



21^o

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ **ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ**

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ
25-27/11/2021

ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ
MAKEDONIA PALACE

ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΤΟΜΟΣ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ & ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος: Θ. Μακρής
Αντιπρόεδρος: Μ. Δούμας
Γεν. Γραμματέας: Δ. Παπαδόπουλος
Ειδ. Γραμματέας: Β. Κατσή
Ταμίας: Ε. Γκαλιαγκούση
Μέλη: Ε. Μανιός
 Μ. Ποικιλίδου
 Α. Πρωτογέρου
 Β. Ράπτης
τ. Πρόεδρος: Π. Ζεμπεκάκης

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Ε. Γκαλιαγκούση	Δ. Παπαδόπουλος
Μ. Δούμας	Μ. Ποικιλίδου
Ι. Ζαρίφης	Α. Πρωτόγερου
Π. Ζεμπεκάκης	Β. Ράπτης
Β. Κατσή	Π. Σαραφίδης
Θ. Μακρής	ΓΣ. Στεργίου
Ε. Μανιός	Κ. Τσιούφης
Α. Μανώλης	

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ

Αθήνα

Βασ. Σοφίας 111, 115 27
 Τ: 210 6469358
 Ε: gramatia.hypertasi@gmail.com

Θεσσαλονίκη

Πλ. Ναυαρίνου 3, 546 22
 Τ: 2310 225508
 Ε: hypertasi.thess@gmail.com

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Χαιρετισμός Προέδρου.....	4
Επιστημονικό Πρόγραμμα	5
Δορυφορικές Εκδηλώσεις.....	15
Προσκεκλημένοι Πρόεδροι - Ομιλητές - Σχολιαστές.....	20
Ευχαριστίες	26
Γενικές Πληροφορίες	27
Προφορικές Ανακοινώσεις	31
Αναρτημένες Ανακοινώσεις	51



ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ ΠΡΟΕΔΡΟΥ

Αγαπητοί/ες συνάδελφοι,

Έχω τη χαρά και την τιμή να σας προσκαλέσω στο **21ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Ελληνικής Εταιρείας Υπέρτασης**, που θα διεξαχθεί, στις **25-27 Νοεμβρίου 2021** στη **Θεσσαλονίκη υβριδικά**, στο πλαίσιο των υγειονομικών μέτρων, που ισχύουν στη χώρα μας, λόγω της πανδημίας Covid 19. Η συμβολή της Ελληνικής Εταιρείας Υπέρτασης, από την ίδρυση της μέχρι σήμερα, είναι συνεχής στον ιατρικό επιστημονικό χώρο και αφορά την ενημέρωση, την εκπαίδευση και την πρόληψη της υπερτασικής νόσου και των επιπλοκών της, μέσω της συνεχούς εκπαίδευσης των Ελλήνων γιατρών. Είναι γνωστό, ότι η αρτηριακή υπέρταση αποτελεί, παγκοσμίως, ένα μεγάλο και δυσεπίλυτο πρόβλημα της δημόσιας υγείας. Πλήττει ένα υψηλό ποσοστό, περίπου 40% του γενικού πληθυσμού, και άνω του 50% των ατόμων τρίτης ηλικίας. Παραμένει και σήμερα ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων, δεδομένου ότι πολλοί ασθενείς είναι και παραμένουν αδιάγνωστοι. Παράλληλα υψηλό ποσοστό θεραπευμένων ασθενών δεν επιτυγχάνει τους θεραπευτικούς στόχους. Το 21ο συνέδριο της Ελληνικής Εταιρείας Υπέρτασης απευθύνεται και αφορά όλους τους συναδέλφους που ασχολούνται με την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία της ΑΥ και των επιπλοκών της. Μέσα από ένα πλούσιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα, τόσο σε διακεκριμένους ομιλητές, όσο και ερωτήματα και προβλήματα που απαιτούν λύση, στόχος μας είναι να μεταφέρουμε τις σύγχρονες θεωρητικές, αλλά και πρακτικές γνώσεις στον Έλληνα γιατρό. Ελπίζουμε, όπως κάθε χρόνο, να αγκαλιάσετε την προσπάθεια της Εταιρείας με μια μεγάλη συμμετοχή. Ευελπιστούμε το πρόγραμμα του συνεδρίου να καλύψει τις απαιτήσεις και τις ανάγκες των συμμετεχόντων και να βοηθήσει στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της μάστιγας της αρτηριακής υπέρτασης στη χώρα μας.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς

Ο πρόεδρος του Δ.Σ. της Ε.Ε.Υ.

Θ. Μακρής

Συντονιστής Διευθυντής
Καρδιολογικού Τμήματος
Γ.Ν.Μ ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΕΜΠΤΗ 25 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2021

13.00 - 14.00 ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (POSTERS) 1-25

Προεδρείο: **Μ. Βέλλιου, Κ. Ιμπριάλος**

14.00 - 15.00 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ 1-6

Προεδρείο: **Η. Σανίδας, Ι. Στυλιάδης**

- 1 ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ ΚΑΤΑ ΤΟΥ COVID-19**
Μ. Βέλλιου¹, Θ. Αναστασίου¹, Η. Σανίδας¹, Δ. Παπαδόπουλος¹, Μ. Μαντζουράνη², Ι. Μπαρμπε-
τσέας¹

¹Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», ²Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

- 2 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ, ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΙ ΦΑΙΝΟΤΥΠΟΙ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ**

Γ. Βαρέτα¹, Π. Γεωργιανός¹, Β. Βάϊος¹, Ε. Γεροπούλου¹, Β. Σγουροπούλου¹, Α. Γεωργουλίδου²,
Ε. Ντουνούση³, Α. Παπαγιάννη⁴, Η. Μπαλάσκας¹, Π. Ζεμπεκάκης¹, Β. Λιακόπουλος¹

¹Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης, Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλο-
νίκη, ²Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης, Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής, Κομοτηνή, ³Νεφρολογική
Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, ⁴Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ.,
Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

- 3 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΟΥΝ ΠΑΡΟΜΟΙΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΠΟΚΛΙΝΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΜΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**

Π. Ανυφαντή, Β. Νικολαΐδου, Α. Λαζαρίδης, Α. Τριανταφύλλου, Α. Δημητριάδου, Α. Κυριαζίδου,
Κ. Μαστρογιάννης, Σ. Δούμα, Ε. Γκαλιαγκούση

Γ' Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ Παπαγεωργίου, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

- 4 ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΤΩΝ ΣΤΟΧΩΝ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΙΣ ΠΡΟΣΦΑΤΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ**

Φ. Μπάρκας, Α.-Δ. Κουτσογιάννη, Π. Αδαμίδης, Γ. Αναστασίου, Ε. Λυμπερόπουλος, Γ. Λιάμης
Τμήμα Παθολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

- 5 ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ**

Ε. Σταματοπούλου¹, Χ. Αναγνωστόπουλος², Α. Σταματοπούλου³, Δ. Τσίλιας⁴, Φ. Χανιώτης⁵,
Δ. Χανιώτης⁶

¹PhD(c), M.Sc-MPH Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, M.Sc. Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής
Πρόνοιας Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λειτουργός Δημό-
σιας Υγείας, Εκπαιδευτικός, R.N. Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, Μέλος Ελληνικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας,
Member PCRS-UK, ²Γενικός Ιατρός Επιμελητής Α' ΚΥ Βασιλικής Λευκάδας, Υπεύθυνος Επιστημονικής
Λειτουργίας, ³PhD(c), Οικονομολόγος, M.Sc. Διεθνής Διοικητική των Επιχειρήσεων, M.Sc. Διοίκηση
Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο
Κύπρου, Εκπαιδευτικός, Ακαδημαϊκή Υπότροφος Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής (Πα.Δ.Α.), ⁴RN,
MSc Κλινική Παιδιατρική & Νοσηλευτική – Έρευνα, Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών Π. & Α. Κυριακού,
⁵MD, PhD, FESC, Ομότιμος Καθηγητής, Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών, Σχολή Επιστημών Υγείας
και Πρόνοιας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής (Πα.Δ.Α.), ⁶MD, PhD, FESC, Καθηγητής, Πρόεδρος
Τμήματος Βιοϊατρικών Επιστημών, Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, Πανεπιστήμιο Δυτικής
Αττικής (Πα.Δ.Α.)

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΕΜΠΤΗ 25 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2021

6 ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΝΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΟΥΔΕΤΕΡΟΦΙΛΙΚΩΝ ΕΞΩΚΥΤΤΑΡΙΩΝ ΠΑΓΙΔΩΝ ΣΕ ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΝΤΕΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Α. Λαζαρίδης¹, Α. Χρυσανθοπούλου², Ε. Γαβριηλάκη³, Ε.-Ε. Κοραβού³, Ν. Κολέτσος¹, Π. Σκένδρος^{2,4}, Ε. Γκαλιαγκούση¹

¹ Γ' Παθολογική κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη, ²Εργαστήριο Μοριακής Αιματολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη, ³Αιματολογική Κλινική – Μονάδα Μεταμόσχευσης, Γενικό Νοσοκομείο Γ. Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη, ⁴Α' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

15.00 - 17.00 ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Προεδρείο: **Χ. Σαββόπουλος, Π. Καλογερόπουλος**

Ασθενής με υψηλή φυσιολογική αρτηριακή πίεση

Α. Ντινέρη

Σχολιασμός: **Κ. Ζέρβα**

Ασθενής με υπέρταση και κολπική μαρμαρυγή

Ι. Ανδρίκου

Σχολιασμός: **Κ. Μπακογιάννης**

Ασθενής με υπέρταση και υπερθυρεοειδισμό

Π. Ανυφαντή

Σχολιασμός: **Ν. Κουρεμένος**

Ασθενής με υπέρταση και εγκυμοσύνη

Ν. Παναγοπούλου

Σχολιασμός: **Κ. Σταυρόπουλος**

Ασθενής με υπέρταση και νεοπλασματική νόσο

Ε. Μιχαλοπούλου

Σχολιασμός: **Δ. Γουρλής**

17.00 - 18.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Διαγνωστική προσέγγιση ΑΥ – Μύθοι και πραγματικότητα

Προεδρείο: **Α. Αβδελίδου, Β. Κατσή**

Μέθοδοι μέτρησης ΑΠ: Πλεονεκτήματα - Μειονεκτήματα

Α. Κόλλιας

Κεφαλαλγία – ρινορραγία – Είναι εκδηλώσεις υπερτασικής αιχμής;

Α. Λαζαρίδης

Εκτακτοσυστολή αρρυθμία και αρτηριακή υπέρταση

Λ. Πουλημένος

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΕΜΠΤΗ 25 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2021

18.00 - 18.30 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

18.30 - 19.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Θεραπευτικοί προβληματισμοί στη καθημερινή κλινική πράξη

Προεδρείο: Ν. Φραγκάκης, Κ. Κυφνίδης

Έναρξη φαρμακευτικής αγωγής με συνδυασμό φαρμάκων σε όλους;

Ι. Ζαρίφης

Αντιυπερτασικά φάρμακα και ποιότητα ζωής

Κ. Δημητριάδης

Χρονοθεραπεία και αρτηριακή υπέρταση

Σ. Μανιός

19.30 - 20.00 **ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ** (Σελ. 15)

20.00 - 21.00 **ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ**

- Χαιρετισμός:

Θ. Μακρής, Πρόεδρος ΕΕΥ

- Εναρκτήρια ομιλία αφιερωμένη στη μνήμη καθηγητή Αναστάσιου Λαζαρίδη

Προλογίζει ο καθηγητής **Παντελής Ζεμπεκάκης**

Ιατρικό σφάλμα: Προβληματισμοί από την Ιατρική Πρακτική

Β. Ταρλατζής

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 26 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2021

09.00 - 10.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ****Αρτηριακή υπέρταση και διαβήτης. Νεότερα δεδομένα***Προεδρείο: Π. Ζεμπεκάκης, Ε. Ανδρεάδης*

Καρδιομεταβολικό σύνδρομο και υπέρταση

Β. Κατσή

Θεραπευτικοί στόχοι υπέρτασης στον ασθενή με διαβήτη.

Το όφελος της θεραπείας.

Α. Πρωτογέρου

Επιλογή αντιυπερτασικής θεραπείας στον διαβητικό ασθενή με νεφρική βλάβη.

Π. Γεωργιανός10.00 - 11.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ****Αρτηριακή υπέρταση στο γυναικείο πληθυσμό***Προεδρείο: Β. Κώτσης, Ε. Γκαλιαγκούση*

Στην εξωσωματική γονιμοποίηση

Ο. Παπαζάχου

Στην εγκυμοσύνη

Μ. Ποικιλίδου

Στην εμμηνόπαυση

Χ. Μηλιώνης11.00 - 11.30 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ – ΚΑΦΕΣ**11.30 - 12.00 **ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ** (Σελ. 15)12.00 - 13.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ****Ανθεκτική αρτηριακή υπέρταση – συντηρητική / επεμβατική θεραπεία***Προεδρείο: Κ. Τσιούφης, Δ. Βλαχάκος*

Το πρόβλημα της ανθεκτικής υπέρτασης (ορισμός, επιδημιολογία, πρόγνωση)

Μ. Azizi

Κλιμάκωση της αντιυπερτασικής φαρμακευτικής αγωγής στον ασθενή

με ανθεκτική υπέρταση

Δ. Κωνσταντινίδης

Απονεύρωση του νεφρού σε ασθενείς με ανθεκτική υπέρταση.

Πότε θα την χρειασθούμε, ποιούς θα βοηθήσει και πόσο;

Β. Παπαδημητρίου

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 26 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2021

13.00 - 13.30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: Χ. Παπαδόπουλος, Ε. Τριανταφυλλίδη

Δυσλιπιδαιμίες – Κατευθυντήριες οδηγίες: Είναι εφικτοί οι θεραπευτικοί στόχοι;

Λ. Ραλλίδης

13.30 - 14.00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: Θ. Μακρής, Μ. Δούμας

Καρδιακή Ανεπάρκεια: Παρόν και μέλλον

Γ. Φιλιππάτος

14.00 - 15.00 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

14.00 - 15.00 **ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (POSTERS) 26-51**

Προεδρείο: Κ. Κυριακούλης, Κ. Δημητρακόπουλος

15.00 - 16.30 **ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ 7-16**

Προεδρείο: Ι. Παπαδάκης, Σ. Μαραγκουδάκης

7 EXERCISE CAPACITY AND ATRIAL FIBRILLATION RISK IN 459,592 HYPERTENSIVE US VETERANS: A COHORT STUDY

A. Pittaras^{1,2}, M. Doumas², H. Grassos², K. Stavropoulos², K. Imprialos², C. Faselis², P. Kokkinos²

¹Mediton Medical Center Athens, ²VA & George Washington University Medical Centers Washington DC

8 ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Ε. Μιχαηλίδης, Ι. Ζαρίφης

¹Καρδιολόγος, Ξάνθη, ²Καρδιολόγος Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής Γενικό Νοσοκομείο Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη

9 ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΩΝ ΠΕΡΙΔΙΑΛΥΤΙΚΩΝ, ΕΝΔΟΔΙΑΛΥΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΩΝ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Φ. Ιατρίδη¹, Μ. Θεοδωρακοπούλου¹, Μ.-Ε. Αλεξάνδρου¹, Α. Καρπέτας², Α. Μπίκος³, Α. Καραγιαννίδης¹, Ι. Τσουχνικάς¹, C. Mayer⁴, Α.-Μ. Χάιτις⁵, Α. Παπαγιάννη¹, Π. Σαραφίδης¹

¹Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη ²Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Θεραπευτική», Θεσσαλονίκη ³Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Πρότυπο», Θεσσαλονίκη ⁴Austrian Institute of Technology, Center for Health & Bioresources, Biomedical Systems, Vienna, Austria, ⁵Εργαστήριο Υγιεινής, Κοινωνικής-Προληπτικής Ιατρικής και Ιατρικής Στατιστικής Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 26 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2021

10 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΤΩΝ ΠΕΡΙΔΙΑΛΥΤΙΚΩΝ, ΕΝΔΟΔΙΑΛΥΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΩΝ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Μ. Θεοδωρακοπούλου¹, Φ. Ιατρίδη¹, Μ.-Ε. Αλεξάνδρου¹, Α. Καρπέτας², Γ. Κουτρούμπας³, Β. Ράπτης⁴, Α. Παπαγιάννη¹, Π. Σαραφίδης¹

¹Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη, ²Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Θεραπευτική», Θεσσαλονίκη, ³Μονάδα Αιμοκάθαρσης, Γενικό Νοσοκομείο Αχιλλοπούλειο, Βόλος, ⁴Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Πιερία», Κατερίνη

11 ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ, ΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΤΗΝ 24ΩΡΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ: ΣΥΓΚΡΙΣΗ, ΣΥΜΦΩΝΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Α. Ντινέρη¹, Ν. Μπουμπουχαιοπούλου, Α. Κόλλιας, Α. Δεστούνης, Γ. Στεργίου
Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Γ' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Η Σωτηρία», Αθήνα

12 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΒΕΛΤΙΣΤΟΥ ΚΑΙ ΕΛΑΧΙΣΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ: ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΒΑΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΜΕ 2.122 ΑΤΟΜΑ

Κ. Κυριακούλης¹, Α. Ντινέρη¹, T. Niiranen^{2,3,4}, A. Lindroos^{2,3}, A. Julia², C. Schwartz⁵, Α. Κόλλιας¹, Ε. Ανδρεάδης⁶, R. McManus⁵, Γ. Στεργίου¹

¹Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Γ' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Η Σωτηρία», Αθήνα, ²National Institute for Health and Welfare, Turku, Finland, ³Department of Internal Medicine, University of Turku, Turku, Finland, ⁴Division of Medicine, Turku University Hospital, Turku, Finland, ⁵Green Templeton College & Nuffield Department of Primary Care Health Sciences, University of Oxford, Oxford, UK, ⁶Κέντρο Υπέρτασης και Πρόληψης Καρδιαγγειακής Νόσου, Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός», Αθήνα, Ελλάδα

13 ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΕΚΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ 117 ΜΕΛΕΤΩΝ ΣΕ 450.000 ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Ε. Μαντά¹, Μ. Καριώρη¹, Δ. Κωνσταντινίδης¹, Κ. Δημητριάδης¹, Δ. Πολύζος¹, Σ. Δρογκάρης¹, Φ. Τατάκης¹, Κ. Θωμόπουλος², Κ. Τσιούφης¹

¹Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», ²Καρδιολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Έλενα Βενιζέλου»

14 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΝΟΣΗΣΕΙ ΑΠΟ SARS-COV-2

Μ. Καριώρη¹, Χρ. Φραγκούλης¹, Ι. Λεοντσίνης¹, Α. Βαλατσού¹, Α. Μπανός², Δ. Πολύζος¹, Ε. Μαντά¹, Σ. Δρογκάρης¹, Δ. Κωνσταντινίδης¹, Μ. Πηρουνάκη², Κ. Αγγέλη¹, Κ. Θωμόπουλος³, Χ. Χρυσόχδου¹, Δ. Βασιλόπουλος², Κ. Τσιούφης¹

¹Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΑ Ιπποκράτειο, Ιατρική σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ²Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ Ιπποκράτειο, Ιατρική σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ³Καρδιολογικό Τμήμα, ΓΝΜΑ «Έλενα Βενιζέλου»

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 26 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2021

15 ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΡΟΦΙΛ ΤΗΣ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΛΗΠΤΕΣ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

Μ. Κορογιάννου¹, Μ. Θεοδωρακοπούλου², Π. Σαραφίδης², Μ.-Ε. Αλεξάνδρου², Ε. Πέλλα², Ε. Ξαγάς¹, Α. Αργύρης³, Α. Πρωτογέρου³, Α. Παπαγιάννη², Ι.Ν. Μπολέτης¹, Σ. Μαρινάκη¹

¹Κλινική Νεφρολογίας & Μεταμόσχευσης Νεφρού, ΠΓΝ Λαϊκό, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα, ²Νεφρολογική Κλινική, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, ³Μονάδα Καρδιαγγειακής Πρόληψης και Έρευνας, Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, ΠΓΝ Λαϊκό, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα

16 ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΡΟΦΙΛ ΤΗΣ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΛΗΠΤΕΣ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Μ. Κορογιάννου¹, Π. Σαραφίδης², Μ.-Ε. Αλεξάνδρου², Μ. Θεοδωρακοπούλου², Ε. Πέλλα², Ε. Ξαγάς¹, Α. Αργύρης³, Α. Πρωτογέρου³, Α. Παπαγιάννη², Ι.Ν. Μπολέτης¹, Σ. Μαρινάκη¹

¹Κλινική Νεφρολογίας & Μεταμόσχευσης Νεφρού, ΠΓΝ Λαϊκό, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα, ²Νεφρολογική Κλινική, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, ³Μονάδα Καρδιαγγειακής Πρόληψης και Έρευνας, Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, ΠΓΝ Λαϊκό, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα

16.30 - 17.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Αρτηριακή Υπέρταση και Καρδιαγγειακές Επιπλοκές

Συντονιστές: **Α.Ι. Μανώλης, Ι. Ζαρίφης**

Προεγχειρητική προσέγγιση και διαχείριση της αρτηριακής πίεσης

Μ. Κουτσάκη

Υπέρταση και στεφανιαία νόσος

Ε. Καλλίστρατος

Υπέρταση και καρδιακή ανεπάρκεια

Μ. Μαρκέτου

17.30 - 18.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Επίκαιρα θέματα

Προεδρείο: **Π. Ζεμπεκάκης, Ο. Μπαλάφα**

Πολυκυστική Νόσος των Νεφρών: γένεση και αντιμετώπισης της υπέρτασης και της ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας

Β. Ράπτης

Νεφροπροστασία σε ασθενείς με ΧΝΝ: η χρήση των α- ΜΕΑ, ΑΥΑ, αποκλειστών και ανταγωνιστών των αλατοκορτικοειδών

Ρ. Καλαϊτζίδης

Μηχανισμοί οξείας νεφρικής βλάβης στη καρδιακή ανεπάρκεια

Π. Σαραφίδης

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 26 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2021

18.30 - 19.00 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**19.00 - 19.30 **ΔΙΑΛΕΞΗ***Προεδρείο: Χ. Ζαμπούλης, Α. Πρωτογέρου*

Αρτηριακή υπέρταση στους υπερήλικες

Α. Μπενέτος19.30 - 20.00 **ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ** (Σελ. 15)20.00 - 20.30 **ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ** (Σελ. 15)20.30 - 21.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ****Νεότερα αντιδιαβητικά φάρμακα***Προεδρείο: Σ. Δούμα, Θ. Μακρής*

Στην αρτηριακή υπέρταση και τη ΧΝΝ

Γ. Μπάκρης

Στη καρδιακή ανεπάρκεια και τη στεφανιαία νόσο

Β. Παπαδημητρίου

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΣΑΒΒΑΤΟ 27 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2021

09.00 - 10.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Θεραπευτικοί προβληματισμοί στη καθημερινή κλινική πράξη

Προεδρείο: Ε. Μανιός, Α. Ζιάκας

Ασθενείς με υπέρταση και στυτική δυσλειτουργία

Χ. Βλαχόπουλος

Ασθενείς με υπέρταση και αυτοάνοσα νοσήματα

Ε. Γκαλιαγκούση

Ασθενείς με υπέρταση και ψυχικές παθήσεις

Α. Τριανταφύλλου

10.00 - 10.30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: Α. Μπενέτος

Αλάτι και Αρτηριακή Υπέρταση - Μύθοι και πραγματικότητα

Σ. Δούμα

10.30 - 11.00 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ** (Σελ. 15)

11.00 - 11.30 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

11.30 - 12.00 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ** (Σελ. 16)

12.00 - 13.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Θεραπεία Αρτηριακής Υπέρτασης -

Διλλήματα και προβληματισμοί στη καθημερινή κλινική πράξη

Προεδρείο: Γ. Στεργίου, Χ. Καρβούνης

Κριτήρια επιλογής φαρμακευτικών συνδυασμών στη πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη

Κ. Τσιούφης

Κίνδυνοι από την υπέρβαση των θεραπευτικών στόχων

Φαινόμενο Καμπύλης J. Μύθοι και πραγματικότητα

Θ. Μακρής

Κατευθυντήριες οδηγίες: Εφαρμόζονται στη κλινική πράξη;

Μ. Δούμας

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΣΑΒΒΑΤΟ 27 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2021

13.30 - 14.00 **ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ** (Σελ. 16)14.00 - 17.00 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**17.00 - 18.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ****Υπέρταση σε ειδικές ομάδες***Προεδρείο: Μ. Παπαβασιλείου, Α. Χατζητόλιος*

Παιδιά – Έφηβοι

Σ. Σταμπούλη

Ηλικιωμένοι

Α. Πιτταράς

Αθλούμενοι - Αθλητές

Χ. Γράσσο18.00 - 18.30 **ΔΙΑΛΕΞΗ***Προεδρείο: Π. Σαραφίδης, Φ. Στυλιανού***Χρόνια νεφρική νόσος και καρδιαγγειακός κίνδυνος**

Νεότερες θεραπευτικές εξελίξεις

Γ. Μπάκρης18.30 - 18.45 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**18.45 - 19.15 **ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ** (Σελ. 16)19.15 - 20.15 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ****Αντιπαραθέσεις***Προεδρείο: Α. Αχείμαστος, Δ. Παπαδόπουλος*

Μελέτη SPRINT – Παραμένει επίκαιρη;

Ναι: **Γ. Στεργίου**Όχι: **Α. Μανώλης**20.15 - 21.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ***Προεδρείο: Θ. Μακρής, Κ. Τσιούφης***Αρτηριακή υπέρταση 2021 παρόν και μέλλον****Συζήτηση με τους ειδικούς:****Γ. Μπάκρης, Β. Παπαδημητρίου, Α. Μπενέτος,****Γ. Στεργίου, Μ. Δούμας, Α. Μανώλης**21.00 - 21.30 **ΒΡΑΒΕΥΣΕΙΣ - ΤΕΛΕΤΗ ΛΗΞΗΣ**

ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

ΠΕΜΠΤΗ 25 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2021

19.30 - 20.00 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**



Bayer



Προεδρείο: **Θωμάς Μακρής**

Σύγχρονη αντιμετώπιση των προκλήσεων της Κολπικής
Μαρμαρυγής στην καθημερινή κλινική πράξη
Εμμανουήλ Καλλίστρατος

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 26 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2021

11.30 - 12.00 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ** AstraZeneca 

Προεδρείο: **Μιχάλης Δούμας**

Η νέα εποχή στην αντιμετώπιση της υπερκαλιαιμίας
Ανδρέας Πιτταράς

19.30 - 20.00 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**



WinMedica
Serving Health for Life

Προεδρείο: **Χρ. Σαββόπουλος**

Νεότεροι συνδυασμοί στην υπέρταση με πολλαπλές δράσεις
Θ. Μακρής

20.00 - 20.30 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**



VIATRIS™

Προεδρείο: **Ιωάννης Ζαρίφης**

Συνδυασμοί αντιυπερτασικών Φαρμάκων στην καθημερινή κλινική Πράξη
Β. Κώτσης

ΣΑΒΒΑΤΟ 27 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2021

10.30 - 11.00 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ** AstraZeneca 

Προεδρείο: **Θωμάς Μακρής**

Νεότερες εξελίξεις και κατευθυντήριες οδηγίες στη φαρμακευτική
θεραπεία της καρδιακής ανεπάρκειας με μειωμένο κλάσμα εξώθησης:
η θέση των SGLT2 αναστολέων

Γεώργιος Στεργίου

Σχολιαστής: **Χαράλαμπος Γράσσο**

ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

ΣΑΒΒΑΤΟ 27 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2021



Menarini Hellas

11.30 - 12.00 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ***Προεδρείο: Κωνσταντίνος Τσιούφης, Χρύσανθος Ζαμπούλης*

Η αντιμετώπιση του υπερτασικού ασθενούς.

Καθημερινοί προβληματισμοί στην κλινική πράξη

Μιχάλης Δούμας

Η αντιμετώπιση του υπερτασικού ασθενούς

υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου

Θωμάς Μακρής13.30 - 14.00 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ** *Προεδρείο: Θωμάς Μακρής*

Έλεγχος και Αξιολόγηση του Υπερτασικού Ασθενή

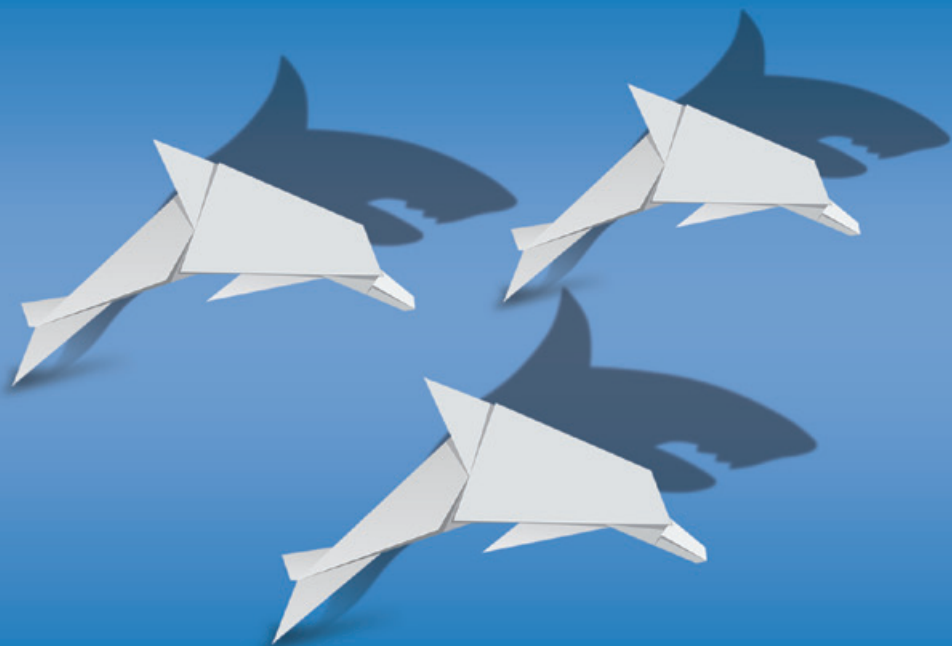
Δημήτριος Παπαδόπουλος18.45 - 19.15 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ** *Προεδρείο: Κωνσταντίνος Τσιούφης*

Η βέλτιστη θεραπεία στην Υπέρταση το 2021

Μ. Δούμα

Valsimia HCT[®]

αμλοδιπίνη/βαλσαρτάνη/υδροχλωροθειαζίδη



ΟΝΟΜΑΣΙΑ - ΜΟΡΦΗ - ΠΕΡΙΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ	Λιανική Τιμή
VALSIMIA HCT F.C.TAB (5+160+12.5)MG/TAB BTx30 δισκία σε BLISTERS (PVC/PVDC/Aluminium)	11,74€
VALSIMIA HCT F.C.TAB (5+160+25)MG/TAB BTx30 δισκία σε BLISTERS (PVC/PVDC/Aluminium)	11,74€
VALSIMIA HCT F.C.TAB (10+160+12.5)MG/TAB BTx30 δισκία σε BLISTERS (PVC/PVDC/Aluminium)	14,34€
VALSIMIA HCT F.C.TAB (10+160+25)MG/TAB BTx30 δισκία σε BLISTERS (PVC/PVDC/Aluminium)	14,56€
VALSIMIA HCT F.C.TAB (10+320+25)MG/TAB BTx30 δισκία σε BLISTERS (PVC/PVDC/Aluminium)	23,38€

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

Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή.

Αναφέρετε κάθε εικαζόμενη/πιθανολογούμενη
ανεπιθύμητη ενέργεια απευθείας στον ΕΟΦ,
σύμφωνα με το εθνικό σύστημα αναφοράς
ανεπιθύμητων ενεργειών.



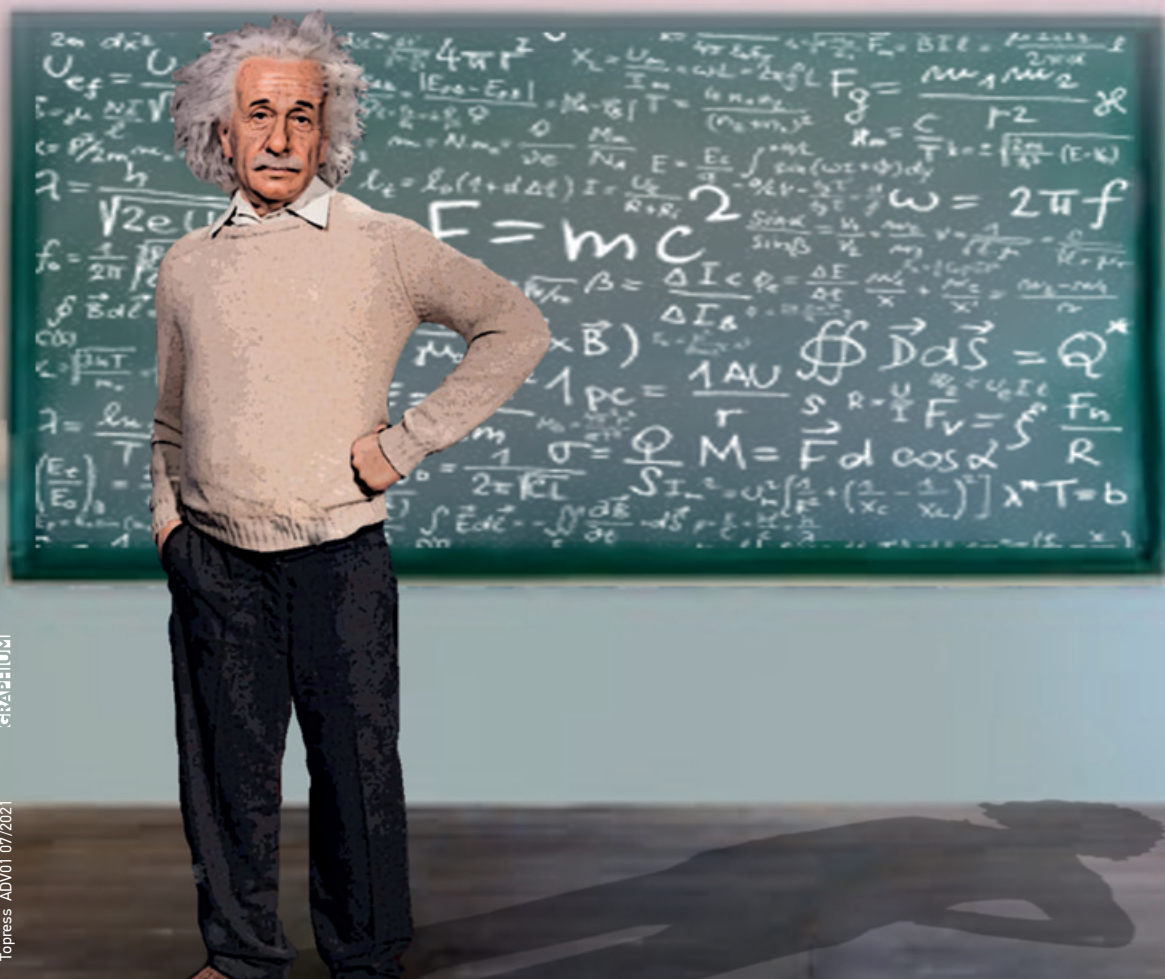
ELPEN Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ
Λεωφ. Μαραθώνος 95, 190 09 Πικέρμι Αττικής,
Τηλ.: 210 6039326-9, Fax: 210 6039300
www.elpen.gr

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



Topress

OLMESARTAN MEDOXOMIL/AMLODIPINE



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

WinMedica
Serving Health for Life

Για περισσότερες πληροφορίες συμβουλευθείτε
την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος.

Οιδίποδος 1-3 & Παράδρομος Αττικής Οδού 33-35
Τ.Κ. 15238 Χαλάνδρι | Τηλ.: 210 7488 821
Fax: 210 7488 827 | E-mail: info@winmedica.gr

ΝΕΑ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ

Η Βιταμίνη :D είναι
πλέον happy!

CALCIFENOV®

Χοληκαλσιφερόλη

Τρόπος διάθεσης: με ιατρική συνταγή

Εμπορική ονομασία

CALCIFENOV F.C.TAB 7000 IU/TAB BTx4 F.C. TABS
CALCIFENOV F.C.TAB 30000 IU/TAB BTx1 F.C. TABS
CALCIFENOV F.C.TAB 30000 IU/TAB BTx3 F.C. TABS

Λιανική Τιμή
Δ.Τ. 06.2021

4,52 €
4,73 €
13,18 €

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή
και Αναφέρετε

ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για

ΟΛΑ τα φάρμακα

Συμπληρώνοντας την «**Κίτρινη Κάρτα**»

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευτείτε την
Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος η οποία
υπάρχει διαθέσιμη από την εταιρεία, εφόσον ζητηθεί.


innovis
Future health today

INNOVIS PHARMA A.E.B.E.

Λεωφ. Κηφισίας 44
Μαρούσι, 15125

T: +30 2162005600

F: +30 2106664804

www.innovispharma.gr

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

Α

Azizi M.

Professor Hypertension Department Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris

Αβδελίδου Α.

Νεφρολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Γ.Ν. Γρεβενών

Ανδρεάδης Ε.

Παθολόγος, Δ/ντής Δ' Παθολογικής Κλινικής, Υπεύθυνος Κέντρο Υπέρτασης Ιατρικού Ψυχικού, τ. Διευθυντής Δ' Παθολογικής Κλινικής Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Ανδρίκου Ι.

Καρδιολόγος, Επιμελητής Β', Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Ανυφαντή Π.

Επιμελήτρια Β' Παθολογίας-Μεταδιδακτορική ερευνήτρια, Β' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

Αχείμαστος Α.

Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας, Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

Β

Βέλλιου Μ.

Γενική Ιατρός - Εξειδικευόμενη Επείγουσας Ιατρικής, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν»

Βλαχάκος Δ.

Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας-Νεφρολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Βλαχόπουλος Χ.

Καθηγητής Καρδιολογίας, Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Γ

Γεωργιανός Π.

Νεφρολόγος, Ακαδημαϊκός Υπότροφος, Τμήμα Νεφρολογίας & Υπέρτασης, Α' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»

Γκαλιαγκούση Ε.

Αναπλ. Καθηγήτρια Παθολογίας, Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου»

Γουρλής Δ.

Ειδικός Παθολόγος, Clinical hypertension specialist, Medical Lead AZ Greece

Γράσσος Χ.

Καρδιολόγος, Δ/ντής ΕΣΥ, Υπεύθυνος Ιατρείου Υπέρτασης, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»

Δ

Δημητρακόπουλος Κ.

Ειδικός Παθολόγος - Διευθυντής ΕΣΥ, Β' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ

Δημητριάδης Κ.

Επιμελητής Καρδιολογίας, Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Δούμα Σ.

Ομότιμη Καθηγήτρια Παθολογίας, Α.Π.Θ.

Δούμας Μ.

Αναπλ. Καθηγητής Παθολογίας, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

Ζ

Ζαμπούλης Χ.

Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας, Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.

Ζαρίφης Ι.

Καρδιολόγος, Συντονιστής Δ/ντής Καρδιολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

Ζεμπεκάκης Π.

Καθηγητής Παθολογίας Α.Π.Θ., Δ/ντής
Α΄ Παθολογικής Κλινικής, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»

Ζέρβα Κ.

Καρδιολόγος, ESH Centre of Excellence,
Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

Ζιάκας Α.

Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ

|

Ιμπριάλος Κ.

Ειδικευόμενος Παθολογίας, Β΄ Προπ.
Παθολ. Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

Κ

Καλαϊτζίδης Ρ.

Νεφρολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Νεφρολογικό
Κέντρο «Γ. Παπαδάκης», Γ.Ν. Νικαίας-Πειραιά

Καλλίστρατος Ε.

Καρδιολόγος, Υπεύθυνος Ιατρείου Υπέρτασης,
«Metropolitan General»

Καλογερόπουλος Π.

Καρδιολόγος, Δ/ντής Καρδιολογικής Κλινικής,
Γ.Ο.Ν.Κ. «Οι Άγιοι Ανάργυροι»

Καρβούνης Χ.

Καρδιολόγος

Κατσή Β.

Καρδιολόγος, Επιμελήτρια Α΄, Καρδιολογικό
Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Κόλλιας Α.

Παθολόγος, Επιμελητής ΕΣΥ,
Γ΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική,
Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

Κουρεμένος Ν.

Md PhD, Καρδιολόγος Ειδικός Υπερτασιολόγος

Κουτσάκη Μ.

Αναισθησιολόγος, Επιμελήτρια Β΄, ΤΕΠ,
Γ.Ν. «Ασκληπιείο Βούλας»

Κυριακούλης Κ.

Επιστημονικός Συνεργάτης, Κέντρο
Υπέρτασης STRIDE-7, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ,
Γ΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

Κυφνίδης Κ.

Διευθυντής Καρδιολογικού Τμήματος
Γ.Ν.Α. «Ασκληπιείο» Βούλας

Κωνσταντινίδης Δ.

Καρδιολόγος, Μονάδα Υπέρτασης,
Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική,
Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Κώσης Β.

Καθηγητής Παθολογίας-Υπέρτασης, ΑΠΘ,
Διευθυντής Γ΄ Πανεπιστημιακής Παθολογικής
Κλινικής, Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου»

Λ

Λαζαρίδης Α.

Επιμελητή Β΄ ΕΣΥ, Υποψήφιο Διδάκτωρ
Γ΄ Παθολογικής Κλινικής ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ.
«Παπαγεωργίου»

Μ

Μακρής Θ.

Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικού
Τμήματος, Γ.Ν.Μ.Α «Έλενα Βενιζέλου»

Μανιός Ε.

Αναπλ. Καθηγητής Παθολογίας, Ιατρείο
Υπέρτασης, Θεραπευτική Κλινική
Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Μ.Α. «Αλεξάνδρα»

Μανώλης Α.

Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής,
Νοσοκομείο «Metropolitan Hospital»,
Πειραιάς

Μαραγκουδάκης Σ.

Καρδιολόγος, Επιμελητής, Β΄ Καρδιολογικής
Κλινικής Χανίων

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

Μαρκέτου Μ.

Επιμελήτρια, Α' Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ηρακλείου

Μηλιώνης Χ.

Καθηγητής Παθολογίας,
Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής,
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Μιχαλοπούλου Ε.

MD, PhD Καρδιολόγος-Εντατικολόγος

Μπακογιάννης Κ.

Ειδικευόμενος Καρδιολογίας

Μπάκρης Γ.

Καθηγητής Ιατρικής, Director, Am Heart Assoc. Comprehensive Hypertension Center, University of Chicago Medicine

Μπαλάφα Ο.

Νεφρολόγος, Επιμελήτρια Α', Νεφρολογική Κλινική, Πανεπ. Νοσ. Ιωαννίνων

Μπενέτος Α.

Καθηγητής Παθολογίας και Γηριατρικής,
Πανεπιστήμιο του Νανσύ, Γαλλία

N**Ντινιέρη Α.**

Παθολόγος, Επιστημονική Συνεργάτης,
Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Γ' Παθολογική
Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Ν.Θ.Α.
«Η Σωτηρία»

Π**Παναγοπούλου Ν.**

Καρδιολόγος, MSc, PhD, Επιμελήτρια
Β' Καρδιολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Μ.Α
«Ελενα Βενιζέλου»

Παπαβασιλείου Μ.

Καρδιολόγος FESC, EHS Διευθύντρια Κέντρου
Υπέρτασης - One Day Clinic, Metropolitan
General Hospital - Athens

Παπαδάκης Ι.

Παθολόγος-Κλινικός Υπερτασιολόγος (EHS),
Διευθυντής Υπερτασικής Μονάδος (ESH
Excellence Centre) Π.Γ.Ν. Ηρακλείου

Παπαδημητρίου Β.

Καθηγητής Καρδιολογίας, Georgetown
University, Director Interventional
Hypertension & Vascular Medicine Program
VA Medical Center Washington DC

Παπαδόπουλος Δ.

Καρδιολόγος, Επιμελητής Καρδιολογικού
Τμήματος, Γ.Ν.Α "ΛΑΪΚΟ", Υπεύθυνος
Υπερτασικού Ιατρείου

Παπαδόπουλος Χ.

Επικ. Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ

Παπαζάχου Ο.

Καρδιολόγος, Επιμελήτρια Α' ΓΝΜ
"Ελενα Βενιζέλου"

Πιτταράς Α.

Καρδιολόγος - Ειδικός Υπερτασιολόγος ESH,
Ass. Professor George Washington University,
Washington, ΗΠΑ

Ποικιλίδου Μ.

Κλινική Υπερτασιολόγος, Ακαδημαϊκή
Υπότροφος, Α' Παθολογική Κλινική,
Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»

Πουλημένος Λ.

Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ,
Υπεύθυνος Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου,
Γ.Ν.Α. «Ασκληπιείο» Βούλας

Πρωτογέρου Αθ.

Παθολόγος, Καθηγητής Τμήματος
Παθολογικής Φυσιολογίας Πανεπιστημίου
Αθηνών

P**Ραλλίδης Λ.**

Καθηγητής Καρδιολογίας, Β' Πανεπιστημιακή
Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν»

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

Ράπτης Β.

Επιστημ.Υπεύθυνος MD, PhD, ΜΧΑ Πιερίας,
Επιστημ. Συνεργάτης Νεφρολογικής Κλινικής
Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

Σ

Σαββόπουλος Χ.

Καθηγητής Παθολογίας ΑΠΘ, Δ/ντης Α΄
Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής &
Μονάδας Αυξημένης Φροντίδας (Stroke Unit),
Κέντρο Αριστείας Υπέρτασης, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»

Σανίδας Η.

Επεμβατικός Καρδιολόγος, Επιμελητής
Καρδιολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

Σαραφίδης Π.

Αναπλ. Καθηγητής Νεφρολογίας, Νεφρολογική
Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

Σταμπούλη Σ.

Αναπλ.Καθηγήτρια Παιδιατρικής-Παιδιατρικής
Νεφρολογίας ΑΠΘ, Α΄ Παιδιατρική Κλινική,
Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

Σταυρόπουλος Κ.

Ειδικευόμενος Παθολογίας, Β΄ Προπαιδευτική
Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

Στεργίου Γ Σ

Καθηγητής Παθολογίας-Υπέρτασης, Κέντρο
Υπέρτασης STRIDE-7, Γ΄ Πανεπιστημιακή
Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α.«Σωτηρία»

Στυλιάδης Ι.

Αναπλ.Συντ. Διευθυντής Καρδιολογικής
Κλινικής Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου»

Στυλιανού Φ.

Αναπλ.Καθηγητής Πρόεδρος
Κυπριακής Εταιρείας Υπέρτασης,
MD FESC Medoclinic, Λευκωσία Κύπρος

Τ

Ταρλατζής Βασίλειος

Ομότιμος καθηγητής μαιευτικής -
γυναικολογίας και ανθρώπινης αναπαραγωγής
Πρόεδρος EBCOG (European Board & College
of obstetrics and gynaecology)

Τριανταφυλλίδη Ε.

Καρδιολόγος, Διευθύντρια Κλινικής Υπέρτασης
& Εργαστηρίου Καρδιοπνευμονικής Άσκησης,
Β΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική,
Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν»

Τριανταφύλλου Α.

Επίκουρη Καθηγήτρια Παθολογίας Α.Π.Θ.,
Γ΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου»,

Τσιούφης Κ.

Καθηγητής Καρδιολογίας Ε.Κ.Π.Α., Διευθυντής
Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική,
Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Φ

Φιλιππάτος Γ.

Καθηγητής Καρδιολογίας, Β΄ Παν/μιακή
Καρδιολογική Κλινική

Φραγκάκης Ν.

Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ,
Γ΄ Κ/Δ Κλινική Γ.Ν.Θ.«Ιπποκράτειο»

Χ

Χατζητόλιος Α.

Καθηγητής Παθολογίας, Α΄ Προπ. Παθολογική
Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Ιατρική Σχολή,
ΑΠΘ, Α΄ Αντιπρόεδρος Εταιρείας Παθολογίας
Ελλάδος (ΕΠΕ), Αντιπρόεδρος Επαγγελματικής
Ένωσης Παθολόγων Ελλάδος (ΕΕΠΕ)

VALSABEN®
VALSARTAN

VALSABEN PLUS®
VALSARTAN + HYDROCHLOROTHIAZIDE

VAL-VALPLUS/BEN/10/2021 Για περισσότερες κυκλοφορίες επικοινωνήστε με τον κάτοχο της άδειας κυκλοφορίας.



80mg valsartan
160mg valsartan
320mg valsartan

28 δισκία

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



80mg + 12,5mg valsartan + HCTZ
160mg + 12,5mg valsartan + HCTZ
160mg + 25mg valsartan + HCTZ
320mg + 12,5mg valsartan + HCTZ
320mg + 25mg valsartan + HCTZ

30 δισκία

 **Bennett**
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Κεντρικά Γραφεία: Αγ. Κυριακής 20, 145 61 Κηφισιά ΤΚ 145 61, Τ. 210 6254630
Εργοστάσιο Α': Αιγαίου 26, Θέση Καρελλά, Κορωπί ΤΚ 194 41, Τ. 210 6644585
Εργοστάσιο Β': Ηφαίστου 60, Θέση Τζήμα, Κορωπί ΤΚ 194 41, Τ. 210 6644585
Θεσσαλονίκη Γραφεία: Ανδριανουπόλεως 57, Καλαμαριά ΤΚ 55133, Τ. 2310 456323
Πάτρα Γραφεία: Κω 18 & Πανεπιστημίου 3, Πάτρα 26441, Τ. 2610 453705
www.bennett.gr, bennett@bennett.gr

COVADIR

Amlodipine / Valsartan

&

COVADIR HCT

Amlodipine / Valsartan / Hydrochlorothiazide

COVADIR/320/1 11/2021

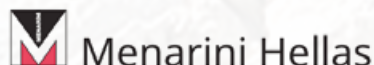
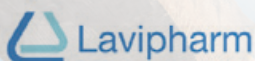


ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ο Πρόεδρος και τα μέλη της Οργανωτικής Επιτροπής του 21ου Πανελληνίου Συνεδρίου Υπέρτασης ευχαριστούν θερμά τις παρακάτω εταιρείες για την οικονομική υποστήριξη του Συνεδρίου:



Bayer



ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Ημερομηνίες Διεξαγωγής

Πέμπτη 25 - Σάββατο 27 Νοεμβρίου 2021

Οργάνωση Συνεδρίου - Γραμματεία - Πληροφορίες

CONGRESSWORLD

27 Μιχαλακοπούλου, Τ.Κ. 11528, Ιλίσια, Αθήνα

Τηλ. +30 2107210001, Fax. +30 2107210051

Email: info@congressworld.gr website: www.congressworld.gr

Τελετή Έναρξης

Πέμπτη 25 Νοεμβρίου 2021 και ώρα 20.00

Γλώσσα Συνεδρίου

Η επίσημη γλώσσα του Συνεδρίου είναι η Ελληνική. Για τους ξένους προσκεκλημένους ομιλητές θα είναι η Αγγλική ενώ δεν θα υπάρχει ταυτόχρονη μετάφραση.

e-Πιστοποιητικό Παρακολούθησης

Το e-Πιστοποιητικό Παρακολούθησης θα είναι διαθέσιμο για τους συνέδρους με τη λήξη του Συνεδρίου. Θα σταλεί σχετικό email στους εγγεγραμμένους για την διαδικασία έκδοσης του e-Certificate.

Για την παραλαβή του πιστοποιητικού απαιτείται η παρακολούθηση του 60% της συνολικής διάρκειας του Επιστημονικού Προγράμματος.

Τα **21 Μόρια** Συνεχιζόμενης Ιατρικής Μεταπτυχιακής Εκπαίδευσης (Σ.Ι.Μ.Ε.) από τον **Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο (Π.Ι.Σ.)** θα προσαρμοστούν αναλογικά με τον χρόνο (φυσικής & διαδικτυακής) παρακολούθησης στις ιατρικές ειδικότητες.

Βράβευση Εργασιών

Ειδική ομάδα της Επιστημονικής Επιτροπής θα επιλέξει τις 4 καλύτερες εργασίες (2 προφορικές και 2 αναρτημένες) που θα παρουσιαστούν στο Συνέδριο. Οι εργασίες αυτές θα βραβευτούν στην Τελετή Λήξης. Η βράβευση περιλαμβάνει χρηματικό ποσό 500€ και δημοσίευση εκτεταμένης περίληψης 1000 λέξεων στο περιοδικό «Αρτηριακή Υπέρταση» της Ελληνικής Εταιρείας Υπέρτασης. Λόγω υγειονομικών πρωτοκόλλων τα βραβεία θα σταλούν ηλεκτρονικά.

Εγγραφές

Κατηγορία Εγγραφής	Έως 15 / 09 / 2021	Από 16 / 09 / 2021 & On Site
Ειδικοί Μέλη Ε.Ε.Υ.	€150	€200
Ειδικοί Μη Μέλη Ε.Ε.Υ.	€170	€200

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Κατηγορία Εγγραφής	Έως 15 / 09 / 2021	Από 16 / 09 / 2021 & On Site
Ειδικευόμενοι & Λοιποί Επαγγελματίες Υγείας	€50	€50
Παρακολούθηση μέσω διαδικτύου μόνο (Όλοι οι Ε.Υ.)	€50	€50
Προπτυχιακοί Φοιτητές	ΔΩΡΕΑΝ	ΔΩΡΕΑΝ

«Τα προαναφερθέντα ποσά είναι πλέον ΦΠΑ 24%»

Η υβριδική εγγραφή περιλαμβάνει:

Η εγγραφή για τους **Ειδικούς και Ειδικευόμενους ιατρούς** περιλαμβάνει πρόσβαση στο συνεδριακό χώρο, παρακολούθηση του επιστημονικού προγράμματος, e- κονκάρδα, παραλαβή ηλεκτρονικού συνεδριακού υλικού (e-program, τόμο περιλήψεων σε ηλεκτρονική μορφή), εφαρμογή προ-κράτησης θέσεως, εφαρμογή live ενημέρωσης κενών καθισμάτων, link σύνδεσης στη 3D συνεδριακή πλατφόρμα διαδικτυακής αναμετάδοσης & password πρόσβασης, e-πιστοποιητικό παρακολούθησης με Μόρια (CME Credits) από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο (Π.Ι.Σ.) e-certificate.

Η εγγραφή για τους **λοιπούς επαγγελματίες υγείας** περιλαμβάνει πρόσβαση στο συνεδριακό χώρο, παρακολούθηση του επιστημονικού προγράμματος, e- κονκάρδα, παραλαβή ηλεκτρονικού συνεδριακού υλικού (e-program, τόμο περιλήψεων σε ηλεκτρονική μορφή), εφαρμογή προ-κράτησης θέσεως, εφαρμογή live ενημέρωσης κενών καθισμάτων, link σύνδεσης στη 3D συνεδριακή πλατφόρμα διαδικτυακής αναμετάδοσης & password πρόσβασης, e-πιστοποιητικό παρακολούθησης.

Η διαδικτυακή εγγραφή περιλαμβάνει:

Η διαδικτυακή εγγραφή περιλαμβάνει παραλαβή ηλεκτρονικού συνεδριακού υλικού (e-program, τόμο περιλήψεων σε ηλεκτρονική μορφή), link σύνδεσης στη 3D συνεδριακή πλατφόρμα διαδικτυακής αναμετάδοσης & password πρόσβασης, e-πιστοποιητικό παρακολούθησης. Η Μοριοδότηση με Μόρια (CME Credits) από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο (Π.Ι.Σ.) e-certificate θα προσαρμοστεί αναλογικά με τον χρόνο παρακολούθησης μόνο στις ιατρικές ειδικότητες.

Διαμονή

Έχει εξασφαλισθεί επαρκής αριθμός δωματίων σε ξενοδοχεία της Θεσσαλονίκης για την καλύτερη δυνατή εξυπηρέτηση των συνέδρων. Στην ιστοσελίδα του Συνεδρίου, μπορείτε να ενημερωθείτε αναλυτικότερα για τα συνεδριακά ξενοδοχεία. Για διαθεσιμότητα δωματίων και αιτήματα, μπορείτε να επικοινωνήσετε απευθείας με την Γραμματεία του Συνεδρίου.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑ	ΧΡΗΣΗ ΔΩΜΑΤΙΟΥ	ΤΙΜΗ / διανυκτέρευση
Makedonia Palace	Μονόκλινη	150,00 €
Electra Palace	Μονόκλινη	150,00 €
Mediterranean Palace	Μονόκλινη	150,00 €
The Met	Μονόκλινη	150,00 €

Η διαμονή για κάθε Σύνεδρο περιλαμβάνει τις εξής υπηρεσίες:

- Πρωινό καθημερινά
- Τους προβλεπόμενους νόμιμους φόρους και επιβαρύνσεις εκτός του ειδικού τέλους διαμονής

Ειδικός φόρος διαμονής

Στις προαναφερθείσες χρεώσεις διαμονών δεν περιλαμβάνεται το τέλος διαμονής που ισχύει από 1/1/2018 βάσει του νόμου 4387/2016. Ο εν λόγω φόρος, βάσει νόμου, θα πρέπει να καταβληθεί από τον πελάτη απευθείας στο ξενοδοχείο διαμονής του κατά την άφιξη ή αναχώρησή του.

ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑ	ΕΙΔΙΚΟΣ ΦΟΡΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ
Makedonia Palace	4,00 € / διανυκτέρευση / δωμάτιο
Electra Palace	4,00 € / διανυκτέρευση / δωμάτιο
Mediterranean Palace	4,00 € / διανυκτέρευση / δωμάτιο
The Met	4,00 € / διανυκτέρευση / δωμάτιο

Μεταφορά συνέδρων & αεροπορικά εισιτήρια

Η Γραμματεία του Συνεδρίου είναι σε θέση να εξυπηρετήσει με κρατήσεις πτήσεων που θα εξυπηρετούν με τον καλύτερο δυνατό, τη μεταφορά των συνέδρων προς και από την Θεσσαλονίκη. Για διαθεσιμότητα πτήσεων και αιτήματα αεροπορικών κρατήσεων, μπορείτε να επικοινωνήσετε απευθείας με την Γραμματεία του Συνεδρίου.

Επικοινωνία



Μιχαλακοπούλου 27 115 28 Αθήνα
+30 (210) 7210001, 7210052, 7222518, 7210025
contact@ypertasi2021.gr



21^o

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ
25-27/11/2021

ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ
MAKEDONIA PALACE

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ
ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

1 ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ ΚΑΤΑ ΤΟΥ COVID-19

Μ. Βέλλιου¹, Θ. Αναστασίου¹, Η. Σανίδας¹, Δ. Παπαδόπουλος¹, Μ. Μαντζουράνη², Ι. Μπαρμπετσέας¹

¹Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», ²Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

Εισαγωγή-Σκοπός: Υπάρχουν ενδείξεις ότι μέχρι και ένα μήνα μετά τον εμβολιασμό κατά του COVID-19 μπορεί να παρατηρηθεί μια παροδική αύξηση της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ). Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί κάθε τυχόν υπερτασική απάντηση σε εμβολιασμένους ασθενείς με γνωστό ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και εμβολιασμένους υγιείς ασθενείς χωρίς αρτηριακή υπέρταση.

Υλικό-Μέθοδος: Συνολικά μελετήθηκαν 60 ασθενείς ηλικίας 50-70 ετών, οι οποίοι τυχαιοποιήθηκαν σε κάποιο από τα εγκεκριμένα και διαθέσιμα στην Ελλάδα εμβόλια (Pfizer, Astra Zeneca, Moderna, Johnson & Johnson). Οι μισοί από τους συμμετέχοντες ήταν υπερτασικοί και επαρκώς ρυθμισμένοι υπό φαρμακευτική αγωγή ενώ οι υπόλοιποι ήταν νορμοτασικοί. Όλοι υποβλήθηκαν σε μετρήσεις της ΑΠ στο σπίτι και σε 24ωρη καταγραφή της ΑΠ από την πρώτη έως και την 30η ημέρα μετά την ολοκλήρωση του εμβολιασμού τους.

Αποτελέσματα: Σε όλους τους ασθενείς, υπερτασικούς και μη, παρατηρήθηκε αύξηση της συστολικής και διαστολικής ΑΠ μετά την ολοκλήρωση του εμβολιασμού κατά του COVID-19 (Πίνακας). Οι υπερτασικοί ασθενείς ήταν μεγαλύτερης ηλικίας και είχαν μεγαλύτερο δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ). Αποτέλεσμα αυτής της υπερτασικής απάντησης ήταν ορισμένοι από τους υπερτασικούς να τροποποιήσουν τη φαρμακευτική αντιυπερτασική αγωγή τους, ενώ σε ορισμένους από τους νορμοτασικούς να εφαρμοστούν υγιεινοδιαιτητικά μέτρα και να υποβληθούν σε πιο συστηματικές μετρήσεις της ΑΠ για τυχόν διάγνωση αρτηριακής υπέρτασης.

Συμπεράσματα: Ο εμβολιασμός κατά του COVID-19 φαίνεται ενίοτε να προκαλεί μια μικρής διάρκειας αύξηση της αρτηριακής πίεσης, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους και υπέρβαρους υπερτασικούς ασθενείς.

Πίνακας

	Σύνολο ασθενών	Υπερτασικοί ασθενείς (n=30)	Μη υπερτασικοί ασθενείς (n=30)	p-value
Άρρεν φύλο	30	15	15	NS
Ηλικία (έτη)	59.6±9.3	64±7.2	58±8.2	0.007
ΔΜΣ (kg/m ²)	28.3±4.5	31.4± 1.8	27.8 ± 1.5	0.02
Συστολική ΑΠ (mmHg)	161.4±31.2	176.7± 42.4	155.6 ± 35.9	0.001
Διαστολική ΑΠ (mmHg)	94.8±9.0	98.3± 8.1	93.8 ± 5.7	0.06

2 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ, ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΙ ΦΑΙΝΟΤΥΠΟΙ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

Γ. Βαρέτα¹, Π. Γεωργιανός¹, Β. Βάϊος¹, Ε. Γεροπούλου¹, Β. Σγουροπούλου¹, Α. Γεωργουλίδου², Ε. Ντουλούση³, Α. Παπαγιάννη⁴, Η. Μπαλάσκα¹, Π. Ζεμπεκάκης¹, Β. Λιακόπουλος¹

¹Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης, Α΄ Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, ²Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης, Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής, Κομοτηνή, ³Νεφρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, ⁴Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή-Σκοπός: Η επιδημιολογία της υπέρτασης στην περιτοναϊκή κάθαρση (ΠΚ) έχει περιγραφεί κυρίως από μελέτες που βασίστηκαν σε μετρήσεις αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) στο ιατρείο. Σκοπός της εργασίας ήταν η αξιολόγηση του επιπολασμού, του ελέγχου και των φαινοτύπων της υπέρτασης με την ταυτόχρονη χρήση πρότυπων μετρήσεων στο ιατρείο και περιπατητικής καταγραφής της ΑΠ.

Υλικό-Μέθοδοι: Σε 140 διαδοχικούς ασθενείς υπό ΠΚ από 4 μονάδες της βόρειας Ελλάδας πραγματοποιήθηκαν 3πλές μετρήσεις ΑΠ στο ιατρείο μετά από 5λεπτη ανάπαυση με την αυτόματη συσκευή HEM-705 (Omron, HealthCare). Ακολούθως, οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε περιπατητική καταγραφή της ΑΠ με τη συσκευή Mobil-O-Graph (IEM, Germany). Η υπέρταση ορίστηκε ως: (α) ΑΠ ιατρείου $\geq 140/90$ mmHg και (β) μέση 24ωρη ΑΠ $\geq 130/80$ mmHg. Οι ασθενείς υπό θεραπεία με ≥ 1 αντιυπερτασικά φάρμακα ταξινομήθηκαν επίσης ως υπερτασικοί.

Αποτελέσματα: Ο επιπολασμός της υπέρτασης ήταν 92,8% με τις μετρήσεις ιατρείου και 95% με την 24ωρη καταγραφή. Συνολικά, 129 ασθενείς λάμβαναν θεραπεία με 2,4 αντιυπερτασικά φάρμακα ημερησίως κατά μέσο όρο. Έλεγχος της υπέρτασης επιτυγχάνονταν στο 53,0% και 39,1% των υπερτασικών ασθενών με βάση τις μετρήσεις ιατρείου και την 24ωρη καταγραφή, αντίστοιχα. Η ομοφωνία των δύο αυτών τεχνικών στην κατάδειξη του ελέγχου ήταν μέτρια (k-statistic: 0,532, $P < 0,001$). Συνολικά, 51 ασθενείς (36,4%) ήταν νορμοτασικοί ή είχαν ελεγχόμενη υπέρταση τόσο στο ιατρείο όσο και εκτός ιατρείου, ενώ 55 ασθενείς (39,3%) είχαν μη ελεγχόμενη υπέρταση και με τις δύο τεχνικές. Υπέρταση λευκής μπλούζας είχαν 7 ασθενείς (5%) και συγκαλυμμένη υπέρταση 27 ασθενείς (19,3%). Μεμονωμένη νυχτερινή υπέρταση διαγνώσθηκε σε 33 ασθενείς (23,6%), ενώ αντίθετα υπέρταση μόνο κατά την περίοδο της ημέρας σε κανέναν ασθενή.

Συμπεράσματα: Στους ασθενείς υπό ΠΚ, η υπέρταση είναι πολύ συχνή και δύσκολα ελεγχόμενη. Η χρήση της περιπατητικής καταγραφής της ΑΠ επιτρέπει τη διάγνωση της συγκαλυμμένης και της μεμονωμένης νυχτερινής υπέρτασης, φαινότυποι οι οποίοι έχουν υψηλό επιπολασμό σε αυτόν τον πληθυσμό ασθενών.

3 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΟΥΝ ΠΑΡΟΜΟΙΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΠΟΚΛΙΝΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΜΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Π. Ανυφαντή, Β. Νικολαΐδου, Α. Λαζαρίδης, Α. Τριανταφύλλου, Α. Δημητριάδου, Α. Κυριαζίδου, Κ. Μαστρογιάννης, Σ. Δούμα, Ε. Γκαλιαγκούση

Γ' Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ Παπαγεωργίου, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα (ΡΑ) παρουσιάζουν αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο ως αποτέλεσμα της χρόνιας φλεγμονής και της συσσώρευσης παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου. Πιο συγκεκριμένα, ο καρδιαγγειακός κίνδυνος στη ΡΑ θεωρείται ισοδύναμος με αυτόν που διατρέχουν ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2).

Σκοπός: Να μελετηθούν δείκτες υποκλινικής καρδιαγγειακής νόσου και μακροαγγειοπάθειας σε ασθενείς με σχετικά καλά ρυθμισμένη ΡΑ οι οποίοι δεν πάσχουν από καρδιαγγειακές συννοσηρότητες, σε σύγκριση με τα αντίστοιχα επίπεδα ασθενών με ΣΔ2.

Υλικό-Μέθοδοι: Διαδοχικοί ασθενείς με σχετικά καλά ρυθμισμένη ΡΑ και ασθενείς με ΣΔ2 χωρίς γνωστά καρδιαγγειακά νοσήματα, καθώς και υγιείς, υποβλήθηκαν σε τονομετρία επιπέδωσης (συσκευή Sphygmocor), για τον προσδιορισμό (i) της καρωτιδομεριαίας ταχύτητας σφυγμικού κύματος (pulse wave velocity, PWV), (ii) του κεντρικού αυξητικού δείκτη (augmentation index, AIX@75), και (iii) της κεντρικής συστολικής/διαστολικής ΑΠ. Επιπλέον, στους εξεταζόμενους διενεργήθη υπέρηχος καρωτίδων για τον προσδιορισμό (i) του πάχους έσω-μέσου χιτώνα καρωτίδων (carotid intima-media thickness, cIMT) και (ii) του δείκτη τοπικής σκληρίας στις καρωτίδες β (β-stiffness index).

Αποτελέσματα: Σε σύνολο 132 συμμετεχόντων, εκ των οποίων οι 31 ήταν ασθενείς με ΡΑ, οι 32 ασθενείς με ΣΔ2 και οι 69 μάρτυρες, παρουσιάστηκαν στατιστικές σημαντικές διαφορές στις εκβάσεις της μελέτης μεταξύ των ασθενών και των υγιών εθελοντών. Απεναντίας, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές ως προς τους δείκτες αρτηριακής σκληρίας (PWV, AIX@75, κεντρική συστολική/διαστολική ΑΠ, β-stiffness index) και αθηροσκλήρωσης (cIMT) ανάμεσα σε ασθενείς με ΡΑ και ασθενείς με ΣΔ2, οι οποίοι φαίνεται να εμφανίζουν παρόμοιο βαθμό υποκλινικών βλαβών στα μεγάλα αγγεία (Πίνακας 1).

Συμπεράσματα: Ασθενείς με ΡΑ εμφανίζουν επηρεασμένους δείκτες υποκλινικής βλάβης του καρδιαγγειακού συστήματος, και μάλιστα στον ίδιο βαθμό με τις αντίστοιχες αλλοιώσεις που παρουσιάζουν ασθενείς με ΣΔ2. Τα ευρήματα αυτά παρατηρούνται ακόμα και με σχετικά χαμηλά επίπεδα φλεγμονής και απουσία καρδιαγγειακών συννοσηροτήτων και συμβαδίζουν με την άποψη ότι η ΡΑ θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ένας επιπρόσθετος, μη συμβατικός παράγοντας καρδιαγγειακού κινδύνου.

Πίνακας 1. Σύγκριση δεικτών αρτηριακής σκληρίας και αθηροσκλήρωσης ανάμεσα σε ασθενείς με PA, ασθενείς με ΣΔ2 και υγιείς εθελοντές.

	Ασθενείς με PA (n=31)	Ασθενείς με ΣΔ2 (n=32)	Ομάδα ελέγχου (n=69)	P value
PWV (m/sec)	7,8 ± 1,6	8,4 ± 1,3*	7,6 ± 1,8	0,052
Alx@75 (%)	28,6 ± 10,9*	27,1 ± 10,9*	22,7 ± 10,4	0,031
cSBP (mmHg)	117,5 ± 21,8	114,3 ± 12,1	119,3 ± 9,7	0,432
cDBP (mmHg)	79,2 ± 11,3	74,5 ± 9,8	76,7 ± 5,5	0,134
cIMT (mm)	0,65 ± 0,12*	0,62 ± 0,11	0,59 ± 0,10	0,021
Carotid β-stiffness index	7,3 ± 2,3	7,7 ± 2,0	6,8 ± 2,3	0,414

*P<0,05 για τη σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Οι συγκρίσεις έγιναν με τη δοκιμασία ανάλυσης διασποράς (Analysis of Variance, ANOVA) με διόρθωση Bonferroni για πολλαπλές συγκρίσεις.
PA: ρευματοειδής αρθρίτιδα, ΣΔ2: σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, PWV: ταχύτητα σφυγμικού κύματος (pulse wave velocity), Alx@75: κεντρικός αυξητικός δείκτης (augmentation index), cSBP: κεντρική συστολική αρτηριακή πίεση (central systolic blood pressure), cDBP: κεντρική διαστολική αρτηριακή πίεση (central diastolic blood pressure), cIMT: πάχος εσω-μέσου χιτώνα καρωτίδων (carotid intima-media thickness), Carotid β-stiffness index: δείκτης καρωτιδικής σκληρίας β

4 ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΤΩΝ ΣΤΟΧΩΝ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΙΣ ΠΡΟΣΦΑΤΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

Φ. Μπάρκας, Α.-Δ. Κουτσογιάννη, Π. Αδαμίδης, Γ. Αναστασίου, Ε. Λυμπερόπουλος, Γ. Λιάμης
Τμήμα Παθολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Εισαγωγή: Πρόσφατα ανακοινώθηκαν οι κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης από την Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρεία (ESC).

Σκοπός: Η καταγραφή του ποσοστού επίτευξης των προτεινόμενων στόχων της αντιυπερτασικής αγωγής σύμφωνα με τις πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες καρδιαγγειακής πρόληψης ESC 2021.

Μέθοδοι: Πρόκειται για μια αναδρομική μελέτη παρατήρησης, στην οποία συμμετείχαν διαδοχικοί ενήλικες ασθενείς με δυσλιπιδαιμία που παρακολουθήθηκαν για ≥ 3 χρόνια στο εξωτερικό ιατρείο Διαταραχών του Μεταβολισμού των Λιπιδίων και Παχυσαρκίας του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων. Πραγματοποιήθηκε μια πλήρης αξιολόγηση του κλινικού και εργαστηριακού προφίλ στην αρχική και πιο πρόσφατη επίσκεψη και καταγράφηκε το ποσοστό επίτευξης των στόχων της αντιυπερτασικής αγωγής. Οι πρόσφατες οδηγίες ESC 2021 προτείνουν το γενικό στόχο ως ΑΠ $<140/80$ mmHg και τους εξατομικευμένους στόχους ως εξής: i) διαστολική ΑΠ <80 mmHg σε όλους τους ασθενείς και ii) συστολική ΑΠ 120-130 mmHg σε ασθενείς 18-69 ετών χωρίς χρόνια νεφρική νόσο ή συστολική ΑΠ 130-140 mmHg σε ασθενείς 18-69 ετών με χρόνια νεφρική νόσο ή σε εκείνους με ηλικία ≥ 70 ετών.

Αποτελέσματα: Από τους 1,334 ασθενείς, 935 (45% άνδρες, 68 [60-75 ετών]) είχαν διαγνωσθεί με αρτηριακή υπέρταση και λάμβαναν αντιυπερτασική αγωγή. Από αυτούς, το 19% είχε διαγνωσθεί με χρόνια νεφρική νόσο, το 24% με καρδιαγγειακή νόσο και το 23% με σακχαρώδη διαβήτη. Όσον αφορά το είδος των αντιυπερτασικών φαρμάκων, το 75% των ασθενών λάμβανε έναν αναστολέα των υποδοχέων της αγγειοτενσίνης, το 52% ένα θειαζιδικό διουρητικό, το 52% έναν ανταγωνιστή διαύλων ασβεστίου, το 37% ένα β-αποκλειστή, το 13% έναν αναστολέα του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης, το 6% έναν αναστολέα του υποδοχέα της αλδοστερόνης και το 2% ένα κεντρικώς δρών αντιυπερτασικό φάρμακο. Οι μισοί ασθενείς είχαν ΑΠ $<140/80$ mmHg, αλλά μόνο το 21% είχε πετύχει τους εξατομικευμένους στόχους της αντιυπερτασικής αγωγής.

Συμπεράσματα: Ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών δεν επιτυγχάνει τους στόχους της αντιυπερτασικής αγωγής στην καθημερινή κλινική πρακτική.

5 ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ

Ε. Σταματοπούλου¹, Χ. Αναγνωστόπουλος², Α. Σταματοπούλου³, Δ. Τσίλιας⁴, Φ. Χανιώτης⁵, Δ. Χανιώτης⁶

¹PhD(c), M.Sc-MPH Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, M.Sc. Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λειτουργός Δημόσιας Υγείας, Εκπαιδευτικός, R.N. Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, Μέλος Ελληνικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας, Member PCRS-UK, ²Γενικός Ιατρός Επιμελητής Α'ΚΥ Βασιλικής Λευκάδας, Υπεύθυνος Επιστημονικής Λειτουργίας, ³PhD(c), Οικονομολόγος, M.Sc. Διεθνής Διοικητική των Επιχειρήσεων, M.Sc. Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Εκπαιδευτικός, Ακαδημαϊκή Υπότροφος Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής (Πα.Δ.Α.), ⁴RN, MSc Κλινική Παιδιατρική & Νοσηλευτική – Έρευνα, Νοσοκομείο Παιδών Αθηνών Π. & Α. Κυριακού, ⁵MD, PhD, FESC, Ομότιμος Καθηγητής, Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών, Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής (Πα.Δ.Α.), ⁶MD, PhD, FESC, Καθηγητής, Πρόεδρος Τμήματος Βιοϊατρικών Επιστημών, Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής (Πα.Δ.Α.)

Εισαγωγή: Η υπέρταση αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο καρδιακών, εγκεφαλικών και νεφρικών παθήσεων και είναι μια από τις κύριες αιτίες ασθενειών και θανάτου σε όλο τον κόσμο. Σύμφωνα με παγκόσμια ανάλυση του επιπολασμού, και ελέγχου υπέρτασης, ο αριθμός των ενηλίκων ηλικίας 30-79 ετών με υπέρταση αυξήθηκε από 650 εκατομμύρια σε 1,28 δισεκατομμύρια τα τελευταία τριάντα χρόνια και σχεδόν οι μισοί δεν γνώριζαν ότι είχαν υπέρταση.

Σκοπός: Η διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου για εμφάνιση αρτηριακής υπέρτασης και οι πολιτικές διαχείρισης της νόσου.

Υλικό-Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed, Google Scholar με λέξεις κλειδιά: αρτηριακή υπέρταση, παράγοντες κινδύνου, πολιτικές διαχείρισης.

Αποτελέσματα: Από το 1990 έως το 2019 υπήρξε μικρή αλλαγή στο συνολικό ποσοστό υπέρτασης παγκοσμίως. Το ποσοστό της υπέρτασης έχει μειωθεί στις πλούσιες χώρες, όπου υπερισχύουν τα χαμηλότερα ποσοστά, αλλά έχουν αυξηθεί σε πολλές χώρες χαμηλού ή μεσαίου εισοδήματος. Παράγοντες όπως: κληρονομικότητα, αυξημένο σωματικό βάρος, κάπνισμα, κατάχρηση αλκοόλ, αλατισμένο φαγητό, έντονο στρες και η απουσία άσκησης προδιαθέτουν την εμφάνιση της υπέρτασης, με εξαίρεση την κληρονομικότητα, αλλά και τον τρόπο ζωής σχετίζοντας με τις συνήθειες που μπορούν να εξαλειφθούν. Το ποσοστό των υπερτασικών ασθενών 3-5%, π.χ. σε μία ορμονική διαταραχή ευθύνεται για την υπέρταση, καθώς επίσης φάρμακα όπως: αντισυλληπτικά και αντιφλεγμονώδη μπορεί να συμβάλλουν στην υψηλή πίεση. Ο κίνδυνος εμφάνισης της υπέρτασης είναι δύο με έξι φορές μεγαλύτερος αν υπάρχει αυξημένο βάρος από ότι αν το βάρος είναι φυσιολογικό. Τα δωρεάν προγράμματα εκπαίδευσης του πληθυσμού από την διεπιστημονική ομάδα, ο έλεγχος της ΑΠ, οι συστάσεις του θεράποντος για την βελτίωση πρόσβασης σε φάρμακα, η ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης, με προώθηση τις υγιεινές δίαιτες είναι εξίσου σημαντικές.

Συμπεράσματα: Η παρότρυνση τόσο του θεράποντος, όσο και των επαγγελματιών υγείας διαχείρισης των περιστατικών με αρτηριακή υπέρταση για τακτική σωματική δραστηριότητα, αλλά και η θεραπεία των συννοσηροτήτων, θα μειώσει την θνητότητα και τις δαπάνες για τη Δημόσια Υγεία.

6 ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΝΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΟΥΔΕΤΕΡΟΦΙΛΙΚΩΝ ΕΞΩΚΥΤΤΑΡΙΩΝ ΠΑΓΙΔΩΝ ΣΕ ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΝΤΕΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ.

Α. Λαζαρίδης¹, Α. Χρυσανθοπούλου², Ε. Γαβριλάκη³, Ε.-Ε. Κοραβού³, Ν. Κολέτσος¹, Π. Σκένδρος^{2,4}, Ε. Γκαλιαγκούση¹

¹ Γ' Παθολογική κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη, ²Εργαστήριο Μοριακής Αιματολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη, ³Αιματολογική Κλινική – Μονάδα Μεταμόσχευσης, Γενικό Νοσοκομείο Γ. Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη, ⁴Α' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

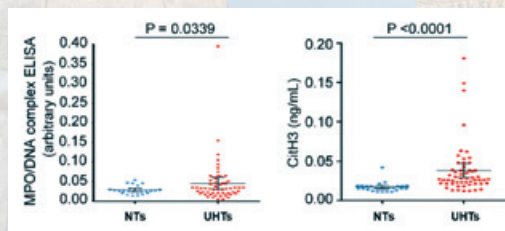
Εισαγωγή: Η υπέρταση χαρακτηρίζεται από χρόνια υποκλινική φλεγμονή με κύριο μεσολαβητή τη φυσική ανοσία. Οι εξωκυττάρια ουδετεροφιλικές παγίδες (NETs) αποτελούν σημαντικό μηχανισμό φλεγμονής των ουδετεροφίλων. Ο παράγοντας «υψηλής κινητικότητας κουτί ομάδας 1» (HMGB1) ενεργοποιεί τη φυσική ανοσία ασκώντας ισχυρή προ-φλεγμονώδη δράση κι έχει φανεί ότι επάγει την απελευθέρωση NETs. Υπάρχουν ελάχιστα δεδομένα για το ρόλο των NETs και του HMGB1 στην υπέρταση.

Σκοπός: Η μέτρηση των επιπέδων NETs και του HMGB1 σε νεοδιαγνωσθέντες υπερτασικούς ασθενείς με ιδιοπαθή υπέρταση χωρίς αγωγή (UHTs) έναντι νορμοτασικών υγιών εθελοντών (NTs) καθώς κι η συσχέτιση των NETs με τον HMGB1. Επίσης, μελετήθηκαν τα επίπεδα NETs προ και μετά αντιυπερτασικής θεραπείας με ανταγωνιστές υποδοχέων αγγειοτενσίνης II (ARBs) καθώς κι η επίδραση πλάσματος UHTs σε υγιή ουδετερόφιλα.

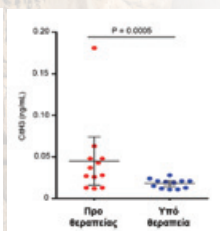
Υλικό-Μέθοδος: Ο προσδιορισμός των NETs [συμπλέγματα μυελοϋπεροξειδάσης (MPO)/DNA, κιτρουλινωμένες ιστόνες (CitH3)] έγινε σε πλάσμα και του HMGB1 σε ορό αίματος με τη χρήση της μεθόδου ELISA. Ο προσδιορισμός των NETs στα υγιή ουδετερόφιλα έγινε με ανοσοφθορισμό.

Αποτελέσματα: Συνολικά μελετήθηκαν 55 UHTs (εκ των οποίων 12 προ και μετά θεραπείας με ARBs) και 26 NTs σταθμισμένοι ως προς ηλικία και φύλο. Τα επίπεδα των NETs (MPO/DNA, CitH3) ήταν σημαντικά υψηλότερα στους UHTs έναντι των NTs (Εικόνα 1). Τα επίπεδα HMGB1 ήταν σημαντικά υψηλότερα σε μια υποομάδα 34 UHTs έναντι 16 NTs ($3,36 \pm 1,44$ vs $1,97 \pm 1,36$ ng/ml, $p=0.001$). Τα NETs δεν παρουσίασαν σημαντική συσχέτιση με το HMGB1 στην υποομάδα αυτή ($p=NS$). Τα επίπεδα CitH3 ήταν σημαντικά χαμηλότερα στους 12 UHTs υπό θεραπεία έναντι προ θεραπείας (Εικόνα 2). Τέλος, το πλάσμα υπερτασικών επάγει NETωση στα υγιή ουδετερόφιλα (Εικόνα 3).

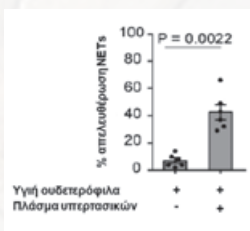
Συμπεράσματα: Τα NETs και ο HMGB1 είναι σημαντικά αυξημένα στους UHTs έναντι NTs. Ο HMGB1 δεν φαίνεται να σχετίζεται με τα NETs σε ένα μικρό δείγμα UHTs. Τα NETs ελαττώνονται με την αντιυπερτασική θεραπεία. Τέλος, το πλάσμα υπερτασικών επάγει NETωση σε υγιή ουδετερόφιλα.



Εικόνα 1



Εικόνα 2



Εικόνα 3

7 EXERCISE CAPACITY AND ATRIAL FIBRILLATION RISK IN 459,592 HYPERTENSIVE US VETERANS: A COHORT STUDY

A. Pittaras^{1,2}, M. Doumas², H. Grassos², K. Stavropoulos², K. Imprialos², C. Faselis², P. Kokkinos²

¹Mediton Medical Center Athens, ²VA & George Washington University Medical Centers Washington DC

Background: To assess the association between exercise capacity and the risk of developing atrial fibrillation (AF) in hypertensive US Veterans.

Patients and methods: We identified 459,675 US Veterans diagnosed with hypertension (mean age: 63±8.6 years, females: 4.9%) who completed a symptom-limited exercise treadmill test (ETT) using the Bruce protocol. None had evidence of ischemia or AF prior or during the ETT. We established 5 fitness categories (quartiles) based on age-specific peak metabolic equivalents (METs) achieved: Least-fit (4.5±1.22 METs; n=107,593); Low-fit (6.9±1.07 METs; n=119,433); Moderate-fit (8.3±1.19 METs; n=88,923); Fit (10.3±0.89 METs; n=106,921), and High-fit (13.1±1.55 METs; n=36,722). Multivariable Cox proportional hazard regression models were used to compare the AF-exercise capacity association across fitness categories, adjusted for age, BMI, gender, smoking (33.5%), diabetes (43.6%), dyslipidemia (69.8%) and chronic kidney disease (5.8%).

Results: During a median follow-up period of 9.8±5.0 years, 42,639 (9.6%) individuals developed AF (9.6 per 1000 person-years). Exercise capacity was inversely related to AF incidence. The risk was 11% lower (hazard ratio, 0.89, 95% CI, 0.88-0.90) for each 1-MET increase in exercise capacity. Compared to individuals in the Least-fit category (Referent), the hazard ratios were 0.72 (95% CI, 0.71-0.74) for Low-fit individuals, 0.61 (95% CI, 0.60-0.63) for Moderate-fit, 0.52 (95% CI, 0.50-0.54) for Fit, and 0.45 (95% CI, 0.43-0.47) for High-fit individuals. Similar trends were observed in those < 65 years and those ≥65 years of age.

Conclusion: Our findings support that increased fitness offer a marked protection against AF. The association was inverse, independent, and graded. Significantly lower AF risk was evident in those with only modest increases in exercise capacity and declined by >50% for individuals in the High-fit category. These findings counter previous suggestions that even moderate increases in physical activity, as recommended by national and international guidelines, increase the risk of AF.

8 ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Ε.Μιχαηλίδης, Ι.Ζαρίφης

¹Καρδιολόγος, Ξάνθη, ²Καρδιολόγος Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής Γενικό Νοσοκομείο Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη

Ενδιαφέρον περιστατικό: Νεαρή κοπέλα 19 ετών προσήλθε στο ιατρείο εξαιτίας αυξημένων τιμών αρτηριακής πίεσης 160/100. Κλινικά ευρήματα-ιστορικό: παχυσαρκία, κάπνισμα, συχνή κατανάλωση αλκοόλ.

Κλινική πορεία: Υπερηχοκαρδιογράφημα και ηλεκτροκαρδιογράφημα χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα (οριακά αυξημένος αριστερός κόλπος). Φυσιολογικές βιοχημικές εξετάσεις και γενική αίματος. Πραγματοποιήθηκαν μετρήσεις κατ'οίκον με τιμές περί της προαναφερθείσας αρτηριακής πίεσης, πρωί και απόγευμα. Η ασθενής κλήθηκε να εφαρμόσει υγιεινοδιαιτητικά μέτρα και να επαναλάβει τις μετρήσεις μετά τριμήνου.

Ένα μήνα μετά η ασθενής επανήλθε με τιμές σχεδόν σταθερές με τις προηγούμενες εξαιτίας συμπτωμάτων. Έναρξη αγωγής με αμλοδιπίνη και έναρξη ελέγχου πιθανής δευτεροπαθούς υπέρτασης.

Στάλθηκε ορμονολογικός έλεγχος ο οποίος ανέδειξε υψηλή τιμή ρενίνης σε ύπτια θέση με φυσιολογικές τις υπόλοιπες τιμές ορμονών. Επανάληψη του ορμονολογικού ελέγχου σε συνεννόηση με το μικροβιολογικό εργαστήριο, με αιμοληψία και σε όρθια θέση με τη ρενίνη να βγαίνει και πάλι υψηλή.

Η ασθενής κλήθηκε να πραγματοποιήσει MRA νεφρικών αρτηριών. Η μαγνητική αγγειογραφία ανέδειξε φυσιολογικές κεντρικές νεφρικές αρτηρίες. Στον άνω πόλο του νεφρού αριστερά, παρατηρήθηκε όμως επικουρική νεφρική αρτηρία με τα τυπικά χαρακτηριστικά της ινομυώδους δυσπλασίας.

Συμπέρασμα: Στην κλινική πράξη, και σε πρωτοβάθμιο επίπεδο περιθαλψης η ινομυώδης δυσπλασία (επικουρικής) νεφρικής αρτηρίας ως αιτία δευτεροπαθούς υπέρτασης, είναι μια σπάνια κλινική οντότητα την οποία αναζητούμε σε συγκεκριμένα προφίλ ασθενών.

9 ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΩΝ ΠΕΡΙΔΙΑΛΥΤΙΚΩΝ, ΕΝΔΟΔΙΑΛΥΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΩΝ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Φ. Ιατρίδη¹, Μ. Θεοδωρακοπούλου¹, Μ.-Ε. Αλεξάνδρου¹, Α. Καρπέτας², Α. Μπίκος³, Α. Καραγιαννίδης¹, Ι. Τσουχνικάς¹, C. Mayer⁴, Α.-Μ. Χάιδις⁵, Α. Παπαγιάννη¹, Π. Σαραφίδης¹

¹Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη, ²Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Θεραπευτική», Θεσσαλονίκη, ³Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Πρότυπο», Θεσσαλονίκη, ⁴Austrian Institute of Technology, Center for Health & Bioresources, Biomedical Systems, Vienna, Austria, ⁵Εργαστήριο Υγιεινής, Κοινωνικής-Προληπτικής Ιατρικής και Ιατρικής Στατιστικής Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή-Σκοπός: Η περιπατητική-καταγραφή-αρτηριακής-πίεσης(ΑΠ) προτείνεται για την διάγνωση και τον έλεγχο της υπέρτασης σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, λόγω υψηλής διαγνωστικής αξίας και ισχυρών συσχετίσεων με καρδιαγγειακά συμβάματα. Η προγνωστική αξία των ενδοδιαλυτικών μετρήσεων ΑΠ και των κατ' οίκον μετρήσεων ΑΠ δεν έχει μελετηθεί. Σκοπός της μελέτης είναι να εξετάσει συγκριτικά, για πρώτη φορά, την προγνωστική αξία περιδιαλυτικών, ενδοδιαλυτικών, προγραμματισμένων κατ' οίκον μετρήσεων σε σχέση με την περιπατητική καταγραφή της ΑΠ για τα καρδιαγγειακά συμβάματα και την συνολική θνησιμότητα σε αυτόν τον πληθυσμό.

Υλικό - Μέθοδος: 242 αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς υποβλήθηκαν σε 48ωρη-περιπατητική-καταγραφή-ΑΠ με την συσκευή Mobil-O-Graph-NG(IEM, Germany) και παρακολούθηθηκαν για μέσο διάστημα 49.1±25.6 μηνών. Αξιολογήθηκε η προγνωστική αξία μετρήσεων ΑΠ προ-αιμοκάθαρσης, ενδοδιαλυτικής ΑΠ, ενδοδιαλυτικής συμπεριλαμβανομένου της προ- και μετά-αιμοκάθαρσης ΑΠ, προγραμματισμένες μετρήσεις ΑΠ στην ενδιάμεση μέρα(μέσος όρος μετρήσεων 8πμ-8μμ) σε σχέση με την 44ωρη καταγραφή-ΑΠ. Το κύριο καταληκτικό σημείο ήταν ένας συνδυασμός καρδιαγγειακής θνησιμότητας, μη θανατηφόρου εμφράγματος μυοκαρδίου, μη θανατηφόρου αγγειακού-εγκεφαλικού-επείσοδου, αναζωογόνησης μετά από καρδιακή ανακοπή, νοσηλείας για καρδιακή ανεπάρκεια και στεφανιαίας/περιφερικής επαναγγείωσης.

Αποτελέσματα: Η ελευθερία (cumulative-freedom) από το κύριο καταληκτικό σημείο ήταν σημαντικά μειωμένη για τα υψηλότερα τεταρτημόρια της 44ωρης-ΣΑΠ(Ομάδα_1: <120mmHg 64.2%, Ομάδα_2: ≥120 έως <130mmHg 60.4%, Ομάδα_3: ≥130 έως <140mmHg 45.3%, Ομάδα_4: ≥140mmHg 45.5%, logrank-p=0.016). Παρόμοια αποτελέσματα εμφανίστηκαν για την ενδοδιαλυτική(logrank-p=0.039), ενδοδιαλυτική συμπεριλαμβανομένου της προ- και μετά-αιμοκάθαρσης ΣΑΠ(logrank-p=0.044) και την προγραμματισμένη κατ'οίκον ΣΑΠ(logrank-p=0.030), αλλά όχι για την προ-αιμοκάθαρσης ΣΑΠ(logrank-p=0.570). Με την Ομάδα_1 ως ομάδα αναφοράς, τα υψηλότερα τεταρτημόρια της 44ωρης, ενδοδιαλυτικής, ενδοδιαλυτικής συμπεριλαμβανομένου προ- και μετά-αιμοκάθαρσης και της κατ'οίκον ΣΑΠ, αλλά όχι της προ-αιμοκάθαρσης ΣΑΠ εμφάνιζαν σημαντικά αυξανόμενο σχετικό κίνδυνο(Hazard-Ratio) για το κύριο καταληκτικό σημείο. Αντίστροφη συσχέτιση των επιπέδων ΔΑΠ με το κύριο καταληκτικό σημείο εμφανίστηκε για όλες τις μετρήσεις ΔΑΠ.

Συμπεράσματα: Οι μέσες ενδοδιαλυτικές και οι προγραμματισμένες κατ'οίκον μετρήσεις ΑΠ(αλλά όχι οι προ-αιμοκάθαρσης μετρήσεις) εμφανίζουν παρόμοιες συσχετίσεις με την 44ωρη ΑΠ και αντιπροσωπεύουν έγκυρες μεθόδους για τη διάγνωση και την παρακολούθηση της υπέρτασης σε ασθενείς υπό αιμοκάθαρση.

10 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΤΩΝ ΠΕΡΙΔΙΑΛΥΤΙΚΩΝ, ΕΝΔΟΔΙΑΛΥΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΩΝ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Μ. Θεοδωρακοπούλου¹, Φ. Ιατρίδη¹, Μ.-Ε. Αλεξάνδρου¹, Α. Καρπέτας², Γ. Κουτρούμπας³, Β. Ράπτης⁴, Α. Παπαγιάννη¹, Π. Σαραφίδης¹

¹Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη, ²Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Θεραπευτική», Θεσσαλονίκη, ³Μονάδα Αιμοκάθαρσης, Γενικό Νοσοκομείο Αχιλλοπούλειο, Βόλος, ⁴Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Πιερία», Κατερίνη

Εισαγωγή-Σκοπός: Ο επιπολασμός της αρτηριακής υπέρτασης(ΑΥ) στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς είναι υψηλός. Η περιπατητική-καταγραφή-αρτηριακής-πίεσης(ΑΠ) αποτελεί το gold-standard για την διάγνωση και τον έλεγχο της ΑΥ σε αυτό τον πληθυσμό. Σκοπός της μελέτης είναι να εξετάσει την ακρίβεια και την συμφωνία μεταξύ μετρήσεων ΑΠ προ- και μετά-αιμοκάθαρσης, ενδοδιαλυτικών και προγραμματισμένων μεσοδιαλυτικών μετρήσεων ΑΠ με την 44ωρη-ΑΠ.

Υλικό-Μέθοδος: Συνολικά 242 αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε 48ωρη-περιπατητική-καταγραφή-ΑΠ με την συσκευή Mobil-O-Graph-NG(IEM, Germany) συμπεριλήφθηκαν στην μελέτη. Η 44ωρη-περιπατητική-ΑΠ χρησιμοποιήθηκε ως μέθοδος αναφοράς και ελέγχθηκε η συμφωνία με τις εξής παραμέτρους: προ-αιμοκάθαρση ΑΠ, μετά-αιμοκάθαρση ΑΠ, ενδοδιαλυτική ΑΠ, ενδοδιαλυτική συν προ- και μετά-αιμοκάθαρσης ΑΠ, προγραμματισμένες μετρήσεις ΑΠ στην ενδιάμεση μέρα(8πμ, 8μμ και ο μέσος όρος αυτών).

Αποτελέσματα: Τα επίπεδα της 44ωρης-ΣΑΠ/ΔΑΠ διέφεραν σημαντικά από τα επίπεδα ΣΑΠ/ΔΑΠ πριν- και μετά-αιμοκάθαρσης. Μεταξύ των υπολοίπων δεικτών και της 44ωρης-ΣΑΠ/ΔΑΠ παρατηρήθηκαν μικρές ή και καθόλου διαφορές. Η 44ωρη-ΣΑΠ/ΔΑΠ εμφάνισε ισχυρή συσχέτιση με την ενδοδιαλυτική($r=0.713/0.753$, $p<0.001$), την ενδοδιαλυτική συμπεριλαμβανομένου προ- και μετά-αιμοκάθαρσης ΣΑΠ/ΔΑΠ($r=0.725/0.758$, $p<0.001$) και την κατ'οίκον ΣΑΠ/ΔΑΠ($r=0.874/0.823$, $p<0.001$). Στην ανάλυση Bland-Altman, δεν παρατηρήθηκε ύπαρξη συστηματικού σφάλματος για καμία από τις μελετούμενες παραμέτρους, ωστόσο η προ- και μετά-αιμοκάθαρσης ΑΠ είχαν μεγαλύτερη διαφορά και ευρύτερα 95%-όρια-συμφωνίας από την 44ωρη-ΑΠ συγκριτικά με την ενδοδιαλυτική, ενδοδιαλυτική συμπεριλαμβανομένου προ- και μετά-αιμοκάθαρσης και την κατ'οίκον ΑΠ. Στην ROC ανάλυση για την διάγνωση 44ωρης-ΣΑΠ ≥ 130 mmHg, οι Areas-Under-the-Curve της προ-αιμοκάθαρσης($=0.723$) και μετα-αιμοκάθαρσης ΣΑΠ($=0.746$) ήταν σημαντικά χαμηλότερες από της ενδοδιαλυτικής($=0.850$), ενδοδιαλυτικής συμπεριλαμβανομένου προ- και μετά-αιμοκάθαρσης($=0.850$) και της κατ'οίκον ΣΑΠ($=0.917$) (z-test, $p<0.001$ για όλες τις συγκρίσεις κατά ζεύγη). Οι τιμές ευαισθησίας/ειδικότητας ήταν 76.6%/54.5%, 78.7%/29.4%, 73.0%/81.2%, 68.1%/88.1% και 82.3%/89.1%, αντίστοιχα. Παρόμοια αποτελέσματα παρατηρήθηκαν και για την ΔΑΠ.

Συμπεράσματα: Σε αντίθεση με τις μετρήσεις ΑΠ προ- και μετά-αιμοκάθαρσης, η μέση ενδοδιαλυτική, η ενδοδιαλυτική συμπεριλαμβανομένου της προ- και μετά-αιμοκάθαρσης ΑΠ και οι κατ'οίκον μετρήσεις στην ενδιάμεση μέρα έδειξαν ικανοποιητική συμφωνία με την περιπατητική-ΑΠ και πιθανώς μπορούν να χρησιμοποιηθούν εναλλακτικά για την διάγνωση της ΑΥ σε ασθενείς υπό αιμοκάθαρση.

11 ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ, ΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΤΗΝ 24ΩΡΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ: ΣΥΓΚΡΙΣΗ, ΣΥΜΦΩΝΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Α. Ντινέρη, Ν. Μπουμπουχαιοπούλου, Α. Κόλλιας, Α. Δεστούνης, Γ. Στεργίου

Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Γ' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Η Σωτηρία», Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν η σύγκριση δεικτών μεταβλητότητας αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) στο ιατρείο, το σπίτι και 24ωρη καταγραφή, η αξιολόγηση των παραγόντων που τους προσδιορίζουν και ο βαθμός συμφωνίας τους στην ταξινόμηση ατόμων με υψηλή μεταβλητότητα.

Πληθυσμός-Μέθοδος: Αναδρομική μελέτη ενηλίκων που στα πλαίσια ερευνητικών πρωτοκόλλων πραγματοποίησαν μετρήσεις ΑΠ στο ιατρείο (2-3 επισκέψεις), στο σπίτι (3-7 ημέρες, διπλές πρωινές και βραδινές μετρήσεις) και 24ωρη καταγραφή ΑΠ (20' διαστήματα). Η μεταβλητότητα της ΑΠ υπολογίστηκε με την τυπική απόκλιση (SD), τον συντελεστή μεταβλητότητας (CV) και τη μεταβλητότητα ανεξάρτητα της μέσης τιμής (VIM) χρησιμοποιώντας όλες τις μετρήσεις της κάθε μεθόδου.

Αποτελέσματα: Αναλύθηκαν 626 συμμετέχοντες (ηλικία 52.8 ± 12.0 έτη, 57.7% άνδρες, 33.1% υπό αντιυπερτασική αγωγή). Η μεταβλητότητα της συστολικής ΑΠ ήταν υψηλότερη της διαστολικής, και των μετρήσεων εκτός ιατρείου υψηλότερη αυτών στο ιατρείο, με την 24ωρη καταγραφή να εμφανίζει τις υψηλότερες τιμές. Η μεταβλητότητα της ΑΠ ήταν υψηλότερη στις γυναίκες από τους άνδρες, αλλά δε διέφερε σε άτομα με ή χωρίς θεραπεία. Οι συσχετίσεις των δεικτών μεταβλητότητας χρησιμοποιώντας τις διαφορετικές μεθόδους μέτρησης ήταν ασθενείς (r 0.1-0.3) αλλά ισχυρότερες μεταξύ των μεθόδων μετρήσεων εκτός ιατρείου. Η συμφωνία μεταξύ των τριών μεθόδων στην ανίχνευση ατόμων με μεγάλη μεταβλητότητα ΑΠ ήταν χαμηλή (30-40%), αλλά υψηλότερη μεταξύ μετρήσεων εκτός ιατρείου. Η μεγαλύτερη ηλικία ήταν ανεξάρτητος προσδιοριστικός παράγοντας αυξημένης μεταβλητότητας ΑΠ τόσο στις μετρήσεις εντός όσο και εκτός ιατρείου, ενώ το γυναικείο φύλο, το κάπνισμα και η παχυσαρκία σχετίστηκαν με αυξημένη μεταβλητότητα ΑΠ εκτός ιατρείου.

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι η μεταβλητότητα της ΑΠ διαφέρει ανάμεσα στις τρεις μεθόδους μέτρησης, ανεξάρτητα από το μαθηματικό δείκτη που χρησιμοποιείται για την αξιολόγησή της.

12 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΒΕΛΤΙΣΤΟΥ ΚΑΙ ΕΛΑΧΙΣΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ: ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΒΑΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΜΕ 2.122 ΑΤΟΜΑ

Κ. Κυριακούλης¹, Α. Ντινέρη¹, T. Niiranen^{2,3,4}, A. Lindroos^{2,3}, A. Jula², C. Schwartz⁵, A. Κόλλιας¹, E. Ανδρεάδης⁶, R. McManus⁵, Γ. Στεργίου¹

¹Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Γ' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Η Σωτηρία», Αθήνα, ²National Institute for Health and Welfare, Turku, Finland, ³Department of Internal Medicine, University of Turku, Turku, Finland, ⁴Division of Medicine, Turku University Hospital, Turku, Finland, ⁵Green Templeton College & Nuffield Department of Primary Care Health Sciences, University of Oxford, Oxford, UK, ⁶Κέντρο Υπέρτασης και Πρόληψης Καρδιαγγειακής Νόσου, Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός», Αθήνα, Ελλάδα

Εισαγωγή-Σκοπός: Για την αξιολόγηση της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) στο σπίτι (ΑΠΣ) οι περισσότερες κατευθυντήριες οδηγίες συνιστούν μετρήσεις 3-7 ημερών και υπολογισμό του μέσου όρου εξαιρώντας την πρώτη ημέρα. Επανεξετάστηκε το βέλτιστο και ελάχιστο πρόγραμμα μετρήσεων σε μια μεγάλη Ευρωπαϊκή βάση δεδομένων.

Υλικό-Μέθοδος: Εντάχθηκαν ενήλικες που είχαν πραγματοποιήσει μετρήσεις ΑΠΣ και 24ωρη καταγραφή ΑΠ στο πλαίσιο συγχρονικών μελετών σε τρία ερευνητικά κέντρα (Ελλάδα, Βρετανία, Φινλανδία). Περιλήφθηκαν συμμετέχοντες με ≥ 12 έγκυρες μετρήσεις ΑΠΣ σε 6-7 ημέρες. Η σταθερότητα των μετρήσεων εκτιμήθηκε με τη μέση τιμή και την τυπική απόκλιση (SD) και αξιολογήθηκε η διαγνωστική συμφωνία με την 24ωρη καταγραφή.

Αποτελέσματα: Αναλύθηκαν 2.122 συμμετέχοντες (ηλικία 53.9 ± 11.3 έτη, 53% άνδρες, 34% υπό αντιυπερτασική αγωγή). Περιλαμβάνοντας αυξανόμενο αριθμό μετρήσεων διαπιστώθηκε προοδευτική μείωση της μέσης τιμής ΑΠΣ με σταθεροποίηση μετά την 3η ημέρα. Η ΑΠΣ της 1ης ημέρας ήταν υψηλότερη από αυτή των επόμενων ημερών κατά 2.8/1.4 mmHg (συστολική/διαστολική). Η ΑΠ 1ης ημέρας παρουσίαζε υψηλότερη SD (αστάθεια) συγκριτικά με τις επόμενες μέρες. Σε 3μερο πρόγραμμα μέτρησης ΑΠΣ η απόρριψη της 1ης μέρας είχε ως αποτέλεσμα κλινικά σημαντική (≥ 5 mmHg) μείωση της μέσης τιμής ΑΠΣ και διαφορετική ταξινόμηση ως προς τη διάγνωση υπέρτασης σε ποσοστό 5% και 6% των συμμετεχόντων, αντίστοιχα. Τα αντίστοιχα ποσοστά για 6ήμερο πρόγραμμα ήταν 0.4% και 3%. Διαπιστώθηκε ισχυρή συσχέτιση της ΑΠΣ σε 3μερο πρόγραμμα με την ημερήσια ΑΠ στην 24ωρη καταγραφή.

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα αυτά ενισχύουν την τρέχουσα σύσταση για τη μέτρηση ΑΠΣ για 7 ημέρες (τουλάχιστον 3). Η απόρριψη της 1ης μέρας φαίνεται να είναι απαραίτητη κυρίως στο ελάχιστο (3ήμερο) πρόγραμμα μετρήσεων.

13 ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΕΚΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ 117 ΜΕΛΕΤΩΝ ΣΕ 450.000 ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Ε. Μαντά¹, Μ. Καριώρη¹, Δ. Κωνσταντινίδης¹, Κ. Δημητριάδης¹, Δ. Πολύζος¹, Σ. Δρογκάρης¹, Φ. Τατάκης¹, Κ. Θωμόπουλος², Κ. Τσιούφης¹

¹ Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», ² Καρδιολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Έλενα Βενιζέλου»

Εισαγωγή-Σκοπός: Αν και υπάρχουν δεδομένα για την επίδραση της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) από προηγούμενες μετα-αναλύσεις, εν τούτοις υπάρχουν περιορισμοί στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων τους λόγω μεθοδολογικών περιορισμών. Μελετήσαμε μέσω νέας μετα-ανάλυσης το εάν υπάρχει διαφορετική επίδραση της μείωσης της ΑΠ σε μείζονα καρδιαγγειακά επεισόδια (MACE) μεταξύ πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης.

Υλικό-Μέθοδος: Έγινε συστηματική ανασκόπηση σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (έτη: 1966 μέχρι 6/2021) για την ανεύρεση τυχαιοποιημένων μελετών που μελετούν καρδιαγγειακές εκβάσεις. Οι μελέτες εξετάζουν την επίδραση της αντιυπερτασικής αγωγής έναντι εικονικού φαρμάκου ή λιγότερο επιθετικής μείωσης της ΑΠ, ή τη σύγκριση διαφορετικών κατηγοριών αντιυπερτασικών φαρμάκων για τα ίδια επίπεδα μείωσης ΑΠ. Οι μελέτες χωρίστηκαν σε πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης, ανάλογα με την παρουσία ή όχι καρδιαγγειακής νόσου κατά τη στρατολόγηση των ασθενών. Επίσης χρησιμοποιήθηκαν υπο-μελέτες μελετών με τυχαιοποιημένα δεδομένα ασθενών. Υπολογίστηκε η αναλογία κινδύνου (RR) και το 95% διάστημα εμπιστοσύνης (CI) για τα καταληκτικά σημεία (random-effects model).

Αποτελέσματα: Συμπεριελήφθησαν 117 μελέτες, και έγιναν συνολικά 145 συγκρίσεις. Επελέγησαν 53 μελέτες μείωσης ΑΠ πρωτογενούς πρόληψης [n=158.628 ασθενείς, μείωση συστολικής/διαστολικής ΑΠ: -8,1/-4,4 mmHg] και 47 δευτερογενούς [n=126.856 ασθενείς, μείωση συστολικής/διαστολικής ΑΠ: -5,0/-2,6 mmHg], 28 μελέτες σύγκρισης δραστικών ουσιών πρωτογενούς πρόληψης (n=85.895 ασθενείς) και 17 δευτερογενούς (n=75.076 ασθενείς). Το αποτέλεσμα ήταν πως η πτώση της ΑΠ μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης MACE κατά την πρωτογενή πρόληψη (RR: 0,75 [95% CI, 0,69-0,83]) και κατά τη δευτερογενή (RR: 0,72 [95% CI, 0,63-0,80]). Στις μελέτες σύγκρισης αντιυπερτασικών φαρμάκων, όταν κάθε κατηγορία φαρμάκου συγκρινόταν ξεχωριστά με όλες τις άλλες κατηγορίες μαζί, καμία κατηγορία δεν είχε διαφορετική επίδραση στην επίπτωση των MACE, στην πρωτογενή και τη δευτερογενή πρόληψη.

Συμπέρασμα: Η μείωση της ΑΠ δε χαρακτηρίζεται από διαφορετική μείωση καρδιαγγειακού κινδύνου στην πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη. Επί απουσίας διαφοράς ΑΠ κατά την παρακολούθηση, κάθε κατηγορία αντιυπερτασικών φαρμάκων προσφέρει ισοδύναμη καρδιαγγειακή προστασία έναντι κάθε άλλης, στην πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη.

14 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΝΟΣΗΣΕΙ ΑΠΟ SARS-COV-2

Μ. Καριώρη¹, Χρ.Φραγκούλης¹, Ι.Λεοντσίνης¹, Α. Βαλατσού¹, Α. Μπανός², Δ. Πολύζος¹, Ε. Μαντά¹, Σ.Δρογκάρης¹, Δ. Κωνσταντινίδης¹, Μ. Πηρουνακή², Κ. Αγγέλη¹, Κ. Θωμόπουλος³, Χ. Χρυσόχοου¹, Δ. Βασιλόπουλος², Κ.Τσιούφης¹

¹Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΑ Ιπποκράτειο, Ιατρική σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ²Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ Ιπποκράτειο, Ιατρική σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ³Καρδιολογικό Τμήμα, ΓΝΜΑ «Έλενα Βενιζέλου»

Εισαγωγή-Σκοπός: Ελάχιστα στοιχεία έχουν δημοσιευθεί σχετικά με τις καρδιοαναπνευστικές παραμέτρους μετά από νόσηση με Sars-Cov-2. Σκοπός της μελέτης ήταν να παρακολουθήσουμε ασθενείς (υπερτασικούς και νορμοτασικούς), 3 μήνες μετά την πρώτη ημέρα νόσησης, συγκρίνοντας το λειτουργικό στάδιο με καρδιοαναπνευστική δοκιμασία κοπώσεως (ΚΑΔΚ).

Υλικό-Μέθοδοι: Όλοι οι συμμετέχοντες που ανέρρωσαν από λοίμωξη με Covid-19 υποβλήθηκαν σε υπερηχογραφική μελέτη για την εκτίμηση της μυοκαρδιακής παραμόρφωσης δεξιάς κοιλίας, καρδιοαναπνευστική άσκηση χρησιμοποιώντας το πρωτόκολλο Bruce ή τροποποιημένο και αξιολογήθηκαν όλες οι παράμετροι. Η λειτουργική κατάσταση αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας την κατηγοριοποίηση κατά NYHA.

Αποτελέσματα: Συνολικά 70 ασθενείς αξιολογήθηκαν 3 μήνες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων του COVID-19. Η μέση ηλικία τους ήταν 49.7 ± 15.9 έτη, το 55.7% από αυτούς ήταν άνδρες και το 11.4% είχαν ιστορικό στεφανιαίας νόσου. Σε 23 (33%) υπερτασικούς ασθενείς βρέθηκαν χαμηλότερες τιμές μέγιστης κατανάλωσης οξυγόνου (21.5 ± 4.4 vs. 29.4 ± 8.4 ml/kg/min, $p < 0.001$) από τις αναπνευστικές παραμέτρους της ΚΑΔΚ. Επίσης, καταγράφηκε μικρότερη συνολική διάρκεια εξέτασης (6.6 ± 2.9 vs. 8.7 ± 4 λεπτά, $p < 0.02$), χαμηλότερη μέγιστη καρδιακή συχνότητα (146 ± 18 vs. 165 ± 23 σφύξεις/λεπτό, $p = 0.001$) και μικρότερο επιτευχθέν έργο στο μέγιστο της κόπωσης (8.6 ± 2.9 vs. 15.5 ± 24 METS, $p < 0.001$) στους υπερτασικούς συγκριτικά με μη υπερτασικούς ασθενείς. Τέλος, καταγράφηκε μεγαλύτερη μέση απόλυτη τιμή μυοκαρδιακής παραμόρφωσης της δεξιάς κοιλίας στους μη υπερτασικούς ασθενείς που έχρηζαν μάσκα υψηλής ροής σε χορηγούμενο οξυγόνο σε σχέση με υπερτασικούς ($27.2 \pm 16.9\%$ vs. $12.4 \pm 2.8\%$, $p = 0.02$).

Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη ανέδειξε τη μειωμένη ικανότητα άσκησης ιδιαίτερα σε υπερτασικούς ασθενείς που νόσησαν από Covid-19. Συνεπώς, ανεξάρτητα από τη νοσηρότητα της λοίμωξης, οι ασθενείς μετά την νόσηση χρειάζονται μια ολοκληρωμένη προσέγγιση για την αποκατάστασή τους.

15 ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΡΟΦΙΛ ΤΗΣ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΛΗΠΤΕΣ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

Μ. Κορογιάννου¹, Μ. Θεοδωρακοπούλου², Π. Σαραφίδης², Μ.-Ε. Αλεξάνδρου², Ε. Πέλλα², Ε. Ξαγάς¹, Α. Αργύρης³, Α. Πρωτογέρου³, Α. Παπαγιάννη², Ι.Ν. Μπολέτης¹, Σ. Μαρινάκη¹

¹Κλινική Νεφρολογίας & Μεταμόσχευσης Νεφρού, ΠΓΝ Λαϊκό, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα, ²Νεφρολογική Κλινική, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, ³Μονάδα Καρδιαγγειακής Πρόληψης και Έρευνας, Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, ΠΓΝ Λαϊκό, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Η υπέρταση αποτελεί κύριο παράγοντα καρδιαγγειακού κινδύνου τόσο στους λήπτες νεφρικού μοσχεύματος όσο και στους ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ). Η 24ωρη περιπατητική καταγραφή της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) αποτελεί τη μέθοδο εκλογής για τη διαχείριση της υπέρτασης στους ασθενείς αυτούς. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η συγκριτική αξιολόγηση, για πρώτη φορά, του προφίλ της περιπατητικής ΑΠ, της βραχυπρόθεσμης μεταβλητότητας της ΑΠ και τις τάσεις της περιπατητικής ΑΠ σε λήπτες νεφρικού μοσχεύματος έναντι ασθενών με ΧΝΝ.

Υλικό-Μέθοδος: Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν 93 λήπτες νεφρικού μοσχεύματος και 93 ασθενείς με ΧΝΝ σταδίου 2-4, αντιστοιχισμένοι 1:1 ως προς ηλικία, φύλο και eGFR. Όλοι οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε 24ωρη περιπατητική καταγραφή ΑΠ. Πραγματοποιήθηκε σύγκριση των επιπέδων της 24ωρης-ΑΠ και των δεικτών μεταβλητότητας [τυπική απόκλιση (SD), σταθμισμένη τιμή SD (wSD), συντελεστής μεταβλητότητας(CV), μέση πραγματική μεταβλητότητα (ARV)]. Για την αξιολόγηση της επίδρασης του status (μεταμόσχευση έναντι ΧΝΝ) και του χρόνου στο προφίλ της περιπατητικής ΑΠ εφαρμόστηκε το μοντέλο ANOVA-επαναλαμβανόμενων μετρήσεων.

Αποτελέσματα: Μεταξύ ληπτών νεφρικού μοσχεύματος και ασθενών με ΧΝΝ δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στην 24ωρη-ΣΑΠ/ΔΑΠ (μεταμόσχευση: 126.9±13.1/79.1±7.9 έναντι ΧΝΝ: 128.1±11.2/77.9±8.1 mmHg, p=0.522/0.293), καθώς και στη ΣΑΠ/ΔΑΠ την ημέρα και ΣΑΠ τη νύχτα. Η ΔΑΠ κατά τη νύχτα ήταν υψηλότερη στους μεταμοσχευμένους (μεταμόσχευση: 76.5±8.8 έναντι ΧΝΝ: 73.8±8.8 mmHg, p=0.040). Σε ό,τι αφορά την περιπατητική ΣΑΠ/ΔΑΠ, η ανάλυση επαναλαμβανόμενων μετρήσεων-ANOVA ανέδειξε στατιστικά σημαντική επίδραση του χρόνου (ΣΑΠ: F=[19,3002]=11.735, p<0.001, partial η²=0.069) αλλά όχι του status (μεταμόσχευση έναντι ΧΝΝ) (ΣΑΠ: F=[1,158]=0.668, p=0.415, partial η²=0.004). Οι δείκτες μεταβλητότητας της περιπατητικής ΣΑΠ/ΔΑΠ δεν διέφεραν σημαντικά μεταξύ μεταμοσχευμένων και ασθενών με ΧΝΝ, με εξαίρεση την SD της 24ωρης-ΔΑΠ, η οποία ήταν ηπίως υψηλότερη στους τελευταίους (μεταμόσχευση: 10.2±2.2 έναντι ΧΝΝ: 10.9±2.6 mmHg, p=0.041). Δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο προφίλ εμβύθισης της ΑΠ μεταξύ των δύο ομάδων.

Συμπεράσματα: Τα επίπεδα της 24ωρης ΑΠ, οι τάσεις της περιπατητικής ΑΠ και οι δείκτες βραχυπρόθεσμης μεταβλητότητας της ΑΠ, δεν διαφέρουν σημαντικά μεταξύ ληπτών νεφρικού μοσχεύματος και ασθενών με ΧΝΝ, ευρήματα που υποδηλώνουν ότι οι λήπτες νεφρικού μοσχεύματος έχουν παρόμοιο προφίλ περιπατητικής ΑΠ με τους ασθενείς με ΧΝΝ.

16 ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΡΟΦΙΛ ΤΗΣ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΛΗΠΤΕΣ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Μ. Κορογιάννου¹, Π. Σαραφίδης², Μ.-Ε. Αλεξάνδρου², Μ. Θεοδωρακοπούλου², Ε. Πέλλα², Ε. Ξαγάς¹, Α. Αργύρης³, Α. Πρωτογέρου³, Α. Παπαγιάννη², Ι.Ν. Μπολέτης¹, Σ. Μαρινάκη¹

¹Κλινική Νεφρολογίας & Μεταμόσχευσης Νεφρού, ΠΓΝ Λαϊκό, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα, ²Νεφρολογική Κλινική, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, ³Μονάδα Καρδιαγγειακής Πρόληψης και Έρευνας, Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, ΠΓΝ Λαϊκό, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Η υπέρταση αποτελεί τον κυριότερο παράγοντα καρδιαγγειακού κινδύνου στους λήπτες νεφρικού μοσχεύματος. Προκαταρκτικά δεδομένα υποδηλώνουν παρόμοια επίπεδα περιπατητικής αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) σε λήπτες νεφρικού μοσχεύματος και ασθενείς υπό αιμοκάθαρση. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η συγκριτική αξιολόγηση, για πρώτη φορά, του προφίλ της περιπατητικής ΑΠ και της βραχυπρόθεσμης μεταβλητότητας της ΑΠ, σε λήπτες νεφρικού μοσχεύματος έναντι ασθενών υπό αιμοκάθαρση.

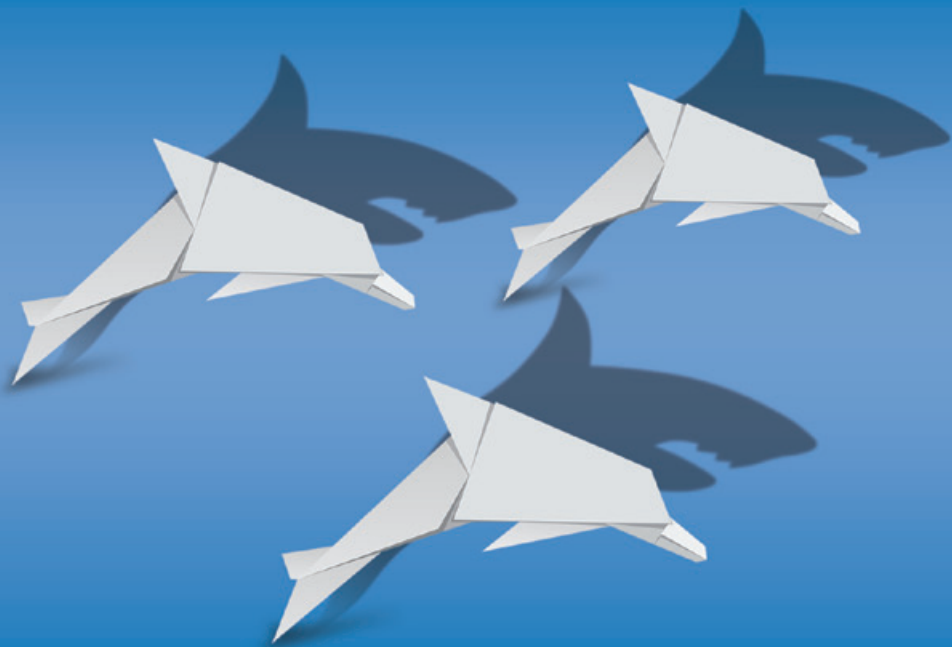
Υλικό-Μέθοδος: Συμπεριελήφθησαν 204 λήπτες νεφρικού μοσχεύματος και 102 ασθενείς υπό αιμοκάθαρση, αντιστοιχισμένοι 2:1 ως προς ηλικία και φύλο. Πραγματοποιήθηκε σύγκριση των επιπέδων της 24ωρης ΑΠ και των δεικτών μεταβλητότητας σε λήπτες νεφρικού μοσχεύματος έναντι του 1^{ου} και 2^{ου} 24ωρου σε μια τυπική 48ωρη περιπατητική καταγραφή ΑΠ σε ασθενείς υπό αιμοκάθαρση. Για την αξιολόγηση της επίδρασης της μεθόδου υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας (μεταμόσχευση έναντι αιμοκάθαρσης) και του χρόνου στο προφίλ της περιπατητικής ΑΠ εφαρμόστηκε το μοντέλο επαναλαμβανόμενων μετρήσεων-ANOVA.

Αποτελέσματα: Οι λήπτες νεφρικού μοσχεύματος εμφάνιζαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα ΣΑΠ και πίεσης παλμού συγκριτικά με τους ασθενείς υπό αιμοκάθαρση (24ωρη ΣΑΠ: μεταμόσχευση: 126.5±12.1mmHg; αιμοκάθαρση: 1^ο24ωρο: 132±18.1mmHg, p=0.006; 2^ο-24ωρο: 134.3±17.7mmHg, p<0.001); δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές στη ΔΑΠ, με εξαίρεση την περίοδο της νύχτας του 2^{ου}-24ωρου. Η ανάλυση επαναλαμβανόμενων μετρήσεων-ANOVA για την περιπατητική ΣΑΠ ανέδειξε στατιστικά σημαντική επίδραση της μεθόδου και του χρόνου σε όλες τις περιόδους που μελετήθηκαν; η μεγαλύτερη διαφορά παρατηρήθηκε στο τέλος του 2^{ου}-24ωρου (-13.9mmHg, 95%CI [-21.5, -6.2], p<0.001). Οι δείκτες μεταβλητότητας της περιπατητικής ΣΑΠ και ΔΑΠ ήταν σημαντικά χαμηλότεροι στους μεταμοσχευμένους συγκριτικά με τους αιμοκαθαιρόμενους σε όλες τις υπό μελέτη περιόδους (24ωρη ΣΑΠ-ARV: μεταμόσχευση: 9.6±2.3mmHg; αιμοκάθαρση: 1^ο24ωρο: 10.3±3.0mmHg, p=0.032; 2^ο24ωρο: 11.5±3.0mmHg, p<0.001). Δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο προφίλ εμβύθισης της ΑΠ μεταξύ των δύο ομάδων.

Συμπεράσματα: Τα επίπεδα της ΣΑΠ και της πίεσης παλμού, καθώς και οι δείκτες μεταβλητότητας της ΑΠ, ήταν σημαντικά χαμηλότερα στους λήπτες νεφρικού μοσχεύματος συγκριτικά με τους ασθενείς υπό αιμοκάθαρση σε όλες τις περιόδους που μελετήθηκαν. Επιπλέον, η μέθοδος υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας επηρεάζει τα επίπεδα της περιπατητικής ΣΑΠ. Τα ευρήματα αυτά, σε αντίθεση με προηγούμενες παρατηρήσεις, υποδηλώνουν πιο ευνοϊκό προφίλ περιπατητικής ΑΠ στους λήπτες νεφρικού μοσχεύματος συγκριτικά με τους ασθενείς υπό αιμοκάθαρση.

Valsimia[®] HCT

αμλοδιπίνη/βαλσαρτάνη/υδροχλωροθειαζίδη



ΟΝΟΜΑΣΙΑ - ΜΟΡΦΗ - ΠΕΡΙΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ	Λιανική Τιμή
VALSIMIA HCT F.C.TAB (5+160+12.5)MG/TAB BTx30 δισκία σε BLISTERS (PVC/PVDC/Aluminium)	11,74€
VALSIMIA HCT F.C.TAB (5+160+25)MG/TAB BTx30 δισκία σε BLISTERS (PVC/PVDC/Aluminium)	11,74€
VALSIMIA HCT F.C.TAB (10+160+12.5)MG/TAB BTx30 δισκία σε BLISTERS (PVC/PVDC/Aluminium)	14,34€
VALSIMIA HCT F.C.TAB (10+160+25)MG/TAB BTx30 δισκία σε BLISTERS (PVC/PVDC/Aluminium)	14,56€
VALSIMIA HCT F.C.TAB (10+320+25)MG/TAB BTx30 δισκία σε BLISTERS (PVC/PVDC/Aluminium)	23,38€

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

Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή.

Αναφέρετε κάθε εικαζόμενη/πιθανολογούμενη
ανεπιθύμητη ενέργεια απευθείας στον ΕΟΦ,
σύμφωνα με το εθνικό σύστημα αναφοράς
ανεπιθύμητων ενεργειών.



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



Lipopen®

Ροσουβαστατίνη/Εζετιμίμη



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

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

Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή.

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευτείτε την Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος ή απευθυνθείτε στην εταιρεία ELPEN.

Αναφέρετε κάθε εικαζόμενη/πιθανολογούμενη ανεπιθύμητη ενέργεια απευθείας στον ΕΟΦ, σύμφωνα με το εθνικό σύστημα αναφοράς ανεπιθύμητων ενεργειών.



21^ο

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ
25-27/11/2021

ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ
MAKEDONIA PALACE

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ
ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

1 ΕΚΤΙΜΩΜΕΝΗ ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΣΦΥΓΜΙΚΟΥ ΚΥΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΛΒΟΥΜΙΝΟΥΡΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

Β. Ραΐκου¹, Ι. Βλασερόζ², Σ. Γαβριήλ³

¹Νεφρολογικό Ιατρείο, DOCTORS' HOSPITAL, Αθήνα, ²Καρδιολογικό Τμήμα, DOCTORS' HOSPITAL, Αθήνα, ³Τμήμα Χειρουργικής Πεπτικού, DOCTORS' HOSPITAL, Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Στη χρόνια νεφρική νόσο αυξημένη ταχύτητα σφυγμικού κύματος συσχετίζεται με νεφρική μικρο-αγγειακή καταστροφή και χειρότερη πρόγνωση. Σκοπός της εργασίας ήταν να μελετήσουμε τη σχέση μεταξύ της εκτιμώμενης ταχύτητας σφυγμικού κύματος (estimated pulse wave velocity, ePWV) και αλβουμινουρίας σε ασθενείς με πρό-τελικού σταδίου χρόνια νεφρική νόσο.

Υλικό-Μέθοδος: Συμπεριελήφθησαν στη μελέτη 232 ασθενείς μέσης ηλικίας 68.5 ± 15.03 χρόνια. Για την εκτίμηση της νεφρικής λειτουργίας έγινε ταξινόμηση των ασθενών σε ομάδες ως προς τον εκτιμώμενο ρυθμό σπειραματικής διήθησης (estimated glomerular filtration rate, eGFR) και την ύπαρξη της αλβουμινουρίας σύμφωνα με τα κριτήρια 2012 KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes). Η εκτιμώμενη ταχύτητα σφυγμικού κύματος (estimated pulse wave velocity, ePWV) υπολογίσθηκε με την χρήση εξίσωσης, η οποία περιλαμβάνει την ηλικία και την μέση αρτηριακή πίεση.

Αποτελέσματα: Διαιρέσαμε τους ασθενείς σε 2 ομάδες σύμφωνα με την μέση τιμή ePWV ίση με 11.69m/sec. Οι ασθενείς με υψηλό ePWV είχαν σημαντικά αυξημένη αλβουμινουρία και μειωμένο eGFR σε σύγκριση με τους ασθενείς με χαμηλότερο ePWV. Παρατηρήσαμε σημαντική σχέση μεταξύ ePWV και αλβουμινουρίας, eGFR και την ύπαρξη σακχαρώδη διαβήτη ($x^2=18.7$, $p=0.001$, $x^2=62.2$, $p=0.001$ και $x^2=8.6$, $p=0.003$ αντίστοιχα). Επίσης, παρατηρήσαμε σημαντική σχέση μεταξύ αλβουμινουρίας και υπέρτασης ($x^2=19.2$, $p=0.001$). Πολυπαραγοντικό μοντέλο έδειξε τον σακχαρώδη διαβήτη και το μειωμένο eGFR να είναι ισχυροί ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες για την εκδήλωση της αλβουμινουρίας παρά η τιμή του ePWV προσαρμόζοντας για συγχυτικούς παράγοντες.

Συμπέρασμα: Αν και ο σακχαρώδης διαβήτης και η μειωμένη νεφρική κάθαρση βρέθηκαν να είναι ισχυροί προγνωστικοί παράγοντες για την εκδήλωση της αλβουμινουρίας, η αυξημένη εκτιμώμενη ταχύτητα σφυγμικού κύματος, εξαρτημένη από την ηλικία και την μέση αρτηριακή πίεση, συσχετίσθηκε σημαντικά με την αλβουμινουρία σε ασθενείς με προ-τελικού σταδίου χρόνια νεφρική νόσο. Παρεμβάσεις στον έλεγχο της αρτηριακής πίεσης και/ή στην αλβουμινουρία θα μπορούσαν να βελτιώσουν την πρόγνωση αυτών των ασθενών.

2 Η ΥΠΕΡΤΑΣΗ, ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΟΣΜΙΑ, ΩΣ ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΣΤΗ ΛΟΙΜΩΞΗ COVID – 19: ΜΙΑ ΑΝΑΣΚΟΠΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Μ. Βλαχοπούλου¹, Γ. Χατζής², Ν. Σαράντης²

¹Hail Cardiac Center, Hail, Saudi Arabia, ²Department of Internal Medicine, King Salman Specialist Hospital, Hail, Saudi Arabia

Εισαγωγή: Το ξέσπασμα ενός οξέος αναπνευστικού συνδρόμου οφειλόμενο σε κορονοϊό (SARS-CoV-2), ξεκίνησε τον Δεκέμβριο του 2019 στη Κίνα, και οδήγησε στην πανδημία που πλέον ονομάζουμε νοσο COVID -19.

Εκτιμάται ότι τα άτομα με καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου όπως η αρτηριακή υπέρταση, με αρχική συμπτωματολογία όπως η ανοσμία, και νοσογόνο παχυσαρκία, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να καταλήξουν σε θάνατο και διασωλήνωση. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα στη Σαουδική Αραβία, όπου η νοσογόνος παχυσαρκία είναι στο 33,6% του πληθυσμού.

Σκοπός: Να διερευνηθεί η επιδημιολογική σχέση μεταξύ της αρτηριακής υπέρτασης, της ανοσμίας και της νοσογόνου παχυσαρκίας σε νοσηλευόμενους ασθενείς, και της συνολικής θνησιμότητας.

Υλικό-Μέθοδος: Συμπεριλάβαμε όλους τους ασθενείς που νοσηλεύονταν μεταξύ Απριλίου και Ιουλίου 2020 στο νοσοκομείο King Salman Specialist Hospital με λοίμωξη COVID-19 επιβεβαιωμένη με PCR, για τους οποίους καταγράφηκε κλινικό αποτέλεσμα είτε εξόδου από το νοσοκομείο είτε θανάτου κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Λήφθηκαν δημογραφικά στοιχεία και κλινική συμπτωματολογία. Συλλέχθηκαν υποκείμενες συννοσηρότητες, όπως καρδιαγγειακές παθήσεις, ιστορικό καπνίσματος, υπέρτασης, διαβήτη, υπερλιπιδαιμίας ή χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ).

Στη συνέχεια συσχετίσαμε χρησιμοποιώντας στατιστική ανάλυση διασωλήνωση, θνησιμότητα, και επανεισαγωγή σε 30 ημέρες σε αυτές τις ομάδες ασθενών.

Αποτελέσματα: Από το σύνολο των 753 ασθενών που συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη, 221 (29.5%) ήταν υπέρτασικοί και 39 εξ αυτών διασωληνώθηκαν. Η θνητότητα στους υπέρτασικούς ασθενείς ήταν 15% έναντι 7% στους μη υπέρτασικούς ασθενείς. Στατιστικά σημαντική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ της ανοσμίας ως συμπτώματος και των διασωληνωμένων ασθενών. Ισχυρή συσχέτιση ($p < 0,005$) μεταξύ της νοσογόνου παχυσαρκίας και της διάρκειας νοσηλείας στην ΜΕΘ.

Συμπεράσματα: Υπάρχει σημαντική επιδείνωση στους υπέρτασικούς ασθενείς με COVID 19, ειδικά με ΔΜΣ >30 και ανοσμία.

3 Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ Δ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

Β. Βασιλακόπουλος¹, Π. Ροδίτης¹, Σ. Θεοδωρίδου¹, Ε. Κυπριτίδου¹, Γ. Παπαγόρας¹, Χρ. Τσουμή¹, Α. Παπαναστασίου², Α.Δ Σεμίζογλου², Π. Ξάρρας², Σπ.Κλίνη³, Στ. Λαμπρόπουλος¹
Καρδιολογική κλινική¹, Παθολογική κλινική², ΓΝ Κοζάνης, ΠΙ Αλωνακίων- ΚΥ Σιάτιστας³

Εισαγωγή-Σκοπός: Ως Μεταβολικό Σύνδρομο (ΜΣ) ορίζεται η συνύπαρξη αυξημένης περιμέτρου μέσης και μεταβολικών παραγόντων κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα (χαμηλή HDL, υψηλά τριγλυκερίδια, προδιαβήτης). Μελετήσαμε την επίπτωση του ΜΣ σε υπερτασικούς.

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήσαμε 864 υπερτασικούς ασθενείς (334 άνδρες) ενδιάμεσης ηλικίας 61 (εύρος ηλικίας:16-87). Συμπληρώθηκε ένα λεπτομερές ερωτηματολόγιο για ατομικό ιστορικό, συνήθειες καπνίσματος και φαρμακευτική αγωγή. Μετρήθηκαν η περιφέρεια μέσης και η αρτηριακή πίεση. Ελήφθησαν δείγματα αίματος νηστείας για υπολογισμό γλυκόζης και λιπιδίων.

Αποτελέσματα: Από τους 864 υπερτασικούς ασθενείς οι 584 (67,5%) πληρούσαν τα κριτήρια του ΜΣ. Η επίπτωση του ΜΣ ήταν πιο μεγάλη στις γυναίκες από ότι στους άνδρες (67,6% έναντι 59,1%, $p<0,01$). Διαιρέσαμε τους ασθενείς μας σε 3 ηλικιακές ομάδες (<40, 40-65 και >65 έτη). Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στην επίπτωση του ΜΣ στις 3 ομάδες (61,5%, 64,3% και 67,6% αντιστοίχως). Μεταξύ των ατόμων που είχαν ΜΣ, η αυξημένη περίμετρος μέσης ήταν η πιο συχνά απαντώμενη (85,4%) από τους παράγοντες που αποτελούν τα κριτήρια του ΜΣ. Ασθενείς υπό αντιυπερτασική αγωγή είχαν αυξημένο κίνδυνο να έχουν ΜΣ από αυτούς χωρίς (72,4% έναντι 64,9%, $p=0,02$). 143 από τους 158 (91,4%) ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη συμπλήρωναν τα κριτήρια για ΜΣ. Δεν υπήρχε στατιστικώς σημαντική διαφορά στην επίπτωση του ΜΣ μεταξύ καπνιστών και μη-καπνιστών στις γυναίκες (68,4% έναντι 72,0%). Αντιθέτως οι άνδρες καπνιστές είχαν μεγαλύτερη επίπτωση από τους μη-καπνιστές (69,0% έναντι 57,8%, $p=0,03$).

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα μας δείχνουν ότι η επίπτωση του ΜΣ είναι πολύ αυξημένη στους υπερτασικούς, ιδιαίτερα στις γυναίκες, συγκρινόμενη με αυτή του γενικού Ελληνικού πληθυσμού. Η επίπτωση δε του ΜΣ στους υπερτασικούς δεν επηρεάζεται από την ηλικία.

4 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΒΛΑΒΩΝ ΤΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ ΣΤΟΧΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΕΧΤΡΕΜΕ DIPPING ΣΕ ΠΡΩΤΟΔΙΑΓΝΩΖΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Β. Βασιλακόπουλος¹, Σ. Θεοδωρίδου¹, Π. Ροδίτης¹, Ελεωνόρα Κυπριτίδου¹, Χρ. Τσουμής¹, Γ. Παπαγόρας¹, Π. Ξάρρας², Α. Παπαναστασίου², Α.Δ. Σεμίζογλου², Στ. Λαμπρόπουλος¹

Καρδιολογική Κλινική¹, Παθολογική Κλινική², ΓΝ Κοζάνης

Εισαγωγή: Η εκτίμηση του καρδιαγγειακού κινδύνου στους υπερτασικούς ασθενείς περιλαμβάνει τη διερεύνηση της παρουσίας βλαβών οργάνων στόχων (TOD). Η 24ωρη καταγραφή της αρτηριακής πίεσης (ABPM) αντιπροσωπεύει την κύρια μέθοδο επιβεβαίωσης της υπερτασικής νόσου. Το φαινόμενο dipping, το οποίο ορίζεται ως η $> 10\%$ μείωση της αρτηριακής πίεσης κατά τις νυκτερινές μετρήσεις επιτρέπει τη μείωση του υπερτασικού φορτίου κατά τη νύχτα και παρουσιάζει θετική προγνωστική αξία. Παρόλα αυτά, υπάρχουν αμφιβολίες όσον αφορά την προγνωστική του αξία όταν η μείωση της αρτηριακής πίεσης κατά τη νύχτα ξεπερνά το 20% των πρωινών τιμών (φαινόμενο extreme dipping).

Σκοπός της μελέτης μας είναι η διερεύνηση της παρουσίας TOD σε πρωτοδιαγνωσθέντες υπερτασικούς ασθενείς, οι οποίοι εμφανίζουν είτε το φαινόμενο dipping ή το φαινόμενο extreme-dipping.

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήσαμε 85 πρωτοδιαγνωσθέντες υπερτασικούς ασθενείς την τριετία 2015- 2018 οι οποίοι υποβλήθηκαν σε ABPM, και τους χωρίσαμε σε dipper ασθενείς (n=71, μέση ηλικία 59 ± 9 έτη, 46 άνδρες) και extreme dippers (n=14, μέση ηλικία 57 ± 12 έτη, 6 άνδρες). Και οι δύο ομάδες ασθενών υποβλήθηκαν στην εκτίμηση των επιπέδων μικροαλβουμίνης σε συλλογή ούρων 24ώρου (MAU), του πάχους του έσω-μέσου χιτώνα των καρωτίδων (IMT), της διαστολική δυσλειτουργίας (E/Ea), και του δείκτη μάζας (LVMI) της αριστερής κοιλίας.

Αποτελέσματα: Δεν διαπιστώθηκαν διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων ασθενών ως προς την ηλικία, το φύλο, το BMI, τη SBP/DBP ιατρείου, την κεντρική SBP/DBP, τη μέση ημερήσια SBP/DBP, τη MAU, το IMT και το δείκτη E/Ea. Παρατηρήσαμε ότι οι extreme dipper ασθενείς είχαν μειωμένη 24ωρη μέση SBP/DBP ($p=0.001$ και $p=0.02$, αντίστοιχα) και αυξημένο LVMI (85 ± 16 έναντι 76 ± 17 gr/m², $p=0.04$) συγκρινόμενοι με τους dipper ασθενείς.

Συμπεράσματα: Οι extreme dipper υπερτασικοί ασθενείς εμφανίζουν αυξημένο LVMI, πιθανά ως αποτέλεσμα της μυοκαρδιακής υποξίας στα πλαίσια της σημαντικής μείωσης της αρτηριακής πίεσης κατά τη νύχτα. Τα αποτελέσματά μας υποδεικνύουν τον πιθανά αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο σε αυτή την ομάδα υπερτασικών ασθενών.

5 Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΠΗΡΕΑΣΜΕΝΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Β. Βασιλακόπουλος¹, Π. Ροδίτης¹, Σοφία Θεοδωρίδου¹, Γ. Παπαγόρας¹, Χρ. Τσουμής¹, Ε. Κυπριτίδου¹, Α. Παπαναστασίου², Α.Δ Σεμίζογλου², Π. Ξάρρας², Στ. Λαμπρόπουλος¹

Καρδιολογική Κλινική¹, Παθολογική Κλινική², ΓΝ Κοζάνης

Εισαγωγή-Σκοπός: Το μεταβολικό σύνδρομο (MetS) σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης χρόνιας νεφρικής νόσου (CKD) ανεξάρτητα από την ύπαρξη σακχαρώδους διαβήτη και υπέρτασης. Σκοπός της μελέτης είναι ο προσδιορισμός της επίπτωσης του MetS σε υπερτασικούς ασθενείς με CKD, προσδιορισμένη με μειωμένο ρυθμό σπειραματικής διήθησης (eGFR $<60\text{mL/min/1.73m}^2$), και η σχέση μεταξύ των χαρακτηριστικών του MetS και της αλβουμινουρίας.

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήσαμε κατά τη διάρκεια δύο ετών (2017- 2019), 76 υπερτασικούς ασθενείς (SBP $\geq 140\text{mmHg}$ και/η DBP $\geq 90\text{mmHg}$) με χρόνια νεφρική νόσο, 43 άνδρες και 33 γυναίκες, μέσης ηλικίας 73 ± 9 έτη. Η αλβουμινουρία καθορίστηκε με τον λόγο αλβουμίνης/κρεατινίνης δείγματος ούρων (ACR) $\geq 30\text{ mg/gr}$ και ταξινομήθηκε σύμφωνα με τις οδηγίες KDIGO 2012. Η ύπαρξη του MetS μελετήθηκε περιλαμβάνοντας την μέτρηση της περιφέρειας μέσης, χαμηλή HDL, υψηλά τριγλυκερίδια και υψηλή γλυκόζη ορού.

Αποτελέσματα: Υπήρξε σημαντική σχέση μεταξύ αυξημένων χαρακτηριστικών MetS και αυξημένης αλβουμινουρίας ($p=0,04$). Τό εφαρμοσμένο μοντέλο για την πρόβλεψη της αλβουμινουρίας έδειξε ότι η παρουσία αυξημένων χαρακτηριστικών MetS συσχετίστηκε με 1,9 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο για την εκδήλωση αλβουμινουρίας μετά προσαρμογή ως προς συγχυτικούς παράγοντες περιλαμβάνοντας την τιμή eGFR και τον σακχαρώδη διαβήτη. Επιπλέον, παρατηρήσαμε σημαντική σχέση μεταξύ αυξημένης αλβουμινουρίας και υψηλών τριγλυκεριδίων ορού ($p=0,01$).

Συμπέρασμα: Η ύπαρξη αυξημένων χαρακτηριστικών MetS έδειξε αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης μικροαλβουμινουρίας/μακροαλβουμινουρίας σε υπερτασικούς ασθενείς με μειωμένο ρυθμό σπειραματικής διήθησης (eGFR $<60\text{mL/min/1.73m}^2$). Τα υψηλά επίπεδα τριγλυκεριδίων ήταν σημαντικός παράγοντας κινδύνου συσχετισμένος με την αλβουμινουρία σε αυτούς τους ασθενείς.

6 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΟΥΡΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ, ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΚΑΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ. ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗΣ

Β. Βασιλακόπουλος¹, Σ. Θεοδωρίδου¹, Π. Ροδίτης¹, Χρ. Τσουμής¹, Γ. Παπαγόρας¹, Ε. Κυπριτίδου¹, Α. Παπαναστασίου², Α.Δ. Σεμίζογλου², Π. Ξάρρας², Στ. Λαμπρόπουλος¹

Καρδιολογική Κλινική¹, Παθολογική Κλινική², ΓΝ Κοζάνης

Εισαγωγή-Σκοπός: Να εκτιμηθεί η συσχέτιση των επιπέδων ουρικού οξέος (UA) με τα επίπεδα αρτηριακή πίεσης και την επίπτωση της κοιλιακής μαρμαρυγής (ΚΜ).

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήσαμε 225 υπερτασικούς ασθενείς (μέσης ηλικίας 71,7 έτη) στην τριετία 2016-2019. Οι ασθενείς με καταγεγραμμένη ΚΜ στο holter ή οι ασθενείς με ιστορικό ΚΜ κατεγράφησαν ως ασθενείς με ΚΜ. Σε όλους δόθηκε βιοχημικός έλεγχος, αρτηριακή πίεση στο ιατρείο και 24ωρη περιπατητική, 24ωρη ηλεκτροκαρδιογραφική καταγραφή (holter), ενώ διενεργήθηκε υπερηχοκαρδιογράφημα. Επιπλέον, κατεγράφησαν στοιχεία τα οποία αφορούν τις υγιεινοδιαιτητικές συνήθειες.

Αποτελέσματα: Από τους 225 υπερτασικούς ασθενείς, οι 14 (6.2%) έπασχαν από ΚΜ. Η μέση τιμή της 24ωρης συστολικής αρτηριακής πίεσης (ΣΑΠ) ήταν 137 ± 18 mmHg, η μέση τιμή της 24ωρης διαστολικής πίεσης (ΔΑΠ) ήταν 81 ± 13 mmHg. Τα επίπεδα UA συσχετίστηκαν σημαντικά και θετικά με το μέσο όρο των επιπέδων της 24ωρης ΣΑΠ ($r_s=0.092$, $p=0.05$). Τα επίπεδα UA σε ασθενείς με ΚΜ ήταν υψηλότερα σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν ΚΜ ($p<0,001$). Επιπλέον, τα επίπεδα UA στον ορό συσχετίστηκαν ισχυρά με όλους τους μείζονες παράγοντες κινδύνου που προδιαθέτουν την εμφάνιση αρτηριακής υπέρτασης ή ΚΜ. Ειδικότερα τα επίπεδα UA στον ορό ήταν σημαντικά υψηλότερα σε άνδρες ασθενείς ($p<0,01$), σε ηλικιωμένους ασθενείς ($r_s=0.117$, $p<0,01$), με σακχαρώδη διαβήτη ($p<0,05$).

Συμπεράσματα: Τα αυξημένα επίπεδα UA στον ορό σχετίστηκαν σημαντικά με την επίπτωση της ΚΜ και τα επίπεδα συστολικής αρτηριακής πίεσης καθώς επίσης και την πλειοψηφία των παραγόντων κινδύνου που προδιαθέτουν σε ανάπτυξη και των δύο νόσων.

7 ΝΥΧΤΕΡΙΝΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΣΚΛΗΡΙΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΡΩΡΟΤΗΤΑΣ

Α. Χαϊνογλου¹, Κ. Σαραφίδης², Κ. Χρυσαΐδου¹, Μ. Οικονόμου¹, Δ. Γίδαρης¹, Β. Κώτσης³, Σ. Σταμπουλή¹

¹Α' Παιδιατρική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη, ²Α' Νεογνολογική Κλινική & Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη, ³Γ' Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή-Σκοπός: Σύμφωνα με την πρόσφατη βιβλιογραφία, η προωρότητα συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης αρτηριακής υπέρτασης στην παιδική και ενήλικη ζωή. Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της συσχέτισης της προωρότητας με την αρτηριακή πίεση με τη χρήση 24ωρης καταγραφής αρτηριακής πίεσης και την αρτηριακή σκληρία σε παιδιά και εφήβους.

Υλικό-Μέθοδος: Το δείγμα της μελέτης περιλάμβανε παιδιά και εφήβους ηλικίας 5-19 ετών, εκ των οποίων 52 ήταν πρόωρα και 26 υγιή τελειόμηνα παιδιά. Στους συμμετέχοντες λήφθηκε πλήρες ιστορικό, καταγράφηκαν τα σωματομετρικά τους χαρακτηριστικά, μετρήθηκε η περιφερική και η κεντρική συστολική αρτηριακή πίεση (ΑΠ) ιατρείου, η καρωτιδο-μηνιαία ταχύτητα του σφυγμικού κύματος (cf-PWV) και τέθηκαν σε 24ωρη καταγραφή αρτηριακής πίεσης.

Αποτελέσματα: Τα πρόωρα παιδιά παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερες τιμές νυχτερινής συστολικής αρτηριακής πίεσης συγκριτικά με τα τελειόμηνα χωρίς να παρατηρείται διαφορά στις υπόλοιπες παραμέτρους της 24ωρης καταγραφής ΑΠ, της περιφερικής και κεντρικής συστολικής ΑΠ ιατρείου. Νυχτερινή υπέρταση διαπιστώθηκε στα 7 από τα 9 (78%) πρόωρα παιδιά με αρτηριακή υπέρταση στην 24ωρη καταγραφή. Η προωρότητα ήταν ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας για το z-score cf-PWV για την ύψος και το φύλο. Τα πρόωρα παιδιά που ήταν υπέρβαρα παρουσίασαν υψηλότερες τιμές z-score νυχτερινής συστολικής ΑΠ και z-score PWV.

Συμπεράσματα: Η προωρότητα συσχετίζεται με υψηλότερη νυχτερινή αρτηριακή πίεση κατά την παιδική και εφηβική ηλικία. Η έγκαιρη διάγνωση της υπέρτασης και η πρόληψη της παχυσαρκίας στα παιδιά με ιστορικό προωρότητας μπορεί να συμβάλει στην πρόληψη και αποφυγή καρδιαγγειακών συμβαμάτων στο μέλλον.

8 ΒΑΛΣΑΡΤΑΝΗ/ΑΜΛΟΔΙΠΙΝΗ: ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΟ ΡΥΘΜΟ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗΣ ΔΙΗΘΗΣΗΣ, ΣΤΗ ΛΕΥΚΩΜΑΤΟΥΡΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗ ΜΙΚΡΟΑΛΒΟΥΜΙΝΟΥΡΙΑ ΣΕ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΑΠΟ 3ΜΗΝΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Α. Λιόντος¹, Ε. Κλούρας¹, Δ. Μπίρος¹, Λ. Αθανασίου¹, Σ. Τσούρλος¹, Σ.Φ. Ντεκούαν¹, Ε. Λυμπερόπουλος², Μ. Ελισάφ², Χ. Μηλιώνης¹, Γ. Λιάμης²

¹Α' Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμωδών Νοσημάτων, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, ²Β' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Εισαγωγή-Σκοπός: Ο σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να διερευνηθεί η επίδραση του έτοιμου συνδυασμού βαλσαρτάνης/αμλοδιπίνης 160/5mg ανά ημέρα, στη μεταβολή της του ρυθμού σπειραματικής διήθησης, της λευκωματουρίας και της μικροαλβουμινουρίας, σε ασθενείς με σταδίου 2 υπέρταση (συστολική αρτηριακή πίεση 160-180 mmHg ή/και διαστολική αρτηριακή πίεση 100-110 mmHg) και με προδιαβήτη (IFG/IGT).

Υλικό-Μέθοδος: Συλλέχθηκαν δεδομένα από 54 ασθενείς που προσήλθαν στο εξωτερικό ιατρείο διαταραχών του μεταβολισμού των λιπιδίων του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων την περίοδο 2014-2018 και τυχαιοποιήθηκαν στην ομάδα στην ομάδα βαλσαρτάνης/αμλοδιπίνης 160/5 mg ανά ημέρα. Τα σωματομετρικά και δημογραφικά τους χαρακτηριστικά που καταγράφηκαν κατά την έναρξη της μελέτης παρουσιάζονται συγκεντρωτικά, στον **Πίνακα 1Α**.

Πίνακας 1Α. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών κατά την έναρξη της μελέτης	
N(Ανδρες/Γυναίκες)	54(33/21)
Ηλικία (Έτη)	64.44±11.64
Καπνιστές (%)	14(25.9)
Καταναλωτές Αλκοόλ (%)	8(14.8)
BMI (Kg/m ²)	28.62±3.29

Αποτελέσματα: Στον **Πίνακα 1Β** παρουσιάζονται οι μεταβολές των επιπέδων ΣΑΠ και ΔΑΠ πριν και μετά την τρίμηνη αγωγή καθώς και οι μεταβολές των επιπέδων του ρυθμού σπειραματικής διήθησης, της λευκωματουρίας και της μικροαλβουμινουρίας

Πίνακας 1Β.				
Παράμετροι	Έναρξη	Μετά 3 Μήνες Αγωγής	Μεταβολή %	P-Value
βαλσαρτάνη/αμλοδιπίνη				
ΣΑΠ (mmHg)	162[159.25-165]	140[135-145]	-13.58 % (-22)	<0.001
ΔΑΠ (mmHg)	100[92-103.75]	87[77.75-90]	-13 % (-13)	<0.001
uTPR (mg/dl)	7[4.25-14.5]	5[3-10]	-28.57 % (-2)	<0.001
uMalb (mg/dl)	0.95[0.6-1.95]	0.85[0.5-1.3]	-10.53 % (-0.1)	0.021
uMalb/uCre (mg/g cre)	8.84[5.85-14.89]	8.08[5.56-11.67]	-8.6 % (-0.76)	0.63
GFR (mL/min/1.73m ²)	79.02±13.04	79.33±12.55	0.39% (0.31)	0.838

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: η 3μηνη αγωγή με βαλσαρτάνη/αμλοδιπίνη βελτίωσε στατιστικά σημαντικά τα επίπεδα της ΣΑΠ και ΔΑΠ (μείωση κατά -13,58 % και -13 %, αντίστοιχα, $p < 0.001$, αντίστοιχα και για τις 2 τιμές). Για τα επίπεδα της αποβολής ολικών πρωτεϊνών παρατηρήθηκε μείωση 28.57% ($p < 0.001$), για τις τιμές του GFR αύξηση κατά 0.39% (χωρίς όμως στατιστική σημαντικότητα) και μείωση κατά 8.6% της μικροαλβουμινουρίας (χωρίς όμως στατιστική σημαντικότητα).

9 ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΒΑΛΣΑΡΤΑΝΗΣ/ΑΜΛΟΔΙΠΙΝΗΣ ΣΕ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Α. Λιόντος¹, Ε. Κλούρας¹, Δ. Μπίρος¹, Λ. Αθανασίου¹, Σ. Τσούρλος¹, Σ.Φ.Ντεκουάν¹, Ε. Λυμπερόπουλος², Μ. Ελισάφ², Χ. Μηλιώνης¹, Γ. Λιάμης²

¹Α' Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμωδών Νοσημάτων, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, ²Β' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Εισαγωγή-Σκοπός: ο συνδυασμός της αμλοδιπίνης με την βαλσαρτάνη είναι ένας συχνά χορηγούμενος συνδυασμός ανταγωνιστή ΑΤΙΙ και CCB για τον έλεγχο της ΑΥ. Με την έναρξη της αγωγής συστήνεται τακτικός έλεγχος της νεφρικής λειτουργίας και των επιπέδων του καλίου. Ο σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να διερευνηθεί η επίδραση του έτοιμου συνδυασμού βαλσαρτάνης/αμλοδιπίνης 160/5mg ανά ημέρα, στη μεταβολή των τιμών της κρεατινίνης, της ουρίας και του καλίου του ορού, σε ασθενείς με σταδίου 2 υπέρταση (συστολική αρτηριακή πίεση 160-180 mmHg ή/και διαστολική αρτηριακή πίεση 100-110 mmHg) και με προδιαβήτη (IFG/IGT).

Υλικό-Μέθοδος: Συλλέχθηκαν δεδομένα από 54 ασθενείς που προσήλθαν στο εξωτερικό ιατρείο διαταραχών του μεταβολισμού των λιπιδίων του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων την περίοδο 2014-2018 και τυχαιοποιήθηκαν στην ομάδα βαλσαρτάνης/αμλοδιπίνης 160/5 mg ανά ημέρα.

Αποτελέσματα: Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται οι μεταβολές των επιπέδων ΣΑΠ και ΔΑΠ πριν και μετά την τρίμηνη αγωγή καθώς και οι μεταβολές των επιπέδων της κρεατινίνης, της ουρίας και του καλίου του ορού.

Πίνακας 1.				
Παράμετροι	Έναρξη	Μετά 3 Μήνες Αγωγής	Μεταβολή %	P-Value
βαλσαρτάνη/αμλοδιπίνη				
ΣΑΠ (mmHg)	162[159.25-165]	140[135-145]	-13.58 % (-22)	<0.001
ΔΑΠ (mmHg)	100[92-103.75]	87[77.75-90]	-13 % (-13)	<0.001
ΚΡΕΤΙΝΙΝΗ ορού (mg/dl)	0.9[0.8-1.06]	0.94±0.18	4.44 % (0.04)	0.645
ΟΥΡΙΑ ορού (mg/dl)	38.91±11.21	37.31±11	-4.11 % (-1.6)	0.347
ΚΑΛΙΟ ορού (mEq/l)	4.3± 0.64	4.42± 0.33	2.79 % (0.12)	0.413

Συμπέρασμα: η 3μηνη αγωγή με βαλσαρτάνη/αμλοδιπίνη βελτίωσε στατιστικά σημαντικά τα επίπεδα της ΣΑΠ και ΔΑΠ (μείωση κατά -13.58 % και -13 %, αντίστοιχα, $p<0.001$, αντίστοιχα και για τις 2 τιμές). Για τα επίπεδα της κρεατινίνης παρατηρήθηκε αύξηση κατά 4.44%, της ουρίας μείωση κατά 4,11% και του καλίου του ορού αύξηση κατά 2,79% (χωρίς την εμφάνιση υπερκαλιαιμίας σε απόλυτη τιμή). Από τις μεταβολές όμως που προέκυψαν δεν υπήρξε στατιστική σημαντικότητα σε καμία από τις μεταβλητές.

10 ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΝΤΕΛΑΠΡΙΛΗΣ/ΜΑΝΙΔΙΠΙΝΗΣ ΣΕ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Α. Λιόντος¹, Ε. Κλούρας¹, Δ. Μπίρος¹, Λ. Αθανασίου¹, Σ. Τσούρλος¹, Ε. Λυμπερόπουλος², Μ. Ελισάφ², Χ. Μηλιώνης¹, Γ. Λιάμης²

¹Α' Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμωδών Νοσημάτων, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, ²Β' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Εισαγωγή-Σκοπός: Η χορήγηση ντελαπρίλης και μανιδιπίνης γίνεται σε ασθενείς με ιδιοπαθή υπέρταση στους οποίους η ΑΠ δε ρυθμίζεται επαρκώς με την χορήγηση μονοθεραπείας. Με την έναρξη της αγωγής συστήνεται τακτικός έλεγχος της νεφρικής λειτουργίας και των επιπέδων του καλίου. Ο σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να διερευνηθεί η επίδραση του έτοιμου συνδυασμού ντελαπρίλης/μανιδιπίνης 30/10mg ανά ημέρα, στη μεταβολή της κρεατινίνης, της ουρίας και του καλίου του ορού, σε ασθενείς με σταδίου 2 υπέρταση (ΣΑΠ 160-180 mmHg ή/και ΔΑΠ 100-110 mmHg) και με προδιαβήτη (IFG/IGT).

Υλικό-Μέθοδος: Τυχαιοποιήθηκαν στην ομάδα ντελαπρίλης/μανιδιπίνης την περίοδο 2014-2018, 53 άτομα (30 άνδρες/23 γυναίκες εκ των οποίων 12 καπνιστές και 7 καταναλωτές αλκοόλ). Το BMI των ασθενών ήταν 28.73 [27.73-30.3] και οι τιμές ΣΑΠ και ΔΑΠ: 156 [151-161] και 100 [88-101] mmHg, αντίστοιχα.

Αποτελέσματα: Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται οι μεταβολές των επιπέδων ΣΑΠ και ΔΑΠ πριν και μετά την τρίμηνη αγωγή καθώς και οι μεταβολές των επιπέδων της κρεατινίνης, της ουρίας και του καλίου του ορού.

Συμπέρασμα: η 3μηνη αγωγή με ντελαπρίλη/μανιδιπίνη βελτίωσε στατιστικά σημαντικά τα επίπεδα της ΣΑΠ και ΔΑΠ (μείωση κατά -11.54 % και -12%, αντίστοιχα, $p < 0.001$, αντίστοιχα και για τις 2 τιμές). Για τα επίπεδα της κρεατινίνης παρατηρήθηκε μείωση κατά 2.15%, της ουρίας μείωση κατά 3.83%, χωρίς όμως στατιστική σημαντικότητα. Για το καλίο του ορού παρατηρήθηκε αύξηση κατά 0.46 % (χωρίς όμως την εμφάνιση υπερκαλιαιμίας σε απόλυτη τιμή) χωρίς όμως στατιστικά σημαντική διαφορά.

Παράμετροι	Έναρξη	Μετά 3 Μήνες Αγωγής	Μεταβολή %	P-Value
ντελαπρίλη/μανιδιπίνη				
ΣΑΠ (mmHg)	156[151-161]	138[132-145]	-11.54 % (-18)	<0.001
ΔΑΠ (mmHg)	100[88-101]	88[82-90]	-12 % (-12)	<0.001
ΚΡΕΤΙΝΙΝΗ ορού (mg/dl)	0.93[0.82-0.99]	0.91±0.17	-2.15 % (-0.02)	0.746
ΟΥΡΙΑ ορού (mg/dl)	35.02±8.74	33.68±8.05	-3.83 % (-1.34)	0.357
ΚΑΛΙΟ ορού (mEq/l)	4.34± 0.3	4.36± 0.31	0.46 % (0.02)	0.596

11 ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΤΕΛΜΙΣΑΡΤΑΝΗΣ/ΑΜΛΟΔΙΠΙΝΗΣ ΣΕ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Α. Λιόντος¹, Ε. Κλούρας¹, Δ. Μπίρος¹, Λ. Αθανασίου¹, Σ. Τσούρλος¹, Σ.Φ. Ντεκουάν¹, Ε. Λυμπερόπουλος², Μ. Ελισάφ², Χ. Μηλιώνης¹, Γ. Λιάμης²

¹Α' Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμωδών Νοσημάτων, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, ²Β' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Εισαγωγή-Σκοπός: Ο συνδυασμός της τελμισαρτάνης και της αμλοδιπίνης σε μορφή δισκίου ενδείκνυται σε ασθενείς των οποίων η αρτηριακή πίεση δεν ρυθμίζεται επαρκώς από την αγωγή μονοθεραπείας. Με την έναρξη της αγωγής συστήνεται τακτικός έλεγχος της νεφρικής λειτουργίας και των επιπέδων του καλίου. Ο σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να διερευνηθεί η επίδραση του έτοιμου συνδυασμού τελμισαρτάνης/αμλοδιπίνης 80/5mg ανά ημέρα, στη μεταβολή της κρεατινίνης, της ουρίας και του καλίου του ορού, σε ασθενείς με σταδίου 2 υπέρταση (συστολική αρτηριακή πίεση 160-180 mmHg ή/και διαστολική αρτηριακή πίεση 100-110 mmHg) και με προδιαβήτη (IFG/IGT).

Υλικό-Μέθοδος: Συλλέχθηκαν δεδομένα από 51 ασθενείς που προσήλθαν στο εξωτερικό ιατρείο διαταραχών του μεταβολισμού των λιπιδίων του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων την περίοδο 2014-2018. Τυχαιοποιήθηκαν στην ομάδα τελμισαρτάνης/αμλοδιπίνης 80/5mg ανά ημέρα, 51 άτομα (35 άνδρες/16 γυναίκες) με BMI: 29.32 [27.37-31.65].

Αποτελέσματα: Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται οι μεταβολές των επιπέδων ΣΑΠ και ΔΑΠ πριν και μετά την τρίμηνη αγωγή καθώς και οι μεταβολές των επιπέδων της κρεατινίνης, της ουρίας και του καλίου του ορού.

Συμπέρασμα: η 3μηνη αγωγή με τελμισαρτάνη/αμλοδιπίνη βελτίωσε στατιστικά σημαντικά τα επίπεδα της ΣΑΠ και ΔΑΠ (μείωση κατά -14.72 % και -15 %, αντίστοιχα, $p < 0.001$, αντίστοιχα και για τις 2 τιμές). Για τα επίπεδα της κρεατινίνης παρατηρήθηκε μείωση κατά 3%, της ουρίας μείωση κατά 0,35 %, χωρίς όμως στατιστική σημαντικότητα. Για το καλίο του ορού παρατηρήθηκε αύξηση κατά 3.23% (χωρίς όμως την εμφάνιση υπερκαλιαιμίας σε απόλυτη τιμή).

Παράμετροι	Έναρξη	Μετά 3 Μήνες Αγωγής	Μεταβολή %	P-Value
τελμισαρτάνη/αμλοδιπίνη				
ΣΑΠ (mmHg)	163[158-168]	139[134.5-142.5]	-14.72 % (-24)	<0.001
ΔΑΠ (mmHg)	100[95-106]	85[80-89]	-15 % (-15)	<0.001
ΚΡΕΤΙΝΙΝΗ ορού (mg/dl)	1[0.92-1.06]	0.97±0.18	-3 % (-0.03)	0.149
ΟΥΡΙΑ ορού (mg/dl)	34.65±9.35	34.53±9.54	-0.35 % (-0.12)	0.909
ΚΑΛΙΟ ορού (mEq/l)	4.34± 0.38	4.48± 0.28	3.23 % (0.14)	0.013

12 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ 24ΩΡΗΣ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ ΥΠΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

Γεωργία Βαρέτα¹, Π. Γεωργιανός¹, Β. Βάιος¹, Σ. Ρουμελιώτης¹, Β. Σγουροπούλου¹, Α. Γεωργουλίδου², Ε. Ντουνούση³, Α. Παπαγιάννη⁴, Η. Μπαλάσкас¹, Π. Ζεμπεκάκης¹, Β. Λιακόπουλος¹

¹Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης, Α΄ Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, ²Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης, Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής, Κομοτηνή, ³Νεφρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, ⁴Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή-Σκοπός: Ο επιπολασμός της ανθεκτικής υπέρτασης στους ασθενείς με προτελικού σταδίου χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ) είναι 2-3 φορές υψηλότερος από ότι στο γενικό υπερτασικό πληθυσμό. Σκοπός της εργασίας ήταν η εκτίμηση του επιπολασμού της ανθεκτικής υπέρτασης με τη χρήση 24ωρης περιπατητικής καταγραφής της ΑΠ σε ασθενείς με ΧΝΝ τελικού σταδίου που υποβάλλονται σε περιτοναϊκή κάθαρση (ΠΚ).

Υλικό-Μέθοδοι: Σε περιπατητική καταγραφή της ΑΠ με τη συσκευή Mobil-O-Graph (IEM, Germany) υποβλήθηκαν 140 ασθενείς υπό θεραπεία με ΠΚ σε 4 μονάδες της βόρειας Ελλάδας. Ως ανθεκτική υπέρταση ορίστηκε η μέση 24ωρη ΑΠ $\geq 130/80$ mmHg, παρά τη θεραπεία με ≥ 3 αντιυπερτασικά φάρμακα ή η ελεγχόμενη υπέρταση σε ασθενείς που λάμβαναν ≥ 4 φάρμακα. Για την αξιολόγηση της σχέσης της υπερυδάτωσης με τη βαρύτητα της υπέρτασης, οι ασθενείς υποβλήθηκαν επίσης σε ανάλυση βιοηλεκτρικής αντίστασης με τη συσκευή BCM (Fresenius Medical Care, Germany).

Αποτελέσματα: Από τους 140 ασθενείς της μελέτης, οι 42 (30%) είχαν ανθεκτική υπέρταση, οι 45 (32,1%) είχαν μη ελεγχόμενη υπέρταση ενώ λάμβαναν θεραπεία με <3 αντιυπερτασικά φάρμακα και οι υπόλοιποι 53 ασθενείς (37,9%) είτε ήταν νορμοτασικοί είτε είχαν ελεγχόμενη υπέρταση με <3 φάρμακα. Ο επιπολασμός της ανθεκτικής υπέρτασης μεταξύ των ασθενών που λάμβαναν θεραπεία ήταν 32,5%. Υπερυδάτωση $>2,5$ L στην ανάλυση βιοηλεκτρικής αντίστασης εντοπίστηκε στο 38,1% των ασθενών με ανθεκτική υπέρταση, στο 15,6% των ασθενών με μη ελεγχόμενη υπέρταση και στο 18,9% των νορμοτασικών ή των ασθενών με ελεγχόμενη υπέρταση ($P<0,05$).

Συμπεράσματα: Η μελέτη αυτή δείχνει ότι το 30% των ασθενών με ΧΝΝ τελικού σταδίου υπό ΠΚ δεν επιτυγχάνει ικανοποιητική ρύθμιση της 24ωρης ΑΠ, παρά τη χρήση πολλαπλών αντιυπερτασικών φαρμάκων. Ωστόσο, σημαντικό ποσοστό αυτών των ασθενών εμφανίζει μη έκδηλη κλινικά υπερυδάτωση, εύρημα που υποδηλώνει ότι η καλύτερη διαχείριση του όγκου μπορεί να βελτιώσει σημαντικά τη ρύθμιση της υπέρτασης στους ασθενείς που υποβάλλονται σε ΠΚ.

13 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΨΥΧΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Π. Ανυφαντή, Α. Δημητριάδου, Β. Νικολαΐδου, Α. Λαζαρίδης, Α. Τριανταφύλλου, Ό.-Α. Παυλίδου, Κ. Γούλας, Σ. Δούμα, Ε. Γκαλιαγκούση

Γ' Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ Παπαγεωργίου, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Ασθενείς με ρευματικά νοσήματα έχουν αυξημένο επιπολασμό υπέρτασης που θεωρείται πολυπαραγοντικής αιτιολογίας, ενώ παράλληλα με την εμφάνιση σωματικής αναπηρίας παρουσιάζουν διαταραχές στην ψυχική τους υγεία και επηρεασμένη ποιότητα ζωής.

Σκοπός: Η αναζήτηση παραγόντων που συσχετίζονται με την υπέρταση σε ασθενείς που πάσχουν από ρευματικές παθήσεις.

Υλικό-Μέθοδοι: Διαδοχικοί ασθενείς του Εξωτερικού Ρευματολογικού Ιατρείου συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια EuroQol 5D (EQ-5D) utility index και Hamilton Anxiety Scale (HAM-A) Scale για την αυτοαξιολόγηση της ποιότητας ζωής και αγχώδους συμπτωματολογίας, αντίστοιχα. Τα επίπεδα φυσικής αναπηρίας και πόνου εκτιμήθηκαν με τον δείκτη Health Assessment Questionnaire Disability Index (HAQ-DI) και την οπτική αναλογική κλίμακα πόνου HAQ Pain Visual Analogue Scale (VAS-Pain), αντίστοιχα. Για τον ορισμό της υπέρτασης χρησιμοποιήθηκαν οι ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες.

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν 464 ασθενείς (81,7% γυναίκες) ηλικίας $55,5 \pm 13,8$ ετών, η πλειοψηφία των οποίων έπασχε από ρευματοειδή αρθρίτιδα (32,8%), οστεοαρθρίτιδα (17,0%) και οροαρνητική σπονδυλοαρθροπάθεια (11,4%). Υπέρταση διαπιστώθηκε σε 58,6% των ασθενών, με μέση αρτηριακή πίεση (ΑΠ) $130,3 \pm 19,9/79,5 \pm 10,5$ mmHg. Υπερτασικοί ασθενείς παρουσίασαν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα HAM-A [16 (10-23) έναντι 13 (9-20,5), $p=0,014$], HAQ-DI ($0,94 \pm 0,79$ έναντι $0,60 \pm 0,61$, $p<0,001$) και VAS-Pain [50 (25-75) έναντι 44,5 (10-70) %, $p=0,017$], και χαμηλότερη βαθμολογία EQ-5D ($0,50 \pm 0,24$ vs $0,59 \pm 0,24$, $p<0,001$), σε σύγκριση με τους νορμοτασικούς ασθενείς. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, η συσχέτιση μεταξύ συστολικής ΑΠ και ποιότητας ζωής παρέμεινε σημαντική ($\beta=-0,224$, $p=0,022$).

Συμπεράσματα: Ασθενείς με ρευματικές παθήσεις και συνυπάρχουσα υπέρταση παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα άγχους, αναπηρίας και πόνου και επηρεασμένη ποιότητα ζωής. Η συσχέτιση μεταξύ ΑΠ και ποιότητας ζωής είναι ενδεικτική των πολύπλοκων αλληλεπιδράσεων μεταξύ σωματικών παραγόντων και ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών.

14 ΝΤΕΛΑΠΡΙΛΗ/ΜΑΝΙΔΙΠΙΝΗ: ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΟ ΡΥΘΜΟ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗΣ ΔΙΗΘΗΣΗΣ, ΣΤΗ ΛΕΥΚΩΜΑΤΟΥΡΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗ ΜΙΚΡΟΑΛΒΟΥΜΙΝΟΥΡΙΑ ΣΕ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΑΠΟ 3ΜΗΝΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Α. Λιόντος¹, Ε. Κλούρας¹, Δ. Μπίρος¹, Λ. Αθανασίου¹, Σ. Τσούρλος¹, Σ.Φ. Ντεκουάν¹, Ε. Λυμπερόπουλος², Μ. Ελίσαφ², Χ. Μηλιώνης¹, Γ. Λιάμης²

¹Α' Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμωδών Νοσημάτων, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, ²Β' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Εισαγωγή-Σκοπός: Ο σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να διερευνηθεί η επίδραση του έτοιμου συνδυασμού ντελαπρίλης/μανιδιπίνης 30/10mg ανά ημέρα, στη μεταβολή της του ρυθμού σπειραματικής διήθησης, της λευκωματουρίας και της μικροαλβουμινουρίας, σε ασθενείς με σταδίου 2 υπέρταση (συστολική αρτηριακή πίεση 160-180 mmHg ή/και διαστολική αρτηριακή πίεση 100-110 mmHg) και με προδιαβήτη (IFG/IGT).

Υλικό-Μέθοδος: Εντάχθηκαν και μελετήθηκαν 53 ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης οι οποίοι προσήλθαν στο εξωτερικό ιατρείο διαταραχών του μεταβολισμού των λιπιδίων του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων την περίοδο 2014-2018 και τυχαιοποιήθηκαν στην ομάδα ντελαπρίλης/μανιδιπίνης. Τα σωματομετρικά και δημογραφικά τους χαρακτηριστικά που καταγράφηκαν κατά την έναρξη της μελέτης παρουσιάζονται συγκεντρωτικά, στον Πίνακα 1Α.

Πίνακας 1Α. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών κατά την έναρξη της μελέτης	
N(Άνδρες/Γυναίκες)	53(30/23)
Ηλικία (Έτη)	58.08±11.73
Καπνιστές (%)	12(22.6)
Καταναλωτές Αλκοόλ (%)	7(13.2)
BMI (Kg/m ²)	29.47± 3.65

Αποτελέσματα: Στον Πίνακα 1Β παρουσιάζονται οι μεταβολές των επιπέδων ΣΑΠ και ΔΑΠ πριν και μετά την τρίμηνη αγωγή καθώς και οι μεταβολές των επιπέδων του ρυθμού σπειραματικής διήθησης, της λευκωματουρίας και της μικροαλβουμινουρίας.

Πίνακας 1Β.				
Παράμετροι	Έναρξη	Μετά 3 Μήνες Αγωγής	Μεταβολή %	P-Value
ντελαπρίλη/μανιδιπίνη				
ΣΑΠ (mmHg)	156[151-161]	138[132-145]	-11.54 % (-18)	<0.001
ΔΑΠ (mmHg)	100[88-101]	88[82-90]	-12 % (-12)	<0.001
uTPR (mg/dl)	7[6-12.3]	6[3-9]	-14.29 % (-1)	<0.001
uMalb (mg/dl)	1.4[0.8-2.6]	0.9[0.6-1.3]	-35.71 % (-0.5)	<0.001
uMalb/uCre (mg/g cre)	8.7[6.25-23.48]	7.78[5.66-11.84]	-10.57 % (-0.92)	0.002
GFR (mL/min/1.73m ²)	81.4±18.35	82.94±14.17	1.9% (1.54)	0.433

Συμπέρασμα: η 3μηνη αγωγή με ντελαπρίλη/μανιδιπίνη βελτίωσε στατιστικά σημαντικά τα επίπεδα της ΣΑΠ και ΔΑΠ (μείωση κατά -11,54% και -12 %, αντίστοιχα, p<0.001, αντίστοιχα και για τις 2 τιμές). Για τα επίπεδα της αποβολής ολικών πρωτεϊνών παρατηρήθηκε μείωση 14.29 % (p<0.001), για τις τιμές του GFR αύξηση κατά 1.39% (χωρίς όμως στατιστική σημαντικότητα) και μείωση κατά 10.57% της μικροαλβουμινουρίας (p=0.002).

15 ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ ΚΑΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Χ. Αναγνωστόπουλος¹, Σ. Υφαντής², Κ. Μάλλιου¹, Ν.-Π. Περδικάρη¹, Φ. Αναγνωστοπούλου³

¹Κέντρο Υγείας Βασιλικής, Λευκάδα, ²Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα, ³Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Σόφιας, Βουλγαρία

Εισαγωγή: Η αρτηριακή υπέρταση και η στεφανιαία καρδιακή νόσος συχνά συνυπάρχουν. Σημαντικά στοιχεία υποδηλώνουν κοινά σημεία στον παθογενετικό μηχανισμό μεταξύ των δύο νόσων.

Σκοπός: Η προσπάθεια συσχέτισης της παθοφυσιολογίας των δύο προαναφερθέντων νοσημάτων και η ανάδειξη πιθανού οφέλους στην εξέλιξη της στεφανιαίας καρδιακής νόσου με τη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης.

Υλικό-Μέθοδοι: Αναζήτηση και συλλογή πληροφοριών από μελέτες και άρθρα παγκόσμιας βιβλιογραφίας.

Αποτελέσματα-Συμπεράσματα: Η χρόνια αύξηση της αρτηριακής πίεσης οδηγεί σε αυξημένο μηχανικό στρες και διαπερατότητα στο ενδοθήλιο των αρτηριών, ενώ προδιαθέτει στην εναπόθεση λιπιδίων και το σχηματισμό αθηρωματικής πλάκας. Συνδυάζοντας επίσης τη διαταραχή λειτουργίας των ενδοθηλιακών κυττάρων, το ριμοντελινγκ και την αυξημένη αντίσταση των αγγείων, συντελείται μείωση της χωρητικότητάς τους. Ο έσω χιτώννας των αρτηριών και αρτηριολίων σε ασθενείς με υπέρταση ευρίσκεται πεπαχυσμένος, φαινόμενο που επιτείνεται περαιτέρω με την παρουσία αριστεράς κοιλιακής υπερτροφίας, προκαλώντας μειωμένη παραγωγή αγγειοδιασταλτικών παραγόντων και μορίων που αναστέλλουν την περιαγγειακή εναπόθεση κολλαγόνου και τον πολλαπλασιασμό των λείων μυϊκών κυττάρων του αγγείου. Οι ανωτέρω διαταραχές επεκτείνονται και στα στεφανιαία αγγεία, τα οποία εμφανίζουν μείωση της χωρητικότητάς τους και επιπλέον επιβάρυνση της ήδη στερούμενης σε οξυγόνο υπερτροφικής αριστεράς κοιλίας. Συμπερασματικά, εάν ο ασθενής ρυθμίσει την αρτηριακή του πίεση στο θεραπευτικό πλαίσιο τιμών ακολουθώντας ορθή φαρμακευτική και διαιτητική αγωγή σύμφωνα με τον θεράποντα Ιατρό, οι παθολογοανατομικές διαταραχές των αγγείων θα υποστρέψουν, ελαχιστοποιώντας τον κίνδυνο για νέα καρδιολογικά συμβάματα στο υπόβαθρο υπέρτασης και στεφανιαίας καρδιακής νόσου.

16 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΗΠΙΑΣ ΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΔΕΙΚΤΕΣ ΤΗΣ ΔΕΡΜΑΤΙΚΗΣ ΜΙΚΡΟΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ

Κ. Μαστρογιάννης, Α. Λαζαρίδης, Α. Τριανταφύλλου, Ν. Κολέτσος, Π. Ανυφαντή, Φ. Αρουσιδής, Σ. Δούμα, Ε. Γκαλιαγκούση

Γ' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ, Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου»

Εισαγωγή: Η αρρύθμιστη αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) στην πρώιμη μεσήλικη ζωή συσχετίζεται με την εμφάνιση ήπιας έκπτωσης των γνωστικών λειτουργιών, προοιούσης της ηλικίας, στους ηλικιωμένους ασθενείς. Ωστόσο η διερεύνησή της σε νέους ασθενείς με ΑΥ είναι υπομελετημένη.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της παρουσίας Ήπιας Γνωστικής Διαταραχής (Mild Cognitive Impairment–MCI) σε νέους υπερτασικούς ασθενείς χωρίς άλλους παράγοντες κινδύνου. Επιπρόσθετα διερευνήθηκε η συσχέτιση της MCI με δείκτες δερματικής μικροκυκλοφορίας.

Υλικά και Μέθοδοι: Στην μελέτη συμμετείχαν 31 ασθενείς με ΑΥ (Ηλικίας $49,6 \pm 13,5$) με ή χωρίς φαρμακευτική αγωγή, χωρίς άλλα συνυπάρχοντα νοσήματα (ΗΤ) και 20 υγιείς εθελοντές (Ηλικίας $46,5 \pm 11,1$) (ΝΤ). Η ΑΥ ορίστηκε με βάση την ΑΠ ιατρείου και την 24ωρη καταγραφή. Για τη διάγνωση της MCI χρησιμοποιήθηκε το τεστ Montreal Cognitive assessment (MoCA) (score ≤ 26). Η δερματική μικροαγγειακή λειτουργία εκτιμήθηκε με τη μέθοδο LSCI σε συνδυασμό με πρωτόκολλο μετα-αποφρακτικής αντιδραστικής υπεραιμίας (PORH). Τα αποτελέσματα εκφράστηκαν ως ποσοστιαία αύξηση μεταξύ βασικής και μέγιστης άρδευσης (base to peak, %). Παράλληλα διερευνήθηκαν τυχόν συσχετίσεις της ΑΥ και της MCI με διάφορες παραμέτρους της δερματικής μικροκυκλοφορίας.

Αποτελέσματα: Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην εμφάνιση MCI μεταξύ των ΗΤ και των ΝΤ ($26,6 \pm 2,41$ έναντι $26,8 \pm 3,13$, $p=0.441$). Ωστόσο, οι ΗΤs εμφάνισαν σημαντική ελάττωση στη δραστηριότητα της δερματικής μικροκυκλοφορίας έναντι των ΝΤs ($211,0 \pm 53,1$ vs $154,0 \pm 53,0$ %, $p<0,01$). Επίσης, διαπιστώθηκε σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο score του MoCA test και του base to peak ($r=0,491$, $p=0,02$).

Συμπεράσματα: Σημαντικότερο εύρημα της μελέτης αποτελεί η σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ήπιας γνωστικής διαταραχής και διαταραχών της μικροαγγειακής λειτουργίας του δέρματος από τα πρώιμα ήδη στάδια της νόσου, πριν να γίνει εμφανής η ενδεχόμενη διαφορά στον επιπολασμό της MCI από τους υγιείς. Ο ρόλος των πρώιμων αυτών βλαβών της μικροκυκλοφορίας στην εξέλιξη της γνωστικής διαταραχής, καθώς και η ενδεχόμενη υποχώρησή τους μετά την αποτελεσματική θεραπεία της ΑΥ παραμένει υπό μελέτη.

17 ΣΥΝΔΡΟΜΟ LIDDLE

Π. Μαμώλης¹, Π. Τσιαντή², Γ. Τσιαντής³

¹Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ι. Γ Χατζηκώστα, Ιωάννινα, Ελλάδα, ²Νευρολογική Κλινική, Τζάνειο Νοσοκομείο, Πειραιάς, Ελλάδα, ³Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα

Εισαγωγή: Το σύνδρομο Liddle, γνωστό ως ψευδο-αλδοστερονισμός, είναι μία σπάνια αιτία δευτεροπαθούς υπέρτασης με πρώιμη έναρξη (11-30 ετών).

Σκοπός: Η αναζήτηση της αιτιολογίας, η ανάδειξη των χαρακτηριστικών και η διαχείριση του συνδρόμου.

Υλικά-Μέθοδος: Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση. Δόθηκε προτεραιότητα στα νεότερα χρονολογικά άρθρα και σε εκείνα που είχαν χρησιμοποιηθεί περισσότερο ως βιβλιογραφικές παραπομπές.

Αποτελέσματα: Το σύνδρομο Liddle είναι μια συγγενής διαταραχή, που κληρονομείται με τον αυτοσωμικό κυρίαρχο χαρακτήρα και οφείλεται σε μετάλλαξη ενός γονιδίου που επηρεάζει τη λειτουργία ενός καναλιού συλλογής νατρίου (ENaC), με αποτέλεσμα την αύξηση επαναρρόφησης νατρίου και απέκκρισης καλίου. Οι ασθενείς με σύνδρομο Liddle εμφανίζουν υπέρταση ευαίσθητη σε δίαιτα περιορισμένη σε αλάτι και μπορεί να εκδηλώσουν πονοκέφαλο, ζάλη, αμφιβληστροειδοπάθεια, υποκαλιαιμία, χρόνια νεφρική νόσο, υπερτροφία της αριστερής κοιλίας και αιφνίδιο θάνατο. Τα επίπεδα της ρενίνης και της αλδοστερόνης πρέπει να ελέγχονται καθώς είναι χαμηλά σε ασθενείς με το σύνδρομο ενώ υψηλά σε εκείνους με πραγματικό υπεραλδοστερονισμό. Η τελική διάγνωση γίνεται με γενετική ανάλυση. Το φάρμακο εκλογής είναι η αμιλορίδη που αναστέλλει άμεσα το ENaC, η οποία πρέπει να συνδυάζεται με άναλο δίαιτα καθώς έχει αθροιστικό αποτέλεσμα.

Συμπέρασμα: Οι ασθενείς με σύνδρομο Liddle ανταποκρίνονται καλά στη θεραπεία, ωστόσο δεν υπάρχουν διαθέσιμες μελέτες για τη μακροχρόνια θνησιμότητα του συνδρόμου. Η καθυστερημένη διάγνωση του συνδρόμου έχει σημαντικά αρνητικά κλινικά αποτελέσματα, που μπορεί να οδηγήσουν μέχρι το θάνατο. Επομένως, η έγκαιρη διάγνωση και λήψη αποτελεσματικών θεραπευτικών μέτρων είναι απαραίτητη ώστε να βελτιωθεί η πορεία και η ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών.

18 ΤΕΛΜΙΣΑΡΤΑΝΗ/ΑΜΛΟΔΙΠΙΝΗ: ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΟ ΡΥΘΜΟ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗΣ ΔΙΗΘΗΣΗΣ, ΣΤΗ ΛΕΥΚΩΜΑΤΟΥΡΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗ ΜΙΚΡΟΑΛΒΟΥΜΙΝΟΥΡΙΑ ΣΕ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΑΠΟ 3ΜΗΝΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Α. Λιόντος¹, Ε. Κλούρας¹, Δ. Μπίρος¹, Λ. Αθανασίου¹, Σ. Τσούρλος¹, Σ.Φ. Ντεκουάν¹, Ε. Λυμπερόπουλος², Μ. Ελισάφ², Χ. Μηλιώνης¹, Γ. Λιάμης²

¹Α' Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμωδών Νοσημάτων, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, ²Β' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Εισαγωγή-Σκοπός: Ο σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να διερευνηθεί η επίδραση του έτοιμου συνδυασμού τελμισαρτάνης/αμλοδιπίνης 80/5mg ανά ημέρα, στη μεταβολή του ρυθμού σπειραματικής διήθησης, της λευκωματουρίας και της μικροαλβουμινουρίας, σε ασθενείς με σταδίου 2 υπέρταση (συστολική αρτηριακή πίεση 160-180 mmHg ή/και διαστολική αρτηριακή πίεση 100-110 mmHg) και με προδιαβήτη (IFG/IGT).

Υλικό-Μέθοδος: Συλλέχθηκαν δεδομένα από 51 ασθενείς που προσήλθαν στο εξωτερικό ιατρείο διαταραχών του μεταβολισμού των λιπιδίων του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων την περίοδο 2014-2018 και τυχαιοποιήθηκαν στην ομάδα στην ομάδα τελμισαρτάνης/αμλοδιπίνης 80/5mg ανά ημέρα. Τα σωματομετρικά και δημογραφικά τους χαρακτηριστικά που καταγράφηκαν κατά την έναρξη της μελέτης παρουσιάζονται συγκεντρωτικά, στον **Πίνακα 1Α**.

Πίνακας 1Α. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών κατά την έναρξη της μελέτης	
Ν(Άνδρες/Γυναίκες)	51(35/16)
Ηλικία (Έτη)	58.04±13.66
Καπνιστές (%)	31(60.8)
Καταναλωτές Αλκοόλ (%)	16(31.4)
BMI (Kg/m ²)	29.62± 4.37

Αποτελέσματα: Στον **Πίνακα 1Β** παρουσιάζονται οι μεταβολές των επιπέδων ΣΑΠ και ΔΑΠ πριν και μετά την τρίμηνη αγωγή καθώς και οι μεταβολές των επιπέδων του ρυθμού σπειραματικής διήθησης, της λευκωματουρίας και της μικροαλβουμινουρίας.

Πίνακας 1Β.				
Παράμετροι	Έναρξη	Μετά 3 Μήνες Αγωγής	Μεταβολή %	P-Value
τελμισαρτάνη/αμλοδιπίνη				
ΣΑΠ (mmHg)	163[158-168]	139[134.5-142.5]	-14.72 % (-24)	<0.001
ΔΑΠ (mmHg)	100[95-106]	85[80-89]	-15 % (-15)	<0.001
uTPR (mg/dl)	10[6.5-19]	8[4-12]	-20 % (-2)	0.002
uMalb (mg/dl)	2[0.9-3.85]	1.1[0.65-1.85]	-45 % (-0.9)	<0.001
uMalb/uCre (mg/g cre)	12.24[5.81-30.28]	7.81[5.07-14.28]	-36.19 % (-4.43)	<0.001
GFR (mL/min/1.73m ²)	78.28±15.64	81.04±18.12	3.53% (2.76)	0.072

Συμπέρασμα: η 3μηνη αγωγή με τελμισαρτάνη/αμλοδιπίνη βελτίωσε στατιστικά σημαντικά τα επίπεδα της ΣΑΠ και ΔΑΠ (μείωση κατά -14.72 % και -15 %, αντίστοιχα, p<0.001, αντίστοιχα και για τις 2 τιμές). Για τα επίπεδα της αποβολής ολικών πρωτεϊνών παρατηρήθηκε μείωση 20% (p=0.002), για τις τιμές του GFR αύξηση κατά 3,53% (χωρίς όμως στατιστική σημαντικότητα) και μείωση κατά 36.19 % της μικροαλβουμινουρίας (p<0.001).

19 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ ΒΑΛΣΑΡΤΑΝΗΣ/ΑΜΛΟΔΙΠΙΝΗΣ ΕΝΑΝΤΙ ΝΤΕΛΑΠΡΙΛΗΣ/ΜΑΝΙΔΙΠΙΝΗΣ ΣΕ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Α. Λιόντος¹, Ε. Κλούρας¹, Δ. Μπίρος¹, Λ. Αθανασίου¹, Σ. Τσούρλος¹, Ε. Λυμπερόπουλος², Μ. Ελισάφ², Χ. Μηλιώνης¹, Γ. Λιάμης²

¹Α' Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμωδών Νοσημάτων, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, ²Β' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Εισαγωγή-Σκοπός: Ο σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να διερευνηθεί η επίδραση του έτοιμου συνδυασμού βαλσαρτάνης/αμλοδιπίνης 160/5mg ανά ημέρα, στη μεταβολή των τιμών ΑΠ σε ασθενείς με σταδίου 2 υπέρταση (συστολική αρτηριακή πίεση 160-180 mmHg ή/και διαστολική αρτηριακή πίεση 100-110 mmHg) και με προδιαβήτη (IFG/IGT), έναντι της χορήγησης του σταθερού συνδυασμού ντελαπρίλης/μανιδιπίνης 30/10mg.

Υλικό-Μέθοδος: Συλλέχθηκαν δεδομένα από 54 ασθενείς που προσήλθαν στο εξωτερικό ιατρείο διαταραχών του μεταβολισμού των λιπιδίων του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων την περίοδο 2014-2018 και τυχαιοποιήθηκαν στην ομάδα βαλσαρτάνης/αμλοδιπίνης 160/5 mg ανά ημέρα ενώ στην ομάδα ντελαπρίλης/μανιδιπίνης 30/10mg τυχαιοποιήθηκαν 53 ασθενείς.

Αποτελέσματα: Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται οι μεταβολές των επιπέδων ΣΑΠ και ΔΑΠ πριν και μετά την τρίμηνη αγωγή για τις 2 ομάδες φαρμάκων.

Πίνακας 1. Αποτελέσματα πριν και μετά την τρίμηνη θεραπεία				
Παράμετροι	Έναρξη	Μετά 3 Μήνες Αγωγής	Μεταβολή %	P-Value
ΣΑΠ(mmHg)				
ΝΤΕΛ/MANI	156[151-161]	138[132-145]	-11.54 % (-18)	<0.001 \$
ΒΑΛ/ΑΜΛΟ	162[159.25-165]	140[135-145]	-13.58 % (-22)	<0.001
ΔΑΠ(mmHg)				
ΝΤΕΛ/MANI	100[88-101]	88[82-90]	-12 % (-12)	<0.001
ΒΑΛ/ΑΜΛΟ	100[92-103.75]	87[77.75-90]	-13 % (-13)	<0.001

\$p < 0.05 σε σύγκριση με τη θεραπεία ΒΑΛ/ΑΜΛΟ

Συμπέρασμα: Η ΣΑΠ διέφερε ισχυρά στατιστικά σημαντικά στο τέλος της τρίμηνης θεραπείας έπειτα από την έναρξή της, για κάθε ομάδα θεραπείας (p-value<0.001). Η ΔΑΠ διέφερε επίσης ισχυρά στατιστικά σημαντικά στο τέλος της τρίμηνης θεραπείας έπειτα από την έναρξή της, για κάθε ομάδα θεραπείας (p-value<0.001). Σε σύγκριση μεταξύ των ομάδων θεραπείας, προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά στην μεταβολή των τιμών της ΣΑΠ από την έναρξη της θεραπείας μέχρι το τέλος της, για την ομάδα θεραπείας ΝΤΕΛ/MANI, η οποία διέφερε στατιστικά σημαντικά από την ομάδα θεραπείας ΒΑΛ/ΑΜΛΟ (p-value<0.05). Στην ομάδα θεραπείας ΝΤΕΛ/MANI παρατηρήθηκε η πιο μικρή μείωση στις τιμές της ΣΑΠ και ΔΑΠ.

20 ΣΤΟΧΕΥΜΕΝΗ ΠΡΩΤΕΩΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΠΑΡΕΓΧΥΜΑΤΟΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Μ. Μακρυδάκης¹, Γ. Μπάρκας¹, Χ. Γακιοπούλου², Δ. Βλαχάκος^{1,2}

¹Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών, Ακαδημίας Αθηνών, ²Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α.

Σκοπός: Η υπερτασική νεφροσκλήρυνση αποτελεί την δεύτερη πιο συχνή αιτία νεφρικής νόσου τελικού σταδίου. Δεδομένου ότι αποτελεί μία πολυπαραγοντική παθολογική κατάσταση, εφαρμόσαμε για πρώτη φορά την μεθοδολογία της στοχευμένης πρωτεωμικής ανάλυσης σε νεφρικό παρέγχυμα προκειμένου να μελετηθεί ο πιθανός ρόλος δύο μορίων (SGLT2 και CLIC4) στην ανάπτυξη της υπερτασικής νεφροσκλήρυνσης στον άνθρωπο.

Υλικό-Μέθοδοι: Χρησιμοποιήθηκαν βιοψίες νεφρικού ιστού (N=13) από αρχειακό υλικό υπερτασικών και νορμοτασικών ασθενών. Πραγματοποιήθηκε στοχευμένη πρωτεωμική ανάλυση με την εφαρμογή της μεθόδου: «Parallel Reaction Monitoring» (PRM) σε νεφρικό παρέγχυμα υπερτασικών και νορμοτασικών ασθενών για την επιλεκτική ταυτοποίηση των μορίων SGLT2 και CLIC4 και την σχετική ποσοτικοποίηση της έκφρασής τους με τη χρήση μοναδικών πεπτιδίων (proteotypic peptides). Η επεξεργασία των δεδομένων (ανάλυση και ποσοτικοποίηση των πεπτιδικών φασμάτων) έγινε με το πρόγραμμα skyline. Επιπλέον, η έκφραση του SGLT2 επιβεβαιώθηκε με ανοσοφθορισμό και ακολούθησε ποσοτικοποίηση της έντασης φθορισμού.

Αποτελέσματα: Σύμφωνα με τα δεδομένα της στοχευμένης πρωτεωμικής ανάλυσης το SGLT2 βρέθηκε με μειωμένα επίπεδα έκφρασης στους υπερτασικούς ασθενείς ενώ αυξημένη έκφραση παρατηρήθηκε στο CLIC4 στους ίδιους ασθενείς σε σύγκριση με τους νορμοτασικούς. Από την σύγκριση αντιπροσωπευτικών εικόνων ανοσοφθορισμού επιβεβαιώθηκε η μειωμένη έκφραση του SGLT2 στην ψυκτροειδή παρυφή των επιθηλιακών κυττάρων των εγγύς εσπειραμένων σωληναρίων, στους υπερτασικούς ασθενείς.

Συμπεράσματα: Η μελέτη μας καταγράφει για πρώτη φορά μεταβολές στο σωληναριακό διαμέρισμα του νεφρού λόγω υπέρτασης. Θα πρέπει να διερευνηθεί περαιτέρω η κλινική σημασία των ευρημάτων μας και η πιθανή αξιοποίησή τους για την εκτίμηση της βλάβης που προκαλεί η υπέρταση στο νεφρικό παρέγχυμα και για τον σχεδιασμό νέων θεραπευτικών σχημάτων στο μέλλον.

Το έργο συγχρηματοδοτείται από την Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο) μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού, Εκπαίδευση και Διά Βίου Μάθηση».

21 ΜΕΛΕΤΗ ΠΡΩΙΜΩΝ ΑΛΛΟΙΩΣΕΩΝ ΤΟΥ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΥΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΝΤΑ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Β. Νικολαΐδου, Α. Τριανταφύλλου, Π. Ανυφαντή, Ε. Γαβριηλάκη, Α. Λαζαρίδης, Α. Στοϊμένη, Π. Δόλγυρας, Ν. Βακαλόπουλος, Σ. Δούμα, Ε. Γκαλιαγκούση

Γ' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Ο αμφιβληστροειδής και το ενδοθήλιο αποτελούν πεδία ανίχνευσης της παθολογικής επίδρασης της υπεργλυκαιμίας του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2). Ωστόσο, διερευνάται ακόμη πόσο πρώιμα ανιχνεύονται οι βλάβες και ποιοι παράγοντες συμβάλλουν στην εμφάνισή τους.

Σκοπός: Η αναζήτηση πρώιμων αλλοιώσεων στον αμφιβληστροειδή ασθενών με πρόσφατη διάγνωση ΣΔ2 (<6 μήνες) και η συσχέτισή τους με δυσμενείς προγνωστικούς παράγοντες.

Υλικό-Μέθοδοι: Συμμετείχαν ασθενείς με πρόσφατη διάγνωση ΣΔ2 και εθελοντές συνταξιούχοι ως προς την ηλικία και την αρτηριακή πίεση. Έγινε καταγραφή σωματομετρικών στοιχείων, αρτηριακής πίεσης (24ωρη και ιατρείου) και αιματολογικών παραμέτρων (λιπίδια, νεφρική λειτουργία, γλυκόζη νηστείας, γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη). Η ενδοθηλιακή λειτουργία εκτιμήθηκε με τη μέτρηση της Ασύμμετρης Διμεθυλαργινίνης (ADMA). Οι διάμετροι των αγγείων του αμφιβληστροειδούς (central retinal arteriolar equivalent-CRAE/central retinal venular equivalent-CRVE) και ο λόγος τους (arteriovenous ratio-AVR) εκτιμήθηκαν με μη μυδριατική κάμερα βυθού και τη χρήση ειδικού λογισμικού.

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν 165 άτομα, 81 διαβητικοί και 84 μη διαβητικοί. Μεταξύ των 2 ομάδων δεν διαπιστώθηκαν διαφορές ως προς τους δείκτες αμφιβληστροειδοπάθειας και της ADMA. Η ADMA συσχετίστηκε με το φύλο ($p=0,037$), τον BMI ($p=0,033$) και τον AVR ($p=0,047$). Ο AVR συσχετίστηκε σημαντικά με ηλικία, φύλο, ADMA, GFR, κάπνισμα, διαστολική πίεση ιατρείου και ημέρας, 24ωρη αρτηριακή πίεση και νυχτερινή συστολική πίεση. Η πολυπαραγοντική ανάλυση ανέδειξε τη συσχέτιση του AVR με τη συστολική πίεση νύχτας ($p=0,002$) και την ηλικία ($p=0,019$) ανεξάρτητα από το φύλο, το κάπνισμα, το GFR, την ADMA και το ΣΔ2.

Συμπεράσματα: Σε ασθενείς με πολύ πρόσφατη διάγνωση ΣΔ2 οι διάμετροι των αγγείων του αμφιβληστροειδούς δεν διαφέρουν συγκριτικά με άτομα ανάλογης ηλικίας και αρτηριακής πίεσης. Ωστόσο, ο δείκτης AVR συσχετίζεται με την ηλικία και την αρτηριακή πίεση νύχτας, αναδεικνύοντας για άλλη μία φορά τη βαρύτητα που παρουσιάζει η τελευταία στις βλάβες στα όργανα στόχους.

22 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ ΒΑΛΣΑΡΤΑΝΗΣ/ΑΜΛΟΔΙΠΙΝΗΣ ΕΝΑΝΤΙ ΤΕΛΜΙΣΑΡΤΑΝΗΣ/ΑΜΛΟΔΙΠΙΝΗΣ ΣΕ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Α. Λιόντος¹, Ε. Κλούρας¹, Δ. Μπίρος¹, Λ. Αθανασίου¹, Σ. Τσούρλος¹, Σ.Φ. Ντεκουάν¹, Ε. Λυμπερόπουλος², Μ. Ελισάφ², Χ. Μηλιώνης¹, Γ. Λιάμης²

¹Α Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμωδών Νοσημάτων, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, ²Β Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Εισαγωγή-Σκοπός: Ο σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να διερευνηθεί η επίδραση του έτοιμου συνδυασμού βαλσαρτάνης/αμλοδιπίνης 160/5mg ανά ημέρα, στη μεταβολή των τιμών ΑΠ σε ασθενείς με σταδίου 2 υπέρταση (συστολική αρτηριακή πίεση 160-180 mmHg ή/και διαστολική αρτηριακή πίεση 100-110 mmHg) και με προδιαβήτη (IFG/IGT), έναντι της χορήγησης του σταθερού συνδυασμού τελμισαρτάνης/αμλοδιπίνης 80/5mg.

Υλικό-Μέθοδος: Συλλέχθηκαν δεδομένα από 54 ασθενείς που προσήλθαν στο εξωτερικό ιατρείο διαταραχών του μεταβολισμού των λιπιδίων του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων την περίοδο 2014-2018 και τυχαιοποιήθηκαν στην ομάδα βαλσαρτάνης/αμλοδιπίνης 160/5 mg ανά ημέρα ενώ στην ομάδα τελμισαρτάνης/αμλοδιπίνης 80/5mg τυχαιοποιήθηκαν 51 ασθενείς.

Αποτελέσματα: Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται οι μεταβολές των επιπέδων ΣΑΠ και ΔΑΠ πριν και μετά την τρίμηνη αγωγή για τις 2 ομάδες φαρμάκων.

Πίνακας 1. Αποτελέσματα πριν και μετά την τρίμηνη θεραπεία				
Παράμετροι	Έναρξη	Μετά 3 Μήνες Αγωγής	Μεταβολή %	P-Value
<u>ΣΑΠ(mmHg)</u>				
ΤΕΛ/ΑΜΛΟ	163[158-168]	139[134.5-142.5]	-14.72 % (-24)	<0.001
ΒΑΛ/ΑΜΛΟ	162[159.25-165]	140[135-145]	-13.58 % (-22)	<0.001
<u>ΔΑΠ(mmHg)</u>				
ΤΕΛ/ΑΜΛΟ	100[95-106]	85[80-89]	-15 % (-15)	<0.001
ΒΑΛ/ΑΜΛΟ	100[92-103.75]	87[77.75-90]	-13 % (-13)	<0.001

Συμπέρασμα: Η ΣΑΠ διέφερε ισχυρά στατιστικά σημαντικά στο τέλος της τρίμηνης θεραπείας έπειτα από την έναρξή της, για κάθε ομάδα θεραπείας (p-value<0.001) με μεταβολή -24 μονάδων για την ομάδα θεραπείας ΤΕΛ/ΑΜΛΟ (ποσοστό μείωσης -14.72%) και -22 μονάδων για την ομάδα θεραπείας ΒΑΛ/ΑΜΛΟ (ποσοστό μείωσης -13.58%). Η ΔΑΠ διέφερε ισχυρά στατιστικά σημαντικά στο τέλος της τρίμηνης θεραπείας έπειτα από την έναρξή της, για κάθε ομάδα θεραπείας (p-value<0.001) με μεταβολή -15 mm Hg για την ομάδα θεραπείας ΤΕΛ/ΑΜΛΟ, το οποίο αντιστοιχεί σε ποσοστό μείωσης -15% και -13 mm Hg για την ομάδα θεραπείας ΒΑΛ/ΑΜΛΟ, το οποίο αντιστοιχεί σε ποσοστό μείωσης -13%.

Σε σύγκριση μεταξύ των ομάδων θεραπείας δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά στην μεταβολή των τιμών της ΣΑΠ και ΔΑΠ από την έναρξη της θεραπείας μέχρι το τέλος της.

23 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ ΝΤΕΛΑΠΡΙΛΗΣ/ΜΑΝΙΔΙΠΙΝΗΣ ΕΝΑΝΤΙ ΤΕΛΜΙΣΑΡΤΑΝΗΣ/ΑΜΛΟΔΙΠΙΝΗΣ ΣΕ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Α. Λιόντος¹, Ε. Κλούρας¹, Δ. Μπίρος¹, Λ. Αθανασίου¹, Σ. Τσούρλος¹, Ε. Λυμπερόπουλος², Μ. Ελισάφ², Χ. Μηλιώνης¹, Γ. Λιάμης²

¹Α' Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμωδών Νοσημάτων, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, ²Β' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Εισαγωγή-Σκοπός: Ο σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να διερευνηθεί η επίδραση του έτοιμου συνδυασμού ντελαπρίλης/μανιδιπίνης 30/10mg ανά ημέρα, στη μεταβολή των τιμών ΑΠ σε ασθενείς με σταδίου 2 υπέρταση (συστολική αρτηριακή πίεση 160-180 mmHg ή/και διαστολική αρτηριακή πίεση 100-110 mmHg) και με προδιαβήτη (IFG/IGT), έναντι της χορήγησης του σταθερού συνδυασμού τελμισαρτάνης/αμλοδιπίνης 80/5mg.

Υλικό-Μέθοδος: Συλλέχθηκαν δεδομένα από 53 ασθενείς που προσήλθαν στο εξωτερικό ιατρείο διαταραχών του μεταβολισμού των λιπιδίων του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων την περίοδο 2014-2018 και τυχαιοποιήθηκαν στην ομάδα ντελαπρίλης/μανιδιπίνης 30/10mg ανά ημέρα ενώ στην ομάδα τελμισαρτάνης/αμλοδιπίνης 80/5mg τυχαιοποιήθηκαν 51 ασθενείς.

Αποτελέσματα: Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται οι μεταβολές των επιπέδων ΣΑΠ και ΔΑΠ πριν και μετά την τρίμηνη αγωγή για τις 2 ομάδες φαρμάκων.

Πίνακας 1. Αποτελέσματα πριν και μετά την τρίμηνη θεραπεία				
Παράμετροι	Έναρξη	Μετά 3 Μήνες Αγωγής	Μεταβολή %	P-Value
<u>ΣΑΠ(mmHg)</u>				
NTEΛ/MANI	156[151-161]	138[132-145]	-11.54 % (-18)	<0.001 ^{^^}
TEΛ/ΑΜΛΟ	163[158-168]	139[134.5-142.5]	-14.72 % (-24)	<0.001
<u>ΔΑΠ(mmHg)</u>				
NTEΛ/MANI	100[88-101]	88[82-90]	-12 % (-12)	<0.001
TEΛ/ΑΜΛΟ	100[95-106]	85[80-89]	-15 % (-15)	<0.001

^{^^}p < 0.001 σε σύγκριση με τη θεραπεία TEΛ/ΑΜΛΟ

Συμπέρασμα: Η ΣΑΠ διέφερε ισχυρά στατιστικά σημαντικά στο τέλος της τρίμηνης θεραπείας έπειτα από την έναρξή της, για κάθε ομάδα θεραπείας (p-value<0.001) όπως επίσης και η ΔΑΠ η οποία διέφερε ισχυρά στατιστικά σημαντικά στο τέλος της τρίμηνης θεραπείας έπειτα από την έναρξή της, για κάθε ομάδα θεραπείας (p-value<0.001). Σε σύγκριση μεταξύ των ομάδων θεραπείας, προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά στην μεταβολή των τιμών της ΣΑΠ από την έναρξη της θεραπείας μέχρι το τέλος της, για την ομάδα θεραπείας NTEΛ/MANI, η οποία διέφερε ισχυρά στατιστικά σημαντικά από την ομάδα θεραπείας TEΛ/ΑΜΛΟ (p-value<0.001), Στην ομάδα θεραπείας NTEΛ/MANI παρατηρήθηκε η πιο μικρή μείωση στις τιμές της ΣΑΠ και ΔΑΠ.

24 ΣΧΕΣΗ 24ΩΡΗΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΜΕ ΔΕΙΚΤΕΣ ΜΙΚΡΟ- ΚΑΙ ΜΑΚΡΟΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΑΣ

Σ.-Λ. Παπαδοπούλου¹, Ε. Γκαλιαγκούση¹, Ν. Κολέτσος², Κ. Δίπλα², Α. Ζαφειρίδης², Π. Καραμασούνας³, Α. Λαζαρίδης¹, Γ. Στεργίου⁴, Σ. Δούμα¹, Α. Τριανταφύλλου¹

¹3η Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική ΓΝ Παπαγεωργίου, ΑΠΘ, ²Εργαστήριο Άσκησης, Φυσιολογίας και Βιοχημείας, ΤΕΦΑΑ Σερρών, ΑΠΘ, ³Ίδρυμα Τεχνολογίας και Έρευνας (ΙΤΕ), Ινστιτούτο Πληροφορικής, ⁴Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γ' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Σωτηρία», Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Η αυξημένη μεταβλητότητα της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) συσχετίζεται με ασυμπτωματικές βλάβες στα μικρά και μεγάλα αγγεία. Σκοπός της έρευνας ήταν η διερεύνηση της σχέσης ενός νεότερου δείκτη 24ωρης μεταβλητότητας της ΑΠ, της Μέσης Πραγματικής Μεταβλητότητας (Average Real Variability-ARV) με δείκτες μικρο- και μακροαγγειοπάθειας.

Υλικό-Μέθοδος: Στη μελέτη συμμετείχαν 344 άτομα (44,5±12,1 έτη, 58% άνδρες), 233 με νεοδιαγνωσθείσα ΑΥ χωρίς συνυπάρχοντα νοσήματα ή αντιυπερτασική θεραπεία. Για την εκτίμηση της μεταβλητότητας της ΑΠ εξετάστηκαν δεδομένα από την 24ωρη καταγραφή της ΑΠ και υπολογίστηκαν με ειδικό λογισμικό νεότεροι δείκτες, όπως η ARV της συστολικής (ΣΑΠ) και διαστολικής (ΔΑΠ) ΑΠ 24ωρου, ημέρας και νύχτας. Η εκτίμηση της μικρο- και μακροαγγειοπάθειας έγινε με ποσοτική εκτίμηση της διαμέτρου των αγγείων του αμφιβληστροειδούς (φωτογράφιση βυθού), με δείκτες αορτικής σκληρίας (pulse wave velocity/PWV και κεντρικός αυξητικός δείκτης/Αix), και του πάχους του έσω-μέσου χιτώνα των καρωτίδων (carotid intima-media thickness-cIMT). Για την ανάδειξη σημαντικών συσχετίσεων χρησιμοποιήθηκαν μονοπαραγοντικά και πολυπαραγοντικά μοντέλα.

Αποτελέσματα: Στο συνολικό πληθυσμό, διαπιστώθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ του PWV και της ARV της ΣΑΠ (24ωρου, ημέρας και νύχτας με $p<0.001$, $p=0.007$ και $p=0.003$ αντίστοιχα), του cIMT με την ARV της ΣΑΠ 24ωρου και ημέρας ($p=0.004$ και $p=0.006$ αντίστοιχα) και της διαμέτρου των αμφιβληστροειδικών φλεβών με την ARV της ΔΑΠ νύχτας ($p=0.036$). Στην υποομάδα των υπερτασικών, διαπιστώθηκε σημαντική συσχέτιση της PWV με την ARV της 24ωρης ($p=0.025$), και νυχτερινής ΣΑΠ ($p=0.001$) και ΔΑΠ($p=0.012$). Επίσης η cIMT συσχετίστηκε με την ARV της 24ωρης($p=0.001$)και της ημερήσιας ΣΑΠ($p=0.001$).

Στην υποομάδα των νορμοτασικών, οι δείκτες αμφιβληστροειδοπάθειας συσχετίστηκαν με την ARV της 24ωρης ΣΑΠ ($p=0.004$) και ΔΑΠ ($p=0.002$) και της ημερήσιας ΣΑΠ ($p=0.001$) και ΔΑΠ ($p=0.049$). Ο κεντρικός αυξητικός δείκτης Aix συσχετίστηκε με την ARV της ημερήσιας ΔΑΠ ($p=0.022$).

Συμπεράσματα: Ένας νεότερος δείκτης 24ωρης μεταβλητότητας της ΑΠ (ARV) φαίνεται να συσχετίζεται με δείκτες μακροαγγειοπάθειας σε νεοδιαγνωσμένους υπερτασικούς και μικροαγγειοπάθειας στους νορμοτασικούς.

25 ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Ε. Βαφοπούλου

Κέντρο Υγείας Τυρνάβου, Περιφερειακό Ιατρείο Κοιλιάδας

Εισαγωγή: Η αρτηριακή υπέρταση αποτελεί τον σημαντικότερο τροποποιήσιμο παράγοντα καρδιαγγειακού κινδύνου και μια από τις συχνότερες παθήσεις με τις οποίες έρχεται αντιμέτωπη η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Σκοπός: Η μελέτη διερευνά την επίδραση στις τιμές της αρτηριακής πίεσης των υπερτασικών ασθενών υπό αγωγή, μετά από παρέμβαση στο περιφερειακό ιατρείο με χρήση διαιτολογίου και οδηγίες για άσκηση.

Υλικό-Μέθοδος: Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 60 υπερτασικοί ασθενείς άνω των 40 ετών, στην περιοχή ευθύνης του Περιφερειακού Ιατρείου Κοιλιάδας Λάρισας. Η μελέτη διήρκεσε τρεις μήνες, από τον Ιούλιο του 2021 έως τον Σεπτέμβριο του 2021. Πραγματοποιήθηκαν τρεις τακτικές προγραμματισμένες επισκέψεις σε κάθε υπερτασικό ασθενή, με την βοήθεια της νοσηλεύτριας και κατόπιν κατάλληλων οδηγιών, για σωστή μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, για κατάλληλο διαιτολόγιο και για άσκηση.

Αποτελέσματα: Από τους 60 ασθενείς οι 43 εμφάνισαν μείωση των τιμών της αρτηριακής πίεσης κατόπιν των 3 τακτικών επισκέψεων. Το ποσοστό μείωσης ήταν υψηλότερο στους ασθενείς που ανέφεραν ότι ακολούθησαν ταυτόχρονα τις οδηγίες στην διατροφή και στην άσκηση.

Συμπεράσματα: Οι παρεμβάσεις στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας με οδηγίες διατροφής και άσκησης, παράλληλα με την αντιυπερτασική αγωγή βρέθηκε ότι επιδρά θετικά στην καλή ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης. Στο προσβάσιμο περιβάλλον του περιφερειακού ιατρείου, σε ένα αγροτικό πληθυσμό με μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων ασθενών και χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, οι συστηματικές παρεμβάσεις με απλές και κατανοητές οδηγίες από τον γενικό ιατρό και την νοσηλεύτρια θα ήταν αποτελεσματικές στην καλύτερη ρύθμιση της υπέρτασης. Η υπενθύμιση της σημασίας των μη φαρμακευτικών μέσων πρέπει να γίνεται σε κάθε επίσκεψη.

26 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΣΥΜΒΑΜΑΤΩΝ

Μ.Β. Παπαβασιλείου¹, Δ. Αραβαντινός³, Α.Γ. Καραμάνου², Γ. Μουστάκας², Δ. Αραβαντινός³, Στ. Πατσιάνης³

¹Metropolitan General Hospital Αθήνα, ²Ιδιώτης Καρδιολόγος, ³Νοσοκομείο Υγεία Αθήνα

Εισαγωγή: Είναι γνωστή η σημασία της μεταβλητότητας της αρτηριακής πίεσεως υπερτασικών ασθενών στην καρδιαγγειακή έκβαση.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι να ερευνηθεί η μεταβλητότητα της αρτηριακής πίεσεως 24ώρου (ΜΑΠ24ωρου) στην επίπτωση των μειζόνων καρδιαγγειακών συμβαμάτων υπερτασικών ασθενών.

Μέθοδος-Υλικό: Μελετήθηκαν προοπτικά 151 υπερτασικοί ασθενείς θεραπευόμενοι (9,1% ή μη, (51,9% γυναίκες), μέσης ηλικίας $54 \pm 12,7$ έτη (κατά την ένταξη στην μελέτη), ΜΣΙ/ΔΑΠΙ: $151,9 \pm 158,3/96,6 \pm 8,6$ mmHg, ΜΚΣΙ: $77,6 \pm 12,4$ σφ/1' ΜΔΜΣ: $27 \pm 3,5$ κιλ/Μ2. Ο διάμεσος χρόνος παρακολούθησης :7,5 έτη.

Η 24ωρη καταγραφή ΑΠ καθώς επίσης και η μεταβλητότητα όλων των παραμέτρων της έγινε κατά την ένταξη στην μελέτη. Καταγράφηκαν τα μείζονα καρδιαγγειακά συμβάματα (ΜΑCΕ) και εκτιμήθηκε η προγνωστική σημασία των επιπέδων της ΜΣ/ΔΑΠ24ωρου, με την μέθοδο Cox proportional hazard model, στην εμφάνιση των ΜΑCΕ.

Αποτελέσματα: Καταγράφηκαν 53 (34,4 %) ΜΑCΕ στο τέλος της μελέτης και η ανάλυση αποκάλυψε ότι τα επίπεδα της μεταβλητότητας της ΣΑΠ 24ωρου ήταν ισχυρός προγνωστικός παράγων για ΜΑCΕ (HR: 1,064 95%ci : 1,002-1,131 p value 0.043).

Πίνακας

Προγνωστική αξία (HR) επιπέδων μεταβλητότητας συστολικής ΑΠ 24ώρου για ΜΑCΕ			
	Hazard ratio	95% Confidence Intervals	P value
ΜΣΑΠ/24ωρου mmHg	1,064	1,002 – 1,131	0,043

Συμπέρασμα: Τα επίπεδα της μεταβλητότητας της ΑΠ 24ώρου έχουν στατιστικά σημαντική προγνωστική αξία για μείζονα καρδιαγγειακά συμβάματα, σε υπερτασικούς ασθενείς.

27 ΕΠΙΠΕΔΑ ΛΙΠΙΔΙΩΝ ΑΙΜΑΤΟΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΗ ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ

Α.Γ. Καραμάνου¹, Μ.Β. Παπαβασιλείου², Γ. Μουστάκας¹, Δ. Αραβαντινός³, Στ. Πατσιάνης³, Δ. Μυτάς⁴

¹Ιδιώτης Καρδιολόγος, ²Metropolitan General Hospital Αθήνα, ³Νοσοκομείο Υγεία Αθήνα, ⁴ΓΝΑ Σισμανόγλειο

Εισαγωγή: Είναι γνωστή η δυσμενής επίδραση των λιπιδίων αίματος στην ενδοθηλική λειτουργία.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι να προσδιοριστεί η ενδεχόμενη συσχέτιση μεταξύ των λιπιδίων αίματος υπερτασικών ασθενών, με την δομή και λειτουργία της αριστερής κοιλίας.

Μέθοδος-Υλικό: Μελετήθηκαν 3075 υπερτασικοί ασθενείς, θεραπευόμενοι (53%), ή πρωτοδιαγνωσθέντες χωρίς φαρμακευτική αγωγή, άνδρες (46%) • γυναίκες (54 %), μέσης ηλικίας 57,8±13,54 ετών, μέσης ΣΑΠ/ΔΑΠι: 147,9 ±20,3/91,6±13,1 mmHg, μέσης ΚΣι=75,3±11 bpm, μέσου δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) 28,3±4,9 kg/m² των οποίων μετρήθηκαν τα επίπεδα λιπιδίων αίματος: χοληστερόλη, τριγλυκερίδια, HDL, LDL ενώ σε μικρότερη ομάδα ασθενών (N=887) μετρήθηκαν επίσης οι λιποπρωτεΐνες apoA1, apoB. Όλοι οι ασθενείς επίσης υποβλήθηκαν σε υπερηχογραφική –Doppler μελέτη καρδιάς και υπολογίστηκε ο δείκτης μάζας αριστεράς κοιλίας ΔΜΑΚ καθώς επίσης και η σχέση Ε/Α (πρωτοδιαστολική / τελοδιαστολική ταχύτητα ροής δια της μιτροειδούς). Με την μέθοδο Pearson correlation, συσχετίστηκαν οι λιπιδαιμικές παράμετροι με τις δομικές και λειτουργικές παραμέτρους της αριστερής κοιλίας.

Αποτελέσματα:

Πίνακας: Συσχέτιση κατά Pearson μεταξύ λιπιδίων αίματος και ΔΜΑΚ, Ε/Α		
N= 3075	ΔΜΑΚ	Ε/Α
χοληστερόλη (mg/dl)	NS	r= -0,46 p=0.041
τριγλυκερίδια (mg/dl)	r=0.066 p<0.001	NS
HDL(mg/dl)	r= -0.088 p<0.001	r= -0.069 p<0.001
LDL (mg/dl)	NS	NS
ApoA1(mg/dl) (N=887)	NS	r= - 0.078 p=0.027
ApoB (mg/dl) (N=887)	r=- 0.105 p=0.002	NS

ΔΜΑΚ=δείκτης μάζας αριστεράς κοιλίας

Ε/Α= σχέση πρωτοδιαστολικής/τελοδιαστολικής ταχύτητας ροής δια της μιτροειδούς βαλβίδας

HDL= HDL χοληστερόλη

LDL =LDL χοληστερόλη

ApoA1, ApoB=λιποπρωτεΐνες ApoA1, ApoB

Συμπέρασμα: Τα επίπεδα των λιπιδίων του αίματος σχετίζονται σημαντικά με τους δομικούς και λειτουργικούς δείκτες της αριστερής κοιλίας υπερτασικών ασθενών και κυρίως η HDL χοληστερόλη, η οποία με την αρνητική της συσχέτιση υπογραμμίζει ενδεχομένως την συμμετοχή του ενδοθηλίου στην διαμόρφωση της αριστερής κοιλίας των υπερτασικών ασθενών.

28 ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΜΕΝΗΣ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ ΓΙΑ ΜΕΙΖΟΝΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΒΑΜΑΤΑ, ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ, ΜΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ.

Μ.Β. Παπαβασιλείου¹, Δ. Αραβαντινός³, Α.Γ. Καραμάνου², Γ. Μουστάκας², Δ. Αραβαντινός³, Στ. Πατσιάνης³

¹Metropolitan General Hospital, Αθήνα, ²Ιδιώτης Καρδιολόγος, ³Νοσοκομείο «Υγεία», Αθήνα

Εισαγωγή: Είναι γνωστή η σημασία της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης αίματος στην έκβαση των καρδιαγγειακών παθήσεων.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι να ερευνηθεί η σχέση των επιπέδων της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) με τα μείζονα καρδιαγγειακά συμβάματα υπερτασικών μη διαβητικών ασθενών

Μέθοδος-Υλικό: Μελετήθηκαν προοπτικά 174 υπερτασικοί ασθενείς θεραπευόμενοι ή μη , μη διαβητικοί (57,3% γυναίκες), μέσης ηλικίας 59,4±13,3 έτη (κατά την ένταξη στην μελέτη), ΜΣΙ/ΔΑΠι: 147,9±18,2/91,81±11,0 mmHg , ΜΚΣι: 75,1±12,4 σφ/1' ΜΔΜΣ: 28,1±4,6 κιλ/Μ2. Ο διάμεσος χρόνος παρακολούθησης :7,5 έτη. Η HbA1c (5,7±0,92 %) μετρήθηκε κατά την ένταξη στην μελέτη. Καταγράφηκαν τα μείζονα καρδιαγγειακά συμβάματα (MACE) και εκτιμήθηκε η προγνωστική σημασία των επιπέδων της HbA1c ,με την μέθοδο Cox proportional hazard model, στην εμφάνιση των MACE

Αποτελέσματα: Καταγράφηκαν 70 (40,2 %) MACE στο τέλος της μελέτης και η ανάλυση αποκάλυψε ότι τα επίπεδα της HbA1c αίματος ήταν ισχυρός προγνωστικός παράγων για MACE (HR: 1,32 95%ci : 1,093-1,599 p value 0.004).

Προγνωστική αξία (HP) για την HbA1c στα MACE			
	Hazard ratio	95% Confidence Intervals	P value
HbA1C (mg/dl)	1,32	1,093 – 1,599	0,004

Συμπέρασμα: Τα επίπεδα της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης έχουν στατιστικά σημαντική προγνωστική αξία για μείζονα καρδιαγγειακά συμβάματα, σε υπερτασικούς, μη διαβητικούς ασθενείς.

29 ΕΠΙΠΕΔΑ ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΜΕΝΗΣ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΘΗΡΩΜΑΤΩΣΗ ΚΑΡΩΤΙΔΩΝ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ, ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ Η ΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

Α.Γ. Καραμάνου¹, Μ.Β. Παπαβασιλείου², Γ. Μουστάκας¹, Δ. Αραβαντινός³, Σ. Πατσιάνης³

¹Ιδιώτης Καρδιολόγος, ²Metropolitan General Hospital, Αθήνα, ³Νοσοκομείο «Υγεία», Αθήνα

Εισαγωγή: Είναι γνωστή η αθηρογόνος δράση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης αίματος, καθώς επίσης και η σημασία της στην καρδιαγγειακή έκβαση της αθηρωματικής κατάστασης των καρωτίδων.

Μέθοδοι-Υλικό: Μελετήθηκαν 749 υπερτασικοί ασθενείς, θεραπευόμενοι ή πρωτοδιαγνωσθέντες χωρίς φαρμακευτική αγωγή, διαβητικοί υπό αγωγή και μη διαβητικοί • άνδρες (43.5%) • γυναίκες (56.5%), μέσης ηλικίας 60,8±12,9 ετών, μέσης ΣΑΠ/ΔΑΠι: 142,2 ±17,8/88,1±11,9 mmHg, μέσης ΚΣι=74,3±9,2 bpm, μέσου δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) 28,5±4,7 kg/cm² των οποίων μετρήθηκαν τα επίπεδα γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) αίματος. Όλοι οι ασθενείς επίσης υποβλήθηκαν σε υπερηχογραφική –Doppler μελέτη καρωτίδων, όπου μετρήθηκαν το πάχος του έσω μέσω χιτώνια αυτών (IMT) και ανιχνεύτηκε η ύπαρξη ή μη αθηρωματικής πλάκας. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες σύμφωνα με την τιμή του IMT και την ύπαρξη ή μη αθηρωματικής πλάκας.

-Ομάδα Α:IMT≥0.9mm ή/και ύπαρξη αθηρωματικής πλάκας

-Ομάδα Β:IMT<0.9mm

Με τη μέθοδο ANOVA καταγράφηκαν οι τιμές HbA1c αίματος στις δύο ομάδες

Αποτελέσματα:

Πίνακας

Διαφορές επιπέδων HbA1c αίματος μεταξύ της ομάδας Α και ομάδας Β.	
	HbA1c (%)
Ομάδα Α (N=934)	5,9±1,1
Ομάδα Β (N=362)	5,5±0,8
p	<0,001

HbA1c: γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη αίματος

Συμπέρασμα: Σε υπερτασικούς ασθενείς θεραπευόμενους ή μη, διαβητικούς ή μή, η ύπαρξη αθηρωμάτωσης των καρωτίδων συνοδεύεται από σημαντικά υψηλότερα επίπεδα HbA1c αίματος, καταδεικνύοντας ενδεχομένως την σημασία της στην αθηρογόνο κατάσταση των υπερτασικών ασθενών.



31 ΕΠΙΠΕΔΑ ΟΥΡΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΘΗΡΩΜΑΤΩΣΗ ΚΑΡΩΤΙΔΩΝ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Μ.Β. Παπαβασιλείου¹, Μ. Δούμας², Α.Γ. Καραμάνου³, Γ. Μουστάκας³, Δ. Αραβαντινός⁴, Στ. Πατσιανης⁴, Α. Πιτταράς¹

¹Metropolitan General Hospital Αθήνα, ²Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκη, ³Ιδιώτης Καρδιολόγος, ⁴Νοσοκομείο «Υγεία», Αθήνα

Εισαγωγή: Είναι γνωστή η αθηρογόνος και φλεγμονώδης δράση του ουρικού οξέος του αίματος, καθώς επίσης και η σημασία του στην καρδιαγγειακή εξέλιξη της αθηρωματικής κατάστασης των καρωτίδων.

Υλικό-Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 1296 υπερτασικοί ασθενείς, θεραπευόμενοι ή πρωτοδιαγνωσθέντες χωρίς φαρμακευτική αγωγή •άνδρες (54.8%) •γυναίκες (45.2%), μέσης ηλικίας 60,2±12,5 ετών, μέσης ΣΑΠ/ΔΑΠι: 145,9 ±12,6/89,7±12,6 mmHg, μέσης ΚΣι=74,3±9,9 bpm, μέσου δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) 28,3±5,3kg/cm² των οποίων μετρήθηκαν τα επίπεδα ουρικού οξέος αίματος. Όλοι οι ασθενείς επίσης υποβλήθηκαν σε υπερηχογραφική –Doppler μελέτη καρωτίδων, όπου μετρήθηκαν το πάχος του έσω-μέσου χιτώνα αυτών (ΙΜΤ) και ανιχνεύτηκε η ύπαρξη ή όχι αθηρωματικής πλάκας. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες σύμφωνα με την τιμή του ΙΜΤ και την ύπαρξη ή όχι αθηρωματικής πλάκας.

-Ομάδα Α:ΙΜΤ≥0.9mm ή/και ύπαρξη αθηρωματικής πλάκας

-Ομάδα Β:ΙΜΤ<0.9mm (t-test μεταξύ των δύο ομάδων p<=0.001)

και με την μέθοδο ANOVA καταγράφηκαν οι τιμές του ουρικού οξέος (ΟΥΟ) αίματος στις δύο ομάδες

Αποτελέσματα:

Πίνακας

Διαφορές επιπέδων ουρικού οξέος αίματος μεταξύ της ομάδας Α και ομάδας Β	
	ΟΥΟ αίματος (mg/dl)
Ομάδα Α (N=934)	5,4±1,6
Ομάδα Β (N=362)	5,0±1,6
p	0,001

ΟΥΟ: ουρικό οξύ αίματος

Συμπέρασμα: Σε υπερτασικούς ασθενείς θεραπευόμενους ή μη η ύπαρξη αθηρωμάτωσης των καρωτίδων συνοδεύεται απο σημαντικά υψηλότερα επίπεδα ουρικού οξέος αίματος, δείχνοντας ενδεχομένως την σημασία του στην αθηρογόνο κατάσταση των υπερτασικών ασθενών.

32 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΟΥΡΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Μ.Β. Παπαβασιλείου¹, Α. Καραμάνου², Γ. Μουστάκας², Δ. Αραβαντινός³, Στ. Πατσιάνης³, Α. Πιπταράς¹

¹Metropolitan General Hospital Αθήνα, ²Ιδιώτης Καρδιολόγος, ³Νοσοκομείο Υγεία Αθήνα

Εισαγωγή: Είναι γνωστή η αθηρογόνος και φλεγμονώδης δράση του ουρικού οξέος του αίματος όπως επίσης και η επίδρασή του στην εμφάνιση κολπικής μαρμαρυγής, λόγω της προφλεγμονώδους κατάστασης με την οποία συσχετίζεται.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνηθεί ο ρόλος των επιπέδων ουρικού οξέος αίματος στην εμφάνιση κολπικής μαρμαρυγής σε υπερτασικούς ασθενείς.

Μέθοδος και Υλικό: Μελετήθηκαν 1196 υπερτασικοί ασθενείς, θεραπευόμενοι ή πρωτοδιαγνωσθέντες χωρίς φαρμακευτική αγωγή •άνδρες (57,9 %) •γυναίκες (42,1%), μέσης ηλικίας 63,1±13,3 ετών-μέσης ΣΑΠ/ΔΑΠι: 142,1±19,3/86,5±12,6 mmHg, μέσης ΚΣι=73,7±10,7 bpm, μέσου δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) 28,5±5,8kg/cm² με μόνιμη ή επιβεβαιωμένη παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή (Ομάδα Α') και ομάδα ελέγχου χωρίς κολπική μαρμαρυγή (Ομάδα Β'), των οποίων μετρήθηκαν τα επίπεδα ουρικού οξέος αίματος και με την μέθοδο ANOVA καταγράφηκαν οι τιμές του ουρικού οξέος (ΟΥΟ) αίματος στις δύο ομάδες.

Αποτελέσματα:

Πίνακας

Διαφορές επιπέδων ουρικού οξέος αίματος μεταξύ των ομάδων Α και Β	
	ΟΥΟ αίματος (mg/dl)
Ομάδα Α (N=319)	5,9±1,7
Ομάδα Β (N=877)	5,2±1,6
p	<0,001

ΟΥΟ: ουρικό οξύ αίματος

Συμπέρασμα: Σε υπερτασικούς ασθενείς η επίπτωση της κολπικής μαρμαρυγής συνοδεύεται απο στατιστικά σημαντικά υψηλότερα επίπεδα ουρικού οξέος αίματος, θέτοντας σκέψεις για την αθηρογόνο και φλεγμονώδη επίδραση αυτού στην εμφάνιση της κολπικής μαρμαρυγής.

33 ΦΑΙΝΟΤΥΠΟΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Ο. Παπαζάχου, Γ. Σκαλής, Νίκη Παναγοπούλου, Ι. Δήμα, Η. Ανδριανοπούλου, Κ. Θωμόπουλος, Θ. Μακρής

Καρδιολογικό Τμήμα ΓΝΜ «Έλενα Βενιζέλου»

Σκοπός: Καθορισμός των φαινοτύπων αρτηριακής υπέρτασης στις αρχές του τρίτου τριμήνου (26η -28η εβδομάδα) της εγκυμοσύνης και της συσχέτισής της με πρόωρο τοκετό (<37 εβδομάδες) και προεκλαμψία.

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήσαμε 615 γυναίκες λευκής φυλής χωρίς συνοσηρότητες, 25 ± 8 έτη, από τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου μας κατά τη διάρκεια του πρώτου διμήνου της κύησης. Εξαιρέθηκαν γυναίκες που υποβλήθηκαν σε εξωσωματική γονιμοποίηση ($n=10$), αυτές με χρόνια υπέρταση ($n=27$) και σακχαρώδη διαβήτη ($n=8$). Στην πρώτη επίσκεψη εδόθησαν υγιεινοδιαιτητικές οδηγίες (ΒΣ: 67 ± 16 Kg, ύψος= 163 ± 6 cm) και έγινε μέτρηση της ΑΠ ($112 \pm 8/68 \pm 6$ mmHg). Από την ανάλυση εξαιρέθηκαν όσες απέβαλαν ($n=12$), αυτές που είχαν αυξημένες τιμές ΑΠ ιατρείου ($n=21$) και αυτές που ανέπτυξαν διαβήτη κύησης ($n=28$). Οι μετρήσεις της ΑΠ πραγματοποιήθηκαν ανάμεσα στην 26η και 28η εβδομάδα, στο ιατρείο και περιπατητικά (ABPM) σε 460 γυναίκες (215 πρωτοτόκες) ενώ 59 δεν συνέχισαν την παρακολούθηση. Χωρίστηκαν σε ομάδες ανάλογα με τον κλινικό φαινότυπο της υπέρτασης: ΑΥ κύησης (GH), συγκεκαλυμμένη υπέρταση (GMH), υπέρταση λευκής μπλούζας (GWCH) και νορμοτασικές (GNT).

Αποτελέσματα: Η επίπτωση των GSH, GMH, GWCH και GNT ήταν 6% ($n=23$), 4% ($n=18$), 12% ($n=55$) και 79% ($n=364$) αντίστοιχα. Παρουσιάστηκε προεκλαμψία στο 2,2% ($n=10$, [GH, $n=5$, GMH $n=4$, and WCH, $n=1$]), πρόωρος τοκετός στο 12% ($n=55$) συμπεριλαμβανομένων των 8 από τις 10 γυναίκες που εμφάνισαν προεκλαμψία. Σε λογιστικό μοντέλο πολυπαραγοντικής παλινδρόμησης που συμπεριελήφθησαν το ύψος και βάρος κατά την πρώτη επίσκεψη και όλοι οι φαινότυποι της υπέρτασης κύησης (με τιμές αναφοράς τις GNT), ο πρόωρος τοκετός καθορίστηκε από το βάρος: 1.07 (1.02-1.14) $p=0.025$, τη GH: 5.12 (3.4-9.6), $p<0.001$, και τη GMH: 3.1 (2.1-6.9), $p=0.008$, ενώ για την υπέρταση λευκής μπλούζας (GWCH) δεν ήταν δυνατό να καθοριστούν τα αποτελέσματα.

Συμπεράσματα: Η ABPM στην αρχή του τρίτου τριμήνου αποκάλυψε διάφορους κλινικούς φαινότυπους ΑΥ στην κύηση συμπεριλαμβανομένης της συγκεκαλυμμένης υπέρτασης, και τη δυσμενή συσχέτιση τους με πρόωρο τοκετό και προεκλαμψία.

34 ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

Ο. Παπαζάχου, Γ. Σκαλής, Ν. Παναγοπούλου, Ι. Δήμα, Η. Ανδριανοπούλου, Κ. Θωμόπουλος, Θ. Μακρής

Καρδιολογικό Τμήμα ΓΝΜ «Έλενα Βενιζέλου»

Εισαγωγή: Το μεταβολικό σύνδρομο (ΜΣ) σχετίζεται με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο στις γυναίκες. Σύμφωνα με τα υπάρχοντα στοιχεία φαίνεται ότι η έλλειψη οιστρογόνων κατά τη φάση της εμμηνόπαυσης συνδέεται με την εμφάνιση ΜΣ.

Σκοπός: Η διερεύνηση της επίδρασης της εμμηνόπαυσης στην επίπτωση του ΜΣ και των παραμέτρων του στον ελληνικό πληθυσμό.

Υλικό-Μέθοδος: Εξακόσιες-τέσσερις μη διαβητικές γυναίκες εξετάσθηκαν διαδοχικά στο εξωτερικό καρδιολογικό ιατρείο του νοσοκομείου μας. 356 (59%) από αυτές ήταν εμμηνοπαυσιακές-ΕΜΠ (απουσία εμμήνου ρύσεως για τουλάχιστον 12 συνεχόμενους μήνες). Σε όλες μετρήθηκε η αρτηριακή πίεση, η περίμετρος μέσης και προσδιορίσθηκαν τα επίπεδα γλυκόζης πλάσματος νηστείας, τριγλυκεριδίων και HDL-χοληστερόλης. Κατεγράφη επίσης η λήψη φαρμακευτικής αγωγής για υπέρταση (ΑΥ) και δυσλιπιδαιμία. Η διάγνωση του ΜΣ τεκμηριώθηκε σύμφωνα με τα κριτήρια της ATP-III.

Αποτελέσματα: Οι ΕΜΠ γυναίκες συγκριτικά με τις προεμμηνοπαυσιακές (ΠΕΜΠ) ανέδειξαν υψηλότερη επίπτωση ΜΣ (n=184, 52% vs. n=80, 33%, p<0.001). Η ΕΜΠ ομάδα πληρούσε 4 κριτήρια του ΜΣ σε ποσοστό 43%, 3 κριτήρια σε 33% και 5 κριτήρια σε 24%. Η συχνότητα εμφάνισης των παραμέτρων του ΜΣ στις ΕΜΠ γυναίκες με ΜΣ ήταν: περίμετρος μέσης (n=148, 80%), ΑΥ (n=156, 85%), γλυκόζη πλάσματος (n=144, 78%), μειωμένα επίπεδα HDL-C και αυξημένα επίπεδα τριγλυκεριδίων (n=144, 78% and n=104, 56%, αντίστοιχα), ενώ στις ΠΕΜΠ γυναίκες με ΜΣ η αντίστοιχη συχνότητα ήταν: περίμετρος μέσης (n=76, 95%), ΑΥ (n=48, 60%), γλυκόζη πλάσματος (n=56, 70%), μειωμένα επίπεδα HDL-C και αυξημένα επίπεδα τριγλυκεριδίων (n=56, 70% and n=44, 55%, αντίστοιχα). Περαιτέρω ευρήματα παρουσιάζονται στον πίνακα. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση η ύπαρξη εμμηνόπαυσης συνεπάγεται σταθμισμένο πιθανό κίνδυνο 2.3 (1.7 – 4.6) για ΜΣ (p<0.001), ενώ στις ΕΜΠ γυναίκες η αυξημένη περίμετρος μέσης και η ΑΥ ήταν οι μόνοι ανεξάρτητοι προβλεπτικοί παράγοντες ΜΣ.

Συμπεράσματα: Η επίπτωση του ΜΣ αυξάνει στην εμμηνόπαυση, ενώ η αυξημένη περίμετρος μέσης και η αρτηριακή υπέρταση είναι ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου στις ΕΜΠ γυναίκες. Τα ευρήματα αυτά υποδεικνύουν ότι η επιθετική αντιμετώπιση της ΑΥ και της παχυσαρκίας στις εμμηνοπαυσιακές γυναίκες ίσως περιορίσει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο που συνεπάγεται το μεταβολικό σύνδρομο.

Πίνακας

	ΕΜΠ με ΜΣ N=184	ΠΕΜΠ με ΜΣ N=172	p
Ηλικία (yr)	61±8	47±6	<0.001
BMI (Kg/m ²)	30.4±5.8	31.8±5	ns
Διάρκεια εμμηνόπαυσης (yr)	14±10		
Κάπνισμα %	26%	50%	0.06
Διάρκεια (yr)	30±13	19±5	0.06
Σιγ/ημέρα	22±5	17±11	ns
Αντιυπερτασική αγωγή	54%	45%	0.01
Υπολιπιδαιμική αγωγή	20%	20%	ns
Περιφέρεια μέσης (cm)	98±12	99±10	ns
Γλυκόζηπλάσματος νηστείας(mg/dl)	113±12	108±14	ns
ΣΑΠ (mmHg)	137±14	129±13	0.035
ΔΑΠ(mmHg)	86±10	85±9	ns
TGL (mg/dl)	165±59	172±70	ns
HDL-C (mg/dl)	45±9	46±12	ns

35 Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΔΑΠΑΓΛΙΦΛΟΖΙΝΗ ΔΕΝ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΗΝ ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ: ΜΙΑ ΔΙΠΛΗ-ΤΥΦΛΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΟΚΙΜΗ

Ε. Παπαδοπούλου^{1,2}, Μ. Θεοδωρακοπούλου¹, Γ. Τζανής¹, Γ. Τζατζάγου³, Κ. Κώτσα⁴, Ι. Ζωγράφου², Τ. Διδάγγελος⁵, Α. Τσάπας⁶, Α. Καραγιάννης², Π. Σαραφίδης¹

¹Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη, ²Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη, ³Α' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη, ⁴Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, ⁵Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, ⁶Β' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή-Σκοπός: Στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου-2(ΣΔτ2), η υψηλή μεταβλητότητα της αρτηριακής πίεσης(ΑΠ) σχετίζεται με αυξημένη καρδιαγγειακή και ολική θνητότητα. Προηγούμενα δεδομένα υποδεικνύουν πως η θεραπεία με αναστολείς συμμεταφορέα-νατρίου-γλυκόζης-τύπου-2(SGLT-2) μπορούν να μειώσουν την εμφάνιση καρδιαγγειακών και νεφρικών συμβαμάτων και την θνητότητα. Σκοπός της μελέτης είναι να εξετάσει την επίδραση της δαπαγλιφλοζίνης στην βραχυπρόθεσμη-μεταβλητότητα-ΑΠ σε ασθενείς με ΣΔτ2.

Υλικό-Μέθοδοι: Πρόκειται για υποανάλυση διπλά-τυφλής-τυχαιοποιημένης κλινικής δοκιμής, στην οποία συμπεριλήφθηκαν 85 ενήλικοι ασθενείς με ΣΔτ2 που τυχαιοποιήθηκαν (αναλογία 1:1) στην ομάδα παρέμβασης (λήψη 10mg δαπαγλιφλοζίνης) και στην ομάδα ελέγχου(λήψη placebo) για 12 εβδομάδες. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε 24ωρη-ABPM με την συσκευή Mobil-O-Graph-NG στην έναρξη και στο τέλος της μελέτης. Η τυπική απόκλιση [standard-deviation(SD)], η σταθμισμένη τυπική απόκλιση [weighted-SD(wSD)], ο συντελεστής διακύμανσης [coefficient-of-variation(CV)], η μέση πραγματική μεταβλητότητα [average-real-variability(ARV)] και η ανεξάρτητη από τη μέση τιμή διακύμανση [variation-independent-of-mean(VIM)] υπολογίσθηκαν κατά το 24ωρο και κατά τις περιόδους ημέρας και νύχτας με επικυρωμένες εξισώσεις υπολογισμού.

Αποτελέσματα: Η θεραπεία με δαπαγλιφλοζίνη μείωσε σημαντικά την 24ωρη-ΑΠ συγκριτικά με το placebo. Κατά την παρακολούθηση, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στους δείκτες μεταβλητότητας ΑΠ στην ομάδα της δαπαγλιφλοζίνης (ΣΑΠ-ARV: 11.51±3.45 vs 11.05±3.35; p=0.326, ΣΑΠ-wSD: 13.59±3.60 vs 13.48±3.33; p=0.811), ούτε στην ομάδα του placebo (ΣΑΠ-ARV: 11.47±3.63 vs 11.05±3.00; p=0.388, ΣΑΠ-wSD: 13.85±4.38 vs 13.97±3.87; p=0.308). Παρομοίως, σε καμία από τις ομάδες της μελέτης δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στα επιμέρους διαστήματα ημέρας και νύχτας. Στη λήξη της μελέτης δεν υπήρχαν διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων για κανένα από τους δείκτες που αξιολογήθηκαν. Οι μεταβολές όλων των δεικτών μεταβλητότητας ΑΠ (Δ) κατά την διάρκεια της παρακολούθησης ήταν ελάχιστες και δεν διέφεραν μεταξύ των δύο ομάδων (ΣΑΠ-ARV: δαπαγλιφλοζίνη -0.45±2.45 vs placebo: -0.42±3.15; p=0.553; ΣΑΠ-wSD: δαπαγλιφλοζίνη: -0.11±3.05 vs placebo: 0.12±4.20; p=0.227)

Συμπεράσματα: Η θεραπεία με δαπαγλιφλοζίνη δεν σχετίστηκε με σημαντικές αλλαγές στην βραχυπρόθεσμη-μεταβλητότητα-ΑΠ σε ασθενείς με ΣΔτ2. Οι αλλαγές στην μεταβλητότητα ΑΠ δεν συνοδεύουν όλους τους τρόπους μείωσης ΑΠ.

ΟΙ ΠΕΡΙΔΙΑΛΥΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΕΝΔΟΔΙΑΛΥΤΙΚΕΣ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΑΞΙΟΠΙΣΤΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΤΗΣ 44ΩΡΗΣ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΝΔΟΔΙΑΛΥΤΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Μ. Θεοδωρακοπούλου¹, Μ.-Ε. Αλεξάνδρου¹, Φ. Ιατρίδη¹, Α. Καρπέτας², Α. Καραγιαννίδης¹, Β. Γελαδάρη¹, Ε. Πέλλα¹, Σ. Ζιάκκα³, Α. Παπαγιάννη¹, Π. Σαραφίδης¹

¹Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη, ²Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Θεραπευτική», Θεσσαλονίκη, ³Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝΑ "Κοργιανέειο-Μπενάκειο" ΕΕΣ, Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Σε αντίθεση με τις μετρήσεις ΑΠ προ- και μετά-αιμοκάθαρσης, οι ενδοδιαλυτικές και οι κατ'οίκον μετρήσεις ΑΠ αποτελούν αξιόπιστους δείκτες της περιπατητικής-ΑΠ στους ασθενείς υπό αιμοκάθαρση. Σκοπός της μελέτης είναι να εξετάσει την ακρίβεια και την συμφωνία μεταξύ μετρήσεων ΑΠ προ- και μετά-αιμοκάθαρσης, ενδοδιαλυτικών και προγραμματισμένων μεσοδιαλυτικών μετρήσεων ΑΠ με την 44ωρη-ΑΠ σε μία συγκεκριμένη ομάδα αιμοκαθαιρόμενων ασθενών, αυτών με ενδοδιαλυτική-υπέρταση.

Υλικό-Μέθοδος: 45 αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς με ενδοδιαλυτική-υπέρταση (ενδοδιαλυτική αύξηση ΣΑΠ $\geq$ 10 mmHg σε $\geq$ 150 mmHg) και 197 ασθενείς χωρίς ενδοδιαλυτική-υπέρταση που υποβλήθηκαν σε 48ωρη-περιπατητική-καταγραφή-ΑΠ συμπεριλήφθηκαν σε αυτήν την ανάλυση. Η 44ωρη-περιπατητική-ΑΠ χρησιμοποιήθηκε ως μέθοδος αναφοράς και ελέγχθηκε η συμφωνία με τις εξής παραμέτρους: προ-αιμοκάθαρση ΑΠ, μετά-αιμοκάθαρση ΑΠ, ενδοδιαλυτική ΑΠ, ενδοδιαλυτική συν προ- και μετά-αιμοκάθαρσης ΑΠ, προγραμματισμένες μετρήσεις ΑΠ στην ενδιάμεση μέρα (8πμ, 8μμ και ο μέσος όρος αυτών).

Αποτελέσματα: Στους ασθενείς με ενδοδιαλυτική-υπέρταση, οι περι- και ενδοδιαλυτικές μετρήσεις ΑΠ εμφάνισαν μέτριες συσχετίσεις, ενώ αντίθετα οι κατ'οίκον μετρήσεις ΣΑΠ/ΔΑΠ είχαν ισχυρή συσχέτιση με την 44ωρη-ΣΑΠ/ΔΑΠ ($r=0.882/r=0.855$, $p<0.001$). Στην ανάλυση Bland-Altman, οι περι- και ενδοδιαλυτικές μετρήσεις ΑΠ είχαν μεγαλύτερη διαφορά και ευρύτερα 95%-όρια-συμφωνίας από την 44ωρη-ΑΠ συγκριτικά με την κατ'οίκον ΑΠ (μέση διαφορά +0.7 mmHg). Η ευαισθησία/ειδικότητα και η συμφωνία (κ -statistic) για την διάγνωση 44ωρη-ΣΑΠ $\geq$ 130 mmHg ήταν χαμηλές για την προ-αιμοκάθαρσης (72.5%/40.0%, κ -statistic=0.074) και μετά-αιμοκάθαρσης (90.0%/0.0%, κ -statistic=-0.110), ενδοδιαλυτική (85.0%/40.0%, κ -statistic=0.198) και ενδοδιαλυτική συν προ- και μετά-αιμοκάθαρσης ΣΑΠ (85.0%/20.0%, κ -statistic=0.043). Οι κατ'οίκον μετρήσεις ΣΑΠ εμφάνισαν υψηλή ευαισθησία/ειδικότητα (97.5%/80.0%,) και ισχυρή συμφωνία (κ -statistic=0.775). Στην ROC-ανάλυση για την διάγνωση 44ωρης-ΑΠ $\geq$ 130/80mmHg, οι περι- και ενδοδιαλυτικές μετρήσεις εμφάνισαν χαμηλή διαγνωστική αξία με χαμηλές τιμές των Areas-Under-the-Curve; οι κατ'οίκον μετρήσεις ΣΑΠ/ΔΑΠ είχαν τις υψηλότερες τιμές AUC (0.967/0.951), μαζί με τις υψηλότερες τιμές ευαισθησίας (90.0%/88.0%) και ειδικότητας (100.0%/90.0%).

Συμπεράσματα: Στους ασθενείς με ενδοδιαλυτική-υπέρταση, οι κατ'οίκον μετρήσεις ΑΠ στην ενδιάμεση μέρα και όχι οι μετρήσεις ΑΠ προ- και μετά-αιμοκάθαρσης, ούτε οι ενδοδιαλυτικές μετρήσεις, έδειξαν ικανοποιητική συμφωνία με την περιπατητική-ΑΠ. Μόνο οι κατ'οίκον μετρήσεις ΑΠ πιθανώς μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την διάγνωση και την θεραπεία της ΑΥ στον συγκεκριμένο πληθυσμό.

37 ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΥ, ΕΠΑΡΚΟΥΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΦΑΙΝΟΤΥΠΩΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΑΝΔΡΩΝ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Μ. Θεοδωρακοπούλου¹, Μ.-Ε. Αλεξάνδρου¹, Α. Καρπύτας², Α. Μπίκος³, Α. Καραγιαννίδης¹, Ε. Πέλλα¹, Δ. Φαϊτατζίδου¹, Ι. Τσουχνικάς¹, Β. Ράπτης⁴, Α. Παπαγιάννη¹, Π. Σαραφίδης¹

¹Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη, ²Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Θεραπευτική», Θεσσαλονίκη, ³Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Πρότυπο», Θεσσαλονίκη, ⁴Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Πιερία», Κατερίνη

Εισαγωγή-Σκοπός: Ο έλεγχος της ΑΥ με βάση την περιπατητική-καταγραφή-αρτηριακής-πίεσης(ABPM) είναι χειρότερος στους άνδρες σε σύγκριση με τις γυναίκες ασθενείς με χρόνια-νεφρική-νόσο(XNN) και αυτό μπορεί να εξηγήσει εν μέρει την ταχύτερη εξέλιξη της ΧNN στους άνδρες. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει την ύπαρξη πιθανών διαφορών ως προς το φύλο στον επιπολασμό, τον επαρκή έλεγχο και τους φαινοτύπους της ΑΥ ασθενών υπό αιμοκάθαρση με βάση τις μετρήσεις ΑΠ προ-αιμοκάθαρσης και την 48ωρη-περιπατητική-ΑΠ.

Υλικό-Μέθοδος: Στην μελέτη συμπεριλήφθηκαν 129 άνδρες και 91 γυναίκες ασθενείς υπό αιμοκάθαρση που υποβλήθηκαν σε 48ωρη-ABPM με την συσκευή Mobil-O-Graph-NG. Ως ΑΥ ορίστηκε: (1)προ-αιμοκάθαρσης ΑΠ $\geq$ 140/90mmHg ή λήψη αντιυπερτασικής αγωγής, (2)48ωρ-ΑΠ $\geq$ 130/80mmHg ή λήψη αντιυπερτασικής αγωγής. Επαρκής έλεγχος ορίστηκε ως προ-αιμοκάθαρσης ΑΠ<140/90 ή 48ωρη-ΑΠ<130/80mmHg, αντίστοιχα.

Αποτελέσματα: Η ηλικία, το ιστορικό αιμοκάθαρσης(μήνες), η λήψη αντιυπερτασικής αγωγής και το ιστορικό μείζονων συννοσηρότητων δεν διέφεραν μεταξύ των δύο ομάδων. Η προ-αιμοκάθαρσης ΣΑΠ/ΔΑΠ δεν διέφερε μεταξύ ανδρών και γυναικών (145,1 $\pm$ 22,7/87,6 $\pm$ 14,0mmHg έναντι 145,9 $\pm$ 25,7/84,0 $\pm$ 13,7mmHg, p=0,808/0,055, αντίστοιχα). Τα επίπεδα 48ωρης-ΣΑΠ/ΔΑΠ (137,2 $\pm$ 17,4/81,9 $\pm$ 12,1mmHg έναντι 132,2 $\pm$ 19,2/75,9 $\pm$ 11,7mmHg, p=0,045/<0,001), καθώς και της ΣΑΠ/ΔΑΠ στα επιμέρους 24ωρα(1^ο και 2^ο) ήταν σημαντικά υψηλότερα στους άνδρες. Παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα για την ημερήσια-ΣΑΠ/ΔΑΠ (138,3 $\pm$ 17,5/83,2 $\pm$ 12,3mmHg έναντι 131,9 $\pm$ 19,4/76,4 $\pm$ 11,5mmHg, p=0,011/<0,001). Δεν ανιχνεύθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων για τη νυχτερινή-ΣΑΠ. Ο επιπολασμός ΑΥ ήταν παρόμοιος τόσο με βάση την προ-αιμοκάθαρσης ΑΠ(92,2% έναντι 92,3%·p =0,987), όσο και με ABPM(92,2% έναντι 89,0% p=0,411). Μεταξύ υπερτασικών ασθενών, το ποσοστό των ανδρών με ανεπαρκή έλεγχο ΑΠ με αμφότερες τις μεθόδους ήταν σημαντικά υψηλότερο συγκριτικά με αυτό των γυναικών(65,3% έναντι 49,4%, p=0,023). Η επιπολασμός της υπέρτασης «λευκής μπλούζας» και της συγκεκαλυμμένης ΑΥ ήταν παρόμοιος μεταξύ των δύο ομάδων.

Συμπεράσματα: Παρόλο που ο επιπολασμός της ΑΥ είναι παρόμοιος μεταξύ αιμοκαθαιρόμενων ανδρών και γυναικών, τα επίπεδα περιπατητικής ΑΠ είναι σημαντικά υψηλότερα και ο έλεγχος της ΑΥ είναι χειρότερος στους άνδρες σε σύγκριση με τις γυναίκες και πιθανόν να επηρεάζει την εμφάνιση δυσμενών νεφρικών και καρδιαγγειακών συμβαμάτων.

38 Η ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΩΣ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΤΗΣ ΑΝΑΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Β. Καπαγιάννης¹, Β. Γιάνναρης², Μ. Σκουτέλης³, Μ. Μούσδη³, Μ. Γκλιάτη³, Μ. Τριανταφύλλου³, Σ. Μπακίδης³

¹Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Λακωνίας – ΝΜ Μολάων, ²Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Ελευσίνας – Θριάσιο, ³Παθολογική Κλινική, ΓΝ Λακωνίας – ΝΜ Μολάων

Σκοπός: Κύριος στόχος της μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίδρασης της επαρκούς ρύθμισης της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ), στην εμφάνιση της αναδιαμόρφωσης της αριστερής κοιλίας (ΑΚ), σε ομοιογενή πληθυσμό μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (ΟΕΜ) και επιτυχής επαναιμάτωση.

Μέθοδος: Στην μελέτη συμπεριλήφθησαν 68 ασθενείς με μέση ηλικία 67 ± 16 έτη, 37 γυναίκες, με αγγειογραφικά επιβεβαιωμένο ΟΕΜ, 42 NSTEMI, οι οποίοι επαναιματώθηκαν με πρωτογενή αγγειοπλαστική (28), θρομβόλυση (19), θρομβόλυση και αγγειοπλαστική (11) και αορτοστεφανιαία παράκαμψη (10).

Για τον καθορισμό του βαθμού αναδιαμόρφωσης της ΑΚ, χρησιμοποιήθηκαν, η αύξηση του τελοδιαστολικού όγκου της ΑΚ, πάνω από 20 % της τιμής αναφοράς και ο δείκτης μάζας / όγκου της ΑΚ σε διάστημα 6 μηνών μετά την πλήρη επαναιμάτωση του ασθενούς.

Ως δείκτες επαρκούς ρύθμισης της ΑΠ, χρησιμοποιήθηκαν τα κριτήρια της Ευρωπαϊκής καρδιολογικής εταιρίας (ESC) για την διαχείριση της αρτηριακής υπέρτασης, με καταγραφές σε Holter πιέσεων, σε Home blood pressure monitoring (HBPM) και σε Ambulatory Blood pressure Monitoring (ABPM).

Αποτελέσματα: Παρατηρήθηκε ότι οι ασθενείς με ανώτερες τιμές ΑΠ, τις ανώτατες φυσιολογικές, εμφάνισαν σημαντική αναδιαμόρφωση της ΑΚ και καρδιακή ανεπάρκεια με μειωμένο κλάσμα εξωθήσεως, σε ποσοστό 28% και 11% αντίστοιχα.

Ενώ για τους ασθενείς με διαπιστωμένη αρτηριακή υπέρταση grade I, II και III, τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 80% και 21% αντιστοίχως.

Συμπέρασμα: Η μη επαρκής ρύθμιση της ΑΠ σε ασθενείς με πρόσφατο ΟΕΜ και επιτυχή επαναιμάτωση, δρα επιβαρυντικά τόσο στην εμφάνιση του φαινομένου της αναδιαμόρφωσης της ΑΚ, όσο και καρδιακής ανεπάρκειας με μειωμένο κλάσμα εξώθησης.

Κρίνεται χρήσιμη η περεταίρω έρευνα ώστε να καθοριστεί η γραμμική σχέση των επιπέδων της ΑΠ με τον βαθμό εμφάνισης του φαινομένου της αναδιαμόρφωσης της ΑΚ.

39 ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Σ. Πράπα, Α. Ντινέρη, Α. Κόλλιας, Α. Μέντη, Α. Θεοδοσιάδη, Γ. Στεργίου

Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Γ' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Η Σωτηρία», Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Η κεντρική αρτηριακή πίεση (ΚΑΠ) έχει προσελκύσει μεγάλο ερευνητικό ενδιαφέρον τα τελευταία χρόνια λόγω της πιθανής συμβολής της στη διαστρωμάτωση του καρδιαγγειακού κινδύνου στους ενήλικες. Σκοπός της μελέτης ήταν η ανασκόπηση των διαθέσιμων βιβλιογραφικών δεδομένων για την ΚΑΠ σε υγιή παιδιά και εφήβους.

Πληθυσμός-Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας δημοσιευμένης έως τον Ιανουάριο 2021 στη βάση PubMed από 2 ανεξάρτητους ερευνητές, ακολουθώντας τις οδηγίες PRISMA. Πρόσθετες μελέτες εντοπίστηκαν στις βιβλιογραφικές αναφορές σχετικών άρθρων.

Αποτελέσματα: Εντοπίστηκαν 56 επιλέξιμα άρθρα (Πίνακας). Η διαθέσιμη βιβλιογραφία συνηγορεί υπέρ θετικής συσχέτισης του άρρενος φύλου, της ηλικίας, της παχυσαρκίας, του ύψους, της Αφροαμερικανικής καταγωγής, της προωρότητας, της αρτηριακής υπέρτασης και του σακχαρώδους διαβήτη με την ΚΑΠ, ενώ η συσχέτιση με το βάρος γέννησης και την άσκηση είναι αντίστροφη. Ως προς τη σχέση με δείκτες ασυμπτωματικής βλάβης οργάνων-στόχων [ΒΟΣ], 11 μελέτες έδειξαν θετική συσχέτιση με την ταχύτητα σφυγμικού κύματος, 7 με τον δείκτη μάζας αριστερής κοιλίας, 5 με το πάχος έσω-μέσου χιτώνα καρωτίδων, 4 με το δείκτη επαύξησης, ενώ 2 μελέτες έδειξαν αντίστροφη συσχέτιση με το ισοδύναμο της κεντρικής αρτηρίας του αμφιβληστροειδούς. Μελέτες με μη επεμβατικές τεχνικές εκτίμησής ΚΑΠ συμπέραναν ότι προσεγγίζουν με ικανοποιητική ακρίβεια την επεμβατική τεχνική, με τη μέθοδο βαθμονόμησης να παίζει σημαντικό ρόλο. Η τονομετρία σε στατικές συνθήκες στο ιατρείο παραμένει η περισσότερο μελετημένη και gold-standard τεχνική, ακολουθούμενη από την ταλαντωσιμετρία. Για την τελευταία, 2 μελέτες έχουν παρουσιάσει τιμές αναφοράς τύπου εκατοστιαίων θέσεων. Ελάχιστα είναι τα δεδομένα για την 24ωρη καταγραφή.

Συμπεράσματα: Τα δεδομένα για το ρόλο της ΚΑΠ στις νεαρές ηλικίες είναι περιορισμένα και προέρχονται κυρίως από μη επεμβατική εκτίμηση σε στατικές συνθήκες στο ιατρείο με τονομετρία. Σύμφωνα με τις διαθέσιμες ενδείξεις, τα επίπεδα ΚΑΠ στα παιδιά και τους εφήβους φαίνεται ότι επηρεάζονται από πλειάδα παραγόντων και σχετίζονται με την ΒΟΣ.

Πίνακας. Κατηγοριοποίηση των κύριων παραμέτρων που μελετήθηκαν στα άρθρα που συμπεριελήφθησαν στην ανασκόπηση.

Παράμετρος	Αριθμός μελετών
Παράγοντες που επηρεάζουν την ΚΑΠ	
- Δείκτης μάζας σώματος	20
- Υπέρταση	13
- Φύλο	9
- Ηλικία	4
- Πρόωρη γέννηση	4
- Σακχαρώδης διαβήτης	2
- Φυλή	2
- Ύψος	2
- Βάρος γέννησης	2
- Άσκηση	2
- Ουρικό οξύ	1
- Εμβρυική υπερινσουλιναιμία	1
- Έκθεση σε μετφορμίνη στην εμβρυϊκή ζωή	1
- Ψυχρό ερέθισμα	1
Σχέση ΚΑΠ με βλάβη οργάνων- στόχων	
- Ταχύτητα σφυγμικού κύματος	13
- Δείκτης μάζας αριστερής κοιλίας	7
- Πάχος έσω- μέσου χιτώνα καρωτίδων	5
- Δείκτης επαύξησης	5
- Ισοδύναμο κεντρικής αρτηρίας αμφιβληστροειδούς	2
Μεθοδολογία και τεχνολογία μη επεμβατικής εκτίμησης ΚΑΠ	9
Φυσιολογικές τιμές ΚΑΠ	2
24ωρη διακύμανση ΚΑΠ	1

ΚΑΠ, κεντρική αρτηριακή πίεση

40 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΜΑΣΚΩΝ ΣΤΗ ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Δ. Πολύζος¹, Δ. Κωνσταντινίδης¹, Σ. Δρογκάρης¹, Φ. Τατάκης¹, Ε. Μαντά¹, Μ. Καριώρη¹, Ε. Σιάφη¹, Χ. Φιλίππου¹, Κ. Θωμόπουλος², Κ. Τσιούφης¹

¹Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο ΓΝΑ, ²Καρδιολογικό Τμήμα, ΓΝΑ Έλενα Βενιζέλου

Εισαγωγή-Σκοπός: Παρότι η επίδραση των масκών στην πρόληψη της αερογενούς μετάδοσης του SARS-CoV-2 έχει μελετηθεί επαρκώς, τα δεδομένα για τα αποτελέσματά τους σε βιολογικές παραμέτρους είναι περιορισμένα. Πράγματι, καμία μελέτη δεν έχει διεξαχθεί σχετικά με την επίδρασή τους στην αρτηριακή πίεση (ΑΠ). Σκοπός της μελέτης είναι να ερευνήσουμε την επίδραση των χειρουργικών масκών στην ΑΠ υπερτασικών ασθενών υπό φαρμακευτική αγωγή.

Υλικό-Μέθοδος: Συμπεριλήφθηκαν συνολικά 265 υπερτασικοί ασθενείς υπό φαρμακευτική αγωγή (43.4% γυναίκες, μέση ηλικία 62.1 ± 12.3 έτη, μέση ΑΠ ιατρείου $133.6 \pm 15 / 81.3 \pm 11.6$ mmHg). Μετά την τυπική μέτρηση της ΑΠ ιατρείου, οι ασθενείς παρέμειναν μόνοι σε αεριζόμενο εξεταστικό δωμάτιο και τυχαιοποιήθηκαν με αναλογία 1:1 σε μέτρηση της ΑΠ χωρίς επίβλεψη, αρχικά, αφού φορούσαν χειρουργική μάσκα για 10 λεπτά και έπειτα χωρίς τη μάσκα για δέκα λεπτά και αντίστροφα.

Αποτελέσματα: Δε διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της συστολικής ΑΠ μετρούμενη χωρίς επίβλεψη με μάσκα (133 ± 15.2 mmHg) και της αντίστοιχης χωρίς μάσκα (132.4 ± 15 mmHg) ($P = 0.13$), αλλά και της διαστολικής ΑΠ μετρούμενη χωρίς επίβλεψη με μάσκα (76.6 ± 13.3 mmHg) με την αντίστοιχη χωρίς μάσκα (76.4 ± 13.3 mmHg). Επιπλέον, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην καρδιακή συχνότητα (χωρίς επίβλεψη με μάσκα: 68.7 ± 10.8 /λεπτό έναντι χωρίς επίβλεψη χωρίς μάσκα: 68.8 ± 11 /λεπτό, $P=0.7$).

Συμπεράσματα: Οι χειρουργικές μάσκες δεν επηρεάζουν τη συστολική και διαστολική ΑΠ ιατρείου υπερτασικών ασθενών υπό φαρμακευτική αγωγή.

41 ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΚΑΙ ΤΟ ΣΠΙΤΙ ΣΕ ΝΕΑΡΑ ΑΤΟΜΑ: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΟΡΓΑΝΩΝ-ΣΤΟΧΩΝ

Α. Ντινέρη¹, Μ.-Ε. Ζενιώδη¹, Α. Κόλλιας¹, Γ. Σέρβος², Ι. Μωυσάκης³, Α. Δεστούνης¹, Α. Βαζαίου⁴, Γ. Στεργίου¹

¹Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Γ' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Η Σωτηρία», Αθήνα, ²Καρδιολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. Κυριακού», Αθήνα, ³Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Λαϊκό», Αθήνα, ⁴Α' Παιδιατρική Κλινική, Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. Κυριακού», Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Μελέτες σε ενήλικες έδειξαν ότι η μεταβλητότητα της αρτηριακής πίεσης μπορεί να έχει προγνωστική αξία για την καρδιαγγειακή έκβαση. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης της μεταβλητότητας ΑΠ στο ιατρείο [ΑΠΙ] και το σπίτι [ΑΠΣ] με δείκτες ασυμπτωματικής βλάβης οργάνων-στόχων [ΒΟΣ]) σε νεαρά άτομα.

Πληθυσμός-Μέθοδος: Υγιή άτομα ηλικίας 6-25 ετών που είχαν παραπεμφθεί για αυξημένη ΑΠ και υγιείς εθελοντές υποβλήθηκαν σε μετρήσεις ΑΠΙ (2-3 επισκέψεις, τριπλές μετρήσεις, υδραργυρικό πιεσόμετρο) και μετρήσεις ΑΠΣ (6-7 σχολικές/εργασίμες ημέρες, διπλές μετρήσεις πρωί-βράδυ, πιστοποιημένες ταλαντωσιμετρικές συσκευές βραχίονα). Ως δείκτες μεταβλητότητας χρησιμοποιήθηκαν η τυπική απόκλιση και ο συντελεστής μεταβλητότητας των τιμών ΑΠΙ μεταξύ επισκέψεων και των τιμών ΑΠΣ μεταξύ ημερών. Η ΒΟΣ αξιολογήθηκε με υπερηχογραφική εκτίμηση του δείκτη μάζας αριστερής κοιλίας (ΔΜΑΚ), υπερηχογραφικό προσδιορισμό βλάχους έσω-μέσου χιτώνα κοινών καρωτίδων (ΠΧΚ) και την ταχύτητα σφυγμικού κύματος (ΤΣΚ), πιεζοηλεκτρική τεχνική Complior).

Αποτελέσματα: Αναλύθηκαν δεδομένα από 233 άτομα (14.1±4.0 ετών, 72% άρρενα, 31.8% παιδιά, 53.2% έφηβοι, 15% νεαροί ενήλικες, 4.3% υγιείς εθελοντές, 29.6% με υπέρταση στην ΑΠΙ και 25.3% στην ΑΠΣ) εκ των οποίων όλοι είχαν πλήρεις μετρήσεις ΑΠΙ και ΑΠΣ και αξιολόγηση τουλάχιστον ενός δείκτη ΒΟΣ (189 είχαν μετρήσεις ΔΜΑΚ, 123 ΠΧΚ και 73 ΤΣΚ). Η μεταβλητότητα της συστολικής ΑΠ ήταν υψηλότερη στις μετρήσεις ΑΠΙ συγκριτικά με ΑΠΣ ($p<0.05$) ενώ για τη μεταβλητότητα της διαστολικής πίεσης δεν διαπιστώθηκε διαφορά (Πίνακας). Κανένας από τους δείκτες μεταβλητότητας ΑΠΙ και ΑΠΣ δεν έδειξε σημαντική συσχέτιση με ΔΜΑΚ, ΠΧΚ, ή ΤΣΚ.

Συμπεράσματα: Στη μελέτη αυτή σε υγιή παιδιά, εφήβους και νεαρούς ενήλικες η μεταβλητότητα της συστολικής ΑΠΙ ήταν υψηλότερη της ΑΠΣ, αλλά καμιά από τις δυο δε φάνηκε να σχετίζεται με δείκτες ασυμπτωματικής ΒΟΣ. Η ακριβής κλινική σημασία της μεταβλητότητας της αρτηριακής πίεσης, ο ιδανικός δείκτης και μεθοδολογία αξιολόγησής της παραμένουν αδιευκρίνιστα και χρήζουν περαιτέρω μελέτης.

Πίνακας. Δείκτες μεταβλητότητας των μετρήσεων αρτηριακής πίεσης στο ιατρείο και το σπίτι (μέση τιμή ± τυπική απόκλιση).		
Δείκτης μεταβλητότητας	Μετρήσεις στο ιατρείο	Μετρήσεις στο σπίτι
Συστολική ΑΠ		
SD (mmHg)	5.2±3.5*	4.6±1.8
CV (%)	4.3±2.8*	3.8±1.5
Διαστολική ΑΠ		
SD (mmHg)	4.3±2.9	4.1±1.9
CV (%)	6.1±4.1	5.9±2.8

ΑΠ, αρτηριακή πίεση, SD, τυπική απόκλιση, CV, συντελεστής μεταβλητότητας, *, $p<0.05$ για σύγκριση μεταξύ μετρήσεων στο ιατρείο και το σπίτι.

42 ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΟΥΣ ΧΩΡΟΥ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Α. Μέντη, Κ. Κυριακούλης, Α. Θεοδοσιάδη, Α. Ντινέρη, Α. Κόλλιας, Γ. Στεργίου

Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Γ' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Η Σωτηρία», Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) σε δημόσιους χώρους (ΔΧ) είναι διαδεδομένη σε αρκετές χώρες. Ωστόσο, δεν υπάρχει συμφωνία για την χρησιμότητα, αξιοπιστία και αξιολόγηση τέτοιων μετρήσεων. Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διαθέσιμης βιβλιογραφίας.

Υλικό-Μέθοδος: Συστηματική ανασκόπηση PubMed δημοσιευμένων μελετών για τη μέτρηση της ΑΠ σε ΔΧ έως Σεπτέμβριο 2021.

Αποτελέσματα: Εντοπίστηκαν 271 άρθρα και 43 κρίθηκαν επιλέξιμα. Τα πιεσόμετρα ΔΧ είναι αυτόματα, με περιχειρίδα βραχίονα μεγάλου εύρους, και χρησιμοποιούνται σε υγειονομικούς χώρους (αναμονή ιατρείων, κλινικές, νοσοκομεία, φαρμακεία) ή άλλους δημόσιους χώρους (χώροι εργασίας, πολυκαταστήματα, οίκοι ευγηρίας, κλπ) χωρίς επίβλεψη. Οι μετρήσεις ΑΠ/ΔΧ είναι καλά αποδεκτές από ασθενείς και υγειονομικό προσωπικό (10 μελέτες ερωτηματολογίων) και πιθανώς μειώνουν το άγχος και την υπέρταση λευκής μπλούζας. Φαίνεται ότι είναι χρήσιμες ως εργαλείο διαλογής (screening) για την υπέρταση (10 μελέτες, 7 χωρίς σκέλος σύγκρισης), για την παρακολούθηση ασθενών υπό θεραπεία και μειώνουν τη διάρκεια της επίσκεψης στο ιατρείο. Κάποιοι ασθενείς αγνοούν τη διαθεσιμότητα της τεχνικής, αμφισβητούν την αξιοπιστία της, ή προτιμούν άλλες μεθόδους μέτρησης. 14 μελέτες συνέκριναν μετρήσεις ΑΠ/ΔΧ με άλλες μεθόδους μέτρησης (ιατρείο, σπίτι, 24ωρη καταγραφή, φαρμακείο), όμως με ετερογενή μεθοδολογία, συχνά μικρό δείγμα και τελικά αντικρουόμενα αποτελέσματα. Από 71 συσκευές διαθέσιμες στην αγορά μόνο 10 είναι πιστοποιημένες με καθιερωμένο πρωτόκολλο.

Συμπεράσματα: Η δημοσιευμένη βιβλιογραφία για τις μετρήσεις ΑΠ/ΔΧ είναι περιορισμένη και παρουσιάζει σημαντική ετερογένεια. Χρειάζονται περισσότερες μελέτες για την αποτελεσματικότερη εφαρμογή τους, το ενδεδειγμένο πρωτόκολλο μέτρησης και τα διαγνωστικά όρια, με στόχο την καλύτερη αξιοποίησή τους στην κλινική πράξη.

43 ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΚΑΙ ΝΥΧΤΕΡΙΝΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΗΝ 24ΩΡΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ: ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΟΡΓΑΝΩΝ-ΣΤΟΧΩΝ

Α. Κόλλιας¹, Κ. Κυριακούλης¹, Ε. Σταμπολίου¹, Α. Ντινέρη¹, Γ. Σέρβος², Α. Βαζαίου³, Γ. Στεργίου¹

¹Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Γ' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Η Σωτηρία», Αθήνα, ²Καρδιολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. Κυριακού», Αθήνα, ³Α' Παιδιατρική Κλινική, Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. Κυριακού», Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Διερεύνηση της μεταβλητότητας της νυχτερινής αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) στο σπίτι και στην 24ωρη καταγραφή σε παιδιά/εφήβους και της σχέσης της με δείκτες ασυμπτωματικής βλάβης οργάνων-στόχων.

Υλικό-Μέθοδος: Υγιή παιδιά/έφηβοι (6-18 ετών) υποβλήθηκαν σε 24ωρη καταγραφή ΑΠ (ανά 20' επί 24 ώρες, Microlife WatchBP O3), μετρήσεις ΑΠ στο σπίτι (7 ημέρες, διπλές πρωινές και απογευματινές μετρήσεις και 3 νύχτες, 3 ωριαίες μετρήσεις/νύχτα, Microlife WatchBP Home-N), και αξιολόγηση ασυμπτωματικής βλάβης οργάνων-στόχων [δείκτης μάζας αριστερής κοιλίας (LVMI), πάχος έσω-μέσου χιτώνα καρωτίδας (cIMT), δείκτης καρωτιδικής διατασιμότητας (DC), καρωτιδομηριαία ταχύτητα σφυγμικού κύματος (PWV, Complior Analyse)]. Η μεταβλητότητα εκτιμήθηκε με τυπική απόκλιση (SD) και συντελεστή διακύμανσης (CV).

Αποτελέσματα: Αναλύθηκαν 91 συμμετέχοντες (μέση ηλικία 13.3±2.8 έτη, άρρενες 59%, 19% με αυξημένη 24ωρη ΑΠ). Η διαφορά SD και CV της ημερήσιας συστολικής/διαστολικής ΑΠ μεταξύ 24ωρης καταγραφής και στο σπίτι ήταν 0.2±3.3/1.2±3.7 mmHg, p=NS/<0.01, και 0.1±2.7/1.5±4.8%, p=NS/<0.01 αντίστοιχα. Η συσχέτιση SD και CV μεταξύ των 2 τεχνικών για την ημέρα ήταν μέτρια (r=0.23/0.19, p<0.05/NS, και 0.24/0.21, p<0.05, αντίστοιχα). Το SD ημερήσιας συστολικής ΑΠ στην 24ωρη καταγραφή εμφάνισε σημαντική συσχέτιση με LVMI r=0.24, p<0.05, ενώ το CV συστολικής ΑΠ στο σπίτι αρνητική συσχέτιση με cIMT/PWV: r=-0.22/-0.25, p<0.05. Η διαφορά SD και CV της νυχτερινής συστολικής/διαστολικής ΑΠ μεταξύ 24ωρης καταγραφής και στο σπίτι ήταν -2.8±4.5/-2.0±3.7 mmHg, p<0.01, και -2.4±4.1/-2.8±6.1%, p<0.01, αντίστοιχα. Δεν διαπιστώθηκε συσχέτιση SD και CV μεταξύ των 2 τεχνικών για τη νύχτα r=0.05/0.08, p=NS και r=-0.01/0.13, p=NS, αντίστοιχα. Το SD της νυχτερινής συστολικής ΑΠ στην 24ωρη καταγραφή εμφάνισε σημαντική συσχέτιση με cIMT και DC (r=0.24, -0.21, αντίστοιχα) και της νυχτερινής συστολικής ΑΠ στο σπίτι με PWV (r=0.22, p<0.05). Δεν ανεδείχθησαν σημαντικές συσχετίσεις CV με δείκτες βλάβης οργάνων-στόχων.

Συμπεράσματα: Σε παιδιά και εφήβους η μεταβλητότητα της ημερήσιας και νυχτερινής ΑΠ παρουσιάζει διαφορές ανά τεχνική μέτρησης και μη ικανοποιητική συσχέτιση με δείκτες βλάβης οργάνων-στόχων.

44 ΝΥΧΤΕΡΙΝΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΜΕ 24ΩΡΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΣΥΣΚΕΥΗ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΗ-2: ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΟΡΓΑΝΩΝ-ΣΤΟΧΩΝ

Ι. Μπουντζώνα, Α. Κόλλιας, Κ. Κυριακούλης, Α. Δεστούνης, Α. Ασημακοπούλου, Α. Ντινέρη, Γ. Στεργίου

Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Γ' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Η Σωτηρία», Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Διερεύνηση της σχέσης των νυχτερινών μετρήσεων αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) με 24ωρη καταγραφή συγκριτικά με τη νυχτερινή ΑΠ με συσκευή μέτρησης στο σπίτι, με ασυμπτωματικές βλάβες οργάνων-στόχων σε άτομα με υπέρταση και σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2) ή προδιαβήτη.

Υλικό-Μέθοδος: Ενήλικες με υπέρταση και ΣΔ2 ή προδιαβήτη υπό θεραπεία υποβλήθηκαν σε 24ωρη καταγραφή ΑΠ (ανά 20' επί 24 ώρες, Microlife WatchBP03), μετρήσεις στο σπίτι (7 ημέρες με διπλές πρωινές και απογευματινές μετρήσεις και 3 νύχτες με 3 ωριαίες μετρήσεις/ νύχτα, Microlife WatchBPHome-N), και σε αξιολόγηση δεικτών ασυμπτωματικής βλάβης οργάνων στόχων [δείκτης μάζας αριστερής κοιλίας (LVMI), πάχος έσω-μέσου χιτώνα της κοινής καρωτίδας (cIMT), αορτική ταχύτητα σφυγμικού κύματος (PWV) και σφυροβραχιόνιος δείκτης με πιστοποιημένη ταλαντωσιμετρική συσκευή (Microlife PWV/ABI), λόγος λευκωματίνης/ κρεατινίνης (ALB/CR) σε 2 διαφορετικά πρωινά δείγματα ούρων].

Αποτελέσματα: Αναλύθηκαν 70 συμμετέχοντες (ηλικία 65.2 ± 9.7 έτη, 47 άνδρες, δείκτης μάζας σώματος 31.6 ± 4.8 kg/m², 59 με ΣΔ2, 11 με προδιαβήτη). Η ΑΠ στο σπίτι ήταν υψηλότερη σε σχέση με την 24ωρη καταγραφή κατά την ημέρα (διαφορά $2.4 \pm 9.3/0.5 \pm 4.9$ mmHg, συστολική/διαστολική, $p < 0.05/NS$), καθώς και οι αντίστοιχες μετρήσεις τη νύχτα ($2.1 \pm 6.5/0.8 \pm 5.0$ mmHg, $p < 0.05/NS$). Διαπιστώθηκε ισχυρή συσχέτιση μεταξύ ΑΠ στην 24ωρη καταγραφή και στο σπίτι (μετρήσεις ημέρας $r = 0.77/0.77$ και νύχτας $0.88/0.80$, συστολική/διαστολική, $p < 0.05$). Η νυχτερινή διαφορική ΑΠ στο σπίτι και στην 24ωρη καταγραφή συσχετίστηκαν με δείκτες βλάβης οργάνων-στόχων ως εξής: LVMI $r = 0.23/0.15$ (σπίτι/24ωρη), cIMT $0.28/0.28$, PWV $0.04/0.05$, ABI $-0.21/-0.23$, ACR $0.57/0.50$, $p = NS$ για συγκρίσεις συντελεστών, z-έλεγχος). Διαπιστώθηκε συμφωνία 81% μεταξύ των δυο τεχνικών στην διάγνωση νυχτερινής υπέρτασης ($\kappa = 0.63$).

Συμπεράσματα: Τα προκαταρκτικά αυτά αποτελέσματα δείχνουν ότι σε άτομα με διαβήτη και υπέρταση η νυχτερινή καταγραφή ΑΠ με συσκευή για το σπίτι είναι εφικτή, παρέχει ισχυρή συσχέτιση και ικανοποιητική συμφωνία με την 24ωρη καταγραφή ΑΠ, και παρουσιάζει παρόμοιες συσχετίσεις με δείκτες ασυμπτωματικής βλάβης οργάνων-στόχων συγκριτικά με 24ωρη καταγραφή.

45 ΔΙΑΣΩΛΗΝΩΜΕΝΟΙ COVID-19 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΕ ΜΕΘ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ: ΚΛΙΝΙΚΟΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ

Β. Δούρλιου, Ε. Μάσσα, Ι. Αλευρούδης, Α. Μαρνέρη, Π. Πούλιος, Α. Σάκκου, Σ. Πατσατζάκης, Ε. Μουλούδη

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή-Σκοπός: Η αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) είναι πολύ συχνότερη στους ηλικιωμένους και συνδέεται συχνότερα με τη συνύπαρξη άλλων συν-νοσηροτήτων. Από την άλλη, στην πλειοψηφία των βαρέως νοσούντων από COVID-19 λοίμωξη παρατηρούνται καρδιαγγειακές συν-νοσηρότητες. Σκοπός της μελέτης είναι η σύγκριση κλινικοεργαστηριακών δεδομένων διασωληνωμένων ασθενών με COVID-19 λοίμωξη με ή χωρίς ΑΥ προ νόσησης από SARS-CoV-2.

Υλικό-Μέθοδοι: Από τους 97 διασωληνωμένους COVID-19 ασθενείς, που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ του ΓΝΘ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ κατά το δεύτερο κύμα της πανδημίας (11/2020 - 02/2021), το 62,9% είχε ΑΥ. Καταγράφηκαν και συγκρίθηκαν δημογραφικά, κλινικά και εργαστηριακά δεδομένα σε σχέση με την ΑΥ και τον θάνατο.

Αποτελέσματα: Από τους 70 ασθενείς που απεβίωσαν το 77% είχε ΑΥ (vs63,9%, $p=0,162$). Οι ασθενείς με ΑΥ ήταν σε μεγαλύτερο ποσοστό άρρενες (73,8%) και είχαν μεγαλύτερη μέση ηλικία(έτη) ($70,1 \pm 8,9$ vs $60,8 \pm 10,9$, $p<0,001$). Η μέση παραμονή τους στη ΜΕΘ ήταν $15,4(\pm 9,6)$ ημέρες (vs $16 \pm 13,2$). Οι υπερτασικοί είχαν σε στατιστικά σημαντικό μεγαλύτερο ποσοστό δυσλιπιδαιμία (73,8% vs 25%), σακχαρώδη διαβήτη (34,4% vs 5,6%), στεφανιαία νόσο (33,3% vs 2,8%), κοιλική μαρμαρυγή (19,7% vs 5,6%) και υπερουριχαιμία (19,7% vs 0%). Το 60,7% λάμβανε αντιυπερτασική αγωγή με ΑΥΑΙΙ, το 60,7% με β-αποκλειστές, το 54% με αποκλειστές διαύλων ασβεστίου, το 50,8% με διουρητικό και το 21,3% με α-MEA. Από τον εργαστηριακό έλεγχο εισαγωγής είχαν στατιστικά σημαντικό μικρότερο αριθμό PLTs(K/μl) ($243,1 \pm 128,4$ vs $293 \pm 123,2$) και eGFR(mL/min/1.73m²) ($71,3 \pm 25,8$ vs $83,8 \pm 26,3$) και υψηλότερη Τροπονίνη I h.s.(pg/ml) ($577,4$, min 1,5 – max 18557 vs $242,6$, min 2,5 – max 6286). Οι υπερτασικοί που κατέληξαν στη ΜΕΘ δεν παρουσίαζαν κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την προηγούμενη αντιυπερτασική αγωγή, ενώ από το λοιπό προφίλ τους είχαν στατιστικά σημαντικό υψηλότερο ποσοστό πολυμορφοπύρηνων(%) ($90,1 \pm 6,5$ vs $87,3 \pm 5,2$), LDH(U/L) (630 ± 290 vs 431 ± 153), D-Dimmer(ng/ml) (8.476 , min 573 - max 36.640 vs 2.229 , min 233 - max 7052) και επιλοιμώξεων στη ΜΕΘ (83% vs 50%).

Συμπεράσματα: Οι βαρέως πάσχοντες διασωληνωμένοι COVID-19 ασθενείς στη ΜΕΘ με ΑΥ έχουν μεγαλύτερη ηλικία και εμφανίζουν σε υψηλό ποσοστό τους κλασικούς παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου. Στην υψηλή θνητότητα των ασθενών αυτών πιθανόν να συμβάλλουν θρομβωτικά συμβράματα και οι επιλοιμώξεις στη ΜΕΘ.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ SGLT-2 ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗ Η ΣΤΑΤΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΣΚΛΗΡΙΑ: ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΔΟΚΙΜΩΝ

Δ. Πατουλιάς, Μ. Μαυρίδου, Κ. Ιμπριάλος, Κ. Κουτσαμπασόπουλος, Α. Κατσιμάρδου, Κ. Σταυρόπουλος, Φ. Σίσκος, Α. Φώλα, Κ. Χρήστου, Ν. Χατζηπαπά, Α. Μπούλμπου, Ε. Τζίτζη, Μ. Τουμπουρλέκα, Ε. Λιάζου, Χ. Παπαδόπουλος, Μ. Δούμας

Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή-Σκοπός: Η αρτηριακή σκληρία αποτελεί έναν ανερχόμενο προγνωστικό δείκτη καρδιαγγειακής νόσου συνολικά, αλλά και ειδικά σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2). Οι αναστολείς συμμεταφορέα γλυκόζης-νατρίου τύπου 2 (SGLT-2) αποτελούν μία τάξη αντιδιαβητικών με πλειοτροπικές, καρδιο- και νεφρο-προστατευτικές δράσεις, αλλά με μηχανισμό δράσης ο οποίος δεν έχει πλήρως διευκρινιστεί. Η παρούσα εργασία αποτελεί την πρώτη διαθέσιμη μετα-ανάλυση τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών που αξιολογούν την επίδραση των SGLT-2 αναστολέων στην αρτηριακή σκληρία, εκτιμώμενη μέσω της ταχύτητας μετάδοσης σφυγμικού κύματος (ΤΜΣΚ).

Υλικό-Μέθοδος: Πραγματοποιήσαμε μία εκτενή αναζήτηση τις βιβλιογραφικές βάσεις PubMed και CENTRAL, καθώς και σε πηγές γκρίζας βιβλιογραφίας, έως τις 10/10/2021, αναζητώντας τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές με παράλληλες ομάδες θεραπείας σε ενήλικες ασθενείς με ή χωρίς ιστορικό ΣΔ2, οι οποίες αξιολογούν την επίδραση των SGLT-2 αναστολέων έναντι εικονικού ή άλλου φαρμάκου στην ΤΜΣΚ (περιπατητικής και στατικής). Θέσαμε ως πρωτογενές καταληκτικό σημείο τη μεταβολή της ΤΜΣΚ με τη θεραπεία.

Αποτελέσματα: Συμπεριλάβαμε 4 τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές επί συνόλου 301 συμμετεχόντων. Η θεραπεία με SGLT-2 αναστολέα έναντι εικονικού ή άλλου φαρμάκου επέφερε μία σημαντική μέση μείωση της ΤΜΣΚ κατά 0.25 m/s (μέση διαφορά = -0.24, 95% CI: -0.49 to -0.01, $I^2 = 24\%$, $p = 0.04$). Η αξιολόγηση της τεκμηρίωσης χαρακτηρίστηκε ως χαμηλής ασφάλειας (low grade of evidence).

Συμπεράσματα: Οι SGLT-2 αναστολείς επιφέρουν μία σημαντική μείωση της ΤΜΣΚ σε ασθενείς με ή χωρίς ΣΔ2 και άλλους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου. Περαιτέρω μελέτες μεγαλύτερου δείγματος απαιτούνται για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.

47 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΦΙΝΕΡΕΝΟΝΗΣ ΣΕ ΜΕΙΖΟΝΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΒΑΝΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ: ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ, ΤΟ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΝΕΟΤΕΡΑ ΑΝΤΙΔΙΑΒΗΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Δ. Πατουλιάς, Κ. Σταυρόπουλος, Κ. Ιμπριάλος, Α. Κατσιμάρδου, Κ. Κουτσαμπασόπουλος, Φ. Σίσκος, Α. Φώλα, Μ. Μαυρίδου, Κ. Χρήστου, Ν. Χατζηπαπά, Α. Μπούλμπου, Ε. Τζίτζη, Μ. Τουμπουρλέκα, Ε. Λιάζου, Χ. Παπαδόπουλος, Μ. Δούμας

Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή-Σκοπός: Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 (ΣΔ2) και η καρδιαγγειακή νόσος είναι άρρηκτα συνδεδεμένες, με την τελευταία να αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου μεταξύ των πασχόντων. Δύο πρόσφατες, μεγάλες τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές (FIGARO-DKD & FIDELIO-DKD) έχουν αναδείξει την καρδιο- και νεφρο-προστατευτική δράση της φινερενόνης, ενός νεότερου, μη-εκλεκτικού ανταγωνιστή υποδοχέων αλατοκορτικοειδών, σε ασθενείς με ΣΔ2 και χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ). Ο σκοπός της παρούσας ανάλυσης είναι η αξιολόγηση της επίδρασης της φινερενόνης σε σκληρά καρδιαγγειακά καταληκτικά σημεία με βάση το γλυκαιμικό έλεγχο, το ιστορικό παχυσαρκίας και τη θεραπεία με νεότερα αντιδιαβητικά σε ασθενείς με ΣΔ2.

Υλικό-Μέθοδος: Πραγματοποιήσαμε μία εκτενή βιβλιογραφική αναζήτηση στις βάσεις PubMed και CENTRAL έως τις 10/10/2021 αναζητώντας τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές αξιολόγησης της επίδρασης της φινερενόνης σε σκληρά καρδιαγγειακά καταληκτικά σημεία σε ασθενείς με ΣΔ2 και ΧΝΝ. Ορίσαμε ως πρωτογενές καταληκτικό σημείο το σύμπλοκο ενός μείζονος καρδιαγγειακού συμβάντος.

Αποτελέσματα: Συμπεριλάβαμε τελικά 2 μελέτες στην ποσοτική μας σύνθεση, τις FIGARO-DKD και FIDELIO-DKD. Τεκμηριώσαμε πως η φινερενόνη επιφέρει ελάττωση του κινδύνου για το πρωτογενές καταληκτικό σημείο κατά 23% έναντι του εικονικού φαρμάκου ανεξάρτητα του γλυκαιμικού ελέγχου ($HbA_{1c} > \text{ή} < 7.5\%$). Συγχρόνως, η θεραπεία με SGLT-2 αναστολείς ή αγωνιστές υποδοχέα GLP-1 δεν επηρεάζει την καρδιο-προστατευτική δράση της φινερενόνης. Παρόλα αυτά δείξαμε ότι η φινερενόνη παρέχει σημαντικό καρδιαγγειακό όφελος σε ασθενείς με ΣΔ2, ΧΝΝ και δείκτη μάζας σώματος ($\Delta MΣ$) $> 30 \text{ kg/m}^2$, ενώ το αποτέλεσμα καθίσταται μη σημαντικό για ασθενείς με $\Delta MΣ < 30 \text{ kg/m}^2$.

Συμπεράσματα: Η φινερενόνη ασκεί σημαντική καρδιο-προστατευτική δράση σε ασθενείς με ΣΔ2 και ΧΝΝ, ιδίως και με συνυπάρχουσα παχυσαρκία. Το επίπεδο του γλυκαιμικού ελέγχου και η θεραπεία με νεότερα αντιδιαβητικά δεν τροποποιεί το επίπεδο καρδιο-προστασίας.

ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΠΙΠΡΟΣΘΗΚΗΣ ΧΟΡΗΣΗΣ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΩΝ ΥΠΟΔΟΧΕΩΝ ΑΛΑΤΟΚΟΡΤΙΚΟΕΙΔΩΝ;

Δ. Πατουλιάς, Α. Κατσιμάρδου, Κ. Σταυρόπουλος, Κ. Ιμπριάλος, Κ. Κουτσαμπασόπουλος, Α. Φώλα, Φ. Σίσκος, Μ. Μαυρίδου, Α. Μπούλμπου, Ν. Χατζηπαππά, Ε. Λιάζου, Κ. Χαραλαμπίδης, Π. Καλμούκος, Μ. Τουμπουρλέκα, Χ. Παπαδόπουλος, Μ. Δούμας

Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή-Σκοπός: Η καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ), ανεξαρτήτως κλάσματος εξώθησης αριστεράς κοιλίας, συνοδεύεται από ιδιαίτερα υψηλή καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνητότητα. Νεότερα φάρμακα, οι αναστολείς συμμεταφορέα γλυκόζης-νατρίου τύπου 2 (SGLT-2) και η σακουμπιτρίλη/βαλσαρτάνη, έχουν επιφέρει μία σημαντική αλλαγή στη σύγχρονη θεραπευτική της ΚΑ, ιδίως με ελαττωμένο κλάσμα εξώθησης. Ο σκοπός της παρούσας μετα-ανάλυσης είναι η αξιολόγηση της ύπαρξης επιπρόσθετου οφέλους σε ασθενείς που λαμβάνουν ανταγωνιστές αλατοκορτικοειδών.

Υλικό-Μέθοδος: Πραγματοποιήσαμε μία συστηματική βιβλιογραφική αναζήτηση στη βάση PubMed έως τις 30/09/2021, αναζητώντας τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές που να αξιολογούν την καρδιαγγειακή αποτελεσματικότητα τόσο των SGLT-2 αναστολέων όσο και της σακουμπιτρίλης/βαλσαρτάνης σε ασθενείς με ΚΑ. Ορίσαμε ως πρωτογενές καταληκτικό σημείο το σύμπλοκο νοσηλείας για απορρύθμιση ΚΑ ή καρδιαγγειακού θανάτου.

Αποτελέσματα: Η θεραπεία με SGLT-2 αναστολείς επέφερε σημαντική μείωση του κινδύνου για το πρωτογενές καταληκτικό σημείο έναντι του εικονικού φαρμάκου ανεξάρτητα από την προηγούμενη χρήση ανταγωνιστών υποδοχέων αλατοκορτικοειδών (23% και 22%, αντίστοιχα). Αντίθετα, η σακουμπιτρίλη/βαλσαρτάνη επέφερε σημαντική μείωση του κινδύνου για το πρωτογενές καταληκτικό σημείο έναντι εναλλαπρής ή βαλσαρτάνης κατά 13% σε ασθενείς που ελάμβαναν προηγουμένως θεραπεία με ανταγωνιστές υποδοχέων αλατοκορτικοειδών, χωρίς όμως το αποτέλεσμα να καθίσταται σημαντικό σε ασθενείς που δεν ελάμβαναν ανάλογη θεραπεία. Παρόλα αυτά, δε σημειώθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο υπο-ομάδων ($p = 0.94$).

Συμπεράσματα: Η παρούσα μετα-ανάλυση αναδεικνύει την απουσία συνεργικής δράσης SGLT-2 αναστολέων ή σακουμπιτρίλης/βαλσαρτάνης με τους ανταγωνιστές υποδοχέων αλατοκορτικοειδών σε ασθενείς με ΚΑ.

49 SGLT-2 ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΚΑΙ ΝΕΦΡΙΚΑ ΚΑΤΑΛΗΚΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ: ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΔΟΚΙΜΩΝ.

Δ. Πατουλιάς, Μ. Μαυρίδου, Κ. Ιμπριάλος, Α. Κατσιμάρδου, Κ. Σταυρόπουλος, Κ. Κουτσαμπασόπουλος, Φ. Σίσκος, Α. Φώλα, Ν. Χατζηπαπά, Κ. Χαραλαμπίδης, Μ. Τουμπουρλέκα, Α. Μπούλμπου, Π. Καλμούκος, Ε. Λιάζου, Χ. Παπαδόπουλος, Μ. Δούμας

Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή-Σκοπός: Η νεφρική λειτουργία παριστά σημαντικό προγνωστικό δείκτη σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ), οι οποίοι παρουσιάζουν σημαντικό κίνδυνο για εξέλιξη σε χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ), συχνά συνυπάρχουσα με ΚΑ. Οι αναστολές συμμεταφοράς γλυκόζης-νατρίου τύπου 2 (SGLT-2) παρέχουν νεφρο-προστατευτική δράση σε ασθενείς με ΧΝΝ, όπως έχει δειχθεί σε πρόσφατες, μεγάλες τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές, ανεξαρτήτως της παρουσίας σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2). Παρόλα αυτά, δεν είναι γνωστές οι νεφρικές τους επιδράσεις σε ασθενείς με ΚΑ.

Υλικό-Μέθοδος: Πραγματοποιήσαμε μία συστηματική βιβλιογραφική αναζήτηση στη βάση PubMed έως τις 30/09/2021, αναζητώντας τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές που να αξιολογούν την νεφρική αποτελεσματικότητα των SGLT-2 αναστολέων σε ασθενείς με ΚΑ.

Αποτελέσματα: Χρησιμοποιήσαμε δεδομένα από 3 μεγάλες τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές σε σύνολο 14,462 ασθενών με ΚΑ με ή χωρίς ΣΔ2. Η χορήγηση SGLT-2 αναστολέα έναντι του εικονικού φαρμάκου δεν επέφερε μείωση του κινδύνου για το σύμπλοκο νεφρικό καταληκτικό σημείο [risk ratio (RR) = 0.73, 95% CI; 0.50-1.08 I²=66%, p=0.11]. Αναφορικά με τη μείωση του eGFR > 40% συγκριτικά με τις τιμές αναφοράς, και πάλι η διαφορά μεταξύ SGLT-2 αναστολέα και εικονικού φαρμάκου απέβη μη σημαντική (RR = 0.70, 95% CI; 0.48-1.03, I²=54%, p=0.07).

Συμπεράσματα: Η παρούσα μετα-ανάλυση αναδεικνύει την απουσία ευνοϊκής επίδρασης των SGLT-2 αναστολέων σε ασθενείς με ΚΑ αναφορικά με «σκληρά» νεφρικά καταληκτικά σημεία.

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ, ΤΗΣ ΦΥΛΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΜΕΙΖΟΝΩΝ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΩΝ ΣΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ SGLT-2 ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ: ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΔΟΚΙΜΩΝ

Δ. Πατουλιάς, Α. Φώλα, Κ. Σταυρόπουλος, Μ. Μαυρίδου, Κ. Ιμπριάλος, Α. Κατσιμάρδου, Κ. Κουτσαμπασόπουλος, Φ. Σίσκος, Α. Κέφας, Ν. Χατζηπαπά, Α. Μπούλμπου, Σ. Τολιόπουλος, Μ. Τουμπουρλέκα, Ε. Λιάζου, Χ. Παπαδόπουλος, Μ. Δούμας

Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή-Σκοπός: Η ισχαιμική καρδιοπάθεια, ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 (ΣΔ2), η χρόνια νεφρική νόσος (ΧΝΝ) και η παχυσαρκία αποτελούν συχνές συννοσηρότητες σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ). Οι αναστολείς συμμεταφορέα γλυκόζης-νατρίου τύπου 2 (SGLT-2) παρέχουν καρδιο-προστατευτική δράση σε ασθενείς με ΚΑ, όπως έχει δειχθεί σε πρόσφατες, μεγάλες τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές. Ο σκοπός της παρούσας μετα-ανάλυσης είναι η ανάδειξη της επίδρασης μείζονων συννοσηροτήτων στην αποτελεσματικότητα των SGLT-2 αναστολέων.

Υλικό-Μέθοδος: Πραγματοποιήσαμε μία συστηματική βιβλιογραφική αναζήτηση στη βάση PubMed έως τις 01/09/2021, αναζητώντας τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές που να αξιολογούν την καρδιαγγειακή αποτελεσματικότητα και ασφάλεια των SGLT-2 αναστολέων σε ασθενείς με ΚΑ. Ορίσαμε ως πρωτογενές καταληκτικό σημείο το σύμπλοκο νοσηλείας για απορρύθμιση ΚΑ ή καρδιαγγειακό θάνατο. Τέλος, πραγματοποιήσαμε υπο-ανάλυση της επίδρασης της θεραπείας με SGLT-2 αναστολείς έναντι του εικονικού φαρμάκου στον κίνδυνο εμφάνισης του πρωτογενούς καταληκτικού σημείου ανάλογα με τη συνύπαρξη μείζονων συννοσηροτήτων, το φύλο και τη φυλή.

Αποτελέσματα: Χρησιμοποιήσαμε δεδομένα από 3 μεγάλες τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές σε σύνολο 14,462 ασθενών με ΚΑ. Το φύλο, η φυλή και το ιστορικό ΣΔ2, ΧΝΝ, ισχαιμικής καρδιοπάθειας και παχυσαρκίας δεν επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα των SGLT-2 αναστολέων αναφορικά με την επίδραση τους στο πρωτογενές καταληκτικό σημείο.

Συμπεράσματα: Η παρούσα μετα-ανάλυση αναδεικνύει τη διατήρηση ευνοϊκής καρδιο-προστατευτικής επίδρασης των SGLT-2 αναστολέων σε ασθενείς με ΚΑ αναφορικά με «σκληρά» καρδιαγγειακά καταληκτικά σημεία, ανεξάρτητα από το φύλο, τη φυλή και μείζονες, συχνά συνυπάρχουσες συννοσηρότητες.

51 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ SGLT-2 ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2: ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΔΟΚΙΜΩΝ

Δ. Πατουλιάς, Κ. Ιμπριάλος, Α. Κατσιμάρδου, Φ. Σίσκος, Α. Φώλα, Μ. Μαυρίδου, Κ. Σταυρόπουλος, Μ. Τουμπουρλέκα, Κ. Κουτσαμπασόπουλος, Ν. Χατζηπαπά, Α. Κέφας, Α. Μπούλμπου, Σ. Τολιόπουλος, Ε. Λιάζου, Χ. Παπαδόπουλος, Μ. Δούμας

Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή-Σκοπός: Οι αναστολείς του συμεταφορέα γλυκόζης-νατρίου τύπου 2 (SGLT-2) αποτελούν μία κατηγορία αντιδιαβητικών φαρμάκων με τεκμηριωμένη καρδιο-προστατευτική δράση σε ασθενείς με ή χωρίς ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2). Οι μηχανισμοί δράσης τους παρόλα αυτά δεν έχουν αποσαφηνιστεί πλήρως. Ο σκοπός της παρούσας μετα-ανάλυσης είναι η αξιολόγηση της επίδρασης των SGLT-2 αναστολέων στην ενδοθηλιακή λειτουργία σε ασθενείς με ΣΔ2.

Υλικό-Μέθοδος: Πραγματοποιήσαμε μία εκτενή αναζήτηση τις βιβλιογραφικές βάσεις PubMed και CENTRAL, καθώς και σε πηγές γκρίζας βιβλιογραφίας, έως τις 29/10/2021, αναζητώντας τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές με παράλληλες ομάδες θεραπείας σε ενήλικες ασθενείς με ιστορικό ΣΔ2, οι οποίες αξιολογούν την επίδραση των SGLT-2 αναστολέων έναντι εικονικού ή άλλου φαρμάκου στην ενδοθηλιακή λειτουργία. Θέσαμε ως πρωτογενές καταληκτικό σημείο τη μεταβολή της ενδοθηλιοεξαρτώμενης αγγειοδιαστολής της βραχιονίου αρτηρίας μετά από αντιδραστική υπεραιμία (flow-mediated dilatation, FMD) με τη θεραπεία.

Αποτελέσματα: Συμπεριλάβαμε 4 τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές επί συνόλου 270 ασθενών με ΣΔ2. Η θεραπεία με SGLT-2 αναστολέα έναντι εικονικού ή ενεργού φαρμάκου επέφερε στατιστικά σημαντική αύξηση του FMD κατά 1.66% (95% CI; 0.56 – 2.76, $I^2 = 28\%$, $p = 0.003$).

Συμπεράσματα: Οι SGLT-2 αναστολείς επιφέρουν μία σημαντική αύξηση του FMD σε ασθενείς με και άλλους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου, άρα οδηγούν σε σημαντική βελτίωση της ενδοθηλιακής λειτουργίας. Ο ανωτέρω μηχανισμός πιθανόν ενέχεται στην καρδιο-προστασία που παρατηρείται με τους SGLT-2 αναστολείς.



Olmesartan/Sandoz*

Olmesartan Medoxomil

Olmesartan+HCTZ/Sandoz*

Olmesartan Medoxomil+Hydrochlorothiazide



Piramil®**

Ramipril

Piramil Plus®**

Ramipril + Hydrochlorothiazide



Amlibon® Bes**

Amlodipine Besylate



Περαιτέρω πληροφορίες διατίθενται από τον κάτοχο άδειας κυκλοφορίας

VELKA
a Rafarm company

VELKA HELLAS Βιομηχανία Φαρμάκων
Κορίνθου 12, 15451 Ν. Ψυχικό, Αθήνα
Τηλ.: 211 176 1000, Fax: 210 677 6552
www.velka.gr

SANDOZ A Novartis
Division

*K.A.K.: Sandoz Pharmaceuticals d.d. Verovškova 57, Ljubljana, Slovenia
**K.A.K.: Sandoz GmbH, Biochemiestrasse 10, 6250 Kundl, Αυστρία
Υπεύθυνος επικοινωνίας: Novartis (Hellas) S.A.C.I / Sandoz division
Φραγκοκκλησίας 7, 15125 Μαρούσι
Τηλ.: 210 2811712, Fax: 210 6857655
www.sandoz.com

Olmesartan+Amlodipine/Sandoz

Olmesartan medoxomil+Amlodipine

ANN/OLME-AMLO/VELKA/1/11_2020



Περαιτέρω πληροφορίες διατίθενται από τον Κ.Α.Κ.

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και αναφέρετε όλες τις ανεπιθύμητες ενέργειες για όλα τα φάρμακα συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»

velka
a Rafarm company

VELKA HELLAS Βιομηχανία Φαρμάκων
Κορίνθου 12, 15451 Ν. Ψυχικό, Αθήνα
Τηλ.: 211 176 1000, Fax: 210 6776552
www.velka.gr

SANDOZ A Novartis
Division

Κ.Α.Κ.: Sandoz Pharmaceuticals d.d., Verovskova 57, Ljubljana, Slovenia
Novartis (Hellas) S.A.C.I. / Sandoz division
Φραγκοκκλησιάς 7, 15125 Μορούσι
Τηλ.: 210 2811712, Fax: 210 6857655
www.sandoz.com



www.hypertasi.gr