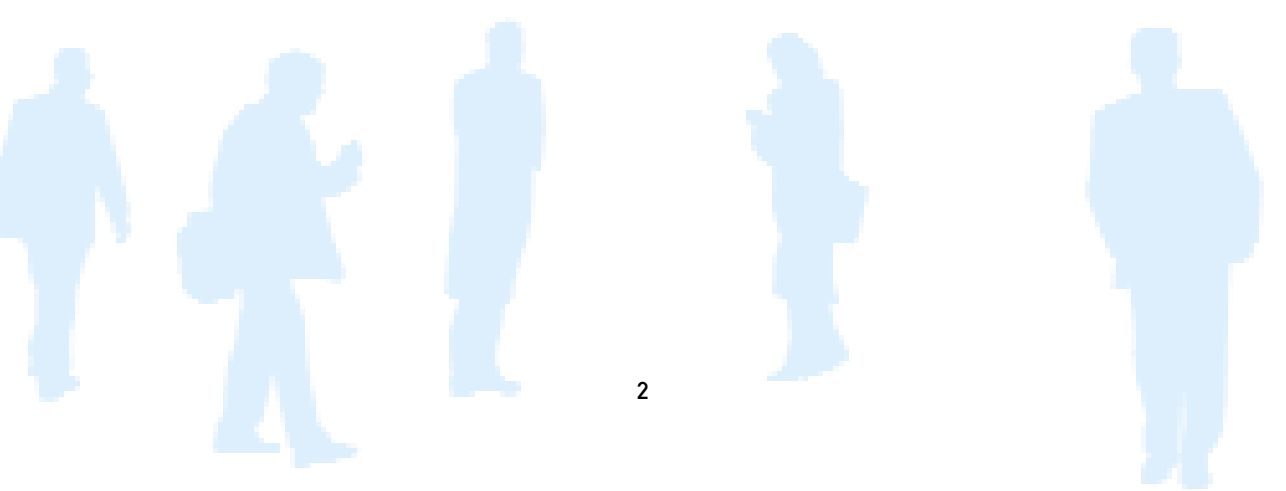
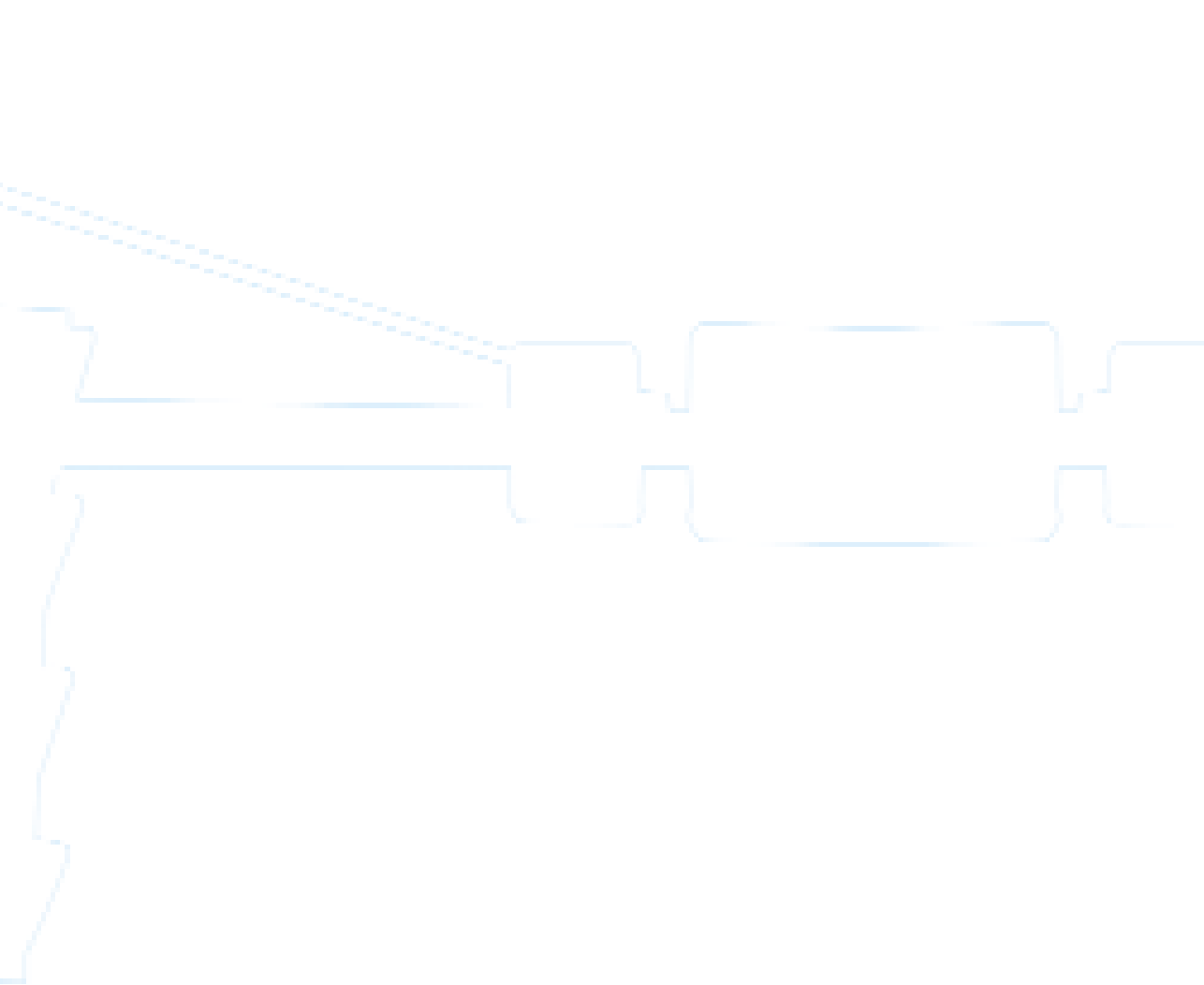


ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόσκληση	3
Επιτροπές	4
Πρόγραμμα Τελετής Έναρξης	6
Επιστημονικό Πρόγραμμα	7
Προσκεκλημένοι Ομιλητές - Πρόεδροι	25
Ευχαριστίες	32
Προφορικές Ανακοινώσεις	37
Γενικές Πληροφορίες	88
Κάτοψη Εκθεσιακού Χώρου	90
Εκθέτες	91
Ευρετήριο Συγγραφέων Ελεύθερων Ανακοινώσεων	92



ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ

Αγαπητοί συνάδελφοι

Είμαι στην ευχάριστη θέση να σας αναγγείλω πως η Καρδιολογική Εταιρεία Βορείου Ελλάδος προχωρεί στην πραγματοποίηση του 6ου Βορειοελλαδικού Καρδιολογικού Συνεδρίου, το οποίο θα διεξαχθεί στις 17-18-19 Μαΐου 2007 στο ξενοδοχείο Hyatt Regency στη Θεσσαλονίκη.

Η επιστήμη εξελίσσεται και οι καινούργιες γνώσεις και τεχνικές που συνεχώς παρουσιάζονται προκαλούν τις επιστημονικές εταιρείες με σκοπό την έγκαιρη και καλύτερη ενημέρωση των ιατρών καρδιολόγων, έτσι ώστε να μπορούν να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις της εποχής.

Η μεγάλη επιτυχία όλων των προηγούμενων συνεδρίων και επιστημονικών εκδηλώσεων της Καρδιολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος κάνει την οργανωτική επιτροπή να εργάζεται υπεύθυνα έτσι ώστε το επιστημονικό πρόγραμμα και αυτού του συνεδρίου να συνδυάζει τις νέες και μοντέρνες επιστημονικές εξελίξεις με την κλασική και καθιερωμένη γνώση. Θα πραγματοποιηθούν στρογγυλά τραπέζια, διαλέξεις, ελεύθερες και αναρτημένες ανακοινώσεις ερευνητικών εργασιών, από το καλύτερο επιστημονικό δυναμικό της χώρας μας αλλά και του εξωτερικού. Επίσης για πρώτη φορά θα βραβευτούν οι τρεις καλύτερες επιστημονικές - ερευνητικές εργασίες.

Επίσης στα πλαίσια του συνεδρίου θα διεξαχθεί Νοσηλευτική Ημερίδα, όπου οι συνεργάτες μας νοσηλευτές θα παρουσιάσουν και θα συζητήσουν τα προβλήματα της καθημερινής κλινικής πράξης.

Εκ μέρους του Δ.Σ. της Καρδιολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος σας ευχαριστώ που μας τιμήσατε με την παρουσία σας.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς

Ιωάννης Χ. Στυλιάδης
Καθηγητής Καρδιολογίας Α.Π.Θ
Πρόεδρος Οργανωτικής Επιτροπής
και Καρδιολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ

Πρόεδρος:	Ι. Χ. Στυλιάδης
Αντιπρόεδροι:	Γ. Μπομπότης
Γεν. Γραμματέας:	Χ. Καρβούνης
Ειδ. Γραμματέας:	Ι. Κανονίδης
Ταμίας:	Ι. Στεφανής
Μέλη:	Στ. Γαβριλίδης Δ. Κετίκογλου

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος:	Ι. Χ. Στυλιάδης
Αντιπρόεδροι:	Γ. Παρχαρίδης Γ. Λουρίδας Γ. Μπομπότης
Γεν. Γραμματέας:	Χ. Καρβούνης
Ειδ. Γραμματέας:	Ι. Κανονίδης
Ταμίας:	Ι. Στεφανής
Μέλη:	Στ. Γαβριλίδης Π. Γκελερής Κ. Γκεμιτζής Δ. Κετίκογλου Ν. Λευκός Φ. Μανούδης Γ. Σακαντάμης

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ 6ου ΒΟΡΕΙΟΕΛΛΑΔΙΚΟΥ

Πρόεδρος:	Ι. Χ. Στυλιάδης		
Μέλη:	Γ. Παρχαρίδης	Γ. Καζινάκης	
	Ν. Αγκομαχαλελής	Ι. Κανονίδης	
	Λ. Ανθόπουλος	Ι. Καπρίνης	
	Π. Γκελερής	Χ. Καρβούνης	
	Κ. Γκεμιτζής	Τ. Κάρουλας	
	Α. Δεληγιάννης	Γ. Κατσαρής	
	Α. Ζαχαρούλης	Π. Κουνατιάδης	
	Αθ. Κοντόπουλος	Χ. Λιόλιος	
	Δ. Κρεμαστινός	Φ. Μανούδης	
	Ν. Λευκός	Σ. Μόχλας	
	Γ. Λουριδάς	Ηλ. Μπασαγιάννης	
	Χ. Μπουντούλας	Γ. Μπομπότης	
	Κ. Παπαδόπουλος	Γ. Μπουντώνας	
	Χ. Παπακωνσταντίνου	Αμ. Μπουφίδου	
	Κ. Ράμμος	Σ. Παρασκευαΐδης	
	Γ. Σακαντάμης	Χ. Πλιάκος	
	Π. Σπανός	Χ. Ραΐδης	
	Μ. Τούμπουρας	Γρ. Σαββόπουλος	
	Στ. Αδαμόπουλος	Σ. Τουμανίδης	
	Β. Βασιλικός	Φ. Τρυποσκιάδης	
	Σ. Γαβριηλίδης	Ν. Φελουκίδης	
	Γ. Γιαννόγλου	Α. Φιλινδρής	
	Ι. Γκουράσας	Ν. Χαροκόπος	
	Ι. Γουδέβενος	Στ. Χατζημιλιτιάδης	
	Γ. Δαλαμάγκας		
	Γ. Δρόσος		
	Απ. Ευθυμιάδης		
	Γ. Ευθυμιάδης		
	Αντ. Ζιάκας		
	Α. Ιωαννίδης		

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΕΛΕΤΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ

Προσφωνήσεις

Ι. Χ. Στυλιάδης	Πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής του Συνεδρίου
Γ. Παρχαρίδης	Πρόεδρος του Ελληνικού Κολλεγίου Καρδιολογίας και Καρδιοχειρουργικής
Αθ. Νικολαΐδης	Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης
Ι. Μπόντης	Πρόεδρος Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ
Αν. Μάνθος	Πρύτανης ΑΠΘ
Β. Παπαγεωργόπουλος	Δήμαρχος Θεσσαλονίκης
Π. Ψωμιάδης	Νομάρχης Θεσσαλονίκης

ΚΗΡΥΞΗ ΕΝΑΡΞΗΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Γεώργιος Κωνσταντόπουλος
Υφυπουργός Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Διάλεξη

Θέμα: "Η πολιτισμική ανθρωπολογία στο έργο του ευαγγελιστή και ιατρού Λουκά"

Ιωάννης Καραβιδόπουλος
Ομότιμος Καθηγητής Θεολογικής Σχολής ΑΠΘ

Καλλιτεχνική εκδήλωση

Χορευτικό συγκρότημα από το Φλάμπουρο της Φλώρινας

Δεξίωση

Αίθουσα Regency Ballroom



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

08:30 - 09:30 ΕΓΓΡΑΦΕΣ

09:00 - 11:00 ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (Αίθουσα Ballroom III)

Πρόεδροι: **Α. Παναγιωτίδου, Ι. Γ. Στυλιάδης**

01. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΝΡ ΚΑΙ ΠΑΡΟΞΥΣΜΙΚΗ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΠΟΥΣΙΑ ΟΡΓΑΝΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑΣ
Σιδεράς Σκεύος, Τσατίρης Κων/νος, Ξεάρχος Πέτρος, Παπαδάκης Εμμανουήλ, Πότσας Θωμάς, Λελιούδης Κων/νος, Ιατρόπουλος Δημήτριος, Ανυφαντής Σωτήριος, Κόγιας Ιωάννης
Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας
02. ΩΦΕΛΙΜΗ ΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΤΟΡΒΑΣΤΑΤΙΝΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΣΕ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΟΥΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
Ε. Χατζηνικολάου - Κοτσάκου, Γ. Μόσχος, Γ. Μπομπότης, Α. Μαυρογιάννη, Θ. Μπελεβεσλής, Ε. Ρέππας, Α. Χάντας, Κ. Τσακιρίδης
Κλινική ΑΓΙΟΣ ΛΟΥΚΑΣ - Θεσ/νίκης
03. ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΟΥ ΒΝΡ: ΠΡΟΒΛΕΠΤΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΥΠΟΤΡΟΠΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΑΡΟΞΥΣΜΙΚΗ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ
Ε. Χατζηνικολάου - Κοτσάκου, Γ. Μπομπότης, Ε. Ρέππας, Γ. Μόσχος, Θ. Μπελεβεσλής, Α. Μαυρογιάννη, Κ. Τσακιρίδης
Κλινική ΑΓΙΟΣ ΛΟΥΚΑΣ - Θεσ/νίκης
04. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΧΡΟΝΟΥ ΑΝΑΤΑΞΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΜΕ ΤΟΝ ΟΓΚΟ ΤΟΥ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΚΟΛΠΟΥ
Κ. Κορωνίδης, Γ. Σπυρομήτρος, Π. Βενέτη, Σ. Χαρίτος, Ι. Τσούνος
Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης, Καρδιολογική Κλινική
05. ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΑΠΟ ΥΠΕΡΚΟΙΛΙΑΚΕΣ ΑΡΡΥΘΜΙΕΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΕΚΤΟΜΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟΥ ΠΑΡΕΓΧΥΜΑΤΟΣ
Κ. Τσακιρίδης, Σ. Αρίκας, Ε. Χατζηνικολάου, Γ. Μπομπότης, Ε. Ρέππας, Γ. Μόσχος, Θ. Μπελεβεσλής, Α. Μαυρογιάννη
Κλινική "Αγ. Λουκάς", Θεσσαλονίκη
06. ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΜΙΟΔΑΡΩΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΜΜΕΝΟΥΣΑ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ ΟΙ ΟΠΟΙΟΙ ΘΑ ΥΠΟΒΛΗΘΟΥΝ ΣΕ ΗΛΕΚΤΡΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΤΑΞΗ
Ι.Γ. Στυλιάδης, Η.Θ. Ζάρβαλης, Α.Ε. Κάρρη, Α.Δ.Φ. Μαυρογιάννη, Ε.Α. Αργυροπούλου, Ι. Ι.Ζαρίφης, Μ.Α. Πριονίδης, Γ.Χ. Μπομπότης, Ι.Κ. Καπρίνης
Β' Καρδιολογική κλινική ΓΝ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη
07. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΑΘΗΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΦΥΣΗΣ ΚΟΛΠΙΚΩΝ ΗΛΕΚΤΡΟΔΙΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΕΙΧΑΝ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙ ΣΕ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ

ΑΟΡΤΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗΣ

Ι.Γ. Στυλιάδης, Η.Θ. Ζάρβαλης, Α.Δ.Φ. Μαυρογιάννη, Χ.Α. Ζαφείρης, Β.Ν. Κουκουλίτσα, Λ. Κ.Μόσιαλος, Ι.Ι. Ζαρίφης, Ι.Κ. Καπρίνης

Β΄ Καρδιολογική κλινική ΓΝ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

- 08. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΚΡΙΒΕΙΑ ΤΟΥ ΜΟΝΙΜΟΥ ΕΜΦΥΤΕΥΣΙΜΟΥ ΚΑΤΑΓΡΑΦΕΑ ΒΡΟΓΧΟΥ ΣΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΓΚΟΠΗΣ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ.**

Η. Θ. Ζάρβαλης, Ι. Γ. Στυλιάδης, Α. Ε. Κάρη, Δ. Α. Ευθυμίου, Ε.Α. Αργυροπούλου, Α. Δ. Φ. Μαυρογιάννη, Δ. Μ. Φαρμάκης Δ, Ι. Κ. Καπρίνης

Καρδιολογική Κλινική. Γ.Π.Ν Παπαγεωργίου. Θεσσαλονίκη

- 09. ΕΜΦΥΤΕΥΣΗ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗ - ΑΠΙΝΙΔΩΤΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΠΛΗ ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΗ ΑΓΩΓΗ**

Κ. Πολυμερόπουλος, Σ. Παρασκευαΐδης, Β. Βασιλικός, Ι. Στυλιάδης, Σ. Μόχλας, Γ. Παρχαρίδης

Α΄ Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

- 10. ΤΡΙΣΔΙΑΣΤΑΤΗ ΗΛΕΚΤΡΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΧΩΡΙΣ ΕΠΑΦΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΛΥΣΗ ΜΕ ΥΨΙΣΥΧΝΟ ΡΕΥΜΑ ΣΥΜΠΛΟΚΩΝ ΑΡΡΥΘΜΙΩΝ**

Β. Βασιλικός, Κ. Πολυμερόπουλος, Σ. Παρασκευαΐδης, Β. Παπαβασιλείου, Ε. Δαλαμάγκα, Ι. Στυλιάδης, Σ. Μόχλας, Γ. Παρχαρίδης

Α΄ Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

- 11. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΛΥΣΗΣ ΜΕ ΥΨΙΣΥΧΝΟ ΡΕΥΜΑ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ**

Κ. Πολυμερόπουλος, Β. Βασιλικός, Σ. Παρασκευαΐδης, Β. Παπαβασιλείου, Ε. Δαλαμάγκα, Ι. Στυλιάδης, Σ. Μόχλας, Γ. Παρχαρίδης

Α΄ Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

- 12. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΑΡΟΞΥΣΜΙΚΗ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ (Ρ.Α.Φ.) ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΤΡΙΕΤΙΑ 2004 ΕΩΣ 2006 ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΕΡΚΥΡΑΣ**

Στασινός Β., Ζώνιος Γ., Κασίμης Γ., Μεζάν Ζ., Δουλής Α., Καλατζής Ν., Καρδάμης Χ., Βαλσάμης Κ., Δραγανιγος Α.

Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Κέρκυρας

- 13. Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ ΣΤΗΝ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ**

Δημόπουλος Δ, Εφραιμίδης Π, Ζόμπολου Χ, Κουδούνης Γ, Κλουφέτος Π, Κοσμοπούλου Σ, Ασημάκης Γ, Ζόμπολος Σ.

Καρδιολογική Κλινική Γ. Ν. Καλαμάτας

14. ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΕΚΤΑΚΤΟΣΥΣΤΟΛΙΚΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΑΤΑΞΗ ΠΑΡΟΞΥΣΜΙΚΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ

Κοκκάλη Ε, Λαζαρίδου Φ, Καρατσάκη Θ, Γκουζούμας Ν, Καραντώνα Χ, Γινόπουλος Δ, Κωστικήδης Μ, Τριανταφυλλίδης Ι, Παπαδοπούλου Ε, Νικολαΐδης Π, Ψυρρόπουλος Δ.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο "Γ. Γεννηματάς" Θεσσαλονίκης

15. ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΠΟΥ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΑΤΑΞΗ ΤΗΣ ΠΑΡΟΞΥΣΜΙΚΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ

Γκουζούμας Ν., Κοκκάλη Ε., Τριανταφυλλίδης Ι., Λαζαρίδου Φ., Καραντώνα Χ., Γινόπουλος Δ., Κωστικήδης Μ., Παπαδοπούλου Ε., Νικολαΐδης Π., Ψυρρόπουλος Δ.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο "Γ. Γεννηματάς" Θεσσαλονίκης

09:30 **ΕΝΑΡΞΗ - ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ (Αίθουσα Grand Ballroom)**

09:30 - 11:00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Εξελιξείς στη διαγνωστική προσέγγιση των καρδιαγγειακών παθήσεων

Πρόεδροι: **Γ. Γιαννόγλου, Γ. Μπομπότης**

- Βιοχημικός - εργαστηριακός έλεγχος
Αμ. Μπουφίδου - Κουκούδη
- Υπέρηχοι
Γρ. Σαββόπουλος
- Δοκιμασία κοπώσεως - Σπινθηρογράφημα
Π. Κουνταιάδης
- Αξονική τομογραφία
Ελ. Βουρβούρη
- Μαγνητική τομογραφία
Π. Ψυχίδης

11:00 - 11:30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Πρόεδρος: **Γ. Λουρίδας**

Τεχνολογίες πληροφορικής και διαχείριση των καρδιοπαθών

Ν. Μαγκλαβέρας

11:30 - 12:00

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

12:00 - 12:30

ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδρος: **Π. Σπανός**

Γιατί οι ασθενείς, ενώ ωφελούνται περισσότερο από το by-pass, προτιμούν την αγγειοπλαστική

Χρ. Παπακωνσταντίνου

12:30 - 14:00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Πρόληψη της καρδιαγγειακής νόσου - Νεότερα δεδομένα

Πρόεδροι: **Απ. Ευθυμιάδης, Απ. Χατζητόλιος**

- Ο πιθανός ρόλος της HDL χοληστερόλης στην πρόληψη των καρδιαγγειακών επεισοδίων
Χρ. Σαββόπουλος
- Σημασία της επιθετικής υπολιπιδαιμικής αγωγής στη δευτερογενή πρόληψη
Γ. Γιαννόγλου
- Αντιυπερτασικά φάρμακα στην πρόληψη της καρδιαγγειακής νόσου
Ι. Τζιώλας
- Παχυσαρκία - Άσκηση
Χρ. Ραϊδής
- Στατίνες ή φμπράτες στο σακχαρώδη διαβήτη;
Τ. Διδάγγελος

14:00 - 16:00

ΜΕΣΗΜΕΡΙΑΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ

16. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΥΠΕΡΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΗ ΛΗΜΝΟ ΣΤΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ 2005-2006
Ε. Μπαλταρέτσου, Α. Γαϊτανάκη, *Σ. Χαραλαμπίδου, *Α. Πομπιέρη, Γ. Υφαντής, Β. Ράπη, Χ. Παππάς
*Γ.Ν.-Κ.Υ Λήμνου - Κ.Υ Τήνου
17. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΕΩΝ ΤΩΝ Β-ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΩΝ ΜΕ ΆΛΛΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΣΕ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ
Μαρία Κ. Κεχαγιόγλου
Πανεπιστήμιο Νεάπολης, Κέντρο Ερευνών, Ιταλία
18. ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΔΙΑΚΟΥ ΕΠΙΠΛΩΜΑΤΙΣΜΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΑΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ BNP ΚΑΙ ΤΟΥ ΙΣΤΙΚΟΥ DOPPLER.
Ε. Τ. Σινιοράκης, Κ. Σφακιανάκης, Α. Σαμαράς, Π. Βούτας, Ν. Φλέσσας, Α. Δασκαλόπουλος, Δ. Μύτας, Δ. Μπίλλιας, Π. Μαργέτης, Κ. Καρύδης
Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακα Αθηνών " Η Σωτηρία"
19. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΣΧΕΣΗΣ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗΣ ΣΑΠ - ΔΑΠ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΔΙΕΡΕΥΝΗΘΗΚΑΝ ΜΕ ΣΥΣΚΕΥΗ 24ΩΡΗΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΑΠ ΤΥΠΟΥ HOLTER
Βλαχοπούλου Μαρία, Λακάσας Γ., Χατζής Γ., Μαυροματίδης Β., Καραφώλας Ι., Πλάσκας Δ.
Β΄ Παθολογικό Τμήμα - Γ.Ν. Θεσσαλονίκης "Ο Άγιος Δημήτριος"
20. ΣΧΕΣΗ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΜΕ Δ.Μ.Σ. (BMI) ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΔΙΕΡΕΥΝΗΘΗΚΑΝ ΜΕ ΣΥΣΚΕΥΗ 24ΩΡΗΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΑΠ (HOLTER)
Χατζής Γ., Λακάσας Γ., Μαυροματίδης Β., Βλαχοπούλου Μαρία, Καραφώλας Ι., Τσαβδάρης Κ.
Β΄ Παθολογικό Τμήμα - Γ.Ν. Θεσσαλονίκης "Ο Άγιος Δημήτριος"
21. ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΟΔΟΣΦΑΙΡΙΣΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΠΡΟΑΓΩΝΙΣΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥΣ
Μ. Ανυφαντή, Ε. Δημητρός, Γ. Χατζοπούλου, Ν. Κουτλιάνος, Ε. Κουϊδή, Α. Δεληγιάννης
Εργαστήριο Αθλητιατρικής, ΤΕΦΑΑ ΑΠΘ
22. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ ΣΤΙΣ ΧΡΟΝΙΕΣ ΟΛΙΚΕΣ ΑΠΟΦΡΑΞΕΙΣ
Ηλίας Β. Αθανασιάδης, MD - Αγγελική-Δέσποινα Φ. Μαυρογιάννη, MD
Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης EUROMEDICA
23. ΛΑΘΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΛΗΨΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ

ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ

Α. Γαϊτανάκη, Ε. Μπαλαρέτσου, Χ. Παππάς, Β. Ράπη, *Ν. Κουρεμένος, **Σ. Χαραλαμπίδου, **Α. Πομπιέρη
Κ.Υ Τήνου, *Γ.Ν. Σπάρτης, ** Γ.Ν.-Κ.Υ Λήμνου

24. ΔΥΣΤΡΟΦΙΑ DUCHENE - ΜΠΟΡΟΥΜΕ ΝΑ ΕΛΠΙΖΟΥΜΕ ΣΕ ΑΥΞΗΣΗ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ;

Ε. Μπαλαρέτσου, Α. Γαϊτανάκη, Χ. Παππάς, Γ. Υφαντής *Σ. Χαραλαμπίδου, *Α. Πομπιέρη, ** Ν. Κουρεμένος

Κ. Υ. Τήνου, *Γ.Ν. Λήμνου, **Γ.Ν. Σπάρτης

25. ΟΙ ΕΜΦΥΤΕΥΣΙΜΟΙ ΑΠΙΝΙΔΩΤΕΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΚΗΣ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑΣ

Κ. Πολυμερόπουλος, Β. Βασιλικός, Γ. Ευθυμιάδης, Σ. Παρασκευαΐδης, Β. Παπαβασιλείου, Ε. Δαλαμάγκα, Ι. Στυλιάδης, Σ. Μόχλας, Γ. Παρχαρίδης

Α΄ Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

26. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΕΙΧΑΝ ΓΝΩΣΤΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ ΚΑΙ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΔΥΟ ΣΥΜΒΑΜΜΑΤΩΝ

Γ. Παφίτάνης, Σ. Μητσιάδης, Β. Σαλμά, Λ. Καλατζή, Ν. Παπαμιχαήλ, Γ. Φιλίππου, Ι. Γουδέβενος
Καρδιολογική Κλινική Π.Π.Ν. Ιωαννίνων

27. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΕΛΕΧΟΥΣ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΜΕΤΑΞΥ 17.300 ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΩΝ

Γ Γιαννόγλου, Α Αντωνιάδης, Ι Χατζηζήσης, Ε Δαμβοπούλου, Γ Παρχαρίδης, Γ Λουρίδας
Α΄ Καρδιολογική Κλινική Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ

28. Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΚΤΑΣΙΑΣ ΤΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ

Γ. Γιαννόγλου, Α Αντωνιάδης, Ι Χατζηζήσης, Π Κουνατιάδης, Γ Παρχαρίδης, Γ Λουρίδας
Α΄ Καρδιολογική Κλινική Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ

29. ΧΡΗΣΗ ΜΗ-ΝΕΥΤΟΝΙΚΩΝ ΜΟΝΤΕΛΩΝ ΜΟΡΙΑΚΟΥ ΙΞΩΔΟΥΣ ΚΑΙ ΤΟΙΧΩΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΜΗΤΙΚΗ ΤΑΣΗ ΣΕ ΤΡΙΣΔΙΑΣΤΑΤΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗ ΑΡΙΣΤΕΡΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΑΡΤΗΡΙΑ

Ι Β Σούλης¹, ΓΔ Γιαννόγλου², Ι Σ Χατζηζήσης², Κ Β Σεραλίδου¹, Γ Ε Παρχαρίδης², Γ Ε Λουρίδας²

¹ Μηχανική Ρευστών, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Ξάνθη

² Εργαστήριο Καρδιαγγειακής Μηχανικής και Αθηροσκλήρωσης,

Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

30. ΕΝΔΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟΣ ΥΠΕΡΗΧΟΣ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ 3 ΕΤΩΝ

Α. Ζιάκας, Σ. Γαβριηλίδης, Ι. Στυλιάδης, Ι. Γκουράσας, Κ. Γκεμιτζής, Σ. Μόχλας, Ε. Κυρατζόγλου, Α. Παρισιάδου, Γ. Μιχαηλίδης, Γ. Παρχαρίδης

Α΄ Καρδιολογική Κλινική Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ

31. Η ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΗΚΓ 12 ΑΠΑΓΩΓΩΝ ΣΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΦΡΑΞΗΣ ΤΟΥ ΕΓΓΥΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΔΕΞΙΑΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ

Ι. Στυλιάδης, Α. Ζιάκας, Χ. Καρβούνης, Γ. Ευθυμιάδης, Α. Παρισιάδου, Γ. Γιαννακούλας, Μ. Ανυφαντί, Ε. Δαλαμάγκα, Γ. Παρχαρίδης

Α΄ Καρδιολογική Κλινική Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ

17:00 - 19:00

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΕΙΔΙΚΟΥΣ

Αιφνίδιος καρδιακός θάνατος

Πρόεδροι: **Γ. Σακαντάμης, Αστ. Δεληγιάννης**

Συζητητές

Β. Βασιλικός, Ηλ. Ζάρβαλης, Ε. Κουϊδή, Εμ. Σημαντηράκης, Β. Σκέμπερης,

Ι. Τσούνος

19:00 - 19:30

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

19:30 - 20:00

ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδρος: **Κ. Παπαδόπουλος**

Η υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια στο βορειοελλαδικό χώρο

Γ. Παρχαρίδης

20:30 - 21:30

ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ

21:30

ΔΕΞΙΩΣΗ ΥΠΟΔΟΧΗΣ (Αίθουσα Regency Ballroom)

09:00 - 11:00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Βαλβιδοπάθειες - Συγγενείς καρδιοπάθειες

Πρόεδροι: **Χρ. Πλιάκος, Γ. Δαλαμάγκας**

- Ανεπάρκεια μιτροειδούς. Κατάλληλος χρόνος για επέμβαση
Δ. Κετίκογλου
- Ανεπάρκεια μιτροειδούς. Αντικατάσταση ή πλαστική της βαλβίδας:
Β. Γουλιέλμος
- Αξιολόγηση αρρώστου με στένωση αορτικής βαλβίδας
Ε. Μάτσακας
- Πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων σε μεσοκοινωνική επικοινωνία και ανοικτό ωοειδές τρήμα
Π. Δάρδας
- Συγγενείς καρδιοπάθειες στην ενήλικη ζωή. Τι πρέπει να γνωρίζει ο καρδιολόγος
Θ. Ζαγκλαβάρια
- Πνευμονική αρτηριακή υπέρταση
Χρ. Λιόλιος

11:00 - 11:30

ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδρος: **Γ. Παρχαρίδης**

Στεφανιαία μικροαγγειακή δυσλειτουργία σε ασθενείς με παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο

Γ. Λουρίδης

11:30 - 12:00

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

12:00 - 12:30

ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδρος: **Κ. Παπαδόπουλος**

How low should we go with cholesterol?

Δ. Μιχαηλίδης

12:30 - 14:00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Μυοκαρδιοπάθειες

Πρόεδροι: **Ν. Αγκομαχαελής, Ι. Καπρίνης**

- Υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια. Φαρμακευτική θεραπεία
Χρ. Γηράσης
- Οικογενής διατακτική μυοκαρδιοπάθεια. Πώς γίνεται ο οικογενειακός έλεγχος
Γ. Ευθυμιάδης
- Μη συμπαγές μυοκάρδιο (μια νέα μυοκαρδιοπάθεια):
Αθ. Κρανίδης

- Ταχυμοκαρδιοπάθεια
Σ. Παρασκευαΐδης
- Αρρυθμιγόνος δυσπλασία της δεξιάς κοιλίας
Αρ. Αναστασάκης

14:00 - 17:00

ΜΕΣΗΜΕΡΙΑΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ

17:00 - 19:00

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΕΙΔΙΚΟΥΣ

Οξεία ισχαιμικά σύνδρομα

Πρόεδροι: **Γ. Λουρίδης, Βλ. Πυργάκης**

Συζητητές

Αντ. Ζιάκας, Λ. Καραγκούνης, Θ. Μαρίνος, Γ. Μπομπότης, Α. Σαλάχας,

Γ. Σιάνος

19:00 - 19:30

ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδρος: **Ι. Γουδέβενος**

Πνευμονική αρτηριακή υπέρταση. Νεότερα δεδομένα

Ι. Λεκάκης

19:30 - 20:00

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

20:00 - 20:30

ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδρος: **Ι. Χ. Στυλιάδης**

Οι βλαπτικές συνέπειες της κλασικής βηματοδότησης / Αναζήτηση εναλλακτικών θέσεων βηματοδότησης

Α. Μανώλης

20:30 - 22:00

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ ELPEN (Αίθουσα Grand Ballroom)

Δεξίωση

Με την ευγενική χορηγία της εταιρίας ELPEN (Αίθουσα Regency Ballroom)

09:00 - 11:00

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (Αίθουσα Ballroom III)

Πρόεδροι: **Φ. Μανούδης, Β. Στραβέλας**

32. ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΕΙΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΟΞΕΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΒΑΜΑΤΑ
Α. Γαϊτανάκη, Β. Ράπνη, Ε. Μπαλταρέτσου, Χ. Παππάς, *Α. Πομπιέρη, *Σ. Χαραλαμπίδου, Γ. Υφαντής
*Γ.Ν - Κ.Υ Λήμνου - Κ.Υ. Τήνου
33. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ
Αρ. Τζιόβας, Θ. Λιβιεράτος, Μ. Διβριτσιώτη, Αλ. Πατσιλινάκος, Γ. Κορδόσης, Αθ. Γερμανός
Καρδιολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Αγρινίου
34. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΟΞΕΩΝ ΙΣΧΑΙΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΟΔΙΩΝ ΣΕ ΝΕΟΥΣ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
Αρ. Τζιόβας, Θ. Λιβιεράτος, Μ. Διβριτσιώτη, Αλ. Πατσιλινάκος, Γ. Κορδόσης, Αθ. Γερμανός
Καρδιολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Αγρινίου
35. ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΩΝ ΟΞΕΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΑΝΔΡΩΝ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΩΝ
Σιδεράς Σκεύος, Τσατίρης Κων/νος, Έξαρχος Πέτρος, Παπαδάκης Εμμανουήλ, Πότσης Θωμάς, Λελιούδης Κων/νος, Ιατρόπουλος Δημήτριος, Ανυφαντής Σωτήριος, Κόγιας Ιωάννης
Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας
36. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΕΦ ΑΠΑΞ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΚΛΟΠΙΔΟΓΡΕΛΗΣ 600 mg ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ 300 mg ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΠΑΣΗ ΤΟΥ ΣΤ ΠΟΥ ΔΕΝ ΕΛΑΒΑΝ ΘΡΟΜΒΟΛΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ
Σιδεράς Σκεύος, Τσατίρης Κων/νος, Έξαρχος Πέτρος, Παπαδάκης Εμμανουήλ, Πότσης Θωμάς, Λελιούδης Κων/νος, Ιατρόπουλος Δημήτριος, Ανυφαντής Σωτήριος, Κόγιας Ιωάννης
Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας
37. ΤΟ ΟΞΥ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ ΟΙΔΗΜΑ ΩΣ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΤΩΝ ΟΞΕΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ
Σιδεράς Σκεύος, Τσατίρης Κων/νος, Έξαρχος Πέτρος, Παπαδάκης Εμμανουήλ, Πότσης Θωμάς, Λελιούδης Κων/νος, Ιατρόπουλος Δημήτριος, Ανυφαντής Σωτήριος, Κόγιας Ιωάννης
Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας
38. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΟΞΕΩΝ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΒΑΛΑΣ
Συμεωνίδης Δ., Καμπουρίδης Ν., Μυλωνάδης Α., Παπουλίδης Ν., Χουσεΐν Χ., Ζαχαράκης Δ., Ρηγιάκης Ρ., Κυρατλίδης Κ., Μαρσέλος Β., Μακρυγιάννης Δ.
Καρδιολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Καβάλας

39. ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΔΥΟ ΦΥΛΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ
**Συμεωνίδης Δ., Καμπουρίδης Ν., Παπουλίδης Ν., Χουσεΐν Χ., Μυλωναδάκη Λ., Μακρυγιάννης Δ.,
Μαρσέλος Β., Ρηγάκης Ρ., Ζαχαράκης Δ., Κυρατλίδης Κ.**
Καρδιολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Καβάλας
40. ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΣΤΟ ΝΟΜΟ
ΚΑΒΑΛΑΣ ΤΗΝ ΕΙΚΟΣΑΕΤΙΑ 1986-2005
**Συμεωνίδης Δ., Καμπουρίδης Ν., Χουσεΐν Χ., Μυλωναδάκη Λ., Παπουλίδης Ν., Ρηγάκης Ρ.,
Κυρατλίδης Κ., Μαρσέλος Β., Μακρυγιάννης Δ., Ζαχαράκης Δ.**
Καρδιολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Καβάλας
41. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ
ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ
**Κ. Μαρτιάδου, Α. Μπουφίδου, Χ. Μπασαγιάννης, Ε. Δαμβοπούλου, Γ. Πεκληβανίδης, ΙΧ. Στυλιάδης,
Γ. Παρχαρίδης, Γ. Λουρίδας**
Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ
42. ΑΥΤΟΜΑΤΟΣ ΠΝΕΥΜΟΘΩΡΑΚΑΣ ΥΠΟ ΤΑΣΗ ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΗΣ ΚΑΤΑΡΡΙΨΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ
ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟ ΕΞ ΑΙΤΙΑΣ ΟΞΕΟΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ
**Δημόπουλος Δ, Κουδούνης Γ, Εφραμίδης Π, Ζόμπολου Χ, Κοσμοπούλου Σ, Κλουφέτος Π,
Ασημάκης Γ, Ζόμπολος Σ.**
Καρδιολογική Κλινική Γ. Ν. Καλαμάτας
43. ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΑ ΣΥΜΒΑΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΣΕ ΔΕΙΓΜΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ
ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΧΕΠΑ. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΗΛΙΟΣ
**Φ. Λαζαρίδου, Κ. Μαρτιάδου, Ε. Δαμβοπούλου, Χ. Μπασαγιάννης, Γ. Ευθυμιάδης, Χ. Καρβούνης, Ι.
Στυλιάδης, Γ. Παρχαρίδης**
Α' Καρδιολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ
44. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΔΕΙΓΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ
ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΧΕΠΑ. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΗΛΙΟΣ
**Κ. Μαρτιάδου, Φ. Λαζαρίδου, Ε. Δαμβοπούλου, Γ. Γιαννακούλας, Χ. Μπασαγιάννης, Χ. Καρβούνης,
Ι. Στυλιάδης, Γ. Παρχαρίδης**
Α' Καρδιολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ
45. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΑΜΕΣΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΕ ΔΕΙΓΜΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΥ
ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΧΕΠΑ. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΗΛΙΟΣ
**Κ. Μαρτιάδου, Φ. Λαζαρίδου, Ε. Δαμβοπούλου, Π. Χαραλαμπίδης, Σ. Χατζημιλιτιάδης, Χ.
Καρβούνης, Ι. Στυλιάδης, Γ. Παρχαρίδης**
Α' Καρδιολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ

46. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΜΗ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΚΤΑΣΗ ΤΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ

Α. Ζιάκας, Ι. Στυλιάδης, Γ. Μιχαηλίδης, Ε. Κυρατζόγλου, Ν. Μαρτιάδου, Ε. Δαμβοπούλου, Α. Μπουφίδου, Γ. Παρχαρίδης

Α' Καρδιολογική Κλινική Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ

09:00 - 10:30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Κολπική μαρμαρυγή

Πρόεδροι: **Σ. Μόχλας, Β. Βασιλικός**

- Φαρμακευτική θεραπεία. Έλεγχος της συχνότητας ή του ρυθμού:
Κ. Πολυμερόπουλος
- Κολπική μαρμαρυγή σε ασθενείς με δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας και καρδιακή ανεπάρκεια
Ν. Γκουζούμας
- Η συμβολή της βηματοδότησης στην πρόληψη και τη θεραπεία της κολπικής μαρμαρυγής
Ν. Φραγκάκης
- Ο ρόλος και οι κλινικές εφαρμογές της κατάλυσης στη θεραπεία της κολπικής μαρμαρυγής
Β. Βασιλικός

10:30 - 11:00

ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδρος: **Αθ. Κοντόπουλος**

Λειτουργικότητα της αορτής και συστολική υπέρταση στους ενήλικες

Χ. Μπουντούλας

11:00 - 11:30

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

11:30 - 12:00

ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδρος: **Ι. Χ. Στυλιάδης**

Κολπική μαρμαρυγή 2007

Π. Βάρδας

12:00 - 13:30

ΑΝΤΙΓΝΩΜΙΕΣ

Πρόεδροι: **Φ. Τρυποσκιιάδης, Στ. Χατζημιλιτιάδης**

Οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου

Θρομβόλυση **Στ. Σαββάτης**

Πρωτογενής αγγειοπλαστική **Τ. Κάρουλας**

Ποιο stent και σε ποιον άρρωστο

Bare metal **Δ. Τσικαδέρης**

Drug eluting stent **Ι. Γκουράσας**

13:30 - 14:30 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ ΣΕΡΒΙΕ

14:30 ΓΕΥΜΑ

Με την ευγενική χορηγία της εταιρίας ΣΕΡΒΙΕ (Αίθουσα Regency Ballroom)

14:30 - 16:00 ΜΕΣΗΜΕΡΙΑΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ

16:00 - 18:00 ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (Αίθουσα Ballroom III)

Πρόεδροι: **Χ. Κυρπιζίδης, Σ. Λαμπρόπουλος**

47. ΑΝΤΙΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΚΑΙ ΙΝΟΤΡΟΠΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΛΕΒΟΣΙΜΕΝΤΑΝΗΣ ΣΕ ΑΡΙΣΤΕΡΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΩΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ Ο.Ε.Μ.

Σιδεράς Σκεύος, Τσατίρης Κων/νος, Έξαρχος Πέτρος, Παπαδάκης Εμμανουήλ, Πότσης Θωμάς, Λελιούδης Κων/νος, Ιατρόπουλος Δημήτριος, Ανυφαντής Σωτήριος, Κόγιας Ιωάννης
Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας

48. ΜΥΟΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΠΟΠΛΗΞΙΑ-ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΙΦΝΙΔΙΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟ STRESS

Κασίμης Γεώργιος, Δουλής Απόστολος, Καλαϊτζής Νικόλαος, Καρδάμης Χριστόφορος, Ζώνιος Γεώργιος, Στασινός Βασίλης, Βαλσάμης Κωνσταντίνος, Δραγαγιός Αντώνιος
Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Κέρκυρας, Καρδιολογική Κλινική, Κέρκυρα

49. ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΟΣ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΣΒΕΣΤΟΠΟΙΟ ΣΤΕΝΩΣΗ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΟΣ

Σπυρομήτρος Γεώργιος, Κορωνίδης Κλεάνθης, Τσούνος Ιωάννης
Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. Κατερίνης

50. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΥΠΟΣΤΡΩΜΑΤΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Σπυρομήτρος Γεώργιος, Κορωνίδης Κλεάνθης, Παπαϊωάννου Ιωάννης, Τσούνος Ιωάννης
Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. Κατερίνης

51. Η ΚΙΝΗΣΗ ΤΟΥ ΔΑΚΤΥΛΙΟΥ ΤΗΣ ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΟΥΣ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ

Χατζηλευθερίου Χ., Τζαμτζής Ηλ., Καίρης Χ, Τοπαλατζής Κων., Μαλλιαρού Μαρ., Ρωμανίδου Νατ., Ματζινού Δεσπ., Θεοδωρίδης Νικ.
Καρδιολογική κλινική Γ. Ν. Δράμας

52. Η ΚΙΝΗΣΗ ΤΟΥ ΔΑΚΤΥΛΙΟΥ ΤΗΣ ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΣΥΣΤΟΛΙΚΟΥΣ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ

Χατζηλευθερίου Χρ., Τζαμτζής Ηλ., Καίρης Χρ., Παντούσας Ηλ., Στεφανίδης Χαρ., Ρωμανίδου Νατ., Ματζινού Δεσπ., Θεοδωρίδης Νικ.

Καρδιολογική κλινική Γ. Ν. Δράμας

53. ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΠΟΦΥΓΗΣ ΤΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ

ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ ΜΕ ΕΞΩΣΜΑΤΙΚΗ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ

Κ.Τσακιρίδης, Σ.Αρίκας, Ε.Χατζηνικολάου, Γ.Μπομπότης, Ε.Ρέππας, Γ.Μόσχος, Θ.Μπελεβεσλής, Α.Μαυρογιάννη

Κλινική "Αγ. Λουκάς", Θεσσαλονίκη

54. ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΑΙ ΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΗΣ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑΣ

Σ. Πράπας*¹, Δ. Πρωτόγερος*¹, Φ. Ντάνου*¹, Β. Κώτσος*¹, Ι. Παναγιωτόπουλος*¹, Ι. Λιναρδάκης*¹, Χ. Τρίκκα- Τουμανίδου*², Ε. Χανδρινού*³

¹*Καρδιοχειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο Ερρίκος Ντυνάν

²*Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο Ερρίκος Ντυνάν

³*Τμήμα Αιμοδοσίας, Νοσοκομείο Ερρίκος Ντυνάν

55. Η ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΗΣ ΥΠΕΡΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΔΙΑΤΑΤΙΚΗ ,ΜΗ ΙΣΧΑΙΜΙΚΗ

ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ: ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΗΣ ΣΥΝΔΕΔΕΜΕΝΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΛΙΠΟΠΡΩΤΕΙΝΗ

ΦΩΣΦΟΛΙΠΑΣΗΣ Α2 ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΟΣ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΣ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ

ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ

Ε. Χατζηνικολάου., Ε. Ρέππας, Γ. Μόσχος, Θ. Μπελεβεσλής, Γ. Μπομπότης, Α. Μαυρογιάννη, Α. Χάντας, Κ. Τσακιρίδης

Κλινική ΑΓΙΟΣ ΛΟΥΚΑΣ-Θεσσαλονίκη

56. Η ΑΣΚΗΣΗ ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Ζυγούρη Τατιάνη

Κ. Υ. Σάμης, Κεφαλλονιά

57. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΣΤΟΛΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1: Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ 2D-STRAIN

Τσιαούσης Γ, Μπελντέκος Δ, Θεοδόσης- Γεωργιάς Α, Γουγουρέλα Ε, Κουτσοβασίλης Α*, Μαργέτης Π, Αργυράκης Σ, Χαντάνης Σ, Φούσας Σ.

Καρδιολογική Κλινική, Τζάνειο Νοσοκομείο Πειραιά

*Διαβητολογικό Κέντρο, Τζάνειο Νοσοκομείο Πειραιά

58. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΔΕΞΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ

ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1: Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ STRAIN ΚΑΙ STRAIN RATE

Τσιαούσης Γ, Μπελντέκος Δ, Θεοδόσης- Γεωργιάς Α, Βογιατζίδης Κ, Παπαδόπουλος Ι, Λεβισιάνου Δ*, Χαντάνης Σ, Αργυράκης Σ, Φούσας Σ.

Καρδιολογική Κλινική, Τζάνειο Νοσοκομείο Πειραιά

*Διαβητολογικό Κέντρο, Τζάνειο Νοσοκομείο Πειραιά

59. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΣΤΟΛΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΑΙ ΔΕΞΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1 ΜΕ ΧΡΗΣΗ STRAIN ΚΑΙ STRAIN RATE ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ

Τσιαούσης Γ, Μπελντέκος Δ, Θεοδόσης-Γεωργιάς Α, Γουγουρέλα Ε, Μελιδώνης Α*, Χαντάνης Σ, Αργυράκης Σ, Φούσας Σ.

Καρδιολογική Κλινική, Τζάνειο Νοσοκομείο Πειραιά

*Διαβητολογικό Κέντρο, Τζάνειο Νοσοκομείο Πειραιά

60. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΙΣΤΙΚΗΣ DOPPLER ΗΧΩΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΤΗΣ ΔΕΞΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Δέσποινα Παρχαρίδου, Γεώργιος Γιαννακούλας, Γεώργιος Ευθυμιάδης, Χαράλαμπος Καρβούνης, Κλειώ Παπαδοπούλου, Ιωάννης Στυλιάδης, Γεώργιος Παρχαρίδης

Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

17:00 - 19:00

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΕΙΔΙΚΟΥΣ

Καρδιακή ανεπάρκεια

Πρόεδροι: Π. Γκελερής, Μ. Τούμπουρας

Συζητητές

Σ. Αδαμόπουλος, Γ. Δρόσος, Χ. Καρβούνης, Ν. Μεζίλης, Α. Πίτσας,

Ελ. Χατζηνικολάου

19:00 - 19:30

ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδρος: Απ. Ζαχαρούλης

Εξελίξεις στην επεμβατική καρδιολογία

Χρ. Στεφανιάδης

19:30 - 20:00

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

20:00 - 20:30

ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδρος: Γ. Λουρίδας

Θεραπευτικός αλγόριθμος στη θεραπεία του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου

Δ. Κρεμαστινός

20:30 - 22:00

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ ΤΩΝ ΕΤΑΙΡΙΩΝ BIANEΞ/MSD - Schering Plough

22:00

ΔΕΞΙΩΣΗ

Με την ευγενική χορηγία των εταιριών BIANEΞ/MSD - Schering Plough



S&G Advertising

JUL/2006/CoD10/AD/2

 **Co-Diovan[®]** **12.5**
160
VALSARTAN + HCTZ

 **Co-Diovan[®]** **160**
25
VALSARTAN + HCTZ

 **NOVARTIS**

Novartis (Hellas) A.E.B.E.
Τ.Θ. 52001,
144 10 Μεταμόρφωση,
Τηλ.: 210 28 11 712
www.novartis.gr

Γραφείο Θεσσαλονίκης:
Βασ. Όλγας 216,
551 33 Καλαμαριά,
Τηλ.: 2310 424 039



Φ Α Ρ Μ Α Κ Ο Ε Π Α Γ Ρ Υ Π Π Η Σ Η : 2 1 0 2 8 2 8 8 1 2



**ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ
ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ**

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ

Ν. Αγκομαχαελής

Καθηγητής Καρδιολογίας-Πνευμονολογίας ΑΠΘ, Πνευμονολογική Κλινική, Νοσοκ. "Γ. Παπανικολάου", Θεσσαλονίκη

Στ. Αδαμόπουλος

Υποδιευθυντής Β' Καρδιολογικού Τμήματος, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα

Αρ. Αναστασάκης

Καρδιολόγος, Επιστ. Υπεύθυνος Μονάδας Κληρονομικών Παθήσεων, Α' Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Π. Βάρδας

Καθηγητής, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου

Β. Βασιλικός

Επίκ. Καθηγητής ΑΠΘ, Νοσοκ. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Ελ. Βουρβούρη

Καρδιολόγος, Θεσσαλονίκη

Χρ. Γηράσης

Ειδικευόμενος Καρδιολογίας, Α' Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκ. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Γ. Γιαννόγλου

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

Π. Γκελερής

Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκ., Θεσσαλονίκη

Ν. Γκουζούμας

Καρδιολόγος, Επιμελητής Α', Νοσοκ. "Γ. Γεννηματάς", Θεσσαλονίκη

Ι. Γκουράσας

Καρδιολόγος, Αναπλ. Διευθυντής ΕΣΥ, Α' Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκ. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Ι. Γουδέβενος

Καθηγητής Καρδιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Β. Γουλιέλμος

Καρδιοχειρουργός, Γενική Κλινική, Θεσσαλονίκη

Γ. Δαλαμάγκας

Καρδιολόγος, Θεσ/νίκη

Π. Δάρδας

Καρδιολόγος, Κλινική "Άγιος Λουκάς", Θεσσαλονίκη

Αστ. Δεληγιάννης

Καρδιολόγος, Καθηγητής Αθλητιατρικής ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

Τρ. Διδάγγελος

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

Γ. Δρόσος

Καρδιοχειρουργός, Διευθυντής Καρδιοχειρουργικής Κλινικής, Νοσοκ. "Γ. Παπανικολάου", Θεσσαλονίκη

Απ. Ευθυμιάδης

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

Γ. Ευθυμιάδης

Λέκτορας Καρδιολογίας ΑΠΘ, Α' Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκ. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Θ. Ζαγκλαβάρα

Καρδιολόγος, Διευθύντρια Τμήματος Ηχοκαρδιογραφίας, Κλινική Euromedica - Κυανούς Σταυρός, Θεσσαλονίκη

Ηλ. Ζάρβαλης

Καρδιολόγος, Επιμ. Β', Νοσοκ. "Γ. Παπανικολάου", Θεσσαλονίκη

Ι. Ζαρίφης

Καρδιολόγος, Επιμ. Α', Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκ. "Γ. Παπαγεωργίου", Θεσ/νίκη

Απ. Ζαχαρούλης

Νοσοκ. "Γ. Γεννηματά", Αθήνα

Αντ. Ζιάκας

Λέκτορας Καρδιολογίας ΑΠΘ, Α' Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκ. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Ι. Καπρίνης

Διευθυντής Β' Καρδιολογικής Κλινικής, Νοσοκ. "Παπαγεωργίου", Θεσσαλονίκη

Λ. Καραγκούνης

Καρδιολόγος, Διευθυντής, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

Χ. Καρβούνης

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

Τ. Κάρουλας

Καρδιολόγος, Αναπλ. Διευθυντής ΕΣΥ, Α' Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκ. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Δ. Κετίκογλου

Καρδιολόγος, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

Αθ. Κοντόπουλος

Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

Ε. Κουϊδί

Αθλητίατρος, Επίκ. Καθηγήτρια ΤΕΦΑ, Θεσσαλονίκη

Π. Κουνατιάδης

Καρδιολόγος, Αναπλ. Διευθυντής ΕΣΥ, Α' Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκ. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Αθ. Κρανίδης

Αναπλ. Διευθυντής Α' Καρδιολογικής Κλινικής, Νοσοκ. "Ευαγγελισμός", Αθήνα

Δ. Κρεμαστινός

Καθηγητής Καρδιολογίας Πανεπ. Αθηνών, Διευθυντής Β' Καρδιολογικής Κλινικής, Νοσοκ. "Αττικόν", Αθήνα

Χ. Κυρπιζίδης

Καρδιολόγος, Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκ. "Γ. Παπανικολάου", Θεσ/νίκη

Σ. Λαμπρόπουλος

Καρδιολόγος, Επιμ. Α', Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκ. Κοζάνης

Ι. Λεκάκης

Αναπλ. Καθηγητής Καρδιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκ. "Αττικόν", Αθήνα

Χρ. Λιόλιος

Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Νοσοκ. Γρεβενών

Γ. Λουρίδας

Ομότιμος Καθηγητής ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

Ν. Μαγκλαβέρας

Αναπλ. Καθηγητής Ιατρικής Πληροφορικής ΑΠΘ, Θεσ/νίκη

Φ. Μανούδης

Καρδιολόγος, Θεσ/νίκη

Αντ. Μανώλης

Καθηγητής Καρδιολογίας, Διευθυντής Α' Καρδιολογικού Τμήματος, Γ.Ν. Αθηνών "Ευαγγελισμός", Αθήνα

Θ. Μαρίνος

Καρδιοχειρουργός, Επιμ. Α', Καρδιοχειρουργική Κλινική, Νοσοκ. "Γ. Παπαγεωργίου", Θεσσαλονίκη

Ευάγγ. Μάτσακας

Αναπλ. Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Νοσοκ. "Γ. Γεννηματάς", Αθήνα

Ν. Μεζίλης

Καρδιολόγος, Κλινική "Άγιος Λουκάς", Θεσσαλονίκη

Δ. Μιχαηλίδης

Academic Head of Dept. of Clinical Biochemistry, Royal Free Hospital, Royal Free and University College, School of Medicine, UK

Σ. Μόχλας

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

Γ. Μπομπότης

Καρδιολόγος, Αναπλ. Διευθυντής Β' Καρδιολογικής Κλινικής, Νοσοκ. "Παπαγεωργίου", Θεσσαλονίκη

Χ. Μπουτούλας

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

Αμ. Μπουφίδου - Κουκούδη

Καρδιολόγος, Επιμελήτρια ΕΣΥ, Α' Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκ. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Α. Παναγιωτίδου

Καρδιολόγος, Διευθύντρια Καρδιολογικής Κλινικής, Νοσοκ. Κομοτηνής

Κ. Παπαδόπουλος

Ομότιμος Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

Χ. Παπακωνσταντίνου

Καρδιοχειρουργός, Καθηγητής Καρδιοχειρουργικής ΑΠΘ, Νοσοκ. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Σ. Παπαστεφάνου

Καρδιολόγος, Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκ. "Άγιος Παύλος", Θεσ/νίκη

Στ. Παρασκευαΐδης

Καρδιολόγος, Αναπλ. Διευθυντής ΕΣΥ, Α' Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκ. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Γ. Παρχαρίδης

Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Διευθυντής Α' Καρδιολογικής Κλινικής, Νοσοκ. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Αντ. Πίτσας

Καρδιοχειρουργός, Διευθυντής Καρδιοχειρουργικού Τμήματος, Κλινική "Άγιος Λουκάς", Θεσσαλονίκη

Χρ. Πλιάκος

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

Κ. Πολυμερόπουλος

Καρδιολόγος, Νοσοκ. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Βλ. Πυργάκης

Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Νοσοκ. Κορίνθου

Χρ. Ραΐδης

Καρδιολόγος, Θεσσαλονίκη

Στ. Σαββάτης

Καρδιολόγος, Ιπποκράτειο Νοσοκ., Θεσσαλονίκη

Γρ. Σαββόπουλος

Καρδιολόγος, Αναπλ. Διευθυντής ΕΣΥ, Α' Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκ. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Χρ. Σαββόπουλος

Παθολόγος, Λέκτορας ΑΠΘ, Νοσοκ. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Γ. Σακαντάμης

Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Β' Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκ., Θεσ/νίκη

Αν. Σαλάχας

Αναπλ. Διευθυντής Αιμοδυναμικού Τμήματος, Νοσοκ. "Ευαγγελισμός", Αθήνα

Εμμ. Σημαντηράκης

Επικ. Καθηγητής Καρδιολογίας, Καρδιολογική Κλινική, Πανεπ. Νοσοκ. Ηρακλείου

Γ. Σιάνος

Επεμβατικός καρδιολόγος, Thoraxcenter, Erasmus Medical Center, Rotterdam, The Netherlands

Β. Σκέμπερης

Λέκτορας ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Νοσοκ., Θεσσαλονίκη

Π. Σπανός

Ομότιμος Καθηγητής ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

Χρ. Στεφανάδης

Καθηγητής Καρδιολογίας Πανεπ. Αθηνών, Διευθυντής Α' Καρδιολογικής Κλινικής, Ιπποκράτειο Νοσοκ., Αθήνα

Β. Στραβέλας

Καρδιολόγος, Α' Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκ. "Γ. Παπανικολάου", Θεσ/νίκη

Ι. Γ. Στυλιάδης

Καρδιολόγος, Επιμ. Α', Β' Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκ. "Γ. Παπαγεωργίου", Θεσ/νίκη

Ι. Χ. Στυλιάδης

Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Α' Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκ. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Ι. Τζιώλας

Παθολόγος-Υπερτασιολόγος, Αναπλ. Διευθυντής ΕΣΥ, Α' Παθολογική Κλινική, Νοσοκ. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Μ. Τούμπουρας

Καρδιοχειρουργός, Καθηγητής ΑΠΘ, Νοσοκ. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Φ. Τρυποσκιάδης

Επικ. Καθηγητής Καρδιολογίας, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό Νοσοκ. Λάρισας

Δ. Τσικαδέρης

Επεμβατικός καρδιολόγος, Κλινική "Άγιος Λουκάς", Θεσσαλονίκη

Ι. Τσούνος

Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Νοσοκ. Κατερίνης

Ν. Φραγκάκης

Καρδιολόγος, Επιμ. ΕΣΥ, Νοσοκ. "Γ. Παπανικολάου", Θεσσαλονίκη

Στ. Χατζημιλιτιάδης

Καρδιολόγος, Επικ. Καθηγητής ΑΠΘ, Α' Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκ. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Ελ. Χατζηνικολάου

Καρδιολόγος, Θεσσαλονίκη

Απ. Χατζητόλιος

Αναπλ. Καθηγητής ΑΠΘ, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Νοσοκ. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Π. Ψυχίδης

Ακτινολόγος, "Ασκληπιός Μαγνητικός Τομογράφος", Θεσσαλονίκη

Η Οργανωτική Επιτροπή του 6ου Βορειοελλαδικού Καρδιολογικού Συνεδρίου ευχαριστεί θερμά τις παρακάτω εταιρίες για την ευγενική υποστήριξη και τη συμβολή τους στη διοργάνωση του συνεδρίου:

BIANEΞ/MSD - Schering Plough

ELPEN AE

SERVIER HELLAS ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΕΠΕ

PFIZER

ABBOTT LABORATORIES HELLAS SA

SANOFI AVENTIS

GAP

SAMBROOK

BOEHRINGER INGELHEIM

SOLVAY PHARMA

ASTRA ZENECA

ELECTROMEDICAL

EUROMEDICA

NOVAMEDICA

MENARINI

NOVARTIS

BASIL & IOANNIS MANTZARIS

LAVIPHARM HELLAS

BAYER

INTERTRONICS

Ι. ΛΑΔΑΚΗΣ

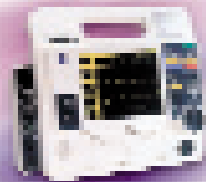
ΕΛΕΤΡΟΝ

ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ



LIFEPAK®500 Defibrillator/Monitor

- 12-lead ECG, SpO₂, NIBP, Adult/Infant/Child vital monitoring
- Support Transcatheter Aortic Valve Replacement (TAVR) during TAVI
- 12-lead ECG with 12-lead ST-segment, ST-segment slope, ST-segment slope (STV) and ST-segment slope (STV) monitoring
- Analysis (AF) and Bradycardia/Asystole monitoring for atrial fibrillation, atrial flutter
- LIFEPAK 500 offers ambulatory monitoring for atrial fibrillation, atrial flutter, ST-segment (STV)
- Transportable, portable, non-pumpable
- Wireless with ambulatory monitoring



LIFEPAK®112 Defibrillator/Monitor

- 12-lead ECG, SpO₂, NIBP, Adult/Infant/Child vital monitoring
- 12-lead ECG with 12-lead ST-segment, ST-segment slope, ST-segment slope (STV) monitoring
- Analysis (AF) and Bradycardia/Asystole monitoring for atrial fibrillation, atrial flutter
- Analysis (AF) and Bradycardia/Asystole monitoring for atrial fibrillation, atrial flutter
- Analysis (AF) and Bradycardia/Asystole monitoring for atrial fibrillation, atrial flutter
- Analysis (AF) and Bradycardia/Asystole monitoring for atrial fibrillation, atrial flutter
- Analysis (AF) and Bradycardia/Asystole monitoring for atrial fibrillation, atrial flutter
- Analysis (AF) and Bradycardia/Asystole monitoring for atrial fibrillation, atrial flutter
- Analysis (AF) and Bradycardia/Asystole monitoring for atrial fibrillation, atrial flutter
- Analysis (AF) and Bradycardia/Asystole monitoring for atrial fibrillation, atrial flutter



LIFEPAK®1000 Manual/ED

- 12-lead ECG, SpO₂, NIBP, Adult/Infant/Child vital monitoring
- 12-lead ECG with 12-lead ST-segment, ST-segment slope, ST-segment slope (STV) monitoring
- Support Transcatheter Aortic Valve Replacement (TAVR) during TAVI
- Analysis (AF) and Bradycardia/Asystole monitoring for atrial fibrillation, atrial flutter
- Analysis (AF) and Bradycardia/Asystole monitoring for atrial fibrillation, atrial flutter
- Analysis (AF) and Bradycardia/Asystole monitoring for atrial fibrillation, atrial flutter
- Analysis (AF) and Bradycardia/Asystole monitoring for atrial fibrillation, atrial flutter
- Analysis (AF) and Bradycardia/Asystole monitoring for atrial fibrillation, atrial flutter
- Analysis (AF) and Bradycardia/Asystole monitoring for atrial fibrillation, atrial flutter
- Analysis (AF) and Bradycardia/Asystole monitoring for atrial fibrillation, atrial flutter

LIFEPAK®500 AED

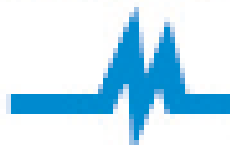
- 12-lead ECG, SpO₂, NIBP, Adult/Infant/Child vital monitoring
- Support Transcatheter Aortic Valve Replacement (TAVR) during TAVI
- Analysis (AF) and Bradycardia/Asystole monitoring for atrial fibrillation, atrial flutter
- Analysis (AF) and Bradycardia/Asystole monitoring for atrial fibrillation, atrial flutter
- Analysis (AF) and Bradycardia/Asystole monitoring for atrial fibrillation, atrial flutter
- Analysis (AF) and Bradycardia/Asystole monitoring for atrial fibrillation, atrial flutter
- Analysis (AF) and Bradycardia/Asystole monitoring for atrial fibrillation, atrial flutter
- Analysis (AF) and Bradycardia/Asystole monitoring for atrial fibrillation, atrial flutter
- Analysis (AF) and Bradycardia/Asystole monitoring for atrial fibrillation, atrial flutter
- Analysis (AF) and Bradycardia/Asystole monitoring for atrial fibrillation, atrial flutter



LUCAS®5 CPR

- 12-lead ECG, SpO₂, NIBP, Adult/Infant/Child vital monitoring
- 12-lead ECG with 12-lead ST-segment, ST-segment slope, ST-segment slope (STV) monitoring
- Support Transcatheter Aortic Valve Replacement (TAVR) during TAVI
- Analysis (AF) and Bradycardia/Asystole monitoring for atrial fibrillation, atrial flutter
- Analysis (AF) and Bradycardia/Asystole monitoring for atrial fibrillation, atrial flutter
- Analysis (AF) and Bradycardia/Asystole monitoring for atrial fibrillation, atrial flutter
- Analysis (AF) and Bradycardia/Asystole monitoring for atrial fibrillation, atrial flutter
- Analysis (AF) and Bradycardia/Asystole monitoring for atrial fibrillation, atrial flutter
- Analysis (AF) and Bradycardia/Asystole monitoring for atrial fibrillation, atrial flutter
- Analysis (AF) and Bradycardia/Asystole monitoring for atrial fibrillation, atrial flutter

It is necessary for every MEDICAL PROFESSIONAL, RESIDENT, HOME-CARE, and clinical environment to have a LIFEPAK 500 AED in their facility.



D. & L. HASTANE A.Ş.

Yatırım/İnşaat ve Sağlık Hizmetleri A.Ş. İstanbul, Türkiye

AKRIS

Atılım Menkul Değerler Yatırım Menkul Değerler A.Ş. İstanbul, Türkiye
 Katılım Yatırım Menkul Değerler A.Ş. İstanbul, Türkiye
 • Katılım Yatırım Menkul Değerler A.Ş. İstanbul, Türkiye

BECKMANN

Beckmann Elektronik A.Ş. İstanbul, Türkiye
 Katılım Yatırım Menkul Değerler A.Ş. İstanbul, Türkiye
 • Katılım Yatırım Menkul Değerler A.Ş. İstanbul, Türkiye

0212 250 15 15 / 0212 250 15 15 • E-posta: 250 15 15@250 15 15.tr • E-posta: 250 15 15@250 15 15.tr

0212 250 15 15 / 0212 250 15 15 • E-posta: 250 15 15@250 15 15.tr • E-posta: 250 15 15@250 15 15.tr



Plavix.

Clopidogrel 75mg

Η προστασία για μία κίνηση. 2 ήμιαρα.

Ισχυρή

Απίδα

Προστασίας

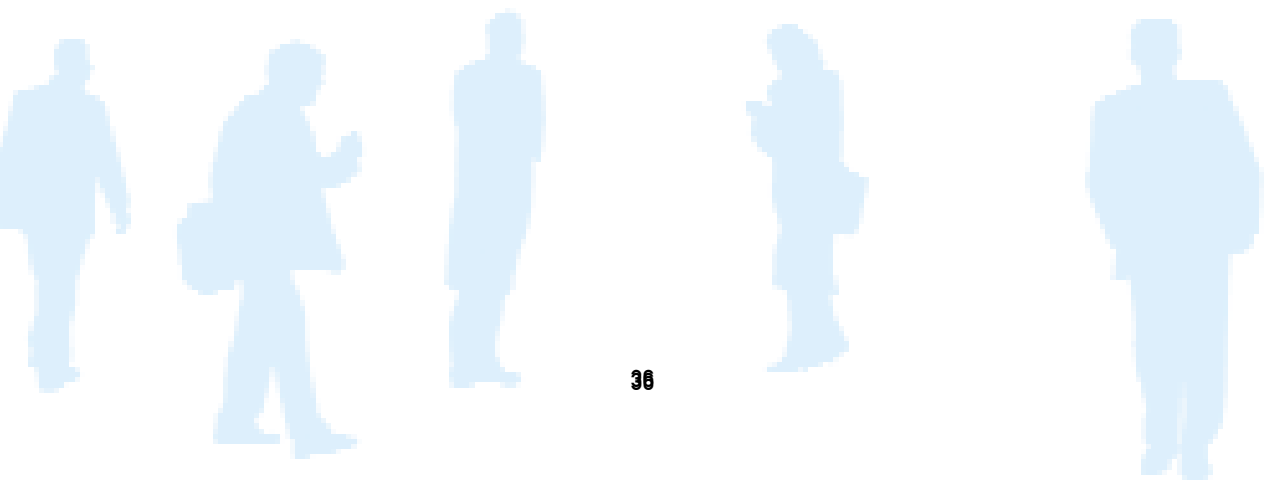
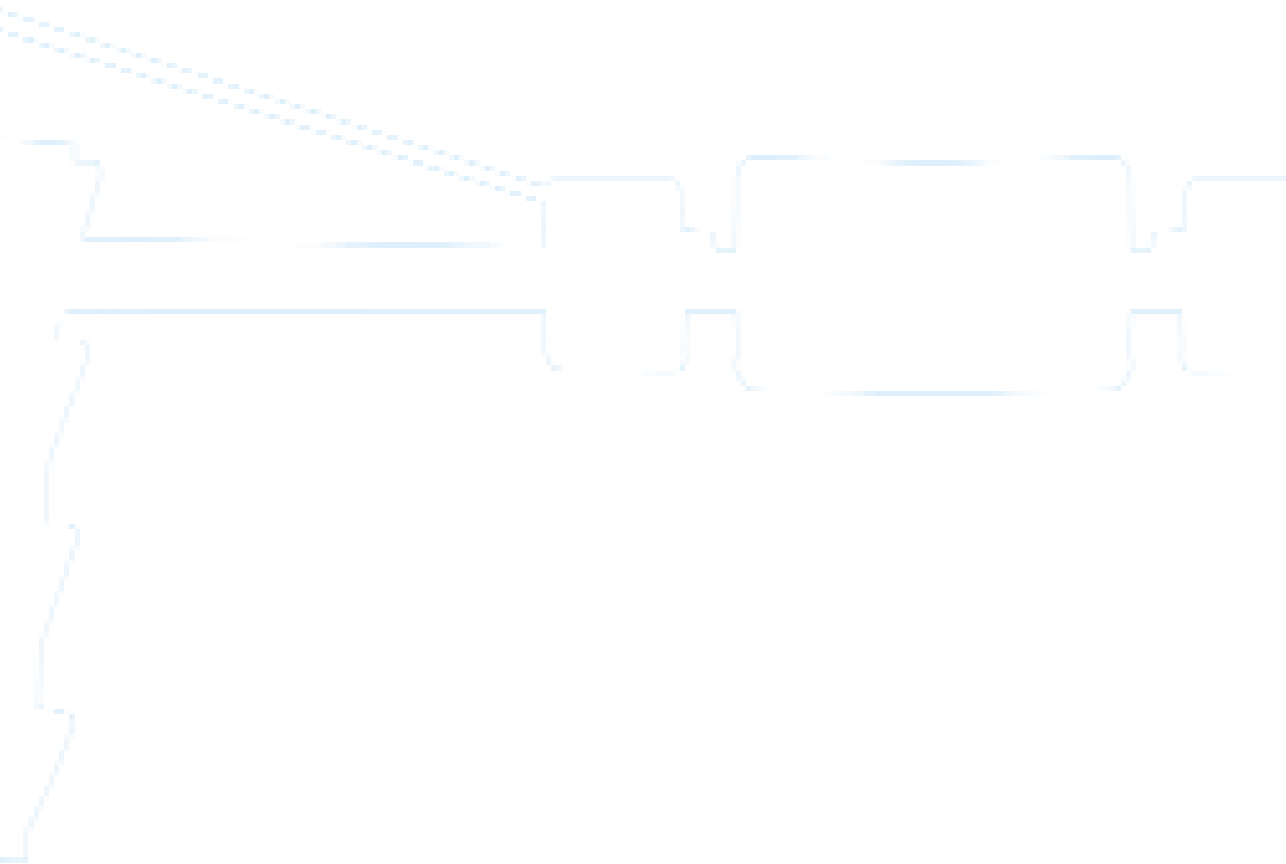
0800 10 10 10

ΚΑΤΑΝΕΜΗΤΕΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ ΣΑΝΟΦΙ ΑΒΕΕ (ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ ΣΑΝΟΦΙ ΑΒΕΕ)

ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ ΣΑΝΟΦΙ ΑΒΕΕ
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ ΣΑΝΟΦΙ ΑΒΕΕ (ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ ΣΑΝΟΦΙ ΑΒΕΕ)
www.sanofi.gr



sanofi aventis
www.sanofi.gr





ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

01. ΕΠΙΠΕΔΑ BNP ΚΑΙ ΠΑΡΟΞΥΣΜΙΚΗ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΠΟΥΣΙΑ ΟΡΓΑΝΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑΣ

Σιδεράς Σκευός, Τσατάρης Κων/νος, Έξαρχος Πέτρος, Παπαδάκης Εμμανουήλ, Πότσης Θωμάς, Λελιούδης Κων/νος, Ιατρόπουλος Δημήτριος, Ανυφαντής Σωτήριος, Κόγιας Ιωάννης

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας

Εισαγωγή

Είναι γνωστό ότι η καρδιά εκκρίνει νατριουρητικά πεπτιδικά με κυριότερα τα ANP και BNP σε συνθήκες αυξημένων τελοδιαστολικών πιέσεων αριστερής κοιλίας. Υπάρχουν καταστάσεις, όπως η παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή, που είναι αυξημένα. Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη των επιπέδων του BNP σε ασθενείς με παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή, απουσία οργανικής καρδιοπάθειας.

Υλικό - Μέθοδος:

Μελετήσαμε 50 ασθενείς (32>, 18+) με παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή, χωρίς ιστορικό οργανικής καρδιοπάθειας. Η ηλικία των ασθενών ήταν 40 - 85 ετών. Σε όλους τους ασθενείς μετά από υπερηχογραφικό έλεγχο για τον αποκλεισμό οργανικής καρδιοπάθειας, χορηγήθηκε Ιβουτιλίδη σε δόση 1 mg (ή 0,01mg/kg σε ασθενείς < 60kg) για ανάταξη του φλεβοκομβικού ρυθμού. Μετά την ολοκλήρωση της πρώτης δόσης ακολουθούσε χορήγηση δεύτερης δόσης, εάν δεν ανασαστόταν ο φλεβοκομβικός ρυθμός. Σε αυτούς που πήραν πλήρη δόση Ιβουτιλίδης και απέτυχαν να αποκαταστήσουν φλεβοκομβικό ρυθμό, και επιπλέον αρνούνταν την ηλεκτρική καρδιομετατροπή, προβήκαμε στην ενδοφλέβια χορήγηση Αμιωδαρόνης. Σε όλους τους ασθενείς έγινε μέτρηση του BNP (φ.τ.: 0 - 100 pg/ml) κατά την εισαγωγή τους και 24 h μετά την ανάκτηση του φλεβοκομβικού ρυθμού. Η μέτρηση του BNP έγινε με χρήση της συσκευής Triage METER PLUS της εταιρίας MENAPINI.

Αποτελέσματα:

Ο φλεβοκομβικός ρυθμός επετεύχθη να αναταχτεί στους 45 ασθενείς (σε ποσοστό 90%). Προ της χορήγησης της φαρμακευτικής αγωγής τα επίπεδα του BNP κυμαίνονταν από 80 - 180 pg/ml με μέση τιμή 120 pg/ml, ενώ 24 ώρες μετά την ανάταξη στους 45 αυτούς ασθενείς το BNP βρέθηκε σε τιμές από 60 - 140 pg/ml με μέση τιμή 90 pg/ml.

Συμπέρασμα:

Το BNP ανικνεύεται σε παθολογικά αυξημένα επίπεδα στο αίμα των ασθενών με παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή. Η αιτιολογία της αύξησής του και της ομαλοποίησης των επιπέδων του μετά την ανάταξη σε φλεβοκομβικό ρυθμό, οφείλεται πιθανώς στην απώλεια του κολποκοιλιακού συγχρονισμού και στην αύξηση της πίεσης πλήρωσης της αριστερής κοιλίας.

02. ΩΦΕΛΙΜΗ ΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΤΟΡΒΑΣΤΑΤΙΝΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΣΕ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΟΥΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Ε. Χατζηνικολάου - Κοτσάκου, Γ. Μόσχος, Γ. Μπομπότης, Α. Μαυρογιάννη, Θ. Μπελεβεσλής, Ε. Ρέππας, Α. Χάντας, Κ. Τσακιρίδης

Κλινική ΑΓΙΟΣ ΛΟΥΚΑΣ- Θεσ/νίκης

Εισαγωγή:

Οι βηματοδότες νέας γενιάς έχουν δυνατότητες αποθήκευσης διαγνωστικών δεδομένων που επιτρέπουν την καταγραφή επεισοδίων κολπικής μαρμαρυγής (ΚΜ) καθόλη τη διάρκεια του 24ωρου.

Μέθοδος:

Μελετήσαμε τον χρόνο εμφάνισης πρώτης υποτροπής ΚΜ και το συνολικό φορτίο ΚΜ μετά την εμφύτευση DDDR βηματοδότη σε 85 συνεχόμενους ασθενείς με συμπτωματική βραδυκαρδία και παροξυσμική ΚΜ, σε διάστημα παρακολούθησης 36 ± 14 μηνών. Το συνολικό φορτίο ΚΜ (ώρες/ημέρα) καταγράφεται σε κάθε επίσκεψη, από τα στοιχεία αποθήκευσης δεδομένων του βηματοδότη.

Ο συνολικός πληθυσμός της μελέτης ήταν 62 άνδρες, μέσης ηλικίας 72 ± 11 έτη, 42 με υπέρταση, 22 με ιστορικό στεφανιαίας νόσου και 60 με φυσιολογική λειτουργικότητα αριστερής κοιλίας (ΛΑΚ). Διαίρεσαμε τον πληθυσμό της μελέτης σε 2 ομάδες. Στην ομάδα Α συμπεριελήφθησαν 47 ασθενείς που ευρίσκοντο σε θεραπεία με ατορβαστατίνη και η Ομάδα Β συμπεριέλαβε 38 ασθενείς που δεν ελάμβαναν ατορβαστατίνη. Υποτροπές ΚΜ μετά την εμφύτευση εμφανίστηκαν σε 72 ασθενείς.

Σε μονοπαραγοντική ανάλυση προβλεπτικοί δείκτες της μη υποτροπής ΚΜ ήταν η φυσιολογική ΛΑΚ, και η λήψη θεραπείας με ατορβαστατίνη. Η ηλικία, το φύλο, η αντιαρρυθμική θεραπεία (Class I/III αντιαρρυθμικά φάρμακα) και ο τρόπος προγραμματισμού του βηματοδότη δεν αποδείχθηκαν προβλεπτικοί δείκτες εμφάνισης ΚΜ.

Ο χρόνος πρώτης υποτροπής ΚΜ μετά την εμφύτευση ήταν στατιστικά σημαντικά ενωρίτερος στους ασθενείς της ομάδας Β ($p < 0.002$). Κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης το συνολικό φορτίο ΚΜ, ήταν σημαντικά χαμηλότερο στην Ομάδα Α, σε σχέση με την ομάδα Β, (μέσος χρόνος 0.72 ώρες/ημέρα, $p = 0.003$). Η θεραπεία με ατορβαστατίνη ήταν ανεξάρτητος προγνωστικός δείκτης μείωσης εμφάνισης ΚΜ.

Συμπεράσματα:

Η θεραπεία με ατορβαστατίνη συνοδεύεται με μείωση των υποτροπών ΚΜ και του συνολικού φορτίου ΚΜ. Από τα αποτελέσματά μας προκύπτει η ανάγκη προοπτικών τυχαιοποιημένων μελετών ελέγχου της αποτελεσματικότητας της ατορβαστατίνης στην πρόληψη ΚΜ.

03. ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΟΥ ΒΝΡ: ΠΡΟΒΛΕΠΤΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΥΠΟΤΡΟΠΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΑΡΟΞΥΣΜΙΚΗ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ

Ε. Χατζηνικολάου-Κοτσάκου, Γ.Μπομπότης, Ε.Ρέππας, Γ.Μόσχος, Θ. Μπελεβελής, Α. Μαυρογιάννη, Κ. Τσακίριδης

Κλινική ΑΓΙΟΣ ΛΟΥΚΑΣ- Θεσ/νίκης

Εισαγωγή:

Έχει περιγραφεί ότι τα επίπεδα του Β-Νατριουρητικού πεπτιδίου αυξάνονται σε ασθενείς με μόνιμη κολπική μαρμαρυγή. Δεν έχει τεκμηριωθεί όμως εάν τα επίπεδα του ΒΝΡ αυξάνονται κατά τη διάρκεια ενός παροξυσμικού επεισοδίου ΚΜ. Υποθέσαμε ότι η υπερφόρτιση πίεσης των κόλπων που αυξάνει τα επίπεδα του ΒΝΡ δύναται να οδηγήσει στην πρόκληση παροξυσμικού επεισοδίου ΚΜ.

Μέθοδος:

Μελετήσαμε 56 ασθενείς (38 άνδρες, μέσης ηλικίας 64 ± 11 έτη.) με παροξυσμική ΚΜ πριν και μετά την ανάταξη σε φλεβοκομβικό ρυθμό (ΦΡ) είτε με τη χρήση αντιαρρυθμικών φαρμάκων είτε με ηλεκτρική ανάταξη. Μετρήσαμε τα επίπεδα του BNP πριν και επί 10 συνεχείς ημέρες μετά την ανάταξη. Χρησιμοποιήσαμε ως δείκτη εκτίμησης της κολπικής λειτουργίας τη σχέση A/E στη διαμιτροειδική ροή ,με τη χρήση διαθωρακικού υπερηχοκαρδιογραφήματος-Doppler. Η εκτίμηση έγινε την 7η ημέρα μετά την ανάταξη.

Αποτελέσματα:

Δέκα-οκτώ ασθενείς παρουσίασαν υποτροπή ΚΜ (ομάδα Α) και 38 ασθενείς παρέμειναν σε ΦΡ (ομάδα Β) εντός 3 μηνών μετά την ανάταξη. Η διάρκεια του παροξυσμικού επεισοδίου ήταν σημαντικά μεγαλύτερη στην ομάδα Α , έναντι της ομάδας Β, 86 vs 148 ώρες, $p < 0.04$.

Τα επίπεδα του BNP μειώθηκαν σημαντικά 24 ώρες μετά την ανάταξη και στις 2 ομάδες . Στην ομάδα Β τα επίπεδα του BNP παρουσίασαν επιπρόσθετα σημαντική μείωση τις επόμενες 10 ημέρες μετά την ανάταξη. Οι ασθενείς της ομάδας Α παρουσίασαν σημαντικά χαμηλότερη σχέση A/E από τους ασθενείς της ομάδας Β (0.3 ± 0.2 vs 1.4 ± 0.5 , $p < 0.001$).

Συμπεράσματα:

Τα αποτελέσματα μας δείχνουν ότι τα επίπεδα BNP είναι δυνατόν να προβλέψουν υποτροπές ΚΜ και η μέτρηση τους είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθεί σαν εξέταση διερεύνησης υποτροπών ΚΜ, σε ασθενείς με υποτροπιάζουσα ΚΜ. Αυτά τα δεδομένα συνηγορούν για την δυνατότητα εμφάνισης υπερφόρτισης πίεσης των κόλπων κατά τη διάρκεια ΦΡ , η οποία οδηγεί σε αύξηση των επιπέδων BNP που δυνητικά προκαλεί παροξυσμικό επεισόδιο ΚΜ.

04. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΧΡΟΝΟΥ ΑΝΑΤΑΞΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΜΕ ΤΟΝ ΟΓΚΟ ΤΟΥ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΚΟΛΠΟΥ

Κ. Κορωνίδης, Γ. Σπυρομήτρος, Π. Βενέτη, Σ. Χαρίτος, Ι. Τσούνος

Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης, Καρδιολογική Κλινική

Σκοπός εργασίας:

Συσχέτιση του χρόνου ανάταξης οξείας κολπικής μαρμαρυγής με τον όγκο του αριστερού κόλπου .

Υλικό -Μέθοδοι:

Μελετήθηκαν 21 ασθενείς με οξεία συμπτωματική κολπική μαρμαρυγή . Καταγράφηκε ο χρόνος από την εισαγωγή του ασθενούς μέχρι την ανάταξη της αρρυθμίας .Υπολογίσθηκε ο όγκος του αριστερού κόλπου με την διεπίδεδη μέθοδο επιφανείας- μήκους (biplane area- length formula) αμέσως μετά την ανάταξη της αρρυθμίας. Οι ασθενείς διαχωρίστηκαν σε δύο ομάδες :α) αυτοί που ανατάχθηκαν > 12 ώρες από την εισαγωγή τους , β) αυτοί που ανατάχθηκαν <12 ώρες από την εισαγωγή τους.

Αποτελέσματα:

14/21 ασθενείς ανατάχθηκαν >12 ώρες από την εισαγωγή τους .Απο αυτούς οι 10/14 (71%) είχαν αυξημένο όγκο αριστερού κόλπου (>52 ml) ενώ 4/14 (29%) είχαν φυσιολογικό όγκο αριστερού κόλπου

.Αντίθετα 7/21 ανατάχθηκαν <12 ώρες από την εισαγωγή τους ,εκ των οποίων οι 2/7 (28%) παρουσίαζαν αύξηση του όγκου του αριστερού κόλπου και 5/7 (72%) είχαν φυσιολογικό όγκο αριστερού κόλπου.

Συμπεράσματα:

Ο όγκος του αριστερού κόλπου υπολογιζόμενος με την διεπίπεδη μέθοδο επιφανείας -μήκους σχετίζεται με τον χρόνο ανάταξης της οξείας κολπικής μαρμαρυγής : αυξημένος όγκος σχετίζεται με παράταση του χρόνου ανάταξης της ταχυαρρυθμίας ,ενώ φυσιολογικός όγκος αριστερού κόλπου σχετίζεται με ταχύτερη ανάταξη αυτής.

05. ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΑΠΟ ΥΠΕΡΚΟΙΛΙΑΚΕΣ ΑΡΡΥΘΜΙΕΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΕΚΤΟΜΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟΥ ΠΑΡΕΓΧΥΜΑΤΟΣ

Κ.Τσακίριδης, Σ.Αρίκας, Ε.Χατζηνικολάου, Γ.Μπομπότης, Ε.Ρέππας, Γ.Μόσχος, Θ.Μπελεβεσλής, Α.Μαυρογιάννη

Κλινική "Αγ. Λουκάς", Θεσσαλονίκη

Σκοπός:

Οι υπερκοιλιακές αρρυθμίες και ιδιαίτερα η κολπική μαρμαρυγή με αιμοδυναμική αστάθεια είναι από τις πιο συχνές καρδιολογικές επιπλοκές μετά από εκτομή πνευμονικού παρεγχύματος. Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνήσει την επίδραση της προφυλακτικής χορήγησης μαγνησίου στους μη καρδιοπαθείς ασθενείς που υποβάλλονται σε επεμβάσεις μείωσης του πνευμονικού παρεγχύματος.

Υλικό και Μέθοδοι:

Μελετήθηκε η προφυλακτική χορήγηση μαγνησίου σε όλους τους ασθενείς που χειρουργήθηκαν με επέμβαση μείωσης του πνευμονικού παρεγχύματος, καθώς και η χορήγηση άλλων αντιαρρυθμικών (b-blockers, αμιοδαρόνη, ιβουτιλίδη και διλτιαζέμη), μετά την εμφάνιση της αρρυθμίας. Από την μελέτη αποκλείστηκαν όλοι οι ασθενείς που είχαν καρδιακό νόσημα και ελάμβαναν αντιαρρυθμικούς παράγοντες.

Αποτελέσματα:

Σε τρεις ασθενείς από τους δεκαεπτά παρουσιάστηκε κολπική μαρμαρυγή παρά την προφυλακτική θεραπεία. Ο ένας από αυτούς εμφάνισε αιμοδυναμική αστάθεια και ανατάχθηκε με απινίδωση. Στους υπόλοιπους δύο χορηγήθηκε αμιοδαρόνη.

Συμπέρασμα:

Η προφυλακτική χρήση μαγνησίου παρουσιάζει ευνοϊκά αποτελέσματα στην προφύλαξη από τις υπερκοιλιακές αρρυθμίες καθώς μειώνει την εμφάνισή τους στους μη καρδιοπαθείς ασθενείς που υποβάλλονται σε επεμβάσεις μείωσης του πνευμονικού παρεγχύματος.

06. ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΜΙΟΔΑΡΩΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΜΜΕΝΟΥΣΑ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ ΟΙ ΟΠΟΙΟΙ ΘΑ ΥΠΟΒΛΗΘΟΥΝ ΣΕ ΗΛΕΚΤΡΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΤΑΞΗ

Ι. Γ. Στυλιάδης, Η.Θ. Ζάρβαλης, Α.Ε. Κάρπη, Α.Δ.Φ. Μαυρογιάννη, Ε.Α. Αργυροπούλου, Ι. Ι.Ζαρίφης, Μ.Α. Πριονίδης, Γ.Χ. Μπομπότης, Ι.Κ. Καπρίνης

Β Καρδιολογική κλινική ΓΝ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Σκοπός της εργασίας:

Είναι η μελέτη της χορήγησης αμιοδαρώνης σε ασθενείς με εμμένουσα κολπική μαρμαρυγή πριν την ηλεκτρική ανάταξη. Μελετήθηκαν 47 ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή οι οποίοι προγραμματίστηκαν για ηλεκτρική ανάταξη. Όλοι οι ασθενείς λάμβαναν αντιπηκτική αγωγή με δικουμαρόλη για τουλάχιστον 4 εβδομάδες και υποβλήθηκαν σε διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογραφικό έλεγχο 48 ώρες προ της ανατάξεως. Ο έλεγχος της συχνότητας γινόταν με δακτυλίτιδα σε 32 ασθενείς, β-αποκλειστές σε 22 ασθενείς, διλτιαζέμη σε 8 ασθενείς και βεραπαμίλη σε 2 ασθενείς. Οι 28 ασθενείς λάμβαναν 48 ώρες πριν από την προσπάθεια ανάταξης αμιοδαρώνη (IV έγχυση) και οι υπόλοιποι ασθενείς την φαρμακευτική τους αγωγή. Αποτελέσματα: Από τον υπερηχοκαρδιογραφικό έλεγχο οι δύο ομάδες δεν διέφεραν στατιστικά στις διαστάσεις του LA, LV, EF, όπως και στη ταχύτητα στο ωτίο του LA. Από τους 28 ασθενείς που έγινε προσπάθεια ανάταξης μετά από φόρτιση με αμιοδαρώνη ανατάχθηκαν σε φλεβοκομβικό ρυθμό ένας αυτομάτως και 24 (89%) ασθενείς μετά από ηλεκτρική καρδιοανάταξη. Από την ομάδα των ασθενών που δεν έλαβαν αμιοδαρώνη ανατάχθηκαν 15(78,2%).

Συμπερασματικά:

Η ενδοφλέβια φόρτιση με αμιοδαρώνη σε ασθενείς οι οποίοι θα υποβληθούν σε ηλεκτρική καρδιοανάταξη αυξάνει τα ποσοστά επιτυχίας της μεθόδου.

07. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΑΘΗΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΦΥΣΗΣ ΚΟΛΠΙΚΩΝ ΗΛΕΚΤΡΟΔΙΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΕΙΧΑΝ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙ ΣΕ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ ΑΟΡΤΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗΣ

Ι. Γ. Στυλιάδης, Η.Θ. Ζάρβαλης, Α.Δ.Φ. Μαυρογιάννη, Χ.Α. Ζαφειρίης, Β.Ν. Κουκουλίτσα, Λ. Κ.Μόσιαλος, Ι.Ι. Ζαρίφης, Ι.Κ. Καπρίνης

Β Καρδιολογική κλινική ΓΝ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Η χρησιμοποίηση ηλεκτροδίων ενεργητικής πρόσφυσης προτιμάται στους ασθενείς που προηγουμένως έχουν υποβληθεί σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη λόγω των ανατομικών μεταβολών που λαμβάνουν χώρα μετά την εγχείρηση στο ωτίο του δεξιού κόλπου. Σκοπός της μελέτης ήταν να συγκρίνουμε την δυνατότητα πρόσφυσης και την σταθερότητα των κολπικών ηλεκτροδίων ενεργητικής και παθητικής πρόσφυσης. Μελετήθηκαν 38 ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε εγχείρηση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης και στους οποίους εμφυτεύτηκε διπλοεστιακός βηματοδότης. Στους 19 ασθενείς χρησιμοποιήθηκε κολπικό ηλεκτρόδιο παθητικής πρόσφυσης και στους υπόλοιπους 19 ηλεκτρόδιο ενεργητικής πρόσφυσης.

Αποτελέσματα:

Σε όλους τους ασθενείς που χρησιμοποιήθηκε κολπικό ηλεκτρόδιο ενεργητικής πρόσφυσης

επιτεύχθηκε η καθήλωση του ηλεκτροδίου με ουδό βηματοδότησης και R wave μέσα στα αποδεκτά όρια. Σε έναν ασθενή κατά την μετέπειτα παρακολούθηση είχαμε μεγάλη αύξηση του ουδού βηματοδότησης. Από τους 19 ασθενείς που χρησιμοποιήθηκε κολλικό ηλεκτρόδιο παθητικής πρόσφυσης επιτυχής ήταν η καθήλωση του ηλεκτροδίου στους 18. Σε έναν ασθενή χρειάστηκε η επανατοποθέτηση ηλεκτροδίου ενεργητικής πρόσφυσης κατά τις πρώτες 48 ώρες.

Συμπερασματικά:

Η δυνατότητα χρησιμοποίησης παθητικής πρόσφυσης κολλικών ηλεκτροδίων φαίνεται να είναι παρόμοια με τα ενεργητικής πρόσφυσης σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε εγχείρηση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης.

08. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΚΡΙΒΕΙΑ ΤΟΥ ΜΟΝΙΜΟΥ ΕΜΦΥΤΕΥΣΙΜΟΥ ΚΑΤΑΓΡΑΦΕΑ ΒΡΟΓΧΟΥ ΣΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΓΚΟΠΗΣ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

Η. Θ. Ζάρβαλης, Ι. Γ. Στυλιάδης, Α. Ε. Κάργη, Δ. Α. Ευθυμίου, Ε.Α. Αργυροπούλου, Α. Δ. Φ. Μαυρογιάννη, Δ. Μ. Φαρμάκης Δ, Ι. Κ. Καπρίνης

Καρδιολογική Κλινική. Γ.Π.Ν Παπαγεωργίου. Θεσσαλονίκη

Η συγκοπή αποτελεί ένα από τα συχνότερα προβλήματα που καλείται να αντιμετωπίσει ο καρδιολόγος. Ακόμη και με τα πιο σύγχρονα διαγνωστικά μέσα ένα ποσοστό 20% των ασθενών με συγκοπή μένει τελικά χωρίς διάγνωση. Οι μόνιμοι εμφυτεύσιμοι καταγραφείς βρόγχου (internal loop recorders, ILR) προσφέρουν ένα πολύτιμο εργαλείο στην διάγνωση της συγκοπής αγνώστου αιτιολογίας.

Σκοπός της εργασίας μας:

Ήταν η διερεύνηση της διαγνωστικής ικανότητας των ILR στη συγκοπή αγνώστου αιτιολογίας.

Υλικό και μέθοδος:

Από το 2001-2007 εμφυτεύθηκαν 16 ILR σε 16 ασθενείς (μέσης ηλικίας 67 ± 17 χρόνια, 9 άνδρες) με: 1) συγκοπικά επεισόδια και παθολογικό ΗΚΓ ή/και καρδιακή νόσο (n=6), 2) συγκοπικά επεισόδια και σοβαρό τραυματισμό (n=5) και 3) πολλαπλά συγκοπικά επεισόδια που επηρέαζαν την ποιότητα ζωής των ασθενών (n=5). Σε όλους τους παραπάνω ασθενείς η αιτία των συγκοπικών επεισοδίων παρέμεινε άγνωστη μετά από πλήρη κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο που περιελάμβανε: πλήρες ιστορικό και κλινική εξέταση, ΗΚΓ, μέτρηση της αρτηριακής πίεσης σε ύπια και όρθια θέση, μάλαξη καρωτίδος, Holter ρυθμού 24ώρου, υπερηχογράφημα καρδιάς, δοκιμασία ανάκλισης και ηλεκτροφυσιολογική μελέτη σε 10 από τους 16 ασθενείς.

Αποτελέσματα:

Υποτροπή των συγκοπικών επεισοδίων παρουσίασαν 12 από του 16 ασθενείς 6 ± 3 μήνες μετά την εμφύτευση του ILR. Μόνο 1 από αυτούς απέτυχε να ενεργοποιήσει τον ILR. Στους υπόλοιπους 11 (69%) η καταγραφή υπήρξε διαγνωστική της αιτίας της συγκοπής. Σε 2 από τους ασθενείς καταγράφηκε πλήρης κολποκοιλιακός αποκλεισμός, σε 1 κολπική μαρμαρυγή με γρήγορη κοιλιακή ανταπόκριση και στους υπόλοιπους 8 φλεβοκομβικός ρυθμός ενδεικτικός παρασυμπαθητικοτονίας.

Συμπέρασμα:

Η διαγνωστική ακρίβεια των ILR είναι αρκετά υψηλή (69%) και αποτελούν πολύτιμο διαγνωστικό μέσο στην συγκοπή αγνώστου αιτιολογίας όταν όλα τα άλλα διαγνωστικά μέσα αποτυγχάνουν.

09. ΕΜΦΥΤΕΥΣΗ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗ - ΑΠΙΝΙΔΩΤΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΠΛΗ ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΗ ΑΓΩΓΗ

Κ. Πολυμερόπουλος, Σ. Παρασκευαΐδης, Β. Βασιλικός, Ι. Στυλιάδης, Σ. Μόχλας, Γ. Παρχαρίδης

Α΄ Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Σκοπός:

Η εκτίμηση της ασφάλειας εμφύτευσης βηματοδοτικής ή απινιδωτικής συσκευής σε στεφανιαίους ασθενείς που λαμβάνουν διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή με ασπιρίνη και κλοπιδογρέλη, λόγω αγγειοπλαστικής στεφανιαίων αγγείων με τοποθέτηση ενδοπρόσθεσης.

Μέθοδοι:

Η μελέτη περιέλαβε 18 ασθενείς (11 άνδρες, μέσης ηλικίας 58 ± 19 ετών) στους οποίους εμφυτεύτηκε μόνιμος διαφλέβιος βηματοδότης ($n=12$, 11 διπλοεστιακοί και 1 μονοεστιακός) ή απινιδωτής ($n=6$, όλοι διπλοεστιακοί). Όλοι οι ασθενείς είχαν υποβληθεί σε αγγειοπλαστική με ενδοπρόσθεση (μέσο διάστημα από την αγγειοπλαστική 8 ± 3 μήνες) και ελάμβαναν συνδυασμένη αγωγή με ασπιρίνη (75-160 mg ημερησίως) και κλοπιδογρέλη (75mg ημερησίως). Σε 13 ασθενείς τοποθετήθηκαν ενδοπροσθέσεις DES (drug eluting stent) και σε 5 ασθενείς απλές ενδοπροσθέσεις (BMS- bare metal stent). Η πρακτική μας περιελάμβανε τη συνέχιση χωρίς διακοπή των αντιαιμοπεταλιακών σε όλους τους ασθενείς με DES και σε 3 ασθενείς με BMS, ενώ σε 2 ασθενείς με BMS διακόπηκε η κλοπιδογρέλη 4 ημέρες πριν την εμφύτευση της συσκευής. Η τοποθέτηση των ηλεκτροδίων πραγματοποιήθηκε με κεφαλική προσπέλαση (για 2 βηματοδοτικά και 6 απινιδωτικά ηλεκτρόδια), με παρακέντηση της υποκλείδιας φλέβας (για 2 βηματοδοτικά και 4 απινιδωτικά ηλεκτρόδια) ή με συνδυασμό των δύο τεχνικών (για 1 βηματοδοτικό και 2 απινιδωτικά ηλεκτρόδια).

Αποτελέσματα:

Η τοποθέτηση των συσκευών ήταν επιτυχής σε όλους τους ασθενείς. Αιμάτωμα της θήκης της συσκευής δεν παρατηρήθηκε σε κανέναν ασθενή με κεφαλική προσπέλαση, ενώ εμφανίστηκε σε 1 ασθενή με παρακέντηση της υποκλείδιας και σε 1 ασθενή με το συνδυασμό των δύο τεχνικών, συνολικά 2 ασθενείς (11%), οι οποίοι ελάμβαναν διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή. Μετά από παρακολούθηση 9 ± 5 μηνών όλοι οι ασθενείς παρουσιάζουν ικανοποιητικές μετεγχειρητικές ουλές και ομαλή λειτουργία της συσκευής.

Συμπεράσματα:

Η εμφύτευση βηματοδοτικών-απινιδωτικών συστημάτων σε ασθενείς που λαμβάνουν διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή με ασπιρίνη και κλοπιδογρέλη είναι ασφαλής, με χαμηλό κίνδυνο δημιουργίας αιματώματος, εφόσον πραγματοποιείται σε εξειδικευμένο κέντρο.

10. ΤΡΙΣΔΙΑΣΤΑΤΗ ΗΛΕΚΤΡΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΧΩΡΙΣ ΕΠΑΦΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΛΥΣΗ ΜΕ ΥΨΙΣΥΧΝΟ ΡΕΥΜΑ ΣΥΜΠΛΟΚΩΝ ΑΡΡΥΘΜΙΩΝ

Β. Βασιλικός, Κ. Πολυμερόπουλος, Σ. Παρασκευαΐδης, Β. Παπαβασιλείου, Ε. Δαλαμάγκα, Ι. Στυλιάδης, Σ. Μόχλας, Γ. Παρχαρίδης

Α΄ Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Σκοπός:

Η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας και ασφάλειας του συστήματος τρισδιάστατης ηλεκτροανατομικής χαρτογράφησης χωρίς επαφή, με το σύστημα ENSITE 3000 (Endocardial Solutions, St Paul, MN, USA) στην κατάλυση σύμπλοκων αρρυθμιών.

Μέθοδοι- Υλικό:

Η μελέτη περιέλαβε 36 ασθενείς (25 άνδρες), μέσης ηλικίας 49 ± 17 ετών, που προσήλθαν στο Εργαστήριο Ηλεκτροφυσιολογίας της Α΄ Καρδιολογικής Κλινικής του ΑΠΘ για κατάλυση σύμπλοκων κολπικών (n=23) και κοιλιακών ταχυαρρυθμιών (n=13). Η κλινική αρρυθμία ήταν: κολπική ταχυκαρδία (n=6), κολπικός πτερυγισμός (n=17), ιδιοπαθής κοιλιακή ταχυκαρδία εξορμώμενη από το χώρο εξόδου της δεξιάς κοιλίας (n=8) και μετεμφραγματική κοιλιακή ταχυκαρδία (n=5). Δομική καρδιακή νόσο εμφάνισαν 7 ασθενείς.

Αποτελέσματα:

Η συνολική άμεση επιτυχία της μεθόδου (επίτευξη φλεβοκομβικού ρυθμού ή/ και μη προκλησιμότητα της κλινικής ταχυκαρδίας) ήταν 100% τόσο για τις κολπικές όσο και για τις κοιλιακές αρρυθμίες. Ο συνολικός χρόνος διάρκειας της επέμβασης ήταν 175 ± 11 λεπτά, ο χρόνος ακτινοσκόπησης $23,1 \pm 11,9$ λεπτά και ο μέσος αριθμός εφαρμογών $20,3 \pm 11,1$. Μετά από 28 ± 9 μήνες παρακολούθησης η πλειοψηφία των ασθενών (95%) παραμένει ελεύθερη συμπτωμάτων και εκδήλωσης της κλινικής ταχυκαρδίας. Υποτροπή σημειώθηκε σε έναν ασθενή με ιστορικό κολπικού πτερυγισμού και σε ένα ασθενή με ιστορικό ιδιοπαθούς κοιλιακής ταχυκαρδίας εξορμώμενη από το χώρο εξόδου της δεξιάς κοιλίας, στους οποίους η κατάλυση επαναλήφθηκε με επιτυχία. Η μοναδική επιπλοκή που παρατηρήθηκε περιελάμβανε αιμάτωμα στην περιοχή της μηριαίας παρακέντησης σε έναν ασθενή.

Συμπεράσματα:

Η κατάλυση με το σύστημα τρισδιάστατης ηλεκτροανατομικής χαρτογράφησης χωρίς επαφή είναι ασφαλής και αποτελεσματική μέθοδος για τη θεραπεία σύμπλοκων καρδιακών αρρυθμιών.

11. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΛΥΣΗΣ ΜΕ ΥΨΙΣΥΧΝΟ ΡΕΥΜΑ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Κ. Πολυμερόπουλος, Β. Βασιλικός, Σ. Παρασκευαΐδης, Β. Παπαβασιλείου, Ε. Δαλαμάγκα, Ι. Στυλιάδης, Σ. Μόχλας, Γ. Παρχαρίδης

Α΄ Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Σκοπός:

Η κατάλυση με υψίσυχνο ρεύμα έχει γίνει ευρύτατα αποδεκτή μέθοδος για τη θεραπεία κολπικών και κοιλιακών αρρυθμιών, καθώς αποδείχθηκε ιδιαίτερα αποτελεσματική και ασφαλής, με πολύ χαμηλό ποσοστό επιπλοκών και υποτροπών. Σκοπός της εργασίας ήταν η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας και ασφάλειας της κατάλυσης με υψίσυχνο ρεύμα στους ηλικιωμένους ασθενείς άνω των 65 ετών.

Μέθοδοι:

Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 594 ασθενείς (246 άνδρες, ηλικίας 49 ± 28 ετών) που προσήλθαν στο

Εργαστήριο Ηλεκτροφυσιολογίας της Α΄ Καρδιολογικής Κλινικής του ΑΠΘ για κατάλυση αρρυθμιών. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες σύμφωνα με την ηλικία τους. Η ομάδα Α συμπεριέλαβε 70 ασθενείς (31 άνδρες) με ηλικία >65 ετών, ενώ η ομάδα Β συμπεριέλαβε 524 ασθενείς (215 άνδρες) με ηλικία 16-65 ετών. Μελετήθηκαν το άμεσο αποτέλεσμα της κατάλυσης, με βάση προκαθορισμένα κριτήρια, η συχνότητα των επιπλοκών και η πιθανή υποτροπή της κλινικής ταχυκαρδίας. Αναφορικά στην κλινική ταχυκαρδία στατιστικά σημαντικές διαφορές σημειώθηκαν στην συχνότητα εμφάνισης κολποκοιλιακής ταχυκαρδίας επανεισόδου οφειλόμενη σε παραπληρωματικό δεμάτιο (1% στην ομάδα Α, 19% στην ομάδα Β, $p<0,001$) και στο ποσοστό ασθενών που υποβλήθηκαν σε κατάλυση του δεματίου του His για τον έλεγχο της κοιλιακής ανταπόκρισης της κολπικής μαρμαρυγής (25% στην ομάδα Α, 1% στην ομάδα Β, $p<0,001$). Στις άλλες περιπτώσεις κατάλυσης δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές: στην συχνότητα εμφάνισης κολποκοιλιακής ταχυκαρδίας με επανείσοδο στον κολποκοιλιακό κόμβο 46% στην ομάδα Α και 47% στην ομάδα Β, στην κολπική ταχυκαρδία 2% και 3% αντίστοιχα, στον κολπικό πτερυγισμό 19% και 20% αντίστοιχα και στην κοιλιακή ταχυκαρδία 7% και 10% αντίστοιχα.

Αποτελέσματα:

Τα ποσοστά επιτυχίας ήταν 97,1% στην ομάδα Α και 97,6% στην ομάδα Β ($p = NS$). Ο συνολικός χρόνος κατάλυσης ήταν $114,6 \pm 68,3$ min για την ομάδα Α και $112,9 \pm 70,8$ min για την ομάδα Β ($p = NS$). Ο χρόνος ακτινοσκόπησης ήταν $20,2 \pm 15,8$ min για την ομάδα Α και $19,1 \pm 16,4$ min για την ομάδα Β ($p = NS$). Το χρονικό διάστημα υποτροπής της κλινικής ταχυκαρδίας ήταν $8,1 \pm 5$ μήνες για την ομάδα Α, με συχνότητα υποτροπής 2,9% ενώ στην ομάδα Β το αντίστοιχο διάστημα ήταν $8,3 \pm 6$ μήνες ($p = NS$) και η συχνότητα υποτροπής 2,7% ($p = NS$). Τα συνολικά ποσοστά επιπλοκών ανά ομάδα ήταν 3,7% και 2,6% αντίστοιχα ($p = NS$). Στην ομάδα Α καταγράφηκαν μία περίπτωση αιμοπερικάρδιου και 2 περιπτώσεις τοπικών αιματωμάτων στην περιοχή της μηριαίας παρακέντησης, ενώ στην ομάδα Β τρεις περιπτώσεις αιμοπερικάρδιου, μία περίπτωση πλήρους κολποκοιλιακού αποκλεισμού, μία περίπτωση κολποκοιλιακού αποκλεισμού 2:1, μία περίπτωση διαχωρισμού της μηριαίας αρτηρίας και 8 περιπτώσεις τοπικών αιματωμάτων στην περιοχή της μηριαίας παρακέντησης.

Συμπεράσματα:

Η κατάλυση με υψίσυχο ρεύμα είναι ασφαλής και αποτελεσματική μέθοδος θεραπείας αρρυθμιών σε ηλικιωμένους ασθενείς άνω των 65 ετών, με αποτελέσματα και επιπλοκές συγκρίσιμα με εκείνα νεότερων ασθενών.

12. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΑΡΟΞΥΣΜΙΚΗ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ (P.A.F.) ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΤΡΙΕΤΙΑ 2004 ΕΩΣ 2006 ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΕΡΚΥΡΑΣ

Στασινός Β., Ζώνιος Γ., Κασίμης Γ., Μεζάν Ζ., Δουλής Α., Καλατζής Ν., Καρδάμης Χ., Βαλσάμης Κ., Δραγανιγός Α.

Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Κέρκυρας

Σκοπός:

Μελετήσαμε τα επεισόδια παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής (P.A.F.) που εισίχθησαν στην Καρδιολογική κλινική του νοσοκομείου μας κατά την τριετία 2004 έως 2006.

Επί συνόλου 455 ασθενών που εισήχθησαν και ηλεκτροκαρδιογραφικά παρουσίαζαν κοιλιακή μαρμαρυγή (A.F.) οι 280 (61,62%) αυτών εμφάνιζαν P.A.F. Από αυτούς κάποιοι ανατάχθηκαν φαρμακευτικά σε ποσοστό 46,06%, κάποιοι με DC shock σε ποσοστό 6,08% ενώ αυτοί που ανατάχθηκαν αυτόματα αντιστοιχούν σε 35,71%.

Τέλος όσοι δεν ανατάχθηκαν εξ αρχής (12,15%) είτε έλαβαν αγωγή χρόνιας κοιλιακής μαρμαρυγής, είτε παραπέμφθηκαν για Η.Φ.Μ. και πιθανή κατάλυση (ablation). Κάποιοι επίσης έλαβαν αντιπηκτική αγωγή με σκοπό να επανέλθουν για φαρμακευτική ή ηλεκτρική ανάταξη.

Υλικά - Μέθοδος:

Οι ασθενείς μελετήθηκαν ΗΚΓφικα και με βάση το ιστορικό τους και τα Υ/Ηφικα του ευρήματα έλαβαν θεραπεία.

Συμπεράσματα:

Οι 246 ασθενείς, ποσοστό 87,85% με P.A.F. ανατάχθηκαν σε φλεβόκομβο ενώ 34, ποσοστό 12,15%, παρέμειναν σε A.F. είτε για ανάταξη σε δεύτερο χρόνο, είτε λόγω οριστικής αστοχίας ανάταξης.

13. Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ ΣΤΗΝ ΚΟΙΛΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ

Δημόπουλος Δ, Εφραιμίδης Π, Ζόμπολου Χ, Κουδούνης Γ, Κλουφέτος Π, Κοσμοπούλου Σ, Ασημάκης Γ, Ζόμπολος Σ.

Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. Καλαμάτας

Εισαγωγή:

Η κοιλιακή μαρμαρυγή είναι η συχνότερη αρρυθμία στην κλινική πράξη ενώ η επίπτωσή της βαίνει αυξανόμενη. Αν και η πορεία της είναι συνήθως καλοήθης, ωστόσο, συνδέεται με σεβαστό ποσοστό θρομβοεμβολικών επεισοδίων. Η χαμηλή ροή του αίματος στους κόλπους και η συνυπάρχουσα φλεγμονώδης διαδικασία είναι παράγοντες που ευνοούν την ενεργοποίηση του μηχανισμού πήξης. Η συμμετοχή των αιμοπεταλίων στη διαδικασία σχηματισμού του θρόμβου είναι επίσης δεδομένη.

Σκοπός:

Σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση της συμπεριφοράς των αιμοπεταλίων σε ασθενείς με παροξυσμική (ΠΚΜ) και χρόνια κοιλιακή μαρμαρυγή (ΧΚΜ).

Υλικό - Μέθοδος:

Μελετήθηκαν 130 ασθενείς με ΠΚΜ, 170 ασθενείς με ΧΚΜ και λήψη επαρκούς αντιπηκτικής αγωγής ενώ αποκλείστηκαν ασθενείς με ενεργό φλεγμονώδη νόσο και νοσήματα που επηρεάζουν τη λειτουργικότητα των αιμοπεταλίων. Η σύγκριση έγινε με δείγμα 150 υγείων ατόμων συγκρίσιμο σε ηλικία και φύλο με το μελετηθέν δείγμα. Σε όλους καταγράφηκαν ο αριθμός αιμοπεταλίων περιφερικού αίματος (PLT), ο μέσος όγκων αιμοπεταλίων (MPV) και το ποσοστό μεγαλοκυτταρικών αιμοπεταλίων (PLCR) όπωσ αυτά δίνονται από αυτόματους αναλυτές περιφερικού αίματος. Αυξημένες τιμές των ανωτέρω δείχνουν ενεργοποίηση των αιμοπεταλίων.

Αποτελέσματα:

Ασθενείς με ΠΚΜ δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά στους μετρούμενους δείκτες ενεργοποίησης αιμοπεταλίων, σε σύγκριση με το δείγμα υγιών ατόμων ($P=NS$).

Ασθενείς με χρόνια κολπική μαρμαρυγή παρουσιάζουν τάση για αύξηση του MPV ($MPV: M \pm SD = 11.40 \pm 0.95$ fl έναντι 10.9 ± 0.73 fl) ($p=0.161$), ενώ παρουσιάζουν σαφή αύξηση του ποσοστού των μεγαλοκυτταρικών αιμοπεταλίων ($PLCR: M \pm SD = 36.85 \pm 6.57\%$ έναντι $32.48 \pm 6.57\%$) ($p=0.05$).

Συμπεράσματα:

Με βάση τους χρησιμοποιούμενους δείκτες ενεργοποίησης αιμοπεταλίων διαπιστώνεται τάση αύξησης της απόλυτης τιμής τους επί χρόνιας κολπικής και ως εκ τούτου ο μηχανισμός πήξης είναι ενεργοποιημένος. Θεωρείται λοιπόν επιβεβλημένη η λήψη αντιπηκτικής αγωγής όπως αυτή καθορίζεται από τις κατευθυντήριες οδηγίες για τον έλεγχο του ενεργοποιημένου μηχανισμού πήξης και την πρόληψη των θρομβοεμβολικών επεισοδίων.

14. ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΕΚΤΑΚΤΟΣΥΣΤΟΛΙΚΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΑΤΑΞΗ ΠΑΡΟΥΣΜΙΚΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ

Κοκκάλη Ε, Λαζαρίδου Φ, Καροτσάκη Θ, Γκουζούμας Ν, Καραντώνας Χ, Γινόπουλος Δ, Κωστικίδης Μ, Τριανταφυλλίδης Ι, Παπαδοπούλου Ε, Νικολαΐδης Π, Ψυρρόπουλος Δ.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο "Γ. Γεννηματάς" Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή:

Σε ασθενείς χωρίς σημεία καρδιακής ανεπάρκειας (ΚΑ) έχει επισημανθεί ότι η αυξημένη εκτακτοσυστολική κολπική δραστηριότητα το πρώτο 24ώρο μετά από επιτυχημένη φαρμακευτική καρδιοανάταξη (ΦΚΑ) αποτελεί ισχυρό δείκτη σύντομης επανεμφάνισης ΠΚΜ. Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνηθεί η επίδραση της κολπικής εκτακτοσυστολικής δραστηριότητας στην επανεμφάνιση κολπικής μαρμαρυγής κατά τη διάρκεια ενός και έξι μηνών μετά από επιτυχή ΦΚΑ σε ασθενείς με γνωστή μειωμένη καρδιακή απόδοση.

Μέθοδοι:

Μελετήθηκαν 16 συνεχόμενοι ασθενείς ($A=11$, $\Gamma=5$, ηλικίας 42 έως 71 ετών) με πρώτο επεισόδιο ΠΚΜ που ανατάχθηκε με ΦΚΑ (συνδυασμός αμιοδαρόνης και προπαφενόνης) (κλάσμα εξώθησης- $KE < 50\%$, εύρος $40\%-49\%$). Οι ασθενείς με αυξημένες ηωκαρδιογραφικές διαστάσεις του αριστερού κόλπου εξαιρέθηκαν της μελέτης. Όλοι οι ασθενείς ετέθησαν αρχικά σε αγωγή συντήρησης ρυθμού με προπαφενόνη. Το πρώτο 24ώρο, τον πρώτο μήνα και στους έξι μήνες μετά την ΦΚΑ πραγματοποιήθηκε 24ώρη καταγραφή Holter για τον προσδιορισμό κολπικών εκτακτοσυστολών (καταγραφή αυτών ανά ώρα, $\ln APC/h$). Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το SPSS.10 ($p < 0.05$).

Αποτελέσματα:

Το 50% (8) των ασθενών παρέμεινε χωρίς νέο ΠΚΜ (Ομάδα Α). Από τους υπόλοιπους, οι 4 ασθενείς παρουσίασαν νέο επεισόδιο ΠΚΜ εντός του πρώτου μήνα παρακολούθησης (Ομάδα Β) και οι άλλοι 4 εντός του πρώτου εξαμήνου παρακολούθησης (Ομάδα Γ). Στην ομάδα Β είχαν μεγαλύτερο $\ln APC/h$ για το Holter του πρώτου 24ώρου (6.0 ± 1.5 έναντι 1.6 ± 1.2 , $p < 0.001$ της Ομάδας Α και 4.4 ± 1.1 $p < 0.001$ της

Ομάδας Γ) ενώ δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές στις υπόλοιπες Holter καταγραφές. Δεν παρουσιάστηκε συσχέτιση με το ΚΕ και τις διαστάσεις της αριστερής κοιλίας ανάμεσα στις ομάδες.

Συμπέρασμα:

Η αυξημένη εκτακτοσυστολική κολπική δραστηριότητα το πρώτο 24ώρο μετά από επιτυχημένη ΦΚΑ σε ασθενείς με μειωμένη καρδιακή απόδοση αποτελεί ιδιαίτερα ισχυρό δείκτη ενίσχυσης ή τροποποίησης της φαρμακευτικής αγωγής με στόχο τη διατήρηση του φλεβοκομβικού ρυθμού.

15. ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΠΟΥ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΑΤΑΞΗ ΤΗΣ ΠΑΡΟΞΥΣΜΙΚΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ

Γκουζούμας Ν, Κοκκάλη Ε, Τριανταφυλλίδης Ι, Λαζαρίδου Φ, Καραντώνα Χ, Γινόπουλος Δ, Κωστικήδης Μ, Παπαδοπούλου Ε, Νικολαΐδης Π, Ψυρρόπουλος Δ.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο "Γ. Γεννηματάς" Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή:

Υποστηρίζεται ότι η εκτακτοσυστολική κολπική δραστηριότητα που εμφανίζεται σε περιπτώσεις ηλεκτρικής και φαρμακευτικής ανάταξης (ΦΑ) παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής (ΠΚΜ) έχει προγνωστική αξία στην υποτροπή της αρρυθμίας στον πρώτο μήνα. Έχει αναφερθεί επίσης ότι η χρονική διάρκεια της ΠΚΜ συνδέεται με πρόωρη υποτροπή της αρρυθμίας. Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνηθεί η προγνωστική ισχύς του χρόνου που μεσολαβεί από την έναρξη χορήγησης της αγωγής μέχρι την επιτυχή φαρμακευτική καρδιοανάταξη (ΦΚΑ) στην επανεμφάνιση κολπικής μαρμαρυγής κατά τη διάρκεια ενός και έξι μηνών.

Μέθοδοι:

Μελετήθηκαν 39 ασθενείς (Α=24, Γ=15 μέση ηλικία 65,4+7,1 έτη) με πρώτο επεισόδιο ΠΚΜ που ανατάχθηκε με ΦΚΑ (συνδυασμός αμιοδαρόνης και προπαφενόνης). Οι ασθενείς με αυξημένες ηΚΚΑ διαστάσεις του αριστερού κόλπου και της αριστερής κοιλίας εξαιρέθηκαν της μελέτης. Όλοι οι ασθενείς ετέθησαν αρχικά σε αγωγή συντήρησης ρυθμού με προπαφενόνη. Το πρώτο 24ώρο, τον πρώτο μήνα και στους έξι μήνες μετά την ΦΚΑ πραγματοποιήθηκε 24ώρη καταγραφή Holter για τον προσδιορισμό κολπικών εκτακτοσυστολών (καταγραφή αυτών ανά ώρα, InAPC/h). Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το SPSS.10 ($p < 0,05$).

Αποτελέσματα:

Το 64% (25 ασθ) των ασθενών παρέμεινε χωρίς νέο ΠΚΜ (Ομάδα Α). Από τους υπόλοιπους, οι μεν 5 (13%) παρουσίασαν νέο επεισόδιο ΠΚΜ εντός του πρώτου μήνα παρακολούθησης (Ομάδα Β) οι δε 9 (23%) εντός του πρώτου εξαμήνου παρακολούθησης (Ομάδα Γ). Στην Ομάδα Β ο μέσος χρόνος ΦΚΑ ήταν 39+9,4 ώρες ($p < 0,001$ έναντι Ομάδας Α), στην Ομάδα Γ 28+7,3 ώρες ($p < 0,001$ έναντι Ομάδας Α) ενώ στην Ομάδα Α ήταν 21+4,8 ώρες.

Συμπέρασμα:

Η καθυστερημένη επιτυχής ΦΚΑ της ΠΚΑ αποτελεί ισχυρό δείκτη ενίσχυσης ή τροποποίησης της φαρμακευτικής αγωγής συντήρησης με στόχο τη διατήρηση του φλεβοκομβικού ρυθμού.

16. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΥΠΕΡΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΗ ΛΗΜΝΟ ΣΤΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ 2005-2006

Ε. Μπαλαρέτσου, Α. Γαϊτανάκη, *Σ. Χαραλαμπίδου, *Α. Πομπιέρη, Γ. Υφαντής, Β. Ράπη, Χ. Παππάς

***Γ.Ν.-Κ.Υ Λήμνου - Κ.Υ Τήνου**

Εισαγωγή:

Η υπερλιπιδαιμία και η ιδιοπαθής αρτηριακή υπέρταση είναι ανεξάρτητοι με παράγοντες της ισχαιμικής καρδιοπάθειας και με συνύπαρξη των δύο αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο των καρδιαγγειακών επιπλοκών.

Σκοπός:

Ο σκοπός αυτής της μελέτης είναι να προσδιοριστεί η συχνότητα της υπερλιπιδαιμίας σε ασθενείς με ιδιοπαθής υπέρταση στο νησί της Λήμνου.

Υλικό και Μέθοδοι:

380 ασθενείς με ιδιοπαθής υπέρταση επισκέφθηκαν το αντιυπερτασικό εξωτερικό ιατρείο σε διάστημα ενός έτους.

Η ηλικία των ασθενών ήταν μεταξύ 18-90 ετών (54% ήταν γυναίκες και 46% άνδρες).

Η υπερλιπιδαιμία ορίστηκε βάση των προσφάτων Αμερικανικών κατευθυντηρίων οδηγίων (vscer-atpiii)

Η συστολική αρτηριακή πίεση ήταν 155+20mmHg και η διαστολική αρτηριακή πίεση ήταν 90+11mmHg.

Αποτελέσματα:

Από όλους τους 380 ασθενείς με ιδιοπαθής υπέρταση, 45% είχαν και δυσλιπιδαιμία. Η ολική χοληστερόλη ήταν 235+20mg/dl, η hdl-χοληστερόλη ήταν 51+5mg/dl, η ldl-χοληστερόλη ήταν 165+15mg/dl και τα τριγλυκερίδια ήταν 130+15mg/dl.

30% των ασθενών ήταν σε υπερλιπιδαιμική φαρμακευτική αγωγή.

Συμπεράσματα

Η συχνότητα της υπερλιπιδαιμίας αυξάνεται σημαντικά σε ασθενείς με ιδιοπαθής υπέρταση.

Η συνύπαρξη της υπέρτασης με υπερλιπιδαιμία αυξάνει τον καρδιο-αγγειακό κίνδυνο και αυτοί οι ασθενείς χρειάζονται πιο επιθετική αντι-λιπιδαιμική και αντι-υπερτασική θεραπεία.

17. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΕΩΝ ΤΩΝ Β-ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΩΝ ΜΕ ΆΛΛΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΣΕ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Μαρία Κ. Κεχαγιόγλου

Πανεπιστήμιο Νεάπολης, Κέντρο Ερευνών, Ιταλία

Σκοπός:

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να δειχθούν οι αλληλεπιδράσεις που προκύπτουν από τη λήψη β-αποκλειστών, για τη θεραπεία των καρδιαγγειακών νοσημάτων, με άλλα φάρμακα.

Υλικό & Μέθοδοι:

Μελετήθηκαν συγκριτικά οι β-αποκλειστές ως προς τις αλληλεπιδράσεις τους με αντιπηκτικά, αντιστηθαγικά, υπογλυκαιμικά, ηρεμιστικά, καρδιοτονωτικές γλυκωσίδες, αντιαρρυθμικά, αλλά και συμπαθητικομυμπτικές αμίνες.

Αποτελέσματα:

Η χρήση αντιπηκτικών, όπως της φαινουϊνης, με β-αποκλειστές, φαίνεται να προκαλεί αύξηση της αντιπηκτικής ενέργειας. Συγχορήγηση αντιστηθαγικού-αντιϋπερτασικού, όπως η νιφεδιπίνη, με β-αποκλειστές, δύνανται να δημιουργήσει καρδιακή ανεπάρκεια αλλά και σοβαρής μορφής υπόταση. Τα υπογλυκαιμικά φάρμακα σε συνδυασμό με β-αποκλειστές, μπορούν να οδηγήσουν σε αύξηση της συχνότητας εμφάνισης υπογλυκαιμικού κώματος σε διαβητικούς με εμφάνιση μη επιθυμητής αύξησης της αρτηριακής πίεσης. Χρήση καρδιοτονωτικών γλυκωσίδων και β-αποκλειστών δύνανται να οδηγήσει ακόμη και σε θάνατο λόγω βραδυκαρδίας. Με άλλα αντιαρρυθμικά (τάξης IV), όπως βεραπαμίλη υδροχλωρική, μπορεί να παρατηρηθεί σοβαρή καταστολή μυοκαρδίου σε αρρώστους με ελαττωμένη λειτουργία αριστερής κοιλίας, λόγω αθροιστικής αρνητικής ινοτρόπου ενέργειας των δύο φαρμάκων. Τέλος, συμπαθητικομυμπτικές αμίνες, όπως η αδρεναλίνη, με β-αποκλειστές, τείνει να δημιουργήσει αύξηση αρτηριακής πίεσης και βραδυκαρδία.

Συμπεράσματα:

Συγχορήγηση β-αποκλειστών σε καρδιαγγειακά νοσήματα με άλλα φάρμακα καθίσταται ασφαλής μόνο με την ορθολογική χρήση και γνώση των αλληλεπιδράσεων.

18. ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΔΙΑΚΟΥ ΕΠΙΠΩΜΑΤΙΣΜΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΑΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ BNP ΚΑΙ ΤΟΥ ΙΣΤΙΚΟΥ DOPPLER

E.T. Σινιοράκης, Κ. Σφακιανάκης, Α. Σαμαράς, Π. Βούτας, Ν. Φλέσσας, Α. Δασκαλόπουλος, Δ. Μύτας, Δ. Μπύλλιας, Π. Μαργέτης, Κ. Καρύδης

Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακα Αθηνών " Η ΣΩΤΗΡΙΑ"

Σκοπός εργασίας:

Σε ασθενείς με μεγάλες περικαρδιακές συλλογές, υπάρχει συχνά δυσαρμονία μεταξύ των κλασικών ηχοκαρδιογραφικών δεικτών και των κλινικών εκφράσεων ενός επαπειλούμενου επιπωματισμού. Κάναμε την υπόθεση ότι το κολπικό νατριουρητικό πεπτίδιο (BNP) και το ιστικό Doppler (TDI) μπορούν να ενισχύσουν την ικανότητα του κλασικού υπερηχογραφήματος (ECHO) να προβλέψει τον επιπωματισμό σε αυτή την κατηγορία ασθενών

Υλικό και μέθοδοι:

41 ασθενείς (Άνδρες: 29 , Γυναίκες: 12, ηλικία= 60±12 έτη) με πρόσφατα διαγνωσμένο καρκίνο του πνεύμονα και μεγάλη περικαρδιακή συλλογή στην αξονική τομογραφία θώρακα εντάχθηκαν στη μελέτη. Οι ασθενείς παραπέμφθηκαν σε εμάς για αξιολόγηση πιθανής αιμοδυναμικής επιβάρυνσης. Δεν υπήρχαν κλινικά σημεία επιπωματισμού και δεν είχε χορηγηθεί χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία. Ασθενείς με γνωστή καρδιακή ανεπάρκεια εξαιρέθηκαν. Στην εισαγωγή οι ασθενείς ελέγχθηκαν για ηλεκτρική εναλλαγή και το BNP μετρήθηκε στο αίμα. Από το ECHO καρδίας (κλασικό και TDI) υπολογίστηκαν η διαστολική συμπίεση των δεξιών κοιλοτήτων, οι διαστολικές διαβαλβιδικές αναπνευστικές μεταβολές και το πηλίκο E/e (E= πρώιμη διαστολική μιτροειδική ταχύτητα και e= πρώιμη ταχύτητα του μιτροειδικού

δακτυλίου). Η ευαισθησία, ειδικότητα και θετική προγνωστική αξία των παραπάνω παραμέτρων στην πρόγνωση του επιπωματισμού υπολογίστηκαν για περίοδο 1 μήνα.

Αποτελέσματα:

Καταγράφηκαν 17 επιπωματισμοί, που χρειάστηκαν χειρουργική παροχέτευση των νεοπλασματικών συλλογών. Η ευαισθησία, η ειδικότητα και η θετική προγνωστική αξία των μετρούμενων παραμέτρων στην πρόγνωση των αποτελεσμάτων εμφανίζονται στον πίνακα. Η διαστολική συμπίεση των δεξιών κοιλοτήτων εμφάνιζε την καλύτερη ευαισθησία. Τιμές $E/e > 10$ και $BNP > 50 \text{ pg/ml}$ είχαν την υψηλότερη ειδικότητα και προγνωστική αξία, σε αντίθεση με τις αμελητέες τιμές του κλασικού ECHO.

Συμπέρασμα:

Σε έδραφες μεγάλης περικαρδιακής συλλογής, το BNP και το πηλίκιο E/e συνυπολογιζόμενα με άλλους κλασικούς δείκτες, αυξάνουν την ειδικότητα και την προγνωστική αξία των τελευταίων, στην πρόγνωση ενός επαπειλούμενου επιπωματισμού

Διάγραμμα αποτελεσμάτων

παράμετρος	Ευαισθησία(%)	Ειδικότητα(%)	Προγνωστική αξία(%)
Ηλεκτρική εναλλαγή	78	85	82
$BNP > 50 \text{ pg/ml}$	82	89	90
Διαστολική συμπίεση	91	64	71
Αναπνευστικές μεταβολές	76	41	56
$E/e > 10$	70	94	87

19. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΣΧΕΣΗΣ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗΣ ΣΑΠ - ΔΑΠ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΔΙΕΡΕΥΝΗΘΗΚΑΝ ΜΕ ΣΥΣΚΕΥΗ 24ΩΡΗΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΑΠ ΤΥΠΟΥ HOLTTER

Βλαχοπούλου Μαρία, Λακάσας Γ., Χατζής Γ., Μαυροματίδης Β., Καραφώλας Ι., Πλάσκας Δ.

Β΄ Παθολογικό Τμήμα - Γ.Ν. Θεσσαλονίκης " Ο Άγιος Δημήτριος"

Σκοπός:

Να αναδειχθεί η ύπαρξη στατιστικής σημαντικών σχέσεων μεταξύ της διακύμανσης της συστολικής ΑΠ και των παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου σε άτομα τα οποία διερευνήθηκαν σε παθολογικό τμήμα, με την συσκευή HOLTTER.

Μέθοδος - Υλικό:

Μελετήθηκαν με την συσκευή 34 άτομα στη διάρκεια δύο ετών. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 50,91 έτη και με την πλειοψηφία να είναι κάτω των 30 ετών (73,5%). Κυριότερο αίτιο για το οποίο διερευνήθηκαν είναι η υποψία πρωτοεμφανιζόμενης υπέρτασης (73%). Από το ατομικό αναμνηστικό τους κυριαρχούν ο ΣΔ και η δυσλιπιδαιμία.

Αποτελέσματα:

Στο 73% των ασθενών υπερέτσεων ανευρίσκεται τιμή ΣΑΠ τις πρωινές ώρες $> 145 \text{ mmHg}$, ιδίως δε κατά τις ώρες 06:00 - 08:00 ($> 90\%$). Σε άτομα με ασταθή υπέρταση σε μεγάλο ποσοστό η ΔΑΠ είναι άνω των 95

mmHg. Σε άτομα με BMI > 27 kg/m² η ΔΑΠ είναι άνω των 90 mmHg. Τα άτομα με ατομικό αναμνηστικό ΣΔ εμφανίζεται να έχουν υψηλό BMI > 26 kg/m² και υψηλή ΔΑΠ. Σε άτομα που εμφανίζουν παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου, (BMI, ΣΔ, δυσλιπιδαιμία), η μονοθεραπεία δεν επαρκεί σε ποσοστό > 70%. Η ύπαρξη δυσλιπιδαιμίας στο ατομικό αναμνηστικό έχει απόλυτη σχέση με αύξηση της ΣΑΠ και της ΔΑΠ.

Συμπεράσματα:

Υπάρχει ισχυρή στατιστική σχέση μεταξύ των υψηλών τιμών ΣΑΠ τις πρωινές ώρες και της έκβασης της υπέρτασης, ιδίως κατά τις ώρες 06:00 - 08:00.

- Σημαντική στατιστική σχέση υπάρχει μεταξύ ασταθούς υπέρτασης και υψηλής ΔΑΠ.
- Σε άτομα με παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου υπάρχει απόλυτη σχέση με εμφάνιση υψηλής τιμής ΔΑΠ.
- Σε άτομα με καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου η μονοθεραπεία δεν αρκεί.

20. ΣΧΕΣΗ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΜΕ Δ.Μ.Σ. (BMI) ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΔΙΕΡΕΥΝΗΘΗΚΑΝ ΜΕ ΣΥΣΚΕΥΗ 24ΩΡΗΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΑΠ (HOLTER)

Χατζής Γ., Λακάσας Γ., Μαυροματιδής Β., Βλαχοπούλου Μαρία, Καραφώλας Ι., Τσαβδάρης Κ.

Β΄ Παθολογικό Τμήμα - Γ.Ν. Θεσσαλονίκης " Ο Άγιος Δημήτριος"

Σκοπός:

Να αναδειχθεί η σχέση του BMI με την εμφάνιση ΑΥ σε άτομα τα οποία διερευνήθηκαν για το σκοπό αυτό κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους σε παθολογικό τμήμα, με την συσκευή HOLTER.

Μέθοδος - Υλικό:

Μελετήθηκαν με την συσκευή Holter 34 άτομα στη διάρκεια των ετών 2005- 2007 (23 άνδρες - 11 γυναίκες), με καθορισμένο πρωτόκολλο ορίων ΑΠ και διαστήματα μέτρησης διάρκειας 30 min. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 50,91 έτη και με την πλειοψηφία να είναι κάτω των 30 ετών (73,5%).Κυριότερο αίτιο για το οποίο διερευνήθηκαν είναι η υποψία πρωτοεμφανιζόμενης υπέρτασης (73%). Από το ατομικό αναμνηστικό τους κυριαρχούν ο σακχαρώδης διαβήτης και η δυσλιπιδαιμία.

Αποτελέσματα:

Κυριότερο εύρημα είναι η ύπαρξη ασταθούς υπέρταση (29,4%), ενώ ακολουθούν η οριακή υπέρταση και η δραματική αύξηση της ΑΠ. Σε ηλικίες κάτω των 55 ετών φαίνεται να κυριαρχεί η οριακή και η ασταθής υπέρταση ανεξαρτήτως φύλου. Σε πολύ μεγάλο ποσοστό (80%) ο Δ.Μ.Σ. (BMI) είναι πάνω από 26 kg/m². Υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του BMI και του αποτελέσματος της 24ωρης καταγραφής, ιδίως σε πρωτοεμφανιζόμενη υπέρταση.. Ο Δ.Μ.Σ. δεν φαίνεται να επηρεάζει το εύρος διαφοράς μεταξύ ΣΑΠ - ΔΑΠ, αντίθετα επηρεάζει τις τιμές ΣΑΠ και ΔΑΠ ισόποσα αυξητικά.

Συμπεράσματα:

- Σε άτομα με BMI > 26 kg/m² και ηλικία < 55 ετών υπάρχει ισχυρή στατιστική σχέση με την εμφάνιση υπέρτασης.
- Δεν φαίνεται να επηρεάζει το φύλο η αρτηριακή υπέρταση, αντίθετα εμφανίζεται ισοκατανομή υψηλού BMI και ΑΥ στα δύο φύλα.
- Υπάρχει σαφέστατη σχέση του Δ.Μ.Σ. με την εμφάνιση και τον τύπο της υπέρτασης.

21. ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΟΔΟΣΦΑΙΡΙΣΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΠΡΟΑΓΩΝΙΣΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥΣ

Μ. Ανυφαντή, Ε. Δημητρός, Γ. Χατζοπούλου, Ν. Κουτλιάνος, Ε. Κουϊδής, Α. Δεληγιάννης

Εργαστήριο Αθλητιατρικής, ΤΕΦΑΑ ΑΠΘ

Ο ιατρικός προαγωνιστικός έλεγχος είναι απαραίτητος για τη διασφάλιση της υγείας των αθλητών και για την αξιολόγηση των μορφολογικών και λειτουργικών προσαρμογών στην άσκηση. Οι καρδιοαναπνευστικές προσαρμογές, που σε σημαντικό βαθμό εξαρτώνται ποιοτικά και ποσοτικά από τους χαρακτήρες της άθλησης, υποστηρίζεται ότι συνδέονται με τα κλινικά και παρακλινικά ευρήματά τους. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση των ευρημάτων από το καρδιαγγειακό σύστημα κατά τον ιατρικό προαγωνιστικό έλεγχο της υγείας ποδοσφαιριστών με διαφορετική προπονητική επιβάρυνση. Στη μελέτη συμμετείχαν 160 επαγγελματίες ποδοσφαιριστές (ομάδα Α-ηλικίας 24.3 ± 6.8 έτη) και 160 ερασιτέχνες ποδοσφαιριστές (ομάδα Β-ηλικίας 24.6 ± 1.9 έτη) με όμοια προπονητική ηλικία 11.3 ± 4.8 έτη. Οι αθλητές της ομάδας Α παρουσίασαν κατά 7.4% ($p < 0.05$) μικρότερη καρδιακή συχνότητα ηρεμίας και χαμηλότερη κατά 17.4% ($p < 0.05$) συστολική και κατά 9.9% ($p < 0.05$) διαστολική αρτηριακή πίεση. Από το ηλεκτροκαρδιογράφημα ηρεμίας διαπιστώθηκε ότι το 21% της ομάδας Α και το 5% της Β ($p < 0.05$) είχε RAD, το 8% της Α και το 2% της Β ($p < 0.05$) διαταραχές επαναπόλωσης του ST και αρνητικά κύματα T και το 15% της Α ($p < 0.05$) υψηλό κύμα T. Συχνές έκτακτες κοιλιακές συστολές παρουσίασε το 4.5% της ομάδας Α και το 0.6% της Β ($p < 0.05$), οι οποίες όμως εξαφανίζονταν κατά την κόπωση και επανεμφανίζονταν κατά την αποκατάσταση. Το 33% των επαγγελματιών και το 19% ($p < 0.05$) των ερασιτεχνών ποδοσφαιριστών κρίθηκε ότι έκριζε υπερηχοκαρδιογραφικής μελέτης. Από αυτούς οριακή υπερτροφία ($LVM > 170 \text{ g/m}^2$) παρουσίασε το 9% των επαγγελματιών και το 2% των ερασιτεχνών ($p < 0.05$), μικρού βαθμού ανεπάρκεια της μιτροειδούς το 1.2% και 1.3% αντίστοιχα (NS) και πρόπτωση μιτροειδούς το 0.8% και 0.9% αντίστοιχα (NS). Όλοι οι αθλητές κρίθηκαν ικανοί να συμμετέχουν σε ανταγωνιστικού επιπέδου αθλητικές δραστηριότητες. Συμπεραίνεται ότι οι ποδοσφαιριστές συχνά παρουσιάζουν κατά τον ιατρικό προαγωνιστικό έλεγχο ευρήματα από το καρδιαγγειακό σύστημα που αποδίδονται κυρίως στις μακροχρόνιες επιδράσεις της άθλησης.

22. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ ΣΤΙΣ ΧΡΟΝΙΕΣ ΟΛΙΚΕΣ ΑΠΟΦΡΑΞΕΙΣ

Ηλίας Β. Αθανασιάδης, MD - Αγγελική-Δέσποινα Φ. Μαυρογιάννη, MD

Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης Euromedica

Την τελευταία διετία έγιναν 2.400 διαγνωστικές εξετάσεις και 890 PCI. Έγινε προσπάθεια διάνοιξης ολικής απόφραξης σε ένα σύνολο 67 ασθενών (2,8% επί του συνόλου των διαγνωστικών εξετάσεων). Τα προ διανοίξεως αγγεία αφορούσαν 48,2% την Δεξιά Στεφανιαία αρτηρία, 29,8% τον Πρόσθιο Κατιόντα κλάδο και 22% την Περισπωμένη αρτηρία. Χρησιμοποιήθηκαν οδηγιά σύρματα, ως επί το πλείστον, της σειράς Cross it XT 100 έως 400, αλλά και της σειράς Asahi - Miracle. Η τεχνική των παράλληλων οδηγών συρμάτων (parallel wire technique) χρησιμοποιήθηκε σε 8 ασθενείς (11,9%).

Ως προς τα αποτελέσματα:

Επιτυχής διάνοιξη της ολικής απόφραξης σε 46 ασθενείς (success rate: 68%).

Λόγοι αποτυχίας διανοίξεως των αγγείων: Αδυναμία διαπεράσεως του οδηγού σύρματος σε 15 ασθενείς (71%). Εκτεταμένος διαχωρισμός σε 4 ασθενείς (19%). Σε δύο ασθενείς (9,5%) παρατηρήθηκε ρήξη αγγείου.

Σε όλους του ασθενείς χρησιμοποιήθηκαν προθέσεις με φαρμακευτική επικάλυψη. Το 50% των ασθενών παρακολούθηθηκε για 1 χρόνο. Στο τέλος του χρόνου αυτού παρατηρήθηκε επαναστένωση > 50% σε 7 ασθενείς (10%).

Συμπέρασμα:

Τα αποτελέσματα της εμπειρίας μας την τελευταία διετία συνάδουν με τα διεθνή δεδομένα ως προς το ποσοστό επιτευχθέντων διανοίξεων χρονίων ολικών αποφράξεων και επιπλοκών.

23. ΛΑΘΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΛΗΨΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ

A. Γαϊτανάκη, E. Μπαλταρέτσου, X. Παππάς, B. Ράπη, *N. Κουρεμένος, **Σ. Χαραλαμπίδου, **A. Πομπιέρη

K.Y Τίνου, *Γ.Ν. Σπάρτης, ** Γ.Ν.-Κ.Υ Λήμνου

Σκοπός:

Η διερεύνηση της αντιυπερτασικής αγωγής σε χρόνιους στεφανιαίους ασθενείς με στόχο την αναζήτηση λαθών και παραλήψεων

Υλικό-Μέθοδοι:

Μελετήθηκαν 130 άτομα (71 άνδρες/59 γυναίκες) με χρόνια στεφανιαία νόσο το 2006. Έγινε μέτρηση της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) 3 τουλάχιστον επισκέψεις και καταγραφή των συνυπαρχόντων νοσημάτων και της φαρμακευτικής αγωγής.

Αποτελέσματα:

- 14 άτομα (9 άνδρες/5 γυναίκες) (10,76%) με λευκό ιστορικό πέραν της χρόνιας στεφανιαίας νόσου δεν ελάμβαναν b.blockers.
- 10 άτομα (6 άνδρες/4 γυναίκες) (7,69%) δεν λάμβαναν ασπιρίνη ούτε άλλη αντιπηκτική ή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή.
- 14 άτομα (7 άνδρες/7 γυναίκες) (10,76%) με αρρυθμιστή ΑΠ>160/95 mmHg έπαιρναν ασπιρίνη.
- 6 άτομα (2 άνδρες/4 γυναίκες) (4,61%) ελάμβαναν αντιυπερτασικό κεντρικής δράσης (μοξονιδίνη).
- 7 άτομα (χωρίς σπινθάχνη Prinzmetal) (3 άνδρες/4 γυναίκες) (5,38%) ελάμβαναν νιφεδιπίνη ταχείας δράσης και ένας άνδρας απ' αυτούς ήταν σακχαροδιαβητικός με πρωτεинуρία.
- Ένας (0,76%) στεφανιαίος διαβητικός τύπου I με πρωτεинуρία δεν ελάμβανε αΜΕΑ ή ανταγωνιστή ΑΠII
- Μια γυναίκα (0,76%) με ΣΔ I έπαιρνε b-bloker.
- 6 άτομα (2 άνδρες/4 γυναίκες) (4,61%) με υψηλά τριγλυκερίδια >150 mg/dl ελάμβαναν b.bloker χωρίς εγγενή συμπαθομυμπτική δράση.
- 1 γυναίκα έπαιρνε διουρητικό με NSAIDS

- 6 άτομα (4 άνδρες/2 γυναίκες (4,61%) έκαναν ταυτόχρονη χορήγηση 2 φαρμάκων της ίδιας κατηγορίας.
- 2 στεφανιαίοι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και χαμηλό κλάσμα εξώθησης δεν έπαιρναν αΜΕΑ.

Συμπεράσματα:

Από (49,23%) των στεφανιαίων ασθενών διαπιστώθηκαν λάθη και παραλήψεις στην αντιυπερτασική αγωγή.

Χρειάζεται συνεχής επιμόρφωση και ενημέρωση από πλευράς ιατρών.

24. ΔΥΣΤΡΟΦΙΑ DUCHENE - ΜΠΟΡΟΥΜΕ ΝΑ ΕΛΠΙΖΟΥΜΕ ΣΕ ΑΥΞΗΣΗ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ;

E. Μπαλταρέτσου, A. Γαϊτανάκη, X. Παππάς, Γ. Υφαντής, *Σ. Χαραλαμπίδου, *A. Πομπιέρη, **N. Κουρεμένος

K. Y. Τήνου, *Γ.Ν. Λήμνου, **Γ.Ν. Σπάρτης

Η Δυστροφία Duchene είναι η πιο συχνή συγγενής νευρομυϊκή διαταραχή με συχνότητα (30 ανά 100,000) αγόρια που γεννώνται.

Ο θάνατος επέρχεται σε ηλικία 20 έως 25 χρόνων από αναπνευστική ανεπάρκεια ή καρδιακή ανακοπή.

Σκοπός:

Η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού με δυστροφία Duchene με εντυπωσιακή μακροβιότητα και η διερεύνηση των αιτιών αυτής.

Υλικό-Μέθοδος:

Πρόκειται για την περίπτωση νεαρού άνδρος 33 χρόνων με δυστροφία Duchene, η διάγνωση της οποίας ετέθη σε ηλικία 5 ετών. Ο ασθενής βρίσκεται σε αναπηρική καρέκλα από την ηλικία των 12 ετών ενώ παρακολουθείται κατά τακτά χρονικά διαστήματα από παιδίατρο, νευρολόγο, καρδιολόγο, παθολόγο και πνευμονολόγο.

Λαμβάνει καρδιολογική φαρμακευτική αγωγή (από 13 χρόνων οπότε εμφάνισε μυοκαρδιοπάθεια με αντιπηκτικά, δακτυλίτιδα, φουροσεμίδες, σπειρονολακτόνη, αΜΕΑ, αμιοδαρόνη και b-blockers)

Το ΗΚΓ : SR, Q (I, AVL - V5 - V6)

ECHOκαρδιάς: Διάταση LV με έκπτωση συσταλτικότητας (KE=30%). Υποκινησία οπίσθιου-πλάγιου τοιχώματος μικρή MR η οποία σχετίζεται με την δυσλειτουργία του οπίσθιου θηλοειδούς μυός, μικρή TR "ψευδώς φυσιολογικό" σήμα διαμπτροειδικής, φυσιολογικές (ΔΕ) κούλπτες, σχετική αύξηση πνευμονικών πιέσεων (PVSP =33mm HS)

Holter ρυθμού: Φυσιολογικά ευρήματα (συχνότητα από 52 έως 97 bpm) με αραιές μονόμορφες μεμονωμένες κοιλιακές συστολές (<10/h). Δεν καταγράφηκαν διαταραχές κολποκοιλιακής ή ενδοκοιλιακής αγωγής.

Συμπεράσματα:

Πιστεύουμε ότι η αύξηση της επιβίωσης του ασθενούς είναι πολυπαραγοντική και οφείλεται στον συνδυασμό οικογενειακής και κοινωνικής στήριξης, στην ορθή συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή καθώς και στην αποτελεσματική συνεργασία διάφορων ιατρικών ειδικοτήτων.

25. ΟΙ ΕΜΦΥΤΕΥΣΙΜΟΙ ΑΠΙΝΙΔΩΤΕΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΚΗΣ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ

Κ. Πολυμερόπουλος, Β. Βασιλικός, Γ. Ευθυμιάδης, Σ. Παρασκευαΐδης, Β. Παπαβασιλείου, Ε. Δαλαμάγκα, Ι. Στυλιάδης, Σ. Μόχλας, Γ. Παρχαρίδης

Α΄ Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Σκοπός:

Η Υπερτροφική Μυοκαρδιοπάθεια (ΥΚΜ) είναι μια γενετική καρδιακή νόσος, η οποία σχετίζεται με υψηλά ποσοστά εμφάνισης αρρυθμιών και αιφνιδίου καρδιακού θανάτου (ΑΚΘ). Ο εμφυτεύσιμος απινιδωτής (ICD) εφαρμόζεται στη δευτερογενή και στην πρωτογενή πρόληψη του ΑΚΘ στην ΥΚΜ. Σκοπός της εργασίας ήταν η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας και ασφάλειας της εμφύτευσης του ICD σε ασθενείς με ΥΚΜ.

Μέθοδοι:

Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 17 ασθενείς (10 άνδρες) που προσήλθαν στο Εργαστήριο Ηλεκτροφυσιολογίας της Α΄ Καρδιολογικής Κλινικής του ΑΠΘ με τεκμηριωμένη διάγνωση ΥΚΜ. Οι 4 ασθενείς είχαν επιβιώσει επεισοδίου ΑΚΘ (ομάδα Α), ενώ στους 13 η εμφύτευση αποφασίστηκε βασιζόμενη σε κλινικούς δείκτες υψηλού κινδύνου για ΑΚΘ (ομάδα Β). Συγκεκριμένα οικογενειακό ιστορικό ΑΚΘ σε 11 ασθενείς, συγκοπικό επεισόδιο σε 9, ανώμαλη απάντηση της αρτηριακής πίεσης σε 7, εκτεταμένη υπερτροφία του τοιχώματος της αριστερής κοιλίας σε 6 και ριπές μη-εμμένουσας κοιλιακής ταχυκαρδίας (ΚΤ) σε 3. Αγωγή με β-blocker λάμβαναν 9 ασθενείς της ομάδας Α και 4 της ομάδας Β (p NS). Αμιοδαρόνη δεν λάμβανε κανείς ασθενής της ομάδας Α, ενώ λάμβαναν 4 της ομάδας Β (p<0,001). Το EF ήταν $54 \pm 13\%$ και $52 \pm 15\%$ αντίστοιχα (p NS).

Αποτελέσματα:

Η εμφύτευση ολοκληρώθηκε με επιτυχία και στους 17 ασθενείς χωρίς επιπλοκές, με κύρια οδό προσιπέλασης την αρ. υποκλειδιά φλέβα σε 11 από αυτούς, 6 στην ομάδα Α και 5 στην ομάδα Β (p NS). Ο συνολικός χρόνος διάρκειας της επέμβασης ήταν 106 ± 56 λεπτά στην ομάδα Α και 110 ± 52 λεπτά στην ομάδα Β (p NS). Ο χρόνος ακτινοσκόπησης 13 ± 12 λεπτά και 12 ± 11 λεπτά αντίστοιχα (p NS). Ο ουδός απινίδωσης, μετά από έλεγχο σε όλους τους ασθενείς, κυμάνθηκε στα 15 ± 5 Joules και 15 ± 4 Joules (p NS). Κατά τη διάρκεια 31 μηνών (εύρος 3-56) παρακολούθησης δε σημειώθηκε κανένας θάνατος. 5 ασθενείς (29%) δέχτηκαν μία ή περισσότερες δόκιμες θεραπείες από τη συσκευή. Στην ομάδα Α ένας ασθενής δέχτηκε shock εξαιτίας κοιλιακής μαρμαρυγής (VF) ενώ στην ομάδα Β δύο ασθενείς (p NS). Στην ομάδα Α καταγράφηκαν δύο επεισόδια αντιταχυκαρδιακής βηματοδότησης εξαιτίας ΚΤ και κανένα στην ομάδα Β (p<0,001). 4 ασθενείς (24%) δέχτηκαν μία ή περισσότερες απρόσφορες εκφορτίσεις στο διάστημα της παρακολούθησης, δύο σε κάθε ομάδα. Στην ομάδα Α ένας ασθενής λόγω κολπικής μαρμαρυγής και ένας ασθενής λόγω επεισοδίου φλεβοκομβικής ταχυκαρδίας και στην ομάδα Β ένας ασθενής λόγω κολπικής μαρμαρυγής και ένας λόγω ανίχνευσης παρεμβολών εξαιτίας θραύσης του ηλεκτροδίου (p NS).

Συμπεράσματα:

Η εμφύτευση απινιδωτή σε ασθενείς με ΥΚΜ είναι ασφαλής και αποτελεσματική μέθοδος στη δευτερογενή αλλά και στην πρωτογενή πρόληψη του ΑΚΘ, ωστόσο δεν πρέπει να παραγνωρίζεται η παρουσία απρόσφορων εκφορτίσεων της συσκευής.

26. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΕΪΧΑΝ ΓΝΩΣΤΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ ΚΑΙ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΔΥΟ ΣΥΜΒΑΜΜΑΤΩΝ

Γ. Παφιδάνης, Σ. Μητσιάδης, Β. Σαλμά, Λ. Καλατζή, Ν. Παπαμικαήλ, Γ. Φιλίππου, Ι. Γουδέβενος

Καρδιολογική Κλινική Π.Π.Ν. Ιωαννίνων

Σκοπός:

Ο επιπολασμός του Σακχαρώδους Διαβήτη (ΣΔ) στο γενικό πληθυσμό και σε ασθενείς με Στεφανιαία Νόσο (ΣΝ) είναι γνωστός (περίπου 8% και 25% αντίστοιχα) και παρουσιάζει συνεχώς αυξανόμενη τάση. Η στενή σχέση μεταξύ ΣΔ και καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι επίσης καλά γνωστή αφού 2 στους 3 διαβητικούς πεθαίνουν εξαιτίας ΣΝ. Ο επιπολασμός της ΣΝ στους διαβητικούς ασθενείς και ιδιαίτερα όταν πρωτοδιαγιγνώσκεται δεν είναι γνωστός. Επειδή η πρωτογενής πρόληψη των καρδιαγγειακών συμβαμμάτων στους διαβητικούς ασθενείς είναι επιτακτική, είναι χρήσιμο να γνωρίζουμε σε τι ποσοστό τα διαβητικά άτομα είναι ελεύθερα ΣΝ τη χρονική στιγμή της διάγνωσης του ΣΔ.

Υλικό - Μέθοδος:

Πρόκειται για μια προοπτική μελέτη κοόρτης που διεξήχθη κατά τη διάρκεια του έτους 2006 και αφορούσε ασθενείς με επιβεβαιωμένη ΣΝ (αγγειογραφική επιβεβαίωση, οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, CABG, αγγειοπλαστική) και γνωστό ή νεοδιαγνωσθέντα ΣΔ. Ασθενείς με ιστορικό ΣΔ και θετική δοκιμασία απεικόνισης καθώς και ασθενείς με άτυπα συμπτώματα στους οποίους η στεφανιογραφία δεν έδειξε σημαντική στένωση, δεν συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Εκτός από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τους καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου καταγράφονταν η ηλικία στην οποία ο ασθενής ανέφερε ότι έγινε η διάγνωση του ΣΔ (self-reported) και η ηλικία στην οποία παρουσίασε το πρώτο στεφανιαίο επεισόδιο.

Αποτελέσματα:

Απο 394 ασθενείς (299 άνδρες και 95 γυναίκες με επιβεβαιωμένη ΣΝ) με μέση ηλικία 66,3 και 70,4 χρόνια αντίστοιχα, το 75% είχαν γνωστό ιστορικό ΣΝ ενώ το 25% ο ΣΔ διεγνώσθη ταυτόχρονα με τη ΣΝ. Το 5% των ασθενών ανέφερε ότι ο διαβήτης πρωτοδιεγνώσθη στις ηλικίες 31- 40, το 18% μεταξύ 41 και 50 ετών, το 27% στα 51-60 έτη, το 31% στα 61-70 και το 16% μεταξύ 71 και 80 ετών. Ιστορικό ΣΝ όταν πρωτοδιεγνώσθη ο ΣΔ είχαν 18,7% και στο 25 % ο ΣΔ διεγνώσθη ταυτόχρονα με την κλινική εκδήλωση της ΣΝ.

Συμπεράσματα

Σ' αυτή τη σειρά των διαβητικών ασθενών, 18,7% είχε γνωστό ιστορικό ΣΝ όταν πρωτοδιεγνώσθη ο ΣΔ και στο 25% ο ΣΔ διεγνώσθη ταυτόχρονα με τη παρουσίαση της ΣΝ. Τα ευρήματά μας ενισχύουν την πεποίθηση ότι η ανίχνευση διαβητικών ασθενών με ασυμπτωματική ΣΝ και η πρώιμη εφαρμογή επιθετικών μέτρων πρόληψης αποτελεί ελκυστική ιδέα.

27. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΕΛΕΧΟΥΣ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΜΕΤΑΞΥ 17.300 ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΩΝ

Γ Γιαννόγλου, Α Αντωνιάδης, Ι Χατζηζήσης, Ε Δαμβοπούλου, Γ Παρχαρίδης, Γ Λουρίδας

Α΄ Καρδιολογική Κλινική ΠΓΝ ΑΧΕΠΑ

Σκοπός:

Η αναζήτηση της συχνότητας της νόσου στελέχους της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας (ΝΣΑΣΣ), η σχέση της με άλλες στεφανιαίες στενώσεις και η κατανομή της κατά ηλικία και φύλο.

Ασθενείς και μέθοδος:

Μελετήθηκαν αναδρομικά 17.323 στεφανιογραφίες που διενεργήθηκαν μεταξύ 1 Ιανουαρίου 1984 και 31 Δεκεμβτίου 2003. ΝΣΑΣΣ βρέθηκε σε 823 ασθενείς (4.8%).

Αποτελέσματα:

Η συχνότητα της ΝΣΑΣΣ ήταν 4.8% στο σύνολο των στεφανιογραφιών που μελετήθηκαν. Ήταν συχνότερη στους άνδρες ($p < 0.001$). Οι άνδρες έπασχαν σε μικρότερη ηλικία από τις γυναίκες (Α: 57-69 έτη, μέση ηλικία 63 έτη, έναντι Γ: 61-72 έτη, μέση ηλικία 67 έτη. $p < 0.001$). Στενώσεις των υπολοίπων στεφανιαίων αρτηριών συνδυαζόταν σε στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό με στένωση $> 50\%$ της ΝΣΑΣΣ. Οι μισοί περίπου από τους ασθενείς με ΝΣΑΣΣ εμφάνιζαν νόσο τριών στεφανιαίων αρτηριών. Συνύπαρξη ΝΣΑΣΣ στους τρεις κύριους στεφανιαίους κλάδους και ταυτόχρονα σε μικρότερους κλάδους παρατηρήθηκε πιο συχνά σε άνδρες. ΝΣΑΣΣ χωρίς βλάβες στις υπόλοιπες στεφανιαίες αρτηρίες βρέθηκε σε 39 ασθενείς (4.7%), το μεγαλύτερο ποσοστό των οποίων αντιπροσώπευαν γυναίκες.

Συμπέρασμα:

Η ΝΣΑΣΣ παρουσιάζεται συχνότερα σε άνδρες και σε μικρότερη ηλικία από τις γυναίκες. ΝΣΑΣΣ με συνυπάρχουσα νόσο τριών αγγείων είναι επίσης συχνότερη στους άνδρες, ενώ μεμονωμένη ΝΣΑΣΣ βρέθηκε σε μεγαλύτερο ποσοστό στις γυναίκες.

28. Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΚΤΑΣΙΑΣ ΤΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ

Γ Γιαννόγλου, Α Αντωνιάδης, Ι Χατζηζήσης, Π Κουνατιάδης, Γ Παρχαρίδης, Γ Λουρίδας

Α΄ Καρδιολογική Κλινική ΠΓΝ ΑΧΕΠΑ

Σκοπός:

Η καταγραφή της συχνότητας της εκτασίας των στεφανιαίων αρτηριών (ΕΣΑ) και η πιθανή συσχέτισή της με αγγειογραφικά σημαντική νόσο των στεφανιαίων.

Ασθενείς και μέθοδος:

Εξετάστηκαν αναδρομικά οι στεφανιογραφίες 10.524 ατόμων που υποβλήθηκαν σε στεφανιογραφικό έλεγχο μεταξύ 01-01-1995 και 31-12-2003. ΕΣΑ βρέθηκε σε 287 ασθενείς (2.7%).

Αποτελέσματα:

Η συχνότητα της ΕΣΑ ήταν 2.7% στο σύνολο των στεφανιογραφιών που μελετήθηκαν. Ήταν σημαντικά συχνότερη στους άνδρες παρά στις γυναίκες ($p < 0.0001$). Οι νεότεροι άνδρες ασθενείς παρουσίαζαν συχνότερα ΕΣΑ ($p < 0.01$), αλλά αυτό δεν επιβεβαιώθηκε στις γυναίκες. Σε 250/287 περιπτώσεις ΕΣΑ συνυπήρχε στεφανιαία νόσος (87.1%, $p=0.001$). Η στεφανιαία νόσος εμφάνισε σημαντική αύξηση κατά την πρόοδο των ετών, ενώ η συχνότητα της ΕΣΑ παρέμεινε σταθερή. Η συχνότητα της ΕΣΑ ήταν σημαντικά μεγαλύτερη στη δεξιά στεφανιαία αρτηρία σε σχέση με τον πρόσθιο κατιόντα και τον περισπώμενο κλάδο ($p < 0.0001$), ενώ η στεφανιαία νόσος ήταν συχνότερη στον πρόσθιο κατιόντα κλάδο ($p < 0.0001$). Επιπλέον, η ΕΣΑ της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας έδειξε ισχυρή συσχέτιση με την ύπαρξη στεφανιαίας νόσου στον πρόσθιο κατιόντα κλάδο ($p=0.015$).

Συμπέρασμα:

Η ΕΣΑ είναι συχνότερη σε νέους άνδρες με ιδιαίτερη προτίμηση στη δεξιά στεφανιαία αρτηρία. Παρά την συνύπαρξή της με τη στεφανιαία νόσο, δεν μπορεί να εδραιωθεί άμεση αιτιολογική σχέση μεταξύ τους.

29. ΧΡΗΣΗ ΜΗ-ΝΕΥΤΟΝΙΚΩΝ ΜΟΝΤΕΛΩΝ ΜΟΡΙΑΚΟΥ ΙΞΩΔΟΥΣ ΚΑΙ ΤΟΙΧΩΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΜΗΤΙΚΗ ΤΑΣΗ ΣΕ ΤΡΙΣΔΙΑΣΤΑΤΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗ ΑΡΙΣΤΕΡΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΑΡΤΗΡΙΑ

I Β Σουλής¹, Γ Δ Γιαννόγλου², Ι Σ Χατζηζήσης², Κ Β Σεραλίδου¹, Γ Ε Παρχαρίδης², Γ Ε Λουρίδας²

¹ Μηχανική Ρευστών, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Ξάνθη

² Εργαστήριο Καρδιαγγειακής Μηχανικής και Αθληροσκήρωσης, Α΄ Καρδιολογική Κλινική, ΠΓΝ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Σκοπός:

Η σύγκριση των ικανοτήτων και των περιορισμών Νευτωνικού και μη-Νευτωνικών μοντέλων μοριακού ιξώδους σε ανθρώπινη Αριστερή Στεφανιαία αρτηρία (ΑΣΑ).

Υλικό και μέθοδος:

Με χρήση ενδοαγγειακών υπερήχων (3D IVUS) δημιουργήθηκε τρισδιάστατο μοντέλο ανθρώπινης ΑΣΑ, στο οποίο αναλύθηκαν οι ικανότητες και οι περιορισμοί Νευτωνικού και μη-Νευτωνικών μοντέλων μοριακού ιξώδους. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε μέσω των υπολογισμών του μοριακού ιξώδους, τοπικών και γενικευμένων μη-Νευτωνικών συντελεστών σπουδαιότητας, Τοιχωματικής Διατμητικής Τάσης (ΤΔΤ), και κλίσης ΤΔΤ.

Αποτελέσματα:

Η κατανομή της ΤΔΤ δίδει παρόμοια αποτελέσματα για όλα σχεδόν τα μοντέλα. Υψηλές τιμές του μοριακού ιξώδους, χαμηλές τιμές της ΤΔΤ και χαμηλές τιμές της κλίσεως της ΤΔΤ εμφανίζονται στα εξωτερικά τοιχώματα του κυρίως διχασμού των εγγύς περιοχών της ΑΣΑ. Η χρήση Νευτωνικού ρευστού θεωρείται καλή προσέγγιση σε μέσες και υψηλές τιμές μεταβολών των ταχυτήτων ροής. Τα μοντέλα: non-Newtonian Power Law, Generalized Power Law, Carreau Law, Casson Law and Modified Cross Law δίνουν συγκρίσιμα μεταξύ τους αποτελέσματα μοριακού ιξώδους, ΤΔΤ και κλίσεως ΤΔΤ. Τα μοντέλα Power Law και Walburn-Schneck Law υπερεκτιμούν τον συντελεστή μη-Νευτωνικού ρευστού γενικευμένης σπουδαιότητας και υποεκτιμούν τις μέσες τιμές ΤΔΤ και κλίσης ΤΔΤ.

Συμπέρασμα:

Τα μοντέλα non-Newtonian Power Law και Generalized Power Law ικανοποιούν περισσότερο τις απαιτήσεις για τους υπολογισμούς της ΤΔΤ στην ανθρώπινη ΑΣΑ.

30. ΕΝΔΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟΣ ΥΠΕΡΗΧΟΣ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ 3 ΕΤΩΝ

Α. Ζιάκας, Σ. Γαβριηλίδης, Ι. Στυλιάδης, Ι. Γκουράσας, Κ. Γκεμιτζής, Σ. Μόχλας, Ε. Κυρατζόγλου, Α. Παρισιάδου, Γ. Μιχαηλίδης, Γ. Παρχαρίδης

Α' Καρδιολογική Κλινική Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ

Σκοποί:

Να μελετηθούν τα αποτελέσματα του ενδοστεφανιαίου υπερήχου κατά τα 3 τελευταία έτη εφαρμογής του.

Μέθοδοι:

Μελετήθηκαν οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ενδοστεφανιαίο υπέρηχο στην Α' Καρδιολογική Κλινική του Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ το χρονικό διάστημα από 9/2004 έως 3/2007.

Αποτελέσματα:

243 ασθενείς (175 (72.1%) άνδρες - μέση ηλικία 64.4 ± 10.1 έτη) συνολικά υποβλήθηκαν σε ενδοστεφανιαίο υπέρηχο στο χρονικό διάστημα της μελέτης. Όσον αφορά τους παράγοντες κινδύνου, 126 (51.8%) ασθενείς έπασχαν από υπέρταση, 60(24.6%) από διαβήτη, 124 (51.0%) απο υπερλιπιδαιμία, 82(33.7%) ήταν καπνιστές και 54 (22.2%) είχαν θετικό οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου.. Οι λόγοι για τους οποίους έγινε ενδοστεφανιαίος υπέρηχος ήταν εκτίμηση οριακής βλάβης 8.1%, εκτίμηση αποτελέσματος αγγειοπλαστικής 62.4% και ερευνητικά πρωτόκολλα 29.5%. 2 (0.8%) ασθενείς παρουσίασαν σπασμό στη στεφανιαία αρτηρία, ο οποίος υποχώρησε με τη χορήγηση νιτρογλυκερίνης ενδοστεφανιαία

Συμπέρασμα:

Η διενέργεια ενδοστεφανιαίων υπερηχογραφήματων κατά τη διάρκεια των 3 τελευταίων ετών στην κλινική μας ήταν επιτυχής και ασφαλής.

31. Η ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΗΚΓ 12 ΑΠΑΓΩΓΩΝ ΣΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΦΡΑΞΗΣ ΤΟΥ ΕΓΓΥΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΔΕΞΙΑΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ

Ι. Στυλιάδης, Α. Ζιάκας, Χ. Καρβούνης, Γ. Ευθυμιάδης, Α. Παρισιάδου, Γ. Γιαννακούλας, Μ. Ανυφαντή, Ε. Δαλαμάγκα, Γ. Παρχαρίδης

Α' Καρδιολογική Κλινική Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ

Σκοπός:

Να μελετηθεί η χρησιμότητα του ΗΚΓ 12 απαγωγών στην εκτίμηση της αποφράξης του εγγύς τμήματος της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας σε ασθενείς με οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου κατωτέρου τοιχώματος

Μέθοδοι:

Εφαρμόσαμε 11 παλαιά κριτήρια και 3 νέα στο ΗΚΓ εισαγωγής 80 ασθενών που προσήλθαν στο νοσοκομείο με οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου κατωτέρου τοιχώματος με σκοπό να αξιολογήσουμε τη χρησιμότητα τους. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν θρομβολυτική αγωγή και υποβλήθηκαν σε στεφανιογραφικό έλεγχο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους.

Αποτελέσματα:

4 παλαιά κριτήρια (κατάσπαση του ST διαστήματος στην απαγωγή V1, κατάσπαση του ST διαστήματος στις απαγωγές V1-V3, το μέγιστο της κατάσπασης στις προκάρδιες απαγωγές και κατάσπαση του ST διαστήματος στην απαγωγή V3 50% ή μικρότερο σε σχέση με την ανάσπαση στην απαγωγή III) και 2 νέα κριτήρια (η απουσία κατάσπασης στην απαγωγή V1 σε συνδυασμό με κατάσπαση στην απαγωγή V2, το αριθμητικό άθροισμα της ανάσπασης του ST στην απαγωγή III και της κατάσπασης στην απαγωγή V3>1) ήταν χρήσιμα στον προσδιορισμό ασθενών με απόφραξη του εγγύς τμήματος της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας. Ανάμεσα στα 6 κριτήρια η κατάσπαση του ST διαστήματος στις απαγωγές V1-V3 είχε τη μεγαλύτερη ειδικότητα (77.27%) και θετική προγνωστική αξία (56.5%) και ένα νέο κριτήριο - το αριθμητικό άθροισμα της ανάσπασης του ST στην απαγωγή III και της κατάσπασης στην απαγωγή V3>1- τη μεγαλύτερη ευαισθησία (80.95%) και αρνητική προγνωστική αξία (85.2%).

Συμπεράσματα:

Έξι κριτήρια(4 παλαιά, 2 νέα) ήταν χρήσιμα στον προσδιορισμό ασθενών με οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου κατωτέρου τοιχώματος οφειλόμενο σε απόφραξη του εγγύς τμήματος της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας.

32. ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΕΙΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΟΞΕΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΒΑΜΑΤΑ

A. Γαϊτανάκη, Β. Ράπη, Ε. Μπαλταρέτσου, Χ. Παππάς, *Α. Πομπιέρη, *Σ. Χαραλαμπίδου, Γ. Υφαντής

***Γ.Ν-Κ.Υ Λήμνου - Κ.Υ. Τίνου**

Σκοπός:

Η ταξινόμηση των οξέων καρδιαγγειακών νοσημάτων (ΚΑΝ) που διακομίστηκαν στο τμήμα επειγόντων περιστατικών το χρονικό διάστημα δύο χρόνων (2004-2006) καθώς και η καταγραφή τυχόν διαταραχών αρτηριακής πίεσης και η διεξαγωγή σχετικών συμπερασμάτων.

Υλικό-Μέθοδοι:

Μελετήθηκαν 138 άτομα, 71 άνδρες (51,44%) και 67 γυναίκες (48,55%).

Έγινε προσδιορισμός της αρτηριακής πίεσης (μέση τιμή από τουλάχιστον 3 μετρήσεις), ηλεκτροκαρδιογραφικός έλεγχος, εργαστηριακός έλεγχος και ακτινολογικός έλεγχος όπου ήταν απαραίτητος και βεβαίως λεπτομερής κλινική εξέταση.

Αποτελέσματα:

Η ταξινόμηση των οξέων ΚΑΝ έχει ως εξής: οξύ πνευμονικό οίδημα 27 (19,56%), αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο 11 (7,97%), οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου 28 (20,28%), κολπική μαρμαρυγή ταχείας ανταπόκρισης 23 (16,66%), σύνδρομο νοσούντος φλεβόκομβου 3 (2,17%), αρρυθμίες 10 (7,24%), περικαρδίτιδα 2 (1,44%), υπερκοιλιακή ταχυκαρδία 14 (10,14%), στεφανιαία νόσο 17 (12,31%), περιφερική αγγειοπάθεια 2 (1,44%), αρτηριακή απόφραξη 1 (0,72%)

Η ταξινόμηση της αρτηριακής πίεσης των οξέων ΚΑΝ έχει ως εξής:

ΑΠ σε ΚΑΝ

Φυσιολογική ΑΠ<130mmHg/<85mmHg	33 (23,91%)
ΟΡΙΑΚΑ ΥΨΗΛΗ130-139mmHg/85-89mmHg	19 (13,76%)
ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΤΑΔΙΟ Ι140-159mmHg/90-99mmHg	51 (36,95%)
ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΤΑΔΙΟ ΙΙ160-179mmHg/100-109mmHg	22 (15,94%)
ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΤΑΔΙΟ ΙΙΙ>180mmHg/>110mmHg	13 (9,42%)

Συμπεράσματα:

Το 62,31% του δείγματος με οξέα καρδιαγγειακά νοσήματα είχε υπέρταση, το 13,76% οριακά υψηλή ΑΠ ενώ μόνο το 23,91% φυσιολογική ΑΠ.

33. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Αρ. Τζιόβας, Θ. Λιβιεράτος, Μ. Διβρισιώτη, Αλ. Πατσιλινάκος, Γ. Κορδόσης, Αθ. Γερμανός

Καρδιολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Αγρινίου

Σκοπός:

Να καταγραφούν τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά των ασθενών με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο και να μελετηθεί η χορηγηθείσα φαρμακευτική αγωγή τόσο στην οξεία φάση όσο και κατά την έξοδο των ασθενών σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες.

Υλικό-Μέθοδος:

Μελετήθηκαν 247 ασθενείς ηλικίας 34-94 ετών που νοσηλεύθηκαν στην καρδιολογική κλινική του Γ.Ν.Αγρινίου το έτος 2006 με ΟΣΣ τεκμηριωμένο μετά από κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο. Το πρωτόκολλο που χρησιμοποιήθηκε συμπεριλάμβανε ηλικία, φύλο, παράγοντες κινδύνου, χρόνο προσέλευσης από την έναρξη των συμπτωμάτων, χορήγηση θρομβολυτικής αγωγής και παρενέργειες αυτής, χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, επιπλοκές και θνητότητα.

Αποτελέσματα:

Από τους 247 ασθενείς μας οι 165 (66,8%) ήταν άνδρες και 82 (33,2%) γυναίκες. Ό επιπολασμός των παραγόντων κινδύνου στους ασθενείς μας ήταν: της δυσλιπιδαιμίας 75,3%, της αρτηριακής υπέρτασης 67,2%, του καπνίσματος 45,3% και του σακχαρώδη διαβήτη 28,7%. Επίσης, υπήρχε θετικό κληρονομικό ιστορικό στεφανιαίας νόσου στο 57% των ασθενών ηλικίας < 45 ετών. Το 22,3% των ασθενών είχαν ιστορικό στεφανιαίας νόσου. Από τους ασθενείς μας το 34% είχαν STEMI, το 30% NSTEMI και το 36% ασταθή στηθάγχη. Θρομβολύθηκε το 57,1% των ασθενών με STEMI, ενώ η συχνότερη αιτία μη θρομβόλυσης ήταν η καθυστερημένη προσέλευση και η ηλικία.

Ή χορηγηθείσα φαρμακευτική αγωγή περιλάμβανε: β-αναστολείς 85,8%, ασπιρίνη 91,5%, κλοπιδογρέλη 78,5%, ΑΜΕΑ 70,4%, στατίνη 83,8%, ΑΤΙΙ 27,5%, ανταγωνιστές ασβεστίου 45,3% και διουρητικά το 43,3%. Νιτρώδη χορηγήθηκαν στο 66,4%. Ή συνολική θνητότητα ήταν 5,7% με μηδενική στις ηλικίες κάτω των 60

ετών και υψηλή στις ηλικίες άνω των 80 ετών (22,5%).

Συμπεράσματα:

Σε όλους τους ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο υπήρχαν τουλάχιστον δύο παράγοντες κινδύνου, ενώ στους ασθενείς ηλικίας άνω των 65 ετών οι παράγοντες κινδύνου ήταν περισσότεροι. Το ποσοστό των ασθενών που θρομβολύθηκε ήταν ανάλογο με αυτό που αναφέρεται στην βιβλιογραφία. Αυξημένη θνητότητα συνδυάστηκε με μεγαλύτερη ηλικία.

34. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΟΞΕΩΝ ΙΣΧΑΙΜΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ ΣΕ ΝΕΟΥΣ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Αρ. Τζιόβας, Θ. Λιβιεράτος, Μ. Διβριτσιώτη, Αλ. Πατσιλινάκος, Γ. Κορδόσης, Αθ. Γερμανός

Καρδιολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Αγρινίου

Οι κλινικές εκδηλώσεις των οξέων ισχαιμικών επεισοδίων ποικίλλουν από τις τυπικές εκδηλώσεις (οπισθοστερνικό, προκάρδιον άλγος με αντανάκλαση στα άνω άκρα και τον τράχηλο) μέχρι την εφίδρωση, ναυτία, έμετο, ζάλη, δύσπνοια, δυσφορία ή συγκοπή.

Σκοπός:

της μελέτης μας ήταν να αξιολογήσουμε και να συγκρίνουμε τις κλινικές εκδηλώσεις μεταξύ ηλικιωμένων ασθενών ηλικίας > 70 ετών με ασθενείς ηλικίας < 70 ετών με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (ΟΣΣ).

Υλικό-Μέθοδος:

Μελετήθηκαν 247 ασθενείς ηλικίας 34-94 ετών που νοσηλεύθηκαν στην καρδιολογική κλινική του Γ.Ν.Αγρινίου το έτος 2006 με ΟΣΣ τεκμηριωμένο μετά από κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε τρεις ηλικιακές ομάδες ως ακολούθως: ασθενείς ηλικίας <55 ετών αποτέλεσαν την ομάδα Α (54), ασθενείς ηλικίας 56-69 ετών αποτέλεσαν την ομάδα Β (96) και ασθενείς >70 ετών αποτέλεσαν την ομάδα Γ (97). Λήφθηκε πλήρες ιστορικό και αξιολογήθηκε η κλινική συμπτωματολογία των ασθενών που τους ανάγκασε να ζητήσουν ιατρική βοήθεια.

Αποτελέσματα:

Από τους 247 ασθενείς μας οι 165 (66,8%) ήταν άνδρες. Προκάρδιο ή οπισθοστερνικό άλγος με αντανάκλαση στα άνω άκρα ανέφερε το 74% των ασθενών από την ομάδα Α, το 57,3% των ασθενών από την ομάδα Β και το 33% των ασθενών από την ομάδα Γ. Επιγαστραλγία με ναυτία ή έμετο ανέφερε το 14,8%, 8,3% και 4,1% αντίστοιχα. Ραχιαλγία το 5,5%, 12,6% και 15,5%, δύσπνοια, δυσφορία το 3,6%, 16,6%, 35%, αδυναμία, καταβολή ή αναφερόμενο συγκοπτικό επεισόδιο ή ζάλη κανένας ασθενής από την ομάδα Α, 5% από την ομάδα Β και 12,5% από την ομάδα Γ.

Συμπεράσματα:

Οι ασθενείς ηλικίας < 70 ετών αλλά και ακόμα νεότεροι παρουσίασαν αυξημένη συχνότητα τυπικών κλινικών εκδηλώσεων ισχαιμικής καρδιοπάθειας, ενώ ασθενείς ηλικίας > 70 ετών παρουσίασαν αυξημένη συχνότητα άτυπων κλινικών εκδηλώσεων και απαιτείται μεγαλύτερος δείκτης υποψίας κατά την διαγνωστική προσέλαση αυτών των ασθενών.

35. ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΩΝ ΟΞΕΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΑΝΔΡΩΝ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Σιδερής Σκεύος, Τσατίρης Κων/νος, Έξαρχος Πέτρος, Παπαδάκης Εμμανουήλ, Πότσης Θωμάς, Λελιούδης Κων/νος, Ιατρόπουλος Δημήτριος, Ανυφαντής Σωτήριος, Κόγιας Ιωάννης

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας

Εισαγωγή:

Σαν Οξεία Στεφανιαία Σύνδρομο (Ο.Σ.Σ.) ορίζουμε την Ασταθή Στηθάγχη (UA), το έμφραγμα του μυοκαρδίου με ανάσπαση του ST (STEMI) και το έμφραγμα χωρίς ανάσπαση του ST (NSTEMI). Αποτελούν δε την πλειοψηφία των εισαγωγών στις στεφανιαίες μονάδες. Σκοπός της εργασίας μας είναι η μελέτη των διαφορών όσον αφορά την κλινική εκδήλωση των Ο.Σ.Σ. μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Υλικό - Μέθοδος:

Μελετήθηκαν 547 ασθενείς (318>, 229+) με Ο.Σ.Σ. Οι ηλικίες των ασθενών ήταν για τους άνδρες από 31 - 98 ετών (μ.τ. 62 έτη) και για τις γυναίκες από 42 - 92 ετών (μ.τ. 69 έτη). Τα Ο.Σ.Σ. στους άνδρες αφορούσαν: UA 98 ασθενείς, NSTEMI 76 ασθενείς και STEMI 144 ασθενείς. Στις γυναίκες διακρίθηκαν σε: UA 67 ασθενείς(17,9%), NSTEMI 51 ασθενείς (9,3%) και STEMI 111 ασθενείς (20,2%).

Αποτελέσματα:

Η συμπτωματολογία με τα οποία προσήλθαν οι ανωτέρω ασθενείς φαίνεται στον πίνακα 1. Πίνακας 1.

Σύμπτωμα	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
Οπισθοστερνικό άλγος	158	162
Άλγος-Αιμωδία άνω άκρων	70	23
Άλγος-Αιμωδία αρ. άνω άκρου	10	16
Άλγος-Αιμωδία δεξ. άνω άκρου	-	10
Άλγος τραχήλου	6	12
Επιγαστραλγία	13	11
Ζάλη	6	-
Άλγος καρπών	10	-
Άτυπα ενοχλήματα	20	27

Το συχνότερο σύμπτωμα εμφάνισης των Ο.Σ.Σ. είναι το οπισθοστερνικό άλγος. Υπάρχει δε μια εμφανής υπεροχή στους άνδρες της εμφάνισης άλγους - αιμωδίας άνω άκρων, ζάλης και άλγους των καρπών. Οι γυναίκες εμφάνισαν στην συμπτωματολογία τους συχνότερα άλγος - αιμωδία του δεξιού άνω άκρου, άλγος τραχήλου και άτυπη συμπτωματολογία.

36. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΕΦ ΑΠΑΞ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΚΛΟΠΙΔΟΓΡΕΛΗΣ 600 mg ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ 300 mg ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΠΑΣΗ ΤΟΥ ST ΠΟΥ ΔΕΝ ΕΛΑΒΑΝ ΘΡΟΜΒΟΛΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Σιδεράς Σκεύος, Τσατίρης Κων/νος, Έξαρχος Πέτρος, Παπαδάκης Εμμανουήλ, Πότσης Θωμάς, Λελιούδης Κων/νος, Ιατρόπουλος Δημήτριος, Ανυφαντής Σωτήριος, Κόγιας Ιωάννης

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας

Εισαγωγή:

Τα οφέλη από τη συνδυασμένη θεραπεία με ασπιρίνη και κλοπιδογρέλη στα οξέα ισχαιμικά σύνδρομα είναι ευρέως γνωστά. Σκοπός της μελέτης μας είναι να εκτιμηθεί αν υπάρχει όφελος από την συνδυασμένη αντιαιμοπεταλιακή αγωγή με ασπιρίνη και κλοπιδογρέλη 600 mg σε εφ άπαξ χορήγηση, έναντι χορήγησης 300 mg, σε ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (ΟΕΜ) και ανάσπαση του ST, στους οποίους δεν χορηγήθηκε θρομβολυτική αγωγή.

Υλικό - Μέθοδος:

Είναι μια προοπτικού τύπου τυχαιοποιημένη μελέτη, που περιέλαβε 350 ασθενείς (262 άνδρες και 88 γυναίκες, με ηλικία 37-95 έτη) με ΟΕΜ και ανάσπαση του ST οι οποίοι δεν έλαβαν θρομβολυτική αγωγή είτε λόγω αντενδείξεων είτε λόγω προχωρημένης ηλικίας ή λόγω καθυστερημένης προσέλευσής τους, και για τους οποίους η διαδερματική αγγειοπλαστική των στεφανιαίων αγγείων δεν ήταν εφικτή. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν αντιισχαιμική και αντιθρομβωτική αγωγή και τυχαιοποιήθηκαν, όσον αφορά στην αντιαιμοπεταλιακή αγωγή, σε δύο ομάδες. Η πρώτη ομάδα αποτελούνταν από 175 ασθενείς (50%), στους οποίους χορηγήθηκε κλοπιδογρέλη και ασπιρίνη (δόση εφόδου 600mg και 100mg στο εξής καθημερινά), ενώ η δεύτερη ομάδα αποτελούνταν από 175 ασθενείς που έλαβαν κλοπιδογρέλη και ασπιρίνη (δόση εφόδου 300mg και 100mg στο εξής καθημερινά). Η μέση διάρκεια νοσηλείας τους ήταν 8 ημέρες.

Αποτελέσματα:

Τα επίπεδα της ενδονοσοκομειακής θνησιμότητας ήταν 6% (11 ασθενείς) και 8% (14 ασθενείς) (P=NS) στην ομάδα 1 και στην ομάδα 2 αντίστοιχα, ενώ η υποτροπή της ισχαιμίας ήταν 5,7% (10 ασθενείς) και 9.1% (15 ασθενείς) (P=NS).

Συμπέρασμα:

Η συνδυασμένη αντιαιμοπεταλιακή αγωγή με ασπιρίνη και κλοπιδογρέλη (600 ή 300 mg) φαίνεται να έχει το ίδιο όφελος όσον αφορά τη θνησιμότητα και την υποτροπή της ισχαιμίας σε ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και ανάσπαση του ST που δεν υπέστησαν θρομβόλυση. Παρατηρήσαμε μια μικρή υπεροχή στην πρώτη ομάδα όσον αφορά το χρόνο υποχώρησης των κλινικών συμπτωμάτων.

37. ΤΟ ΟΞΥ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ ΟΙΔΗΜΑ ΩΣ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΤΩΝ ΟΞΕΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ

Σιδεράς Σκεύος, Τσατίρης Κων/νος, Έξαρχος Πέτρος, Παπαδάκης Εμμανουήλ, Πότσης Θωμάς, Λελιούδης Κων/νος, Ιατρόπουλος Δημήτριος, Ανυφαντής Σωτήριος, Κόγιας Ιωάννης.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας.

Εισαγωγή:

Ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (Ο.Σ.Σ.) παρουσιάζουν διαφόρου βαθμού μείωση της συσπαστικότητας της αριστερής κοιλίας. Το ποσοστό ελάττωσης του κλάσματος εξώθησης της αριστερής κοιλίας αντανακλά την έκταση της μυοκαρδιακής βλάβης. Μια από τις σημαντικότερες επιπλοκές ενός Ο.Σ.Σ. είναι και το οξύ πνευμονικό οίδημα (Ο.Π.Ο.). Σκοπός της μελέτης μας ήταν η καταγραφή της επίπτωσης του Ο.Π.Ο. σε ασθενείς με επεισόδιο Ο.Σ.Σ.

Υλικό - Μέθοδος:

Μελετήσαμε 164 ασθενείς (107 άνδρες, 57 γυναίκες), ηλικίας 46 - 91 ετών. Τα Ο.Σ.Σ. αφορούσαν 43 περιστατικά με ασταθή στηθάγχη (UA), 68 με έμφραγμα του μυοκαρδίου χωρίς ανάσπαση του ST (NSTEMI), και 50 με έμφραγμα του μυοκαρδίου και ανάσπαση του ST (STEMI). Οι προδιαθεσικοί παράγοντες κινδύνου των παραπάνω ασθενών φαίνονται στον πίνακα 1.

Πίνακας 1.

Προδιαθεσικοί παράγοντες	UA	NSTEMI	STEMI
Αρτηριακή υπέρταση	15	32	20
Σακχαρώδης διαβήτης	19	8	10
Υπερχοληστερολαιμία	4	12	10
Κάπνισμα	2	9	8
Παχυσαρκία	3	2	2

Αποτελέσματα:

Πνευμονικό οίδημα, σαν επιπλοκή, παρουσιάστηκε σε 2 (4,3%) ασθενείς με UA, σε 3 (4,4%) ασθενείς με NSTEMI και σε 5 (10%) ασθενείς με STEMI. Όλοι οι ασθενείς που παρουσίασαν Ο.Π.Ο. είχαν σακχαρώδη διαβήτη και αρτηριακή υπέρταση.

Συμπέρασμα:

Το οξύ πνευμονικό οίδημα σαν επιπλοκή στα ΟΣΣ εμφανίζεται κυρίως σε ασθενείς που παρουσιάζουν STEMI και έχουν προδιαθεσικούς παράγοντες κινδύνου αρτηριακή υπέρταση και σακχαρώδη διαβήτη.

38. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΟΞΕΩΝ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΒΑΛΑΣ

Συμεωνίδης Δ., Καμπουρίδης Ν., Μυλωναδάκη Α., Παπουλίδης Ν., Χουσεΐν Χ., Ζαχαράκης Δ., Ρηγάκης Ρ., Κυρατλίδης Κ., Μαρσέλος Β., Μακρυγιάννης Δ.

Καρδιολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Καβάλας

Σκοπός:

Ο έλεγχος του τρόπου αντιμετώπισης, οι επιπλοκές και η εξέλιξη των οξέων εμφραγμάτων του μυοκαρδίου στην Καρδιολογική Κλινική ενός επαρχιακού Νοσοκομείου.

Υλικό - Μέθοδος:

Μελετήθηκαν 144 ασθενείς (93 άνδρες και 51 γυναίκες), μέσης ηλικίας 64±14 ετών (32-91 ετών), που νοσηλεύθηκαν στην Καρδιολογική Κλινική του Νοσοκομείου Καβάλας το εξάμηνο 1/1/2005-30/6/2005,

με διάγνωση εξιτηρίου Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου (OEM). Ως OEM χαρακτηρίστηκαν οι ασθενείς που προσήρθαν με ανάσπαση του ST (STEMI) ή χωρίς ανάσπαση του ST (Non-STEMI) και παρουσίασαν κατά τη νοσηλεία τους αύξηση της CPK-MB και της τροπονίνης I και T.

Αποτελέσματα:

Από τους ασθενείς αυτούς οι 90 (62,5%) παρουσιάστηκαν με STEMI (60 άνδρες και 30 γυναίκες), ενώ οι υπόλοιποι 54 (37,5%) με Non-STEMI (33 άνδρες και 21 γυναίκες). Από τους ασθενείς με STEMI 26% είχαν πρόσθιο EM, 43% κατώτερο, 13% EM του κάτω-πλαγίου τοιχώματος, 13% προσθιοπλάγιο εκτεταμένο και 5% υψηλό πλάγιο EM. Οι άνδρες ασθενείς παρουσίαζαν συχνότερα (50%) κατώτερο EM, ενώ οι γυναίκες πρόσθιο (50%). Από τους ασθενείς με STEMI θρομβολύθηκαν συνολικά οι 51 (36 άνδρες, ποσοστό 60% και 15 γυναίκες, ποσοστό 50%). Τέσσερις από τους ασθενείς αυτούς λόγω επανέμφραξης θρομβολύθηκαν δύο φορές. Από τους 144 συνολικά ασθενείς με OEM, επιπλοκές παρουσίασαν οι 30 (24 με STEMI, ποσοστό 26,6% και 6 με Non-STEMI, ποσοστό 11,1%, $p < 0,05$). Το ποσοστό των ασθενών με STEMI, που είχαν λάβει θρομβόλυση και παρουσίασαν επιπλοκές ήταν 35,3% (18 ασθενείς) έναντι 15,3% (6 ασθενείς) αυτών με Non-STEMI, που δεν είχαν θρομβολυθεί ($p < 0,05$). Τέλος απεβίωσαν συνολικά 9 ασθενείς (6,25%), 6 ασθενείς ετών με STEMI (6,6%) και 3 ασθενείς με Non-STEMI (5,5%).

Συμπεράσματα:

Οι ασθενείς με OEM που νοσηλεύθηκαν στην Καρδιολογική Κλινική του Νοσοκομείου Καβάλας, κατά τη παραπάνω δήμευση, παρουσίασαν συχνότερα STEMI από Non-STEMI, οι άνδρες ήταν περισσότεροι από τις γυναίκες, και μάλιστα μικρότερης ηλικίας (μέση ηλικία ανδρών $59,5 \pm 13,7$ έτη - μέση ηλικία γυναικών $72,2 \pm 10,5$ έτη, διαφορά στατιστικά σημαντική, $p < 0,05$). Από τους ασθενείς με STEMI έλαβε θρομβόλυση το 56,6% (παρόμοιο ποσοστό σε άνδρες και γυναίκες), ποσοστό που είναι ελαφρώς ανώτερο από αυτό που αναφέρει η διεθνής βιβλιογραφία. Επιπλοκές παρουσίασε το 20,8% των ασθενών με OEM. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι οι επιπλοκές ήταν στατιστικά σημαντικά περισσότερες στους ασθενείς με STEMI έναντι αυτών με non-STEMI, όπως και των ασθενών με STEMI, που είχαν θρομβολυθεί έναντι αυτών που δεν είχαν λάβει θρομβόλυση. Τέλος η θνητότητα των OEM ήταν ιδιαίτερα χαμηλή (6,25%), σημαντικά χαμηλότερη από τη θνητότητα των OEM την τελευταία 20ετία (1986-2005) της συγκεκριμένης κλινικής (16,5%) και αφορούσε άτομα μεγάλης ηλικίας (> 75 ετών).

39. ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΔΥΟ ΦΥΛΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Συμεωνίδης Δ., Καμπουρίδης Ν., Παπουλίδης Ν., Χουσεΐν Χ., Μυλωναδάκη Α., Μακρυγιάννης Δ., Μαρσέλος Β., Ρηγάκης Ρ., Ζαχαράκης Δ., Κυρατλίδης Κ.

Καρδιολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Καβάλας

Σκοπός:

Η καταγραφή των διαφορών μεταξύ ανδρών και γυναικών, που εμφανίζουν οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Υλικό - Μέθοδος:

Μελετήθηκαν 144 ασθενείς (93 άνδρες και 51 γυναίκες), μέσης ηλικίας 64 ± 14 ετών (32-91 ετών), που νοσηλεύθηκαν στην Καρδιολογική Κλινική του Νοσοκομείου Καβάλας το δίμηνο 1/3/2005-30/4/2005, με

διάγνωση εξιτηρίου Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου (ΟΕΜ). Εν συνεχεία καταγράφηκαν οι διαφορές μεταξύ των δύο φύλων, σχετικά με την ηλικία, την εντόπιση του εμφράγματος, την παρουσία ή όχι ανασπάσεων του ST, καθώς και για την παρουσία των κυριότερων προδιαθεσικών παραγόντων της στεφανιαίας νόσου (ΣΝ) (αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, δυσλιπιδαιμία, κάπνισμα, παχυσαρκία, οικογενειακό ιστορικό ΣΝ, προηγούμενη αορτοστεφανιαία παράκαμψη (CABG) ή αγγειοπλαστική (PCI).

Αποτελέσματα:

	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ	p
ΗΛΙΚΙΑ	59,5±13,7	72,2±10,5	64±14	0.002*
STEMI	64,5%	59%	62,5%	0.515
ΑΡΤΗΡ. ΠΙΕΣΗ	64,5%	82%	71%	0.198
ΣΑΚΧ. ΔΙΑΒΗΤΗΣ	35,5%	41%	37,5%	0.700
ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ	74%	65%	71%	0.494
ΚΑΠΝΙΣΜΑ	74%	29%	58%	0.003*
ΟΙΚΟΓ. ΙΣΤΟΡΙΚΟ	42%	17%	33%	0.091
ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ	26%	41%	31%	0.277

*στατιστικά σημαντικό (p<0.01)

Συμπεράσματα:

Οι άνδρες ασθενείς με οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου είναι σαφώς νεώτεροι από τις γυναίκες (διαφορά στατιστικά σημαντική) και εμφανίζουν λίγο συχνότερα από τις γυναίκες έμφραγμα με ανόσωση του ST (STEMI, χωρίς η διαφορά να είναι στατιστικά σημαντική). Οι άνδρες ασθενείς παρουσίαζαν συχνότερα (50%) κατώτερο ΕΜ, ενώ οι γυναίκες πρόσθιο (50%). Σχετικά με τους προδιαθεσικούς παράγοντες οι άνδρες παρουσιάζουν κυρίως δυσλιπιδαιμία (74%), κάπνισμα (74%) και αρτηριακή υπέρταση (64,5%), ενώ οι γυναίκες αρτηριακή υπέρταση (82%) και δυσλιπιδαιμία (65%). Μεταξύ των δύο φύλων δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στην παρουσία προδιαθεσικών παραγόντων για στεφανιαία νόσο, με εξαίρεση το κάπνισμα, όπου υπάρχει σαφής υπεροχή των ανδρών (p<0,01) και το οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου, όπου επίσης υπάρχει υπέροχη των ανδρών, αλλά οριακά μη στατιστικά σημαντική (p=0.09)

40. ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΚΑΒΑΛΑΣ ΤΗΝ ΕΙΚΟΣΑΕΤΙΑ 1986-2005

Συμεωνίδης Δ., Καμπουρίδης Ν., Χουσεΐν Χ., Μυλωνάδακη Α., Παπουλίδης Ν., Ρηγάκης Ρ., Κυρατλίδης Κ., Μαρσέλος Β., Μακρυγιάννης Δ., Ζαχαράκης Δ.

Καρδιολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Καβάλας

Σκοπός:

Η μελέτη της μεταβολής της ηλικίας των ασθενών, που νοσηλεύθηκαν στην Καρδιολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Καβάλας, την εικοσαετία 1986-2005, με διάγνωση οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου.

Υλικό - Μέθοδος:

Μελετήθηκαν συνολικά 4573 άτομα (3360 άνδρες και 1193 γυναίκες, ηλικίας 23-105 ετών, μέση ηλικία $66,5 \pm 16,2$ ετών), που νοσηλεύθηκαν στην Καρδιολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Καβάλας με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου την εικοσαετία 1986-2005 και καταγράφηκαν οι μεταβολές στην ηλικία των ασθενών, καθώς και οι διαφορές μεταξύ των δύο φύλων.

Αποτελέσματα:

Την εικοσαετία 1986-2005 νοσηλεύθηκαν στην Καρδιολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Καβάλας συνολικά 4573 άτομα (228,6 άτομα/έτος) με Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου (157,74 εμφράγματα ανά 100.000 κατοίκους ανά έτος). Από αυτά τα 3360 ήταν άνδρες (ποσοστό 73,47%) ενώ τα υπόλοιπα 1193 γυναίκες (26,53%) ($p < 0,05$). Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν $66,5 \pm 16,2$ ετών (διακύμανση από 23-105 ετών) με τη μέση ηλικία των ανδρών ($62,6 \pm 9,1$ έτη) να είναι σαφώς μικρότερη αυτής των γυναικών ($71,9 \pm 2,3$ έτη) ($p < 0,01$). Υπήρξε μια σταδιακή αύξηση του αριθμού των νοσηλευομένων ασθενών με OEM από 150 το 1986 σε 265 το 2005 (λιγότεροι ασθενείς 150 το 1985, περισσότεροι 285 το 1998). Η αύξηση αυτή ήταν περισσότερο εμφανής στις γυναίκες ασθενείς μιας και ο αριθμός τους αυξήθηκε από 34 το 1985 σε 84 το 2005.

Κατά τη διάρκεια της εικοσαετίας η μέση ηλικία των ασθενών παρουσίασε σταδιακή αύξηση, από 63,9 έτη το 1986 σε 68,1 έτη το 2005. Η μέση ηλικία των ανδρών ασθενών παρουσίασε επίσης αύξηση από 62,5 έτη το 1986 σε 65 έτη το 2005, καθώς και αυτή των γυναικών ασθενών από 70,7 έτη το 1986 σε 74,6 έτη το 2005. Η μέση ηλικία των νοσηλευομένων γυναικών ήταν μεγαλύτερη της αντίστοιχής των ανδρών σε όλα τα επιμέρους έτη.

Συμπεράσματα:

Την εικοσαετία 1986-2005 τα εμφράγματα που νοσηλεύθηκαν στην Καρδιολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Καβάλας παρουσίασαν σταδιακή αύξηση, με τους άνδρες να υπερτερούν σημαντικά των γυναικών σε απόλυτο αριθμό, αλλά με τις γυναίκες να παρουσιάζουν μεγαλύτερο ποσοστό αύξησης καθώς μέσα σε 20 έτη ο αριθμός των νοσηλευομένων γυναικών με OEM υπερδιπλασιάστηκε, πιθανότατα λόγω αλλαγής των συνθηκών ζωής των γυναικών (κάπνισμα, εργασία).

Η μέση ηλικία των νοσηλευομένων ασθενών, τόσο των ανδρών, όσο και των γυναικών, παρουσίασε επίσης σταδιακή αύξηση στην εικοσαετία με τη μέση ηλικία των γυναικών να είναι πάντα σημαντικά υψηλότερη αυτής των ανδρών (περίπου 9,5 έτη μεγαλύτερη).

Το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου φαίνεται επομένως να προσβάλλει ολοένα και μεγαλύτερης ηλικίας άτομα, κάτι το οποίο συνδέεται με την αύξηση του μέσου όρου ζωής, αλλά και πιθανώς με καλύτερο έλεγχο των προδιαθεσικών παραγόντων της στεφανιαίας νόσου.

Τέλος οι γυναίκες προσβάλλονται από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου σε σαφώς μεγαλύτερη ηλικία από τους άνδρες (περίπου μία δεκαετία), κάτι το οποίο είναι γνωστό παγκοσμίως και συνδέεται με την προστασία, που παρέχουν οι γυναικολογικές ορμόνες κατά τη διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας.

41. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Κ. Μαρτιάδου, Α. Μπουφίδου, Χ. Μπασαγιάννης, Ε. Δαμβοπούλου, Γ.Πεχλιβανίδης, ΙΧ. Στυλιάδης, Γ. Παρχαρίδης, Γ. Λουρίδας

Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ

Σκοπός:

Η καταγραφή των αιμορραγικών επιπλοκών από τη χορήγηση αντιθρομβωτικών ουσιών σε ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (ΟΣΣ).

Υλικό - Μέθοδοι:

Μελετήθηκαν προοπτικά 200 συνεχείς ασθενείς με ΟΣΣ, 33 με ΟΕΜ με ανάσπαση ST, 147 άνδρες, μέσης ηλικίας 65,5 έτη. Αποκλείστηκαν οι έχοντες αιμορραγική διάθεση. Στους ασθενείς χορηγήθηκε αντιθρομβωτική αγωγή με ασπιρίνη (ΑΣΠ) 100 mg, κλοπιδογρέλη 300 mg δόση εφόδου και 75 mg δόση συντήρησης, μεμονωμένα ή σε συνδυασμό μεταξύ τους ή και ηπαρίνη ΧΜΒ κυρίως ενοξαπαρίνη (1mg/kg ανά 12ωρο) ή θρομβόλυση όταν επρόκειτο για ΟΕΜ. Σε 4 ασθενείς χορηγήθηκε αναστολέας GP IIb/IIIa. Καταγράφηκαν οι αιμορραγικές επιπλοκές και η ανάγκη για μετάγγιση αίματος. Μείζονες αιμορραγικές επιπλοκές: εγκεφαλική αιμορραγία οπισθοπεριτοναϊκό αιμάτωμα. Ελάσσονες επιπλοκές: ρινορραγία, υποδόριο αιμάτωμα, γαστρορραγία, αιματουρία.

Αποτελέσματα:

Επιπλοκές εμφάνισαν 20 ασθενείς (10%), (βλ. πίνακα)

Από την πολυπαραγοντική μελέτη φάνηκε ότι ο συνδυασμός ηπαρίνης ΧΜΒ - κλοπιδογρέλης ήταν ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση υποδόριου και οπισθοπεριτοναϊκού αιματώματος ($p < 0.001$), το δε γυναικείο φύλο και ο σακχαρώδης διαβήτης για οπισθοπεριτοναϊκό αιμάτωμα, $p = 0.033$ και $p = 0.02$ αντίστοιχα.

Συμπεράσματα:

Αιμορραγικές επιπλοκές εμφανίστηκαν σε ποσοστό 10% των ασθενών. Οι γυναίκες εμφάνισαν 4πλάσιο και 16πλάσιο κίνδυνο υποδόριου και οπισθοπεριτοναϊκού αιματώματος αντίστοιχα. Ο συνδυασμός ηπαρίνης-κλοπιδογρέλης ήταν σημαντικά ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου εμφάνισης οπισθοπεριτοναϊκού και υποδόριου αιματώματος. Το γυναικείο φύλο ήταν οριακά σημαντικά ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για εμφάνιση υποδόριου αιματώματος και σημαντικά ανεξάρτητος παράγοντας για εμφάνιση οπισθοπεριτοναϊκού αιματώματος.

42. ΑΥΤΟΜΑΤΟΣ ΠΝΕΥΜΟΘΩΡΑΚΑΣ ΥΠΟ ΤΑΣΗ ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΗΣ ΚΑΤΑΡΡΙΨΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟ ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΟΞΕΟΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ

Δημόπουλος Δ, Κουδούνης Γ, Εφραϊμίδης Π, Ζόμπολου Χ, Κοσμοπούλου Σ, Κλουφέτος Π, Ασημάκης Γ, Ζόμπολος Σ.

Καρδιολογική Κλινική Γ. Ν. Καλαμάτας

Εισαγωγή:

Ο πνευμοθώρακας υπό τάση είναι επείγουσα χειρουργική κατάσταση που μπορεί να οδηγήσει τάχιιστα σε μοιραία έκβαση. Το κλειστό τραύμα θώρακα, οι συγγενείς διαμαρτίες, η τήξη αεροφόρου οδού επί λοιμώδους ή νεοπλασματικής εξεργασίας, αποτελούν συνήθη αίτια πνευμοθώρακα, ενώ ο αυτόματος, είναι η πιο επικίνδυνη έκφανση, αφού, η διάγνωσή του απαιτεί υψηλό δείκτη υποψίας.

	ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ	ΡΙΝΟΡΡΑΓΙΑ	ΥΠΟΔΟΡΙΟ-ΑΙΜΑΤΩΜΑ	ΟΠΙΣΘΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΟ ΑΙΜΑΤΩΜΑ	ΑΙΜΑΤΟΥΡΙΑ
ΑΣΠ+ΗΠΑΡ+ΚΛΟΠ+ΘΡΟΜ	1				
ΑΣΠ+ΗΠΑΡ+ΚΛΟΠ		1	2	1	1
ΑΣΠ+ΗΠΑΡ			1		1
ΑΣΠ+ΚΛΟΠ			3	2	
ΑΣΠ				1	
ΗΠΑΡ+ΚΛΟΠ			2	1	1
ΗΠΑΡ					1
ΑΣΠ+ΗΠΑΡ+ΚΛΟΠ+IIb/IIIa			1		
ΣΥΝΟΛΟ	1	1	9	5	4

Ενδιαφέρουσα Περίπτωση:

Περιγράφουμε την περίπτωση άνδρα 73 ετών με ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής υπέρτασης και σακχαρώδους διαβήτη τύπου II, υποβληθέντα από τριμήνου προ της προσελύσεως, σε εκτομή δεξιού πνεύμονα εξαιτίας μικροκυτταρικού καρκινώματος πνεύμονα (SCLC), χωρίς υπολειμματική νόσο. Ο ασθενής νοσηλεύεται στην καρδιολογική κλινική εξαιτίας ασταθούς στηθάγχης. Την τρίτη μέρα νοσηλείας παρουσίασε αιφνίδια δύσπνοια, υπόταση, ψυχρή εφίδρωση, οπισθοστερνικό άλγος, πτώση επιπέδου συνείδησης. Από την φυσική εξέταση καταγράφηκε υπερσαφής πνευμονικό ήχος του ανώτερου τριτημορίου δεξιού πνεύμονα που δεν προϋπήρχε, διόγκωση σφαγίτιδων, ενώ, δεν καταγράφηκε επιδείνωση των ηλεκτροκαρδιογραφικών καθώς και των αιματολογικών και βιοχημικών δεικτών. Τα αέρια αίματος έδειξαν υποξία και αναπνευστική αλκάλωση, αρχικά και κατόπιν μεταβολική οξέωση. Εξαιτίας των ανωτέρω και επί μη ανεύρεσης εστίας απώλειας ενδαγγειακού όγκου, αλλά και με βάση τα ευρήματα από την ακτινογραφία θώρακα, οδηγήθηκε σε διενέργεια αξονικής τομογραφίας η οποία κατέδειξε την ύπαρξη υδροπνευμοθώρακα υπό τάση δεξιά. Ο ασθενής τέθη άμεσα σε μηχανικό αερισμό με εκλεκτική διασωλήνωση, έτυχε θωρακικής παροχέτευσης ενώ του χορηγήθηκαν υγρά και αγγειοσυσπαστικές ουσίες με ταχύτατη ανταπόκριση. Σύντομα αποκαταστάθηκε η περιφερική κυκλοφορία, η αρτηριακή πίεση, και η διούρηση ενώ αποσύρθηκαν οι αγγειοσυσπαστικές ουσίες. Ο ασθενής διακομίστηκε διασωληνωμένος σε θωρακοχειρουργικό κέντρο προς διερεύνηση της εστίας διαφυγής και αντιμετώπιση, ενώ, η καρδιακή του λειτουργία παρέμεινε σταθερή.

Συμπέρασμα:

Τα οξέα στεφανιαία σύνδρομα κατά τη διαδρομή τους δύνανται να επιπλακούν από διαταραχές του κυκλοφορίας. Ωστόσο, η επιμελής κλινικοεργαστηριακή διερεύνηση είναι επιβεβλημένη σε κάθε τέτοια περίπτωση και κυρίως όταν στο ατομικό αναμνηστικό του ασθενούς καταγράφονται νοσήματα που μπορούν να οδηγήσουν σε θνησιγόνες καταστάσεις όπως ο αυτόματος πνευμοθώρακας υπό τάση, ο οποίος πρέπει να εντάσσεται στη διαφορική διάγνωση κυκλοφορικής καταπληξίας επί ενδείξεων.

43. ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΑ ΣΥΜΒΑΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΣΕ ΔΕΙΓΜΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΧΕΠΑ. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΛΕΤΗ HELIOS

Φ. Λαζαρίδου, Κ. Μαρτιάδου, Ε. Δαμβοπούλου, Χ. Μπασαγιάννης, Γ. Ευθυμιάδης, Χ. Καρβούνης, Ι. Στυλιάδης, Γ. Παρχαρίδης

Α' Καρδιολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ

Σκοπός:

Παρουσιάζονται χαρακτηριστικά από δείγμα ασθενών που νοσηλεύθηκαν στο νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ και καταγράφηκαν στα πλαίσια της μελέτης HELIOS.

Υλικό και Μέθοδοι:

Στη μελέτη πήραν μέρος 59 ασθενείς, σύμφωνα με τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού της μελέτης HELIOS.

Αποτελέσματα:

Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας των ασθενών αυτών στο νοσοκομείο, οι κυριότερες επιπλοκές ήταν οι εξής : i) υποτροπή της στηθάγχης (22%), ii) κολπική μαρμαρυγή (15,3%), iii) καρδιακή ανεπάρκεια (8,5%), iv) καρδιογενές shock (6,8%), v) επανέμφραγμα (3,4%), vi) κοιλιακή μαρμαρυγή (3,4%) και vii) αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (οποιασδήποτε αιτιολογίας) (3,4%). Η ενδονοσοκομειακή θνητότητα ήταν της τάξεως του 6,8%. Κατά την έξοδο τους από το νοσοκομείο το 84,7% ελάμβανε ασπιρίνη, το 67,8% κλοπιδογρέλη ή τικλοπιδίνη, το 5,1% κουμαρινικά αντιπηκτικά, το 84,7% β-αποκλειστές, το 76,3% αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου ή αποκλειστές των AT-1 υποδοχέων και το 79,7% στατίνες. Η επιβίωση των ασθενών στους 6 μήνες ήταν 95%.

Συμπεράσματα:

Φαίνεται ότι η κύρια επιπλοκή των ασθενών της μελέτης μας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους ήταν η υποτροπή της στηθάγχης, η ενδονοσοκομειακή τους θνητότητα ήταν σχετικά χαμηλή, ενώ καλή ήταν η επιβίωση τους στους 6 μήνες.

44. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΔΕΙΓΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΧΕΠΑ. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΛΕΤΗ HELIOS

Κ. Μαρτιάδου, Φ. Λαζαρίδου, Ε. Δαμβοπούλου, Γ. Γιαννακούλας, Χ. Μπασαγιάννης, Χ. Καρβούνης, Ι. Στυλιάδης, Γ. Παρχαρίδης

Α' Καρδιολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ

Σκοπός:

Παρουσιάζονται χαρακτηριστικά από δείγμα ασθενών που νοσηλεύθηκαν στο νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ και καταγράφηκαν στα πλαίσια της μελέτης HELIOS.

Υλικό και Μέθοδοι:

Στη μελέτη πήραν μέρος 59 ασθενείς, σύμφωνα με τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού της μελέτης HELIOS. Από αυτούς οι 40 ήταν άνδρες (67,8%) και 19 γυναίκες (32,2%), ενώ ο μέσος όρος της ηλικίας τους ήταν 78±9 έτη.

Αποτελέσματα:

Σε σχέση με τους παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο, το 72,9% είχε αρτηριακή υπέρταση, το 44,1% ήταν καπνιστές και το 13,6% παλαιοί καπνιστές, το 23,7% είχε σακχαρώδη διαβήτη, το 50,8% εμφάνιζε δυσλιπιδαιμία, το 23,7% είχε θετικό οικογενειακό ιστορικό για στεφανιαία νόσο και το 11,9% είχε προηγούμενο ιστορικό στεφανιαίας νόσου. Το 61% των ασθενών που πήραν μέρος στη μελέτη προσήλθαν στο νοσοκομείο με δικό τους μεταφορικό μέσο, ενώ μόνο το 37% αυτών προσήλθε στο νοσοκομείο μέσω

ΕΚΑΒ. Σύμφωνα με την κατάταξη των ασθενών κατά Killip , το 81,4% ανήκε στην υποομάδα I, το 11,8% στην υποομάδα II, και το 6,8% στην υποομάδα III. Κανένας ασθενής κατά την προσέλευση του στο νοσοκομείο δεν ανήκε στην υποομάδα IV κατά Killip.

Συμπεράσματα:

Φαίνεται ότι στους ασθενείς της μελέτης μας ο κυριότερος προδιαθεσικός παράγοντας κινδύνου για την εκδήλωση στεφανιαίας νόσου ήταν η αρτηριακή υπέρταση, ενώ σημαντικό είναι επίσης το γεγονός ότι ένα πολύ μεγάλο ποσοστό ασθενών με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου προσέρχεται στο νοσοκομείο με δικό του μεταφορικό μέσο.

45. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΑΜΕΣΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΕ ΔΕΙΓΜΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΧΕΠΑ. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΛΕΤΗ HELIOS

Κ. Μαρτιάδου, Φ. Λαζαρίδου, Ε. Δαμβοπούλου, Π. Χαραλαμπίδης, Σ. Χατζημιλιάδης, Χ. Καρβούνης, Ι. Στυλιάδης, Γ. Παρχαρίδης

Α΄ Καρδιολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ

Σκοπός:

Παρουσιάζονται χαρακτηριστικά από δείγμα ασθενών που νοσηλεύθηκαν στο νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ και καταγράφηκαν στα πλαίσια της μελέτης HELIOS.

Υλικό και Μέθοδοι:

Στη μελέτη πήραν μέρος 59 ασθενείς, σύμφωνα με τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού της μελέτης HELIOS.

Αποτελέσματα:

Από τους 59 ασθενείς που πήραν μέρος στη μελέτη οι 19 (32,2%) παρουσίαζαν ανάσπαση του ST διαστήματος στις απαγωγές II-III-aVF (κάτω τοίχωμα), και οι 40 στις απαγωγές I-aVL, V1-V6 (πρόσθιο-πλάγιο τοίχωμα) (67,8%). Οι τιμές της κρεατινικής φωσφοκινάσης (CPK) κατά την εισαγωγή ήταν διαγνωστικές σε 52 ασθενείς (88,1%), ασαφείς σε 3 ασθενείς (5,1%) και αρνητικές σε 4 ασθενείς (6,8%). Αντιστοίχως οι τιμές της τροπονίνης ήταν διαγνωστικές σε 11 ασθενείς (18,6%), ασαφείς σε 11 ασθενείς (18,6%), αρνητικές σε 5 ασθενείς (8,5%), ενώ σε ποσοστό 54,3% (32 ασθενείς) δεν μετρήθηκε η τροπονίνη κατά την εισαγωγή των ασθενών στο νοσοκομείο. Από τους 59 ασθενείς της μελέτης, 6 υποβλήθηκαν σε πρωτογενή αγγειοπλαστική (10,2%), 23 έλαβαν θρομβολυτική αγωγή (39%), ενώ οι υπόλοιποι 30 ασθενείς (50,8%) δεν υποβλήθηκαν σε θεραπεία επαναιμάτωσης. Οι κυριότεροι λόγοι μη χορήγησης θρομβολυτικής αγωγής ήταν: i) η απουσία σαφών ηλεκτροκαρδιογραφικών κριτηρίων (33%), ii) ο αυξημένος κίνδυνος αιμορραγίας (28%) και iii) η υποχώρηση των ανασπάσεων του ST διαστήματος/ύφεση των συμπτωμάτων με την αρχική αντιμετώπιση (12%).

Συμπεράσματα:

Όπως φαίνεται και από τα αποτελέσματα της μελέτης μας, ακόμα και σήμερα ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών δεν υποβάλλεται σε θεραπεία επαναιμάτωσης για διάφορους λόγους.

46. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΜΗ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΚΤΑΣΗ ΤΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ

A. Ζιάκας, I. Στυλιάδης, Γ. Μιχαηλίδης, E. Κυρατζόγλου, N. Μαρτιάδου, E. Δαμβοπούλου, A. Μπουφίδου, Γ. Παρχαρίδης

A΄ Καρδιολογική Κλινική Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ

Σκοπός:

Να ελεγχθεί η σχέση της παρουσίας κολπικής μαρμαρυγής και της βαρύτητας της στεφανιαίας νόσου σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε στεφανιογραφικό έλεγχο.

Μέθοδοι:

Μελετήθηκαν 434 ασθενείς (318 άνδρες) που νοσηλεύτηκαν στη στεφανιαία μονάδα της Α΄ Καρδιολογικής Κλινικής του Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ κατά την χρονική περίοδο Οκτωβρίου- Μαρτίου 2006 και υποβλήθηκαν σε στεφανιογραφικό έλεγχο. Οι ασθενείς χωρίστηκαν στην ομάδα Α (42 ασθενείς-παρουσία κολπικής μαρμαρυγής) και στην ομάδα Β (392 ασθενείς-απουσία κολπικής μαρμαρυγής).

Αποτελέσματα:

Η ομάδα Α περιελάμβανε 30 άνδρες (71,4%) και η ομάδα Β 288 (73,5%), ($p>0.05$). Στην ομάδα Α 5 ασθενείς (11,9%) νοσηλεύτηκαν λόγω οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου, 17 ασθενείς (40,5 %) λόγω ασταθούς στηθάγχης, 12 ασθενείς (28,5%) για προγραμματισμένη ΡΤCA και 8 ασθενείς (19%) λόγω οξέος πνευμονικού οίδηματος, ενώ στην ομάδα Β 76 ασθενείς (19,5 %) λόγω οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου, 140 (35,4%) λόγω ασταθούς στηθάγχης, 138 (35,4 %) για προγραμματισμένη ΡΤCA και 38 (9,7%) λόγω οξέος πνευμονικού οίδηματος ($p>0.05$).

Όσον αφορά την έκταση της στεφανιαίας νόσου, στην ομάδα Α φυσιολογικά στεφανιαία αγγεία είχαν 13 ασθενείς (31,7 %), νόσο ενός αγγείου 13 (31,7 %), νόσο δύο αγγείων 9 (22 %), νόσο τριών αγγείων 3 (7,3%), νόσο στελέχους 2 (4,9 %) και ελάχιστες αγγειογραφικά αλλοιώσεις 1 (2,4%), ενώ στην ομάδα Β, φυσιολογικά στεφανιαία αγγεία 57(14,5 %), νόσο ενός αγγείου 137(34,8 %), νόσο δύο αγγείων 67 (17 %), νόσο τριών αγγείων 81(20,6%), νόσο στελέχους 17(4,3 %) και ελάχιστες αλλοιώσεις 35(8,9%)($p<0.05$). Η μέση τιμή του κλάσματος εξωθήσεως ήταν αντίστοιχα $53,3\pm 9,2\%$ και $54,87\pm 9,9\%$ ($p>0.05$).

Συμπέρασμα:

Η παρουσία κολπικής μαρμαρυγής συνδέεται με μικρότερη συχνότητα εμφάνισης ελάχιστων αγγειογραφικά αλλοιώσεων και νόσου 3 αγγείων και μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης φυσιολογικών αγγείων και νόσου δύο αγγείων.

47. ΑΝΤΙΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΚΑΙ ΙΝΟΤΡΟΠΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΛΕΒΟΣΙΜΕΝΤΑΝΗΣ ΣΕ ΑΡΙΣΤΕΡΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΩΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ Ο.Ε.Μ.

Σιδεράς Σκεύος, Τσατίρης Κων/νος, Έξαρχος Πέτρος, Παπαδάκης Εμμανουήλ, Πότσης Θωμάς, Λελιούδης Κων/νος, Ιατρόπουλος Δημήτριος, Ανυφαντής Σωτήριος, Κόγιας Ιωάννης

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας

Εισαγωγή:

Η Λεβοσιμεντάνη αποτελεί έναν νέο παράγοντα για την θεραπεία της ανθεκτικής καρδιακής ανεπάρκειας. Εμφανίζει θετική ινότροπο δράση, μέσω ευαισθητοποίησης στο ιόν του ασβεστίου αλλά και αγγειοδιασταλτική δράση, μέσω διάνοιξης των ATP- εξαρτώμενων διαύλων καλίου. Υπάρχει πλήθος δεδομένων για την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητά της στη θεραπεία της ανθεκτικής αριστερής καρδιακής ανεπάρκειας. Δεν υπάρχουν όμως σαφείς αποδείξεις, για την αποτελεσματικότητά της στην οξεία καρδιακή ανεπάρκεια (ως αποτέλεσμα Ο.Ε.Μ.), όπως και δεδομένα σε πιθανές της αντιφλεγμονώδεις δράσεις.

Μέθοδος:

Μελετήθηκε ένας πληθυσμός 20 ασθενών (15 άντρες, 5 γυναίκες) με σοβαρή αριστερή καρδιακή ανεπάρκεια, ως αποτέλεσμα Ο.Ε.Μ. με κλάσμα εξώθησης ίσο με 20 ως 25%. Παράλληλα με την συνήθη φαρμακευτική αγωγή, τούς χορηγήθηκε ενδοφλέβια λεβοσιμεντάνη, σε δόση ανάλογα με το σωματικό τους βάρος και για 24 ώρες, όπως ορίζει το πρωτόκολλο. Η εκτίμηση του θεραπευτικού αποτελέσματος έγινε μέσω υπερηχοτομογραφικής μέτρησης του κλάσματος εξώθησης, φυσικής κατάστασης και ακτινογραφικής εικόνας, πριν και τρεις μέρες μετά την έναρξη της θεραπείας. Μετρήθηκαν επίσης η CRP και το BNP στην αρχή και μία εβδομάδα μετά, για να εκτιμηθούν παράλληλα με την ινότροπη και οι πιθανές αντιφλεγμονώδεις δράσεις της λεβοσιμεντάνης.

Αποτελέσματα:

Όλοι οι ασθενείς εμφάνισαν βελτίωση της αναπνευστικής τους λειτουργίας, της φυσικής τους κατάστασης και του κλάσματος εξώθησής τους από 20 - 25% αρχικά σε 30 - 35%. Οι τιμές της CRP παρουσίασαν μείωση από 80mg/l (φτ 0-5mg/l) σε 45mg/l. Οι τιμές του BNP εμφάνισαν επίσης μείωση από 400pg/ml (φτ 0-100pg/ml) σε 150pg/ml. Έγινε σύγκριση με τιμές από ομάδα στην οποία δεν χορηγήθηκε λεβοσιμεντάνη και στην οποία η CRP μετρήθηκε 80mg/l αρχικά και 70mg/l μετά μια εβδομάδα και το BNP 450pg/ml και 400pg/ml αντίστοιχα.

Συμπεράσματα:

Συγκρίνοντας ξεχωριστά την μείωση στην CRP και BNP βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων με $p < 0.001$ και για τους δύο παράγοντες. Η χορήγηση λεβοσιμεντάνης σε ασθενείς με αριστερή καρδιακή ανεπάρκεια, ως αποτέλεσμα Ο.Ε.Μ. έχει αντιφλεγμονώδη δράση, έγινε καλά ανεκτή από τους ασθενείς και δεν προκάλεσε κάποια εμφανή επιπλοκή.

48. ΜΥΟΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΠΟΠΛΗΞΙΑ-ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΙΦΝΙΔΙΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟ STRESS

Κασίμης Γεώργιος, Δουλής Απόστολος, Καλαϊτζής Νικόλαος, Καρδάμης Χριστόφορος, Ζώνιος Γεώργιος, Στασινός Βασίλης, Βαλασάμης Κωνσταντίνος, Δραγανιγός Αντώνιος

Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Κέρκυρας, Καρδιολογική Κλινική, Κέρκυρα

Σκοπός Εργασίας:

Παρουσίαση τριών περιστατικών που εμφάνισαν μυοκαρδιακή αποπληξία (myocardial stunning) μετά από αιφνίδιο συναισθηματικό stress. Με τον όρο μυοκαρδιακή αποπληξία περιγράφεται η κατάσταση κατά την οποία παρατηρείται παρατεταμένη μεθισχαιμική δυσλειτουργία, που ακολουθείται από πλήρη αλλά καθυστερημένη αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργικότητας του μυοκαρδίου.

Υλικό και Μέθοδοι:

Μελετήσαμε τρεις ασθενείς οι οποίοι προσήλθαν με δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας μετά από ένα αιφνίδιο συναισθηματικό stress. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε ενζυμικό, υπερηχογραφικό και στεφανιογραφικό έλεγχο.

Αποτελέσματα:

Ό μέσος όρος ηλικίας των ασθενών ήταν τα 62 έτη και ήταν όλοι γυναίκες. Το ατομικό αναμνηστικό ήταν ελεύθερο για στεφανιαία νόσο, ενώ και στις τρεις περιπτώσεις αναφέρθηκε αιφνίδιος εκλυτικός παράγοντας. Η αιτία εισόδου των ασθενών ήταν το οξύ οπισθοστερνικό άλγος. Το ΗΚΓ εισαγωγής παρουσίαζε ανάσπαση ST κυρίως στις προκάρδιες απαγωγές, το οποίο όμως την επομένη μέρα της νοσηλείας τους άλλαζε δραματικά εμφανίζοντας βαθιά αρνητικά T. Το διαθωρακικό υπερηχογράφημα κατέγραψε σοβαρή δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας κατά την προσέλευσή τους, το οποίο όμως βελτιώθηκε σε όλους τους ασθενείς μετά την έβδομη μέρα. Καταγράφηκε μικρή αύξηση της τροπονίνης I. Η στεφανιογραφία κατέγραψε φυσιολογικά στεφανιαία αγγεία.

Συμπεράσματα:

Το συναισθηματικό stress μπορεί να πυροδοτήσει σοβαρή αλλά αναστρέψιμη δυσλειτουργία της αριστεράς κοιλίας σε ασθενείς χωρίς στεφανιαία νόσο. Η κλινική εμφάνιση της κατάστασης αυτής μιμείται οξύ στεφανιαίο επεισόδιο.

49. ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΟΣ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΣΒΕΣΤΟΠΟΙΟ ΣΤΕΝΩΣΗ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΟΣ

Συγγραφέας: Γεώργιος, Κορωνίδης Κλεάνθης, Τσούνος Ιωάννης

Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. Κατερίνης

Σκοπός της Μελέτης:

Ο έλεγχος της λειτουργικότητας της αριστεράς κοιλίας σε ασθενείς με ηπίου έως μετρίου βαθμού αβεστοποιο στένωση αορτικής βαλβίδος.

Υλικό και Μέθοδοι:

60 ασθενείς με γνωστή αβεστοποιο στένωση αορτικής βαλβίδος ηπίου έως μετρίου βαθμού, ελέγχθηκαν με διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα για την ύπαρξη συστολικής και διαστολικής διαστολικής δυσλειτουργίας. Συγκεκριμένα μετρήθηκαν το κλάσμα εξώθησης (EF), δια μέσω της διαμπτροειδικής ροής το κύμα E ,το κύμα A και λόγος E/A, ο χρόνος DT, δια μέσω της ροής στις πνευμονικές φλέβες η μέγιστη ταχύτητα της συστολικής πρόσω ροής (S), της διαστολικής ροής (D) και της ανάδρομης ροής κατά την κολπική συστολή(A) και ο λόγος S/D ενώ με το παλμικό ιστικό DOPPLER (TDI) μετρήθηκαν η μέγιστη ταχύτητα κατά την συστολή(ς), η πρώτη διαστολική ταχύτητα (e) και η όψιμη διαστολική ταχύτητα (a) καθώς και ο λόγος E/e. Σακχαρώδη διαβήτη είχαν 17 ασθενείς (28.33%), αρτηριακή υπέρταση είχαν 46 (76.66%), στεφανιαία νόσο είχαν 16 ασθενείς (26.66%) και μεταβολικό σύνδρομο είχαν 21 ασθενείς (35%). Άνδρες ήταν 16, γυναίκες 44 και ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών ήταν 68.94 έτη.

Αποτελέσματα:

Συστολική δυσλειτουργία παρουσίασαν μόνο 6 ασθενείς (ποσοστό 10%), διαστολική δυσλειτουργία τύπου

παρατεταμένης χάλασης ($E < A$) εμφάνισαν 45 ασθενείς (ποσοστό 75%) και ψευδοφυσιολογικό τύπο διαστολικής δυσλειτουργίας ($E > A, e < a$) παρουσίασαν 15 ασθενείς (ποσοστό 25%). Ο λόγος E/e υπήρξε μεγαλύτερος του 15, ενδεικτικό αυξημένης τελοδιαστολικής πίεσης της αριστεράς κοιλίας, σε 16 ασθενείς (ποσοστό 26.66%), μικρότερος του 8, ενδεικτικό φυσιολογικής τελοδιαστολικής πίεσης της αριστεράς κοιλίας, σε 12 ασθενείς (ποσοστό 20%) και μεταξύ 8 έως 15 σε 32 ασθενείς (ποσοστό 53.33%).

Συμπεράσματα:

Οι ασθενείς με ασβεστοποιοι στένωση αορτικής βαλβίδος ηπίου έως μετρίου βαθμού παρουσιάζουν διαστολική δυσλειτουργία, κυρίως τύπου παρατεταμένης χάλασης, ενώ σε αρκετούς από αυτούς επηρεάζεται και η τελοδιαστολική πίεση της αριστεράς κοιλίας.

50. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΥΠΟΣΤΡΩΜΑΤΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Συνηγόμος Γεώργιος, Κορωνίδης Κλεάνθης, Παπαϊωάννου Ιωάννης, Τσούνος Ιωάννης

Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. Κατερίνης

Σκοπός:

Η διερεύνηση του υποστρώματος ασθενών με γνωστή προχωρημένη καρδιακή ανεπάρκεια που εισήχθησαν στην κλινική λόγω επιδείνωσης της κλινικής τους εικόνας.

Υλικό και Μέθοδοι:

50 ασθενείς με γνωστή καρδιακή ανεπάρκεια (ΝΥΗΑ III-IV), που εισήχθησαν στην καρδιολογική κλινική λόγω επιδείνωσης της κλινικής τους εικόνας, ελέγχθησαν για τα αίτια του συνδρόμου της καρδιακής ανεπάρκειας. Όλοι οι ασθενείς είχαν κλάσμα εξώθησης μικρότερο από 45% ($EF < 45\%$) και ελάμβαναν πλήρη φαρμακευτική αγωγή. Άνδρες ήταν 38, γυναίκες 12 και ο μέσος όρος της ηλικίας ήταν 73.78 έτη.

Αποτελέσματα:

Στεφανιαία νόσος διαπιστώθηκε σε 43 ασθενείς (86%) εκ των οποίων 33 άνδρες (86% μεταξύ των ανδρών) και 10 γυναίκες (83% μεταξύ των γυναικών). Σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη είχαν υποβληθεί οι 24 ασθενείς (55.8% ασθενών με στεφανιαία νόσο) και σε αγγειοπλαστική στεφανιαίων αγγείων οι 7 (16.27% ασθενών με στεφανιαία νόσο) ενώ 14 από τους 43 ασθενείς (32.55%) δεν είχαν υποβληθεί σε επέμβαση επαναϊμάτωσης. Αρτηριακή υπέρταση ανευρέθηκε σε 23 ασθενείς (46%), σακχαρώδης διαβήτης σε 30 ασθενείς (60%), βαλβιδοπάθεια είχαν 4 ασθενείς (8%), διατακτική μυοκαρδιοπάθεια είχε 1 ασθενής (2%) και μόνιμο βηματοδότη έφεραν 3 ασθενείς (6%). Χρόνια αποφρακτική νόσος συνυπήρχε σε 14 ασθενείς (28%) και αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο είχαν υποστεί 6 ασθενείς (12%).

Συμπεράσματα:

Η στεφανιαία νόσος ανευρίσκεται πολύ συχνά σε ασθενείς με προχωρημένη καρδιακή ανεπάρκεια ενώ δεν παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στη συχνότητα εμφάνισης αυτής.

51. Η ΚΙΝΗΣΗ ΤΟΥ ΔΑΚΤΥΛΙΟΥ ΤΗΣ ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΟΥΣ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ

Χατζηελευθερίου Χ., Τζαμτζής Ηλ., Καϊρης Χ, Τοπαλατζής Κων., Μαλλιαρού Μαρ., Ρωμανίδου Νατ.,
Ματζινού Δεσπ., Θεοδωρίδης Νικ.

Καρδιολογική κλινική Γ. Ν. Δράμας

Σκοπός:

Το εύρος της κίνησης του δακτυλίου της μιτροειδούς (M.R.M.) αναφέρεται ότι επηρεάζεται από τη διαστολική δυσλειτουργία της αριστεράς κοιλίας. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της συσχέτισης του M.R.M. με τους κλασικούς διαστολικούς δείκτες στο διαθωρακικό echo καρδιάς.

Υλικό - μέθοδος:

Μελετήθηκαν 74 ασθενείς, όλοι με παθολογικό μοντέλο διαστολικής δυσλειτουργίας (διαταραχή τύπου χάλασης, ψευδοφυσιολογική μορφολογία, περιοριστική φυσιολογία). Εκτός του M.R.M. μελετήθηκαν διάφοροι διαστολικοί δείκτες: I.V.R.T., P.H.T., Dc.T., Ac.T., το ύψος κύματος E και A, ο λόγος E/A, το μέγεθος του αριστερού κόλπου, το ύψος κυμάτων πνευμονικών φλεβών. Η στατιστική ανάλυση έγινε με τη μέθοδο student t-test και μετρήθηκε ο δείκτης συσχέτισης κατά pearson. Καμία συσχέτιση δεν βρέθηκε με το σύνολο των διαπολικών δεικτών. Για παρατεταμένες όμως τιμές DT > 311 ± 8 msec βρέθηκε συσχέτιση με τις αντίστοιχες τιμές του M.V.R.: 14,3 mm ± 2 (r = 0,7 , n = 12). Ακόμη για χαμηλές τιμές του M.V.R.: μέση τιμή :10,5 ± 1,1 mm βρέθηκε συσχέτιση με χαμηλές τιμές του P.H.T.: μέση τιμή: 68 ± 0,01: (P< 0,05) που αντιστοιχούν σε χαμηλές τιμές E.F : μέση τιμή: 34% ± 0,1 (P< 0,05).

Συμπέρασμα:

Η μικρή ελάττωση του M.V.R. σχετίζεται κυρίως με διαταραχή της διαστολης τύπου χάλασης, ενώ η πολύ περιορισμένη κίνηση του M.V.R. σχετίζεται με το ψευδοφυσιολογικό περιοριστικό μοντέλο διαταραχής.

52. Η ΚΙΝΗΣΗ ΤΟΥ ΔΑΚΤΥΛΙΟΥ ΤΗΣ ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΣΥΣΤΟΛΙΚΟΥΣ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ

Χατζηελευθερίου Χρ., Τζαμτζής Ηλ., Καϊρης Χρ., Παντούσας Ηλ., Στεφανίδης Χαρ., Ρωμανίδου Νατ.,
Ματζινού Δεσπ., Θεοδωρίδης Νικ.

Καρδιολογική κλινική Γ. Ν. Δράμας

Σκοπός:

Το εύρος της κίνησης του δακτυλίου της μιτροειδούς (mitral ring motion - M.R.M.) εκφράζει την επιμήκη (longitudinal) βράχυνση των μυοκαρδιακών ινών. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της συσχέτισης του M.R.M. με τους συστολικούς υπερηχογραφικούς δείκτες και με τις συστολικές πιέσεις της δεξιάς κοιλίας (R.V.S.P.) στο διαθωρακικό echo.

Υλικό - μέθοδος:

Μελετήθηκαν 74 ασθενείς (28 + - 46 >) το διάστημα Ιούνιος - Δεκέμβριος 2006, μ.ο. ηλικίας 67 ± 3,2 έτη.

όλοι με παθολογικό μοντέλο διαστολικής λειτουργίας. Η μέση τιμή του M.V.R. μετρούμενη με m-mode τομή στη λήψη τεσσάρων κοιλοτήτων ήταν $15,09 \pm 3,3$ mm. Η μέση τιμή του M.V.R. 25 υγιών νέων μαρτύρων ήταν $17,4 \pm 3$ mm.: $p < 0,05$. Συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ M.V.R. και του E.F.LV: μέση τιμή $56,26 \pm 15,3$ % ($r : 0,77$). Ακόμη αρνητική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ M.R.M. και R.V.S.P. mean : μέση τιμή $34,08 \pm 7,4$ mmHg - ($r : - 0,54$) καθώς επίσης της μέσης τιμής του κύματος ανεπαρκείας τριγλώχινος (TR) : μέση τιμή $2,85 \pm 0,5$ m / sec ($r : - 0,5$).

Συμπέρασμα:

Η M.R.M. εμφανίζει ισχυρή σχέση με τη συστολή της αριστεράς κοιλίας, καθώς η κίνησή της είναι ευθέως ανάλογη με την επιμήκη βράχυνση αυτής. Ακόμη σχετίζεται αρνητικά με τις συστολικές πιέσεις που αναπτύσσονται στη δεξιά κοιλία, κυρίως λόγω διαστολικής δυσλειτουργίας της αριστεράς.

53. ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΠΟΦΥΓΗΣ ΤΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ ΜΕ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ

Κ.Τσακίριδης, Σ.Αρίκας, Ε.Χατζηνικολάου, Γ.Μπομπότης, Ε.Ρέππας, Γ.Μόσχος, Θ.Μπελεβεσλής, Α.Μαυρογιάννη

Κλινική "Αγ. Λουκάς", Θεσσαλονίκη

Σκοπός:

Παρά τις προόδους που πραγματοποιήθηκαν για τη βελτίωση της εξωσωματικής κυκλοφορίας (ΕΚ), η τεχνική αυτή εξακολουθεί ακόμα και σήμερα να συνοδεύεται από επιπλοκές, σημαντικότερη των οποίων είναι η πρόκληση συστηματικής φλεγμονώδους αντίδρασης. Στην εργασία μας εξετάζουμε την μέθοδο μείωσης της διαδικασίας της φλεγμονώδους αντίδρασης στους πνεύμονες με την χρήση κυκλωμάτων επικαλυμμένων με ηπαρίνη και την χορήγηση απροτινίνης.

Υλικό και Μέθοδοι:

Μελετήθηκαν 2 ομάδες ασθενών με στεφανιαία νόσο που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επαναμιάτωση του μυοκαρδίου υπό ΕΚ. Με την μέθοδο ELISA μετρήθηκαν σε όλους τους ασθενείς δείκτες φλεγμονώδους αντίδρασης. Αξιολογήθηκαν αιμοδυναμικές και αναπνευστικές παράμετροι. Μετρήθηκαν τα επίπεδα των κυτταροκινών, των μορίων προσκόλλησης και της μεταλλοπρωτεϊνάσης-3 κατά την εισαγωγή στην αναισθησία, καθώς και μετά από 24ώρες.

Αποτελέσματα:

Στους ασθενείς που χειρουργήθηκαν με την χρήση κυκλωμάτων επικαλυμμένων με ηπαρίνη και την χορήγηση απροτινίνης παρατηρήθηκαν σημαντικά στατιστικά μειωμένα επίπεδα δεικτών φλεγμονώδους αντίδρασης συγκρινόμενα με αυτά της ομάδας ελέγχου, ενώ δεν αποδείχθηκαν στατιστικά σημαντικές οι τιμές των αιμοδυναμικών και αναπνευστικών παραμέτρων αν και ήταν βελτιωμένες σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.

Συμπέρασμα:

Η χρήση κυκλωμάτων επικαλυμμένων με ηπαρίνη και η χορήγηση απροτινίνης μειώνει τη φλεγμονώδη

αντίδραση σε ασθενείς που υποβάλλονται σε στεφανιαία παράκαμψη υπό ΕΚ, όπως προκύπτει από την ελάττωση των επιπέδων των IL-6, ICAM-1 και p-Selectin.

54. ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΑΙ ΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΗΣ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑΣ

Σ. Πράπας*¹, Δ. Πρωτόγερος*¹, Φ. Ντάνου*¹, Β. Κώτσος*¹, Ι. Παναγιωτόπουλος*¹, Ι. Λιναρδάκης*¹, Χ. Τρίκκα- Τουμανίδου*², Ε. Χανδρινού*³

1*Καρδιοχειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο Ερρίκος Ντυνάν

2*Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο Ερρίκος Ντυνάν

3*Τμήμα Αιμοδοσίας, Νοσοκομείο Ερρίκος Ντυνάν

Σκοπός Εργασίας:

Ενώ ο αριθμός των ασθενών με τελικού σταδίου ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια αυξάνεται συνεχώς, οι προσφερόμενες λύσεις είναι περιορισμένες τόσο σε διαθεσιμότητα όσο σε αποτελεσματικότητά τους. Εκτιμήσαμε την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα μιας νέας εναλλακτικής λύσης η οποία συνίσταται σε επαναιμάτωση των ισχαιμικών περιοχών του μυοκαρδίου, εξωτερική επαναδιαμόρφωση της γεωμετρίας της αριστεράς κοιλίας και εμφύτευση μονοπύρηνων κυττάρων από αυτόλογο μυελό των οστών.

Μέθοδος:

10 ασθενείς ΝΥΗΑ III-IV (μέσης ηλικίας $58 \pm 8,9$ έτη) υποβλήθηκαν στην παραπάνω επέμβαση. Προεχειρητικά και μετεχειρητικά στους 3,6,12 μήνες εκτιμήθηκαν με εξετάσεις αίματος, διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδιάς, σπινθηρογράφημα με θάλιο και μαγνητική τομογραφία καρδιάς.

Μετά την επαναιμάτωση και την εξωτερική επαναδιαμόρφωση της γεωμετρίας της αριστεράς κοιλίας σε πάλλουσα καρδιά, σε προκαθορισμένες περιεμφραγματικές περιοχές εμφυτεύθηκαν μονοπύρνηνα κύτταρα (μέσος αριθμός $1,5 \pm 0,8 \times 10^9$).

Αποτελέσματα:

Όλοι οι ασθενείς είναι εν ζωή 3 - 16 μήνες μετεχειρητικά. Το κλάσμα εξώθησης βελτιώθηκε από $21,7 \pm 7,4\%$ σε $30,6 \pm 6,9\%$, $36,5 \pm 4,3\%$ και $37,7 \pm 4,2\%$ στους 3,6 και 12 μήνες αντίστοιχα. Η τελοδιαστολική διάμετρος μειώθηκε σε $66,1 \pm 4,2\text{mm}$ σε $62,6 \pm 3,9\text{mm}$, $60,5 \pm 2,9\text{mm}$ και $59,3 \pm 4,2\text{mm}$ αντίστοιχα. Περιοχές που προεχειρητικά εμφανίζονταν στο σπινθηρογράφημα ως μη βιώσιμες βρέθηκαν μετεχειρητικά να περιέχουν βιώσιμο ιστό ενώ στην μαγνητική τομογραφία παρατηρήθηκαν περιοχές υποκινησίας σε προηγούμενες ακινητικές περιοχές. Η κατά ΝΥΗΑ κατάσταση βελτιώθηκε σε I-II. Δεν παρατηρήθηκαν αξιόλογες αρρυθμίες κατά τη μετεχειρητική παρακολούθηση.

Συμπεράσματα:

Η συνδυασμένη χειρουργική αντιμετώπιση και εμφύτευση μονοπύρηνων κυττάρων αυτόλογου μυελού των οστών, χωρίς χρήση εξωσωματικής κυκλοφορίας είναι ασφαλής και εφικτή για τους τελικού σταδίου ισχαιμικής μυοκαρδιοπάθειας ασθενείς και φαίνεται να βελτιώνει την κλινική τους κατάσταση.

55. Η ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΗΣ ΥΠΕΡΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΔΙΑΤΑΚΤΙΚΗ ,ΜΗ ΙΣΧΑΙΜΙΚΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ:ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΗΣ ΣΥΝΔΕΔΕΜΕΝΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΛΙΠΟΠΡΩΤΕΙΝΗ ΦΩΣΦΟΛΙΠΑΣΗΣ Α2 ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΟΣ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΣ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ

Ε. Χατζηνικολάου,Ε. Ρέππας, Γ. Μόσχος, Θ. Μπελεβessλής, ,Γ. Μπομπότης, Α. Μαυρογιάννη, . Α. Χάντας , Κ. Τσακίριδης

Κλινική ΑΓΙΟΣ ΛΟΥΚΑΣ-Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή:

Η διατακτική μυοκαρδιοπάθεια εξ ορισμού συνοδεύεται από αγγειογραφικά εκτιμώμενα φυσιολογικά στεφανιαία αγγεία. Η υπερχοληστερολαιμία αποτελεί κλασικό προδιαθεσικό παράγοντα στεφανιαίας νόσου. Η παρατήρηση ότι ασθενείς με αγγειογραφικά τεκμηριωμένη διατακτική μυοκαρδιοπάθεια παρουσίαζαν υπερχοληστερολαιμία στα ίδια επίπεδα με αυτά ασθενών της ίδιας ηλικίας με αγγειογραφικά και κλινικά τεκμηριωμένη στεφανιαία νόσο αποτέλεσε την βάση αυτής της πολυετούς επιδημιολογικής μελέτης.

Μέθοδος:

Μελετήσαμε δύο ομάδες ασθενών . Η ομάδα Α συμπεριέλαβε 55 ασθενείς ηλικίας 47 ± 22 έτη με τεκμηριωμένη κλινικά και αγγειογραφικά διατακτική μυοκαρδιοπάθεια και υπερχοληστερολαιμία και στην ομάδα Β συμπεριελήφθησαν 70 ασθενείς ηλικίας 48 ± 23 έτη με τεκμηριωμένη κλινικά και αγγειογραφικά στεφανιαία νόσο. Για τον αγγειογραφικό προσδιορισμό της στεφανιαίας νόσου χρησιμοποίησαμε τα κριτήρια των μελετητών της Coronary Artery Surgery Study (. CASS). Εκτός από τα επίπεδα της LDL, HDL και ολικής χοληστερόλης , τα τριγλυκερίδια προσδιορίσαμε και άλλους παράγοντες κινδύνου στεφανιαίας νόσου, όπως το κάπνισμα, το φύλο, την παρουσία υπέρτασης, τον δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) , τα επίπεδα της ομοκυστεΐνης, τα επίπεδα της CRP του ινωδογόνου και της κρεατινίνης. Δεν συμπεριλάβαμε ασθενείς με διαβήτη για να αποφύγουμε στατιστικά λάθη. Τέλος μετρήσαμε τα επίπεδα της συνδεδεμένης με την λιποπρωτεΐνη φωσφολιπάσης Α2: Lp-PLA2 με τη χρήση enzyme-linked immunoassay και μονοκλωνικού anti-Lp-PLA2 αντισώματος (4B4). Τα επίπεδα διακύμανσης της μεθόδου ήταν 50-1000ng/ml .

Αποτελέσματα:

Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των 2 ομάδων ως προς τους κλασικούς παράγοντες κινδύνου. Υπήρξε σημαντικά στατιστική διαφορά ως προς τα επίπεδα της Lp-PLA2 . Στην ομάδα Α η μέση τιμή ήταν 198 ± 78 ng/ml ενώ στην ομάδα Β τα επίπεδα της μέσης τιμής της Lp-PLA2 ήταν 286 ± 95 ng/ml $p < 0.0003$ και υπήρχε στατιστική σημαντική συσχέτιση με την έκταση της στεφανιαίας νόσου. Το ποσοστό κινδύνου ανά standard deviation SD ήταν 1.32 (95%CI 1.08-1.61, $P=0.008$) και παρέμεινε σημαντικό μετά την εκτίμηση κλινικών παραγόντων, τιμών λιπιδίων και CRP .

Συμπεράσματα:

Σε ασθενείς με διατακτική μυοκαρδιοπάθεια, υπερχοληστερολαιμία και άλλους κλασικούς παράγοντες στεφανιαίας νόσου τα χαμηλά επίπεδα της Lp-PLA2 φαίνεται ότι "δρούν προστατευτικά " έναντι της εμφάνισης στεφανιαίας νόσου. Τα υψηλά επίπεδα της Lp-PLA2 αποτελούν ανεξάρτητο προδιαθεσικό παράγοντα εμφάνισης στεφανιαίας νόσου.

56. Η ΑΣΚΗΣΗ ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Ζυγούρη Τατιάνη

Κ. Υ. Σάμης, Κεφαλλονιά

Σκοπός Εργασίας:

Ανασκόπηση της σύγχρονης αρθρογραφίας ώστε να καθοριστεί ο ρόλος της άσκησης και η αποτελεσματικότητα της στη χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια.

Η συμφορητική Καρδιακή Ανεπάρκεια χαρακτηρίζεται από την ανικανότητα της καρδιάς να προμηθεύει τους ιστούς με επαρκή ποσότητα οξυγονωμένου αίματος και μπορεί να οφείλεται κυρίως σε δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας, αλλά και σε διαστολική δυσλειτουργία, διαταραχές στην ποσότητα του όγκου παλμού κ.α. Πρόκειται για πάθηση που πλήττει κυρίως ηλικιωμένους αν και τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση στη συχνότητα εμφάνισης της και σε νεαρές ηλικίες, ως αποτέλεσμα του σύγχρονου τρόπου ζωής αλλά και λόγω της αύξησης επιβίωσης μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Η φυσική δραστηριότητα θεωρείται ότι μειώνει κάποια δυσάρεστα συμπτώματα της χρόνιας καρδιακής ανεπάρκειας, όπως η κόπωση και η δύσπνοια, μέσω προσαρμογών του καρδιολογικού και μυοσκελετικού συστήματος. Παρόλο που η άσκηση αντενδείκνυται και σήμερα σε οξείες ή ασταθείς περιπτώσεις, μπορεί να είναι ωφέλιμη σε ασθενείς που έχουν σταθεροποιηθεί με φαρμακευτική αγωγή και έχουν αεροβική ικανότητα μεγαλύτερη των 3 MET. Παραδοσιακά σε αυτές τις κατηγορίες ασθενών προτείνεται αεροβική άσκηση μικρής έντασης. Σύγχρονες μελέτες προτείνουν τον εμπλουτισμό των προγραμμάτων αποκατάστασης με ασκήσεις αντίστασης, οι οποίες προκαλούν αύξηση στη μυϊκή δύναμη και κατάλληλες προσαρμογές στο μυοσκελετικό σύστημα, ώστε ο ασθενής με σταθερή χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια να μπορεί να επιστρέψει στην εργασία του και τις προηγούμενες κοινωνικές του δραστηριότητες.

Συμπεράσματα:

Στις περισσότερες έρευνες φαίνεται πως η άσκηση δεν προκαλεί κινδύνους στην υγεία των ασθενών με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια, αντίθετα μειώνει τα ποσοστά θνησιμότητας των ασθενών αυτών ενώ η βελτίωση της φυσικής τους κατάστασης έχει ως αποτέλεσμα την καλύτερη ποιότητα στη ζωή τους, τη μείωση των συμπτωμάτων και την ελάττωση των επισκέψεων στο νοσοκομείο. Μελλοντικές έρευνες είναι απαραίτητες ώστε να καθοριστεί ποιοι ασθενείς μπορούν να επωφεληθούν από τη συμμετοχή τους σε πρόγραμμα φυσικής δραστηριότητας και να βρεθεί η βέλτιστη δοσολογία άσκησης.

57. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΣΤΟΛΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1: Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ 2D-STRAIN

Τσιαούσης Γ, Μπελντέκος Δ, Θεοδόσης-Γεωργιάς Α, Γουγουρέλα Ε, Κουτσοβασιλός Α*, Μαργέτης Π, Αργυράκης Σ, Χαντάνης Σ, Φούσας Σ

**Καρδιολογική Κλινική, Τζάνειο Νοσοκομείο Πειραιά
*Διαβητολογικό Κέντρο, Τζάνειο Νοσοκομείο Πειραιά**

Σκοπός:

Η πρώιμη συστολική δυσλειτουργία της Αριστερής Κοιλίας (ΑΚ) είναι αμφιλεγόμενο φαινόμενο και η ανίχνευσή της με κλασσικές υπερηχοκαρδιογραφικές μεθόδους είναι εξαιρετικά δυσχερής. Το 2D-strain είναι νέα μέθοδος υπολογισμού των παραμέτρων παραμόρφωσης από δεδομένα της διαδιάστατης υπερηχοκαρδιογραφίας και δεν παρουσιάζει τους περιορισμούς των strain (S) και strain rate (SR) που λαμβάνονται από το Doppler. Σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση της συστολικής λειτουργίας της ΑΚ σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 (ΣΔ1) με το 2D-strain.

Υλικό-Μέθοδοι:

Είκοσι δύο ασθενείς με ΣΔ 1 και 17 υγιείς μάρτυρες υποβλήθηκαν σε υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη που περιλάμβανε μέτρηση διαστάσεων, όγκων και υπολογισμό του κλάσματος εξωθήσεως με μέθοδο biplane Simpson και offline μελέτη των ιστικών ταχυτήτων (TDI) και των παραγώγων τους S και SR κατά τον επιμήκη άξονα. Επίσης, με τη χρήση 2D-strain υπολογίστηκαν το συνολικό και περιοχικό μέγιστο συστολικό S και SR από 6 τοιχώματα (οπίσθιο και πρόσθιο ΜΚΔ, ελεύθερο πρόσθιο, κατώτερο και οπίσθιο).

Αποτελέσματα:

Οι ασθενείς με ΣΔ1 έδειξαν στατιστικά σημαντική μείωση του 2D-Strain Rate μόνο στο πρόσθιο τοίχωμα (1.67 ± 0.5 έναντι $1.32 \pm 0.43 \text{ sec}^{-1}$), $p=0.04$) σε σχέση με τους φυσιολογικούς μάρτυρες, αλλά μόνο οριακά μειωμένες τιμές στο πλάγιο ($p=0.06$) και καμιά διαφορά στα υπόλοιπα τοιχώματα.

Συμπεράσματα:

Οι 2D-strain και strain rate μετρήσεις παρουσίασαν ανομοιογένεια στα διάφορα τοιχώματα ασθενών με ΣΔ1 και δεν απέδειξαν πρώιμη συστολική δυσλειτουργία αυτών. Πιθανώς στο μέλλον και σε μεγαλύτερο αριθμό ασθενών να αποδειχθούν χρήσιμα στην πρώιμη ανίχνευση συστολικής δυσλειτουργίας σε ασθενείς με ΣΔ1.

58. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΔΕΞΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1: Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ STRAIN ΚΑΙ STRAIN RATE

Τσαούσης Γ, Μπελντέκος Δ, Θεοδόσης- Γεωργιάς Α, Βογιατζίδης Κ, Παπαδόπουλος Ι, Λεβισιάνου Δ*, Χαντάνης Σ, Αργυράκης Σ, Φούσας Σ

**Καρδιολογική Κλινική, Τζάνειο Νοσοκομείο Πειραιά
*Διαβητολογικό Κέντρο, Τζάνειο Νοσοκομείο Πειραιά**

Σκοπός:

Η διαστολική δυσλειτουργία της δεξιάς κοιλίας (ΔΚ) θεωρείται η πρωιμότερη διαταραχή της καρδιακής λειτουργίας σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 (ΣΔ1). Η χρήση των ιστικών ταχυτήτων (TDI) και των παραγώγων τους strain (S) και strain rate (SR) στη μελέτη λειτουργικότητας της ΔΚ είναι προς το παρόν περιορισμένη. Σκοπός της μελέτης ήταν η ανίχνευση διαστολικής λειτουργίας της ΔΚ σε ασθενείς με ΣΔ1 με την εφαρμογή των TDI, S και SR από το ελεύθερο-πλάγιο τοίχωμα της ΔΚ και τα τοιχώματα του δεξιού κόλπου (Δκ).

Υλικό-Μέθοδοι:

Είκοσι ασθενείς με ΣΔ1 και 15 υγιείς μάρτυρες υποβλήθηκαν σε συμβατική ηχοκαρδιογραφική μελέτη, καθώς και σε TDI και SR διερεύνηση. Οι παράμετροι που προσδιορίστηκαν ήταν οι ακόλουθες: E και A της διατριγωνικής ροής και ο λόγος τους, Em και Am του πλάγιου τριγωνικού δακτυλίου και ο λόγος τους, ο λόγος E/Em, η μέγιστη ιστική ταχύτητα κατά την ισοογκωτική συστολή, η επιφάνεια του Δκ, και τέλος τα διαστολικά κύματα του SR από ελεύθερο-πλάγιο τοίχωμα. Επιπλέον, TDI, S και SR κυματομορφές ελήφθησαν και από το μέσο τμήμα του ελεύθερου τοιχώματος του Δκ.

Αποτελέσματα:

Δεν ανευρέθηκε διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων ως προς τους προαναφερθέντες δείκτες της διαστολικής λειτουργίας της ΔΚ. Μία τάση προς στατιστική σημαντικότητα αναδείχθηκε στο κύμα A του TDI σήματος που ελήφθη από το δεξιό κόλπο (διαβητικοί ασθενείς: 7.46 ± 2.9 cm/s, ομάδα ελέγχου: 5.89 ± 2.1 cm/s, $p=0.096$).

Συμπεράσματα:

Η πρώιμη διαταραχή της διαστολικής λειτουργίας σε ασθενείς με ΣΔ1 αποδεικνύεται δυσχερής στην ανίχνευσή της. Οι νεότερες ηχοκαρδιογραφικές τεχνικές πιθανώς να αποτελέσουν χρήσιμο εργαλείο προς αυτήν την κατεύθυνση, ιδιαιτέρως όταν εφαρμοστούν στο δεξιό κόλπο.

59. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΣΤΟΛΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΑΙ ΔΕΞΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1 ΜΕ ΧΡΗΣΗ STRAIN ΚΑΙ STRAIN RATE ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ

Τσιαούσης Γ, Μπελντέκος Δ, Θεοδόσης-Γεωργιάς Α, Γουγουρέλα Ε, Μελιδώνης Α*, Χαντάνης Σ, Αργυράκης Σ, Φούσας Σ

**Καρδιολογική Κλινική, Τζάνειο Νοσοκομείο Πειραιά
*Διαβητολογικό Κέντρο, Τζάνειο Νοσοκομείο Πειραιά**

Εισαγωγή:

Η ανίχνευση πρώιμης συστολικής δυσλειτουργίας της αριστερής κοιλίας (ΑΚ) σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 (ΣΔ1) είναι δυσχερής με κλασσικές ηχοκαρδιογραφικές μεθόδους. Η χρήση των ιστικών ταχυτήτων και των παραγώγων τους Strain (S) και Strain Rate (SR) πιστεύεται ότι εκτιμούν αξιόπιστα τη συστολική και διαστολική λειτουργία της καρδιάς. Παρόλα αυτά, ελάχιστη εμπειρία υπάρχει στην εκτίμηση της ΑΚ και της ΔΚ με τις προαναφερθείσες μεθόδους στο ΣΔ1.

Ασθενείς-μέθοδοι:

Είκοσι ασθενείς με ΣΔ1 και 15 υγιείς μάρτυρες υποβλήθηκαν σε κλασσική και ιστική ηχοκαρδιογραφική μελέτη, καθώς και σε Strain Rate Imaging (SRI). Προσδιορίστηκαν οι ακόλουθες παράμετροι της ΑΚ: κλάσμα εξώθησης (ΚΕ) με τροποποιημένη μέθοδο Simpson, το ολοκλήρωμα ταχύτητας-χρόνου (VTI) στο χώρο εξόδου της ΑΚ, η τελοσυστολική διάμετρος της ΑΚ, ο δείκτης Tei, καθώς και η μέγιστη ιστική ταχύτητα, το μέγιστο S και SR από το βασικό πλάγιο τοίχωμα της ΑΚ. Από τη ΔΚ υπολογίστηκαν: η συστολική κίνηση του τριγωνικού δακτυλίου

(TAPSE), μία διάμετρος της ΔΚ, ο δείκτης Tεi της ΔΚ, η ιστική επιτάχυνση κατά την ισοογκωτική συστολή (IVA), καθώς και η μέγιστη ιστική ταχύτητα, το strain και strain rate από το βασικό πλάγιο τοίχωμα της ΔΚ.

Αποτελέσματα:

Οι δύο ομάδες ήταν συγκρίσιμες ως προς τις συμβατικές ηχοκαρδιογραφικές παραμέτρους της συστολικής λειτουργίας της ΑΚ και ΔΚ. Μεταξύ των νεότερων δεικτών ιστικής απεικόνισης, μόνο ο μέγιστος ρυθμός παραμόρφωσης στο βασικό πλάγιο τοίχωμα της ΑΚ βρέθηκε να διαφέρει μεταξύ ασθενών και ομάδας ελέγχου (αντίστοιχα: 1.64 ± 0.51 έναντι 1.92 ± 0.5 sec⁻¹, $p=0.05$).

Συμπέρασμα:

Ο προσδιορισμός των παραμέτρων παραμόρφωσης ενδεχομένως να συμβάλει στην πρώιμη ανίχνευση συστολικής δυσλειτουργίας της ΑΚ σε ασθενείς με ΣΔ1.

60. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΙΣΤΙΚΗΣ DOPPLER ΗΧΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΤΗΣ ΔΕΞΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Δεσποίνα Παρχαριδου, Γεωργιος Γιαννακουλας, Γεωργιος Ευθυμιαδης, Χαραλαμπος Καρβουνης, Κλειω Παπαδοπουλου, Ιωαννης Στυλιαδης, Γεωργιος Παρχαριδης

Α΄ Καρδιολογικη Κλινικη, Νοσοκομιο Αχερα, Αριστοτελειο Πανεπιστημιο Θεσσαλονικης

Σκοπός Εργασίας:

Να διερευνηθεί η λειτουργία της δεξιάς κοιλίας σε ασθενείς με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια (ΧΚΑ) με τη χρήση του ιστικού Doppler και να συγκριθούν οι παράμετροι του ιστικού Doppler της δεξιάς κοιλίας μεταξύ των ασθενών με ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια (ΙΣΜ) και διατακτική μυοκαρδιοπάθεια (ΔΤΜ).

Υλικό και Μέθοδοι:

Μελετήθηκαν 42 ασθενείς με ΙΣΜ και 40 ασθενείς με ιδιοπαθή ΔΤΜ με κλασικό και ιστικό Doppler. Μετρήθηκαν οι δείκτες E, A της διατριγωνικής ροής από το παλμικό Doppler, καθώς και οι δείκτες Sm, Em και Am του τριγωνικού δακτύλιου από το ιστικό Doppler. Με τη βοήθεια της λογιστικής πολυπαραγοντικής ανάλυσης παλινδρόμησης αναζητήθηκαν οι ανεξάρτητες μεταβλητές που επηρεάζουν σημαντικά την αιτιολογία της ΧΚΑ.

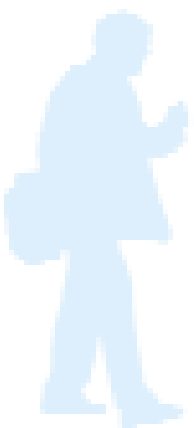
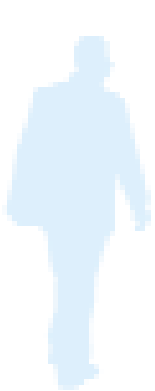
Αποτελέσματα:

Οι ασθενείς με ΙΣΜ είχαν σημαντικά υψηλότερες τιμές συστολικής πίεσης της πνευμονικής αρτηρίας (44.4 mmHg έναντι 34.7 mmHg, $p=0.006$) και χαμηλότερες τιμές συστολικών (Sm 0.06 m/s έναντι 0.09 m/s, $p<0.0001$) και διαστολικών (Em 0.05 m/s έναντι 0.07 m/s, $p=0.0003$, Am 0.075 m/s έναντι 0.11 m/s, $p=0.0016$) ταχυτήτων στον τριγωνικό δακτύλιο. Επίσης, ο λόγος E/Em στον τριγωνικό δακτύλιο ήταν σημαντικά υψηλότερος στους ασθενείς με ΙΣΜ (8.2 έναντι 5.7 , $p=0.0008$), εύρημα που υποδηλώνει υψηλότερες τιμές τελοδιαστολικών πιέσεων της δεξιάς κοιλίας. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές που μπόρεσαν να διαφοροδιαγνώσουν την αιτιολογία της ΧΚΑ ήταν η ηλικία (συντελεστής $\beta=0.13$, $p=0.0002$), η συστολική πίεση της πνευμονικής αρτηρίας ($\beta=0.05$, $p=0.003$) και το συστολικό κύμα Sm στον τριγωνικό δακτύλιο ($\beta=-45.3$, $p=0.001$). Τιμές E/Em της

δεξιάς κοιλίας 75.25 εμφάνισαν την υψηλότερη ευαισθησία (88.1%) και τιμές Em στον τριγωνικό δακτύλιο 75 cm/sec την υψηλότερη ειδικότητα (72.5%) για την πρόβλεψη της διάγνωσης της ΙΣΜ.

Συμπεράσματα:

Η ΧΚΑ συνοδεύεται από δυσλειτουργία της δεξιάς κοιλίας, η οποία είναι σημαντικότερη στους ασθενείς με ΙΣΜ.



ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ - ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ - ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

INVENTICS A.E.

9ο χλμ Θεσσαλονίκης - Θέρμης

ΤΕΧΝΟΠΟΛΗ - Κτίριο THERMI II

Τ.Θ. 60714 • 570 01 Θέρμη Θεσσαλονίκης

Τηλ.: +30 2310 474400, 801454-5

Fax: +30 2310 801454

e-mail: info@inventics.net • www.inventics.net

ΤΟΠΟΣ - ΧΡΟΝΟΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Συνεδριακό κέντρο ξενοδοχείου Hyatt Regency

Θεσσαλονίκη 17-19 Μαΐου 2007

ΕΚΘΕΣΗ

Κατά τη διάρκεια του συνεδρίου θα λειτουργεί έκθεση φαρμακευτικών προϊόντων - μηχανημάτων για ενημέρωση των συνέδρων.

ΔΙΑΚΡΙΤΙΚΟ ΣΗΜΑ

Για την παρακολούθηση των εργασιών του συνεδρίου, οι σύνεδροι είναι απαραίτητο να φέρουν τη διακριτική κάρτα εγγραφής που χορηγείται από τη γραμματεία.

ΠΑΡΑΛΑΒΗ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ

Τα πιστοποιητικά θα παραλαμβάνονται από τη γραμματεία την τελευταία ημέρα του συνεδρίου, κατόπιν επίδειξης της κονκάρδας. Το πιστοποιητικό μοριοδοτείται με 18 CME/CPD credits συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ

Στα πλαίσια του συνεδρίου, την Παρασκευή 18 Μαΐου 2007 θα πραγματοποιηθεί νοσηλευτικό σεμινάριο στην αίθουσα Ballroom III.

ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Το δικαίωμα συμμετοχής έχει ορισθεί ως εξής:

	Μέχρι 30/3/2007	Από 31/3/2007
Ειδικό ιατροί	80 euro	100 euro
Ειδικευόμενοι ιατροί	60 euro	80 euro
Νοσηλεύτές/τριες	30 euro	30 euro
Φοιτητές/τριες	δωρεάν	δωρεάν

Το δικαίωμα συμμετοχής για τους συνέδρους περιλαμβάνει:

- Παρακολούθηση των εργασιών του συνεδρίου
- Παραλαβή κονκάρδας
- Παραλαβή της τσάντας και του συνεδριακού υλικού
- Προσφορά καφέ κατά τα διαλείμματα
- Συμμετοχή στις κοινωνικές εκδηλώσεις
- Παραλαβή πιστοποιητικού παρακολούθησης

Οι σύεδροι με δωρεάν εγγραφή μπορούν να παρακολουθήσουν όλες τις επιστημονικές εκδηλώσεις του συνεδρίου, να πάρουν πιστοποιητικό παρακολούθησης καθώς και το πρόγραμμα του συνεδρίου.

ΕΠΙΣΗΜΗ ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ: www.kebe.gr
ΩΡΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ

Πέμπτη	17/5/07	8:30 - 14:00	16:00 - 20:00
Παρασκευή	18/5/07	8:30 - 14:00	17:00 - 20:00
Σάββατο	19/5/07	8:30 - 14:00	16:00 - 20:00

ΤΕΧΝΙΚΗ - ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

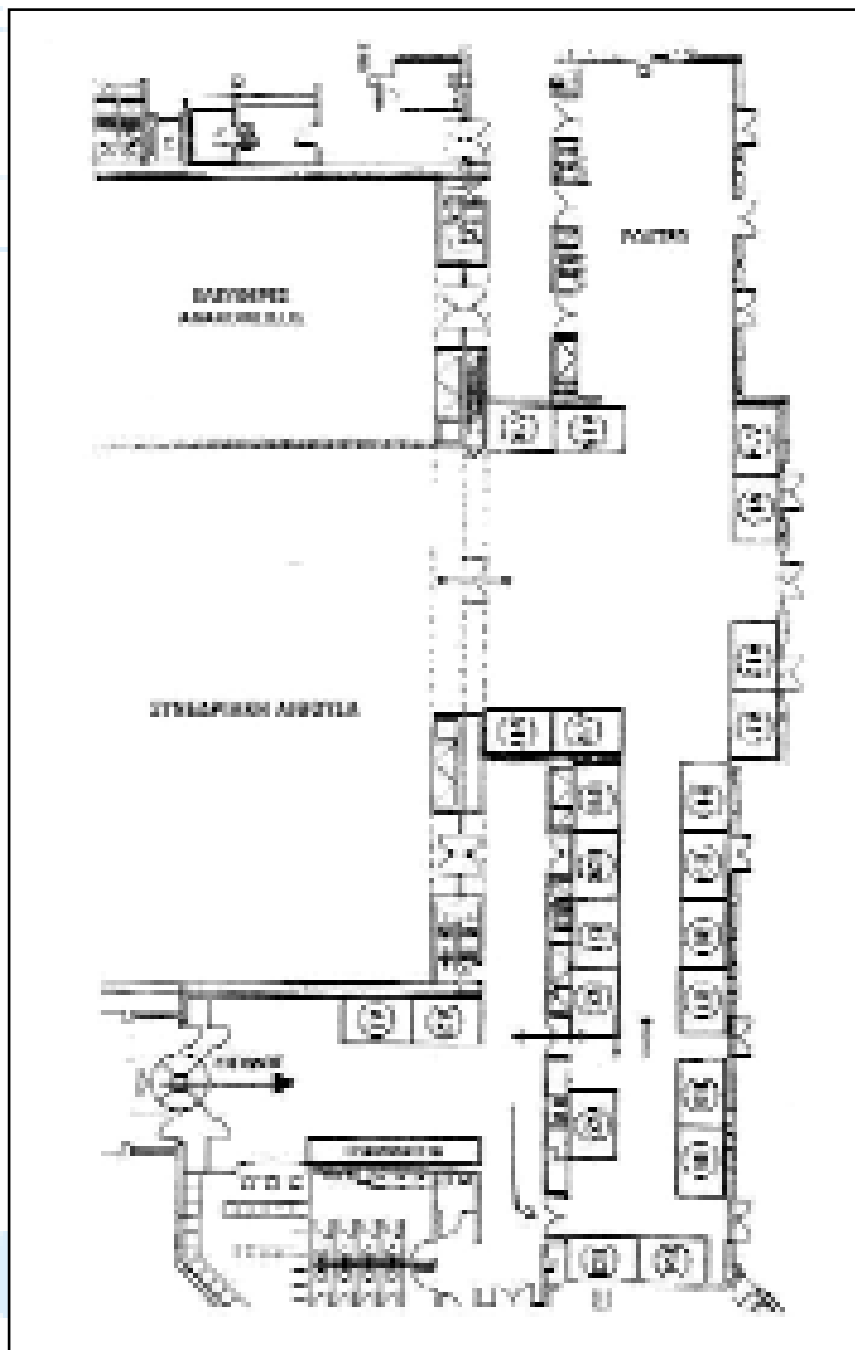
Στις αίθουσες των εργασιών του συνεδρίου θα πραγματοποιούνται προβολές με data video projectors και διαφανειών μέσω PowerPoint για τις ανάγκες των ομιλητών. Παρακαλούνται όλοι οι ομιλητές να παραδίδουν τα slides τους τουλάχιστον μια ώρα πριν την έναρξη της ομιλίας τους, στο αντίστοιχο desk έξω από τις αίθουσες των εργασιών.

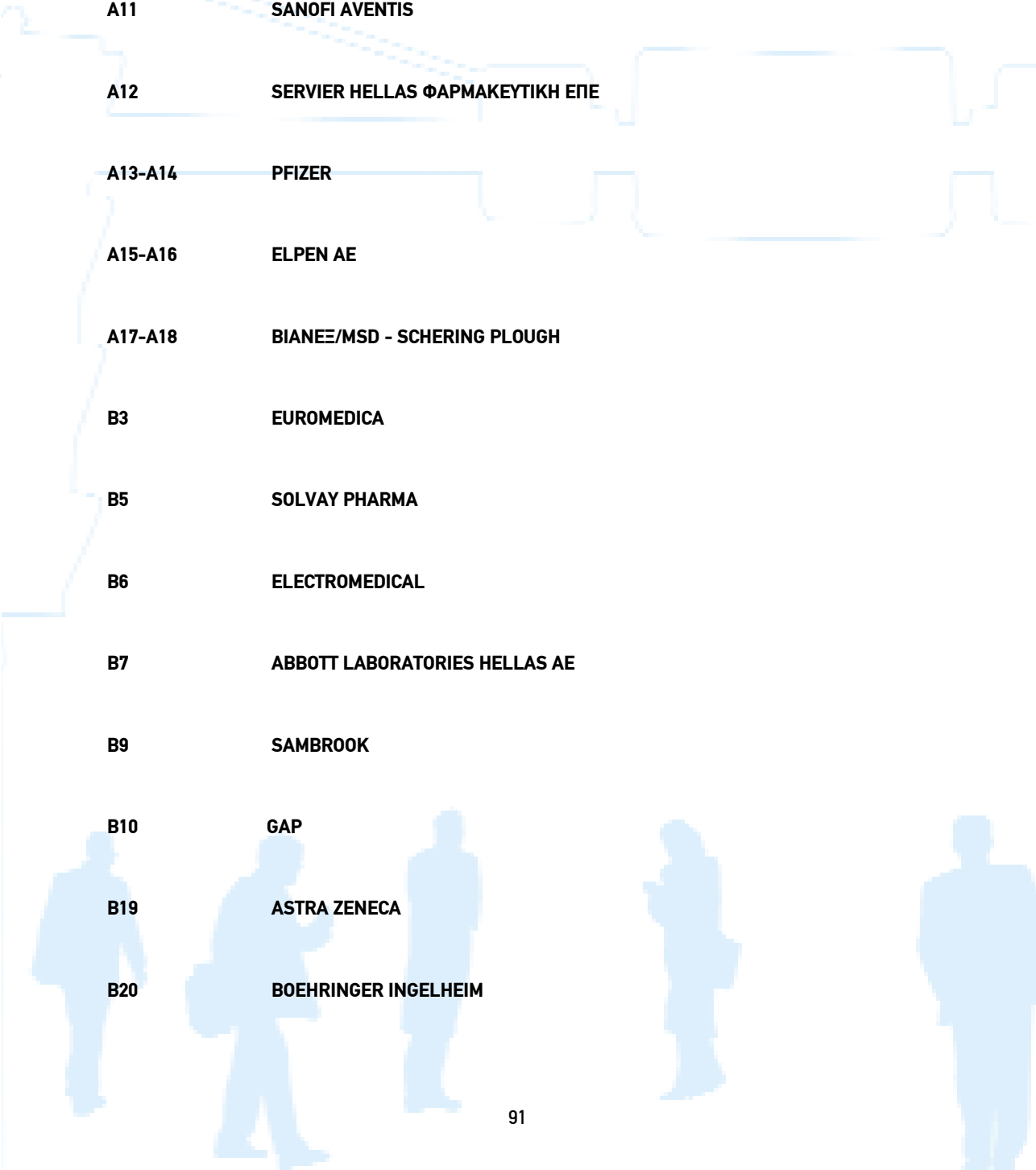
ΕΓΓΡΑΦΕΣ

Εγγραφές θα γίνονται καθόλη τη διάρκεια του συνεδρίου, κατά τις ώρες λειτουργίας της γραμματείας.

ΒΡΑΒΕΥΣΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Κατά την τελετή έναρξης του συνεδρίου θα βραβευτούν οι τρεις καλύτερες εργασίες.





A11	SANOVI AVENTIS
A12	SERVIER HELLAS ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΕΠΕ
A13-A14	PFIZER
A15-A16	ELPEN AE
A17-A18	BIANEE/MSD - SCHERING PLOUGH
B3	EUROMEDICA
B5	SOLVAY PHARMA
B6	ELECTROMEDICAL
B7	ABBOTT LABORATORIES HELLAS AE
B9	SAMBROOK
B10	GAP
B19	ASTRA ZENECA
B20	BOEHRINGER INGELHEIM

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ ΠΡΟΦΟΡΙΚΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΗΣ Η.	22
ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ Α.	27, 28
ΑΝΥΦΑΝΤΗ Μ.	21, 31
ΑΝΥΦΑΝΤΗΣ Σ.	1, 35, 36, 37, 47
ΑΡΓΥΡΑΚΗΣ Σ.	57, 58, 59
ΑΡΓΥΡΟΠΟΥΛΟΥ Ε.	6, 8
ΑΡΙΚΑΣ Σ.	5, 53
ΑΣΗΜΑΚΗΣ Γ.	13, 42
ΒΑΣΣΑΜΗΣ Κ.	12, 48
ΒΑΣΙΛΙΚΟΣ Β.	9, 10, 11, 25
ΒΕΝΕΤΗ Π.	4
ΒΛΑΧΟΠΟΥΛΟΥ Μ.	19, 20
ΒΟΓΙΑΤΖΙΔΗΣ Κ.	58
ΒΟΥΤΑΣ Π.	18
ΓΑΒΡΙΗΛΙΔΗΣ Σ.	30
ΓΑΪΤΑΝΑΚΗ Α.	16, 23, 24 , 32
ΓΕΡΜΑΝΟΣ Α.	33, 34
ΓΙΑΝΝΑΚΟΥΛΑΣ Γ.	31, 44, 60
ΓΙΑΝΝΟΓΛΟΥ Γ.	27, 28, 29
ΓΙΝΟΠΟΥΛΟΣ Δ.	14, 15
ΓΚΕΜΙΤΖΗΣ Κ.	30
ΓΚΟΥΖΟΥΜΑΣ Ν.	14, 15
ΓΚΟΥΡΑΣΑΣ Ι.	30
ΓΟΥΓΟΥΡΕΛΑ Ε.	57, 59
ΓΟΥΔΕΒΕΝΟΣ Ι.	26
ΔΑΛΑΜΑΓΚΑ Ε.	10, 11, 25, 31
ΔΑΜΒΟΠΟΥΛΟΥ Ε.	27, 41, 43 , 44, 45, 46
ΔΑΣΚΑΛΟΠΟΥΛΟΣ Α.	18
ΔΕΛΗΓΙΑΝΝΗΣ Α.	21
ΔΗΜΗΤΡΟΣ Ε.	21
ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ Δ.	13, 42
ΔΙΒΡΙΤΣΙΩΤΗ Μ.	33, 34
ΔΟΥΛΗΣ Α.	12, 48
ΔΡΑΓΑΝΙΓΟΣ Α.	12, 48
ΕΞΑΡΧΟΣ Π.	1, 35, 36, 37, 47
ΕΥΘΥΜΙΑΔΗΣ Γ.	25, 31, 43 , 60
ΕΥΘΥΜΙΟΥ Δ.	8

ΕΦΡΑΙΜΙΔΗΣ Π.	13, 42
ΖΑΡΒΑΛΛΗΣ Η.	6, 7, 8
ΖΑΡΙΦΗΣ Ι.	6, 7
ΖΑΦΕΙΡΗΣ Χ.	7
ΖΑΧΑΡΑΚΗΣ Δ.	38, 39, 40
ΖΙΑΚΑΣ Α.	30, 31, 46
ΖΟΜΠΟΛΟΣ Σ.	13, 42
ΖΟΜΠΟΛΟΥ Χ.	13, 42
ΖΥΓΟΥΡΗ Τ.	56
ΖΩΝΙΟΣ Γ.	12, 48
ΘΕΟΔΟΣΗΣ - ΓΕΩΡΓΙΑΣ Α.	57, 58, 59
ΘΕΟΔΩΡΙΔΗΣ Ν.	51, 52
ΙΑΤΡΟΠΟΥΛΟΣ Δ.	1, 35, 36, 37, 47
ΚΑΪΡΗΣ Χ.	51, 52
ΚΑΛΑΝΤΖΗΣ Ν.	48
ΚΑΛΑΤΖΗ Λ.	26
ΚΑΛΑΤΖΗΣ Ν.	12
ΚΑΜΠΟΥΡΙΔΗΣ Ν.	38, 39, 40
ΚΑΠΡΙΝΗΣ Ι.	6, 7, 8
ΚΑΡΑΝΤΩΝΑ Χ.	14, 15
ΚΑΡΑΦΩΛΑΣ Ι.	19, 20
ΚΑΡΒΟΥΝΗΣ Χ.	31, 43, 44, 45, 60
ΚΑΡΔΑΜΗΣ Χ.	12, 48
ΚΑΡΟΤΣΑΚΗ Θ.	14
ΚΑΡΠΗ Α.	6, 8
ΚΑΡΥΔΗΣ Κ.	18
ΚΑΣΙΜΗΣ Γ.	12, 48
ΚΑΧΑΓΙΟΓΛΟΥ Μ.	17
ΚΛΟΥΦΕΤΟΣ Π.	13, 42
ΚΟΓΙΑΣ Ι. 1	35, 36, 37, 47
ΚΟΚΚΑΛΗ Ε.	14, 15
ΚΟΡΔΟΣΗΣ Γ.	33, 34
ΚΟΡΩΝΙΔΗΣ Κ.	4, 49, 50
ΚΟΣΜΟΠΟΥΛΟΥ Σ.	13, 42
ΚΟΥΔΟΥΝΗΣ Γ.	13, 42
ΚΟΥΪΔΗ Ε.	21
ΚΟΥΚΟΥΛΙΤΣΑ Β.	7

ΚΟΥΝΑΤΙΑΔΗΣ Π.	28
ΚΟΥΡΕΜΕΝΟΣ Ν.	23, 24
ΚΟΥΤΛΙΑΝΟΣ Ν.	21
ΚΟΥΤΣΟΒΑΣΙΛΗΣ Α.	57
ΚΥΡΑΤΖΟΓΛΟΥ Ε.	30, 46
ΚΥΡΑΤΙΔΗΣ Κ.	38, 39, 40
ΚΩΣΤΗΚΙΔΗΣ Μ.	14, 15
ΚΩΤΣΗΣ Β.	54
ΛΑΖΑΡΙΔΟΥ Φ.	14, 15, 43, 44, 45
ΛΑΚΑΣΑΣ Γ.	19, 20
ΛΕΒΙΣΙΑΝΟΥ Δ.	58
ΛΕΛΙΟΥΔΗΣ Κ.	1, 35, 36, 37, 47
ΛΙΒΙΕΡΑΤΟΣ Θ.	33, 34
ΛΙΝΑΡΔΑΚΗΣ Ι.	54
ΛΟΥΡΙΔΑΣ Γ.	27, 28, 29 , 41
ΜΑΚΡΥΓΙΑΝΝΗΣ Δ.	38, 39, 40
ΜΑΛΛΙΑΡΟΥ Μ.	51
ΜΑΡΓΕΤΗΣ Π.	18, 57
ΜΑΡΣΕΛΟΣ Β.	38, 39, 40
ΜΑΡΤΙΑΔΟΥ Κ.	41, 43, 44 , 45
ΜΑΡΤΙΑΔΟΥ Ν.	46
ΜΑΤΖΙΝΟΥ Δ.	51, 52
ΜΑΥΡΟΓΙΑΝΝΗ Α.	2, 3, 5, 6, 7, 8, 22, 53, 55
ΜΑΥΡΟΜΑΤΙΔΗΣ Β.	19, 20
ΜΕΖΑΝ Ζ.	12
ΜΕΛΙΔΩΝΗΣ Α.	59
ΜΗΤΣΙΑΔΗΣ Σ.	26
ΜΙΧΑΗΛΙΔΗΣ Γ.	30, 46
ΜΟΣΙΑΛΟΣ Λ.	7
ΜΟΣΧΟΣ Γ.	2, 3, 5, 53 , 55
ΜΟΧΛΑΣ Σ.	9, 10, 11, 25, 30
ΜΠΑΛΤΑΡΕΤΣΟΥ Ε.	16, 23, 24 , 32
ΜΠΑΣΑΓΙΑΝΝΗΣ Χ.	41, 43, 44
ΜΠΕΛΕΒΕΣΛΗΣ Θ.	2, 3, 5, 53, 55
ΜΠΕΛΝΤΕΚΟΣ Δ.	57, 58, 59
ΜΠΙΛΛΙΑΣ Δ.	18
ΜΠΟΜΠΟΤΗΣ Γ.	2, 3, 5, 6, 53, 55
ΜΠΟΥΦΙΔΟΥ Α.	41, 46
ΜΥΛΩΝΑΔΑΚΗ Λ.	38, 39, 40

ΜΥΤΑΣ Δ.	18
ΝΙΚΟΛΑΪΔΗΣ Π.	14, 15
ΝΤΑΝΟΥ Φ.	54
ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΣ Ι.	54
ΠΑΝΤΟΥΣΑΣ Η.	52
ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ Β.	10, 11, 25
ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ ΕΜ.	1, 35, 36, 37, 47
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Ι.	58
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ Ε.	14, 15
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ Κ.	60
ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ Ι.	50
ΠΑΠΑΜΙΧΑΗΛ Ν.	26
ΠΑΠΟΥΛΙΔΗΣ Ν.	38, 39, 40
ΠΑΠΠΑΣ Χ.	16, 23, 24 , 32
ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΪΔΗΣ Σ.	9, 10, 11, 25
ΠΑΡΙΣΙΑΔΟΥ Α.	30, 31
ΠΑΡΧΑΡΙΔΗΣ Γ.	9, 10, 11, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 41, 43, 44, 45, 46, 60
ΠΑΡΧΑΡΙΔΟΥ Δ.	60
ΠΑΤΣΙΛΙΝΑΚΟΣ Α.	33, 34
ΠΑΦΙΤΑΝΗΣ Γ.	26
ΠΕΧΛΙΒΑΝΙΔΗΣ Γ.	41
ΠΛΑΣΚΑΣ Δ.	19
ΠΟΛΥΜΕΡΟΠΟΥΛΟΣ Κ.	9, 10, 11, 25
ΠΟΜΠΙΕΡΗ Α.	16, 23, 24, 32
ΠΟΤΣΗΣ Θ.	1, 35, 36, 37, 47
ΠΡΑΠΑΣ Σ.	54
ΠΡΙΟΝΙΔΗΣ Μ.	6
ΠΡΩΤΟΓΕΡΟΣ Δ.	54
ΡΑΠΗ Β.	16, 23, 32
ΡΕΠΠΑΣ Ε.	2, 3, 5, 53, 55
ΡΗΓΑΚΗΣ Ρ.	38, 39, 40
ΡΩΜΑΝΙΔΟΥ Ν.	51, 52
ΣΑΛΜΑ Β.	26
ΣΑΜΑΡΑΣ Α.	18
ΣΕΡΑΛΙΔΟΥ Κ.	29
ΣΙΔΕΡΗΣ Σ.	1, 35, 36, 37, 47
ΣΙΝΙΟΡΑΚΗΣ Ε.	18
ΣΟΥΛΗΣ Ι.	29
ΣΠΥΡΟΜΗΤΡΟΣ Γ.	4, 49, 50

ΣΤΑΣΙΝΟΣ Β.	12, 48
ΣΤΕΦΑΝΙΔΗΣ Χ.	52
ΣΤΥΛΙΑΔΗΣ Ι.Γ.	6, 7, 8
ΣΤΥΛΙΑΔΗΣ Ι.Χ.	9, 10, 11, 25, 30, 31, 41, 43, 44, 45, 46, 60
ΣΥΜΕΩΝΙΔΗΣ Δ.	38, 39, 40
ΣΦΑΚΙΑΝΑΚΗΣ Κ.	18
ΤΖΑΜΤΖΗΣ Η.	51, 52
ΤΖΙΟΒΑΣ Α.	33
ΤΖΙΟΒΑΣ Α.	34
ΤΟΠΑΛΑΤΖΗΣ Κ.	51
ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΗΣ Ι.	14, 15
ΤΡΙΚΚΑ - ΤΟΥΜΑΝΙΔΟΥ Χ.	54
ΤΣΑΒΔΑΡΗΣ Κ.	20
ΤΣΑΚΙΡΙΔΗΣ Κ.	2, 3, 5, 53, 55
ΤΣΑΤΙΡΗΣ Κ.	1, 35, 36, 37, 47
ΤΣΙΑΟΥΣΗΣ Γ.	57, 58, 59
ΤΣΟΥΝΟΣ Ι.	4, 49, 50
ΥΦΑΝΤΗΣ Γ.	16, 24, 32
ΦΑΡΜΑΚΗΣ Δ.	8
ΦΙΛΙΠΠΟΥ Γ.	26
ΦΛΕΣΣΑΣ Ν.	18
ΦΟΥΣΑΣ Σ.	57, 58, 59
ΧΑΝΔΡΙΝΟΥ Ε.	54
ΧΑΝΤΑΝΗΣ Σ.	57, 58, 59
ΧΑΝΤΑΣ Α.	2, 55
ΧΑΡΑΛΑΜΠΙΔΗΣ Π.	45
ΧΑΡΑΛΑΜΠΙΔΟΥ Σ.	16, 23, 24, 32
ΧΑΡΙΤΟΣ Σ.	4
ΧΑΤΖΗΕΛΕΥΘΕΡΙΟΥ Χ.	51, 52
ΧΑΤΖΗΖΗΣΗΣ Ι.	27, 28, 29
ΧΑΤΖΗΜΙΛΤΙΑΔΗΣ Σ.	45
ΧΑΤΖΗΝΙΚΟΛΑΟΥ - ΚΟΤΣΑΚΟΥ Ε. 2, 3	
ΧΑΤΖΗΝΙΚΟΛΑΟΥ Ε.	5, 53, 55
ΧΑΤΖΗΣ Γ.	19, 20
ΧΑΤΖΟΠΟΥΛΟΥ Γ.	21
ΧΟΥΣΕΪΝ Χ.	38, 39, 40
ΨΥΡΡΟΠΟΥΛΟΣ Δ.	14, 15