

14^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου

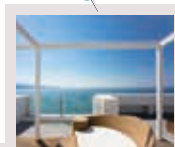
ΟΡΓΑΝΩΣΗ



ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ
ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ
ΓΙΑ ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

ΧΟΡΗΓΟΥΝΤΑΙ 24 ΜΟΡΙΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ
ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
(CME-CPD CREDITS) ΑΠΟ ΤΟΝ Π.Ι.Σ.

2 - 5 Σεπτεμβρίου 2021
HOTEL ELITE CITY RESORT,
ΚΑΛΑΜΑΤΑ



ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ

CEDA
diabetes

Υπουργείο
Υγείας

**ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΤΟΜΟΣ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ**



Εταιρεία Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου για Αγγειακά Νοσήματα
Ιακ. Δραγάση 8, Πειραιάς 185 35 (Όροφος 4 - Γραφείο 1)
Τ. & F. 210 4953646, E. info@empakan.gr
W. www.empakan.gr



ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ - ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ - ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ
CONGRESS WORLD EVENT TRAVEL E.E.
Μαϊνάνδρου 23, 115 28 Αθήνα
Τ. 210 7222 518, F. 210 7210 069
E. info@congressworld.gr, reception@congressworld.gr
W. <http://www.congressworld.gr>



COME WITH
EMPAKAN



[Continuing Online Medical Education with EMPAKAN]

Πρόκειται για μια σειρά από νέες δραστηριότητες μέσα από ένα ελκυστικό, διαδικτυακό λειτουργικό και σύγχρονο περιβάλλον, με πρόσβαση σε επίσημα βήματα μόνο από τα μέλη της Εταιρείας που έχουν εκπληρώσει τις οικονομικές τους οφειλές μέχρι και το τρέχον έτος, σε όλα τα ακόλουθα:

Γίνε
μέλος



On-line πρόσβαση (full paper) στα περιοδικά:

- Diabetes Obesity and Metabolism
- The American Journal of Medicine
- ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ ΚΑΡΔΙΟΜΕΤΑΒΟΛΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ [τεύχη τρέχοντος έτους]



On-line πρόσβαση στο ASK THE EXPERT

Ειδική πλατφόρμα επικοινωνίας (forum) προκειμένου ο κάθε «επισκέπτης» - μέλος, να μπορεί να θέτει ερωτήματα σε ειδικούς [Opinion Experts]. Στη πλατφόρμα είναι αναρτημένη λίστα με τους ειδικούς με ονοματεπώνυμο, φωτογραφία, ένα σύντομο βιογραφικό, ιδιότητα και mail προκειμένου να αποστέλλει ο κάθε συμμετέχων το ερώτημα του και να λαμβάνει απάντηση εντός 48 ωρών απευθείας από τον ειδικό.



On-line πρόσβαση στην Ενότητα V-Learning

Σχεδιάσαμε και συντονίσουμε την διοργάνωση **επτά [7]** βιντεοσκοπημένων εκπαιδευτικών ενοτήτων σχετικών με τα καρδιομεταβολικά νοσήματα:

- 1η Ενότητα, **Διατροφή - Τρόπος Ζωής**
- 2η Ενότητα, **Σακχαρώδης Διαβήτης - Παχυσαρκία - Προδιαβήτης**
- 3η Ενότητα, **Αρτηριακή Υπέρταση**
- 4η Ενότητα, **Καρδιαγγειακή Απεικόνιση**
- 5η Ενότητα, **Δυσλιπιδαιμίες**
- 6η Ενότητα, **Αθηροθρόμβωση - Αντιθρομβωτική Αγωγή**
- 7η Ενότητα, **Αναπνευστικό και Καρδιομεταβολικά Νοσήματα**

47 καταξιωμένοι ομιλητές από την Ιατρική Κοινότητα

Το υλικό των εννοιών θα αναρτηθεί όταν αυτό θα απαιτείται από την τρέχουσα επιστημονική επικαιρότητα Υπεύθυνοι:
Ι. Ιωαννίδης & Ι. Κυριαζής



On-line πρόσβαση στο διαδικτυακό κανάλι «Empakan TV»

Διαδικτυακή πλατφόρμα στην οποία αναρτώνται ανά event οι επιστημονικές εκδηλώσεις της Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν. και αποθηκεύονται για περαιτέρω προβολή. Η πρόσβαση θα είναι κωδικοποιημένη μόνο για τα 2 τελευταία έτη [τρέχον έτος και αμέσως προηγούμενο], ενώ θα παραμένει ελεύθερη για όλα τα παρελθόντα έτη.

- Video (μαγνητοσκόπηση) ανά ομιλήτη
- PDF Ομιλίας
- Πληροφορίες ανά video
- Φωτογραφίες ανά event

Στον ίδιο χώρο θα αναρτάται και η ζωντανή μετάδοση (livestreaming) της εκάστοτε εκδήλωσης.

Επισκεφθείτε την ιστοσελίδα της Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν. www.empakan.gr για να υποβάλετε ηλεκτρονικά την εγγραφή σας.



ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ - ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν.
Τ. 210 4953646, E. info@empakan.gr



Πραγματοποιήθηκε την Τρίτη 6 Ιουλίου η τελετή απονομής των βραβείων **Patient Partnerships Awards 2021**.

Ο θεσμός που επιβραβεύει τις βέλτιστες πρακτικές για συνεργασίες μεταξύ εταίρων στην αγορά της Υγείας, οι οποίες αποσκοπούν στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, την προσφορά προγραμμάτων υποστήριξης των ασθενών σε όλη την πορεία της θεραπευτικής τους διαδρομής, την πρόληψη, την ενημέρωση και την εκπαίδευση.

Συνολικά απονεμήθηκαν 11 χρυσά, 8 αργυρά και 5 χάλκινα βραβεία, για την υλοποίηση πρωτοβουλιών που καλύπτουν τις ανάγκες των ασθενών και ωφελούν συνολικά το σύστημα Υγείας, στις παρακάτω κύριες διαγωνιστικές κατηγορίες:

- Prevention and Disease Awareness Campaigns
- Improving Health
- Changing Culture in Healthcare
- Covid 19 Pandemic Related Initiatives

Η Εταιρεία Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου

για **Αγγειακά Νοσήματα (Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν.)** σε συνεργασία με την **MSCOMM** (Integrated Communications Agency), έλαβε **χάλκινο βραβείο** στην ενότητα

«**Prevention and Disease Awareness Campaigns**»

για το ραδιοτηλεοπτικό της spot για το 2021, με τίτλο «**ΜΗΝ ΑΜΕΛΕΙΣ**».



Ένα βίντεο ευαισθητοποίησης της Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν για τα χρόνια νοσήματα, σε μια προσπάθειά της να επαναφέρει στον δημόσιο διάλογο την ανάγκη της τακτικής παρακολούθησης των χρόνιων νοσημάτων, εν μέσω της πανδημίας SARS-CoV-2 .

Το ραδιοτηλεοπτικό spot μπορείτε να το παρακολουθήσετε εδώ:

<https://www.youtube.com/watch?v=oOP58x230ZQ>

Το βραβείο παρέλαβαν:

Εκ μέρους της Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν ο Πρόεδρος του Δ.Σ Δρ. Ι. Κυριαζής

Εκ μέρους της MSCOMM ο Πρόεδρος και Διευθύνων Σύμβουλος κ. Μ. Στάγκος



www.empakan.gr



ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ ΠΡΟΕΔΡΩΝ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

Αγαπητές, Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Η Εταιρεία Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου για Αγγειακά Νοσήματα (Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν.) διοργανώνει το **14^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου, 2 - 5 Σεπτεμβρίου 2021 στο Ξενοδοχείο Elite στην Καλαμάτα στο Ξενοδοχείο Elite στην Καλαμάτα.**

Το συνέδριο μας φιλοδοξεί με τη διεξαγωγή των εργασιών του, να παρέχει ό,τι νεότερο σε ένα ευρύ πεδίο θεμάτων σχετικών με τους Καρδιομεταβολικούς παράγοντες κινδύνου, με έμφαση στην τεκμηριωμένη γνώση και στην συνεπαγόμενη ορθή κλινική πράξη.

Εγγύηση όπως πάντα αποτελούν οι συμμετέχοντες ομιλητές, εκλεκτοί συνάδελφοι που έχουν διαπρέψει στο χώρο τους και η επίκαιρη θεματολογία μέσα από διαλέξεις ειδικών, στρογγυλά τραπέζια, επιστημονικές αντιπαραθέσεις και δορυφορικά συμποσία, πάνω στις μεθόδους πρόληψης, διάγνωσης και αντιμετώπισης των καρδιοεμφρομεταβολικών παραγόντων κινδύνου.

Το Δ.Σ. της Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν, εκφράζει τις ειδικринείς του ευχαριστίες για το ενδιαφέρον που δείχνετε διαχρονικά για τα συνέδρια μας, συμβάλλοντας έτσι στην απόλυτη επιτυχία τους.

Οι πρόεδροι της Ο.Ε.

Ι. Κυριαζής

Ε. Χατζηναγγελάκη



ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδροι: **Ι. Κυριαζής - Ε. Χατζηαγγελάκη**

Μέλη:

Ν. Αποστολοπούλου

Χ. Γράσσο

Χ. Δημοσθενόπουλος

Α. Δρόσος

Ρ. Ευθυμιάδου

Ε. Καλαφάτης

Κ. Κοροβέσης

Γ. Κουδούνης

Α. Κουτσοβασίλης

Α. Μπουρδάκης

Ι. Ντούπης

Ν. Ξυδιά

Μ. Παπαβασιλείου

Μ. Παππά

Ν. Πατσουράκος

Κ. Πολύζος

Μ. Ρεκλείτη

Δ. Στεφανή

Π. Στουγιάννος

Π. Χαλβατσιώτης

Γ. Χρήστου

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδροι: **Ι. Ιωαννίδης - Κ. Τούτουζας**

Μέλη:

Α. Αθαβέρας

Δ. Βλαχάκος

Χ. Βλαχόπουλος

Μ. Ελυσάφ

Ι. Κανακάκης

Ε. Καπάντας

Δ. Κιόρτσος

Σ. Λιάτης

Ε. Λυμπερόπουλος

Χ. Μαητέζος

Γ. Μπριστογιάννης

Μ. Παγώνη

Σ. Παππάς

Γ. Παττακός

Ε. Πισιμίσος

Α. Πιτταράς

Β. Πρασόπουλος

Χ. Σαββόπουλος

Α. Σωτηρόπουλος

Α. Τσελέπης

Β. Τσιμιχόδημος

Κ. Τσιούφης



ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΕΜΠΤΗ 2/09/2021

12.30 Προσέλευση - Εγγραφές

13.00 - 17.00 **V- Learning**

13.00 - 14.00 **ΕΙΔΙΚΕΣ ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ ΣΤΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ**

Συντονιστής: **Κ. Τσιούφης**

Το φαινόμενο της μεταβλητότητας της Αρτηριακής πίεσης:

Πόσο σημαντικό είναι στις θεραπευτικές μας επιλογές; -

Χ. Γράσσο

Ανεκπλήρωτες ανάγκες στη διάγνωση και θεραπεία

της υπέρτασης Οι κατευθυντήριες γραμμές για την υπέρταση

του 2020 επιλύουν όλες τις αβεβαιότητες; - **Χ. Σαββόπουλος**

14.00 - 14.30 **ΔΙΑΛΕΞΗ «ΑΚΡΟΠΟΛΙΣ»**

Προεδρείο: **Ι. Ντούπης**

Βελτίωση της ρύθμισης στο ΣΔ με τη βοήθεια της τεχνολογίας -

Σ. Λιάτης

14.30 - 15.00 **ΕΙΔΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ ΣΤΗΝ ΥΠΕΡΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ**

Συντονιστής: **Δ. Κιόρτσος**

Θεραπεία με μέγιστη δόση στατίνης ή θεραπεία μέγιστης

μείωσης των λιπιδίων: Τι μας λένε οι νεότερες οδηγίες; -

Ε. Λυμπερόπουλος

15.00 - 16.00 **ΕΙΔΙΚΕΣ ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ ΣΤΟ ΣΔ**

Συντονιστής: **Ε. Χατζηαγγελάκη**

Συνδυασμός αλληλών στο EGFR και την αλβουμινουρία και

κίνδυνος για καρδιαγγειακά συμβάματα - **Δ. Βλαχάκος**

Νεώτερα αντιδιαβητικά φάρμακα: πόσο ευδιάκριτα είναι

η γραμμή ανάμεσα στην πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη; -

Ι. Ιωαννίδης

16.00 - 16.30 **Διάλεξη**

Προεδρείο: **Ι. Ιωαννίδης**

Νεώτερα στην λιπώδη νόσο ήπατος μη αλκοολικής αιτιολογίας -

Ε. Χατζηαγγελάκη



16.30 - 17.00 **Στρογγυλό Τραπέζι: Βραχείες Θεραπείες Διαλέξεις**

Προεδρείο: **Κ. Κοροβέσης - Α. Κουτσοβασίλης**

Ποια η συμβολή της νεότερης τεχνολογίας (CGM) στην μείωση της γλυκαιμικής μεταβλητότητας; - **Ι. Ντούπης**
Παλιά φάρμακα (Χλωροκίνη - Υδροξυχλωροκίνη, Κολχικίνη), νέες προσδοκίες; - **Κ. Κοροβέσης**

17.00 - 17.30 **Διάλεξη Φιλοξενούμενης Ιατρικής Εταιρείας:
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ**

Προεδρείο: **Ε. Καπάντας**

Προσαρμογή κατά την απώλεια βάρους της δοσολογίας των λαμβανόμενων φαρμάκων για άλλους λόγους - **Χ. Γαλιανάκης**

17.30 - 18.00 **Προφορικές Ανακοινώσεις**

Προεδρείο: **Ν. Αποστολοπούλου - Μ. Μακρή - Κ. Φιλίππου**

ΠΑ01 **ΕΠΑΙΝΟΣ 2^{ης} ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ**



ΑΜΕΣΕΣ ΚΑΙ ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ ΣΕ ΡΥΠΟΥΣ ΠΕΤΡΕΛΑΙΟΜΗΧΑΝΩΝ ΣΤΙΣ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΑΡΤΗΡΙΑΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ, ΣΤΗ ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΙΝΩΔΟΛΥΣΗ

Πέτρος Φουντουλάκης¹, Ευάγγελος Οικονόμου¹,
Θεόδωρος Παπαιωάννου¹, Θεοδώρα Ψαλτοπούλου¹,
Σωτήρης Τσαλαμανδράς¹, Γεώργιος Άγγελος Παπαμικρούλης¹,
Αιμίλιος Καλαμπογιάς¹, Ζωή Παλλαντζά¹, Ευθυμία Παύλου¹,
Αντιγόνη Μήλιου¹, Μαργαρίτα Νίκη Ασημακοπούλου²,
Νικόλαος Μπαρμπάρεσος², Ιωάννης Γιανναράκης²,
Πηνελόπη Σιάματα², Δημήτριος Τούσουλης¹

¹ Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

² Τμήμα Φυσικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΠΑ 02 **ΕΠΑΙΝΟΣ 2^{ης} ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ**



ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΟΡΟΤΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΔ ΤΥΠΟΥ II ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΛΟΓΩ COVID-19 ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΩΝ: ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ, ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΛΗΚΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

Άγγελος Λιόντος¹, Δημήτριος Μπίρος¹, Ορέστης Μηλιώνης¹,
Σταύρος Τσούρλος¹, Λάζαρος Αθανασίου¹, Ελευθέριος Κλούρας¹,
Σερπάσιαν - Φίλιππος Ντεκουάν¹, Ηρώ Ράπτη¹, Μαρία Χρηστάκη¹,
Μαρία Κοσμίδου¹, Φώτιος Μπάρκας², Ευάγγελος Λυμπερόπουλος²,
Χαράλαμπος Μηλιώνης¹

¹ Α' Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμωδών Νοσημάτων, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

² Β' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα



ΠΑ 03 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΗΞΕΩΣ ΣΤΟΝ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΚΑΙ Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Φώτιος Παναγιώτης Τατάκης¹, Αθανάσιος Δρόσος²,
Εμμανουήλ Καλαφάτης², Νεκταρία Μακριλιά²,
Ιωάννης Κακριμανίδης², Δήμητρα Προβή², Ιωάννης Α. Κυριαζής³

¹ Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
Γενικό Νοσοκομείο

² Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»

³ Διαβητολογικό Ιατρείο Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»

18.00 - 19.00 **Βραχείες Διαλέξεις**

Προεδρείο: **Κ. Κοροβέσης - Α. Κουτσοβασίλης - Κ. Φιλίππου**
Υπογλυκαιμίες: Νεώτερα στην ταξινόμηση και στην αντιμετώπιση -
Μ. Παππά

Στοχεύοντας τους μηχανισμούς που συνδέουν τη ΧΑΠ
με τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 - **Φ. Π. Τατάκης**
Καρδιολογικά φάρμακα και οστικός μεταβολισμός -
Φάρμακα οστεοπόρωσης και καρδιαγγειακός κίνδυνος - **Μ. Μακρή**

19.00 - 19.30 **Διάλεξη**

Προεδρείο: **Ι. Ντούπης**
Διαχείριση του διαβήτη και της υπεργλυκαιμίας σε
νοσηλευόμενους ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας -
Α. Κουτσοβασίλης

19.30 - 19.45 **Διάλειμμα - E-poster**

Προεδρείο: **Α. Αλαβέρας**

ΑΑ 01 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑ
ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΤΑΘΕΡΟΥ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ ΝΤΕΛΑΠΡΙΛΗΣ/ΜΑΝΙΔΙΠΙΝΗΣ
ΣΕ ΕΝΑ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟ ΙΑΤΡΕΙΟ, ΣΕ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Άγγελος Λιόντος¹, Ελευθέριος Κλούρας¹, Ορέστης Μηλιώνης¹,
Σταύρος Τσούρλος¹, Δημήτριος Μπίρος¹, Λάζαρος Αθανασίου¹,
Σερπάστιαν - Φίλιππος Ντεκουάν¹, Ευάγγελος Λυμπερόπουλος²,
Μωυσής Ελισάφ², Χαράλαμπος Μηλιώνης¹, Γεώργιος Λιάμης²

¹ Α' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων,
Ιωάννινα

² Β' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων,
Ιωάννινα



AA02	ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 Αναστάσιος Κουτσοβασίλης, Μαρία Μπουρίκου, Βασιλική Χατζηβασίλογλου, Δήμητρα Ραγιά, Αλέξης Σωτηρόπουλος Γ' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. Νίκαιας - Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»
19.45 - 20.10	Θεματική διάλεξη Προεδρείο: Ι. Κυριαζής Μεταφορμίνη: ισχυρή αποτελεσματικότητα και ασφάλεια στην αντιμετώπιση του ΣΔτ2 - Α. Σωτηρόπουλος
20.10 - 20.35	Τελετή Έναρξης - Βραβεύσεις Προφορικών και Αναρτημένων Ανακοινώσεων - Απονομή Τριμηνιαίας Πλακέτας ALBERT SCHWEITZER Απονομή Τριμηνιαίας Πλακέτας ALBERT SCHWEITZER Στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο, «Εις μνήμην Ιατρών που έχασαν τη ζωή τους μαχόμενοι την πανδημία SARS CoV-2/COVID 19» παραλαβή από τον κ. Α. Εξαδάκτυλο, Πρόεδρος Π.Ι.Σ. Στην Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος, «Εις μνήμην Νοσηλευτών-τριών που έχασαν τη ζωή τους μαχόμενοι την πανδημία SARS CoV-2/COVID 19» παραλαβή από την κ. Κ. Αραποστάθη, Μέλος Δ.Σ. 3^{ου} Περιφερειακού Τμήματος ΕΝΕ θα παρευρεθούν και θα απευθύνουν χαιρετισμό: Μητροπολίτης Μεσσηνίας, Δήμαρχος Καλαμάτας, Πρόεδρος ΕΙΝΑΠ, Εκπρόσωπος Ι.Σ. Μεσσηνίας
20.35 - 21.00	Διάλεξη Φιλοξενούμενης Ιατρικής Εταιρείας: ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ Προεδρείο: Α. Πιτταράς Ενδεδειγμένοι τρόποι παρακολούθησης της αρτηριακής πίεσης, για τη σωστή διάγνωση και διαχείριση της αρτηριακής υπέρτασης - Μ. Παπαβασιλείου
21.00 - 21.30	Εναρκτήρια Διάλεξη Προεδρείο: Ι. Ιωαννίδης Μείωση καρδιαγγειακού κινδύνου στον ασθενή με υπερτριγλυκεριδαιμία - Ε. Λυμπερόπουλος
21.30 - 22.00	Δορυφορική Διάλεξη WINMEDICA σελ. 23
22.00 - 22.30	Συζήτηση - Σχόλια - Ερωτήσεις 1^{ης} συνεδριακής ημέρας Προεδρείο: Ι. Κυριαζής Σχολιαστές: Ι. Ιωαννίδης, Ε. Χατζηναγγελάκη
22.30	Δείπνο



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 3/09/2021

08.30 - 09.00 **Προφορικές Ανακοινώσεις**

Προεδρείο: **Ι. Ντούπης - Π. Στουγιάννος - Κ. Κοροβέσης**

ΠΑ04 Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΛΙΠΩΔΟΥΣ ΙΣΤΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ
Μαρία Βέλλη¹, Δημήτριος Παπαδόπουλος¹, Ηλίας Σανίδας¹,
Θεοχάρης Αναστασίου¹, Αναστασία Φώτσαλη¹,
Δημήτριος Ηλιόπουλος², Μαρίνα Μαντζουράνη³,
Ιωάννης Μπαρμπετσέας¹

¹ Κέντρο Αριστείας Υπέρτασης, Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ»

² Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και
Χειρουργικής Ερευνας «Ν. Σ. ΧΡΗΣΤΕΑΣ»

³ Α' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ»

⁴ Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

ΠΑ05 COVID-19 ΛΟΙΜΩΞΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟΥ ΠΡΟΦΙΛ
ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΒΑΡΥΤΗΤΑ
ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΚΑΤΑΛΗΚΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

Άγγελος Λιόντος¹, Δημήτριος Μπίρος¹, Ορέστης Μηλιώνης¹,
Σταύρος Τσούρλος¹, Λάζαρος Αθανασίου¹, Ελευθέριος Κλούρας¹,
Σερμπάσιαν Φίλιππας - Ντεκουάν¹, Γεωργία Μάνθου¹,
Μαρία Κοσμίδου¹, Θεοδώρα Μανιατοπούλου¹,
Ρεβέκκα Κωνσταντοπούλου¹, Βαλεντίνη Σαμανίδου¹,
Φώτιος Μπάρκας², Βασίλειος Τσιμιχόδημος²,
Ευάγγελος Λυμπερόπουλος², Χαράλαμπος Μηλιώνης¹

¹ Α' Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμωδών Νοσημάτων,
Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

² Β' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων,
Ιωάννινα

ΠΑ06 ΟΞΥ ΚΑΡΔΙΟΝΕΦΡΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ: ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ
ΣΤΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Χρήστος Μαντής¹, Αθανάσιος Αναδιώτης¹, Σωτήριος Πατσιλινάκος¹

¹ Κωνσταντοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο, Καρδιολογική κλινική, Αθήνα,
Ελλάδα

09.00 - 09.30 **Διάλεξη Φιλοξενούμενης Ιατρικής Εταιρείας:
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΕΛΛΑΔΟΣ**

Προεδρείο: **Μ. Παγώνη**

Ψυχολογική υγεία, ευεξία και σύνδεση μυαλού - καρδιάς -
σώματος - **Σ. Ευσταθίου**



09.30 - 11.00

Βραχείες Διαλέξεις: Μεταβολικά Νοσήματα

Προεδρείο: **Α. Κουτσοβασίλης - Ι. Ντούπης - Α. Πιτταράς**
Τι άλλαξε τα τελευταία χρόνια στην διαιτητική αντιμετώπιση των μεταβολικών νοσημάτων - **Χ. Δημοσθενόπουλος**
Συνταγογράφηση της άσκησης στα μεταβολικά νοσήματα - **Γ. Παραδείσης**

Προδιαβήτης: Διαγνωστικά εργαλεία και "αλγόριθμος" επιβράδυνσης της εξέλιξης σε διαβήτη τύπου 2 - **Α. Αλαβέρας**
Σημαντικές φαρμακευτικές παρεμβάσεις στην πρόληψη της εξέλιξης του ΣΔΤ2 - **Α. Σωτηρόπουλος**

11.00 - 11.15

Διάλειμμα - E-poster

Προεδρείο: **Κ. Κοροβέσης**

ΑΑ03

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
ΜΕΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΤΑΘΕΡΟΥ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ ΒΑΛΣΑΡΤΑΝΗΣ/
ΑΜΛΟΔΙΠΙΝΗΣ ΣΕ ΕΝΑ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟ ΙΑΤΡΕΙΟ,
ΣΕ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Άγγελος Λιόντος¹, Ελευθέριος Κλούρας¹, Ορέστης Μνηλιώνης¹,
Σταύρος Τσούρδος¹, Δημήτριος Μπίρος¹, Λάζαρος Αθανασίου¹,
Σερμπάσιαν - Φίλιππος Ντεκουάν¹, Ευάγγελος Λυμπερόπουλος²,
Μωυσής Ελισάφ², Χαράλαμπος Μνηλιώνης¹, Γεώργιος Λιάμης²

¹ Α' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων,
Ιωάννινα

² Β' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων,
Ιωάννινα

ΑΑ04

ΕΠΑΙΝΟΣ 1^{ης} ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ
ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ
ΜΕ ΤΗ ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΗ ΕΚΒΑΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ
ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Αναστάσιος Κουτσοβασίλης, Δήμητρα Ραγιά,
Βασιλική Χατζηβασιλόγλου, Αικατερίνη Κατσαβριά,
Έλενα Κεραμιδά, Αλέξης Σωτηρόπουλος

Γ' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. Νίκαιας - Πειραιά
«ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»





11.15 - 11.45	Δορυφορική Διάλεξη NOVO NORDISK	σελ. 24
11.45 - 12.30	Στρογγυλό Τραπέζι: Η σύγχρονη απεικόνιση στις παθήσεις των αγγείων Προεδρείο: Ν. Πατσουράκος - Γ. Παττακός Ο ρόλος της PET- CT στις αγγειίτιδες - Β. Πρασόπουλος Αξονική στεφανιογραφία: πότε και σε ποιούς - Ρ. Ευθυμιάδου	
12.30 - 13.00	Διακεκριμένη Διάλεξη Προεδρείο: Ε. Χατζηαγγελάκη Υπάρχει σχέση ανάμεσα στον Καρκίνο και στις Καρδιαγγειακές παθήσεις - Χ. Βλαχόπουλος	
13.00 - 14.00	Δορυφορικό Συμπόσιο ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ LILLY Α.Ε.Β.Ε.	σελ. 24
14.00 - 17.00	V-Learning	
14.00 - 14.30	Διάλεξη Συντονιστής: Μ. Ελίσάφ Στόχευση PCSK9 στον πραγματικό κόσμο - Α. Πιτταράς	
14.30 - 15.30	Στρογγυλό Τραπέζι: Αντιμετώπιση της Αρτηριακής Υπέρτασης στη καθ' ημέρα πράξη Προεδρείο: Α. Μανώλης ADA, ACC/AHA: Νεότερα στην υπέρταση και στόχοι της αρτηριακής πίεσης - Χ. Σαββόπουλος Υπέρταση στους ηλικιωμένους: Υπάρχουν συνδυασμοί φαρμάκων που πλεονεκτούν και άλλοι που απαγορεύονται; - Α. Πιτταράς Διαχείριση της Υπέρτασης σε ασθενείς με Χρόνια Νεφρική Νόσο - Δ. Βλαχάκος	
15.30 - 16.15	Στρογγυλό Τραπέζι: Θεραπευτική του ΣΔτ2: Νεώτερα δεδομένα Προεδρείο: Ε. Χατζηαγγελάκη Εξατομίκευση: Σε ποιες ομάδες η επιλογή είναι ξεκάθαρη και σε ποιες όχι; - Σ. Λιάτης Δόκιμοι φαρμακευτικοί συνδυασμοί - Ι. Ιωαννίδης	
16.15 - 17.00	Στρογγυλό Τραπέζι - Βραχείες Θεματικές Διαλέξεις: Η σύγχρονη απεικόνιση στις καρδιαγγειακές παθήσεις Προεδρείο: Α. Πιτταράς - Χ. Μαητέζος Νεότερες εξελίξεις της πυρηνικής ιατρικής στα καρδιαγγειακά νοσήματα - Β. Πρασόπουλος Διερεύνηση περιφερικών αγγείων με αξονική και μαγνητική αγγειογραφία - Ρ. Ευθυμιάδου	



17.00 - 17.30

Προφορικές Ανακοινώσεις

Προεδρείο: **Α. Κουτσοβασίλης - Κ. Κοροβέσης - Ν. Πατσουράκος**

ΠΑ 07 ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΤΙΣ ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΥΣ ΥΠΟΠΛΥΘΗΣΜΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ COVID-19 ΛΟΙΜΩΞΗ

Άγγελος Λιόντος¹, Δημήτριος Μπίρος¹, Ορέστης Μηλιώνης¹, Σταύρος Τσούρλος¹, Λάζαρος Αθανασίου¹, Ελευθέριος Κλούρας¹, Σεμπάστιαν Φίλιππας - Ντεκουάν¹, Γεώργιος Παπαμιχαήλ¹, Μαρία Κοσμίδου¹, Γεώργιος Καλαμπόκης¹, Αικατερίνη Παντελή¹, Φώτιος Μπάρκας², Βασίλειος Τσιμιχόδημος², Ευάγγελος Λυμπερόπουλος², Χαράλαμπος Μηλιώνης¹

¹ Α' Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμωδών Νοσημάτων, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

² Β' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

ΠΑ08 ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΣΤΕΡΙΝΟΕΙΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ ΜΕ ΔΟΥΛΑΓΛΟΥΤΙΔΗ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ ΜΕ COVID-19

Σταμάτης Σ. Παπαδάτος¹, Μαρία Κοπελιά², Ειρήνη Μπουρδάκη³, Γεωργία Φίλη⁴, Αδαμάντιος Μπουρδάκης¹

¹ Διαβητολογικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων

² Γ' Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

³ 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας

⁴ Παθολογικό ΤΕΠ Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων

ΠΑ09 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ, ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΥΤΟΜΑΤΟ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟ ΤΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΓΤΕΙΩΝ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Χρήστος Μαντής¹, Εμμανουήλ Παπαδάκης¹, Αθανάσιος Αναδιώτης¹, Σωτήριος Πατσιλινάκος¹

¹ Κωνσταντοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο, Καρδιολογική κλινική, Αθήνα, Ελλάδα

17.30 - 18.15

Στρογγυλό Τραπέζι: Αντιπηκτικά - Αντιαρροπητικά

Προεδρείο: **Μ. Παπαβασιλείου - Π. Στουγιάννος**
Τριπλή αντιθρομβωτική αγωγή. Που βρισκόμαστε. -
Σ. Μακρυγιάννης

Κλοπιδογρέλη, Τικαγκελόρη ή Πρασουγρέλη;

Τι να επιλέξω και γιατί - **Ν. Πατσουράκος**



18.15 - 18.50 Διακεκριμένη Διάλεξη

Προεδρείο: Π. Χαλβατσιώτης

Διαβήτης και γύραση - Σ. Παππάς

18.50 - 19.15 Θεματική Διάλεξη Ειδικού

Προεδρείο: Γ. Παττακός

Αρτηριακό Bypass ή αγγειοπλαστική στην κρίσιμη ισχαιμία κάτω άκρων - Χ. Μαητέζος

19.15 - 19.30 Διάλειμμα - E-poster

Προεδρείο: Σ. Μακρυγιάννης

AA05 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΤΑΘΕΡΟΥ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ ΤΕΛΜΙΣΑΡΤΑΝΗΣ/ ΑΜΛΟΔΙΠΙΝΗΣ ΣΕ ΕΝΑ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟ ΙΑΤΡΕΙΟ, ΣΕ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Άγγελος Λιόντος¹, Ελευθέριος Κλούρας¹, Ορέστης Μηλιώνης¹, Σταύρος Τσούρλος¹, Δημήτριος Μπίρος¹, Σεμπάστιαν - Φίλιππος Ντεκουάν¹, Ευάγγελος Λυμπερόπουλος², Μωυσής Ελισάφ², Χαράλαμπος Μηλιώνης¹, Γεώργιος Λιάμης²

¹ Α' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

² Β' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

AA06 ΠΟΙΟΤΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΔΑΠΑΓΛΙΦΛΟΖΙΝΗΣ ΩΣ ΔΕΥΤΕΡΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΒΗΜΑ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΑΛΛΑ ΑΝΤΙΔΙΑΒΗΤΙΚΑ ΔΙΣΚΙΑ

Αναστάσιος Κουτσοβασίλης, Βασιλική Χατζηβασίλογλου, Δήμητρα Ραγιά, Αικατερίνη Κατσαβριά, Σταμάτης Τσούτσας, Αλέξης Σωτηρόπουλος

Γ' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. Νίκαιας - Πειραιά «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»

19.30 - 20.00 Διάλεξη

Προεδρείο: Ι. Ζωγράφου

Διαβήτης τύπου 3: Διαβήτης εγκεφάλου; - Ε. Χατζηαγγελάκη



20.00 - 20.30	Δορυφορική Διάλεξη MENARINI	σελ. 24
20.30 - 21.30	Δορυφορικό Συμπόσιο SANOFI	σελ. 24
21.30 - 22.00	Διακεκριμένη Διάλεξη	
	Προεδρείο: Ι. Ιωαννίδης Ορμονική υποκατάσταση: Θεραπείες, Οφέλη, Κίνδυνοι - Δ. Κιόρτσας	
22.00 - 22.30	Συζήτηση - Σχόλια - Ερωτήσεις 2^{ης} συνεδριακής ημέρας	
	Προεδρείο: Ι. Ιωαννίδης Σχολιαστές: Ι. Ντούπης, Α. Κουτσοβασίλης	
22.30	Δείπνο	



ΣΑΒΒΑΤΟ 4/09/2021

08.30 - 09.00 **Προφορικές Ανακοινώσεις**

Προεδρείο: **Σ. Ευσταθίου - Ε. Καλαφάτης - Κ. Φιλίππου**

- ΠΑ10** Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΤΙΤΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΜΕΤΦΟΡΜΙΝΗΣ ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΗΣ ΔΡΑΣΗΣ ΣΤΟ ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 (ΣΔ2)
Σταμάτης Σ. Παπαδάτος¹, Μαρία Κοπελιά², Ειρήνη Μπουρδάκη³, Γεωργία Φίλη⁴, Αδαμάντιος Μπουρδάκης¹
¹ Διαβητολογικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων
² Γ' Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»
³ 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας
⁴ Παθολογικό ΤΕΠ Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων
- ΠΑ11** ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΕΩΣ ΜΗ ΑΝΤΙΠΡΟΠΟΥΜΕΝΗ ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ
Χρήστος Μαντής¹, Ιωάννης Βασιλειάδης², Αθανάσιος Αναδιώτης¹, Σωτήριος Πατσιλινάκος¹
¹ Γ.Ν. Νέας Ιωνίας «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ»
² Γ.Ν. Νοσημάτων Θώρακος «ΣΩΤΗΡΙΑ»
- ΠΑ12** **ΕΠΑΙΝΟΣ 3^{ης} ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ**
ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΓΕΥΜΑΤΙΚΗΣ ΒΙΟΔΡΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΜΙΠΙΣΚΟΤΩΝ ΕΝΙΣΧΥΜΕΝΩΝ ΜΕ ΠΑΣΤΑ ΕΛΙΑΣ ΣΕ ΥΓΙΕΙΣ ΕΘΕΛΟΝΤΕΣ 
Όλγα Παπαγιάννη¹, Θωμάς Λούκας², Αθανάσιος Μαγκούτης², Ηρακλής Μούλλας¹, Δημήτριος Σκάλλκος⁴, Δημήτριος Καφετζόπουλος⁵, Χαραλαμπία Δήμου¹, Χαράλαμπος Καραντώνης², Αντώνιος Κουτελιδάκης^{1*}
¹ Εργαστήριο Διατροφής του Ανθρώπου, Τμήμα Επιστήμης Τροφίμων και Διατροφής, Πανεπιστήμιο Αιγαίου, Μύρινα Λήμνου, Ελλάδα
² Εξωτερικό Ιατρείο Μύρινας Λήμνου, Ελλάδα
³ Εργαστήριο Χημείας και Ανάλυσης Τροφίμων, Τμήμα Επιστήμης Τροφίμων και Διατροφής, Πανεπιστήμιο Αιγαίου, Μύρινα Λήμνου, Ελλάδα
⁴ Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Τμήμα Χημείας, Ιωάννινα, Ελλάδα
⁵ Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα



09.00 - 10.15

Βραχείες Διαλέξεις

Προεδρείο: **Χ. Γράσσο**, **Ε. Πισιμίσης**, **Α. Σωτηρόπουλος**
Η σχέση μεταξύ της υψηλής αρτηριακής πίεσης και της
ινσουλίνης. Κατηγορούμε το αλάτι για το τι έκανε η ζάχαρη; -
Α. Μπουρδάκης
Δίνει το Coronary CT calcium score στην εξατομικευμένη
διαχείριση κινδύνου, μια δεύτερη ευκαιρία για την ασπρίνη
στην πρωτογενή πρόληψη; - **Π. Στουγιάννος**
Κρυσταλλοποίηση ή φαρμακευτική παρέμβαση για την αρχική
θεραπεία της κοιλιακής μαρμαρυγής - **Α. Πιτταράς**

10.15 - 10.45

Θεματική Διάλεξη Ειδικού

Προεδρείο: **Κ. Τούτουζας**
Διαχείριση αντιπηκτικών στους ασθενείς που έχουν υποβληθεί
σε επέμβαση βαλβίδων καρδιάς - **Γ. Παττακός**

10.45 - 11.15

Θεματική Διάλεξη Ειδικού

Προεδρείο: **Γ. Μπριστογιάννης**
Σύνδρομο καρδιονεφρικής αναιμίας - **Δ. Βλαχάκος**

11.15 - 11.30

Διάλειμμα - E-poster

Προεδρείο: **Μ. Μακρή**

AA07 ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΚΑΙ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΝΗΣΤΕΙΑΣ
ΣΕ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΤΑ
ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΤΑΘΕΡΟΥ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ ΝΤΕΛΑΠΡΙΛΗΣ/
ΜΑΝΙΔΙΠΙΝΗΣ

Άγγελος Λιόντος¹, Ελευθέριος Κλούρας¹, Ορέστης Μηλιώνης¹,
Σταύρος Τσούρδος¹, Δημήτριος Μπίρος¹, Πέτρος Αδαμίδης²,
Κωνσταντίνος Μπακογιάννης², Αθηνά Ζαράκη³,
Ευάγγελος Λυμπερόπουλος², Μωυσής Ελισάφ²,
Χαράλαμπος Μηλιώνης¹, Γεώργιος Λιάμης²

¹ Α' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων,
Ιωάννινα

² Β' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων,
Ιωάννινα

³ ΩΡΛ κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα



**ΑΑ08 ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΚΑΙ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΝΗΣΤΕΙΑΣ
ΣΕ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΤΑ
ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΤΑΘΕΡΟΥ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ ΒΑΛΣΑΡΤΑΝΗΣ/
ΑΜΛΟΔΙΠΙΝΗΣ**

Άγγελος Λιόντος¹, Ελευθέριος Κλούρας¹, Ορέστης Μηλιώνης¹,
Σταύρος Τσούρλος¹, Δημήτριος Μπίρος¹, Πέτρος Αδαμίδης²,
Κωνσταντίνος Μπακογιάννης², Αθηνά Ζαράκη³,
Ευάγγελος Λυμπερόπουλος², Μωυσής Ελλισάφ²,
Χαράλαμπος Μηλιώνης¹, Γεώργιος Λιάμης²

¹ Α' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων,
Ιωάννινα

² Β' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων,
Ιωάννινα

³ ΩΡΛ κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

11.30 - 12.00 Διάλεξη «Γαληνός»

Προεδρείο: **Γ. Κουδούνης**

Επεμβατική θεραπεία της υπέρτασης - **Κ. Τσιούφης**

12.00 - 13.00 Στρογγυλό Τραπέζι: Λιπίδια

Προεδρείο: **Μ. Ελλισάφ - Ε. Λυμπερόπουλος**

Πόσο σημαντική είναι και πώς διαμορφώνει τις παρεμβάσεις μας,
η αξιολόγηση του καρδιαγγειακού κινδύνου σε ενήλικες χωρίς
γνωστή καρδιαγγειακή νόσο - **Β. Τσιμικόδημος**

Ω-3 Λιπαρά Οξέα: Από την Παθοφυσιολογία στην Κλινική Πράξη -
Α. Τσελέπης

13.00 - 14.00 Δορυφορικό Συμπόσιο ASTRA ZENECA

σελ. 25



14.00 - 17.00 **V-Learning**

14.00 - 15.00 **Στρογγυλό Τραπέζι: Παρουσίαση Περιστατικών & Λήψη Κλινικών Αποφάσεων**

Προεδρείο: **Ι. Κυριαζής**

Ασθενής υπέρβαρος 62 ετών με ΣΔτ2, ΑΥ, Δυσλιπιδαιμία, GFR 52mL/min είναι σε αγωγή με Μετφορμίνη 850 mg x 2, και παρουσιάζει HbA1c 8,2% - **Α. Σωτηρόπουλος**
Ασθενής 70 ετών (BMI:27) με ΣΔΤ2, παρουσιάζει παροδικό ΑΕΕ και καρωτιδική αθηρωμάτωση. Έχει LDL=110 g% και ΑΠ 150/90 mm Hg, HbA1c 7,8% και λαμβάνει DPP-4 + Μετφορμίνη (50/850mg x 2), Atorvastatin 40mg x 1 & Ramipril 5mg x 1 - **Α. Μαυρογιαννάκη**

15.00 - 16.00 **Εξελίξεις στις καρδιο-νεφρο-μεταβολικές παθήσεις στην εποχή του SARS-COV-2**

Πρόεδρος: **Ι. Κυριαζής**

Επηρεάζει τελικά η γλυκαιμική ρύθμιση την καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνητότητα;

Ομιλητής: **Α. Κουτσοβασίλης**

Σχολιασμός: **Α. Σωτηρόπουλος**

Η επίδραση των SGLT2 στην εξέλιξη της νεφρικής νόσου στα άτομα με ΣΔ

Ομιλητής: **Ι. Ιωαννίδης**

Σχολιασμός: **Ε. Χατζηαγγελάκη**

16.00 - 16.30 **Βραχεία Διάλεξη**

Προεδρείο: **Π. Χαλβατσιώτης**

Θρόμβωση και αγγειακή φλεγμονή στον διαβήτη:

Βασικοί μηχανισμοί και ενδεχόμενοι θεραπευτικοί στόχοι - **Μπουρδάκης**

16.30 - 17.00 **Διάλεξη**

Προεδρείο: **Σ. Ευσταθίου**

Αρχές συνολικής αξιολόγησης και διαχείρισης καρδιαγγειακού κινδύνου - **Α. Κουτσοβασίλης**



17.00 - 17.30 Προφορικές Ανακοινώσεις

Προεδρείο: Ι. Ντούπης - Ν. Πατσουράκος - Σ. Μακρυγιάννης

ΠΑ13

1^ο ΒΡΑΒΕΙΟ ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ



Η ΟΜΕΝΤΙΝΗ-1 ΣΤΟ ΣΤΑΥΡΟΔΡΟΜΙ ΤΟΥ ΚΑΡΔΙΟΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ
ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΥΠΟΚΛΙΝΙΚΟΥ ΥΠΟΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΥ:
ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ - ΜΑΡΤΥΡΩΝ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Θεοδώρα Στρατηγού^{1,2}, Γεώργιος Αντωνάκος³,
Γεράσιμος - Σωκράτης Χριστοδουλάτος¹, Ειρήνη Καραμπελά¹,
Ιωάννα Μαρίνου⁴, Ναταλία Βαβλιάνου⁵,
Ευάγγελος Βογιατζάκης⁴, Μαρία Νταλαμάγκα¹

¹ Εργαστήριο Βιολογικής Χημείας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου
Αθηνών

² Τμήμα Ενδοκρινολογίας & Διαβητολογικό Κέντρο
Γ.Ν.Α «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

³ Εργαστήριο Κλινικής Βιοχημείας Γ.Ν.Α «ΑΤΤΙΚΟΝ»

⁴ Μικροβιολογικό Εργαστήριο Γ.Ν.Α «ΣΩΤΗΡΙΑ»

⁵ Α' Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Α «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

ΠΑ 14

1^ο ΒΡΑΒΕΙΟ ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ



ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΚΘΕΣΗ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑΣ
ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΚΑΡΔΙΑΚΟ ΚΑΘΕΤΗΡΙΑΣΜΟ ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ
ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Χρήστος Μαντής¹, Εμμανουήλ Παπαδάκης¹,
Αθανάσιος Αναδιώτης¹, Σωτήριος Πατσιλινάκος¹

¹ Γ.Ν. Νέας Ιωνίας «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ»

ΠΑ15

ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΑΞΟΝΙΚΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΤΗΝ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ
ΑΣΘΕΝΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ

Γεώργιος Τσιασούσης¹, Μαρία Καρανικόλα²,
Κωνσταντίνος Μιχαηλίδης³

¹ Ιδιωτικό καρδιολογικό ιατρείο, Καστοριά

² Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λεμεσός

³ Ακτινοδιαγνωστικά Κέντρα Affidea Κοζάνης και «ΠΑΝΑΓΙΑ» Βέροιας

17.30 - 17.45 Βραχεία Θεματική Διάλεξη Ειδικού

Προεδρείο: Ε. Καλαφάτης

Αναδυόμενες και επανεμφανιζόμενες σεξουαλικά
μεταδιδόμενες λοιμώξεις - Κ. Κοροβέσης



17.45 - 18.00 Βραχεία Θεματική Διάλεξη Ειδικού

Προεδρείο: **Κ. Κοροβέσης**

Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2: Είναι εφικτή η επιστροφή στην κανονικότητα με υγιεινοδιαιτητικές παρεμβάσεις; -

Ι. Κυριαζής

18.00 - 19.00 Στρογγυλό Τραπέζι: Σακχαρώδης Διαβήτης

Προεδρείο: **Ε. Χατζηαγγελάκη**

Διαβητική μυοκαρδιοπάθεια: Από την παθοφυσιολογία στην κλινική πράξη - **Ι. Ιωαννίδης**

Επίπτωση της σύνθεσης του μικροβιώματος του εντέρου σε διαβητικούς ασθενείς τύπου 2 - **Σ. Λιάτης**

19.00 - 19.30 Διακεκριμένη Διάλεξη

Προεδρείο: **Α. Τσελέπη**

Υπάρχουν κενά στην εφαρμογή της υπολιπιδαιμικής θεραπείας; - **Μ. Ελισάφ**

19.30 - 20.00 Δορυφορική Διάλεξη ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε.

σελ. 25

20.00 - 20.15 Διάλειμμα - E-poster

Προεδρείο: **Π. Στουγιάννος**

AA09 **ΕΠΑΙΝΟΣ 2^{ης} ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ**
ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΚΑΙ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΝΗΣΤΕΙΑΣ
ΣΕ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΤΑ
ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΤΑΘΕΡΟΥ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ ΤΕΛΜΙΣΑΡΤΑΝΗΣ/
ΑΜΛΟΔΙΠΙΝΗΣ



Άγγελος Λιόντος¹, Ελευθέριος Κλούρας¹, Ορέστης Μηλιώνης¹,
Σταύρος Τσούρδος¹, Δημήτριος Μπίρος¹, Πέτρος Αδαμίδης²,
Κωνσταντίνος Μπακογιάννης², Αθηνά Ζαράκη³,
Ευάγγελος Λυμπερόπουλος², Μωυσής Ελισάφ²,
Χαράλαμπος Μηλιώνης¹, Γεώργιος Λιάμης²

¹ Α' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

² Β' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

³ ΩΡΛ κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

20.15 - 20.45 Διάλεξη Λήξης

Προεδρείο: **Ι. Κυριαζής**

Πλεονεκτήματα και περιορισμοί ανάμεσα στην διακαθετηριακή και την χειρουργική αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας - **Κ. Τούτουζας**



20.45 - 21.15	Δορυφορική Διάλεξη Boehringer Ingelheim	σελ. 25
21.15 - 22.00	Δορυφορικό Συμπόσιο BIANEΞ	σελ. 25
22.00 - 22.30	Συζήτηση - Σχόλια - Ερωτήσεις 3^η συνεδριακής ημέρας Προεδρείο: Ι. Κυριαζής Σχολιαστές: Ν. Πατσουράκος, Χ. Δημοσθενόπουλος	
22.30	Δείπνο	



ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΕΣ/ΚΑ ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ - ΣΥΜΠΟΣΙΑ

ΠΕΜΠΤΗ 2/9/2021

21.30 - 22.00

Δορυφορική Διάλεξη WINMEDICA



Προεδρείο: **Ε. Χατζηαγγελάκη**

Μετφορμίνη παρατεταμένης αποδέσμευσης. Η εξέλιξη ενός
διαχρονικού φαρμάκου και η θέση του στην καθημερινή κλινική
πρακτική - **Ι. Ντούπης**



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 3/9/2021

11.15 - 11.45

Δορυφορική Διάλεξη NOVO NORDISK



Προεδρείο: **Ε. Χατζηαγγελάκη**

Σεμαγλουτίδη, ο νέος εβδομαδιαίος αγωνιστής του GLP-1
στη θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 στην Ελλάδα -
Ι. Στεργίου

13.00 - 14.00

Δορυφορικό Συμπόσιο ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε.



Ασθενοκεντρικές προσεγγίσεις για τη ρύθμιση του ΣΔ
και των επιπλοκών του

Προεδρείο: **Ε. Χατζηαγγελάκη**

Ultra Rapid Lispro: Εξατομικεύοντας την ινσουλινοθεραπεία
για καλύτερο γλυκαιμικό έλεγχο - **Ι. Ντούπης**

Ρινική γλυκαγόνη: Καινοτομία στη θεραπεία της σοβαρής
υπογλυκαιμίας - **Ι. Ζωγράφου**

20.00 - 20.30

Δορυφορική Διάλεξη MENARINI



Προεδρείο: **Χ. Γράσσο**

Νέα δεδομένα στα Χρόνια Στεφανιαία Σύνδρομα.

Η εξατομικευμένη προσέγγιση οδηγεί στη βελτιστοποίηση
της θεραπείας - **Α. Πιτταράς**

20.30 - 21.30

Δορυφορικό Συμπόσιο SANOFI



Εξατομικεύοντας τις ανάγκες του ατόμου με Σακχαρώδη Διαβήτη
στην ινσουλινοθεραπεία και στη διαχείριση της δυσλιπιδαιμίας

Προεδρείο: **Ε. Χατζηαγγελάκη**

(Εισαγωγική ομιλία): Ποιες είναι οι ακάλυπτες ανάγκες
στην αντιμετώπιση του ατόμου με σακχαρώδη διαβήτη
και δυσλιπιδαιμία - **Ε. Χατζηαγγελάκη**

Κλινικά οφέλη και επίτευξη γλυκαιμικού ελέγχου στα άτομα
με ΣΔ. Η εμπειρία από τη χρήση της ινσουλίνης
glargine 300U/ml - **Ι. Ιωαννίδης**

Διαχείριση της δυσλιπιδαιμίας στα άτομα με ΣΔ - **Γ. Λιάμης**



ΣΑΒΒΑΤΟ 4/9/2021

13.00 - 14.00

Δορυφορικό Συμπόσιο ASTRA ZENECA



Αντιμετωπίζοντας το ΚαρδιοΝεφροΜεταβολικό φάσμα στον ασθενή με ΣΔτ2 από την αρχή μέχρι το τέλος
Προεδρείο: **Ι. Κυριαζής**
Περιγράφοντας τον καθημερινό ασθενή με ΣΔτ2, μέσα από τις μελέτες καρδιαγγειακών εκβάσεων - **Γ. Τσιάντας**
Σύγχρονες θεραπευτικές προσεγγίσεις της καρδιακής ανεπάρκειας με μειωμένο κλάσμα εξώθησης και της χρόνιας νεφρικής νόσου - **Α. Κουτσοβασίλης**

19.30 - 20.00

Δορυφορική Διάλεξη ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε.



Προεδρείο: **Ι. Κυριαζής**
Ντουλαγλουτίδη: Τα δεδομένα και οι προκλήσεις για την κατάλληλη θεραπευτική επιλογή - **Ι. Ιωαννίδης**

20.45 - 21.15

Δορυφορική Διάλεξη Boehringer Ingelheim



Προεδρείο: **Ε. Χατζηαγγελάκη**
Χθες νωρίς; Αύριο ίσως πολύ αργά. Η καρδιονεφρομεταβολική θεραπευτική προσέγγιση του Διαβήτη τύπου 2 ως επιτακτική ανάγκη σήμερα. Συζήτηση κλινικών περιστατικών - **Ι. Ιωαννίδης**

21.15 - 22.00

Δορυφορικό Συμπόσιο MSD & BIANEΞ



Κλινική αδράνεια - Η σημασία της βέλτιστης γλυκαιμικής ρύθμισης
Προεδρείο: **Α. Σωτηρόπουλος**
Ο ρόλος της Σιταγλιπτίνης σε ηλικιωμένους ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2. Συζήτηση κλινικών περιστατικών - **Α. Κουτσοβασίλης**



ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

ΑΛΑΒΕΡΑΣ ΑΝΤΩΝΙΟΣ	Παθολόγος, τ. Διευθυντής Παθολογίας, Α' Παθολογικής Κλινικής, Κοργιαλένειο Μπένάκειο Γ.Ν.Α. Ε.Ε.Σ.
ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ ΝΙΚΟΛΕΤΤΑ	Παθολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. «ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ»
ΒΛΑΧΑΚΟΣ ΔΗΜΗΤΡΗΣ	MD, PhD, Καθηγητής Παθολογίας - Νεφρολογίας, Υπεύθυνος Νεφρολογικής Μονάδας, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν.Α. «ΑΤΤΙΚΟΝ»
ΒΛΑΧΟΠΟΥΛΟΣ ΧΡΗΣΤΟΣ	Καθηγητής Καρδιολογίας, «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών
ΓΑΛΑΝΑΚΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ	MD, PHD, SCOPE Certified, Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Κρήτης, Μέλος του Δ.Σ. της ΕΙΕΠ
ΓΡΑΣΣΟΣ ΧΑΡΗΣ	MD, FESC, PhD, EHS, Διευθυντής Καρδιολόγος Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ», Υπεύθυνος τμήματος Προληπτικής Καρδιολογίας, Adjunct, Professor of Medicine - European University of Cyprus
ΔΗΜΟΣΘΕΝΟΠΟΥΛΟΣ ΧΑΡΗΣ	MMedSci, PhD, Κλινικός Διαιτολόγος - Βιολόγος, Προϊστάμενος Διαιτολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ», Μέλος Δ.Σ. Ε.Δ.Ε. & Αντιπρόεδρος Δ.Σ. Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν.
ΕΛΙΣΑΦ ΜΩΥΣΗΣ	Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας Τμήματος Ιατρικής Σχολής Επιστημών Υγείας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
ΕΥΘΥΜΙΑΔΟΥ ΡΩΞΑΝΗ	Ακτινολόγος, Διευθύντρια Τμήματος PET-CT & Αναπληρώτρια Διευθύντρια Τμήματος CT&MRI, Διαγνωστικό & Θεραπευτικό Κέντρο «ΥΓΕΙΑ»
ΕΥΣΤΑΘΙΟΥ ΣΤΑΜΑΤΗΣ	MD, MSc, PhD, Ειδικός Παθολόγος, Διευθυντής, Κέντρο Πρόληψης Καρδιαγγειακών Νόσων, «ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΛΑΘΡΟΝ», Αθήνα
ΖΩΓΡΑΦΟΥ ΙΩΑΝΝΑ	Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Β' Προπαιδευτική Κλινική Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»



ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Δρ. Παθολόγος με εξειδίκευση στον Διαβήτη, Διευθυντής Α' Παθολογικής Κλινικής και Υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου, Κωνσταντοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας - Πατησίων, Αντιπρόεδρος Ε.Δ.Ε., Μέλος Δ.Σ. Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν.

ΚΑΛΑΦΑΤΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ

Παθολόγος, Επιμελητής Παθολογικής Κλινικής, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»

ΚΑΠΑΝΤΑΗΣ ΕΥΘΥΜΙΟΣ

Παθολόγος με εξειδίκευση στον Σακχαρώδη Διαβήτη, SCOPE National Fellow, Διευθυντής Τμήματος Διαβήτη - Παχυσαρκίας - Μεταβολισμού, Ιδιωτικό Νοσοκομείο «METROPOLITAN», Πρόεδρος του Δ.Σ. της ΕΙΕΠ

ΚΙΟΡΤΣΗΣ ΔΗΜΗΤΡΗΣ

Ενδοκρινολόγος Διαβητολόγος, Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

ΚΟΡΟΒΕΣΗΣ Β. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Ειδικός Παθολόγος με εξειδίκευση στις Λοιμώξεις, Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής & Ειδικής Μονάδας Covid-19 Γ.Ν. Κορίνθου

ΚΟΥΔΟΥΝΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Μεσσηνίας

ΚΟΥΤΣΟΒΑΣΙΑΝΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ

MD, MSc, PhD, Παθολόγος - Διαβητολόγος, Επιμελητής Α', Υπεύθυνος Ιατρείου Λιπιδίων, Γ' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. Νίκαιας - Πειραιά «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ», Μέλος Δ.Σ. Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν.

ΚΥΡΙΑΖΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

MD, PhD, FNSCOPE, Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής & Διαβητολογικού Ιατρείου - Παχυσαρκίας Γ.Ν. Αττικής «ΚΑΤ», Πρόεδρος Δ.Σ. Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν., Γραμματέας Δ.Σ. Ε.Π.Ε.

ΛΙΑΜΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

ΛΙΑΤΗΣ ΣΤΑΥΡΟΣ

Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Α' Προπαιδευτική Πανεπιστημιακή Κλινική - Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ»

ΛΥΜΠΕΡΟΠΟΥΛΟΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ

Αναπληρωτής Καθηγητής Ιατρικής Παθολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων



ΜΑΚΡΗ ΜΑΡΙΑ	Ενδοκρινολόγος, Επιμελήτρια Β' ΕΣΥ, Κέντρο Υγείας Ηλιούπολης, 1η ΥΠΕ
ΜΑΚΡΥΤΙΑΝΝΗΣ ΣΤΑΜΑΤΗΣ	MD, PhD, FESC, Επεμβατικός Καρδιολόγος, Α' Καρδιολογική Κλινική, Δ.Θ.Κ.Α «ΥΓΕΙΑ»
ΜΑΛΤΕΖΟΣ ΧΡΥΣΟΣΤΟΜΟΣ	Συντονιστής Διευθυντής Αγγειοχειρουργικής Κλινικής Γ.Ν.Α «ΚΑΤ», Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»
ΜΠΟΥΡΔΑΚΗΣ ΑΔΑΜΑΝΤΙΟΣ	Δρ Ειδικός Παθολόγος με εξειδίκευση στο Διαβήτη στις παθήσεις Λιπιδίων και Παχυσαρκίας, Διευθυντής ΕΣΥ Β' Παθολογικής Κλινικής, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου & Ιατρείου Λιπιδίων και Παχυσαρκίας, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων
ΜΠΡΙΣΤΟΓΙΑΝΝΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	Νεφρολόγος, Πρώην Συντ. Διευθυντής Νεφρολογικού Τμήματος Νοσοκομείου Καλαμάτας, Επιστημονικός Διευθυντής Mesogeios - Μεσογειακό Κέντρο Διακοπών Αιμοκάθαρσης
ΝΤΟΥΠΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ	Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθυντής Ναυτικού Νοσοκομείου Σαλαμίνας και Υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου, Μέλος Δ.Σ. Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν.
ΠΑΓΩΝΗ ΜΑΤΙΝΑ	Δρ. Παθολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια Γ' Παθολογικής Κλινικής, Γ.Ν.Α. «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ», Πρόεδρος Δ.Σ. Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος (Ε.Π.Ε.), Επιστημονικά Υπεύθυνη Λιπιδαιμικού Ιατρείου, Γ.Ν.Α. «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ», Πρόεδρος Επιστημονικού Συμβουλίου Γ.Ν.Α. «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ», Πρόεδρος Ανωτάτου Πειθαρχικού Π.Ι.Σ., Πρόεδρος ΕΙΝΑΠ, Αντιπρόεδρος ΟΕΝΤΕ
ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ ΜΑΡΙΑ	Καρδιολόγος FESC, EHS, Διευθύντρια Κέντρου Υπέρτασης - One Day Clinic Metropolitan General Hospital - Athens
ΠΑΠΠΑ ΜΑΡΙΑ	Παθολόγος, Επικουρική Ιατρός, Α' Παθολογική Κλινική, «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ» Γενικό Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας - Πατησίων



ΠΑΠΠΑΣ ΣΤΑΥΡΟΣ	Παθολόγος - Διαβητολόγος, Πρόεδρος Ινστιτούτου Μελέτης Έρευνας και Εκπαίδευσης για το Σακχαρώδη Διαβήτη και τα Μεταβολικά Νοσήματα
ΠΑΡΑΔΕΙΣΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	Αναπληρωτής Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Επιστήμης Φυσικής Αγωγής & Αθλητισμού
ΠΑΤΣΟΥΡΑΚΟΣ Γ. ΝΙΚΟΛΑΟΣ	MD, MSc, FESC Επεμβατικός Καρδιολόγος - Εντατικόλόγος, Επιμελητής Α', Τζάνειο Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά
ΠΑΤΤΑΚΟΣ ΓΡΗΓΟΡΗΣ	Καρδιοχειρουργός, Συνεργάτης Β' Καρδιοχειρουργικής Κλινικής, Αναπλ. Διευθυντής Τμήματος Διαδερμικών Βαλβίδων, Νοσοκομείο «ΥΓΕΙΑ»
ΠΙΣΙΜΙΣΗΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ	Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν.Π. «ΤΖΑΝΕΙΟ»
ΠΙΤΤΑΡΑΣ ΑΝΔΡΕΑΣ	Καρδιολόγος, Clinical Hypertension Specialist ESH, Ass. Prof. George Washington University Washington DC USA, Αναπλ. Πρ. Επιτροπής Φαρμακοεπαγρύπνησης ΕΟΦ
ΠΡΑΣΟΠΟΥΛΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ	MD, Πυρηνικός Ιατρός, Διευθυντής Πυρηνικής Ιατρικής & PET/CT, Νοσοκομείο «ΥΓΕΙΑ»
ΣΤΕΡΓΙΟΥ ΙΩΑΝΝΗΣ	Επιμελητής Α' ΕΣΥ, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου Γ.Ν.Θ. «ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»
ΣΤΟΥΤΙΑΝΝΟΣ ΠΑΥΛΟΣ	Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Η ΕΛΠΙΣ»
ΣΩΤΗΡΟΠΟΥΛΟΣ ΑΛΕΞΙΟΣ	MD, PhD, Διευθυντής ΕΣΥ, Παθολόγος - Διαβητολόγος & Γενικός Ιατρός, Γ' Παθολογικού Τμήματος & Διαβητολογικού Κέντρου, Γ.Ν. Νίκαιας - Πειραιά
ΤΑΤΑΚΗΣ ΦΩΤΙΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ	Ιατρός - Επιστημονικός Συνεργάτης Α' Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής Ε.Κ.Π.Α.
ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ	Καθηγητής Καρδιολογίας, Α' Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ



ΤΣΕΛΕΠΗΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ

MD, PhD, Καθηγητής Κλινικής Βιοχημείας,
Διευθυντής του Ερευνητικού Κέντρου
Αθηροθρόμβωσης του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων,
Πρόεδρος της Ευρωπαϊκής και Μεσογειακής
Εταιρείας Θρόμβωσης (EMLTD) και του Ινστιτούτου
Μελέτης και Εκπαίδευσης στη Θρόμβωση και
την Αντιθρομβωτική Αγωγή (ΙΜΕΘΑ)

ΤΣΙΑΝΤΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Παθολόγος με εξειδίκευση στο ΣΔ,
Διευθυντής Β' Παθολογικής Κλινικής, 424 ΓΣΝΕ

ΤΣΙΜΙΧΟΔΗΜΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

MD, PhD, Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας,
Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

ΤΣΙΟΥΦΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Καθηγητής, Διευθυντής Α' Καρδιολογικής
Κλινικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

ΦΙΛΙΠΠΟΥ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Ειδικός Παθολόγος, Επιμελητής Β',
Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»

ΧΑΛΒΑΤΣΙΩΤΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας, Β' Προπ.
Παθολογική Κλινική - Μονάδα Έρευνας
& Διαβητολογικό Κέντρο Πανεπιστημίου Αθηνών,
Πανεπιστημιακό Γ.Ν.Α. «ΑΤΤΙΚΟΝ»

ΧΑΤΖΗΑΓΓΕΛΑΚΗ ΕΡΥΦΙΛΗ

Καθηγήτρια Παθολογίας - Μεταβολικών
Νοσημάτων, Β' Προπ. Παθολογική Κλινική,
Μονάδα Έρευνας & Διαβητολογικό Κέντρο,
Πανεπιστημιακό Γ.Ν.Α. «ΑΤΤΙΚΟΝ»,
Γραμματέας Δ.Σ. Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν.

ΒΑΣΙΖΕΤΑΙ ΣΕ ΕΣΑΣ

Επειδή συμβάλλετε στην προστασία του από ένα ακόμη καρδιαγγειακό επεισόδιο που μπορεί να αλλάξει τη ζωή του^{1,2}



GR-REP-0121-00002



Το Repatha[®] μειώνει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο μέσω ταχείας (55-75% από την πρώτη εβδομάδα)² και διατηρούμενης μείωσης της LDL-C για δευτεροβάθμια πρόληψη στους ασθενείς σας που διατρέχουν πολύ υψηλό κίνδυνο, όπως οι ασθενείς με πρόσφατο Έμφραγμα Μυοκαρδίου, οι οποίοι λαμβάνουν θεραπεία με τη μέγιστη ανεκτή δόση στατίνης με ή χωρίς εξετιμίπη.¹⁻⁵

1. Sabatine MS, et al. Clinical Benefit of Evolocumab by Severity and Extent of Coronary Artery Disease. *Circulation*. 2018;138:756-66. 2. Repatha[®] (evolocumab) Summary of Product Characteristics. Last revised: October 2020. Available at: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/repatha-epar-product-information_en.pdf. 3. Robinson J.G et al. Effect of evolocumab or ezetimibe added to moderate- or high-intensity statin therapy on LDL-C lowering in patients with hypercholesterolemia. The LAPLACE-2 Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2014;311(18):1870-83. 4. Giugliano RP, et al. Clinical efficacy and safety of achieving very low LDL-cholesterol concentrations with the PCSK9 inhibitor evolocumab: a prespecified secondary analysis of the FOURIER trial. *Lancet*. 2017;390:1962-71. 5. Mach F, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J*. 2020;41(1):111-88.

Ημερομηνία δημιουργίας: Νοέμβριος 2020

©2020 Amgen Inc. Με την επιφύλαξη παντός δικαιώματος

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και Αναφέρετε
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για ΟΛΑ τα φάρμακα
συμπληρώνοντας την "ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ"

Αναφέρετε κάθε ύποπτη ανεπιθύμητη ενέργεια σύμφωνα με το εθνικό σύστημα αναφοράς στο Τμήμα Αναπαραγωγής Ενέργειας του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (ΕΟΦ) Τηλ: 2132040380, Fax 2106549585, με τη χρήση της Κίτρινης Κάρτας διαθέσιμης και στην ιστοσελίδα του ΕΟΦ: www.eof.gr για έντυπη ή ηλεκτρονική υποβολή ή αναλλακτικά στην AMGEN Ελλάς Φαρμακοτεχνική ΕΠΕ. Τηλ: +30 2103447000.

Τρόπος διάθεσης: Ιατρική συνταγή. Α.Τ.: 240,04€

AMGEN Hellas ΕΠΕ

Αγίου Κωνσταντίνου 59-61, κτίριο C

Μαρούσι 151 24, Αθήνα

Τηλ: 210 3447000 - Fax: 210 3447050

Email: info@amgen.gr, www.amgen.gr

AMGEN[®]

Cardiovascular

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ



▼ Το φάρμακο αυτό τελεί υπό συμπληρωματική παρακολούθηση. Αυτό θα επιτρέψει το γρήγορο προσδιορισμό νέων πληροφοριών ασφαλείας. Ζητείται από τους επαγγελματίες υγείας να αναφέρουν οποιεσδήποτε πιθανολογούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες. βλ. παράγραφο 4.8 για τον τρόπο αναφοράς ανεπιθύμητων ενεργειών. 1. **ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ** Repatha 140 mg ενέσιμο διάλυμα σε προγεμισμένη σύριγγα, Repatha 140 mg ενέσιμο διάλυμα σε προγεμισμένη συσκευή τύπου πένας, Repatha 420 mg ενέσιμο διάλυμα σε φυσιολίνο 2. **ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ** Repatha 140 mg ενέσιμο διάλυμα σε προγεμισμένη σύριγγα κάθε προγεμισμένη σύριγγα περιέχει 140 mg evolucumab σε 1 ml διαλύματος. Repatha 140 mg ενέσιμο διάλυμα σε προγεμισμένη συσκευή τύπου πένας Κάθε προγεμισμένη πένα περιέχει 140 mg evolucumab σε 1 ml διαλύματος. Repatha 420 mg ενέσιμο διάλυμα σε φυσιολίνο Κάθε φυσιολίνο περιέχει 420 mg evolucumab σε 3,5 ml διαλύματος (223 mg/ml). Το Repatha είναι ένα ανθράσινο IgG2 μονοκλωνικό αντίσωμα που παράγεται με τη τεχνολογία του ανασυνδυασμένου DNA σε κύτταρα ωοθηκών κινεζικού κριτικού (CHO). Για τον πλήρη κατάλογο των εκδόχων, βλ. παράγραφο 6.1. 3. **ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ** Ενέσιμο διάλυμα (ένεση). Ενέσιμο διάλυμα (ένεση) (SureClick). Ενέσιμο διάλυμα (ένεση) (αυτοματοποιημένη συσκευή χορήγησης μικρο-δόσεων). Το διάλυμα είναι διαυγές έως ιριδίζον, άχρωμο έως κίτρινο και σχεδόν ελεύθερο σωματιδίων. 4. **ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ** 4.1 **Θεραπευτικές ενδείξεις** Υπερχοληστερολαμία και μικτή δυλιπιδαιμία Το Repatha ενδείκνυται σε ενήλικες με πρωτοπαθή υπερχοληστερολαμία (ετερόζυγο οικογενή και μη οικογενή) ή μικτή δυλιπιδαιμία, ως συμπλήρωμα της διαίτας: - σε συνδυασμό με μία στατίνη ή σε συνδυασμό με στατίνη και άλλες υπολιπιδαιμικές θεραπείες σε ασθενείς στους οποίους δεν μπορούν να επιτευχθούν οι στόχοι της LDL C με τη μέγιστη ανεκτή δόση μιας στατίνης, ή - μόνο ή σε συνδυασμό με άλλες υπολιπιδαιμικές θεραπείες σε ασθενείς με δυσεπείθεια στις στατίνες ή στους οποίους αντενδείκνυται οι στατίνες. Ομοζυγος οικογενής υπερχοληστερολαμία Το Repatha ενδείκνυται σε ενήλικες και εφήβους ηλικίας 12 ετών και άνω με ομόζυγο οικογενή υπερχοληστερολαμία σε συνδυασμό με άλλες υπολιπιδαιμικές θεραπείες. Εγκατεστημένη αθηροσκληρωτική καρδιαγγειακή νόσος Το Repatha ενδείκνυται σε ενήλικες με εγκατεστημένη αθηροσκληρωτική καρδιαγγειακή νόσο (έμφραγμα του μυοκαρδίου, εγκεφαλικό επεισόδιο ή περιφερική αρτηριακή νόσο), για τη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου μέσω της μείωσης των επιπέδων LDL C, ως συμπλήρωμα στη διαόρθωση άλλων παραγόντων κινδύνου: - σε συνδυασμό με τη μέγιστη ανεκτή δόση μιας στατίνης με ή χωρίς άλλες υπολιπιδαιμικές θεραπείες ή - μόνο ή σε συνδυασμό με άλλες υπολιπιδαιμικές θεραπείες σε ασθενείς με δυσεπείθεια στην στατίνη ή για τους οποίους αντενδείκνυται η στατίνη. Για τα αποτελέσματα της μελέτης σχετικά με τις επιδόσεις στην LDL C, τα καρδιαγγειακά επεισόδια και τους πληθυσμούς που μελετήθηκαν, βλ. παράγραφο 5.1. 4.2 **Δοσολογία και τρόπος χορήγησης** Πριν από την έναρξη χορήγησης του Repatha, πρέπει να αποκλειστούν δευτεροπαθή αίτια υπερχοληστερόλης ή μικτής δυλιπιδαιμίας (π.χ., νεφρωσικό σύνδρομο, υποθυρεοειδισμός). Δοσολογία Πρωτοπαθής υπερχοληστερολαμία και μικτή δυλιπιδαιμία σε ενήλικες Η συνιστώμενη δόση του Repatha είναι είτε 140 mg κάθε δύο εβδομάδες είτε 420 mg μία φορά τον μήνα, και οι δύο δόσεις είναι κλινικά ισοδύναμες. Ομοζυγος οικογενής υπερχοληστερολαμία σε ενήλικες και εφήβους ηλικίας 12 ετών και άνω Η αρχική συνιστώμενη δόση είναι 420 mg μία φορά τον μήνα. Μετά από 12 εβδομάδες θεραπείας, η συχνότητα της δόσης μπορεί να τιτλοποιηθεί στον τα πάνω στο 420 mg μία φορά κάθε 2 εβδομάδες, εάν δεν επιτευχθεί κλινικά σημαντική ανταπόκριση. Στους ασθενείς που υποβάλλονται σε πλασμαφαίρεση, η θεραπεία μπορεί να αρχίσει με 420 mg κάθε δύο εβδομάδες για την ενισχύση με το πρόγραμμα των συνεδριών αφαιρέσεως. Εγκατεστημένη αθηροσκληρωτική καρδιαγγειακή νόσος σε ενήλικες Η συνιστώμενη δόση του Repatha είναι είτε 140 mg κάθε δύο εβδομάδες είτε 420 mg μία φορά τον μήνα, και οι δύο δόσεις είναι κλινικά ισοδύναμες. Ασθενείς με νεφρική δυσλειτουργία Δεν απαιτείται προσαρμογή της δόσης σε ασθενείς με ήπια έως μέτρια νεφρική δυσλειτουργία, βλ. παράγραφο 4.4 για ασθενείς με σοβαρή νεφρική δυσλειτουργία (eGFR < 30 ml/λεπτό/1,73 m²). Ασθενείς με ηπατική δυσλειτουργία Δεν απαιτείται προσαρμογή της δόσης σε ασθενείς με ήπια ηπατική δυσλειτουργία, βλ. παράγραφο 4.4 για ασθενείς με μέτρια και σοβαρή ηπατική δυσλειτουργία. Ηλικιωμένοι ασθενείς (ηλικίας ≥ 65 ετών) Δεν απαιτείται προσαρμογή της δόσης σε ηλικιωμένους ασθενείς. Παιδιατρικός πληθυσμός Η ασφαλεία και η αποτελεσματικότητα του Repatha σε παιδιά ηλικίας κάτω των 18 ετών δεν έχουν τεκμηριωθεί για την ένδειξη της πρωτοπαθούς υπερχοληστερολαμίας και της μικτής δυλιπιδαιμίας. Δεν υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα. Η ασφαλεία και η αποτελεσματικότητα του Repatha σε παιδιά ηλικίας κάτω των 12 ετών δεν έχουν τεκμηριωθεί για την ένδειξη της ομόζυγου οικογενούς υπερχοληστερολαμίας. Δεν υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα. Τρόπος χορήγησης Υπόδερμη χρήση. Το Repatha προορίζεται για υποδόρια ένεση στην κοιλιακή χώρα, τον μηρό ή το άνω τμήμα του βραχίονα. Τα σημεία της ένεσης θα πρέπει να εναλλάσσονται, ενώ οι ενέσεις δεν πρέπει να πραγματοποιούνται σε περιοχές όπου το δέρμα είναι ευαίσθητο, μελανισμένο, ερυθρό ή σκληρό. Το Repatha δεν πρέπει να χορηγείται ενδοφλέβια ή ενδομυϊκά. Repatha 140 mg ενέσιμο διάλυμα σε προγεμισμένη σύριγγα Η δόση των 140 mg θα πρέπει να χορηγείται χρησιμοποιώντας μία μονή προγεμισμένη σύριγγα. Η δόση των 420 mg θα πρέπει να χορηγείται διαδοχικά μέσα σε διάστημα 30 λεπτών χρησιμοποιώντας τρεις προγεμισμένες σύριγγες. Repatha 140 mg ενέσιμο διάλυμα σε προγεμισμένη συσκευή τύπου πένας Η δόση των 140 mg θα πρέπει να χορηγείται χρησιμοποιώντας μία μονή προγεμισμένη συσκευή τύπου πένας. Η δόση των 420 mg θα πρέπει να χορηγείται διαδοχικά μέσα σε διάστημα 30 λεπτών χρησιμοποιώντας τρεις προγεμισμένες συσκευές τύπου πένας. Repatha 420 mg ενέσιμο διάλυμα σε φυσιολίνο Η δόση των 420 mg θα πρέπει να χορηγείται χρησιμοποιώντας ένα φυσιολίνο για αυτοματοποιημένη συσκευή χορήγησης μικρο-δόσεων. Το Repatha προορίζεται για αυτοχορήγηση από κατάλληλη εκπαίδευση. Η χορήγηση του Repatha μπορεί επίσης να πραγματοποιείται από ένα άτομο που έχει εκπαιδευτεί στη χορήγηση του φαρμάκου. Για μία και μόνο χρήση. Για οδηγίες σχετικά με τη χορήγηση, βλ. παράγραφο 6.6 και τις «Οδηγίες χρήσης» που παρέχονται στο κουτί. 4.3 **Αντιδράσεις Υπερευαίσθησης** Στις δραστικές ουσίες ή σε κάποιο από τα έκδοχα που αναφέρονται στην παράγραφο 6.1. 4.4 **Επίδρασεις** Επίδραση κατά τη χρήση Νεφρική δυσλειτουργία Υπάρχει περιορισμένη εμπειρία από τη χρήση του Repatha σε ασθενείς με σοβαρή νεφρική δυσλειτουργία (ορίεται ως eGFR < 30 ml/λεπτό/1,73 m²). (βλ. παράγραφο 5.2). Το Repatha θα πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή σε ασθενείς με σοβαρή νεφρική δυσλειτουργία. Ηπατική δυσλειτουργία Σε ασθενείς με μέτρια ηπατική δυσλειτουργία, παρατηρήθηκε ότι η μείωση της συνολικής έκθεσης στο evolucumab μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένη επίδραση ως προς τη μείωση της LDL C. Συνεπώς, απαιτείται στενή παρακολούθηση των ασθενών αυτών. Δεν έχουν διεξαχθεί μελέτες σε ασθενείς με σοβαρή ηπατική δυσλειτουργία (κατηγορία C κατά Child-Pugh) (βλ. παράγραφο 5.2). Το Repatha θα πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή σε ασθενείς με σοβαρή ηπατική δυσλειτουργία. Πρό-φυσικό ελαστικό Repatha 140 mg ενέσιμο διάλυμα σε προγεμισμένη σύριγγα Το κάλυμμα της βελόνης της υψηλής προετοιμασμένης σύριγγας κατασκευάζεται από έπρω φυσικό ελαστικό (ένα παράγωγο του λατέξ), το οποίο μπορεί να προκαλέσει αλλεργικές αντιδράσεις. Repatha 140 mg ενέσιμο διάλυμα σε προγεμισμένη συσκευή τύπου πένας Το κάλυμμα της βελόνης της προγεμισμένης πένας κατασκευάζεται από έπρω φυσικό ελαστικό (ένα παράγωγο του λατέξ), το οποίο μπορεί να προκαλέσει αλλεργικές αντιδράσεις. Περικείμενο σε νερό Αυτό το φαρμακευτικό προϊόν περιέχει λιγότερο από 1 mmol νατρίου (23 mg) ανά δόση, δηλ. είναι ουσιαστικά «ελεύθερο νατρίου». 4.5 **Αλληλεπιδράσεις με άλλα φαρμακευτικά προϊόντα και άλλες μορφές αλληλεπίδρασης** Δεν έχουν πραγματοποιηθεί επίσημες μελέτες φαρμακινεωτικών αλληλεπιδράσεων για το Repatha. Η φαρμακοκινεωτική αλληλεπίδραση μεταξύ των στατινών και του evolucumab αξιολογήθηκε στις κλινικές δοκιμές του Repatha. Παρατηρήθηκε αύξηση της κάθαρσης του evolucumab κατά περίπου 20% σε ασθενείς στους οποίους συγχρησιμοποιήθηκαν στατίνες. Αυτή η αυξημένη κάθαρση μεσολειτουργεί εν μέρει από τις στατίνες, οι οποίες αυξάνουν τη συγκέντρωση της Πρωτεϊνικής Συνδεσμού Σουλφονυλ/Κέξιν τύπου 9 (PCKS9), γεγονός που δεν επηρέασε αρνητικά τη φαρμακοδυναμική επίδραση του evolucumab στα λιπίδια. Δεν απαιτούνται προσαρμογές της δόσης των στατινών όταν χορηγούνται σε συνδυασμό με Repatha. Δεν έχουν διεξαχθεί μελέτες φαρμακοκινεωτικών και φαρμακοδυναμικών αλληλεπιδράσεων μεταξύ του Repatha και υπολιπιδαιμικών φαρμάκων, εκτός από τις στατίνες και την εζετιμίμη. 4.6 **Γονιμότητα, κύηση και γαλουχία** Κύηση Δεν διατίθενται ή είναι περιορισμένα τα δεδομένα από τη χρήση του Repatha στις εγκύους. Μελέτες σε πειραματόζωα δεν κατέδειξαν άμεση ή έμμεση τοξικότητα στην αναπαραγωγική ικανότητα (βλ. παράγραφο 5.3). Το Repatha δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται κατά τη διάρκεια της κύησης, εκτός εάν η κλινική κατάσταση της γυναίκας απαιτεί θεραπεία με evolucumab. Θηλασμός Δεν είναι γνωστό εάν το evolucumab απεκκρίνεται στο ανθρώπινο γάλα. Ο κίνδυνος για τα νεογνώντα/βρέφη που θηλάζουν δεν μπορεί να αποκλειστεί. Πρέπει να αποφασιστεί εάν θα διακομεί ο θηλασμός ή εάν θα διακομεί / να αναβληθεί η θεραπεία με Repatha, λαμβάνοντας υπ' όψιν το όφελος του θηλασμού για το παιδί και το όφελος της θεραπείας για τη γυναίκα. Γονιμότητα Δεν υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα για την επίδραση του evolucumab στην ανθρώπινη γονιμότητα. Μελέτες σε πειραματόζωα δεν κατέδειξαν επιδράσεις στα τελικά σημεία γονιμότητας σε επίπεδα έκθεσης με δόση το εμβάδιο της περίοδου κύησης πάνω από την καμπύλη συγκέντρωσης - χρόνου (AUC) πολύ υψηλότερη από εκείνα που παρατηρήθηκαν σε ασθενείς που λαμβάνουν evolucumab 420 mg μία φορά τον μήνα (βλ. παράγραφο 5.3). 4.7 **Επιδράσεις στην ικανότητα οδήγησης και χειρισμού μηχανημάτων Το Repatha δεν έχει καμία γνωστή επίδραση στην ικανότητα οδήγησης και χειρισμού μηχανημάτων. 4.8 **Ανεπιθύμητες ενέργειες** Περιλήψη των προσιτών ασφαλείας Οι πιο συχνά αναφερόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες κατά τη διάρκεια των βασικών μελετών, στις συνιστώμενες δόσεις, ήταν ρινοφαρυγγίτιδα (7,4%), λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος (4,6%), οσφυαλγία (4,4%), αρθραλγία (3,9%), γρίπη (3,2%) και αντιδράσεις στη θέση της ένεσης (2,2%). Το προφίλ**

ασφάλειας στον πληθυσμό με ομόζυγο οικογενή υπερχοληστερολαμία συνάδει με εκείνο που καταδείχθηκε στον πληθυσμό με πρωτοπαθή υπερχοληστερολαμία και μικτή δυλιπιδαιμία. Περίληψη ανεπιθύμητων ενεργειών σε μορφή πίνακα Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που αναφέρθηκαν σε βασικές, ελεγχόμενες κλινικές μελέτες και σε αυθόρμητες αναφορές παρουσιάζονται ανά κατηγορία οργανικού συστήματος και συχνότητα στον πίνακα 1 που ακολουθεί χρησιμοποιώντας την ακόλουθη σύμβαση: πολύ συχνές (≥ 1/10), συχνές (≥ 1/100 έως < 1/10), όχι συχνές (≥ 1/1.000 έως < 1/100), σπάνιες (≥ 1/10.000 έως < 1/1.000) και πολύ σπάνιες (< 1/10.000).

Πίνακας 1. Ανεπιθύμητες ενέργειες του Repatha

Κατηγορία / οργανικού συστήματος (SOC) σύμφωνα με τη βάση δεδομένων MedDRA	Ανεπιθύμητες ενέργειες	Κατηγορία συχνότητας
Λοιμώξεις και παροσττώσεις	Γρίπη	Συχνές
	Ρινοφαρυγγίτιδα	Συχνές
	Λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος	Συχνές
Διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος	Εξάνθημα	Συχνές
	Κνίδωση	Όχι συχνές
Διαταραχές του γαστρεντερικού	Ναυτία	Συχνές
Διαταραχές του δέρματος και του υποδόριου ιστού	Αγγειοοίδημα	Σπάνιες
Διαταραχές του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού	Οσφυαλγία	Συχνές
	Αρθραλγία	Συχνές
Γενικές διαταραχές και καταστάσεις της οδού χορήγησης	Αντιδράσεις της θέσης ένεσης ¹	Συχνές

¹βλ. παράγραφο Περιγραφή επιλεγμένων ανεπιθύμητων ενεργειών

Περίγραφο επιλεγμένων ανεπιθύμητων ενεργειών Αντιδράσεις στη θέση της ένεσης Οι πιο συχνές αντιδράσεις στη θέση της ένεσης ήταν εκχύμωση, ερυθρότητα, αιμορραγία, άλγος και οίδημα. Παιδιατρικός πληθυσμός Υπάρχει περιορισμένη εμπειρία με τη χρήση του Repatha σε παιδιατρικούς ασθενείς. Στις κλινικές μελέτες συμπεριληφθηκαν 14 ασθενείς ηλικίας ≥ 12 ετών σε σφάλει με ομόζυγο οικογενή υπερχοληστερολαμία. Δεν παρατηρήθηκε οποιαδήποτε διαφορά ως προς την ασφάλεια μεταξύ των εφήβων και των ενήλικων ασθενών με ομόζυγο οικογενή υπερχοληστερολαμία. Η ασφαλεία και η αποτελεσματικότητα του Repatha σε παιδιατρικούς ασθενείς με πρωτοπαθή υπερχοληστερολαμία και μικτή δυλιπιδαιμία δεν έχουν τεκμηριωθεί. Πληθυσμός ηλικιωμένων ασθενών Από τους 18.546 ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με Repatha σε διπλά τυφλές κλινικές μελέτες, 7.656 (41,3%) ήταν ≥ 65 ετών, ενώ 1.500 (8,1%) ήταν ≥ 75 ετών. Δεν παρατηρήθηκαν γενικές διαφορές ως προς την ασφάλεια ή την αποτελεσματικότητα μεταξύ αυτών των ασθενών και των νεότερων ασθενών. Ανοσογονικότητα Σε κλινικές μελέτες, το 0,3% των ασθενών (48 από 17.992 ασθενείς) που έλαβαν θεραπεία με τουλάχιστον μία δόση Repatha ήταν θετικοί στην ανάπτυξη δευτεμικών αντισωμάτων. Οι ασθενείς των οποίων οι οροί ελέγχθηκαν βεβαιώ για δευτεμικά αντισώματα αξιολογήθηκαν περαιτέρω για την παρουσία εξουδετερυνανών αντισωμάτων και κανείς δεν ελέγχθηκε θετικός για εξουδετερυνανό αντισώματα. Η παρουσία δευτεμικών αντισωμάτων κατά το evolucumab δεν επηρέασε το φαρμακοκινεωτικό προφίλ, την κλινική ανταπόκριση ή την ασφαλεία του Repatha. Αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών Η αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών μετά από τη χορήγηση οποιεσδήποτε πιθανολογούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες μέσω του εθνικού συστήματος αναφορών που αναγράφεται στο Παράρτημα 1. 4.9 **Υπερδοσολογία** Δεν παρατηρήθηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες σε μελέτες σε πειραματόζωα σε εκδόσεις έως και 300 φορές υψηλότερες από εκείνες που παρατηρήθηκαν σε ασθενείς που λαμβάνουν Repatha σε δόση 420 mg μία φορά τον μήνα. Δεν υπάρχει ειδική θεραπεία για την υπερδοσολογία με Repatha. Σε περίπτωση υπερδοσολογίας, ο ασθενής θα πρέπει να αντιμετωπιστεί συμπτωματικά και να ληφθούν τα κατάλληλα υποστηρικτικά μέτρα, ως απαιτείται. 6. **ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ** 6.1 **Κατάλογος εκδόχων** Γαλακτικό, Ψυχρό οικό εό, Πολυσορβικό 80, Υδροξείδιο του νατρίου (για ρύθμιση του pH), Ενέσιμο ύδωρ 6.2 **Ασυμβατότητες** Ειλεψίμε μελέτων σχετικά με τη συμβατότητα, το παρόν φαρμακευτικό προϊόν δεν πρέπει να αναμειγνύεται με άλλα φαρμακευτικά προϊόντα. 6.3 **Διάρκεια ζωής** Repatha 140 mg ενέσιμο διάλυμα σε προγεμισμένη σύριγγα 3 χρόνια Repatha 140 mg ενέσιμο διάλυμα σε προγεμισμένη συσκευή τύπου πένας 3 χρόνια Repatha 420 mg ενέσιμο διάλυμα σε φυσιολίνο 2 χρόνια. 6.4 **Ιδιότητες προφυλάξεως κατά τη φύλαξη του προϊόντος** Φυλάσσετε σε ψύγειο (2°C – 8°C). Μην καταψύξετε. Repatha 140 mg ενέσιμο διάλυμα σε προγεμισμένη σύριγγα Φυλάσσετε στην αρχική συσκευασία για να προστατευτεί από το φως. Repatha 140 mg ενέσιμο διάλυμα σε προγεμισμένη συσκευή τύπου πένας Φυλάσσετε την προγεμισμένη συσκευή τύπου πένας στην αρχική συσκευασία για να προστατευτεί από το φως. Repatha 420 mg ενέσιμο διάλυμα σε φυσιολίνο Φυλάσσετε στην αρχική συσκευασία για να προστατευτεί από το φως και την υγρασία. Εάν απομακρυνθεί από το ψύγειο, το Repatha μπορεί να διατηρηθεί σε θερμοκρασία δωματίου (έως 25°C) στην αρχική συσκευασία και πρέπει να χρησιμοποιηθεί μέσα σε 1 μήνα. 6.5 **Θύση και συστατικά του περιέκτη** Repatha 140 mg ενέσιμο διάλυμα σε προγεμισμένη σύριγγα Ένα ml διαλύματος σε προγεμισμένη σύριγγα από υαλί τύπου Ι με βελόνα από ανοξείδωτο ατσάλι διαμέτρου 27 gauge. Το κάλυμμα της βελόνης της προγεμισμένης σύριγγας κατασκευάζεται από έπρω φυσικό ελαστικό (ένα παράγωγο του λατέξ, βλ. παράγραφο 4.4). Συσκευασία μιας προγεμισμένης σύριγγας. Repatha 140 mg ενέσιμο διάλυμα σε προγεμισμένη συσκευή τύπου πένας Ένα ml διαλύματος σε προγεμισμένη συσκευή τύπου πένας από υαλί τύπου Ι με βελόνα από ανοξείδωτο ατσάλι διαμέτρου 27 gauge. Το κάλυμμα της βελόνης της προγεμισμένης σύριγγας κατασκευάζεται από έπρω φυσικό ελαστικό (ένα παράγωγο του λατέξ, βλ. παράγραφο 4.4). Συσκευασίες μιας, δύο, τριών ή πολλών συσκευασιών έξι (3x2) προγεμισμένων συσκευών τύπου πένας. Repatha 420 mg ενέσιμο διάλυμα σε φυσιολίνο Διάλυμα 3,5 ml σε φυσιολίνο μιας χρήσης από πολυμερές κυκλικής ελεψίμης με ελατομερές διαφάνη και έμβολο ως υλικά που έρχονται σε επαφή με το προϊόν, καθώς και καπάκι ρίτησης. Το προγεμισμένο φυσιολίνο αναμειγνύεται με εξόρμητο συσκευή τηλεσκοπικού βιβάτος. Η αναμειγνύουσα του φυσιολίνου βρίσκεται σε κωνή συσκευασία με τη συσκευή χορήγησης. Η διαδρομή που θα ακολουθηθεί το υγρό εντός της συσκευής χορήγησης είναι κατασκευασμένο από ανοξείδωτο ατσάλι και χλωριούχο πολυβινυλίου χωρίς DEHP με βελόνα 29 gauge από ανοξείδωτο ατσάλι. Η συσκευή χορήγησης μπορεί επιπλέον οξείδιου του αργύρου - ψευδαργύρου και περιλαμβάνει ένα αυτοκόλλητο επίθεμα από πολυεστερική ταινία με ακρυλική συγκολλητική ουσία. Η συσκευή χορήγησης έχει σχεδιαστεί μόνο για χρήση με το παρόχρημο αναμειγνύομενο προγεμισμένο φυσιολίνο των 3,5 ml. Συσκευασίες ενός φυσιολίνου / αυτοματοποιημένης συσκευής χορήγησης μικρο-δόσεων ή πολλών συσκευασιών τριών (3x1) φυσιολίνων / αυτοματοποιημένων συσκευών χορήγησης μικρο-δόσεων. Μπορεί να μην κυκλοφορούν όλες οι συσκευασίες. 6.6 **Ιδιότητες προφυλάξεως αποθήκευσης και άλλες χειρισμούς** Πριν από τη χορήγηση, το διάλυμα πρέπει να ελεγχεται. Μην χρησιμοποιείτε το διάλυμα εάν περιέχει σωματίδια, είναι υπερβολικά ή αποχρωματισμένο. Για να αποφευχθεί η δυσφορία στο σημείο της ένεσης, αφήστε το φάρμακο να φθάσει σε θερμοκρασία δωματίου (έως 25°C) πριν από την ένεση. Εγκυστε όλο το περιεχόμενο. Κάθε χορηγούμενο φαρμακευτικό προϊόν ή υπόλειμμα πρέπει να απορριπτεί σύμφωνα με τις κατά τόπους ισχύουσες σχετικές διατάξεις. 7. **ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ** Amgen Europe B.V., Minervum 7061, 4817 XZ Breda, Ολλανδία. 8. **ΑΡΙΘΜΟΣ(ΟΙ) ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ** Repatha 140 mg ενέσιμο διάλυμα σε προγεμισμένη σύριγγα EU/1/15/1016/001 – 1 προγεμισμένη σύριγγα Repatha 140 mg ενέσιμο διάλυμα σε προγεμισμένη συσκευή τύπου πένας EU/1/15/1016/002 – 1 προγεμισμένη συσκευή τύπου πένας, EU/1/15/1016/003 – 2 προγεμισμένες συσκευές τύπου πένας, EU/1/15/1016/004 – 3 προγεμισμένες συσκευές τύπου πένας, EU/1/15/1016/005 – 6 (3x2) προγεμισμένες συσκευές τύπου πένας (πολλά συσκευασία) Repatha 420 mg ενέσιμο διάλυμα σε φυσιολίνο EU/1/15/1016/006 – 1 φυσιολίνο σε κωνή συσκευασία με αυτοματοποιημένη συσκευή χορήγησης μικρο-δόσεων, EU/1/15/1016/007 – 3 (3x1) φυσιολίνα σε κωνή συσκευασία με αυτοματοποιημένες συσκευές χορήγησης μικρο-δόσεων (πολλά συσκευασία) 9. **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΕΓΚΡΙΣΗΣ/ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ** Ημερομηνία πρώτης έγκρισης: 17 Ιουλίου 2015 10. **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΙΝΗΜΟΥ** Οκτώβριο 2020. Λεπτομερείς πληροφορίες για το παρόν φαρμακευτικό προϊόν είναι διαθέσιμες στον δικτυακό τόπο του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων: <http://www.ema.europa.eu>.



ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΤΟΠΟΣ & ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΕΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Το Συνέδριο θα διεξαχθεί από 2 έως και 4 Σεπτεμβρίου 2021 στο Ξενοδοχείο Elite City Resort στην Καλαμάτα (οδός Ναυαρίνου 2, 24100 Καλαμάτα, Τ. +30 27210 22434, F. +30 27210 84369, W. www.elite.com.gr)

ΕΚΘΕΣΗ

Καθ' όλη τη διάρκεια του Συνεδρίου θα λειτουργεί έκθεση φαρμακευτικών προϊόντων και υπηρεσιών.

ΜΟΡΙΟΔΟΤΗΣΗ

Θα χορηγηθούν μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME - CPD Credits) από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο (Π.Ι.Σ.).

ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

A. Το δικαίωμα συμμετοχής έχει ορισθεί ως εξής:

Ιατροί ειδικευμένοι	200,00 €
Ιατροί ειδικευόμενοι	100,00 €
Λοιπά επαγγέλματα υγείας	50,00 €
Φοιτητές*	ΔΩΡΕΑΝ

** Είναι απαραίτητο να προσκομίζουν κατάλληλο έγγραφο από το εκπαιδευτικό ίδρυμα στο οποίο φοιτούν που θα βεβαιώνει την ιδιότητά τους.*

B. Για σύνεδρο που ανήκει στον Ιατρικό Σύλλογο Μεσσηνίας

(απαραίτητη η επίδειξη της ταυτότητας του Ι.Σ. Μεσσηνίας) το κόστος συμμετοχής είναι μειωμένο κατά 50%.

Το Δικαίωμα Συμμετοχής περιλαμβάνει:

Εγγραφή στο Συνέδριο και παρακολούθηση του Επιστημονικού Προγράμματος, Τελικό πρόγραμμα και Βιβλίο Περιλήψεων του Συνεδρίου σε ηλεκτρονική μορφή, καφέ στα επίσημα διαδηλείματα του Συνεδρίου, Μοριοδοτημένο Πιστοποιητικό Παρακολούθησης CME-CPD credits (εφόσον καλυφθεί ο απαιτούμενος χρόνος παρακολούθησης 60% του επιστημονικού προγράμματος) από τον Π.Ι.Σ.

Σε περίπτωση έκδοσης τιμολογίου, η εγγραφή επιβαρύνεται με 24% Φ.Π.Α..



ΠΑΚΕΤΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Το πακέτο συμμετοχής ανά συνέδριο ανέρχεται σε **660,00 €** και το ποσό καλύπτει 3 διανυκτερεύσεις, κόστος σίτισης και λοιπά λειτουργικά έξοδα.

Ξενοδοχεία Διαμονής: Elite City Resort (συνεδριακό), Filoxenia, Pharae Palace, Elektra, Belvedere, Garden City Resort, Ακτι Taygetos και άλλα.

ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ και ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Ελεύτερες Ανακοινώσεις:

Διάρκεια παρουσίασης: 8 λεπτά (και 2 λεπτά συζήτηση)

Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-poster):

Διάρκεια παρουσίασης: 3 λεπτά.

Οι εργασίες που θα παρουσιαστούν ως Αναρτημένες Ανακοινώσεις θα είναι σε ηλεκτρονική μορφή (E-poster) σε οθόνες plasma σε ειδικό χώρο του Συνεδρίου.

Δεν απαιτείται η κατασκευή (εκτύπωση) poster από τους συγγραφείς.

Το υλικό της παρουσίασης σας θα πρέπει να παραδίδεται τουλάχιστον μια ώρα πριν από την ανακοίνωση της εργασίας σας στην ειδική τεχνική γραμματεία του συνεδρίου.

ΒΡΑΒΕΥΣΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Η καλύτερη προφορική ανακοίνωση θα βραβευθεί με το ποσό των 1.000 €.

Έπαινοι θα απονεμηθούν στη 2^η και 3^η καλύτερη προφορική εργασία καθώς και στην 1^η και 2^η καλύτερη αναρτημένη ανακοίνωση.

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΡΑΒΕΥΣΗΣ

Ι. Ιωαννίδης, Ι. Κυριαζής, Κ. Τούτουζας, Ε. Χατζηναγγελάκη

ΚΟΝΚΑΡΔΕΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

Λόγω των νέων συνθηκών και σύμφωνα με τα υγειονομικά πρωτόκολλα που ισχύουν για τη διεξαγωγή συνεδρίων λόγω COVID-19, όλοι οι συμμετέχοντες (προεγγραφές) θα λάβουν την ονομαστική τους κονκάρδα ηλεκτρονικά (e-badge) που θα φέρει ένα μοναδικό barcode.

Οι κονκάρδες (badge) με το barcode θα πρέπει να σαρώνονται στο ειδικό μηχάνημα πριν από την είσοδο και κατά την έξοδο από την αίθουσα, για να καταγράφονται οι ώρες παρακολούθησης όταν συμμετέχετε με φυσική παρουσία. Αντίστοιχα θα λάβουν και κωδικό πρόσβασής στην διαδικτυακή πλατφόρμα του συνεδρίου για τη παρακολούθηση του μέσω livestreaming.



Σύμφωνα με την εγκύκλιο του ΕΟΦ, είναι υποχρεωτική η παρακολούθηση ποσοστού 60% επί των συνολικών ωρών του επιστημονικού προγράμματος για την παραλαβή του πιστοποιητικού παρακολούθησης. Η επίδειξη του e-badge θα είναι απαραίτητη καθ' όλη τη διάρκεια του συνεδρίου. Τα e-badge με το barcode είναι μοναδικά και δεν μπορούν να αντικατασταθούν. Στην καταμέτρηση των ωρών δεν προσμετρώνται τα διαλείμματα και τα δορυφορικά συμπόσια/διαλέξεις.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Με τη λήξη του συνεδρίου όλοι οι συμμετέχοντες θα κληθούν να συμπληρώσουν ανώνυμα το σχετικό ερωτηματολόγιο αξιολόγησης (υποχρεωτική συμπλήρωση λόγω μοριοδότησης), το οποίο θα τους σταλεί ηλεκτρονικά και ε ψηφιακή μορφή, για τη συνολική διεξαγωγή του Συνεδρίου.

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

Σε όλους τους συμμετέχοντες του συνεδρίου θα δοθεί πιστοποιητικό συμμετοχής. Για την παραλαβή του πιστοποιητικού απαιτείται η παρακολούθηση του 60% του συνολικού χρόνου του επιστημονικού προγράμματος, σύμφωνα με τη σχετική εγκύκλιο του ΕΟΦ. Δεν προσμετρώνται τα δορυφορικά συμπόσια / διαλέξεις. Θα υπάρχει σύστημα καταμέτρησης (barcode), είτε για τη φυσική παρουσία είτε για το livestreaming. Μετά τη λήξη του συνεδρίου οι συμμετέχοντες θα παραλάβουν ηλεκτρονικά το πιστοποιητικό παρακολούθησης (ο χρόνος παρακολούθησης με φυσική παρουσία θα προστεθεί στον χρόνο της διαδικτυακής παρακολούθησης προκειμένου να λάβετε το πιστοποιητικό παρακολούθησης με την αντίστοιχη μοριοδότηση).

LIVE STREAMING on demand / ΒΙΝΤΕΟΣΚΟΠΗΣΗ / ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΣΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Παρακαλούμε σημειώστε ότι κατά τη διάρκεια της εκδήλωσης θα γίνεται ζωντανή μετάδοση (livestreaming) του συνεδρίου, καθώς και βιντεοσκόπηση και φωτογράφιση από τη διοργανώτρια εταιρεία. Με την εγγραφή σας στην εκδήλωση συναινείτε στην παράδοση του υλικού στους Οργανωτές και την πιθανή δημοσίευσή τους σε έντυπα ή ηλεκτρονικά μέσα.

ΤΗΡΗΣΗ ΧΡΟΝΟΥ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΩΝ

Στα πλαίσια της προσπάθειας μας για την αυστηρή τήρηση του προκαθορισμένου χρόνου του επιστημονικού προγράμματος όλες οι αίθουσες είναι εξοπλισμένες με χρονόμετρο για τις παρουσιάσεις. Για το λόγο αυτό παρακαλούνται οι ομιλητές να τηρούν το διαθέσιμο χρόνο και οι Πρόεδροι - Συντονιστές να φροντίσουν να ειδοποιούν τους ομιλητές εγκαίρως.



ΤΕΧΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ

Όλες οι αίθουσες διεξαγωγής του συνεδρίου θα είναι τεχνικά εξοπλισμένες για τις παρουσιάσεις μέσω Η/Υ. Το υλικό της παρουσίασης θα πρέπει να παραδίδεται μία ώρα τουλάχιστον πριν από κάθε συνεδρίαση στην ειδική τεχνική γραμματεία. Οι ομιλητές που συμμετέχουν στο επιστημονικό πρόγραμμα, αντί της έγγραφης δήλωσης υποχρεούνται στην αρχή της ομιλίας τους (στη 2η διαφάνεια μετά τον τίτλο της διάλεξης) να αναφέρονται σε οποιαδήποτε σύγκρουση συμφερόντων (ΕΟΦ_εγκύκλιος 64740_1.9.2013)

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Κύριο μέλημα της Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν. είναι η τήρηση όλων των κανόνων υγιεινής και η λήψη των απαραίτητων μέτρων για την διασφάλιση της υγείας των συνέδρων, των ομιλητών και όλων των εργαζομένων στο συνεδριακό κέντρο του ξενοδοχείου, αλλά και της δημόσιας υγείας γενικότερα.

Αναλυτικά:

- Για την αποφυγή συνωστισμού στο χώρο της γραμματείας του συνεδρίου οι εγγεγραμμένοι σύνεδροι θα λάβουν **ηλεκτρονικά στο mail τους το τελικό πρόγραμμα και το badge του συνεδρίου**.
- Στους εγγεγραμμένους συνέδρους θα παρέχεται κωδικός πρόσβασης για διαδικτυακή παρακολούθηση.
- Μετά τη λήξη του συνεδρίου θα παραλάβουν ηλεκτρονικά το **πιστοποιητικό παρακολούθησης**.
- Τα ξενοδοχεία στα οποία διαμένουν οι σύνεδροι εφαρμόζουν τα αντίστοιχα Υγειονομικά Πρωτόκολλα σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις των καταλυμάτων και θα ενημερωθείτε σχετικά κατά την άφιξή σας.
- Στις συνεδριακές αίθουσες έχουν ληφθεί όλα τα απαραίτητα μέτρα προφύλαξης και υγιεινής.

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την συμμετοχή σας στο Συνέδριο μπορείτε να επικοινωνήσετε με τη Συνεδριακή εταιρεία:



CONGRESS WORLD EVENT TRAVEL E.E.

Μαιάνδρου 23, 115 28 Αθήνα

T. 210 7210 001, 210 7210 052, F. 210 7210 069

E. info@congressworld.gr

W. <http://www.congressworld.gr>



PP-XAR-GR-0157-1 02.2020



Bayer

Κάτοχος της άδειας κυκλοφορίας:
Bayer AG, 51368 Leverkusen, Γερμανία.
Τοπικός αντιπρόσωπος του κατόχου αδείας
κυκλοφορίας στην Ελλάδα: Bayer Ελλάς
ΑΒΕΕ, Σωρού 18-20, 151 25 Μαρούσι.
Τοπικός αντιπρόσωπος του κατόχου αδείας
κυκλοφορίας στην Κύπρο: Novagem Ltd,
Τηλ: 00357 22483858.

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

Εταιρεία συμπτώθησης



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



Xarelto®

rivaroxaban

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και
Αναφέρετε
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
ΟΛΑ τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ



ΠΑ01

ΕΠΑΙΝΟΣ 2^{ης} ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ



ΑΜΕΣΕΣ ΚΑΙ ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ ΣΕ ΡΥΠΟΥΣ ΠΕΤΡΕΛΑΙΟΜΗΧΑΝΩΝ ΣΤΙΣ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΑΡΤΗΡΙΑΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ, ΣΤΗ ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΙΝΩΔΟΛΥΣΗ

Πέτρος Φουντουλάκης¹, Ευάγγελος Οικονόμου¹, Θεόδωρος Παπαιωάννου¹,
Θεοδώρα Ψαλτοπούλου¹, Σωτήρης Τσαλιμανδρής¹, Γεώργιος Άγγελος Παπαμικρούλης¹,
Αιμίλιος Καλαμπογιάς¹, Ζωή Παλιδαντζά¹, Ευθυμία Παύλου¹, Αντιγόνη Μήλιου¹,
Μαργαρίτα Νίκη Ασημακοπούλου², Νικόλαος Μπαρμπαρέσος², Ιωάννης Πανναράκης²,
Πηνελόπη Σιάματα², Δημήτριος Τούσουλης¹

¹ Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή,
Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

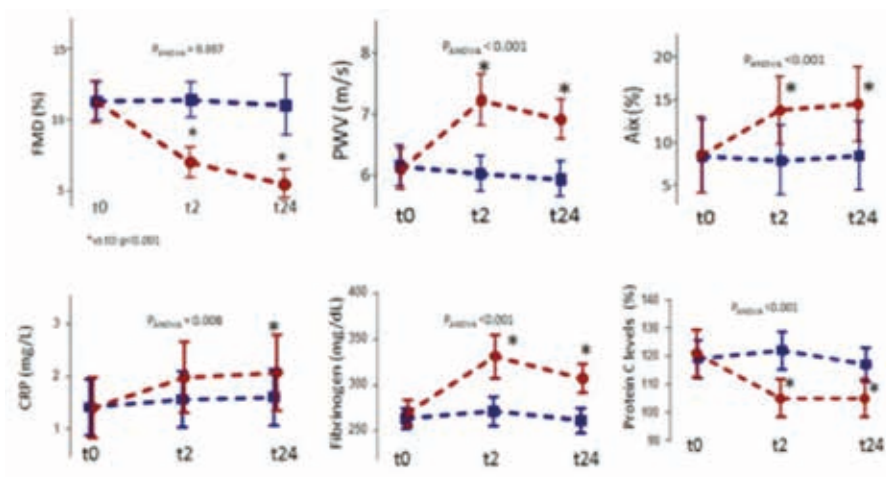
² Τμήμα Φυσικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Τα καυσάερια από τους κινητήρες πετρελαιομηχανών είναι ένα σύνθετο μείγμα χημικών ενώσεων με πολλαπλές παρενέργειες. Αν και οι οξείες επιδράσεις τους στο καρδιαγγειακό είναι γνωστές, οι βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις τους δεν έχουν μελετηθεί αναλυτικά. Η μελέτη των οξέων και βραχυπρόθεσμων (24 ώρες) επιδράσεων των σωματιδίων από καυσάερια πετρελαιομηχανών (DEPs) στην ενδοθηλιακή λειτουργία, στις ελαστικές ιδιότητες των αρτηριών, στη φλεγμονή και στην ινωδόλυση.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Σε αυτήν την διπλά τυφλή τυχαιοποιημένη μελέτη, 40 υγιείς εθελοντές (μέσης ηλικίας 40 ετών) εκτέθηκαν σε σωματίδια καυσαερίων πετρελαιομηχανών (DEPs) και εν συνεχεία σε φιλτραρισμένο αέρα (FA) για διάρκεια 2 ωρών με ένα μεσοδιάστημα αποχής 4 εβδομάδων μεταξύ των εκθέσεων. Η βαθμονόμηση της έκθεσης στα DEPs πραγματοποιήθηκε με βάση τη μάζα των μικροσωματιδίων διαμέτρου μικρότερης από 2,5 microns (PM 2,5). Η ενδοθηλιοεξαρτώμενη διαστολή της βραχιονίου αρτηρίας (FMD) χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση της ενδοθηλιακής λειτουργίας. Η ελαστικότητα της αορτής και τα αρτηριακά ανακλώμενα κύματα αξιολογήθηκαν με την ταχύτητα του παλμικού κύματος (PWV) και τον δείκτη ενίσχυσης (AIX) αντίστοιχα. Η C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP) μετρήθηκε για την εκτίμηση της φλεγμονώδους αντίδρασης, καθώς τα επίπεδα ινωδογόνου και τα επίπεδα της πρωτεΐνης C για να μελετηθεί η επίδραση στο ινωδολυτικό σύστημα. Όλες οι μετρήσεις έγιναν πριν από κάθε συνεδρία (T0), στο τέλος της έκθεσης 2 ωρών (T2) και 24 ώρες μετά την ολοκλήρωση της έκθεσης (T24).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην στιγμή T0 της έκθεσης στα DEPs και FA δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στις μετρήσεις των FMD, PWV, AIX, CRP, των επιπέδων της πρωτεΐνης C και του ινωδογόνου. Η έκθεση στα DEPs μείωσε σημαντικά το FMD (T0:11,97±4,61% έναντι T2:7,73±3,36% έναντι T24:5,17±3,19%, p<0,001) και αύξησε το PWV (T0:6,09±1,03m/sec έναντι T2:7,22±1,31m/sec έναντι T24:6,9 ±1,03m/sec, p<0,001), το AIX (T0:8,17±3,19% έναντι T2:12,71±3,36% έναντι T24:13,17±4,61%, p<0,001), τη CRP (T0:1,41±0,18mg/L έναντι T2:1,99±0,21 mg/L έναντι T24:2,08±0,24mg/L, p=0,04) και τα επίπεδα του ινωδογόνου (T0:269±44mg/dL έναντι T2:331±75mg/dL έναντι T24:307±51 mg/dL, p=0,002). Τα επίπεδα της πρωτεΐνης C μειώθηκαν σημαντικά (T0:121±26% έναντι T2:104 ±21% έναντι T24:105±20%, p=0,003). Η έκθεση στον FA δεν είχε σημαντική επίδραση στις παραμέτρους της μελέτης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η έκθεση στα καυσάερια πετρελαιομηχανών μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στο καρδιαγγειακό με διαταραχή της ενδοθηλιακής λειτουργίας, των ιδιοτήτων του αρτηριακού τοιχώματος, της φλεγμονώδους αντίδρασης και των παραμέτρων του μηχανισμού της ινωδόλυσης έως και 24 ώρες μετά την έκθεση.





ΠΑ02

ΕΠΑΙΝΟΣ 2^{ος} ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ



ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΟΟΡΤΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΔ ΤΥΠΟΥ II ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΛΟΓΩ COVID-19 ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΩΝ: ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ, ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΛΗΚΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

Άγγελος Λιόντος¹, Δημήτριος Μπίρος¹, Ορέστης Μηλιώνης¹, Σταύρος Τσούρλος¹,
Λάζαρος Αθανασίου¹, Ελευθέριος Κλούρας¹, Σεμπάστιαν - Φίλιππος Ντεκούαν¹,
Ηρώ Ράπτη¹, Μαρία Χρηστάκη¹, Μαρία Κοσμίδου¹, Φώτιος Μπάρκας²,
Ευάγγελος Λυμπερόπουλος², Χαράλαμπος Μηλιώνης¹

¹ Α' Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμωδών Νοσημάτων,
Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

² Β' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Ο ΣΔ αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για ροίωξη από τον SARS CoV-2 με ποικίλης βαρύτητας νόσηση. Στην εργασία αυτή περιγράφονται τα χαρακτηριστικά των ασθενών με ΣΔ που νοσηλεύθηκαν με COVID-19, στη Μονάδα Λοιμωδών Νοσημάτων του Π.Γ.Ν.Ι. Διερεγγήθηκα στατιστική ανάλυση για ανάδειξη τυχόν διαφορών στην κλινική πορεία και τα καταληκτικά σημεία νόσου μεταξύ διαβητικών και μη ασθενών.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Συμπεριλήφθηκαν 509 ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στις Μονάδες Λοιμωδών Νοσημάτων του Π.Γ.Ν.Ι., έως και 01/05/2021. ΣΔ είχαν οι 101 ασθενείς (19.8%) με μέση ηλικία τα 69.48 (SD 14.00) έτη και 56.4% ήταν άνδρες. Το 61.5% ελάμβανε μετφορμίνη, 29.3% DPP-4i, 20.0% SGLT-2 αναστολείς, 7.7% σουλφονυλουρία και 3.1% μογλιταζόνη. Βασική ινσουλίνη ελάμβανε το 24.2%, ινσουλίνη ταχείας δράσης 20.00% και GLP-1 αγωνιστές το 18.5% των ασθενών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα χαρακτηριστικά που αναλύθηκαν περιελάμβαναν: τιμές IL-6, φερριτίνης, PCT, CRP, λεμφοπενία, αναπνευστικό πηλίκο και προσβολή του πνευμονικού παρεγχύματος από CT θώρακος (ποσοστό του συνολικού παρεγχύματος). Για το αναπνευστικό πηλίκο (202.44 vs 229.47) η διαφορά μεταξύ των διαβητικών και μη ασθενών ήταν στατιστικά σημαντική, p: 0.021. Στα υπόλοιπα χαρακτηριστικά, μεταξύ των ομάδων δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά, μεταξύ των δύο ομάδων (33.3% vs 28.3%, p: 0.323), για την πιθανότητα μετάπτωσης σε σοβαρή αναπνευστική ανεπάρκεια (PO2/FiO2 <150). Η διάρκεια της νοσηλείας δεν διέφερε στατιστικά σημαντικά (p: 0.079), μεταξύ των διαβητικών και μη ασθενών (14.7 vs 13.2 ημέρες). Καταληκτικά σημεία ήταν ο θάνατος, η διασωλήνωση και η ανάγκη χορήγησης ανοσοτροποποιητικών φαρμάκων (tocilizumab. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην επίπτωση του θανάτου (17.3% vs 11.1%), ή της διασωλήνωσης (2.3% vs 6.6%), ενώ και η χορήγηση του tocilizumab ήταν παρόμοια (8.2% vs 10.9%) μεταξύ διαβητικών και μη ασθενών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι εργαστηριακοί δείκτες βαρύτητας νόσου και η έκταση της πνευμονικής προσβολής δεν είχαν σημαντική διαφορά μεταξύ διαβητικών και μη ασθενών. Το αναπνευστικό πηλίκο διέφερε στατιστικά σημαντικά, με τους διαβητικούς ασθενείς να εμφανίζουν χαμηλότερες τιμές και αναλογικά να παρουσιάζουν μεγαλύτερη πιθανότητα μετάπτωσης σε σοβαρή αναπνευστική ανεπάρκεια, χωρίς στατιστική σημαντικότητα.



	Μη διαβητικοί	Διαβητικοί	P-value
LYM	850	792	0.240
FERR	621	652	0.758
PCT	0.70	0.52	0.540
IL6	72.4	60.4	0.602
CRP	91.0	101.4	0.262
PO2/FIO2	229.47	202.44	0.021
CT	54.2	55.2	0.770



ΠΑ03

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΗΞΕΩΣ ΣΤΟΝ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΚΑΙ Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Φώτιος Παναγιώτης Τατάκης¹, Αθανάσιος Δρόσος², Εμμανουήλ Καλαφάτης²,
Νεκταρία Μακρηνιά², Ιωάννης Κακριμανίδης², Δήμητρα Προβιά², Ιωάννης Α. Κυριαζής³

¹ Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Γενικό Νοσοκομείο

² Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»

³ Διαβητολογικό Ιατρείο Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο ΣΔτ2 είναι μια ετερογενής διαταραχή που επηρεάζει τον κυτταρικό μεταβολισμό με διάφορους τρόπους με σοβαρές επιδράσεις των παραμέτρων πήξης. Επιπλέον σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο μικρο-αγγειακών επιπλοκών και ως εκ τούτου θεωρείται προπνηκτική κατάσταση.

ΣΚΟΠΟΣ: Η Διερεύνηση των αιμοστατικών παραμέτρων και αξιολόγηση της σχέσης τους με μικροαγγειακές επιπλοκές στον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Οι παράμετροι πήξης και ινωδόλυσης μετρήθηκαν σε 45 διαβητικούς ασθενείς τύπου 2 (Α: Γ 1: 1) με (n = 30) και χωρίς (n = 15) διαβητικές μικροαγγειακές επιπλοκές και σε 15 μη διαβητικά υγιή άτομα (Α:Γ 1: 1).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μέση ηλικία των διαβητικών ασθενών και των υγιών μαρτύρων ήταν $57,1 \pm 7,18$ και $54,3 \pm 6,98$ αντίστοιχα ($p = 0,05$). Τα επίπεδα στο πλάσμα των PAI-1 ($21,9 \pm 7,01$ έναντι $43,8 \pm 20,8$ $p = 0,00$), ινωδογόνου ορού ($226,8 \pm 23,1$ έναντι $253,04 \pm 39,13$, $p = 0,002$) και δραστηριότητας vWF ($100,4 \pm 27,98$ έναντι $145,18 \pm 37,01$, $p = 0,00$) βρέθηκαν αυξημένα στους διαβητικούς σε σύγκριση με τους υγιείς μάρτυρες. Τα επίπεδα PAI-1 στο πλάσμα ($36,75 \pm 16,18$ έναντι $49,02 \pm 21,99$, $p = 0,0$) και η δραστηριότητα vWF ($124,09 \pm 30,13$ έναντι $155,07 \pm 34,91$, $p = 0,007$) αυξήθηκαν σημαντικά σε διαβητικούς ασθενείς με μικροαγγειακές επιπλοκές από εκείνους που δεν είχαν. Η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια συσχετίστηκε με μειωμένη δραστηριότητα vWF ($124,09 \pm 30,04$ έναντι $152,05 \pm 30,24$, $p = 0,009$). Η διαβητική νεφροπάθεια συσχετίστηκε με αυξημένα επίπεδα PAI-1 ($38,95 \pm 12,90$ έναντι $52,09 \pm 25,93$, $p = 0,02$) και δραστηριότητα vWF ($135,09 \pm 33,14$ έναντι $157,17 \pm 38,07$, $p = 0,007$). Η διαβητική νευροπάθεια δεν έδειξε σημαντική σχέση με καμία από τις αιμοστατικές μεταβλητές.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η υπερπηκτική κατάσταση όπως υποδεικνύεται από μειωμένη ινωδόλυση και αυξημένη πήξη είναι υπεύθυνη ως ένας από τους παράγοντες για την ανάπτυξη μικροαγγειακών επιπλοκών του σακχαρώδους διαβήτη.



ΠΑ04

Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΛΙΠΩΔΟΥΣ ΙΣΤΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ

Μαρία Βέλλη¹, Δημήτριος Παπαδόπουλος¹, Ηλίας Σανίδας¹, Θεοχάρης Αναστασίου¹, Αναστασία Φώτσαλη¹, Δημήτριος Ηλιόπουλος², Μαρίνα Μαντζουράνη³, Ιωάννης Μπαρμπετσάς¹

¹ Κέντρο Αριστείας Υπέρτασης, Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ»

² Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Ερεύνης «Ν. Σ. ΧΡΗΣΤΕΑΣ»

³ Α' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ»

⁴ Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο λιπώδης ιστός εκκρίνει ορμόνες, τις επονομαζόμενες λιποκίνες, οι οποίες έχουν καρδιοπροστατευτικές (απελίνη, ομεντίνη-1) ή μη καρδιοπροστατευτικές (βισφατίνη, χεμερίνη) ιδιότητες και δύνανται να εμπλακούν στην εκδήλωση καρδιαγγειακών νοσημάτων, όπως η αρτηριακή υπέρταση, η δυσλιπιδαιμία και η στεφανιαία νόσος. Ωστόσο, η σχέση τους με την κολλική μαρμαρυγή (ΚΜ) δεν έχει επαρκώς μελετηθεί.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί η ενδεχόμενη συσχέτιση των λιποκινών με την εκδήλωση της αρρυθμίας σε νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς με ΚΜ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Συνολικά συμμετείχαν 30 ασθενείς με πρώτο επεισόδιο ΚΜ τον τελευταίο μήνα που διαγνώστηκε είτε με ηλεκτροκαρδιογράφημα είτε με 24ωρη καταγραφή ρυθμού και 30 ασθενείς χωρίς ΚΜ. Η απελίνη, η ομεντίνη-1, η βισφατίνη και η χεμερίνη μετρήθηκαν στο πλάσμα με τη μέθοδο Elisa.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η απελίνη και η ομεντίνη-1 ήταν χαμηλότερες στους νεοδιαγνωσμένους ασθενείς με ΚΜ σε σχέση με τους ασθενείς χωρίς ΚΜ, ενώ η βισφατίνη και η χεμερίνη ήταν υψηλότερες. Στατιστικώς σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν μόνο για την απελίνη και τη βισφατίνη. Καμία σημαντική διαφορά αναφορικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τους καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου δεν υπήρξε.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σε ασθενείς με πρώτο επεισόδιο ΚΜ, η καρδιοπροστατευτική απελίνη ήταν μειωμένη, ενώ η μη καρδιοπροστατευτική βισφατίνη ήταν αυξημένη καταδεικνύοντας τον πιθανό προγνωστικό ρόλο αυτών των ορμονών στην εκδήλωση της αρρυθμίας. Μια τέτοια συσχέτιση υποδηλώνει δυνητικά και την χρήση τους ως βιοδείκτες στην εκδήλωση της ΚΜ.

	Ασθενείς με πρωτοδιάγνωση ΚΜ (n=30)	Ασθενείς χωρίς ΚΜ (n=30)	p-value
Ηλικία (έτη)	70.9 ± 12.7	68.2 ± 9.7	NS
Άρρεν φύλο (%)	9 (30%)	8 (26.7%)	NS
BMI (kg/m ²)	26.7 ± 2.9	27.3 ± 4.3	NS
Μεταβολικό Σύνδρομο (%)	7 (23.3%)	7 (23.3%)	NS
Αρτηριακή Υπέρταση (%)	9 (30%)	11 (36.7%)	NS
Σακχαρώδης Διαβήτης (%)	2 (6.7%)	5 (16.7%)	NS
Δυσλιπιδαιμία (%)	8 (26.7%)	8 (26.7%)	NS
Απελίνη (pg/ml)	177.2 ± 56.3	283.2 ± 112.2	0.003
Ομεντίνη-1 (pg/ml)	12249 ± 3819.6	13645.5 ± 3342.2	NS
Βισφατίνη (ng/ml)	2.5 ± 0.9	1.9 ± 0.8	< 0.001
Χεμερίνη (ng/ml)	15.3 ± 15.1	11.6 ± 10.2	NS



ΠΑ05

COVID-19 ΛΟΙΜΩΞΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟΥ ΠΡΟΦΙΛ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΚΑΤΑΛΗΚΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

Άγγελος Λιόντος¹, Δημήτριος Μπίρος¹, Ορέστης Μηλιώνης¹, Σταύρος Τσούρλος¹,
Λάζαρος Αθανασίου¹, Ελευθέριος Κλούρας¹, Σεμπάστιαν Φίλιππας - Ντεκούαν¹,
Γεωργία Μάνθου¹, Μαρία Κοσμίδου¹, Θεοδώρα Μανιατοπούλου¹,
Ρεβέκκα Κωνσταντοπούλου¹, Βαλεντίνη Σαμανίδου¹, Φώτιος Μπάρκας²,
Βασίλειος Τσιμιχόδημος², Ευάγγελος Λυμπερόπουλος², Χαράλαμπος Μηλιώνης¹

¹ Α' Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμωδών Νοσημάτων,
Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

² Β' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Σε αντιστοιχία με τις περισσότερες λοιμώδεις νόσους, οι διαταραχές του λιπιδαιμικού προφίλ αναμένονται και στην COVID-19. Υπάρχουν ενδείξεις συσχέτισης των επιπέδων λιπιδίων και της πρόγνωσης στην COVID-19.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκε δείγμα 509 ασθενών που νοσηλεύθηκαν στις Μονάδες Λοιμωδών Νόσων του ΠΓΝΙ την περίοδο 03/2020-04/2021. Μέτρηση λιπιδίων διενεργήθηκε την 1^η ή 2^η ημέρα νοσηλείας. Η βαρύτητα νόσου παρατίθεται ως ποσοστό του πνευμονικού παρεγχύματος στην CT.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συμπεριλήφθηκαν 346 ασθενείς με μέση ηλικία 62.97 έτη (SD=16.23), το 58.1% των οποίων ήταν άνδρες. Οι συχνότερες συννοσηρότητες ήταν: υπέρταση (43.1%), δυσλιπιδαιμία (33.5%), παχυσαρκία (28.2%) και ΣΔ (17.7%). Εκ των 116 ασθενών με δυσλιπιδαιμία 56.9% ήταν άνδρες, ενώ 14.7% δεν ελάμβανε αγωγή. Οι μέσες τιμές λιπιδίων εισαγωγής ήταν: TC/HOL=152.33 mg/dl, TGs=124.35 mg/dl, HDL-C=37.19 mg/dl και LDL-C=90.92 mg/dl. Τα επίπεδα των TGs συσχετίστηκαν αρνητικά με το αναπνευστικό πηλίκο ($r=-0.118$, $p=0.03$) και θετικά με τα επίπεδα της CRP ($r=0.187$, $p=0.001$) και IL-6 ($r=0.308$, $p<0.001$). Τα επίπεδα της HDL-C συσχετίστηκαν θετικά με τη CRP ($r=0.127$, $p=0.02$), φερριτίνη ($r=0.154$, $p=0.005$) και IL-6 ($r=0.213$, $p<0.001$). Το πηλίκο CRP/HDL συσχετίστηκε θετικά με τα επίπεδα της IL-6 ($r=0.298$, $p<0.001$) και τη βαρύτητα νόσου ($r=0.348$, $p<0.001$) και αρνητικά με το αναπνευστικό πηλίκο ($r=-0.345$, $p<0.001$). Το πηλίκο TG/HDL συσχετίστηκε θετικά με τα επίπεδα των WBC ($r=0.166$, $p=0.003$), της IL-6 ($r=0.170$, $p=0.003$) και της CRP ($r=0.165$, $p=0.003$) και αρνητικά με το αναπνευστικό πηλίκο ($r=-0.160$, $p=0.004$).

Συγκρίθηκαν οι μέσες τιμές των παραπάνω μεταξύ της ομάδας των ασθενών με $PO_2/FiO_2<150$ και αυτής με $PO_2/FiO_2>150$. Παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στο πηλίκο CRP/HDL με την πρώτη ομάδα να έχει υψηλότερη μέση τιμή κατά 1.25 μονάδες ($p\text{-value}<0.001$), ενώ το πηλίκο TG/HDL ήταν 0.58 μονάδες υψηλότερο ($p=0.063$).

Σε όμοια σύγκριση μεταξύ θανόντων και μη ασθενών παρατηρήθηκε πως οι θανόντες είχαν κατά 0.79 μονάδες υψηλότερη τιμή του πηλίκου CRP/HDL ($p=0.047$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα επίπεδα λιπιδίων αποτελούν ένα σημαντικό δείκτη βαρύτητας νόσου και στην COVID-19, ενώ φαίνεται πως τα πηλικά που αναφέρονται στην βιβλιογραφία παρουσιάζουν σημαντική συσχέτιση με την πορεία των ασθενών.



ΠΑ06

ΟΞΥ ΚΑΡΔΙΟΝΕΦΡΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ: ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Χρήστος Μαντλής¹, Αθανάσιος Αναδιώτης¹, Σωτήριος Πατσιλινάκος¹

¹ Κωνσταντοπούλλειο Γενικό Νοσοκομείο, Καρδιολογική κλινική, Αθήνα, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Οξύ ή τύπου 1 καρδιονεφρικό σύνδρομο (ΟΚΣ) ορίζεται η κατάσταση όπου η αιφνίδια επιδείνωση της καρδιακής λειτουργίας οδηγεί σε οξεία νεφρική βλάβη, η οποία συχνά προδιαθέτει σε μια σύνθετη και επιπλεγμένη κλινική πορεία. Επιπλέον, η νεφρική ανεπάρκεια είναι ισχυρός προγνωστικός δείκτης των μακροπρόθεσμων ανεπιθύμητων συμβαμάτων σε ασθενείς με οξεία καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ). Σκοπός της εργασίας είναι να διερευνηθεί η επίπτωση του ΟΚΣ, ποιοί παράγοντες σχετίζονται με την εμφάνισή του, και πως επηρεάζει την έκβαση των ασθενών.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν διαδοχικοί ασθενείς που νοσηλεύτηκαν με οξεία ΚΑ κατά τη περίοδο Ιανουάριος 2019 έως Δεκέμβριος 2020. Έγινε καταγραφή και παρακολούθηση της νεφρικής λειτουργίας καθώς και άλλων βιοδεικτών κατά τη διάρκεια νοσηλείας, και συσχέτιση αυτών με τα διάφορα χαρακτηριστικά, τους παράγοντες κινδύνου και την έκβαση των ασθενών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το δείγμα αποτελείται από 612 ασθενείς, μέσης ηλικίας 77 ± 12 ετών, 63% άνδρες με μέση διάρκεια νοσηλείας 6 ± 4 ημέρες. Συνολικά παρατηρήθηκαν 37 θάνατοι (6%). ΟΚΣ διαπιστώθηκε σε 141 ασθενείς (23%) και ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες για την εμφάνιση αυτού αποτέλεσαν η ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια, η ηλικία, η παρατεταμένη νοσηλεία, η χρήση ανταγωνιστών αλδοστερόνης και η υψηλή τιμή CRP κατά την εισαγωγή. Η εμφάνιση ΟΚΣ κατά τη νοσηλεία ήταν ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας θανάτου ($r = 0.15$, $p = 0.02$) και αναιμίας ($r = 0.24$, $p = 0.04$), ενώ η έκβαση του θανάτου ήταν πιο συχνή στους ασθενείς με ΟΚΣ συγκριτικά με τους ασθενείς χωρίς εμφάνιση ΟΚΣ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας στην οξεία ΚΑ σχετίζεται με εμφάνιση αναιμίας και θανάτου. Παράγοντες όπως η ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια, η ηλικία, η διάρκεια νοσηλείας φαίνεται να παίζουν ρόλο, και απαιτείται προσοχή στους ασθενείς αυτούς, για την πρόληψη εμφάνισής της.



ΠΑ07

ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΤΙΣ ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΥΣ ΥΠΟΠΛΥΘΗΣΜΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ COVID-19 ΛΟΙΜΩΞΗ

Άγγελος Λιόντος¹, Δημήτριος Μπίρος¹, Ορέστης Μηλιώνης¹, Σταύρος Τσούρλος¹,
Λάζαρος Αθανασίου¹, Ελευθέριος Κλούρας¹, Σεμπάστιαν Φίλιππας - Ντεκούαν¹,
Γεώργιος Παπαμικαήλ¹, Μαρία Κοσμίδου¹, Γεώργιος Καλαμπόκης¹, Αικατερίνη Παντελή¹,
Φώτιος Μπάρκας², Βασίλειος Τσιμικόδης², Ευάγγελος Λυμπερόπουλος²,
Χαράλαμπος Μηλιώνης¹

¹ Α' Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμωδών Νοσημάτων, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο
Ιωαννίνων, Ιωάννινα

² Β' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Ο ΣΔ έχει αναγνωριστεί επίσημα ως παράγοντας κινδύνου για τους ασθενείς με COVID-19. Σκοπός της εργασίας ήταν η ανάδειξη πιθανών συσχετίσεων των εργαστηριακών δεικτών βαρύτητας νόσου και της πορείας των διαβητικών ασθενών με τα επίπεδα λιπιδίων. Ο λόγος CRP/HDL-C έχει προταθεί βιβλιογραφικά ως δείκτης βαρύτητας νόσου στην COVID-19. Στην παρούσα μελέτη έγινε έλεγχος στον υποπληθυσμό των διαβητικών.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Αναλύθηκαν δεδομένα 509 ασθενών που νοσηλεύθηκαν στις Μονάδες Λοιμωδών Νόσων του ΠΓΝΙ τη χρονική περίοδο 03/2020-04/2021. Έλεγχος λιπιδίων διενεργήθηκε την 1η ή 2η ημέρα νοσηλείας. Η παρουσία ΣΔ καταγράφηκε στο ιστορικό. Η βαρύτητα νόσου περιγράφεται ως ποσοστό του πνευμονικού παρεγχύματος στην CT. Οι συγκρίσεις μεταξύ ομάδων έγιναν με t-test.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Εκ των 509 ασθενών, οι 101 έπασχαν από ΣΔ (19.9%). Δεδομένα λιπιδαιμικού προφίλ αντλήθηκαν από 346 ασθενείς (61 ασθενείς με ΣΔ). Το 59.4% των διαβητικών έπασχε και από δυσλιπιδαιμία. Οι μέσες τιμές των λιπιδίων ήταν: TC/HDL=136.43 mg/dl, TG=139.50 mg/dl, HDL-C=33.31 mg/dl και LDL-C=77.15 mg/dl. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε ομάδες διαβητικών και μη. Οι διαβητικοί ασθενείς είχαν TC/HDL χαμηλότερη κατά 19.18 mg/dl (p: 0.001), HDL-C χαμηλότερη κατά 4.68 mg/dl (p:0.01), ενώ τα TG ήταν υψηλότερα κατά 18.43 mg/dl (p: 0.065). Το πηλίκο TG/HDL ήταν υψηλότερο 1.12 μονάδες στην ομάδα των διαβητικών (p:0.003). Μετά από δοκιμασία συσχέτισης κατά Pearson το πηλίκο CRP/HDL συσχετίστηκε θετικά με τη βαρύτητα νόσου (r=0.445, p: 0.006) και αρνητικά με το PO2/FiO2 (r=-0.340, p: 0.01).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παρατηρήθηκαν διαταραχές του λιπιδαιμικού προφίλ στους διαβητικούς ασθενείς και φάνηκε ότι οι τιμές των παραμέτρων αυτών συσχετίζονται με τη βαρύτητα νόσου (ποσοστό προσβολής του πνευμονικού παρεγχύματος) αλλά και με την αναπνευστική επάρκεια των ασθενών αυτών. Το πηλίκο CRP/HDL φαίνεται πως πιθανά αποτελεί δείκτη βαρύτητας νόσου και στους διαβητικούς ασθενείς.



ΠΑ08

ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΣΤΕΡΙΝΟΕΙΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ ΜΕ ΔΟΥΛΑΓΛΟΥΤΙΔΗ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ ΜΕ COVID-19

Σταμάτης Σ. Παπαδάτος¹, Μαρία Κοπελιά², Ειρήνη Μπουρδάκη³, Γεωργία Φίλη⁴,
Αδαμάντιος Μπουρδάκης¹

¹ Διαβητολογικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων

² Γ' Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

³ 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας

⁴ Παθολογικό ΤΕΠ Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο επαγόμενος από στεροειδή διαβήτη επιπλέκει την κλινική πορεία 1/3 ασθενών που λαμβάνουν κορτικοστεροειδή για οποιαδήποτε αιτία. Η ινσουλινοθεραπεία αποτελεί το βασικό θεραπευτικό μέσο αντιμετώπισης της υπεργλυκαιμίας σε αυτούς τους ασθενείς.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ: Παρουσιάζουμε δύο περιστατικά, τα οποία νοσηλεύτηκαν στην κλινική COVID-19 με ήπια αναπνευστική ανεπάρκεια και έλαβαν δεξαμεθαζόνη σε δόση 6mg/day για 10 ημέρες, βάσει των διεθνών οδηγιών. Και οι δύο εμφάνισαν στερινοειδή διαβήτη την 4^η ημέρα από την έναρξη της δεξαμεθαζόνης, ενώ αντιμετωπίστηκαν αποτελεσματικά με χορήγηση δουλαγλουτίδης. Περιστατικό 1ο: Άνδρας 65 ετών με διαταραχή γλυκόζης νηστείας, HbA1c=5.9%, BMI=27.5 kg/m², Glu εισαγωγής=142mg/dl (τυχαία τιμή). Την 4^η ημέρα από την έναρξη δεξαμεθαζόνης εμφανίζει Glu νηστείας =182mg/dl και μεταγευματική Glu=224 mg/dl. Δίνεται έναρξη ινσουλίνης degludec 12IU/day και δουλαγλουτίδης 0,75mg/week. Από την επόμενη μέρα και στο εξής δε χρειάστηκε χορήγηση γευματικής ινσουλίνης και σταδιακά οι ανάγκες για βασική ινσουλίνη μειώθηκαν στις 6 IU/day. Ο ασθενής εξήλθε με συνδυασμό μετφορμίνης / δουλαγλουτίδης και διαβήτη παρήλθε 2 μήνες μετά το εξιτήριο. Περιστατικό 2ο: Άνδρας 54 ετών με HbA1c=5.7%, BMI=29kg/m², Glu νηστείας 104 mg/dl. Την 4η και 5η ημέρα από την έναρξη δεξαμεθαζόνης εμφανίζει Glu νηστείας =156mg/dl και 161 mg/dl. Χορηγήθηκε δουλαγλουτίδη 1.5mg/week. Οι επόμενες μετρήσεις Glu νηστείας ήταν μεταξύ 100-120 mg/dl. Ο ασθενής εξήλθε χωρίς αγωγή για ΣΔ, 15 ημέρες μετά το τέλος της κορτιζονοθεραπείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι ευεργετικές δράσεις των GLP-1 RA είναι γνωστές. Η χρήση τους στον επαγόμενο από στεροειδή διαβήτη χρήζει περαιτέρω μελέτης καθώς πιθανά θετικά αποτελέσματα θα ενισχύσουν τη φαρμακευτική φάρετρα των κλινικών γιατρών.



ΠΑ09

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ, ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΥΤΟΜΑΤΟ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟ ΤΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Χρήστος Μαντλής¹, Ερμανουήλ Παπαδάκης¹, Αθανάσιος Αναδιώτης¹,
Σωτήριος Πατσιλινάκος¹

¹ Κωνσταντοπούλαιο Γενικό Νοσοκομείο, Καρδιολογική κλινική, Αθήνα, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Ο αυτοματός διαχωρισμός των στεφανιαίων αγγείων (ΑΔΣΑ) έχει από καιρό αναγνωριστεί ως ένα από τα σημαντικά αίτια οξέων στεφανιαίων συνδρόμων. Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να διερευνηθούν τα χαρακτηριστικά των ασθενών που διαγιγνώσκονται με ΑΔΣΑ καθώς και η διαχείριση τους στην κλινική πράξη.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν ασθενείς από το αρχείο του Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου από τον Ιανουάριο 2015 έως Ιούνιο 2020, που διαγνώστηκαν αγγειογραφικά με κάποια μορφή ΑΔΣΑ και έγινε σύγκριση και συσχέτιση της πορείας τους σε σχέση με την αγγειογραφική εικόνα, το ατομικό αναμνηστικό και τις συννοσηρότητες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το δείγμα αποτελείται από 42 ασθενείς (16 άνδρες, 26 γυναίκες-οι 2 σε περίοδο λοχείας), μέσης ηλικίας 59 (± 13) έτη. Από παράγοντες κινδύνου μόλις το 22% είχε αρτηριακή υπέρταση, το 19% σακχαρώδη διαβήτη, το 56% υπερλιπιδαιμία και το 63% καπνιστές. Ο διαχωρισμός αφορούσε το στέλεχος σε 8 ασθενείς, το πρόσθιο κατιόντα σε 15 ασθενείς, τη δεξιά στεφανιαία αρτηρία σε 10 ασθενείς, τη περιοσπωμένη σε 7 ασθενείς ενώ σε 2 ασθενείς ήταν πολυαγγειακής εμφάνισης. Η πλειοψηφία των ασθενών (76%) εμφανίστηκε ως οξύ στεφανιαίο επεισόδιο (21 ασθενείς NSTEMI, 11 STEMI) ενώ συνολικά 25 ασθενείς (60%) αντιμετωπίστηκαν επεμβατικά είτε κατά την αρχική φάση είτε κατά την επανεκτίμηση σε δεύτερο χρόνο (12 CABG, 13 PCI).

Από τους ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά (40%) η πλειοψηφία εμφάνισε επούλωση, ενώ στους υπόλοιπους ο διαχωρισμός αφορούσε αγγείο μικρής διαμέτρου. Η ενδονοσοκομειακή θνητότητα στο δείγμα μας είναι 0%, και η εμφάνιση καρδιακής ανεπάρκειας 14% (μέση παρακολούθηση 2 έτη, 1 μήνας). Από τις επιμέρους συσχετίσεις αξίζει να αναφερθεί ότι οι καπνιστές χρειάστηκαν συχνότερα επεμβατική αντιμετώπιση σε σχέση με τους μη καπνιστές ($p=0.01$), οι ασθενείς με διαχωρισμό της περιοσπωμένης είχαν τρόπο εμφάνισης NSTEMI ($p=0.004$), και οι ασθενείς με νόσο στελέχους αντιμετωπίστηκαν κυρίως επεμβατικά. Τέλος αξίζει να σημειωθεί ότι από τους 13 ασθενείς που αποφασίστηκε επεμβατική διαδερμική αντιμετώπιση οι 5 εμφάνισαν επιπλοκές που σχετίζονται με την επέμβαση και 2 από αυτούς τελικά οδηγήθηκαν στο χειρουργείο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο αυτόματος διαχωρισμός των στεφανιαίων αγγείων, αν και δεν είναι συχνός, χρήζει ιδιαίτερης προσοχής όσο αφορά τη διάγνωση του αλλή και το τρόπο αντιμετώπισης καθώς δεν υπάρχει ακόμη σαφής απάντηση για το αν και πότε χρήζει επεμβατικής αντιμετώπισης.



ΠΑ10

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΤΙΤΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΜΕΤΦΟΡΜΙΝΗΣ ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΗΣ ΔΡΑΣΗΣ ΣΤΟ ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 (ΣΔ2)

Σταμάτης Σ. Παπαδάτος¹, Μαρία Κοπελιά², Ειρήνη Μπουρδάκη³, Γεωργία Φίλη⁴,
Αδαμάντιος Μπουρδάκης¹

¹ Διαβητολογικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων

² Γ' Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

³ 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας

⁴ Παθολογικό ΤΕΠ Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Οι ασθενείς με ΣΔ2 συχνά αντιμετωπίζουν προβλήματα διαταραχών λιπιδίων, ο στόχος δε για την LDL σε αυτούς τους ασθενείς ορίζεται όλο και πιο αυστηρά. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να ελεγχθεί η επίδραση της τιτλοποιημένης δόσης μετφορμίνης παρατεταμένης δράσης (Met-XR) στα 2000 mg ως αντιδιαβητικό φάρμακο στο λιπιδαιμικό προφίλ των ασθενών με ΣΔ2 αλλά και στο γλυκαιμικό τους έλεγχο.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 41 ασθενείς με πρωτοδιάγνωση ΣΔτ2. Οι 19 εξ αυτών έλαβαν μετφορμίνη άμεσης αποδέσμευσης (Met-IR) και οι 22 Met-XR μέχρι τιτλοποίησης στα 2000mg ημερησίως. Για διάστημα 6 μηνών οι ασθενείς παρακολουθούνταν ανά 3μηνιο με μέτρηση Glu νηστείας, HbA1c, LDL, HDL, TGs. Δεν έγινε αλλαγή στην υπολιπιδαιμική αγωγή που ελάμβαναν καθώς ήταν εντός στόχου LDL βάσει των τελευταίων κατευθυντήριων οδηγιών. Δεν υπήρχαν διαφορές ως προς το φύλο, την ηλικία, την GFR και τη λήψη στατίνης μεταξύ των ομάδων που συνέχισαν σε Met-IR και όσων έλαβαν Met-XR. Όλοι ακολουθούσαν πρόγραμμα διατροφής και άσκησης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η λήψη Met-XR ήταν καλά ανεκτή. Ομοίως καλώς ανεκτή ήταν η τιτλοποίηση της Met-IR. Κανένας ασθενής δεν διέκοψε την αγωγή. Σε χρονικό διάστημα 6 μηνών όλοι οι ασθενείς παρουσίασαν βελτίωση των γλυκαιμικών παραμέτρων, και του ΒΜΙ χωρίς στατιστικά σημαντικές διαφορές ($P>0.05$). Συγκρίνοντας τις διαφορές στις τιμές των λιπιδίων, οι ασθενείς που έλαβαν Met-XR παρουσίασαν ήπια αλλά στατιστικά σημαντική βελτίωση LDL ($\Delta\text{LDL}=12\text{mg/dl}$, $P=0.041$) συγκριτικά με όσους έλαβαν Met-IR.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στη συγκεκριμένη μικρής κλίμακας μελέτη φάνηκε μικρή μείωση της LDL και μικρή μείωση των TG, στους ασθενείς που έλαβαν Met-XR. Μεγαλύτερης κλίμακας προοπτικές μελέτες απαιτούνται για γενίκευση των συμπερασμάτων επίδρασης της μετφορμίνης παρατεταμένης αποδέσμευσης στο λιπιδαιμικό προφίλ ασθενών με ΣΔ2.



ΠΑ11

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΕΩΣ ΜΗ ΑΝΤΙΡΡΟΠΟΥΜΕΝΗ ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Χρήστος Μαντλής¹, Ιωάννης Βασιλειάδης², Αθανάσιος Αναδιώτης¹,
Σωτήριος Πατσιλινάκος¹

¹ Γ.Ν. Νέας Ιωνίας «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ»

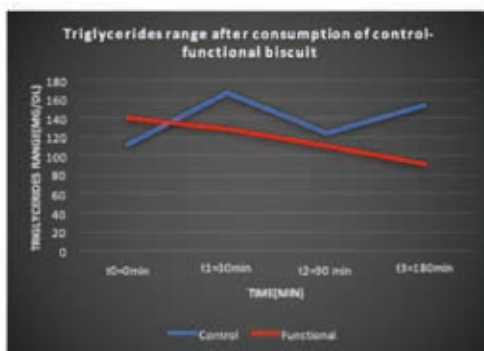
² Γ.Ν. Νοσημάτων Θώρακος «ΣΩΤΗΡΙΑ»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Παρά τη βελτίωση της επιβίωσης των ασθενών με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) με τη χορήγηση της συνιστώμενης από τις κατευθυντήριες οδηγίες φαρμακευτικής αγωγής, η νοσηλεία για οξεία μη αντιρροπούμενη ΚΑ εξακολουθεί να έχει κακή πρόγνωση και δυσμενείς επιπτώσεις. Σκοπός της εργασίας είναι να περιγράψει την κλινική επιδημιολογία ασθενών που νοσηλεύτηκαν για οξεία αντισταθμιζόμενη χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια και να διερευνήσει ποιοι παράγοντες επηρεάζουν την ενδονοσοκομειακή και ετήσια θνησιμότητα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν ασθενείς με χρόνια ΚΑ κατά τη διάρκεια της νοσηλείας για οξεία HF σε δύο τριτοβάθμια νοσοκομεία από τον Ιανουάριο του 2019 έως τον Μάρτιο του 2020. Οι ασθενείς με καρδιογενές σοκ αποκλείστηκαν. Ακολούθησε ετήσια παρακολούθηση για επανεισαγωγές και θνησιμότητα και τα αποτελέσματα συσχετίστηκαν με τα διάφορα χαρακτηριστικά και τους παράγοντες κινδύνου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το δείγμα αποτελείται από 529 ασθενείς, μέση ηλικία 77±12 ετών, 61% άνδρες, με μέση διάρκεια νοσηλείας 6±4 ημέρες. Η αιτιολογία της ΚΑ ήταν ισχαιμική στους μισούς ασθενείς, βαλβιδική στο 21%, διατακτική στο 9% και άλλη αιτιολογία στο 20% και το μέσο κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας (ΚΕΑΚ) ήταν 36±9%. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, παρατηρήθηκαν συνολικά 31 θάνατοι (6%) ενώ το ποσοστό ετήσιας θνησιμότητας ήταν 19%. Οι προγνωστικοί δείκτες ενδονοσοκομειακής θνησιμότητας ήταν η παρατεταμένη νοσηλεία, η ισχαιμική καρδιομυοπάθεια, ΚΕΑΚ<30%, υψηλό επίπεδο CRP και BNP κατά την εισαγωγή. Ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες για θνησιμότητα 1 έτους ήταν η μεγάλη ηλικία, η αναιμία, νεφρική δυσλειτουργία, χαμηλά επίπεδα FT3 και FT4 στον ορό και περισσότερες από 3 ετήσιες εισαγωγές στο νοσοκομείο. Το ποσοστό τουλάχιστον μιας επανανοσηλείας για ΚΑ στην ετήσια παρακολούθηση ήταν 21% και ο μόνος προγνωστικός δείκτης που βρέθηκε ήταν το υψηλό επίπεδο BNP στον ορό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η οξεία ΚΑ παραμένει ένα σοβαρό κλινικό σύνδρομο που σχετίζεται με σημαντική θνησιμότητα και νοσηρότητα. Αρκετά κλινικά χαρακτηριστικά και παράγοντες κινδύνου φαίνεται να επηρεάζουν την ενδονοσοκομειακή και την ετήσια θνησιμότητα και πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τη θεραπεία ασθενών με ΚΑ.





ΠΑ12

ΕΠΑΙΝΟΣ 3^{ης} ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ



ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΓΕΥΜΑΤΙΚΗΣ ΒΙΟΔΡΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΜΠΙΣΚΟΤΩΝ ΕΝΙΣΧΥΜΕΝΩΝ ΜΕ ΠΑΣΤΑ ΕΛΙΑΣ ΣΕ ΥΓΙΕΙΣ ΕΘΕΛΟΝΤΕΣ

Όλγα Παπαγιάννη¹, Θωμάς Λούκας², Αθανάσιος Μαγκούτης², Ηρακλής Μούλιας¹,
Δημήτριος Σκάλλκος⁴, Δημήτριος Καφετζόπουλος⁵, Χαραλαμπία Δήμου¹,
Χαράλαμπος Καραντώνης², Αντώνιος Κουτελιδάκης^{1*}

¹ Εργαστήριο Διατροφής του Ανθρώπου, Τμήμα Επιστήμης Τροφίμων και Διατροφής,
Πανεπιστήμιο Αιγαίου, Μύρινα Λήμνου, Ελλάδα

² Εξωτερικό Ιατρείο Μύρινας Λήμνου, Ελλάδα

³ Εργαστήριο Χημείας και Ανάλυσης Τροφίμων, Τμήμα Επιστήμης Τροφίμων και Διατροφής,
Πανεπιστήμιο Αιγαίου, Μύρινα Λήμνου, Ελλάδα

⁴ Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Τμήμα Χημείας, Ιωάννινα, Ελλάδα

⁵ Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Η μεταγευματική λιπαιμία, η γλυκαιμία και το οξειδωτικό στρες αποτελούν μείζονες παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση καρδιαγγειακών ασθενειών. Διερευνήθηκε η υπόθεση ότι η ενίσχυση ενός μπισκότου με μείγμα πάστας ελιάς, δύναται να ελαττώσει μεταβολικούς μεταγευματικούς βιοδείκτες σε υγιείς εθελοντές, λόγω της αυξημένης περιεκτικότητας σε βιοδραστικά συστατικά (πολυφαινόλες, ελαϊκό οξύ, τοκοφερόλες κ.α.).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στα πλαίσια διασταυρούμενου σχεδιασμού (cross-over design) 10 υγιείς εθελοντές 20-30 ετών, κατανάλωσαν ένα σνακ πλούσιο σε λίπος και υδατάνθρακες (4 συμβατικά μπισκότα σίτου πλήρη σε λιπαρά). Μετά από μία εβδομάδα washout period οι ίδιοι εθελοντές κατανάλωσαν τα μπισκότα, ενισχυμένα με 20,5% μείγμα πάστας ελιάς (20g πάστα ελιάς + 0,1g ρίγανη + 0,1g θυμάρι + 0,5g σκόρδο). Αιμοδυναμικές έλαβαν χώρα πριν και 30min, 1,5h και 3h μετά την κατανάλωση του σνακ. Η ολική αντιοξειδωτική ικανότητα του πλάσματος (FRAP), τα επίπεδα λιπιδίων ορού [Ολική, High Density Lipoprotein (HDL-), Low Density Lipoprotein (LDL-) χοληστερόλη και τριγλυκερίδια], γλυκόζης, ουρικού οξέος (βιοχημικός αναλυτής Roche Cobas c111), καθώς και η αντιθρομβωτική δράση μετρήθηκαν για κάθε χρονική στιγμή.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική μείωση των επιπέδων τριγλυκεριδίων 1,5h μετά κατανάλωσης του γεύματος ενισχυμένων μπισκότων, σε σύγκριση με την κατανάλωση του γεύματος συμβατικών μπισκότων ($p < 0.05$). Παρατηρήθηκε αύξηση της αντιοξειδωτικής δράσης τη 1,5 τελευταία ώρα μετά την κατανάλωση των μπισκότων με πάστα ελιάς. Οι υπόλοιποι βιοδείκτες δεν εμφάνισαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές ($p > 0.05$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Διεύρυνση μελετών σε μεγαλύτερο δείγμα απαιτούνται για την εξαγωγή ασφαλέστερων συμπερασμάτων σχετικά με την μεταγευματική βιοδραστικότητα του μείγματος πάστας ελιάς σε μεταβολικούς βιοδείκτες, όπως το οξειδωτικό στρες, η λιπαιμία και η γλυκαιμία.

Χρηματοδότηση: Αυτή η εργασία υποστηρίχθηκε από το ερευνητικό περιφερειακό πρόγραμμα του ΕΤΠΑ της Δυτικής Ελλάδας με τίτλο «Παραγωγή καινοτόμων μπισκότων με βάση την ελιά με διατροφική προστιθέμενη αξία» κωδικός: DEP6-0022676, που παχχωρήθηκε στην ελληνική εταιρεία τροφίμων - ελιάς ΑΜΑΛΘΕΙΑ Α.Ε.



ΠΑ13

1^ο ΒΡΑΒΕΙΟ ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ



Η ΟΜΕΝΤΙΝΗ-1 ΣΤΟ ΣΤΑΥΡΟΔΡΟΜΙ ΤΟΥ ΚΑΡΔΙΟΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΥΠΟΚΛΙΝΙΚΟΥ ΥΠΟΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΥ: ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ-ΜΑΡΤΥΡΩΝ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Θεοδώρα Στρατηγού^{1,2}, Γεώργιος Αντωνάκος³, Γεράσιμος - Σωκράτης Χριστοδουλάτος¹,
Ειρήνη Καραμπελά¹, Ιωάννα Μαρίνου⁴, Ναταλία Βαβλιάνου⁵, Ευάγγελος Βογιατζάκης⁴,
Μαρία Νταλαμάγκα¹

¹ Εργαστήριο Βιολογικής Χημείας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

² Τμήμα Ενδοκρινολογίας & Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Ν.Α «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

³ Εργαστήριο Κλινικής Βιοχημείας Π.Γ.Ν.Α «ΑΤΤΙΚΟΝ»

⁴ Μικροβιολογικό Εργαστήριο Γ.Ν.Α «ΣΩΤΗΡΙΑ»

⁵ Α' Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Α «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ομεντίνη-1 είναι μία «ευεργετική» λιποκίνη, μοριακού βάρους 34kDa, που παράγεται κυρίως από τα στρωματικά κύτταρα του σπληνικού λιπώδους ιστού. Παρουσιάζει αντιφλεγμονώδεις, αντι-αθηρωματικές, αντιδιαβητικές και ανοσορρυθμιστικές ιδιότητες. Η ομεντίνη-1 ελαττώνεται σε δυσμεταβολικές καταστάσεις διαδραματίζοντας ενδεχομένως σημαντικό ρόλο στην παθογένεια της αγγειακής αθηρωμάτωσης ως αντιφλεγμονώδης λιποκίνη. Είναι γνωστό ότι ο υποκλινικός υποθυρεοειδισμός (ΥΥ) συνδέεται με αυξημένο καρδιομεταβολικό κίνδυνο και κίνδυνο ανάπτυξης υποθυρεοειδισμού.

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης των συγκεντρώσεων της ομεντίνης του περιφερικού αίματος με γνωστούς καρδιομεταβολικούς παράγοντες κινδύνου σε ασθενείς με ΥΥ και υγιείς μάρτυρες.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Εξετάστηκαν συνολικά 240 άτομα, 120 ασθενείς και 120 υγιείς μάρτυρες εξομοιωμένοι ως προς την ηλικία και το φύλο. Καταγράφηκαν σωματομετρικά χαρακτηριστικά, μετρήσεις λιπιδαιμικών, γλυκαιμικών, ορμονικών εργαστηριακών βιοδεικτών και δεικτών φλεγμονής (Roche) και υπολογίστηκαν αθηρωματικοί δείκτες, δείκτης ινσουλινοαντίστασης HOMA και Framingham score. Η ομεντίνη-1 προσδιορίστηκε με ειδική ανοσοαντίσκηνη μέθοδο (BioVendor). Η πολυπαραγοντική στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων διενεργήθηκε με το πρόγραμμα IBM-SPSS®v.24.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ομεντίνη-1 ήταν ελαττωμένη στους ασθενείς συγκριτικά με τους υγιείς μάρτυρες (384.93 ± 126.08 έναντι 469.54 ± 139.11 ng/mL, $p < 0.001$).

- Η ομεντίνη-1 ήταν ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου εμφάνισης ΥΥ στην πολυπαραγοντική ανάλυση ($p < 0.001$).

- Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις ($p < 0.001$) μεταξύ ομεντίνης-1 και: Δείκτη Μάζας Σώματος/ΔΜΣ ($r = -0.48$), Περιφέρειας Μέσης ($r = -0.40$), TSH ($r = -0.52$), αντισωμάτων έναντι θυρεοσφαιρίνης ($r = -0.31$) και θυρεοειδικής υπεροξειδάσης ($r = -0.23$), χοληστερόλης ($r = -0.50$), LDL-C ($r = -0.49$), τριγλυκεριδίων ($r = -0.54$), ApoB/ApoAI ($r = -0.41$), LDL/HDL ($r = -0.45$), χοληστερόλης/HDL ($r = -0.50$), Non HDL/HDL ($r = -0.50$), Framingham score ($r = -0.25$), hsCRP ($r = -0.40$), Ινωδογόνου ($r = -0.23$), C-πεπτιδίου ($r = -0.33$), HOMA-IR ($r = -0.52$).

- Από την πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση διεφάνη ότι η συγκέντρωση της ομεντίνης-1 στον ορό εξαρτάται αντιστρόφως ανάλογα κυρίως από τον ΔΜΣ και τη συγκέντρωση της TSH ($p < 0.001$).

- Μετά τη θεραπεία με λεβοθυροξίνη 50 μg σε ομάδα ασθενών της μελέτης (N=16), η ομεντίνη-1 παρουσίασε οριακά στατιστικώς σημαντική αύξηση ($p = 0.07$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ομεντίνη-1 ενδεχομένως λειτουργεί ως αντιφλεγμονώδης «ευεργετικός» βιολογικός παράγοντας αποτελώντας έναν πολλά υποσχόμενο βιοδείκτη εκτίμησης καρδιομεταβολικού κινδύνου στον ΥΥ. Ωστόσο, απαιτούνται περισσότερες και μεγαλύτερες προοπτικές μελέτες προκειμένου να αποσαφηνιστεί ο ρόλος της ομεντίνης-1 στην αιτιοπαθογένεια του υποθυρεοειδισμού και των καρδιομεταβολικών εκδηλώσεών του.



ΠΑ14

1^ο ΒΡΑΒΕΙΟ ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ



ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΚΘΕΣΗ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΚΑΡΔΙΑΚΟ ΚΑΘΕΤΗΡΙΑΣΜΟ ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Χρήστος Μαντής¹, Ερμανουήλ Παπαδάκης¹, Αθανάσιος Αναδιώτης¹, Σωτήριος Πατσιλινάκος¹

¹ Γ.Ν. Νέας Ιωνίας «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Τα τελευταία χρόνια, η κερκιδική προσπέλαση (ΚΠ) υιοθετείται ολοένα και περισσότερο ως η προτιμώμενη αγγειακή πρόσβαση στην επεμβατική καρδιολογία, αν και υπάρχουν ανησυχίες για πιθανή αύξηση της έκθεσης στην ακτινοβολία σε σύγκριση με τη μηριαία προσπέλαση. Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να αξιολογήσει τους παράγοντες που επηρεάζουν την έκθεση στην ακτινοβολία κατά την ΚΠ, συμπεριλαμβανομένων τεχνικών και κλινικών χαρακτηριστικών.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Αξιολογήσαμε αναδρομικά 6.967 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε στεφανιαία αγγειογραφία με ή χωρίς διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση (PCI), που πραγματοποιήθηκε μέσω δεξιάς ή αριστερής ΚΠ από έμπειρους χειριστές τη περίοδο Ιανουάριος 2018-Δεκέμβριος 2020. Οι έμπειροι χειριστές ορίστηκαν ως εκείνοι που εκτέλεσαν περισσότερες από 100 PCI ετησίως μέσω ΚΠ τα τελευταία 5 χρόνια. Αυτές οι 6.967 επεμβάσεις αξιολογήθηκαν σε δύο διαφορετικές ομάδες: διαγνωστική στεφανιογραφία (Ομάδα I) και PCI (Ομάδα II). Τα καταληκτικά σημεία της μελέτης ήταν ο χρόνος ακτινοσκόπησης (FT), η συνολική και η περιοχική δόση ακτινοβολίας (DAP και AK).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το αρρεν φύλο χαρακτηρίστηκε από αυξημένες δόσεις ακτινοβολίας και στις δύο ομάδες. Η αριστερή ΚΠ χαρακτηρίστηκε από αυξημένες δόσεις και χρόνο ακτινοβολίας, και στις δύο ομάδες. Στην ομάδα I: Το DAP συσχετίστηκε θετικά με το βάρος ($r=0,29$, $p<0,001$), το ύψος ($r=0,18$, $p<0,001$), το BSA ($r=0,29$, $p<0,001$), την αριστερή ΚΠ ($r=0,02$, $p<0,001$) και το αρρεν φύλο ($r=0,19$, $p<0,001$). Το AK συσχετίστηκε θετικά με το βάρος ($r=0,15$, $p<0,001$), το ύψος ($r=0,11$, $p<0,001$), το BSA ($r=0,16$, $p<0,001$) και το αρρενικό φύλο ($r=0,12$, $p<0,001$). Στην ομάδα PCI: Το DAP συσχετίστηκε θετικά με το βάρος ($r=0,19$, $p<0,001$), το ύψος ($r=0,11$, $p<0,001$), το BSA ($r=0,19$, $p<0,001$), την αριστερή ΚΠ ($r=0,09$, $p<0,001$) και το αρρεν φύλο ($r=0,09$, $p<0,001$). Το AK συσχετίστηκε θετικά με το βάρος ($r=0,23$, $p<0,001$), το ύψος ($r=0,12$, $p<0,001$), το BSA ($r=0,22$, $p<0,001$), την αριστερή ΚΠ ($r=0,1$, $p<0,001$), την ηλικία ($r=0,05$, $p=0,02$) και το αρρεν φύλο ($r=0,13$, $p<0,001$). Ο χρόνος ακτινοβολίας συσχετίστηκε θετικά με την αριστερή ΚΠ ($r=0,07$, $p<0,001$) και την ηλικία ($r=0,05$, $p=0,03$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η πλευρά της ΚΠ, το φύλο και τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών είναι παράγοντες που επηρεάζουν την έκθεση ακτινοβολίας κατά τη διάρκεια των διαδερμικών στεφανιαίων επεμβάσεων και πρέπει να λαμβάνονται υπόψη με σκοπό την ελαχιστοποίηση της έκθεσης στην ακτινοβολία.



ΠΑ15

ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΑΞΟΝΙΚΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΤΗΝ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ

Γεώργιος Τσιαούσης¹, Μαρία Καρανικόλα², Κωνσταντίνος Μιχαηλίδης³

¹ Ιδιωτικό καρδιολογικό ιατρείο, Καστοριά

² Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λεμεσός

³ Ακτινοδιαγνωστικά Κέντρα Affidea Κοζάνης και «ΠΑΝΑΓΙΑ» Βέροιας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Η αξονική στεφανιογραφία, εισήχθη τελευταία στις κατευθυντήριες οδηγίες που αφορούν στην διαχείριση ασθενών με θωρακικό άλγος, αλλά και στην διαστρωμάτωση καρδιαγγειακού κινδύνου, ενώ αποτελεί μία απεικονιστική τεχνική με ταχεία εξέλιξη. Σκοπός της μελέτης ήταν να αποτιμηθούν οι τρέχοντες (real-life) λόγοι παραπομπής εξωτερικών καρδιολογικών ασθενών (outpatients) σε αξονική στεφανιογραφία και τελικά η συμβολή της μεθόδου στην λήψη κλινικών αποφάσεων.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν τα χαρακτηριστικά (δημογραφικά, κλινικά) 109 ασθενών που παραπέμφθηκαν σε αξονική στεφανιογραφία κατά τα έτη 2017-2021, καθώς και οι ακόλουθες παράμετροι: σκορ ασβεστίου (CAC), σκορ CAD-RADS που ποσοτικοποιεί τα ευρήματα από τα στεφανιαία αγγεία, παράπλευρα (τυχαία) ευρήματα, η ακτινοβολία που δέχθηκε ο κάθε ασθενής, καθώς και η μετέπειτα διαχείριση των ασθενών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι κλινικοί λόγοι παραπομπής σε CT-στεφανιογραφία ήταν: διερεύνηση θωρακαλγίας (36.7%), θετική δοκιμασία κοπώσεως (24.8%), πρωτογενής πρόληψη με στατίνη και ισχυρό οικογενειακό ιστορικό (~11% έκαστος) κ.ά. Μόνο μία στις 3 μελέτες ήταν απολύτως φυσιολογική (CAC σκορ μηδέν και CAD-RADS μηδέν). Στο 68.8% των περιπτώσεων, το CAD-RADS ήταν ανώτερο του μηδενός, άρα υπήρχαν αθηρωματικές πλάκες στα απεικονισθέντα στεφανιαία αγγεία. Σε 6 ασθενείς υπήρχε κριτική, υποβλήσιμη ή ολική στένωση αγγείου, σε 21 ασθενείς συμμετοχή του στελέχους, ενώ σε 14 ευάθλητη αθηρωματική πλάκα. Μάλιστα, 10 στους 109 χρειάστηκαν περαιτέρω διερεύνηση με κλασική στεφανιογραφία με ή χωρίς παρέμβαση επαναγγείωσης (PCI ή CABG), ενώ σε 63 από τους παραπεμφθέντες έγινε έναρξη ή εντατικοποίηση της υπολιπιδαιμικής αγωγής για επίτευξη LDL-στόχου (ή και προσθήκη αντιαιμοπεταλιακού). Οι διάφοροι λόγοι παραπομπής επέδειξαν ισοδυναμία στην ικανότητα πρόβλεψης ύπαρξης πλάκας στα στεφανιαία ($p=0.776$). Μεταξύ των παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου (κάπνισμα, υπέρταση, διαβήτης, ψυχική νόσος κτλ), η ηλικία, το άρρεν φύλο, η δυσλιπιδαιμία και το οικογενειακό ιστορικό προέβλεψαν ανεξάρτητα το CAD-RADS. Σχεδόν το 40% των ασθενών είχαν ένα «τυχαίο», κλινικά σημαντικό εύρημα (κυρίως αθηροσκλήρωση στο πνευμονικό παρέγχυμα, αλλά και πνευμονικός όζος). Τέλος, η μέση έκθεση σε ακτινοβολία υπολογίστηκε στα 7.5mSv (περίπου η μισή από τη συνήθη δόση ενός σπινθηρογραφήματος μυοκαρδίου).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αξονική στεφανιογραφία συνέβαλε ουσιαστικά στην κλινική διαχείριση ενός πραγματικού πληθυσμού εξωτερικών καρδιολογικών ασθενών, αναγνωρίζοντας σταθερές και ασταθείς, κριτικές και μη, αθηρωματικές πλάκες, με χαμηλή έκθεση σε ακτινοβολία και αξιόλογα παράπλευρα ευρήματα.



ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (E-POSTER)



ΑΑ01

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΤΑΘΕΡΟΥ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ ΝΤΕΛΑΠΡΙΛΗΣ/ΜΑΝΙΔΙΠΙΝΗΣ ΣΕ ΕΝΑ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟ ΙΑΤΡΕΙΟ, ΣΕ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Άγγελος Λιόντος¹, Ελευθέριος Κλούρας¹, Ορέστης Μηλιώνης¹, Σταύρος Τσοούρλος¹,
Δημήτριος Μπίρος¹, Λάζαρος Αθανασίου¹, Σεμπάστιαν - Φίλιππος Ντεκουάν¹,
Ευάγγελος Λυμπερόπουλος², Μωυσής Ελισάφ², Χαράλαμπος Μηλιώνης¹,
Γεώργιος Λιάμης²

¹ Α' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

² Β' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

ΣΚΟΠΟΣ: Η χορήγηση του σκευάσματος 30mg υδροχλωρικής ντελαπρίλης και 10mg υδροχλωρικής μανιδιπίνης γίνεται σε ασθενείς με ιδιοπαθή υπέρταση στους οποίους η αρτηριακή πίεση δεν μπορεί να ελεγχθεί επαρκώς με την χορήγηση μόνο ντελαπρίλης ή μανιδιπίνης. Η χορήγηση γίνεται από του στόματος και η συνήθης δοσολογία είναι μία φορά ημερησίως. Ο συνδυασμός των δύο συστατικών έχει ισχυρότερη αντιυπερτασική δράση, ελαττώνοντας σημαντικά την συστολική και διαστολική πίεση, ενώ η δράση του συνδυασμού διαρκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα. Ο σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να διερευνηθεί η επίδραση του έτοιμου συνδυασμού ντελαπρίλης/μανιδιπίνης 30/10mg ανά ημέρα, στα επίπεδα αρτηριακής πίεσης σε ασθενείς με στάδιο 2 υπέρταση (συστολική αρτηριακή πίεση 160-180 mmHg ή/και διαστολική αρτηριακή πίεση 100-110 mmHg) και με προδιαβήτη (IFG/IGT).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Εντάχθηκαν και μελετήθηκαν 53 ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης οι οποίοι προσήλθαν στο εξωτερικό ιατρείο διαταραχών του μεταβολισμού των λιπιδίων του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων την περίοδο 2014-2018. Τυχαιοποιήθηκαν στην ομάδα ντελαπρίλης/μανιδιπίνης 53 άτομα (30 άνδρες/23 γυναίκες εκ των οποίων 12 καπνιστές και 7 καταναλωτές αλκοόλ). Το BMI των ασθενών ήταν 29.47 (SD ± 3.65) και οι τιμές ΣΑΠ και ΔΑΠ: 158.11 (SD ± 15.6) και 95.77 (SD ± 9.08), αντίστοιχα. Τα σωματομετρικά και δημογραφικά τους χαρακτηριστικά που καταγράφηκαν κατά την έναρξη της μελέτης παρουσιάζονται στον Πίνακα 1Α.

**Πίνακας 1Α: Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών
κατά την έναρξη της μελέτης**

Χαρακτηριστικά	ντελαπρίλη/μανιδιπίνη
N(Άνδρες/Γυναίκες)	53(30/23)
Ηλικία (Ετη)	58.08±11.73
Καπνιστές (%)	12(22.6)
Καταναλωτές Αλκοόλ (%)	7(13.2)
BMI (Kg/m ²)	29.47± 3.65
SBP (mm Hg)	158.11± 15.6
DBP (mm Hg)	95.77± 9.08



ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στον Πίνακα 1B παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των επιπέδων ΣΑΠ και ΔΑΠ πριν και μετά την τρίμηνη αγωγή.

Πίνακας 1B: Αποτελέσματα ΣΑΠ και ΔΑΠ πριν και μετά την τρίμηνη θεραπεία

Παράμετροι	Έναρξη	Μετά 3 Μήνες Αγωγής	Μεταβολή %	P-Value
ντελαπρίλη/μανιδιπίνη				
SBP	158.11±11,56	137.53±11	-13	<0.001
DBP	100 [88-101.5]	88 [81-90]	-12	<0.001

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τους ελεγχθέντες ασθενείς φαίνεται πως η 3μηνη αγωγή με ντελαπρίλη/μανιδιπίνη βελτίωσε στατιστικά σημαντικά τα επίπεδα τόσο της συστολικής ΑΠ όσο και της διαστολικής ΑΠ (μείωση κατά 13% και 12% των επιπέδων της ΣΑΠ και ΔΑΠ αντίστοιχα, $p<0.001$, αντίστοιχα και για τις 2 τιμές).



ΑΑ02

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Αναστάσιος Κουτσοβασιίλης, Μαρία Μπουρίκου, Βασιλική Χατζηβασιλόγλου,
Δήμητρα Ραγιά, Αλέξης Σωτηρόπουλος

¹ Ιδιωτικό καρδιολογικό ιατρείο, Καστοριά

² Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λεμεσός

³ Ακτινοδιαγνωστικά Κέντρα Affidea Κοζάνης και «ΠΑΝΑΓΙΑ» Βέροιας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2) συχνά παρουσιάζουν συνοδά καρδιαγγειακά νοσήματα τα οποία μπορούν να επηρεάσουν ακόμα και τον βαθμό γλυκαιμικής ρύθμισης. Σκοπός της παρούσας μελέτης η διερεύνηση της παρουσίας καρδιαγγειακών νοσημάτων στην ποιότητα ζωής και την παρουσία κατάθλιψης σε άτομα με ΣΔτ2.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Εντάχθηκαν στη μελέτη 158 ασθενείς τρίτης και τέταρτης ηλικίας (56.4% άνδρες) με ΣΔτ2. Έγινε καταγραφή των σωματομετρικών χαρακτηριστικών, του επιπέδου ρύθμισης, συνοδών καρδιαγγειακών νοσημάτων, της ποιότητας ζωής με τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου SF-12 καθώς και της παρουσίας κατάθλιψης με το ερωτηματολόγιο PHQ-9.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 158 ασθενείς της μελέτης ηλικίας 74.68 ± 8.64 , 88% παρουσίαζαν αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) υπό αγωγή, 78% υπερλιπιδαιμία, 36.4% ήταν καπνιστές και 46% ήταν παχύσαρκοι. Από τους υπό εξέταση συνδυασμούς καρδιαγγειακών παραγόντων αυτός ο οποίος παρουσίασε στατιστικά σημαντική επίδραση ήταν η συνύπαρξη παχυσαρκίας και ΑΥ. Τα άτομα με ΑΥ και παχυσαρκία παρουσίαζαν στατιστικά σημαντικές διαφορές τόσο ως προς την ψυχική συνιστώσα (51.8 vs 54.2, $p=0.024$), όσο και ως προς την σωματική συνιστώσα (41.4 vs 48.9, $p=0.010$) του ερωτηματολογίου ποιότητας ζωής. Υψηλότερος βαθμός κατάθλιψης σύμφωνα με την βαθμολογία του PHQ-9 στα άτομα με παχυσαρκία και ΑΥ (5.9 vs 2.8, $p=0.028$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι καρδιαγγειακοί παράγοντες στα άτομα με ΣΔτ2 επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής καθώς και την παρουσία κατάθλιψης. Η συνύπαρξη αρτηριακής υπέρτασης και παχυσαρκίας αποτελεί τον συνδυασμό με την μεγαλύτερη επίδραση.



ΑΑ 03

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΤΑΘΕΡΟΥ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ ΒΑΛΣΑΡΤΑΝΗΣ/ΑΜΛΟΔΙΠΙΝΗΣ ΣΕ ΕΝΑ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟ ΙΑΤΡΕΙΟ, ΣΕ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Άγγελος Λιόντος¹, Ελευθέριος Κλουράς¹, Ορέστης Μηλιώνης¹, Σταύρος Τσοούρδος¹,
Δημήτριος Μπίρος¹, Λάζαρος Αθανασίου¹, Σεμπάστιαν - Φίλιππος Ντεκουάν¹,
Ευάγγελος Λυμπερόπουλος², Μωυσής Ελισάφ², Χαράλαμπος Μηλιώνης¹,
Γεώργιος Λιάμης²

¹ Α' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

² Β' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: ο συνδυασμός της της αμλοδιπίνης με την βαλσαρτάνη είναι αποτελεσματικότερος σε σχέση με την μονοθεραπεία στον έλεγχο της ΑΥ. Το πλεονέκτημα της συγχορήγησης της συνέργειας των δύο αυτών φαρμάκων η οποία οδηγεί στο ότι το αντιυπερτασικό αποτέλεσμα διαρκεί περισσότερο από 24 ώρες. Η φαρμακοκινητική που ακολουθούν είναι γραμμική και η απορρόφηση του συνδυαστικού σκευάσματος είναι ίση με την βιοδιαθεσιμότητα της αμλοδιπίνης και της βαλσαρτάνης όταν αυτές χορηγούνται μόνες τους. Ο σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να διερευνηθεί η επίδραση του έτοιμου συνδυασμού βαλσαρτάνης/αμλοδιπίνης 160/5mg ανά ημέρα, στα επίπεδα αρτηριακής πίεσης σε ασθενείς με σταδίου 2 υπέρταση (συστολική αρτηριακή πίεση 160-180 mmHg ή/και διαστολική αρτηριακή πίεση 100-110 mmHg) και με προδιαβήτη (IFG/IGT).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Συλλέχθηκαν δεδομένα από 54 ασθενείς που προσήλθαν στο εξωτερικό ιατρείο διαταραχών του μεταβολισμού των λιπιδίων του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων την περίοδο 2014-2018. Τυχαιοποιήθηκαν στην ομάδα βαλσαρτάνης/αμλοδιπίνης 160/5 mg ανά ημέρα 54 άτομα (33 άνδρες/21 γυναίκες εκ των οποίων 14 καπνιστές και 8 καταναλωτές αλκοόλ) από τους οποίους όλοι ολοκλήρωσαν την μελέτη επιτυχώς, με BMI: 28.62 (SD ± 3.29). Οι μέσες τιμές ΣΑΠ και ΔΑΠ για τον πληθυσμό της μελέτης ήταν: 164.24 (SD ± 11.21) και 97.54 (SD ± 9.63), αντίστοιχα. Τα σωματομετρικά και δημογραφικά τους χαρακτηριστικά που καταγράφηκαν κατά την έναρξη της μελέτης παρουσιάζονται συγκεντρωτικά, στον Πίνακα 1Α.

**Πίνακας 1Α: Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών
κατά την έναρξη της μελέτης**

N(Ανδρες/Γυναίκες)	54(33/21)
Ηλικία (Έτη)	64.44±11.64
Καπνιστές (%)	14(25.9)
Καταναλωτές Αλκοόλ (%)	8(14.8)
BMI (Kg/m ²)	28.62±3.29
SBP (mm Hg)	164.24±11.21
DBP (mm Hg)	97.54±9.63



ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στον Πίνακα 1B παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των επιπέδων ΣΑΠ και ΔΑΠ πριν και μετά την τρίμηνη αγωγή.

Πίνακας 1B: Αποτελέσματα ΣΑΠ και ΔΑΠ πριν και μετά την τρίμηνη θεραπεία

Παράμετροι	Έναρξη	Μετά 3 Μήνες Αγωγής	Μεταβολή %	P-Value
Βαθσαρτάνη/αμλοδιπίνη				
SBP	164.24±11.21	138.94±9.73	-16	<0.001
DBP	100 [91.5-104]	87 [76.5-90]	-13	<0.001

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τους ελεγχθέντες ασθενείς φαίνεται πως η 3μηνη αγωγή με Βαθσαρτάνη/αμλοδιπίνη βελτίωσε στατιστικά σημαντικά τα επίπεδα τόσο της συστολικής ΑΠ όσο και της διαστολικής ΑΠ (μείωση κατά 16% και 13% των επιπέδων της ΣΑΠ και ΔΑΠ αντίστοιχα, $p<0.001$, αντίστοιχα και για τις 2 τιμές).



ΑΑ 04

ΕΠΙΛΟΓΗ 1^η ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ



ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΜΕ ΤΗ ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΗ ΕΚΒΑΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Αναστάσιος Κουτσοβασιλίδης, Δήμητρα Ραγιά, Βασιλική Χατζηβασιλόγλου,
Αικατερίνη Κατασβριά, Έλενα Κεραμιδά, Αλέξης Σωτηρόπουλος

Γ' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. Νίκαιας - Πειραιά
«ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το γλυκαιμικό προφίλ των ασθενών αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για την έκβαση μετά από ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ). Υπάρχουν ενδείξεις επίδρασης της γλυκόζης κατά την εισαγωγή και κατά τη νοσηλεία με την έκβαση των ασθενών μετά από ισχαιμικό ΑΕΕ.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης είναι η εκτίμηση της επίδρασης των διαφορετικών τιμών γλυκόζης [κατά την εισαγωγή, νηστείας, μεταγευματικών καθώς και η μέση τιμή κατά τη νοσηλεία] με την μακροπρόθεσμη έκβαση μετά από ισχαιμικό ΑΕΕ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: 125 ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύθηκαν και έλαβαν εξιτήριο από την Παθολογική Κλινική εντάχθηκαν σε αυτή την προοπτική μελέτη παρακολούθησης. Τα τελικά σημεία της μελέτης για το ένα έτος παρακολούθησης ήταν ο θάνατος (καρδιοαγγειακής αιτιολογίας), ισχαιμικό ΑΕΕ, καθώς και η επιδείνωση της κλινικής-νευρολογικής εικόνας των ασθενών. Η εκτίμηση της επίδρασης των διαφορετικών τιμών γλυκόζης στην έκβαση μετά από ένα έτος παρακολούθησης έγινε με τη χρήση ξεχωριστών μοντέλων λογιστικής πιθανοδρόμησης για κάθε μέτρηση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Εκ των ασθενών οι οποίοι εντάχθηκαν στη μελέτη 38 (30.4%) ήταν άτομα με σακχαρώδη διαβήτη (Ομάδα Α) και 87 (69.6%) ήταν μη άτομα χωρίς σακχαρώδη διαβήτη (Ομάδα Β). Η AUC των καμπυλών ROC (κάθε μια μετά από προσαρμογή προς όλους τους γνωστούς συγχυτικούς παράγοντες) για την γλυκόζη εισαγωγής ήταν 0.697 [95%CI: 0.565-0.712, $p=0.001$] για την Ομάδα Α και 0.578 [95%CI: 0.502-0.657, $p=0.047$] για την Ομάδα Β. Η AUC για την γλυκόζη νηστείας κατά τη νοσηλεία ήταν 0.635 [95%CI: 0.522-0.774, $p=0.021$], και 0.496 [95%CI: 0.418-0.674, $p=0.580$] για τις Ομάδες Α και Β αντίστοιχα. Η AUC για τις μεταγευματικές τιμές γλυκόζης ήταν 0.611 [95%CI: 0.588-0.722, $p=0.033$] για την Ομάδα Α και 0.468 [95%CI: 0.399-0.626, $p=0.343$] για την Ομάδα Β ενώ η AUC για τη μέση τιμή γλυκόζης κατά τη νοσηλεία ήταν 0.598 [95%CI: 0.531-0.696, $p=0.024$] και 0.413 [95%CI: 0.251-0.576, $p=0.358$] για τις Ομάδες Α και Β αντίστοιχα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η τιμή της γλυκόζης κατά την εισαγωγή αποτελεί τον πιο σημαντικό προγνωστικό παράγοντα, σε σύγκριση με άλλες τιμές γλυκόζης κατά τη νοσηλεία, για την έκβαση κατά τους πρώτους δώδεκα μήνες μετά από ισχαιμικό ΑΕΕ τόσο για τα άτομα με διαβήτη όσο και για τα άτομα χωρίς σακχαρώδη διαβήτη.



ΑΑ 05

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΤΑΘΕΡΟΥ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ ΤΕΛΜΙΣΑΡΤΑΝΗΣ/ΑΜΛΟΔΙΠΙΝΗΣ ΣΕ ΕΝΑ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟ ΙΑΤΡΕΙΟ, ΣΕ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Άγγελος Λιόντος¹, Ελευθέριος Κλούρας¹, Ορέστης Μηλιώνης¹, Σταύρος Τσούρδος¹,
Δημήτριος Μπίρος¹, Σερπάστιαν - Φίλιππος Ντεκούνας¹, Ευάγγελος Λυμπερόπουλος²,
Μωυσής Ελιάσφ², Χαράλαμπος Μηλιώνης¹, Γεώργιος Λιάμης²

¹ Α' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

² Β' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Ο συνδυασμός της τελμισαρτάνης και της αμλοδιπίνης δίνεται σε μορφή διακίου και ενδείκνυται σε ασθενείς των οποίων η αρτηριακή πίεση δεν ρυθμίζεται επαρκώς από την μονοθεραπεία με αμλοδιπίνη. Η μέγιστη ημερήσια δόση μπορεί να φτάσει τα 80mg τελμισαρτάνης και 10mg αμλοδιπίνης. Ο συνδυασμός αυτών των δύο συστατικών οδηγεί σε πρόσθετη αντιυπερτασική δράση και η μείωση της αρτηριακής πίεσης και έχει διάρκεια ενός 24ώρου. Το σκεύασμα αυτό έχει οδηγήσει σε σημαντική δόσοεξαρτώμενη μείωση της συστολικής και διαστολικής αρτηριακής πίεσης και το αποτέλεσμα αυτό επιτυγχάνεται μετά από δύο βδομάδες αγωγής. Ο σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να διερευνηθεί η επίδραση του έτοιμου συνδυασμού τελμισαρτάνης/αμλοδιπίνης 80/5mg ανά ημέρα στα επίπεδα αρτηριακής πίεσης σε ασθενείς με σταδίου 2 υπέρταση (συστολική αρτηριακή πίεση 160-180 mmHg ή/και διαστολική αρτηριακή πίεση 100-110 mmHg) και με προδιαβήτη (IFG/IGT).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Συλλέχθηκαν δεδομένα από 51 ασθενείς που προσήλθαν στο εξωτερικό ιατρείο διαταραχών του μεταβολισμού των λιπιδίων του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων την περίοδο 2014-2018. Τυχαιοποιήθηκαν στην ομάδα στην ομάδα τελμισαρτάνης/αμλοδιπίνης 80/5mg ανά ημέρα, 51 άτομα (35 άνδρες/16 γυναίκες) με BMI: 29.62, (SD ± 4.37). Οι μέσες τιμές ΣΑΠ και ΔΑΠ για τον πληθυσμό της μελέτης ήταν: 164.24, (SD ± 2.6) και 99.55(SD ± 10.99), αντίστοιχα. Τα σωματομετρικά και δημογραφικά τους χαρακτηριστικά που καταγράφηκαν κατά την έναρξη της μελέτης παρουσιάζονται συγκεντρωτικά, στον Πίνακα 1Α.

**Πίνακας 1Α: Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών
κατά την έναρξη της μελέτης**

N(Ανδρες/Γυναίκες)	51(35/16)
Ηλικία (Έτη)	58.04±13.66
Καπνιστές (%)	31(60.8)
Καταναλωτές Αλκοόλ (%)	16(31.4)
BMI (Kg/m ²)	29.62± 4.37
SBP (mm Hg)	164.24± 12.6
DBP (mm Hg)	99.55± 10.99



ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στον Πίνακα 1B παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των επιπέδων ΣΑΠ και ΔΑΠ πριν και μετά την τρίμηνη αγωγή.

Πίνακας 1B: Αποτελέσματα ΣΑΠ και ΔΑΠ πριν και μετά την τρίμηνη θεραπεία

Παράμετροι	Έναρξη	Μετά 3 Μήνες Αγωγής	Μεταβολή %	P-Value
τελμιοσαρτάνη/αμλοδιπίνη				
SBP	163[158-168]	139[134-143]	-15	<0.001
DBP	99.55±11	84.24±7.45	-15	<0.001

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τους ελεγχθέντες ασθενείς φαίνεται πως η 3μηνη αγωγή με τελμιοσαρτάνη/αμλοδιπίνη βελτίωσε στατιστικά σημαντικά τα επίπεδα τόσο της συστολικής ΑΠ όσο και της διαστολικής ΑΠ (μείωση κατά 15% των επιπέδων αντίστοιχα, $p < 0.001$, αντίστοιχα).



ΑΑ 06

ΠΟΙΟΤΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΔΑΠΑΓΛΙΦΛΟΖΙΝΗΣ ΩΣ ΔΕΥΤΕΡΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΒΗΜΑ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΆΛΛΑ ΑΝΤΙΔΙΑΒΗΤΙΚΑ ΔΙΣΚΙΑ

Αναστάσιος Κουτσοβασίλης, Βασιλική Χατζηβασίλογλου, Δήμητρα Ραγιά,
Αικατερίνη Κατσαβριά, Σταμάτης Τσούτσας, Αλέξης Σωτηρόπουλος

¹ Α' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

² Β' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η επίδραση της δάπαγλιφλοζίνης στον γλυκαιμικό έλεγχο, σε καρδιομεταβολικούς και παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου έχει αποδειχθεί από τα αποτελέσματα πολλών κλινικών μελετών. Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η εκτίμηση της ποιοτικής επίδρασης της εμπαγλιφλοζίνης ως επιλογή δεύτερου θεραπευτικού βήματος σε σχέση με άλλα αντιδιαβητικά χάπια.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: 346 ασθενείς επιλέχθηκαν για αυτή τη μελέτη. 126 ασθενείς έλαβαν δαπαγλιφλοζίνη, 112 βιτταγλιπτίνη και 98 γλιμεπιρίδη. Επίσης και οι τρεις ομάδες ελάμβαναν μετφορμίνη. Μετά από τρεις, έξι και δώδεκα μήνες αξιολογήθηκαν ο γλυκαιμικός έλεγχος (HbA1c), η συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία (μέσω του ερωτηματολογίου Morisky 8-Item Medication Adherence Questionnaire), η ποιότητα ζωής (SF-12) και η αυτοεκτίμηση (Rosenberg self-esteem scale).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Δεν υπήρξε διαφοροποίηση μεταξύ των τριών ομάδων στην αρχή της μελέτης για την HbA1c ($p=0.235$), τη διάρκεια του διαβήτη ($p=0.212$), το σωματικό βάρος ($p=0.634$), την αρτηριακή πίεση ($p=0.338$) και την LDL-c ($p=0.287$). Η ομάδα που ελάμβανε δαπαγλιφλοζίνη παρουσίασε μεγαλύτερο βαθμό συμμόρφωσης σε σχέση με τις άλλες δυο ομάδες ($p=0.023$) και σημαντικό βαθμό βελτίωσης της ποιότητας ζωής σύμφωνα με την SF-12 ($p=0.018$) [στο κομμάτι της ψυχικής υγείας ($p=0.020$) αλλά και της φυσικής υγείας ($p=0.011$)]. Δεν υπήρξε βελτίωση στην SF-12 για την ομάδα της βιτταγλιπτίνης ($p=0.068$) ενώ υπήρξε ελάττωση του σκορ της SF-12 για την ομάδα της γλιμεπιρίδης. Η ομάδα της δαπαγλιφλοζίνης πέτυχε σημαντική βελτίωση της αυτοεκτίμησης σύμφωνα με την κλίμακα Rosenberg ($p=0.033$) αντίθετα με τις άλλες ομάδες. Η θετική ποιοτική επίδραση της δάπαγλιφλοζίνης επιτεύχθηκε μετά το πρώτο τρίμηνο και παρουσίασε επιπλέον βελτίωση στους 12 μήνες παρακολούθησης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η χρήση της δαπαγλιφλοζίνης ως δεύτερης γραμμής θεραπεία έχει σημαντική ποιοτική επίδραση στη θεραπεία των ασθενών. Οι ασθενείς που λαμβάνουν δαπαγλιφλοζίνη παρουσιάζουν σημαντική βελτίωση στην ποιότητα ζωής, στη θεραπευτική συμμόρφωση και αυτοεκτίμηση ήδη μετά από τρεις μήνες θεραπείας και αυτή η επίδραση βελτιώνεται ακόμη περισσότερο μετά από έξι μήνες.



ΑΑ 07

ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΚΑΙ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΝΗΣΤΕΙΑΣ ΣΕ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΤΑΘΕΡΟΥ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ ΝΤΕΛΑΠΡΙΛΗΣ/ΜΑΝΙΔΙΠΙΝΗΣ

Άγγελος Λιόντος¹, Ελευθέριος Κλούρας¹, Ορέστης Μηλιώνης¹, Σταύρος Τσούρλος¹,
Δημήτριος Μπίρος¹, Πέτρος Αδαμίδης², Κωνσταντίνος Μπακογιάννης², Αθηνά Ζαράκη³,
Ευάγγελος Λυμπερόπουλος², Μωυσής Ελισάφ², Χαράλαμπος Μηλιώνης¹, Γεώργιος Λιάμης²

¹ Α' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

² Β' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

³ ΩΡΛ κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Η χορήγηση μανιδιπίνης φαίνεται ότι αυξάνει την ευαισθησία στην ινσουλίνη και πιθανά η μανιδιπίνη υπερέχει της αμλοδιπίνης όσον αφορά την επίδρασή τους στο μεταβολισμό των υδατανθράκων. Οι α-ΜΕΑ μειώνουν τον κίνδυνο εμφάνισης νεοεμφανιζόμενου σακχαρώδη διαβήτη καθώς βελτιώνουν την ευαισθησία στην ινσουλίνη. Σε κλινικές μελέτες στις οποίες συμμετείχαν υπερτασικοί ασθενείς με ή χωρίς ΣΔ2, καθώς και σε ασθενείς με διαταραχή στην ανοχή γλυκόζης, φάνηκε πως η μονοθεραπεία με ντελαπρίλη βελτίωσε την ευαισθησία στην ινσουλίνη. Ο σταθερός συνδυασμός ντελαπρίλης με μανιδιπίνη φαίνεται ότι ασκεί ευνοϊκή επίδραση στην ομοιοστασία των υδατανθράκων παίζοντας ρόλο και ενισχύοντας την ευαισθησία στην ινσουλίνη στους υπερτασικούς ασθενείς.

Στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκε η επίδραση του έτοιμου συνδυασμού ντελαπρίλης/μανιδιπίνης 30/10 mg ανά ημέρα στα επίπεδα ινσουλίνης και γλυκόζης νηστείας σε ασθενείς με σταδίου 2 υπέρταση (συστολική αρτηριακή πίεση 160-180 mmHg ή/και διαστολική αρτηριακή πίεση 100-110 mmHg) και προδιαβήτη (IFG/IGT).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Εντάχθηκαν και μελετήθηκαν 53 ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης οι οποίοι προσήλθαν στο εξωτερικό ιατρείο διαταραχών του μεταβολισμού των λιπιδίων του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων την περίοδο 2014-2018. Τυχαιοποιήθηκαν στην ομάδα ντελαπρίλης/μανιδιπίνης 53 άτομα (30 άνδρες/23 γυναίκες εκ των οποίων 12 καπνιστές και 7 καταναλωτές αλκοόλ). Τα σωματομετρικά και δημογραφικά τους χαρακτηριστικά που καταγράφηκαν κατά την έναρξη της μελέτης παρουσιάζονται στον Πίνακα 1Α.

**Πίνακας 1Α: Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών
κατά την έναρξη της μελέτης**

Χαρακτηριστικά	ντελαπρίλη/μανιδιπίνη
N(Ανδρες/Γυναίκες)	53(30/23)
Ηλικία (Εtn)	58.08±11.73
Καπνιστές (%)	12(22.6)
Καταναλωτές Αλκοόλ (%)	7(13.2)
BMI (Kg/m ²)	29.47± 3.65
SBP (mm Hg)	158.11± 156
DBP (mm Hg)	95.77± 9.08



ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στον Πίνακα 1B παρουσιάζονται τα αποτελέσματα εξετάσεων του ελέγχου όσον αφορά τα επίπεδα ινσουλίνης και γλυκόζης νηστείας πριν και μετά την τρίμηνη αγωγή. Στα επίπεδα ινσουλίνης παρατηρήθηκε μη στατιστικά σημαντική αύξηση των επιπέδων για την αγωγή με ντελαπρίλη/μανιδιπίνη.

**Πίνακας 1B: Αποτελέσματα εξετάσεων ινσουλίνης
και γλυκόζης νηστείας πριν και μετά την τρίμηνη θεραπεία**

Παράμετροι	Έναρξη	Μετά 3 Μήνες Αγωγής	Μεταβολή %	P-Value
ντελαπρίλη/μανιδιπίνη				
GLU	101.96±9.42	98.45±13.22	-3	0.004
INS	8.6[5.3-11.4]	9[5.6-11.8]	+5	0.909

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο έτοιμος συνδυασμός ντελαπρίλης/μανιδιπίνης από το ελεγχθέν δείγμα ασθενών φάνηκε ότι αύξησε τα επίπεδα ινσουλίνης, χωρίς στατιστική σημαντικότητα ενώ βελτίωσε τα επίπεδα γλυκόζης νηστείας με στατιστικά σημαντικά στο διάστημα της 3μηνιαίας θεραπείας.



ΑΑ 08

ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΚΑΙ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΝΗΣΤΕΙΑΣ ΣΕ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΤΑΘΕΡΟΥ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ ΒΑΛΣΑΡΤΑΝΗΣ/ΑΜΛΟΔΙΠΙΝΗΣ

Άγγελος Λιόντος¹, Ελευθέριος Κλουράς¹, Ορέστης Μηλιώνης¹, Σταύρος Τσούρλος¹,
Δημήτριος Μπίρος¹, Πέτρος Αδαμίδης², Κωνσταντίνος Μπακογιάννης², Αθηνά Ζαράχνη³,
Ευάγγελος Λυμπερόπουλος², Μωυσής Ελισάφ², Χαράλαμπος Μηλιώνης¹, Γεώργιος Λιάμης²

¹ Α' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

² Β' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

³ ΩΡΛ κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Η αντιυπερτασική θεραπεία με βαλσαρτάνη έχει συσχετισθεί με αύξηση της ευαισθησίας στη δράση της ινσουλίνης, αν και υπάρχουν δεδομένα τα οποία δεν επιβεβαιώνουν αυτή τη συσχέτιση. Παρόμοια, η μονοθεραπεία με αμλοδιπίνη έχει ευνοϊκή επίδραση στην ομοιοστασία των υδατανθράκων αλλά υπάρχουν και δεδομένα για την αντίθετη δράση. Οι διάφοροι συνδυασμοί αντιυπερτασικών φαρμάκων επηρεάζουν με διαφορετικό τρόπο την αντίσταση στην ινσουλίνη και το γλυκαιμικό έλεγχο. Διερευνήθηκε σε αυτή τη μελέτη η επίδραση του έτοιμου συνδυασμού βαλσαρτάνης/αμλοδιπίνης 160/5 mg ανά ημέρα, στα επίπεδα ινσουλίνης και γλυκόζης νηστείας σε ασθενείς με σταδίου 2 υπέρταση (συστολική αρτηριακή πίεση 160-180 mmHg ή/και διαστολική αρτηριακή πίεση 100-110 mmHg) και προδιαβήτη (IFG/IGT).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Συλλέχθηκαν δεδομένα από 54 ασθενείς που προσήλθαν στο εξωτερικό ιατρείο διαταραχών του μεταβολισμού των λιπιδίων του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων την περίοδο 2014-2018. Τυχαιοποιήθηκαν στην ομάδα βαλσαρτάνης/αμλοδιπίνης 160/5 mg ανά ημέρα 54 άτομα (33 άνδρες/21 γυναίκες εκ των οποίων 14 καπνιστές και 8 καταναλωτές αλκοόλ) από τους οποίους όλοι ολοκλήρωσαν την μελέτη επιτυχώς. Τα σωματομετρικά και δημογραφικά τους χαρακτηριστικά που καταγράφηκαν κατά την έναρξη της μελέτης παρουσιάζονται στον Πίνακα 1Α.

**Πίνακας 1Α: Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών
κατά την έναρξη της μελέτης**

Χαρακτηριστικά	Βαλσαρτάνη/Αμλοδιπίνη
N(Άνδρες/Γυναίκες)	54(33/21)
Ηλικία (Έτη)	64.44±11.64
Καπνιστές (%)	14(25.9)
Καταναλωτές Αλκοόλ (%)	8(14.8)
BMI (Kg/m ²)	28.62±3.29
SBP (mm Hg)	164.24±11.21
DBP (mm Hg)	97.54±9.63



ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στον Πίνακα 1B παρουσιάζονται τα αποτελέσματα εξετάσεων για τα επίπεδα ινσουλίνης και γλυκόζης νηστείας πριν και μετά την τρίμηνη αγωγή με βαλσαρτάνη/αμλοδιπίνη.

Πίνακας 1B: Αποτελέσματα εξετάσεων για τα επίπεδα της γλυκόζης νηστείας ινσουλίνης πριν και μετά την τρίμηνη θεραπεία

Παράμετροι	Έναρξη	Μετά 3 Μήνες Αγωγής	Μεταβολή %	P-Value
Βαλσαρτάνη/αμλοδιπίνη				
INS	6.2[4.2-9.37]	7.2[4.32-10.52]	+16	0.06
GLU	104.65±9.44	103.96±10.51	-0.1	0.622

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από το δείγμα της μελέτης για τους ασθενείς που έλαβαν αγωγή με βαλσαρτάνη/αμλοδιπίνη για 3 μήνες, φάνηκε αύξηση των επιπέδων της γλυκόζης νηστείας και της ινσουλίνης, χωρίς όμως στατιστική σημαντικότητα και για τις 2 παραμέτρους.



ΑΑ 09

ΕΠΙΛΟΓΟΣ 2^{ης} ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ



ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΚΑΙ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΝΗΣΤΕΙΑΣ ΣΕ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΤΑΘΕΡΟΥ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ ΤΕΛΜΙΣΑΡΤΑΝΗΣ/ΑΜΛΟΔΙΠΙΝΗΣ

Άγγελος Λιόντος¹, Ελευθέριος Κλούρας¹, Ορέστης Μνηζώνης¹, Σταύρος Τσούρλος¹,
Δημήτριος Μπίρος¹, Πέτρος Αδαμίδης², Κωνσταντίνος Μπακογιάννης², Αθηνά Ζαράκη³,
Ευάγγελος Λυμπερόπουλος², Μωυσής Ελισάφ², Χαράλαμπος Μνηζώνης¹, Γεώργιος Λιάμης²

¹ Α' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

² Β' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

³ ΩΡΛ κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Τα αντιυπερτασικά φάρμακα έχουν διαφορετική επίδραση στο μεταβολισμό των υδατανθράκων. Η τελμισαρτάνη διαμέσου της ικανότητας ενεργοποίησης των peroxisome proliferator-activated receptors γ (PPAR γ) είναι πιο αποτελεσματική όσον αφορά τη μείωση της αντίστασης στην ινσουλίνη αλλά και τη θετικότερη επίδραση στο μεταβολισμό των υδατανθράκων σε σύγκριση με φάρμακα της ίδιας κατηγορίας. Παρόμοια, η μονοθεραπεία με αμλοδιπίνη δεν έχει αποσαφηνιστεί εάν έχει ευνοϊκή επίδραση στην ομοιοστασία των υδατανθράκων.

Ο σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να διερευνηθεί η επίδραση του έτοιμου συνδυασμού τελμισαρτάνης/αμλοδιπίνης 80/5mg ανά ημέρα στα επίπεδα ινσουλίνης και γλυκόζης νηστείας σε ασθενείς με σταδίου 2 υπέρταση (συστολική αρτηριακή πίεση 160-180 mmHg ή/και διαστολική αρτηριακή πίεση 100-110 mmHg) και με προδιαβήτη (IFG/IGT).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Συλλέχθηκαν δεδομένα από 51 ασθενείς που προσήλθαν στο εξωτερικό ιατρείο διαταραχών του μεταβολισμού των λιπιδίων του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων την περίοδο 2014-2018. Τυχαιοποιήθηκαν στην ομάδα στην ομάδα τελμισαρτάνης/αμλοδιπίνης 80/5mg ανά ημέρα, 51 άτομα (35 άνδρες/16 γυναίκες εκ των οποίων 31 καπνιστές και 16 καταναλωτές αλκοόλ). Τα σωματομετρικά και δημογραφικά τους χαρακτηριστικά που καταγράφηκαν κατά την έναρξη της μελέτης παρουσιάζονται στον Πίνακα 1Α.

**Πίνακας 1Α: Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών
κατά την έναρξη της μελέτης**

N(Ανδρες/Γυναίκες)	51(35/16)
Ηλικία (Ετη)	58.04±13.66
Καπνιστές (%)	31(60.8)
Καταναλωτές Αλκοόλ (%)	16(31.4)
BMI (Kg/m ²)	29.62± 4.37
SBP (mm Hg)	164.24± 12.6
DBP (mm Hg)	99.55± 10.99



ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στον Πίνακα 1B παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των επιπέδων της ινσουλίνης και γλυκόζης νηστείας πριν και μετά την τρίμηνη αγωγή.

Πίνακας 1B: Αποτελέσματα εξετάσεων επιπέδων ινσουλίνης και γλυκόζης νηστείας πριν και μετά την τρίμηνη θεραπεία

Παράμετροι	Έναρξη	Μετά 3 Μήνες Αγωγής	Μεταβολή %	P-Value
τελμισαρτάνη/αμλοδιπίνη				
GLU	102.53±7.72	98.22±13.24	-4	0.005
INS	13[9.5-15]	10[6.2-13.5]	-23	0.005

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τους ελεγχθέντες ασθενείς φαίνεται πως η 3μηνη αγωγή με τελμισαρτάνη/αμλοδιπίνη βελτίωσε στατιστικά σημαντικά τα επίπεδα γλυκόζης νηστείας και ινσουλίνης αντίστοιχα.


xigduo
(dapagliflozin and
metformin HCl)

Xigduo F.C.Tab (5+1000)mg/tab Btx56
Xigduo F.C.Tab (5+850)mg/tab Btx56

N.T. 29,91€ / Α.Τ. 47,36€


forxiga
(dapagliflozin)

Forxiga F.C.Tab 10mg/tab Btx28

N.T. 28,75€ / Α.Τ. 45,53€

Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και
Αναφέρετε
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
ΟΛΑ τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την «**ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ**»

Για την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος επισκεφθείτε το
<https://medicalinformation.astrazeneca.gr/home/product-label.html#list-anchoring-F>

Vipidia®

αλογλιπτίνη

1. ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ Vipidia 6,25 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία, Vipidia 12,5 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία, Vipidia 25 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία **2. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ** Vipidia 6,25 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία Κάθε δισκίο περιέχει βενζοϊκή αλογλιπτίνη που ισοδυναμεί με 6,25 mg αλογλιπτίνης. Vipidia 12,5 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία Κάθε δισκίο περιέχει βενζοϊκή αλογλιπτίνη που ισοδυναμεί με 12,5 mg αλογλιπτίνης. Vipidia 25 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία Κάθε δισκίο περιέχει βενζοϊκή αλογλιπτίνη που ισοδυναμεί με 25 mg αλογλιπτίνης.

Για περαιτέρω πληροφορίες παρακαλούμε επικοινωνήστε με τον Κάτοχο Άδειας Κυκλοφορίας, TAKEDA ΕΛΛΑΣ Α.Ε. Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευτείτε την Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος που διατίθεται στο εκθετήριο.

Φαρμακευτικά προϊόντα για τα οποία απαιτείται ιατρική συνταγή.

ΟΝΟΜΑΣΙΑ - ΜΟΡΦΗ - ΠΕΡΙΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΛΙΑΝΙΚΗ ΤΙΜΗ
VIPIDIA F.C.TAB 6,25mg/TAB B7x28 (PCTFE/PVC/ αθουμίνιο blister)	15,47 €
VIPIDIA F.C.TAB 12,5mg/TAB B7x28 (PCTFE/PVC/ αθουμίνιο blister)	19,16 €
VIPIDIA F.C.TAB 25mg/TAB B7x28 (PCTFE/PVC/ αθουμίνιο blister)	36,56 €
VIPDOMET F.C.TAB (12,5+850)mg/TAB B7x56 (PCTFE/PVC/ αθουμίνιο blister)	36,56 €
VIPDOMET F.C.TAB (12,5+1000)mg/TAB B7x56 (PCTFE/PVC/ αθουμίνιο blister)	36,59 €
INCRESYNC F.C.TAB (25+30)mg/TAB B7x28 (NYL/alu/PVC blister)	37,98 €

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και
Αναφέρετε
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
ΟΛΑ τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»



Δικαιούχος Σήματος και
Κάτοχος Άδειας Κυκλοφορίας:



Takeda Hellas S.A.
Green Plaza, Building B'
59-61 Ag. Konstantinou Str.
Marousi, 15124, Athens - Greece
Tel.: +30 210 6387810
Fax: +30 210 6387801
www.takeda.com

Προώθηση:



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

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



ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η Εταιρεία Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου για Αγγειακά Νοσήματα ευχαριστεί θερμά τις ακόλουθες εταιρείες για τη στήριξη και τη συμβολή τους στην επιτυχία του Συνεδρίου.





ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ



&





6^η Ημερίδα Διατροφής

Σάββατο 9 Οκτωβρίου 2021

Αμφιθέατρο Φαίδων Φέσσας, Λαϊκό Νοσοκομείο, Αθήνα



Διατροφικές Παρεμβάσεις στην Πρόληψη
και Αντιμετώπιση των Καρδιομεταβολικών
Παραγόντων Κινδύνου



ΔΩΡΕΑΝ ΕΓΓΡΑΦΗ

Για πληροφορίες επισκεφθείτε το site
www.empakan.gr



ΟΡΓΑΝΩΣΗ
Εταιρεία Μελέτης Παραγόντων
Κινδύνου για Αγγειακά Νοσήματα
Ιακ. Δραγάση 8, Πειραιάς 185 35
(Όροφος 4 - Γραφείο 1)
T & F: 210 4953646, E: info@empakan.gr
W: www.empakan.gr

10^ο ΑΚΡΟΠΟΛΙΣ 2021



**Εταιρεία Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου
για Αγγειακά Νοσήματα**

Ετήσια συνάντηση ειδικών σε θέματα καρδιομεταβολικού κινδύνου: αμφιλεγόμενα θέματα αιχμής

**ΣΑΒΒΑΤΟ 18 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2021
ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ**

ΘΑ ΧΟΡΗΓΗΘΟΥΝ ΜΟΡΙΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
(CME-CPD CREDITS) ΑΠΟ ΤΟΝ Π.Ι.Σ.



ΟΡΓΑΝΩΣΗ

**Εταιρεία Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου
για Αγγειακά Νοσήματα**
Ιακ. Δραγάτσι 8, 185 35 Πειραιάς
(Ορόφος 4 - Γραφείο Δ1)
T & F: 210 4953646, **E:** info@empakan.gr
W: www.empakan.gr



ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ - ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ - ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ
ΚΕΓΜ ΤΟΥΡΙΣΤΙΚΕΣ & ΣΥΝΕΔΡΙΑΚΕΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ Ε.Ε.
Μιχαλακοπούλου 27, 115 28 Αθήνα
T: 210 7222 518, **F:** 210 7210 069
E: info@congressworld.gr, reception@congressworld.gr
W: http://www.congressworld.gr

Glucophage®

υδροχλωρική μετφορμίνη



ΧΡΟΝΙΑ
κλινικής
εμπειρίας

ΔΕΝ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟΝΤΑΙ

Glucophage® is manufactured
under license from Merck

Για την περίληψη χαρακτηριστικών του προϊόντος απευθυνθείτε
στην εταιρεία Πεισιάβας Α.Ε. ή σκανάρετε το QR code.



ΦΑΡΜΑΚΟΕΠΑΓΓΡΥΠΗΣΗ: 210 6202357

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και
Αναφέρετε
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
ΟΛΑ τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»

100+ YEARS OF EXCELLENCE  **PETSIAVAS**
A NAME, A HISTORY, A FUTURE

Αγ. Αναργύρων 21, Κ. Κηφισιά 14564
Τ: 210 6202 301, Φ: 210 8077 079

www.petsiavas.gr



ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

Α

ΑΛΑΒΕΡΑΣ Α. 5, 8, 11, 26
ΑΔΑΜΙΔΗΣ Π. 17, 18, 21, 66, 68, 70
ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Α. 7, 8, 10, 11, 13,
..... 41, 45, 47, 57, 60
ΑΝΑΔΙΩΤΗΣ Α. 10, 13, 16, 20,
..... 46, 49, 51, 54
ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ Θ. 10, 44
ΑΝΤΩΝΑΚΟΣ Γ. 20, 53
ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ Ν. 5, 7, 26
ΑΣΗΜΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Μ.Ν. 7, 39

Β

ΒΑΛΛΙΑΝΟΥ Ν. 20, 53
ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΗΣ Ι. 16, 51
ΒΕΛΛΙΟΥ Μ. 10, 44
ΒΛΑΧΑΚΟΣ Δ. 5, 6, 12, 17, 26
ΒΛΑΧΟΠΟΥΛΟΣ Χ. 5, 12, 26
ΒΟΓΙΑΤΖΑΚΗΣ Ε. 20, 53

Γ

ΓΑΛΑΝΑΚΗΣ Χ. 7, 26
ΓΙΑΝΝΑΡΑΚΗΣ Ι. 7, 39
ΓΡΑΣΣΟΣ Χ. 5, 6, 17, 24, 26

Δ

ΔΗΜΟΣΘΕΝΟΠΟΥΛΟΣ Χ. 5, 11, 22, 26
ΔΗΜΟΥ Χ. 16, 52
ΔΡΟΣΟΣ Α. 5, 8, 43, 78

Ε

ΕΛΙΣΑΦ Ε. 5, 8, 11, 12, 14, 17, 18,
..... 21, 26, 57, 60, 63, 66, 68, 70
ΕΥΘΥΜΙΑΔΟΥ Ρ. 5, 12, 26
ΕΥΣΤΑΘΙΟΥ Σ. 10, 16, 19, 26

Ζ

ΖΑΡΑΧΗ Α. 17, 18, 21, 66, 68, 70
ΖΩΓΡΑΦΟΥ Ι. 14, 24, 26

Η

ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ Δ. 10, 44

Ι

ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ Ι. 5, 6, 9, 12, 15,
..... 21, 24, 25, 27

Κ

ΚΑΛΑΜΠΟΓΙΑΣ Α. 7, 39
ΚΑΛΑΜΠΟΚΗΣ Γ. 13, 47
ΚΑΛΑΦΑΤΗΣ Ε. 5, 8, 16, 20, 27, 43
ΚΑΝΑΚΑΚΗΣ Ι. 5
ΚΑΠΑΝΤΑΗΣ Ε. 5, 7, 27
ΚΑΡΑΜΠΕΛΑ Ε. 20, 53
ΚΑΡΑΝΙΚΟΛΑ Μ. 20, 55
ΚΑΡΑΝΤΩΝΗΣ Χ. 16, 52
ΚΑΤΣΑΒΡΙΑ Α. 11, 14, 62, 65
ΚΑΦΕΤΖΟΠΟΥΛΟΣ Δ. 16, 52
ΚΑΧΡΙΜΑΝΙΔΗΣ Ι. 8, 43
ΚΕΡΑΜΙΔΑ Ε. 11, 62
ΚΙΟΡΤΣΗΣ Δ. 5, 6, 15, 27
ΚΛΟΥΡΑΣ Ε. 7, 8, 10, 11, 13, 14, 17, 18,
..... 21, 41, 45, 47, 57, 60, 63, 66, 68, 70
ΚΟΠΕΛΙΑ Μ. 13, 16, 48, 50
ΚΟΡΟΒΕΣΗΣ Κ. 5, 7, 8, 10, 11,
..... 13, 20, 21, 27
ΚΟΣΜΙΔΟΥ Μ. 7, 10, 13, 41, 45, 47
ΚΟΥΔΟΥΝΗΣ Γ. 5, 18, 27
ΚΟΥΤΕΛΙΔΑΚΗΣ Α. 16, 52
ΚΟΥΤΣΟΒΑΣΙΛΗΣ Α. 5, 7, 8, 9, 11, 13,
..... 14, 15, 19, 25, 27, 59, 62, 65



ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

ΚΥΡΙΑΖΗΣ Ι. 3, 4, 5, 8, 9, 19,
..... 21, 22, 25, 27, 34, 43
ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ Ρ. 10, 45

Λ

ΛΙΑΜΗΣ Γ. 14, 17, 18, 21, 24, 27,
..... 57, 60, 63, 66, 68, 70
ΛΙΑΤΗΣ Σ. 5, 6, 12, 21, 27
ΛΙΟΝΤΟΣ Α. 7, 8, 10, 11, 13, 14, 17,
..... 18, 21, 41, 45, 47, 57,
..... 60, 63, 66, 68, 70
ΛΟΥΚΑΣ Θ. 16, 52
ΛΥΜΠΕΡΟΠΟΥΛΟΣ Ε. 6, 7, 8, 9, 10,
..... 11, 13, 14, 17, 18, 21, 27, 41,
..... 45, 47, 57, 60, 63, 66, 68, 70

Μ

ΜΑΓΚΟΥΤΗΣ Α. 16, 52
ΜΑΚΡΗ Μ. 7, 8, 17, 28
ΜΑΚΡΙΛΙΑ Ν. 8, 43
ΜΑΚΡΥΓΙΑΝΝΗΣ Σ. 13, 14, 20, 28
ΜΑΛΤΕΖΟΣ Χ. 5, 14, 28
ΜΑΝΘΟΥ Γ. 10, 45
ΜΑΝΙΑΤΟΠΟΥΛΟΥ Θ. 10, 45
ΜΑΝΤΖΟΥΡΑΝΗ Μ. 10, 44
ΜΑΝΤΗΣ Χ. 10, 13, 16, 20,
..... 46, 49, 51, 54
ΜΑΡΙΝΟΥ Ι. 20, 53
ΜΗΛΙΟΥ Α. 7, 39
ΜΗΛΙΩΝΗΣ Ο. 7, 8, 10, 11, 13, 14,
..... 17, 18, 21, 41, 45, 47, 57
ΜΗΛΙΩΝΗΣ Χ. 7, 8, 10, 11, 13, 14,
..... 17, 18, 21, 41, 45, 47, 57
ΜΙΧΑΗΛΙΔΗΣ Κ. 20, 55
ΜΟΥΛΑΣ Η. 16, 52
ΜΠΑΚΟΓΙΑΝΝΗΣ Κ. 17, 18, 21,
..... 66, 68, 70

ΜΠΑΡΚΑΣ Φ. 7, 10, 13, 41, 45, 47
ΜΠΑΡΜΠΑΡΕΣΟΣ Ν. 7, 39
ΜΠΑΡΜΠΕΤΣΕΑΣ Ι. 10, 44
ΜΠΙΡΟΣ Δ. 7, 8, 10, 11, 13, 14, 17, 18,
..... 21, 41, 45, 47, 57, 60, 63, 66, 68, 70
ΜΠΟΥΡΔΑΚΗ Ε. 13, 16, 48, 50
ΜΠΟΥΡΔΑΚΗΣ Α. 5, 13, 16, 17,
..... 19, 28, 48, 50
ΜΠΟΥΡΙΚΟΥ Μ. 9, 59
ΜΠΡΙΣΤΟΓΙΑΝΝΗΣ Γ. 5, 17, 28

Ν

ΝΤΑΛΑΜΑΓΚΑ Μ. 20, 53
ΝΤΕΚΟΥΑΝ Σ.Φ. 7, 8, 10, 11, 13, 14,
..... 41, 45, 47, 57, 60, 63
ΝΤΟΥΠΗΣ Ι. 5, 6, 7, 8, 10, 11,
..... 15, 20, 23, 24, 28

Ξ

ΞΥΔΙΑ Ν. 5

Ο

ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Ε. 7, 39

Π

ΠΑΓΩΝΗ Μ. 5, 10, 28
ΠΑΛΛΑΝΤΖΑ Ζ. 7, 39
ΠΑΝΤΕΛΗ Α. 13, 47
ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ Μ. 5, 9, 13, 28
ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗ Ο. 16, 52
ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ Ε. 13, 20, 49, 54
ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ Σ.Σ. 13, 16, 48, 50
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Δ. 10, 44
ΠΑΠΑΙΩΑΝΝΟΥ Θ. 7, 39
ΠΑΠΑΜΙΚΡΟΥΛΗΣ Γ.Α. 7, 39
ΠΑΠΑΜΙΧΑΗΛ Γ. 13, 47
ΠΑΠΠΑ Μ. 5, 8, 28



ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

ΠΑΠΠΑΣ Σ. 5, 14, 29
ΠΑΡΑΔΕΙΣΗΣ Γ. 11, 29
ΠΑΤΣΙΛΙΝΑΚΟΣ Σ. 10, 13, 16, 20,
..... 46, 49, 51, 54
ΠΑΤΣΟΥΡΑΚΟΣ Ν. 5, 12, 13, 20, 22, 29
ΠΑΤΤΑΚΟΣ Γ. 5, 12, 14, 17, 29
ΠΑΥΛΟΥ Ε. 7, 39
ΠΙΣΙΜΙΣΗΣ Ε. 5, 17, 29
ΠΙΤΤΑΡΑΣ Α. 5, 9, 11, 12, 17, 24, 29
ΠΟΛΥΖΟΣ Κ. 5
ΠΡΑΣΟΠΟΥΛΟΣ Β. 5, 12, 29
ΠΡΟΒΗ Δ. 8, 43

Ρ

ΡΑΓΙΑ Δ. 9, 11, 14, 59, 62, 65
ΡΑΠΤΗ Η. 7, 41

Σ

ΣΑΜΑΝΙΔΟΥ Β. 10, 45
ΣΑΝΙΔΑΣ Η. 10, 44
ΣΙΑΜΑΤΑ Π. 7, 39
ΣΚΑΛΚΟΣ Δ. 16, 52
ΣΤΕΦΑΝΗ Δ. 5
ΣΤΟΥΤΙΑΝΝΟΣ Π. 5, 10, 13, 17, 21, 29
ΣΤΡΑΤΗΓΟΥ Θ. 20, 53
ΣΩΤΗΡΟΠΟΥΛΟΣ Α. 5, 9, 11, 14, 17,
..... 19, 25, 29, 59, 62, 65

Τ

ΤΑΤΑΚΗΣ Φ.Π. 8, 29
ΤΟΥΣΟΥΛΗΣ Δ. 7, 39
ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ Κ. 5, 17, 21, 29, 34
ΤΣΑΛΑΜΑΝΔΡΗΣ Σ. 7, 39
ΤΣΕΛΕΠΗΣ Α. 5, 18, 21, 30
ΤΣΙΑΝΤΑΣ Γ. 25, 30
ΤΣΙΑΟΥΣΗΣ Γ. 20, 55

ΤΣΙΜΙΧΟΔΗΜΟΣ Β. 5, 10, 13, 18,
..... 30, 45, 47
ΤΣΙΟΥΦΗΣ Κ. 5, 6, 18, 30
ΤΣΟΥΡΛΟΣ Σ. 7, 8, 10, 11, 13, 14, 17,
..... 18, 21, 41, 45, 47, 57,
..... 60, 63, 66, 68, 70
ΤΣΟΥΤΣΑΣ Σ. 14, 65

Φ

ΦΙΛΗ Γ. 13, 16, 48, 50
ΦΙΛΙΠΠΟΥ Κ. 7, 8, 16, 30
ΦΟΥΝΤΟΥΛΑΚΗΣ Π. 7, 39
ΦΩΤΣΑΛΗ Α. 10, 44

Χ

ΧΑΛΒΑΤΣΙΩΤΗΣ Π. 5, 14, 19, 30
ΧΑΤΖΗΑΓΓΕΛΑΚΗ Ε. 4, 5, 6, 9, 12, 14,
..... 19, 21, 23, 24, 25, 30, 34
ΧΑΤΖΗΒΑΣΙΛΟΓΛΟΥ Β. 9, 11, 14,
..... 59, 62, 65
ΧΡΗΣΤΑΚΗ Μ. 7, 41
ΧΡΗΣΤΟΥ Γ. 5
ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΑΤΟΣ Γ.Σ. 20, 53

Ψ

ΨΑΛΤΟΠΟΥΛΟΥ Θ. 7, 39



Εταιρεία Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου για Αγγειακά Νοσήματα
Ιακ. Δραγάση 8, Πειραιάς 185 35 (Όροφος 4 - Γραφείο 1)
T. & F. 210 4953646, E. info@empakan.gr
W. www.empakan.gr