



ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ
ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ



8ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ

με διεθνή συμμετοχή

15-17 Μαρτίου 2012

Hyatt Regency / **Θεσσαλονίκη**

ΤΕΛΙΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

INEGY
(ezetimibe/simvastatin)

EZETROL
(ezetimibe)



Για περισσότερες συνταγογραφικές πληροφορίες συμβουλευτείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών των Προϊόντων.



MSD

Υπεύθυνος Άδειας κυκλοφορίας

MSD Α.Φ.Β.Ε.Ε

ΤΜΗΜΑΤΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

ΑΘΗΝΑ: Αγ. Δημητρίου 63, 174 55 Άλιμος

Τηλ.: 210 9897300

ΒΟΡΕΙΑ ΕΛΛΑΔΑ: 9ο χλμ. Θεσ/νίκης – Θέρμης,

570 01 ΠΥΛΑΙΑ

Τηλ.: 2310 863634, FAX: 2310 863687

www.merck.com



Συμπρωώθηση από την εταιρεία:

BIANEX Α.Ε. ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

LICENSEE / DISTRIBUTOR OF MERCK SHARP & DOHME

Division of MERCK & Co., Inc., Whitehouse Station, N.J., USA

ΓΡΑΦΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

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

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

ΠΑΤΡΑ: Μαιζώνος 131, Τηλ.: 2610 221397

E-mail: mailbox@vianex.gr • www.vianex.gr

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΠΡΟΕΔΡΟΥ **04**

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ **05**

ΕΛΕΓΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ **05**

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ **06**

ΘΕΜΑΤΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ **10**

ΞΕΝΟΙ ΟΜΙΛΗΤΕΣ **10**

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΓΙΑ ΓΙΟΡΤΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ **11**

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ **13**

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ – ΟΜΙΛΗΤΕΣ **29**

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ **39**

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ **50**

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ **64**

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ **65**

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ **67**



ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΠΡΟΕΔΡΟΥ

Αγαπητές και Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Σας προσκαλούμε με ιδιαίτερη χαρά να συμμετέχετε στο 8ο Πανελλήνιο συνέδριο που διοργανώνει η Εταιρεία Αθηροσκλήρωσης Βορείου Ελλάδος στις 15-17 Μαρτίου 2012, στο συνεδριακό χώρο του ξενοδοχείου Hyatt Regency, στη Θεσσαλονίκη.

Κεντρικό ρόλο στα θέματα του συνεδρίου κατέχει η πρόληψη της αθηροσκλήρωσης μέσω της διαχείρισης των προδιαθεσικών παραγόντων της. Συγκεκριμένα θα ακουστούν όλες οι σύγχρονες απόψεις και οι κατευθυντήριες οδηγίες για τον έλεγχο και τη θεραπευτική αντιμετώπιση της δυσλιπιδαιμίας, της αρτηριακής υπέρτασης, του σακχαρώδη διαβήτη, της παχυσαρκίας, του καπνίσματος, ενώ ταυτόχρονα θα τονιστούν με έμφαση τα οφέλη της άσκησης και της ισορροπημένης διατροφής.

Εκτός από αυτά, το πρόγραμμα του συνεδρίου θα περιλάβει όλες τις πρόσφατες εξελίξεις αναφορικά με την εργαστηριακή διερεύνηση και την επεμβατική ή μη αντιμετώπιση της εγκατεστημένης καρδιαγγειακής νόσου.

Σημαντική για την επιτυχία του συνεδρίου κρίνεται η συνεργασία μας με άλλες Ιατρικές Εταιρείες, τις οποίες και ευχαριστώ για την προσφορά της αρωγής τους.

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

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Ελπίζω, όπως κάθε χρόνο, έτσι και φέτος να αποτελέσει το 8ο Πανελλήνιο συνέδριό μας, τόπο συνάντησης καταξιωμένων συναδέλφων όχι μόνο της χώρας μας, αλλά και του εξωτερικού καθώς και νέων επιστημόνων, οι οποίοι με μεγάλο ενδιαφέρον προσεγγίζουν το σύνθετο θέμα της αθηροσκλήρωσης.

Σας καλώ να συμμετέχετε στο συνέδριό μας και ελπίζω με το πέρας του να γίνουμε όλοι σοφότεροι και περισσότερο ικανοί να προσφέρουμε τις γνώσεις μας στους νεότερους συναδέλφους μας και κυρίως στους ασθενείς μας.

Με πολύ εκτίμηση

Ο Πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου και της Οργανωτικής Επιτροπής

Απόστολος Ευθυμιάδης

Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Πρόεδρος	Απόστολος Ευθυμιάδης Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ
Αντιπρόεδρος	Γεώργιος Σακαντάμης Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ
Γενικός Γραμματέας	Ιωάννης Βογιατζής Διευθυντής ΕΣΥ, Καρδιολόγος
Αναπλ. Γεν. Γραμματέας	Μαρία Χασαπίδου Καθηγήτρια Διαιτολογίας ΑΤΕΙΘ
Ταμίας	Άννα Ταυρίδου Επίκουρη Καθηγήτρια Φαρμακολογίας ΔΠΘ
Αναπλ. Μέλη	Ιωάννης Κανονίδης Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ
	Βαρβάρα Καραγκιοζάκη Καρδιολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ
Γραμματεία	Σοφία Παυλίδου Ιατρός

ΕΛΕΓΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Απόστολος Δούγαλης Παθολόγος
Παναγιώτα Καραγιάννη Παθολόγος – Διαβητολόγος
Ελένη Πασχαλίδου Ιατρός Γεν. Ιατρικής



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Νέστωρ Αγκομαχαλελής

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

Γεώργιος Ανδρικόπουλος

Αναπληρωτής Διευθυντής ΕΣΥ, Καρδιολόγος, Νοσοκομείο Ερρίκος Ντυνάν, Αθήνα

Ιωάννης Βιζιριανάκης

Αναπληρωτής Καθηγητής Φαρμακολογίας ΑΠΘ

Σταύρος Γαβριηλίδης

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

Γεώργιος Γιαννόγλου

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

Παράσχος Γκελερής

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

Κωνσταντίνος Γκεμιτζής

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

Δημήτριος Γρέκας

Καθηγητής Παθολογίας–Νεφρολογίας ΑΠΘ, Διευθυντής Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Γεώργιος Ευθυμιάδης

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

Ιωάννης Ευθυμιάδης

Καρδιολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης, Β΄ Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

Νικόλαος Ευθυμιάδης

Οδοντίατρος–Περιοδοντολόγος, TUFTS Βοστώνη, ΗΠΑ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Γεώργιος Ευστρατιάδης

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

Νικόλαος Ζακόπουλος

Καθηγητής Θεραπευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Αλεξάνδρα, Αθήνα

Γεώργιος Ηλινίδης

Καθηγητής Παθολογίας ΑΠΘ, Διευθυντής Δ΄ Παθολογικής Κλινικής, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

Γεώργιος Καζινάκης

Διευθυντής ΕΣΥ, Καρδιολόγος, Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Χαράλαμπος Καρβούνης

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

Ιωάννης Κλωνιζάκης

Καθηγητής Παθολογίας–Αιματολογίας ΑΠΘ, Διευθυντής Β΄ Παθολογικής Κλινικής, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

Ιωάννης Κουντουράς

Καθηγητής Παθολογίας- Γαστρεντερολογίας ΑΠΘ, Β΄ Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

Ιωάννης Λεκάκης

Καθηγητής Καρδιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Λιπιδιολογίας-Αθηροσκλήρωσης και Αγγειακής Νόσου, Αττικό Νοσοκομείο Αθηνών

Ιφιγένεια Μαγούλα

Καθηγήτρια Παθολογίας ΑΠΘ, Β΄ Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

Αρετή Μακέδου – Χίτογλου

Καθηγήτρια Βιοπαθολογίας – Κλινικής Βιοχημείας ΑΠΘ, Εργαστήριο Λιπιδίων, Β΄ Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Ευστράτιος Μαλτέζος

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



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Γεώργιος Μπουντώνας

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

Παναγιώτα Μπούρα

Καθηγήτρια Παθολογίας-Κλινικής Ανοσολογίας ΑΠΘ, Β΄ Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

Ηλίας Μυγδάλης

Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής & Διαβητολογικού Κέντρου, Νοσοκομείο ΝΙΜΤΣ, Αθήνα

Παύλος Νικολαΐδης

Καθηγητής Παθολογίας ΑΠΘ, Διευθυντής Α΄ Παθολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Γεώργιος Παπαγεωργίου

Καθηγητής Βιοχημείας ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

Γεώργιος Παρχαρίδης

Καθηγητής Καρδιολογίας, Πρόεδρος Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας, Θεσσαλονίκη

Χριστόδουλος Πλιάκος

Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Α΄ Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Δημήτριος Ρίχτερ

Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ Αθηνών

Δήμητρα Σακελλάρη

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Εργαστηρίου Περιοδοντολογίας και Βιολογίας Εμφυτευμάτων, Οδοντιατρική Σχολή ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

Ιωάννης Χ. Στυλιάδης

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

Σταύρος Χατζημιλιτιάδης

Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Απόστολος Χατζητόλιος

Καθηγητής Παθολογίας ΑΠΘ, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ,
Θεσσαλονίκη



ΘΕΜΑΤΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

- / Αρτηριακή υπέρταση
- / Στεφανιαία νόσος
- / Δυσλιπιδαιμίες
- / Αθηροθρόμβωση και αιμοπεταλιακή συμμετοχή
- / Σακχαρώδης διαβήτης
- / Μεταβολικό σύνδρομο
- / Χημεία και βιοχημεία του μεταβολισμού (λιπιδίων, υδατανθράκων, πρωτεϊνών)
- / Αθηροσκλήρωση στα συστηματικά αυτοάνοσα νοσήματα
- / Σύγχρονες οδηγίες στην κλινική πράξη
- / Γενετικοί παράγοντες της αθηροσκλήρωσης
- / Παράγοντες πήξης-ινωδόλυσης
- / Καρδιοχειρουργική-Αγγειοχειρουργική
- / Ενδοκρινικές παθήσεις και αθηροσκλήρωση
- / Ενδοθήλιο
- / Διατροφή και μεσογειακή διαίτα
- / Φαρμακολογία
- / Απεικονιστικές Τεχνικές στη διάγνωση της Αθηροσκλήρωσης
- / Περιφερική Αρτηριακή Νόσος
- / Άσκηση
- / Κάπνισμα
- / Παχυσαρκία

ΞΕΝΟΙ ΟΜΙΛΗΤΕΣ

Peter Kokkinos, PhD, FAHA, FACSM

Professor, Veterans Affairs Medical Center, Georgetown University School of Medicine, Washington, USA

Petros Nihoyannopoulos, MD, FRCP, FACC, FESC

Professor of Cardiology, Imperial College London
Hammersmith Hospital, NHLI, London, UK

Jannis Papathanasiou

Assistant Professor of Physical Medicine Rehabilitation, University of Plondiv, Filippoupoli, Bulgaria

Ελένη Ανδρέου, RD

Κλινική Διαιτολόγος, Πρόεδρος Συνδέσμου Διαιτολόγων και Διατροφολόγων Κύπρου

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΓΙΑ ΓΙΟΡΤΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ

ΤΕΤΑΡΤΗ, 14 ΜΑΡΤΙΟΥ 2012
ΜΕΓΑΡΟ ΜΟΥΣΙΚΗΣ Μ2 ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΚΟΙΝΟΥ

17:30-18:30 Περιήγηση στο χώρο - Έκθεση προϊόντων

18:30-19:00 Χορωδία και Ορχήστρα Εκπαιδευτηρίων Μαντουλίδη

19:00-20:30 Στρογγυλό Τραπέζι για το κοινό

Προβολή ενημερωτικού video

Πρόεδροι: **Δ. Ρίχτερ** / Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής,
Ευρωκλινική Αθηνών
Εισαγωγή: Οι καρδιαγγειακές παθήσεις στον Ελλαδικό χώρο -
Υπάρχει πρόληψη;

Μ. Χασαπίδου / Καθηγήτρια Διατροφής και
Διαιτολογίας ΤΕΙ Θεσσαλονίκης

Εμ. Πάγκαλος / Παθολόγος-Διαβητολόγος, Διαβητολογικό
Κέντρο Αρεταίος, Θεσσαλονίκη

Μοναστηριακή διατροφή στην υγεία και μακροζωία
Αγιορείτης μοναχός Επιφάνιος, Μυλοποταμινός

Stress και καρδιαγγειακά νοσήματα. Μια ψυχολογική
προσέγγιση

Π. Ιορδανίδης / Ψυχίατρος-Ψυχοθεραπευτής,
Καθηγητής ΤΕΙ Θεσσαλονίκης, Τμήμα Διατροφής

20:30-22:00 **ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΕΛΕΤΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ**

Προσφωνήσεις

Απονομή τιμητικών πλακετών στους:

P. Kokkinos / Washington USA

P. Nihoyannopoulos / London UK

Βράβευση Εργασιών

Χορηγίες για μετεκπαίδευση στο εξωτερικό και
εκπόνηση διατριβής

Απολογισμός πεπραγμένων

Α. Ευθυμιάδης, Πρόεδρος ΕΑΒΕ

22:00

Δεξίωση Υποδοχής

ORIZAL[®]

Olmesartan Amlodipine

20mg/5mg 40mg/5mg 40mg/10mg



MENARINI HELLAS A.E.

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

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΕΜΠΤΗ, 15 ΜΑΡΤΙΟΥ 2012

09:00 – 10:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Άσκηση και καρδιοπάθειες

Πρόεδροι: **Γ. Ηλονίδης, Χ. Ραΐδης**

Ο ρόλος του Φυσιάτρου στην αποκατάσταση των καρδιαγγειακών παθήσεων
Ι. Παπαθανασίου

Οξείες και χρόνιες επιδράσεις της σωματικής άσκησης σε αθηρογενετικούς
παράγοντες κινδύνου

Β. Μούγιος

Προαθλητικός καρδιαγγειακός έλεγχος. Προσφέρει στο μαθητή, τον αθλητή
και το κοινό;

Ε. Κουϊδή

Σχολιαστής: **Ι. Καρατζάς**

10:00 – 11:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Είναι η αθηροσκλήρωση συστηματική αυτοάνοση νόσος; Υπέρ και κατά

Πρόεδροι: **Π. Μπούρα, Α. Μπουφίδου - Κουκούδη**

Υπέρ

Α. Σαραντόπουλος

Κατά

Ι. Γκουγκουρέλας

Για τη δυσλειτουργία του ενδοθηλίου και τη «φλεγμονή» του έσω χιτώνα του
αγγείου θα δώσουμε αντιφλεγμονώδη, αντιβιοτικά ή άλλα φάρμακα;

Γ. Καζινάκης



ΠΕΜΠΤΗ, 15 ΜΑΡΤΙΟΥ 2012

11:00 – 11:30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

11:30 – 12:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Διαγνωστικές μέθοδοι στην καρδιολογία

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

Ενδοστεφανιαίο υπερηχογράφημα. Κλινικές εφαρμογές-περιορισμοί

Α. Ζιάκας

Score ασβεστίου. Κλινικές εφαρμογές-περιορισμοί

Α. Κελέκης

Συμβατική στεφανιογραφία έναντι αναίμακτης (αξονικής στεφανιογραφίας)

Ε. Ιωαννίδης

Σχολιαστής: **Θ. Παπαδόπουλος**

ΠΕΜΠΤΗ, 15 ΜΑΡΤΙΟΥ 2012

12:30 – 14:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Νεότερα θέματα παχυσαρκίας

Πρόεδροι: **Α. Αμπραχαμιάν-Μιχαλάκη, Εμ. Βλαχογιάννης**

Σε συνεργασία με την Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας

Obesity Paradox

Α. Πολυμέρης

Παχυσαρκία, αντισυλληπτικά και καρδιαγγειακές επιπλοκές

Α. Αμπραχαμιάν-Μιχαλάκη

Παιδική παχυσαρκία: Η εμπειρία του προγράμματος COSI στην Ελλάδα

Μ. Χασαπίδου

Βιταμίνη D και καρδιαγγειακός κίνδυνος

Θ. Τζώτζας

14:00 – 15:00 ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Πρόεδροι: **Ι. Κόγιας, Α. Καρυώτη**

OR.01

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΩΝ ΤΩΝ ΓΟΝΙΔΙΩΝ FTO ΚΑΙ ACE ΣΕ
ΥΠΕΡΒΑΡΑ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΑ ΜΕΛΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΜΕ ΘΕΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ
ΓΙΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΝΟΣΗΜΑ**

Α. ΖΟΡΜΠΑ, Α. ΑΡΓΥΡΙΟΥ, Κ. ΜΑΚΕΔΟΥ, Μ. ΚΑΡΑΜΠΟΛΑ, Α. ΙΩΑΝΝΟΥ,
Α. ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ, Ι. ΡΟΥΣΣΟ, Α. ΜΑΚΕΔΟΥ

Εργαστήριο Λιπιδίων και Πρόληψης των Καρδιαγγειακών Νοσημάτων από
την παιδική ηλικία.

Β΄ Παιδιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη



ΠΕΜΠΤΗ, 15 ΜΑΡΤΙΟΥ 2012

OR.02

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΩΝ ΤΗΣ ΠΑΡΑΟΞΟΝΑΣΗΣ 1 (PON1) ΜΕ ΤΟ ΠΑΧΟΣ ΤΟΥ ΕΣΩ ΜΕΣΟΥ ΧΙΤΩΝΑ ΤΩΝ ΚΑΡΩΤΙΔΩΝ (cIMT)

Α. ΙΩΑΝΝΟΥ¹, Α. ΑΡΓΥΡΙΟΥ¹, Κ. ΜΑΚΕΔΟΥ¹, Α. ΖΟΡΜΠΑ¹, Μ. ΚΑΡΑΜΠΟΛΑ¹, Φ. ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΟΥ¹, Ι. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ², Α. ΜΑΚΕΔΟΥ¹

¹Εργαστήριο Λιπιδίων και Πρόληψης των Καρδιαγγειακών Νοσημάτων, Β' Παιδιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης
²Ακτινολογικό Εργαστήριο Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης

OR.03

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΤΟΡΒΑΣΤΑΤΙΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΤΕΝΩΣΗ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΟΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ.

Γ. ΣΠΥΡΟΜΗΤΡΟΣ¹, Χ. ΠΛΙΑΚΟΣ², Α. ΖΙΑΚΑΣ³, Α. ΛΑΖΑΡΙΔΗΣ²

¹Γ.Ν.ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ, Καρδιολογική Κλινική
²ΑΧΕΠΑ, Α' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική
³ΑΧΕΠΑ, Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική

OR.04

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΓΛΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΑΘΗΡΩΜΑΤΙΚΩΝ ΠΛΑΚΩΝ

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

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

OR.05

Η ΤΟΠΙΚΑ ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΕΛΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΜΕΓΑΛΟ ΑΘΗΡΩΜΑΤΙΚΟ ΦΟΡΤΙΟ ΧΩΡΙΣ ΣΤΕΝΩΣΗ ΤΟΥ ΑΥΛΟΥ: ΤΡΙΣΔΙΑΣΤΑΤΗ ΕΞΟΜΟΙΩΣΗ IN VIVO

Α. ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ, Σ. ΚΑΤΡΑΝΑΣ, Ι. ΧΑΤΖΗΖΗΣΗΣ, Β. ΓΙΑΝΝΟΓΛΟΥ, Κ. ΚΟΣΚΙΝΑΣ, Γ. ΓΙΑΝΝΟΓΛΟΥ

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

ΠΕΜΠΤΗ, 15 ΜΑΡΤΙΟΥ 2012

OR.06

**ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΩΝ 388A>G, 411G>A, 521T>C
ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ SLC6A10 ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ
ΣΙΜΒΑΣΤΑΤΙΝΗ**

ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Ε.¹, ΡΑΓΙΑ Γ.¹, ΚΟΛΟΒΟΥ Β.², ΚΟΛΟΒΟΥ Γ.²,
ΤΑΥΡΙΔΟΥ Α.¹, ΜΑΝΩΛΟΠΟΥΛΟΣ Ε. Γ.¹

¹Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο
Θράκης, Αλεξανδρούπολη

²Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα

15:00 – 16:00 ΜΕΣΗΜΕΡΙΑΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ

16:00 – 17:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Γυναίκες και αθηροσκήλωση

Πρόεδροι: **Β. Καραγιάννης, Κ. Παζαΐτου - Παναγιώτου**

Διαχείριση των παραγόντων κινδύνου στην εμμηνόπαυση

Θ. Παπαδόπουλος

Εμμηνόπαυση-Θεραπεία υποκατάστασης

Τ. Μούσλεχ

Μικροαγγειοπάθεια στεφανιαίων αρτηριών

Χ. Λιόλιος



ΠΕΜΠΤΗ, 15 ΜΑΡΤΙΟΥ 2012

17:00 – 18:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Αναίμακτη ανατομική και λειτουργική απεικόνιση της στεφανιαίας νόσου

Πρόεδροι: **Χ. Καρβούνης, Σ. Εφραιμίδης**

Πυρηνική Καρδιολογία

Μ. Σιαμπανοπούλου

Δοκιμασία κόπωσης και Ηχωκαρδιογραφία

Ι. Ευθυμιάδης

Αξονική στεφανιογραφία και μαγνητική τομογραφία καρδιάς

Π. Ψυχίδης

Σχολιαστής: **Σ. Ελ-Μάντανι Ορδουλίδης**

18:00 – 18:30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

18:30 – 19:00 ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδρος: **Ι. Καπρίνης**

Σχέση ενδοδοντίας και καρδιαγγειακών νοσημάτων

Ε. Μαζίνης

19:00 – 19:30 ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδρος: **Γ. Σακαντάμης**

Επιβίωση του ισχυρότερου (του πιο δυνατού ή του πιο εξασκημένου):

Μύθος ή πραγματικότητα;

P. Kokkinos

19:30 – 20:00 ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδρος: **Χ. Πλιάκος**

Στεφανιαία νόσος και εγκυμοσύνη

P. Nihoyannopoulos

ΠΕΜΠΤΗ, 15 ΜΑΡΤΙΟΥ 2012

20:00 – 21:00 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

της φαρμακευτικής εταιρείας **NOVO NORDISK**

Διαβήτης και Καρδιαγγειακή Νόσος

Πρόεδροι: **Α. Ευθυμιάδης, Κ. Καζάκος**

Επιδημιολογικά Δεδομένα: Διαβήτης και καρδιαγγειακό σύστημα

Γ. Ζαρίφης

Η επίδραση της αντιδιαβητικής θεραπείας στο καρδιαγγειακό σύστημα

Ε. Πάγκαλος

GLP-1 και καρδιά: Η μελέτη LEADER®

Μ. Μπενρουμπή

21:00

ΔΕΙΠΝΟ

Ευγενική χορηγία της φαρμακευτικής εταιρείας **NOVO NORDISK**



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ, 16 ΜΑΡΤΙΟΥ 2012

09:00 – 10:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Αθηροσκλήρωση σε άλλες θέσεις, εκτός από τα στεφανιαία αγγεία

Πρόεδροι: **Α. Χατζητόλιος, Γ. Βέργουλας**

Στα κάτω άκρα

Δ. Χριστόπουλος

Στις νεφρικές αρτηρίες

Δ. Κιρμιζής

Ανεύρυσμα αορτής

Η. Κανέλλος

10:00 – 11:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Ο ρόλος της γενετικής στην παθογένεια και τη θεραπευτική αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών παθήσεων

Πρόεδροι: **Ι. Κανονίδης, Α. Χίτογλου - Μακέδου**

Στη στεφανιαία νόσο

Ν. Καμπουρίδης

Στις δυσλιπιδαιμίες

Δ. Αγαπάκης

Στον αιφνίδιο καρδιακό θάνατο

Δ. Στάκος

Στους νεότερους παράγοντες κινδύνου

Α. Τσελέπη

11:30 – 12:00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ, 16 ΜΑΡΤΙΟΥ 2012

12:00 – 13:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Νεότερες κατευθυντήριες οδηγίες για την Αθηροσκλήρωση

Πρόεδροι: **Α. Πιπταράς, Α. Καραγιάννης**

Νεότερες κατευθυντήριες οδηγίες αντιμετώπισης των δυσλιπιδαιμιών και της αθηροσκλήρωσης

Φάρμακα

Ι. Ευθυμιάδης

Διατροφική αντιμετώπιση των δυσλιπιδαιμιών: Νέες οδηγίες και νέοι προβληματισμοί

Α. Ζαμπέλας

Νεότερες κατευθυντήριες οδηγίες αντιμετώπισης αρτηριακής υπέρτασης

Κ. Δημητρακόπουλος

13:00 – 13:30 ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδρος: **Γ. Λουρίδας**

Προληπτική καρδιολογία-Προοπτικές στο μέλλον

Χ. Πίτσαβος

13:30 – 14:00 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

της φαρμακευτικής εταιρείας **RECORDATI HELLAS**

Πρόεδρος: **Α. Ταυρίδου**

Πιταβαστατίνη: Μια νέα πλήρως συνθετική στατίνη. Ένας ιδιαίτερα ισχυρός αναστολέας της HMG – CoA αναγωγάσης

Ι. Ευθυμιάδης

14:00 – 15:00 ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ

14:00 – 16:00 ΜΕΣΗΜΕΡΙΑΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ, 16 ΜΑΡΤΙΟΥ 2012

16:00 – 17:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Υπολιπιδαιμική αγωγή -Τί νεότερο

Πρόεδροι: **Γ. Μπουντώνας, Γ. Ευθυμιάδης**

Στατίνες -Τί το νεότερο

Λ. Ραλλίδης

Υπολιπιδαιμικά φάρμακα, εκτός από τις στατίνες που έχουν θέση στη θεραπευτική αντιμετώπιση των δυσλιπιδαιμιών;

Ε. Πασχαλίδου

Συνδυασμοί υπολιπιδαιμικών φαρμάκων, σε σχέση με την οικονομική κρίση.

Υπάρχει κλινικό όφελος;

Χ. Ντέλλος

17:00 – 18:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Αντιμετώπιση σύγχρονων καρδιαγγειακών προβλημάτων

Πρόεδροι: **Δ. Ρίχτερ, Γ. Υφαντή**

Σε συνεργασία με την Εταιρεία Λιπιδιολογίας-Αθηροσκλήρωσης και Αγγειακής Νόσου

Χρόνια Νεφρική Νόσος: Μία νέα ομάδα υψηλού κινδύνου στην καρδιολογία

Θ. Αποστόλου

Αθηρωματική νόσος και σεξουαλική δυσλειτουργία. Μία άμεσα συνδεδεμένη σχέση

Χ. Βλαχόπουλος

Νεότερα αντιθρομβωτικά στην κολπική μαρμαρυγή και τη στεφανιαία νόσο:

Μία νέα θεραπευτική κατηγορία

Δ. Ρίχτερ

18:00 – 18:30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ, 16 ΜΑΡΤΙΟΥ 2012

18:30 – 19:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Νεότερα δεδομένα στην αντιαιμοπεταλιακή και αντιπηκτική αγωγή
Πρόεδροι: **Β. Κόκκας, Σ. Κωνσταντινίδης**

Συνδυασμένη αντιαιμοπεταλιακή και αντιπηκτική θεραπεία: Ενδείξεις, αποτελεσματικότητα & ασφάλεια

Δ. Ζιούτας

Σημαντικές αλληλεπιδράσεις της κλοπιδογρέλης με άλλα φάρμακα

Α. Ταυρίδου

Νεότερα δεδομένα στην εξατομίκευση της αντιθρομβωτικής αγωγής

Ε. Μανωλόπουλος

19:30 – 20:00 ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδρος: **Κ. Παπαδόπουλος**

Σπλαχνικό λίπος και καρδιαγγειακό σύστημα

Κ. Αυγεροπούλου

20:00 – 20:30 ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδρος: **Μ. Χολέβας**

Η οικονομική κρίση και η κρίση αξιών. Επίδραση στην ποιότητα ζωής και τις καρδιαγγειακές νόσους

Α. Βιδάλης

20:30 – 21:00 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

της εταιρείας τροφίμων **ΕΛΑΪΣ - UNILEVER HELLAS**

Πρόεδρος: **Α. Ευθυμιάδης**

Ο ρόλος των φυτικών στερολών στη μείωση της χοληστερόλης:

Νεότερα δεδομένα

Ι. Ευθυμιάδης



ΣΑΒΒΑΤΟ, 17 ΜΑΡΤΙΟΥ 2012

09:00 – 10:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Σακχαρώδης διαβήτης και καρδιαγγειακές επιπλοκές

Πρόεδροι: **Δ. Ψυρρόπουλος, Ε. Πάγκαλος**

Πώς μπορεί να προληφθούν ή να καθυστερήσουν οι καρδιαγγειακές επιπλοκές; Ιδιαιτερότητες

Χ. Μανές

Αντιμετώπιση διαβητικού αρρώστου με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο

Χ. Χατζηελευθερίου

Ημερήσια διακύμανση γλυκόζης στο σακχαρώδη διαβήτη και αγγειακός κίνδυνος

Δ. Καραγιάννη

Τί νεότερο στη θεραπευτική αντιμετώπιση

Ν. Παπάνας

10:30 – 11:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Αθηροθρόμβωση & καρδιαγγειακός κίνδυνος

Πρόεδροι: **Γ. Καζινάκης, Π. Μακρίδης**

Πνευμονική εμβολή-σχέση με την αθηροθρόμβωση. Προληπτική αντιμετώπιση

Α. Δουγαλής

Κολπική μαρμαρυγή ως αιτία και αιτιατό ισχαιμίας μυοκαρδίου. Υπάρχει πρόληψη;

Β. Σκέμπερης

Λιποπρωτεΐνη α [Lp (a)] και ομοκυστεΐνη σε σχέση με την αθηροθρόμβωση

Κ. Μακέδου

11:30 – 12:00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

ΣΑΒΒΑΤΟ, 17 ΜΑΡΤΙΟΥ 2012

12:00 – 12:30 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

της φαρμακευτικής εταιρείας **ASTRA ZENECA**

Πρόεδρος: **Α. Ευθυμιάδης**

Η βέλτιστη ρύθμιση του λιπιδαιμικού προφίλ: Τελικός στόχος ή μέσο για τη διαχείριση του συνολικού καρδιαγγειακού κινδύνου;

Α. Δουγαλής

12:30 – 13:00 ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδρος: **Ε. Μαλτέζος**

Επιδημιολογία του σακχαρώδους διαβήτη και των επιπλοκών του

Η. Μυγδάλης

13:00 – 13:30 ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδρος: **Ι. Κλωνιζάκης**

Οι Μελέτες Συγκριτικής Αποτελεσματικότητας ως απάντηση στο αίτημα περιορισμού του κόστους περίθαλψης

Μ. Παπαϊωακείμ

14:00 – 15:00 ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Πρόεδροι: **Δ. Κομνηνού, Ι. Μποστανίτης**

OR.07

ΣΧΕΣΗ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ CHADS score ΜΕ ΤΗΝ CRP ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ

Χ. ΚΥΡΠΙΖΙΔΗΣ, Α. ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ, Δ. ΓΚΟΛΙΔΑΚΗΣ, ΕΛ. ΚΑΡΑΓΚΙΟΖΑΚΗΣ,
Γ. ΜΑΚΡΗΣ, Α. ΣΤΑΥΡΑΤΗ, Α. ΠΕΧΛΕΒΑΝΗΣ

Καρδιολογική Κλινική – Στεφανιαία Μονάδα Νοσοκομείου «ΠΑΝΑΓΙΑ»

OR.08

ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Α. ΠΑΝΖΑΡΤΖΙΔΟΥ, Σ. ΠΗΤΤΑΣ, Ι. ΝΤΑΠΣΕΒΙΤΣ, Π. ΓΚΙΚΑ, Α. ΚΟΤΣΑΝΗ,
Ι. ΒΟΓΙΑΤΖΗΣ

Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος, Καρδιολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας



ΣΑΒΒΑΤΟ, 17 ΜΑΡΤΙΟΥ 2012

OR.09

Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΑΘΗΡΩΜΑΤΩΣΗΣ ΤΩΝ ΚΑΡΩΤΙΔΩΝ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥ ΤΑΚΤΙΚΟΥ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΩΝ ΤΟΥ Γ. Ν. «ΠΑΝΑΓΙΑ»

Α. ΜΥΛΩΝΑ*, Α. ΚΑΡΑΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ*, Α. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ*, ΓΙΑΝΚΟΥΛΩΦ ΧΡΗΣΤΟΣ*, Α. ΔΟΥΓΑΛΗΣ*, Ι. ΚΑΤΣΑΡΙΔΗΣ*

*Γ. Ν. «ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ»-παράρτημα «ΠΑΝΑΓΙΑ», Παθολογική Κλινική.

*Γ. Ν. «ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ»-παράρτημα «ΠΑΝΑΓΙΑ», Ακτινολογικό

OR.10

Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΑΘΗΡΩΜΑΤΩΣΗΣ ΚΑΡΩΤΙΔΩΝ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΩΝ ΤΑΚΤΙΚΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΩΝ ΤΟΥ Γ. Ν. «ΠΑΝΑΓΙΑ»

Α. ΜΥΛΩΝΑ*, Μ. ΑΝΔΡΟΝΟΓΛΟΥ*, Α. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ*, ΙΩΣΗΦΙΔΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ*, Α. ΔΟΥΓΑΛΗΣ*, Ι. ΚΑΤΣΑΡΙΔΗΣ*

*Γ. Ν. «ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ»-παράρτημα «ΠΑΝΑΓΙΑ», Παθολογική Κλινική.

*Γ. Ν. «ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ»-παράρτημα «ΠΑΝΑΓΙΑ», Ακτινολογικό

OR.11

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΟΡΘΟΔΟΞΩΝ ΜΟΝΑΧΩΝ ΤΟΥ ΑΓΙΟΥ ΟΡΟΥΣ ΚΑΙ ΜΟΝΑΖΟΥΣΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Α. ΠΕΡΣΥΝΑΚΗΣ, Σ. ΣΕΦΕΡΗ, Μ. ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΟΠΟΥΛΟΥ, Δ. ΣΩΤΗΡΙΑΔΗΣ, Μ. ΧΑΣΑΠΙΔΟΥ

Τμήμα Διατροφής-Διαιτολογίας, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης

OR.12

ΠΡΟΦΙΛ ΤΟΥ ΠΑΡΑΠΕΜΠΟΜΕΝΟΥ ΜΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΓΙΑ ΣΠΙΝΘΕΡΟΓΡΑΦΗΜΑ ΚΑΡΔΙΑΣ ΣΕ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΠΥΡΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Μ. ΣΙΑΜΠΑΝΟΠΟΥΛΟΥ, Σ. ΕΛ ΜΑΝΤΑΝΙ ΟΡΔΟΥΛΙΔΗΣ, Ι. ΕΥΘΥΜΙΑΔΗΣ

Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής, Βιοϊατρική ΙΑΕ, Θεσσαλονίκη

15:00 – 16:00

ΜΕΣΗΜΕΡΙΑΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ

ΣΑΒΒΑΤΟ, 17 ΜΑΡΤΙΟΥ 2012

16:00 – 17:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Υπέρταση μικρής και μεγάλης κυκλοφορίας

Πρόεδροι: **Δ. Γρέκας, Γ. Μπομπότης**

Εξελίξεις στη θεραπεία της συστηματικής αρτηριακής υπέρτασης

Χ. Σαββόπουλος

Πνευμονική Υπέρταση: Διάγνωση και θεραπεία (νεότερα δεδομένα)

Δ. Συμεωνίδης

Αντιϋπερτασική φαρμακευτική αγωγή: Σύγχρονες θεωρήσεις για αλληλεπιδράσεις φαρμάκων και γονιδίων στην κλινική πράξη

Ι. Βιζιριανάκης

17:00 – 17:30 ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδρος: **Ε. Ανδρέου**

Μεταβολικός προγραμματισμός και καρδιαγγειακά νοσήματα

Θ. Καραγκιόζογλου - Λαμπούδη

17:30 - 18:00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

18:00 – 19:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Στεφανιαία νόσος

Πρόεδροι: **Π. Τούτουζας, Γ. Παρχαρίδης**

Ποια είναι η θέση των αντιπηκτικών στη στεφανιαία νόσο

Ι. Ζαρίφης

Ποια είναι η θέση των αντιαιμοπεταλιακών στη στεφανιαία νόσο

Κ. Τούτουζας

Νεότερα αντιϊσχαιμικά φάρμακα

Χ. Κυρπιζίδης



ΣΑΒΒΑΤΟ, 17 ΜΑΡΤΙΟΥ 2012

19:00 – 20:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Διαχείριση παραγόντων κινδύνου αθηροσκλήρωσης και καρδιολογικών προβλημάτων στην εγκυμοσύνη

Πρόεδροι: **Ε. Ασημακόπουλος, Γ. Σακαντάμης**

Αρτηριακή υπέρταση

Ι. Βογιατζής

Δυσλιπιδαιμία

Β. Καραγκιοζάκη

Αρρυθμίες

Τ. Δαδούς

20:00 – 20:45 ΤΕΛΕΤΗ ΛΗΞΗΣ- ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ

Πρόεδρος ΕΑΒΕ, **κ. Απόστολος Ευθυμιάδης**

20:45 – 21:45 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

των φαρμακευτικών εταιρειών **BIANEE A.E. / MSD HELLAS**

Διπλή Αναστολή Χοληστερόλης – Νεότερες Εξελίξεις στην πρόληψη και μείωση του Καρδιαγγειακού Κινδύνου

Πρόεδρος: **Α. Ευθυμιάδης**

Η σημασία της Υπολιπιδαιμικής Αγωγής στη μείωση της LDL-C και του Καρδιαγγειακού Κινδύνου – Ο μοναδικός τρόπος δράσης της Διπλής Αναστολής

Μ. Πάγκαλος

Ezetimibe/Simvastatin: Ισχυρή μείωση της LDL-C. Νεότερα Δεδομένα σε ασθενείς Υψηλού Καρδιαγγειακού Κινδύνου

Δ. Ρίχτερ

21:45 ΔΕΙΠΝΟ

Ευγενική χορηγία των φαρμακευτικών εταιρειών **BIANEE A.E. / MSD HELLAS**

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ

P. Kokkinos

Ph.D., FAHA, FACSM, Professor, Veterans Affairs Medical Center, Georgetown University School of Medicine, Washington, USA

P. Nihoyannopoulos, MD, FRCP, FACC, FESC

Professor of Cardiology, Imperial College London, Hammersmith Hospital, NHLI, London, UK

J. Papathanasiou

Assistant Professor of Physical Medicine Rehabilitation, University of Plovdiv, Filippoupoli, Bulgaria

Δ. Αγαπάκης

Παθολόγος, Επιμελητής Α΄ ΕΣΥ, Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Γουμένισσας

A. Αμπραχαμιάν – Μιχαλάκη

Ενδοκρινολόγος, Πρόεδρος της Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας Παχυσαρκίας, Αθήνα

E. Ανδρέου

RD, Κλινική Διαιτολόγος, Πρόεδρος Συνδέσμου Διαιτολόγων και Διατροφολόγων Κύπρου

Θ. Αποστόλου

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

E. Ασημακόπουλος

Καθηγητής Μαιευτικής – Γυναικολογίας-Περιγεννητικής ΑΠΘ, Γενικό Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

A. Αυγεροπούλου

Καρδιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Καρδιολογικό Τμήμα, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Αθήνα

Γ. Βέργουλας

Νεφρολόγος, Διοικητής Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

A. Βιδάλης

MD, PhD, Ψυχίατρος, Διευθυντής Ψυχιατρικού Τμήματος ΕΣΥ, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

**Ι. Βιζιριανάκης**

PhD, Αναπληρωτής Καθηγητής Μοριακής Φαρμακολογίας & Φαρμακογονιδιωματικής,
Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Τμήμα Φαρμακευτικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο
Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Ε. Βλαχογιάννης

Παθολόγος, Πρόεδρος Ινστιτούτου Μελέτης Ύπνου και Συνοδών Νοσημάτων, Θεσσαλονίκη

Χ. Βλαχόπουλος

Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο,
Αθήνα

Ι. Βογιατζής

Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας

Γ. Γιαννόγλου

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

Ι. Γκουγκουρέλας

Παθολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Β΄ Παθολογικής Κλινικής ΑΠΘ, Ιατρείο Κλινικής
Ανοσολογίας, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

Δ. Γρέκας

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

Τ. Δαδούς

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

Κ. Δημητρακόπουλος

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

Α. Δουγαλής

Παθολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής ΔΠΘ, Νοσοκομείο «Άγιος Παύλος» - παράρτημα «ΠΑΝΑΓΙΑ»,
Θεσσαλονίκη

Σ. Ελ-Μάντανι Ορδουλίδης

Φυσικός Ιατρικής – Ακτινοφυσικός, BSc, MSc, Συνεργάτης Ομίλου Βιοϊατρική ΙΑΕ, Θεσσαλονίκη

A. Ευθυμιάδης

Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Πρόεδρος Εταιρείας Αθηροσκλήρωσης Βορείου Ελλάδος, Θεσσαλονίκη

Γ. Ευθυμιάδης

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

Ι. Ευθυμιάδης

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

Σ. Εφραιμίδης

Ομότιμος Καθηγητής Ακτινολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Διευθυντής Ακτινολογικού Τμήματος, Βιοκλινική Θεσσαλονίκη

A. Ζαμπέλας

Καθηγητής Διατροφής του Ανθρώπου, Μονάδα Διατροφής του Ανθρώπου, Τμήμα Επιστήμης & Τεχνολογίας Τροφίμων, Γεωπονικό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Ι. Ζαρίφης

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

A. Ζιάκας

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

Δ. Ζιούτας

FESC, Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

Γ. Ηλινίδης

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

Ε. Ιωαννίδης

Επεμβατικός Καρδιολόγος, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

Κ. Καζάκος

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

**Γ. Καζινάκης**

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

Ν. Καμπουρίδης

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

Η. Κανέλλος

Ειδικευόμενος Καρδιολογίας, Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης «ΜΑΜΑΤΣΕΙΟ», Κοζάνη

Ι. Κανονίδης

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

Ι. Καπρίνης

Συντονιστής Διευθυντής, Β΄ Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Δ. Καραγιάννη

Παθολόγος – Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής, Διευθύντρια ΕΣΥ, Γενικό Νοσοκομείο «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

Α. Καραγιάννης

Καθηγητής Παθολογίας ΑΠΘ, Διευθυντής, Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

Β. Καραγιάννης

Ομότιμος Καθηγητής Μαιευτικής – Γυναικολογίας ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

Β. Καραγκιοζάκη

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

Θ. Καραγκιόζογλου – Λαμπούδη

Παιδογαστρεντερολόγος, Καθηγήτρια Κλινικής Διατροφής, Τμήμα Διατροφής & Διαιτολογίας, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

Ι. Καρατζάς

Φυσιοθεραπευτής, Γενικό Νοσοκομείο «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

Χ. Καρβούνης

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

Α. Καρυώτη

Βιοπαθολόγος, Επιμελήτρια Α΄ ΕΣΥ, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

Α. Κελέκης

Ακτινολόγος, Λέκτορας Ακτινοδιαγνωστικής ΑΠΘ, Ακτινολογικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Δ. Κιρμιζής

Ειδικός Νεφρολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Νεφρολογικής Κλινικής ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

Ι. Κλωνιζάκης

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

Ι. Κόγιας

Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας

Β. Κόκκας

Καθηγητής Φαρμακολογίας ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

Δ. Κομνηνού

MD, PhD, CNS, Επιστημονικός Συνεργάτης Εκπαιδευτικού και Ερευνητικού Κέντρου Μεταβολικών Παθήσεων Μεζίτης (Mezitis Education and Research Institute, MERI), Νέα Υόρκη, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό και Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας, Θεσσαλονίκη

Ε. Κουϊδή

Καρδιολόγος, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Αθλητιατρικής ΑΠΘ, Εργαστήριο Αθλητιατρικής, Τομέας Ιατρικής της Άσκησης, Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού, Θεσσαλονίκη

Χ. Κυρπιζίδης

Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο «ΠΑΝΑΓΙΑ», Θεσσαλονίκη

Σ. Κωνσταντινίδης

MD, FESC, Καθηγητής Καρδιολογίας ΔΠΘ, Διευθυντής Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

**Χ. Λιόλιος**

Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Γρεβενών

Γ. Λουρίδας

Ομότιμος Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

Ε. Μαζίνης

DDS, PhD, Οδοντίατρος, Βέροια

Κ. Μακέδου

Βιοπαθολόγος, Επιστημονική Συνεργάτης Εργαστηρίου Βιολογικής Χημείας, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

Π. Μακρίδης

Συντονιστής Διευθυντής, Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Έδεσσας

Ε. Μαλτέζος

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

Χ. Μανές

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

Ε. Μανωλόπουλος

Αναπληρωτής Καθηγητής Φαρμακολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

Β. Μούγιος

Καθηγητής Βιοχημείας της Άσκησης, Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη, Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Βιοχημείας και Φυσιολογίας της Άσκησης

Τ. Μούσλεχ

Ενδοκρινολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ, Διευθυντής Πολυιατρείου ΙΚΑ Ανάληψης, Θεσσαλονίκη

Μ. Μπενρουμπή

Παθολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Πολυκλινική», Αθήνα

Γ. Μπομπότης

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

Ι. Μποστανίτης

Καρδιολόγος, Επιμελητής Β΄ ΕΣΥ, Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης

Γ. Μπουντώνας

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

Π. Μπούρα

Καθηγήτρια Παθολογίας – Κλινικής Ανοσολογίας ΑΠΘ, Β΄ Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο
Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

Α. Μπουφίδου - Κουκούδη

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

Η. Μυγδάλης

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

Χ. Ντέλλος

Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικού Τμήματος, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»,
Πειραιάς

Ε. Πάγκαλος

Παθολόγος – Διαβητολόγος, τ. Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής ΕΣΥ, Διαβητολογικό Κέντρο
Αρεταίος, Γραμματέας ΔΕΒΕ, Θεσσαλονίκη

Κ. Παζαΐτου – Παναγιώτου

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

Θ. Παπαδόπουλος

Επεμβατικός Καρδιολόγος, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

Κ. Παπαδόπουλος

Ομότιμος Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

**Μ. Παπαϊωακείμ**

Συντονιστής Διευθυντής ΕΣΥ, Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής

Ν. Παπάνας

Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας ΔΠΘ, Β΄ Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

Γ. Παρχαρίδης

Καθηγητής Καρδιολογίας, Πρόεδρος Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας, Θεσσαλονίκη

Ε. Πασχαλίδου

Γενική Ιατρός, Θεσσαλονίκη

Χ. Πίτσαβος

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

Α. Πιτταράς

Καρδιολόγος, Hypertension Specialist ESH, Υπερτασικό Ιατρείο Ασκληπείου Βούλας, Αθήνα

Χ. Πλιάκος

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

Α. Πολυμέρης

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

Χ. Ραϊδης

Καρδιολόγος, Αμ. Επίκουρος Καθηγητής ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

Λ. Ραλλίδης

Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Β΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Δ. Ρίχτερ

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

Χ. Σαββόπουλος

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

Γ. Σακαντάμης

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

Α. Σαραντόπουλος

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

Μ. Σιαμπανοπούλου

Πυρηνικός Ιατρός, Συνεργάτης Ομίλου Βιοϊατρική ΙΑΕ, Θεσσαλονίκη

Β. Σκέμπερης

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

Δ. Στάκος

Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

Δ. Συμεωνίδης

Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας

Α. Ταυρίδου

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

Θ. Τζώτζας

Ενδοκρινολόγος, Κλινική Ενδοκρινολογίας – Διαβήτη – Μεταβολισμού, Γενικό Νοσοκομείο «Άγιος Παύλος - Παναγία», Θεσσαλονίκη

Κ. Τούτουζας

Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Αθήνα

Π. Τούτουζας

Ομότιμος Καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθυντής Ελληνικού Ιδρύματος Καρδιολογίας, Αθήνα

Α. Τσελέπης

Καθηγητής Βιοχημείας – Κλινικής Χημείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

**Γ. Υφαντή**

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

Μ. Χασαπίδου

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

Χ. Χατζηελευθερίου

Επιμελητής ΕΣΥ Καρδιολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Δράμας

Α. Ι. Χατζητόλιος

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

Α. Χίτογλου - Μακέδου

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

Μ. Χολέβας

Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

Δ. Χριστόπουλος

MD, PhD, Αγγειοχειρουργός, Αναπληρωτής Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής, Γενικό Νοσοκομείο «Γ. Γεννηματάς», Θεσσαλονίκη

Δ. Ψυρόπουλος

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

Π. Ψυχίδης

Ακτινολόγος, Θεσσαλονίκη

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΕΜΠΤΗ 15 ΜΑΡΤΙΟΥ 2012

14:00 – 15:00 | Πρόεδροι: **Ι. Κόγιας, Α. Καρυώτη**

OR.01 | ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΩΝ ΤΩΝ ΓΟΝΙΔΙΩΝ FTO ΚΑΙ ACE ΣΕ ΥΠΕΡΒΑΡΑ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΑ ΜΕΛΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΜΕ ΘΕΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΓΙΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΝΟΣΗΜΑ

Α. ΖΟΡΜΠΑ, Α. ΑΡΓΥΡΙΟΥ, Κ. ΜΑΚΕΔΟΥ, Μ. ΚΑΡΑΜΠΟΛΑ, Α. ΙΩΑΝΝΟΥ, Α. ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ, Ι. ΡΟΥΣΣΟ, Α. ΜΑΚΕΔΟΥ

Εργαστήριο Λιπιδίων και Πρόληψης των Καρδιαγγειακών Νοσημάτων από την παιδική ηλικία. Β' Παιδιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή

Η παρουσία του πολυμορφισμού rs9939609 (T>A), που επηρεάζει την έκφραση του γονιδίου FTO, καθώς και ο D πολυμορφισμός του γονιδίου του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης (ACE) έχουν σχετιστεί με την παχυσαρκία.

Σκοπός

Η παρούσα μελέτη διενεργήθηκε με σκοπό τη μελέτη των πολυμορφισμών των γονιδίων αυτών σε υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά με θετικό οικογενειακό ιστορικό για καρδιαγγειακά νοσήματα.

Υλικό και Μέθοδοι

Στη μελέτη συμμετείχαν 94 παιδιά υπέρβαρα και παχύσαρκα. Από αυτά τα 67 (71,27%) είχαν θετικό οικογενειακό ιστορικό καρδιαγγειακού νοσήματος (ομάδα ελέγχου), ενώ 27 (28,72%) ήταν οι μάρτυρες. Προσδιορίστηκαν οι πολυμορφισμοί των γονιδίων FTO και ACE, με PCR.

Αποτελέσματα

Στην ομάδα ελέγχου, τα 18 (26,87%) παρουσίασαν ομοζυγωτία ως προς τον πολυμορφισμό (AA) του FTO και 12 (17,9%) ως προς τον TT. Τα ποσοστά στην ομάδα των μαρτύρων ήταν 11 (40,7%) και 1 (3,7%), αντίστοιχα. Αναφορικά με το γονίδιο ACE, στην ομάδα ελέγχου 19 παιδιά (28,36%) ήταν ομόζυγα (DD και 16 (23,88%) ήταν ομόζυγοι του αλληλόμορφου I (II). Αντίστοιχα, στους μάρτυρες τα ποσοστά ήταν 10 (37,04%) και 1 (3,7%).

Συμπεράσματα

Η παρουσία θετικού οικογενειακού ιστορικού καρδιαγγειακού νοσήματος δε σχετίζεται με τους πολυμορφισμούς rs9939609 (T>A) του FTO και I/D του ACE στο γένωμα των παιδιών με υπερβάλλον σωματικό βάρος που μελετήθηκαν.



OR.02 | ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΩΝ ΤΗΣ ΠΑΡΑΟΞΟΝΑΣΗΣ 1 (PON1) ΜΕ ΤΟ ΠΑΧΟΣ ΤΟΥ ΕΣΩ ΜΕΣΟΥ ΧΙΤΩΝΑ ΤΩΝ ΚΑΡΩΤΙΔΩΝ (cIMT)

Α. ΙΩΑΝΝΟΥ¹, Α. ΑΡΓΥΡΙΟΥ¹, Κ. ΜΑΚΕΔΟΥ¹, Α. ΖΟΡΜΠΑ¹, Μ. ΚΑΡΑΜΠΟΛΑ¹, Φ. ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΟΥ¹, Ι. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ², Α. ΜΑΚΕΔΟΥ¹

¹ Εργαστήριο Λιπιδίων και Πρόληψης των Καρδιαγγειακών Νοσημάτων, Β' Παιδιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης

² Ακτινολογικό Εργαστήριο Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή

Η αύξηση του πάχους του έσω μέσου χιτώνα των καρωτίδων (cIMT) αποτελεί δείκτη αθηροσκλήρωσης. Η HDL-χοληστερόλη προστατεύει την LDL-χοληστερόλη από την οξείδωση, με την δράση του ενζύμου παραοξονάση-1 (PON1). Υπάρχουν πολυμορφισμοί της PON1 που μειώνουν την ενεργότητα.

Σκοπός

Η συσχέτιση των πολυμορφισμών 55ML και 192QR της PON1 με τον μέσο όρο του IMT της δεξιάς και αριστερής καρωτίδας.

Υλικό και Μέθοδοι

Στην μελέτη συμμετείχαν 114 άτομα με θετικό ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό για καρδιαγγειακό νόσημα (KAN): 72 παιδιά και 42 ενήλικες. Στα άτομα της μελέτης προσδιορίστηκαν οι πολυμορφισμοί 55ML και 192QR με PCR και υπερηχογραφικά το cIMT σε mm.

Αποτελέσματα

Όλα τα άτομα παρουσίασαν φυσιολογικό μέσο cIMT, με μέσες τιμές $\pm$ SD $0,58 \pm 0,14$ mm και $0,45 \pm 0,08$ mm, αντίστοιχα. Στους ενήλικες, 28 άτομα είχαν γονότυπο MM (66,7%), 2 (4,8%) ML και 12 (28,6%) LL, ενώ 29 άτομα (69%) είχαν τον γονότυπο QQ, 10 (23,8%) τον QR και 3 (7,1%) τον RR. Στα παιδιά η κατανομή των γονοτύπων για τον 55ML πολυμορφισμό ήταν 48 (66,7%), 6 (8,3%) και 18 (25%), αντίστοιχα, ενώ για τον 192QR ήταν 44 (61,1%), 20 (27,8%) και 8 (11,1%), αντίστοιχα.

Συμπεράσματα

Η παρουσία των πολυμορφισμών 55ML και 192QR δεν σχετίζεται με αυξημένο cIMT.

OR.03 | Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΤΟΡΒΑΣΤΑΤΙΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΤΕΝΩΣΗ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΟΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Γ. ΣΠΥΡΟΜΗΤΡΟΣ¹, Χ. ΠΛΙΑΚΟΣ², Α. ΖΙΑΚΑΣ³, Α. ΛΑΖΑΡΙΔΗΣ².

¹ Γ.Ν.ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ, Καρδιολογική Κλινική

²ΑΧΕΠΑ, Α΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική

³ΑΧΕΠΑ, Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική

Σκοπός

Η διερεύνηση της επίδρασης της ατορβαστατίνης στην εξέλιξη της ασβέστωσης και στένωσης του στομίου της αορτικής βαλβίδος σε ασθενείς με ηπίου έως μετρίου βαθμού ασβεστοποίηση στένωση της αορτικής βαλβίδος και μεταβολικό σύνδρομο.

Υλικό και Μέθοδοι

Σε 28 ασθενείς με ηπίου έως μετρίου βαθμού ασβεστοποίηση στένωση αορτικής βαλβίδος και μεταβολικό σύνδρομο με βάση τα κριτήρια του ATP III, μετρήθηκε το στόμιο της αορτικής βαλβίδος ηχωκαρδιογραφικώς με τη μέθοδο της εξίσωσης συνεχείας, στη συνέχεια χορηγήθηκε σε όλους τους ασθενείς ατορβαστατίνη 20 mg επί ένα έτος και επαναλήφθηκε η μέτρηση του στομίου της βαλβίδος με την ίδια μέθοδο. Άνδρες ήταν 9, γυναίκες 19 και ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 68 έτη.

Αποτελέσματα

Οι 11 από τους 28 ασθενείς δεν παρουσίασαν επιδείνωση της στένωσης της αορτικής βαλβίδος (39.2%), οι 13 ασθενείς εμφάνισαν επιδείνωση της στένωσης του στομίου της αορτικής βαλβίδος μικρότερη από 0.30 cm² (46.4%) και οι υπόλοιποι 4 επιδείνωση της στένωσης του στομίου της βαλβίδος μεγαλύτερη του 0.30 cm² (14.4%).

Συμπεράσματα

Η ατορβαστατίνη εμφάνισε ευνοϊκή επίδραση στην εξέλιξη της στένωσης του στομίου της αορτικής βαλβίδος σε ασθενείς με ηπίου έως μετρίου βαθμού ασβεστοποίηση στένωση της αορτικής βαλβίδος και μεταβολικό σύνδρομο.

OR.04 | Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΓΛΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΑΘΗΡΩΜΑΤΙΚΩΝ ΠΛΑΚΩΝ

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

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

Σκοπός

Η μελέτη του ρόλου της γλοιότητας του αίματος στην αθηροσκλήρωση.

Υλικό και Μέθοδοι

Μελετήθηκαν 22 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αξονική στεφανιογραφία 128 τομών για τη διερεύνηση στεφανιαίας νόσου. Χρησιμοποιώντας ειδικό λογισμικό πραγματοποιήθηκε τρισδιάστατη ανασύνθεση σε διαστολή και συστολή του στελέχους-προσθίου κατιόντα κλάδου



($n=14$), της περισπώμενης ($n=5$) και της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας ($n=9$). Οι αρτηρίες διαιρέθηκαν σε τμήματα μήκους 2mm και προσδιορίστηκαν οι διαστάσεις τους. Με χρήση υπολογιστικής ρευστομηχανικής, υπολογίστηκε η τοιχωματική πίεση και η γλοιότητα σε καθένα από τα παραπάνω τμήματα. Από τα δεδομένα αυτά προέκυψε η τοιχωματική σκληρότητα και το είδος της αγγειακής αναδιαμόρφωσης τοπικά.

Αποτελέσματα

Η γλοιότητα του αίματος συσχετίζεται θετικά με τον όγκο της αθηρωματικής πλάκας ($r=0,254$, $p<0.01$) αλλά αρνητικά με το βαθμό στένωσης του αυλού ($r=-0,620$, $p<0.01$). Η τοιχωματική σκληρότητα της περισπώμενης και δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας συσχετίζονται αρνητικά με τη γλοιότητα ($r=-0,517$, $p<0.01$ και $r=-0,264$, $p<0.05$ αντίστοιχα). Η γλοιότητα αλληλεπιδρά επίσης με την αγγειακή αναδιαμόρφωση ($r=-0,436$, $p<0.01$). Σημαντική συσχέτιση με την γλοιότητα στο αριστερό στεφανιαίο δίκτυο εμφανίζει η διαφορά πίεσης μεταξύ διαστολής και συστολής ($r=0,500$, $p<0.01$).

Συμπεράσματα

Η γλοιότητα του αίματος συμβάλλει στη μορφολογία και εξέλιξη των αθηρωματικών πλακών, και επηρεάζεται τόσο από τη σκληρότητα του τοιχώματος των στεφανιαίων όσο και από την τοιχωματική πίεση.

OR.05 | Η ΤΟΠΙΚΑ ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΕΛΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΜΕΓΑΛΟ ΑΘΗΡΩΜΑΤΙΚΟ ΦΟΡΤΙΟ ΧΩΡΙΣ ΣΤΕΝΩΣΗ ΤΟΥ ΑΥΛΟΥ: ΤΡΙΣΔΙΑΣΤΑΤΗ ΕΞΟΜΟΙΩΣΗ IN VIVO

A. ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ, Σ. ΚΑΤΡΑΝΑΣ, Ι. ΧΑΤΖΗΖΗΣΗΣ, Β. ΓΙΑΝΝΟΓΛΟΥ, Κ. ΚΟΣΚΙΝΑΣ, Γ. ΓΙΑΝΝΟΓΛΟΥ

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

Σκοπός

Ο έλεγχος της υπόθεσης ότι περιοχές των στεφανιαίων με αυξημένη ελαστικότητα περιέχουν σημαντική ποσότητα αθηρωματικής πλάκας.

Υλικό και Μέθοδοι

Πραγματοποιήθηκε τρισδιάστατη ανακατασκευή της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας μέσω στεφανιογραφίας και ενδοστεφανιαίου υπερηχογραφήματος σε τρεις ασθενείς, στη συστολική και διαστολική φάση. Σε $n=75$ τμήματα μήκους 3mm προσδιορίστηκε το % αθηρωματικό φορτίο και η % στένωση του αυλού. Η ελαστικότητα υπολογίστηκε ως $[(\Delta V/V)/\Delta P] \times 10^3/\text{mmHg}$ όπου ΔV η μεταβολή του όγκου από τη συστολή στη διαστολή, V ο μεγαλύτερος όγκος και ΔP η διαφορική αρτηριακή πίεση στο άκρο του οδηγού καθετήρα. Τα τμήματα ταξινομήθηκαν σε τριτημόρια υψηλής (Ομάδα Α), μέσης (Ομάδα Β) και χαμηλής (Ομάδα Γ) ελαστικότητας.

Αποτελέσματα

Το % αθηρωματικό φορτίο ήταν μεγαλύτερο στην Ομάδα Α από τις Ομάδες Β και Γ ($47.5 \pm 8.9\%$ vs. $41.7 \pm 7.9\%$, vs. $35.5 \pm 6.3\%$ αντίστοιχα, $p < 0.05$), καθώς και στην Ομάδα Β σε σύγκριση με την Ομάδα Γ. Η % στένωση του αυλού ωστόσο ήταν μικρού βαθμού και στις τρεις ομάδες και δεν παρουσίασε αξιόλογες διαφορές μεταξύ τους (Ομάδα Α: $9.0 \pm 6.5\%$, Ομάδα Β: $15.5 \pm 11.4\%$, Ομάδα Γ: $13.5 \pm 11.1\%$, $p > 0.05$).

Συμπεράσματα

Οι περιοχές των στεφανιαίων με σημαντική ποσότητα αθηρωματικής πλάκας εμφανίζουν αυξημένη ελαστικότητα, ενώ διατηρείται η βατότητα του αυλού. Η ελαστικότητα των στεφανιαίων αρτηριών δυνατό να έχει προγνωστική αξία στη βαρύτητα της αθηροσκλήρωσης.

OR.06 | ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΩΝ 388A>G, 411G>A, 521T>C ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ SLCO1B1 ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΣΙΜΒΑΣΤΑΤΙΝΗ

ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Ε.¹, ΡΑΓΙΑ Γ.¹, ΚΟΛΟΒΟΥ Β.², ΚΟΛΟΒΟΥ Γ.², ΤΑΥΡΙΔΟΥ Α.¹, ΜΑΝΩΛΟΠΟΥΛΟΣ Ε. Γ.¹

¹Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

²Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα

Σκοπός

Η ανταπόκριση στη θεραπεία με στατίνες εμφανίζει σημαντική ποικιλομορφία ανάμεσα στους ασθενείς που μπορεί να καθορίζεται από γενετικούς παράγοντες. Το γονίδιο SLCO1B1 κωδικοποιεί το μεταφορέα οργανικών ανιόντων 1B1 (OATP1B1) που επιτελεί τη μεταφορά των στατινών στο ήπαρ. Πολυμορφισμοί του γονιδίου SLCO1B1 φαίνεται να επηρεάζουν την ανταπόκριση στις στατίνες. Σκοπός μας ήταν η διερεύνηση της συσχέτισης των πολυμορφισμών 388A>G, 411G>A και 521T>C του γονιδίου SLCO1B1 με την ανταπόκριση στη θεραπεία με σιμβαστατίνη.

Υλικό και Μέθοδοι

Στη μελέτη συμμετείχαν 180 άτομα που λάμβαναν σιμβαστατίνη. Η γονοτύπηση των πολυμορφισμών SLCO1B1 388A>G, 411G>A και 521T>C πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο PCR-RFLP.

Αποτελέσματα

Η συχνότητα εμφάνισης των αλληλομόρφων 388G, 411A και 521C ήταν 48,3%, 18,3% και 15,8%, αντίστοιχα. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις αρχικές τιμές των λιπιδαιμικών παραμέτρων (ολική χοληστερόλη, LDL-χοληστερόλη, τριγλυκερίδια) ή στις μεταβολές αυτών μετά τη θεραπεία με σιμβαστατίνη ανάλογα με τους πολυμορφισμούς του SLCO1B1 (Πίνακας). Ο πολυμορφισμός 388A>G (γονότυπος GG) φάνηκε να επηρεάζει αρνητικά την αύξηση της HDL-χοληστερόλης ($p = 0.01$) (Πίνακας).



Συμπεράσματα

Στο συγκεκριμένο δείγμα ασθενών που λάμβανε σιμβαστατίνη, οι πολυμορφισμοί 411G>A και 521T>C του γονιδίου SLCO1B1 φαίνεται να μην επηρεάζουν την ανταπόκριση των ασθενών στην αγωγή. Για την επιβεβαίωση αυτών των αποτελεσμάτων καθώς και της συσχέτισης του γονοτύπου 388GG με τη μείωση της HDL-χοληστερόλης είναι απαραίτητη η ανάλυση των πολυμορφισμών αυτών σε μεγαλύτερο δείγμα ασθενών, καθώς και σε ασθενείς που λαμβάνουν διαφορετική στατίνη.

Πίνακας: Επίδραση των πολυμορφισμών SLCO1B1 388A>G, 411G>A και 521T>C στις αρχικές τιμές των λιπιδαιμικών παραμέτρων και στις μεταβολές αυτών μετά τη θεραπεία με σιμβαστατίνη.

Μεταβλητή (mg/dl)	Στάδιο μέτρησης	388A>G				411G>A			521T>C		
		AA (48)	AG (90)	GG (42)	p	GG (121)	GA+AA (59)	p	TT (126)	TC+CC (54)	p
Ολική χοληστερόλη	Αρχικό	277±42	274±56	278±45	NS	275±53	278±45	NS	275±44	279±63	NS
	Αλλαγή (%)	-32±14	-32±11	-33±13	NS	-32±12	-33±13	NS	-32±12	-32±12	NS
LDL-χοληστερόλη	Αρχικό	191±47	189±62	196±43	NS	189±59	195±44	NS	187±45	200±70	NS
	Αλλαγή (%)	-37±29	-40±15	-43±17	NS	-39±22	-42±16	NS	-39±21	-41±12	NS
HDL-χοληστερόλη	Αρχικό	50±13	46±12	49±10	NS	48±12	48±11	NS	49±12	46±11	NS
	Αλλαγή (%)	+3±22	+9±24	-4±13	0.01	+5±22	+3±22	NS	+3±23	+8±18	NS
Τριγλυκερίδια	Αρχικό	170±90	183±107	170±141	NS	176±99	178±134	NS	186±124	155±72	NS
	Αλλαγή (%)	-15±40	-24±28	+6±130	NS	-13±82	-17±33	NS	-20±35	-2±112	NS

Ο αριθμός των ατόμων ανά γονότυπο αναγράφεται σε παρένθεση. Τα πρόσημα (+) και (-) υποδεικνύουν αύξηση και μείωση, αντίστοιχα.

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή±τυπική απόκλιση. NS: non-significant

ΣΑΒΒΑΤΟ 17 ΜΑΡΤΙΟΥ 2012

14:00 – 15:00 | Πρόεδροι: **Δ. Κομνηνού, Ι. Μποστανίτης**

OR.07 | ΣΧΕΣΗ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ CHADS score ΜΕ ΤΗΝ CRP ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ

Χ. ΚΥΡΠΙΖΙΔΗΣ, Α. ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ, Δ. ΓΚΟΛΙΔΑΚΗΣ, ΕΛ. ΚΑΡΑΓΚΙΟΖΑΚΗΣ, Γ. ΜΑΚΡΗΣ, Α. ΣΤΑΥΡΑΤΗ, Α. ΠΕΧΛΕΒΑΝΗΣ

Καρδιολογική Κλινική – Στεφανιαία Μονάδα Νοσοκομείου «ΠΑΝΑΓΙΑ»

Σκοπός

Η συσχέτιση του συνδυασμού των παραμέτρων του δείκτη CHADS με την CRP σε ασθενείς με

κολπική μαρμαρυγή, για να βρεθεί αν κάποιος συνδυασμός είναι περισσότερο επιβαρυντικός.

Μέθοδοι

Σε 327 ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή [52,4% άνδρες, μέση ηλικία 69,1 έτη] που εξετάστηκαν στην κλινική μας σε διάστημα δύο ετών, έγινε καταγραφή του δείκτη CHADS και μέτρηση της CRP. Εξαιρέθηκαν ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, ενεργή λοίμωξη και όσοι ελάμβαναν στατίνες. Τα άτομα με 5 παραμέτρους σχημάτιζαν 1 συνδυασμό, με 4 παραμέτρους είχαν 4 συνδυασμούς, με 3 παραμέτρους 10 συνδυασμούς, με 2 παραμέτρους 10 συνδυασμούς και με 1 παράμετρο εμφάνιζαν 5 συνδυασμούς.

Αποτελέσματα

Δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις τιμές της CRP, μεταξύ των διαφόρων συνδυασμών των παραμέτρων του δείκτη CHADS. Παρατηρήθηκε μία τάση για υψηλότερες τιμές της CRP όσο υψηλότερος ήταν ο δείκτης CHADS.

Συμπεράσματα

Τα ευρήματά μας δείχνουν την σοβαρότητα του αριθμού και όχι του είδους των προδιαθετικών παραγόντων [καρδιακή ανεπάρκεια, υπέρταση, ηλικία, σακχαρώδης διαβήτης, ιστορικό αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου], που συμμετέχουν στον δείκτη CHADS, με κριτήριο την τιμή της CRP. Μεγάλες μελέτες πρέπει να αποδείξουν τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης θρομβοεμβολικών επιπλοκών σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή και υψηλές τιμές CRP σε συνδυασμό με μεγαλύτερο δείκτη CHADS.

OR.08 | ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Α. ΠΑΝΖΑΡΤΖΙΔΟΥ, Σ. ΠΗΤΤΑΣ, Ι. ΝΤΑΠΣΕΒΙΤΣ, Π. ΓΚΙΚΑ, Α. ΚΟΤΣΑΝΗ, Ι. ΒΟΓΙΑΤΖΗΣ

Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος, Καρδιολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας

Εισαγωγή

Το κάπνισμα είναι σημαντικός παράγοντας κινδύνου για στεφανιαία νόσο. Η πλειοψηφία των ασθενών που πάσχουν από ένα οξύ στεφανιαίο σύνδρομο διακόπτουν το κάπνισμα παροδικά για ένα μικρό χρονικό διάστημα μετά το συμβάν. Δυστυχώς οι περισσότεροι από αυτούς αρχίζουν πάλι το κάπνισμα εντός τριμήνου.

Ο σκοπός της μελέτης ήταν να εκτιμηθεί η συμπεριφορά των ελλήνων καπνιστών μετά το οξύ στεφανιαίο σύνδρομο.

Μέθοδος

Η μελέτη συμπεριέλαβε 420 ασθενείς (320 άνδρες- 100 γυναίκες, ηλικίας $58,2 \pm 14,3$ χρόνων). Όλοι οι ασθενείς ήταν ενεργείς και βαρείς καπνιστές στην εισαγωγή. Το κάπνισμα ήταν ο μόνος παράγοντας κινδύνου σε 128 άνδρες και σε 18 γυναίκες. Τα δεδομένα των ασθενών (ιστορικό,



παράγοντες κινδύνου και συνήθειες καπνίσματος) συγκεντρώθηκαν από τον ιατρικό τους φάκελο. Επιπλέον χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο για την καταγραφή πρόσθετων πληροφοριών όπως η εξάρτηση από την νικοτίνη. Κατά την διάρκεια της νοσηλείας όλοι οι ασθενείς διέκοψαν το κάπνισμα και τους δόθηκε οδηγία να επισκεφτούν το ιατρείο διακοπής καπνίσματος για να τους παρασχεθεί εξειδικευμένη βοήθεια. Όλοι οι συμμετέχοντες ήταν υπό παρακολούθηση για ένα χρόνο μετά το εξιτήριο.

Αποτελέσματα

Από το σύνολο των ασθενών οι 223 (53,1%) διέκοψαν το κάπνισμα μέσα στους πρώτους 3 μήνες μετά το επεισόδιο και οι 258 (61,43%) μέσα στους 12 μήνες. Στο 90% από αυτούς η κατανάλωση της νικοτίνης ήταν λιγότερη μετά το επεισόδιο από ότι πριν. Σε πολυπαραγοντική ανάλυση, ανεξάρτητοι παράγοντες διακοπής καπνίσματος ήταν η συμμετοχή στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος του ιατρείου ($OR=4,53$ $p=0,0007$), οικογενειακό ιστορικό καπνίσματος ($OR=2,54$ $p=0,001$), μικρότερη ηλικία ($OR=2,1$ $p=0,001$), καλύτερο μορφωτικό επίπεδο ($OR=1,89$ $p=0,01$) και το γυναικείο φύλο ($OR=1,7$ $p=0,01$). Ανεξάρτητοι παράγοντες συνέχισης του καπνίσματος ήταν η χρήση αντικαταθλιπτικών ($OR=2,28$ $p=0,01$), ιστορικό αγγειακής νόσου ($OR=2,32$ $p=0,03$), ιστορικό ΧΑΠ ($OR=1,35$ $p=0,001$) και υψηλό επίπεδο εξάρτησης από τη νικοτίνη (>8 στο Fragerstrom Test για την εξάρτηση από τη νικοτίνη) ($OR=1,42$ $p=0,04$).

Συμπεράσματα

Η υποτροπή του καπνίσματος μετά το οξύ στεφανιαίο σύνδρομο είναι ανησυχητικά υψηλό στον ελληνικό πληθυσμό. Καπνιστές μετά από οξύ στεφανιαίο σύνδρομο θα πρέπει να ενθαρρύνονται να επισκέπτονται το ιατρείο διακοπής καπνίσματος και να εντάσσονται σε εξειδικευμένα αντικαπνιστικά προγράμματα, αφού η συμμετοχή σε τέτοια προγράμματα μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο υποτροπής του καπνίσματος.

OR.09 | Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΑΘΗΡΩΜΑΤΩΣΗΣ ΤΩΝ ΚΑΡΩΤΙΔΩΝ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥ ΤΑΚΤΙΚΟΥ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΩΝ ΤΟΥ Γ. Ν. «ΠΑΝΑΓΙΑ»

Α. ΜΥΛΩΝΑ*, Α. ΚΑΡΑΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ*, Α. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ*, ΓΙΑΝΚΟΥΛΩΦ ΧΡΗΣΤΟΣ*, Α. ΔΟΥΓΑΛΗΣ*, Ι. ΚΑΤΣΑΡΙΔΗΣ*

*Γ. Ν. «ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ»-παράρτημα «ΠΑΝΑΓΙΑ», Παθολογική Κλινική.

*Γ. Ν. «ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ»-παράρτημα «ΠΑΝΑΓΙΑ», Ακτινολογικό

Σκοπός

Η εκτίμηση της επίπτωσης αθηρωμάτωσης των καρωτίδων στους ασθενείς με δυσλιπιδαιμία.

Υλικό και Μέθοδοι

76 ασθενείς (35♂,41♀) με δυσλιπιδαιμία χωρίς αγωγή από το τακτικό εξωτερικό ιατρείο δυσλιπιδαιμιών. Πέραν του συμβατικού ελέγχου (TC, TG, HDL-C, LDL-C, Apo-A1, Apo-B, Lp(a)) υποβλήθηκαν σε triplex καρωτίδων. Αξιολογήθηκε το μέγιστο IMT (intima-media thickness) και

η ύπαρξη επασβεστωμένων πλακών. Τα αποτελέσματα αναλύθηκαν με τις δοκιμασίες χ^2 και T-test.

Αποτελέσματα

25 από τους εξετασθέντες (32,8%, ομάδα Α) παρουσίαζαν αυξημένο IMT (≥ 1 mm) και 28 (36,84%) οριακό (0,5 - 0,9 mm, ομάδα Β), ενώ η αναλογία επασβεστωμένων πλακών (7/25 [28%] και 10/28 [35,71%] αντίστοιχα), δεν διέφερε σημαντικά. Στους υπόλοιπους 23 (30,26%, ομάδα Γ) το triplex ήταν φυσιολογικό. Η αναλογία των ασθενών με υπέρταση (ΑΥ), διαβήτη (ΣΔ) ή αμφότερα (ΑΥΣΔ) ήταν στην ομάδα Α 7/25(28%), 2/25(8%) και 4/25(16%) αντίστοιχα, στην Β 7/28(25%), 2/28(7,14%) και 1/28(3,5%) και στην Γ 6/23(26%), 0/23 (0%) και 2/23(8,6%). Οι μέσες τιμές των λιπιδαιμικών παραμέτρων ήταν: TC(A):254, TC(B):251,17, TC(Γ):260,39, TG(A):182,8, TG(B):163,5, TG(Γ):169,43, HDL-C(A):57,08, HDL-C(B):53,07, HDL-C(Γ):55,8, LDL-C(A): 165,64, LDL-C(B):165,5, LDL-C(Γ):166,56, Apo-A1(A):123,55, Apo-A1(B):92,55, Apo-A1(Γ):1,73, Apo-B(A):74,68, Apo-B(B):71,7, Apo-B(Γ):1,12, Lp(a)(A):31,1, Lp(a)(B)37,3, Lp(a)(Γ): 35,56 και δε διαφοροποιούνταν σημαντικά μεταξύ των ομάδων.

Συμπέρασμα

Σημαντική αναλογία (69,64%) των ασθενών με δυσλιπιδαιμία παρουσίαζε αθηρωμάτωση των καρωτίδων. Η αξιολόγηση του βαθμού αθηρωμάτωσης αποτελεί χρήσιμο βοήθημα για την αντιμετώπιση των ασθενών αυτών.

OR.10 | Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΑΘΗΡΩΜΑΤΩΣΗΣ ΚΑΡΩΤΙΔΩΝ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΩΝ ΤΑΚΤΙΚΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΩΝ ΤΟΥ Γ. Ν. «ΠΑΝΑΓΙΑ»

Α. ΜΥΛΩΝΑ*, Μ. ΑΝΔΡΟΝΟΓΛΟΥ*, Α. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ*, ΙΩΣΗΦΙΔΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ†, Α. ΔΟΥΓΑΛΗΣ*, Ι. ΚΑΤΣΑΡΙΔΗΣ*

*Γ. Ν. «ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ»-παράρτημα «ΠΑΝΑΓΙΑ», Παθολογική Κλινική.

†Γ. Ν. «ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ»-παράρτημα «ΠΑΝΑΓΙΑ», Ακτινολογικό

Σκοπός

Να εκτιμηθεί η επίδραση της υπολιπιδαιμικής αγωγής μετά 1 έτος στο βαθμό αθηρωμάτωσης καρωτίδων.

Υλικό και Μέθοδοι

33 ασθενείς (11 ♂, 22 ♀) με δυσλιπιδαιμία και αθηρωματικές αλλοιώσεις στις καρωτίδες, επανελέγχθηκαν μετά 1 χρόνο υπό αγωγή. Αξιολογήθηκε η μεταβολή των λιπιδαιμικών παραμέτρων (TC, TG, HDL-C, LDL-C) και του μέγιστου IMT (intima-media thickness) στο triplex των καρωτίδων. Τα αποτελέσματα αναλύθηκαν με paired T-test.



Αποτελέσματα

19 από τους επανεξετασθέντες δεν παρουσίασαν μεταβολή στο IMT (58%, ομάδα Α), 7 παρουσίασαν αύξηση (21%, ομάδα Β) και 7 μείωση (21%, ομάδα Γ). Η αναλογία ασθενών με υπέρταση (ΑΥ), σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) ή αμφότερα (ΑΥΣΔ) ήταν στην ομάδα Α 9/19 (47%), 3/19 (16%) και 4/19 (21%) αντίστοιχα, στη Β 2/7 (28%), 1/7 (14%), 2/7 (28%) και στη Γ 3/7 (42%), 1/7 (14%) και 1/7 (14%). Σε ότι αφορούσε τις λιπιδαιμικές παραμέτρους η μεταβολή των μέσω τιμών τους ήταν στην ομάδα Α: $\Delta TC_A: -98,6$, $\Delta TG_A: -55$, $\Delta HDL-C_A: -5,59$, $\Delta LDL-C_A: -84,2$, στη Β: $\Delta TC_B: -45,6$, $\Delta TG_B: -61,8$, $\Delta HDL-C_B: -5$, $\Delta LDL-C_B: -43,8$ και στη Γ: $\Delta TC_\Gamma: -166$, $\Delta TG_\Gamma: -117$, $\Delta HDL-C_\Gamma: 8$, $\Delta LDL-C_\Gamma: -134$. Η μείωση της TC και της LDL-C, ήταν σημαντικά μεγαλύτερη στην ομάδα Α σε σχέση με τη Β ($p=0,03$ και $0,01$, αντίστοιχα).

Συμπέρασμα

Η παρακολούθηση του βαθμού αθηρωμάτωσης των καρωτίδων προσφέρει χρήσιμες πληροφορίες αναφορικά με την εξέλιξη της νόσου και την αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής.

OR.11 | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΟΡΘΟΔΟΞΩΝ ΜΟΝΑΧΩΝ ΤΟΥ ΑΓΙΟΥ ΟΡΟΥΣ ΚΑΙ ΜΟΝΑΖΟΥΣΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Α. ΠΕΡΣΥΝΑΚΗ, Σ. ΣΕΦΕΡΗ, Μ. ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΟΠΟΥΛΟΥ, Δ. ΣΩΤΗΡΙΑΔΗΣ, Μ. ΧΑΣΑΠΙΔΟΥ

Τμήμα Διατροφής-Διαιτολογίας, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης

Σκοπός

Σκοπός της έρευνας ήταν η διατροφική αξιολόγηση ορθόδοξων μοναχών και μοναζουσών. Συγκεκριμένα, μελετήθηκε ο ρόλος της νηστείας στη διατροφική τους κατάσταση, τόσο στην κάλυψη μακροθρεπτικών και μικροθρεπτικών συστατικών όσο και στον επιπολασμό της παχυσαρκίας και των συνοδών της παθήσεων.

Υλικό και Μέθοδοι

Συμμετείχαν 97 ενήλικοι μοναχοί που επιλέχθηκαν με τυχαία δειγματοληψία από μια μονή στο Άγιο Όρος και 66 ενήλικες μοναχές από δύο γυναικεία μοναστήρια. Σε όλους τους συμμετέχοντες έγιναν ανθρωπομετρικές μετρήσεις (βάρος, ύψος και % σωματικού λίπους) και λήφθηκε διαιτολογικό ιστορικό τελευταίου 24ώρου και ημερολόγιο συχνότητάς. Συμπληρώθηκε επίσης για κάθε μοναχό/ή ένα σύντομο ιατρικό ιστορικό, ένα διατροφικό ιστορικό και ένα ιστορικό φυσικής δραστηριότητας. Οι μετρήσεις διεξήχθησαν σε περίοδο μη νηστείας. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το SPSS

Αποτελέσματα

Ο μέσος Δείκτης Μάζας Σώματος (BMI) για τους μοναχούς ήταν $23,4 \pm 4,7$ ενώ για τις μοναχές $26,0 \pm 4$. Στους άντρες το 7,2% ήταν ελλιποβαρείς, το 67% φυσιολογικοί, το 18,6% υπέρβαροι και ένα 7,2% παχύσαρκοι. Τα αντίστοιχα ποσοστά στις γυναίκες ήταν 1,5%, 36,4%, 42,4%

και 19,7% αντίστοιχα. Το BMI στις γυναίκες έχει θετική συσχέτιση με την φυσική δραστηριότητα. Το ποσοστό σωματικού λίπους ήταν $14,22 \pm 0,65$ για τους άνδρες και $28,9 \pm 1,23$ για τις γυναίκες. Το σύνολο του δείγματος είχε πολύ χαμηλότερη ενεργειακή πρόσληψη τις νηστίσιμες μέρες (1423 kcal για τους άνδρες και 728,77 kcal για τις γυναίκες) από τις αρτύσιμες. (1871,56 kcal και 1545,69 kcal αντίστοιχα). Οι μοναχοί είχαν υψηλή πρόσληψη υδατανθράκων (60% της ενεργειακής πρόσληψης) ενώ οι μοναχές λίπους (48,8%). Ελλείψεις παρατηρήθηκαν σε βιταμίνη D και ασβέστιο στους άνδρες και βιταμίνη D, ασβέστιο, B12 και σίδηρο στις γυναίκες. Παρατηρήθηκαν επίσης πολύ χαμηλά ποσοστά υπέρτασης και δυσλιπιδαιμίας, ενώ δεν βρέθηκε μοναχός/η με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.

Συμπεράσματα

Παρατηρήθηκαν πολύ χαμηλά ποσοστά υπέρβαρου και παχυσαρκίας και συνοσηρότητας στους άνδρες μοναχούς του Αγίου Όρους. Τα ποσοστά υπέρβαρου και παχυσαρκίας ήταν υψηλότερα στις μονάζουσες γυναίκες και σχετίζονταν με την φυσική δραστηριότητα.

OR.12 | ΠΡΟΦΙΛ ΤΟΥ ΠΑΡΑΠΕΜΠΟΜΕΝΟΥ ΜΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΓΙΑ ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑ ΚΑΡΔΙΑΣ ΣΕ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΠΥΡΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Μ. ΣΙΑΜΠΑΝΟΠΟΥΛΟΥ, Σ. ΕΛ ΜΑΝΤΑΝΙ ΟΡΔΟΥΛΙΔΗΣ, Ι. ΕΥΘΥΜΙΑΔΗΣ

Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής, Βιοϊατρική ΙΑΕ, Θεσσαλονίκη

Σκοπός

Η ανάδειξη του προφίλ του εξεταζόμενου μη στεφανιαίου ασθενή με σπινθηρογράφημα καρδιάς.

Υλικό και Μέθοδοι

Μελετήθηκαν 186 ασθενείς, μέσης ηλικίας 65 ± 11 ετών, που παραπέμφθηκαν στο εργαστήριο της Βιοιατρικής ΙΑΕ στη Θεσσαλονίκη, για διαγνωστικό σκοπό. Οι εξεταζόμενοι διακρίθηκαν ως προς το φύλο, την ηλικία και τους παράγοντες κινδύνου για ΣΝ. Για το stress μυοκαρδίου πραγματοποιήθηκε δοκιμασία κόπωσης (κατά Bruce) σε 105 (56%) ασθενείς (Α:76%, Γ:30%), χορήγηση διπυριδαμόλης σε 66 (35%) (Α:17%, Γ:60%) ή μικτό πρωτόκολλο σε 15 (8%) (Α:7%, Γ:10%).

Αποτελέσματα

Άνδρες 106 (62 ± 10 ετών), γυναίκες 80 (71 ± 9 ετών). Παράγοντες κινδύνου: Υπέρταση 141 (76%) (Α:64%, Γ:91%), Υπερλιπιδαιμία 138 (74%) (Α:67%, Γ:84%), Σακχαρώδης Διαβήτης 48 (26%) (Α:15%, Γ:40%), Κάπνισμα 36 (19%) (Α:25%, Γ:11%) και Θετικό Οικογενειακό Ιστορικό 35 (19%) (Α:11%, Γ:29%). Σπινθηρογραφικός έλεγχος: 61% (Α:52%, Γ:74%) φυσιολογικός και 39% παθολογικός (Α 48%, Γ:26%). Από τα παθολογικά, σαφής κίνδυνος λόγω ισχαιμίας (τουλάχιστον ενός τοιχώματος) αποτυπώνεται στο 11% των ασθενών (Α:16%, Γ:5%).



Συμπέρασμα

- 1) Από τους παραδοσιακούς παράγοντες κινδύνου, η υπέρταση και η υπερλιπιδαιμία ήταν παρούσες στους περισσότερους ασθενείς.
- 2) Αναδεικνύεται η ηλικιακή διαφορά μίας δεκαετίας μεταξύ ανδρών και γυναικών.
- 3) Οι γυναίκες, ενώ εμφανίζουν περισσότερους παράγοντες κινδύνου, έχουν αυξημένο ποσοστό φυσιολογικού σπινθηρογραφήματος.
- 4) Παρατηρείται υπεροχή στις γυναίκες της φαρμακευτικής έναντι της φυσικής κόπωσης.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΡΟ.01 | Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ (BMI) ΣΤΟ ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Μ. ΤΣΑΛΙΔΟΥ¹, Ι. ΜΠΟΣΤΑΝΙΤΗΣ², Δ. ΜΠΑΡΜΠΑΛΙΟΥ¹, Ε. ΛΙΑΚΟΠΟΥΛΟΥ¹, Σ. ΜΑΚΑΝΙΚΑ¹, Ν. ΤΡΙΚΟΙΛΗΣ¹

¹Μικροβιολογικό Εργαστήριο Κ.Υ Πύργου (Χαλάστρας)

²Καρδιολογικό Τμήμα Γ. Ν. Κοζάνης

Σκοπός

Η διερεύνηση των μεταβολών του BMI στο λιπιδαιμικό προφίλ ασθενών στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη.

Υλικό και Μέθοδοι

Το δείγμα μελέτης αποτέλεσαν 324 άτομα ηλικίας 65 ετών (min 16, max 91 έτη) που προσήλθαν για βιοχημικές εξετάσεις στα πλαίσια τακτικού ελέγχου στο ΚΥ Πύργου. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με τη συμπλήρωση ειδικού ερωτηματολογίου. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το SPSS 18.0 και χρησιμοποιήθηκαν τα κριτήρια χ^2 , Student's t test και Pearson r coefficient για τον έλεγχο των μεταβλητών.

Αποτελέσματα

131/324 (40.4 %) ήταν άντρες και 193/324 (59.6%) γυναίκες. Ανευρέθησαν 23.5 % άτομα με φυσιολογικό BMI (<25) και 76.5 % με BMI >25. Η αύξηση του BMI συσχετίστηκε σημαντικά με αύξηση των τριγλυκεριδίων και ελάττωση της HDL στο πλάσμα των ασθενών ($p<0.05$), δηλαδή τα άτομα με υψηλό BMI (υπέρβαροι, παχύσαρκοι) είχαν περισσότερα τριγλυκερίδια και χαμηλότερη HDL από τους φυσιολογικού βάρους ενήλικες. Ο BMI ήταν σημαντικά υψηλότερος σε ασθενείς με ιστορικό δυσλιπιδαιμίας από ότι σε ασθενείς χωρίς ανάλογο ιστορικό (29.54 ± 4.5 vs 27.85 ± 4.9 $p<0.05$).

Συμπεράσματα

Η αύξηση του σωματικού βάρους έχει θετική συσχέτιση με την ανάπτυξη δυσλιπιδαιμίας και σχετίζεται κυρίως με την αύξηση των τριγλυκεριδίων και τη μείωση της HDL χοληστερόλης αντίστοιχα, ευρήματα που συμφωνούν με τη σημαντική επίδραση της παχυσαρκίας στην ανάπτυξη υπερλιπιδαιμιών στη διεθνή βιβλιογραφία.

ΡΟ.02 | ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ (BMI) ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟΙ ΜΕ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ

Μ. ΤΣΑΛΙΔΟΥ¹, Ι. ΜΠΟΣΤΑΝΙΤΗΣ², Σ. ΜΑΚΑΝΙΚΑ¹, Ε. ΛΙΑΚΟΠΟΥΛΟΥ¹, Δ. ΜΠΑΡΜΠΑΛΙΟΥ¹, Ν. ΤΡΙΚΟΙΛΗΣ¹

¹Μικροβιολογικό Εργαστήριο Κ.Υ. Πύργου (Χαλάστρας)

²Καρδιολογικό Τμήμα Γ. Ν. Κοζάνης

Σκοπός

Η διερεύνηση μεταβολών του BMI και διαιτητικών παραγόντων σχετιζόμενων με δυσλιπιδαιμία σε ενήλικες.

Υλικό και Μέθοδοι

Το δείγμα μελέτης αποτέλεσαν 324 άτομα ηλικίας 65 ετών (min 16, max 91 έτη) που προσήλθαν για βιοχημικές εξετάσεις στα πλαίσια τακτικού ελέγχου στο ΚΥ Πύργου. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με τη συμπλήρωση ειδικού ερωτηματολογίου. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το SPSS 18.0. Χρησιμοποιήθηκαν οι δοκιμασίες χ^2 , Student's t test και Mann Whitney test για τον έλεγχο των μεταβλητών.

Αποτελέσματα

76.5% των ατόμων του δείγματος είχαν BMI>25 ενώ μόνο το 23.5 % είχε BMI<25. Το BMI των ατόμων που κατανάλωναν ζυμαρικά και κόκκινο κρέας > 2 φορές εβδομαδιαίως δε διέφερε σημαντικά από το BMI των ατόμων με μικρότερη αντίστοιχη εβδομαδιαία κατανάλωση (28.58 ± 4.95 , 28.13 ± 4.6 vs 28.61 ± 4.7 , 28.9 ± 4.9 , $p > 0.05$). Τα άτομα με ημερήσια πρόσληψη καφέ > 2 φλιτζάνια είχαν παρόμοιο BMI με τα άτομα που έπιναν καφέ με μικρότερη συχνότητα ημερησίως (28.64 ± 4.65 vs 28.57 ± 4.9 , $p > 0.05$). Τα άτομα με αυξημένη κατανάλωση καφέ και κόκκινου κρέατος είχαν μικρότερη HDL και υψηλότερες τιμές ολικής και LDL χοληστερόλης στο πλάσμα από ότι τα άτομα με φυσιολογική πρόσληψη αντίστοιχα ($p > 0.05$). Ομοίως, τα άτομα με αυξημένη πρόσληψη ζυμαρικών είχαν αυξημένα τριγλυκερίδια ($p > 0.05$).

Συμπεράσματα

Το είδος της διατροφής ευθύνεται για την ανάπτυξη δυσλιπιδαιμίας σε κάποιο βαθμό ενώ δε φαίνεται να επηρεάζει το σωματικό βάρος.



ΡΟ.03 | ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ (ΒΜΙ) ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Μ. ΤΣΑΛΙΔΟΥ¹, Ι. ΜΠΟΣΤΑΝΙΤΗΣ², Ε. ΛΙΑΚΟΠΟΥΛΟΥ¹, Δ. ΜΠΑΡΜΠΑΛΙΟΥ¹, Σ. ΜΑΚΑΝΙΚΑ¹, Σ. ΦΙΛΙΠΠΟΒΙΤΣ³, Ν. ΤΡΙΚΟΙΛΗΣ¹

¹Μικροβιολογικό Εργαστήριο Κ.Υ. Πύργου (Χαλάστρας)

²Καρδιολογικό Τμήμα Γ. Ν. Κοζάνης

³Τμήμα Αιμοδοσίας Γ. Ν Κατερίνης

Σκοπός

Η διερεύνηση των μεταβολών του ΒΜΙ και των λοιπών παραγόντων κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο (ηλικία, δυσλιπιδαιμία, υπέρταση, κάπνισμα, σακχαρώδης διαβήτης) σε ασθενείς στην Πρωτοβάθμια Περιθαλψη.

Υλικό και Μέθοδοι

Το δείγμα μελέτης αποτέλεσαν 324 άτομα ηλικίας 65 ετών (min 16, max 91 έτη) που προσήλθαν για βιοχημικές εξετάσεις στα πλαίσια τακτικού ελέγχου στο ΚΥ Πύργου. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με τη συμπλήρωση ειδικού ερωτηματολογίου. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το SPSS 18.0 και χρησιμοποιήθηκαν οι δοκιμασίες χ^2 και Student's t test για τον έλεγχο των μεταβλητών.

Αποτελέσματα

Ο ΒΜΙ βρέθηκε σημαντικά αυξημένος στους ασθενείς >45 ετών συγκριτικά με τους μικρότερους ηλικιακά ασθενείς (28.9 ± 4.9 vs 26.3 ± 6.2 , $p=0.01$), στους υπερλιπιδαιμικούς, τους υπέρτασικούς και τους διαβητικούς ασθενείς σε σχέση με τους ασθενείς με φυσιολογικούς τους παραπάνω παράγοντες κινδύνου (29.54 ± 4.5 , 29.45 ± 4.4 , 30.92 ± 4.8 vs 27.85 ± 4.9 , 27.68 ± 5 , 28.07 ± 4.6 αντίστοιχα, $p<0.05$). Οι καπνιστές και τα άτομα με οικογενειακό ιστορικό υπερλιπιδαιμίας είχαν παρόμοιο ΒΜΙ με τους μη καπνιστές και τα άτομα με ελεύθερο οικογενειακό ιστορικό δυσλιπιδαιμιών αντίστοιχα (28.64 ± 4.8 , 28.49 ± 4.5 vs 28.45 ± 4.9 , 28.85 ± 5.3 , $p>0.05$).

Συμπεράσματα

1) Άτομα με αυξημένο ΒΜΙ έχουν αυξημένες πιθανότητες να πάσχουν από υπερλιπιδαιμία, υπέρταση και σακχαρώδη διαβήτη 2) το κάπνισμα και το οικογενειακό ιστορικό δυσλιπιδαιμιών δε φαίνεται να σχετίζονται με μεταβολές του ΒΜΙ.

**ΡΟ.04 | ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ
ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ. ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΕΝΑ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ**

Μ. ΤΣΑΛΙΔΟΥ¹, Ι. ΜΠΟΣΤΑΝΙΤΗΣ², Ε. ΛΙΑΚΟΠΟΥΛΟΥ¹, Δ. ΜΠΑΡΜΠΑΛΙΟΥ¹, Σ. ΜΑΚΑΝΙΚΑ¹,
Ν. ΤΡΙΚΟΙΛΗΣ¹

¹Μικροβιολογικό Εργαστήριο Κ.Υ. Πύργου (Χαλάστρας)

²Καρδιολογικό Τμήμα Γ. Ν. Κοζάνης

Σκοπός

Η διερεύνηση των παραμέτρων του μεταβολικού συνδρόμου (δυσλιπιδαιμία, παχυσαρκία, υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης) σε ενήλικες στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη.

Υλικό και Μέθοδοι

Το δείγμα μελέτης αποτέλεσαν 324 άτομα ηλικίας 65 ετών (min 16, max 91 έτη) που προσήλθαν για βιοχημικές εξετάσεις στα πλαίσια τακτικού ελέγχου στο ΚΥ Πύργου. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με τη συμπλήρωση ειδικού ερωτηματολογίου. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το SPSS 18.0 και χρησιμοποιήθηκαν οι δοκιμασίες χ^2 και logistic regression για τον έλεγχο των μεταβλητών.

Αποτελέσματα

Ανευρέθησαν 119/324 (36.8 %) άτομα με κεντρική παχυσαρκία (BMI>30). Από αυτά 94/119 (79 %) πληρούσαν 2 ή περισσότερα κριτήρια για τη διάγνωση του μεταβολικού συνδρόμου (κατά IDF, International Diabetes Federation, 2006). Επιπλέον, η πιθανότητα ύπαρξης παχυσαρκίας βρέθηκε 1.7 φορές υψηλότερη σε υπερτασικούς ($p=0.026 < 0.05$), 1.9 φορές υψηλότερη σε σακχαροδιαβητικούς ($p=0.4 > 0.05$) και 1.2 φορές υψηλότερη σε υπερλιπιδαιμικούς ασθενείς ($p=0.39 > 0.05$), αντίστοιχα.

Συμπεράσματα

- 1) Σημαντικό ποσοστό ατόμων που προσέρχονται στο Κ.Υ έχει μεταβολικό σύνδρομο και
- 2) η παχυσαρκία αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης υπερλιπιδαιμίας, σακχαρώδη διαβήτη και υπέρτασης.

**ΡΟ.05 | ΜΕΛΕΤΗ ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟΥ ΠΡΟΦΙΛ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ
ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ**

Σ. ΠΑΤΙΑΚΑΣ¹, Κ. ΒΑΣΙΛΑΚΟΣ², Ε. ΔΟΥΜΠΑΛΗΣ³, Μ. ΝΤΟΥΣΚΑ³, Χ. ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ⁴,
Μ. ΤΖΙΑΜΑΛΗΣ⁵



¹Βιοπαθολόγος, Γενικό Νοσοκομείο Καστοριάς

²Βιοπαθολόγος, Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης

³Βιοπαθολόγος, Γενικό Νοσοκομείο Φιλιππών Θεσπρωτίας

⁴Παθολόγος, Εξωτερικό Ιατρείο Αθηροσκλήρωσης Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης

⁵Νεφρολόγος, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Γενικού Νοσοκομείου Καστοριάς

Σκοπός

Να διερευνηθεί το λιπιδαιμικό προφίλ αιμοκαθαιρόμενων ασθενών, δεδομένου ότι η επίδραση της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας σε αυτό αυξάνει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο.

Υλικό και Μέθοδος

Υλικό της μελέτης μας αποτέλεσαν συνολικά 57 ασθενείς, (33 άνδρες και 24 γυναίκες), μέσης ηλικίας 64,7 ετών με μέσο όρο αιμοκάθαρσης τα 4,8 έτη, ενώ όλες οι μετρήσεις έγιναν σε αυτόματο βιοχημικό αναλυτή κατόπιν 12ώρης νηστείας. Η στατιστική επεξεργασία που ακολούθησε, έγινε με τη βοήθεια του πακέτου SPSS.

Αποτελέσματα

Η μέση τιμή ολικής χοληστερόλης (CHOL) ήταν 173 mg/dl, τιμές μεγαλύτερες από 200mg/dl εμφάνισαν 16 ασθενείς (ποσοστό 22,8%), ενώ αυτές κυμάνθηκαν από 73-304mg/dl. Ανάλογα, οι μέσες τιμές της HDL και της LDL χοληστερόλης ήταν 35,8mg/dl και 113 mg/dl, αντίστοιχα, ενώ ο μέσος όρος του αθηρωματικού δείκτη (Α.Δ.) ήταν 5,1 με 20 από τους 57 ασθενείς (ποσοστό 35%) να εμφανίζουν Α.Δ. πολύ μεγαλύτερο του 5. Τέλος οι τιμές των τριγλυκεριδίων (TGL) κυμάνθηκαν από 51-576mg/dl με μέσο όρο 171,7mg/dl, ενώ παθολογικές τιμές (TGL>150mg/dl) εμφάνισαν περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς μας (31 άτομα, ποσοστό 54,4%).

Συμπεράσματα

Αποδεικνύεται, επομένως, ότι οι τιμές των λιπιδίων σε ορισμένους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς είναι πολύ υψηλές, ενώ γενικά το λιπιδαιμικό τους προφίλ εμφανίζεται σε άσχημη κατάσταση. Το γεγονός αυτό υπογραμμίζει την επιτακτική ανάγκη να μην παραλείπεται ποτέ η εκτίμηση του, ιδιαίτερα μάλιστα στην ευαίσθητη αυτή ομάδα των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών μας, έτσι ώστε να πραγματοποιείται έγκαιρα η τροποποίηση των διατροφικών συνηθειών και η τυχόν έναρξη φαρμακευτικής αγωγής, με τελικό πάντοτε στόχο την αποφυγή καρδιαγγειακών συμβαμάτων.

ΡΟ.06 | ΜΕΛΕΤΗ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΥ ΥΠΕΡΤΡΙΓΛΥΚΕΡΙΔΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΤΥΧΑΙΟ ΔΕΙΓΜΑ ΥΓΙΟΥΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Γ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ, Ε. ΟΥΣΤΑΣ, Δ. ΤΣΟΥΚΑΛΑ, ΑΙΚ. ΟΥΖΟΥΝΗ, Α. ΚΟΤΕΛΗ

Βιοπαθολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος»

Σκοπός

Ο προσδιορισμός των τιμών των τριγλυκεριδίων σε τυχαίο δείγμα πληθυσμού που προσήλθε για έλεγχο στο Εργαστήριό μας στη διάρκεια ενός έτους.

Υλικό και Μέθοδος

Μετρήθηκαν τα επίπεδα τριγλυκεριδίων σε 2593 άτομα, τα οποία προσήλθαν στο Εργαστήριο του Νοσοκομείου μας μετά από 12ωρη νηστεία. Από αυτά 983 ήταν άνδρες και 1610 γυναίκες, ηλικίας 30 – 80 ετών. Οι συγκεντρώσεις των τριγλυκεριδίων στο αίμα μετρήθηκαν με τον αναλυτή ARCHITECT c8000 (Abbot Laboratories). Τα δείγματα με βάση τη συγκέντρωση των τριγλυκεριδίων ταξινομήθηκαν σε τέσσερις κατηγορίες:

- 1 / Φυσιολογικά (<150 mg/dl)
- 2 / Ελαφρά αυξημένα (150 – 200 mg/dl)
- 3 / Αυξημένα (200 – 300 mg/dl)
- 4 / Πολύ αυξημένα (> 300 mg/dl)

Αποτελέσματα

Οι συγκεντρώσεις των τριγλυκεριδίων των δειγμάτων που εξετάστηκαν παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί:

	<150 mg/dl		150 – 200 mg/dl		200 – 300 mg/dl		>300 mg/dl	
φύλο	δείγματα	%		%	δείγματα	%	δείγματα	%
ΑΝΔΡΕΣ	675	68.66	182	18.51	104	10.57	22	2.23
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	1186	73.66	253	15.71	133	8.26	38	2.36

Συμπεράσματα

Στα επίπεδα τριγλυκεριδίων <150 mg/dl και 150-200 mg/dl παρατηρείται σαφής υπεροχή των γυναικών. Οι γυναίκες εμφανίζουν μικρότερα ποσοστά σε σχέση με τους άνδρες όσον αφορά στα επίπεδα 200 – 300 mg/dl, ενώ τα ποσοστά ανδρών και γυναικών με επίπεδα > 300 mg/dl είναι σχεδόν τα ίδια.

ΡΟ.07 | ΜΕΛΕΤΗ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΡΙΓΛΥΚΕΡΙΔΙΩΝ ΣΕ ΟΥΡΑΙΜΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Δ. ΤΣΟΥΚΑΛΑ, Γ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ, Σ. ΗΛΙΑΔΟΥ, ΑΙΚ. ΟΥΖΟΥΝΗ, Α. ΚΟΤΕΛΗ

Βιοπαθολογικό Εργαστήριο, Γ. Ν. Θ. «Άγιος Παύλος»

Σκοπός

Η μελέτη των επιπέδων των τριγλυκεριδίων σε ασθενείς με έκπτωση της νεφρικής τους λειτουργίας.



Υλικό και Μέθοδος

Μελετήθηκαν τα επίπεδα τριγλυκεριδίων (TG) 260 ασθενών (148 ανδρών και 112 γυναικών), ηλικίας 35 ως 82 ετών, που παρουσίασαν τιμές ουρίας >55 mg/dl και κρεατινίνης >1,5 mg/dl. Από αυτούς οι 113 ήταν νοσηλεύόμενοι ενώ οι 147 ήταν εξωτερικοί ασθενείς. Όλες οι μετρήσεις έγιναν με τον βιοχημικό αναλυτή ARCHITECT c8000 (Abbot Laboratories).

Αποτελέσματα

Οι συγκεντρώσεις των τριγλυκεριδίων των ασθενών με αυξημένες τιμές ουρίας και κρεατινίνης παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί:

	<150 mg/dl		150 – 200 mg/dl		>200 mg/dl	
φύλο	δείγματα	%	δείγματα	%	δείγματα	%
άνδρες	103	69,59	20	13,51	25	16,89
γυναίκες	60	53,57	28	25	24	21,42

Συμπεράσματα

Στους ουραιμικούς με τιμές τριγλυκεριδίων <150 mg/dl υπερτερούν οι άντρες σε σχέση με τις γυναίκες. Οι γυναίκες υπερτερούν σημαντικά των ανδρών στις τιμές τριγλυκεριδίων 150 – 200 mg/dl και >200 mg/dl. Τα αυξημένα ποσοστά με τριγλυκεριδαμία >200 mg/dl που παρατηρούνται καθιστά απαραίτητο τον λιπιδαιμικό έλεγχο των ουραιμικών ασθενών δεδομένου ότι ο περιορισμός των πρωτεϊνών, των υδατανθράκων αλλά και των βιταμινών στην συγκεκριμένη ομάδα ασθενών είναι δύσκολος.

ΡΟ.08 | ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΥΠΕΡΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΦΥΛΟ ΣΕ ΤΥΧΑΙΟ ΔΕΙΓΜΑ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Ε. ΟΥΣΤΑΣ, Δ. ΤΣΟΥΚΑΛΑ, ΑΙΚ. ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ, ΑΙΚ. ΟΥΖΟΥΝΗ, Α. ΚΟΤΕΛΗ

Βιοπαθολογικό Εργαστήριο, Γ. Ν. Θ. «Άγιος Παύλος»

Σκοπός

Ο προσδιορισμός των τιμών της χοληστερόλης σε σχέση με το φύλο σε τυχαίο δείγμα γενικού πληθυσμού που προσήλθε για έλεγχο στο Εργαστήριό μας στη διάρκεια ενός έτους.

Υλικό και Μέθοδος

Ελέχθησαν δείγματα αίματος από 2584 άτομα, τα οποία προσήλθαν για έλεγχο στο Εργαστήριο του Νοσοκομείου μας μετά από 12ωρη νηστεία. Από αυτά 979 ήταν άνδρες και 1605 γυναίκες. Οι συγκεντρώσεις των τριγλυκεριδίων στο αίμα μετρήθηκαν με τον αναλυτή ARCHITECT c8000 (Abbot Laboratories). Με βάση τις τιμές χοληστερόλης τα δείγματα ταξινομήθηκαν σε φυσιολογικά (<200mg/dl), μέτρια αυξημένα (200-250mg/dl) και αυξημένα (>250mg/dl).

Αποτελέσματα

Από το σύνολο των ανδρών επίπεδα χοληστερόλης < 200 είχαν 854 (87,23%) ενώ από το σύνολο των γυναικών 1434 (89,34%). Επίπεδα χοληστερόλης 200-250 mg/dl σε άνδρες και γυναίκες ήταν αντίστοιχα 72 και 98 άτομα (7,35% και 6,10 %) ενώ επίπεδα >250 mg/dl ήταν σε 53 (5,41%) στους άνδρες και σε 73 (4,54%) στις γυναίκες.

Συμπεράσματα

Τα ποσοστά ανδρών και γυναικών με επίπεδα χοληστερόλης <200mg/dl δεν παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές και παρατηρείται μια μικρή υπεροχή των γυναικών. Τα ποσοστά επίπεδα χοληστερόλης 200-250 mg/dl και >250 mg/dl εμφάνισαν μια μικρή υπεροχή των αντρών σε σχέση με τα αντίστοιχα των γυναικών.

PO.09 | ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΟΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Π. ΠΑΠΑΣΤΕΡΓΙΟΥ, Ι. ΦΤΕΡΟΠΟΥΛΟΥ, Σ. ΗΛΙΑΔΟΥ, Δ. ΤΣΟΥΚΑΛΑ, Α. ΚΟΤΕΛΗ

Βιοπαθολογικό Εργαστήριο, Γ. Ν. Θ. «ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ»

Σκοπός

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων γλυκόζης ορού σε ασθενείς με ΣΔ που προσήλθαν για έλεγχο το 2009 – 2010.

Υλικό και Μέθοδος

Πραγματοποιήθηκαν 483 μετρήσεις. Η μέτρηση των επιπέδων γλυκόζης πραγματοποιήθηκε μετά από 12ωρη νηστεία στον αναλυτή Architect c8000 (ABBOT Laboratories). Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα epi-info, έκδοση 3.3.2 (Centre for Disease Control and prevention, Atlanta, USA).

Αποτελέσματα

Από τις 483 μετρήσεις οι 216 (44,7%) αφορούσαν άνδρες και οι 267 (55,3%) γυναίκες. Η χαμηλότερη τιμή που μετρήθηκε ήταν 68 mg/dL και η υψηλότερη 603 mg/dL. Η μέση τιμή γλυκόζης ήταν 153,35 mg/dL και η διάμεση τιμή 137 mg/dL (IQR= 112-174). Η μέση τιμή στους άντρες ήταν 155,32 mg/dL (διάμεση τιμή= 138 mg/dL) έναντι 151,76 mg/dL στις γυναίκες (διάμεση τιμή= 135 mg/dL). Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην τιμή της γλυκόζης ορού ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες. Το 77,4% των μετρήσεων ήταν αυξημένες (>109 mg/dL) ενώ το 43,7% είχαν τιμή >145 mg/dL.

Συμπεράσματα

Προβληματισμό προκαλεί το γεγονός ότι στην πλειοψηφία των μετρήσεων η γλυκόζη ήταν



πάνω από το φυσιολογικό όριο, ενώ υπήρχαν αρκετές περιπτώσεις με πολύ αυξημένη τιμή γλυκόζης (>145). Αυτό καταδεικνύει εμμέσως πλην σαφώς αποτυχία της χορηγηθείσας θεραπευτικής αγωγής ή και μη συμμόρφωση των ασθενών με τις οδηγίες.

ΡΟ.10 | Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΟΣ ARMOLIPID ΣΤΟ ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΥΠΕΡΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ

Ι. ΕΥΘΥΜΙΑΔΗΣ, Σ. ΠΑΥΛΙΔΟΥ, Ε. ΠΑΣΧΑΛΙΔΟΥ, Σ. ΒΛΑΧΑΒΑ, Γ. ΣΑΚΑΝΤΑΜΗΣ, Α. ΕΥΘΥΜΙΑΔΗΣ

Ιατρείο Αθηροσκλήρωσης, Β' Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο.

Εισαγωγή

Η πρωτοπαθής υπερχοληστερολαιμία, αποτελεί έναν από τους κυριότερους παράγοντες κινδύνου της αθηροσκλήρωσης και οδηγεί στην εμφάνιση καρδιαγγειακών ισχαιμικών επεισοδίων. Είναι χρόνια μεταβολική νόσος, που χρειάζεται εργαστηριακή διερεύνηση, παρακολούθηση και κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση. Στα υπολιπιδαιμικά φάρμακα έχει προστεθεί και ένας νεότερος υπολιπιδαιμικός παράγοντας (τροφοφάρμακο), που περιέχει πολυκοσανόλη, φυλλικό οξύ, ασταξανθίνη, κόκκινη μαγιά και άλλα αντιοξειδωτικά και παρουσιάζει σαφή υπολιπιδαιμική δράση είτε ως μονοθεραπεία είτε συγχρησιμοποιούμενο με στατίνη.

Σκοπός

1^{ον} να διερευνήσουμε την επίδραση του σκευάσματος στο λιπιδαιμικό προφίλ ασθενών με πρωτοπαθή υπερλιπιδαιμία, χωρίς άλλη νόσο και 2^{ον} να συγκρίνουμε τα αποτελέσματα της χορήγησης σε σχέση με την υπολιπιδαιμική δίαιτα βασισμένη στο Μεσογειακό Πρότυπο διατροφής.

Υλικό και Μέθοδοι

Στην μελέτη συμμετείχαν 36 ασθενείς (18 άνδρες και 18 γυναίκες, ηλικίας 53,4 ± 12,6 έτη) με πρωτοπαθή υπερλιπιδαιμία χωρίς αγωγή. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες των 18 ατόμων με ίδια κατανομή ανδρών γυναικών. Η πρώτη ομάδα έλαβε το συμπλήρωμα διατροφής (ARMOLIPID) σε δοσολογία 1 δισκίο την ημέρα και η δεύτερη έλαβε υπολιπιδαιμική διαιτητική προσέγγιση. Προσδιορίστηκε το λιπιδαιμικό προφίλ (CHOL, TG, HDL, LDL) και τα ηπατικά ένζυμα (SGOT, SGPT) των ασθενών στην έναρξη της μελέτης και μετά από 6 μήνες.

Αποτελέσματα

Μετά από 6 μήνες η ομάδα του τροφοφαρμάκου είχε στατιστικά σημαντική βελτίωση του λιπιδαιμικού προφίλ, με μείωση της ολικής χοληστερόλης κατά 13,7% ($241,02 \pm 35,28$ vs $208,05 \pm 12,32$ mg/dl, $p < 0,001$), της LDL κατά 20% ($171,02 \pm 28,15$ vs $136,08 \pm 18,22$ mg/dl, $p < 0,001$) μείωση των τριγλυκεριδίων μη στατιστικά σημαντική ($105,4 \pm 25,42$ vs $100,02 \pm 15,4$ mg/dl, $p = NS$) και αύξηση της HDL κατά 10% ($55,85 \pm 12,52$ vs $60,02 \pm 10,08$ mg/dl, $p < 0,2$). Η ομάδα της υπολιπιδαιμικής δίαιτας παρουσίασε μείωση της ολικής χοληστερόλης μη στατιστικά ση-

μαντική ($240,15 \pm 37,77$ vs $220,68 \pm 27,75$ mg/dl), μείωση της LDL κατά 15% ($168,90 \pm 36,22$ vs $144,84 \pm 22,96$ mg/dl, $p < 0,02$), μη στατιστικά σημαντική ελάττωση των τριγλυκεριδίων ($102,55 \pm 28,37$ vs $99,16 \pm 28,74$ mg/dl), μη στατιστικά σημαντική αύξηση της HDL ($56,25 \pm 11,92$ vs $59,21 \pm 9,80$ mg/dl). Τα επίπεδα των ηπατικών ενζύμων δεν επηρεάστηκαν σε καμία από τις δύο ομάδες.

Συμπεράσματα

Η χορήγηση του τροφοφαρμάκου φάνηκε να βελτιώνει στατιστικά σημαντικά το λιπιδαιμικό προφίλ των ασθενών σε σχέση με την υπολιπιδαιμική δίαιτα, με καλύτερη συμμόρφωση. Δεν παρατηρήθηκε καμία ανεπιθύμητη ενέργεια και στις δύο ομάδες ασθενών. Επομένως, η χορήγηση του συμπληρώματος κρίνεται ασφαλής και αποτελεσματική στην αντιμετώπιση της ήπιας πρωτοπαθούς υπερλιπιδαιμίας.

ΡΟ.11 | ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΘΩΡΑΚΙΚΟ ΠΟΝΟ

Θ. ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ, Β. ΜΑΥΡΙΔΟΥ

Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας

Είδος Εργασίας: Ανασκόπηση

Εισαγωγή

Ο Θωρακικός πόνος αποτελεί συχνό σύμπτωμα και μπορεί να οφείλεται σε μια κατάσταση τόσο σοβαρή όσο το έμφραγμα του μυοκαρδίου (ΕΜ) αλλά και τόσο καλοήγη όσο η θλάση ενός θωρακικού μυός. Ο θωρακικός πόνος εγείρει έντονη ανησυχία στον ασθενή, γεγονός που δεν έχει να κάνει τόσο με την βαρύτητα του συμπτώματος όσο με το πιθανό υποκείμενο αίτιο. Θα πρέπει να έχουμε υπόψη ότι η ένταση του θωρακικού πόνου συχνά δεν σχετίζεται με την σοβαρότητα της υποκείμενης κατάστασης.

Πολλοί ασθενείς με σοβαρού βαθμού στεφανιαία νόσο αναφέρουν ασαφή δυσφορία και όχι έντονο πόνο, ενώ η φλεγμονώδης πλευροχονδρίτιδα μπορεί να προκαλέσει ισχυρό πόνο.

Σκοπός

Προκειμένου να διαγνωσθεί το αίτιο του θωρακικού πόνου, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη το ίδιο το σύνδρομο του θωρακικού πόνου, τα σχετιζόμενα συμπτώματα και σημεία αλλά και τα γενικά χαρακτηριστικά του ασθενούς.

Μέθοδος Ανασκόπησης - Βιβλιογραφία

- 1) Braunwald – Goldman. Βασική κλινική καρδιολογία.
- 2) Singh, S., Richter, J.E., Hewson, E.G., et al.: The contribution of gastroesophageal reglux to chest pain in patients with coronary artery disease. Ann. Intern. Med. 117: 824 – 830, 1992.
- 3) Puleo, P.R., Meyer, D., Wathen, C., et al: Use of a rapid assay of subforms of creatine kinase MB to diagnose or rule out acute myocardial infarction. N. Engl. J. Med. 331: 561 – 566, 1994



Συμπεράσματα

Ο θωρακικός πόνος αποτελεί ένα από τα συχνότερα συμπτώματα που αντιμετωπίζονται στα εξωτερικά ιατρεία και μια από τις κυρίες αιτίες εισαγωγής στο νοσοκομείο. Για την διερεύνηση και την αντιμετώπιση του συμπτώματος αυτού, θα πρέπει να επιλεχθούν πολλές διαγνωστικές εξετάσεις και πιθανών θεραπευτικοί χειρισμοί.

Οι ασθενείς που παραπονιούνται για θωρακικό πόνο διαιρούνται σε τρεις κατηγορίες:

- 1) Οξύ θωρακικός πόνος πρόσφατης έναρξης, ο οποίος μπορεί να παρατείνεται.
- 2) Θωρακικός πόνος υποτροπιάζοντος, επεισοδιακού χαρακτήρα, όπου το κάθε επεισόδιο συνήθως διαρκεί κάποια λεπτά (όχι ώρες).
- 3) Επίμονος πόνος, παρατεινόμενος για ώρες ή και ημέρες, με ποικίλη ένταση.

ΡΟ.12 | ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΝΤΕΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ ΠΡΟΣΕΛΥΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Θ. ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ

Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας

Είδος Εργασίας: Ερευνητική

Εισαγωγή

Σε ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου με ανάσπαση του διαστήματος ST (STEMI) → μέγιστο όφελος από θρομβόλυση όταν αυτή διενεργείται εντός δύο ωρών από την έναρξη του άλγους.

Διάφοροι παράγοντες που σχετίζονται τόσο με το Σύστημα Υγείας όσο και με τους ίδιους τους ασθενείς έχουν ενοχοποιηθεί κατά καιρούς για την καθυστερημένη επαναιμάτωση ασθενών με STEMI.

Σκοπός

Να προσδιορίσουμε τους παράγοντες εκείνους που οδηγούν σε καθυστερημένη προσέλευση των ασθενών με STEMI, στην περιοχή που εξυπηρετεί το νοσοκομείο μας.

Μέθοδος

Μελετήθηκαν 316 ασθενείς με STEMI (288 άνδρες και 28 γυναίκες, μέσης ηλικίας $61,1 \pm 11,5$ ετών) που νοσηλεύτηκαν στην Καρδιολογική Κλινική του νοσοκομείου μας σε χρονικό διάστημα 4 ετών. Σε κάθε ασθενή προσδιορίστηκε με ακρίβεια το χρονικό διάστημα από την έναρξη του άλγους μέχρι την προσέλευση στο νοσοκομείο.

Αποτελέσματα

Ηλικία 60 ετών. Φύλο 192 ασθενείς. Ελληνική υπηκοότητα 216 ασθενείς, Υψηλό μορφωτικό επίπεδο 36 ασθενείς. Καλή οικονομική κατάσταση 52 ασθενείς. Σακχαρώδης διαβήτης 52 ασθενείς. Ιστορικό στηθάγχης 56 ασθενείς. Λήψη >2 δισκίων υπογλώσσιου νιτρώδους 128 ασθενείς. Μη αναζήτηση συμβουλής από συγγενικό ή φιλικό πρόσωπο 192 ασθενείς. Αναζήτηση βοήθειας από ιατρό 44 ασθενείς. Άγνοια χαρακτηριστικών στηθάγχης 100 ασθενείς. Γνώση τηλεφώνου ΕΚΑΒ 80 ασθενείς. Μεταφορά με ΕΚΑΒ 148 ασθενείς. Απουσία συγκατοίκου 12 ασθενείς.

Συμπεράσματα

Σημαντικό ποσοστό (58%) των ασθενών με καθυστερημένη προσέλευση δεν γνωρίζουν τα χαρακτηριστικά του στηθαγγικού πόνου.

ΡΟ.13 | ΣΥΝΕΧΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ

Θ. ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ, Σ. ΣΠΥΡΙΔΟΥ

Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας

Είδος Εργασίας: Ανασκόπηση

Εισαγωγή

Η στεφανιαία νόσος του μυοκαρδίου αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα με ιατρικές, κοινωνικές και οικονομικές διαστάσεις, καθώς επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής, περιορίζει αισθητά τις επαγγελματικές δραστηριότητες ενός μεγάλου μέρους ασθενών και οδηγεί πολλούς σε αναπηρία ή στο θάνατο.

Σκοπός

Η Τριτογενής πρόληψη που αφορά την καρδιαγγειακή αποκατάσταση μετά από οξύ στεφανιαίο επεισόδιο και εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως: α) Ιατρικοί παράγοντες: Βαρύτητα νόσου, επιπλοκές κ.τ.λ. β) Ψυχολογικοί παράγοντες: άγχος, κατάθλιψη, αίσθημα ανικανότητας. γ) Κοινωνικοί παράγοντες: κοινωνικό, μορφωτικό, οικονομικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, εργασία, είδος ασφάλισης, συμβουλή ιατρού.

Μέθοδος Ανασκόπησης – Βιβλιογραφία

1. American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. Guidelines for cardiac rehabilitation programs. 2nd ed. Champaign (IL): Human Kinetics Books; 1995
2. American College of Physicians, Health and Policy Committee. Cardiac rehabilitation services [position paper]. Ann Intern Med 1988; 109: 671
3. American Heart Association. Statement on exercise: beneficial and recommendations



for physical activity programs for all Americans; a statement for health professionals by the committee on exercise and cardiac rehabilitation of the Council on Clinical Cardiology, American Heart Association [position statement]. Circulation 1992; 86: 340

Συμπεράσματα

Η εμφάνιση κάποιου προβλήματος με την καρδιά, δεν θα πρέπει να αποτρέπει ένα άτομο από την καθημερινή φυσική δραστηριότητα, εξάλλου η ποιότητα στη ζωή κάνει την διαφορά, γιατί άλλωστε αυτό που αξίζει δεν είναι το απλώς «ζην» αλλά το «Ευ ζην».

ΡΟ.14 | Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΛΙΡΑΓΛΟΥΤΙΔΗΣ ΕΝΟΣ GLP-1 ΑΝΑΛΟΓΟΥ ΣΤΗΝ ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΥΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Μ. ΚΑΠΟΥΣΟΥΖΗ¹, Ε. ΠΑΣΧΑΛΙΔΟΥ², Ι. ΕΥΘΥΜΙΑΔΗΣ², Σ. ΠΑΥΛΙΔΟΥ², Β. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ¹, Σ. ΒΛΑΧΑΒΑ¹

Κέντρο Υγείας Θέρμης, Θεσσαλονίκη¹

Ιατρείο Αθηροσκλήρωσης, Β' Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης²

Εισαγωγή

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου αθηροσκλήρωσης. Οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 λόγω συνυπάρχουσας παχυσαρκίας, παρουσιάζουν αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα. Η ρύθμιση του διαβητικού ασθενή είναι ζωτικής σημασίας και τις περισσότερες φορές θα χρειαστεί συνδυασμός φαρμάκων για την επίτευξη των στόχων. Η λιραγλουτίδη είναι ένας GLP-1R αγωνιστής που χορηγείται όταν η θεραπεία με δισκία δεν επιτυγχάνει την ρύθμιση του σακχάρου.

Σκοπός

Να μελετήσουμε την επίδραση ενός νεότερου GLP-1 αναλόγου στην ρύθμιση της ευγλυκαιμίας ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και κεντρική παχυσαρκία και να διερευνήσουμε τυχόν μεταβολές στις παραμέτρους της παχυσαρκίας όπως το βάρος σώματος (ΒΣ), η περιμέτρος μέσης (ΠΜ) και ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) στους ίδιους ασθενείς.

Υλικό και Μέθοδος

Στην μελέτη εντάχθηκαν 20 ασθενείς (10 άνδρες και 10 γυναίκες) ηλικίας 55 ± 12 έτη με αρρυθμιστο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 υπό θεραπεία με μετφορμίνη 2000mg και σουλφονυλουρία 8mg ($HbA_{1c} = 8,2 \pm 0,8$ mg/dl, γλυκόζη νηστείας = $132,4 \pm 6,2$ mg/dl) και κεντρική παχυσαρκία ($ΠΜ = 132,2 \pm 11,06$ cm, $ΔΜΣ = 35,8 \pm 1,6$ Kg/m², $ΒΣ = 124,8 \pm 6,2$ kg). Οι ασθενείς έλαβαν συμπληρωματικά στην αγωγή με τα δισκία λιραγλουτίδη 0,6 mg/ml για 1 εβδομάδα στην συνέχεια 1,2mg/ml για 1 εβδομάδα και τελικά 1,8mg/ml για 6 μήνες. Η υπόλοιπη αγωγή με τα δισκία δεν τροποποιήθηκε.

Αποτελέσματα

Υπήρξε στατιστικά σημαντική μεταβολή των παραμέτρων που μελετήθηκαν με την δοσολογία της λιραγλουτίδης στα 1,8 mg/ml ημερησίως για το χρονικό διάστημα των 6 μηνών.

1 / Η γλυκόζη νηστείας μειώθηκε σε $122,4 \pm 1,2$ mg/dl ($p < 0,01$) και η HbA_{1c} σε 7.4 ± 0.2 mg/dl ($p < 0,01$).

2 / Το Βάρος Σώματος μειώθηκε κατά 5% (118.6 ± 4.2 kg) με $p < 0,01$ η περίμετρος μέσης σε $122,6 \pm 6,2$ cm ($p < 0,02$) και ο ΔΜΣ σε $33,7 \pm 1,8$ Kg/m², ($p < 0,01$)

3 / Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική μεταβολή των ηπατικών ενζύμων.

4 / Δεν επηρεάστηκε η νεφρική λειτουργία.

Συμπεράσματα

Η προσθήκη της λιραγλουτίδης στην ήδη υπάρχουσα αντιδιαβητική αγωγή αποδείχθηκε αποτελεσματική όσον αφορά την επίτευξη του γλυκαιμικού ελέγχου όπως εκφράστηκε με μειώσεις στη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη και στη γλυκόζη νηστείας. Φάνηκε επίσης να επηρεάζει θετικά την απώλεια βάρους των ασθενών αυτών κάτι που βελτιώνει επιπλέον το γλυκαιμικό προφίλ. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που αναφέρθηκαν από τους ασθενείς αφορούσαν αίσθημα ναυτίας και ήπιες γαστρεντερικές διαταραχές μόνο κατά τον πρώτο μήνα της θεραπείας.



ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ο Πρόεδρος και η Οργανωτική Επιτροπή του 8ου Πανελλήνιου Συνεδρίου Αθηροσκλήρωσης, ευχαριστούν θερμά τις παρακάτω εταιρίες για την ευγενική υποστήριξη και τη συμβολή τους στη διοργάνωση του συνεδρίου.

BIANEE A.E. / MSD HELLAS

ELPEN

ROTTAPHARM HELLAS

NOVO NORDISK

ΕΛΛΑΪΣ – UNILEVER HELLAS

ASTRA ZENECA

GAP

EURODIET

RECORDATI

MENARINI HELLAS

DORMED

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

Τετάρτη 14 Μαρτίου 2012 Τελετή Έναρξης, Μέγαρο Μουσικής Μ2, Αίθουσα «Αιμίλιος Ριάδης»
Πέμπτη 15 - Παρασκευή 16 - Σάββατο 17 Μαρτίου 2012, Hyatt Regency

ΟΡΓΑΝΩΣΗ – ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ – ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

INVENTICS AE

Τεχνόπολη, Κτίριο THERMI II
9ο χλμ. Θεσσαλονίκης - Θέρμης
Τ.Θ. 60714, 57001 Θέρμη
Τηλ: 2310 473333
Fax: 2310 801454
email: info@medevents.gr

ΤΟΠΟΣ – ΧΩΡΟΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Ξενοδοχείο Hyatt Regency, Θεσσαλονίκη

ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Ειδικοί ιατροί και άλλοι επιστήμονες:	150 €
Ειδικευόμενοι ιατροί:	50 €
Νοσηλεύτες/τριες, Φοιτητές/τριες:	Δωρεάν

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

Προεγγραφές θα πραγματοποιούνται μέχρι τις 12/3/2012. Μετά την ημερομηνία αυτή, οι εγγραφές θα γίνονται στη γραμματεία κατά τη διάρκεια του συνεδρίου.

ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

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

Τράπεζα Πειραιώς: 5233049487692

Τα έξοδα συμμετοχής δεν επιστρέφονται.

ΓΛΩΣΣΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Η επίσημη γλώσσα του συνεδρίου είναι η ελληνική.



ΕΚΘΕΣΗ

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

ΔΙΠΛΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Το δίπλωμα συμμετοχής θα παραλαμβάνεται από τη γραμματεία την τελευταία ημέρα του συνεδρίου, κατόπιν επίδειξης της κονκάρδας. Το δίπλωμα μοριοδοτείται με **18 CME/CPD credits** συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο.

ΔΙΑΜΟΝΗ – ΑΕΡΟΠΟΡΙΚΑ ΕΙΣΙΤΗΡΙΑ

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

ΚΛΙΜΑ

Μπορείτε να βρείτε περισσότερες πληροφορίες για τον καιρό στο www.meteo.gr

ΟΠΤΙΚΟΑΚΟΥΣΤΙΚΑ ΜΕΣΑ

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

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ Θ. **PO.11, PO.12, PO.13**

ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΟΥ Φ. **OR.02**

ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ Α. **PO.08**

ΑΝΔΡΟΝΟΓΛΟΥ Μ. **OR.10**

ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ Α. **OR.04, OR.05**

ΑΡΓΥΡΙΟΥ Α. **OR.01, OR.02**

ΒΑΣΙΛΑΚΟΣ Κ. **PO.05**

ΒΛΑΧΑΒΑ Σ. **PO.10, PO.14**

ΒΟΓΙΑΤΖΗΣ Ι. **OR.08**

ΓΙΑΝΚΟΥΛΩΦ Χ. **OR.09**

ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Ε. **OR.06**

ΓΙΑΝΝΟΓΛΟΥ Β. **OR.05**

ΓΙΑΝΝΟΓΛΟΥ Γ. **OR.04, OR.05**

ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ Α. **OR.01**

ΓΚΙΚΑ Π. **OR.08**

ΓΚΟΛΙΔΑΚΗΣ Δ. **OR.07**

ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΟΠΟΥΛΟΥ Μ. **OR.11**

ΔΟΥΓΑΛΗΣ Α. **OR.09, OR.10**

ΔΟΥΜΠΑΛΗ Ε. **PO.05**

ΕΛ ΜΑΝΤΑΝΙ ΟΡΔΟΥΛΙΔΗΣ Σ. **OR.12**

ΕΥΘΥΜΙΑΔΗΣ Α. **PO.10**

ΕΥΘΥΜΙΑΔΗΣ Ι. **OR.12, PO.10, PO.14**

ΖΙΑΚΑΣ Α. **OR.03**

ΖΟΡΜΠΑ Α. **OR.01, OR.02**

ΗΛΙΑΔΟΥ Σ. **PO.07, PO.09**

ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ Α. **OR.07**

ΙΩΑΝΝΟΥ Α. **OR.01, OR.02**

ΙΩΣΗΦΙΔΗΣ Δ. **OR.10**

ΚΑΠΟΥΣΟΥΖΗ Μ. **PO.14**

ΚΑΡΑΓΚΙΟΖΑΚΗΣ ΕΛ. **OR.07**

ΚΑΡΑΜΠΟΛΑ Μ. **OR.01, OR.02**

ΚΑΡΑΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ Α. **OR.09**

ΚΑΤΡΑΝΑΣ Σ. **OR.04, OR.05**

ΚΑΤΣΑΡΙΔΗΣ Ι. **OR.09, OR.10**

ΚΕΛΕΚΗΣ Α. **OR.04**

ΚΟΛΟΒΟΥ Β. **OR.06**

ΚΟΛΟΒΟΥ Γ. **OR.06**

ΚΟΣΚΙΝΑΣ Κ. **OR.05**

ΚΟΤΕΛΗ Α. **PO.06, PO.07, PO.08, PO.09**



ΚΟΤΣΑΝΗ Α. **OR.08**
ΚΥΡΠΙΖΙΔΗΣ Χ. **OR.07**
ΛΑΖΑΡΙΔΗΣ Α. **OR.03**
ΛΙΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Ε. **PO.01, PO.02, PO.03, PO.04**
ΜΑΚΑΝΙΚΑ Σ. **PO.01, PO.02, PO.03, PO.04**
ΜΑΚΕΔΟΥ Α. **OR.01, OR.02**
ΜΑΚΕΔΟΥ Κ. **OR.01, OR.02**
ΜΑΚΡΗΣ Γ. **OR.07**
ΜΑΝΩΛΟΠΟΥΛΟΣ Ε. Γ. **OR.06**
ΜΑΥΡΙΔΟΥ Β. **PO.11**
ΜΠΑΡΜΠΑΛΙΟΥ Δ. **PO.01, PO.02, PO.03, PO.04**
ΜΠΟΣΤΑΝΙΤΗΣ Ι. **PO.01, PO.02, PO.03, PO.04**
ΜΥΛΩΝΑ Α. **OR.09, OR.10**
ΝΤΑΠΣΕΒΙΤΣ Ι. **OR.08**
ΝΤΟΥΣΚΑ Μ. **PO.05**
ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Ι. **OR.02**
ΟΥΖΟΥΝΗ Α. **PO.06, PO.07, PO.08**
ΟΥΣΤΑΣ Ε. **PO.06, PO.08**
ΠΑΝΖΑΡΤΖΙΔΟΥ Α. **OR.08**
ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ Α. **OR.09, OR.10**
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Γ. **PO.06, PO.07**
ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ Β. **PO.14**
ΠΑΠΑΣΤΕΡΓΙΟΥ Π. **PO.09**
ΠΑΣΧΑΛΙΔΟΥ Ε. **PO.10, PO.14**
ΠΑΤΙΑΚΑΣ Σ. **PO.05**
ΠΑΥΛΙΔΟΥ Σ. **PO.10, PO.14**
ΠΕΡΣΥΝΑΚΗ Α. **OR.11**
ΠΕΧΛΕΒΑΝΗΣ Α. **OR.07**
ΠΗΤΤΑΣ Σ. **OR.08**
ΠΛΙΑΚΟΣ Χ. **OR.03**
ΡΑΓΙΑ Γ. **OR.06**
ΡΟΥΣΣΟ Ι. **OR.01**
ΣΑΚΑΝΤΑΜΗΣ Γ. **PO.10**
ΣΕΦΕΡΗ Σ. **OR.11**
ΣΙΑΜΠΑΝΟΠΟΥΛΟΥ Μ. **OR.12**
ΣΠΥΡΙΔΟΥ Σ. **PO.13**
ΣΠΥΡΟΜΗΤΡΟΣ Γ. **OR.03**
ΣΤΑΥΡΑΤΗ Α. **OR.07**
ΣΩΤΗΡΙΑΔΗΣ Δ. **OR.11**
ΤΑΥΡΙΔΟΥ Α. **OR.06**
ΤΖΙΑΜΑΛΗΣ Μ. **PO.05**

ΤΡΙΚΟΙΛΗΣ Ν. **ΡΟ.01, ΡΟ.02, ΡΟ.03, ΡΟ.04**

ΤΣΑΛΙΔΟΥ Μ. **ΡΟ.01, ΡΟ.02, ΡΟ.03, ΡΟ.04**

ΤΣΟΥΚΑΛΑ Δ. **ΡΟ.06, ΡΟ.07, ΡΟ.08, ΡΟ.09**

ΦΙΛΙΠΠΟΒΙΤΣ Σ. **ΡΟ.03**

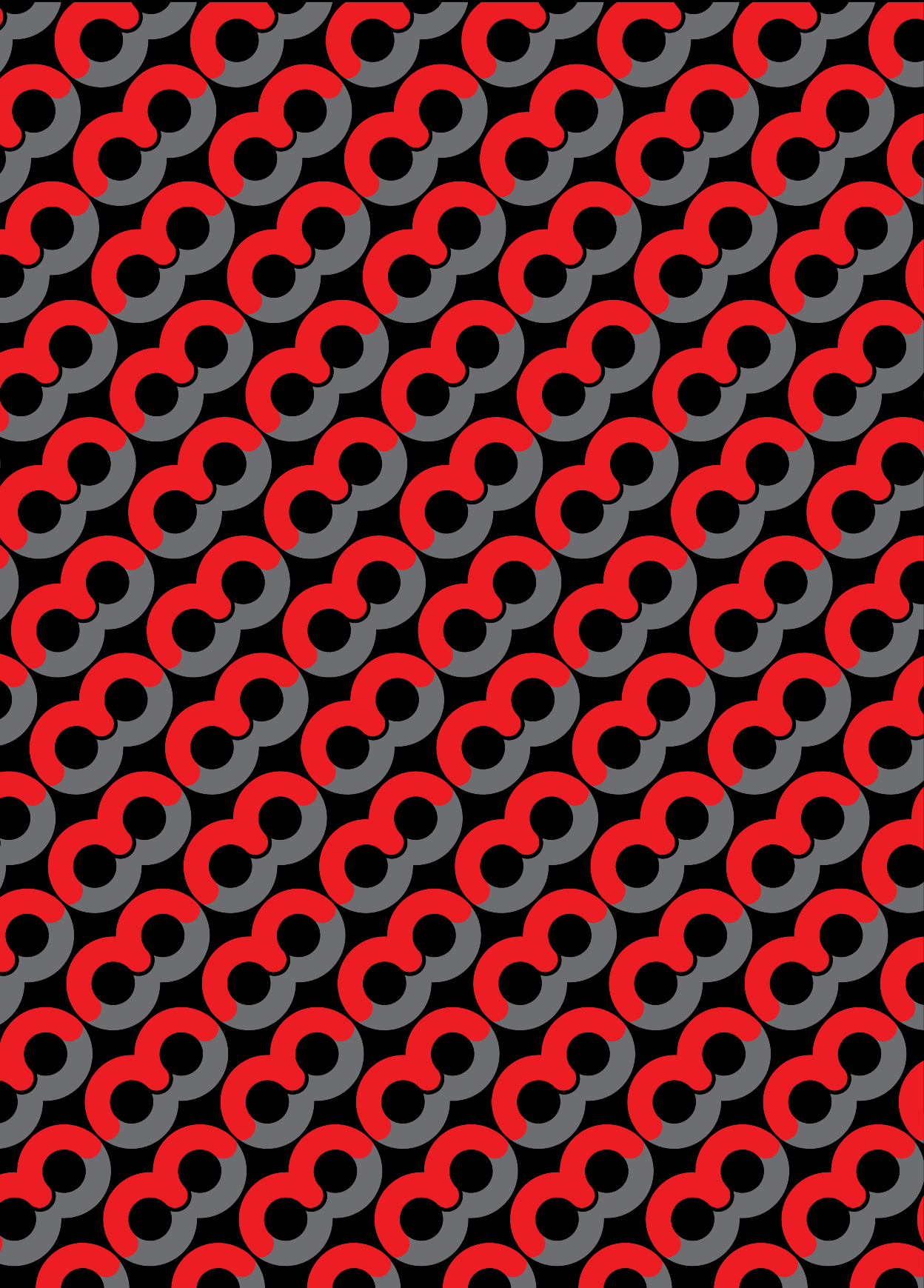
ΦΤΕΡΟΠΟΥΛΟΥ Ι. **ΡΟ.09**

ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ Χ. **ΡΟ.05**

ΧΑΣΑΠΙΔΟΥ Μ. **ΟΡ.11**

ΧΑΤΖΗΖΗΣΗΣ Ι. **ΟΡ.05**

70





40mg

LEPU[®]
simvastatin

30 δισκία



ELPEN Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ
Λεωφ. Μαραθώνος 95, 190 09 Πικέρμι Αττικής, Τηλ.: 210 6039326-9, Fax: 210 6039300
ΓΡΑΦΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ
Σεβαστείας 11, 115 28 Αθήνα, Τηλ.: 210 7488711, Fax: 210 7488731
Εθν. Αντιστάσεως 114, 551 34 Θεσσαλονίκη, Τηλ.: 2310 459920-1, Fax: 2310 459269