

IICE



ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ

24 | 25 | 26 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2011

ELECTRA PALACE HOTEL

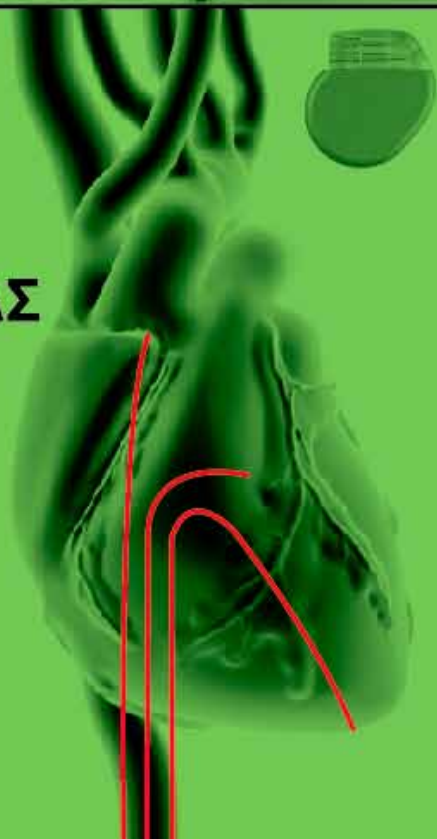
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

INNOVATIONS IN
INTERVENTIONAL
CARDIOLOGY &
ELECTROPHYSIOLOGY



**4ο ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ &
ΗΛΕΚΤΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ / PROGRAMME



Lobivon plus[®]

NEBIVOLOL / HCTZ



MENARINI HELLAS A.E.

ΑΝ. ΔΑΜΒΕΡΓΗ 7, 10445 Αθήνα
Τηλ.: 210-83.16.111-13, Fax: 210-83.17.343
E-mail: menarini@otenet.gr

Κάθε δισκίο Lobivon plus περιέχει 5 mg νεμιοβολόλης
και 12,5 mg ή 25 mg υδροχλωροθειαζίδης.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ / CONTENTS

- 04 / ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ / WELCOMING ADDRESS**
- 06 / ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ / COMMITTEES OF THE CONGRESS**
- 08 / ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ / SCIENTIFIC PROGRAMME**
- 22 / ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ
FACULTY - SPEAKERS' AND COMMENTATORS' LIST**
- 37 / ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ / ACKNOWLEDGEMENTS**
- 38 / ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ / GENERAL INFORMATION**
- 43 / ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ**
- 80 / ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ**

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ

Αγαπητή/έ Συνάδελφε

Βρίσκομαι στην ευχάριστη θέση να σας προσκαλέσω στο 4ο Συνέδριο Επεμβατικής Καρδιολογίας και Ηλεκτροφυσιολογίας (Innovations in Interventional Cardiology and Electrophysiology), που διοργανώνει η Καρδιολογική Εταιρεία Βορείου Ελλάδος και θα διεξαχθεί στις 24-26 Νοεμβρίου 2011 στο ξενοδοχείο Electra Palace στη Θεσσαλονίκη.

Μετά τη μεγάλη επιτυχία των τριών προηγούμενων συνεδρίων, πιστεύω ότι και το 2011 το Συνέδριό μας θα έχει ακόμα μεγαλύτερη ανταπόκριση, όχι μόνο από τους καρδιολόγους της Βορείου Ελλάδος αλλά και από όλους τους Έλληνες καρδιολόγους, και θα στεφθεί με ακόμα μεγαλύτερη επιτυχία.

Σκοπός του Συνεδρίου είναι να παρουσιαστούν οι πιο πρόσφατες και σημαντικές εξελίξεις στην Επεμβατική Καρδιολογία και Ηλεκτροφυσιολογία από διακεκριμένους ομιλητές, με ιδιαίτερη έμφαση στη χρησιμότητά τους στην καθημερινή κλινική πράξη, ώστε να είναι ιδιαίτερα χρήσιμες και στους μη επεμβατικούς καρδιολόγους. Τα θέματα που θα αναπτυχθούν θα αφορούν τις φαρμακολογικές παρεμβάσεις, τις νεώτερες εξελίξεις στις παρεμβατικές τεχνικές και τη διαδερμική τοποθέτηση καρδιακών βαλβίδων, τις συσκευές υποστήριξης του κυκλοφορικού, την κλινική σημασία των διάφορων αρρυθμιών και την επεμβατική θεραπεία τους κ.α.

Με ιδιαίτερη χαρά σας προσκαλώ να παρακολουθήσετε τις εργασίες του Συνεδρίου μας.

Με εκτίμηση,

Παράσχος Γκελερής

Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ

Πρόεδρος ΚΕΒΕ

WELCOMING ADDRESS

Dear Colleague

It is with great pleasure to invite you to the 4th Congress of Interventional Cardiology and Electrophysiology, which is organized by the Cardiological Society of Northern Greece and will be held from 24th to 26th November 2011 at Electra Palace Hotel in Thessaloniki, Greece.

I believe, on the account of the success of our three previous Congresses, that this one will have an even greater one. We are expecting cardiologists not only from Northern Greece but also from all over Greece to actively participate in the Congress.

The aim of the Congress is to present the most recent and important developments in Interventional Cardiology and Electrophysiology by distinguished speakers from Greece and abroad. Emphasis will be given to the use of these developments in the every day clinical practice, so that they can also be useful to the non-interventional cardiologists. Topics will include pharmacologic interventions, new improvements in interventional techniques, percutaneous valve placement, circulatory support devices, arrhythmias and their interventional treatment.

I cordially invite you to participate and follow the various activities of our Congress.

Yours Sincerely,

P. Geleris

Professor of Cardiology

President of the Cardiological Society of Northern Greece

ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΚΕΒΕ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Π. Γκελερής

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ

Γ. Μπομπότης

ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

Χ. Καρβούνης

ΕΙΔ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

Ι. Κανονίδης

ΤΑΜΙΑΣ

Ν. Φραγκάκης

ΜΕΛΗ

Ι. Ζαρίφης

Δ. Κετίκογλου

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Π. Γκελερής

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΙ

Γ. Μπομπότης

Γ. Παρχαρίδης

ΜΕΛΗ

Β. Βασιλικός

Ι. Ζαρίφης

Ι. Κανονίδης

Γ. Σιάνος

Ν. Φραγκάκης

Σ. Χατζημιλιτιάδης

Ε. Χατζηνικολάου – Κοτσάκου

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Π. Γκελερής

ΜΕΛΗ

Π. Αβρααμίδης

Β. Βασιλικός

Ι. Βογιατζής

Κ. Βολουδάκης

Γ. Γιαννόγλου

Κ. Γκατζούλης

Ι. Γουδέβενος

Τ. Δαδούς

Μ. Εφραιμίδης

Ι. Ζαρίφης

Α. Ζιάκας

Γ. Θεοδωράκης

Ι. Καλλικάζαρος

Ι. Κανονίδης

6

Ι. Καπρίνης

Χ. Καρβούνης

Δ. Κατρίτσης

Γ. Κατσαρής

Α. Κατσιβας

Α. Κελέκης

Χ. Κυρπιζίδης

Σ. Κωνσταντινίδης

Χ. Λιόλιος

Α. Μαγγίνας

Α. Μανώλης

Α.-Δ. Μαυρογιάννη

Λ. Μόσιαλος

Σ. Μόχλιας

Γ. Μπομπότης

Γ. Μπουντώνας

Ι. Νανάς

Γ. Παρχαρίδης

Γ. Παυλίδης

Β. Πυργάκης

Γ. Σακαντάμης

Γ. Σιάνος

Β. Σκέμπερης

Ι. Σκουλαρίγκης

Α. Σπανός

Κ. Σπάργιας

Δ. Στάκος

Β. Στραβέλας

Ι. Γ. Στυλιάδης

Ι.Χ. Στυλιάδης

Δ. Συμεωνίδης

Δ. Τζιακάς

Κ. Τζίμας

Κ. Τούτουζας

Φ. Τρουποσκιάδης

Μ. Τσελεντάκης

Ι. Τσούνος

Ν. Φραγκάκης

Σ. Χατζημιλιτιάδης

Ε. Χατζηνικολάου-Κοτσάκου

COMMITTEES OF THE CONGRESS

BOARD OF CARDIOLOGIC SOCIETY OF NORTHERN GREECE

PRESIDENT

P. Geleris

VICE PRESIDENT

G. Bompotis

GEN. SECRETARY

Ch. Karvounis

SPEC. SECRETARY

I. Kanonidis

TREASURER

N. Fragakis

MEMBERS

I. Zarifis

D. Ketikoglou

SCIENTIFIC COMMITTEE

PRESIDENT

P. Geleris

MEMBERS

P. Avraamidis

G. Bompotis

G. Boudonas

S. Hadjimiltiades

E. Chatzinikolaou-Kotsakou

G. Dadoush

M. Efremidis

N. Fragakis

K. Gatzoulis

G. Giannoglou

I. Goudevenos

I. Kallikazaros

I. Kanonidis

I. Kaprinis

Ch. Karvounis

D. Katritsis

G. Katsaris

A. Katsivas

A. Kelekis

Ch. Kyrpizidis

S. Konstantinidis

Ch. Liolios

A. Manginas

A. Manolis

A.-D. Mavrogianni

S. Mochlas

L. Mosialos

I. Nanas

G. Parcharidis

G. Paulidis

V. Pyrgakis

G. Sakantamis

G. Sianos

V. Skeberis

I. Skoularigis

A. Spanos

K. Spargias

D. Stakos

V. Stravelas

I. G. Styliadis

I. Ch. Styliadis

D. Symeonidis

G. Theodorakis

K. Toutouzas

F. Tryposkiadis

M. Tselentakis

I. Tsounos

D. Tziakas

K. Tzimas

V. Vassilikos

I. Vogiatzis

K. Vodoulakis

I. Zarifis

A. Ziakas

ORGANIZING COMMITTEE

PRESIDENT

P. Geleris

VICE PRESIDENTS

G. Bompotis

G. Parcharidis

MEMBERS

S. Hadjimiltiades

E. Chatzinikolaou-Kotsakou

N. Fragakis

I. Kanonidis

G. Sianos

V. Vassilikos

I. Zarifis

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ / SCIENTIFIC PROGRAMME

ΠΕΜΠΤΗ 24 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2011 / THURSDAY 24 NOVEMBER 2011

18:00-19:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ / ROUND TABLE

Η διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση σε ειδικές υποομάδες ασθενών
Percutaneous coronary intervention in special subgroups of patients

Πρόεδροι / Chairpersons: **I. Κανονίδης, I. Καπρίνης /
I. Kanonidis, I. Kaprinis**

Νόσος στελέχους και πολυαγγειακή νόσος
Left main and multivessel coronary artery disease

X. Γραιίδης / Ch. Graidis

Σχολιαστής / Commentator: **Γ. Μπάμπας / G. Bampas**

Χρόνιες Ολικές Αποφράξεις
Chronic Total Occlusions

Π. Δάρδας / P. Dardas

Σχολιαστής / Commentator: **X. Παπαδόπουλος / Ch. Papadopoulos**

Σακχαρώδης Διαβήτης
Diabetes Mellitus

Λ. Μόσιαλος / L. Mosialos

Σχολιαστής / Commentator: **A. Καπετανόπουλος / A. Kapetanopoulos**

Νεφροπάθεια
Kidney Disease

Γ. Μόσχος / G. Moschos

Σχολιαστής / Commentator: **A. Σουργκούνης / A. Sourgounis**

Σχόλια – Επισημάνσεις – Ερωτήσεις
Comments-Remarks-Questions

19:30-20:00 ΠΡΟΣΦΩΝΗΣΕΙΣ / GREETINGS

Π. Γκελερής / P. Geleris

Πρόεδρος της Καρδιολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος
President of the Cardiological Society of Northern Greece

ΠΕΜΠΤΗ 24 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2011 / THURSDAY 24 NOVEMBER 2011

A. Εξαδάκτυλος / A. Exadaktylos

Πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης
President of the Medical Association of Thessaloniki

Κήρυξη των εργασιών του Συνεδρίου από τον Πρόεδρο της Ελληνικής
Καρδιολογικής Εταιρείας

Γ. Παρχαρίδης

Official opening of the Conference by the President of the Hellenic Society of
Cardiology **G. Parcharidis**

20:00-20:30 ΔΙΑΛΕΞΗ / LECTURE

Πρόεδρος / President: **Π. Γκελερής / P. Geleris**

Παρόν και μέλλον της επεμβατικής καρδιολογίας
Present and future of interventional cardiology

I. Καλλικάζαρος / I. Kallikazaros

Εκλεγμένος Πρόεδρος της Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας
Elect President of the Hellenic Cardiological Society

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ / SCIENTIFIC PROGRAMME

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 25 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2011 / FRIDAY 25 NOVEMBER 2011

09:00-10:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ / ROUND TABLE

Βελτιστοποίηση της αντιθρομβωτικής θεραπείας

Optimization of antithrombotic therapy

Πρόεδροι / Chairpersons: **I. Ζαρίφης, Δ. Κετίκογλου /**

I. Zarifis, D. Ketikoglou

Επεμβατική καρδιολογία

Interventional cardiology

Θ. Παπαδόπουλος / T. Papadopoulos

Σχολιαστής / Commentator: **Ε. Σιδόπουλος / E. Sidopoulos**

Αντίσταση στην αντιαιμοπεταλιακή αγωγή

Resistance to antiplatelet therapy

Δ. Πεντούσης / D. Pentusis

Σχολιαστής / Commentator: **Γ. Μαμαδάς / G. Mamadas**

Περιεπεμβατικό έμφραγμα του μυοκαρδίου και συσκευές προστασίας από εμβολή

Periprocedural myocardial infarction and embolic protection devices

Θ. Μπελεβεσλής / Th. Belevelis

Σχολιαστής / Commentator: **Φ. Οικονόμου / F. Economou**

Μη καρδιακό χειρουργείο: Προηγηθείσα και Προεγχειρητική, διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση

Noncardiac surgery: Previous and Preoperative, percutaneous coronary intervention

Δ. Ζιούτας / D. Zioutas

Σχολιαστής / Commentator: **Θ. Γκούτζιος / T. Goutzios**

Σχόλια – Επισημάνσεις – Ερωτήσεις

Comments-Remarks-Questions

10:30-10:45 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ / BREAK

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 25 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2011 / FRIDAY 25 NOVEMBER 2011

10:45-12:15 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ / ROUND TABLE

Συγκοπή

Syncope

Πρόεδροι / Chairpersons: **B. Βασιλικός, Γ. Σακαντάμης / V. Vassilikos, G. Sakantamis**

Συγκοπή στην καρδιακή ανεπάρκεια. Εκτίμηση και θεραπεία

Syncope in heart failure patients: how to judge and treat

Σ. Παρασκευαΐδης / S. Paraskevaïdis

Σχολιαστής / Commentator: **I. Τσούνος / I. Tsounos**

Συγκοπή στους αθλητές. Κριτική προσέγγιση

Syncope in athletes. Critical approach

N. Γκουζούμας / N. Gouzoumas

Σχολιαστής / Commentator: **E. Παγκουρέλιας / E. Pagkourelias**

Εμφυτεύσιμο Holter για διερεύνηση συγκοπής αγνώστου αιτιολογίας.

Πότε πρέπει να εμφυτεύεται;

Implantable loop recorder for unexplained syncope. When to implant?

N. Φραγκάκης / N. Fragakis

Σχολιαστής / Commentator: **I. Γ. Στυλιάδης / I. G. Styliadis**

Θεραπεία νευροκαρδιογενούς συγκοπής. Τι υποστηρίζουν τα νεώτερα δεδομένα;

Therapy for Neurocardiogenic syncope. What current data support?

B. Σκέμπερης / V. Skeberis

Σχολιαστής / Commentator: **H. Ζάρβαλης / I. Zarvalis**

Σχόλια – Επισημάνσεις – Ερωτήσεις

Comments-Remarks-Questions

12:15-12:30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ / BREAK

12:30-13:00 ΔΙΑΛΕΞΗ ΗΛΕΚΤΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ

Πρόεδρος / Chairperson: **Δ. Κατρίτσης / D. Katritsis**

Αναίμακτη διαστρωμάτωση κινδύνου εμφάνισης κολπικής μαρμαρυγής

Bloodless stratify risk of atrial fibrillation

B. Βασιλικός / V. Vassilikos

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ / SCIENTIFIC PROGRAMME

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 25 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2011 / FRIDAY 25 NOVEMBER 2011

13.00-14.30 ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΗΛΕΚΤΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ / SEMINAR IN ELECTROPHYSIOLOGY

Πρόεδροι / Chairpersons: **Σ. Μόχλας, Ι. Τσουνος / S. Mochlas, I. Tsounos**

Βασικές αρχές Ηλεκτροφυσιολογίας / **Β. Σκέμπερης**
Basic principles of Electrophysiology / **B. Skeberis**

Οργάνωση Εργαστηρίου Ηλεκτροφυσιολογίας. Τι απαιτείται; /
Μ. Κωνσταντινίδου
Electrophysiology Workshop Organisation. What is required? /
M. Konstantinidou

Ενδείξεις ηλεκτροφυσιολογικής μελέτης / **Τ. Δαδούς**
Electrophysiology study indications / **G. Dadoush**

Παραδείγματα τυπικών ηλεκτροφυσιολογικών μελετών / **Ν. Φραγκάκης**
Examples of typical electrophysiological studies / **N. Fragakis**

Σχόλια – Επισημάνσεις – Ερωτήσεις
Comments-Remarks-Questions

14:30-15:00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ/ BREAK

**15:00-17:00 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΗΛΕΚΤΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ
ELECTROPHYSIOLOGY – PAPERS PRESENTATION**

Πρόεδροι / Chairpersons: **Σ. Παρασκευαΐδης, Κ. Πολυμερόπουλος /
S. Paraskevaidis, K. Polimeropoulos**

**17:00-18:30 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ
INTERVENTIONAL CARDIOLOGY-CASES PRESENTATION**

Πρόεδροι / Chairpersons: **Α. Σπανός, Μ. Τσελεντάκης / A. Spanos,
M. Tselentakis**

1 / Καθοδηγούμενη με OCT εκτίμηση ενδείξεως για PCI **Η. Αθανασιάδης /
Guided by OCT assessment of indication for PCI I. Athanasiadis**

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 25 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2011 / FRIDAY 25 NOVEMBER 2011

2 / Η χρήση του rotablation σε μη διατάσιμες και μη προσβάσιμες στενώσεις
Π. Δάρδας / Rotablation in balloon undilatable and balloon inaccessible lesions
P. Dardas

3 / Αυτόματος διαχωρισμός του στελέχους σε ασθενή με καρδιογενή καταπληξία **Δ. Δημητριάδης / Spontaneous left main dissection complicating with cardiogenic shock. Fighting with a catastrophe** **D. Dimitriadis**

4 / Επιτυχής αντιμετώπιση ασθενούς με σοβαρού βαθμού συμπτωματική στένωση αορτής και σοβαρού βαθμού στομιακή στένωση προσθίου κατιόντος με βαλβιδοπλαστική και αγγειοπλαστική **Α. Ζιάκας, Σ. Χατζημιλιτιάδης, Γ. Καζινάκης, Β. Καμπερίδης, Λ. Λίλλης, Α. Σαραφίδου, Ι. Στυλιάδης / Successful treatment of severe aortic stenosis and ostial left anterior descending artery disease with balloon valvuloplasty and percutaneous coronary intervention** **A. Ziakas, S. Hadjimiliadias, G. Kazinakis, V. Kamperidis, L. Lillis, A. Sarafidou, I. Styliadis**

5 / Μια ασυνήθιστη περίπτωση περικαρδιακής συλλογής: από τα επείγοντα στο...χειρουργείο **Μ. Κοζυράκης, Π. Γιαννακοπούλου, Ν. Μπολιεράκης, Ζ. Κατσαρέ, Α. Καλέση, Ι. Ζαρίφης, Κ. Τζήμας / An unusual case of pericardial effusion: from emergency to...surgery** **M. Kozirakis, P. Giannakopoulou, N. Bolierakis, Z. Katsare, A. Kalesi, I. Zarifis, K. Tzimas**

6 / Διαδερμική Στεφανιαία Παρέμβαση (ΔΣΠ) στο στέλεχος και σε δύο γηγενή αγγεία σε δις αποφραγέν μόσχευμα αριστεράς έσω μαστικής αρτηρίας **Γ. Μαμαδάς, Ν. Καραδημήτρας / Percutaneous Coronary Intervention (PCI) in LMCA and two native Vessels in a twice previously occluded LIMA graft** **G. Mamadas, N. Karadimitras**

7 / Πρωτογενής αγγειοπλαστική. Εκπλήξεις στην ανεύρεση της υπεύθυνης αρτηρίας **Δ. Στάκος, Δ. Τζιακάς, Σ. Κωνσταντινίδης / Surprises in infract - related artery (-ies) in primary PCI** **D. Stakos, D. Tziakas, S. Konstantinidis**

Σχόλια – Επισημάνσεις – Ερωτήσεις
Comments-Remarks-Questions

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ / SCIENTIFIC PROGRAMME

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 25 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2011 / FRIDAY 25 NOVEMBER 2011

18:30-19:00 ΔΙΑΛΕΞΗ / LECTURE

Πρόεδρος / Chairperson: **Γ. Παυλίδης / G. Pavlidis**

Θρόμβωση των στεφανιαίων προθέσεων
Stent thrombosis

Σ. Χατζημιλιτιάδης / S. Hadjimiltiades

19:00-19:15 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ / BREAK

19:15-20:45 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ / ROUND TABLE

Κολπική Μαρμαρυγή
Atrial Fibrillation

Πρόεδροι / Chairpersons: **Δ. Κατρίτσης, Α. Μανώλης /
D. Katritsis, A. Manolis**

Φαρμακευτική ανάταξη σε ασθενείς που ήδη λαμβάνουν αντιαρρυθμική αγωγή.
Πόσο ασφαλής και αποτελεσματική είναι;
Pharmacological cardioversion in patients already on antiarrhythmic drugs.
How safe and effective it is?

Ε. Χατζηνικολάου - Κοτσάκου / E. Chatzinikolaou - Kotsakou

Σχολιαστής / Commentator: **Β. Σκέμπερης / V. Skeberis**

Ο ρόλος της ηλικίας, της διάρκειας της κολπικής μαρμαρυγής, του μεγέθους του αρ. κόλπου και των συνυπαρχουσών καρδιαγγειακών παθήσεων στην επιλογή των ασθενών για κατάλυση κολπικής μαρμαρυγής
The role of age, arrhythmia duration, left atrial size and concomitant cardiovascular disease in patient selection for AF ablation

Μ. Εφραιμίδης / M. Efremidis

Σχολιαστής / Commentator: **Σ. Παρασκευαΐδης / S. Paraskevaïdis**

Υποτροπή κολπικής μαρμαρυγής μετά από την επέμβαση κατάλυσης.
Επανάληψη της κατάλυσης, φάρμακα ή χειρουργική επέμβαση;
What is the best approach in case of AF recurrence following AF ablation.
Repeat ablation, antiarrhythmic drugs or surgery?

Δ. Κατρίτσης / D. Katritsis

Σχολιαστής / Commentator: **Κ. Λέτσας / K. Letsas**

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 25 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2011 / FRIDAY 25 NOVEMBER 2011

Αντιπηκτική αγωγή σε ασθενείς με κολλική μαρμαρυγή. Ποια τα νέα δεδομένα;
Anticoagulation in patients with atrial fibrillation: What's new?

I. Βογιατζής / I. Vogiatzis

Σχολιαστής / Commentator: **Σ. Σαββάτης / S. Savatis**

Σχόλια – Επισημάνσεις – Ερωτήσεις

Comments-Remarks-Questions

20:45-21:15 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ / SATELLITE LECTURE

Με την ευγενική χορηγία της εταιρείας **SANOFI AVENTIS**

Sponsored by **SANOFI AVENTIS**

Πρόεδρος / Chairperson: **Γ. Παρχαρίδης / G. Parcharidis**

Η συμμόρφωση στην αντιαιμοπεταλιακή αγωγή ως παράγοντας βελτίωσης
της καρδιαγγειακής προστασίας / Compliance on Antiplatelet therapy as
improvement factor of cardiovascular protection

Σ. Παρασκευαΐδης / S. Paraskevaïdis

ΣΑΒΒΑΤΟ 26 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2011 / SATURDAY 26 NOVEMBER 2011

09:00-10:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ / ROUND TABLE

Εμφυτεύσιμες Συσκευές

Devices

Πρόεδροι / Chairpersons: **Κ. Γκατζούλης, Μ. Εφραιμίδης /
Κ. Gatzoulis, M. Efremidis**

Ασυμπτωματικός ασθενής με διαταραχές αγωγής: Πρόγνωση και θεραπεία
Asymptomatic patient with conduction disturbances: Prognosis and treatment

Η. Ζάρβαλης / I. Zarvalis

Σχολιαστής / Commentator: **Π. Κλιγκάτζης / P. Kligatzis**

Εκφορτίσεις εμφυτευμένου απινιδωτή: επίδραση στη νοσηρότητα και θνητότητα
ICD shocks: impact on morbidity and mortality

Κ. Γκατζούλης / K. Gatzoulis

Σχολιαστής / Commentator: **Κ. Πολυμερόπουλος / K. Polymeropoulos**

Είναι το κλάσμα εξώθησης αρκετό για την απόφαση εμφύτευσης απινιδωτή;
Is LVEF enough to decide for ICD implantation?

Β. Βασιλικός / V. Vassilikos

Σχολιαστής / Commentator: **Α. Μαχτοπούλου / E. Machtropoulou**

Κριτική προσέγγιση των νέων ενδείξεων για εμφύτευση αμφικολιακών συσκευών
Critical interpretation of new CRT Indications

Θ. Μαούνης / T. Maounis

Σχολιαστής / Commentator: **Π. Γιαννακοπούλου / P. Giannakopoulou**

Σχόλια – Επισημάνσεις – Ερωτήσεις

Comments-Remarks-Questions

10:30-10:45 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ / BREAK

ΣΑΒΒΑΤΟ 26 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2011 / SATURDAY 26 NOVEMBER 2011

10:45-12:15 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ / ROUND TABLE

Δομικά καρδιακά νοσήματα-Διαδερμική αντιμετώπιση
Structural heart diseases – Transcatheter interventions

Πρόεδροι / Chairpersons: **Π. Αβρααμίδης, Χ. Καρβούνης /
P. Avraamidis / Ch. Karvounis**

Εμφύτευση αορτικής βαλβίδας μέσω καθετήρα
Transcatheter Aortic Valve Implantation

Κ. Σπάργιας / K. Spargias

Σχολιαστής / Commentator: **Α. Ζιάκας / A. Ziakas**

Διαδερμική σύγκλειση ανοικτού ωοειδούς τρήματος και μεσοκοιλιακού ελλείμματος
Percutaneous closure of PFO and ASD

Δ. Τσικαδέρης / D. Tsikaderis

Σχολιαστής / Commentator: **Θ. Ζαγκλαβάρια / T. Zaglavara**

Διαδερμική επιδιόρθωση της μιτροειδούς βαλβίδας
Transcatheter mitral valve repair

Γ. Παυλίδης / G. Pavlidis

Σχολιαστής / Commentator: **Γ. Κρασόπουλος / G. Krasopoulos**

Μη επεμβατική απεικόνιση

Non-invasive imaging

Β. Νινιός / V. Ninios

Σχολιαστής / Commentor: **Χ. Μπασαγιάννης / C. Basagiannis**

Σχόλια – Επισημάνσεις – Ερωτήσεις

Comments-Remarks-Questions

12:15-12:45 ΔΙΑΛΕΞΗ ΗΛΕΚΤΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ

Πρόεδρος / President: **Π. Γκελερής / P. Geleris**

Πρωτογενής αγγειοπλαστική και κοιλιακές ταχυαρρυθμίες: τρέχουσα αντιμετώπιση
Primary PCI and ventricular tachyarrhythmias: current management

Α. Μανώλης / A. Manolis

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ / SCIENTIFIC PROGRAMME

ΣΑΒΒΑΤΟ 26 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2011 / SATURDAY 26 NOVEMBER 2011

12:45-13:00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ / BREAK

**13:00-14:30 ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ /
SEMINAR IN INTERVENTIONAL CARDIOLOGY**

Πρόεδροι / Presidents: **B. Πυργάκης, Κ. Τούτουζας /
V. Pyrgakis, K. Toutouzas**

Πρωτογενής διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση
Primary coronary intervention

I. Ζαρίφης / I. Zarifis

Επαναστένωση στην εποχή των DES. Μηχανισμοί, θεραπεία
Restenosis in the DES era. Mechanics and treatment

A. - Δ. Μαυρογιάννη / A. - D. Mavrogianni

Συσκευές υποβοήθησης στις διαδερμικές στεφανιαίες παρεμβάσεις
Support devices in percutaneous coronary interventions

A. Μαγγίνας / A. Maginas

Τεχνικά χαρακτηριστικά ενδοστεφανιαίων προθέσεων (stents) / **Γ. Μπομπότης**
Technical characteristics of coronary prostheses (stents) / **G. Bompotis**

Σχόλια – Επισημάνσεις – Ερωτήσεις
Comments-Remarks-Questions

14:30-15:00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ / BREAK

ΕΛΑΦΡΥ ΓΕΥΜΑ / LIGHT LUNCH

Με την ευγενική χορηγία της εταιρείας **BARD ΕΛΛΑΣ**

Sponsored by **BARD HELLAS**

**15:00-17:00 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΟΥ /
HEMODYNAMICS - PAPERS PRESENTATION**

Πρόεδροι / Chairpersons: **B. Στραβέλας, Γ. Καζινάκης /
V. Stravelas, G. Kazinakis**

ΣΑΒΒΑΤΟ 26 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2011 / SATURDAY 26 NOVEMBER 2011

17.00-18:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ / ROUND TABLE

Κληρονομικά Αρρυθμολογικά Σύνδρομα
Hereditary Arrhythmogenic Syndromes

Πρόεδροι / Chairpersons: **N. Φραγκάκης, E. Χατζηνικολάου - Κοτσάκου /
N. Fragakis, E. Chatzinikolaou - Kotsakou**

Θεραπεία ασυμπτωματικού μακρού QT συνδρόμου
Treatment of asymptomatic long QT syndrome

K. Πολυμερόπουλος / K. Polimeropoulos

Σχολιαστής / Commentator: **Γ. Δάκος / G. Dakos**

Θεραπεία ασυμπτωματικού συνδρόμου Brugada
Treatment of asymptomatic Brugada syndrome

I. Τσούνος / I. Tsounos

Σχολιαστής / Commentator: **K. Λέτσας / K. Letsas**

Διάκριση κακοήθους από καλόηθες κύματος J
Distinguishing malignant from benign J-wave

K. Λέτσας / K. Letsas

Σχολιαστής / Commentator: **Θ. Μαούνης / T. Maounis**

Αρρυθμίες στις γυναίκες. Τι ιδιαίτερο;
Arrhythmias in women. What's special?

M. Κωνσταντινίδου / M. Konstantinidou

Σχολιαστής / Commentator: **Π. Κυριάκου / P. Kiriakou**

Σχόλια - Επισημάνσεις - Ερωτήσεις
Comments - Remarks - Questions

18:30-19:00 ΔΙΑΛΕΞΗ / LECTURE

Πρόεδρος / Chairperson: **Γ. Μπομπότης / G. Bompotis**

Ευάλωτη πλάκα
Vulnerable plaque

K. Τούτουζας / K. Toutouzas

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ / SCIENTIFIC PROGRAMME

ΣΑΒΒΑΤΟ 26 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2011 / SATURDAY 26 NOVEMBER 2011

19:00-19:15 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ / BREAK

19:15-20:45 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ / ROUND TABLE

Απεικονιστικές Τεχνικές / Φυσιολογία των στεφανιαίων αγγείων
Imaging techniques – Physiology of coronary arteries

Πρόεδροι / Chairpersons: **Π. Γκελερής, Φ. Μανούδης /
P. Geleris, F. Manoudis**

Προσδιορισμός κλάσματος στεφανιαίας εφεδρείας ροής
Assessment of coronary flow reserve

Ε. Ρέππας / E. Reppas

Σχολιαστής / Commentator: **Φ. Μανούδης / F. Manoudis**

Οπτική συνεκτική τομογραφία
Optical coherence tomography

Η. Αθανασιάδης / I. Athanasiadis

Σχολιαστής / Commentator: **Κ. Τούτουζας / K. Toutouzas**

Ενδοστεφανιαία ηχωκαρδιογραφία
Intracoronary ultrasound

Α. Ζιάκας / A. Ziakas

Σχολιαστής / Commentator: **Γ. Αηδονίδης / G. Aidonidis**

Πολυτομική αξονική στεφανιογραφία
Mult-slice CT Coronary angiography

Α. Κελέκης / A. Kelekis

Σχολιαστής / Commentator: **Β. Νινιός / V. Ninios**

Σχόλια – Επισημάνσεις – Ερωτήσεις
Comments-Remarks-Questions

**20:45-21:00 ΛΗΞΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ –ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ /
CLOSING – CONCLUDING REMARKS**

Π. Γκελερής / P. Geleris

Πρόεδρος της Καρδιολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος
President of Cardiological Society of Northern Greece

**ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ
ΠΡΟΕΔΡΟΙ / ΟΜΙΛΗΤΕΣ /
ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ**

**FACULTY, SPEAKERS'
AND COMMENTATORS
LIST**

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ / ΟΜΙΛΗΤΕΣ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ FACULTY, SPEAKERS' AND COMMENTATORS LIST

Γ. Αηδονίδης

Καρδιολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Επιστημονικός Συνεργάτης,
Β΄ Καρδιολογική Κλινική Α.Π.Θ., Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

G. Aidonidis

Cardiologist, PhD, Aristotle University of Thessaloniki, Scientific Associate, Second
Cardiology Department, Hippokration General Hospital, Thessaloniki

Η. Αθανασιάδης

Επεμβατικός Καρδιολόγος, «Euromedica» Γενική Κλινική, Θεσσαλονίκη

I. Athanasiadis

Interventional Cardiologist, "Euromedica" General Clinic, Thessaloniki

Dr. Π. Αβρααμίδης

BSc (Hons), MBBS (Lond), FRCP (Lond), FRCP (Edin), MRCPI, FESC, FSCAI, FACC, Πρόεδρος
Καρδιολογικής Εταιρείας Κύπρου, Πρόεδρος Ομάδας Εργασίας Επεμβατικής Καρδιολογίας
Κύπρου, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού, Κύπρος

Dr. P. Avraamides

BSc (Hons), MBBS (Lond), FRCP (Lond), FRCP (Edin), MRCPI, FESC, FSCAI, FACC, President,
Cyprus Society of Cardiology, President of the Cyprus Working Group on Interventional
Cardiology, Director, Cardiology Department, Limassol General Hospital, Cyprus

Β. Βασιλικός

Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας Α.Π.Θ., Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

V. Vassilikos

Associate Professor of Cardiology, Aristotle University of Thessaloniki, First Cardiology
Department, AHEPA General University Hospital, Thessaloniki

Ι. Βογιατζής

Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας

I. Vogiatzis

Cardiologist, Director of Cardiology Department, Veroia General Hospital

Π. Γιαννακοπούλου

Καρδιολόγος, Επιμελήτρια Β΄, Β΄ Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου»,
Θεσσαλονίκη

P. Giannakopoulou

Cardiologist, Registrar, Second Cardiology Department, "G. Papanikolaou" General Hospital,
Thessaloniki

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ / ΟΜΙΛΗΤΕΣ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ FACULTY, SPEAKERS' AND COMMENTATORS LIST

Κ. Γκατζούλης

Καρδιολόγος, Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Ιπποκράτειο, Αθήνα

K. Gatzoulis

Cardiologist, Associate Professor of Cardiology, University of Athens, Hippokration General Hospital, Athens

Π. Γκελερής

Καθηγητής Καρδιολογίας Α.Π.Θ., Διευθυντής Γ΄ Καρδιολογικής Κλινικής, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

P. Geleris

Professor of Cardiology, Aristotle University of Thessaloniki, Director of the Third Cardiology Department, Hippokration General Hospital, Thessaloniki

Ν. Γκουζούμας

Καρδιολόγος, Διδάκτωρ Α.Π.Θ., Επιμελητής Α΄, Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Γ. Γεννηματάς», Θεσσαλονίκη

N. Gouzoumas

Cardiologist, PhD, Aristotle University of Thessaloniki, Senior Registrar, Cardiology Department, "G. Gennimatas" General Hospital, Thessaloniki

Θ. Γκούτζιος

Καρδιολόγος, «Euromedica» Γενική Κλινική, Θεσσαλονίκη

T. Goutzios

Cardiologist, "Euromedica" General Clinic, Thessaloniki

Χ. Γραϊδης

Επεμβατικός Καρδιολόγος, Κλινική Euromedica «Κυανούς Σταυρός», Θεσσαλονίκη

C. Graidis

Interventional Cardiologist, Euromedica "Kyanous Stavros" General Hospital, Thessaloniki

Τ. Δαδούς

Λέκτορας Καρδιολογίας Α.Π.Θ., Β΄ Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

G. Dadoush

Lecturer in Cardiology, Aristotle University of Thessaloniki, Second Cardiology Department, Hippokration General Hospital, Thessaloniki

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ / ΟΜΙΛΗΤΕΣ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ FACULTY, SPEAKERS' AND COMMENTATORS LIST

Γ. Δάκος

Καρδιολόγος, Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

G. Dakos

Cardiologist, First Cardiologist Department, AHEPA General University Hospital, Thessaloniki

Π. Δάρδας

Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διευθυντής, Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

P. Dardas

Interventional Cardiologist, Director, Cardiovascular Laboratory, St. Luke's Hospital, Thessaloniki

Δ. Δημητριάδης

Επεμβατικός Καρδιολόγος, Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Κλινική Euromedica - «Κυανούς Σταυρός», Θεσσαλονίκη

D. Dimitriadis

Interventional Cardiologist, Cardiovascular Laboratory, Euromedica - "Kyanous Stavros" General Hospital, Thessaloniki

Α. Εξαδάκτυλος

Πλαστικός Χειρουργός, Διδάκτωρ Α.Π.Θ., Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης, Υπεύθυνος του τμήματος Πλαστικής Χειρουργικής, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

A. Exadaktilos

Plastic Surgeon, PhD, Aristotle University of Thessaloniki, President of the Medical Association of Thessaloniki, Responsible of the Plastic Surgery Department, St. Luke's Hospital, Thessaloniki

Μ. Εφραιμίδης

Καρδιολόγος, Επιμελητής Α΄, Β΄ Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

M. Efremidis

Cardiologist, Senior Registrar, Second Cardiology Department, "Evangelismos" General Hospital, Athens

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ / ΟΜΙΛΗΤΕΣ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ FACULTY, SPEAKERS' AND COMMENTATORS LIST

Θ. Ζαγκλαβάρα

Καρδιολόγος, Διδάκτωρ Α.Π.Θ., Υπεύθυνη Τμήματος Ηχωκαρδιογραφίας, Κλινική Euromedica - «Κυανούς Σταυρός», Θεσσαλονίκη

T. Zaglavara

Cardiologist, PhD, Responsible of Echocardiography Department, Euromedica - "Kyanous Stavros" General Hospital, Thessaloniki

Η. Ζάρβαλης

Καρδιολόγος, Επιμελητής Α', Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

I. Zarvalis

Cardiologist, Senior Registrar, Cardiology Department, "Papageorgiou" General Hospital, Thessaloniki

Ι. Ζαρίφης

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

I. Zarifis

Cardiologist, Director, First Cardiology Department, "G. Papanikolaou" General Hospital, Thessaloniki

Α. Ζιάκας

Καρδιολόγος, Επίκουρος Καθηγητής Α.Π.Θ., Α' Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

A. Ziakas

Cardiologist, Assistant Professor of Cardiology, Aristotle University of Thessaloniki, First Cardiology Department, AHEPA General University Hospital, Thessaloniki

Δ. Ζιούτας

FESC, Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διδάκτωρ Α.Π.Θ., Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

D. Zioutas

PhD, FESC, Interventional Cardiologist, St. Luke's Hospital, Thessaloniki

Dr. Γ. Καζινάκης

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

Dr. G. Kazinakis

Cardiologist, NHS Director, First Cardiology Department, AHEPA General University Hospital, Thessaloniki

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ / ΟΜΙΛΗΤΕΣ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ FACULTY, SPEAKERS' AND COMMENTATORS LIST

A. Καλέση

Ειδικευόμενη Καρδιολογίας, Β' Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

A. Kalesi

Resident in Cardiology, Second Cardiology Department, "G. Papanikolaou" General Hospital, Thessaloniki

I. Καλλικάζαρος

Καρδιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικού Τμήματος, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Αθήνα

I. Kallikazaros

Cardiologist, Coordinator Director, Cardiology Department, Hippokration General Hospital, Athens

I. Κανονίδης

Καθηγητής Καρδιολογίας Α.Π.Θ., Β' Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

I. Kanonidis

Professor of Cardiology, Aristotle University of Thessaloniki, Second Cardiology Department, Hippokration General Hospital, Thessaloniki

A. Καπετανόπουλος

MD, FACC, FESC, FSCAI, Επεμβατικός Καρδιολόγος, «Euromedica» - Γενική Κλινική, Θεσσαλονίκη

A. Karetanopoulos

MD, FACC, FESC, FSCAI, Interventional Cardiologist, "Euromedica" - General Clinic, Thessaloniki

I. Καπρίνης

Συντονιστής Διευθυντής, Β' Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

I. Kaprinis

Coordinator Director, Second Cardiology Department, "Papageorgiou" General Hospital, Thessaloniki

X. Καρβούνης

Καθηγητής Καρδιολογίας Α.Π.Θ., Α' Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

C. Karvounis

Professor of Cardiology, Aristotle University of Thessaloniki, First Cardiology Department, AHEPA General University Hospital, Thessaloniki

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ / ΟΜΙΛΗΤΕΣ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ FACULTY, SPEAKERS' AND COMMENTATORS LIST

Δ. Κατρίτσας

Διευθυντής Α΄ Καρδιολογικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών, Αθήνα, Consultant Cardiologist, St. Thomas' Hospital, London, UK

D. Katritsis

Director of the First Cardiology Department, Euroclinic, Athens, Consultant Cardiologist, St. Thomas' Hospital, London, UK

Α. Κελέκης

Ακτινολόγος, Λέκτορας Α.Π.Θ., Ακτινολογικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

A. Kelekis

Radiologist, Lecturer, Aristotle University of Thessaloniki, Radiology Department, AHEPA General University Hospital, Thessaloniki

Δ. Κετίκογλου

MD, PhD, FESC, Καρδιολόγος, Διευθυντής Στεφανιαίας Μονάδας & Ηχωκαρδιογραφίας, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

D. Ketikoglou

MD, PhD, FESC, Cardiologist, Director of the Coronary Care Unit & Echocardiography, Inter – Balkan Medical Center, Thessaloniki

Π. Κλιγκάτσας

Καρδιολόγος, Επιμελητής Α΄, Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Φλώρινας

P. Kligatsis

Cardiologist, Senior Registrar, Cardiology Department, Florina General Hospital

Γ. Κρασόπουλος

MD, PhD, MRCS (Eng), FRCS-CTh (Eng), Καρδιοχειρουργός, Διευθυντής, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

G. Krasopoulos

MD, PhD, MRCS (Eng), FRCS-CTh (Eng), Cardiac Surgeon, Director, St. Luke's Hospital, Thessaloniki

Π. Κυριάκου

Καρδιολόγος, Διδάκτωρ Α.Π.Θ., Καρδιολογικό Τμήμα, Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

I. Kyriakou

Cardiologist, PhD, Cardiology Department, Second Propedeutic Department of Internal Medicine, Aristotle University of Thessaloniki, Hippokration General Hospital, Thessaloniki

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ / ΟΜΙΛΗΤΕΣ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ FACULTY, SPEAKERS' AND COMMENTATORS LIST

Μ. Κωνσταντινίδου

Καρδιολόγος – Ηλεκτροφυσιολόγος, Θεσσαλονίκη

M. Konstantinidou

Cardiologist – Electrophysiologist, Thessaloniki

Κ. Λέτσας

Καρδιολόγος, Επιμελητής Β', Β' Καρδιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

K. Letsas

Cardiologist, Registrar, Second Cardiology Department, "Evangelismos" General Hospital, Athens

Α. Μαγγίνας

MD, FACC, FESC, Διευθυντής Καρδιολογικού Τμήματος και Επεμβατικής Καρδιολογίας, Νοσοκομείο Mediterraneo, Αθήνα

A. Manginas

MD, FACC, FESC, Director, Interventional Cardiology and Cardiology Department, Mediterraneo Hospital, Athens

Γ. Μαμαδάς

Καρδιολόγος, Κλινική Euromedica - «Κυανούς Σταυρός», Θεσσαλονίκη

G. Mamadas

Cardiologist, Euromedica - "Kyanous Stavros" General Hospital, Thessaloniki

Φ. Μανούδης

Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διδάκτωρ Α.Π.Θ., Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

F. Manoudis

Interventional Cardiologist, PhD, Aristotle University of Thessaloniki, Cardiovascular Laboratory, St. Luke's Hospital, Thessaloniki

Α. Μανώλης

Καθηγητής Καρδιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθυντής, Α' Καρδιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

A. Manolis

Professor of Cardiology, University of Athens, Director, First Cardiology Department, "Evangelismos" General Hospital, Athens

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ / ΟΜΙΛΗΤΕΣ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ FACULTY, SPEAKERS' AND COMMENTATORS LIST

Θ. Μασούνης

MD, FACC, Καρδιολόγος, Επιμελητής Α΄, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα

T. Maounis

MD, FACC, Cardiologist, Senior Registrar, Onassis Cardiac Surgery Center, Athens

A.- Δ. Μαυρογιάννη

Επεμβατικός Καρδιολόγος, Β΄ Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

A. - D. Mavrogianni

Interventional Cardiologist, Second Cardiology Department, "G. Papanikolaou" General Hospital, Thessaloniki

A. Μαχτοπούλου

Καρδιολόγος, Επιστημονική Συνεργάτης, Β΄ Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

A. Machtopoulou

Cardiologist, Scientific Associate, Second Cardiology Department, Hippokration General Hospital, Thessaloniki

Λ. Μόσιαλος

Επεμβατικός Καρδιολόγος, Επιμελητής Α΄, Β΄ Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

L. Mosialos

Interventional Cardiologist, Senior Registrar, Second Cardiology Department, "Papageorgiou" General Hospital, Thessaloniki

Γ. Μόσχος

Επεμβατικός Καρδιολόγος, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

G. Moschos

Interventional Cardiologist, St. Luke's Hospital, Thessaloniki

Σ. Μόχλας

Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

S. Mochlas

Associate Professor of Cardiology, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ / ΟΜΙΛΗΤΕΣ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ FACULTY, SPEAKERS' AND COMMENTATORS LIST

Γ. Μπάμπας

Επεμβατικός Καρδιολόγος, «Euromedica» - Γενική Κλινική, Θεσσαλονίκη

G. Bampas

Interventional Cardiologist, "Euromedica" - General Clinic, Thessaloniki

Χ. Μπασαγιάννης

Ειδικός Καρδιολόγος

C. Basayiannis

Cardiologist

Θ. Μπελεβελής

Επεμβατικός Καρδιολόγος, 424 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο, Κλινική Άγιος Λουκάς, Θεσσαλονίκη

T. Belevselis

Interventional Cardiologist, 424 Army General Hospital, St. Luke's Hospital, Thessaloniki

Γ. Μπομπότης

Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διευθυντής, Καρδιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

G. Bompotis

Interventional Cardiologist, Director, Cardiology Department, "Papageorgiou" General Hospital, Thessaloniki

Β. Νινιός

Καρδιολόγος, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

V. Ninios

Cardiologist, St. Luke's Hospital, Thessaloniki

Φ. Οικονόμου

Καρδιολόγος, Επιμελητής Καρδιολογικής Κλινικής, 424 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Επιστημονικός Συνεργάτης Α΄ Καρδιολογικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

F. Economidou

Cardiologist, Registrar of Cardiology Department, 424 Army General Hospital of Thessaloniki, Scientific Associate of First Cardiology Department, AHEPA General University Hospital, Thessaloniki

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ / ΟΜΙΛΗΤΕΣ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ FACULTY, SPEAKERS' AND COMMENTATORS LIST

Ε. Παγκουρέλιας

Ειδικευόμενος Καρδιολογίας, Γ΄ Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

E. Pagkourelias

Resident in Cardiology, Third Cardiology Department, Hippokration General Hospital, Thessaloniki

Θ. Παπαδόπουλος

Επεμβατικός Καρδιολόγος, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

T. Papadopoulos

Interventional Cardiologist, Inter - Balkan Medical Center, Thessaloniki

Χ. Παπαδόπουλος

Λέκτορας Καρδιολογίας Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

C. Papadopoulos

Lecturer of Cardiology, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki

Σ. Παρασκευαΐδης

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

S. Paraskevaidis

Cardiologist, NHS Director, First Cardiology Department, AHEPA General University Hospital, Thessaloniki

Γ. Παρχαρίδης

Καθηγητής Καρδιολογίας, Πρόεδρος Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας, Θεσσαλονίκη

G. Parcharidis

Professor of Cardiology, President of the Hellenic Cardiological Society, Thessaloniki

Γ. Παυλίδης

MD, FACC, FESC, Διευθυντής Α΄ Καρδιολογικού Τμήματος, Συντονιστής Καρδιολογικού Τομέα, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα

G. Pavlides

MD, FACC, FESC, Director of the First Cardiology Department, Coordinator of Cardiology Sector, Onassis Cardiac Surgery Center, Athens

Δ. Πεντούσης

Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διαβαλκανικό Ιατρικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

D. Pentousis

Interventional Cardiologist, Inter – Balkan Medical Center, Thessaloniki

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ / ΟΜΙΛΗΤΕΣ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ FACULTY, SPEAKERS' AND COMMENTATORS LIST

Κ. Πολυμερόπουλος

FACC, FESC, Καρδιολόγος, Διδάκτωρ Α.Π.Θ., Επιμελητής Β΄, Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Κ. Polimeropoulos

FACC, FESC, Cardiologist, Phd, Aristotle University of Thessaloniki, Registrar, First Cardiology Department, "G. Papanikolaou" General Hospital, Thessaloniki

Β. Πυργάκης

MD, FESC, FACC, Καρδιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

V. Pyrgakis

MD, FESC, FACC, Cardiologist, Coordinator Director of Cardiology Department, "G. Gennimatas" General Hospital, Athens

Ε. Ρέππας

Επεμβατικός Καρδιολόγος, Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

E. Reppas

Interventional Cardiologist, Cardiovascular Laboratory, St. Luke's Hospital, Thessaloniki

Σ. Σαββάτης

Καρδιολόγος, Διδάκτωρ Α.Π.Θ., Διευθυντής ΕΣΥ, Β΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

S. Savvatis

Cardiologist, PhD, Aristotle University of Thessaloniki, NHS Director, Second University Cardiology Department, Hippokration General Hospital, Thessaloniki

Γ. Σακαντάμης

Καθηγητής Καρδιολογίας Α.Π.Θ., Διευθυντής Β΄ Καρδιολογικής Κλινικής ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

G. Sakantamis

Professor of Cardiology, Aristotle University of Thessaloniki, Director of the Second University Cardiology Department, Hippokration General Hospital, Thessaloniki

Ε. Σιδόπουλος

Επεμβατικός Καρδιολόγος, Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, «Euromedica» - Γενική Κλινική, Θεσσαλονίκη

E. Sidopoulos

Interventional Cardiologist, Cardiovascular Laboratory, "Euromedica" - General Clinic, Thessaloniki

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ / ΟΜΙΛΗΤΕΣ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ FACULTY, SPEAKERS' AND COMMENTATORS LIST

Β. Σκέμπερης

Λέκτορας Καρδιολογίας Α.Π.Θ., Γ΄ Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

V. Skeberis

Lecturer in Cardiology, Aristotle University of Thessaloniki, Third Cardiology Department, Hippokration General Hospital, Thessaloniki

Α. Σουργκούνης

Επεμβατικός Καρδιολόγος, Επιμελητής, Καρδιολογική Κλινική, 424 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Κλινική Euromedica - «Κυανούς Σταυρός», Θεσσαλονίκη

A. Sourgounis

Interventional Cardiologist, Registrar, Cardiology Department, 424 Army General Hospital of Thessaloniki, Euromedica - "Kyanous Stavros" General Hospital, Thessaloniki

Α. Σπανός

Καρδιολόγος, Διευθυντής Α΄ Καρδιολογικής Κλινικής, Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα

A. Spanos

Cardiologist, Director, First Cardiology Department, Cardiovascular Laboratory, Athens Naval Hospital, Athens

Κ. Σπάργιας

MD, PhD, FESC, Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διευθυντής Τμήματος Διαδερμικών Βαλβίδων, Νοσοκομείο «ΥΓΕΙΑ», Αθήνα

K. Spargias

MD, PhD, FESC, Interventional Cardiology, THV Director, "Hygeia" Hospital, Athens

Δ. Στάκος

Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

D. Stakos

Assistant Professor of Cardiology, Democritus University of Thrace, Alexandroupoli

Β. Στραβέλας

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

B. Stravelas

Interventional Cardiologist, Director of the First Cardiology Department, "G. Papanikolaou" General Hospital, Thessaloniki

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ / ΟΜΙΛΗΤΕΣ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ FACULTY, SPEAKERS' AND COMMENTATORS LIST

Ι. Γ. Στυλιάδης

Καρδιολόγος, Επιμελητής Α΄, Β΄ Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

I. G. Styliadis

Cardiologist, Senior Registrar, Second Cardiology Department, "Papageorgiou" General Hospital, Thessaloniki

Δ. Τζιακάς

FESC, FAHA, FCCP, FACC, Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

D. Tziakas

FESC, FAHA, FCCP, FACC, Associate Professor of Cardiology, Democritus University of Thrace, Alexandroupoli

Κ. Τούτουζας

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

K. Toutouzas

Assistant Professor of Cardiology, Athens University, First Cardiology University Department, Hippokration General Hospital, Athens

Μ. Τσελεντάκης

Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, 424 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

M. Tselentakis

Cardiologist, Director, Cardiology Department, 424 Army General Hospital, Thessaloniki

Δ. Τσικαδέρης

Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διδάκτωρ Α.Π.Θ., Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

D. Tsikaderis

Interventional Cardiologist, PhD, St. Luke's Hospital, Thessaloniki

Ι. Τσούνος

Καρδιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής, Καρδιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

I. Tsounos

Cardiologist, Coordinator Director, Cardiology Department, "Agios Pavlos" General Hospital, Thessaloniki

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ / ΟΜΙΛΗΤΕΣ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ FACULTY, SPEAKERS' AND COMMENTATORS LIST

N. Φραγκάκης

Λέκτορας Καρδιολογίας Α.Π.Θ., Γ΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

N. Fragakis

Lecturer in Cardiology, Aristotle University of Thessaloniki, Third University Cardiology Department, Hippokration General Hospital, Thessaloniki

Σ. Χατζημιλτιάδης

Καρδιολόγος, Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας Α.Π.Θ., Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

S. Hadjimiltiades

Cardiologist, Associate Professor of Cardiology, Aristotle University of Thessaloniki, First Cardiology Department, AHEPA General University Hospital, Thessaloniki

Ε. Χατζηνικολάου – Κοτσάκου

Επεμβατικός Καρδιολόγος – Αρρυθμολόγος, Εργαστήριο Αιμοδυναμικό και Ηλεκτροφυσιολογίας, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

E. Chatzinikolaou – Kotsakou

Interventional Cardiologist – Arrhythmologist, Cardiovascular & Electrophysiology Laboratory, St Luke's Hospital, Thessaloniki

**ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ
ACKNOWLEDGEMENTS**

**ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ
GENERAL INFORMATION**

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ / ACKNOWLEDGEMENTS

Η Οργανωτική Επιτροπή του 4ου Συνεδρίου Επεμβατικής Καρδιολογίας & Ηλεκτροφυσιολογίας, ευχαριστεί θερμά τις παρακάτω εταιρίες για την ευγενική υποστήριξη και τη συμβολή τους στη διοργάνωση του Συνεδρίου.

The organizing committee wishes to thank all the following pharmaceutical companies for their support and contribution to the 4th Congress of Interventional Cardiology and Electrophysiology.

BOEHRINGER INGELHEIM

ASTRA ZENECA

MSD

PFIZER

ABBOTT LABORATORIES HELLAS

ELPEN

BARD HELLAS

SANOFI AVENTIS

BAYER

IASIS MEDICAL

MENARINI

MEDTRONIC

SPECIFAR

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

ΟΡΓΑΝΩΣΗ – ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ – ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

INVENTICS AE - Medevents.gr

Τεχνόπολη, Κτίριο THERMI II
9ο χλμ. Θεσσαλονίκης - Θέρμης
Τ.Θ. 60714, 57001 Θέρμη

ΕΠΙΣΗΜΗ ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΑ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ: www.iice.gr

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΕΣ

24-26 Νοεμβρίου 2011

ΤΟΠΟΣ - ΧΩΡΟΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Ξενοδοχείο Electra Palace, Θεσσαλονίκη

ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Ειδικοί ιατροί:	150 €
Ειδικευόμενοι ιατροί:	δωρεάν
Νοσηλεύτές/τριες, Φοιτητές/τριες:	δωρεάν

Όσοι επιθυμούν προεγγραφή για τη συμμετοχή τους στο συνέδριο, μπορούν:

Να επισκέπτονται το επίσημο site του συνεδρίου www.iice.gr, όπου υπάρχει το Δελτίο Εγγραφής και όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για την ολοκλήρωσή της.

Προεγγραφές θα πραγματοποιούνται μέχρι τις 18/11/2011. 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 Καρδιολογικής Εταιρίας Βορείου Ελλάδος. Στην αιτιολογία θα πρέπει να φαίνεται το όνομα του καταθέτη και ο τίτλος του συνεδρίου.

Τράπεζα Πειραιώς / 5225-011620-876 / GR98 0172 2250 0052 2501 1620 876

Τα έξοδα συμμετοχής δεν επιστρέφονται.

PARTICIPATION INFORMATION

SECRETARIAT OF THE CONFERENCE

INVENTICS Inc

Technopolis, THERMI II Building
9th km. Thessaloniki-Thermi,
P.O. BOX 60714, 57001 Thermi
Thessaloniki, Greece

OFFICIAL WEBSITE: www.iice.gr

DATE

Thursday 24 - Friday 25 – Saturday 26 November 2011

LOCATION OF THE CONFERENCE

Electra Palace Hotel, Thessaloniki

REGISTRATION FEES

Physicians:	150 €
Technicians of cath labs:	free of charge
Residents: no registration:	free of charge
Nurses, Students: no registration:	free of charge

If you want to make a pre-registration you can visit the website of the conference www.iice.gr

Pre-registrations will be made until 18/11/2011. After 18/11/2011 the registrations will be made at the secretariat of the conference during the event.

WAY OF PAYMENT

Registration payment is made with deposit on the following bank account of the Cardiological Society of Northern Greece

Piraeus Bank

Account Number: 5225-011620-876
IBAN: GR98 0172 2250 0052 2501 1620 876

Participation expenses are not refunded.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΓΛΩΣΣΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Η επίσημη γλώσσα του συνεδρίου είναι η ελληνική και η αγγλική.

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 15 μόρια συνεχιζόμενης επαγγελματικής εξέλιξης από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο.

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

ΚΛΙΜΑ

Μπορείτε να βρείτε περισσότερες πληροφορίες για τον καιρό στο www.meteo.gr

ΖΩΝΤΑΝΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΜΕΣΩ INTERNET

Το συνέδριο θα μεταδίδεται ζωντανά μέσω του διαδικτύου από το επίσημο site της ΚΕΒΕ www.kebe.gr, από το site του συνεδρίου www.iice.gr, από το www.medevents.gr και από το www.livemedia.gr

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.

GENERAL INFORMATION

OFFICIAL LANGUAGES

The official languages of the Congress are Greek and English.

EXHIBITION

During the conference, sponsor companies will have the opportunity to exhibit their pharmaceutical, and medical products.

CERTIFICATE OF ATTENDANCE

Certificates of attendance will be given by the Secretariat during the last day of the congress. They will be granted with 15 CME/CPD credits from UEMS

ACCOMMODATION

For room reservations, you can contact at the following number: (+30) 2310 222453 and by e-mail: reservations@medevents.gr

CLIMA

You can find more information about weather in www.meteo.gr

LIVE INTERNET STREAMING

The conference will be broadcasted through internet by the formal site of Cardiology Department of Northern Greece www.kebe.gr, www.iice.gr, www.medevents.gr and www.livemedia.gr

AUDIOVISUAL EQUIPMENT

The congress hall will be equipped with data video projectors and PC for the speakers' needs. Speakers are kindly requested to deliver their presentation to the technical desk at least one hour before their scheduled presentation.

**ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ
ΗΛΕΚΤΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ**

**ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ
25 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2011**

01. Η ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ VALSALVA ΣΤΟΥΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ

Γ. Π. ΧΑΤΖΗΑΝΤΩΝΙΟΥ¹, Γ. Α. ΚΟΥΛΟΥΡΗΣ², Ν. Γ. ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ²

¹ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΔΗΜΟΥ ΑΙΓΑΛΕΩ

² ΕΡΓΟΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΚΟ

Εισαγωγή

Η συνεχής καταγραφή του ΗΚΓ, η φασματική ανάλυση του καρδιακού ρυθμού και η διενέργεια δοκιμασίας Valsalva, προσφέρεται για την μελέτη της ισορροπίας του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Στην μελέτη μας συγκρίναμε τις μεταβολές του τόνου συμπαθητικού – παρασυμπαθητικού ανάμεσα σε διαβητικούς, παχύσαρκους και μη παχύσαρκους.

Υλικό και Μέθοδος

Συγκροτήσαμε δυο ομάδες των 22 ατόμων με παρόμοια σύνθεση ως προς ηλικία και φύλο, που όλοι τους ήταν κλινικά υγιείς και έπασχαν από διαβήτη. Δεν παρουσίαζαν δυσλιπιδαιμία και είχαν δοκιμασία κόπωσης και υπερηχογραφική μελέτη καρδιάς χωρίς παθολογικά ευρήματα. Η ομάδα Α περιέλαβε διαβητικά παχύσαρκα άτομα με παχυσαρκία και ΔΜΣ>38 και η ομάδα Β διαβητικά άτομα φυσιολογικού βάρους. Υποβάλλαμε όλους σε συνεχή ΗΚΓ/ική καταγραφή κατά Holter και φασματική ανάλυση της χρονοσειράς των RR διαστημάτων με ταχύ μετασχηματισμό Fourier μέσω του λογισμικού του συστήματος. Η ανάλυση έγινε σε ηρεμία και επαναλήφθηκε αμέσως μετά την δοκιμασία Valsalva, όπου είναι γνωστό ότι επικρατεί ο τόνος του παρασυμπαθητικού.

Αποτελέσματα

Τα ευρήματα αμέσως μετά από την δοκιμασία Valsalva στην ολική φασματική ισχύ, στην συνιστώσα χαμηλών συχνοτήτων (0,05 – 0,15 HZ) και το κλάσμα χαμηλών / υψηλές συχνοτήτες φαίνονται στον πίνακα:

	Ομάδα Α Διαβητικοί παχύσαρκοι	Ομάδα Β Διαβητικοί μη παχύσαρκοι	p A/B
Αύξηση ολικής φασματικής ισχύος	18/22 82,13%	9/22 51,80%	<0,005
Αύξηση υψηλών συχνοτήτων	20/22 88,36%	13/22 59,09%	<0,05
Μείωση λόγου χαμηλών / υψηλές συχνότητες	18/22 81,88%	9/22 40,79%	<0,001

Συμπεράσματα

Αμέσως μετά την δοκιμασία Valsalva διαπιστώνεται μετατόπιση του τόνου του ΑΝΣ, με σημαντική υπερίσχυση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος στα διαβητικά και παχύσαρκα άτομα, σε σχέση με τους διαβητικούς φυσιολογικού βάρους, όπου η μετατόπιση είναι μικρότερη.

02. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΟΙΛΙΑΚΩΝ ΑΡΡΥΘΜΙΩΝ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

ΡΕΒΕΛΑ ΑΓΓ.

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ – ΚΡΗΤΗΣ

Σκοπός

Η παρούσα μελέτη στόχο έχει την αξιολόγηση του επιπολασμού των προεγχειρητικών αρρυθμιών και των αλλαγών ST μέσω του συστήματος Holter σε ηλικιωμένους ασθενείς που υποβάλλονται σε διουρηθρική προστατεκτομή και βουβωνική υποκατάσταση της κήλης με ραχιαία αναισθησία.

Μέθοδος

Στη μελέτη συμμετείχαν 21 ασθενείς ηλικίας 65 έως 85 ετών που υποβλήθηκαν σε διουρηθρική προστατεκτομή και 16 ασθενείς ηλικίας 63 έως 86 ετών που υποβλήθηκαν σε βουβωνική αποκατάσταση της κήλης με ραχιαία αναισθησία. Η παρακολούθηση μέσω Holter έγινε 12 ώρες προεγχειρητικά, 3 ώρες διεγχειρητικά και 12 ώρες μετεγχειρητικά.

Αποτελέσματα

Ο επιπολασμός των υπερκοιλιακών αρρυθμιών ήταν 85,7% έναντι 93,7% προεγχειρητικά, 85,7% έναντι 81,2% στη διάρκεια της επέμβασης και 76,2% έναντι 82% μετεγχειρητικά, αντίστοιχα για τους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε προστατεκτομή και σε βουβωνική αποκατάσταση της κήλης ενώ αντίστοιχα ο επιπολασμός των κοιλιακών αρρυθμιών ήταν 76,2% έναντι 81,2% προεγχειρητικά, 80,9% έναντι 68,7% διεγχειρητικά και 80,9% έναντι 81,2% μετεγχειρητικά. Αλλαγές του ST παρατηρήθηκαν στο 19% έναντι 18,7% προεγχειρητικά, 4,7% έναντι 18,7% στη διάρκεια της επέμβασης και 14,3% έναντι 18,7% μετεγχειρητικά μεταξύ ασθενών που υποβλήθηκαν σε διουρηθρική προστατεκτομή και όσων υποβλήθηκαν σε βουβωνική αποκατάσταση κήλης.

Συμπεράσματα

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς παρουσιάζουν υψηλό επιπολασμό στις υπερκοιλιακές και κοιλιακές αρρυθμίες. Ο συνολικός αριθμός των προεγχειρητικών αρρυθμιών και των

αλλαγών ST δεν άλλαξαν σε συνάρτηση με τη διουρηθρική προστατεκτομή ή χειρουργική επέμβαση βουβωνοκήλης, στην ενδο-και μετεγχειρητικές περιόδους.

03. ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΑΡΡΥΘΜΙΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΡΕΒΕΛΑ ΑΓΓ.

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ ΚΡΗΤΗΣ

Σκοπός

Η παρούσα μελέτη στόχο έχει να καταγράψει τις καρδιακές αρρυθμίες ασθενών στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

Μέθοδος

Στη μελέτη συμμετείχαν 87 ασθενείς στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας κατά το χρονικό διάστημα Ιανουάριο 2008 έως Δεκέμβριο 2010.

Αποτελέσματα

Η κοιλιακή μαρμαρυγή ήταν η πιο συχνή αρρυθμία[70,1%] καθώς και η ισχαιμική καρδιοπάθεια[27,6%]. Το 75,8% των ασθενών παρουσίασε αιμοδυναμική αστάθεια και στο 89,7% είχε χρησιμοποιηθεί ως αντιαρρυθμικό η διγοξίνη.

Συμπεράσματα

Παρατηρήθηκε ότι οι καρδιακές αρρυθμίες αποτελούν μια σημαντική αιτία παρέμβασης στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ενώ η κοιλιακή μαρμαρυγή αποτελεί την πιο συχνή αρρυθμία.

04. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΑΝΤΙΑΡΡΥΘΜΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΤΑΞΗ ΠΑΡΟΞΥΣΜΙΚΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΣΕ ΑΝΔΡΕΣ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

ΡΕΒΕΛΑ ΑΓΓ.

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ ΚΡΗΤΗΣ

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η σύγκριση των δύο φύλων ως προς την αποτελεσματικότητα αντιαρρυθμικών φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για την ανάταξη της παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής.

Υλικό και Μέθοδος

Στη μελέτη συμμετείχαν 110 ασθενείς [70 άνδρες και 40 γυναίκες] με παροξυσμική κολλική μαρμαρυγή. Για την ανάταξη του ρυθμού τους σε φλεβοκομβικό χρησιμοποιήθηκαν Προπαφαινόνη ή Ιβουτιλίδη ή Αμιωδαρόνη. Επίσης 9 άνδρες και 14 γυναίκες ανατάχθηκαν χωρίς να χρησιμοποιηθεί κάποιο αντιαρρυθμικό φάρμακο.

Αποτελέσματα

Παρατηρήθηκε ότι 25 άνδρες και 15 γυναίκες ανατάχθηκαν με Προπαφαινόνη, 10 άνδρες και 10 γυναίκες με Ιβουτιλίδη ενώ 3 άνδρες και 2 γυναίκες ανατάχθηκαν με Αμιωδαρόνη.

Συμπεράσματα

Η αντιαρρυθμική δράση της Προπαφαινόνης, της Ιβουτιλίδης και της Αμιωδαρόνης όταν χρησιμοποιούνται για την ανάταξη της Παροξυσμικής Κολλικής Μαρμαρυγής δε διαφέρει, σε στατιστικά σημαντικό βαθμό, στα δύο φύλα.

05. ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΓΩΓΙΜΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

ΡΕΒΕΛΑ ΑΓΓ.

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ ΚΡΗΤΗΣ

Σκοπός

Η παρούσα μελέτη στόχο έχει τον προσδιορισμό των αλλαγών στο ρυθμό και στην καρδιακή αγωγιμότητα ασθενών με διαβήτη τύπου 2, χωρίς προηγούμενη καρδιοπάθεια και η σχέση τους με καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου.

Μέθοδος

Στη μελέτη συμμετείχαν 199 ασθενείς, 113 γυναίκες [56,8%] και 86 άνδρες [43,2%] με διαβήτη τύπου 2, χωρίς προηγούμενη καρδιοπάθεια. Καταγράφηκε ένα ηλεκτροκαρδιογράφημα ηρεμίας. Ως καρδιαγγειακοί παράγοντες κινδύνου αξιολογήθηκαν ο δείκτης μάζας σώματος και η γλυκόζη του ορού, η χοληστερόλη και τα επίπεδα τριγλυκεριδίων.

Αποτελέσματα

Αρρυθμία παρατηρήθηκε στο 29,1% των ασθενών. Αποκλεισμός δεξιού σκέλους παρατηρήθηκε στο 75,9%. Ασθενείς με αρρυθμία και διαταραχές αγωγιμότητας είχαν υψηλότερα επίπεδα χοληστερόλης και τριγλυκεριδίων. Η εμφάνιση της αρρυθμίας είναι άμεσα συνδεδεμένη με την γήρανση [$r=0,75, p=0,01$].

Συμπεράσματα

Η πιο συχνή αρρυθμία στους ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 είναι ο αποκλεισμός δεξιού σκέλους. Υπερχοληστερολαιμία και γήρανση είναι οι πιο συχνοί παράγοντες που σχετίζονται με διαταραχές καρδιακής αγωγιμότητας.

06. ΔΟΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ

**ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Ε.¹, ΔΑΔΟΥΣ Τ.², ΦΡΑΓΚΑΚΗΣ Ν.², ΣΚΕΜΠΕΡΗΣ Β.²,
ΙΩΑΝΝΙΔΟΥ Φ.², ΑΚΡΙΒΟΥ Β.²**

¹ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΑΚΤΙΝΟΦΥΣΙΚΗΣ, Γ.Ν.Θ. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

²ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΗΛΕΚΤΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ & ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΩΝ, Γ.Ν.Θ. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

Σκοπός

Οι εξετάσεις στην Επεμβατική Καρδιολογία σχετίζονται με υψηλές δόσεις στους ασθενείς λόγω των μεγάλων χρόνων ακτινοσκόπησης. Η Ε.Ε. θέσπισε τα Διαγνωστικά Επίπεδα Αναφοράς (ΔΕΑ) τα οποία αντιπροσωπεύουν τιμές δόσης που δεν θα πρέπει να υπερβαίνονται όταν ακολουθείται σωστή πρακτική. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η καταγραφή των δόσεων που λαμβάνουν οι ασθενείς όταν υποβάλλονται σε επέμβαση εμφύτευσης βηματοδότη, απινιδωτή, ηλεκτροφυσιολογική μελέτη και ablation και η σύγκριση τους με τα ΔΕΑ.

Υλικό και Μέθοδος

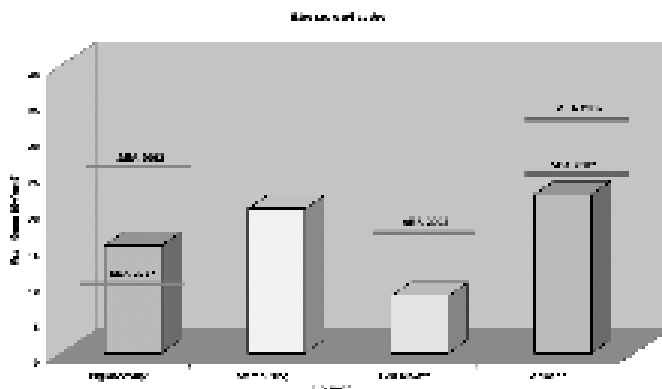
Το μηχάνημα ακτίνων-Χ στο οποίο γίνονταν οι επεμβάσεις ήταν φορητό C-arm μάρκας GE Stenoscor του Εργαστηρίου Ηλεκτροφυσιολογίας & Βηματοδοτών του Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο». Στο μηχάνημα προσαρμόστηκε όργανο μέτρησης έκθεσης τύπου DAP και για κάθε ασθενή καταγράφονταν η ένδειξη του οργάνου και ο συνολικός χρόνος ακτινοσκόπησης. Μελετήθηκαν συνολικά 244 ασθενείς: 132 εμφυτεύσεις βηματοδοτών, 27 εμφυτεύσεις απινιδωτών, 28 ηλεκτροφυσιολογικές μελέτες και 56 ablation.

Αποτελέσματα

Τα αποτελέσματα έδωσαν τις ακόλουθες μέσες τιμές χρόνου ακτινοσκόπησης και δόσης ασθενή: 5,0 min και 15 Gy_{cm}² στους βηματοδότες, 8,5 min και 20 Gy_{cm}² στους απινιδωτές, 3,6 min και 8 Gy_{cm}² στις ηλεκτροφυσιολογικές μελέτες και 14,7 min και 22 Gy_{cm}² στα ablation. Υπήρχε απόλυτη συσχέτιση του χρόνου ακτινοσκόπησης με τη δόση ασθενών ($\rho=1*10^{-48}$). Η μέση ενεργός δόση (E) υπολογίστηκε: 2,7 mSv στους βηματοδότες, 3,6 mSv στους απινιδωτές, 1,4 mSv στις ηλεκτροφυσιολογικές μελέτες και 4,0 mSv στα ablation.

Συμπεράσματα

Συγκρίνοντας τις τιμές με τα δεδομένα της Ε.Ε. (όπου υπάρχουν) διαπιστώθηκε ότι είναι χαμηλότερες αλλά υπάρχει δυνατότητα περαιτέρω μείωσης στις επεμβάσεις βηματοδοτών. Οι ενεργές δόσεις των ασθενών αντιστοιχούν σε 1 – 3 ακτινογραφίες ΟΜΣΣ.



07. Η ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΚΥΜΑΤΟΣ P ΣΕ ΚΥΜΑΤΙΔΙΑ ΑΠΟΚΑΛΥΠΤΕΙ ΤΑ ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΕΚΠΟΛΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ

Γ. ΔΑΚΟΣ, Β. ΒΑΣΙΛΙΚΟΣ, Ι. ΧΟΥΒΑΡΔΑ*, Λ. ΜΑΝΤΖΙΑΡΗ, Ι. ΧΑΤΖΗΖΗΣΗΣ, Β. ΚΑΜΠΕΡΙΔΗΣ, Σ. ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΙΔΗΣ, Κ. ΤΣΙΛΩΝΗΣ, Ν. ΜΑΓΚΛΑΒΕΡΑΣ*, Ι. ΣΤΥΛΙΑΔΗΣ

Α΄ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ / *ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΠΘ

Σκοπός

Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθούν τα χαρακτηριστικά της κολλπικής εκπόλωσης σε ασθενείς με ιδιοπαθή κολλπική μαρμαρυγή (ΚΜ) με την ανάλυση του κύματος σε κυματίδια.

Μέθοδοι

Συγκρίθηκαν 51 ασθενείς με ιδιοπαθή ΚΜ (Ομάδα Α: 34 άνδρες, μέσης ηλικίας 49.5 ± 8.6 έτη), με 48 άτομα χωρίς ιστορικό ΚΜ, αρτηριακής υπέρτασης ή καρδιακής νόσου (Ομάδα Β: 33 άνδρες, μέσης ηλικίας 50.5 ± 7.5 έτη).

Το κύμα P αναλύθηκε σε κυματίδια με βάση το κυματίδιο του Morlet και υπολογίσθηκαν οι μέσες (Mean) και οι μέγιστες ενέργειες (Max) του κύματος στους 3 ορθογώνιους άξο-

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 25 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2011

νες X, Y, Z και στον συνιστάμενο άξονα VM σε 3 κλίμακες συχνοτήτων (1η : 200-160 Hz, 2η : 150-100 Hz και 3η:90-50 Hz). Στη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το t-test για τις ποσοτικές μεταβλητές και το Χ² για τις ποιοτικές. Τιμή $p < 0,05$ θεωρήθηκε στατιστικά σημαντική.

Αποτελέσματα

Οι ασθενείς της Ομάδας Α εμφάνισαν μεγαλύτερη διάρκεια του κύματος P (Pdur) σε όλους τους άξονες, όπως και υψηλότερες μέσες και μέγιστες ενέργειες στον άξονα Z, σε σύγκριση με τα άτομα της Ομάδας Β.

	Ομάδα Α (n=51)	Ομάδα Β (n=48)	p
Pdur X(msec)	81.3±20	70.6±13	0.011
Pdur Y(msec)	94±14	79.1±12	<0.001
Pdur Z(msec)	91.4±17	72.7±12	<0.001
Pdur VM(msec)	97.6±17	87.1±15.4	0.008
Mean1Z (μV ²)	3.9±2.9	2.03±0.99	<0.001
Mean2Z (μV ²)	9.74±8.13	4.81±2.68	<0.001
Mean3Z (μV ²)	56.3±56.05	25.22±15.69	<0.001
Max1Z (μV ²)	12.8±3.94	10.07±2.62	<0.001
Max2Z (μV ²)	18.9±6.19	14.48±4.23	<0.001
Max3Z (μV ²)	38.7±14.65	29.6±9.50	0.004

Συμπεράσματα

Η ανάλυση του κύματος P με κυματίδια αποκαλύπτει τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κολλικής εκπόλωσης που σχετίζονται με την εμφάνιση της ιδιοπαθούς ΚΜ.

08. ΔΙΑΛΕΙΠΩΝ ΠΛΗΡΗΣ ΚΟΛΠΟΚΟΙΛΙΑΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΟΣ ΣΕ ΤΥΦΟΕΙΔΗ ΠΥΡΕΤΟ ΑΠΟ SALMONELLA ΤΥΡΗΙ ΜΕ ΕΠΑΚΟΛΟΥΘΗ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΜΟΝΙΜΟΥ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗ

**Δ. ΣΟΦΙΑΝΟΣ¹, Α. ΞΑΝΘΗΣ¹, Χ. ΧΑΤΖΗΛΕΥΘΕΡΙΟΥ², Τ. ΣΤΟΣΙΤΣ¹,
Σ. ΚΙΑΠΙΔΟΥ¹, Α. ΜΙΧΑΗΛΙΔΟΥ¹, Α. ΒΛΑΧΟΓΙΑΝΝΗΣ¹, Ν. ΘΕΟΔΩΡΙΔΗΣ²**

¹ Β' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, Γ. Ν. ΔΡΑΜΑΣ

² ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, Γ. Ν. ΔΡΑΜΑΣ

Εισαγωγή

Ο τυφοειδής πυρετός δύναται να προκαλέσει διαταραχές καρδιακού ρυθμού, με συχνό-

τερη τη σχετική βραδυκαρδία και σπανιότερη τους διαφόρου βαθμού κολποκοιλιακούς αποκλεισμούς, στα πλαίσια μυοκαρδίτιδας.

Παρουσίαση περιστατικού

Ασθενής 79 ετών εισήχθη στην Παθολογική κλινική λόγω εμπυρέτου, κοιλιακού άλγους, διαρροιών και ικτέρου από 24ώρου. Ο εργαστηριακός έλεγχος εμφάνισε λευκοκυττάρωση, έμμεση υπερχοληρυθριναιμία, αυξημένη CRP, και το ΗΚΓ εισαγωγής κατέγραψε φλεβοκομβικό ρυθμό με RBBB. Κατά το πρώτο 24ωρο παρουσίασε βραδυκαρδία εως 34 σφύξεις / λεπτό και εναλλαγές δευτέρου βαθμού κολποκοιλιακού αποκλεισμού (2:1). Ο υπέρηχος καρδιάς έδειξε μόνο ήπια υπερτροφία. Η ασθενής δεν κινητοποίησε μυοκαρδιακά ένζυμα, είχε φυσιολογικό έλεγχο θυρεοειδούς, και ήταν θετική για πρόσφατη λοίμωξη από Salmonella Typhi (Widal anti-Typhi-O 1/160). Αντιμετωπίστηκε με αντιβιοτική αγωγή και β2-διεγέρτη (θειική ορσιπρεναλίνη), απυρέτησε, εμφάνισε φυσιολογική καρδιακή συχνότητα και εξήλθε με εναλλαγές φλεβοκομβικού ρυθμού και δευτέρου βαθμού κολποκοιλιακού αποκλεισμού. Σε Holter έλεγχο λίγους μήνες μετά, καταγράφεται διαλείπων πλήρης κολποκοιλιακός αποκλεισμός, ενώ η ασθενής παραμένει ασυμπτωματική, και ακολουθεί τοποθέτηση DDD-R μονίμου βηματοδότη.

Συμπεράσματα

Πρόκειται για εξαιρετικά σπάνια περίπτωση τυφοειδούς πυρετού που εμφανίστηκε με πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό και οδήγησε σε μόνιμη βηματοδότηση. Πιθανότερη αίτια είναι η πρόκληση υποκλινικής μυοκαρδίτιδας από: α) απευθείας προσβολή κυττάρων του μυοκαρδίου και του ερεθισματογωγού συστήματος β) δράση τοξινών της σαλμονέλας γ) ανοσολογική αντίδραση.

09. Η ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ QRS ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΟΥ ΚΥΜΑΤΙΔΙΟΥ ΤΟΥ MORLET ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΘΕΤΙΚΗΣ ΑΠΑΝΤΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΟΥ ΕΠΑΝΑΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΥ

Β. ΒΑΣΙΛΙΚΟΣ, Λ. ΜΑΝΤΖΙΑΡΗ, Γ. ΔΑΚΟΣ, Β. ΚΑΜΠΕΡΙΔΗΣ, Π. ΚΑΛΠΙΔΗΣ, Ε. ΘΕΟΦΙΛΟΓΙΑΝΝΑΚΟΣ, Γ. ΓΙΑΝΝΑΚΟΥΛΑΣ, Σ. ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΪΔΗΣ, Ι. Χ. ΣΤΥΛΙΑΔΗΣ

Α΄ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΧΕΠΑ, ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Σκοπός

Μεταξύ των ασθενών που λαμβάνουν θεραπεία καρδιακού επανασυγχρονισμού (CRT), πιθανότερο να απαντήσουν θετικά είναι αυτοί που έχουν ευρύτερο QRS και αποκλεισμό

αριστερού σκέλους (LBBB). Ο τρόπος εκπόλωσης του μυοκαρδίου όμως δεν είναι ίδιος σε όλους του ασθενείς με LBBB. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανάλυση των επιμέρους στοιχείων του QRS και ο πιθανός ρόλος τους στην πρόβλεψη της απάντησης στη CRT.

Μέθοδος

Διαδοχικοί ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και LBBB εισήχθησαν σε μια πιλοτική προοπτική μελέτη. Πριν τη CRT έγινε καταγραφή ηλεκτροκαρδιογραφήματος με ειδική συσκευή και στη συνέχεια τα σήματα, με τη βοήθεια εξειδικευμένου λογισμικού, μετασχηματίστηκαν σε κυματίδια Morlet. Η ανάλυση με τα κυματίδια του Morlet έδωσε τιμές για τη μέση και τη μέγιστη ενέργεια του QRS σε 3 άξονες (x,y,z) και το μέτρο του διανύσματος (vm) για κάθε μία από 3 ζώνες συχνοτήτων (200-160 Hz, 150-100 Hz, 90-50 Hz). Οι ασθενείς παρακολούθηθηκαν για 6 μήνες. Η θετική απάντηση ορίστηκε ως μείωση ≥ 1 της λειτουργικής κλάσης κατά NYHA ή μείωση του τελοσουστολικού όγκου της αριστερής κοιλίας (LVESV) $\geq 15\%$.

Αποτελέσματα

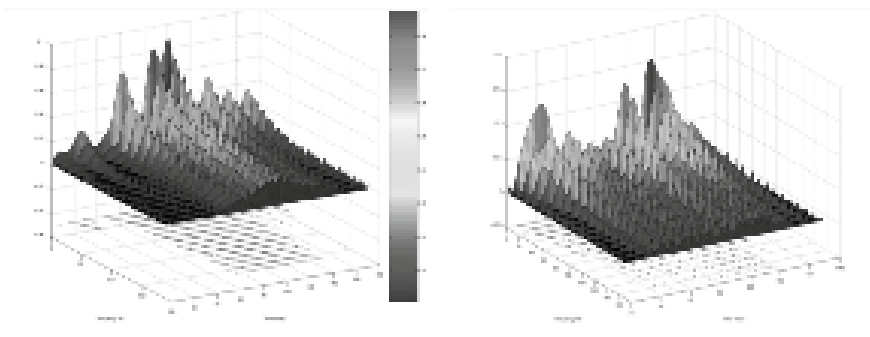
Μελετήθηκαν 24 ασθενείς ηλικίας 64 ± 9 έτη, 20 άρρενες, με εύρος του QRS 162 ± 26 ms, κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας (LVEF) $24 \pm 6\%$ και LVESV 156 ± 36 ml. Έξι μήνες μετά τη CRT το LVEF αυξήθηκε σε $31 \pm 9\%$ ($p=0,028$) και ο LVESV μειώθηκε σε 132 ± 67 ml ($p=0,046$). Θετικά απάντησαν δεκαοχτώ ασθενείς (75%) οι οποίοι είχαν ευρύτερο QRS πριν την εμφύτευση (169 ± 26 ms έναντι 142 ± 10 ms, $p=0,002$) και χαμηλότερες ενέργειες σε όλες τις ζώνες συχνοτήτων στον άξονα x σε σχέση με αυτούς που δεν απάντησαν θετικά την CRT (Εικόνα 1). Η πολυπαραγοντική ανάλυση έδειξε ότι η μέγιστη ενέργεια του QRS που καταγράφηκε στον άξονα x στη ζώνη υψηλών συχνοτήτων (200-150Hz) είναι ανεξάρτητος προγνωστικός δείκτης της θετικής απάντησης στην CRT ($p=0,002$). Τιμή ενέργειας $\leq 35,18$ μV έχει 94% ευαισθησία και 83% ειδικότητα να προβλέπει θετική απάντηση στην ΘΚΕ (AUC 0,935, $p=0,002$) (Εικόνα 2).

Συμπέρασμα

Η πιλοτική αυτή μελέτη έδειξε ότι ο μετασχηματισμός σε κυματίδια του ενισχυμένου σήματος του QRS μπορεί να συνεισφέρει στη επιλογή των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια που είναι πιθανότερο να απαντήσουν θετικά στην θεραπεία καρδιακού επανασυγχρονισμού. Μια μεγαλύτερη προοπτική μελέτη είναι απαραίτητη για να επιβεβαιώσει τα ευρήματά μας.

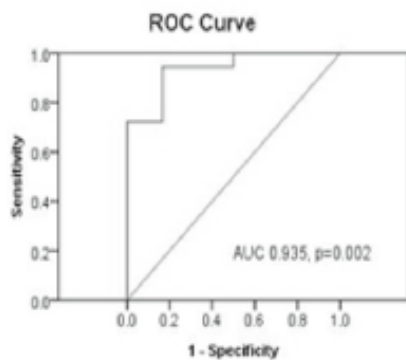
Εικόνα 1

Παράδειγμα ανάλυσης του QRS με το κυματίδιο του Morlet σε ασθενή που απάντησε θετικά (Α) και σε ασθενή που δεν απάντησε στη CRT (Β)



Εικόνα 2

Ευσαιθησία και ειδικότητα της μέσης ενέργειας του QRS στον άξονα χ για την πρόβλεψη θετικής απάντησης στη CRT.



10. USE OF ASYMMETRIC BIDIRECTIONAL CATHETERS FOR CATHETER ABLATION OF CARDIAC ARRHYTHMIAS

MANTZIARI L^{1,2}, HORDUNA I¹, GUJIC M¹, JONES D¹, WONG T¹, MARKIDES V¹, FORAN JP¹, ERNST S¹

¹ CARDIOLOGY DEPARTMENT OF THE ROYAL BROMPTON AND HAREFIELD FOUNDATION TRUST, LONDON, UNITED KINGDOM

² FIRST CARDIOLOGY DEPARTMENT, AHEPA UNIVERSITY HOSPITAL, THESSALONIKI, GREECE

Introduction

Asymmetric bidirectional ablation catheters have recently been introduced in the ablation of cardiac arrhythmias.

Methods

Data of the 50 first ablations using a bidirectional catheter were compared to a matched control group of 250 procedures performed within the same year by the same 4 operators.

Results

Patient characteristics are shown in table 1

Table 1: Patient characteristics and ablation type

	Bidirectional N=50	Control N=250	P value
Age, median (IQR)	60 (32)	60 (17)	0.471
Gender female/male, n (%)	17 (34)/33 (66)	87 (35)/163 (65)	0.029
Structural heart disease, n (%)	19 (39)	89 (35)	0.859
Congenital heart disease, n (%)	7 (14)	22 (9)	0.258
History of previous ablations, %	27 (54)	76 (30)	0.001
Ablation procedure, %			1.000
Atrial ectopias/tachycardia/flutter	14 (28)	70 (28)	
AF ablation	23 (46)	116 (46)	
SVTs	6 (12)	30 (12)	
Ventricular ectopias/tachycardia	7 (14)	35 (14)	

Structural heart disease was equally prevalent (39%) while history of previous ablations was more common in the study arm (54% versus 30%, p=0.001). Most of the cases were atrial fibrillation ablations (46%) followed by atrial tachycardias ablations (28%). All four operators reported "ease of use" for the bidirectional catheter. Median procedure duration and median fluoroscopy time was 128(IQR111) min and 17(IQR24) min with the bidirectional, versus 143(IQR95) min and 23(IQR27) min with the conventional catheter (p=0.232 and p=0.988 respectively). There was a trend for lower procedure duration for the atrial tachycardia ablations, 89(IQR95) versus 130(IQR110) min, p=0.064. Acute success rate was 96% for the bidirectional versus 84% for the control group (p=0.151). A learning curve was present. (Figure 1)

Conclusions

The introduction of the bidirectional catheter resulted in no prolongation of procedure parameters and in similar success rates.

11. Η ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ ΣΤΗΝ ΑΔΕΝΟΣΙΝΗ ΠΡΟΒΛΕΠΕΙ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΥΓΚΟΠΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΝΟΣΟΥΝΤΟΣ ΦΛΕΒΟΚΟΜΒΟΥ

Κ. ΚΟΣΚΙΝΑΣ, Α. ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ, Π. ΣΩΤΗΡΙΟΥ, Α. ΑΒΡΑΜΙΔΟΥ, Μ. ΒΟΥΛΓΑΡΗΣ, Π. ΚΥΡΙΑΚΟΥ, Β. ΣΚΕΜΠΕΡΗΣ, Ν. ΦΡΑΓΚΑΚΗΣ, Π. ΓΚΕΛΕΡΗΣ

Γ΄ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν. ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ

Σκοπός

Ο έλεγχος της υπόθεσης ότι η ανασταλτική δράση της αδενοσίνης στο φλεβόκομβο σε ασθενείς με σύνδρομο νοσούντος φλεβοκόμβου (ΣΝΦ) είναι μεγαλύτερη σε όσους παρουσιάζουν συγκοπικά / προσυγκοπικά επεισόδια.

Υλικό και Μέθοδος

Μελετήθηκαν 46 ασθενείς με ΣΝΦ, 33 με ιστορικό συγκοπικών/προσυγκοπικών επεισοδίων (ομάδα Α) και 13 χωρίς ανάλογα επεισόδια (ομάδα Β). Ως ομάδα ελέγχου μελετήθηκαν 30 άτομα χωρίς φλεβοκόμβική δυσλειτουργία, που υπεβλήθησαν σε ηλεκτροφυσιολογική μελέτη λόγω υπερκοιλιακής ταχυκαρδίας. Υπολογίστηκε ο διορθωμένος χρόνος ανάνηψης του φλεβοκόμβου μετά ενδοφλέβια χορήγηση αδενοσίνης 0.15 mg/kg (AD-CSNRT) και μετά κολπική βηματοδότηση (CSNRT). Τιμές CSNRT >525msec θεωρήθηκαν παθολογικές.

Αποτελέσματα

Η ομάδα Α εμφάνισε σημαντικά παρατεταμένο AD-CSNRT συγκριτικά με την ομάδα Β (6464±6983 msec vs 619±989 msec, p<0.01). Το AD-CSNRT ήταν σημαντικά μεγαλύτερο του CSNRT στην ομάδα Α (6464±6983 msec vs 1441±2054 msec, p<0.01) όχι όμως και στην ομάδα Β. Η ευαισθησία και ειδικότητα του παρατεταμένου CSNRT στη διάγνωση ΣΝΦ ήταν 57% και 100% αντίστοιχα. Το όριο για το παρατεταμένο AD-CSNRT που παρείχε την ίδια ευαισθησία, με ειδικότητα 96.6% ήταν 1029 msec.

Συμπεράσματα

Το ιστορικό συγκοπικών / προσυγκοπικών επεισοδίων σε ασθενείς με ΣΝΦ σχετίζεται με αυξημένη ευαισθησία του φλεβοκόμβου στην αδενοσίνη. Η ανεύρεση παρατεταμένου AD-CSNRT είναι ίσως χρήσιμη στη διαστρωμάτωση κινδύνου και επιλογή αποτελεσματικής θεραπείας σε ασθενείς με ΣΝΦ.

12. **ΑΣΥΝΗΘΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ BRUGADA ΣΕ ΝΕΑΡΟ ΑΘΛΗΤΗ**

Κ. ΚΟΣΚΙΝΑΣ, Σ. ΠΑΓΚΟΥΡΕΛΙΑΣ, Ι. ΤΣΟΥΝΟΣ, Ν. ΦΡΑΓΚΑΚΗΣ, Π. ΓΚΕΛΕΡΗΣ

Γ' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Α.Π.Θ., Π. Γ. Ν. ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, Γ. Ν. «ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ»

Σκοπός

Παρουσιάζουμε ένα ενδιαφέρον περιστατικό Συνδρόμου Brugada (BS) με αξιοσημείωτες ιδιαιτερότητες στην κλινική εκδήλωση, τη διαγνωστική προσέγγιση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Παρουσίαση Περιστατικού

Αθλητής 16 ετών προσκομίστηκε μετά από συγκοπικό επεισόδιο κατά τη διάρκεια άθλησης, με ΗΚΓ εικόνα τυπικού κοιλιακού πτερυγισμού με ταχεία κοιλιακή ανταπόκριση. Από το υπερηχοκαρδιογράφημα δεν προέκυψαν παθολογικά ευρήματα. Ακολούθησε επιτυχής ανάταξη με ιμπουτιλίδη (IB). Το ΗΚΓ της ανάταξης καθώς και μεταγενέστερα ΗΚΓ (πλην ενός) έδειξαν εικόνα "τύπου I Brugada" οπότε ετέθη η διάγνωση BS. Στην ηλεκτροφυσιολογική μελέτη (ΗΦΜ) εισήχθη κοιλιακή μαρμαρυγή κατά την προγραμματισμένη βηματοδότηση από το χώρο εξόδου της δεξιάς κοιλίας μετά από ακολουθία τύπου short-long-short. Ο ασθενής προγραμματίστηκε για εμφύτευση απινιδωτή.

Συμπεράσματα

Η παρούσα αναφορά αποτελεί περιγραφή BS που εκδηλώθηκε με σπάνια αρρυθμία όπως ο κοιλιακός πτερυγισμός, αντιμετωπίστηκε με IB που αποτελεί μοναδική, από όσο γνωρίζουμε από τη βιβλιογραφία, αναφορά ανάταξης κοιλιακού πτερυγισμού σε BS, και επετεύχθη εισαγωγή κοιλιακής μαρμαρυγής μετά από χαρακτηριστική ακολουθία βηματοδότησης κατά την ΗΦΜ. Επιπλέον επισημαίνει τη δυσκολία για έγκαιρη αναγνώριση και κατάλληλη αντιμετώπιση του συνδρόμου σε περιπτώσεις αθλητών με δεδομένη την ιδιομορφία ΗΚΓ επί αθλητικής καρδιάς.

13. **ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΤΥΠΟΥ ΑΡΡΥΘΜΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΤΥΧΗ ΕΚΒΑΣΗ ΚΑΤΑΛΥΣΗΣ ΜΕ ΨΥΣΙΧΝΟ ΡΕΥΜΑ. ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 2004-2011**

Κ. ΡΩΣΣΙΟΣ, Κ. ΚΟΣΚΙΝΑΣ, Ε. ΠΑΓΚΟΥΡΕΛΙΑΣ, Π. ΣΩΤΗΡΙΟΥ, Μ. ΒΟΥΛΓΑΡΗΣ, Α. ΑΒΡΑΜΙΔΟΥ, Δ. ΤΑΝΟΣ, Π. ΚΥΡΙΑΚΟΥ, Β. ΣΚΕΜΠΕΡΗΣ, Ν. ΦΡΑΓΚΑΚΗΣ, Π. ΓΚΕΛΕΡΗΣ

Γ' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν. ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ

Σκοπός

Η καταγραφή της εμπειρίας μας σε καταλύσεις αρρυθμιών κατά την περίοδο 2004-2011.

Μέθοδοι

Καταγράφηκε το σύνολο περιστατικών αρρυθμίας που αντιμετωπίστηκαν με κατάλυση την τελευταία 8ετία. Μελετήθηκαν κλινικά και επιδημιολογικά χαρακτηριστικά, η συχνότητα διαφορετικών τύπων αρρυθμίας, και η συχνότητα επιτυχούς έκβασης.

Αποτελέσματα

Αντιμετωπίστηκαν 344 ασθενείς (49.1% άρρενες) με μέση ηλικία 50.9 ± 15.8 έτη (εύρος: 14-82 έτη). Οι συχνότεροι τύποι αρρυθμίας ήταν AVNRT (41.8%), κοιλικός πτερυγισμός (18.1%), AVRT με αποκεκρυμμένο δεμάτιο (12.5%), εκτακτοσυστολική κοιλιακή αρρυθμία (8.1%), σύνδρομο προδιέγερσης (9.5%), και κοιλική μαρμαρυγή (AF) (4.3%). Παρουσιάστηκαν συνολικά 3 επιπλοκές (0.8%): δύο επεισόδια καρδιακού επιπωματισμού και μία τοποθέτηση μόνιμου βηματοδότη. Η AVNRT υπερείχε σε θήλεις (68%), ο κοιλικός πτερυγισμός σε άρρενες (64.3%), ενώ οι υπόλοιποι τύποι αρρυθμίας παρουσίασαν ισότιμη φυλετική κατανομή. Η μέση ηλικία ήταν χαμηλότερη για ασθενείς με σύνδρομο προδιέγερσης (40.6 ± 14.7 έτη) και υψηλότερη για ασθενείς με AF (66.3 ± 10.1 έτη). Η εισαγωγιμότητα αρρυθμίας επιτεύχθηκε αυτόματα ή με βηματοδότηση κατά 74%, και φαρμακευτικά (ισοπροτερενόλη) κατά 26%, χωρίς διαφορά στην ηλικία μεταξύ των δύο τύπων εισαγωγιμότητας (48.3 ± 15.9 vs. 47.7 ± 16.2 έτη). Τα συνολικά ποσοστά επιτυχούς έκβασης ήταν 92.2%, ήταν υψηλότερο για ασθενείς με AVNRT και AF (100%), σχετικά χαμηλότερο για σύνδρομο προδιέγερσης (75%), και υψηλότερο για ασθενείς >65 έναντι <65 ετών (97.5% vs. 92.1%, αντίστοιχα).

Συμπεράσματα

Η εμπειρία μας καταδεικνύει την ασφάλεια της κατάλυσης για μεγάλο εύρος αρρυθμιών, με υψηλή αποτελεσματικότητα, ακόμη και σε ασθενείς >65 ετών.

14. **ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΚΛΑΣΣΙΚΩΝ ΚΑΙ ΝΕΩΤΕΡΩΝ ΥΠΕΡΗΧΟΡΡΕΟΜΕΤΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΠΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΟΝΤΑΙ ΜΕ ΑΜΦΙΚΟΙΛΙΑΚΗ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ**

Β. ΚΟΥΤΣΙΜΑΝΗΣ, Γ. ΑΗΔΟΝΙΔΗΣ, Γ. ΔΑΔΟΥΣ, Δ. ΚΑΡΝΑΡΑΣ, Ι. ΚΑΝΟΝΙΔΗΣ, Κ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. ΣΑΚΑΝΤΑΜΗΣ

Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Α.Π.Θ.
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

Σκοπός

Η παρουσίαση και ανάλυση νεώτερων υπερηχορρομετρικών δεικτών ασθενών που υποβλήθηκαν σε εμφύτευση αμφικολιακού συστήματος βηματοδότησης για την αντιμετώπιση μη αντιρροπούμενης χρόνιας καρδιακής ανεπάρκειας.

Υλικό και Μέθοδος

Μελετήθηκαν 12 ασθενείς με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια που έλαβαν αμφικολιακό σύστημα βηματοδότησης ή και απινίδωσης για την αντιμετώπιση της χρόνιας καρδιακής ανεπάρκειας με βάση τα διεθνή κριτήρια και τεχνικές εμφύτευσης. Σε όλη τη διάρκεια παρακολούθησης εκτιμήθηκε η ανταπόκρισή τους με την εφαρμογή εκτός των κλασσικών, των νεώτερων υπερηχορρομετρικών δεικτών, (Tei-index, Z-ratio, RWVTILVOT X heart rate).

Αποτελέσματα

Στους ασθενείς που αναφέρθηκαν παραπάνω η εφαρμογή των κλασσικών δεικτών αυτών έτυχε καλής αξιοπιστίας ενώ η εφαρμογή των νεώτερων παρουσίασε ικανοποιητικά αποτελέσματα με χαμηλή όμως στατιστική σημαντικότητα εκτός του δείκτη (RWVTILVOT X heart rate), δυσαρμονία άρρηκτα συνδεδεμένη με την ιδιαιτερότητα της κοιλιακής γεωμετρίας αυτών των ασθενών.

Συμπεράσματα

Η εφαρμογή νεώτερων υπερηχορρομετρικών δεικτών απέδειξε τη αξία της εκτίμησης ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια με αναίμακτες μεθόδους, παρέχοντας αξιοπιστία, ευκολία, ταχύτητα και αναπαραγωγιμότητα, εκτιμώντας τη συστολική, διαστολική λειτουργία και τους επιμέρους χρόνους ενός πλήρους καρδιακού κύκλου. Η εφαρμογή ωστόσο των σύνθετων αυτών δεικτών σε ασθενείς με αμφικολιακό σύστημα βηματοδότησης, προσκρούει στα διφορούμενα αποτελέσματα από την εφαρμογή τους με εξαίρεση τους δείκτες (PW_{vti}ILVOT και PW_{vti}ILVOT x HR).

**ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ
ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΟΥ**

**ΣΑΒΒΑΤΟ
26 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2011**

01. ΣΦΥΓΜΟΓΡΑΦΗΜΑ (ΣΦ) ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΚΑΜΠΥΛΗΣ ΚΟΡΕΣΜΟΥ ΟΞΥΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ (ΑΚΚΟ) ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΠΑΛΜΙΚΗΣ ΟΞΥΜΕΤΡΙΑΣ (ΣΠΟ) - ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Γ. ΚΟΥΛΟΥΡΗΣ², Γ. ΧΑΤΖΗΑΝΤΩΝΙΟΥ¹, Ν. ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ²

¹ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΔΗΜΟΥ ΑΙΓΑΛΕΩ

² ΕΡΓΟΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΚΟ

Σκοπός

Το μηχανογραφικό ΣΦ θεωρείται απαρχαιωμένη μέθοδος αιμοδυναμικής εκτίμησης. Η μέθοδος της ΣΠΟ και ΑΚΚΟ με το λογισμικό του προγράμματος RealtimeSpO2 προσφέρει σε συνεχή χρόνο καταγραφή ΣΦ. Σκοπός της εργασίας ήταν η αποκόμιση κλινικής εμπειρίας και προτάσεων από την συσχέτιση ΣΦ και υποκείμενης νόσου.

Υλικό και Μέθοδος

Μελετήσαμε 444 εξετασθέντες στο εξάμηνο σε τρία πρωτοβάθμια ιατρεία. Σόλους καταγράφηκε ΣΦ με ΑΚΚΟ με λογισμικό RealtimeSpO2 σε δακτυλικό κλάδο κερκιδικής αρτηρίας. Περιγράψαμε ΣΦ βάση κλασσικής βιβλιογραφικής ταξινόμησης και οι παρατηρήσεις συσχετίστηκαν με τις υποκείμενες νόσους μετά την ολοκλήρωση υπερηχογραφικού, ΗΚΓ/ικού και αναίμακτου αιμοδυναμικού ελέγχου ICG.

Αποτελέσματα

Παράδοξο ΣΦ παρουσίασαν 20 από τους 27 πάσχοντες από βρογχικό άσθμα, 17 από τους 25 ασθενείς με ΧΑΠ και 2 ασθενείς που έπασχαν από υγρά περικαρδίτιδα μέτριας βαρύτητας. Δίδυμο παρουσιάστηκε στους 12 ασθενείς με διδυμία κοιλιακών εκτάκτων. Δικόρυφο εμφανίστηκε σε 1 εκ των 2 ασθενών με υπερτροφική αποφρακτική μυοκαρδιοπάθεια, σε 8 εκ των 11 ασθενών με σημαντική (>2+) ανεπάρκεια αορτής και σε 4 εκ των 7 ασθενών με σημαντική μικτή νόσο αορτής. Δίκροτο ΣΦ παρουσιάστηκε σε 9 εκ των 18 ασθενών με βαριά καρδιακή ανεπάρκεια, εκ των οποίων οι 5 είχαν διατακτική νόσο βαλβιδικής αιτιολογίας και 4 ισχαιμικής. Εναλλασσόμενο παρουσίασαν 3 εκ των 5 που προσήλθαν με καρδιακή κάμψη. Μικρό ή ασθενές παρουσιάστηκε σε 28 εκ των 59 υπερτασικών με φυσιολογική καρδιακή λειτουργικότητα και αυξημένες περιφερικές αντιστάσεις στην ICG. Ανάκροτο βραδείας φάσης ανόδου είχαν 4 εκ των 7 πασχόντων από αμιγή βαριά στένωση αορτής. Μεγάλο και ισχυρό καταγράφηκε σε 4 από τους 9 ασθενείς με υπερθυρεοειδισμό, σε 6 από τους 10 ασθενείς με αναιμία (Ht<30%), σε 11 εκ των 13 πυρεσόντων (T>38oC) και σε 3 εκ των 11 με αμιγή ανεπάρκεια αορτής (>2+). Απροσδιόριστο παρουσίασαν και οι 23 φέροντες κολπική μαρμαρυγή.

Συμπεράσματα

ΣΦ κλασικά περιγραφόμενο είχαν 163 από τους 246 καρδιοαναπνευστικούς ασθενείς (66,2%) και σε ποσοστό 36,71% των εξετασθέντων. Η λήψη ΣΦ με ΑΚΚΟ με το λογισμικό RealtimeSpO2 προτείνεται σαν χρήσιμη μέθοδος αρχικής αιμοδυναμικής εκτίμησης καρδιοαναπνευστικών ασθενών

02. ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΣΥΓΚΛΕΙΣΗ ΑΝΟΙΚΤΟΥ ΩΟΕΙΔΟΥΣ ΤΡΗΜΑΤΟΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΟΜΕΝΗ ΜΕ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΑΚΟ ΥΠΕΡΗΧΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΗΜΑ

ΑΗΔΟΝΙΔΗΣ Γ.¹, ΧΑΡΑΛΑΜΠΙΔΗΣ Π.¹, RAIMUND E.², ΚΟΝΟΡΖΑ Τ.²

¹ ΚΥΑΝΟΥΣ ΣΤΑΥΡΟΣ, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ¹

² WEST GERMAN HEART CENTER, ESSEN, GERMANY²

Σκοπός

Η σύγκλιση ανοιχτού ωοειδούς τρήματος με διαδερμική μέθοδο αποτελεί δοκιμασμένη μέθοδο. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσία νεώτερης μεθόδου με ενδοκαρδιακή κατευθυνόμενη υπερηχοκαρδιογραφία.

Υλικό

Ασθενής μεσήλικας μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο προσέρχεται για σύγκλιση ανοιχτού ωοειδούς τρήματος. Χρησιμοποιείται ενδοκαρδιακό υπερηχοκαρδιογράφημα για οδηγό μέθοδο.

Αποτελέσματα

Η σύγκλιση του τρήματος ήταν ανεπίπλεκτη και επιτυχής.

Συμπεράσματα

Το ενδοκαρδιακό υπερηχοκαρδιογράφημα προσφέρει εναλλακτικά αξιόπιστη κατεύθυνση στη σύγκλιση του ανοιχτού ωοειδούς τρήματος χωρίς την ανάγκη χορήγησης γενικής αναισθησίας.

03. ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΣΦΗΝΑΣ AMPLATZER VASCULAR PLUG IV ΓΙΑ ΤΟ ΔΙΑΡΤΗΡΙΑΚΟ ΕΜΒΟΛΙΣΜΟ ΑΟΡΤΟΠΝΕΥΜΟΝΙΚΩΝ ΠΑΡΑΠΛΕΥΡΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΣΥΓΓΕΝΗ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ

Α. ΒΕΚΙΟΥ, Ν. ΕΛΕΥΘΕΡΑΚΗΣ, Σ. ΛΟΥΚΟΠΟΥΛΟΥ

ΤΜΗΜΑ ΠΑΙΔΟΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ, ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ «ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ»

Σκοπός

Σκοπός της μελέτης είναι να περιγράψει την περίπτωση δύο παιδιών με συγγενή καρδιοπάθεια στα οποία συγκλείστηκε μεγάλο παράπλευρο με την αγγειακή σφήνα Amplatzer IV. Η εμφυτευθείσα σφήνα είναι νεώτερης γενεάς και δεν έχει εδραιωθεί ως συσκευή εμβολισμού αγγείων σε παιδιά.

Υλικό και Μέθοδος

Στη μελέτη περιλήφθηκαν δύο ασθενείς:

Βρέφος άρρεν, ηλικίας 18 μηνών με τετραλογία Fallot. Σε ηλικία 8 μηνών υποβλήθηκε σε Δεξιά Τροποποιημένη Αορτοπνευμονική Αναστόμωση κατά Blalock Taussig λόγω κυανωτικών κρίσεων. Πριν την ολική χειρουργική διόρθωση της καρδιοπάθειάς του υποβλήθηκε σε σύγκλιση Μεγάλης Αορτοπνευμονικής Παράπλευρης Αρτηρίας (MAPCA) από την κατιούσα Θωρακική Αορτή προς τον Αριστερό και Δεξιό Πνεύμονα (Εικόνα 1).

Νήπιο ηλικίας 3 ετών με χειρουργηθείσα Μετάθεση Μεγάλων Αρτηριών και μεγάλο παράπλευρο από τη Δεξιά Υποκλείδια αρτηρία προς το Δεξιό Πνεύμονα. Εμφάνιζε συχνές λοιμώξεις αναπνευστικού. Δεν κατέστη δυνατή η σύγκλιση με Coil.

Τα παράπλευρα συγκλείστηκαν με τη Συσκευή Amplatzer Vascular Plug IV η οποία είναι κατασκευασμένη από μεταλλικό πλέγμα νιτινόλης και έχει ατρακτοειδές σχήμα. Η συσκευή τοποθετήθηκε μέσω αρτηριακού καθετήρα τελικής οπής (Cobra Tempo 4 F) από τη δεξιά μηριαία αρτηρία (Εικόνα 1).

Αποτελέσματα

Πλήρης σύγκλιση του αγγείου παρατηρήθηκε και στις δύο περιπτώσεις δύο εικοσιτετράωρα μετά με ηχοκαρδιογραφική εξέταση.

Συμπεράσματα

Η παραπάνω περιγραφείσα αγγειακή σφήνα διαθέτει ιδιότητες που την καθιστούν εύχρηστη και αποτελεσματική σε μικρού σωματικού βάρους ασθενείς. Η καταλληλότητα και επάρκειά της ωστόσο θα πρέπει να ελεγχθεί σε επαρκή αριθμό μικρών ασθενών. Ενδεχόμενο μειονέκτημα η μη άμεση σύγκλιση του αγγείου.

Εικόνες



Εικόνα 1. Μεγάλο παράπλευρο από την κατιούσα αορτή προς τους Πνεύμονες (αριστερά) και αγγειακή σφήνα Amplatzer μετά την απελευθέρωσή της στο αγγείο (δεξιά).

04. **ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΟΞΕΟΣ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΜΕ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΣΠΑΣΗ ΤΟΥ ST ΣΤΑ ΔΥΟ ΦΥΛΑ ΚΑΙ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΑΝΩ ΚΑΙ ΚΑΤΩ ΤΩΝ 65 ΕΤΩΝ**

ΡΕΒΕΛΑ ΑΓΓ.

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ ΚΡΗΤΗΣ

Σκοπός

Η παρούσα μελέτη στόχο έχει την καταγραφή της επίπτωσης των οξέων εμφραγμάτων μυοκαρδίου με[STEMI] και χωρίς ανάσπαση[NONSTEMI] του ST διαστήματος, στα δύο φύλα και σε ασθενείς ηλικίας άνω και κάτω των 65 ετών.

Υλικό και Μέθοδος

Στη μελέτη συμμετείχαν 65 ασθενείς [50 άνδρες και 15 γυναίκες] ηλικίας άνω και κάτω των 65 ετών με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Αποτελέσματα

Παρατηρήθηκε ότι 34 έπασχαν από STEMI από τους οποίους οι 19 άνδρες και οι 15 γυναίκες, ενώ 17 ήταν ηλικίας άνω των 65 ετών και 17 κάτω των 65 ετών. Επίσης 31 έπασχαν από NONSTEMI από τους οποίους οι 18 άνδρες και οι 13 γυναίκες, ενώ 19 ήταν ηλικίας άνω των 65 ετών και 12 ήταν ηλικίας κάτω των 65 ετών.

Συμπεράσματα

Παρατηρήθηκε ότι η επίπτωση των STEMI και NONSTEMI δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά ούτε προς το φύλο, ούτε προς την ηλικία των ασθενών.

05. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΕΝΔΟΑΟΡΤΙΚΟΥ ΑΣΚΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ - ΚΑΡΔΙΟΓΕΝΗ ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑ

ΓΡΑΪΔΗΣ Χ., ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ Δ., ΝΤΑΤΣΙΟΣ Α., ΚΑΡΑΣΑΒΒΙΔΗΣ Β., ΨΗΦΟΣ Β., ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ Γ., ΓΟΥΡΓΙΩΤΗΣ Κ., ΒΟΛΟΥΔΑΚΗΣ Κ., ΝΕΡΟΛΑΔΑΚΗΣ Ι., ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΥ Ε.

EUROMEDICA - «ΚΥΑΝΟΥΣ ΣΤΑΥΡΟΣ», ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

Πρόλογος

Η χρήση ενδοαορτικού ασκού (Intra-aortic balloon pump -IABP) είναι ο ακρογωνιαίος λίθος στην θεραπεία της καρδιογενούς καταπληξίας μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Η χρήση όμως της ενδοαορτικής αντλίας προφυλακτικά σε ασθενείς υψηλού κινδύνου που υποβάλλονται σε διαδερμικές ενδοστεφανιαίες παρεμβάσεις (PCI), είναι ακόμα υπό μελέτη.

Σκοπός

Μελετήσαμε την χρήση και την επίπτωση της χρήσης του ενδοαορτικού ασκού στην θνητότητα των ασθενών που υποβάλλονται σε διαδερμικές ενδοστεφανιαίες παρεμβάσεις.

Μέθοδοι

Από τον Ιανουάριο του 2003 έως και τον Απρίλιο του 2011, μελετήθηκαν 2983 διαδοχικοί ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική. Από αυτούς, 125 είχαν έμφραγμα με ανάσπαση του ST διαστήματος (4.19%) και 417 ήταν ασθενείς υψηλού κινδύνου (EF ≤ 30%). Ενδοαορτικός ασκός τοποθετήθηκε συνολικά σε 35 ασθενείς: σε 10 ασθενείς (ομάδα Α), ως επείγουσα παρέμβαση, και σε 25 ασθενείς (ομάδα Β) προφυλακτικά. Μελετήθηκαν και αναλύθηκαν περιεπεμβατικά μείζονα καρδιαγγειακά συμβάματα (έμφραγμα του μυοκαρδίου, καρδιογενής καταπληξία, ανάγκη για επείγουσα αορτοστεφανιαία παράκαμψη, ΑΕΕ και θάνατος) καθώς και η επίπτωση αγγειακών επιπλοκών.

Αποτελέσματα

Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 70 ± 14 έτη (εύρος: 45-85 έτη). 6 ασθενείς ήταν άνω των 80 ετών. 6 ασθενείς ήταν γυναίκες (17,1%). Το στέλεχος της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας ήταν το αγγείο στόχος σε 13 ασθενείς (37.14%). IIb-IIIa αναστολείς (Abciximab) χρησιμοποιήθηκαν σε 7 ασθενείς (20%). 4 ασθενείς (11.4%) κατέληξαν ενδονοσοκομει-

ακά, όλοι με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και καρδιογενή καταπληξία (ομάδα Α). Η επίπτωση μείζονος αιμορραγίας στο σημείο της παρακέντησης ήταν 2,85%. Η εμπειρία μας από τη χρήση ενδοαορτικού ασκού σε ασθενείς υψηλού κινδύνου και σε ασθενείς με καρδιογενή καταπληξία μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου, συνοδεύθηκε από χαμηλή συχνότητα μείζονων καρδιαγγειακών συμβαμάτων και αγγειακών επιπλοκών.

06. **ΑΜΕΣΑ ΚΑΙ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗ ΕΠΙΚΑΛΥΜΜΕΝΩΝ ΕΝΔΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΠΡΟΘΕΣΕΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟ ΤΩΝ ΜΙΚΡΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ**

ΓΡΑΪΔΗΣ Χ., ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ Δ., ΝΤΑΤΣΙΟΣ Α., ΚΑΡΑΣΑΒΒΙΔΗΣ Β., ΨΗΦΟΣ Β., ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ Γ., ΓΟΥΡΓΙΩΤΗΣ Κ., ΒΟΛΟΥΔΑΚΗΣ Κ., ΝΕΡΟΛΑΔΑΚΗΣ Ι., ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΥ Ε.

EUROMEDICA - «ΚΥΑΝΟΥΣ ΣΤΑΥΡΟΣ», ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ
ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ

Ιστορικό

Οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο μικρών αγγείων, παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο να υποβληθούν σε νέα ενδοστεφανιαία παρέμβαση μετά από αγγειοπλαστική. Η χρήση των επικαλυμμένων ενδοστεφανιαίων προθέσεων (DES), βελτίωσε τα αποτελέσματα και την πρόγνωση αυτών των ασθενών.

Σκοπός

Η μελέτη των άμεσων και μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων σε μια σειρά διαδοχικών και μη επιλεγμένων ασθενών με στεφανιαία νόσο των μικρών αγγείων <2.5mm.

Υλικό και Μέθοδοι

Στο διάστημα από Ιανουάριο του 2007 έως και Φεβρουάριο του 2011, μελετήθηκαν 205 ασθενείς, στους οποίους τοποθετήθηκαν μόνο DES<2.5mm. Ως μείζονα καρδιακά συμβάματα (MACE) ορίστηκαν Θάνατος(Θ), έμφραγμα(Ε), επαναιμάτωση βλάβης στόχου (TLR).

Αποτελέσματα

Ο μέσος όρος ηλικίας του υπό μελέτη πληθυσμού ήταν 64 έτη (εύρος: 29-85 έτη). Το 73% ήταν άνδρες και 31,7% είχαν ιστορικό ΣΔ. Το 21% των ασθενών είχαν υποβληθεί σε προηγούμενη αγγειοπλαστική των στεφανιαίων αγγείων και 11,2% σε προηγούμενη αορτοστεφανιαία παράκαμψη. Τα αγγεία που έλαβαν ενδοπροθέσεις DES<2.5mm, ήταν ο πρόσθιος κατιόντας κλάδος (85 στενώσεις,29,6%), η περισπώμενη αρτηρία (118

στενώσεις, 41,1%), η δεξιά στεφανιαία αρτηρία (66 στενώσεις, 23%) και ο διάμεσος κλάδος (σε 18 στενώσεις, 6,3%). Συνολικά αντιμετωπίστηκαν 26 χρόνιες αποφράξεις και 20 βλάβες διχασμού. Αντιμετώπιστηκαν συνολικά 287 στενώσεις με μέσο όρο $1,4 \pm 0,7$ στενώσεις ανά ασθενή. Εμφυτεύθηκαν κατά μέσο όρο $1,49 \pm 0,84$ επικαλυμμένες προθέσεις ανά ασθενή (εύρος: 1-4). Το μέσο μήκος των προθέσεων ανά ασθενή ήταν $29,96 \pm 17,22$ mm (εύρος: 8-96 mm) με μέση διάμετρο $2,4 \pm 0,14$ mm. Κατά την διάρκεια της νοσηλείας δεν υπήρξε κανένας θάνατος ή ανάγκη για επαναγγείωση αγγείου στόχου. Η κλινική παρακολούθηση ολοκληρώθηκε σε 199 ασθενείς (97,1%). Σε μια περίοδο παρακολούθησης $22 \pm 12,9$ μηνών (εύρος: 7-50 μήνες) είχαμε μια συχνότητα μείζονων καρδιακών συμβαμάτων 5,5%. Πιο αναλυτικά υπήρξαν 2 θάνατοι (1%) από μη καρδιακά αίτια. Επαναγγείωση αγγείου στόχου λόγω επαναστένωσης πραγματοποιήθηκε συνολικά σε 5 (3,01%) ασθενείς-5 ασθενείς αντιμετωπίστηκαν διαδερμικά και 1 υποβλήθηκε σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη. Κατά την περίοδο της κλινικής παρακολούθησης 3 ασθενείς (1,5%) χρειάστηκε να υποβληθεί σε αγγειοπλαστική σε άλλο αγγείο.

Συμπεράσματα

Τα ευρήματα της μελέτης αυτής επιβεβαιώνουν την ασφάλεια και αποτελεσματικότητα των DES σε μη επιλεγμένους ασθενείς με νόσο των μικρών αγγείων σε μια μακρά χρονική περίοδο παρακολούθησης.

07. ΠΡΩΙΜΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΕΝΔΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΠΡΟΘΕΣΗΣ ΜΕ ΠΛΑΤΦΟΡΜΑ ΠΛΑΤΙΝΑΣ-ΧΡΩΜΙΟΥ ΠΟΥ ΑΠΟΔΕΣΜΕΥΕΙ EVEROLIMUS (PTCR-EES), ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

ΓΡΑΪΔΗΣ Χ., ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ Δ., ΝΤΑΤΣΙΟΣ Α., ΚΑΡΑΣΑΒΒΙΔΗΣ Β., ΨΗΦΟΣ Β., ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ Γ., ΓΟΥΡΓΙΩΤΗΣ Κ., ΒΟΛΟΥΔΑΚΗΣ Κ., ΝΕΡΟΛΑΔΑΚΗΣ Ι., ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΥ Ε.

EUROMEDICA - «ΚΥΑΝΟΥΣ ΣΤΑΥΡΟΣ», ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ
ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ

Πρόλογος

Τυχαίοποιημένες μελέτες έδειξαν μια εξαιρετική ασφάλεια και αποτελεσματικότητα για την ενδοστεφανιαία πρόθεση με πλατφόρμα κοβαλτίου-χρωμίου που αποδεσμεύει everolimus (CoCr-EES). Η νέα πρόθεση που χρησιμοποιεί το ίδιο φάρμακο και πολυμερές, αλλά με νέα πλατφόρμα πλατίνας-χρωμίου, έχει σχεδιαστεί για να βελτιώνει την πρόωση και εναπόθεση της πρόθεσης, την διατήρηση της γεωμετρίας του αγγείου, την ακτινοσκοπιότητα, την ακτινική δύναμη και την αντοχή στο κάταγμα. Ο σκοπός μας ήταν να αξιολογήσουμε τα κλινικά αποτελέσματα της νέας πρόθεσης (PtCr-EES).

Μέθοδοι

Παρακολούθησαμε και αναλύσαμε αναδρομικά τα δεδομένα 234 διαδοχικών ασθενών στους οποίους έχουν εμφυτευθεί ενδοστεφανιαίες προθέσεις με πλατφόρμα πλατίνας-χρωμίου που αποδεσμεύουν everolimus (PtCr-EES), από τον Δεκεμβρίου του 2009 έως τον Φεβρουάριο του 2011. Καταγράφονται τα μακροχρόνια μείζονα καρδιαγγειακά συμβάματα (MACE) που ορίζονται ως θάνατος από όλες τις αιτίες, έμφραγμα του μυοκαρδίου (MI) και επαναγγείωση της βλάβης στόχου (TLR).

Αποτελέσματα

Ο μέσος όρος ηλικίας του πληθυσμού της μελέτης ήταν 64.4 ± 11.3 χρόνια. 77% ήταν άνδρες και 23,5% διαβητικοί. Ο αριθμός των αλλοιώσεων που αντιμετωπίστηκαν ανά ασθενή ήταν 1.9 ± 0.95 (range: 1-5), συμπεριλαμβανομένων και 41 βλαβών διχασμού και 27 χρονίων αποφράξεων. Το αγγείο στόχος ήταν η δεξιά στεφανιαία αρτηρία σε 142 βλάβες (31,9%), ο αριστερός πρόσθιος κατιόντας σε 162 βλάβες (36,4%), η περισώπινη αρτηρία σε 121 βλάβες (27,2%), ο διάμεσος κλάδος σε 4 βλάβες (0,9%), η αριστερή έσω μαστική αρτηρία σε 12 βλάβες (2,7%) και φλεβικά μοσχεύματα σε 4 βλάβες (0,9%). 2.19 ± 1.14 ενδοπροθέσεις (range: 1-5) εμφυτεύθηκαν ανά ασθενή. Το μέσο μήκος των ενδοπροθέσεων ανά ασθενή ήταν 48.84 ± 26.05 mm (range: 12-128 mm) και η μέση διάμετρος των ενδοπροθέσεων ανά ασθενή ήταν 2.88 ± 0.36 mm. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας δεν υπήρξαν θάνατοι, έμφραγμα του μυοκαρδίου ή ανάγκη για επαναγγείωση. Η κλινική παρακολούθηση ολοκληρώθηκε σε όλους τους ασθενείς και κατά τη διάρκεια $9,3 \pm 3,2$ μηνών (range: 7 έως 22 μήνες) παρακολούθησης, υπήρξαν 3 (1,7%) μη-καρδιακοί και 4 (1,7%) καρδιακοί θάνατοι. 3 (1,3%) ασθενείς υποβλήθηκαν σε επαναγγείωση του αγγείου στόχου (1 ασθενής υπεβλήθη σε νέα PCI, 1 ασθενής υποβλήθηκε σε CABG και 1 ασθενής (0,4%) υπεβλήθη σε PCI σε άλλη βλάβη. Το συνολικό MACE κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου ήταν 4,3%.

Συμπεράσματα

Η πρώιμη εμπειρία μας με την καινούργια ενδοστεφανιαία πρόθεση με πλατφόρμα πλατίνας-χρωμίου που αποδεσμεύει everolimus (PtCr-EES), ήταν πολύ ενθαρρυντική, εμφανίζοντας χαμηλά ποσοστά θρόμβωσης και επαναγγείωσης της βλάβης στόχου σε σύγκριση με άλλες επικαλυμμένες ενδοπροθέσεις.

08. ΕΝΔΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΕΝΕΚΤΕΠΛΑΣΗΣ ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΘΡΟΜΒΟΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗ ΣΕ ΕΚΤΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΣΑ ΔΕΞΙΑ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΑΡΤΗΡΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΤΩΤΕΡΟ ΕΜΦΡΑΓΜΑ

Χ. ΠΑΡΙΣΗΣ, Ι. ΣΚΟΥΛΑΡΙΓΚΗΣ, Γ. ΣΙΤΑΦΙΔΗΣ, Φ. ΤΡΥΠΟΣΚΙΑΔΗΣ

ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ

Σκοπός

Παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού

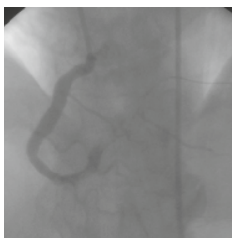
Άνδρας, 54 ετών, καπνιστής, υπέρτασικός και δυσλιπιδαιμικός νοσηλεύθηκε σε περιφερειακό νοσοκομείο με κατώτερο έμφραγμα. Την επόμενη διακομίστηκε στο νοσοκομείο μας προκειμένου να υποβληθεί σε αγγειοπλαστική διάσωσης. Αναδείχτηκε ολική απόφραξη της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας στο ύψος του διχασμού (Εικ. 1) με υψηλό θρομβωτικό φορτίο. Το αριστερό στεφανιαίο δίκτυο ήταν εκτατικό με σημαντική βλάβη στο εγγύς τμήμα του προσθίου κατιόντα. Αρχικά ο ασθενής φορτίστηκε με πρασουγγέλη και στη συνέχεια έλαβε ενδοφλέβια ΙΙβ/ΙΙΙα για 48 ώρες με σκοπό την μείωση του μεγέθους του θρόμβου. Επανακαθετηριάστηκε, χωρίς όμως ουσιαστική βελτίωση της αγγειογραφικής του εικόνας. Έτσι αποφασίστηκε η διενέργεια θρομβοαναρρόφησης αρχικά με καθετήρα 6 Fr και στη συνέχεια 7 Fr χωρίς όμως ιδιαίτερο αποτέλεσμα. Τελικά, αποφασίστηκε η ενδοστεφανιαία χορήγηση 20 mg τενεκτεπλάσης. Μετά τη χορήγηση παρατηρήθηκε αρχικά TIMI I ροή (Εικ 2) και στη συνέχεια έγιναν επανειλημμένα περάσματα με το καθετήρα θρομβοαναρρόφησης 7 Fr. Στο δίχτυ τελικά απομονώθηκε ένα μεγάλο τμήμα οργανωμένου ερυθρού θρόμβου (Εικ. 3) ενώ πλέον η επικαρδιακή ροή ήταν TIMI III και η μυοκαρδιακή διάχυση (blush) III (Εικ 4). Ο ασθενής παρέμεινε στη στεφανιαία μονάδα για 24 ώρες χωρίς να εμφανίσει κάποια ουσιαστική επιπλοκή πέρα από ένα μικρό αιμάτωμα στο σημείο παρακέντησης της δεξιάς μηριαίας αρτηρίας, που απορροφήθηκε αυτόματα τις επόμενες ημέρες.

Συμπέρασμα

Η ενδοστεφανιαία χορήγηση τενεκτεπλάσης κρίνεται σχετικά ασφαλής και ιδιαίτερα αποτελεσματική σε ασθενείς με εκτατικά αγγεία και υψηλό θρομβωτικό φορτίο.



Εικόνα 1



Εικόνα 2



Εικόνα 3



Εικόνα 4

09. ΠΡΩΙΜΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΔΙΑ ΤΗΣ ΚΕΡΚΙΔΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ

**Λ. Κ. ΜΟΣΙΑΛΟΣ, Κ. Δ. ΤΣΑΒΔΑΡΗΣ, Α. Σ. ΑΒΡΑΜΙΔΟΥ, Γ. Χ. ΜΠΟΜΠΟΤΗΣ,
Ι. Κ. ΚΑΠΡΙΝΗΣ**

Γ. Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ, ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Σκοπός

Ενώ παλαιότερα η διακερκιδική προσπέλαση αποτελούσε εναλλακτική λύση στην περίπωση αδυναμίας προσπέλασης από την μηριαία αρτηρία, σήμερα αναγνωρίζεται ότι έχει σημαντικά πλεονεκτήματα ιδιαίτερα, πέραν των άλλων, στη μείωση των τοπικών επιπλοκών στο σημείο της παρακέντησης-προσπέλασης με προεξάρχον την μείωση των αιμορραγικών επιπλοκών.

Υλικό

Από τον Αύγουστο 2011 μέχρι τα μέσα Οκτωβρίου 2011 διενεργήθηκαν 117 διαγνωστικές στεφανιογραφίες και 27 διαδερμικές στεφανιαίες παρεμβάσεις (4 πρωτογενείς) με προσπέλαση δια της κερκιδικής αρτηρίας (4 από την αριστερά κερκιδική) σε ένα σύνολο 322 διαγνωστικών και 128 διαδερμικών στεφανιαίων παρεμβάσεων που διενεργήθηκαν στο Αιμοδυναμικό Εργαστήριο. Από τους 117 ασθενείς οι 89 ήταν άντρες και οι 28 γυναίκες, με Μ.Ο. ηλικίας τα 62 έτη.

Επιλογή ασθενών

Κερκιδική και ωλένιας αρτηρία με καλό σφυγμό καθώς και καλό παράπλευρο δίκτυο μεταξύ τους το οποίο ελέγχονταν με το Allen test, καθώς επίσης και η ευχέρεια χρόνου λόγω του υπερβολικού φόρτου εργασίας του εργαστηρίου, με προοδευτική όμως αύ-

ξηση του αριθμού των περιστατικών λόγω μείωσης της χρονικής διάρκειας διενέργειας των διαγνωστικών και επεμβατικών πράξεων σχεδόν στα επίπεδα προσπέλασης από τη μηριαία αρτηρία.

Κριτήρια αποκλεισμού

Απουσία σφυγμού στην κερκιδική αρτηρία, παθολογικό Allen test, πιθανολόγηση ανάγκης για χρήση ενδοαορτικού ασκού ή ανάγκης για δεξιό καρδιακό καθετηριασμό, πρόθεση χρήσης συσκευών ή εφαρμογή τεχνικών μη συμβατών με καθετήρες μέχρι 7F, αορτοστεφανιαία παράκαμψη με μοσχεύματα αριστερής και δεξιάς έσω μαστικής αρτηρίας.

Προβλήματα

Αδυναμία επιτυχούς παρακέντησης σε 1 ασθενή / τοποθέτησης θηκαριού 0/προσπέλασης μέχρι τη ρίζα της αορτής σε 4 ασθενείς (σε έναν με πλήρη απόφραξη της υποκλειδίου αρτηρίας και σε έναν με ανατομική παραλλαγή έκφυσης της κερκιδικής και σε 2 λόγω εντόνου ελικύσεως της δεξιάς υποκλειδίου) / αδυναμία εκλεκτικής τοποθέτησης καθετήρων σε 2 ασθενείς (ένας στον οποίο ένα φλεβικό μόσχευμα σκιαγραφήθηκε μη εκλεκτικά. και σε μια περίπτωση αδυναμία καλής σκιαγράφησης της αριστεράς στεφανιαίας αρτηρίας) / μετατροπή σε μηριαία προσπέλαση 10.

Επιπλοκές

Αιμορραγία σε 2 περιπτώσεις, μία όλως ελάσσονα στο αντιβράχιο και μία μείζονα στο βραχίονα που αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς με απλή ήπια πιεστική περιέδεση. Τοπικές επιπλοκές στο σημείο παρακέντησης-προσπέλασης: αιμορραγία 0%, ψευδο-ανεύρυσμα 0%, αρτηριοφλεβική επικοινωνία 0%, κάκωση νεύρου 0%, απόφραξη της αρτηρίας 0% (σε 1 ασθενή με υποψία απόφραξης διαπιστώθηκε άμεσα η βατότητά με Doppler).

Είδος - Μέγεθος καθετήρων που χρησιμοποιήθηκαν για τη διαγνωστική στεφανιογραφία

Συνήθως οι κλασικοί καθετήρες Judkins 5F και σε λίγες περιπτώσεις αδυναμίας εκλεκτικής σκιαγράφησης καθετήρες Amplatz ή RadialTIG καθώς και IMA για δε τη διενέργεια διαδερμικής στεφανιαίας παρέμβασης οι καθετήρες ήταν συνήθως για τη δεξιά στεφανιαία αρτηρία JudkinsR 6F και σπανιότερα Amplatz 6F για δε την αριστερά στεφανιαία αρτηρία συνήθως Extra Back-Up(EBU) 6F και πολύ σπανιότερα AmplatzL 6F.

Συμπέρασμα

Η πρώιμη εμπειρία μας δείχνει ότι η καμπύλη εκμάθησης της προσπέλασης από την κερκιδική αρτηρία για έμπειρους επεμβατικούς καρδιολόγους (όπως στην περίπτωση των ιατρών του εργαστηρίου μας) είναι βραχεία, η μέθοδος είναι εφικτή, ασφαλής και

αποτελεσματική, μειώνει τις τοπικές επιπλοκές του σημείου της παρακέντησης - προσπέλασης συμπεριλαμβανομένων των κλινικά σημαντικών αιμορραγικών επιπλοκών, επιτρέπει την κινητοποίηση του ασθενούς αμέσως μετά την εξέταση, επιτρέπει την έξοδο του ασθενούς την ίδια μέρα και τέλος φαίνεται ότι είναι η τεχνική που επιλέγουν οι περισσότεροι ασθενείς.

10. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΑΝΑΤΟΜΙΚΩΝ ΠΑΡΑΛΛΑΓΩΝ-ΑΝΩΜΑΛΙΩΝ ΤΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΔΙΑ ΤΗΣ ΚΕΡΚΙΔΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΣΕ ΜΙΚΡΗ ΣΕΙΡΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

Λ. Κ. ΜΟΣΙΑΛΟΣ, Κ. Δ. ΤΣΑΒΔΑΡΗΣ, Γ. Χ. ΜΠΟΜΠΟΤΗΣ, Ι. Κ. ΚΑΠΡΙΝΗΣ

ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, Γ. Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Σκοπός

Είναι γνωστό ότι οι ανατομικές παραλλαγές-ανωμαλίες των αγγείων των άνω άκρων και του αορτικού τόξου μπορεί να δυσχεράνουν, να καταστήσουν αδύνατη ή ακόμη και ανασφαλή την προσπέλαση και η καλή γνώση τους καθιστά την προσπέλαση δια της κερκιδικής αρτηρίας ασφαλή με την τροποποίηση της τεχνικής (χρήση συρμάτων υδροφίλων η αγγειοπλαστικής, μικρότερου εύρους θηκαριών-καθετήρων κλπ) η με τη διακοπή της και προσπέλαση από άλλη οδό.

Υλικό

Πέραν της σχετικά συχνής παρουσίας ελικώσεων ή στενώσεων στην πορεία της κερκιδικής αρτηρίας στη μικρή σειρά ασθενών μας (117 διαγνωστικές στεφανιογραφίες και 27 διαδερμικές στεφανιαίες παρεμβάσεις), καταγράψαμε και δύο περιπτώσεις με ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Η πρώτη αφορά σπανιότατη περίπτωση απόφραγμένης δεξιάς υποκλειδίου αρτηρίας (συναντάται σε ποσοστό 0,03%) και η δεύτερη αφορά ανατομική παραλλαγή υψηλής έκφυσης της κερκιδικής αρτηρίας.

Στον πρώτο ασθενή η παρακέντηση της κερκιδικής και η τοποθέτηση του θηκαριού ήταν ευχερής και ανεπίπλεκτη αλλά κατόπιν κατά την προώθηση του οδηγού σύρματος, διαπιστώθηκε ύπαρξη εμποδίου-κωλύματος στο ύψος της υποκλειδίου αρτηρίας. Διενεργήθηκε αγγειογραφία της υποκλειδίου αρτηρίας η οποία κατέδειξε απόφραξη της, διεκόπη η διακερκιδική προσπέλαση και η στεφανιογραφία διενεργήθηκε δια της μηριαίας αρτηρίας, οπότε διαπιστώθηκε η διαφορά συστολικής πίεσης 60mmHg μεταξύ άνω και κάτω άκρου. Μετά 3 ημέρες η απόφραξη επιβεβαιώθηκε και με ψηφιακή αγγειογραφία του αορτικού τόξου. Ο ασθενής δεν είχε κανένα σύμπτωμα ισχαιμίας του δεξιού άνω άκρου πριν η μετά την διακερκιδική προσπάθεια προφανώς λόγω ικανοποιητικής παράπλευρης κυκλοφορίας. Η απόφραξη της υποκλειδίου αρτηρίας διαγιγνώσκεται

σπανιότατα κατά την διακερκιδική προσπέλαση και μπορεί να είναι επίκτητη η συγγενής στην προκείμενη περίπτωση λόγω της παρουσίας επασβετώσεων στην περιοχή της στένωσης θεωρήθηκε επίκτητη. Στο δεύτερο ασθενή μετά τη διακερκιδική προσπέλαση και ανεπίπλεκτη διενέργεια της στεφανιογραφίας επιχειρήθηκε και διενέργεια διαδερμικής στεφανιαίας παρέμβασης μετά από αλλαγή του θηκαριού από 5F σε 6F και προώθηση καθετήρα 6F,η οποία ήταν δυσχερής και κατέστη αδύνατη πέραν της μασχालιαίας αρτηρίας στην αρχή αποδόθηκε σε σπασμό,αλλά η έγχυση σκιαστικού κατέδειξε τρώση του αγγείου. Με χρήση καθετήρα 4F έγινε πλήρης αποσαφήνιση της ανατομίας της περιοχής. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε συντηρητικά με ήπια πιεστική περίδεση. Η διαδερμική παρέμβαση πραγματοποιήθηκε δια της μηριαίας αρτηρίας μετά δύο ημέρες.

Συμπέρασμα

Η καλή γνώση της ανατομίας των αγγείων των άνω άκρων και του αορτικού τόξου καθώς και των ανατομικών ανωμαλιών-παραλλαγών είναι απαραίτητη για τη σωστή διαχείριση των ενδεχόμενων προβλημάτων και την αποφυγή επιπλοκών στη διακερκιδική προσπέλαση.

11. ΟΞΕΙΑ ΡΗΞΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ, ΜΕ ΣΥΝΟΔΟ ΕΠΙΠΩΜΑΤΙΣΜΟ, ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

**Γ. Χ. ΜΠΟΜΠΟΤΗΣ, Φ. Ι. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ, Κ. Δ. ΤΣΑΒΔΑΡΗΣ,
Π. Β. ΣΑΡΗΠΟΥΛΟΣ, Γ. Δ. ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑΣ**

Γ. Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ, ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Άντρας 59 ετών, με ιστορικό προηγούμενου εμφράγματος μυοκαρδίου, προσήλθε στο Νοσοκομείο μας για διενέργεια προγραμματισμένης στεφανιογραφίας, η οποία αποκάλυψε μία επιμήκη στένωση 80% στο μέσο τμήμα του αριστερού πρόσθιου κατιόντα κλάδου και μία εστιακή στένωση 80% στην περισπωμένη αρτηρία.

Αποφασίστηκε η διενέργεια διαδερμικής στεφανιαίας παρέμβασης και στις δύο στενώσεις. Αρχικά, διενεργήθηκε διαστολή στην στένωση του προσθίου κατιόντα κλάδου και κατόπιν εμφυτεύθηκε μία επικαλυμμένη ενδοστεφανιαία πρόθεση, XIENCE 4.0X28 χιλ. Η έκπτυξη της ενδοστεφανιαίας πρόθεσης ήταν ατελής και ακολούθησε μεταδιαστολή με ένα μη ευένδοτο μπαλόνι σε υψηλές πιέσεις.

Μετά την διαστολή παρατηρήθηκε μαζική εξαγγείωση σκιαστικού, λόγω ρήξης του αγγείου. Αμέσως εμφανίστηκαν κλινικά και αιμοδυναμικά σημεία επιπωματισμού και διενεργήθηκε περικαρδιοκέντηση με εισαγωγή ενός θηκαριού 6F δια του κατωτέρου

αριστερού μεσοπλεύριου διαστήματος (η υποξιφειδική προσπέλαση ήταν αδύνατη, λόγω της ύπτιας θέσης του ασθενούς), αλλά η αναρρόφηση ήταν αδύνατη, διότι το θηκάρι συμπιεζόταν εντός του μεσοπλευρίου διαστήματος, και κατέστη δυνατή μόνο δια του διαστολέα, ο οποίος επανατοποθετήθηκε στο θηκάρι.

Με συνεχή μηχανική αναρρόφηση του φρέσκου αίματος με ηπαρινισμένες σύριγγες και επαναχορήγηση στη μηριαία φλέβα, ο ασθενής εμφάνισε κλινικά σημεία απόλυτης σταθεροποίησης της κλινικής και αιμοδυναμικής του κατάστασης. Με εξαιρετικού βαθμού δυσκολία εμφυτεύτηκε μια επικαλυμμένη ενδοπρόθεση, jo stent Graft Master 3.5x16 χιλ. σε υψηλές πιέσεις στο σημείο της ρήξης της αρτηρίας επιτυγχάνοντα μόνο μια προσωρινή στεγανοποίηση.

Ο ασθενής μεταφέρθηκε στο χειρουργείο, ενώ συνεχιζόταν η μηχανική αυτομετάγγιση, κλινικά και αιμοδυναμικά σταθεροποιημένος. Υπεβλήθηκε σε επείγουσα διάνοιξη στέρνου, πλήρη ηπαρινισμό και είσοδο στην εξωσωματική κυκλοφορία (ΕΣΚ). Κατά την διάνοιξη του περικαρδίου παρατηρήθηκε μικρή συγκέντρωση αίματος με ελάχιστη ποσότητα θρόμβων.

Εν συνεχεία παρασκευάστηκε η αριστερή έσω μαστική αρτηρία, υπήρξε πλήρης αποκλεισμός της αορτής και χορήγηση αιματικής καρδιοπληγίας ορθόδρομα. Σε σύντομο χρονικό διάστημα (30 λεπτά χρόνος αποκλεισμού αορτής) διενεργήθηκε αναστόμωση της αριστερής έσω μαστικής στο 2ο τριτημόριο του προσθίου κατιόντα, μεγέθους 2.0 χιλιοστών, καθώς και ένα φλεβικό μόσχευμα της αριστερής μείζονος σαφηνούς στην μεσότητα της περισπωμένης αρτηρίας, μεγέθους 1.8 χιλ. Ακολούθησε άρση του αποκλεισμού και επιδιόρθωση δίκην sandwich κεντρικότερα του προσθίου κατιόντα στο εγγύς τμήμα της ενδοπρόθεσης, μαζί με τον 1ο διαγώνιο κλάδο και το αιμορραγούν τοίχωμα, με Teflon felt και ραφές Π με 2.0 Nylon. Υπήρξε ομαλή έξοδος από την εξωσωματική κυκλοφορία, χωρίς ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις και μέτρηση άριστων ροών στα μοσχεύματα.

Πριν την μεταφορά του ασθενούς στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), επανανοίχτηκε λόγω αιμορραγίας, παρά την επιμελή αιμόσταση. Μεταφέρθηκε διασωληνωμένος στη ΜΕΘ. Οδηγήθηκε πάλι, λόγω εκσεσημασμένης απώλειας αίματος (1500ml), στο χειρουργείο εντός των πρώτων 6 ωρών, όπου διαπιστώθηκε αιμορραγία από το στέρνο και αντιμετωπίστηκε επιτυχώς.

Η λοιπή μετεγχειρητική πορεία του αρρώστου ήταν ομαλή με μικρή κινητοποίηση της τροπονίνης και χωρίς ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις εμφράγματος. Εξήλθε την 5η μετεγχειρητική ημέρα, με φυσιολογικές τιμές ενζύμων, από την καρδιοχειρουργική κλινική και με συνέχιση της από του στόματος αντιβιοτικής αγωγής για μια επιπλέον εβδομάδα, λόγω υπόνοιας τοπικής φλεγμονής του τραύματος του στέρνου. Στο μηνιαίο επανέλεγχο η πορεία του αρρώστου ήταν εξαιρετική.

12. **ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΩΤΟΓΕΝΟΥΣ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΣΤΟ Γ. Ν.Θ. «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»**

**Β. ΣΤΡΑΒΕΛΑΣ¹, Α.-Δ. ΜΑΥΡΟΓΙΑΝΝΗ², Ε. ΜΠΟΥΡΝΗ², Α. ΔΙΚΟΦΤΣΗΣ²,
Δ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ², Α. ΝΑΛΜΠΑΝΤΗΣ², Α. ΒΟΣΝΑΚΙΔΗΣ¹, Ε. ΔΕΛΒΙΖΗ¹,
Δ. ΤΟΥΜΠΑΝΟΣ¹, Π. ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ¹, Κ. ΤΖΗΜΑΣ², Ι. ΖΑΡΙΦΗΣ¹**

¹Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ

²Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ

Σκοπός

Η συγκέντρωση στοιχείων για το σύνολο των πρωτογενών αγγειοπλαστικών που πραγματοποιήθηκαν στο Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου» την περίοδο 11ος/2010-11ος/2011.

Υλικό και Μέθοδοι

Χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία από τη βάση δεδομένων του αιμοδυναμικού εργαστηρίου. Για το χαρακτηρισμό ως πρωτογενής χρησιμοποιήθηκε ο αναγνωρισμένος ορισμός της αγγειοπλαστικής εντός 12 ωρών από την έναρξη των συμπτωμάτων και τη διενέργεια αυτής εντός 90 λεπτών από την άφιξη στο νοσοκομείο, χωρίς προηγηθείσα χορήγηση θρομβολυτικής θεραπείας.

Αποτελέσματα

Κατά τη χρονική περίοδο 11/10 - 11/11 διενεργήθηκαν 52 πρωτογενείς αγγειοπλαστικές στις δύο καρδιολογικές του νοσοκομείου. Οι άντρες αποτελούσαν τη συντριπτική πλειοψηφία (44/52 ή 84%). Οι ηλικίες των ασθενών κυμαίνονταν από 33 έως και 81 έτη με συχνότερες αυτές εντός της 4ης (14/52), 5ης (15/52) και 6ης δεκαετίας (12/52) της ζωής. Όσον αφορά τα αγγεία στα οποία πραγματοποιήθηκε αγγειοπλαστική, η συχνότητα ήταν RCA: 23/52, LAD: 22/52 και LCx: 7/52.

Συμπεράσματα

Τα δεδομένα αυτά παρατίθενται ως στοιχεία της ομαδικής προσπάθειας της καρδιολογικής ομάδας του Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου» να αναγνωριστούν οι ασθενείς που μπορούν να υποβληθούν σε πρωτογενή αγγειοπλαστική και να οδηγηθούν στο αιμοδυναμικό εργαστήριο με βάση τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες.

**ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ
ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ**

**ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ
25 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2011**

01. **Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ROTABLATION ΣΕ ΜΗ ΔΙΑΤΑΣΙΜΕΣ ΚΑΙ ΜΗ ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΕΣ ΣΤΕΝΩΣΕΙΣ**

Π. ΔΑΡΔΑΣ

Περιγράφουμε τρία περιστατικά με έντονα επασβεστωμένα στεφανιαία αγγεία. Στα δύο περιστατικά ολικών αποφράξεων έγινε διέλευση οδηγού σύρματος. Στο 1ο δεν κατέστη δυνατή η διέλευση μπαλονιού και στο 2ο έγινε διέλευση μπαλονιού μικρής διαμέτρου αλλά υπήρξε αδυναμία διάτασης του αγγείου. Στο 3ο περιστατικό υπήρξε διάταση με αυξημένης σκληρότητας μπαλόνια καθώς και με Cutting Balloon και δεν κατέστη δυνατή η διάνοιξη της βλάβης. Και στα 3 περιστατικά έγινε εφαρμογή του Rotablation μετά από διέλευση του Rotawire. Περιγράφονται οι τεχνικές διέλευσης του Rotawire καθώς και του Rotablation. Και στα 3 περιστατικά κατέστη εφικτή η πλήρης διάνοιξη του αγγείου με τοποθέτηση Drug Eluting Stents.

02. **ΑΥΤΟΜΑΤΟΣ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΣΤΕΛΕΧΟΥΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΔΙΟΓΕΝΗ ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑ**

ΓΡΑΪΔΗΣ Χ., ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ Δ., ΝΤΑΤΣΙΟΣ Α., ΚΑΡΑΣΑΒΒΙΔΗΣ Β., ΨΗΦΟΣ Β., ΚΟΥΜΠΑΡΟΥΔΗΣ Ι.

EUROMEDICA – «ΚΥΑΝΟΥΣ ΣΤΑΥΡΟΣ», ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ
ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ

Γυναίκα, 42 ετών, χωρίς προηγούμενο καρδιολογικό ιστορικό, απευθύνθηκε σε νοσοκομείο χωρίς αιμοδυναμικό εργαστήριο, αιτώμενη οπισθοστερνικό άλγος με στηθαγικούς χαρακτήρες. Η διάγνωση εκείνη τη στιγμή ήταν ένα οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου προσθίου τοιχώματος. Η ασθενής θρομβολύθηκε με ύφεση των συμπτωμάτων. Την 8η ημέρα, νέο επεισόδιο οπισθοστερνικού άλγους, υπόταση και σημεία ανεπάρκειας της αριστερής κοιλίας. Η ασθενής διεκομίστηκε στο κέντρο μας και όντας σε καρδιογενή καταπληξία, διασωληνώθηκε, τέθηκε ενδοαρτικός ασκός και μεταφέρθηκε στο αιμοδυναμικό εργαστήριο. Η στεφανιαία αγγειογραφία ανέδειξε επιμήκη διαχωρισμό του στελέχους της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας. Διενεργήθηκε αγγειοπλαστική με εμφύτευση επικαλυμμένων ενδοστεφανιαίων προθέσεων, με πλήρη σύγκλιση του διαχωρισμού και ροή TIMI 3. Η ασθενής 3 μήνες μετά, σε πολύ καλή κλινική κατάσταση, υπεβλήθη σε αξονική στεφανιογραφία παρακολούθησης, με άριστη διατήρηση του αποτελέσματος της προηγηθείσας αγγειοπλαστικής και απουσία επαναστένωσης.

03. ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΟΒΑΡΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ ΑΟΡΤΗΣ ΚΑΙ ΣΟΒΑΡΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΣΤΟΜΙΑΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ ΠΡΟΣΘΙΟΥ ΚΑΤΙΟΝΤΟΣ ΚΛΑΔΟΥ ΜΕ ΒΑΛΒΙΔΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ

Α. ΖΙΑΚΑΣ, Σ. ΧΑΤΖΗΜΙΛΤΙΑΔΗΣ, Γ. ΚΑΖΙΝΑΚΗΣ, Β. ΚΑΜΠΕΡΙΔΗΣ, Λ. ΛΙΛΛΗΣ, Α. ΣΑΡΑΦΙΔΟΥ, Ι. ΣΤΥΛΙΑΔΗΣ

Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ, ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΧΕΠΑ, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

Περιγράφεται περίπτωση ασθενούς 85 ετών με ατομικό ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, σακχαρώδους διαβήτη και δυσλιπιδαιμίας που εισήχθη στην Α' Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ λόγω δύσπνοιας σε ελάχιστη κόπωση, παροξυντικής νυχτερινής δύσπνοιας και ορθόπνοιας. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε συστολικό φύσημα εξωθήσεως στην εστία ακρόασης της αορτικής βαλβίδας, εξάλειψη του S2 και υποτρίζοντες βάσειςων άμφω. ΗΚΓ: SR, συχνές έκτακτες κολπικές συστολές, υπερτροφία αριστεράς κοιλίας. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος αποκάλυψε σοβαρού βαθμού στένωση αορτικής βαλβίδας: MPG: 72.8 mmHg, PPG: 98.2 mmHg, AVA: 0.59 mm², AoVmax: 4.96 m/s, και AR: 1-2 (+). Στο στεφανιογραφικό έλεγχο διαπιστώθηκε νόσος στελέχους (50%) και στομίου προσθίου κατιόντα (80-90%). Το υπολογιζόμενο logistic EUROSCORE ήταν 15.5%. Η ασθενής αρνήθηκε καρδιοχειρουργικής αντιμετώπισης. Διενεργήθηκε σε πρώτο χρόνο επιτυχώς αγγειοπλαστική στελέχους και προσθίου κατιόντα, και μετά από διάστημα ενός μήνα διαδερμική βαλβιδοπλαστική αορτικής βαλβίδας. Υπήρξε σαφής κλινική και ηχοκαρδιογραφική βελτίωση (MPG: 36 mmHg, PPG: 59 mmHg, AVA: 0.7 mm², AoVmax: 3.8 m/s) χωρίς επιδείνωση της ανεπάρκειας της αορτικής βαλβίδας.

04. ΜΙΑ ΑΣΥΝΗΘΙΣΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ: ΑΠΟ ΤΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΣΤΟ ... ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ

ΚΟΖΥΡΑΚΗΣ Μ., ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Π., ΜΠΟΛΙΕΡΑΚΗΣ Ν., ΚΑΤΣΑΡΕ Ζ., ΚΑΛΕΣΗ Α., ΖΑΡΙΦΗΣ Ι.*, ΤΖΗΜΑΣ Κ.

Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Γ.Ν.Θ. «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»

*Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Γ.Ν.Θ. «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»

Σκοπός

Η παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς με ανευρυσματοειδή διάταση αριστεράς κοιλίας και εκσεσημασμένη περικαρδιακή συλλογή.

Παρουσίαση περιστατικού

Ασθενής άνδρας, 49 ετών, με προηγηθέν NSTEMI πλαιγίου τοιχώματος της LV και γνωστή

ανευρυσματοειδή διάταση αυτής, ο οποίος παραπέμπεται στο ΤΕΠ λόγω δύσπνοιας και εκσεσημασμένης περικαρδιακής συλλογής.

Ο ασθενής εισήχθη στην κλινική και υπεβλήθη σε διαθωρακικό και διοισοφάγειο ΕCHO όπου διαπιστώθηκε διαφυγή από το τμήμα μεταξύ κορυφής και ελευθέρου τοιχώματος της αριστερής κοιλίας στην περικαρδιακή κοιλότητα. Στην κοιλιογραφία που ακολούθησε επιβεβαιώθηκαν τα υπερηχογραφικά ευρήματα. Υπεβλήθη σε ανευρυσματεκτομή και remodeling LV με τοποθέτηση περικαρδιακού εμβλώματος με συνεπακόλουθη κλινική και υπερηχογραφική βελτίωση.

Συμπέρασμα

Ως ανεύρυσμα χαρακτηρίζεται η λέπτυνση του τοιχώματος της LV που προβάλλει κατά τη συστολή και τη διαστολή και έχει λεπτό αυχένα. Τα ανευρύσματα διακρίνονται σε αληθή και ψευδή. Εμφανίζονται σε συχνότητα περίπου 12% και συνηθέστερα συνδυάζονται με εγγύς ή πλήρη απόφραξη του LAD. Χειρουργική αποκατάσταση ενδείκνυται κυρίως για τα αληθή. Εντούτοις, και η πρόγνωση των ασθενών με ψευδοανεύρυσμα είναι καλύτερη όταν αντιμετωπίζονται χειρουργικά.

05. ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ(ΔΣΠ) ΣΤΟ ΣΤΕΛΕΧΟΣ ΚΑΙ ΣΕ ΔΥΟ ΓΗΓΕΝΗ ΑΓΓΕΙΑ ΣΕ ΔΙΣ ΑΠΟΦΡΑΓΕΝ ΜΟΣΧΕΥΜΑ ΑΡΙΣΤΕΡΑΣ ΕΣΩ ΜΑΣΤΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ

Γ. ΜΑΜΑΔΑΣ, Ν. ΚΑΡΑΔΗΜΗΤΡΑΣ

Ασθενής 44 ετών προσήλθε για στεφανιογραφικό έλεγχο λόγω οξέως στεφανιαίου συνδρόμου. Ο στεφανιογραφικός έλεγχος έδειξε βλάβη διχασμού στελέχους σε ταξινόμηση κατά MEDINA 0-1-0, 40-50% επιμήκη στένωση στο 1ο και 2ο τριτημόριο του πρόσθιου κατιόντος, 60% στένωση στο 2ο τριτημόριο της περισπώμενης αρτηρίας και 90-95% στενώσεις στο μέσον της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας.

Αντιμετωπίστηκε χειρουργικά με εμφύτευση της αριστεράς έσω μαστικής αρτηρίας στον πρόσθιο κατιόντα και φλεβικών μοσχευμάτων στον πρώτο διαγώνιο και στην δεξιά στεφανιαία αρτηρία. Αμέσως μετά τη μεταφορά του στην εντατική παρουσίασε έμφραγμα του μυοκαρδίου με ανασπάσεις του ST στο πρόσθιο τοίχωμα και οδηγήθηκε εκ νέου στο χειρουργείο όπου επανεμφυτεύθηκε η αριστερά έσω μαστική αρτηρία περιφερικότερα στον πρόσθιο κατιόντα. Η μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς ήτο σταθερή και εξήλθε σε καλή κλινική κατάσταση.

Μετά 2 έτη παρουσίασε νέο οξύ στεφανιαίο σύνδρομο και παραπέμφθηκε για στεφανιογραφικό έλεγχο, ο οποίος έδειξε πλήρη απόφραξη της αριστεράς έσω μαστικής αρτηρίας περιφερικά και επιδείνωση των βλαβών του πρόσθιου κατιόντος (70-80%) και της περισπώμενης αρτηρίας (95%) και αποφασίστηκε, μετά από καρδιοχειρουργική εκτίμη-

ση, διαδερμική στεφαναία παρέμβαση στην περισπώμενη αρτηρία, στον πρόσθιο κατιόντα με πλήρη κάλυψη με stent-full metal jacket και στο στέλεχος, με επιτυχή έκβαση. Στεφανιογραφικός έλεγχος 8 μήνες μετά έδειξε ότι το αποτέλεσμα της αγγειοπλαστικής παραμένει πολύ καλό και μέχρι σήμερα (18 μήνες μετά) ο ασθενής παραμένει ασυμπτωματικός.

Συμπέρασμα

Η διαδερμική στεφαναία παρέμβαση στα γηγενή αγγεία φαίνεται να αποτελεί την καλύτερη λύση, μετά από αορτοστεφαναία παράκαμψη.

06. ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ. ΕΚΠΛΗΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΝΕΥΡΕΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΥΘΥΝΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ

ΤΖΙΑΚΑΣ Δ., ΣΤΑΚΟΣ Δ., ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ Σ.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Δ.Π.Θ., ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗ

Είναι γνωστό ότι η ανεύρεση της υπεύθυνης στεφαναίας αρτηρίας σε περιπτώσεις οξέων στεφαναίων συνδρόμων είναι κάποιες φορές δύσκολη. Σε κάποιες περιπτώσεις όμως αυτό αποτελεί αληθινή έκπληξη. Παρουσιάζονται τρεις περιπτώσεις πρωτογενούς αγγειοπλαστικής με στενώσεις ή αποφράξεις σε αρτηρίες που αποτέλεσαν πραγματική πρόκληση όχι τόσο για τη δυσκολία τους όσο για τη σπανιότητα τους.

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ
ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

ΗΛΕΚΤΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ
ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΟΥ

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ ΗΛΕΚΤΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ

- Ernst S. **52**
Foran JP **52**
Gujic M. **52**
Horduna I. **52**
Jones D. **52**
Markides V. **52**
Wong T. **52**
Αβραμίδου Α. **54, 55**
Αηδονίδης Α. **56**
Ακριβού Β. **47**
Αντωνιάδης Α. **54**
Βασιλικός Β. **48, 50**
Βλαχογιάννης Α. **49**
Βούλγαρης Μ. **54, 55**
Γιαννακούλας Γ. **50**
Γιαννόπουλος Ν. **43**
Γκελερής Π. **54, 55**
Δαδούς Τ. **47, 56**
Δάκος Γ. **48, 50**
Θεοδωρίδης Ν. **49**
Θεοφιλογιαννάκος Ε. **50**
Ιωαννίδου Φ. **47**
Καλπίδης Π. **50**
Καμπερίδης Β. **48, 50**
Κανονίδης Ι. **56**
Καρνάρας Δ. **56**
Κιαπίδου Σ. **49**
Κοσκινάς Κ. **54, 55**
Κουλούρης Γ. **43**
Κουτσιμάνης Β. **56**
Κυριάκου Π. **54, 55**
Μαγκλαβέρας Ν. **48**
Μάντζιαρη Λ. **48, 50, 52**
Μιχαηλίδου Α. **49**
Ξάνθης Α. **49**
Παγκουρέλιας Σ. **55**
Παπαγεωργίου Ε. **47**
Παπαδόπουλος Κ. **56**
Παρασκευαΐδης Σ. **48, 50**
Ρέβελα Α. **44, 45, 46**
Ρώσσιος Κ. **55**
Σακαντάμης Γ. **56**
Σκέμπερης Β. **47, 54, 55**
Σοφιανός Δ. **49**
Στόσιτς Τ. **49**
Στυλιάδης Ι. **48, 50**
Σωτηρίου Π. **54, 55**
Τάνος Δ. **55**
Τσιλώνης Κ. **48**
Τσούνος Ι. **55**
Φραγκάκης Ν. **47, 54, 55**
Χατζηαντωνίου Γ. **43**
Χατζηελευθερίου Χ. **49**
Χατζηζήσης Ι. **48**
Χουβαρδά Ι. **48**

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΟΥ

- Κονορζα Τ. **60**
Raimund E. **60**
Αβραμίδου Α. **68**
Αηδονίδης Γ. **60**
Αναγνώστου Ε. **63, 64, 65**
Βέκιου Α. **60**
Βολουδάκης Κ. **63, 64, 65**
Βοσνακίδης Α. **73**
Γιαννόπουλος Ν. **59**
Γουργιώτης Κ. **63, 64, 65**
Γραϊδης Χ. **63, 64, 65**
Δελβίζη Ε. **73**
Δημητριάδης Γ. **63, 64, 65**
Δημητριάδης Δ. **63, 64, 65, 73**
Δικοφτσής Α. **73**
Ελευθεράκης Ν. **60**
Ζαρίφης Ι. **73**
Ιωαννίδης Π. **73**
Καπρίνης Ι. **68, 70**
Καρασαββίδης Β. **63, 64, 65**
Κουλούρης Γ. **59**
Λουκοπούλου Σ. **60**
Μαυρογιάννη Α.-Δ. **73**
Μόσιαλος Λ. **68, 70**
Μπομπότης Γ. **68, 70, 71**
Μπούρνη Ε. **73**
Ναλμπάντης Α. **73**
Νερολαδάκης Ι. **63, 64, 65**
Ντάτσιος Α. **63, 64, 65**
Παπαδόπουλος Δ. **73**
Παπαδοπούλου Φ. **71**
Παρίσης Χ. **66**
Ρέβελα Α. **62**
Σαρήπουλος Π. **71**
Σιταφίδης Γ. **66**
Σκουλαρίγκης Ι. **66**
Στραβέλας Β. **73**
Τζήμας Κ. **73**
Τούμπανος Δ. **73**
Τρυποσκιάδης Φ. **66**
Τσαβδάρης Κ. **68, 70, 71**
Χαραλαμπίδης Π. **60**
Χατζηαντωνίου Γ. **59**
Χατζηκώστας Γ. **71**
Ψήφος Β. **63, 64, 65**

Scanlux® 370 mg/ml

Νεφροί/Καρδιά/Αγγεία

Δραστική ουσία: Ioramideol

Αρτηριογραφία, στεφανιογραφία, ψηφιακή αφοιρετική αγγειογραφία (DSA), φλεβογραφία, αξονική τομογραφία (CT), πυελογραφία

Θεραπευτική δραστική ουσία:
1 ml περιέχει 755,2 mg Ioramideol,
περιεκτικότητα ιωδίου: 370 mg/ml
σε υδατικό διάλυμα

Νεφροί
Καρδιά
Αγγεία



Το χαμηλής
οσμωτικότητας
ασφαλές
σκιαγραφικό

ρΗ	6,5 - 7,5
Ωσμωτικότητα (37° C)	857,0 mosm/kg
Ωσμωτικότητα (37° C)	558,3 mosm/l
Ωσμωτική πίεση (37° C)	2,13 MPa
Γλοιότητα (37° C)	9,0 mPas



Xarelto[®]
rivaroxaban

L01R/CMA/04/2011/0064



Bayer

Κάτοχος της άδειας κυκλοφορίας:
Bayer Pharma AG, 13342 Berlin, Γερμανία
Τοπικός αντιπρόσωπος του κατόχου άδειας κυκλοφορίας στην Ελλάδα:
Bayer Ελλάς ABEE, Σαρφού 18-20, 151 25 Μαρούσι,
Τηλ: 210 6187500, Fax: 210 6187570
Τοπικός αντιπρόσωπος του κατόχου άδειας κυκλοφορίας στην Κύπρο:
Novagen Ltd, Τηλ:00357 22 747747