**

PhD, FAHA, FACSM, Professor, Veterans Affairs Medical Center, Georgetown University School of Medicine, George Washington, University School of Medicine and Health Sciences

### **P. Nihoyannopoulos**

MD, FRCP, FACC, FESC

Professor of Cardiology, Imperial College London, Hammersmith Hospital, NHLI, London, UK

### **K. Schaefer**

Καθηγήτρια Έρευνας Αθηροσκλήρωσης, Πανεπιστήμιο Goettingen, Γερμανία

### **Χ. Αηδονόπουλος**

Χειρουργός Ουρολόγος, Θεσσαλονίκη

### **A. Αμπραχαμιάν-Μιχαλάκη**

Ενδοκρινολόγος, Πρόεδρος της Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας Παχυσαρκίας, Αθήνα

### **Γ. Ανδρικόπουλος**

Καρδιολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής, Αναπληρωτής Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο «Ερρίκος Ντυνάν», Αθήνα

### **Ζ. Απάλλα**

Επιμελήτρια Β΄ Δερματολογίας, Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων, Θεσσαλονίκη

### **Σ. Αποστολάκης**

Λέκτορας Καρδιολογίας ΔΠΘ, Αλεξανδρούπολη

### **Ξ. Αποστολίδου**

Καρδιολόγος, Επιμελήτρια Α΄ ΕΣΥ, Β΄ Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

### **A. Αργυρίου**

BSc, PhD, Μοριακός Βιολόγος, Ερευνητής Γ΄ Εθνικού Κέντρου Έρευνας και Τεχνολογικής Ανάπτυξης, Θεσσαλονίκη

### **Π. Αρζόγλου**

Αναπληρωτής Καθηγητής Βιοχημείας –Κλινικής Χημείας ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

**Δ.-Α. Βερέττας**

Καθηγητής Ορθοπαιδικής ΔΠΘ, Πρόεδρος Τμήματος Ιατρικής Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης, Αλεξανδρούπολη

**Ι. Βογιατζής**

Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο Βέροιας

**Σ. Γαβριηλίδης**

Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**Γ. Γιαννόγλου**

Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**Π. Γκελερής**

Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Διευθυντής Γ΄ Καρδιολογικής Κλινικής, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

**Ι. Γκουγκουρέλας**

Παθολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης, Ιατρείο Κλινικής Ανοσολογίας, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

**Δ. Γρέκας**

Καθηγητής Παθολογίας – Νεφρολογίας ΑΠΘ, Διευθυντής Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**Τ. Δαδούς**

Λέκτορας Καρδιολογίας ΑΠΘ, Β΄ Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

**Γ. Δήμας**

Ειδικός Νεφρολόγος, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Επιστημονικός Συνεργάτης ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

**Κ. Δημητρακόπουλος**

Παθολόγος, Επιμελητής Α΄ ΕΣΥ, Β΄ Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

**Α. Δουγαλής**

Παθολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής ΔΠΘ, Νοσοκομείο ΙΚΑ «Η ΠΑΝΑΓΙΑ», Θεσσαλονίκη



#### **A. Δρόσος**

Καθηγητής Παθολογίας – Ρευματολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Διευθυντής Ρευματολογικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

#### **A. Ευθυμιάδης**

Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Πρόεδρος Εταιρείας Αθηροσκλήρωσης Βορείου Ελλάδος, Θεσσαλονίκη

#### **I. Ευθυμιάδης**

Καρδιολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής ΑΠΘ, Επιστημονικός Συνεργάτης, Β΄ Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

#### **N. Ευθυμιάδης**

Οδοντίατρος, Περιοδοντολόγος, Θεσσαλονίκη

#### **I. Ζαρίφης**

Καρδιολόγος, Διευθυντής Α΄ Καρδιολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

#### **A. Ζιάκας**

Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

#### **Γ. Ηλιονίδης**

Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής Δ΄ Παθολογικής Κλινικής ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

#### **Π. Ιορδανίδης**

Ψυχίατρος – Ψυχοθεραπευτής, Διδάκτωρ Ψυχιατρικής ΑΠΘ, Καθηγητής Ψυχολογίας και Διατροφής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

#### **Π. Ιωαννίδης**

Καρδιολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης, Β΄ Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη, Επιστημονικός Συνεργάτης, Νοσοκομείο «Ερρίκος Ντυνάν», Αθήνα

#### **Σ. Ιωαννίδης**

Καρδιολόγος, Αιμοδυναμιστής, Διαβαλκανικό Ιατρικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

#### **E. Ιωαννίδου**

Καθηγήτρια Παθολογίας – Αιματολογίας ΑΠΘ, Β΄ Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

**Γ. Καζινάκης**

Καρδιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**Ν. Καμπουρίδης**

Καρδιολόγος, Επιμελητής Α΄, Καρδιολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Καβάλας

**Ι. Κανονίδης**

Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Β΄ Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

**Δ. Καραγιάννη**

Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής, Διευθύντρια ΕΣΥ, Νοσοκομείο «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

**Β. Καραγιάννης**

Καθηγητής Μαιευτικής- Γυναικολογίας ΑΠΘ, Διευθυντής Γ΄ Μαιευτικής- Γυναικολογικής Κλινικής ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

**Β. Καραγκιοζάκη**

Καρδιολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

**Ι. Καρατζάς**

Φυσικοθεραπευτής, Νοσοκομείο «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

**Χ. Καρβούνης**

Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**Α. Κατσίβας**

Καρδιολόγος, Διευθυντής Α΄ Καρδιολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο Αθηνών «Κοργιαλένιο – Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.», Αθήνα

**Ι. Κλωνιζάκης**

Καθηγητής Παθολογίας - Αιματολογίας ΑΠΘ, Διευθυντής Β΄ Παθολογικής Κλινικής, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

**Δ. Κομνηνού**

MD, PhD, CNS, Επιστημονικός Συνεργάτης Εκπαιδευτικού και Ερευνητικού Κέντρου Μεταβολικών Παθήσεων «Μεζίτης» (Mezitis Education and Research Institute, MERI), Νέα Υόρκη, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό και Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας, Θεσσαλονίκη

**Β. Κουλουρίδα**

Βιοπαθολόγος, Διευθύντρια Μικροβιολογικού – Βιοχημικού – Ιολογικού  
Εργαστηρίου, Νοσοκομείο «Γ. Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

**Χ. Κυρπιζίδης**

Καρδιολόγος, Αναπληρωτής Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο ΙΚΑ  
«Η ΠΑΝΑΓΙΑ», Θεσσαλονίκη

**Σ. Κωνσταντινίδης**

MD, FESC, Καθηγητής Καρδιολογίας ΔΠΘ, Διευθυντής Πανεπιστημιακής  
Καρδιολογικής Κλινικής, Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

**Ι. Λεκάκης**

Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας Ιατρικής Σχολής Αθηνών, Β΄  
Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

**Ι. Μαγούλα**

Καθηγήτρια Παθολογίας ΑΠΘ, Β΄ Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο,  
Θεσσαλονίκη

**Κ. Μακέδου**

Βιοπαθολόγος, Επιστημονική Συνεργάτης Εργαστηρίου Βιολογικής Χημείας,  
Ιατρική Σχολή ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

**Κ. Μακρυλάκης**

Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών,  
Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Λαϊκό», Αθήνα

**Ε. Μαλτέζος**

Καθηγητής Παθολογίας ΔΠΘ, Διευθυντής Β΄ Πανεπιστημιακής Παθολογικής  
Κλινικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

**Χ. Μανές**

Παθολόγος – Διαβητολόγος, Διευθυντής Διαβητολογικού Κέντρου, Νοσοκομείο  
«Γ. Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

**Κ. Μαυροματίδης**

Νεφρολόγος, Διευθυντής Νεφρολογικού Τμήματος, Νοσοκομείο Κομοτηνής

**Π. Μιχαηλίδου**

Κλινική Διαιτολόγος – Διατροφολόγος, Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Κύπρος

**Γ. Μπουγιούκας**

Καθηγητής Καρδιοχειρουργικής ΔΠΘ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο  
Αλεξανδρούπολης

**Γ. Μπουντώνας**

Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Β΄ Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

**Π. Μπούρα**

Καθηγήτρια Παθολογίας –Κλινικής Ανοσολογίας ΑΠΘ, Β΄ Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

**Η. Μυγδάλης**

Παθολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Β΄ Παθολογικής Κλινικής & Διαβητολογικού Κέντρου, Νοσοκομείο «ΝΙΜΙΤΣ», Αθήνα

**Ε.-Ι. Μωραλίδης**

Πυρηνικός Ιατρός, Επίκουρος Καθηγητής ΑΠΘ, Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**Χ. Νικολάου**

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Βιοπαθολογίας – Νευροανοσολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθύντρια Μικροβιολογικού Εργαστηρίου, Νοσοκομείο «Αιγινήτειο», Αθήνα

**Δ. Οικονομίδης**

Καθηγητής Παθολογίας – Γηριατρικής ΑΠΘ, Διευθυντής Γηριατρικής Μονάδας, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

**Ε. Πάγκαλος**

Παθολόγος-Διαβητολόγος, τ. Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής ΕΣΥ, Θεσσαλονίκη

**Ν. Παπαγεωργάκης**

Δρ. Κλινικός Χημικός, Νοσοκομείο «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

**Ι. Παπαγιάννης**

Καρδιολόγος, Μόνιμος Επιστημονικός Συνεργάτης Β΄ Παθολογικής Κλινικής, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

**Θ. Παπαδόπουλος**

Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διαβαλκανικό Ιατρικό Κέντρο, Επιστημονικός Συνεργάτης, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

**Κ. Παπαδόπουλος**

Ομότιμος Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη



**Δ. Παπάζογλου**

Επίκουρος καθηγητής Παθολογίας ΔΠΘ, Β΄ Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

**Ν. Παπάνας**

Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας ΔΠΘ, Β΄ Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

**Γ. Παρχαρίδης**

Καθηγητής Καρδιολογίας, Πρόεδρος Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας, Θεσσαλονίκη

**Ε. Πασχαλέρη**

Βιολόγος με ειδικευση στη διατροφή, Θεσσαλονίκη

**Ε. Πασχαλίδου**

Ειδικευόμενη ιατρός Γενικής Ιατρικής, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

**Χ. Πίτσαβος**

Αναπληρωτής Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Αθηνών, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Αθήνα

**Χ. Πλιάκος**

Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Α΄ Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**Χ. Ραϊδης**

Καρδιολόγος, Άμισθος Επίκουρος Καθηγητής ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

**Κ. Ρίτης**

Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Α΄ Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

**Δ. Ρίχτερ**

Καρδιολόγος, MD, FESC, FAHA, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών

**Ι. Ρούσος**

Καθηγητής Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**Σ. Σαββάτης**

Καρδιολόγος, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Διευθυντής ΕΣΥ, Β΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη



**Γ. Σακαντάμης**

Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Διευθυντής Β΄ Καρδιολογικής Κλινικής,  
Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

**Π. Σκένδρος**

Λέκτορας Παθολογίας, Ιατρική Σχολή Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης,  
Α΄ Παθολογική Κλινική Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

**Θ. Σκλαβιάδης**

Καθηγητής Φαρμακολογίας, Φαρμακευτική Σχολή ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

**Κ. Σουλής**

Παθολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου, Β΄ Παθολογική  
Κλινική, Νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

**Ι. Χ. Στυλιάδης**

Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Διευθυντής Α΄ Καρδιολογικής Κλινικής,  
Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**Δ. Συμεωνίδης**

Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο Καβάλας

**Α. Ταυρίδου**

Επίκουρη Καθηγήτρια Φαρμακολογίας, Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Τμήμα  
Ιατρικής ΔΠΘ, Αλεξανδρούπολη

**Μ. Τζητηρίδου**

Παιδίατρος – Νεογνολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής ΑΠΘ, Εξειδικευθείς στην  
Αναπτυξιολογία, Θεσσαλονίκη

**Θ. Τζώτζας**

Ενδοκρινολόγος, Κλινική Ενδοκρινολογίας – Διαβήτη – Μεταβολισμού,  
Νοσοκομείο ΙΚΑ «Η ΠΑΝΑΓΙΑ», Θεσσαλονίκη

**Κ. Τιλκερίδης**

Λέκτορας Ορθοπαιδικής ΔΠΘ, Ορθοπαιδική Κλινική, Πανεπιστημιακό  
Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

**Κ. Τούτουζας**

Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών,  
Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Αθήνας

**Π. Τούτουζας**

Καθηγητής Καρδιολογίας Ιατρικής Σχολής Αθηνών, Διευθυντής Ελληνικού Ιδρύματος Καρδιολογίας, Αθήνα

**Α. Τσάπας**

Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας ΑΠΘ, Β΄ Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

**Α. Τσελέπης**

Καθηγητής Βιοχημείας-Κλινικής Χημείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

**Γ. Τσιτούρης**

Καθηγητής Καρδιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Επίτιμος Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Λιπιδιολογίας, Αθηροσκλήρωσης και Αγγειακής Νόσου, Αθήνα

**Μ. Τσολάκη**

Καθηγήτρια Νευρολογίας ΑΠΘ, Πρόεδρος της Ελληνικής Ομοσπονδίας Νόσου Alzheimer, Θεσσαλονίκη

**Γ. Υφαντή**

Παθολόγος, Διευθύντρια Δ΄ Παθολογικού Τμήματος και Αγγειοπαθολογικής Μονάδας, Νοσοκομείο «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

**Β. Χαλβατζούλης**

Καρδιοχειρουργός, Διευθυντής Καρδιοχειρουργικής Κλινικής, Διαβαλκανικό Ιατρικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

**Μ. Χασαπίδου**

MD, MSc, Επικεφαλής της Σχολής Τεχνολογίας Τροφίμων και Διατροφής, Καθηγήτρια διατροφής και διαιτολογίας, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

**Δ. Χατζόπουλος**

Γαστρεντερολόγος - Ηπατολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής ΑΠΘ, Διευθυντής Ενδοσκοπικής Μονάδας Κεντρικής Κλινικής Θεσσαλονίκης

**Α. Χίτογλου - Μακέδου**

Καθηγήτρια Βιοπαθολογίας – Κλινικής Βιοχημείας ΑΠΘ, Εργαστήριο Λιπιδίων, Β΄ Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Ο Πρόεδρος και η Οργανωτική Επιτροπή του 7ου Ετήσιου Συνεδρίου Αθηροσκλήρωσης, **ευχαριστούν θερμά** τις παρακάτω εταιρίες για την ευγενική υποστήριξη και τη συμβολή τους στη διοργάνωση του συνεδρίου.

**BIANEE A.E. – MSD HELLAS**

**ASTRA ZENECA**

**BRISTOL-MYERS SQUIBB**

**ELPEN**

**SANOFI AVENTIS**

**MENARINI HELLAS**

**PHARMASWISS**

**GAP**

**ΕΛΛΑΪΣ – UNILEVER HELLAS**

**CRETA FARM**

**NOVO MD**

**GALENICA**

**ROTTAPHARM HELLAS**

**MEDI HOME**

**DORMED HELLAS AE**

**ΔΗΜΗΤΡΙΑΚΑ ΠΡΩΙΝΟΥ ΜΕ ΟΛΙΚΗ ΑΛΕΣΗ FITNESS<sup>®</sup>**



## ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΕΜΠΤΗ 10 ΜΑΡΤΙΟΥ 2011

14:00- 15.00 Πρόεδροι: Δ. Χατζόπουλος, Ι. Παπαγιάννης

OR.01 ΚΛΟΠΙΔΟΓΡΕΛΗ - ΑΠΟ ΤΙΣ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Χ. Κυρπιζίδης, Α. Κεϊβανίδου, Γ. Παπανικολάου, Κ. Τσιπτσής,  
Μ. Ξαφένιας, Α. Πεχλεβάνης

Καρδιολογική κλινική – Στεφανιαία Μονάδα 2ου Νοσοκομείου ΙΚΑ-ΕΤΑΜ Θεσσαλονίκης

### Σκοπός

Να ελεγχθεί η πιστή τήρηση των κατευθυντηρίων οδηγιών που αναφέρονται στην αναγκαιότητα χορήγησης κλοπιδογρέλης σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο.

### Υλικό

Κατά την διάρκεια ενός έτους μελετήθηκαν 277 ασθενείς οι οποίοι προσήλθαν στα εξωτερικά ιατρεία ή νοσηλεύτηκαν στην κλινική μας και ελάμβαναν κλοπιδογρέλη για οποιαδήποτε πάθηση.

### Αποτελέσματα

194 ασθενείς έπασχαν από στεφανιαία νόσο, 54 από ΑΕΕ, 25 από περιφερική αρτηριακή νόσο και 4 από διάφορες άλλες παθήσεις.

Από τους 194 ασθενείς που έπασχαν από στεφανιαία νόσο, οι 33 είχαν σταθερή στηθάγχη χωρίς επαναιμάτωση, οι 18 οξύ στεφανιαίο σύνδρομο χωρίς επαναιμάτωση, οι 26 είχαν κάνει επέμβαση by-pass, και οι 117 αγγειοπλαστική.

Όλοι οι 33 ασθενείς με σταθερή στηθάγχη που δεν υποβλήθηκαν σε επαναιμάτωση δεν είχαν ένδειξη για χορήγηση κλοπιδογρέλης.

Από τους 18 ασθενείς που υπέστησαν οξύ στεφανιαίο σύνδρομο χωρίς επαναιμάτωση, οι 9 είχαν ένδειξη ΙΒ για λήψη κλοπιδογρέλης λόγω μη παρέλευσης 12μηνών από το συμβάν.

Από τους 26 ασθενείς με by-pass, οι 10 είχαν ένδειξη ΙΒ για λήψη κλοπιδογρέλης επειδή προηγήθηκε οξύ στεφανιαίο σύνδρομο εντός των τελευταίων 12 μηνών.

Από τους 117 ασθενείς με αγγειοπλαστική μόνο οι 59 είχαν απόλυτη ένδειξη για χορήγηση κλοπιδογρέλης, ενώ οι υπόλοιποι 58 ήταν στην κατηγορία ΙΙΒ/С λόγω παρέλευσης διαστήματος μεγαλύτερου του ενός έτους.

### Συμπέρασμα

116 από τους 277 ασθενείς με στεφανιαία νόσο [41,9%] λαμβάνουν κλοπιδογρέλη όντας πέραν της κατηγορίας ΙΙα των διεθνών κατευθυντηρίων οδηγιών, δηλαδή ανήκουν στην κατηγορία της σχετικής ή της απόλυτης αντένδειξης.

OR.02

**ΑΣΦΑΛΕΙΣ ΕΞΑΓΩΓΕΣ ΔΟΝΤΙΩΝ ΧΩΡΙΣ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΜΟΝΗΣ Ή ΔΙΠΛΗΣ  
ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ**

Λίλλης Ο.<sup>1</sup>, Ζιάκας Α.<sup>2</sup>, Κοσκινάς Κ.<sup>2</sup>, Τσιρλής Α.<sup>1</sup>, Γιαννόγλου Γ.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Εργαστήριο Οδοντοφατνιακής Χειρουργικής,  
Χειρουργικής Εμφυτευματολογίας & Ακτινολογίας, Οδοντιατρική Σχολή Α.Π.Θ.  
<sup>2</sup>Α' Καρδιολογική Κλινική Α.Χ.Ε.Π.Α., Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ.

**Σκοπός**

Η προσωρινή διακοπή της αντιαιμοπεταλιακής αγωγής πριν από εξαγωγές δοντιών για την αποφυγή αιμορραγικών επιπλοκών αποτελεί συνήθη πρακτική στην καθ' ημέρα οδοντιατρική πράξη. Ωστόσο, μελέτες δείχνουν ότι η διακοπή αυτή είναι δυνατό να αυξήσει την πιθανότητα θρομβοεμβολικής επιπλοκής. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση του σχετικού κινδύνου ανάπτυξης σοβαρής αιμορραγίας έπειτα από εξαγωγή δοντιού σε ασθενείς υπό αντιαιμοπεταλιακή αγωγή, χωρίς να την έχουν διακόψει προηγουμένως.

**Υλικό - Μέθοδος**

Στη μελέτη συμμετείχαν 643 ασθενείς που προσήλθαν για εξαγωγές δοντιών. Από αυτούς, οι 111 λάμβαναν αντιαιμοπεταλιακή αγωγή: ασπιρίνη (n=42), κλοπιδογρέλη (n=36) και συνδυασμό των δύο (n=33). Οι υπόλοιποι 532 αποτέλεσαν την ομάδα μαρτύρων. Καταγράφηκαν οι περιπτώσεις παρατεταμένης άμεσης μετεξακτικής αιμορραγίας και οι όψιμες αιμορραγικές επιπλοκές.

**Αποτελέσματα**

Σε σύγκριση με τους μάρτυρες, ο κίνδυνος εμφάνισης παρατεταμένης άμεσης μετεξακτικής αιμορραγίας ήταν αυξημένος στους ασθενείς υπό διπλή αγωγή (RR=177.3; 95% CI: 43.5-722; p<0.001), αλλά όχι στους ασθενείς υπό μονοθεραπεία με ασπιρίνη (RR=6.3; 95% CI: 0.6-68.4; p=0.2) ή κλοπιδογρέλη (RR=7.4; 95% CI: 0.7-79.5; p=0.18). Ωστόσο, όλες οι περιπτώσεις παρατεταμένης άμεσης μετεξακτικής αιμορραγίας αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς με τοποθέτηση τοπικού αιμοστατικού παράγοντα. Κανένας ασθενής δεν εμφάνισε κάποια σοβαρή όψιμη αιμορραγική επιπλοκή.

**Συμπεράσματα**

Οι εξαγωγές δοντιών σε ασθενείς υπό αντιαιμοπεταλιακή αγωγή μπορούν να πραγματοποιηθούν με ασφάλεια, χωρίς την προηγούμενη διακοπή της αγωγής, εφόσον τηρηθούν ορθά τα τοπικά αιμοστατικά μέτρα, μειώνοντας έτσι τον κίνδυνο θρομβοεμβολικών επιπλοκών.



OR.03

## Η ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΔΡΑΣΗ ΚΟΛΛΑΓΕΝΟΛΥΤΙΚΩΝ ΕΝΖΥΜΩΝ ΚΑΙ ΑΠΟΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΛΕΙΩΝ ΜΥΪΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΣΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ ΜΕ ΧΑΜΗΛΟ SHEAR STRESS ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΕΝΤΟΠΙΣΜΕΝΟ ΣΧΗΜΑΤΙΣΜΟ ΕΥΑΛΩΤΩΝ ΑΘΗΡΩΜΑΤΙΚΩΝ ΠΛΑΚΩΝ

Konstantinos C. Koskinas<sup>1,2</sup>, Yiannis S. Chatzizisis<sup>1,2</sup>, Michail I. Papafaklis<sup>1</sup>, Aaron B. Baker<sup>2</sup>, Antonios Antoniadis<sup>1</sup>, Ahmet Coskun<sup>3</sup>, Michael Jonas<sup>2</sup>, Charles Maynard<sup>4</sup>, Elazer R. Edelman<sup>1,2</sup>, Charles L. Feldman<sup>1</sup>, Peter H. Stone<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Cardiovascular Division, Brigham and Women's Hospital, Harvard Medical School, Boston, MA

<sup>2</sup>Harvard-MIT Division of Health Sciences & Technology, Massachusetts Institute of Technology, Cambridge, MA

<sup>3</sup>Mechanical and Industrial Engineering, Northeastern University, Boston, MA

<sup>4</sup>Department of Health Services, University of Washington, Seattle, WA

### Σκοπός

Οι μηχανισμοί δημιουργίας ευάλωτων αθηρωματικών πλακών δεν έχουν διερευνηθεί επαρκώς. Το ενδοθηλιακό shear stress (ESS) επιδρά καθοριστικά στην διαφορική εξέλιξη των στεφανιαίων αθηρωμάτων. Διερευνήσουμε in-vivo τους μοριακούς μηχανισμούς μέσω των οποίων το χαμηλό ESS προάγει τον εντοπισμένο σχηματισμό ευάλωτων πλακών.

### Μέθοδοι

Σε 5 διαβητικούς, υπερχολεστερολαιμικούς χοίρους πραγματοποιήθηκε in-vivo IVUS και τρισδιάστατη ανασύνθεση των στεφανιαίων αρτηριών, σε 5 διαδοχικές στιγμές: 4η, 11η, 16η, 23η και 36η εβδομάδα. Οι αρτηρίες διαιρέθηκαν σε διαδοχικά τμήματα μήκους 3mm (n=304). Το ESS υπολογίστηκε σε όλα τα τμήματα, σε όλες τις χρονικές στιγμές. Οι αρτηρίες απομονώθηκαν την 36η εβδομάδα και τα ίδια τμήματα ταυτοποιήθηκαν και αναλύθηκαν ιστοπαθολογικά, ανοσοϊστοχημικά, και με RT-PCR.

### Αποτελέσματα

Το τοπικό ESS μεταβλήθηκε σημαντικά κατά τη εξέλιξη των πλακών. Οι πλάκες σημείωσαν σημαντική ετερογένεια την 36η εβδομάδα. Αρτηριακά τμήματα που είχαν εκτεθεί σε επίμονα χαμηλό ESS κατά τη φυσική τους εξέλιξη παρουσίασαν αυξημένη φλεγμονή, λεπτή ινώδη κάψα, και ελαττωμένη περιεκτικότητα σε κολλαγόνο και λεία μυϊκά κύτταρα (SMCs). Μηχανιστικά οι χαρακτήρες ευαλωτότητας σχετίστηκαν με αυξημένη έκφραση και in-vivo δραστηριότητα κολλαγενολυτικών ενζύμων (MMP-1,-8,-13,-14), απόπτωση και αποδιαφοροποίηση των SMCs με ελαττωμένη έκφραση ακτίνης, δεσμίνης, σμουθελίνης και μυοκαρδίνης σε επίπεδο mRNA και πρωτεΐνης (Εικόνα).

### Συμπεράσματα

Η μελέτη μας καταδεικνύει για πρώτη φορά in-vivo ότι το επίμονα χαμηλό ESS κατά τη φυσική ιστορία της αθηροσκλήρωσης επάγει μοριακούς μηχανισμούς που οδηγούν στον εντοπισμένο σχηματισμό ευάλωτων αθηρωματικών πλακών.

OR.04

**ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΟΓΚΟΥ ΤΟΥ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΚΟΛΠΟΥ ΜΕ ΤΟ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ  
ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΗΠΙΟΥ ΕΩΣ ΜΕΤΡΙΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΑΣΒΕΣΤΟΠΟΙΟ  
ΣΤΕΝΩΣΗ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΟΣ**

Γ. Σπυρομήτρος<sup>1</sup>, Χ. Πλιάκος<sup>2</sup>, Α. Ζιάκας<sup>3</sup>, Α. Λαζαρίδης<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Γ.Ν.Κατερίνης, Καρδιολογική Κλινική

<sup>2</sup>ΑΧΕΠΑ, Α΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική

<sup>3</sup>ΑΧΕΠΑ, Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική

**Σκοπός**

Η διερεύνηση της ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ του όγκου του αριστερού κόλπου και του μεταβολικού συνδρόμου σε ασθενείς με ασβεστοποιοί στένωση αορτικής βαλβίδος ηπίου έως μετρίου βαθμού.

**Υλικό - Μέθοδοι**

Σε 27 ασθενείς με ηπίου έως μετρίου βαθμού στένωση της αορτικής βαλβίδος έγινε έλεγχος του όγκου του αριστερού κόλπου. Όλοι οι ασθενείς παρακολουθούνται στα εξωτερικά ιατρεία και στο τμήμα υπερήχων της καρδιολογικής κλινικής. Ο υπολογισμός του όγκου του αριστερού κόλπου έγινε υπερηχοκαρδιογραφικώς με την μέθοδο της επιμήκους ελλείψεως ( $D1 * D2 * D3 * 0.523$ ), με φυσιολογικές τιμές αναφοράς 22-52ml για γυναίκες και 18-58ml για άνδρες. Μεταβολικό σύνδρομο με βάση τα κριτήρια του ATP III είχαν οι 23 ασθενείς. Άνδρες ήταν 9, γυναίκες 18 και ο μέσος όρος ηλικίας 68.6 έτη.

**Αποτελέσματα**

Στους 23 από τους 27 ασθενείς με ηπίου έως μετρίου βαθμού στένωση αορτικής βαλβίδος (85%) ο όγκος του αριστερού κόλπου ανευρέθηκε εντός του φυσιολογικού εύρους αναφοράς ενώ στους υπολοίπους 4 ασθενείς (15%) διαπιστώθηκαν μετρίως παθολογικές τιμές του όγκου του αριστερού κόλπου. Από τους 23 ασθενείς με μεταβολικό σύνδρομο οι 4 είχαν επηρεασμένη τιμή του όγκου του αριστερού κόλπου, οι 3 εκ των οποίων ήταν άνδρες.

**Συμπεράσματα**

Ο όγκος του αριστερού κόλπου δεν φαίνεται να επηρεάζεται παθολογικά σε ασθενείς γυναίκες με ηπίου έως μετρίου βαθμού ασβεστοποιοί στένωση αορτικής βαλβίδος και μεταβολικό σύνδρομο.

Διαπιστώνεται συσχέτιση μεταξύ του όγκου του αριστερού κόλπου και μεταβολικού συνδρόμου σε άρρενες ασθενείς με ηπίου μετρίου βαθμού στένωση αορτικής βαλβίδος.



OR.05

## Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΒΑΡΟΥΣ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΗΣ ΑΔΙΠΟΝΕΚΤΙΝΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ hs- CRP ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Ε. Πασχαλίδου<sup>1</sup>, Ι. Ευθυμιάδης<sup>1</sup>, Σ. Παυλίδου<sup>1</sup>, Κ. Μακέδου<sup>2</sup>, Φ. Ντογραματζή<sup>3</sup>, Α. Χίτογλου- Μακέδου<sup>2</sup>, Απ. Ευθυμιάδης<sup>1</sup>

ΙΑτρείο Αθηροσκλήρωσης Β' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ  
Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης  
Εργαστήριο Λιπιδίων Β' Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ  
Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης  
Βιοχημικό Εργαστήριο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

### Σκοπός

Να μελετήσουμε την επίδραση της απώλειας βάρους στα επίπεδα της αδιπονεκτίνης και της hs – CRP (δεικτών της λειτουργικότητας του ενδοθηλίου) σε ασθενείς με μεταβολικό σύνδρομο όπως αυτό ορίζεται με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες του IDF 2005 (International Diabetes Federation).

### Υλικό - Μέθοδοι

Μελετήθηκαν 40 ασθενείς (20 άντρες και 20 γυναίκες) μέσης ηλικίας  $41,97 \pm 13,18$  έτη με μεταβολικό σύνδρομο σύμφωνα με τα κριτήρια IDF 2005 (περίμετρος μέσης:  $106,55 \pm 12,52$  cm, τριγλυκερίδια:  $205,18 \pm 62,95$  mg/dl, HDL:  $40,71 \pm 8,32$  mg/dl). Σε όλους τους ασθενείς ελήφθη λεπτομερές ιστορικό, έγινε κλινική εξέταση, ΗΚΓ σε ηρεμία και λιπομέτρηση. Χορηγήθηκε διαιτολόγιο με ημερήσιο έλλειμμα 500 Kcal βασισμένο στα πρότυπα της Μεσογειακής διατροφής για 6 μήνες. Πριν τη χορήγηση του διαιτολογίου και μετά τη συμπλήρωση του 6μηνου έγινε προσδιορισμός βιοχημικών παραμέτρων (γλυκόζη, χοληστερίνη, τριγλυκερίδια, HDL, LDL, SGOT, SGPT) με την ανοσολομική μέθοδο προσδιορίστηκε η hs- CRP, ενώ με την μέθοδο της ELISA προσδιορίστηκαν τα επίπεδα της αδιπονεκτίνης. Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 15.0.

### Αποτελέσματα

Στο τέλος της 6μηνης παρακολούθησης προέκυψαν τα παρακάτω:

- > Ελάττωση της περιμέτρου μέσης κατά 9,82% ( $p=0,008$ )
- > Ελάττωση του σωματικού βάρους κατά 18,4% ( $p=0,001$ )
- > Βελτίωση του λιπιδαιμικού προφίλ. Ελάττωση των τριγλυκεριδίων κατά 30,49% αύξηση της HDL κατά 32,4% ( $p=0,001$ )
- > Ελάττωση της γλυκόζης νηστείας κατά 12,08%. ( $p=0,001$ )
- > Όσον αφορά τις παραμέτρους ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας υπήρξε στατιστικά σημαντική μείωση των επιπέδων της hs- CRP κατά 36,7% ( $P<0,005$ ) και αύξηση της αδιπονεκτίνης κατά 34,98%. ( $p=0,004$ )
- > Τα επίπεδα των ηπατικών ενζύμων παρέμειναν φυσιολογικά

### Συμπεράσματα

Όπως καταδεικνύεται από την μελέτη μας η απώλεια βάρους που βασίζεται σε



ολιγοθερμιδικά διαιτολόγια σε πρότυπα της Μεσογειακής διατροφής προκαλεί στατιστικά σημαντική βελτίωση του λιπιδαιμικού και γλυκαιμικού προφίλ με παράλληλη στατιστικά σημαντική μεταβολή των δεικτών hs- CRP και αδιπονεκτίνη. Η αδιπονεκτίνη αποτελεί σημαντικό δείκτη της ενδοθηλιακής λειτουργικότητας με προστατευτική και αντιαθηρογόνο δράση, απαντά όμως σταθερά μειωμένη σε άτομα με μεταβολικό σύνδρομο. Η αύξησή της δείχνει την βελτίωση της ενδοθηλιακής λειτουργίας που είναι δυνατό να επέλθει με την απώλεια του βάρους. Η hs- CRP αντιθέτως αποτελεί γνωστό δείκτη ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας και η μείωση των επιπέδων της στην μελέτη μας αντανάκλα την βελτίωση της λειτουργικότητας του ενδοθηλίου.

## OR.06

### Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΤΟΥ ΟΞΕΙΔΩΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ

Ε. Αθανασιάδου, Μ. Σαρηγιάννη, Π. Πάσχος, Μ. Χασαπίδου, Κ. Παλέτας, Α. Τσάπας

Μονάδα Μελέτης Μεταβολικών Νοσημάτων, Β΄ Παθολογική Κλινική,  
Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

#### Σκοπός

Πιστεύεται ότι το οξειδωτικό στρες είναι ο μηχανισμός που συνδέει την παχυσαρκία με την αθηροσκλήρωση και τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Μελετήσαμε την επίδραση των διατροφικών συνηθειών υπέρβαρων ή παχύσαρκων ατόμων σε δείκτες του οξειδωτικού στρες.

#### Υλικό – Μέθοδος

Συμμετείχαν 56 ενήλικα άτομα (5 άνδρες και 51 γυναίκες), με δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) $>24,9$  Kg/m<sup>2</sup>, μη καπνιστές. Η διατροφική κατάσταση εκτιμήθηκε μέσω της τριήμερης καταγραφής και του ερωτηματολογίου συχνότητας. Το οξειδωτικό στρες προσδιορίστηκε με τη μέτρηση της ισορροπίας μεταξύ των προ-οξειδωτικών και αντιοξειδωτικών και των καρβονυλιωμένων πρωτεϊνών.

#### Αποτελέσματα

Ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος ήταν τα  $49\pm 12$  έτη και του ΔΜΣ ήταν  $35,3\pm 6,2$  Kg/m<sup>2</sup>. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε 4 ισάριθμες ομάδες με βάση την ενεργειακή τους πρόσληψη. Στην 1η ομάδα [το ¼ των ασθενών με τις χαμηλότερες τιμές ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης (HEΠ)] οι τιμές PAB και καρβονυλιωμένων πρωτεϊνών ( $107,26\pm 29,07$  και  $1,71\pm 0,90$  αντίστοιχα) ήταν χαμηλότερες ( $p=0,005$ ) συγκριτικά με τις αντίστοιχες τιμές της 4ης ομάδας [το ¼ των ασθενών με τις υψηλότερες τιμές HEΠ] ( $136,09\pm 31,55$  και  $3,04\pm 0,75$  τιμές PAB και καρβονυλιωμένων πρωτεϊνών αντίστοιχα).

#### Συμπεράσματα

Ο θερμιδικός περιορισμός θεωρείται ο πιο αποτελεσματικός ρυθμιστής του οξειδωτικού στρες και αποτελεί προληπτικό μέσο για την εμφάνιση ή επιδείνωση της αθηροσκλήρωσης σε άτομα με παχυσαρκία.



### **ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ:**

Αθηροσκλήρωση, οξειδωτικό στρες, διατροφική πρόσληψη, παχυσαρκία.

### **ΣΑΒΒΑΤΟ 12 ΜΑΡΤΙΟΥ 2011**

**14:00- 15:00** Πρόεδροι: **Χ. Αηδονόπουλος, Α. Δουγαλής**

#### **OR.07 ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ ΚΑΙ ΑΛΛΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΤΩΝ ΕΛΚΩΝ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

Μανές Χ., Εξιάρα Τ, Γεώργα Στ., Κατσαρός Θ., Πετρίδης Δ., Τσιάντας Γ., Σκούτας Δ., Κεφαλογιάννης Ν., Καρατζάς Ν.

Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Ν. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ» Θεσσαλονίκη,  
Κλινική Διαβητικού Ποδιού Γ.Ν. «Γ.Γεννηματάς» Αθήνα,  
Τμήμα Διατροφής ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης, Μονάδα Διαβήτη Γ Ν. «Βενιζέλειο»,  
Ηράκλειο, Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Γ.Ν.  
«ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ» Θεσσαλονίκη

Πολλές θεραπευτικές προσπάθειες γίνονται για να αυξήσουν το ποσοστό των ελκών που επούλωνονται σε διαβητικούς ασθενείς. Η παρούσα μελέτη έγινε για να εντοπίσει τους παράγοντες που σχετίζονται με την επούλωση των νευροπαθητικών ελκών στους διαβητικούς ασθενείς και για να εντοπίσει άλλους τροποποιήσιμους παράγοντες που σχετίζονται με τη σύντομη επούλωση των ελκών στους διαβητικούς ασθενείς.

#### **Ασθενείς – Μέθοδοι**

Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 53 ( πενήντα τρεις ) διαβητικοί ασθενείς (άνδρες n= 27). Οι περισσότεροι ήταν τύπου 2. Μέση ηλικία ήταν 66±13,2 έτη και η μέση διάρκεια Διαβήτη ήταν 16,9±7,2 έτη. Η παρακολούθησή τους και η θεραπευτική αντιμετώπιση ακολούθησε σταθερό πρωτόκολλο. Τελικά σημεία ήταν η επούλωση του έλκους και ο ακρωτηριασμός. Η βαρύτητα της νευροπάθειας, η ύπαρξη περιφερικής αρτηριοπάθειας (ABI≤0,9) και η επιβεβαιωμένη οστεομυελίτιδα καταγράφονταν. Σημειώνονταν επίσης η γλυκαιμική ρύθμιση κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

#### **Αποτελέσματα**

- 1) 7 (επτά) ασθενείς υπέστησαν ακρωτηριασμό. Σε μοντέλο πολυπαραγοντικής στατιστικής ανάλυσης η παρουσία περιφερικής αγγειακής νόσου και η ύπαρξη οστεομυελίτιδας αποτελούσαν ανεξάρτητους παράγοντες κινδύνου για ακρωτηριασμό ( $p<0,05$ ). Η ηλικία, το φύλο, η διάρκεια του Διαβήτη και η βαρύτητα της νευροπάθειας (δείκτης νευρικής δυσλειτουργίας) δεν σχετίζονταν με τον ακρωτηριασμό.
- 2) Ο λόγος πιθανοτήτων για ακρωτηριασμό ήταν 10,6 και 42,2 για την ύπαρξη περιφερικής αρτηριοπάθειας και οστεομυελίτιδας αντίστοιχα
- 3) Στο ίδιο μοντέλο στατιστικής ανάλυσης που εφαρμόστηκε για τους παράγοντες που

πιθανόν επηρεάζουν την επούλωση, μόνο η HbA1c κατά την διάρκεια της θεραπείας βρέθηκε ότι ασκεί σημαντική επίδραση στην έκβαση των ελκών. Ο λόγος πιθανοτήτων για ακρωτηριασμό ήταν μειωμένος (0,52) για HbA1c  $7,5 \pm 1,41$  (vs 8,9%).

#### **Συμπέρασμα**

Η παρούσα μελέτη επιβεβαιώνει ότι η περιφερική αρτηριοπάθεια και η επιβεβαιωμένη οστεομυελίτιδα αποτελούν ανεξάρτητους παράγοντες κινδύνου για ακρωτηριασμό. Επιπλέον τονίζει την ευεργετική επίδραση της ικανοποιητικής γλυκαιμικής ρύθμισης στη διάρκεια της θεραπείας των διαβητικών ελκών.

OR.08

#### **ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΒΛΑΒΩΝ ΤΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΟΠΑΘΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΟΞΥΓΟΝΩΣΗ ΤΩΝ ΙΣΤΩΝ**

Χ. Μανές, Θ. Μεσημέρης, Θ. Μελέκος, Γ. Βοσκόπουλος,  
Μ. Βούκιας, Σ. Γαβριηλίδης

Διαβητολογικό κέντρο Γ.Π.Ν «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»  
Μονάδα Υπερβαρικής Οξυγονοθεραπείας Α' Γ.Ν. «ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ»

Η ιστική υποξία θεωρείται σημαντικός παράγων στην εμφάνιση παθήσεων των κάτω άκρων σε διαβητικούς ασθενείς. Ως εκ τούτου η χορήγηση οξυγόνου με υψηλή πίεση (αύξηση διάχυσης O<sub>2</sub> στους ιστούς) έχει προταθεί σαν συμπληρωματική θεραπευτική αγωγή στην αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων.

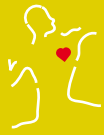
**Σκοπός** της παρούσας μελέτης ήταν

α) η εκτίμηση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων της υπερβαρικής οξυγονοθεραπείας σε συνδυασμό με τις συνηθισμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις σε παθήσεις «διαβητικού ποδιού» και

β) η έρευνα για παράγοντες που θα μπορούσαν να προκαθορίσουν το τελικό αποτέλεσμα. Στη μελέτη περιελήφθησαν 23 διαβητικοί ασθενείς (τύπου2 n=19, άνδρες n=16), ηλικίας  $58,87 \pm 9,74$  και διάρκειας νόσου  $13 \pm 8,5$  έτη. Η κλινική εξέταση περιελάμβανε εκτίμηση της βαρύτητας α) του έλκους (κατάταξη κατά Wagner) β) της διαβητικής νευροπάθειας (προσδιορισμός δείκτη νευρικής δυσλειτουργίας - ΔΝΔ και ουδού αντίληψης δονήσεων - ΟΑΔ) και γ) της περιφερικής αγγειακής νόσου (κλινικά και με προσδιορισμό του σφυροβραχιόνιου δείκτη). Μετρήθηκε επίσης η διαδερμική PO<sub>2</sub> σε φυσιολογικές συνθήκες (1 ATA) και σε υπεροξία (εισπνοή O<sub>2</sub> σε 2,4 ATA).

#### **Αποτελέσματα**

α) Έλκη (κατά Wagner) βαθμού (βθ) 4 n=4, βθ 3 n=6, βθ 2 n=10, βθ 1 n=3, β) Έλκη νευροπαθητικά n=8, νευροϊσχαιμικά n=12, ισχαιμικά n=3. Ίαση επιτεύχθηκε σε 14 έλκη (61%) - ομάδα Α, βελτίωση σε 5 (21%) - ομάδα Β και αποτυχία σε 4 (18%) - ομάδα Γ. Δεν υπήρχαν διαφορές μεταξύ ομάδας Α και Β αναφορικά με την ηλικία, διάρκεια



νόσου, γλυκόζη αίματος, ΔΝΔ, ΟΑΔ, ΡΟ2 (κφ συνθήκες  $65\pm 40$  mm Hg προς  $69\pm 26$   $p=NS$ ) και ΡΟ2 σε υπεροξία ( $465\pm 275$  προς  $402\pm 135$  mm Hg,  $p=NS$ ). Στη σύγκριση των ομάδων Α και Γ διαπιστώθηκε υψηλότερη ΡΟ2 σε υπεροξία στην ομάδα Α ( $465\pm 275$  προς  $203\pm 106$   $p<0,05$ ), ενώ οι υπόλοιποι παράγοντες, (σφυροβραχιόνιος δείκτης κλπ) δεν εμφάνιζαν διαφορές.

### **Συμπέρασμα**

Η χορήγηση υπερβαρικού οξυγόνου αποτελεί χρήσιμη θεραπευτική προσέγγιση (συμπληρωματική) στις παθήσεις του διαβητικού ποδιού. Ασθενείς με μειωμένη ιστική οξυγόνωση σε υπεροξία, ανεξάρτητα από την αρτηριοπάθεια, δεν ανταποκρίνονται στη θεραπευτική αυτή προσέγγιση.

## **OR.09**

### **Η ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΗΣ ΣΥΣΤΟΛΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΑΝΤΡΕΣ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ**

Π. Σταφυλάς, Π. Γεωργιανός, Π. Σαραφίδης, Σ. Γουσόπουλος, Ε. Ζαΐρη, Α. Κανάκη, Λ. Χατζησταυρή, Ι. Τζιόλας, Π. Ζεμπεκάκης, Α. Λαζαρίδης.

Τμήμα Υπέρτασης, Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Π.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ.

### **Σκοπός**

Να εκτιμηθεί η επίδραση της κατανάλωσης αλκοόλ στα επίπεδα της συστολικής (ΣΑΠ) και διαστολικής αρτηριακής πίεσης (ΔΑΠ) σε εργαζόμενους άντρες και γυναίκες.

### **Υλικό - Μέθοδοι**

Εξετάστηκαν 512 εργαζόμενοι (33% γυναίκες) ηλικίας  $42,13\pm 8,49$  ετών. Η κατανάλωση αλκοόλ καταγράφηκε με ημιποσοτικό ερωτηματολόγιο που αφορούσε αναδρομικά το τελευταίο έτος. Κάθε εργαζόμενος εξετάστηκε δύο φορές με μεσοδιάστημα μιας εβδομάδας. Σε κάθε εξέταση μετρήθηκε τρεις φορές η ΑΠ.

### **Αποτελέσματα**

Διαπιστώθηκε ότι στους άντρες υπάρχει θετική συσχέτιση της κατανάλωσης αλκοόλ με τη ΣΑΠ και τη ΔΑΠ ( $p<0,01$ ) αλλά όχι στις γυναίκες. Η γραμμική παλινδρόμηση έδειξε ότι στους άντρες η αύξηση της μέσης ημερήσιας κατανάλωσης αλκοόλ κατά 1 ποτήρι αυξάνει τη ΣΑΠ κατά  $1,13$  mmHg και τη ΔΑΠ κατά  $0,91$  mmHg ( $p<0,01$ ) ενώ αντίθετα στις γυναίκες μειώνει τη ΣΑΠ κατά  $2,00$  mmHg και τη ΔΑΠ κατά  $1,00$  mmHg αλλά η διαφορά αυτή δεν είναι σημαντική ( $p>0,05$ ). Τέλος, η αύξηση της ΑΠ στους άντρες φαίνεται να είναι σημαντική μόνο όταν αυτοί καταναλώνουν  $>2$  ποτήρια αλκοόλ ημερησίως ( $p<0,05$ ).

### **Συμπεράσματα**

Η μελέτη τονίζει τη διαφορετική επίδραση του αλκοόλ σε άντρες και γυναίκες. Στους άντρες αυξάνει γραμμικά την ΑΠ αλλά η διαφορά γίνεται σημαντική σε κατανάλωση

μεγαλύτερη από 2 ποτήρια/ημέρα. Στις γυναίκες φαίνεται να μειώνει την ΑΠ σε ήπια κατανάλωση αλλά πρέπει να είμαστε επιφυλακτικοί στην εξαγωγή συμπερασμάτων λόγω του μικρού δείγματος.

OR.10

**ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ, ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ  
ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΑΝΤΙΣΤΑΣΗ ΣΕ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ**

Σταφυλάς Π, Γεωργιανός Π, Γουσόπουλος Σ, Σαραφίδης Π, Ζαΐρη Ε, Κοπατσάρη Σ, Χατζησταυρή Λ, Τζιόλας Ι, Ζεμπεκάκης Π, Λαζαρίδης Α.

Τμήμα Υπέρτασης, Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Π.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

**Σκοπός**

Το μεταβολικό σύνδρομο (ΜΣ), ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) και η αντίσταση στην ινσουλίνη (ΑΙ) είναι καλά τεκμηριωμένο ότι αυξάνουν την καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνησιμότητα. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να εκτιμήσει τον επιπολασμό τους σε εργαζόμενο πληθυσμό.

**Μέθοδοι**

Μελετήθηκαν 512 εργαζόμενοι (32,94% γυναίκες) στην ευρύτερη περιοχή της Νάουσας. Το ιατρικό ιστορικό, τα σωματομετρικά χαρακτηριστικά και η αρτηριακή πίεση όλων των εργαζομένων καταγράφηκαν σε τυποποιημένα επιδημιολογικά δελτία. Στη συνέχεια έγινε αιμοληψία και έλεγχος των βιοχημικών παραμέτρων κάθε εξεταζόμενου. Η αντίσταση στην ινσουλίνη εκτιμήθηκε με το δείκτη HOMA-IR.

**Αποτελέσματα**

Η μέση ηλικία των εργαζομένων ήταν  $42,13 \pm 16,63$  έτη. Ο συνολικός επιπολασμός του ΣΔ ήταν 4,9% ενώ η επίγνωση, θεραπεία και ο έλεγχος του ΣΔ ήταν 52,0%, 32,0% και 12,0% των διαβητικών αντίστοιχα. Περισσότεροι από ένα τρίτο των εργαζομένων είχαν επηρεασμένη γλυκόζη νηστείας (IFG) (38,2% των αντρών και 24,9% των γυναικών,  $p < 0,001$ ) και περίπου άλλοι τόσοι έπασχαν από ΜΣ (38,5% των αντρών vs 29,6% των γυναικών,  $p = 0,050$ ). Οι ασθενείς με IFG, ΜΣ ή/και ΣΔ είχαν υψηλότερες τιμές HOMA-IR και συστολικής αρτηριακής πίεσης ( $p < 0,05$ ) συγκριτικά με τους υπόλοιπους.

**Συμπέρασμα**

Η μελέτη επισήμανε τον υψηλό επιπολασμό του μεταβολικού συνδρόμου και των διαταραχών του μεταβολισμού των υδατανθρακών σε εργαζόμενους ημιαστικής περιοχής.



OR.11

## Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΕΪΝΗΣ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ ΕΣΤΕΡΩΝ ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗΣ (CETP) ΣΤΗΝ ΑΥΞΗΣΗ ΤΩΝ HDL ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΝΙΚΟΤΙΝΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Θ. Τζώτζας, Σ. Καρράς, Θ. Καλτσάς, Κ. Τζιόμαλος, Τ. Gautier\*  
Ζ. Κελεπούρης, Φ. Παπαδοπούλου, L.Lagrost\*, Η. Ευθυμίου

Κλινική Ενδοκρινολογίας, Διαβήτη και Μεταβολισμού,  
Νοσοκομείο Παναγία, Θεσσαλονίκη  
\* INSERM, UMR866, Dijon-France

Η CETP μεταφέρει εστέρες χοληστ/λης από τις HDL προς τις VLDL και LDL ενώ αντίστροφα μεταφέρονται ΤΓΛ με συνέπεια τη μείωση των HDL. Μελέτες σε ποντίκια έδειξαν ότι το NI αυξάνει τις HDL μέσω ελάττωσης της CETP, όμως δεν υπάρχουν αντίστοιχες μελέτες στον άνθρωπο.

### Σκοπός

Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί η επίδραση του συνδυασμού νικοτινικού/λαροπιπράνης (NI/ΛΑΡ) στη CETP και η τυχόν επίδραση της μεταβολής της στα επίπεδα και σύσταση των HDL σε ασθενείς με ΣΔτ2 και δυσλιπιδαιμία.

### Υλικό - Μέθοδοι

Τυχαιοποιήθηκαν 55 ασθενείς (37Γ, 18Α) με ΣΔτ2 και δυσλιπιδαιμία (ΤΓΛ>150mg/dl και/ή HDL <50mg/dl (Γ), HDL<40 (Α), οι οποίοι ελάμβαναν ήδη στατίνη.. 28 ασθενείς (ηλ. 62±9,0 χρ.) έλαβαν NI/ΛΑΡ 2 γρ/24ωρο και 27 (64±11,1 χρ.) βιταμίνη Β6 250 mg/24ωρο για 3 μήνες. Μετρήθηκαν: Βασικά λιπίδια ορού, σύσταση των HDL σε ελεύθερη(Ελ.Χ-HDL), εστεροπ/μένη χολ/λη(Εστ.Χ-HDL), τριγλ/δια(ΤΓΛ-HDL) και φωσφολιπίδια(Φ-HDL), CETP[μάζα(m) και δραστικότητα(act)].

### Αποτελέσματα

Ομάδα NI/ΛΑΡ (n=26)	Ομάδα Β6 (n = 25)					
	Πριν	Μετά	P	Πριν	Μετά	P
ΧΟΛ(mg/dl)	162±39	158±46	NS	160±38	167±37	NS
ΤΓΛ	218±119	140±59	0.04	195±78	203±91	NS
LDL	99±35	88±31	NS	84±36	87±33	NS
HDL	25±8	40±15	<0,001	37±9	40±11	NS
Ελ.Χ-HDL	2±1	3±1	0.004	3±1	2±1	0.01
Εστ.Χ-HDL	23±8	38±15	<0,001	34±8	38±11	0.036
ΤΓΛ-HDL	15±13	11±8	NS	20±9	27±34	NS
Φ-HDL	67±9	75±15	0.024	68±14	69±14	NS
mCETP	3,46±1,86	3,67±1,54	NS	2,88±1,59	3,94±1,15	0.008
actCETP	0.15±0.08	0.15±0.06	NS	1,56±1,23	0.97±0.46	NS

Σημαντικές διαφορές στις μεταβολές μεταξύ των 2 ομάδων(2-way repeated measures ANOVA) διαπιστώθηκαν για την HDL ( $p=0,028$ ), τα ΤΓΛ ( $p=0,04$ ), την ΕΛ.Χ-HDL( $p=0,018$ ), την Εστ.Χ-HDL( $p=0,05$ ) και τα ΤΓΛ-HDL( $0,004$ ).

#### **Συμπεράσματα**

Οι ευνοϊκές μεταβολές του ΝΙ στις HDL στον άνθρωπο φαίνεται ότι προκαλούνται από μηχανισμό ανεξάρτητο της CETP.

OR.12

#### **ΟΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΜΗ-ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΛΙΠΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ**

Π. Πάσχος, Ε. Μπεκιάρη, Ε. Αθανασιάδου, Μ. Σαρηγιάννη, Α. Τσάπας, Κ. Παλέτας

Μονάδα Μελέτης Μεταβολικών Νοσημάτων, Β΄ Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

#### **Σκοπός**

Σκοπός της μελέτης ήταν η καταγραφή των διατροφικών συνθηκών ατόμων με μεταβολικό σύνδρομο και η διερεύνηση πιθανών συσχετίσεών τους με την μη-αλκοολική λιπώδη νόσο του ήπατος (NAFLD).

#### **Υλικό - Μέθοδοι**

82 άτομα με μεταβολικό σύνδρομο υποβλήθηκαν σε υπερηχογράφημα ήπατος. Έγινε καταγραφή του ιατρικού ιστορικού, των ανθρωπομετρικών χαρακτηριστικών, και προσδιορισμός των βιοχημικών τους παραμέτρων. Οι διατροφικές συνήθειες καταγράφηκαν με τη μέθοδο της μνημονικής ανάκλησης 24ώρου και με τη χρήση ημιποσοτικού ερωτηματολογίου κατανάλωσης τροφίμων.

#### **Αποτελέσματα**

Σε 62 άτομα (75,6%) διαπιστώθηκε NAFLD. Μεταξύ των ατόμων με και χωρίς NAFLD δεν βρέθηκε διαφορά στον επιπολασμό των παραμέτρων του μεταβολικού συνδρόμου και των βιοχημικών παραμέτρων, με εξαίρεση τα επίπεδα της πυροσταφυλικής τρανσαμινάσης (SGPT)( $p<0,001$ ). Τα άτομα με NAFLD ανέφεραν υψηλότερη θερμιδική πρόσληψη( $1843,4\pm 416,8$  vs  $1556,7\pm 180$   $p<0,001$ ), υψηλότερη πρόσληψη λίπους, μονοακόρεστων και κορεσμένων λιπαρών οξέων, ( $70,3\pm 25,1$  vs  $50,3\pm 14,3$   $p<0,001$ ),  $24\pm 9,2$  vs  $17,1\pm 6,1$   $p<0,001$ ,  $24,6\pm 7,9$  vs  $17,6\pm 4,4$   $p=0,004$ , αντίστοιχα). Επίσης, στα άτομα με NAFLD καταγράφηκε μικρότερη πρόσληψη  $\omega$ -3 πολυακόρεστων λιπαρών οξέων ( $p=0,007$ ) και η αναλογία  $\omega$ -6/ $\omega$ -3 ήταν σημαντικά υψηλότερη ( $p=0,02$ )

#### **Συμπεράσματα**

Στην μελέτη διαπιστώνεται ότι η διαίτα πλούσια σε λίπος φαίνεται να έχει επιβλαβή δράση στα άτομα με μεταβολικό σύνδρομο και NAFLD. Η συνολική πρόσληψη



λίπους αλλά και το είδος και η ποσότητα των προσλαμβανόμενων λιπαρών οξέων φαίνεται να συσχετίζεται με την παθολογία της NAFLD.

## **ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

### **PO.01 ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΝΟΥ**

Ρέβελα Αγγ<sup>1</sup>, Μπαλταρέτσου Ε<sup>2</sup>, Ταχμαζίδης Ο.<sup>2</sup>

Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου Κρήτης<sup>1</sup>  
Κέντρο Υγείας Τήνου<sup>2</sup>

#### **Σκοπός**

Η μελέτη αυτή στόχο έχει την καταγραφή ασθενών της τρίτης ηλικίας με αρτηριακή υπέρταση και αθηροσκλήρωση καθώς και την ανάγκη για χορήγηση αγωγής πριν προκύψουν βλάβες σε όργανα –στόχους.

#### **Μέθοδος**

Στη μελέτη συμμετείχαν 854 ασθενείς με μέση ηλικία τα 73 έτη που προσήλθαν στο Κέντρο Υγείας Τήνου την χρονική περίοδο 2007-2009. Το 36 % ήταν ασθενείς υπό αντιυπερτασική αγωγή και γνωστή αρτηριακή υπέρταση. Ως όριο ΑΥ τέθηκε το 140/90mmHg.

#### **Αποτελέσματα**

Το 32% των ασθενών είχε αδιάγνωστη ΑΥ [ $>140/90$  mmHg] η οποία ήταν συχνότερη στο ανδρικό φύλο και με την αύξηση της ηλικίας και του βάρους.[BMI]. Επίσης η ύπαρξη σακχαρώδη διαβήτη σχετιζόταν συχνά με αδιάγνωστη ΑΥ. Το 4% αυτής συνηπρχε με πρωτεϊνουρία και νεφρική βλάβη.

#### **Συμπεράσματα**

Το ποσοστό της αδιάγνωστης ΑΥ στην τρίτη ηλικία είναι πολύ υψηλό και χρειάζεται να εφαρμοστεί screening για την ανεύρεση των ασθενών και την χορήγηση αγωγής, πριν προκύψουν σοβαρότερες βλάβες σε όργανα –στόχους.

### **PO.02 ΑΥΤΟΑΝΟΣΙΑ, ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΣΤΟΝ ΑΓΙΟ ΝΙΚΟΛΑΟ ΚΡΗΤΗΣ**

Ρέβελα Αγγ., Ανδριώτης Ι.

Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου Κρήτης



### **Σκοπός**

Η μελέτη αυτή στόχο έχει να καθορίσει τη συσχέτιση μιας αυτοάνοσης αντίδρασης, η οποία χαρακτηρίζεται από την παρουσία αντιπυρηνικών αντισωμάτων[ANA], του ρευματοειδή παράγοντα [RF] και αλλοιώσεις των ανοσοσφαιρινών του ορού[IGS], με στεφανιαία αθηροσκλήρωση.

### **Υλικό - Μέθοδος**

Στη μελέτη συμμετείχαν 41 άτομα στο νοσοκομείο Αγίου Νικολάου Κρήτης με τουλάχιστον το 50% να έχουν στένωση στις τρεις κύριες στεφανιαίες αρτηρίες, και 26 άτομα με καμία στεφανιαία αλλοίωση όπως προσδιορίζεται με στεφανογραφία κατά την χρονική περίοδο 2008-2009.

### **Αποτελέσματα**

Διαπιστώθηκε ότι η συχνότητα των αυτοαντισωμάτων που εντοπίστηκαν στους ασθενείς με στένωση είναι παρόμοια με εκείνα των ασθενών χωρίς στεφανιαία νόσο [ΑΠΕ 17% έναντι 15%,  $p=0,856$  RF 7%, έναντι 4%,  $p=0,0559$ ]

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι διαφορές των μέσων τιμών των ανοσοσφαιρινών ορού ανάμεσα στις δύο ομάδες ασθενών δεν ήταν στατιστικά σημαντική.

### **Συμπέρασμα**

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα συνάγεται το συμπέρασμα ότι η παρουσία των ANA, RF και ανώμαλες συγκεντρώσεις της IGS του ορού του αίματος δεν ήταν χρήσιμα για να εντοπιστούν τα άτομα με προχωρημένη αρτηριοσκλήρωση.

PO.03

### **Η ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ Η ΣΥΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΑΘΗΡΩΜΑΤΩΣΗ**

Ρέβελα Αγγ<sup>1</sup>, Μπαλταρέτσου Ε<sup>2</sup>, Ταχμαζίδης Ο<sup>2</sup>

Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου Κρήτης<sup>1</sup>  
Κέντρο Υγείας Τήνου<sup>2</sup>

### **Σκοπός**

Η παρούσα μελέτη στόχο έχει να καταγράψει την παχυσαρκία και την αυξημένη περίμετρο της μέσης στους ηλικιωμένους ασθενείς, με νοσήματα της υπέρτασης, του σακχαρώδη διαβήτη, της δυσλιπιδαιμίας και του μεταβολικού συνδρόμου.

### **Μέθοδος**

Μελετήθηκαν 323 άτομα άνω των 65 ετών που προσήλθαν στο Κέντρο Υγείας Τήνου το χρονικό διάστημα 2007-2009. Οι 189 [58,5%] ήταν γυναίκες και οι 134 [41,4%] άνδρες, με μέσο όρο ηλικίας τα 65 έτη. Καταγράφηκε η παρουσία υπέρτασης [AY], σακχαρώδη διαβήτη [ΣΔ], δυσλιπιδαιμίας [ΔΛ] και μεταβολικού συνδρόμου [ΜΣ]. Προσδιορίστηκαν τα σωματομετρικά τους χαρακτηριστικά [βάρους, ύψους, περίμετρος μέσης]. Για την εκτίμηση της παχυσαρκίας χρησιμοποιήθηκε ο Δείκτης Μάζας Σώματος.



### **Αποτελέσματα**

Βρέθηκαν 87/323 [26,9%] παχύσαρκοι, από τους οποίους οι 19/134 [14,1%] ήταν άνδρες και οι 68/189 [35,9%] γυναίκες. Παρατηρήθηκε στο 91,9% ΑΥ, 27,5% ΣΔ, 42,5% ΔΛ και 62,06% ΜΣ. Αυξημένη περίμετρο μέσης είχαν 51,7%. Από αυτούς είχαν ΑΥ 92,8%, ΣΔ 22,1%, ΔΛ 40,7% και ΜΣ 55,8%. Στο σύνολο του ηλικιωμένου πληθυσμού η συχνότητα των νοσημάτων ήταν ΑΥ 80,49%, ΣΔ 17,9%, ΔΛ 32,5% και ΜΣ 34,6%.

### **Συμπεράσματα**

Η συχνότητα όλων των παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου στους ηλικιωμένους βρέθηκε ιδιαίτερα υψηλή [ $p < 0,005$ ] τόσο στα παχύσαρκα άτομα όσο και στα άτομα με αυξημένη περίμετρο μέσης. Δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στη συχνότητα των παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου μεταξύ τους.

ΡΟ.04

### **ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΚΑΡΩΤΙΔΙΚΗΣ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΛΑΣΙΘΙΟΥ**

Ρέβελα Αγγ., Λιανός Εμμ., Μετοχιανάκης Δ., Ανδριώτης Ι.

Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου Κρήτης

### **Σκοπός**

Η μελέτη αυτή στόχο έχει να αξιολογήσει την συχνότητα της καρωτιδικής αθηροσκλήρωσης και τη σχέση της με παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών.

### **Μέθοδος**

Στη μελέτη αυτή συμμετείχαν 145 ασθενείς [άνδρες και γυναίκες], οι οποίοι υποβλήθηκαν σε υπερηχογραφία για διερεύνηση αθηροσκλήρωσης στις καρωτίδες στο νοσοκομείο Αγίου Νικολάου το χρονικό διάστημα 2007-2009.

### **Αποτελέσματα**

Παρατηρήθηκε 64,8% καρωτιδική αθηροσκλήρωση, πάχυνση του έσω χιτώνα βρέθηκε σε 64 άτομα [44,1%], και καρωτιδικές πλάκες σε 82 [56,5%]. Πάχυνση στον έσω χιτώνα και καρωτιδικές πλάκες είχαν 52 άτομα. Ωστόσο μόνο 8 άτομα είχαν καρωτιδικές πλάκες με σοβαρή στένωση [5,5%]. Δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές στην συχνότητα των στεφανιαίων αθηρωματικών βλαβών [άνδρες 61,9% και γυναίκες 66%]. Καρωτιδική αθηροσκλήρωση συσχετίστηκε σημαντικά με την ηλικία [ $p < 0,0001$ ], υψηλή αρτηριακή πίεση [ $p < 0,001$ ], υπερχοληστερολαιμία [ $p = 0,04$ ], απομονωμένη συστολική υπέρταση [ $p = 0,01$ ], και σακχαρώδη διαβήτη [ $p = 0,06$ ].

### **Συμπεράσματα**

Υπήρχε ένας υψηλός επιπολασμός της καρωτιδικής αθηροσκλήρωσης στον ηλικιωμένο πληθυσμό του νομού Λασιθίου Κρήτης. Η ηλικία, η υπέρταση, η υπερχοληστερολαιμία, και ο διαβήτης ήταν οι ισχυρότεροι προγνωστικοί παράγοντες της αθηροσκλήρωσης.

**ΡΟ.05**

### **ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΤΗΣ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΤΥΠΟΥ 2 ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

Ρέβελα Αγγ.1, Ανδριώτης Ι.1, Αρβανιτάκης Δ.2

Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου Κρήτης1  
Βενιζέλειο Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης2

### **Σκοπός**

Στόχος της παρούσας μελέτης είναι η διαπίστωση της συσχέτισης μεταξύ της υπέρτασης και της αθηροσκλήρωσης, σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου2.

### **Μέθοδος**

Στη μελέτη συμμετείχαν 219 ασθενείς με διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 στο Βενιζέλειο Νοσοκομείο την χρονική περίοδο 2008-2009. Αξιολογήθηκαν οι καθιστικές συνήθειες, η συχνότητα της υπέρτασης, η υπερχοληστερολαιμία, η συνήθεια του καπνίσματος και η παχυσαρκία.

### **Αποτελέσματα**

Παρατηρήθηκε ότι το 74% των ασθενών ήταν υπέρτασικοί, 69,8% είχαν καθιστικές συνήθειες, 7% είχαν υπερχοληστερολαιμία ενώ το 26,9% ήταν παχύσαρκοι. Ο πιο συχνός συνδυασμός των παραγόντων κινδύνου ήταν η υπέρταση και υπερχοληστερολαιμία [37,7%] καθώς και η παχυσαρκία με υπέρταση [30,2%]. Η σύνδεση της αρτηριακής υπέρτασης με ισχαιμική καρδιοπάθεια ήταν σχετική [ $p=0,000$ ] όπως και με την εγκεφαλική αγγειακή νόσο [ $p=0,005$ ].

### **Συμπέρασμα**

Στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 παρατηρείται ότι υπάρχει ένα υψηλό ποσοστό παραγόντων κινδύνου της αθηροσκλήρωσης. Η αρτηριακή υπέρταση είναι ο συχνότερος παράγοντας κινδύνου, ενώ οι συνέπειες της αθηροσκλήρωσης συνδέθηκαν στενά με την αρτηριακή υπέρταση.



**ΡΟ.06**

**ΣΗΜΑ ΤΗΣ ΠΡΟΩΡΗΣ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΟ ΒΑΡΟΣ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ**

Ρέβελα Αγγ1., Μπαλταρέτσου Ε.2, Ταχμαζίδης Ο.2

Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου Κρήτης1  
Κέντρο Υγείας Τήνου2

**Σκοπός**

Στόχος της μελέτης αυτής είναι να γίνει διαλεύκανση της σχέσης μεταξύ της διάρκειας του θηλασμού και του υπερβολικού σωματικού βάρους στους εφήβους καθώς και εκτίμηση της παχυσαρκίας ως παράγοντα κινδύνου για την αθηροσκλήρωση σε όλες τις ηλικίες.

**Μέθοδος**

Η μελέτη έγινε σε 344 εφήβους γυμνασίου και λυκείου στην Τήνο το χρονικό διάστημα Ιανουάριο 2006 έως Δεκέμβριο 2008. Σε όλους τους μαθητές κάναμε μετρήσεις του σωματικού βάρους, ύψους και περιφέρεια μέσης. Έλεγχος έγινε και σε ομάδα με μαθητές φυσιολογικού βάρους.

**Αποτελέσματα**

Παρατηρήθηκε ότι το 14% των εφήβων είχε υπερβολικό βάρος και το 4% παχυσαρκία. Το 16,6% των ατόμων με υπερβολικό βάρος δεν είχε αποκλειστικό θηλασμό.

**Συμπεράσματα**

Η μη ύπαρξη ή το μικρό χρονικό διάστημα του θηλασμού είναι ένα δυναμικό μήνυμα για πρόωμη αθηρωμάτωση-πρόγνωση κινδύνου για το μέλλον-επιτρέποντας την άμεση λήψη κατάλληλων στρατηγικών για την έγκαιρη πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία.

**ΡΟ.07**

**ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ ΚΑΙ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΣΤΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΚΡΗΤΗΣ**

Ρέβελα Αγγ1., Λιανός Εμμ1., Ανδριώτης Ι1, Αρβανιτάκης Δ.2

Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου Κρήτης 1  
Βενιζέλειο Νοσοκομείο Ηράκλειο Κρήτης2

**Σκοπός**

Η μελέτη αυτή στόχο έχει τον εντοπισμό των διαφορών μεταξύ των δύο φύλων όσον αφορά την εκδήλωση στεφανιαίας αρτηριακής νόσου.

### **Μέθοδος**

Στη μελέτη συμμετείχαν 586 ασθενείς, 409 ήταν άνδρες, με μέσο όρο ηλικίας τα 59 έτη που προσήλθαν στο Βενιζέλειο Νοσοκομείο Ηρακλείου το χρονικό διάστημα 2008-2009.

### **Αποτελέσματα**

Η συχνότητα της στεφανιαίας νόσου σε γυναίκες ήταν 56% έναντι 81% στους άνδρες. Τα ποσοστά των θετικών μελετών πυρηνικής ιατρικής [14% έναντι 16%], και η άσκηση ελέγχου σε διάδρομο [36% έναντι 28%] ήταν παρόμοια. Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ήταν πιο συχνή διάγνωση στους άνδρες [46%], ενώ στις γυναίκες ήταν στηθάγχη [57%]. Το κάπνισμα παρατηρήθηκε στους άνδρες [72% έναντι 26%], και συστηματική αρτηριακή υπέρταση σε γυναίκες [65% έναντι 48%], ενώ δεν υπήρχαν διαφορές στο σακχαρώδη διαβήτη και την συχνότητα της δυσλιπιδαιμίας.

### **Συμπέρασμα**

Η συστηματική αρτηριακή υπέρταση ήταν ο συχνότερος παράγοντας κινδύνου για στεφανιαία αθηροσκλήρωση στις γυναίκες, ενώ στους άνδρες ήταν το κάπνισμα. Παρά τα κλινικά δεδομένα και τα εργαστηριακά αποτελέσματα παρατηρήθηκε μεγάλο ποσοστό γυναικών χωρίς στεφανιαίες αλλοιώσεις.

## **ΡΟ.08**

### **Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΟ ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ**

Μ. Νάτσης 1, Π. Ευσταθιάδης 2, Α. Νάτσης 3

1 Διατροφολόγος-Διαιτολόγος, 2 Αν. Καθηγητής ΑΤΕΙ-Θεσσαλονίκης, 3 Διδάκτωρ Ιατρικής-Γενικός Ιατρός Καλαμπάκα

**Σκοπός** της μελέτης ήταν ο προσδιορισμός του βαθμού υιοθέτησης του μεσογειακού προτύπου διατροφής και η διερεύνηση πιθανής συσχέτισης του με την ανάπτυξη δυσλιπιδαιμίας.

### **Υλικό - Μέθοδος**

Κατά τη χρονική περίοδο 2006 - 2010 εξετάστηκαν 1106 άτομα από τους 29840 κατοίκους της Καλαμπάκας που είναι το σύνολο του πληθυσμού της περιοχής. Η δειγματοληψία ήταν τυχαία, στρωματοποιημένη ανά ηλικία και φύλο και αναλογική βάση του πληθυσμού. Η καταγραφή της συχνότητας κατανάλωσης των τροφίμων έγινε μέσω προσωπικών συνεντεύξεων και η αξιολόγηση των διατροφικών συνθηκών στηρίχτηκε σε ερωτηματολόγιο επιβεβαιωμένης αξιοπιστίας εβδομαδιαίας καταγραφής των κυριότερων τροφίμων βάση του οποίου υπολογίστηκε ο δείκτης MedDietScore. Στα πλαίσια αξιολόγησης του λιπιδαιμικού προφίλ των ατόμων του δείγματος μετρήθηκαν TRIG, TCHOL, HDL και LDL χοληστερόλη. Οι μετρήσεις πραγματοποιήθηκαν σε αυτόματο βιοχημικό αναλυτή, ύστερα από 12ώρη νηστεία και έλεγχο πιθανής λήψης υπολιπιδαιμικής φαρμακευτικής αγωγής.



### **Αποτελέσματα**

Στα άτομα του δείγματος καταγράφηκε σημαντικά αυξημένη πρόσληψη κόκκινου κρέατος, οιοπνεύματος και αυγών ( $P < 0,001$ ), σημαντικά μειωμένη κατανάλωση πουλερικών, ψαριών, οσπρίων, γαλακτοκομικών, λαχανικών, πατατών και φρούτων ( $P < 0,001$ ) και στα επίπεδα των συστάσεων, δημητριακά, ξηροί καρποί γλυκά και ελαιόλαδο ( $P = NS$ ). Το 74,15% του δείγματος βρέθηκε να αποκλίνει από το μεσογειακό πρότυπο διατροφής (MedDietScore  $< 24$ ), το 19,92% να την υιοθετεί σε μέτριο βαθμό (MedDietScore 24-27) και το 5,93% να την ακολουθεί πιστά (MedDietScore  $> 27$ ). Υψηλές τιμές TRIG ( $> 150$ ) διαγνώστηκαν στο 41,95% του δείγματος, χαμηλές τιμές HDL-χοληστερόλης ( $< 40$  A,  $< 50$  Γ) στο 37,34%, υψηλή TCHOL στο 36,62% και αυξημένες τιμές LDL ( $> 130$ ) στο 35,71%. Συνολικά διαταραχές στο λιπιδαιμικό προφίλ εμφάνισαν 460 άτομα (41,95%), από τους οποίους το 74,15% δεν υιοθετούσε το μεσογειακό πρότυπο, το 19,92% το ακολουθούσε σε μέτριο βαθμό και το 5,93% το ακολουθούσε πιστά. Τα αντίστοιχα ποσοστά για την ομάδα ατόμων με φυσιολογικές τιμές λιπιδίων ήταν: 58,94% (MedDietScore  $< 24$ ), 30,35% (MedDietScore 24-27), 10,71% (MedDietScore  $> 27$ ).

### **Συμπεράσματα**

Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι τα άτομα που ακολουθούν το μεσογειακό διατροφικό πρότυπο εμφανίζουν πιο ισορροπημένο λιπιδαιμικό προφίλ. Ο αυξημένος επιπολασμός της δυσλιπιδαιμίας στο πληθυσμιακό δείγμα της μελέτης είναι πιθανό να σχετίζεται με τις λανθασμένες διατροφικές συνήθειες. Οι αλλαγές στον τρόπο ζωής και ειδικά στη διατροφή αποτελούν βασικούς παράγοντες παρέμβασης στην αντιμετώπιση των λιπιδαιμικών διαταραχών.

PO.09

### **ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΗΠΙΑΣ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ ΣΕ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΥΣ ΚΑΙ ΣΕ ΑΓΓΕΙΟΔΡΑΣΤΙΚΕΣ ΟΡΜΟΝΕΣ ΣΕ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΣ ΥΠΕΡΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΑ ΚΟΥΝΕΛΙΑ**

Κ.Καλλαράς<sup>1</sup>, Γ.Μπάμπας<sup>1</sup>, Μ. Καραμούζης<sup>2</sup>, Θ. Ζαραμπούκας<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Πειραματικής Φυσιολογίας, <sup>2</sup>Βιολογικής Χημείας, <sup>3</sup>Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ.

#### **Σκοπός**

Η επίδραση αρχόμενης αθηροσκλήρωσης σε λειτουργικές καρδιαγγειακές παραμέτρους και αγγειοδραστικές ορμόνες.

#### **Υλικό - Μέθοδοι**

Σε 20 φυσιολογικά και 20 υπερλιπιδαιμικά (διατροφή επί μήνα με 2% χοληστερόλη και 6% αραβοσιτέλαιο) αρσενικά κουνέλια NZW καθετηριάσθηκαν (υπό νάρκωση με ουρεθάνη) η έξω σφαγίτιδα [εκτίμηση κεντρικής φλεβικής πίεσης και αιμοληψίες για προσδιορισμούς λιπιδίων και δραστικότητας ρενίνης πλάσματος (PRA), αλδοστερόνης και κοιλιακού νατριουρητικού πεπτιδίου (με RIA)], καθώς και η αριστερή κοιλία (ΑΚ), η καρωτίδα και η σύστοιχη μηριαία [καταγραφή της πίεσης της ΑΚ - μέγιστης και

τελοδιαστολικής (LVPrmax, LVEDP) και της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ)], με σύγχρονη καταγραφή ΗΚΓ. Υπολογίσθηκαν: καρδιακή συχνότητα (ΚΣ), διπλό γινόμενο (ΔΓ), μέγιστη ανά μονάδα χρόνου μεταβολή της πίεσης στην ΑΚ (LVmaxdp/dt), χρόνοι εξώθησης και συστολής της ΑΚ, μέση ΑΠ (ΜΑΠ), εύρος πίεσης (ΡΡ), ταχύτητα μετάδοσης σφυγμικού κύματος στην αορτή (ΡWV) και ελαστική αγγειακή αντίσταση [EVR=(PWV)/2/ΜΑΠ].

#### **Αποτελέσματα**

Η ιστολογική εξέταση ανιούσας αορτής απεκάλυψε ήπια αθηροσκλήρωση. Στα αθηροσκληρωτικά πειραματόζωα παρατηρήθηκε (t-test) αύξηση: χοληστερόλης (p=0,0002), ΚΣ (p=0,01), ΡΡ (p=0,005), LVmaxdp/dt/LVEDP (p=0,05), ΔΓ (p=0,03), ΡWV (p= 0,01) ) και ΡRΑ (p=0,04), αλλά ελάττωση: περιφερικής διαστολικής ΑΠ (p=0,04) και EVR (p=0,04).

#### **Συμπεράσματα**

Σε διατροφικών υπερλιπιδαιμικά κουνέλια με ήπια αθηροσκλήρωση ελαττώνεται η αγγειακή διατατότητα και αυξάνεται το έργο της ΑΚ, ενώ αυξάνεται συγχρόνως και η ΡRΑ.

## **ΡΟ.10**

### **ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ, ΕΠΙΓΝΩΣΗ, ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΕ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ**

Π. Σταφυλάς, Π. Σαραφίδης, Σ. Γουσόπουλος, Π. Γεωργιανός, Ε. Ζαΐρη, Λ. Χατζησταυρή, Ι. Τζιόλας, Π. Ζεμπεκάκης, Α. Λαζαρίδης

Τμήμα Υπέρτασης, Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Π.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

#### **Σκοπός**

Να εκτιμηθεί ο επιπολασμός και τα επίπεδα επίγνωσης, θεραπείας και ελέγχου της αρτηριακής υπέρτασης (ΑΥ) καθώς και το ποσοστό των εργαζομένων με ιδανική αρτηριακή πίεση (ΑΠ) σε πληθυσμό εργαζομένων.

#### **Υλικό - Μέθοδοι**

Διενεργήθηκε μελέτη εγκάρσιας τομής κατά την οποία εξετάστηκαν 512 εργαζόμενοι (32,94% γυναίκες) ηλικίας 42,13±8,49 ετών. Το ιατρικό ιστορικό, τα σωματομετρικά χαρακτηριστικά και παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου ελέγχθησαν και καταγράφηκαν σε τυποποιημένο δελτίο. Κάθε εργαζόμενος εξετάστηκε δύο φορές με μεσοδιάστημα μιας εβδομάδας. Σε κάθε εξέταση μετρήθηκε τρεις φορές η ΑΠ, αφού παρέμεινε σε καθιστική θέση για τουλάχιστον 5 λεπτά.

#### **Αποτελέσματα**

Ο επιπολασμός της ΑΥ ήταν 28,6%. Η υπέρταση ήταν σημαντικά συχνότερη στους άντρες από τις γυναίκες (32,2% έναντι 21,2%, p=0,01). Τα επίπεδα επίγνωσης της νόσου ήταν μόλις 25,7% και από αυτούς μόνο το 50,0% λάμβανε φαρμακευτική αγωγή και στα δύο φύλα (p>0,05). Μεταξύ των υπερτασικών μόνο 21,1% των αντρών



και το 42,9% των γυναικών έλεγχε ικανοποιητικά την ΑΠ<140/90 mmHg ( $p=0,011$ ). Μόλις 31% των εργαζομένων είχε ιδανική ΑΠ (22,5% των αντρών και 48,5% των γυναικών,  $p<0,001$ ).

### **Συμπεράσματα**

Ο επιπολασμός της ΑΥ ήταν υψηλός στον πληθυσμό των νέων σχετικά εργαζομένων που εξετάστηκαν, ενώ αντίθετα τα επίπεδα επίγνωσης, θεραπείας και ελέγχου της νόσου απογοητευτικά χαμηλά. Τα αποτελέσματα αυτά συνηγορούν υπέρ της εφαρμογής προγραμμάτων πρώιμης διάγνωσης και αντιμετώπισης της ΑΥ σε εργαζομένους.

## **ΡΟ.11**

### **ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΚΑΙ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΕ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥΣ ΣΕ ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ**

Σταφυλάς Π, Γεωργιανός Π, Γουσόπουλος Σ, Ζαΐρη Ε, Κοπατσάρη Σ, Κιατικίδης Ν, Χατζησταυρή Λ, Σαραφίδης Π, Λαζαρίδης Α.

Τμήμα Υπέρτασης, Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Π.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ.

### **Σκοπός**

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να εκτιμήσει τον επιπολασμό της κοιλιακής παχυσαρκίας και άλλων παραγόντων κινδύνου σε εργαζόμενους που θεωρούνται χαμηλού καρδιαγγειακού κινδύνου.

### **Μέθοδοι**

Διενεργήθηκε μελέτη εγκάρσιας τομής κατά την οποία εξετάστηκαν 512 εργαζόμενοι (32,94% γυναίκες) στην ευρύτερη περιοχή της Νάουσας. Το ιατρικό ιστορικό, τα σωματομετρικά χαρακτηριστικά και η αρτηριακή πίεση όλων των εργαζομένων καταγράφηκαν σε τυποποιημένα επιδημιολογικά δελτία. Η παχυσαρκία ορίστηκε ως δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ)  $\geq 30$  Kg/m<sup>2</sup> και η αυξημένη περίμετρος μέσης ως περίμετρος  $\geq 94$  cm στους άνδρες και  $\geq 80$  cm στις γυναίκες.

### **Αποτελέσματα**

Η μέση ηλικία των εργαζομένων ήταν  $42,13 \pm 16,63$  έτη. Αν και μόλις 7,74% (5,65% στους άνδρες vs 11,91% στις γυναίκες,  $p=0,013$ ) είχαν καθημερινή σωματική δραστηριότητα μικρότερη από μισή ώρα, 19,13% των εργαζομένων είχαν ΔΜΣ  $\geq 30$  Kg/m<sup>2</sup> (20,59% στους άνδρες vs 16,17% στις γυναίκες,  $p=0,234$ ) και 61,72% είχαν αυξημένη περίμετρο μέσης (δεν διέφεραν τα δύο φύλα,  $p=0,743$ ). Επιπλέον, οι μισοί εργαζόμενοι (άνδρες και γυναίκες,  $p=0,430$ ) κάπνιζαν συστηματικά.

### **Συμπέρασμα**

Η μελέτη επισήμανε τον αυξημένο επιπολασμό της κοιλιακής παχυσαρκίας και την υψηλή συχνότητα του καπνίσματος σε εργαζόμενους με σχετικά ικανοποιητική φυσική δραστηριότητα. Προγράμματα ενημέρωσης και πρωτογενούς πρόληψης με αποδέκτες τους εργαζόμενους είναι απαραίτητο να υλοποιηθούν προκειμένου να μειωθεί ο συνολικός καρδιαγγειακός κίνδυνος που διατρέχουν.



ΡΟ.12

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΝΟΧΗ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ  
ΝΙΚΟΤΙΝΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ/ΛΑΡΟΠΙΠΡΑΝΤΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΔτ2 ΚΑΙ  
ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ**

Θ. Τζώτζας, Σ. Καρράς, Θ. Καλτσάς, Κ. Τζιόμαλος,  
Ζ. Κελεπούρης, Φ. Παπαδοπούλου, Η. Ευθυμίου

Κλινική Ενδοκρινολογίας, Διαβήτη και Μεταβολισμού,  
Νοσοκομείο Παναγία, Θεσσαλονίκη

Η χορήγηση του νικοτινικού οξέος (NI) επιδρά ευνοϊκά στις λιπιδαιμικές παραμέτρους αυξάνοντας κυρίως τις HDL και ελαττώνοντας τα τριγλ/δια (ΤΓΛ). Η προσθήκη λαροπιπράνης (ΛΑΡ) στο NI ελαττώνει τις ανεπιθύμητες ενέργειες αυτού και συμβάλλει στη συμμόρφωση του ασθενούς. Ο συνδυασμός NI/ΛΑΡ δεν έχει μελετηθεί επαρκώς σε διαβητικούς ασθενείς.

**Σκοπός**

Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί η αποτελεσματικότητα και ανοχή του συνδυασμού NI/ΛΑΡ σε ασθενείς με ΣΔτ2 και δυσλιπιδαιμία.

**Υλικό - Μέθοδοι**

Τυχαιοποιήθηκαν 55 ασθενείς (37Γ, 18Α) με ΣΔτ2 (10 σε ινσουλίνη, 45 σε αντιδιαβ/κά δισκία) και δυσλιπιδαιμία (ΤΓΛ>150mg/dl και/ή HDL <50mg/dl (Γ), HDL<40 (Α), οι οποίοι ελάμβαναν ήδη στατίνη. Αποκλείστηκαν άτομα με νεφρική, ηπατική ανεπάρκεια και ηλικία >80 χρ. 28 ασθενείς (ηλ. 62±9,0 χρ.) έλαβαν NI/ΛΑΡ 2 γρ/24ωρο και 27 (64±11,1 χρ.) βιταμίνη Β6 250 mg/24ωρο για 3 μήνες. Μετρήθηκαν: Βασικά λιπίδια ορού, αποΑ1, αποΒ, LP(a), γλυκόζη νηστείας, HbA1c και δείκτης HOMA.

**Αποτελέσματα**

	Ομάδα NI/ΛΑΡ (n=26)			Ομάδα Β6 (n = 25)		
	Πριν	Μετά	P	Πριν	Μετά	P
ΧΟΛ(mg/dl)	162±39	158±46	NS	160±38	167±37	NS
ΤΓΛ	218±119	100,1±11,2	0.04	195±78	203±91	NS
LDL	99±3,5	88±5,2	NS	84±36	87±33	NS
HDL	25±8	40±15	<0,001	37±9	40±11	NS
ApoA1	1,28±0,17	1,43±0,22	<0,001	1,42±0,28	1,46±0,23	NS
ApoB	0,99±0,26	0,73±0,21	<0,001	0,99±0,34	0,89±0,30	NS
LP(a)	16,2±20,97	10,8±13,2	<0,019	25,6±46,5	22,6±42,9	NS
HOMA IR	4,06±6,71	3,18±1,60	NS	3,18±1,60	3,62±2,02	NS
HbA1c(%)	7,8±1,4	7,9±1,5	NS	7,9±1,9	7,5±1,6	0,04



Σημαντικές διαφορές στις μεταβολές μεταξύ των 2 ομάδων(2-way repeated measures ANOVA) διαπιστώθηκαν για την HDL ( $p=0,028$ ) και τα ΤΓΛ ( $p=0,04$ ).

Ανεπιθύμητες ενέργειες: 2/28 ασθενείς (ΝΙ/ΛΑΡ) διέκοψαν τη θεραπεία λόγω έκδηλης υπεργλυκαιμίας και εξάψεων ενώ από τους υπόλοιπους 3 εμφάνισαν κνησμό, 3 εξάψεις, 2 μέτρια αύξηση γλυκόζης και 4 άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες.

#### **Συμπεράσματα**

Ο συνδυασμός νικοτινικού/λαοπριπάντης βελτίωσε σημαντικά τα επίπεδα HDL και ΤΓΛ όμως, σε σημαντικό αριθμό διαβητικών ασθενών προκάλεσε ποικίλες παρενέργειες.

### **ΡΟ.13**

#### **ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΑΓΡΟΤΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΔΡΑΜΑΣ**

Χλη Α.<sup>1</sup>, Μέγαλου Α.<sup>1</sup>, Πιτσάβα Ε<sup>2</sup>, Τσινόπουλος Γ.1 , Οικονόμου Χ.1

<sup>1</sup>Βιοχημικό-Ανοσολογικό Εργαστήριο Γ.Ν.Δράμας, <sup>2</sup>Α' Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Δράμας

#### **Σκοπός**

Σκοπός της μελέτης αποτέλεσε η διερεύνηση των επιπέδων της ολικής χοληστερόλης, της HDL-χοληστερόλης, LDL- χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων σε ένα δείγμα αγροτικού πληθυσμού.

#### **Υλικό - Μέθοδοι**

Υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 288 δείγματα αίματος -που λήφθηκαν μετά από 12ωρη νηστεία-αγροτών(189 γυναικών και 99 ανδρών), ηλικίας 20 έως 86 ετών, κατοίκων της περιοχής Χωριστής του νομού Δράμας. Σε όλα τα δείγματα προσδιορίστηκαν ολική χοληστερόλη(CHOL), τριγλυκερίδια(TRIG), HDL- χοληστερόλη(HDL-C) και LDL-χοληστερόλη (LDL-C) ορού. Όλες οι μετρήσεις πραγματοποιήθηκαν στον βιοχημικό αναλυτή OLYMPUS(MEDICON) στο Βιοχημικό Εργαστήριο του Γενικού Νοσοκομείου της Δράμας τον Νοέμβριο του 2010.

#### **Αποτελέσματα**

Σε 157 άτομα (ποσοστό 54,51%) παρατηρήθηκαν αυξημένες τιμές χοληστερόλης (>200mg/dl). 99 άτομα (ποσοστό 31,94%) είχαν συγκεντρώσεις τριγλυκεριδίων >150mg/dl, σε 62 άτομα (ποσοστό 21,53%) βρέθηκε HDL<40 mg/dl και σε 152 άτομα (ποσοστό 52,78% ) βρέθηκαν συγκεντρώσεις LDL>130 mg/dl.

#### **Συμπεράσματα**

Τα υψηλά ποσοστά παθολογικών τιμών εγείρουν σοβαρούς προβληματισμούς σχετικά με τις συνέπειες που απορρέουν από την υιοθέτηση του δυτικού- αστικού τρόπου διατροφής και διαβίωσης από την πληθυσμιακή ομάδα των κατοίκων της υπαίθρου.

	CHOL>200mg/dl	TRIG>150mg/dl	HDL-C<40 mg/dl	LDL-C>130 mg/dl
άτομα	157	99	62	152
ποσοστό	54,51%	31,94%	21,53%	52,78%

**ΡΟ.14**

**ΕΠΙΠΕΔΑ ΟΜΟΚΥΣΤΕΪΝΗΣ ΟΡΟΥ ΣΕ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

Χλη Α.<sup>1</sup>, Μέγαλου Α.<sup>1</sup>, Πιτσάβα Ε<sup>2</sup>., Τσινόπουλος Γ.1 , Οικονόμου Χ.1

<sup>1</sup>Βιοχημικό-Ανοσολογικό Εργαστήριο Γ.Ν.Δράμας, <sup>2</sup>Α' Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Δράμας

**Σκοπός**

Η μελέτη των επιπέδων ομοκυστεΐνης ορού σε ασθενείς που έχουν υποστεί καρδιαγγειακό σύμβαμα.

**Υλικό - Μέθοδοι**

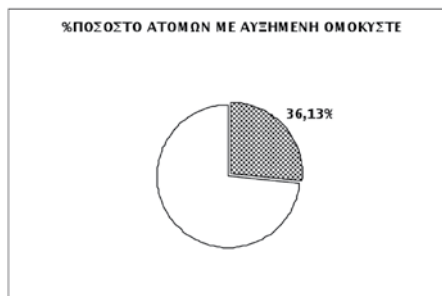
Η επιδημιολογική ανάλυση πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν λόγω καρδιαγγειακού συμβάματος (έμφραγμα του μυοκαρδίου, στηθάγχη) στην Καρδιολογική Κλινική και την Μονάδα Εμφραγμάτων του Γ.Ν.Δράμας την εξαετία 2004-2009. Συγκεκριμένα εξετάστηκαν 368 ασθενείς για ομοκυστεΐνη. Ο ποσοτικός προσδιορισμός της ομοκυστεΐνης πραγματοποιήθηκε με την ανοσοδιαγνωστική μέθοδο πόλωσης φθορισμού στον αναλυτή AXSYM PLUS(ABBOTT).

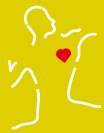
**Αποτελέσματα**

134(ποσοστό 36,13%) από τους 368 ασθενείς που εξετάστηκαν για ομοκυστεΐνη είχαν παθολογική τιμή (> 12.42 μmol/l).

**Συμπεράσματα**

Συμπερασματικά, η μέτρηση της ομοκυστεΐνης αποτελεί πολύτιμο εργαλείο για τον εντοπισμό των ατόμων με έλλειψη κοβαλαμίνης, φυλλικού οξέος και της εκτίμησης του καρδιαγγειακού κινδύνου. Όσο αφορά την πρόληψη και τη θεραπεία για τις ομάδες υψηλού κινδύνου έχουν εκδοθεί από οργανισμούς υγείας λεπτομερείς οδηγίες που αφορούν, τα επίπεδα της ομοκυστεΐνης και τη συνιστώμενη θεραπευτική αγωγή.





ΡΟ.15

## ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΩΝ

Χλη Α.<sup>1</sup>, Μέγαλου Α.<sup>1</sup>, Πιτσάβα Ε<sup>2</sup>., Τσινόπουλος Γ.<sup>1</sup>, Οικονόμου Χ.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Βιοχημικό- Ανοσολογικό Εργαστήριο Γ.Ν.Δράμας, <sup>2</sup>Α' Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Δράμας

### Σκοπός

Η διερεύνηση των Apo A-I, Apo B και Lp(a) σε ασθενείς με καρδιαγγειακό σύμβαμα.

### Υλικό - Μέθοδοι

Η επιδημιολογική ανάλυση πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στην Μονάδα Εμφραγμάτων του Γ.Ν.Δράμας την εξαετία 2004-2009. Εξετάστηκαν:

217 ασθενείς για απολιποπρωτεΐνη A- I,

448 ασθενείς για απολιποπρωτεΐνη B και

454 ασθενείς για λιποπρωτεΐνη (α) [Lp(a)]

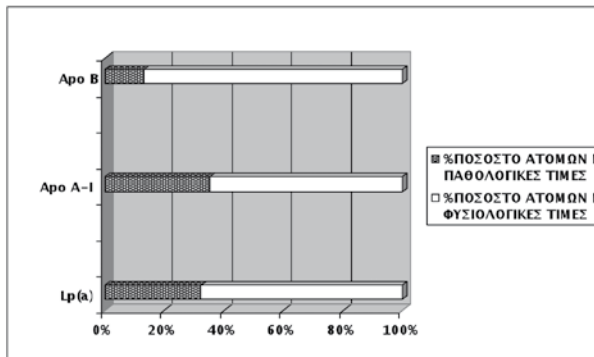
Ο ποσοτικός προσδιορισμός τους πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της ανοσονεφελομετρίας στον αναλυτή BN<sup>TM</sup> II(SIEMENS/DADE BEHRING).

### Αποτελέσματα

Από τους 454 ασθενείς που εξετάστηκαν για Lp(a) οι 148(32,59%) είχαν παθολογική τιμή >25 mg%. Από τους 217 ασθενείς που εξετάστηκαν για Apo A-I οι 77(35,48%) είχαν τιμή < 125 mg%. Από τους 448 ασθενείς που εξετάστηκαν για Apo B οι 59(13,17%) είχαν παθολογική τιμή >140 mg%.

### Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, η λιποπρωτεΐνη(α), η απολιποπρωτεΐνη A-1 και η απολιποπρωτεΐνη B θα αποτελέσουν πολύτιμα διαγνωστικά εργαλεία της σύγχρονης κλινικής πρακτικής και οι προσδιορισμοί τους μπορούν να συμβάλουν στην προσέγγιση του κινδύνου ανάπτυξης καρδιαγγειακού νοσήματος.



ΡΟ.16

**ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΥΠΕΡΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ  
ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΔΡΑΜΑΣ**

Χλη Α.<sup>1</sup>, Μέγαλου Α.<sup>1</sup>, Πιτσάβα Ε<sup>2</sup>., Τσινόπουλος Γ.<sup>1</sup>, Οικονόμου Χ.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Βιοχημικό- Ανοσολογικό Εργαστήριο Γ.Ν.Δράμας, <sup>2</sup>Α'Παθολογική Κλινική  
Γ.Ν.Δράμας

**Σκοπός**

Η διερεύνηση του λιπιδαιμικού προφίλ των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών του νομού Δράμας.

**Υλικό - Μέθοδοι**

Εξετάστηκαν 89 δείγματα αίματος αιμοκαθαιρόμενων ασθενών(44 γυναικών/45 ανδρών) 31-86 ετών του Γ.Ν.Δράμας. Προσδιορίστηκαν οι τιμές χοληστερόλης, τριγλυκεριδίων, HDL, LDL στον βιοχημικό αναλυτή OLYMPUS(MEDICON). Σε 85 ασθενείς προσδιορίστηκαν επίσης η Apo A-1 και Apo B και σε 84 ασθενείς προσδιορίστηκε και η Lp(a)- με τη μέθοδο της ανοσονεφελομετρίας στον αναλυτή BN™ II (SIEMENS/DADE BEHRING).

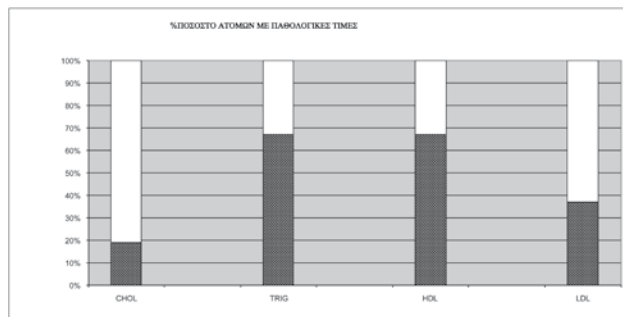
**Αποτελέσματα**

Η χοληστερόλη και τα τριγλυκερίδια ήταν αυξημένα σε 17(19,1%), και 57ασθενείς(67%) αντίστοιχα, η HDL βρέθηκε ελαττωμένη σε 60 ασθενείς(67,4%) και η LDL αυξημένη σε 33 ασθενείς(37%).

Η Apo A-1 ήταν ελαττωμένη σε 31(36,5%) και η Apo B αυξημένη σε 7 ασθενείς(8,2%) από τους 85 ασθενείς που εξετάστηκαν και η Lp(a) βρέθηκε αυξημένη σε 31 ασθενείς(36,9%) από τους 84 που εξετάστηκαν.

**Συμπεράσματα**

Τόσο οι κοινοί βιοχημικοί δείκτες όσο και οι πιο ειδικές εξετάσεις κατέδειξαν σημαντικό ποσοστό νεφροπαθών με δυσλιποπρωτεϊναιμία, η οποία χρήζει της κατάλληλης αντιμετώπισης με διαιτητική αγωγή, ήπια σωματική άσκηση, μείωση του σωματικού βάρους(σε παχύσαρκους), αντιλιπιδαιμικά φάρμακα και αποφυγή φαρμάκων που προκαλούν υπερλιπιδαιμία.





ΡΟ.17

## ΕΠΙΠΕΔΑ ΟΜΟΚΥΣΤΕΪΝΗΣ ΟΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Χλη Α.<sup>1</sup>, Μέγαλου Α.<sup>1</sup>, Πιτσάβα Ε<sup>2</sup>, Τσινόπουλος Γ.<sup>1</sup>, Οικονόμου Χ.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο Γ.Ν.Δράμας

<sup>2</sup>Α'Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Δράμας

### Σκοπός

Σκοπό της μελέτης αποτέλεσε η διερεύνηση των συγκεντρώσεων της ομοκυστεΐνης ορού σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς.

### Υλικό - Μέθοδος

Εξετάστηκαν 83 δείγματα αίματος ασθενών(43 ανδρών και 40 γυναικών) με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση στο Γενικό Νοσοκομείο Δράμας. Ο προσδιορισμός της ομοκυστεΐνης πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της ανοσοφθορισμοπολωσιμετρίας στον αναλυτή AXSYM PLUS της ABBOTT.

### Αποτελέσματα

Από τη μέτρηση της ομοκυστεΐνης προέκυψε ότι μόνο 3 ασθενείς (2 γυναίκες και 1 άνδρας) είχαν φυσιολογική τιμή (4,5-12,42 μmol/l). Το ποσοστό ασθενών με συγκεντώσεις ομοκυστεΐνης εντός των τιμών αναφοράς ήταν μόλις 3,6% επί του συνόλου των νεφροπαθών. Για τους υπόλοιπους 80 ασθενείς οι τιμές κυμάνθηκαν για τους άνδρες από 13,09 έως 50 μmol/l και για τις γυναίκες από 12,61 έως 57,96 μmol/l. Ο μέσος όρος για τους άνδρες ήταν 24,43 μmol/l και για τις γυναίκες 24,3 μmol/l. Πιο αναλυτικά η κατανομή των τιμών για τα δύο φύλα διαμορφώθηκε ως εξής:

	12,43-20 μmol/l	20-30 μmol/l	> 30 μmol/l
ΑΝΔΡΕΣ	17 ασθενείς	15 ασθενείς	10 ασθενείς
Μέση τιμή ομοκυστεΐνης	15,32	24,84	40,58
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	16 ασθενείς	13 ασθενείς	9 ασθενείς
Μέση τιμή ομοκυστεΐνης	16,03	25,13	40,69
ΣΥΝΟΛΟ	33 ασθενείς (39,8%)	28 ασθενείς (33,7%)	19 ασθενείς (22,9%)

### Συμπεράσματα

Διαπιστώθηκε λοιπόν ότι ελάχιστοι νεφροπαθείς είχαν φυσιολογικές τιμές ομοκυστεΐνης. Το γεγονός αυτό προσδιορίζει έναν ακόμη επιβαρυντικό παράγοντα καρδιαγγειακού κινδύνου στον ήδη επιβαρυνμένο πληθυσμό των νεφροπαθών. Αξίζει να σημειωθεί ότι μεταξύ των δύο φύλων δεν παρατηρήθηκαν ιδιαίτερα σημαντικές διαφορές.

PO.18

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΥ -2518A>G ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ MCP-1 (ΜΟΝΟ-  
ΣΥΤΕ ΣΗΜΟΑΤΤΡΑΚΤΑΝΤ ΠΡΟΤΕΙΝ 1) ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ  
ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ**

Ε. Γιαννακοπούλου<sup>1</sup>, Γ. Ράγια<sup>1</sup>, Ι. Ελλούλ<sup>2</sup>, Σ. Μαρούση<sup>2</sup>, Ε. Γ. Μανωλόπουλος<sup>1</sup>, Α. Ταυρίδου<sup>1</sup>

1 Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Ιατρική Σχολή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο  
Θράκης, Αλεξανδρούπολη  
2 Νευρολογική Κλινική Πανεπιστημίου Πάτρας, Πάτρα

**Σκοπός**

Η χημειοελκτική πρωτεΐνη 1 των μονοκυτάρων (MCP-1) είναι η πιο σημαντική χημειοκίνη που ρυθμίζει τη μετανάστευση και διείσδυση των μονοκυττάρων και μακροφάγων στους ιστούς. Γενετικοί πολυμορφισμοί της MCP-1 έχουν συσχετιστεί με την εμφάνιση και πρόοδο καρδιαγγειακών νόσων καθώς και με επιπλοκές της αθηροσκληρώσης. Ειδικότερα, ο λειτουργικός πολυμορφισμός -2518A>G του γονιδίου της MCP-1 συσχετίζεται με αυξημένη έκφραση και ποσότητα της πρωτεΐνης MCP-1 και έχει προσελκύσει έντονο ενδιαφέρον στη διερεύνηση του γενετικού υπόβαθρου των αθηροσκληρωτικών νόσων. Στην παρούσα εργασία, μελετήσαμε την πιθανή συσχέτιση του πολυμορφισμού MCP-1 -2518A>G με την εμφάνιση ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου (IEE).

**Υλικό - Μέθοδοι**

Απομονώθηκε γενωμικό DNA από 146 άτομα με IEE και από 146 άτομα χωρίς κλινικά ευρήματα IEE που συνιστούν την ομάδα ελέγχου. Όλοι οι συμμετέχοντες ήταν ελληνικής καταγωγής. Η γονοτύπηση του πολυμορφισμού MCP-1 -2518A>G έγινε με τη μέθοδο PCR-RFLP.

**Αποτελέσματα**

Στην ομάδα ασθενών με IEE η συχνότητα των γονοτύπων MCP-1 -AA, AG και GG ήταν 55.5%, 42.4% και 2.1% αντίστοιχα, ενώ στην ομάδα ελέγχου η συχνότητα των γονοτύπων MCP-1 AA, AG και GG ήταν 47.6%, 46.2% και 6.2% αντίστοιχα. Η συχνότητα εμφάνισης των γονοτύπων δε διέφερε σημαντικά ανάμεσα στις δύο ομάδες ( $p=0.13$ ).

**Συμπέρασμα**

Δε βρέθηκε συσχέτιση του πολυμορφισμού MCP-1 -2518A>G με την εμφάνιση IEE.



ΡΟ.19

## ΜΕΛΕΤΗ ΔΕΙΚΤΩΝ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Ε. Πασχαλίδου<sup>1</sup>, Ι. Ευθυμιάδης<sup>1</sup>, Κ. Μακέδου<sup>2</sup>, Σ. Παυλίδου<sup>1</sup>, Φ. Ντογραματζή<sup>3</sup>, Ι. Κλωνιζάκης<sup>1</sup>, Απ. Ευθυμιάδης<sup>1</sup>

Ιατρείο Αθηροσκλήρωσης Β' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης  
Εργαστήριο Λιπιδίων, Β' Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης  
Βιοχημικό Εργαστήριο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

### Σκοπός

Να μελετήσουμε το προφίλ δεικτών ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας (ICAM, VCAM, hs-CRP), σε ασθενείς με μεταβολικό σύνδρομο, όπως αυτό ορίζεται με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες του IDF 2005 (International Diabetes Federation).

### Υλικό - Μέθοδοι

Μελετήθηκαν 40 ασθενείς (20 άντρες και 20 γυναίκες) μέσης ηλικίας  $41,97 \pm 13,18$  έτη με μεταβολικό σύνδρομο σύμφωνα με τα κριτήρια IDF 2005 (περίμετρος μέσης:  $106,55 \pm 12,52$  cm, τριγλυκερίδια:  $205,18 \pm 62,95$  mg/dl, HDL:  $40,71 \pm 8,32$  mg/dl). Σε όλους τους ασθενείς ελήφθη λεπτομερές ιστορικό, έγινε κλινική εξέταση, ΗΚΓ σε ηρεμία και λιπομέτρηση. Χορηγήθηκε διαιτολόγιο με ημερήσιο έλλειμμα 500 Kcal βασισμένο στα πρότυπα της Μεσογειακής διατροφής για 6 μήνες. Πριν τη χορήγηση του διαιτολογίου και μετά τη συμπλήρωση του 6μηνου έγινε προσδιορισμός βιοχημικών παραμέτρων (γλυκόζη, χοληστερίνη, τριγλυκερίδια, HDL, LDL, SGOT, SGPT) με την ανοσολογική μέθοδο προσδιορίστηκε η hs-CRP, ενώ με την μέθοδο της ELISA προσδιορίστηκαν τα επίπεδα των ICAM-1 και VCAM-1. Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 15.0.

### Αποτελέσματα

Στο τέλος της 6μηνης παρακολούθησης προέκυψαν τα παρακάτω:

- > Ελάττωση της περιμέτρου μέσης κατά 9,82% ( $p=0,008$ ) με ελάττωση του σωματικού βάρους κατά 18,4% ( $p=0,001$ )
- > Βελτίωση του λιπιδαιμικού προφίλ: ελάττωση των τριγλυκεριδίων κατά 30,49% αύξηση της HDL κατά 32,4% ( $p=0,001$ )
- > Ελάττωση της γλυκόζης νηστείας κατά 12,08%. ( $p=0,001$ ).
- > Όσον αφορά τις παραμέτρους ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας υπήρξε στατιστικά σημαντική μείωση των επιπέδων της hs-CRP κατά 36,7%, των ICAM-1 κατά 25,42% και των VCAM-1 κατά 23,44% ( $p<0,001$ ).
- > Δεν επηρεάστηκε η ηπατική λειτουργία.



### **Συμπέρασμα**

Η hs-CRP αποτελεί γνωστό δείκτη φλεγμονής του ενδοθηλίου ενώ τα μόρια προσκόλλησης ICAM-1 και VCAM-1 αποτελούν παράγοντες φλεγμονής που υπεισέρχονται στη διαδικασία της αθηροσκλήρωσης. Τόσο η hs-CRP όσο και τα μόρια προσκόλλησης ICAM-1 και VCAM-1 αποτελούν δυσμενείς προγνωστικούς δείκτες για την ανάπτυξη καρδιαγγειακών συμβαμάτων σε άτομα με μεταβολικό σύνδρομο. Η ελάττωση των επιπέδων τους μέσω της απώλειας βάρους που στηρίζεται σε διαιτητικά πρότυπα της Μεσογειακής διατροφής αποτελεί έναν επιπλέον δείκτη της ωφελιμότητας της συγκεκριμένης δίαιτας. Η απώλεια βάρους με σωστή δίαιτα βασισμένη στη Μεσογειακή διατροφή αποτελεί τον καλύτερο τρόπο αντιμετώπισης του μεταβολικού συνδρόμου.

PO.20

### **ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΟΝΙΜΟ ΚΑΡΔΙΑΚΟ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗ ΚΑΙ ΥΠΕΡΤΑΣΗ**

Ι. Μποστανίτης<sup>1</sup>, Μ. Τσαλίδου<sup>2</sup>, Π. Μπαμίδης<sup>3</sup>

1. Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Ιπποκρατείου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης ( Γ.Ν.Ι.Θ)
2. Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
3. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα

### **Σκοπός**

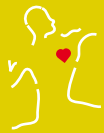
Η συγκριτική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής υπερτασικών και νορμοτασικών ασθενών με μόνιμο καρδιακό βηματοδότη.

### **Υλικό - Μέθοδοι**

Το δείγμα μελέτης αποτέλεσαν 60 ασθενείς που προσήλθαν για προγραμματισμένο έλεγχο καρδιακού βηματοδότη στα τακτικά ιατρεία ελέγχου βηματοδότη της Β' ΠΠ Κλινικής του Γ.Ν.Ι.Θ σε χρονικό διάστημα 4 μηνών. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με τη συμπλήρωση από τους ασθενείς του ερωτηματολογίου μέτρησης της ποιότητας ζωής SF-36, καθώς και με προσωπική συνέντευξη. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το SPSS 18.0.

### **Αποτελέσματα**

Το 66.7 % των ασθενών ήταν υπερτασικοί, ενώ το 33.3 % όχι. Καταγράφονται παραπλήσιες τιμές μεταξύ υπερτασικών και νορμοτασικών ασθενών στις κλίμακες της Σωματικής Λειτουργικότητας, της Γενικής υγείας, της Ζωτικότητας και στη Συνοπτική Σωματική κλίμακα υγείας. Στις υπόλοιπες παρατηρείται ενδεικτική υπεροχή



των νορμοτασικών ( $p > 0.05$ ) με σημαντική ωστόσο υπεροχή τους στην Κοινωνική Λειτουργικότητα ( $p < 0.05$ ) (πίνακας 1).

### Συμπεράσματα

Δεν παρατηρούνται σημαντικές διαφορές στην ποιότητα ζωής μεταξύ υπερτασικών

ΠΙΝΑΚΑΣ 1	Α.Υ	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Σωματική Λειτουργικότητα (ΣΛ)	47.38	48.57
Ρόλος Σωματικός (ΡΣ)	58.33	67.85
Σωματικός Πόνος (ΣΠ)	79.19	85.42
Γενική Υγεία (ΓΥ)	49.61	48.71
Ζωτικότητα (ΖΤ)	49.52	50
Κοινωνική Λειτουργικότητα (ΚΛ)	67.85	85.71
Ρόλος Συναισθηματικός (ΡΣΘ)	66.66	71.42
Ψυχική υγεία (ΨΥ)	66.09	77.14
Συνοπτική Σωματική κλίμακα	40.26	40.51
Συνοπτική Διανοητική κλίμακα	47.11	52.2

ΡΟ.21

### ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΟΝΙΜΟ ΚΑΡΔΙΑΚΟ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗ

Ι. Μποστανίτης<sup>1</sup>, Μ. Τσαλίδου<sup>2</sup>, Π. Μπαμίδης<sup>3</sup>

<sup>1</sup>. Β Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Ιπποκρατείου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης ( Γ.Ν.Ι.Θ)

<sup>2</sup>. Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

<sup>3</sup>. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα

#### Σκοπός

Η συγκριτική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε διαβητικούς και μη διαβητικούς ασθενείς με μόνιμο καρδιακό βηματοδότη.

#### Υλικό - Μέθοδοι

Το δείγμα μελέτης αποτέλεσαν 60 ασθενείς, που προσήλθαν για προγραμματισμένο έλεγχο καρδιακού βηματοδότη στα τακτικά ιατρικά ελέγχου βηματοδότη των Β' ΠΠ Κλινικής του Γ. Ν. Ι. Θ σε χρονικό διάστημα 4 μηνών. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με τη συμπλήρωση από τους ασθενείς του ερωτηματολογίου μέτρησης της ποιότητας ζωής SF-36, καθώς και με προσωπική συνέντευξη. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το SPSS 18.0.

### Αποτελέσματα

Το 24.4 % των ασθενών είχαν ΣΔ, ενώ το 75.6 % όχι. Παρατηρήθηκαν κοντινές τιμές στις δύο ομάδες στις κλίμακες του Σωματικού Πόνου, του Συναισθηματικού Ρόλου και στη Συνοπτική Διανοητική Υγεία ( $p>0.05$ ). Οι διαβητικοί ασθενείς ενδεικτικά υστερούσαν έναντι των μη διαβητικών στη Σωματική Λειτουργικότητα, τη Ζωτικότητα, την Κοινωνική Λειτουργικότητα, την Ψυχική Υγεία ( $p>0.05$ ) ενώ σημαντικά υστερούσαν στις κλίμακες της Γενικής Υγείας και της Συνοπτικής Σωματικής Υγείας ( $p<0.05$ ) (πίνακας 1).

### Συμπεράσματα

Οι διαβητικοί, στο σύνολο τους, φαίνεται να έχουν υποβαθμισμένη ποιότητα ζωής συγκριτικά με τους ασθενείς χωρίς Σ.Δ. Χαρακτηριστικά, η υστέρηση τους στις κλίμακες της Ζωτικότητας, της Κοινωνικής Λειτουργικότητας και της Ψυχικής Υγείας αντανακλά έμμεσα τις ψυχολογικές μεταπτώσεις εξαιτίας της νόσου αλλά και το σημαντικό βαθμό επηρεασμού των κοινωνικών δραστηριοτήτων τους από τη φυσική υγεία και τα συναισθηματικά προβλήματα τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1	Σ.Δ	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Σωματική Λειτουργικότητα (ΣΛ)	25.7	55
Ρόλος Σωματικός (ΡΣ)	67.85	58.33
Σωματικός Πόνος (ΣΠ)	80.85	80.71
Γενική Υγεία (ΓΥ)	33.14	54.80
Ζωτικότητα (ΖΤ)	33.5	55
Κοινωνική Λειτουργικότητα (ΚΛ)	60	72.68
Ρόλος Συναισθηματικός (ΡΣΘ)	60	56.7
Ψυχική υγεία (ΨΥ)	65.2	71.55
Συνοπτική Σωματική κλίμακα	34.9	42.1
Συνοπτική Διανοητική κλίμακα	48.53	48.33

## ΡΟ.22

### ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΥΠΕΡΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΟΝΙΜΟ ΚΑΡΔΙΑΚΟ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗ

Ι. Μποστανίτης<sup>1</sup>, Μ. Τσαλίδου<sup>2</sup>, Π. Μπαμίδης<sup>3</sup>

<sup>1</sup>. Β Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης ( Γ.Ν.Ι.Θ)

<sup>2</sup>. Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

<sup>3</sup>. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα

### Σκοπός

Η συγκριτική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε υπερλιπιδαιμικούς ασθενείς και σε φυσιολογικού λιπιδαιμικού profile ασθενείς με μόνιμο καρδιακό βηματοδότη.



### Υλικό - Μέθοδοι

Το δείγμα μελέτης αποτέλεσαν 60 ασθενείς, που προσήλθαν για προγραμματισμένο έλεγχο καρδιακού βηματοδότη στα τακτικά ιατρικά ελέγχου βηματοδότη της Β΄ ΠΠ Κλινικής του Γ. Ν. Ι. Θ σε χρονικό διάστημα 4 μηνών. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με τη συμπλήρωση από τους ασθενείς του ερωτηματολογίου μέτρησης της ποιότητας ζωής SF-36, καθώς και με προσωπική συνέντευξη. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το SPSS 18.0.

### Αποτελέσματα

Το 31.8 % των ασθενών ανέφεραν ότι έχουν ή παίρνουν φάρμακα για υπερλιπιδαιμία, ενώ το 68.2 % όχι. Σε όλες σχεδόν τις κλίμακες υγείας παρατηρήθηκε υπεροχή των ασθενών με υπερλιπιδαιμία έναντι των ασθενών με φυσιολογικό λιπιδαιμικό profile, χωρίς ωστόσο η υπεροχή αυτή να είναι στατιστικά σημαντική ( $p > 0.05$ ) εκτός της κλίμακας του Σωματικού Ρόλου ( $p < 0.05$ ). Ωστόσο, οι υπερλιπιδαιμικοί ασθενείς υστερούν έναντι των φυσιολογικών στην κλίμακα της Γενικής Υγείας (πίνακας 1).

### Συμπεράσματα

Το επίπεδο της φυσικής υγείας των υπερλιπιδαιμικών ασθενών επιδρά λιγότερο αρνητικά στην εργασία και στις καθημερινές δραστηριότητες τους από ότι στους ασθενείς με φυσιολογικό λιπιδαιμικό profile και μόνιμο βηματοδότη, αντίστοιχα. Πιθανή εξήγηση αυτού του φαινομένου να αποτελεί η ρύθμιση της νόσου με μακροχρόνια φαρμακευτική αγωγή (στατίνες), ώστε η υπερλιπιδαιμία από μόνη της να μην αποτελεί παράγοντα υποβάθμισης της ποιότητας ζωής.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1	ΥΠΕΡΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Σωματική Λειτουργικότητα (ΣΛ)	50	45.9
Ρόλος Σωματικός (ΡΣ)	77.08	48.43
Σωματικός Πόνος (ΣΠ)	84.08	78.25
Γενική Υγεία (ΓΥ)	44.16	53.13
Ζωτικότητα (ΖΤ)	55	45.62
Κοινωνική Λειτουργικότητα (ΚΛ)	82.29	64.84
Ρόλος Συναισθηματικός (ΡΣΘ)	80.55	58.33
Ψυχική υγεία (ΨΥ)	72.33	66.25
Συνοπτική Σωματική κλίμακα	41.13	39.72
Συνοπτική Διανοητική κλίμακα	51.86	45.77

PO.23

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΔΕΥΤΕΡΟΥ (ΣΥΝΔΙΕΓΕΡΤΙΚΟΥ) ΣΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΣΙΑΚΗΣ  
ΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΤΑΤΙΚΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ

I. Ευθυμιάδης<sup>1</sup>, Π. Σκένδρος<sup>2</sup>, Α. Σαραντόπουλος<sup>2</sup>, Α. Ευθυμιάδης<sup>3</sup>, Π. Μπούρα<sup>2,4</sup>

<sup>1</sup>Επιστημονικός συνεργάτης Β΄ Καρδιολογικής Κλινικής ΑΠΘ, <sup>2</sup>Τμήμα Κλινικής Ανοσολογίας, Β΄ Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, <sup>3</sup>Ομότιμος Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, <sup>4</sup>Καθηγήτρια Παθολογίας - Κλινικής Ανοσολογίας ΑΠΘ

Στην παθογένεση της διατατικής μυοκαρδιοπάθειας (ΔΜΚ) εμπλέκονται αυτοάνοσοι μηχανισμοί έναντι της καρδιακής μυοσίνης και επικρατεί Th1 στροφή της ανοσιακής απόκρισης. Η CD80/CD28 διαμεσολαβούμενη συνδιέγερση είναι κριτικής σημασίας για μια διεξοδική Th1 απάντηση. Μελετήθηκε ο ρόλος της CD80/CD28 συνδιέγερσης (CD14+/CD80+μονοπύρηννα, CD4+/CD28+T-λεμφοκύτταρα) με σκοπό να αναζητηθεί ενδεχόμενη ανεπάρκεια του συνδιεγερτικού σήματος στην εγκατάσταση χρονιότητας στην ΔΜΚ. Ελέγχθηκαν συνολικά 42 άτομα. Από αυτά, τα 17 έπασχαν από ιδιοπαθή ΔΜΚ - **ομάδα ΔΜΚ** (μέσης ηλικίας 47,5 ± 13,9 ετών), 10 έπασχαν από υπερτροφική καρδιακή νόσο - ομάδα των ασθενών/μαρτύρων- **ΥΚΝ** (μέσης ηλικίας 49,7 ± 9,3 ετών), και 15 άτομα ήταν υγιείς ενήλικες και αποτέλεσαν την ομάδα των υγιών/μαρτύρων- **Μ** (παρόμοιοι φύλου και ηλικίας με την ομάδα ΔΜΚ). Η ομάδα ΔΜΚ με βάση τη διάρκεια από τη διάγνωση της νόσου, διαχωρίστηκαν σε 2 υποομάδες: Οι 9 ήταν ασθενείς με ιστορικό πρόσφατης έναρξης νόσου (≤3-6 μηνών, **υποομάδα ΔΜΚ<sub>1</sub>**), και οι 8 ήταν ασθενείς με χρόνια ΔΜΚ (>6 μηνών, **υποομάδα ΔΜΚ<sub>2</sub>**). Σε όλα τα άτομα της μελέτης προσδιορίστηκαν με κυτταρομετρία ροής διπλού φθορισμού α) η % έκφραση του συνδιεγερτικού μορίου CD28 στα T-λεμφοκύτταρα και η % συνέκφραση CD4 / CD28 στα βοηθητικά T-λεμφοκύτταρα, β) η % έκφραση του συνδιεγερτικού μορίου CD80 στα μονοπύρηννα-μακροφάγα (% συνέκφραση CD14/CD80). Οι μετρήσεις πραγματοποιήθηκαν: α) στο ολικό περιφερικό αίμα (ex vivo), β) μετά από υγρές καλλιέργειες των περιφερικών μονοπυρήνων παρουσία μιτογόνου ΡΗΑ, με τρεις διαφορετικούς τρόπους: χωρίς την προσθήκη αντιγόνου, με την προσθήκη 5 και 10μgρ κεκαθαυμένης ανθρώπινης καρδιακής μυοσίνης ως αντιγόνου ειδικού της νόσου, που παρασκευάστηκε ειδικά για τον σκοπό αυτό. **Αποτελέσματα ex vivo:** δεν διαπιστώθηκαν μεταβολές στις παραμέτρους που μελετήθηκαν μεταξύ των ομάδων και των υποομάδων της μελέτης. **Αποτελέσματα καλλιέργειών:** 1) Στην ομάδα ΔΜΚ η % αναλογία των CD28+ και των CD4+/CD28+ T-λεμφοκυττάρων παρουσίαζε σημαντική αύξηση σε σύγκριση με την ομάδα Μ (p<0,05). Η ανάλυση έδειξε ότι η αύξηση αυτή αφορούσε την υποομάδα ΔΜΚ-2 σε σχέση με την υποομάδα ΔΜΚ-1 και τις ομάδες μαρτύρων ΥΚΝ και Μ (p<0,001). Η προσθήκη αντιγόνου διατήρησε τα αποτελέσματα αυτά. 2) Στην ομάδα ΔΜΚ, τόσο ΔΜΚ1 όσο και ΔΜΚ2, η έκφραση του CD80 συνδιεγερτικού μορίου στα μακροφάγα (CD14+/CD80+) ήταν σημαντικά αυξημένη σε σχέση με τις ομάδες των μαρτύρων (ΥΚΝ και Μ, p< 0,001) και το αποτέλεσμα αυτό διατηρήθηκε αναλογικά με δοσοεξαρτώμενο τρόπο. **Συμπερασματικά,** Η CD80/CD28 διαμεσολαβούμενη



συνδιέγερση εμφανίζεται αυξημένη στην ΔΜΚ, ιδιαίτερα στην ΔΜΚ-2, πιθανότατα ως αποτέλεσμα εγκατεστημένης αυτοανοσίας έναντι της καρδιακής μυοσίνης. Φαίνεται ότι αυτός ίσως είναι ένας τρόπος διατήρησης της χρόνιας φλεγμονής και της κακής έκβασης στην χρόνια νόσο (φαύλος κύκλος). Αναστολή αυτής της διαδικασίας φαρμακευτικά θα μπορούσε να ανακόψει την εξέλιξη και να βελτιώσει την πρόγνωση της ΔΜΚ.

## **ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**

### **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**

10 - 12 Μαρτίου 2011

### **ΟΡΓΑΝΩΣΗ – ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ – ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**

#### **INVENTICS AE**

Τεχνόπολη, Κτίριο THERMI II

9ο χλμ. Θεσσαλονίκης - Θέρμης

T.Θ. 60714, 57001 Θέρμη

Τηλ: 2310 473333

Fax: 2310 801454

info@medevents.gr, www.medevents.gr

### **ΤΟΠΟΣ – ΧΩΡΟΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ**

Ξενοδοχείο Makedonia Palace, Θεσσαλονίκη

### **ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ**

Ειδικοί ιατροί και άλλοι επιστήμονες:

150 €

Ειδικευόμενοι ιατροί:

50 €

Νοσηλεύτές/τριες, Φοιτητές/τριες:

δωρεάν

Όσοι επιθυμούν προεγγραφή για τη συμμετοχή τους στο συνέδριο, μπορούν να επισκέπτονται το επίσημο site της Εταιρείας Αθηροσκλήρωσης Βορείου Ελλάδος [www.eabe.org](http://www.eabe.org), όπου υπάρχει το Δελτίο Εγγραφής και όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για την ολοκλήρωσή της.

Προεγγραφές θα πραγματοποιούνται μέχρι τις 8/3/2011. Μετά την ημερομηνία αυτή, οι εγγραφές θα γίνονται στη γραμματεία κατά τη διάρκεια του συνεδρίου.

### **ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ**

Η εξόφληση της εγγραφής γίνεται με κατάθεση στον παρακάτω λογαριασμό της Εταιρείας Αθηροσκλήρωσης Βορείου Ελλάδος. Στην αιτιολογία θα πρέπει να φαίνεται το όνομα του καταθέτη και ο τίτλος του συνεδρίου.

Τράπεζα Πειραιώς: 5233049487692

**Τα έξοδα συμμετοχής δεν επιστρέφονται.**

### **ΓΛΩΣΣΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ**

Η επίσημη γλώσσα του συνεδρίου είναι η ελληνική.

### **ΕΚΘΕΣΗ**

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



### **ΔΙΠΛΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ**

Το δίπλωμα συμμετοχής θα παραλαμβάνεται από τη γραμματεία την τελευταία ημέρα του συνεδρίου, κατόπιν επίδειξης της κονκάρδας. Το δίπλωμα μοριοδοτείται με **18 CME/CPD credits** συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο.

**Για την παραλαβή της βεβαίωσης, απαιτούνται 9 ώρες παρακολούθησης συνολικά.**

### **ΔΙΑΜΟΝΗ – ΑΕΡΟΠΟΡΙΚΑ ΕΙΣΙΤΗΡΙΑ**

Για τη διαμονή και την έγκαιρη κράτηση αεροπορικών εισιτηρίων, μπορείτε να επικοινωνείτε στο τηλέφωνο 2310232229 και με e-mail στο [reservations@medevents.gr](mailto:reservations@medevents.gr)

### **ΚΛΙΜΑ**

Μπορείτε να βρείτε περισσότερες πληροφορίες για τον καιρό στο [www.meteo.gr](http://www.meteo.gr)

### **ΖΩΝΤΑΝΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΜΕΣΩ INTERNET**

Το συνέδριο θα μεταδίδεται ζωντανά μέσω του διαδικτύου από το επίσημο site της ΕΑΒΕ [www.eabe.org](http://www.eabe.org)

### **ΟΠΤΙΚΟΑΚΟΥΣΤΙΚΑ ΜΕΣΑ**

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

**Το Σάββατο 12 Μαρτίου θα χρησιμοποιηθεί το σύστημα ηλεκτρονικής ψηφοφορίας στις παρουσιάσεις όλων των ομιλητών.**



**ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ**

ANTONIADIS A. **OR.03**  
BAKER A. **OR.03**  
CHATZIZISIS Y. **OR.03**  
COSKUN A. **OR.03**  
EDELMAN E. **OR.03**  
FELDMAN C. **OR.03**  
GAUTIER T. **OR.11**  
JONAS M. **OR.03**  
LAGROST L. **OR.11**  
MAYNARD C. **OR.03**  
ΠΑΡΑΦΑΚΛΙΣ Μ. **OR.03**  
STONE P. **OR.03**  
ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΟΥ Ε. **OR.06, OR.12**  
ΑΝΔΡΙΩΤΗΣ Ι. **PO.02, PO.04, PO.05, PO.07**  
ΑΡΒΑΝΙΤΑΚΗΣ Δ. **PO.05, PO.07**  
ΒΟΣΚΟΠΟΥΛΟΣ Γ. **OR.08**  
ΒΟΥΚΙΑΣ Μ. **OR.08**  
ΓΑΒΡΙΗΛΙΔΗΣ Σ. **OR.08**  
ΓΕΩΡΓΑ ΣΤ. **OR.07**  
ΓΕΩΡΓΙΑΝΟΣ Π. **OR.09, OR.10, PO.10, PO.11**  
ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Ε. **PO.18**  
ΓΙΑΝΝΟΓΛΟΥ Γ. **OR.02**  
ΓΟΥΣΟΠΟΥΛΟΣ Σ. **OR.09, OR.10, PO.10, PO.11**  
ΕΛΛΟΥΛ Ι. **PO.18**  
ΕΞΙΡΑ Τ. **OR.07**  
ΕΥΘΥΜΙΑΔΗΣ Α. **OR.05, PO.19, PO.23**  
ΕΥΘΥΜΙΑΔΗΣ Ι. **OR.05, PO.19, PO.23**  
ΕΥΘΥΜΙΟΥ Η. **OR.11, PO.12**  
ΕΥΣΤΑΘΙΑΔΗΣ Π. **PO.08**  
ΖΑΪΡΗ Ε. **OR.09, OR.10, PO.10, PO.11**  
ΖΑΡΑΜΠΟΥΚΑΣ Θ. **PO.09**  
ΖΕΜΠΕΚΑΚΗΣ Π. **OR.09, OR.10, PO.10**  
ΖΙΑΚΑΣ Α. **OR.02, OR.04**  
ΚΑΛΛΑΡΑΣ Κ. **PO.09**  
ΚΑΛΤΣΑΣ Θ. **OR.11, PO.12**  
ΚΑΝΑΚΗ Α. **OR.09**  
ΚΑΡΑΜΟΥΖΗΣ Μ. **PO.09**  
ΚΑΡΑΤΖΑΣ Ν. **OR.07**  
ΚΑΡΡΑΣ Σ. **OR.11, PO.12**  
ΚΑΤΣΑΡΟΣ Θ. **OR.07**  
ΚΕΪΒΑΝΙΔΟΥ Α. **OR.01**  
ΚΕΛΕΠΟΥΡΗΣ Ζ. **OR.11, PO.12**



ΚΕΦΑΛΟΓΙΑΝΝΗΣ Ν. **OR.07**  
ΚΙΑΤΙΚΙΔΗΣ Ν. **PO.11**  
ΚΛΩΝΙΖΑΚΗΣ Ι. **PO.19**  
ΚΟΠΑΤΣΑΡΗ Σ. **OR.10, PO.11**  
ΚΟΣΚΙΝΑΣ Κ. **OR.02, OR.03**  
ΚΥΡΠΙΖΙΔΗΣ Χ. **OR.01**  
ΛΑΖΑΡΙΔΗΣ Α. **OR.04, OR.09, OR.10, PO.10, PO.11**  
ΛΙΑΝΟΣ ΕΜΜ. **PO.04, PO.07**  
ΛΙΛΛΗΣ Θ. **OR.02**  
ΜΑΚΕΔΟΥ Κ. **OR.05, PO.19**  
ΜΑΝΕΣ Χ. **OR.07, OR.08**  
ΜΑΝΩΛΟΠΟΥΛΟΣ Ε. **PO.18**  
ΜΑΡΟΥΣΗ Σ. **PO.18**  
ΜΕΓΑΛΟΥ Α. **PO.13, PO.14, PO.15, PO.16, PO.17**  
ΜΕΛΕΚΟΣ Θ. **OR.08**  
ΜΕΣΗΜΕΡΗΣ Θ. **OR.08**  
ΜΕΤΟΧΙΑΝΑΚΗΣ Δ. **PO.04**  
ΜΠΑΛΤΑΡΕΤΣΟΥ Ε. **PO.01, PO.03, PO.06**  
ΜΠΑΜΙΔΗΣ Π. **PO.20, PO.21, PO.22**  
ΜΠΑΜΠΑΣ Γ. **PO.09**  
ΜΠΕΚΙΑΡΗ Ε. **OR.12**  
ΜΠΟΥΡΑ Π. **PO.23**  
ΜΠΟΣΤΑΝΙΤΗΣ Ι. **PO.20, PO.21, PO.22**  
ΝΑΤΣΗΣ Α. **PO.08**  
ΝΑΤΣΗΣ Μ. **PO.08**  
ΝΤΟΓΡΑΜΑΤΖΗ Φ. **OR.05, PO.19**  
ΞΑΦΕΝΙΑΣ Μ. **OR.01**  
ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Χ. **PO.13, PO.14, PO.15, PO.16, PO.17**  
ΠΑΛΕΤΑΣ Κ. **OR.06, OR.12**  
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ Φ. **OR.11, PO.12**  
ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Γ. **OR.01**  
ΠΑΣΧΑΛΙΔΟΥ Ε. **OR.05, PO.19**  
ΠΑΣΧΟΣ Π. **OR.06, OR.12**  
ΠΑΥΛΙΔΟΥ Σ. **OR.05, PO.19**  
ΠΕΤΡΙΔΗΣ Δ. **OR.07**  
ΠΕΧΛΕΒΑΝΗΣ Α. **OR.01**  
ΠΙΤΣΑΒΑ Ε. **PO.13, PO.14, PO.15, PO.16, PO.17**  
ΠΛΙΑΚΟΣ Χ. **OR.04**  
ΡΑΓΙΑ Γ. **PO.18**  
ΡΕΒΕΛΑ ΑΓΓ. **PO.01, PO.02, PO.03, PO.04, PO.05, PO.06, PO.07**  
ΣΑΡΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Α. **PO.23**  
ΣΑΡΑΦΙΔΗΣ Π. **OR.09, OR.10, PO.10, PO.11**

ΣΑΡΗΓΙΑΝΝΗ Μ. **OR.06, OR.12**  
ΣΚΕΝΔΡΟΣ Π. **PO.23**  
ΣΚΟΥΤΑΣ Δ. **OR.07**  
ΣΠΥΡΟΜΗΤΡΟΣ Γ. **OR.04**  
ΣΤΑΦΥΛΑΣ Π. **OR.09, OR.10, PO.10, PO.11**  
ΤΑΥΡΙΔΟΥ Α. **PO.18**  
ΤΑΧΜΑΖΙΔΗΣ Ο. **PO.01, PO.03, PO.06**  
ΤΖΙΟΛΑΣ Ι. **OR.09, OR.10, PO.10**  
ΤΖΙΟΜΑΛΟΣ Κ. **OR.11, PO.12**  
ΤΖΩΤΖΑΣ Θ. **OR.11, PO.12**  
ΤΣΑΛΙΔΟΥ Μ. **PO.20, PO.21, PO.22**  
ΤΣΑΠΑΣ Α. **OR.06, OR.12**  
ΤΣΙΑΝΤΑΣ Γ. **OR.07**  
ΤΣΙΝΟΠΟΥΛΟΣ Γ. **PO.13, PO.14, PO.15, PO.16, PO.17**  
ΤΣΙΠΤΣΗΣ Κ. **OR.01**  
ΤΣΙΡΛΗΣ Α. **OR.02**  
ΧΑΣΑΠΙΔΟΥ Μ. **OR.06**  
ΧΑΤΖΗΣΤΑΥΡΗ Λ. **OR.09, OR.10, PO.10, PO.11**  
ΧΙΤΟΓΛΟΥ - ΜΑΚΕΔΟΥ Α. **OR.05**  
ΧΛΗ Α. **PO.13, PO.14, PO.15, PO.16, PO.17**











---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



Έμπνευση για Ζωή!

**40mg**

Αποτέλεσμα | Τεκμηρίωση | Εμπειρία

**LEPU<sup>®</sup>**  
simvastatin

30 δισκία



ELPEN Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ  
Λεωφ. Μεσοβίωνος 95, 190 09 Πικέρμι Αττικής, Τηλ.: 210 6039326-9, Fax: 210 6039300  
ΓΡΑΦΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ  
Ερμούπολης 11, 115 28 Αθήνα, Τηλ.: 210 7488711, Fax: 210 7488731  
Εθν. Αντιστάσεως 114, 551 34 Θεσσαλονίκη, Τηλ.: 2310 459920-1, Fax: 2310 459269



# Η επόμενη κίνησή σας

**INEGY**<sup>of</sup>  
*(ezetimibe/simvastatin)*

**ΔΙΠΛΗ ΔΥΝΑΜΗ**

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευθείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος



Υπεύθυνος Έλεγχος Κυκλοφορίας  
**BIANEΕ Α.Ε.**, ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ  
LICENSEE/DISTRIBUTOR OF MERCK SHARP & DOHME  
Division of MLR, K&L Co., Inc., Whitehouse Station, N.J., USA

Εταιρεία Επιστημονικής Ενδυνάμωσης  
• ΑΘΗΝΑ: Οδός Τσιτσίου 146 71, Ν. Ερυθρού Τηλ: 210 8322111  
• Ε-MAIL: mail@codonvias.gr • INTERNET: IMIP@www.vianes.gr  
• ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Β. Σερδίου 7, Τηλ: 210 8322993  
• ΠΑΤΡΑ: Μαιζώνος 151 Τηλ: 2610 221397

† INEGY is a trademark of MSP Singapore Company, LLC



Συνεργασία από την εταιρεία:  
MSD A.B.E.E.

ΤΜΗΜΑΤΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗΣ  
ΑΘΗΝΑ: Αρ. & Γαλαξίας 63, 174 56 Άλιμος, Τηλ: 2109697300  
ΙΟΝΙΟΝ ΕΛΛΑΔΑ: Ροσίου - Ορεινός - Οδούσης 270, 011 ΠΥΛΙΑ,  
Τηλ: 2610 865534, FAX: 2610 865587  
www.merck.com