



**ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ**

**14-16 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2017
ELECTRA PALACE
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ**

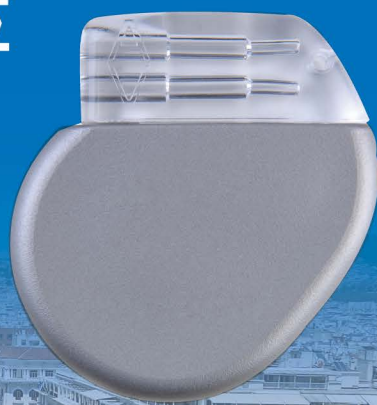
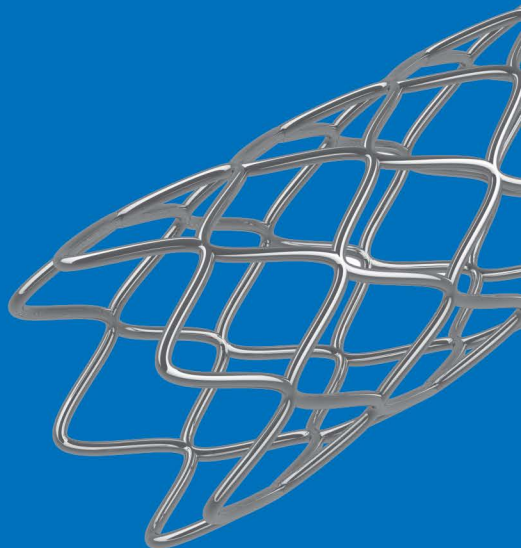
**1ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ - ΧΕΙΡΙΣΤΩΝ
ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ
& ΗΛΕΚΤΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ**

**8 ΜΟΡΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ
ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ**

ΟΡΓΑΝΩΣΗ - ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ - ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

INVENTICS AE - Medevents.gr / www.medevents.gr - info@medevents.gr

Αριθμός Αδείας ΕΟΤ: 09.33.Ε.60.00.01087.00



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Ε. Σταματοπούλου / Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Αθήνα

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ

Α. Κωνσταντούδης / Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

ΜΕΛΗ

Β. Γιώρτσιου

Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Α. Θεοδωρακοπούλου

Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Αθήνα

Θ. Καμπούρογλου

Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Σ. Λινάρδος

Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα

Ο. Μαστορογιάννη

Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Χ. Μητάκου

Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Α. Τασιούδης

Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Γ. Τριγώνης

Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Ε. Τσαρτσαμπαλίδου

Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Ι. Τσιπέλης

Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Μ. – Χ. Φραγγή

Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Ι. Χιωτέλης

Γ.Ν. Βούλας «Ασκληπιείο», Αθήνα

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Β. Κοντού / Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ

Ι. Τσιπέλης / Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

ΜΕΛΗ

Μ. Αγριογιάννη

Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Σ. Γιάννου

Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων

Α. Καζαμία

Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Ε. Κούτλη

Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Β. Κρίκη

424 Γ.Σ.Ν. Θεσσαλονίκης

Ζ. Μάρκου

Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Α. Μεταλλίδου

Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Σ. Μπαρλαμπάνη

Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Χ. Παναγιώτου

Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα

Α. Πολίτου

Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Ε. Παντελίδου

Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

Δ. Σιδηροπούλου

Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ / ΠΕΜΠΤΗ 14 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2017

ΑΙΘΟΥΣΑ ΒΥΖΑΝΤΙΟ

08:00 - 08:30 ΕΓΓΡΑΦΕΣ

08:30 - 09:00 ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ

Β. Κοντού / Πρόεδρος Οργανωτικής Επιτροπής

Ε. Σταματοπούλου / Πρόεδρος Επιστημονικής Επιτροπής

Κήρυξη των εργασιών του Συνεδρίου

Ο Πρόεδρος Καρδιολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος,

Καθηγητής Ι. Κανονίδης

09:00 - 09:30 ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΑ ΟΜΙΛΙΑ | Πρόεδροι: **Β. Κοντού, Σ. Λινάρδος**

Η ιστορία της επεμβατικής καρδιολογίας / **Θ. Καμπούρογλου, Ι. Τσιπέλης**

09:30 - 10:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ I

Οργάνωση και λειτουργία Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου I

Πρόεδροι: **Ε. Παντελίδου, Μ. Πόντη**

Μέτρα ακτινοπροστασίας στο Αιμοδυναμικό Εργαστήριο / **Κ. Κουλούσια**

Οργάνωση Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου / **Β. Κρίκη**

Αναλώσιμα υλικά και υλικά διάσωσης στο Αιμοδυναμικό Εργαστήριο /

Σ. Γιάννου, Β. Τσιάβος

Φάρμακα στο Αιμοδυναμικό Εργαστήριο / **Σ. Πλακούτση, Σ. Γιάννου**

10:30 - 11:45 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ II

Οργάνωση και λειτουργία Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου II

Πρόεδροι: **Β. Κρίκη, Χ. Χατζηβασιλείου**

Υγιεινή και ασφάλεια στο Αιμοδυναμικό Εργαστήριο /

Θ. Καμπούρογλου, Ι. Τσιπέλης

Εκπαίδευση νοσηλευτών στο Αιμοδυναμικό Εργαστήριο / **Ε. Σταματοπούλου**

Αντιμετώπιση Καρδιοπνευμονικής Ανακοπής στο Αιμοδυναμικό Εργαστήριο /

Α. Τσώνη

Ορθολογιστική διαχείριση των περιστατικών και των υλικών στο Αιμοδυναμικό

Εργαστήριο / **Ι. Χιωτέλης**

11:45 - 12:15 Διάλειμμα

12:15 - 13:30 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ I | Πρόεδροι: **B. Γιώρτσιου, A. Θεοδωρακοπούλου**

Ανάπτυξη προγράμματος TAVI (Transcatheter Aortic Valve Implantation / διακαθετηριακής εμφύτευσης αορτικής βαλβίδας)

I. Τσιπέλης, M. Αγγριογιάννη, A. Καζαμία, Z. Μάρκου

Προεπεμβατική και μετεπεμβατική διαχείριση περιστατικών που υποβάλλονται σε διακαθετηριακή εμφύτευση αορτικής βαλβίδας (TAVI) /

I. Παξιμαδάκης, O. Μαστορογιάννη, Θ. Καμπούρογλου

Ο ρόλος του τεχνολόγου στη διακαθετηριακή εμφύτευση αορτικής βαλβίδας /
Σ. Παπαγεωργίου

Διακερκιδική προσπέλαση για τη διενέργεια καθετηριασμού των στεφανιαίων αγγείων / **A. Κωνσταντινίδου, E. Πολυδωροπούλου**

Νέες διαγνωστικές και θεραπευτικές προοπτικές στην επεμβατική καρδιολογία
M. Μελετιάδου, E. Παπαμιχαήλ

13:30 - 14:00 ΔΙΑΛΕΞΗ | Πρόεδροι: **E. Σταματοπούλου, I. Τσιπέλης**

Προληπτική καρδιολογία στο πλαίσιο της κοινωνικής πρόνοιας | **Δ. Γκολιδάκης**

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ / ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 15 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2017 ΑΙΘΟΥΣΑ ΒΥΖΑΝΤΙΟ

09:00 - 10:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ III

Οργάνωση και λειτουργία Ηλεκτροφυσιολογικού Εργαστηρίου

Πρόεδροι: **Σ. Γιάννου, X. Νέλλα**

Οργάνωση Ηλεκτροφυσιολογικού Εργαστηρίου / **Σ. Λινάρδος, Σ. Καραγιαννίδης**

Αναλώσιμα υλικά στο Ηλεκτροφυσιολογικό Εργαστήριο /

Π. Μπόνια, Σ. Αβραμίδου

Εκπαίδευση νοσηλευτών στο Ηλεκτροφυσιολογικό Εργαστήριο /

E. Σταματοπούλου

Επιπλοκές στο Ηλεκτροφυσιολογικό Εργαστήριο / **Λ. Βαλλιανάτου**

10:30 - 11:45 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ IV | Πρόεδροι: **I. Χιωτέλης, K. Γαργάνη**

Κατάλυση κολπικής μαρμαρυγής / **Σ. Πλακούτση, A. Ντόρκος**

Ποιότητα ζωής ασθενών με αρρυθμίες / **Π. Μπόνια, Σ. Αβραμίδου**

Κρυστατάλυση κολπικής μαρμαρυγής / **X. Νέλλα**

Οι καλές, οι κακές και οι αδιευκρίνιστες αρρυθμίες /

X. Μητάκου, Δ. Σιδηροπούλου, A. Κωνσταντούδης, Θ. Μύστογλου

11:45 - 12:15 Διάλειμμα

12:15 - 13:30 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ II

Η επεμβατική καρδιολογία συναντά την κλινική καρδιολογία
Πρόεδροι: **Ι. Παξιμαδάκης, Σ. Μπαρλαμπάνη**

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην επιδημία της καρδιακής ανεπάρκειας
Κ. Καλαϊτζοπούλου

Η επίδραση της κοκαΐνης στο καρδιαγγειακό σύστημα /
Α. Καφετζοπούλου, Ε. Αποστολίδου, Χ. Χατζηβασιλείου

Διατροφική αντιμετώπιση ασθενών με στεφανιαία νόσο και σακχαρώδη
διαβήτη: Νεότερα δεδομένα / **Α. Σακκάς**

Ποιότητα ζωής ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια / **Α. Θεοδωρακοπούλου**

Ποιότητα ζωής και οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου /
Β. Παπαδοπούλου, Δ. Σιδηροπούλου

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διενέργεια του stress echo /
Ο. Μαστορογιάννη, Θ. Καμπούρογλου, Ε. Τσακίριδου, Ι. Παξιμαδάκης

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ / ΣΑΒΒΑΤΟ 16 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2017
ΑΙΘΟΥΣΑ ΒΥΖΑΝΤΙΟ

09:00 - 10:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ V | Πρόεδροι: Ε. Αθανασιάδου, Α. Κωνσταντούδης

Οργάνωση Βηματοδοτικού Εργαστηρίου / **Σ. Λινάρδος**

Οργάνωση Βηματοδοτικού Ιατρείου / **Ε. Σταματοπούλου**

Ποιότητα ζωής ασθενών με εμφυτεύσιμες συσκευές / **Ι. Χιωτέλης**

Αντιμετώπιση επιπλοκών μετά την εμφύτευση συσκευών /
Α. Θεοδωρακοπούλου

10:00 - 11:15 ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ

Εισαγωγή στους εμφυτεύσιμους βηματοδότες

Αναγνώριση του τρόπου λειτουργίας των εμφυτεύσιμων συσκευών
Λ. Βαλλιανάτου

11:15 - 11:45 ΔΙΑΛΕΞΗ | Πρόεδροι: Α. Πολίτου, Θ. Καμπούρογλου

Πρωτογενής αγγειοπλαστική στην Ελλάδα: Πώς διαγράφεται η πορεία τα
τελευταία χρόνια / **Κ. Μακρυγιαννάκη**

11:45 - 12:15 Διάλειμμα

12:15 - 13:30 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ III

Πρόεδροι: **Π. Κυριακού, Δ. Παπαδοπούλου**

Η εφαρμογή του καρδιακού επανασυγχρονισμού σε συνδυασμό με την εμφύτευση αμφικιλιακού απινιδωτή στη θεραπεία της καρδιακής ανεπάρκειας
Δ. Παπαδοπούλου, Κ. Γαργάνη Α. Γιαννακούλα

Προσωρινός βηματοδότης: Βάζοντας ρυθμό στην καρδιά /
Ε. Τσιτλακίδου, Θ. Καμπούρογλου, Ο. Μαστορογιάννη, Π. Τανταλίδου, Ι. Παξιμαδάκης

Ψυχολογική υποστήριξη σε ασθενή με εμφύτευση μόνιμου απινιδωτή /
Α. Κωνσταντούδης, Χ. Μητάκου, Δ. Σιδηροπούλου

Ακτινοβολία και ακτινοπροστασία στο Αιμοδυναμικό Εργαστήριο /
Π. Χαρπαντίδου

Από το χέρι στην καρδιά / **Ι. Τσιπέλης, Ζ. Μάρκου, Σ. Μπαρλαμπάνη, Ε. Κούτλη**

Αντιπηκτική και αντιθρομβωτική συμβολή της διατροφής σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο / **Δ. Στύλος**

13:30 - 13:45 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ | Ε. Σταματοπούλου

13:45 - 14:00 ΒΡΑΒΕΥΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ – ΛΗΞΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

ΠΡΟΕΔΡΟΙ – ΟΜΙΛΗΤΕΣ

Σ. Αβραμίδου / Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

Μ. Αγριογιάννη / Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Ε. Αθανασιάδου / Γ.Ν. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

Ε. Αποστολίδου / Γ.Ν. «Άγιος Δημήτριος», Θεσσαλονίκη

Λ. Βαλλιανάτου / Γ.Ν. «Κοργιαλένιο – Μπενάκειο», Αθήνα

Κ. Γαργάνη / Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Α. Γιαννακούλα / Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Σ. Γιάννου / Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων

Β. Γιώρτσιου / Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Δ. Γκολιδάκης / Καρδιολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Α. Θεοδωρακοπούλου / Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Αθήνα

Α. Καζαμιά / Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Α. Καλαϊτζοπούλου / Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο Θεσσαλονίκης

Θ. Καμπούρογλου / Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Ι. Κανονίδης / Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Διευθυντής Β' Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Πρόεδρος ΚΕΒΕ, Θεσσαλονίκη

Σ. Καραγιαννίδης / Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα
Α. Καφετζοπούλου / Γ.Ν. « Άγιος Δημήτριος», Θεσσαλονίκη
Β. Κοντού / Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη
Κ. Κουλούσια / Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
Ε. Κούτλη / Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη
Β. Κρίκη / 424 Γ.Σ.Ν. Θεσσαλονίκης
Π. Κυριακού / Γ.Ν. Βέροιας
Α. Κωνσταντινίδου / Γ.Ν. Νίκαιας – Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», Αθήνα
Α. Κωνσταντούδης / Γ.Ν. « Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη
Σ. Λινάρδος / Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα
Κ. Μακρυγιαννάκη / Π.Γ.Ν. «Αλεξάνδρα», Αθήνα
Ζ. Μάρκου / Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη
Ο. Μαστορογιάννη / Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη
Μ. Μελετιάδου / Π.Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο», Αθήνα
Χ. Μητάκου / Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη
Σ. Μπαρλαμπάνη / Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη
Π. Μπόνια / Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη
Θ. Μύστογλου / Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη
Χ. Νέλλα / 401 Γ.Σ.Ν. Αθηνών
Α. Ντόρκος / Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων
Ε. Παντελίδου / Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη
Ι. Παξιμαδάκης / Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη
Σ. Παπαγεωργίου / Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα
Β. Παπαδοπούλου / Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη
Δ. Παπαδοπούλου / Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
Ε. Παπαμιχαήλ / Π.Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο», Αθήνα
Σ. Πλακούτση / Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων
Α. Πολίτου / Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
Ε. Πολυδωροπούλου / Γ.Ν. Νίκαιας – Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», Αθήνα
Μ. Πόντη / Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
Α. Σακκάς / Κέντρο Αποθεραπείας και Αποκατάστασης «Αρμονία», Θεσσαλονίκη
Δ. Σιδηροπούλου / Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη
Ε. Σταματοπούλου / Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Αθήνα
Δ. Στύλος / Μ. Φ. Η. Ο Καλός Σαμαρείτης, Προπτυχιακός Φοιτητής Διατροφής/Διαιτολογίας
Π. Τανταλίδου / Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη
Ε. Τσακιρίδου / Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη
Β. Τσιάβος / Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων
Ι. Τσιπέλης / Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη
Ε. Τσιτλακίδου / Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη
Α. Τσώνη / Γ.Ν. «Σισμανόγλειο», Αθήνα
Π. Χαρπαντίδου / Γ.Ν. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη
Χ. Χατζηβασιλείου / Γ.Ν. «Άγιος Δημήτριος», Θεσσαλονίκη
Ι. Χιωτέλης / Γ.Ν. Βούλας «Ασκληπιείο», Αθήνα

1. ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΤΑΒΙ (TRANSCATHETER AORTIC VALVE IMPLANTATION / ΔΙΑΚΑΘΗΤΗΡΙΑΚΗΣ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗΣ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ)

Ι. ΤΣΙΠΕΛΗΣ, Μ. ΑΓΡΙΟΓΙΑΝΝΗ, Α. ΚΑΖΑΜΙΑ, Ζ. ΜΑΡΚΟΥ

Αιμοδυναμικό – Ακτινολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Περίληψη: Η στένωση της αορτικής βαλβίδας αποτελεί την πιο συχνή βαλβιδική νόσο των ενηλίκων στον Δυτικό Κόσμο. Υπολογίζεται πως περίπου το 9% του πληθυσμού πάνω από 65 ετών πάσχει από στένωση της αορτικής βαλβίδας. Η στένωση της αορτικής βαλβίδας είναι μια συχνή αιτία θανάτου καρδιολογικών ασθενών, καθώς το 50% των πασχόντων πεθαίνει στο δεύτερο έτος νόσησης. Η φαρμακευτική αγωγή δεν αντιμετωπίζει ικανοποιητικά την νόσο, η μόνη αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση είναι η χειρουργική η οποία γίνεται είτε χειρουργικά είτε διαδερμικά με την χρήση καθετήρων.

Η στένωση αορτικής βαλβίδας είναι νόσος που προσβάλλει άτομα προχωρημένης ηλικίας στους οποίους συνυπάρχουν και συνωδά νοσήματα (στεφανιαία νόσος, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, νεφρική ανεπάρκεια, κ.α.) καθιστώντας επικίνδυνη την επιλογή της χειρουργικής επέμβασης σε πολλούς από αυτούς. Για το λόγο αυτό περίπου το 33% των ασθενών με ηλικία μεγαλύτερη των 75 έμνε εώς τώρα χωρίς θεραπεία.

Σκοπός: Η απόκτηση γνώσης σχετικά με την σύγχρονη μέθοδο αντικατάστασης αορτικής βαλβίδας. Η παρουσίαση των συμπερασμάτων από την μέχρι τώρα εμπειρία από την εφαρμογή της συγκεκριμένης μεθόδου στην Καρδιολογική Κλινική – Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου.

Υλικό - Μέθοδος: Η βιβλιογραφική ανασκόπηση είναι η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για την παρουσίαση των βασικών εννοιών και παραγόντων που αφορούν την μέθοδο. Η κλινική παρατήρηση των 27 ασθενών με στένωση αορτικής βαλβίδας που υποβλήθηκαν σε TAVI (Οκτώβριος 2015 - Οκτώβριος 2017), στο νοσοκομείο Παπαγεωργίου.

Συμπεράσματα: Η διαδερμική αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας αποτελεί μία νέα αποτελεσματική μέθοδος για επιλεγμένους ασθενείς. Η πιθανότητα επιτυχούς εμφύτευσης είναι υψηλή με μικρό ποσοστό επιπλοκών. Στα οφέλη της μεθόδου πρέπει σίγουρα να υπολογιστεί ο μικρός αριθμός ημερών νοσηλείας και κινητοποίησης του ασθενούς καθώς και την βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους. Η εξέλιξη της τεχνολογίας και η μείωση του κόστους της συγκεκριμένης μεθόδου στο μέλλον θα κάνει την διαδερμική αντικατάσταση την θεραπεία επιλογής για την στένωση αορτικής βαλβίδας.

02. ΠΡΟΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΜΕΤΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΔΙΑΚΑΘΗΤΗΡΙΑΚΗ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ (ΤΑΒΙ)

Ι. Χ. ΠΑΞΙΜΑΔΑΚΗΣ, Ο. Ν. ΜΑΣΤΟΡΟΓΙΑΝΝΗ, Θ. Α. ΚΑΜΠΟΥΡΟΓΛΟΥ

Β' Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου»

Σκοπός: Είναι η λεπτομερής παρουσίαση όλων των διαδικασιών, διεργασιών και εξετάσεων των ασθενών που υποβάλλονται στην πρωτοποριακή αυτή μέθοδο της διακαθετηριακής εμφύτευσης αορτικής βαλβίδας και ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού.

Μεθοδολογία: Κύριος και πρωταρχικός ρόλος για την λήψη των στοιχείων της παρούσης εργασίας είναι η εμπειρία που αποκτήθηκε τα τελευταία σχεδόν 2 χρόνια που εφαρμόζεται η μέθοδος στο νοσοκομείο, καθώς και η αναφορά σε επίκαιρες και σύγχρονες βιβλιογραφικές παραπομπές.

Αποτελέσματα: Η πολύμηνη εμπειρία και η βιβλιογραφική ανασκόπηση καταδεικνύουν και περιγράφουν διεξοδικά τη διαχείριση που προηγείται και έπεται σε κάθε περιστατικό που χρήζει θεραπεία της στένωσης της αορτικής βαλβίδας με την νέα σύγχρονη και εναλλακτική τεχνική που με ακρίβεια τιτλοφορείται ως διακαθετηριακή εμφύτευση αορτικής βαλβίδας. Αναφέρονται και περιγράφονται διεξοδικά, όπου κρίνεται αναγκαίο, όλες οι κινήσεις, οι εξετάσεις και οι διεργασίες που ακολουθούνται και περιγράφεται ο ρόλος των εμπλεκόμενων θεραπειών. Επιχειρείται η γνωριμία με αυτές, η στοιχειοθεσία τους και η στοχοθέτησή τους.

Συμπεράσματα: Πρωτοποριακή σύγχρονη και μοντέρνα διαδικασία που αντικαθιστά την θεραπεία του ανοιχτού χειρουργείου σε ασθενείς με πολλά συνοδά νοσήματα (συννοσηρότητα) και χαμηλή θνητότητα. Η συμβολή του νοσηλευτικού προσωπικού είναι για άλλη μία φορά καθοριστική στην όλη αυτή πρωτοποριακή διαδικασία.

03. ΔΙΑΚΕΡΚΙΔΙΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑ ΚΑΘΕΤΗΡΙΑΣΜΟΥ ΤΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ

A. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ, Ε. ΠΟΛΥΔΩΡΟΠΟΥΛΟΥ

Ηλεκτροφυσιολογικό Εργαστήριο & Αιμοδυναμική Μονάδα, Γ.Ν. Νίκαιας – Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

Εισαγωγή: Η διαδερμική διακερκιδική προσπέλαση των στεφανιαίων αγγείων για διενέργεια διαγνωστικής αγγειογραφίας ή επέμβασης στα πάσχοντα αγγεία (αγγειοπλαστική των στεφανιαίων αγγείων) είναι μια τεχνική που εισήχθη στην κλινική πράξη προ εικοσαετίας περίπου. Έκτοτε έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος και βελτίωση της τεχνικής με αποτέλεσμα να θεωρείται αποτελεσματική και ασφαλής ακόμη και σε κατηγορίες ασθενών υψηλού κινδύνου, όπως ασθενείς με οξεία στεφανιαία σύνδρομα, υπερήλικες ή και παχύσαρκοι, ασθενείς σε αντιπηκτική αγωγή.

Σκοπός: Η ανασκόπηση της σύγχρονης βιβλιογραφίας σχετικά με το αυξανόμενο ενδιαφέρον για τη διακερκιδική προσπέλαση όπου είναι σημαντικό να γίνουν αντιληπτά τα μειονεκτήματα, οι τεχνικές δυσκολίες και οι εμμένουσες προκλήσεις της συγκεκριμένης τεχνικής.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση ανασκοπικών άρθρων και ερευνητικών μελετών στην Αγγλική γλώσσα κατά την τελευταία πενταετία, στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων «Pubmed» και «Cinahl» για το αναφερόμενο θέμα.

Αποτελέσματα: Συνηθέστερη είναι η μηριαία αρτηρία, ενώ τελευταία παρατηρείται αύξηση της χρήσης της κερκιδικής αρτηρίας. Η βραχιόνιος και η ωλένια χρησιμοποιούνται σπανιότερα. Σε δύο μεγάλες τυχαίοποιημένες μελέτες αναφέρθηκε χαμηλότερη θνησιμότητα με τη διακερκιδική προσπέλαση των στεφανιαίων αγγείων συγκριτικά με τη μηριαία σε ασθενείς με έμφραγμα τύπου STEMI που υποβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική των στεφανιαίων αγγείων (PCI). Στη μελέτη RIFLE STEACS (Radial Versus Femoral Randomized Investigation in ST-Elevation Acute Coronary Syndrome) καταγράφηκε σημαντική χαμηλότερη θνησιμότητα 5,2 έναντι 9,2% αντίστοιχα στην διακερκιδική και μηριαία προσπέλαση και ομοίως χαμηλότερα ποσοστά αιμορραγίας (7,8 έναντι 12,2% αντίστοιχα) (Romagnoli et al, 2012). Στη μελέτη RIVAL (Radial Versus Femoral Access for Coronary Intervention) trial compared the efficacy and bleeding outcomes of radial and femoral access separately in patients with STEMI and non-STEMI (NSTEMI) αναγνωρίστηκε μειωμένη θνησιμότητα (1,3 έναντι 3,2 %) και μειωμένα ποσοστά εμφράγματος/ αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (2,7 έναντι 4,6%) σε ασθενείς με έμφραγμα τύπου STEMI αλλά όχι στους non-STEMI ασθενείς (Jolly et al, 2011). Και στις δυο κατηγορίες ασθενών εντούτοις διαπιστώθηκε σημαντικά μειωμένα ποσοστά μείζονος αιμορραγίας και μείζονων αγγειακών επιπλοκών. Με βάση τα βιβλιογραφικά δεδομένα η Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρία συνιστά τη χρήση της διακερκιδικής προσπέλασης αν υπάρχει εξοικείωση και εμπειρία του χειριστή.

Συμπεράσματα: Η διαδερμική διακερκιδική προσπέλαση των στεφανιαίων αγγείων τόσο για διαγνωστικούς όσο και για θεραπευτικούς σκοπούς δείχνει αυξανόμενη τάση πιθανώς εξαιτίας των στοιχείων που συνηγορούν υπέρ της ασφάλειας και αποτελεσματικότητάς της μεθόδου και την ύπαρξη πλεονεκτημάτων συγκριτικά με τη μηριαία προσπέλαση που αποτελούσε την οδό επιλογής για πολλά χρόνια. Είναι επομένως σημαντικό να αναγνωριστούν τα πλεονεκτήματα αλλά και οι προκλήσεις των δύο τεχνικών (διακερκιδική και μηριαία προσπέλαση) και της διαδικασίας εφαρμογής τους.

04. ΝΕΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΣΤΗΝ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ

M. ΜΕΛΕΤΙΑΔΟΥ, Ε. ΠΑΠΑΜΙΧΑΗΛ

Καρδιολογική Κλινική & Αιμοδυναμικό Εργαστήριο Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο»

Εισαγωγή: Οι καρδιαγγειακές παθήσεις αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου παγκοσμίως βάσει στοιχείων της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας. Το πρόβλημα των καρδιαγγειακών παθήσεων είναι ιδιαίτερα εμφανές στις αναπτυγμένες-δυτικές κοινωνίες όπου πλέον ανήκει και η Ελλάδα όπου σχεδόν οι μισοί θάνατοι ετησίως οφείλονται στα καρδιαγγειακά νοσήματα. Η επεμβατική καρδιαγγειακή ιατρική, είναι συνυφασμένη με την καινοτομία και την εφαρμογή πρωτοπόρων θεραπευτικών και διαγνωστικών μεθόδων που στόχο έχουν την ταχεία αποθεραπεία των ασθενών με αυξημένη αποτελεσματικότητα και μείωση επιπλοκών. Οι μέθοδοι αυτοί βελτιώνουν σημαντικά την πρόληψη, τη διάγνωση και την αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών παθήσεων.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι να γνωρίσουμε τις νέες επεμβατικές-διαγνωστικές μεθόδους και την δυνατότητα εφαρμογής όλων αυτών. Πρόκειται για τις μεθόδους όπως: Ενδαρτηριακή Αθηρεκτομή (Rotablator), Ενδοστεφανιαίο Υπέρηχο (IVUS), Διαδερμική αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας (TAVI – Transcatheter Aortic Valve Implantation), Μελέτη εφεδρείας ροής των στεφανιαίων αγγείων (FFR - Fractional Flow Reserve), αγγειοπλαστική χρόνιων ολικών αποφράξεων (Chronic Total Occlusions-CTOs)

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση επιστημονικών, ανασκοπικών άρθρων και ερευνητικών μελετών δημοσιευμένων στην Αγγλική και Ελληνική γλώσσα κατά την τελευταία πενταετία, στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων «Pubmed», «Cinahl», «Cochrane», «Medline», «Scopus» κ.α.

Αποτελέσματα: Η επεμβατική καρδιολογία μέσω των τεχνολογικών εξελίξεων και των νέων πρωτοποριακών τεχνικών διεκδικεί δίκαια την κυρίαρχη θέση στην αντιμετώπιση των ασθενών με αθηρωματική νόσο και σταδιακά επεκτείνεται και σε νεότερες ενδείξεις.

Συμπεράσματα: Παρελθόν θα αποτελούν τα επόμενα χρόνια οι χειρουργικές επεμβάσεις για τα καρδιαγγειακά νοσήματα καθώς αναμένεται να αντικατασταθούν από τις διαδερμικές καρδιακές επεμβάσεις, που επί του παρόντος, αποτελούν τη θεραπευτική προσέγγιση επιλογής για τη στεφανιαία νόσο.

01. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΔΗΜΙΑ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Κ. ΚΑΛΑΪΤΖΟΠΟΥΛΟΥ

Καρδιολογική Κλινική, Ι.Δ.Κ. Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Η καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) αποτελεί παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας. Είναι η πλέον δαπανηρή νόσος του καρδιαγγειακού συστήματος στον Δυτικό κόσμο. Στην Ελλάδα οι πάσχοντες από ΚΑ εκτιμάται ότι ανέρχονται περίπου σε 200.000. Αποτελεί την πρώτη αιτία εισαγωγής των ασθενών στο νοσοκομείο και εμφανίζεται συχνότερα σε άτομα άνω των 65 ετών.

Σκοπός: Η ανάδειξη του ρόλου του νοσηλευτή στην πρόληψη και αντιμετώπιση των επιπλοκών σε ασθενείς με ΚΑ που δεν νοσηλεύονται, με στόχο την βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Μεθοδολογία: Πρόκειται για συστηματική μελέτη ανασκόπησης. Η αναζήτηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε σε συγκεκριμένες βάσεις δεδομένων (cardio Mems, Nursing care, Seattle Heart Failure).

Αποτελέσματα: Μια τυχαία κλινική δοκιμή πραγματοποιήθηκε σε 283 ασθενείς με ΚΑ, οι οποίοι χωρίστηκαν τυχαία σε πρώτη ομάδα αυτούς που είχαν εξειδικευμένη νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι και δεύτερη ομάδα αυτούς που είχαν τη συνήθη φροντίδα (νοσοκομειακή). Το πρωτεύον σημείο ήταν η θνησιμότητα από κάθε αιτία και το δευτερεύον η ποιότητα ζωής τους σε 1 έτος παρακολούθησης. Στην πρώτη ομάδα παρατηρήθηκε 41.7% θνησιμότητα και στην δεύτερη 54.3%. Επίσης στους ασθενείς που είχαν έξω-νοσοκομειακή φροντίδα παρατηρήθηκαν μειωμένα επίπεδα άγχους και καλύτερη ψυχολογία. Απώτερος στόχος η αύξηση του προσδόκιμου ζωής μέσω της εφαρμογής του θεσμού του εξειδικευμένου νοσηλευτή ΚΑ.

Συμπεράσματα: Ο ρόλος των νοσηλευτών είναι καίριος στην σταθεροποίηση των ασθενών με ΚΑ. Ο νοσηλευτής καλείται με την σωστή εκπαίδευση τόσο του ίδιου όσο και των ασθενών να συνδράμει στην καλύτερη ποιότητα ζωής τους.

02. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΟΚΑΪΝΗΣ ΣΤΟ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Α. ΚΑΦΕΤΖΟΠΟΥΛΟΥ, Ε. ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΟΥ, Χ. ΧΑΤΖΗΒΑΣΙΛΕΙΟΥ

ΜΕΘ. Γ.Ν.Θ. «Ο Άγιος Δημήτριος»

Εισαγωγή: Η κοκαΐνη είναι η ουσία που προκύπτει από την επεξεργασία των φύλλων του θάμνου *Erythroxylum Coca* που ευδοκίμει κατά κόρον στις χώρες της Νοτίου Αμερικής. Το φυτό χρησιμοποιούνταν από τους ιθαγενείς ως ευφραντικό μασώντας τα φύλλα αναμεμιγμένα με ασβέστη. Ως το 1980 θεωρούνταν ακίνδυνη ουσία η οποία δεν προκαλεί εξάρτηση εξ ου και η ευρεία κατανάλωση της. Ακόμη και σήμερα αποτελεί ευφορικό πρώτης εκλογής παρόλο που έχει αποδειχθεί η τοξικότητα και ο εθισμός που προκαλεί.

Σκοπός: της ανασκοπικής αυτής εργασίας είναι παρουσίαση της τοξικής επίδρασης της κοκαΐνης επί του συμπαθητικού συστήματος με σύννοδες επιπλοκές στην καρδία και στα αγγεία.

Μεθοδολογία: που ακολουθήθηκε περιελάμβανε την αναζήτηση μελετών που υλοποιήθηκαν σε Ελλάδα και Ευρώπη με αντικείμενο μελέτης την επίδραση της κοκαΐνης στο καρδιαγγειακό σύστημα του ανθρώπου.

Αποτελέσματα: Πλήθος μελετών ενοχοποιούν την κοκαΐνη για την εμφάνιση αρρυθμιών, ισχαιμίας, μυοκαρδιοπάθειας, ανευρύσματος αορτής κ.α.

Συμπεράσματα: Η χρήση κοκαΐνης προκαλεί προσωρινές ή μόνιμες καρδιαγγειακές βλάβες που συχνά οδηγούν σε σταδιακό ή αιφνίδιο θάνατο και ο μονός τρόπος αποφυγής τους είναι η άμεση διακοπή της χρήσης της.

03. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ: ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

A. ΣΑΚΚΑΣ

Κέντρο Αποθεραπείας και Αποκατάστασης ΑΡΜΟΝΙΑ, Α.Τ.Ε.Ι.Θ.

Σκοπός: Η παρουσίαση της σύγχρονης διατροφικής αντιμετώπισης σε ασθενείς που πάσχουν από στεφανιαία νόσο και σακχαρώδη διαβήτη.

Υλικό - Μέθοδοι: Έγινε βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικών άρθρων στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Scopus, PubMed, Google Scholar κατά το χρονικό διάστημα 2007-2017 στην ελληνική και αγγλική γλώσσα.

Αποτελέσματα: Η Στεφανιαία νόσος είναι η σοβαρότερη των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Η διατροφή χρήζει ιδιαίτερης σημασίας για την πρόληψη της εμφάνισης πρώιμης καρδιαγγειακής νόσου, καθώς επηρεάζει τα επίπεδα των λιπιδίων, της χοληστερόλης, την αρτηριακή πίεση και το σωματικό βάρος. Με τη μείωση της πρόσληψης λιποπρωτεϊνών μειώνεται σημαντικά ο κίνδυνος εμφάνισης της. Σε διαβητικούς ασθενείς μάλιστα, μάλλον είναι σημαντική η επίτευξη της διατήρησης φυσιολογικών επιπέδων γλυκόζης, λιπιδίων και πιέσεις στο αίμα μέσω τροποποίησης της καθημερινότητας (κατάλληλη διατροφή, σωματική άσκηση, διακοπή από το κάπνισμα). Οι υδατάνθρακες, αποτελούν το κυρίως θρεπτικό συστατικό που επηρεάζει τη μεταγευματική γλυκόζη και καθορίζουν τις προγευματικές δόσεις ινσουλίνης, όταν η εξωγενής πρόσληψή της κρίνεται αναγκαία.

Συμπεράσματα: Πρόσφατα, υπάρχει σύσταση για την συνδυαστική πρόληψη των υδατανθράκων με μονοακόρεστα λιπαρά της τάξης του 60-70% της ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης. Με την αυξημένη πρόσληψη φυτικών ινών (περίπου 21-38 g/day από 15-20 g/day) έχει δείξει να έχει ωφέλιμη επίδραση στη μεταγευματική γλυκόζη, ινσουλίνη και προφίλ λιπιδίων.

04. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

B. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ, Δ. ΣΙΔΗΡΟΠΟΥΛΟΥ

Μονάδα εμφραγμάτων, Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου»

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να μελετηθεί η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών με Οξύ Έμφραγμα Μυοκαρδίου.

Μεθοδολογία: Αναφορικά με την μεθοδολογία της εργασίας, έχει πραγματοποιηθεί συλλογή βιβλιογραφικών δεδομένων από έγκυρες Ελληνικές και Διεθνείς ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, όπως PubMed, Mednet, κλπ., καθώς και από έγκριτα επιστημονικά περιοδικά, papers και βιβλία.

Αποτελέσματα: Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έδειξε ότι το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου προκαλεί μείωση στην κοινωνική, σωματική και ψυχολογική λειτουργικότητα των προσβεβλημένων ασθενών (Alsen & Brink 2013, Brink et al., 2012). Αρκετοί ασθενείς, σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία, αναφέρουν πόνο στην καθημερινή τους ζωή, δύσπνοια, κούραση, διαταραγμένο ύπνο, καθώς και σημάδια κατάθλιψης, που επηρεάζουν την σωματική και ψυχική τους κατάσταση (Shah et al., 2009). Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι αλλαγές στην ποιότητα ζωής, μπορεί να επηρεάσουν την

ικανότητα του ασθενούς να εκτελέσει ακόμη και τις βασικές καθημερινές εργασίες. Επίσης, τα συμπτώματα και οι επιπλοκές της νόσου, οι μειονεξίες ή οι αναπηρίες περιορίζουν την επίτευξη των λειτουργικών στόχων (Bergman et al., 2009). Οι περιορισμοί αυτοί αυξάνουν τόσο το οικονομικό, όσο και το ψυχικό κόστος, επιδρώντας αρνητικά στην ποιότητα ζωής. Σημαντικός παράγοντας που προβλέπει φτωχότερη ποιότητα ζωής είναι η ηλικία, καθώς σύμφωνα με έρευνες όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία του ασθενή, τόσο πιο πολύ επηρεάζεται η ποιότητα ζωής (Tutuncu & Audin 2011). Ειδικότερα δε, όταν υπάρχει συννοσηρότητα, οι ασθενείς αντιμετωπίζουν ακόμη περισσότερα προβλήματα και η κατάσταση περιπλέκεται (Ginzburg & Ein-Dor 2011).

Συμπεράσματα: Η άμεση και ουσιώδης επαφή και συνεργασία μεταξύ ασθενή, οικογένειας και διεπιστημονικής ομάδας, καθώς επίσης και η συνεχιζόμενη εκπαίδευση όλων των συμβαλλόμενων μελών, κρίνεται απαραίτητη προϋπόθεση για μια επιτυχημένη και σωστή αντιμετώπιση της νόσου (Leifheit-Limson et al., 2012). Η ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισης των προκλήσεων, που δημιουργεί η νόσος δύναται να βοηθήσει σημαντικά στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών (Tutuncu & Audin 2011).

05. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑ ΤΟΥ STRESS ECHO

Ο. ΜΑΣΤΟΡΟΓΙΑΝΝΗ, Θ. ΚΑΜΠΟΥΡΟΓΛΟΥ, Ε. ΤΣΑΚΙΡΙΔΟΥ, Ι. ΠΑΞΙΜΑΔΑΚΗΣ

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η δυναμική υπερηχογραφία είναι υπερηχογράφημα καρδιάς κατά τη διάρκεια κόπωσης η οποία προκαλείται φαρμακευτικά με χορήγηση ειδικού φαρμάκου (Νοπουταμίνη) ενδοφλέβια, έχει ιδιαίτερα υψηλή διαγνωστική αξία καθώς χρησιμοποιείται για την εκτίμηση της καρδιακής λειτουργίας και αποσκοπεί κυρίως στην πρώιμη και αποτελεσματική διάγνωση της στεφανιαίας νόσου. Ανιχνεύει ουσιαστικά την μείωση της αιματικής ροής στο μυοκάρδιο (ισχαιμία) που οφείλεται σε στένωση των στεφανιαίων αρτηριών. Το μεγαλύτερο πλεονέκτημα της είναι ότι δεν έχει ακτινοβολία και ότι τα αποτελέσματα είναι άμεσα. Ενδείκνυται σε ασθενείς που δεν μπορούν να ασκηθούν (κλασική δοκιμασία κόπωσης σε κυλιόμενο τάπητα) λόγω μυοσκελετικών ή νευρολογικών προβλημάτων, περιφερική αγγειο-πάθεια, εγκεφαλικό επεισόδιο και σε υπερήλικες ασθενείς. Τέλος κατέχει σημαντικό ρόλο στο προεγχειρητικό έλεγχο ασθενών. Η λήψη του ιστορικού, η ενημέρωση του ασθενούς για την σπουδαιότητα της εξέτασης, την διαδικασία και τις πιθανές επιπλοκές της, η λήψη της έγγραφης συγκατάθεσης του, η λήψη των ζωτικών σημείων και η εξασφάλιση ενδοφλέβιας γραμμής είναι μερικές μόνο από τις νοσηλευτικές διεργασίες που γίνονται κατά τη διάρκεια της εξέτασης.

Σκοπός: Να γίνει μια σύντομη περιγραφή της εξέτασης και του ρόλου του νοσηλευτή στη διενέργεια της.

Υλικό - Μέθοδος: Η βιβλιογραφική ανασκόπηση και η καθ' ημέρα πράξη στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου όπου εκτελείται ο stress echo.

Συμπεράσματα: Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι σημαντικός στη προετοιμασία της εξέτασης αλλά και καθόλη τη διάρκεια της εφόσον είναι αναγκαία η παρουσία του και προ και κατά αλλά και μετά την εκτέλεση της εξέτασης.

01. Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΚΑΡΔΙΑΚΟΥ ΕΠΑΝΑΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΥ ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΤΗΝ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗ ΑΜΦΙΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΑΠΙΝΙΔΩΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Δ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ, Κ. ΓΑΡΓΑΝΗ, Α. ΓΙΑΝΝΑΚΟΥΛΑ

Αιμοδυναμικό Εργαστήριο & Στεφανιαία Μονάδα Γ.Π.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

Εισαγωγή: Στην καρδιακή ανεπάρκεια η λειτουργία της αριστερής κοιλίας είναι προοδευτικά επιδεινούμενη οδηγώντας τελικά σε ηλεκτρικό δυσυγχρονισμό μεταξύ της δεξιάς και της αριστεράς πλευράς επιβαρύνοντας ακόμη περισσότερο τη λειτουργία της καρδιάς. Το αποτέλεσμα είναι οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια να παραμένουν συμπτωματικοί παρά τη όποια φαρμακευτική αγωγή. Ο καρδιακός επανασυγχρονισμός είναι μια καθιερωμένη θεραπεία για ενώ ο συνδυασμός με την εμφύτευση αμφικοιλιακού απινιδωτή προλαμβάνει την εμφάνιση αιφνίδιου καρδιακού θανάτου.

Σκοπός: Της μελέτης είναι να αναδείξει την κλινική αποτελεσματικότητα του καρδιακού επανασυγχρονισμού σε συνδυασμό με την εμφύτευση αμφικοιλιακού απινιδωτή στη θεραπεία της καρδιακής ανεπάρκειας.

Μεθοδολογία: Που ακολουθήθηκε περιελάμβανε πρόσφατη βιβλιογραφική αναζήτηση σχετική με το θέμα στην ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία.

Αποτελέσματα: Από την ανασκόπηση αναδεικνύεται ότι η θεραπεία του καρδιακού επανασυγχρονισμού σε συνδυασμό με σύστημα αυτόματης απινίδωσης, βελτιώνει σημαντικά τη λειτουργία της αριστερής κοιλίας και την ποιότητα ζωής των ασθενών παρατείνοντας το προσδόκιμο επιβίωσης των ασθενών.

Συμπεράσματα: Ο καρδιακός επανασυγχρονισμός αποτελεί θεραπεία εκλογής σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια που πληρούν τα κριτήρια. Για τη μεγιστοποίηση του θετικού αποτελέσματος είναι απαραίτητο να ακολουθηθεί ένα καλά οργανωμένο σχέδιο φροντίδας. Έτσι, ο σύγχρονος νοσηλευτής είναι απαραίτητο να είναι καταρτισμένος και σωστά προετοιμασμένος.

02. ΠΡΟΣΩΡΙΝΟΣ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣ: ΒΑΖΟΝΤΑΣ ΡΥΘΜΟ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑ

Ε. ΤΣΙΤΛΑΚΙΔΟΥ, Θ. ΚΑΜΠΟΥΡΟΓΛΟΥ, Ο. ΜΑΣΤΟΡΟΓΙΑΝΝΗ, Π. ΤΑΝΤΑΛΙΔΟΥ, Ι. ΠΑΞΙΜΑΔΑΚΗΣ

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Ο προσωρινός βηματοδότης χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις σοβαρής βραδυκαρδικής διαταραχής του ρυθμού που προκαλεί συμπτώματα, αιμοδυναμική αποσταθεροποίηση ή κίνδυνο απότομης επιδείνωσης, εφόσον αναμένεται ότι αυτή η κατάσταση είναι πιθανώς προσωρινή και μπορεί να διορθωθεί με την αντιμετώπιση του αιτίου. Οι προσωρινοί βηματοδότες μπορεί να είναι επεμβατικοί (ενδοφλέβιοι) ή μη επεμβατικοί (διαδερμικοί).

Σκοπός: Να περιγράψει τις ενδείξεις, την διαδικασία τοποθέτησης, την παρακολούθηση ασθενή με προσωρινό βηματοδότη αλλά και τις επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν μετά την τοποθέτηση του.

Υλικό – Μέθοδος: Η βιβλιογραφική ανασκόπηση είναι η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε, καθώς και η κλινική παρατήρηση των περιστατικών που τοποθέτησαν προσωρινό βηματοδότη κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους στο νοσοκομείο Παπαγεωργίου.

Συμπεράσματα: Η επιλογή του προσωρινού βηματοδότη γίνεται σε απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις αποτελώντας την “γέφυρα” πριν την μόνιμη βηματοδότηση είτε σε αναστρέψιμες

καταστάσεις μετά την απομάκρυνση του αιτίου της βραδυκαρδίας. Είναι μια σύντομη και ασφαλής συσκευή και αποδεικνύεται στατιστικά σωτήρια στις περισσότερες περιπτώσεις.

03. ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ ΚΑΙ ΑΚΤΙΝΟΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΣΤΟ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ

Π. ΧΑΡΠΑΝΤΙΔΟΥ

Γ.Ν. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να εξοικειώσει τους εργαζόμενους των αιμοδυναμικών - επεμβατικών εργαστηρίων, με τις βασικές έννοιες της ακτινοφυσικής καθώς και τις οδηγίες της ακτινοπροστασίας.

Υλικό - Μέθοδοι: Η εργασία πραγματοποιήθηκε με ανασκόπηση σε έντυπη και ηλεκτρονική βιβλιογραφία της τελευταίας δεκαετίας.

Αποτελέσματα: Η ανάπτυξη της καρδιολογίας τόσο σε διαγνωστικό όσο και σε θεραπευτικό επίπεδο με τη χρήση ακτινοβολιών τα τελευταία χρόνια είναι αξιοθαύμαστη. Φυσική συνέπεια αυτής της ανάπτυξης όμως, είναι η αύξηση της έκθεσης στην ακτινοβολία για διάφορες κατηγορίες εργαζομένων στα αιμοδυναμικά εργαστήρια. Η γνώση των βασικών εννοιών που σχετίζονται με την ακτινοβολία, καθώς και των επιδράσεων αυτής σε βιολογικό επίπεδο, όπως και των τρόπων ακτινοπροστασίας είναι απαραίτητη στους εργαζόμενους των αιμοδυναμικών εργαστηρίων.

Συμπεράσματα: Η εξοικείωση με τη χρήση της ακτινοβολίας δεν πρέπει να δημιουργεί στους εργαζόμενους στα αιμοδυναμικά - επεμβατικά εργαστήρια εφησυχασμό. Ούτε αντίθετα η εργασία σε χώρους με ακτινοβολία να προκαλεί φόβο. Η ενημέρωση για τη φύση της ακτινοβολίας, για τις επιδράσεις της αλλά και οι τρόποι ακτινοπροστασίας είναι βασικές παράμετροι ορθής ενασχόλησης σε τμήματα με ακτινοβολία.

04. ΑΠΟ ΤΟ ΧΕΡΙ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑ

Ι. ΤΣΙΠΕΛΗΣ, Ζ. ΜΑΡΚΟΥ, Σ. ΜΠΑΡΛΑΜΠΑΝΗ, Ε. ΚΟΥΤΛΗ

Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Τα οξέα στεφανιαία σύνδρομα αποτελούν την πιο συχνή εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου και η πρώιμη αντιμετώπιση υπερέχει έναντι της συντηρητικής αγωγής. Η κερκιδική προσπέλαση (Κ.Π.) αποτελεί την εναλλακτική οδό έναντι της ευρέως χρησιμοποιούμενης μηριαίας προσπέλασης (Μ.Π.) για την διενέργεια στεφανιογραφίας και αγγειοπλαστικής των στεφανιαίων αγγείων, σε όλα τα κλινικά στεφανιαία σύνδρομα και σε όλους τους τύπους βλαβών.

Σκοπός: Της παρούσας εργασίας είναι να παρουσιάσουμε την Κ.Π. ως πρώτη επιλογή για την διενέργεια της στεφανιογραφίας και της αγγειοπλαστικής. Ποια τα πλεονεκτήματα, μειονεκτήματα. Επίσης στην παρούσα μελέτη περιγράφουμε την εμπειρία από την χρήση της Κ. Π. ως μεθόδου πρώτης επιλογής στο Αιμοδυναμικό εργαστήριο του Γ. Ν. «Παπαγεωργίου» της Θεσσαλονίκης για την διενέργεια των επεμβατικών πράξεων.

Υλικό - Μέθοδος: Που χρησιμοποιήσαμε ήταν η πρόσφατη ηλεκτρονική και βιβλιογραφική αναζήτηση σχετική με το θέμα σε ελληνική και ξένη βιβλιογραφία.

Αποτελέσματα: Από τον Ιανουάριο έως και τον Δεκέμβριο του 2013 υποβλήθηκαν σε στεφανιογραφία 1625 ασθενείς, εκ των οποίων 1418 (%) με ΚΠ και 207 (%) με ΜΠ περιλαμβάνοντας όλο το φάσμα των κλινικών συνδρόμων. Από αυτούς (%) υποβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική εκ των οποίων (%) με ΚΠ και

(%) με ΜΠ. Αποτυχία της ΚΠ συνέβη σε ποσοστό 4,9%. Ως αιτία αποτυχίας της ΚΠ καταγράφηκαν ο σπασμός (2,5%), σοβαρές ελικώσεις της ΚΑ (1,6%), σοβαρές ελικώσεις του βραχιονοκεφαλικού στελέχους (1%), αποτυχία της παρακέντησης (0,5%) και κακή στήριξη του καθετήρα (0,2%). Δεν παρουσιάστηκαν σοβαρότερες επιπλοκές όπως διάτρηση της αρτηρίας, αιμάτωμα, ψευδοανεύρισμα ή αρτηριοφλεβική επικοινωνία. Σημειώθηκε επίσης μείωση των μεγάλων αιμορραγικών επιλοκών κατά 73%, σε σχέση με την ΜΠ. και μείωση των τοπικών επιπλοκών στο σημείο της παρακέντησης κατά 89%.

Συμπέρασμα: Τα συμπεράσματα της μελέτης μας επιβεβαιώνουν τα διεθνή δεδομένα, που αναφέρονται στην αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια της Κ.Π. σε σύγκριση με την μηριαία, τόσο για τις στεφανιογραφίες όσο και για τις αγγειοπλαστικές, σηματοδοτώντας την καταγραφόμενη τάση μετάβασης από την Μ.Π. στην κερκιδική, σε όλο και περισσότερα επεμβατικά κέντρα.

05. ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΤΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑ ΝΟΣΟ

Δ. ΣΤΥΛΟΣ

Τμήμα Διατροφής / Διαιτολογίας, ΑΤ.Ε.Ι.Θ.

Σκοπός: Η θεραπευτική προσέγγιση σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο συσχετιζόμενη με τη κατάλληλη διατροφή.

Υλικό - Μέθοδοι: Έγινε βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικών άρθρων στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Scopus, PubMed, Google Scholar κατά το χρονικό διάστημα 2007-2017 στην ελληνική και αγγλική γλώσσα.

Αποτελέσματα: Η αντιπηκτική αγωγή στοχεύει στην μείωση της πήκτικότητας του αίματος, έτσι ώστε να εμποδίσει τον σχηματισμό θρόμβου μέσα στο αγγείο. Τα αντιαιμοπεταλιακά (ασπιρίνη, κλοπιδογρέλη) και τα αντιπηκτικά φάρμακα θεωρούνται ως οι δύο κυριότερες κατηγορίες αντιθρομβωτικών φαρμάκων. Στα αντιπηκτικά φάρμακα ανήκουν η ηπαρίνη και τα κουμαρινικά φάρμακα, με βασικότερους εκπροσώπους την ασενοκουμαρόλη και την βαρφαρίνη. Ο χρόνος προθρομβίνης (PT) και ο δείκτης INR (διεθνές πηλίκο εξομόλυνσης) πρέπει να ελέγχονται σε τακτικά χρονικά διαστήματα, ώστε να διατηρείται η ισορροπία ανάμεσα στην αναστολή δημιουργίας του θρόμβου και της εκτεταμένης αιμορραγίας. Με τη λήψη αντιπηκτικού φαρμάκου από την κατηγορία των κουμαρινικών, ίσως πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στη δίαιτα και ειδικά σε τρόφιμα που αποτελούν πηγές-πλούσιες ή φτωχές- της βιταμίνης Κ.

Συμπεράσματα: Ιδιαίτερες συστάσεις είναι ωφέλιμο να δίνονται από επαγγελματίες υγείας, πριν από την έναρξη του θεραπευτικού σχήματος, με την κατάλληλη διατροφή, ώστε να καταστεί κατανοητό από τον ασθενή-χρήστη της δράσης και κατάλληλης πρόσληψης της βιταμίνης Κ.