

ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ



14ο ΒΟΡΕΙΟΕΛΛΑΔΙΚΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

28 – 30
ΜΑΪΟΥ 2015

HYATT REGENCY HOTEL
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ
ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 29 ΜΑΪΟΥ 2015

ΤΕΛΙΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ



ΕΠΩΝΥΜΟ
ΕΛΛΗΝΙΚΟ
ΦΑΡΜΑΚΟ

inosamin[®]
ΕΠΛΕΡΕΝΟΝΗ

ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ:
Inosamin[®] 25mg, επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο
δισκία. Inosamin[®] 50mg, επικαλυμμένα με λεπτό
υμένιο δισκία. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:
Κάθε δισκίο περιέχει 25 mg επίπλεροννης. Κάθε
δισκίο περιέχει 50 mg επίπλεροννης. Έκδοχα:
Κάθε δισκίο των 25 mg περιέχει 35,7 mg μονου-
δρικής λακτόζης. Κάθε δισκίο των 50 mg περιέχει
71,4 mg μονουδρικής λακτόζης.

Για συνταγογραφικές πληροφορίες συμβουλευτείτε
την ΠΧΠ ή απευθυνθείτε στην εταιρεία ELPEN.



Με την εγγύησή της



ELPEN Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ
Λεωφ. Μαραθώνος 95, 190 09 Πικέρμι Αττικής, Τηλ.: 210 6039326-9, Fax: 210 6039300

ΓΡΑΦΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ
Σεβαστίας 11, 115 28 Αθήνα, Τηλ.: 210 7488711, Fax: 210 7488731
Εθν. Αντιστάσεως 114, 551 34 Θεσσαλονίκη, Τηλ.: 2310 459920-1, Fax: 2310 459269

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ / 4

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΕΣ ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ & ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ / 5

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ / 6

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΤΕΛΕΤΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ / 7

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ / 8

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ – ΟΜΙΛΗΤΕΣ – ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ / 19

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ / 25

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ / 26

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ / 29

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΗΜΕΡΙΔΑΣ / 62

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ –
ΟΜΙΛΗΤΕΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΗΜΕΡΙΔΑΣ / 67

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ

Αγαπητοί/ές συνάδελφοι,

Εκπροσωπώντας την Οργανωτική Επιτροπή του Συνεδρίου και το Διοικητικό Συμβούλιο της Καρδιολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος, σας προσκαλούμε να συμμετάσχετε στο **14ο Βορειοελλαδικό Καρδιολογικό Συνέδριο** της Καρδιολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος, που πραγματοποιείται στις 28-30 Μαΐου 2015 στο ξενοδοχείο Hyatt Regency στη Θεσσαλονίκη.

Όπως όλοι γνωρίζετε το Συνέδριο αποτελεί τη σημαντικότερη εκδήλωση της Καρδιολογίας στη Βόρεια Ελλάδα. Πρωταρχικός στόχος και του φετινού Συνεδρίου, όπως και των προηγούμενων, είναι η εκπαίδευση και επιμόρφωση όλων των καρδιολόγων, ειδικών και ειδικευομένων, στη σύγχρονη αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών νόσων. Για το λόγο αυτό η θεματολογία των στρογγυλών τραπεζιών αφορά τόσο πρακτικά κλινικά θέματα, που σκοπό έχουν να βοηθήσουν τον κλινικό καρδιολόγο στην καθημερινή αντιμετώπιση των ασθενών, όσο και τις τελευταίες εξελίξεις σε πιο ειδικά θέματα. Επίσης, θα υπάρχουν διαλέξεις σε διάφορα θέματα στις οποίες θα συνοψίζονται οι πρόοδοι που έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια.

Στα πλαίσια του συνεδρίου θα πραγματοποιηθεί και νοσηλευτική ημερίδα, η οποία, όπως και οι προηγούμενες, πιστεύουμε πως θα στεφθεί από επιτυχία, διότι συγκεντρώνει πλήθος από τους συνεργάτες μας νοσηλευτές, με ομιλίες και συζητήσεις σε θέματα που τους αφορούν.

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

Στη διοργάνωση του Συνεδρίου μέγιστη ήταν η συμβολή του συνόλου των μελών του Διοικητικού Συμβουλίου, τους οποίους και δημόσια ευχαριστούμε.

Τέλος, θα ήταν παράλειψη να μην ευχαριστήσουμε τη βιομηχανία για την οικονομική στήριξη που προσφέρουν για την υλοποίηση του Συνεδρίου καθώς και την εταιρεία Inventions για την πάντοτε άψογη διοργάνωση του Συνεδρίου.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς

Παράσχος Γκελερής

Ομότιμος Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ
Πρόεδρος Οργανωτικής Επιτροπής
τ. Πρόεδρος ΚΕΒΕ

Ιωάννης Κανονίδης

Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ
Πρόεδρος ΚΕΒΕ

ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος: **Π. Γκελερής**

Αντιπρόεδρος: **Γ. Μπομπότης**

Γεν. Γραμματέας: **Ι. Κανονίδης**

Μέλη:

Β. Βασιλικός

Π. Δάρδας

Ι. Ζαρίφης

Χ. Καρβούνης

Δ. Κετίκογλου

Α. – Δ. Μαυρογιάννη

Χ. Μπουντούλας

Ι. Τσούνος

Ν. Φραγκάκης

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΗΜΕΡΙΔΑΣ

Ε. Παντελίδου

Φ. Ιωαννίδου

Ε. Χαρέλα

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΚΕΒΕ

Πρόεδρος: **Ι. Κανονίδης**

Αντιπρόεδρος: **Γ. Μπομπότης**

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

Ειδ. Γραμματέας: **Ν. Φραγκάκης**

Ταμίας: **Χ. Γραϊδής**

Μέλη: **Α. Ζιάκας, Δ. Κετίκογλου**

ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος: Π. Γκελερής

Μέλη:

Κ. Αναστασιάδης

Β. Βασιλικός

Ι. Βογιατζής

Α. Δελγιάννης

Γ. Δρόσος

Γ. Ευθυμιάδης

Ι. Ζαρίφης

Α. Ζιάκας

Γ. Καζινάκης

Ι. Κανονίδης

Α. Καραγιάννης

Χ. Καρβούνης

Δ. Κετίκογλου

Γ. Κόππας

Δ. Κρεμαστινός

Σ. Κωνσταντινίδης

Σ. Λαμπρόπουλος

Χ. Λιόλιος

Α. - Δ. Μαυρογιάννη

Λ. Μιχάλης

Γ. Μπομπότης

Χ. Μπουντούλας

Γ. Μπουντώνας

Ι. Παπαγιάννης

Σ. Παπαστεφάνου

Σ. Παρασκευαΐδης

Γ. Παρχαρίδης

Χ. Πλιάκος

Χ. Ραΐδης

Σ. Σαββάτης

Γ. Σαββόπουλος

Β. Σκέμπερης

Χ. Στεφανάδης

Ι. Γ. Στυλιάδης

Ι. Χ. Στυλιάδης

Δ. Συμεωνίδης

Δ. Τζιακάς

Δ. Τσικαδέρης

Ι. Τσουνος

Ν. Φραγκάκης

Σ. Χατζημιλιτιάδης

ΘΕΜΑΤΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

// Προληπτική καρδιολογία

// Αρρυθμίες

// Βαλβιδοπάθειες

// Οξεία στεφανιαία σύνδρομα

// Εξελίξεις στην καρδιαγγειακή απεικόνιση

// Καρδιακή ανεπάρκεια

// Επεμβατική καρδιολογία

// Πρακτικά κλινικά θέματα

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΤΕΛΕΤΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ

14ο Βορειοελλαδικό Καρδιολογικό Συνέδριο

Πέμπτη 28 Μαΐου 2015

Ώρα: 19:30

Hyatt Regency Hotel, Θεσσαλονίκη

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΤΕΛΕΤΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ

Η Οργανωτική Επιτροπή του **14ου Βορειοελλαδικού Καρδιολογικού Συνεδρίου**, σας προσκαλεί στην Τελετή Έναρξης την **Πέμπτη 28 Μαΐου 2015** και **ώρα 19:30**, στο ξενοδοχείο Hyatt Regency.

Η παρουσία σας θα μας τιμήσει ιδιαίτερα

Ο πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής και ο πρόεδρος της ΚΕΒΕ

Παράσχος Γκελερής

Ομότιμος Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ

Ιωάννης Κανονίδης

Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΕΛΕΤΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ

Προσφωνήσεις

Βράβευση Εργασιών

Εναρκτήρια Διάλεξη

«Παντού στη Θεσσαλονίκη σε βρίσκει η Ιστορία»

Γ. Αναστασιάδης

Ομότιμος Καθηγητής Νομικής ΑΠΘ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΕΜΠΤΗ 28 ΜΑΪΟΥ 2015

09:00 - 11:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Ειδικά θέματα στην προληπτική καρδιολογία

Πρόεδροι: **Β. Άθυρος, Α. Καραγιάννης**

Η ασπιρίνη στην πρωτογενή πρόληψη

Χ. Κυρπιζίδης

Σχολιάστρια: **Π. Κυριάκου**

Διακοπή καπνίσματος. Είναι εφικτή και πώς;

Α. Σταυράτη

Σχολιάστρια: **Ε. Σερασλή**

Η ευεργετική επίδραση της άσκησης στην καρδιά

Ν. Κουτλιάνος

Σχολιαστής: **Χ. Ραϊδής**

Στατίνες στην πρωτογενή πρόληψη

Κ. Τζιόμαλος

Σχολιαστής: **Β. Άθυρος**

Αντιυπερτασική θεραπεία. Πότε, με ποιο στόχο;

Μ. Δούμας

Σχολιαστής: **Χ. Σαββόπουλος**

11:00 - 11:30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

11:30 - 13:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Απεικονιστικές μέθοδοι στην καρδιολογία

Πρόεδροι: **Χ. Καρβούνης, Χ. Πλιάκος**

Έλεγχος ισχαιμίας – βιωσιμότητας με τη δυναμική ηχωκαρδιογραφία

Θ. Ζαγκλαβάρια

Σχολιαστής: **Β. Σαχπεκίδης**

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΕΜΠΤΗ 28 ΜΑΪΟΥ 2015

Απεικόνιση για την αιτιολογική διάγνωση της κοιλιακής μαρμαρυγής

Κ. Λέτσας

Σχολιαστής: **Ν. Φραγκάκης**

Η θέση της μαγνητικής τομογραφίας στην καρδιακή ανεπάρκεια

Θ. Καραμήτσος

Σχολιαστής: **Π. Ψυχίδης**

Έκθεση σε ιατρικές ακτινοβολίες και καρκινογένεση

Α. Δούμας

Σχολιαστής: **Κ. Χατζηιωάννου**

13:00 - 13:30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Πρόεδρος: **Π. Γκελερής**

Πρόβλεψη στεφανιαίων συμβαμάτων. Που βρισκόμαστε σήμερα;

Λ. Μιχάλης

13:30 - 14:00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Πρόεδρος: **Ι. Τσούνος**

Καρδιακός επανασυγχρονισμός: Που βρισκόμαστε το 2015

Β. Βασιλικός

14:00 - 15:30 **ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ**

15:30 - 17:00 **ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

Πρόεδροι: **Β. Στραβέλας, Π. Κυριάκου**

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΕΜΠΤΗ 28 ΜΑΪΟΥ 2015

17:00 - 19:00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Ειδικά – Πρακτικά καρδιολογικά θέματα

Πρόεδροι: **Χ. Μπουντούλας, Γ. Παρχαρίδης**

Βασικές αρχές προεγχειρητικού ελέγχου σε μη καρδιακές χειρουργικές επεμβάσεις

Σ. Παπαστεφάνου

Σχολιαστής: **Σ. Σαββάτης**

Ρύθμιση αντιθρομβωτικής αγωγής στο χειρουργικό ασθενή

Δ. Ζιούτας

Σχολιαστής: **Ν. Γκουζούμας**

Θεραπεία της πνευμονικής εμβολής

Σ. Τζήκας

Σχολιάστρια: **Ε. Καραπατσούδη**

Υποτροπιάζουσα περικαρδίτις. Τι νεότερο;

Γ. Λάζαρος

Σχολιαστής: **Δ. Κετίκογλου**

Πρόληψη λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας

Δ. Κωνσταντίνου

Σχολιαστής: **Χ. Πλιάκος**

19:00 - 19:30 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

19:30 - 20:00 **ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ**

20:00 - 20:30 **ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΑ ΔΙΑΛΕΞΗ**

Παντού στη Θεσσαλονίκη σε Βρίσκει η Ιστορία

Γ. Αναστασιάδης

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 29 ΜΑΪΟΥ 2015

09:00 - 11:00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Νεότερες εξελίξεις στην ηχωκαρδιογραφία

Πρόεδροι: **Δ. Κετίκογλου, Π. Νιχογιαννόπουλος**

Διάγνωση – Εκτίμηση της πνευμονικής υπέρτασης

Γ. Γιαννακούλας

Σχολιάστρια: **Ε. Δαλαμάγκα**

Καρδιακοί όγκοι. Ο ρόλος του ηχωκαρδιογραφήματος

Δ. Κετίκογλου

Σχολιάστρια: **Θ. Ζαγκλαβάρα**

Χρήση της ηχωκαρδιολογίας στους ογκολογικούς ασθενείς

Χ. Λαφάρας

Σχολιαστής: **Θ. Μπισκινιώτης**

Περικαρδιακές παθήσεις

Π. Γιαννακοπούλου

Σχολιάστρια: **Φ. Λαζαρίδου**

Τρισδιάστατη ηχωκαρδιογραφία στην κλινική πράξη

Β. Νινιός

Σχολιαστής: **Β. Σαχπεκίδης**

11:00 - 11:30 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 29 ΜΑΪΟΥ 2015

11:30 - 13:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Παθήσεις που σχετίζονται με τη συνεργασία καρδιολόγου - καρδιοχειρουργού

Πρόεδροι: **Γ. Δρόσος, Ι. Ζαρίφης**

Επεμβατική αντιμετώπιση υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας

Καρδιολόγος: **Γ. Ευθυμιάδης**

Καρδιοχειρουργός: **Α. Πίτσας**

Σύμπλοκες αγγειοπλαστικές – Νόσος στελέχους

Ε. Ιωαννίδης

Σχολιαστής: **Α. Μπάκας**

Αντιμετώπιση επιπλοκών αγγειοπλαστικής

Χ. Γραϊδης

Σχολιαστής: **Δ. Πεντούσης**

Διαχωριστικό ανεύρυσμα θωρακικής αορτής

Διάγνωση: **Κ. Νάκα**

Αντιμετώπιση: **Α. Μαδέσης**

13:00 - 13:30 ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδρος: **Ι. Κανονίδης**

Οξεία στεφανιαία σύνδρομα και συνοσπρόπτες

Σ. Φούσας

13:30 - 14:00 ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδρος: **Χ. Μπουντούλας**

Σύγχρονη αντιμετώπιση της πνευμονικής εμβολής υπό το πρίσμα των νέων ευρωπαϊκών κατευθυντήριων οδηγιών

Σ. Κωνσταντινίδης

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 29 ΜΑΪΟΥ 2015

14:00 - 14:30 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

της φαρμακευτικής εταιρείας **ASTRA ZENECA**

Πρόεδρος: **Γ. Μπομπότης**

Βέλτιστη διαχείριση ασθενών με ΟΣΣ χωρίς ανάσπαση του ST από την πρώτη ιατρική επαφή

A. - Δ. Μαυρογιάννη

14:30 - 15:30 ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ

15:30 - 17:00 ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Πρόεδροι: **Σ. Λαμπρόπουλος, Γ. Κόττας**

17:00 - 18:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Διλήμματα στην επεμβατική αντιμετώπιση της ΣΝ

Πρόεδροι: **Γ. Μπομπότης, Γ. Σιάνος**

Προσδιορισμός του ασθενή που θα ωφεληθεί από στεφανιαία επαναγγείωση

Γ. Καζινάκης

Σχολιαστής: **Φ. Μανούδης**

Ενδοστεφανιακές απεικονιστικές τεχνικές στην ΣΝ

A. Ζιάκας

Σχολιαστής: **A. Σουργκούνης**

Χρόνια ολική απόφραξη. Πότε; Πώς;

A. Συνετός

Σχολιαστής: **H. Αθανασιάδης**

Ο προσδιορισμός της στεφανιαίας ροής στη λήψη αποφάσεων

A. - Δ. Μαυρογιάννη

Σχολιαστής: **Λ. Μόσιαλος**

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 29 ΜΑΪΟΥ 2015

18:30 - 20:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Αρρυθμιολογικά θέματα – Βηματοδότες - Απινιδωτές

Πρόεδροι: **Β. Βασιλικός, Μ. Εφραιμίδης**

Βηματοδότηση. Νεότερες εξελίξεις - Προοπτικές

Α. Κασιβας

Σχολιαστής: **Δ. Κωνσταντίνου**

Πώς αντιμετωπίζονται ασθενείς με καναλοπάθειες και λιποθυμία

Ε. Χατζηνικολάου - Κοτσάκου

Σχολιαστής: **Η. Ζάρβαλης**

Επιλέγοντας το σωστό ασθενή για CRT. Που βρισκόμαστε;

Σ. Παρασκευαΐδης

Σχολιάστρια: **Μ. Κωνσταντινίδου**

Παροξυσμένη ΚΜ – Η κατάλυση μπορεί να είναι η πρώτη επιλογή;

Ν. Φραγκάκης

Σχολιαστής: **Κ. Πολυμερόπουλος**

Πρόληψη καρδιοεμβολικών επεισοδίων. Φάρμακα έναντι συσκευών

Δ. Λυσίτσας

Σχολιαστής: **Β. Σκέμπερης**

20:30 - 21:00 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

της φαρμακευτικής εταιρείας **SANOFI**

Πρόεδρος: **Π. Γκελερής**

Αναστολή της PCSK9: νεότερα δεδομένα στην αντιμετώπιση του κινδύνου της υψηλής LDL χοληστερόλης

Ι. Ζαρίφης

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΣΑΒΒΑΤΟ 30 ΜΑΪΟΥ 2015

08:30 - 10:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Βαλβιδοπάθειες

Πρόεδροι: **Α. Πουλημένος, Ι. Ζαρίφης**

Διγλώχιν ΑΒ και αορτοπάθεια

Ν. Μεζίλης

Σχολιαστής: **Δ. Δημητριάδης**

Ενδοκαρδίτις αριστερής καρδιάς. Πρώιμη χειρουργική αντιμετώπιση ή όχι;

Κ. Λαμπρόπουλος

Σχολιαστής: **Ι. Βογιατζής**

Λειτουργική ανεπάρκεια τριγλώχινας – Εκτίμηση, σύγχρονη αντιμετώπιση

Φ. Λαζαρίδου

Σχολιαστής: **Δ. Κετίκογλου**

Διαδερμική θεραπεία πνευμονικής βαλβίδας

Β. Θανόπουλος

Σχολιαστής: **Α. Γιαννόπουλος**

Ανεπάρκεια ΑΒ. Κριτήρια (κλινικά, ηχώ, βιοδείκτες) για χειρουργική αντιμετώπιση

Β. Σαχπεκίδης

Σχολιαστής: **Θ. Μπελεβεσλής**

10:30 - 11:00 ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδρος: **Χ. Καρβούνης**

Η ιστορία της αγγειοπλαστικής

Σ. Χατζημιλιτιάδης

11:00 - 11:30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΣΑΒΒΑΤΟ 30 ΜΑΪΟΥ 2015

11:30 - 13:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Επεμβατική καρδιολογία σε δομικές καρδιακές παθήσεις

Πρόεδροι: **Κ. Τούτουζας, Γ. Χάχαλης**

Προεπεμβατικός έλεγχος ασθενή προς TAVI

Ι. Ιακώβου

Σχολιαστής: **Δ. Τσικαδέρης**

Διαδερμική αντικατάσταση AV. Νεότερα δεδομένα

Γ. Λάτσιος

Σχολιαστής: **Σ. Χατζημιλιτιάδης**

Διαδερμική αντιμετώπιση ανεπάρκειας MB

Μ. Χρυσοχέρης

Σχολιαστής: **Β. Νινιός**

Αντιμετώπιση παραβαλβιδικών διαφυγών

Π. Δάρδας

Σχολιαστής: **Ι. Ιακώβου**

Τεχνικός και κλινικός περιορισμός στο Mitraclip

Κ. Σπάργιας

Σχολιαστής: **Γ. Μπομπότης**

13:30 - 14:00 ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδρος: **Γ. Μπομπότης**

Υψηλού κινδύνου αθηρωματική πλάκα από την αθωότητα στην ενοχή

Δ. Τούσουλης

14:00 - 16:00 ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ

16:00 - 17:00 ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Πρόεδροι: **Π. Μακρίδης, Ι. Γ. Στυλιάδης**

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΣΑΒΒΑΤΟ 30 ΜΑΪΟΥ 2015

17:00 - 19:00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Καρδιακή Ανεπάρκεια

Πρόεδροι: **Π. Γκελερής, Ι. Παρίσης**

Διαχείριση οξείας ΚΑ

Α. Καραβίδας

Σχολιαστής: **Σ. Τζήκας**

Αναμία στην ΚΑ. Που βρισκόμαστε σήμερα;

Α. Δαμέλου

Σχολιαστής: **Χ. Κυρπιζίδης**

Νεότερα στη φαρμακευτική θεραπεία της χρόνιας συστολικής ΚΑ

Ι. Παρίσης

Σχολιαστής: **Γ. Γιαννακούλας**

Μεταμόσχευση καρδιάς. Κριτήρια επιλογής - αποκλεισμού

Α. Γκουζιούτα

Σχολιαστής: **Ι. Παρίσης**

Επιδημιολογικά δεδομένα και οικονομικές επιπτώσεις στην ΚΑ

Ε. Θεοφιλογιαννάκος

Σχολιαστής: **Σ. Παπαστεφάνου**

19:00 - 19:30 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

19:30 - 20:00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Πρόεδρος: **Χ. Καρβούνης**

Νεότερα δεδομένα για την πνευμονική υπέρταση

Ι. Λεκάκης

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΣΑΒΒΑΤΟ 30 ΜΑΪΟΥ 2015

20:00 - 20:30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Πρόεδρος: **Π. Βάρδας**

Κατευθυντήριες οδηγίες: Ασάφειες και προβλήματα

Χ. Μπουντούλας

20:30 - 20:45 **ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ - ΚΛΕΙΣΙΜΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ**

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ / ΟΜΙΛΗΤΕΣ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

Η. Αθανασιάδης / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Euromedica Γενική Κλινική, Θεσσαλονίκη
Β. Άθυρος / Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας ΑΠΘ, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Γ. Αναστασιάδης / Ομότιμος Καθηγητής Νομικής ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

Π. Βάρδας / Καθηγητής Καρδιολογίας Πανεπιστημίου Κρήτης, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Π.Γ.Ν. Ηρακλείου, Πρόεδρος Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας

Β. Βασιλικός / Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Διευθυντής Γ' Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

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

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

Γ. Γιαννακούλας / Λέκτορας Καρδιολογίας ΑΠΘ, Α' Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Α. Γιαννόπουλος / Επίκουρος Καθηγητής Παιδοκαρδιολογίας ΑΠΘ, Β' Παιδιατρική Κλινική, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Π. Γκελερής / Ομότιμος Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

Α. Γκουζιούτα / Καρδιολόγος, Επιμελήτρια Β', Μονάδα Καρδιακής Ανεπάρκειας, Μεταμοσχεύσεων & Μηχανικής Υποστήριξης, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα

Ν. Γκουζούμας / Καρδιολόγος, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Διευθυντής, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.«Γ. Γενηματάς», Θεσσαλονίκη

Χ. Γραϊδής / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Κλινική Euromedica Κυανούς Σταυρός, Θεσσαλονίκη

Ε. Δαλαμάγκα / Καρδιολόγος, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Euromedica Γενική Κλινική, Θεσσαλονίκη

Α. Δαμέλου / Καρδιολόγος - Εντατικολόγος, Επιμελήτρια Α', Π.Γ.Ν. Πατρών

Π. Δάρδας / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διευθυντής, Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

Δ. Δημητριάδης / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Κλινική Euromedica Κυανούς Σταυρός, Θεσσαλονίκη

Α. Δούμας / Επίκουρος Καθηγητής Πυρηνικής Ιατρικής ΑΠΘ, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Μ. Δούμας / Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας ΑΠΘ, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Γ. Δρόσος / Καρδιοχειρουργός, Διευθυντής Καρδιοχειρουργικής Κλινικής, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ / ΟΜΙΛΗΤΕΣ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

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

Μ. Εφραιμίδης / Καρδιολόγος, Διευθυντής Β' Καρδιολογικού Τμήματος, Γ.Ν. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

Θ. Ζαγκλαβάρα / MD, PhD, Καρδιολόγος, Υπεύθυνη Τμήματος Ηχωκαρδιογραφίας, Κλινική Ευροmedica Κυανούς Σταυρός, Θεσσαλονίκη

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

Ι. Ζαρίφης / Καρδιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικού Τμήματος, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

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

Δ. Ζιούτας / FESC, Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

Β. Θανόπουλος / Αναπληρωτής Καθηγητής, Διευθυντής Επεμβατικού Τμήματος Συγγενών Καρδιοπαθειών, Ευρωκλινική Αθηνών

Ε. Θεοφιλογιαννάκος / Καρδιολόγος, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

Ι. Ιακώβου / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Α' Τμήμα Αιμοδυναμικών Μελετών και Επεμβατικής Καρδιολογίας, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα

Ε. Ιωαννίδης / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

Γ. Καζινάκης / Καρδιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής ΕΣΥ, Α' Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Ι. Κανονίδης / Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Διευθυντής Β' Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Α. Καραβίδας / Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

Α. Καραγιάννης / Καθηγητής Παθολογίας ΑΠΘ, Διευθυντής Β' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής ΑΠΘ, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Θ. Καραμήτσος / Λέκτορας Καρδιολογίας ΑΠΘ, Α' Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Ε. Καραπατσούδη / Καρδιολόγος, Επιμελήτρια Α', Γ.Ν. Πέλλας – Ν. Έδεσσας

Χ. Καρβούνης / Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Διευθυντής Α' Καρδιολογικής Κλινικής, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Α. Κατσιβάς / Καρδιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Α' Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. «Κοργιαλένιο – Μπενάκειο ΕΕΣ», Αθήνα

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ / ΟΜΙΛΗΤΕΣ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

Δ. Κετίκογλου / MD, PhD, FESC, Καρδιολόγος, Διευθνήτης Στεφανιαίας Μονάδας & Ηχωκαρδιογραφίας, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

Γ. Κόπτας / Καρδιολόγος, τ. Διευθνήτης Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. ΜΑΜΑΤΣΕΙΟ, Κοζάνη

Ν. Κουτλιάνος / Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής & Αθλητισμού, ΤΕΦΑΑ, Θεσσαλονίκη

Π. Κυριάκου / Καρδιολόγος, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Επιμελήτρια Α', Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Χ. Κυρπιζίδης / Καρδιολόγος, Διευθνήτης Καρδιολογίας ΠΕ Ιατρών, Β' Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Σ. Κωνσταντινίδης / MD, FESC, Καθηγητής Καρδιολογίας, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

Μ. Κωνσταντινίδου / Καρδιολόγος - Ηλεκτροφυσιολόγος, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

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

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

Γ. Λάζαρος / Καρδιολόγος, Επιμελητής Α', Α' Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. Ιπποκράτειο, Αθήνα

Κ. Λαμπρόπουλος / MD, PhD, FESC, ΜΕΑΡCΙ, Επεμβατικός Καρδιολόγος, Επιμελητής Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου - Καρδιολογικής κλινικής, Γ.Ν. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

Σ. Λαμπρόπουλος / Καρδιολόγος, Συντονιστής Διευθνήτης, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. ΜΠΟΔΟΣΑΚΕΙΟ, Πτολεμαΐδα

Γ. Λάτσιος / MD, PhD, FESC, ΜΕΑΡCΙ, Επιμελητής Επεμβατικός Καρδιολόγος, Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Αθήνα

Χ. Λαφάρας / Καρδιολόγος, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Διευθνήτης ΕΣΥ, Καρδιολογική Κλινική, Α.Ν.Θ. «Θεαγένειο», Θεσσαλονίκη

Ι. Λεκάκης / Καθηγητής Καρδιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ, Αθήνα

Κ. Λέτσας / Καρδιολόγος, Επιμελητής Α', Β' Καρδιολογική Κλινική, Εργαστήριο Ηλεκτροφυσιολογίας, Γ.Ν. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ / ΟΜΙΛΗΤΕΣ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

- Δ. Λυσίτσας** / MD, PhD, MRCP, Επεμβατικός Ηλεκτροφυσιολόγος, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη, Senior EP Fellow at Royal Brompton and Harefield Hospitals Foundation Trust, London, UK
- Α. Μαδέσης** / Καρδιοθωρακοχειρουργός, Επιμελητής Α', Καρδιοχειρουργική Κλινική, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Π. Μακρίδης** / Καρδιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Έδεσσας
- Φ. Μανούδης** / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη
- Α. – Δ. Μαυρογιάννη** / Επεμβατική Καρδιολόγος, Επιμελήτρια Α', Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Ν. Μεξιλής** / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη
- Λ. Μιχάλης** / Καθηγητής Καρδιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Διευθυντής Β' Καρδιολογικής Κλινικής, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων
- Λ. Μόσιαλος** / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διευθυντής, Β' Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη
- Α. Μπάκας** / Καρδιοχειρουργός – Θωρακοχειρουργός, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη
- Θ. Μπελεβεσλής** / Καρδιολόγος, Διευθυντής Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου, 424 Γ.Σ.Ν, Θεσσαλονίκη
- Θ. Μπιτσινιώτης** / Καρδιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής, Καρδιολογική Κλινική, Α.Ν.Θ. «Θεαγένειο», Θεσσαλονίκη
- Γ. Μπομπότης** / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διευθυντής, Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη
- Χ. Μπουτούλας** / MD, Dr, Dr Hon, Professor of Medicine / Cardiovascular Medicine and Pharmacy Honorary Professor, Academician (an. mem.) Biomedical Research Foundation, Academy of Athens, Aristotelian University of Thessaloniki
- Κ. Νάκα** / MD, PhD, FESC, Επίκουρη Καθηγήτρια Καρδιολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
- Β. Νινιός** / Καρδιολόγος, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη
- Π. Νιχογιαννόπουλος** / MD, FRCP, FACC, FESC, FACC, FAHA, Professor of Cardiology, Imperial College London, NHLI, Hammersmith Hospital, London, UK
- Σ. Παπαστεφάνου** / Καρδιολόγος, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Διευθυντής, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ / ΟΜΙΛΗΤΕΣ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

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

Ι. Παρίσης / Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ, Αθήνα

Γ. Παρχαρίδης / Ομότιμος Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

Δ. Πεντούσης / FESC, FSCAI, Επεμβατικός Καρδιολόγος, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

Α. Πίτσας / Καρδιοχειρουργός, Διευθυντής Καρδιοχειρουργικού Τομέα, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

Χ. Πλιάκος / Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Α' Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

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

Λ. Πουλημένος / FESC, Καρδιολόγος, Γ.Ν. Ασκληπείο Βούλας, Πρόεδρος ΟΕ Βαλβιδοπαθειών, Συγγενών Καρδιοπαθειών Ενηλίκων και Πνευμονικής Υπέρτασης, ΕΚΕ, Αθήνα

Χ. Ραϊδής / Καρδιολόγος, Αμ. Επίκουρος Καθηγητής ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

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

Χ. Σαββόπουλος / Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

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

Ε. Σερσολή / Πνευμονολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Πνευμονολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Γ. Σιάνος / Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Α' Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

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

Κ. Σπάργας / MD, PhD, FESC, Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διευθυντής Τμήματος Διαδερμικών Βαλβίδων, ΥΓΕΙΑ, Αθήνα

Α. Σουργκούνης / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Επιμελητής, Καρδιολογική Κλινική, 424 Γ.Σ.Ν., Θεσσαλονίκη

Α. Σταυράτη / Καρδιολόγος, Διευθύντρια ΠΕ, Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Β. Στραβέλας / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ / ΟΜΙΛΗΤΕΣ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

- Ι. Γ. Στυλιάδης** / Καρδιολόγος, αν. Συντονιστής Διευθυντής, Β' Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη
- Α. Συνετός** / MD, PhD, FESC, Καρδιολόγος, Α' Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Αθήνα
- Σ. Τζήκας** / Επεμβατικός Καρδιολόγος - Εντατικολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Johannes Gutenberg Mainz Γερμανίας, Επιμελητής Β' ΕΣΥ, Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
- Κ. Τζιόμαλος** / Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας ΑΠΘ, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- Δ. Τούσουλης** / Καθηγητής Καρδιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθυντής Α' Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών
- Κ. Τούτουζας** / Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Αθήνα
- Δ. Τσικαδέρης** / PhD, Επεμβατικός Καρδιολόγος, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη
- Ι. Τσούνος** / Καρδιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής, Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη
- Σ. Φούσας** / MD, FESC, FACC, Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας, Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικού Τμήματος, Γ.Ν. Τζάνειο, Πειραιάς, Πρόεδρος ΕΚΕ
- Ν. Φραγκάκης** / Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
- Κ. Χατζηγιάννου** / MSc, PhD, Ακτινοφυσικός, Προϊστάμενος Τμήματος Φυσικής – Ακτινοφυσικής, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη
- Σ. Χατζημιλιτιάδης** / Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Α' Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- Ε. Χατζηνικολάου - Κοτσάκου** / Επεμβατική Καρδιολόγος – Ηλεκτροφυσιολόγος, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη
- Γ. Χάχαλης** / Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας, Πανεπιστήμιο Πατρών
- Μ. Χρυσοχέρης** / Καρδιολόγος, Επιμελητής, Τμήμα Διαδερμικών Βαλβίδων, ΥΓΕΙΑ, Αθήνα
- Π. Ψυχίδης** / Ακτινολόγος, Όμιλος Εταιρειών Υγείας Βιοιατρική, Θεσσαλονίκη

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε θερμά τις παρακάτω εταιρείες:

ASTRA ZENECA

BAYER HELLAS

ELPEN

GALENICA

GAP A.E.

MENARINI HELLAS

NOVARTIS

PFIZER

SANOFI AVENTIS

WINMEDICA

BIANEÏ A.E.

ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ – ΛΙΛΛΥ ΑΕΒΕ

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΟΡΓΑΝΩΣΗ – ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ – ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

INVENTICS AE – Medevents.gr

Τεχνόπολη, Κτίριο THERMI II

9ο χλμ. Θεσσαλονίκης – Θέρμης

Τ.Θ. 60714, 57001 Θέρμη

Τηλ: 2310 474.400 Fax: 2310 801.454

email: info@medevents.gr

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

ΤΟΠΟΣ – ΧΩΡΟΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Hyatt Regency Hotel

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

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ

Στα πλαίσια του συνεδρίου, την Παρασκευή 29 Μαΐου 2015, θα πραγματοποιηθεί νοσηλευτική ημερίδα.

ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

	Μέχρι 30/4/2015	Από 1/5/2015
Ειδικοί Ιατροί:	100 €	150 €
Ειδικευόμενοι Ιατροί:	Δωρεάν	Δωρεάν
Νοσηλεύτες, Φοιτητές:	Δωρεάν	Δωρεάν

Όσοι επιθυμούν προεγγραφή για τη συμμετοχή τους στο συνέδριο, μπορούν να επισκεπτούν το επίσημο site της Καρδιολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος **www.kebe.gr**, όπου υπάρχει το Δελτίο Εγγραφής και όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για την ολοκλήρωσή της.

Προεγγραφές θα πραγματοποιούνται μέχρι την Τρίτη 26 Μαΐου 2015. Μετά την ημερομηνία αυτή, οι εγγραφές θα γίνονται στη γραμματεία κατά τη διάρκεια του συνεδρίου.

ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

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

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Τράπεζα Πειραιώς

5225 011620 876 GR98 0172 2250 0052 2501 1620 876

Τα έξοδα συμμετοχής δεν επιστρέφονται.

ΔΙΑΜΟΝΗ – ΑΕΡΟΠΟΡΙΚΑ ΕΙΣΙΤΗΡΙΑ

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

ΓΛΩΣΣΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Η επίσημη γλώσσα του συνεδρίου είναι η ελληνική.

ΔΙΠΛΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Το δίπλωμα συμμετοχής θα παραλαμβάνεται από τη γραμματεία την τελευταία ημέρα του συνεδρίου, κατόπιν επίδειξης της κονκάρδας. **Το δίπλωμα μοριοδοτείται με 18 μόρια από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο.** Προσοχή!! Με βάση την εγκύκλιο του ΕΟΦ, η παραλαβή του πιστοποιητικού θα γίνεται μόνο με την ελάχιστη παρακολούθηση του 60% των συνολικών ωρών του επιστημονικού προγράμματος (εξαιρούνται τα Δορυφορικά Συμπόσια & οι Δορυφορικές Διαλέξεις).

ΖΩΝΤΑΝΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΜΕΣΩ INTERNET

Το συνέδριο θα μεταδίδεται ζωντανά μέσω του διαδικτύου από το www.medevents.gr και από το www.livemedia.gr.

ΑΓΟΡΑ ΚΩΔΙΚΟΥ LIVEMEDIA

Αγορά κωδικού livemedia για την online παρακολούθηση του συνεδρίου μέσω internet, με μέτρηση των ωρών παρακολούθησης, για την παραλαβή πιστοποιητικού.

Ειδικοί Ιατροί: 100 €

Ειδικευόμενοι Ιατροί: 100 €

Νοσηλεύτες/τριες, Φοιτητές/τριες: 100 €

Όσοι επιθυμούν προεγγραφή για την online παρακολούθηση του συνεδρίου μέσω internet, μπορούν:

Να επισκέπτονται το site livemedia.gr, όπου υπάρχουν όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για την ολοκλήρωση της εγγραφής.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΕΚΘΕΣΗ

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

ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

Το Hyatt Regency Thessaloniki διαθέτει ειδικά διαμορφωμένα δωμάτια και εγκαταστάσεις για άτομα με κινητικές ιδιαιτερότητες.

ΚΛΙΜΑ

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

ΟΠΤΙΚΟΑΚΟΥΣΤΙΚΑ ΜΕΣΑ

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

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΕΜΠΤΗ 28 ΜΑΪΟΥ 2015

15:30 - 17:00 | Πρόεδροι: Β. Στραβέλας, Π. Κυριάκου

OR.01 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗ ΑΠΙΝΙΔΩΤΗ

Δ. ΚΡΙΚΙΔΗΣ¹, Μ. ΡΑΙΚΟΥ², Δ. ΝΙΑΚΑΣ², Τ. ΔΑΔΟΥΣ¹, Δ. ΕΚΚΛΗΣΙΑΡΧΟΣ¹,
Ε. ΠΑΝΤΕΛΙΔΟΥ³, Χ. ΚΥΡΠΙΖΙΔΗΣ¹, Σ. ΣΑΒΒΑΤΗΣ¹, Ι. ΚΑΝΟΝΙΔΗΣ¹

¹Β' Καρδιολογική Πανεπιστημιακή Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο

²Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο - ΕΑΠ

³Νοσηλευτική Υπηρεσία, Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο

Σκοπός: Η εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής (ΣΥΠΖ) ασθενών με μόνιμο απινιδωτή, με τη χρήση των ερωτηματολογίου SF-36 και EuroQol-5D.

Υλικό και Μέθοδος: Το δείγμα της έρευνας, αποτελείται από 108 ασθενείς, με απινιδωτή, που είτε νοσηλεύτηκαν στην Β' Καρδιολογική Κλινική, είτε επισκέφτηκαν τα εξωτερικά καρδιολογικά ιατρεία της Β' Καρδιολογικής Πανεπιστημιακής Κλινικής του Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, για προγραμματισμένο έλεγχο του εμφυτευσίμου απινιδωτή, σε χρονικό διάστημα 3 μηνών. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με τη συμπλήρωση, από τους ασθενείς των ερωτηματολογίων SF-36, EuroQol-5D, και ενός ειδικού ερωτηματολογίου, που περιείχε διάφορα κοινωνικό-δημογραφικά και ιατρικά στοιχεία. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το SPSS 19.0.

Αποτελέσματα: Από τους συμμετέχοντες στην έρευνα το 90.7% ήταν άντρες και το 9.3% γυναίκες, μέσης ηλικίας 68,5 ±10,5 ετών. Η μέση επίδοση των ασθενών στις συνοπτικές κλίμακες του SF-36 ήταν 45,96 για την φυσική υγεία (PCS) και 51,10 για την ψυχική υγεία (MCS). Στο EuroQol-5D, οι μέσες επιδόσεις στο EQ-VAS ήταν 59,1 %, ενώ στο EQ-5D index (York A1 Tariff), ήταν 0,55. Η αξιοπιστία των διαστάσεων του EQ-5D και SF-36 εκτιμήθηκε με τον υπολογισμό του συντελεστή εσωτερικής συνοχής Cronbach's α, κυμάνθηκε σε αποδεκτά επίπεδα, με τιμές 0.8344 και 0.9646 αντίστοιχα, αναδεικνύοντας τη μεγάλη ενδοσυνέπεια των δύο εργαλείων. Στους παράγοντες, που συσχετίζονται με χαμηλά επίπεδα ΣΥΠΖ στους ασθενείς με μόνιμο απινιδωτή, συμπεριλαμβάνονται η αυξημένη ηλικία,

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΕΜΠΤΗ 28 ΜΑΪΟΥ 2015

η μειωμένη φυσική δραστηριότητα, το χαμηλό κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας, η ύπαρξη συνοδών νοσημάτων, όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης η στεφανιαία νόσος και η ενεργοποίηση ή όχι της συσκευής.

Συμπέρασμα: Οι ασθενείς με απινιδωτή, παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα ΣΥΠΖ, με τη διάσταση της φυσικής υγείας, να είναι περισσότερο επηρεασμένη, από αυτή της ψυχικής υγείας. Στην παρούσα μελέτη, οι κλίμακες του ερωτηματολογίου SF-36 παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με τις διαστάσεις και τις κλίμακες του EuroQol-5D, EQ-5D index (York A1 Tariff), EQ-VAS, γεγονός που συνηγορεί, ότι τα παραπάνω εργαλεία, μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να εκτιμήσουν τη ΣΥΠΖ των ασθενών με απινιδωτή.

OR.02 ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΟΞΥ ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΑΛΓΟΣ

Η. ΚΑΠΙΤΣΙΝΗΣ¹, Α. ΣΙΑΦΑΚΑΣ², Χ. ΔΟΝΤΑΣ, Γ. ΜΠΟΜΠΟΤΗΣ², Λ. ΖΙΤΙΡΙΔΟΥ², Ι. ΣΤΥΛΙΑΔΗΣ²

¹ΠΕΔΥ Μονάδα Υγείας Νεαπόλεως Θεσσαλονίκης

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

Σκοπός: Παρουσιάζουμε περίπτωση ασθενούς ηλικίας 57 ετών με άτυπη εκδήλωση αληθώς οπίσθιου εμφράγματος μυοκαρδίου προκειμένου να καταδείξουμε την ποικιλία εκδήλωσης των συμπτωμάτων της στεφανιαίας νόσου και την ανάγκη προσεκτικής κλινικής εκτίμησης αρχής γενομένης από το τμήμα επειγόντων περιστατικών.

Υλικό και Μέθοδοι: Ασθενής ηλικίας 57 ετών εισήχθη για παρακολούθηση στη μονάδα εμφραγμάτων. Περιγράφει από 12ώρου κοιλιαγία με εντόπιση ήπια περιομφαλικά και ιδίως στην περιοχή του αριστερού λαγόνιου βόθρου με χαρακτηριστές σταθερούς μη κωλικοειδείς. Ανέφερε επίσης ένα επεισόδιο εμέτου και 3-4 επεισόδια υδαρών κενώσεων. Κατά την αρχική εκτίμηση στο ΤΕΠ ήταν χωρός και κήθιδρος. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα αναδείκνυε ήπιες διαταραχές επαναπόλωσης στις απαγωγές του κατώτερου τοιχώματος. Τις προηγούμενες ημέρες ο ασθενής ήταν ασυμπτωματικός. Ο ασθενής είναι καπνιστής χωρίς λοιπούς παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΕΜΠΤΗ 28 ΜΑΪΟΥ 2015

Αποτελέσματα

Ο ασθενής ετέθη υπό παρακολούθηση με τα συμπτώματα περιοδικά να υποτροπιάζουν. Από τον επαναλαμβανόμενο ηλεκτροκαρδιογραφικό έλεγχο ως και από την κλινική εξέταση δεν ανεδείχθησαν παθολογικά ευρήματα πλην μιας ήπιας ευαισθησίας στην εν τω βάθει ψηλάφηση στην περιική του αριστερού λαγονίου βόθρου. Υπεβλήθη σε υπερηχοκαρδιογραφικό έλεγχο με ευρήματα ήπιας έκπτωσης της συσταλτικότητας της αριστερής κοιλίας και ήπια υποκίνηση του οπίσθιου τοιχώματος. Ετέθη αρχικά σε αγωγή με ασπιρίνη, ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους και εσμολόλη ενδοφλεβίως λόγω φλεβοκομβικής ταχυκαρδίας. Τέσσερις ώρες μετά η αρχικώς αρνητική τροπονίνη I είχε τιμές σαφώς ενδεικτικές για οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου. Έγινε επιπλέον φόρτιση με τικαγκρελόρη και υπεβλήθη σε στεφανιογραφία με ανάδειξη απόφραξης της περισπωμένης αρτηρίας και διενέργεια πρωτογενούς αγγειοπλαστικής. Εξήλθε σε άριστη κατάσταση ανεπίπλεκτος με φυσιολογικό καρδιογράφημα εξόδου.

Συμπεράσματα

Η παραπάνω περίπτωση αναδεικνύει την ποικιλία της συμπτωματολογίας με την οποία μπορεί να εκδηλωθεί η στεφανιαία νόσος και την προσοχή που πρέπει να επιδεικνύει κανείς πριν αποκλείσει με βεβαιότητα την ύπαρξή της, ειδικά στις περιπτώσεις που ο ηλεκτροκαρδιογραφικός έλεγχος είναι αρνητικός ή με ελάχιστα ευρήματα.

OR.03 ΔΙΟΥΡΗΤΙΚΑ Η ΥΠΕΡΔΙΗΘΗΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ. ΜΙΑ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ

Β. ΤΕΡΠΟΣ¹, Ε. ΠΑΠΠΑ², Μ. ΧΑΙΔΙΤΣ³, Δ. ΓΟΥΛΗΣ⁴, Ι. ΤΣΟΥΝΟΣ¹,
Β. ΛΙΑΚΟΠΟΥΛΟΣ⁵

¹MD, MSc, Γ.Ν. «Άγιος Παύλος»

²Msc, Γ.Ν. Ιπποκράτειο

³Επίκουρη Καθηγήτρια ΑΠΘ

⁴Επίκουρος Καθηγητής Ενδοκρινολογίας Αναπαραγωγής, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου»

⁵Επίκουρος Καθηγητής Νεφρολογίας, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΕΜΠΤΗ 28 ΜΑΪΟΥ 2015

Εισαγωγή

Τα διουρητικά είναι θεραπεία πρώτης γραμμής για την οξεία καρδιακή ανεπάρκεια. Όμως είναι πολύ υψηλό το ποσοστό επανανοσηλιών των ασθενών με επεισόδια οξείας καρδιακής ανεπάρκειας και ατελής η θεραπεία τους. Η υπερδιήθηση είναι, επί του παρόντος, μία εναλλακτική θεραπεία σε περίπτωση ανάπτυξης αντίστασης στα διουρητικά και έχει κάποια συγκριτικά πλεονεκτήματα.

Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η σύνθεση και μετά-ανάλυση των δεδομένων τυχαιοποιημένων μελετών που συγκρίνουν τα διουρητικά με την υπερδιήθηση ως προς την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια.

Μέθοδοι

Έγινε συστηματική αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων PUBMED και EMBASE. Τα σωρευμένα δεδομένα αναλύθηκαν με βάση το μοντέλο των τυχαίων αλληλεπιδράσεων. Για τα διχότομα δεδομένα ως μέτρο σύγκρισης χρησιμοποιήθηκε ο λόγος σχετικών πιθανοτήτων (odds ratio) ενώ για τα συνεχή δεδομένα επιλέχθηκε η διαφορά των μέσων όρων (mean difference) με διάστημα εμπιστοσύνης 95%.

Αποτελέσματα

Συνολικά 8 μελέτες, 555 ασθενείς, πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής στη συστηματική ανασκόπηση, τα δεδομένα 7 εκ των μελετών μετά-αναλύθηκαν. Η υπερδιήθηση προσέφερε σημαντικά μεγαλύτερη απώλεια βάρους με μέση διαφορά 1,56 Kg (95% CI -2.58, -0.54 P=0,003) και σημαντικά μεγαλύτερη συνολική απώλεια υγρών με μέση διαφορά 1,69 Kg (95% CI-2.63, -0.75 P=0,0004). Η θνητότητα μεταξύ των δύο σκελών δεν διέφερε σημαντικά όπως και οι τιμές κρεατινίνης, η διάρκεια νοσηλείας και οι επανανοσηλίες.

Συμπέρασμα

Συγκρινόμενη με τα διουρητικά η υπερδιήθηση προσφέρει σημαντικά μεγαλύτερη απώλεια βάρους και συνολική απώλεια υγρών ενώ η θνητότητα δεν διαφέρει μεταξύ των δύο σκελών.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΕΜΠΤΗ 28 ΜΑΪΟΥ 2015

OR.04 ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ Η ΠΡΟΗΓΗΘΕΙΣΑ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΕΝΔΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΕΝΔΟΠΡΟΘΕΣΕΩΝ (STENTS) ΤΗΝ ΑΜΕΣΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΑΟΡΤΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗΣ;

Φ. ΑΜΠΑΤΖΙΔΟΥ¹, Μ. ΣΙΛΕΛΗ¹, Θ. ΚΑΡΑΙΣΚΟΣ¹, Α. ΜΑΔΕΣΗΣ¹,
Χ. ΜΑΥΡΟΜΑΝΩΛΗΣ¹, Γ. ΚΕΧΑΓΙΟΓΛΟΥ¹, Α. ΙΓΝΑΤΙΑΔΗΣ¹, Κ. ΑΝΤΩΝΙΟΥ¹,
Ε. ΔΑΛΑΜΠΙΝΗ², Γ. ΔΡΟΣΟΣ¹

¹Καρδιοχειρουργική Κλινική, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου»

²Καρδιοαναθροισιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου»

Σκοπός

Ο αριθμός των ασθενών με ιστορικό τοποθέτησης stents, που υποβάλλονται σε επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης (CABG) αυξάνεται διαρκώς. Οι λόγοι που οδηγούν σε στεφανιαία χειρουργική αυτούς τους ασθενείς είναι η ανεπαρκής επαναϊμάτωση, η στένωση του stent μετά από έτη ή η πρόοδος της νόσου. Η άμεση μετεγχειρητική έκβαση των ασθενών με προηγηθείσα αγγειοπλαστική που υποβάλλονται σε CABG αποτελεί αμφιλεγόμενο θέμα στη βιβλιογραφία. Αν και σε αρκετές μελέτες φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση με χειρότερη έκβαση, σε άλλες φαίνεται ότι η χειρότερη έκβαση σχετίζεται με το φορτίο των stents (πολλαπλά, αλληλοκαλυπτόμενα). Ερωτήματα υπάρχουν επίσης για το αν η έκβαση επηρεάζεται από τον τύπο του stent: Drug Elucit ή Bare metal stents. Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνηθεί αν το ιστορικό αγγειοπλαστικής με stent επηρεάζει την άμεση μετεγχειρητική νοσηρότητα και θνητότητα μετά από CABG.

Υλικό και Μέθοδοι

709 ασθενείς υποβλήθηκαν σε CABG, από τον Ιούνιο του 2012 ως τον Μάρτιο του 2015, στο Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου». Στην μελέτη αυτή, συγκρίθηκαν 2 ομάδες ασθενών: η ομάδα Α που περιλαμβάνει ασθενείς με ιστορικό προηγηθείσας αγγειοπλαστικής (ομάδα Α) και η ομάδα Β (ελέγχου). Μελετήθηκαν οι

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΕΜΠΤΗ 28 ΜΑΪΟΥ 2015

εξής δείκτες μετεγχειρητικής έκβασης: οξεία νεφρική βλάβη (AKI), επαναδιάνοιξη λόγω αιμορραγίας, σύνδρομο χαμηλής καρδιακής παροχής(LCOS), επαναδιασωλήνωση, μετεγχειρητική κοιλιακή μαρμαρυγή, παρατεταμένος μηχανικός αερισμός, χρήση ενδοαορτικού ασκού(IABP), διεγχειρητικό έμφραγμα και η θνητότητα. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το chi square test.

Αποτελέσματα

Στην ομάδα Α περιλαμβάνονται 108 ασθενείς (15,23%). Τα αποτελέσματα της μελέτης φαίνονται στον πίνακα 1.

Παράμετρος	Ομάδα Α N= 108	Ομάδα Β N= 601	P value
Επαναδιασωλήνωση	1 (0,9%)	11(1,8%)	0,5
AKI	8(7,4%)	85(14,1%)	0,056
Επαναδιάνοιξη	1(0,9%)	11(1,8%)	0,5
LCOS	2(1,9%)	28(4,65%)	0,411
Κοιλιακή Μαρμαρυγή	28(25,9%)	179(29,8%)	0,417
Παράταση Μ.Α.	6(5,6%)	21(3,5%)	0,303
IABP	6(5,6%)	46(7,65%)	0,705
ΟΕΜ	1(0,9%)	10(1,7%)	0,58
Θνητότητα	0(0%)	10(1,76%)	0,411

πίνακας 1

Συμπέρασμα

Στην παρούσα μελέτη δεν φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της προηγηθείσας αγγειοπλαστικής με stent με την άμεση μετεγχειρητική νοσηρότητα και θνητότητα μετά από CABG.

OR.05 ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΟΞΕΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ (Κριτήρια RIFLE) ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΚΛΕΚΤΙΚΕΣ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΕΜΠΤΗ 28 ΜΑΪΟΥ 2015

Φ. ΑΜΠΑΤΖΙΔΟΥ¹, Λ. ΚΑΡΑΓΚΟΥΝΗΣ², Α. ΜΑΔΕΣΗΣ¹, Θ. ΚΑΡΑΙΣΚΟΣ¹,
Μ. ΣΙΛΕΛΗ¹, Α. ΒΛΑΧΟΥ¹, Α. ΜΠΑΝΤΟΥΡ¹, Μ. ΝΑΣΤΟΥ³, Θ. ΑΣΤΕΡΗ³,
Γ. ΔΡΟΣΟΣ¹

¹Καρδιοχειρουργική Κλινική, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου»

²Εργαστήριο Καρδιακού Καθητηριασμού & Επεμβατικής Καρδιολογίας, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο

³Καρδιοαναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου»

Σκοπός

Η οξεία νεφρική βλάβη(ΑΚΙ) μετά από καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις εμφανίζεται σε περίπου 30% των ασθενών και αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα άμεσης και απώτερης μετεγχειρητικής νοσηρότητας και θνητότητας. Η διερεύνηση των περιεγχειρητικών παραγόντων που σχετίζονται με την εμφάνιση μετεγχειρητικής οξείας νεφρικής βλάβης αποτελεί το σκοπό της παρούσας μελέτης.

Υλικό και Μέθοδοι

Από το Μάιο του 2012 ως τον Μάρτιο του 2014 πραγματοποιήθηκαν 1142 εκλεκτικές καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις στο Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου». Στην μελέτη αυτή, διερευνήθηκε η πιθανή συσχέτιση της οξείας μετεγχειρητικής νεφρικής βλάβης, με τους εξής 16 περιεγχειρητικούς παράγοντες: ηλικία, φύλο, δείκτης μάζας σώματος (BMI), κάπνισμα, ρυθμός σπειραματικής διήθησης (GFR), επανεγχείρηση, κλάσμα εξώθησης(EF), Euro score II, σακχαρώδης διαβήτης, χρήση ινσουλίνης, αρτηριακή υπέρταση, περιφερική αγγειοπάθεια, χρόνος εξωσωματικής κυκλοφορίας (CPB time), συνολικός αριθμός μεταγχιζόμενων ερυθρών, μετεγχειρητική κολπική μαρμαρυγή και μετεγχειρητικό σύνδρομο χαμηλής καρδιακής παροχής(LCOS). Η οξεία νεφρική βλάβη καθορίστηκε με βάση τα κριτήρια RIFLE τα οποία αποτελούν τον πιο συχνό και κοινά αποδεκτό ορισμό της οξείας νεφρικής βλάβης.

Αποτελέσματα

Οξεία νεφρική βλάβη εμφάνισαν μετεγχειρητικά 154 ασθενείς (13,48%). Από την μονοπαράγοντική ανάλυση (univariate analysis) προέκυψε συσχέτιση 10

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΕΜΠΤΗ 28 ΜΑΪΟΥ 2015

από τους 15 υπό μελέτη παράγοντες με την εμφάνιση μετεγχειρητικής νεφρικής βλάβης. Οι 10 αυτοί παράγοντες μελετήθηκαν στη συνέχεια με τη μέθοδο της πολυπαραγοντικής ανάλυσης παλινδρόμησης (Logistic regression analysis). Στατιστικά σημαντική συσχέτιση διαπιστώθηκε μεταξύ της μετεγχειρητικής οξείας νεφρικής βλάβης με τους εξής παράγοντες: ηλικία, προεγχειρητικό κλάσμα εξώθησης, προεγχειρητικός ρυθμός σπειραματικής διήθησης (GFR), ινσουλινοεξαρτώμενος σακχαρώδης διαβήτης, περιφερική αγγειοπάθεια, συνολικός αριθμός των μεταγγιζόμενων ερυθρών αιμοσφαιρίων.

Συμπεράσματα

Η αναγνώριση των ασθενών υψηλού κινδύνου για εμφάνιση οξείας νεφρικής βλάβης μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση μπορεί να συμβάλλει στην έγκαιρη λήψη προφυλακτικών και θεραπευτικών μέτρων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, ασθενείς υψηλού κινδύνου είναι οι ηλικιωμένοι, οι ασθενείς με ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη, με περιφερική αγγειοπάθεια, με χαμηλό προεγχειρητικό κλάσμα εξώθησης, με χαμηλό προεγχειρητικό GFR καθώς και οι πολυμεταγγιζόμενοι ασθενείς.

OR.06 TIMI SCORE ΣΕ NSTEMI, ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ, ΣΥΣΧΕΤΙΣΜΟΙ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΜΗ

Χ. ΧΑΤΖΗΕΛΕΥΘΕΡΙΟΥ, Β. ΣΑΤΖΟΓΛΟΥ, Μ. ΤΣΑΟΥΣΙΔΗΣ, Ι. ΟΥΖΟΥΝΙΔΗΣ,
Χ. ΛΑΖΑΡΙΔΗΣ, Χ. ΜΠΑΚΟΠΟΥΛΟΣ, Ε. ΣΑΒΒΙΔΟΥ, Ν. ΡΩΜΑΝΙΔΟΥ,
Δ. ΜΑΤΖΙΝΟΥ, Ν. ΘΕΟΔΩΡΙΔΗΣ

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Δράμας

Σκοπός

Η σύγκριση του δείκτη TIMI SCORE μεταξύ διαβητικών ασθενών και μη, που εισήχθησαν στην κλινική με NSTEMI, η καταγραφή των ημερών νοσηλείας τους και άλλων χαρακτηριστικών.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΕΜΠΤΗ 28 ΜΑΪΟΥ 2015

Υλικό και Μέθοδος

Μελετήθηκαν αναδρομικά 81 ασθενείς με διάγνωση NSTEMI έμφραγμα το διάστημα 2010-2012, μέσης ηλικίας $64,36 \pm 11,3$ έτη. Το σύνολο των ασθενών χωρίστηκε σε διαβητικούς και μη και υπολογίστηκε το TIMI SCORE σε κάθε έναν από αυτούς και βαθμολόγηση με βάση 1) την ηλικία άνω των 65 2) την ύπαρξη τριών τουλάχιστον προδιαθετικών παραγόντων για στεφανιαία νόσο, 3) την άνοδο της τροπονίνης I 4) των δυναμικών μεταβολών του ST-T 5) της ύπαρξης οπισθοστερνικού άλγους τις δύο προηγούμενες ημέρες 6) της αιμοδυναμικά τεκμηριωμένης ύπαρξης στεφανιαίας νόσου 7) της προηγούμενης λήψεως ασπιρίνης. Ως χαμηλού ρίσκου ενδονοσοκομειακής θνητότητας θεωρήθηκε τιμή SCORE 0-2, ενδιάμεσου ρίσκου 3-5 και υψηλού ρίσκου 6-7. Ακολούθησε στατιστική ανάλυση για τη σύγκριση των βασικών χαρακτηριστικών και του μέσου όρου του TIMI SCORE μεταξύ των δύο ομάδων.

Αποτελέσματα

81 ασθενείς από τους οποίους οι 57 ήταν μη διαβητικοί και οι 24 ήταν διαβητικοί. Από τα βασικά χαρακτηριστικά των δύο ομάδων διέφεραν σημαντικά ο μέσος όρος ηλικίας, το φύλο, η προϋπάρχουσα υπέρτασική νόσος και οι τιμές LDL χοληστερόλης. Ο μέσος όρος του TIMI SCORE των διαβητικών ασθενών ήταν $4,17 \pm 0,96$ ενώ των μη διαβητικών ήταν $3,98 \pm 1,02$ (p:NS). Ο μέσος όρος ημερών νοσηλείας των διαβητικών ασθενών ήταν $10,39 \pm 0,09$ ημέρες, ενώ των μη διαβητικών ήταν $9,46 \pm 2,33$ ημέρες (p<0.05).

Συμπεράσματα

Οι διαβητικοί και μη ασθενείς εμφανίζουν μετρίου ρίσκου NSTEMI σύμφωνα με το TIMI SCORE. Ασθενείς με υπέρτασική νόσο, αυξημένη ηλικία και περισσότερες γυναίκες εμφανίζουν NSTEMI στον πληθυσμό των διαβητικών ενώ η συνολική τιμή της LDL καταγράφεται μειωμένη. Ο μέσος όρος νοσηλείας των διαβητικών καταγράφηκε αυξημένος.

*Ακολουθεί πίνακας στην επόμενη σελίδα

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΕΜΠΤΗ 28 ΜΑΪΟΥ 2015

	Διαβητικοί n=24	Μη Διαβητικοί n=57	p
Ηλικία (έτη)*	67.5±9.0	63.1±11.6	0.05
Φύλο (γυναίκες)	10 (41.6%)	12 (21.4%)	< 0.05
Λήψη αντιυπερτασικών	14 (58.3%)	22 (39.0%)	0.05
TIMI SCORE	4,17± 0,96	3,98±1,02	NS
Ημέρες νοσηλείας	10,39±0,09	9,46± 2,33	0.05
LDL (mg/dL)	119.8±14.1	139.1±12.7	< 0.05

Πίνακας. Στατιστικές διαφορές των ασθενών της μελέτης

OR.07 ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗΣ ΠΕΡΙ ΤΗΣ ΕΙΣΟΔΟΥ ΤΩΝ ΛΙΠΟΠΡΩΤΕΪΝΩΝ ΣΤΟ ΤΟΙΧΩΜΑ ΤΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ

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

Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Εργαστήριο Καρδιαγγειακής Μηχανικής & Αθηροσκλήρωσης, Π.Γ.Ν.ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης

Σκοπός

Ο ρόλος της τοιχωματικής τάσης (wall stress, WS) στην αθηροσκλήρωση και η σχέση της με την είσοδο λιποπρωτεϊνών στο τοίχωμα.

Υλικό και Μέθοδοι

Πραγματοποιήθηκε τρισδιάστατη ανασύνθεση 28 στεφανιαίων αρτηριών ατόμων που υποβλήθηκαν σε αξονική στεφανιογραφία. Οι αρτηρίες διαρέθηκαν σε τμήματα μήκους 2mm και διακρίθηκαν σε αθηροσκληρωτικά και φυσιολογικά. Υπολογίσθηκαν η WS, η τοιχωματική σκληρότητα, η καμπυλότητα και το αθηρωματικό φορτίο σε κάθε τμήμα με τη χρήση υπολογιστικής ρευστομηχανικής και μορφομετρίας.

Αποτελέσματα

Τα φυσιολογικά τμήματα εφαιπόμενα σε αθηρωματικές πλάκες παρουσιάζουν

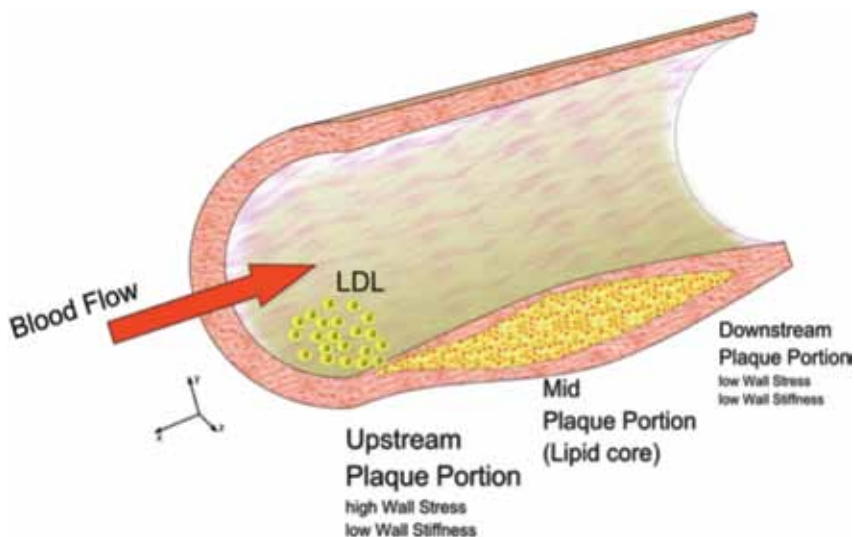
ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΕΜΠΤΗ 28 ΜΑΪΟΥ 2015

υψηλότερες τιμές WS έναντι των αθηρωματικών. Η WS εντοπίζεται χαμηλότερη στο μέσο των πλακών έναντι του εγγύς τμήματος αυτών. Η τοιχωματική σκληρότητα είναι υψηλότερη στο εγγύς τμήμα των πλακών έναντι του μέσου και του άπω τμήματος. Το αθηρωματικό φορτίο είναι μεγαλύτερο στο μέσο των πλακών έναντι των εγγύς και άπω τμημάτων των πλακών. Το υψηλό αθηρωματικό φορτίο συνδυάζεται με χαμηλή WS και υψηλή καμπυλότητα.

Συμπεράσματα

Η μελέτη αναδεικνύει την ανομοιομορφία κατανομής της WS, της τοιχωματικής σκληρότητας και της καμπυλότητας. Η WS ενδέχεται να συμβάλει στην αθηρογένεση εκπροσωπώντας τη δύναμη που ωθεί τις λιποπρωτεΐνες εντός του αρτηριακού τοιχώματος εγγύς των πλακών και σε συνδυασμό με την τοιχωματική σκληρότητα να συμμετέχει στην εντόπιση και επακόλουθη ανάπτυξη του λιπώδους πυρήνα των αθηρωματικών πλακών.



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 29 ΜΑΪΟΥ 2015

15:30 - 17:00 | Πρόεδροι: Σ. Λαμπρόπουλος, Γ. Κόπτας

OR.08 Η ΑΞΙΑ ΤΟΥ CHA2DS2-VASc SCORE ΩΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

Μ. ΣΙΛΕΛΗ, Φ. ΑΜΠΑΤΖΙΔΟΥ, Α. ΜΑΔΕΣΗΣ, Θ. ΚΑΡΑΪΣΚΟΣ,
Σ. ΤΣΑΓΚΑΡΟΠΟΥΛΟΣ, Χ. ΜΑΥΡΟΜΑΝΩΛΗΣ, Θ. ΑΣΤΕΡΗ, Γ. ΔΡΟΣΟΣ

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

Σκοπός

Να διερευνηθεί η προγνωστική αξία του CHA2DS2-VASc score για ανάπτυξη Αγγειακού Εγκεφαλικού Επεισοδίου (ΑΕΕ) μετά από καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις.

Υλικό και Μέθοδοι

Αναδρομική μελέτη 2 ετών σε διαδοχικούς ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη, χειρουργική βαλβίδας ή συνδυασμένη εγχείρηση αυτών υπό εξωσωματική κυκλοφορία. Οι ασθενείς κατετάγησαν σε ομάδες ανάλογα με την ανάπτυξη (Ομάδα Α=11) ή όχι ΑΕΕ (Ομάδα Β=734). Οι δύο ομάδες συγκρίθηκαν ως προς τα περιεχειρητικά χαρακτηριστικά και το CHA2DS2-VASc score. Η διαγνωστική ποιότητά του ελέγχθηκε με την ανάλυση της ROC καμπύλης και εκτιμήθηκε το βέλτιστο διαχωριστικό όριο.

Αποτελέσματα

Σε σύνολο 745 ασθενών που μελετήθηκαν το 1.49% παρουσίασε ΑΕΕ μετεγχειρητικά (90.9% άνδρες). Οι δύο ομάδες ήταν συγκρίσιμες όσον αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Από τη στατιστική ανάλυση προέκυψε ότι το CHA2DS2-VASc score σχετίζεται με την ανάπτυξη μετεγχειρητικού ΑΕΕ (4.27 vs 2.77, $p < 0.01$). Από την πολυπαραγοντική ανάλυση, το σκορ εξακολουθεί να αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα πρόβλεψης ΑΕΕ (OR=1.66, 95%CI=1.05-2.63, $p=0.03$). Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι η δοκιμασία έχει καλή διακριτική ικανό-

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 29 ΜΑΪΟΥ 2015

τητα (AUC=0.744, $p<0.01$) με σημείο διαμερισμού το score>3.

Συμπεράσματα

Το CHA₂DS₂-VASc score αποτελεί μια αξιόπιστη και γρήγορα εφαρμόσιμη δοκιμασία διάκρισης για την ανάπτυξη μετεγχειρητικού ΑΕΕ. Ωστόσο, είναι αναγκαία η περαιτέρω διερεύνηση της χρήσης του.

OR.09 ΧΟΡΗΓΗΣΗ VERNAKALANT ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΜΕΣΗ ΑΝΑΤΑΞΗ ΠΡΟΣΦΑΤΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ

Ι. ΒΟΓΙΑΤΖΗΣ, Ε. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ, Ι. ΝΤΑΠΤΣΕΒΙΤΣ, Γ. ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ,
Σ. ΠΗΤΤΑΣ, Ε. ΚΟΥΛΟΥΡΗΣ, Π. ΑΜΟΙΡΙΔΟΥ, Δ. ΦΙΛΙΠΠΙΔΟΥ

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Βέροιας

Εισαγωγή

Η φαρμακευτική ανάταξη της πρόσφατης έναρξης Κολπικής Μαρμαρυγής (ΚΜ) αποτελεί μία πρόκληση για τον κλινικό ιατρό.

Σκοπός της εργασίας είναι η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας της iv χορήγησης του vernakalant, ενός σχετικά νέου κολποεκλεκτικού αντιαρρυθμικού παράγοντα, στην ανάταξη πρόσφατης έναρξης κολπικής μαρμαρυγής.

Υλικό και Μέθοδοι

Μελετήθηκαν 52 ασθενείς (37 Άνδρες – 15 Γυναίκες, μέσης ηλικίας 62,44±7,24 χρόνων) που προσήλθαν με πρόσφατης έναρξης κολπική μαρμαρυγή. Στους ασθενείς αυτούς χορηγήθηκε iv vernakalant (3mg/Kg σε 10 min και αν χρειαζόταν μετά από 15 min δεύτερη δόση 2mg/Kg σε 10 min) για την ανάταξη της αρρυθμίας.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 29 ΜΑΪΟΥ 2015

Αποτελέσματα

Το 51,92% των ασθενών (n=27) ανατάχθηκαν, με μέσο χρόνο ανάταξης τα 19,8+4,3 min. Ο μέσος χρόνος νοσηλείας των ασθενών ήταν 17,64+15,96 ώρες. Σε ένα ασθενή διεκόπη η χορήγηση του vernakalant λόγω υπότασης ενώ 2 άλλοι ασθενείς ανέφεραν δυσγευσία κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Το κόστος του φαρμάκου υπολογίστηκε σε 488,22+170,34 €, με κόστος νοσηλείας 258,58+124,73 €.

Συμπέρασμα

Το vernakalant ανέταξε ταχέως μία πρόσφατης έναρξης κολπική μαρμαρυγή, ήταν καλά ανεκτό αλλά είναι μία ακριβή αν και ασφαλής θεραπευτική επιλογή.

OR.10 ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΑΘΗΡΩΜΑΤΩΣΗΣ ΤΗΣ ΘΩΡΑΚΙΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ, ΤΟ ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΘΡΟΜΒΟΥ ΣΤΟ ΩΤΙΟ ΤΟΥ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΚΟΛΠΟΥ

Γ. ΣΠΥΡΟΜΗΤΡΟΣ, Ι. ΛΑΓΟΣ

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Κατερίνης

Σκοπός

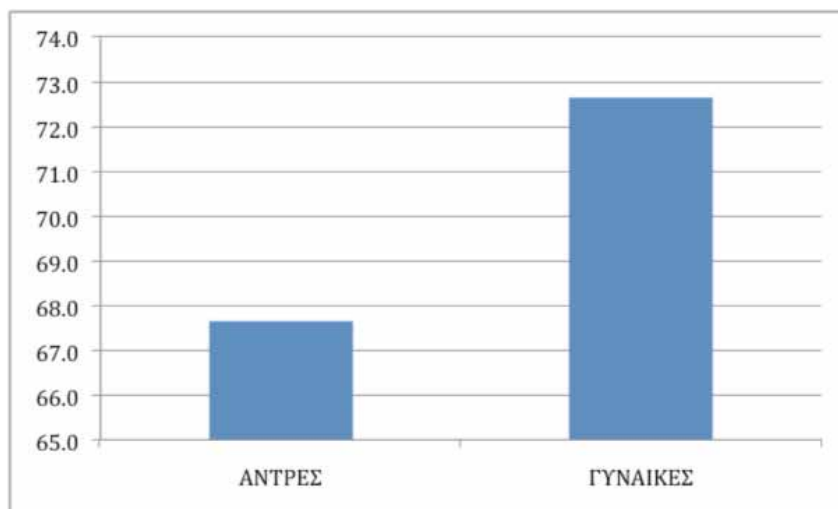
Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να μελετηθεί η ύπαρξη ή μη συσχέτισης ανάμεσα στη βαρύτητα αθηρωμάτωσης της θωρακικής αορτής με την ηλικία και το φύλο καθώς και με το θρομβωτικό περιβάλλον του αριστερού κόλπου.

Μέθοδοι

39 ενήλικες (15 γυναίκες, 24 άνδρες, πίνακας 1) που υποβλήθηκαν σε διοισοφάγειο υπερηχογράφημα το τρέχον έτος στην κλινική μας χρησιμοποιήθηκαν για τη συλλογή των δεδομένων. Οι παράμετροι που μελετήθηκαν ήταν το πάχος της αθηρωματικής πλάκας στο ύψος της θωρακικής αορτής σε mm x 0,1, η παρουσία ηχοαντίθεσης, η παρουσία θρόμβου στο ωτίο του αριστερού κόλπου καθώς και η ταχύτητα ροής στο ωτίο του αριστερού κόλπου.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 29 ΜΑΪΟΥ 2015



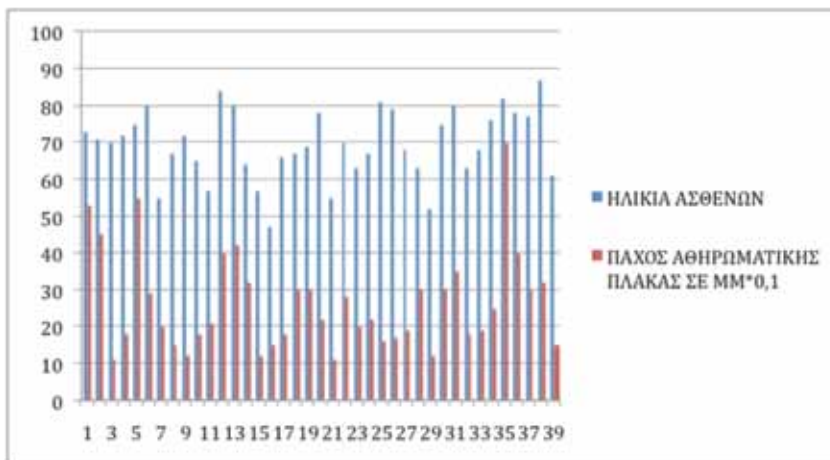
Πίνακας 1

Αποτελέσματα

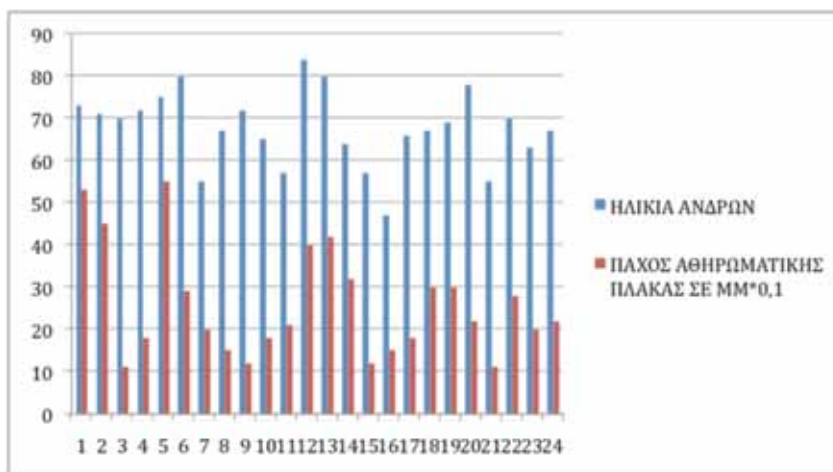
Από την ανάλυση των δεδομένων προέκυψε θετική συσχέτιση ανάμεσα στη βαρύτητα αθηρωμάτωσης της θωρακικής αορτής με τη αύξηση της ηλικίας ($r=0.567$, $p<0.01$), (πίνακας 2). Επίσης φάνηκε ότι η επίπτωση της αθηρωμάτωσης της θωρακικής αορτής είναι μεγαλύτερη στους άνδρες ($r=0.595$, $p<0.01$) συγκριτικά με τις γυναίκες ($r=0.530$, $p=0.02$), (πίνακας 3 & 4). Ακόμη η ανάλυση των δεδομένων ανέδειξε παρουσία σμοκε ροής σε ποσοστό 33,3% του συνόλου των εξετασθέντων, παρουσία θρόμβου στο ωτίο του αριστερού κόλπου σε ποσοστό 33,3% και παρουσία χαμηλής ταχύτητας ροής στο ωτίο στους ασθενείς που φέραν θρόμβο σε αυτό. Στις γυναίκες με αθηρωμάτωση της θωρακικής αορτής διαπιστώθηκε παρουσία θρόμβου στο ωτίο του αριστερού κόλπου σε ποσοστό 46.6% (7 στις 15 γυναίκες) ενώ η αντίστοιχη αναλογία στους άνδρες βρέθηκε 25% (6 στους 24 άνδρες).

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 29 ΜΑΪΟΥ 2015



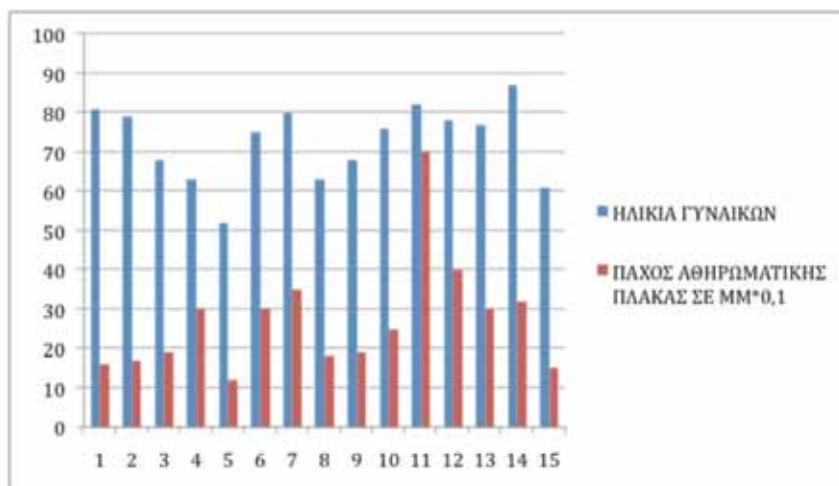
Πίνακας 2



Πίνακας 3

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 29 ΜΑΪΟΥ 2015



Πίνακας 4

Συμπεράσματα

Υπάρχει θετική συσχέτιση ανάμεσα στη βαρύτητα αθηρωμάτωσης της θωρακικής αορτής με την αύξηση της ηλικίας με μεγαλύτερη επίπτωση να παρατηρείται στους άνδρες σε σύγκριση με τις γυναίκες.

Η παρουσία θρόμβου στο ωτίο του αριστερού κόλπου ανευρέθηκε συχνότερα στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες σε ασθενείς με αθηρωμάτωση θωρακικής αορτής.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 29 ΜΑΪΟΥ 2015

OR.11 ΟΦΕΛΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΘΗΚΗΣ ΤΗΣ ΙΒΑΜΠΡΑΔΙΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΜΕΙΩΜΕΝΟ ΚΛΑΣΜΑ ΕΞΩΘΗΣΗΣ, ΥΠΟ ΒΕΛΤΙΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Χ. ΚΑΡΒΟΥΝΗΣ¹, Β. ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΟΥ², Ε. ΚΑΛΛΙΣΤΡΑΤΟΣ²,
Σ. ΑΔΑΜΟΠΟΥΛΟΣ³

¹Α' Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

²Servier Hellas Pharmaceuticals Ltd., Αθήνα

³Β' Καρδιολογικό Τμήμα, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα

Σκοπός

Καταγραφή της επίδρασης της Ιβαμπραδίνης στη συμπτωματολογία, στην κατάταξη ΝΥΗΑ και στην ποιότητα ζωής, ασθενών με χρόνια ΚΑ και μειωμένο κλάσμα εξώθησης (ΚΑμΚΕ $\leq 35\%$) υπό βέλτιστη φαρμακευτική αγωγή. Εκτίμηση της επίδρασης της αγωγής από τους ασθενείς και τους θεράποντες ιατρούς.

Μέθοδοι

Αναλύονται τα δεδομένα 428 ασθενών (συνολικά 1245 ασθενείς με ΚΑμΚΕ εξετάστηκαν προοπτικά σε αυτή τη μη παρεμβατική μελέτη) οι οποίοι ελάμβαναν και τις τέσσερις προτεινόμενες κατηγορίες φαρμάκων βάσει των οδηγιών (Φάρμακα του άξονα [αΜΕΑ,ΑΥΑ], β αποκλειστές, διουρητικά, ανταγωνιστές αλατοκορτικοειδών). Τα δεδομένα καταγράφηκαν στην ένταξη, στον 1ο και 4ο μήνα παρακολούθησης. Η ποιότητα ζωής αξιολογήθηκε βάσει του ερωτηματολογίου LVD 36, ενώ η εκτίμηση της επίδρασης της Ιβαμπραδίνης από τον ασθενή και τον ιατρό βάσει του ερωτηματολογίου PaGA/PhGA.

Αποτελέσματα

Μεταξύ της 1ης και 3ης επίσκεψης, η προσθήκη της Ιβαμπραδίνης μείωσε σημαντικά τα ποσοστά ασθενών με δύσπνοια (κατά 45.3%), περιφερικά οίδημα (κατά 33.2%) ορθόπνοια (κατά 31.8%), κάματο (κατά 28.5%) και στηθάγχη (κατά 21.5%). Αύξησε το ποσοστό των ασθενών ΝΥΗΑ I και II (από 0%/40.2% σε 15.2%/60.0%) και μείωσε το ποσοστό των ασθενών ΝΥΗΑ III&IV (από 59.8%

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 29 ΜΑΪΟΥ 2015

σε 24.8%) ($p < 0.001$), βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής κατά 28.9 μονάδες ($p < 0.001$). Επιπλέον, βελτίωση ανέφερε το 88.9% των ασθενών και το 88.5% των ιατρών βάσει των ερωτηματολογίων RaGA και PhGA. Η καρδιακή συχνότητα μειώθηκε από 83.5 ± 10.9 bpm σε 66.7 ± 7.3 bpm ($P < 0.001$). Η συμμόρφωση στη θεραπεία ήταν υψηλή: 423 (98.8%) ασθενείς ελάμβαναν την αγωγή τους “κάθε ημέρα” ή “αρκετά συχνά”. Καθόλη τη διάρκεια της μελέτης 224 ασθενείς (52.3%) ελάμβαναν σταθερή δόση Ιβαμπραδίνης εκ των οποίων 195 ελάμβαναν τη δόση των 10 mg ημερησίως.

Συμπεράσματα

Η προσθήκη της Ιβαμπραδίνης βελτιώνει σημαντικά τη συμπτωματολογία, την κατάταξη NYHA και την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΚαμΚΕ υπό βέλτιστη φαρμακευτική αγωγή. Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνονται τόσο από τους ασθενείς όσο και από τους θεράποντες ιατρούς.

Εικόνα 1: Συγχορηγούμενα φάρμακα καθόλη τη διάρκεια της μελέτης

	1η Επίσκεψη			2η Επίσκεψη			3η Επίσκεψη		
	N	%	Μέση δόση (mg)	N	%	Μέση δόση (mg)	N	%	Μέση δόση (mg)
Β Αποκλειστές									
Ατενολόλη	9	2.1	63.9	9	2.1	69.4	10	2.3	70.0
Καρβεδιλόλη	274	64.0	19.3	271	63.3	20.8	269	62.9	21.5
Μετοπρολόλη	71	16.6	88.7	74	17.3	87.8	77	18.0	86.7
Βισοπρολόλη	19	4.4	6.8	19	4.4	7.1	19	4.4	7.4
Νεπιτιβολόλη	54	12.6	4.9	54	12.6	5.0	52	12.1	5.0
Προπρανολόλη	1	0.2	80.0	1	0.2	80.0	1	0.2	80.0
Άλλοι Β αποκλειστές	0	0.0		0	0.0		0	0.0	
Αναστολείς μετατρεπτικού ενζύμου									
Εναλαπρίλη	53	12.4	12.7	55	12.9	12.1	54	12.6	12.3
Περινδοπρίλη	99	23.1	6.3	106	24.8	6.3	104	24.3	6.4
Ραμιπρίλη	136	31.8	4.6	131	30.6	4.9	133	31.1	5.0
Άλλοι αναστολείς μετατρεπτικού ενζύμου	21	4.9		20	4.7	205.5	21	4.9	
Ανταγωνιστές υποδοχέων αγγειοτασίνης									
Βαλσαρτάνη	84	19.6	179.5	83	19.4	174.8	85	19.9	177.3
Καντεσαρτάνη	12	2.8	11.7	12	2.8	12.7	12	2.8	12.0
Λοσαρτάνη	20	4.7	83.8	18	4.2	84.7	18	4.2	81.9
Άλλοι ανταγωνιστές	19	4.4		18	4.2		18	4.2	
Διουρητικά									
Ινδαπαμίδη	4	0.9	1.5	5	1.2	1.5	4	0.9	1.4
Φουροσεμίδη	406	94.9	61.8	406	94.9	64.2	405	94.6	63.9
υδροχλωροθειαζίδη	28	6.5	23.8	28	6.5	22.8	28	6.5	22.8

*Συνέχεια του πίνακα στην επόμενη σελίδα

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 29 ΜΑΪΟΥ 2015

Άλλα διουρητικά	1	0.2		2	0.5		3	0.7	
Ανταγωνιστές αλατοκορτικοειδών									
Επλερερόνη	286	66.8	29.9	282	65.9	31.4	286	66.8	31.3
Σπιρονολακτόνη	142	33.2	29.0	146	34.1	31.0	142	33.2	31.4
Σύνολο	428	100.0		428	100.0		428	100.0	

OR.12 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΙΒΑΜΠΡΑΔΙΝΗΣ ΣΤΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΜΕΙΩΜΕΝΟ ΚΛΑΣΜΑ ΕΞΩΘΗΣΗΣ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ

Χ. ΚΑΡΒΟΥΝΗΣ¹, Β. ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΟΥ², Ε. ΚΑΛΛΙΣΤΡΑΤΟΣ², Σ. ΑΔΑΜΟΠΟΥΛΟΣ³

¹Α' Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκη

²Servier Hellas Pharmaceuticals Ltd., Αθήνα

³Β' Καρδιολογικό Τμήμα, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα

Σκοπός

Καταγραφή της επίδρασης της Ιβαμπραδίνης στη συμπτωματολογία, στην κατάταξη NYHA και στη ποιότητα ζωής, ασθενών με χρόνια ΚΑ και μειωμένο κλάσμα εξώθησης (ΚΑμΚΕ $\leq 35\%$). Καταγραφή πιθανών διαφορών στην αντιμετώπιση των ασθενών από ιδιώτες και νοσοκομειακούς ιατρούς.

Μέθοδοι

1245 ασθενείς με ΚΑμΚΕ εξετάστηκαν προοπτικά από 102 καρδιολόγους (29 νοσοκομειακούς και 73 ιδιώτες). Τα δεδομένα καταγράφηκαν στην ένταξη, στον 1ο και 4ο μήνα παρακολούθησης. Η ποιότητα ζωής αξιολογήθηκε βάσει του ερωτηματολογίου LVD 36, ενώ η εκτίμηση της επίδρασης της Ιβαμπραδίνης από τον ασθενή και τον ιατρό βάσει του ερωτηματολογίου PaGA/PhGA.

Αποτελέσματα

Μεταξύ της 1ης και 3ης επίσκεψης, η προσθήκη Ιβαμπραδίνης βελτίωσε τη συμπτωματολογία μειώνοντας τα ποσοστά ασθενών με: δύσπνοια κατά (47.9%/45.1%) (ιδιώτες/νοσοκομειακοί ιατροί) περιφερικά οιδήματα (κατά 27.5%/30.6%) ορθόπνοια (κατά 25.8%/42.1%), κάματο (κατά 30.5%/24.9%)

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 29 ΜΑΪΟΥ 2015

και στηθάγχη (κατά 25.8%/25.8%). Αύξησε το ποσοστό των ασθενών ΝΥΗΑ Ι και ΙΙ (από 0%/47.3% σε 18.2%/62.9%) και μείωσε το ποσοστό των ασθενών ΝΥΗΑ ΙΙΙ&ΙV (από 52.7% σε 18.9%) ($p < 0.001$). Κατά μία τουλάχιστον μονάδα ΝΥΗΑ βελτιώθηκε το 49.1%/ 54.7% των ασθενών που καταγράφηκαν από ιδιώτες/ νοσοκομειακούς ιατρούς αντίστοιχα ($p = 0.065$). Η ποιότητα ζωής βελτιώθηκε κατά 29 μονάδες ($p < 0.001$) (33.4/20 σε ιδιώτες και νοσοκομειακούς ιατρούς αντίστοιχα). Βελτίωση ανέφερε το 92.2%/85.8% των ασθενών και το 92.6%/86.5% των ιατρών (ιδιώτες/νοσοκομειακοί ιατροί) αντίστοιχα. Η καρδιακή συχνότητα (ΚΣ) μειώθηκε από 83.5 ± 10.6 bpm σε 66.9 ± 7.3 bpm ($P < 0.001$), (μέση μείωση κατά 17.2bpm/14.8 bpm για ιδιώτες/νοσοκομειακούς ιατρούς αντίστοιχα). Καθόλη τη διάρκεια της μελέτης, το ποσοστό ασθενών που ελάμβανε Β αποκλειστές, αΜΕΑ/ΑΥΑ, διουρητικά και ανταγωνιστές αλατοκορτικοειδών από ιδιώτες/ νοσοκομειακούς ιατρούς ήταν 80.8%/82.2%, 83.6%/67%, 85.8%/81.7% και 49.4%/61.7% αντίστοιχα. Στην 3η επίσκεψη, το 50.1% (ιδιώτες) και το 27.7% (νοσοκομειακοί ιατροί) των ασθενών ελάμβανε τη μέγιστη δόση της Ιβαμπραδίνης 15 mg ημερησίως.

Συμπεράσματα

Η προσθήκη Ιβαμπραδίνης βελτιώνει σημαντικά τη συμπτωματολογία, την κατάσταση ΝΥΗΑ και την ποιότητα ζωής ασθενών με ΚΑμΚΕ. Τα αποτελέσματα ήταν παρόμοια σε ιδιώτες και νοσοκομειακούς ιατρούς και επιβεβαιώνονται τόσο από τους ασθενείς όσο και από τους θεράποντες ιατρούς.

Πίνακας 1: Κλινικά χαρακτηριστικά ένταξης

	Ιδιώτες Ιατροί (793 ασθενείς)	Νοσοκομειακοί Ιατροί (452 ασθενείς)
Ηλικία (έτη) mean(SD)	69.7± 11	66.2±12.9
Φύλο (Ανδρες %)	63.6	77.2
Στεφανιαία νόσος (%)	63.2	69.9
Αρτηριακή Υπέρταση (%)	67.6	53.1
Σακχαρώδης Διαβήτης (%)	30.8	37.2

*Συνέχεια του πίνακα στην επόμενη σελίδα

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 29 ΜΑΪΟΥ 2015

Δυσλιπιδαιμία (%)	52.7	48
ΝΥΗΑ I, II, III, IV (%)	0.0, 50.8, 41.6, 7.6	0.0, 41.2, 48.7, 10.2
Κλάσμα Εξώθησης (%)	32.2±4.1	30.1±5.6
Καρδιακή συχνότητα (bpm) mean(SD)	83.8±10.5	82.9±10.8
LVD36 ερωτηματολόγιο (mean SD)	61.9±25,9	52.3±26.6

OR.13 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΚΛΑΣΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΟΒΑΡΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΣΤΕΝΩΣΗ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ

A. ΜΑΔΕΣΗΣ, Σ. ΤΣΑΓΚΑΡΟΠΟΥΛΟΣ, Μ. ΣΙΛΕΛΗ, Θ. ΚΑΡΑΪΣΚΟΣ,
Φ. ΑΜΠΑΤΖΙΔΟΥ, Α. ΒΛΑΧΟΥ, Θ. ΑΣΤΕΡΗ, Γ. ΔΡΟΣΟΣ

Καρδιοχειρουργική κλινική, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου»

Σκοπός

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η επασβεστώση της αορτικής βαλβίδας σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο καρδιοαγγειακών συμβάντων. Σκοπός μας είναι να διερευνήσουμε αν οι διεθνώς αποδεκτοί προδιαθεσικοί παράγοντες για στεφανιαία νόσο συναντώνται και στους ασθενείς με συνυπάρχουσα σοβαρού βαθμού στένωση αορτικής βαλβίδας.

Υλικό και Μέθοδοι

Αναδρομική μελέτη σε ασθενείς με σοβαρού βαθμού στένωση αορτικής βαλβίδας (AVS) που υποβλήθηκαν σε μεμονωμένη αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας (Ομάδα-A) ή σε συνδυασμό με αορτοστεφανιαία παράκαμψη (Ομάδα-B). Μελετήθηκε η επίδραση των παρακάτω προδιαθεσικών παραγόντων: ηλικία, φύλο, δείκτης μάζας σώματος, σακχαρώδης διαβήτης, αρτηριακή υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, κάπνισμα, κλάσμα εξώθησης, προεγχειρητική τιμή eGFR, καρωτιδική νόσος και προεγχειρητική λήψη στατίνης.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 29 ΜΑΪΟΥ 2015

Αποτελέσματα

Σε σύνολο 123 ασθενών (67.48% άνδρες) με AVS, οι 40 εμφάνιζαν κριτικές βλάβες στα στεφανιαία αγγεία τους. Από τη στατιστική ανάλυση των προδιαθεσικών παραγόντων δεν φάνηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες. Η αδυναμία των παραγόντων αυτών για πρόβλεψη συνυπάρχουσας στεφανιαίας νόσου σε αυτούς τους ασθενείς ήταν φανερή και κατά την πολυπαραγοντική μελέτη.

Συμπεράσματα

Από την παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε ότι οι δύο ομάδες δε διαφέρουν στατιστικά όσον αφορά τους κλασικούς παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου. Πιθανώς, η συνεπίδραση και άλλων παραγόντων, όπως γενετικών και μεταβολικών, να παίζουν ρόλο στην ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου σε ασθενείς με σοβαρού βαθμού στένωση αορτικής βαλβίδας.

OR.14 Η ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΗΛΕΚΤΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΓΚΟΠΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

Α. ΦΩΤΟΓΛΙΔΗΣ, Χ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ, Ν. ΦΡΑΓΚΑΚΗΣ, Κ. ΜΠΑΛΤΟΥΜΑΣ, Γ. ΚΟΤΣΙΟΥΡΟΣ, Π. ΚΥΡΙΑΚΟΥ, Β. ΣΚΕΜΠΕΡΗΣ, Β. ΒΑΣΙΛΙΚΟΣ

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

Σκοπός

Σε ασθενείς με συγκοπή αγνώστου αιτιολογίας η ηλεκτροφυσιολογική μελέτη συχνά χρησιμοποιείται, μετά την αρχική κλινική εκτίμηση και την χρήση μη επεμβατικών διαγνωστικών δοκιμασιών, για την διερεύνηση της ύπαρξης αρρυθμιών (δυσλειτουργία φλεβοκόμβου, διαταραχές κολποκοιλιακής αγωγής, κοιλιακές και υπερκοιλιακές ταχυαρρυθμίες) ως την αιτία των συγκοπικών επεισοδίων. Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνήσει την προγνωστική αξία της ηλεκτροφυσιολογικής μελέτης στην εμφάνιση νέων συγκοπικών επεισοδίων σε ασθενείς με συγκοπικά επεισόδια (ΣΕ) αγνώστου αιτιολογίας.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 29 ΜΑΪΟΥ 2015

Υλικό και Μέθοδοι

Κατά την διάρκεια δύο ετών (3/2013 έως 11/2014) διερευνήθηκαν 85 ασθενείς με ΣΕ αγνώστου αιτιολογίας. Αρχικώς αξιολογήθηκε το ιστορικό, η κλινική εξέταση και το ΗΚΓ ηρεμίας, και ακολούθως πραγματοποιήθηκε υπερηχοκαρδιογραφική εξέταση, μάλαξη καρωτιδικών βολβών, δοκιμασία ενεργητικής ορθοστασίας και νευρολογική εκτίμηση. Σε ασθενείς με απουσία δομικής καρδιακής νόσου(ΔΚΝ) πραγματοποιήθηκε αρχικώς δοκιμασία ανάκλισης, δοκιμασία αδενοσίνης και προκαΐναμίδης, τοποθετήθηκε holter ρυθμού 24ώρου, και ακολούθησε ηλεκτροφυσιολογική μελέτη (με έλεγχο λειτουργίας του φλεβοκόμβου, του κολποκοιλιακού κόμβου και κοιλιακή διέγερση κατά το πρωτόκολλο Wellens) ή τοποθέτηση εμφυτεύσιμου holter(ILR) ή λήφθηκε εναλλακτική απόφαση. Αντιθέτως οι ασθενείς με ΔΚΝ διερευνήθηκαν αρχικώς με τοποθέτηση holter ρυθμού, δοκιμασία αδενοσίνης και προκαΐναμίδης, ακολούθησε δοκιμασία ανάκλισης και επί ενδείξεων ηλεκτροφυσιολογική μελέτη(ΗΦΕ) και τελικώς τοποθετήθηκε ILR ή λήφθηκε εναλλακτική απόφαση. Ακολούθησε επανέλεγχος της εμφάνισης νέων ΣΕ με μέσο όρο 12 μήνες από την αρχική αξιολόγηση. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το πρόγραμμα SPPS statistics 20.

Αποτελέσματα

Από το σύνολο των 85 ασθενών, 52 άντρες και 33 γυναίκες, μέσου όρου (μ.ο.) ηλικίας $56 \pm 20,3$, 67 ασθενείς (78,8% επί του συνόλου) δεν είχαν δομική καρδιακή νόσο. Κατά την διάρκεια του πρωτοκόλλου διερεύνησης των ασθενών πραγματοποιήθηκε και ηλεκτροφυσιολογική μελέτη σε 19 ασθενείς (22,4% επί του συνόλου) από τους οποίους 14 ασθενείς δεν είχαν υποκείμενη ΔΚΝ (73,7% επί του συνόλου των ασθενών που υποβλήθηκαν σε ΗΦΕ). Η ηλεκτροφυσιολογική μελέτη απέβη θετική σε 4 ασθενείς (21,1%) με καταγραφή διαταραχής αγωγής στο επίπεδο του κολποκοιλιακού κόμβου. Από τους 14 ασθενείς χωρίς ΔΚΝ που υποβλήθηκαν σε ΗΦΕ δυο είχαν θετική δοκιμασία (14,3%), ενώ από τους 5 ασθενείς με ΔΚΝ δύο ασθενείς (40%) είχαν θετική ΗΦΕ, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,272$) μεταξύ των δύο ομάδων. Κατά τον επανέλεγχο των ασθενών σε 12 μήνες καταγράφηκε υποτροπή των συγκοπικών επεισοδίων σε 3 ασθενείς (15,7%) επί του συνόλου των ασθενών που υποβλήθηκαν σε

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 29 ΜΑΪΟΥ 2015

ΗΦΕ. Στον υπό μελέτη πληθυσμό η ΗΦΕ είχε σημαντική αρνητική προγνωστική αξία (80%) στην εμφάνιση νέων συγκοπικών επεισοδίων ιδίως στους ασθενείς χωρίς δομική καρδιακή νόσο (91,67%).

Συμπεράσματα

Η ηλεκτροφυσιολογική μελέτη, εκτός από την διαγνωστική αξία στην διερεύνηση των ασθενών με συγκοπή αγνώστου αιτιολογίας, έχει και σημαντική αρνητική προγνωστική αξία στην υποτροπή των συγκοπικών επεισοδίων σε διάστημα 12 μηνών κυρίως στους ασθενείς με απουσία δομικής καρδιακής νόσου, γεγονός που συμβάλλει στην μεσοπρόθεσμη διαχείριση των ασθενών αυτών.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΣΑΒΒΑΤΟ 30 ΜΑΪΟΥ 2015

16:00 - 17:00 | Πρόεδροι: Π. Μακρίδης, Ι. Γ. Στυλιάδης

OR.15 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΣΤΑΘΕΡΟΥ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ ΠΕΡΙΝΔΟΠΡΙΛΗΣ /ΑΜΛΟΔΙΠΙΝΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟ

Κ. ΤΣΙΟΥΦΗΣ¹, Α. ΜΑΝΩΛΗΣ², Ι. ΖΑΡΙΦΗΣ³, Ε. ΚΑΛΛΙΣΤΡΑΤΟΣ⁴,
Β. ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΟΥ⁴, Α. ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗΣ⁵, Χ. ΒΛΑΧΟΠΟΥΛΟΣ¹

¹1η Καρδιολογική Κλινική, Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
Γ.Ν.Α Ιπποκράτειο, Αθήνα

²Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Βούλας «Ασκληπιείο», Αθήνα

³Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη,

⁴Servier Hellas Pharmaceuticals Ltd, Αθήνα

⁵Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο,
Θεσσαλονίκη

Σκοπός

Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του σταθερού συνδυασμού Περινδοπρίλης / Αμλοδιπίνης στη μείωση της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) σε υπερτασικούς ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο. Καταγραφή της συμμόρφωσης και της ανοχής των ασθενών στο σταθερό συνδυασμό κατά τη διάρκεια της αγωγής.

Υλικό και Μέθοδοι

Συγκεντρωτική μελέτη που προέκυψε από την ανάλυση δυο πολυκεντρικών μη παρεμβατικών μελετών στις οποίες εντάχθηκαν προοπτικά 4569 υπερτασικοί ασθενείς. Στο σύνολο αυτό συμπεριλήφθηκαν 717 ασθενείς με υπέρταση και καρδιοαγγειακή νόσο (Καρδιακή νόσο, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, περιφερική αρτηριοπάθεια). Τα δεδομένα καταγράφηκαν κατά την ένταξη, στη 2η και 3η επίσκεψη.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΣΑΒΒΑΤΟ 30 ΜΑΪΟΥ 2015

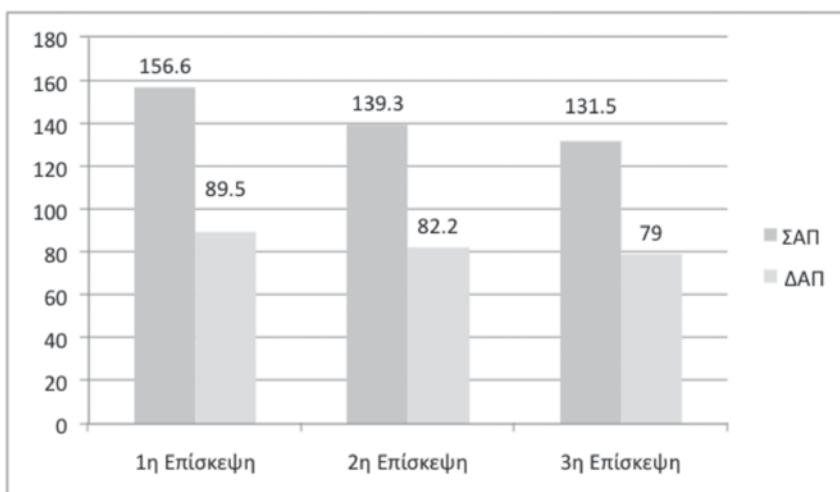
Αποτελέσματα

Από τους 717 ασθενείς που συμμετείχαν στη ανάλυση, 10 ασθενείς (1.4%) διέκοψαν πρόωρα τη θεραπεία. Ο σταθερός συνδυασμός Περινδοπρίλης/Αμλοδιπίνης μείωσε τα επίπεδα της συστολικής και διαστολικής ΑΠ (ΣΑΠ, ΔΑΠ) από $156.6 \pm 16.6 / 89.5 \pm 10.6$ mmHg (1η επίσκεψη) σε $139.3 \pm 11.9 / 82.3 \pm 8.2$ mmHg (2η επίσκεψη) και σε $131.5 \pm 9.5 / 79.0 \pm 7.5$ mmHg στην 3η επίσκεψη ($p < 0.001$). Η μείωση της ΑΠ συσχετίστηκε με το αρχικό στάδιο της υπέρτασης. Ασθενείς με υπέρταση σταδίου III, II και I παρουσίασαν μέση μείωση της ΣΑΠ / ΔΑΠ κατά $43.6 / 18.7$ mmHg, $31.2 / 12.2$ mmHg και $19.3 / 9.0$ mmHg αντίστοιχα ($p < 0.001$). Η συμμόρφωση στη θεραπεία ήταν υψηλή καθώς το 76% (545 ασθενείς) ελάμβαναν την αγωγή τους κάθε ημέρα.

Συμπεράσματα

Η προσθήκη σταθερού συνδυασμού Περινδοπρίλης/Αμλοδιπίνης μειώνει άμεσα και σημαντικά τα επίπεδα της ΑΠ, με υψηλό ποσοστό συμμόρφωσης στη θεραπεία σε υπερτασικούς ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο.

Εικόνα 1: Μέση τιμή ΣΑΠ/ΔΑΠ και στις 3 επισκέψεις στη μελέτη

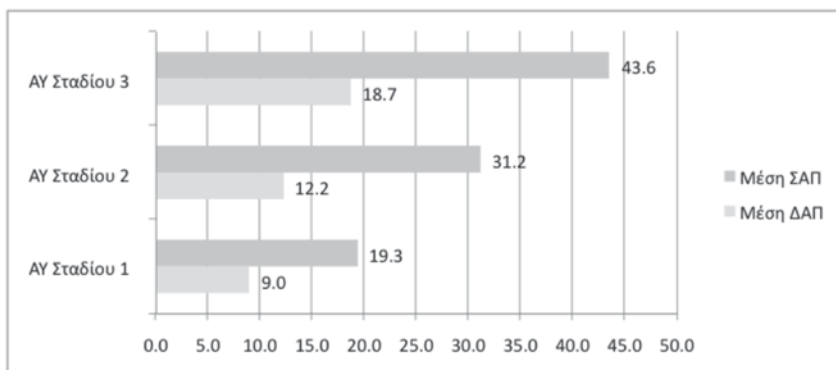


ΣΑΠ: Συστολική αρτηριακή πίεση, ΔΑΠ: Διαστολική αρτηριακή πίεση

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΣΑΒΒΑΤΟ 30 ΜΑΪΟΥ 2015

Εικόνα 2: Μέση μείωση της ΣΑΠ/ΔΑΠ ανάμεσα στην 1η και 3η επίσκεψη ανάλογα με το βαθμό υπέρτασης



ΣΑΠ: Συστολική αρτηριακή πίεση, ΔΑΠ: Διαστολική αρτηριακή πίεση

OR.16 ΤΑΧΕΩΣ ΑΥΞΑΝΟΜΕΝΟ ΚΑΡΔΙΑΚΟ ΜΥΞΩΜΑ ΜΕ ΣΥΝΟΔΟ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ: CARNEY COMPLEX;

Χ. ΧΑΤΖΗΕΛΕΥΘΕΡΙΟΥ, Μ. ΤΣΑΟΥΣΙΔΗΣ, Β ΣΑΤΖΟΓΛΟΥ, Ι. ΟΥΖΟΥΝΙΔΗΣ,
Χ. ΛΑΖΑΡΙΔΗΣ, Χ. ΜΠΑΚΟΠΟΥΛΟΣ, Ε. ΣΑΒΒΙΔΟΥ, Ν. ΡΩΜΑΝΙΔΟΥ,
Δ. ΜΑΤΖΙΝΟΥ, Ν. ΘΕΟΔΩΡΙΔΗΣ

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Δράμας

Σκοπός

Η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού, γυναίκας 49 ετών με καρδιακό μύξωμα νεόπλασμα του παχέος εντέρου και δερματικές κηλίδες.

Υλικό και Μέθοδοι

49χρονη γυναίκα κατά την αρχική διερεύνηση αισθήματος παλμών εμφανίζει στο υπερηχογράφημα εκσημασμένη πάχυνση μεσοκολπικού διαφράγματος. Χρόνιες δερματικές καφεοειδείς κηλίδες κορμού. Τέσσερις μήνες αργότε-

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΣΑΒΒΑΤΟ 30 ΜΑΪΟΥ 2015

ρα η ασθενής εμφανίζει αίσθημα τεινισμού. Η κολονοσκόπηση αποκαλύπτει αδενωματώδη βλάβη ορθού με ευρεία βάση 12cm από το σφιγκτήρα ενώ η spiral-CT αναδεικνύει έλλειμμα πλήρωσης AP κόλπου με μερική απόφραξη της ΔΕ άνω πνευμονικής φλέβας. Νέο υπερηχογράφημα αναδεικνύει υπερηχοικό όγκο του μεσοκολπικού διαφράγματος με ευρεία βάση διαμέτρου 3cm, με επιβεβαίωση από διοισοφάγειο-3D υπερηχογράφημα και MRI καρδιάς.

Αποτελέσματα

Μετά από χειρουργική και καρδιοχειρουργική εκτίμηση, διενεργείται υπό αντιπηκτική αγωγή τοπική κολεκτομή και κολοστομία, με τελική σύγκλιση και αναστόμωση ένα μήνα μετά. Η παθολογοανατομική εξέταση ανέδειξε σωληνω-λαχνωτό αδένωμα με βαριά δυσπλασία και σχετικά περιορισμένη εξαλλαγή σε αδενοκαρκίνωμα T1N0M0.

Ακολούθως διενεργήθηκε εκτομή μυοκαρδιακής μάζας AP κόλπου, ευρεία εκτομή μεσοκολπικού διαφράγματος, καθαρισμός στομίου πνευμονικής φλέβας και τοποθέτηση περικαρδιακού patch. Η ιστολογική διαγιγνώσκει μόρφωμα με μυξώματωδες υπόστρωμα. Ακολουθεί παρακολούθηση με συχνό υπερηχογραφικό και CT έλεγχο καθώς τίθεται υπόνοια σποραδικού συμπλέγματος carney (μύξωμα, δερματικές βλάβες, νεοπλασίες καθ υπεροχή ενδοκρινών αδένων).

Συμπεράσματα

Το μύξωμα (αριστερού κόλπου) αποτελεί το συχνότερο πρωτοπαθή καρδιακό όγκο, με συχνότητα 0,02%, 7% αυτών σχετίζονται με το σύμπλεγμα carney. Σπάνια εμφανίζει ευρεία βάση και εξορμάται συχνά από το μεσοκολπικό διάφραγμα. Ο ρυθμός ανάπτυξης δυνατόν να είναι ταχύς (0,75cm/μήνα εν προκειμένω) και απαιτεί αντιπηκτική αγωγή και ταχεία εκτομή προς αποφυγή εμβολικών και αποφρακτικών φαινομένων.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΣΑΒΒΑΤΟ 30 ΜΑΪΟΥ 2015

OR.17 ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΣΕ ΓΩΝΙΩΣΗ (kinking) ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΕΣΩ ΜΑΣΤΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΩΣ ΜΟΣΧΕΥΜΑ (LIMA GRAFT)

Χ. ΓΡΑΪΔΗΣ, Δ. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ, Β. ΚΑΡΑΣΑΒΒΙΔΗΣ, Γ. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ, Θ. ΜΠΙΤΣΗΣ, Α. ΤΣΙΑΚΟΥ, Τ. ΑΡΓΥΡΟΠΟΥΛΟΥ, Α. ΑΝΤΩΝΙΟΥ, Α. ΜΑΛΑΚΟΥΔΗΣ, Γ. ΤΣΩΝΗΣ

Euromedica – Κυανούς Σταυρός

Εισαγωγή

Η αριστερή έσω μαστική αρτηρία(LIMA) αποτελεί πρώτης επιλογής μόσχευμα στην αορτοστεφανιαία παράκαμψη(CABG), λόγω της καλύτερης μακροχρόνιας βατότητας, της μεγαλύτερης ελεύθερης ισχαιμικών συμβάντων χρονικής περιόδου και του μεγαλύτερου προσδόκιμου επιβίωσης σε σχέση με τα σαφηνή φλεβικά μόσχευματα. Παρά την υψηλού βαθμού βατότητα της LIMA, επιπλοκές και αποτυχία του μόσχευματος μπορούν να συμβούν. Η πιο κοινή αίτια ανεπάρκειας και αποτυχίας της LIMA ως μόσχευμα, είναι ο τραυματισμός κατά την χειρουργική κινητοποίηση(surgical mobilization), την παρασκευή και κατά τη δημιουργία της αναστόμωσης. Η γωνίωση της μόσχευμένης αριστερής έσω μαστικής αρτηρίας αποτελεί μια ασυνήθιστη αίτια σημαντικής στενώσεως αυτής. Σε αυτή την εργασία περιγράφουμε τη χρήση ενδοστεφανιαίας πρόθεσης(stent) ως θεραπεία σε γωνίωση του μέσου τριτημορίου μιας μόσχευμένης LIMA, σε συμπτωματικό ασθενή.

Περιγραφή Περίπτωσης

Ασθενής ηλικίας 63 ετών με ασταθή στηθάγχη προσήλθε για διενέργεια στεφανιογραφίας, όπου διαπιστώθηκε εικόνα αυτόματου διαχωρισμού στο εγγύς τμήμα του προσθίου κατιόντος κλάδου(LAD) με απόφραξη ενός πρώιμου διαγωνίου κλάδου. Κατά τη διάρκεια των εγχύσεων στην αριστερή στεφανιαία αρτηρία παρατηρήθηκε παλινδρομη επέκταση του διαχωρισμού προς το στέλεχος με εμφάνιση επεισοδίων κοιλιακής μαρμαρυγής. Η ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο όπου τοποθετήθηκε μόσχευμα αριστερής έσω μαστικής αρτηρίας στον πρόσθιο κατιόντα κλάδο. Κατά την 3η μετεγχειρητική μέρα η ασθενής

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΣΑΒΒΑΤΟ 30 ΜΑΪΟΥ 2015

εμφάνισε επεισόδια οπισθοστερικής δυσφορίας με συνοδές ΗΚΓ μεταβολές. Οδηγήθηκε επείγοντως στο αιμοδυναμικό εργαστήριο όπου διαπιστώθηκε πλήρη απόφραξη του προσθίου κατιόντος κλάδου, ενώ η αριστερή έσω μαστική αρτηρία ήταν βατή με παρουσία σημαντικής γωνίωσης (kinking) στη μεσότητα της και πιθανή παρουσία θρόμβου. Αντιμετωπίστηκε με τοποθέτηση ενδοστεφανιαίας πρόθεσης 3.0Χ30 mm με άριστο αγγειογραφικό αποτέλεσμα. Η υπόλοιπη πορεία της ασθενούς ήταν ομαλή.

Συμπεράσματα

Γωνιώσεις σε μοσχευμένες LIMA σε LAD μπορεί να προκαλέσουν μυοκαρδιακή ισχαιμία και η χρήση ευέλικτων ενδοστεφανιαίων προθέσεων είναι επιτακτική στη θεραπεία αυτών. Λόγω των ελαστικών ιδιοτήτων των προθέσεων, μπορούν να διατηρήσουν το φυσιολογικό περίγραμμα του αγγείου και να συνεισφέρουν τα μέγιστα στη αποφυγή δημιουργίας περαιτέρω ιατρογενών γωνιώσεων από τη χρήση σχετικά ανελαστικών stent.

OR.18 ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΘΗΤΗΡΑ GUIDELINER ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΩΘΗΣΗ ΕΝΔΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΠΡΟΘΕΣΕΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΤΕΧΝΙΚΗ “MOTHER AND CHILD”

Χ. ΓΡΑΪΔΗΣ, Δ. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ, Β. ΚΑΡΑΣΑΒΒΙΔΗΣ, Γ. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ, Θ. ΜΠΙΤΣΗΣ, Τ. ΑΡΓΥΡΟΠΟΥΛΟΥ, Κ. ΓΙΑΝΝΑΚΑΚΗΣ, Μ. ΓΙΑΝΝΑΔΑΚΗ, Γ. ΚΑΡΑΚΩΣΤΑΣ, Α. ΑΝΤΩΝΙΟΥ

Euromedica - Κυανούς Σταυρός

Σκοπός της εργασίας είναι η αξιολόγηση του καθετήρα GuideLiner (Vascular Solution) σε περιπτώσεις στις οποίες ήταν δυσχερής η προώθηση ενδοστεφανιαίων προθέσεων.

Μέθοδοι και Αποτελέσματα

Αναδρομικά εντοπίστηκαν 39 περιπτώσεις στις οποίες χρησιμοποιήθηκε ο καθετήρας GuideLiner για τη διευκόλυνση της προώθησης και έκπτυξης του

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΣΑΒΒΑΤΟ 30 ΜΑΪΟΥ 2015

stent μετά την αποτυχία των συμβατικών τεχνικών. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν $71 \pm 6,8$ ετών. Είκοσι τέσσερις από τις περιπτώσεις αφορούσαν τη δεξιά στεφανιαία αρτηρία (RCA) (61,5%), επτά περιπτώσεις τον αριστερό πρόσθιο κατιόντα κλάδο (LAD) (18 %) και 8 περιπτώσεις την περισπωμένη (Cx) (20,5 %). Το μήκος της προώθησης του καθετήρα εντός του στεφανιαίου αγγείου κυμάνθηκε από 28 - 71 χιλιοστά (mean $3,85 \pm 1,1$ mm). Το μέσο μήκος των ενδοστεφανιαίων προθέσεων ήταν $24,8 \pm 6,1$ mm. Σε όλες τις περιπτώσεις το stent τοποθετήθηκε με επιτυχία και δεν υπήρξαν επιπλοκές που να σχετίζονται με τη χρήση του καθετήρα.

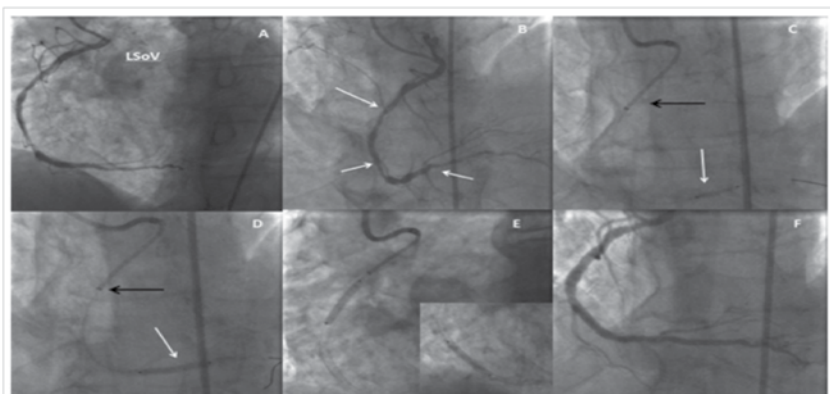


Fig 1: A,B: RCA originating from the Left Sinus of Valsalva (LSoV) with diffuse disease (white arrows) **C:** Using an inflated balloon in the distal lesion as an anchor (white arrow), the Guideliner (black arrow) was advanced into the distal vessel **D:** Promus Element stent (black arrow) delivered into PDA branch of RCA through Guideliner catheter (white arrow) **E:** Implantation of two more stents through Guideliner catheter at the proximal lesions **F:** Final angiographic result.

Συμπεράσματα

Τα πλεονεκτήματα της βαθιάς τοποθέτησης και της ταχείας ανταλλαγής, καθιστούν αυτόν τον καθετήρα μια ιδανική λύση σε περιπτώσεις που η τοποθέτηση του stent αποτυγχάνει με τις συμβατικές μεθόδους.

OR.19 ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΥ RS2200733 ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΣΑΒΒΑΤΟ 30 ΜΑΪΟΥ 2015

Κ. ΚΑΛΛΙΝΔΕΡΗ, Ν. ΦΡΑΓΚΑΚΗΣ, Κ. ΚΟΣΚΙΝΑΣ, Δ. ΚΑΤΡΙΤΣΗΣ, Κ. ΛΕΤΣΑΣ, Μ. ΕΦΡΑΙΜΙΔΗΣ, Π. ΚΟΡΑΝΤΖΟΠΟΥΛΟΣ, Κ. ΡΩΣΣΙΟΣ, Ε. ΠΑΓΚΟΥΡΕΛΙΑΣ, Π. ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ, Μ. ΜΑΥΡΟΥΔΗ, Π. ΚΥΡΙΑΚΟΥ, Β. ΣΚΕΜΠΕΡΗΣ, Π. ΓΚΕΛΕΡΗΣ, Β. ΒΑΣΙΛΙΚΟΣ, Λ. ΦΙΔΑΝΗ

Εισαγωγή

Η κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ) είναι μια κοινή αρρυθμία με σημαντικό γενετικό υπόβαθρο. Ο μονονουκλεοτιδικός πολυμορφισμός rs2200733 στο χρωμόσωμα 4q25 πρόσφατα συσχετίσθηκε με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΚΜ. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ασθενών-μαρτύρων ήταν να εξετάσει την πιθανή συσχέτιση του πολυμορφισμού rs2200733 με την ΚΜ στον Ελληνικό πληθυσμό.

Μέθοδοι

Συνολικά εξετάστηκαν 295 άτομα, 167 ασθενείς με ΚΜ και 128 μάρτυρες. Η γονοτυπική ανάλυση του πολυμορφισμού rs2200733 έγινε χρησιμοποιώντας τη μεθοδολογία της αλυσιδωτής αντίδρασης πολυμεράσης και την πέψη με ειδικό ένζυμο περιορισμού (PCR-RFLP).

Αποτελέσματα

Ο γονότυπος T/T και το αλληλόμορφο T ανιχνεύθηκαν συχνότερα στους ασθενείς με ΚΜ σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (13,2% έναντι 2,3%, $P=0,001$ και 29,6% έναντι 17,9%, $P=0,001$), αναδεικνύοντας ότι ο πολυμορφισμός rs2200733 αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την εκδήλωση ΚΜ, στον Ελληνικό πληθυσμό. Μετά από πολυπαραγοντική σταδιακή ανάλυση πολλών προδιαθεσικών παραγόντων (multivariate stepwise logistic regression analysis) για την ΚΜ, ο γονότυπος T/T και η διάμετρος του αριστερού κόλπου ήταν οι μόνοι ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες της ΚΜ (OR 1,74, 95% CI: 1,40 - 2,98, $P=0,005$ και OR 2,88, 95% CI: 1,83 - 5,62, $P<0,001$, αντίστοιχα). Μια τάση συσχέτισης παρατηρήθηκε επίσης και μεταξύ του γονότυπου T/T και της ιδιοπαθούς ΚΜ ($P= 0,08$).

Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης καταδεικνύουν ότι ο γενετικός πολυμορφισμός rs2200733 αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση ΚΜ στον Ελληνικό πληθυσμό.

12η ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 29 ΜΑΪΟΥ 2015

08:30 - 09:00 ΕΓΓΡΑΦΕΣ

09:00 - 09:15 ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ

09:15 - 10:15 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Αντιμετωπίζοντας το OEM

Πρόεδροι: **Μ. Άγγου, Ε. Παντελίδου**

Προνοσοκομειακή αντιμετώπιση OEM

Α. Στεφανάκης

Αντιμετώπιση του OEM στα ΤΕΠ

Α. Τσαμπαλάκη, Μ. Γκουντάρα

Σχεδιασμός νοσηλευτικής φροντίδας OEM στην Σ/Μ

Κ. Κέτσιου, Ε. Σταμάτη

Αντιμετώπιση OEM στο αιμοδυναμικό εργαστήριο.

Β. Κρίκη, Δ. Τσιλίγκος

10:15 - 10:45 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Πρόεδρος: **Ο. Λιακοπούλου**

Οργάνωση νοσοκομειακών επειγόντων

Β. Γροσομανίδης

10:45 - 11:45 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Πολιτικές δράσεις στις καρδιαγγειακές παθήσεις

Πρόεδροι: **Ε. Αθανασιάδου, Θ. Πεσιρίδης**

Πολιτική στήριξης μέτρων πρόληψης καρδιαγγειακών παθήσεων

Χ. Ηλωνίδου

12n ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 29 ΜΑΪΟΥ 2015

Παράγοντες που επηρεάζουν την απόδοση των Νοσηλευτών στα καρδιολογικά τμήματα

Z. Παρασκευοπούλου, Κ. Δημητρίου, Κ. Κοπαλίδου

Προστασία των πολιτών από τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Δράσεις των επιστημόνων υγείας στην κοινότητα

Π. – Α. Αναγνώστου, Σ. Καραγιαννοπούλου, Σ. Καραογλάνη

Φ. Λιάνου

Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στην καρδιολογική περίθαλψη. Αξιολόγηση των παραμέτρων της ποιότητας και αναβάθμιση του επιπέδου της

Π. Χαρπαντίδου, Ι. Τσολάκογλου, Ε. Αθανασιάδου

11:45 - 12:15 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

12:15 - 13:15 ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ

Νοσηλευτές στην κλινική δράση

Πρόεδροι: **Σ. Δικταπανίδου, Ε. Χαρέλα**

Προσεγγίζοντας τους καρδιαγγειακούς ασθενείς με αιμορροφιλία

Σ. Γιαννακίδου, Ε. Μόκα

Ερωτήματα και απορίες για την καθημερινότητα των ασθενών με Διατακτική Μυοκαρδιοπάθεια. Η νοσηλευτική προσφορά

Π. Μπόνια

Ο υπολειπόμενος καρδιαγγειακός κίνδυνος στις ρευματικές παθήσεις. Ο υποστηρικτικός ρόλος του Νοσηλευτή

Α. Ιμпрισίμη

Αλληλεπιδράσεις φαρμάκων σε καρδιολογικούς ασθενείς

Σ. Καραβασιλειάδου, Ε. Αθανασάκης

12η ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 29 ΜΑΪΟΥ 2015

Παράγοντες που επηρεάζουν τη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης στα παιδιά και ορθή τεχνική

Ε. Χαρέλα, Α. Θεοδωρίδου, Μ. Ρούμτσιου

13:15 - 14:15 ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ

Σύγχρονες εξελίξεις στην επεμβατική καρδιολογική νοσηλευτική
Πρόεδροι: **Δ. Παλτζήκα, Φ. Ιωαννίδου**

Η χρήση της περιστροφικής αθηρεκτομής στην αντιμετώπιση έντονα επασβεστωμένων βλαβών – Νοσηλευτική μέριμνα – Παρουσίαση περιστατικού

Ε. Κούτλη, Ι. Τσιπέλης, Χ. Σιδηροπούλου, Ζ. Μάρκου

Ανευρυσματική νόσος θώρακα - Από την εισαγωγή ως την έξοδο

Α. Κυρμιτζιάδη, Ε. Βάσου, Β. Χαραλαμπίδου, Σ. Χαρούπα

Η μετάγγιση με περισσότερο από δύο μονάδες αίματος επηρεάζει τη νοσηρότητα και τη θνητότητα σε μείζονες καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις

**Β. Χατζητόλιας, Ε. Χατζηλεωνίδα, Ε. Λαζαρίδου, Χ. Μούρσια,
Ε. Μαλέογλου, Μ. Σίλελη, Κ. Λελέκη**

Χρήση επικαρδιακού βηματοδότη μετά από καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις

Α. Λεοντή, Χ. Γρηγοριάδου, Ε. Βασιλάρου, Χ. Μούρσια, Κ. Λελέκη

Διαδερμική επιδιόρθωση μιτροειδούς βαλβίδας με την συσκευή mitraclip

Ε. Μπιζιργιάννη, Γ. Μητρούδας, Μ. Αλεξανδρίδου

12η ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 29 ΜΑΪΟΥ 2015

12:00 - 13:00 | ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (posters)

Πρόεδροι: **Β. Κρίκη, Μ. Πόντη**

- PO.01** Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην καρδιά μας
Α. Ζέλλιου, Φ. Τσιαντζή, Α. Κεχαγιά, Μ. Παυλάρα, Π. Πλασταρά, Σ. Θεοδωροπούλου, Β. Μπακαλούδη
- PO.02** Επίπεδο γνώσεων νοσηλευτικού προσωπικού στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση
Θ. Αγγελόπουλος, Σ. Τζήμα
- PO.03** Εκτίμηση μυοκαρδιακής ισχαιμίας με μέτρηση της κλασματικής εφεδρείας ροής (FFR)
Β. Κρίκη, Π. Ψαρράς
- PO.04** Οι επιπτώσεις του Burnout στο καρδιαγγειακό σύστημα
Σ. Καραβασιλειάδου, Φ. Τσιάρα
- PO.05** Σχεδιασμός προγραμμάτων δευτερογενούς πρόληψης καρδιαγγειακών προβλημάτων σε ηλικίες 38-50 ετών
Γ. Σκάρου, Μ. Θεοδωρίδου, Σ. Καραβασιλειάδου
- PO.06** Υποφωσφαταιμία και καρδιολογικός ασθενής. Ο ρόλος του νοσηλευτή
Ε. Ζαφειριάδου
- PO.07** Αξιολόγηση κυματομορφής CVP στο αιμοδυναμικό monitoring
Ι. Τσολάκογλου, Π. Χαρπαντίδου, Μ. Μιχελή, Π. Αρμένη
- PO.08** Αγωγή υγείας και στεφανιαία νόσος
Ε. Παπαδοπούλου, Δ. Αναγνώστου, Π. Λιαμπούλου

12η ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 29 ΜΑΪΟΥ 2015

- PO.09** Κατευθυντήριες οδηγίες καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης μετά από καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις
Χ. Γρηγοριάδου, Α. Παπίγγη, Χ. Μουρσιά, Κ. Λελέκη
- PO.10** Ιδιαιτερότητες της καρδιακής ανακοπής στο νοσοκομείο
Μ. Άγγου, Κ. Παγιόπουλος, Μ. Δεληγιάννη, Μ. Λαλοπούλου, Β. Φυντανίδου, Ε. Ολουκτσίδου, Β. Γροσομανίδης
- PO.11** Οξεία στεφανιαία σύνδρομα. Αντιμετώπιση στο τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και στη Στεφανιαία Μονάδα
Φ. Γιάντση, Τ. Τάντση, Ε. Τσακιρδέκη, Α. Χατζηναγνώστου
- PO.12** Συγγενείς καρδιοπάθειες στην παιδική ηλικία
Σ. Καραβασιλειάδου, Α. Παπανικολάου

ΟΜΙΛΗΤΕΣ – ΠΡΟΕΔΡΟΙ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΗΜΕΡΙΔΑΣ

Θ. Αγγελόπουλος / Νοσηλεύτης ΤΕ, MSc(c), Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Υπεύθυνος Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Ημαθίας – Μονάδα Βέροιας

Μ. Άγγου / Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Προϊσταμένη 4ου Νοσηλευτικού Τομέα, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Ε. Αθανασάκης / Νοσηλεύτης ΤΕ, Royal Albert Edward Infirmary Lancashire, UK

Ε. Αθανασιάδου / Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Γ.Ν. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

Μ. Αλεξανδρίδου / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

Δ. Αναγνώστου / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Πτυχιούχος Μαιευτικής Σχολής ΑΤΕΙΘ, Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία Ενδοκρινολογικής, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Π. – Α. Αναγνώστου / Νοσηλεύτρια, MSc, Κ.Υ. Θέρμης, Θεσσαλονίκη

Π. Αρμένη / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Προϊσταμένη, ΜΕΘ, Γ.Ν. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

Ε. Βασιλάρου / Νοσηλεύτρια ΠΕ, ΜΕΘ, Καρδιοχειρουργική Κλινική, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Ε. Βάσου / Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜΕΠ, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Σ. Γιαννακίδου / Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc©, Αναπληρώτρια Προϊσταμένη Β' & Γ' Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Φ. Γιάντση / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Έδεσσας

Μ. Γκουντάρα / Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc©, Προϊσταμένη, ΤΕΠ, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Χ. Γρηγοριάδου / Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜΕΘ, Καρδιοχειρουργική Κλινική, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Β. Γροσσομανίδης / Αναισθησιολόγος, Επίκουρος Καθηγητής ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

Μ. Δεληγιάννη / Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΠΡΧ ΜΕΠ, Π.Γ.Ν.ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Κ. Δημητρίου / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Στεφανιαία Μονάδα, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Σ. Δικταπανίδου / Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Ενοποιημένο Γ.Ν. «Άγιος Δημήτριος», Θεσσαλονίκη

Ε. Ζαφειριάδου / Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Προϊσταμένη, Γ.Ν. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

Α. Ζέλλιου / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Προϊσταμένη Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Χαλκιδικής

Χ. Ηλωνίδου / Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc©, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Κυκλίας

Α. Θεοδωρίδου / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Α' Παιδιατρική Κλινική, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Μ. Θεοδωρίδου / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Γ.Ν. Σάμου

ΟΜΙΛΗΤΕΣ – ΠΡΟΕΔΡΟΙ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΗΜΕΡΙΔΑΣ

- Σ. Θεοδωροπούλου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Χαλκιδική
- Α. Ιμπρισίμη** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Δ' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
- Φ. Ιωαννίδου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Προϊσταμένη Νεφρολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
- Σ. Καραβασυλειάδου** / Ειδικευμένη Νοσηλεύτρια ΤΕ Παθολογίας, MSc, PhD, Επιστημονική Συνεργάτης ΑΠΘ, Συντονίστρια Προγραμμάτων ATLS, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- Σ. Καραγιαννοπούλου** / Παιδίατρος, Διδάκτωρ Παιδαγωγικής Σχολής ΑΠΘ, Διευθύντρια, Κ.Υ. Θέρμης, Θεσσαλονίκη
- Σ. Καραογλάνη** / Υπεύθυνη Νοσηλεύτρια ΤΕ, Κ.Υ. Θέρμης, Θεσσαλονίκη
- Κ. Κέτσιου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc©, ΜΕΠ, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
- Α. Κεχαγιά** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Χαλκιδικής
- Κ. Κοπαλίδου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Στεφανιαία Μονάδα, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- Ε. Κούτλη** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη
- Β. Κρίκη** / Νοσηλεύτρια, Αν/χης (ΥΝ), Προϊσταμένη Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου & Τμήματος Επεμβατικής Ακτινολογίας, 424 Γ.Σ.Ν., Θεσσαλονίκη
- Α. Κυρμιζιάδη** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜΕΠ Καρδιοχειρουργικής Κλινικής, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- Ε. Λαζαρίδου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜΕΘ, Καρδιοχειρουργική Κλινική, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Μ. Λαλοπούλου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc©, Προϊσταμένη Στεφανιαίας Μονάδας, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- Κ. Λελέκη** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Προϊσταμένη Καρδιοχειρουργικής Κλινικής, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Α. Λεοντή** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜΕΘ, Καρδιοχειρουργική Κλινική, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Ο. Λιακοπούλου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Τομεάρχης 2ου Νοσηλευτικού Τομέα, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
- Π. Λιαμοπούλου** / Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, PhD, Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Γ.Ν. «Γ. Γεννηματάς», Θεσσαλονίκη
- Φ. Λιάνου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Κ.Υ. Θέρμης, Θεσσαλονίκη
- Ε. Μαλέογλου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Αναπληρώτρια Τμήματος Καρδιοχειρουργικής Κλινικής, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Ζ. Μάρκου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Προϊσταμένη, Αιμοδυναμικό – Ακτινολογικό Εργαστηρίου, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

ΟΜΙΛΗΤΕΣ – ΠΡΟΕΔΡΟΙ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΗΜΕΡΙΔΑΣ

- Γ. Μητρούδας** / Τεχνολόγος - Ακτινολόγος, Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη
- Μ. Μιχελή** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Τομεάρχης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Χειρουργικού Τομέα, Γ.Ν. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη
- Ε. Μόκα** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Β' Παθολογική Προπαιδευτική Κλινική, Αιροφυλικό Κέντρο Βορείου Ελλάδος, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
- Χ. Μούρσια** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Αναπληρώτρια ΜΕΘ, Καρδιοχειρουργική Κλινική, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Β. Μπακαλούδη** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Χαλκιδικής
- Ε. Μπιζιργιάννη** / Τεχνολόγος - Ακτινολόγος, Προϊσταμένη Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη
- Π. Μπόνια** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Β' & Γ' Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
- Ε. Ολουκτσίδου** / Ειδικευόμενη Αναισθησιολογίας, Κλινική Αναισθησιολογίας & Εντατικής Θεραπείας, Π.Γ.Ν.ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- Κ. Παγιόπουλος** / Νοσηλευτής ΤΕ, Αναπληρωτής Προϊστάμενος ΤΕΠ, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- Δ. Παλητζήκα** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Ε. Παντελίδου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc©, Προϊσταμένη Α' Νοσηλευτικού Τομέα Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
- Α. Παπανικολάου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Φοιτήτρια Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Λάρισης
- Ε. Παπαδοπούλου** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc ΤΕΦΑΑ-ΑΠΘ, Πτυχιούχος Θεολογικής Σχολής ΑΠΘ, Υπηρεσία Αιμοδοσίας, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Α. Παπίγγη** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Μονάδα Μετεγχειρητικής Παρακολούθησης Καρδιοθωρακοχειρουργικής Κλινικής, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- Ζ. Παρασκευοπούλου** / Αναπληρώτρια Προϊσταμένη Στεφανιαίας Μονάδας, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- Μ. Παυλάρα** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Χαλκιδικής
- Θ. Πεσιρίδης** / Νοσηλευτής ΤΕ, MSc, PhD, Προϊστάμενος Β' & Γ' Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη, Επιστημονικός Συνεργάτης Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ
- Π. Πλασταρά** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Χαλκιδικής
- Μ. Πόντη** / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Αναπληρώτρια Προϊσταμένη, Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

ΟΜΙΛΗΤΕΣ – ΠΡΟΕΔΡΟΙ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΗΜΕΡΙΔΑΣ

Μ. Ρούμτσιου / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Α' Παιδιατρική Κλινική, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Μ. Σίελην / Εντατικολόγος, ΜΕΘ, Καρδιοχειρουργική Κλινική, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Χ. Σιδηροπούλου / Νοσηλεύτρια ΔΕ, Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Γ. Σκάρου / Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc(c), Γ.Ν. Σάμου

Ε. Σταμάτη / Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜΕΠ, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Α. Στεφανάκης / Course Director ERC Instructor ALS, ILS, BLS, PHTLS, TFR, Διασώστης - Εκπαιδευτής ΕΚΑΒ, Θεσσαλονίκη

Σ. Τζήμα / Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση, Γ.Ν. Ημαθίας – Μονάδα Βέροιας

Φ. Τσιαντζή / Νοσηλεύτρια ΤΕ, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Χαλκιδικής

Α. Τσαμπαλάκη / Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΤΕΠ, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Φ. Τσιάρα / Φοιτήτρια Νοσηλευτικής ΑΤΕΙΘ, Θεσσαλονίκη

Δ. Τσιλίγκος / Λοχαγός (ΥΝ), Υπεύθυνος Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου, 424 Γ.Σ.Ν., Θεσσαλονίκη

Ι. Τσιπέλης / Νοσηλευτής ΤΕ, Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Ι. Τσολάκογλου / Νοσηλευτής ΠΕ, MSc, MHSA, PhD©, ΜΕΘ, Γ.Ν. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

Β. Φυντανίδου / Αναισθησιολόγος, Επιμελήτρια Β' ΕΣΥ, Κλινική Αναισθησιολογίας & Εντατικής Θεραπείας, Π.Γ.Ν.ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Β. Χαραλαμπίδου / Νοσηλεύτρια, ΜΕΠ, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

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

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

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

Ε. Χατζηλεωνίδα / Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜΕΘ, Καρδιοχειρουργική Κλινική, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

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

Π. Ψαρράς / Υπολοχαγός (ΥΝ), Υπεύθυνος Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου, 424 Γ.Σ.Ν., Θεσσαλονίκη

Η ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΑΠΕΙΛΕΙ ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΑ ΖΩΕΣ¹


>50% των ασθενών χάνουν τη ζωή τους εντός 5 ετών από τη διάγνωση²

Η Καρδιακή Ανεπάρκεια αποτελεί τη #1 αιτία νοσηλείας για άτομα άνω των 65 ετών, ενώ εμφανίζει υψηλό δείκτη επανανοσηλείων^{3,4}

ΜΠΟΡΟΥΜΕ ΝΑ ΑΛΛΑΞΟΥΜΕ ΤΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ!

1. Ponikowski P, et al. The European Society of Cardiology. www.escardio.org/communities/HFA/Documents/whfa-whitepaper.pdf. Accessed July 7, 2014 2. Levy D, et al. N Engl J Med. 2002;347(18):1397-1402. 3. Hunt SA, et al. Circulation. 2009;119(14):e391-e479. 4. Jencks SF, et al. N Engl J Med. 2009;360(14):1418-1428.



 **NOVARTIS**

Novartis (Hellas) A.E.B.E.

12ο κλμ., Εθνικής Οδού
Αθηνών - Λαμίας
144 51 Μεταμόρφωση
Τηλ.: 210 281 1712

Γραφείο Θεσσαλονίκης
12ο κλμ., Θεσσαλονίκης - Ν. Μουδανών
570 01 Θέρμη
Τηλ.: 2310 424 039

ΦΑΡΜΑΚΟΕΠΑΓΡΥΠΝΗΣΗ: 210 2828812



CLOPLATE - ADV/02/2014

Αντιθρομβωτική



**Clopidogrel
Bisulphate**
(Clopidogrel
hydrogen
sulphate)



CLOPLATE®
CLOPIDOGREL BISULPHATE

WM WinMedica
Serving Health for Life

ΑΘΗΝΑ: Παροδισμεινοπούλου 41, Τ.Κ. 115 28, Ίλιον Τηλ: 210 7488 821-858-860
Fax: 210 7488 827, Τηλ. Παραγγελιών: 210 7488 839 • E-mail: info@winmedica.gr
ΘΕΣ/ΝΙΚΗ: Εθν. Αντιστάσεως 74 & Αιόνας, Τ.Κ. 551 33, Τηλ. 2310-488558 • Fax: 2310 488559

www.winmedica.gr

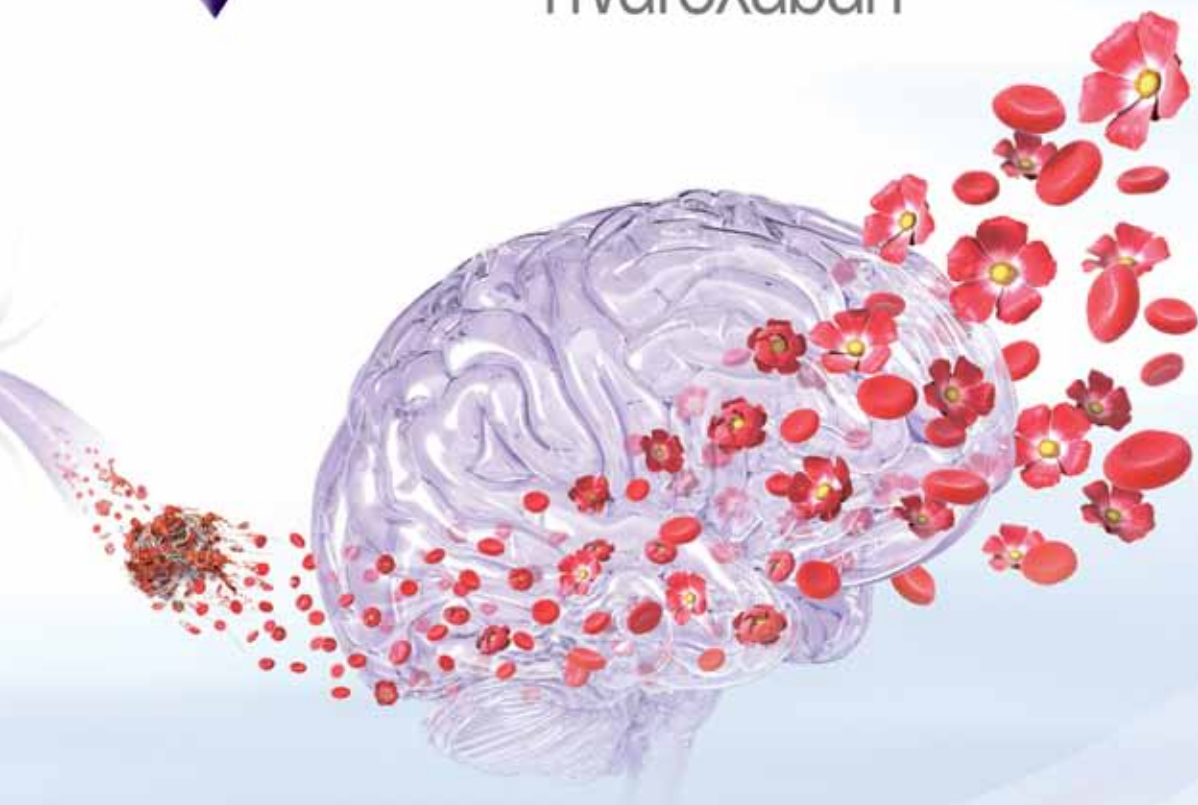
Για περισσότερα στοιχεία σχετικά με το προϊόν
αποβιβάζετε στα ηλεκτρονικά μέσα της WinMedica



Xarelto®

rivaroxaban

15mg & 20mg



Bayer

Κάτοχος της άδειας κυκλοφορίας:
Bayer Pharma AG, 13342 Berlin, Γερμανία
Τοπικός αντιπρόσωπος του κατόχου άδειας
κυκλοφορίας στην Ελλάδα: Bayer Ελλάς ΑΒΕΕ, Σωρού
18-20, 151 25 Μαρούσι,
Τοπικός αντιπρόσωπος του κατόχου άδειας
κυκλοφορίας στην Κύπρο: Novartis Ltd,
Τηλ: 00357 22483858

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

Εταιρεία συμπεριούθησης



ELPEN Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ
Λεωφ. Μαραθίνος 95, 190 09 Πεύκη Αττικής,
Τηλ: 210 6039326 - 9, Fax: 210 6039300
ΓΡΑΦΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ
Σελασίας 11, 115 28 Αθήνα,
Τηλ: 210 7488711, Fax: 210 7488731
Εθν. Αντιστάσεως 114, 561 34 Θεσσαλονίκη,
Τηλ: 2310 459920 - 1, Fax: 2310 459259

L GR (SM) 001 2014 0271

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευθείτε την Περιλήψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος που διατίθεται στο εκθετήριο

Βοηθήστε να γίνει το φάρμακο πιο ασφαλή και
Ανοφάρτε
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
ΟΑΑ το φάρμακο
Συμπληρώνοντας την **-ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ-**