

15^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου



ΟΡΓΑΝΩΣΗ



ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ
ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ
ΓΙΑ ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

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

1 - 3 Σεπτεμβρίου 2022
HOTEL ELITE CITY RESORT,
ΚΑΛΑΜΑΤΑ

Ταξιδέψτε επιστημονικά μαζί μας



ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ

CEDA
diabetes

Υπουργείο
Υγείας

**ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΒΙΒΛΙΟ 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 Ε.Ε.
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

Επιστημονικά Περιοδικά



Επιστημονικά Περιοδικά
On-line πρόσβαση στα περιοδικά "Diabetes Obesity and Metabolism" και "Journal of Internal Medicine".
Περιεχόμενα...

On-line πρόσβαση (full paper) στα περιοδικά:

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

Ask the Expert



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.
Περιεχόμενα...

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.

V-learning



V-Learning
Σχεδιάσαμε και συντονίσουμε την διοργάνωση επτά [7] βιντεοσκοπημένων εκπαιδευτικών ενοτήτων σχετικών με τα καρδιομεταβολικά νοσήματα.
Περιεχόμενα...

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

EMPAKAN TV



EMPAKAN TV
Παρουσίαση όλων των σημαντικών και νεότερων των EMPAKAN.
Περιεχόμενα...

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 ομιλητή
- 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

Η τελετή απονομής των Patient Partnerships Awards πραγματοποιήθηκε την Τετάρτη 6 Ιουλίου 2022, με τη συμμετοχή των νικητών και της Κριτικής Επιτροπής. Το «παρών» έδωσαν σημαντικοί εκπρόσωποι του ακαδημαϊκού, επιστημονικού, επιχειρηματικού και θεσμικού χώρου της υγείας, καθώς και νικητές και μέλη της επιτροπής αξιολόγησης.

Τα βραβεία, που διοργανώθηκαν για τρίτη χρονιά από το **Health Daily** της BOUSSIAS, υπό την αιγίδα του Συνδέσμου Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος (ΣΦΕΕ), της Πανελλήνιας Ένωσης Φαρμακοβιομηχανίας (ΠΕΦ), του PhRMA Innovation Forum (PIF), και του Συλλόγου Αντιπροσώπων Φαρμακευτικών Ειδών & Ειδικοτήτων (ΣΑΦΕΕ), ανέδειξαν σημαντικές πρωτοβουλίες που αφορούν τις συνεργασίες στον τομέα της Υγείας για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και των ευάλωτων πληθυσμών. Ιδιαίτερα στη φετινή διοργάνωση παρουσιάστηκαν πολλά σημαντικά προγράμματα που υποστηρίζουν τον ασθενή σε όλη την πορεία της θεραπευτικής διαδρομής του, καθώς και προγράμματα που αφορούν την πρόληψη, την ενημέρωση, την εκπαίδευση και την ευαισθητοποίηση του κοινού.

Στη σημασία ανάδειξης αυτών των προγραμμάτων και το μεγάλο όφελος που προσφέρουν, τόσο στους ασθενείς όσο και σε όλη την κοινωνία, αναφέρθηκε ο Πρόεδρος της Κριτικής Επιτροπής, **Χρήστος Λιονής**, Καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Κρήτης, Επισκέπτης Καθηγητής στον Τομέα Υγείας, Ιατρικής και Επιστημών Φροντίδας του Πανεπιστημίου Linköping Σουηδίας και μέλος της ομάδας εμπειρογνομόνων για αποτελεσματικές επενδύσεις στον τομέα υγείας της Ευρωπαϊκής Επιτροπής.

Η Εταιρεία Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου για Αγγειακά Νοσήματα (Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν.) σε συνεργασία με την ForHealth A.E., τον όμιλο ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗ και την ευγενική υποστήριξη της φαρμακευτικής εταιρείας ASTRA ZENECA, έλαβε τα ακόλουθα βραβεία για το «ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΡΕΤΑΙΟΣ», (Πρόγραμμα Ευαισθητοποίησης, Ενημέρωσης και Εκπαίδευσης στην Νεφρική Δυσλειτουργία)

Category	Τίτλος υποψηφιότητας / ενέργειας	Βραβείο
3.3 Doctor-Patient Communication Initiative	Πρόγραμμα "ΑΡΕΤΑΙΟΣ"	BRONZE
1.3 Metabolic Diseases (Diabetes etc) & Cardiovascular Diseases	Πρόγραμμα "ΑΡΕΤΑΙΟΣ"	SILVER





ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ ΠΡΟΕΔΡΩΝ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

Αγαπητές, Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Η Εταιρεία Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου για Αγγειακά Νοσήματα (Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν.) διοργανώνει το **15^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου, 1 - 3 Σεπτεμβρίου 2022 στο Ξενοδοχείο Elite στην Καλαμάτα** στο Ξενοδοχείο Elite στην Καλαμάτα.

Το συνέδριό 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 συμπόσια, πάνω στις μεθόδους πρόληψης, διάγνωσης και αντιμετώπισης των καρδιοεφερομεταβολικών παραγόντων κινδύνου.

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

Εκ μέρους της Ο.Ε. του συνεδρίου

Δρ. Ιωάννης Κυριαζής

Ε. Χατζηναγγελάκη



ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

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

Μέλη:

Ν. Αποστολοπούλου
Χ. Γράσος
Χ. Δημοσθενόπουλος
Α. Δρόσος
Ρ. Ευθυμιάδου
Ε. Καλαφάτης
Κ. Κοροβέσης

Γ. Κουδούνης
Α. Κουτσοβασίλης
Μ. Μακρή
Ν. Μακριδιά
Α. Μπουρδάκης
Ι. Ντούπης
Ν. Ξυδιά

Μ. Παππά
Ν. Πατσουράκος
Κ. Πολύζος
Ε. Πούλιου
Δ. Στεφανή
Π. Στουγιάννος
Π. Χαλβατσιώτης

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδροι: **Ι. Ιωαννίδης - Ι. Μπολέτης**

Μέλη:

Α. Αθαβέρας
Δ. Βλαχάκος
Γ. Δημόπουλος
Μ. Ελυσάφ
Γ. Καϊάφα
Ε. Καπάντας
Δ. Κιόρτσος
Α. Κόκκινος
Λ. Λαναράς
Μ. Λελέκης
Σ. Λιάτης

Ε. Λυμπερόπουλος
Κ. Μακρυλιάκης
Χ. Μαλιτζός
Γ. Μαστοράκος
Χ. Μηλιώνης
Γ. Μπριστογιάννης
Π. Νταβλιούρος
Μ. Παγώνη
Σ. Παππάς
Ε. Πισιμίσος
Α. Πιτταράς

Β. Πρασόπουλος
Χ. Σαββόπουλος
Ε. Σκληρός
Α. Σωτηρόπουλος
Ν. Τεντολιούρης
Κ. Τούτουζας
Α. Τσελέπης
Β. Τσιμικόδημος
Κ. Τσιούφης



ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΕΜΠΤΗ 1/09/2022

(Αίθουσα Α')

11.30 - 12.00 Προσέλευση - Εγγραφές

12.00 - 15.00 Διαλέξεις [Online Video] - UpToDate

Προεδρείο: **Ι. Κυριαζής, Α. Κουτσοβασίλης, Ε. Χατζναγγελάκη**
Covid-19 και ΣΔ, πριν και μετά τη νόσο - **Α. Κουτσοβασίλης**
Ο σακχαρώδης διαβήτης στον 21ο αιώνα: Η ευρεία χρησιμότητα
του CGM στην κλινική πρακτική - **Ι. Ντούπης**
Το μυοκάρδιο στα άτομα με διαβήτη. Γιατί πάσχει; Δυνατότητες
πρόληψης και θεραπείας - **Ι. Ιωαννίδης**
Ωμέγα-3 λιπαρά οξέα. Προστασία για τα καρδιαγγειακά μέχρι
την μόλυνση SARS-CoV-2 - **Χ. Δημοσθενόπουλος**

15.00 - 15.15 Διάλειμμα

15.15 - 17.00 Διαλέξεις [Online Video] - UpToDate

Προεδρείο: **Ι. Κυριαζής, Ι. Ντούπης, Ν. Πατσουράκος**
Προ-υπέρταση, προ-διαβήτης ή και τα δύο: ποιο προβλέπει
καλύτερα τα μακροπρόθεσμα καρδιαγγειακά συμβάντα;
Ι. Κυριαζής - Α. Κουτσοβασίλης
Αναδυόμενες θεραπευτικές προσεγγίσεις για τη θεραπεία
του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 - **Ε. Χατζναγγελάκη**

17.00 - 17.30 Προφορικές Ανακοινώσεις

Προεδρείο: **Ν. Αποστολοπούλου, Ε. Καλαφάτης, Μ. Μακρή**

ΠΑ01 **ΕΠΑΙΝΟΣ 2ης ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ**
ΤΟ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΒΑΡΥΤΕΡΗ
ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ.

Αντώνιος Παπαδόπουλος, **Ευάγγελος Σδόγκος**, Παύλος Ροδίτης,
Ανίλα Σπαχίου, Ιωάννης Βογιατζής
Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας





ΠΑ02 ΤΡΙΓΛΥΚΕΡΙΔΙΑ/HDL ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΧΩΡΙΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Βάια Ράϊκου¹, Ιωάννης Βήλασερός², Σωτήριος Γαβριήλ³

¹ Νεφρολογικό Τμήμα, DOCTORS' HOSPITAL, Αθήνα

² Καρδιολογικό Τμήμα, DOCTORS' HOSPITAL, Αθήνα

³ Τμήμα Βαριατρικής Χειρουργικής, DOCTORS' HOSPITAL, Αθήνα

ΠΑ03 **ΕΠΙΛΟΓΟΣ 3ης ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ**



Η ΧΡΗΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΑΥΤΟΜΕΤΡΗΣΗΣ ΣΑΚΧΑΡΟΥ ΕΝΑΝΤΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΣΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ TIR ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1.

Άννα Γαρμπή¹, Χαρίλαος Δημοσθενόπουλος², Σταύρος Λιάτης¹

¹ Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ «Λαϊκό»

² Τμήμα Διατροφής ΓΝΑ «Λαϊκό»

17.30 - 18.30 **Βραχείες Θεματικές Διαλέξεις - UpToDate**

Προεδρείο: **Α. Αθαβέρας, Χ. Καπερνόπουλος, Α. Κουτσοβασίλης**

Από την παχυσαρκία στη νόσο Αλτσχάιμερ μέσω της αντίστασης στην ινσουλίνη - **Α. Μπουρδάκης**

Ανταιοξειδωτικά σε άτομα με ΣΔ: Είναι ξεκάθαρες οι οδηγίες; - **Π. Στουγιάννος**

HbA1c: πλεονεκτήματα, περιορισμοί - **Κ. Μακρής**

Σχολιασμός (2'): **Ι. Γιαννακοπούλου, Α. Δρόσος, Σ. Σφήκας**

18.30 - 19.00 **Θεματική Διάλεξη Ειδικού**

Προεδρείο: **Ι. Μπολέτης**

Υπάρχει έδαφος χορήγησης των GLP-1RA στην τρέχουσα και μελλοντική διαχείριση της ΧΝΝ; - **Ε. Καψιά**

19.00 - 19.30 **Θεματική Διάλεξη Ειδικού**

Προεδρείο: **Σ. Ευσταθίου**

Προθρομβωτικές καταστάσεις για Αγγειακό Εγκεφαλικό επεισόδιο - **Γ. Καϊάφα**



19.30 - 19.45 Διάλειμμα - E-poster

Προεδρείο: Π. Στουγιάννος, Κ. Φιλίππου

AA01 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΘΗΚΑΝ ΛΟΓΩ ΑΠΟΡΡΥΘΜΙΣΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Βασίλειος Βασιλακόπουλος, Παύλος Ροδίτης, Σοφία Θεοδωρίδου, Χρήστος Τσουμής, Γεώργιος Παπαγόρας, Ελεωνόρα Κυπριτίδου, Στυλιανός Λαμπρόπουλος

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης

AA02 **ΕΠΛΗΡΗΣ 2ης ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ**
ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΠΡΟΣΘΙΟ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ - ΘΡΟΜΒΟ ΚΟΡΥΦΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ

Κωνσταντίνος Στάμος

Καρδιολογική κλινική, Γ.Ν. Παπαγεωργίου



19.45 - 20.00 **Τελετή Έναρξης - Χαιρετισμοί Επισήμων -
Βραβεύσεις Προφορικών και Αναρτημένων Ανακοινώσεων -
Απονομή Βραβείου ALBERT SCHWEITZER
στον Ιατρό Κωνσταντίνο Μερκούρη**

20.00 - 20.30 Εναρκτήρια Διάλεξη

Προεδρείο: Μ. Ελυσάφ

Υπάρχει τελικά ηλικιακό όριο στο όφελος από τη θεραπεία μείωσης των λιπιδίων; - Χ. Μηλιώνης

20.30 - 21.00 Θεματική Διάλεξη Ειδικού

Προεδρείο: Ε. Χατζηαγγελάκη

Η διαχρονική αξία της Μεταφορμίνης με νέα πολύπλευρα οφέλη - Ι. Ντούπης

21.00 - 21.30 Δορυφορική Διάλεξη LIBYTEC

σελ. 21

21.30 Δείπνο



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 2/09/2022 (Αίθουσα Α')

08.15 - 09.15 **Προφορικές Ανακοινώσεις**

Προεδρείο: **Ε. Καλαφάτης, Μ. Μακρή, Α. Μπουρδάκης
Ν. Πατσουράκος**

ΠΑ04 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΓΕΥΜΑΤΙΚΗΣ ΒΙΟΔΡΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΕΞΕΥΓΕΝΙΣΜΕΝΟΥ ΕΛΑΙΟΛΑΔΟΥ, ΕΝΙΣΧΥΜΕΝΟΥ ΜΕ ΕΚΧΥΛΙΣΜΑ ΦΛΟΙΟΥ ΠΟΡΤΟΚΑΛΙΟΥ, ΣΕ ΕΘΕΛΟΝΤΕΣ ΚΑΡΔΙΟΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Όλγα Παπαγιάννη¹, Αικατερίνη Κανδυλιάρη¹, Χρυσούλα Καλοτεράκη¹, Άννα-Κυριακή Μαύρου¹, Βασιλική Παντελή¹, Camille Ouzaid², Θωμάς Λούκας³, Αθανάσιος Μαγκούτης³, Δημήτριος Σκάλλκος⁴, Αντώνιος Κουτελιδάκης^{1*}

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

² Food science Department, L'Institut Agro Dijon, Dijon Cedex

³ Εξωτερικό Ιατρείο Μύρινας Λήμνου, Ελλάδα

⁴ Τμήμα Χημείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

ΠΑ05 ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Συγγραφείς: **Γεώργιος Βελισάρης**, Χρήστος Μαντής, Γεώργιος Ματθαίοπουλος, Αλέξανδρος Τσαντούλας, Αικατερίνη Λιόδη, Νάντια Λαζίδη, Κωνσταντίνος Βασιλειάδης, Αικατερίνη Γαλιανοπούλου, Μαρία Γεωργοπούλου, Γεώργιος Φλώρος, Νικόλαος Καυκάς
Καρδιολογική Κλινική ΓΝΑ ΚΑΤ

ΠΑ06 **ΕΠΑΙΝΟΣ 3ης ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ**
ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΠΕΜΦΘΕΝΤΕΣ ΠΡΟΣ ΑΞΟΝΙΚΗ ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΑ. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ/ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΣΤΕΝΩΣΕΩΝ. ΠΟΣΟ «ΑΘΩΑ» ΕΙΝΑΙ Η ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ;

Γεώργιος Τσιαούσης¹, Ευαγγελία Δελαβερίδου², Ola Furmaga², Μαρία Καρανικόλα³, Κωνσταντίνος Μιχαηλίδης⁴

¹ Ιδιωτικό Καρδιολογικό Ιατρείο, Καστοριά,

² Τμήμα Ακτινοδιαγνωστικής, Νοσοκομείο Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη,

³ Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου,

⁴ Cardiac Intelligence, Κοζάνη





ΠΑ07 ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΜΕΣΩ ΤΟΥ ΕΡΓΑΛΕΙΟΥ FINDRISK: ΑΠΟ ΤΗ ΘΕΩΡΙΑ ΣΤΗ ΠΡΑΞΗ

Αθανάσιος Δρόσος¹, Κωνσταντίνος Ποθύζος¹,
Νεκταρία Μακριλιά¹, Εμμανουήλ Καλαφάτης¹,
Δήμητρα Στεφανή¹, Μαρία Κλεισσοά¹, Ματίνα Μπόλη¹,
Κωνσταντίνος Φιλίππου², Ιωάννης Κυριαζής²

¹ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο ΚΑΤ

² Διαβητολογικό Ιατρείο, Γενικό Νοσοκομείο ΚΑΤ

ΠΑ08 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΚΛΕΙΣΤΟΥ ΚΥΚΛΩΜΑΤΟΣ ΑΝΤΛΙΑΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΣΤΗ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1

Αναστάσιος Κουτσοβασίλης, Βασιλική Χατζηβασίλογλου,
Αλεξάνδρα Κυριακοπούλου, Όλγα Οικονόμου,
Αλέξης Σωτηρόπουλος

Γ' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο,

ΓΝ Νίκαιας - Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

09.15 - 09.45 **Διάλεξη Φιλοξενούμενης Ιατρικής Εταιρείας:**
ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΟΛΛΕΓΙΟ ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Προεδρείο: **Ε. Σκληρός**

GLP1 & SGLT2 Αποτελεσματικότητα, καρδιοπροστασία,
νεφροπροστασία, απώλεια βάρους. Υπάρχουν διαφορές -
Α. Σωτηρόπουλος

09.45 - 10.30 **Στρογγυλό Τραπέζι: Σύγχρονη Απεικόνιση**
της Νεφρικής Λειτουργίας

Προεδρείο: **Δ. Βλαχάκος, Γ. Μπριστογιάννης**

Εφαρμογές της πυρηνικής ιατρικής στην απεικόνιση και
στην εκτίμηση λειτουργίας των νεφρών - **Β. Πρασόπουλος**
Ο ρόλος της σύγχρονης απεικόνισης στην εκτίμηση
της νεφρικής λειτουργίας - **Ρ. Ευθυμιάδου**

10.30 - 11.00 **Διακεκριμένη Διάλεξη**

Προεδρείο: **Κ. Τσιούφης**

Νατριουρητικά πεπτίδια: ρόλος για την πρόβλεψη κινδύνου και
την αποτελεσματικότητα της θεραπείας - **Χ. Σαββόπουλος**



11.00 - 11.30 Διακεκριμένη Διάλεξη

Προεδρείο: **Π. Χαλβατσιώτης**

Ορόσημα στον διαβήτη - **Σ. Παππάς**

11.30 - 11.45 Διάλειμμα - E-poster

Προεδρείο: **Α. Μπουρδάκης, Κ. Πολύζος, Κ. Φιλίππου**

- ΑΑ03** ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΜΙΚΡΟΤΕΡΕΣ ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΟΝΤΑΙ ΛΟΓΩ ΑΠΟΡΡΥΘΜΙΣΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ
Βασίλειος Βασιλακόπουλος, Σοφία Θεοδωρίδου, Παύλος Ροδίτης, Χρήστος Τσουμής, Γεώργιος Παπαγόρας, **Ελεωνόρα Κυπριτίδου**, Στυλιανός Λαμπρόπουλος
Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης

- ΑΑ04** ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ, ΠΛΗΘΟΣ ΚΑΙ ΕΙΔΟΣ ΨΥΧΟΤΡΟΠΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
Μαρία Καρανικόλα¹, **Μαρία Νυσταζάκη**², Γεώργιος Τσιαούσης³, Θεοδοσία Ταπάσκου², Νικόλαος Σμυρνής²
¹ Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Τμήμα Νοσηλευτικής, Λεμεσός, Κύπρος
² Β' Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό & Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν» ΔΕΠ Β' Παν/κης κλινικής, Αθήνα, Ελλάδα
³ Ιδιωτικό Καρδιολογικό Ιατρείο, Καστοριά, Ελλάδα

- ΑΑ05** ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΤΗΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΜΕ ΤΙΣ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ
Αναστάσιος Κουτσοβασίλης, Βασιλική Χατζηβασιλόγλου, Μαρία Παππά, Αλεξάνδρα Κυριακοπούλου, Όλγα Οικονόμου, Αλέξης Σωτηρόπουλος
Γ' Παθολογική Κλινική-Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

11.45 - 12.15 Διακεκριμένη Διάλεξη

Προεδρείο: **Γ. Κουδούνης**

Παλιές και νεότερες ενδείξεις διακαθετηριακής εμφύτευσης αορτικής βαλβίδας - **Κ. Τούτουζας**



12.15 - 13.00 **“Debate”: Περιφερική και Στεφανιαία Αγγειακή Νόσος:
Δύο όψεις του ίδιου νομίσματος;**

Προεδρείο: Γ. Κουδούνης, Ν. Τεντολούρης

ΝΑΙ - Α. Παπαέτρου

ΟΧΙ - Ν. Πατσουράκος

13.00 - 14.00 **Δορυφορικό Συμπόσιο ASTRA ZENECA**

σελ. 22

14.00 - 15.00 **Διαλέξεις [Online Video] - Καρδιά & ΣΔ**

Προεδρείο: Α. Μεληδώνης

Ενοποιώντας την καρδιοκεντρική και γλυκοκεντρική αντίληψη
της θεραπείας του ΣΔ - Ι. Ιωαννίδης

Καρδιολογικά φάρμακα με ευμενή ή δυσμενή επίδραση
στη γλυκαιμία: Έχει κλινική σημασία; - Σ. Λιάτης

15.00 - 16.00 **Διαλέξεις [Online Video] - Παχυσαρκία**

Προεδρείο: Ε. Χατζηαγγελίδης

Φαρμακευτική διαχείριση - Α. Κουτσοβασίλης

Χειρουργική διαχείριση - Ι. Ντούπης

16.00 - 17.00 **Διάλεξη [Online Video] - Καρδιαγγειακή απεικόνιση**

Προεδρείο: Β. Πρασόπουλος

Η καρδιαγγειακή απεικόνιση στην ανίχνευση της υποκλινικής
αθηρωματικής νόσου - Ν. Πατσουράκος, Ρ. Ευθυριάδου

17.00 - 17.45 **Βραχείες Θεματικές Διαλέξεις - UpToDate**

Προεδρείο: Α. Πιτταράς, Π. Στουγιάννος

Προσθήκη ενός νέου αντιυπερτασικού στα υπάρχοντα σχήματα
ή μεγιστοποίηση της υπάρχουσας δόσης για καλύτερα αποτελέ-
σματα στη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης; - Σ. Μακρυγιάννης

Μετά από τοποθέτηση stent, συνδυασμένη θεραπεία με ένα
NOAC και ένα P2Y12 inhibitor ή τριπλή θεραπεία
που περιλαμβάνει και ανταγωνιστή βιταμίνης; - Ν. Πατσουράκος
Σχολιασμός (2'): Σ. Κοσμοπούλου, Ε. Μάκαρης



17.45 - 18.15 **Διάλεξη Φιλοξενούμενης Ιατρικής Εταιρείας:
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΕΛΛΑΔΟΣ**

Προεδρείο: **Μ. Παγώνη**

Long covid ή post covid-19: Τι πρέπει να γνωρίζουμε; -
Σ. Ευσταθίου

18.15 - 18.45 **Θεματική Διάλεξη Ειδικού**

Προεδρείο: **Γ. Μαστοράκος**

Διαλειμματική νηστεία, χρονοδιατροφή ή υποθερμιδικές δίαιτες
για την απώλεια βάρους και την ευζωία - **Δ. Κιόρτσος**

18.45 - 19.15 **Δορυφορική Διάλεξη SANOFI**

σελ. 22

19.15 - 19.30 **Διάλειμμα - E-poster**

Προεδρείο: **Σ. Μακρυγιάννης, Ι. Ντούπης, Β. Τριάντη**

AA06 **ΕΠΑΙΝΟΣ 2ης ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ**
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ ΚΑΙ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ



Βασίλειος Βασιλακόπουλος, Σοφία Θεοδωρίδου, Παύλος Ροδίτης,
Χρήστος Τσουμής, Γεώργιος Παπαγόρας, Ελεωνόρα Κυπριτίδου,
Στυλιανός Λαμπρόπουλος

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης

AA07 **ΕΠΑΙΝΟΣ 1ης ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ**
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ
ΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΚΩΝ ΝΟΣΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΟΞΕΟΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟΥ
ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ
ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ ΤΗΝ COVID ΚΑΙ ΠΡΟ COVID ΠΕΡΙΟΔΟ



Ελένη Γιαννοπούλου¹, Θεόδωρος Τζούδας¹,
Ευγενία Μανδηλάρη¹, Δημήτριος Πουλλάκης¹,
Παναγιώτα Νικολακέα¹, Ελένη Λατσάρα¹, Μαρία Βρουλιδάκη²,
Ηλίας Νταΐβης¹, Κωνσταντίνος Κιντής², Βασίλειος Καραμπέτσος¹,
Ιωάννης Τσόρλαλης¹, Εμμανουήλ Μάκαρης¹,
Σταυρούλα Κοσμοπούλου¹, Γεώργιος Κουδούνης¹,
Κωνσταντίνος Τούτουζας³

¹ Καρδιολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Μεσσηνίας

² Καρδιολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης

³ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική,
Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Αθήνας



ΑΑ08 Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΛΙΠΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ
ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΤΡΙΚΑΛΩΝ ΣΤΟΝ ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟ
ΕΛΕΓΧΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ Η ΧΩΡΙΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Σταμάτης Παπαδάτος¹, Μαρίνα Μπουρδάκη²,

Αδαμάντιος Μπουρδάκης¹

¹ Διαβητολογικό Ιατρείο Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

² Τμήμα Διατροφολογίας Aegean -College- Λάρισα

19.30 - 20.00 **Δορυφορική Διάλεξη ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε.** **σελ. 22**

20.00 - 20.45 **Δορυφορικό Συμπόσιο MSD - VIANEX** **σελ. 22**

20.45 - 21.30 **Βραχείες Θεματικές Διαλέξεις - UpToDate**

Προεδρείο: **Γ. Μαστοράκος, Σ. Λιάτης**

Η παχυσαρκία ως νόσος δυσλειτουργίας του λιπώδους ιστού
και παράγοντας κινδύνου για λοιμώξεις - **Μ. Μακρή**

Γλυκοζυλιωμένη λευκωματίνη ως βιοδείκτης:

Στοιχεία και αποτελέσματα - **Α. Σωτηρόπουλος**

Σχολιασμός (2'): **Κ. Κοροβέσης, Κ. Πολύζος**

21.30 **Δείπνο**



ΣΑΒΒΑΤΟ 3/09/2022 (Αίθουσα Α')

08.30 - 09.00 **Προφορικές Ανακοινώσεις**

Προεδρείο: **Ν. Ξυδιά, Ν. Παπακωνσταντίνου, Κ. Φιλίππου**

ΠΑ09 **ΕΠΛΗΡΗΣ 2ης ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ**



ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΕΞΙΣΩΣΕΩΝ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ ΤΗΣ LDL
ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΜΕΣΑ ΜΕΤΡΟΥΜΕΝΗ LDL

Γεώργιος Βελισάρης¹, Ιωάννης Κακριμανίδης¹,
Αναστάσιος Γκόγκος¹, Χρήστος Μαντής¹, Δημήτριος Φλέσσας¹,
Αικατερίνη Παλιανοπούλου¹, Μαρία-Αγγέλα Βελισάρη¹,
Ιουλίτσα Τρυφωνίδη², Κωνσταντίνος Μακρής², Νικόλαος Καυκάς¹

¹ Καρδιολογική Κλινική ΓΝΑ ΚΑΤ

² Βιοχημικό Εργαστήριο ΓΝΑ ΚΑΤ

ΠΑ10 ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ ΣΤΟΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ SARS-COV-2 ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Αθανάσιος Δρόσος¹, Νεκταρία Μακριλιά¹,
Κωνσταντίνος Πολύζος¹, Δήμητρα Στεφανή¹,
Εμμανουήλ Καλαφάτης¹, Εμμανουήλ Παπαδάκης¹,
Αγγελική Καρπιδάκη¹, Ιωάννης Κλαδούρης¹,
Ιωάννης Κυριαζής²

¹ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο ΚΑΤ

² Διαβητολογικό Ιατρείο, Γενικό Νοσοκομείο ΚΑΤ

ΠΑ11 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΟΥ ΣΤΗΝ ΤΕΛΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

Αναστάσιος Κουτσοβασίλης, Βασιλική Χατζηβασίλογλου,
Αλεξάνδρα Κυριακοπούλου, Αικατερίνη Κατσαβριά,
Όλγα Οικονόμου, Αλεξάνδρα Γκουγκούτση,
Αλέξης Σωτηρόπουλος

Γ' Παθολογική Κλινική - Διαβητολογικό Κέντρο,

ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

09.00 - 09.45 **Βραχείες Θεματικές Διαλέξεις - UpToDate**

Προεδρείο: **Σ. Ευσταθίου, Ε. Σκληρός**

Ενδοκρινικοί διαταράκτες - **Γ. Μαστοράκος**

Ατμοσφαιρική ρύπανση - **Δ. Βλάχος**

Σχολιασμός (2'): **Α. Μαρκοπούλου, Β. Τριάντη**



09.45 - 10.30 **“Debate”: Μεταβάλλει η έναρξη υπολιπιδαιμικής αγωγής με στατίνη την εξέλιξη του σακχαρώδη διαβήτη;**

Προεδρείο: **Χ. Μηδιώνης, Α. Λαναράς**

ΝΑΙ - Ε. Λυμπερόπουλος

ΟΧΙ - Α. Κουτσοβασίλης

Σχολιασμός (2'): **Χ. Καπερνόπουλος, Α. Μπουρδάκης**

10.30 - 11.00 **Διάλεξη «Γαληνός»**

Προεδρείο: **Ε. Χατζηναγγελάκη**

Επώδυνη και ανώδυνη διαβητική νευροπάθεια:

μία ή δύο ασθένειες; - **Ν. Τεντολούρης**

11.00 - 11.30 **Θεματική Διάλεξη Ειδικού**

Προεδρείο: **Ι. Κυριαζής**

Αναδυόμενες μυκητικές λοιμώξεις στο Νοσοκομείο -

Γ. Δημόπουλος

11.30 - 11.45 **Διάλειμμα - E-poster**

Προεδρείο: **Χ. Καπερνόπουλος, Μ. Μπριστιάνου, Β. Τριάντη**

ΑΑ09 ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΜΕΝΗ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗ ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΚΗ
ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ

Βασίλειος Βασιλακόπουλος, Ροδίτης Παύλος, Σοφία Θεοδωρίδου,
Χρήστος Τσουμής, Γεώργιος Παπαγόρας, Ελεωνόρα Κυπριτίδου,
Στυλιανός Λαμπρόπουλος.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης

ΑΑ10 ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ
SGLT2 ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΚΑΙ GLP1 ΑΝΑΛΟΓΩΝ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ
ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΕΝΟΣ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΙ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Γιάννης Κουτσονασσιός¹, Γεωργία Φίλη², Σταμάτης Παπαδάτος³,
Δέσποινα Μπουρδάκη⁴, **Αδαμάντιος Μπουρδάκης³**

¹ Κέντρο Υγείας Πύλης Τρικάλων.

² Κέντρο Υγείας Δελβινάκιου Ιωαννίνων.

³ Διαβητολογικό Ιατρείο Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

⁴ Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας-Λάρισα



AA11 ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Αναστάσιος Κουτσοβασίλης, Αλεξάνδρα Κυριακοπούλου, Βασιλική Χατζηβασιλόγλου, Μαρία Παππά, Όλγα Οικονόμου, Βασίλης Κορδίνας, Αλέξης Σωτηρόπουλος
Γ' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

11.45 - 13.00 **Στρογγυλό Τραπέζι: Η διαστρωμάτωση του καρδιαγγειακού κινδύνου από τα λιπίδια**

Προεδρείο: **Γ. Κουδούνης**, **Ε. Λυμπερόπουλος**, **Χ. Μηλιώνης**
Αρκεί η LDL; - **Μ. Ελυσάφ**
Non-HDL, ApoB: Πότε χρησιμοποιούνται; - **Β. Τσιμικόδημος**
Lp(a): Γιατί και σε ποιους πρέπει να μετρηθεί - **Α. Τσελέπης**

13.00 - 13.30 **Δορυφορική Διάλεξη SANOFI** σελ. 23

13.30 - 14.00 **Δορυφορική Διάλεξη ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε.** σελ. 23

14.00 - 14.45 **Διαλέξεις [Online Video] - UpToDate**

Προεδρείο: **Ε. Καλαφάτης**, **Κ. Κοροβέσης**
Στοχεύοντας τους μηχανισμούς που συνδέουν τη ΧΑΠ με το σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 - **Φ. Π. Τατάκης**
Καρδιολογικά φάρμακα και οστικός μεταβολισμός - **Φάρμακα οστεοπόρωσης και καρδιαγγειακός κίνδυνος** - **Μ. Μακρή**

14.45 - 15.15 **Διάλεξη [Online Video] - Διαιτητικές Παρεμβάσεις στον ΣΔτ2**

Προεδρείο: **Σ. Λιάτης**
Η κετογονική δίαιτα στο ΣΔτ2: Αποτελεί μία ασφαλή επιλογή διαιτητικής παρέμβασης; - **Χ. Δημοσθενόπουλος**

15.15 - 16.30 **Διαλέξεις [Online Video] - UpToDate - Clinical Practice**

Προεδρείο: **Ι. Κυριαζής**
Ασθενής με Οξύ Ισχαιμικό ΑΕΕ και μεταλλική βαλβίδα υπό βαρφαρίνη - **Σ. Ευσταθίου**, **Π. Στουγιάννος**



16.30 - 17.00	Διάλεξη [Online Video] - UpToDate	
	Προεδρείο: Γ. Μαστοράκος Η Βιταμίνη D και το ανοσοποιητικό σύστημα - νεότερα αναφορικά με την δράση της στην covid-19 - Δ. Κιόρτσας	
17.00 - 17.15	Προφορικές Ανακοινώσεις: Παρουσίαση καλύτερης προφορικής ανακοίνωσης	
	Προεδρείο: Α. Αθαβέρας Σχολιασμός: Α. Μπουρδάκης	
ΠΑ12	Η ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΚΑΙ Η ΕΚΤΑΣΗ ΤΗΣ ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΟΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1 Γεώργιος Καραμανάκος¹ , Αικατερίνη Μπαρμπαγιάννη ¹ , Αικατερίνη Κουντούρη ² , Βάϊα Λαμπαδιάρη ² , Σταύρος Λιάτης ¹ ¹ Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό κέντρο, ΓΝΑ Λαϊκό, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα ² Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Μονάδα Έρευνας και Διαβητολογικό Κέντρο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Ιατρική Σχολή Αθηνών, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα	
17.15 - 17.45	Διάλεξη Φιλοξενούμενης Ιατρικής Εταιρείας: ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ	
	Προεδρείο: Ε. Καπάντας Φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας: Έχει κάποιο ουσιαστικό ρόλο τελικά; - Γ. Βαλσαμάκης	
17.45 - 18.15	Διάλεξη	
	Προεδρείο: Ι. Ιωαννίδης Το φαινόμενο της μεταβολικής μνήμης στον σακχαρώδη διαβήτη - Σ. Λιάτης	
18.15 - 18.45	Δορυφορική Διάλεξη ROCHE	σελ. 23
18.45 - 19.15	Δορυφορική Διάλεξη PFIZER	σελ. 23
19.15 - 19.45	Δορυφορική Διάλεξη BOEHRINGER INGELHEIM	σελ. 23



19.45 - 20.00 **Διάλειμμα - E-poster**

Προεδρείο: **Κ. Πολύζος, Ε. Καλαφάτης**

AA12 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΥΠΟΣΙΤΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Αμαλία Τσαγκάρη¹, **Αθανάσιος Δρόσος**², Σοφία Τσίτσου¹,
Σοφία Σιβετίδου³, Μπακάτη Σταυρούλα⁴,
Δημήτρης Ορφανίδης⁴, Νεκταρία Μακριλιά²,
Αικατερίνη Κοτρώνη³, Ιωάννης Κυριαζής²

¹ Τμήμα Κλινικής Διατροφής, Γενικό Νοσοκομείο ΚΑΤ

² Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο ΚΑΤ

³ Τμήμα Ιατρικής Φυσικής Αποκατάστασης, Γενικό Νοσοκομείο ΚΑΤ

⁴ Τμήμα Εργοθεραπείας, Γενικό Νοσοκομείο ΚΑΤ

AA13 ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΣΕ ΕΠΑΡΧΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: ΠΟΛΥΤΕΛΕΙΑ Ή ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ;

Χρυσάνθος Μπιλιαρδής, Σταύρος Κορμάς, Νικόλαος Γραμμόζης,
Ιωάννα Κοτσομύτη

Αιμοδυναμικό Εργαστήριο Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας

20.00 - 20.30 **Δορυφορική Διάλεξη VIATRIS**

σελ. 23

20.30 - 21.00 **Διακεκριμένη Διάλεξη**

Προεδρείο: **Ι. Ιωαννίδης**

Κρυπτογενές αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

Ο ρόλος του Καρδιολόγου - **Κ. Τσιούφης**

21.00 - 21.30 **Θεματική Διάλεξη Ειδικού**

Προεδρείο: **Γ. Μπριστογιάννης**

Νεφροτοξικότητα των σκιαγραφικών: Πόσο κλινικά σημαντική
είναι και πως μπορεί να αποφευχθεί; - **Δ. Βλαχάκος**

21.30 - 22.00 **Διάλεξη Λήξης**

Προεδρείο: **Ι. Κυριαζής**

Στεφανιαία νόσος απουσία παραδοσιακών παραγόντων κινδύνου -
Π. Νταβλούρος

22.00 **Δείπνο**



ΣΑΒΒΑΤΟ 3/09/2022 09:00 - 10:15 (Αίθουσα Β')

Breakfast with the Obesity Experts - Στοχεύοντας στη μακροχρόνια και αποτελεσματική διαχείριση του ασθενή με παχυσαρκία

Α.Κόκκινος, Γ. Αργυρακοπούλου

Agenda

- Οι προκλήσεις στην κλινική πράξη όταν διαχειρίζομαι ασθενείς με παχυσαρκία
- Case studies

Κλινική προσέγγιση ασθενή με ιστορικό απώλειας και επανάκτησης του σωματικού του βάρους (περιστατικό που απέτυχε να διατηρήσει το απωλεσθέν βάρος με διατροφή και άσκηση - προσθήκη φαρμακοθεραπείας)

Η διαχείριση ασθενή με παχυσαρκία και συνοδά νοσήματα (περιστατικό ασθενή με προδιαβήτη)

Κλινική προσέγγιση ασθενή με παχυσαρκία που δεν ανταποκρίνεται στη φαρμακοθεραπεία (περιστατικό non-responder που παραπέμφθηκε σε βαριατρικό χειρουργείο)



ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΕΣ/ΚΑ ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ - ΣΥΜΠΟΣΙΑ

ΠΕΜΠΤΗ 1/9/2022

21.00 - 21.30

Δορυφορική Διάλεξη LIBYTEC



Προεδρείο: **Σ. Παππάς**

Εικοσιπενταενοικό οξύ (ΕΡΑ): Σύγχρονη θεραπευτική
προσέγγιση καρδιαγγειακών παθήσεων. Νεότερα δεδομένα -
Α. Κουτσοβασίλης



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 2/9/2022

13.00 - 14.00

Δορυφορικό Συμπόσιο ASTRA ZENECA

AstraZeneca 

Εξατομικεύοντας τη θεραπεία του ΣΔτ2 με SGLT2i βάση
θεραπευτικών ενδείξεων

Προεδρείο: **Ι. Κυριαζής**

Μείωση της γλυκοζυλιωμένης μόνο ή ολιστική θεραπεία
του ασθενή με ΣΔτ2; - **Π. Χαλβατσιώτης**

Η νέα θεραπεία σε ασθενείς με ΧΝΝ με ή χωρίς ΣΔτ2 -

Α. Κόκκινος

18.45 - 19.15

Δορυφορική Διάλεξη SANOFI

sanofi

Νεότερες εξελίξεις και δεδομένα στη διαχείριση
του γλυκαιμικού ελέγχου. Ο ρόλος της ινσουλινοθεραπείας
μέσα από την οπτική των εξελίξεων στην κλινική έρευνα.

Προεδρείο / Εισαγωγή: **Σ. Λιάτης**

Ομιλήτρια: **Θ. Στρατηγού**

19.30 - 20.00

Δορυφορική Διάλεξη ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ LILLY A.E.B.E.



Ντουλαγλουτίδη: Προσφέροντας στον ασθενή τα οφέλη
που χρειάζεται με τον τρόπο που επιθυμεί

Προεδρείο: **Ι. Κυριαζής**

Ομιλήτρια: **Μ. Μπριστιάνου**

20.00 - 20.45

Δορυφορικό Συμπόσιο MSD - VIANEX



&



Προεδρείο: **Ε. Λυμπερόπουλος**

Η ασθενοκεντρική προσέγγιση των ασθενών με ΣΔτ2 ως οδηγός
της βέλτιστης γλυκαιμικής ρύθμισης - **Ε. Λυμπερόπουλος**

15 χρόνια Κλινικής εμπειρίας και Επιστημονικών δεδομένων με
την Σιταγλιπτίνη σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2.

Συζήτηση κλινικών περιστατικών - **Κ. Μακρυλάκης**



ΣΑΒΒΑΤΟ 3/9/2022

13.00 - 13.30	Δορυφορική Διάλεξη SANOFI	
	Η σύγχρονη διαχείριση της Δυσλιπιδαιμίας σε ασθενείς υψηλού κινδύνου Προεδρείο / Εισαγωγή: Ν. Τεντολούρης Ομιλητής: Ε. Λυμπερόπουλος	
13.30 - 14.00	Δορυφορική Διάλεξη ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε.	
	Ultra Rapid Lispro: Εξατομικεύοντας την ινσουλινοθεραπεία για καλύτερο γλυκαιμικό έλεγχο Πρόεδρος: Ι. Ντούπης Ομιλήτρια: Γ. Αργυρακοπούλου	
18.15 - 18.45	Δορυφορική Διάλεξη ROCHE	
	Προεδρείο: Ν. Τεντολούρης Το NT-proBNP στην αξιολόγηση του καρδιαγγειακού κινδύνου σε ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 - Μ. Μπόνου	
18.45 - 19.15	Δορυφορική Διάλεξη PFIZER	
	Προεδρείο: Ι. Κυριαζής Η σημασία της πρόληψης της πνευμονιοκοκκικής νόσου σε άτομα με καρδιομεταβολικά νοσήματα: Παρόν και μέλλον στον αντιπνευμονιοκοκκικό εμβολιασμό - Μ. Λελέκης	
19.15 - 19.45	Δορυφορική Διάλεξη BOEHRINGER INGELHEIM	
	Προεδρείο: Ε. Χατζηαγγελάκη Αναλύοντας τα σύγχρονα βήματα της θεραπευτικής διαχείρισης των ασθενών με Δτ2. Από την ανάλυση του προφίλ του ασθενή, έως την επίτευξη της ευγλυκαιμίας και την προστασία οργάνων. - Ι. Ιωαννίδης	
20.00 - 20.30	Δορυφορική Διάλεξη VIATRIS	
	Προεδρείο: Ι. Κυριαζής Βέλτιστη αντιμετώπιση της δυσλιπιδαιμίας στον διαβητικό ασθενή - Β. Τσιμικόδημος	



ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

ΑΛΑΒΕΡΑΣ ΑΝΤΩΝΙΟΣ	Παθολόγος, τ. Διευθυντής Παθολογίας, Α' Παθολογικής Κλινικής, Κοργιαλένειο Μπένάκειο Γ.Ν.Α. Ε.Ε.Σ.
ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ ΝΙΚΟΛΕΤΑ	Παθολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Καλαμάτας
ΑΡΓΥΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ	MD, MSc, PhD, Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Διευθύντρια Διαβητολογικής Μονάδας και Ιατρείου Παχυσαρκίας Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, National scope Fellow
ΒΑΣΑΜΑΚΗΣ Δ. ΓΕΩΡΓΙΟΣ	Επίκουρος Καθηγητής Ενδοκρινολογίας, European scope Fellow Obesity, Visiting Associate Professor Warwick, Medical School, UK
ΒΛΑΧΑΚΟΣ ΔΗΜΗΤΡΗΣ	M.D., Ph.D., Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας - Νεφρολογίας Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ Επιστημονικός Σύμβουλος Νεφρολογίας - Υπέρτασης Ομίλος Βιοϊατρικής
ΒΛΑΧΟΣ ΔΙΟΝΥΣΗΣ	General Physician, Clinical Nutrition UOA, Medical Director PureAirLab & Eurodiet Med
ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΙΩΑΝΝΑ	Διευθύντρια, Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Καλαμάτας
ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	MD, PhD, FCCP, FECMM, Καθηγητής Πνευμονολογίας-Εντατικής Θεραπείας, Διευθυντής Γ' Κλινικής Εντατικής Θεραπείας, Ευγενίδειο Θεραπευτήριο
ΔΡΟΣΟΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ	Επικουρικός Ιατρός, Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»
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, Παθολόγος, Διευθυντής Κέντρου Καρδιαγγειακής Προστασίας ΤΥΠΕΤ
ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ	Δρ., Παθολόγος με εξειδίκευση στον Διαβήτη, Αντιπρόεδρος Δ.Σ. Ε.Δ.Ε. (Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία)



ΚΑΪΑΦΑ ΓΕΩΡΓΙΑ

Αναπλ. Καθηγήτρια Αιματολογίας & Θρομβοεμβολικών Παθήσεων Α.Π.Θ.,
Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ.,
Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ,
Θεσσαλονίκη

ΚΑΛΑΦΑΤΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ

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

ΚΑΠΑΝΤΑΗΣ ΕΥΘΥΜΙΟΣ

Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη
Διαβήτη, SCOPE National Fellow,
Διευθυντής Τμήματος Διαβήτη -
Παχυσαρκίας - Μεταβολισμού,
Ιδιωτικό Νοσοκομείο METROPOLITAN

ΚΑΠΕΡΝΟΠΟΥΛΟΣ ΧΑΡΗΣ

Παθολόγος μετεκπαιδευθείς στον Σακχαρώδη
Διαβήτη

ΚΑΨΙΑ ΕΛΕΝΗ

Επιμελήτρια Β' Νεφρολογίας,
Κλινική Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης
Νεφρού, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ,
Γ.Ν. Αθηνών «ΛΑΪΚΟ»

ΚΙΟΡΤΣΗΣ ΔΗΜΗΤΡΗΣ

Ενδοκρινολόγος Καθηγητής Ιατρικής Σχολής
Παν/μίου Ιωαννίνων

ΚΟΚΚΙΝΟΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ

Καθηγητής Παθολογίας, Α' Προπαιδευτική
Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.
& Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα

ΚΟΡΟΒΕΣΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Ειδικός Παθολογος με Εξειδίκευση
στις Λοιμώξεις, Διευθυντής Παθολογικής
Κλινικής & Ειδικής Μονάδας Covid,
Γ.Ν. Κορίνθου

ΚΟΣΜΟΠΟΥΛΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ

Διευθύντρια Καρδιολογικής Κλινικής
Γ.Ν. Καλαμάτας

ΚΟΥΔΟΥΝΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής
Γ.Ν. Μεσσηνίας

ΚΟΥΤΣΟΒΑΣΙΛΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ

MD, MSc, PhD, Παθολόγος - Διαβητολόγος,
Επιμελητής Α', Υπεύθυνος Ιατρείου Σακχαρώδη
Διαβήτη τύπου 1 & Διαβήτη κύησης, Υπεύθυνος
Ιατρείου Λιπιδίων, Γ' Παθολογική Κλινική
& Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. Νίκαιας - Πειραιά
«ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»



ΚΥΡΙΑΖΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

MD, PhD, FNSCOPE, Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής & Επιστ. Υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου και Ιατρείου Παχυσαρκίας Γ.Ν. Αττικής «Κ.Α.Τ.», Πρόεδρος Δ.Σ. Εταιρείας Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου για Αγγειακά Νοσήματα (Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν.), Γραμματέας Δ.Σ Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος (Ε.Π.Ε.)

ΛΑΝΑΡΑΣ ΛΕΩΝΙΔΑΣ

Παθολόγος - Διαβητολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Παθολογικής κλινικής και Υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου Γ.Ν. Λαμίας, Πρόεδρος Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας Παχυσαρκίας (ΕΙΕΠ), Αντιπρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας (ΕΕΕΠ)

ΛΕΛΕΚΗΣ ΜΩΥΣΗΣ

Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, επιστημονικός συνεργάτης Γ' Ορθοπαιδικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν. Αττικής «ΚΑΤ»

ΛΙΑΤΗΣ ΣΤΑΥΡΟΣ

Παθολόγος - Διαβητολόγος, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ»

ΛΥΜΠΕΡΟΠΟΥΛΟΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ

Καθηγητής Παθολογίας - Μεταβολικών Νοσημάτων, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών - Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ»

ΜΑΚΑΡΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ ΛΕΑΝΔΡΟΣ

Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Καλαμάτας

ΜΑΚΡΗ ΜΑΡΙΑ

Ιατρός Ενδοκρινολόγος, Επιμελήτρια Β' ΕΣΥ, Κέντρο Υγείας Ηλίουπολης, 1η ΥΠΕ

ΜΑΚΡΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

PhD, EurSpLM, FACB, Βιολόγος, Διευθυντής Βιοχημικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»

ΜΑΚΡΥΤΙΑΝΝΗΣ ΣΤΑΜΑΤΗΣ

MD, PhD, FESC, Επεμβατικός Καρδιολόγος, Επιμελητής Α' Καρδιολογικής Κλινικής, Δ.Θ.Κ.Α «ΥΓΕΙΑ»

ΜΑΚΡΥΛΑΚΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Καθηγητής Παθολογίας-Μεταβολικών Νοσημάτων, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Α' Προπ. Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ»



ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ	Διευθύντρια, Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Καλαμάτας
ΜΑΣΤΟΡΑΚΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	Καθηγητής Ενδοκρινολογίας, Μονάδα Ενδοκρινολογίας, Σακχαρώδη Διαβήτη & Μεταβολισμού, ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ
ΜΕΡΚΟΥΡΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ	Καρδιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ»
ΜΗΛΙΩΝΗΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ	Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Παν/μίου Ιωαννίνων, Διευθυντής Α' Παθολογικής Κλινικής, Παν/μιακό Γ.Ν. Ιωαννίνων
ΜΠΟΛΕΤΗΣ Ν. ΙΩΑΝΝΗΣ	Καθηγητής Παθολογίας - Νεφρολογίας, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α, Γ.Ν.Α «ΛΑΪΚΟ»
ΜΠΟΝΟΥ ΜΑΡΙΑ	Διευθύντρια, Καρδιολογικό τμήμα, Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ», Υπεύθυνη Ιατρείου Καρδιακής Ανεπάρκειας
ΜΠΟΥΡΔΑΚΗΣ ΑΔΑΜΑΝΤΙΟΣ	MD, PhD, 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
ΜΠΡΙΣΤΙΑΝΟΥ ΜΑΓΔΑΛΗΝΗ	MD PhD Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διδάκτωρ, Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Υπεύθυνη Ιατρείου Διαβητικού Ποδιού, Διευθύντρια Παθολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Λαμίας
ΜΠΡΙΣΤΟΓΙΑΝΝΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	Ιατρός Νεφρολόγος, Επιστημονικός Διευθυντής Μονάδας Χρόνιας Αιμοκάθαρσης Μεσόγειος Μεσσηνίας, τ. Συντονιστής Διευθυντής Νεφρολογικού Τμήματος & Μονάδας Τεχνητού Νεφρού Νοσοκομείου Καλαμάτας
ΝΤΑΒΛΟΥΡΟΣ ΠΕΡΙΚΛΗΣ	Καθηγητής Καρδιολογίας - Διευθυντής Καρδιολογικού Τμήματος Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών
ΝΤΟΥΠΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ	Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθυντής Ναυτικού Νοσοκομείου Σαλαμίνας και Υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου, Μέλος Δ.Σ. Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν.



ΞΥΔΙΑ ΝΙΚΟΛΕΤΤΑ

Παθολόγος, Διευθύντρια Β' Παθολογικής
Κλινικής, Γ.Ν. Μεσσηνίας

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 ΟΕΝΓΕ

ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

Επεμβατικός Καρδιολόγος, Επιμελητής Β',
Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»

ΠΑΠΑΠΕΤΡΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ

Αγγειοχειρουργός, Επιμ. Β' Αγγειοχειρουργικής
Κλινικής, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»

ΠΑΠΠΑΣ ΣΤΑΥΡΟΣ

Παθολόγος - Διαβητολόγος, Πρόεδρος Ινστιτούτου
Μελέτης Έρευνας και Εκπαίδευσης για το
Σακχαρώδη Διαβήτη και τα Μεταβολικά Νοσήματα

ΠΑΤΣΟΥΡΑΚΟΣ Γ. ΝΙΚΟΛΑΟΣ

MD, MSc, FESC Επεμβατικός Καρδιολόγος -
Εντατικολόγος, Επιμελητής Α', Τζάνειο Γενικό
Νοσοκομείο Πειραιά, Ταμίας Δ.Σ. Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν.
Καρδιολόγος, Clinical Hypertension Specialist
ESH, Ass. Prof. George Washington University
Washington DC USA, Ιατρός ειδικού σώματος
επιτροπών αναπηρίας ΚΕΠΑ, Μέλος Επιτροπής
Φαρμακοεπαγρύπνησης ΕΟΦ, Διευθυντής Ια-
τρικού Κέντρου MEDITON, Υπερτασικό Ιατρείο
Metropolitan General, Υπερτασικό Ιατρείο
Καρδιολογική Κλινική Ασκληπιείο Βούλας
Παθολόγος, Επιμελητής Β', Παθολογική Κλινική,
Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»

ΠΟΛΥΖΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

ΠΡΑΣΟΠΟΥΛΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

MD, Πυρηνικός Ιατρός, Διευθυντής Πυρηνικής
Ιατρικής Διαγνωστικού Κέντρου Παπανδρέου
Καθηγητής Παθολογίας Α.Π.Θ., Διευθυντής Α'
Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής Μονάδας
Αυξημένης Φροντίδας (Stroke Unit),
Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ

ΣΚΛΗΡΟΣ ΕΥΣΤΑΘΙΟΣ

Δρ Γενικής Ιατρικής, Διευθυντής ΚΥ Νεμέας,
Πρόεδρος ΕΕΕΕΠ

ΣΤΟΥΤΙΑΝΝΟΣ ΠΑΥΛΟΣ

Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ,
Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Η ΕΛΠΙΣ»



ΣΤΡΑΤΗΓΟΥ ΘΕΟΔΩΡΑ

Bs, MD, PhD, Ενδοκρινολόγος, Επιμελήτρια Α'.
Ενδοκρινολογικό Τμήμα και Διαβητολογικό
Κέντρο, Ευρωπαϊκό και Εθνικό Κέντρο
Εμπειρογνωμοσύνης Σπάνιων Ενδοκρινολογικών
Νοσημάτων, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός - Πολυκλινική»

ΣΦΗΚΑΣ ΣΤΑΥΡΟΣ

Διευθυντής, Β' Παθολογική Κλινική,
Γ.Ν. Καλαμάτας

ΣΩΤΗΡΟΠΟΥΛΟΣ ΑΛΕΞΗΣ

MD, PhD, Παθολόγος-Διαβητολόγος & Γενικός
Ιατρός, Δ/ντής Γ' Παθολογικού Τμήματος &
Διαβητολογικού Κέντρου Γ.Ν. Νίκαιας - Πειραιά

ΤΕΝΤΟΛΟΥΡΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Παν/ου Αθηνών,
Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Ειδική
Νοσολογία, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου,
Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ»

ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Καθηγητής Καρδιολογίας, Α' Καρδιολογική
Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΤΡΙΑΝΤΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

Ενδοκρινολόγος Διαβητολόγος Ιατρός
Μεταβολισμού, MD, MSc, PhDc,
Υποψήφια Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών

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)

ΤΣΙΜΙΧΟΔΗΜΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας, Τμήμα
Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας,
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»,
Συνεργάτης Διαβητολογικού Ιατρείου και
Ιατρείου Παχυσαρκίας Γ.Ν. Αττικής «Κ.Α.Τ.»

ΧΑΛΒΑΤΣΙΩΤΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας ΕΚΠΑ,
Πρόεδρος Δ.Σ. Γ.Ν.Α. «Η ΕΛΠΙΣ»

ΧΑΤΖΗΑΓΓΕΛΑΚΗ ΕΡΥΦΙΛΗ

Καθηγήτρια Παθολογίας - Μεταβολικών
Νοσημάτων, Β' Προπ. Παθολογική Κλινική,
Μονάδα Έρευνας & Διαβητολογικό Κέντρο,
Πανεπιστημιακό Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ»,
Πρόεδρος Επιτροπής Διαβήτη ΚΕΣΥ

APROVEL™
(ιρβεσαρτάνη)

CO APROVEL™
(ιρβεσαρτάνη / υδροχλωροθειαζίδη)



75 mg

150 mg

300 mg



150 mg/12,5 mg

300 mg/12,5 mg

300 mg/25 mg

Συσκευασία			Λιανική Τιμή
APROVEL	F.C.TABS 75 MG/TAB	BT x 28	6,83
APROVEL	F.C.TABS 150 MG/TAB	BT x 28	7,17
APROVEL	F.C.TABS 300 MG/TAB	BT x 28	9,46
CO APROVEL	F.C.TABS (150+12,5) MG/TAB	BT x 28	7,35
CO APROVEL	F.C.TABS (300+12,5) MG/TAB	BT x 28	8,73
CO APROVEL	F.C.TABS (300+25) MG/TAB	BT x 28	9,00

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

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευτείτε τις ΠΧΠ τις οποίες μπορείτε να ζητήσετε από την εταιρία στο τηλ. 210 9001600 ή στο medicalinformation.greece@sanofi.com. Για περισσότερες πληροφορίες ή τυχόν αναφορά Ανεπιθύμητων Ενεργειών παρακαλούμε επικοινωνήστε με: ΙΑΤΡΙΚΗ & ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ, ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ, Τηλ. 210 9001 600, medicalinformation.greece@sanofi.com.

Τρόπος διάθεσης: Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή.

sanofi

Sanofi-aventis A.E.B.E. Αθήνα: Λεωφ. Συγγρού 348, Κτίριο Α', 176 74 Καλλιθέα,
Τηλ.: 210 90 01 600, Fax: 210 92 49 129, www.sanofi.gr

Τα άτομα με παχυσαρκία έχουν τη θέληση.
Εσείς μπορείτε να τους προσφέρετε τον τρόπο.

Saxenda®

liraglutide injection



Ο μοναδικός αγωνιστής του υποδοχέα του GLP-1 εγκεκριμένος από τον EMA για τη διαχείριση του σωματικού βάρους σε ενήλικες και εφήβους 12 ετών και άνω.*^{1,2}

ΠΡΟΦΙΛ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΣΟΦΙΑ
Ηλικία: 36 ετών
ΔΜΣ: 33

*Ενήλικες με αρχικό ΔΜΣ $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (παχυσαρκία) ή $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ έως $< 30 \text{ kg/m}^2$ (υπέρβαρος) παρούσα τουλάχιστον μία συννοσηρή πάθηση σχετιζόμενη με το βάρος.
Εφήβους 12 ετών και άνω με παχυσαρκία (ΔΜΣ που αντιστοιχεί σε $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ για ενήλικες με βάση τη διεθνή μέτρηση βάρους άνω των 60 kg).

ΔΜΣ: Δείκτης Μάζας Σώματος.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ Saxenda 6 mg/ml ενέσιμο διάλυμα σε προγεωμενη συσκευή τύπου πένος **ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ** 1 ml διαλύματος περιέχει 6 mg liraglutide. Μία προγεωμενη συσκευή τύπου πένος περιέχει 18 mg liraglutide σε 3 ml. "ανάλογη της ανθρώπινης ορμόνης γλυκαγόνο-ινσουλίνη 1 (GLP-1)" που παρασκευάζεται με χρήση της τεχνολογίας ανασυνδυασμένου DNA σε *Saccharomyces cerevisiae*. **Θεραπευτικές ενδείξεις** Ενδείκνυται το Saxenda ενδείκνυται για χρήση ως συμπληρωματική αγωγή σε μια δίαιτα χαμηλών θερμίδων και σε αυξημένη σωματική δραστηριότητα για τη διαχείριση του βάρους σε ενήλικες ασθενείς με αρχικό δείκτη μάζας σώματος (BMI) $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (παχυσαρκία) ή $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ έως $< 30 \text{ kg/m}^2$ (υπέρβαρος) παρούσα τουλάχιστον μία συννοσηρή πάθηση σχετιζόμενη με το βάρος, όπως π.χ. δυσλιπιδαιμία, προδιαβήτης ή σακχαρώδη διαβήτης τύπου 2, υπέρταση, δυσλιπιδαιμία ή απορροφαική απώστια υπου, Έμφραξη (≥12 ετών). Το Saxenda μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως συμπληρωματική αγωγή σε μια υγιεινή διατροφή και αυξημένη σωματική δραστηριότητα με σκοπό τη διαχείριση του βάρους σε εφήβους ασθενείς από την ηλικία των 12 ετών και άνω με: - παχυσαρκία (BMI που αντιστοιχεί σε $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ για ενήλικες με βάση τη διεθνή μέτρηση βάρους) και - σωματικό βάρος άνω των 60 kg. **Δοσολογία και τρόπος χορήγησης** Δοσολογία Ενήλικες Η αρχική δόση είναι 0,6 mg από τις ημερήσιες. Η δόση θα πρέπει να αυξηθεί στα 3,0 mg από τις ημερήσιες, σε πολλαπλάσια των 0,6 mg, ανά διαστήματα τουλάχιστον μία εβδομάδα προκειμένου να βελτιωθεί η γαστρεντερική ανεκτικότητα. Εάν δεν γίνει ανεκτή η κλίμακωση στο επόμενο δοσολογικό βήμα επί δύο διαδοχικές εβδομάδες, εξετάστε το ενδεχόμενο διακομής της θεραπείας. Ημερήσιες δόσεις μεγαλύτερες των 3,0 mg δε συνιστώνται. Εμφραξη (≥12 ετών): Για εφήβους από την ηλικία των 12 έως κάτω των 18 ετών θα πρέπει να εφαρμόζεται παρόμοιο χρονοδιάγραμμα κλιμακώσεως των δόσεων με αυτό των ενηλίκων. Η δόση θα πρέπει να αυξάνεται μέχρι να επιτευχθεί η δόση των 3,0 mg (δόση συντήρησης) ή η μέγιστη ανεκτή δόση. δε συνιστώνται ημερήσιες δόσεις μεγαλύτερες των 3,0 mg. **Τρόπος χορήγησης** Το Saxenda προορίζεται μόνο για υποδόρια χρήση. Δεν πρέπει να χορηγείται ενδοφθάλμια ή ενδομυϊκή. Το Saxenda χορηγείται μία φορά ημερησίως, οποιαδήποτε στιγμή της ημέρας ανεξάρτητα από το γεύμα. Μπορεί να ενέχεται στην κοιλία, στον μηρό ή στον ώμο ή στην πλάτη. Η θέση και η ώρα της ένεσης μπορούν να αλλάξουν χωρίς προσαρμογή της δόσης. Εν τούτοις, είναι προτιμότερο το Saxenda να ενέχεται περίπου την ίδια στιγμή της ημέρας, όταν είναι ευχερέστερη η βολικότητα σύλληψης της βελόνας. **Αντενδείξεις** Υπερευαίσθηση στη liraglutide ή σε κάποιο από τα έκδοχα. **Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση** Ιζηματοποίηση Προκειμένου να βελτιωθεί η εφελκυστικότητα των βιολογικών φαρμακευτικών προϊόντων, το όνομα και ο αριθμός παρτίδας του χορηγούμενου φαρμάκου πρέπει να καταγράφεται με σφύρα. **Ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια** Δεν υπάρχει κλινική εμπειρία σε ασθενείς με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια κατηγορίας IV, σύμφωνα με την ταξινόμηση κατά New York Heart Association (NYHA), επομένως η liraglutide δε συνιστάται να χρησιμοποιείται σε αυτούς τους ασθενείς. **Είδος** Είδος Η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα της liraglutide για τη διαχείριση του βάρους δεν έχουν τεκμηριωθεί σε ασθενείς ηλικίας 75 ετών ή μεγαλύτερης, που βρίσκονται σε θεραπεία με άλλα προϊόντα για τη διαχείριση του βάρους, με παχυσαρκία δευτερογενή σε ενδοκρινολογικές ή διατροφικές διαταραχές ή σε αγωγή με φαρμακευτικά προϊόντα που μπορεί να προκαλέσουν αύξηση του σωματικού βάρους, με σοβαρή νεφρική δυσλειτουργία, με σοβαρή πρακτική δυσλειτουργία. Η χρήση σε αυτούς τους ασθενείς δε συνιστάται. **Καθώς η liraglutide δε δρα ως αντανάκλαση για τη διαχείριση του βάρους σε ασθενείς με ήπια ή μέτρια πρηνή δυσλειτουργία, θα πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή σε αυτούς τους ασθενείς. Υπάρχει περιορισμένη εμπειρία σε ασθενείς με φλεγμονώδη εντερικά νόσα και διαβητική γαστροπάρεση. Η χρήση της liraglutide δε συνιστάται σε αυτούς τους ασθενείς καθώς αναμένεται με παρόμοιες ανεπιθύμητες ενέργειες του γαστρεντερικού συστήματος συμπεριλαμβανομένων ναυτίας, εμέτου και διάρροιας. [Παραρτίδιο 4] Έχει παρατηρηθεί οξεία παγκρεατίτιδα κατά τη χρήση σωματικών υποδοχών GLP-1. Οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνονται για τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της οξείας παγκρεατίτιδας. Εάν υπάρχει υποψία παγκρεατίτιδας, η liraglutide θα πρέπει να διακοπεί. Εάν επιβεβαιωθεί η οξεία παγκρεατίτιδα, η liraglutide δε θα πρέπει να χρησιμοποιείται έναντι. **Χοληδόχολη και χολοκυστίτις** Σε κλινικές δοκιμές για τη διαχείριση του βάρους, παρατηρήθηκε υψηλότερο ποσοστό περιστατικών χοληδόχολη και χολοκυστίτιδας σε ασθενείς υπό θεραπεία με liraglutide απ' ό,τι σε ασθενείς υπό εικονικό φάρμακο. Το γεγονός ότι η σημαντική μείωση του σωματικού βάρους μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο χοληδόχολη και άρα χολοκυστίτιδας, ερμηνεύει εν μέρει μόνο το υψηλότερο ποσοστό τέτοιων περιστατικών με τη liraglutide. Η χοληδόχολη και η χολοκυστίτις μπορούν να οδηγήσουν σε νοσηλεία και χολοκυστίτις. Οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνονται για τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της χοληδόχολη και της χολοκυστίτιδας. **Θυροειδοπάθεια** Σε κλινικές δοκιμές για τη διαχείριση τύπου 2, αναφέρθηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες στον θυροειδή αδέν, όπως βρογχίτις, κίβας σε ασθενείς με προϋπάρχουσα θυροειδοπάθεια. Επομένως, η liraglutide θα πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή σε ασθενείς με θυροειδοπάθεια. **Καρδιακή συχνότητα** Παρατηρήθηκε μια αύξηση**

στην καρδιακή συχνότητα με τη liraglutide σε κλινικές δοκιμές. Η καρδιακή συχνότητα θα πρέπει να παρακολουθείται ανά τακτά διαστήματα, σύμφωνα με τη συνήθη κλινική πρακτική. Οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνονται για τα συμπτώματα της αυξημένης καρδιακής συχνότητας (αίσθημα παλμών ή αίσθηση ταχυκαρδίας κατά την ηρεμία). Στους ασθενείς που εκδηλώνουν κλινικά σημαντική παρατεταμένη αύξηση της καρδιακής συχνότητας ηρεμίας, η θεραπεία με liraglutide θα πρέπει να διακόπτεται. **Διυδρωτάση** Σε ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία με αγωνιστές του υποδοχέα GLP-1 έχουν αναφερθεί σημεία και συμπτώματα αφυδάτωσης, τα οποία περιλαμβάνουν νεφρική δυσλειτουργία και οξεία νεφρική ανεπάρκεια. Οι ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία με liraglutide πρέπει να ενημερώνονται για τον ενδεχόμενο κίνδυνο αφυδάτωσης, ο οποίος σχετίζεται με τις ανεπιθύμητες ενέργειες του γαστρεντερικού συστήματος, και να λαμβάνουν προληπτικά μέτρα για την αποφυγή της έλλειψης υγρών. **Υπογλυκαιμία** σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 Οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 που λαμβάνουν liraglutide σε συνδυασμό με ινσουλίνη ή/και σουλφονουρεΐδα ενδέχεται να διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο υπογλυκαιμίας. Ο κίνδυνος υπογλυκαιμίας μπορεί να ελαττωθεί με μείωση της δόσης της ινσουλίνης ή/και της σουλφονουρεΐδας. **Παθολογικές πλάσμες** Έχουν αναφερθεί επεισοδια κλινικά σημαντικές υπογλυκαιμίες σε εφήβους (≥12 ετών) που ακολουθούν θεραπεία με liraglutide. Οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνονται για τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της υπογλυκαιμίας και τις κατάλληλες ενέργειες. **Υπερπυκνωτική σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη που λαμβάνουν ινσουλίνη** Σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, το Saxenda δεν πρέπει να χρησιμοποιείται ως υποκατάστατο της ινσουλίνης. Έχει αναφερθεί η εμφάνιση διαβητικής κετοξέωσης σε ινσουλινεξαρτούμενους ασθενείς μετά από ταχεία διακοπή ή μείωση της δόσης της ινσουλίνης. **Έκδοχα** Το Saxenda περιέχει λιγότερο από 1 mmol νατρίου (23 mg) ανά δόση, συνεπώς το φαρμακευτικό προϊόν είναι υποαλατικό «ελεύθερο νατρίου». **Γονιμότητα, κύηση και γαλουχία** Η liraglutide δεν πρέπει να χρησιμοποιείται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Λόγω έλλειψης εμπειρίας, το Saxenda δεν πρέπει να χρησιμοποιείται κατά τη διάρκεια του θηλασμού. Εκτός από μια μικρή μείωση στον αριθμό των ζώντων εμβρυοειδών αμβρύων, μελέτες σε ζώα δεν καταδείκνυουν επιβλαβείς επιδράσεις σε σχέση με τη γονιμότητα. **Ανεπιθύμητες ενέργειες** **Διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος** Ίσως: Αναφυλακτική αντίδραση. **Διαταραχές του μεταβολισμού και της θρέψης** Σύνδρομο Υπογλυκαιμίας*, Οι συχνές Αφυδάτωση, Ψυχιατρικές διαταραχές Σύνδρους Αιτιών*, **Διαταραχές του νεφρικού συστήματος** Πολύ συχνές: Καρδιακή, Σύνδρος Zoln, δυσμεγέλη, καρδιακή ανεπάρκεια. **Οι συχνές** Τεταρτοειδής, διαταραχές του γαστρεντερικού Πολύ συχνές: Ναυτία, έμετος, διάρροια, δυσκοιλιότητα, Σύνδρος: Σπασμοί, δυσμεγέλη, γαστρίτιδα, γαστροοισοφαγική παλινδρομηση, άλλος άνω κοιλιακός χώρος, μετεωρισμός, εμετός, δύσπνοια της κοιλίας. **Οι συχνές** Παγκρεατίτιδα*, Καθυστερημένη γαστρική κένωση*, **Διαταραχές του ήπατος** και των χοληφόρων Σύνδρος: Χοληδόχολη*, **Οι συχνές** Χολοκυστίτις*, **Διαταραχές του δέρματος** και του υποδόριου ιστού **Οι συχνές** Κινώση, **Διαταραχές των νεφρών** και των ουροφόρων οδών Ίσως: Οξεία νεφρική ανεπάρκεια, νεφρική δυσλειτουργία. **Γενικές διαταραχές και καταστάσεις της οδού χορήγησης** Σύνδρος: Αυξημένη λήψη*, αυξημένη αίσθηση*, **Οι συχνές** Αίσθημα καούρας, Παραλινικές εξετάσεις Σύνδρος: Αυξημένη λήψη*, αυξημένη αίσθηση*. **Αναφέρθηκε υπογλυκαιμία** (βάσει συμπτωμάτων αναφερόμενων από τους ίδιους τους ασθενείς χωρίς να επιβεβαιώνονται από μετρήσεις γλυκόζης αίματος) σε ασθενείς χωρίς σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 που λαμβάνουν αγωγή με Saxenda σε συνδυασμό με διαίτα και άσκηση. ****Αιτία** παρατηρήθηκε κυρίως κατά τους 3 πρώτους μήνες της θεραπείας. *****Βλ.** «Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση». ******Από** ελεγχόμενες κλινικές δοκιμές φάσης 2, 3a και 3b. **Βαθμολογία πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών** Η αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών μετά από τη χορήγηση οδών κυκλοφορίας του φαρμακευτικού προϊόντος είναι σημαντική. Επιπλέον η συνεχή παρακολούθηση της σχέσης οφέλους-κινδύνου του φαρμακευτικού προϊόντος. Ζητείται από τους επαγγελματίες υγείας να αναφέρουν οποιαδήποτε πιθανολογούμενη ανεπιθύμητη ενέργεια στον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (Μεσοκλήμα 284, GR-15562 Χολαργός, Αθήνα, Τηλ + 30 21 32040380/337, Φαξ + 30 21 06549585, Email: info@www.ema.europa.eu), για την Ελλάδα, ή στις Φαρμακευτικές Υπηρεσίες, Υπουργείο Υγείας, CY-1475 Λευκωσία, Τηλ + 357 22608607, Φαξ + 357 22608669, Ιστοτόπος: www.moh.gov.cy/phs για την Κύπρο. **ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΔΕΛΤΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ** Novo Nordisk A/S, Novo Allé, DK-2880 Bagsvaerd, Δανία. **ΑΡΙΘΜΟΙ ΔΕΛΤΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ** EU/1/15/992/001-003. **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΕΓΚΡΙΣΗΣ/ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΤΗΣ ΔΕΛΤΙΑΣ** Ημερομηνία πρώτης έγκρισης: 23 Μαρτίου 2015. Ημερομηνία τελευταίας ανανέωσης: 09 Δεκεμβρίου 2019. **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΝΕΩΡΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ** 12/2021. Λεπτομέρειες πληροφορίες για το παρόν φαρμακευτικό προϊόν είναι διαθέσιμες στον δικτυακό τόπο του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων: <http://www.ema.europa.eu>. Περαιτέρω πληροφορίες περιλαμβάνονται στην πλήρη Περιληφτική Χαρακτηριστική του Προϊόντος. Χορηγείται με ισχυρή συσταγή, Αριθμ. 1/μγ: 162,076 για τη συσκευασία με 3 βέρες και 256,826 για τη συσκευασία με 5 βέρες.

Βιβλιογραφία:

1. Saxenda™ Περιληφτική των χαρακτηριστικών του Προϊόντος (12/2021).
2. Kelly AS, Auerbach P, Barrientos-Perez M, et al. A randomized, controlled trial of liraglutide for adolescents with obesity. N Engl J Med. 2020;382:2117-2128.



ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΤΟΠΟΣ & ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΕΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Το Συνέδριο θα διεξαχθεί από 1 έως και 3 Σεπτεμβρίου 2022 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.

ΕΠΙΣΗΜΗ ΓΛΩΣΣΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Η επίσημη γλώσσα του Συνεδρίου είναι η ελληνική.

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
Virtual παρακολούθηση (e-registration)	50,00€

* 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, 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 κόστος διανυκτέρευσης - επισιτιστικών ανά ημέρα και ανά σύνεδρο ανέρχεται σε **220,00 €**.



Ξενοδοχεία Διαμονής: Elite City Resort (συνεδριακό), Grecotel Filoxenia, Pharae Palace, Messinian bay, Akti Taygetos.

ΒΡΑΒΕΥΣΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Η καλύτερη προφορική ανακοίνωση θα βραβευθεί με το ποσό των 1.000 €. Έπαινοι θα απονεμηθούν στη 2η και 3η καλύτερη προφορική εργασία καθώς και στην 1η και 2η καλύτερη αναρτημένη ανακοίνωση.

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΡΑΒΕΥΣΗΣ

Ι. Ιωαννίδης, Ι. Κυριαζής, Ι. Μπολέτης, Ε. Χατζηναγγελάκη

ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ και ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Ελεύθερες 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.

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. 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.

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).



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 η αίθουσα είναι εξοπλισμένη 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.

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 προσμετρούνται 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).

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 σε ψηφιακή μορφή, για τη συνολική διεξαγωγή του Συνεδρίου.

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

COVID-19

Η Οργανωτική Επιτροπή του Συνεδρίου και η Συνεδριακή Εταιρεία Οργάνωσης Congress World, παρακολουθούν στενά τις εξελίξεις, που σχετίζονται με την πανδημία COVID-19 τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο και δηλώνουν ότι όλα τα μέτρα ασφαλείας και οι επίσημες οδηγίες και συστάσεις όλων των αρμόδιων αρχών, που ισχύουν για την περίοδο διεξαγωγής του Συνεδρίου, θα εφαρμοστούν στο ακέραιο, για τη διασφάλιση της υγείας και ασφάλειας όλων των εμπλεκόμενων.

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 σύνεδρους 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.

Πολιτική Καπνίσματος

Σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία, το κάπνισμα απαγορεύεται σε όλους ανεξαιρέτως τους εσωτερικούς χώρους του συνεδριακού κέντρου. Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την κατανόησή σας.

Κινητά Τηλέφωνα

Για την ομαλή διεξαγωγή του επιστημονικού προγράμματος, παρακαλούμε όπως έχετε τα κινητά σας τηλέφωνα απενεργοποιημένα εντός της συνεδριακής αίθουσας κατά την ώρα διεξαγωγής των συνεδριάσεων.

Ασφάλεια

Η Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν. και η Congress World δε φέρουν καμιά ευθύνη για προσωπική φθορά, απώλεια ή ζημιά σε προσωπικά αντικείμενα των συμμετεχόντων, καθώς και για απρόβλεπτα έξοδα, που πιθανά να προκύψουν κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου, ή λόγω καθυστερήσεων, απεργιών ή άλλων ειδικών συνθηκών κατά τη διάρκεια του ταξιδιού τους. Παρακαλούνται οι συμμετέχοντες, όπως φροντίσουν για τις ανάγκες τους σε ταξιδιωτική και υγειονομική ασφαλιστική κάλυψη.

Απολεσθέντα Αντικείμενα

Σε περίπτωση απώλειας προσωπικών αντικειμένων, παρακαλούμε όπως απευθυνθείτε στη γραμματεία του Συνεδρίου

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

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ - ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ



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>



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ



ΠΑ01

ΕΠΑΙΝΟΣ 2^{ης} ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ



ΤΟ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΒΑΡΥΤΕΡΗ ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ

Αντώνιος Παπαδόπουλος, Ευάγγελος Σδόγκος, Παύλος Ροδίτης, Ανίλα Σπαχίου, Ιωάννης Βογιατζής

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Το Μεταβολικό Σύνδρομο (ΜΣ) είναι το αποτέλεσμα μεταβολικών, κλινικών και αιμοδυναμικών διαταραχών που προκαλούνται από μια δέσμη καρδιομεταβολικών παραγόντων κινδύνου. Η αρχική εκδήλωση είναι η αντίσταση στην ινσουλίνη η οποία ακολουθείται από συστηματικές διαταραχές όπως η κοιλιακή παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ), η δυσλιπιδαιμία, η υπέρταση και η στεφανιαία νόσος (ΣΝ). Σκοπός της εργασίας είναι η συσχέτιση του ΜΣ με τη βαρύτητα της στεφανιογραφικά τεκμηριωμένης ΣΝ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 151 ασθενείς (124 άνδρες, 27 γυναίκες - μέση ηλικίας $63,56 \pm 11,28$ ετών), οι οποίοι νοσηλεύτηκαν για Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο και υποβλήθηκαν σε στεφανιογραφικό έλεγχο. Η ύπαρξη του ΜΣ ορίστηκε με βάση τα κριτήρια που έχουν θεσπιστεί από τις αντίστοιχες επιστημονικές εταιρείες. Έτσι, οι ασθενείς ταξινομήθηκαν στην Ομάδα Α με ΜΣ (46 ασθενείς - 35 άνδρες, 11 γυναίκες - μέση ηλικία $62,07 \pm 11,35$ έτη) και στην ομάδα Β χωρίς ΜΣ (105 ασθενείς - 89 άνδρες, 16 γυναίκες - μέση ηλικία $65,06 \pm 12,54$ έτη). Η συσχέτιση μεταξύ του ΜΣ και της βαρύτητας της ΣΝ έγινε μέσω του υπολογισμού του Syntax score.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς της ομάδας Α είχαν υψηλότερη επίπτωση εμφράγματος μυοκαρδίου με ανάσπαση ST (STEMI) από τους ασθενείς της ομάδας Β, συγκεκριμένα 32 ασθενείς (69,56%) έναντι 28 ασθενών (26,67%) ($p = 0,002$), υψηλότερη επίπτωση πολυαγγειακής νόσου, 20 ασθενείς (43,48%) έναντι 16 ασθενών (16,8%) ($p = 0,02$), χαμηλότερο Κλάσμα Εξώθησης της Αριστερής Κοιλιάς ($42,4\% \pm 9,6\%$ έναντι $53,5\% \pm 6,54\%$ - $p = 0,01$) και υψηλότερο Syntax score ($19,52 \pm 7,68$ έναντι $9,64 \pm 5,32$ - $p = 0,01$). Στην ομάδα Α με ΜΣ παρατηρήθηκαν επίσης διαταραχές στα επίπεδα λιπιδίων (Ολική χοληστερόλη, τριγλυκερίδια, LDL, HDL - $p = 0,01$), υψηλότερες τιμές γλυκόζης αίματος νηστείας και HbA1c, υψηλότερες τιμές ινωδογόνου, αλλά και υψηλότερες τιμές μέσου όγκου αιμοπεταλίων (MPV), που θεωρείται σημαντικός προγνωστικός παράγοντας σε ασθενείς με Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο ($11,91 \pm 1,93$ femtolitre έναντι $9,84 \pm 1,06$ femtolitre).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το ΜΣ σχετίζεται με πιο σοβαρή κλινικά και αγγειογραφικά ΣΝ. Η θεραπεία και η ρύθμιση των παραγόντων του ΜΣ είναι σημαντικά για την αποφυγή της εμφάνισης σοβαρού στεφανιαίου συνδρόμου.

	Ομάδα Α n=46	Ομάδα Β n=105	p
Φύλο (Αρρεν) n (%)	35 (76,08)	89 (84,76)	0,1
Ηλικία (έτη)	$62,07 \pm 11,35$	$65,06 \pm 12,54$	0,2
Υπέρταση n (%)	41 (89,13)	38 (36,19)	0,001
ΣΑΠ (mmHg)	$148,62 \pm 28,76$	$134,62 \pm 22,66$	0,01
Σάκχαρο (mg%)	$164,79 \pm 27,9$	$101,89 \pm 43,16$	0,02
Χοληστερόλη (mg%)	$187,54 \pm 34,2$	$176,84 \pm 54,2$	0,05
LDL (mg%)	$126,5 \pm 32,7$	$92,87 \pm 33,9$	0,03
Τριγλυκερίδια (mg%)	$175,8 \pm 48,27$	$126,4 \pm 36,8$	0,02
HbA1c (mg%)	$7,46 \pm 1,89$	$5,2 \pm 1,1$	0,04
MPV (fl)	$11,91 \pm 1,93$	$9,84 \pm 1,06$	0,001

	Ομάδα Α n=46	Ομάδα Β n=105	p
STEMI n (%)	32 (69,56)	28 (26,67)	0,002
Πολυαγγειακή νόσος n (%)	20 (43,48)	16 (16,8)	0,02
Κλάσμα Εξώθησης (%)	$42,4 \pm 9,6$	$53,5 \pm 6,54$	0,01
Syntax score	$19,52 \pm 7,68$	$9,64 \pm 5,32$	0,01



ΠΑ02

ΤΡΙΓΛΥΚΕΡΙΔΙΑ/HDΛ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΧΩΡΙΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Βάια Ράϊκου¹, Ιωάννης Βλασερός², Σωτήριος Γαβριήλ³

¹ Νεφρολογικό Τμήμα, DOCTORS' HOSPITAL, ΑΘΗΝΑ

² Καρδιολογικό Τμήμα, DOCTORS' HOSPITAL, ΑΘΗΝΑ

³ Τμήμα Βαριατρικής Χειρουργικής, DOCTORS' HOSPITAL, ΑΘΗΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Τριγλυκερίδια/HDΛ (TG/HDΛ) έχει συμπεριληφθεί στους σημαντικούς δείκτες για αθηροσκλήρωση στη χρόνια νεφρική νόσο. Μελετήσαμε τον ρόλο του λόγου TG/HDΛ στην πρόγνωση της χρόνιας νεφρικής νόσου σε μη-διαβητικούς ασθενείς.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: 183 ασθενείς χωρίς σακχαρώδη διαβήτη μέσης ηλικίας 67.3 ± 15.6 χρόνια συμμετείχαν στη μελέτη. Ταξινομήσαμε τους συμμετέχοντες ασθενείς σε κατηγορίες εκτιμώντας την νεφρική λειτουργία με τον υπολογισμό του εκτιμημένου ρυθμού σπειραματικής διήθησης (estimated glomerular filtration rate, eGFR) και την αλβουμινουρία (urinary albumin-to-creatinine ratio, UACR) σύμφωνα με τα KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes) 2012 κριτήρια. Η ταχύτητα σφυγμικού κύματος εκτιμήθηκε (ePWV) με την χρήση εξίσωσης περιλαμβάνοντας την ηλικία και την μέση αρτηριακή πίεση. Ο λόγος TG/HDΛ υπολογίσθηκε.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: TG/HDΛ συσχετίσθηκε αντίθετα με eGFR, αλλά θετικά με UACR και ePWV. Διαιρέσαμε τους ασθενείς σε 2 ομάδες σύμφωνα με την τιμή TG/HDΛ η οποία σχετίσθηκε με eGFR μικρότερο ή μεγαλύτερο από $60 \text{ ml/min/1.73m}^2$. χ^2 tests έδειξαν σημαντική σχέση μεταξύ TG/HDΛ και ταξινομημένη eGFR, ταξινομημένη UACR, υπέρταση ($\chi^2 = 24.5$, $p = 0.001$, $\chi^2 = 12.5$, $p = 0.002$ και $\chi^2 = 12.5$, $p = 0.001$ αντίστοιχα). Πολυπαραγοντικό μοντέλο έδειξε ότι η αυξημένη τιμή του TG/HDΛ είναι σημαντικός ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας για μειωμένη τιμή eGFR και αυξημένη UACR (OR = 1.5, 1.2–1.9 και OR = 1.22, 1.02–1.47 αντίστοιχα) σε συνδυασμό με την ηλικία και την υπέρταση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο λόγος TG/HDΛ βρέθηκε να είναι σημαντικός προγνωστικός παράγοντας για έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας καθορισμένη με μειωμένη τιμή eGFR και μακρο/μικρο αλβουμινουρία σε μη-διαβητικούς ασθενείς. Η αρτηριακή σκληρία περιλαμβάνεται στους κύριους υποκείμενους παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς.



ΠΑ03

ΕΠΑΙΝΟΣ 3^{ης} ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ



Η ΧΡΗΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΑΥΤΟΜΕΤΡΗΣΗΣ ΣΑΚΧΑΡΟΥ ΕΝΑΝΤΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΣΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ TIR ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1

Άννα Γαρμπή¹, Χαρίλαος Δημοσθενόπουλος², Σταύρος Λιάτης¹

¹ Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ «Λαϊκό»

² Τμήμα Διατροφής ΓΝΑ «Λαϊκό»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ανάπτυξη των συστημάτων συνεχούς καταγραφής γλυκόζης (Continuous Glucose Monitoring Systems-CGMS) εισήγαγε ως πολλά υποσχόμενο δείκτη γλυκαιμικής ρύθμισης των ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 (ΣΔτ1) τον προσδιορισμό του χρόνου παραμονής εντός εύρους τιμών σακχάρου 70-180 mg/dl (Time in Range -TIR). Ελλείψει ωστόσο επαρκών δεδομένων, ο δείκτης TIR έχει επανειλημμένως συσχετιστεί με τις επιπλοκές της νόσου σε αναδρομικές αναλύσεις προσδιορισμού του με βάση μετρήσεις στο τριχοειδικό αίμα (SMBG-Self Monitoring of Blood Glucose).

ΣΚΟΠΟΣ: Η συσχέτιση μεταξύ του TIR που συλλέγεται βάσει SMBG (TIR_{SMBG}) και του προσδιοριζόμενου μέσω CGMS (TIR_{CGMS}) δεν έχει μελετηθεί επαρκώς. Η συγκεκριμένη ανάλυση διερευνά κατά πόσο το υπολογιζόμενο TIR διαφέρει αναλόγως της προέλευσης των μετρήσεων.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα από τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη στην οποία συγκρίθηκαν τριών τύπων δίαιτες σε ασθενείς με ΣΔτ1 και καταγράφηκαν οι τιμές γλυκόζης επί 6 ημέρες (ανά δίαιτα), τόσο με σύστημα συνεχούς καταγραφής, όσο και με επαναλαμβανόμενες μετρήσεις τριχοειδικού αίματος με φορητό μετρητή.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μελέτη συμπεριέλαβε 45 6ημερες καταγραφές από 15 άτομα με ΣΔτ1 (5 άνδρες), επαρκώς ρυθμισμένα, μέσης ηλικίας 36±9,9 ετών. Κατά μέσο όρο πραγματοποιήθηκαν 35.5 (min15, max66) μετρήσεις SMBG ανά καταγραφή. Ανεδείχθη μετρίως ισχυρή, στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ TIR_{SMBG} και TIR_{CGMS} (r=0,61, p<0.0001). Η ισχύς της συσχέτισης εντείνεται όταν το πλήθος των διενεργηθεισών μετρήσεων υπερβαίνει το μέσο όρο (r=0.78, p<0.0001). Η διάμεση τιμή της διαφοράς των δύο υπολογιζόμενων TIR ήταν κλινικά σημαντική [7,6% (3,4-14,2%), μειούμενη στο 5.4% (3,1-9,3%), όταν ελήφθησαν υπόψη μόνο οι καταγραφές με πλήθος μετρήσεων SMBG>35,5. Τέλος, το 26.6% των καταγραφών που βασίστηκαν στο TIR_{SMBG} κρίθηκε εσφαλμένως εντός ή εκτός του επιθυμητού στόχου TIR>70%, βάσει των αποτελεσμάτων του TIR_{CGMS}. Το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 22% επί πλήθους μετρήσεων > 35,5.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παρά τη στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ TIR_{CGMS} και TIR_{SMBG}, η υποκατάσταση του πρώτου από τον δεύτερο πρέπει να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή, καθώς έχει κλινικά σημαντική διαφορά και μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένα συμπεράσματα.



ΠΑ04

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΓΕΥΜΑΤΙΚΗΣ ΒΙΟΔΡΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΕΞΕΥΓΕΝΙΣΜΕΝΟΥ ΕΛΑΙΟΛΑΔΟΥ, ΕΝΙΣΧΥΜΕΝΟΥ ΜΕ ΕΚΧΥΛΙΣΜΑ ΦΛΟΙΟΥ ΠΟΡΤΟΚΑΛΙΟΥ, ΣΕ ΕΘΕΛΟΝΤΕΣ ΚΑΡΔΙΟΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Όλγα Παπαγιάννη¹, Αικατερίνη Κανδυλιάρη¹, Χρυσούλα Καλοτεράκη¹,
Άννα-Κυριακή Μαύρου¹, Βασιλική Παντελή¹, Camille Ouzaid², Θωμάς Λούκας³,
Αθανάσιος Μαγκούτης³, Δημήτριος Σκάδικος⁴, Αντώνιος Κουτελιδάκης^{1*}

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

² Food science Department, L'Institut Agro Dijon, Dijon Cedex

³ Εξωτερικό Ιατρείο Μύρινας Λήμνου, Ελλάδα

⁴ Τμήμα Χημείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Η μεταγευματική λιπαιμία, η γλυκαιμία και το οξειδωτικό στρες αποτελούν μείζονες παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση καρδιαγγειακών ασθενειών και μεταβολικού συνδρόμου. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της υπόθεσης ότι η ενίσχυση ενός εξευγενισμένου ελαιολάδου με εκχύλισμα φλοιού πορτοκαλιού, δύναται να βελτιώσει το μεταγευματικό λιπιδαιμικό, γλυκαιμικό προφίλ και την οξειδωτική κατάσταση, σε εθελοντές υψηλού καρδιομεταβολικού κινδύνου, χάρη στην αυξημένη περιεκτικότητα σε βιοδραστικά συστατικά (πολυφαινόλες, καροτενοειδή κ.α.).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στα πλαίσια διασταυρούμενου σχεδιασμού (cross-over design) 21 εθελοντές αυξημένου καρδιομεταβολικού κινδύνου, 30-65 ετών, τυχαιοποιήθηκαν και χωρίστηκαν σε δυο ομάδες. Η πρώτη ομάδα κατανάλωσε ένα γεύμα πουρέ πατάτας με εξευγενισμένο ελαιόλαδο, πλούσιο σε λίπος και υδατάνθρακες (300g- γεύμα ελέγχου), ενώ η δεύτερη ομάδα κατανάλωσε ακριβώς το ίδιο γεύμα, όπου το ελαιόλαδο είχε ενισχυθεί με 10% εκχύλισμα φλοιού πορτοκαλιού μέσω διαδικασίας εκχύλισης με υπερήχους στους 30ο C για 30min (λειτουργικό γεύμα). Μετά από μία εβδομάδα περίοδο έκπλυσης, οι εθελοντές διασταυρώθηκαν και κατανάλωσαν τα γεύματα αντιστρόφως. Αιμοληψίες πραγματοποιήθηκαν σε κατάσταση νηστείας, 30, 90 και 180minh μετά την κατανάλωση του γεύματος. 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, προσδιορίστηκαν για κάθε χρονική στιγμή με τη χρήση βιοχημικού αναλυτή (Roche Cobas c111).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στους συμμετέχοντες της έρευνας παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική μείωση των επιπέδων LDL-χοληστερόλης, 3h μετά κατανάλωσης του γεύματος λειτουργικού ελαιολάδου, συγκριτικά με τις μη σημαντικές μεταβολές που παρατηρήθηκαν μετά την κατανάλωση του γεύματος ελέγχου ($p < 0.05$). Η αντιοξειδωτική δράση του αίματος παρουσιάστηκε σημαντικά αυξημένη, 3h μετά κατανάλωσης του γεύματος με λειτουργικό ελαιόλαδο, σε σχέση με τις τιμές της ομάδας ελέγχου ($p < 0.05$). Οι υπόλοιποι βιοδείκτες δεν εμφάνισαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές ($p > 0.05$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η κατανάλωση του λειτουργικού εξευγενισμένου ελαιολάδου, ενισχυμένου με εκχύλισμα φλοιού πορτοκαλιού, ενδεχομένως να οδηγεί σε βελτιωμένο λιπιδαιμικό προφίλ & αντιοξειδωτική δράση, συνεισφέροντας στη μείωση του κινδύνου εμφάνισης καρδιομεταβολικών ασθενειών. Διερεύνηση περισσότερων βιοδεικτών φλεγμονής



και οξειδωτικού στρες στο μεταγευματικό στάδιο και μακροπρόθεσμα, απαιτούνται για την εξαγωγή ασφαλέστερων συμπερασμάτων σχετικά με την ενδεχόμενη μεταγευματική βιοδραστικότητα του ενισχυμένου με βιοδραστικά συστατικά εξευγενισμένου ελαιολάδου σε μεταβολικούς βιοδείκτες.

Χρηματοδότηση: Αυτή η εργασία υποστηρίχθηκε από το ερευνητικό έργο με τίτλο "Παραγωγή καινοτόμων λειτουργικών ελαιόλαδων ενισχυμένων με βιοδραστικά συστατικά-BIOLIVE" που χρηματοδοτείται από το ΕΣΠΑ, Περιφέρεια Βορείου Αιγαίου, σε συνεργασία με την ελληνική εταιρεία τροφίμων - Συνεταιρισμός ΣΤΥΨΗΣ Μυτιλήνης.



ΠΑ05

ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Γεώργιος Βελισάρης, Χρήστος Μαντής, Γεώργιος Ματθαίουπουλος,
Αλέξανδρος Τσαντούδης, Αικατερίνη Λιόδη, Νάντια Λαζίδη, Κωνσταντίνος Βασιλειάδης,
Αικατερίνη Παλιανοπούλου, Μαρία Γεωργοπούλου, Γεώργιος Φιλώρος, Νικόλαος Καυκάς
Καρδιολογική Κλινική ΓΝΑ ΚΑΤ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Για τη διάγνωση της πνευμονικής εμβολής (ΠΕ) πρωταρχικό ρόλο παίζει η αξονική αγγειογραφία πνευμονικής αρτηρίας (CTPA), ενώ τα D-dimers παρουσιάζουν άριστη αρνητική προγνωστική αξία σε ασθενείς χαμηλού ή μετρίου κινδύνου. Σκοπός είναι η σύγκριση της προγνωστικής αξίας των d-dimers, της εντόπισης των αποφρακτικών θρόμβων στη CTPA (5 διαβαθμίσεις), της δυσλειτουργίας/διάτασης της δεξιάς κοιλίας (RV) και άλλων κλινικών στοιχείων στην βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη πρόγνωση ασθενών με οξεία ΠΕ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν ασθενείς με διάγνωση οξείας ΠΕ στο κέντρο μας από τον Ιανουάριο 2019 έως τον Ιανουάριο 2022. Ως πρωτεύον καταληκτικό σημείο ορίστηκε η ανάγκη θρομβόλυσης, διασωλήνωσης και ο θάνατος εντός μήνα, ενώ ως δευτερεύον ο θάνατος μετά το μήνα (στους πρώτους 91 ελεύθερους προτεύοντος συμβάματος ασθενείς). Ακολούθως μελετήθηκε ποιός δείκτης προβλέπει καλύτερα τα καταληκτικά σημεία και την ακτινολογική εικόνα στη CTPA.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το δείγμα αποτελείται από 141 ασθενείς (περίπου 65% ήταν γυναίκες, μέσης ηλικίας 73 ± 12 έτη) μέσης παρακολούθησης 13 μήνες. Η συχνότητα εμφάνισης του πρωτεύοντος καταληκτικού σημείου ήταν 12% με στατιστικά σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες (πίνακας) την ηλικία, υπόταση ή ταχυκαρδία κατά την εισαγωγή και τη δυσλειτουργία δεξιάς κοιλίας στο echo καρδιάς, ενώ του δευτερεύοντος 22% με μοναδικό παράγοντα τη δυσλειτουργία δεξιάς κοιλίας ($HR=2.10$ [0.92, 4.75]). Κεντρικότερη εντόπιση θρόμβων στη CTPA φάνηκε να εμφανίζουν περισσότερο ασθενείς με υπόταση ($p=0.001$), δυσλειτουργία δεξιάς κοιλίας ($p=0.001$) και sPESI(+) ($p=0.022$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα d-dimers και η τροπονίνη δεν βρέθηκαν ενδεικτικά σοβαρής ΠΕ, σε αντίθεση με ζωτικά σημεία, ηλικία και echo καρδιάς. Το τελευταίο σημείωσε επιπροσθέτως μακροπρόθεσμη κλινική σημασία. Οι ίδιοι παράγοντες συσχετίζονται με την CTPA εικόνα, παρότι δεν φάνηκε η ίδια να σχετίζεται σημαντικά με την έκβαση.



Πίνακας 1: Επίδραση παραγόντων κινδύνου στην εμφάνιση μείζονος συμβάματος

Risk factors	OR [95%CI]	p-value
Age (years)	1.072 (1.015, 1.131)	0.012
Male Sex	0.196 (0.044, 0.850)	0.030
Sys.Pressure	0.949 (0.921, 0.977)	0.001
Heart Beats /min	1.027 (1.004, 1.050)	0.024
RBBB	1.813 (0.459, 7.158)	0.396
S1Q3T3	1.114 (0.267, 3.849)	0.984
D-Dimers	1.035 (0.990, 1.083)	0.128
CTPA	1.330 (0.879, 2.012)	0.177
Echo - RV enlargement or dysfunction	3.269 (1.130, 9.458)	0.030
Peripheral Venous Triplex	0.300 (0.065, 1.384)	0.122
Troponin (pg/ml)	1.000 (0.999, 1.001)	0.320
Chest pain	0.311 (0.068, 1.440)	0.134
Dyspnea	0.898 (0.314, 2.567)	0.841
Loss of consciousness	0.791 (0.211, 2.974)	0.728

Πίνακας 2: Επίδραση παραγόντων κινδύνου στην θνησιμότητα από κάθε αιτία μετά το μήνα

Risk factors	HR [95%CI]	p-value
Sys.Pressure<100mmHg	1.83 (0.72, 4.64)	0.203
RBBB/S1Q3T3	1.34 (0.5, 3.61)	0.564
D-Dimers	1.02 (0.98, 1.06)	0.277
CTPA	1.18 (0.50, 2.78)	0.710
Echo - RV enlargement or dysfunction	2.10 (0.92, 4.75)	0.076
Troponin (pg/ml)	1.45 (0.64, 3.29)	0.372
Loss of consciousness	1.95 (0.85, 4.52)	0.117



ΠΑ06

ΕΠΑΙΝΟΣ 3^{ης} ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ



ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΠΕΜΦΘΕΝΤΕΣ ΠΡΟΣ ΑΞΟΝΙΚΗ ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΑ. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ/ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΣΤΕΝΩΣΕΩΝ. ΠΟΣΟ «ΑΘΩΑ» ΕΙΝΑΙ Η ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ;

Γεώργιος Τσιαούσης¹, Ευαγγελία Δελαβερίδου², Ολα Furmaga², Μαρία Καρανικόλα³,
Κωνσταντίνος Μιχαηλίδης⁴

¹ Ιδιωτικό Καρδιολογικό Ιατρείο, Καστοριά

² Τμήμα Ακτινοδιαγνωστικής, Νοσοκομείο Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη

³ Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

⁴ Cardiac Intelligence, Κοζάνη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Συχνά παραπέμπονται για αξονική στεφανιογραφία (CCTA) ασυμπτωματικά άτομα λόγω θετικού οικογενειακού ιστορικού, παράδοξων ηλεκτροκαρδιογραφικών ευρημάτων ή για ακριβέστερη διαστρωμάτωση καρδιαγγειακού κινδύνου (κ επιτυχεστέρα πρόληψη). Μεγάλες μελέτες έχουν δείξει την αξία του μεμονωμένου σκορ ασβεστίου στους πληθυσμούς αυτούς. Σκοπός της μελέτης μας είναι να διερευνήσουμε πόσο εκτεταμένη νόσο έχουν τα ασυμπτωματικά άτομα και πόσο «αθώο» κλινικά πληθυσμό αποτελούν.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στην κοόρτη των σχεδόν 4000 ατόμων που υπεβλήθησαν στο κέντρο μας σε προσδιορισμό σκορ ασβεστίου στεφανιαίων αγγείων (CAC) και σε πλήρη CCTA κατά τα έτη 2018-2021, περιλαμβάνονται 2355 ασυμπτωματικά άτομα (στα οποία δηλαδή απουσίαζαν θωρακικά ενοχλήματα, δύσπνοια, κόπωση, αίσθημα παλμών ή άλλη συμπτωματολογία, τυπική ή άτυπη). Καταγράφηκαν τα δημογραφικά/κλινικά χαρακτηριστικά τους, το σκορ ασβεστίου τους, καθώς και η παρουσία στεφανιαίων στενώσεων κατά τόπο και βαρύτητα, βάσει του συστήματος CAD-RADS (0: καθόλου στένωση, 1 και 2: ήπια, 3: μέτρια, 4 & 5: κριτική στένωση).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι ασυμπτωματικοί ήταν ηλικίας 58,34±11.1 ετών, άρρενες στο 73,3%, διαβητικοί στο 19,2%, υπέρτασοι στο 50,1%, καπνιστές στο 44,3%, και έκαναν χρήση στατίνης στο 34,8%. Μόνο 33,2% των ασυμπτωματικών ατόμων είχαν μηδενικό CAC και μόνο 28,3% είχαν CAD-RADS 0 (δηλ. πλήρη απουσία αθηρωματικών πλάκων). Σε ποσοστό 10,3% οι ασυμπτωματικοί παραπεμφθέντες είχαν κριτική στένωση στην CCTA (CAD-RADS 4 ή 5), χρήζουσα περαιτέρω αντιμετώπισης. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, ανεξάρτητοι καθοριστές της βαρύτητας των στεφανιαίων στενώσεων ήταν, με σειρά σπουδαιότητας, η ηλικία, το άρρεν φύλο, η παρουσία διαβήτη, καπνίσματος, υπέρτασης και η λήψη στατίνης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η απουσία συμπτωμάτων δεν πρέπει να καθιστά τον κλινικό Ιατρό που παραπέμπει προς αξονική στεφανιογραφία. Η ομάδα αυτή εξεταζομένων παρουσιάζει, αναπάντεχα, σημαντικό φόρτο αθηροσκληρώσεως των στεφανιαίων και ένας στους δέκα θα βρεθεί να έχει κριτική στένωση. Οι κλινικοί παράγοντες κινδύνου είναι και στην ομάδα των ασυμπτωματικών οι κύριοι προβλεπτικοί παράγοντες της βαρύτητας των στεφανιαίων στενώσεων. Η συνύπαρξη πολλών από αυτούς στον ίδιο ασθενή θα πρέπει να ωθεί τον παραπέμποντα στην παραγγελία πλήρους CCTA αντί απλού προσδιορισμού CAC, προς ανάδειξη πιθανώς κριτικής στένωσης.



ΠΑ07

ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΜΕΣΩ ΤΟΥ ΕΡΓΑΛΕΙΟΥ FINDRISK: ΑΠΟ ΤΗ ΘΕΩΡΙΑ ΣΤΗ ΠΡΑΞΗ

Αθανάσιος Δρόσος¹, Κωνσταντίνος Πολύζος¹, Νεκταρία Μακριδιά¹,
Εμμανουήλ Καθαφάτης¹, Δήμητρα Στεφανή¹, Μαρία Κλεισά¹, Ματίνα Μπόλη¹,
Κωνσταντίνος Φιλίππου², Ιωάννης Κυριαζής²

¹ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο ΚΑΤ

² Διαβητολογικό Ιατρείο, Γενικό Νοσοκομείο ΚΑΤ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Στην Ελλάδα, όπως και σε παγκόσμιο επίπεδο, παρατηρείται αύξηση του επιπολασμού του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2), με ποσοστό που ενδεχομένως να προσεγγίζει ή και να ξεπερνάει το 9-10%. Η ανίχνευση της μελλοντικής εκδήλωσης του ΣΔτ2 στον γενικό πληθυσμό της Ελλάδας με ερευνητικό εργαλείο το FINDRISK.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μια συγχρονική μελέτη ξεκίνησε στον γενικό πληθυσμό στην περιοχή της Αττικής τον Νοέμβριο 2019 και συνεχίζεται μέχρι και σήμερα. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με προσωπική συνέντευξη, βασισμένη σε ανώνυμο ερωτηματολόγιο. Το FINDRISC αποτέλεσε το εργαλείο πρόβλεψης για τον εντοπισμό ασθενών που διατρέχουν κίνδυνο ανάπτυξης ΣΔτ2. Το δείγμα της έρευνας επιλέχθηκε με δειγματοληψία ευκολίας. Η στατιστική ανάλυση βασίστηκε στο SPSS 25.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην έρευνα συμμετείχαν 645 άτομα, (52,1% γυναίκες, μέση ηλικία 43,6 ($\pm 17,1$) έτη). Η μέση τιμή του ΔΜΣ ήταν 26,2 ($\pm 5,2$) και της περιμέτρου μέσης 89,3 ($\pm 15,1$). Το 59,6% δήλωσε φυσική δραστηριότητα $>30'$ και 69,5% κατανάλωνε φρούτα και λαχανικά κάθε μέρα. Το 67,2% δεν λάμβανε αντιυπερτασική φαρμακευτική αγωγή και 88,9% δεν είχε διαγνωστεί με υψηλή τιμή σακχάρου. Μόνο το 27,7% είχε 1ου βαθμού κληρονομικό ιστορικό και μόνο το 19,3% 2ου βαθμού. Η μέση τιμή του FINDRISC ήταν 8,1 ($\pm 5,8$), όπου το 70,3% του δείγματος βρέθηκε με χαμηλό κίνδυνο ανάπτυξης ΣΔτ2 και στο 83,2% φάνηκε κίνδυνος να αναπτύξει διαβήτη σε βάθος δεκαετίας σε ποσοστό 1-17%. Οι θετικοί προγνωστικοί παράγοντες που επηρεάζουν τον κίνδυνο ανάπτυξης ΣΔτ2 ήταν: φύλο ($\beta=0,931$), ηλικία ($\beta=0,104$), ΔΜΣ ($\beta=0,173$), περίμετρος μέσης ($\beta=0,087$), αντιυπερτασική αγωγή ($\beta=2,1$), υψηλή τιμή σακχάρου ($\beta=5,201$), 1ου βαθμού κληρονομικό ιστορικό ($\beta=4,476$) και 2ου βαθμού κληρονομικό ιστορικό ($\beta=2,112$). Αντίστοιχα, οι αρνητικοί προγνωστικοί παράγοντες ήταν: φυσική δραστηριότητα ($\beta=-2,168$) και συχνότητα κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών ($\beta=-0,941$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το 83,2% των συμμετεχόντων, βρέθηκε στο 1-17% κινδύνου ανάπτυξης ΣΔτ2 σε βάθος δεκαετίας με παράγοντες αρνητικής επιρροής, την καθημερινή φυσική δραστηριότητα και τον μεσογειακό τρόπο διατροφής.



ΠΑ08

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΚΛΕΙΣΤΟΥ ΚΥΚΛΩΜΑΤΟΣ ΑΝΤΛΙΑΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΣΤΗ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1

Αναστάσιος Κουτσοβασιλίδης, Βασιλική Χατζηβασιλόγλου, Αλεξάνδρα Κυριακοπούλου,
Όλγα Οικονόμου, Αλέξης Σωτηρόπουλος

Γ' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Η χρήση ενός κατάλληλου λογισμικού όπως το OpenAPS μπορεί να δημιουργήσει ένα υβριδικό κλειστό κύκλωμα μεταξύ της αντλίας και της συνεχούς καταγραφής σε άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 (ΣΔτ1). Σκοπός της μελέτης η αξιολόγηση της επίδρασης ενός κλειστού κυκλώματος ινσουλίνης με τη χρήση του OpenAPS στη γλυκαιμική ρύθμιση ατόμων με ΣΔτ1.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Εντάχθηκαν στη μελέτη 62 ασθενείς οι οποίοι ήταν σε αντλία συνεχούς υποδόριας έγχυσης ινσουλίνης. 28 ασθενείς εντάχθηκαν σε κλειστό κύκλωμα ινσουλίνης και 34 συνέχισαν τη χρήση της αντλίας ινσουλίνης χωρίς το κλειστό κύκλωμα. Αξιολογήθηκε η χρήση του κλειστού κυκλώματος στη γλυκαιμική ρύθμιση (HbA1c, γλυκόζη νηστείας, προγευματικές, μεταγευματικές και προ του ύπνου μετρήσεις γλυκόζης) πριν την έναρξη της μελέτης και στις 12±1 και 24±1 εβδομάδες. Έγινε καταγραφή της δόσης της ινσουλίνης, των υπογλυκαιμικών επεισοδίων και της ικανοποίησης από τη θεραπεία με τη χρήση του DTSQ (Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς οι οποίοι χρησιμοποίησαν το OpenAPS παρουσίασαν σημαντική μείωση της HbA1c σε 3 και 6 μήνες (7.79±0.93 vs 7.11±0.99 vs 7.03±1.01, p=0.010) ενώ η μείωση της HbA1c στην άλλη ομάδα δεν ήταν στατιστικά σημαντική (7.75±1.03 vs 7.45±1.08 vs 7.47±1.12, p=0.126). Βελτίωση της γλυκόζης νηστείας για την ομάδα του OpenAPS (151.22±31.24 mg/dl vs 131.12±26.38 mg/dl vs 120.06±21.45 mg/dl, p=0.012) ενώ δεν διαπιστώθηκε κάτι ανάλογο στην άλλη ομάδα (p=0.135). Η ομάδα του OpenAPS είχε στατιστικά σημαντική βελτίωση των τιμών γλυκόζης πριν το γεύμα (141.87±34.86 mg/dl vs 121.28±24.12 mg/dl vs 124.28±21.08 mg/dl, p=0.010), μεταγευματικά (p=0.016), πριν το βραδινό (p=0.011) και πριν τη κατάκλιση (p=0.025) ενώ βελτίωση για τη άλλη ομάδα διαπιστώθηκε για τις μεταγευματικές τιμές μετά το μεσημέρι (p=0.030) και μετά το βραδινό (p=0.038). Στατιστικά σημαντικά λιγότερες υπογλυκαιμίες κατά τη διάρκεια μεταξύ των γευμάτων για την ομάδα του OpenAPS (p<0.0001) καθώς και μεταγευματικά (p=0.014). Οι ασθενείς στην ομάδα του OpenAPS χρειάζονταν λιγότερες μονάδες ινσουλίνης συνολικά (p=0.033), λιγότερες μονάδες για το βασικό ρυθμό (p=0.030) καθώς και για την κάλυψη των γευμάτων (p=0.038). Βελτίωση του TIR στην Ομάδα του OpenAPS (67.12±3.05 vs 74.12±3.56 vs 73.98±2.89, p=0.021) ενώ δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική βελτίωση στην άλλη ομάδα. Μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη θεραπεία με τη χρήση του OpenAPS (p=0.018).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η χρήση ενός κλειστού κυκλώματος ινσουλίνης οδηγεί σε καλύτερη γλυκαιμική ρύθμιση, λιγότερες διακυμάνσεις της γλυκόζης, περισσότερο χρόνο εντός των προκαθορισμένων ορίων καλής γλυκαιμικής ρύθμισης, λιγότερες υπογλυκαιμίες και καλύτερη ποιότητα ζωής.



ΠΑ09

ΕΠΑΙΝΟΣ 2^{ης} ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ



ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΕΞΙΣΩΣΕΩΝ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ ΤΗΣ LDL ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΜΕΣΑ ΜΕΤΡΟΥΜΕΝΗ LDL

Γεώργιος Βελισάρης¹, Ιωάννης Κακριμανίδης¹, Αναστάσιος Γκόγκος¹, Χρήστος Μαντής¹,
Δημήτριος Φιδέσσας¹, Αικατερίνη Παθανοπούλου¹, Μαρία-Αγγελία Βελισάρη¹,
Ιουλίτσα Τρυφωνίδη², Κωνσταντίνος Μακρής², Νικόλαος Καυκάς¹

¹ Καρδιολογική Κλινική ΓΝΑ ΚΑΤ

² Βιοχημικό Εργαστήριο ΓΝΑ ΚΑΤ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Η τιμή της LDL χοληστερόλης είναι σημαντική στην εκτίμηση του καρδιαγγειακού κινδύνου. Επειδή η άμεση μέτρησή της είναι δύσκολη στην καθημερινή κλινική πράξη, γίνεται χρήση εξισώσεων που την προσεγγίζουν χρησιμοποιώντας την ολική χοληστερόλη, την HDL και τα τριγλυκερίδια. Η πιο γνωστή εξίσωση Friedewald παρουσιάζει, κυρίως σε ακραίες τιμές τριγλυκεριδίων και LDL, μεγάλες αποκλίσεις από την άμεσα μετρούμενη LDL. Σκοπός της μελέτης ήταν να εκτιμηθεί η ακρίβεια 12 γνωστών επώνυμων εξισώσεων υπολογισμού LDL (Friedewald, Vujovic, Chen, Puavillai, Cordova, Anandaraja, Hattori, Ahmadi, Sampson, Planella, Ephraim, Martin). Διατίθεται calculator της LDL βάσει των 12 αυτών εξισώσεων <https://cardioequ.shinyapps.io/LDLcalc/>.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκε δείγμα 279 καρδιολογικών ασθενών, εκ των οποίων το 25% προσήλθε στο νοσοκομείο λόγω εκδήλωσης στεφανιαίας νόσου. Μετρήθηκε η συμφωνία των εξισώσεων με την μετρημένη LDL, με δοκιμασίες καλής εφαρμογής (r-Pearson) και δοκιμασίες διακριτικής ικανότητας (ROC καμπύλες, Kruskal's gamma).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η εξίσωση Martin εμφάνισε την καλύτερη συμφωνία ($r=0.955$, 95% ΔΕ: [0.944, 0.964], $\text{gamma}=0.924$, 95% ΔΕ: [0.903, 0.944]), με παρόμοια αποτελέσματα να δίνει η εξίσωση Sampson ($r=0.954$, $\text{gamma}=0.924$). Η ευρείας χρήσης εξίσωση Friedewald φαίνεται να υπολείπεται με $r=0.939$, $\text{gamma}=0.912$ όπως και η εξίσωση Planella ($r=0.916$, $\text{gamma}=0.891$), που λαμβάνει υπόψη και την ΑρΟΒ. Λοιπές απλές γραμμικές εξισώσεις δεν διαφοροποιήθηκαν ιδιαίτερα σε ακρίβεια από την εξίσωση Friedewald. Επίσης σε ακραίες τιμές τριγλυκεριδίων ($>300\text{mg/dl}$) η εξίσωση Sampson είχε καλύτερη εφαρμογή στα δεδομένα: $r=0.935$ [95% ΔΕ=[0.864, 0.969]] και διακριτική ικανότητα: $\text{gamma}=0.908$ [95% ΔΕ= [0.825, 0.952]]. Για την εξίσωση Martin $r=0.928$, $\text{gamma}=0.896$ και για την εξίσωση Friedewald $r=0.922$, $\text{gamma}=0.891$. Σε ότι αφορά τις ROC καμπύλες για την ανίχνευση ατόμων με $\text{LDL}>100\text{mg/dl}$, που προκύπτουν για τις εξισώσεις Martin, Sampson και Friedewald παρουσιάζουν αντίστοιχα AUC 0.993, 0.988 και 0.977.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Εξισώσεις όπως του Sampson και του Martin λαμβάνουν υπόψη την αλληλεπίδραση μεταξύ τριγλυκεριδίων και nonHDL χοληστερόλης και φαίνεται να υπερτερούν σε σχέση με τις απλές γραμμικές (π.χ. Friedewald), τόσο σε ακρίβεια όσο και σε διακριτική ικανότητα ακόμη και σε άτομα με αυξημένες VLDL, IDL.



ΠΑ10

ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ ΣΤΟΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ SARS-COV-2 ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Αθανάσιος Δρόσος¹, Νεκταρία Μακρινιά¹, Κωνσταντίνος Πολύζος¹, Δήμητρα Στεφανή¹,
Εμμανουήλ Καλαφάτης¹, Εμμανουήλ Παπαδάκης¹, Αγγελική Καρπιδάκη¹,
Ιωάννης Κλαδούρης¹, Ιωάννης Κυριαζής²

¹ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο ΚΑΤ

² Διαβητολογικό Ιατρείο, Γενικό Νοσοκομείο ΚΑΤ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Στην τρέχουσα πανδημία SARS-COV-2, οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη φάνηκε να είναι πιο επιρρεπείς σε σοβαρή λοίμωξη από COVID-19 που σχετίζεται με το οξύ αναπνευστικό σύνδρομο. Διερευνήσαμε τον επιπολασμό της συμμόρφωσης στο εμβολιασμό για SARS-CoV-2 στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 που επισκέφτηκαν τον διαβητολογικό ιατρείο του νοσοκομείου μας, από τον Ιανουάριο έως και τον Μάιο του 2022 χρησιμοποιώντας ένα ερωτηματολόγιο που τους χορηγήθηκε.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Το ερωτηματολόγιο ετέθη σε 483 συμμετέχοντες ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Μετά την προσαρμογή για πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες, χρησιμοποιήθηκε ένα πολυμεταβλητό μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης για την ανάλυση συσχετίσεων μεταξύ της συμμόρφωσης στον εμβολιασμό και των σχετικών παραγόντων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 343 συμμετέχοντες (Α 154, Γ 189), το 21,6% δεν είχε προχωρήσει στον απαραίτητο εμβολιασμό. Από αυτούς το 41,8% δεν ήταν απολύτως σίγουροι για την αποτελεσματικότητα του εμβολίου και το 58,2% ήταν σύμφωνα με την απάντησή τους προκατειλημμένοι και ιδιαίτερα επιφυλακτικοί, αν και οι περισσότεροι θεωρούσαν τη μόλυνση από τον SARS-CoV-2 ως σοβαρή (προσαρμοσμένη αναλογία πιθανοτήτων [aOR] = 3,71- 95% διάστημα εμπιστοσύνης [CI]: 2,31–6,62· $p < 0,001$). Την απροθυμία τους και την επιφύλαξη τους για τον εμβολιασμό, την απέδωσαν κυρίως στον προβληματικό τρόπο που τα μέσα μαζικής επικοινωνίας έκαναν την αντίστοιχη ενημέρωση καθώς και στους εκάστοτε "ειδικούς" με τις μεταξύ τους διαφορετικές προσεγγίσεις, τα πωγυρίσματα στα μέτρα πρόληψης κλπ. Η κατάσταση εμβολιασμού των συγγενών τους, επίσης δεν επηρέασε την προθυμία τους για να εμβολιαστούν (aOR = 2,33, 95% CI: 1,37–4,18, $p < 0,001$). Η δε διαφωνία με την άποψη των ιατρών τους, ότι ο εμβολιασμός μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο μόλυνσης από τον SARS-CoV-2 συσχετίστηκε ανεξάρτητα με την άρνηση τους για εμβολιασμό (aOR = 2,22, 95% CI: 1,25–3,79, $p < 0,001$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς με διαβήτη στην πλειοψηφία τους προχώρησαν στον απαραίτητο εμβολιασμό για SARS-COV-2. Ενδεχομένως για μια μεγαλύτερη, καθολικότερη συμμετοχή, να έπρεπε να ενημερωθούν περισσότερο από τους οικείους γιατρούς τους σχετικά με την ασφάλεια του εμβολίου SARS-CoV-2.



ΠΑ11

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΟΥ ΣΤΗΝ ΤΕΛΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

Αναστάσιος Κουτσοβασιλίδης, Βασιλική Χατζηβασιλογίου, Αλεξάνδρα Κυριακοπούλου,
Αικατερίνη Κατσαβριά, Όλγα Οικονόμου, Αλεξάνδρα Γκουγκούτση,
Αλέξης Σωτηρόπουλος

Γ' Παθολογική Κλινική-Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Με την εξέλιξη της τεχνολογίας η μέτρηση της γλυκόζης αποτελεί μια σχε-
τικά απλή διαδικασία. Σκοπός της αυτομέτρησης είναι η εκτίμηση της συγκέντρωσης της
γλυκόζης σε συγκεκριμένες χρονικές στιγμές με απώτερο σκοπό την λήψη αποφάσεων
σχετικά με την δίαιτα, την άσκηση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση.

ΣΚΟΠΟΣ: Η εκτίμηση της επίδρασης των συνθηκών μέτρησης στο αποτέλεσμα της γλυκό-
ζης τριχοειδικού δείγματος.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: 178 ασθενείς οι οποίοι προσήλθαν στο Διαβητολογικό Κέντρο του
ΓΝΝΠ εντάχθηκαν στη μελέτη. Σε 78 ασθενείς έγινε λήψη τριχοειδικού αίματος δύο φορές
με ένα σκαριφισμό (1^η σταγόνα, στεγνός καθαρισμός και λήψη 2^{ης} σταγόνας) χωρίς να έχει
προηγηθεί καθαρισμός και σε 100 ασθενείς έγινε λήψη τριχοειδικού αίματος (1^η σταγόνα,
στεγνός καθαρισμός και λήψη 2^{ης} σταγόνας) μετά από πλύσιμο και στέγνωμα του προς σκα-
ριφισμού δακτύλου. Σε όλους τους ασθενείς είχε προηγηθεί λήψη φλεβικού δείγματος
για τη σύγκριση των αποτελεσμάτων. Έγινε καταγραφή της HbA1c, της αγωγής, σωματομε-
τρικών χαρακτηριστικών καθώς και των συνοδών νοσημάτων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 178 ασθενείς της μελέτης ηλικίας 65.27 ± 11.86 , 58 (49.2%) ελάμ-
βαναν ινσουλίνη, 57 (48.3%) ελάμβαναν μόνο δισκία, ενώ 28 (23.7%) ελάμβαναν ινσουλίνη
και δισκία. Γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη εντός στόχων είχαν 84 (71.2%) ασθενείς. Αρτη-
ριακή υπέρταση παρουσίαζαν 90 (76.3%) ασθενείς, υπερλιπιδαιμία 101 (85.6%), στεφανιαία
νόσο 31 (26.3%), αμφιβληστροειδοπάθεια 30 (25.4%), νεφροπάθεια 27 (22.9%), νευροπάθεια
17 (14.4%) και περιφερική αγγειακή νόσο 18 (15.3%). Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική
διαφορά μεταξύ πρώτης και δεύτερης σταγόνας μόνο για την ομάδα των ασθενών χωρίς
καθαρισμό ($p=0.048$) και όχι για την ομάδα μετά από πλύσιμο των χεριών ($p=0.238$). Η δια-
φορά μεταξύ του φλεβικού αίματος και του τριχοειδικού ήταν μεγαλύτερη στους ασθενείς
χωρίς παρέμβαση σε σχέση με αυτούς μετά από πλύσιμο των χεριών τόσο για την πρώ-
τη σταγόνα (29.69 ± 21.18 vs 18.75 ± 12.45 , $p=0.039$) όσο και για την δεύτερη (24.78 ± 17.26 vs
 17.68 ± 11.78 , $p=0.044$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι συνθήκες οι οποίες επικρατούν κατά τη διαδικασία της αυτομέτρη-
σης μπορούν να επηρεάσουν το αποτέλεσμα και κατά συνέπεια τη θεραπευτική επιλογή.
Το πλύσιμο και ακολούθως το στέγνωμα των χεριών οδηγεί σε ασφαλέστερα αποτελέσματα,
ενώ εάν οι συνθήκες δεν το επιτρέπουν είναι προτιμότερο να καταγράφεται το αποτέλεσμα
της δεύτερης σταγόνας.



ΠΑ12

1^ο ΒΡΑΒΕΙΟ ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ



Η ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΚΑΙ Η ΕΚΤΑΣΗ ΤΗΣ ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΟΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1

Γεώργιος Καραμανάκος¹, Αικατερίνη Μπαρμπαγιάννη¹, Αικατερίνη Κουντούρη², Βάγια Λαμπαδιάρη², Σταύρος Λιάτης¹

¹ Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό κέντρο, ΓΝΑ Λαϊκό, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

² Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Μονάδα Έρευνας και Διαβητολογικό Κέντρο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Ιατρική Σχολή Αθηνών, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Η καρδιαγγειακή αθηροσκληρωτική νόσος είναι μια κοινή αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (ΣΔ1). Η ανίχνευση της υποκλινικής αθηροσκληρώσεως μπορεί να είναι χρήσιμη για τον εντοπισμό ατόμων υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη μελλοντικών καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Ο ρόλος των μικροαγγειακών επιπλοκών του ΣΔ1 στην εξέλιξη της αθηροσκληρώσεως, καθώς και η σημασία τους στην πρόβλεψη της κλινικής καρδιαγγειακής νόσου δεν έχει πλήρως τεκμηριωθεί. Στόχος της παρούσας μελέτης είναι να εξετάσει τη συσχέτιση μεταξύ της παρουσίας και της έκτασης της μικροαγγειακής νόσου και της υποκλινικής αθηροσκληρώσεως σε ασθενείς με ΣΔ1.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήσαμε διαδοχικά 235 ασθενείς με ΣΔ1, χωρίς κλινική μακροαγγειακή νόσο. Η παρουσία αμφιβληστροειδοπάθειας αξιολογήθηκε από Οφθαλμίατρο, η νεφροπάθεια ορίστηκε ως αναλογία αλβουμίνης/κρεατινίνης (ACR) ≥ 30 mg/g ή/και eGFR < 60 ml/min, και η καρδιακή αυτόνομη νευροπάθεια μετρήθηκε μέσω των τριών δοκιμασιών καρδιακού αυτόνομου συστήματος του Ewing. Η υποκλινική αθηροσκληρώωση αξιολογήθηκε με τη μέτρηση της ταχύτητας παλμικού κύματος (PWV) μεταξύ της κοινής καρωτίδας και της μηριαίας αρτηρίας, και η παρουσία της ορίστηκε σύμφωνα με τα προτεινόμενα ηλικιακά όρια.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η παρούσα ανάλυση πραγματοποιήθηκε σε 219 ασθενείς με ολοκληρωμένα δεδομένα σχετικά με την παρουσία και την έκταση της μικροαγγειακής νόσου, 76 (34,7%) άνδρες, μέση ηλικία (SD) 35,2 (12,8) έτη, διάμεση διάρκεια διαβήτη (IQR) 16 [10-25] έτη. Εβδομήντα πέντε (34,2%) ασθενείς είχαν τουλάχιστον μία εκδήλωση μικροαγγειακής νόσου, ενώ 19 (8,7%) και 2 (0,9%) είχαν δύο και τρεις εκδηλώσεις αντίστοιχα. Υποκλινική αθηροσκληρώωση ανιχνεύθηκε σε 54 (24,7%) άτομα και σχετιζόταν σημαντικά με υψηλότερη συστηματική αρτηριακή πίεση (ΣΑΠ), μεγαλύτερη διάρκεια διαβήτη, υψηλότερο ΔΜΣ και την παρουσία μικροαγγειακής νόσου.

Στην πολυμεταβλητή ανάλυση, η υποκλινική αθηροσκληρώωση σχετιζόταν ανεξάρτητα με την παρουσία και την έκταση της μικροαγγειακής νόσου (OR [95% CI]: 2,4 [1,1-5,2] για μία εκδήλωση: και 9,5 [3,2-28,4] για ≥ 2 εκδηλώσεις). Η ΣΑΠ (OR [95% CI]: 1,03 [1,01-1,05] για κάθε αύξηση mmHg), ήταν ο μόνος άλλος παράγοντας που συσχετίστηκε σημαντικά με την υποκλινική αθηροσκληρώωση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρουσία και η έκταση της μικροαγγειακής νόσου σχετίζεται ανεξάρτητα με την υποκλινική αθηροσκληρώωση σε ασθενείς με ΣΔ1, χωρίς μακροαγγειακές επιπλοκές. Απαιτούνται προοπτικές μελέτες προκειμένου να εξεταστεί η πιθανή προγνωστική αξία της διαβητικής μικροαγγειοπάθειας για μελλοντικά καρδιαγγειακά συμβατάματα.



ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (E-POSTER)



ΑΑ01

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΘΗΚΑΝ ΛΟΓΩ ΑΠΟΡΡΥΘΜΙΣΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Βασίλειος Βασιλακόπουλος, Παύλος Ροδίτης, Σοφία Θεοδωρίδου, Χρήστος Τσουμής,
Γεώργιος Παπαγόρας, Ελεωνόρα Κυπριτίδου, Στυλιανός Λαμπρόπουλος
Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Ανάλυση διαφόρων κλινικών και παρακλινικών παραμέτρων με σκοπό την ανεύρεση παραγόντων που σχετίζονται με παρατεταμένη νοσηλεία και θνητότητα σε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν λόγω απορρύθμισης καρδιακής ανεπάρκειας (ΚΑ).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 73 ασθενείς (μέσος όρος ηλικίας 81 ± 9 έτη) που νοσηλεύτηκαν στην Καρδιολογική Κλινική του ΓΝΚοζάνης από 01/01/2021-31/12/2021. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση εξετάσθηκε η πιθανότητα να εξαρτώνται κάποιες μεταβλητές σχετικά με την παρατεταμένη νοσηλείας, ή τον θάνατο. Εξετάσθηκαν η ηλικία, το στάδιο κατά NYHA, η διάμετρος του αριστερού κόλπου, η χρήση αντιβιοτικών, η μέγιστη τροπονίνη, το BNP και η μέγιστη τιμή CRP.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε ότι αφορά την παρατεταμένη νοσηλεία, ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες ήταν η ηλικία άνω των 80 [24% μικρότερη πιθανότητα να μείνουν άνω των 5 ημερών] ($p=0,006$, RR 0,73, CI 0,324-0,913), το φύλο (οι γυναίκες είχαν 31% μεγαλύτερη πιθανότητα να παραμείνουν άνω των 5 ημερών) ($p=0,024$, RR 1,29, CI 1,034-1,620), η κοιλιακή μαρμαρυγή όπου όσοι εμφανίζονταν με αυτή είχαν 72% μεγαλύτερη πιθανότητα για παρατεταμένη νοσηλεία ($p=0,001$, RR 1,62, CI 1,230-2,132) και η μέγιστη CRP, όπου για κάθε 1mg/dl αύξηση η πιθανότητα παρατεταμένης νοσηλείας αυξανόταν κατά 3,4% ($p=0,014$, RR 1,028, CI 1,006-1,051). Σε ότι αφορά τη θνητότητα, ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες ήταν η ηλικία όπου οι πολύ ηλικιωμένοι (>85 ετών) είχαν 15% μεγαλύτερη πιθανότητα να καταλήξουν κατά τη νοσηλεία ($p=0,041$, RR 1,15 CI 1,006-1,320), η NYHA III κλάση σε σχέση με NYHA I-II με 41% μεγαλύτερη πιθανότητα να καταλήξουν ($p=0,007$, RR 1,368, CI 1,088-1,719), η ΣΑΠ όπου για κάθε 1mmHg αύξηση είχαμε 0,4% αύξηση στην πιθανότητα να υπάρξει θάνατος στη νοσηλεία ($p=0,024$, RR 1,003, CI 1,000-1,005) και η διάμετρος του αριστερού κόλπου, όπου για κάθε 1mm αύξησης αυξανόταν κατά 2,1% η πιθανότητα θανάτου ($p=0,000$, RR 1,016, CI 1,008-1,024).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ηλικία, το φύλο η κοιλιακή μαρμαρυγή και η CRP φάνηκαν να σχετίζονται με την παρατεταμένη νοσηλεία, ενώ με τη θνητότητα φάνηκε να σχετίζονται η ηλικία, η κλάση NYHA, η ΣΑΠ και η διάμετρος του αριστερού κόλπου.



ΑΑ02

ΕΠΑΙΝΟΣ 2^{ης} ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ



ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΠΡΟΣΘΙΟ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ - ΘΡΟΜΒΟ ΚΟΡΥΦΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ

Κωνσταντίνος Στάμος

Καρδιολογική κλινική, Γ.Ν. Παπαγεωργίου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Το αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο (APS) είναι ένα αυτοάνοσο συστηματικό νόσημα που χαρακτηρίζεται από φλεβική / αρτηριακή θρόμβωση, αυτόματες αποβολές κυήματος, πνευμονικές εμβολές. Εμφανίζεται είτε ως πρωτοπαθής κατάσταση είτε στο πλαίσιο μιας υποκείμενης νόσου, συνήθως συστηματικού ερυθηματώδους λύκου. Παρουσιάζουμε το ενδιαφέρον περιστατικό ενός 63χρονου με εκτεταμένο πρόσθιο έμφραγμα μυοκαρδίου και θρόμβο κορυφής υπό ασενοκουμαρόλη του επανεισήχθη ως πνευμονική εμβολή.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Άνδρας 63 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ του νοσοκομείου μας λόγω πρόσθιου συσφιγκτικού άλγους από 24ώρου. Από το ΗΚΓ φλεβοκομβικός ρυθμός, ανάσπαση ST V1-V6, qS V1-V3, από bedside echo υποκινησία πρόσθιου, κορυφαίου, IVS, LVEF=40%. Ο ασθενής φορτίστηκε με διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή και οδηγήθηκε άμεσα στο αιμοδυναμικό εργαστήριο όπου υπεβλήθη σε αγγειοπλαστική LAD. Έγινε contrast echo το οποίο ανέδειξε θρόμβο κορυφής αριστερής κοιλίας, επακόλουθα προστέθηκε ασενοκουμαρόλη στο θεραπευτικό σχήμα του ασθενούς. Έπειτα από 7 ημέρες ανεπίπλεκτη νοσηλείας έλαβε εξιτήριο, με θεραπευτικούς χρόνους INR, για να επιστρέψει το ίδιο απόγευμα του εξιτηρίου στο ΤΕΠ λόγω θωρακαλγίας εντοπισμένης στο Δε ημιθώρακιο. Λόγω αυξημένων τιμών Δ-διμερών ζητήθηκε CTPA η οποία ανέδειξε πνευμονική εμβολή. Επανεισήχθη στην καρδιολογική κλινική, έγινε ολοσωματική αξονική προς αποκλεισμό κακοήθειας και ζητήθηκε αιματολογική εκτίμηση. Τα εργαστηριακά ευρήματα κατόπιν αιματολογικής εκτίμησης ανέδειξαν την ύπαρξη αντιφωσφολιπιδικού συνδρόμου. Έκτοτε παρακολουθείται από καρδιολόγους και στα ιατρεία αιμόστασης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μετά τα ανωτέρω ευρήματα τέθηκε η διάγνωση του αντιφωσφολιπιδικού συνδρόμου, ο ασθενής κατά την επανεκτίμηση του στα εξωτερικά ιατρεία με νέο contrast echo έπειτα από 3 μήνες είχε διαλυθεί ο θρόμβος κορυφής αριστερής κοιλίας και ήταν κλινικά σταθερός.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ορθή χρήση των διαθεσίμων διαγνωστικών τεχνικών, η σωστή λήψη του ιστορικού, η διαρκής επαναξιολόγηση της κλινικής εικόνας και η συνεργασία πολλών ειδικοτήτων οδήγησαν στην ορθή διάγνωση και κλινική βελτίωση της ασθενούς.



ΑΑ03

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΜΙΚΡΟΤΕΡΕΣ ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΟΝΤΑΙ ΛΟΓΩ ΑΠΟΡΡΥΘΜΙΣΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Βασίλειος Βασιλακόπουλος, Σοφία Θεοδωρίδου, Πάυλος Ροδίτης, Χρήστος Τσουμής, Γεώργιος Παπαγόρας, Ελεωνόρα Κυπριτίδου, Στυλιανός Λαμπρόπουλος

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή των διαφορών στη φαρμακευτική αγωγή κατά τη νοσηλεία ηλικιωμένων ασθενών που νοσηλεύτηκαν λόγω απορρύθμισης καρδιακής ανεπάρκειας (ΚΑ) σε σχέση με το κλάσμα εξώθησης (ΚΕ).

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Μελετήθηκαν 73 ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στην Καρδιολογική Κλινική του ΓΝ Κοζάνης από 01/01/2020-31/12/2020. Οι ασθενείς ταξινομήθηκαν σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες ESC 2021 σε ΚΑ με διατηρημένο κλάσμα (HFpEF), μειωμένο (HFmrEF) ή ενδιάμεσο (HFmrEF). Καταγράφηκαν δημογραφικές πληροφορίες, αιτία εισόδου, αίτιο απορρύθμισης κλινική εξέταση κατά την εισαγωγή, ευρήματα από ΗΚΓ, ακτινογραφία και ηχοκαρδιογράφημα, φαρμακευτική αγωγή κατ'οίκον κι εντός νοσηλείας, εργαστηριακές παράμετροι, συννοσηρότητες, έκβαση και τυχόν επιπλοκές.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μελετήθηκαν 31 ασθενείς με HFpEF (42,4%), 14 με HFmrEF (19,1%), 12 με HFrEF (16,4%) 16 (21,9%). Παρατηρήθηκαν: συχνότερη χρήση ενδοφλέβιων νιτροδών σε HFpEF και HFmrEF σε σχέση με HFrEF (20,4%, 39,5% και 9,3%, $p=0,043$), συχνότερη χρήση ενδοφλέβιων αντιαρρυθμικών σε HFpEF σε σχέση με HFmrEF (1,8%, 16,2% και 0,4%, αντίστοιχα, $p=0,029$), σπανιότερη χρήση αντιαιμοπεταλιακών σε HFpEF σε σχέση με HFmrEF και με HFrEF (7,8%, 43,5% και 39,7%, αντίστοιχα, $p=0,004$), σπανιότερη χρήση χαμηλού μοριακού βάρους ηπαρίνης σε HFpEF σε σχέση με HFmrEF και με HFrEF (5,2%, 29,6% και 19,4%, αντίστοιχα, $p=0,046$), συχνότερη χρήση κουμαρινικών σε HFpEF σε σχέση με HFmrEF και με HFrEF (6,3%, 0,7% και 0,4%, αντίστοιχα, $p=0,004$), γενικά συχνότερη χρήση αντιπηκτικών σε HFpEF σε σχέση με HFmrEF και με HFrEF (77,8%, 81,8% και 61,3%, αντίστοιχα, $p=0,021$) και λιγότερο συχνή χρήση ψυχοτρόπων σε σχέση με HFmrEF και με HFrEF (11,2%, 42,5% και 22,6%, αντίστοιχα, $p=0,021$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σημειώνονται διαφορές στη θεραπευτική προσέγγιση των ηλικιωμένων ασθενών ανάλογα με το κλάσμα εξώθησης, ιδίως στη χορήγηση νιτροδών και αντιαρρυθμικών φαρμάκων και αντιπηκτικών, γεγονός που γεννά την ανάγκη για πληρέστερη μελέτη του συγκεκριμένου πληθυσμού.



ΑΑ04

ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ, ΠΛΗΘΟΣ ΚΑΙ ΕΙΔΟΣ ΨΥΧΟΤΡΟΠΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Μαρία Καρανικόλα¹, Μαρία Νυσταζάκη², Γεώργιος Τσιαούσης³, Θεοδοσία Ταπάσκου²,
Νικόλαος Σμυρνής²

¹ Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Τμήμα Νοσηλευτικής, Λέμεσος, Κύπρος

² Β' Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό & Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»
ΔΕΠ Β' Παν/κης κλινικής, Αθήνα, Ελλάδα

³ Ιδιωτικό Καρδιολογικό Ιατρείο, Καστοριά, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Συγκεκριμένες κατηγορίες ψυχοτρόπων φαρμάκων επηρεάζουν το μεταβολικό προφίλ των ατόμων που τα λαμβάνουν. Δεν έχει μελετηθεί η αθροιστική επίδραση των διαφορετικών κατηγοριών ψυχοτρόπων ουσιών σε άτομα με εξ ορισμού υψηλή πιθανότητα λήψης μεγάλου αριθμού τέτοιων φαρμάκων, όπως είναι οι νοσηλευόμενοι σε μια ψυχιατρική κλινική τριτοβάθμιου νοσοκομείου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 114 άτομα, τα οποία εισήχθησαν διαδοχικά στην ψυχιατρική κλινική του Νοσοκομείου «Αττικόν». Καταγράφηκαν δημογραφικά χαρακτηριστικά (συμπεριλαμβανομένων εθνικότητας, μορφωτικού επιπέδου και εργασιακής κατάστασης), μεταβολικές παράμετροι (συμπεριλαμβανομένων συστολικής και διαστολικής αρτηριακής πίεσης, δείκτη μάζα σώματος [ΔΜΣ], λιπιδαιμικού προφίλ, γλυκόζης νηστείας) και η ψυχοτρόπος αγωγή εισαγωγής. Μελετήθηκε σε πολυπαραγοντικά μοντέλα η ικανότητα διαφόρων συνδυασμών των ανωτέρω μεταβλητών στην πρόβλεψη των καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου. Ως ψυχοτρόπος πολυφαρμακία (ΨΠ) ορίστηκε η λήψη 5 και περισσότερων ψυχοτρόπων φαρμάκων. Μελετήθηκε και η σπουδαιότητα άλλων συνδυασμών, όπως η συγχρόνηση πρώτης και δεύτερης γενιάς αντιψυχωτικών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι περισσότεροι παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου, όπως η συστολική και διαστολική πίεση, η ολική χοληστερόλη, η HDL, η LDL-χοληστερόλη και τα τριγλυκερίδια, δεν παρουσίασαν συσχέτιση με το πλήθος ή το είδος της ψυχοτρόπου αγωγής. Ωστόσο, η ΨΠ προέβλεψε ανεξάρτητα τον ΔΜΣ (άλλοι ανεξάρτικοι προβλεπτικοί παράγοντες ήταν η ελληνική καταγωγή και η απουσία εργασιακής δραστηριότητας). Οι υποβαλλόμενοι σε ΨΠ είχαν ΔΜΣ $29,5 \pm 6,4$ έναντι $25,9 \pm 4,8$ των υπολοίπων. Το ίδιο αποτέλεσμα προέκυψε από την χρήση δύο ή περισσότερων αντιψυχωτικών φαρμάκων. Επίσης, η γλυκόζη νηστείας είχε στην πολυπαραγοντική ανάλυση ως μοναδικό στατιστικά σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα την ΨΠ, ακόμα και όταν εκφράστηκε ως συγχρόνηση αντιψυχωτικών πρώτης και δεύτερης γενιάς στο ίδιο άτομο. Ωστόσο, η συσχέτιση εξαφανίστηκε στους λαμβάνοντες μόνο αντιψυχωτικά 2ης γενιάς.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η χρήση πολλών κατηγοριών ψυχοτρόπων ουσιών στο ίδιο άτομο σχετίζεται με αυξημένο δείκτη μάζας σώματος και αυξημένη γλυκόζη νηστείας. Υπεύθυνος της δεύτερης συσχέτισης φάνηκε να είναι η συνδυασμένη χορήγηση αντιψυχωτικών 1^{ης} και 2^{ης} γενιάς.



ΑΑ05

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΤΗΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΜΕ ΤΙΣ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ

Αναστάσιος Κουτσοβασιλίδης, Βασιλική Χατζηβασιλόγλου, Μαρία Παππά,
Αλεξάνδρα Κυριακοπούλου, Όλγα Οικονόμου, Αλέξης Σωτηρόπουλος

Γ' Παθολογική Κλινική-Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η αρτηριακή υπέρταση (ΑΠ) αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση και εξέλιξη των επιπλοκών του Σακχαρώδους Διαβήτη (ΣΔ).

ΣΚΟΠΟΣ: Η αξιολόγηση της ρύθμισης της ΑΠ των ατόμων με ΣΔτ2 καθώς και ο καθορισμός της κατάλληλης χρονικής στιγμής για τη μέτρηση της ΑΠ στο ιατρείο.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: 132 ασθενείς με ΣΔτ2 και ΑΥ οι οποίοι προσήλθαν στο Διαβητολογικό Κέντρο του ΓΝΝΠ κατά τον Μάιο - Ιούλιο του 2013 εντάχθηκαν στη μελέτη. Γινόταν μέτρηση (2 φορές με διαφορά 1 λεπτού) της συστολικής (ΣΑΠ) και της διαστολικής (ΔΑΠ) αρτηριακής πίεσης μετά από 10 λεπτά ξεκούρασης στην αρχή και εκ νέου μέτρηση (2 φορές) στο τέλος της επίσκεψης. Οι ασθενείς προσκόμιζαν κατ' οίκον μετρήσεις επτά ημέρες μετά την επίσκεψη στο Διαβητολογικό Κέντρο. Έγινε καταγραφή της αγωγής, των συνοδών νοσημάτων καθώς και του βαθμού ρύθμισης της ΑΠ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 132 ασθενείς της μελέτης ηλικίας 65.86 ± 7.97 έτη, οι 90 (68.2%) ήταν άνδρες. Υπολιπιδαιμική αγωγή ελάμβαναν 109 ασθενείς (82.6%), στεφανιαία νόσο παρουσίαζαν 24 (18.2%), αμφιβληστροειδοπάθεια 30 (27.8%), νεφροπάθεια 18 (13.6%) και 12 (9.1%), περιφερική αγγειακή νόσο. Καπνιστές ήταν 78 (65%) εκ των οποίων ενεργοί ήταν 36 (46.2%). Από τους 132 ασθενείς α-ΜΕΑ ελάμβαναν 42 (31.8%), β-αναστολείς 29 (22%), ανταγωνιστές των υποδοχέων της αγγειοτασίνης II 60 (45.4%), αναστολείς των διαύλων ασβεστίου 42 (31.8%), θειαζιδικό διουρητικό 43 (32.6%), διουρητικό της αγκύλης 12 (9.1%) και 6 (4.5%) κεντρικώς δρώντα αντιυπερτασικά. Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p < 0.0001$) μεταξύ των τιμών της συστολικής αρτηριακής πίεσης κατά την προσέλευση στο ιατρείο (153.50 ± 16.57), κατά το τέλος της επίσκεψης (138.18 ± 12.52) και των κατ' οίκον μετρήσεων (133.04 ± 14.72). Ανάλογα σημαντική και η διαφορά για την διαστολική πίεση ($p < 0.0001$) μεταξύ των υπό εξέταση μετρήσεων (77.81 ± 10.08 vs 73.37 ± 10.26 vs 71.09 ± 8.09 , $p < 0.0001$) με την διαφορά μεταξύ της μέτρησης κατά το τέλος της επίσκεψης και της κατ' οίκον μέτρησης να μην διαφέρουν στατιστικά ($p = 0.068$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι συνθήκες μέτρησης της αρτηριακής πίεσης διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο για την εξαγωγή συμπερασμάτων, τα οποία οδηγούν στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων. Η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης κατά το τέλος της επίσκεψης οδηγεί σε ασφαλέστερα συμπεράσματα σχετικά με το βαθμό ρύθμισης και είναι ανάλογη της κατ' οίκον μέτρησης.



ΑΑ06

ΕΠΑΙΝΟΣ 2^{ης} ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ



ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ ΚΑΙ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Βασίλειος Βασιλακόπουλος, Σοφία Θεοδωρίδου, Παύλος Ροδίτης, Χρήστος Τσουμής, Γεώργιος Παπαγόρας, Ελεωνόρα Κυτιρίδου, Στυλιανός Λαμπρόπουλος

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Διαταραχές ύπνου εμφανίζονται συχνά σε ασθενείς με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ), ιδίως όταν συνυπάρχει κοιλιακή μαρμαρυγή. Η κλινική τους σημασία αυξανόμενα αναγνωρίζεται τα τελευταία χρόνια, καθώς η πτωχή ποιότητα ύπνου επηρεάζει αρνητικά την κλινική εικόνα των ασθενών με ΚΑ. Σκοπός της μελέτης είναι η εκτίμηση της ποιότητας ύπνου σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, με και χωρίς κοιλιακή μαρμαρυγή.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 52 νοσηλευόμενοι ασθενείς με χρόνια ΚΑ στην Καρδιολογική Κλινική του νοσοκομείου μας. Το 42,3 % των ασθενών έπασχε από χρόνια ή παροξυσμική κοιλιακή μαρμαρυγή (n=22). Η στρατηγική συλλογής δεδομένων περιελάμβανε την ολοκλήρωση ενός δημογραφικού ερωτηματολογίου, ενώ η ποιότητα του ύπνου των συμμετεχόντων εκτιμήθηκε με το ερωτηματολόγιο ποιότητας ύπνου του Pittsburgh (PSQI).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Πτωχή ποιότητα ύπνου (Global PSQI score ≥ 5) παρατηρήθηκε στο 83,4% των συμμετεχόντων (n = 43). Σχετικά με το ιστορικό κοιλιακής μαρμαρυγής, βρέθηκε πως οι ασθενείς που έπασχαν από κοιλιακή μαρμαρυγή είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στο PSQI-GR (p=0,045).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Βάσει των αποτελεσμάτων της μελέτης, ασθενείς με κοιλιακή μαρμαρυγή εμφάνιζαν μεγαλύτερες τιμές στο συνολικό PSQI (pH ποιότητα του ύπνου ενδέχεται να επηρεαστεί σημαντικά από την ύπαρξη αυτών των συμπτωμάτων. Περισσότερες μελέτες απαιτούνται για την πληρέστερη κατανόηση της πολύπλοκης σχέσης μεταξύ ύπνου, κοιλιακής μαρμαρυγής και καρδιακής ανεπάρκειας.



AA07

ΕΠΙΛΟΓΗ 1^η ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ



ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΚΩΝ ΝΟΣΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΟΞΕΟΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ ΤΗΝ COVID ΚΑΙ ΠΡΟ COVID ΠΕΡΙΟΔΟ

Ελένη Γιαννοπούλου¹, Θεόδωρος Τζούδας¹, Ευγενία Μανδηλάρη¹, Δημήτριος Πουλάκης¹, Παναγιώτα Νικολακέα¹, Ελένη Λατσάρα¹, Μαρία Βρουλιδάκη², Ηλίας Νταίβης¹, Κωνσταντίνος Κιντής², Βασίλειος Καραμπέτσος¹, Ιωάννης Τσούρλαρης¹, Εμμανουήλ Μάκαρης¹, Σταυρούλα Κοσμοπούλου¹, Γεώργιος Κουδούνης¹, Κωνσταντίνος Τούτουζας³

¹ Καρδιολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Μεσσηνίας

² Καρδιολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης

³ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Αθήνας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Η νόσος του νέου κορωνοϊού σημείωσε έξαρση στην Ελλάδα τα έτη 2020 και 2021. Σκοπός της μελέτης είναι να αξιολογηθεί η επίδραση της πανδημίας στις εισαγωγές των ασθενών στην Καρδιολογική κλινική και Μονάδα Εμφραγμάτων του Γενικού Νοσοκομείου Μεσσηνίας και το πώς αυτή μετέβαλε τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Κατά την διάρκεια των ετών 2017 - 2018 (προ COVID περίοδος) και 2020 - 2021 (COVID περίοδος) έγινε καταγραφή του αριθμού των εισαγωγών στην Καρδιολογική κλινική και την Μονάδα Εμφραγμάτων του Γενικού Νοσοκομείου Μεσσηνίας. Παράλληλα, συλλέχθηκαν τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών και η αιτία εισόδου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά την διάρκεια των 4 ετών σημειώθηκαν 11851 εισαγωγές ασθενών [Εικόνα 1], 7104 την προ COVID και 4747 την COVID περίοδο (μείωση κατά 33.2%). Συνολικά εισήχθησαν 4074 άνδρες και 3030 γυναίκες πριν την πανδημία και 2840 άνδρες και 1907 γυναίκες κατά την πανδημία. Οι εισαγωγές των ανδρών μειώθηκαν κατά 30.3% και των γυναικών, σημαντικά περισσότερο ($p=0.007$), κατά 37.1%. Παράλληλα, σημειώθηκε σημαντική αύξηση του μέσου όρου ηλικίας των ασθενών την περίοδο του κορωνοϊού κατά 2.1 έτη (66.5 προ COVID περίοδος έναντι 68.6 COVID περίοδος, $p<0.0001$).

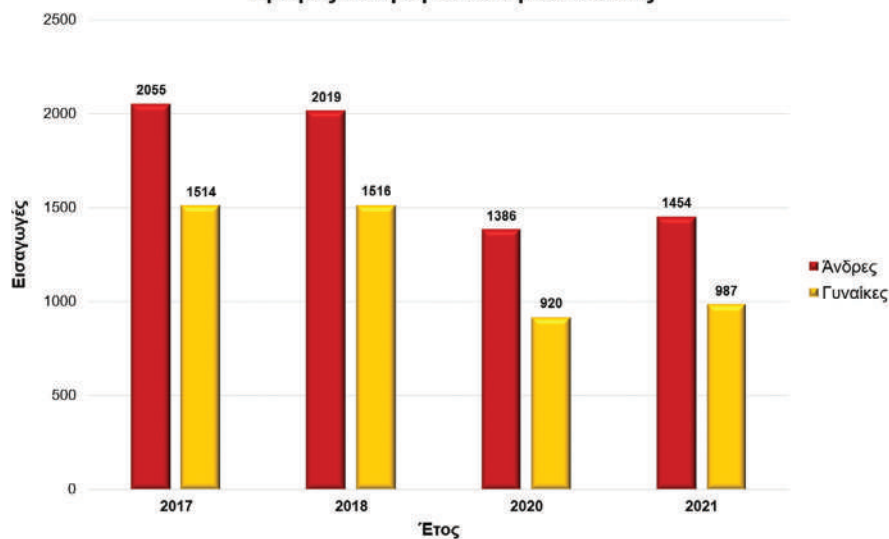
Συνολικά εισήχθησαν 1395 ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (STEMI, NSTEMI, UA), 777 κατά την προ COVID και 618 κατά την COVID περίοδο. κατά την προ COVID περίοδο διαγνώστηκαν 148 ασθενείς με STEMI (19.0% των ΟΣΣ), 541 με NSTEMI (69.6% των ΟΣΣ) και 88 με UA (11.3% των ΟΣΣ). Στην COVID περίοδο διαγνώστηκαν 104 ασθενείς με STEMI (16.8% των ΟΣΣ), 486 με NSTEMI (78.6% των ΟΣΣ) και 28 με UA (4.5% των ΟΣΣ). Ο απόλυτος αριθμός των εισαγωγών με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου μειώθηκε (689 ασθενείς την προ COVID περίοδο έναντι 590 την COVID περίοδο). Η παρουσία του κορωνοϊού ελάττωσε τον αριθμό των STEMI κατά 29.7% και τον αριθμό των NSTEMI κατά 10.1% (Εικόνα 2).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η πανδημία μείωσε τον συνολικό αριθμό ασθενών και τις εισαγωγές για οξύ στεφανιαίο σύνδρομο στην Καρδιολογική κλινική και Μονάδα Εμφραγμάτων του Γενικού Νοσοκομείου Μεσσηνίας. Επιπλέον, άλλαξε τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του οξέος εμφραγματος μυοκαρδίου με σημαντική αύξηση του μέσου όρου ηλικίας των ασθενών και μείωση των STEMI και των NSTEMI.



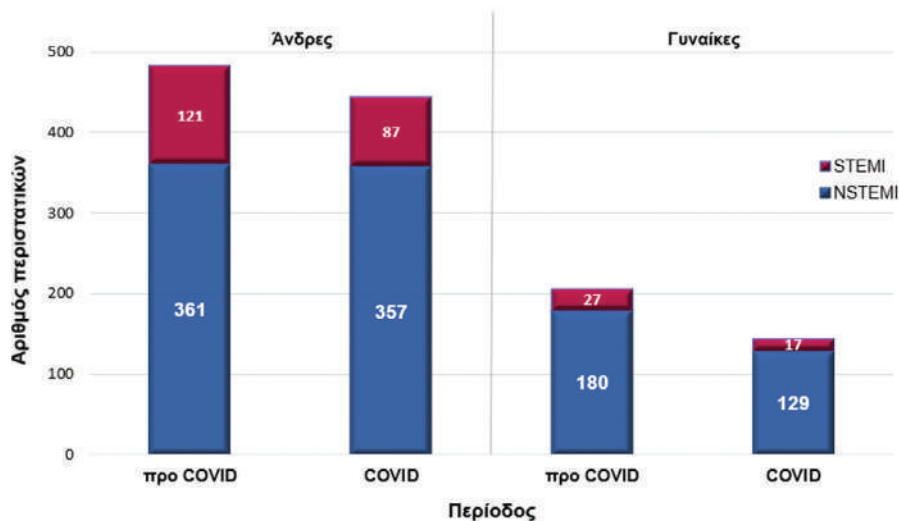
Εικόνα 1

Αριθμός εισαγωγών ανά φύλο και έτος



Εικόνα 2

Περιστατικά οξείας εμφράγματος του μυοκαρδίου ανά φύλο και περίοδο





ΑΑ08

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΛΙΠΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΤΡΙΚΑΛΩΝ ΣΤΟΝ ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ Η' ΧΩΡΙΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Σταμάτης Παπαδάτος¹, Μαρίνα Μπουρδάκη², **Αδαμάντιος Μπουρδάκης¹**

¹ Διαβητολογικό Ιατρείο, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

² Τμήμα Διατροφολογίας Aegean -College-Λάρισα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Παρά το ότι ο έλεγχος των λιπιδίων αποτελεί καθημερινή κλινική πράξη, οι στόχοι πολλές φορές δύσκολα επιτυγχάνονται και διατηρούνται. Ειδικά ιατρεία Λιπιδίων-Παχυσαρκίας παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη καρδιαγγειακών παθήσεων που αποδεδειγμένα σχετίζονται με τον σακχαρώδη διαβήτη και τις διαταραχές των λιπιδίων.

ΣΚΟΠΟΣ: Η αξιολόγηση της συμβολής του ιατρείου Λιπιδίων-Παχυσαρκίας του Γ.Ν. Τρικάλων στη ρύθμιση δυσλιπιδαιμικών ασθενών με ή χωρίς ΣΔΙΙ, με βάση το αν έχουν επιτευχθεί οι τιμές - στόχοι των λιπιδίων μετά από παρακολούθηση ενός έτους.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Δυσλιπιδαιμικοί ασθενείς (N=105) με ΣΔ ΙΙ (N1=33) και χωρίς ΣΔΙΙ (N2=72) με σοβαρή δυσλιπιδαιμία κατά ATP III συμπεριλήφθησαν στη μελέτη. Οι ασθενείς αντιμετωπίζονταν με στατίνη ± αντιδιαβητικό φάρμακο. Καπνιστές και πάσχοντες από Χρόνια Νεφρική Νόσο αποκλείστηκαν. Δεν υπήρξε παρέμβαση στην λαμβανόμενη αντιαιμοπεταλιακή και αντιυπερτασική αγωγή των ασθενών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μετά από ένα έτος τακτικής παρακολούθησης 15,2% των διαβητικών και 47,2% των μη διαβητικών ασθενών είχαν πλήρως φυσιολογικό λιπιδαιμικό προφίλ. 20% των διαβητικών και 70,3% των μη διαβητικών ασθενών έχουν επιτύχει την τιμή - στόχο για την LDL ενώ 37,5% των διαβητικών και 70,9% των μη διαβητικών έχουν την επιθυμητή τιμή ολικής χοληστερόλης. Όσον αφορά τα τριγλυκερίδια, τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 22,7% και 51,6% αντίστοιχα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το ειδικό ιατρείο Λιπιδίων-Παχυσαρκίας επιτυγχάνει τη ρύθμιση του λιπιδαιμικού προφίλ των μεταβολικών ασθενών του. Παρατηρείται ωστόσο μια στατιστικά σημαντική διαφορά στον έλεγχο των τιμών λιπιδίων μεταξύ διαβητικών και μη διαβητικών δυσλιπιδαιμικών ασθενών ($p<0,01$) που εν μέρει δικαιολογείται από την παθολογία του σακχαρώδη διαβήτη.



ΑΑ09

ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΜΕΝΗ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗ ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ

Βασίλειος Βασιλακόπουλος, Παύλος Ροδίτης, Σοφία Θεοδωρίδου, Χρήστος Τσουμής,
Γεώργιος Παπαγόρας, Ελεωνόρα Κυπριτίδου, Στυλιανός Λαμπρόπουλος
Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη χρησιμοποιείται τόσο για την διάγνωση του Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) όσο και για την εκτίμηση του γλυκαιμικού ελέγχου ασθενών με ΣΔ που αποτελεί έναν από τους κυριότερους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να καταδείξει την πιθανή συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης και της σοβαρότητας της στεφανιαίας νόσου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 106 ασθενείς που εισήχθησαν στην Καρδιολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Κοζάνης από 01/01/19 έως 31/12/2021 είτε λόγω οξέος στεφανιαίου συνδρόμου είτε λόγω συμπτωμάτων σταθερής στεφανιαίας νόσου και προωθήθηκαν σε Αιμοδυναμικά Εργαστήρια προς στεφανιογραφία που ανέδειξε στεφανιαία νόσο. Σε όλους αυτούς τους ασθενείς μετρήθηκε η τιμή της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (φυσιολογικές τιμές 4.3-6.1%) σε δείγμα αίματος που ελήφθη κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους καθώς και το SYNTAX SCORE και ο αριθμός των πασχόντων στεφανιαίων αγγείων με βάση την στεφανιογραφία. Ταυτόχρονα καταγράφηκε η παρουσία άλλων κλασσικών παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Με χρήση συσχετίσεων Pearson φαίνεται ότι τα άτομα με μεγαλύτερη τιμή γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης αναμένεται να έχουν μεγαλύτερο SYNTAX score και μεγαλύτερο αριθμό πασχόντων στεφανιαίων αγγείων ($p=0.002$ και $p=0.001$ αντίστοιχα).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μέτρηση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης θα μπορούσε να αποτελέσει ένα χρήσιμο δείκτη για γρηγορότερη παρέμβαση με στόχο την βελτίωση του συνολικού καρδιαγγειακού προφίλ των ασθενών. Ωστόσο δεν θα πρέπει να θεωρείται ότι η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη αντιπροσωπεύει την γλυκαιμική κατάσταση το τελευταίο τρίμηνο και δεν οδηγεί πάντα σε σωστά συμπεράσματα για μεγαλύτερο βάθος χρόνου καθώς οι παθοφυσιολογικές επιδράσεις του ΣΔ (φλεγμονή, οξειδωτικού stress) επιδρούν στα αγγεία για πολλά συνήθως έτη πριν την διάγνωση του ΣΔ και την αύξηση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης.



ΑΑ10

ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ SGLT2 ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΚΑΙ GLP1 ΑΝΑΛΟΓΩΝ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΕΝΟΣ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΙ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Γιάννης Κουτσονάσιος¹, Γεωργία Φίλη², Σταμάτης Παπαδάτος³, Δέσποινα Μπουρδάκη⁴
Αδαμάντιος Μπουρδάκης³

¹ Κέντρο Υγείας Πύλης Τρικάλων.

² Κέντρο Υγείας Δελβινακίου Ιωαννίνων.

³ Διαβητολογικό Ιατρείο Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

⁴ Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας-Λάρισα

ΣΚΟΠΟΣ: Τα τελευταία χρόνια με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας έχουν προστεθεί νέες κατηγορίες φαρμάκων με αποδεδειγμένο όφελος στο καρδιαγγειακό, στην νεφρική λειτουργία και στο σωματικό βάρος σε πρώιμα θεραπευτικά βήματα στην θεραπεία των ασθενών με ΣΔ2. Πρόκειται για τους SGLT2 αναστολείς και τα GLP1 ανάλογα. Ένας σημαντικός παράγοντας στην ρύθμιση των ασθενών παραμένει η συμμόρφωση τους στην προτεινόμενη θεραπεία από τον θεράποντα ιατρό.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Υλικό της μελέτης αποτέλεσαν οι νέοι ασθενείς με ΣΔ2 που διαγνώσθηκαν και παρακολουθούνται σε τακτικές επισκέψεις με ραντεβού ανά τρίμηνο περίπου, το τελευταίο έτος στα ιατρεία πρωτοβάθμιας φροντίδας του Κέντρου Υγείας Δελβινακίου Ιωαννίνων και Κέντρου Υγείας Πύλης Τρικάλων και στο Διαβητολογικό Ιατρείο του Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων. Πρόκειται για 100 ασθενείς 70 άντρες και 30 γυναίκες σε αγωγή με μετφορμίνη. Από αυτούς 92 ασθενείς δέχθηκαν αμέσως αγωγή με SGLT2 αναστολείς (Συμμόρφωση 92%). Από τους 92 που έκαναν έναρξη αγωγής οι 30 χρειάστηκαν στο τρίμηνο και εβδομαδιαίο GLP1 ανάλογο και από αυτούς δέχθηκαν οι 15 (Συμμόρφωση 50%). Σε 24 ασθενείς προτάθηκε εξ αρχής εβδομαδιαίο GLP1 ανάλογο και δέχθηκαν οι 8 (Συμμόρφωση 33%). Τα αντίστοιχα Νούμερα για το Διαβητολογικό ιατρείο ήταν 276 νέοι ασθενείς 110 άντρες και 65 γυναίκες σε αγωγή με μετφορμίνη. Από αυτούς δέχθηκαν αμέσως αγωγή με SGLT2 αναστολείς 272 (Συμμόρφωση 93%). Σε 160 από αυτούς προτάθηκε στο τρίμηνο και εβδομαδιαίο GLP1 ανάλογο και δέχθηκαν οι 96 (Συμμόρφωση 60%) ενώ σε 72 προτάθηκε εξ αρχής εβδομαδιαίο GLP1 ανάλογο και δέχθηκαν οι 30 (Συμμόρφωση 40%).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η συμμόρφωση στην πρώιμη έναρξη θεραπείας με SGLT2 αναστολείς είναι πολύ υψηλή τόσο σε μία πρωτοβάθμια όσο και σε μία δευτεροβάθμια δομή υγείας χωρίς να διαφέρει στατιστικά μεταξύ των δυο ιατρείων. Στην προσθήκη εβδομαδιαίου GLP1 αναλόγου υπάρχει στατιστικά σημαντική υπεροχή στην συμμόρφωση όταν προτείνεται μετά τους SGLT2 αναστολείς και όχι αμέσως μετά την μετφορμίνη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι διαβητικοί ασθενείς είναι ιδιαίτερα συνεργάσιμοι στην έναρξη και τροποποίηση της αντιδιαβητικής θεραπείας τους με προσθήκη SGLT2 αναστολέων ενώ παραμένουν διστακτικοί σε ενέσιμη αγωγή με αποδεδειγμένο όφελος και εύκολη χορήγηση όπως τα εβδομαδιαία GLP1 ανάλογα.



AA11

ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Αναστάσιος Κουτσοβασίλης, Αλεξάνδρα Κυριακοπούλου, Βασιλική Χατζηβασιλογίου,
Μαρία Παππά, Όλγα Οικονόμου, Βασίλης Κορδίνας, Αλέξης Σωτηρόπουλος

Γ' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η Μεσογειακή διατροφή καθώς και η άσκηση αποτελούν παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν σημαντικά στο επίπεδο ρύθμισης του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2).

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση και ο καθορισμός των παραγόντων οι οποίοι επηρεάζουν την συμμόρφωση σε πρόγραμμα Μεσογειακής διατροφής καθώς και στο επίπεδο άσκησης σε ηλικιωμένα άτομα με ΣΔτ2.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Εντάχθηκαν στη μελέτη 322 άτομα (άνδρες) τρίτης και τέταρτης ηλικίας με ΣΔτ2. Έγινε καταγραφή των σωματομετρικών παραγόντων, των κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων, της διάρκειας του ΣΔτ2, της τρέχουσας φαρμακευτικής αγωγής καθώς και των συνοδών νοσημάτων. Ο βαθμός συμμόρφωσης με την Μεσογειακή διατροφή εκτιμήθηκε με το MedDiet Score ενώ αυτός της άσκησης με ένα σταθμισμένο ερωτηματολόγιο 7 ερωτήσεων (International Physical Activity Questionnaire).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) των ατόμων της μελέτης ήταν 30.09 ± 4.58 kg/m² και η διάρκεια του ΣΔτ2 18.4 ± 8.9 έτη. Το MedDiet Score ήταν 33.79 ± 3.75 με τις γυναίκες να παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές από τους άνδρες ($p=0.046$), ενώ και στην άσκηση οι γυναίκες παρουσίασαν και πάλι υψηλότερες τιμές ($p=0.041$). Αρνητική συσχέτιση με το MedDiet Score διαπιστώθηκε με την ηλικία ($p=0.044$), το οικονομικό επίπεδο ($p=0.033$), και την οικογενειακή κατάσταση ($p=0.028$). Οι παράγοντες οι οποίοι διαπιστώθηκε ότι σχετίζονται αρνητικά με το επίπεδο της άσκησης ήταν συνοδά καρδιαγγειακά νοσήματα ($p=0.033$), η οικογενειακή κατάσταση ($p=0.026$) και η παχυσαρκία ($p=0.042$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το επίπεδο συμμόρφωσης με τις οδηγίες Μεσογειακής διατροφής και άσκησης σε ηλικιωμένα άτομα επηρεάζονται σημαντικά από πλείαδα κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων οι οποίοι χρήζουν περαιτέρω κοινωνικής μέριμνας. Η διαχείριση τους θα συμβάλει στο επίπεδο ρύθμισης και στην αποφυγή επιπλοκών.



AA12

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΥΠΟΣΙΤΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Αμαλία Τσαγκάρη¹, **Αθανάσιος Δρόσος**², Σοφία Τσίτσου¹, Σοφία Σιβετίδου³,
Μπακάτση Σταυρούλα⁴, Δημήτρης Ορφανίδης⁴, Νεκταρία Μακριλιά²,
Αικατερίνη Κοτρώνη³, Ιωάννης Κυριαζής²

¹ Τμήμα Κλινικής Διατροφής, Γενικό Νοσοκομείο ΚΑΤ

² Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο ΚΑΤ

³ Τμήμα Ιατρικής Φυσιικής Αποκατάστασης, Γενικό Νοσοκομείο ΚΑΤ

⁴ Τμήμα Εργοθεραπείας, Γενικό Νοσοκομείο ΚΑΤ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Οι περιορισμένες έρευνες σχετικά με τη διατροφική κατάσταση των ασθενών σε αποκατάσταση δείχνουν ότι περίπου το 45% των ασθενών υποσιτίζονται. Ο υποσιτισμός σε ασθενείς στην αποκατάσταση αποδίδεται στη χαμηλή διαιτητική πρόσληψη (λόγω κατάθλιψης, περιορισμένης όρεξης, περιορισμών στην παροχή τροφής στη μονάδα αποκατάστασης), στις συχνά αυξημένες διατροφικές ανάγκες, στην περιορισμένη ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τις συνέπειες του υποσιτισμού. Ο υποσιτισμός οδηγεί σε καθυστερημένη επούλωση τραυμάτων, έλκη πίεσης, αυξημένη διάρκεια και κόστος αποκατάστασης. Η αξιολόγηση της διατροφικής κατάστασης των ασθενών σε μονάδες αποκατάστασης θα αποτελούσε ένα βήμα για την ανίχνευση και συνεπώς τη θεραπεία του υποσιτισμού σε αυτόν τον πληθυσμό.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 30 ασθενείς σε θεραπεία στη μονάδα αποκατάστασης του νοσοκομείου μας. Στους ασθενείς δόθηκε ένα ad hoc ερωτηματολόγιο για συμπλήρωση, το οποίο βασίστηκε στο ερωτηματολόγιο ESPEN's Nutrition day. Συγχρόνως, συλλέχθηκαν ανθρωπομετρικά δεδομένα (βάρος, ύψος). Το εργαλείο MUST χρησιμοποιήθηκε για τον προσδιορισμό του υποσιτισμού και του κινδύνου υποσιτισμού σε κάθε ασθενή.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 30 ασθενείς συμμετείχαν στη μελέτη (73,3% άνδρες) με μέση ηλικία 54 ($\pm 17,3$) έτη και ΔΜΣ 25,4 ($\pm 4,1$). Με βάση το εργαλείο MUST, το 33,33% των συμμετεχόντων υποσιτίζονταν και το 6,67% ήταν σε αυξημένο κίνδυνο υποσιτισμού. Μεταξύ όλων των συμμετεχόντων το 11,5% έτρωγε ένα εμπλουτισμένο υπερθερμιδικό υπερπρωτεϊνικό μενού ενώ κανείς δε λάμβανε πόσιμα συμπληρώματα διατροφής. Ένας σημαντικός αριθμός ασθενών αποκατάστασης έτρωγαν μισό, λίγο (1/4) ή τίποτα από το νοσοκομειακό φαγητό που προσφέρεται (30% για πρωινό, 33,3% για μεσημεριανό γεύμα και δείπνο). Το 13,3% των ασθενών είχαν έλκη πίεσης. Η παρουσία ελκών πίεσης συσχετίστηκε με την ικανότητα αυτοσίτισης Συσχέτιση Pearson-0,413 ($<0,05$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα ευρήματά μας είναι σύμφωνα με τις σχετικές έρευνες και περιγράφουν περαιτέρω τον αυξημένο κίνδυνο υποσιτισμού κατά τη διάρκεια νοσηλείας σε μονάδες αποκατάστασης. Επιπλέον, επισημαίνουν την ανάγκη για δημιουργία εξατομικευμένων διατροφικών παρεμβάσεων, δεδομένου ότι περίπου 1 στους 3 ασθενείς σε μονάδα αποκατάστασης διατρέχει κίνδυνο υποσιτισμού και θα ωφεληθεί από μια έγκαιρη και οικονομικά αποδοτική διατροφική παρέμβαση.



AA13

ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΣΕ ΕΠΑΡΧΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: ΠΟΛΥΤΕΛΕΙΑ Ή ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ;

Χρύσανθος Μπιλιαρδής, Σταύρος Κορμάς, Νικόλαος Γραμμόζης, Ιωάννα Κοτσομύτη

Αιμοδυναμικό Εργαστήριο Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το Αιμοδυναμικό Εργαστήριο του Νοσοκομείου Καλαμάτας, εξυπηρετεί τις ανάγκες των καρδιολογικών τμημάτων του νομού Μεσσηνίας και ενίοτε όμορων νομών, πραγματοποιώντας σε περιοδική βάση επεμβατικές καρδιολογικές πράξεις για τη διάγνωση και τη θεραπεία στεφανιαίων συνδρόμων.

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάδειξη των προκλήσεων και διλημάτων λειτουργίας των Αιμοδυναμικών Εργαστηρίων στην υγειονομική περιφέρεια Πελοποννήσου και δη στους νομούς Μεσσηνίας και Αρκαδίας.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Πραγματοποιήθηκε συλλογή και επεξεργασία στατιστικών δεδομένων αναφορικά με καρδιολογικά περιστατικά που χρήζουν επεμβατικής αντιμετώπισης στο Αιμοδυναμικό Εργαστήριο του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας και παρατέθηκε συγκέντρωση απόψεων αναφορικά με την ανάγκη λειτουργίας του, στηριζόμενη στην καθημερινή αντιμετώπιση καρδιολογικών συμβαμάτων, στη διεθνή βιβλιογραφική ανασκόπηση αλλά και σε οικονομοτεχνικά δεδομένα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το συνολικό έργο των αιμοδυναμικών εργαστηρίων συμβάλλει ιδιαίτερα στην παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσιών υγείας και συνεισφέρει σημαντικά στην εκπαίδευση, την έρευνα αλλά και την εφαρμογή σύγχρονων τεχνικών αναφορικά με την άμεση αντιμετώπιση του εμφράγματος του μυοκαρδίου. Ο τομέας της επεμβατικής καρδιολογίας στα παραπάνω τμήματα περιλαμβάνει τον καρδιακό καθετηριασμό, την αγγειογραφία και την αγγειοπλαστική στεφανιαίων αρτηριών καθώς επίσης και την αγγειοπλαστική σε επείγουσα βάση στα πλάγια του οξέως εμφράγματος του μυοκαρδίου (Πρωτογενής Αγγειοπλαστική). Διαπιστώνεται πως τα υπό διερεύνηση τμήματα αντιμετωπίζουν προβλήματα αναφορικά με την καθημερινή και εύρυθμη λειτουργία τους, ένεκα της χρόνιας έλλειψης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Κρίνεται αναγκαία η αναφορά και η μελέτη των οποιωνδήποτε σχετικών προβλημάτων, καθώς τελικός αποδέκτης είναι ο πολίτης - ασθενής. Η αντιμετώπιση του εμφράγματος στο αιμοδυναμικό εργαστήριο εντός σύντομου χρονικού διαστήματος, μειώνει δραστικά τις πιθανότητες άμεσων επιπλοκών του εμφράγματος (δυσνητικά θανατηφόρων αρρυθμιών), αλλά και έμμεσων (καρδιακή ανεπάρκεια λόγω παρατεταμένης ισχαιμίας του μυοκαρδίου).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρούσα μελέτη καταδεικνύει τη σημαντικότητα ύπαρξης αιμοδυναμικών εργαστηρίων στην επαρχία, οργανωμένων κατάλληλα, έτσι ώστε να επιτυγχάνεται η άμεση αντιμετώπιση των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων. Αυτό όμως προϋποθέτει και ένα σύστημα υγείας καλά δομημένο, κάτι που εκ των πραγμάτων δεν υφίσταται.

Λέξεις κλειδιά: Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, καρδιολογικά περιστατικά, αντιμετώπιση



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



&





ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2022

Περισσότερες πληροφορίες θα ανακοινωθούν σύντομα από την ιστοσελίδα μας.



Διατροφικές Παρεμβάσεις στην Πρόληψη και Αντιμετώπιση των Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου

Συνδιοργάνωση με την



Ένωση
Διαιτολόγων
Διατροφολόγων
Ελλάδος - ΕΔΔΕ -



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

11^ο ΑΚΡΟΠΟΛΙΣ 2022



Εταιρεία Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου
για Αγγειακά Νοσήματα

Ετήσια συνάντηση ειδικών σε θέματα καρδιομεταβολικού κινδύνου: αμφιλεγόμενα θέματα αιχμής

ΣΑΒΒΑΤΟ 17 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2022

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



ΟΡΓΑΝΩΣΗ

Εταιρεία Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου
για Αγγειακά Νοσήματα

Ιακ. Δραγάση 8, 185 35 Πειραιάς
(Όροφος 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>

Elipidio

Φυτικό συμπλήρωμα διατροφής

Για τη διατήρηση της φυσιολογικής καρδιακής λειτουργίας

Μίγμα εκχυλίσματος καρπών **Citrus aurantium**
και φύλλων **Olea europaea**

• Μείωση **33%** της οξειδωμένης LDL (ox-LDL)¹

Εκχύλισμα **λαδανιάς**

• Μείωση **15,5%** των τριγλυκεριδίων²

• Αύξηση **6,4%** της HDL²

Βιταμίνες **B1, B2, B3, B5, B12** και **χρώμιο**



Χωρίς γλουτένη & λακτόζη. Κατάλληλο για vegans.



Συνιστώμενη δοσολογία: Λαμβάνετε 1 έως 2 κάψουλες την ημέρα ή σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού ή του φαρμακοποιού σας.

Προειδοποιήσεις: Να μη γίνεται υπέρβαση της συνιστώμενης ημερήσιας δόσης. Μη χρησιμοποιείτε το προϊόν σε περίπτωση υπερευαισθησίας σε ένα ή περισσότερα από τα συστατικά του. Τα συμπληρώματα διατροφής δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται ως υποκατάστατο μίας ισορροπημένης διαίτας. Το προϊόν αυτό δεν προορίζεται για την πρόληψη, αγωγή ή θεραπεία ανθρώπινης νόσου. Συμβουλευτείτε τον γιατρό σας αν είστε έγκυος, θηλάζετε, βρίσκεστε υπό φαρμακευτική αγωγή ή αντιμετωπίζετε προβλήματα υγείας. Το προϊόν πρέπει να φυλάσσεται μακριά από τα μικρά παιδιά.

Αρ. Γνωστ. ΕΟΦ: 59912/24-06-21. Το προϊόν δεν υπόκειται σε διαδικασία αδειοδότησης.

Βιβλιογραφία

- Montesinos D.V., et al: Effectiveness of Consumption of a Combination of Citrus Fruit Flavonoids and Olive Leaf Polyphenols to Reduce Oxidation of Low-Density Lipoprotein in Treatment-Naive Cardiovascular Risk Subjects: A Randomized Double-Blind Controlled Study. Antioxidants 2021, 10, 589; doi: 10.3390/antiox10040589.
- Kuchta A., et al.: The effect of Cistus incanus herbal tea supplementation on oxidative stress markers and lipid profile in healthy adults. Cardiology Journal, Published on line: 03/08/2019.2021,Vol.28(4),534-542;doi: 10.5603/CJ.2019.0028.

Υπεύθυνος κυκλοφορίας:



21^ο χλμ. Εθν. Οδού Αθηνών-Λαμίας,
145 68 Κρυονέρι, Αττικής, Ελλάδα

T: 210 8161802, F: 210 8161587,
E: info@demo.gr, W: www.demo.gr

COVADIR

Amlodipine / Valsartan

&

COVADIR HCT

Amlodipine / Valsartan / Hydrochlorothiazide



COVADIR3501_05/2022

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευθείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος πατώντας στους παρακάτω συνδέσμους

[COVADIR](#)

[COVADIR HCT](#)

Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή.

Λ.Τ. σύμφωνα με το Δ.Τ. 12/2021*

COVADIR F.C.TAB (5+160)MG/TAB BTx30 tabs: 7,71

COVADIR F.C.TAB (10+160)MG/TAB BTx30 tabs: 8,42

COVADIR HCT® F.C.TAB (5+160+12.5)MG/TAB BTx30 tabs: 10,15

COVADIR HCT® F.C.TAB (10+160+12.5)MG/TAB BTx30 tabs: 12,4

Βελτίωση της θέσης των οφθαλμών που οδηγεί
σε λιγότερο
ONET σε περιπτώσεις ασθενών με
ONET τα γυαλιά
Συμπεριλαμβανομένης της επίθεσης KAPTAU.

COVADIR HCT® F.C.TAB (5+160+25)MG/TAB BTx30 tabs: 11,13

COVADIR HCT® F.C.TAB (10+160+25)MG/TAB BTx30 tabs: 12,61

COVADIR HCT® F.C.TAB (10+320+25)MG/TAB BTx30 tabs: 20,25

*Σε περίπτωση ανακοίνωσης νέου Δ.Τ. θα καθοριστούν οι νέες τιμές.



DEMO ABEE
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

www.demo.gr | Ελληνικά Φάρμακα με Παγκόσμια Εμβέλεια |

21° χλμ Εθν. Οδού Αθηνών-Λαμίας, 145 68 Κρυονέρι,
Αττικής, Ελλάδα, Τ: +30 210 8161802, F: +30 210 8161587

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 BTx28 (PCTFE/PVC/ αθουμνίο blister)	15,47 €
VIPIDIA F.C.TAB 12,5mg/TAB BTx28 (PCTFE/PVC/ αθουμνίο blister)	19,16 €
VIPIDIA F.C.TAB 25mg/TAB BTx28 (PCTFE/PVC/ αθουμνίο blister)	36,56 €
VIPDOMET F.C.TAB (12,5+850)mg/TAB BTx56 (PCTFE/PVC/ αθουμνίο blister)	36,56 €
VIPDOMET F.C.TAB (12,5+1000)mg/TAB BTx56 (PCTFE/PVC/ αθουμνίο blister)	36,59 €
INCRESYNC F.C.TAB (25+30)mg/TAB BTx28 (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

Πρώθηση:



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



ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

FURMAGA O. 9, 44
OUIZAID C. 9, 40

Α

ΑΛΑΒΕΡΑΣ Α. 5, 7, 18, 24
ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ Ν. 5, 6, 24
ΑΡΓΥΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Γ. 20, 23, 24

Β

ΒΑΣΑΜΑΚΗΣ Δ.Γ. 18, 24
ΒΑΣΙΛΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Β. 8, 11, 13, 16,
..... 52, 54, 57, 61
ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΗΣ Κ. 9, 42
ΒΕΛΙΣΑΡΗ Μ. Α. 15, 47
ΒΕΛΙΣΑΡΗΣ Γ. 9, 15, 42, 47
ΒΛΑΣΕΡΟΣ Ι. 7, 38
ΒΛΑΧΑΚΟΣ Δ. 5, 10, 19, 24
ΒΛΑΧΟΣ Δ. 15, 24
ΒΟΓΙΑΤΖΗΣ Ι. 6, 37
ΒΡΟΥΛΙΔΑΚΗ Μ. 13, 58

Γ

ΓΑΒΡΙΗΛ Σ. 7, 38
ΓΑΛΑΝΟΠΟΥΛΟΥ Α. 9, 15, 42, 47
ΓΑΡΜΠΗ Α. 7, 39
ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ Μ. 9, 42
ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Ι. 7, 24
ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ Ε. 13, 58
ΓΚΟΓΚΟΣ Α. 15, 47
ΓΡΑΜΜΟΖΗΣ Ν. 19, 65
ΓΡΑΣΣΟΣ Χ. 5

Δ

ΔΕΛΑΒΕΡΙΔΟΥ Ε. 9, 44
ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ Γ. 5, 16, 24
ΔΗΜΟΣΘΕΝΟΠΟΥΛΟΣ Χ. 5, 6, 7,
..... 17, 39

ΔΡΟΣΟΣ Α. 5, 7, 10, 15, 19,
..... 24, 45, 48, 64

Ε

ΕΛΙΣΑΦ Μ. 5, 8, 17, 24
ΕΥΘΥΜΙΑΔΟΥ Ρ. 5, 10, 24
ΕΥΣΤΑΘΙΟΥ Σ. 7, 13, 15, 17, 24

Θ

ΘΕΟΔΩΡΙΔΟΥ Σ. 8, 11, 13, 16, 52,
..... 54, 57, 61

Ι

ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ Ι. 2, 5, 6, 12, 18,
..... 19, 23, 24, 33

Κ

ΚΑΪΑΦΑ Γ. 5, 7, 25
ΚΑΛΑΦΑΤΗΣ Ε. 5, 6, 9, 10, 15,
..... 17, 19, 25, 45, 48
ΚΑΛΟΤΕΡΑΚΗ Χ. 9, 40
ΚΑΝΔΥΛΙΑΡΗ Α. 9, 40
ΚΑΠΑΝΤΑΗΣ Ε. 5, 18, 25
ΚΑΠΕΡΝΟΠΟΥΛΟΣ Χ. 7, 16, 25
ΚΑΡΑΜΑΝΑΚΟΣ Γ. 18, 50
ΚΑΡΑΜΠΕΤΣΟΣ Β. 13, 58
ΚΑΡΑΝΙΚΟΛΑ Μ. 9, 11, 44, 55
ΚΑΡΠΙΔΑΚΗ Α. 15, 48
ΚΑΤΣΑΒΡΙΑ Α. 15, 49
ΚΑΥΚΑΣ Ν. 9, 15, 42, 47
ΚΑΧΡΙΜΑΝΙΔΗΣ Ι. 15, 47
ΚΑΨΙΑ Ε. 7, 25
ΚΙΝΤΗΣ Κ. 13, 58
ΚΙΟΡΤΣΗΣ Δ. 13, 18, 25
ΚΛΑΔΟΥΡΗΣ Ι. 15, 48
ΚΛΕΙΣΣΑ Μ. 10, 45
ΚΟΚΚΙΝΟΣ Α. 5, 20, 22, 25



ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

ΚΟΡΔΙΝΑΣ Β. 17, 63
 ΚΟΡΜΑΣ Σ. 19, 65
 ΚΟΡΟΒΕΣΗΣ Κ. 5, 14, 17, 25
 ΚΟΣΜΟΠΟΥΛΟΥ Σ. 12, 13, 25, 58
 ΚΟΤΡΩΝΗ Α. 19, 64
 ΚΟΥΔΟΥΝΗΣ Γ. ... 5, 11, 12, 13, 17, 25, 58
 ΚΟΥΝΤΟΥΡΗ Α. 18, 50
 ΚΟΥΤΕΛΙΔΑΚΗΣ Α. 9, 40
 ΚΟΥΤΣΟΒΑΣΙΛΗΣ Α. 5, 6, 7, 10, 11,
 12, 15, 16, 17, 21, 25, 46, 49, 56, 63
 ΚΟΥΤΣΟΝΑΣΙΟΣ Γ. 16, 62
 ΚΥΠΡΙΤΙΔΟΥ Ε. 8, 11, 13, 16, 52,
 54, 57, 61
 ΚΥΡΙΑΖΗΣ Ι. 2, 4, 5, 6, 10, 15,
 16, 17, 19, 22, 23, 26, 33, 45, 48, 64
 ΚΥΡΙΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Α. 10, 11, 15, 17,
 46, 49, 56, 63

Λ

ΛΑΖΙΛΙ Ν. 9, 42
 ΛΑΜΠΑΔΙΑΡΗ Β. 18, 50
 ΛΑΜΠΡΟΠΟΥΛΟΣ Σ. 8, 11, 13, 16, 52,
 54, 57, 61
 ΛΑΝΑΡΑΣ Λ. 5, 16, 26
 ΛΑΤΣΑΡΑ Ε. 13, 58
 ΛΕΛΕΚΗΣ Μ. 5, 23, 26
 ΛΙΑΤΗΣ Σ. 5, 7, 12, 14, 17,
 18, 22, 26, 39, 50
 ΛΙΟΔΗ Α. 9, 42
 ΛΟΥΚΑΣ Θ. 9, 40
 ΛΥΜΠΕΡΟΠΟΥΛΟΣ Ε. 5, 16, 17,
 22, 23, 26

Μ

ΜΑΓΚΟΥΤΗΣ Α. 9, 40
 ΜΑΚΑΡΗΣ Ε. 12, 13, 26, 58
 ΜΑΚΡΗ Μ. 5, 6, 9, 14, 17, 26

ΜΑΚΡΗΣ Κ. 7, 15, 26, 47
 ΜΑΚΡΙΛΙΑ Ν. 5, 10, 15, 19, 45,
 48, 64
 ΜΑΚΡΥΤΙΑΝΝΗΣ Σ. 12, 13, 26
 ΜΑΚΡΥΛΑΚΗΣ Κ. 5, 22, 26
 ΜΑΛΤΕΖΟΣ Χ. 5
 ΜΑΝΔΗΛΑΡΗ Ε. 13, 58
 ΜΑΝΤΗΣ Χ. 9, 15, 42, 47
 ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΥ Α. 15, 27
 ΜΑΣΤΟΡΑΚΟΣ Γ. 5, 13, 14, 15, 18, 27
 ΜΑΤΘΑΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ. 9, 42
 ΜΑΥΡΟΥ Α.Κ. 9, 40
 ΜΕΡΚΟΥΡΗΣ Κ. 8, 27
 ΜΗΛΙΩΝΗΣ Χ. 5, 8, 16, 17, 27
 ΜΙΧΑΗΛΙΔΗΣ Κ. 9, 44
 ΜΠΑΚΑΤΣΗ Σ. 19, 64
 ΜΠΑΡΜΠΑΓΙΑΝΝΗ Α. 18, 50
 ΜΠΙΛΙΑΡΔΗΣ Χ. 19, 65
 ΜΠΟΛΕΤΗΣ Ι.Ν. 5, 7, 27, 33
 ΜΠΟΛΗ Μ. 10, 45
 ΜΠΟΝΟΥ Μ. 23, 27
 ΜΠΟΥΡΔΑΚΗ Δ. 16, 62
 ΜΠΟΥΡΔΑΚΗ Μ. 14, 16, 60, 62
 ΜΠΟΥΡΔΑΚΗΣ Α. 5, 7, 9, 11, 14,
 16, 18, 27, 60, 62
 ΜΠΡΙΣΤΙΑΝΟΥ Μ. 16, 22, 27
 ΜΠΡΙΣΤΟΓΙΑΝΝΗΣ Γ. 5, 10, 19, 27

Ν

ΝΙΚΟΛΑΚΕΑ Π. 13, 58
 ΝΤΑΒΛΟΥΡΟΣ Π. 5, 19, 27
 ΝΤΑΙΒΗΣ Η. 13, 58
 ΝΤΟΥΠΗΣ Ι. 5, 6, 8, 12, 13, 23, 27
 ΝΥΣΤΑΖΑΚΗ Μ. 11, 55

Ξ

ΞΥΔΙΑ Ν. 5, 15, 28



ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

Ο

ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Ο.	10, 11, 15, 17,
.....	46, 49, 56, 63
ΟΡΦΑΝΙΔΗΣ Δ.	19, 64

Π

ΠΑΓΩΝΗ Μ.	5, 13, 28
ΠΑΝΤΕΛΗ Β.	9, 40
ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗ Ο.	9, 40
ΠΑΠΑΓΟΡΑΣ Γ.	8, 11, 13, 16,
.....	52, 54, 57, 61
ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ Ε.	15, 48
ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ Σ.	14, 16, 60, 62
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Α.	6, 37
ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Ν.	15, 28
ΠΑΠΑΠΕΤΡΟΥ Α.	12, 28
ΠΑΠΠΑ Μ.	5, 11, 17, 56, 63
ΠΑΠΠΑΣ Σ.	5, 11, 21, 28
ΠΑΤΣΟΥΡΑΚΟΣ Γ.Ν.	5, 6, 9, 12, 28
ΠΙΣΙΜΙΣΗΣ Ε.	5
ΠΙΤΤΑΡΑΣ Α.	5, 12, 28
ΠΟΛΥΖΟΣ Κ.	5, 10, 11, 14, 15,
.....	19, 28, 45, 48
ΠΟΥΛΑΚΗΣ Δ.	13, 58
ΠΟΥΛΙΟΥ Ε.	5
ΠΡΑΣΟΠΟΥΛΟΣ Β.	5, 10, 12, 28

Ρ

ΡΑΙΚΟΥ Β.	7, 38
ΡΟΔΙΤΗΣ Π.	6, 8, 11, 13, 16,
.....	37, 52, 54, 57, 61

Σ

ΣΑΒΒΟΠΟΥΛΟΣ Χ.	5, 10, 28
ΣΔΟΓΚΟΣ Ε.	6, 37
ΣΙΒΕΤΙΔΟΥ Σ.	19, 64
ΣΚΑΛΚΟΣ Δ.	9, 40
ΣΚΛΗΡΟΣ Ε.	5, 10, 15, 28
ΣΜΥΡΝΗΣ Ν.	11, 55
ΣΠΑΧΙΟΥ Α.	6, 37

ΣΤΑΜΟΣ Κ.	8, 53
ΣΤΕΦΑΝΗ Δ.	5, 10, 15, 45, 48
ΣΤΟΥΓΙΑΝΝΟΣ Π.	5, 7, 8, 12, 17, 28
ΣΤΡΑΤΗΓΟΥ Θ.	22, 29
ΣΦΗΚΑΣ Σ.	7, 29
ΣΩΤΗΡΟΠΟΥΛΟΣ Α.	5, 10, 11, 14,
.....	15, 17, 29, 46, 49, 56, 63

Τ

ΤΑΠΑΣΚΟΥ Θ.	11, 55
ΤΕΝΤΟΛΟΥΡΗΣ Ν.	5, 12, 16, 23, 29
ΤΖΟΥΔΑΣ Θ.	13, 58
ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ Κ.	5, 11, 13, 29, 58
ΤΡΙΑΝΤΗ Β.	13, 15, 16, 29
ΤΡΥΦΩΝΙΔΗ Ι.	15, 47
ΤΣΑΓΚΑΡΗ Α.	19, 64
ΤΣΑΝΤΟΥΛΑΣ Α.	9, 42
ΤΣΕΛΕΠΗΣ Α.	5, 17, 29
ΤΣΙΑΟΥΣΗΣ Γ.	9, 11, 44, 55
ΤΣΙΜΙΧΟΔΗΜΟΣ Β.	5, 17, 23, 29
ΤΣΙΟΥΦΗΣ Κ.	5, 10, 19, 29
ΤΣΙΤΣΟΥ Σ.	19, 64
ΤΣΟΡΛΑΛΗΣ Ι.	13, 58
ΤΣΟΥΜΗΣ Χ.	8, 11, 13, 16, 52,
.....	54, 57, 61

Φ

ΦΙΛΗ Γ.	16, 62
ΦΙΛΙΠΠΟΥ Κ.	8, 10, 11, 15, 29, 45
ΦΛΕΣΣΑΣ Δ.	15, 47
ΦΛΩΡΟΣ Γ.	9, 42

Χ

ΧΑΛΒΑΤΣΙΩΤΗΣ Π.	5, 11, 22, 29
ΧΑΤΖΗΑΓΓΕΛΑΚΗ Ε.	4, 5, 6, 8, 12,
.....	16, 23, 29, 33
ΧΑΤΖΗΒΑΣΙΛΟΓΛΟΥ Β.	10, 11, 15, 17,
.....	46, 49, 56, 63



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



ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ - ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ - ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

CONGRESS WORLD EVENT TRAVEL E.E.

Μαιάνδρου 23, 115 28 Αθήνα

T. 210 7222 518, F. 210 7210 069

E. info@congressworld.gr, reception@congressworld.gr

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