



ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ  
ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ

11ο  
ΒΟΡΕΙΟΕΛΛΑΔΙΚΟ  
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ  
ΣΥΝΕΔΡΙΟ

24-26 ΜΑΪΟΥ 2012  
HYATT REGENCY  
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ  
25 ΜΑΪΟΥ 2012

ΤΕΛΙΚΟ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ





## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

---

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ.....	04
ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ.....	05
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ.....	06
ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΤΕΛΕΤΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ.....	08
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ.....	11
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΗΜΕΡΙΔΑΣ.....	23
ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΟΜΙΛΗΤΕΣ – ΠΡΟΕΔΡΟΙ.....	28
ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΟΜΙΛΗΤΕΣ ΠΡΟΕΔΡΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΗΜΕΡΙΔΑΣ.....	39
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	48
ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ.....	50
ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ.....	52

## ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ

---

### Αγαπητοί/ές συνάδελφοι

Εκπροσωπώντας το Διοικητικό Συμβούλιο της Καρδιολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος, σας προσκαλώ να συμμετάσχετε στο 11ο Βορειοελλαδικό Καρδιολογικό Συνέδριο που πραγματοποιείται στις 24-26 Μαΐου 2012 στο ξενοδοχείο Hyatt Regency στη Θεσσαλονίκη.

Επειδή τα καρδιολογικά συνέδρια που πραγματοποιήσαμε τα τελευταία χρόνια, κατά γενική ομολογία ήταν πολύ πετυχημένα, γι' αυτό το λόγο θεωρήθηκε σκόπιμο να μην γίνουν σημαντικές αλλαγές. Τα περισσότερα θέματα των στοργγγυλών τραπεζιών είναι προσαρμοσμένα στην κλινική πράξη, με σκοπό να βοηθήσουν τον κλινικό καρδιολόγο στην αντιμετώπιση των ασθενών.

Επίσης, στα πλαίσια του συνεδρίου θα πραγματοποιηθεί και νοσηλευτική ημερίδα, η οποία, όπως και οι προηγούμενες, πιστεύουμε πως θα στεφθεί με επιτυχία, διότι συγκεντρώνει πλήθος από τους συνεργάτες μας νοσηλευτές, με ομιλίες και συζητήσεις σε θέματα που τους αφορούν.

Το Διοικητικό Συμβούλιο της Καρδιολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος και η Οργανωτική Επιτροπή θα ήθελε για μια ακόμη φορά να ευχαριστήσει τα μέλη της αλλά και τους καρδιολόγους από όλη την Ελλάδα που μας τιμούν με την παρουσία τους και ευελπιστούμε με τη μαζική τους προσέλευση να συμβάλλουν στην επιτυχία του συνεδρίου.

Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω για τη συμβολή τους στην επιτυχία του συνεδρίου τις φαρμακευτικές εταιρείες και τις εταιρείες ιατρικού εξοπλισμού, καθώς και την εταιρεία Inventionics για την άψογη διοργάνωση του συνεδρίου.

### Παράσχος Γκελερής

Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ  
Πρόεδρος ΚΕΒΕ



## ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ

---

### Διοικητικό Συμβούλιο ΚΕΒΕ

**Πρόεδρος:** Π. Γκελερής

**Αντιπρόεδρος:** Γ. Μπομπότης

**Γεν. Γραμματέας:** Χ. Καρβούνης

**Ειδ. Γραμματέας:** Ι. Κανονίδης

**Ταμίας:** Ν. Φραγκάκης

**Μέλη:** Ι. Ζαρίφης, Δ. Κετίκογλου

### Οργανωτική Επιτροπή

**Πρόεδρος:** Π. Γκελερής

**Αντιπρόεδροι:** Γ. Μπομπότης, Γ. Παρχαρίδης

**Γεν. Γραμματέας:** Χ. Καρβούνης

**Μέλη:**

Ι. Κανονίδης

Ν. Φραγκάκης

Χ. Παπακωνσταντίνου

Δ. Κετίκογλου

Γ. Σακαντάμης

Ι. Καπρίνης

Ι. Τσούνος

Ι. Ζαρίφης

Δ. Ψυρρόπουλος

Δ. Αφθονίδης

Χ. Μπουντούλας

## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

---

**Πρόεδρος:** Π. Γκελερής

**Μέλη:**

Σ. Γαβριηλίδης	Γ. Δρόσος
Γ. Γιαννόγλου	Γ. Ευθυμιάδης
Κ. Γκεμιτζής	Ι. Ζαρίφης
Α. Δεληγιάννης	Α. Ζιάκας
Α. Ευθυμιάδης	Γ. Καζινάκης
Α. Καραγιάννης	Ι. Κανονίδης
Χ. Καρβούνης	Ι. Καπρίνης
Α. Κοντόπουλος	Δ. Κετίκογλου
Δ. Κρεμαστινός	Σ. Κωνσταντινίδης
Σ. Κωνσταντινίδης	Χ. Λιόλιος
Ν. Λευκός	Φ. Μανούδης
Γ. Λουριδάς	Α.-Δ. Μαυρογιάννη
Λ. Μιχάλης	Σ. Μόχλας
Χ. Μπουντούλας	Γ. Μπομπότης
Γ. Μπουντώνας	Α. Μπουφίδου
Κ. Παπαδόπουλος	Ι. Παπαγιάννης
Χ. Παπακωνσταντίνου	Σ. Παπαστεφάνου
Γ. Παρχαρίδης	Σ. Παρασκευαΐδης
Γ. Σακαντάμης	Χ. Πλιάκος
Π. Σπανός	Β. Πυργάκης
Χ. Στεφανάδης	Χ. Ραΐδης
Ι. Χ. Στυλιάδης	Σ. Σαββάτης
Μ. Τούμπουρας	Γ. Σαββόπουλος
Φ. Τρυποσκιάδης	Β. Σκέμπερης
Β. Άθυρος	Ι. Γ. Στυλιάδης
Κ. Αναστασιάδης	Δ. Συμεωνίδης
Δ. Αφθονίδης	Ι. Τσουνός
Β. Βασιλικός	Ν. Φραγκάκης
Ι. Βογιατζής	Σ. Χατζημιλιτιάδης
Ι. Γουδέβενος	Δ. Ψυρρόπουλος
Π. Δάρδας	



## ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΤΕΛΕΤΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ

---

### **11ο ΒΟΡΕΙΟΕΛΛΑΔΙΚΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ**

Πέμπτη 24 Μαΐου 2012

Ώρα: 20:00

Hyatt Regency Hotel, Θεσσαλονίκη

### ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΤΕΛΕΤΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ

#### ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ

Ο Πρόεδρος και η Οργανωτική Επιτροπή του **11ου Βορειοελλαδικού Καρδιολογικού Συνεδρίου** σας προσκαλούν στην Τελετή Έναρξης την **Πέμπτη 24 Μαΐου 2012** και ώρα 20:00, στο ξενοδοχείο Hyatt Regency.

Η παρουσία σας θα μας τιμήσει ιδιαίτερα.

Ο πρόεδρος της ΚΕΒΕ και της Οργανωτικής Επιτροπής

**Παράσχος Γκελερής**

Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ





---

## ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΕΛΕΤΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ

### ΠΡΟΣΦΩΝΗΣΕΙΣ

**Π. Γκελερής** / Πρόεδρος Καρδιολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος

**Α. Εξαδάκτυλος** / Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης

**Γ. Παρχαρίδης** / Πρόεδρος Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας

### ΚΗΡΥΞΗ ΕΝΑΡΞΗΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

**Β. Ταρλατζής** / Πρόεδρος Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ

### ΒΡΑΒΕΥΣΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

### ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΑ ΔΙΑΛΕΞΗ

Οι στόχοι της Ιατρικής Εκπαίδευσης

**Χ. Μπουντούλας**

### ΔΕΞΙΩΣΗ ΥΠΟΔΟΧΗΣ



## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΕΜΠΤΗ 24 ΜΑΪΟΥ 2012

### Αίθουσα BALLROOM I-II

09:00 – 11:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Πρόληψη καρδιαγγειακών νοσημάτων

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

Πρόληψη – αντιμετώπιση αρτηριακής υπέρτασης

**Χ. Σαββόπουλος**

Πρόληψη – αντιμετώπιση δυσλιπιδαιμιών

**Β. Άθυρος**

Διατροφή – Άσκηση

**Α. Σταυράτη**

Πρόληψη – αντιμετώπιση μεταβολικού συνδρόμου και σακχαρώδη διαβήτη

**Τ. Διδάγγελος**

Κάπνισμα

**Κ. Τζιόμαλος**

Σχολιαστές: **Σ. Δούμα, Κ. Τζιόμαλος, Χ. Κυρπιζίδης,**

**Χ. Σαμπάνης, Ι. Παπαγιάννης**

Συζήτηση

11:00 – 11:30 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

**ΠΕΜΠΤΗ 24 ΜΑΪΟΥ 2012**

**11:30 – 13:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Καρδιακά προβλήματα στην καθημερινή κλινική πράξη  
Πρόεδροι: **Α. Δεληγιάννης, Δ. Ψυρρόπουλος**

Οξεία Καρδιακή Ανεπάρκεια. Αίτια, αντιμετώπιση  
**Ε. Δαλαμάγκα**

Επιπτώσεις χημειοθεραπείας του καρκίνου στη λειτουργία της καρδιάς  
**Χ. Λαφάρας**

Προαγωνιστική εξέταση αθλητών και μή  
**Χ. Ραϊδης**

Παρακολούθηση και έλεγχος των ασθενών που θεραπεύονται με  
αντιπηκτικά, αντιαιμοπεταλιακά και στατίνες. Μύθοι και αλήθειες  
**Α. Μαχτοπούλου**

Διαγνωστικά ΗΚΓ ραφικά προβλήματα  
**Κ. Κοσκινάς**

Σχολιαστές: **Σ. Σαββάτης, Θ. Μπισχινιώτης, Ε. Κουϊδή,  
Γ. Σαββόπουλος, Β. Σκέμπερης**

Συζήτηση

**13:30 – 14:00 ΔΙΑΛΕΞΗ**

Πρόεδρος: **Χ. Καρβούνης**

Μεταβολικό σύνδρομο. Η ασθένεια του 21ου αιώνα;  
**Β. Άθυρος**

**14:00 – 15:30 ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ**

ΠΕΜΠΤΗ 24 ΜΑΪΟΥ 2012

**Αίθουσα BALLROOM III**

**15:30 – 17:00 ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**  
Πρόεδροι: **Β. Στραβέλας, Α. Καπετανόπουλος**

**Αίθουσα BALLROOM I-II**

**17:30 – 19:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**  
Στεφανιαία νόσος  
Πρόεδροι: **Γ. Γιαννόγλου, Ι. Καπρίνης**

Υποκλινική στεφανιαία νόσος. Άτομα υψηλού κινδύνου για έμφραγμα μυοκαρδίου και αιφνίδιο θάνατο

**Ι. Βογιατζής**

Διάγνωση της στεφανιαίας νόσου. Από το ιστορικό στη στεφανιογραφία  
**Γ. Καζινάκης**

Θεραπευτικές επιλογές στη χρόνια στεφανιαία νόσο

**Δ. Συμεωνίδης**

Προεγχειρητική καρδιολογική εκτίμηση ασθενούς με ύποπτη ή/και διαγνωσμένη στεφανιαία νόσο

**Ν. Γκουζούμας**

PCI – CABG. Διαφορές και πλεονεκτήματα κάθε μεθόδου

**Χ. Παπαδόπουλος**

Σχολιαστές: **Χ. Ραϊδης, Π. Κυριάκου, Α. Ζιάκας, Ν. Καμπουρίδης, Ι. Φεσατίδης**

Συζήτηση



**ΠΕΜΠΤΗ 24 ΜΑΪΟΥ 2012**

**19:30 – 20:00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

**20:00 – 20:30 ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ**

**20:30 – 21:00 ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΑ ΔΙΑΛΕΞΗ**

Οι στόχοι της Ιατρικής Εκπαίδευσης  
**Χ. Μπουντούλας**

**21:00 ΔΕΞΙΩΣΗ ΥΠΟΔΟΧΗΣ**

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 25 ΜΑΪΟΥ 2012

**Αίθουσα BALLROOM I-II**

**09:00 – 11:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Κληρονομικές – Συγγενείς καρδιοπάθειες  
Πρόεδροι: **Σ. Γαβριλίδης, Κ. Βασιλειάδης**

Κληρονομικές μορφές διατακτικής μυοκαρδιοπάθειας  
**Γ. Ευθυμιάδης**

Υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια. Διαστρωμάτωση κινδύνου –  
αντιμετώπιση  
**Ε. Παγκουρέλιας**

Καρδιοπάθειες σε κληρονομικές παθήσεις του συνδετικού ιστού  
(MVP, Διγλώχιν αορτική βαλβίδα, σύνδρομο Marfan κλπ)  
**Φ. Λαζαρίδου**

Μεσοκοιλιακή επικοινωνία – PFO. Διάγνωση - αντιμετώπιση  
**Ν. Μεζίλης**

Σύνδρομο Eisenmenger. Νεότερα δεδομένα  
**Γ. Γιαννακούλας**

Σχολιαστές: **Θ. Μπελεβελής, Γ. Ευθυμιάδης, Ε. Ρέππας,  
Φ. Λαζαρίδου, Κ. Θωμαΐδης**

**11:00 – 11:30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**



**ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 25 ΜΑΪΟΥ 2012**

**11:30 – 13:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Αρρυθμίες

Πρόεδροι: **Β. Βασιλικός, Ι. Τσούνος**

Υπερκοιλιακές ταχυκαρδίες – Διάγνωση, θεραπεία

**Σ. Παρασκευαΐδης**

Συγκοπή στους αθλητές

**Β. Σκέμπερης**

Μη εμμένουσα κοιλιακή ταχυκαρδία

**Ν. Φραγκάκης**

Καναλοπάθειες. Διαστρωμάτωση κινδύνου, θεραπεία

**Ε. Χατζηνικολάου - Κοτσάκου**

Σχολιαστές: **Γ. Σταυρόπουλος, Η. Ζάρβαλης, Τ. Δαδούς,**

**Π. Κλιγκάτσος**

Συζήτηση

**13:00 – 13:30 ΔΙΑΛΕΞΗ**

Πρόεδρος: **Γ. Σακαντάμης**

Συγκοπή

**Γ. Θεοδωράκης**

**13:30 – 14:00 ΔΙΑΛΕΞΗ**

Πρόεδρος: **Ν. Λευκός**

Η πρόληψη της στεφανιαίας νόσου: Υποσχέσεις και προβληματισμοί

**Χ. Πίτσαβος**





**ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 25 ΜΑΪΟΥ 2012**

**14:00 – 15:30 ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ**

**Αίθουσα BALLROOM III**

**15:30 – 17:00 ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**  
Πρόεδροι: **Χ. Λιόλιος, Σ. Λαμπρόπουλος**

**Αίθουσα BALLROOM I-II**

**17:00 – 18:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**  
Απεικονιστικές Τεχνικές  
Πρόεδροι: **Χ. Πλιάκος, Α. Ευθυμιάδης**

Αξονική στεφανιογραφία στη στεφανιαία νόσο  
**Α. Κελέκης**

Μαγνητική τομογραφία – Εφαρμογές στην καρδιολογία  
**Θ. Καραμήτσος**

Ενδοστεφανιαίο ηχωκαρδιογράφημα  
**Α. Ζιάκας**

3D ηχωκαρδιογραφία. Νεότερα δεδομένα  
**Β. Νινιός**

Σχολιαστές: **Ε. Βουρβούρη, Γ. Σπανός, Δ. Φαρμάκης, Θ. Ζαγκλαβάρη**

Συζήτηση

**18:30 – 19:00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**



**ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 25 ΜΑΪΟΥ 2012**

**19:00 – 20:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Ενδιαφέροντα καρδιολογικά – καρδιοχειρουργικά θέματα  
Πρόεδροι: **Δ. Συμεωνίδης, Γ. Δρόσος**

Υποτροπιάζουσα περικαρδίτις  
**Σ. Παπαστεφάνου**

Οξεία αορτικά σύνδρομα. Διάγνωση – αντιμετώπιση  
**Α. Καπετανόπουλος**

Σχολιαστές: **Π. Κουνατιάδης, Γ. Μίσιας**

Συζήτηση

**20:00 – 20:30 ΔΙΑΛΕΞΗ**

Πρόεδρος: **Ι. Κανονίδης**

Η θεωρία της ευάλωτης αθηρωματικής πλάκας: Έχει αλλάξει τη  
διαγνωστική και θεραπευτική προσπέλαση της στεφανιαίας νόσου;  
**Φ. Τρποσκιάδης**

**20:30 – 21:00 ΔΙΑΛΕΞΗ**

Πρόεδρος: **Γ. Παρχαρίδης**

Οι περιοριστικές μυοκαρδιοπάθειες στην κλινική πράξη  
**Δ. Κρεμαστινός**

**ΣΑΒΒΑΤΟ 26 ΜΑΪΟΥ 2012**

**Αίθουσα BALLROOM I-II**

**09:00 – 10:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Βαλβιδοπάθειες

Πρόεδροι: **Π. Γκελερής, Ι. Ζαρίφης**

Στένωση της αορτικής βαλβίδας στους υπερήλικες

**Β. Καμπερίδης**

Ιατρογενείς βαλβιδοπάθειες

**Λ. Πουλημένος**

Λειτουργική ανεπάρκεια της τριγλώχινας βαλβίδας

**Δ. Κετίκογλου**

Διαδερμικές επεμβάσεις στη μιτροειδή βαλβίδα

**Γ. Παυλίδης**

Σχολιαστές: **Κ. Βολουδάκης, Π. Δάρδας, Γ. Κρασόπουλος,**

**Σ. Χατζημιλιτιάδης**

Συζήτηση

**10:30 – 11:00 ΔΙΑΛΕΞΗ**

Πρόεδρος: **Χ. Καρβούνης**

Υβριδική ενδαγγειακή απεικόνιση. Παρόν και μέλλον

**Λ. Μιχάλης**

**11:00 – 11:30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

## ΣΑΒΒΑΤΟ 26 ΜΑΪΟΥ 2012

### 11:30 – 13:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Κολπική μαρμαρυγή

Πρόεδροι: **A. Μανώλης, Δ. Κατρίτσας**

Ανάταξη κολπικής μαρμαρυγής. Πότε; Πώς;

**Π. Κοραντζόπουλος**

Νεώτερα αντιαρρυθμικά. Υπάρχει πρόοδος;

**A. Μανώλης**

Πρόοδος στην αντιπηκτική αγωγή

**B. Βασιλικός**

Κατάλυση κολπικής μαρμαρυγής. Πότε; Γιατί;

**Γ. Ανδρικόπουλος**

Σχολιαστές: **H. Ζάρβαλης, Σ. Παρασκευαΐδης, I. Βογιατζής,**

**N. Φραγκάκης**

Συζήτηση

### 13:00 – 13:30 ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδρος: **I.X. Στυλιάδης**

Computational Fluid Dynamics for the Assessment of Coronary Flow: A New Clinical Tool?

**Δ. Κατρίτσας**

### 13:30 – 14:00 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

της φαρμακευτικής εταιρείας **ASTRA ZENECA**

Πρόεδρος: **I. Κανονίδης**

Νέες κατευθυντήριες οδηγίες και εξελίξεις στην αντιαιμοπεταλιακή θεραπεία των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων. Διδάγματα από πρόσφατες μελέτες

**Λ. Μόσιαλος**



**ΣΑΒΒΑΤΟ 26 ΜΑΪΟΥ 2012**

**14:00 – 15:30 ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ**

**Αίθουσα BALLROOM III**

**15:30 – 17:00 ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

Πρόεδροι: **Κ. Βολουδάκης, Χ. Χατζηελευθερίου**

**Αίθουσα BALLROOM I-II**

**17:00 – 19:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Επεμβατική καρδιολογία

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

Αντιαιμοπεταλιακή αγωγή στις διαδερμικές στεφανιαίες παρεμβάσεις

**Δ. Πεντούσης**

Ενδοστεφανιαίες προθέσεις. Παρόν και μέλλον

**Σ. Χατζημυλιτιάδης**

ΟΣΣ. Η θέση της πρωτογενούς αγγειοπλαστικής

**Π. Δάρδας**

Αντιμετώπιση ασθενούς με νόσο του στελέχους

**Δ. Τσιακαδέρης**

Αντιμετώπιση ασθενών με ολική απόφραξη

**Γ. Σιάνος**

Σχολιαστές: **Χ. Γραϊδής, Γ. Μπομπότης, Ι. Ζαρίφης,**

**Θ. Παπαδόπουλος, Λ. Μόσιαλος**

Συζήτηση



**ΣΑΒΒΑΤΟ 26 ΜΑΪΟΥ 2012**

**19:00 – 19:30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

**19:30 – 20:00 ΔΙΑΛΕΞΗ**  
Πρόεδρος: **Χ. Μπουτούλας**

Κατευθυντήριες οδηγίες. Μειονεκτήματα, πλεονεκτήματα,  
προβληματισμοί, προτάσεις  
**Π. Γκελερής**

**20:00 – 20:30 ΔΙΑΛΕΞΗ**  
Πρόεδρος: **Π. Γκελερής**

Τα νεότερα δεδομένα στη διάγνωση και θεραπεία της ευάλωτης  
αθηρωματικής πλάκας  
**Χ. Στεφανάδης**

**20:30 – 20:45 Απολογισμός – Κλείσιμο του Συνεδρίου**

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 25 ΜΑΪΟΥ 2012

Αίθουσα BALLROOM III

08:30 – 09:00 ΕΓΓΡΑΦΕΣ

09:00 – 09:15 ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ

09:15 – 10:15 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Αρρυθμίες

Πρόεδροι: **Β. Λαγκάζαλη, Ο. Λιακοπούλου**

Αρρυθμίες στο OEM - Αντιμετώπιση

**Φ. Χατζηστεφάνου, Ε. Παπαντωνίου, Ε. Παντελίδου**

Αρρυθμιόγonos μυοκαρδιοπάθεια της δεξιάς κοιλίας -  
Νεότερα δεδομένα

**Κ. Κουλέλη, Β. Ντελλή, Ε. Λυσίτσα**

Νέες στρατηγικές πρόληψης ισχαιμικού ΑΕΕ σε πάσχοντες από  
κολπική μαρμαρυγή

**Ε. Θεοδωρίδου, Ε. Κατσειδου**

Πως αναγνωρίζουμε ηλεκτροκαρδιογραφικά τις αρρυθμίες

**Χ. Ηλωνίδου, Σ. Γιαννακίδου**

Νοσηλευτική παρέμβαση σε προσωρινή βηματοδότηση στη  
Στεφανιαία Μονάδα

**Ε. Στράτη, Ε. Σταμάτη**

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 25 ΜΑΪΟΥ 2012

### 10:15 – 11:15 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Καρδιακή Ανεπάρκεια

Πρόεδροι: **Ε. Παντελίδου, Ζ. Μάρκου**

Η σημασία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια

**Α. Ηλιάδου, Μ. Τσολακίδου, Δ. Παλητζήκα**

Δύσπνοια στην καρδιακή ανεπάρκεια. Διαφορική διάγνωση

**Ε. Χαρέλα, Ε. Παπαδοπούλου**

Αντιμετώπιση της Οξείας Καρδιακής Ανεπάρκειας

**Π. Μπόνια**

Μεσογειακή αναίμια και καρδιακή ανεπάρκεια

**Ε. Αθανασιάδου, Κ. Γαργάνη**

Ψυχολογική υποστήριξη ασθενών με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια

**Μ. Παπαγιάννη, Α. Κουλίδου, Μ. Ηλιάδου**

### 11:15 – 11:45 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

### 11:45 – 13:15 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Κλινική Καρδιολογία

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

Οι παράγοντες που συντελούν στην καθυστερημένη προσέλευση ασθενών με ΟΕΜ στο νοσοκομείο

**Ι. Τσολάκογλου, Π. Χαρπαντίδου**

Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, η πρώτη εξειδικευμένη αντιμετώπιση στα ΤΕΠ

**Μ. Γκουντάρα, Α. Τσαμπαλάκη**



**ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 25 ΜΑΪΟΥ 2012**

Σύνδρομο άπνοιας στον ύπνο και καρδιαγγειακή νόσος  
**Θ. Χαίνοπούλου, Γ. Βασιλείου, Ε. Αθανασιάδου**

Η εκπαίδευση στην καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση  
**Μ. Άγγου, Ε. Πάντου, Κ. Παγιόπουλος, Β. Μανωλή**

Νεοπλάσματα καρδιάς / **Κ. Βενέτη, Δ. Παλιτζήκα**

Αιφνίδιος θάνατος στους νέους / **Σ. Σπυρίδου, Θ. Αγγελόπουλος**

Η συσχέτιση των συναισθημάτων με τον καρδιαγγειακό κίνδυνο  
**Σ. Καραβασιλειάδου, Ε. Αθανασάκης**

**13:15 - 14:15 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Επεμβατικό

Πρόεδροι: **Ε. Καραδήμα, Δ. Αναγνώστου-Τσικμά**

Η κινητοποίηση των καρδιοχειρουργημένων ασθενών - σημαντικός παράγοντας για την ταχεία ανάρρωσή τους

**Δ. Παλιτζήκα, Ε. Μαλέογλου, Κ. Καραγιαννάκη**

Στεφανιογραφία. Ο ρόλος του Νοσηλεύτη στην έξοδο του ασθενούς από το αιμοδυναμικό εργαστήριο / **Β. Κρίκη, Δ. Τσιλιγκός**

Ακτινοβολία στο εργαστήριο ηλεκτροφυσιολογίας / **Ε. Παπαγεωργίου, Τ. Δαδούς, Ν. Φραγκάκης, Β. Σκέμπερης, Φ. Ιωαννίδου, Β. Ακρίβου**

Ασθενής με αντλία υποστήριξης αριστερής κοιλίας LVAD. Ολιστική μετεχειρητική υποστήριξη από Νοσηλεύτη της ομάδος LVAD  
**Α. Τσίνογλου, Β. Χαραλαμπίδου, Σ. Χαρούπα, Κ. Αναστασιάδης**

Οργάνωση και λειτουργία εργαστηρίου ηλεκτροφυσιολογίας. Τι απαιτείται; / **Α. Πολίτου, Μ. Πόντη, Α. Κουπαράνης, Σ. Συμεωνίδου**

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 25 ΜΑΪΟΥ 2012

13:00 - 14:00 **ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (POSTER)**

Πρόεδροι: **Μ. Άγγου, Ε. Χαρέλα**

Η σημασία του μόνιμου εμφυτεύσιμου καταγραφέα βρόγχου (Loop Recorder) στη διερεύνηση συγκοπής αγνώστου αιτιολογίας

**Π. Γκουβούδη, Α. Κωνσταντούδης**

Αιφνίδιος θάνατος σε νέους και σε αθλητές

**Σ. Χάμου, Σ. Χαρτσίνα**

Οξεία περικαρδίτιδα

**Κ. Κόλλια, Φ. Γιάντση**

Στεφανιαία νόσος και σακχαρώδης διαβήτης

**Δ. Αναγνώστου, Μ. Κωστικιάδου**

Καρδιά: Αποφθέγματα, Ρήσεις, Παροιμίες, στην Ελληνική γλώσσα

**Μ. Μήτσιου, Σ. Καραβασιλειάδου, Μ. Άγγου**

Αντιμετώπιση ασθενούς με οξύ πνευμονικό οίδημα στη ΜΕΘ

**Ε. Στεφανή, Μ. Ιωσηφίδου, Ε. Παρκοσίδου, Θ. Αμπαρτζιδής**

Παραμονή ανοιχτού πόρου

**Μ. Ιωσηφίδου, Ε. Στεφανή, Δ. Γρίβα, Σ. Μπεχτισπούλου**

Η επίδραση των Ναρκωτικών ουσιών στο καρδιαγγειακό σύστημα

**Μ. Παρασκευίδου, Α. Πεχλεβάνης, Μ. Καληού**

Καρδιακές παθήσεις και κατάθλιψη

**Θ. Αμπαρτζιδής, Σ. Μπεχτισπούλου, Μ. Ιωσηφίδου, Ε. Στεφανή**

Stress και καρδιοπάθειες

**Θ. Αμπαρτζιδής, Ι. Φωτακέλης, Μ. Κελεσιδου, Β. Γρηγοριάδου**



**ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 25 ΜΑΪΟΥ 2012**

**ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

Λαγκάζαλη Βασιλική  
Λιακοπούλου Όλγα  
Παντελίδου Ελένη  
Ιωαννίδου Φαίδρα  
Χαρέλα Ευαγγελία

## ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

---

### **Β. Άθυρος**

Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

### **Γ. Ανδρικόπουλος**

Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο «Ερρίκος Ντυνάν», Αθήνα

### **Κ. Βασιλειάδης**

Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Διευθυντής ΕΣΥ, Α' Καρδιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

### **Β. Βασιλικός**

Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Α' Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

### **Ι. Βογιατζής**

Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας

### **Κ. Βολουδάκης**

Καρδιολόγος, Διδάκτωρ, Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Χαλκιδικής

### **Ε. Βουρβούρη**

Καρδιολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Erasmus, Ολλανδία  
Υπεύθυνη Καρδιολόγος του Τμήματος Αξονικής Στεφανιογραφίας, Ιατρικό Κέντρο Express Service, Θεσσαλονίκη

### **Σ. Γαβριλιδής**

Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Α' Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

### **Γ. Πανακούλας**

Καρδιολόγος, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Επιστημονικός Συνεργάτης Α' Καρδιολογικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

### **Γ. Παννόγλου**

Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Α' Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

### **Π. Γκελερής**

Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Διευθυντής Γ' Καρδιολογικής Κλινικής, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

### **Ν. Γκουζούμας**

Καρδιολόγος, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Επιμελητής Α', Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο, «Γ. Γεννηματάς», Θεσσαλονίκη

### **Χ. Γραϊδης**

Επεμβατικός Καρδιολόγος, Κλινική EuroMedica - «Κυανούς Σταυρός», Θεσσαλονίκη

### **Τ. Δαδούς**

Λέκτορας Καρδιολογίας ΑΠΘ, Β' Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

### **Ε. Δαλαμάγκα**

Καρδιολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής ΑΠΘ, Επιστημονική Συνεργάτης Α' Καρδιολογικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

### **Π. Δάρδας**

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

### **Α. Δεληγιάννης**

Καρδιολόγος, Καθηγητής Αθλητιατρικής ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

### **Τ. Διδάγγελος**

Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας – Διαβητολογίας ΑΠΘ, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Αντιπρόεδρος ΔΕΒΕ, Θεσσαλονίκη

### **Σ. Δούμα**

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παθολογίας ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

### **Γ. Δρόσος**

Καρδιοχειρουργός, Διευθυντής Καρδιοχειρουργικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

## ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

---

### **A. Ευθυμιάδης**

Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Πρόεδρος Εταιρείας Αθηροσκλήρωσης Βορείου Ελλάδος, Θεσσαλονίκη

### **Γ. Ευθυμιάδης**

Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας, Α' Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

### **Θ. Ζαγκλαβάρα**

Καρδιολόγος, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Υπεύθυνη Τμήματος Ηλεκτροκαρδιογραφίας, Κλινική Euromedica - «Κυανούς Σταυρός», Θεσσαλονίκη

### **Η. Ζάρβαλης**

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

### **Ι. Ζαρίφης**

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

### **Α. Ζιάκας**

Καρδιολόγος, Επίκουρος Καθηγητής ΑΠΘ, Α' Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

### **Γ. Θεοδωράκης**

Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο «Ερρίκος Ντυνάν», Αθήνα

### **Κ. Θωμαΐδης**

Παιδοκαρδιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Β' Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

### **Dr Γ. Καζινάκης**

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

### **Β. Καμπερίδης**

Ειδικευόμενος Καρδιολογίας, Α' Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό



---

### **N. Καμπουρίδης**

Καρδιολόγος, Επιμελητής Α', Καρδιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας

### **I. Κανονίδης**

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

### **A. Καπετανόπουλος**

MD, FACC, FESC, FSCAI, Επεμβατικός Καρδιολόγος, Euromedica Γενική Κλινική, Θεσσαλονίκη

### **I. Καπρίνης**

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

### **Θ. Καραμήτσος**

Honorary Consultant Cardiologist, Oxford University Research Lecturer, Department of Cardiovascular Medicine, John Radcliffe Hospital, UK

### **X. Καρβούνης**

Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Α' Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

### **Δ. Κατρίτσας**

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

### **A. Κελέκης**

Ακτινολόγος, Λέκτορας Ακτινοδιαγνωστικής ΑΠΘ, Ακτινολογικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

### **Δ. Κετίκογλου**

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

## ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

---

### **Π. Κλιγκάτσος**

Καρδιολόγος, Επιμελητής Α', Γενικό Νοσοκομείο Φλώρινας

### **Π. Κοραντζόπουλος**

Λέκτορας Καρδιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

### **Κ. Κοσκινάς**

MD, MSc, FESC, Καρδιολόγος, Θεσσαλονίκη

### **Ε. Κουϊδῆ**

Καρδιολόγος, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Αθλητιατρικής ΑΠΘ, Εργαστήριο Αθλητιατρικής, Τομέας Ιατρικής της Άθλησης, ΤΕΦΑΑ, Θεσσαλονίκη

### **Π. Κουνατιάδης**

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

### **Dr Γ. Κρασόπουλος**

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

### **Δ. Κρεμαστινός**

Ομότιμος Καθηγητής Καρδιολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών

### **Π. Κυριάκου**

Καρδιολόγος, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Καρδιολογικό Τμήμα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

### **Χ. Κυρπιζιδης**

Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο «Άγιος Παύλος» - παράρτημα «Παναγία», Θεσσαλονίκη

### **Φ. Λαζαρίδου**

Καρδιολόγος, Επιμελήτρια Β', Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη





---

### **Σ. Λαμπρόπουλος**

Καρδιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής, Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Μποδοσάκειο», Πτολεμαΐδα

### **Χ. Λαφάρας**

Καρδιολόγος, Επιμελητής Α' Καρδιολογικού Τμήματος, Αντικαρκινικό Νοσοκομείο «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ», Θεσσαλονίκη

### **Ν. Λευκός**

Ομότιμος Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

### **Χ. Λιόλιος**

Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Γρεβενών

### **Α. Μανώλης**

Καθηγητής Καρδιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθυντής Α' Καρδιολογικού Τμήματος, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

### **Α. Μαχτοπούλου**

Καρδιολόγος, Επιστημονική Συνεργάτης, Β' Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Εργαστήριο Ηλεκτροφυσιολογίας, Euromedica Γενική Κλινική, Θεσσαλονίκη

### **Ν. Μεζίλης**

Επεμβατικός Καρδιολόγος, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

### **Γ. Μίσιας**

Καρδιοχειρουργός, Διευθυντής ΕΣΥ, Καρδιοχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

### **Λ. Μιχάλης**

Καθηγητής Καρδιολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

## ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

---

### **Λ. Μόσιαλος**

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

### **Θ. Μπελεβεσλής**

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

### **Δρ Θ. Μπισχινιώτης**

Συντονιστής Διευθυντής, Καρδιολογική – Ογκολογική Μονάδα, Αντικαρκινικό Νοσοκομείο «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ», Θεσσαλονίκη

### **Γ. Μπομπότης**

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

### **Χ. Μπουτούλας**

MD, Dr, Dr. Hon Professor, Honorary Professor Academician (an. mem.)

### **Γ. Μπουντώνας**

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

### **Β. Νινιός**

Καρδιολόγος, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

### **Ε. Παγκουρέλιας**

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

### **Ι. Παπαγιάννης**

Καρδιολόγος, Μόνιμος Επιστημονικός Συνεργάτης Β' Καρδιολογικής Κλινικής, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

### **Θ. Παπαδόπουλος**

Επεμβατικός Καρδιολόγος, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη



---

### **Χ. Παπαδόπουλος**

Λέκτορας Καρδιολογίας ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

### **Σ. Παπαστεφάνου**

Καρδιολόγος, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Διευθυντής, Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

### **Σ. Παρασκευαΐδης**

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

### **Γ. Παρχαρίδης**

Καθηγητής Καρδιολογίας, Πρόεδρος Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας, Θεσσαλονίκη

### **Γ. Παυλίδης**

Διευθυντής Α' Καρδιολογικού Τμήματος Αιμοδυναμικών Μελετών και Επεμβατικής Καρδιολογίας, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα

### **Δ. Πεντούσης**

Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διαβαλκανικό Ιατρικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

### **Χ. Πίτσας**

MD, FESC, FACC, Καθηγητής Καρδιολογίας Ιατρικής Σχολής Αθηνών, Α' Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Αθήνα

### **Χ. Πλιάκος**

Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Α' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

### **Λ. Πουλημένος**

MD, FESC, Καρδιολόγος, Επιμελητής Καρδιολογικού Τμήματος, Γενικό Νοσοκομείο «Ασκληπείο» Βούλας, Αθήνα

### **Χ. Ραϊδής**

Καρδιολόγος, Αμ. Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

## ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

---

### **Ε. Ρέππας**

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

### **Σ. Σαββάτης**

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

### **Γ. Σαββόπουλος**

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

### **Χ. Σαββόπουλος**

Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας ΑΠΘ, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

### **Γ. Σακαντάμης**

Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Διευθυντής Β' Καρδιολογικής Κλινικής ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

### **Χ. Σαμπάνης**

Παθολόγος – Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ, Διευθυντής Διαβητολογικού Κέντρου, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

### **Γ. Σιάνος**

Επεμβατικός Καρδιολόγος, Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Α' Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

### **Β. Σκέμπερης**

Λέκτορας Καρδιολογίας ΑΠΘ, Γ' Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

### **Γ. Σπανός**

Ακτινολόγος, Ειδικευθείς στην Μαγνητική και Αξονική Τομογραφία Καρδιάς, Διαγνωστικό Κέντρο ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ, Θεσσαλονίκη

---

### **A. Σταυράτη**

Επιμελήτρια Α', Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Άγιος Παύλος» - Παράρτημα «Παναγία», Θεσσαλονίκη

### **Γ. Σταυρόπουλος**

Καρδιολόγος, Επιμελητής Β', Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας

### **Χ. Στεφανάδης**

Καθηγητής Καρδιολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Διευθυντής Α' Καρδιολογικής Κλινικής, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Πρόεδρος Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

### **Β. Στραβέλας**

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

### **Ι. Χ. Στυλιάδης**

Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Διευθυντής Α' Καρδιολογικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

### **Δ. Συμεωνίδης**

Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας

### **Κ. Τζιόμαλος**

Λέκτορας Παθολογίας ΑΠΘ, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

### **Κ. Τούτουζας**

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

### **Φ. Τρυποσκιάδης**

Καθηγητής Καρδιολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

---

#### **Δ. Τσικαδέρης**

Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

#### **Ι. Τσούνος**

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

#### **Δ. Μ. Φαρμάκης**

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

#### **Ι. Φεσσατίδης**

Καρδιοθωρακοχειρουργός, Διδάκτωρ Ιατρικής ΑΠΘ, Ευτοmedica Γενική Κλινική, Θεσσαλονίκη

#### **Ν. Φραγκάκης**

Λέκτορας Καρδιολογίας ΑΠΘ, Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

#### **Χ. Χατζηλευθερίου**

Επιμελητής, Γενικό Νοσοκομείο Δράμας

#### **Σ. Χατζημιλιτιάδης**

Καρδιολόγος, Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Α' Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

#### **Ε. Χατζηνικολάου – Κοτσάκου**

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

#### **Δ. Ψυρρόπουλος**

MD, PhD, Καρδιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο «Γ. Γεννηματάς», Θεσσαλονίκη

## ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΟΜΙΛΗΤΕΣ ΠΡΟΕΔΡΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΗΜΕΡΙΔΑΣ

---

### **Θ. Αγγελόπουλος**

Νοσηλεύτης ΤΕ, Υπεύθυνος Στεφανιαίας Μονάδας, Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας

### **Μ. Άγγου**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc (c), Τομεάρχης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

### **Ε. Αθανασάκης**

Απόφοιτος Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

### **Ε. Αθανασιάδου**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Τομεάρχης Παθολογικού Τομέα, Γενικό Νοσοκομείο «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

### **Β. Ακριβου**

Βοηθός Νοσηλευτού ΔΕ, Β' Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

### **Δ. Αναγνώστου**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Ει Ενδοκρινολογικής, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

### **Δ. Αναγνώστου -Τσιγκά**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Τομεάρχης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Γενικό Νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

### **Κ. Αναστασιάδης**

Καρδιοχειρουργός, Διευθυντής Καρδιοχειρουργικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

### **Θ. Αμπαρτζίδης**

Νοσηλεύτης ΤΕ, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

### **Γ. Βασιλείου**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

## ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΟΜΙΛΗΤΕΣ ΠΡΟΕΔΡΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΗΜΕΡΙΔΑΣ

---

### **Κ. Βενέτη**

Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, MSc, Αντικαρκινικό Νοσοκομείο «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ», Θεσσαλονίκη, Οικονομολόγος

### **Κ. Γαργάνη**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Στεφανιαία Μονάδα, Γενικό Νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

### **Σ. Γιαννακίδου**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Αναπληρώτρια Προϊσταμένη Β' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

### **Φ. Γιάντση**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Έδεσσας

### **Π. Γκουβούδη**

Νοσηλεύτρια ΤΕ Στεφανιαίας Μονάδας, Γενικό Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

### **Μ. Γκουντάρα**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Προϊσταμένη ΤΕΠ, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

### **Β. Γρηγοριάδου**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Γενικό Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

### **Δ. Γρίβα**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Γενικό Νοσοκομείο Έδεσσας

### **Τ. Δαδούς**

Λέκτορας Καρδιολογίας ΑΠΘ, Β' Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

### **Α. Ηλιάδου**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Προϊσταμένη Α' Καρδιολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη





---

**Μ. Ηλιάδου**

Νοσηλεύτρια ΤΕ Χειρουργικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Φλώρινας

**Χ. Ηλωνίδου**

Νοσηλεύτρια ΤΕ Καρδιολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Κιλκίς

**Ε. Θεοδωρίδου**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

**Φ. Ιωαννίδου**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Ιατρική Σχολή Θεσσαλίας, Υπεύθυνη Εργαστηρίου Ηλεκτροφυσιολογίας, ΜΕΠ - Β' Προπ. Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

**Μ. Ιωσφίδου**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc (c), ΜΕΘ, Γενικό Νοσοκομείο Έδεσσας

**Μ. Καλού**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Μ.Α.Φ., Γενικό Νοσοκομείο «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

**Μ. Κελεσιδου**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Νοσοκομείο Ειδικών Παθήσεων Θεσσαλονίκης

**Σ. Καραβασιλειάδου**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, PhD (c) ΑΠΘ, Επιστημονικός Συνεργάτης ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης, Μονάδα Άσπλητης Νοσηλείας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**Κ. Καραγιαννάκη**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Υπεύθυνη Μονάδος Μετεγχειρητικής Παρακολούθησης, Καρδιοθωρακοχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

**Ε. Καραδήμα**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Τομεάρχης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

## ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΟΜΙΛΗΤΕΣ ΠΡΟΕΔΡΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΗΜΕΡΙΔΑΣ

---

### **Ε. Κατσεινίδου**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

### **Κ. Κόλλια**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Προϊστάμενη Καρδιολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Έδεσσας

### **Κ. Κουέλη**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Β' Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

### **Α. Κουλίδου**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Παθολογικής Ειδικότητας Στεφανιαίας Μονάδας, Γενικό Νοσοκομείο «Γ. Γεννηματάς», Θεσσαλονίκη

### **Α. Κουπαράνης**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

### **Β. Κρίκη**

Ανχης (ΥΝ) Πλη Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου, 424 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

### **Α. Κωνσταντούδης**

Νοσηλευτής ΤΕ, Αναπληρωτής Προϊστάμενος Στεφανιαίας Μονάδας, Γενικό Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

### **Μ. Κωστικιάδου**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Α' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

### **Β. Λαγκάζαλη**

Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

### **Ε. Λυσίτσα**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Β' Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη



---

### **Ο. Λιακοπούλου**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Τομεάρχης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

### **Ε. Μαλέογλου**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Αναπληρώτρια Προϊσταμένη Καρδιοθωρακοχειρουργικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

### **Β. Μανωλή**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΤΕΠ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

### **Ζ. Μάρκου**

Προϊσταμένη ΤΕ Β' Καρδιολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

### **Μ. Μήτσιου**

Καθηγήτρια Ειδικής Αγωγής, MSc, PhD (c)

### **Σ. Μπεχτισσοπούλου**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

### **Π. Μπόνια**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜΕΠ – Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

### **Β. Ντελλή**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Β' Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

### **Κ. Παγιόπουλος**

Νοσηλευτής ΤΕ, Αναπληρωτής Προϊστάμενος, ΤΕΠ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

### **Δ. Παλιτζήκα**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Προϊσταμένη Καρδιοθωρακοχειρουργικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου», MSc, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Ιατρική Σχολή Θεσσαλίας 43

## ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΟΜΙΛΗΤΕΣ ΠΡΟΕΔΡΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΗΜΕΡΙΔΑΣ

---

### **Ε. Παντελίδου**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Προϊσταμένη Β' Καρδιολογικής Κλινικής, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

### **Ε. Πάντου**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΤΕΠ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

### **Ε. Παπαγεωργίου**

Ακτινοφυσικός, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

### **Μ. Παπαγιάννη**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Παθολογικής Ειδικότητας Στεφανιαίας Μονάδας, Γενικό Νοσοκομείο «Γ. Γεννηματάς», Θεσσαλονίκη

### **Ε. Παπαδοπούλου**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Β' Καρδιολογική Κλινική, MSc ΤΕΦΑΑ - ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

### **Ε. Παπαντωνίου**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Β' Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

### **Μ. Παρασκελίδου**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Ενδοκρινολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Άγιος Παύλος» - παράρτημα «Παναγία», Θεσσαλονίκη

### **Ε. Παρκοσίδου**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Αντικαρκινικό Νοσοκομείο «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ», Θεσσαλονίκη

### **Α. Πεχλεβάνης**

Νοσηλεύτης ΤΕ, Στεφανιαία Μονάδα, Γενικό Νοσοκομείο «Άγιος Παύλος» - παράρτημα «Παναγία», Θεσσαλονίκη

### **Α. Πολίτου**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Προϊσταμένη, Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη



---

### **Μ. Πόντη**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Αναπληρώτρια Προϊσταμένη, Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

### **Β. Σκέμπερης**

Λέκτορας Καρδιολογίας ΑΠΘ, Γ' Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

### **Σ. Σπυρίδου**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Προϊσταμένη Καρδιολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας

### **Ε. Σταμάτη**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜΕΠ, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

### **Ε. Στεφανή**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜΕΘ, Γενικό Νοσοκομείο «Γ. Γεννηματάς», Θεσσαλονίκη

### **Ε. Στράτη**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Αναπληρώτρια Προϊσταμένη, ΜΕΠ, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη, Διοίκηση επιχειρήσεων και οργανισμού

### **Σ. Συμεωνίδου**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

### **Α. Τσαμπαλάκη**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΤΕΠ, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

### **Δ. Τσιλίγκος**

Λοχαγός (ΥΝ), Υπεύθυνος Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου, 424 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

### **Α. Τσίνογλου**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης Καρδιοθωρακοχειρουργικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

## ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΟΜΙΛΗΤΕΣ ΠΡΟΕΔΡΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΗΜΕΡΙΔΑΣ

---

### **Μ. Τσολακίδου**

Νοσηλεύτρια MSc (c), Αναπληρώτρια Προϊσταμένη Α' Καρδιολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

### **Ι. Τσολάκογλου**

Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc (c), Στεφανιαία Μονάδα, Γενικό Νοσοκομείο «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

### **Ν. Φραγκάκης**

Λέκτορας Καρδιολογίας ΑΠΘ, Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

### **Ι. Φωτακέλης**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

### **Θ. Χαϊνοπούλου**

Νοσηλεύτρια Ψυχικής Υγείας, Υπεύθυνη Εργαστηρίου Ύπνου, Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

### **Σ. Χάμου**

Υ/λος (ΥΝ), Υπεύθυνη Στεφανιαίας μονάδας, 424 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

### **Β. Χαραλαμπίδου**

Νοσηλεύτρια ΤΕ Μονάδας Εντατικής Παρακολούθησης Καρδιοθωρακοχειρουργικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

### **Ε. Χαρέλα**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Β' Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

### **Σ. Χαρούπα**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Προϊσταμένη Μονάδας Εντατικής Παρακολούθησης Καρδιοχειρουργικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη



---

### **Π. Χαρπαντίδου**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Στεφανιαία Μονάδα, Γενικό Νοσοκομείο «Άγιος Παύλος»,  
Θεσσαλονίκη

### **Σ. Χαρτσίνα**

Υ/λος (ΥΝ), Υπεύθυνη Στεφανιαίας Μονάδας, 424 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο,  
Θεσσαλονίκη

### **Φ. Χατζηστεφάνου**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Β' Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο,  
Θεσσαλονίκη



## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

---

**ASTRA ZENECA**

**ABBOTT LABORATORIES HELLAS**

**PFIZER HELLAS**

**WINMEDICA**

**ELPEN**

**BRISTOL – MYERS SQUIBB**

**MENARINI HELLAS**

**MSD & BIANEΞ**

**NOVARTIS**

**PHARMASERVE LILLY**

**PHARMATHEN**

**SERVIER**

**SANOFI AVENTIS**

**MERCK**

**MEDTRONIC HELLAS**





## ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

---

### ΟΡΓΑΝΩΣΗ – ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ – ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

#### INVENTICS AE – Medevents.gr

Τεχνόπολη, Κτίριο THERMI II  
9ο κλμ. Θεσσαλονίκης – Θέρμης  
Τ.Θ. 60714, 57001 Θέρμη  
Τηλ: 2310 474.400  
Fax: 2310 801.454  
email: info@medevents.gr

### ΤΟΠΟΣ – ΧΩΡΟΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Το Hyatt Regency Θεσσαλονίκη αναγνωρίζεται ως ένα από τα πιο πολυτελή ξενοδοχεία διεθνούς αλυσίδας στη χώρα. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το ξενοδοχείο, μπορείτε να επισκεφθείτε το site: <http://thessaloniki.regency.hyatt.com>

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ

Στα πλαίσια του συνεδρίου, την Παρασκευή 25 Μαΐου 2012 θα πραγματοποιηθεί νοσηλευτική ημερίδα.

### ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Ειδικοί ιατροί **150 €**  
Ειδικευόμενοι, νοσηλεύτριες/τες, Φοιτήτριες/τες **Δωρεάν**

Όσοι επιθυμούν προεγγραφή για τη συμμετοχή τους στο συνέδριο, μπορούν να επισκέπτονται το επίσημο site της Καρδιολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος **www.kebe.gr**, όπου υπάρχει το Δελτίο Εγγραφής και όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για την ολοκλήρωσή της.

Προεγγραφές θα πραγματοποιούνται μέχρι την Τρίτη 22 Μαΐου 2012. 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 Εταιρείας Βορείου Ελλάδος. Στην αιτιολογία θα πρέπει να φαίνεται το όνομα του καταθέτη και ο τίτλος του συνεδρίου.

#### Τράπεζα Πειραιώς

**5225 011620 876GR98 0172 2250 0052 2501 1620 876**

50 Τα έξοδα συμμετοχής δεν επιστρέφονται.

## **ΔΙΑΜΟΝΗ – ΑΕΡΟΠΟΡΙΚΑ ΕΙΣΙΤΗΡΙΑ**

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

## **ΓΛΩΣΣΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ**

Η επίσημη γλώσσα του συνεδρίου είναι η ελληνική.

## **ΔΙΠΛΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ**

Το δίπλωμα συμμετοχής θα παραλαμβάνεται από τη γραμματεία την τελευταία ημέρα του συνεδρίου, κατόπιν επίδειξης της κονκάρδας. Το δίπλωμα μοριοδοτείται με 18 μόρια από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο.

## **ΖΩΝΤΑΝΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΜΕΣΩ INTERNET – ΑΠΟΘΗΚΕΥΣΗ ΒΙΝΤΕΟ**

Το συνέδριο θα μεταδίδεται ζωντανά μέσω του επίσημου site της Καρδιολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος [www.kebe.gr](http://www.kebe.gr). Οι εργασίες του συνεδρίου μαζί με τις διαφάνειες των ομιλητών θα βιντεοσκοποούνται και θα αποθηκεύονται στο [Livemedia.gr](http://Livemedia.gr), για χρήση και παρακολούθηση από κάθε ενδιαφερόμενο.

## **ΕΚΘΕΣΗ**

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

## **ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ**

Το Hyatt Regency Thessaloniki διαθέτει ειδικά διαμορφωμένα δωμάτια και εγκαταστάσεις για άτομα με κινητικές ιδιαιτερότητες.

## **ΚΛΙΜΑ**

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

## **ΟΠΤΙΚΟΑΚΟΥΣΤΙΚΑ ΜΕΣΑ**

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

## ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΕΜΠΤΗ 24 ΜΑΪΟΥ 2012

15:30 – 17:00 | Πρόεδροι: Β. Στραβέλας, Α. Καπετανόπουλος

### OR.01 Η ΧΑΜΗΛΗ ΤΟΙΧΩΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΜΗΤΙΚΗ ΤΑΣΗ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΕΛΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ ΚΑΙ ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΑΘΗΡΩΜΑΤΙΚΟ ΦΟΡΤΙΟ: ΜΕΛΕΤΗ ΜΕ ΑΞΟΝΙΚΗ ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΑ

Σ. ΚΑΤΡΑΝΑΣ, Α. ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ, Α. ΚΕΛΕΚΗΣ, Γ. ΓΙΑΝΝΟΓΛΟΥ

Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης, Α' Καρδιολογική Κλινική, Εργαστήριο Καρδιαγγειακής Μηχανικής και Αθηροσκλήρωσης

#### Σκοπός

Η μελέτη του ρόλου της τοιχωματικής διατμητικής τάσης (ESS) στην ελαστικότητα των στεφανιαίων αρτηριών και τον όγκο των αθηρωματικών πλακών με τη χρήση μη επεμβατικής μεθοδολογίας.

#### Υλικό – Μέθοδοι

Μελετήθηκαν 22 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αξονική στεφανιογραφία. Πραγματοποιήθηκε τρισδιάστατη ανασύνθεση σε διαστολή και συστολή του στελέχους-προσθίου κατιόντα κλάδου (n=14), της περισπώμενης (n=5) και της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας (n=9). Με τη χρήση υπολογιστικής ρευστομηχανικής και μορφομετρίας, υπολογίστηκε η τοιχωματική πίεση, η ESS και η ελαστικότητα σε τμήματα μήκους 2mm. Τα τμήματα ταξινομήθηκαν σε τριτημόρια υψηλής, ενδιάμεσης και χαμηλής ελαστικότητας, καθώς και σε τριτημόρια υψηλής, ενδιάμεσης και χαμηλής ESS.

#### Αποτελέσματα

Η ESS είναι ελαττωμένη σε περιοχές υψηλής ελαστικότητας σε σχέση με περιοχές ενδιάμεσης και χαμηλής ελαστικότητας [median (interquartile range) 3.6 (5.8) vs 5.1 (8.0) vs 5.0 (6.9) Pa, p<0.05]. Παρατηρείται μεγαλύτερος όγκος των αθηρωματικών πλακών στα τμήματα που εκτίθενται σε χαμηλή ESS σε σχέση με τα τμήματα ενδιάμεσης και υψηλής ESS [median (interquartile range) 19.9 (14.0) vs 16.1 (9.7) vs 13.5 (9.5) mm<sup>3</sup>, p<0.001].

### **Συμπεράσματα**

Σε περιοχές των στεφανιαίων αγγείων με χαμηλές τιμές ESS παρουσιάζονται αθηρωματικές πλάκες με σημαντική ποσότητα αθηρωματικού φορτίου και αυξημένη ελαστικότητα. Η χρήση της αξονικής στεφανιογραφίας είναι δυνατή στη μελέτη των αιμορροεολογικών παραγόντων και των ιδιοτήτων του τοιχώματος των αρτηριών.

## **OR.02 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΤΡΙΣΔΙΑΣΤΑΤΗΣ ΓΕΩΜΕΤΡΙΑΣ ΤΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ ΣΤΟ SHEAR STRESS ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΚΑΡΔΙΑΚΟ ΚΥΚΛΟ**

A. ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ, Ι. ΧΑΤΖΗΖΗΣΗΣ, Σ. ΚΑΤΡΑΝΑΣ, Β. ΓΙΑΝΝΟΓΛΟΥ,  
Γ. ΓΙΑΝΝΟΓΛΟΥ

Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης,  
Α' Καρδιολογική Κλινική, Εργαστήριο Καρδιαγγειακής Μηχανικής και Αθηροσκλήρωσης

### **Σκοπός**

Αθηροσκλήρωση αναπτύσσεται συχνότερα σε γωνιώσεις και διχασμούς των στεφανιαίων. Το χαμηλό τοπικά shear stress σχετίζεται αιτιολογικά με την αθηροσκλήρωση. Στην παρούσα μελέτη διερευνάται η συσχέτιση της τρισδιάστατης γεωμετρίας των στεφανιαίων με το shear stress κατά τον καρδιακό κύκλο.

### **Υλικό – Μέθοδοι**

Μελετήθηκαν  $n=468$  τμήματα μήκους 3mm, από 17 στεφανιαίες αρτηρίες, ανακατασκευασμένες σε τρισδιάστατη μορφή με χρήση στεφανιογραφίας και ενδοστεφανιαίου υπερηχογραφήματος. Σε κάθε τμήμα προσδιορίστηκε η καμπυλότητα και στρέψη με την εφαρμογή ειδικού αλγορίθμου. Το shear stress υπολογίστηκε με την προσομοίωση της ροής και την εφαρμογή υπολογιστικής ρευστομηχανικής.

### **Αποτελέσματα**

Η αύξηση της καμπυλότητας συσχετίζεται με ελάττωση του shear stress στην τελοδιαστολική [beta coefficient (B) -0.87, 95% confidence intervals

## ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΕΜΠΤΗ 24 ΜΑΪΟΥ 2012

[CI] -1.21 έως -0.53  $\text{mm}^{-1}\cdot\text{Pa}^{-1}$ ,  $p<0.001$ ] και στην τελοσυστολική φάση [B -0.37, 95% CI -0.63 έως -0.10  $\text{mm}^{-1}\cdot\text{Pa}^{-1}$ ,  $p<0.01$ ]. Αντίθετα, η στρέψη των στεφανιαίων δεν επηρεάζει το shear stress (τελοδιαστολική φάση B -0.01, 95% CI -0.07 έως 0.04  $\text{mm}^{-1}\cdot\text{Pa}^{-1}$ ,  $p=0.60$ , τελοσυστολική φάση B -0.01, 95% CI -0.06 έως 0.04  $\text{mm}^{-1}\cdot\text{Pa}^{-1}$ ,  $p=0.67$ ).

### Συμπεράσματα

Οι περιοχές των στεφανιαίων με μεγάλη καμπυλότητα, που ερμηνεύεται ως σημαντική μεταβολή στο σχήμα τους σε σύγκριση με τα παρακείμενα τμήματα, εμφανίζουν χαμηλό shear stress. Το στοιχείο αυτό είναι πιθανώς υπεύθυνο για την εκλεκτική εμφάνιση αθηροσκλήρωσης στα σημεία αυτά.

### OR.03 ΠΕΡΙΟΧΕΣ ΤΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΜΕ ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΕΥΕΝΔΟΤΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΖΟΥΝ ΧΑΜΗΛΗ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΗ ΔΙΑΤΜΗΤΙΚΗ ΤΑΣΗ ΚΑΙ ΤΟΠΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ

Α. Π. ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ, Ι. Σ. ΧΑΤΖΗΖΗΣΗΣ, Σ. Α. ΚΑΤΡΑΝΑΣ, Β. Γ. ΓΙΑΝΝΟΓΛΟΥ, Γ. Δ. ΓΙΑΝΝΟΓΛΟΥ

Εργαστήριο Καρδιαγγειακής Μηχανικής και Αθηροσκλήρωσης, Α' Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

### Εισαγωγή

Η ελαστικότητα του τοιχώματος των στεφανιαίων αρτηριών δεν έχει προσδιοριστεί άμεσα και η επίδραση της στη ροή του αίματος και την ανάπτυξη αθηροσκλήρωσης δεν έχει μελετηθεί επαρκώς.

### Μέθοδοι

Έγινε τρισδιάστατη εξομοίωση στεφανιαίων αρτηριών στην τελοδιαστολική και τελοσυστολική φάση με χρήση στεφανιογραφίας και ενδοστεφανιαίου υπερηχογραφήματος (IVUS). Αναλύθηκαν 6776 εικόνες IVUS από 17 στεφανιαίες αρτηρίες και προσδιορίστηκαν οι διαστάσεις της αθηρωματικής πλάκας, η ευενδοτότητα και η διατασιμότητά τους. Επιπλέον προσομοιώθηκε η ροή του αίματος εντός αυτών με χρήση της υπολογιστικής ρευστομηχανικής

και προσδιορίστηκε η ενδοθηλιακή διατμητική τάση.

### **Αποτελέσματα**

Η % επιφάνεια της αθηρωματικής πλάκας ήταν σημαντικά μεγαλύτερη στις περιοχές υψηλής ευενδοτότητας ( $41.5 \pm 9.9\%$ ) σε σύγκριση με εκείνες χαμηλής ευενδοτότητας ( $36.4 \pm 10.2\%$ ,  $p < 0.001$ ) και επίσης μεγαλύτερη στις περιοχές υψηλής διατασιμότητας ( $38.5 \pm 9.9\%$ ) σε σύγκριση με εκείνες χαμηλής διατασιμότητας ( $36.6 \pm 10.6$ ,  $p < 0.001$ ). Η ενδοθηλιακή διατμητική τάση ήταν σημαντικά μικρότερη στις περιοχές υψηλής ευενδοτότητας σε σύγκριση εκείνες χαμηλής ευενδοτότητας, τόσο στην τελοδιαστολική ( $1.0 \pm 0.5$  vs  $2.3 \pm 1.6$  Pascal,  $p < 0.001$ ) όσο και στην τελοσυστολική φάση ( $0.9 \pm 0.4$  vs  $2.3 \pm 1.6$  Pascal,  $p < 0.001$ ). Επίσης, η ενδοθηλιακή διατμητική τάση ήταν μικρότερη στις περιοχές υψηλής διατασιμότητας σε σύγκριση με εκείνες χαμηλής διατασιμότητας, τόσο στην τελοδιαστολική ( $1.2 \pm 0.6$  vs  $2.3 \pm 1.6$  Pascal,  $p < 0.001$ ) όσο και στην τελοσυστολική φάση ( $1.1 \pm 0.5$  vs  $2.3 \pm 1.6$  Pascal,  $p < 0.001$ ). Η ενδοθηλιακή διατμητική τάση ήταν μικρότερη στην τελοσυστολική φάση από ό,τι στην τελοδιαστολική ( $1.54 \pm 1.20$  vs  $1.48 \pm 1.21$  Pascal,  $p < 0.05$ ).

### **Συμπεράσματα**

Η τοπική αύξηση της ελαστικότητας του τοιχώματος των στεφανιαίων σχετίζεται με χαμηλότερες τιμές ενδοθηλιακής διατμητικής τάσης και αυξημένες διαστάσεις αθηρωματικής πλάκας. Η πρόωμη ανίχνευση των περιοχών με τα χαρακτηριστικά αυτά είναι δυνατό να επιτρέψει παρεμβάσεις με σκοπό την τροποποίηση της φυσικής ιστορίας της αθηρωματικής νόσου και την πρόληψη κλινικών συμβαμάτων.

## **OR.04 ΣΥΝΕΡΓΙΚΗ ΔΡΑΣΗ ΤΟΠΙΚΩΝ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΥΠΕΡΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΑΙΜΙΑΣ ΣΤΟΝ ΣΧΗΜΑΤΙΣΜΟ ΕΥΑΛΩΤΩΝ ΑΘΗΡΩΜΑΤΙΚΩΝ ΠΛΑΚΩΝ**

KONSTANTINOS C. KOSKINAS, MD<sup>1,2\*</sup> YIANNIS S. CHATZIZISIS, MD, PHD<sup>1,2\*</sup>,  
MICHAIL I. PAPAFAKLIS, MD, PHD<sup>1\*</sup>, AHMET U. COSKUN, PHD<sup>3</sup>, AARON  
B. BAKER, PHD<sup>2</sup>, CHARLES MAYNARD, PHD<sup>4</sup>, ELAZER R. EDELMAN, MD,  
PHD<sup>1,2</sup>, CHARLES L. FELDMAN, SCD<sup>1</sup>, PETER H. STONE, MD<sup>1</sup>

# ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΕΜΠΤΗ 24 ΜΑΪΟΥ 2012

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

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

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

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

## Σκοπός

Η αθηροσκλήρωση καθορίζεται από συστηματικούς παράγοντες κινδύνου όσο και από τοπικούς αιμοδυναμικούς παράγοντες, ωστόσο η συνδυασμένη αθηρογόνος δράση συστηματικών και τοπικών παραγόντων δεν έχει μελετηθεί μέχρι σήμερα. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της συνδυασμένης επίδρασης της υπερχοληστερολαιμίας και του τοπικού ενδοθηλιακού shear stress (ESS) στη φυσική ιστορία της αθηροσκλήρωσης και στη δημιουργία ευάλωτων πλακών.

## Μέθοδοι

Στεφανιαία αγγειογραφία και IVUS πραγματοποιήθηκαν in vivo σε 5 διαδοχικές χρονικές στιγμές σε διαβητικούς, υπερχοληστερολαιμικούς χοίρους. Οι στεφανιαίες αρτηρίες ανασυντέθηκαν τρισδιάστατα και διαιρέθηκαν σε τμήματα μήκους 3mm (n=595). Το τοπικό ESS και η αύξηση του όγκου της πλάκας (ΔPV) υπολογίστηκαν σε κάθε τμήμα. Την 36<sup>η</sup> εβδομάδα οι αρτηρίες απομονώθηκαν και αναλύθηκαν ιστοπαθολογικά, ανοσοϊστοχημικά και με RT-PCR.

## Αποτελέσματα

Η ΔPV παρουσίασε αρνητική συσχέτιση με το τοπικό ESS ( $p < 0.001$ ), και ήταν μεγαλύτερη σε αρτηριακά τμήματα χαμηλού ESS ( $< 1.2 \text{ Pa}$ ) σε πειραματόζωα υψηλότερης ολικής χοληστερόλης (TC) σε σύγκριση με τμήματα παρόμοια χαμηλού ESS από πειραματόζωα χαμηλότερης TC. Το προηγηθέν ESS σε περιοχές όπου αναπτύχθηκε σημαντική πλάκα παρουσίασε θετική συσχέτιση με τα επίπεδα TC ( $r = 0.78$ ;  $p = 0.013$ ). Την 36<sup>η</sup> εβδομάδα, τμήματα χαμηλού ESS από πειραματόζωα υψηλότερης TC παρουσίασαν την υψηλότερη έκφραση mRNA λιποπρωτεϊνικών υποδοχέων (LDL-R, LOX-1) και φλεγμονωδών παραγόντων



(VCAM-1, MCP-1), και τη μέγιστη συσσώρευση λιπώδους πυρήνα και φλεγμονής της πλάκας.

### **Συμπεράσματα**

Η υπερχοληστερολαιμία αυξάνει τον ουδό κάτω από το οποίο το τοπικό ESS ασκεί αθηρογόνο δράση. Η έντονη υπερχοληστερολαιμία και το χαμηλό τοπικό ESS ασκούν συνεργική δράση για τον εντοπισμένο σχηματισμό πλακών ευάλωτων προς ρήξη και πρόκληση οξέων στεφανιαίων συμβαμάτων.

## **OR.05 ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ ΕΚΜΑΓΕΙΩΝ ΑΠΟ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΗ ΡΗΤΙΝΗ**

Β. ΒΥΖΑΣ<sup>1</sup>, Μ. ΔΙΔΑΓΓΕΛΟΣ<sup>1</sup>, Α. ΘΕΟΔΩΡΙΔΗΣ<sup>1</sup>, Σ. ΝΤΟΥΓΚΟΥ-ΝΤΖΑΟΥ<sup>2</sup>, Κ. ΝΑΤΣΗΣ<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Εργαστήριο Περιγραφικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ

<sup>2</sup> Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ

### **Σκοπός**

Σκοπός της μελέτης μας είναι η παρουσίαση των δεδομένων αποτελεσματικότητας και ασφάλειας από τη χρήση της βιομηχανικής ρητίνης για την παρασκευή εκμαγείων των στεφανιαίων αρτηριών σε ανθρώπινες πτωματικές καρδιές.

### **Υλικό - Μέθοδοι**

Ως δείγμα χρησιμοποιήθηκαν 25 νωπές ανθρώπινες καρδιές (13 άνδρες, 12 γυναίκες) από το Εργαστήριο Περιγραφικής Ανατομικής και το Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας της Ιατρικής Σχολής του Α.Π.Θ. Ως ρητίνη χρησιμοποιήθηκε η βιομηχανική ρητίνη Polycor (Polycor/Moule PA orange 2279, Resipol s.r.l., Italy). Η διαδικασία παρασκευής των εκμαγείων περιελάμβανε τρία στάδια: 1) Προετοιμασία των δειγμάτων, 2) Προετοιμασία της ρητίνης, 3) Παρασκευή των εκμαγείων. Ακολούθως λήψη φωτογραφιών κάθε δείγματος και μελέτη της ανατομίας των στεφανιαίων αρτηριών.

## ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΕΜΠΤΗ 24 ΜΑΪΟΥ 2012

### Αποτελέσματα

Παρασκευάστηκαν συνολικά 25 εκμαγεία των ανθρώπινων στεφανιαίων αρτηριών, πολύ καλής ποιότητας με αναπαράσταση τριχοειδών διαμέτρου 0,2 mm. Παρουσίαζαν επίσης σημαντικό βαθμό ελαστικότητα, γεγονός που τα καθιστά ανθεκτικά σε δυνάμεις παραμόρφωσης και θραύσης. Δεν υπήρξαν ανεπιθύμητες ενέργειες για τους παρασκευαστές.

### Συμπεράσματα

Η εφαρμογή της βιομηχανικής ρητίνης για την παρασκευή αγγειακών εκμαγείων είναι μία σχετικά απλή, ακίνδυνη και χωρίς μεγάλο κόστος τεχνική. Τα εκμαγεία παρουσιάζουν ανθεκτικότητα στην καταπόνηση και θραύση, αναπαραστούν με πιστότητα και λεπτομέρεια το αρχικό αγγειακό δίκτυο και μπορούν να χρησιμοποιηθούν, τόσο τα ίδια όσο και οι φωτογραφίες τους για εκπαιδευτικούς και ερευνητικούς σκοπούς.



**Εικόνα 1:**

Εκμαγείο στεφανιαίας κυκλοφορίας

**OR.06 ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΟΣ ΕΜΠΛΟΥΤΙΣΜΟΣ ΜΕ ΓΑΔΟΛΙΝΙΟ (LATE ENHANCEMENT): ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΑΝΑΔΕΙΞΗ ΙΣΧΑΙΜΙΚΩΝ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΙΣΧΑΙΜΙΚΩΝ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΩΝ**

A. ΚΑΛΛΙΦΑΤΙΔΗΣ

Ακτινολογικό Τμήμα, Κλινική «ΑΓΙΟΣ ΛΟΥΚΑΣ», Θεσσαλονίκη

**Σκοπός**

Η ανάδειξη της συμβολής της τεχνικής του καθυστερημένου εμπλουτισμού στη διάγνωση και διαφοροδιάγνωση ισχαιμικών καρδιοπαθειών και μη ισχαιμικών μυοκαρδιοπαθειών.

**Υλικό – Μέθοδος**

Παρουσιάζουμε περιστατικά που διερευνήθηκαν στην κλινική μας το τελευταίο έτος με το Μαγνητικό Τομογράφο και με τη χρήση των νεώτερων ακολουθιών για την απεικόνιση της καρδιάς με ηλεκτροκαρδιογραφικό συντονισμό, δίνοντας έμφαση στην τεχνική του καθυστερημένου εμπλουτισμού με τις ειδικές PSIR (phase sensitive inversion recovery) ακολουθίες.

**Αποτελέσματα**

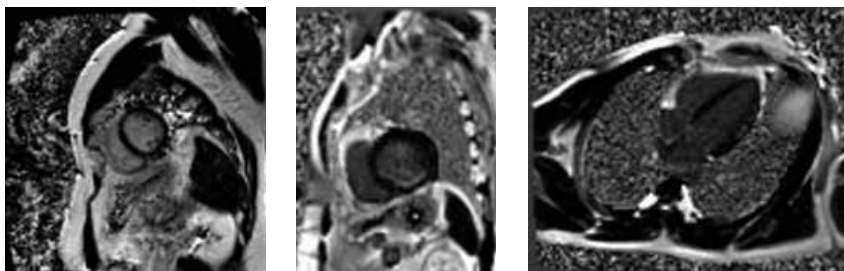
Θα παρουσιαστούν περιπτώσεις ισχαιμικών καρδιοπαθειών και μη ισχαιμικών μυοκαρδιοπαθειών. Θα δοθεί έμφαση στην περιγραφή των προτύπων καθυστερημένου εμπλουτισμού με γαδολίνιο στις διάφορες περιπτώσεις, καθώς και στην εκτίμηση του βιώσιμου μυοκαρδίου (viability) με βάση τον καθυστερημένο εμπλουτισμό σε περιπτώσεις ισχαιμικών καρδιοπαθειών.

**Συμπέρασμα**

Η Μαγνητική Τομογραφία Καρδιάς με την τεχνική του καθυστερημένου εμπλουτισμού με γαδολίνιο (late enhancement) αποτελεί χρήσιμο σύγχρονο εργαλείο στη διάγνωση, διαφοροδιάγνωση και εκτίμηση των ισχαιμικών καρδιοπαθειών και μη ισχαιμικών μυοκαρδιοπαθειών.

## ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΕΜΠΤΗ 24 ΜΑΪΟΥ 2012



### OR.07 Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ ΣΤΙΣ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΕΣ ΕΚΚΕΝΩΤΙΚΕΣ ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΕΙΣ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΟΥ

Γ. Χ. ΜΠΟΜΠΟΤΗΣ, Λ. Κ. ΜΟΣΙΑΛΟΣ, Β. Μ. ΣΑΧΠΕΚΙΔΗΣ, Η. Θ. ΖΑΡΒΑΛΗΣ, Κ. Δ. ΤΣΑΒΔΑΡΗΣ, Μ. Κ. ΓΑΒΡΙΗΛΙΔΟΥ, Μ. Δ. ΑΓΑΤΖΙΩΤΗΣ, Ι. Κ. ΚΑΠΡΙΝΗΣ.

Β' Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Παπαγεωργίου

#### Σκοπός

Είναι γνωστό ότι η περικαρδιακή συλλογή υγρού αντιμετωπίζεται με εκκενωτική παρακέντηση επί παρουσίας επιπωματισμού καθώς και επί επαπειλούμενης ανάπτυξης επιπωματισμού. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή της χρησιμότητας, της ασφάλειας, της αποτελεσματικότητας και των επιπλοκών κατά τη διάρκεια και αμέσως μετά τη διενέργεια εκκενωτικής παρακέντησης του περικαρδίου.

#### Υλικό – Μέθοδος

Στην παρούσα μελέτη συμπεριλήφθησαν 62 ασθενείς στους οποίους έγινε προ-σπάθεια εκκενωτικής παρακέντησης του περικαρδίου, από τον Αύγουστο του 2004 έως το Μάρτιο του 2012, λόγω μεγάλης περικαρδιακής συλλογής με συνοδό ή επικείμενο επιπωματισμό ή για διαγνωστικούς λόγους. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 63,46 έτη, (τυπική απόκλιση  $\pm$  16,75 έτη, εύρος ηλικιών 15 έως 87 έτη), οι 33 εκ των οποίων (ποσοστό 53,22%) ήταν άνδρες. Η προσπέλαση έγινε σε όλους τους ασθενείς υποξιοφειδικά. Μόνο σε έναν έγινε δια του τέταρτου αριστερού κατώτερου μεσοπλευρίου διαστήματος και σε ύπια θέση, εξαιτίας

ρήξης του πρόσθιου κατιόντα κλάδου κατά τη διενέργεια διαδερμικής στεφανιαίας παρέμβασης και οξύ επιπωματισμού. Όλες οι παρακέντησεις έγιναν υπό ηχοκαρδιογραφική καθοδήγηση, η οποία βοήθησε στην ελαχιστοποίηση του κινδύνου διάτρησης του μυοκαρδίου καθώς και στην αξιολόγηση της έκτασης της αφαίρεσης του υγρού. Επίσης, παρείχε βοήθεια στις περιπτώσεις όπου το υγρό ήταν αιματηρό, προσδιορίζοντας τη θέση της βελόνας με την ανίχνευση φυσαλίδων που χορηγούνταν στον περικαρδιακό σάκο υπό μορφή έντονα αναδευθέντος φυσιολογικού ορού (agitated saline), και προσδιορίζοντας παράλληλα την απόσταση του περικαρδίου από την υποξιφειδική περιοχή της παρακέντησης. Από όλους τους ασθενείς έγινε λήψη περικαρδιακού υγρού για βιοχημική, αιματολογική και κυτταρολογική εξέταση καθώς και για καλλιέργειες, εκτός από τα περιστατικά με διάτρηση/ρήξη στεφανιαίας αρτηρίας κατά τη διενέργεια διαδερμικών στεφανιαίων παρεμβάσεων στα οποία έγινε μόνο αιματολογική εξέταση. Επιπρόσθετα, μελετήθηκαν όλα τα προβλήματα και οι επιπλοκές της παρέμβασης.

### **Αποτελέσματα**

Σε 14 περιπτώσεις (22,48%) η παρακέντηση έγινε λόγω κλινικής εικόνας επιπωματισμού, σε 39 περιπτώσεις (62,9%) λόγω επαπειλούμενης ανάπτυξης επιπωματισμού, και στις υπόλοιπες 2 (3,22%) για διαγνωστικούς λόγους. Σε 7 περιπτώσεις (11,29%) η παρακέντηση έγινε λόγω διάτρησης / ρήξης στεφανιαίας αρτηρίας κατά τη διενέργεια διαδερμικής στεφανιαίας παρέμβασης. Η παρακέντηση ήταν επιτυχής σε 55 ασθενείς (88,7%). Σε 7 ασθενείς που η παρακέντηση δεν ήταν επιτυχής αυτό οφειλόταν κυρίως στην ποσότητα της περικαρδιακής συλλογής, την εντόπισή της, την οδό προσπέλασης, και σπανιότερα στην ανατομική κατασκευή του θωρακικού κλωβού και τη συνεργασία του ασθενούς. Η ρήξη στεφανιαίας αρτηρίας κατά τη διενέργεια διαδερμικής στεφανιαίας παρέμβασης, για την οποία χρειάστηκε να διενεργηθεί εκκενωτική παρακέντηση, συνέβη σε επτά περιστατικά (0,12%), σε σύνολο 5.815 διαδερμικών στεφανιαίων παρεμβάσεων που διενεργήθηκαν.

Δεν σημειώθηκαν καρδιακοί θάνατοι περιεπεμβατικά ούτε αμέσως μετά, ενώ καταγράφηκαν δύο μείζονες επιπλοκές (3,2 % επί του συνόλου) σε δύο περιστατικά. Η μία ήταν τρώση της δεξιάς κοιλίας που περιορίστηκε αυτόματα, και η άλλη διάτρηση του ήπατος με τη βελόνα της παρακέντησης και το θηκάρι σε ασθενή με ρήξη στεφανιαίας αρτηρίας και επιπωματισμό μετά από διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση.

## ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΕΜΠΤΗ 24 ΜΑΪΟΥ 2012

### Συμπεράσματα

Η διαδερμική παρακέντηση του περικαρδίου είναι μία χρήσιμη, σχετικά ασφαλή μέθοδος, όταν αυτή διενεργείται από καρδιολόγους με εκτεταμένη εμπειρία, με μικρό ποσοστό μείζονων επιπλοκών.

### OR.08 ΣΥΜΦΥΤΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΗ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΕΠΙ ΕΔΑΦΟΥΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Β. ΒΥΖΑΣ<sup>1</sup>, Μ. ΔΙΔΑΓΓΕΛΟΣ<sup>1</sup>, Σ. ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΗΣ<sup>1</sup>, Τ. ΤΟΤΛΗΣ<sup>1</sup>,  
Σ. ΝΤΟΥΓΚΟΥ-ΝΤΖΑΟΥ<sup>2</sup>, Κ. ΝΑΤΣΗΣ<sup>1</sup>

1. Εργαστήριο Περιγραφικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ
2. Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ

### Σκοπός

Η παρουσίαση ενδιαφέροντος νεκροτομικού ευρήματος συμφυτικής περικαρδίτιδας, ως επιπλοκή χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας.

### Υλικό - Μέθοδοι

Νεκροτομικό παρασκεύασμα γυναίκας 49 ετών, με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια υπό αιμοκάθαρση τους τελευταίους 17 μήνες, η οποία κατέληξε λόγω σοβαρής εγκεφαλικής αιμορραγίας.

### Αποτελέσματα

Κατά την ανατομική παρασκευή της καρδιάς παρατηρήθηκαν εκτεταμένες εξωπερικαρδιακές εκβλαστήσεις και στοιχεία αιμορραγικής περικαρδίτιδας. Επίσης παρατηρήθηκε αρχόμενη σβεστοποίηση της οπίσθιας γλωκίνας της μιτροειδούς βαλβίδας (τομέας P<sub>2</sub>).

### Συμπεράσματα

Η περικαρδίτιδα είναι πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής φλεγμονή του περικαρδιακού σάκου και μπορεί να οφείλεται σε λοιμώδη αίτια, νόσους του κολλαγόνου, μεταβολικά νοσήματα, νεφρική ανεπάρκεια, νεοπλάσματα ή να είναι ιδιοπαθής. Συνήθως επέρχεται ίσως χωρίς επιπλοκές, ενδέχεται όμως να παραμείνουν συμφύσεις, να εμφανιστεί συλλογή υγρού, να επέλθει ουλοποίηση, ρίκνωση και ασβέστωση.

Συμφυτική περικαρδίτιδα είναι η ουλοποίηση και συγκόλληση των δύο πετάλων του περικαρδίου στο χρόνιο στάδιο της περικαρδίτιδας. Στην ασβεστοποιό συμφυτική περικαρδίτιδα παρατηρείται οστρακώδης ασβεστοποίηση, που περιορίζει τη διαστολική πλήρωση και τη συστολική κένωση των κοιλιών, επιδεινώνοντας την ήδη βεβαρημένη κλινική εικόνα των ασθενών και την ποιότητα ζωής τους. Είναι μία ιάσιμη πάθηση, ιδίως όταν διαγνωστεί σε αρχικό στάδιο. Για το λόγο αυτό θα πρέπει οι ασθενείς που πάσχουν από νεφρική ανεπάρκεια να υποβάλλονται περιοδικά σε συστηματικό έλεγχο για την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της νόσου.



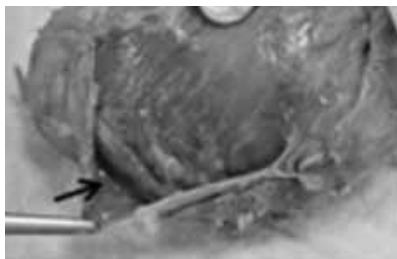
**Εικόνα 1:**  
Εξωπερικαρδιακές εκβλαστήσεις (βέλη)



**Εικόνα 2:**  
Ασβεστοποίηση της οπίσθιας γλυνχίνας της μιτροειδούς βαλβίδας (βέλος)

## ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΕΜΠΤΗ 24 ΜΑΪΟΥ 2012



**Εικόνα 3:**

Στοιχεία αιμορραγικής περικαρδίτιδας εντός του περικαρδιακού σάκου (βέλος)

### OR.09 ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΒΑΤΟΤΗΤΑ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΩΝ ΔΕΞΙΑΣ ΓΑΣΤΡΟΕΠΙΠΛΟΪΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ

Γ. Χ. ΜΠΟΜΠΟΤΗΣ<sup>1</sup>, Λ. Κ. ΜΟΣΙΑΛΟΣ<sup>1</sup>, Α. Α. ΦΙΛΙΠΠΙΔΗΣ<sup>2</sup>,  
Κ. Δ. ΤΣΑΒΔΑΡΗΣ<sup>1</sup>, Μ. Δ. ΑΓΑΤΖΙΩΤΗΣ<sup>1</sup>, Ε. Ι. ΤΑΣΙΚΑ<sup>1</sup>,  
Φ. Ι. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ<sup>3</sup>, Ι. Κ. ΚΑΠΡΙΝΗΣ<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Β' Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ

<sup>2</sup>Ακτινολογικό Εργαστήριο Γ.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ

<sup>3</sup>Καρδιοχειρουργική Κλινική Γ.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ

#### Σκοπός

Είναι γνωστό ότι η χρήση αρτηριακών μοσχευμάτων κατά την διενέργεια αορτοστεφανιαίων παρακάμψεων αποτελεί μέθοδο εκλογής λόγω των ευνοϊκών άμεσων, μεσοπρόθεσμων και μακροχρόνιων αποτελεσμάτων. Η δεξιά γαστροεπιπλοϊκή αρτηρία (ΓΕΑ) είναι η λιγότερο συχνά χρησιμοποιούμενη αρτηρία, κυρίως προς τη δεξιά στεφανιαία αρτηρία. Η ανάγκη για ολική επαναϊμάτωση με αρτηριακά μοσχεύματα σε ασθενείς που δεν είναι κατάλληλοι να λάβουν τις δύο έσω μαστικές αρτηρίες, όπως οι διαβητικοί, οι παχύσαρκοι και αυτοί με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, καθώς και οι ασθενείς με ακατάλληλες κερκιδικές αρτηρίες, καθιστούν την δεξιά ΓΕΑ, μόσχευμα επιλογής. Αυτό συμβαίνει πολύ περισσότερο στις επανεγχειρήσεις. Στην παρούσα μελέτη καταγράψουμε τη μακροχρόνια βατότητα των μοσχευμάτων της δεξιάς ΓΕΑ σε δύο ασθενείς που υπεβλήθησαν σε στεφανιογραφικό έλεγχο το τρέχον έτος.



### Υλικό

Ο πρώτος ασθενής ηλικίας 71 ετών υπεβλήθη σε επανεγχείριση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης το 1999 και έλαβε την δεξιά έσω μαστική αρτηρία προς τον πρόσθιο κατιόντα κλάδο, την αριστερή έσω μαστική προς την περισώμενη και τη δεξιά γαστροεπιπλοϊκή προς τον οπίσθιο κατιόντα κλάδο της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας. Ο ασθενής ανέφερε στηθάγχη κόπωσης πρόσφατης έναρξης. Η στεφανιογραφία κατέδειξε βατά μοσχεύματα των μαστικών αρτηριών και αμέσως μετά έγινε στο αγγειογραφικό εργαστήριο του ακτινολογικού τμήματος αγγειογραφία της ΓΕΑ η οποία έδειξε βατό μόσχευμα, χωρίς κριτικές αλλοιώσεις. Ο δεύτερος ασθενής 65 ετών υπεβλήθη σε εγχείριση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης το 2000 και έλαβε την αριστερή έσω μαστική αρτηρία προς τον πρόσθιο κατιόντα κλάδο και τη δεξιά ΓΕΑ προς τον οπίσθιο κατιόντα κλάδο της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας. Ο ασθενής ανέφερε στηθάγχη κόπωσης και δεν ήταν δυνατό να υποβληθεί σε λειτουργική δοκιμασία κόπωσης, λόγω παθολογικής παχυσαρκίας. Η στεφανιογραφία έγινε στο εργαστήριό μας, συμπεριλαμβανόμενης και της ΓΕΑ, η οποία καθετηριάστηκε εκλεκτικά με έναν καθετήρα τύπου Cobra (5Fr) και κατέδειξε βατό μόσχευμα, ενώ βατή ήταν και η έσω μαστική αρτηρία.

### Συζήτηση

Η ΓΕΑ αποτελεί εναλλακτική λύση αρτηριακού μοσχεύματος κυρίως στις επανεγχειρήσεις, καθώς και σε επιβαρυσμένους ασθενείς στους οποίους η χρήση και των δύο μαστικών αρτηριών σχετίζεται με μεγαλύτερο κίνδυνο επιπλοκών. Υψηλότερα ποσοστά βατότητας επιτυγχάνονται όταν χρησιμοποιείται η ΓΕΑ είτε ως *in situ* μόσχευμα είτε ως ελεύθερο μόσχευμα με ταυτόχρονη, όμως, παρασκευή της γαστροεπιπλοϊκής φλέβας με εμφύτευση και εκβολή αυτής στο ωτίο του δεξιού κόλπου, καθώς και όταν οι στενώσεις των γηγενών αγγείων είναι άνω του 90%, αποφεύγοντας την ανταγωνιστική ροή. Τα στεφανιογραφικά ευρήματα, που προέκυψαν από τους δύο καθετηριασμούς που έγιναν στο Νοσοκομείο μας συμφωνούν με τα διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα για το υψηλό ποσοστό μακροχρόνιας βατότητας (>5 έτη) της δεξιάς γαστροεπιπλοϊκής αρτηρίας. Τα δύο περιστατικά προέρχονται από την σειρά των γαστροεπιπλοϊκών αναστομών που διενεργήθηκαν από τον Π. Σπανό και τους συνεργάτες του.

## ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΕΜΠΤΗ 24 ΜΑΪΟΥ 2012

### Συμπέρασμα

Ο καθετηριασμός της δεξιάς ΓΕΑ διενεργείται σπάνια διότι δεν χρησιμοποιείται συχνά ως μόσχευμα και απαιτεί κυρίως καλή γνώση της ανατομίας των αγγείων της περιοχής και υψηλό επίπεδο αγγειογραφικών δεξιοτήτων. Η ΓΕΑ, ως μόσχευμα, η οποία έχει συμπεριφορά λιγότερο ευνοϊκή από την έσω μαστική, εξαιτίας διαφοράς στην ιστολογία και φυσιολογία, αλλά πολύ καλύτερη από εκείνη των φλεβικών μοσχευμάτων, πιθανόν να έχει μακροχρόνια ευνοϊκά αποτελέσματα, όταν εμφυτεύεται από ιατρούς έμπειρους στη χρήση αυτής της τεχνικής σε συνδυασμό με την εξατομίκευση της εφαρμογής στον κάθε ασθενή με βάση τη διεθνή εμπειρία και βιβλιογραφία.

### OR.10 ΑΟΡΤΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΕΣΩ ΘΩΡΑΚΙΚΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ ΣΚΕΛΕΤΙΝΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ, ΜΕ ΤΗΝ ΒΟΗΘΕΙΑ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΥΠΕΡΗΧΩΝ

Α. ΜΠΑΚΑΣ, Α. ΒΗΣΟΥΛΗ, Κ. ΤΣΑΚΙΡΙΔΗΣ, Λ. ΤΣΟΥΡΕΛΗΣ, Σ. ΑΡΙΚΑΣ

Κλινική Άγιος Λουκάς, Πανόραμα, Θεσσαλονίκη

### Σκοπός

Η χρήση της αριστερής μαστικής αρτηρίας στην παράκαμψη του προσθίου κατιόντος αποτελεί ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα επιβίωσης. Η υπεροχή της έναντι των φλεβικών μοσχευμάτων οφείλεται στην εξαιρετική μακροχρόνια βατότητα αυτής. Η χρήση 2 μαστικών για την επαναιμάτωση των 2 κυριότερων αγγείων του αριστερού συστήματος φαίνεται ότι σχετίζεται με υψηλότερη επιβίωση. Παρουσιάζουμε νέα μέθοδο παρασκευής, που διατηρεί την υψηλή ποιότητα του μοσχεύματος ελαχιστοποιώντας το χειρουργικό τραύμα.

### Υλικό – Μέθοδοι

Παρασκευάζουμε την μαστική «σκελετινοποιημένη» (απογυμνωμένη από τους πέριξ ιστούς) με εργαλείο τεχνολογίας υπερήχων που παρέχει αιμόσταση με χαμηλή παραγωγή θερμότητας (Ultracision, Ethicon) σε όλους τους ασθενείς, ανεξαρétως φύλου, ηλικίας και συν-νοσηρότητας, στοχεύοντας σε αρτηριακή επαναιμάτωση του αριστερού συστήματος.

### **Αποτελέσματα**

Η παρασκευή της μαστικής είναι επιτυχής, η διεχειρητική ελεύθερη ροή είναι υψηλή στο σύνολο σχεδόν των περιπτώσεων. Το μήκος είναι ικανοποιητικό ακόμη και για την παράκαμψη απομακρυσμένων κλάδων της περισπωμένης (και επί καρδιακής διάτασης). Ο χρόνος παρασκευής είναι σύντομος, επιτρέποντας την χρήση επί αιμοδυναμικής αστάθειας. Η αιμορραγία κλάδων είναι πρακτικά μηδενική.

### **Συμπεράσματα**

Η περιγραφείσα μέθοδος είναι ασφαλής και αποτελεσματική σε ότι αφορά την πρώιμη λειτουργία των μοσχευμάτων. Λόγω της πρόσφατης εφαρμογής, μένει να αποδειχθεί η μακροχρόνια ωφέλεια, που αναμένεται υψηλή καθώς δειχθηκε διατήρηση της δομικής ακεραιότητας της αρτηρίας και απουσία ενδοθηλιακής βλάβης.

## **OR.11 ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΠΤΥΧΩΣΗ ΤΟΥ ΔΕΞΙΟΥ ΗΜΙΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΕΠΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑΣ ΛΟΓΩ ΠΑΡΕΣΗΣ ΤΟΥ ΦΡΕΝΙΚΟΥ ΣΕ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ**

Κ. ΤΣΑΚΙΡΙΔΗΣ, Α. ΒΗΣΟΥΛΗ, Λ. ΤΣΟΥΡΕΛΗΣ, Α. ΜΠΑΚΑΣ, Σ. ΑΡΙΚΑΣ

Κλινική Άγιος Λουκάς, Πανόραμα, Θεσσαλονίκη

### **Σκοπός**

Επανεγχείριση, εγχείριση άλλη από μεμονωμένη αορτοστεφανιαία παράκαμψη, ενεργός ενδοκαρδίτιδα, προχωρημένη ηλικία και γυναικείο φύλο αποτελούν παράγοντες κινδύνου θνητότητας καρδιοχειρουργικών ασθενών. Παρουσιάζουμε επιτυχή χειρουργική αντιμετώπιση μετεγχειρητικής αναπνευστικής δυσχέρειας ασθενούς με τους παραπάνω παράγοντες υψηλού κινδύνου.

### **Υλικό - Μέθοδοι**

Ασθενής 72 ετών, με ενδοκαρδίτιδα βιοπροσθετικής μιτροειδούς και γηγενούς αορτικής βαλβίδας υποβλήθηκε σε αντικατάσταση μιτροειδούς (εκ νέου) και αορτικής. Παρά την ικανοποιητική λειτουργία των βαλβίδων και τον έλεγχο της φλεγμονής, παρουσίασε αναπνευστική ανεπάρκεια (εξάρτηση από χορήγηση

## ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΕΜΠΤΗ 24 ΜΑΪΟΥ 2012

οξυγόνου). Αποκαλύφθηκε άνωση του δεξιού ημιδιαφράγματος λόγω πάρεσης του φρενικού νεύρου, με σοβαρή συνοδό ατελεκτασία, προοδευτικά επιδεινούμενη. Διενεργήθηκε (25<sup>η</sup> μετεγχειρητική) ελάχιστα επεμβατική πτύχωση του δεξιού ημιδιαφράγματος (μικρή θωρακοτομή, ενδοσκοπικά εργαλεία).

### **Αποτελέσματα**

Το αποτέλεσμα ήταν απολύτως ικανοποιητικό. Η ασθενής αποσωληνώθηκε πρώιμα, διατήρησε πολύ ικανοποιητική αναπνευστική λειτουργία, πλήρη έκπτυξη του δεξιού πνεύμονα, κινητοποιήθηκε και έλαβε εξιτήριο την 8<sup>η</sup> ημέρα.

### **Συμπεράσματα**

Η πιθανότητα κάκωσης του δεξιού φρενικού είναι υψηλότερη επί επανεγχείρησης μιτροειδούς, η ενδοκαρδίτιδα αυξάνει περαιτέρω τον κίνδυνο. Όταν η κλινική κατάσταση το επιτρέπει είναι δυνατή η αναμονή βελτίωσης. Η παρουσία σοβαρής και εμμένουσας αναπνευστικής ανεπάρκειας απαιτεί ενεργικότερη αντιμετώπιση. Η ελάχιστα επεμβατική πτύχωση ήταν αποτελεσματική και αποδείχθηκε ασφαλής καθώς η ελαχιστοποίηση του χειρουργικού τραύματος, του διεγχειρητικού χρόνου, της απώλειας αίματος, και του μετεγχειρητικού πόνου οδήγησαν σε γρήγορη αποκατάσταση.

15:30 – 17:00 | Πρόεδροι: **Χ. Λιόλιος, Σ. Λαμπρόπουλος**

**OR.12 ΓΕΩΜΕΤΡΙΚΑ ΟΡΘΗ ΤΡΙΣΔΙΑΣΤΑΤΗ ΑΝΑΣΥΝΘΕΣΗ ΕΙΚΟΝΩΝ ΟΠΤΙΚΗΣ ΣΥΝΕΚΤΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ**

Κ. ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ<sup>1</sup>, Μ. ΡΗΓΑ<sup>1</sup>, Α. ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ<sup>2</sup>, Ι. ΧΑΤΖΗΖΗΣΗΣ<sup>2</sup>,  
Α. ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ<sup>2</sup>, Χ. ΔΟΥΛΑΒΕΡΑΚΗΣ<sup>3</sup>, Ι. ΤΣΑΜΠΟΥΛΑΤΙΔΗΣ<sup>3</sup>,  
Ι. ΚΟΜΠΑΤΣΙΑΡΗΣ<sup>3</sup>, Χ. ΣΤΕΦΑΝΑΔΗΣ<sup>1</sup>, Γ. ΓΙΑΝΝΟΓΛΟΥ<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α. Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α.

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

<sup>3</sup> Ινστιτούτο Πληροφορικής & Τηλεματικής, Εθνικό Κέντρο Έρευνας & Τεχνολογικής Ανάπτυξης

**Σκοπός**

Η γεωμετρικά ορθή τρισδιάστατη (3D) ανασύνθεση ανθρώπινων στεφανιαίων αρτηριών συνδυάζοντας εικόνες οπτικής συνεκτικής τομογραφίας (OCT) και εικόνες διεπίπεδης στεφανιογραφίας δεν έχει μελετηθεί. Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η περιγραφή της μεθοδολογίας και ο in-vivo έλεγχος της αξιοπιστίας της.

**Υλικό – Μέθοδοι**

Μελετήθηκαν 9 στεφανιαίες αρτηρίες, μέσου μήκους  $40.1 \pm 5.1$  mm, προερχόμενες από 9 ασθενείς με OCT και διεπίπεδη στεφανιογραφία. Σε κάθε μία από τις δύο κάθετες μεταξύ τους στεφανιογραφικές προβολές επιλέχθηκε μία τελοδιαστολική εικόνα για την ανασύνθεση της πορείας απόσυρσης του καθετήρα OCT στον τρισδιάστατο χώρο. Στις εικόνες OCT ανιχνεύθηκαν τα όρια αυλού-ενδοθηλίου τα οποία τοποθετήθηκαν εν συνεχεία στην πορεία της ανακατασκευασμένης τροχιάς του καθετήρα OCT, δημιουργώντας τον γεωμετρικά ορθό τρισδιάστατο αυλό (Εικ. Α). Το ανακατασκευασμένο αγγείο επαναπροβλήθηκε στην αντίστοιχη στεφανιογραφική προβολή και το περίγραμμά του συγκρίθηκε με το πραγματικό περίγραμμα του αυλού στη στεφανιογραφία. Η συμφωνία μεταξύ του πραγματικού και του ανακατασκευασμένου αυλού εκτιμήθηκε με βάση την ανάλυση κατά Bland-Altman.

## ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 25 ΜΑΪΟΥ 2012

### Αποτελέσματα

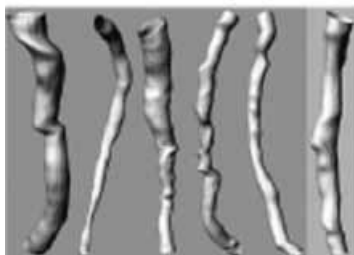
Το μήκος των τρισδιάστατων ανακατασκευασμένων αρτηριών εμφάνισε υψηλή συσχέτιση ( $y=1.3x-11$ ,  $p=0.01$ ,  $n=9$ ) και συμφωνία με το μήκος του καθετήρα OCT. Η ανάλυση κατά Bland-Altman των διαφορών μεταξύ του ανακατασκευασμένου και του πραγματικού αυλού έδειξε ότι υπάρχει αρκετά καλή συμφωνία μεταξύ των ανακατασκευασμένων με 3D OCT αγγείων και των στεφανιογραφιών αναφοράς (μέση διαφορά:  $-0,04$  mm, όρια συμφωνίας:  $-1.4$  έως  $1.3$  mm) (Εικ. Β).

### Συμπεράσματα

Η γεωμετρικά ορθή 3D ανασύνθεση στεφανιαίων αρτηριών με χρήση στεφανιογραφίας και OCT είναι μια νέα απεικονιστική μέθοδος με υψηλή in-vivo ακρίβεια. Η μέθοδος αυτή αναμένεται να συμβάλει σημαντικά στην in-vivo μελέτη της διατημητικής τάσης και της μορφολογίας της ευάλωτης αθηρωματικής πλάκας.

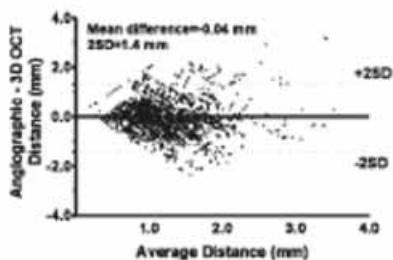
### Εικόνες

**A. Representative 3D OCT reconstructed arteries**



A. Ανακατασκευασμένες αρτηρίες με 3D OCT

**B Bland-Altman analysis**



B. Ανάλυση κατά Bland-Altman

### OR.13 Η ΙΣΤΙΚΗ TISSUE DOPPLER (TDI) ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΑ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ EXERCISE STRESS TEST ΣΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ

Χ. ΧΑΤΖΗΕΛΕΥΘΕΡΙΟΥ, Α. ΚΟΥΤΣΑΚΗΣ, Μ. ΣΟΤΟΛΙΔΟΥ, Χ. ΔΟΝΤΑΣ,  
Σ. ΖΗΔΡΟΣ, Ε. ΣΑΒΒΙΔΟΥ, Χ. ΚΑΙΡΗΣ, Ν. ΡΩΜΑΝΙΔΟΥ, Δ. ΜΑΤΖΙΝΟΥ,  
Ν. ΘΕΟΔΩΡΙΔΗΣ

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Δράμας

### Σκοπός

Η διερεύνηση της συμβολής της TDI υπερηχογραφίας που διενεργείται σε ασθενείς πριν και μετά stress test σε ασθενείς με γνωστή στεφανιαία νόσο στην εκτίμηση της τμηματικής και της συνολικής διαστολικής λειτουργίας.

### Υλικό – Μέθοδος

Η μελέτη περιλαμβάνει 30 ασθενείς με γνωστή αντιρροπούμενη στεφανιαία νόσο. Η πλειονότης είχε ιστορικό προσθίου εμφράγματος με υποκινησία σε διάφορες μοίρες του μεσοκοιλιακού διαφράγματος (IVS) και κορυφής της LV. Έγινε TDI πριν και μετά stress-test κατά Bruce στις βασικές μοίρες του IVS και PW. Μετρήθηκαν οι τμηματικές διαμήκεις διαστολικές (e') μυοκαρδιακές ταχύτητες, ο λόγος E/e' πριν και μετά την κόπωση, για την εκτίμηση των τμηματικών διαστολικών μεταβολών των ταχυτήτων καθώς και οι μέσες τιμές αυτών για την εκτίμηση των συνολικών-global μεταβολών. Οι ίδιοι δείκτες μετρήθηκαν σε 15 φυσιολογικούς μάρτυρες και οι τιμές τους συγκρίθηκαν (t-test) με αυτές των ασθενών με ΣΝ και έμφραγμα.

### Αποτελέσματα

Οι μέσες τιμές των διαστολικών μεταβολών του TDI πριν και μετά stress των στεφανιαίων ασθενών ήταν: e'ivs  $7,57 \pm 1,49$  vs  $10,85 \pm 3,68$  cm/sec (p:0.003), e'pw  $11,62 \pm 2,67$  vs  $15,00 \pm 7,71$  cm/sec (p:0.001), e'mean  $9,59 \pm 1,90$  vs  $12,93 \pm 3,31$  cm/sec (p:0.001). Το διαστολικό πηλίκο E/e' (φυσιολογική τιμή < 8) ήταν: E/e'ivs  $10,73 \pm 5,69$  vs  $10,37 \pm 4,17$  (p:NS), E/e'pw  $6,78 \pm 2,79$  vs  $7,15 \pm 2,44$  (p:NS), E/e'mean  $8,65 \pm 3,67$  vs  $8,37 \pm 3,03$  (p:NS). Η συγκριτική μελέτη φυσιολογικών και στεφανιαίων ασθενών έδειξε για το e' στην ηρεμία: e'ivs  $10,70 \pm 1,7$  vs  $7,57 \pm 1,49$  cm/sec (p:0.001), e'pw  $16,41 \pm 7,4$  vs  $11,62 \pm 2,67$  cm/sec (p:0.001), e'mean  $13,55 \pm 5,6$  vs  $9,59 \pm 1,90$  cm/sec (p:0.001) και στην κόπωση, e'ivs  $16,84 \pm 4,65$  vs  $10,85 \pm 3,68$  cm/sec (p:0.05), e'pw  $17,68 \pm 6,5$  vs  $15,00 \pm 7,71$  cm/sec (p:NS), e'mean  $16,33 \pm 5,2$  vs  $12,93 \pm 3,31$  cm/sec (p<0.01). Ο λόγος E/e' στην ηρεμία μετρήθηκε: E/e'ivs  $6,31 \pm 1,5$  vs  $10,73 \pm 5,69$  (p:0,02), E/e'pw  $5,40 \pm 2,36$  vs  $6,78 \pm 2,79$  (p:NS), E/e' mean  $5,41 \pm 6,25$  vs  $8,65 \pm 3,67$  (p:0,05), στην κόπωση: E/e'ivs  $6,48 \pm 2,85$  vs  $10,37 \pm 4,17$  (p:0,002), E/e'pw  $5,25 \pm 1,51$  vs  $6,53 \pm 7,15$  (p:NS), E/e'mean  $5,72 \pm 2,00$  vs  $8,37 \pm 3,03$  (p:0,004).

# ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 25 ΜΑΪΟΥ 2012

## Συμπέρασμα

Η ύπαρξη διαστολικής δυσλειτουργίας στους στεφανιαίους ασθενείς του δείγματος επιβεβαιώνεται με την TDI υπερηχογραφία τόσο στην ηρεμία όσο και μετά stress χωρίς να καταγραφεί επιδείνωση αυτής με την κόπωση. Η διαμήκης διαστολική ταχύτητα ε' του βασικού IVS καταγράφεται ελαττωμένη σε ηρεμία και stress και επηρεάζει μέσω της τμηματικής διαταραγμένης χάλασης την συνολική διαστολική λειτουργία.

## OR.14 Η ΙΣΤΙΚΗ TISSUE DOPPLER (TDI) ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΑ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ EXERSISE STRESS TEST ΣΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΣΤΟΛΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ

Χ. ΧΑΤΖΗΕΛΕΥΘΕΡΙΟΥ, Μ. ΣΟΤΟΛΙΔΟΥ, Α. ΚΟΥΤΣΑΚΗΣ, Χ. ΔΟΝΤΑΣ, Σ. ΖΗΔΡΟΣ, Ε. ΣΑΒΒΙΔΟΥ, Χ. ΚΑΙΡΗΣ, Ν. ΡΩΜΑΝΙΔΟΥ, Δ. ΜΑΤΖΙΝΟΥ, Ν. ΘΕΟΔΩΡΙΔΗΣ

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Δράμας

## Σκοπός

Η διερεύνηση της συμβολής της (TDI) υπερηχογραφίας που διενεργείται σε ασθενείς πριν και μετά stress test σε ασθενείς με γνωστή στεφανιαία νόσο στην εκτίμηση της τμηματικής υποκινησίας και της συνολικής συστολικής λειτουργίας.

## Υλικό – Μέθοδος

Η μελέτη περιλαμβάνει 30 συνολικά ασθενείς με γνωστή αντιρροπούμενη στεφανιαία νόσο, ιστορικό προσθίου εμφράγματος με υποκινησία του μεσοκοιλιακού διαφράγματος (IVS) και της κορυφής της LV. Όλοι οι ασθενείς ελέχθησαν με TDI πριν και μετά δοκιμασία κοπώσεως κατά Bruce στις βασικές μοίρες IVS και PW. Οι τμηματικές διαμήκεις συστολικές (s') μυοκαρδιακές ταχύτητες εκτιμήθηκαν με TDI, υπολογίσθηκαν οι λόγοι s'/s' για τα βασικά τμήματα του IVS και του PW για την εκτίμηση των τμηματικών συστολικών μεταβολών των ταχυτήτων πριν και μετά stress, καθώς και η μέσης τιμές αυτών για την εκτίμηση των συνολικών-global μεταβολών. Οι ίδιοι TDI υπερηχογραφικοί δείκτες μετρήθηκαν σε 15 φυσιολογικούς μάρτυρες και συγκρίθηκαν με αυτές των ασθενών με ΣΝ (t-test).



### Αποτελέσματα

Οι μέσες τιμές των συστολικών μεταβολών του TDI πριν και μετά stress των στεφανιαίων ασθενών ήταν για το  $s'$  (φυσιολογική τιμή < 8cm/sec),  $s'_{ivs}$   $7,08 \pm 2,04$  vs  $9,27 \pm 2,57$  cm/sec ( $p:0.004$ ),  $s'_{pw}$   $9,07 \pm 1,71$  vs  $12,00 \pm 3,00$  cm/sec ( $p:0.009$ ),  $s'_{mean}$   $8,07 \pm 1,62$  vs  $10,63 \pm 2,54$  cm/sec ( $p < 0.005$ ). Το συστολικό πηλίκο  $s'/s'$  των στεφανιαίων ήταν:  $s'/s'_{ivs}$   $1,28 \pm 0,14$ ,  $s'/s'_{pw}$   $1,29 \pm 0,09$ ,  $s'/s'_{mean}$   $1,29 \pm 0,11$  (29% μέση αύξηση).

Η συγκριτική μελέτη φυσιολογικών και στεφανιαίων ασθενών έδειξε για το  $s'$  στην ηρεμία:  $s'_{ivs}$   $9,58 \pm 1,5$  vs  $7,08 \pm 2,04$  cm/sec ( $p:0.008$ ),  $s'_{pw}$   $11,74 \pm 2,3$  vs  $9,07 \pm 1,71$  cm/sec ( $p:0,01$ -NS),  $s'_{mean}$   $10,66 \pm 3,5$  vs  $8,07 \pm 1,62$  cm/sec ( $p:0.001$ ) και στην κόπωση,  $s'_{ivs}$   $15,41 \pm 8,2$  vs  $9,27 \pm 2,57$  cm/sec ( $p:0.004$ ),  $s'_{pw}$   $16,73 \pm 5,2$  vs  $12,00 \pm 3,00$  ( $p:0,001$ ) cm/sec,  $s'_{mean}$   $16,25 \pm 6,9$  vs  $10,63 \pm 2,54$  cm/sec ( $p < 0.001$ ). Ο λόγος  $s'/s'$  των φυσιολογικών μετρήθηκε:  $s'/s'_{ivs}$   $1,44 \pm 0,1$ ,  $s'/s'_{pw}$   $1,42 \pm 0,1$ ,  $s'/s'_{mean}$   $1,47 \pm 0,1$  (47% μέση αύξηση). Από την σύγκριση των λόγων  $s'/s'$  στεφανιαίων και φυσιολογικών προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά  $s'/s'_{ivs}$  ( $p:0,05$ ),  $s'/s'_{pw}$  ( $p:0,02$ ),  $s'/s'_{mean}$  ( $p:0,01$ ).

### Συμπέρασμα

Η συστολική έκπτωση των στεφανιαίων ασθενών του δείγματος σύμφωνα με την TDI υπερηχογραφία αφορά το IVS κυρίως στην ηρεμία. Μετά stress η συνολική αύξηση των συστολικών μυοκαρδιακών ταχυτήτων που καταγράφονται στους στεφανιαίους είναι στατιστικά μικρότερες (κατά 18%) από την ηρεμία σύμφωνα με το συστολικό λόγο  $s'/s'$  και 35% σε απόλυτη τιμή του  $s'$  σε σχέση με τους φυσιολογικούς, πιθανώς λόγω υπολειπόμενης ισχαιμίας και ελαττωμένης στεφανιαίας μυοκαρδιακής εφεδρείας.

## OR.15 ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΔΕΙΚΤΩΝ ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΔΕΞΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΑΘΛΗΤΕΣ

Ε. Δ. ΠΑΓΚΟΥΡΕΛΙΑΣ<sup>1</sup>, Κ. ΡΩΣΣΙΟΣ<sup>1</sup>, Μ. ΒΟΥΛΓΑΡΗΣ<sup>1</sup>, Α. ΑΒΡΑΜΙΔΟΥ<sup>1</sup>,  
Ε. ΚΟΥΪΔΗ<sup>2</sup>, Β. ΣΚΕΜΠΕΡΗΣ<sup>1</sup>, Π. ΚΥΡΙΑΚΟΥ<sup>1</sup>, Α. ΔΕΛΗΓΙΑΝΝΗΣ<sup>2</sup>,  
Γ. ΕΥΘΥΜΙΑΔΗΣ<sup>3</sup>, Π. ΓΚΕΛΕΡΗΣ<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Γ' Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ

<sup>2</sup> Εργαστήριο Αθλητιατρικής, ΤΕΦΑΑ, ΑΠΘ

<sup>3</sup> Α' Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

# ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 25 ΜΑΪΟΥ 2012

## Σκοπός

Προσδιορισμός δεικτών διαστολικής λειτουργίας της δεξιάς κοιλίας (ΔΚ) σε κορυφαίους αθλητές και σύγκριση αυτών με τιμές φυσιολογικών εθελοντών.

## Υλικό – Μέθοδοι

Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν συνολικά 86 αθλητές δυναμικού και στατικού τύπου γύμνασης και 25 απροπόνητοι φυσιολογικοί εθελοντές οι οποίοι υπεβλήθησαν σε πλήρη υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε offline με τη βοήθεια του προγράμματος ECHOPAC (Version 108.1.5, General Electric Vingmed Ultrasound AS). Προσδιορίστηκαν τα κύματα E και A της διατριγωνικής ροής, ο μεταξύ τους λόγος, ο χρόνος επιβράδυνσης (DT), τα κύματα E' και A' από το ιστικό Doppler του τριγωνικού δακτυλίου και ο λόγος E/E'.

## Αποτελέσματα

Στον Πίνακα 1 απεικονίζονται οι μέσοι όροι  $\pm$  τυπικές αποκλίσεις αλλά και το εύρος των προαναφερόμενων δεικτών διαστολικής λειτουργίας στους αθλητές και στους απροπόνητους εθελοντές, όπως και η μεταξύ τους σύγκριση. Υπολογίζοντας τις τιμές που αντιστοιχούν στα 5<sup>ο</sup> και 95<sup>ο</sup> εκατοστημόρια προέκυψαν τα εξής φυσιολογικά όρια για τους δείκτες διαστολικής λειτουργίας της ΔΚ σε αθλητές: λόγος E/A διατριγωνικής ροής [1,2-2,3], DT > 117 msec, κύμα E' > 13,3 cm/sec, λόγος E/E' < 6,43.

## Συμπεράσματα

Η υιοθέτηση φυσιολογικών ορίων κατά την εκτίμηση της διαστολικής λειτουργίας της ΔΚ των αθλητών αποκτά ιδιαίτερη σημασία στην προσέγγιση της αθλητικής καρδιάς και στη διαφορική της διάγνωση από μυοκαρδιοπάθεια.

Πίνακας 1			
Μεταβλητή	Αθλητές (N=86)	Φυσιολογικοί (N=25)	Τιμές p
E (cm/sec)	66,8±13,2 (41-107)	68,7±9,5 (59-93)	0,629
A (cm/sec)	41,6±11,1 (27-79)	35±5,7 (25-45)	<b>0,044</b>
DT (msec)	143±16 (104-197)	145±13 (129-172)	0,666
E/A	1,65±0,32 (1,13-2,43)	1,99±0,28 (1,64-2,7)	<b>0,001</b>
E' (cm/sec)	17,4±2,4 (13-25)	17,5±2,9 (14-23)	0,61
A' (cm/sec)	10,8±2,7 (7-19)	10,2±2,1 (7-15)	0,574
E/E'	3,9±1 (2,4-6,7)	4±0,85 (3-6,2)	0,747

#### OR.16 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ ΤΗΣ ΑΡΡΥΘΜΙΟΓΟΝΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑΣ ΤΗΣ ΔΕΞΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΑΘΛΗΤΕΣ

Ε. Δ. ΠΑΓΚΟΥΡΕΛΙΑΣ<sup>1</sup>, Π. ΣΩΤΗΡΙΟΥ<sup>1</sup>, Δ. ΤΑΝΟΣ<sup>1</sup>, Κ. ΚΟΣΚΙΝΑΣ<sup>1</sup>, Ε. ΚΟΥΪΔΗ<sup>2</sup>, Ν. ΦΡΑΓΚΑΚΗΣ<sup>1</sup>, Μ. ΜΑΥΡΟΥΔΗ<sup>1</sup>, Α. ΔΕΛΗΓΙΑΝΝΗΣ<sup>2</sup>, Γ. ΕΥΘΥΜΙΑΔΗΣ<sup>3</sup>, Π. ΓΚΕΛΕΡΗΣ<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Γ' Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ

<sup>2</sup> Εργαστήριο Αθλητιατρικής, ΤΕΦΑΑ, ΑΠΘ

<sup>3</sup> Α' Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

#### Σκοπός

Διερεύνηση της εγκυρότητας των κριτηρίων για τη διάγνωση της αρρυθμιόγону μυοκαρδιοπάθειας (ARVC) της δεξιάς κοιλίας (ΔΚ) αλλά και των ορίων για τη ΔΚ της Αμερικανικής εταιρείας υπερηχοκαρδιογραφίας (ASE) σε κορυφαίους αθλητές.

#### Υλικό – Μέθοδοι

Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν συνολικά 86 αθλητές δυναμικού και στατικού τύπου γύμνασης οι οποίοι υπεβλήθησαν σε πλήρη υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε offline με τη βοήθεια του προγράμματος

## ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 25 ΜΑΪΟΥ 2012

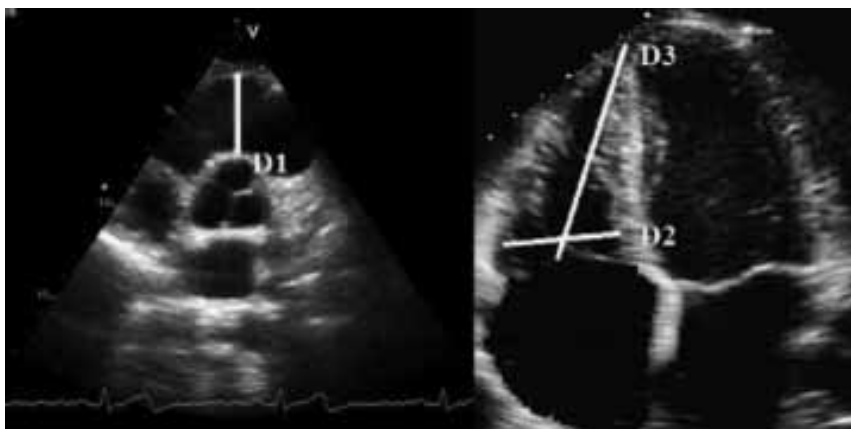
ECHOPAC (Version 108.1.5, General Electric Vingmed Ultrasound AS). Προσδιορίστηκαν οι βασικές διαμέτροι της ΔΚ (Εικόνα 1).

### Αποτελέσματα

Οι αθλητές παρουσίασαν διάμετρο χώρου εξόδου (D1)  $36,4 \pm 5,7$  (24-49)mm, διάμετρο χώρο εισόδου (D2)  $40,1 \pm 4,6$  (32-50)mm, επιμήκη άξονα της ΔΚ (D3)  $88 \pm 5,9$  (75-102)mm και διαστολική επιφάνεια της ΔΚ  $22,6 \pm 4$  (13,8-34,5)cm<sup>2</sup>, με τις αντίστοιχες τιμές ανά επιφάνεια σώματος (BSA) να είναι  $17,1 \pm 3,4$  (11,4-27,3) mm/m<sup>2</sup>,  $18,8 \pm 2,6$  (14,1-24,7) mm/m<sup>2</sup>,  $41,3 \pm 4,7$  (31,2-52,5) mm/m<sup>2</sup> και  $10,6 \pm 2,1$  (7,1-17,8) cm<sup>2</sup>. Εφαρμόζοντας τα προτεινόμενα ανώτερα φυσιολογικά όρια της ASE, 57% των αθλητών εμφάνιζαν  $D1 > 35$  mm, 25,6%  $D2 > 42$  mm, 59,3%  $D3 > 86$  mm και 23,3% επιφάνεια  $> 25$  mm<sup>2</sup>. Ακόμη, 8,1% εμφάνιζαν  $D1 \geq 21$ mm/m<sup>2</sup> και 18,6%  $18 \leq D1 < 21$  mm/m<sup>2</sup> πληρώντας κριτήρια διαστάσεων για την ARVC χωρίς άλλες ενδείξεις της νόσου.

### Συμπεράσματα

Η συστηματική προπόνηση ιδιαίτερα σε αγωνίσματα αντοχής προκαλεί διάταση της ΔΚ. Η αξιολόγηση της ΔΚ των αθλητών επιβάλλει την υιοθέτηση διαφορετικών ανώτερων φυσιολογικών ορίων.



**OR.17 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΚΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΜΕΣΟΚΟΙΛΙΑΚΗ ΑΠΟΦΡΑΞΗ**

Ε. Δ. ΠΑΓΚΟΥΡΕΛΙΑΣ, Γ. ΕΥΘΥΜΙΑΔΗΣ, Δ. ΠΑΡΧΑΡΙΔΟΥ, Θ. ΓΚΟΣΙΟΣ, Β. ΚΑΜΠΕΡΙΔΗΣ, Ε. ΘΕΟΦΙΛΟΓΙΑΝΝΑΚΟΣ, Ζ. ΠΑΠΠΑ, Σ. ΜΕΔΙΤΣΚΟΥ, Σ. ΧΑΤΖΗΜΙΛΤΙΑΔΗΣ, Χ. ΠΛΙΑΚΟΣ, Χ. ΚΑΡΒΟΥΝΗΣ, Ι. ΣΤΥΛΙΑΔΗΣ

Α΄ Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

**Σκοπός**

Διερεύνηση του επιπολασμού, των κλινικών χαρακτηριστικών και της πρόγνωσης ασθενών με υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια (ΥΜΚ) και μεσοκοιλιακή απόφραξη (midventricular obstruction, MVO).

**Υλικό - Μέθοδοι**

Στη μελέτη συμμετείχαν 423 ασθενείς με ΥΜΚ (ηλικία  $49,3 \pm 17,2$  έτη, 66,2% άρρενες) που παρακολούθηθηκαν για μια περίοδο 84 μηνών (διάμεσος 7 έτη, εύρος 6 έως 480 μήνες).

**Αποτελέσματα**

Η MVO, η οποία χαρακτηρίζεται ηχοκαρδιογραφικά από εμφάνιση μεσοκοιλιακής υπερτροφίας και απόφραξης με κλίση πιέσεως  $>30$  mm Hg, αναγνωρίστηκε σε 34 ασθενείς (8%). Οι ασθενείς με MVO σε ποσοστό  $>90\%$  εμφάνιζαν κλάση κατά NYHA  $>II$  τη στιγμή της διάγνωσης, ενώ περισσότεροι από 1 στους 4 (26,5%) παρουσίασαν κορυφαίο ανεύρυσμα της αριστερής κοιλίας (ΑΚ). Μετά την εφαρμογή μοντέλου ανάλυσης κινδύνου κατά Cox, η παρουσία MVO αποτέλεσε ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα για εγκατάσταση τελικού σταδίου καρδιακής ανεπάρκειας (ΚΑ) ή θανάτου από ΚΑ [hazard ratio (HR): 2.62, 95% confidence interval (CI) (1.2-8.8),  $p=0.047$ ] όπως και αιφνιδίου θανάτου (ΑΘ) ή μειζόνων αρρυθμικών συμβάντων [HR: 3.3, 95%CI (1,26-8.85),  $p=0.016$ ]. Ακόμη, στην ομάδα της MVO, η παρουσία κορυφαίου ανευρύσματος συνοδεύτηκε από ακόμη χειρότερη πρόγνωση όσον αφορά την καρδιαγγειακή θνητότητα (log rank  $p=0.032$ ).

# ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 25 ΜΑΪΟΥ 2012

## OR.18 Η ΥΠΕΡΗΧΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΦΥΛΟ

Κ. ΚΟΥΛΟΥΣΙΟΣ<sup>1</sup>, Α. ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΗΣ<sup>2</sup>, Α. ΦΟΥΝΤΟΓΛΟΥ<sup>1</sup>, Κ. ΤΣΙΠΤΣΗΣ<sup>2</sup>,  
Σ. ΚΟΥΤΣΟΥΜΠΟΥ, Α. ΤΣΙΡΝΑΡΗ<sup>1</sup>, Σ. ΘΕΟΔΩΡΙΔΟΥ<sup>2</sup>, Σ. ΙΒΚΟΒΙΤΣ<sup>1</sup>,  
Σ. ΛΑΜΠΡΟΠΟΥΛΟΣ<sup>2</sup>, Χ. ΚΑΤΣΙΝΑΣ<sup>1</sup>

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γ. Ν. Πτολεμαΐδας Μποδοσάκειο<sup>1</sup>  
Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Πτολεμαΐδας Μποδοσάκειο<sup>2</sup>

### Εισαγωγή

Οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς έχουν επιβαρυντικούς παράγοντες (υπέρταση, αναιμία, δευτεροπαθή υπερπαραθυρεοειδισμό, πρωτοπαθή νόσο, αιμοκάθαρση), που αλλοιώνουν τη μορφολογία της αριστεράς κοιλίας, οδηγώντας σε υπερτροφία και διαστολική δυσλειτουργία αυτής.

### Σκοπός

Σκοπός της εργασίας ήταν να καταγράψουμε τους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού του νοσοκομείου μας, ως προς τα υπερηχοκαρδιογραφικά δεδομένα, συσχετίζοντάς τα με τη διεθνή βιβλιογραφία.

### Υλικό – Μέθοδοι

Μελετήσαμε 45 αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, από τους οποίους 26 (58%) είναι άνδρες και 19 (42%) γυναίκες. Η μέση ηλικία των ασθενών είναι  $60 \pm 13$  έτη (33-83) και ο μέσος χρόνος στην αιμοκάθαρση είναι  $57 \pm 64$  μήνες. Έγινε ανάλυση του δείγματος, σε σχέση με την αιτιολογία της νεφροπάθειας και καταγράφηκαν οι μέσες τιμές των αιματολογικών – βιοχημικών παραμέτρων. Παράλληλα μετρήθηκαν οι βασικοί υπερηχογραφικοί δείκτες. Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το πρόγραμμα SPSS.

### Αποτελέσματα

Η κυριότερη αιτία νεφροπάθειας και στις δύο ομάδες ασθενών ήταν η διαβητική νεφροπάθεια (27%). Στατιστικά σημαντική διαφορά προέκυψε μόνο στον αιματοκρίτη ορού, όπου οι άνδρες εμφανίζουν υψηλότερη τιμή. Από τους βασικούς υπερηχογραφικούς δείκτες υπήρχε στατιστική σημαντικότητα μόνο στο

κύμα Α της μιτροειδούς βαλβίδας, όπου οι άνδρες είχαν χαμηλότερη μέση τιμή. Καταγράφηκε, σε σημαντικό ποσοστό, υπερτροφία του οπίσθιου τοιχώματος της αριστεράς κοιλίας, υπερτροφία του μεσοκοιλιακού διαφράγματος και διαστολική δυσλειτουργία της αριστεράς κοιλίας. Η τελευταία εμφανίζεται σε μεγαλύτερη συχνότητα στις γυναίκες, χωρίς ωστόσο να είναι στατιστικά σημαντική ανάμεσα στις δύο ομάδες.

### **Συμπεράσματα**

Οι νεφροπαθείς τελικού σταδίου εμφανίζουν υπερηχοκαρδιογραφικές αλλοιώσεις, οι οποίες σχετίζονται με διαστολική δυσλειτουργία και με δομικές αλλαγές της αριστερής κοιλίας. Φαίνεται όμως ότι το φύλο δεν επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την εμφάνιση των αλλοιώσεων αυτών.

## **OR.19 ΚΛΙΝΙΚΕΣ, ΗΧΩΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΡΟ- ΚΑΙ ΜΕΤΑΤΡΙΧΟΕΙΔΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ**

Σ. - Α. ΜΟΥΡΑΤΟΓΛΟΥ, Γ. ΓΙΑΝΝΑΚΟΥΛΑΣ, Β. ΚΑΜΠΕΡΙΔΗΣ, Δ. ΠΑΡΧΑΡΙΔΟΥ, Ζ. ΠΑΠΠΑ, Δ. ΚΡΙΣΤΟ, Σ. ΧΑΤΖΗΜΙΛΤΙΑΔΗΣ, Χ. ΚΑΡΒΟΥΝΗΣ, Ι. ΣΤΥΛΙΑΔΗΣ

Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Α΄ Καρδιολογική Πανεπιστημιακή Κλινική Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ

### **Σκοπός**

Η διαπίστωση ηχωκαρδιογραφικών διαφορών μεταξύ των ασθενών με προ- και μετά-τριχοειδική ΠΥ και η ανάδειξη του ρόλου των αναιμακτων διαγνωστικών τεχνικών σαν εργαλείο πρόβλεψης της λειτουργικής ικανότητας και της πρόγνωσης των ασθενών αυτών.

### **Υλικό και Μέθοδοι**

Μελετήθηκαν με δεξιό καθετηριασμό συνολικά 46 ασθενείς, εκ των οποίων οι 29 (μέσης ηλικίας 48.8±16.5 έτη 9 άνδρες) έπασχαν από προτριχοειδική ΠΥ, ενώ οι 17 (μέσης ηλικίας 64.4±11.9 έτη, 7 άνδρες), διαγνώστηκαν με μετατριχοειδική ΠΥ. Στο σύνολο των ασθενών έγινε πλήρης ηχωκαρδιογραφική μελέτη, ενώ η λειτουργική τους ικανότητα εκτιμήθηκε κλινικά με την εξάλεπτη δοκιμασία βάρδισης.

## ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 25 ΜΑΪΟΥ 2012

### Αποτελέσματα

Οι ασθενείς με προτριχοειδική ΠΥ παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές ηχωκαρδιογραφικά προσδιοριζόμενης συστολικής και μέσης πνευμονικής αρτηριακής πίεσης συγκριτικά με τους πάσχοντες από μετατριχοειδική ΠΥ. Στην ομάδα αυτή των ασθενών, η μέση πνευμονική αρτηριακή πίεση αποτελεί ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα της λειτουργικής τους ικανότητας, όπως αυτή εκφράζεται με την διανυόμενη απόσταση κατά την εξάλεπτη δοκιμασία βάδισης. Η μειωμένη λειτουργική ικανότητα, καθώς και η επηρεασμένη λειτουργικότητα της δεξιάς κοιλίας, αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες της θνητότητας.

### Συμπεράσματα

Οι ασθενείς με μετατριχοειδική ΠΥ παρουσιάζουν ευνοϊκότερο αιμοδυναμικό προφίλ συγκριτικά με τους πάσχοντες από προτριχοειδική ΠΥ, στους οποίους η έκπτωση της λειτουργικής τους ικανότητας καθώς και της λειτουργικότητας της δεξιάς κοιλίας αποτελούν σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες.

### OR.20 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΗΧΩΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΣΥΓΓΕΝΗ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΑΛΛΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

Σ. - Α. ΜΟΥΡΑΤΟΓΛΟΥ, Γ. ΓΙΑΝΝΑΚΟΥΛΑΣ, Β. ΚΑΜΠΕΡΙΔΗΣ, Ζ. ΠΑΠΠΑ, Δ. ΠΑΡΧΑΡΙΔΟΥ, Δ. ΚΡΙΣΤΟ, Σ. ΧΑΤΖΗΜΙΛΤΙΑΔΗΣ, Χ. ΚΑΡΒΟΥΝΗΣ, Ι. ΣΤΥΛΙΑΔΗΣ

Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης

### Σκοπός

Η ανάλυση των δεδομένων που προέκυψαν από την εξέταση ασθενών με προτριχοειδική πνευμονική υπέρταση σχετιζόμενη με συγγενείς καρδιοπάθειες (ΠΑΥ-ΣΚ) και με άλλα αίτια [(ΠΑΥ)-ομάδα 1 και 4 κατά Dana Point] που επισκέφθηκαν το ιατρείο Πνευμονικής Υπέρτασης του νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ.

### Υλικό και Μέθοδοι

Αναλύθηκαν αναδρομικά τα δεδομένα που προέκυψαν από την εξάλεπτη δοκιμασία βάδισης (6MWT), καθώς και από την ηχωκαρδιογραφική μελέτη των ασθενών με ΠΑΥ και ΠΑΥ-ΣΚ.



### **Αποτελέσματα**

Από το σύνολο των 37 ασθενών, 21 πάσχουν από ΠΑΥ (6 από ιδιοπαθή πνευμονική υπέρταση (ΠΥ), 7 από ΠΥ σχετιζόμενη με νόσο του συνδετικού ιστού, 4 από ΠΥ συνδεδεμένη με αιμολυτική αναιμία, ένας από πυλαιοπνευμονική ΠΥ και 3 από ΠΥ οφειλόμενη σε χρόνια θρομβοεμβολική νόσο) και 16 από ΠΑΥ-ΣΚ (2 ασθενείς από ΠΥ σε έδαφος διορθωμένης συγγενούς καρδιοπάθειας και 14 με σύνδρομο Eisenmenger). Από την μελέτη των δεδομένων που προέκυψαν από τον ενδελεχή ηχωκαρδιογραφικό έλεγχο, προέκυψε ότι οι ασθενείς με ΠΑΥ-ΣΚ παρουσιάζουν υψηλότερες πιέσεις των δεξιών καρδιακών κοιλοτήτων και αυξημένες διαστάσεις της δεξιάς κοιλίας, χωρίς όμως έκπτωση της λειτουργικότητάς της, συγκριτικά με τους πάσχοντες από ΠΑΥ. Επιπρόσθετα, οι ασθενείς με ΠΑΥ-ΣΚ παρουσιάζουν μεγαλύτερο αποκορεσμό αίματος κατά το 6MWT σε σχέση με τους ασθενείς με ΠΑΥ, χωρίς όμως να παρουσιάζουν συγκριτική έκπτωση της λειτουργικής τους ικανότητας (πίνακας 1).

### **Συμπεράσματα**

Οι ασθενείς με ΠΑΥ εμφανίζουν χαμηλότερες πιέσεις των δεξιών καρδιακών κοιλοτήτων συγκριτικά με τους ασθενείς με ΠΑΥ-ΣΚ, στους οποίους η διάταση της δεξιάς κοιλίας δεν συνοδεύεται από έκπτωση της λειτουργικότητάς της.

## ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 25 ΜΑΪΟΥ 2012

	ΠΑΥ-ΣΚ N=16	ΠΑΥ N=21	p
Ηλικία	43,4±15,6	59,3±12,6	<0,05*
Κλάση NYHA	2,56±0,5	2,33±0,6	NS
Τελοδιαστολικός όγκος αριστερής κοιλίας (cm)	4,5±1	4,5±0,7	NS
Τελοσυστολικός όγκος αριστερής κοιλίας (cm)	3,1±1,0	2,9±0,7	NS
Αριστερός κόλπος (cm)	4,2±0,8	3,9±0,6	NS
Μεσοκοιλιακό διάφραγμα (cm)	1,3±0,3	1,0±0,2	NS
E (m/sec)	0,72±0,38	0,82±0,31	NS
A (m/sec)	0,64±0,21	0,84±0,35	NS
Μέγιστη ταχύτητα παλίνδρομης ροής της τριγλώχινας (m/sec)	5,2±0,6	4,0±0,8	<0,05*
Συστολική πίεση δεξιάς κοιλίας (mmHg)	117,5±27,0	78,5±27,0	<0,05*
Δεξιά κοιλία (inlet) (cm)	5,2±0,9	4,2±1,0	<0,05*
Μέση πνευμονική αρτηριακή πίεση (mmHg)	56±22,2	38,5±10,2	NS
Χώρος εξόδου της δεξιάς κοιλίας (RVOT) (cm)	3,4±1,2	3,5±1,4	NS
Χρόνος επιτάχυνσης ροής διαμέσου της πνευμονικής (msec)	66,2±14,5	83,1±27,6	NS
TAPSE (cm)	1,7±0,6	2,0±0,5	NS
SpO2	85,3±8,3	93,0±8,1	<0,05*
Καρδιακός ρυθμός σε ηρεμία (σφύξεις/λεπτό)	91,7±18,9	78,6±12,7	<0,05*
Διανυόμενη απόσταση	378,5±161,3		NS
Αποκορεσμός οξυγόνου αίματος	13,4±10,4	4,1±3,9	<0,05*
Μεταβολή της καρδιακής συχνότητας κατά το 6MWT	24,2±14,8	37,4±30,2	NS

### Πίνακας 1

Κλινικές και ηχοκαρδιογραφικές διαφορές σε ασθενείς με ΠΑΥ και ΠΑΥ-ΣΚ (NS: μη στατιστικά σημαντική διαφορά)

**OR.21 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΜΗ ΑΝΕΥΡΕΣΗΣ ΕΝΟΧΗΣ ΒΛΑΒΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΛΗΘΗΚΑΝ ΣΕ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΑ ΜΕ ΕΙΚΟΝΑ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΜΕ ΑΝΑΣΠΑΣΗ ΤΟΥ ST ΔΙΑΣΤΗΜΑΤΟΣ**

Α.-Δ. Φ ΜΑΥΡΟΓΙΑΝΝΗ<sup>2</sup>, Ε. Α ΜΠΟΥΡΝΗ<sup>2</sup>, Μ. Ν ΠΑΠΙΤΣΑΣ<sup>1</sup>, Μ. Ν ΣΙΑΡΚΟΣ<sup>2</sup>, Δ. Ζ ΦΤΑΚΑΣ<sup>2</sup>, Β. Γ ΣΤΡΑΒΕΛΑΣ<sup>1</sup>, Μ. Ι ΚΟΖΥΡΑΚΗΣ<sup>2</sup>, Κ. Ι ΤΖΗΜΑΣ<sup>2</sup>, Ι. Ι ΖΑΡΙΦΗΣ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Α' Καρδιολογικό Τμήμα Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

<sup>2</sup>Β' Καρδιολογικό Τμήμα Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

**Σκοπός**

Η καταγραφή της συχνότητας, της υποκείμενης αιτίας και της έκβασης των περιστατικών που υποβλήθηκαν σε επείγουσα στεφανιογραφία με διάγνωση οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου με ανάσπαση του ST, στα πλαίσια του προγράμματος αντιμετώπισης των οξέων εμφραγμάτων του μυοκαρδίου με πρωτογενή διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση και στους οποίους δεν διαπιστώθηκε ένοχη βλάβη ή βλάβη που να αιτιολογεί την ανάσπαση του ST.

**Υλικό - Μέθοδοι**

Κατά το χρονικό διάστημα Μάιος 2011-Απρίλιος 2012 πραγματοποιήθηκαν στο αιμοδυναμικό εργαστήριο του Νοσοκομείου μας 81 επείγουσες στεφανιογραφίες, σε ασθενείς στους οποίους τέθηκε αρχική-άμεση διάγνωση οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου με ανάσπαση του ST, με σκοπό την διαπίσωση-καταγραφή του ένοχου αγγείου και την άμεση αποκατάσταση της βατότητάς του με διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση. Σε 8 περιστατικά δεν διαπιστώθηκε ύπαρξη ένοχης βλάβης ή βλάβης που να δικαιολογεί την διάγνωση του οξέως εμφράγματος του μυοκαρδίου. Για το λόγο αυτό στους 8 ασθενείς συνεχίστηκε η διαγνωστική διερεύνηση αμέσως μετά τη διενέργεια της στεφανιογραφίας ώστε να τεθεί αιτιολογική διάγνωση.

Μελετήθηκαν οι φάκελοι των 8 ασθενών και διαπιστώθηκε η αιτία της νόσου η οποία και προκάλεσε την αληθή δυσαρμονία μεταξύ της διάγνωσης εισόδου και των ευρημάτων της επείγουσας στεφανιογραφίας. Από την ανάλυση των στοιχείων προέκυψαν ότι η μαζική πνευμονική εμβολή, η μυοκαρδιοπάθεια Tako-Tsubo, η πρόωμη επαναπόλωση, η αυτόματη επαναϊμάτωση, ο αυτόματος δια-

## ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 25 ΜΑΪΟΥ 2012

χωρισμός, η μυοκαρδίτιδα, τα εκτατικά στεφανιαία αγγεία και το διαχωριστικό ανεύρυσμα της αορτής αποτέλεσαν την αιτία.

### Συζήτηση

Τα στοιχεία που υπάρχουν σχετικά με την αιτία και τη συχνότητα ανυπαρξίας βλαβών η βλαβών που δεν μπορούν να δικαιολογήσουν την εικόνα οξέως εμφραγματος με βάση τα στεφανιογραφικά δεδομένα είναι διάσπαρτα στη βιβλιογραφία και τα ευρήματά μας ομοιάζουν με εκείνα των λίγων πολυκεντρικών μελετών που υπάρχουν. Έχει μεγάλη προγνωστική σημασία η άμεση συνέχιση, μετά τα αρνητικά ευρήματα της στεφανιογραφίας, της αιτιολογικής διαγνωστικής έρευνας διότι το υποκείμενο προς διάγνωση νόσημα είναι συνήθως σοβαρό και απειλητικό για τη ζωή του ασθενούς.

### Συμπέρασματα

Η αντιμετώπιση των οξέων εμφραγμάτων με ανάσπαση του ST με πρωτογενή διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση απαιτεί πρώτα την εντόπιση της ενόχου βλάβης και η μη ανεύρεση αυτής πρέπει να οδηγεί σε συνέχιση της διερεύνησης για εναλλακτική διάγνωση.

### OR.22 Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΝΩΜΑΛΗΣ ΕΚΦΥΣΗΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΣΠΩΜΕΝΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΣΕ 12401 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΒΟΡΕΙΑ ΕΛΛΑΔΑ, ΠΟΥ ΥΠΟΒΛΗΘΗΚΑΝ ΣΕ ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΑ: ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ, ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΠΡΟΒΟΛΗ ΚΑΙ Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΘΗΡΩΜΑΤΩΣΗ ΤΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ

Χ. ΓΡΑΪΔΗΣ, Δ. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ, Β. ΨΗΦΟΣ, Ν. ΚΑΡΑΔΗΜΗΤΡΑΣ,  
Β. ΚΑΡΑΣΑΒΒΙΔΗΣ, Κ. ΓΟΥΡΓΙΩΤΗΣ, Γ. ΚΑΡΑΚΩΣΤΑΣ, Κ. ΠΑΠΑΙΩΑΝΝΟΥ,  
Κ. ΒΟΛΟΥΔΑΚΗΣ, Ε. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΥ

EYROMEDICA-Κυανούς Σταυρός, Θεσσαλονίκη

### Εισαγωγή

Οι ανωμαλίες των στεφανιαίων αρτηριών, είναι συνήθως εμφανείς κατά την γέννηση αλλά ένα πολύ μικρό ποσοστό αυτών είναι συμπτωματικές κατά την παιδική ηλικία. Οι περισσότερες περιπτώσεις είναι τυχαία ευρήματα στον στε-

φανιογραφικό έλεγχο ή κατά την νεκροτομική μελέτη. Η ανώμαλη έκφυση της περισπώμενης αρτηρίας από τον δεξιό κόλπο του Valsava ή από το εγγύς τμήμα της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας, είναι η πιο συχνή συγγενής ανωμαλία των στεφανιαίων αγγείων, με μια συχνότητα εμφάνισης στην στεφανιαία αγγειογραφία της τάξης του 0.18–0.67%, ανάλογα του υπό μελέτη πληθυσμού. Αν και αρκετοί μελετητές στο παρελθόν συσχέτισαν την στεφανιαία αυτή ανωμαλία με την προδιάθεση για αθηρωμάτωση του αγγείου με την ανώμαλη έκφυση, χρειάζονται ακόμα περισσότερα στοιχεία ώστε αυτό να τεκμηριωθεί.

### **Υλικό – Μέθοδοι**

Μελετήθηκαν αναδρομικά 12401 διαδοχικοί ασθενείς που υποβλήθηκαν σε στεφανιογραφικό έλεγχο στην κλινική Ευγοmedica-Κυανούς Σταυρός, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα, μεταξύ 1<sup>ης</sup> Ιανουαρίου 2003 και 30<sup>ης</sup> Δεκεμβρίου 2011 και ταυτοποιήθηκαν 43 περιπτώσεις ασθενών με ανώμαλη έκφυση της περισπώμενης αρτηρίας.

### **Αποτελέσματα**

Η ανώμαλη έκφυση της περισπώμενης αρτηρίας από τον δεξιό κόλπο του Valsava ή από το εγγύς τμήμα της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας παρατηρήθηκε σε 43 ασθενείς (0.35%). 33 ασθενείς ήταν άντρες (76.7%) και 10 ήταν γυναίκες (μέση ηλικία 65.1±10.4 έτη). Η ανάλυση των στεφανιογραφιών ανέδειξε τρεις διαφορετικές ανατομικές παραλλαγές της ανώμαλης έκφυσης της περισπώμενης αρτηρίας: 1) ξεχωριστές εκφύσεις της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας και της ανώμαλης περισπώμενης αρτηρίας από τον δεξιό κόλπο του Valsava (τύπος I, n=20, 46.5%), 2) κοινή έκφυση των δύο αγγείων από τον δεξιό κόλπο του Valsava (τύπος II, n=13, 30.2%) και 3) η ανώμαλη περισπώμενη αρτηρία εκφύεται σαν κλάδος από το εγγύς τμήμα της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας (τύπος III, n=10, 23.3%). Σε όλες τις περιπτώσεις, η πορεία της περισπώμενης αρτηρίας ήταν όπισθεν της αορτής, με την δεξιά στεφανιαία αρτηρία να είναι επικρατούσα σε 37 ασθενείς (86%). Στεφανιαία νόσος ανευρέθηκε σε 27/43 ασθενείς (62.8%). Η βαρύτητα της νόσου των περισπώμενων αρτηριών με ανώμαλη έκφυση ήταν περίπου η ίδια με την βαρύτητα της νόσου και των υπόλοιπων στεφανιαίων αρτηριών. 18 ασθενείς (18/27, 66.7%) είχαν πολυαγγειακή νόσο (2 ή 3 νοσούσα αγγεία). Σοβαρή αποφρακτική νόσο στην ανώμαλη περισπώμενη αρτηρία αναδείχθηκε στο 37.2% (16/43) του συνόλου των ασθενών και στο 59.2% των ασθενών

## ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 25 ΜΑΪΟΥ 2012

νών με στεφανιαία νόσο (16/27). Ένας ασθενής (2.3%, 1/43) είχε μεμονωμένη σοβαρή στεφανιαία νόσο στην περισπώμενη αρτηρία με την ανώμαλη έκφυση. Το εγγύς τμήμα του ανώμαλου αγγείου και ο πρώτος αμβλύς επιχείλιος κλάδος, ήταν τα τμήματα με το μεγαλύτερο αθηρωματικό φορτίο (72.2%, 13/18). 7 ασθενείς υποβλήθηκαν σε διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση (PCI) στην ανώμαλη περισπώμενη αρτηρία. Η ανώμαλη έκφυση της περισπώμενης αρτηρίας, συσχετίστηκε με αυξημένη συχνότητα νόσου της αορτικής βαλβίδας (6/43, 13.9%).

### Συμπεράσματα

Από την παρούσα μελέτη είναι φανερό ότι η ανώμαλη έκφυση της περισπώμενης αρτηρίας από τον δεξιό κόλπο του Valsava ή από το εγγύς τμήμα της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας, είναι μια σχετικά συχνή συγγενής ανωμαλία των στεφανιαίων αγγείων, με μεγαλύτερη συχνότητα στους άντρες ασθενείς. Η επίπτωση της στεφανιαίας νόσου στο ανώμαλο αγγείο φαίνεται ότι δεν διαφέρει από την επίπτωση στο υπόλοιπο στεφανιαίο αρτηριακό δέντρο. Η παρουσία όμως αυτής της συγγενούς ανωμαλίας φαίνεται πως προδιαθέτει για πολυαγγειακή στεφανιαία νόσο.

### OR.23 Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΚΤΑΣΙΑΣ ΤΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΞΟΝΙΚΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΑ

Χ. ΓΡΑΪΔΗΣ, Τ. ΧΡΙΣΤΟΦΟΡΙΔΟΥ, Δ. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ, Β. ΨΗΦΟΣ,  
Ν. ΚΑΡΑΔΗΜΗΤΡΑΣ, Β. ΚΑΡΑΣΑΒΒΙΔΗΣ, Κ. ΓΟΥΡΓΙΩΤΗΣ, Γ. ΚΑΡΑΚΩΣΤΑΣ,  
Κ. ΠΑΠΑΙΩΑΝΝΟΥ, Κ. ΒΟΛΟΥΔΑΚΗΣ

EYROMEDICA - Κυανούς Σταυρός, Θεσσαλονίκη

### Εισαγωγή

Η εκτασία των στεφανιαίων αγγείων (Coronary Artery Ectasia-CAE) χαρακτηρίζεται από διάταση των στεφανιαίων αρτηριών, η οποία εμφανίζεται σε διάφορες μελέτες επίπτωση περίπου 1% έως και 5%. Η αιτιολογία, η παθογένεια και κλινική της σημασία έχουν μέχρι και σήμερα διευκρινιστεί ελλιπώς. Η συνεχώς ευρύτερη χρήση της στεφανιαίας αξονικής αγγειογραφίας συνέβαλε στην μεγαλύτερη ανάδειξη αυτής της στεφανιαίας ανωμαλίας.

### **Σκοπός**

Η επίπτωση της στεφανιαίας εκτασίας με την βοήθεια της στεφανιαίας αξονικής αγγειογραφίας.

### **Μέθοδος**

Μελετήσαμε 723 διαδοχικούς ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αξονική στεφανιογραφία σε μια περίοδο 12 μηνών. Ως εκτασία των στεφανιαίων ορίστηκε η περιοχική αύξηση της διαμέτρου των στεφανιαίων κατά  $\geq 1,5$  φορές περισσότερο σε σχέση με την αναμενόμενη διάμετρο των υπό εξέταση τμημάτων των στεφανιαίων αγγείων. Η ταξινόμηση κατά Markis χρησιμοποιήθηκε για την ταυτοποίηση του βαθμού και του τύπου της εκτασίας.

### **Αποτελέσματα**

Εκτασία των στεφανιαίων διαγιγνώσθηκε σε 52 ασθενείς (7,2%). 47 ασθενείς (89,4%) ήταν άνδρες και η μέση ηλικία τους ήταν  $56,2 \pm 11,9$  έτη. Η δεξιά στεφανιαία αρτηρία (RCA) ήταν το πιο συχνά εκτατικό αγγείο (61,5%) και ακολούθως ο πρόσθιος κατιών κλάδος (LAD) με ποσοστό 46,1%, η περισώπωμα αρτηρία (Cx) με 30,7% και το στέλεχος της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας (LM) με 1,9%. Σύμφωνα με την ταξινόμηση κατά Markis, εκτασία τύπου I παρατηρήθηκε σε 10 ασθενείς (19,2%), τύπου II σε 6 ασθενείς (11,5%), τύπου III σε 12 ασθενείς (23,1%) και τύπου IV σε 24 ασθενείς (46,2%). Η εκτασία των στεφανιαίων αγγείων συνδυάστηκε με στεφανιαία νόσο σε 42 ασθενείς (80,7%) από τους οποίους σοβαρή αποφρακτική νόσο είχαν οι 12 ασθενείς (28,6%).

### **Συμπεράσματα**

Η στεφανιαία αξονική αγγειογραφία είναι ένα εξαιρετικά χρήσιμο εργαλείο για την ανίχνευση της στεφανιαίας εκτασίας. Η επίπτωσή της στην δική μας μελέτη ήταν 7,2%. Η δεξιά στεφανιαία αρτηρία ήταν το πιο συχνά εκτατικό αγγείο ενώ σε ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών συνυπήρχε στεφανιαία νόσος.

## ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΣΑΒΒΑΤΟ 26 ΜΑΪΟΥ 2012

15:30 – 17:00 | Πρόεδροι: **Κ. Βολουδάκης, Χ. Χατζηλευθερίου**

### OR.24 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΟΜΟΚΥΣΤΕΪΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΟ-ΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Σ. ΚΑΡΑΓΚΙΟΖΙΔΟΥ, Μ. ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΟΥ, Σ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ,  
Ε. ΧΡΙΣΤΟΦΥΛΛΑΛΗΣ, Σ. ΓΕΩΡΓΙΟΥ-ΛΕΜΟΝΤΖΗ, Δ. ΜΑΤΖΙΝΟΥ,  
Ν. ΘΕΟΔΩΡΙΔΗΣ

Γενικό Νοσοκομείο Δράμας

#### Σκοπός

Αυξημένα επίπεδα ομοκυστεΐνης αποτελούν ένα σημαντικό προγνωστικό παράγοντα κινδύνου για εμφάνιση Στεφανιαίας Νόσου (Σ/Ν), εγκεφαλικών επεισοδίων, για περιφερικά και αθηροσκληρωτικά αγγειακά νοσήματα. Σκοπός της εργασίας είναι η μελέτη των επιπέδων ομοκυστεΐνης στο πλάσμα σε ασθενείς με στηθάγχη, ασταθή στηθάγχη, οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου.

#### Υλικό - Μέθοδος

Προσδιορίστηκαν τα επίπεδα ομοκυστεΐνης σε 164 ασθενείς μέσης ηλικίας 66,8 έτη. Στους ασθενείς αυτούς αποκλείστηκαν η ύπαρξη χρόνιας νεφρικής νόσου, έλλειψης φυλλικού οξέως, Vit B12. Καταγράφηκε επίσης η ύπαρξη συνοδών περιφερικών αγγειακών (θρομβοεμβολικών) επεισοδίων.

#### Αποτελέσματα

Από τα 164 άτομα τα 73 (44,5 %) είχαν τιμές ομοκυστεΐνης >15mmol/L.

Από αυτά τα :Α) 30 (41,1 %) είχαν τιμές μεταξύ 15-20 mmol/L

Β) 26 (35,6 %) είχαν τιμές μεταξύ 20-30 mmol/L εκ των οποίων 4 (15 %) παρουσίασαν και περιφερικές θρομβώσεις.

Γ) 17 (23,3 %) είχαν τιμές >30 mmol/L

#### Συμπέρασμα

Σχεδόν το ήμισυ των στεφανιαίων ασθενών παρουσιάζει αυξημένα, πέραν του φυσιολογικού, επίπεδα ομοκυστεΐνης στο πλάσμα.

Διαπιστώνεται επομένως θετική συσχέτιση υπερομοκυστεϊναιμίας και καρδιο-



αγγειακής νόσου ιδίως στην ήπια προς μέτρια κλινικοεργαστηριακή εκδήλωσή της.

**OR.25 ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ**

A. ΡΕΒΕΛΑ

Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου Κρήτης

**Σκοπός**

Η μελέτη αυτή στόχο έχει την διερεύνηση του λιπιδαιμικού προφίλ των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών.

**Υλικό - Μέθοδος**

Η μελέτη έγινε σε 89 δείγματα αίματος αιμοκαθαιρόμενων ασθενών (44 γυναίκες και 45 άνδρες) ηλικίας 31-86 ετών. Προσδιορίστηκαν οι τιμές χοληστερόλης, τριγλυκεριδίων, HDL, LDL. Σε 85 ασθενείς προσδιορίστηκαν η Apo A-1 και Apo B και σε 84 ασθενείς προσδιορίστηκε και η Lp (a).

**Αποτελέσματα**

Η χοληστερόλη βρέθηκε αυξημένη σε 17 ασθενείς (19,1%), τα τριγλυκερίδια ήταν αυξημένα σε 57 ασθενείς (67%), η HDL βρέθηκε ελαττωμένη σε 60 ασθενείς (67,4%) και η LDL αυξημένη σε 33 ασθενείς (37%) από τους 89 που εξετάστηκαν. Η Lp(a) βρέθηκε αυξημένη σε 31 ασθενείς (36,9%).

**Συμπέρασμα**

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

## ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΣΑΒΒΑΤΟ 26 ΜΑΪΟΥ 2012

### OR.26 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΣΕ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΗΣ ΤΗΝΟΥ

A. ΡΕΒΕΛΑ

Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου-Κρήτης

#### Σκοπός

Είναι η διερεύνηση της συχνότητας του Μεταβολικού Συνδρόμου σε δείγμα πληθυσμού στην Τήνο.

#### Υλικό - Μέθοδος

Στη μελέτη συμμετείχαν 456 ασθενείς, 129 άνδρες [30%] και 327 γυναίκες [70%], ηλικίας 65 έως 91 ετών κατά το χρονικό διάστημα 2010-2011.

#### Αποτελέσματα

Από τους 456 ασθενείς που συμμετείχαν στη μελέτη, μεταβολικό σύνδρομο είχαν οι 207 (45,4%). Τρία κριτήρια του μεταβολικού συνδρόμου είχαν 141 άτομα (30,9%), 51 άτομα είχαν τέσσερα κριτήρια (11,2%), ενώ 15 άτομα (3,3%) είχαν πέντε κριτήρια. Κοιλιακή παχυσαρκία διαπιστώθηκε στο 72% του συνόλου, υπέρταση στο 78,6% και δυσλιπιδαιμία στο 78%. Καρδιαγγειακές παθήσεις στο 35%, σακχαρώδης διαβήτης 22%, ενώ 44,7% ήταν υπέρβαροι (BMI 26-30), και 42,1% παχύσαρκοι.

#### Συμπέρασμα

Το μεταβολικό σύνδρομο είναι συχνό σε άτομα τρίτης ηλικίας. Προγράμματα αγωγής υγείας, με στόχο την πρόληψη και έγκαιρη αντιμετώπιση, κρίνονται αναγκαία.

### OR.27 Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΛΙΠΙΔΙΩΝ ΑΙΜΑΤΟΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ

A. ΡΕΒΕΛΑ

Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου Κρήτης

### **Σκοπός**

Η μελέτη αυτή στόχο έχει την διερεύνηση και επιπτώση παθολογικών επιπέδων λιπιδίων αίματος σε παιδιά και εφήβους στην Τήνο. Και κατά συνέπεια εμφάνισης πρώιμης καρδιαγγειακής νόσου.

### **Υλικό-Μέθοδος**

Στη μελέτη συμμετείχαν 788 παιδιά (51,5% αγόρια), ηλικίας 9 με 13 χρόνων, που ελέχθησαν το 2011, στα πλαίσια προληπτικού ελέγχου. Χρησιμοποιήθηκαν τα διεθνή cut off όρια για ταξινομήση σύμφωνα με το ΔΜΣ. Σε πρωινό δείγμα νηστείας: Ολική (TC), LDL-και HDL-χοληστερόλη και τριγλυκερίδια (TG). Η Non-HDL-χοληστερόλη υπολογίστηκε με την ηλικία και φύλο.

### **Αποτελέσματα**

Τα 28,2% των παιδιών ήταν υπέρβαρα και το 13% παχύσαρκα. Σε σύγκριση με τα φυσιολογικού βάρους, τα υπέρβαρα και τα παχύσαρκα είχαν υψηλότερα επίπεδα (mg/dl) LDL( $99,2\pm 28,3$  και  $99,1\pm 21,7$  έναντι  $91,7\pm 23,4$   $p=0,0003$ ,  $p<0,004$ ), non-HDL ( $117,5\pm 31,7$  και  $118,4\pm 27,6$  έναντι  $107,5\pm 26,7$ ,  $p<0,0001$ ,  $p=0,0002$ ) και TG( $84,4\pm 44,2$ ,  $102,6\pm 57,4$  έναντι  $67,4\pm 29,6$ ,  $p<0,0001$   $p<0,001$ ). Και οι δυο ομάδες είχαν χαμηλότερα επίπεδα HDL ( $p<0,0001$ ). Τα υπέρβαρα είχαν 4,75% και 3,54% μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν υψηλά TG και non-HDL αντίστοιχα. Στα παχύσαρκα η πιθανότητα ήταν 10,90 φορές μεγαλύτερη για τη TG και 3,58 φορές για την non-HDL. Τα παχύσαρκα είχαν τρεις φορές πιο συχνά χαμηλή HDL.

### **Συμπέρασμα**

Το ποσοστό των υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών είναι υψηλό. Το αυξημένο βάρος έχει σαν συνέπεια την εμφάνιση παθολογικών επιπέδων λιπιδίων αίματος. Η άμεση λήψη προληπτικών μέτρων, με έμφαση στις αλλαγές στον τρόπο ζωής, είναι αναγκαία για την πρόληψη της πρώιμης καρδιαγγειακής νόσου.

## ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΣΑΒΒΑΤΟ 26 ΜΑΪΟΥ 2012

### OR.28 ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Μ. ΤΑΚΟΤΣΥΒΟ ΠΟΥ ΜΙΜΕΙΤΑΙ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Α.-Δ. Φ ΜΑΥΡΟΓΙΑΝΝΗ, Ζ. Δ ΚΑΤΣΑΡΕ, Α. Η ΚΑΛΕΣΗ, Λ. Γ ΚΟΥΡΑΣ, Μ. Ι ΚΟΖΥΡΑΚΗΣ, Π. Θ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ, Κ. Ι ΤΖΗΜΑΣ

Β' Καρδιολογικό Τμήμα Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

#### Σκοπός

Η καταγραφή της πλήρους διερεύνησης περιστατικού με εικόνα οξέος στεφανιαίου συνδρόμου μετά από εξαιρετικά έντονο και παρατεταμένο ψυχικό stress.

#### Υλικό – Μέθοδος

Ασθενής γυναίκα 76 ετών, προσήλθε στο ΤΕΠ λόγω αναφερόμενου οπισθοστερνικού άλγους με αντανάκλαση στη ράχη από ωρών. Το ΗΚΓ παρουσίαζε ισχαιμικές αλλοιώσεις (q στις απαγωγές III aVF και q και ↑ ST στις απαγωγές V1-V4) και υπήρχε συνοδός κινητοποίηση μυοκαρδιακών ενζύμων.

Το ατομικό αναμνηστικό της ασθενούς περιελάμβανε ρευματική πολυμυαλγία, αναμία και αλλεργία στην πενικιλίνη.

Εισήχθη στην κλινική και υπεβλήθη άμεσα σε διενέργεια στεφανιογραφίας και κοιλιογραφίας. Από τη στεφανιογραφία δεν διαπιστώθηκε η παρουσία κριτικής βλάβης στα στεφανιαία αγγεία ικανής να ερμηνεύσει την κλινική και ηλεκτροκαρδιογραφική εικόνα της ασθενούς. Η κοιλιογραφία κατέδειξε αυξημένο μέγεθος, ελαττωμένο κλάσμα εξώθησης και κορυφαία διάταση δίκην μπαλλוניού (apical ballooning) της αριστεράς κοιλίας, ευρήματα τα οποία και έθεσαν την υπόνοια της μυοκαρδιοπάθειας Tako-Tsubo.

Στο διαθωρακικό ηχοκαρδιογράφημα που επακολούθησε διαπιστώθηκε ακινησία προσθίου και κορυφίου τοιχώματος της αριστερής κοιλίας και χαμηλό κλάσμα εξώθησης (35%).

Ακολούθησε MRI καρδιάς η οποία δεν κατέδειξε την παρουσία μυοκαρδιακής νέκρωσης (στις καθυστερημένες λήψεις μετά χορήγηση γαδολίνιου), εύρημα που επίσης συνγορεί υπέρ της συγκεκριμένης μυοκαρδιοπάθειας.

Στην ασθενή χορηγήθηκε αρχικά αγωγή με ασπιρίνη, β-αναστολέα, α-MEA και νιτρώδη.

Ένα μήνα αργότερα στο επαναληπτικό διαθωρακικό ηχοκαρδιογράφημα που

διενεργήθηκε στα πλαίσια επανελέγχου δεν ανευρέθησαν υποκινησίες ενώ το κλάσμα εξώθησης είχε αποκατασταθεί.

### **Συζήτηση**

Η μυοκαρδιοπάθεια Tako-Tsubo, ή stress μυοκαρδιοπάθεια περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1990 από τον Hikaru Sato. Τα βασικά της χαρακτηριστικά είναι το οπισθοστερνικό άλγος, οι ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις, η μέτρια αύξηση των μυοκαρδιακών ενζύμων καθώς και οι τοιχωματικές διαταραχές κινητικότητας οι οποίες εκτείνονται από το επίπεδο των θηλοειδών μυών μέχρι την κορυφή της καρδιάς αλλά σέβονται τα βασικά της τμήματα και έτσι της προσδίδουν τη χαρακτηριστική εικόνα της διάτασης της κορυφής δίκην μπαλλוניού (apical ballooning).

Είναι μία θεωρητικά σπάνια, στην πραγματικότητα υποδιαγνωσμένη, παροδική δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας, η οποία μιμείται τα οξέα στεφανιαία σύνδρομα. Η παθογένεια της νόσου δεν είναι πλήρως διευκρινισμένη. Η αυξημένη απελευθέρωση κατεχολαμινών είναι ένας από τους κύριους προτεινόμενους μηχανισμούς μεταξύ άλλων.

Η εξέταση εκλογής είναι ο καρδιακός καθετηριασμός για τον αποκλεισμό της στεφανιαίας αποφρακτικής νόσου.

Η πρόγνωση της νόσου είναι καλή και στις περισσότερες περιπτώσεις είναι πλήρως αναστρέψιμη σε μερικές εβδομάδες με υποστηρικτικά μέτρα και συτηρητική αντιμετώπιση με ένα πολύ μικρό ποσοστό υποτροπών.

### **Συμπεράσματα**

Η μυοκαρδιοπάθεια Tako-Tsubo μιμείται την εικόνα οξέος στεφανιαίου συνδρόμου. Η διαφορική της διάγνωση πρέπει να γίνεται έγκαιρα και ορθά, διότι η θεραπευτική της αντιμετώπιση είναι διαφορετική και η πρόγνωσή της συνήθως καλή.

## ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΣΑΒΒΑΤΟ 26 ΜΑΪΟΥ 2012

### OR.29 ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΜΑΖΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΕΜΒΟΛΗΣ ΠΟΥ ΜΙΜΕΙΤΑΙ ΠΡΟΣΘΙΟ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΜΕ ΑΝΑΣΠΑΣΗ ΤΟΥ ST

A.- Δ. Φ ΜΑΥΡΟΓΙΑΝΝΗ, Α. Λ ΝΑΛΜΠΑΝΤΗΣ, Ν. Ι ΜΠΟΛΙΕΡΑΚΗΣ,  
Ε. Α ΜΠΟΥΡΝΗ, Μ. Ι ΚΟΖΥΡΑΚΗΣ, Κ. Ι ΤΖΗΜΑΣ

Β' Καρδιολογικό Τμήμα Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

#### Σκοπός

Η διαγνωστική προσέγγιση μαζικής πνευμονικής εμβολής που μιμείται οξύ πρόσθιο έμφραγμα μυοκαρδίου με ανάσπαση του ST.

#### Υλικό – Μέθοδος

Άνδρας ασθενής ηλικίας 58 ετών, προσήλθε στο ΤΕΠ λόγω αναφερόμενου οπισθοστερνικού άλγους και έντονης δύσπνοιας από ωρών. Το ΗΚΓ παρουσίαζε ισχαιμικές αλλοιώσεις ενδεικτικές εμφράγματος πρόσθιου τοιχώματος με ανάσπαση του ST στις απαγωγές V1 – V4, η δε κλινική εικόνα ήταν συνηγορητική καρδιογενούς καταπληξίας με συστολική Α.Π. 70mm Hg. Στο ατομικό του αναμνηστικό υπήρχαν πολλαπλοί ισχυροί προδιαθεσιακοί παράγοντες για στεφανιαία νόσο και συγκεκριμένα κάπνισμα δύο πακέτων ημερησίως, δυσλιπιδαιμία και υπέρταση υπό φαρμακευτική αγωγή.

Ο ασθενής μεταφέρθηκε επείγοντως στο αιμοδυναμικό εργαστήριο και υπεβλήθη άμεσα σε διενέργεια στεφανιογραφίας κατά την οποία δεν διαπιστώθηκε η παρουσία κριτικής βλάβης στα στεφανιαία αγγεία ικανής να ερμηνεύσει την κλινική και ηλεκτροκαρδιογραφική εικόνα. Η προσπέλαση έγινε από τη δεξιά βραχιόνιο αρτηρία λόγω αδυναμίας ψηλάφησης των μηριαίων αρτηριών άμφω. Κολιογραφία δεν διενεργήθηκε.

Στο διαθωρακικό ηχοκαρδιογράφημα που επακολούθησε μετά τη μεταφορά στη Στεφανιαία Μονάδα διαπιστώθηκε μεγάλη διάταση της δεξιάς κοιλίας με υποκίνησία του ελευθέρου τοιχώματος αυτής και υπερκίνησία κορυφής (σημείο Mc Connell), καθώς και παρουσία ευμεγέθους, ορατού, ευκίνητου θρόμβου εντός αυτής. Η συστολική πίεση της δεξιάς κοιλίας υπολογίστηκε στα 75mmHg. Όλα τα παραπάνω αποτελούν ηχωκαρδιογραφικά ευρήματα συμβατά με μαζική πνευμονική εμβολή.

Ο ασθενής υποβλήθηκε άμεσα σε θρομβολυτική αγωγή και ακολούθησε πε-

ραιτέρω διερεύνηση κατά τη νοσηλεία του με την οποία διαπιστώθηκε μετά από αξονικό και μαγνητικό τομογραφικό έλεγχο κοιλίας η παρουσία μάζας, η οποία εξορμάτο από το πάγκρεας και ασκούσε πιεστικά φαινόμενα στην κάτω κοίλη η οποία έφερε και θρόμβους εντός αυτής.

### **Συζήτηση**

Η πνευμονική εμβολή αποτελεί επείγον απειλητικό για τη ζωή καρδιαγγειακό σύμβαμα του οποίου η διάγνωση είναι πολλές φορές δυσχερής διότι συγχέεται με άλλες καρδιαγγειακές και εξωκαρδιακές παθήσεις, που εμφανίζουν παρόμοια εικόνα. Η πρόωπη διάγνωση είναι θεμελιώδους σημασίας διότι η άμεση έναρξη της θεραπευτικής αγωγής είναι πιο αποτελεσματική στη μείωση της θνητότητας στην οξεία φάση καθώς και στην ευμενέστερη πρόγνωση.

Η παρουσία μορφολογίας qR στην απαγωγή V1 του ΗΚΓ είναι εύρημα υψηλής ειδικότητας για την παρουσία πνευμονικής εμβολής αλλά η συχνότητα ανεύρεσης του σε μεγάλες σειρές ασθενών με υποψία της νόσου είναι περιορισμένη (χαμηλή ευαισθησία). Το εύρημα αποτελεί τον ισχυρότερο προγνωστικό παράγοντα δυσλειτουργίας της δεξιάς κοιλίας και σχετίζεται πολύ ισχυρά με αύξηση της τιμής της τροπονίνης και αυξημένη μυοκαρδιακή διατμητική τάση (shear stress).

Η διαγνωστική προσέγγιση απαιτεί την υποψία της νόσου και περιλαμβάνει μία σειρά από απεικονιστικές και εργαστηριακές εξετάσεις οι οποίες εξατομικεύονται σε κάθε ασθενή.

### **Συμπεράσματα**

Η πνευμονική εμβολή αποτελεί επείγον καρδιαγγειακό σύμβαμα, το οποίο απαιτεί άμεση διαφορική διάγνωση από άλλες βαριές καρδιαγγειακές καταστάσεις όπως το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και το διαχωριστικό ανεύρυσμα της αορτής μεταξύ άλλων. Η διενέργεια στεφανιογραφίας με στεφανιαία αγγεία χωρίς εικόνα οξέως στεφανιαίου συνδρόμου δεν πρέπει να μας εφησυχάζει, ιδιαίτερα όταν η σοβαρή κλινική εικόνα επιμένει ή και επιδεινώνεται και επιβάλλεται η συνέχιση της διερεύνησης για την διαπίστωση της παρουσίας η του αποκλεισμού και άλλων απειλητικών για τη ζωή νοσημάτων όπως στην προαναφερθείσα περίπτωση της πνευμονικής εμβολής.

## ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΣΑΒΒΑΤΟ 26 ΜΑΪΟΥ 2012

### OR.30 ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΣ ΜΙΤΡΟΕΙΔΙΚΟΣ ΓΛΩΧΙΝΙΚΟΣ ΙΣΤΟΣ ΣΕ ΜΕΣΗΛΙΚΑ

Θ. ΜΠΙΤΣΗΣ<sup>1</sup>, Δ. ΚΡΙΚΙΔΗΣ<sup>1</sup>, Α. ΖΩΤΟΣ<sup>1</sup>, Π. ΣΟΦΗΣ<sup>1</sup>, Θ. ΖΑΓΚΛΑΒΑΡΑ<sup>2</sup>,  
Χ. ΓΡΑΪΔΗΣ<sup>2</sup>, Α. ΦΥΓΚΑΣ<sup>1</sup>, Κ. ΠΑΠΑΙΩΑΝΝΟΥ<sup>1</sup>, Κ. ΒΟΛΟΥΔΑΚΗΣ<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Καρδιολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Χαλκιδικής

<sup>2</sup> EUROMEDICA Κυανούς Σταυρός Θεσσαλονίκη

#### Σκοπός

Η παρουσίαση της σπάνιας συγγενούς ανωμαλίας, του επικουρικού μιτροειδικού γλωχινικού ιστού (accessory mitral valve tissue), σε μεσήλικα άνδρα.

#### Υλικό - Μέθοδοι

Άνδρας ηλικίας 60 ετών, προσήλθε στην κλινική μας, λόγω επεισοδίου εμμένουσας κοιλιακής ταχυκαρδίας (SVT), η οποία ανατάχθηκε άμεσα με ενδοφλέβια χορήγηση ξυλοκαΐνης. Ο ασθενής υποβλήθηκε διαδοχικά σε διαθωρακικό και διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογραφικό έλεγχο, καθώς και σε στεφανιογραφία.

#### Αποτελέσματα

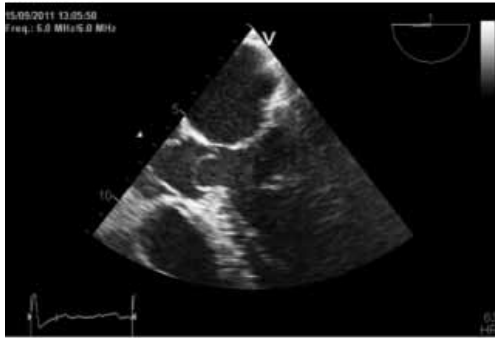
Από το διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα, διαπιστώθηκε μετρίου βαθμού ασύμμετρη υπερτροφία της αριστεράς κοιλίας και ύπαρξη πρόσθετου βαλβιδικού μηχανισμού στο χώρο εξώθησης της αριστερής κοιλίας (υποασορτικά). Με τη βοήθεια του ΤΕΕ απεικονίσθηκε, ευκρινώς, ευμεγέθης επικουρικός γλωχινικός ιστός, εκτεινόμενος από τους θηλοειδείς μύες μέχρι τη μεσότητα της πρόσθιας γλωχίνιας της μιτροειδούς βαλβίδας. Κατά τη συστολή, ο ιστός προέβαλε στο χώρο εξόδου της αριστερής κοιλίας, χωρίς να δύναται, υπό άλλες αιμοδυναμικές συνθήκες, να αποκλεισθεί πλήρως η πιθανότητα απόφραξης του χώρου εξόδου της αριστεράς κοιλίας. Από το στεφανιογραφικό έλεγχο δεν προέκυψαν παθολογικά ευρήματα.

#### Συμπέρασμα

Το ΤΕΕ θεωρείται η καλύτερη μέθοδος για την διάγνωση του επικουρικού μιτροειδικού γλωχινικού ιστού.



Εικόνες



## ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΣΑΒΒΑΤΟ 26 ΜΑΪΟΥ 2012

### OR.31 ΕΜΦΥΤΕΥΣΙΜΟΣ ΑΠΙΝΙΔΩΤΗΣ ΚΑΙ ΑΙΦΝΙΔΙΟΣ ΚΑΡΔΙΑΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ: ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΚΑΙ ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΑΠΙΝΙΔΩΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ

Κ. ΠΟΛΥΜΕΡΟΠΟΥΛΟΣ, Α. ΒΟΣΝΑΚΙΔΗΣ, Η. ΚΕΚΛΙΚΟΓΛΟΥ, Π. ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ, Ι. ΖΑΡΙΦΗΣ

Α' Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»

#### Σκοπός

Η συγκριτική καταγραφή κλινικών χαρακτηριστικών και επιβίωσης σε υψηλού κινδύνου ασθενείς που έλαβαν εμφυτεύσιμο απινιδωτή (EA) για πρωτογενή ή δευτερογενή πρόληψη αιφνίδιου καρδιακού θανάτου (ΑΚΘ).

#### Υλικό - Μέθοδοι

Η μελέτη περιέλαβε 117 ασθενείς (103 άνδρες), ηλικίας  $67 \pm 11$  ετών, στους οποίους εμφυτεύτηκε EA (σε 70 ασθενείς για δευτερογενή πρόληψη ΑΚΘ) κατά τα έτη 2007-2012. Συγκρίθηκαν τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά, η επιβίωση και η ορθή ενεργοποίηση της συσκευής.

#### Αποτελέσματα

Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στο φύλο, την ηλικία, το κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας και την υποκείμενη καρδιακή νόσο ανάλογα με την κατηγορία πρόληψης. Η διάρκεια παρακολούθησης ήταν  $19,7 \pm 13$  μήνες. Ορθή ενεργοποίηση του EA καταγράφηκε σε 11 ασθενείς (23,4%) στην ομάδα πρωτογενούς πρόληψης και σε 24 ασθενείς (34,3%) στην ομάδα δευτερογενούς πρόληψης ( $p$  NS). Ο χρόνος μέχρι το πρώτο επεισόδιο ορθής ενεργοποίησης ήταν  $5,09 \pm 4,85$  μήνες στην πρωτογενή και  $5,36 \pm 4,5$  μήνες στην δευτερογενή πρόληψη ( $p$  NS). Καταγράφηκαν 10 θάνατοι, 8 στην ομάδα της δευτερογενούς πρόληψης.

#### Συμπεράσματα

Το ποσοστό ορθής ενεργοποίησης του EA είναι παρόμοιο στις ομάδες πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης, ενώ η ομάδα της πρωτογενούς πρόληψης υπερέχει στην επιβίωση, στο διάστημα παρακολούθησης των 20 μηνών.

**OR.32 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΟΝΙΜΟ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗ**

Α. ΓΚΟΝΤΟΠΟΥΛΟΣ, Α. ΣΙΔΗΡΟΠΟΥΛΟΣ, Α. ΚΟΓΚΑ, Ι. ΝΤΑΠΤΣΕΒΙΤΣ,  
Χ. ΓΙΑΝΝΑΚΟΥΛΑΣ, Ζ. ΣΤΑΛΙΔΟΥ, Ι. ΒΟΓΙΑΤΖΗΣ

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας

**Σκοπός**

Ο σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής (ΣΥΠΖ) των ασθενών με μόνιμο βηματοδότη.

**Υλικό – Μέθοδος**

Μελετήθηκαν 53 ασθενείς με μόνιμο βηματοδότη (27 άνδρες και 26 γυναίκες, ηλικίας  $74 \pm 9$  ετών), που παρακολουθούνται στο ιατρείο βηματοδοτών του Γ. Ν. Βέροιας. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο EQ-5D VAS και τα αποτελέσματά συγκρίθηκαν με δεδομένα του γενικού πληθυσμού.

**Αποτελέσματα**

Οι ασθενείς με μόνιμο βηματοδότη παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά άγχους (73,59%) και, με εξαίρεση τη διάσταση της αυτοεξυπηρέτησης, εμφανίζουν σε ποσοστό άνω του 50% τουλάχιστον μερικά προβλήματα στις άλλες διαστάσεις του EQ-5D. Αν και παρατηρείται χαμηλότερος δείκτης EQ-5D και VAS score σε σχέση με το γενικό πληθυσμό ( $p < 0,05$ ) δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην αντίστοιχη σύγκριση ανά ηλικιακή ομάδα.

Από τη πολυπαραγοντική μελέτη διαπιστώθηκε ότι η ΣΥΠΖ ήταν χειρότερη στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη ( $p < 0,05$ ) και σε αυτούς που εμφανίζουν κολπική μαρμαρυγή και καρδιακή ανεπάρκεια ( $p < 0,05$ ). Τέλος, οι ασθενείς με διεστιακή βηματοδότηση έχουν καλύτερη ΣΥΠΖ σε σχέση με αυτούς με μονοεστιακή ( $p < 0,05$ ).

**Συμπέρασμα**

Οι ασθενείς με μόνιμο βηματοδότη δεν εμφανίζουν διαφορές στην ΣΥΠΖ σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, με εξαίρεση τη διάσταση της ψυχικής τους υγείας, η οποία φαίνεται ότι είναι επιβαρυσμένη. Όταν συνυπάρχει σακχαρώδης διαβήτης, κολπική μαρμαρυγή ή καρδιακή ανεπάρκεια, καθώς και όταν εφαρμόζεται μονοεστιακή κοιλιακή βηματοδότηση, παρατηρείται χειρότερη ΣΥΠΖ.

## ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΣΑΒΒΑΤΟ 26 ΜΑΪΟΥ 2012

### OR.33 ΕΜΦΥΤΕΥΣΙΜΟΣ ΑΠΙΝΙΔΩΤΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΑΙΦΝΙΔΙΟΥ ΚΑΡΔΙΑΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Κ. ΠΟΛΥΜΕΡΟΠΟΥΛΟΣ, Α. ΒΟΣΝΑΚΙΔΗΣ, Η. ΚΕΚΛΙΚΟΓΛΟΥ, Π. ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ, Ι. ΖΑΡΙΦΗΣ

Α` Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Θ. «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»

#### Σκοπός

Η σύγκριση επιβίωσης, ενεργοποιήσεων του εμφυτεύσιμου απινιδωτή (ΕΑ) και επιπλοκών από την εμφύτευση σε ηλικιωμένους >75 ετών που έλαβαν τη συσκευή για πρόληψη αιφνιδίου καρδιακού θανάτου (ΑΚΘ) σε σχέση με νεότερους (<75 έτη) ασθενείς.

#### Υλικό – Μέθοδοι

Μελετήθηκαν 117 ασθενείς με ΕΑ (103 άνδρες), ηλικίας  $67 \pm 11$  ετών. Η ομάδα Α περιέλαβε 85 ασθενείς με ηλικία <75 έτη (73%) και η ομάδα Β περιέλαβε 32 ασθενείς με ηλικία >75 έτη (27%). Αναλύθηκαν τα κλινικά χαρακτηριστικά, η επιβίωση, η ορθή και εσφαλμένη ενεργοποίηση της συσκευής και οι επιπλοκές.

#### Αποτελέσματα

Η διάρκεια παρακολούθησης ήταν  $20 \pm 13$  μήνες. Ορθή ενεργοποίηση του ΕΑ καταγράφηκε σε 29 ασθενείς (34,1%) στην ομάδα Α και σε 6 ασθενείς (18,8%) στην ομάδα Β (p NS). Εσφαλμένη ενεργοποίηση καταγράφηκε σε 8 ασθενείς (9,4%) στην ομάδα Α και σε 5 ασθενείς (15,6%) στην ομάδα Β (p NS). Επιπλοκές παρατηρήθηκαν σε 15 ασθενείς (17,6%) στην ομάδα Α και σε 5 ασθενείς (15,6%) στην ομάδα Β (p NS). Η τετραετής επιβίωση ήταν 90% στους νεότερους ασθενείς και 88% στην ομάδα των ηλικιωμένων (p NS).

#### Συμπεράσματα

Η ηλικία δεν επηρεάζει την επιβίωση, τα ποσοστά ορθής και εσφαλμένης ενεργοποίησης της απινιδωτικής συσκευής και τις επιπλοκές από την εμφύτευση στους ασθενείς της μελέτης μας.

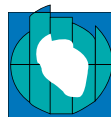








# OMACOR<sup>®</sup>



A-00783

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευτείτε την πλήρη Περιλήψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος

Για περισσότερες πληροφορίες απευθυνθείτε στην εταιρεία:

**ABBOTT LABORATORIES (ΕΛΛΑΣ) Α.Β.Ε.Ε.**

**Αθήνα:** Λ. Βουλιαγμένης 512, 174 56 Άλιμος, Τηλ.: 210 99 85 222

**Θεσ/νίκη:** 12ο χλμ Νέας Εθνικής οδού Θεσσαλονίκης - Ν. Μουδανιών,  
Μέγαρο Θερμαΐς, Τ.Θ. 60682 - Τ.Κ. 57001 Θέρμη, Τηλ.: 2310 810 470

 **Abbott**  
A Promise for Life