



ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ

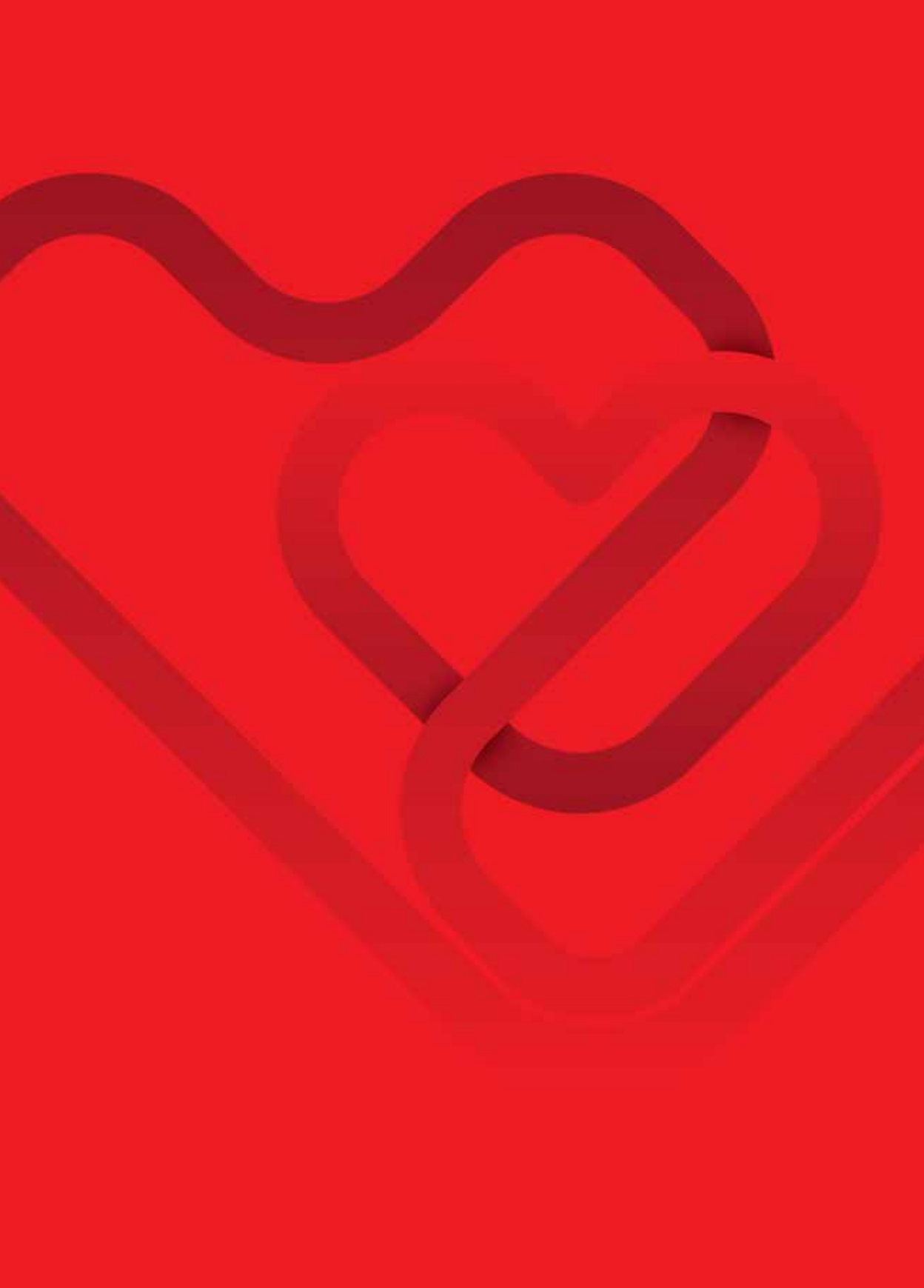
15ο ΒΟΡΕΙΟΕΛΛΑΔΙΚΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

26-28 ΜΑΪΟΥ 2016

ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ PALACE
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ
ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 27 ΜΑΪΟΥ 2016

ΤΕΛΙΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ





ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

4 /	ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ
5 /	ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ
7 /	ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΤΕΛΕΤΗΣ
8 /	ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
18 /	ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ / ΟΜΙΛΗΤΕΣ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ
23 /	ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ
24 /	ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ
26 /	ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ
54 /	13 ^η ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ
58 /	ΟΜΙΛΗΤΕΣ – ΠΡΟΕΔΡΟΙ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΗΜΕΡΙΔΑΣ
62 /	ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ

Αγαπητοί/ ές Συνάδελφοι,

Η Καρδιολογική Εταιρεία Βορείου Ελλάδος διοργανώνει και φέτος το **15^ο Βορειοελλαδικό Καρδιολογικό Συνέδριο**, που πραγματοποιείται στις 26-28 Μαΐου 2016 στη Θεσσαλονίκη, στο ξενοδοχείο Macedonia Palace.

Το Συνέδριο αυτό είναι η κορυφαία επιστημονική εκδήλωση της Εταιρείας και απευθύνεται σε όλους τους καρδιολόγους, καθώς και στους γιατρούς άλλων ειδικοτήτων που έχουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την Καρδιολογία. Το συνέδριο καλύπτει μια ευρεία επιλογή θεμάτων που εκτείνονται από την πρωτοβάθμια έως την επεμβατική καρδιολογία.

Στο φετινό συνέδριο έγινε προσπάθεια να επικεντρωθούμε σε πρακτικά θέματα της καθ' ημέραν κλινικής πράξης, ούτως ώστε να βοηθήσουμε τον γιατρό, τόσο της πρωτοβάθμιας όσο και της νοσοκομειακής περίθαλψης να αντιμετωπίζει καλύτερα και αποτελεσματικά τα συνήθη προβλήματα που συναντά στην δουλειά του.

Στον σκοπό αυτό συμβάλλουν τα μεσημβρινά φροντιστήρια που αποτελούν μια καινοτομία του συνεδρίου, της οποίας η επιτυχία θα αξιολογηθεί.

Στα πλαίσια αυτά διοργανώνεται και ένα κλινικό φροντιστήριο για τους ειδικευόμενους με σκοπό να ελέγξουν τις γνώσεις τους για τις εξετάσεις ειδικότητας.

Στα πλαίσια του συνεδρίου θα πραγματοποιηθεί και Νοσηλευτική Ημερίδα, η οποία εδώ και αρκετά χρόνια αποτελεί οργανικό τμήμα του συνεδρίου, επειδή θεωρούμε ότι οι νοσηλευτές αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της θεραπευτικής ομάδας και η εκπαίδευσή τους, παράλληλα με εκείνη των γιατρών, είναι εξίσου σημαντική για την επίτευξη ενός ικανοποιητικού θεραπευτικού αποτελέσματος.

Στο φετινό συνέδριο για πρώτη φορά οργανώνεται εκδήλωση και για το κοινό, με σκοπό την ευρύτερη ενημέρωσή του σε βασικά θέματα υγείας, στην οποία θα συμπεριληφθεί και μια εκπαίδευση στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση.

Στους ομιλητές του συνεδρίου περιλαμβάνονται διακεκριμένοι επιστήμονες από όλη την Ελλάδα και το εξωτερικό, εξειδικευμένοι στο αντικείμενό τους, ενώ έγινε παράλληλη προσπάθεια να συμπεριληφθούν όσο το δυνατόν νέοι εισηγητές από την περιφέρεια της Β. Ελλάδος.

Η Θεσσαλονίκη, το μήνα Μάιο, είναι ένας ευχάριστος τόπος που προσφέρει το κατάλληλο φυσικό κλίμα για μια εποικοδομητική και ευχάριστη επιστημονική εκδήλωση.

Το Διοικητικό Συμβούλιο της Καρδιολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος και η Οργανωτική Επιτροπή, θα ήθελαν να ευχαριστήσουν τα μέλη, αλλά και τους καρδιολόγους από όλη την Ελλάδα, που μας τιμούν με την παρουσία τους και ευελπιστούμε να συμβάλλουν στην επιτυχία του συνεδρίου.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς

Ιωάννης Κανονίδης

Καθηγητής Καρδιολογίας, Πρόεδρος ΚΕΒΕ



ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΚΕΒΕ - ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος: **Ι. Κανονίδης**

Αντιπρόεδρος: **Γ. Μπομπότης**

Γεν. Γραμματέας: **Α. – Δ. Μαυρογιάννη**

Ειδ. Γραμματέας: **Ν. Φραγκάκης**

Ταμίας: **Χ. Γραϊδής**

Μέλη:

Α. Ζιάκας

Δ. Κετίκογλου

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΗΜΕΡΙΔΑΣ

Ε. Παντελίδου

Φ. Ιωαννίδου

Ε. Χαρέλα

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος: **Ι. Κανονίδης**

Μέλη:

Δ. Αλεξόπουλος

Κ. Αναστασιάδης

Β. Βασιλικός

Ι. Βογιατζής

Π. Γκελερής

Ι. Γουδέβενος

Χ. Γραϊδής

Α. Δεληγιάννης

Γ. Δρόσος

Ι. Ζαρίφης

Α. Ζιάκας

Ν. Θεοδωρίδης

Α. - Δ. Μαυρογιάννη

Α. Καραγιάννης

Γ. Καρακώστας

Χ. Καρβούνης

Γ. Κατσέας

Δ. Κετίκογλου

Π. Κλιγκάτσης

Σ. Κωνσταντινίδης

Σ. Λαμπρόπουλος

Ι. Λεκάκης

Λ. Μιχάλης

Γ. Μπομπότης

Ν. Παπουλίδης

Γ. Παρχαρίδης

Ι. Γ. Στυλιάδης

Ι. Χ. Στυλιάδης

Δ. Τζιακάς

Δ. Τούσουλης

Φ. Τρυποσκιάδης

Ι. Τσούνος

Γ. Φιλιππάτος

Ν. Φραγκάκης

Σ. Χατζημιλιτιάδης

ΘΕΜΑΤΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

- // Υπέρταση
- // Καρδιο-ογκολογία
- // Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου
- // Υπερηχοκαρδιογραφική εκτίμηση σε καρδιαγγειακά σύνδρομα
- // Ασυμπτωματική βαλβιδοπάθεια. Πότε πρέπει να χειρουργηθεί;
- // Αγγειοπλαστική
- // Κατάλυση αρρυθμιών – Σύγχρονοι προβληματισμοί
- // Αιφνίδιος καρδιακός θάνατος – Ηλεκτροφυσιολογία
- // Κολπική Μαρμαρυγή Καρδιολογία και Καρδιοχειρουργική
- // Αποκατάσταση και παρακολούθηση μετά από καρδιολογικές παρεμβάσεις ή καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις
- // Καρδιακή Ανεπάρκεια
- // Διαγνωστική προσέγγιση καρδιολογικών ασθενών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Από τις κατευθυντήριες οδηγίες στην κλινική πράξη



ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΤΕΛΕΤΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ

15^Ο ΒΟΡΕΙΟΕΛΛΑΔΙΚΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

ΠΕΜΠΤΗ 26 ΜΑΪΟΥ 2016

ΏΡΑ 21:00

ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ MAKEDONIA PALACE, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΤΕΛΕΤΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ

Η Οργανωτική Επιτροπή του **15^{ου} Βορειοελλαδικού Καρδιολογικού Συνεδρίου**, σας προσκαλεί στην Τελετή Έναρξης την **Πέμπτη 26 Μαΐου 2016** και ώρα **21:00**, στο ξενοδοχείο Makedonia Palace.

Η παρουσία σας θα μας τιμήσει ιδιαίτερα.

Ο πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής και πρόεδρος της ΚΕΒΕ

Ιωάννης Κανονίδης

Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΕΛΕΤΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ

ΠΡΟΣΦΩΝΗΣΕΙΣ

ΒΡΑΒΕΥΣΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΑ ΔΙΑΛΕΞΗ

Η έννοια της καρδιάς στη Βίβλο και στο ευρύτερο πολιτισμικό της περιβάλλον

Μ. Κωνσταντίνου

Καθηγητής Τμήματος Θεολογίας ΑΠΘ,

Κοσμητορας Θεολογικής Σχολής ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ**ΠΕΜΠΤΗ 26 ΜΑΪΟΥ 2016 - ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ Ι**

08:00 - 10:00 **ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ Ν^ο 01-07**
Πρόεδροι: **Π. Μακρίδης, Σ. Λαμπρόπουλος**

10:00 - 11:30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Υπέρταση

Πρόεδροι: **Ι. Ζαρίφης, Κ. Τσιούφης**

Πως εκτιμάται η υπερτροφία στην αρτηριακή υπέρταση και ποια η σημασία της για την αντιμετώπισή της

Χ. Χατζηγελευθερίου

Η λειτουργικότητα της αριστερής κοιλίας στην αρτηριακή υπέρταση

Φ. Λαζαρίδου

Αναδιαμόρφωση των περιφερικών αγγείων στην αρτηριακή υπέρταση

Ν. Καμπουρίδης

Επιλογή φαρμακευτικής αγωγής στην υπέρταση – Συνδυασμένη φαρμακευτική αγωγή

Ι. Γ. Στυλιάδης

11:30 - 13:00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Κάρδιο-ογκολογία

Πρόεδροι: **Π. Γκελερής, Δ. Τζιακάς**

Νεοπλασματική περικαρδίτιδα

Θ. Μπισχινιώτης

Ισχαμική νόσος στην ογκολογία

Χ. Λαφάρας

Η θρομβοεμβολική νόσος ως παρανεοπλασματικό σύνδρομο

Ι. Καλαφάτης

Καρδιοτοξικότητα αντινεοπλασματικών φαρμάκων

Β. Κουκουλίτσα



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΕΜΠΤΗ 26 ΜΑΪΟΥ 2016 - ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ Ι

- 13:00 - 13:30 ΔΙΑΛΕΞΗ**
Πρόεδρος: **Σ. Σαββάτης**
Ασπρίνη – Μια επανεκτίμηση
Θ. Παπαδόπουλος
- 13:30 - 14:00 ΔΙΑΛΕΞΗ**
Πρόεδρος: **Ι. Κανονίδης**
Παρασυμπαθητικοί υποδοχείς και καρδιαγγειακό σύστημα:
Από τα πειραματικά δεδομένα στο σύνδρομο αιφνιδίου θανάτου των βρεφών (SIDS)
Χ. Αδαμόπουλος
- 14:00 - 15:00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**
- 15:00 - 17:00 ΤΕΣΤ ΓΝΩΣΕΩΝ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ**
Το βήμα των ειδικευομένων.
Προετοιμάζοντας τον ειδικευόμενο για τις εξετάσεις της ειδικότητας
Πρόεδροι: **Χ. Καρβούνης, Ι. Ζαρίφης**

Συντονιστές: **Γ. Ευθυμιάδης, Ν. Φραγκάκης, Δ. Κετίκογλου, Α.- Δ. Μαυρογιάννη, Ι. Βογιατζής**
- 17:00 - 18:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**
Απεικονιστικές και λειτουργικές μέθοδοι στην καρδιολογία
Πρόεδροι: **Γ. Μπομπότης, Ι. Σκουλαρίγκης**

3D υπερηχοκαρδιογραφία:
Πόσο απαραίτητη είναι στην καθημερινή κλινική πράξη;
Β. Σαχπεκίδης

Αξονική στεφανιογραφία:
Εξελίξεις και κλινικές εφαρμογές της μεθόδου
Ε. Βουρβούρη

Νεώτεροι διαγνωστικοί δείκτες στη δοκιμασία κοπώσεως
Π. Κουνατιάδης

6 min Walking Test: η σημασία του στην κλινική πράξη
Γ. Καρακώστας

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΕΜΠΤΗ 26 ΜΑΪΟΥ 2016 - ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ Ι

18:30 - 20:00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου

Πρόεδροι: Γ. Μπομπότης, Ι. Τσούνος

Διαχείριση του ασθενούς με οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου

A. Νικητόπουλος

Διαχείριση του θρόμβου κατά την άμεση αγγειοπλαστική σε ΟΕΜ.

Είναι η αναρρόφηση απαραίτητη;

A. Ζιάκας

No reflow phenomenon. Παθοφυσιολογία – Αντιμετώπιση – Πρόληψη

Σ. Τζήκας

PTCA θρομβόλυση: Είναι αμοιβαία αποκλειόμενες μέθοδοι

ή μπορεί να συνδυασθούν στην καθημερινή κλινική πράξη;

Ι. Βογιατζής

20:00 - 20:30

ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδρος: Σ. Φούσας

Οξεία και χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια στην πνευμονική εμβολή

Σ. Κωνσταντινίδης

20:30 - 21:00

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

της φαρμακευτικής εταιρίας **BAYER HELLAS / ELPEN A.E**

Πρόεδρος: **Ι. Κανονίδης**

Κλινικές μελέτες και καθημερινή κλινική πρακτική στη μη βαλβιδική κολπική μαρμαρυγή: Σε τι διαφέρουν; Σε τι ταυτίζονται;

N. Φραγκάκης

21:00 - 21:30

ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ

21:30 - 22:00

ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΑ ΔΙΑΛΕΞΗ

Η έννοια της καρδιάς στη Βίβλο και

στο ευρύτερο πολιτισμικό της περιβάλλον

M. Κωνσταντίνου



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 27 ΜΑΪΟΥ 2016 - ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ Ι

08:00 - 10:00 ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ Ν^ο 08-13

Πρόεδροι: Γ. Κατσέας, Σ. Σαββάτης

10:00 - 11:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Υπερηχοκαρδιογραφική εκτίμηση σε καρδιαγγειακά σύνδρομα

Πρόεδροι: Ι. Βλασερός, Σ. Χαντανής

Ο ρόλος της ηχωκαρδιογραφίας στα οξεία στεφανιαία σύνδρομα
Σ. Κουλούρης

Ο ρόλος της ηχωκαρδιογραφίας στη χρόνια ισχαιμική καρδιοπάθεια
Π. Γιαννακοπούλου

Η ηχωκαρδιογραφία στα οξεία αορτικά σύνδρομα
Θ. Ζαγκλαβάρα

Ο ρόλος της διοισοφάγειας ηχωκαρδιογραφίας στην επισκευή της μιτροειδούς βαλβίδας και της τριγλώχινας βαλβίδας – επιπλοκές
Δ. Κετίκογλου

11:30 - 13:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Ασυμπτωματική βαλβιδοπάθεια. Πότε πρέπει να χειρουργηθεί;

Πρόεδροι: Χ. Καρβούνης, Δ. Κετίκογλου

Οργανική ανεπάρκεια μιτροειδούς βαλβίδας
Δ. Φαρμάκης

Λειτουργική ανεπάρκεια μιτροειδούς βαλβίδας
Δ. Εκκλησιάρχος

Σοβαρή στένωση αορτικής βαλβίδας
Ξ. Αποστολίδου

Ανεπάρκεια της αορτικής βαλβίδας
Μ. Μαυρουδή

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 27 ΜΑΪΟΥ 2016 - ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ Ι

13:00 - 13:30

ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδρος: **Γ. Παρχαρίδης**

Προς ομογενοποίηση της ειδικότητας στην Ευρώπη:
Eurorean diploma in cardiology

Λ. Μιχάλης

13:30 - 15:00

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

15:00 - 17:00

ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ – MEET THE EXPERTS

Αγγειοπλαστική

Πρόεδροι: **Χ. Γραϊδης, Α. - Δ. Μαυρογιάννη**

Ιδιότητες και χρήσεις των βασικών εργαλείων της αγγειοπλαστικής:

Διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση: Βασικές αρχές, υλικά, εργαλεία

Φ. Οικονόμου

Διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση: Επιπλοκές - αντιμετώπιση

Δ. Δημητριάδης

Φυσιολογία της βλάβης και απεικονιστικές τεχνικές
μέσα στο εργαστήριο: FFR, IVUS, OCT

Α. Ζιάκας

Τα πιο διδακτικά περιστατικά μου

Χ. Γραϊδης

Τα πιο διδακτικά περιστατικά μου

Α. - Δ. Μαυρογιάννη

Σχολιαστές: **Γ. Μαμαδάς, Γ. Ανδονίδης**



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 27 ΜΑΪΟΥ 2016 - ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ Ι

17:00 - 18:00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Κατάλυση αρρυθμιών – Σύγχρονοι προβληματισμοί

Πρόεδροι: **Β. Βασιλικός, Ν. Φραγκάκης**

Κατάλυση κολπικής μαρμαρυγής. Πότε και σε ποιους;

Δ. Λυσίτσας

Κατάλυση εκτακτοσυστολικής κοιλιακής αρρυθμίας. Πότε και σε ποιους;

Γ. Σταυρόπουλος

Κατάλυση υπερκοιλιακών αρρυθμιών

Μ. Κωνσταντινίδου

18:00 - 19:00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Αιφνίδιος καρδιακός θάνατος – Ηλεκτροφυσιολογία

Πρόεδροι: **Σ. Παρασκευαΐδης, Β. Σκέμπερης**

Νευροκαρδιογενής συγκοπή

Ε. Χατζηνικολάου - Κοτσάκου

Αιφνίδιος καρδιακός θάνατος σε ισχαιμική καρδιοπάθεια.

Διαβάθμιση κινδύνου – Θεραπευτική αντιμετώπιση

Κ. Πολυμερόπουλος

Αιφνίδιος καρδιακός θάνατος σε μη ισχαιμική καρδιοπάθεια.

Διαβάθμιση κινδύνου – Θεραπευτική αντιμετώπιση

Η. Ζάρβαλης

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 27 ΜΑΪΟΥ 2016 - ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ Ι

19:00 - 20:00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Κολπική Μαρμαρυγή

Πρόεδροι: **Α. Σπανός, Ι. Χ. Στυλιάδης**

Φαρμακευτική και ηλεκτρική ανάταξη κολπικής μαρμαρυγής

Γ. Σπυρομήτρος

Έλεγχος συχνότητας στην κολπική μαρμαρυγή. Πότε και σε ποιους;

Τ. Δαδούς

Καρδιακή ανεπάρκεια και κολπική μαρμαρυγή. Ένας φαύλος κύκλος

Μ. Παπαδημητρίου

20:00 - 20:30

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

της φαρμακευτικής εταιρίας **ΒΙΑΝΕΞ Α.Ε.**

Πρόεδρος: **Ι. Κανονίδης**

Αζιλσαρτάνη: Ο νέος, ισχυρός ανταγωνιστής υποδοχέων αγγειοτασίνης II

Μ. Δούμας



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΣΑΒΒΑΤΟ 28 ΜΑΪΟΥ 2016 - ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ Ι

- 08:00 - 10:00** **ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ Ν^ο 14-20**
Πρόεδροι: **Π. Κλιγκάτσος, Ι. Κόγιας**
- 10:00 - 11:15** **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**
Καρδιολογία και Καρδιοχειρουργική Ι
Πρόεδροι: **Γ. Μπομπότης, Κ. Τούτουζας**
- Διαδερμική τοποθέτηση βιολογικών βαλβίδων
Κ. Τούτουζας
- Διακορυφαία χειρουργική τοποθέτηση βιολογικών βαλβίδων
Α. Πίτσας
- Διαδερμική διόρθωση παραβαλβιδικής διαφυγής
Π. Δάρδας
- Ενδοσκοπική καρδιοχειρουργική: 9 χρόνια εμπειρίας στη χώρα μας
Α. Πάνος
- 11:15 - 12:15** **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**
Αποκατάσταση και παρακολούθηση μετά από καρδιολογικές παρεμβάσεις ή καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις
Πρόεδροι: **Χ. Παπακωνσταντίνου, Σ. Χατζημιλιτιάδης**
- Αποκατάσταση μετά από καρδιολογικές παρεμβάσεις
Β. Νινιός
- Αποκατάσταση και παρακολούθηση εξωτερικών ασθενών με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια
Θ. Καραμήτσος
- Αποκατάσταση μετά από καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις
Γ. Καραπαναγιωτίδης
- Γενικές αρχές, πρωτόκολλα και διεπιστημονική προσέγγιση ασθενών με δευτερογενή λειτουργικά προβλήματα
Ν. Λιακόπουλος

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΣΑΒΒΑΤΟ 28 ΜΑΪΟΥ 2016 - ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ Ι

12:15 - 12:45

ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδρος: **Χ. Καρβούνης**
Υπολιπιδαιμική αγωγή - Από το παρελθόν προς το μέλλον
Δ. Τούσουλης

12:45 - 13:30

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

της φαρμακευτικής εταιρίας **ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ – ΛΙΛΜΥ Α.Ε.Β.Ε.**
Εισαγωγή: Αίτια και επιδημιολογία της καρδιαγγειακής νόσου
Πρόεδρος: **Ι. Κανονίδης**

Διαβητογόνος επίδραση των στατινών: Μύθοι και πραγματικότητα
Χ. Παπαδόπουλος

13:30 - 14:00

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

της φαρμακευτικής εταιρίας **NOVARTIS Pharmaceuticals**
Πρόεδρος: **Ι. Κανονίδης**

Νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις για τους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και μειωμένο κλάσμα εξώθησης (HFrEF)
Χ. Καρβούνης

14:00 - 15:00

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

15:00 - 17:00

ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ – MEET THE EXPERTS

Καρδιακή Ανεπάρκεια
Πρόεδροι: **Γ. Φιλιππάτος, Ι. Παρίσης**

Πρακτικά θεραπευτικά προβλήματα στην καρδιακή ανεπάρκεια

- Πώς κάνω up titration των β-αποκλειστών στην καρδιακή ανεπάρκεια;

Κ. Τσορμπατζόγλου

- Οξεία καρδιακή ανεπάρκεια. Συνεχίζω ή διακόπτω τα β-blockers;

Ι. Παρίσης

- Πότε, πώς και για πόση διάρκεια χορηγώ ινότροπα;

Γ. Ανδονίδης

- Αντιαρρυθμική αγωγή στην καρδιακή ανεπάρκεια.

Πότε, πώς και με ποιο τρόπο θα πρέπει να χορηγείται;

Ε. Θεοφιλογιαννάκος

- Αντίσταση στα διουρητικά.

Πώς διαπιστώνεται και πώς αντιμετωπίζεται

Π. Κυριάκου



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΣΑΒΒΑΤΟ 28 ΜΑΪΟΥ 2016 - ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ Ι

- 17:00 - 18:30** **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**
Διαγνωστική προσέγγιση καρδιολογικών ασθενών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Από τις κατευθυντήριες οδηγίες στην κλινική πράξη
Πρόεδροι: **Γ. Φιλιππάτος, Ι. Γουδέβενος**
- Αντιμετώπιση ασθενούς με καρδιακή ανεπάρκεια και:
- α) διατηρημένο κλάσμα εξώθησης
Χ. Κυρπιζίδης
 - β) χαμηλό κλάσμα εξώθησης
Χ. Παπαδόπουλος
 - γ) δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια
Δ. Κωνσταντίνου
 - δ) με διατακτική καρδιομυοπάθεια
Γ. Ευθυμιάδης
- 18:30 - 19:00** **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**
- 19:00 - 19:30** **ΔΙΑΛΕΞΗ**
Πρόεδρος: **Ι. Κανονίδης**
- Digoxin in Heart Failure
A. Ahmed
- 19:30 - 20:00** **ΔΙΑΛΕΞΗ**
Πρόεδρος: **Γ. Λουρίδας**
- Καρδιακή ανεπάρκεια ισχαμικής αιτιολογίας
Φ. Τρυποσκιάδης
- 20:00 - 20:30** **ΔΙΑΛΕΞΗ**
Πρόεδρος: **Β. Βασιλικός**
- Πνευμονική αρτηριακή υπέρταση
Ι. Λεκάκης
- 20:30 - 20:45** **ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ - ΚΛΕΙΣΙΜΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ**

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ / ΟΜΙΛΗΤΕΣ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

A. Ahmed / MD, MPH, Professor of Medicine, George Washington University, Washington, D. C, U. S. A.

X. Αδαμόπουλος / Unit of Pediatric and Congenital Heart Diseases, University Hospital of Strasbourg, France

Γ. Ανδονίδης / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Επιστημονικός Συνεργάτης Β' Καρδιολογικής Κλινικής ΑΠΘ, Κλινική Euromedica Κυανούς Σταυρός, Θεσσαλονίκη

Ξ. Αποστολίδου / Καρδιολόγος, Επιμελήτρια Α', Γ. Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

B. Βασιλικός / MD, FACC, FESC, Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Διευθυντής Γ' Καρδιολογικής Κλινικής, Γ. Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

I. Βλασερός / Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικού Τμήματος, Γ. Ν. Ιπποκράτειο, Αθήνα

I. Βογιατζής / Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ. Ν. Βέροιας

E. Βουρβούρη / Καρδιολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Β' Καρδιολογικής Κλινικής, Γ. Ν. Ιπποκράτειο, Γενική Κλινική Euromedica, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Erasmus Ολλανδίας, Θεσσαλονίκη

Π. Γιαννακοπούλου / Καρδιολόγος, Επιμελήτρια Α', Γ. Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Π. Γκελερής / Ομότιμος Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

I. Γουδέβενος / Καθηγητής Καρδιολογίας, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ. Ν. Ιωαννίνων

X. Γραιδής / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Κλινική Euromedica Κυανούς Σταυρός, Θεσσαλονίκη

T. Δαδούς / Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Β' Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Π. Δάρδας / MD, FESC, Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διευθυντής Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

Δ. Δημητριάδης / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Υπεύθυνος Β' Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου, Κλινική Euromedica Κυανούς Σταυρός, Θεσσαλονίκη

M. Δούμας / Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας ΑΠΘ, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Θεσσαλονίκη

Δ. Εκκλησιάρχος / Καρδιολόγος, Επιμελητής Α', Β' Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Γ. Ευθυμιάδης / Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Α' Καρδιολογική Κλινική, Π. Γ. Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Θ. Ζαγκλαβάρα / MD, PhD, Καρδιολόγος, Υπεύθυνη Τμήματος Ηχοκαρδιογραφίας, Κλινική Euromedica Κυανούς Σταυρός, Θεσσαλονίκη

H. Ζάρβαλης / Καρδιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη



ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ / ΟΜΙΛΗΤΕΣ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

- Ι. Ζαρίφης** / Καρδιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικού Τμήματος, Γ. Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Α. Ζιάκας** / Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Α' Καρδιολογική Κλινική, Π. Γ. Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- Ε. Θεοφιλογιαννάκος** / MD, PhD, Καρδιολόγος, Ιατρείο Καρδιακής Ανεπάρκειας, Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Ιπποκράτειο, Κλινική Άγιος Λουκάς, Θεσσαλονίκη
- Ι. Καλαφάτης** / Καρδιολόγος, Επιμελητής, Καρδιο-ογκολογικό Τμήμα, Α.Ν.Θ. «Θεαγένειο», Θεσσαλονίκη
- Ν. Καμπουρίδης** / MD, MSc, PhD, Καρδιολόγος, Επιμελητής Α', Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Καβάλας
- Ι. Κανονίδης** / Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Διευθυντής Β' Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ. Ν. Ιπποκράτειο, Πρόεδρος ΚΕΒΕ, Θεσσαλονίκη
- Γ. Καρακώστας** / Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ. Ν. Κιλκίς
- Θ. Καραμήτσος** / Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας, Τμήμα Ιατρικής ΑΠΘ, Α' Καρδιολογική Κλινική, Π. Γ. Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- Γ. Καραπαναγιωτίδης** / Λέκτορας ΑΠΘ, Καρδιοθωρακοχειρουργός, Καρδιοθωρακοχειρουργική Κλινική, Π. Γ. Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- Χ. Καρβούνης** / Καθηγητής Καρδιολογίας, Τμήμα Ιατρικής ΑΠΘ, Διευθυντής Α' Καρδιολογικής Κλινικής, Π. Γ. Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- Γ. Κατσέας** / Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ. Ν. Γιαννιτσών
- Δ. Κετίκογλου** / MD, PhD, FESC, Καρδιολόγος, Διευθυντής Στεφανιαίας Μονάδας & Ηχοκαρδιογραφίας, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη
- Π. Κλιγκάτσος** / Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ. Ν. Φλώρινας
- Ι. Κόγιας** / Καρδιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ. Ν. Καρδίτσας
- Β. Κουκουλίτσα** / Καρδιολόγος, Επιμελήτρια Α', Α. Ν. Θ. «Θεαγένειο», Θεσσαλονίκη **Σ. Κουλούρης** / MD, Καρδιολόγος, Επιμελητής Β', Γ. Ν. Κοζάνης
- Π. Κουνατιάδης** / Καρδιολόγος, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Διευθυντής ΕΣΥ, Α' Καρδιολογική Κλινική, Π. Γ. Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- Π. Κυριάκου** / Καρδιολόγος, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Επιμελήτρια Α', Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
- Χ. Κυρπιζίδης** / Διευθυντής ΕΣΥ, Β' Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
- Σ. Κωνσταντινίδης** / Καθηγητής Καρδιολογίας ΔΠΘ, Αλεξανδρούπολη, Medical Director, Center for Thrombosis and Hemostasis (CTH), Johannes Gutenberg University Mainz
- Μ. Κωνσταντινίδου** / Καρδιολόγος - Ηλεκτροφυσιολόγος, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ / ΟΜΙΛΗΤΕΣ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

Δ. Κωνσταντίνου / MD, MSc, PhD, CCDS, Καρδιολόγος, Πανεπιστημιακός Υπότροφος Α' Καρδιολογικής Κλινικής, Π. Γ. Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, Locum Consultant in Heart Failure and Device Therapy at Royal Brompton Hospital, London, UK

Μ. Κωνσταντίνου / Καθηγητής Τμήματος Θεολογίας ΑΠΘ, Κοσμήτορας Θεολογικής Σχολής ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

Φ. Λαζαρίδου / Καρδιολόγος, Επιμελήτρια Α', Γ. Ν. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

Σ. Λαμπρόπουλος / Καρδιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ. Ν. Κοζάνης

Χ. Λαφάρας / Καρδιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Καρδιολογικό Τμήμα, Α. Ν. Θ. «Θεαγένειο», Θεσσαλονίκη

Ι. Λεκάκης / Καθηγητής Καρδιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθυντής Β' Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής, Π. Γ. Ν. «Αττικόν», Αθήνα

Ν. Λιακόπουλος / Καρδιολόγος, Υπεύθυνος Τομέα Καρδιοαναπνευστικής Αποκατάστασης, Euromedica - Αρωγή, Θεσσαλονίκη

Γ. Λουρίδας / Ομότιμος Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

Δ. Λυσιτσάς / MD, PhD, MRCP, Επεμβατικός Ηλεκτροφυσιολόγος, Θεσσαλονίκη, Senior EP Fellow at Royal Brompton and Harefield Hospitals Foundation Trust, London, UK

Π. Μακρίδης / Καρδιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ. Ν. Πέλλας - Νοσοκομείο Έδεσσας

Γ. Μαμαδάς / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Κλινική Euromedica Κυανούς Σταυρός, Θεσσαλονίκη

Α. – Δ. Μαυρογιάννη / Επεμβατική Καρδιολόγος, Καρδιολογικό Τμήμα, Γ. Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Μ. Μαυρουδή / Καρδιολόγος, Επιμελήτρια Α', Γ' Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Λ. Μιχάλης / Καθηγητής Καρδιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Διευθυντής Β' Καρδιολογικής Κλινικής, Π. Γ. Ν. Ιωαννίνων

Θ. Μπισχινιώτης / Καρδιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικής Μονάδας, Α. Ν. Θ. «Θεαγένειο», Θεσσαλονίκη

Γ. Μπομπότης / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικού Τμήματος, Γ. Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Α. Νικητόπουλος / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Β' Καρδιολογικής Κλινικής ΑΠΘ, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

Β. Νινιός / Καρδιολόγος, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

Φ. Οικονόμου / MD, FEAPCI, Καρδιολόγος, Επιμελητής Καρδιολογικής Κλινικής, 424 Γ. Σ. Ν., Επιστημονικός Συνεργάτης Α' Καρδιολογικής Κλινικής, Π. Γ. Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη



ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ / ΟΜΙΛΗΤΕΣ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

Α. Πάνος / Αναπληρωτής Καθηγητής – Privat Docent, Πανεπιστήμιο Γενεύης-Ελβετίας, Διευθυντής Γ' Καρδιοχειρουργικής Κλινικής, Διαγνωστικό & Θεραπευτικό Κέντρο ΥΓΕΙΑ, Αθήνα

Μ. Παπαδημητρίου / Καρδιολόγος, Επιμελήτρια Β', Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Κιλκίς

Θ. Παπαδόπουλος / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

Χ. Παπαδόπουλος / Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

Χ. Παπακωνσταντίνου / Ομότιμος Καθηγητής Καρδιοχειρουργικής ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

Σ. Παρασκευαΐδης / Καρδιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Α' Πανεπιστημιακή Κλινική, Π. Γ. Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Ι. Παρίσης / Αναπληρωτής Καθηγητής, Β' Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Π. Γ. Ν. «Αττικόν», Αθήνα

Γ. Παρχαρίδης / Ομότιμος Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

Α. Πίτσας / Καρδιοχειρουργός, Διευθυντής Καρδιοχειρουργικής Κλινικής, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

Κ. Πολυμερόπουλος / FACC, FESC, Καρδιολόγος, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Επιμελητής Α' ΕΣΥ, Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Σ. Σαββάτης / Καρδιολόγος, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Διευθυντής ΕΣΥ, Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Β. Σαχπεκίδης / Καρδιολόγος, Επιμελητής Β', Γ. Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Β. Σκέμπερης / Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Γ' Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Ι. Σκουλαρίγκης / Καθηγητής Καρδιολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

Α. Σπανός / Καρδιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής, Καρδιολογικών Κλινικών, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

Γ. Σπυρομήτρος / Καρδιολόγος, Επιμελητής Α', Υπεύθυνος Καρδιολογικής Κλινικής, Γ. Ν. Κατερίνης

Γ. Σταυρόπουλος / Καρδιολόγος, Επιμελητής Β', Β' Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Ι. Γ. Στυλιάδης / Καρδιολόγος, αν. Συντονιστής Διευθυντής, Β' Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Ι. Χ. Στυλιάδης / Ομότιμος Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

Σ. Τζήκας / MD, Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διδάκτωρ, Επιμελητής Β' ΕΣΥ, Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ. Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Δ. Τζιακάς / MD, FESC, FCCP, FAHA, FACC, Καθηγητής Καρδιολογίας ΔΠΘ, Διευθυντής Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής, Π. Γ. Ν. Αλεξανδρούπολης

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ / ΟΜΙΛΗΤΕΣ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

- Δ. Τούσουλης** / Καρδιολόγος, Καθηγητής Καρδιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθυντής Α΄ Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Πανεπιστημίου Αθηνών
- Κ. Τούτουζας** / Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Ιπποκράτειο, Αθήνα
- Φ. Τρυποσκιάδης** / Καθηγητής Καρδιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Π. Γ. Ν. Λάρισας
- Κ. Τσιούφης** / Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας, Α΄ Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ. Ν. Ιπποκράτειο, Αθήνα
- Κ. Τσορμπατζόγλου** / Καρδιολόγος, Επιμελήτρια Α΄, Γ. Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Ι. Τσούνος** / Καρδιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικού Τμήματος, Γ. Ν. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη
- Δ. Φαρμάκης** / Καρδιολόγος, Επιμελητής Α΄, Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη
- Γ. Φιλιππάτος** / Καθηγητής Καρδιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Π. Γ. Ν. «Αττικόν», Πρόεδρος Ευρωπαϊκής Εταιρείας Καρδιακής Ανεπάρκειας, Αθήνα
- Σ. Φούσας** / MD, FESC, FACC, Καθηγητής Καρδιολογίας, Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικού Τμήματος, Γ. Ν. Τζάνειο Πειραιά, Πρόεδρος ΕΚΕ
- Ν. Φραγκάκης** / Καρδιολόγος, Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Γ΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
- Σ. Χαντανής** / Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ. Ν. Τζάνειο Πειραιά, Αθήνα
- Χ. Χατζηλευθερίου** / Καρδιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Δράμας
- Σ. Χατζημιλιτιάδης** / Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Π. Γ. Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- Ε. Χατζηνικολάου-Κοτσάκου** / Επεμβατική Καρδιολόγος - Ηλεκτροφυσιολόγος, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη



ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε θερμά τις παρακάτω εταιρίες:

ASTRAZENECA

BAYER HELLAS

BENNETT Βιομηχανία Φαρμάκων

BOEHRINGER INGELHEIM ELLAS

ELPEN A.E.

EUROMEDICA - Αρωγή, Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας Θεσσαλονίκης

GALENICA

IASIS PHARMA

MENARINI HELLAS A.E.

NOVARTIS Pharmaceuticals

PFIZER

ST. JUDE MEDICAL

UNI - PHARMA S.A.

BIANEΞ A.E.

Πρότυπο Απεικονιστικό Κέντρο Euromedica Γενικής Κλινικής,

Διαγνωστικό Κέντρο της Πύλης Αξιού Euromedica,

Euromedica Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης

ΣΙΓΜΑ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ Α.Ε.

ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ-ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε.

ΦΙΛΙΠΣ ΕΛΛΑΣ ΑΕΒΕ

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΟΡΓΑΝΩΣΗ – ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ – ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

INVENTICS AE – Medevents.gr

Τεχνόπολη, Κτίριο THERMI II

9^ο χλμ. Θεσσαλονίκης – Θέρμης

Τ. Θ. 60714, 57001 Θέρμη

T: 2310 474.400 F: 2310 801.454 E: info@medevents.gr

Αρ. Ειδ. Σημ. Λειτ. ΕΟΤ: ΜΗΤΕ 09.33.Ε.60.00.01087.00

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ

Στο πλαίσιο του συνεδρίου, την Παρασκευή 27 Μαΐου 2016 και ώρα 08:00 – 14:00, θα πραγματοποιηθεί η 13^η Καρδιολογική Νοσηλευτική Ημερίδα, μοριοδοτούμενη από την ΕΝΕ με **4 μόρια**.

ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΚΟΙΝΟ

Στο πλαίσιο του συνεδρίου, την Παρασκευή 27 Μαΐου 2016 και ώρα 17:30 θα πραγματοποιηθεί Ημερίδα για το Κοινό όπου θα συζητηθούν θέματα όπως: νέοι, παιδιά και άθληση / οφέλη για την υγεία / συνέπειες από την υπερβολική σωματική δραστηριότητα / πρόληψη και φυσική αποκατάσταση.

ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Ειδικότητα

Ειδικοί Ιατροί

Ειδικευόμενοι Ιατροί

Φοιτητές και Παραϊατρικό Προσωπικό

Νοσηλευτές

Δικαίωμα Συμμετοχής

80 €

Δωρεάν

Δωρεάν

Δωρεάν

Όσοι επιθυμούν προεγγραφή για τη συμμετοχή τους στο συνέδριο, μπορούν να επισκέπτονται το επίσημο site της Καρδιολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος www.kebe.gr, για ηλεκτρονική εγγραφή.

ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

Η εξόφληση της εγγραφής γίνεται με κατάθεση στον παρακάτω λογαριασμό της Καρδιολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος. Στην αιτιολογία θα πρέπει να φαίνεται το όνομα του καταθέτη και ο τίτλος του συνεδρίου.

Τράπεζα Πειραιώς

5225 011620 876 | GR98 0172 2250 0052 2501 1620 876

Τα έξοδα συμμετοχής δεν επιστρέφονται.



ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΔΙΑΜΟΝΗ – ΑΕΡΟΠΟΡΙΚΑ ΕΙΣΙΤΗΡΙΑ

Για τη διαμονή και την έγκαιρη κράτηση αεροπορικών εισιτηρίων, μπορείτε να επικοινωνείτε με e-mail στο **reservations@medevents.gr**.

ΔΙΠΛΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Το δίπλωμα συμμετοχής θα παραλαμβάνεται από τη γραμματεία με τη λήξη του συνεδρίου και κατόπιν επίδειξης της κονκάρδας. Το δίπλωμα μοριοδοτείται με 18 μόρια από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο. Με βάση την εγκύκλιο του ΕΟΦ, η παραλαβή του πιστοποιητικού θα γίνεται μόνο με την ελάχιστη παρακολούθηση του 60% των συνολικών ωρών του επιστημονικού προγράμματος.

ΖΩΝΤΑΝΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΜΕΣΩ INTERNET

Το συνέδριο θα μεταδίδεται ζωντανά μέσω του διαδικτύου από το διαδικτυακό κανάλι **www.livemedia.gr** και το διαδικτυακό κανάλι της ΚΕΒΕ **webtv.kebe.gr**.

ΕΚΘΕΣΗ

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

ΟΠΤΙΚΟΑΚΟΥΣΤΙΚΑ ΜΕΣΑ

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

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΕΜΠΤΗ 26 ΜΑΪΟΥ 2016

08:00 - 10:00 | Πρόεδροι: Π. Μακρίδης, Σ. Λαμπρόπουλος

OR.01 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ, ΠΛΗΡΗ ΚΟΛΠΟΚΟΙΛΙΑΚΟ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟ ΚΑΙ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΑΣΤΑΘΕΙΑ – ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ

Α. ΠΙΛΑΛΙΔΟΥ¹, Β. ΣΑΧΠΕΚΙΔΗΣ¹, Λ. ΖΙΤΙΡΙΔΟΥ¹, Η. ΚΑΠΙΤΣΙΝΗΣ¹, Β. ΑΖΙΔΟΥ¹, Μ. ΤΣΑΓΚΟΥΡΙΑΣ², Π. ΔΟΥΚΕΛΗΣ², Δ. ΜΑΤΑΜΗΣ², Ι. ΣΤΥΛΙΑΔΗΣ¹

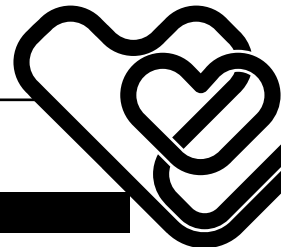
¹ Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

² Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γ. Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Άντρας 68 ετών, εισήχθη στην παθολογική κλινική του νοσοκομείου μας λόγω πνευμονίας. Στο ΗΚΓ εισαγωγής διαπιστώθηκε 2:1 κολποκοιλιακός αποκλεισμός. Λίγες ώρες μετά την εισαγωγή παρουσίασε αερομετρική αστάθεια, διασωληνώθηκε και μεταφέρθηκε στην ΜΕΘ. Ο ασθενής μετά την διασωλήνωση εκδήλωσε πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό με καρδιακή συχνότητα 35 bpm και ευρύ QRS οπότε και τέθηκε σε προσωρινή διαφλέβια βηματοδότηση.

Παρά την βηματοδότηση, ο ασθενής παρουσίασε αιμοδυναμική αστάθεια η οποία ήταν ανθεκτική στην χορήγηση υψηλών δόσεων ινотρόπων (αδρεναλίνης). Για διευκρίνιση της αιτιολογίας της υπότασης διενεργήθηκε διοισοφάγειο υπερηχογράφημα καρδιάς, όπου διαπιστώθηκε εικόνα υπερτροφικής αποφρακτικής μυοκαρδιοπάθειας με σημαντική απόφραξη του χώρου εξόδου της αριστερής κοιλίας και συνυπάρχουσα μέτρια ανεπάρκεια της μιτροειδούς βαλβίδας. Δεν υπήρχαν ευρήματα ενδεικτικά ενδοκαρδίτιδας. Με βάση τα ευρήματα αυτά διακόπηκε η χορήγηση αδρεναλίνης και ο ασθενής τέθηκε σε επιθετική χορήγηση υγρών σε συνδυασμό με χορήγηση μικρής δόσης νοραδρεναλίνης με σταδιακή βελτίωση της αιμοδυναμικής του εικόνας.

Μερικές ημέρες αργότερα η πνευμονία ελέγχθηκε με την χορήγηση αντιβιοτικών, η αερομετρική εικόνα του ασθενούς βελτιώθηκε σημαντικά και αποσωληνώθηκε με επιτυχία. Ο ρυθμός του ασθενούς αποκαταστάθηκε σε φλεβόκομβο με καρδιακή συχνότητα 70-80 bpm, ενώ στο ΗΚΓ παρατηρήθηκαν βαθιά ισομετρικά κύματα Τ στις προκάρδιες απαγωγές που συνοδεύτηκαν από κινητοποίηση τροπονίνης. Νέο διαθωρακικό υπερηχογράφημα κατέδειξε παραμονή σημαντικής απόφραξης του χώρου εξόδου της αριστερής κοιλίας, καθώς και υποκίνησια κορυφής. Αποφασίστηκε η χορήγηση μικρών δόσεων β-αναστολέα με βελτίωση των παραπάνω υπερηχογραφικών ευρημάτων.



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΕΜΠΤΗ 26 ΜΑΪΟΥ 2016

Ακολούθησε στεφανιογραφία που δεν κατέδειξε κριτικές αλλοιώσεις καθώς και μαγνητική καρδιάς που επιβεβαίωσε την διάγνωση της υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας, χωρίς ευρήματα ενδεικτικά εμφράγματος της κορυφής της αριστερής κοιλίας.

Λόγω των διαταραχών αγωγής στην ΜΕΘ τέθηκε στον ασθενή Holter ρυθμού το οποίο κατέδειξε διαλείποντα επεισόδια 2^{ου} και 3^{ου} βαθμού κολποκοιλιακού αποκλεισμού, χωρίς να καταγραφούν κοιλιακές ταχυαρρυθμίες. Με δεδομένη την απουσία συμπτωμάτων συγκοπής και οικογενειακού ιστορικού αιφνιδίου θανάτου αποφασίστηκε η τοποθέτηση διεστιακού μόνιμου βηματοδότη. Ο ασθενής εξήλθε του νοσοκομείου σε καλή κατάσταση.

Συμπεράσματα

Το περιστατικό αυτό κατά την άποψη μας είναι ιδιαίτερο για δύο λόγους: ο πρώτος είναι ότι αποτελεί μία σπάνια περίπτωση διάγνωσης υπερτροφικής αποφρακτικής μυοκαρδιοπάθειας που συνδυάζονταν με σημαντικές διαταραχές κολποκοιλιακής αγωγής. Ο δεύτερος είναι η σημασία της κατανόησης της παθοφυσιολογίας της δυναμικής απόφραξης του χώρου εξόδου της αριστερής κοιλίας σε αυτούς τους ασθενείς, η άγνοια της οποίας μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένες θεραπευτικές επιλογές που μπορεί να είναι καταστροφικές.

OR.02 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ B12/CRP INDEX ΩΣ ΑΠΛΟΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΣΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Ι. ΛΑΓΟΣ¹, ΤΖ. ΔΑΔΟΥΣ¹, Γ. ΣΠΥΡΟΜΗΤΡΟΣ², Θ. ΜΠΙΣΧΙΝΙΩΤΗΣ³, ΣΤ. ΣΑΒΒΑΤΗΣ¹, Ι. ΚΑΝΟΝΙΔΗΣ¹

¹ Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

² Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Κατερίνης

³ Καρδιολογική Κλινική, Α. Ν. Θ. «Θεαγένειο», Θεσσαλονίκης

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να εκτιμηθεί η χρησιμότητα του B12/CRP index ως απλός προγνωστικός παράγοντας στη διερεύνηση στεφανιαίας νόσου στο γενικό πληθυσμό.

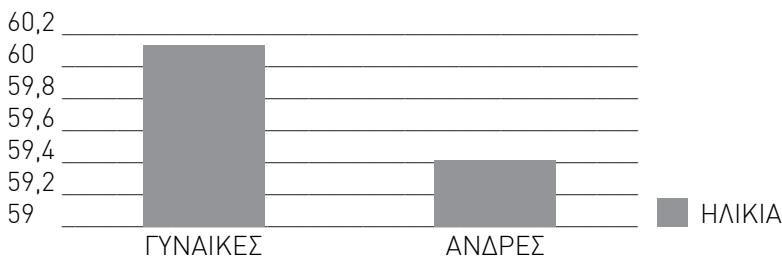
ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΕΜΠΤΗ 26 ΜΑΪΟΥ 2016

Μέθοδοι

89 ενήλικες (50 γυναίκες, 39 άντρες, μ.ο. ηλικίας 60 έτη, πίνακας 1) υποβλήθηκαν σε μελέτη δυναμικής υπερηχογραφίας με δοβουταμίνη (dobutamine stress echo). Πριν την έναρξη της μελέτης ελήφθη δείγμα αίματος για την ποσοτική εκτίμηση των τιμών των παραμέτρων B12 και CRP. Όλοι οι ασθενείς που συμμετείχαν στη μελέτη είχαν φυσιολογικό αριθμό και τύπο λευκών αιμοσφαιρίων. Ακόμη μελετήθηκε ο επιπολασμός των παραγόντων κινδύνου για στεφανιαία νόσο στα δύο φύλα.

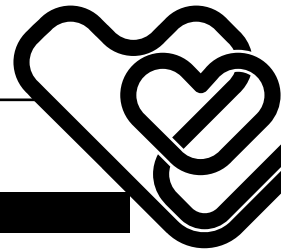
ΗΛΙΚΙΑ



Πίνακας 1

Αποτελέσματα

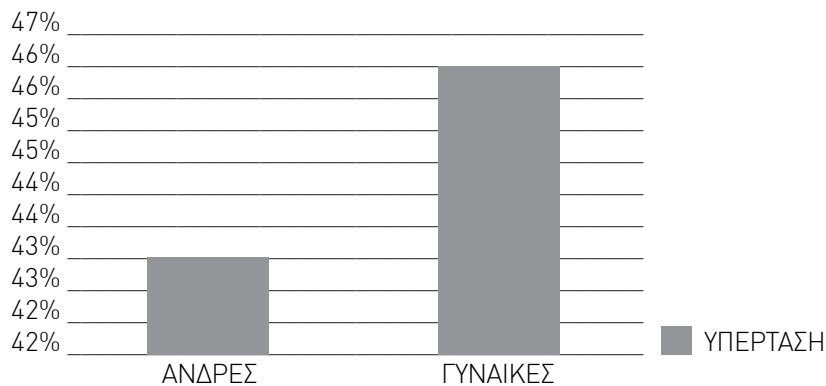
Από την ανάλυση των δεδομένων παρατηρήθηκαν χαμηλές τιμές του δείκτη B12/CRP στους ασθενείς με θετικό stress echo ($p=0.25$). Ακόμη φάνηκε ότι όλες οι γυναίκες με θετικό stress echo ήταν άνω των 50 ετών σε σχέση με τους άνδρες όπου ένα ποσοστό 10% ήταν κάτω των 50 ετών. Επίσης το 90% των ασθενών με θετικό stress echo έπασχε από σακχαρώδη διαβήτη γεγονός που καταδεικνύει τη βαρύτητα αυτού του παράγοντα κινδύνου στην εμφάνιση στεφανιαίας νόσου. Επιπλέον παρατηρήθηκε ότι ο επιπολασμός των παραγόντων κινδύνου για στεφανιαία νόσο ήταν μεγαλύτερος στις γυναίκες σε σχέση με τους άντρες πλην του καπνίσματος (ΑΥ, Α 43% vs Γ 46%, ΥΛ, Α 28% vs Γ 40%, ΣΔ, Α 28% vs Γ 32%, Κάπνισμα, Α 56% vs Γ 50%), (πίνακες 2-5). Αξίζει να σημειωθεί ότι το 90% των αντρών με θετική μελέτη ήταν καπνιστές σε σύγκριση με το αντίστοιχο δείγμα γυναικών όπου το 66% ήταν καπνίστριες.



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

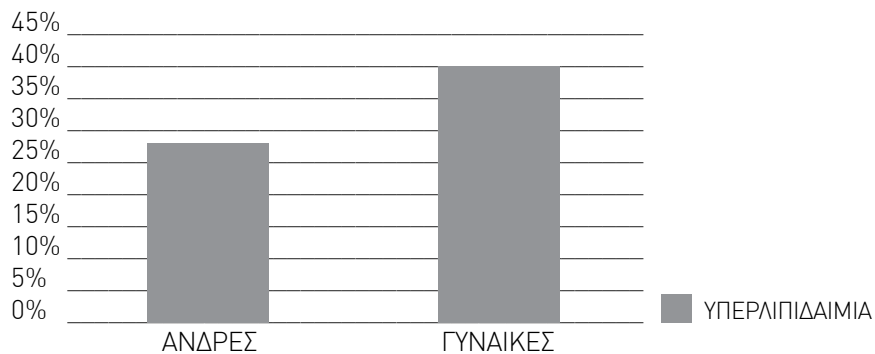
ΠΕΜΠΤΗ 26 ΜΑΪΟΥ 2016

ΥΠΕΡΤΑΣΗ



Πίνακας 2

ΥΠΕΡΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ

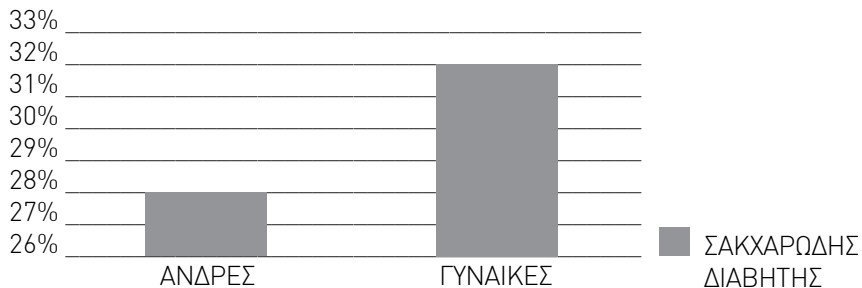


Πίνακας 3

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

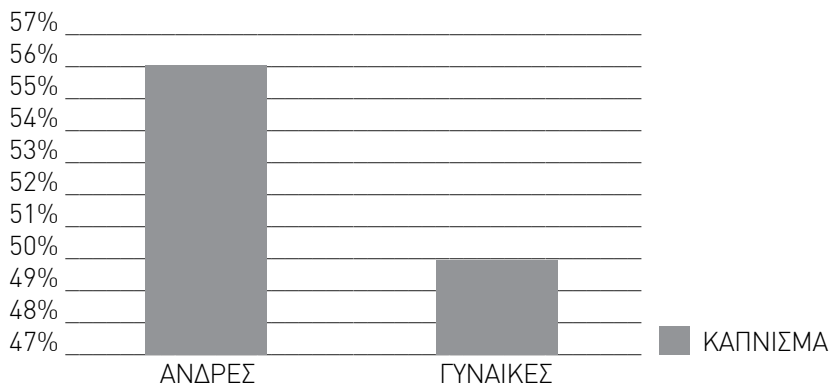
ΠΕΜΠΤΗ 26 ΜΑΪΟΥ 2016

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ



Πίνακας 4

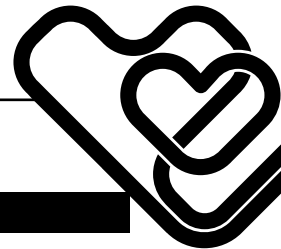
ΚΑΠΝΙΣΜΑ



Πίνακας 5

Συμπεράσματα

Ο δείκτης B12/CRP σε συνδυασμό με τους υπόλοιπους παράγοντες κινδύνου (υπέρταση, υπερλιπιδαιμία κ.α) φαίνεται να αποτελεί ένας ικανός προγνωστικός παράγοντας στη διερεύνηση στεφανιαίας νόσου στο γενικό πληθυσμό.



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΕΜΠΤΗ 26 ΜΑΪΟΥ 2016

OR.03 ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΕΛΛΕΙΨΗ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΟΥ - ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Χ. ΝΑΝΑ¹, Φ. ΛΕΒΕΝΤΗΣ¹, Π. ΤΟΣΙΟΣ¹, Γ. ΚΑΡΑΠΑΝΑΓΙΩΤΙΔΗΣ¹,
Δ. ΚΑΜΠΟΥΡΟΓΛΟΥ¹, Γ. ΕΥΘΥΜΙΑΔΗΣ², Γ. ΣΙΑΝΟΣ², Κ. ΚΟΡΩΝΙΔΗΣ⁴,
Κ. ΚΟΥΣΚΟΥΡΑΣ³, Κ. ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΔΗΣ¹

¹ Καρδιοθωρακοχειρουργική Κλινική, Π. Γ. Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

² Α' Καρδιολογική Κλινική, Π. Γ. Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

³ Εργαστήριο Ακτινολογίας, Π. Γ. Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

⁴ Ειδικός Καρδιολόγος, Κατερίνη

Η συγγενής έλλειψη περικαρδίου αποτελεί μία ιδιαίτερως σπάνια παθολογία, με λιγότερες από 200 καταγραφές διεθνώς τμηματικής συχνότερα ή ολικής απουσίας του περικαρδίου. Η κλινική εξέταση και το ηλεκτροκαρδιογράφημα δεν είναι διαγνωστικά. Η απλή ακτινογραφία και η διαθωρακική υπερηχοκαρδιογραφία παρέχουν πληροφορίες που κατευθύνουν τον κλινικό ιατρό στη διάγνωση. Η μαγνητική τομογραφία καρδιάς αποτελεί την εξέταση εκλογής για την διάγνωση και την λεπτομερή καταγραφή της έκτασης και της τοπογραφίας της νόσου. Η αγενεσία του περικαρδίου μπορεί να προκαλέσει μετατόπιση της καρδιάς, με αποτέλεσμα συμπίεση των καρδιακών κοιλοτήτων από γειτονικές ανατομικές δομές. Γυναίκα ασθενής, 62 ετών, εμφάνισε άτυπα στηθαγικά ενοχλήματα και επεισόδια δύσπνοιας. Το διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα ανέδειξε στροφή της καρδιάς προς τα αριστερά και απέκλεισε την ύπαρξη βαλβιδοπάθειας, ενώ η στεφανιογραφία κατέδειξε στεφανιαία αγγεία ελεύθερα κριτικών στενώσεων χωρίς εξωτερική συμπίεση. Η μαγνητική τομογραφία καρδιάς επιβεβαίωσε την πλήρη έλλειψη του περικαρδίου, με επακόλουθο την μετατόπιση του καρδιακού σχηματισμού προς τα αριστερά και πίσω, χωρίς φαινόμενα στραγγαλισμού των καρδιακών κοιλοτήτων. Η μετατόπιση της καρδιάς προκαλεί την πίεση του αριστερού κόλπου εκ των έξω από την κατιούσα θωρακική αορτή, ιδίως στο σημείο εκβολής της αριστερής κάτω πνευμονικής φλέβας. Η ασθενής αντιμετώπιστηκε συντηρητικά και παρακολουθείται.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΕΜΠΤΗ 26 ΜΑΪΟΥ 2016

OR.04 Η ΑΡΙΣΤΕΡΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΣΥΜΠΑΘΗΤΙΚΗ ΑΠΟΝΕΥΡΩΣΗ, ΜΕΣΩ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΜΕ ΒΙΔΕΟ ΘΩΡΑΚΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ, (VAT), ΟΔΗΓΕΙ ΣΤΟΝ ΤΕΡΜΑΤΙΣΜΟ ΗΛΕΚΤΡΙΚΗΣ ΘΥΕΛΛΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΣΧΑΙΜΙΚΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΕΜΦΥΤΕΥΣΙΜΟ ΑΠΙΝΙΔΩΤΗ

Ε. ΧΑΤΖΗΝΙΚΟΛΑΟΥ-ΚΟΤΣΑΚΟΥ, Κ. ΤΣΑΚΙΡΙΔΗΣ, Μ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ, Ε. ΡΕΠΠΑΣ, Γ. ΜΟΣΧΟΣ, Θ. ΜΠΕΛΕΒΕΣΛΗΣ, Α. ΜΠΑΚΑΣ, Γ. ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ, Μ. ΚΟΤΣΑΚΟΥ, Π. ΛΑΤΣΙΟΣ

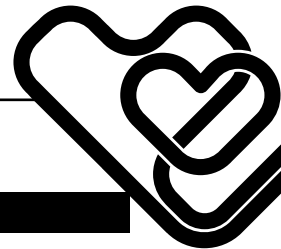
Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή

Η ηλεκτρική θύελλα αποτελεί μια επικίνδυνη για τη ζωή του ασθενούς κλινική οντότητα και μια μεγάλη θεραπευτική πρόκληση για τον θεράποντα ιατρό. Η ηλεκτρική θύελλα συνήθως συνοδεύεται με κατεχολαμινεργική υπερδραστικότητα και οδηγεί σε συχνές πρόσφορες εκφορτίσεις του εμφυτεύσιμου απινιδωτού. Οι επαναλαμβανόμενες εκφορτίσεις προκαλούν μυοκαρδιακή βλάβη και περαιτέρω επιδείνωση της αρρυθμίας, η οποία ανθίσταται στην αντιαρρυθμική αγωγή. Έτσι η διαχείριση της ηλεκτρικής θύελλας με συμπαθολυτικούς χειρισμούς άλλους, πλην της συμβατικής φαρμακολογικής θεραπείας με β-αποκλειστές, καθίσταται σημαντική.

Μέθοδος

Αντιμετωπίσαμε την ηλεκτρική θύελλα 3 ασθενών με ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια, ανδρών, ηλικίας 59, 56 και 63 ετών αντίστοιχα. Μετά την αποτυχία της συμβατικής θεραπείας αποφασίσαμε τη διενέργεια καρδιακής συμπαθητικής απονεύρωσης με τον αποκλεισμό του αριστερού συμπαθητικού γαγγλίου (LCSD), με τη χρήση θωρακοσκοπικής προσπέλασης καθοδηγούμενης με Video (VATS). Η είσοδος στην πλευρική κοιλότητα έγινε μέσω τριών μικρών τομών στην αριστερή υπομασχαλιαία περιοχή; ενδοτραχειακός σωλήνας διπλού αυλού επέτρεψε τον αερισμό του ετερόπλευρου πνεύμονα ενώ ο ομόπλευρος πνεύμονας δεν αεριζετο για να διευκολυνθεί η προσέγγιση του συμπαθητικού πλέγματος. Ο αποκλεισμός έγινε με τη χρήση 20ml 1% xylocaine και μια πρόσθετη δόση 20ml ropivacaine. Η επίδραση της xylocaine και ropivacaine στις αιμοδυναμικές παραμέτρους ήταν ελάχιστη. Η αρρυθμία ελέγχθηκε με τερματισμό της ηλεκτρικής θύελλας και της σύμπλοκης κοιλιακής αρρυθμίας. Παρατηρήθηκε εμφάνιση μερικού συνδρόμου Horner που διήρκεσε για μια εβδομάδα. Οι ασθενείς παραμένουν ελεύθεροι συμπτωμάτων για διάστημα μεγαλύτερο των 18 μηνών.



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΕΜΠΤΗ 26 ΜΑΪΟΥ 2016

Συμπεράσματα

Η συμπαθητική υπερδιέγερση φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο κατά τη διάρκεια ηλεκτρικής θύελλας σε ασθενείς με ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια. Συνεπώς τροποποίηση του νευροάξονα ίσως αποτελεί ελκυστική επιλογή για την αντιμετώπιση της αρρυθμίας. Αυτές οι θεραπευτικές προσεγγίσεις πρέπει να επιστρατεύονται όταν η συμβατική θεραπεία αποτύχει. Στο μέλλον χρειάζονται μεγάλες τυχαίοποιημένες μελέτες για να καθορίσουν τον κλινικό ρόλο αυτής της θεραπευτικής προσέγγισης.

OR.05 ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΑΟΡΤΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗΣ ΣΕ ΝΕΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ≤ 50 ΕΤΩΝ: ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ

Φ. ΑΜΠΑΤΖΙΔΟΥ, Α. ΙΓΝΑΤΙΑΔΗΣ, Μ. ΝΑΣΤΟΥ, Ε. ΔΑΛΑΜΠΙΝΗ, Μ. ΣΙΛΕΛΗ, Ν. ΜΙΧΑΗΛ, Κ. ΛΕΛΕΚΗ, Γ. ΔΡΟΣΟΣ

Καρδιοχειρουργική Κλινική, Γ. Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει τα προεγχειρητικά χαρακτηριστικά και τη μετεγχειρητική νοσηρότητα και θνητότητα σε ασθενείς ≤ 50 ετών που υποβάλλονται σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη (CABG).

Υλικό και Μέθοδοι

Από το Μάιο 2012 ως τον Μάρτιο 2016, 1023 ασθενείς υποβλήθηκαν σε μεμονωμένη επέμβαση CABG στο Γ. Ν. Γ. Παπανικολάου Θεσσαλονίκης. Από την βάση δεδομένων της κλινικής μελετήθηκαν τα περιεγχειρητικά χαρακτηριστικά των ασθενών ≤ 50ετών. Το χ^2 test χρησιμοποιήθηκε για τη στατιστική επεξεργασία.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΕΜΠΤΗ 26 ΜΑΪΟΥ 2016

Αποτελέσματα

Οι ασθενείς με ηλικία ≤ 50 ετών ήταν 84 (8,21% - ομάδα Α), 8 γυναίκες. Οι μεγαλύτεροι ασθενείς αποτελούν την ομάδα Β. Οι νέοι ασθενείς συχνότερα: είχαν σοβαρή παχυσαρκία (13.1% vs 8.8%, $p=0,018$) και ήταν ενεργείς καπνιστές (63.1% vs 22.2%, $p<0.001$). Οι μεγαλύτεροι ασθενείς συχνότερα: είχαν δυσλιπιδαιμία ($p=0,03$) σακχαρώδη διαβήτη ($p=0,02$), υπέρταση ($p<0,01$) και εμφάνιζαν μετεγχειρητική κολπική μαρμαρυγή ($p<0,01$). Οι 2 ομάδες δεν διέφεραν όσον αφορά τα εξής: συνύπαρξη ΧΑΠ, προηγηθείσα αγγειοπλαστική, κλάσμα εξώθησης $< 50\%$, πνευμονική υπέρταση (SPAP > 30 mmHg), νόσο στελέχους, μετεγχειρητική οξεία νεφρική βλάβη. Η θνητότητα της ομάδας Α ήταν 1,19 % έναντι 1,5% της ομάδας ελέγχου.

Συμπεράσματα

Οι ασθενείς ≤ 50 ετών που υποβάλλονται σε επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης, συγκριτικά με τους μεγαλύτερους ασθενείς έχουν συχνότερα σοβαρή παχυσαρκία και ενεργό καπνιστική συνήθεια ενώ εμφανίζουν μικρότερα ποσοστά μετεγχειρητικής κολπικής μαρμαρυγής.

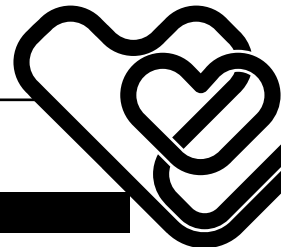
OR.06 ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΕΝΑ ΚΕΝΤΡΟ

Π. ΔΑΡΔΑΣ, Δ. ΤΣΙΚΑΔΕΡΗΣ, Ν. ΜΕΖΙΛΗΣ, Β. ΝΙΝΙΟΣ,
Σ. ΘΕΟΦΙΛΟΓΙΑΝΝΑΚΟΣ

Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

Σκοπός

Η διαδερμική αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας αποτελεί μια καταξιωμένη πλέον μέθοδο στην αντιμετώπιση ασθενών υψηλού χειρουργικού κινδύνου με σοβαρού βαθμού συμπτωματική στένωση της αορτικής βαλβίδας. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα της κλινικής Άγιος Λουκάς.



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΕΜΠΤΗ 26 ΜΑΪΟΥ 2016

Υλικό και Μέθοδοι

Από τον Σεπτέμβριο του 2012 έως και τώρα σε 52 ασθενείς (28 γυναίκες και 24 άντρες) έχει γίνει διαμηρική αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 82 ± 5 έτη. Το EuroScore των ασθενών ήταν $25.72 \pm 5.41\%$. Οι 45 (86.54%) ασθενείς είχαν σοβαρού βαθμού στένωση της αυτόχθονης αορτικής βαλβίδας και οι υπόλοιποι 7 (13.46%) σοβαρού βαθμού εκφύλιση της βιολογικής προσθετικής βαλβίδας (τεχνική Valve in Valve). Στους 32 ασθενείς έγινε εμφύτευση της CoreValve® βαλβίδας της Medtronic, σε 1 ασθενή χρησιμοποιήθηκε η Edwards-Sapien XT® και στους υπόλοιπους 17 η τελευταία γενιάς Evolut R® βαλβίδα της Medtronic.

Αποτελέσματα

Η εμφύτευση ήταν επιτυχής σε όλες τις περιπτώσεις. Η ενδοσσοκομειακή θνητότητα ήταν 3.84%, η θνητότητα τον πρώτο μήνα 5.76% και η θνητότητα τον πρώτο χρόνο 7.69%. Κανένας ασθενής μετά την εμφύτευση δεν εμφάνισε ανεπάρκεια της προσθετικής βαλβίδας $>+2$. Σε 9 (17.32%) ασθενείς έγινε εμφύτευση διαφλέβιου μόνιμου βηματοδότη, ενώ σε 9 επίσης περιπτώσεις προκλήθηκαν αγγειακές επιπλοκές των μηριαίων αρτηριών οι οποίες όλες αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς.

Συμπεράσματα

Η διαδερμική αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας είναι μια ασφαλής και αποτελεσματική μέθοδος για ασθενείς υψηλού χειρουργικού κινδύνου. Τα αποτελέσματα του δικού μας κέντρου είναι ανάλογα της διεθνούς βιβλιογραφίας.

OR.07 ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΛΗΨΗ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΜΕΤΑΤΡΕΠΤΙΚΟΥ ΕΝΖΥΜΟΥ ΚΑΙ ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΠΟΥ ΑΠΑΙΤΕΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ: ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ 1186 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

Φ. ΑΜΠΑΤΖΙΔΟΥ, Λ. ΚΑΡΑΓΚΟΥΝΗΣ, Θ. ΚΑΡΑΙΣΚΟΣ, Α. ΜΑΔΕΣΗΣ, Α. ΒΛΑΧΟΥ, Α. ΜΠΑΝΤΟΥΡ, Χ. ΜΑΥΡΟΜΑΝΩΛΗΣ, Γ. ΚΕΧΑΓΙΟΓΛΟΥ, Γ. ΔΡΟΣΟΣ

Καρδιοχειρουργική Κλινική, Γ. Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΕΜΠΤΗ 26 ΜΑΪΟΥ 2016

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει τη συσχέτιση της προεγχειρητικής λήψης αναστολέων μεταρρεπτικού ενζύμου (ACEi) με την εμφάνιση της σοβαρότερης μορφής οξείας νεφρικής βλάβης (AKI), που απαιτεί τη χρήση συνεχούς νεφρικής υποκατάστασης μετεγχειρητικά.

Υλικό και Μέθοδοι

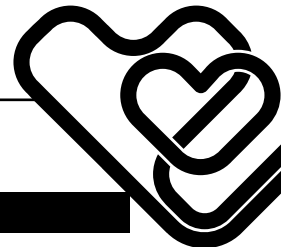
Κατά τη διάρκεια 3 ετών, 1186 ασθενείς υποβλήθηκαν σε καρδιοχειρουργική επέμβαση στο Γ. Ν. Γ. Παπανικολάου Θεσσαλονίκης. ACEi λάμβαναν προεγχειρητικά 675 ασθενείς (ομάδα Α). Μελετήθηκε η συσχέτιση 16 περιεγχειρητικών παραγόντων με την ανάγκη νεφρικής υποκατάστασης μετεγχειρητικά. Η στατιστική επεξεργασία έγινε με πολυπαραγοντική ανάλυση παλινδρόμησης (logistic regression analysis).

Αποτελέσματα

Συνολικά 27 ασθενείς χρειάστηκαν θεραπεία νεφρικής υποκατάστασης: 10 από την ομάδα Α (1,48%) και 17 από την ομάδα Β-ελέγχου (3,51%). Η μονοπαραγοντική ανάλυση ανέδειξε συσχέτιση της ανάγκης μετεγχειρητικής νεφρικής υποκατάστασης με τους εξής παράγοντες: λήψη ACEi, Euroscore II, προεγχειρητική eGFR, ΧΑΠ, πνευμονική υπέρταση, επείγον χειρουργείο, χρόνος εξωσωματικής κυκλοφορίας, μεταγγίσεις ερυθρών, χρόνος μηχανικού αερισμού, παρατεταμένη αιμοδυναμική υποστήριξη (>24 ώρες) και το σύνδρομο χαμηλής καρδιακής παροχής. Η πολυπαραγοντική ανάλυση παλινδρόμησης ανέδειξε ως στατιστικά σημαντικούς παράγοντες: τις μεταγγίσεις ερυθρών ($p=0,003$), την παρατεταμένη αιμοδυναμική υποστήριξη ($p=0,008$) και τη λήψη των ACEi ($p=0,027$) όπου διαπιστώθηκε η προφυλακτική τους δράση όσον αφορά την εμφάνιση AKI που απαιτεί νεφρική υποκατάσταση μετεγχειρητικά.

Συμπεράσματα

Η προεγχειρητική λήψη ACEi φαίνεται να προφυλάσσει τους καρδιοχειρουργικούς ασθενείς από την εμφάνιση της σοβαρής μορφής AKI που απαιτεί τη θεραπεία νεφρικής υποκατάστασης μετεγχειρητικά.



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 27 ΜΑΪΟΥ 2016

08:00 - 10:00 | Πρόεδροι: Γ. Κατσέας, Σ. Σαββάτης

OR.08 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΟΥ PROBNP ΚΑΙ ΤΗΣ ΤΡΟΠΟΝΙΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ (ΟΣΣ)

Ι. ΒΟΓΙΑΤΖΗΣ, Ι. ΝΤΑΠΤΣΕΒΙΤΣ, Α. ΝΤΑΤΣΙΟΣ, Κ. ΚΟΥΤΣΑΜΠΑΣΟΠΟΥΛΟΣ, Σ. ΠΗΤΤΑΣ, Α. ΓΚΟΝΤΟΠΟΥΛΟΣ, Ι. ΓΚΙΚΑ

Καρδιολογική Κλινική Γ. Ν. Βέροιας

Εισαγωγή

Το προπεπτιδίο του εγκεφαλικού νατριουρητικού πεπτιδίου (ProBNP) χρησιμοποιείται κλινικά στην ανίχνευση της δυσλειτουργίας της αριστεράς κοιλίας και της καρδιακής ανεπάρκειας. Σε ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο το (ProBNP) μπορεί να συμβάλλει τόσο στην βραχυπρόθεσμη όσο και στην μακροπρόθεσμη πρόγνωση των καρδιαγγειακών συμβαμάτων, γεγονός που θα μπορούσε να έχει σημαντικές επιπτώσεις στην διαχείριση και θεραπεία των ασθενών αυτών.

Σκοπός

Σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση της προγνωστικής αξίας των επιπέδων του (ProBNP) για την έκβαση της κλινικής πορείας του ασθενούς, η σύγκριση με την αντίστοιχη της καρδιακής τροπονίνης T (cTnT) και η διαστρωμάτωση του κινδύνου στους ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, τόσο κατά την διάρκεια της νοσηλείας, όσο και ένα χρόνο μετά από την έξοδο.

Μέθοδοι

Μελετήθηκαν 390 ασθενείς (256 άνδρες – 134 γυναίκες, μέση ηλικία 66,04 + 12,38 χρόνων) που νοσηλεύθηκαν με Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο (ΟΣΣ) στη στεφανιαία μονάδα της Καρδιολογικής Κλινικής. Μελετήθηκαν τα επιδημιολογικά και κλινικά στοιχεία και οι βιοχημικοί δείκτες, σαν προγνωστικοί παράγοντες της κλινικής πορείας ενδοноσοκομειακά και για ένα χρόνο παρακολούθησης.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 27 ΜΑΪΟΥ 2016

Αποτελέσματα

Στην πλειοψηφία των ασθενών διαγνώστηκε έμφραγμα μυοκαρδίου με μη ανάσπαση του ST (NSTEMI) (193 ασθενείς – 49,49%), ενώ σε 167 ασθενείς (42,82%) έμφραγμα μυοκαρδίου με ανάσπαση του ST (STEMI) και στους υπόλοιπους 30 ασθενείς (7,69%) ασταθής στηθάγχη. Οι ασθενείς είχαν πολλαπλούς παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο. Τα επίπεδα του pro-BNP ήταν αυξημένα σημαντικά στους ασθενείς με STEMI ($p=0.003$) και NSTEMI ($p=0.002$) που απεβίωσαν ή παρουσίασαν κάποιο ανεπιθύμητο συμβάν (στηθάγχη, έμφραγμα, καρδιογενές shock, ΣΚΑ, αρρυθμίες) κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, έναντι των υπολοίπων. Στο χρόνο παρακολούθησης, οι ασθενείς με ανεπιθύμητα συμβάματα είχαν υψηλότερα επίπεδα του pro-BNP. Καμία διαφορά στα επίπεδα της Τροπονίνης Τ δεν παρατηρήθηκε στους ασθενείς με STEMI και NSTEMI που εμφάνισαν ανεπιθύμητα συμβάματα έναντι των υπολοίπων, είτε κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, είτε κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης.

Συμπέρασμα

Τα επίπεδα του (ProBNP) αποτελούν σημαντικό προγνωστικό παράγοντα καρδιαγγειακών συμβαμάτων σε ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο. Στην παρούσα μελέτη φάνηκε επίσης ότι είναι ανώτερος από την Τροπονίνη Τ ως προγνωστικός δείκτης.

OR.09 ΣΥΜΠΛΟΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΟΞΕΙΑΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Γ. ΑΗΔΟΝΙΔΗΣ^{1, 2, 3}, Χ. ΓΡΑΪΔΗΣ^{1, 2}, Δ. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ^{1, 2},
Β. ΚΑΡΑΣΑΒΒΙΔΗΣ^{1, 2}, Θ. ΜΠΙΤΣΗΣ^{1, 2}

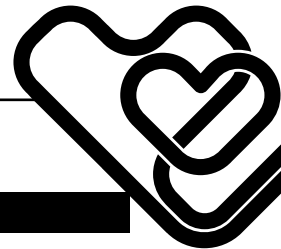
¹ Euromedica, Γενική Κλινική «Κυανούς Σταυρός»

² Ελληνικό Ινστιτούτο Καρδιαγγειακών Παθήσεων

³ Β' Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ

Σκοπός

Η οξεία καρδιακή ανεπάρκεια είναι μία τελική νόσος της ιατρικής με τεράστιο κόστος και σημαντική επίπτωση στο γενικό πληθυσμό. Η σύμπλοκη αντιμετώπιση της εδράζεται τόσο σε γενικές κατευθύνσεις όσο και σε προσωπική εμπειρία των θεραπόντων. Περιγράφεται περιστατικό σύμπλοκης αντιμετώπισης με σύνθετο σχήμα ινóτροπων και πολλαπλές παρεμβάσεις.



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 27 ΜΑΪΟΥ 2016

Υλικό

Ασθενής, 80 ετών, άρρεν, με ισχαιμική καρδιακή ανεπάρκεια, προσέρχεται με δύσπνοια και κατάσταση προ-shock. Αντιμετωπίζεται με σύνθετο σχήμα 3 ινοτρόπων, μεταξύ των οποίων και λεβοσιμενδάνη. Διενεργούνται και παρεμβάσεις με 2 παρακεντήσει πλευρικού υγρού, όπως και ιπείσης σχήματα διούρησης και χορήγησης λευκωματινών.

Αποτελέσματα

Σε μία περίοδο 40 ημερών με 3 χορηγήσεις λεβοσιμενδάνης εξέρχεται καλώς, ενώ απεβιώνει 2 μήνες αργότερα.

Συμπεράσματα

Η οξεία καρδιακή ανεπάρκεια απαιτεί εμπειριστατωμένη μελέτη των θεραπευτικών δυνατοτήτων και προγραμματισμό. Νεωτεριστικά σχήματα ινότροπης υποστήριξης μπορούν να επιφέρουν το επιθυμητό κλινικό αποτέλεσμα.

OR.10 ΜΥΟ-ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΣΥΝΟΔΟΣ ΡΑΒΔΟΜΥΟΛΥΣΗ, ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΙΟ ΓΡΙΠΗΣ ΤΥΠΟΥ Β

Χ. ΧΑΤΖΗΕΛΕΥΘΕΡΙΟΥ, Π. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ, Α. ΤΣΑΓΚΡΙΔΗ, Ι. ΟΥΖΟΥΝΙΔΗΣ, Α. ΤΣΑΟΥΣΙΔΗΣ, Β. ΣΑΑΤΖΟΓΛΟΥ, Ε. ΣΑΒΒΙΔΟΥ, Ν. ΡΩΜΑΝΙΔΟΥ, Ν. ΘΕΟΔΩΡΙΔΗΣ

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Δράμας

Σκοπός

Η παρουσίαση περιστατικού γρίπης τύπου Β με σπάνιο συνδυασμό καρδιακών επιπλοκών (μυο-περικαρδίτιδας, καταπληξία) και συνοδού ραβδομυόλυσης. Βιβλιογραφική ανασκόπηση.

Υλικό - Παρουσίαση Περιστατικού

Τον Ιανουάριο του 2015, γυναίκα 32 ετών χωρίς προηγούμενο καρδιολογικό ιστορικό νοσηλεύτηκε με αντιρροπούμενη καρδιογενή καταπληξία, αρχικό L.V EF ~ 35% και ήπια συνοδό περικαρδίτιδα. Προηγήθηκε εμπύρετο από 3ημέρου, μυαλγία και θωρακικό άλγος. Κατά την διάρκεια της νοσηλείας της παρουσίασε φλεβοκομβική ταχυκαρδία με RBBB, trop T μέχρι 732 pg/ml, BNP 420 pg/ml, τριψήφια αύξηση ηπατικών ενζύμων και ραβδομυόλυση με CPK μέχρι 34460 u/l. Απαιτήθηκε χορήγηση ινοτρόπων, ενυδάτωσης, πρεδνιζολόνης, διούρησης και μηχανικής αναπνευστικής υποβοήθησης (c-par).

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 27 ΜΑΪΟΥ 2016

Αποτελέσματα

Δείγμα εκκρίσεων αναπνευστικού για ανίχνευση RNA ιών γρίπης απέβη θετικό για τον ιό τύπου Β. Προοδευτική βελτίωση λειτουργικότητας L.V με E.F ~ 55% και προοδευτική πτώση της τροπονίνης και της CK μέχρι την 10η ημέρα. MRI καρδιάς ανέδειξε υπό-επικαρδιακό εμπλουτισμό με σκιαγραφικό ενδεικτικό μυοκαρδίτιδας.

Συμπέρασμα-Επίκριση

Ο ιός της γρίπης τύπου Β μπορεί να επιπλακεί με καρδιομυοπάθεια που οδηγεί σε καρδιογενή καταπληξία χωρίς προϋπάρχουσα καρδιακή νόσο, ιδιαίτερα σπάνιο σε σχέση με μυοκαρδιοπάθεια που οφείλεται στον ιό τύπου Α (H1N1). Η μυοκαρδιακή δυσλειτουργία οφείλεται στην άμεση τοξική δράση του ιού καθώς και στην υπερδραστικότητα των κυτοκινών και φλεγμονώδη υπεραντίδραση (PB1-F2 marker). Ο ιός γρίπης-Β είναι κοινή αιτία μη βακτηριακής μυοσίτιδας και σπάνια οδηγεί σε ραβδομύωση και μυοκαρδίτιδα σε αντίθεση με τον ιό τύπου Α (H1N1).

OR.11 ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ Γ. Ν. ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ ΤΟ ΕΤΟΣ 2015

Κ. ΡΩΣΣΙΟΣ, Μ. ΜΕΛΕΤΙΔΟΥ, Ι. ΜΠΕΗΣ, Σ.-Λ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ,
Ι. ΜΠΟΣΤΑΝΙΤΗΣ, Γ. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ, Γ. ΣΠΥΡΟΜΗΤΡΟΣ

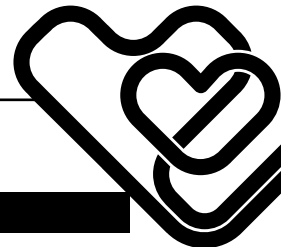
Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Κατερίνης

Σκοπός

Η καταγραφή των στεφανιαίων επεισοδίων που νοσηλεύτηκαν στην Στεφανιαία Μονάδα της Καρδιολογικής κλινικής του Γ. Ν. Κατερίνης το 2015.

Υλικό και Μέθοδοι

Μελετήσαμε αναδρομικά 159 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν με την διάγνωση του οξέως στεφανιαίου συνδρόμου (STEMI, NSTEMI/ ασταθής στηθάγχη) από την 01/01/2015 έως και την 31/12/2015 στην Στεφανιαία Μονάδα του Νοσοκομείου Κατερίνης.



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 27 ΜΑΪΟΥ 2016

Αποτελέσματα

Από τους 159 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν οι 127 ήταν άντρες και οι 32 ήταν γυναίκες. Ο μέσος όρος ηλικίας των νοσηλευόμενων ήταν 62.8 έτη ενώ ο μέσος όρος νοσηλείας ήταν οι 3 μέρες. Το 57.2% εμφάνισε STEMI και το υπόλοιπο 42.8% NSTEMI/ ασταθή στηθάγχη. Όσον αφορά το ατομικό ιστορικό, το 43.3% εμφάνιζε αρτηριακή υπέρταση, το 28.3% στεφανιαία νόσο, το 22,4% σακχαρώδη διαβήτη, το 18,4% δυσλιπιδαιμία, το 14.4% καρδιακή ανεπάρκεια. Πραγματοποιήθηκαν 13 διακομιδές σε δημόσιο νοσοκομείο με σκοπό την διενέργεια στεφανιογραφίας.

Συμπεράσματα

Και σε αυτή την καταγραφή στεφανιαίων επεισοδίων αναδεικνύονται σαν πιο συχνοί προδιαθεσικοί παράγοντες το άρρεν φύλο, η αρτηριακή υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης και η δυσλιπιδαιμία. Η παρατήρηση ότι το 36.4% των ασθενών ήταν ηλικίας μικρότερης των 55 ετών μας υπενθυμίζει ότι δεν θα πρέπει να αγνοούμε τα προειδοποιητικά συμπτώματα της στεφανιαίας νόσου ανεξαρτήτως ηλικίας.

OR.12 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΚΛΙΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΓΚΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΗ ΒΟΡΕΙΑ ΕΛΛΑΔΑ

Ε. ΧΑΤΖΗΝΙΚΟΛΑΟΥ-ΚΟΤΣΑΚΟΥ, Σ. ΚΕΠΠΑΣ, Μ. ΚΟΤΣΑΚΟΥ, Π. ΛΑΤΣΙΟΣ, Γ. ΜΟΣΧΟΣ, Θ. ΜΠΕΛΕΒΕΣΛΗΣ, Ε. ΡΕΠΠΑΣ, Μ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ, Α. ΧΑΝΤΑΣ

Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή

Η επίδραση του κλίματος στο ποσοστό των εισαγωγών στο νοσοκομείο ασθενών με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια καθώς και στην ενδονοσοκομειακή θνητότητα έχει μελετηθεί με αντικρουόμενες απόψεις στηριζόμενες σε διαφορετικές κατά περιοχές παρατηρήσεις.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 27 ΜΑΪΟΥ 2016

Μέθοδος

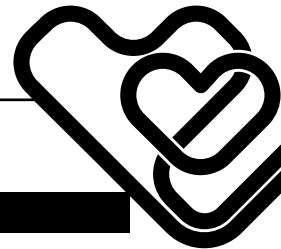
Διεξάγαμε μία καταγραφή στη Βόρεια Ελλάδα (Κεντρική Μακεδονία-Ανατολική Θράκη) στην οποία εισάγαμε 290 συνεχόμενους ασθενείς καταγόμενους από την ως άνω περιοχή, με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια και καταγράψαμε το ποσοστό επειγουσών εισαγωγών για επιδείνωση της καρδιακής ανεπάρκειας καθώς και το ποσοστό ενδονοσοκομειακής θνητότητας. Λόγω του γενικά πολύ ομοιογενούς κλίματος της περιοχής συγκρίναμε τα ημερήσια μετεωρολογικά δεδομένα με τα αντίστοιχα κλινικά δεδομένα των ασθενών μεταξύ Ιουλίου 2007 και Ιουλίου του 2015. Βάσει 12 βιοσυνοπτικών κλιματικών κλάσεων, καθορίσαμε ως σταθερό κλίμα τις κλάσεις 1-3 και 8-12 και ως ασταθές κλίμα τις κλάσεις 4-7. Εξετάσαμε την επίδραση του σταθερού και του ασταθούς κλίματος στον αριθμό των επειγόντων εισαγωγών σε νοσοκομείο και στο ποσοστό της ενδονοσοκομειακής θνητότητας.

Αποτελέσματα

Κατά τη διάρκεια της περιόδου παρατήρησης εισήχθησαν στην καταγραφή 290 ασθενείς (μέσης ηλικίας 56 ετών, 64% άνδρες) με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια. Δεν κατεγράφησαν διαφορές στο ημερήσιο ποσοστό εισαγωγών μεταξύ των ημερών με σταθερό και των ημερών με ασταθές κλίμα (5.8 ± 2.4 vs 5.7 ± 2.3 , $p=0.30$). Δεν υπήρχαν διαφορές στα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών που εισήχθησαν σε ημέρες σταθερού κλίματος έναντι των ασθενών που εισήχθησαν σε ημέρες ασταθούς κλίματος (ηλικία, φύλο, αιτιολογία καρδιακής ανεπάρκειας και φαρμακευτική αγωγή). Η πολυπαραγοντική ανάλυση κατέδειξε το ασταθές κλίμα σαν ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα της ενδονοσοκομειακής θνητότητας (OR 1,49,95%CI, 1.15-1.99).

Συμπεράσματα

Το ασταθές κλίμα δεν επηρέασε τον αριθμό εισαγωγών στο Νοσοκομείο ασθενών με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια στην ως άνω περιοχή της Βόρειας Ελλάδας. Δεν κατεγράφη επίσης κίνδυνος εισαγωγής εξαρτώμενος από το σταθερό κλίμα. Το ασταθές όμως κλίμα αποδείχτηκε ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας αυξημένης ενδονοσοκομειακής θνητότητας ασθενών με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια στην υπό παρακολούθηση περιοχή της Βόρειας Ελλάδας.



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 27 ΜΑΪΟΥ 2016

OR.13 ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΜΕ ΥΨΗΛΟ ΚΑΙ ΧΑΜΗΛΟ ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΚΑΙ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΗΣ ΥΠΑΡΞΗΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΧΑΜΗΛΗΣ ΜΟΡΦΩΣΗΣ ΚΑΙ ΥΨΗΛΟΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Ι. ΛΑΓΟΣ, ΤΖ. ΔΑΔΟΥΣ, Ι. ΚΙΡΜΠΑΣ, ΣΤ. ΣΑΒΒΑΤΗΣ, Ι. ΚΑΝΟΝΙΔΗΣ

Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εκτίμηση της λειτουργικότητας της αριστεράς και δεξιάς κοιλίας ενηλίκων διαφορετικού μορφωτικού επιπέδου με υπερηχογραφικές παραμέτρους και η ανίχνευση της ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ χαμηλής μόρφωσης και υψηλού συνολικού καρδιαγγειακού κινδύνου.

Υλικά και Μέθοδοι

100 ενήλικες με ελεύθερο καρδιολογικό ιστορικό χρησιμοποιήθηκαν για τη συλλογή των δεδομένων. Τα άτομα αυτά χωρίστηκαν σε δύο ισάριθμες ομάδες και είχαν περίπου ίδιο μέσο όρο ηλικίας (49 ± 7 έτη). Η πρώτη ομάδα περιελάμβανε ενήλικες με ανώτερο επίπεδο σπουδών το απολυτήριο γυμνασίου. Η δεύτερη ομάδα περιελάμβανε ενήλικες με ανώτερες και ανώτατες σπουδές (πτυχιούχους ΑΕΙ και ΤΕΙ). Οι υπερηχογραφικές παράμετροι που χρησιμοποιήθηκαν για τη μελέτη της δεξιάς κοιλίας ήταν ο ιστικός δείκτης ΤΕΙ και η συστολική ιστική ταχύτητα στο ύψος του τριγωνικού δακτυλίου (TASV). Οι υπερηχογραφικές παράμετροι που χρησιμοποιήθηκαν για την εκτίμηση της λειτουργικότητας της αριστεράς κοιλίας ήταν ο ιστικός δείκτης ΤΕΙ (TDI ΤΕΙ INDEX), οι συστολικές ιστικές ταχύτητες στο πλάγιο τοίχωμα του μιτροειδικού δακτυλίου, ο λόγος E/A, ο λόγος E'/E και το κλάσμα εξώθησης. Ακόμη μελετήθηκε ο επιπολασμός των παραγόντων κινδύνου για στεφανιαία νόσο και διερευνήθηκε η ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ χαμηλού μορφωτικού επιπέδου και υψηλού συνολικού καρδιαγγειακού κινδύνου.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

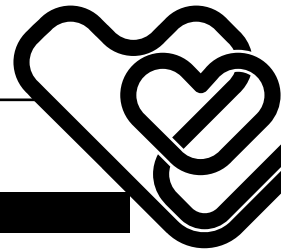
ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 27 ΜΑΪΟΥ 2016

Αποτελέσματα

Στην ομάδα των ασθενών με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (ομάδα Ι) παρουσιάστηκαν σημαντικά αυξημένα ποσοστά παχυσαρκίας ($p=0,28$), υπέρτασης ($p=0,32$), υπερλιπιδαιμίας ($p=0,3$) ενώ δεν παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά στην συστηματική χρήση καπνού και στον επιπολασμό του σακχαρώδη διαβήτη ανάμεσα στις δύο ομάδες ($p<0,01$). Οι υπερηχογραφικές παράμετροι TASV και TDI TEI INDEX που χρησιμοποιήθηκαν για τη μελέτη της δεξιάς κοιλίας δεν παρουσίασαν σημαντική διαφορά στις δύο ομάδες ($p=0,02$). Επίσης στην ομάδα (Ι) παρατηρήθηκαν χαμηλές τιμές του δείκτη E/A ($p=0,36$), υψηλές τιμές του δείκτη E/’E ($p=0,32$) ενώ δεν παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά στον ιστικό δείκτη TEI, στο κλάσμα εξώθησης και στις ιστικές ταχύτητες στις δύο ομάδες. Οι ασθενείς που ήταν υπέρτασικοί μελετήθηκαν εκ νέου μετά από 3 μήνες αφού τους χορηγήθηκε η κατάλληλη δόση βαλσαρτάνης. Παρατηρήθηκε μείωση στις τιμές του ιστικού δείκτη TEI της αριστερής κοιλίας ($p=0,03$), μείωση του λόγου E/’E ($p=0,02$) και αύξηση του λόγου E/A ($p=0,01$). Ο συνολικός καρδιαγγειακός κίνδυνος φάνηκε να είναι υψηλότερος στα άτομα της ομάδας (Ι).

Συμπεράσματα

1. Η λειτουργικότητα της δεξιάς κοιλίας και η συστολική λειτουργία της αριστερής κοιλίας δεν παρουσιάζουν σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες ενώ οι ασθενείς με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο φαίνεται να έχουν σε μεγαλύτερο ποσοστό επηρεασμένους τους υπερηχογραφικούς δείκτες εκτίμησης της διαστολικής λειτουργίας της αριστερής κοιλίας.
2. Η χορήγηση κατάλληλης δόσης βαλσαρτάνης βελτίωσε τον δείκτη μυοκαρδιακής απόδοσης σε υπέρτασικούς ασθενείς.
3. Η εκπαίδευση φαίνεται να σχετίζεται άμεσα με τον συνολικό καρδιαγγειακό κίνδυνο και να αποτελεί ένα καινούργιο παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα.



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΣΑΒΒΑΤΟ 28 ΜΑΪΟΥ 2016

08:00 - 10:00 | Πρόεδροι: Π. Κλιγκάτσος, Ι. Κόγιας

OR.14 ΚΑΡΔΙΟΗΠΑΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Δ. ΚΡΙΚΙΔΗΣ, Ι. ΚΙΡΜΠΑΣ, Ε. ΜΙΧΟΥ, Χ. ΚΥΡΠΙΖΙΔΗΣ, Ι. ΚΑΝΟΝΙΔΗΣ

Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Σκοπός

Η καρδιακή ανεπάρκεια σχετίζεται με πολλές συννοσηρότητες, μία από τις οποίες είναι η ηπατική νόσος. Μελετήθηκε η επίδραση της χρόνιας καρδιακής ανεπάρκειας στην ηπατική βλάβη η οποία προκαλείται με δύο μηχανισμούς, είτε από ηπατική υποάρδευση η οποία αυξάνει τις τρανσαμινάσες, είτε από ηπατική συμφόρηση η οποία επηρεάζει τις τιμές αλκαλικής φωσφατάσης, γGT, χολερυθρίνης και λευκωμάτων ορού.

Υλικό και Μέθοδοι

Σε 216 ασθενείς με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια και κλάσμα εξώθησης κάτω του 40% που νοσηλεύτηκαν στην κλινική μας από τον Ιανουάριο 2014 μέχρι τον Φεβρουάριο 2016 μετρήθηκαν την πρώτη μέρα οι τρανσαμινάσες, η αλκαλική φωσφατάση, η γGT, η χολερυθρίνη και τα λευκώματα ορού, και συσχετίστηκαν με την αιτιολογία και την χρονιότητα της καρδιακής ανεπάρκειας, το κλάσμα εξώθησης, και την συνύπαρξη κοιλιακής μαρμαρυγής ή LBVB. Εξαιρέθηκαν ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο και οξεία απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας.

Αποτελέσματα

Τα ποσοστά των εργαστηριακών εξετάσεων που κυμάνθηκαν πάνω από τα φυσιολογικά όρια για τις τρανσαμινάσες, την αλκαλική φωσφατάση, την γGT και την χολερυθρίνη, και κάτω από τα φυσιολογικά όρια για την αλβουμίνη καταγράφονται στον επόμενο πίνακα.

SGOT	SGPT	Αλκαλ. Φωσφ.	γGT	χολερυθρίνη	αλβουμίνη
30,00%	25,00%	25,00%	30,00%	55,00%	22,50%

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΣΑΒΒΑΤΟ 28 ΜΑΪΟΥ 2016

Δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές ανάλογα με τους παράγοντες που συσχετίστηκαν με την καρδιακή ανεπάρκεια εκτός από την χρονιότητα της νόσου, η οποία συνδυάστηκε με αυξημένες τιμές των τρανσαμινασών.

Συμπεράσματα

Η καρδιακή ανεπάρκεια προκάλεσε ηπατική υποαιμάτωση η οποία επιβεβαιώθηκε από τις αυξημένες τιμές SGOT και SGPT σε ποσοστό 25-30%, και ηπατική συμφόρηση η οποία συνδυάστηκε με παθολογικές τιμές αλκαλικής φωσφατάσης, γGT, χολερυθρίνης και αλβουμίνης σε ποσοστό 22-55%. Η συνεχής παρακολούθηση των ηπατικών εργαστηριακών εξετάσεων των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια είναι σημαντική επειδή οι παθολογικές τιμές σχετίζονται με αυξημένη θνητότητα.

OR.15 ΟΞΥ ΈΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΑΠΟ ΕΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΘΙΟΥ ΚΑΤΙΟΝΤΑ ΚΛΑΔΟΥ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ

A. ΝΤΑΤΣΙΟΣ, Κ. ΚΟΥΤΣΑΜΠΑΣΟΠΟΥΛΟΣ, Ι. ΒΟΓΙΑΤΖΗΣ

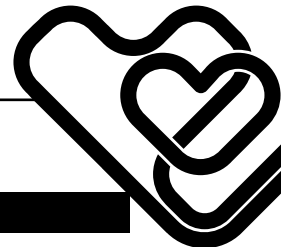
Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Βέροιας

Εισαγωγή

Η κολλική μαρμαρυγή αποτελεί μια σχετικά σπάνια, αλλά σημαντική αιτία εμφύλης θρομβωτικού υλικού στα στεφανιαία αγγεία, με αποτέλεσμα την εμφάνιση εμφράγματος του μυοκαρδίου με ανάσπαση του ST διαστήματος (STEMI).

Περιγραφή Περίπτωσης

Αναφέρουμε την περίπτωση γυναίκας 69 ετών με ατομικό αναμνηστικό μόνιμης κολλικής μαρμαρυγής, χωρίς αντιπηκτική αγωγή, που προσήλθε στο νοσοκομείο μας με εικόνα STEMI προσθίου τοιχώματος. Από τον στεφανιογραφικό έλεγχο στον οποίο υποβλήθηκε αποκαλύφθηκε εικόνα συμβατή με παρουσία θρόμβου που προκαλούσε πλήρη απόφραξη στη μεσότητα του προσθίου κατιόντος κλάδου (LAD) της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας και η οποία αντιμετωπίστηκε με αναρρόφηση του θρόμβου από τον LAD, αποκαθιστώντας TIMI 3 ροή με τη χρησιμοποίηση ενός καθετήρα θρομβοαναρρόφησης 6 French (STENTYS AC aspiration catheter).



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΣΑΒΒΑΤΟ 28 ΜΑΪΟΥ 2016

Συμπεράσματα

Σε περιπτώσεις εμφράγματος του μυοκαρδίου που οφείλεται σε εμβολή θρομβωτικού υλικού στα στεφανιαία αγγεία, η αναρρόφηση του θρόμβου με ή χωρίς την τοποθέτηση ενδοστεφανιαίας πρόθεσης μπορεί να γίνει με ασφάλεια, αποκαθιστώντας ομαλή ροή στα στεφανιαία αγγεία. Σε κάθε περίπτωση πάντως πρέπει να τονίσουμε τη θεμελιώδη σημασία της κατάλληλης αντιπηκτικής θεραπείας σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή για την πρόληψη εμβολικών επεισοδίων.

OR.16 ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΜΗ ΚΡΙΤΙΚΕΣ ΣΤΕΝΩΣΕΙΣ ΣΤΑ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΑΓΓΕΙΑ

Η. ΚΑΠΙΤΣΙΝΗΣ^{1,2}, Γ. ΜΠΟΜΠΟΤΗΣ², Η. ΖΑΡΒΑΛΗΣ², Β. ΣΑΧΠΕΚΙΔΗΣ², Α. ΠΙΛΑΛΙΔΟΥ², Ι. ΣΤΥΛΙΑΔΗΣ²

¹ ΠΕΔΥ Μονάδα Υγείας Νεαπόλεως Θεσσαλονίκης

² Β' Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Σκοπός

Παρουσιάζεται περίπτωση ασθενούς ηλικίας 64 ετών που παραπέμφθηκε από Κέντρο Υγείας μετά από καρδιολογική εκτίμηση λόγω οξέος στεφανιαίου συνδρόμου τύπου NSTEMI. Η γενόμενη στεφανιογραφία ανέδειξε μη κριτικές στενώσεις όχι μεγαλύτερες από 40% στα επικαρδιακά στεφανιαία αγγεία. Η ανωτέρω κλινική περίπτωση απαιτεί προσεκτική διαγνωστική προσέγγιση και επιβάλει εκτός των άλλων συγκεκριμένες θεραπευτικές στρατηγικές.

Υλικό και Μέθοδοι

Ασθενής ηλικίας 67 ετών, συνάδελφος παρεπέμφθη από κέντρο υγείας μετά από εκτίμηση καρδιολόγου με την υποψία NSTEMI. Ο ασθενής εμφάνιζε τυπικό στηθαγικό άλγος από 2ώρου και μικρές ηλεκτροκαρδιογραφικές διαταραχές στις απαγωγές του πρόσθιου – πλάγιου τοιχώματος.

Αποτελέσματα

Ο ασθενής εμφάνιζε ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης υπό αγωγή, υπερλιπιδαιμίας υπό αγωγή ήταν παλιός καπνιστής και έφερε προ 8μήνου στεφανιογραφία με μη κριτικές στενώσεις στα επικαρδιακά στεφανιαία αγγεία η οποία διενεργήθηκε λόγω στηθάγχης κόπωσης. Νοσηλεύθηκε ανεπιπλεκτος ως NSTEMI με τυπική εμφραγματική καμπύλη ενζύμων και τροπονίνης και εξέλιξη ηλεκτροκαρδιογραφικών μεταβολών. Νέος δε στεφανιογραφικός έλεγχος ανέδειξε ευρήματα όμοια με αυτά προ 8μήνου.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΣΑΒΒΑΤΟ 28 ΜΑΪΟΥ 2016

Συμπεράσματα

Η παραπάνω περίπτωση αν και όχι ασυνήθης καταδεικνύει αφενός το γεγονός ότι φυσιολογική ή η στεφανιογραφία με μη κριτικές στενώσεις όπως και οι φυσιολογικές λειτουργικές δοκιμασίες δεν αποκλείουν την εμφάνιση οξέων στεφανιαίων συνδρόμων. Οι τελευταίες αποτελούν απλώς καλό προγνωστικό στοιχείο. Στους ασθενείς αυτούς απαιτείται εντατικοποίηση της αγωγής τους και καλός έλεγχος των παραγόντων κινδύνου όπως και συστήθηκε στην περίπτωση μας.

OR.17 ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑ ΚΑΙ ΑΝΩΜΑΛΗ ΕΚΦΥΣΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ

Η. ΚΑΠΙΤΣΙΝΗΣ^{1,2}, Γ. ΜΠΟΜΠΟΤΗΣ², Β. ΣΑΧΠΕΚΙΔΗΣ², Λ. ΖΙΤΙΡΙΔΟΥ², Α. ΠΙΛΑΛΙΔΟΥ², Β. ΑΖΙΔΟΥ², Ι. ΣΤΥΛΙΑΔΗΣ²

¹ ΠΕΔΥ Μονάδα Υγείας Νεαπόλεως, Θεσσαλονίκη

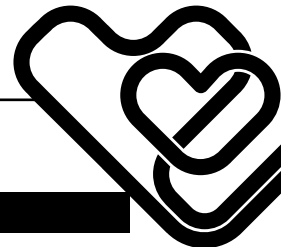
² Β' Καρδιολογική Κλινική Γ. Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Σκοπός

Παρουσιάζουμε περίπτωση ασθενούς ηλικίας 56 ετών που διερευνήθηκε λόγω επεισοδίου κοιλιακής ταχυκαρδίας. Η περίπτωση είναι ενδιαφέρουσα διότι κατά τη διερεύνηση ανεδείχθη ανώμαλη έκφυση των στεφανιαίων αγγείων και τέθηκαν προβληματισμοί αναφορικά με τη δευτερογενή πρόληψη του ασθενούς.

Υλικό και Μέθοδοι

Ασθενής ετών 56 μετά από λήψη 300mg προποφαινόνης και 0,25mg δακτυλίτιδας λόγω παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής εμφανίζει επεισόδιο εμμένουσας μονόμορφης αιμοδυναμικά ασταθούς κοιλιακής ταχυκαρδίας που ανατάσσεται ηλεκτρικώς. Εν συνεχεία διακομίζεται στο νοσοκομείο μας για περαιτέρω διερεύνηση.



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΣΑΒΒΑΤΟ 28 ΜΑΪΟΥ 2016

Αποτελέσματα

Ο ασθενής ετέθη αρχικώς σε παρακολούθηση στη μονάδα εμφραγμάτων. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα ηρεμίας ήταν εντός φυσιολογικών ορίων όπως και η τροπονίνη I. Ο υπερηχοκαρδιογραφικός έλεγχος ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα και η δοκιμασία κοπώσεως αρνητική για προκλητή ισχαιμία ή αρρυθμίες. Ο στεφανιογραφικός έλεγχος έθεσε καταρχήν τη διάγνωση κοινής έκφυσης αριστερής και δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας από το δεξιό στεφανιαίο κόλπο με κοινό στέλεχος. Περαιτέρω έλεγχος με αξονική στεφανιογραφία απέκλεισε την πορεία του πρόσθιου κατιόντος κλάδου μεταξύ αορτής και πνευμονικής αρτηρίας αλλά ανέδειξε χαμηλή διαφραγματική πορεία του. Προς αποκλεισμό ισχαιμίας λόγω της ανωτέρω στεφανιαίας ανατομίας υπεβλήθη σε σπινθηρογράφημα αιμάτωσης μυοκαρδίου με φυσιολογικά ευρήματα. Στον ασθενή διενεργήθηκε – εν μέρει off label – δοκιμασία προκαϊναμίδης για τον αποκλεισμό καναλοπάθειας (σ. Brugada) παρά τη χαμηλή πιθανότητα εκ του ηλεκτροκαρδιογραφήματος ηρεμίας η οποία απέβη αρνητική. Τέλος διενεργήθηκε ηλεκτροφυσιολογική μελέτη κατά την οποία δεν εισήχθη αρρυθμία (οποιασδήποτε φύσης). Στον ασθενή μετά από έντονο προβληματισμό εμφυτεύθηκε αυτόματος καρδιακός απινιδωτής για δευτερογενή πρόληψη.

Συμπεράσματα

Η παραπάνω περίπτωση καταδεικνύει τη δυσκολία που αντιμετωπίσαμε για το κατά πόσο η ανατομική παραλλαγή στην έκφυση των στεφανιαίων αγγείων του ασθενούς αποτελεί αιτία για το αρρυθμιολογικό του συμβάν. Επίσης η περίπτωση μας δείχνει πως τελικά παρόλο που η διερεύνηση δεν ανέδειξε κάποιο αίτιο ακολουθήθηκε η υπόδειξη των κατευθυντήριων οδηγιών για τη δευτερογενή πρόληψη του ασθενούς.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΣΑΒΒΑΤΟ 28 ΜΑΪΟΥ 2016

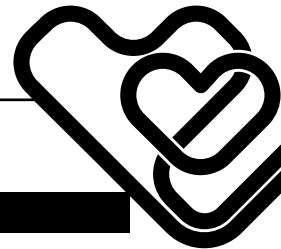
OR.18 ΒΡΑΔΕΙΑ ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΙΣΧΑΙΜΙΚΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΕΜΦΥΤΕΥΜΕΝΟ ΑΠΙΝΙΔΩΤΗ

Γ. ΤΣΙΝΟΠΟΥΛΟΣ, Κ. ΓΙΑΝΝΑΚΑΚΗΣ, Η. ΚΑΝΕΛΛΟΣ, Κ. ΜΕΓΑΛΟΥ,
Σ. ΚΟΥΦΟΠΟΥΛΟΥ, Π. ΚΕΛΕΜΠΕΚΟΓΛΟΥ

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Σερρών

Οι ασθενείς με ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια είναι ιδιαίτερος ευάλωτοι στην εμφάνιση κοιλιακών ταχυκαρδιών. Ιδίως αυτοί που φέρουν εμφυτευμένο βηματοδότη/απινιδωτή, λαμβάνουν αντιαρρυθμικά φάρμακα (β-αποκλειστές, αμιωδαρόνη) τα οποία μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα την εμφάνιση κοιλιακών ταχυκαρδιών με ιδιαίτερος χαμηλές συχνότητες, της τάξης των 100-120 σφύξεων/λεπτό. Η αναγνώριση των παθολογικών αυτών ρυθμών έχει σημασία καθώς οι ασθενείς (συμπτωματικοί σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό) μπορεί να στερηθούν της ευεργετικής δράσης του απινιδωτή τους, λόγω αδυναμίας επέμβασης του βάση προγραμματισμού. Σε αυτήν την περίπτωση, η φαρμακευτική παρέμβαση μπορεί να δώσει λύση, η ηλεκτρική ωστόσο ανάταξη της αρρυθμίας με εξωτερική απινίδωση ίσως είναι η πιο ασφαλής και σίγουρη αντιμετώπιση. Εφόσον ακολουθεί συγκεκριμένους κανόνες, είναι ασφαλής και χωρίς επιπτώσεις στη λειτουργία της εμφυτευμένης συσκευής.

Παρουσιάζουμε την περίπτωση ασθενούς 79 ετών με ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια και απινιδωτή, ο οποίος προσήλθε με ταχυκαρδία ευρέων συμπλεγμάτων και συχνότητα περίπου 112 σφύξεων / λεπτό που του προκαλούσε ζάλη και αδυναμία. Η αγωγή του περιελάμβανε καρβεντιλόλη και αμιωδαρόνη. Μετά από αρχική χορήγηση αμιωδαρόνης, υποβλήθηκε σε ηλεκτρική ανάταξη με εξωτερική απινίδωση. Το αποτέλεσμα ήταν η επαναφορά φλεβοκομβικού ρυθμού, η εξάλειψη των συμπτωμάτων και η ομαλή έξοδός του από την κλινική δύο ημέρες αργότερα ώστε να υποβληθεί σε προγραμματισμένο επανέλεγκο και πιθανό επαναπρογραμματισμό του απινιδωτή του.



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΣΑΒΒΑΤΟ 28 ΜΑΪΟΥ 2016

OR.19 Η ΗΛΙΚΙΑ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΚΟΛΠΟΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΛΥΣΗ ΤΥΠΙΚΗΣ ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑΣ ΑΠΟ ΕΠΑΝΕΙΣΟΔΟ ΣΤΟΝ ΚΟΛΠΟΚΟΙΛΙΑΚΟ ΚΟΜΒΟ (ΚΚΤΕΚ)

Λ. ΚΡΕΞΗ, Ν. ΦΡΑΓΚΑΚΗΣ, Κ. ΜΠΑΛΝΤΟΥΜΑΣ, Ι. ΚΕΛΕΜΑΝΗΣ,
Μ. ΣΩΤΗΡΙΑΔΟΥ, Α. ΦΩΤΟΓΛΙΔΗΣ, Γ. ΚΟΤΣΙΟΥΡΟΣ, Ε. ΜΑΝΤΖΩΡΟΓΕΩΡΓΟΥ,
Σ. ΤΖΗΚΑΣ, Χ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ, Β. ΒΑΣΙΛΙΚΟΣ

Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Π. Γ. Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Σκοπός

Να ελεγχθεί αν η ηλικία επηρεάζει τον κίνδυνο πρόκλησης κολποκοιλιακού αποκλεισμού (AVB) κατά την διάρκεια της κατάλυσης της βραδείας οδού σε τυπική ΚΚΤΕΚ. Εξετάσαμε εάν ο χρόνος αγωγής μεταξύ του κολπικού σήματος που καταγράφει ο καθετήρας στο His και εκείνου στον καθετήρα κατάλυσης στην περιοχή της βραδείας οδού [A(H)-A(RFd)] και στο στόμιο του στεφανιαίου κόλπου [A(H)-A(CS)] καθώς και η απόσταση A(RFd)-A(CS) επηρεάζονται από την ηλικία.

Υλικό και Μέθοδοι

Εξετάσαμε αναδρομικά τα παραπάνω διαστήματα σε 153 ασθενείς με AVNRT που έγινε κατάλυση της βραδείας οδού. Τα διαστήματα μετρήθηκαν κατά την πρώτη βλάβη με έκλυση κομβικού ρυθμού. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ηλικιακές ομάδες, άνω και κάτω των 48 ετών.

Αποτελέσματα

Το A(H)-A(CS) διάστημα ήταν σημαντικά μικρότερο στους ασθενείς ≥ 48 ετών σε σχέση με τους νεότερους ($18 \pm 8\text{ms}$ vs $21 \pm 10\text{ms}$, $P=0.023$). Τα υπόλοιπα διαστήματα δεν είχαν στατιστικά σημαντική διαφορά. 33.80% των ασθενών ≥ 48 ετών παρουσίασαν κομβικό ρυθμό με κοιλιοκοιλιακό αποκλεισμό κατά την διάρκεια της κατάλυσης, ποσοστό μεγαλύτερο κατά 20.71% σε σχέση με τους ασθενείς κάτω των 48 ετών.

Συμπεράσματα

Στους μεγαλύτερους ασθενείς, το A(H)-A(CS) διάστημα είναι μικρότερο και η πιθανότητα αποκλεισμού κατά την διάρκεια της κατάλυσης είναι μεγαλύτερη. Το βραχύτερο A(H)-A(CS) διάστημα πιθανόν να αντανακλά μία μετακίνηση της ταχείας οδού πλησιέστερα προς την βραδεία με την πάροδο της ηλικίας.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΣΑΒΒΑΤΟ 28 ΜΑΪΟΥ 2016

OR.20 ΠΡΟΒΛΕΠΤΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΠΑΠΕΙΛΟΥΜΕΝΟΥ ΚΟΛΠΟΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΠΛΗΡΟΥΣ ΚΑΤΑΛΥΣΗΣ ΤΗΣ ΒΡΑΔΕΙΑΣ ΟΔΟΥ ΣΕ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΚΑΤΑΛΥΣΗΣ ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑΣ ΑΠΟ ΕΠΑΝΕΙΣΟΔΟ ΣΤΟΝ ΚΟΛΠΟΚΟΙΛΙΑΚΟ ΚΟΜΒΟ

Λ. ΚΡΕΪΗ, Σ. ΤΣΑΚΙΡΟΓΛΟΥ, Μ. ΣΩΤΗΡΙΑΔΟΥ, Π. ΡΟΥΜΕΛΗΣ, Α. ΦΩΤΟΓΛΙΔΗΣ, Π. ΚΥΡΙΑΚΟΥ, Β. ΣΚΕΜΠΕΡΗΣ, Ν. ΦΡΑΓΚΑΚΗΣ, Β. ΒΑΣΙΛΙΚΟΣ

Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Π. Γ. Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Σκοπός

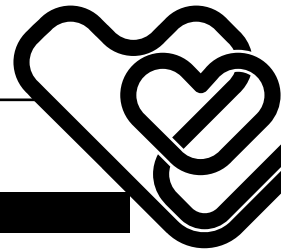
Η κατάλυση της βραδείας οδού θεωρείται αποτελεσματική θεραπεία για την ταχυκαρδία από επανείσοδο στον κολποκοιλιακό κόμβο (AVNRT). Σκοπός της εργασίας ήταν να ελέγξουμε αν ο χρόνος αγωγής από την περιοχή καταγραφής του κολπικού ηλεκτρογράμματος (KH) στο His, σε εκείνη καταγραφής του KH στον καθετήρα κατάλυσης στην περιοχή της βραδείας οδού, [A(H)-A(RFd)] και εκείνου στο εγγύς δίπολο του καθετήρα στον στεφανιαίο κόλπο [A(H)-A(CS)] καθώς και η απόσταση A(RFd)-A(CS) μπορούν να προβλέψουν την πρόκληση κομβικού ρυθμού κατά την κατάλυση, την υποτροπή της ταχυκαρδίας κατά την δοκιμασία επανεισαγωγής, τον κίνδυνο επερχόμενου κολποκοιλιακού αποκλεισμού καθώς και την πλήρη κατάλυση ή τροποποίηση της βραδείας οδού.

Υλικό και Μέθοδοι

Εξετάσαμε αναδρομικά τα παραπάνω διαστήματα σε 153 ασθενής με AVNRT που υποβλήθηκαν σε επέμβαση κατάλυσης της βραδείας οδού. Τα διαστήματα μετρήθηκαν στην πρώτη εφαρμογή ενέργειας με πρόκληση κομβικού ρυθμού, την θεωρούμενη ως επιτυχή βλάβη σε περίπτωση επανεισαγωγής της ταχυκαρδίας και σε κάθε εφαρμογή ενέργειας με πρόκληση μη αγόμενων κομβικών συστολών (ΜΑΚΣ).

Αποτελέσματα

Τα διαστήματα A(H)-A(RFd) και A(CS)-A(RFd) βρέθηκαν σημαντικά βραχύτερα στις βλάβες με ΜΑΚΣ σε σχέση με την πρώτη βλάβη με παραγωγή κομβικού ρυθμού με κολποκοιλιακή αγωγή ($35 \pm 11 \text{msvs} 29 \pm 11 \text{ms}$, $P < 0.001$ και $17 \pm 8 \text{msvs} 8 \pm 8 \text{ms}$, $P < 0.001$, αντίστοιχα). Το διάστημα A(H)-A(RFd) ευρέθη σημαντικά μικρότερο στην πλήρη κατάλυση σε σχέση με την τροποποίηση της βραδείας οδού ($34 \pm 11 \text{msvs} 37 \pm 10 \text{ms}$, $P < 0.05$). Αντίθετα, η επανεισαγωγή ταχυκαρδίας μετά από πρόκληση κομβικού ρυθμού δεν μπορούσε να προβλεφθεί.



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΣΑΒΒΑΤΟ 28 ΜΑΪΟΥ 2016

Συμπεράσματα

Τα διαστήματα A(H)-A(RFd) και A(CS)-A(RFd) μπορούν να αποτελέσουν σημαντικούς δείκτες πρόβλεψης επαπειλούμενου κολποκοιλιακού αποκλεισμού κατά την κατάλυση της βραδείας οδού καθώς και επίτευξης πλήρους κατάλυσης της βραδείας οδού.

13^η ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ**ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 27 ΜΑΪΟΥ 2016 - ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ ΙΙ****08:15 - 08:45** ΕΓΓΡΑΦΕΣ**08:45 - 09:00** ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ**09:00 - 10.15** **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ****Πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων**Πρόεδροι: **Ε. Παντελίδου, Θ. Πεσιρίδης**Ανάγκη συστηματοποιμένης πρόληψης στην Ελλάδα
στις καρδιαγγειακές παθήσεις**Κ. Κέτσιου**Αποτελεσματικότητα των μέχρι σήμερα πολιτικών πρόληψης
στην Ελλάδα**Κ. Κοτσάνη, Μ. Άγγου, Γ. Γεωργιτσάκης**

Θεραπεία ή πρόληψη: Τι μας κοστίζει πιο πολύ;

Α. Αναγνώστου

Η θέση της πρόληψης στην ελληνική πραγματικότητα

Α. ΚουλούρηςΣυμπράττοντας οι Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας με την Τοπική
Αυτοδιοίκηση στην πρόληψη της καρδιαγγειακής νόσου.Παρουσίαση πρωτοκόλλου πληθυσμιακού ελέγχου καρδιαγγειακού
κινδύνου με τη χρήση του heartscore σε νησιωτική περιοχή**Α. Ευκαρπίδης**



13^η ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 27 ΜΑΪΟΥ 2016 - ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ II

10:15 - 11:15

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Νεότερα δεδομένα στην αντιμετώπιση των παιδιατρικών ασθενών

Πρόεδροι: **Ο. Λιακοπούλου, Ε. Χαρέλα**

Διερεύνηση και αντιμετώπιση της υπέρτασης σε παιδιά και εφήβους: Ο συμβουλευτικός ρόλος του νοσηλευτή

Α. Θεοδωρίδου, Ε. Χαρέλα

Νοσηλευτική παρέμβαση σε παιδιά με πνευμονική υπέρταση

Μ. Ρούμτσιου, Ε. Χαρέλα

Ο ανοιχτός Βοτάλειος πόρος στα νεογνά: Νοσηλευτική παρέμβαση

Π. Γεωργού, Μ. Χαρδαβέλα

Αιμοδυναμική παρακολούθηση ασθενούς σε παιδιατρική ΜΕΘ με τη μέθοδο της θερμοαραιώσης

Γ. Ευλαβής

11:15 - 11:45

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

11:45 - 13:00

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

στην καρδιολογική Νοσηλευτική

Πρόεδροι: **Ε. Αθανασιάδου, Ε. Τερζενίδου**

Καρδιολογικός ασθενής: Πόσο εύκολη, ωφέλιμη και ποιοτική είναι η διαχείριση των πληροφοριών μέσω του διαδικτύου

Σ. Καραβασιλειάδου, Ε. Τσολακίδου, Α. Κουδόσιου

Η συμβολή των πρωτοκόλλων στην ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας καρδιολογικών ασθενών

Κ. Γαργάνη

Ψυχονοπτική καταπόνηση στις καρδιαγγειακές νόσους: Εργαλεία μέτρησης

Χ. Ηλωνίδου

13^η ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 27 ΜΑΪΟΥ 2016 - ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ ΙΙ

Η επιβολή φόρου «λίπους» στα ανθυγιεινά τρόφιμα “fat tax” και η επίπτωσή του στη στεφανιαία νόσο

Π. Μπόνια

Δείκτες ποιότητας στην στεφανιαία μονάδα

Μ. Λαλοπούλου, Ζ. Παρασκευοπούλου, Ε. Γούπου

ΤΑΚΟΤSUBO: Σύνδρομο ραγισμένης καρδιάς

Α. Λαλάκη, Α. Καφετζοπούλου, Ε. Αποστολίδου

13:00 - 14:00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Επεμβατική Καρδιολογία

Πρόεδροι: **Δ. Παλιτζήκα, Β. Κρίκη**

Περιεχειρηπτική θνητότητα των καρδιοχειρουργημένων ασθενών ανάλογα με το δείκτη μάζας σώματος

Ε. Βασιλάρου, Χ. Μούρσια, Α. Λαχανίδου, Δ. Δράμης, Κ. Λελέκη

Κολλοειδή διαλύματα για αναπλήρωση του ενδαγγειακού όγκου σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς

Β. Χατζητόλιας, Γ. Μόσχου, Ε. Λαζαρίδου, Κ. Λελέκη

Προσδιορισμός, διαδικασία και εφαρμογή του δείκτη FFR στο αιμοδυναμικό εργαστήριο

Π. Χαρπαντίδου, Μ. Παραθύρα, Ε. Αθανασιάδου

Έλεγχος αποικισμού με λήψη ορθικού επιχρίσματος, στην Καρδιοθωρακοχειρουργική Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης Π. Γ. Ν. Θ. ΑΧΕΠΑ

Χ. Μανούκα, Ε. Βάσου, Α. Βαφειάδου, Α. Κυρμιτζιάδη, Β. Χαραλαμπίδου, Σ. Χαρούπα



13^η ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 27 ΜΑΪΟΥ 2016 - ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ II

- 12:00 - 13:00** **ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (posters)**
Πρόεδροι: **Σ. Δικταπανίδου, Σ. Χαρούπα**
- PO.01** Εκτίμηση του καρδιαγγειακού κινδύνου στις γυναίκες
Ε. Βασιλάρου, Δ. Ντόνα, Ε. Μαλέογλου, Κ. Λελέκη
- PO.02** Στεφανιαία νόσος και σακχαρώδης διαβήτης
Π. Λιακοπούλου
- PO.03** Εκτίμηση του καρδιαγγειακού κινδύνου στον χειρουργικό ασθενή
Σ. Μπαϊνούζη, Ζ. Μόσχογλου, Σ. Καμάρη, Γ. Τσόγκα
- PO.04** Οι νοσηλευτές συμμετέχουν στην καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση;
Μ. Άγγου, Β. Γροσομανίδης, Αν. Βασιλειάδου, Κ. Κοτσάνη, Κ. Παγιώπουλος, Μ. Λαλοπούλου, Κ. Τούφρας
- PO.05** Διατήρηση των γνώσεων και των δεξιοτήτων των νοσηλευτών με πιστοποιημένη εκπαίδευση στην καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση
Μ. Άγγου, Β. Γροσομανίδης, Β. Φυντανίδου, Α. Βασιλειάδου, Κ. Κοτσάνη, Σ. Μπραβίτα, Ε. Δημητρίου
- PO.06** Διατροφικές συνήθειες σε καρδιοπάθειες
Ε. Φωστηροπούλου, Κ. Γαργάνη
- PO.07** Καρδιακός καθετηριασμός, η κλασσική μέθοδος απεικόνισης της καρδιάς
Ν. Τσοτουλίδου, Ε. Χατζηγεωργίου
- PO.08** Οξύ πνευμονικό οίδημα (καρδιογενές): Θεραπευτικές και νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην στεφανιαία μονάδα
Κ. Κόλλια, Ε. Κανελλοπούλου, Φ. Γιάντση
- PO.09** Στοματική υγιεινή και λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα – Νοσηλευτική παρέμβαση και πρόληψη
Θ. Αργυρόπουλος
- PO.10** Σεξουαλική ζωή μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου
Μ. Καζαλιτζή, Α. Θεοδοσίου, Α. Ρούση

ΟΜΙΛΗΤΕΣ – ΠΡΟΕΔΡΟΙ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΗΜΕΡΙΔΑΣ

- Μ. Άγγου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, PhD(c), Προϊσταμένη 7ου Νοσηλευτικού Τομέα, Π. Γ. Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- Ε. Αθανασιάδου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Γ. Ν. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη
- Α. Αναγνώστου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Κέντρο Υγείας Θέρμης, Θεσσαλονίκη
- Ε. Αποστολίδου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ ΜΕΘ, Γ. Ν. «Άγιος Δημήτριος», Θεσσαλονίκη
- Θ. Αργυρόπουλος** / Νοσηλευτής ΤΕ, MSc, Γ. Ν. «Παιδών Πεντέλης», Αθήνα
- Ε. Βασιλάρου** / Νοσηλεύτρια ΠΕ, Καρδιοθωρακοχειρουργική Μονάδα, Γ. Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Α. Βασιλειάδου** / Ιατρός, Θεσσαλονίκη
- Ε. Βάσου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜΕΠ Καρδιοχειρουργική Κλινική, Π. Γ. Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- Α. Βαφειάδου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜΕΠ Καρδιοχειρουργικής Κλινικής, Π. Γ. Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- Κ. Γαργάνη** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Γ. Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Γ. Γεωργιτσάκης** / Βιολόγος, Production & Quality Assurance Manager
- Π. Γεωργού** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Νεογνά ΑΠΘ, Γ. Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
- Φ. Γιάντση** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Έδεσσας
- Ε. Γούπου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Στεφανία Μονάδα, Π. Γ. Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- Β. Γροσομανίδης** / Αναισθησιολόγος, Επίκουρος Καθηγητής ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη
- Ε. Δημητρίου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜΗΝ, Π. Γ. Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- Σ. Δικταπανίδου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Ενοποιημένο Γ. Ν. «Άγιος Δημήτριος», Θεσσαλονίκη
- Δ. Δράμης** / Βοηθός Νοσηλευτή, Καρδιοθωρακοχειρουργική Κλινική, Γ. Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Α. Ευκαρπίδης** / Νοσηλευτής ΤΕ, MSc Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, MSc Δημόσια Υγεία (χρόνια νοσήματα), Τομέαρχης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Γ. Ν. Σύρου
- Γ. Ευλαβής** / Νοσηλευτής ΠΕ, MSc, Προϊστάμενος ΜΕΘ Παιδών, Γ. Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
- Χ. Ηλωνίδου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc©, Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Κυκίς
- Α. Θεοδοσίου** / Νοσηλεύτρια ΠΕ, Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Γιαννιτσών
- Α. Θεοδωρίδου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Α΄ Παιδιατρική Κλινική, Γ. Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
- Φ. Ιωαννίδου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Προϊσταμένη Νεφρολογικής Κλινικής, Γ. Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
- Μ. Καζαλιτζή** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Γιαννιτσών



ΟΜΙΛΗΤΕΣ – ΠΡΟΕΔΡΟΙ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΗΜΕΡΙΔΑΣ

- Σ. Καμάρη** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Αναπληρώτρια Προϊσταμένη Ε' Χειρουργικής, Γ. Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
- Ε. Κανελλοπούλου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Προϊσταμένη Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Έδεσσας
- Σ. Καραβασιλειάδου** / Ειδικευμένη Νοσηλεύτρια ΤΕ Παθολογίας, MSc, PhD, Επιστημονική Συνεργάτης ΑΠΘ, Συντονίστρια Προγραμμάτων ATLS, Π. Γ. Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- Α. Καφετζόπουλου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜΕΘ, Γ. Ν. «Άγιος Δημήτριος», Θεσσαλονίκη
- Κ. Κέτσιου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc©, ΜΕΠ, Β' & Γ' Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ. Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
- Κ. Κόλλια** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Τομεάρχης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Γ. Ν. Έδεσσας
- Κ. Κοτσάνη** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Παιδιατρική Κλινική, Π. Γ. Ν. ΑΧΕΠΑ, Ειδικότητα Παιδιατρικής Νοσηλευτικής, Εξειδίκευση Τομέας Καρδιοχειρουργική USA
- Α. Κουδόσιου** / Νοσηλεύτρια, MSc, Στεφανιαία Μονάδα, Γ. Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Α. Κουλούρης** / Νοσηλευτής ΤΕ, ΤΕΠ, Αναπληρωτής Προϊστάμενος, Γ. Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
- Β. Κρίκη** / Νοσηλεύτρια, Αν/χης (ΥΝ), Προϊσταμένη Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου & Τμήματος Επεμβατικής Ακτινολογίας, 424 Γ. Σ. Ν. Ε., Θεσσαλονίκη
- Α. Κυρμιζιάδη** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜΕΠ Καρδιοχειρουργικής Κλινικής, Π. Γ. Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- Ε. Λαζαρίδου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Καρδιοθωρακοχειρουργική Μονάδα, Γ. Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Α. Λαλάκη** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜΕΘ, Γ. Ν. «Άγιος Δημήτριος», Θεσσαλονίκη
- Μ. Λαλοπούλου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc©, Προϊσταμένη Στεφανιαίας Μονάδας, Π. Γ. Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- Α. Λαχανίδου** / Βοηθός Νοσηλεύτρια, Καρδιοθωρακοχειρουργική Μονάδα, Γ. Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Κ. Λελέκη** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Προϊσταμένη, Καρδιοθωρακοχειρουργική Κλινική, Γ. Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Ο. Λιακοπούλου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Τομεάρχης Β' Νοσηλευτικού Τομέα, Γ. Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
- Π. Λιακοπούλου** / Νοσηλεύτρια ΠΕ, Msc, Β' Παθολογική Κλινική, Γ. Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
- Ε. Μαλέογλου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Καρδιοθωρακοχειρουργική Κλινική, Γ. Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Χ. Μανούκα** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜΕΠ Καρδιοχειρουργικής Κλινικής, Π. Γ. Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- Ζ. Μόσχογλου** / Νοσηλευτής ΤΕ, Ε' Χειρουργική, Γ. Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

ΟΜΙΛΗΤΕΣ – ΠΡΟΕΔΡΟΙ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΗΜΕΡΙΔΑΣ

- Γ. Μόσχου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Καρδιοθωρακοχειρουργική Μονάδας
Γ. Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Χ. Μούρσια** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Καρδιοθωρακοχειρουργική Μονάδα,
Γ. Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Σ. Μπαϊνούζη** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Προϊσταμένη Ε΄ Χειρουργικής,
Γ. Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
- Π. Μπόνια** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc©, Β΄ & Γ΄ Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ,
Γ. Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
- Σ. Μπραβίτα** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Παιδιατρική Κλινική, Π. Γ. Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- Δ. Ντόνα** / Νοσηλεύτρια ΔΕ, Καρδιοθωρακοχειρουργική Μονάδα,
Γ. Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Κ. Παγιώπουλος** / Νοσηλευτής ΤΕ, Αναπληρωτής Προϊστάμενος ΤΕΠ,
Π. Γ. Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- Δ. Παλιτζήκα** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας,
Γ. Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Ε. Παντελίδου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc (c), Προϊσταμένη 1^{ου} Νοσηλευτικού Τομέα,
Γ. Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
- Μ. Παραθύρα** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Προϊσταμένη Καρδιολογικής Κλινικής,
Γ. Ν. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη
- Ζ. Παρασκευοπούλου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Αναπληρώτρια Προϊσταμένη Στεφανιαίας
Μονάδας, Π. Γ. Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- Θ. Πειριίδης** / Νοσηλευτής ΠΕ, MSc, Ph.D, Προϊστάμενος Β΄ & Γ΄ Καρδιολογικής
Κλινικής ΑΠΘ, Γ. Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη, Επιστημονικός Συνεργάτης Τμήματος
Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ
- Μ. Ρούμπισιου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Α΄ Παιδιατρική Κλινική, Γ. Ν. Ιπποκράτειο,
Θεσσαλονίκη
- Α. Ρούση** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Γιαντισών
- Ε. Τερζενίδου** / Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, Προϊσταμένη 5^{ου} Νοσηλευτικού Τομέα,
Γ. Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
- Κ. Τούφας** / Νοσηλευτής ΤΕ, MSc, Προϊστάμενος ΜΗΝ, Π. Γ. Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- Γ. Τσόγκα** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Ε΄ Χειρουργική, Γ. Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
- Ε. Τσολακίδου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Στεφανιαία Μονάδα, Π. Γ. Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- Ν. Τσοτουλίδου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Αναπληρώτρια Προϊσταμένη Καρδιολογικής
Κλινικής, Γ. Ν. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη
- Ε. Φωστηροπούλου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Κ. Υ. Κρύα Βρύση
- Β. Φυντανίδου** / Αναισθησιολόγος, Επιμελήτρια Β΄ ΕΣΥ, Κλινική Αναισθησιολογίας
& Εντατικής Θεραπείας, Π. Γ. Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- Β. Χαραλαμπίδου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜΕΠ Καρδιοχειρουργικής Κλινικής,
Π. Γ. Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη



ΟΜΙΛΗΤΕΣ – ΠΡΟΕΔΡΟΙ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΗΜΕΡΙΔΑΣ

Μ. Χαρδαβέλα / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Προϊσταμένη, Νεογνά ΑΠΘ, Γ. Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

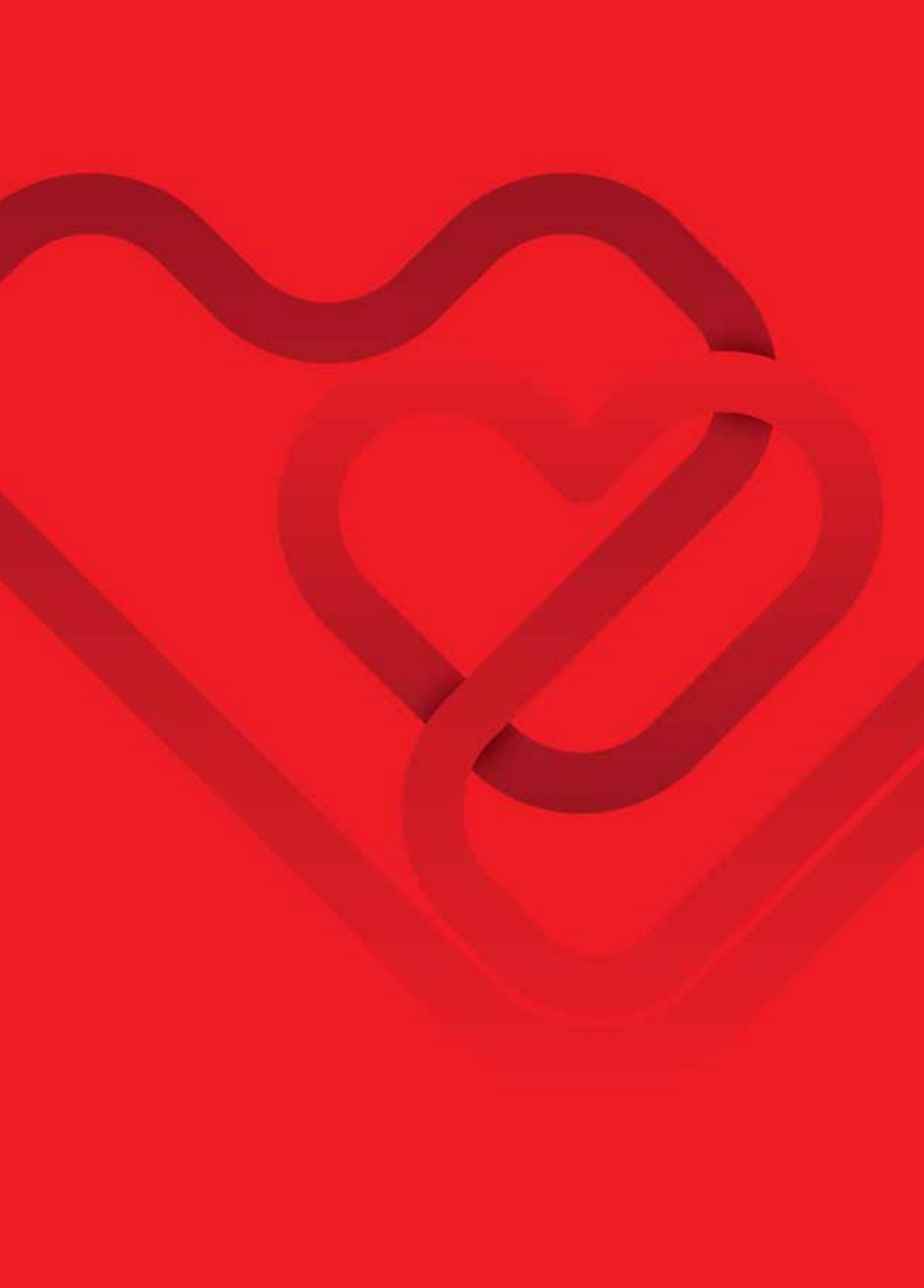
Ε. Χαρέλα / Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Προϊσταμένη Α' Παιδιατρικής Κλινικής, Γ. Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Σ. Χαρούπα / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Προϊσταμένη ΜΕΠ Καρδιοχειρουργικής Κλινικής, Π. Γ. Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Π. Χαρπαντίδου / Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Γ. Ν. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

Ε. Χατζηγεωργίου / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία, Γ. Ν. «Άγιος Δημήτριος», Θεσσαλονίκη

Β. Χατζητόλιας / Νοσηλευτής ΤΕ, Καρδιοχειρουργική Κλινική, Γ. Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη





Xarelto®

rivaroxaban

**Το πιο συχνά συνταγογραφούμενο
νεότερο από του στόματος
αντιπηκτικό παγκοσμίως¹**



Bayer

Κλάδος της οδούς κυκλοφορίας
Bayer Pharma AG, 13342 Berlin, Γερμανία
Τοπικός αντιπρόσωπος του κλάδου οδούς
κυκλοφορίας στην Ελλάδα: Bayer Ελλάς ΑΒΕΕ,
Συγγρού 16-20, 151 25 Μαρούσι,
Τοπικός αντιπρόσωπος του κλάδου οδούς
κυκλοφορίας στην Κύπρο: Novartis Ltd,
Τηλ. 00357 22483888

Τμήμα Επιστημονικής Ενθάρτυσης
Τηλ: +30 210 6187742, Fax: +30 210 6187522
Email: medinfo.gr.cy@bayer.com

Εταιρεία συμπρόσλησης
για τα 15 & 20mg



ELPEN Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ
Λεωφ. Μαρσίνων 95, 190 08 Πάτρας Αττικής,
Τηλ: 210 6039326 - 9, Fax: 210 6039300
ΓΡΑΦΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ
Ζωροστράτος 11, 113 26 Αθήνα,
Τηλ: 210 7488711, Fax: 210 7488731
Εθν. Αντιστάσεως 114, 561 34 Θεσσαλονίκη,
Τηλ: 2310 459920 - 1, Fax: 2310 459209

ELPEN 034 02 2016 0552

Βιβλιογραφικές αναφορές

1. Βάση Δεδομένων IMS Health MIDAS: Μηνιαίες Πωλήσεις από
Οκτώβριο 2008 ως Ιούνιο 2015

Πριν τη συνταγογράφηση για κάθε ένδειξη συμβουλευθείτε την αντίστοιχη Περιληψη των
Χαρακτηριστικών του Προϊόντος που διατίθεται στο εκθετήριο

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και
Ανοферτες
ΟΑΕΕ ης ανεπίσημης ενθάρτυσης για
ΟΑΕΕ τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την -ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ-