



ΕΤΑΙΡΕΙΑ  
ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ  
ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ



# 9ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ

ΜΕ ΔΙΕΘΝΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

28/2/2013 - 2/3/2013

HYATT REGENCY / ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΠΙΔΑ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
Υπουργείο Υγείας

ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

**INEGY**  
(ezetimibe/simvastatin)

**EZETROL**  
(ezetimibe)



Για περισσότερες συνταγογραφικές πληροφορίες συμβουλευτείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών των Προϊόντων.



Υπεύθυνος Αδειας κυκλοφορίας

MSD Α.Φ.Β.Ε.Ε

ΤΜΗΜΑΤΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

ΑΘΗΝΑ: Αγ. Δημητρίου 63, 174 56 Αλιανός

Τηλ.: 210 9897300

ΒΟΡΕΙΑ ΕΛΛΑΔΑ: 9ο χλμ. Θεσ/νίκης - Θέρμηκη,

570 01 ΠΥΛΑΙΑ

Τηλ.: 2310 863634, FAX: 2310 863687

[www.merck.com](http://www.merck.com)



Συμπρωθήση από την εταιρεία:

BIANEX Α.Ε. ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ  
LICENSEE / DISTRIBUTOR OF MERCK SHARP & DOHME  
Division of MERCK & Co., Inc., Whitehouse Station, N.J., USA

ΓΡΑΦΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

ΑΘΗΝΑ: Οδός Ταταίων, 146 71, Ν. Ερυθραία, Τηλ.: 210 8009111

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Β. Χατζή 2, Τηλ.: 2310 833893

ΠΑΤΡΑ: Μαζώνος 131, Τηλ.: 2610 221397

E-mail: [mailbox@vianex.gr](mailto:mailbox@vianex.gr) - [www.vianex.gr](http://www.vianex.gr)

## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΠΡΟΕΔΡΟΥ	<b>4</b>
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ	<b>5</b>
ΕΛΕΓΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ	<b>5</b>
ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ	<b>5</b>
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΕΛΕΤΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ	<b>6</b>
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	<b>7</b>
ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ	<b>18</b>
ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ	<b>26</b>
ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ	<b>34</b>
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	<b>40</b>
ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ	<b>41</b>
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ	<b>44</b>





## ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΠΡΟΕΔΡΟΥ

### Αγαπητές και αγαπητοί συνάδελφοι,

Είναι γνωστό στην ιατρική κοινότητα και την πολιτεία ότι το 50% των θανάτων και της αναπηρίας στη χώρα μας, αποδίδεται στις καρδιαγγειακές παθήσεις αθηροσκληρωτικής αιτιολογίας. Αυτό οφείλεται στη μειωμένη προσπάθεια εκ μέρους όλων για την προληπτική αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου, που στη χώρα μας καθίσταται ακόμη δυσχερέστερη, συνέπεια της οικονομικής δυσπραγίας και των περιοριστικών μέτρων, δικαιολογημένων και μη, που πάρθηκαν εδώ και τρία περίπου χρόνια, αναφορικά με την παρεχόμενη υγεία στο λαό μας.

Η Εταιρεία Αθηροσκλήρωσης Β. Ελλάδος με την 8ετή παρουσία της δεσμεύεται για τη διοργάνωση ενός ακόμη ποιοτικού συνεδρίου που θα προσφέρει τα μέγιστα στον εμπλουτισμό των επιστημονικών γνώσεων καθώς και στην μετάδοση όλων των σύγχρονων απόψεων και προβληματισμών που αφορούν στην αθηροσκλήρωση και τις επιπλοκές της.

Με αυτά τα δεδομένα η ΕΑΒΕ σας προσκαλεί στο 9ο Πανελλήνιο Συνέδριό της που θα πραγματοποιηθεί στο Ξενοδοχείο Hyatt Regency Θεσσαλονίκης, 28 Φεβρουαρίου μέχρι 2 Μαρτίου 2013.

Η πρόσκληση απευθύνεται σε γιατρούς όλων των ειδικοτήτων, οδοντιάτρους, βιοχημικούς, χημικούς, φαρμακολόγους, διαιτολόγους, νοσηλευτές και φοιτητές της ιατρικής και των ΤΕΙ, που ασχολούνται με την αθηροσκλήρωση και τις επιπλοκές της υπό την ευρεία έννοια.

Η πρόσκληση απευθύνεται επίσης στις φαρμακευτικές εταιρείες, τις εταιρείες τροφίμων και ιατρικών μηχανημάτων, που με τα ποιοτικά φάρμακα, τα διαιτητικά προϊόντα και τα Ιατρικά Μηχανήματα, συνέβαλαν και συμβάλλουν τα μέγιστα στην πρόληψη, διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών παθήσεων.

Η ΕΑΒΕ, σε συνεργασία με τον Π.Ι.Σ., θα χορηγήσει πιστοποιητικό παρακολούθησης, με μόρια συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης, αναγνωρισμένα από όλες τις χώρες της ευρωπαϊκής ένωσης.

### Αγαπητοί συνάδελφοι,

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

Σας προσκαλώ όλους να συμμετάσχετε στο 9ο Πανελλήνιο-Ετήσιο Συνέδριο της εταιρείας μας και σας ευχαριστώ εκ των προτέρων.

Με πολύ εκτίμηση

Ο Πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου και της Οργανωτικής Επιτροπής

**Απόστολος Ευθυμιάδης**

Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ

## **ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ**

Πρόεδρος | **Απόστολος Ευθυμιάδης**, Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ

Αντιπρόεδρος | **Γεώργιος Σακαντάμης**, Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ

Γενικός Γραμματέας | **Ιωάννης Βογιατζής**, Διευθυντής ΕΣΥ, Καρδιολόγος

Αναπλ. Γεν. Γραμματέας | **Μαρία Χασαπίδου**, Καθηγήτρια Διαιτολογίας ΑΤΕΙΘ

Ταμίας | **Άννα Ταυρίδου**, Επίκουρη Καθηγήτρια Φαρμακολογίας ΔΠΘ

Μέλη | **Ιωάννης Κανονίδης**, Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ  
**Βαρβάρα Καραγκιοζάκη**, Καρδιολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ

Γραμματεία | **Σοφία Παυλίδου**, Ιατρός

## **ΕΛΕΓΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

**Απόστολος Δούγαλης**  
Παθολόγος

**Παναγιώτα Καραγιάννη**  
Παθολόγος – Διαβητολόγος

**Ελένη Πασχαλίδου**  
Ιατρός Γεν. Ιατρικής

## **ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

Πρόεδρος | **Απόστολος Ευθυμιάδης**

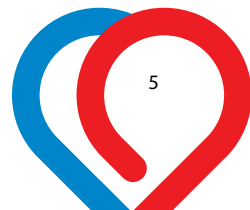
Αντιπρόεδρος | **Γεώργιος Σακαντάμης**

Γραμματείς | **Ιωάννης Βογιατζής, Μαρία Χασαπίδου**

Ταμίας | **Άννα Ταυρίδου**

Μέλη | **Ιωάννης Κανονίδης, Βασίλειος Κόκκας, Αθανάσιος Βιδάλης,  
Παναγιώτα Μπούρα, Ιωάννης Ευθυμιάδης, Κωνσταντίνος Δημητρακόπουλος,  
Ελένη Πασχαλίδου, Δημήτρης Ρίχτερ, Αννέτ Αμπραχαμιάν**

Γραμματεία | **Σοφία Παυλίδου**





## **ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ ΚΑΙ ΤΗ ΓΙΟΡΤΗ ΚΑΡΔΙΑΣ**

**ΠΕΜΠΤΗ 28 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2013**  
**ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ HYATT REGENCY, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ**

### **ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΚΟΙΝΟΥ**

**18:00-19:00 | Στρογγυλό τραπέζι για το κοινό. Συνεργασία ΕΑΒΕ με το  
Σύνδεσμο Διαιτολόγων & Διατροφολόγων Κύπρου**

**Υγιεινοδietetική αντιμετώπιση της αθηροσκλήρωσης**  
Πρόεδροι: **Μ. Χασαπίδου, Ε. Ανδρέου**

Η κατανάλωση οινοπνεύματος (ούζο, τσίπουρο, μπίρα, κρασί, ουίσκι) κάνει  
καλό στην καρδιά;

**Π. Μιχαηλίδου**

Υγιεινοδietetικές παρεμβάσεις στην αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης  
**Ν. Ντόρζη**

Υγιεινοδietetικές παρεμβάσεις στην αντιμετώπιση της υπερχοληστερολαιμίας  
**Ε. Ανδρέου**

**19:00-19:30 | Χορωδία και Ορχήστρα των Εκπαιδευτηρίων  
Μαντουλίδη**

### **ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΕΛΕΤΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ**

**20:00-21:00 | Προσφωνήσεις**

**Απονομή βραβείων**

Χορηγία στον πολιτιστικό σύλλογο **ΟΙ ΚΟΜΝΗΝΟΙ**

**Απολογισμός πεπραγμένων**  
**Α. Ευθυμιάδης, Πρόεδρος ΕΑΒΕ**

**21:00 | Δεξίωση Υποδοχής**

## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

**ΠΕΜΠΤΗ 28 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2013**

**09:00 - 10:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Αρτηριακή υπέρταση-Νεότερα δεδομένα στη θεραπευτική αντιμετώπιση  
Πρόεδροι: **Γ. Μπουντώνας, Α. Καραγιάννης**

Κανόνες μέτρησης Α.Π. στο ιατρείο και το σπίτι  
**Ε. Πασχαλίδου**

Νεότερες κατευθυντήριες οδηγίες αντιμετώπισης  
**Χ. Σαββόπουλος**

Ο ρόλος των ανταγωνιστών ασβεστίου στη θεραπεία της αρτηριακής υπέρτασης και της στεφανιαίας νόσου  
**Ξ. Κροκίδης**

Σχολιαστής: **Α. Μπουφίδου - Κουκούδη**

**10:00 - 11:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Η Νανοτεχνολογία στην ιατρική πράξη  
Πρόεδροι: **Α. Ταυρίδου, Β. Καραγκιοζάκη**

Προκλήσεις και Εφαρμογές της Νανοτεχνολογίας στην Ιατρική  
**Σ. Λογοθετίδης**

Σύγχρονη αντιμετώπιση αθηρωμάτωσης: Χρήση λιπιδωμάτων  
**Χ. Κοντογιώργης**

Η νανοϊατρική για τη διάγνωση και θεραπεία της αθηρωμάτωσης:  
Μύθος ή πραγματικότητα;  
**Β. Καραγκιοζάκη**

Σχολιαστής: **Γ. Γιαννόγλου**

**11:00 - 11:30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**





## ΠΕΜΠΤΗ 28 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2013

### 11:30 - 12:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Νεότερα δεδομένα της συμμετοχής της ανοσιακής απάντησης στην αθηροσκλήρωση

Πρόεδροι: **Π. Μπούρα, Γ. Γιαννόγλου**

Th17 λεμφοκύτταρα: νέος ρυθμιστής της ανοσιακής απόκρισης στην αθηροσκλήρωση

**Α. Σαραντόπουλος**

Ο ρόλος της λοίμωξης στην επαγωγή της αθηροσκλήρωσης

**Ι. Γκουγκουρέλας**

T ρυθμιστικά λεμφοκύτταρα (Tregs): άμυνα εκ των έσω

**Κ. Τσέλιος**

### 12:30 - 13:00 ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδρος: **Π. Μακρίδης**

Συγγενείς καρδιοπάθειες σε εφήβους και ενήλικες: Τρέχοντα προβλήματα στην καθημερινή πράξη

**Σ. Παλλίδης**

### 13:00 - 13:45 ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

**της φαρμακευτικής εταιρείας ROTTAPHARM HELLAS A.E.**

Δυσλιπιδαιμίες και Τροφοφάρμακα (Nutraceuticals)

Πρόεδρος: **Α. Ευθυμιάδης**

Τροφοφάρμακα (Nutraceuticals): Μια νέα εναλλακτική διαχείριση της δυσλιπιδιμίας στη συνδυασμένη θεραπευτική αγωγή

**Ι.Γ. Στυλιάδης**

Επίδραση του σκευάσματος Argolipid στο λιπιδαιμικό προφίλ ασθενών με πρωτοπαθή υπερλιπιδαιμία

**Ι. Ευθυμιάδης**



**ΠΕΜΠΤΗ 28 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2013**

**14:00 - 15:30 ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

Πρόεδροι: **Ι. Παπαγιάννης, Κ. Δημητρακόπουλος**

- OR.01** CHADS Η CHADSVASC ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ; / **Θ. ΜΠΟΥΓΑΣ, Β. ΤΕΡΠΟΣ, Δ. ΓΚΟΛΙΔΑΚΗΣ, Χ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ, Χ. ΚΥΡΠΙΖΙΔΗΣ**
- OR.02** Η ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟ / **Ι. ΒΟΓΙΑΤΖΗΣ, Α. ΠΑΝΤΖΑΡΤΖΙΔΟΥ, Σ. ΠΗΤΤΑΣ, Ε. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ**
- OR.03** ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΗΣ ΥΨΗΛΗΣ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑΣ CRP (hsCRP) ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΕΣ / **Κ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ-ΛΕΓΜΠΕΛΟΥ, Ε. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ-ΑΛΑΤΑΚΗ, Π. ΚΑΡΑΝΑΝΟΥ, Α. ΦΛΕΒΑ, Α. ΠΑΥΛΙΤΟΥ-ΤΣΙΟΝΤΣΗ, Μ. ΕΜΠΟΡΙΑΔΟΥ-ΠΕΤΙΚΟΠΟΥΛΟΥ**
- OR.04** ΚΛΑΣΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΕΝΕΡΓΟΤΗΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΥ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΟΥΣ ΛΥΚΟΥ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΜΕΙΖΟΝΟΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΣΥΜΒΑΜΑΤΟΣ / **Π. ΝΤΕΛΛΑΣ, Π. ΣΩΤΗΡΙΟΥ, Κ. ΤΣΕΛΙΟΣ, Α. ΣΑΡΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ, Ι. ΓΚΟΥΓΚΟΥΡΕΛΑΣ, Α. ΓΕΩΡΓΙΑΔΟΥ, Π. ΜΠΟΥΡΑ**
- OR.05** Η ΥΨΗΛΗ ΕΛΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ, Η ΧΑΜΗΛΗ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΗ ΔΙΑΤΜΗΤΙΚΗ ΤΑΣΗ ΚΑΙ Η ΑΠΟΥΣΙΑ ΕΝΔΟΑΥΛΙΚΗΣ ΣΤΕΝΩΣΗΣ ΕΧΟΥΝ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΘΗΡΩΜΑΤΙΚΩΝ ΠΛΑΚΩΝ / **Α. ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ, Ι. ΧΑΤΖΗΖΗΣΗΣ, Σ. ΚΑΤΡΑΝΑΣ, Α. ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ, Β. ΓΙΑΝΝΟΓΛΟΥ, Γ. ΓΙΑΝΝΟΓΛΟΥ**
- OR.06** ΚΑΠΝΙΣΜΑ, ΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΑ, ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ. ΣΧΕΣΕΙΣ ΣΥΝΥΠΑΡΞΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΔ / **Δ. ΣΚΟΥΤΑΣ, Ι. ΚΑΤΣΑΝΟΣ, Κ. ΣΙΩΜΟΣ, Χ. ΜΕΛΛΙΔΗΣ, Ι. ΣΑΠΑΚΑΣ, Ι. ΤΣΑΒΔΑΡΙΔΗΣ, Θ. ΡΟΓΚΟΤΗΣ, Σ. ΓΕΩΡΓΑ, Ε. ΜΟΥΖΑ, Χ. ΜΑΝΕΣ**
- OR.07** ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΟΥΣ ΑΙΜΟΡΡΕΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΓΕΩΜΕΤΡΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΚΑΙ ΔΕΞΙΟΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟΥ ΔΙΚΤΥΟΥ / **Σ. ΚΑΤΡΑΝΑΣ, Α. ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ, Α. ΚΕΛΕΚΗΣ, Γ. ΓΙΑΝΝΟΓΛΟΥ**
- OR.08** ΤΟ ΑΛΛΗΛΟΜΟΡΦΟ POR\*28 ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ ΤΗΣ ΟΞΕΙΔΟΑΝΑΓΩΓΑΣΗΣ ΤΟΥ P450 (P450 OXIDOREDUCTASE, POR) ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΑΤΟΡΒΑΣΤΑΤΙΝΗ / **Γ. ΡΑΓΙΑ, Γ. ΚΟΛΟΒΟΥ, Ε. ΔΡΟΓΚΑΡΗ, Ι. ELENS, Β. ΚΟΛΟΒΟΥ, Β. ΜΟΛΛΑΚΗ, Α. ΤΑΥΡΙΔΟΥ, R. VAN SCHAIK, Α. ΤΣΕΛΕΠΗΣ, Ε.Γ. ΜΑΝΩΛΟΠΟΥΛΟΣ**





## ΠΕΜΠΤΗ 28 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2013

- 17:00 - 18:00** **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**  
**σε συνεργασία με την Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας**  
Νεότερα θέματα παχυσαρκίας  
Πρόεδροι: **Α. Αμπραχαμιάν-Μιχαλάκη, Α. Ευθυμιάδης**
- Επιπτώσεις της βαριατρικής χειρουργικής στο καρδιαγγειακό σύστημα και στα μεταβολικά νοσήματα  
**Α. Πολυμέρης**
- Γηράσκων άνδρας-Παχυσαρκία και μεταβολικό σύνδρομο  
**Α. Αμπραχαμιάν-Μιχαλάκη**
- Αποτελέσματα του προγράμματος ΕΣΠΑ «Συμμαχία για την υγεία, πρόληψη και θεραπεία εκφυλιστικών παθήσεων»  
**Μ. Χασαπίδου**
- 18:00 - 19:00** **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**  
**για το κοινό. Συνεργασία ΕΑΒΕ με το Σύνδεσμο Διαιτολόγων & Διατροφολόγων Κύπρου**
- Υγιεινοδιαιτητική αντιμετώπιση της αθηροσκλήρωσης**  
Πρόεδροι: **Μ. Χασαπίδου, Ε. Ανδρέου**
- Η κατανάλωση οινοπνεύματος (ούζο, τσίπουρο, μπύρα, κρασί, ούισκι) κάνει καλό στην καρδιά;  
**Π. Μιχαηλίδου**
- Υγιεινοδιαιτητικές παρεμβάσεις στην αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης  
**Ν. Ντόρζη**
- Υγιεινοδιαιτητικές παρεμβάσεις στην αντιμετώπιση της υπερχοληστερολαιμίας  
**Ε. Ανδρέου**
- 19:00 - 19:30** **Χορωδία και Ορχήστρα των Εκπαιδευτηρίων Μαντουλίδη**
- 20:00 - 21:00** **ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ**

**ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΜΑΡΤΙΟΥ 2013**

**09:00 - 10:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Νεότεροι παθογενετικοί μηχανισμοί στην αθηροσκλήρωση  
Πρόεδροι: **Ε. Μαλτέζος, Α. Χίτογλου-Μακέδου**

Επιγενετικές αλλαγές: τι είναι και ποιος ο ρόλος τους στα καρδιαγγειακά νοσήματα

**Γ. Ράγια**

Η βιολογία της αθηροσκλήρωσης ξαναγράφεται μέσα από την ανακάλυψη των βραχέων μορίων RNA

**Δ. Στάκος**

Αντιοξειδωτικές ουσίες και ο ρόλος τους στην αθηροσκλήρωση

**Α. Κόκκαλη**

Σχολιαστής: **Α. Καλογερίδης**

**10:00 - 11:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Διαχείριση ασθενούς με προκάρδιο άλγος στο τμήμα επειγόντων περιστατικών

Πρόεδροι: **Α. Ευθυμιάδης, Γ. Λακασάς**

Σημασία του ιστορικού. Περιορισμοί

**Σ. Παυλίδου**

Σημασία του ΗΚΓ/τος. Περιορισμοί

**Σ. Σαββάτης**

Σημασία του ηχοκαρδιογραφήματος

**Ι. Ευθυμιάδης**

Σχολιαστής: **Ι. Κόγιας**

**11:00 - 11:30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

**11:30 - 12:00 ΔΙΑΛΕΞΗ**

Πρόεδρος: **Α. Ευθυμιάδης**

Νέες ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες για την πρόληψη της καρδιαγγειακής νόσου στην κλινική πράξη

**Χ. Πίτσαβος**





## ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΜΑΡΤΙΟΥ 2013

**12:00 - 12:30 ΔΙΑΛΕΞΗ**

Πρόεδρος: **Β. Κόκκας**

Γενόσημα φάρμακα του καρδιαγγειακού συστήματος

**Ι. Νιώπας**

**12:30 - 13:00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

**13:00 ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ - ΕΚΛΟΓΕΣ ΕΑΒΕ**

**17:00 - 18:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Ο καρδιαγγειακός κίνδυνος σε άλλες παθήσεις

Πρόεδροι: **Κ. Παζαϊτού, Δ. Ψυρρόπουλος**

Θυρεοειδική καρδιοπάθεια

**Μ. Μπουγουλιά**

Καρδιονεφρικό σύνδρομο

**Ι. Βογιατζής**

Σχολιαστής: **Ε. Βλαχογιάννης**

**18:00 - 18:30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

**18:30 - 19:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Υπερλιπιδαιμίες - Ο ρόλος στη στεφανιαία νόσο

Πρόεδροι: **Χ. Ραϊδης, Γ. Μπομπότης**

Στα οξέα καρδιαγγειακά συμβάντα είναι αποτελεσματική η χορήγηση υπολιπιδαιμικών φαρμάκων;

**Χ. Χατζηελευθερίου**

Υπολιπιδαιμική αγωγή σε διαβητικούς και νεφροπαθείς ασθενείς

**Π. Καραγιάννη**

Στατίνες. Χρήση-κατάχρηση-παρενέργειες

**Β. Ιωαννίδου**

**ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 1 ΜΑΡΤΙΟΥ 2013**

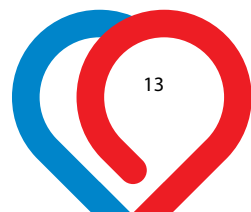
**19:30 - 20:00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

**20:00 - 20:30 ΔΙΑΛΕΞΗ**

Πρόεδρος: **Κ. Παπαδόπουλος**

Φλεγμονή και δυσλειτουργία του ενδοθηλίου σε ασθενείς με κατάθλιψη  
και αγχώδη διαταραχή

**Α. Βιδάλης**





## **ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΜΑΡΤΙΟΥ 2013**

### **09:00 - 10:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Ηλικιωμένοι ασθενείς και θεραπεία καρδιαγγειακής νόσου.

Σχέση ασφάλειας - αποτελεσματικότητας

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

Κατηγορίες αντιυπερτασικών φαρμάκων: πού; πότε; πώς;

**Π. Σταφυλάς**

Υπολιπιδαιμική θεραπεία

**Α. Δουγαλής**

Αντιθρομβωτική θεραπεία

**Ν. Καμπουρίδης**

Σχολιαστής: **Π. Παπαδοπούλου-Ζεκερίδου**

### **10:00 - 11:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Σακχαρώδης διαβήτης και καρδιαγγειακές επιπλοκές

Πρόεδροι: **Κ. Καζάκος, Ε. Πάγκαλος**

Διαβητική μακροαγγειοπάθεια - Υπάρχει πρόληψη;

**Δ. Σκούτας**

Καρδιαγγειακά φάρμακα της καθημερινής πρακτικής. Σχέση με το σακχαρώδη διαβήτη και το μεταβολισμό

**Ι. Ζαρίφης**

Θεραπευτικός αλγόριθμος ADA/EASD2012

**Η. Μυγδάλης**

Σχολιαστής: **Χ. Μανές**

### **11:00 - 11:30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

**ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΜΑΡΤΙΟΥ 2013**

**11:30 - 13:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**  
**σε συνεργασία με την Εταιρεία Λιπιδιολογίας-Αθηροσκλήρωσης και Αγγειακής Νόσου**

Αθηρωματική αγγειακή νόσος & επιπλοκές

Πρόεδροι: **Ι. Κανονίδης, Γ. Τσιτούρης**

Αρτηριακή υπέρταση & καρδιαγγειακή νόσος

**Δ. Σταμάτης**

Η κλινική σημασία της περιφερικής αρτηριακής νόσου

**Γ. Υφαντή**

Νεφρική νόσος & αθηροσκλήρωση

**Θ. Αποστόλου**

HDL και αθηρωματική νόσος: Από τη μοριακή βιολογία και την επιδημιολογία, στην κλινική πράξη

**Δ. Καρδάσης**

**13:00 - 13:30 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**  
**της φαρμακευτικής εταιρείας ASTRA ZENECA**

Πρόεδρος: **Ι. Κανονίδης**

Επιθετική υπολιπιδαιμική θεραπεία. Ποιοί ασθενείς τη χρειάζονται

**Ι. Ευθυμιάδης**

**17:00 - 18:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Η Καρδιακή ανεπάρκεια σήμερα. Τί το νεότερο στην αντιμετώπισή της;

Πρόεδροι: **Β. Βασιλικός, Χ. Λιόλιος**

Νατριουδιουρητικά πεπτίδια. Σημασία και περιορισμοί

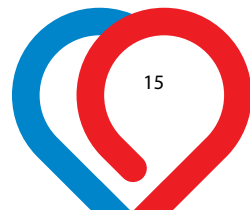
**Θ. Παπαδόπουλος**

Κατευθυντήριες οδηγίες αντιμετώπισης της καρδιακής ανεπάρκειας 2012: τι αλλάζει στη φαρμακευτική θεραπεία

**Γ. Ευθυμιάδης**

Πώς αντιμετωπίζεται η καρδιακή ανεπάρκεια στο σπίτι; Ο ρόλος της τηλεϊατρικής

**Χ. Παπαδόπουλος**





## ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΜΑΡΤΙΟΥ 2013

**18:00 - 18:30 ΔΙΑΛΕΞΗ**

Πρόεδρος: **Ι. Κανονίδης**

Νεότερη αντιθρομβωτική θεραπεία: Πότε; Πως; Περιορισμοί

**Δ. Συμεωνίδης**

**18:30 - 19:00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

**19:00 - 20:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Κριτήρια καρδιαγγειακού κινδύνου

Πρόεδροι: **Γ. Παρχαρίδης, Γ. Σακαντάμης**

Καρδιακή συχνότητα και προσδόκιμο ζωής

**Τ. Δαδούς**

Ασβεστοποιός αορτική στένωση: Μία νόσος της βαλβίδας και του μυοκαρδίου

**Γ. Καζινάκης**

Εκτίμηση βιωσιμότητας του μυοκαρδίου και κριτήρια επαναγγείωσης

**Χ. Κυρπιζίδης**

**20:00 - 20:30 ΔΙΑΛΕΞΗ**

Πρόεδρος: **Α. Ευθυμιάδης**

Ο ρόλος της σιταγλιπτίνης στο θεραπευτικό αλγόριθμο

**Ε. Πάγκαλος**

**20:30 - 20:40 ΤΕΛΕΤΗ ΛΗΞΗΣ - ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ**

Πρόεδρος ΕΑΒΕ, **κ. Απόστολος Ευθυμιάδης**



**ΣΑΒΒΑΤΟ 2 ΜΑΡΤΙΟΥ 2013**

**20:40 - 21:40 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ**  
**των φαρμακευτικών εταιρειών MSD & BIANEE**

Διπλή αναστολή χοληστερόλης - Νεότερες εξελίξεις στη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου  
Πρόεδρος: **A. Ευθυμιάδης**

Εισαγωγή  
**A. Ευθυμιάδης**

Η σημασία της υπολιπιδαιμικής αγωγής στη μείωση της LDL-C και του καρδιαγγειακού κινδύνου - Ο μοναδικός τρόπος δράσης της διπλής αναστολής  
**I. Κανονίδης**

Ezetimibe/Simvastatin: Νεότερα δεδομένα σε ασθενείς υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου  
**I. Ζαρίφης**

Συζήτηση - Συμπεράσματα





## ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

### **A. Αμπραχαμιάν - Μιχαλάκη**

Ενδοκρινολόγος, Πρόεδρος της Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας Παχυσαρκίας, Αθήνα

### **E. Ανδρέου**

RD, DProf, Κλινική Διαιτολόγος, Επίκουρη Καθηγήτρια Διαιτολογίας – Διατροφής, Πανεπιστήμιο Λευκωσίας, Πρόεδρος Συνδέσμου Διαιτολόγων και Διατροφολόγων Κύπρου

### **Θ. Αποστόλου**

Νεφρολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

### **B. Βασιλικός**

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

### **A. Βιδάλης**

MD, PhD, Πρόεδρος Π.Ε.ΨΥ.ΓΕ.Ν., Πρόεδρος ISoQM

### **E. Βλαχογιάννης**

Παθολόγος, Πρόεδρος Ινστιτούτου Μελέτης Ύπνου και Συνοδών Νοσημάτων, Θεσσαλονίκη

### **I. Βογιατζής**

Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας

### **Γ. Γιαννόγλου**

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

### **I. Γκουγκουρέλας**

Παθολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης, Τμήμα Κλινικής Ανοσολογίας, Β΄ Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

### **T. Δαδούς**

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

### **K. Δημητρακόπουλος**

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

**A. Δουγαλής**

Παθολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΔΠΘ, Γενικό Νοσοκομείο «Άγιος Παύλος» -  
Παράρτημα «Παναγία», Θεσσαλονίκη

**A. Ευθυμιάδης**

Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Πρόεδρος Εταιρείας Αθηροσκλήρωσης Βορείου Ελλάδος,  
Θεσσαλονίκη

**Γ. Ευθυμιάδης**

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

**I. Ευθυμιάδης**

Καρδιολόγος, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Συνεργάτης Βιοϊατρικής Θεσσαλονίκης, Επιστημονικός  
Συνεργάτης & Υπεύθυνος Ιατρείου Αθηροσκλήρωσης Β΄ Καρδιολογικής Κλινικής,  
Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

**I. Ζαρίφης**

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

**B. Ιωαννίδου**

Παθολόγος - Διαβητολόγος - Υπερτασιολόγος, Θεσσαλονίκη

**K. Καζάκος**

Παθολόγος - Διαβητολόγος, Επίκουρος Καθηγητής Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης,  
Πρόεδρος ΔΕΒΕ, Θεσσαλονίκη

**Γ. Καζινάκης**

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

**A. Καλογερίδης**

Μοριακός Βιολόγος, MSc, PhD, Υπεύθυνος Αιματολογικού Εργαστηρίου Μοριακής Βιολογίας,  
Β΄ Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

**I. Κανονίδης**

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

**N. Καμπουρίδης**

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





### **Π. Καραγιάννη**

Ειδικός Παθολόγος – Διαβητολόγος, Παθολογικό Τμήμα Κλινικής «Άγιος Λουκάς», Συνεργάτης Διαβητολογικού Κέντρου Β΄ Παθολογικής Κλινικής, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

### **Α. Καραγιάννης**

Καθηγητής Παθολογίας ΑΠΘ, Διευθυντής Β΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

### **Β. Καραγκιοζάκη**

MSc, Καρδιολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ με εξειδίκευση στη Νανοϊατρική, Θεσσαλονίκη

### **Δ. Καρδάσης**

Καθηγητής Βιοχημείας, Τομέας Βασικών Επιστημών, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο

### **Ι. Κόγιας**

Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας

### **Β. Κόκκας**

Ομότιμος Καθηγητής Φαρμακολογίας Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

### **Α. Κόκκαλη**

Κλινικός Διαιτολόγος – Διατροφολόγος, Θεσσαλονίκη

### **Χ. Κοντογιώργης**

Ερευνητής, Τομέας Φαρμακευτικής Χημείας, Τμήμα Φαρμακευτικής ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

### **Ξ. Κροκίδης**

Επιμελητής Α΄, Α΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας, Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου Καβάλας

### **Χ. Κυρπιζίδης**

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

### **Γ. Λακασάς**

Συντονιστής Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο «Ο Άγιος Δημήτριος» Θεσσαλονίκη

**Χ. Λιόλιος**

Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Γρεβενών

**Σ. Λογοθετίδης**

Καθηγητής Τμήματος Φυσικής, Διευθυντής Εργαστηρίου Νανοτεχνολογίας LTFN, Σχολή Θετικών Επιστημών ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

**Π. Μακρίδης**

Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Έδεσσας

**Ε. Μαλτέζος**

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

**Χ. Μανές**

Παθολόγος – Διαβητολόγος, Διευθυντής Παθολογικού Τμήματος και Διαβητολογικού Κέντρου, Γενικό Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

**Π. Μιχαηλίδου**

Κλινική Διαιτολόγος – Διατροφολόγος, Γραμματέας Συνδέσμου Διαιτολόγων – Διατροφολόγων, Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Κύπρος

**Γ. Μπομπότης**

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

**Μ. Μπουγουλιά**

MD, PhD, Ενδοκρινολόγος, Θεσσαλονίκη

**Γ. Μπουντώνας**

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

**Π. Μπούρα**

Καθηγήτρια Παθολογίας – Κλινικής Ανοσολογίας ΑΠΘ, Διευθύντρια Β΄ Παθολογικής Κλινικής, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

**Α. Μπουφίδου - Κουκούδη**

Καρδιολόγος, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Διευθύντρια ΕΣΥ, Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη





### **Η. Μυγδάλης**

Συντονιστής Διευθυντής Β΄ Παθολογικής Κλινικής & Διαβητολογικού Κέντρου, Γενικό Νοσοκομείο «ΝΙΜΤΣ», Αθήνα

### **Ι. Νιώπας**

Καθηγητής Κλινικής Φαρμακευτικής / Φαρμακοκινητικής, Τομέας Φαρμακογνωσίας-Φαρμακολογίας, Τμήμα Φαρμακευτικής ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

### **Ν. Ντόρζη**

Κλινική Διαιτολόγος - Διατροφολόγος, MSc, RD, Επιστημονικός Συνεργάτης, Λευκωσία, Κύπρος

### **Ε. Πάγκαλος**

Παθολόγος - Διαβητολόγος, τ. Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής ΕΣΥ, Διαβητολογικό Κέντρο «Αρεταίος», Επιστημονικός Διευθυντής Κλινικής «Θέρμη», Γενικός Γραμματέας ΔΕΒΕ, Θεσσαλονίκη

### **Κ. Παζαΐτου - Παναγιώτου**

Ενδοκρινολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια Τμήματος Ενδοκρινολογίας – Ενδοκρινικής Ογκολογίας, Αντικαρκινικό Νοσοκομείο «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ», Θεσσαλονίκη

### **Σ. Παλλίδης**

MD, PhD, FRCPCH, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Ludwig Maximilian του Μονάχου, Επισ. Καθηγητής του Royal Brompton Hospital, Λονδίνο, Θεσσαλονίκη

### **Ι. Παπαγιάννης**

Καρδιολόγος, Β΄ Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

### **Θ. Παπαδόπουλος**

Επεμβατικός Καρδιολόγος, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Επιστημονικός Συνεργάτης Β΄ Καρδιολογικής Κλινικής, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

### **Κ. Παπαδόπουλος**

Ομότιμος Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

### **Χ. Παπαδόπουλος**

Λέκτορας Καρδιολογίας ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

### **Π. Παπαδοπούλου - Ζεκερίδου**

Παθολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια Α΄ Παθολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας

### **Γ. Παρχαρίδης**

Ομ. Καθηγητής Καρδιολογίας, Θεσσαλονίκη

**Ε. Πασχαλίδου**

Γενική Ιατρός, Υποψήφια Διδάκτωρ ΑΠΘ, Επιστημονική συνεργάτης Ιατρείου Αθηροσκληρώσεως Β' Καρδιολογικής Κλινικής ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

**Σ. Παυλίδου**

Ιατρός, Επιστημονική συνεργάτης Ιατρείου Αθηροσκληρώσεως Β' Καρδιολογικής Κλινικής ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

**Χ. Πίτσαβος**

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

**Α. Πολυμέρης**

Ενδοκρινολόγος, Επιμελητής Α', Β' Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», Αθήνα

**Γ. Ράγια**

Μεταδιδακτορική Ερευνήτρια, Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

**Χ. Ραϊδης**

Καρδιολόγος, Αμ. Επίκουρος Καθηγητής ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

**Δ. Ρίχτερ**

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

**Σ. Σαββάτης**

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

**Χ. Σαββόπουλος**

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

**Γ. Σακαντάμης**

Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, τ. Διευθυντής Β' Καρδιολογικής Κλινικής Ιπποκράτειου Γενικού Νοσοκομείου, Θεσσαλονίκη

**Α. Σαραντόπουλος**

Παθολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης, Τμήμα Κλινικής Ανοσολογίας, Β' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη



**Δ. Σκούτας**

Παθολόγος – Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΔΠΘ, Επιστημονικός Συνεργάτης Διαβητολογικού Κέντρου, Γενικό Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Υπεύθυνος Παθολογικού Τομέα Κέντρου Αποθεραπείας - Αποκατάστασης «Αναγέννηση», Θεσσαλονίκη

**Δ. Σταμάτης**

Συντονιστής Διευθυντής, Καρδιολογικό Τμήμα, Ειδικό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο «Μεταξά», Πειραιάς

**Δ. Στάκος**

Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

**Π. Σταφυλάς**

Καρδιολόγος – ESH Hypertension Specialist, Κέντρο Υπέρτασης, Α΄ Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**Ι.Γ. Στυλιάδης**

Συντονιστής Διευθυντής Β΄ Καρδιολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

**Δ. Συμεωνίδης**

Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας

**Α. Ταυρίδου**

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

**Κ. Τσέλιος**

Παθολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης, Τμήμα Κλινικής Ανοσολογίας, Β΄ Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

**Γ. Τσιτούρης**

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

**Γ. Υφαντή**

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



**Μ. Χασαπίδου**

PhD, Διευθύντρια της Σχολής Τεχνολογίας Τροφίμων & Διατροφής, Καθηγήτρια Διατροφής & Διαιτολογίας, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

**Χ. Χατζηγελευθερίου**

Καρδιολόγος, Επιμελητής ΕΣΥ Καρδιολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Δράμας

**Α. Ι. Χατζητόλιος**

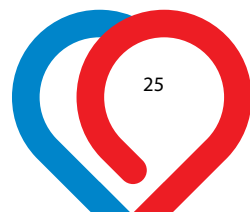
Καθηγητής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ, Διευθυντής Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής ΑΠΘ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**Α. Χιτόγλου - Μακέδου**

Καθηγήτρια Βιοπαθολογίας - Κλινικής Βιοχημείας ΑΠΘ, Εργαστήριο Λιπιδίων, Β΄ Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**Δ. Ψυρρόπουλος**

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





## ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

### OR.01 | CHADS Η CHADSVASC ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΩΝ ΕΠΙΣΟΔΙΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ;

Θ. ΜΠΟΥΓΑΣ, Β. ΤΕΡΠΟΣ, Δ. ΓΚΟΛΙΔΑΚΗΣ, Χ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ, Χ. ΚΥΡΠΙΖΙΔΗΣ  
Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο Παναγία, Θεσσαλονίκη

#### Σκοπός

Ο δείκτης CHADS των 5 παραμέτρων καθιερώθηκε τα τελευταία χρόνια σαν προγνωστικός παράγοντας εμφάνισης θρομβοεμβολικών επεισοδίων, και αποτέλεσε χρήσιμο εργαλείο για την χορήγηση αντιπηκτικής αγωγής σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή. Λόγω όμως του υψηλού κινδύνου ακόμα και σε ασθενείς με χαμηλά score [0-1], ενισχύθηκε με άλλες 3 παραμέτρους σχηματίζοντας τον δείκτη CHADSVASC. Σκοπός της μελέτης μας είναι να καταδειχθεί πόσο σημαντικό είναι να καθιερωθεί στις μετρήσεις μας ο δείκτης CHADSVASC, αντί του δείκτη CHADS, για ασφαλέστερη απόφαση ως προς την ορθή χορήγηση της κατάλληλης αντιπηκτικής αγωγής.

#### Υλικό - Μέθοδοι

Στην μελέτη μας συμπεριλήφθηκαν 219 ασθενείς που εξετάστηκαν στην κλινική μας τον τελευταίο χρόνο με κολπική μαρμαρυγή, έγινε καταγραφή των δύο δεικτών και καταμετρήθηκαν οι επιπλέον παράμετροι που περιλάμβανε ο δείκτης CHADSVASC [αγγειακή νόσος, ηλικία 65-75 και θήλυ φύλο].

#### Αποτελέσματα

Στον πίνακα που ακολουθεί φαίνονται οι διαφορές στους δύο δείκτες [μέση τιμή CHADSVASC, και οι επιπλέον παράγοντες κινδύνου].

CHADS	Ασθενείς	Μέση τιμή CHADSVASC	Vasc	Age	Sex
0	21	1,71	6	6	2
1	42	2,28	3	24	24
2	81	3,48	6	72	39
3	39	5,30	18	39	21
4	33	6,18	18	33	21
5	2	7,50	1	2	2
6	1	8,00	0	1	1

#### Συμπέρασμα

Σημαντικός αριθμός ασθενών με κολπική μαρμαρυγή και χαμηλά CHADS : 0 έως 1 [28,8%] που θα μπορούσε υπό προϋποθέσεις να μη λαμβάνει αντιπηκτική αγωγή, ή να λαμβάνει με μικρότερη προστασία ασπιρίνη, θα έπρεπε να είχε διαφορετική αντιμετώπιση και να λαμβάνει

οπωσδήποτε κουμαρινικά αντιπηκτικά, αν είχε γίνει από την αρχή μέτρηση του δείκτη CHADSVASc.

Ο συχνότερος επιπρόσθετος παράγοντας κινδύνου είναι η ηλικία [άνω των 65 ετών].

## **OR.02 | Η ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟ**

Ι. ΒΟΓΙΑΤΖΗΣ, Α. ΠΑΝΤΖΑΡΤΖΙΔΟΥ, Σ. ΠΗΤΤΑΣ, Ε. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ

Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος, Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο Βέροιας

### **Εισαγωγή**

Αρκετές μελέτες έχουν εξετάσει την αποτελεσματικότητα των θεραπειών διακοπής του καπνίσματος στο γενικό πληθυσμό. Εντούτοις λίγα είναι γνωστά σχετικά με την αποτελεσματικότητα αυτών των μεθόδων συμβουλευτικής σε ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο.

### **Σκοπός**

Ο σκοπός της μελέτης είναι να προσδιορίσει τον επιπολασμό και τα χαρακτηριστικά της αποχής του καπνίσματος σε ασθενείς με καρδιαγγειακά προβλήματα, μετά από μια συμβουλευτική παρέμβαση για τη διακοπή του καπνίσματος, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας για κάποιο επεισόδιο.

### **Υλικό και Μέθοδοι**

Στη μελέτη συμμετείχαν 442 ασθενείς, καπνιστές που νοσηλεύθηκαν για καρδιαγγειακό επεισόδιο στην Καρδιολογική Κλινική. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας συλλέχθηκαν δεδομένα ασθενών και όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε μία 30-λεπτών συμβουλευτική συνεδρία, με χορήγηση φαρμάκου σε επιλεγμένες περιπτώσεις (vareniclycline, bupropione, nortriptyline θεραπεία υποκατάστασης), σύμφωνα με το πρωτόκολλο. Μετά το εξιτήριο οι ασθενείς ρωτήθηκαν σχετικά με την αποχή από το κάπνισμα σε χρονικά διαστήματα των 24 ωρών, 1 μήνα, 3, 6 και 12 μηνών.

### **Αποτελέσματα**

Μετά την έξοδο από το νοσοκομείο 11 ασθενείς (2,49%), δεν ήρθαν σε επαφή παρ' όλες τις προσπάθειες και 19 ασθενείς (4,3%) απεβίωσαν κατά τη διάρκεια της περιόδου παρακολούθησης. Ένα σύνολο 412 ασθενών (218 άνδρες και 194 γυναίκες, μέσης ηλικίας 56,49±10,57 χρόνια) αποτέλεσαν τον τελικό πληθυσμό της μελέτης. Είκοσι τέσσερις ώρες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο 364 ασθενείς (88,35%) είχαν εγκαταλείψει το κάπνισμα. Στους 1, 3, 6 και 12 μήνες τα ποσοστά αποχής ήταν 70,87%, 64,8%, 55,82% και 47,83% αντίστοιχα. Οι ασθενείς με ισχαιμική καρδιαγγειακή πάθηση (στηθάγχη - έμφραγμα) είχαν σημαντικά



μεγαλύτερη πιθανότητα διακοπής του καπνίσματος στους 12 μήνες (Σχετικός Κίνδυνος = 0,64 -  $p = 0,01$ ).

### **Συμπέρασμα**

Ένα πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος σε ασθενείς με καρδιαγγειακά προβλήματα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας (βραχεία συμβουλευτική παρέμβαση) δεν συγκεντρώνει καλές πιθανότητες να οδηγήσει στην επιτυχία. Αυτοί οι ασθενείς θα μπορούσαν να επωφεληθούν από τα ιδιαίτερα προγράμματα διακοπής του καπνίσματος σε έμπειρα εξειδικευμένα κέντρα (ιατρεία Διακοπής Καπνίσματος), με τη συμμετοχή ομάδας επαγγελματιών υγείας, όπως ιατροί ψυχολόγοι ή / και εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό.

### **OR.03 | ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΗΣ ΥΨΗΛΗΣ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑΣ CRP (hsCRP) ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΕΣ**

Κ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ-ΛΕΓΜΠΕΛΟΥ<sup>1</sup>, Ε. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ-ΑΛΑΤΑΚΗ<sup>1</sup>, Π. ΚΑΡΑΝΑΝΟΥ<sup>1</sup>, Α. ΦΛΕΒΑ<sup>2</sup>, Α. ΠΑΥΛΙΤΟΥ-ΤΣΙΟΝΤΣΗ<sup>2</sup>, Μ. ΕΜΠΟΡΙΑΔΟΥ-ΠΕΤΙΚΟΠΟΥΛΟΥ<sup>1</sup>

1. Δ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ», Θεσσαλονίκη
2. Εργαστήριο Ανοσολογίας ΚΑΙ Ιστοσυμβατότητας, Νοσοκομείο «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ», Θεσσαλονίκη

**Σκοπός** της εργασίας ήταν η διερεύνηση της πιθανής παρουσίας φλεγμονής ως παράγοντα κινδύνου για εμφάνιση πρώιμης καρδιαγγειακής νόσου (ΠΚΝ) σε παιδιά που πάσχουν από δυσλιπιδαιμίες.

### **Υλικό - Μέθοδοι**

Μελετήθηκαν 26 παιδιά που παρουσιάζουν δυσλιπιδαιμίες (17 αγόρια) και 20 υγιή παιδιά (14 αγόρια). Όλα τα παιδιά ήταν φυσιολογικού βάρους και είχαν φυσιολογική αρτηριακή πίεση. Στα υπερλιπιδαιμικά παιδιά αποκλείστηκαν δευτεροπαθή αίτια δυσλιπιδαιμιών. Ο έλεγχος των λιπιδίων έγινε μετά από 12ωρη νηστεία, ενώ ταυτόχρονα μετρήθηκε η hsCRP.

### **Αποτελέσματα**

Θετικό οικογενειακό ιστορικό υπερλιπιδαιμίας είχαν 15/26 ασθενείς. Όλοι οι ασθενείς είχαν αυξημένες τιμές ολικής χοληστερόλης (TC), ενώ αυξημένες τιμές LDL-C είχαν 22/26 ασθενείς, τριγλυκεριδίων (TG) 7/26, ApoB 3/23 και Lp(a) 9/20. Παθολογική τιμή hsCRP διαπιστώθηκε μόνο σε ένα παιδί 2,5 χρόνων με υπερχοληστερολαιμία, αυξημένη LDL-C, Lp(a) και θετικό οικογενειακό ιστορικό, αλλά η μέση τιμή hsCRP ήταν υψηλότερη στην ομάδα παιδιών με δυσλιπιδαιμίες χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά. Από τη σύγκριση των τιμών των λιπιδίων μεταξύ των δύο ομάδων διαπιστώθηκε ότι οι διαφορές ήταν στατιστικά σημαντικές στις τιμές της TC, LDL-C, TG, ApoB, και Lp(a).

### Συμπεράσματα

Η hsCRP δεν βρέθηκε αυξημένη στα περισσότερα παιδιά της μελέτης. Η απουσία επιπρόσθετων παραγόντων κινδύνου πιθανόν μειώνει τον κίνδυνο ΠΚΝ, ενώ σημαντικό ρόλο παίζει το θετικό οικογενειακό και η συνύπαρξη αυξημένης Lp(a).

	Παιδιά με δυσλιπιδαιμίες	Ομάδα ελέγχου	p
Ηλικία	9,71±3,45	10,22±3,43	NS
Υψηλής ευαισθησίας CRP (hsCRP)	0,23±0,23	0,16±0,23	NS
Ολική χοληστερόλη(TC)	241,46±36,55	155±23,3	0,000
Τριγλυκερίδια (TG)	105,04±55,49	63,85±18,91	0,001
LDL χοληστερόλη (LDL-C)	166,92±42,44	89,05±20,5	0,000
HDL χοληστερόλη (HDL-C)	51,62±14,15	53,25±10,79	NS
Απολιποπρωτεΐνη Α (ApoA)	125,13±26,44	125,61±14,88	NS
Απολιποπρωτεΐνη Β (ApoB)	98,35±21,2	56,89±14,51	0,000
Λιποπρωτεΐνη α (Lpα)	28,95±28,74	14,27±15,43	0,05

### **OR.04 | ΚΛΑΣΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΕΝΕΡΓΟΤΗΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΥ ΕΡΥΘΗ- ΜΑΤΩΔΟΥΣ ΛΥΚΟΥ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΜΕΙΖΟΝΟΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΣΥΜΒΑΜΑΤΟΣ**

Π. ΝΤΕΛΛΑΣ, Π. ΣΩΤΗΡΙΟΥ, Κ. ΤΣΕΛΙΟΣ, Α. ΣΑΡΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ, Ι. ΓΚΟΥΓΚΟΥΡΕΛΑΣ,  
Α. ΓΕΩΡΓΙΑΔΟΥ, Π. ΜΠΟΥΡΑ

Β΄ Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Τμήμα Κλινικής Ανοσολογίας, ΓΝΘ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ

**Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι** η αξιολόγηση των παραδοσιακών παραγόντων κινδύνου αθηροσκλήρωσης και της ενεργότητας νόσου ασθενών με Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο (ΣΕΛ) στην εμφάνιση μείζονος καρδιαγγειακού συμβάματος (οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου, OEM ή αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, ΑΕΕ).

#### **Ασθενείς και Μέθοδοι**

Αναλύθηκαν αναδρομικά οι φάκελοι 104 ασθενών με ΣΕΛ (94♀:10♂) με συνεχή καταγραφή των κλασικών παραγόντων (αρτηριακή υπέρταση, ΑΥ, σακχαρώδης διαβήτης, ΣΔ, δυσλιπιδαιμία, κάπνισμα, παχυσαρκία) για τουλάχιστον 4 έτη. Επίσης, καταγράφηκε η ενεργότητα νόσου (δείκτης SLEDAI), η ύπαρξη αντιφωσφολιπιδικών αντισωμάτων (ΑΦΑ) και η χρήση γλυκοκορτικοειδών.

#### **Αποτελέσματα**

13 ασθενείς (12,5%, 12♀:1♂) παρουσίασαν μείζον σύμβαμα (3 OEM, 10 ΑΕΕ) κατά τη διάρκεια παρακολούθησης. Οι ασθενείς αυτοί εμφάνιζαν υψηλότερη συχνότητα δυσλιπιδαιμίας (53,8% έναντι 28,6%,  $p < 0,05$ ), αν και οι μέσες τιμές (4ετίας) των επιμέρους παραμέτρων



(ολική χοληστερόλη, τριγλυκερίδια, HDL, LDL) δεν διέφεραν σημαντικά. Επίσης, εμφάνιζαν υψηλότερη ενεργότητα νόσου (SLEDAI  $11,4 \pm 3,2$  έναντι  $4,4 \pm 2,1$ ,  $p < 0,05$ ). Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές (συγκριτικά με τους υπόλοιπους ασθενείς) ως προς την ηλικία, το φύλο, την ύπαρξη ΑΥ (38,5% έναντι 27,5%), ΣΔ (7,7% έναντι 5,4%), καπνίσματος (15,4% έναντι 14,3%), αυξημένου σωματικού βάρους (BMI > 25, 15,4% έναντι 11%), ΑΦΑ (15,4% έναντι 9,9%) και χρήσης κορτικοειδών (84,6% έναντι 82,6%).

### **Συμπεράσματα**

Η ενεργότητα νόσου αποτελεί καθοριστικό παράγοντα κινδύνου μείζονος καρδιαγγειακού συμβάματος σε ασθενείς με ΣΕΛ. Ο ενδεδειγμένος έλεγχος των κλασικών παραγόντων και, ιδιαίτερα, της δυσλιπιδαιμίας επιβάλλεται σε όλους τους ασθενείς με ΣΕΛ για την ελαχιστοποίηση του συνολικού καρδιαγγειακού κινδύνου.

### **OR.05 | Η ΥΨΗΛΗ ΕΛΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ, Η ΧΑΜΗΛΗ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΗ ΔΙΑΤΜΗΤΙΚΗ ΤΑΣΗ ΚΑΙ Η ΑΠΟΥΣΙΑ ΕΝΔΟΑΥΛΙΚΗΣ ΣΤΕΝΩΣΗΣ ΕΧΟΥΝ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΘΗΡΩΜΑΤΙΚΩΝ ΠΛΑΚΩΝ**

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

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

### **Σκοπός εργασίας**

Οι υψηλού κινδύνου αθηρωματικές πλάκες ευθύνονται για την πλειονότητα των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων, ωστόσο δεν ανιχνεύονται εγκαίρως. Στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκαν τα ιδιαίτερα μορφολογικά και αιμοδυναμικά χαρακτηριστικά των περιοχών αυτών.

### **Υλικό - Μέθοδοι**

Έγινε τρισδιάστατη εξομοίωση 17 στεφανιαίων αρτηριών στην τελοδιαστολική / τελοσυστολική φάση μέσω στεφανιογραφίας / IVUS (6776 εικόνες). Οι αρτηρίες επιμερίστηκαν σε τμήματα 3mm (n=468). Ως υψηλού κινδύνου χαρακτηρίστηκαν οι πλάκες με διατακτική αναδιαμόρφωση και αθηρωματικό φορτίο >30%. Η ελαστικότητα προσδιορίστηκε από τη σύγκριση διαστάσεων μεταξύ συστολής-διαστολής και τη διαφορική αρτηριακή πίεση, ενώ η ενδοθηλιακή διατμητική τάση (ΕΔΤ) με υπολογιστική ρευστομηχανική.

### **Αποτελέσματα**

Οι πλάκες υψηλού κινδύνου εμφάνισαν μεγαλύτερο όγκο ( $18,5 \pm 1,8$  έναντι  $14,5 \pm 0,5$  mm<sup>3</sup>,  $p < 0,05$ ), χαμηλότερο ESS ( $0,7 \pm 0,03$  έναντι  $1,6 \pm 0,05$  Pa,  $p < 0,001$ ), και μεγαλύτερη ελαστικότητα ( $2,5 \pm 0,7$  έναντι  $1,1 \pm 0,2$  /mmHg,  $p < 0,05$ ) συγκριτικά με τα λοιπά τμήματα. Ανεξάρτητη προγνωστική αξία στη διάγνωση υψηλού κινδύνου πλακών είχαν η υψηλή ελαστικότητα [odds

ratio (OR):3.3, 95% confidence interval (CI):1.2-9.1,  $p<0.05$ ], η χαμηλή ΕΔΤ ( $<1$  Pa, OR:10.8, 95% CI:1.4-84.7,  $p<0.05$ ), και η απουσία ενδοαυλικής στένωσης (OR:11.5, 95% CI:1.5-90.1,  $p<0.05$ ).

### **Συμπεράσματα**

Τα τμήματα των στεφανιαίων αρτηριών με υψηλή ελαστικότητα, χαμηλή ΕΔΤ και απουσία στένωσης του αυλού εμφανίζουν πιο συχνά υψηλού κινδύνου αθηρωματικές πλάκες. Οι παράμετροι αυτές είναι δυνητικά χρήσιμες στη μελέτη της φυσικής ιστορίας της αθηροσκλήρωσης.

### **OR.06 | ΚΑΠΝΙΣΜΑ, ΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΑ, ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ.ΣΧΕΣΕΙΣ ΣΥΝΥΠΑΡΞΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΔ**

Δ. ΣΚΟΥΤΑΣ, Ι. ΚΑΤΣΑΝΟΣ, Κ. ΣΙΩΜΟΣ, Χ. ΜΕΛΛΙΔΗΣ, Ι. ΣΑΠΑΚΑΣ, Ι. ΤΣΑΒΔΑΡΙΔΗΣ, Θ. ΡΟΓΚΟΤΗΣ, Σ. ΓΕΩΡΓΑ, Ε. ΜΟΥΖΑ, Χ. ΜΑΝΕΣ

Διαβητολογικό κέντρο Π.Γ.Ν. Παπαγεωργίου Θεσ/νίκης  
Κέντρο Αποθεραπείας Αποκατάστασης «Αναγέννηση» Ν. Ραιδεστού

### **Εισαγωγή**

Το κάπνισμα ως γνωστό είναι ο μοναδικός σημαντικός μεταβαλλόμενος παράγοντας κινδύνου για τη δημιουργία και την εξέλιξη της περιφερικής αγγειακής νόσου με συνέπεια αυξημένο κίνδυνο ακρωτηριασμού, αποτελεί δε αιτιολογικό παράγοντα εμφάνισης «διαβητικού ποδιού». Ερευνούμε τη συσχέτιση του καπνίσματος με την ΠΑΝ και το «διαβητικό πόδι».

### **Ασθενείς - Μέθοδοι**

Ασθενείς με ΣΔ-ιστορικό καπνίσματος και «διαβητικό πόδι». Εξετάστηκαν για περιφερική αγγειακή νόσο (έλεγχο περιφερικών αγγείων-μέτρηση σφυροβραχιόνιου δείκτη-παρουσία ή όχι διαλειπούσης χωλότητας). Στους ασθενείς αυτούς εξετάσθηκε η διάρκεια του καπνίσματος, η βαρύτητά του, η ηλικία, BMI, η διάρκεια της νόσου και ο μεταβολικός έλεγχος. Έγινε συσχέτιση της συνήθειας και της βαρύτητας του καπνίσματος με τους δείκτες της περιφερικής αγγειακής νόσου.

Τέλος εκτιμήθηκε αν και πως το κάπνισμα συμμετέχει στην αιτιοπαθογένεια του διαβητικού ποδιού.

### **Αποτελέσματα**

Από 250 άτομα με «διαβητικό πόδι» που εξετάσθηκαν έχουμε 131 ασθενείς με «διαβητικό πόδι» και με ιστορικό καπνίσματος (77 ασθενείς είναι ενεργοί καπνιστές- (58,8%) και 54 άτομα- (41,2%) το έχουν διακόψει). Άντρες οι 120 (91,6%) και 11 γυναίκες (8,4%). ΣΔ Τύπου 1 ήταν οι 11 ασθενείς (8,4%) και τύπου 2 οι 120 (91,6%). Η διάρκεια του διαβήτη ήταν 15,4+8,91 έτη, η HbA1c 8,84+1,87, η διάρκεια του καπνίσματος 38,2+34 έτη, η ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων 32,9+14,3( pack years 64+36.29). Το 60% των νευροπαθητικών ελκών δεν σχετίζονται με το κάπνισμα.



Υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση του καπνίσματος με την διαλείπουσα χωλότητα και αρνητική με τον σφυροβραχιόνιο δείκτη και την ψηλάφηση των περιφερικών αγγείων. Το 75% των ισχαιμικών ελκών και η ισχαιμία έχει θετική συσχέτιση με το κάπνισμα.  $p=0,002$ . Θετική συσχέτιση υπάρχει μεταξύ της αιτιολογίας της βλάβης και της ύπαρξης καπνίσματος σε σύγκριση με τους μη καπνιστές  $p=0,000$  όχι όμως και με αυτούς που σταμάτησαν το κάπνισμα.

Η βαρύτητα της περιφερικής αγγειακής νόσου και η βαρύτητα της βλάβης δεν φαίνεται να επηρεάζονται από τη διακοπή ή όχι του καπνίσματος.

Τέλος η διάρκεια του καπνίσματος σχετίζεται με την αιτιοπαθογένεια του «διαβητικού ποδιού»  $p<0,001$  όχι και με τη βαρύτητα της βλάβης.

### **Συμπεράσματα**

Τα ευρήματά μας καταδεικνύουν τον κυρίαρχο ρόλο που παίζει το κάπνισμα (η βαρύτητα και η διάρκειά του) στην περιφερική αγγειακή νόσο και στην αιτιοπαθογένεια του «διαβητικού ποδιού» με περισσότερο από το 50% των ατόμων με διαβητικό πόδι να έχει διατελέσει ενεργός καπνιστής ευρήματα ικανά για αποφυγή σχέσης καπνίσματος και σακχαρώδους διαβήτη.

### **OR.07 | ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΟΥΣ ΑΙΜΟΡΡΕΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΓΕΩΜΕΤΡΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΚΑΙ ΔΕΞΙΟΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟΥ ΔΙΚΤΥΟΥ**

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

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

### **Σκοπός**

Η μελέτη ενδεχόμενων διαφορών μεταξύ των αιμορρολογικών και γεωμετρικών παραγόντων ανάμεσα στο αριστερό και δεξιό στεφανιαίο δίκτυο.

### **Υλικό - Μέθοδοι**

Μελετήθηκαν 28 στεφανιαίες αρτηρίες [στελέχος-πρόσθιος κατιόν κλάδος (LAD,  $n=14$ ), περισπώμενη (LCx,  $n=5$ ), δεξιά στεφανιαία αρτηρία (RCA,  $n=9$ )] 22 ασθενών που υποβλήθηκαν σε αξονική στεφανιογραφία στα πλαίσια διερεύνησης στεφανιαίας νόσου. Με τη βοήθεια της υπολογιστικής ρευστομηχανικής υπολογίστηκαν σε στοιχειώδη τμήματα μήκους 2mm η ενδοθηλιακή διαμητική τάση (ESS), η μοριακή γλοιότητα (MV), η τοιχωματική τάση (WS), η καμπυλότητα και η στρέψη.

### **Αποτελέσματα**

Η ESS βρέθηκε υψηλότερη στον LAD έναντι των LCx και RCA (13.76 Pa vs. 3.49 Pa vs. 3.76 Pa,  $p<0.001$ ). Η MV και η καμπυλότητα παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές στην LCx έναντι των LAD και RCA (0.00542 Pa·sec vs. 0.00173 Pa·sec vs. 0.00240 Pa·sec,  $p<0.001$  και αντίστοιχα 0.1447 mm<sup>-1</sup> vs. 0.1229 mm<sup>-1</sup> vs. 0.1234 mm<sup>-1</sup>,  $p<0.05$ ). Η WS εμφανίζει μεγαλύτερες τιμές στην RCA



έναντι των LAD και LCx (289.98 mmHg vs. 255.93 mmHg vs. 235.18 mmHg,  $p < 0.001$ ). Η στρέψη δεν παρουσιάζει διαφορές μεταξύ των στεφανιαίων αρτηριών.

### **Συμπεράσματα**

Η παρούσα μελέτη αναδεικνύει με μη επεμβατικό τρόπο διαφορές στους αιμορρολογικούς και γεωμετρικούς παράγοντες ανάμεσα στις στεφανιαίες αρτηρίες. Οι διαφορές αυτές ενδέχεται να συμμετέχουν στη διαφορετική συχνότητα εμφάνισης της αθηροσκλήρωσης στο στεφανιαίο δίκτυο.

### **OR.08 | ΤΟ ΑΛΛΗΛΟΜΟΡΦΟ POR\*28 ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ ΤΗΣ ΟΞΕΙΔΟΑΝΑΓΩΓΑΣΗΣ ΤΟΥ P450 (P450 OXIDOREDUCTASE, POR) ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΑΤΟΡΒΑΣΤΑΤΙΝΗ**

Γ. ΡΑΓΙΑ<sup>1</sup>, Γ. ΚΟΛΟΒΟΥ<sup>2</sup>, Ε. ΔΡΟΓΚΑΡΗ<sup>3</sup>, Λ. ΕΛΕΝΣ<sup>4</sup>, Β. ΚΟΛΟΒΟΥ<sup>2</sup>, Β. ΜΟΛΛΑΚΗ<sup>3</sup>, Α. ΤΑΥΡΙΔΟΥ<sup>1,5</sup>, R. VAN SCHAİK<sup>4</sup>, Α. ΤΣΕΛΕΠΗΣ<sup>6</sup>, Ε.Γ. ΜΑΝΩΛΟΠΟΥΛΟΣ<sup>1,5</sup>

<sup>1</sup> Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη, Ελλάδα

<sup>2</sup> Α' Καρδιολογικό Τμήμα, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα, Ελλάδα

<sup>3</sup> Μονάδα Μεταβολικών Νοσημάτων, Χωρέμειο Ερευνητικό Εργαστήριο, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Α' Παιδιατρική Κλινική, Νοσοκομείο Παίδων Αγία Σοφία, Αθήνα, Ελλάδα

<sup>4</sup> Department of Clinical Chemistry, Erasmus MC, Rotterdam, The Netherlands

<sup>5</sup> Μονάδα Κλινικής Φαρμακολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη, Ελλάδα

<sup>6</sup> Εργαστήριο Βιοχημείας, Τμήμα Χημείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα

### **Σκοπός**

Η ποικιλόμορφη ανταπόκριση στις στατίνες καθορίζεται σημαντικά από γενετικούς παράγοντες. Το αλληλόμορφο \*28 του γονιδίου POR (P450 oxidoreductase) σχετίζεται με αυξημένη ενεργότητα των ενζύμων CYP3A που μεταβολίζουν την ατορβαστατίνη. Μελετήσαμε τη συσχέτιση του αλληλομόρφου POR\*28 με την ανταπόκριση στην ατορβαστατίνη.

### **Υλικό και Μέθοδοι**

Στη μελέτη συμμετείχαν 106 παιδιά και έφηβοι με οικογενή υπερχοληστερολαιμία (FH) και 207 ενήλικες με πρωτογενή υπερχοληστερολαιμία (PH) που λαμβάνουν ατορβαστατίνη. Η ολική- και LDL- χοληστερόλη (TOTc, LDLc) μετρήθηκαν πριν την έναρξη της θεραπείας και 6 μήνες μετά. Το αλληλόμορφο POR\*28 αναλύθηκε με τη μέθοδο TaqMan.

### **Αποτελέσματα**

Στον FH πληθυσμό, το αλληλόμορφο POR\*28 σχετίζεται με χαμηλότερη ποσοστιαία μείωση της TOTc (\*1/\*1: -33.1%, \*1/\*28: -29.8%, \*28/\*28: -25.9%,  $p=0.045$ ) και της LDL-c (\*1/\*1: -43.9%, \*1/\*28: -40.9%, \*28/\*28: -30.8%,  $p=0.013$ ). Πρόσθετα με την αρχική τιμή λιπιδίων,



ο πολυμορφισμός POR\*28 προβλέπει 8.3% και 7.3% της ποικιλομορφίας στην ποσοστιαία μείωση της TOTc ( $p=0.001$ ) και LDLc ( $p=0.004$ ). Στους ενήλικες φορείς του POR\*28 αλληλομόρφου, παρατηρήθηκε παρόμοια τάση προς χαμηλότερη ποσοστιαία μείωση της TOTc και LDL-c.

### **Συμπεράσματα**

Σε παιδιά και εφήβους με FH, το αλληλόμορφο POR\*28 σχετίζεται με μειωμένη αποτελεσματικότητα της ατορβαστατίνης στη μείωση της TOTc και LDLc. Σε ενήλικες με PH παρατηρήθηκε μία αντίστοιχη τάση, ωστόσο τα αποτελέσματα δεν ήταν στατιστικά σημαντικά.

## **ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

### **PO.01 | ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΦΑΣΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Σ. ΚΑΡΑΒΑΣΙΛΕΙΑΔΟΥ<sup>1</sup>, Ε. ΑΘΑΝΑΣΑΚΗΣ<sup>2</sup>

1. Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, PhD(c) ΤΕΦΑΑ ΑΠΘ, ΜΑΝ ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ
2. Νοσηλεύτρια ΤΕ, Απόφοιτος ΑΤΕΙΘ

### **Εισαγωγή**

Η συμβουλευτική σχετικά με τη σωματική δραστηριότητα και την τήρηση προγράμματος σωματικής άσκησης αποτελούν δυο σημαντικές παραμέτρους κατά τη φάση αποκατάστασης των καρδιολογικών ασθενών.

### **Σκοπός**

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση των βασικών στοιχείων για τη σωματική άσκηση κατά τη φάση της αποκατάστασης καρδιολογικών ασθενών.

### **Μέθοδος ανασκόπησης – Βιβλιογραφία**

Για τη συλλογή δεδομένων αναζητήθηκαν άρθρα (ανασκοπικά ή ερευνητικά), δημοσιευμένα στις βάσεις δεδομένων Pubmed και Science Direct, έως το 2012. Για την αναζήτηση των άρθρων χρησιμοποιήθηκαν οι όροι αναζήτησης: καρδιαγγειακή αποκατάσταση, καρδιολογικοί ασθενείς, σωματική δραστηριότητα, άσκηση.

### **Συμπεράσματα**

Η μελέτη της βιβλιογραφίας έδειξε ότι η σωματική άσκηση ενισχύει την αποτελεσματικότητα ενός συνόλου παραγόντων που συμβάλλουν στην αποκατάσταση του καρδιολογικού ασθενούς. Παράλληλα, η εξατομίκευση κάθε προγράμματος άσκησης και η σχετική εκπαίδευση του ασθενούς θεωρούνται απαραίτητα για την αποτελεσματικότητά του.

**ΡΟ.02 | Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΓΕΛΙΟΥ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ -  
ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**

Ε. ΑΘΑΝΑΣΑΚΗΣ<sup>1</sup>, Σ. ΚΑΡΑΒΑΣΙΛΕΙΑΔΟΥ<sup>2</sup>

1. Νοσηλεύτρια ΤΕ, Απόφοιτος ΑΤΕΙΘ
2. Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, PhD(c) ΤΕΦΑΑ ΑΠΘ, ΜΑΝ ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

**Εισαγωγή**

Η μελέτη της σχέσης μεταξύ των αρνητικών συναισθηματικών καταστάσεων (όπως το άγχος, ο θυμός, η θλίψη) και του καρδιαγγειακού κινδύνου έχει ερευνηθεί αρκετά, επισημαίνοντας τη θετική συσχέτιση μεταξύ τους. Αντιθέτως, τα δεδομένα που υπάρχουν για την επίδραση των θετικών συναισθημάτων (όπως η χαρά ή το γέλιο) και του καρδιαγγειακού συστήματος είναι ελάχιστα.

**Σκοπός**

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση των άρθρων που μελέτησαν την επίδραση του γέλιου στην ενδοθηλιακή λειτουργία.

**Μέθοδος ανασκόπησης - Βιβλιογραφία**

Για τη συλλογή δεδομένων αναζητήθηκαν άρθρα (ανασκοπικά ή ερευνητικά), δημοσιευμένα στις βάσεις δεδομένων Pubmed και Science Direct από το 2000 έως το 2012. Για την αναζήτηση των άρθρων χρησιμοποιήθηκαν οι όροι αναζήτησης: laughter, effects, endothelial, endothelium function.

**Συμπεράσματα**

Από τη συστηματική ανασκόπηση προέκυψαν συνολικά 11 άρθρα, από τα οποία κατάλληλα ως προς τα κριτήρια εισόδου κρίθηκαν 4 ερευνητικά άρθρα και 1 ανασκόπηση. Από τα αποτελέσματα των μελετών διαφαίνεται πως το γέλιο επιδρά θετικά στην ενδοθηλιακή λειτουργικότητα μέσω διαφόρων μηχανισμών (προκαλώντας αγγειοδιαστολή, μείωση της αρτηριακής σκλήρυνσης, των παραγόντων αγγειακής φλεγμονής). Όμως, είναι απαραίτητη η περαιτέρω διερεύνηση των καρδιαγγειακών μεταβολών μετά από τη διάρκεια του γέλιου, καθώς και η σημασία των «ωφέλιμων» αποτελεσμάτων του γέλιου στην κλινική πράξη.

**ΡΟ.03 | Η ΣΥΝΔΥΑΣΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ  
ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΕΣ ΕΧΕΙ ΠΙΘΑΝΩΣ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΕΣ  
ΑΓΩΓΕΣ**

Δ. ΚΑΓΙΑΦΑ<sup>1</sup>, Α. ΜΠΟΥΡΔΑΚΗΣ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Διαιτολόγος – Διατροφολόγος, MSc Διατροφή και Δημόσια Υγεία

Τμήμα Κλινικής Διατροφής ΓΝ ΤΡΙΚΑΛΩΝ, Γραφείο Συμβουλευτικής Διατροφής

<sup>2</sup>Ειδικός Παθολόγος – Β΄ Παθολογική Κλινική ΓΝ ΤΡΙΚΑΛΩΝ, Ιατρείο Λιπιδίων - Παχυσαρκίας



### Εισαγωγή - Σκοπός

Αξιολογήθηκαν μεταβολές στα λιπίδια ορού και τον δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) ασθενών με δυσλιπιδαιμίες (ΔΛ) και υπέρβαρο (ΥΒ), μετά από αποκλειστικά φαρμακευτική (ΦΑ), αποκλειστικά διαιτητική (ΔΑ) ή συνδυαστική αγωγή (ΣΑ), με σκοπό τη σύγκρισή τους.

### Υλικό - Μέθοδος

Κριτήριο διαλογής ήταν ένας ΔΜΣ >25kg/m<sup>2</sup>, τα όρια ATP III και η συνεχής παρακολούθηση επί τουλάχιστον 2 μήνες (N=181). Οι ασθενείς κατανεμήθηκαν σε τέσσερις ομάδες, ανάλογα την ύπαρξη και το βαθμό της ΔΛ και το είδος παρέμβασης. Κατά τις οδηγίες ATP III, η ΦΑ περιλάμβανε κυρίως στατίνες ή/και ω-3 λιπαρά οξέα και η ΔΑ ελαφρύ έως σοβαρό περιορισμό της ενεργειακής πρόσληψης (κατά 500-1000 θερμίδες) και του διατροφικού λίπους (στο 25-30% της ενεργειακής πρόσληψης).

### Αποτελέσματα

Μεγαλύτερη μείωση της ολικής και LDL χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων είχαν κατά φθίνουσα σειρά οι ομάδες Β, Α και Γ, χωρίς όμως στατιστικά σημαντικές διαφορές. Αύξηση της HDL χοληστερόλης παρατηρήθηκε μόνο στην Γ ομάδα, επίσης όχι στατιστικά σημαντική. Ο ΔΜΣ μειώθηκε εξίσου στις ομάδες υπό ΔΑ κατά 2,1 kg/m<sup>2</sup> (95% Δ.Ε.: 1,84, 2,35) και παρέμεινε αμετάβλητος στην ομάδα Α.

### Συμπεράσματα

Η ΣΑ πιθανώς είναι πιο αποτελεσματική στην αντιμετώπιση της ΔΛ, σε σχέση με την αποκλειστική ΦΑ ή ΔΑ. Η ΔΑ φαίνεται να συμβάλλει τόσο στο βαθμό μείωσης των λιπιδίων όσο και στη ποιοτική μεταβολή τους. Ωστόσο απαιτούνται στοιχεία από μεγαλύτερο δείγμα ασθενών. Τέλος, η απώλεια βάρους μέσω ΔΑ είναι μια σημαντική βελτίωση για τους ασθενείς με ΔΛ.

ΟΜΑΔΑ	N	ΔΛ	ΦΑ	ΔΑ
A	28	σοβαρή	Ναι	Όχι
B	15	σοβαρή	Ναι	Ναι
Γ	18	ελαφρά	Όχι	Ναι
Δ	119	απουσία	Όχι	Ναι

### PO.04 | ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΥΠΟΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΜΕΤΦΟΡΜΙΝΗΣ ΣΤΗΝ ΤΡΑΝΣΑΜΙΝΑΣΑΙΜΙΑ ΤΗΣ ΛΙΠΩΔΟΥΣ ΔΙΗΘΗΣΗΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Χ. ΜΑΝΩΛΑΚΗ, Α. ΜΠΙΤΖΙΟΣ

Κέντρο Υγείας Ροδολίβους Σερρών  
Κέντρο Υγείας Στρυμονικού Σερρών

### **Σκοπός**

Να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα της χορήγησης υπολιπιδαιμικής αγωγής ή μετφορμίνης στην μείωση της τρανσαμινασαιμίας ασθενών με λιπώδη διήθηση του ήπατος.

### **Υλικό – Μέθοδος**

Εξετάσαμε 52 ασθενείς (35 γυναίκες και 17 άνδρες), ηλικίας 48-65 ετών στους οποίους τέθηκε η διάγνωση λιπώδους διήθησης του ήπατος με υπέρηχο ή αξονική τομογραφία άνω κοιλίας. Άτομα με υποθυρεοειδισμό τέθηκαν εκτός μελέτης καθώς επίσης και εκείνα με σημαντική παχυσαρκία. Στα άτομα με δυσλιπιδαιμία χορηγήθηκε υπολιπιδαιμική αγωγή, ενώ στα υπόλοιπα χορηγήθηκε μετφορμίνη. Ακολούθησε μέτρηση των τρανσαμινασών στους 3 και 6 μήνες.

### **Αποτελέσματα**

34 ασθενείς (26 γυναίκες και 8 άνδρες) έλαβαν υπολιπιδαιμική αγωγή, ενώ οι υπόλοιποι 18 ασθενείς (9 γυναίκες και 9 άνδρες) έλαβαν μετφορμίνη. Ακολούθησε μέτρηση εκ νέου, των τρανσαμινασών στους 3 και 6 μήνες μετά την έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής. Ήδη από το πρώτο τρίμηνο υπήρξε σημαντική ελάττωση των τιμών τους ενώ κατά την μέτρηση των τρανσαμινασών στο εξάμηνο σε 8 άτομα παρέμειναν αυξημένες αλλά σε τιμές χαμηλότερες των αρχικών.

### **Συμπεράσματα**

Η δυσλιπιδαιμία είναι σημαντική αιτία λιπώδους διήθησης του ήπατος και αυξημένων τρανσαμινασών, επί απουσίας της όμως και με εργαστηριακά και υπερηχογραφικά ευρήματα λιπώδους διήθησης η χορήγηση μετφορμίνης βελτιώνει την τρανσαμινασαιμία.

## **PO.05 | ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΕΑ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ (ΟΣΣ) ΜΕΤΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΛΕΒΟΣΙΜΕΝΤΑΝΗΣ**

Ι. ΜΠΟΣΤΑΝΙΤΗΣ<sup>1</sup>, Μ. ΤΣΑΛΙΔΟΥ<sup>2</sup>, Γ ΚΟΤΤΑΣ<sup>3</sup>, Γ. ΜΠΟΥΝΤΩΝΑΣ<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Καρδιολογική Κλινική ΓΝ Κατερίνης, <sup>2</sup>Μικροβιολογικό Τμήμα ΓΝ Κατερίνης, <sup>3</sup>Καρδιολογική Κλινική ΓΝ Κοζάνης, <sup>4</sup>Β Καρδιολογική Κλινική Ιπποκρατείου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης

### **Σκοπός**

Η αξιολόγηση της νεφρικής λειτουργίας σε ασθενείς με ΟΣΣ μετά τη χορήγηση λεβοσιμεντάνης.

### **Υλικό και Μέθοδοι**

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 31 ασθενείς, οι οποίοι εμφάνισαν ΟΣΣ και στους οποίους χορηγήθηκε η λεβοσιμεντάνη για 24 ώρες στη μέγιστη συνιστώμενη ανεχόμενη δόση. Ακολούθησε μέτρηση της ουρίας και κρεατινίνης ορού την πρώτη μέρα νοσηλείας και την τελευταία. Η στατιστική επεξεργασία έγινε με το SPSS 18.0 και με το Wilcoxon Signed Rank test.



### **Αποτελέσματα**

Από τα 31 άτομα με μέσο όρο ηλικίας τα 72 έτη (min 47, max 85), 22 ήταν άντρες και 9 γυναίκες. Η τιμή της κρεατινίνης και ουρίας κατά την εισαγωγή ήταν  $1.08 \pm 0.26$  mg/dl και 37 mg/dl με min 20 και max 80 αντίστοιχα, ενώ οι αντίστοιχες τιμές κατά την τελευταία μέρα νοσηλείας των ασθενών ήταν 1.17 mg/dl με min 0.7 και max 1.92 και 44 mg/dl με min 23 και max 98. Η αύξηση και των δύο δεικτών νεφρικής λειτουργίας ανάμεσα στην πρώτη και τελευταία μέρα νοσηλείας, αν και σημαντική ( $p < 0.05$ ), κυμάνθηκε στο πλαίσιο των φυσιολογικών ορίων.

### **Συμπεράσματα**

Η λεβοσιμεντάνη αποτελεί καλά ανεκτό φάρμακο που αν και στη μέγιστη χορηγούμενη για κάθε ασθενή δόση, δεν επιβαρύνει τη νεφρική λειτουργία και μπορεί να χορηγηθεί με ασφάλεια.

### **PO.06 | ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΒΑΣΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΛΕΒΟΣΙΜΕΝΤΑΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΕΑ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ**

Ι. ΜΠΟΣΤΑΝΙΤΗΣ<sup>1</sup>, Μ. ΤΣΑΛΙΔΟΥ<sup>2</sup>, Π. ΚΥΡΙΑΚΟΥ<sup>3</sup>, Γ. ΜΠΟΥΝΤΩΝΑΣ<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Καρδιολογική Κλινική ΓΝ Κατερίνης, <sup>2</sup>Μικροβιολογικό Τμήμα ΓΝ Κατερίνης, <sup>3</sup>Καρδιολογικό Τμήμα Β Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής Ιπποκρατείου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης (Γ.Ν.Ι.Θ), <sup>4</sup>Β Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν.Ι.Θ

### **Σκοπός**

Η αξιολόγηση της λειτουργικότητας της αριστεράς κοιλίας βάση φλεγμονωδών δεικτών (IL-6, 10, TNFα), μετά τη χορήγηση λεβοσιμεντάνης σε ασθενείς με Οξέα Στεφανιαία Σύνδρομο (ΟΣΣ).

### **Υλικό - Μέθοδοι**

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 46 ασθενείς, οι οποίοι εμφάνισαν ΟΣΣ και χωρίστηκαν με τυχαία κατανομή σε 2 ομάδες, Α και Β. Στην Α ομάδα (31 άτομα) χορηγήθηκε η λεβοσιμεντάνη για 24 ώρες ενώ η Β ομάδα (15 άτομα) αποτέλεσε την ομάδα ελέγχου. Ακολούθησε μέτρηση των παραπάνω δεικτών την πρώτη μέρα νοσηλείας και την τελευταία. Η στατιστική επεξεργασία έγινε με το SPSS 18.0 και με το t-paired ή το Wilcoxon Signed Rank test.

### **Αποτελέσματα**

Από τα 46 άτομα, 30 ήταν άντρες ηλικίας  $67.8 \pm 12.31$  ετών (65.2%) και 16 γυναίκες ηλικίας  $69.42 \pm 10.34$  ετών (34.8%) με μέσο χρόνο νοσηλείας τις 7 ημέρες. Τόσο στην ομάδα Α όσο και στην ομάδα Β παρατηρήθηκαν παρόμοιες μη σημαντικές φυσιολογικές διακυμάνσεις στις IL-6 και 10, ενώ και στις δύο ομάδες παρατηρήθηκε σημαντική ελάττωση του TNFα, που κυμάνθηκε ωστόσο μέσα σε φυσιολογικά όρια.

### **Συμπεράσματα**

Η χορήγηση της λεβοσιμεντάνης δε φαίνεται να βελτιώνει τη λειτουργικότητα της αριστεράς κοιλίας σε ασθενείς με ΟΣΣ βάση των προσδιοριζόμενων βιοχημικών δεικτών, μια που η πορεία τους σε γενικές γραμμές συμβαδίζει με την αντίστοιχη πορεία αυτών στην ομάδα ελέγχου.

### **ΡΟ.07 | ΤΡΟΠΟΝΙΝΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΛΕΒΟΣΙΜΕΝΤΑΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΕΑ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ**

Ι. ΜΠΟΣΤΑΝΙΤΗΣ<sup>1</sup>, Μ. ΤΣΑΛΙΔΟΥ<sup>2</sup>, Γ. ΚΟΤΤΑΣ<sup>3</sup>, Γ. ΜΠΟΥΝΤΩΝΑΣ<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Καρδιολογική Κλινική ΓΝ Κατερίνης, <sup>2</sup>Μικροβιολογικό Τμήμα ΓΝ Κατερίνης, <sup>3</sup>Καρδιολογική Κλινική ΓΝ Κοζάνης, <sup>4</sup>Β Καρδιολογική Κλινική Ιπποκρατείου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης

### **Σκοπός**

Η αξιολόγηση της λειτουργικότητας της αριστεράς κοιλίας βάση της τροπονίνης Ι μετά τη χορήγηση λεβοσιμεντάνης σε ασθενείς με Οξέα Στεφανιαία Σύνδρομο (ΟΣΣ).

### **Υλικό - Μέθοδοι**

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 46 ασθενείς, οι οποίοι εμφάνισαν ΟΣΣ και χωρίστηκαν με τυχαία κατανομή σε 2 ομάδες, Α και Β. Στην Α ομάδα (31 άτομα) χορηγήθηκε η λεβοσιμεντάνη για 24 ώρες ενώ η Β ομάδα (15 άτομα) αποτέλεσε την ομάδα ελέγχου. Ακολούθησε μέτρηση της τροπονίνης Ι την πρώτη μέρα νοσηλείας και την τελευταία. Η στατιστική επεξεργασία έγινε με το SPSS 18.0 και με το t-paired ή το Wilcoxon Signed Rank test.

### **Αποτελέσματα**

Από τα 46 άτομα, 30 ήταν άντρες ηλικίας  $67.8 \pm 12.31$  ετών (65.2%) και 16 γυναίκες ηλικίας  $69.42 \pm 10.34$  ετών (34.8%) με μέσο χρόνο νοσηλείας τις 7 ημέρες. Και στις 2 ομάδες η τροπονίνη Ι ελαττώθηκε σημαντικά κατά την έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο (ομάδα Α: τιμή εισαγωγής 1.27, min 0.01- max >10 vs τιμή εξιτηρίου 0.66, min 0.01- max 7.66, ομάδα Β: τιμή εισαγωγής 1.8, min 0.03- max >10 vs τιμή εξιτηρίου  $0.79 \pm 0.73$ , αντίστοιχα,  $p < 0.05$ ).

### **Συμπεράσματα**

Η σημαντική ελάττωση της τροπονίνης Ι και στις 2 ομάδες αντικατοπτρίζει προφανώς τη φυσική πορεία εξέλιξης της νόσου και δεν μπορεί να αποδοθεί στην ευεργετική δράση του φαρμάκου.



## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Ο Πρόεδρος και η Οργανωτική Επιτροπή του 9ου Πανελληνίου Συνεδρίου Αθηροσκλήρωσης, ευχαριστούν θερμά τις παρακάτω εταιρίες για την ευγενική υποστήριξη και τη συμβολή τους στη διοργάνωση του συνεδρίου.

**MSD & BIANEΞ**

**ASTRA ZENECA**

**ROTTAPHARM HELLAS**

**ΕΛΑΪΣ – UNILEVER HELLAS**

**ELPEN**

**MENARINI HELLAS**

**GAP**

**PHARMANEL**

**RECORDATI**

**ΤΟΜΕΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΙΕΚ ΞΥΝΗ**



## **ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**

### **ΟΡΓΑΝΩΣΗ - ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ - ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**

#### **INVENTICS ΑΕ - Medevents.gr**

Τεχνόπολη, Κτίριο THERMI II

9ο χλμ. Θεσσαλονίκης – Θέρμη

Τ.Θ. 60714, 57001 Θέρμη

Τηλ: 2310 474.400 Fax: 2310 801.454

email: info@medevents.gr

**ΕΠΙΣΗΜΗ ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΑ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ: [www.eabe.org](http://www.eabe.org)**

### **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ**

28 Φεβρουαρίου - 2 Μαρτίου 2013

### **ΤΟΠΟΣ - ΧΩΡΟΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ**

Ξενοδοχείο Hyatt Regency, Θεσσαλονίκη

**Για την Γιορτή Καρδιάς στις 28/2/13 δωρεάν μεταφορά από και προς το ξενοδοχείο**

**Από Λευκό Πύργο προς Hyatt**

**Ώρα αναχώρησης: 17:00**

**Από Hyatt προς Λευκό Πύργο**

**Ώρα αναχώρησης: 21:00**

Για τις ανάγκες των συμμετεχόντων, το λεωφορείο του ξενοδοχείου θα πραγματοποιεί **δωρεάν μεταφορά** από και προς το ξενοδοχείο

**Από Λευκό Πύργο προς Hyatt Regency**

**Ώρες αναχώρησης:**

09.30

11.30

13.30

16.00

19.00

21.00

23.00

**Από Hyatt Regency προς Λευκό Πύργο**

**Ώρες αναχώρησης:**

08.00

10.30

12.30

14.30

18.00

20.00

22.00





## ΓΛΩΣΣΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Η επίσημη γλώσσα του συνεδρίου είναι η ελληνική.

## ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Ειδικοί Ιατροί και άλλοι επιστήμονες:	150 €
Ειδικευόμενοι Ιατροί:	50 €
Νοσηλεύτες/τριες, Φοιτητές/τριες:	δωρεάν

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

Προεγγραφές θα πραγματοποιούνται μέχρι τις 10/2/2013. Μετά την ημερομηνία αυτή, οι εγγραφές θα γίνονται στη γραμματεία κατά τη διάρκεια του συνεδρίου.

## ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

Η εξόφληση της εγγραφής γίνεται με κατάθεση στον παρακάτω λογαριασμό της Εταιρείας Αθηροσκλήρωσης Βορείου Ελλάδος. Το καταθετήριο, στο οποίο πρέπει να αναγράφεται το ονοματεπώνυμο καθώς και ο τίτλος του συνεδρίου, πρέπει να αποστέλλεται με e-mail στο [info@medevents.gr](mailto:info@medevents.gr) ή fax στο: 2310 801454.

Τράπεζα Πειραιώς | 5233049487692

**Τα έξοδα συμμετοχής δεν επιστρέφονται.**

## ΔΙΠΛΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Το δίπλωμα συμμετοχής θα παραλαμβάνεται από τη γραμματεία την τελευταία ημέρα του συνεδρίου, κατόπιν επίδειξης της κονκάρδας. Το δίπλωμα μοριοδοτείται με 17 μόρια από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο. **Προσοχή!!** Με βάση την εγκύκλιο του ΕΟΦ, η παραλαβή του πιστοποιητικού θα γίνεται **μόνο** με την ελάχιστη παρακολούθηση 8 ωρών.

## 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)

## ΖΩΝΤΑΝΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗ & ΑΠΟΘΗΚΕΥΣΗ

Για όσους δε θα μπορέσουν να παραβρεθούν, υπάρχει η δυνατότητα παρακολούθησης της ζωντανής μετάδοσης μέσω του διαδικτύου από το επίσημο site της ΕΑΒΕ [www.eabe.org](http://www.eabe.org) **με κωδικό πρόσβασης**. Φέτος δίνεται η δυνατότητα απόκτησης πιστοποιητικού παρακολούθησης με 17 μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης στους συμμετέχοντες της ζωντανής μετάδοσης.

**Η παρακολούθηση της ζωντανής μετάδοσης γίνεται ΜΟΝΟ με την ολοκλήρωση της εγγραφής σας και την πληρωμή μέσω PayPal.**

**Το κόστος εγγραφής για τη ζωντανή μετάδοση είναι:**

Ειδικοί ιατροί και άλλοι επιστήμονες: 100 €

Ειδικευόμενοι ιατροί: 50 €

Για να εγγραφείτε στη ζωντανή μετάδοση, επισκεφτείτε στο site της EABE: [www.eabe.org](http://www.eabe.org)

### **ΕΚΘΕΣΗ**

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

### **ΟΠΤΙΚΟΑΚΟΥΣΤΙΚΑ ΜΕΣΑ**

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

### **ΚΛΙΜΑ**

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





## ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

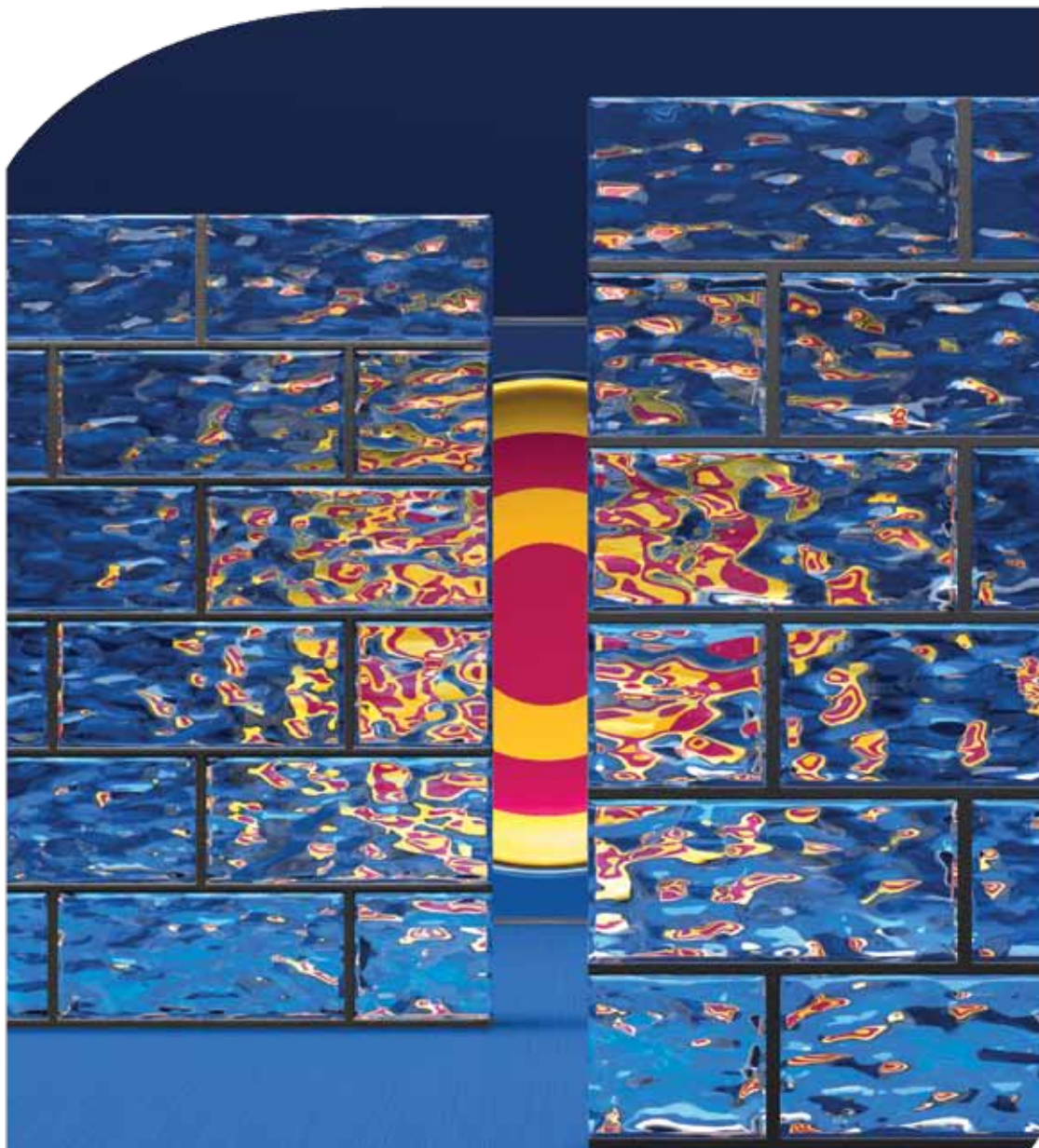
ELENS L. <b>OR.08</b>	ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ Ε. <b>OR.02</b>
VAN SCHAIK R. <b>OR.08</b>	ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Χ. <b>OR.01</b>
ΑΓΙΑΦΑ Δ. <b>PO.03</b>	ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ - ΑΛΑΤΑΚΗ Ε. <b>OR.03</b>
ΑΘΑΝΑΣΑΚΗΣ Ε. <b>PO.01, PO.02</b>	ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ - ΛΕΓΜΠΕΛΟΥ Κ. <b>OR.03</b>
ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ Α. <b>OR.05, OR.07</b>	ΠΑΥΛΙΤΟΥ - ΤΣΙΟΝΤΣΗ Α. <b>OR.03</b>
ΒΟΓΙΑΤΖΗ Ι. <b>OR.02</b>	ΠΗΤΤΑΣ Σ. <b>OR.02</b>
ΓΕΩΡΓΑ Σ. <b>OR.06</b>	ΡΑΓΙΑ Γ. <b>OR.08</b>
ΓΕΩΡΓΙΑΔΟΥ Α. <b>OR.04</b>	ΡΟΓΚΟΤΗΣ Θ. <b>OR.06</b>
ΓΙΑΝΝΟΓΛΟΥ Β. <b>OR.05</b>	ΣΑΠΑΚΑΣ Ι. <b>OR.06</b>
ΓΙΑΝΝΟΓΛΟΥ Γ. <b>OR.05, OR.07</b>	ΣΑΡΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Α. <b>OR.04</b>
ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ Α. <b>OR.05</b>	ΣΙΩΜΟΣ Κ. <b>OR.06</b>
ΓΚΟΛΙΔΑΚΗΣ Δ. <b>OR.01</b>	ΣΚΟΥΤΑΣ Δ. <b>OR.06</b>
ΓΚΟΥΓΚΟΥΡΕΛΑΣ Ι. <b>OR.04</b>	ΣΩΤΗΡΙΟΥ Π. <b>OR.04</b>
ΔΡΟΓΚΑΡΗ Ε. <b>OR.08</b>	ΤΑΥΡΙΔΟΥ Α. <b>OR.08</b>
ΕΜΠΟΡΙΑΔΟΥ-ΠΕΤΙΚΟΠΟΥΛΟΥ Μ. <b>OR.03</b>	ΤΕΡΠΟΣ Β. <b>OR.01</b>
ΚΑΡΑΒΑΣΙΛΕΙΑΔΟΥ Σ. <b>PO.02, PO.01</b>	ΤΣΑΒΔΑΡΙΔΗΣ Ι. <b>OR.06</b>
ΚΑΡΑΝΑΝΟΥ Π. <b>OR.03</b>	ΤΣΑΛΙΔΟΥ Μ. <b>PO.05, PO.06, PO.07</b>
ΚΑΤΡΑΝΑΣ Σ. <b>OR.05, OR.07</b>	ΤΣΕΛΕΠΗΣ Α. <b>OR.08</b>
ΚΑΤΣΑΝΟΣ Ι. <b>OR.06</b>	ΤΣΕΛΙΟΣ Κ. <b>OR.04</b>
ΚΕΛΕΚΗΣ Α. <b>OR.07</b>	ΦΛΕΒΑ Α. <b>OR.03</b>
ΚΟΛΟΒΟΥ Β. <b>OR.08</b>	ΧΑΤΖΗΖΗΣΗΣ Ι. <b>OR.05</b>
ΚΟΛΟΒΟΥ Γ. <b>OR.08</b>	
ΚΟΤΤΑΣ Γ. <b>PO.05, PO.07</b>	
ΚΥΡΙΑΚΟΥ Π. <b>PO.06</b>	
ΚΥΡΠΙΖΙΔΗΣ Χ. <b>OR.01</b>	
ΜΑΝΕΣ Χ. <b>OR.06</b>	
ΜΑΝΩΛΑΚΗ Χ. <b>PO.04</b>	
ΜΑΝΩΛΟΠΟΥΛΟΣ Ε.Γ. <b>OR.08</b>	
ΜΕΛΛΙΔΗΣ Χ. <b>OR.06</b>	
ΜΟΛΛΑΚΗ Β. <b>OR.08</b>	
ΜΟΥΖΑ Ε. <b>OR.06</b>	
ΜΠΙΤΖΙΟΣ Α. <b>PO.04</b>	
ΜΠΟΥΓΑΣ Θ. <b>OR.01</b>	
ΜΠΟΥΝΤΩΝΑΣ Γ. <b>PO.05, PO.06, PO.07</b>	
ΜΠΟΥΡΑ Π. <b>OR.04</b>	
ΜΠΟΥΡΔΑΚΗΣ Α. <b>PO.03</b>	
ΜΠΟΣΤΑΝΙΤΗΣ Ι. <b>PO.05, PO.06, PO.07</b>	
ΝΤΕΛΛΑΣ Π. <b>OR.04</b>	
ΠΑΝΤΖΑΡΤΖΙΔΟΥ Α. <b>OR.02</b>	





# Janumet<sup>®</sup>

(sitagliptin/metformin, MSD)



**BIANEX A.E.** ΒΙΟΦΑΡΜΑΚΑΙΑ ΦΑΡΜΑΚΑΙΟΝ

LICENSEE/DISTRIBUTOR OF **MERCK SHARP & DOHME**, Division of MERCK & Co.

Inc., Whitehouse Station, N.J., USA. Γραφεία Επιστημονικής Ενημέρωσης

**ΑΘΗΝΑ:** Οδός Τσιτσόβου 146 71 Ν. Ερυθρού, Τηλ.: 210 8009111 Ε-Mail: email@bianex.gr • **INTERNET:** <http://www.bianex.gr>

**ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ:** Β. Χασιλή 2, Τηλ: 2110 833893 • **ΠΑΤΡΑ:** Μαζάνος 131, Τηλ: 2610 221977

† Registered Trademark of Merck & Co., Inc. of Whitehouse Station New Jersey, U.S.A. & used under licence from MERCK & Co., INC.

ME12005/JMT-02/12

# ORIZAL®

Olmesartan Medoxomil, Amlodipine Besylate  
20mg/5mg 40mg/5mg 40mg/10mg



**MENARINI HELLAS A.E.**

ΑΝ. ΔΑΜΒΕΡΓΗ 7, 10445 ΑΘΗΝΑ, ΘΛΑ.: 210/8316.111-13, FAX: 210/8317.343, E-MAIL: menarini@otenet.gr