

16^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου



ΟΡΓΑΝΩΣΗ



ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ
ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ
ΓΙΑ ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

ΘΑ ΧΟΡΗΓΗΘΟΥΝ 22 ΜΟΡΙΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ
ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
(CME-CPD CREDITS) ΑΠΟ ΤΟΝ Π.Ι.Σ.

7 - 9 Σεπτεμβρίου 2023
HOTEL ELITE CITY RESORT,
ΚΑΛΑΜΑΤΑ

ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΒΙΒΛΙΟ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ Υπουργείο
Υγείας



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



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

Ταξιδέψτε
επιστημονικά
μαζί μας





ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ ΠΡΟΕΔΡΩΝ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

Αγαπητές, Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Με ιδιαίτερη χαρά εκ μέρους του Δ.Σ της Εταιρείας Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου για Αγγειακά Νοσήματα (Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν.), σας καλωσορίζουμε στο **16^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου** που θα πραγματοποιηθεί **(αποκλειστικά με φυσική παρουσία) 7-9 Σεπτεμβρίου 2023, Hotel Elite, Καλαμάτα**.

Το συνέδριο μας φιλοδοξεί με τη διεξαγωγή των εργασιών του να παρέχει ό,τι νεότερο σε ένα ευρύ πεδίο θεμάτων σχετικών με τους ΚαρδιοΝεφροΜεταβολικούς 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 - με ιδιαίτερα επίκαιρη θεματολογία διαλέξεων, επιστημονικών αντιπαραθέσεων, δορυφορικών διαλέξεων και συμποσίων, πάνω στις μεθόδους πρόληψης, διάγνωσης και αντιμετώπισης των ΚαρδιοΝεφροΜεταβολικών παραγόντων κινδύνου.

Δίνετε έτσι η δυνατότητα στους συμμετέχοντες, να ανταλλάξουν γνώσεις και εμπειρία και να εξελίξουν τις αποκκτηθείσες γνώσεις στην καθημερινή κλινική πράξη προς όφελος των ασθενών τους.

Όπως σε κάθε συνέδριο μας, θα βραβευτούν οι τρεις καλύτερες προφορικές ανακοινώσεις με το πρώτο βραβείο να αντιστοιχεί σε 1.000 ευρώ και από 500 ευρώ το δεύτερο και τρίτο. Έπαινοι θα δοθούν στις δύο καλύτερες αναρτημένες ανακοινώσεις.

Το Δ.Σ. της Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν, η Ο.Ε και η Ε.Ε εκφράζουμε τις θερμές μας ευχαριστίες για το ειλικρινές ενδιαφέρον που δείχνετε και στο πανελλήνιο συνέδριο μας, συμβάλλοντας έτσι διαχρονικά στην επιστημονική του αναβάθμιση και στην επιτυχία του.

Πρόεδροι Οργανωτικής Επιτροπής

Γ. Κουδούνης

Ι. Κυριαζής



ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδροι: Γ. Κουδούνης - Ι. Κυριαζής

Μέλη:

Β. Αναστασόπουλος
Ν. Αποστολοπούλου
Χ. Γράσος
Χ. Δημοσθενόπουλος
Α. Δρόσος
Ρ. Ευθυμιάδου
Ε. Καλαφάτης

Κ. Κοροβέσης
Α. Κουτσοβασίλης
Μ. Μακρή
Ν. Μακριλιά
Σ. Μακρυγιάννης
Α. Μπουρδάκης
Ι. Ντούπης

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



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδροι: Ι. Ιωαννίδης - Α. Κόκκινος

Μέλη:

Α. Αλαβέρας
Δ. Βλαχάκος
Ε. Καπάντας
Γ. Καϊάφα
Ν. Καυκάς
Β. Λαμπαδιάρη
Σ. Λιάτης
Ε. Λυμπερόπουλος
Χ. Μαλτέζος

Α. Μαυρογιαννάκη
Χ. Μηλιώνης
Γ. Μπριστογιάννης
Π. Νταβλούρος
Μ. Νούτσου
Μ. Παγώνη
Σ. Παππάς
Α. Πιτταράς
Χ. Σαββόπουλος

Ε. Σκληρός
Δ. Σκούτας
Α. Σωτηρόπουλος
Ν. Τεντολούρης
Κ. Τούτουζας
Α. Τσελέπης
Β. Τσιμικόδημος
Κ. Τσιούφης
Ε. Χατζηαγγελάκη



ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Πέμπτη 07.09.2023

13.30 - 14.00 Προσέλευση - Εγγραφές

14.00 - 17.00 Διαλέξεις [Online Video] - UpToDate



Βραχείες Θεματικές Διαλέξεις - UpToDate

Προεδρείο: **Α. Πιτταράς - Π. Στουγιάννος**

- Προσθήκη ενός νέου αντιυπερτασικού στα υπάρχοντα σχήματα ή μεγιστοποίηση της υπάρχουσας δόσης για καλύτερα αποτελέσματα 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**

Διάλεξη

Προεδρείο: **Ι. Ιωαννίδης**

- Το φαινόμενο της μεταβολικής μνήμης στον σακχαρώδη διαβήτη - **Σ. Λιάτης**

Διάλεξη

Προεδρείο: **Π. Χαλβατσιώτης**

- Ορόσημα στον διαβήτη - **Σ. Παππάς**

Στρογγυλό Τραπέζι

Προεδρείο: **Α. Σωτηρόπουλος**

- Η δράση των νέων διπλών αγωνιστών υποδοχέα GIP και GLP-1 σε διαβήτη τύπου 2 και παχυσαρκία - **Ι. Ντούπης**
- Ποιοι ασθενείς με ΧΝΝ και διαβήτη θα ωφεληθούν από τη διαχείριση με GLP-1RA; - **Ι. Ιωαννίδης**
- Μπορεί να ξεπεραστεί η κλινική αδράνεια σε σχέση με τη δυνατότητα χορήγησης των SGLT2i; - **Α. Κουτσοβασίλης**

Στρογγυλό Τραπέζι: Κλινικά Παραδείγματα / Φαρμακευτικές & Μη Παρεμβάσεις στην Αρτηριακή Υπέρταση

Προεδρείο: **Σ. Μακρυγιάννης**

- Μπορούμε να διαχειριστούμε την υπέρταση χωρίς φαρμακευτική αγωγή - **Α. Πιτταράς**
- Ιδιαιτερότητες της υπέρτασης και των αντιυπερτασικών φαρμάκων στο γυναικείο φύλο - **Η. Αβραμόπουλος**



ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Πέμπτη 07.09.2023

17.00 - 17.30 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Προφορικές Ανακοινώσεις

Προεδρείο: Κ. Γρηγορίου - Κ. Κοροβέσης - Χ. Καπερνόπουλος

- ΠΑ 01 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΔΙΑΣΤΗΜΑ 15 ΕΤΩΝ (ΜΕΤΑΞΥ 2003 ΚΑΙ 2018) ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ**

Χρήστος - Ελευθέριος Ρούσσος, Παναγιώτης Ρόκας, Ελένη Γιαννοπούλου, Βασίλειος Τρωίζος, Θεόδωρος Τζούδας, Νικόλαος Καρνούσκος, Γεώργιος Γκάργκουλας, Ελευθέριος Νικολαΐδης, Βασίλειος Καραμπέτσος, Ηλίας Νταΐβης, Παναγιώτης Μπαρουξής, Ιωάννης Τσόρλαλης, Χαράλαμπος Πανατόπουλος, Εμμανουήλ - Λεονάρδος Μάκαρης, Σταυρούλα Κοσμοπούλου, Γεώργιος Κουδούνης

Καρδιολογική Κλινική ΓΝ Καλαμάτας

- ΠΑ 02 ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΚΑΙ ΑΝΤΙΦΩΣΦΟΛΙΠΙΔΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ, ΣΕ ΝΕΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΤΩ ΤΩΝ 50 ΕΤΩΝ**

Παναγιώτα Βαλεντή

MSc Ειδικός Παθολόγος - Υπερτασιολόγος

3^ο ΒΡΑΒΕΙΟ ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ



- ΠΑ 03 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ ΝΤΟΥΛΑΓΛΟΥΤΙΔΗΣ ΚΑΙ ΕΜΠΑΓΛΙΦΛΟΖΙΝΗΣ ΣΕ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΡΔΙΟΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**

Αναστάσιος Κουτσοβασίλης, Βασιλική Χατζηβασίλογλου, Αγγελική Βάκκα, Αικατερίνη Κατσαβριά, Καλλιόπη Παπαδοπούλου, Όλγα Οικονόμου, Ηλίας Σκοπελίτης

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

E-poster

Προεδρείο: Μ. Ζαφείρη - Κ. Φιλίππου

ΕΠΛΗΡΗΣ 2ης ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ



- ΑΑ 01 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΜΕ ΠΟΛΥΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ - ΠΟΛΥΦΑΡΜΑΚΙΑ**

Αθηνά Κόντου¹, Φωτεινή Στασινοπούλου²

¹ Τμήμα Επιστήμης Διατροφής και Διαιτολογίας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Καλαμάτα

² Ιδιωτικό Ιατρείο Γενικής Ιατρικής, Καλαμάτα



ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ



Πέμπτη 07.09.2023

17.30 - 18.00	Δορυφορική Διάλεξη EniviosMed	σελ. 19
18.00 - 19.30	UpToDate Βραχείες Θεματικές Διαλέξεις Προεδρείο: Α. Κουτσοβασίλης - Λ. Λαναράς - Ν. Πατσουράκος - Π. Στουγιάννος • Νεανικός διαβήτης τύπου 2 έναντι διαβήτη τύπου 2 ενηλίκων: Ομοιότητες και διαφορές - Χ. Καπερνόπουλος • Πρόληψη του ΣΔτ2 : Πληθυσμιακές παρεμβάσεις ή εξατομικευμένη προσέγγιση; - Π. Χαλβατσιώτης • Διαχείριση παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου σε ευάλωτα και ηλικιωμένα άτομα - Μ. Ζαφείρη • Αξιολόγηση υπολογιστών κινδύνου καρδιαγγειακών παθήσεων για πρόληψη και διαχείριση καρδιαγγειακών νοσημάτων - Κ. Γρηγορίου	
19.30 - 20.00	Διάλεξη Φιλοξενούμενης Ιατρικής Εταιρείας: Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας Προεδρείο: Λ. Λαναράς • Νευροορμονικοί μηχανισμοί πείνας και κορεσμού - Α. Κόκκινος	
20.00 - 20.30	Τελετή Έναρξης - Χαιρετισμοί Επισήμων - Βραβεύσεις Προφορικών και Αναρτημένων Ανακοινώσεων - Απονομή Βραβείου "ALBERT SCHWEITZER" στη μνήμη του καθηγητή Μ. Ελισάφ	
20.30 - 21.00	Θεματική Διάλεξη Προεδρείο: Ι. Ιωαννίδης • Μετφορμίνη στο σταυροδρόμι των εξελίξεων - Χ. Καπερνόπουλος	
21.00 - 21.30	Εναρκτήρια Διάλεξη Προεδρείο: Σ. Παππάς • Από την Κλινική Ιατρική στην Ιατρική Ακριβείας - Ε. Χατζηαγγελάκη	
21.30 - 22.00	Ερωτήσεις - Σχόλια 1^{ης} Συνεδριακής Ημέρας Προεδρείο: Ι. Κυριαζής Σχολιασμός: Α. Κουτσοβασίλης	



ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ



Παρασκευή 08.09.2023

08.15 - 08.45 Διαλέξεις [Online Video] - UpToDate



Διάλεξη

Προεδρείο: **Ι. Ιωαννίδης**

- Highlights σημαντικών ΚαρδιοΝεφροΜεταβολικών μελετών 2022 - **Σ. Λιάτης**

Διάλεξη

Προεδρείο: **Α. Καστή**

- Διατροφικά συμπληρώματα και μεταβολικά νοσήματα: υπάρχουν δεδομένα για την αποτελεσματικότητά τους; - **Χ. Δημοσθενόπουλος**

08.45 - 09.15 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Προφορικές Ανακοινώσεις

Προεδρείο: **Α. Κουτσοβασίλης - Α. Μπουρδάκης - Π. Στουγιάννος**

ΠΑ 04 ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ ΚΑΤΟΙΚΩΝ ΟΡΕΙΝΩΝ ΠΕΡΙΟΧΩΝ

Αθανάσιος Δρόσος ¹, **Ανδρέας Χατζηκυριάκος** ¹, Θεοδώρα Λάππα ²,
Αμαλία Τσαγκάρη ², Μαρία Τζάκη, Ιωάννης Κλαδούρης ¹, Μαρία Κλεισά ¹,
Ελευθερία Στάμου ¹, Ιωάννης Τσούμας ¹, Νέγκαρ Μοχαμαντί ¹,
Άρτεμις Σάλιαρη ¹, Ιωάννης Κυριαζής ³

¹ Παθολογική Κλινική ΓΝΑ ΚΑΤ

² Τμήμα Κλινικής Διατροφής ΓΝΑ ΚΑΤ

³ Διαβητολογικό Ιατρείο ΓΝΑ ΚΑΤ

ΠΑ 05 Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΑΝΕΠΑΡΚΟΥΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΠΡΩΤΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΣΑΡΚΟΠΕΝΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Αμαλία Τσαγκάρη ¹, Αναστάσιος Κουτσοβασίλης ², Ιωάννης Κυριαζής ³,
Δήμητρα Θεοδώρου ⁴, Καλλιόπη Μαγουνάκη ⁵, Κωνσταντίνος Φιλίππου ³,
Παναγιώτης Κουτσούρης ⁵, **Χαρίλαος Δημοσθενόπουλος** ⁶

¹ Διαιτολογικό Τμήμα ΓΝΑ ΚΑΤ

² Τρίτο Παθολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας

³ Διαβητολογικό Ιατρείο ΓΝΑ ΚΑΤ

⁴ Τμήμα Επιστήμης Υγείας & Εκπαίδευσης, Διατροφής και Διαιτολογίας,
Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

⁵ Παθολογική Κλινική ΓΝΑ ΚΑΤ

⁶ Διαιτολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο «Λαϊκό»



ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Παρασκευή 08.09.2023

ΠΑ 06 ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗΣ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΩΝ ΣΕ ΣΤΑΘΕΡΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ

Κωνσταντίνος Στάμος, Νικόλαος Τσαναξίδης, Αστέριος Καρακάνας,
Ιωάννης Στυλιάδης,
Καρδιολογική κλινική ΓΝΘ Παπαγεωργίου

E-poster

Προεδρείο: Κ. Κοροβέσης - Κ. Μπαλαμπάνης

ΑΑ 02 ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΚΑΡΔΙΟΜΕΤΑΒΟΛΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΤΡΙΤΗΣ & ΤΕΤΑΡΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Νεκταρία Μακριλιά¹, Ευτυχία Πούλιου¹, Αθανάσιος Δρόσος¹,
Εμμανουήλ Καλαφάτης¹, Κωνσταντίνος Πολύζος², Ιωάννης Κλαδούρης¹,
Μαρία Κλεισά¹, Καλλιόπη Μαγουνάκη¹, Ελευθερία Στάμου¹,
Ιωάννης Τσούμας¹, Ματίνα Μπόλη¹, Αικατερίνη Φουρναρίδη¹,
Διονύσιος Βέκιος¹, Ευγενία Ζέρβα¹, Θεοδώρα Χάχαλη¹,
Κωνσταντίνα - Ιωάννα Παναγιωτοπούλου¹, Αλεξία Ντάναση¹,
Νέγκαρ Μοχαμαντί¹, Άρτεμις Σάλιαρη¹, Κωνσταντίνος Φιλίππου²,
Ιωάννης Κυριαζής²

¹ Παθολογική Κλινική ΓΝΑ ΚΑΤ

² Διαβητολογικό Ιατρείο ΓΝΑ ΚΑΤ

09.15 - 09.45 Διάλεξη Φιλοξενούμενης Ιατρικής Εταιρείας: Ελληνικό Κολλέγιο Γενικής Ιατρικής

Προεδρείο: Ε. Σκληρός

- Έλεγχος-Παρακολούθηση-Αντιμετώπιση και παραπομπή ασθενών με ΧΝΝ στην ΠΦΥ - Α. Σωτηρόπουλος

09.45 - 10.30 UpToDate Βραχείες Θεματικές Διαλέξεις

Προεδρείο: Π. Στουγιάννος - Χ. Μαλτέζος

- Μαγνητική Αγγειογραφία. Πότε επιλέγεται και πού υπερέχει - Ρ. Ευθυμιάδου
- Υπερηχογραφική εκτίμηση περιφερικών αγγείων σε ασθενή με Αρτηριακή Υπέρταση - Ε. Στρουμπούλη



ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ



Παρασκευή 08.09.2023

10.30 - 11.30 Στρογγυλό Τραπέζι: Αρτηριακή Υπέρταση

Προεδρείο: **Α.Κόκκινος - Α. Πιτταράς**

- Παθοφυσιολογική σχέση Παχυσαρκίας και Υπέρτασης: Νέες έννοιες από την αναδυόμενη βιβλιογραφία - **Α. Μπουρδάκης**
- Επίδραση ενός μόνο συνδυαστικού χαπιού στη διαχείριση της υπέρτασης: Ποιοι έτοιμοι συνδυασμοί προκρίνονται και γιατί; - **Κ. Θωμόπουλος**

11.30 - 12.00 Δορυφορική Διάλεξη SANOFI

σελ. 19

12.00 - 12.30 Διακεκριμένη Διάλεξη

Προεδρείο: **Ι. Κυριαζής**

- Η μετεξέλιξη του μεταβολικού στο καρδιονεφροπατομεταβολικό σύνδρομο: Διαγνωστικές και Θεραπευτικές προσεγγίσεις - **Α. Μελιδώνης**

12.30 - 13.00 Δορυφορική Διάλεξη BOEHRINGER INGELHEIM

σελ. 19

13.00 - 13.30 Θεματική Διάλεξη Ειδικού

Προεδρείο: **Γ. Μπιστογιάννης**

- Ο ρόλος του σακχαρώδη διαβήτη στο καρδιονεφρικό σύνδρομο: Επιπτώσεις & αντιμετώπιση - **Δ. Βλαχάκος**

13.30 - 14.00 Δορυφορική Διάλεξη MENARINI

σελ. 19

14.00 - 17.00 Διαλέξεις [Online Video] - UpToDate



Διάλεξη

Προεδρείο: **Ι. Κυριαζής**

- ΣΔτ2 στους ηλικιωμένους: Υπάρχουν επιλογές φαρμάκων που πλεονεκτούν και άλλες που απαγορεύονται - **Α. Κουτσοβασίλης**

Διάλεξη

Προεδρείο: **Ι. Ντούπης**

- Διαιτητική αντιμετώπιση και υποστροφή ΣΔ σε γυναίκα, παχύσαρκη με σακχαρώδη διαβήτη 2 υπό δισκία - ινσουλίνη και υπερλιπιδαιμία - **Χ. Δημοσθενόπουλος**



ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ



Παρασκευή 08.09.2023

Διάλεξη

Προεδρείο: **Α. Αλαβέρας**

- Παράγοντες που σχετίζονται με το μη ελεγχόμενο Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2 - **Σ. Παππάς**

Διάλεξη

Προεδρείο: **Ν. Πατσουράκος**

- Εφαρμογές μαγνητικής τομογραφίας με ιδιαίτερο ενδιαφέρον στα άτομα με ΣΔ: Καρδιά και αγγεία - **Ρ. Ευθυμιάδου**

17.00 - 17.30 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Προφορικές Ανακοινώσεις

Προεδρείο: **Σ. Ευσταθίου - Ι. Ζωγράφου - Σ. Μακρυγιάννης**

ΠΑ 07 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΜΕ ΤΟ ΜΕΣΟ ΟΓΚΟ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ. ΥΠΑΡΧΕΙ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΤΑΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ;

Ευάγγελος Σδόγκος, Αντώνιος Παπαδόπουλος, Ανίλα Σπαχίου, Θρασύβουλος Κωνσταντίνου, Ιωάννης Βογιατζής

Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο Βέροιας

3^ο ΒΡΑΒΕΙΟ ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ



ΠΑ 08 ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΦΑΙΝΟΤΥΠΟΙ ΚΑΙ ΕΚΛΥΤΙΚΑ ΑΙΤΙΑ ΟΞΕΙΑΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Γεώργιος Αλετράς¹, Εμμανουήλ Λαμπρογιαννάκης¹, Μιχαήλ Πιταροκοίλης¹, Θεοδώρα Γεωργοπούλου¹, Ειρήνη Μπαχλιτζανάκη¹, Δάφνη Κορέλα¹, Μαρία Μπαχλιτζανάκη², Εμμανουήλ Φουκαράκης¹

¹ Καρδιολογική κλινική, Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

² Β' Παθολογική κλινική, Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

3^ο ΒΡΑΒΕΙΟ ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ



ΠΑ 09 ΟΙ ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΑΦΟΡΕΩΝ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΝΑΤΡΙΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΑΝΙΣΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗ ΚΑΙ ΕΠΑΓΟΥΝ ΤΗΝ ΑΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ: ΜΙΑ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΜΕΛΕΤΗ

Νικόλαος Κατσιάδας¹, Ανδρέας Ξανθόπουλος², Σωτήριος Πατσιλινάκος¹, Γρηγόριος Γιαμούζης², Φίλιππος Τρυποσκιάδης², Ιωάννης Σκουλαρίγκης²

¹ Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας Κωνσταντοπούλειο

² Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας



ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ



Παρασκευή 08.09.2023

E-poster

Προεδρείο: **Α. Δρόσος - Κ. Φιλίππου**

AA 03 **ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**

Αναστάσιος Κουτσοβασίλης, Βασιλική Χατζηβασιλογλου,
Αικατερίνη Κατσαβριά, Όλγα Οικονόμου, Ηλίας Σκοπελίτης
Γ' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Νίκαιας - Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

17.30 - 18.00 **Διάλεξη**

Προεδρείο: **Κ. Κοροβέσης**

- Εργαστηριακές εξετάσεις μετά από ιογενείς λοιμώξεις:
Πότε και ποιες είναι απαραίτητες - **Σ. Ευσταθίου**

18.00 - 18.45 **Βραχείες Θεματικές Διαλέξεις: Καρδιά & Αγγεία**

Προεδρείο: **Γ. Κουδούνης - Ν. Πατσουράκος**

- Οξύς αορτικός διαχωρισμός. Ποιά είναι η βέλτιστη διαχείριση ανά τύπο όταν υποαρδεύονται όργανα; - **Χ. Μαλτέζος**
- Η θέση της κατάλυσης στην αντιμετώπιση της παροξυσμικής κολπικής: Τεχνικές κατάλυσης και η επίδρασή τους στην άμεση και απώτερη διατήρηση του φλεβοκομβικού ρυθμού μαρμαρυγής - **Σ. Μακρυγιάννης**

18.45 - 19.15 **Διάλεξη Φιλοξενούμενης Ιατρικής Εταιρείας: Εταιρεία Παθολογίας Ελλάδος**

Προεδρείο: **Μ. Παγώνη**

- Επεμβατική αντιμετώπιση οξέος ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου:
Πότε και σε ποιους - **Χ. Σαββόπουλος**

19.15 - 19.45 **Δορυφορική Διάλεξη ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ ΛΙΛΛΥ**

σελ. 19

19.45 - 20.30 **Δορυφορικό Συμπόσιο MSD-VIANEX**

σελ. 19

20.30 - 21.00 **Δορυφορική Διάλεξη ROCHE**

σελ. 19



**ΤΕΛΙΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ**



Παρασκευή 08.09.2023

21.00 - 21.30 Διακεκριμένη Διάλεξη

Προεδρείο: **Α. Αλαβέρας**

- Γιατί η θεραπεία του διαβήτη δεν θα είναι ποτέ ξανά η ίδια - **Σ. Παππάς**

21.30 - 22.00 Ερωτήσεις - Σχόλια 2^{ης} Συνεδριακής Ημέρας

Προεδρείο: **Ι. Ιωαννίδης**

Σχολιασμός: **Ι. Κυριαζής**



ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ



Σάββατο 09.09.2023

08.00 - 08.30 Διαλέξεις [Online Video] - UpToDate



Προεδρείο: **Ι. Κυριαζής**

- Ηερμηνεία της αναφοράς από αισθητήρες γλυκόζης στην καθημερινή κλινική πράξη - **Ι. Ντούπης**

08.30 - 09.00 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Προφορικές Ανακοινώσεις

Προεδρείο: **Α. Αλαβέρας - Ν. Αποστολοπούλου - Μ. Μπρισιτιάνου**

ΠΑ 10 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΚΑΙ ΒΙΟΧΗΜΙΚΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΑΣΤΙΚΩΝ ΠΕΡΙΟΧΩΝ

Μαρία Ρεκλείτη, Κωνσταντίνος Φιλίππου, Ιωάννης Κυριαζής

Ιατρείο Διαβήτη - Παχυσαρκίας ΓΝΑ ΚΑΤ

ΠΑ 11 ΚΑΡΔΙΟΝΕΦΡΟΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΑΔΙΑΓΝΩΣΤΟ ΟΙΚΟΓΕΝΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΥΡΕΤΟ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΜΙΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.

Μαρία - Εμμανουέλα Αναγνωστάκη ¹, Ιωάννης Γκουγκουρέλας ²

¹ Δερματολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου

² Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Άγιος Δημήτριος

ΠΑ 12 ΕΥΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗ ΣΤΗΝ ΑΜΕΣΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ ΑΟΡΤΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗΣ

Ιωάννης Ρενιέρης ¹, Βασίλης Κιτσινέλης ¹, Γεωργία Ψαρρού ¹,

Γιώργος Σκυλλάς ¹, Σπύρος Γιαννούτσος ², Μιχάλης Ρίζος ¹,

Φραντζέσκα Φραντζεσκάκη ¹, Ηρακλής Τσαγκάρης ¹

¹ Β' Πανεπιστημιακή ΜΕΘ, ΑΤΤΙΚΟ Νοσοκομείο, Αθήνα

² Ενδοκρινολογικό τμήμα, ΑΤΤΙΚΟ Νοσοκομείο, Αθήνα

E-poster

Προεδρείο: **Α. Μπουρδάκης - Κ. Φιλίππου**

ΑΑ 04 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΜΙΚΤΗ ΥΠΕΡΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΕΣ ΜΥΑΛΓΙΕΣ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΥΣ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥΣ ΥΠΟΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Απόστολος Θεοχαρίδης

Ειδικός Καρδιολόγος, Ζάκυνθος



ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ



Σάββατο 09.09.2023

09.00 - 09.45 Στρογγυλό Τραπέζι: Αλλαγή Τρόπου Ζωής - Σωματική Δραστηριότητα

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

- Ο ρόλος της διατροφής στην υποστροφή της ΜΑΛΝΗ και του ΣΔτ2 - **Χ. Δημοσθενόπουλος**
- Συνταγογράφηση της άσκησης και προαπαιτούμενος έλεγχος - **Α. Πιτταράς**

09.45 - 10.30 "Debate": Φαρμακευτική ή χειρουργική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας;

Προεδρείο: **Σ. Λιάτης - Α. Σωτηρόπουλος**

- Χειρουργική - **Ι. Ντούπης**
- Φαρμακευτική - **Μ. Μπριστιάνου**

10.30 - 11.00 Διάλεξη «Γαληνός»

Προεδρείο: **Ε. Χατζηαγγελάκη**

- Ατμοσφαιρική ρύπανση & προθρομβωτικές καταστάσεις - **Γ. Καϊάφα**

11.00 - 11.30 Διάλεξη Φιλοξενούμενης Ιατρικής Εταιρείας: Ελληνική Εταιρεία Εσωτερικής Παθολογίας

Προεδρείο: **Ι. Ιωαννίδης**

- Ο Καρδιαγγειακός κίνδυνος στις γυναίκες - **Η. Μυγδάλης**

11.30 - 12.00 Διακεκριμένη Διάλεξη

Προεδρείο: **Γ. Κουδούνης**

- Οι νεφρικές αρτηρίες σαν στόχος για την επεμβατική αντιμετώπιση της υπέρτασης - **Κ. Τσιούφης**

12.00 - 12.30 Διάλεξη Φιλοξενούμενης Ιατρικής Εταιρείας: Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Εκπαίδευσης για τον Σακχαρώδη Διαβήτη

Προεδρείο: **Ι. Κυριαζής**

- Περιφερική αρτηριακή νόσος στον Σακχαρώδη Διαβήτη - **Δ. Σκούτας**

12.30 - 13.30 Δορυφορικό Συμπόσιο ASTRA ZENECA

σελ. 20



13.30 - 17.00 Διαλέξεις [Online Video] - UpToDate



Στρογγυλό Τραπέζι: Κλινικά Παραδείγματα / Φαρμακευτικές Παρεμβάσεις στο Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2

Προεδρείο: **Α. Αλαβέρας - Σ. Παππάς**

- Φαρμακευτική αντιμετώπιση ατόμου με ΣΔ που υπέστη OEM - **Ι. Ιωαννίδης**
- Φαρμακευτική αντιμετώπιση νεοδιαγνωσμένου ατόμου με ΣΔ και υψηλή HbA1c - **Ι. Ντούπης**

Στρογγυλό Τραπέζι: Επίκαιρα θέματα στα οξέα στεφανιαία σύνδρομα / Κλινικά Παραδείγματα από το Αιμοδυναμικό Εργαστήριο

Προεδρείο: **Π. Στουγιάννος**

- Πολυαγγειακή Στεφανιαία Νόσος. Πως θα ξεχωρίσω την ένοχη βλάβη - **Σ. Μακρυγιάννης**
- Ασβεστωμένες βλάβες. Στρατηγικές αντιμετώπισης - **Ν. Πατσουράκος**

Διάλεξη

Προεδρείο: **Σ. Παππάς**

- Η Διαβητολογία τα τελευταία 50 έτη - **Α. Αλαβέρας**

Διάλεξη

Προεδρείο: **Ι. Κυριαζής**

- Ασθενής με ΣΔτ2 και Καρδιακή Ανεπάρκεια - **Ι. Ιωαννίδης**

Διάλεξη

- Αλλεργική Ρινίτιδα - **Μ. Κωσταρές**



ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ



Σάββατο 09.09.2023

17.00 - 17.30 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Προφορικές Ανακοινώσεις

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

1^ο ΒΡΑΒΕΙΟ ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ



ΠΑ 13 Η ΥΠΟΛΕΙΠΟΜΕΝΗ ΕΚΚΡΙΣΗ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΧΑΜΗΛΟΤΕΡΟ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΜΕΙΩΜΕΝΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΤΥΠΟΥ 1 ΔΙΑΒΗΤΗ

Γεώργιος Καραμανάκος¹, Αικατερίνη Μπαρμπαγιάννη¹,
Ιωάννα Αναστασίου¹, Σταματίνα Δρίβα¹, Αικατερίνη Κουντούρη²,
Βαία Λαμπαδιάρη², Σταύρος Λιάτης¹

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

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

2^ο ΒΡΑΒΕΙΟ ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ



ΠΑ14 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΨΕΥΔΑΡΓΥΡΟΥ ΟΡΟΥ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΣΜΕΝΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΚΑΙ ΥΓΙΗ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΚΑΙ ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΜΕΝΗΣ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ ΜΕ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΟΥ

Δήμητρα Στεφανή¹, Νεκταρία Μακρiliά¹, Κωνσταντίνος Πολύζος²,
Μαρία Οικονομίδη¹, Ευτυχία Πούλιου², Κωνσταντίνος Φιλίππου²,
Εμμανουήλ Καλαφάτης¹, Βασίλειος Αναστασόπουλος¹, Αθανάσιος Δρόσος¹,
Ιωάννης Κλαδούρης¹, Εμμανουήλ Παπαδάκης¹, Ιωάννης Κυριαζής²

¹ Παθολογική Κλινική ΓΝΑ ΚΑΤ

² Διαβητολογικό Ιατρείο ΓΝΑ ΚΑΤ

ΠΑ 15 ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΑΣΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ [FINDRISK]

Κωνσταντίνος Πολύζος¹, Νεκταρία Μακρiliά¹, Εμμανουήλ Καλαφάτης¹,
Δήμητρα Στεφανή¹, Ματίνα Μπόλη¹, Αικατερίνη Φουρναρίδη¹,
Διονύσιος Βέκιος¹, Θεοδώρα Χάχαλη¹, Κωνσταντίνα - Ιωάννα Παναγιωτοπούλου¹,
Ευγενία Ζέρβα¹, Αλεξία Ντάναση¹, Κωνσταντίνος Φιλίππου²,
Ιωάννης Κυριαζής²

¹ Παθολογική Κλινική ΓΝΑ ΚΑΤ

² Διαβητολογικό Ιατρείο ΓΝΑ ΚΑΤ



ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ



Σάββατο 09.09.2023

E-poster

Προεδρείο: Π. Στουγιάννος - Α. Σωτηρόπουλος

AA 05 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΑΦΟΡΕΩΝ ΝΑΤΡΙΟΥ - ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΣΤΟΥΣ ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Αλεξάνδρα Θεοδωροπούλου ¹, Νικόλαος Κατσιάδας ²,
Αναστασία Θανοπούλου ³

¹ ΠΕΔΥ - Κέντρο Υγείας Κεραμεικού

² Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο»

³ Διαβητολογικό Κέντρο Β' Παθολογικής Κλινικής, Γ.Ν.Α «Ιπποκράτειο»

ΈΠΑΙΝΟΣ 1ης ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ



AA 06 ΠΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΙΒΑΜΠΡΑΔΙΝΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΝΑ ΥΠΟΒΛΗΘΟΥΝ ΣΕ ΑΞΟΝΙΚΗ ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΑ

Νικόλαος Κατσιάδας ¹, Αλεξάνδρα Θεοδωροπούλου ³,
Παναγιώτης Κορκονικήτας ¹, Ευαγγελία Τσίπρα ², Μαρία Αλούση ²,
Σταμάτιος Κωνσταντινίδης ², Δημήτριος Φαγκρέζος ², Πέτρος Μανιάτης ²,
Σωτήριος Πατσιλινάκος ¹

¹ Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο»

² Τμήμα Αξονικού Τομογράφου, Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο»

³ ΠΕΔΥ - Κέντρο Υγείας Κεραμεικού

17.30 - 18.30 Στρογγυλό Τραπέζι: Συνεχής καταγραφή γλυκόζης

Προεδρείο: Ι. Ντούπης - Ν. Παπάνας

- Είναι η συνεχής καταγραφή γλυκόζης χρήσιμη και αν ναι σε ποια άτομα με ΣΔ - Α. Κουτσοβασίλης
- Σημαντική διαφορά μεταξύ της HbA1c και του glucose management indicator (GMI): Πως μπορεί να ερμηνεύεται και πως αντιμετωπίζεται - Σ. Λιάτης

18.30 - 19.00 Διάλεξη Φιλοξενούμενης Ιατρικής Εταιρείας: Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία

Προεδρείο: Α. Μαυρογιαννάκη

- Δερματικές και μυοσκελετικές εκδηλώσεις της διαβητικής νευροπάθειας - Ν. Παπάνας



ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ



Σάββατο 09.09.2023

19.00 - 19.30	Δορυφορική Διάλεξη ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ ΛΙΛΛΥ	σελ. 20
19.30 - 20.00	Δορυφορική Διάλεξη PFIZER	σελ. 20
20.00 - 20.30	Δορυφορική Διάλεξη BENNETT	σελ. 20
20.30 - 21.00	Δορυφορική Διάλεξη KRKA	σελ. 20
21.00 - 21.30	Διάλεξη Λήξης	
	Προεδρείο: Η. Μυγδάλης • Εξατομίκευση στην Θεραπεία του ΣΔ. Έχουμε επαρκή εργαλεία για την σωστή εφαρμογή στην κλινική πρακτική; - Ι. Ιωαννίδης	
21.30 - 22.00	Ερωτήσεις - Σχόλια 3 ^{ης} Συνεδριακής Ημέρας	
	Προεδρείο: Ι. Κυριαζής Σχολιασμός: Ν. Πατσουράκος	



ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΕΣ/ΚΑ ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ - ΣΥΜΠΟΣΙΑ

Πέμπτη 07.09.2023

17.30 - 18.00 Δορυφορική Διάλεξη

Διατροφική θεραπευτική στην αντιμετώπιση των μεταβολικών νοσημάτων

Προεδρείο: Ι. Κυριαζής

Ομιλητής: Δ. Βλάχος



Παρασκευή 08.09.2023

11.30 - 12.00 Δορυφορική Διάλεξη

Εισαγωγή - Ε. Μαυροκεφάλου

Αξιολογώντας τη σημασία των δεδομένων των μελετών καρδιαγγειακών εκβάσεων κατά τη διαχείριση ασθενών (πολύ) υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου με δυσλιπιδαιμία - Κ. Μπαλαμπάνης
Συζήτηση - Q&A

Προεδρείο: Ε. Μαυροκεφάλου

Ομιλητής: Κ. Μπαλαμπάνης

sanofi

12.30 - 13.00 Δορυφορική Διάλεξη

SGLT2 αναστολείς και Καρδιο-Νεφρική προστασία στο Διαβήτη τύπου 2: Οι νέες θεραπευτικές προοπτικές με την εμπαγλιφλοζίνη

Προεδρείο: Ι. Κυριαζής

Ομιλητής: Α. Κουτσοβασίλης



13.30 - 14.00 Δορυφορική Διάλεξη

Αναζητώντας την ισορροπία ανάμεσα στο γλυκαιμικό έλεγχο και την Προστασία των Οργάνων στα άτομα με ΣΔ τύπου 2: Η θέση της καναγλιφλοζίνης.

Προεδρείο: Α. Μαυρογιαννάκη

Ομιλητής: Ι. Ιωαννίδης



19.15 - 19.45 Δορυφορική Διάλεξη

Ultra rapid lispro: Δεδομένα από τη χρήση της στην κλινική πράξη. Θα αποτελέσει το νέο πρότυπο ινσουλινοθεραπείας;

Προεδρείο: Κ. Μακρυλάκης

Ομιλητής: Ι. Ζωγράφου



19.45 - 20.30 Δορυφορικό Συμπόσιο

Η ασθενοκεντρική προσέγγιση των ασθενών με ΣΔτ2 ως οδηγός της βέλτιστης γλυκαιμικής ρύθμισης.

Ομιλητής: Λ. Λαναράς

16 χρόνια Κλινικής εμπειρίας και Επιστημονικών δεδομένων με την Σιταγλιπτίνη σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2. Συζήτηση κλινικών περιστατικών.

Ομιλήτρια: Μ. Μπρισιάνου



&



20.30 - 21.00 Δορυφορική Διάλεξη

Αξιολόγηση καρδιαγγειακού κινδύνου σε ασθενείς με Διαβήτη τύπου 2: ο ρόλος του NT-proBNP ως προγνωστικός βιοδείκτης

Προεδρείο: Ι. Κυριαζής

Ομιλητής: Ι. Ιωαννίδης





ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΕΣ/ΚΑ ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ - ΣΥΜΠΟΣΙΑ

Σάββατο 09.09.2023

12.30 - 13.30 Δορυφορικό Συμπόσιο

Η νέα πραγματικότητα στη διαχείριση
του διαβητικού ασθενούς: προστατέψτε την καρδιά
και τους νεφρούς του. Από τα δεδομένα στην κλινική πράξη

Προεδρείο: Ι. Κυριαζής

- Κατευθυντήριες οδηγίες για την προστασία στον διαβητικό ασθενή - Ι. Ντούπης
- DELIVERing outcomes σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια - Χ. Καπερνόπουλος
- Κερδίζοντας ζωή στον ασθενή με ΣΔτ2 και ΧΝΝ - Μ. Διβάνη

AstraZeneca 

19.00 - 19.30 Δορυφορική Διάλεξη

Ανακαλύπτοντας τη δύναμη του GIP του πρώτου
διπλού ινκρετινικού αγωνιστή

Προεδρείο: Ι. Κυριαζής

Ομιλητής: Ι. Ιωαννίδης



19.30 - 20.00 Δορυφορική Διάλεξη

PCV20: Η στρατηγική για έναν ολοκληρωμένο
εμβολιασμό κατά του πνευμονιόκοκκου

Προεδρείο: Ι. Κυριαζής

Ομιλητής: Κ. Αργυράκη



20.00 - 20.30 Δορυφορική Διάλεξη

Πρωτογενής & Δευτερογενής πρόληψη
των Καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Ο ρόλος της σταθερής
συνδυασμένης αντιλιπιδαιμικής θεραπείας

Προεδρείο: Ι. Κυριαζής

Ομιλητής: Α. Πιτταράς



20.30 - 21.00 Δορυφορική Διάλεξη

Αντιμετώπιση της Αρτηριακής Υπέρτασης
μετά τις Ευρωπαϊκές Οδηγίες 2023

Προεδρείο: Α. Πιτταράς

Εισηγητής: Κ. Θωμόπουλος



Toujeo® εδώ για να βοηθήσει, από την αρχή¹



Βοηθήστε τους ασθενείς σας να βρουν την
ισορροπία ανάμεσα στη μείωση της HbA_{1c}
και τον κίνδυνο υπογλυκαιμίας^{1,7}

Με ένα πιο σταθερό 24ωρο
γλυκαιμικό προφίλ^{1,8*}

με μια πιο άνετη[†] εμπειρία
ινσουλίνης^{1,9,10}

Βοηθήστε τους ασθενείς σας να έχουν την αρχή που τους αξίζει¹



Σε αναλύσεις ΦΚ/ΦΔ σταθερής κατάστασης στον ΣΔτ1, το Toujeo® έδειξε μια πιο σταθερή και παρατεταμένη δράση μείωσης των επιπέδων σε σύγκριση με την ινσουλίνη glargine 100 μονάδες/ml.^{1,8} Το Toujeo® διατίθεται σε εύχρηστες πένες,^{1,9,10} για χορήγηση μία φορά την ημέρα, οποιαδήποτε στιγμή της ημέρας, αλλά κατά προτίμηση την ίδια ώρα κάθε ημέρα.¹ Σε εξαιρετικές περιπτώσεις, όπου απαιτείται, οι ασθενείς μπορούν να χορηγήσουν το Toujeo® έως και 3 ώρες πριν μετά τη συνήθη ώρα χορήγησης. Η ευέλικτη ώρα χορήγησης των δόσεων αξιολογήθηκε σε δύο τυχαίοποιημένες κλινικές μελέτες ανοικτής επιτήρησης, σε ασθενείς με ΣΔτ2.¹ Η προγεμισμένη πένα Toujeo® DoubleStar™ συνιστάται για ασθενείς που χρειάζονται τουλάχιστον 20 μονάδες την ημέρα.¹

Το Toujeo® ενδείκνυται για τη θεραπεία του σακχαρώδους διαβήτη σε ενήλικες, εφήβους και παιδιά από την ηλικία των 6 ετών.¹ Οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες είναι η υπογλυκαιμία (πολύ συχνή), η λιπούπερτροφία και οι αντιδράσεις στο σημείο της ένεσης (συχνές).¹ Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευτείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος. Μπορείτε να σκανάρετε τον κωδικό QR [QR code] ή μπορείτε να τη ζητήσετε από την εταιρία στο τηλ. 210 9001600

ή στο medicalinformation.greece@sanofi.com ή να την αναζητήσετε στον παρακάτω σύνδεσμο Toujeo ΠΧΠ αναρτημένη στην ιστοσελίδα της ΕΕ (ημ. έγκρισης: 07/2020) https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2022/20220519154463/anx_154463_el.pdf.

Συντομογραφίες: HbA_{1c}, Αιμοσφαιρίνη A_{1c}; ΦΔ, Φαρμακοδυναμική; ΦΚ, Φαρμακοκινητική; ΣΔτ1, Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1; ΣΔτ2, Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2.

Βιβλιογραφία: 1. Toujeo® European Summary of Product Characteristics July 2020. 2. Home PD, et al. *Diabetes Care* 2015;38(12):2217-2225. 3. Matsuhisa M, et al. *Diabetes Obes Metab* 2016;18(4):375-383. 4. Danne T, et al. *Diabetes Care* 2020;43(7):1512-1519. 5. Riddle MC, et al. *Diabetes Care* 2014;37:2755-2762. 6. Yki-Jarvinen H, et al. *Diabetes Care* 2014;37:3235-3243. 7. Bolli GB, et al. *Diabetes Obes Metab* 2015;17:386-394. 8. Becker RHA, et al. *Diabetes Care* 2015;38(4):637-643. 9. Singh R, et al. *Eur Endocrinol* 2018;14:47-51. 10. Pohlmeier H, et al. *J Diabetes Sci Technol* 2017;11:263-269.

MAT-GR-2300148v.1/March 2023



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

sanofi

Toujeo®
insulin glargine 300U/ml

Toujeo Solostar (συσκευασία 3 προγεμισμένων πενών): Λ.Τ. 45,48€
Toujeo Doublestar (συσκευασία 3 προγεμισμένων πενών): Λ.Τ. 83,89€.
Χορήγηση με ιατρική συνταγή. **Για αναφορά πιθανής Ανεπιθύμητης Ενέργειας (ΑΕ), παρακαλείσθε όπως επικοινωνήσετε με το τμήμα Φαρμακοεπαγρύπνησης: Ελλάδα: Τηλέφωνο: 210 9001 600**
Email: PV-Greece@sanofi.com

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

Πρωτόσημο:



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



ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

• ΑΒΡΑΜΟΠΟΥΛΟΣ ΗΡΑΚΛΗΣ

Παθολόγος με Εξειδίκευση στο Διαβήτη και την Υπέρταση, Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο «ΥΓΕΙΑ»

• ΑΛΑΒΕΡΑΣ ΑΝΤΩΝΙΟΣ

Παθολόγος, τ. Διευθυντής Παθολογίας, Α' Παθολογικής Κλινικής, Κοργιαλένιο Μπένάκειο Γ.Ν.Α. Ε.Ε.Σ.

• ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ ΝΙΚΟΛΕΤΑ

Παθολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν Καλαμάτας

• ΑΡΓΥΡΑΚΗ ΚΑΤΕΡΙΝΑ

MD, PhD, Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος Διευθύντρια ΕΣΥ, Παθολογική Κλινική & ΕΙ HIV λοίμωξης ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

• ΒΛΑΧΑΚΟΣ ΔΗΜΗΤΡΗΣ

M.D., Ph.D., Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας - Νεφρολογίας Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ Επιστημονικός Σύμβουλος Νεφρολογίας - Υπέρτασης Ομίλος Βιοϊατρικής

• ΒΛΑΧΟΣ ΔΙΟΝΥΣΗΣ

Γενικός Ιατρός, Κλινική Διατροφή ΕΚΠΑ, Ιατρικός Διευθυντής «ΕΝΙΩΣ MED»

• ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Επικουρικός Καρδιολόγος, Γ.Ν.Α. «ΕΛΠΙΣ»

• ΔΗΜΟΣΘΕΝΟΠΟΥΛΟΣ ΧΑΡΗΣ

MMedSci, PhD, Κλινικός Διαιτολόγος - Βιολόγος, Προϊστάμενος Διαιτολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αντιπρόεδρος Δ.Σ. Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν.

• ΔΙΒΑΝΗ ΜΑΡΙΑ

MD, PhD, MSc Νεφρολόγος - Επιμελήτρια Β', Γ.Ν. Λάρισας

• ΔΡΟΣΟΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ

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

• ΕΥΘΥΜΙΑΔΟΥ ΡΩΞΑΝΗ

Ακτινολόγος, Διευθύντρια Τμήματος PET-CT & Αναπληρώτρια Διευθύντρια Τμήματος CT&MRI, Διαγνωστικό & Θεραπευτικό Κέντρο «ΥΓΕΙΑ», Μέλος Δ.Σ. Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν.

• ΕΥΣΤΑΘΙΟΥ ΣΤΑΜΑΤΗΣ

MD, MSc, PhD, Παθολόγος, Διευθυντής Κέντρου Καρδιαγγειακής Προστασίας ΤΥΠΕΤ

• ΖΑΦΕΙΡΗ ΜΑΡΙΑ

MD, MSc, BCMAS. Παθολόγος με μετεκπαίδευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη και τη Γηριατρική, Υποψήφια Διδάκτωρ Ιατρικής σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

• ΖΩΓΡΑΦΟΥ ΙΩΑΝΝΑ

Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Β' Προπαιδευτική Κλινική Γ.Ν.Θ. Γ.Ν.Θ. «ΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

• ΘΩΜΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Διευθυντής Καρδιολογικού Τμήματος, ΓΝΜΑ «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ»

• ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Δρ. Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Συνεργάτης νοσοκομείου «ΥΓΕΙΑ», Γεν.Γραμματέας Δ.Σ. Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν.

• ΚΑΪΆΦΑ ΓΕΩΡΓΙΑ

Αν. Καθηγήτρια Αιματολογίας Α.Π.Θ., Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

• ΚΑΠΕΡΝΟΠΟΥΛΟΣ ΧΑΡΗΣ

Ειδικός Παθολόγος - Εξειδικευθείς στον Σακχαρώδη Διαβήτη, Καλαμάτα

• ΚΑΣΤΗ ΑΡΕΖΙΝΑ

Διαιτολόγος - Διατροφολόγος MSc, PhDc, Προϊσταμένη Τμήματος Κλινικής Διατροφής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»

• ΚΟΚΚΙΝΟΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ

Καθηγητής Παθολογίας, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο Πανεπιστημίου Αθηνών, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ», Αντιπρόεδρος Ε.Ι.Ε.Π.

• ΚΟΡΟΒΕΣΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

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



ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

• ΚΟΥΔΟΥΝΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικής
Κλινικής Γ.Ν. Μεσσηνίας

• ΚΟΥΤΣΟΒΑΣΙΛΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ

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

• ΚΥΡΙΑΖΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

MD, PhD, FNSCOPE, Παθολόγος -
Διαβητολόγος, Διευθυντής Παθολογικής
Κλινικής & 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.)

• ΚΩΣΤΑΡΕΣ Μ.

Ιατρός, Οδοντίατρος, Υποψήφιος Διδάκτωρ
Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Ειδικευόμενος Ω.Ρ.Λ.
Κλινικής, Γ.Ν. Μεσσηνίας - Ν.Μ. Καλαμάτας

• ΛΑΝΑΡΑΣ ΛΕΩΝΙΔΑΣ

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

• ΛΙΑΤΗΣ ΣΤΑΥΡΟΣ

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

• ΜΑΚΡΥΓΙΑΝΝΗΣ 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' Προπαιδευτική Παθολογική
Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο,
Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ»

• ΜΑΛΤΕΖΟΣ ΧΡΥΣΟΣΤΟΜΟΣ

Συντονιστής Διευθυντής Αγγειοχειρουργικής
Κλινικής Γ.Ν.Α «ΚΑΤ», Διευθυντής Ιατρικής
Υπηρεσίας Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»

• ΜΑΥΡΟΓΙΑΝΝΑΚΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

MD, PhD, Παθολόγος - Διαβητολόγος,
Διευθύντρια Β' Παθολογικής Κλινικής
& Υπεύθυνη Διαβητολογικού Κέντρου ΓΝΑ
«ΝΙΜΤΣ» Πρόεδρος Ελληνικής
Διαβητολογικής Εταιρείας

• ΜΑΥΡΟΚΕΦΑΛΟΥ ΕΥΓΕΝΙΑ

Παθολόγος, Διευθύντρια Δ' Παθολογικού
Τμήματος, Υπεύθυνη Ιατρείου Λιπιδίων,
Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ - ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ»

• ΜΕΛΙΔΩΝΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ

Παθολόγος - Διαβητολόγος, Συντονιστής
Διευθυντής, Διαβητολογικό Καρδιομεταβολικό
Κέντρο «METROPOLITAN HOSPITAL»

• ΜΠΑΛΑΜΠΑΝΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

MD, PhD, Ειδικός Παθολόγος - Διαβητολόγος,
Ακαδημαϊκός Υπότροφος Παθολογίας -
Σακχ. Διαβήτη - Παχυσαρκίας, Β' Προπ.
Παθολογική Κλινική Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»

• ΜΠΟΥΡΔΑΚΗΣ ΑΔΑΜΑΝΤΙΟΣ

Δρ, Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ
Β' Παθολογική Κλινική, Διαβητολογικό Ιατρείο
& Ιατρείο 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

• ΜΥΓΔΑΛΗΣ ΗΛΙΑΣ

Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθυντής
Διαβητολογικού Κέντρου,
Νοσ. «ΛΕΥΚΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ»



ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

• ΝΤΟΥΠΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής
Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Όμιλος Ιατρικού
Αθηνών, Κλινική Παλαιού Φαλήρου,
Μέλος Δ.Σ. Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν

• ΠΑΓΩΝΗ ΜΑΤΙΝΑ

Δρ. Παθολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια,
Γ' Παθολογικής Κλινικής,
Γ.Ν.Α. «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ», Πρόεδρος Δ.Σ.
Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος (Ε.Π.Ε.),
Επιστημονικά Υπεύθυνη Λιπιδαιμικού Ιατρείου,
Γ.Ν.Α. «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»,
Πρόεδρος Επιστημονικού Συμβουλίου Γ.Ν.Α.
«Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ», τ. Πρόεδρος Ανωτάτου
Πειθαρχικού Π.Ι.Σ., Πρόεδρος ΕΙΝΑΠ,
Αντιπρόεδρος ΟΕΝΓΕ

• ΠΑΠΑΝΑΣ ΝΙΚΟΣ

Καθηγητής Παθολογίας - Σακχαρώδους
Διαβήτη, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου
- Ιατρείου Διαβητικού Ποδιού, Β' Παθολογική
Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης,
Πρόεδρος Ευρωπαϊκής Ομάδας Μελέτης
Διαβητικού Ποδιού, Αντιπρόεδρος Ελληνικής
Διαβητολογικής Εταιρείας,
Πανεπιστημιακό ΓΝ Αλεξανδρούπολης

• 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,
Διευθυντής, Τζάνειο Γενικό Νοσοκομείο
Πειραιά, Ταμίας Δ.Σ. Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν.

• ΠΙΤΤΑΡΑΣ ΑΝΔΡΕΑΣ

Καρδιολόγος, Clinical Hypertension
Specialist ESH, Ass. Prof. George Washington
University Washington DC USA,
Adj. Prof. European University of Cyprus,
Ιατρικό Κέντρο MEDITON, Υπερτασικό Ιατρείο
Ασκληπιείο Βούλας

• ΣΑΒΒΟΠΟΥΛΟΣ Γ. ΧΡΗΣΤΟΣ

Καθηγητής Παθολογίας ΑΠΘ, Δ/ντής
Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής
& Μονάδας Αυξημένης Φροντίδας (Stroke Unit),
Κέντρο Αριστείας Υπέρτασης, Νοσ/μείο ΑΧΕΠΑ

• ΣΚΛΗΡΟΣ ΕΥΣΤΑΘΙΟΣ

Δρ. Γενικής Ιατρικής, Διευθυντής ΚΥ Νεμέας,
Πρόεδρος ΕΕΕΕΠ

• ΣΚΟΥΤΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

Ειδικός Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διδάκτωρ
Ιατρικής Σχολής ΔΠΘ, Υπευθ. Παθ. Τομέα Κ.Α.Α
«ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΗ» Θεσσαλονίκη, Πρόεδρος
Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης και Εκπαίδευσης
για τον Σακχαρώδη Διαβήτη

• ΣΤΟΥΓΙΑΝΝΟΣ ΠΑΥΛΟΣ

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

• ΣΤΡΟΥΜΠΟΥΛΗ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ

MD, MSc, Επιμελήτρια Ακτινοδιαγνωστικού
τμήματος ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

• ΣΩΤΗΡΟΠΟΥΛΟΣ ΑΛΕΞΗΣ Δρ.

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

• ΤΣΙΟΥΦΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

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

• ΦΙΛΙΠΠΟΥ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Παθολόγος, Επιμελητής Β', Παθολογική, Κλινική,
Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ», Συνεργάτης Διαβητολογικού
Ιατρείου και Ιατρείου Παχυσαρκίας
Γ.Ν. Αττικής «ΚΑΤ»

• ΧΑΛΒΑΤΣΙΩΤΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

Αναπληρωτής 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



ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΤΟΠΟΣ & ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΕΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Το Συνέδριο θα διεξαχθεί, **αποκλειστικά με φυσική παρουσία, από 7 έως και 9 Σεπτεμβρίου 2023** στο Ξενοδοχείο **Elite City Resort** στην Καλαμάτα (οδός Ναυαρίνου 2, 24100 Καλαμάτα, Τ. +30 27210 22434, F. +30 27210 84369, W. www.elite.com.gr)

ΕΚΘΕΣΗ

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

ΜΟΡΙΟΔΟΤΗΣΗ

Θα χορηγηθούν 22 μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης CME - CPD Credits από τον Π.Ι.Σ.

ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Α. Το δικαίωμα συμμετοχής έχει ορισθεί ως εξής:

Ιατροί	140,00 €
Νοσηλευτές	50,00 €
Φοιτητές*	ΔΩΡΕΑΝ

* Είναι απαραίτητο να προσκομίζουν κατάλληλο έγγραφο που θα βεβαιώνει την ιδιότητά τους με δικαίωμα παρακολούθησης του Επιστημονικού προγράμματος, μοριοδοτούμενο πιστοποιητικό παρακολούθησης του Συνεδρίου CME-CPD credits (εφόσον καλυφθεί ο απαιτούμενος χρόνος παρακολούθησης 60% του επιστημονικού προγράμματος).

Β. Για σύνεδρο που ανήκει στον Ιατρικό Σύλλογο Μεσσηνίας (απαραίτητη η επίδειξη της ταυτότητας του Ι.Σ.) η συμμετοχή είναι 100,00 € και περιλαμβάνει εγγραφή, παρακολούθηση του επιστημονικού προγράμματος, πιστοποιητικό παρακολούθησης (εφόσον καλυφθεί ο απαιτούμενος χρόνος παρακολούθησης), καφέ στα επίσημα διαλείμματα της εκδήλωσης.

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

Το Δικαίωμα Συμμετοχής περιλαμβάνει:

Εγγραφή στο Συνέδριο και παρακολούθηση του Επιστημονικού Προγράμματος, e-Τελικό πρόγραμμα & Βιβλίο Περιλήψεων του Συνεδρίου, Μοριοδοτούμενο Πιστοποιητικό Παρακολούθησης CME-CPD credits από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο (εφόσον καλυφθεί ο απαιτούμενος χρόνος παρακολούθησης).

ΠΑΚΕΤΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

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

Ξενοδοχεία: Elite City Resort Hotel (συνεδριακό), Filoxenia Hotel, Messinian Bay, Pharae Palace, Garden City, Belvedere, Comfy, Elektra, Mantinia bay, Haikos, Elysian κ.α.



ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΒΡΑΒΕΥΣΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Θα βραβευτούν οι τρεις καλύτερες προφορικές ανακοινώσεις με το πρώτο βραβείο να αντιστοιχεί σε 1.000€ και από 500€ το δεύτερο και τρίτο. Έπαινοι θα δοθούν στις δύο καλύτερες αναρτημένες ανακοινώσεις.

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΡΑΒΕΥΣΗΣ

Κ. Θωμόπουλος, Ι. Ιωαννίδης, Α. Κόκκινος, Ι. Κυριαζής

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) του χρόνου παρακολούθησης με φυσική παρουσία. Μετά τη λήξη του συνεδρίου οι συμμετέχοντες θα παραλάβουν ηλεκτρονικά το πιστοποιητικό παρακολούθησης.

LIVE STREAMING on demand / ΒΙΝΤΕΟΣΚΟΠΗΣΗ / ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΣΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Παρακαλούμε όπως λάβετε υπόψη σας ότι το συνέδριο θα βιντεοσκοπηθεί και θα πραγματοποιηθεί φωτογράφιση των συνεδριακών χώρων από τη διοργανώτρια εταιρεία. Με την εγγραφή σας στην εκδήλωση συναινείτε στην παράδοση του υλικού στους Οργανωτές και την πιθανή δημοσίευσή τους σε έντυπα ή ηλεκτρονικά μέσα.

ΤΗΡΗΣΗ ΧΡΟΝΟΥ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΩΝ

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

ΤΕΧΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ

Όλες οι αίθουσες διεξαγωγής του συνεδρίου θα είναι τεχνικά εξοπλισμένες για τις παρουσιάσεις μέσω Η/Υ. Το υλικό της παρουσίασης θα πρέπει να παραδίδεται μία ώρα τουλάχιστον πριν από κάθε συνεδρίαση στην ειδική τεχνική γραμματεία.

Οι ομιλητές που συμμετέχουν στο επιστημονικό πρόγραμμα, αντί της έγγραφης δήλωσης υποχρεούνται στην αρχή της ομιλίας τους (στη 2η διαφάνεια μετά τον τίτλο της διάλεξης) να αναφέρονται σε οποιαδήποτε σύγκρουση συμφερόντων (ΕΟΦ_εγκύκλιος 64740_1.9.2013)

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Κύριο μέλημα της Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν. είναι η τήρηση όλων των κανόνων υγιεινής και των γενικότερων μέτρων ασφαλείας λόγω covid-19 για την προστασία της δημόσιας υγείας. Σε εναρμόνιση με τις ισχύουσες διατάξεις τις ημερομηνίες διεξαγωγής του συνεδρίου, θα ληφθούν όλα τα απαραίτητα μέτρα για την διασφάλιση της υγείας των συνέδρων, των ομιλητών και όλων των εργαζομένων στο συνεδριακό κέντρο του ξενοδοχείου, αλλά και της δημόσιας υγείας γενικότερα.



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ



ΠΑ 01

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΔΙΑΣΤΗΜΑ 15 ΕΤΩΝ (ΜΕΤΑΞΥ 2003 ΚΑΙ 2018) ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

Χρήστος - Ελευθέριος Ρούσσος Παναγιώτης Ρόκας, Ελένη Γιαννοπούλου, Βασίλειος Τρωΐζος, Θεόδωρος Τζούδας, Νικόλαος Καρνούσκος, Γεώργιος Γκόργκουλας, Ελευθέριος Νικολαΐδης, Βασίλειος Καραμπέτσος, Ηλίας Νταΐβης, Παναγιώτης Μπαρουξής, Ιωάννης Τσόρλαλης, Χαράλαμπος Πανατόπουλος, Εμμανουήλ-Λεονάρδος Μάκαρης, Σταυρούλα Κοσμοπούλου, Γεώργιος Κουδούνης

Καρδιολογική Κλινική ΓΝ Καλαμάτας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ: Η καρδιολογική κλινική του ΓΝ Καλαμάτας είναι η μοναδική στο νομό μας και σε αυτή νοσηλεύονται όλοι οι καρδιοπαθείς ασθενείς του νομού Μεσσηνίας. Σκοπός μας ήταν να μελετήσουμε και να συγκρίνουμε τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών της καρδιολογικής κλινικής μεταξύ των ετών 2003 και 2018 (περίοδος προ COVID-19).

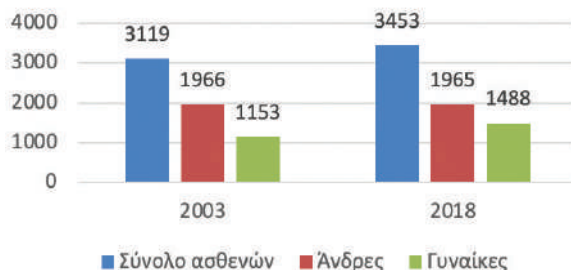
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά που αξιολογήθηκαν ήταν ο αριθμός των ασθενών, το φύλο, η ηλικία και το είδος της πάθησης: οξεία εμφράγματα του μυοκαρδίου με ανάσπαση ή χωρίς ανάσπαση του ST, ασταθής στηθάγχη, καρδιακή ανεπάρκεια, κολπική μαρμαρυγή και βαλβιδοπάθειες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Παρά τη μείωση του πληθυσμού του νομού Μεσσηνίας κατά το δεκαπενταετές διάστημα που μελετήθηκε, παρατηρήθηκε αύξηση κατά 10,71% του αριθμού των νοσηλευόμενων ασθενών, από 3119 (2003) σε 3453 (2018). Η αύξηση αυτή εντοπίζεται κυρίως στην εισαγωγή 29% περισσότερων γυναικών για νοσηλεία, 1153 (2003) και 1488 (2018), ενώ δεν παρατηρήθηκε αλλαγή στον αριθμό των εισαχθέντων ανδρών, 1966 (2003) και 1965 (2018). Ως αποτέλεσμα διαπιστώνεται αύξηση του ποσοστού των νοσηλευόμενων γυναικών από 37% σε 43% και μείωση των ανδρών από 63% σε 57%. Παρόλα αυτά, ο μέσος όρος ηλικίας των νοσηλευόμενων ασθενών παρέμεινε σταθερός στα 66 έτη.

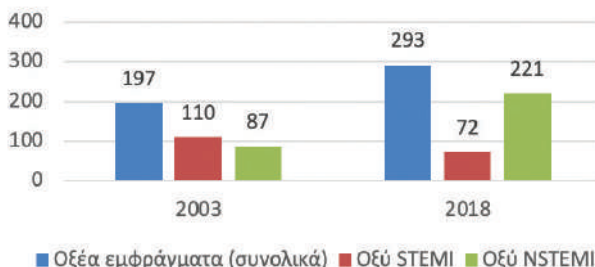
Όσον αφορά τα οξεία στεφανιαία σύνδρομα, παρατηρήθηκε μείωση των περιπτώσεων ασταθούς στηθάγχης κατά -82,35%, 136 (2003) και 24 (2018) και αύξηση των οξέων εμφραγμάτων μυοκαρδίου κατά 48,73%, 197 (2003) και 293 (2018). Αναλυτικότερα, τα οξεία εμφράγματα με ανάσπαση του ST διαστήματος υποχώρησαν κατά -34,55%, 110 (2003) και 72 (2018), ενώ τα οξεία εμφράγματα χωρίς ανάσπαση του ST αυξήθηκαν κατά 154,02%, 87 (2003) και 221 (2018). Αξίζει να σημειωθεί ότι το 2018 είχε πλέον προστεθεί στη διαγνωστική φαρέτρα του νοσοκομείου μας η χρήση της υψηλής ευαισθησίας τροπονίνης (hsTnI), μίας εξέτασης που δεν ήταν διαθέσιμη το 2003.



ΦΥΛΟ ΑΣΘΕΝΩΝ



ΟΞΕΑ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το 2018 παρατηρείται αύξηση του αριθμού νοσηλευόμενων στην καρδιολογική κλινική του ΓΝ Καλαμάτας, η οποία εντοπίζεται κυρίως στην εισαγωγή περισσότερων γυναικών σε σχέση με 15 χρόνια πριν. Τα οξέα εμφράγματα και κυρίως τα NSTEMI αυξήθηκαν σημαντικά, ενώ υποχώρησαν τα STEMI και η ασταθής στηθάγχη. Επιπλέον παθήσεις όπως η καρδιακή ανεπάρκεια, η κολπική μαρμαρυγή και οι βαλβιδοπάθειες παρουσίασαν αύξηση.



ΠΑ 02

ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΚΑΙ ΑΝΤΙΦΩΣΦΟΛΙΠΙΔΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ, ΣΕ ΝΕΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΤΩ ΤΩΝ 50 ΕΤΩΝ

Παναγιώτα Βαλεντή, MSc Ειδικός Παθολόγος – Υπερτασιολόγος

Διπλωματική Εργασία – Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών: Αρτηριακή Υπέρταση και Συνοδά Καρδιαγγειακά - Νεφρικά Νοσήματα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η πιο συνήθης επίκτητη θρομβοφιλική διαταραχή είναι το αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο Antiphospholipid Syndrome (APS). Υπολογίζεται ότι πάνω από το 20% των εγκεφαλικών σε ασθενείς ηλικίας κάτω των 45 ετών, μπορεί να συσχετίζεται με το APS.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της επίπτωσης του Αντιφωσφολιπιδικού Συνδρόμου ή Antiphospholipid Syndrome (APS) στην πρόκληση ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου σε νεαρούς ενήλικες και η δευτερογενής πρόληψη.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Για την εκπόνηση της μελέτης επιλέχθηκε η μέθοδος της συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης για την εις βάθος και αντικειμενική προσέγγιση της βιβλιογραφίας, κριτικής ανάλυσης και σύνθεσης των αποτελεσμάτων των πρωτογενών μελετών. Για την διερεύνηση χρησιμοποιήθηκαν κατάλληλα κριτήρια ένταξης και κριτήρια αποκλεισμού. Αναλύθηκαν 18 ανοικτές μελέτες, για το επιλεγμένο χρονικό εύρος 2009-2019. Για την διερεύνηση χρησιμοποιήθηκαν κατάλληλα κριτήρια ένταξης με ομάδα στόχο ενήλικες ασθενείς κάτω των 50 ετών με εγκεφαλοαγγειακό επεισόδιο - Cerebrovascular event (CVE).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από την ανασκόπηση φαίνεται ότι η παρουσία αντιφωσφολιπιδικών αντισωμάτων (APL) παρέχει πενταπλάσιο κίνδυνο για εγκεφαλικό επεισόδιο ή παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο – Transit Ischemic Attack (TIA) σε σύγκριση με τους μάρτυρες. Η παρουσία APS αυξάνει τον κίνδυνο θνησιμότητας των ασθενών με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο (ΣΕΛ). Οι ασθενείς με APS εξακολουθούν να αναπτύσσουν σημαντική νοσηρότητα και θνησιμότητα παρά την τρέχουσα θεραπεία. Όσον αφορά την δευτερογενή πρόληψη ασθενείς με APS που προσέρχονται με αρτηριακό θρομβωτικό επεισόδιο έχουν οφέλη είτε με την από του στόματος χορήγηση αντιπηκτικών (τύπου βαρφαρίνης) με υψηλότερο (INR 3-4) ή ένα συνδυασμό με χαμηλή δόση ασπιρίνης και ενός (INR 2-3).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρούσα μελέτη ανέδειξε ότι η παρουσία αντιφωσφολιπιδικού συνδρόμου (APS) αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα κινδύνου αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου σε νέους ασθενείς κάτω των 50 ετών η οποία πρέπει να συνεκτιμάται με την συνεχή αύξηση παραδοσιακών παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου όπως υπέρταση και διαβήτης στην ομάδα αυτή.



ΠΑ 03

3^ο ΒΡΑΒΕΙΟ ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ



ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ ΝΤΟΥΛΑΓΛΟΥΤΙΔΗΣ ΚΑΙ ΕΜΠΑΓΛΙΦΛΟΖΙΝΗΣ ΣΕ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΡΔΙΟΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Αναστάσιος Κουτσοβασίλης, Βασιλική Χατζηβασιλόγλου, Αγγελική Βάκκα, Αικατερίνη Κατσαβριά, Καλλιόπη Παπαδοπούλου, Όλγα Οικονόμου, Ηλίας Σκοπελίτης

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

ΣΚΟΠΟΣ: Ο σκοπός της μελέτης είναι να εξετάσει την μακροπρόθεσμη επίδραση του συνδυασμού ντουλαγλουτιδης και εμπαγλιφλοζίνης στον γλυκαιμικό έλεγχο και σε παράγοντες καρδιομεταβολικού κινδύνου, είτε ως αρχικό συνδυασμό είτε ως επιπρόσθετη θεραπεία σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2) υπό θεραπεία με εμπαγλιφλοζίνη.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: 104 ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 ηλικίας 58.32 ± 8.93 ετών, εντάχθηκαν στη μελέτη. Οι περισσότεροι ασθενείς (62.9%) έλαβαν ταυτόχρονα ντουλαγλουτιδίνη και εμπαγλιφλοζίνη (ομάδα Α) μαζί με την προϋπάρχουσα θεραπεία (με διαφοροποίηση σχετικά με προηγούμενη θεραπεία όπου υπήρχε αντένδειξη ή κρίθηκε αναγκαίο) και στο 37.2% των ασθενών προστέθηκε ντουλαγλουτιδίνη ενώ ελάμβαναν εμπαγλιφλοζίνη (ομάδα Β). Η περίοδος παρακολούθησης ήταν 12 μήνες και έγινε καταγραφή των αλλαγών στην HbA1c, σωματικό βάρος, συστολική αρτηριακή πίεση (ΣΑΠ), διαστολική αρτηριακή πίεση (ΔΑΠ), ολική χοληστερόλη (TC), LDL-c, HDL-c, τριγλυκερίδια (TG).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σημαντική βελτίωση της HbA1c παρατηρήθηκε και στις δύο ομάδες με μεγαλύτερη μείωση στην ομάδα Α (1.92 ± 0.77 vs 1.42 ± 0.98 , $p=0.028$). Η ελάττωση του βάρους ήταν μεγαλύτερη για την ομάδα Α (5.89 ± 2.58 vs 3.01 ± 2.67 , $p=0.038$). Σημαντική μείωση της ΣΑΠ (12.56 ± 3.22 vs 3.05 ± 1.89 mmHg, $p=0.023$) και της ΔΑΠ (3.45 ± 1.21 vs 1.98 ± 1.88 , $p=0.048$) παρατηρήθηκε και στις δυο ομάδες. Παρουσιάστηκε διαφορά και ως προς τις τιμές της ολικής χοληστερόλης και της LDL-c με μια μικρή αύξηση στην ομάδα Α (3.02 ± 4.67 vs -2.34 ± 1.54 , $p=0.001$). Η LDL-c παρουσίασε ελάττωση στην ομάδα Β (2.89 ± 2.87 vs $-2.9.89 \pm 32.89$, $p=0.018$) ενώ σημαντική ήταν και η επίδραση στις τιμές των τριγλυκεριδίων στην ομάδα Β (4.12 ± 1.89 vs -3.29 ± 2.89 , $p=0.001$) στο τέλος της περιόδου παρακολούθησης. Οι στατιστικές διαφορές ανάμεσα στις δυο ομάδες παρατηρήθηκαν μετά από τους πρώτους 3 μήνες θεραπείας ως προς τη μείωση του Σωματικού Βάρους και την Αρτηριακή Πίεση ενώ οι διαφορές στις τιμές των λιπιδίων παρουσιάστηκαν μετά την ολοκλήρωση του πρώτου εξαμήνου παρέμβασης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η επίδραση της ντουλαγλουτιδης και της εμπαγλιφλοζίνης στο γλυκαιμικό έλεγχο και στους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου είναι μεγαλύτερη με τη ταυτόχρονη έναρξη και των δυο παραγόντων ενώ η θεραπευτική επίδραση παρατηρήθηκε από τους πρώτους τρεις μήνες και διατηρήθηκε μέχρι και το τέλος του χρόνου παρακολούθησης.



ΠΑ 04

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ ΚΑΤΟΙΚΩΝ ΟΡΕΙΝΩΝ ΠΕΡΙΟΧΩΝ

Αθανάσιος Δρόσος¹, **Ανδρέας Χατζηκυριάκος¹**, Θεοδώρα Λάππα², Αμαλία Τσαγκάρη², Μαρία Τζάκη, Ιωάννης Κλαδούρης¹, Μαρία Κλεισά¹, Ελευθερία Στάμου¹, Ιωάννης Τσούμας¹, Νέγκαρ Μοχαμαντί¹, Άρτεμις Σάλιαρη¹, Ιωάννης Κυριαζής³

¹ Παθολογική Κλινική ΓΝΑ ΚΑΤ

² Τμήμα Κλινικής Διατροφής ΓΝΑ ΚΑΤ

³ Διαβητολογικό Ιατρείο ΓΝΑ ΚΑΤ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ: Στόχος της μελέτης, ήταν η ανίχνευση διατροφικών συνηθειών και τρόπου ζωής σε κατοίκους ορεινών περιοχών.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Συμπληρώθηκαν ερωτηματολόγια κλειστού τύπου που περιελάμβαναν στοιχεία δημογραφικά, κοινωνικοοικονομικά, κλινικά καθώς και χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής του πληθυσμού. Επιπλέον, όλοι οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε ανθρωπομετρικές μετρήσεις (σωματικό βάρος, ύψος, περίμετρος μέσης, περίμετρος ισχίων, περίμετρος λαιμού, Δείκτης Μάζας Σώματος), σε μέτρηση της αρτηριακής πίεσης καθώς και σε πλήρη έλεγχο της γλυκόζης και των λιπιδίων του αίματος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συμμετείχαν 354 άτομα (52.5% άνδρες). Το 47,4% ανήκε στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ 35-65 ετών και το 43,8% του δείγματος ήταν άνω των 65 ετών. Το 71,2% των εξετασθέντων δήλωσαν καπνιστές με μέση τιμή αριθμού τσιγάρων ημερησίως τα 12,4(±13,2) και μέση τιμή ετών χρήσης τα 27,3(±12,8) έτη. Η μέση τιμή του ΔΜΣ ήταν 29,65 (±3,68), ενώ το 39,5% των συμμετεχόντων ήταν υπέρβαροι και το 24,6% παχύσαρκοι. Το 63.8% του πληθυσμού της μελέτης κατανάλωνε αλκοόλ-κυρίως κρασί (57,4%) - με μέση τιμή αριθμού ποτηριών την ημέρα τα 2,5(±1,5) ποτήρια. Η πλειοψηφία (82,3%) δεν κατανάλωνε δημητριακά ολικής άλεσης, το 63% κατανάλωνε φρούτα και χυμούς λιγότερο από 4 φορές/εβδομάδα και το 62,1% κατανάλωνε σαλάτες σχεδόν καθημερινά. Το 56.1% κατανάλωνε τυριά πλήρη σε λιπαρά σχεδόν καθημερινά (4-6 φορές/εβδομάδα) και το 38,3% πλήρες γάλα και γιαούρτι 1-3 φορές/εβδομάδα. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (82,9%) κατανάλωνε όσπρια 1-2 φορές την εβδομάδα, το 61,3% κατανάλωνε κόκκινο κρέας και το 73,3% πουλερικά.

Το 61.4% κατανάλωναν ψάρι λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα και το 99,4% κατανάλωνε ελαιόλαδο. Όσον αφορά τη φυσική δραστηριότητα, το 74,2% απάντησε ότι δεν πραγματοποιεί κάποιο είδος φυσικής δραστηριότητας (το 78% δήλωναν όμως καθημερινά γεωργικές και κτηνοτροφικές εργασίες).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στον πληθυσμό που μελετήσαμε (ορεινός), παρατηρούνται υψηλά ποσοστά παχυσαρκίας, καπνίσματος, και μειωμένη φυσική δραστηριότητα. Οι διατροφικές του συνήθειες δεν φαίνεται να διαφοροποιούνται από εκείνες που έχουν υιοθετήσει κάτοικοι πόλεων.



ΠΑ 05

Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΑΝΕΠΑΡΚΟΥΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΠΡΩΤΕΪΝΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΣΑΡΚΟΠΕΝΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Αμαλία Τσαγκάρη¹, Αναστάσιος Κουτσοβασίλης², Ιωάννης Κυριαζής³, Δήμητρα Θεοδώρου⁴, Καλλιόπη Μαγουνάκη⁵, Κωνσταντίνος Καρπιδάκης⁵, Παναγιώτης Κουτσούρης⁵, **Κωνσταντίνος Φιλίππου³**, Χαρίλαος Δημοσθενόπουλος⁶

¹ Διαιτολογικό Τμήμα ΓΝΑ ΚΑΤ

² Τρίτο Παθολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας

³ Διαβητολογικό Ιατρείο ΓΝΑ ΚΑΤ

⁴ Τμήμα Επιστήμης Υγείας & Εκπαίδευσης, Διατροφής και Διαιτολογίας, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

⁵ Παθολογική Κλινική ΓΝΑ ΚΑΤ

⁶ Διαιτολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο «Λαϊκό»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ: Η σαρκοπενική παχυσαρκία (ΣΠ) και ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) είναι δύο αυξανόμενα προβλήματα υγείας με ισχυρές αρνητικές κλινικές επιπτώσεις. Η επαρκής πρόσληψη πρωτεϊνών και ενέργειας μπορεί να βοηθήσει στον περιορισμό και τη θεραπεία των μειώσεων που σχετίζονται με την ηλικία στη μυϊκή μάζα, τη δύναμη και τις λειτουργικές ικανότητες. Λίγες μελέτες έχουν διερευνήσει τη συσχέτιση μεταξύ της ανεπαρκούς πρόσληψης πρωτεϊνών και της παρουσίας ΣΠ σε ασθενείς με ΣΔ. Ο στόχος της τρέχουσας πιλοτικής μελέτης ήταν η απόκτηση προκαταρκτικών δεδομένων σχετικά με τη συσχέτιση μεταξύ της πρόσληψης πρωτεΐνης και της παρουσίας ΣΠ σε ηλικιωμένους ασθενείς με ΣΔ που κατοικούν στην κοινότητα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: 25 άτομα με ΣΔ (ηλικία 71,24±4,6 ετών, ΔΜΣ = 28,73±4,98, μέση HbA1c 6,87±1,07), συμπλήρωσαν ad hoc ερωτηματολόγιο για τον ΣΔ (ηλικία εμφάνισης, τύπος, χρήση ινσουλίνης/φαρμάκων, HbA1c, μακροαγγειακές και μικροαγγειακές επιπλοκές).

Υπεβλήθησαν σε ανάλυση βιοηλεκτρικής εμπέδησης (BIA) και δοκιμασία έγερσης από καρέκλα (chair stand test) ενώ χρησιμοποιήθηκαν και το εργαλείο διαλογής SARC-F και το τεστ Protein Screener 55+ ή Pro55+ (για τη διερεύνηση της σαρκοπενίας).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το 12% των ασθενών είχε σκορ πάνω από το μέσο όρο στο ερωτηματολόγιο της καρέκλας των 30 δευτερολέπτων. Μόνο το 8% είχε βαθμολογία μεγαλύτερη από το τέσσερα στο ερωτηματολόγιο SARC-F, το 48% είχε βαθμολογία ίση με μηδέν, το 28% είχε 1, το 4,0% είχε 2 και το 12,0% είχε βαθμολογία 3. Σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο Protein Screener, το 48% δεν κατανάλωνε αρκετή πρωτεΐνη δεν βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ της πρόσληψης πρωτεΐνης και της σαρκοπενίας ($p=0,532$). Η τριτοβάθμια εκπαίδευση έχει προστατευτικό ρόλο κατά της σαρκοπενίας ($\beta=-0,932$, $p=0,049$). Οι εργαζόμενοι είχαν σημαντικά χαμηλότερο κίνδυνο να αναπτύξουν σαρκοπενία ($\beta=-0,890$, $p=0,048$) από τους συνταξιούχους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σύμφωνα με τα προκαταρκτικά μας αποτελέσματα, δεν υπήρχε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της πρόσληψης πρωτεΐνης και της σαρκοπενίας σε ασθενείς με ΣΔ.

Απαιτείται περαιτέρω έρευνα, με μεγαλύτερο δείγμα ασθενών.



ΠΑ 06

ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗΣ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΩΝ ΣΕ ΣΤΑΘΕΡΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ

Κωνσταντίνος Στάμος, Νικόλαος Τσαναξίδης, Αστέριος Καρακάνας, Ιωάννης Στυλιάδης
Καρδιολογική κλινική ΓΝΘ Παπαγεωργίου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η αγγειοπλαστική σε συμπτωματικούς ασθενείς με σταθερή στεφανιαία νόσο αποτελεί καθημερινή κλινική πράξη. Η ανασκόπηση δεδομένων από τέτοιες επεμβάσεις μπορεί να παρέχει πολύτιμες πληροφορίες για τα χαρακτηριστικά των ένοχων βλαβών, τον αριθμό στεντ που χρησιμοποιήθηκαν και την κλινική εξέλιξη των ασθενών. Η παρούσα μελέτη έχει ως στόχο τη διερεύνηση της κατανομής των ένοχων βλαβών, τη συχνότητα ύπαρξης πολλαπλών βλαβών και τη χρήση των στεντ, με έμφαση στη συμμετοχή του στελέχους (LM).

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η παρουσίαση δεδομένων που προέκυψαν από την ανασκόπηση ασθενών που εισήχθησαν για προγραμματισμένες αγγειοπλαστικές. Τα ευρήματα αυτά θα συμβάλουν στην καλύτερη κατανόηση των προτύπων και των χαρακτηριστικών των επιλεγμένων επεμβάσεων PCI.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη παρατήρησης δεδομένων από ασθενείς που εισήχθησαν προγραμματισμένα για αγγειοπλαστική στα πλαίσια ασταθούς ή και σταθερής στηθάγχης σε περίοδο 3 μηνών από τον Αύγουστο έως τον Οκτώβριο του 2022 στην Β Καρδιολογική κλινική του ΓΝΘ Παπαγεωργίου. Η ανασκόπηση περιλάμβανε πληροφορίες σχετικά με τις ένοχες βλάβες, τον αριθμό των στεντ που χρησιμοποιήθηκαν και τη συμμετοχή του στελέχους της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας. Πραγματοποιήθηκε στατιστική ανάλυση για τον υπολογισμό των ποσοστών της κάθε βλάβης, τον προσδιορισμό της συχνότητας της συμμετοχής πολλαπλών βλαβών και την εκτίμηση της συσχέτισης μεταξύ της αιτιατικής βλάβης και του αριθμού των στεντ..

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: ΑΚαταγράφηκαν δεδομένα από 130 αγγειοπλαστικές, το 39% αφορούσαν την RCA, το 21% την LCx, το 36% τον LAD, και στο 2,9% το στέλεχος. Στο 20% των περιπτώσεων πραγματοποιήθηκε αγγειοπλαστική σε περισσότερου του ενός αγγεία. Από την ανάλυση προέκυψε ότι το 45% των ασθενών παρουσίαζε πολλαπλές βλάβες.

Οι συνδυασμοί που παρουσίαζαν τη συχνότερη εμφάνιση ήταν οι συνδυασμοί LAD-LCx (30%) και LAD-RCA (25%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρούσα μελέτη ανέδειξε ότι η ύπαρξη πολλαπλών βλαβών είναι σχετικά συχνή σε ασθενείς που υποβάλλονται σε επιλεγμένες PCI. Οι συνδυασμοί LAD-LCx και LAD-RCA ήταν οι πιο συχνοί σε αυτήν τη μελέτη. Αυτά τα ευρήματα μπορούν να βοηθήσουν στη βελτίωση της κλινικής διαχείρισης και της επιλογής της κατάλληλης επεμβατικής προσέγγισης ασθενών με σταθερή στεφανιαία νόσο.



ΠΑ 07

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΜΕ ΤΟ ΜΕΣΟ ΟΓΚΟ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ. ΥΠΑΡΧΕΙ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΤΑΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ;

Ευάγγελος Σδόγκος, Αντώνιος Παπαδόπουλος, Ανίλα Σπαχίου, Θρασύβουλος Κωνσταντίνου,
Ιωάννης Βογιατζής

Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο Βέροιας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το Μεταβολικό Σύνδρομο (ΜΣ) είναι μία δέσμη καρδιομεταβολικών παραγόντων κινδύνου που οδηγεί σε μεταβολικές, κλινικές και αιμοδυναμικές διαταραχές. Αρχίζει σαν αντίσταση στην ινσουλίνη και ακολουθούν συστηματικές διαταραχές, όπως κοιλιακή παχυσαρκία, Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ), δυσλιπιδαιμία, υπέρταση και Στεφανιαία νόσο (ΣΝ). Ο μέσος όγκος αιμοπεταλίων (MPV) είναι δείκτης θρομβωτικού κινδύνου και προγνωστικός παράγοντας της στεφανιαίας νόσου.

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη της συσχέτισης του ΜΣ με τον μέσο όγκο αιμοπεταλίων και την έκταση και τη βαρύτητα της ΣΝ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 281 ασθενείς (182 άνδρες – 99 γυναίκες, μέσης ηλικίας 64,71±11,87 χρόνων) που υποβλήθηκαν σε στεφανιογραφικό έλεγχο. Η ύπαρξη του ΜΣ ορίστηκε σύμφωνα με τα κριτήρια που έθεσαν οι αντίστοιχες επιστημονικές εταιρείες. Σύμφωνα με αυτά οι ασθενείς κατατάχθηκαν σε Ομάδα Α (118 ασθενείς με ΜΣ – 77 άνδρες, 41 γυναίκες – μέσης ηλικίας 64,18±1,1 χρόνων) και Ομάδα Β (163 ασθενείς χωρίς ΜΣ – 105 άνδρες, 58 γυναίκες – μέσης ηλικίας 65,1±0,9 χρόνων). Σημαντική ΣΝ θεωρήθηκε η ύπαρξη στένωσης στα στεφανιαία αγγεία, τουλάχιστον σε 1, >50% και σοβαρή ΣΝ όταν υπήρχε νόσος στελέχους ή νόσος 3 αγγείων. Εκτιμήθηκαν πολλές βιοχημικές και αιματολογικές παράμετροι.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς της ομάδας Α είχαν μεγαλύτερη επίπτωση πολυαγγειακής νόσου (43 ασθενείς – 36,44% έναντι 26 ασθενείς – 15,95%, $p=0,02$), ελαττωμένο Κλάσμα Εξώθησης (42,4±9,6 έναντι 53,5±6,54 – $p=0,01$) και υψηλότερο Syntax score (19,52±7,68 έναντι 9,64±5,32 – $p=0,01$). Επίσης παρουσίασαν διαταραχές στις τιμές των λιπιδίων (Ολική χοληστερόλη, τριγλυκερίδια, LDL, HDL – $p=0,01$), υψηλότερες τιμές σακχάρου και HbA1c και υψηλότερες τιμές ινωδογόνου και μέσου όγκου αιμοπεταλίων (MPV), ο οποίος θεωρείται σημαντικός προγνωστικός παράγοντας σε ασθενείς με ΣΝ (11,91±1,93 έναντι 9,84±1,06).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το ΜΣ και ο μέσος όγκος αιμοπεταλίων σχετίζονται με βαρύτερη ΣΝ κλινικά και αγγειογραφικά. Η αντιμετώπιση και η ρύθμιση των παραγόντων του ΜΣ είναι σημαντική για τη σωστή αντιμετώπιση της ΣΝ.



ΠΑ 08

3^ο ΒΡΑΒΕΙΟ ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ



ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΦΑΙΝΟΤΥΠΟΙ ΚΑΙ ΕΚΛΥΤΙΚΑ ΑΙΤΙΑ ΟΞΕΙΑΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Γεώργιος Αλετράς¹, Εμμανουήλ Λαμπρογιαννάκης¹, Μιχαήλ Πιταροκοίλης¹, Θεοδώρα Γεωργοπούλου¹, Ειρήνη Μπαχλιτζανάκη¹, Δάφνη Κορέλα¹, Μαρία Μπαχλιτζανάκη², Εμμανουήλ Φουκαράκης¹

¹ Καρδιολογική κλινική, Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

² Β' Παθολογική κλινική, Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ: Η οξεία καρδιακή ανεπάρκεια (AHF) αποτελεί κλινικό σύνδρομο χαρακτηριζόμενο από αιφνίδια έναρξη ή/και οξεία επιδείνωση συμπτωμάτων και σημείων καρδιακής ανεπάρκειας. Αποτελεί μια από τις συχνότερες αιτίες νοσηλείας για ασθενείς άνω των 65 ετών. Σκοπός της εργασίας είναι η καταγραφή της συχνότητας των κυριότερων κλινικών φαινοτύπων και αιτιών εμφάνισης AHF.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Καταγράψαμε δημογραφικά χαρακτηριστικά, το κλάσμα εξώθησης (LVEF), τους κλινικούς φαινοτύπους και τα κυριότερα αίτια εμφάνισης AHF βάσει των τελευταίων κατευθυντήριων οδηγιών στους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στην Καρδιολογική κλινική λόγω AHF τους τελευταίους 5 μήνες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 118 ασθενείς νοσηλεύτηκαν λόγω AHF από τον 2ο έως τον 6ο του 2023. Η μέση ηλικία ήταν 82,5 ± 8,96 έτη, με τους 62 ασθενείς να είναι άνδρες (52,5%). 63 ασθενείς είχαν LVEF > 50%, 42 είχαν LVEF < 40% και 13 είχαν LVEF 40-49%. Όσον αφορά τους κλινικούς φαινοτύπους, 91 ασθενείς παρουσιάστηκαν με οξεία απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας (77,1%), 25 με οξύ πνευμονικό οίδημα (21,2%), 2 με καρδιογενές σοκ (1,7%), ενώ κανένας δεν εμφάνισε μεμονωμένη δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια. Τα κυριότερα αίτια εμφάνισης AHF, ήταν οι υγεινοδιαιτητικές παρεκτροπές σε 20 ασθενείς, η μη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή σε 13, η υπερβολική αύξηση της αρτηριακής πίεσης σε 16, το οξύ στεφανιαίο σύνδρομο σε 11, η ταχυ-βράδυαρρυθμία σε 23, η λοίμωξη σε 22, ενώ 27 ασθενείς δεν εμφάνισαν σαφή εκλυτικό παράγοντα. Σημειώνεται ότι 11 ασθενείς εμφάνιζαν παραπάνω από ένα αίτια υπεύθυνα για εμφάνιση AHF.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η πλειοψηφία των νοσηλευόμενων ασθενών λόγω AHF παρουσιάστηκε με οξεία απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας, ενώ σπάνια ήταν η εμφάνιση καρδιογενούς καταπληξίας και μεμονωμένης δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας. Περίπου το ¼ των ασθενών είχε ως αίτιο απορρύθμισης τη μη συμμόρφωση στα υγεινοδιαιτητικά μέτρα και τη φαρμακευτική αγωγή γεγονός που καθιστά απαραίτητη τη μεγαλύτερη προσπάθεια από τον ιατρό στο να κατανοήσει ο ασθενής τη φύση της νόσου και την ευεργετική επίδραση της θεραπείας και της αλλαγής των υγεινοδιαιτητικών του συνθηκών στην επιβίωση και στην ποιότητα ζωής του. Ακόμα σε ένα σημαντικό ποσοστό (22,89%) δεν προσδιορίστηκε σαφής εκλυτικός παράγοντας κάτι που μπορεί να υποδηλώνει την πρόοδο νόσου και την ανάγκη για αυξημένο αριθμό νοσηλείων με την πάροδο των ετών από τη διάγνωση.



ΠΑ 09

3^ο ΒΡΑΒΕΙΟ ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ



ΟΙ ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΑΦΟΡΕΩΝ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΝΑΤΡΙΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΑΝΙΣΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗ ΚΑΙ ΕΠΑΓΟΥΝ ΤΗΝ ΑΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ: ΜΙΑ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΜΕΛΕΤΗ

Νικόλαος Κατσιάδας¹, Ανδρέας Ξανθόπουλος², Σωτήριος Πατσιλινάκος¹, Γρηγόριος Γιαμούζης²,
Φίλιππος Τρυποσκιάδης², Ιωάννης Σκουλαρίγκης²

¹ Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας Κωνσταντοπούλειο

² Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ: Κύριος μηχανισμός δράσης των αναστολέων των συμμεταφορέων γλυκόζης-νατρίου 2 (SGLT2i) είναι η διέγερση της ερυθροποίησης μέσω αύξησης της ερυθροποιητίνης (EPO). Το εύρος κατανομής των ερυθροκυττάρων (RDW) αποτελεί δείκτη της γενικής αίματος και αντικατοπτρίζει την ετερογένεια του μεγέθους των ερυθροκυττάρων (ανισοκυττάρωση). Εφόσον η EPO εμπλέκεται στην παθοφυσιολογία της ανισοκυττάρωσης η παρούσα μελέτη εξετάζει την επίδραση των SGLT-2i στο μέγεθος των ερυθροκυττάρων σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) και σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Η παρούσα ήταν μια ανοιχτή τυχαιοποιημένη μελέτη. Οι ασθενείς, τυχαιοποιήθηκαν στην ομάδα SGLT2i (10 mg νταπαγλιφλοζίνη/ημέρα επιπρόσθετα της υπάρχουσας αγωγής) και στην ομάδα ελέγχου. Συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με ιστορικό ΣΔ και νοσηλεία για απορρύθμιση ΚΑ εντός εξαμήνου. Αποκλείστηκαν ασθενείς με καρκίνο, μετάγγιση αίματος, λήψη σιδήρου, φυλλικού οξέος ή B12 και GFR < 30. Όλοι αξιολογήθηκαν στην αρχή στους έξι και δώδεκα μήνες. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν mixed linear models με εξαρτώμενη μεταβλητή το RDW. Ακολούθησε η κατασκευή μοντέλου (Μοντέλο 1) με μεταβλητές που έχουν συσχετιστεί με το RDW.

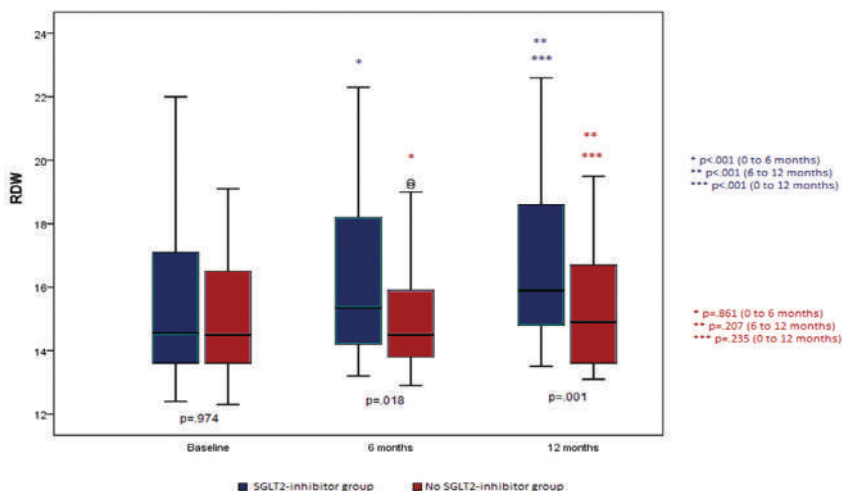
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συμπεριλήφθηκαν 110 ασθενείς (Ομάδα SGLT2i N=56, Ομάδα ελέγχου N=54). Το RDW αρχικά δεν διέφερε μεταξύ των 2 ομάδων ($p=0.974$). Στην SGLT2i ομάδα το RDW αυξήθηκε τόσο στους 6 ($p<0.0001$) όσο και στους 12 μήνες ($p<0.0001$) από την αρχική επίσκεψη ενώ ήταν μεγαλύτερο έναντι της ομάδας ελέγχου στους 6 ($p=0.018$) και 12 μήνες ($p=0.001$). Στην ομάδα ελέγχου το RDW ήταν αμετάβλητο στους 6 και 12 μήνες (Εικόνα 1). Η ηλικία, το ουρικό οξύ, και η EPO συσχετίστηκαν θετικά με το RDW ενώ η φερριτίνη και το φυλλικό οξύ αρνητικά (Πίνακας 1).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Λαμβάνοντας υπόψη ότι η αιμοποίηση προκαλεί ανισοκυττάρωση (αυξημένο RDW), τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι ο SGLT2i διεγείρει την αιμοποίηση σε ασθενείς με ΣΔ και ΚΑ. Η υπόθεση ενισχύεται από την αρνητική συσχέτιση μεταξύ RDW, φερριτίνης και φυλλικού οξέος, υποδηλώνοντας πιθανή κινητοποίηση των απαραίτητων συστατικών των ερυθροκυττάρων για την αιμοποίηση.



ΕΙΚΟΝΑ 1

Μεταβολές του RDW κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης για κάθε ομάδα ξεχωριστά



ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Αποτελέσματα της ανάλυσης Mixed linear regression με το RDW ως εξαρτώμενη μεταβλητή (μετά από λογαριθμική μεταβολή) και την ομάδα της μελέτης, το χρόνο, την αλληλεπίδραση ομάδας και χρόνου, την ερυθροποιητίνη (EPO), αιμοσφαιρίνη, φερριτίνη, B12, ουρικό οξύ και φυλλικό οξύ ως ανεξάρτητες μεταβλητές (Μοντέλο 1).

	β+	SE++	P
Χρόνος	0.0002	0.0009	0.805
Ομάδα			
Ομάδα ελέγχου			
Ομάδα SGLT2i	0.0350	0.0216	0.105
Χρόνος*ομάδα	0.0056	0.0013	<0.001
Ηλικία	0.0029	0.0012	0.018
Ερυθροποιητίνη	0.0007	0.0002	<0.001
Αιμοσφαιρίνη	-0.0035	0.0048	0.465
Φερριτίνη	-0.0003	0.0001	<0.001
B12	0.0001	0.0001	0.223
Φυλλικό οξύ	-0.0046	0.0019	0.013
Ουρικό οξύ	0.0075	0.0037	0.040

+regressioncoefficient ++standarderror



ΠΑ 10

ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΚΑΙ ΒΙΟΧΗΜΙΚΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ

Μαρία Ρεκλείτη, Κωνσταντίνος Φιλίππου, Ιωάννης Κυριαζής

Ιατρείο Διαβήτη - Παχυσαρκίας ΓΝΑ ΚΑΤ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα υπάρχοντα επιδημιολογικά δεδομένα δείχνουν μια σημαντική αύξηση της παιδικής παχυσαρκίας που οφείλεται εν μέρει στην αύξηση της κατανάλωσης των αναψυκτικών και τροφών σνακ, εκτός βέβαια και από την μειωμένη σωματική δραστηριότητα.

ΣΚΟΠΟΣ: Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να προσεγγίσει επιδημιολογικά τον βαθμό παχυσαρκίας, λαθώς και να αξιολογήσει τις βιοχημικές μεταβολικές παραμέτρους σε ένα τυχαίοποιημένο δείγμα παιδιών αστικών περιοχών ηλικίας 6-12 ετών, ανάλογα με τα επίπεδα του δείκτη μάζας σώματος (BMI).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 739 παιδιά ηλικίας 6-12 ετών [385 αγόρια, μέση ηλικία ($\pm$ τυπική απόκλιση): $9,1 \pm 2,9$ έτη]. Το ύψος, το βάρος και ο δείκτης μάζας σώματος (BMI) καταγράφηκαν και ελήφθη δείγμα αίματος για βιοχημικές εξετάσεις. Τα παιδιά ταξινομήθηκαν σε φυσιολογικού βάρους, υπέρβαρα και παχύσαρκα, σύμφωνα με το εκατοστημόριο ΔΜΣ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τα παιδιά της μελέτης 25,4% ήταν παχύσαρκα, το 31,2% υπέρβαρα και 43,4% είχαν φυσιολογικό βάρος. Τα επίπεδα της ολικής χοληστερόλης στο πλάσμα ($171,7 \pm 27,9$ έναντι $168,1 \pm 29,3$ έναντι $158,3 \pm 31,9$ mg / dl, αντίστοιχα, $p = 0,03$), της HDL-C ($45,9 \pm 9,3$ έναντι $47,8 \pm 10,9$ έναντι $49,6 \pm 17,1$ mg / dl, αντίστοιχα, $p = 0,05$), της γλυκόζης νηστείας ($89,3 \pm 7,9$ έναντι $87,1 \pm 7,4$ έναντι $84,7 \pm 11,1$ mg / dl, αντίστοιχα, $p = 0,003$), AST ($26,9 \pm 11,1$ έναντι $26,2 \pm 10,9$ έναντι $27,4 \pm 11,1$ mg / dl, αντίστοιχα, $p = 0,03$) και γGT ($13,9 \pm 6,1$ έναντι $14,9 \pm 4,9$ έναντι $11,9 \pm 2,5$ mg / dl, αντίστοιχα, $p < 0,01$) διέφεραν σημαντικά μεταξύ των τριών ομάδων μελέτης. Αντίθετα, δεν υπήρχαν διαφορές στα επίπεδα της LDL-χοληστερόλης ($105,4 \pm 23,6$ έναντι $105,3 \pm 26,6$ έναντι $100,3 \pm 28,8$ mg / dl, αντίστοιχα, $p = \text{NS}$) και τα επίπεδα ALT ($26,1 \pm 14,2$ έναντι $25,2 \pm 11,9$ έναντι $24,3 \pm 11,6$ mg / dl, αντίστοιχα, $p = \text{NS}$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι τα παχύσαρκα και υπέρβαρα παιδιά βρέθηκαν σε ποσοστό συνολικά 56.6% και είχαν από τον αιματολογικό έλεγχο που υπεβλήθησαν, υψηλότερες τιμές στο βιοχημικό μεταβολικό τους προφίλ σε σύγκριση με τα παιδιά με φυσιολογικό βάρος.



ΠΑ 11

ΚΑΡΔΙΟΝΕΦΡΟΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΑΔΙΑΓΝΩΣΤΟ ΟΙΚΟΓΕΝΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΥΡΕΤΟ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΜΙΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.

Μαρία – Εμμανουέλα Αναγνωστάκη¹, Ιωάννης Γκουγκουρέλας²

¹ Δερματολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου

² Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Αγιος Δημήτριος

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα καρδιαγγειακά επεισόδια και η νεφρική βλάβη (πχ λευκωματουρία) συμβαίνουν συνήθως σε ασθενείς με γνωστούς παράγοντες κινδύνου αθηρωμάτωσης. Σε ένα ποσοστό των ασθενών όμως βλάβη οργάνων στόχου παρατηρείται ελλείψει των κλασικών προδιαθετικών παραγόντων. Σε μικρό ποσοστό αυτών των ασθενών η αγγειακή ή/και νεφρική νόσος οφείλεται σε λανθάνων και σπανίως αδιάγνωστο αυτοφλεγμονώδες νόσημα.

ΣΚΟΠΟΣ: Η περιγραφή μιας περίπτωσης 55χρονου ασθενούς με ιστορικό εμφράγματος λευκωματουρία που αποδόθηκε σε οικογενή μεσογειακό πυρετό.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ: 2Ασθενής 25 ετών διεγνώσθει λόγω πολλαπλών εμπύρετων επεισοδίων με κοιλιακό άλγος με οικογενή μεσογειακό πυρετό. Η διάγνωση τέθηκε με γονιδιακό έλεγχο όπου αποκαλύφθηκε μετάλλαξη στο γονίδιο MEFV694. Η ασθενής στο ατομικό της αναμνηστικό αναφέρει ότι ο πατέρας της υπέστη έμφραγμα σε ηλικία 42 ετών και τη τελευταία 5ετία παρακολουθείται για λευκωματουρία. Ο 55χρονος δεν πάσχει από Σακχαρώδη Διαβήτη ή Αρτηριακή Υπέρταση που είναι τα πιο κοινά αίτια λευκωματουρίας. Υπεβλήθη και ο ίδιος σε γονιδιακό έλεγχο και αποκαλύφθηκε ότι είναι ετεροζυγώτης της προαναφερθείσας μετάλλαξης. Μετρήθηκε το αμυλοειδές Α του ορού και βρήθηκε αυξημένο. Ο ασθενής τέθηκε σε συστηματική χορήγηση κολχικίνης με μείωση της λευκωματουρίας. Δεν αναφέρονται κρίσεις FMF στο ιστορικό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ως γνωστό χρόνιες φλεγμονές προάγουν την αθηροσκλήρωση. Το ίδιο μπορεί να συμβεί και σε αυτοφλεγμονώδη νοσήματα σαν τον Οικογενή Μεσογειακό Πυρετό. Η ανεύρεση τέτοιων νοσημάτων στο οικογενειακό ιστορικό μπορεί να αξιοποιηθεί από τον ιατρό για την ολοκληρωμένη προσέγγιση του καρδιαγγειακού κινδύνου.



ΠΑ 12

ΕΥΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗ ΣΤΗΝ ΑΜΕΣΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ ΑΟΡΤΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗΣ

Ιωάννης Ρενιέρης¹, Βασίλης Κιτσινέλης¹, Γεωργία Ψαρρού¹, Γιώργος Σκυλλάς¹, Σπύρος Γιαννούτσος²,
Μιχάλης Ρίζος¹, Φραντζεσκάκη Φραντζέσκα¹, Ηρακλής Τσαγκάρης¹

*Β' Πανεπιστημιακή ΜΕΘ, ΑΤΤΙΚΟ Νοσοκομείο, Αθήνα
Ενδοκρινολογικό τμήμα, ΑΤΤΙΚΟ Νοσοκομείο, Αθήνα*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ: Οι sodium-glucose co-transporter 2 -αναστολείς (SGLT2) που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία του ΣΔ τύπου II, ελλοχεύουν τον κίνδυνο σοβαρής κετοξέωσης που μπορεί να διαλάθει της προσοχής, διότι παρά τη σοβαρή μεταβολική οξέωση που εκδηλώνεται, οι τιμές της γλυκόζης ορού είναι ήπια ή μέτρια αυξημένες.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Παρουσιάζουμε τρεις περιπτώσεις ασθενών με ΣΔ τύπου 2 υπό αγωγή με SGLT-2 αναστολέα, που εισήχθησαν στη ΜΕΘ έπειτα από ΚΡΧ επέμβαση (γυναίκα ηλικίας 63 ετών-αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας, άνδρες 65 και 73 ετών-αορτοστεφανιαία παράκαμψη) και ανέπτυξαν σοβαρή μεταβολική οξέωση και πολυουρία, με ήπια αύξηση της γλυκόζης ορού. Η αντιδιαβητική αγωγή τους περιλάμβανε συνδυασμό metformin/vildagliptin 850/50 mg x 2, και empagliflozin 25 mg άπαξ ημερησίως. Από τις πρώτες μετεγχειρητικές ώρες εμφάνισαν δυσεξήγητη μεταβολική οξέωση χωρίς αύξηση γαλακτικού οξέος, ενώ η μαζική παραγωγή ούρων (πάνω από 300 ml/h) οδήγησε σε πτώση αρτηριακής πίεσης, ταχυκαρδία και ανάγκη συμπληρωματικής χορήγησης υγρών. Η ΚΦΠ κυμαινόταν από 2-5 mmHg ενώ οι πιέσεις της πνευμονικής αρτηρίας, η πίεση ενσφύνωσης και η καρδιακή παροχή παρέμειναν σε φυσιολογικά πλαίσια. Οι συστηματικές αρτηριακές αντιστάσεις ήταν υψηλές. Οι δύο από τους τρεις ασθενείς εμφάνισαν ναυτία και έμετο. Όλοι ήταν ταχυπνοϊκοί με 30-35 αναπνοές/min. Η αερομετρική εικόνα ανέδειξε σοβαρή μεταβολική οξέωση με pH μεταξύ 7,10 και 7,25, HCO₃⁻: 8-15 mmol/L, PCO₂: 20-25 mmHg, anion gap: 8-13 mEq/L, γαλακτικό 0.6 - 1 mmol/L.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η υποψία ευγλυκαιμικής διαβητικής κετοξέωσης από SGLT-2 αναστολείς τέθηκε όταν η ανάλυση των ούρων ανέδειξε έντονη γλυκοζουρία (> 1000 mg/dl γλυκόζης) σε αντίθεση με την ήπια αύξηση της γλυκόζης ορού (130-170mg/dl). Η διάγνωση τεκμηριώθηκε με τη διαπίστωση εκσεσημασμένης κετονουρίας (>160 mg/dl). Η οξέωση αντιμετωπίστηκε με τη χορήγηση υγρών, ινσουλίνης και NaHCO₃, ενώ η οξεοβασική ισορροπία των ασθενών αποκαταστάθηκε πλήρως εντός 36 ωρών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η νορμογλυκαιμική κετοξέωση είναι μία όχι συχνή αλλά αρκετά σοβαρή επιπλοκή των SGLT-2 αναστολέων, συχνά πολυπαραγοντικής αιτιολογίας. Η άτυπη εμφάνιση της, ειδικά στην πρώιμη μετεγχειρητική περίοδο ασθενών που υποβλήθηκαν σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη, απαιτεί υψηλό βαθμό επαγρύπνησης από τους εντατικολόγους, τους καρδιολόγους και τους καρδιοχειρουργούς. Η μη έγκαιρη αναγνώριση οδηγεί σε λανθασμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις (χορήγηση ινοτρόπων ή/και διουρητικών), ενώ στους καρδιοχειρουργικούς ασθενείς, ειδικά με επηρεασμένο κλάσμα εξώθησης, η αντιμετώπιση του συνδρόμου είναι δυσχερέστερη λόγω της μειωμένης ανοχής στη χορήγηση υγρών.



ΠΑ 13

1^ο ΒΡΑΒΕΙΟ ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ 

Η ΥΠΟΛΕΙΠΟΜΕΝΗ ΕΚΚΡΙΣΗ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΧΑΜΗΛΟΤΕΡΟ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΜΕΙΩΜΕΝΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΤΥΠΟΥ 1 ΔΙΑΒΗΤΗ

Γεώργιος Καραμανάκος¹, Αικατερίνη Μπαρμπαγιάννη¹, Ιωάννα Αναστασίου¹, Σταματίνα Δρίβα¹, Αικατερίνη Κουντούρη², Βάια 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 εξωγενής χορήγηση ινσουλίνης οδηγεί σε αύξηση του σωματικού βάρους σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (ΣΔ1). Η υπολειπόμενη έκκριση ινσουλίνης (ΥΕΙ) έχει συσχετιστεί σε προηγούμενες μελέτες με μειωμένες ανάγκες ινσουλίνης και λιγότερες υπογλυκαιμίες. Ωστόσο, η σχέση μεταξύ της ΥΕΙ και του δείκτη μάζας σώματος (BMI), καθώς και των δεικτών κεντρικής παχυσαρκίας δεν έχει αξιολογηθεί πλήρως.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Αξιολογήσαμε προοπτικά διαδοχικούς ασθενείς με ΣΔ1 που παρακολουθούνταν τακτικά στα διαβητολογικά ιατρεία δύο τριτοβάθμιων νοσοκομείων στην Ελλάδα, από το 2016 έως το 2020. Η εκκριτική ικανότητα ινσουλίνης των συμμετεχόντων αξιολογήθηκε βάσει των μετρήσεων C-πεπτιδίου νηστείας, με τιμές C-πεπτιδίου $\geq 0,05$ ng/mL να υποδεικνύουν ΥΕΙ. Η περιφέρεια της μέσης μετρήθηκε με τους συμμετέχοντες σε όρθια θέση και το BMI υπολογίστηκε με βάση το βάρος και το ύψος του ασθενούς. Η αξιολόγηση του σπλαχνικού λίπους έγινε μέσω ανάλυσης βιοηλεκτρικής αντίστασης. Η συσχέτιση μεταξύ των τιμών log10 C-πεπτιδίου και των μετρήσεων BMI, περιμέτρου μέσης και σπλαχνικού λίπους εξετάστηκε αρχικώς σε μονοπαραγοντική ανάλυση, και έπειτα σε πολυπαραγοντικό μοντέλο για την επίδραση συγχυτικών παραγόντων (φύλο, ηλικία, διάρκεια του διαβήτη, ηλικία διάγνωσης διαβήτη, HbA1c) μέσω ανάλυσης γραμμικής παλινδρόμησης πολλαπλών μεταβλητών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η παρουσία υπολειπόμενης έκκρισης ινσουλίνης ανιχνεύτηκε στο 23% (n=48) του συνολικού δείγματος (n=208, 32,7% άνδρες, μέση ηλικία $37,3 \pm 13,3$ έτη, μέση διάρκεια διαβήτη $18,9 \pm 10,7$ έτη, μέση HbA1c $7,6 \pm 1,3\%$, μέση τιμή log C-πεπτιδίου $-1,35 \pm 0,28$ ng/mL, μέσο BMI $25,4 \pm 5$ kg/m²). Η μέση τιμή BMI ήταν χαμηλότερη σε άτομα με υπολειπόμενη έκκριση ινσουλίνης ($23,9 \pm 4,3$ έναντι $25,9 \pm 5,1$, p=0,023). Στη μονοπαραγοντική ανάλυση, βρέθηκε στατιστικά σημαντική αντίστροφη συσχέτιση μεταξύ του log10 C-πεπτιδίου και του BMI ($\beta = -0,244$, p<0,001), η οποία παρέμεινε σημαντική μετά τη διόρθωση για ηλικία, φύλο, διάρκεια διαβήτη, ηλικία κατά τη διάγνωση του διαβήτη και HbA1c (πλήρες μοντέλο στον πίνακα). Παρόμοιες ανεξάρτητες συσχετίσεις βρέθηκαν μεταξύ του log10 C-πεπτιδίου και της περιμέτρου μέσης ($\beta = -0,292$, p<0,001), καθώς και των μετρήσεων ενδοκοιλιακού λίπους ($\beta = -237$, p=0,018).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αυξημένη ΥΕΙ σε άτομα με ΣΔ1 σχετίζεται με χαμηλότερο BMI και μειωμένους δείκτες κεντρικής παχυσαρκίας, ανεξάρτητα από συγχυτικούς παράγοντες. Περαιτέρω προοπτικές μελέτες για τη λειτουργία των β-κυττάρων θα πρέπει να στοχεύουν στον προσδιορισμό αιτίας και αποτελέσματος αυτής της σχέσης.



Πολυπαραγοντική ανάλυση της σχέσης των επιπέδων C-πεπτιδίου με το BMI

Independent variables	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients Beta	p-value	95,0% CI	
	B	Std. Error			Lower Bound	Upper Bound
Log_cpeptide	-4,182	1,309	-,237	,002	-6,763	-1,600
Ηλικία	,649	1,186	1,721	,585	-1,689	2,988
Ηλικία διάγνωσης	-,557	1,186	-1,337	,639	-2,897	1,783
Διάρκεια διαβήτη	-,576	1,188	-1,227	,628	-2,918	1,766
Φύλο	-1,468	,749	-,137	,051	-2,945	,009
HbA1c	,453	,275	,114	,101	-,089	,994



ΠΑ 14

2^ο ΒΡΑΒΕΙΟ ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΨΕΥΔΑΡΓΥΡΟΥ ΟΡΟΥ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΣΜΕΝΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΚΑΙ ΥΓΙΗ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΚΑΙ ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΜΕΝΗΣ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ ΜΕ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΟΥ

Δήμητρα Στεφανή¹, Νεκταρία Μακριλιά¹, Κωνσταντίνος Πολύζος², **Μαρία Οικονομίδη¹**, Ευτυχία Πούλιου², Κωνσταντίνος Φιλίππου², Εμμανουήλ Καλαφάτης¹, Βασίλειος Αναστασόπουλος¹, Αθανάσιος Δρόσος¹, Ιωάννης Κλαδούρης¹, Εμμανουήλ Παπαδάκης¹, Ιωάννης Κυριαζής²

¹ Παθολογική Κλινική ΓΝΑ ΚΑΤ

² Διαβητολογικό Ιατρείο ΓΝΑ ΚΑΤ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ: Ο ψευδάργυρος παίζει σαφή ρόλο στη σύνθεση, αποθήκευση και έκκριση ινσουλίνης καθώς και στη διαμορφωτική ακεραιότητα της ινσουλίνης. Ο μειωμένος Zn επηρεάζει την ικανότητα των κυττάρων των νησιδίων του παγκρέατος να παράγουν και να εκκρίνουν ινσουλίνη και μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη αντίστασης στην ινσουλίνη που επιδεινώνει το πρόβλημα, ιδιαίτερα στον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2). Από την άλλη, ο διαβήτης επηρεάζει την ομοιόσταση του ψευδαργύρου με πολλούς τρόπους. Σε κάθε περίπτωση προκύπτει ένας συνδυασμός πολλαπλών αλληλεπιδράσεων.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Η παρούσα μελέτη διήρκεσε ένα έτος και πραγματοποιήθηκε σε όλους τους νεοδιαγνωσμένους ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 (συνολικά 67 ασθενείς). Ως μάρτυρες ελήφθησαν ίσος αριθμός εθελοντών υγιών ατόμων με παρόμοιο εύρος ηλικίας και φύλο. Ασθενείς σε θεραπεία με συμπληρώματα ψευδαργύρου ή που ελάμβαναν φάρμακα που τροποποιούν το μεταβολισμό του ψευδαργύρου, που λαμβάνουν από του στόματος υπογλυκαιμικά φάρμακα ή ινσουλίνη, έγκυες γυναίκες ή άτομα που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις αποκλείστηκαν από τη μελέτη. Η διάγνωση του ΣΔτ2 έγινε με βάση τα κριτήρια της Αμερικανικής Διαβητολογικής Εταιρείας του 2021. Μετρήθηκαν, η γλυκόζη ορού νηστείας, η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη και ο ψευδάργυρος ορού. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με χρήση λογισμικού Microsoft Excel. Μια τιμή «P» μικρότερη ή ίση με 0,05 θεωρήθηκε σημαντική. Η συσχέτιση βρέθηκε στο SPSS με τη χρήση της εξίσωσης παλινδρόμησης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 67 περιπτώσεις (31 άνδρες και 36 γυναίκες), με ένα εύρος ηλικίας (37 - 72 ετών). Η μέση συγκέντρωση ψευδαργύρου στον ορό στους άνδρες με ΣΔτ2 ήταν $79,97 \pm 12,9 \mu\text{g/dL}$ και στις γυναίκες με ΣΔτ2 $78,01 \pm 13,9 \mu\text{g/dL}$ ($p > 0,05$).

Συνεπώς δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη συγκέντρωση ψευδαργύρου στον ορό μεταξύ ανδρών και γυναικών με νεοδιαγνωσμένο ΣΔτ2. Αντιθέτως, η μέση συγκέντρωση ψευδαργύρου στον ορό των ατόμων με νεοδιαγνωσμένο ΣΔτ2 ήταν $78,15 \pm 13,9 \mu\text{g/dL}$ και στους μάρτυρες $111,21 \pm 8,97 \mu\text{g/dL}$ ($p < 0,001$). Συνεπώς, η συγκέντρωση ψευδαργύρου στον ορό των ατόμων με νεοδιαγνωσμένο ΣΔτ2 βρέθηκε χαμηλότερη από τη συγκέντρωση στους μάρτυρες και ήταν στατιστικά πολύ σημαντική αυτή η συσχέτιση ($p < 0,001$).

Τέλος η μέση συγκέντρωση HbA1C στα άτομα με νεοδιαγνωσθέντα ΣΔτ2 είχε αντίστροφη σχέση με τη συγκέντρωση ψευδαργύρου στον ορό (οι περιπτώσεις με χαμηλότερες τιμές HbA1C είχαν υψηλότερες τιμές συγκέντρωσης ψευδαργύρου στον ορό και αντίστροφα). Ο συντελεστής συσχέτισης Pearson 'r' βρέθηκε στο -0,705 που επίσης επιβεβαίωσε την ισχυρή αρνητική συσχέτιση μεταξύ αυτών των δύο παραμέτρων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στον υπό διερεύνηση πληθυσμό μας με νεοδιαγνωσμένο ΣΔτ2, βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική μείωση του ψευδαργύρου του ορού σε σχέση με τον μη διαβητικό πληθυσμό, καθώς και μια αντίστροφη σχέση μεταξύ της HbA1c και της συγκέντρωσης ψευδαργύρου.



ΠΑ 15

ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΑΣΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ [FINDRISK]

Κωνσταντίνος Πολύζος¹, Νεκταρία Μακριλιά¹, Εμμανουήλ Καλαφάτης¹, Δήμητρα Στεφανή¹,
Ματίνα Μπόλη¹, Αικατερίνη Φουρναρίδη¹, Διονύσιος Βέκιος¹, Θεοδώρα Χάχαλη¹,
Κωνσταντίνα - Ιωάννα Παναγιωτοπούλου¹, Ευγενία Ζέρβα¹, Αλεξία Ντάναση¹, Κωνσταντίνος Φιλίππου²,
Ιωάννης Κυριαζής²

¹ Παθολογική Κλινική ΓΝΑ ΚΑΤ

² Διαβητολογικό Ιατρείο ΓΝΑ 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 915 άτομα, (53,7% γυναίκες, μέση ηλικία 41,9 ($\pm 16,9$) έτη). Η μέση τιμή του ΔΜΣ ήταν 27,1 ($\pm 6,2$) και της περιμέτρου μέσης 88,9 ($\pm 14,8$). Το 48,1% δήλωσε φυσική δραστηριότητα >30' ημερησίως και 73,6% κατανάλωνε φρούτα και λαχανικά κάθε μέρα. Το 63,7% δεν λάμβανε αντιυπερτασική φαρμακευτική αγωγή και 83,5% δεν είχε διαγνωστεί με υψηλή τιμή σακχάρου. Μόνο το 31,5% είχε 1ου βαθμού κληρονομικό ιστορικό και μόνο το 17,1% 2ου βαθμού. Η μέση τιμή του FINDRISC ήταν 8,2 ($\pm 6,1$), όπου το 67,9 % του δείγματος βρέθηκε με χαμηλό κίνδυνο ανάπτυξης ΣΔτ2 και στο 79,2% φάνηκε κίνδυνος να αναπτύξει διαβήτη σε βάθος δεκαετίας σε ποσοστό 1-17%. Οι θετικοί προγνωστικοί παράγοντες που επηρεάζουν τον κίνδυνο ανάπτυξης ΣΔτ2 ήταν: φύλο ($\beta=0,942$), ηλικία ($\beta=0,111$), ΔΜΣ ($\beta=0,181$), περίμετρος μέσης ($\beta=0,089$), αντιυπερτασική αγωγή ($\beta=2,3$), υψηλή τιμή σακχάρου ($\beta=5,241$), 1ου βαθμού κληρονομικό ιστορικό ($\beta=4,586$) και 2ου βαθμού κληρονομικό ιστορικό ($\beta=2,102$). Αντίστοιχα, οι αρνητικοί προγνωστικοί παράγοντες ήταν: φυσική δραστηριότητα ($\beta=-2,199$) και συχνότητα κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών ($\beta=-0,953$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το 79,2% των συμμετεχόντων, βρέθηκε στο 1-17% κινδύνου ανάπτυξης ΣΔτ2 σε βάθος δεκαετίας με παράγοντες αρνητικής επιρροής, την καθημερινή φυσική δραστηριότητα και τον μεσογει-ακό τρόπο διατροφής.



**ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ
(E-POSTER)**



AA01

ΕΠΑΙΝΟΣ 2ης ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ



ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΜΕ ΠΟΛΥΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ - ΠΟΛΥΦΑΡΜΑΚΙΑ

Αθηνά Κόντου¹, Φωτεινή Στασινοπούλου²

¹ Τμήμα Επιστήμης Διατροφής και Διαιτολογίας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Καλαμάτα

² Ιδιωτικό Ιατρείο Γενικής Ιατρικής, Καλαμάτα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ: Παρά τον υψηλό επιπολασμό των ηλικιωμένων με αυξημένο Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), αποτελεί πάντα πρόκληση η διερεύνηση της συσχέτισης του ΔΜΣ με δημογραφικά χαρακτηριστικά, με την πολυνοσηρότητα (2 ή και περισσότερες χρόνιες παθήσεις) και την πολυφαρμακία (ταυτόχρονη χρήση 5-6 ή περισσότερων φαρμάκων) στους ηλικιωμένους.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν οι 120 πρώτοι ασθενείς που είχαν συμπληρώσει το 65^ο έτος της ηλικίας τους κι επισκεφτήκαν ένα ιατρείο πρωτοβάθμιας περίθαλψης του νομού Μεσσηνίας. Έγινε καταγραφή δημογραφικών, σωματομετρικών χαρακτηριστικών καθώς και πλήρους ιατρικού ιστορικού. Οι συμμετέχοντες κατατάχθηκαν στις εξής τέσσερις κατηγορίες ανάλογα με το Δ.Μ.Σ. 1^η ΔΜΣ < 18,5kg/m² (Χαμηλό σωματικό βάρος), 2^η 18,5kg/m² < ΔΜΣ < 24,9kg/m² (Φυσιολογικό βάρος), 3^η 25 kg/m² < ΔΜΣ < 29.9 kg/m² (Υπέρβαρος) και 4^η ΔΜΑ > 30 kg/m² (Παχύσαρκος). Η επεξεργασία των δεδομένων έγινε με μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης.

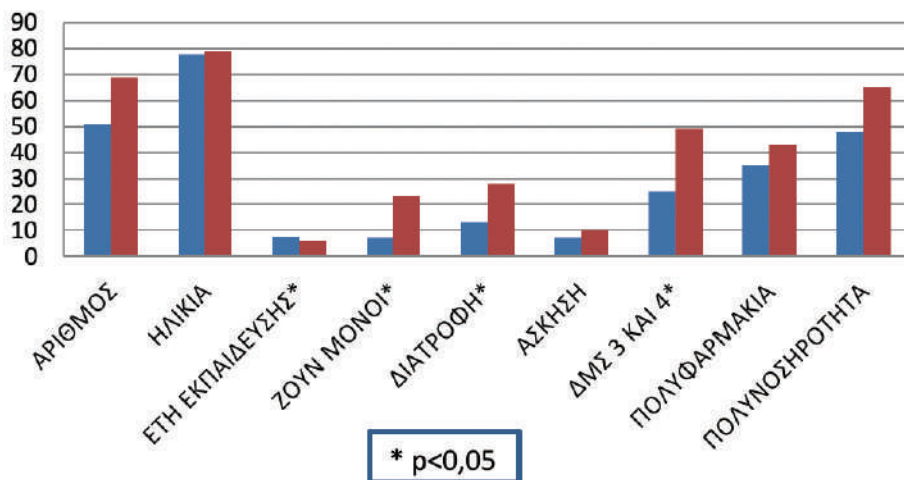
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τα περιγραφικά χαρακτηριστικά που μελετήθηκαν οι γυναίκες του δείγματος ήταν περισσότερες από τους άνδρες (51♂άρρεν-69♀θήλυ, 42,5% ♂ -57,5% ♀), με μέση ηλικία επίσης μεγαλύτερη από τους άνδρες (77,8♂ -78,95♀), είχαν λάβει λιγότερα έτη εκπαίδευσης κατά μέσο όρο (7,5♂ -6,07♀, p=0.03), ακολουθούσαν πρόγραμμα διατροφής σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους άνδρες (13♂ -28♀, 10,83% ♂ -23,33% ♀ p=0.04), άσκησης (7♂ -10♀, 5,83% ♂ -8,33% ♀), έπασχαν από πολυνοσηρότητα σε μεγαλύτερο ποσοστό (48♂ - 65♀, 40% ♂ -54,16%♀), ζούσαν μόνες τους σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό (7♂ - 23♀, 5,83% ♂ -19,16♀, p=0,004), κι εμφάνιζαν πολυφαρμακία επίσης σε μεγαλύτερο ποσοστό (35♂-43♀, 29,16% ♂ - 35,83%♀). Από τη μελέτη του ΔΜΣ προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το φύλο (25♂ - 49♀, 20,83% ♂ - 40,83% ♀ με Δ.Μ.Σ. 3 και 4, p=0.001), την ηλικία (προϊούσης της ηλικίας μειώνεται ο Δ.Μ.Σ. p=0.002) και τον αριθμό φαρμάκων (αυξανόμενου του Δ.Μ.Σ. αυξάνεται κι ο αριθμός φαρμάκων, p=0.0003).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Φαίνεται πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων άνω των 65 ετών είναι υπέρβαροι και παχύσαρκοι, με υπεροχή των γυναικών, αν και ο ΔΜΣ μειώνεται προϊόντος του χρόνου. Η πολυφαρμακία εμφανίζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το ΔΜΣ των ηλικιωμένων.



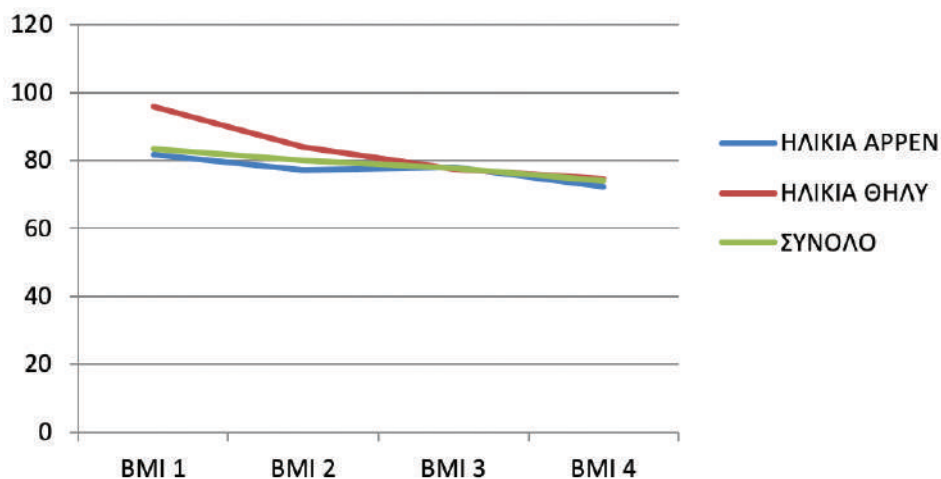
ΓΡΑΦΗΜΑ 1

Περιγραφικά Χαρακτηριστικά - Διαφυλικές Διαφορές



ΓΡΑΦΗΜΑ 2

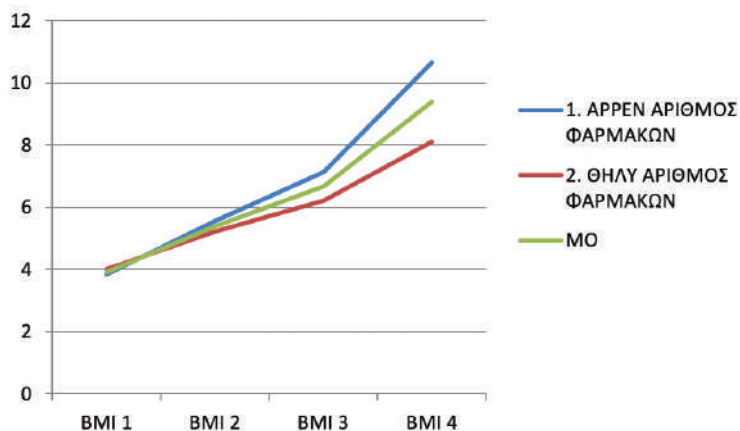
Διαφυλική σχέση ΔΜΣ με ηλικία





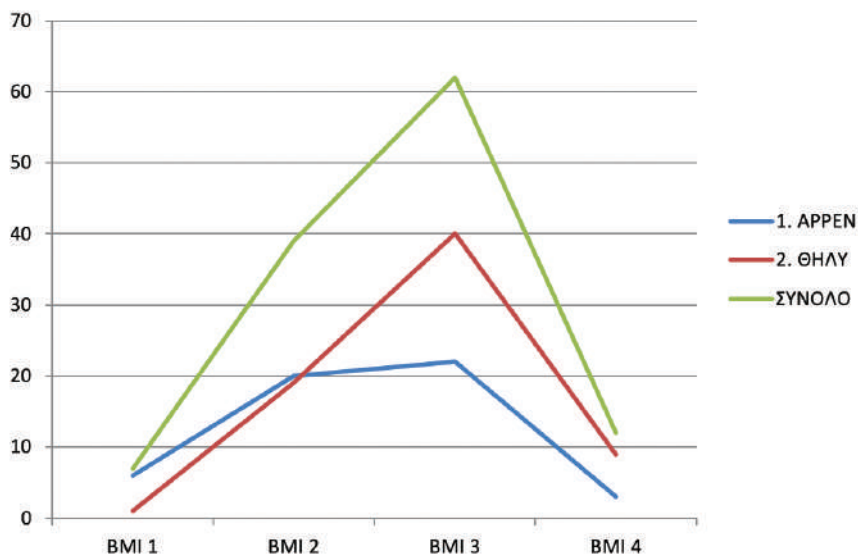
ΓΡΑΦΗΜΑ 3

Διαφυλική σχέση ΔΜΣ με αριθμό φαρμακευτικών σκευασμάτων



ΓΡΑΦΗΜΑ 4

Διαφυλική σχέση ΔΜΣ με αριθμό στόμων





AA02

ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΚΑΡΔΙΟΜΕΤΑΒΟΛΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΤΡΙΤΗΣ & ΤΕΤΑΡΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Νεκταρία Μακριλιά ¹, Ευτυχία Πούλιου ¹, Αθανάσιος Δρόσος ¹, Εμμανουήλ Καλαφάτης ¹, Κωνσταντίνος Πολύζος ², Ιωάννης Κλαδούρης ¹, Μαρία Κλεισά ¹, Καλλιόπη Μαγουνάκη ¹, Ελευθερία Στάμου ¹, Ιωάννης Τσούμας ¹, Ματίνα Μπόλη ¹, Αικατερίνη Φουρναρίδη ¹, Διονύσιος Βέκιος ¹, Ευγενία Ζέρβα ¹, Θεοδώρα Χάχαλη ¹, Κωνσταντίνα - Ιωάννα Παναγιωτοπούλου ¹, Αλεξία Ντάναση ¹, Νέγκαρ Μοχαμαντί ¹, Άρτεμις Σάλιαρη ¹, Κωνσταντίνος Φιλίππου ², Ιωάννης Κυριαζής ²

¹ Παθολογική Κλινική ΓΝΑ ΚΑΤ

² Διαβητολογικό Ιατρείο ΓΝΑ ΚΑΤ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ: Τα ηλικιωμένα άτομα παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα παραγόντων κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα. Σκοπός της μελέτης μας ήταν η καταγραφή των καρδιομεταβολικών παραγόντων κινδύνου στα άτομα 3ης και 4ης ηλικίας που βρίσκονται σε οίκους ευγηρίας της Αττικής.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Συμπληρώθηκε ειδικό ερωτηματολόγιο σχετικά με τον τρόπο ζωής (διατροφή κλπ) υπολογίστηκε ο δείκτης μάζας σώματος (BMI) και η σχετιζόμενη με το φύλο κεντρική παχυσαρκία, η αρτηριακή πίεση, έγινε αιμοληψία για προσδιορισμό σακχάρου, χοληστερόλης (HDL, LDL) και τριγλυκεριδίων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 473 άτομα (>67 ετών - 216 άνδρες). Η μέση ηλικία ήταν 75.3 ετών. Από τις διατροφικές τους συνήθειες, το 73.1% δεν καταναλώνει δημητριακά ολικής άλεσης και από το 26.9% που καταναλώνει μόνο το 11.5% καταναλώνει σχεδόν καθημερινά. Το 73.6% τρώει πατάτες τουλάχιστον 2-3 φορές την εβδομάδα ενώ το 63% δεν καταναλώνει σχεδόν καθόλου φρούτα.

Το 15.1% καταναλώνει καθημερινά φρούτο. Το 40.9% δεν καταναλώνει λαχανικά ενώ μόνο το 15.1% καταναλώνει καθημερινά λαχανικά. Τέλος το 21.5% δεν καταναλώνει γάλα και γιαούρτι, το 62.5% τρώει λιπαρά τυριά ενώ το 22.3% δεν τρώει καθόλου όσπρια, το 57.2% δεν τρώει καθόλου ψάρι και το 49.8% αποφεύγει το κόκκινο κρέας. Το 51.3% τρώει γλυκά τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα. Το 96% χρησιμοποιεί καθημερινά ελαιόλαδο. Το 28,3% έπασχε από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, το 61,5% από δυσλιπιδαιμία και το 79,7% από υπέρταση. Παχυσαρκία (βαρύτητας I έως III) παρουσίαζε το 73,1%, ενώ κεντρική παχυσαρκία σχετιζόμενη με το φύλο το 81,5%. Το 61,7% εμφάνιζε μεταβολικό σύνδρομο. Ο συχνότερος συνδυασμός παραγόντων [61,6%] για την εμφάνισή του ήταν η συνύπαρξη αρτηριακής πίεσης $\geq 140/85$ mmHg, η περίμετρος μέσης ≥ 102 cm για άνδρες ή ≥ 88 cm για γυναίκες και τα τριγλυκερίδια ≥ 150 mg/dl. Από τα άτομα που εμφάνιζαν μεταβολικό σύνδρομο, το 59,3% είχαν τρεις παράγοντες, το 31,9% τέσσερις, ενώ το 11,1% είχε και τους πέντε παράγοντες του συνδρόμου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στον γηριατρικό πληθυσμό που μελετήσαμε, οι διατροφικές συνήθειες δεν υπακούουν στο μεσογειακό τρόπο διατροφής, οι καρδιομεταβολικοί παράγοντες κινδύνου ανευρίσκονται σε αυξημένα ποσοστά με κυρίαρχη την αρτηριακή υπέρταση και ο συχνότερος συνδυασμός παραγόντων για παρουσία μεταβολικού συνδρόμου ήταν η συνύπαρξη αρτηριακής υπέρτασης, η αυξημένη περίμετρος μέσης και η υπερτριγλυκεριδαιμία.



AA03

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Αναστάσιος Κουτσοβασίλης, Βασιλική Χατζηβασιλόγλου, Αικατερίνη Κατσαβριά, Όλγα Οικονόμου, Ηλίας Σκοπελίτης

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

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) σχετίζεται με την εμφάνιση χρόνιων μικροαγγειακών και μακροαγγειακών επιπλοκών οι οποίες επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ατόμων με ΣΔ.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση των διαφορετικών επιπλοκών στην ποιότητα ζωής των ασθενών με ΣΔτ2, όπως αυτή καταγράφεται από τη κλίμακα αξιολόγησης SF-36.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στην μελέτη εντάχθηκαν 164 ασθενείς με ΣΔτ2 οι οποίοι προσήλθαν στο Διαβητολογικό Κέντρο σε προγραμματισμένο έλεγχο. Οι ασθενείς οι οποίοι συμμετείχαν στην μελέτη απάντησαν το δομημένο ερωτηματολόγιο της SF-36 το οποίο περιλαμβάνει 8 διαφορετικές κλίμακες (γενικής υγείας (GH), φυσικής δραστηριότητας (PH), κοινωνικής συμμετοχής (SH), πνευματικής υγείας (MH), φυσικής κατάστασης (RP), συναισθηματικής κατάστασης (RE), σωματικού πόνου (BP), ακι ζωτικότητας (VT)] και σε όλους έγινε καταγραφή των χρόνιων επιπλοκών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 164 ασθενείς της μελέτης (48.2% άνδρες) μέσης ηλικίας 72.38 ± 13.58 έτη, μακροαγγειακές επιπλοκές παρουσίαζε το 44.7% των ασθενών και μικροαγγειακές το 41.9% των ασθενών. Η διάρκεια παρουσίας του ΣΔτ2 ήταν 14.22 ± 10.98 έτη. Το ερωτηματολόγιο απάντησαν 128 ασθενείς. Διαπιστώθηκε συσχέτιση της διάρκειας του ΣΔτ2 με την ποιότητα ζωής των ασθενών ($p=0.003$). Συσχέτιση της παρουσίας στεφανιαίας νόσου με τους παράγοντες PH ($p=0.033$), GH ($p=0.030$), RP ($p=0.041$), RE ($p=0.038$) και VT ($p=0.044$). Η παρουσία νευροπάθειας συσχετίστηκε με τους παράγοντες PH ($p=0.044$), RP ($p=0.028$), BP ($p=0.008$), SH ($p=0.012$), GH ($p=0.046$), RE ($p=0.018$) και VT ($p=0.040$). Η διαβητική νεφροπάθεια συσχετίστηκε με τους παράγοντες GH ($p=0.031$), PH ($p=0.044$) και RP ($p=0.038$). Η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια συσχετίστηκε με τους παράγοντες GH ($p=0.026$), PH ($p=0.033$), SH ($p=0.030$), RP ($p=0.041$), RE ($p=0.026$) και VT ($p=0.018$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η διαβητική νεφροπάθεια, η παρουσία νευροπάθειας, διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας καθώς και η στεφανιαία νόσος επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ατόμων με ΣΔτ2 δρώντας με διαφορετικό τρόπο σε αυτήν.



AA04

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΜΙΚΤΗ ΥΠΕΡΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΕΣ ΜΥΑΛΓΙΕΣ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΥΣ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥΣ ΥΠΟΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Απόστολος Θεοχαρίδης

Ειδικός Καρδιολόγος, Ζάκυνθος

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι μυαλγίες οφειλόμενες στη χορήγηση στατίνης ή συνδυασμού στατίνης και εξετιμίμπης αποτελούν συχνή ανεπιθύμητη ενέργεια, και μπορούν να οδηγήσουν στη διακοπή της θεραπείας στο 5% των ασθενών.

ΣΚΟΠΟΣ: Είναι η παρουσίαση ενός περιστατικού γυναίκας 44 ετών, που πάσχει από οικογενή υπερχοληστερολαιμία και παρουσίασε ανεπιθύμητες ενέργειες στην πλειονότητα των θεραπευτικών εναλλακτικών (ουσιών και δοσολογικών σχημάτων), καθώς και ο τρόπος που αυτές επιλύθηκαν.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πρόκειται για μια γυναίκα 44 ετών, με οικογενή υπερχοληστερολαιμία, θετικό οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου (FHCD+), καπνίστρια με ολική χοληστερόλη: 382 mg/dl, LDL χοληστερόλη: 293 mg/dl, τριγλυκερίδια: 275mg/dl, Lpa: 92,3 mg/dl, Aprob:1,9g/l, ήπια καρωτιδική νόσο 20% και ελεύθερο λοιπό ιστορικό. Στη λογική της πρωτογενούς πρόληψης η ασθενής ετέθη σε αγωγή με διαφορετικά μόρια στατινών σε πολλαπλές δοσολογίες και ακολούθως σε χαμηλή δόση στατίνης σε συνδυασμό με εξετιμίμπη, χωρίς αυτές να γίνουν ανεκτές καθώς η ασθενής παρουσίασε κατά κανόνα έντονες μυαλγίες και άλλοτε τρανσαμινασαιμία. Η ασθενής διερευνήθηκε διεξοδικά αναφορικά με την προέλευση των μυαλγιών, χωρίς να βρεθεί σχετιζόμενο έτερο υποκείμενο νόσημα, αλλά και χωρίς να βρεθεί θεραπευτική επιλογή. Παρόλο τη διακοπή των στατινών, και τη χορήγηση διαφόρων αντιφλεγμονωδών και αναλγητικών (τραμανδόνη, πρεγκαμπαλίνη) δεν παρατηρήθηκε καμία βελτίωση. Με τη χορήγηση συνενζύμου Q10 60mg η βελτίωση ήταν θεαματική και άμεση. Σαν εναλλακτική επιλογή χορηγήθηκε μονοθεραπεία με εξετιμίμπη, με την ίδια κατάληξη. Μετά από έγκριση το alirocumab δοκιμάστηκε ως μονοθεραπεία 2 φορές, με την ίδια ακριβώς κατάληξη. Επί του παρόντος η ασθενής είναι υπο enolocumab 140mg injection ανά 15ημέρες, πλήρως ασυμπτωματική, και το παρακάτω λιπιδαιμικό προφίλ: ολική χοληστερόλη: 205 mg/dl, LDL χοληστερόλη: 126,7 mg/dl, τριγλυκερίδια: 154mg/dl.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Έχουν αναφερθεί σπάνια περιστατικά μυαλγιών από εξετιμίμπη. Οι μυαλγίες μπορούν να εμφανιστούν σπανιότερα και σε μονοθεραπεία με εξετιμίμπη, δεν διευκρινίζεται όμως πλήρως η εμφάνιση μυαλγιών από alirocumab. Η βελτίωση συμπτωμάτων με την συγχορήγηση συνενζύμου Q10 είναι αμφιλεγόμενη στην βιβλιογραφία.



AA05

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΑΦΟΡΕΩΝ ΝΑΤΡΙΟΥ - ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΣΤΟΥΣ ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Αλεξάνδρα Θεοδωροπούλου¹, **Νικόλαος Κατσιάδας**², Αναστασία Θανοπούλου³

¹ ΠΕΔΥ-Κέντρο Υγείας Κεραμεικού

² Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο»

³ Διαβητολογικό Κέντρο Β' Παθολογικής Κλινικής, Γ.Ν.Α «Ιπποκράτειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι αναστολείς των συμμεταφορέων νατρίου-γλυκόζης 2 (SGLT2i) αν και αρχικά χρησιμοποιήθηκαν για τη θεραπεία του Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) σύντομα απέδειξαν ευεργετικά οφέλη σε ασθενείς με Καρδιακή Ανεπάρκεια (ΚΑ), με ή χωρίς την παρουσία ΣΔ. Η χρήση βιοδεικτών αποκτά όλο και μεγαλύτερη σημασία σε ασθενείς με ΚΑ. Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί αν τα ευεργετικά οφέλη των SGLT2i αντικατοπτρίζονται στους βιοδείκτες σε ασθενείς με ΚΑ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση της βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις MedLine/PubMed, Embase και Cochrane Library για τυχαιοποιημένες μελέτες, μετα-αναλύσεις, αναδρομικές και προοπτικές μελέτες καθώς και post-hoc αναλύσεις, που αφορούσαν την επίδραση των SGLT2i στους βιοδείκτες σε ασθενείς με ΚΑ (με μειωμένο ή διατηρημένο Κλάσμα Εξωθήσεως).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά, ευρέθησαν 20 μελέτες που διερεύνησαν την επίδραση των SGLT2i σε νευροορμονικούς δείκτες (BNP και NTpro-BNP), δείκτες μυοκαρδιακής βλάβης (τροπονίνη), δείκτες φλεγμονής (CRP, GDF-15), δείκτες οξειδωτικού stress (ox-LDL), καρδιονεφρικούς δείκτες (eGFR, ερυθροποιητίνη) και στη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1C). Η πλειοψηφία των μελετών αφορούσε τους νευροορμονικούς δείκτες, τους καρδιονεφρικούς και την HbA1C, όπου και για τις 3 κατηγορίες τα αποτελέσματα ήταν αντιφατικά, καθώς στις μισές υπήρχε βελτίωση των τιμών των βιοδεικτών, ενώ στις υπόλοιπες δεν υπήρχε στατιστικώς σημαντική μεταβολή. Σε ό,τι αφορά στις υπόλοιπες κατηγορίες βιοδεικτών, ανευρέθησαν πολύ λίγες μελέτες που ερεύνησαν τη μεταβολή τους με τη χρήση SGLT2i όπου και εκεί τα αποτελέσματα ήταν αντιφατικά.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από την υπάρχουσα βιβλιογραφία δεν μπορούν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα σε σχέση με την επίδραση των SGLT2i στους βιοδείκτες στην ΚΑ. Θα χρειαστούν περισσότερες μελέτες, ώστε να αναδειχθεί αν και κατά πόσο μεταβάλλονται οι βιοδείκτες από τους SGLT2i, σε ασθενείς με ΚΑ.



AA06

ΕΠΑΙΝΟΣ 2ης ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ



ΠΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΙΒΑΜΠΡΑΔΙΝΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΝΑ ΥΠΟΒΛΗΘΟΥΝ ΣΕ ΑΞΟΝΙΚΗ ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΑ

Νικόλαος Κατσιάδας¹, Αλεξάνδρα Θεοδωροπούλου³, Παναγιώτης Κορκονικήτας¹, Ευαγγελία Τσίπρα²,
Μαρία Αλούση², Σταμάτιος Κωνσταντινίδης², Δημήτριος Φαγκρέζος², Πέτρος Μανιάτης²,
Σωτήριος Πατσιλινάκος¹

¹ Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο»

² Τμήμα Αξονικού Τομογράφου, Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο»

³ ΠΕΔΥ - Κέντρο Υγείας Κεραμεικού

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ: Για βέλτιστη διακριτική ικανότητα της αξονικής στεφανιογραφίας (CCTA) απαιτείται καρδιακή συχνότητα (HR) < 60 bpm. Αυτό επιτυγχάνεται κυρίως μέσω β αποκλειστών, όμως σε ένα ποσοστό είτε αντενδείκνυνται ή δεν είναι αποτελεσματικοί. Σκοπός της μελέτης ήταν να εξετάσει αν η χρήση ιβαμπραδίνης πέντε ημέρες προ της CCTA αποτελεί αποτελεσματική εναλλακτική επιλογή για τη μείωση της HR.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Από 1.2019 έως 12.2021 στο ΓΝ «Κωνσταντοπούλειο» αξιολογήθηκαν όλοι οι ασθενείς που θα υποβάλλονταν σε CCTA δέκα ημέρες πριν την εξέταση. Ο στόχος της HR ηρεμίας ορίστηκε < 60 bpm. Ιβαμπραδίνη έλαβαν ασθενείς με αντένδειξη ή δυσανεξία στους β αποκλειστές με HR > 60 bpm και φλεβοκομβικό ρυθμό. Αυτοί έλαβαν ιβαμπραδίνη 10 mg, πέντε ημέρες πριν την CCTA, ενώ 24 ώρες πριν έλαβαν 15 mg. Επιπλέον 40 mg βεραπαμίλης έλαβαν ασθενείς που δεν επέτυχαν την HR στόχου την ημέρα της εξέτασης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά 44 ασθενείς (19,6% των εξετασθέντων) έλαβαν προθεραπεία με ιβαμπραδίνη. Η αρχική μέση HR των ασθενών ήταν 72,1±5,4 bpm ενώ η μέση αρχική συστολική και διαστολική πίεση ήταν 124,1±15,1 mmHg και 73,1±7,9 mmHg αντίστοιχα (Εικόνα 1). Μία ώρα πριν την CCTA η μέση HR ήταν 56,4±5,4 bpm, μειωμένη κατά 22% από την αρχική, ενώ η μέση συστολική αρτηριακή πίεση προ της CCTA ήταν 122,1±16,1 mmHg και η μέση διαστολική αρτηριακή πίεση 72,1±8,1 mmHg (μείωση κατά 0,015% και 0,012% αντίστοιχα από τις αρχικές τιμές) (Εικόνα 1). Επιπλέον βεραπαμίλη έλαβαν 8 ασθενείς (18,2% των ασθενών) για να φτάσουν την HR στόχου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το πρωτόκολλο αυτό αποτελεί οικονομική και εύκολη επιλογή, για ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε CCTA και έχουν φλεβοκομβικό ρυθμό με HR > 60 bpm και έχουν αντένδειξη να λάβουν β αποκλειστή. Επίσης θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς που δεν επιθυμούν να λάβουν β-αποκλειστή ή σε νέους ασθενείς που συχνά απαιτούνται μεγάλες δόσεις β αποκλειστή για την επίτευξη της επιθυμητής HR.

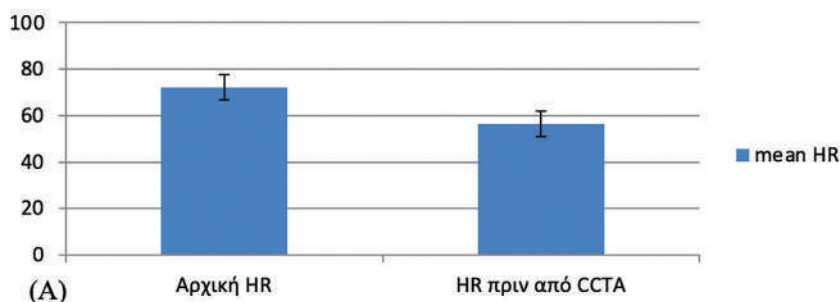


ΕΙΚΟΝΑ 1

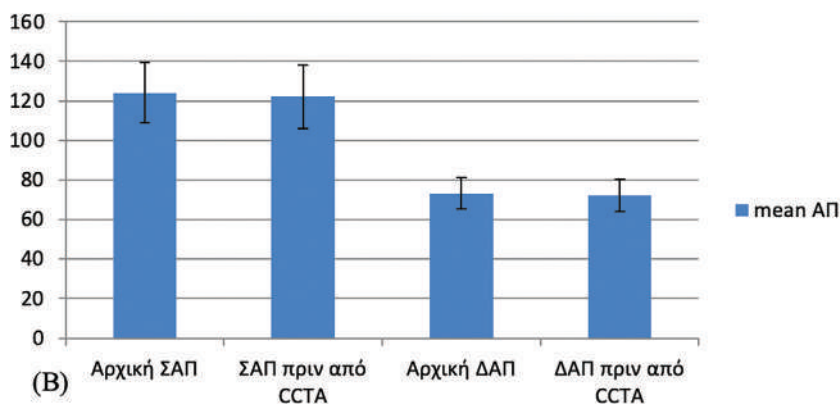
(Α) Μέση καρδιακή συχνότητα κατά την αρχική εκτίμηση (προ λήψης ιβαμπραδίνης) και πριν από την διενέργεια CCTA (μετά την λήψη ιβαμπραδίνης)

(Β) Μέση συστολική και διαστολική αρτηριακή πίεση κατά την αρχική εκτίμηση (προ λήψης ιβαμπραδίνης) και πριν από την διενέργεια CCTA (μετά την λήψη ιβαμπραδίνης), ΣΑΠ, Συστολική αρτηριακή πίεση; ΔΑΠ, Διαστολική αρτηριακή πίεση; HR, Καρδιακή συχνότητα

Μείωση μέσης HR



Μείωση μέσης ΑΠ



AriChol® prevea

Epsilon Health

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Διατήρηση
της φυσιολογικής
λειτουργίας
της καρδιάς

Φυλλικό οξύ

Χολίνη

Ιχθυέλαιο

EPA & DHA

Βιταμίνη Β₁

Μονακολίνη

από κόκκινη μαγιά ρυζιού



AriChol® prevea

Epsilon Health

Συμπλήρωμα διατροφής

30 μαλακές κάψουλες

Αρ. Γνωστοποίησης στον ΕΟΦ: 130007/29-11-2022
(Ο αριθμός γνωστοποίησης στον ΕΟΦ δεν επέχει
θέση άδειας κυκλοφορίας από τον ΕΟΦ)

Παρασκευαστής:

Sochim International S.p.A.

Via Ghisolfi 86, 20007, Cornaredo (MI) Italy



Epsilon Health

Υπεύθυνος κυκλοφορίας στην Ελλάδα:
ΝΕΣΤΟΡΑΣ ΒΛΑΧΟΣ Ι.Κ.Ε. - "EPSILON HEALTH"

Κ. Παλαμά 4, 55534 Πυλαία Θεσσαλονίκη

Αρ. Γ.Ε.ΜΗ.: 058311004000

Τηλ.: 2310 941 112, 2310 941 150, Fax: 2310 922 553

www.epsilon-health.gr

Prevenar 13
Pneumococcal polysaccharide conjugate vaccine (13-valent, adsorbed)

*Trademark

2011

ΕΙΝΑΙ ΠΛΕΟΝ
ΔΙΑΘΕΣΙΜΟ ΕΝΑ
ΣΥΖΕΥΓΜΕΝΟ ΕΜΒΟΛΙΟ
ΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΟΥ
ΝΕΟΤΕΡΗΣ ΓΕΝΙΑΣ



2022

APREXXNAR*
Pneumococcal polysaccharide conjugate
vaccine (20-valent, adsorbed)

ΤΟ ΑΡΕΧΧΝΑΡ ΕΙΝΑΙ ΕΝΑ **20-ΔΥΝΑΜΟ ΣΥΖΕΥΓΜΕΝΟ ΕΜΒΟΛΙΟ**
ΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΟΥ ΓΙΑ ΕΝΗΛΙΚΕΣ.¹

Το ΑΡΕΧΧΝΑΡ έχει βασιστεί στο Prevenar 13 και διαθέτει την πιο ευρεία κάλυψη ορότυπων συζευγμένου εμβολίου πνευμονιόκοκκου, προκειμένου να βοηθήσει στην προστασία ενάντια στην πνευμονιοκοκκική πνευμονία και τη διεισδυτική πνευμονιοκοκκική νόσο.¹⁻³



Το Αρεχχναρ θα πρέπει να χορηγείται σε μία εφάπαξ δόση σε άτομα ηλικίας 18 ετών και άνω. Η ανάγκη για επαναληπτικό εμβολιασμό με επακόλουθη δόση Αρεχχναρ δεν έχει τεκμηριωθεί.¹

Μόνο για ενδομυϊκή χρήση. Πρέπει να χορηγείται μία δόση (0,5mL) του Αρεχχναρ ενδομυϊκά, κατά προτίμηση στον δελτοειδή μυ, προσέχοντας να αποφύγετε την ένεση μέσα ή κοντά σε νεύρα και αιμοφόρα αγγεία.¹

Για το πλήρες κείμενο της δοσολογίας και του τρόπου χορήγησης συμβουλευτείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος. Το Αρεχχναρ, επί του παρόντος δεν περιλαμβάνεται στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Ενηλίκων και δεν αποζημιώνεται.

Βιβλιογραφικές αναφορές: 1. ΑΡΕΧΧΝΑΡ. Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος, 12/2022. 2. PREVENAR 13. Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος, 10/2021. 3. VAXNEUVANCE. Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος, 10/2022.

▼ Το φάρμακο αυτό τελεί υπό συμπληρωματική παρακολούθηση. Αυτό θα επιτρέψει το γρήγορο προσδιορισμό νέων πληροφοριών ασφαλείας. Ζητείται από τους επαγγελματίες υγείας να αναφέρουν οποιοδήποτε πιθανολογούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες. Βλ. «Ανεπιθύμητες Ενέργειες» για τον τρόπο αναφοράς ανεπιθύμητων ενεργειών.

Αρεκχναρ ενάμιση ώρα σε προγευμαμένη σύριγγα
Συζυγμένο πολυσακχαριδικό πνευμονοκοκκικό εμβόλιο (20-δύναμο, προσφραγμένο) 0,5 ML/PFSYR
Ενέσιμο ενάμιση ώρα, ομοιογενές λευκό ενάμιση ώρα.

ΑΝΤΑΓΩΓΙΣΜΟΣ: Υπερευαίσθησια στις δραστικές ουσίες, σε κάποιο από τα έκδοχα ή στο τοξοειδές της διεφθερίδας. **ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΡΟΕΙΔΟΠΟΙΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΡΗΣΗ:** Μην ενέσετε το Αρεκχναρ ενδογαστρικά. Χρησιμοποιήστε Προκειμένου να βελτιωθεί η χρησιμοποίηση των βιολογικών φαρμακευτικών προϊόντων, το όνομα και ο αριθμός παρτίδας του χρησιμοποιούμενου φαρμάκου θα πρέπει να καταγράφεται με σφραγίδα.

Υπερευαίσθησια: Προκειμένου για όλα τα ενέσιμα εμβόλια, πρέπει πάντοτε να είναι άμεση διαθεσιμότητα κατάλληλη ιατρική θεραπεία και επίβλεψη σε περίπτωση σπάνιας αναφυλακτικής αντίδρασης μετά τη χορήγηση του εμβολίου. Συμπτωματολογία νόσου: Ο εμβολισμός θα πρέπει να αναβάλλεται σε άτομα που πάσχουν από οξεία, σοβαρή εμπύρετη νόσο. Ωστόσο, η παρουσία ήσσονος λοιμώξεως, όπως το κρυολόγημα, δεν θα πρέπει να προκαλεί την αναστολή του εμβολισμού. Βρομοβονία και διαταραχές ηκτικότητας: Το εμβόλιο πρέπει να χορηγείται με προσοχή σε άτομα με βρομοβονία ή αιμορραγική διαταραχή, καθώς μπορεί να προκληθεί αιμορραγία μετά από ενδομυϊκή χορήγηση. Ο κίνδυνος αιμορραγίας σε ασθενείς με διαταραχές ηκτικότητας, πρέπει να αξιολογηθεί προσεκτικά πριν από την ενδομυϊκή χορήγηση οποιουδήποτε εμβολίου, ενώ θα πρέπει να εξετάζεται το ενδεχόμενο υποδορίας χορήγησης εάν τα δυνητικά οφέλη υπερτερούν σαφώς των κινδύνων. Προστασία έναντι της πνευμονοκοκκικής νόσου: Το Αρεκχναρ θα παρέχει προστασία μόνο έναντι των ορότιμων του *Streptococcus pneumoniae* που περιλαμβάνονται στο εμβόλιο και δεν θα παρέχει προστασία έναντι των άλλων μικροοργανισμών που προκαλούν διεσποτική νόσο ή πνευμονία. Όπως με κάθε εμβόλιο, το Αρεκχναρ μπορεί να μην παρέχει προστασία από πνευμονοκοκκική διεσποτική νόσο ή πνευμονία σε όλα τα άτομα που λαμβάνουν το εμβόλιο. Για τις πιο σοβαρές επιδημιολογικές πληροφορίες για τη χώρα σας, θα πρέπει να συμβουλευτείτε τον αντίστοιχο εθνικό οργανισμό. **Ανοσοκατασταλμένα άτομα:** Δεν υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα ασφαλείας και ανοσογονικότητας του Αρεκχναρ για άτομα που ανήκουν σε ανοσοκατασταλμένες ομάδες. Ο εμβολισμός θα πρέπει να πραγματοποιείται υπό στενή ιατρική επίβλεψη. Βάσει της εμπειρίας με πνευμονοκοκκικό εμβόλιο, ορισμένα άτομα με τροποποιημένη ανοσοικανότητα μπορεί να έχουν μειωμένες ανοσολογικές αποκρίσεις στο Αρεκχναρ. Τα άτομα με μειωμένη ανοσολογική απόκριση, ανεξάρτητα εάν οφείλεται σε χρήση ανοσοκατασταλτικής θεραπείας, γενετικό ελάττωμα, λοιμώξη από HIV ή άλλες αιτίες, μπορεί να έχουν μειωμένη απόκριση αντισωμάτων στην ενεργή αναστολή. Η κλινική σημασία αυτού είναι άγνωστη. Υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα ασφαλείας και ανοσογονικότητας με το Prevenar 13 (ένν η άλλες αιτίες, μπορεί να έχουν μειωμένη απόκριση αντισωμάτων στο Prevenar 13, 3,639 δεν είχαν λάβει πνευμονοκοκκικό εμβόλιο στο παρελθόν, 253 είχαν λάβει προγευματικό πνευμονοκοκκικό εμβόλιο στο παρελθόν, 23 (πολυσακχαριδικό πνευμονοκοκκικό εμβόλιο [23 δύναμο], PPSV23) (≥ 1 έως < 5 έτη πριν από την έναρξη), 246 είχαν λάβει προγευματικό Prevenar 13 (μόνο (6 μήνες πριν από την έναρξη) και 125 είχαν λάβει προγευματικό Prevenar 13 ακολουθούμενο από PPSV23 (την δόση του PPSV23 ≥ 1 έτος πριν από την έναρξη)). Οι συμμετέχοντες στη δοκιμή Φάσης 3 87471000 (Βασική μελέτη) 1007, αξιολογήθηκαν για ανεπιθύμητες ενέργειες για 1 μήνα μετά τον εμβολισμό και για σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες για έως και 6 μήνες μετά τον εμβολισμό. Αυτή η μελέτη συμπεριλάμβανε 4447 συμμετέχοντες ηλικίας 18 έως 49 ετών, 445 συμμετέχοντες ηλικίας 50 έως 59 ετών, 1.985 συμμετέχοντες ηλικίας 60 έως 64 ετών, 624 συμμετέχοντες ηλικίας 65 έως 69 ετών, 319 συμμετέχοντες ηλικίας 70 έως 79 ετών και 69 συμμετέχοντες ηλικίας ≥ 80 ετών. Στους συμμετέχοντες ηλικίας 18 έως 49 ετών στη Μελέτη 1007 και σε μία δοκιμή Φάσης 3 87471000 (LT Consistency Μελέτη 1008), οι ανεπιθύμητες ενέργειες που αναφέρθηκαν συχνότερα ήταν άλγος της θέσης ένεσης (79,2%), κόπωση (46,7%), κεφαλαλγία (36,7%) και αρθραλγία (16,2%). Στους συμμετέχοντες ηλικίας 50 έως 59 ετών στη Μελέτη 1007, οι ανεπιθύμητες ενέργειες που αναφέρθηκαν συχνότερα ήταν άλγος της θέσης ένεσης (72,5%), κόπωση (49,8%), κεφαλαλγία (32,3%) και αρθραλγία (15,4%). Στους συμμετέχοντες ηλικίας ≥ 60 ετών στη Μελέτη 1007, οι ανεπιθύμητες ενέργειες που αναφέρθηκαν συχνότερα ήταν άλγος της θέσης ένεσης (55,4%), κόπωση (39,1%), κεφαλαλγία (30,2%), αρθραλγία (21,5%) και αρθραλγία (12,6%). Αυτές ήταν συνήθως ήπιες ή μέτριες εντάσεις και υποχώρησαν εντός λίγων ημερών μετά τον εμβολισμό. Η Μελέτη 87471006 Φάσης 3 (Μελέτη 1006) αξιολόγησε το Αρεκχναρ σε συμμετέχοντες ηλικίας ≥ 65 ετών με ποικίλο ιστορικό πνευμονοκοκκικού εμβολισμού (προγευματικός εμβολισμός με PPSV23 ή Prevenar 13 ή Prevenar 13 ακολουθούμενο από PPSV23). Σε αυτήν τη μελέτη, οι ανεπιθύμητες ενέργειες που αναφέρθηκαν συχνότερα για τους συμμετέχοντες που πάρισαν σε σύγκριση με εκείνες που περιγράφηκαν για τους συμμετέχοντες ηλικίας ≥ 60 ετών στη Μελέτη 1007, με ελαφρά υψηλότερο το άλγος της θέσης ένεσης (61,2%) στους συμμετέχοντες που είχαν λάβει προγευματικό Prevenar 13 και την αρθραλγία (16,8%) στους συμμετέχοντες που είχαν λάβει προγευματικό Prevenar 13 ακολουθούμενο από PPSV23. Παρουσιάζονται παρακάτω οι ανεπιθύμητες ενέργειες από κλινικές δοκιμές και τα ίδια έκδοχα εμβολίου με το Prevenar 13, οι ανεπιθύμητες ενέργειες που αναγράφονται ή/και για το Prevenar 13 έχουν υποβληθεί για το Αρεκχναρ. Παρακάτω παρουσιάζονται οι ανεπιθύμητες ενέργειες που αναφέρθηκαν στις δοκιμές Φάσης 3 του Αρεκχναρ, βάσει της υψηλότερης συχνότητας μεταξύ των ανεπιθύμητων ενεργειών, των τοπικών αντιδράσεων ή των συστηματικών συμβάντων μετά τον εμβολισμό σε οποιαδήποτε ομάδα του Αρεκχναρ. Στις κλινικές δοκιμές, το προφίλ ασφαλείας του Αρεκχναρ ήταν παρόμοιο με αυτό του Prevenar 13. Δεν αναγνωρίστηκε καμία νέα ανεπιθύμητη ενέργεια συγκριτικά με το Prevenar 13. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες παρατηρήθηκαν σε φθινόωρο σε όλα τα συστήματα και σε δοσολογίες. Η συχνότητα ορίστηκε ως εξής: πολύ συχνή (≥ 1/10), συχνή (≥ 1/100 έως < 1/10), όχι συχνή (≥ 1/1.000 έως < 1/100), σπάνια (≥ 1/10.000 έως < 1/1.000), πολύ σπάνια (< 1/10.000). μη γνωστές (δεν μπορούν να εκτιμηθούν με βάση τα διαθέσιμα δεδομένα). **Ανεπιθύμητες φαρμακευτικές αντιδράσεις από τις κλινικές δοκιμές του Αρεκχναρ:** Πολύ συχνές (> 1/10.000): κεφαλαλγία, αρθραλγία, μικό άλγος, πόνος/ευαισθησία στο σημείο εμβολισμού, κόπωση. Συχνές (1/1.000-1/100): ερυθρότητα στο σημείο εμβολισμού, ερυθρότητα στο σημείο εμβολισμού, πυρετός. Όχι συχνές αντίδραση υπερευαίσθησης, συμπεριλαμβανομένου οίδηματος προσώπου, δισπνοίας, βρογχόσπασμου, διάρροιας, ναυτίας, έμετου, εξάνθημα, αγγειοοίδημα, κνημίζος στο σημείο εμβολισμού, λεμφοadenopatia, κνίδωση στο σημείο εμβολισμού, ριγος. Μη γνωστές: Μειωμένη όρεξη, περιορισμός της κίνησης του βραχίονα¹⁴. Συμπτώματα αναπνευστικής: οι κλινικές δοκιμές με το Prevenar 13 με πολύ συχνή συχνότητα (≥ 1/10). Δεν αναφέρθηκαν μειωμένη όρεξη και περιορισμός της κίνησης του βραχίονα σε δοκιμές Φάσης 3 του Αρεκχναρ στους ενήλικες. Συνεπώς, η συχνότητα δεν είναι γνωστή. **Ανεπιθύμητες ενέργειες από την εμπειρία μετά την κυκλοφορία στην αγορά:** Παρακάτω παρατίθενται οι ανεπιθύμητες ενέργειες που έχουν αναφερθεί αυθόρμητα κατά τη διάρκεια της χρήσης του Prevenar 13 μετά την κυκλοφορία στην αγορά οι οποίες μπορεί επίσης να προκύψουν με το Αρεκχναρ. Η εμπειρία της ασφαλείας μετά την κυκλοφορία του Prevenar 13 σχετίζεται με το Αρεκχναρ, καθώς το Αρεκχναρ περιέχει όλα τα συστατικά μέρη (αυθεντικούς πολυσακχαρίτες και έκδοχα) του Prevenar 13. Αυτές οι ενέργειες αναφέρθηκαν αυθόρμητα από έναν πληθυσμό άγνωστο φύλου. Συνεπώς, δεν είναι δυνατόν η αξιολόγηση εκτίμηση της συχνότητας τους ή της τεκμηρίωσης, για όλες τις ενέργειες, μιας αιτιαλογικής σχέσης με την έκθεση στο εμβόλιο.

Ανεπιθύμητες ενέργειες του Prevenar 13 (όχι στην εμπειρία μετά την κυκλοφορία στην αγορά): μη γνωστές: αναφυλακτική/αναφυλακτοειδής αντίδραση, συμπεριλαμβανομένης της καταπληξίας, πολυοργανικό ερυθρόμα, δερματίτιδα στο σημείο εμβολισμού (Οι ενέργειες αναφέρθηκαν αυθόρμητα από την εμπειρία με το Prevenar 13 μετά την κυκλοφορία στην αγορά. Συνεπώς, οι συχνότητες δεν μπορούσαν να εκτιμηθούν από τα διαθέσιμα δεδομένα και, για αυτόν τον λόγ, θεωρούνται ότι μη γνωστές). **Πρόσθετες πληροφορίες σε ειδικούς πληθυσμούς σε μελέτες με το Prevenar 13:** Οι συμμετέχοντες ηλικίας ≥ 18 ετών με λοιμώξη από HIV έχουν παρόμοιες ανεπιθύμητες ενέργειες με αυτές που αναφέρθηκαν παραπάνω στις δοκιμές Φάσης 3 του Αρεκχναρ, εκτός από την πυρεσία (5% έως 18%) και τον έμετο (8% έως 12%) που ήταν πολύ συχνή και τη ναυτία (< 1% έως 3%) που ήταν συχνή. Οι συμμετέχοντες ηλικίας ≥ 18 ετών με ΗCST έχουν παρόμοιες συχνότητες ανεπιθύμητων ενεργειών με αυτές που αναφέρθηκαν παραπάνω στις δοκιμές Φάσης 3 του Αρεκχναρ, εκτός από την πυρεσία (4% έως 15%), τον έμετο (6% έως 21%) και τη διάρροια (25% έως 36%) που ήταν πολύ συχνές. **Αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών:** Η αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών μετά τη χορήγηση οξείας 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 πιθανολογούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες μέσω του εθνικού συστήματος αναφοράς και να περιλαμβάνουν τον αριθμό παρτίδας/LOT εάν είναι διαθέσιμος. **Ελλάδα:** Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων, Μεσογείων 284, GR-15562 Χαλάρδρας, Αθήνα, Τηλ: +30 21 32040380/337, Φαξ: +30 21 06549585, Ιστοτόπος: <http://www.eof.gr>. **Κύπρος:** Φαρμακευτικές Υπηρεσίες Υπουργείου Υγείας, CY-1475 Λεωφόρος, Τηλ: +357 22608607, Φαξ: +357 22608649, Ιστοτόπος: www.moh.gov.cy/phs. **ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΧΡΗΣΗΣ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ:** Pfizer Europe MA EELB, Boulevard de la Plaine 17, 1050 Bruxelles, Βέλγιο. **ΑΡΙΘΜΟΣ(ΟΙ) ΑΔΕΙΑΣ ΧΡΗΣΗΣ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ:** EU/1/16/1/02-006. **ΜΕΡΟΜΕΛΗ ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ:** 12/2022 ΤΟΠΙΚΟΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: PFIZER ΕΛΛΑΣ Α.Ε., Λ. Μεσογείων 243, 154 51 Ν. Ψυχικό, Αθήνα, Τηλ: 210 6785800. **ΤΟΠΙΚΟΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΣ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ:** PFIZER ΕΛΛΑΣ Α.Ε. (CYPRUS BRANCH), Λεωφόρος Αποστόλων 26, 2ος Όροφος, Κτήριο Στεφανίου, 2018 Λεωκωσία, Κύπρος, Τηλ: +35722817960. **ΑΡΕΧΧΝΑΡ** INJ.SUSP 0.5ML/PFSYR X 0.5ML + 1 ΒΕΛΟΝΑ: ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΗ ΤΙΜΗ - ΕΛΛΑΔΑ: Νοσοκομειακή τιμή: 48,54 €, Ιατρική τιμή: 70,98 €. **ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΪΟΝ ΓΙΑ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΓΓΡΑΦΗ. ΓΙΑ ΠΛΗΡΕΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΡΟΦΕΣ ΠΑΡΑΚΑΛΕΙΤΕ ΤΗΝ ΑΓΛΑΥΝΟΤΕΤΗ ΣΤΟΝ ΤΟΠΙΚΟ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟ.**

ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΠΑΡΗΦΟΡΙΕΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ¹

- Το Αρεκχναρ ενδείκνυται για ενεργή αναστολή για την πρόληψη της διεσποτικής νόσου και της πνευμονίας που προκαλούνται από τον *Streptococcus pneumoniae* σε άτομα ηλικίας 18 ετών και άνω.¹
- Το Αρεκχναρ θα πρέπει να χρησιμοποιείται σύμφωνα με τις επίσημες αναστάσεις.¹
- Η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα του Αρεκχναρ σε παιδιά και εφήβους νεότερους των 18 ετών δεν έχουν τεκμηριωθεί. Δεν υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα.¹
- Το Αρεκχναρ θα παρέχει προστασία μόνο έναντι των ορότιμων του *Streptococcus pneumoniae* που περιλαμβάνονται στο εμβόλιο και δεν θα παρέχει προστασία έναντι των άλλων μικροοργανισμών που προκαλούν διεσποτική νόσο ή πνευμονία. Όπως με κάθε εμβόλιο, το Αρεκχναρ μπορεί να μην παρέχει προστασία από πνευμονοκοκκική διεσποτική νόσο ή πνευμονία σε όλα τα άτομα που λαμβάνουν το εμβόλιο.¹
- Η υπερευαίσθησία στις δραστικές ουσίες, σε κάποιο από τα έκδοχα, ή στο τοξοειδές της διεφθερίδας αποτελεί αντένδειξη για τη χρήση του Αρεκχναρ.¹
- Όπως για όλα τα ενέσιμα εμβόλια, πρέπει πάντοτε να είναι άμεση διαθεσιμότητα κατάλληλη ιατρική θεραπεία και επίβλεψη σε περίπτωση σπάνιας αναφυλακτικής αντίδρασης μετά τη χορήγηση του εμβολίου.¹
- Ο εμβολισμός θα πρέπει να αναβάλλεται σε άτομα που πάσχουν από οξεία, σοβαρή εμπύρετη νόσο. Ωστόσο, η παρουσία ήσσονος λοιμώξεως, όπως το κρυολόγημα, δεν θα πρέπει να προκαλεί την αναστολή του εμβολισμού.¹
- Το εμβόλιο πρέπει να χορηγείται με προσοχή σε άτομα με βρομοβονία ή αιμορραγική διαταραχή, καθώς μπορεί να προκληθεί αιμορραγία μετά από ενδομυϊκή χορήγηση. Ο κίνδυνος αιμορραγίας σε ασθενείς με διαταραχές ηκτικότητας, πρέπει να αξιολογηθεί προσεκτικά πριν από την ενδομυϊκή χορήγηση οποιουδήποτε εμβολίου, ενώ θα πρέπει να εξετάζεται το ενδεχόμενο υποδορίας χορήγησης εάν τα δυνητικά οφέλη υπερτερούν σαφώς των κινδύνων.¹
- Δεν υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα ασφαλείας και ανοσογονικότητας του Αρεκχναρ για άτομα που ανήκουν σε ανοσοκατασταλμένες ομάδες. Ο εμβολισμός θα πρέπει να εξετάζεται σε εξαστομειμένη βάση. Βάσει της εμπειρίας με πνευμονοκοκκικό εμβόλιο, ορισμένα άτομα με τροποποιημένη ανοσοικανότητα μπορεί να έχουν μειωμένες ανοσολογικές αποκρίσεις στο Αρεκχναρ.¹
- Τα άτομα με μειωμένη ανοσολογική απόκριση, ανεξάρτητα εάν οφείλεται σε χρήση ανοσοκατασταλτικής θεραπείας, γενετικό ελάττωμα, λοιμώξη από HIV ή άλλες αιτίες, μπορεί να έχουν μειωμένη απόκριση αντισωμάτων στην ενεργή αναστολή. Η κλινική σημασία αυτού είναι άγνωστη.¹
- Οι πιο συχνά αναφερόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες σε κλινικές μελέτες με το Αρεκχναρ σε ενήλικες ≥ 18 ετών ήταν (≥ 10%) πόνος/ευαισθησία στο σημείο εμβολισμού, κεφαλαλγία, αρθραλγία, μικό άλγος, κόπωση και (≥ 1/100 έως < 1/10) σκλήρυνση/διόγκωση στο σημείο εμβολισμού, ερυθρότητα στο σημείο εμβολισμού, πυρετός. Στις κλινικές δοκιμές, το προφίλ ασφαλείας του Αρεκχναρ ήταν παρόμοιο με αυτό του Prevenar 13.¹
- Δεν αναγνωρίστηκε καμία νέα ανεπιθύμητη ενέργεια συγκριτικά με το Prevenar 13.¹
- Δεν έχουν πραγματοποιηθεί μελέτες αποτελεσματικότητας με το Αρεκχναρ.¹
- Στις κλινικές μελέτες του Αρεκχναρ, οι συμμετέχοντες που ήταν υγιείς ή με σταθερές, μη ανοσοκαταστέλλουσες χρόνιες παθήσεις, σε όλες τις ηλικιακές ομάδες που αναλύθηκαν είχαν χαμηλότερη ανοσολογική απόκριση με το Αρεκχναρ σε σύγκριση με το Prevenar 13, παρότι πληρούσαν τα προκαθορισμένα όρια μη κατεστραμμένης. Η κλινική σημασία αυτής της παρατήρησης δεν είναι γνωστή.¹
- Σε μια τυχαία δοκιμή, ελεγχόμενη με φάρμακο σύγκρισης, διπλά τυφλή κλινική δοκιμή μη κατεστραμμένης (Βασική μελέτη 1007) του Αρεκχναρ στις Ηνωμένες Πολιτείες και στη Σουηδία, σε συμμετέχοντες ηλικίας 60 ετών και άνω η ανοσολογική απόκριση στον ορότυπο 8 δεν πέτυχε το προκαθορισμένο στατιστικό κριτήριο μη κατεστραμμένης σε σύγκριση με την απόκριση που ελήφθη από το PPSV23 (το καλύτερο όριο του αμπίριλου 95% CI για την αναλογία GMT είναι 0,49 έναντι > 0,50). Η κλινική σημασία αυτής της παρατήρησης είναι άγνωστη. Οι υποστηρικτικές αναλύσεις για τα άλλα καταληκτικά σημεία σε σχέση με τον ορότυπο 8 στην ομάδα του Αρεκχναρ κατέδειξαν ευνοϊκές εκβάσεις.¹
- Στις κλινικές μελέτες του Αρεκχναρ, σε όλες τις ηλικιακές ομάδες που μελετήθηκαν, γενικά, παρατηρήθηκε χαμηλότερη ανοσολογική απόκριση στους συμμετέχοντες με παράγοντες κινδύνου, συγκριτικά με τους συμμετέχοντες χωρίς παράγοντες κινδύνου. Η κλινική σημασία αυτής της παρατήρησης είναι άγνωστη.¹
- Το Αρεκχναρ μπορεί να χορηγηθεί ταυτόχρονα με το εμβόλιο της εποχικής γρίπης (QIV, επιφανειακό αντιγόνο, αδρανιστοποιημένο, ανανοσοενεχόμενο). Σε άτομα με υποκείμενες παθήσεις που σχετίζονται με υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης απειλητικής για τη ζωή πνευμονοκοκκικής νόσου, μπορεί να εξεταστεί το ενδεχόμενο διαχωρισμού των χρόνων χορήγησης του QIV και του Αρεκχναρ (π.χ. κατά περίπου 4 εβδομάδες). Σε μια διπλά τυφλή, τυχαία δοκιμή μελέτη (87471004) σε ενήλικες ηλικίας 65 ετών και άνω, η ανοσολογική απόκριση ήταν τυπικά μη κατεπληρωμένη, ωστόσο παρατηρήθηκαν αριθμητικά χαμηλότεροι τίτλοι για όλους τους ορότυπους του πνευμονοκοκκικού που περιλαμβάνονται στο Αρεκχναρ όταν χορηγήθηκαν ταυτόχρονα με εμβόλιο εποχικής γρίπης (QIV, επιφανειακό αντιγόνο, αδρανιστοποιημένο, ανανοσοενεχόμενο) σε σύγκριση με τη χορήγηση του Αρεκχναρ μόνο του. Η κλινική σημασία αυτού του ευρήματος είναι άγνωστη.¹

1. APXCHNAR. Περιήληξη χαρακτηριστικών των προϊόντων, 12/2022.



PFIZER ΕΛΛΑΔΑΣ Α.Ε. Λεωφ. Μεσογείων 243, Ψυχικό 15451, Αθήνα, Ελλάδα.
Τηλ. Επικοινωνίας 210 67 85 800, Αρθ. Γ.Ε.ΜΗ. 000242901000.

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και
ΑΝΑΦΕΡΤΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΓΙΑ ΟΛΑ
τα φάρμακα συμπληρώνοντας την "Κίτρινη Κάρτα"

PP-PNR-GRC-0028-FEB23



Ranexa[®]

ranolazine

RANEXA PR.TAB 375MG/TAB BTx60: ΛΤ: 64.93€.
RANEXA PR.TAB 500MG/TAB BTx60: ΛΤ: 64.93€.
RANEXA PR.TAB 750MG/TAB BTx60: ΛΤ: 64.93€.*

* RANEXA SmPC-last updated 12/2021.

Χορηγείται με ιατρική συνταγή. Καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία.

Περαιτέρω πληροφορίες διατίθενται
από τον κάτοχο άδειας κυκλοφορίας
κατόνιν απήσεως ή στο QR Code:



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



Menarini Hellas

Η Anne Sofie Weekes Hald και οι κόρες της
Η Anne Sofie έχει σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1

19
2023

Οδηγούμε την αλλαγή
σε όλες τις γενιές

19
2023

Οδηγούμε την αλλαγή
σε όλες τις γενιές

Καθώς η Novo Nordisk συμπληρώνει
100 χρόνια, ανανεώνουμε τη δέσμευσή μας
να οδηγούμε την αλλαγή για έναν υγιή κόσμο,
τώρα και για τις επόμενες γενιές.

Ανακαλύψτε περισσότερα στο [novonordisk.gr](https://www.novonordisk.gr)


novo nordisk®

Το λογότυπο του ταύρου Άπτε είναι κατατεθέν εμπορικό σήμα της Novo Nordisk A/S

GR23NKG00002



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



&





ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΟΙΝΟΥ

Σάββατο 9 Σεπτεμβρίου 2023
19.30 μ.μ. - 21.00 μ.μ.
Elite City Resort Hotel, Καλαμάτα

ΕΙΣΟΔΟΣ
ΕΛΕΥΘΕΡΗ

Η εκδήλωση τελεί υπό την αιγίδα
του Συλλόγου Διαβητικών Ν. Μεσσηνίας «ΓΛΥΚΙΑ ΜΕΣΣΗΝΙΑ»

Εναρκτήριες ομιλίες από κ. **Ι. Κυριαζή**, Πρόεδρος Δ.Σ. Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν.
και κ. **Α. Καρούνου**, Πρόεδρος Συλλόγου Διαβητικών Ν. Μεσσηνίας «ΓΛΥΚΙΑ ΜΕΣΣΗΝΙΑ»

**Η εκδήλωση θα έχει διαδραστικό χαρακτήρα με σκοπό να γίνει
μια ανοικτή συζήτηση μεταξύ επιστημόνων και κοινού.**

Συντονιστής: **Κ. Φιλίππου**

Συμμετέχοντες: • **Χ. Καπερνόπουλος**, Διαβητολόγος

• **Α. Κορακοβούνη**, Ενδοκρινολόγος • **Κ. Μπουκέα**, Διατροφολόγος

• **Καπερνόπουλος Χάρης**,

Ειδικός Παθολόγος - Εξειδικευθείς στον Σακχαρώδη Διαβήτη, Καλαμάτα

• **Κορακοβούνη Αρετή**, Ενδοκρινολόγος, Ιδιώτης, Καλαμάτα

• **Μπουκέα Καλλιόπη**,

Κλινική Διαιτολόγος, Προϊσταμένη του Τμήματος Διατροφής του Γ.Ν. Καλαμάτας

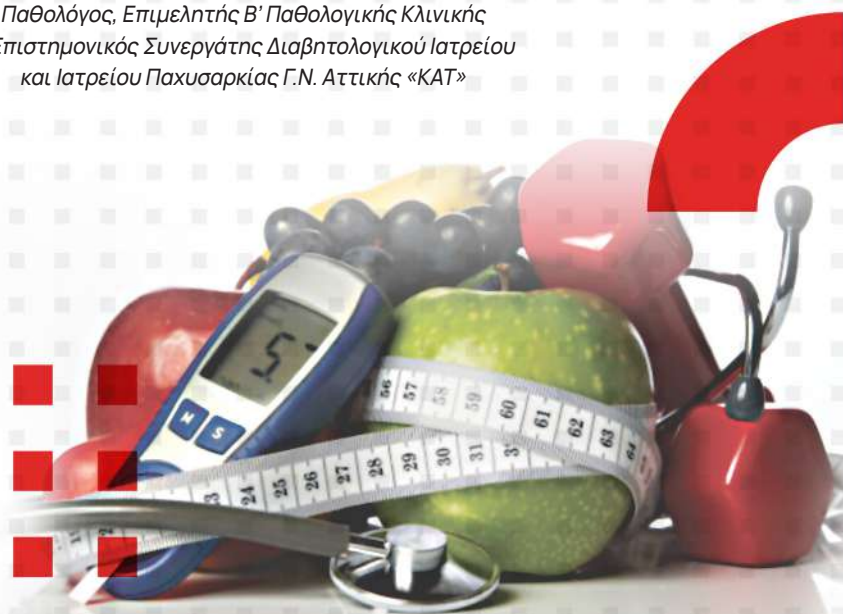
• **Φιλίππου Κωνσταντίνος**,

Παθολόγος, Επιμελητής Β' Παθολογικής Κλινικής
& Επιστημονικός Συνεργάτης Διαβητολογικού Ιατρείου
και Ιατρείου Παχυσαρκίας Γ.Ν. Αττικής «ΚΑΤ»



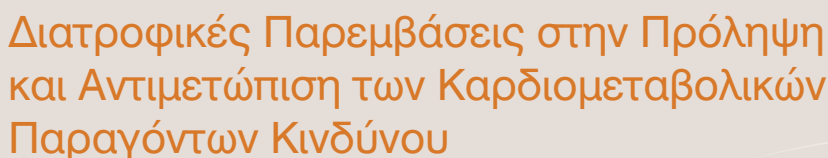
ΟΡΓΑΝΩΣΗ

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





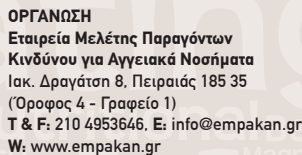
Αμφιθέατρο Φαίδων Φέσσας, Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ»



Exercise
is Medicine®
Greece

Ένωσης Διαιτολόγων -
Διατροφολόγων Ελλάδος
(Ε.Δ.Δ.Ε.)

Εθνικού Κέντρου
“Exercise is Medicine - Greece”



Annual Postgraduate Course 2023-2024

Βασικές και επικαιροποιημένες γνώσεις
στις ΚαρδιοΝεφροΜεταβολικές Παθήσεις

Ετήσια Μεταπτυχιακά Μαθήματα

Έναρξη προγράμματος 2/10/2023 (εξάμηνη διάρκεια)



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



ΟΡΓΑΝΩΣΗ

Εταιρεία Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου για Αγγειακά Νοσήματα

Ιακ. Δραγάση 8, Πειραιάς 185 35 (Όροφος 4 - Γραφείο 1)

T. & F. 210 4953646, E. info@empakan.gr

W. www.empakan.gr

12^ο ΑΚΡΟΠΟΛΙΣ 2023



**Εταιρεία Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου
για Αγγειακά Νοσήματα**

Ετήσια συνάντηση ειδικών σε θέματα καρδιομεταβολικού κινδύνου: αμφιλεγόμενα θέματα αιχμής

ΣΑΒΒΑΤΟ 16 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2023

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
(Ορόφος 4 - Γραφείο Δ1)

T & F: 210 4953646, **E:** info@empakan.gr

W: www.empakan.gr



CONGRESS WORLD ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ ΙΚΕ

Οργάνωση Συνεδρίων

Μιχαλακοπούλου 27, 11528 ΑΘΗΝΑ



ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

A

ΑΒΡΑΜΟΠΟΥΛΟΣ Η.	4
ΑΛΑΒΕΡΑΣ Α.	3, 10, 12, 13, 15, 23
ΑΛΕΤΡΑΣ Γ.	10, 37
ΑΛΟΥΣΗ Μ.	17, 55
ΑΝΑΓΝΩΣΤΑΚΗ Μ.Ε.	13, 41
ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ Ι.	16, 43
ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΣ Β.	3, 16, 45
ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ Ν.	3, 13, 23
ΑΡΓΥΡΑΚΗ Κ.	20, 23

B

ΒΑΚΚΑ Α.	5, 32
ΒΑΛΕΝΤΗ Π.	5, 31
ΒΕΚΙΟΣ Δ.	8, 16, 46, 51
ΒΛΑΧΑΚΟΣ Δ.	3, 9, 23
ΒΛΑΧΟΣ Δ.	19, 23
ΒΟΓΙΑΤΖΗΣ Ι.	10, 36

Γ

ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ Θ.	10, 37
ΓΙΑΜΟΥΖΗΣ Γ.	10, 38
ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ Ε.	5, 29
ΓΙΑΝΝΟΥΤΣΟΣ Σ.	13, 42
ΓΚΑΡΓΚΟΥΛΑΣ Γ.	5, 29
ΓΚΟΥΓΚΟΥΡΕΛΑΣ Ι.	13, 41
ΓΡΑΣΣΟΣ Χ.	3
ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ Κ.	5, 6, 23

Δ

ΔΗΜΟΣΘΕΝΟΠΟΥΛΟΣ Χ.	3, 7, 9, 14, 23, 34
ΔΙΒΑΝΗ Μ.	20, 23
ΔΡΙΒΑ Σ.	16, 43
ΔΡΟΣΟΣ Α.	3, 7, 8, 11, 16, 23, 33, 45

Ε

ΕΥΘΥΜΙΑΔΟΥ Ρ.	3, 8, 10, 23
ΕΥΣΤΑΘΙΟΥ Σ.	10, 11, 14, 23

Z

ΖΑΦΕΙΡΗ Μ.	5, 6, 23
ΖΕΡΒΑ Ε.	8, 16, 46, 51
ΖΩΓΡΑΦΟΥ Ι.	10, 19, 23

Θ

ΘΑΝΟΠΟΥΛΟΥ Α.	17, 54
ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΥ Α.	17, 54, 55
ΘΕΟΔΩΡΟΥ Δ.	7, 34
ΘΕΟΧΑΡΙΔΗΣ Α.	13, 53
ΘΩΜΟΠΟΥΛΟΣ Κ.	9, 20, 23

I

ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ Ι.	3, 4, 6, 7, 12, 14, 15, 18, 19, 20, 23, 27
--------------	--

K

ΚΑΪΑΦΑ Γ.	3, 14, 23
ΚΑΛΑΦΑΤΗΣ Ε.	3, 8, 16, 45, 46, 51
ΚΑΠΑΝΤΑΝΗΣ Ε.	3
ΚΑΠΕΡΝΟΠΟΥΛΟΣ Χ.	5, 6, 20, 23, 64
ΚΑΡΑΚΑΝΑΣ Α.	8, 35
ΚΑΡΑΜΑΝΑΚΟΣ Γ.	16, 43
ΚΑΡΑΜΠΕΤΣΟΣ Β.	5, 29
ΚΑΡΝΟΥΣΚΟΣ Ν.	5, 29
ΚΑΣΤΗ Α.	7
ΚΑΤΣΑΒΡΙΑ Α.	5, 11, 32, 52
ΚΑΤΣΙΑΔΑΣ Ν.	10, 17, 38, 54, 55
ΚΑΥΚΑΣ Ν.	3
ΚΙΤΣΙΝΕΛΗΣ Β.	13, 42
ΚΛΑΔΟΥΡΗΣ Ι.	7, 8, 16, 33, 45, 51
ΚΛΕΙΣΑ Μ.	7, 8, 33, 51
ΚΟΚΚΙΝΟΣ Α.	3, 6, 9, 23, 27
ΚΟΝΤΟΥ Α.	5, 48
ΚΟΡΕΛΑ Δ.	10, 37
ΚΟΡΚΟΝΙΚΗΤΑΣ Π.	17, 52
ΚΟΡΟΒΕΣΗΣ Κ.	3, 5, 8, 11, 23
ΚΟΣΜΟΠΟΥΛΟΥ Σ.	5, 29
ΚΟΥΔΟΥΝΗΣ Γ.	2, 3, 5, 11, 14, 24, 29
ΚΟΥΝΤΟΥΡΗ Α.	16, 43
ΚΟΥΤΣΟΒΑΣΙΛΗΣ Α.	3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 17, 19, 24, 32, 34, 52



ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

ΚΥΡΙΑΖΗΣ Ι.	2, 3, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 18, 19, 20, 24, 27, 33, 34, 40, 45, 46, 51
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ Σ.	17, 55
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Θ.	10, 36
ΚΩΣΤΑΡΕΣ Μ.	15, 24

Λ

ΛΑΜΠΑΔΙΑΡΗ Β.	3, 16, 43
ΛΑΜΠΡΟΓΙΑΝΝΑΚΗΣ Ε.	10, 37
ΛΑΝΑΡΑΣ Λ.	6, 19, 24
ΛΑΠΠΑ Θ.	7, 33
ΛΙΑΤΗΣ Σ.	3, 4, 7, 14, 16, 17, 24, 43
ΛΥΜΠΕΡΟΠΟΥΛΟΣ Ε.	3

Μ

ΜΑΓΟΥΝΑΚΗ Κ.	7, 8, 34, 51
ΜΑΚΑΡΗΣ Ε.Λ.	5, 29
ΜΑΚΡΗ Μ.	3
ΜΑΚΡΙΛΙΑ Ν.	3, 8, 16, 45, 46, 51
ΜΑΚΡΥΓΙΑΝΝΗΣ Σ.	3, 4, 10, 11, 15, 24
ΜΑΚΡΥΛΑΚΗΣ Κ.	19, 24
ΜΑΛΤΕΖΟΣ Χ.	3, 8, 11, 24
ΜΑΝΙΑΤΗΣ Π.	17, 55
ΜΑΥΡΟΓΙΑΝΝΑΚΗ Α.	3, 17, 19, 24
ΜΑΥΡΟΚΕΦΑΛΟΥ Ε.	19, 24
ΜΕΛΙΔΩΝΗΣ Α.	9, 24
ΜΗΛΙΩΝΗΣ Χ.	3
ΜΟΧΑΜΑΝΤΙ Ν.	7, 8, 33, 51
ΜΠΑΛΑΜΠΑΝΗΣ Κ.	8, 19, 24
ΜΠΑΡΜΠΑΓΙΑΝΝΗ Α.	16, 43
ΜΠΑΡΟΥΞΗΣ Π.	5, 29
ΜΠΑΧΛΙΤΖΑΝΑΚΗ Ε.	10, 37
ΜΠΑΧΛΙΤΖΑΝΑΚΗ Μ.	10, 37
ΜΠΟΛΗ Μ.	8, 16, 46, 51
ΜΠΟΥΡΔΑΚΗΣ Α.	3, 7, 9, 13, 24
ΜΠΡΙΣΤΙΑΝΟΥ Μ.	13, 14, 16, 19, 24
ΜΠΡΙΣΤΟΓΙΑΝΝΗΣ Γ.	3, 9, 24
ΜΥΓΔΑΛΗΣ Η.	14, 18, 24

Ν

ΝΙΚΟΛΑΪΔΗΣ Ε.	5, 29
ΝΟΥΤΣΟΥ Μ.	3
ΝΤΑΒΛΟΥΡΟΣ Π.	3
ΝΤΑΙΒΗΣ Η.	5, 29
ΝΤΑΝΑΣΗ Α.	8, 16, 46, 51
ΝΤΟΥΠΗΣ Ι.	3, 4, 9, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 25

Ξ

ΞΑΝΘΟΠΟΥΛΟΣ Α.	10, 38
ΞΥΔΙΑ Ν.	3

Ο

ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Ο.	5, 11, 32, 52
--------------	---------------

Π

ΠΑΓΩΝΗ Μ.	3, 11, 25
ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΥ Κ.Ι.	8, 16, 46, 51
ΠΑΝΑΤΟΠΟΥΛΟΣ Χ.	5, 29
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Α.	10, 36
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ Κ.	5, 32
ΠΑΠΑΝΑΣ Ν.	17, 25
ΠΑΠΠΑΣ Σ.	3, 4, 6, 10, 12, 15, 25
ΠΑΤΣΙΛΙΝΑΚΟΣ Σ.	10, 17, 38, 55
ΠΑΤΣΟΥΡΑΚΟΣ Ν.	3, 4, 6, 10, 11, 15, 16, 18, 25
ΠΙΤΑΡΟΚΟΙΛΗΣ Μ.	10, 37
ΠΙΤΤΑΡΑΣ Α.	3, 4, 9, 14, 20, 25
ΠΟΥΛΥΖΟΣ Κ.	3, 8, 16, 45, 46, 51
ΠΟΥΛΙΟΥ Ε.	3, 8, 16, 45, 51

Ρ

ΡΕΝΙΕΡΗΣ Ι.	13, 42
ΡΙΖΟΣ Μ.	13, 42
ΡΟΚΑΣ Π.	5, 29
ΡΟΥΣΣΟΣ Χ.Ε.	5, 29



ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

Σ

ΣΑΒΒΟΠΟΥΛΟΣ Χ.	3, 11, 25
ΣΑΛΙΑΡΗ Α.	7, 8, 33, 51
ΣΔΟΓΚΟΣ Ε.	10, 36
ΣΚΛΗΡΟΣ Ε.	3, 8, 14, 25
ΣΚΟΠΕΛΙΤΗΣ Η.	5, 11, 32, 52
ΣΚΟΥΛΑΡΙΓΚΗΣ Ι.	10, 38
ΣΚΟΥΤΑΣ Δ.	3, 14, 25
ΣΚΥΛΛΑΣ Γ.	13, 42
ΣΠΑΧΙΟΥ Α.	10, 36
ΣΤΑΜΟΣ Κ.	8, 35
ΣΤΑΜΟΥ Ε.	7, 8, 33, 51
ΣΤΑΣΙΝΟΠΟΥΛΟΥ Φ.	5, 48
ΣΤΕΦΑΝΗ Δ.	3, 16, 45, 46
ΣΤΟΥΓΙΑΝΝΟΣ Π.	3, 4, 6, 7, 8, 15, 17, 25
ΣΤΡΟΥΜΠΟΥΛΗ Ε.	8, 25
ΣΤΥΛΙΑΔΗΣ Ι.	8, 35
ΣΩΤΗΡΟΠΟΥΛΟΣ Α.	3, 4, 8, 14, 17, 25

Τ

ΤΕΝΤΟΛΟΥΡΗΣ Ν.	3
ΤΖΑΚΗ Μ.	7, 33
ΤΖΟΥΔΑΣ Θ.	5, 29
ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ Κ.	3
ΤΡΥΠΟΣΚΙΑΔΗΣ Φ.	10, 38
ΤΡΩΙΖΟΣ Β.	5, 29
ΤΣΑΓΚΑΡΗ Α.	7, 33, 34
ΤΣΑΓΚΑΡΗΣ Η.	13, 42
ΤΣΑΝΑΞΙΔΗΣ Ν.	8, 35
ΤΣΙΜΙΧΟΔΗΜΟΣ Β.	3
ΤΣΙΟΥΦΗΣ Κ.	3, 14, 25
ΤΣΙΠΡΑ Ε.	17, 55
ΤΣΟΡΛΑΛΗΣ Χ.	5, 29
ΤΣΟΥΜΑΣ Ι.	7, 8, 33, 51

Φ

ΦΑΓΚΡΕΖΟΣ Δ.	17, 55
ΦΙΛΙΠΠΟΥ Κ.	5, 7, 8, 11, 13, 16, 25, 34, 40, 45, 46, 51, 64
ΦΟΥΚΑΡΑΚΗΣ Ε.	10, 37
ΦΟΥΡΝΑΡΙΔΗ Α.	8, 16, 46, 51
ΦΡΑΝΤΖΕΣΚΑΚΗ Φ.	13, 42

Χ

ΧΑΛΒΑΤΣΙΩΤΗΣ Π.	3, 4, 6, 25
ΧΑΤΖΗΑΓΓΕΛΑΚΗ Ε.	3, 6, 14, 25
ΧΑΤΖΗΒΑΣΙΛΟΓΛΟΥ Β.	5, 11, 32, 52
ΧΑΤΖΗΚΥΡΙΑΚΟΣ Α.	7, 33
ΧΑΧΑΛΗ Θ.	8, 16, 46, 51

Ψ

ΨΑΡΡΟΥ Γ.	13, 42
-----------	--------



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>