



ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ  
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ

# 8<sup>ο</sup> ΒΟΡΕΙΟΕΛΛΑΔΙΚΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

21 | 22 | 23 ΜΑΪΟΥ 2009

HYATT REGENCY HOTEL  
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

ΤΕΛΙΚΟ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ





Υλικά Αγγειοπλαστικής Στεφανιαίων  
Υλικά Αγγειοπλαστικής Περιφερικών Αγγείων  
Υλικά Αγγειοπλαστικής Καρωτίδων  
Συστήματα Αρτηριακής Αιμόστασης



Βηματοδότες, Εμφυτεύσιμοι Απινιδωτές



Αρτηριακά Μοσχεύματα  
Δικαλωτά Ενδοαυλικά Μοσχεύματα



Θεσσαλονίκη

6ο κλμ. Θεσσαλονίκης Θέρμης  
Τ.Θ. 60747, 57001 Θέρμη Θεσσαλονίκη  
Τ: 2310 365.200 • F: 2310 365.271  
e-mail: info@electromedical.gr

Αθήνα

Πόντου 58, 11527 Αθήνα  
Τ: 210 77.82.294 - 210 77.04.290  
F: 210 77.17.645  
e-mail: elmedath@otenet.gr

[www.electromedical.gr](http://www.electromedical.gr)

## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ **04**

ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ **06**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΕΛΕΤΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ **08**

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ **09**

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΟΜΙΛΗΤΕΣ – ΠΡΟΕΔΡΟΙ **29**

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ **42**

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ **43**

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ **101**

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ  
ΠΡΟΦΟΡΙΚΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ **107**

## ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ

### Αγαπητοί συνάδελφοι

Η Καρδιολογική Εταιρεία Βορείου Ελλάδος σας προσκαλεί να συμμετάσχετε στο 8ο Βορειοελλαδικό Καρδιολογικό Συνέδριο, που θα γίνει στις 21-23 Μαΐου 2009 στο ξενοδοχείο Hyatt Regency στη Θεσσαλονίκη.

Η απόκτηση των γνώσεων που προκύπτουν από την αλματώδη εξέλιξη στο χώρο της καρδιολογίας είναι πρόκληση για την οργανωτική επιτροπή του συνεδρίου μας, που ευελπιστεί πως θα παρουσιάσει ό,τι πιο σύγχρονο και μοντέρνο μέσα από το στρογγυλά τραπέζια και τις διαλέξεις από διακεκριμένους Έλληνες και ξένους ομιλητές.

Φέτος για δεύτερη φορά, εκτός από τη βράβευση των καλύτερων επιστημονικών εργασιών, θα δοθεί και υποτροφία σε ειδικεύόμενο ή νέο καρδιολόγο, για μεταπτυχιακές σπουδές.

Επίσης, στα πλαίσια του συνεδρίου, για μια ακόμη χρονιά, θα γίνει και νοσηλευτική ημερίδα, η οποία, όπως και οι προηγούμενες, πιστεύουμε πως θα στεφθεί από 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 συμβάλουν στην επιτυχία του Συνεδρίου.

### Με συναδελφικούς χαιρετισμούς

**Παράσχος Γκελερής**  
Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ  
Πρόεδρος ΚΕΒΕ

**Ιωάννης Χ. Στυλιάδης**  
Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ  
Πρόεδρος Οργανωτικής  
Επιτροπής του Συνεδρίου

**inventics**  
building the future



Διοργάνωση Επιστημονικών Συνεδρίων & Εκδηλώσεων  
**Medevents.gr**

Ζωντανές μεταδόσεις μέσω Internet  
**Livemedia.gr**

Υπηρεσίες Διαδικτύου  
**Neoweb.gr**

**INVENTICS A.E.**

9ο χλμ Θεσ/νικης - Θέρμης, ΤΕΧΝΟΠΟΛΗ, ΚΤΙΡΙΟ THERMI II  
Τ.Θ. 60714, 57001 Θέρμη, Θεσσαλονίκη  
Τ 2310 474 400, 801 454-5, F 2310 801 454  
info@inventics.net ● www.inventics.net

## ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

### ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ

<b>ΠΡΟΕΔΡΟΣ:</b>	Π. Γκελερής
<b>ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ:</b>	Γ. Μπομπότης
<b>ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ:</b>	Χ. Καρβούνης
<b>ΕΙΔ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ:</b>	Ι. Κανονίδης
<b>ΤΑΜΙΑΣ:</b>	Ν. Φραγκάκης
<b>ΜΕΛΗ:</b>	Χ. Παπακωνσταντίνου, Δ. Κετίκογλου

### ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

<b>ΠΡΟΕΔΡΟΣ:</b>	Ι. Χ. Στυλιάδης
<b>ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΙ:</b>	Γ. Παρχαρίδης, Γ. Μπομπότης
<b>ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ:</b>	Χ. Καρβούνης
<b>ΜΕΛΗ:</b>	Σ. Γαβριηλίδης Π. Γκελερής Κ. Γκεμιτζής Ι. Κανονίδης Ν. Λευκός Κ. Παπαδόπουλος Γ. Σακαντάμης Ι. Στεφανής Δ. Κετίκογλου

## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

**ΠΡΟΕΔΡΟΣ:** Ι. Χ. Στυλιάδης

**ΜΕΛΗ:**

Γ. Παρχαρίδης  
Ν. Αγκομαχαλελής  
Λ. Ανθόπουλος  
Σ. Γαβριηλίδης  
Γ. Γιαννόγλου  
Π. Γκελερής  
Κ. Γκεμιτζής  
Δ. Γρέκας  
Α. Δεληγιάννης  
Α. Ευθυμιάδης  
Δ. Καραμήτσος  
Α. Κοντόπουλος  
Δ. Κρεμαστινός  
Α. Λαζαρίδης  
Ν. Λευκός  
Γ. Λουρίδας  
Χ. Μπουντούλας  
Γ. Μπουντώνας  
Π. Νικολαΐδης  
Κ. Παπαδόπουλος  
Χ. Παπακωνσταντίνου  
Κ. Ράμμος  
Γ. Σακαντάμης  
Π. Σπανός  
Χ. Στεφανάδης  
Μ. Τούμπουρας  
Κ. Αναστασιάδης  
Δ. Αφθονίδης  
Β. Βασιλικός  
Ι. Βογιατζής  
Ι. Γκουράσας  
Γ. Δαλαμάγκας  
Γ. Δρόσος  
Γ. Ευθυμιάδης  
Ι. Ζαρίφης  
Π. Ζεμπεκάκης  
Α. Ζιάκας  
Γ. Καζινάκης  
Ι. Κανονίδης  
Ι. Καπρίνης  
Α. Καραγιάννης  
Χ. Καρβούνης  
Τ. Κάρουλας  
Γ. Κατσαρής  
Δ. Κετίκογλου  
Π. Κουνατιάδης  
Χ. Λιόλιος  
Φ. Μανούδης  
Α.-Δ. Μαυρογιάννη  
Σ. Μόχλας  
Η. Μπασαγιάννης  
Γ. Μπομπότης  
Α. Μπουφίδου  
Ι. Παπαγιάννης  
Σ. Παπαστεφάνου  
Σ. Παρασκευαΐδης  
Χ. Πλιάκος  
Χ. Ραΐδης  
Σ. Σαββάτης  
Γ. Σαββόπουλος  
Χ. Σαββόπουλος  
Β. Σκέμπερης  
Ι. Γ. Στυλιάδης  
Δ. Συμεωνίδης  
Φ. Τρυποσκιάδης  
Ν. Φελουκίδης  
Ν. Χαροκόπος  
Σ. Χατζημιλιτιάδης  
Α. Χατζητόλιος  
Δ. Ψυρρόπουλος

## ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΕΛΕΤΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ

### ΠΡΟΣΦΩΝΗΣΕΙΣ

Ι. Χ. Στυλιάδης

Πρόεδρος Οργανωτικής Επιτροπής του Συνεδρίου

Π. Γκελερής

Πρόεδρος Καρδιολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος

Αθ. Νικολαΐδης

Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης

Ν. Ντόμπρος

Πρόεδρος Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ

Αν. Μάνθος

Πρύτανης ΑΠΘ

Β. Παπαγεωργόπουλος

Δήμαρχος Θεσσαλονίκης

Π. Ψωμιάδης

Νομάρχης Θεσσαλονίκης

### ΚΗΡΥΞΗ ΕΝΑΡΞΗΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Σ. Καλαφάτης

Υπουργός Μακεδονίας - Θράκης

### ΔΙΑΛΕΞΗ

Νέοι ορίζοντες της βιοϊατρικής έρευνας.

Αυτοοργάνωση - πολυπλοκότητα - χάος

Δημήτριος Λαζαρίδης

Ακαδημαϊκός-Ομότιμος Καθηγητής ΑΠΘ

### ΔΕΞΙΩΣΗ ΥΠΟΔΟΧΗΣ

Αίθουσα Regency Ballroom



**ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ**

## ΠΕΜΠΤΗ 21 ΜΑΪΟΥ 2009

### ΑΙΘΟΥΣΑ BALLROOM III

#### 09:00 – 10:00 ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Πρόεδροι: Γ. Μήσιος, Κ. Τσακίριδης

- OR. 01** Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ (1992-2009)  
**Π. Κ. ΣΠΑΝΟΣ, Α. ΤΑΤΛΗΣ, Α. ΑΜΠΑΤΖΟΓΛΟΥ, Ι. ΚΑΡΑΚΑΣΙΔΗΣ, Ε. ΒΕΡΕΣΟΓΛΟΥ**  
Καρδιοχειρουργική Κλινική, «Euromedica - Κυανούς Σταυρός», Θεσσαλονίκη
- OR. 02** ΒΑΣΙΚΕΣ ΤΙΜΕΣ ΤΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗΣ ΟΞΥΜΕΤΡΙΑΣ rSO<sub>2</sub> ΣΕ 100 ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ  
**Ν. Γ. ΜΠΑΪΚΟΥΣΗΣ<sup>1</sup>, Σ. Ν. ΣΥΜΙΝΕΛΑΚΗΣ<sup>1</sup>, Ε. ΑΡΝΑΟΥΤΟΓΛΟΥ<sup>2</sup>, Μ. ΜΑΤΣΑΓΚΑΣ<sup>3</sup>, Α. ΚΩΤΣΑΝΤΗ<sup>3</sup>, Γ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ<sup>2</sup>**  
1. Καρδιοχειρουργική Κλινική  
2. Κλινική Αναισθησιολογίας και Μετεγχειρητικής Εντατικής Θεραπείας  
3. Αγγειοχειρουργικό Τμήμα, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων
- OR. 03** Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ SvO<sub>2</sub> ΩΣ ΠΡΩΙΜΟΥ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΣΕ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΜΕΣΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ  
**Ν. Γ. ΜΠΑΪΚΟΥΣΗΣ<sup>1</sup>, Σ. Ν. ΣΥΜΙΝΕΛΑΚΗΣ<sup>1</sup>, Ε. ΑΡΝΑΟΥΤΟΓΛΟΥ<sup>2</sup>, Α. Κ. ΚΩΤΣΑΝΤΗ<sup>1</sup>, Μ. ΜΑΤΣΑΓΚΑΣ<sup>3</sup>, Γ. Σ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ<sup>2</sup>**  
1. Καρδιοχειρουργική κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων  
2. Κλινική Αναισθησιολογίας και Εντατικής Μετεγχειρητικής Θεραπείας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων  
3. Αγγειοχειρουργική Μονάδα, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων
- OR. 04** ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΑΡΟΞΥΣΜΙΚΗ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ  
**Π. ΠΟΥΛΙΚΑΡΑΚΟΣ, Δ. ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ, Ν. ΓΙΟΥΡΤΟΥΜΑΣ, Η. ΝΤΑΙΒΙΣ, Α ΚΟΛΟΝΙΑΡΗΣ, Π. ΕΦΡΑΙΜΙΔΗΣ, Χ. ΖΟΜΠΟΛΟΥ, Π. ΚΛΟΥΦΕΤΟΣ, Σ. ΚΟΣΜΟΠΟΥΛΟΥ, ΕΜ. ΜΑΚΑΡΗΣ, Γ. ΚΟΥΔΟΥΝΗΣ, Σ. ΖΟΜΠΟΛΟΣ**  
Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. Καλαμάτας
- OR. 05** ΧΡΟΝΟΣ ΠΟΥ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ INR ΜΕ ΑΠΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΓΙΑ ΑΝΑΤΑΞΗ ΕΜΜΕΝΟΥΣΑΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ.  
**Π. ΠΟΥΛΙΚΑΡΑΚΟΣ, Δ. ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ, Χ. ΖΟΜΠΟΛΟΥ, Π. ΕΦΡΑΙΜΙΔΗΣ, Η. ΝΤΑΙΒΙΣ, Ν. ΓΙΟΥΡΤΟΥΜΑΣ, Α ΚΟΛΟΝΙΑΡΗΣ, Π. ΚΛΟΥΦΕΤΟΣ, ΕΜ. ΜΑΚΑΡΗΣ, Σ. ΚΟΣΜΟΠΟΥΛΟΥ, Γ. ΚΟΥΔΟΥΝΗΣ, Σ. ΖΟΜΠΟΛΟΣ**  
Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. Καλαμάτας

- OR. 06** ΚΑΡΔΙΟΜΕΤΑΤΡΟΠΗ ΕΜΜΕΝΟΥΣΑΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ.  
ΧΡΟΝΟΣ ΕΠΙΤΕΥΞΗΣ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ  
Σ. ΠΑΠΑΣΤΕΦΑΝΟΥ<sup>1</sup>, Ν. ΚΑΤΣΑΛΙΑΚΗΣ<sup>1</sup>, Κ. ΔΗΜΗΤΡΑΚΟΠΟΥΛΟΣ<sup>2</sup>,  
Α. ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν «Άγιος Παύλος»  
<sup>2</sup>Αιματολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν «Άγιος Παύλος»
- OR. 07** ΑΝΤΙΪΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΠΑΝΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ  
ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ  
Σ. ΠΑΠΑΣΤΕΦΑΝΟΥ, Γ. ΚΟΤΤΑΣ, Δ. ΚΑΙΠΗΣ, Α. ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ  
Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Άγιος Παύλος»
- OR. 08** ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΕΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΚΟΣΑΕΤΙΑ 1984 – 2003  
Γ. ΓΙΑΝΝΟΓΛΟΥ, Α ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ, Ι ΧΑΤΖΗΖΗΣΗΣ, Γ. ΠΑΡΧΑΡΙΔΗΣ,  
Γ ΛΟΥΡΙΔΑΣ  
Α΄ Καρδιολογική Κλινική, ΠΓΝ ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης

## ΑΙΘΟΥΣΑ BALLROOM I&II

### 09:00 – 11:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Απεικονιστικές μέθοδοι στη διάγνωση  
της στεφανιαίας νόσου  
Πρόεδροι: Γ. Γιαννόγλου, Ι. Τσούνος

Ηχωκαρδιογραφικοί δείκτες ανίχνευσης της  
ισχαιμίας και της βιωσιμότητας του μυοκαρδίου  
Ε. Δαλαμάγκα

Πυρηνική καρδιολογία  
Α. Δούμας

Αξονική τομογραφία  
(Α) Βασικές αρχές, ενδείξεις και κλινικές εφαρμογές  
Α. Κελέκης

(Β) Νεότερα και εξελίξεις στην αξονική στεφανιογραφία  
Ε. Βουρβούρη

Μαγνητική τομογραφία  
Θ. Καραμήτσος

Οπτική συνεκτική τομογραφία  
Η. Αθανασιάδης

**11:00 – 11:30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

**11:30 – 12:00 ΔΙΑΛΕΞΗ**

Πρόεδρος: Π. Σπανός

«Υβριδικό χειρουργείο – Υβριδικός καρδιοχειρουργός –  
Υβριδικός καρδιολόγος – Υβριδικός άρρωστος;»

Χ. Παπακωνσταντίνου

**12:00 – 13:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Επείγοντα προβλήματα στην καθημερινή  
κλινική πράξη

Πρόεδροι: Ι. Καπρίνης, Δ. Ψυρρόπουλος

Πνευμονική εμβολή

Ι. Παπαγιάννης

Διαχωριστικό ανεύρυσμα

Τ. Κάρουλας

Περικαρδίτις – Μυοκαρδίτις

Ν. Γκουζούμας

Ενδοκαρδίτις

Σ. Παπαστεφάνου

**13:30 – 14:15 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Η δράση των φυσικών πόρων

στο καρδιαγγειακό σύστημα

Πρόεδροι: Μ. Τσαλιγόπουλος, Γ. Ευθυμιάδης

Η επίδραση του σκληρού νερού στο

καρδιαγγειακό σύστημα

Ε. Παγκουρέλιας

Υδροθεραπεία – Καρδιαγγειακό σύστημα

Γ. Ευθυμιάδης

Υδρούδες. Παρουσίαση ερευνητικού  
προγράμματος ΑΠΘ

Μ. Τσαλιγόπουλος

14:15 ΕΛΑΦΡΥ ΓΕΥΜΑ

14:15 – 17:00 ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ

### ΑΙΘΟΥΣΑ BALLROOM III

17:00 – 18:00 ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Πρόεδροι: Ι. Βογιατζής, Σ. Σαββάτης

- OR. 09** ΕΙΝΑΙ Η ΑΝΑΤΑΞΗ ΤΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΡΕΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΠΙΛΟΓΗ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ  
**Κ. ΤΟΛΗ, Δ. ΚΟΥΤΡΑΣ, Ι. ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ, Σ. ΒΗΧΟΣ, Α. ΚΑΒΙΔΑ, Ε. ΛΙΤΣΑ, Ι. ΜΑΝΤΑΣ**  
Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Χαλκίδας
- OR. 10** Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΠΤΩΣΗ ΚΑΙ Η ΣΥΝΔΕΟΜΕΝΗ ΜΕ ΑΥΤΗΝ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΟΥΝ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΥΠΟΤΡΟΠΩΝ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ  
**Ε. ΧΑΤΖΗΝΙΚΟΛΑΟΥ-ΚΟΤΣΑΚΟΥ, Γ. ΜΟΣΧΟΣ, Θ. ΜΠΕΛΕΒΕΣΛΗΣ, Ε. ΡΕΠΠΑΣ, Μ. ΚΟΤΣΑΚΟΥ, Κ. ΤΣΑΚΙΡΙΔΗΣ**  
Ηλεκτροφυσιολογικό Εργαστήριο – Κλινική ΑΓΙΟΣ ΛΟΥΚΑΣ Θεσσαλονίκη
- OR. 11** ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΑΝΑΤΑΞΗ ΠΑΡΑΜΕΝΟΥΣΑΣ ΠΟΛΥΕΤΟΥΣ ΒΑΛΒΙΔΙΚΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ  
**Γ. ΚΑΤΣΕΑΣ, ΑΤ ΜΑΛΙΚ., Α. ΜΑΝΤΖΙΑΡΗ, Γ. ΜΑΚΡΗΣ, Α. ΑΒΡΑΜΙΔΟΥ, Μ. ΠΑΡΓΑ**  
Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. Γιαννιτσών
- OR. 12** ΟΙΚΟΓΕΝΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ ή ΟΙΚΟΓΕΝΗΣ ΥΠΕΡΚΟΙΛΙΑΚΗ ΤΑΧΥ-/ ΑΡΡΥΘΜΙΑ;  
**Γ. ΚΑΤΣΕΑΣ, ΑΤ ΜΑΛΙΚ, Γ. ΑΛΜΠΑΝΙΔΗΣ, Α. ΜΑΝΤΖΙΑΡΗ, Γ. ΜΑΚΡΗΣ, Π. ΣΑΒΒΑΣ**  
Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. Γιαννιτσών
- OR.13** ΟΨΙΜΗ ΑΝΑΤΑΞΗ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΜΕΣΗ ΗΛΕΚΤΡΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΜΕΤΑΤΡΟΠΗ  
**Γ. ΚΑΤΣΕΑΣ, Γ. ΑΛΜΠΑΝΙΔΗΣ, Α. ΜΑΛΙΚ, Α. ΜΑΝΤΖΙΑΡΗ, Γ. ΜΑΚΡΗΣ, Α. ΑΒΡΑΜΙΔΟΥ**  
Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. Γιαννιτσών

- OR. 14** Η ΜΕΤΡΗΣΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΒΑΡΙΑΤΡΙΚ ΑΤΟΜΑ  
**E. ΜΠΑΛΤΑΡΕΤΣΟΥ<sup>1</sup>, Μ. ΔΗΜΟΥΛΑ<sup>1</sup>, Μ. ΔΕΛΑΤΟΛΑ<sup>1</sup>, Α. ΤΟΓΙΑΣ<sup>1</sup>,  
 Γ. ΥΦΑΝΤΗΣ<sup>2</sup>, Π. ΜΠΑΪΡΑΚΤΑΡΗΣ<sup>1</sup>, Μ. ΣΟΥΡΑΝΗ<sup>1</sup>**  
<sup>1</sup>Κέντρο Υγείας Τήνου, <sup>2</sup> Κέντρο Υγείας Καρλοβασίου Σάμου
- OR. 15** Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΩΝ NON-DIPPER ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ  
 ΥΨΗΛΟ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΚΙΝΔΥΝΟ  
**E. ΜΠΑΛΤΑΡΕΤΣΟΥ<sup>1</sup>, Μ. ΔΕΛΑΤΟΛΑ<sup>1</sup>, Μ. ΔΗΜΟΥΛΑ<sup>1</sup>, Α. ΤΟΓΙΑΣ<sup>1</sup>,  
 Γ. ΥΦΑΝΤΗΣ<sup>2</sup>, Π. ΜΠΑΪΡΑΚΤΑΡΗΣ<sup>1</sup>, Μ. ΣΟΥΡΑΝΗ<sup>1</sup>**  
<sup>1</sup>Κέντρο Υγείας Τήνου, <sup>2</sup> Κέντρο Υγείας Καρλοβασίου Σάμου
- OR. 16** Η ΥΠΕΡΟΧΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ  
 24ΩΡΟΥ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΤΡΗΣΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ  
 ΣΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ  
**E. ΜΠΑΛΤΑΡΕΤΣΟΥ<sup>1</sup>, Μ. ΔΗΜΟΥΛΑ<sup>1</sup>, Μ. ΔΕΛΑΤΟΛΑ<sup>1</sup>, Α. ΤΟΓΙΑΣ<sup>1</sup>,  
 Γ. ΥΦΑΝΤΗΣ<sup>2</sup>, Π. ΜΠΑΪΡΑΚΤΑΡΗΣ<sup>1</sup>, Μ. ΣΟΥΡΑΝΗ<sup>1</sup>**  
<sup>1</sup>Κέντρο Υγείας Τήνου, <sup>2</sup> Κέντρο Υγείας Καρλοβασίου Σάμου

## **ΑΙΘΟΥΣΑ BALLROOM I&II**

### **17:00 – 19:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Κλινική προσέγγιση των μυοκαρδιοπαθειών  
 Πρόεδροι: **N. Αγκομαχαλελής, Χ. Πλιάκος**

Διατακτική μυοκαρδιοπάθεια. Αίτια, πρόγνωση, θεραπεία  
**I. Παρασκευαΐδης**

Υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια. Κλινική προσέγγιση,  
 φυσική ιστορία, θεραπεία  
**Γ. Ευθυμιάδης**

Μη συμπαγές μυοκάρδιο  
**A. Κρανίδης**

Αρρυθμογόνος δεξιά κοιλία  
**I. Τσούνος**

Καναλοπάθειες (brugada, long QT syndrome).  
 Ορισμός, διαστρωμάτωση κινδύνου  
**N. Φραγκάκης**

19:00 – 19:30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

19:30 – 20:00 ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδρος: Χ. Καρβούνης  
Καρδιά και νεφρός  
Γ. Ευστρατιάδης

20:00 – 20:30 ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδρος: Ν. Λευκός  
Διαστολική λειτουργία της αριστερής κοιλίας.  
Νεότερα δεδομένα  
Γ. Παρχαρίδης

20:30 – 22:00 ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ

**ΑΙΘΟΥΣΑ REGENCY BALLROOM**

22:00 ΔΕΞΙΩΣΗ ΥΠΟΔΟΧΗΣ

## ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 22 ΜΑΪΟΥ 2009

### ΑΙΘΟΥΣΑ BALLROOM I&II

#### 09:30 – 11:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Καρδιά και παράγοντες κινδύνου I  
Πρόεδροι: [Α. Καραγιάννης](#), [Α. Χατζητόλιος](#)

Υπέρταση και ενδοθηλιακή δυσλειτουργία  
[Σ. Δούμα](#)

Βιολογικοί δείκτες για την αναγνώριση υπερτασικών  
ατόμων υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου  
[Κ. Πετίδης](#)

Αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης  
σε ασθενείς υψηλού Κ/Α κινδύνου  
[Χ. Σαββόπουλος](#)

Νεότερα αντιυπερτασικά φάρμακα  
[Π. Ζεμπεκάκης](#)

#### 11:00 – 11:30 ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδρος: [Χ. Ζαμπούλης](#)  
Δομικές και λειτουργικές διαταραχές  
στο αρτηριακό τοίχωμα στην υπέρταση  
[Α. Λαζαρίδης](#)

#### 11:30 – 12:00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

#### 12:00 – 12:30 ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδρος: [Α. Δεληγιάννης](#)  
Μηχανικό μοντέλο της καρδιακής ανεπάρκειας  
[Γ. Λουρίδας](#)



**12:30 – 14:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Καρδιά και παράγοντες κινδύνου II  
Πρόεδροι: **A. Ευθυμιάδης, Κ. Παλέτας**

Υπολειπόμενος Κ/Α κίνδυνος μετά θεραπεία  
με στατίνες  
**B. Άθυρος**

Μεταβολικό σύνδρομο και καρδιά  
**B. Κώτσης**

Δυσλιπιδαιμία του σακχαρώδη διαβήτη  
**T. Διδάγγελος**

Διαχείριση Κ/Α κινδύνου σε ασθενείς  
με σακχαρώδη διαβήτη  
**A. Τσάπας**

Καρδιά και σεξ  
**Χ. Λιόλιος**

**14:00 ΕΛΑΦΡΥ ΓΕΥΜΑ****14:00 – 17:00 ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ****ΑΙΘΟΥΣΑ BALLROOM III****17:00 – 18:00 ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

Πρόεδροι: **A.-Δ. Μαυρογιάννη, Β. Στραβέλας**

**OR. 17** ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗ ΒΟΡΕΙΑ ΕΛΛΑΔΑ  
**A. ΕΥΘΥΜΙΑΔΗΣ, Α. ΤΑΥΡΙΔΟΥ, Ι. ΚΑΝΟΝΙΔΗΣ, Χ. ΜΑΝΕΣ, Γ. ΧΑΤΖΗΣ,  
Ι. ΕΥΘΥΜΙΑΔΗΣ, Σ. ΠΑΥΛΙΔΟΥ, Μ. ΒΛΑΧΟΠΟΥΛΟΥ, Γ. ΣΑΚΑΝΤΑΜΗΣ**  
Εταιρεία Αθηροσκλήρωσης Β. Ελλάδος / ATHOS CARDIO GREECE Study

- OR. 18** ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΕΠΙΚΑΛΥΜΜΕΝΩΝ ΕΝΔΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΠΡΟΘΕΣΕΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΝΔΙΑΜΕΣΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΕΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ MINIMUM LUMEN AREA (MLA)<4mm<sup>2</sup> ΣΕ ΜΕΛΕΤΗ ΜΕ ΕΝΔΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΥΠΕΡΗΧΟ(IVUS).  
**Χ. ΓΡΑΪΔΗΣ, Γ. ΜΑΜΑΔΑΣ, Δ. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ, Α. ΝΤΑΤΣΙΟΣ, Π. ΣΕΜΕΡΤΖΙΔΗΣ, Φ. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, Β. ΚΑΡΑΣΑΒΒΙΔΗΣ, Κ. ΓΟΥΡΓΙΩΤΗΣ, Ι. ΒΟΓΙΑΤΖΗΣ, Ι. ΚΟΥΜΠΑΡΟΥΔΗΣ, Ι. ΤΣΟΥΝΟΣ, Κ. ΒΟΛΟΥΔΑΚΗΣ, Ν. ΧΑΜΟΥΡΑΤΙΔΗΣ**  
Κλινική «Euromedica-Κυανούς Σταυρός»
- OR. 19** ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΔΙΑΤΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ ΜΕ ΤΙΣ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΥΣ ΕΠΑΝΑΙΜΑΤΩΣΗΣ: ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ, ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ  
**Χ. ΓΡΑΪΔΗΣ, Γ. ΜΑΜΑΔΑΣ, Δ. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ, Α. ΝΤΑΤΣΙΟΣ, Π. ΣΕΜΕΡΤΖΙΔΗΣ, Φ. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, Χ. ΜΠΑΣΑΓΙΑΝΝΗΣ, Β. ΚΑΡΑΣΑΒΒΙΔΗΣ, Κ. ΓΟΥΡΓΙΩΤΗΣ, Ι. ΒΟΓΙΑΤΖΗΣ, Ι. ΚΟΥΜΠΑΡΟΥΔΗΣ, Κ. ΒΟΛΟΥΔΑΚΗΣ, Γ. ΚΑΡΑΚΩΣΤΑΣ, Ν. ΧΑΜΟΥΡΑΤΙΔΗΣ**  
Κλινική «Euromedica-Κυανούς Σταυρός»
- OR. 20** ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΠΑΝΑΚΑΤΑΣΚΕΥΗΣ ΤΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ ΜΕ DRUG-ELUTING STENTS ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΧΥΤΗ ΝΟΣΟ (ΤΕΧΝΙΚΗ FULL METAL JACKET)  
**Χ. ΓΡΑΪΔΗΣ, Δ. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ, Α. ΝΤΑΤΣΙΟΣ, Π. ΣΕΜΕΡΤΖΙΔΗΣ, Φ. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, Β. ΚΑΡΑΣΑΒΒΙΔΗΣ, Χ. ΜΠΑΣΑΓΙΑΝΝΗΣ, Ι. ΒΟΓΙΑΤΖΗΣ, Κ. ΓΟΥΡΓΙΩΤΗΣ, Ι. ΤΣΟΥΝΟΣ, Κ. ΒΟΛΟΥΔΑΚΗΣ, Ι. ΚΟΥΜΠΑΡΟΥΔΗΣ, Ν. ΧΑΜΟΥΡΑΤΙΔΗΣ**  
Κλινική «Euromedica-Κυανούς Σταυρός», Θεσσαλονίκη
- OR. 21** ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΔΥΟ ΔΕΚΑΕΤΙΕΣ  
**Π. ΚΥΡΙΑΚΟΥ, Ι. ΜΠΟΣΤΑΝΙΤΗΣ, Μ. ΤΣΑΛΙΔΟΥ, Γ. ΜΠΟΥΝΤΩΝΑΣ, Μ. ΡΑΠΤΟΠΟΥΛΟΥ-ΓΙΓΗ**  
Καρδιολογικό Τμήμα, Β΄ Παθολογική Πανεπιστημιακή Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
- OR. 22** ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΦΥΛΟ ΣΕ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ  
**Π. ΚΥΡΙΑΚΟΥ, Ι. ΜΠΟΣΤΑΝΙΤΗΣ, Μ. ΤΣΑΛΙΔΟΥ, Γ. ΜΠΟΥΝΤΩΝΑΣ, Μ. ΡΑΠΤΟΠΟΥΛΟΥ-ΓΙΓΗ**  
Καρδιολογικό Τμήμα Β΄ Παθολογικής Κλινικής ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

- OR. 23** Η ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΗΡΕΜΙΑΣ ΕΙΝΑΙ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ  
**Κ. ΤΟΛΗ, Δ. ΚΟΥΤΡΑΣ, Ι. ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ, Ε. ΛΙΤΣΑ, Σ. ΒΗΧΟΣ, Α. ΠΕΤΑΛΟΥΔΗΣ, Ι. ΜΑΝΤΑΣ**  
 Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Χαλκίδας
- OR. 24** Η ΜΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΥΠΕΡΓΛΥΚΑΙΜΙΑ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΟΝ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟ ΚΑΙ ΤΗ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΚΑ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΜΕΝΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ  
**Δ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ, MD, MSc, PhD,<sup>1</sup> Ι. ΧΑΤΖΗΖΗΣΗΣ, MD, MSc,<sup>2</sup> Γ. ΛΟΥΡΙΔΑΣ, MD, PhD,<sup>3</sup> Γ. ΠΑΡΧΑΡΙΔΗΣ, MD, PhD,<sup>4</sup> Γ. ΓΙΑΝΝΟΓΛΟΥ, MD, PhD<sup>4</sup>**  
 1. Επιστημονικός Συνεργάτης, Α΄ Καρδιολογική Κλινική, ΑΧΕΠΑ  
 2. Ειδικευόμενος Καρδιολογίας, Α΄ Καρδιολογική Κλινική, ΑΧΕΠΑ  
 3. Ομότιμος Καθηγητής Καρδιολογίας, Ιατρική Σχολή, ΑΠΘ  
 4. Καθηγητής Καρδιολογίας, Ιατρική Σχολή, ΑΠΘ
- OR. 25** ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ - ΜΙΑ ΔΥΝΑΜΙΚΗ ΣΧΕΣΗ  
**Ό. ΤΣΑΧΟΥΡΙΔΟΥ<sup>1</sup>, Σ. ΚΑΡΑΒΑΣΙΛΕΙΑΔΟΥ<sup>2</sup>**  
<sup>1</sup>Επιστημονική Συνεργάτης Α΄ Παθολογικής Κλινικής Γ.Ν.ΑΧΕΠΑ  
<sup>2</sup>Εργαστήριο Αθλητιατρικής, Τ.Ε.Φ.Α.Α. Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη
- OR. 26** IVUS-ANGIO TOOL: ΛΟΓΙΣΜΙΚΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΤΟΜΑΤΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΤΡΙΣΔΙΑΣΤΑΤΗ ΑΝΑΣΥΝΘΕΣΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ  
**Γ. ΓΙΑΝΝΟΓΛΟΥ<sup>1</sup>, Α. ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ<sup>1</sup>, Ι. ΧΑΤΖΗΖΗΣΗΣ<sup>1</sup>, Χ. ΔΟΥΛΑΒΕΡΑΚΗΣ<sup>2</sup>, Ι. ΤΣΑΜΠΟΥΛΑΤΙΔΗΣ<sup>2</sup>, Α. ΜΠΙΛΗΣ<sup>2</sup>, Ι. ΚΟΜΠΑΤΣΙΑΡΗΣ<sup>2</sup>**  
<sup>1</sup>Α΄ Καρδιολογική Κλινική ΠΓΝ ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης  
 Εργαστήριο Καρδιαγγειακής Μηχανικής Και Αθηροσκλήρωσης  
<sup>2</sup>Ίνστιτούτο Πληροφορικής Και Τηλεματικής - Εθνικό Κέντρο Έρευνας και Τεχνολογικής Ανάπτυξης
- OR. 27** ΤΡΙΣΔΙΑΣΤΑΤΗ ΕΞΟΜΟΙΩΣΗ ΓΕΩΜΕΤΡΙΚΩΝ ΜΕΤΑΒΟΛΩΝ ΤΗΣ ΔΕΞΙΑΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΚΑΡΔΙΑΚΟ ΚΥΚΛΟ  
**Α. ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ, Ι. ΧΑΤΖΗΖΗΣΗΣ, Γ. ΓΙΑΝΝΟΓΛΟΥ**  
 Α΄ Καρδιολογική Κλινική, ΠΓΝ ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης  
 Εργαστήριο Καρδιαγγειακής Μηχανικής και Αθηροσκλήρωσης
- OR. 28** IN VIVO ΤΡΙΣΔΙΑΣΤΑΤΗ ΑΝΑΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΤΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ ΑΠΟ ΑΞΟΝΙΚΗ ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΑ  
**Σ ΚΑΤΡΑΝΑΣ, Ι ΧΑΤΖΗΖΗΣΗΣ, Α ΚΕΛΕΚΗΣ, Γ ΓΙΑΝΝΟΓΛΟΥ**  
 Εργαστήριο Καρδιαγγειακής Μηχανικής και Αθηροσκλήρωσης,  
 Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γ. Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ,  
 Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

- OR. 29** ΣΧΕΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΨΕΥΔΑΡΓΥΡΟΥ ΣΤΟΝ ΟΡΟ ΚΑΙ ΣΤΑ ΟΥΡΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΚΑ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΜΕΝΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ  
**Δ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ, MD, MSc, PhD,<sup>1</sup> Λ. ΚΟΒΑΤΣΗ, BSc, MD, PhD,<sup>2</sup>**  
**Ι. ΧΑΤΖΗΖΗΣΗΣ, MD, MSc,<sup>3</sup> Γ. ΠΑΡΧΑΡΙΔΗΣ, MD, PhD,<sup>4</sup>**  
**Γ. ΓΙΑΝΝΟΓΛΟΥ, MD, PhD<sup>4</sup>**

1. Επιστημονικός συνεργάτης, Α΄ Καρδιολογική Κλινική, ΑΧΕΠΑ
2. Λέκτορας, Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας, Ιατρική Σχολή, ΑΠΘ
3. Ειδικευόμενος Καρδιολογίας, Α΄ Καρδιολογική Κλινική, ΑΧΕΠΑ
4. Καθηγητής Καρδιολογίας, Ιατρική Σχολή, ΑΠΘ

### **ΑΙΘΟΥΣΑ BALLROOM I&II**

#### **17:00 – 19:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Αρρυθμίες

Πρόεδροι: **Σ. Μόχλας, Η. Μπασαγιάννης**

(Α) Κολπική μαρμαρυγή

1. Φαρμακευτική αγωγή για τον έλεγχο του ρυθμού, της συχνότητας ή και των δύο  
**Ι. Γ. Στυλιάδης**

2. Κατάλυση στο αιμοδυναμικό εργαστήριο  
**Β. Βασιλικός**

3. Αντιπηκτικά στην κολπική μαρμαρυγή  
**Γ. Σταυρόπουλος**

(Β) Αιφνίδιος καρδιακός θάνατος

1. Διαστρωμάτωση κινδύνου  
**Β. Σκέμπερης**

2. Φαρμακευτική αγωγή  
**Κ. Πολυμερόπουλος**

3. Απινιδωτές, κατάλυση  
**Ε. Χατζηνικολάου**

#### **19:00 – 19:30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

**ΑΙΘΟΥΣΑ REGENCY BALLROOM****19:30 – 20:00 ΔΙΑΛΕΞΗ**

Πρόεδρος: **Κ. Παπαδόπουλος**  
Σύνδρομα προδιεγέρσεως. Εκτίμηση κινδύνου  
**Γ. Σακαντάμης**

**20:00 – 20:30 ΔΙΑΛΕΞΗ**

Πρόεδρος: **Β. Πυργάκης**  
Απινιδωτές στην αντιμετώπιση του αιφνιδίου  
καρδιακού θανάτου  
**Ι. Χ. Στυλιάδης**

**20:30 – 22:00 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ MENARINI****ΑΙΘΟΥΣΑ BALLROOM****22:00 ΔΕΙΠΝΟ**

Με την ευγενική χορηγία της εταιρείας **MENARINI**

## ΣΑΒΒΑΤΟ 23 ΜΑΪΟΥ 2009

### ΑΙΘΟΥΣΑ BALLROOM III

#### 09:00-10:00 ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Πρόεδροι: Α. Παναγιωτίδου, Ν. Μιχελακάκης

- OR. 30** ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΙΦΝΙΔΙΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΣΤΗΝ ΕΠΙΔΕΙΝΟΥΜΕΝΗ ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΒΑΣΙΖΟΜΕΝΗ ΣΤΟ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΡΙΩΝ ΒΙΟ-ΔΕΙΚΤΩΝ (ΤΗΣ C-ΑΝΤΙΔΡΩΣΗΣ ΠΡΩΤΕΙΝΗΣ, ΤΟΥ Β-ΝΑΤΡΙΟΥΡΗΤΙΚΟΥ ΠΕΠΤΙΔΙΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΤΡΟΠΟΝΙΝΗΣ Τ)
- Ε. ΧΑΤΖΗΝΙΚΟΛΑΟΥ-ΚΟΤΣΑΚΟΥ, Π. ΜΑΚΡΙΔΗΣ, Θ. ΜΠΕΛΕΒΕΣΛΗΣ, Γ. ΜΟΣΧΟΣ, Ε. ΡΕΠΠΑΣ, Μ. ΚΟΤΣΑΚΟΥ, Ε. ΚΑΡΑΠΑΤΣΟΥΔΗ, Κ. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, Κ. ΤΣΑΚΙΡΙΔΗΣ**
- Ηλεκτροφυσιολογικό Εργαστήριο Κλινική ΑΓΙΟΣ ΛΟΥΚΑΣ και Καρδιολογική Κλινική Νοσοκομείου Έδεσσας .
- OR. 31** Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΤΑΡΣΕ ΣΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΔΕΞΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ (RV)
- Χ. ΧΑΤΖΗΕΛΕΥΘΕΡΙΟΥ, Δ. ΤΟΥΜΠΑΝΟΣ, Σ. ΧΑΡΙΖΟΠΟΥΛΟΣ, Χ. ΣΤΕΦΑΝΙΔΗΣ, Ε. ΓΕΩΡΓΙΟΥ, Ν. ΡΩΜΑΝΙΔΟΥ, Δ. ΜΑΤΖΙΝΟΥ, Ν. ΘΕΟΔΩΡΙΔΗΣ**
- Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. Δράμας
- OR. 32** Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΜΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ
- Χ. ΧΑΤΖΗΕΛΕΥΘΕΡΙΟΥ, Σ. ΧΑΡΙΖΟΠΟΥΛΟΣ, Δ. ΤΟΥΜΠΑΝΟΣ, Χ. ΣΤΕΦΑΝΙΔΗΣ, Ε. ΓΕΩΡΓΙΟΥ, Ν. ΡΩΜΑΝΙΔΟΥ, Δ. ΜΑΤΖΙΝΟΥ, Ν. ΘΕΟΔΩΡΙΔΗΣ**
- Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. Δράμας
- OR. 33** Η ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΔΕΞΙΟΥ ΣΚΕΛΟΥΣ ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ :ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΟΥ NT-ΠΡΟ-BNP ΚΑΙ ΣΕ ΔΕΙΚΤΕΣ ΤΗΣ ΣΥΣΤΟΛΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ
- Ε. ΧΑΤΖΗΝΙΚΟΛΑΟΥ - ΚΟΤΣΑΚΟΥ, Γ. ΜΠΟΜΠΟΤΗΣ, Ε. ΡΕΠΠΑΣ, Θ. ΜΠΕΛΕΒΕΣΛΗΣ, Γ. ΜΟΣΧΟΣ, Μ. ΚΟΤΣΑΚΟΥ, Α. ΠΛΑΤΗΣ, Α. ΜΑΥΡΟΓΙΑΝΝΗ, Κ. ΤΣΑΚΙΡΙΔΗΣ**
- Ηλεκτροφυσιολογικό Εργαστήριο, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη
- OR. 34** ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ
- Ν.Κ.ΚΑΡΟΓΙΑΝΝΗΣ, Γ.ΑΛΜΠΑΝΗΣ, Ν.ΤΡΑΓΟΤΣΑΛΟΥ, Μ.ΜΗΛΙΤΣΟΠΟΥΛΟΥ, Γ.ΣΕΡΒΟΣ, Α.ΜΑΖΑΡΑΚΗΣ**
- Α΄ Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν.Πατρών

- OR. 35** IN VIVO ΤΡΙΣΔΙΑΣΤΑΤΗ ΑΝΑΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΑΟΡΤΗΣ ΑΠΟ ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΚΑΙ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΤΟΠΙΚΩΝ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ  
**Γ ΓΙΑΝΝΟΓΛΟΥ, Σ ΚΑΤΡΑΝΑΣ, Ι ΣΟΥΛΗΣ, Ι ΧΑΤΖΗΖΗΣΗΣ, Κ ΣΕΡΑΛΙΔΟΥ, Α ΜΑΓΓΙΝΑΣ**  
Εργαστήριο Καρδιαγγειακής Μηχανικής και Αθηροσκλήρωσης, Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
- OR. 36** ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΜΙΟΔΑΡΟΝΗΣ  
**Π. ΚΥΡΙΑΚΟΥ, Α. ΖΑΦΕΙΡΗΣ, Ι. ΜΠΟΣΤΑΝΙΤΗΣ, Α. ΕΥΘΥΜΙΑΔΗΣ**  
Καρδιολογικό Τμήμα Β΄ Παθολογικής Κλινικής ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
- OR. 37** ΣΥΓΚΟΠΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΓΛΩΣΣΟΦΑΡΥΓΓΙΚΗ ΝΕΥΡΑΛΓΙΑ ΑΠΟ ΔΙΗΘΗΣΗ ΑΠΟ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥΣ ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ  
**Π. ΚΥΡΙΑΚΟΥ, Ι. ΜΠΟΣΤΑΝΙΤΗΣ, Α. ΖΑΦΕΙΡΗΣ, Γ. ΜΠΟΥΝΤΩΝΑΣ**  
Καρδιολογικό Τμήμα Β΄ Παθολογικής Κλινικής ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
- OR. 38** ΠΡΩΙΜΗ ΣΤΑΦΥΛΟΚΟΚΚΙΚΗ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ  
**Π. ΚΥΡΙΑΚΟΥ, Ι ΜΠΟΣΤΑΝΙΤΗΣ, Α. ΖΑΦΕΙΡΗΣ, Ε. ΓΙΓΗ, Γ. ΜΠΟΥΝΤΩΝΑΣ**  
Καρδιολογικό Τμήμα Β΄ Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

**ΑΙΘΟΥΣΑ BALLROOM I&II****09:00 – 11:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Βαλβιδοπάθειες - Συγγενείς καρδιοπάθειες

Πρόεδροι: Σ. Γαβριηλίδης, Ι. Ζαρίφης

Διαγνωστική προσέγγιση των βαλβιδοπαθειών

Χ. Μπασαγιάννης

Ασυμπτωματική στένωση της αορτικής βαλβίδας.

Αντιμετώπιση

Δ. Κετίκογλου

Ανεπάρκεια της μιτροειδούς. Αντιμετώπιση

Ε. Μάτσακας

Διαδερμική αντιμετώπιση των βαλβιδοπαθειών

Σ. Χατζημιλιτιάδης

Σύγχρονη θεραπευτική αντιμετώπιση

των συγγενών καρδιοπαθειών

Θ. Ζαγκλαβάρα

**11:00 – 11:30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ****11:30 – 12:00 ΔΙΑΛΕΞΗ**

Πρόεδρος: Γ. Λουρίδας

Οξεία καρδιακή ανεπάρκεια: Διάγνωση και θεραπεία

Φ. Τρυποσκιάδης



**12:00 – 14:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

Οξεία στεφανιαία σύνδρομα

Πρόεδροι: Π. Γκελερής, Σ. Χατζημιλιτιάδης, Μ. Τούμπουρας

Βιοδείκτες στη διάγνωση της στεφανιαίας νόσου

- / Τροπονίνη
- / CRP
- / Νατριοδιουρητικά πεπτίδια

Έμφραγμα χωρίς ανάσπαση του ST διαστήματος

- / Φαρμακευτική αγωγή
- / Ποιος ασθενής και πότε θα οδηγηθεί στο εργαστήριο

Έμφραγμα με ανάσπαση του ST διαστήματος

- / Θρομβόλυση
- / Πρωτογενής αγγειοπλαστική
- / Μηχανικές επιπλοκές – αρρυθμίες – θεραπεία

Συζητητές:

Γ. Μπομπότης, Δ. Τσικαδέρης, Θ. Παπαδόπουλος,

Α. Ζιάκας, Β. Γουλιέλμος, Κ. Αναστασιάδης

**14:00 – 17:00 ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ****ΑΙΘΟΥΣΑ BALLROOM III****17:00 – 19:00 ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

Πρόεδροι: Ε. Καραπατσούδη, Α. Χοτίδης

- OR. 39** ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΜΑΖΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΕΜΒΟΛΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ ΥΠΟ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ  
**Α.Γ. ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ, Ε. Σ. ΚΑΡΑΠΑΤΣΟΥΔΗ, Κ. Α. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, Χ. Γ. ΓΚΟΛΙΑΣ, Κ. Δ. ΚΑΡΑΛΗ, Δ. Γ. ΦΡΑΓΚΟΥΛΙΔΗΣ, Π. Χ. ΜΑΚΡΙΔΗΣ**  
 Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Έδεσσας

- OR. 40** ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΕ ΣΥΝΑΡΤΗΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΟΜΦΑΛΙΚΗΣ ΠΕΡΙΜΕΤΡΟΥ  
**Α. ΤΣΙΠΗΣ, Ν. ΣΠΥΡΙΔΗΣ, Α. ΒΛΑΧΟΓΙΩΡΓΟΣ, Α. ANTONUCC, Μ. ΑΡΑΒΙΔΟΥ, Ν. ΜΕΤΑΞΩΤΟΣ**  
 Τμήμα Ελέγχου Σωματικού Βάρους, Συμμετρία, Αθήνα

- OR. 41** ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΟΛΙΚΗΣ ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗΣ ΣΤΗΝ ΑΘΗΡΩΜΑΤΩΣΗ ΤΩΝ ΚΑΡΩΤΙΔΩΝ  
**Γ. Α. ΚΟΥΛΟΥΡΗΣ<sup>1</sup>, Γ. Π. ΧΑΤΖΗΑΝΤΩΝΙΟΥ<sup>2</sup>, Ε. Π. ΘΕΟΔΩΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ<sup>3</sup>, Μ. Χ. ΣΙΑΜΑΝΤΑ<sup>2</sup>, Π. Θ. ΘΕΟΔΩΡΑΚΟΠΟΥΛΟΣ<sup>3</sup>, Μ. Α. ΡΗΓΑ<sup>1</sup>**  
 Εργοερευνητική ΜΚΟ<sup>1</sup>  
 Διεύθυνση Υγείας Νομαρχίας Αθηνών<sup>2</sup>  
 Ινστιτούτο Έρευνας Νοσημάτων Θώρακος Υγιεινής και Ασφάλειας Εργασίας<sup>3</sup>
- OR. 42** ΑΝΤΙΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΔΡΑΣΗ ΟΛΜΕΣΑΡΤΑΝΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ  
**Γ. Π. ΧΑΤΖΗΑΝΤΩΝΙΟΥ<sup>1</sup>, Γ. Α. ΚΟΥΛΟΥΡΗΣ<sup>2</sup>, Ε. Π. ΘΕΟΔΩΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ<sup>3</sup>, Μ. Χ. ΣΙΑΜΑΝΤΑ<sup>1</sup>, Π. Θ. ΘΕΟΔΩΡΑΚΟΠΟΥΛΟΣ<sup>3</sup>, Κ. Α. ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ<sup>2</sup>**  
 Διεύθυνση Υγείας Νομαρχίας Αθηνών<sup>1</sup>  
 Εργοερευνητική ΜΚΟ<sup>2</sup>  
 Ινστιτούτο Έρευνας Νοσημάτων Θώρακος Υγιεινής και Ασφάλειας Εργασίας<sup>3</sup>
- OR. 43** Η ΑΟΡΤΙΚΗ ΑΚΑΜΨΙΑ ΣΤΑ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ  
**Μ. ΜΑΥΡΟΥΔΗ<sup>1</sup>, Β. ΣΚΕΜΠΕΡΗΣ<sup>2</sup>, Ε. ΜΑΥΡΟΥΔΗ<sup>3</sup>, Α. ΜΠΟΜΠΟΝΑΡΗΣ<sup>2</sup>, Π. ΓΚΕΛΕΡΗΣ<sup>2</sup>**  
<sup>1</sup>ΒΠ Ιπποκρατείου Νοσοκομείου Θεσ/νίκης  
<sup>2</sup>ΒΠΠ Ιπποκρατείου Νοσοκομείου Θεσ/νίκης  
<sup>3</sup>ΜΕΘ ΑΝΘ Θεαγένειο
- OR. 44** ΣΥΝΔΡΟΜΟ BRUGADA ΣΤΗΝ ΚΕΡΚΥΡΑ: ΟΤΑΝ ΤΟ ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΗΜΑ ΔΥΝΑΤΑΙ ΝΑ ΣΩΣΕΙ ΖΩΕΣ...  
**Γ. ΚΑΣΙΜΗΣ, Ι. ΠΡΟΒΑΤΑΣ, Κ. ΤΣΙΛΙΑΣ, Ν. ΚΑΛΑΝΤΖΗΣ, Χ. ΚΑΡΔΑΜΗΣ, Α. ΔΟΥΛΗΣ, Α. ΔΡΑΓΑΝΙΓΟΣ**  
 Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας
- OR. 45** ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΓΩΓΙΜΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟ SJOGREN  
**Ε. ΓΕΩΡΓΙΑΔΗ<sup>1</sup>, Β. ΠΙΝΑΚΑΣ<sup>1</sup>, Γ. ΚΟΥΡΤΗΣ<sup>1</sup>, Θ. ΣΙΜΟΠΟΥΛΟΥ<sup>1</sup>, Α. ΠΑΙΔΗΣ<sup>1</sup>, Κ. ΝΤΟΥΛΑΣ<sup>2</sup>, Σ. ΚΑΡΑΜΑΓΚΙΩΛΗΣ<sup>1</sup>**  
 1 Α΄ Παθολογική Κλινική  
 2 Καρδιολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας
- OR. 46** ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ  
**Ν.Κ.ΚΑΡΟΓΙΑΝΝΗΣ, Γ.ΑΛΜΠΑΝΗΣ, Ν.ΤΡΑΓΟΤΣΑΛΟΥ, Μ.ΜΗΛΙΤΣΟΠΟΥΛΟΥ, Γ.ΣΕΡΒΟΣ, Α.ΜΑΖΑΡΑΚΗΣ**  
 Α΄ Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν.Πατρών

- OR. 47** CLINICAL APPLICATIONS OF CARDIOPULMONARY EXERCISE TEST IN PATIENTS WITH HYPERTROPHIC CARDIOMYOPATHY  
**GEORGIOS K EFTHIMIADIS, GEORGIOS GIANNAKOULAS, DESPINA PARCHARIDOU, EFSTATHIOS PAGKOURELIAS, VASSILIOS KAMPEREIDIS, PANAGIOTIS KALPIDIS, STAVROS GAVRIELIDES, IOANNIS CH. STYLIADIS, GEORGIOS PARCHARIDIS**  
 First Cardiology Department, Aristotle University Medical School, Thessaloniki , Greece

### **ΑΙΘΟΥΣΑ BALLROOM I&II**

#### **17:00 – 19:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

Καρδιακή ανεπάρκεια

Πρόεδροι: Χ. Καρβούνης, Ι. Κανονίδης, Κ. Ράμμος

- / Κατάταξη της καρδιακής ανεπάρκειας
- / Συστολική κ. ανεπάρκεια – καρδιακή ανεπάρκεια με διατηρημένο κλάσμα εξωθήσεως
- / Φαρμακευτική θεραπεία
- / Αμφικολιακή βηματοδότηση
- / Συσκευές υποβοήθησης της αριστερής κοιλίας

Συζητητές:

Σ. Τουμανίδης, Ν. Μεζίλης, Γ. Δρόσος,

Α. Πίτσης, Α. Ζαχαρούλης, Β. Βασιλικός

#### **19:00 – 19:30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

### **ΑΙΘΟΥΣΑ REGENCY BALLROOM**

#### **19:30 – 20:00 ΔΙΑΛΕΞΗ**

Πρόεδρος: Α. Κοντόπουλος

Φαρμακογενετική – Φαρμακογονιδιωματική στην καρδιολογία

Χ. Μπουντούλας

**20:00 – 20:30 ΔΙΑΛΕΞΗ**

Πρόεδρος: Γ. Παρχαρίδης

«Εξελίξεις στη διάγνωση και θεραπεία της ευάλωτης  
αθηρωματικής πλάκας»

Χ. Στεφανάδης

**20:30 – 22:00 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ ΤΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ  
SCHERING PLOUGH – BIANEΞ/MSD**

**ΑΙΘΟΥΣΑ BALLROOM**

**22:00 ΔΕΞΙΩΣΗ**

Με την ευγενική χορηγία των εταιριών

**SCHERING PLOUGH - BIANEΞ / MSD**

**ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ  
ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ**

## ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ

### Ν. Αγκομαχαλελής

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

### Η. Αθανασιάδης

Επεμβατικός Καρδιολόγος, Γενική Κλινική, Θεσσαλονίκη

### Β. Άθυρος

Επίκουρος Καθηγητής ΑΠΘ, Β' Προπαιδευτική Κλινική,  
Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

### Κ. Αναστασιάδης

Επικ. Καθηγητής Καρδιοχειρουργικής Κλινικής ΑΠΘ,  
Κλινική Θώρακος-Καρδιάς-Αγγείων, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ,  
Θεσσαλονίκη

### Β. Βασιλικός

Επικ. Καθηγητής ΑΠΘ, Α' Καρδιολογική Κλινική,  
Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

### Ι. Βογιατζής

Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής,  
Νοσοκομείο Βέροιας

### Ε. Βουρβούρη

Ειδικός Καρδιολόγος, Διδάκτωρ πανεπιστημίου Erasmus, Ολλανδία,  
Υπεύθυνη καρδιολόγος του τμήματος Αξονικής Στεφανιογραφίας  
του ιατρικού κέντρου EXPRESS SERVICE, Θεσσαλονίκη

### Σ. Γαβριηλίδης

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

### Γ. Γιαννόγλου

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

### Π. Γκελερής

Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική,  
Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

**N. Γκουζούμας**

Καρδιολόγος, Επιμελητής Α', Νοσοκομείο «Γ. Γεννηματάς»,  
Θεσσαλονίκη

**B. Γουλιέλμος**

Αναπλ. Καθηγητής Καρδιοχειρουργικής Πανεπιστημίου Δρέσδης,  
Καρδιοχειρουργός, Γενική Κλινική, Θεσσαλονίκη

**E. Δαλαμάγκα**

Καρδιολόγος, Επιστ. Συνεργάτης Α' Καρδιολογικής Κλινικής,  
Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**A. Δεληγιάννης**

Καρδιολόγος, Καθηγητής Αθλητιατρικής ΑΠΘ,  
Εργαστήριο Αθλητιατρικής ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

**T. Διδάγγελος**

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

**Σ. Δούμα**

Επίκ. Καθηγήτρια ΑΠΘ, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική,  
Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

**A. Δούμας**

Επίκ. Καθηγητής Πυρηνικής Ιατρικής ΑΠΘ,  
Νοσοκομείο «Γ. Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

**Γ. Δρόσος**

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

**A. Ευθυμιάδης**

Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Β' Παθολογική Κλινική,  
Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

**Γ. Ευθυμιάδης**

Επίκ. Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Α' Καρδιολογική Κλινική,  
Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**Γ. Ευστρατιάδης**

Καθηγητής Νεφρολογίας-Παθολογίας ΑΠΘ, Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ,  
Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

#### Θ. Ζαγκλαβάρα

Καρδιολόγος, Διευθύντρια Τμήματος Ηχωκαρδιογραφίας,  
Κλινική «Euromedica – Κυανούς Σταυρός», Θεσσαλονίκη

#### Χ. Ζαμπούλης

Καθηγητής Παθολογίας ΑΠΘ, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική,  
Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

#### Ι. Ζαρίφης

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

#### Α. Ζαχαρούλης

Επικουρικός Επιμελητής, Β' Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,  
Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα

#### Π. Ζεμπεκάκης

Επίκ. Καθηγητής Παθολογίας, Α' Παθολογική Κλινική,  
Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

#### Α. Ζιάκας

Επίκ. Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Α' Καρδιολογική Κλινική,  
Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

#### Ι. Κανονίδης

Αναπλ. Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Β' Καρδιολογική Κλινική,  
Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

#### Ι. Καπρίνης

Καρδιολόγος, Διευθυντής Β' Καρδιολογικής Κλινικής,  
Νοσοκομείο «Γ. Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

#### Α. Καραγιάννης

Αναπλ. Καθηγητής ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

#### Θ. Καραμήτσος

Καρδιολόγος, Επιμελητής, Πανεπιστήμιο της Οξφόρδης,  
Τμήμα Καρδιαγγειακής Ιατρικής, Νοσοκ. John Radcliffe, Οξφόρδη,  
Ηνωμένο Βασίλειο

#### Ε. Καραπατσούδη

Καρδιολόγος, Επιμελήτρια Β', Καρδιολογική Κλινική  
Νοσοκομείο Έδεσσας



#### Χ. Καρβούνης

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

#### Τ. Κάρουλας

Αναπλ. Διευθυντής ΕΣΥ, Α' Καρδιολογική Κλινική,  
Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

#### Α. Κελέκης

Λέκτορας Ακτινοδιαγνωστικής ΑΠΘ,  
Ακτινολογικό Εργαστήριο, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

#### Δ. Κετίκογλου

Καρδιολόγος, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Διευθυντής Στεφανιαίας  
Μονάδας και Ηχοκαρδιογραφίας, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο,  
Θεσσαλονίκη

#### Α. Κοντόπουλος

Ομότιμος Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

#### Α. Κρανίδης

Καρδιολόγος, Διευθυντής, Γεν. Νοσοκομείο Δυτικής Αττικής  
«Αγία Βαρβάρα», Αθήνα

#### Β. Κώτσης

Λέκτορας Παθολογίας ΑΠΘ, Ιατρείο Υπέρτασης-24ωρης  
καταγραφής αρτηριακής πίεσης, Γ' Παθολογική Κλινική,  
Νοσοκομείο «Γ. Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

#### Α. Λαζαρίδης

Καθηγητής ΑΠΘ, Α' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ,  
Θεσσαλονίκη

#### Δ. Λαζαρίδης

Ακαδημαϊκός-Ομότιμος Καθηγητής ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

#### Ν. Λευκός

Ομότιμος Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

#### Χ. Λιόλιος

Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής,  
Νοσοκομείο Γρεβενών

**Γ. Λουρίδας**

Ομότιμος Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

**Ε. Μάτσακας**

Καρδιολόγος, Αναπλ. Διευθυντής ΕΣΥ, Καρδιολογικό Τμήμα,  
Νοσοκομείο «Γεννηματά», Αθήνα

**Α.-Δ. Μαυρογιάννη**

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

**Ν. Μεζίλης**

Επεμβατικός Καρδιολόγος, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

**Γ. Μήσιος**

Καρδιοχειρουργός, Αναπλ. Διευθυντής, Καρδιοχειρουργική Κλινική,  
Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**Ν. Μιχελακάκης**

Καρδιολόγος, Αναπλ. Διευθυντής, Καρδιολογική Κλινική,  
Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα

**Σ. Μόχλας**

Αναπλ. Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Α' Καρδιολογική Κλινική,  
Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**Η. Μπασαγιάννης**

Αναπλ. Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Β' Καρδιολογική Κλινική,  
Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

**Χ. Μπασαγιάννης**

Καρδιολόγος, Α' Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ,  
Θεσσαλονίκη

**Γ. Μπομπότης**

Καρδιολόγος, Αναπλ. Διευθυντής, Β' Καρδιολογική Κλινική,  
Νοσοκομείο «Γ. Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

**Χ. Μπουντούλας**

Καθηγητής Καρδιολογίας & Φαρμακευτικής (Πολιτειακό Πανεπιστήμιο  
Οhaio, ΗΠΑ), Διευθυντής Κέντρου Κλινικής Έρευνας, Πρόεδρος  
Επιστημονικού Συμβουλίου Ιδρύματος Ιατροβιολογικών Ερευνών  
Ακαδημίας Αθηνών, Αθήνα

#### Ε. Παγκουρέλιας

Επιστ. Συνεργάτης Α' Καρδιολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ,  
Θεσσαλονίκη

#### Κ. Παλέτας

Αναπλ. Καθηγητής Παθολογίας ΑΠΘ, Μονάδα Μεταβολικών Νοσημάτων,  
Β' Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

#### Α. Παναγιωτίδου

Καρδιολόγος, Διευθύντρια Καρδιολογικής Κλινικής,  
Νοσοκομείο Κομοτηνής

#### Ι. Παπαγιάννης

Λέκτορα Καρδιολογίας ΑΠΘ, Β' Καρδιολογική Κλινική,  
Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

#### Θ. Παπαδόπουλος

Επεμβατικός Καρδιολόγος, Κλινική «Euromedica – Κυανούς Σταυρός»,  
Θεσσαλονίκη

#### Κ. Παπαδόπουλος

Ομότιμος Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

#### Χ. Παπακωνσταντίνου

Καθηγητής Καρδιοχειρουργικής ΑΠΘ, Καρδιοχειρουργική Κλινική,  
Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

#### Σ. Παπαστεφάνου

Καρδιολόγος, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Επιμελητής Α', Καρδιολογική Κλινική,  
Νοσοκομείο «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

#### Ι. Παρασκευαΐδης

Επίκ. Καθηγητής Καρδιολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών,  
Β' Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα

#### Γ. Παρχαρίδης

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

#### Κ. Πετίδης

Λέκτορας Παθολογίας ΑΠΘ, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική,  
Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

**A. Πίτσης**

Καρδιοχειρουργός, Διευθυντής Καρδιοχειρουργικού Τμήματος,  
Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

**Χ. Πλιάκος**

Αναπλ. Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Α' Παθολογική Κλινική,  
Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**Κ. Πολυμερόπουλος**

Καρδιολόγος, Επιμελητής Β', Α' Καρδιολογική Κλινική,  
Νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

**Β. Πυργάκης**

Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γενικό Κρατικό  
Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα

**Κ. Ράμμος**

Καρδιοχειρουργός, Αναπλ. Καθηγητής Καρδιοχειρουργικής ΑΠΘ,  
Χειρουργική Κλινική Θώρακος – Καρδιάς – Αγγείων,  
Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**Σ. Σαββάτης**

Καρδιολόγος, Αναπλ. Διευθυντής ΕΣΥ, Β' Καρδιολογική Κλινική,  
Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

**Χ. Σαββόπουλος**

Επικ. Καθηγητής Παθολογίας ΑΠΘ, Α' Παθολογική Κλινική,  
Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**Γ. Σακαντάμης**

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

**Β. Σκέμπερης**

Λέκτορας Καρδιολογίας ΑΠΘ, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική,  
Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

**Π. Σπανός**

Ομότιμος Καθηγητής Καρδιοχειρουργικής ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

**Γ. Σταυρόπουλος**

Καρδιολόγος, Α' Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ,  
Θεσσαλονίκη

#### Χ. Στεφανιάδης

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

#### Β. Στραβέλας

Επεμβατικός καρδιολόγος, Αναπλ. Διευθυντής,  
Α' Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

#### Ι. Γ. Στυλιάδης

Ηλεκτροφυσιολόγος, Επιμελητής Α', Β' Καρδιολογική Κλινική,  
Νοσοκομείο «Γ. Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

#### Ι. Χ. Στυλιάδης

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

#### Σ. Τουμανίδης

Αναπλ. Καθηγητής Θεραπευτικής Ιατρικής Σχολής  
Πανεπιστημίου Αθηνών, Θεραπευτική Κλινική,  
Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», Αθήνα

#### Μ. Τούμπουρας

Ομότιμος Καθηγητής ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

#### Φ. Τρυποσκιάδης

Καθηγητής Καρδιολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Διευθυντής  
Καρδιολογικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας

#### Κ. Τσακνίδης

Καρδιοχειρουργός, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

#### Μ. Τσαλιγόπουλος

Επίκ. Καθηγητής ΑΠΘ, Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική,  
Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

#### Α. Τσάπας

Επίκ. Καθηγητής Παθολογίας ΑΠΘ, Β' Παθολογική Κλινική,  
Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

#### Δ. Τσικαδέρης

Επεμβατικός Καρδιολόγος, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

**I. Τσούνος**

Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής,  
Νοσοκομείο Κατερίνης

**N. Φραγκάκης**

Καρδιολόγος, Επιμελητής Α' ΕΣΥ, Β' Καρδιολογική Κλινική,  
Νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

**Σ. Χατζημιλιτιάδης**

Επίκ. Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Α' Καρδιολογική Κλινική,  
Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**Ε. Χατζηνικολάου**

Επεμβατικός Καρδιολόγος Ειδική Αρρυθμιολόγος,  
Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

**A. Χατζητόλιος**

Αναπλ. Καθηγητής Παθολογίας, Α' Προπ. Παθολογική Κλινική ΑΠΘ,  
Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**A. Χοτίδης**

Καρδιολόγος, Επιμελητής Α', Πανεπιστημιακή Κλινική,  
Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

**Δ. Ψυρρόπουλος**

Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής,  
Νοσοκομείο «Γ. Γεννηματάς», Θεσσαλονίκη

# cardiplast® TTS

Glyceryl Trinitrate

Προλαμβάνει τους  
παροξυσμούς κάθε  
μορφής στηθάγχης

Διαδερμικό έμπλαστρο

Μία χρήση  
την ημέρα



**Διαφανές - Διακριτικό**  
**Αποτελεσματικό**  
**Ασφαλές**

νέο  
προϊόν

ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ:  
30 Tts 5mg/24h  
30 Tts 10mg/24h

# monoket®

Isosorbide - 5 mononitrate

Προφύλαξη και  
θεραπεία της στηθάγχης

Για συμπληρωματική αγωγή κατά της καρδιακής ανεπάρκειας

**Ασφαλές**  
**Σταθερό θεραπευτικό**  
**αποτέλεσμα**  
**Εύκολη λήψη**  
**Γρήγορη**  
**ανακούφιση**

ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ:  
50 Δισκία 20mg  
30 Καψάκια 25mg  
30 Καψάκια 50mg

νέο  
μορφή  
25mg

**ΟΡΤΙΦΑΡΜ**

Προϊόντα της  
**SCHWARZ**  
PHARMA


Υπεύθυνος Κυκλοφορίας:  
ΟΡΤΙΦΑΡΜ Ε.Π.Ε.: ΙΩΝΙΑΣ 61, 184 50 ΝΙΚΑΙΑ  
Τηλ.: 210 4256118, Fax: 210 4256117  
E-mail: info@optipharm.gr

ΕΛΕΓΧΟΝΤΑΣ τους αριθμούς, φροντίζουμε τον άνθρωπο!



  
**CRESTOR®**  
rosuvastatin

**ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ:** Crestor® εναιωρημένο σε λεπτά υδατικά δισκία 5 mg, 10 mg, 20 mg και 40 mg. **ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** Κάθε δισκίο περιέχει 5 mg rosuvastatin (ως rosuvastatin calcium). Κάθε δισκίο περιέχει 10 mg rosuvastatin (ως rosuvastatin calcium). Κάθε δισκίο περιέχει 20 mg rosuvastatin (ως rosuvastatin calcium). Κάθε δισκίο περιέχει 40 mg rosuvastatin (ως rosuvastatin calcium). Για περισσότερες συνταγογραφικές πληροφορίες, παρακαλούμε να απευθύνεστε στην εταιρεία AstraZeneca.

AstraZeneca 

Βασιλεουσάληου 4 & Ασπροναύτης,  
151 25 Μαρούσι, Αθήνα

Tel.: 210 68 71 500, fax: 210 68 59 195

τηλ. παραγγελιών: 210 55 96 970-72, fax: 210 55 96 973

[www.astrazeneca.gr](http://www.astrazeneca.gr)





**Atacand**<sup>®</sup>  
candesartan cilexetil



**Atacand**<sup>®</sup>  
**PLUS**  
candesartan cilexetil-  
hydrochlorothiazide



Κάθε δισκίο Atacand 8mg, περιέχει 8mg candesartan cilexetil. Κάθε δισκίο Atacand 16mg, περιέχει 16mg candesartan cilexetil. Κάθε δισκίο Atacand 32mg, περιέχει 32mg candesartan cilexetil. Κάθε δισκίο Atacand Plus, 16+12,5mg περιέχει 16mg candesartan cilexetil και 12,5mg hydrochlorothiazide. Για τις συνταγογραφικές πληροφορίες, απευθυνθείτε στην AstraZeneca A.E.

AstraZeneca 

Θεσοκοπούλου 4 & Ασπρναυτών, 151 25 Μαρούσι τηλ. 210 6871500 fax. 210 6859195  
τηλ. παραγγελιών 210 5596970-2 φαξ. 210 5596973 [www.astrazeneca.gr](http://www.astrazeneca.gr), [www.atacand.com](http://www.atacand.com)

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Η Οργανωτική Επιτροπή του 8ου Βορειοελλαδικού Καρδιολογικού Συνεδρίου, ευχαριστεί θερμά τις παρακάτω εταιρίες για την ευγενική υποστήριξη και τη συμβολή τους στη διοργάνωση του συνεδρίου.

**SCHERING PLOUGH – VIANEX/MSD**

**MENARINI HELLAS**

**NOVARTIS**

**ASTRA ZENECA**

**SANOFI AVENTIS**

**ALAPIS PHARMA**

**BOEHRINGER INGELHEIM**

**ELPEN AE**

**PFIZER HELLAS**

**SPECIFAR PHARMACEUTICALS**

**BAYER HELLAS**

**CANA**

**PHARMASERVE LILLY**

**SERVIER HELLAS**

**SOLVAY PHARMA**

**WINMEDICA**

**RECORDATI HELLAS**

**EUROMEDICA ΠΥΛΗΣ ΑΞΙΟΥ**

**ELECTROMEDICAL**

**APM PHARMACEUTICALS**

**PHARMANEL**

**OPTIPHARM LTD**

**CIT PRO AE**

**MED.TEC**

**ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ  
ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

## ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

### OR. 01 Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ, (1992-2009)

**Π. Κ. ΣΠΑΝΟΣ, Α. ΤΑΤΛΗΣ, Α. ΑΜΠΑΤΖΟΓΛΟΥ, Ι. ΚΑΡΑΚΑΣΙΔΗΣ, Ε. ΒΕΡΕΣΟΓΛΟΥ**

Καρδιοχειρουργική Κλινική, «Euromedica - Κυανούς Σταυρός», Θεσσαλονίκη

#### Σκοπός

Είναι γνωστό ότι η αντιμετώπιση του μετεμφραγματικού ανευρύσματος του μυοκαρδίου είναι καθαρά χειρουργική. Στην παρούσα μελέτη παρουσιάζουμε την εμπειρία και τα αποτελέσματα της κλινικής μας στην χειρουργική αντιμετώπιση του μετεμφραγματικού ανευρύσματος της αριστερής κοιλίας.

#### Υλικό και Μέθοδος

Κατά τη χρονική περίοδο Φεβρουάριος 1992 έως τον Μάρτιο 2009 χειρουργήθηκαν 69 ασθενείς (53 άνδρες και 16 γυναίκες), ηλικίας 59 έως 78 ετών (μέσος όρος=66,5±5,82), το 43,4% (n=30) των ασθενών ήταν σε λειτουργικό στάδιο III κατά NYHA και το 56,6% (n=39) σε στάδιο IV. Από αυτούς, 4 ασθενείς (5,8%) είχαν ανεύρυσμα ιδιοπαθούς αιτιολογίας και οι 65 ισχαιμικής αιτιολογίας (94,2%). Η επιδιόρθωση της αριστερής κοιλίας έγινε είτε με απευθείας συρραφή, ή με χρήση διαφόρων τύπων συνθετικών εμβολωμάτων (Dor). Απαιτήθηκε ενδοαορτικός ασκός (IABP) κατά την έξοδο από την εξωσωματική κυκλοφορία σε 8 από αυτούς (11.5%).

#### Αποτελέσματα

Η νοσοκομειακή θνητότητα της χειρουργικής διόρθωσης του ανευρύσματος της αριστερής κοιλίας στην κλινική μας ήταν 10.2%, λόγω συνδρόμου χαμηλής καρδιακής παροχής.

#### Συμπεράσματα

Η χειρουργική διόρθωση των ανευρυσμάτων αριστερής κοιλίας είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική συντελώντας στην αύξηση της επιβίωσης, ενώ η νοσοκομειακή θνητότητα είναι συγκρίσιμη άλλων μελετών της διεθνούς βιβλιογραφίας.

### OR. 02 ΒΑΣΙΚΕΣ ΤΙΜΕΣ ΤΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗΣ ΟΞΥΜΕΤΡΙΑΣ rSO<sub>2</sub> ΣΕ 100 ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

**Ν. Γ. ΜΠΑΪΚΟΥΣΗΣ<sup>1</sup>, Σ. Ν. ΣΥΜΙΝΕΛΑΚΗΣ<sup>1</sup>, Ε. ΑΡΝΑΟΥΤΟΓΛΟΥ<sup>2</sup>, Μ. ΜΑΤΣΑΓΚΑΣ<sup>3</sup>, Α. ΚΩΤΣΑΝΤΗ<sup>3</sup>, Γ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ<sup>2</sup>**

1. Καρδιοχειρουργική Κλινική
2. Κλινική Αναισθησιολογίας και Μετεγχειρητικής Εντατικής Θεραπείας
3. Αγγειοχειρουργικό Τμήμα, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

### Σκοπός

Σκοπός της εργασίας μας είναι η μελέτη των βασικών τιμών (Base Line, BL) της εγκεφαλικής οξυμετρίας (regional cerebral oxygen saturation, rSO<sub>2</sub>) μέσω του οξύμετρου INVOS και η συσχέτισή τους με τους πιθανούς παράγοντες που επηρεάζουν τις τιμές αυτές σε 100 καρδιοχειρουργικούς ασθενείς.

### Υλικό Μέθοδοι

Οι νευρολογικές και οι νευρογνωσιακές διαταραχές αποτελούν συχνές επιπλοκές των καρδιοχειρουργικών ασθενών. Η μέτρηση της εγκεφαλικής οξυμετρίας διεγχειρητικά και άμεσα μετεγχειρητικά αποτελεί ένα τρόπο συνεχούς παρακολούθησης του rSO<sub>2</sub>. Μελετήσαμε παράγοντες που σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία επηρεάζουν τις βασικές τιμές της εγκεφαλικής οξυμετρίας σε 100 ασθενείς που επρόκειτο να υποβληθούν σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη ή/και αντικατάσταση βαλβίδας. Το 70% ήταν άνδρες και το 30% γυναίκες ενώ η ηλικία κυμαινόταν από 19 έως 82 έτη. Εξετάστηκε η πιθανή σχέση της εγκεφαλικής οξυμετρίας με το φύλο, την ηλικία, το ύψος και το βάρος των ασθενών. Έγινε συσχέτιση της rSO<sub>2</sub> με το ιστορικό καπνίσματος, δυσλιπιδαιμίας, υπέρτασης, σακχαρώδους διαβήτη (ΣΔ), αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ), στένωση καρωτίδας και περιφερικής αγγειοπάθειας (Echo Color Doppler). Μελετήσαμε επίσης την πιθανή εξάρτηση της rSO<sub>2</sub> από το κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας και το ιστορικό πρόσφατου ή παλιού εμφράγματος του μυοκαρδίου.

### Αποτελέσματα

Η rSO<sub>2</sub> ήταν 63,25 +/- 7,28 στο αριστερό ημισφαίριο και 62,25 +/- 8 στο δεξιό ημισφαίριο. Δεν βρέθηκε διαφορά στατιστικώς σημαντική μεταξύ των δυο ημισφαιρίων. Η BL είναι ανεξάρτητη από το φύλο, την ηλικία το ιστορικό ΣΔ, περιφερικής αγγειοπάθειας και κλάσματος εξωθήσεως. Το 8% του δείγματος είχε ιστορικό ΑΕΕ όμως δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με τους λοιπούς ( p.0,099). Το 21% είχε ιστορικό πρόσφατου εμφράγματος του μυοκαρδίου (ΟΕΜ) ενώ το 43% ανέφερε παλιό ισχαιμικό επεισόδιο. Δεν βρέθηκε διαφορά στις βασικές τιμές της rSO<sub>2</sub>. Δεν υπήρξε διαφορά ούτε μεταξύ στεφανιαίων και ασθενών με βαλβιδοπάθεια. Σημαντική θετική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ βάρους και BL της rSO<sub>2</sub>.

### Συμπεράσματα

Το rSO<sub>2</sub> αποτελεί ένα νέο τρόπο παρακολούθησης του καρδιοχειρουργικού ασθενούς, από την μελέτη μας ωστόσο δεν προέκυψαν παράγοντες που σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία επηρεάζουν τις βασικές τιμές της εγκεφαλικής οξυμετρίας.

**OR. 03 Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ SvO<sub>2</sub> ΩΣ ΠΡΩΙΜΟΥ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΣΕ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΜΕΣΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ**

**Ν. Γ. ΜΠΑΪΚΟΥΣΗΣ<sup>1</sup>, Σ. Ν. ΣΥΜΙΝΕΛΑΚΗΣ<sup>1</sup>, Ε. ΑΡΝΑΟΥΤΟΓΛΟΥ<sup>2</sup>,  
Α. Κ. ΚΩΤΣΑΝΤΗ<sup>1</sup>, Μ. ΜΑΤΣΑΓΚΑΣ<sup>3</sup>, Γ. Σ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ<sup>2</sup>**

1. Καρδιοχειρουργική κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων
2. Κλινική Αναισθησιολογίας και Εντατικής Μετεγχειρητικής Θεραπείας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων
3. Αγγειοχειρουργική Μονάδα, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

**Σκοπός**

Σκοπός της εργασίας μας είναι η εκτίμηση του κορεσμού οξυγόνου μεικτού φλεβικού αίματος (SvO<sub>2</sub>) ως προγνωστικό δείκτη μετρώντας το μέσω καθετήρα Swan-Ganz μια ώρα από την άφιξη του καρδιοχειρουργικού ασθενούς στην μονάδα εντατικής παρακολούθησης (ICU).

**Υλικό - Μέθοδος**

Το υλικό μας αποτελείται από 60 ασθενείς, (38 άντρες, 22 γυναίκες ηλικίας από 40 έως 82 ετών που υποβλήθηκαν σε εγχείρηση ανοικτής καρδιάς: αορτοστεφανιαία παράκαμψη (CABG) ή/και αντικατάσταση βαλβίδας. Στους ασθενείς αυτούς μετρήσαμε το SvO<sub>2</sub> μια ώρα από την άφιξή τους στην ICU το οποίο συνδυάσαμε με την έκβασή τους: επιπλοκές, όπως αιμορραγία, σύνδρομο χαμηλής καρδιακής παροχής, μακρόχρονη παραμονή σε αναπνευστήρα - ICU και 30 ημέρες θνητότητα.

**Αποτελέσματα**

Το μέσο όρο του SvO<sub>2</sub> μία ώρα από την άφιξη των ασθενών στην ICU ήταν 67,7%. Το 10% των ασθενών (6/60), είχε SvO<sub>2</sub> κάτω του 55%, όριο το οποίο συνδυάστηκε με αυξημένη συχνότητα επιπλοκών και κακής έκβασης. Η θνητότητα σε ασθενείς με SvO<sub>2</sub><55% ήταν 33,3% (2/6) ενώ σε ασθενείς με SvO<sub>2</sub>>55% ήταν 3,6% (2 ασθενείς). Η χρήση ινοτρόπων ή/και ενδοαορτικού ασκού (IABP) ήταν 66% έναντι 3,6% ενώ επαναδιάνοιξη στέρνου λόγω αιμορραγίας ήταν 33% (2/6 ασθενείς) έναντι 0% και το περιεγχειρητικό έμφραγμα ήταν 16% (1/6) στους ασθενείς με SvO<sub>2</sub><55% έναντι 0% σε αυτούς με SvO<sub>2</sub>>55%. Ο χρόνος παραμονής σε αναπνευστήρα βρέθηκε επίσης μεγαλύτερος στην ομάδα με χαμηλό SvO<sub>2</sub> (10±10 έναντι 26±50 ώρες), και η παραμονή στην ICU ήταν 2±2 έναντι 3±4 ημέρες.

**Συμπεράσματα**

Τα συμπεράσματά μας, που συμφωνούν με αυτά της διεθνούς βιβλιογραφίας είναι ότι το SvO<sub>2</sub> έχει πρώιμη προγνωστική αξία. Χαμηλές τιμές τις πρώτες μετχ ώρες θα πρέπει να διεγείρουν την προσοχή μας για πιθανές επιπλοκές και κακή έκβαση.

**OR. 04 ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ  
ΜΕ ΠΑΡΟΞΥΣΜΙΚΗ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ**

**Π. ΠΟΥΛΙΚΑΡΑΚΟΣ, Δ. ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ, Ν. ΓΙΟΥΡΤΟΥΜΑΣ, Η. ΝΤΑΙΒΙΣ,  
Α ΚΟΛΟΝΙΑΡΗΣ, Π. ΕΦΡΑΙΜΙΔΗΣ, Χ. ΖΟΜΠΟΛΟΥ, Π. ΚΛΟΥΦΕΤΟΣ,  
Σ. ΚΟΣΜΟΠΟΥΛΟΥ, ΕΜ. ΜΑΚΑΡΗΣ, Γ. ΚΟΥΔΟΥΝΗΣ, Σ. ΖΟΜΠΟΛΟΣ**  
Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. Καλαμάτας

**Σκοπός**

Η κολλική μαρμαρυγή είναι η πιο συχνή κλινικά σημαντική αρρυθμία και στην παθογένειά της εμπλέκονται καρδιακές και εξωκαρδιακές παθήσεις. Σκοπός της εργασίας μας είναι να διαπιστώσουμε τη συχνότητα και τον τύπο της διαταραχής της θυρεοειδικής λειτουργίας σε ασθενείς με παροξυσμική κολλική μαρμαρυγή χωρίς υποκείμενη καρδιακή παθολογία.

**Υλικό/Μέθοδοι**

84 ασθενείς (63% γυναίκες) με παροξυσμική κολλική μαρμαρυγή επιλέχθηκαν με βάση το ατομικό ιστορικό, τους πιθανούς εκλυτικούς παράγοντες για την αρρυθμία και τα αποτελέσματα του παρακλινικού ελέγχου (ΗΚΓ και υπερηχοκαρδιογράφημα). Αποκλείστηκαν ασθενείς με γνωστή καρδιοπάθεια ή παθολογικά ευρήματα από τον κλινικό και παρακλινικό έλεγχο. Έγιναν οι συνήθεις εργαστηριακές εξετάσεις καθώς και πλήρης θυρεοειδικός έλεγχος (TSH, FT3 και FT4).

**Αποτελέσματα**

Η TSH βρέθηκε ελαττωμένη στο 61% των ασθενών και αυξημένη στο 12%. Η FT3 βρέθηκε αυξημένη στο 25% των ασθενών και ελαττωμένη στο 12% και η FT4 αυξημένη στο 32% των ασθενών και ελαττωμένη στο 4%. Διαταραγμένη θυρεοειδική λειτουργία διαπιστώσαμε κύριως στις γυναίκες ασθενείς του δείγματος (71%).

**Συμπεράσματα**

Οι διαταραχές της θυρεοειδικής λειτουργίας αποτελούν το υπόστρωμα της εμφάνισης κολλικής μαρμαρυγής σε ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών. Συχνότερα παρατηρείται ο υποκλινικός υπερθυρεοειδισμός και ιδιαίτερα στις γυναίκες. Ο θυρεοειδικός έλεγχος είναι δικαιολογημένος στη διερεύνηση κάθε ασθενούς με πρωτοδιαγνωσθείσα κολλική μαρμαρυγή.

**OR. 05 ΧΡΟΝΟΣ ΠΟΥ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ INR ΜΕ ΑΠΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΓΙΑ ΑΝΑΤΑΞΗ ΕΜΜΕΝΟΥΣΑΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ.**

**Π. ΠΟΥΛΙΚΑΡΑΚΟΣ, Δ. ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ, Χ. ΖΟΜΠΟΛΟΥ, Π. ΕΦΡΑΙΜΙΔΗΣ, Η. ΝΤΑΙΒΙΣ, Ν. ΓΙΟΥΡΤΟΥΜΑΣ, Α ΚΟΛΟΝΙΑΡΗΣ, Π. ΚΛΟΥΦΕΤΟΣ, ΕΜ. ΜΑΚΑΡΗΣ, Σ. ΚΟΣΜΟΠΟΥΛΟΥ, Γ. ΚΟΥΔΟΥΝΗΣ, Σ. ΖΟΜΠΟΛΟΣ**  
Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. Καλαμάτας

#### Σκοπός

Η αγωγή με από του στόματος αντιπηκτικά για τρεις εβδομάδες και το διοισοφάγιο υπερηχογράφημα είναι οι δύο στρατηγικές που χρησιμοποιούνται πριν την ανάταξη της κολπικής μαρμαρυγής για τη μείωση του κινδύνου θρομβοεμβολικών επεισοδίων.

Σκοπός της μελέτης μας ήταν να υπολογίσουμε τον χρόνο που απαιτείται για την επίτευξη θεραπευτικών επιπέδων της αντιπηκτικής αγωγής με ασενοκουμαρόλη πριν την ανάταξη κολπικής μαρμαρυγής.

#### Υλικό/Μέθοδοι

Επιλέξαμε 48 ασθενείς με εμμένουσα κολπική μαρμαρυγή (χωρίς βαλβιδοπάθεια ή προσθετική καρδιακή βαλβίδα) που νοσηλεύθηκαν στην Κλινική μας ή εξετάστηκαν στα Εξωτερικά Ιατρεία κατά το έτος 2007. Οι ασθενείς τέθηκαν σε αγωγή με ασενοκουμαρόλη και προγραμματίστηκε εισαγωγή για ανάταξη της αρρυθμίας. Έγινε τακτική παρακολούθηση και ρύθμιση της αγωγής τους με στόχο INR 2.0-3.0.

#### Αποτελέσματα

Ο μέσος χρόνος για να επιτευχθεί η πρώτη τιμή INR στα θεραπευτικά όρια ήταν 2 εβδομάδες. Οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε ανάταξη της κολπικής μαρμαρυγής μετά από 6 εβδομάδες αντιπηκτικής αγωγής. Στο δείγμα μας δεν παρατηρήθηκαν θρομβοεμβολικά επεισόδια.

#### Συμπέρασμα

Ιδιαίτερα στα νοσοκομεία της επαρχίας που δε διαθέτουν διοισοφάγιο υπερηχοκαρδιογράφημα για τη διάγνωση θρόμβου στον αριστερό κόλπο, απαιτείται αντιπηκτική αγωγή περίπου 6 εβδομάδων για την ασφαλή ανάταξη της κολπικής μαρμαρυγής.



**OR. 06 ΚΑΡΔΙΟΜΕΤΑΤΡΟΠΗ ΕΜΜΕΝΟΥΣΑΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ.  
ΧΡΟΝΟΣ ΕΠΙΤΕΥΞΗΣ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ  
Σ. ΠΑΠΑΣΤΕΦΑΝΟΥ<sup>1</sup>, Ν. ΚΑΤΣΑΛΙΑΚΗΣ<sup>1</sup>, Κ. ΔΗΜΗΤΡΑΚΟΠΟΥΛΟΣ<sup>2</sup>,  
Α. ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν «Άγιος Παύλος»

<sup>2</sup>Αιματολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν «Άγιος Παύλος»

#### Σκοπός εργασίας

Η προσέγγιση ασθενών με εμμένουσα κολπική μαρμαρυγή,πρίν από την καρδιομετατροπή επιβάλλει τη χορήγηση βαρφαρίνης για τουλάχιστον 3 εβδομάδες, προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος πρόκλησης θρομβοεμβολικού επεισοδίου. Σκοπός ήταν να καθορισθεί το απαιτούμενο διάστημα προκειμένου να επιτευχθεί το θεραπευτικό αντιπηκτικό αποτέλεσμα χρησιμοποιώντας βαρφαρίνη πρίν την καρδιομετατροπή.

#### Υλικό και μέθοδοι

68 ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή μη βαλβιδικής αιτιολογίας (42 άρρενες, μέσης ηλικίας  $66\pm 7$  ετών, μέσης διάρκειας  $2,9\pm 2$  μηνών), τέθηκαν σε αντιπηκτική αγωγή με βαρφαρίνη προκειμένου να υποβληθούν σε καρδιομετατροπή. Οι ασθενείς παρακολούθηθηκαν όλοι από το Αιματολογικό Εργαστήριο του Νοσοκομείου μας, με στόχο την επίτευξη INR μεταξύ 2-3. Υποβάλλονταν σε καρδιομετατροπή όσοι διατηρούσαν INR μεγαλύτερο του 2 για 3 συνεχείς εβδομάδες.

#### Αποτελέσματα

Το μέσο απαιτούμενο χρονικό διάστημα για την επίτευξη του θεραπευτικού INR ήταν  $2\pm 1,5$  εβδομάδες.

Οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε καρδιομετατροπή  $6,6\pm 2,4$  εβδομάδες μετά την έναρξη της αντιπηκτικής αγωγής με βαρφαρίνη.

#### Συμπεράσματα

Η επίτευξη σωστού θεραπευτικού INR με τη χορήγηση βαρφαρίνης και διατήρησή του για 3 συνεχείς εβδομάδες,απαιτεί τουλάχιστον 6 εβδομάδες στενής παρακολούθησης από το ίδιο Αιματολογικό Εργαστήριο.

Η χρήση της διοισοφάγιας υπερηχοκαρδιογραφίας μπορεί να μειώσει καταλυτικά το ανωτέρω αναφερθέν χρονικό διάστημα κατά δύο περίπου μήνες.

**OR. 07** **ΑΝΤΙΎΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΠΑΝΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

**Σ. ΠΑΠΑΣΤΕΦΑΝΟΥ, Γ. ΚΟΤΤΑΣ, Δ. ΚΑΙΠΗΣ, Α. ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ**

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Άγιος Παύλος»

**Σκοπός εργασίας**

Να εκτιμηθεί το αντιυπερτασικό αποτέλεσμα της olmesartan συγκρινόμενο με το αντίστοιχο της amlodipine στη πρόληψη επανεμφάνισης κολπικής μαρμαρυγής σε ασθενείς με ιστορικό πρόσφατου επεισοδίου κολπικής μαρμαρυγής.

**Υλικό και μέθοδοι**

Συμπεριλήφθησαν στην ανωτέρω μελέτη τριάντα έξι ασθενείς ,πάσχοντες από ήπια αρτηριακή υπέρταση (ΣΑΠ> 140 mmHg < 160 mmHg και/η ΔΑΠ > 90 < 100 mmHg) που παρακολουθούνται στα ΤΕΙ της Καρδιολογικής Κλινικής βρίσκονται σε φλεβοκομβικό ρυθμό ,αλλά είχαν τουλάχιστον δύο επίσημα επεισόδια κολπικής μαρμαρυγής στο τελευταίο έτος ενώ ήταν σε θεραπεία με αμιωδαρόνη. Οι ανωτέρω ασθενείς ,έλαβαν olmesartan 20 mg ή amlodipine 5 mg και η δοσολογία τιτλοποιήθηκε μετά από 4 εβδομάδες ενώ παρακολουθήθηκαν για 12 μήνες. Παρακολουθήθηκε η Αρτηριακή Πίεση (ΑΠ) καθώς και γινόταν ένα Holter ρυθμού ανά δίμηνο, καθώς και όταν ανέφεραν παρατεταμένης διάρκειας αίσθημα προκάρδιων παλμών.

**Αποτελέσματα**

Οι υπό μελέτη ασθενείς δεκαοκτώ σε olmesartan και δεκαοκτώ σε amlodipine μετά από 12 μήνες φαρμακευτική αγωγή ,εμφάνισαν σημαντικά μειωμένες τιμές ΑΠ, τόσο στην ομάδα της olmesartan (από 154/96 σε 137/85 mmHg, p< 0,001), όσο και στην ομάδα της amlodipine (από 153/96 σε 136/83 mmHg, p< 0,001).

Τουλάχιστον ένα επεισόδιο κολπικής μαρμαρυγής καταγράφηκε στο 11% και 28% στην ομάδα ασθενών υπό olmesartan και amlodipine αντίστοιχα.

**Συμπεράσματα**

Η χρήση αμιωδαρόνης σε συνδυασμό με olmesartan φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματική σε σύγκριση με την αντίστοιχη της amlodipine στο να προλαμβάνει νέα επεισόδια κολπικής μαρμαρυγής σε υπερτασικούς ασθενείς, ενώ φάνηκε να έχουν ισοδύναμα αντιυπερτασικά αποτελέσματα.

**OR. 08** **ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΕΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΚΟΣΑΕΤΙΑ 1984 – 2003**

**Γ. ΓΙΑΝΝΟΓΛΟΥ, Α. ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ, Ι. ΧΑΤΖΗΖΗΣΗΣ, Γ. ΠΑΡΧΑΡΙΔΗΣ, Γ. ΛΟΥΡΙΔΑΣ**

Α΄ Καρδιολογική Κλινική, ΠΓΝ ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης

### Σκοπός

Η καταγραφή της συχνότητας των συγγενών καρδιοπαθειών ενηλίκων σε μια εικοσαετία και η κατανομή τους κατά ηλικία και φύλο.

### Υλικό και μέθοδοι

Μελετήθηκαν 18473 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε καρδιακό καθετηριασμό από 1984 έως 2003 και καταγράφηκαν τα περιστατικά ενηλίκων με συγγενή καρδιοπάθεια.

### Αποτελέσματα

Εντοπίστηκαν 234 ενήλικες με συγγενή καρδιοπάθεια χωρίς συνυπάρχουσες άλλες καρδιακές παθήσεις. Άνδρες ήταν 95 (40.7%) και γυναίκες 139 (59.3%). Οι συγγενείς καρδιοπάθειες παρατηρήθηκαν συχνότερα στις γυναίκες (odds ratio γυναικών προς άνδρες: 4.71, 95% confidence intervals 3.62 έως 6.13,  $p < 0.001$ ). Η ηλικία των γυναικών ήταν σημαντικά μεγαλύτερη από των ανδρών ( $40.2 \pm 14$  έναντι  $35.8 \pm 14$  έτη,  $p < 0.05$ ). Οι επιμέρους παθήσεις που καταγράφηκαν κατά σειρά συχνότητας ήταν: μεσοκολπική επικοινωνία (43.3%), μερική ανώμαλη εκβολή πνευμονικών φλεβών (12.0%), στένωση πνευμονικής (11.3%), μεσοκοιλιακή επικοινωνία (8.0%), στένωση ισθμού αορτής (5.5%), ανοικτός αρτηριακός πόρος (4.0%) και τετραλογία Fallot (3.3%). Η μεσοκολπική επικοινωνία ήταν συχνότερη στις γυναίκες ( $p < 0.01$ ), η στένωση της πνευμονικής συχνότερη στους άνδρες ( $p < 0.05$ ), ενώ οι υπόλοιπες κατηγορίες δεν παρουσίασαν σημαντικές διαφορές στα δύο φύλα.

### Συμπεράσματα

Οι συγγενείς καρδιοπάθειες ενηλίκων ήταν συχνότερες στις γυναίκες και διαγνώστηκαν σε μεγαλύτερη ηλικία από ό,τι στους άνδρες. Διαπιστώθηκε μεγαλύτερη συχνότητα μεσοκολπικής επικοινωνίας μεταξύ των γυναικών ενώ μεγαλύτερη συχνότητα στένωσης της πνευμονικής μεταξύ των ανδρών.

## OR. 09 ΕΙΝΑΙ Η ΑΝΑΤΑΞΗ ΤΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΡΕΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΠΙΛΟΓΗ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

**Κ. ΤΟΛΗ, Δ. ΚΟΥΤΡΑΣ, Ι. ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ, Σ. ΒΗΧΟΣ, Α. ΚΑΒΙΔΑ, Ε. ΛΙΤΣΑ, Ι. ΜΑΝΤΑΣ**

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Χαλκίδας

Η κολπική μαρμαρυγή στους ηλικιωμένους συνδυάζεται με σημαντική νοσηρότητα, τόσο λόγω του αυξημένου κινδύνου για αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο όσο και της υψηλής συχνότητας αιμορραγικών επιπλοκών από τα αντιπηκτικά.

Οι ηλικιωμένοι δεν παραπέμπονται συχνά για ανάταξη με καρδιομετατροπή. Λίγο έχει διερευνηθεί το επιτυχές ποσοστό ανάταξης σε αυτή την ηλικιακή ομάδα και ο επιπρόσθετος ρόλος της αμιοδαρώνης.

#### Μέθοδος

Επιλέξαμε 162 ασθενείς που επισκέφθηκαν το νοσοκομείο για ανάταξη AF για πρώτη φορά κατά την διάρκεια 2 ετών.

Το δείγμα διχοτομήθηκε ηλικιακά στο όριο  $\geq 75$  ετών.

#### Αποτελέσματα

48 ασθενείς  $\geq 75$  ετών (μέση ηλικία 79, όριο 75-87), ενώ 114 ήταν  $< 75$  έτη (μέση: 63,5, όριο 33-74 έτη). Δεν υπήρχε αξιοσημείωτη διαφορά στις δύο ομάδες στη διάρκεια της AF (5,5 έναντι 5,7 μήνες). Μέγεθος αριστερού κόλπου (46 έναντι 42 χιλιοστά) στην υπέρταση, στην ΚΑ ή στη βαλβιδική νόσο

Όλοι οι ασθενείς	Επιτυχής ανάταξη	Παραμονή για 6 εβδομάδες σε φλεβοκομβικό ρυθμό
$< 75$	90/114 (79%)	52/90 (58%)
$> 75$	44/48 (92%)	29/44 (66%)

Αμιοδαρώνη	Επιτυχής ανάταξη	Παραμονή για 6 εβδομάδες σε φλεβοκομβικό ρυθμό
$< 75$	44/51 (86%)	29/44 (66%)
$> 75$	30/31 (97%)	24/30 (80%)

Η ανάταξη όσο και η παραμονή σε φλεβοκομβικό ρυθμό ήταν ανεξάρτητη από την ηλικία. Η χρήση της αμιοδαρώνης αξιοσημείωτα αυξάνει το ποσοστό επιτυχούς ανάταξης στις 6 εβδομάδες και στις 2 ηλικιακές ομάδες ( $p < 0,001$  squared test).

#### Αποτελέσματα

Η ανάταξη δεν πρέπει να παραλείπεται σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. Το ποσοστό επιτυχούς διατήρησης του φλεβοκομβικού ρυθμού στις 6 εβδομάδες σημαντικά αυξάνεται με τη χρήση αμιοδαρώνης.

### OR. 10 Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΠΤΩΣΗ ΚΑΙ Η ΣΥΝΔΕΟΜΕΝΗ ΜΕ ΑΥΤΗΝ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΟΥΝ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΥΠΟΤΡΟΠΩΝ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ

**Ε. ΧΑΤΖΗΝΙΚΟΛΑΟΥ-ΚΟΤΣΑΚΟΥ, Γ. ΜΟΣΧΟΣ, Θ. ΜΠΕΛΕΒΕΣΛΗΣ, Ε. ΡΕΠΠΑΣ, Μ. ΚΟΤΣΑΚΟΥ, Κ. ΤΣΑΚΙΡΙΔΗΣ**

Ηλεκτροφυσιολογικό Εργαστήριο –Κλινική ΑΓΙΟΣ ΛΟΥΚΑΣ Θεσσαλονίκη

### Εισαγωγή

Η Κολπική Μαρμαρυγή συνοδεύεται με σημαντική και μεγάλης ευρήτητας εκδηλώσεων επιβάρυνση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής (QoL). Οι παράγοντες που δηλώνουν τη σοβαρότητα της καρδιακής νόσου δεν είναι δυνατόν να εξηγήσουν το μεγάλο βαθμό διαφορετικότητας επηρεασμού της QoL των ασθενών με ΚΜ και μάλλον άλλοι παράγοντες πρέπει να μελετηθούν που δυνητικά είναι υπεύθυνοι για αυτή την ποικιλομορφία. Η κατάθλιψη είναι συνηθής μετά την πρώτη υποτροπή σε ασθενείς με ιδιοπαθή ΚΜ. Έχει αποδειχτεί ότι η κατάθλιψη συνοδεύεται με ελάττωση του αριθμού και της δράσης των 'κυττάρων φυσικών δολοφόνων' -, natural killer cells (NK) και αύξηση της παραγωγής κυτοκινών σε υγιείς. Ως "φυσικοί δολοφόνοι" (NK) κύτταρα, χαρακτηρίζονται λεμφοκύτταρα που βρίσκονται στο σπλήνα ποντικών και στο περιφερικό αίμα ανθρώπου και έχει καταδειχτεί ότι δρουν κυττολυτικά. Το όνομα "NK" δόθηκε στα κύτταρα αυτά μετά την απόδειξη της ικανότητας τους να καταστρέφουν κύτταρα χωρίς να προαπαιτείται προηγούμενη έκθεση τους σε αυτούς τους στόχους, σε αντίθεση με τα κυττολυτικά Τ-λεμφοκύτταρα. Η δράση τους σε ασθενείς με υποτροπές ιδιοπαθούς ΚΜ είναι άγνωστη. Εξετάσαμε εάν η κατάθλιψη, το σωματοποιημένο άγχος, η αγωνία, η ολική ψυχολογική κατάπτωση και η φλεγμονώδης απάντηση που συνοδεύει αυτή την ψυχολογική κατάπτωση, επηρεάζουν τις υποτροπές ΚΜ σε ασθενείς με ιδιοπαθή ΚΜ.

### Μέθοδος

Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν 155 ασθενείς με ιδιοπαθή ΚΜ (95 άνδρες), μέσης ηλικίας  $57 \pm 14$  έτη, μετά από ανάταξη (φαρμακευτική ή ηλεκτρική) πρώτου υποτροπιάζοντος επεισοδίου ΚΜ. Οι ασθενείς παρακολούθηθηκαν προοπτικά με το ερωτηματολόγιο Kellner Symptom, με εξέταση ανά 8 εβδομάδες. Η ιδιοπαθής ΚΜ τεκμηριώθηκε με κλινικές, μη-επεμβατικές και σε κάποιες περιπτώσεις επεμβατικές εξετάσεις. Τα επεισόδια υποτροπών ΚΜ διαπιστώθηκαν με το ιστορικό, και το ηλεκτροκαρδιογράφημα επιφανείας 12 απαγωγών κατά τη διάρκεια του επεισοδίου. Δείγματα αίματος ελήφθησαν κατά την τυχαίοποίηση, σε κάθε εξέταση και κατά τις υποτροπές ΚΜ. Τα NK μετρήθηκαν με 3-hour chromium release assay. Υπολογίστηκε το ποσοστό συχνότητας υποτροπών ΚΜ με βάση τα τεταρτημόρια των ψυχομετρικών μετρήσεων. Εκτιμήσαμε το odds ratio (ORs) και 95% confidence intervals (CI), που καθορίζει τη σχέση μεταξύ της κατάθλιψης, του σωματοποιημένου άγχους, της αγωνίας, της ολικής ψυχολογικής κατάπτωσης και του κινδύνου υποτροπής ΚΜ.

### Αποτελέσματα

Μετά την εκτίμηση των μη ψυχολογικών παραγόντων κινδύνου, όπως η ηλικία, και το φύλο, η κατάθλιψη, το σωματοποιημένο άγχος, η αγωνία, η ολική ψυχολογική κατάπτωση ήταν στατιστικά σημαντικοί παράγοντες κινδύνου υποτροπής ΚΜ. Σε σύγκριση της ομάδας με τη χαμηλότερη τεταρτημοριακή

βαθμολογία, η ομάδα με υψηλότερη βαθμολογία είχε το μεγαλύτερο κίνδυνο υποτροπών. Για κάθε υψηλότερο βαθμολογικό τεταρτημόριο το διορθωμένο odds ratio για ολική ψυχολογική κατάπτωση ήταν 2.4 (CI , 1.4-4.3). Ασθενείς χωρίς ευρήματα ψυχολογικής κατάπτωσης, είχαν ελαττωμένο αριθμό NK ( $22.1 \pm 12$  vs  $13.4 \pm 9.8\%$ ,  $p=0.02$ ).

#### Συμπεράσματα

Σε ασθενείς με ιδιοπαθή ΚΜ, η ψυχολογική κατάπτωση γενικά συνοδεύεται με ελάττωση των ΝC, αύξηση της φλεγμονώδους απάντησης και αποτελεί ανεξάρτητο μακροχρόνιο δείκτη κινδύνου υποτροπών. Τα αποτελέσματα της μελέτης μας καταδεικνύουν την ανάγκη καλύτερης κατανόησης του ρόλου της ρύθμισης της ποιότητας ζωής στο ολικό φορτίο της ΚΜ. Επίσης τα δεδομένα της μελέτης μας συνηγορούν για τον υποσχόμενο πιθανό θεραπευτικό ρόλο της θεραπείας συμπεριφοράς στη μείωση των υποτροπών ΚΜ.

#### OR. 11 **ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΑΝΑΤΑΞΗ ΠΑΡΑΜΕΝΟΥΣΑΣ ΠΟΛΥΕΤΟΥΣ ΒΑΛΒΙΔΙΚΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ**

**Γ. ΚΑΤΣΕΑΣ, ΑΤ ΜΑΛΙΚ., Α. ΜΑΝΤΖΙΑΡΗ, Γ. ΜΑΚΡΗΣ, Α. ΑΒΡΑΜΙΔΟΥ, Μ. ΠΑΡΓΑ**

Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. Γιαννιτσών

Η πιθανότητα αυτόματης ανάταξης κοιλιακής μαρμαρυγής (ΚΜ) μειώνεται με την πάροδο του χρόνου κυρίως λόγω της ηλεκτρικής αναδιαμόρφωσης των κόλπων στα μυοκύτταρα των οποίων λαμβάνει χώρα βράχυνση της ανερέθιστης περιόδου η οποία ευνοεί την δημιουργία μακροκυκλωμάτων επανεισόδου.

Σκοπούμενη θεραπευτική ανάταξη μόνιμης ΚΜ αναφέρεται είτε ηλεκτρική, μετά από διόρθωση βαλβιδοπάθειας, είτε με την τεχνική maze του Cox στο πλαίσιο καρδιοχειρουργικής επέμβασης, είτε με ηλεκτρική κατάλυση κ.λ.π.

Περιγράψουμε περίπτωση μόνιμης ΚΜ, έχουσα ως υπόβαθρο στένωση της μιτροειδούς βαλβίδος, η οποία ανατάχθηκε αυτόματα, μετά περίπου μία δεκαετία από την εγκατάστασή της.

#### Περιγραφή περιστατικού

Πρόκειται για γυναίκα 60 ετών κατά την πρώτη της εξέταση στο Εξωτερικό μας Ιατρείο, στην οποίαν είχε διαγνωσθεί από 15-ετίας μετρίου βαθμού στένωση μιτροειδούς (Υπερηχογραφικά ευρήματα: MVA 2cm<sup>2</sup>, LA 48mm, MPG 5mmHg, LV-LVEF κ.φ.) και ΚΜ «από ετών», χωρίς πληροφορίες για ενδεχόμενες προσπάθειες ανάταξης. Η ασθενής έπασχε επίσης από ΑΥ, ΣΔ, ηπία ΧΝΑ, Υποθυρεοειδισμό και πρόσφατο ΑΕΕ.

Παρακολουθείτο τακτικά επί 7-ετία και διαπιστώνονταν επανειλημμένα ΚΜ. Μετά από αυτό το διάστημα επακολούθησε 2-ετία σειράς νοσηλειών για

αναπνευστικές λοιμώξεις, για επιδείνωση καρδιακής ανεπάρκειας και για νευρολογική συμπτωματολογία, κατά την διάρκεια των οποίων κατεδείχθησαν ΗΚΓ-κώς σύντομα διαστήματα με φλεβοκομβικό ρυθμό. Από 4-μήνου είναι και πάλι σε μόνιμη ΚΜ. Από την διαδικτυακή αναδίφηση της βιβλιογραφίας δεν βρήκαμε άλλη τέτοια αναφορά αυτόματης ανάταξης πολυετούς ΚΜ.

**OR. 12 ΟΙΚΟΓΕΝΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ ή ΟΙΚΟΓΕΝΗΣ ΥΠΕΡΚΟΙΛΙΑΚΗ ΤΑΧΥ-/ ΑΡΡΥΘΜΙΑ;**

**Γ. ΚΑΤΣΕΑΣ, ΑΤ ΜΑΛΙΚ, Γ.ΑΛΜΠΑΝΙΔΗΣ, Α. ΜΑΝΤΖΙΑΡΗ, Γ. ΜΑΚΡΗΣ, Π. ΣΑΒΒΑΣ**

Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. Γιαννιτσών

Από μακρού συσσωρεύονται ενδείξεις περί υπάρξεως γενετικού υποστρώματος σε κάποιες περιπτώσεις «ιδιοπαθούς» κολπικής μαρμαρυγής (ΚΜ), το οποίο αυξάνει την προδιάθεση, υπό την επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων. Έχουν περιγραφεί μεταλλάξεις κυρίως στους διαύλους καλίου, μεταλλάξεις που δεν κωδικοποιούν διαύλους ιόντων αλλά και πολυμορφισμοί γονιδίων. Η Οικογενής ΚΜ (ΟΚΜ) μεταβιβάζεται με τον αυτοσωματικό επικρατούντα τύπο. Αντίθετα, δεν υπάρχουν προσώρα παρόμοιες ενδείξεις γενετικού υποστρώματος για την Παροξυσμική Υπερκοιλιακή Ταχυκαρδία (ΠΥΤ) [εξαιρουμένων των προδιεγερτικών συνδρόμων].

Περιγράφεται περίπτωση οικογενούς κατανομής ΠΚΜ και ΠΥΤ. Στο ατομικό αναμνηστικό αμφότερων των τέκνων και της μητέρας δεν περιλαμβάνονταν καμία άλλη πάθηση ή προδιαθεσικός παράγων που ενοχοποιείται για πρόκληση ΚΜ ή ΠΥΤ και μπορεί κανείς βασίμως να υποθέσει ότι –τουλάχιστον η ΚΜ- είχαν κληρονομικό χαρακτήρα.

**Περιγραφή περιπτώσεως**

Πρόκειται για τετραμελή οικογένεια της οποίας

- ο πατέρας (σ, 75 ετών) με αναμνηστικό ΣΝ και ΑΣΠ, εμφάνισε κατά το παρελθόν ένα τουλάχιστον επεισόδιο συμπτωματικής ΠΥΤ,
- η μητέρα (♀, 74 ετών) εμφάνισε κατά το παρελθόν επανειλημμένα επεισόδια ΠΚΜ,
- η κόρη (♀, 52 ετών) νοσηλεύθηκε επανειλημμένα στην κλινική μας για επεισόδια ΠΥΤ,
- ο υιός (σ, 47 ετών) νοσηλεύθηκε επανειλημμένα στην κλινική μας για επεισόδια ΠΚΜ.

Συζητείται το ενδεχόμενο ομοειδών της ΟΚΜ μεταλλάξεων (που κωδικοποιούν διαύλους ιόντων και πολυμορφισμούς γονιδίων) που κληρονομούνται και

εκδηλώνονται με φαινότυπο ΠΚΜ στον έναν και με φαινότυπο ΠΥΚ στον άλλον απόγονο.

**OR. 13 ΟΨΙΜΗ ΑΝΑΤΑΞΗ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΜΕΣΗ ΗΛΕΚΤΡΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΜΕΤΑΤΡΟΠΗ**

**Γ. ΚΑΤΣΕΑΣ, Γ. ΑΛΜΠΑΝΙΔΗΣ, Α. ΜΑΛΙΚ, Α. ΜΑΝΤΖΙΑΡΗ, Γ. ΜΑΚΡΗΣ, Α. ΑΒΡΑΜΙΔΟΥ**

Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. Γιαννιτσών

Η ηλεκτρική ανάταξη συνιστά μια δόκιμη, υψηλής αποτελεσματικότητας μέθοδο ανάταξης της κολπικής μαρμαρυγής (ΚΜ). Οι βιβλιογραφικώς καθοριζόμενοι υπό διαφόρους σχεδιασμούς ποσοστιαίοι προσδιορισμοί καταγράφουν ποσοστά επιτυχίας του τύπου «όλον ή ουδέν».

Περιγράφουμε περίπτωση μόνιμης ΚΜ, η οποία ανατάχθηκε με άμεση ηλεκτρική καρδιομετατροπή, η ανάταξή της όμως συνέβη μετά περίπου 3-ωρο από την τελευταία χορήγηση ηλεκτρικού ρεύματος.

**Περιγραφή περιστατικού**

Πρόκειται για γυναίκα ασθενή 78 ετών η οποία νοσηλεύθηκε επανειλημμένα στην κλινική μας κατά το τελευταίο έτος, με συμπτωματολογία καρδιακής ανεπάρκειας (αρχόμενο πνευμονικό οίδημα, ορθόπνοια, υποτροπιάζουσα πνευμονική συλλογή δεξιά) και μόνιμη κολπική μαρμαρυγή. Στο αναμνηστικό της περιλαμβάνονταν παλαιό ΕΜ, ΑΥ, ΣΔ, και ισχαιμικό ΑΕΕ. (Υπερηχογραφικά ευρήματα: LVEDD 67mm, LA 52mm, LVEF 50%, σχεδόν ακινητικό IVS, επασβεστώσεις βαλβίδων, μετρία διάταση RV, TR (+2), RVSP 55mmHg).

Επειδή παρά την χορήγηση δακτυλίτιδας και καρβεδιλόλης (με ΚΣ ηρεμίας περί τις 60 σφ./min) τα επεισόδια δυσπνοίας συνήθως συνοδεύονταν από σημαντική αύξηση της ΚΣ (120–140/min) η οποία θεωρήθηκε ότι ενδεχομένως συνεισέφερε και παθογενετικά στην επιβάρυνση της ΚΑ, επιχειρήσαμε να την ανατάξουμε με ηλεκτρικό ρεύμα. Χορηγήθηκαν 150+ 200+300J (με τρίλεπτα μεσοδιαστήματα) υπό συνεχή ΗΚΓ-κή παρακολούθηση, χωρίς άμεσο αποτέλεσμα. Αίφνης, ύστερα από 3 ώρες και χωρίς άλλη θεραπευτική παρέμβαση, εμφανίσθηκε Φλεβοκομβικός Ρυθμός, με α΄ βαθμού Κ/Κ αποκλεισμό.

Μετά από την ανάταξη η κατάσταση της ασθενούς βελτιώθηκε, όμως μετά από έναν μήνα υποτροπίασε και η ΚΜ και η συμπτωματολογία.

Από την διαδικτυακή αναδίφηση της βιβλιογραφίας δεν μπορέσαμε να βρούμε αναφορά παρεμφερούς περιπτώσεως.



**OR. 14 Η ΜΕΤΡΗΣΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΒΑΡΙΑΤΡΙΚ ΑΤΟΜΑ****Ε. ΜΠΑΛΤΑΡΕΤΣΟΥ<sup>1</sup>, Μ. ΔΗΜΟΥΛΑ<sup>1</sup>, Μ. ΔΕΛΑΤΟΛΑ<sup>1</sup>, Α. ΤΟΓΙΑΣ<sup>1</sup>,  
Γ. ΥΦΑΝΤΗΣ<sup>2</sup>, Π. ΜΠΑΪΡΑΚΤΑΡΗΣ<sup>1</sup>, Μ. ΣΟΥΡΑΝΗ<sup>1</sup>**<sup>1</sup> Κέντρο Υγείας Τήνου, <sup>2</sup> Κέντρο Υγείας Καρλοβασίου Σάμου**Σκοπός**

Η μέτρηση ΑΠ σε bariatric άτομα σε δείγμα παχύσαρκων ασθενών στην Τήνο.

**Υλικό και Μέθοδοι**

Η παχυσαρκία (καθορίζεται με  $\Delta\text{ΜΣ} \geq 29.9 \text{ Kg/m}^2$  σύμφωνα με τα κριτήρια του ΠΟΥ 1997) λαμβάνει διαστάσεις επιδημίας παγκοσμίως και είναι πλέον ένα αυξημένο πρόβλημα. Ο αριθμός των bariatric ατόμων με  $\Delta\text{ΜΣ} > 34.9 \text{ Kg/m}^2$  έχει επίσης αυξητική τάση. Στη μελέτη συμμετείχαν 820 παχύσαρκοι με υπέρταση άνδρες και γυναίκες ηλικίας 30-86 ετών.

**Αποτελέσματα**

$\Delta\text{ΜΣ} > 34.9 \text{ Kg/m}^2$  βρέθηκε από 378 άνδρες στους 12 (3.1%) και από 442 γυναίκες σε 19 (4.2%). Η μέτρηση της ΑΠ έγινε σύμφωνα με τις συστάσεις ΠΟΥ.

**Συμπεράσματα**

Η επιδημία της παχυσαρκίας σε παγκόσμιο επίπεδο είναι φόβος για την υγεία και την οικονομία. Η πρόληψη έχει κρίσιμη σημασία. Η ομάδα ασθενών bariatric αυξάνεται συνεχώς- αυτό σημαίνει εκτός από αυξημένη νοσηρότητα και αυξημένο οικονομικό βάρος. Η αυξημένη ΑΠ σε bariatric άτομα θα πρέπει να αναγνωρίζεται και να θεραπεύεται με θεραπείες φαρμακευτικές και μη φαρμακευτικές μεθόδους, οι οποίες να εστιάζουν σε κοινωνικό και ψυχολογικό επίπεδο.

**OR. 15 Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΩΝ NON-DIPPER ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΨΗΛΟ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΚΙΝΔΥΝΟ****Ε. ΜΠΑΛΤΑΡΕΤΣΟΥ<sup>1</sup>, Μ. ΔΕΛΑΤΟΛΑ<sup>1</sup>, Μ. ΔΗΜΟΥΛΑ<sup>1</sup>, Α. ΤΟΓΙΑΣ<sup>1</sup>,  
Γ. ΥΦΑΝΤΗΣ<sup>2</sup>, Π. ΜΠΑΪΡΑΚΤΑΡΗΣ<sup>1</sup>, Μ. ΣΟΥΡΑΝΗ<sup>1</sup>**<sup>1</sup> Κέντρο Υγείας Τήνου, <sup>2</sup> Κέντρο Υγείας Καρλοβασίου Σάμου**Σκοπός**

Να μελετηθεί εάν η non-dipping ΑΠ έχει συνδεθεί ως ένας πρόσθετος κίνδυνος εμφάνισης καρδιαγγειακών επιπλοκών σε υπερτασικούς ασθενείς.

**Υλικό και Μέθοδοι**

Μελετήθηκαν 760 άτομα άνδρες και γυναίκες από 50 έως 80 ετών, στους οποίους έγινε καταγραφή περιπατητικής ΑΠ 24ώρου. Θεωρήσαμε φυσιολογικές τιμές

ΑΠ την ημέρα < 140/90 mmHg (<130/80 mmHg σε ΧΝΑ) και <120/80 mmHg τη νύχτα με μέτρηση 30min την ημέρα και 60min την νύχτα. Μετρήσεις >50% της συστολικής ΑΠ και >40% της διαστολικής ΑΠ θεωρήθηκαν παθολογικές. Οι ασθενείς παρουσίαζαν: ιδιοπαθή ΑΥ, ΣΝ, ΧΝΑ, Υπερθυρεοειδισμό, Νόσο Cushing, Σύνδρομο άπνοιας στον ύπνο, ΑΕΕ.

#### Αποτελέσματα

Από τους 76 υπερτασικούς ασθενείς οι 44 (57.8%) παρουσίασαν non-dipping τύπο. Οι non-dipper (60 έως 80 ετών) ήταν γηραιότεροι από τους dipper (50 έως 60 ετών). Όλοι οι ασθενείς ήταν υπό φαρμακευτική αγωγή.

#### Συμπεράσματα

Η συχνότητα της non-dipper ΑΠ τύπου ήταν 57.8% σε υψηλού κινδύνου υπερτασικούς ασθενείς. Η περιπατητική μέτρηση ΑΠ είναι σημαντική ειδικά σε υπερτασικούς ασθενείς με υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο.

### OR. 16 Η ΥΠΕΡΟΧΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ 24ΩΡΟΥ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΤΡΗΣΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ

**Ε. ΜΠΑΛΤΑΡΕΤΣΟΥ<sup>1</sup>, Μ. ΔΗΜΟΥΛΑ<sup>1</sup>, Μ. ΔΕΛΑΤΟΛΑ<sup>1</sup>, Α. ΤΟΓΙΑΣ<sup>1</sup>, Γ. ΥΦΑΝΤΗΣ<sup>2</sup>, Π. ΜΠΑΪΡΑΚΤΑΡΗΣ<sup>1</sup>, Μ. ΣΟΥΡΑΝΗ<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Κέντρο Υγείας Τήνου, <sup>2</sup>Κέντρο Υγείας Καρλοβασιού Σάμου

#### Σκοπός

Η καταγραφή της αρτηριακής πίεσης 24ώρου έχει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη καρδιαγγειακών επιπλοκών σε υψηλού κινδύνου υπερτασικούς ασθενείς.

#### Υλικό και Μέθοδοι

Μελετήθηκαν 76 ασθενείς υπερτασικοί ηλικίας (55±15 ετών) με αρτηριακή πίεση 160/100 mmHg σε άτομα χωρίς φαρμακευτική αγωγή ή 140/90 mmHg σε άτομα με θεραπεία και καρδιαγγειακό κίνδυνο (απουσία- παρουσία από τουλάχιστον 3 παράγοντες συμπεριλαμβανομένου: άρρεν φύλο, ΣΔ, ηλικία >55 ετών, μικροαλβουμινουρία, ΥΑΚ, κάπνισμα, LDL >130). Η μέτρηση ΑΠ έγινε σε 30min διαλείμματα κατά τη διάρκεια της ημέρας και ανά 60min από τις 22:00 έως 7:00.

#### Αποτελέσματα

Όπως αναμενόταν η πιο χαμηλή συχνότητα των non-dipping βρέθηκε σε άτομα με χαμηλή ΑΠ και χαμηλό καρδιαγγειακό ρίσκο, αλλά η συχνότητα ήταν σημαντικά αυξημένη ανάμεσα στα άτομα με χαμηλή ΑΠ και υψηλό ρίσκο καρδιαγγειακών επιπλοκών.

### Συμπεράσματα

Η περιπατητική 24ώρου μέτρηση ΑΠ μπορεί να εντοπίσει τους non-dipper ασθενείς και σε συνάρτηση με τους ασθενείς με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο υπερτερεί έναντι της κλινικής μέτρησης ΑΠ στην πρόγνωση των καρδιαγγειακών επιπλοκών και νοσηρότητας σε υπερτασικούς ασθενείς με πολλούς παράγοντες κινδύνου.

## OR. 17 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗ ΒΟΡΕΙΑ ΕΛΛΑΔΑ Α. ΕΥΘΥΜΙΑΔΗΣ, Α. ΤΑΥΡΙΔΟΥ, Ι. ΚΑΝΟΝΙΔΗΣ, Χ. ΜΑΝΕΣ, Γ. ΧΑΤΖΗΣ, Ι. ΕΥΘΥΜΙΑΔΗΣ, Σ. ΠΑΥΛΙΔΟΥ, Μ. ΒΛΑΧΟΠΟΥΛΟΥ, Γ. ΣΑΚΑΝΤΑΜΗΣ Εταιρεία Αθηροσκλήρωσης Β. Ελλάδος / ATHOS CARDIO GREECE Study

### Σκοπός

Η διερεύνηση των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών σε άτομα με στεφανιαία νόσο, σε δείγμα πληθυσμού στη Βόρεια Ελλάδα.

### Μέθοδος και υλικό

Εξετάστηκαν σε διάφορες πόλεις της Β. Ελλάδος, την τελευταία τριετία, 3000 άτομα και των δύο φύλων (54% άνδρες), με μέση ηλικία 62 έτη (+/- 13). Η προσέλευση των ατόμων ήταν τυχαία. Συμπληρωνόταν ειδικό πρωτόκολλο με το ατομικό και κληρονομικό ιστορικό και τους παράγοντες κινδύνου αθηροσκλήρωσης. Έγινε μέτρηση βασικών βιοχημικών παραμέτρων, της αρτηριακής πίεσης και των σωματομετρικών χαρακτηριστικών.

### Αποτελέσματα

Ο επιπολασμός της στεφανιαίας νόσου στο δείγμα ήταν 6.4%. Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε τα επί μέρους χαρακτηριστικά στοιχεία των ατόμων.

	Στεφανιαίοι άρρωστοι
N (%)	192 (6.4)
Άνδρες / Γυναίκες, %	84 / 16
Ηλικία (έτη)	72 ± 9
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	27.4 ± 3.3
Περίμετρος μέσης (cm)	98.6 ± 9
Κάπνισμα (%)	24.2
Δυσλιπιδαιμία (%)	74
Αρτηριακή υπέρταση (%)	71
Σακχαρώδης διαβήτης (%)	19
Ολική χοληστερόλη (mg/dl)	179 ± 45
LDL-χοληστερόλη (mg/dl)	105 ± 39
HDL-χοληστερόλη (mg/dl)	45 ± 11
Τριγλυκερίδια (mg/dl)	136 ± 81
Αθηρωματικός δείκτης	4.1 ± 1.5

Υπολιπιδαιμική αγωγή ελάμβανε το 67% των ατόμων, από τα οποία το 80% μονοθεραπεία με στατίνη. Στην αντιυπερτασική αγωγή κυριαρχούν οι αποκλειστές ασβεστίου (29%), ακολουθούν οι β-αποκλειστές (24%) και οι α-MEA (23%). Επίτευξη θεραπευτικού στόχου με  $LDL < 100 \text{mg/dl}$  διαπιστώθηκε στο 67% των ασθενών με υπολιπιδαιμική αγωγή. Στους σακχαροδιαβητικούς ασθενείς μόλις το 20% επιτυγχάνει το θεραπευτικό του στόχο, που είναι  $LDL < 70 \text{mg/dl}$ . Η πρόβλεψη για καρδιαγγειακό κίνδυνο στην επόμενη 10ετία για τον πληθυσμό αυτό, με βάση τον αλγόριθμο του NCEP/ATP III, είναι 28%, ενώ με τον αλγόριθμο JBS, ο κίνδυνος είναι 39%, στους δε καπνιστές αγγίζει το 74% ( $p < 0.001$ ).

#### Συμπεράσματα

1. Ένας στους τρεις στεφανιαίους δεν ελάμβανε φαρμακευτική αγωγή για δυσλιπιδαιμία.
2. Μεγάλο ποσοστό των στεφανιαίων ασθενών δε φθάνουν το θεραπευτικό στόχο για την LDL-χοληστερόλη.
3. Η συσσώρευση παραγόντων κινδύνου στους στεφανιαίους ασθενείς του δείγματος αυξάνει δραματικά τον καρδιαγγειακό κίνδυνο και καθιστά επιτακτική την ανάγκη εντατικής-προληπτικής θεραπευτικής αντιμετώπισης.

#### **OR. 18 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΕΠΙΚΑΛΥΜΜΕΝΩΝ ΕΝΔΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΠΡΟΘΕΣΕΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΝΔΙΑΜΕΣΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΕΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ MINIMUM LUMEN AREA (MLA) < 4mm<sup>2</sup> ΣΕ ΜΕΛΕΤΗ ΜΕ ΕΝΔΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΥΠΕΡΗΧΟ (IVUS).**

**Χ. ΓΡΑΪΔΗΣ, Γ. ΜΑΜΑΔΑΣ, Δ. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ, Α. ΝΤΑΤΣΙΟΣ, Π. ΣΕΜΕΡΤΖΙΔΗΣ, Φ. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, Β. ΚΑΡΑΣΑΒΒΙΔΗΣ, Κ. ΓΟΥΡΓΙΩΤΗΣ, Ι. ΒΟΓΙΑΤΖΗΣ, Ι. ΚΟΥΜΠΑΡΟΥΔΗΣ, Ι. ΤΣΟΥΝΟΣ, Κ. ΒΟΛΟΥΔΑΚΗΣ, Ν. ΧΑΜΟΥΡΑΤΙΔΗΣ**

Κλινική «Euromedica-Κυανούς Σταυρός»

#### Εισαγωγή

Εξακολουθεί ακόμη και σήμερα να αποτελεί πρόκληση η κλινική εκτίμηση των αγγειογραφικά ενδιάμεσης βαρύτητας στενώσεων (40% ως 70%). Μελέτες με IVUS έχουν δείξει ότι υποεκτιμάται η έκταση της αθηροσκληρυνσης από τη στεφανιογραφία, με μεγάλη συχνότητα ανεύρεσης σοβαρών στενώσεων σε ασθενείς με κλινικές ενδείξεις ισχαιμίας και αγγειογραφικά οριακές στενώσεις. Minimum Lumen Area (MLA) < 4mm<sup>2</sup> από το ενδοστεφανιαίο υπέρηχο έχει χρησιμοποιηθεί ως δείκτης σοβαρής στένωσης με πολύ καλή συσχέτιση με μετρήσεις με το Doppler και Pressure wire και με δυνατότητα πρόβλεψης αυξημένης συχνότητας καρδιακών συμβαμάτων. Η χρησιμοποίηση των επικαλυμμένων προθέσεων (DES) είχε σαν αποτέλεσμα τη μείωση της συχνότητας επαναστένωσης και μείζονων καρδιακών συμβαμάτων.

Ωστόσο δεν είναι ξεκάθαρο το όφελος από την αντιμετώπιση ενδιάμεσης βαρύτητας στενώσεων και IVUS MLA<4mm<sup>2</sup>.

### Σκοπός

Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητα των DES στην αντιμετώπιση ενδιάμεσης βαρύτητας αγγειογραφικά στενώσεων και IVUS MLA<4mm<sup>2</sup>.

### Υλικό

Μελετήθηκαν συνολικά 59 ασθενείς που υπεβλήθησαν σε μελέτη με ενδοστεφανιαίο υπέρηχο για εκτίμηση ενδιάμεσης βαρύτητας στενώσεων και 47 από αυτούς ηλικίας 62.5±11.3 (39 ως 80 ετών) βρέθηκε να έχουν MLA<4mm<sup>2</sup> και υπεβλήθησαν σε αγγειοπλαστική με τοποθέτηση επικαλυμμένων ενδοστεφανιαίων προθέσεων και οι οποίοι αποτέλεσαν το υλικό της μελέτης. Σε 12 ασθενείς έγινε στον ίδιο χρόνο αγγειοπλαστική με DES σε άλλο αγγείο με σοβαρή στένωση. Ως μείζονα καρδιακά συμβάματα (MACE) ορίστηκαν Θάνατος(Θ), Έμφραγμα(Ε), επαναγγείωση αγγείου στόχου(TVR). Η κλινική παρακολούθηση ολοκληρώθηκε σε όλους τους ασθενείς.

### Αποτελέσματα

Τοποθετήθηκαν συνολικά 54 stent (1.17±0.38 stent ανά στένωση). Το μήκος των stent ήταν 26.3±10.8mm (13 ως 51mm) με μέση διάμετρο 3.14±0.39mm (2.5 ως 4.5mm). Απευθείας τοποθέτηση του stent έγινε στο 82.6% των περιπτώσεων, ενώ μεταδιάταση εντός των ενδοστεφανιαίων προθέσεων έγινε στο 95.6% των περιπτώσεων. Κατά τη διάρκεια νοσηλείας δεν είχαμε καμία περίπτωση θανάτου, επείγουσας χειρουργικής αντιμετώπισης ή θρόμβωσης. Σε μια περίοδο παρακολούθησης 15.36±8.1 μηνών δεν υπήρξε καμία περίπτωση θρόμβωσης, εμφράγματος ή θανάτου. Υπήρξε μια περίπτωση επαναιμάτωσης αγγείου στόχου λόγω επαναστένωσης στο κεντρικό άκρο του stent (TVR 2.1%).

### Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής δείχνουν ότι η τοποθέτηση επικαλυμμένων ενδοστεφανιαίων προθέσεων είναι μια ασφαλής και αποτελεσματική μέθοδος αντιμετώπισης συμπτωματικών ασθενών με ενδιάμεσες αγγειογραφικά βλάβες και IVUS MLA<4mm<sup>2</sup> με εξαιρετικά χαμηλή συχνότητα μείζονων καρδιακών συμβαμάτων. Ωστόσο μια προσεκτικά σχεδιασμένη προοπτική μελέτη θα μας δώσει επαρκή βεβαιότητα για τον αν αυτή η προσέγγιση είναι μια υπεραντίδραση σε οπτικό ερέθισμα ή η σωστή αντίδραση σε ένα αντικειμενικό εύρημα.

**OR. 19 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΔΙΑΤΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ ΜΕ ΤΙΣ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΥΣ ΕΠΑΝΑΙΜΑΤΩΣΗΣ: ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ, ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ**

**Χ. ΓΡΑΙΔΗΣ , Γ. ΜΑΜΑΔΑΣ, Δ. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ, Α. ΝΤΑΤΣΙΟΣ, Π. ΣΕΜΕΡΤΖΙΔΗΣ, Φ. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, Χ. ΜΠΑΣΑΓΙΑΝΝΗΣ, Β. ΚΑΡΑΣΑΒΒΙΔΗΣ, Κ. ΓΟΥΡΓΙΩΤΗΣ, Ι. ΒΟΓΙΑΤΖΗΣ, Ι. ΚΟΥΜΠΑΡΟΥΔΗΣ, Κ. ΒΟΛΟΥΔΑΚΗΣ, Γ. ΚΑΡΑΚΩΣΤΑΣ, Ν. ΧΑΜΟΥΡΑΤΙΔΗΣ**

Κλινική «Euromedica-Κυανούς Σταυρός»

#### Εισαγωγή

Η διάτρηση των στεφανιαίων αγγείων κατά την εφαρμογή διαδερμικών μεθόδων επαναϊμάτωσης (PCI) είναι μια σπάνια αλλά δυνητικά καταστροφική επιπλοκή. Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται συχνότητα 0.1-3% και σε αυτή οφείλεται το 20% των παραπομπών για επείγουσα καρδιοχειρουργική αντιμετώπιση. Ασθενείς που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο είναι οι ηλικιωμένοι, γυναίκες και ασθενείς με επασβεστωμένα και ελικοειδή αγγεία. Η διάτρηση των στεφανιαίων διαχωρίζεται σε 3 τύπους ανάλογα με την βαρύτητα. Στον τύπο 1 έχουμε περιορισμό στο μέσο ή adventitia χιτώνα προκαλώντας εστιακή εικόνα κρατήρα ή μανιταριού αγγειογραφικά. Στον τύπο 2 υπάρχει περιορισμένη εξαγγείωση προκαλώντας εικόνα κατακράτησης στο μυοκάρδιο ή περικάρδιο, ενώ στον τύπο 3 έχουμε επίμονη εξαγγείωση διαμέσου αληθούς διάτρησης (>1mm) με διαφυγή σκιαστικού από τη βλάβη.

#### Σκοπός

Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν ο καθορισμός της συχνότητας διάτρησης των στεφανιαίων αγγείων κατά τις διαδερμικές μεθόδους επαναϊμάτωσης και ανάλυσης του μηχανισμού πρόκλησης, αντιμετώπισης και πρόγνωση αυτής της επιπλοκής.

#### Υλικό - Αποτελέσματα

Συνολικά 2730 ασθενείς υπεβλήθησαν σε επαναϊμάτωση με διαδερμικές μεθόδους στο διάστημα από 1/1/2003 ως 31/12/2008. Ανευρέθησαν 11 περιπτώσεις διάτρησης (συχνότητα 0.4%). Σε 2/11 περιπτώσεις η διάτρηση ήταν τύπου 1 (18.2%), 2/11 (18.2%) τύπου 2 και σε 7/11 (63.6%) ήταν τύπου 3. Όλες οι περιπτώσεις τύπου 1 και 2 οφείλονταν στο οδηγό σύρμα (στην πλειονότητα υδρόφιλα), όπως και σε 4/7 περιπτώσεις τύπου 3, ενώ οι 4/7 περιπτώσεις τύπου 3 σχετιζόνταν με την τοποθέτηση stent. Σε όλες τις τύπου 3 διατρήσεις είχαμε εμφάνιση καρδιακού επιπωματισμού που αντιμετωπίστηκε με περικαρδιοκέντηση. Οι 6/7 περιπτώσεις διάτρησης τύπου 3 αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς με διαδερμικές μεθόδους (παρατεταμένη διαστολή μπαλονιού, εμβολή με πήγμα αίματος και PTFE covered stent). Συνολικά είχαμε συχνότητα εμφράγματος 54.5%(6/11). Ένας ασθενής αντιμετωπίστηκε με επείγουσα καρδιοχειρουργική αντιμετώπιση μετά από ανεπιτυχή προσπάθεια σύγκλεισης

διαδερμικά και ο οποίος κατέληξε 24 ώρες μετά (θνητότητα 9.1%).

#### Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής δείχνουν ότι η διάτρηση των στεφανιαίων αγγείων αποτελεί μια σπάνια επιπλοκή και ότι η πλειονότητα των περιπτώσεων μπορούν να αντιμετωπισθούν επιτυχώς με διαδερμικές μεθόδους.

Οι περισσότερες περιπτώσεις προκλήθηκαν από το οδηγό σύρμα (ιδιαίτερα υδρόφιλα) γεγονός που καθιστά επιτακτική την ανάγκη για ιδιαίτερη προσοχή με την χρησιμοποίηση αυτών των συρμάτων. Οι περιπτώσεις με τύπου 3 διάτρηση εξακολουθούν να συνοδεύονται από αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα.

#### **OR. 20 ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΠΑΝΑΚΑΤΑΣΚΕΥΗΣ ΤΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ ΜΕ DRUG-ELUTING STENTS ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΧΥΤΗ ΝΟΣΟ (ΤΕΧΝΙΚΗ FULL METAL JACKET)**

**Χ. ΓΡΑΙΔΗΣ, Δ. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ, Α. ΝΤΑΤΣΙΟΣ, Π. ΣΕΜΕΡΤΖΙΔΗΣ, Φ. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, Β. ΚΑΡΑΣΑΒΒΙΔΗΣ, Χ. ΜΠΑΣΑΓΙΑΝΝΗΣ, Ι. ΒΟΓΙΑΤΖΗΣ, Κ. ΓΟΥΡΓΙΩΤΗΣ, Ι. ΤΣΟΥΝΟΣ, Κ. ΒΟΛΟΥΔΑΚΗΣ, Ι. ΚΟΥΜΠΑΡΟΥΔΗΣ, Ν. ΧΑΜΟΥΡΑΤΙΔΗΣ**

Κλινική «Euromedica-Κυανούς Σταυρός», Θεσσαλονίκη

#### Εισαγωγή

Η αντιμετώπιση των ασθενών με επιμήκεις στενώσεις-διάχυτη νόσο είναι ένα από τα δυσκολότερα προβλήματα στην επεμβατική καρδιολογία. Το μήκος της στένωσης αποτελεί προγνωστικό παράγοντα επαναστένωσης μετά από εμφύτευση συμβατικών stent. Η μεγάλη αποτελεσματικότητα των DES σε πιο απλές βλάβες οδήγησε στη χρησιμοποίησή τους και σε ασθενείς με διάχυτη νόσο. Ωστόσο η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα της εμφύτευσης DES σε ιδιαίτερα μεγάλο μήκος (>50mm) δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς.

#### Σκοπός

Στη μελέτη αυτή αναφέρουμε τα μακροχρόνια αποτελέσματα (>3 έτη) από την εμφύτευση DES σε μεγάλο μήκος (>50mm) με αλληλοεπικάλυψη στο ίδιο αγγείο (τεχνική Full Metal Jacket-FMJ) για την αντιμετώπιση διάχυτης νόσου ή εκτεταμένου διαχωρισμού.

#### Υλικό - Μέθοδοι

Στο διάστημα από 1/1/2003 ως και 31/12/2007 μελετήθηκαν 103 ασθενείς (88 άνδρες, 15 γυναίκες) στους οποίους τοποθετήθηκαν DES>50mm με αλληλοεπικάλυψη στο ίδιο αγγείο. Από αυτούς τους ασθενείς οι 64 (54 άνδρες, 10 γυναίκες), ηλικίας  $61,18 \pm 12,35$  ετών συμπλήρωσαν 3 έτη παρακολούθησης και αποτέλεσαν το υλικό της μελέτης. Ως μείζονα καρδιακά συμβάματα (MACE)

ορίστηκαν Θάνατος(Θ), έμφραγμα(E), επαναιμάτωση αγγείου στόχου (TVR), επαναιμάτωση βλάβης στόχου (TLR).

#### Αποτελέσματα

Συνολικά αντιμετωπίστηκαν 101 βλάβες στα στεφανιαία αγγεία (1,54 βλάβες ανά ασθενή) εκ των οποίων οι 69 ήταν επιμήκεις(>50mm,  $1,08 \pm 0,27$  επιμήκεις βλάβες ανά ασθενή) με τοποθέτηση 206 DES ( $2,98 \pm 0,88$  DES ανά επιμήκη βλάβη, από 2 ως 7)). Οι ασθενείς είχαν ιστορικό προηγούμενου εμφράγματος (20,3%), προηγούμενη αορτοστεφανιαία παράκαμψη (12,5%), ασταθή στηθάγχη (40,6%) ενώ ήταν διαβητικοί το 34,4%. Τα αγγεία που υπεβλήθησαν σε αγγειοπλαστική ήταν ο πρόσθιος κατιόντας κλάδος (34,8%), η περισπώμενη αρτηρία (15,9%) και η δεξιά στεφανιαία αρτηρία (49,3%). Το μήκος των stents ήταν  $66,51 \pm 13,55$ mm (από 54 ως 123mm). Σε όλους τους ασθενείς έγινε μεταδιάταση εντός των stent με χρησιμοποίηση μεγαλύτερων μπαλονιών. Σε μια περίοδο παρακολούθησης από 3 ως και 5 έτη είχαμε 5 θανάτους εκ των οποίων οι 3 θάνατοι ήταν από νεοπλασία ενώ οι δύο περιπτώσεις εκδηλώθηκαν ως αιφνίδιος θάνατος (Cardiac death 3,1%). Επαναγγείωση αγγείου στόχου είχαμε σε 6 από τους 64 ασθενείς (TVR 9,4%). Η συχνότητα μείζονων καρδιακών συμβαμάτων ήταν 14,1% (9/64).

#### Συμπεράσματα

Τα ευρήματα της μελέτης αυτής επιβεβαιώνουν την ασφάλεια και αποτελεσματικότητα των DES σε ασθενείς με πολύ επιμήκεις βλάβες σε μια μακρά χρονική περίοδο παρακολούθησης. Τα αποτελέσματα είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά επειδή η μικρή συχνότητα επαναιμάτωσης αγγείου στόχου (TVR 9,4%) συνδυάζεται με ιδιαίτερα μεγάλο μήκος stents ( $66,51$ mm κατά μέσο όρο). Η χρησιμοποίηση των DES αποτελεί πλέον επανάσταση επειδή φαίνεται ότι η χρησιμοποίηση τους εξασθενεί τη συσχέτιση του μήκους των stents με τη συχνότητα επαναστένωσης. Έτσι πολλοί ασθενείς με διάχυτη νόσο μπορούν να αντιμετωπισθούν αποτελεσματικά με διαδερμικές μεθόδους επαναγγείωσης.

#### OR. 21 **ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΔΥΟ ΔΕΚΑΕΤΙΕΣ**

**Π. ΚΥΡΙΑΚΟΥ Ι. ΜΠΟΣΤΑΝΙΤΗΣ, Μ. ΤΣΑΛΙΔΟΥ, Γ. ΜΠΟΥΝΤΩΝΑΣ, Μ ΡΑΠΤΟΠΟΥΛΟΥ-ΓΙΓΗ**

Καρδιολογικό Τμήμα, Β΄ Παθολογική Πανεπιστημιακή Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

#### Σκοπός

Η μελέτη της φαρμακευτικής αγωγής σε καρδιολογικούς ασθενείς τις τελευταίες δυο δεκαετίες.



### Υλικό και Μέθοδοι

130 ασθενείς, με ΑΥ, ΣΝ και ΚΑ, μελετήθηκαν αναδρομικά από τα αρχεία των Ε.Ι της κλινικής ως προς τη φαρμακευτική αγωγή που ελάμβαναν κατά τα έτη 1990-1999 (πρώτη δεκαετία-ΠΔ) και 2000-2008 (δεύτερη δεκαετία-ΔΔ). Η στατιστική ανάλυση έγινε με το κριτήριο  $\chi^2$ .

### Αποτελέσματα

ΑΜΕΑ την ΠΔ ελάμβαναν 75 % (9/12) άντρες και 53.8 % (14/26) γυναίκες, ενώ τη ΔΔ 66.6% (16/24) άντρες και 75% (51/68) γυναίκες. Β αποκλειστές την ΠΔ ελάμβαναν 41.6% (5/12) άντρες και 19.2% (5/26) γυναίκες, έναντι 54.1% (13/24) και 44.1% (30/68) τη ΔΔ, αντίστοιχα. Διουρητικά συνταγογραφήθηκαν σε 25% (3/12) άντρες και 23 % (6/26) γυναίκες την ΠΔ έναντι 29.1 % (7/24) και 47 % (32/68) τη ΔΔ, αντίστοιχα. Παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση στη χορήγηση των παραπάνω φαρμάκων μόνο στις γυναίκες ( $p < 0.05$ ). Την ΠΔ 50 % (6/12) των αντρών και 42.3 % (11/26) των γυναικών έπαιρναν αναστολείς ασβεστίου ενώ τη ΔΔ καταγράφηκαν 33.3 % (8/24) άντρες και 38.2% (26/68) γυναίκες, αντίστοιχα. Νιτρώδη την ΠΔ ελάμβαναν 41.6 % (5/12) άντρες και 23 % (6/26) γυναίκες και τη ΔΔ 33.3 % (8/24) και 16.1 % (11/68) αντίστοιχα.

### Συμπεράσματα

Σε γενικές γραμμές φαίνεται στις γυναίκες στην δεύτερη δεκαετία να βελτιώνεται η αγωγή ως προς τους ΑΜΕΑ, τους β-αναστολείς και τα διουρητικά αναιρώντας την γυναικεία υποθεραπεία της πρώτης δεκαετίας, διαγράφεται δε και στα δύο φύλα καλή συμμόρφωση στις κατευθυντήριες οδηγίες ως προς την χρήση όλων των υπό μελέτη φαρμάκων.

## OR. 22 ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΦΥΛΟ ΣΕ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

**Π. ΚΥΡΙΑΚΟΥ, Ι. ΜΠΟΣΤΑΝΙΤΗΣ, Μ. ΤΣΑΛΙΔΟΥ, Γ. ΜΠΟΥΝΤΩΝΑΣ, Μ. ΡΑΠΤΟΠΟΥΛΟΥ-ΓΙΓΗ**

Καρδιολογικό Τμήμα Β' Παθολογικής Κλινικής ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

### Σκοπός

Η μελέτη της φαρμακευτικής αγωγής σε σχέση με το φύλο σε καρδιολογικούς ασθενείς

### Υλικό και Μέθοδος

92 ασθενείς μελετήθηκαν αναδρομικά από τα αρχεία των Ε.Ι του τμήματος ως προς τη φαρμακευτική αγωγή που ελάμβαναν για ΑΥ, ΚΑ και ΣΝ τα έτη 2000-2008. 73.9 % (68/92) ήταν γυναίκες (Γ) και 26.1 % (24/92) άντρες (Α) με μέση ηλικία  $65.5 \pm 11.1$  έτη. Η στατιστική ανάλυση έγινε με περιγραφική στατιστική και λογαριθμική παλινδρόμηση.

### Αποτελέσματα

Η επίπτωση ΣΝ (Α:60% vs Γ:16.3%) είναι σημαντικά υψηλότερη στους Α, η ΑΥ (Α: 25% vs: 80% Γ) στις Γ, ενώ η ΚΑ (Α:5% vs Γ:7.2%) δεν διέφερε σημαντικά ανάμεσα τους. ΑΜΕΑ ελάμβαναν 16/24 (66.6 %) Α και 51/68 (75 %) Γ. Β-αποκλειστές ελάμβαναν 13/24 (54.1 %) Α και 30/68 (44.1%) Γ. Οι Α ελάμβαναν β-αποκλειστές 1.5 φορές περισσότερο από τις Γ ( $p>0.05$ ). Διουρητικά λάμβαναν 7/24 (29.1 %) Α και 32/68 (47.7%) Γ. Αναστολείς ασβεστίου χορηγήθηκαν σε 8/24 (33.3%) Α και 26/68 (38.2 %) Γ. Νιτρώδη συνταγογραφήθηκαν 2.5 φορές περισσότερο στους Α από ότι στις Γ ( $p>0.05$ ), (Α: 33.3.% vs Γ:16.1 %).

### Συμπέρασμα

Η συχνότερη χορήγηση β αποκλειστών και νιτρωδών στους άνδρες δικαιολογείται από τον υψηλότερο επιπολασμό της ΣΝ σε αυτούς ενώ οι γυναίκες λαμβάνουν διουρητικά σε μεγαλύτερο ποσοστό, πιθανόν λόγω ύπαρξης δυσρρυθμιστής ΑΥ. Η ύπαρξη δεδομένης διάγνωσης φαίνεται να αναιρεί την καχυποψία απέναντι στην γυναικεία συμπτωματολογία που υπάρχει στην αρχική προ της διάγνωσης προσέγγιση, και να επέρχεται ισότιμη μεταχείριση από πλευράς φαρμακευτικής αντιμετώπισης ανάμεσα στα δύο φύλα.

## OR. 23 Η ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΗΡΕΜΙΑΣ ΕΙΝΑΙ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ Κ. ΤΟΛΗ, Δ. ΚΟΥΤΡΑΣ, Ι. ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ, Ε. ΛΙΤΣΑ, Σ. ΒΗΧΟΣ, Α. ΠΕΤΑΛΟΥΔΗΣ, Ι. ΜΑΝΤΑΣ

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Χαλκίδας

Τα χαρακτηριστικά και η έκβαση των ασθενών κατανεμήθηκαν σε 3 ομάδες σύμφωνα με την καρδιακή συχνότητα

Ομάδα 1-ΚΣ<65bpm n=400  
Ομάδα 2-ΚΣ 65-75bpm n=1100  
Ομάδα 3-ΚΣ>75bpm n=600

	Ομάδα 1	Ομάδα 2	Ομάδα 3
Άνδρες %	80	79	76
Ηλικία (μέσος όρος)	60,2	59,8	59,6
Προηγούμενο ΕΜ%	67	72	73
ΣΔ %	15	21	27
ΑΥ %	34	32	36
Κάπνισμα %	11	11	13

Ολική CHOL (μέση τιμή)	222,2±34	224,7±34	224,2±35
NYHA ≥II %	24	28	34
Ασπρίνη %	61	57	55
B-αναστολείς %	53	33	22
Αναστολείς διαύλων Ca %	50	51	50
Δακτυλίτιδα %	3	4	7
Θνητότητα 5ετη	8,7 %	12,9 %	18,4 %

### Συμπέρασμα

Η μελέτη αυτή καταδεικνύει ότι καρδιακή συχνότητα ηρεμίας είναι ένας ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο.

Παραμένει όμως να αποδειχθεί ότι η ελάττωση της καρδιακής συχνότητας θα βελτιώσει την πρόγνωση των στεφανιαίων ασθενών.

## OR. 24 Η ΜΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΥΠΕΡΓΛΥΚΑΙΜΙΑ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΟΝ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟ ΚΑΙ ΤΗ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΚΑ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΜΕΝΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ

**Δ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ, MD, MSc, PhD,<sup>1</sup> Ι. ΧΑΤΖΗΖΗΣΗΣ, MD, MSc,<sup>2</sup>  
Γ. ΛΟΥΡΙΔΑΣ, MD, PhD,<sup>3</sup> Γ. ΠΑΡΧΑΡΙΔΗΣ, MD, PhD,<sup>4</sup>  
Γ. ΓΙΑΝΝΟΓΛΟΥ, MD, PhD<sup>4</sup>**

1. Επιστημονικός Συνεργάτης, Α΄ Καρδιολογική Κλινική, ΑΧΕΠΑ
2. Ειδικευόμενος Καρδιολογίας, Α΄ Καρδιολογική Κλινική, ΑΧΕΠΑ
3. Ομότιμος Καθηγητής Καρδιολογίας, Ιατρική Σχολή, ΑΠΘ
4. Καθηγητής Καρδιολογίας, Ιατρική Σχολή, ΑΠΘ

### Σκοπός

Κλινικά δεδομένα συσχετίζουν την επηρεασμένη ανοχή στη γλυκόζη με αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης στεφανιαίας νόσου (ΣΝ). Οι αναφορές, ωστόσο, σχετικά με την επηρεασμένη γλυκόζη νηστείας είναι αντιφατικές. Στην παρούσα μελέτη εκτιμήσαμε τον επιπολασμό και τη βαρύτητα της ΣΝ συναρτήσει της γλυκόζης νηστείας και των επιπέδων της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c).

### Μέθοδοι

Μελετήσαμε 273 διαδοχικούς ασθενείς οι οποίοι υποβλήθηκαν για πρώτη φορά σε στεφανιογραφία για την αξιολόγηση προκάρδιου άλγους. Η βαρύτητα της ΣΝ αξιολογήθηκε μέσω τριών αγγειογραφικών σκορ. Οι ασθενείς διακρίθηκαν σε αυτούς με φυσιολογική γλυκόζη νηστείας (<100 mg/dL), επηρεασμένη γλυκόζη νηστείας (100-125 mg/dL) και σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ).

### Αποτελέσματα

Οι ασθενείς με επηρεασμένη γλυκόζη νηστείας και οι διαβητικοί έπασχαν 2,5 φορές συχνότερα από ΣΝ σε σχέση με τους νορμογλυκαιμικούς (πίνακας). Η προοδευτική επιδείνωση του γλυκαιμικού προφίλ των ασθενών αναδείχθηκε ανεξάρτητος προγνωστικός δείκτης της αγγειογραφικής έκτασης της ΣΝ (extent score: beta=0,142, p=0,027 και arbitrary index: beta=0,173, p=0,007). Τα επίπεδα της HbA1c ήταν σημαντικά υψηλότερα μεταξύ των ασθενών με ΣΝ και με νόσο  $\geq 2$  αρτηριών, σε σχέση με την ομάδα χωρίς ΣΝ (εικόνα). Οι τιμές HbA1c συσχετίστηκαν θετικά με τον επιπολασμό της ΣΝ ανεξαρτήτως συμβατικών παραγόντων κινδύνου συμπεριλαμβανομένου και του ΣΔ (OR: 1,853, 95% CI: 1,269-2,704).

### Συμπεράσματα

Η μη διαβητική υπεργλυκαιμία, είτε εκφραζόμενη ως κατηγορίες γλυκόζης νηστείας είτε ως τιμές HbA1c, συσχετίζεται με δυσμενέστερα αγγειογραφικά ευρήματα.

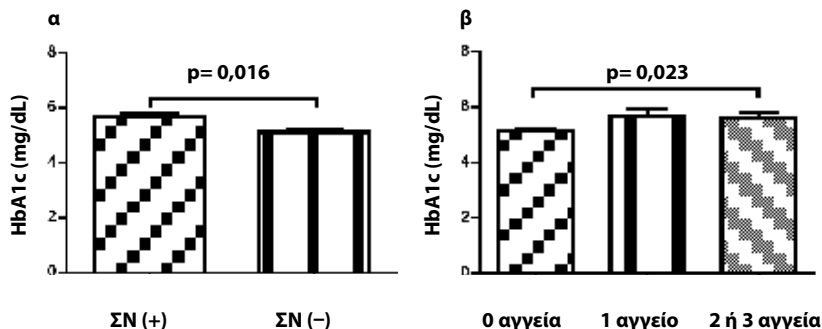
### Πίνακας

	ΣΝ n(%)	αδρός OR (95% CI)	διορθωμένος OR* (95% CI)
<100 mg/dL	58 (56,9)	1 (ομάδα αναφοράς)	1 (ομάδα αναφοράς)
100-125 mg/dL	48 (76,2)	2,428 (1,206-4,887)	2,567 (1,187-5,551)
ΣΔ	82 (75,9)	2,393 (1,326-4,316)	2,454 (1,238-4,861)

OR=odds ratio, 95% CI=95% confidence interval

\* διορθωμένος για ηλικία, φύλο, υπέρταση, κάπνισμα, τιμές τριγλυκεριδίων και LDL-C

Εικόνα



## OR. 25 **ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ - ΜΙΑ ΔΥΝΑΜΙΚΗ ΣΧΕΣΗ**

**Ο. ΤΣΑΧΟΥΡΙΔΟΥ<sup>1</sup>, Σ. ΚΑΡΒΑΣΙΛΕΙΑΔΟΥ<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Επιστημονική Συνεργάτης Α' Παθολογικής Κλινικής Γ.Ν.ΑΧΕΠΑ

<sup>2</sup>Εργαστήριο Αθλητιατρικής, Τ.Ε.Φ.Α.Α. Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

### Εισαγωγή

Η καρδιαγγειακή νόσος παραμένει κύρια αιτία νοσηρότητας και πρόωρης θνησιμότητας, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες στις περισσότερες σύγχρονες κοινωνίες. Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις από επιδημιολογικές, συγκριτικές και παρεμβατικές μελέτες, που συσχετίζουν τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου με την έλλειψη φυσικής δραστηριότητας. Επιπλέον, υπάρχουν επιβεβαιωτικά δεδομένα για τον ωφέλιμο ρόλο της άσκησης στην πρόληψη και τη θεραπευτική αντιμετώπιση της καρδιαγγειακής νόσου.<sup>w</sup>

### Σκοπός

Η παρούσα εργασία επικεντρώνεται στο ρόλο των διαφόρων μορφών άσκησης και συστηματικής άθλησης στην προστασία έναντι των καρδιαγγειακών νοσημάτων και στην παθοφυσιολογική επίδραση αυτών στους επιμέρους παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο, όπως είναι η γήρανση, η στεφανιαία νόσος, η υπέρταση, η καρδιακή ανεπάρκεια, ο σακχαρώδης διαβήτης και η περιφερική αγγειοπάθεια, οι οποίες διαμεσολαβούνται από την αγγειακή αναδιαμόρφωση.

### Υλικό - Μέθοδος

Χρησιμοποιήθηκαν σύγχρονα δημοσιευμένα άρθρα και ανασκοπήσεις κλινικών και επιδημιολογικών εργασιών και μελετών από το διαδίκτυο και την παγκόσμια βιβλιογραφία.

### Αποτελέσματα - Συμπεράσματα

Η ανασκόπηση των δημοσιευμένων εργασιών υποδεικνύει αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου σχετιζόμενο με την έλλειψη φυσικής δραστηριότητας. Επιπλέον, υπάρχουν επιβεβαιωτικά δεδομένα για τον ωφέλιμο ρόλο της άσκησης στην πρόληψη και τη θεραπευτική αντιμετώπιση της καρδιαγγειακής νόσου. Συμπερασματικά, η τακτική κανονική άσκηση ή η αυξημένη αεροβική γυμναστική σχετίζεται με μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης συμβάματος από το καρδιαγγειακό σύστημα.

### OR. 26 **IVUS-ANGIO TOOL: ΛΟΓΙΣΜΙΚΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΤΟΜΑΤΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΤΡΙΣΔΙΑΣΤΑΤΗ ΑΝΑΣΥΝΘΕΣΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ**

**Γ. ΓΙΑΝΝΟΓΛΟΥ<sup>1</sup>, Α. ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ<sup>1</sup>, Ι. ΧΑΤΖΗΖΗΣΗΣ<sup>1</sup>, Χ. ΔΟΥΛΑΒΕΡΑΚΗΣ<sup>2</sup>, Ι. ΤΣΑΜΠΟΥΛΑΤΙΔΗΣ<sup>2</sup>, Α. ΜΠΙΛΗΣ<sup>2</sup>, Ι. ΚΟΜΠΑΤΣΙΑΡΗΣ<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Α' Καρδιολογική Κλινική ΠΓΝ ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκη

Εργαστήριο Καρδιαγγειακής Μηχανικής Και Αθηροσκλήρωσης

<sup>2</sup>Ινστιτούτο Πληροφορικής Και Τηλεματικής - Εθνικό Κέντρο Έρευνας και Τεχνολογικής Ανάπτυξης

### Σκοπός

Η παρουσίαση ενός ελεύθερα διαθέσιμου λογισμικού για την τρισδιάστατη ανακατασκευή στεφανιαίων αρτηριών από στεφανιογραφία και ενδοστεφανιαίο υπερηχοκαρδιογράφημα (IVUS).

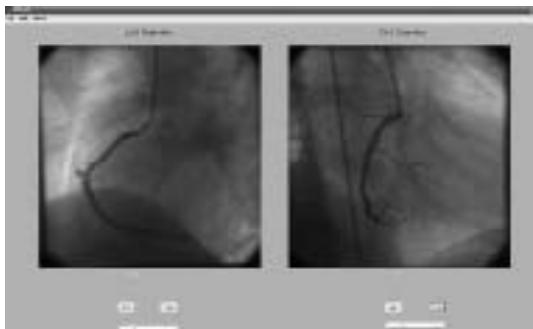
### Υλικό, μέθοδοι και αποτελέσματα

Στο λογισμικό εισάγονται οι εικόνες της στεφανιογραφίας σε αριστερή πρόσθια λοξή προβολή γωνίας 60 μοιρών, δεξιά πρόσθια λοξή προβολή γωνίας 30 μοιρών (Εικόνα 1) και οι εικόνες του IVUS (Εικόνα 2). Εν συνεχεία γίνεται αυτόματη επιλογή των εικόνων IVUS που αντιστοιχούν στην υπό μελέτη φάση του καρδιακού κύκλου, με βάση το ηλεκτροκαρδιογράφημα. Στις εικόνες της στεφανιογραφίας, ο χρήστης σκιαγραφεί την πορεία του καθετήρα IVUS και τα όρια του αυλού (Εικόνα 3). Ακολουθεί η ανίχνευση του ορίου αυλού-τοιχώματος και μέσου-έξω χιτώνα στις εικόνες IVUS (Εικόνα 4). Αυτό επιτυγχάνεται είτε με ημι-αυτοματοποιημένη μέθοδο (όπου ο χρήστης ελέγχει το τελικό αποτέλεσμα σε κάθε τομή και επεμβαίνει διορθωτικά, όπου απαιτείται) είτε με πλήρως αυτοματοποιημένους αλγορίθμους ανίχνευσης. Το τελικό αποτέλεσμα είναι η παραγωγή ενός συνόλου συντεταγμένων οι οποίες εισάγονται σε σχεδιαστικό πρόγραμμα όπου δημιουργείται το τρισδιάστατο μοντέλο (Εικόνα 5). Η μεθοδολογία έχει επαληθευτεί σε σειρά περιπτώσεων και δίνει δυνατότητα περαιτέρω μορφομετρικών, γεωμετρικών και αιμοδυναμικών αναλύσεων στα παραγόμενα μοντέλα.

### Συμπεράσματα

Η εφαρμογή αυτή αυτοματοποιεί την κατασκευή τρισδιάστατων ανακατασκευών στεφανιαίων αρτηριών η μελέτη των οποίων συντελεί στη διερεύνηση της παθοφυσιολογίας της αθηροσκλήρωσης.

### Εικόνες



Εικόνα 1. Εισαγωγή στεφανιογραφικών προβολών στο λογισμικό.



Εικόνα 2. Εισαγωγή εικόνων IVUS.



Εικόνα 3. Σκιαγράφιση της πορείας του καθετήρα IVUS και των ορίων του αυλού.



Εικόνα 4. Ανίχνευση των ορίων αυλού-τοιχώματος και μέσου-έξω χιτώνα στις εικόνες IVUS.



Εικόνα 5. Τελικό τρισδιάστατο μοντέλο στεφανιαίας αρτηρίας

**OR. 27 ΤΡΙΣΔΙΑΣΤΑΤΗ ΕΞΟΜΟΙΩΣΗ ΓΕΩΜΕΤΡΙΚΩΝ ΜΕΤΑΒΟΛΩΝ ΤΗΣ ΔΕΞΙΑΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΚΑΡΔΙΑΚΟ ΚΥΚΛΟ**

**A. ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ, Ι. ΧΑΤΖΗΖΗΣΗΣ, Γ. ΓΙΑΝΝΟΓΛΟΥ**

Α΄ Καρδιολογική Κλινική, ΠΓΝ ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης  
Εργαστήριο Καρδιαγγειακής Μηχανικής και Αθηροσκλήρωσης

**Σκοπός**

Η τρισδιάστατη ανασύνθεση στεφανιαίας αρτηρίας ώστε να μελετηθεί η μορφολογία της κατά τον καρδιακό κύκλο. Έχει προταθεί ότι μορφολογικές αλλαγές μεταβάλλουν τις ιδιότητες της αιματικής ροής και σχετίζονται με την εντόπιση της αθηρωμάτωσης σε συγκεκριμένα σημεία.



### Υλικό και μέθοδοι

Με χρήση στεφανιογραφίας και ενδοστεφανιαίου υπερηχοκαρδιογραφήματος και ειδικό λογισμικό ανακατασκευάστηκε η δεξιά στεφανιαία αρτηρία ασθενούς 71 ετών στην τελοδιαστολική και τελοσυστολική φάση. Ακολούθως, μελετήθηκαν οι μεταβολές στα γεωμετρικά χαρακτηριστικά του αγγειακού αυλού και της αθηρωματικής πλάκας.

### Αποτελέσματα

Το αγγείο δεν παρουσίαζε κριτικές στενώσεις (μέγιστο εκατοστιαίο εμβαδό πλάκας 22%). Κατά την συστολή, το μήκος του αγγείου ελαττώθηκε κατά 16% (από 13.3 σε 11.2 cm). Αντίθετα, η μέση επιφάνεια του αυλού αυξήθηκε από 9.3 mm<sup>2</sup> κατά την διαστολή σε 9.8 mm<sup>2</sup> κατά την συστολή ( $p < 0.001$ ), ενώ η μέση επιφάνεια της αθηρωματικής πλάκας δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντικές μεταβολές. Μετά τον επιμερισμό του αγγείου σε 5 ισομεγέθη τμήματα, το 2<sup>ο</sup> και το 3<sup>ο</sup> εξ αυτών επέδειξαν μεγαλύτερη ευενδοτότητα (5.26 και 2.14 mm<sup>3</sup>/mmHg αντίστοιχα) σε σύγκριση με το 1<sup>ο</sup>, 4<sup>ο</sup> και 5<sup>ο</sup> τμήμα (0.68, 1.26, και 0.98 mm<sup>3</sup>/mmHg αντίστοιχα).

### Συμπεράσματα

Με την παρούσα μεθοδολογία είναι δυνατή η απευθείας μελέτη των ελαστικών ιδιοτήτων των στεφανιαίων αρτηριών και των γεωμετρικών μεταβολών του αυλού και της αθηρωματικής πλάκας.

## OR. 28 **IN VIVO ΤΡΙΣΔΙΑΣΤΑΤΗ ΑΝΑΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΤΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ ΑΠΟ ΑΞΟΝΙΚΗ ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **Σ ΚΑΤΡΑΝΑΣ, Ι ΧΑΤΖΗΖΗΣΗΣ, Α ΚΕΛΕΚΗΣ, Γ ΓΙΑΝΝΟΓΛΟΥ**

Εργαστήριο Καρδιαγγειακής Μηχανικής και Αθηροσκλήρωσης, Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γ. Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

### Σκοπός

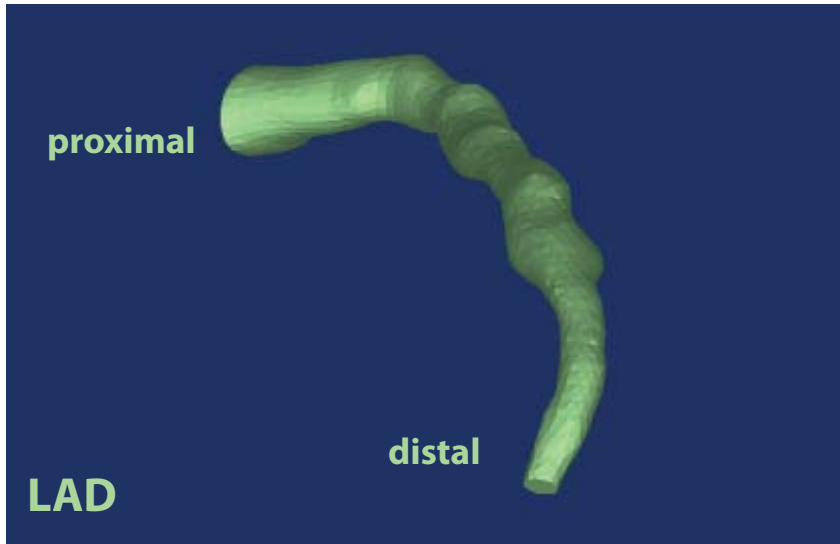
Η in vivo αναίμακτη τρισδιάστατη ανακατασκευή των στεφανιαίων αρτηριών από αξονική στεφανιογραφία, ώστε να μπορούν να μελετηθούν οι συνθήκες ροής του αίματος και οι επιδράσεις τους επί του ενδοθηλίου.

### Μέθοδοι – Αποτελέσματα

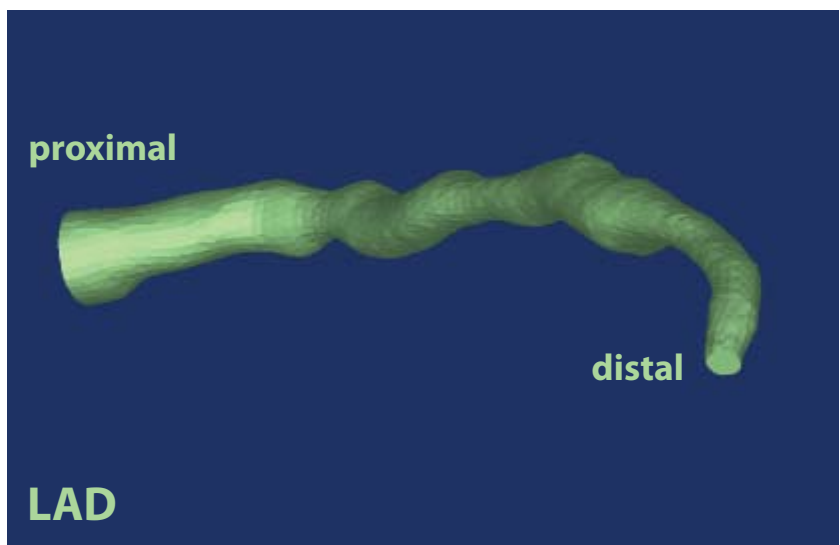
Χρησιμοποιήθηκαν στεφανιογραφικές τομές από αξονικό τομογράφο 128 τομών. Κατά τη λήψη των τομών έγινε έγχυση σκιαστικού. Οι στεφανιογραφικές τομές εισήχθησαν σε λογισμικό επεξεργασίας εικόνας με το οποίο πραγματοποιήθηκε η τρισδιάστατη in vivo ανακατασκευή του πρόσθιου κατιόντα κλάδου. Στην εικόνα 1 φαίνεται η τρισδιάστατη ανασύνθεση του πρόσθιου κατιόντα κλάδου μήκους 74 mm.

### Συμπεράσματα

Η in vivo αναίμακτη τρισδιάστατη ανακατασκευή των στεφανιαίων αγγείων από αξονική στεφανιογραφία είναι εφικτή. Η μεθοδολογία αυτή παρέχει τη μοναδική δυνατότητα μελέτης του ρόλου των τοπικών αιμοδυναμικών παραγόντων στην αθηροσκλήρωση.



Εικόνα 1α



Εικόνα 1β

**OR. 29 ΣΧΕΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΨΕΥΔΑΡΓΥΡΟΥ ΣΤΟΝ ΟΡΟ ΚΑΙ ΣΤΑ ΟΥΡΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΚΑ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΜΕΝΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ**

**Δ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ, MD, MSc, PhD,<sup>1</sup> Α. ΚΟΒΑΤΣΗ, BSc, MD, PhD,<sup>2</sup>**

**Ι. ΧΑΤΖΗΖΗΣΗΣ, MD, MSc,<sup>3</sup> Γ. ΠΑΡΧΑΡΙΔΗΣ, MD, PhD,**

**<sup>4</sup>Γ. ΓΙΑΝΝΟΓΛΟΥ, MD, PhD<sup>4</sup>**

1. Επιστημονικός συνεργάτης, Α΄ Καρδιολογική Κλινική, ΑΧΕΠΑ
2. Λέκτορας, Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας, Ιατρική Σχολή, ΑΠΘ
3. Ειδικευόμενος Καρδιολογίας, Α΄ Καρδιολογική Κλινική, ΑΧΕΠΑ
4. Καθηγητής Καρδιολογίας, Ιατρική Σχολή, ΑΠΘ

#### Σκοπός

Μελέτες in vitro αποδίδουν στον ψευδάργυρο (Zn) αντι-αθηρογόνες και ινσουλινο-μιμητικές ιδιότητες. Ωστόσο, ελάχιστα είναι τα κλινικά δεδομένα αναφορικά με τη σχέση του Zn με τη στεφανιαία νόσο (ΣΝ) και με γλυκαιμικές παραμέτρους. Στην παρούσα μελέτη εξετάσαμε εάν τα επίπεδα Zn στον ορό και στα ούρα σχετίζονται με τη ΣΝ και την ομοιοστασία της γλυκόζης.

#### Μέθοδοι

Μελετήσαμε 156 διαδοχικούς ασθενείς, χωρίς προηγούμενο ιστορικό ΣΝ, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε στεφανιογραφία για την αξιολόγηση προκάρδιου άλγους. Η βαρύτητα της ΣΝ εκτιμήθηκε με τη βοήθεια τριών αγγειογραφικών σκορ. Παράλληλα μετρήθηκαν τα επίπεδα Zn στον ορό και στα ούρα 24ώρου και υπολογίστηκε ο λόγος Zn ορού/Zn ούρων 24ώρου.

#### Αποτελέσματα

Τα επίπεδα Zn ορού δεν συσχετίστηκαν με τον επιπολασμό ή τη βαρύτητα της ΣΝ. Ο Zn ούρων 24ώρου, ωστόσο, ήταν σημαντικά υψηλότερος στους ασθενείς με ΣΝ και επιπλέον συσχετίστηκε θετικά με τη βαρύτητα της ΣΝ. Ο λόγος Zn ορού/Zn ούρων 24ώρου, ως έμμεσος δείκτης της ένδειας Zn, ήταν αντιστρόφως ανάλογος με τον επιπολασμό της ΣΝ και του σακχαρώδη διαβήτη (εικόνα) καθώς και με τα αγγειογραφικά σκορ, τα επίπεδα γλυκόζης νηστείας και γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (πίνακας).

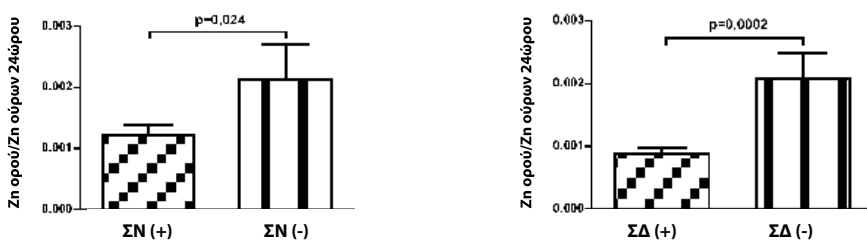
#### Συμπεράσματα

Για πρώτη φορά δείξαμε ότι η ένδεια Zn, όπως αυτή αντανακλάται από τον χαμηλό λόγο Zn ορού/Zn ούρων 24ώρου, συσχετίζεται με δυσμενέστερη αγγειογραφική εικόνα και πτωχότερη ρύθμιση της γλυκόζης.

Πίνακας

	Gensini score		Extent Score		Arbitrary index		Γλυκόζη νηστείας		HbA1c	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Zn ορού	0,119	0,142	0,109	0,179	0,118	0,145	0,065	0,413	-0,039	0,631
Zn ούρων 24ώρου	0,262	0,027	0,303	0,010	0,309	0,009	0,303	0,009	0,391	0,001
Zn ορού/Zn ούρων 24ώρου	-0,238	-0,046	-0,302	-0,010	-0,298	-0,012	-0,318	-0,012	-0,437	<0,0011

HbA1c=γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη



ΣΔ= σακχαρώδης διαβήτης

**OR. 30 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΙΦΝΙΔΙΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΣΤΗΝ ΕΠΙΔΕΙΝΟΥΜΕΝΗ ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΒΑΣΙΖΟΜΕΝΗ ΣΤΟ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΡΙΩΝ ΒΙΟ-ΔΕΙΚΤΩΝ (ΤΗΣ C-ΑΝΤΙΔΡΩΣΗΣ ΠΡΩΤΕΙΝΗΣ ,ΤΟΥ Β-ΝΑΤΡΙΟΥΡΗΤΙΚΟΥ ΠΕΠΤΙΔΙΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΤΡΟΠΟΝΙΝΗΣ T)**

**Ε. ΧΑΤΖΗΝΙΚΟΛΑΟΥ-ΚΟΤΣΑΚΟΥ, Π. ΜΑΚΡΙΔΗΣ, Θ. ΜΠΕΛΕΒΕΣΛΗΣ, Γ. ΜΟΣΧΟΣ, Ε. ΡΕΠΠΑΣ, Μ. ΚΟΤΣΑΚΟΥ, Ε. ΚΑΡΑΠΑΤΣΟΥΔΗ, Κ. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, Κ. ΤΣΑΚΙΡΙΔΗΣ**

Ηλεκτροφυσιολογικό Εργαστήριο Κλινική ΑΓΙΟΣ ΛΟΥΚΑΣ και Καρδιολογική Κλινική Νοσοκομείου Έδεσσας .

**Εισαγωγή**

Σε ασθενείς με Χρόνια Καρδιακή Ανεπάρκεια (ΧΚΑ) έχει αποδειχτεί ότι τα επίπεδα της C-αντιδρώσης πρωτεΐνης ( CRP) του Β-νατριουρητικού πεπτιδίου (BNP), και της καρδιακής Τροπονίνης Τ (TnT) αποτελούν ο κάθε ένας ξεχωριστά δείκτες καρδιακών συμβαμάτων. Δεν υπάρχουν πολλές αναφορές για τη χρησιμότητα του συνδυασμού αυτών των βιο-δεικτών.

### Μέθοδος

Τα επίπεδα CRP, BNP και TnT μετρήθηκαν στο πλάσμα 168 συνεχόμενων ασθενών κατά την εισαγωγή τους για νοσηλεία λόγω επιδείνωσης ΧΚΑ ( μέση ηλικία 64.8 έτη, New York Heart Association (NYHA) λειτουργική κλάση III 106 ασθενείς και κλάση IV σε 62 ασθενείς ).

### Αποτελέσματα

Κατά τη διάρκεια μιας παρακολούθησης 3 ετών μετά τη νοσηλεία συνέβησαν 40 θάνατοι καρδιακής αιτιολογίας ( 24%) εκ των οποίων οι 12 ήταν αιφνίδιοι καρδιακοί θάνατοι. Σε μια ανάλυση που περιελάμβανε αυτούς τους βιο-δείκτες, την ηλικία, το φύλο, την αιτιολογία της καρδιακής ανεπάρκειας, τη λειτουργική κατά NYHA κλάση, το κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας, την παρουσία φλεβοκομβικού ρυθμού και διαταραχών αγωγής στο ηλεκτροκαρδιογράφημα επιφανείας, επίπεδα CRP μέσης τιμής  $> 11 \text{ mg/dl}$ , (σχετικός κίνδυνος [RR], 2.9,  $P=0.004$ ), BNP μέσης τιμής  $> 810 \text{ pg/ml}$  (RR 2.6,  $p=0.006$ ) και TnT  $>$  μέσης τιμής  $0.04 \text{ ng/ml}$  (RR 2.4,  $p=0.002$ ) ήταν ανεξάρτητοι παράγοντες καρδιοαγγειακού θανάτου και αιφνιδίου καρδιακού θανάτου. Μετά την κατηγοριοποίηση των ασθενών ανάλογα με τον αριθμό των βιο-δεικτών που είχαν υψηλά επίπεδα στο πλάσμα κατά την εισαγωγή στη μελέτη, ο σχετικός κίνδυνος RR για καρδιοαγγειακή θνητότητα ήταν 1.6 ( $p=0.5$ ), RR για αιφνίδιο θάνατο ήταν 1.5 ( $p=0.4$ ) σε ασθενείς με ένα αυξημένο βιο-δείκτη, 6.2 ( $p=0.004$ ) και 5.7 ( $p=0.005$ ) αντίστοιχα σε εκείνους με 2 αυξημένους βιο-δείκτες και 13.5 ( $p<0.0002$ ) και 12.8 ( $p<0.0003$ ) στους ασθενείς με τα επίπεδα και των 3 βιο-δεικτών αυξημένα.

### Συμπεράσματα

Αυξημένα επίπεδα εκάστου εκ των βιο-δεικτών CRP, BNP and TnT αποτελούν προγνωστικό δείκτη έκβασης σε ασθενείς με επιδεινούμενη καρδιακή ανεπάρκεια. Από τα αποτελέσματα της μελέτης μας φαίνεται ότι στρατηγική βασιζόμενη στο συνδυασμό αυτών των βιο-δεικτών επιτρέπει διαστρωμάτωση κινδύνου τόσο καρδιοαγγειακής θνητότητας όσο και αιφνιδίου καρδιακού θανάτου σε αυτή την ομάδα ασθενών.

**OR. 31 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΟΥ TAPSE ΣΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΔΕΞΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ (RV)**

**Χ. ΧΑΤΖΗΕΛΕΥΘΕΡΙΟΥ, Δ. ΤΟΥΜΠΑΝΟΣ, Σ. ΧΑΡΙΖΟΠΟΥΛΟΣ,  
Χ. ΣΤΕΦΑΝΙΔΗΣ, Ε. ΓΕΩΡΓΙΟΥ, Ν. ΡΩΜΑΝΙΔΟΥ, Δ. ΜΑΤΖΙΝΟΥ,  
Ν. ΘΕΟΔΩΡΙΔΗΣ**

Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. Δράμας

**Σκοπός**

Η κινητικότητα του τριγλωχινικού δακτυλίου (TAPSE) σχετίζεται με την λειτουργικότητα της RV. Σκοπός της μελέτης ήταν ο καθορισμός των φυσιολογικών ορίων του TAPSE και η συσχέτιση του με τους ηπερηχογραφικούς δείκτες της RV.

**Υλικό - Μέθοδος**

Μελετήθηκαν 100 ασθενείς συνολικά: 42 φυσιολογικοί με Μ.Ο ηλικίας  $42 \pm 6,3$  έτη, 58 ασθενείς με δυσλειτουργία της RV ηλικίας  $69 \pm 5,4$  έτη. Στη συνέχεια έγινε στατιστική επεξεργασία με την μέθοδο Student t-test και εφαρμόστηκε η γραμμική συσχέτιση για να υπολογιστεί η σχέση του TAPSE με τις mean και max RVSP, καθώς επίσης και με το πλανημετρικά υπολογιζόμενο EF.

**Αποτελέσματα**

Η μέση τιμή του TAPSE των φυσιολογικών ήταν  $22,2 \pm 4,3$  χιλ ενώ αυτών με δυσλειτουργία της RV ήταν  $18,6 \pm 3,1$  χιλ ( $P < 0,05$ ). Το TAPSE συσχετίστηκε αρνητικά με το κλάσμα εξωθήσεως της δεξιάς κοιλίας των ασθενών με δυσλειτουργία της δεξιάς: μέση τιμή EF 47,23%, ( $r = 0,6, P < 0,05$ ). Για τιμές TAPSE  $< 15$  χιλ. καταγράφηκε σημαντική έκπτωση της συστολικής απόδοσης της RV, μέση τιμή EF 32,33 % ( $r = 0,7, P < 0,05$ ). Συσχέτιση καταγράφηκε μεταξύ τιμών TAPSE  $> 15$  (μέση τιμή:  $19,6 \pm 8,1$ ) χιλ και μεταξύ τιμών max RVSP (μέση τιμή:  $47 \pm 8,5$  mm hg,  $r = 0,5, P < 0,05$ ). Αντίθετα καμία συσχέτιση δεν βρέθηκε μεταξύ τιμών TAPSE  $< 15$  χιλ και των αντιστοίχων τιμών max και mean RVSP.

**Συμπέρασμα**

Η μέτρηση του TAPSE αποτελεί χρήσιμο, εύκολα μετρήσιμο, και επαναλήψιμο δείκτη μέτρησης της λειτουργικότητας της RV ιδίως για τιμές κίνησης μεγαλύτερες των 15 χιλ.

**OR. 32 Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΜΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ**

**Χ. ΧΑΤΖΗΕΛΕΥΘΕΡΙΟΥ, Σ. ΧΑΡΙΖΟΠΟΥΛΟΣ, Δ. ΤΟΥΜΠΑΝΟΣ,  
Χ. ΣΤΕΦΑΝΙΔΗΣ, Ε. ΓΕΩΡΓΙΟΥ, Ν. ΡΩΜΑΝΙΔΟΥ, Δ. ΜΑΤΖΙΝΟΥ,  
Ν. ΘΕΟΔΩΡΙΔΗΣ**

Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. Δράμας

### Σκοπός

Η εκτίμηση της συχνότητας του μεταβολικού συνδρόμου (MetS) και της καρδιαγγειακής νόσου σε διαβητικούς και μη-διαβητικούς.

### Υλικό - Μέθοδος

Έγινε αναδρομική μελέτη του ιστορικού 286 ασθενών με ΣΔΙIB, και 294 μη-διαβητικών, 31-75 ετών. Η συχνότητα των διαβητικών, του MetS, των καρδιαγγειακών επιπλοκών εκτιμήθηκε με στατιστική ανάλυση των στοιχείων των φακέλων των ασθενών με excel και student t-test. Η κατάταξη των ασθενών σε MetS έγινε με βάση τα κριτήρια του (NCEP)-ATP3.

### Αποτελέσματα

Η επίπτωση του MetS στους διαβητικούς άνδρες (68,9%) ήταν μικρότερη από τις διαβητικές γυναίκες (81,3%,  $p < 0,05$ ), αλλά υψηλότερη στους μη-διαβητικούς άνδρες (37,6%) συγκριτικά με τις μη διαβητικές γυναίκες (18,6%). Στην ομάδα των διαβητικών ιστορικό εμφράγματος βρέθηκε στο 13,2% των ασθενών με MetS και στο 8,6% χωρίς MetS. Στο 24,5% των ασθενών με MetS και στο 19,7% χωρίς MetS καταγράφηκε ιστορικό στηθάγχης. Ιστορικό εγκεφαλικού καταγράφηκε στο 4,6% των ασθενών με MetS και στο 4,2% χωρίς MetS. Δεν καταγράφηκε συσχέτιση μεταξύ MetS και καρδιαγγειακής νόσου μεταξύ διαβητικών και μη-διαβητικών ( $p > 0,05$ ). Αντίθετα καταγράφηκε διαφορά στην καρδιαγγειακή νόσο στους διαβητικούς ( $p < 0,001$ ).

### Συμπέρασμα

Παρά την υψηλή συχνότητα καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου σε ασθενείς με MetS δεν καταγράφηκε υψηλότερη επίπτωση της καρδιαγγειακής νόσου σε σχέση με τους ασθενείς χωρίς MetS. Αντίθετα η σημασία του ΣΔΙIB ως παράγων κινδύνου είναι σημαντικός.

- OR. 33 Η ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΔΕΞΙΟΥ ΣΚΕΛΟΥΣ ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ :ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΟΥ NT-ΠΡΟ-ΒΝΡ ΚΑΙ ΣΕ ΔΕΙΚΤΕΣ ΤΗΣ ΣΥΣΤΟΛΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ**  
**Ε. ΧΑΤΖΗΝΙΚΟΛΑΟΥ-ΚΟΤΣΑΚΟΥ, Γ. ΜΠΟΜΠΟΤΗΣ, Ε. ΡΕΠΠΑΣ,**  
**Θ. ΜΠΕΛΕΒΕΣΛΗΣ, Γ. ΜΟΣΧΟΣ, Μ. ΚΟΤΣΑΚΟΥ, Α.. ΠΛΑΤΗΣ,**  
**Α. ΜΑΥΡΟΓΙΑΝΝΗ, Κ. ΤΣΑΚΙΡΙΔΗΣ**

Ηλεκτροφυσιολογικό Εργαστήριο, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

### Σκοπός

Σε ασθενείς με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ), ο αποκλεισμός του αριστερού σκέλους συνοδεύεται με επιδείνωση της συστολικής λειτουργίας της αριστερής κοιλίας (ΑΚ) και αύξηση της θνητότητας και νοσηρότητας. Προσπαθήσαμε να αποδείξουμε την επίπτωση του αποκλεισμού του δεξιού σκέλους (ΔΣΚΑ) στη

συστολική και διαστολική λειτουργία της ΑΚ, και στα επίπεδα του NT-προΒ νατριουρητικού πεπτιδίου (NT-προ-BNP) σε ασθενείς με ΚΑ και ΔΣΚΑ.

#### Μέθοδος

Στη μελέτη μας συμπεριλάβαμε 65 ασθενείς με χρόνια σταθερή ΚΑ σύμφωνα με τα κριτήρια Framingham και ΔΣΚΑ (, 47 άνδρες και 18 γυναίκες, μέσης ηλικίας,  $54 \pm 14$  έτη, 46 με ισχαιμικής αιτιολογίας ΚΑ και 19 με μη ισχαιμικής αιτιολογίας ΚΑ), που είχαν φλεβοκομβικό ρυθμό. Από αυτούς οι 26 (40%) είχαν πλήρη ΔΣΚΑ και διευρυσμένο QRS (μέση τιμή  $139 \pm 21$  ms), 39 ασθενείς δεν είχαν διακοιλιακή καθυστέρηση αγωγής και είχαν φυσιολογικό εύρος QRS (, μέση τιμή  $98 \pm 11$  ms). Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογραφικό έλεγχο 2-D/Doppler, και εκτίμηση του κλάσματος εξώθησης (ΚΕ) της ΑΚ και του Tei-Index (άθροισμα των ισοογκικών διαστημάτων διηρημένων δια του εξωθητικού χρόνου) και της ταχύτητας ροής δια της μιτροειδούς βαλβίδος. Οι μετρήσεις των επιπέδων του NT-προBNP έγιναν με ecsy-2010 bench analyzer.

#### Αποτελέσματα

Οι ασθενείς με ΚΑ και ή χωρίς ΔΣΚΑ δεν διέφεραν ως προς την ηλικία, τον βασικό καρδιακό ρυθμό, την αιτιολογία της ΚΑ. Οι ασθενείς με ΔΣΚΑ ήταν σε χειρότερη κλινική κλάση ΚΑ ( $2.7 \pm 0.4$  vs  $2.4 \pm 0.3$ ,  $p < 0.01$ ), και είχαν μικρότερο ΚΕ ( $28 \pm 10$  vs  $34 \pm 8\%$ ,  $p < 0.01$ ). Ο Tei-Index ήταν υψηλότερος στους ασθενείς με ΔΣΚΑ ( $1.02 \pm 0.29$  vs  $0.74 \pm 0.15$ ,  $p < 0.01$ ) και η διαμιτροειδική Ε/Α σχέση ήταν μεγαλύτερη σε αυτούς τους ασθενείς ( $1.81 \pm 1.14$  vs  $1.27 \pm 0.78$ ,  $p < 0.001$ ). Τα επίπεδα του NT-προBNP ήταν υψηλότερα στους ασθενείς με ΔΣΚΑ ( $2564 \pm 2218$  vs  $857 \pm 922$ ,  $p < 0.02$ ) έναντι των ασθενών χωρίς ΔΣΚΑ.

#### Συμπεράσματα

Η παρουσία ΔΣΚΑ σε ασθενείς με χρόνια ΚΑ συνοδεύεται με επιδείνωση της συστολικής και διαστολικής λειτουργίας της ΑΚ, και υψηλότερα επίπεδα NT-προBNP. Αυτά τα ευρήματα συνηγορούν πιθανώς για την αυξημένη θνητότητα και νοσηρότητα και τη χειρότερη πρόγνωση των ασθενών με ΚΑ και ΔΣΚΑ.

#### OR. 34 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

**Ν.Κ.ΚΑΡΟΓΙΑΝΝΗΣ, Γ.ΑΛΜΠΑΝΗΣ, Ν.ΤΡΑΓΟΤΣΑΛΟΥ,  
Μ.ΜΗΛΙΤΣΟΠΟΥΛΟΥ, Γ.ΣΕΡΒΟΣ, Α.ΜΑΖΑΡΑΚΗΣ**

Α' Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν.Πατρών

Ασθενής 82 ετών προσέρχεται στα Εξωτερικά Ιατρεία του Ουρολογικού λόγω οιδήματος γεννητικών οργάνων από μηνός και παραπέμπεται για καρδιολογική εκτίμηση λόγω δύσπνοιας από μηνός.



Από το ατομικό του ιστορικό αναφέρεται χρόνια κολπική μαρμαρυγή, καρδιακή ανεπάρκεια και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια υπό αγωγή με κουμαρινικά αντιπηκτικά, διλτιαζέμη, φουροσεμίδη και εισπνεόμενα βρογχοδιασταλτικά.

**Από την αντικειμενική εξέταση διαπιστώνονται τα κάτωθι:**

Ζωτικά σημεία κατά φύσιν.

Ακρόαση καρδιάς: S1+S2 ευκρινείς, άρρυθμοι, ήπιο συστολικό φύσημα, χωρίς επιπρόσθετους ήχους, τόνους.

Ακρόαση πνευμόνων: αραιοί ξηροί ρόγχοι και ελάττωση αναπνευστικού ψιθυρίσματος δεξιού ημιθωρακίου.

Σφαγίτιδες διατεταμένες.

Οιδήματα οσφύος, κοιλιακής χώρας, γεννητικών οργάνων και ήπια οιδήματα κάτω άκρων.

ΗΚΓ ηρεμίας: κολπική μαρμαρυγή  $\approx 80\text{bpm}$ , ατελής RBBB+LAH

Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώνεται υποκαλιαιμία και υπολευκωματιναιμία (αποκλεισμός νεφρωσικού συνδρόμου με μέτρηση ούρων 24ώρου για λεύκωμα)

CA δείκτες και έλεγχος θυρεοειδικών ορμονών φυσιολογικός.

Mantoux αρνητική.

Ακτινογραφία θώρακος:

**profile**



face



#### ECHO καρδιάς:

- / Αριστερή κοιλία φυσιολογικών διαστάσεων και συσταλτικότητας
- / Αμφικολπική διάταση
- / Από την μελέτη DOPPLER υψηλό κύμα E στην διαμυρσειδική ροή με οριακή αναπνευστική διακύμανση-σημαντική αναπνευστική διακύμανση της διατριγωνικής ροής
- / Μέτρια ανεπάρκεια τριγλώχινας-RVSP:50mmHg
- / Πολύ αυξημένες κεντρικές φλεβικές πιέσεις

#### CT θώρακος:

- / Διάχυτες πυκνωτικές αλλοιώσεις κυψελιδικού τύπου με εικόνα θαμβής υάλου στο ύψος της γλωσσίδας
- / Πολλαπλοί μικροί λεμφαδένες <1εκ. στο μεσοθωράκιο

Έγινε στεφανιογραφικός έλεγχος χωρίς ανάδειξη αιμοδυναμικά σημαντικών στενώσεων.Ο δεξιός καθετηριασμός ανέδειξε εξίσωση των διαστολικών πιέσεων και επιβεβαίωσε την διάγνωση της συμπιεστικής περικαρδίτιδας.

#### Συμπέρασμα

Πρόκειται για τυπικό περιστατικό συμπιεστικής περικαρδίτιδας που μας υπενθυμίζει τον διαγνωστικό αλγόριθμο της όχι και τόσο συχνής αυτής πάθησης. Ενδιαφέρον ,επίσης, παρουσιάζει η σημασία του βαθμού εγρήγορης του κλινικού ιατρού και της κλινικής υποψίας που εκλείπει στην σύγχρονη ιατρική πράξη λόγω της πληθώρας των παρακλινικών εξετάσεων.

**OR. 35 IN VIVO ΤΡΙΣΔΙΑΣΤΑΤΗ ΑΝΑΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΑΟΡΤΗΣ ΑΠΟ ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΚΑΙ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΤΟΠΙΚΩΝ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ**

**Γ ΓΙΑΝΝΟΓΛΟΥ, Σ ΚΑΤΡΑΝΑΣ, Ι ΣΟΥΛΗΣ, Ι ΧΑΤΖΗΖΗΣΗΣ, Κ ΣΕΡΑΛΙΔΟΥ, Α ΜΑΓΓΙΝΑΣ**

Εργαστήριο Καρδιαγγειακής Μηχανικής και Αθηροσκλήρωσης, Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

**Σκοπός**

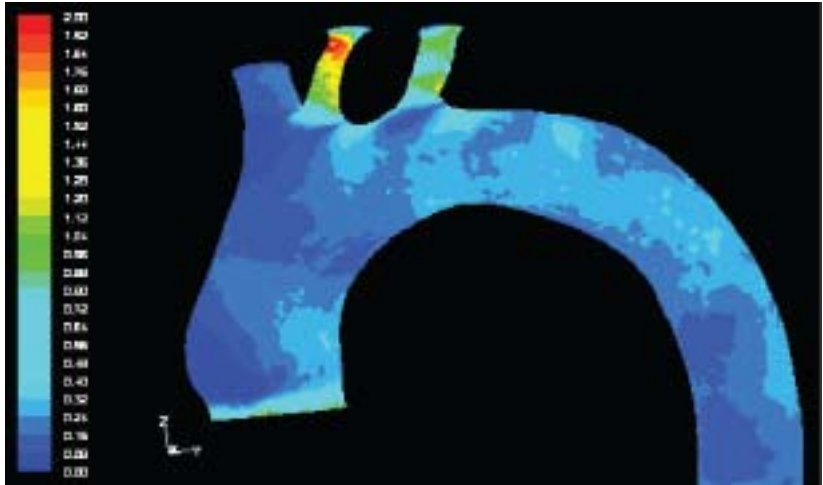
Η ανάπτυξη μη επεμβατικής μεθοδολογίας για την τρισδιάστατη ανακατασκευή της αορτής in vivo και η μελέτη των τοπικών αιμοδυναμικών παραγόντων πριν και μετά τη διαδερμική αντικατάσταση της στενωμένης αορτικής βαλβίδας.

**Μέθοδοι – αποτελέσματα**

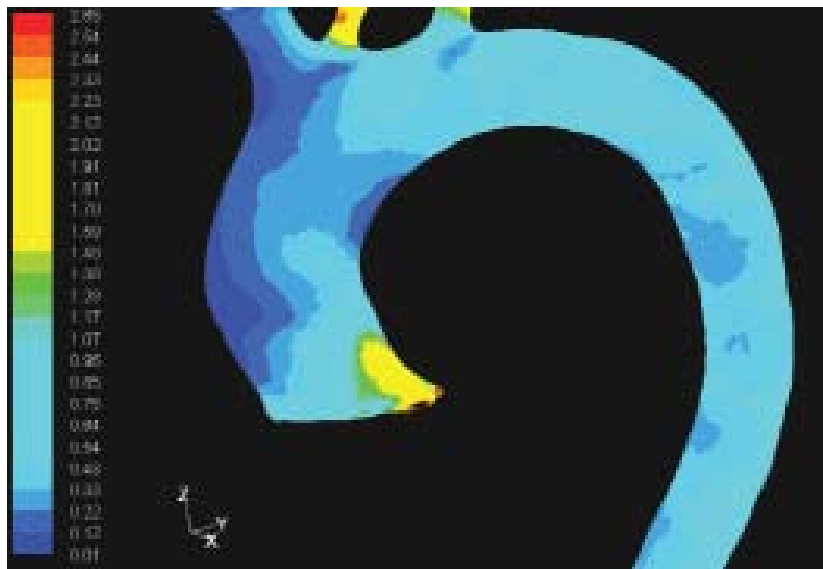
Χρησιμοποιήθηκαν τομές της αορτής που λήφθηκαν από αξονικό τομογράφο 64 τομών πριν και μετά τη διαδερμική αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας με μηχανική βαλβίδα. Κατά τη λήψη των τομών έγινε έγχυση σκιαστικού. Οι τομές εισάχθηκαν σε λογισμικό επεξεργασίας εικόνας με το οποίο επιτεύχθηκε η τρισδιάστατη in vivo ανακατασκευή της αορτής (ανιούσα αορτή, αορτικό τόξο, κατιούσα αορτή μέχρι την έκφυση της κοιλιακής αρτηρίας). Κατόπιν, έγινε εισαγωγή της ανακατασκευασμένης αορτής σε πρόγραμμα υπολογιστικής ρευστομηχανικής με το οποίο πραγματοποιήθηκε υπολογισμός των τοπικών αιμορρολογικών παραγόντων (τοιχωματική διατμητική τάση, wall shear stress, WSS; τοιχωματική πίεση, wall pressure, WP) που ασκούνται στο τοίχωμα της αορτής. Μετά την αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας, το μέσο WSS και το μέσο WP κατά μήκος του τοιχώματος της ανακατασκευασμένης αορτής μεταβλήθηκε, σε σχέση με τις τιμές πριν την αντικατάσταση. Στις εικόνες Α και Β φαίνονται οι μεταβολές αυτές με χρωματικές διαβαθμίσεις για το WSS και στις εικόνες Γ και Δ φαίνονται οι μεταβολές αυτές με χρωματικές διαβαθμίσεις για το WP.

**Συμπέρασμα**

Η in vivo αναίμακτη τρισδιάστατη ανακατασκευή της αορτής από αξονική τομογραφία είναι εφικτή. Δείχνουμε για πρώτη φορά ότι η μεθοδολογία αυτή μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την μελέτη των τοπικών αιμοδυναμικών παραγόντων κατά μήκος της αορτής μετά την αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας.

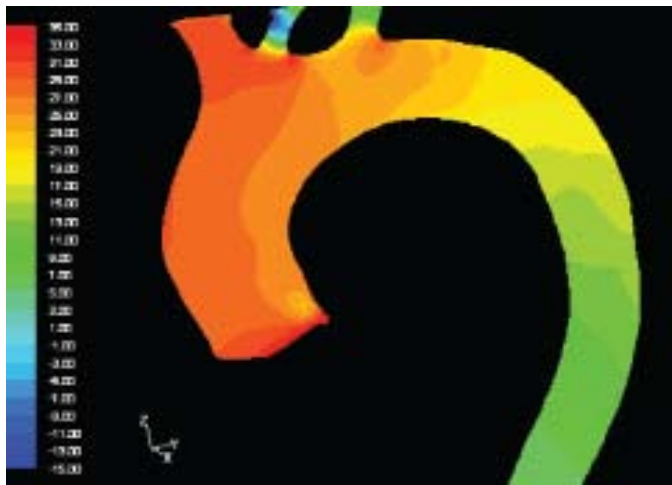
**OR. 35** A. / Wall Shear Stress (N/m<sup>2</sup>)

Πριν

B. / Wall Shear Stress (N/m<sup>2</sup>)

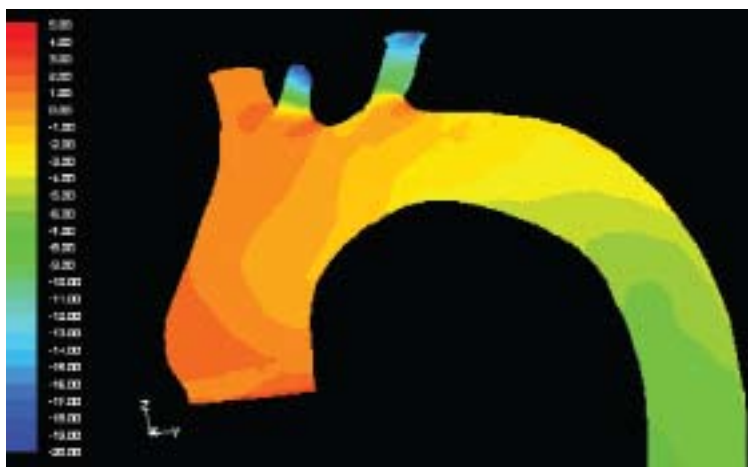
Μετά

Γ. / Wall Pressure (N/m<sup>2</sup>)



Πριν

Δ. / Wall Pressure (N/m<sup>2</sup>)



Μετά

**OR. 36 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΜΙΟΔΑΡΟΝΗΣ  
Π. ΚΥΡΙΑΚΟΥ, Α ΖΑΦΕΙΡΗΣ, Ι ΜΠΟΣΤΑΝΙΤΗΣ, Α ΕΥΘΥΜΙΑΔΗΣ**

Καρδιολογικό Τμήμα Β' Παθολογικής Κλινικής ΑΠΘ, Ιπποκράτειο  
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Η αμιωδαρόνη αποτελεί ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο αντιμαρμαρυγικό παράγοντα για υπερκοιλιακές και κοιλιακές ταχυαρρυθμίες. Η φαρμακευτική ηπατίτιδα από αμιωδαρόνη παρατηρείται σχετικά σπάνια, παρά ταύτα απαιτείται πάντα παρακολούθηση ηπατικών ενζύμων κατά την χορήγηση του φαρμάκου τόσο την οξεία όσο και την χρόνια ειδικώς σε απότομη επαναύξηση της δόσης. Επιπρεπείς κυρίως οι διαβητικοί ασθενείς.

Παρουσιάζουμε περιστατικό φαρμακευτικής ηπατίτιδας από οξεία χορήγηση αμιωδαρόνης αμέσως μετά από υψηλές δόσεις φόρτισης, σε άνδρα ασθενή 77 ετών. Προσήλθε με ταχεία ΚΜ με ΚΣ 120 σφ/λεπτό και προκάρδιο άλγος σε έδαφος ΑΥ, ΧΑΠ, νόσου του Crohn. Χορηγήθηκαν συνολικά 750 mg iv και 600mg per os, συνολικά 1350 mg σε ένα 24ωρο με αυτοανάταξη της αρρυθμίας σε 7 ώρες από την εισαγωγή. Αμέσως μετά τις πρώτες 24ώρες παρουσίασε μεγάλη αύξηση ηπατικών ενζύμων. Έγινε άμεση διακοπή του φαρμάκου, με επακόλουθη σταδιακή βελτίωση. Ταυτόχρονα το ΗΚΓ του 2<sup>ου</sup> 24ώρου παρουσίασε ισχαιμικού τύπου αρνητικά Τ πιθανώς Τ-μνήμης, με σύγχρονη μικρή αύξηση της τροπονίνης πιθανώς λόγω της ταχείας ΚΣ σε επίπεδο υπομέγιστης κόπωσης για την ηλικία του. Μπήκε σε νεπιβολόλη για διατήρηση ΦΚ, βαλσαρτάνη, και σιμβαστατίνη.

Συμπερασματικά η πρώιμη σχετικά εμφάνιση της φαρμακευτικής ηπατίτιδας, πιθανώς να σχετίζεται και με την αυξημένη ηλικία. Η διακοπή του φαρμάκου αποτελεί την ενδεικνυόμενη θεραπευτική αντιμετώπιση, με βραδεία αλλά σταθερή επάνοδο στο φυσιολογικό των ηπατικών δοκιμασιών. Κατά την περίοδο χορήγησης υψηλών δόσεων απαιτείται κλειστή παρακολούθηση ηπατικής λειτουργίας.

**OR. 37 ΣΥΓΚΟΠΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΓΛΩΣΣΟΦΑΡΥΓΓΙΚΗ ΝΕΥΡΑΛΓΙΑ ΑΠΟ  
ΔΙΗΘΗΣΗ ΑΠΟ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥΣ ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ**

**Π. ΚΥΡΙΑΚΟΥ, Ι. ΜΠΟΣΤΑΝΙΤΗΣ, Α. ΖΑΦΕΙΡΗΣ, Γ. ΜΠΟΥΝΤΩΝΑΣ**  
Καρδιολογικό Τμήμα Β' Παθολογικής Κλινικής ΑΠΘ,

Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Η γλωσσοφαρυγγική νευραλγία είναι 75 φορές σπανιότερη από τη νευραλγία του τριδύμου και συνδέεται με συγκοπή στο 1,84% των περιπτώσεων. Η συγκοπή οφείλεται στην εξάπλωση προσαγωγών διεγέρσεων από την πυροδοτική ζώνη του φάρυγγα (δια του γλωσσοφαρυγγικού) στον ραχιαίο κινητικό πυρήνα του πνευμονογαστρικού με αποτέλεσμα καρδιοκατασταλτική, αγγειοκατασταλτική δράση ή μεικτή.

Παρουσιάζουμε περιστατικό άρρενος ασθενούς 63 ετών που παραπέμφθηκε σ' εμάς λόγω υποτροπιάζόντων συγκοπικών επεισοδίων, από ογκολογικό κέντρο, όπου νοσηλευόταν για καρκίνο λάρυγγα με συνοδούς τραχηλικούς λεμφαδένες, υπό χημειοθεραπεία. Επισκοπικά ήταν εμφανής μάζα λεμφαδένων εντοπιζόμενοι άμφω στην τραχηλική χώρα (μέγεθος 2-3 cm). Ο εργαστηριακός έλεγχος δεν αποκάλυψε παθολογικά ευρήματα εκτός από ήπια αναιμία. Η 24ωρη καταγραφή ρυθμού και η δοκιμασία μάλαξης του καρωτιδικού κόλπου ήταν φυσιολογικά. Την 3η ημέρα νοσηλείας ο ασθενής εμφάνισε επεισόδια γλωσσοφαρυγγάλγιας στοματοφαρυγγικού τύπου, με συνοδό έντονη βραδυκαρδία και σε κάποιες περιπτώσεις απώλεια συνείδησης. Στο ΗΚΓ καταγράφηκε βραδύς κομβικός ρυθμός (30 σφύξεις ανά λεπτό) χωρίς συνοδό πτώση πίεσεως. Η συγκοπή κρίθηκε ως αμιγώς καρδιοκατασταλτική, λόγω διήθησης και ενεργοποίησης του αντανακλαστικού γλωσσοφαρυγγικού-πνευμονογαστρικού. Επειδή η αγωγή αντιμετώπισης της πρωτοπαθούς αιτίας είναι παρατεταμένη με άγνωστο το πότε θα ελεγχθεί ο πόνος, στον ασθενή εμφυτεύθηκε μόνιμος καρδιακός βηματοδότης τύπου VVI. Στην συνέχεια ο ασθενής επανήλθε στους ογκολόγους συνεχίζοντας την χημειοθεραπεία. Η εμφύτευση του βηματοδότη οδήγησε στην εξάλειψη των συγκοπτικών επεισοδίων. Στον βηματοδοτικό επανέλεγχο πρώτου μηνός και εξαμήνου δεν αναφέρθηκε υποτροπή συγκοπής. Η βηματοδότηση σε αυτά τα περιστατικά είναι αμφισβητούμενη αφού κατά πλειοψηφία συνυπάρχει ή επικρατεί η αγγειοκαταστολή.

Συμπερασματικά στον ασθενή μας η μόνιμη βηματοδότηση, λειτούργησε θεραπευτικά ως προς την συγκοπή που ήταν αμιγώς καρδιοκατασταλτική.

**OR. 38 ΠΡΩΙΜΗ ΣΤΑΦΥΛΟΚΟΚΚΙΚΗ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ**

**Π. ΚΥΡΙΑΚΟΥ, Ι ΜΠΟΣΤΑΝΙΤΗΣ, Α. ΖΑΦΕΙΡΗΣ, Ε. ΓΙΓΗ, Γ. ΜΠΟΥΝΤΩΝΑΣ**

Καρδιολογικό Τμήμα Β' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ,  
Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Ασθενής ηλικίας 79 χρόνων προσήλθε για διερεύνηση παρατεταμένου από 5μήνου σχεδόν εμπυρέτου μέχρι 38.5° C, με συνοδό ρίγος. Το εμπύρετο εμφανίσθηκε 10 μέρες μετά από επέμβαση για εμφύτευση νέου 3<sup>ου</sup> κοιλιακού βηματοβοτικού ηλεκτροδίου λόγω ρήξεως του ήδη υπάρχοντος. Ο ασθενής έφερε από το 2000 μόνιμο διπλοεστιακό βηματοδότη, με 2° κοιλιακό ηλεκτρόδιο λόγω ρήξεως το 2003, συνολικά ενδοκαρδιακά ηλεκτρόδια 4 (3 κοιλιακά και 1 κολπικό). Από την κλινική εξέταση ήπια ωχρότητα, ήπιο οίδημα κάτω άκρων και ακροαστικώς μεταβαλλόμενης έντασης σχετικώς ήπιο συστολικό φύσημα στην εστία ακροάσεως της τριγλώχινας βαλβίδας. Από τον αιματολογικό έλεγχο ήπια αναιμία με λευκοκυττάρωση, πολυμορφοπυρήνωση, αύξηση CRP,

χωρίς ουσιαστική άνοδο της ΤΚΕ (26mm/h στην 1<sup>η</sup> h). Θετικές αιμοκαλλιέργειες σε σταφυλόκοκκο *staphylococcus warneri* (stawar). Από το διαθωρακικό και το διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα διαπιστώθηκαν εκβλαστήσεις σε οργανωμένη μάζα να κρέμεται από το κοιλιακό ηλεκτρόδιο και να κάθεται στην πρόσθια γλωχίνα της τριγλώχινας προκαλώντας μεταβαλλόμενη στένωση της βαλβίδας, εκβλαστήσεις υπήρχαν και πάνω στην γλωχίνα και στο κολπικό ηλεκτρόδιο και στο μεσοκολπικό διάφραγμα, ενώ θολερότητα και πάχυνση παρουσίαζε η ενδοκοιλιακή πορεία του κοιλιακού ηλεκτροδίου και θολερότητα της πνευμονικής βαλβίδας. Τέθηκε η διάγνωση της πρώιμης ενδοκαρδίτιδας με τα κριτήρια Duke, έγινε έναρξη 3πλής αντιβιοτικής αγωγής για δύο βδομάδες και μετά την διακοπή της αμινογλυκοσίδης για 6 συνολικά βδομάδες η διπλή αγωγή. Στις 4 βδομάδες έγινε χειρουργική αφαίρεση του μολυσματικού υλικού και εμφύτευση μονίμου επικαρδιακού διπλοεστιακού βηματοδότη. Ο ασθενής 10 μήνες μετά είναι καλά και υπό συχνό έλεγχο και ιδιαίτερη μνεία για πρόληψη μελλοντικής ενδοκαρδίτιδος.

#### **OR. 39 ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΜΑΖΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΕΜΒΟΛΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ ΥΠΟ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

**Α.Γ. ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ, Ε. Σ. ΚΑΡΑΠΑΤΣΟΥΔΗ, Κ. Α. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, Χ. Γ. ΓΚΟΛΙΑΣ, Κ. Δ. ΚΑΡΑΛΗ, Δ. Γ. ΦΡΑΓΚΟΥΛΙΔΗΣ, Π. Χ. ΜΑΚΡΙΔΗΣ**

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Έδεσσας

##### Σκοπός

Παρουσίαση επιτυχούς θρομβόλυσης με τενεκτεπλάση (Metalyse©) μαζικής πνευμονικής εμβολής (ΠΕ) σε ασθενή με μεταστατικό καρκίνο μαστού υπό χημειοθεραπεία po με καπεσιταβίνη (Xeloda©).

##### Παρουσίαση Περιστατικού

Γυναίκα ασθενής 63 ετών προσήλθε αιτιώμενη συσφιγκτικό προκάρδιο άλγος με συνοδό δύσπνοια αιφνίδιας έναρξης.

Κλινικά παρουσίαζε ταχύπνοια & ταχυκαρδία χωρίς ιδιαίτερα παθολογικά ευρήματα από την ακρόαση καρδιάς και πνευμόνων. Ζωτικά σημεία:

ΑΠ:130/85mmHg, κορεσμός:90%, απύρετη. Στο ΗΚΓ καταγράφηκε φλεβοκομβική ταχυκαρδία με RBBB (δεν προϋπήρχε).

Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε λευκοκυττάρωση, ήπια ΧΝΑ, αυξημένη LDH, και ήπια υποξυγοναιμία. Το test-trop ήταν αρνητικό, το pro-BNP>1328, ενώ τα d-dimer 1,1.

Στο ECHO καρδιάς απεικονίσθηκε μεγάλη διάταση ΔΕ κοιλοτήτων με αυξημένη SPA και TRV-Reg. Παρουσίασε εικόνα καρδιαγγειακού shock (ΑΠ:50/20) με ΗΚΓφική εικόνα S1QT3. Υπό την υψηλή υποψία μαζικής ΠΕ και την ραγδαία επιδείνωση της κλινικής κατάστασης, η ασθενής υποβλήθηκε σε θρομβόλυση με τενεκτεπλάση και παρουσίασε ταχέως αιμοδυναμική βελτίωση (ΑΠ:100/65),



πλήρη άρση RBBB, και βελτίωση υπερηχογραφικών παραμέτρων. Την επομένη υποβλήθηκε σε CT θώρακος όπου απεικονίσθηκε πύκνωση κάτω λοβού ΔΕ σε επαφή με τον υπεζωκότα και σε συνέχεια με τη σύστοιχη πύλη (πιθανή πνευμονική εμβολή), ενώ τα επίπεδα των d-dimer ήταν 3,4.

### Συζήτηση

Η ΠΕ αποτελεί συχνή αιτία θωρακικού άλγους. Οι καρκινοπαθείς έχουν προδιάθεση για θρομβοεμβολικά επεισόδια. Ειδικά ο καρκίνος του μαστού συνδέεται τυπικά με θρομβοκυττάρωση & θρομβοφλεβίτιδα ως παρανεοπλασματικά σύνδρομα. Η καπεσιταβίνη αποτελεί προφάρμακο της 5-φθοριοουρακίλης, η θεραπεία με την οποία έχει συσχετιστεί με καρδιοτοξικότητα, και εξαιρετικά σπάνια με ΠΕ.

### Συμπεράσματα

Η ΠΕ εκδηλώνεται συνήθως ως θωρακικό άλγος με συνοδό δύσπνοια. Ιδιαίτερη προσοχή συνιστάται στην ευπαθή ομάδα των καρκινοπαθών υπό χημειοθεραπεία και η νόσος δεν πρέπει να παραλείπεται από τους κλινικούς ιατρούς κατά την διαφοροδιάγνωση. Η θρομβόλυση αποτελεί αποτελεσματική διαθέσιμη θεραπευτική επιλογή ιδιαίτερα στην μαζική ΠΕ.

## OR. 40 ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΕ ΣΥΝΑΡΤΗΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΟΜΦΑΛΙΚΗΣ ΠΕΡΙΜΕΤΡΟΥ

**A. ΤΣΙΠΗΣ, N. ΣΠΥΡΙΔΗΣ, A. ΒΛΑΧΟΓΙΩΡΓΟΣ, A. ANTONUCC, M. ΑΡΑΒΙΔΟΥ, N. ΜΕΤΑΞΩΤΟΣ**

Τμήμα Ελέγχου Σωματικού Βάρους, Συμμετρία, Αθήνα

### Σκοπός

Η αυξημένη ομφαλική περίμετρος (>102cm Άνδρες, >88cm Γυναίκες), σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας, είναι ένα από τα κύρια κριτήρια τεκμηρίωσης του μεταβολικού συνδρόμου. Η κοιλιακή παχυσαρκία αποτελεί αφητηριακή αιτία του μεταβολικού συνδρόμου, καθώς παρατηρείται έκκριση κυττοκίνων, και κυρίως της πρωτεΐνης TNFα που επιδρά στον υποδοχέα ινσουλίνης και συμβάλλει στη δημιουργία ινσουλινοαντίστασης. Τα άτομα με μεταβολικό σύνδρομο παρουσιάζουν μεγάλο κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου, και αγγειοεγκεφαλικών επεισοδίων. Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνηθεί η συσχέτιση των ηλεκτροκαρδιογραφικών μεταβολών με την αύξηση της ομφαλικής περιμέτρου.

### Υλικό και μέθοδος

Μελετήθηκαν 90 περιπτώσεις γυναικών που διαχωρίστηκαν σύμφωνα με μετρήσεις της ομφαλικής περιμέτρου σε τρεις ομάδες (ομάδα Α: > 88cm, ομάδα Β: >78cm - <88cm, ομάδα Γ: <78cm). Σε όλες τις περιπτώσεις ελέγχθηκαν οι

μεταβολές σωματικού βάρους, Δείκτη Μάζα Σώματος (ΔΜΣ), ποσοστιαίου σωματικού λίπους, έγιναν μετρήσεις της αρτηριακής πίεσης και σφυγμών και εφαρμόστηκε ηλεκτροκαρδιογράφημα 12-απαγωγών.

#### Αποτελέσματα

Οι ηλεκτροκαρδιογραφικές μεταβολές περιλαμβάνουν: μετατόπιση προς τα αριστερά των αξόνων P, QRS, T, μορφολογικές αλλαγές του κύματος P, δείκτες υπερτροφίας αριστερής κοιλίας, επιπέδωση του κύματος T, επιμήκυνση του διαστήματος QT. Οι μεταβολές ήταν πιο σημαντικές στις γυναίκες με περίμετρο μέσης >88cm.

#### Συμπεράσματα

Η αύξηση της περιμέτρου μέσης σχετίζεται με την παρουσία ηλεκτροκαρδιογραφικών μεταβολών και με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο.

### OR. 41 ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΟΛΙΚΗΣ ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗΣ ΣΤΗΝ ΑΘΗΡΩΜΑΤΩΣΗ ΤΩΝ ΚΑΡΩΤΙΔΩΝ

**Γ. Α. ΚΟΥΛΟΥΡΗΣ<sup>1</sup>, Γ. Π. ΧΑΤΖΗΑΝΤΩΝΙΟΥ<sup>2</sup>, Ε. Π. ΘΕΟΔΩΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ<sup>3</sup>, Μ. Χ. ΣΙΑΜΑΝΤΑ<sup>2</sup>, Π. Θ. ΘΕΟΔΩΡΑΚΟΠΟΥΛΟΣ<sup>3</sup>, Μ. Α. ΡΗΓΑ<sup>1</sup>**

Εργοερευνητική ΜΚΟ<sup>1</sup>

Διεύθυνση Υγείας Νομαρχίας Αθηνών<sup>2</sup>

Ινστιτούτο Έρευνας Νοσημάτων Θώρακος Υγιεινής και Ασφάλειας Εργασίας<sup>3</sup>

#### Σκοπός

Η υπερχοληστερολαιμία αναγνωρίζεται ως μείζων παράγοντας κινδύνου στην αθηρωμάτωση των στεφανιαίων αλλά και των περιφερικών αρτηριών. Στη μελέτη αξιολογήσαμε την μακρού χρόνου πρόγνωση της υπερχοληστερολαιμίας στην αθηρωμάτωση της εξωκρανιακής μοίρας των καρωτίδων, επί ελλείψεως άλλου μείζονος προδιαθεσικού παράγοντος.

#### Υλικό και Μέθοδος

Μελετήσαμε τρεις ομάδες, που συγκροτήσαμε αναλόγως της επιτευχθέντος τίτλου χοληστερόλης. Ομάδα Α από 80 ασθενείς, ηλικιών  $72 \pm 8$  έτη και που η χοληστερόλη ήταν  $<175$  mg/dl. Ομάδα Β από 58 άτομα, όπου η χοληστερόλη ήταν από 175 έως 220 mg/dl και ομάδα Γ από 111 ασθενείς όπου η χοληστερόλη ήταν  $>220$  mg/dl κατά την περίοδο παρακολούθησης. Ηλικιακά και φυλετικά η σύσταση και των τριών ομάδων ήταν παρεμφερής. Κανείς δεν είχε διαβήτη, υπέρταση, υπερτριγλυκεριδαιμία ή θετικό οικογενειακό ιστορικό και ούτε ήταν καπνιστές την επταετία της παρακολούθησης. Γινόταν τακτική ή σποραδική χρήση στατίνης και ανά εξαμήνο βιοχημικός και λοιπός σχετικός κλινικοεργαστηριακός έλεγχος καθώς και ετήσια υπερηχογραφική μελέτη καρωτίδων με μέθοδο Triplex, όπου αξιολογούσαμε την ύπαρξη αθηρωμάτωσης

και τον βαθμό των στενώσεων επί τοις εκατόν. Όπου οι τιμές στις δυο καρωτίδες διέφεραν λαμβάναμε τον μέσο όρο.

#### Αποτελέσματα:

	αρχική τιμή	τελική τιμή	μεταβολή	στατ. σημαν. p
Ομάδα Α (80 ασθ) Χοληστ <175	33 %	40 %	21,2 %	<0,05
Ομάδα Β (58 ασθ) 175< Χοληστ <220	32 %	43 %	34,3 %	<0,005
Ομάδα Γ (111 ασθ) Χοληστ >220	40 %	58 %	45 %	<0,001
στατιστ. σημαντικ. p			A/B: <0,005 A/Γ: <0,001	

#### Συμπεράσματα

Παθολογικές τιμές ή αυξανόμενα επίπεδα ολικής χοληστερόλης προδιαγράφουν επιδείνωση της αθηρωμάτωσης και αύξηση του ποσοστιαίου βαθμού στενώσεων των καρωτίδων, επί απουσίας άλλων επιβαρυντικών παραγόντων στους ηλικιωμένους. Τιμές ολικής χοληστερόλης <175 mg/dl υποδεικνύουν ευνοϊκή πρόγνωση, ενώ σε κάθε άλλη περίπτωση συνιστάται ετήσια διενέργεια εξέτασης καρωτίδων με Triplex, παράλληλα με την φαρμακευτική αγωγή.

#### OR. 42 **ΑΝΤΙΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΔΡΑΣΗ ΟΛΜΕΣΑΡΤΑΝΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ**

**Γ. Π. ΧΑΤΖΗΑΝΤΩΝΙΟΥ<sup>1</sup>, Γ. Α. ΚΟΥΛΟΥΡΗΣ<sup>2</sup>, Ε. Π. ΘΕΟΔΩΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ<sup>3</sup>, Μ. Χ. ΣΙΑΜΑΝΤΑ<sup>1</sup>, Π. Θ. ΘΕΟΔΩΡΑΚΟΠΟΥΛΟΣ<sup>3</sup>, Κ. Α. ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ<sup>2</sup>**

Διεύθυνση Υγείας Νομαρχίας Αθηνών<sup>1</sup>

Εργοερευνητική ΜΚΟ<sup>2</sup>

Ινστιτούτο Έρευνας Νοσημάτων Θώρακος Υγιεινής και Ασφάλειας Εργασίας<sup>3</sup>

#### Σκοπός

Πειραματικές μελέτες έδειξαν προφλεγμονώδεις ιδιότητες της Αγγειοτενσίνης II. Εμείς διερευνήσαμε την ύπαρξη αντιφλεγμονώδους δραστηριότητας του ανταγωνιστή υποδοχέων AT II ολμεσαρτάνης, στην πρωτοπαθή υπέρταση, όπου η ύπαρξη μικροφλεγμονής είναι εργαστηριακά τεκμηριωμένη.

### Υλικό και Μέθοδος

Μελετήσαμε δυο ομάδες. Ομάδα Α από 70 ασθενείς, ηλικιών  $65 \pm 8$  έτη, οι 40 ήταν γυναίκες και οι 30 άνδρες και παρουσίασαν υπέρταση για πρώτη φορά, όπως και στην ομάδα Β, με άτομα παρεμφερούς ηλικιακής και φυλετικής σύστασης (ομάδα μαρτύρων). Βάσει εκτενούς εργαστηριακού πρωτοκόλλου η υπέρταση σε αμφότερες τις ομάδες κρίθηκε ως πρωτοπαθής. Επιπλέον δεν ελάμβαναν φάρμακα με αντιφλεγμονώδεις ιδιότητες. Διενεργήθηκε βιοχημικός έλεγχος που συμπεριέλαβε τον ποσοτικό προσδιορισμό της υψηλής ευαισθησίας CRP, η οποία χρησιμοποιήθηκε ως πλέον ευαίσθητος και κλινικά εύχρηστος δείκτης φλεγμονής. Φυσιολογικές ήταν οι τιμές  $<0,5\text{mg/dl}$ . Άπαντες παρακολούθηθηκαν επί τρίμηνο κλινικοεργαστηριακά και οι ασθενείς της ομάδας Α έλαβαν ολμεσαρτάνη 20 mgr ημερησίως, ενώ στην ομάδα Β δεν χορηγήθηκε αντιυπερτασικό. Σε όσες περιπτώσεις η πίεση ξεπέρασε το όριο των 170 mmHg (σε 4 ασθενείς της Α και 7 της Β), χορηγήσαμε επικουρικά υδροχλωροθειαζίδη, που δεν έχει αντιφλεγμονώδη δράση. Καταγράψαμε τις τιμές προ και μετά την παρέλευση του τριμήνου σε αμφότερες τις ομάδες και συγκρίναμε τις μέσες τιμές μεταξύ αυτών.

### Αποτελέσματα

Η μέση τιμή της CRP στην ομάδα Α ήταν αρχικά 0,93 και τελικά έγινε 0,78 δηλαδή παρουσίασε πτώση 16,12%, ενώ στην ομάδα Β αρχικά ήταν 1,03 και στο τρίμηνο βρέθηκε 0,97 δηλαδή η πτώση ήταν 5,8%.  $P < 0,005$

### Συμπεράσματα

Τα ευρήματά μας εισηγούνται την ύπαρξη ήπιας αντιφλεγμονώδους δράσης από την προσθήκη ολμεσαρτάνης στην πρωτοπαθή υπέρταση της τρίτης ηλικίας.

## OR. 43 Η ΑΟΡΤΙΚΗ ΑΚΑΜΨΙΑ ΣΤΑ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ Μ. ΜΑΥΡΟΥΔΗ<sup>1</sup>, Β. ΣΚΕΜΠΕΡΗΣ<sup>2</sup>, Ε. ΜΑΥΡΟΥΔΗ<sup>3</sup>, Α. ΜΠΟΜΠΟΝΑΡΗΣ<sup>2</sup>, Π. ΓΚΕΛΕΡΗΣ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ΒΠ Ιπποκρατείου Νοσοκομείου Θεσ/νίκης

<sup>2</sup>ΒΠΠ Ιπποκρατείου Νοσοκομείου Θεσ/νίκης

<sup>3</sup>ΜΕΘ ΑΝΘ Θεαγένειο

### Σκοπός

Η χρόνια φλεγμονή μπορεί να επηρεάσει τη λειτουργία των αγγείων και να οδηγήσει σε αύξηση της σκληρίας τους (stiffness), ένα σημαντικό παράγοντα καρδιαγγειακού κινδύνου. Σκοπός της εργασίας είναι η μελέτη της σκληρίας της αορτής σε ασθενείς με φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου.

### Ασθενείς- Μέθοδοι

Μελετήθηκαν 24 ασθενείς (11 άνδρες) με ελκώδη κολίτιδα ή νόσο του Crohn, ηλικίας 20-56 ετών, χωρίς καρδιαγγειακό νόσημα. Για την εκτίμηση της αορτικής σκληρίας, μελετήθηκαν αναίμακτα με τη μέθοδο της ανάλυσης του κύματος της κερκιδικής αρτηρίας. Μετρήθηκαν η ταχύτητα του σφυγμικού κύματος της αορτής (Pulse Wave Velocity, PWV), ο αυξητικός δείκτης (Augmentation Index, AIX), ο χρόνος επιστροφής του ανακλώμενου κύματος (Time Reverse, Tr), η μέση αρτηριακή πίεση (ΜΑΠ), και υπολογίστηκε ο δείκτης μάζας σώματος (BMI). Τα δεδομένα συγκρίθηκαν με 30 (13 άνδρες) υγιών ατόμων, παρόμοιων χαρακτηριστικών. Χρησιμοποιήθηκε η εγκεκριμένη συσκευή Sphygmocor με το αντίστοιχο λογισμικό.

Η στατιστική επεξεργασία έγινε με SPSS10.

Τα αποτελέσματα φαίνονται στον πίνακα:

Ομάδα	BMI kg/m <sup>2</sup>	ΜΑΠ mmHg	PWV m/sec	AIX75**	Tr msec
A=24	23,9±6	91±11,6	6,7±1,5*	18,2±16,3*	141,1±21,4*
Υ=30	24,6±6	90,1±9,6	5,9±1,1	7,5±19,5	160±28,5

\*P<0,05

\*\*AIX75 = AIX αναχθείς στις 75 σφύξεις/λεπτό

### Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα της εργασίας δείχνουν ότι τα φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου παρουσιάζουν αυξημένη αορτική σκληρία.

#### OR. 44 ΣΥΝΔΡΟΜΟ BRUGADA ΣΤΗΝ ΚΕΡΚΥΡΑ: ΟΤΑΝ ΤΟ ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΗΜΑ ΔΥΝΑΤΑΙ ΝΑ ΣΩΣΕΙ ΖΩΕΣ...

**Γ. ΚΑΣΙΜΗΣ, Ι. ΠΡΟΒΑΤΑΣ, Κ. ΤΣΙΛΙΑΣ, Ν. ΚΑΛΑΝΤΖΗΣ, Χ. ΚΑΡΔΑΜΗΣ, Α. ΔΟΥΛΗΣ, Α. ΔΡΑΓΑΝΙΓΟΣ**

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας

### Σκοπός

Η παρουσίαση ενός ενδιαφέροντος περιστατικού με Σύνδρομο Brugada στην Κέρκυρα και η βιβλιογραφική ανασκόπηση στο θέμα αυτό.

### Υλικό και Μέθοδος

Χρησιμοποιήθηκε το βιβλίο καταγραφής των Επειγόντων Περιστατικών και ο φάκελος νοσηλείας του ασθενούς στην Καρδιολογική Κλινική του Νοσοκομείου.

### Αποτελέσματα

Πρόκειται για άνδρα ηλικίας 51 ετών μη καπνιστή, με γνωστό ατομικό ιστορικό στεφανιαίας νόσου (PTCA Stent στον LAD) και αρνητικό οικογενειακό αναμνηστικό για καρδιαγγειακό νόσημα. Ο ασθενής παρουσίασε προσυγκοπτικό επεισόδιο τις βραδυνές ώρες και για το λόγο αυτό προσήλθε στο ΤΕΠ του Νοσοκομείου. Στο Ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) εισόδου παρατηρείται φλεβοκομβικός ρυθμός, αριστερός άξων, QT 200msec, ατελής αποκλεισμός του δεξιού σκέλους με ανάσπαση του κύματος J > 2mm ακολουθούμενο από αρνητικό T στην απαγωγή V1 και ανάσπαση του κύματος J > 2mm, επιπλοειδής μικρή ανάσπαση του ST με το κοίλο προς τα πάνω στις απαγωγές V2, V3 παραμένοντας > 1mm πάνω από την ισοηλεκτρική γραμμή (Εικόνα 1). Τόσο κατά την είσοδο του ασθενούς, αλλά και όλες τις ημέρες νοσηλείας ο ηλεκτρολυτικός και ο λοιπός βιοχημικός έλεγχος ήταν φυσιολογικός. Τα καρδιακά ένζυμα CK-MB και Τροπονίνη I ήταν αρνητικά. Το διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδιάς, σε επαναλαμβανόμενους ελέγχους, ήταν φυσιολογικό με κλάσμα εξώθησης > 60%. Η αξονική τομογραφία εγκεφάλου ήταν αρνητική, ενώ το Holter 24ωρης καταγραφής δεν ανέδειξε κανένα αρρυθμιολογικό σύμβαμα. Σε όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του ο ασθενής δεν παρουσίασε κανένα σύμπτωμα. Με δεδομένο την αιτία εισόδου του ασθενούς, την απουσία δομικής οργανικής καρδιοπάθειας και την παρουσία του ύποπτου για Σύνδρομο Brugada ΗΚΓ ο ασθενής διεκομίσθη σε Τριτοβάθμιο Νοσοκομείο για να υποβληθεί σε δοκιμασία πρόκλησης με προκαϊναμίδη. Χορηγήθηκε προκαϊναμίδη με ρυθμό 100mg/min iv και πριν την ολοκλήρωση της πλήρους δόσης (10mg/kg) στο ΗΚΓ εμφανίστηκαν τα τυπικά χαρακτηριστικά του Συνδρόμου Brugada (Εικόνα 2). Υπεβλήθη σε Ηλεκτροφυσιολογικό έλεγχο, όπου προκλήθηκε εμμένουσα πολύμορφη συγκοπτική κοιλιακή ταχυκαρδία 2 φορές αναταχθείσα με DC shock. Δύο ημέρες μετά και μετά από σχετική έγκριση υπεβλήθη σε εμφύτευση Απινιδωτή.

### Συμπεράσματα

Το Σύνδρομο Brugada αποτελεί μία σχετικά πρόσφατα αναγνωρισθείσα οντότητα με χαρακτηριστικό ΗΚΓ που σχετίζεται με Αιφνίδιο καρδιακό θάνατο. Η ιδιαιτερότητά του έγκειται στην ιδιαίτερη ΗΚΓική εικόνα χωρίς ή μετά από φαρμακευτική πρόκληση. Η προσεκτική παρατήρηση και μόνο του ΗΚΓ μπορεί να υποδείξει τη διάγνωση του συνδρόμου και με την τοποθέτηση Εμφυτεύσιμου Καρδιακού Απινιδωτή να αποβεί σωτήρια για τον ασθενή.

Εικόνες:



**OR. 45 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΓΩΓΙΜΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟ SJÖGREN**

**Ε. ΓΕΩΡΓΙΑΔΗ<sup>1</sup>, Β. ΠΙΝΑΚΑΣ<sup>1</sup>, Γ. ΚΟΥΡΤΗΣ<sup>1</sup>, Θ. ΣΙΜΟΠΟΥΛΟΥ<sup>1</sup>,  
Α. ΠΑΙΔΗΣ<sup>1</sup>, Κ. ΝΤΟΥΛΑΣ<sup>2</sup>, Σ. ΚΑΡΑΜΑΓΚΙΩΛΗΣ<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική

<sup>2</sup> Καρδιολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας

**Σκοπός**

Στην μικρή αυτή μελέτη εξετάζεται η συχνότητα ανεύρεσης και η στατιστική αξιολόγηση των διαταραχών αγωγιμότητας σε ασθενείς γυναίκες με Πρωτοπαθές Σύνδρομο Sjögren (PSS).

**Υλικό και Μέθοδοι**

Σαράντα δύο γυναίκες με τεκμηριωμένο PSS από πενταετίας και τυχαίο δείγμα 42 υγιών γυναικών με μέσο όρο ηλικίας  $60 \pm 5$  ετών έλαβαν μέρος στην μελέτη. Καμία από τις ασθενείς με PSS δεν είχε ιστορικό καρδιοπάθειας ή λήψης «αρρυθμιογόνων» φαρμάκων. Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με το Fisher's exact test.

### Αποτελέσματα

- / Σύνδρομο Νοσ. Φλεβόκομβου (ασυμπτωματικό): 2 (4,8%) με PSS vs 1 (2,4%) υγιών
  - / Έκτακτες Κοιλ. Συστολές: 5 (11,9%) με PSS vs 4 (9,5%) υγιών
  - / Έκτακτες Κολπ. Συστολές: 4 (9,5%) με PSS vs 6 (14,3%) υγιών
  - / Αποκλεισμός Δεξιού Σκέλους: 5 (11,9%) με PSS vs 3 (7,1%) υγιών
  - / 2<sup>ο</sup> βαθμού ΚΚ Αποκλεισμός τύπου 1: 1 (2,4%) με PSS vs 0 υγιών
  - / 1<sup>ο</sup> βαθμού ΚΚ Αποκλεισμός: 10 (23,8%) με PSS vs 4 (9,5%) υγιών
- $p = 0.141$  (Relative Risk = 1.563, 95% Confidence Interval = 1.028 – 2.374).

### Συμπεράσματα

Οι ασθενείς με PSS δεν φαίνεται συνολικά να εμφανίζουν διαταραχές αγωγιμότητας πιο συχνά από τις υγιείς. Αν και παρατηρήθηκε αρκετά συχνότερα 1<sup>ο</sup> β ΚΚΑ στις πάσχουσες από PSS σε σχέση με τις υγιείς, το αποτέλεσμα δεν ήταν στατιστικά σημαντικό. Απομένει να τεκμηριωθούν τα παραπάνω ευρήματα σε πολύ μεγαλύτερο αριθμό ασθενών με PSS.

#### OR. 46 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

**Ν.Κ.ΚΑΡΟΓΙΑΝΝΗΣ, Γ.ΑΛΜΠΑΝΗΣ, Ν.ΤΡΑΓΟΤΣΑΛΟΥ,  
Μ.ΜΗΛΙΤΣΟΠΟΥΛΟΥ, Γ.ΣΕΡΒΟΣ, Α.ΜΑΖΑΡΑΚΗΣ**

Α΄ Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν.Πατρών

Ασθενής 32 ετών προσέρχεται στα Εξωτερικά Ιατρεία προς διερεύνηση συγκοπτικών επεισοδίων.

Από το ατομικό του ιστορικό αναφέρονται δύο συγκοπτικά επεισόδια από όρθια θέση το τελευταίο εξάμηνο εκλυόμενα κάτω από παρόμοιες συνθήκες(συναισθηματική φόρτιση-λογομαχία),το ένα εξ'αυτών με τραυματισμό.



Σε τακτικό έλεγχο προ διαίτας αναφέρεται ΗΚΓική παραλλαγή.

Ασθενής καπνιστής, παχύσαρκος χωρίς οικογενειακό ιστορικό αιφνιδίου θανάτου.

Εκ της αντικειμενικής εξέτασης ουδέν το παθολογικό.

Πλήρης αιματολογικός έλεγχος καθώς και ακτινολογικός έλεγχος φυσιολογικός.

ΗΚΓ ηρεμίας



Δοκιμασία κοπώσεως αρνητική για ισχαιμία και χωρίς να διαπιστωθεί αρρυθμιολογικό σύμπτωμα.

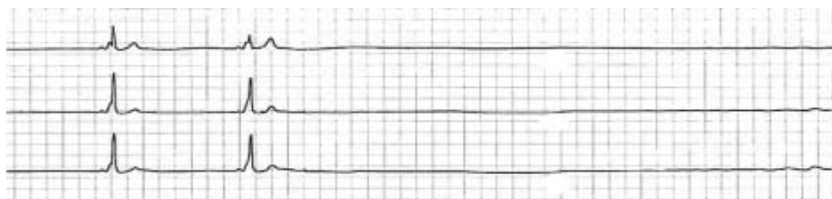
HOLTER ρυθμού 24ώρου αρνητικό καθώς και η μάλαξη καρωτιδικών κόλπων.

ECHO καρδιάς χωρίς ανάδειξη παθολογικών ευρημάτων.

Έγινε χορήγηση αδενοσίνης στην Μονάδα Εμφραγμάτων λόγω ισχυρής υποψίας WPW που επιβεβαιώθηκε.



Διενεργήθηκε TILT TEST που είχε την ακόλουθη μικτού τύπου απάντηση (ο ασθενής ανέφερε παρόμοια συμπτωματολογία με τα επεισόδια).



#### Συμπέρασμα

Πρόκειται για περίπτωση συνύπαρξης WPW και νευροκαρδιογενούς αιτιολογίας συγκοπής με την δεύτερη να διαπιστώνεται ως το αίτιο. Η διαχείριση αυτών των ασθενών παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον λόγω της παρουσίας συνδρόμου προδιέγερσης.

**OR. 47** **CLINICAL APPLICATIONS OF CARDIOPULMONARY EXERCISE TEST IN PATIENTS WITH HYPERTROPHIC CARDIOMYOPATHY**  
**GEORGIOS K EFTHIMIADIS, GEORGIOS GIANNAKOULAS, DESPINA PARCHARIDOU, EFSTATHIOS PAGKOURELIAS, VASSILIOS KAMPEREIDIS, PANAGIOTIS KALPIDIS, STAVROS GAVRIELIDES, IOANNIS CH. STYLIADIS, GEORGIOS PARCHARIDIS**

First Cardiology Department, Aristotle University Medical School, Thessaloniki , Greece

#### Background

Quantification of exercise capacity by measurement of peak oxygen consumption (peak VO<sub>2</sub>) is an established investigation in the management of patients with chronic heart failure. Identifying the parameters associated with impaired peak VO<sub>2</sub> in patients with hypertrophic cardiomyopathy may help to improve our understanding of the physiological derangement and ultimately may assist in targeting clinical care for these patients.

#### Methods

Cardiopulmonary exercise testing was performed prospectively in 53 patients with hypertrophic cardiomyopathy (age 43.2±13.1 years, 35 males). Influence variables of peak VO<sub>2</sub> were studied on univariate analysis. Significant parameters were subsequently included into a multivariate regression model in a stepwise forward procedure.

### Results

Peak VO<sub>2</sub> was 28.6±9.2 ml/kg/min (81.3% of age-predicted) and was higher in men (31.1±9.7 vs 23.9±6.1 ml/kg/min in women, p=0.005), patients with left ventricular obstruction at rest (31.9±9.4 vs 24.5±7.3 ml/kg/min in those without obstruction, p=0.003), patients not receiving b-blockers (32.1±9.3 vs 25.4±8.03 ml/kg/min in those under b-blockers, p=0.007) and those without a history of atrial fibrillation (30.2±9.2 vs 22.6±6.8 ml/kg/min in those with a positive history, p=0.01). On single-variable regression analysis, NYHA class (r=0.45, p=0.001), maximal wall thickness (r=0.30, p=0.04) and peak heart rate (r=0.57, p<0.0001) were related to exercise capacity.

On multivariable stepwise regression analysis peak heart rate during exercise was the only correlate of peak VO<sub>2</sub> (β-coefficient 0.24, p<0.0001).

### Conclusions

Lack of heart rate response to exercise is the most important correlate of exercise capacity in patients with hypertrophic cardiomyopathy. Whether this exercise parameter carries prognostic significance needs further prospective assessment.



**ΓΕΝΙΚΕΣ  
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**

## ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

### ΟΡΓΑΝΩΣΗ – ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ – ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

#### INVENTICS A.E.

9ο χλμ Θεσσαλονίκης – Θέρμης  
 ΤΕΧΝΟΠΟΛΙΣ – Κτίριο THERMI II  
 Τ.Θ. 60714, 570 01 Θέρμη Θεσσαλονίκης  
 Τ (+30) 2310 474400, 801454, 801455  
 F (+30) 2310 801454

**E** [info@medevents.gr](mailto:info@medevents.gr)

**www.medevents.gr**

### ΤΟΠΟΣ – ΧΩΡΟΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Το Hyatt Regency Θεσσαλονίκη αναγνωρίζεται ως ένα από τα πιο πολυτελή ξενοδοχεία, διεθνούς αλυσίδας στη χώρα. Απέχει μόλις 13 χιλιόμετρα από το κέντρο της πόλης και μόνο πέντε λεπτά από το διεθνές αεροδρόμιο «Μακεδονία» της Θεσσαλονίκης. Επίσης, σε λιγότερο από μία ώρα, μπορεί να βρεθεί κανείς σε μερικές από τις ωραιότερες παραλίες της Ελλάδας. Οι εντυπωσιακές συνεδριακές εγκαταστάσεις είναι ιδανικές για την πραγματοποίηση διεθνών εκδηλώσεων.

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το ξενοδοχείο, μπορείτε να επισκεφθείτε το site <http://thessaloniki.regency.hyatt.com>

### ΓΛΩΣΣΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Η επίσημη γλώσσα του συνεδρίου είναι η ελληνική.

### ΕΚΘΕΣΗ

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

### ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Στα πλαίσια του συνεδρίου, το Σάββατο 23 Μαΐου 2009 το πρωί, θα πραγματοποιηθεί εκδρομή στη Βεργίνα για τους Συνέδρους.

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ

Στα πλαίσια του συνεδρίου, την Παρασκευή 22 Μαΐου 2009 θα πραγματοποιηθεί νοσηλευτική ημερίδα στην αίθουσα Ballroom III.

### ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Ειδικό ιατροί

120 euro

Ειδικευμένοι, νοσηλεύτριες/τες, Φοιτήτριες/τες

Δωρεάν

### Η εγγραφή στο συνέδριο περιλαμβάνει:

- / Παραλαβή της κονκάρδας και της τσάντας με το συνεδριακό υλικό
- / Παρακολούθηση των εργασιών του συνεδρίου
- / Προσφορά καφέ κατά τα διαλείμματα
- / Συμμετοχή στις κοινωνικές εκδηλώσεις
- / Παραλαβή του διπλώματος συμμετοχής

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

**α)** να επισκέπτονται το επίσημο site της Καρδιολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος [www.kebe.gr](http://www.kebe.gr), όπου υπάρχει το Δελτίο Εγγραφής και όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για την ολοκλήρωσή της.

**β)** να συμπληρώνουν το Δελτίο Εγγραφής που υπάρχει στη σελίδα 13 του παρόντος εντύπου και να το αποστέλλουν με fax, μαζί με το φωτοαντίγραφο του καταθετηρίου της τράπεζας, στη γραμματεία του συνεδρίου (αριθμός fax: 2310 801454).

Προεγγραφές θα πραγματοποιούνται μέχρι τις 16/5/2009. 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 876	GR98 0172 2250 0052 2501 1620 876
-----------------	-----------------------------------

**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 θα έχει μοριοδότηση από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο.

### ΔΙΑΜΟΝΗ – ΑΕΡΟΠΟΡΙΚΑ ΕΙΣΙΤΗΡΙΑ

Για τη διαμονή και την έγκαιρη κράτηση αεροπορικών εισιτηρίων, μπορείτε να επικοινωνείτε με την κ. Κατερίνα Βιλιανιώτη στο τηλέφωνο (+30) 2310 222453, με fax στο (+30) 2310 287447 και με e-mail στο [info@appiatours.com](mailto:info@appiatours.com).

Το ξενοδοχείο του συνεδρίου είναι το Hyatt Regency Thessaloniki.

### ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ

Λεωφορείο του ξενοδοχείου εξυπηρετεί τη μεταφορά από και προς την πόλη της Θεσσαλονίκης. Για τα προγραμματισμένα δρομολόγια μπορείτε να επισκεφθείτε τη σελίδα:

**[http://www.hyatt.gr/thess\\_el/location\\_02.html](http://www.hyatt.gr/thess_el/location_02.html)**

### 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)

### MULTIMEDIA DVD

Οι εργασίες του συνεδρίου μαζί με τις διαφάνειες των ομιλητών, θα βιντεοσκοποούνται για την παραγωγή DVD-Rom για ηλεκτρονικό υπολογιστή.

### ΖΩΝΤΑΝΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΜΕΣΩ INTERNET

Το συνέδριο θα μεταδίδεται ζωντανά μέσω του διαδικτύου από το επίσημο site της Κ.Ε.Β.Ε. **[www.kebe.gr](http://www.kebe.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, τουλάχιστον μία ώρα πριν την προγραμματισμένη ομιλία τους.

### ΒΡΑΒΕΥΣΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Κατά την Τελετή Έναρξης του συνεδρίου θα βραβευτούν οι τρεις καλύτερες εργασίες.



**ΥΠΟΤΡΟΦΙΑ**

Η Καρδιολογική Εταιρεία Βορείου Ελλάδος θα χορηγήσει υποτροφία 6.000 euro σε ειδικευόμενο ή νέο καρδιολόγο, για μεταπτυχιακές σπουδές.

**Προθεσμία υποβολής δικαιολογητικών: 20/4/2009**

Αναλυτικές πληροφορίες μπορείτε να βρείτε στο επίσημο site της ΚΕΒΕ:  
**[www.kebe.gr](http://www.kebe.gr)**



**ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ  
ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ  
ΠΡΟΦΟΡΙΚΩΝ  
ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ**

## ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ ΠΡΟΦΟΡΙΚΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

ANTONUCC A. **40**  
ΑΒΡΑΜΙΔΟΥ Α. **11, 13**  
ΑΛΜΠΑΝΗΣ Γ. **34, 46**  
ΑΛΜΠΑΝΙΔΗΣ Γ. **12, 13**  
ΑΜΠΑΤΖΟΓΛΟΥ Α. **1**  
ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ Α. **8, 26, 27**  
ΑΡΑΒΙΔΟΥ Μ. **40**  
ΑΡΝΑΟΥΤΟΓΛΟΥ Ε. **2, 3**  
ΒΕΡΕΣΟΓΛΟΥ Ε. **1**  
ΒΗΧΟΣ Σ. **9, 23**  
ΒΛΑΧΟΓΙΩΡΓΟΣ Α. **40**  
ΒΛΑΧΟΠΟΥΛΟΥ Μ. **17**  
ΒΟΓΙΑΤΖΗΣ Ι. **18, 19, 20**  
ΒΟΛΟΥΔΑΚΗΣ Κ. **18, 19, 20**  
ΓΑΒΡΙΗΛΙΔΗΣ Σ. **47**  
ΓΕΩΡΓΙΑΔΗ Ε. **45**  
ΓΕΩΡΓΙΟΥ Ε. **31, 32**  
ΓΙΑΝΝΑΚΟΥΛΑΣ Γ. **47**  
ΓΙΑΝΝΟΓΛΟΥ Γ. **8, 24, 26, 27, 28, 29, 35**  
ΓΙΓΗ Ε. **38**  
ΓΙΟΥΡΤΟΥΜΑΣ Ν. **4, 5**  
ΓΚΕΛΕΡΗΣ Π. **43**  
ΓΚΟΛΙΑΣ Χ. Γ. **39**  
ΓΟΥΡΓΙΩΤΗΣ Κ. **18, 19, 20**  
ΓΡΑΪΔΗΣ Χ. **18, 19, 20**  
ΔΕΛΑΤΟΛΑ Μ. **14, 15, 16**  
ΔΗΜΗΤΡΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Κ. **6**  
ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ Δ. **18, 19, 20**  
ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ Δ. **4, 5**  
ΔΗΜΟΥΛΑ Μ. **14, 15, 16**  
ΔΟΥΛΑΒΕΡΑΚΗΣ Χ. **26**  
ΔΟΥΛΗΣ Α. **44**  
ΔΡΑΓΑΝΙΓΟΣ Α. **44**  
ΕΥΘΥΜΙΑΔΗΣ Α. **17, 36**  
ΕΥΘΥΜΙΑΔΗΣ Γ. Κ. **47**  
ΕΥΘΥΜΙΑΔΗΣ Ι. **17**  
ΕΦΡΑΙΜΙΔΗΣ Π. **4, 5**  
ΖΑΦΕΙΡΗΣ Α. **36, 37, 38**  
ΖΟΜΠΟΛΟΣ Σ. **4, 5**  
ΖΟΜΠΟΛΟΥ Χ. **4, 5**  
ΘΕΟΔΩΡΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Π. Θ. **41, 42**  
ΘΕΟΔΩΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Ε. Π. **41, 42**

ΘΕΟΔΩΡΙΔΗΣ Ν. 31, 32  
ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ Α. 6, 7, 39  
ΚΑΒΙΔΑ Α. 9  
ΚΑΙΠΗΣ Δ. 7  
ΚΑΛΑΝΤΖΗΣ Ν. 44  
ΚΑΛΠΙΔΗΣ Π. 47  
ΚΑΜΠΕΡΙΔΗΣ Β. 47  
ΚΑΝΟΝΙΔΗΣ Ι. 17  
ΚΑΡΑΒΑΣΙΛΕΙΑΔΟΥ Σ. 25  
ΚΑΡΑΚΑΣΙΔΗΣ Ι. 1  
ΚΑΡΑΚΩΣΤΑΣ Γ. 19  
ΚΑΡΑΛΗ Κ. Δ. 39  
ΚΑΡΑΜΑΓΚΙΩΛΗΣ Σ. 45  
ΚΑΡΑΠΑΤΣΟΥΔΗ Ε. 30, 39  
ΚΑΡΑΠΑΤΣΟΥΔΗ Ε. Σ.  
ΚΑΡΑΣΑΒΒΙΔΗΣ Β. 18, 19, 20  
ΚΑΡΔΑΜΗΣ Χ. 44  
ΚΑΡΟΓΙΑΝΝΗΣ Ν.Κ. 34, 46  
ΚΑΣΙΜΗΣ Γ. 44  
ΚΑΤΡΑΝΑΣ Σ. 28, 35  
ΚΑΤΣΑΛΙΑΚΗΣ Ν. 6  
ΚΑΤΣΕΑΣ Γ. 11, 12, 13  
ΚΕΛΕΚΗΣ Α. 28  
ΚΛΟΥΦΕΤΟΣ Π. 4, 5  
ΚΟΒΑΤΣΗ Λ. 29  
ΚΟΛΟΝΙΑΡΗΣ Α. 4, 5  
ΚΟΜΠΑΤΣΙΑΡΗΣ Ι. 26  
ΚΟΣΜΟΠΟΥΛΟΥ Σ. 4, 5  
ΚΟΤΣΑΚΟΥ Μ. 10, 30, 33  
ΚΟΤΤΑΣ Γ. 7  
ΚΟΥΔΟΥΝΗΣ Γ. 4, 5  
ΚΟΥΛΟΥΡΗΣ Γ. Α. 41, 42  
ΚΟΥΜΠΑΡΟΥΔΗΣ Ι. 18, 19, 20  
ΚΟΥΡΤΗΣ Γ. 45  
ΚΟΥΤΡΑΣ Δ. 9, 23  
ΚΥΡΙΑΚΟΥ Π. 21, 22, 36, 37, 38  
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Δ. 24, 29  
ΚΩΤΣΑΝΤΗ Α. 2, 3  
ΛΙΤΣΑ Ε. 9, 23  
ΛΟΥΡΙΔΑΣ Γ. 8, 24  
ΜΑΓΓΙΝΑΣ Α. 35  
ΜΑΖΑΡΑΚΗΣ Α. 34, 46

ΜΑΚΑΡΗΣ ΕΜ. 4, 5  
ΜΑΚΡΗΣ Γ. 11, 12, 13  
ΜΑΚΡΙΔΗΣ Π. 30, 39  
ΜΑΛΙΚ Α.Τ. 11, 12, 13  
ΜΑΜΑΔΑΣ Γ. 18, 19  
ΜΑΝΕΣ Χ. 17  
ΜΑΝΤΑΣ Ι. 9, 23  
ΜΑΝΤΖΙΑΡΗ Α. 11, 12, 13  
ΜΑΤΖΙΝΟΥ Δ. 31, 32  
ΜΑΤΣΑΓΚΑΣ Μ. 2, 3  
ΜΑΥΡΟΓΙΑΝΝΗ Α. 33  
ΜΑΥΡΟΥΔΗ Ε. 43  
ΜΑΥΡΟΥΔΗ Μ. 43  
ΜΕΤΑΞΩΤΟΣ Ν. 40  
ΜΗΛΙΤΣΟΠΟΥΛΟΥ Μ. 34, 46  
ΜΟΣΧΟΣ Γ. 10, 30, 33  
ΜΠΑΪΚΟΥΣΗΣ Ν. Γ. 2, 3  
ΜΠΑΪΡΑΚΤΑΡΗΣ Π. 14, 15, 16  
ΜΠΑΛΤΑΡΕΤΣΟΥ Ε. 14, 15, 16  
ΜΠΑΣΑΓΙΑΝΝΗΣ Χ. 19, 20  
ΜΠΕΛΕΒΕΣΛΗΣ Θ. 10, 30, 33  
ΜΠΙΛΗΣ Α. 26  
ΜΠΟΜΠΟΝΑΡΗΣ Α. 43  
ΜΠΟΜΠΟΤΗΣ Γ. 33  
ΜΠΟΣΤΑΝΙΤΗΣ Ι. 21, 22, 36, 37, 38  
ΜΠΟΥΝΤΩΝΑΣ Γ. 21, 22, 31, 37  
ΝΤΑΙΒΙΣ Η. 4, 5  
ΝΤΑΤΣΙΟΣ Α. 18, 19, 20  
ΝΤΟΥΛΑΣ Κ. 45  
ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Κ. 30, 39  
ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Φ. 18, 19, 20  
ΠΑΓΚΟΥΡΕΛΙΑΣ Ε. 47  
ΠΑΙΔΗΣ Α. 45  
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Γ. 2, 3  
ΠΑΠΑΣΤΕΦΑΝΟΥ Σ. 6, 7  
ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ Κ. Α. 42  
ΠΑΡΓΑ Μ. 11  
ΠΑΡΧΑΡΙΔΗΣ Γ. 8, 24, 29, 47  
ΠΑΡΧΑΡΙΔΟΥ Δ. 47  
ΠΑΥΛΙΔΟΥ Σ. 17  
ΠΕΤΑΛΟΥΔΗΣ Α. 23  
ΠΙΝΑΚΑΣ Β. 45  
ΠΛΑΤΗΣ Α. 33  
ΠΟΥΛΙΚΑΡΑΚΟΣ Π. 4, 5

ΠΡΟΒΑΤΑΣ Ι. 44  
ΡΑΠΤΟΠΟΥΛΟΥ-ΓΙΓΗ Μ. 21, 22  
ΡΕΠΠΑΣ Ε. 10, 30, 33  
ΡΗΓΑ Μ. Α. 41  
ΡΩΜΑΝΙΔΟΥ Ν. 31, 32  
ΣΑΒΒΑΣ Π. 12  
ΣΑΚΑΝΤΑΜΗΣ Γ. 17  
ΣΕΜΕΡΤΖΙΔΗΣ Π. 18, 19, 20  
ΣΕΡΑΛΙΔΟΥ Κ. 35  
ΣΕΡΒΟΣ Γ. 34, 46  
ΣΙΑΜΑΝΤΑ Μ. Χ. 41, 42  
ΣΙΜΟΠΟΥΛΟΥ Θ. 45  
ΣΚΕΜΠΕΡΗΣ Β. 43  
ΣΟΥΛΗΣ Ι. 35  
ΣΟΥΡΑΝΗ Μ. 14, 15, 16  
ΣΠΑΝΟΣ Π. Κ. 1  
ΣΠΥΡΙΔΗΣ Ν. 40  
ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ Ι. 9, 23  
ΣΤΕΦΑΝΙΔΗΣ Χ. 31, 32  
ΣΤΥΛΙΑΔΗΣ Ι. Χ. 47  
ΣΥΜΙΝΕΛΑΚΗΣ Σ. Ν. 2, 3  
ΤΑΤΛΗΣ Α. 1  
ΤΑΥΡΙΔΟΥ Α. 17  
ΤΟΓΙΑΣ Α. 14, 15, 16  
ΤΟΛΗ Κ. 9, 23  
ΤΟΥΜΠΑΝΟΣ Δ. 31, 32  
ΤΡΑΓΟΤΣΑΛΟΥ Ν. 34, 46  
ΤΣΑΚΙΡΙΔΗΣ Κ. 10, 30, 33  
ΤΣΑΛΙΔΟΥ Μ. 21, 22  
ΤΣΑΜΠΟΥΛΑΤΙΔΗΣ Ι. 26  
ΤΣΑΧΟΥΡΙΔΟΥ Ο. 25  
ΤΣΙΛΙΑΣ Κ. 44  
ΤΣΙΠΗΣ Α. 40  
ΤΣΟΥΝΟΣ Ι. 18, 20  
ΥΦΑΝΤΗΣ Γ. 14, 15, 16  
ΦΡΑΓΚΟΥΛΙΔΗΣ Δ. Γ. 39  
ΧΑΜΟΥΡΑΤΙΔΗΣ Ν. 18, 19, 20  
ΧΑΡΙΖΟΠΟΥΛΟΣ Σ. 31, 32  
ΧΑΤΖΗΑΝΤΩΝΙΟΥ Γ. Π. 41, 42  
ΧΑΤΖΗΕΛΕΥΘΕΡΙΟΥ Χ. 31, 32  
ΧΑΤΖΗΖΗΣΗΣ Ι. 8, 24, 26, 27, 28, 29, 35  
ΧΑΤΖΗΝΙΚΟΛΑΟΥ-ΚΟΤΣΑΚΟΥ Ε. 10, 30, 33  
ΧΑΤΖΗΣ Γ. 17











## Εξοικονομούμε χρόνια ζωής για τους υπερτασικούς ασθενείς σας.

Εδώ και χρόνια, η sanofi-aventis πρωτοστατεί στην ανάπτυξη σκευασμάτων για την αντιμετώπιση της Υπέρτασης και σας προσφέρει θεραπευτικές λύσεις που έχουν δοκιμαστεί και έχουν αποδείξει την αποτελεσματικότητά τους.

Γι' αυτό, κάθε φορά που συνταγογραφείτε κάποιο από τα σκευάσματα της sanofi-aventis, είστε σίγουροι πως έχετε επιλέξει δυνατό σύμμαχο στον αγώνα κατά της Υπέρτασης.

Εσείς το γνωρίζετε, οι ασθενείς σας το νιώθουν.

**APROVEL**  
canaprot

**COAPROVEL**  
canaprot + ACE

**TRIA TEC**  
canaprot

**Triatec plus**  
canaprot + hydrochlorothiazide (2+125mg)

**Triacor**  
canaprot + βιταμίνη D3-50mcg

**TILDIEM**

**Selectol**

**Frumil**

**Lasix**

**sanofi aventis**

Προτεραιότητα στην υγεία



# INEGY<sup>†</sup>

(ezetimibe/simvastatin)

## ΔΙΠΛΗ ΔΥΝΑΜΗ



Υπεύθυνος Άδειας Κυκλοφορίας  
BIANEX A.E. ΒΙΟΦΑΡΜΑΚΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ & ΚΑΛΥΠΤΙΚΩΝ  
LICENSEE/DISTRIBUTOR OF MERCK SHARP & DOHME  
Division of MERCK & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA  
Γραφείο Επισημοποιημένης Εμπόρευσης  
ΑΘΗΝΑ: Οδός Τσιτσώνη 146 71 Ν. Ερυθρούς Τηλ: 0210 8009111  
E-Mail: mail@bianex.gr • INTERNET: <http://www.bianex.gr>  
Τμήμα Προσγγίσεων Τηλ: 8009640-43  
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Β. Χριστί 2, Τηλ: 0210 833893



Συντροχίωση από την εταιρεία  
Schering Plough Α.Φ.Β.Ε.Ε.  
ΤΜΗΜΑΤΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ  
ΑΘΗΝΑ: Αμ. Δημητρίου 63, 17455 Άλιμος, Τηλ: 2109897300  
ΒΟΡΕΙΑ ΕΛΛΑΔΑ: Κμ. Βόλο 24, 54645 Θεσσαλονίκη, Τηλ: 2310 863634

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευθείτε  
την Περιλήψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος.

<sup>†</sup> INEGY is a trademark of MSP Singapore Company, LLC

15-7-09-INE-08-GI-3306-IA INE/5IA-10/08 MER150