



22^o

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ
DIVANI CARAVEL

ΑΘΗΝΑ
10-12/11
2022

www.ypertasi2022.gr

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: Α. Κόλλιας
Ε. Μανιός
Μ. Ποικιλίδου
Β. Ράπτης
τ. Πρόεδρος: Π. Ζεμπεκάκης

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

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

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ

Αθήνα

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

Θεσσαλονίκη

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

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ ΠΡΟΕΔΡΟΥ

Αγαπητοί/ες συνάδελφοι,

Έχω τη χαρά και την τιμή να σας προσκαλέσω στο **22° Πανελλήνιο Συνέδριο της Ελληνικής Εταιρείας Υπέρτασης**, που θα διεξαχθεί, στις **10-12 Νοεμβρίου 2022**, στην Αθήνα.

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 **22° 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.

Θωμάς Μακρής

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

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΕΜΠΤΗ 10 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2022

13.00 - 14.00 **ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (POSTERS) ΑΑ01-ΑΑ20**Προεδρείο: **Μ. Βέλλιου - Κ. Σταυρόπουλος**14.00 - 15.00 **ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΠΑ01-ΠΑ09**Προεδρείο: **Ι. Δήμα - Η. Σανίδας****ΠΑ01 ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΣΚΛΗΡΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΕΔΑ ΟΥΡΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΟ-ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ**Βάια Ράϊκου¹, Σ. Γαβριήλ², Ι. Βλασερός³¹Νεφρολογικό Τμήμα, ²Τμήμα Βαριατρικής Χειρουργικής, ³Καρδιολογικό Τμήμα, DOCTORS' HOSPITAL, ΑΘΗΝΑ**ΠΑ02 ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΝΕΩΝ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ: ΜΕΛΕΤΗ ΚΟΟΡΤΗΣ**Μ.Σαγρής¹, Π. Θεοφίλης¹, Βασιλική Μυστακίδη^{1,2}, Ε. Οικονόμου^{1,2}, Α. Αντωνόπουλος¹, Κ. Τσιούφης¹, Δ. Τούσουλης¹¹1ο Καρδιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, 11527 Αθήνα, Ελλάδα, ²3ο Καρδιολογικό Τμήμα, Περιφερειακό Νοσοκομείο Παθήσεων Θώρακος «Σωτηρία», Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα**ΠΑ03 ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗΣ ΟΞΥΓΟΝΩΣΗΣ ΜΕΣΩ NEAR-INFRARED SPECTROSCOPY ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΗΠΙΑΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ**Δανάη Φαίτατζίδου¹, Κωνσταντίνα Δίπλα², Α. Ζαφειρίδης², Μαριέτα Θεοδωρακοπούλου¹, Α. Κούτλας³, Κατερίνα Γακίδου¹, Ελένη Γκούρα¹, Χ. Δημητριάδης¹, Ι. Τσουχνικάς¹, Π. Γιαμαλής¹, Αικατερίνη Παπαγιάννη¹, Π. Σαραφίδης¹¹Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη, ²Εργαστήριο Φυσιολογίας και Βιοχημείας της Άσκησης, Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού Σερρών Α.Π.Θ., Σέρρες**ΠΑ04 ΕΠΟΧΙΑΚΗ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ, ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΜΕ 24ΩΡΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ**Β. Ντουσόπουλος¹, Α. Κόλλιας¹, Κ. Κυριακούλης¹, Αριάδνη Μέντη¹, Α. Δεστούνης¹, Παναγιώτα Σταθοπούλου¹, Αγγελική Ντινέρη¹, Αικατερίνη Θεοδοσιάδη¹, Αικατερίνη Μυρσιλίδη¹, Γ. Στεργίου¹¹Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Γ' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Η Σωτηρία», Αθήνα**ΠΑ05 ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΥΠΕΡΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΥΠΕΡΤΑΣΗ, ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΤΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ 12 ΜΗΝΩΝ**Χ. Φραγκούλης¹, Κ. Δημητριάδης¹, Δ. Πολύζος¹, Α. Μαυρουδής¹, Α. Κασιακόγιας¹, Π.Α. Τσιούφης¹, Ι. Λεοντσίνης¹, Ε. Μαντζουράνης¹, Ειρήνη Σιάφη¹, Ελένη Μαντά¹, Μαρία Καριώρη¹, Θ. Καλός¹, Α. Σακαλίδης¹, Ι. Νταλακούρας¹, Ι. Ανδρίκου¹, Π. Νιχογιαννόπουλος¹, Δ. Κωνσταντινίδης¹, Κ.Θωμόπουλος², Κ. Τσιούφης¹¹Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική κλινική, Ιατρική σχολή, ΕΚΠΑ, Ιπποκράτειο ΓΝΑ, Αθήνα, Ελλάδα,²Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο Έλενα Βενιζέλου, Αθήνα, Ελλάδα

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΕΜΠΤΗ 10 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2022

ΠΑ06 ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΜΥΙΚΗΣ ΟΞΥΓΟΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Μαριέτα Θεοδωρακοπούλου¹, Α. Ζαφειρίδης², Κωνσταντίνα Δίπλα², Δανάη Φαίτατζίδου¹, Α. Κούτλας², Μαρία-Ελένη Αλεξάνδρου¹, Μ. Δούμας³, Αικατερίνη Παπαγιάννη¹, Π. Σαραφίδης¹
¹Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη, ²Εργαστήριο Φυσιολογίας και Βιοχημείας της Άσκησης, Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού Σερρών Α.Π.Θ., Σέρρες, ³Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

ΠΑ07 CHANGES IN CARDIORESPIRATORY FITNESS STATUS REFLECT CHANGES IN CHRONIC HEART FAILURE INCIDENCE

A. Pittaras^{1,2}, C. Faselis¹, C. Grassos¹, M. Doulmas¹, M. Papavasiliou¹, A. Manolis¹, P. Kokkinos¹
¹VAMC & George Washington University USA, ²Mediton Athens, Greece

ΠΑ08 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΣΤΑΘΕΙΑΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ: ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΒΑΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΜΕ 1.053 ΑΤΟΜΑ

Αικατερίνη Θεοδοσιάδη¹, Α. Κόλλιας¹, Αγγελική Ντινέρη¹, Κ. Κυριακούλης¹, Τ. Niiranen^{2,3,4}, Annika Lindroos^{2,3}, A. Jula², Claire Schwartz⁵, 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

ΠΑ09 ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΟΥΡΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΣΤΟ ΑΙΜΑ ΦΑΙΝΕΤΑΙ ΝΑ ΠΡΟΒΛΕΠΟΥΝ ΤΗΝ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΕΙΣΑΓΟΝΤΑΙ ΛΟΓΩ ΟΞΕΟΣ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ

Αλεξάνδρα Τσανκόφ, Ε. Βαλανίκας, Ερωφίλη Παπαθανασίου, Γ. Πολυχρονόπουλος, Α. Παπαδόπουλος, Μ. Τζαβέλας, Σ. Σάτσογλου, Σταυρούλα Βενέτη, Ελευθερία Ζτρίβα, Χαρίκλεια Χατζηκοσμά, Χ. Σαββόπουλος, Κ. Τζιόμαλος
Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΕΜΠΤΗ 10 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2022

15.00 - 17.00 **ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ***Προεδρείο:* **Κ. Κυφνίδης - Π. Καλογερόπουλος**

Ασθενής με υπέρταση της λευκής μπλούζας

Ι. Ανδρικού*Σχολιασμός:* **Ν. Κουρεμένος**

Ασθενής με υπέρταση και ΧΑΠ

Η. Σανίδα*Σχολιασμός:* **Κ. Μπακογιάννης**

Ασθενής με υπέρταση και ερυθματώδη λύκο

Π. Ανυφαντή*Σχολιασμός:* **Μ. Θεοδωρακοπούλου**

Ασθενής με υπέρταση και εγκυμοσύνη

Ν. Παναγοπούλου*Σχολιασμός:* **Σ. Αρχοντάκης**

Ασθενής με υπέρταση και περιφερική αγγειοπάθεια

Δ. Γουρλής*Σχολιασμός:* **Σ. Μαραγκουδάκης**17.00 - 18.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ****Προκλήσεις στην αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης***Προεδρείο:* **Ε. Μανιός - Ε. Ανδρεάδης**

Στη διαγνωστική προσέγγιση

Α. Κόλλιας

Στη θεραπευτική προσέγγιση

Ε. Καλλίστρατος

Στην ποιότητα ζωής

Μ. Μαρκέτου18.00 - 18.30 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΕΜΠΤΗ 10 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2022

18.30 - 19.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Αρτηριακή υπέρταση - Διλήμματα στην καθημερινή κλινική πράξη

Προεδρείο: Α.Ι. Μανώλης - Ι. Παπαδάκης

Αρτηριακή υπέρταση και ΑΕΕ

Ε. Μανιός

Αρτηριακή υπέρταση και αντινεοπλασματικά φάρμακα

Δ. Παπαδόπουλος

Αρτηριακή υπέρταση στην παιδική και εφηβική ηλικία

Σ. Σταμπούλη

19.30 - 20.00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: Β. Κώτσης - Σ. Παπαϊωάννου

Παχυσαρκία και καρδιομεταβολικός κίνδυνος

Ε. Λυμπερόπουλος

20.00-21.00 **ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ**

20.00-20.30 **ΤΙΜΗΤΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: Μ. Δούμας

Κλιματική Αλλαγή και Υγεία

Π. Νικολοπούλου-Σταμάτη

20.30-21.00 **ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ - ΠΡΟΣΦΩΝΗΣΕΙΣ**

Θ. Μακρής

Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Υπέρτασης

Γ. Σιάσος

Πρόεδρος της Ιατρικής Σχολής Αθηνών ΕΚΠΑ, Καθηγητής Καρδιολογίας

09.00 - 10.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Διαγνωστικοί και θεραπευτικοί προβληματισμοί στην καθημερινή κλινική πράξη

Προεδρείο: Α. Αχείμαστος - Ρ. Καλαϊτζίδης

Περιεχειρητηκή υπέρταση

Μ. Κουτσάκη

Ανθεκτική υπέρταση

Ι. Ζαρίφης

Δευτεροπαθής αρτηριακή υπέρταση

Ε. Γκαλιαγκούση

10.00 - 11.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Αρτηριακή υπέρταση στο γυναικείο πληθυσμό

Προεδρείο: Κ. Θωμόπουλος - Μ. Παπαβασιλείου

Στην εξωσωματική γονιμοποίηση

Ο. Παπαζάχου

Στην εγκυμοσύνη

Μ. Ποικιλίδου

Στην εμμηνόπαυση

Β. Κατσή

11.00 - 11.30 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΚΑΦΕΣ**

11.30 - 12.00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: Α. Αβδελίδου - Γ. Κολοβού

Σύγχρονη αντιμετώπιση της δυσλιπιδαιμίας

Λ. Ραλλίδης

12.00 - 13.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Αρτηριακή υπέρταση σε ειδικές ομάδες ασθενών

Προεδρείο: Π. Ζεμπεκάκης - Β. Κατσή

Υπέρταση λευκής μπλούζας: Μύθοι και πραγματικότητα

Κ. Θωμόπουλος

Αρτηριακή υπέρταση και αυτοάνοσα νοσήματα

Α. Πρωτογέρου

Επείγουσα αρτηριακή υπέρταση - Υπερτασική κρίση

Κ. Δημητριάδης

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 11 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2022

13.00 - 13.30 **ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ** (σελ. 15)

13.30 - 14.00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: **Π. Ζεμπεκάκης - Χ. Σαββόπουλος**

Σακχαρώδης διαβήτης: Νεότερα αντιδιαβητικά φάρμακα: Είναι λύση για όλους;

Ε. Χατζηαγγελάκη

14.00 - 15.00 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

14.00 - 15.00 **ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (POSTERS) ΑΑ21-ΑΑ41**

Προεδρείο: **Κ. Κυριακούλης - Κ. Δημητρακόπουλος**

15.00 - 16.30 **ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΠΑ10-ΠΑ22**

Προεδρείο: **Ι. Ανδρίκου - Ε. Τριανταφυλλίδη**

ΠΑ10 ΕΠΙΠΕΔΑ ΔΕΙΚΤΗ ΑΝΤΙΣΤΑΣΗΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΚΑΙ ΑΘΗΡΩΜΑΤΩΣΗ ΚΑΡΩΤΙΔΩΝ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Αλεξάνδρα Καραμάνου¹, Μαρία Β. Παπαβασιλείου², Γ. Μουστάκας¹, Δ. Αραβαντινός³, Στ. Πατσιανης³
¹Ιδιώτης Καρδιολόγος, ²Metropolitan General Hospital, Αθήνα, ³ΔΘΚΑ Υγεία, Αθήνα

ΠΑ11 ΔΕΙΚΤΕΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΧΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΣΚΛΗΡΙΑΣ: ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΣΥΜΦΩΝΙΑ

Κ. Κυριακούλης¹, Α. Κόλλιας¹, Β. Ντουσόπουλος¹, Αικατερίνη Θεοδοσιάδη¹, Αριάδνη Μέντη¹, Παναγιώτα Σταθοπούλου¹, Αγγελική Ντινέρη¹, Γ. Στεργίου¹
Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Γ' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Η Σωτηρία», Αθήνα

ΠΑ12 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΙΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΝΔΟΔΙΑΛΥΤΙΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΜΕ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΒΑΜΑΤΑ ΚΑΙ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ: ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΟΟΡΤΗΣ

Μαριέτα Θεοδωρακοπούλου¹, Φωτεινή Ιατρίδη¹, Μαρία-Ελένη Αλεξάνδρου¹, Α. Καρπέτας², Α. Μπίκος³, Β. Ράπτη⁴, Ι. Τσουχνικάς¹, Π. Γιαμαλής¹, Αικατερίνη 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

ΠΑ13 Η ΝΕΦΡΙΚΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΚΑΙ Η ΔΩΡΕΑ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ΔΕΝ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ.

Ε. Ξαγάς¹, Π. Σαραφίδης², Φωτεινή Ιατρίδη², Μαριέτα Θεοδωρακοπούλου², Εύα Πέλλα², Μαρία Κορογιάννου¹, Α. Αργύρης³, Α. Πρωτογέρου³, Ι.Ν. Μπολέτης¹, Σμαράγδη. Μαρινάκη¹
¹Κλινική Νεφρολογίας & Μεταμόσχευσης Νεφρού, ΓΝΑ Λαϊκό, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, ²Νεφρολογική Κλινική, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, ³Μονάδα Καρδιαγγειακής Πρόληψης και Έρευνας, Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, ΓΝΑ Λαϊκό, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

ΠΑ14 ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ, ΠΡΟΦΙΛ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Π. Θεοφίλης¹, Ν. Νάκας², Θωμαΐς Λάμπρου², Καλλιόπη Τουχαντζίδου², Αικατερίνη Βορδώνη¹, Αικατερίνη Καμπουρέλλη¹, Ν. Βόλης¹, Έλενα Ξανθοπούλου¹, Ιωάννα Μακρυγιάννη¹, Α. Κωτσάκης², Ρ. Καλαϊτζίδης¹

¹ Νεφρολογικό Κέντρο «Γ. Παπαδάκης», Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας-Πειραιά «Αγ. Παντελεήμων», ² Β' Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας-Πειραιά «Αγ. Παντελεήμων»

ΠΑ15 ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝΤΑ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΑ, ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΑ ΚΑΙ ΕΡΥΘΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΑ ΜΙΚΡΟΣΩΜΑΤΙΔΙΑ ΩΣ ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ

Παναγιώτα Ανυφαντή¹, Ελένη Γαβριηλάκη¹, Α. Λαζαρίδης¹, Βαρβάρα Νικολαΐδου¹, Π. Δόλγυρας¹, Ευθαλία Γιαννάκη², Κ. Μαστρογιάννη¹, Ι. Βασιλειάδης³, Μαρία Ελένη Αλεξάνδρου⁴, Αναστασία Μαργουτά¹, Ι. Ζαρίφης³, Αρετή Τριανταφύλλου¹, Π. Σαραφίδης⁴, Μ. Δούμας⁵, Ευγενία Γκαλιαγκούση¹
¹ Γ' Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ Παπαγεωργίου, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, ² Αιματολογική Κλινική, Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεαγένειο, Θεσσαλονίκη, ³ Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΘ Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη, ⁴ Νεφρολογική Κλινική, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, ⁵ Β' Προπαιδευτική Κλινική, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

ΠΑ16 SEQUENTIAL CARDIORESPIRATORY FITNESS ASSESSMENTS AND LONG-TERM MORTALITY IN A COHORT OF 93,060 MALE AND FEMALE US VETERANS

A. Pittaras^{1,2}, C. Faselis¹, C. Grassos¹, M. Doulmas¹, M. Papavasiliou¹, A. Manolis¹, P. Kokkinos¹
¹ VAMC & George Washington University USA, ² Mediton Athens, Greece

ΠΑ17 ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΣΤΑΘΕΙΑΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ, ΕΦΗΒΟΥΣ ΚΑΙ ΝΕΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ

Αικατερίνη Θεοδοσιάδη¹, Αγγελική Ντινέρη¹, Α. Κόλλιας¹, Κ. Κυριακούλης¹, Αριάδνη Μέντη¹, Β. Ντουσόπουλος¹, Παναγιώτα Σταθοπούλου¹, Μαρία-Έλενα Ζενιώδη¹, Εμελίνα Σταμπολλίου¹, Ανδριανή Βαζαΐου², Γ. Στεργίου¹

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

ΠΑ18 Ο ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΑΞΟΝΑ RENINHS-ΑΓΓΕΙΟΤΕΝΣΙΝΗΣ ΔΕΝ ΒΕΛΤΙΩΝΕΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΤΙΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΕΚΒΑΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ: ΜΕΤΑΑΝΑΛΥΣΗ 5 ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΔΟΚΙΜΩΝ

Π. Γεωργιανός¹, Γ. Τζιάτζιος², Σ. Ρουμελιώτης¹, Β. Βάιος¹, Ελένη Γεωργιανού¹, Βασιλική Σγουροπούλου¹, Α. Καρλιγκιώτης¹, Σ. Αναστασίου¹, Π. Χράπης¹, Θ. Ελευθεριάδης³, Π. Ζεμπεκάκης¹, Β. Λιακόπουλος¹

¹ Τμήμα Νεφρολογίας και Υπέρτασης, Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, ² 2^ο Γαστρεντερολογική Κλινική, Ιατρικό Αθηνών, Αθήνα, ³ Νεφρολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 11 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2022

ΠΑ19 Η ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΟΞΥΓΟΝΩΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΙΔΕΙΝΩΝΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Μαριέτα Θεοδωρακοπούλου¹, Κωνσταντίνα Δίπλα², Α. Ζαφειρίδης², Δανάη Φαϊτατζίδου¹, Α. Κούτλας², Μαρία-Ελένη Αλεξάνδρου¹, Ελένη Γκούρα¹, Κατερίνα Γακίδου¹, Μ. Δούμας³, Αικατερίνη Παπαγιάννη¹, Π. Σαραφίδης¹

¹Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη, ²Εργαστήριο Φυσιολογίας και Βιοχημείας της Άσκησης, Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού Σερρών Α.Π.Θ., Σέρρες, ³Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

ΠΑ20 ΣΧΕΣΗ ΝΥΧΤΕΡΙΝΗΣ ΠΤΩΣΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΜΕ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΟΡΓΑΝΩΝ-ΣΤΟΧΩΝ ΣΕ ΝΕΑΡΑ ΑΤΟΜΑ

Αγγελική Ντινέρη¹, Α. Κόλλιας¹, Αικατερίνη Θεοδοσιάδη¹, Α. Δεστούνης¹, Αριάδνη Μέντη¹, Μαρία-Ελενα Ζενιώδη¹, Εμελίνα Σαμπολλίου¹, Γ. Σέρβος², Ι. Μωυσάκης³, Ανδριανή Βαζαίου⁴, Γ. Στεργίου¹

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

ΠΑ21 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΜΑΚΡΟ- ΚΑΙ ΜΙΚΡΟΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΗ

Σταματίνα Λάμπρου¹, Ν. Κολέτσος¹, Ιωάννα Ζωγράφου², Γεσθημανή Μιντζιώρη³, Κ. Μαστρογιάννης¹, Α. Λαζαρίδης¹, Μ. Δούμας², Ευγενία Γκαλιαγκούση¹, Αρετή Τριανταφύλλου¹

¹Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Παπαγεωργίου, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ²Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Ιπποκράτειου, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ³Τμήμα Ενδοκρινολογίας της Αναπαραγωγής, Α' Μαιευτική- Γυναικολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Παπαγεωργίου, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΠΑ22 CARDIORESPIRATORY FITNESS AND STROKE INCIDENCE IN HYPERTENSIVE PATIENTS

A. Pittaras^{1,3,4}, M. Doulmas^{1,3}, C. Grassos¹, K. Imprialos¹, K. Stavropoulos¹, C. Faselis^{1,3}, P. Kokkinos^{1,2,3}
¹Veterans Affairs Medical Center, Washington, DC, ²Rutgers University, Department of Kinesiology and Health, ³George Washington University Medical Center, Washington, DC, ⁴Mediton Medical Center, Athens Greece

16.30 - 17.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Αρτηριακή υπέρταση στη σύγχρονη εποχή

Πρόεδροι: **Π. Ζεμπεκάκης - Ρ. Καλαϊτζίδης**

Αρτηριακή υπέρταση και άθληση

Α. Πιτταράς

Αρτηριακή υπέρταση και κλιματική αλλαγή

Χ. Γράσσο

Αρτηριακή υπέρταση και ψηφιακή τεχνολογία

Δ. Κωνσταντινίδης

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 11 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2022

17.30 - 18.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ****Επίκαιρα θέματα***Προεδρείο: Δ. Βλαχάκος - Ο. Μπαλάφα*

Πολυκυστική Νεφρική νόσος και αρτηριακή υπέρταση:
Παθογένεια και αντιμετώπιση

Β. Ράπτης

Χρόνια νεφρική νόσος: Επιλογή διουρητικών

Ρ. Καλαϊτζίδης

Οξεία νεφρική βλάβη στην καρδιακή ανεπάρκεια: Ο ρόλος του νεφρολόγου

Π. Σαραφίδης18.30 - 19.00 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**19.00 - 19.30 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ** (σελ. 15)19.30 - 20.00 **ΔΙΑΛΕΞΗ***Προεδρείο: Χ. Ζαμπούλης - Α. Πρωτογέρου*

Έχει θέση η επιθετική αντιυπερτασική θεραπεία στους υπερήλικες;

Α. Μπενέτος20.00 - 20.30 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ** (σελ. 15)20.30 - 21.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ****Νεότερα αντιδιαβητικά φάρμακα***Προεδρείο: Ε. Ηλιοδρομίτης - Σ. Δούμα*

Στην αρτηριακή υπέρταση και τη ΧΝΝ

Μ. Δούμας

Στην καρδιακή ανεπάρκεια

Β. Παπαδημητρίου

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΣΑΒΒΑΤΟ 12 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2022

09.00 - 10.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Θεραπευτικοί προβληματισμοί στην καθημερινή κλινική πράξη

Προεδρείο: Ε. Μανιός - Α. Ζιάκας

Ασθενείς με υπέρταση και περιφερική αγγειοπάθεια

Μ. Μαρκέτου

Ασθενείς με υπέρταση και κολπική μαρμαρυγή

Λ. Πουλημένος

Ασθενείς με υπέρταση και ψυχικές παθήσεις

Α. Τριανταφύλλου

10.00 - 10.30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: Ι. Μπολέτης - Δ. Πετράς

Αρτηριακή υπέρταση σε ασθενείς με μεταμόσχευση νεφρού

Σ. Μαρινάκη

10.30 - 11.00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: Φ. Στυλιανού - Δ. Παπαδόπουλος

Καρδιαγγειακός κίνδυνος στον Ελληνικό πληθυσμό - Επιδημιολογικά δεδομένα

Δ. Παναγιωτάκος

11.00 - 11.30 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

11.30 - 12.00 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ** (σελ. 16)

12.00 - 12.30 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ** (σελ. 16)

12.30 - 13.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Ερωτήματα στη διαχείριση υπέρτασικών ασθενών στην κλινική πράξη

Προεδρείο: Γ. Σ. Στεργίου - Ν. Φραγκάκης

Αρτηριακή υπέρταση στην τρίτη ηλικία: Στόχοι και ιδιαιτερότητες

Κ. Τσιούφης

Αρτηριακή υπέρταση και καρδιακή ανεπάρκεια

Θ. Μακρής

Ασπιρίνη: Έχει θέση στην πρωτογενή πρόληψη των υπέρτασικών ασθενών;

Μ. Δούμας

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΣΑΒΒΑΤΟ 12 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2022

13.30 - 14.00 **ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ** (σελ. 16)

14.00 - 17.00 **ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ - ΕΚΛΟΓΕΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ**

17.00 - 18.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Νέοι οριζόντες στη διαγνωστική και θεραπευτική αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης

Προεδρείο: Θ. Μακρής - Μ. Δούμας

Νυχτερινή χορήγηση αντιυπερτασικών φαρμάκων:

Νέα δεδομένα και διεθνής τοποθέτηση 2022

Γ.Σ. Στεργίου

Νέες θεραπείες: Υπάρχει προοπτική;

Α.Ι. Μανώλης

18.00 - 18.30 **ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ** (σελ. 16)

18.30 - 19.00 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

19.00 - 19.30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: Κ. Τσιούφης - Σ. Σιδεράς

Καρδιακή ανεπάρκεια: Παρόν και μέλλον

Γ. Φιλιππάτος

19.30 - 20.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Προεδρείο: Θ. Μακρής - Κ. Τσιούφης - Μ. Δούμας

Αρτηριακή υπέρταση 2022 - 2023 παρόν και μέλλον

Συζήτηση με τους ειδικούς:




Β. Παπαδημητρίου, Α. Μπενέτος,

Γ. Στεργίου, Α.Ι. Μανώλης

20.30 - 21.00 **ΒΡΑΒΕΥΣΕΙΣ - ΤΕΛΕΤΗ ΛΗΞΗΣ**

ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΕΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 11 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2022

- 13.00 - 13.30 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**  **AstraZeneca**
**Η καρδιακή και νεφρική ανεπάρκεια στο προσκήνιο:
Νεότερα επιστημονικά δεδομένα από τους SGLT2 αναστολείς**
Προεδρείο: Θ. Μακρής
DELIVERing outcomes σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια:
Δεδομένα από το κλινικό πρόγραμμα της δαπαγλιφλοζίνης
Χ. Γράσσο
Ασθενής με ΧΝΝ: Νέες θεραπευτικές επιλογές
με αποδεδειγμένο όφελος
Δ. Βλαχάκος
- 19.00 - 19.30 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**  **Boehringer
Ingelheim**
Προεδρείο: Δ. Παπαδόπουλος
SGLT2 αναστολείς: Προσφέροντας στον ασθενή μου
με Καρδιακή Ανεπάρκεια το βέλτιστο όφελος- παρουσίαση περιστατικού.
Κ. Δημητριάδης
- 20.00 - 20.30 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**  **WinMedica**
Serving Health for Life
Προεδρείο: Μ. Δούμας
Αρτηριακή υπέρταση και στεφανιαία νόσος:
Μια θεραπευτική πρόκληση
Θ. Μακρής

ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΕΣ

ΣΑΒΒΑΤΟ 12 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2022

11.30 - 12.00 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**  Menarini Hellas**Αρτηριακή Υπέρταση: Διάγνωση και θεραπευτικοί αλγόριθμοι στην καθ' ημέρα κλινική πράξη***Προεδρείο: Θ. Μακρής*

Σύγχρονη Διαγνωστική Προσέγγιση- Συνολικός Καρδιαγγειακός κίνδυνος

Γ.Σ. Στεργίου

Εξατομικευμένες Θεραπευτικές Επιλογές στην Υπέρταση

Μ. Δούμας12.00 - 12.30 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ***Προεδρείο: Θ. Μακρής*

Θεραπεία της Υπέρτασης 2022: Δεδομένα, Οδηγίες,

Εφαρμογή στην καθημερινή κλινική πράξη

Δ. Κωνσταντινίδης13.30 - 14.00 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ** AstraZeneca *Προεδρείο: Μ. Δούμας*

Η σύγχρονη διαχείριση της υπερκαλιαιμίας

με το κυκλοπυριτικό ζιρκόνιο νάτριο

Π. Σαραφίδης18.00 - 18.30 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**  **BIANES** A.E.
ΒΙΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ*Προεδρείο: Μ. Δούμας*

Στρατηγική απλούστευσης στη χορήγηση σύνθετης

και αποτελεσματικής αντιυπερτασικής θεραπείας

Γ.Σ. Στεργίου

COVADIR

Amlodipine / Valsartan

&

COVADIR HCT

Amlodipine / Valsartan / Hydrochlorothiazide



COVADIR/35801/05/2022

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

[COVADIR](#)

[COVADIR HCT](#)

Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή.

Λ.Τ. σύμφωνα με το Δ.Τ. 12/2021*

COVADIR F.C.TAB (5+180)MG/TAB BTx 30 tabs: 7,71

COVADIR F.C.TAB (10+160)MG/TAB BTx 30 tabs: 8,42

COVADIR HCT® F.C.TAB (5+180+12.5)MG/TAB BTx30 tabs: 10,15

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

Βεβαιώστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και Αναζητήστε τις σημαντικότερες ενδείξεις για ΟΥΑ τα φάρμακα Συμπληρώνοντας την ΑΚΤΙΠΗΝ ΚΑΡΤΙΤΑ

COVADIR HCT® F.C.TAB (5+180+25)MG/TAB BTx30 tabs.: 11,13

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

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

*Σε περίπτωση ανακοίνωσης νέου Δ.Τ. θα ισχύσουν οι νεότερες



DEMO ABEE
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

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

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

Caramlo®

Candesartan & Amlodipine



CARAMLOADV/03/2022

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

Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται
ιατρική συνταγή
CARAMLO TAB (8+5) MG/TAB BTx28 Λ.Τ: 6,66 €
CARAMLO TAB (16+10) MG/TAB BTx28 Λ.Τ: 9,89 €

Πριν τη συνταγογράφηση, συμβουλευτείτε την
Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος.
Για περισσότερες πληροφορίες, απευθυνθείτε
στην εταιρεία Lavipharm Hellas A.E.

ZENTIVA

U Kabelovny 130, Dolní Měcholupy
102 37, Prague 10,
Τσεχική Δημοκρατία
Τηλ: + 30 211 198 7510

 Lavipharm

ΟΔΟΣ ΑΓΙΑΣ ΜΑΡΙΝΑΣ, Τ.Θ. 59, 190 02 ΠΑΙΑΝΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ, ΤΗΛ.: 210 6691 000, FAX: 210 6642 310, www.lavipharm.com

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

ΑΒΔΕΛΙΔΟΥ Α.

Νεφρολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ Γ.Ν. Γρεβενών

ΑΝΔΡΕΑΔΗΣ Ε.

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

ΑΝΔΡΙΚΟΥ Ι.

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

ΑΝΥΦΑΝΤΗ Π.

Επιμελήτρια Β΄ Παθολογίας-Μεταδιδακτορική Ερευνήτρια, Β΄ Παθολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ «Ιπποκράτειο»

ΑΡΧΟΝΤΑΚΗΣ Σ.

Επιμελητής Β΄ Καρδιολογικής Κλινικής Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

ΑΧΕΙΜΑΣΤΟΣ Α.

Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας

ΒΕΛΛΙΟΥ Μ.

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

ΒΛΑΧΑΚΟΣ Δ.

Ομότιμος Καθηγητής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Επιστημονικός Σύμβουλος και Πρόεδρος Επιστημονικού Συμβουλίου Ομίλου ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗΣ

ΓΚΑΛΙΑΓΚΟΥΣΗ Ε.

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παθολογίας, Γ΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου»

ΓΟΥΡΛΗΣ Δ.

Ειδικός Παθολόγος, Clinical hypertension specialist, Medical Lead AZ Greece

ΓΡΑΣΣΟΣ Χ.

Καρδιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Υπεύθυνος Ιατρείου Υπέρτασης, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»

ΔΗΜΑ Ι.

Επιμελήτρια Β΄ Καρδιολογίας, Γ.Ν.Μ.Α «Έλενα Βενιζέλου»

ΔΗΜΗΤΡΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Κ.

Ειδικός Παθολόγος - Διευθυντής ΕΣΥ, Β΄ Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ.

ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ Κ.

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

ΔΟΥΜΑ Σ.

Ομότιμη Καθηγήτρια Παθολογίας, Α.Π.Θ.

ΔΟΥΜΑΣ Μ.

Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας, Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

ΖΑΜΠΟΥΛΗΣ Χ.

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

ΖΑΡΙΦΗΣ Ι.

Καρδιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

ΖΕΜΠΕΚΑΚΗΣ Π.

Καθηγητής Παθολογίας Α.Π.Θ., Διευθυντής Α΄ Παθολογικής Κλινικής, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»

ΖΙΑΚΑΣ Α.

Καθηγητής Καρδιολογίας Α.Π.Θ.

ΗΛΙΟΔΡΟΜΙΤΗΣ Ε.

Ομότιμος Καθηγητής Καρδιολογίας Ε.Κ.Π.Α.

ΘΕΟΔΩΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Μ.

Ειδικευόμενη Νεφρολογίας, Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο

ΘΩΜΟΠΟΥΛΟΣ Κ.

Καρδιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Μ.Α. «Έλενα Βενιζέλου»

ΚΑΛΑΪΤΖΙΔΗΣ Ρ.

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

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

ΚΑΛΛΙΣΤΡΑΤΟΣ Ε.

Καρδιολόγος, Α' Διευθυντής Β' Καρδιολογικής κλινικής, Metropolitan Hospital

ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΣ Π.

Καρδιολόγος, Καρδιομεταβολικό Κέντρο, Τμήμα Προληπτικής Καρδιολογίας, METROPOLITAN - HOSPITAL

ΚΑΤΣΗ Β.

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

ΚΟΛΛΙΑΣ Α.

Καθηγητής Παθολογίας, Γ' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία»

ΚΟΛΟΒΟΥ Γ.

Καρδιολόγος Διευθύντρια, Καρδιομεταβολικό Κέντρο, Metropolitan Hospital

ΚΟΥΡΕΜΕΝΟΣ Ν.

MD, PhD, Καρδιολόγος Ειδικός Υπερτασιολόγος

ΚΟΥΤΣΑΚΗ Μ.

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

ΚΥΡΙΑΚΟΥΛΗΣ Κ.

Επιστημονικός Συνεργάτης, Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Σωτηρία»

ΚΥΦΝΙΔΗΣ Κ.

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

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ Δ.

Καρδιολόγος, Υπεύθυνος Μονάδας Υπέρτασης, Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»

ΚΩΤΣΗΣ Β.

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

ΛΥΜΠΕΡΟΠΟΥΛΟΣ Ε.

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

ΜΑΚΡΗΣ Θ.

Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Μ.Α «Ελενα Βενιζέλου», Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Υπέρτασης

ΜΑΝΙΟΣ Ε.

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

ΜΑΝΩΛΗΣ Α.Ι.

Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο «Metropolitan», Πειραιάς

ΜΑΡΑΓΚΟΥΔΑΚΗΣ Σ.

Καρδιολόγος, Επιμελητής, Β' Καρδιολογικής Κλινικής Χανίων

ΜΑΡΙΝΑΚΗ Σ.

Επίκουρη Καθηγήτρια Νεφρολογίας, Κλινική Νεφρολογίας & Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

ΜΑΡΚΕΤΟΥ Μ.

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Καρδιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης

ΜΠΑΚΟΓΙΑΝΝΗΣ Κ.

MD PhD, Καρδιολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης, Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ

ΜΠΑΛΑΦΑ Ο.

Νεφρολόγος, Επιμελήτρια Α', Νεφρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων

ΜΠΕΝΕΤΟΣ Α.

Καθηγητής Παθολογίας και Γηριατρικής, Πανεπιστήμιο του Νανσύ, Γαλλία

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

ΜΠΟΛΕΤΗΣ Ι.

Καθηγητής Παθολογίας - Νεφρολογίας, Κλινική Νεφρολογίας & Μεταμόσχευσης Νεφρού της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Λαϊκό Νοσοκομείο

ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΥ-ΣΤΑΜΑΤΗ Π.

MD, PhD, Καθηγήτρια Περιβαλλοντικής Παθολογικής Ανατομικής ΕΚΠΑ, Ιδρύτρια Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, MSc Περιβάλλον και Υγεία: Διαχείριση Περιβαλλοντικών Θεμάτων με επιπτώσεις στην Υγεία

ΠΑΝΑΓΙΩΤΑΚΟΣ Δ.

Καθηγητής, Σχολή Επιστημών Υγείας και Αγωγής, Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας - Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

ΠΑΝΑΓΟΠΟΥΛΟΥ Ν.

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

ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ Μ.

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

ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ Ι.

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

ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Β.

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

ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Δ.

Καρδιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

ΠΑΠΑΖΑΧΟΥ Ο.

Καρδιολόγος, Επιμελήτρια Α' Ιατρείο Υπέρτασης, Γ.Ν.Μ.Α «Ελενα Βενιζέλου»

ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ Σ.

Επεμβατικός καρδιολόγος, Διδάκτωρ Α.Π.Θ., Διευθυντής Β' Καρδιολογικής Κλινικής Ν.Ν.Α.

ΠΕΤΡΑΣ Δ.

Νεφρολόγος, Διευθυντής Νεφρολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

ΠΙΤΤΑΡΑΣ Α.

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

ΠΟΙΚΙΛΙΔΟΥ Μ.

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

ΠΟΥΛΗΜΕΝΟΣ Λ.

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

ΠΡΩΤΟΓΕΡΟΥ Α.

Καθηγητής, Διευθυντής Μονάδας Καρδιαγγειακής Πρόληψης & Μονάδας Κλινικής Έρευνας, Διευθυντής Εργαστηρίου Παθοφυσιολογίας, Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.

ΡΑΛΛΙΔΗΣ Λ.

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

ΡΑΠΤΗΣ Β.

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

ΣΑΒΒΟΠΟΥΛΟΣ Χ.

Καθηγητής Παθολογίας Α.Π.Θ., Διευθυντής Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής & Μονάδας Αυξημένης Φροντίδας (Stroke Unit), Κέντρο Αριστείας Υπέρτασης, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

ΣΑΝΙΔΑΣ Η.

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

ΣΑΡΑΦΙΔΗΣ Π.

Αναπληρωτής Καθηγητής Νεφρολογίας, Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

ΣΙΑΣΟΣ Γ.

Καθηγητής Καρδιολογίας, Α' Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Πρόεδρος Ιατρικής Σχολής Αθηνών ΕΚΠΑ

ΣΙΔΕΡΗΣ Σ.

MD, PhD, FESC, Διευθυντής, Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

ΣΤΑΜΠΟΥΛΗ Σ.

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής - Παιδιατρικής Νεφρολογίας Α.Π.Θ., Α' Παιδιατρική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ Κ.

Παθολόγος, Ακαδημαϊκός Υπότροφος, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

ΣΤΕΡΓΙΟΥ Γ. Σ.

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

ΣΤΥΛΙΑΝΟΥ Φ.

Αναπληρωτής Καθηγητής Πρόεδρος Κυπριακής Εταιρείας Υπέρτασης

ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΗ Ε.

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

ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ Α.

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

ΤΣΙΟΥΦΗΣ Κ.

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

ΦΙΛΙΠΠΑΤΟΣ Γ.

Καθηγητής Καρδιολογίας, Διευθυντής Β' Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν»

ΦΡΑΓΚΑΚΗΣ Ν.

Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Διευθυντής Β' Καρδιολογικής Κλινικής ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

ΧΑΤΖΗΑΓΓΕΛΑΚΗ Ε.

Καθηγήτρια Παθολογίας - Μεταβολικών Νοσημάτων, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Μονάδα Έρευνας & Διαβητολογικό Κέντρο, Π.Γ.Ν.Α «Αττικόν»

Unidone

δισκία
χλωροθαλιδόνη

Ισχυρό & μακράς διάρκειας δράσης,
διουρητικό θειαζιδικού τύπου¹



1. Redefining Diuretics Use in Hypertension: why select a thiazide like diuretic. Review, Journal of Hypertension 2019; 37: 1574-1586

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ (Σ Ρ C)

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: UNIDONE 25 mg/tab, Δισκία. **ΠΟΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** Κάθε δισκίο περιέχει 25 mg χλωροθαλιδόνης. **ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ:** Δισκία. **ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ:** Θεραπευτικές ενδείξεις: Το UNIDONE ενδείκνυται για τη θεραπεία της αρτηριακής υπέρτασης, ιδιοπαθούς ή νεφρογενούς ή μεμονωμένης συστολικής, χρόνιας σταθερής καρδιακής ανεπάρκειας ήπιου έως μέτριου βαθμού (κατηγορία II ή III σύμφωνα με την κατάσταση της NYHA), Οίδημα συγκεκμημένης προέλευσης: 1) Διότιξη που οφείλεται σε κίρρωση του ήπατος σε σταθεροποιημένους ασθενείς υπό στενή παρακολούθηση. 2) Οίδημα λόγω νεφρωσικού συνδρόμου. Άποιας διάρκειας. **Δοσολογία και τρόπος χορήγησης:** Ενήλικες: Υπέρταση: Η συνιστώμενη δόση έναρξης είναι 25 mg/ημέρα. Σταθερή, χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια (NYHA: λειτουργική κατηγορία II/III): Η συνιστώμενη αρχική δόση είναι 25 έως 50 mg/ημέρα, ενώ σε σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να αυξηθεί έως και 100 με 200 mg/ημέρα. Οίδημα συγκεκμημένης προέλευσης: Συνιστάται οι δόσεις να μην υπερβαίνουν τα 50 mg/ημέρα. Άποιας διάρκειας: Αρχικά χορηγούνται 100 mg δύο φορές, ημερησίως, ενώ όπως κρίνεται σωστό προσαρτάται μείωση της ημερησίας δόσης συντήρησης σε 50 mg. **Αντενδείξεις:** Αναιμία, σοβαρή ηπατική ή νεφρική ανεπάρκεια (κλάσμα κρεατινίνης <30 mL/Leptό), ανθεκτική υποκαλιαιμία ή καταστάσεις που έχουν σαν αποτέλεσμα αύξηση της απώλειας καλίου, υπονατρίαζμία και υπερασβεσταιμία, συμπτωματική υπερωρυραιμία, υπέρταση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, νόσος του Addison που δεν έχει αντιμετωπισθεί και συγχορηγούμενη θεραπεία λήθου. **Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση:** Το UNIDONE πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή σε ασθενείς με έκπτωση της ηπατικής λειτουργίας ή προοδευτική ηπατική βλάβη, ασθενείς με βαριά νεφροπάθεια. **Ανεπιθύμητες ενέργειες:** Πολύ συχνές (>1/10): κυρίως σε υψηλότερες δόσεις, υποκαλιαιμία, υπερωρυραιμία και υπερλιπιδαιμία. Συχνές (≥1/100 έως <1/10): Υπονατρίαζμία, υπομαγνησταιμία και υπεργλυκαιμία, ίλιγγος, ορθοστατική υπόταση, που μπορεί να επδενωθεί από ονάνευμα, ανισοηλεκτρικά καταστάσιμα, κνίδωση και άλλες μορφές εξανθήματος, στυτική δυσλειτουργία, αδυναμία.

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

Α.Τ. (Unidone): 1,61 €



Pharmaceutical Laboratories S.A.

14^ο χλμ. Εθνικής Οδού 1, 145 64 Κηφισιά, Τηλ.: 210-80 72 512, e-mail: unipharma@uni-pharma.gr

www.uni-pharma.gr



edarbi®

azilsartan medoxomil

40 mg • 80 mg tablets



ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ

1. ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: Edarbi 20 mg δισκία, Edarbi 40 mg δισκία, Edarbi 80 mg δισκία **2. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** Edarbi 20 mg δισκία: Κάθε δισκίο περιέχει 20 mg μεδοξομιλικής αζιλαρτάνης (ως κάλιο). Edarbi 40 mg δισκία: Κάθε δισκίο περιέχει 40 mg μεδοξομιλικής αζιλαρτάνης (ως κάλιο). Edarbi 80 mg δισκία: Κάθε δισκίο περιέχει 80 mg μεδοξομιλικής αζιλαρτάνης (ως κάλιο). Για τον πλήρη κατάλογο των εκδόχων, βλ. παράγραφο 6.1. **3. ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ:** Δισκίο. Edarbi 20 mg δισκία: Λευκά έως σχεδόν λευκά στρογγυλά δισκία, διαμέτρου 6,0 mm, με ανάγλυφο το "ASL" από τη μια πλευρά και "20" από την άλλη. Edarbi 40 mg δισκία: Λευκά έως σχεδόν λευκά στρογγυλά δισκία, διαμέτρου 7,6 mm, με ανάγλυφο το "ASL" από τη μια πλευρά και "40" από την άλλη. Edarbi 80 mg δισκία: Λευκά έως σχεδόν λευκά στρογγυλά δισκία, διαμέτρου 9,6 mm, με ανάγλυφο το "ASL" από τη μια πλευρά και "80" από την άλλη. **7. ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** Takeda Pharma A/S, Delta Park 45, 2665 Vallensbaek Strand, Δανία **8. ΑΡΙΘΜΟΣ(ΟΙ) ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** EU/1/11/734/001 14 δισκία, EU/1/11/734/002 28 δισκία, EU/1/11/734/012 30 δισκία, EU/1/11/734/003 56 δισκία, EU/1/11/734/013 90 δισκία, EU/1/11/734/004 98 δισκία, EU/1/11/734/005 14 δισκία, EU/1/11/734/006 28 δισκία, EU/1/11/734/014 30 δισκία, EU/1/11/734/007 56 δισκία, EU/1/11/734/015 90 δισκία, EU/1/11/734/008 98 δισκία, EU/1/11/734/016 14 δισκία, EU/1/11/734/009 28 δισκία, EU/1/11/734/017 30 δισκία, EU/1/11/734/010 56 δισκία, EU/1/11/734/018 90 δισκία, EU/1/11/734/011 98 δισκία, EU/1/11/734/019 14 δισκία, EU/1/11/734/020 28 δισκία, EU/1/11/734/021 56 δισκία, EU/1/11/734/022 98 δισκία, EU/1/11/734/023 14 δισκία, EU/1/11/734/024 28 δισκία, EU/1/11/734/025 56 δισκία, EU/1/11/734/026 98 δισκία, EU/1/11/734/027 14 δισκία, EU/1/11/734/028 28 δισκία, EU/1/11/734/029, 56 δισκία, EU/1/11/734/030 98 δισκία **10. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ:** 24-02-2022. Λεπτομερείς πληροφορίες για το παρόν φαρμακευτικό προϊόν είναι διαθέσιμες στον δικτυακό τόπο του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων: <http://www.ema.europa.eu>.

Πριν τη συνταγογράφηση του προϊόντος παρακαλώ συμβουλευθείτε την πλήρη Περιλήψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος που διατίθεται από τον ΚΑΚ

Τρόπος διάθεσης: Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή

EDARBI 40 mg BT x 28 TABS 16,07€, EDARBI 80 mg BT x 28 TABS 25,41€



BIANEX Α.Ε.
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

BIANEX Α.Ε. - Έδρα : οδός Τατσίου, 18^ο χλμ. Ε.Ο. Αθηνών – Λαμίας,
146 71 Ν. Ερυθραία Αττικής Ταχ. Θυρίδα 52894, 146 10 Ν. Ερυθραία,
Τηλ. : 210 8009111 • Fax: 210 8071573 • E-mail: mailbox@vianex.gr
WEBSITE: www.vianex.gr • ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Ακαδημίου 113,
562 24 Εύσσομος Θεσσαλονίκης, Τηλ.: 2310 861683

ΑΡ. Γ.Ε.ΜΗ. 000274201000



Takeda Pharma A/S
Dybendal Alle 10, 2630 Taastrup
Δανία

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

VE-22145-EDA-9/2022

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Ημερομηνίες Διεξαγωγής

Πέμπτη 10 - Σάββατο 12 Νοεμβρίου 2022

Οργάνωση Συνεδρίου - Γραμματεία - Πληροφορίες

CONGRESSWORLD

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

Τηλ. +30 210 7210001, Fax. +30 210 7210051

e-mail: info@congressworld.gr, website: www.congressworld.gr

Τελετή Έναρξης

Πέμπτη 10 Νοεμβρίου 2022 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 **18 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 / 2022	Από 16 / 09 / 2022 & On Site
Ειδικοί Μέλη Ε.Ε.Υ.	€150	€200
Ειδικοί Μη Μέλη Ε.Ε.Υ.	€170	€200

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Κατηγορία Εγγραφής	Έως 15 / 09 / 2022	Από 16 / 09 / 2022 & 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
DIVANI CARAVEL	Μονόκλινη	150,00 €
CROWNE PLAZA	Μονόκλινη	150,00 €
GOLDEN AGE	Μονόκλινη	145,00 €

Η διαμονή για κάθε Σύνοδρο 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
DIVANI CARAVEL	4,00 € / διανυκτέρευση / δωμάτιο
CROWNE PLAZA	4,00 € / διανυκτέρευση / δωμάτιο
GOLDEN AGE	3,00 € / 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 το Διεθνές Αεροδρόμιο «Ελ. Βενιζέλος». Για διαθεσιμότητα πτήσεων και αιτήματα αεροπορικών κρατήσεων, μπορείτε να επικοινωνήσετε απευθείας με την Γραμματεία του Συνεδρίου.

Επικοινωνία



CONGRESS WORLD MON. IKE

Οργάνωση Συνεδρίων

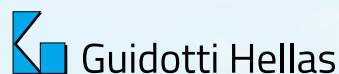
Μιχαλακοπούλου 27, 115 28 Αθήνα

Τηλ.: 210 72 10001, 210 72 10052, Fax: 210 72 10051

info@congressworld.gr

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ο Πρόεδρος και τα μέλη της Οργανωτικής Επιτροπής του 22ου Πανελληνίου Συνεδρίου Υπέρτασης ευχαριστούν θερμά τις παρακάτω εταιρείες για την οικονομική υποστήριξη του Συνεδρίου:





22^o

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ
DIVANI CARAVEL

ΑΘΗΝΑ
10-12/11
2022

www.ypertasi2022.gr

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ
ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ01 ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΣΚΛΗΡΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΕΔΑ ΟΥΡΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΟ-ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

Βάγια Ράϊκου¹, Σ. Γαβριήλ², Ι. Βλασερός³

¹Νεφρολογικό Τμήμα, ²Τμήμα Βαριατρικής Χειρουργικής, ³Καρδιολογικό Τμήμα, DOCTORS' HOSPITAL, ΑΘΗΝΑ

Εισαγωγή-Σκοπός: Η αγγειακή σκληρία ίσως να είναι ένας από τους μηχανισμούς μέσω του οποίου η υπερωρική αιμία αυξάνει τον κίνδυνο της καρδιαγγειακής νόσου. Μελετήσαμε τη σχέση μεταξύ αρτηριακής σκληρίας καθορισμένη με την εκτιμώμενη ταχύτητα σφυγμικού κύματος (estimated pulse wave velocity, ePWV) και επίπεδα ουρικού οξέος σε ασθενείς με προ-τελικού σταδίου χρόνια νεφρική νόσο (XNN).

Υλικό και Μέθοδος: Συμπεριελήφθησαν στη μελέτη 110 ασθενείς μέσης ηλικίας 69.02 ± 14.3 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 cut off τιμή του ουρικού οξέος σε σχέση με την αυξημένη τιμή ePWV. Οι ασθενείς με αυξημένο ουρικό οξύ ήταν μεγαλύτεροι σε ηλικία και είχαν σημαντικά αυξημένη την συστολική αρτηριακή πίεση, την πίεση παλμού και παραθορμόνη, αλλά σημαντικά χαμηλότερη τιμή του eGFR. Η σχέση του ουρικού οξέος με την αυξημένη ePWV βρέθηκε στατιστικά σημαντική ($x^2=6.7$, $p=0.008$), ενώ η σχέση με την αλβουμινουρία βρέθηκε να είναι μη-σημαντική. Πολυπαραγοντικό μοντέλο έδειξε ότι η ηλικία, η υπέρταση και το μειωμένο eGFR είναι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για αυξημένη ePWV προσαρμόζοντας ως προς συγχυτικούς παράγοντες περιλαμβάνοντας τα επίπεδα του ουρικού οξέος.

Συμπέρασμα: Η έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας βρέθηκε να είναι ο κυρίαρχος παράγοντας κινδύνου για αυξημένη αγγειακή σκληρία σε ασθενείς με προ-τελικού σταδίου XNN και όχι τα αυξημένα επίπεδα του ουρικού οξέος, το οποίο, ωστόσο, βρέθηκε να συσχετίζεται με χαρακτηριστικά καρδιαγγειακής νόσου, οστική νόσο και μεταβολικές διαταραχές.

ΠΑ02 ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΝΕΩΝ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ: ΜΕΛΕΤΗ ΚΟΟΡΤΗΣ

Μ. Σαγρή¹, Π. Θεοφίλης¹, Βασιλική Μυστακίδη^{1,2}, Ε. Οικονόμου^{1,2}, Α. Αντωνόπουλος¹, Κ. Τσιούφης¹, Δ. Τούσουλης¹

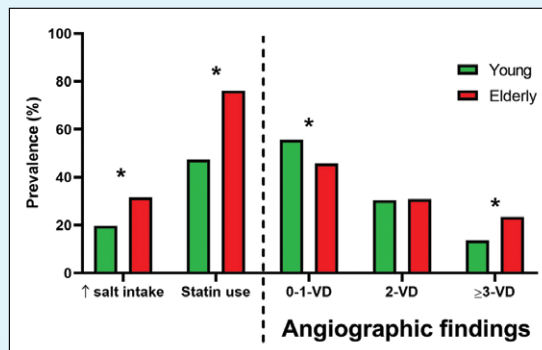
¹1ο Καρδιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, 11527 Αθήνα, Ελλάδα, ²3ο Καρδιολογικό Τμήμα, Περιφερειακό Νοσοκομείο Παθήσεων Θώρακος «Σωτηρία», Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα

Εισαγωγή: Παρόλο που η στεφανιαία νόσος προσβάλλει κυρίως άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, η συχνότητα εμφράγματος του μυοκαρδίου (ΕΜ) σε νεότερους ενήλικες (<55 ετών) έχει αυξηθεί την τελευταία δεκαετία. Οι νέοι και οι μεγαλύτεροι ασθενείς με ΕΜ εμφανίζουν διαφορές στα παθοφυσιολογικά χαρακτηριστικά, τη μορφολογία αθηρωματικής πλάκας και το προφίλ παραγόντων κινδύνου.

Μέθοδοι: Μελετήσαμε συνολικά 977 ασθενείς (≤ 55 ετών: 322, > 55 ετών: 655) που νοσηλεύτηκαν στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Αθηνών για ΕΜ τα τελευταία 5 χρόνια. Καταγράφηκαν τα βασικά χαρακτηριστικά και οι καθημερινές συνήθειες των ασθενών. Ανιχνεύθηκαν αγγειογραφικά στοιχεία και αγγειακές βλάβες και πραγματοποιήθηκαν περαιτέρω εξετάσεις, συμπεριλαμβανομένης της ταχύτητας κύματος παλμού (PWV).

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία στη νεότερη ομάδα ήταν 47.5 ± 7.1 και 67.6 ± 7.8 στους ηλικιωμένους. Ο επιπολασμός της υψηλής ημερήσιας πρόσληψης αλατιού (19.8% έναντι 31.7%, p < 0.04) καθώς και της υπέρτασης (47.4% έναντι 76.2%, p < 0,01) ήταν σημαντικά χαμηλότεροι στους νέους σε σύγκριση με τους ηλικιωμένους με ΕΜ. Ένα χαμηλότερο ποσοστό συνταγογράφησης στατινών πριν από το συμβάν (14.8% έναντι 23.8%, p < 0.05) και μειωμένες μέσες μετρήσεις PWV παρατηρήθηκαν στη νεότερη ηλικιακή ομάδα σε σύγκριση με τους ηλικιωμένους ομολόγους τους [7.3 m/s (IQR: 6.5-8.4 m/s) έναντι 9 m/s (IQR: 8-10.8 m/s), p < 0.01]. Τέλος, τα αγγειογραφικά χαρακτηριστικά έδειξαν ότι οι νεότεροι ασθενείς είχαν περισσότερες πιθανότητες να πάσχουν από μη αποφρακτική ή νόσο ενός αγγείου (55.6% έναντι 45.8%, p < 0.02), ενώ οι ηλικιωμένοι έπασχαν συχνότερα από νόσο τριών ή περισσότερων αγγείων (23.5% έναντι 13.6% σε ο νεαρός, p < 0.02). Δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στις δύο ομάδες όσον αφορά τη νόσο δύο αγγείων.

Συμπέρασμα: Η καλύτερη γνώση των παραγόντων κινδύνου καθώς και των ανατομικών και παθοφυσιολογικών διεργασιών σε νεαρούς ενήλικες θα συμβάλει στη βελτίωση των επιλογών πρόληψης και θεραπείας του ΕΜ σε αυτόν τον πληθυσμό. Οι νεότεροι ασθενείς με ΕΜ είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν μη αποφρακτική ή μονοαγγειακή νόσο και χαμηλότερο PWV ενώ είναι σπάνιοι υποψήφιοι για θεραπεία με στατίνες πριν από το συμβάν.



Εικόνα 1.

ΠΑ03 ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗΣ ΟΞΥΓΟΝΩΣΗΣ ΜΕΣΩ NEAR-INFRARED SPECTROSCOPY ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΗΠΙΑΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

Δανάη Φαίτατζίδου¹, Κωνσταντίνα Δίπλα², Α. Ζαφειρίδης², Μαριέτα Θεοδωρακοπούλου¹, Α. Κούτλας², Κατερίνα Γακίδου¹, Ελένη Γκούρα¹, Χ. Δημητριάδης¹, Ι. Τσουχνικάς¹, Π. Γιαμαλής¹, Αικατερίνη Παπαγιάννη¹, Π. Σαραφίδης¹

¹Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη, ²Εργαστήριο Φυσιολογίας και Βιοχημείας της Άσκησης, Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού Σερρών Α.Π.Θ., Σέρρες

Εισαγωγή-Σκοπός: Ο επιπολασμός των γνωστικών διαταραχών στους ασθενείς με τελικού-σταδίου-ΧΝΝ(ΤΣ-ΧΝΝ) είναι ιδιαίτερα υψηλός. Η επαρκής οξυγόνωση του εγκεφάλου παίζει σημαντικό ρόλο στην διατήρηση των γνωστικών λειτουργιών. Σκοπός της μελέτης είναι να εξεταστεί αλλαγές στην οξυγόνωση του εγκεφάλου κατά τη διάρκεια μιας νοητικής και μιας ήπιας σωματικής δοκιμασίας σε ασθενείς υπό-αιμοκάθαρση(ΑΚ) και περιτοναϊκή-κάθαρση(ΠΚ).

Υλικό και Μέθοδος: Στην μελέτη συμπεριλήφθηκαν συνολικά 63 ασθενείς με ΤΣ-ΧΝΝ(n=29 ασθενείς υπό-ΑΚ και n=34 υπό-ΠΚ). Όλοι οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε μια νοητική(ακολουθία αφαιρέσεων) και μια σωματική δοκιμασία(3-λεπτη διαλειμματική άσκηση χειρολαβής στο 35% της μέγιστης-εκούσιας-συστολής). Οι μεταβολές στην εγκεφαλική οξυγόνωση[οξυγονωμένη(O₂Hb), αποξυγονωμένη(HHb) και ολική(tHb) αιμοσφαιρίνη] καταγράφηκαν συνεχώς κατά τη διάρκεια των δοκιμασιών μέσω near-infrared-spectroscopy(NIRS, Artinis).

Αποτελέσματα: Η ηλικία, το φύλο και η διάρκεια εξωνεφρικής κάθαρσης δεν διέφεραν μεταξύ των ομάδων. Η μέση μεταβολή της εγκεφαλικής οξυγόνωσης κατά την νοητική δοκιμασία(O₂Hb-μεταβολή-από-ηρεμία: 1,51±1,68 έναντι 1,60±1,82μmol/l, σε ΑΚ και ΠΚ, αντίστοιχα, p=0,841), καθώς και η διάρκεια που απαιτήθηκε για την ολοκλήρωση αυτής(191,53±124,27 έναντι 200,19±118,84 s, p=0,781) ήταν παρόμοιες μεταξύ των ομάδων. Επιπλέον, η μέση μεταβολή της εγκεφαλικής οξυγόνωσης κατά την άσκηση χειρολαβής δεν διέφερε μεταξύ των ομάδων(O₂Hb-μεταβολή-από-ηρεμία: 1,20±1,03 έναντι 1,49±0,95μmol, p=0,262). Στο σύνολο του πληθυσμού, η μέση μεταβολή της εγκεφαλικής οξυγόνωσης κατά τη διάρκεια της άσκησης χειρολαβής συσχετίστηκε αντιστρόφως με την διάρκεια εξωνεφρικής κάθαρσης(p<0,05).

Συμπεράσματα: Η μέθοδος υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας δεν φαίνεται να επηρεάζει την εγκεφαλική οξυγόνωση, καθώς οι ασθενείς υπό ΑΚ και ΠΚ εμφανίζουν παρόμοιες αποκρίσεις κατά τη διάρκεια μιας νοητικής και μιας σωματικής δοκιμασίας. Η διάρκεια εξωνεφρικής κάθαρσης μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την εγκεφαλική οξυγόνωση σε ασθενείς με ΧΝΝ-ΤΣ.

ΠΑ04 ΕΠΟΧΙΑΚΗ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ, ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΜΕ 24ΩΡΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ

Β. Ντουσόπουλος¹, Α. Κόλλιας¹, Κ. Κυριακούλης¹, Αριάδνη Μέντη¹, Α. Δεστούνης¹, Παναγιώτα Σταθοπούλου¹, Αγγελική Ντινέρη¹, Αικατερίνη Θεοδοσιάδη¹, Αικατερίνη Μυρσιλίδη¹, Γ. Στεργίου¹

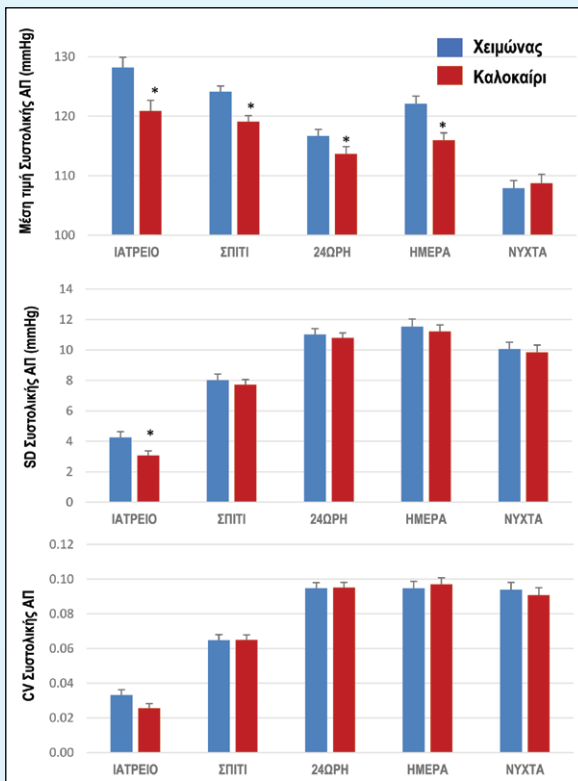
¹Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Γ' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Η Σωτηρία», Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Διερεύνηση της εποχιακής διακύμανσης των δεικτών μεταβλητότητας της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) σε μετρήσεις στο ιατρείο, στο σπίτι και στην 24ωρη καταγραφή (σταθμισμένη τιμή 24ώρου, ημερήσια, νυχτερινή) σε υπερτασικά άτομα.

Πληθυσμός-Μέθοδος: Άτομα υπό σταθερή αντιυπερτασική αγωγή υποβλήθηκαν σε μετρήσεις ΑΠ στο ιατρείο, στο σπίτι και 24ωρη καταγραφή τον χειμώνα και το καλοκαίρι του ίδιου έτους. Η μεταβλητότητα εκτιμήθηκε με τυπική απόκλιση (SD) και συντελεστή διακύμανσης (CV).

Αποτελέσματα: Αναλύθηκαν 56 συμμετέχοντες (μέση ηλικία 65,4±7,9 έτη, 36 [64%] άντρες). Η ΑΠ στο ιατρείο, στο σπίτι και η ημερήσια ΑΠ στην 24ωρη καταγραφή ήταν χαμηλότερες κατά τη διάρκεια του καλοκαιριού σε σχέση με τον χειμώνα ($p < 0,01$), ενώ η νυχτερινή ΑΠ της 24ωρης καταγραφής δεν διέφερε. Η SD της συστολικής ΑΠ στο ιατρείο ήταν μεγαλύτερη το χειμώνα σε σχέση με το καλοκαίρι ($p < 0,05$), ενώ ο ίδιος δείκτης για τις υπόλοιπες μετρήσεις δεν διέφερε στις δύο εποχές. Ο δείκτης CV για όλες τις μετρήσεις δεν παρουσίαζε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο εποχών (Γράφημα).

Συμπεράσματα: Τα προκαταρκτικά αυτά αποτελέσματα δείχνουν ότι σε άτομα με υπέρταση οι δείκτες μεταβλητότητας της ΑΠ δεν διαφέρουν μεταξύ χειμώνα και καλοκαιριού αν γίνει διόρθωση για τη μεταβολή των επιπέδων της ΑΠ.



Γράφημα. Μέση τιμή, τυπική απόκλιση (SD) και συντελεστής διακύμανσης (CV) για συστολική αρτηριακή πίεση (ΑΠ) ανάλογα με την εποχή και την μέθοδο μέτρησης ΑΠ.

* $p < 0,05$ έναντι χειμώνα.

ΠΑ05 ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΥΠΕΡΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΥΠΕΡΤΑΣΗ, ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΤΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ 12 ΜΗΝΩΝ

Χ. Φραγκούλης¹, Κ. Δημητριάδης¹, Δ. Πολύζος¹, Α. Μαυρουδής¹, Α. Κασιακόγιας¹, Π.Α. Τσιούφης¹, Ι. Λεοντσίνης¹, Ε. Μαντζουράνης¹, Ειρήνη Σιάφη¹, Ελένη Μαντά¹, Μαρία Καριώρη¹, Θ. Καλός¹, Α. Σακαλίδης¹, Ι. Νταλακούρας¹, Ι. Ανδρικού¹, Π. Νιχογιαννόπουλος¹, Δ. Κωνσταντινίδης¹, Κ.Θωμόπουλος², Κ. Τσιούφης¹

¹Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική κλινική, Ιατρική σχολή, ΕΚΠΑ, Ιπποκράτειο ΓΝΑ, Αθήνα, Ελλάδα, ²Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο Έλενα Βενιζέλου, Αθήνα, Ελλάδα

Εισαγωγή-Σκοπός: Επί του παρόντος, υπάρχουν ελάχιστα δεδομένα για την πρόγνωση ασθενών που παρουσιάζουν Υπερεπείγουσα Υπέρταση (ΥΥ) σε σύγκριση με ασθενείς με Επείγουσα Υπέρταση (ΕΥ) και υπερτασικών ασθενών (ΥΑ) με ή χωρίς επεισόδια ΕΥ. Σκοπός της μελέτης μας ήταν να αξιολογήσουμε και να συγκρίνουμε την καρδιαγγειακή πρόγνωση ασθενών με ΥΥ, ΕΥ και ΥΑ κατά τη διάρκεια 12μηνης παρακολούθησης μετά την εκτίμηση τους στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) σε Ελληνικό τριτοβάθμιο νοσοκομείο.

Υλικό και Μέθοδος: Από τον συνολικό πληθυσμό 38.589 ασθενών που παρουσιάστηκαν στο ΤΕΠ, 97 ασθενείς εμφάνισαν ΥΥ και 256 ΕΥ. Εν συνεχεία παραπέμφθηκαν στο αντίστοιχο Κέντρο Αριστείας για την Υπέρταση για προκαθορισμένες επισκέψεις. Οι ασθενείς με ΕΥ που ολοκλήρωσαν την παρακολούθηση 1 έτους αντιστοιχίστηκαν, αναδρομικά, ανά ηλικία, φύλο και ιστορικό υπέρτασης με ΥΑ που παρακολουθούνται στην Μονάδα Υπέρτασης την ίδια περίοδο. Καταγράφησαν καταληκτικά σημεία και για τις τρεις ομάδες ασθενών.

Αποτελέσματα: Κατά την περίοδο της μελέτης, 81 ασθενείς αποκλείστηκαν επειδή δεν ολοκλήρωσαν την παρακολούθηση. Καταχωρήθηκαν συνολικά 90 νοσηλείες και 14 θάνατοι. Οι ασθενείς με ΥΥ κατέγραψαν μεγαλύτερη καρδιαγγειακή νοσηρότητα, σε σύγκριση με την ομάδα της ΕΥ (29 έναντι 9, $p=0.001$) και αυξημένη καρδιαγγειακή θνησιμότητα (8 έναντι 1, $p=0.017$). Όταν συγκρίναμε ασθενείς με ΕΥ με τους αντίστοιχους ΥΑ, ο επιπολασμός του σύνθετου καταληκτικού σημείου αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο-έμφραγμα του μυοκαρδίου ήταν υψηλότερος στην ομάδα ΕΥ (5 έναντι 4, $p<0.001$). Η στατιστική ανάλυση για την επιβίωση από συμβάντα προσαρμόστηκε ως προς την ηλικία, το φύλο, την στεφανιαία και την χρόνια νεφρική νόσο, τον σακχαρώδη διαβήτη και το κάπνισμα.

Συμπεράσματα: Σε αυτή την μελέτη καταγραφής, η παρακολούθηση 1 έτους τόνισε την χειρότερη καρδιαγγειακή πρόγνωση των ασθενών με ΥΥ σε σύγκριση με ΕΥ. Επιπλέον, επισημάνθηκε η υψηλότερη τάση για δυσμενή καρδιαγγειακή έκβαση της ομάδας με ΕΥ συγκριτικά με ΥΑ. Τα ανωτέρω υπογραμμίζουν την ανάγκη για βελτιωμένη φροντίδα των ασθενών με ΥΥ και με ΕΥ.

ΠΑ06 ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΜΥΪΚΗΣ ΟΞΥΓΟΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Μαριέτα Θεοδωρακοπούλου¹, Α. Ζαφειρίδης², Κωνσταντίνα Δίπλα², Δανάη Φαϊτατζίδου¹, Α. Κούτλας², Μαρία-Ελένη Αλεξάνδρου¹, Μ. Δούμας³, Αικατερίνη Παπαγιάννη¹, Π. Σαραφίδης¹

¹Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη, ²Εργαστήριο Φυσιολογίας και Βιοχημείας της Άσκησης, Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού Σερρών Α.Π.Θ., Σέρρες, ³Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή-Σκοπός: Προηγούμενες μελέτες σε ασθενείς με χρόνια-νεφρική-νόσο (ΧΝΝ) έδειξαν ότι η μικρο- και μακρο-αγγειακή δυσλειτουργία επιδεινώνεται προοδευτικά με την εξέλιξη της ΧΝΝ. Η παρούσα μελέτη είναι η πρώτη που αξιολογεί την μικροαγγειακή αντιδραστικότητα (υπεραιμική απόκριση) και οξυγόνωση των σκελετικών μυών σε συνθήκες ηρεμίας και άσκησης σε ασθενείς με προ-τελικού σταδίου ΧΝΝ συγκριτικά με μάρτυρες, καθώς και μεταξύ των διαφορών σταδίων ΧΝΝ.

Υλικό και Μέθοδος: Ενενήντα συμμετέχοντες (18 ασθενείς ανά στάδιο ΧΝΝ 2, 3α, 3β, 4 και 18 μάρτυρες) υποβλήθηκαν σε συνεχείς μετρήσεις μυϊκής οξυγόνωσης [tissue saturation index (TSI%)] κατά τη διάρκεια ηρεμίας, ισχαιμης περιόδου-επαναιμάτωσης και τρίλεπτης δοκιμασίας χειρολαβής (35% μέγιστης εκούσιας σύσπασης) μέσω Near-Infrared-Spectroscopy. Παράλληλα, μετρήθηκαν η καρωτιδο-μηνιαία ταχύτητα σφυγμικού κύματος (PWV) και το πάχος του έσω-μέσου χιτώνα της καρωτίδας (cIMT).

Αποτελέσματα: Η μυϊκή οξυγόνωση σε ηρεμία δε διέφερε μεταξύ των ομάδων (μάρτυρες: 64.3±2.9 στάδιο-2: 63.8±4.2 στάδιο-3α: 64.1±4.1 στάδιο-3β: 62.3±3.3 στάδιο-4: 62.7±4.3%, p=0.644). Κατά την απόφραξη αιματικής ροής, καμία σημαντική διαφορά δεν εντοπίστηκε στο ρυθμό και το εύρος μείωσης του TSI_{occl}. Ωστόσο, κατά την επαναιμάτωση, τα μέγιστα επίπεδα TSI_{max} και η υπεραιμική απόκριση μειώθηκαν σημαντικά κατά την εξέλιξη της ΧΝΝ (μάρτυρες: 11.2±3.7 στάδιο-2: 8.3±4.6 στάδιο-3α: 7.8±5.5 στάδιο-3β: 7.3±4.4 στάδιο-4: 7.2±3.3; p=0.043). Η μέση μυϊκή οξυγόνωση κατά την διάρκεια της άσκησης χειρολαβής (TSI_{average-decline}) ήταν οριακά χαμηλότερη στους ασθενείς με ΧΝΝ συγκριτικά με τους μάρτυρες, αλλά δεν εντοπίστηκαν διαφορές ανάμεσα στα διαφορετικά στάδια ΧΝΝ. Στο μονοπαραγοντικό και πολυπαραγοντικό μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης, παρότι η PWV και το cIMT δεν εμφάνισαν συσχέτιση με την υπεραιμική απόκριση κατά την επαναιμάτωση, τα υψηλότερα επίπεδα BMI και χαμηλότερα επίπεδα eGFR συσχετίστηκαν με πτωχή υπεραιμική απόκριση.

Συμπεράσματα: Παρότι δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στη μυϊκή οξυγόνωση σε ηρεμία και κατά την ισχαιμική περίοδο, η μικροαγγειακή υπεραιμική απόκριση των σκελετικών μυών κατά την επαναιμάτωση είναι σημαντικά επηρεασμένη στη ΧΝΝ και επιδεινώνεται παράλληλα με την εξέλιξη αυτής. Αυτή η μειωμένη ικανότητα της μικροκυκλοφορίας να ανταποκριθεί σε ερεθίσματα μπορεί να αποτελεί καίρια συνιστώσα του δυσμενούς αγγειακού προφίλ των ασθενών με ΧΝΝ.

ΠΑ07 CHANGES IN CARDIORESPIRATORY FITNESS STATUS REFLECT CHANGES IN CHRONIC HEART FAILURE INCIDENCE

A. Pittaras^{1,2}, C. Faselis¹, C. Grassos¹, M. Doumas¹, M. Papavasiliou¹, A. Manolis¹, P. Kokkinos¹
¹VAMC & George Washington University USA, ²Mediton Athens, Greece

Purpose: Cardiorespiratory fitness (CRF) is associated inverse and independently with the incidence of chronic heart failure (CHF). However, this association is based on one CRF assessment and assume that changes in CRF are commensurate with changes in HF risk. Additionally, the potential health outcomes associated with CRF changes among individuals with relatively low CRF may be different than the impact of similar CRF changes on individuals with relatively high CRF.

Methods: The cohort consisted of 86,006 US Veterans (81,113 men; age 61.3±7.6) and 4,893 women; age 57.0±6.9 years). All completed at least two symptom-limited exercise treadmill test (ETT) evaluations at least one year apart (mean 5.8±3.7 years), between 1999-2020 using the Bruce Protocol. We stratified the cohort in quartiles (Q1=Low-fit to Q4=High-fit) based on age-and gender-specific peak METs achieved at the initial ETT. We then formed three CRF groups within each fitness quartile based on peak MET change from the initial to final ETT. The referent group was composed of individuals with peak METs that did not deviate by more than ±0.1 with serial ETTs (n=21,441), those with >0.1 MET increase (n=25,423) and those with a MET decrease >0.1 (n=39,142). Cox multivariable regression models were used to estimate hazard ratios (HRs) and 95% confidence intervals (CIs) for CHF risk across CRF categories. The models were adjusted for age, race, cardiovascular disease, chronic kidney disease, hypertension, diabetes, smoking, cardiac and hypoglycemic medications.

Results: During the follow-up (median=12.6 years, 1,068,253 person-years of observation), 4,574 developed CHF (13.6 events/1,000 person-years of observation). Changes in CHF risk relative to changes in CRF are presented (Table).

CRF Categories based on MET change				
CRF Categories	Q1 (n=22,073)	Q2 (n=24,115)	Q3 (n=23,647)	Q4 (n=16,171)
Referent	1.0	1.0	1.0	1.0
Increase	0.89 (0.79-0.99)	0.85 (0.73-0.99)	0.95 (0.76-1.18)	0.52 (0.33-0.82)
Decrease	1.24 (1.09-1.40)	1.47 (1.29-1.67)	1.40 (1.19-1.65)	1.35 (1.04-1.76)

Conclusions: Changes in CRF reflected changes in CHF incidence regardless of baseline CRF, affirming the inverse and independent impact of fitness on CHF risk.

ΠΑ08 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΣΤΑΘΕΙΑΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ: ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΒΑΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΜΕ 1.053 ΑΤΟΜΑ

Αικατερίνη Θεοδοσιάδη¹, Α. Κόλλιας¹, Αγγελική Ντινέρη¹, Κ. Κυριακούλης¹, Τ. Niiranen^{2,3,4}, Annikka Lindroos^{2,3}, A. Jula², Claire Schwartz⁵, 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: Να διερευνηθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν την μεταβλητότητα και αστάθεια της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) στο ιατρείο.

Υλικό και Μέθοδος: Μελετήθηκαν ενήλικες με τριπλή μέτρηση της ΑΠ στο ιατρείο (μια επίσκεψη) και 24ωρη καταγραφή ΑΠ στο πλαίσιο συγχρονικών μελετών σε τρία ερευνητικά κέντρα (Αθήνα, Οξφόρδη, Φινλανδία). Ως δείκτες μεταβλητότητας/αστάθειας ΑΠ εξετάστηκαν η τυπική απόκλιση (SD), ο συντελεστής μεταβλητότητας (CV), η μέση πραγματική μεταβλητότητα (ARV), η μέγιστη τιμή ΑΠ (Max), η διαφορά μέγιστης-ελάχιστης τιμής (MMD), η σχετική διαφορά 1^{ης}-3^{ης} μέτρησης προς τον μέσο όρο ΑΠ ιατρείου. Ως αντίδραση λευκής μπλούζας ορίστηκε η διαφορά μεταξύ ΑΠ ιατρείου και 24ωρης ΑΠ (τιμή ημέρας).

Αποτελέσματα: Αναλύθηκαν 1.053 συμμετέχοντες (ηλικία 57,7±11,3 έτη, 50% άνδρες, 50,3% υπό αντιυπερτασική αγωγή). Η ΑΠ ιατρείου ήταν 133,5±18,7/83,5±10,9 mmHg και 24ωρη ΑΠ 128,5±13,6/77,5±9,3 mmHg. Οι δείκτες μεταβλητότητας/αστάθειας της ΑΠ σχετίζονταν με το επίπεδο ΑΠ ιατρείου, την ηλικία, το BMI και την αντίδραση λευκής μπλούζας (εύρος r= 0,07-0,24, p<0,05). Σε πολυπαραγοντικά μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης η ηλικία, το φύλο, η ΑΠ ιατρείου, η λήψη αντιυπερτασικής αγωγής και η αντίδραση λευκής μπλούζας (≥10/8 mmHg συστολική/διαστολική, 75^η εκατοστιαία θέση) ήταν ανεξάρτητοι καθοριστικοί παράγοντες των δεικτών μεταβλητότητας/αστάθειας της ΑΠ (Πίνακας).

Συμπεράσματα: Σε ενήλικα άτομα η μεταβλητότητα/αστάθεια της ΑΠ στο ιατρείο φαίνεται να επηρεάζεται από ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά, το επίπεδο ΑΠ, την λήψη αντιυπερτασικής αγωγής και την αντίδραση λευκής μπλούζας.

Πίνακας. Καθοριστικοί παράγοντες των δεικτών μεταβλητότητας/αστάθειας της ΑΠ στο ιατρείο.

Εξαρτημένες μεταβλητές	Συστολική ΑΠ		Διαστολική ΑΠ	
	R2	Ανεξάρτητες μεταβλητές	R2	Ανεξάρτητες μεταβλητές
SD	0,06	Ηλικία*, Αντιυπερτασική αγωγή*, συστολική ΑΠ ιατρείου**	0,05	Φύλο*, BMI*, διαστολική ΑΠ ιατρείου**, Αντίδραση λευκής μπλούζας*
CV	0,02	Φύλο*, Αντιυπερτασική αγωγή**	0,02	Φύλο*, BMI*
MMD	0,06	Ηλικία*, Αντιυπερτασική αγωγή*, συστολική ΑΠ ιατρείου**	0,05	Φύλο*, BMI*, διαστολική ΑΠ ιατρείου**, Αντίδραση λευκής μπλούζας*
ARV	0,04	Φύλο*, Αντιυπερτασική αγωγή*, συστολική ΑΠ ιατρείου**	0,04	Φύλο**, BMI*, διαστολική ΑΠ ιατρείου**, Φυλή*
Σχετική διαφορά 1ης-3ης μέτρησης	0,01	Αντιυπερτασική αγωγή**	0,01	Ηλικία*

*p<0,05;** p<0,01

ΠΑ09 ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΟΥΡΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΣΤΟ ΑΙΜΑ ΦΑΙΝΕΤΑΙ ΝΑ ΠΡΟΒΛΕΠΟΥΝ ΤΗΝ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΕΙΣΑΓΟΝΤΑΙ ΛΟΓΩ ΟΞΕΟΣ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ

Αλεξάνδρα Τσανκόφ, Ε. Βαλανίκας, Ερωφίλη Παπαθανασίου, Γ. Πολυχρονόπουλος, Α. Παπαδόπουλος, Μ. Τζαβέλας, Σ. Σάτσογλου, Σταυρούλα Βενέτη, Ελευθερία Ζτρίβα, Χαρίκλεια Χατζηκοσμά, Χ. Σαββόπουλος, Κ. Τζιόμαλος

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή-Σκοπός: Υπάρχουν αντικρουόμενα δεδομένα αναφορικά με τη σχέση των επιπέδων του ουρικού οξέος στο αίμα και της έκβασης του οξέος ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ). Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση αυτής της σχέσης.

Ασθενείς και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν προοπτικά 1107 διαδοχικοί ασθενείς που εισήχθησαν με οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ (42,1% άνδρες, ηλικία 79,8±7,2 έτη). Η έκβαση του ΑΕΕ εκτιμήθηκε με την παρουσία λειτουργικής εξάρτησης κατά την έξοδο από το νοσοκομείο (τροποποιημένη κλίμακα Rankin 2-5) και με την ενδονοσοκομειακή θνητότητα. Η βαρύτητα του ΑΕΕ εκτιμήθηκε στην εισαγωγή με τη National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS). Τα επίπεδα του ουρικού οξέος μετρήθηκαν στο αίμα σε κατάσταση νηστείας τη δεύτερη μέρα μετά την εισαγωγή.

Αποτελέσματα: Τα επίπεδα ουρικού οξέος δε σχετίστηκαν με την κλίμακα Rankin ($r = 0,003$, $p = NS$) και δε διέφεραν μεταξύ ασθενών με λειτουργική εξάρτηση κατά την έξοδο και ασθενών που ήταν λειτουργικά ανεξάρτητοι (5,7±1,9 και 5,8±1,7 mg/dl αντίστοιχα, $p = NS$). Ανεξάρτητοι προγνωστικοί δείκτες λειτουργικής εξάρτησης ήταν η ηλικία, το ιστορικό ισχαιμικού ΑΕΕ, το οικογενειακό ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου και η NIHSS κατά την εισαγωγή. Τα επίπεδα ουρικού οξέος ήταν υψηλότερα στους ασθενείς που απεβίωσαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σε σύγκριση με τους ασθενείς που έλαβαν εξιτήριο (6,2±2,0 και 5,7±1,9 mg/dl αντίστοιχα, $p < 0,05$). Ανεξάρτητοι προγνωστικοί δείκτες ενδονοσοκομειακής θνητότητας ήταν η παρουσία κολπικής μαρμαρυγής και η διαστολική αρτηριακή πίεση και η NIHSS κατά την εισαγωγή.

Συμπερασμα: Τα αυξημένα επίπεδα ουρικού οξέος στο αίμα ενδεχομένως σχετίζονται με υψηλότερη ενδονοσοκομειακή θνητότητα σε ασθενείς με οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ.

ΠΑ10 ΕΠΙΠΕΔΑ ΔΕΙΚΤΗ ΑΝΤΙΣΤΑΣΗΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΚΑΙ ΑΘΗΡΩΜΑΤΩΣΗ ΚΑΡΩΤΙΔΩΝ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Αλεξάνδρα Καραμάνου¹, Μαρία Β. Παπαβασιλείου², Γ. Μουστάκας¹, Δ. Αραβαντινός³, Στ. Πατσιανής³

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

Εισαγωγή: Είναι γνωστή η σημασία του δείκτη αντίστασης ινσουλίνης –τριγλυκεριδίων –γλυκόζης (TyG) τόσο στην επίπτωση όσο και στη βαρύτητα στεφανιαίας νόσου.

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 1210 υπερτασικοί ασθενείς, θεραπευόμενοι ή πρωτοδιαγνωσθέντες χωρίς φαρμακευτική αγωγή, γυναίκες (51,8%), μέσης ηλικίας 57,8±13,6 ετών –μέσης ΣΑΠ/ΔΑΠι: 147,7 ±20,3/91,6±13,1 mmHg, μέσης ΚΣι=75,3±11,1 bpm, μέσου δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) 28,3±4,9 kg/m², μέσου W/H 0,89±0,08 των οποίων μετρήθηκαν τα επίπεδα τριγλυκεριδίων και γλυκόζης αίματος νηστείας και υπολογίστηκε ο δείκτης TyG. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε υπερηχογραφική –Doppler μελέτη καρωτίδων, όπου μετρήθηκαν αφενός μεν το πάχος του έσω μέσω χιτώνα αυτών (IMT), αφετέρου ανιχνεύτηκε η ύπαρξη αθηρωματικής πλάκας. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες σύμφωνα με την τιμή του IMT και την ύπαρξη ή όχι αθηρωματικής πλάκας. Ομάδα Α:IMT≥0.9mm ή/και ύπαρξη αθηρωματικής πλάκας και ομάδα Β:IMT<0.9mm. Με τη μέθοδο ANOVA καταγράφηκαν οι τιμές TyG αίματος στις δύο ομάδες. Επίσης συσχετίστηκε ο δείκτης TyG με το IMT κατά Pearson.

Αποτελέσματα:

Πίνακας 1.

Διαφορές επιπέδων TyG αίματος μεταξύ της ομάδας Α και ομάδας Β. κατά ANOVA	
	TyG (mg/dL)
Ομάδα Α (N=865)	14,5±10,6
Ομάδα Β (N=345)	12,8±8,6
p	<0,011

TyG =δείκτης τριγλυκεριδίων -γλυκόζης

Πίνακας 2. Συσχέτιση κατά Pearson του δείκτηTyG με το IMT

	TyG(mg/dL)
IMT (mm)	r=0.153
	p=0.003

TyG =δείκτης τριγλυκεριδίων -γλυκόζης
IMT=Πάχος έσω-μέσου χιτώνα καρωτίδων

Συμπέρασμα: Σε υπερτασικούς ασθενείς θεραπευόμενους ή μη, η ύπαρξη αθηρωμάτωσης των καρωτίδων συνοδεύεται από σημαντικά υψηλότερα επίπεδα TyG αίματος, τα οποία συσχετίζονται θετικά και σημαντικά με το πάχος έσω-μέσω χιτώνα των καρωτίδων, υπογραμμίζοντας τη σημασία μεταβολικών παραγόντων στη διαμόρφωση της υποκλινικής αθηρογόνου κατάστασης υπερτασικών ασθενών.

ΠΑ11 ΔΕΙΚΤΕΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΧΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΣΚΛΗΡΙΑΣ: ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΣΥΜΦΩΝΙΑ

Κ. Κυριακούλης¹, Α. Κόλλιας¹, Β. Ντουσόπουλος¹, Αικατερίνη Θεοδοσιάδη¹, Αριάδνη Μέντη¹, Παναγιώτα Σταθοπούλου¹, Αγγελική Ντινέρη¹, Γ. Στεργίου¹

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

Εισαγωγή-Σκοπός: Η ανεύρεση αυξημένης αρτηριακής σκληρίας στον υπερτασικό ασθενή αποτελεί δείκτη ασυμπτωματικής βλάβης που τον κατηγοριοποιεί σε υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου. Σκοπός αυτής της εργασίας ήταν η διερεύνηση παραγόντων που επηρεάζουν τους δείκτες συστηματικής (σφυροβραχιόνια ταχύτητα σφυγμικού κύματος, baPWV) και περιοχικής (καρωτιδική διατασιμότητα, DC) αρτηριακής σκληρίας και της σχέσης μεταξύ τους.

Πληθυσμός-Μέθοδος: Ενήλικες που παραπέμφθηκαν για αυξημένη αρτηριακή πίεση (ΑΠ) υποβλήθηκαν σε (α) 3 μετρήσεις ΑΠ στο ιατρείο με πιστοποιημένο ηλεκτρονικό πιεσόμετρο, (β) αξιολόγηση αρτηριακής σκληρίας με προσδιορισμό baPWV με αυτόματη ταλαντωσιμετρική συσκευή (Microlife WatchBP Office Vascular) και (γ) υπερηχογραφικό προσδιορισμό δείκτη DC και πάχους μέσου-έσω χιτώνα (IMT) καρωτίδων.

Αποτελέσματα: Αναλύθηκαν 136 συμμετέχοντες (ηλικία 59,9±11,7 έτη, 70,8% άνδρες, δείκτης μάζας σώματος 27,9±3,9 kg/m², 83,2% με αρτηριακή υπέρταση, 11,7% με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, 16,1% καπνιστές). Διαπιστώθηκε συσχέτιση μεταξύ DC και baPWV (r=-0,424, p<0,01). Ο δείκτης DC συσχετιζόταν αντίστροφα με την ηλικία (r=-0,433, p<0,01), τη συστολική ΑΠ (r=-0,486, p<0,01), και το IMT (r=-0,3, p<0,01) ενώ η baPWV συσχετιζόταν με την ηλικία (r=0,604, p<0,01), τη συστολική ΑΠ (r=0,318, p<0,01) και το IMT (r=0,273, p<0,01). Σε πολυπαραγοντικά μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης (ανεξάρτητες μεταβλητές: συστολική ΑΠ ιατρείου, φύλο, δείκτης μάζας σώματος, ηλικία, ΣΔ2) διαπιστώθηκε ότι μόνο η συστολική ΑΠ ιατρείου και η ηλικία καθόριζαν την διακύμανση των δεικτών DC (β=-0,277/-0,315 αντίστοιχα) και baPWV (β=0,043/0,111). Υπήρχε μέτρια συμφωνία μεταξύ των δυο τεχνικών στην ανεύρεση των ατόμων στο 1ο τεταρτημόριο κατανομής DC και στο 4ο τεταρτημόριο baPWV (συμφωνία 44%, Καρρα 0,216 p<0,05).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα προκαταρκτικά αυτά αποτελέσματα δείχνουν ότι παρά την συσχέτιση και την ομοιότητα στους καθοριστικούς παράγοντες των DC και baPWV, υπάρχει μέτρια συμφωνία μεταξύ τους στην αναγνώριση ατόμων με αυξημένη αρτηριακή σκληρία.

ΠΑ12 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΙΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΝΔΟΔΙΑΛΥΤΙΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΜΕ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΒΑΜΑΤΑ ΚΑΙ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ: ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΟΟΡΤΗΣ

Μαριέτα Θεοδωρακοπούλου¹, Φωτεινή Ιατρίδη¹, Μαρία-Ελένη Αλεξάνδρου¹, Α. Καρπέτας², Α. Μπίκος³, Β. Ράπτης⁴, Ι. Τσουχνικάς¹, Π. Γιαμαλής¹, Αικατερίνη 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: Η ενδοδιαλυτική υπέρταση σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακής θνησιμότητας. Εάν ο υψηλός καρδιαγγειακός κίνδυνος των ασθενών αυτών εξαρτάται από την ενδοδιαλυτική αύξηση της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) αυτής καθαυτής ή/και από την υψηλή 44ωρη ΑΠ παραμένει άγνωστο. Αυτή είναι η πρώτη μελέτη που αξιολογεί την προγνωστική αξία της ενδοδιαλυτικής υπέρτασης για τα καρδιαγγειακά συμβάντα και την ολική θνησιμότητα πριν και μετά την προσαρμογή για την περιπατητική ΑΠ και άλλους παράγοντες κινδύνου.

Υλικό και Μέθοδος: 242 αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς υποβλήθηκαν σε 48ωρη περιπατητική καταγραφή ΑΠ και παρακολούθηθηκαν για 49.1±25.6 μήνες. Ως ενδοδιαλυτική υπέρταση ορίστηκε: αύξηση ΣΑΠ≥10mmHg από την προ- στην μετά-αιμοκάθαρσης τιμή και μετά-αιμοκάθαρσης ΣΑΠ≥150mmHg. Ως κύριο καταληκτικό σημείο χρησιμοποιήθηκε η ολική θνησιμότητα, ενώ ως δευτερεύον ένας συνδυασμός καρδιαγγειακής θνησιμότητας, μη θανατηφόρου εμφράγματος μυοκαρδίου, μη θανατηφόρου αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, αναζωογόνησης μετά από καρδιακή ανακοπή, νοσηλείας για καρδιακή ανεπάρκεια και στεφανιαίας/περιφερικής επαναγγείωσης

Αποτελέσματα: Η ελευθερία(cumulative-freedom) από το κύριο και το δευτερεύον καταληκτικό σημείο ήταν σημαντικά χαμηλότερη για τους ασθενείς με ενδοδιαλυτική υπέρταση(logrank-p=0.048/0.022 αντίστοιχα). Ο σχετικός κίνδυνος για το κύριο(HR=1.566, 95%CI[1.001, 2.450]) καθώς και για το δευτερεύον καταληκτικό σημείο(HR=1.675, 95%CI[1.071, 2.620]) ήταν υψηλότερος για τους ασθενείς με ενδοδιαλυτική υπέρταση. Οι παραπάνω σχέσεις εξασθένησαν μετά από προσαρμογή για την 44ωρη ΣΑΠ(HR=1.529, 95%CI[0.952, 2.457] και HR=1.388, 95%CI[0.866, 2.225], αντίστοιχα για κύριο/δευτερεύον καταληκτικό σημείο). Μετά από προσαρμογή για επιπλέον παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου οι αντίστοιχες τιμές των HRs ήταν 1.409 (95%CI[0.851, 2.332]) και 1.435 (95%CI[0.879, 2.343]).

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με ενδοδιαλυτική υπέρταση παρουσιάζουν υψηλότερο κίνδυνο για θάνατο και καρδιαγγειακά συμβάντα. Τα υψηλά επίπεδα ΑΠ κατά τη διάρκεια του 44ωρου μεσοδιαλυτικού διαστήματος, και όχι μόνο η ενδοδιαλυτική αύξηση της ΑΠ αυτή καθαυτή, πιθανόν συμμετέχουν στον υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο αυτών των ασθενών.

ΠΑ13 Η ΝΕΦΡΙΚΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΚΑΙ Η ΔΩΡΕΑ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ΔΕΝ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ.

Ε. Ξαγάς¹, Π. Σαραφίδης², Φωτεινή Ιατρίδη², Μαριέτα Θεοδωρακοπούλου², Εύα Πέλλα², Μαρία Κορογιάννου¹, Α. Αργύρης³, Α. Πρωτογέρου³, Ι.Ν. Μπολέτης¹, Σμαράγδη. Μαρινάκη¹

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

Εισαγωγή-Σκοπός: Η μεταβλητότητα της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) αποτελεί ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα κινδύνου σε ασθενείς με Χρόνια Νεφρική Νόσο. Η μεταμόσχευση νεφρού βελτιώνει τα επίπεδα ΑΠ στους λήπτες, ενώ δεν προκαλεί σημαντικές μεταβολές στους δότες. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αξιολόγηση των επιδράσεων της νεφρικής μεταμόσχευσης στην βραχυπρόθεσμη μεταβλητότητα της ΑΠ σε λήπτες νεφρικού μοσχεύματος και στους αντίστοιχους δότες.

Υλικό και Μέθοδος: 40 λήπτες νεφρικού μοσχεύματος και οι αντίστοιχοι δότες αξιολογήθηκαν με τη χρήση 24ωρης καταγραφής ΑΠ (Mobil-O-Graph-NG) 1 μήνα πριν, 3 και 12 μήνες μετά την μεταμόσχευση/δωρεά. Υπολογίστηκαν, για την συστολική και διαστολική πίεση, η τυπική απόκλιση (Standard-deviation, SD), η σταθμισμένη τυπική απόκλιση (weighted-SD, wSD), ο συντελεστής μεταβλητότητας (coefficient-of-variation, CV), η πραγματική μέση μεταβλητότητα (average-real-variability, ARV) και μεταβλητότητα ανεξάρτητη μέσης τιμής ΑΠ (variability-independent of mean, VIM).

Αποτελέσματα: Στους λήπτες νεφρικού μοσχεύματος, όλοι οι δείκτες μεταβλητότητας της συστολικής και διαστολικής ΑΠ δεν μεταβλήθηκαν σημαντικά από την αρχική εκτίμηση στους 3 και 12 μήνες μετά την μεταμόσχευση. (SBP-wSD: 12.8±3.0 vs 13.2±3.4 mmHg, p=0.608; SBP-ARV: 10.3±2.4 vs 10.8±2.6 mmHg, p=0.463 και SBP-wSD 12.8±3.0 vs 12.1±2.8; p=0.424 και SBP-ARV: 10.3±2.4 vs 10.2±2.5; p=0.615 αντιστοίχως). Αντίστοιχα, δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα ημερήσια και νυκτερινά διαστήματα. Στους δότες νεφρικού μοσχεύματος, όλοι οι δείκτες μεταβλητότητας εμφάνισαν μια τάση αύξησης στους 3 μήνες συγκρινόμενοι με πριν την δωρεά, χωρίς όμως η αύξηση αυτή να καταστεί στατιστικά σημαντική. (SBP-wSD: 12.2±2.8 vs 13.6±4.2 mmHg, p=0.107 and SBP-ARV: 10.1±2.1 vs 11.2±3.1 mmHg, p=0.099).. Στους 12 μήνες οι δείκτες μεταβλητότητας της συστολικής και διαστολικής ΑΠ ήταν σχεδόν ίδιοι με αυτούς της αρχικής εκτίμησης. Όπως και τα αντίστοιχα αποτελέσματα από την σύγκριση ημερήσιων και νυκτερινών διαστημάτων.

Συμπεράσματα: Η βραχυπρόθεσμη μεταβλητότητα δεν διαφέρει σημαντικά 3 και 12 μήνες μετά την νεφρική μεταμόσχευση/ δωρεά ούτε στους λήπτες, ούτε και στους δότες νεφρικού μοσχεύματος. Χρειάζονται μακροχρόνιες μελέτες που να εξετάζουν τις επιδράσεις της μεταβλητότητας στην καρδιαγγειακή και νεφρική έκβαση σε αυτούς τους ειδικούς πληθυσμούς.

ΠΑ14 ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ, ΠΡΟΦΙΛ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Π. Θεοφίλης¹, Ν. Νάκας², Θωμάς Λάμπρου², Καλλιόπη Τουχαντζίδου², Αικατερίνη Βορδώνη¹, Αικατερίνη Καμπουρέλλη¹, Ν. Βόλης¹, Έλενα Ξανθοπούλου¹, Ιωάννα Μακρυνιώτου¹, Α. Κωτσάκης², Ρ. Καλαϊτζίδης¹

¹ Νεφρολογικό Κέντρο «Γ. Παπαδάκης», Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας-Πειραιά «Αγ. Παντελεήμων», ² Β' Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας-Πειραιά «Αγ. Παντελεήμων»

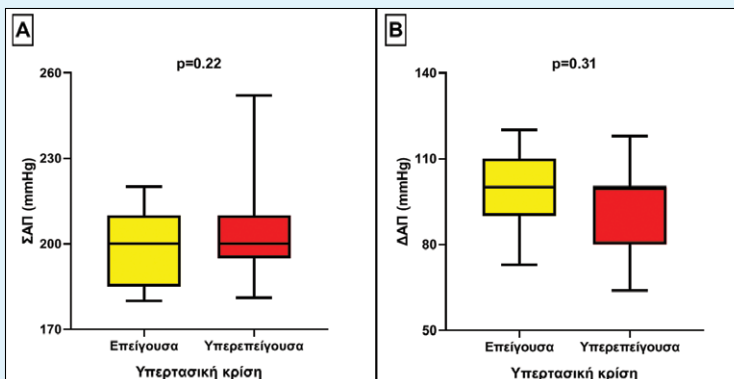
Εισαγωγή: Οι υπερτασικές κρίσεις (ΥΚ) αποτελούν συχνό αίτιο εμφάνισης στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ). Ο σκοπός της παρούσας μελέτης παρατήρησης είναι να διερευνήσει την επιδημιολογία και την αντιμετώπιση των υπερτασικών κρίσεων στο ΤΕΠ.

Υλικό και Μέθοδος: Συμπεριελήφθησαν άτομα με διάγνωση ΥΚ (ΑΠ \geq 180/120mmHg) σε διάστημα 12 μηνών. Συλλέχθηκαν τα δημογραφικά στοιχεία, το ιστορικό και η αγωγή των ασθενών. Έγιναν πολλαπλές μετρήσεις της ΑΠ κατά την παραμονή των ασθενών στο ΤΕΠ και υπολογίστηκε η ποσοστιαία μεταβολή επί της αρχικής. Σημειώθηκαν τα συμπτώματα, πιθανά εκλυτικά αίτια και η εφαρμοσθείσα φαρμακευτική αγωγή.

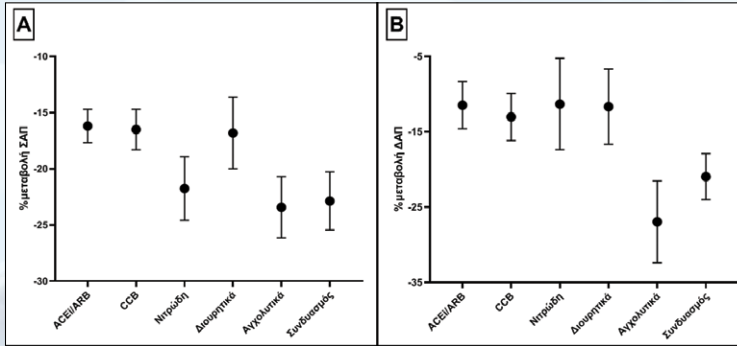
Αποτελέσματα: Εκ των 3960 ατόμων που επισκέφθηκαν το Καρδιολογικό ΤΕΠ, διαπιστώθηκαν 66 περιστατικά ΥΚ (επιπολασμός: 1.6%, διάμεση ηλικία: 63 έτη, άνδρες: 45.5%). Η πλειοψηφία είχε ιστορικό υπέρτασης (71.2%). Συχνά συνυπήρχε ιστορικό καπνίσματος (56.1%) και δυσλιπιδαιμίας (37.9%). Τα συχνότερα συμπτώματα ήταν δύσπνοια (22.7%), θωρακικό άλγος (18.2%) και κεφαλαλγία (15.2%). Πολλαπλά συμπτώματα ανέφερε το 16.7% των ασθενών. Οι συνηθέστεροι εκλυτικοί παράγοντες ήταν το στρες (25.8%), η υπερκατανάλωση άλατος (18.2%), ο πόνος (15.2%) και η παράλειψη δόσεων των αντιυπερτασικών φαρμάκων (7.6%). Υπερεπείγουσα ΥΚ διαγνώστηκε σε 11 ασθενείς (16.7%), ενώ χρειάστηκαν νοσηλεία και 5 άτομα με επείγουσα ΥΚ (9.4%)

Η μέση τιμή ΑΠ κατά την προσέλευση ήταν 200/100mmHg, χωρίς να υπάρχει συσχέτιση με την προηγούμενη αντιυπερτασική αγωγή (ΣΑΠ: $p=0.64$, ΔΑΠ: $p=0.61$). Η ύπαρξη υπερεπείγουσας ΥΚ δεν συσχετίστηκε με υψηλότερα επίπεδα ΣΑΠ και ΔΑΠ (**Εικόνα 1**). Η ΣΑΠ και ΔΑΠ μειώθηκε κατά 40mmHg (μέση ποσοστιαία μεταβολή: -20%) και 20mmHg (μέση ποσοστιαία μεταβολή: -17%), αντίστοιχα. Μεγαλύτερες μεταβολές παρατηρήθηκαν με τη χρήση αγγολυτικών ή συνδυασμού φαρμάκων (**Εικόνα 2**).

Συμπεράσματα: Οι ΥΚ εμφανίζονται συχνότερα σε άτομα με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, καπνίσματος και δυσλιπιδαιμίας, με ποικίλη συμπτωματολογία και εκλυτικά αίτια. Η ΑΠ προσέλευσης δεν συσχετίζεται με βλάβη οργάνου-στόχου. Μεγαλύτερες μεταβολές στην ΑΠ παρατηρούνται με αγγολυτικά και συνδυασμό φαρμάκων.



Εικόνα 1.



Εικόνα 2.

ΠΑ15 ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝΤΑ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΑ, ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΑ ΚΑΙ ΕΡΥΘΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΑ ΜΙΚΡΟΣΩΜΑΤΙΔΙΑ ΩΣ ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ

Παναγιώτα Ανυφαντή¹, Ελένη Γαβριηλάκη¹, Α. Λαζαρίδης¹, Βαρβάρα Νικολαΐδου¹, Π. Δόλγυρας¹, Ευθαλία Γιαννάκη², Κ. Μαστρογιάννης¹, Ι. Βασιλειάδης³, Μαρία Ελένη Αλεξάνδρου⁴, Αναστασία Μαργούτα¹, Ι. Ζαρίφης³, Αρετή Τριανταφύλλου¹, Π. Σαραφίδης⁴, Μ. Δούμας⁵, Ευγενία Γκαλιαγκούση¹

¹Γ' Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ Παπαγεωργίου, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, ²Αιματολογική Κλινική, Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεαγένειο, Θεσσαλονίκη, ³Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΘ Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη, ⁴Νεφρολογική Κλινική, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, ⁵Β' Προπαιδευτική Κλινική, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η ανίχνευση και ο ρόλος των κυκλοφορούντων μικροσωματιδίων, που προκύπτουν από τα θραύσματα της μεμβράνης διαφορετικών κυτταρικών τύπων, αποτελεί αντικείμενο διερεύνησης με αυξανόμενο ενδιαφέρον στον τομέα των καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν η ανίχνευση και η ποσοτικοποίηση των ενδοθηλιακών, αιμοπεταλιακών και ερυθροκυτταρικών μικροσωματιδίων σε μία μεγάλη σειρά ασθενών αυξημένου καρδιαγγειακού κινδύνου, και η σύγκριση αυτών με τα αντίστοιχα επίπεδα ασθενών με εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο αλλά και υγιών εθελοντών. Επιπρόσθετα, αναζητήθηκαν πιθανές συσχετίσεις με την κεντρική αρτηριακή πίεση (ΑΠ) ως καλά τεκμηριωμένου προγνωστικού δείκτη καρδιαγγειακού κινδύνου.

Υλικό και Μέθοδος: Τα επίπεδα ενδοθηλιακών, αιμοπεταλιακών και ερυθροκυτταρικών μικροσωματιδίων μετρήθηκαν με στανταρισμένο πρωτόκολλο κυτταρομετρίας ροής σε ασθενείς υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου, οι οποίοι συγκρίθηκαν με υγιείς εθελοντές αλλά και με ασθενείς με στεφανιαία νόσο. Η κεντρική ΑΠ μετρήθηκε με τη μέθοδο της τονομετρίας επιπέδωσης ή με τη χρήση της συσκευής Mobil-O-graph.

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν συνολικά 369 άτομα, εκ των οποίων οι 228 ήταν ασθενείς αυξημένου καρδιαγγειακού κινδύνου (47 με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, 16 με χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου, 92 με χρόνια αυτοάνοσα φλεγμονώδη νοσήματα και 73 με ιδιοπαθή υπέρταση), οι 53 με στεφανιαία νόσο και οι 87 υγιείς εθελοντές. Ασθενείς υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα ενδοθηλιακών και αιμοπεταλιακών μικροσωματιδίων σε σύγκριση με τους υγιείς, και χαμηλότερα επίπεδα ενδοθηλιακών, αιμοπεταλιακών και ερυθροκυτταρικών μικροσωματιδίων σε σύγκριση με τους ασθενείς με στεφανιαία νόσο. Η κεντρική συστολική ΑΠ συσχετίστηκε ανεξάρτητα από άλλες μεταβλητές με τα ενδοθηλιακά και αιμοπεταλιακά μικροσωματιδία.

Συμπεράσματα: Σε μια μεγάλη σειρά ασθενών αυξημένου καρδιαγγειακού κινδύνου, ασθενών με εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο και υγιών εθελοντών, η μέτρηση των επιπέδων ενδοθηλιακών, αιμοπεταλιακών και ερυθροκυτταρικών μικροσωματιδίων φαίνεται να αποτελεί έναν αξιόπιστο δείκτη ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας και θρομβοφλεγμονής. Επιπλέον τα επίπεδα τους συμβαδίζουν με την βαρύτητα του καρδιαγγειακού κινδύνου. Η συσχέτιση με την κεντρική ΑΠ αναδεικνύει περαιτέρω τον πιθανό προγνωστικό τους ρόλο για μελλοντικές καρδιαγγειακές εκβάσεις.

ΠΑ16 SEQUENTIAL CARDIORESPIRATORY FITNESS ASSESSMENTS AND LONG-TERM MORTALITY IN A COHORT OF 93,060 MALE AND FEMALE US VETERANS

A. Pittaras^{1,2}, C. Faselis¹, C. Grassos¹, M. Doumas¹, M. Papavasiliou¹, A. Manolis¹, P. Kokkinos¹
¹VAMC & George Washington University USA, ²Mediton Athens, Greece

Background: The association between cardiorespiratory fitness (CRF) and mortality risk is based mostly on one CRF assessment. The impact of CRF change on mortality risk is not well-defined.

Objectives: Evaluate changes in CRF and all-cause mortality.

Methods: We assessed 93,060 male and female US Veterans ages 30-95 years (mean 61.3±9.8 years). All completed two symptom-limited exercise treadmill tests (ETT), at least one year apart (mean 5.8±3.7 years) with no evidence of overt heart disease. Participants were assigned to age-and-sex-specific fitness quartiles (Q1-Q4) based on peak metabolic equivalents (METs) achieved on the baseline ETT. Additionally, CRF quartiles were stratified based on CRF changes (Increase, Decrease, No-change) observed on the final ETT. Multivariable Cox models were used to estimate HRs and 95% CIs for mortality across the CRF categories.

Results: During a median follow-up of 12.9 years (IQR 9.6-16.4 years), 18,302 died with an average yearly mortality rate of 15.3 events/1,000 person-years. Progressively lower mortality risk was observed with CRF increase ≥1.0 MET, culminating to approximately 40% lower risk for those with >3.0 MET increase. Declines in CRF were associated with progressively higher risk, culminating to 2-fold increase in those with a decline >3.0 METs (HR=2.02; 95% CI, 1.82-2.24).

Conclusions: Changes in CRF reflected inverse, and proportional changes in mortality risk regardless of initial CRF status. Similar declines in CRF were more detrimental to those with relatively poor versus good CRF status at baseline. These findings provide a guide for CRF changes necessary to modify mortality risk.

	Referent	Increase ≤2.0 METs	Increase >2.0-3.0 METs	Increase >3.0 METs	Decrease ≤2.0 METs	Decrease >2.0-3.0 METs	Decrease >3.0 METs
Entire Cohort	1.0	0.93 (0.89-0.97)	0.87 (0.81-0.94)	0.76 (0.70-0.82)	1.04 (1.00-1.09)	1.15 (1.08-1.21)	1.20 (1.14-1.26)
Q1 (n=25,147)	1.0	0.91 (0.86-0.97)	0.81 (0.74-0.89)	0.60 (0.54-0.65)	1.17 (1.10-1.25)	1.56 (1.39-1.75)	1.67 (1.45-1.91)
METs (SD)	5.4 (1.5)	6.7 (1.4)	7.9 (1.5)	10.0 (1.9)	4.8 (1.3)	3.8 (1.1)	2.9 (0.8)
Q2 (n=26,106)	1.0	0.88 (0.80-0.95)	0.69 (0.59-0.80)	0.60 (0.51-0.71)	1.29 (1.20-1.38)	1.62 (1.47-1.77)	2.02 (1.82-2.24)
METs (SD)	7.8 (1.4)	9.3 (1.3)	10.4 (1.2)	12.0 (2.0)	6.9 (1.3)	5.7 (1.3)	4.1 (1.4)
Q3 (n=24,994)	1.0	0.80 (0.71-0.89)	0.63 (0.49-0.83)	0.56 (0.39-0.81)	1.09 (1.00-1.19)	1.28 (1.15-1.43)	1.77 (1.61-1.94)
METs (SD)	9.8 (1.1)	10.9 (1.2)	12.5 (1.2)	14.1 (1.7)	8.5 (1.3)	7.3 (1.1)	5.9 (1.5)
Q4 (n=16,813)	1.0	0.95 (0.79-1.14)	0.59 (0.39-0.89)	0.56 (0.34-0.93)	1.00 (0.87- 1.15)	1.06 (0.90-1.25)	1.41 (1.23-1.62)
METs (SD)	12.2 (1.6)	13.5 (1.4)	14.4 (1.6)	15.7 (1.8)	11.0 (1.5)	10.1 (1.6)	8.0 (2.3)

ΠΑ17 ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΣΤΑΘΕΙΑΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ, ΕΦΗΒΟΥΣ ΚΑΙ ΝΕΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ

Αικατερίνη Θεοδοσιάδη¹, Αγγελική Ντινέρη¹, Α. Κόλλιας¹, Κ. Κυριακούλης¹, Αριάδνη Μέντη¹, Β. Ντουσόπουλος¹, Παναγιώτα Σταθοπούλου¹, Μαρία-Ελενα Ζενιώδη¹, Εμελίνα Σταμπολλίου¹, Ανδριανή Βαζαίου², Γ. Στεργίου¹

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

Σκοπός: Να διερευνηθούν παράγοντες που σχετίζονται με την μεταβλητότητα και αστάθεια της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) στο ιατρείο σε νέα άτομα.

Υλικό και Μέθοδος: Υγιή άτομα ηλικίας 6-25 ετών που παραπέμφθηκαν για αυξημένη ΑΠ υποβλήθηκαν σε τριπλή μέτρηση ΑΠ στο ιατρείο (1η επίσκεψη) και 24ωρη καταγραφή ΑΠ. Ως δείκτες μεταβλητότητας και αστάθειας της ΑΠ ιατρείου στην πρώτη επίσκεψη εξετάστηκαν: η τυπική απόκλιση (SD), ο συντελεστής μεταβλητότητας (CV), η μέση πραγματική μεταβλητότητα (ARV), η μέγιστη τιμή (Max), η διαφορά μέγιστης-ελάχιστης τιμής (MMD) και η διαφορά 1ης-3ης μέτρησης προς τον μέσο όρο ΑΠ (σχετική μεταβολή). Ως αντίδραση λευκής μπλούζας ορίστηκε η διαφορά μεταξύ ΑΠ ιατρείου και της 24ωρης καταγραφής (τιμή ημέρας).

Αποτελέσματα: Αναλύθηκαν δεδομένα από 320 άτομα (13,6±3,6 ετών, 68% άρρενα, BMI z-score 1,12±0,96, ΑΠ ιατρείου 122,5±16,6/72,6±10,7 mmHg, 24ωρη ΑΠ 119,3±11,5/67,8±6,8 mmHg). Το 21,3% των ατόμων παρουσίασε υπέρταση λευκής μπλούζας, το 8,1% συγκαλυμμένη και το 16,6% εμμένουσα υπέρταση. Η ηλικία σχετιζόταν με τους δείκτες SD ($r=0,23$, $p<0,001$), CV ($r=0,11$, $p<0,05$), Max ($r=0,54$, $p<0,001$) και MMD ($r=0,23$, $p<0,001$) της συστολικής ΑΠ και με τους Max ($r=0,29$, $p<0,001$) και ARV ($r=0,12$, $p<0,05$) της διαστολικής. Σε μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης [ανεξάρτητες μεταβλητές: ηλικία, φύλο, BMI z-score, καρδιακή συχνότητα, μέση τιμή ΑΠ ιατρείου, αντίδραση λευκής μπλούζας ($\geq 5/6$ mmHg συστολική/διαστολική, 75^η εκατοστιαία θέση)] η μέση τιμή ΑΠ ιατρείου ήταν ανεξάρτητος καθοριστικός παράγοντας των δεικτών μεταβλητότητας/αστάθειας της συστολικής ΑΠ [SD ($\beta=0,06$, $p<0,001$), ARV ($\beta=0,06$, $p<0,001$), Max ($\beta=1,05$, $p<0,001$), MMD ($\beta=0,09$, $p<0,001$), σχετικής μεταβολής ($\beta=0,001$, $p<0,05$)] και των CV ($\beta=-0,06$, $p<0,001$), Max ($\beta=1$, $p<0,001$) της διαστολικής, ενώ η αντίδραση λευκής μπλούζας των δεικτών μεταβλητότητας της συστολικής ΑΠ [CV ($\beta=0,8$, $p<0,05$), Max ($\beta=1,08$, $p<0,05$), MMD ($\beta=1,6$, $p<0,05$)] και της σχετικής μεταβολής ($\beta=0,03$, $p<0,05$) της διαστολικής ΑΠ.

Συμπεράσματα: Σε υγιή νέα άτομα η μεταβλητότητα/αστάθεια της ΑΠ στην 1^η επίσκεψη στο ιατρείο φάνηκε να επηρεάζεται από τη μέση τιμή ΑΠ ιατρείου και την εκσεσημασμένη αντίδραση λευκής μπλούζας.

ΠΑ18 Ο ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΑΞΟΝΑ ΡΕΝΙΝΗΣ-ΑΓΓΕΙΟΤΕΝΣΙΝΗΣ ΔΕΝ ΒΕΛΤΙΩΝΕΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΤΙΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΕΚΒΑΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ: ΜΕΤΑΑΝΑΛΥΣΗ 5 ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΔΟΚΙΜΩΝ

Π. Γεωργιανός¹, Γ. Τζιάτζιος², Σ. Ρουμелиώτης¹, Β. Βάϊος¹, Ελένη Γεωργιανού¹, Βασιλική Σγουροπούλου¹, Α. Καρλιγκιώτης¹, Σ. Αναστασίου¹, Π. Χράπης¹, Θ. Ελευθεριάδης³, Π. Ζεμπεκάκης¹, Β. Λιακόπουλος¹

¹Τμήμα Νεφρολογίας και Υπέρτασης, Α΄ Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, ²Γαστρεντερολογική Κλινική, Ιατρικό Αθηνών, Αθήνα, ³Νεφρολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

Εισαγωγή-Σκοπός: Οι αποκλειστές του συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης (ΣΡΑ) συστήνονται από τις κατευθυντήριες οδηγίες ως αντιυπερτασικά φάρμακα πρώτης γραμμής στο γενικό πληθυσμό ή στους ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ) σταδίου 3-4. Ωστόσο, το καρδιοπροστατευτικό όφελος από τον αποκλεισμό του ΣΡΑ σε ασθενείς με ΧΝΝ τελικού σταδίου υπό αιμοκάθαρση παραμένει ασαφές.

Υλικό-Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση των ηλεκτρονικών βάσεων MedLine/PubMed και Cochrane έως το Φεβρουάριο του 2022 για την αναζήτηση τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών, οι οποίες συγκρίνανε την αποτελεσματικότητα των αναστολέων του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης ή των αποκλειστών των υποδοχέων της αγγειοτενσίνης έναντι του placebo ή της μη θεραπείας σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Για να περιληφθούν στη μεταανάλυση, οι μελέτες έπρεπε να αξιολογούν ως πρωτεύον καταληκτικό σημείο αποτελεσματικότητας τη θεραπευτική επίδραση αυτών των φαρμάκων στα θανατηφόρα ή μη θανατηφόρα καρδιαγγειακά συμβάματα.

Αποτελέσματα: Στη μεταανάλυση περιλήφθηκαν 5 τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές με 1582 συμμετέχοντες. Σε σύγκριση με το placebo ή τη μη θεραπεία, η χρήση των αποκλειστών του ΣΡΑ δε σχετίστηκε με σημαντική μείωση του κινδύνου καρδιαγγειακών συμβαμάτων [risk ratio (RR): 0,79, 95% confidence interval (CI): 0,57-1,11]. Επιπλέον, οι αποκλειστές του ΣΡΑ δεν παρείχαν όφελος στη μείωση της καρδιαγγειακής θνητότητας (RR: 0,82, 95% CI: 0,59-1,14) και της συνολικής θνητότητας (RR: 0,86, 95% CI: 0,64-1,15). Αυτά τα αποτελέσματα παρέμειναν αμετάβλητα όταν οι μελέτες αναλύθηκαν σε υπο-ομάδες ανάλογα με το μέγεθος του δείγματος, τη διάρκεια παρακολούθησης, τη μεθοδολογική ποιότητα, την εθνικότητα και τη στρατολόγηση ή μη υπερτασικών ασθενών.

Συμπεράσματα: Η παρούσα μεταανάλυση δείχνει ότι στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, η χρήση των αποκλειστών του ΣΡΑ δε σχετίζεται με σημαντική μείωση του κινδύνου καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνητότητας σε σύγκριση με το placebo ή τη μη θεραπεία.

ΠΑ19 Η ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΟΞΥΓΟΝΩΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΙΔΕΙΝΩΝΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Μαριέτα Θεοδωρακοπούλου¹, Κωνσταντίνα Δίπλα², Α. Ζαφειρίδης², Δανάη Φαίτατζίδου¹, Α. Κούπλας², Μαρία-Ελένη Αλεξάνδρου¹, Ελένη Γκούρα¹, Κατερίνα Γακίδου¹, Μ. Δούμας³, Αικατερίνη Παπαγιάννη¹, Π. Σαραφίδης¹

¹Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη, ²Εργαστήριο Φυσιολογίας και Βιοχημείας της Άσκησης, Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού Σερρών Α.Π.Θ., Σέρρες, ³Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή-Σκοπός: Ο επιπολασμός των γνωστικών διαταραχών και της μειωμένης ικανότητας για άσκηση είναι υψηλός στους ασθενείς με χρόνια-νεφρική-νόσο(XNN), εν μέρει λόγω της μειωμένης εγκεφαλικής λειτουργίας. Σκοπός της μελέτης ήταν να εξετάσει την εγκεφαλική οξυγόνωση κατά τη διάρκεια ενός ήπιου σωματικού στρες ως δείκτη ενεργοποίησης του εγκεφάλου σε ασθενείς με XNN διαφορετικών σταδίων και μάρτυρες χωρίς XNN.

Υλικό και Μέθοδος: Ενενήντα συμμετέχοντες (18 ανά στάδιο XNN 2, 3α, 3β, 4 και 18 μάρτυρες) υποβλήθηκαν σε 3-λεπτη διαλειμματική άσκηση χειρολαβής(35% της μέγιστης-εκούσιας-συστολής), κατά την οποία μετρήθηκε η μεταβολή της οξυγονωμένης(O₂Hb), αποξυγονωμένης(HHb) και ολικής αιμοσφαιρίνης(tHb) μέσω Near-Infrared-Spectroscopy στο προμετωπιαίο λοβό του εγκεφάλου. Παράλληλα, αξιολογήθηκαν δείκτες μικροαγγειακής (υπεραιμική απόκριση σκελετικών μυών μετά από ίσχαιμη περιδέση) και μακροαγγειακής λειτουργίας [carotid-intima-media thickness (cIMT), pulse wave velocity (PWV)] και το επίπεδο γνωστικής λειτουργίας(mini-mental-state-examination MMSE score) και φυσικής δραστηριότητας.

Αποτελέσματα: Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές ως προς ηλικία, φύλο και BMI μεταξύ των ομάδων. Τα μέσα επίπεδα MMSE-score μειώθηκαν σημαντικά κατά την εξέλιξη της XNN(μάρτυρες: 97.1±4.0, στάδιο-2: 95.4±3.5, στάδιο-3α: 92.4±6.7, στάδιο-3β: 93.1±6.4, στάδιο-4: 91.9±5.2 %, p=0.019), ενώ παρόμοια τάση εμφάνισαν και τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας και δύναμης χειρολαβής. Η μέση απόκριση της O₂Hb κατά την άσκηση ήταν προοδευτικά χαμηλότερη κατά την εξέλιξη της XNN (O₂Hb: μάρτυρες: 2.50±1.54, στάδιο-2: 1.30±1.05, στάδιο-3α: 1.24±0.93, στάδιο-3β: 1.11±0.89, στάδιο-4: 0.97±0.80μmol/l, p<0.001). Παρομοίως, η μέση απόκριση της tHb κατά την άσκηση ήταν προοδευτικά χαμηλότερη κατά την εξέλιξη της XNN (p=0.003), ενώ καμία διαφορά δεν ανιχνεύτηκε για την HHb. Στο πολυπαραγοντικό μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης, τα χαμηλότερα επίπεδα eGFR ήταν ο μόνος παράγοντας που συσχετίστηκε ανεξάρτητα με πτωχότερη μέση απόκριση της O₂Hb κατά την άσκηση.

Συμπεράσματα: Η ενεργοποίηση του εγκεφάλου κατά τη διάρκεια της άσκησης φαίνεται να μειώνεται προοδευτικά κατά την εξέλιξη της XNN, όπως υποδηλώνεται από τη χαμηλότερη αύξηση της εγκεφαλικής οξυγόνωσης και του ολικού όγκου αίματος. Αυτό μπορεί να συμβάλει τόσο στην εξασθενημένη γνωστική λειτουργία όσο και στη μειωμένη ανοχή στην άσκηση ασθενών με προχωρημένη XNN.

ΠΑ20 ΣΧΕΣΗ ΝΥΧΤΕΡΙΝΗΣ ΠΤΩΣΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΜΕ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΟΡΓΑΝΩΝ-ΣΤΟΧΩΝ ΣΕ ΝΕΑΡΑ ΑΤΟΜΑ

Αγγελική Ντινέρη¹, Α. Κόλλιας¹, Αικατερίνη Θεοδοσιάδη¹, Α. Δεστούνης¹, Αριάδνη Μέντη¹, Μαρία-Ελενα Ζενιώδη¹, Εμελίνα Σταμπολλίου¹, Γ. Σέρβος², Ι. Μωυσάκης³, Ανδριανή Βαζάιου⁴, Γ. Στεργίου¹

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

Εισαγωγή-Σκοπός: Η μείωση της νυκτερινής πτώσης της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) έχει συνδεθεί με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο. Σχετικά ερευνητικά δεδομένα στα παιδιά και τους εφήβους είναι ελάχιστα και οι περισσότερες σχετικές μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί σε άτομα με νοσήματα, όπως ο διαβήτης. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης της νυκτερινής πτώσης ΑΠ με δείκτες ασυμπτωματικής βλάβης οργάνων-στόχων (ΒΟΣ) σε νεαρά άτομα.

Υλικό και Μέθοδος: Υγιή άτομα ηλικίας 6-25 ετών που είχαν παραπεμφθεί για αυξημένη ΑΠ και υγιείς εθελοντές υποβλήθηκαν σε 24ωρη καταγραφή ΑΠ. Η νυκτερινή πτώση της υπολογίστηκε ως ο λόγος της μείωσης της ΑΠ νύχτας προς την ΑΠ ημέρας. Ως non-dippers χαρακτηρίστηκαν άτομα με νυκτερινή πτώση συστολικής ή/και διαστολικής ΑΠ <10% σε σχέση με την ημέρα. Η ΒΟΣ αξιολογήθηκε με υπερηχογραφικό προσδιορισμό του δείκτη μάζας αριστερής κοιλίας (LVMI) και του πάχους έσω-μέσου χιτώνα κοινών καρωτίδων (IMT).

Αποτελέσματα: Αναλύθηκαν 276 άτομα (13,8±3,8 ετών, 67% άρρενα, 31,2% παιδιά, 56,1% έφηβοι, 12,7% ενήλικες, 3,3% υγιείς εθελοντές, BMI z-score 1,18±0,96, 25,7% με υπέρταση στην 24ωρη καταγραφή) εκ των οποίων 257 είχαν μετρήσεις LVMI και 205 IMT. Ο λόγος ΑΠ νύχτας/ημέρας ήταν 0,88±0,05/0,80±0,06 (συστολική/διαστολική) και 30,4% των συμμετεχόντων ήταν non-dippers. Η ΒΟΣ ήταν μεγαλύτερη στους non-dippers συγκριτικά με τους dippers (30,5±8,2 έναντι 28,4±5,9 g/m^{2.7} για LVMI, 0,517±0,054 έναντι 0,500±0,053 mm, p=0,04 για IMT, p<0,05). Σε μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης το non-dipping συσχετίστηκε ανεξάρτητα με το LVMI (β=2,14, p=0,01) και το IMT (β=0,02, p=0,02), μετά από διόρθωση για φύλο, ηλικία, BMI και την 24ωρη συστολική ΑΠ. Ωστόσο, μετά από προσαρμογή για την ΑΠ νύχτας οι συσχετίσεις δεν ήταν πλέον στατιστικά σημαντικές.

Συμπεράσματα: Σε νεαρά άτομα η μείωση της νυκτερινής πτώσης της ΑΠ φάνηκε να σχετίζεται με ΒΟΣ, όχι όμως αν ληφθούν υπόψη τα επίπεδα της νυκτερινής ΑΠ.

ΠΑ21 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΜΑΚΡΟ- ΚΑΙ ΜΙΚΡΟΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΗ

Σταματίνα Λάμπρου¹, Ν. Κολέτσος¹, Ιωάννα Ζωγράφου², Γεσθημανή Μιντζιώρη³, Κ. Μαστρογιάννης¹, Α. Λαζαρίδης¹, Μ. Δούμας², Ευγενία Γκαλιαγκούση¹, Αρετή Τριανταφύλλου¹

¹Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Παπαγεωργίου, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ²Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Ιπποκρατείου, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ³Τμήμα Ενδοκρινολογίας της Αναπαραγωγής, Α' Μαιευτική- Γυναικολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Παπαγεωργίου, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή-Σκοπός: Ο προδιαβήτης αποτελεί βασικό προδιαθεσικό παράγοντα εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη (ΣΔ). Η ανάλυση κοκκιδώδους αντίθεσης με λέιζερ (LAser Speckle Contrast Analysis, LASCA) είναι μία μη επεμβατική μέθοδος για την εκτίμηση της δερματικής μικροαγγειακής λειτουργίας. Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει την ύπαρξη δερματικής μικροαγγειακής δυσλειτουργίας σε ασθενείς με ΣΔ, ενώ δεν υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα σε ασθενείς με προδιαβήτη. Σκοπός της εργασίας ήταν να διερευνηθεί η παρουσία διαταραχών της δερματικής μικροκυκλοφορίας με τη μέθοδο LASCA και η συνύπαρξη της με την αρτηριακή σκληρία σε ασθενείς με προδιαβήτη.

Υλικό και Μέθοδος: Όλοι οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε καταγραφή της αιματικής ροής των αγγείων της επιδερμίδας του αντιβραχίου (πρωτόκολλο ισχαιμίας επαναιμάτωσης) με τη μέθοδο LASCA (PeriCam/PSI/Perimed). Αξιολογήθηκαν: η μικροαγγειακή άρδευση κατά την ηρεμία, η ποσοστιαία μείωση κατά την ισχαιμία, η μέγιστη απόκριση κατά την άρση της απόφραξης και η ποσοστιαία μεταβολή από την ηρεμία στη μέγιστη απόκριση. Επιπλέον, υπολογίστηκε η ταχύτητα σφυγμικού κύματος (pulse wave velocity, PWV) ως δείκτης αρτηριακής σκληρίας.

Αποτελέσματα: Συνολικά συμμετείχαν 14 προδιαβητικοί και 15 άτομα στην ομάδα ελέγχου. Οι ομάδες δεν διέφεραν όσον αφορά την ηλικία, το φύλο, το δείκτη μάζας σώματος και τα επίπεδα αρτηριακής πίεσης (ΑΠ). Στην ηρεμία, η αιματική ροή στη δερματική μικροκυκλοφορία ήταν σημαντικά υψηλότερη στους προδιαβητικούς συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου ($50,9 \pm 11,5$ vs. $39,2 \pm 8,7$ $p=0,006$), ενώ κατά την ισχαιμία η αιματική ροή ήταν παρόμοια μειωμένη και στις δύο ομάδες. Οι ασθενείς με προδιαβήτη εμφάνισαν σημαντικά χαμηλότερη ποσοστιαία μεταβολή από την ηρεμία σε σχέση με την ομάδα ελέγχου ($145,0 \pm 42,8$ έναντι $195,2 \pm 47,3\%$ $p=0,007$) ακόμα και μετά από στάθμιση για τα επίπεδα ΑΠ ($p=0,007$). Επιπλέον, εμφάνισαν σημαντικά μεγαλύτερες τιμές PWV ($7,8 \pm 1,1$ έναντι $6,6 \pm 1,2$).

Συμπεράσματα: Δείξαμε για πρώτη φορά ότι άτομα με προδιαβήτη εκτός από αυξημένη αρτηριακή σκληρία εμφανίζουν και δυσλειτουργία των μικρών αγγείων του δέρματος, ανεξάρτητα από τα επίπεδα ΑΠ, γεγονός που πιθανώς αντανάκλα τη γενικευμένη διαταραχή στην κυκλοφορία.

ΠΑ22 CARDIORESPIRATORY FITNESS AND STROKE INCIDENCE IN HYPERTENSIVE PATIENTS

A. Pittaras^{1,3,4}, M. Doumas^{1,3}, C. Grassos¹, K. Imprialos¹, K. Stavropoulos¹, C. Faselis^{1,3}, P. Kokkinos^{1,2,3}

¹Veterans Affairs Medical Center, Washington, DC, ²Rutgers University, Department of Kinesiology and Health, ³George Washington University Medical Center, Washington, DC, ⁴Mediton Medical Center, Athens Greece

Introduction: Stroke incidence is significantly higher in hypertensive patients compared to normotensive subjects. Cardiorespiratory fitness (CRF) is associated with a more favorable cardiovascular health. The CRF-stroke incidence association in hypertensive patients has not been fully explored.

Hypothesis: We assessed the hypothesis that CRF is inversely and independently associated with stroke incidence in hypertensive patients.

Methods: From 1999 to 2020, we identified 462,418 hypertensive patients (mean age: 63.1±8.7 years) with a normal response to an exercise tolerance test (ETT) and no prior history of stroke. We established five CRF categories based on age-stratified quintiles of peak metabolic equivalents (MET) achieved: Least-Fit (4.5±1.2 METs; n=107,398); Low-Fit (6.9±1.1; n=120,906); Moderate-Fit (8.3±1.2 METs; n=90,144); Fit (10.3±0.9 METs; n=107,714); and High-Fit (13.1±1.6 METs; n=36,256). A multivariable Cox proportional hazards model was used to estimate hazard ratios (HR) and 95% confidence intervals [CI] for incidence of stroke across CRF categories. The model was adjusted for age, resting blood pressure, gender, race, coronary artery disease, smoking status, chronic kidney disease, atrial fibrillation, other cardiac risk factors, and medications. The Least-fit category was used as the reference group.

Results: During follow-up (median=10.7 years; 5,005,211.0 person-years), 11,917 individuals had a stroke (2.4 events per 1,000 person-years). The risk for stroke was 9% lower for each 1-MET increase in exercise capacity (HR=0.91, CI: 0.90-0.92; p<0.001). When considering fitness categories, stroke risk declined progressively with increased CRF and was by 17% for the Least-Fit individuals (HR=0.83; CI: 0.79-0.87), approximately 30% to 40% for Moderate-fit and Fit individuals, and 50% lower (HR= 0.50; CI: 0.45-0.54) for High-Fit individuals

Conclusions: Increased CRF was inversely related to stroke incidence in hypertensive patients. The association was independent and graded.



22^o

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ
DIVANI CARAVEL

ΑΘΗΝΑ
10-12/11
2022

www.ypertasi2022.gr

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ
ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ01 ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ ΣΕ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥΣ, ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΤΥΤΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Α. Σαμέντζας¹, Γ. Παπαγιάννης², Μαρία Πούλου³

¹Ιδιώτης Καρδιολόγος, Αθήνα, ²Καρδιολόγος, Επιμελητής Β', Κ.Υ. Αλεξάνδρας, Αθήνα, ³Καρδιολόγος, Επιμελητής Β', Μ.Ε.Θ Γ.Ν.Αθηνών «Σωτηρία»

Εισαγωγή-Σκοπός: Η παχυσαρκία αυξάνει τον κίνδυνο στυτικής δυσλειτουργίας (Erectile Dysfunction-ED). Η ED μπορεί να θεωρηθεί ως πρώιμη εκδήλωση στεφανιαίας νόσου (Coronary Artery Disease- CAD). Εμείς θα προσπαθήσουμε να προσδιορίσουμε προοπτικά την επίπτωση της CAD σε παχύσαρκους ασθενείς με ED.

Υλικό-Μέθοδος: 200 ασθενείς με ED και με δείκτη μάζας σώματος (Body Mass Index-BMI) μεγαλύτερο από 30 kg/m² αξιολογήθηκαν διεξοδικά με την χρήση ιατρικού ιστορικού και δυναμικής ηχοκαρδιογραφικής μελέτης με δοβουταμίνη (Dobutamine Stress Echocardiography-DSE). Οι ασθενείς οι οποίοι είχαν θετικό DSE παραπέμφθηκαν για στεφανιογραφικό έλεγχο προκειμένου να αποδειχθεί η CAD. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε δυναμική έγχρωμη πείκη υπερηχογραφική μελέτη (αφού προηγήθηκε διέγερση με την χορήγηση προσταγλανδίνης E1). Μειωμένη μέγιστη πείκη συστολική ταχύτητα (Penile Peak Systolic Velocity-PPSV) συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακών συμβαμάτων ανάλογα με το βαθμό και την κατανομή των αθηροσκληρωτικών αλλοιώσεων.

Αποτελέσματα: Ο στεφανιογραφικός έλεγχος που διεξήχθη σε 38 παχύσαρκους ασθενείς με θετικό DSE απέδειξε ότι οι 20 από αυτούς είχαν πολυαγγειακή νόσο, 14 είχαν νόσο ενός αγγείου και 4 ασθενείς είχαν εκτασία των στεφανιαίων αγγείων. Οι ασθενείς με CAD σε σύγκριση με όσους δεν είχαν, παρουσίαζαν σημαντική αύξηση της γλυκόζης νηστείας (P<0.01), υψηλότερα επίπεδα C αντιδρώσας πρωτεΐνης-CRP (3.2 έναντι 1.8 mg/l, P<0.05), χαμηλότερες τιμές υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνης-HDL (37 έναντι 46 mg/dl, P<0.05). Επιπλέον, οι ασθενείς με CAD είχαν μεγαλύτερης διάρκειας ED (36 έναντι 25 μήνες, P<0.05), συγκρίσιμο BMI και συγκέντρωση ολικής τεστοστερόνης (3.8 έναντι 4.0 ng/ml) με εκείνους χωρίς CAD. Σε πολυμεταβλητή υλικοτεχνική αναδρομική ανάλυση τα υψηλά επίπεδα CRP (>1.6 mg/l) και οι χαμηλές τιμές HDL (< 40 mg/dl) παρέμειναν ανεξάρτητοι προγνωστικοί δείκτες για την εμφάνιση CAD.

Συμπεράσματα: Ένα σημαντικό ποσοστό 19% των παχύσαρκων ασθενών με ED έχει αγγειογραφικά τεκμηριωμένη CAD. Σε παχύσαρκους ασθενείς με ED ο προσδιορισμός της αρτηριακής εισροής στα σηραγγώδη σώματα του πέους, της CRP και της HDL μπορεί να βοηθήσει στο να προσδιοριστούν οι ασθενείς με υποκείμενη καρδιαγγειακή νόσο.

ΑΑ02 ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΣΤΥΤΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Α. Σαμέντζας, Γ. Παπαγιάννης, Π. Στουγιάννος, Α. Τρίκας
 Καρδιολογική Κλινική ΓΝΑ "Η ΕΛΠΙΣ"

Εισαγωγή: Ο όρος στυτική δυσλειτουργία (ΣΔ), ο οποίος έχει αντικαταστήσει τον συγκινησιακά φορτισμένο όρο «ανικανότητα», εκφράζει την αδυναμία έναρξης και διατήρησης μιας στύσης ικανής για την επίτευξη σεξουαλικής επαφής.

Η αιτιολογία της πάθησης αυτής είναι πολυπαραγοντική, όμως πιο συχνά ευθύνονται αγγειακές βλάβες που προκαλούνται από δυσλειτουργία του ενδοθηλίου.

Επίσης, είναι γνωστό από μελέτες ότι η άσκηση βελτιώνει την ενδοθηλιακή λειτουργία μέσω αύξησης του οξειδίου του αζώτου (NO).

Σκοπός: Η μελέτη έχει ως στόχο να διερευνήσει αν και κυρίως κατά πόσο βοηθάει η άσκηση (αερόβια άσκηση διάρκειας 30-45 λεπτά/ημέρα για 5 ημέρες/εβδομάδα για 6 μήνες) στην βελτίωση της στυτικής λειτουργίας.

Υλικό-Μέθοδοι: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 250 άρρενες ασθενείς (ηλικίας 50+/-4,6 ετών) με ΣΔ (δεν ελάμβαναν αναστολείς φωσφοδιεστεράσης) και άλλοι 250 άρρενες χωρίς ΣΔ (ομάδα ελέγχου) της ίδιας ηλικίας και με κοινούς παράγοντες κινδύνου.

Η διάγνωση της στυτικής δυσλειτουργίας και ο βαθμός αυτής αξιολογήθηκαν με βάση το διεθνές ερωτηματολόγιο στυτικής λειτουργίας (IIEF). Οι χαμηλότερες τιμές του διεθνούς ερωτηματολογίου υποδηλώνουν σημαντική στυτική δυσλειτουργία.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα της μελέτης, όσο αφορά τη στυτική δυσλειτουργία, πριν και μετά την άσκηση, παρατίθενται συγκεντρωτικά στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας

	ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΔ	ΟΜΑΔΑ ΕΛΕΓΧΟΥ
Προ άσκησης	10,9*	18,4*
Μετά άσκησης	15,7*	20,1*

*MO (μέσος όρος) score IIEF (International Index of Erectile Dysfunction)
 - $p < 0,01$

Συμπεράσματα: Παρατηρήθηκε ξεκάθαρα ότι η άσκηση (αερόβια) βελτίωσε την στυτική λειτουργία τόσο σε ασθενείς χωρίς ΣΔ όσο και σε ασθενείς με ΣΔ. Μάλιστα, στην δεύτερη αυτή κατηγορία ασθενών, η βελτίωση ήταν ιδιαίτερα σημαντική ($p < 0,01$) καταδεικνύοντας με τον καλύτερο τρόπο τις ευεργετικές επιδράσεις της σωστής άσκησης στην στυτική λειτουργία αλλά και στο καρδιαγγειακό σύστημα γενικότερα.

ΑΑ03 ΟΥΡΙΚΟ ΟΞΥ ΚΑΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Α. Σαμέντζας¹, Γ. Παπαγιάννης², Μαρία Πούλου³

¹Ιδιώτης Καρδιολόγος, Αθήνα, ²Καρδιολόγος, Επιμελητής Β΄, Κ.Υ. Αλεξάνδρας, Αθήνα, ³Καρδιολόγος, Επιμελητής Β΄, Μ.Ε.Θ. Γ.Ν. Αθηνών «Σωτηρία»

Εισαγωγή-Σκοπός: Η υπερουριχαιμία (επίπεδα ουρικού οξέος στο αίμα > 7,2 mg/dl) έχει δειχθεί στο παρελθόν σε πολλές μελέτες ότι αποτελεί σημαντικό παράγοντα αθηροσκλήρωσης (αύξηση αρτηριακής σκληρίας-κεντρικών πιέσεων). Σκοπός της μελέτης είναι η συσχέτιση της αρτηριακής υπέρτασης με τα αυξημένα επίπεδα ουρικού οξέος.

Υλικό-Μέθοδος: Συμπεριλήφθηκαν 500 ασθενείς (εθελοντές: 250 άντρες-250 γυναίκες) ηλικίας 60,3±19,7 οι οποίοι δεν είχαν λάβει ποτέ έως τότε θεραπεία για την αρτηριακή υπέρταση και το ουρικό οξύ. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν αρχικά σε μέτρηση (3 φορές) της αρτηριακής πίεσης με την χρήση ηλεκτρονικού σφυγμομανόμετρου και κατόπιν σε 24ώρη καταγραφή (Holter) κατά την διάρκεια μιας τυπικής εργάσιμης ημέρας. Επίσης προσδιορίστηκαν τα επίπεδα του ουρικού οξέος στο αίμα και υπολογίστηκε το BMI και το e-GFR σε όλους τους ασθενείς (όλοι οι συμμετέχοντες απέφυγαν την κατανάλωση φαγητού, καφέ, καπνού, αλκοόλ πριν και κατά τη διάρκεια μετρήσεων).

Αποτελέσματα: Η αρτηριακή πίεση (και κυρίως η ΣΑΠ: Συστολική Αρτηριακή Πίεση) παρουσίασε άμεση ανεξάρτητη θετική συσχέτιση με τα επίπεδα του ουρικού οξέος (και την ηλικία). Έτσι σε 170 ασθενείς με αυξημένη αρτηριακή πίεση πάνω από τα φυσιολογικά όρια οι 124 είχαν υπερουριχαιμία (73%) ενώ μόνο 33 ασθενείς με αυξημένα επίπεδα ουρικού οξέος παρουσίαζαν φυσιολογική διακύμανση της αρτηριακής πίεσης (22%) (πίνακας).

Πίνακας

ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΣΥΝΟΛΟ	ΥΠΕΡ/ΜΙΑ	ΑΥ	ΑΥ ΜΕ ΚΦ ΟΑ	ΥΠΕΡ/ΜΙΑ+ΑΥ	ΥΠΕΡ/ΜΙΑ ΜΕ ΚΦ ΑΠ
ΑΝΤΡΕΣ	250	85	97	13	74	13
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	250	63	73	10	50	19

Συμπεράσματα: Η Υπερουριχαιμία (και η Αρτηριακή Υπέρταση) παρατηρείται σε υψηλότερα ποσοστά στο αντρικό φύλο και συσχετίζεται με αυξημένα επίπεδα αρτηριακής πίεσης (κυρίως ΣΑΠ) ιδιαίτερα στους άντρες (ανεξάρτητα από παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, η παχυσαρκία, η νεφρική λειτουργία).

ΑΑ04 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΑΥΞΗΜΕΝΟΥ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΑΡΡΕΝΕΣ ΚΑΤΩ ΤΩΝ 50 ΕΤΩΝ ΜΕ ΣΤΥΤΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Α. Σαμέντζας¹, Γ. Παπαγιάννης², Μαρία Πούλου³

¹Ιδιώτης Καρδιολόγος, Αθήνα, ²Καρδιολόγος, Επιμελητής Β', Κ.Υ. Αλεξάνδρας, Αθήνα, ³Καρδιολόγος, Επιμελητής Β', Μ.Ε.Θ. Γ.Ν. Αθηνών «Σωτηρία»

Εισαγωγή-Σκοπός: Η συχνότητα εμφάνισης της στυτικής δυσλειτουργίας (Erectile Dysfunction-ED) αυξάνει με την ηλικία, εν τούτοις όμως σε νεαρούς άντρες είναι ένας ισχυρός προγνωστικός δείκτης για στεφανιαία νόσο (Coronary Artery Disease-CAD). Στόχος αυτής της μελέτης ήταν να εξετάσει το προφίλ νεαρών ασυμπτωματικών αντρών με στυτική δυσλειτουργία.

Υλικό-Μέθοδοι: 150 ασυμπτωματικοί άρρενες κάτω των 50 ετών με στυτική δυσλειτουργία (με βάση το διεθνές ερωτηματολόγιο στυτικής λειτουργίας -IIEF) αξιολογήθηκαν διεξοδικά με τη χρήση του ιατρικού ιστορικού και της δοκιμασίας κόπωσης σε κυλιόμενο τάπητα (Exercise Treadmill Test-ETT).

Οι ασθενείς που είχαν θετική δοκιμασία κόπωσης παραπέμπονταν για στεφανιογραφία προκειμένου να τεκμηριωθεί η στεφανιαία νόσος.

Αποτελέσματα: Ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών (27/150 ή 18 %) είχε αγγειογραφικά τεκμηριωμένη στεφανιαία νόσο. Οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο, σε σύγκριση με όσους δεν είχαν, εμφάνισαν υψηλότερη επίπτωση καπνίσματος (76% έναντι 49 %, $P<0.05$), αν και η επίπτωση της υπέρτασης, της δυσλιπιδαιμίας και του διαβήτη ήταν η ίδια και στις δύο ομάδες.

Συμπεράσματα: Το κάπνισμα αποτελεί έναν σημαντικό τροποποιήσιμο παράγοντα καρδιαγγειακού κινδύνου για λανθάνουσα στεφανιαία νόσο σε άντρες κάτω των 50 ετών προσδίδοντας έτσι τεράστια σημασία στην πρόληψη αλλά και διακοπή αυτού μέσα από οργανωμένες δράσεις όπως ιατρεία διακοπής καπνίσματος, εκδηλώσεις ενημέρωσης του κοινού, κ.α.

ΑΑ05 ΤΕΣΤΟΣΤΕΡΟΝΗ, ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΣΤΥΤΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΕ ΑΡΡΕΝΕΣ

Α. Σαμέντζας, Γ. Παπαγιάννης, Π. Στουγιάννος, Α. Τρίκας

Καρδιολογική Κλινική ΓΝΑ «Η ΕΛΠΙΣ»

Εισαγωγή-Σκοπός: Η έλλειψη τεστοστερόνης είναι γνωστό ότι συσχετίζεται με υψηλότερη καρδιαγγειακή θνησιμότητα σε άντρες με στυτική δυσλειτουργία. Εν τούτοις, η χαμηλή τεστοστερόνη πλάσματος κατά πόσο θα μπορούσε να προβλέψει καρδιαγγειακά συμβάντα σε ασθενείς με στυτική δυσλειτουργία και υπέρταση;

Υλικό-Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 300 ασθενείς (σε χρονικό διάστημα 3 ετών) με φυσιολογικό BMI, υπέρταση υπό φαρμακευτική αγωγή και στυτική δυσλειτουργία, ηλικίας 35–65 ετών, χωρίς προηγούμενο ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου. Αρχικά, σε όλους μετρήθηκε η ολική τεστοστερόνη πλάσματος (Total Testosterone-ΤΤ) και προσδιορίστηκαν οι παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου.

Αποτελέσματα: Κατά τη διάρκεια των 3 ετών, καταγράφηκαν συνολικά 39 καρδιαγγειακά συμβάντα. Η διαφορά στην επίπτωση του υπογοναδισμού (ΤΤ<3.4ng/ml) μεταξύ των ασθενών που έχουν και εκείνων που δεν έχουν καρδιαγγειακή νόσο ήταν σημαντική (33% 18%; $p < 0.01$). Οι ασθενείς λοιπόν με τη χαμηλότερη τεστοστερόνη πλάσματος (<4.0 ng/ml) ήταν πιθανότερο (περίπου 2,7 φορές) να αναπτύξουν καρδιαγγειακά συμβάντα σε σχέση με εκείνους που είχαν υψηλότερα επίπεδα τεστοστερόνης (αφού έγινε προσαρμογή ως προς την ηλικία, τους παράγοντες κινδύνου, την αντίυπερτασική θεραπεία και τις στατίνες).

Συμπεράσματα: Τα χαμηλά επίπεδα τεστοστερόνης στο πλάσμα συσχετίζονται ξεκάθαρα με καρδιαγγειακά συμβάντα σε μέσης ηλικίας υπερτασικούς ασθενείς με στυτική δυσλειτουργία, ανεξαρτήτως παραγόντων κινδύνου.

ΑΑ06 ΛΙΠΩΔΗΣ ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΝΤΕΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Π. Θεοφίλης¹, Αικατερίνη Βορδώνη¹, Β. Τσιμιχόδημος², Ρ. Καλαϊτζίδης¹

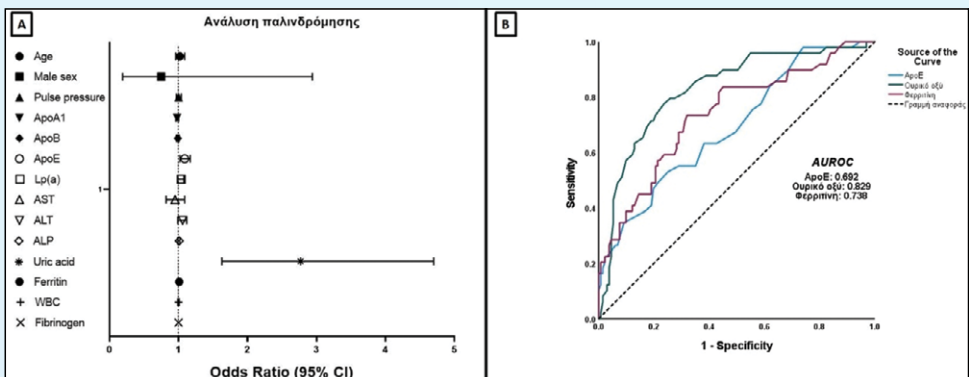
¹Νεφρολογικό Κέντρο «Γ. Παπαδάκης», Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας-Πειραιά «Αγ. Παντελεήμων», ²Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Εισαγωγή-Σκοπός: Οι ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση εμφανίζουν συχνά συννοσηρότητες που σχετίζονται με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο, όπως η λιπώδης νόσος του ήπατος συσχετιζόμενη με μεταβολική δυσλειτουργία (MAFLD). Η παρούσα μελέτη διερευνά τον επιπολασμό και τη συσχέτιση της MAFLD με καρδιαγγειακούς δείκτες κινδύνου σε νεοδιαγνωσθέντες υπερτασικούς ασθενείς.

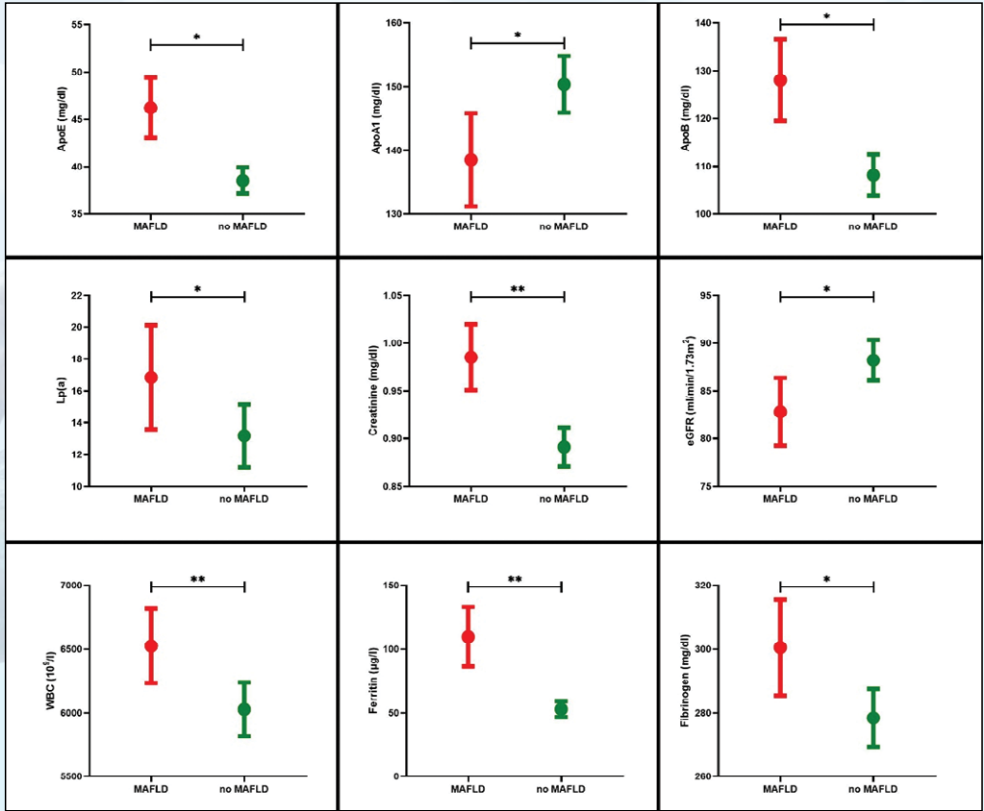
Υλικό και Μέθοδος: Πρόκειται για μια συγχρονική μελέτη 281 ατόμων με νέα διάγνωση αρτηριακής υπέρτασης που δεν ελάμβαναν φαρμακευτική αγωγή. Καταγράφηκαν ανθρωπομετρικά στοιχεία, διενεργήθηκε κλινική εξέταση και συλλέχθηκαν δείγματα αίματος. Χρησιμοποιήθηκε το fatty liver index ως δείκτης ηπατικής στεάτωσης, σε τιμές ≥ 60 . Η διάγνωση της MAFLD τέθηκε με βάση τα νέα κριτήρια. Εξετάστηκε ένα εκτεταμένο λιπιδαιμικό προφίλ που περιελάμβανε την λιποπρωτεΐνη (α) και απολιποπρωτεΐνες (ApoA1, ApoB, ApoE). Η νεφρική λειτουργία εκτιμήθηκε με την κρεατινίνη ουρού και τον εκτιμώμενο ρυθμό σπειραματικής διήθησης με βάση τον τύπο CKD-EPI. Ο αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων, η φερριτίνη και το ινωδογόνο χρησιμοποιήθηκαν σαν φλεγμονώδεις δείκτες.

Αποτελέσματα: Εντοπίστηκαν 75 ασθενείς με MAFLD (επιπολασμός 28.7%), οι οποίοι ήταν συχνότερα άνδρες (66.7% vs. 47.1%, $p=0.004$) και είχαν αυξημένο δείκτη μάζας σώματος ($30.3 \pm 3.2 \text{ kg/m}^2$ vs. $25.3 \pm 3.0 \text{ kg/m}^2$, $p < 0.001$) συγκριτικά με τους ασθενείς χωρίς MAFLD. Οι τιμές συστολικής, διαστολικής αρτηριακής πίεσης αλλά και πίεσης σφυγμού ήταν σημαντικά υψηλότερες στους ασθενείς με MAFLD. Οι λιπιδαιμικοί, νεφρικοί και φλεγμονώδεις δείκτες ήταν ιδιαίτερος επηρεασμένοι στους ασθενείς με MAFLD (Εικόνα 1). Μετά από πολυπαραγοντική ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης, το ουρικό οξύ, η φερριτίνη και η ApoE ανεξάρτητα συσχετιζόνταν με την ύπαρξη MAFLD στον πληθυσμό μας (Εικόνα 2Α). Η ανάλυση της περιοχής κάτω από την καμπύλη receiver operating characteristics (AUROC) ανέδειξε πως το ουρικό οξύ είχε τη μεγαλύτερη διαγνωστική αξία ως προς την ύπαρξη MAFLD με AUROC 0.829 (Εικόνα 2Β) και ιδανικό όριο $\geq 5.2 \text{ mg/dl}$ (ευαισθησία: 77.6%, ειδικότητα 76.3%).

Συμπεράσματα: Η MAFLD αποτελεί μια συχνή συννοσηρότητα σε νεοδιαγνωσθέντες υπερτασικούς ασθενείς και σχετίζεται με δείκτες καρδιαγγειακού κινδύνου. Τιμές ουρικού οξέος $\geq 5.2 \text{ mg/dl}$ είναι ενδεικτικές ύπαρξης MAFLD.



Εικόνα 1.



Εικόνα 2.

ΑΑ07 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Αικατερίνη Παππά, Ειρήνη Ανδρίκου, Α. Αναδιώτης, Β. Αποστολόπουλος, Ν. Νικολάου, Σ. Πατσιλινάκος

Καρδιολογική Μονάδα, Κωνσταντοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο

Εισαγωγή: Η νεφρική νόσος τελικού σταδίου συνοδεύεται συχνά από αρτηριακή υπέρταση, η οποία είναι δύσκολο να ελεγχθεί φαρμακευτικά. Σκοπός της παρουσίας είναι η ανάδειξη των προκλήσεων στη διαχείριση ασθενούς με τελικού σταδίου νεφρική νόσο και οξύ πνευμονικό οίδημα, σε έδαφος επείγουσας υπέρτασης.

Υλικά/Μέθοδοι: Πρόκειται για ασθενή που προσήλθε στα επείγοντα του νοσοκομείου σε υπερτασική κρίση με ΑΠ=230/120 και οξύ πνευμονικό οίδημα, που βελτιώθηκε παροδικά με υψηλές δόσεις νιτροδών και διουρητικών φαρμάκων. Ο εν λόγω ασθενής παρουσίαζε υποτροπιάζοντα συμπτώματα κατά τη νοσηλεία του, σε έδαφος εμμονής της υπέρτασης παρά την επίτευξη επαρκούς διούρησης. Για τολόγο αυτό, προστέθηκαν μέγιστες δόσεις κεντρικώς δρώντων αντιυπερτασικών φαρμάκων (μεθυλντόπα και μονοξινιδίνη). Ωστόσο, σταδιακά ο ασθενής εμφάνισε βραδυκαρδία με 45 σφύξεις/λεπτό και έντονο ορθοστατισμό, που αποδόθηκαν στη συσσωρευμένη δράση των κεντρικώς δρώντων αντιυπερτασικών, λόγω ανεπαρκούς κάθαρσής τους. Έγινε διακοπή των φαρμάκων αυτών και ένταξη του ασθενούς σε μόνιμη αιμοκάθαρση.

Αποτελέσματα: Με την έναρξη των συνεδριών αιμοκάθαρσης, ο ασθενής παρουσίασε βελτίωση της αρτηριακής πίεσης, με μειούμενες δόσεις αντιυπερτασικών φαρμάκων και ύφεση των συμπτωμάτων.

Συμπεράσματα: Ο έλεγχος της αρτηριακής πίεσης σε ασθενείς με νεφρική νόσο τελικού σταδίου αποτελεί πρόκληση αλλά και ανάγκη λόγω των αυξημένων καρδιαγγειακών επιπλοκών που τη συνοδεύουν. Οι μηχανισμοί που εμπλέκονται, περιλαμβάνουν πρωτίστως την περίσσεια άλατος και ύδατος και δευτερευόντως την αρτηριακή σκληρία, την ενεργοποίηση του συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης αλδοστερόνης, την ενεργοποίηση του συμπαθητικού συστήματος, την ενδοθηλιακή δυσλειτουργία και την υπνική άπνοια. Μετά την ρύθμιση του πλεονάζοντος όγκου, η αρτηριακή πίεση τείνει να ρυθμίζεται και η επίπτωση της υπέρτασης μειώνεται στους μόνιμα αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Χρήση των γνωστών αντιυπερτασικών φαρμάκων απαιτεί προσοχή τόσο πριν, όσο και μετά την ένταξη στην αιμοκάθαρση λόγω της δυσχέριας στον έλεγχο της κάθαρσής τους.

ΑΑ08 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΚΑΚΟΗΘΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΑ

Α. Κάκαρης, Β. Μόσιαλος, Ν. Παπαϊωάννου, Α. Τυχάλας, Γ. Κελασίδης, Α. Λαζαρίδης, Μ. Γαβρά, Γ. Τζατζάγου

Α' Παθολογική Κλινική - Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η κακοήθης υπέρταση χαρακτηρίζεται από αιφνίδια αύξηση της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ), συνήθως σε επίπεδα >180/120 mmHg, που συνοδεύεται από οξείες, εξελισσόμενες βλάβες σε όργανα στόχους. Μεταξύ των παθογενετικών μηχανισμών είναι η ενδοθηλιακή δυσλειτουργία κι η ενεργοποίηση του συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης ενώ από τον εργαστηριακό έλεγχο υπάρχουν ευρήματα θρομβωτικής μικροαγγειοπάθειας. Χρήζει άμεσης θεραπείας λόγω υψηλής θνητότητας.

Σκοπός: Παρουσιάζεται περιστατικό ασθενούς με κακοήθη υπέρταση κι ελεύθερο ατομικό ιστορικό.

Μέθοδοι: Θήλυ ασθενής, 43 ετών, διεκομίσθη από περιφερειακό νοσοκομείο που επισκέφτηκε λόγω πολύ αυξημένης ΑΠ (ΣΑΠ/ΔΑΠ=300/180 mmHg) που διαπιστώθηκε τυχαία σε εξωτερικό οφθαλμολογικό έλεγχο. Η ασθενής ανέφερε ήπια κεφαλαλγία. Σο ατομικό αναμνηστικό ανέφερε 2 εγκυμοσύνες χωρίς προεκλαμψία. Δεν λάμβανε φάρμακα. Διενεργήθηκε βυθοσκόπηση που ανέδειξε οίδημα οπτικής θηλής αμφοτερόπλευρα κι ευρήματα υπερτασικής αμφιβληστροειδοπάθειας σταδίου IV. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν ευρήματα θρομβωτικής μικροαγγειοπάθειας (PLTs=45.000, σχιστοκύτταρα: 3-5 κοπ, LDH=585).

Αποτελέσματα: Η ασθενής ελαβε επείγοντως ενδοφλέβια θεραπεία με Λαβηταλόλη και με την ελάτπωση της ΑΠ χορηγήθηκε per os αγωγή με συνδυασμό αντιυπερτασικών φαρμάκων. Από τον υπόλοιπο έλεγχο οργάνων στόχων διαπιστώθηκε συγκεντρική υπερτροφία αριστερής κοιλίας και λευκωματουρία (1gr/24ωρο). Η ασθενής υπεβλήθη σε αξονική αγγειογραφία χωρίς ευρήματα νεφραγγειακής στένωσης. Σε τυχαίο ορμονικό έλεγχο διαπιστώθηκε αλδοστερόνη (23,3 ng/dl) και δραστικότητα ρενίνης (2,4 ng/ml/hr). Ο έλεγχος μετανεφρινών ούρων 24ώρου ήταν φυσιολογικός. Ο έλεγχος για ανεπάρκεια ADAMTS13 ήταν αρνητικός. Η ασθενής ανταποκρίθηκε καλώς στην αντυπερτασική αγωγή με διατήρηση ΑΠ=140/90 mmHg και σταδιακή βελτίωση της εργαστηριακής εικόνας.

Συμπεράσματα: Η κακοήθης υπέρταση αποτελεί υπερεπείγουσα υπερτασική κατάσταση, επικίνδυνη για τη ζωή καθώς συνοδεύεται από υψηλή θνητότητα. Αρχικά, χρήζει άμεσης ενδοφλέβιας θεραπείας. Πάνω απο το 50% των ασθενών έχουν ως υπόβαθρο ιδιοπαθή υπέρταση, ωστόσο, κατά περίπτωση θα πρέπει να αποκλειστούν δευτεροπαθή αίτια.

ΑΑ09 ΦΑΙΝΟΤΥΠΟΙ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΕΝΑΝΤΙ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ

Γεωργία Βαρέτα¹, Π. Γεωργιανός¹, Β. Βάϊος¹, Ευαγγελία Γεροπούλου¹, Γαρυφαλλιά Βαρουκτσή¹, Αρήτη Τσινάρη¹, Αναστασία Γεωργουλίδου², Ευαγγελία Ντουνούση³, Αικατερίνη Παπαγιάννη⁴, Η. Μπαλάσκας¹, 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 αξιολόγηση των μετρήσεων αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) στο ιατρείο μαζί με μετρήσεις εκτός ιατρείου επιτρέπει τη διάγνωση των φαινοτύπων της υπέρτασης της λευκής μπλούζας και της συγκαλυμμένης υπέρτασης. Σκοπός της μελέτης ήταν η διάγνωση αυτών των φαινοτύπων με τη χρήση μετρήσεων ΑΠ στο σπίτι έναντι περιπατητικής καταγραφής σε ασθενείς που υποβάλλονται σε περιτοναϊκή κάθαρση (ΠΚ).

Υλικό-Μέθοδοι: Σε 140 ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ) που υποβάλλονταν σε ΠΚ σε 4 κέντρα της Βόρειας Ελλάδας πραγματοποιήθηκαν πρότυπες αυτοματοποιημένες μετρήσεις ΑΠ στο ιατρείο, 2πλες μετρήσεις ΑΠ στο σπίτι για 7 διαδοχικές ημέρες και 24ωρη περιπατητική καταγραφή της ΑΠ με τη συσκευή Mobil-O-Graph (IEM, Stolberg, Germany). Οι φαινότυποι της υπέρτασης ορίστηκαν χρησιμοποιώντας τα διαγνωστικό όριο των 140/90 mmHg για τις μετρήσεις ιατρείου και το όριο των 135/85 mmHg για τις μετρήσεις στο σπίτι και την ημερήσια περιπατητική ΑΠ, αντίστοιχα.

Αποτελέσματα: Με το συνδυασμό μετρήσεων ΑΠ ιατρείου και μετρήσεων στο σπίτι, 57 ασθενείς (40,7%) ήταν νορμοτασικοί, 8 ασθενείς (5,7%) είχαν υπέρταση λευκής μπλούζας, 21 ασθενείς (15,0%) είχαν συγκαλυμμένη υπέρταση και 54 ασθενείς (38,6%) είχαν σταθερά υπέρταση και με τις 2 τεχνικές. Με το συνδυασμό μετρήσεων ΑΠ ιατρείου και της ημερήσιας περιπατητικής ΑΠ, 59 ασθενείς (42,1%) ήταν νορμοτασικοί, 13 ασθενείς (9,3%) είχαν υπέρταση λευκής μπλούζας, 19 ασθενείς (13,6%) είχαν συγκαλυμμένη υπέρταση και 49 ασθενείς (35,0%) σταθερά υπέρταση. Στους 119 από τους 140 ασθενείς (85,0%), υπήρχε ομοφωνία μεταξύ των μετρήσεων ΑΠ στο σπίτι και της ημερήσιας περιπατητικής καταγραφής στη διάγνωση των φαινοτύπων της υπέρτασης (k-coefficient: 0,775, P<0,001).

Συμπεράσματα: Η μελέτη αυτή δείχνει ότι σε ασθενείς με ΧΝΝ υπό ΠΚ, υπάρχει ικανοποιητική ομοφωνία μεταξύ των μετρήσεων ΑΠ στο σπίτι και της ημερήσιας περιπατητικής καταγραφής στη διάγνωση των φαινοτύπων της υπέρτασης.

ΑΑ10 ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ ΚΑΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ. Η ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΟΥΡΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΔΥΟ ΝΟΣΟΥΣ

Β. Βασιλακόπουλος², Ευθαλία Ράνδου¹, Ι. Γιαννακίδης¹, Παρασκευή Καρυτίδου¹, Βασιλική Καραχισαρίδου¹, Αθηνά Καρατζέτζου¹, Ε. Ρούντος¹, Δ. Σαμαράς¹, Ν. Ζηντζιόβας¹, Ι. Τσιμούλας¹ Χρ. Τσουμής², Στ. Λαμπρόπουλος²

¹Παθολογική Κλινική, ²Καρδιολογική Κλινική ΓΝ Κοζάνης

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

Υλικό/Μέθοδος: Έγινε προοπτική αξιολόγηση σε 46 υπερτασικούς ασθενείς 9μέσης ηλικίας 67±7 (έτη). Οι ασθενείς με καταγεγραμμένη ΚΜ στο Holter ή οι ασθενείς με ιστορικό ΚΜ κατεγράφησαν ως ασθενείς με ΚΜ. Σε όλους κατεγράφησαν βιοχημικός έλεγχος, αρτηριακή υπέρταση στο ιατρείο και 24ωρη περιπατητική, 24ωρη ηλεκτροκαρδιογραφική καταγραφή (holter), ενώ διενεργήθηκε υπερηχοκαρδιογράφημα. Επιπλέον, κατεγράφησαν στοιχεία τα οποία αφορούν τις υγιεινοδιαιτητικές συνήθειες.

Αποτελέσματα: Από τους 46 ασθενείς, οι 2 (4,3%) έπασχαν από ΚΜ. Η μέση τιμή της 24ωρης συστολικής αρτηριακής πίεσης (ΣΑΠ) ήταν 132±14 mmHg, η μέση τιμή της 24ωρης διαστολικής πίεσης (ΔΑΠ) ήταν 74±9 mmHg. Τα επίπεδα UA συσχετίστηκαν σημαντικά και θετικά με το μέσο όρο των επιπέδων της 24ωρης ΣΑΠ (rs=0.092, p<0.05) αλλά όχι με τα επίπεδα της ΔΑΠ (rs=0.06, p>0.05). Τα επίπεδα UA σε ασθενείς με ΚΜ ήταν υψηλότερα σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν ΚΜ (Z=-5,3, 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 άρρνες ασθενείς (U= 25158.500, p<0.01), σε ηλικιωμένους ασθενείς (rs=0.117, p<0.01), σε ασθενείς με αυξημένο δείκτη μάζας σώματος (rs=0.337, p<0.01), με σακχαώδη διαβήτη (U=25445.500, P<0.05).

Συμπεράσματα: Τα αυξημένα επίπεδα UA στον ορό συσχετίστηκαν 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 δυο νόσων.

ΑΑ11 ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ 24ΩΡΗΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΟ ΟΞΕΙΑ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΙΣΟΔΙΟ: ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ

Β. Βασιλακόπουλος², Ευθαλία Ράνδου¹, Ι. Γιαννακίδης¹, Παρασκευή Καρυπτίδου¹, Βασιλική Καραχισαρίδου¹, Αθηνά Καρατζέτζου¹, Ε. Ρούντος¹, Δ. Σαμαράς¹, Ν. Ζηντζιόβας¹, Ι. Τσιμούλας¹, Χρ. Τσουμής², Στ. Λαμπρόπουλος²

¹Παθολογική Κλινική, ²Καρδιολογική Κλινική ΓΝ Κοζάνης

Εισαγωγή: Η σχέση των επιπέδων της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) κατά την οξεία φάση του ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ) με την έκβαση, δεν έχει ακόμα διευκρινιστεί πλήρως.

Σκοπός: Η αξιολόγηση της προγνωστικής αξίας της συστολικής (ΣΑΠ) και διαστολικής ΑΠ (ΔΑΠ) που καταγράφονται με τη μέθοδο της 24ωρης καταγραφής (ΑΒΡΜ), κατά την οξεία φάση του ΑΕΕ σε σύγκριση με τις τιμές της ΑΠ που μετρήθηκαν κατά την εισαγωγή.

Υλικό-Μέθοδος: Έγινε αναζήτηση μελετών με ασθενείς που εισήχθησαν εντός 24 ωρών από την έναρξη του ΑΕΕ, και οι οποίοι υποβλήθηκαν σε ΑΒΡΜ κατά το πρώτο 24ωρο της νοσηλείας τους. Οι μελέτες ανέφεραν τις τιμές της ΑΠ ξεχωριστά σε ασθενείς με καλή και πτωχή λειτουργική έκβαση στο τέλος της παρακολούθησης. Πραγματοποιήσαμε μετα-ανάλυση της επίδρασης της μέσης ΑΠ και της μεταβλητότητας της ΑΠ στην έκβαση.

Αποτελέσματα: Τα υψηλά επίπεδα της ΣΑΠ και ΔΑΠ όπως μετρούνται με ΑΒΡΜ σχετίστηκαν με πτωχή βραχυ-, μεσο- και μακροπρόθεσμη έκβαση χωρίς να ισχύει το ίδιο για τις μετρήσεις κατά την εισαγωγή. Υψηλότερη ΣΑΠ κατά 9,1mmHg (95%CI: 6,6-11,6, p<0,001; I=9%) και ΔΑΠ κατά 2,3 mmHg (95%CI: 0,8-3,7, p=0,002; I=0%) συσχετίστηκε με πτωχή έκβαση. Η μείωση της ΑΠ κατά τη διάρκεια της νύχτας σχετίστηκε με καλή έκβαση. Δεν βρέθηκε συσχέτιση της μεταβλητότητας της ΑΠ με την έκβαση μετά το ΑΕΕ.

Συμπεράσματα: Υψηλότερες τιμές της ΣΑΠ και ΔΑΠ, όπως μετρούνται με ΑΒΡΜ σχετίστηκαν με πτωχή έκβαση. Το ίδιο δεν βρέθηκε για την ΑΠ κατά την εισαγωγή, και είναι πιθανό ότι η μέθοδος ΑΒΡΜ εμπεριέχει καλύτερη προγνωστική πληροφορία.

ΑΑ12 Η ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΜΕΝΗ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗ ΩΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΣΥΜΒΑΜΑΤΩΝ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΜΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Β. Βασιλακόπουλος², Ευθαλία Ράνδου¹, Ι. Γιαννακίδης¹, Παρασκευή Καρυπτίδου¹, Βασιλική Καραχισαρίδου¹, Αθηνά Καρατζέτζου¹, Ε. Ρούντος¹, Δ. Σαμαράς¹, Ν. Ζηντζιόβας¹, Ι. Τσιμούλας¹, Χρ. Τσουμής², Στ. Λαμπρόπουλος²

¹Παθολογική Κλινική, ²Καρδιολογική Κλινική ΓΝ Κοζάνης

Εισαγωγή/ Σκοπός: Τα επίπεδα της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) είναι γνωστό ότι παίζουν πρωτεύοντα ρόλο στην εκδήλωση καρδιαγγειακών παθήσεων. Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι να διερευνηθεί η σχέση τους με τα μείζονα καρδιαγγειακά συμβάματα υπερτασικών μη διαβητικών ασθενών.

Υλικό/Μέθοδος: Μελετήθηκαν προοπτικά 85 ασθενείς (53,4% γυναίκες) με τα παραπάνω χαρακτηριστικά (νοσηλεύόμενοι και μη) κατά την διετία 2020- 2021, μέσης ηλικίας 72,1±12,4 έτη, με μέση συστολική (SBP) και διαστολική (DBP) αρτηριακή πίεση, SBP/ DBP: 148,4±16,2/ 85± 13,0 mmHg, μέση καρδιακή συχνότητα (ΜΚΣ): 81± 12,2 σφ/λεπτό και μέσο δείκτη μάζας σώματος (BMI): 27,6± 5,1 Kg/m². Η HbA1c (5,4± 0,67) μετρήθηκε κατά την ένταξη στη μελέτη. Καταγράφηκαν τα μείζονα καρδιαγγειακά συμβάματα (MACE) και εκτιμήθηκε η προγνωστική σημασία των επιπέδων της HbA1c, με τη μέθοδο Cox proportional hazard model στην εμφάνιση των MACE.

Αποτελέσματα: Κατεγράφησαν 34 (40,0%) MACE στο τέλος της μελέτης και η ανάλυση ανέδειξε ότι τα επίπεδα της HbA1c αίματος ήταν ισχυρός προγνωστικός παράγοντας για MACE (HR: 1,32 95% ci: 1,093- 1,599 p value 0.004).

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

ΑΑ13 ΕΠΙΠΕΔΑ ΛΙΠΙΔΙΩΝ ΑΙΜΑΤΟΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΗ ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ

Β. Βασιλακόπουλος², Ευθαλία Ράνδου¹, Ι. Γιαννακίδης¹, Παρασκευή Καρυπίδου¹, Βασιλική Καραχισαρίδου¹, Αθηνά Καρατζέτζου¹, Ε. Ρούντος¹, Δ. Σαμαράς¹, Ν. Ζηντζιόβας¹, Ι. Τσιμούλας¹ Χρ. Τσουμής², Στ. Λαμπρόπουλος²

¹Παθολογική Κλινική, ²Καρδιολογική Κλινική ΓΝ Κοζάνης

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.

Υλικό/ Μέθοδος: Μελετήθηκαν 137 υπερτασικοί ασθενείς, θεραπευόμενοι (53%), ή πρωτοδιαγνωσθέντες χωρίς φαρμακευτική αγωγή, άνδρες (46%), γυναίκες (54 %), μέσης ηλικίας 57,8±13,54 ετών, μέσης ΣΑΠ/ΔΑΠ: 147,9 ±20,3/91,6±13,1 mmHg, μέσης ΚΣ=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=36) μετρήθηκαν επίσης οι λιποπρωτείνες 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 E/A (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:

Συσχέτιση κατά Pearson μεταξύ λιπιδίων αίματος και ΔΜΑΚ, E/A		
N=137	ΔΜΑΚ	E/A
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=36	NS	r= -0,078 p=0,027
ApoB (mg/dl) N=36	r=-0,105 p<0,002	NS

ΔΜΑΚ=δείκτης μάζας αριστεράς κοιλίας

E/A= σχέση πρωτοδιαστολικής/τελοδιαστολικής ταχύτητας ροής δια της μιτροειδούς βαλβίδας

HDL= HDL χοληστερόλη

LDL =LDL χοληστερόλη

ApoA1, ApoB=λιποπρωτείνες 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.

ΑΑ14 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΕΡΜΑΤΙΚΗΣ ΜΙΚΡΟΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ LASER SPECKLE CONTRAST IMAGING ΣΕ ΥΓΙΕΙΣ ΝΟΡΜΟΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ

Α. Λαζαρίδης, Κ. Μαστρογιάννης, Α. Μαλλιώρα, Σ. Λάμπρου, Ν. Κολέτσος, Β. Νικολαΐδου, Π. Δόλγυρας, Α. Τριανταφύλλου, Ε. Γκαλιαγκούση

Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Η μικροκυκλοφορία του δέρματος θεωρείται συχνά ένα “παράθυρο” για την αξιολόγηση της γενικευμένης μικροαγγειακής λειτουργίας. Διαταραχές στη δερματική μικροαγγειακή λειτουργία έχουν εντοπιστεί σε διάφορα καρδιαγγειακά νοσήματα. Ωστόσο, περιορισμένα δεδομένα υπάρχουν σε υγιή άτομα και στην επίδραση του φύλου σε αυτή. Στην παρούσα μελέτη, αξιολογήσαμε τη δερματική μικροαγγειακή λειτουργία σε υγιείς άνδρες και γυναίκες με τη δυναμική μέθοδο Laser Speckle Contrast Imaging (LSCI).

Υλικά και Μέθοδοι: Στη μελέτη εντάχθηκαν υγιή νορμοτασικά άτομα. Η αρτηριακή πίεση (ΑΠ) ιατρείου μετρήθηκε σύμφωνα με τις ισχύουσες κατευθυντήριες οδηγίες κι η δερματική μικροκυκλοφορία με τη μέθοδο LSCI (PeriCam PSI NR, Perimed, Σουηδία) σε συνδυασμό με δοκιμασία μετα-αποφρακτικής αντιδραστικής υπεραϊμίας (PORH). Τα αποτελέσματα εκφράστηκαν ως: άρδευση κατά τις περιόδους ηρεμίας, ισχαιμίας και μέγιστης υπεραϊμικής απάντησης (αυθαίρετες μονάδες άρδευσης, LSPUs), ο χρόνος μέχρι τη μέγιστη υπεραϊμία (sec), η ποσοστιαία αύξηση της άρδευσης από την ηρεμία στην μέγιστη υπεραϊμία (%) και το εύρος της PORH που υπολογίστηκε ως η μέγιστη μείον την ελάχιστη δερματική αγγειακή αγωγιμότητα (CVC). Η CVC υπολογίστηκε ως η μέση άρδευση σε κάθε περίοδο της PORH προς τη μέση ΑΠ (LSPUs/mmHg).

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν 86 υγιείς νορμοτασικοί (50 γυναίκες, 36 άνδρες), σταθμισμένοι ως προς την ηλικία. Ο δείκτης μάζας σώματος, η κρεατινίνη, η συστολική ΑΠ (ΣΑΠ) κι η διαστολική ΑΠ (ΔΑΠ) ιατρείου ήταν σημαντικά υψηλότερες στους άνδρες συγκριτικά με τις γυναίκες. Η δερματική άρδευση κατά την ηρεμία και την ισχαιμία, η CVC ηρεμίας, η μέγιστη CVC και το εύρος της PORH (0.89 ± 0.21 vs 0.75 ± 0.19 , $p < 0.01$) ήταν σημαντικά υψηλότερες στις γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες. Επιπλέον, η PORH παρουσίασε σημαντική αρνητική συσχέτιση με την ΑΠ ιατρείου ($r = -0.258$, $p < 0.05$).

Συμπεράσματα: Οι υγιείς γυναίκες παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερες τιμές των παραμέτρων της δερματικής μικροκυκλοφορίας σε σύγκριση με τους άνδρες. Ωστόσο, απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση προκειμένου να διευκρινιστεί η ακριβής επίδραση του φύλου στη δερματική μικροαγγειακή λειτουργία.

ΑΑ15 ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΕΠΛΕΡΕΝΟΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΛΕΥΚΩΜΑΤΟΥΡΙΑ

Μ. Παπασωτηρίου, Γεωργία Γεωργοπούλου, Αδαμαντία Μπρατσαϊάκου, Γ. Λύρας, Δ. Βέκιος, Μαρία Τριβυζά, Θ. Ντρίνιας, Δ.Σ. Γούμενος, Ε. Παπαχρήστου

Νεφρολογικό Κέντρο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

Εισαγωγή - Σκοπός: Από τις έως τώρα μελέτες χορήγησης σπειρονολακτόνης σε συνδυασμό με αποκλειστές του μετατρεπτικού ενζύμου (ACEi) ή ανταγωνιστές των υποδοχέων της αγγειοτενσίνης (ARB) σε ασθενείς με σπειραματικές νόσους, έχει φανεί σημαντική μείωση της πρωτεϊνουρίας και ποικίλη επίδραση στα επίπεδα της αρτηριακής πίεσης. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της χορήγησης επλερενόνης στα επίπεδα αρτηριακής πίεσης και λευκωματουρίας σε ασθενείς με σπειραματική νόσο που λαμβάνουν ήδη αγωγή με ACEi ή ARB.

Μέθοδοι: Σε αυτήν την προοπτική ανοιχτή μελέτη, αξιολογήσαμε τις επιδράσεις της χορήγησης επλερενόνης (25 mg/ημέρα) για 1 έτος, στα επίπεδα της συστολικής (ΣΑΠ) και διαστολικής αρτηριακής πίεσης (ΔΑΠ) κατά την επίσκεψη στο ιατρείο καθώς και στο βαθμό πρωτεϊνουρίας και νεφρικής λειτουργίας σε ασθενείς με σπειραματική νόσο που ελάμβαναν ήδη αγωγή με ACEi ή ARBs στη μέγιστη ανεκτή δόση.

Αποτελέσματα: Συνολικά μελετήθηκαν 62 ασθενείς με μέση ηλικία 54,2±13,6 έτη. Από αυτούς, 28 έλαβαν αγωγή με επλερενόνη ενώ οι υπόλοιποι αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου. Η ΣΑΠ μειώθηκε στους ασθενείς που έλαβαν επλερενόνη από 128,1±17,75 σε 126,3±10,93 mmHg, ενώ στους ασθενείς που δεν έλαβαν αγωγή από 127,3±16,99 σε 125,8±16,1 mmHg χωρίς ωστόσο σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των δύο ομάδων. Η ΔΑΠ μειώθηκε στους ασθενείς που έλαβαν επλερενόνη από 80,36±8,45 σε 78,84±10,81 mmHg, ενώ στους ασθενείς που δεν έλαβαν αγωγή αυξήθηκε από 79,2±8,13 σε 81,88±9,75 mmHg. Η πρωτεϊνουρία μειώθηκε στους ασθενείς που έλαβαν επλερενόνη από 1597±1922 mg σε 1145±1361 mg/24h ενώ στους ασθενείς που δεν έλαβαν αγωγή αυξήθηκε από 1557±2702 σε 1718±2611 mg/24h. Ο eGFR των ασθενών που έλαβαν αγωγή παρέμεινε σταθερός ενώ αυτοί που δεν έλαβαν παρουσίασε μείωση από 67,1±26,9 σε 63,9±26,8 ml/min/1.73m².

Συμπέρασμα: Η χορήγηση επλερενόνης σε δόση 25 mg ημερησίως σε ασθενείς με χρόνια σπειραματονεφρίτιδα που λαμβάνουν ήδη αγωγή με ACEi ή ARB μειώνει σημαντικά τη λευκωματουρία χωρίς ωστόσο να επηρεάζει την αρτηριακή πίεση.

ΑΑ16 ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗΣ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΣΚΛΗΡΙΑΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΕΝΔΟΔΙΑΛΥΤΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Μαριέτα Θεοδωρακοπούλου¹, Α. Καραγιαννίδης¹, Μαρία-Ελένη Αλεξάνδρου¹, Φωτεινή Ιατρίδη¹, Δανάη Φαίτατζίδου¹, Α. Καρπέτας², Α. Μπίκος³, Αικατερίνη Παπαγιάννη¹, Π. Σαραφίδης¹

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

Εισαγωγή-Σκοπός: Η αρτηριακή σκληρία προτείνεται ότι συμμετέχει στην παθογένεση του φαινομένου της ενδοδιαλυτικής υπέρτασης. Η περιπατητική pulse wave velocity (PWV) αποτελεί ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα για την ολική θνησιμότητα σε ασθενείς υπό αιμοκάθαρση και η προγνωστική ισχύς αυτής είναι υψηλότερη από την PWV Ιατρείου. Η παρούσα μελέτη είναι η πρώτη που αξιολογεί την περιπατητική κεντρική αρτηριακή πίεση (ΑΠ) και την αρτηριακή σκληρία σε ασθενείς με και χωρίς ενδοδιαλυτική υπέρταση.

Υλικό και Μέθοδος: Στην μελέτη συμπεριλήφθηκαν 45 ασθενείς με και 197 χωρίς ενδοδιαλυτική υπέρταση. Όλοι οι συμμετέχοντες υπεβλήθησαν σε 48ωρη περιπατητική καταγραφή ΑΠ με την συσκευή Mobil-O-Graph NG. Η κεντρική ΑΠ καθώς και οι παράμετροι αρτηριακής σκληρίας και των κυμάτων ανάκλασης υπολογίστηκαν κατά την διάρκεια της 48ωρης καταγραφής.

Αποτελέσματα: Η ηλικία, η διάρκεια εξωνεφρικής κάθαρσης, και ο επιπολασμός μείζονων συννοσηροτήτων δεν διέφεραν μεταξύ των ομάδων. Οι ασθενείς με ενδοδιαλυτική υπέρταση είχαν υψηλότερη 44ωρη κεντρική ΣΑΠ(131,6±16,7 έναντι 119,3±15,6mmHg, p<0,001), 44ωρη κεντρική ΔΑΠ(86,4±12,8 έναντι 79,3±11,7mmHg, p<0,001) και 44ωρη κεντρική πίεση παλμού(45,7±10,7 έναντι 40,3±10,3mmHg, p=0,002) σε σύγκριση με τους ασθενείς χωρίς ενδοδιαλυτική υπέρταση. Ομοίως, κατά τη διάρκεια της ημέρας και της νύχτας, τα επίπεδα κεντρικής ΣΑΠ/ΔΑΠ και πίεσης παλμού ήταν υψηλότερα στους ασθενείς με ενδοδιαλυτική υπέρταση. Η 44ωρη πίεση ενίσχυσης και ο 44ωρος δείκτης ενίσχυσης(AIx), αλλά όχι ο AIX(75) ήταν υψηλότερα στους ασθενείς με ενδοδιαλυτική υπέρταση συγκριτικά με τους ασθενείς χωρίς. Η 44ωρη PWV(10,0±2,0 έναντι 9,2±2,1m/s, p=0,020) ήταν σημαντικά υψηλότερη στους ασθενείς με ενδοδιαλυτική υπέρταση.

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με ενδοδιαλυτική υπέρταση έχουν υψηλότερη περιπατητική κεντρική ΑΠ και αρτηριακή σκληρία, όπως υποδεικνύεται από την υψηλότερη περιπατητική κεντρική πίεση παλμού και την PWV. Η αυξημένη αρτηριακή σκληρία πιθανόν να συμβάλλει στον υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο αυτού του πληθυσμού.

ΑΑ17 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΑΥΤΟΝΟΜΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΜΕ ΓΡΑΜΜΙΚΕΣ ΚΑΙ ΜΗ ΓΡΑΜΜΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΥΣ, ΣΕ ΗΡΕΜΙΑ ΚΑΙ ΩΣ ΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΕ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΝΟΗΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ

Δανάη Φαϊτατζίδου¹, Κωνσταντίνα Δίπλα², Μαριέτα Θεοδωρακοπούλου¹, Α. Κούτλας², Α. Καραγιαννίδης¹, Μαρία-Ελένη Αλεξάνδρου¹, Ι. Τσουχνικάς¹, Π. Γιαμαλής¹, Χ. Δημητριάδης¹, Α. Ζαφειρίδης², Αικατερίνη Παπαγιάννη¹, Π. Σαραφίδης¹

¹Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη, ²Εργαστήριο Φυσιολογίας και Βιοχημείας της Άσκησης, Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού Σερρών Α.Π.Θ., Σέρρες

Εισαγωγή-Σκοπός: Οι καρδιακές αρρυθμίες αποτελούν την συχνότερη αιτία θανάτου στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Η δυσλειτουργία του αυτόνομου-νευρικού-συστήματος(ΑΝΣ) παίζει κεντρικό ρόλο στη δημιουργία ενός αρρυθμιογενούς υπόβαθρου. Τα αποτελέσματα προηγούμενων μελετών όσον αφορά τις σχετιζόμενες με την αιμοκάθαρση αλλαγές στην μεταβλητότητα της καρδιακής συχνότητας(HRV) είναι αντικρουόμενα. Η παρούσα μελέτη εξέτασε γραμμικούς και μη γραμμικούς δείκτες HRV τόσο σε ηρεμία, όσο και ως απόκριση σε δοκιμασίες σωματικής και νοητικής διέγερσης, σε πολλαπλά χρονικά σημεία πέριξ αλλά και κατά την διάρκεια της συνεδρίας αιμοκάθαρσης.

Υλικό και Μέθοδος: Η λειτουργία του ΑΝΣ εκτιμήθηκε μέσω γραμμικών και μη γραμμικών δεικτών HRV πριν την αιμοκάθαρση, κατά την διάρκεια της (σε 3 ισόχρονα διαστήματα), αλλά και μετά από αυτή, καθώς και την ενδιάμεση ημέρα, σε 35 αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Πραγματοποιήθηκαν συνεχείς καταγραφές της παλμό-παλμό (beat-to-beat) καρδιακής συχνότητας με τη συσκευή Finometer-PRO σε ηρεμία και μετά από ορθοστατική δοκιμασία, δοκιμασίες έγερσης από καρέκλα(sit-to-stand), δύναμης χειρολαβής(handgrip) και αριθμητικών υπολογισμών

Αποτελέσματα: Οι δείκτες RMSSD, SD1, και SD2 παρουσίασαν σημαντική αύξηση κατά την διάρκεια της αιμοκάθαρσης (στην αρχή, το μέσο και το τέλος της συνεδρίας) συγκριτικά με τα προ-αιμοκάθαρσης επίπεδα τους ($p < 0.05$), ενώ επανήλθαν μετά την αιμοκάθαρση(RMSSD: 54.39 ± 83.73 vs $137.98 \pm 109.53^*$ vs $119.85 \pm 97.34^*$ vs $144.47 \pm 88.74^*$ vs 85.82 ± 121.43 msec, $*p < 0.05$ vs προ- και μετά-αιμοκάθαρσης). Διαφορές στους ανωτέρω δείκτες δεν παρατηρήθηκαν μεταξύ αξιολόγησης προ-αιμοκάθαρσης και ενδιάμεσης ημέρας. Ωστόσο, μετά την αιμοκάθαρση οι μεταβολές της HRV κατά την ορθοστατική δοκιμασία και το sit-to-stand ήταν εντονότερες συγκριτικά με τις μετρήσεις προ-αιμοκάθαρσης ($p < 0.05$). Οι μετρούμενοι δείκτες HRV τόσο κατά την ηρεμία όσο και ως απόκριση στις σωματικές δοκιμασίες ήταν παρόμοιοι μεταξύ προ-αιμοκάθαρσης και ενδιάμεσης ημέρας. Τέλος, παρατηρήθηκαν υψηλότερες τιμές των δεικτών HRV κατά την δοκιμασία αριθμητικών υπολογισμών στη διάρκεια της αιμοκάθαρσης σε σύγκριση με τη ενδιάμεση ημέρα (RMSSD: 77.05 [180.41] vs 19.75 [105.47]msec; $p = 0.031$).

Συμπεράσματα: Η αιμοκάθαρση προκαλεί αξιοσημείωτες μεταβολές στην λειτουργία του ΑΝΣ. Οι δείκτες HRV σε ηρεμία επιστρέφουν στα αρχικά επίπεδα μετά την αιμοκάθαρση, ωστόσο οι αποκρίσεις της HRV στη σωματική διέγερση παραμένουν αυξημένες και επανέρχονται στα αρχικά επίπεδα την ενδιάμεση ημέρα. Ο εντοπισμός των ασθενών με σημαντική δυσλειτουργία του ΑΝΣ ενδέχεται να βοηθήσει στην μείωση του κινδύνου εμφάνισης αρρυθμιών μέσω εξατομικευμένων προσεγγίσεων

ΑΑ18 ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΓΡΑΜΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΓΡΑΜΜΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

Δανάη Φαΐτατζίδου¹, Κωνσταντίνα Δίπλα², Μαριέτα Θεοδωρακοπούλου¹, Α. Κούτλας², Μαρία-Ελένη Αλεξάνδρου¹, Χ. Δημητριάδης¹, Π. Πατεινάκης³, Α. Ζαφειρίδης², Αικατερίνη Παπαγιάννη¹, Π. Σαραφίδης¹

¹Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη, ²Εργαστήριο Φυσιολογίας και Βιοχημείας της Άσκησης, Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού Σερρών Α.Π.Θ., Σέρρες, ³Νεφρολογική Κλινική, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή-Σκοπός: Οι καρδιακές αρρυθμίες και ο αιφνίδιος καρδιακός θάνατος αποτελούν την κυριότερη αιτία καρδιαγγειακής θνητότητας στους ασθενείς με χρόνια-νεφρική-νόσο τελικού-σταδίου(ΧΝΝ-ΤΣ). Η δυσλειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος(ΑΝΣ) συμβάλλει στη δημιουργία ενός αρρυθμογενούς υπόβαθρου στους ασθενείς αυτούς. Η παρούσα αποτελεί την πρώτη συγκριτική μελέτη γραμμικών και μη γραμμικών δεικτών της μεταβλητότητας της καρδιακής συχνότητας(HRV) μεταξύ ασθενών υπό-αιμοκάθαρση(HD) και υπό περιτοναϊκή-κάθαρση(PD), τόσο κατά την ηρεμία όσο και ως απόκριση σε δοκιμασίες νοητικού και σωματικού στρες.

Υλικό και Μέθοδος: Συμπεριλήφθηκαν 34 HD και 34 PD ασθενείς αντιστοιχισμένοι για ηλικία, φύλο και διάρκεια εξωνεφρικής κάθαρσης. Η λειτουργία του ΑΝΣ εκτιμήθηκε μέσω γραμμικών και μη γραμμικών δεικτών της HRV. Πραγματοποιήθηκαν συνεχείς καταγραφές της καρδιακής συχνότητας με τη συσκευή Finometer-PRO σε ηρεμία και κατά τη διάρκεια ορθοστατικής δοκιμασίας, καθώς και δοκιμασιών αριθμητικών υπολογισμών(mental-arithmetic), έγερσης από καρέκλα(sit-to-stand) και δύναμης χειρολαβής(handgrip).

Αποτελέσματα: Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων στους δείκτες HRV σε ηρεμία (RMSSD: HD:57.1±81.1 vs PD:69.6±113.4ms; p=0.792), εξαιρουμένου του δείκτη DFA-α1 (HD:0.87±0.40 vs PD:0.70±0.20, p=0.047). Όλοι οι υπό μελέτη δείκτες HRV κατά τη δοκιμασία αριθμητικών υπολογισμών (RMSSD HD:128.2±346.0 vs PD:87.5±150.0ms; p=0.893) και τις δοκιμασίες σωματικού στρες παρουσίασαν παρόμοιες τιμές μεταξύ HD και PD. Παρόμοιες διαπιστώθηκαν και οι αποκρίσεις της HRV στις δοκιμασίες ορθοστασίας και handgrip μεταξύ των δύο ομάδων ασθενών, ωστόσο οι δείκτες RMSSD, SD1, SD2 and DFA-α2 μετά το sit-to-stand παρουσίασαν υψηλότερες τιμές συγκριτικά με την ηρεμία μόνο στους HD (RMSSD: 57.1±81.1 vs 126.7±185.7ms, p=0.028), υποδηλώνοντας μία μεγαλύτερη δυσκολία των ασθενών αυτών στην επαναφορά της φυσιολογικής λειτουργίας του ΑΝΣ μετά από σωματικό στρες.

Συμπεράσματα: Οι δείκτες HRV σε ηρεμία και μετά από νοητικό και σωματικό στρες δεν διέφεραν μεταξύ ασθενών υπό HD και PD, ωστόσο η απόκριση του ΑΝΣ μετά την δοκιμασία sit-to-stand ήταν περισσότερο επηρεασμένη στους πρώτους. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι η δυσλειτουργία του ΑΝΣ παραμένει σχετικά ανεπηρέαστη από την εφαρμοζόμενη μέθοδο εξωνεφρικής κάθαρσης, αν και ενδέχεται να υπάρχουν μικρές διαφοροποιήσεις στην επαναφορά αυτής μετά από στρες.

ΑΑ19 ΥΠΟΔΟΧΕΙΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΚΑΙ ΛΕΠΤΙΝΗΣ ΣΕ ΥΓΙΕΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ

Ουρανία Παπαζάγου, Γ. Σκαλής, Νίκη Παναγοπούλου, Ιωάννα Δήμα, Ηλιάνα Ανδριανοπούλου, Κ. Θωμόπουλος, Θ. Μακρής

Καρδιολογικό Τμήμα ΓΝΜ «Έλενα Βενιζέλου»

Εισαγωγή-Σκοπός: Η εμμηνόπαυση σχετίζεται με μεταβολικές διαταραχές που αποτελούν ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου και την αυξημένη επίπτωση αρτηριακής υπέρτασης. Μελέτες σε εμμηνόπαυσιακές γυναίκες έδειξαν ότι η κλιμακτήριος συνοδεύεται από αύξηση του σωματικού βάρους, αύξηση του συνολικού λίπους αλλά και της κεντρικής κατανομής του (κεντρικού τύπου παχυσαρκία), αύξηση της εμφάνισης δυσανεξίας στην γλυκόζη και αντίστασης στην ινσουλίνη. Σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση του αριθμού των υποδοχέων ινσουλίνης (hINR) και λεπτίνης (hLR) σε υγιείς φαινομενικά, προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες και η σύγκριση των αποτελεσμάτων με τα αντίστοιχα του ίδιου πληθυσμού, ένα χρόνο μετά την εμμηνόπαυση

Υλικό και Μέθοδος: Μελετήθηκαν 55 φαινομενικά υγιείς προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες μέσης ηλικίας 49 ± 4 και BMI 25 ± 3 Kg/m². Προσδιορίστηκαν τα επίπεδα ινσουλίνης και ανοσοαντιδρώσας λεπτίνης πλάσματος καθώς και ο αριθμός των hLR και hINR στην επιφάνεια των ερυθροκυττάρων, στον πληθυσμό της μελέτης, με ενζυμική ανοσοανάλυση (ELISA) και (RIA) αντίστοιχα, πριν την εμμηνόπαυση (baseline) και ένα χρόνο μετά την εμμηνόπαυση.

Αποτελέσματα: Οι τιμές των παραμέτρων που προσδιορίστηκαν πριν και μετά την εμμηνόπαυση, οι συγκρίσεις και το εύρος της στατιστικής σημαντικότητας φαίνονται στον πίνακα:

Παράμετροι	Baseline (προ)	Ένα χρόνο μετά	p
hINR (Υποδοχείς $\times 10^9$ /RBC)	$7 \pm 1,4$	$5,7 \pm 1,3$	<0,01
hLR (u/ml)	26 ± 8	17 ± 6	<0,01
Ινσουλίνη (IU/ml)	17 ± 8	23 ± 6	<0,01
Λεπτίνη (ng/ml)	7 ± 3	11 ± 5	<0,01

Συμπεράσματα: Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, φαίνεται ότι η εγκατάσταση της εμμηνόπαυσης συνοδεύεται από σημαντική μείωση του αριθμού των υποδοχέων λεπτίνης και ινσουλίνης καθώς και σημαντική αύξηση των επιπέδων λεπτίνης και ινσουλίνης του πλάσματος. Οι ανωτέρω μεταβολικές διαταραχές, μπορεί να θεωρηθούν σαν πιθανός μηχανισμός μέσω του οποίου αυξάνεται η συχνότητα των καρδιαγγειακών συμβαμάτων στην συγκεκριμένη κατηγορία γυναικών.

ΑΑ20 ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Ουρανία Παπαζάχου, Γ. Σκαλής, Ιωάννα Δήμα, Νίκη Παναγοπούλου, Ηλιάνα Ανδριανοπούλου, Κ. Θωμόπουλος, Θ. Μακρής

Καρδιολογικό Τμήμα ΓΝΜ «Έλενα Βενιζέλου»

Εισαγωγή-Σκοπός: Η σχέση του καπνίσματος με την ανάπτυξη υπέρτασης κύησης (ΥΚ) δεν έχει επαρκώς διευκρινιστεί. Σκοπός της παρούσης είναι να εξακριβωθεί αν το παθητικό κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη σχετίζεται με την ΥΚ ή με πρόωρο τοκετό.

Υλικό και Μέθοδος: Μελετήσαμε 615 γυναίκες λευκής φυλής χωρίς συνοσηρότητες, ηλικίας 25±8 έτη, που παρουσιάστηκαν στο εξωτερικό ιατρείο κατά το πρώτο δίμηνο της κύησης. Στην πρώτη επίσκεψη έγινε μέτρηση της ΑΠ και λήψη ιστορικού. Εξαιρέθηκαν γυναίκες με εξωσωματική γονιμοποίηση (n=10), χρόνια υπέρταση (n=27), διαβήτη (n=8), και ιστορικό καπνίσματος (n=213). Από την ανάλυση εξαιρέθηκαν όσες απέβαλαν (n=12), αυτές με αυξημένες τιμές ΑΠ στην 1η επίσκεψη (n=21) και αυτές που ανέπτυξαν διαβήτη κύησης (n=28). Οι μετρήσεις της ΑΠ πραγματοποιήθηκαν από 26^η έως 28^η βδομάδα κύησης, τόσο στο ιατρείο όσο και περιπατητικά. Ο πληθυσμός χωρίστηκε σε αυτές που είχαν εκτεθεί σε καπνό τουλάχιστον μία ώρα /ημέρα είτε στην εργασία τους είτε κατ'οίκον, και σε αυτές που διαβίωναν σε περιβάλλον ελεύθερο καπνού.

Αποτελέσματα: Ο τελικός πληθυσμός (n=296), αποτελούνταν από παθητικές καπνίστριες (PS, n=182) και γυναίκες ελεύθερες καπνού (SF, n=114). Η εβδομαδιαία έκθεση στο παθητικό κάπνισμα ήταν 41±19h και 84±28 τσιγάρα. Η επίπτωση της ΥΚ, της συγκεκαλυμμένης και της υπέρτασης λευκής μπλούζας ήταν 5% (n=15), 6% (n=15) και 15% (n=44) αντίστοιχα. Παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη ΥΚ και συγκεκαλυμμένης υπέρτασης ήταν: το παθητικό κάπνισμα (2.20 [1.45-5.5], p<0.01), η διάρκεια έκθεσης στον καπνό (1.07 [1.02-1.14], p=0.011), το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (5.73 [3.11-10.7], p<0.001), και το σωματικό βάρος (1.23 [1.15-1.78], p<0.001). Επίσης συσχετίστηκε το παθητικό κάπνισμα με πρόωρο τοκετό [4.6 (2.2-9.5)], p=0.005.

Συμπεράσματα: Το παθητικό κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σχετίζεται με την ανάπτυξη υπέρτασης κύησης και συγκεκαλυμμένης υπέρτασης κύησης, καθώς και με πρόωρο τοκετό.

ΑΑ21 ΣΥΓΚΕΚΑΛΥΜΜΕΝΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ: ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ

Ουρανία Παπαζάχου, Ιωάννα Δήμα, Νίκη Παναγοπούλου, Γ. Σκαλής, Ηλιάνα Ανδριανοπούλου, Κ. Θωμόπουλος, Θ. Μακρής

Καρδιολογικό Τμήμα ΓΝΜ «Έλενα Βενιζέλου»

Εισαγωγή-Σκοπός: Ο ρόλος της συγκεκριμένης υπέρτασης (ΣΥ) στην εγκυμοσύνη δεν έχει πλήρως διερευνηθεί. Σκοπός μας ήταν ο καθορισμός της επίπτωσης της ΣΥ στις αρχές του τρίτου τριμήνου (26^η -28^η εβδομάδα) και της συσχέτισής της με πρόωρο τοκετό και προεκλαμψία.

Υλικό και Μέθοδος: Μελετήσαμε 615 γυναίκες, ηλικίας 25±8 έτη, (ΒΣ: 67±16 Kg, ύψος=163±6cm), που παρουσιάστηκαν στο εξωτερικό ιατρείο κατά το πρώτο δίμηνο της κύησης. Στην πρώτη επίσκεψη έγινε μέτρηση ΑΠ (112±8/68±6mmHg) και λήψη ιστορικού. Εξαιρέθηκαν γυναίκες με εξωσωματική γονιμοποίηση (n=10), χρόνια υπέρταση (n=27), διαβήτη (n=8). Από την ανάλυση εξαιρέθηκαν όσες απέβαλαν (n=12), όσες είχαν αυξημένες τιμές ΑΠ (n=21), όσες ανέπτυξαν διαβήτη κύησης (n=28) και όσες διέκοψαν την παρακολούθηση (n=79). Οι μετρήσεις της ΑΠ πραγματοποιήθηκαν από 26^η ως 28^η βδομάδα κύησης, στο ιατρείο και περιπατητικά σε 460 γυναίκες. Χωρίστηκαν σε ομάδες ανάλογα με τον κλινικό φαινότυπο της υπέρτασης: εμμένουσα ΑΥ κύησης (GSH), συγκεκριμένη 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. Στο συνολικό πληθυσμό παρουσίασαν προεκλαμψία το 2,2% (n=10, [GSH, n=5, GMH n=4, and WCH, n=1]), πρόωρο τοκετό το 12% (n=55) συμπεριλαμβανομένων των 8 από τις 10 γυναίκες που εμφάνισαν προεκλαμψία. Σε λογιστικό μοντέλο πολυπαραγοντικής παλινδρόμησης που συμπεριελήφθησαν το ύψος και βάρος 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 GSH: 5.12 (3.4-9.6), p<0.001, και τη GMH: 3.1 (2.1-6.9), p=0.008.

Συμπεράσματα: Η περιπατητική καταγραφή της ΑΠ αποκάλυψε διάφορους κλινικούς φαινότυπους ΑΥ συμπεριλαμβανομένης της ΣΥ, και τη δυσμενή συσχέτισή τους με πρόωρο τοκετό και εμφάνιση προεκλαμψίας.

ΑΑ22 ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Μαρία-Εμμανουέλα Αναγνωστάκη, Δέσποινα Ταμπάκη, Ειρήνη Κουραμπιέ, Ισμήνη Αναγνωστάκη, Γεωργία-Ειρήνη Παπασπυροπούλου

Λεωφόρος Αθηνών, Χαϊδάρη Αθήνα, Παθολογική κλινική, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Αθήνα

Εισαγωγή: Τα Ψυχιατρικά νοσήματα εκδηλώνεται συχνά με παραλήρημα είτε κατά τη διάγνωση είτε κατά τη πορεία της νόσου. Ως γνωστό το παραλήρημα, ένεκα της ενεργοποίησης του συμπαθητικού συστήματος, χαρακτηρίζεται από Αρτηριακή Υπέρταση (ΑΥ) η οποία μπορεί να φθάσει στα όρια της υπερτασικής κρίσης θέτοντας σε κίνδυνο την υγεία του ασθενούς

Σκοπός: η καταγραφή της ΑΠ σε παραληρηματικούς ασθενείς, σε σχέση με το ιστορικό, τις προηγηθείσες τιμές και τη θεραπευτική αγωγή.

Υλικό- Μέθοδοι: μελετήθηκαν αναδρομικά 136 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στο Ψυχιατρικό νοσοκομείο με τη διάγνωση του παραληρήματος. Η καταγραφή της ΑΠ γινόταν με υδραγυρικό μανόμετρο τουλάχιστον τρεις ημερισίως, ανάλογα με τη κλινική εικόνα του ασθενούς και καταγράφοταν η μέγιστη και η μέση τιμή. Η ποσοστιαία και η απόλυτη μεταβολή από τις τιμές πριν και μετά το παραλήρημα καταγράφηκαν επίσης. Η σύγκριση των τιμών κατά τη διάρκεια του παραληρήματος και εκτός αυτού έγινε με το χ^2 και το επίπεδο σημαντικότητας θεωρήθηκε το $p < 0.005$.

Αποτελέσματα: το 90% των παραληρηματικών ψυχιατρικών ασθενών είχε ΑΠ πάνω από το φυσιολογικό ενώ μόνο το 42% είχαν ΑΥ στο ιστορικό τους. Το 28% εξ αυτών είχε $\Delta ΑΠ > 100 \text{ mmHg}$. Η μέση τιμή της ΑΠ κατά τη διάρκεια της οξείας διαταραχής ήταν 176/93 mmHg ενώ πριν ή μετά την αντιμετώπιση ήταν 155/84 mmHg. Η ΑΠ ανέβηκε κατά μέσο όρο 21/9 mmHg. Το 4% των ασθενών εμφάνισαν μείζονα επιπλοκή από το καρδιαγγειακό. Η άνοδος ήταν μεγαλύτερη στους ασθενείς με υψηλότερες τιμές ΑΠ baseline

Συμπεράσματα: η άνοδος της ΑΠ είναι συχνό εύρημα στο παραλήρημα. Μερικές φορές είναι εκσεσημασμένη και συμβάλλει στη καρδιαγγειακή θνησιμότητα. Η μεγαλύτερη ευπάθεια των ήδη υπερτασικών ασθενών υποδεικνύει την ανάγκη για καλύτερη ρύθμιση

ΑΑ23 ΠΩΣ ΣΥΝΔΕΕΤΑΙ Η ΝΟΣΗΣΗ ΑΠΟ LEGIONELLA ΠΝΕΥΜΟΦΙΛΑ ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Σ. Μπαρτζώκη

Υγιεινολόγος, Εκπαιδύτρια Ενηλίκων, Υποψήφια Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ

Εισαγωγή: Είναι κοινός τόπος ότι η Legionella pneumophila πλήττει αποκλειστικά ασθενείς που έχουν ένα ή περισσότερα υποκείμενα νοσήματα

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανάδειξη του μικροβίου Legionella pneumophilla σαν ένα από τα κυριότερα νοσήματα τα οποία πλήττουν τους ασθενείς με αυξημένη αρτηριακή πίεση.

Υλικό και Μέθοδος: Έγινε αναζήτηση σε αρκετές ηλεκτρονικές βάσεις επιστημονικών δεδομένων όπως το pubmed, το cinahl και science direct καθώς και σε βιβλιοθήκες με λέξεις κλειδιά τις εξής Legionella, Legionella pneumophila, hypertension, adults, correlation. Βρέθηκαν αρχικά 135 άρθρα από τα οποία ταίριαζαν με τον σκοπό της παρούσας εργασίας τα 30.

Αποτελέσματα: Τα 30 αυτά άρθρα φαίνεται να δείχνουν συσχέτιση μεταξύ της βαριάς νόσησης από το μικρόβιο legionella pneumophilla και την συνύπαρξης συσχέτισης με την υπέρταση σε ενήλικες ασθενείς.

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με υπέρταση και αυξημένες τιμές αρτηριακής πίεσης εμφανίζουν αυξημένα ποσοστά νόσησης με Legionella pneumophila σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό.

ΑΑ24 ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΟΥΡΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΣΤΟ ΑΙΜΑ ΔΕ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΟΥ ΟΞΕΟΣ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ

Μαρία Κίωση, Δανάη-Θωμαΐς Κωστούρου, Π. Μεντίτζης, Αναστασία Γκούντα, Ιωάννα Μηνοπούλου, Χριστίνα Κουρτίδου, Γ. Χατζόπουλος, Χριστιάνα Γώγου, Αναστασία Κοντάνα, Μαρία Κυζίρογλου, Χ. Σαββόπουλος, Κ. Τζιόμαλος

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή-Σκοπός: Οι υπάρχουσες μελέτες έχουν καταλήξει σε αντικρουόμενα αποτελέσματα όσον αφορά τη σχέση των επιπέδων του ουρικού οξέος στο αίμα και της βαρύτητας του οξέος ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ). Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση αυτής της σχέσης.

Ασθενείς και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν προοπτικά 1107 διαδοχικοί ασθενείς που εισήχθησαν με οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ (42,1% άνδρες, ηλικία $79,8 \pm 7,2$ έτη). Η βαρύτητα του ΑΕΕ εκτιμήθηκε στην εισαγωγή με τη National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) και ως βαρύ ΑΕΕ θεωρήθηκαν τιμές NIHSS ≥ 21 . Τα επίπεδα του ουρικού οξέος μετρήθηκαν στο αίμα σε κατάσταση νηστείας τη δεύτερη μέρα μετά την εισαγωγή στο νοσοκομείο.

Αποτελέσματα: Τα επίπεδα ουρικού οξέος δε σχετίστηκαν με τη NIHSS ($r = 0,018$, $p = NS$) και δε διέφεραν μεταξύ ασθενών με βαρύ και ήπιο ΑΕΕ ($5,9 \pm 2,2$ και $5,7 \pm 1,8$ mg/dl αντίστοιχα, $p = NS$). Σε πολυπαραγοντική ανάλυση, ανεξάρτητοι προγνωστικοί δείκτες βαρέος ΑΕΕ ήταν η ηλικία (λόγος πιθανοτήτων 1,079, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 1,042-1,117, $p < 0,001$), το θήλυ φύλο (λόγος πιθανοτήτων 1,841, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 1,138-2,980, $p < 0,05$), η παρουσία κολπικής μαρμαρυγής (λόγος πιθανοτήτων 1,678, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 1,076-2,618, $p < 0,05$) και η διαστολική αρτηριακή πίεση στην εισαγωγή (λόγος πιθανοτήτων 1,020, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 1,005-1,035, $p < 0,01$).

Συμπέρασμα: Τα επίπεδα ουρικού οξέος στο αίμα δε φαίνεται να σχετίζονται με τη βαρύτητα του οξέος ισχαιμικού ΑΕΕ.

ΑΑ25 ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΩΝ ΦΛΑΒΟΝΟΕΙΔΩΝ ΣΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΣΚΛΗΡΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

Αναστασία Βαγκοπούλου, Νάσρα Χαντάντ, Ι. Κοντογιώργος, Δ. Μακρίδης, Ε. Παπαδοπούλου, Σ. Τζιμίκας, Θ. Παπατόλιος, Δέσποινα Καρασαββίδου

Νεφρολογικό Τμήμα «Χ.Κατσίνας», Γενικό Νοσοκομείο Πτολεμαΐδας, «Μποδοσάκειο»

Εισαγωγή: Τα φλαβονοειδή αποτελούν την κύρια κατηγορία των πολυφαινολών με αντιοξειδωτική και αντιυπερτασική δράση. που περιλαμβάνει την προστασία του ενδοθηλίου και την καταστολή του συστήματος ρενίνης αγγειοτενσίνης αλδοστερόνης. Μελέτες συσχέτισαν τις πλειοτροπικές δράσεις των φλαβονοειδών στο αγγειακό τοίχωμα και την αρτηριακή σκληρία, που αντιπροσωπεύει ένα σημαντικό δείκτη της σκλήρυνσης των αγγείων, και πιθανά έναν ανεξάρτητο παράγοντα καρδιαγγειακού κινδύνου.

Σκοπός: Η επίδραση των φλαβονοειδών στην αρτηριακή σκληρία σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο.

Υλικό και Μέθοδος: Μελετήθηκαν 16 υπερτασικοί ασθενείς με ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη τύπου II και χρόνιας νεφρικής νόσου σταδίου 1-4 στους οποίους χορηγήθηκαν φλαβονοειδή (200mg/day) Υποβλήθηκαν σε κλινική εξέταση και εργαστηριακό έλεγχο, διενεργήθηκε μέτρηση των παραμέτρων αρτηριακής σκληρίας κατά την έναρξη και τρεις μήνες μετά την χορήγηση φλαβονοειδών. Επιπρόσθετα, έγινε προσδιορισμός τριών δεικτών οξειδωτικού στρες (ολικές φαινόλες, ολική αντιοξειδωτική ικανότητα πλάσματος, μέτρηση πρωτεϊνικών καρβονυλίων).

Αποτελέσματα: Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική μείωση της περιφερικής και της κεντρικής πίεσης.

Αναλυτικότερα, η περιφερική συστολική αρτηριακή πίεση μειώθηκε κατά 13,56 mmHg ενώ η κεντρική συστολική κατά 19 mmHg.

Η διάμεση τιμή της μέσης ταχύτητας σφυγμικού κύματος κατά την έναρξη της μελέτης υπολογίστηκε σε 8,85 m/sec ενώ μετά το διάστημα των 3 μηνών σε 8,2 m/sec. ($p < 0,001$). Εεπιπλέον, παρατηρήθηκε ότι η μεταβολή της μέσης ταχύτητας σφυγμικού κύματος διαφέρει σημαντικά ανάμεσα στα διαφορετικά στάδια χρόνιας νεφρικής νόσου ($p = 0,037$). Η κεντρική πίεση παλμού μεταβλήθηκε από 59,13mmHg, σε 47,63 mmHg. ($p = 0,003$). Μετά την παρέμβαση με φλαβονοειδή παρατηρήθηκε μείωση των πρωτεϊνικών καρβονυλίων πλάσματος με ταυτόχρονη αύξηση στο ολικό φαιολικό φορτίο και στην αντιοξειδωτική ικανότητα (Πίνακας). Δεν παρατηρήθηκε αλλεργική αντίδραση κατά την λήψη του φαρμάκου.

Συμπεράσματα:

Παράμετρος	Έναρξη μελέτης	Τέλος μελέτης	P – value
Περιφερική συστολική αρτηριακή πίεση (mmHg)	147,63 ± 15,86	134,06 ± 12,97	< 0,001
Περιφερική διαστολική αρτηριακή πίεση (mmHg)	80,88 ± 8,19	75,56 ± 6,32	0,051
Κεντρική συστολική αρτηριακή πίεση (mmHg)	156 ± 23,09	137,19 ± 16,11	0,004
Κεντρική διαστολική αρτηριακή πίεση (mmHg)	90 ± 14,06	80,19 ± 10,30	0,002
Κεντρική πίεση παλμού (mmHg)	59,13 (43,5 – 69)	47,63 (36,5 – 60)	0,003
Κεντρική καρδιακή συχνότητα (σφύξεις/λεπτό)	69,06 ± 13,61	66,31 ± 9,05	0,371
Μέση ταχύτητα σφυγμικού κύματος (m/sec)	8,85 (6,7 – 11,75)	8,2 m/sec (5,1 – 9,22)	< 0,001
Δείκτης ενίσχυσης %	26,5 ± 10,01	32,5 ± 13,32	0,513
Πίεση ενίσχυσης	17,44 (9,5 – 21)	14,25 (9,5 – 18,75)	0,779
Πρωτεϊνικά καρβονύλια (nmol/ml)	73,50 ± 18,65	52,54 ± 25,04	<0,001
Ολικό φαινολικό φορτίο (μg/ml)	25,11 (16,95 – 30,29)	31,91 (30,49 – 47,51)	0,001
Ολική αντιοξειδωτική ικανότητα (%)	3,55 (1,15 – 6,38)	12,51 (6,26 – 17, 66)	0,013

Συμπέρασμα: Τα φλαβονοειδή σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια φαίνεται να συμβάλλουν στην αύξηση της αντιοξειδωτικής ικανότητας και είναι ασφαλή στην ΧΝΝ.

ΑΑ26 ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΔΕΙΚΤΩΝ ΑΝΤΙΣΤΑΣΗΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΓΙΑ ΜΕΙΖΟΝΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΒΑΜΑΤΑ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Μαρία Β. Παπαβασιλείου¹, Αλεξάνδρα Καραμάνου², Γ. Μουστάκας², Στ. Πατσιάνης³, Δ. Αραβαντινός³

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

Εισαγωγή: Είναι γνωστή η σημασία της αντίστασης ινσουλίνης στην εμφάνιση προδιαβήτη και διαβήτη αλλά και στην καρδιαγγειακή έκβαση.

Σκοπός: της μελέτης είναι να ερευνηθεί η σχέση των επιπέδων τριών δεικτών έκφρασης αντίστασης της ινσουλίνης με τα μείζονα καρδιαγγειακά συμβάματα υπερτασικών ασθενών.

Μέθοδος και Υλικό: Μελετήθηκαν προοπτικά 646 υπερτασικοί ασθενείς θεραπευόμενοι (42,2%) ή μη, (52,2% γυναίκες) μέσης ηλικίας 57,2±13,1 έτη (κατά την ένταξη στην μελέτη), ΜΣ/ΔΑΠι: 152,2±19,4/94,3±12,3mmHg, ΜΚΣι: 75,8±12,2 σφ/1' ΜΔΜΣ: 28,1±5,8 kg/m². Ο διάμεσος χρόνος παρακολούθησης: 9,8 έτη. Οι δείκτες αντίστασης ινσουλίνης triglyceride-glucose index (TyG), HOMA 0, HOMA120 (μετά φόρτιση γλυκόζης) (N=73) triglyceride HDL ratio (TG/HDL), μετρήθηκε κατά την ένταξη στην μελέτη. Καταγράφηκαν τα μείζονα καρδιαγγειακά συμβάματα (MACE) και εκτιμήθηκε η προγνωστική σημασία των επιπέδων των ανωτέρω δεικτών, με τη μέθοδο Cox proportional hazard model, στην εμφάνιση των MACE.

Αποτελέσματα: Καταγράφησαν 274 (38,3 %) MACE στο τέλος της μελέτης και η ανάλυση αποκάλυψε ότι τα επίπεδα του TyG {(HR:1,024 95%ci: 1,015-1,032 p value <0.000), TG/HDL αίματος (HR: 1,090 95%ci: 1,045-1,1375 pvalue<0.000) HOMA120 (HR: 1,035 95%ci: 1,008-1,061 p value 0.009)} ήταν ισχυρός προγνωστικός παράγων για MACE ενώ HOMA0 δεν είχε προγνωστική αξία (NS).

Συμπέρασμα: Δείκτες που εκφράζουν αντίσταση στην ινσουλίνη και ως εκ τούτου προδιάθεση για προδιαβήτη και διαβήτη, έχουν σημαντική προγνωστική αξία στην καρδιαγγειακή έκβαση υπερτασικών ασθενών, με ισχυρότερη αυτήν του δείκτη TG/HDL.

ΑΑ27 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΟΥΡΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ΜΕ ΤΗ ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΓΕΩΜΕΤΡΙΑ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Μαρία Β. Παπαβασιλείου¹, Δ. Μυτάς², Δ. Αραβαντινός³, Στ. Πατσιάνης³, Γ. Μουστάκας⁴, Α. Καραμάνου⁵

¹Metropolitan General Hospital, Αθήνα, ²Σισμανόγλειο ΓΝ Αθηνών, ³ΔΘΚΑ ΥΓΕΙΑ, Αθήνα, ⁴ΙΑΣΩ Νοσοκομείο Αθηνών, ⁵Ιδιώτης Καρδιολόγος Αθήνα

Εισαγωγή: Η επίδραση του ουρικού οξέος αίματος στην έκφραση της ενδοθηλιακής λειτουργίας και στην εν γένει καρδιαγγειακή λειτουργία είναι γνωστή.

Σκοπός της μελέτης ήταν να διαπιστωθεί τυχόν σχέση με τα επίπεδα του ουρικού οξέος αίματος, στους διάφορους τύπους γεωμετρίας αριστερής κοιλίας υπερτασικών ασθενών.

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 1824 υπερτασικοί ασθενείς (54% γυναίκες), υπό αντιυπερτασική αγωγή (56%), ή πρωτοδιαγνωσθέντες χωρίς φαρμακευτική αγωγή, μέσης ηλικίας (ΜΗ) 60,1±12.5 έτη, χωρίς καμία εμφανή καρδιολογική νόσο κατά την ένταξη στην μελέτη, μέσης συστολικής/διαστολικής πίεσης ιατρείου (ΜΣ/ΔΑΠι) 148,5±20.4/90.6±13,1 mmHg, μέσης καρδιακής συχνότητας ιατρείου (ΚΣι): 75,36±11,1 σφ/1', μέσου δείκτη μάζας σώματος (ΜΔΜΣ) 28.3±5,2 κ/μ² και μέσης περιμέτρου μέσης (ΜΠΜ) 96.1 ±12.9 εκ. Μετρήθηκαν τα επίπεδα του ουρικού οξέος αίματος mg/dL (ΟΥ), χωρίς καμία σχετική φαρμακευτική αγωγή. Ολοι οι ασθενείς της μελέτης υποβλήθηκαν σε υπερηχοκαρδιογραφική διαθωρακική μελέτη και υπολογίστηκαν ο δείκτης μάζας αρ κοιλίας (ΔΜΑΚ) για άνδρες και γυναίκες και το σχετικό πάχος οπισθίου τοιχώματος αριστεράς κοιλίας (ΣΠΟΤ): 2*ΠΟΤ/ΤΔΔ (οριο 0,43) και καθορίσαμε 4 ομάδες διαφορετικής γεωμετρίας, λαμβάνοντας υπ' όψιν φυσιολογικό 115 γρ/μ² δείκτη μάζας αριστεράς κοιλίας ανδρών και 95γρ/μ² γυναικών: Ομάδα 1 (N=384) =φυσιολογική γεωμετρία, Ομάδα 2(N=126)=συγκεντρική αναδιαμόρφωση, Ομάδα 3(N=513): συγκεντρική υπερτροφία, Ομάδα 4(N=801): έκκεντρη υπερτροφία. Με τη στατιστική μέθοδο ANOVA καταγράψαμε τη σημαντικότητα των επιπέδων ουρικού οξέος αίματος στην κάθε ομάδα διαφορετικής γεωμετρίας αριστεράς κοιλίας.

Αποτελέσματα:**Πίνακας 1.** Μέση τιμή ΟΥ στις 4 κατηγορίες γεωμετρίας αριστεράς κοιλίας

	N	Mean
Ομάδα 1,00	384	4,5697±1,5
Ομάδα 2,00	126	4,4598±1,5
Ομάδα 3,00	513	5,0718±1,7
Ομάδα 4,00	801	4,7461±1,5
Total	1824	4,7819±1,6

Πίνακας 2. Μέθοδος ANOVA για επίπεδα ΟΥ μεταξύ των ομάδων

F	Sig.
8,760	,000

Συμπέρασμα: Τα επίπεδα του ουρικού οξέος αίματος υπερτασικών ασθενών διαφέρουν στατιστικά σημαντικά μεταξύ των ομάδων διαφορετικής γεωμετρίας της αριστερής κοιλίας με μεγαλύτερες τιμές να έχουν οι ασθενείς της ομάδας 3 (Συγκεντρική Υπερτροφία).

ΑΑ28 ΜΕΤΑΒΟΛΟΜΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΥΨΗΛΗ ΚΑΙ ΧΑΜΗΛΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΣΚΛΗΡΙΑ. ΜΙΑ CASE-CONTROL ΜΕΛΕΤΗ

Μαρία Ποικιλίδου¹, Μαρία Γιαβροπούλου², Όλγα Τσαβέ³, Μαρία Στάμου⁴, Άρτεμις Γραμματικοπούλου¹, Π. Γεωργιανός¹, Π. Ζεμπεκάκης¹

¹Κέντρο Αριστείας στην Υπέρταση, Α΄ Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, ²Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ^{1^ο} Προπαιδευτική Κλινική, Λαϊκό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, ³Τμήμα Χημικών Μηχανικών, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ⁴Β΄ Παιδιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ

Εισαγωγή: Μελέτες σε παιδιά έχουν δείξει μια προοδευτική αύξηση της αρτηριακής σκληρίας μετρώντας την ταχύτητα του σφυγμικού κύματος (pulse wave velocity, PWV) κατά την παιδική ηλικία, υποδεικνύοντας μια δομική αλλοίωση στο αρτηριακό τοίχωμα ξεκινώντας ήδη από την πρώιμη ζωή. Μεταβολομικές μελέτες δείχνουν επίσης διαφορές στα μόρια μεταξύ διαφορετικών καταστάσεων ασθένειας στα παιδιά. Ο στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να εντοπιστούν μοριακοί δείκτες μεταξύ παιδιών με υψηλό και χαμηλό PWV αντιστοιχισμένων για ηλικία και φύλο.

Άτομα και Μέθοδοι: Η μελέτη περιέλαβε τον έλεγχο 132 παιδιών που ήρθαν για τυχαίες επισκέψεις σε τριτοβάθμια παιδιατρική κλινική. Για τη μεταβολομική μελέτη επιλέχθηκαν 50 παιδιά (25 στην υψηλότερη ομάδα 1 του PWV tertile-Group 1 και 25 στη χαμηλότερη ομάδα 2 του PWV). Οι ομάδες αντιστοιχίστηκαν για την ηλικία και το φύλο και υποβλήθηκαν σε μετρήσεις 24ωρης καταγραφής της πίεσης και PWV, Aix καθώς και μετρήσεις της κεντρικής αρτηριακής πίεσης (ΑΠ). Χρησιμοποιήσαμε το t-test για να διερευνήσουμε τις διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων. Χρησιμοποιήσαμε φασματομετρία μάζας και κατασκευάσαμε έναν θερμικό χάρτη που δείχνει τις διαφορές σε κάθε συγκέντρωση μεταβολιτών μεταξύ των δύο ομάδων.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία του πληθυσμού της μελέτης ήταν $11,4 \pm 2,7$ έτη. Η Ομάδα 1 είχε σημαντικά υψηλότερα εκατοστημόρια ΔΜΣ από την Ομάδα 2 ($94,7 \pm 8,7$ και $74,3 \pm 27,6$, $p < 0,001$), υψηλότερη 24ωρη συστολική ΑΠ (ΣΑΠ) ($117,3 \pm 110,9 \pm 9,0$ mmHg, $p = 0,025$) και υψηλότερη 24ωρη διαστολική ΑΠ (ΔΑΠ) ($70,7 \pm 7,3$ έναντι $65,8 \pm 5,8$ mmHg, $p = 0,018$), υψηλότερη κεντρική ΣΑΠ ($95,1 \pm 8,5$ έναντι $89,3 \pm 9,7$ mmHg, $p = 0,028$) και ΔΑΠ $69,6 \pm 8,6$ έναντι $60,8 \pm 11,0$ mmHg, $p = 0,003$). Ομοίως, σημαντικές διαφορές εμφανίστηκαν επίσης μεταξύ της ΣΑΠ και της ΔΑΠ ιατρείου. Ο Πίνακας 1. δείχνει τους μεταβολίτες που ρυθμίστηκαν σημαντικά προς τα πάνω στην Ομάδα 1.

Συμπεράσματα: Η τρέχουσα μεταβολομική μελέτη διαπίστωσε διαφορές σε ορισμένους μεταβολίτες μεταξύ των παιδιών στα υψηλότερα και χαμηλότερα άκρα της αρτηριακής σκληρίας. Αυτοί οι μεταβολίτες περιλαμβάνουν σφινγολιπίδια, λιπίδια στερολών, λιπαρά ακύλια, καρβοξυλικά οξέα, γλυκεροφωσfolιπίδια καθώς και άλλα στοιχεία που δεν έχουν ακόμη προσδιοριστεί πλήρως στις ιδιότητές τους.

Πίνακας 1. Συνοπτικά στατιστικά στοιχεία και πληροφορίες σχετικά με τους πιθανούς βιοδείκτες της υπέρτασης. Η επιλογή των βιοδεικτών βασίστηκε στην τιμή p ($<0,05$) και στην αλλαγή της πτυχής \log_2 ($\log_2(FC) > 2$). Οι επιλεγμένοι βιοδείκτες αξιολογήθηκαν χρησιμοποιώντας την περιοχή κάτω από τη χαρακτηριστική καμπύλη λειτουργίας του δέκτη (area under the curve, AUC). Ο σχολιασμός μεταβολιτών πραγματοποιήθηκε με το πακέτο R xMSAnnotator και επιβεβαιώθηκε σε σύγκριση με το RT, καθώς και το πρότυπο των αυθεντικών αναλυτικών προτύπων από τις εσωτερικές ή διαδικτυακές βιβλιοθήκες.

m/z	RT (min)	ESI	p-values	$\log_2(FC)$	AUC	Annotation	Molecular Formula	Mass error (ppm)	Compound Category
233.0239	5.13	negative	1.50E-02	0.91	0.71	3-bromo-2E-nonenic acid	C9H15BrO2	24	Fatty Acyls
236.0896	5.18	negative	7.75E-02	3.77	0.66	N-Lactoylphenylalanine	C12H15NO4	13	Carboxylic acids and derivatives
385.1982	13.02	negative	2.59E-03	1.50	0.76	17-phenyl-trinor-Prostaglandin E2	C23H30O5	10	Fatty Acyls
386.2021	13.01	negative	5.53E-04	1.48	0.8	Ile Gln Gln	C16H29N5O6	6	Tripeptide
401.1886	12.38	negative	4.10E-04	1.46	0.8	Cortisone acetate	C23H30O6	20	Sterol Lipids
497.264	13.3	negative	3.38E-02	1.26	0.69	1,2-dioctanoyl-sn-glycero-3-phospho-(1'-sn-glycerol)	C22H43O10P	23	Glycerophospholipids
511.1735	14.22	negative	6.99E-02	2.05	0.66	10S,11R-epoxy-punaglandin 3	C25H33ClO9	0	Fatty Acyls
545.248	17.8	negative	1.58E-02	1.06	0.71	Val Glu Gly Lys Asp	C22H38N6O10	17	Oligopeptide
557.1986	15.02	negative	1.27E-04	1.34	0.83	7-Epiloganin tetraacetate	C25H34O14	19	Prenol Lipids
564.2371	17.78	negative	2.64E-02	1.09	0.7	Ser Glu Leu Ser Met	C22H39N5O10S	4	Oligopeptide
576.2683	18.97	negative	2.48E-02	1.16	0.7	Val Thr Leu Asp Met	C24H43N5O9S	4	Oligopeptide
608.336	15.51	negative	9.05E-03	1.00	0.73	Ile His Val Leu Glu	C28H47N7O8	8	Oligopeptide
936.6866	17.82	negative	1.80E-02	1.00	0.71	N-(hexacosanoyl)-4R-hydroxy-sphinganine-1-phospho-(1'-myo-inositol)	C50H100NO12P	4	Sphingolipids
379.2022	7.62	positive	9.50E-03	1.16	0.58	18-Hydroxycortisol	C21H30O6	24	Sterol Lipids
423.2275	8.1	positive	2.50E-02	1.16	0.65	2-(oct-1-en-3-yloxy)-6-(345-trihydroxyoxan-2-yl)oxymethyloxane-345-triol	C19H34O10	11	Fatty Acyls

ΑΑ29 ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΚΡΙΣΗ. ΚΛΙΝΙΚΑ ΚΑΙ ΥΠΕΡΗΧΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Ε. Σδόγκος, Α. Παπαδόπουλος, Θ. Κωνσταντίνου, Α. Σπαχίου, Α. Γεωργακόπουλος, Π. Θεοδοσίου, Ι. Βογιατζής

Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο Βέροιας

Εισαγωγή: Η υπερτασική κρίση είναι μία επείγουσα κατάσταση που χρειάζεται επείγουσα αντιμετώπιση στο Νοσοκομείο. Η αναγνώριση των κλινικών και των υπερηχογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών θα οδηγήσει σε αποτελεσματική αντιμετώπιση.

Σκοπός της εργασίας ήταν η καταγραφή και η μελέτη των κλινικών και υπερηχογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών που προσήλθαν στα ΤΕΠ Καρδιολογικής στο Νοσοκομείο μας με υπερτασική κρίση.

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 123 ασθενείς, 53 άνδρες (43,09%) και 70 γυναίκες (56,91%), μέσης ηλικίας $76,7 \pm 8,8$ έτη, που νοσηλεύτηκαν λόγω υπερτασικής κρίσης, με συστολική αρτηριακή πίεση εισόδου άνω των 180 mmHg. Με την χρήση του διαθωρακικού υπερηχογραφήματος εκτιμήθηκαν η συστολική λειτουργία (κλάσμα εξώθησης και περιοχικές υποκινησίες), η μορφολογία της διαστολικής λειτουργίας (μορφολογία των ρών στην μιτροειδή βαλβίδα και στις πνευμονικές φλέβες) και ο βαθμός ανεπάρκειας της μιτροειδούς βαλβίδας, εντός των 3 πρώτων ωρών από την είσοδο των ασθενών καθώς και πριν από την έξοδο τους από το νοσοκομείο.

Αποτελέσματα: Η μέση συστολική αρτηριακή πίεση κατά την είσοδο ήταν $208,4 \pm 19,6$ mmHg και ελαττώθηκε στα $126,43 \pm 14,23$ mmHg κατά την διενέργεια του υπερηχογραφήματος εξόδου ($p < 0,001$). Το κλάσμα εξώθησης και ο δείκτης περιοχικής κινητικότητας των τοιχωμάτων της αριστερής κοιλίας ήταν παρόμοιοι τόσο κατά την εισαγωγή, όσο και κατά την έξοδο από το νοσοκομείο ($55,3 \pm 3,06$ έναντι $55,6 \pm 0,09\%$, $p = 0,966$ και $1,5 \pm 0,5$ έναντι $1,6 \pm 0,6$, $p = 0,845$ αντίστοιχα). Ανεπάρκεια μιτροειδούς ήταν ανιχνεύσιμη σε 42 ασθενείς, κανένας από τους οποίους δεν είχε σοβαρού βαθμού κατά την είσοδο. Δεν διαπιστώθηκε σημαντική διαφοροποίηση της βαρύτητας της ανεπάρκειας της μιτροειδούς βαλβίδας, όπως αυτή εκτιμήθηκε με τον υπολογισμό της vena contracta, μεταξύ των δύο μετρήσεων ($0,39 \pm 0,18$ cm έναντι $0,36 \pm 0,16$ cm, $p = 0,545$). Η διαστολική λειτουργία των ασθενών εμφανίστηκε επηρεασμένη τόσο κατά την εισαγωγή όσο και κατά την έξοδο. Αξιοσημείωτη ήταν η βελτίωση της μορφολογίας της διαστολικής δυσλειτουργίας από τον τύπο της ψευδοφυσιολογικοποίησης κατά τη εισαγωγή, στο τύπο της διαταραχής της χάλασης κατά την έξοδο. Πιο συγκεκριμένα διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο μετρήσεων αναφορικά με την ταχύτητα του κύματος E ($99,7 \pm 43,4$ cm/s έναντι $79,2 \pm 37,3$ cm/s, $p = 0,023$), τον ρυθμό επιβράδυνσης του κύματος E ($188,7 \pm 85,7$ ms έναντι $246,2 \pm 62,6$ ms, $p = 0,028$), τον λόγο των κυμάτων E/A ($1,11 \pm 0,85$ έναντι $0,88 \pm 0,47$, $p = 0,045$), τον χρόνο ισοογκωτικής χάλασης ($84,5 \pm 19,3$ ms έναντι $106,2 \pm 26,6$ ms, $p = 0,036$) καθώς και την ταχύτητα του κύματος D στις πνευμονικές φλέβες ($65,5 \pm 30,0$ cm/s έναντι $35,1 \pm 16,0$ cm/s, $p = 0,05$).

Συμπέρασμα: Στους ασθενείς με υπερτασική κρίση η ταχεία εκτίμηση των κλινικών και υπερηχογραφικών παραμέτρων συμβάλλει στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση. Ο σκοπός είναι η ταχεία ελάττωση της ΑΠ και η σταθεροποίηση του ασθενούς, χωρίς όμως να συμβεί υποαιμάτωση.

ΑΑ30 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΧΩΡΙΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Παναγιώτα Ανυφαντή¹, Βαρβάρα Νικολαΐδου¹, Ελένη Γαβριηλάκη¹, Αναστασία Μαλλιώρα¹, Αρετή Τριανταφύλλου¹, Μ. Δούμας², Ευγενία Γκαλιαγκούση¹

¹Γ' Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ Παπαγεωργίου, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, ²Β' Προπαιδευτική Κλινική, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η ενδοθηλιακή δυσλειτουργία θεωρείται πρωταρχική διεργασία με καθοριστική συμβολή στην εγκατάσταση και εξέλιξη των καρδιαγγειακών παθήσεων. Ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα (ΡΑ) παρουσιάζουν αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο, που θεωρείται συνάρτηση της υποκλινικής χρόνιας φλεγμονής και του αυξημένου επιπολασμού των κλασικών παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου. Ωστόσο, παραμένει υπό μελέτη εάν και σε ποιο βαθμό ασθενείς ελεύθεροι καρδιαγγειακών νοσημάτων και με καλά ρυθμιζόμενη νόσο παρουσιάζουν υποκλινική βλάβη του αγγειακού συστήματος με τη μορφή της ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας πιλοτικής μελέτης ήταν η αξιολόγηση της ενδοθηλιακής λειτουργίας ασθενών με ΡΑ χωρίς ιστορικό υπέρτασης ή άλλες καρδιαγγειακές συννοσηρότητες και με χαμηλά επίπεδα συστηματικής φλεγμονής, σε σύγκριση με υγιείς εθελοντές.

Υλικό και Μέθοδος: Στρατολογήθηκαν ασθενείς με καλά ρυθμιζόμενη ΡΑ χωρίς γνωστές καρδιαγγειακές συννοσηρότητες και συνταίριασμένοι μάρτυρες ως προς το φύλο, την ηλικία και την αρτηριακή πίεση. Η ενδοθηλιακή δυσλειτουργία αξιολογήθηκε με τη μέθοδο της ενδοθηλιο-εξαρτώμενης αγγειοδιαστολής (flow-mediated dilation, FMD) στη βραχιόνια αρτηρία με τη χρήση υπερήχου (Aloka ProSound A7 Ultrasound System).

Αποτελέσματα: Συνολικά μελετήθηκαν 22 άτομα χωρίς γνωστό ιστορικό υπέρτασης, εκ των οποίων 10 ήταν γυναίκες με ΡΑ μέσης ηλικίας 57±13 ετών και οι 12 υγιείς γυναίκες μέσης ηλικίας 56±9 ετών. Μεταξύ των δύο ομάδων δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την αρτηριακή πίεση ιατρείου. Οι ασθενείς με ΡΑ παρουσίαζαν σημαντικά χαμηλότερη τιμή FMD σε σύγκριση με τις μάρτυρες [6,4 (5,02)% έναντι 11,8 (5,2)%, p=0,003]. Η συσχέτιση των επιπέδων FMD με τη ΡΑ παρέμεινε στατιστικά σημαντική ακόμα και μετά από στάθμιση για την ηλικία και τη συστολική αρτηριακή πίεση ιατρείου (0,562, p=0,009).

Συμπεράσματα: Ασθενείς με ΡΑ φαίνεται να παρουσιάζουν ενδοθηλιακή δυσλειτουργία ενώ τα επίπεδα συστηματικής φλεγμονής είναι χαμηλά και πολύ πριν την εγκατάσταση καρδιαγγειακών παθήσεων. Περαιτέρω έρευνες είναι απαραίτητες για την επιβεβαίωση των ευρημάτων και για να αναδείξουν τον ρόλο της ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας στη ΡΑ ως πιθανού προγνωστικού δείκτη ή θεραπευτικού στόχου.

ΑΑ31 Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΒΛΑΒΩΝ ΤΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ ΣΤΟΧΩΝ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΜΗ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΛΙΠΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ – ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ειρήνη Σιάφη¹, Ι. Ανδρίκου¹, Δ. Κωνσταντινίδης¹, Κ. Θωμόπουλος¹, Νίκη Κακούρη¹, Φ. Τατάκης¹, Π. Ηλιάκης¹, Ε. Κουλλιάς², Καλλιόπη Γρηγορίου¹, Ιωάννα Τσουμπού¹, Ι. Κοσκίνας², Κ. Τσιούφης¹

¹Μονάδα Υπέρτασης, Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Ιπποκράτειο Αθηνών, ²Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ιπποκράτειο Αθηνών

Εισαγωγή-Σκοπός: Η μη αλκοολική λιπώδης νόσος του ήπατος (ΜΑΛΝΗ) είναι η πιο συχνή αιτία χρόνιας ηπατικής νόσου παγκοσμίως, ενώ κύρια αιτία θανάτου των ασθενών είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Η εκτίμηση του δείκτη ηπατικής στεάτωσης- Fatty Liver Index (FLI) αποτελεί μία εύχρηστη μέθοδο προσυμπτωματικού ελέγχου της ηπατικής στεάτωσης. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η σύγκριση της εξέλιξης των βλαβών οργάνων στόχων σε υπέρτασικούς ασθενείς με και χωρίς ΜΑΛΝΗ.

Υλικό και Μέθοδος: 60 υπέρτασικοί ασθενείς χωρίς ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου (μέση ηλικία 52 έτη, 58% άνδρες) με αρτηριακή πίεση ιατρείου 145/92 mmHg ετέθησαν σε παρακολούθηση για 1 έτος. Στην έναρξη της παρακολούθησης υπολογίστηκε στο σύνολο του πληθυσμού ο FLI βάσει ανθρωπομετρικών χαρακτηριστικών και βιοχημικών αναλύσεων αίματος. Οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν σε δύο ομάδες βάσει του FLI (FLI \geq 60 αυξημένου κινδύνου για ΜΑΛΝΗ). Σε όλους τους ασθενείς ετέθη 24-ωρη Περιπατητική Καταγραφή Αρτηριακής Πίεσης (ABPM), υπολογίστηκε ο δείκτης μάζας αριστερής κοιλίας (LVMI), ο λόγος αλβουμίνης/κρεατινίνη (ACR) σε τυχαίο δείγμα ούρων, έγινε μέτρηση της καρωτιδο-μηριαίας ταχύτητας μετάδοσης σφυγμικού κύματος (PWV) και τριχοειδοσκόπηση στην αρχή και στο τέλος της παρακολούθησης.

Αποτελέσματα: Στο baseline οι ασθενείς με FLI \geq 60 (n=32) συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου διέφεραν ως προς το ACR (26.5 \pm 57mg/g vs 9.6 \pm 6.3 mg/g, p=0.02) και τον αριθμό των τριχοειδών (75 \pm 18cap/mm² vs 86 \pm 12cap/mm², p=0.002), ενώ δεν διέφεραν ως προς το LVMI και το PWV. Στο τέλος της περιόδου παρακολούθησης οι ασθενείς με FLI \geq 60 είχαν υψηλότερες τιμές ACR (12.6 \pm 11.9 mg/g vs 6.8 \pm 5.3 mg/g p=0.025), PWV (9.9 \pm 2m/sec vs 8.8 \pm 1.3 m/sec, p=0.02), LVMI (81.4 \pm 13.2 g/m² vs 72.5 \pm 13.2 g/m², p=0.02) και μικρότερο αριθμό τριχοειδών (65.1 \pm 8.8 cap/mm² vs 79.6 \pm 7.5 cap/mm², p<0.001). Σε ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης φάνηκε πως το FLI \geq 60 είναι ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας του ACR, LVMI, PWV και του αριθμού των τριχοειδών στο follow up.

Συμπεράσματα: Η ΜΑΛΝΗ φαίνεται πως επηρεάζει την εξέλιξη των βλαβών οργάνων στόχων σε υπέρτασικούς ασθενείς.

ΑΑ32 ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΣΤΑΘΕΙΑΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΜΕ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ ΟΡΓΑΝΩΝ-ΣΤΟΧΩΝ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ, ΕΦΗΒΟΥΣ ΚΑΙ ΝΕΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ

Αικατερίνη Θεοδοσιάδη¹, Αγγελική Ντινέρη¹, Α. Κόλλιας¹, Κ. Κυριακούλης¹, Αριάδνη Μέντη¹, Β. Ντουσόπουλος¹, Παναγιώτα Σταθοπούλου¹, Μαρία-Ελενα Ζενιώδη¹, Εμελίνα Σταμπολλίου¹, Γ. Σέρβος², Ι. Μωυσάκης³, Α. Δεστούνης¹, Ανδριανή Βαζάιου⁴, Γ. Στεργίου¹

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

Εισαγωγή-Σκοπός: Να διερευνηθεί η σχέση της μεταβλητότητας και της αστάθειας της συστολικής αρτηριακής πίεσης (ΣΑΠ) στην 1^η επίσκεψη στο ιατρείο με δείκτες ασυμπτωματικής βλάβης οργάνων-στόχων (TOD) σε νεαρά άτομα.

Υλικό και μέθοδος: Υγιή άτομα ηλικίας 6-25 ετών που είχαν παραπεμφθεί για αυξημένη αρτηριακή πίεση (ΑΠ) υποβλήθηκαν σε τριπλή μέτρηση ΑΠ στο ιατρείο και 24ωρη καταγραφή ΑΠ. Ως δείκτες μεταβλητότητας και αστάθειας της ΣΑΠ χρησιμοποιήθηκαν η τυπική απόκλιση (SD), ο συντελεστής μεταβλητότητας (CV), η μέση πραγματική μεταβλητότητα (ARV), η μέγιστη τιμή ΣΑΠ, η διαφορά μέγιστης-ελάχιστης ΣΑΠ (MMD) και η διαφορά 1^{ης}-3^{ης} μέτρησης προς τον μέσο όρο ΣΑΠ (σχετική μεταβολή). Η αξιολόγηση TOD συμπεριέλαβε προσδιορισμό του δείκτη μάζας αριστερής κοιλίας (LVMI), του πάχους έσω-μέσου χιτώνα κοινών καρωτίδων (IMT) και της καρωτιδομηριαίας ταχύτητας σφυγμικού κύματος (PWV, Complior).

Αποτελέσματα: Αναλύθηκαν 301 άτομα (13,8±3,7 ετών, 66,8% άρρενα, BMI z-score 1,12±0,95, ΑΠ ιατρείου 122,6±16,9/72,5±10,7 mmHg και 24ωρη ΑΠ 119,1±11,4/67,8±6,8 mmHg), εκ των οποίων μετρήσεις LVMI είχαν 258, IMT 208 και PWV 60. Οι δείκτες LVMI, IMT και PWV σχετίστηκαν με την ΣΑΠ ιατρείου (r=0,30/0,32/0,42 αντίστοιχα, p<0,001), 24ωρου (r=0,35/0,33/0,48, p<0,001) και τη μέγιστη ΣΑΠ (r=0,31/0,30/0,41, p<0,001). Οι δείκτες LVMI και IMT σχετίστηκαν επιπλέον με SD (r=0,14/0,42, p<0,05), ενώ το IMT και PWV με την ηλικία (r=0,31/0,38, p<0,05). Οι υπόλοιποι δείκτες μεταβλητότητας ΣΑΠ δεν παρουσίασαν σημαντικές συσχετίσεις με τους δείκτες TOD. Σε πολυπαραγοντικά μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης (ανεξάρτητες μεταβλητές: φύλο, ηλικία, BMI z-score, ΣΑΠ ιατρείου, 24ώρου, SD και μέγιστη τιμή ΣΑΠ ιατρείου) ο δείκτης LVMI καθοριζόταν από BMI z-score και ΣΑΠ 24ωρου, το IMT από ηλικία, φύλο και ΣΑΠ 24ωρου και η PWV από ΣΑΠ 24ωρου.

Συμπεράσματα: Στα νεαρά άτομα η μεταβλητότητα και η αστάθεια της ΣΑΠ ιατρείου δεν φάνηκε να σχετίζεται με δείκτες TOD.

ΑΑ33 ΑΟΡΤΙΚΗ ΣΚΛΗΡΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΟΣΦΑΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Βαρβάρα Νικολαΐδου¹, Ελένη Γαβριηλάκη¹, Παναγιώτα Ανυφαντή¹, Α. Λαζαρίδης¹, Π. Δόλυγυρας¹, Αρετή Τριανταφύλλου¹, Μ. Δούμας², Στέλλα Δούμα¹, Ευγενία Γκαλιαγκούση¹

¹Γ' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη, ²Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή-Σκοπός: Η αορτική σκληρία (δείκτης μακροαγγειοπάθειας) και οι παράγοντες που την επηρεάζουν στα αρχικά στάδια Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2) χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης. Σκοπός ήταν η εκτίμηση της αορτικής σκληρίας σε ασθενείς με πρόσφατη διάγνωση ΣΔ2.

Υλικό και Μέθοδος: Μελετήθηκαν ασθενείς με πρόσφατη διάγνωση ΣΔ2 (<6 μήνες) χωρίς λήψη αντιδιαβητικής αγωγής (εξαιρέση η μετφορμίνη) και εθελοντές συνταιριασμένοι ως προς ηλικία και αρτηριακή πίεση (ΑΠ). Καταγράφηκαν σωματομετρικά στοιχεία, ΑΠ (24ωρη και ιατρείου), αιματολογικές παράμετροι, αλβουμίνη ούρων μέσω συλλογής 24ώρου και εκτιμήθηκε ο 10ετής αθηροσκληρωτικός καρδιαγγειακός κίνδυνος (ASCVD risk). Η ταχύτητα του σφυγμικού κύματος (PWV) μετρήθηκε με SphygmoCor. Αιμοδυναμικές παράμετροι του καρδιαγγειακού εκτιμήθηκαν με χρήση ρεοκαρδιογραφίας.

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν 177 άτομα, 87 με ΣΔ2 μέσης ηλικίας 57±11έτη (50 άντρες: 37 γυναίκες) και 90 μάρτυρες. Οι 43 ΣΔ2 ασθενείς εκτιμήθηκαν εντός μήνα από τη διάγνωση, ενώ οι υπόλοιποι σε 3,85±2,01 μήνες. Μετφορμίνη λάμβανε το 50,57% για διάστημα 4 (13) εβδομάδων. Η PWV ήταν αυξημένη στο ΣΔ2 [8,6 (2,05) m/sec έναντι 7,785 (2,143) m/sec, p=0,002] και συσχετίστηκε με: ηλικία, BMI, ΣΔ2, γλυκόζη νηστείας, HbA1c, ASCVD risk, αλβουμινουρία και με σχεδόν όλες τις παραμέτρους της ΑΠ. Αξιοσημείωτα συσχετίστηκε με αιμοδυναμικές παραμέτρους, συγκεκριμένα με: SI (Δείκτης Όγκου Παλμού), SVRI (Δείκτης Συστηματικής Αγγειακής Αντίστασης), TACI (Δείκτης Συνολικής Αρτηριακής Ευενδοτότητας), και με δείκτες συσταλτικότητας του μυοκαρδίου: ACI (Δείκτης Επιτάχυνσης) και VI (Δείκτης Ταχύτητας). Η PWV συσχετίστηκε ανεξάρτητα με: ηλικία (p<0,001), αντρικό φύλο (p=0,021), γλυκόζη νηστείας (p=0,018) και συστολική ΑΠ 24ώρου (p<0,001). Τα αποτελέσματα ήταν αντίστοιχα και σε υποανάλυση δείγματος χωρίς υπέρταση.

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με πρόσφατη διάγνωση ΣΔ2 παρουσιάζουν αυξημένη αορτική σκληρία στην οποία η υπεργλυκαιμία έχει ισχυρή, πρώιμη, ανεξάρτητη επίδραση. Η συσχέτιση της PWV με τον ASCVD risk καθώς και με δείκτες καρδιακής λειτουργίας αναδεικνύουν τη σημασία της ως δείκτη καρδιαγγειακού κινδύνου. Τέλος, η συνύπαρξη της υπέρτασης αποτελεί επιπρόσθετο επιβαρυντικό παράγοντα που χρήζει προσοχής και κατάλληλης αντιμετώπισης.

ΑΑ34 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΞΕΙΑΣ ΘΡΟΜΒΩΣΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΦΛΕΒΑΣ ΣΕ ΕΦΗΒΟ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΛΟΙΜΩΞΗ ΜΕ SARS COVID-19

Ε. Βρίκος¹, Σοφία Βογιάκη¹, Η. Ηλιόπουλος², Χ. Σταθίου¹, Μαρία Κουλούρη¹, Αργυρώ Μάρδα¹, Χαραλαμπία Ελευθεριάδη¹, Τρισεύγενη Φραντζη¹, Σταυρούλα Χίνη¹

¹Γ' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, «Γεώργιος Γεννηματάς», ²Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός»

Περιστατικό: Έφηβος 17 ετών, προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών λόγω οσφυαλγίας από 2ημέρου. Προ 8 ημέρου αναφέρεται αποδραμούσα εμπύρετος λοίμωξη ανωτέρω αναπνευστικού. Ασθενής παχύσαρκος (BMI: 34), με ελεύθερο αναμνηστικό, δεν λάμβανε φάρμακα και ήταν ανεμβολίαστος

Πορεία Νόσου: Στην κλινική εξέταση ήταν πάσχων, η Θ:39°C και η ΑΠ 160/90mmHg. Η αξονική τομογραφία άνω/κάτω κοιλίας ανέδειξε θρόμβωση αριστερής νεφρικής φλέβας. Από τον εργαστηριακό έλεγχο ανεδείχθηκαν αυξημένοι δείκτες φλεγμονής. Ο έλεγχος για COVID-19 ήταν αρνητικός για ενεργό λοίμωξη, ωστόσο ανεδείχθη αυξημένος τίτλος αντισωμάτων συμβατός με αποδραμούσα λοίμωξη. Εμφάνιζε λευκωματουρία (1.9 gr/24ωρο) με φυσιολογική νεφρική λειτουργία ενώ ο ανοσολογικός και μικροβιολογικός έλεγχος ήταν αρνητικοί. Εστάλη έλεγχος θρομβοφιλίας με εύρημα ετεροζυγωτία για μετάλλαξη γονιδίου προθρομβίνης II (G20210A). Ο ασθενής ετέθη σε πλήρη αντιπηκτική αγωγή. Την 1^η ημέρα νοσηλείας, εμφάνισε αποκορεσμό με οξύ άλγος θώρακα και διαγνώσθηκε απεικονιστικά πνευμονική εμβολή σε κεντρικό κλάδο χωρίς αιμοδυναμική αστάθεια. Την 5^η ημέρα εμφάνισε ινιακή κεφαλαλγία, εμέτους και σύγχυση με υπερτασική αιχμή (170/110mmHg). Ο απεικονιστικός έλεγχος εγκεφάλου (και MRI) ήταν αρνητικοί για θρόμβωση εγκεφάλου. Αντιμετωπίστηκε με συγχορήγηση αμλοδιπίνης, βαλσαρτάνης, φουροσεμίδης με αποτέλεσμα προοδευτική ομαλοποίηση αρτηριακής πίεσης (130-140mmHg/80-90mmHg) και αποδρομή της κεφαλαλγίας. Εξήλθε καλά κλινικά μετά από νοσηλεία 15 ημερών.

Follow-Up: Ο ασθενής κατέγραφε καθημερινά μετρήσεις αρτηριακής πίεσης, ενώ προσερχόταν για επανεκτίμηση αρχικά εβδομαδιαίως και εν συνεχεία μηνιαίως. Σε επανέλεγχο 9 μήνες μετά τη νοσηλεία, εξακολουθεί να διατηρεί ικανοποιητικές τιμές αρτηριακής πίεσης με αγωγή.

Συμπερασμα: Η περίπτωση αφορά πολύ σπάνια εμφάνιση οξείας θρόμβωσης νεφρικής φλέβας σε έφηβο ταυτόχρονα με πνευμονική εμβολή και σοβαρή υπερτασική κρίση με εκδήλωση υπερτασικής εγκεφαλοπάθειας μετά λοίμωξη SARS COVID-19. Οι ακριβείς μηχανισμοί δεν έχουν εξακριβωθεί.

ΑΑ35 ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΠΟΛΥΦΑΡΜΑΚΙΑ ΣΕ ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Ιωάννα Παπακίτσου, Αντρία Παπαζαχαρίου, Αντιγόνη Νικηφόρου, Ε. Πετράκης, Βάσω Μελάκη, Π. Κορρές, Α. Ανυφαντάκης, Π. Ιωάννου, Ελένη Παπαδοκωστάκη, Γ. Βρέντζος, Ι. Παπαδάκης, Θ. Φιλιππάτος

Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο Κρήτης

Σκοπός: Η αρτηριακή υπέρταση συνιστά ιδιαίτερα συχνή συννοσηρότητα σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ). Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή της αντιυπερτασικής αγωγής σε υπερηλικες ασθενείς με ΣΔ που εισήχθησαν σε παθολογική κλινική.

Υλικό και Μέθοδος: Διεξήχθη σειριακή καταγραφή των ηλικιωμένων διαβητικών ασθενών (≥80 ετών), που εισήχθησαν στην Παθολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου. Στην παρούσα προκαταρκτική ανάλυση παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που αφορούν τους πρώτους 100 ασθενείς με ΣΔ.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 85.1±3,8 έτη (53,9% γυναίκες) και ο δείκτης μάζας σώματος (BMI) 27±5.1 kg/m². Οι ασθενείς είχαν μειωμένο επίπεδο λειτουργικότητας (Katz index 0-3) σε ποσοστό 46.8%, ενώ το 50.2% ήταν μόνιμα κατακεκλιμένοι. Οι ασθενείς εμφάνιζαν σημαντική συννοσηρότητα [Charlson comorbidity index (CCI>5)] σε ποσοστό 86.5%, ενώ το 44% είχε ανοϊκή συνδρομή. Με βάση το ατομικό αναμνηστικό, το 87,2% είχε αρτηριακή υπέρταση και το 51,8% καρδιακή ανεπάρκεια. Οι ασθενείς ελάμβαναν σε ποσοστό 27,1% αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου, 32,1% ανταγωνιστές αγγειοτενσίνης, 52,9% αποκλειστές β υποδοχέων, 32,9% ανταγωνιστές διαύλων ασβεστίου (CCBs), 48.9% ελάμβαναν διουρητικό της αγκύλης ενώ το 17% ελάμβανε θειαζιδικό διουρητικό. Συνολικά οι υπερηλικες ασθενείς με ΣΔ ελάμβαναν κατά μέσο όρο 8±3 φάρμακα.

Συμπεράσματα: Οι υπερηλικες ασθενείς με ΣΔ εμφανίζουν σημαντική συννοσηρότητα και παρά τη συχνά μειωμένη λειτουργικότητα που εμφανίζουν λαμβάνουν σε υψηλά ποσοστά αντιυπερτασική αγωγή και συνολικά υψηλό αριθμό φαρμάκων.

ΑΑ36 ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ 24ΩΡΗΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΩΤΙΔΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 Η ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΗ

Αριάδνη Μέντη¹, Α. Κόλλιας¹, Κ. Κυριακούλης¹, Β. Ντουσόπουλος¹, Ιωάννα Μπουντζώνα¹, Αικατερίνη Θεοδοσιάδη¹, Παναγιώτα Σταθοπούλου¹, Αγγελική Ντινέρη¹, Γ. Στεργίου¹

¹Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Γ' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Η Σωτηρία», Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Διερεύνηση της σχέσης των παραμέτρων 24ωρης καταγραφής αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) με τους δείκτες καρωτιδικής βλάβης σε άτομα με υπέρταση και σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2) ή προδιαβήτη.

Πληθυσμός-Μέθοδος: Ενήλικες με υπέρταση και ΣΔ2 ή προδιαβήτη υποβλήθηκαν σε αξιολόγηση (α) της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) με 24ωρη καταγραφή (Microlife WatchBPO3) και (β) ασυμπτωματικής καρωτιδικής βλάβης [υπερηχογραφικός προσδιορισμός πάχους έσω-μέσου χιτώνα κοινών καρωτίδων (cIMT) και δείκτη αθηρωμάτωσης [Carotid Plaque Score (CPS)]]. Υπολογίστηκε η διαφορική πίεση (ΔΠ) και η μεταβλητότητα της ΑΠ εκτιμήθηκε με την τυπική απόκλιση (SD) και τον συντελεστή διακύμανσης (CV).

Αποτελέσματα: Αναλύθηκαν δεδομένα από 70 συμμετέχοντες [ηλικία 65,2±9,7 έτη, 47 άνδρες, δείκτης μάζας σώματος 31,6±4,8 kg/m², HbA1c 6,6±0,8%, 60 με ΣΔ2, μέση τιμή ΑΠ (συστολική/διαστολική) 123±12/69±7 mmHg]. Οι δείκτες καρωτιδικής βλάβης ήταν cIMT 0,8±0,2 mm, και CPS 5,4±4,7. Η συστολική ΑΠ του 24ωρου και της ημέρας εμφάνιζε σημαντική συσχέτιση με cIMT (r=0,3/0,3 αντίστοιχα, p<0,01) και CPS (r=0,2/0,3 αντίστοιχα, p<0,05). Η ΔΠ εμφάνιζε συσχέτιση με cIMT r=0,39/0,41/0,28 (24ωρη/ημέρα/νύχτα αντίστοιχα, όλα τα p<0,05) καθώς και με CPS r=0,26/0,28/0,23 (24ωρο/ημέρα/νύχτα αντίστοιχα p<0,05). Δεν διαπιστώθηκε σημαντική συσχέτιση των δεικτών καρωτιδικής βλάβης με SD και CV. Σε πολυπαραγοντικές αναλύσεις παλινδρόμησης με την ηλικία, το φύλο, το δείκτη μάζας σώματος, το κάπνισμα και την ΔΠ ως ανεξάρτητες μεταβλητές, το cIMT καθορίστηκε καλύτερα από την ημερήσια ΔΠ της 24ώρης καταγραφής και την ηλικία (R²=0,27) και το CPS από την ημερήσια ΔΠ της 24ώρης καταγραφής και το κάπνισμα (R²=0,23).

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι η ΔΠ στην 24ωρη καταγραφή ίσως αποτελεί τον κύριο καθοριστικό παράγοντα πρόκλησης καρωτιδικής βλάβης σε ασθενείς με υπέρταση και διαβήτη/προδιαβήτη.

ΑΑ37 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΝΕΦΡΟΥ ΣΤΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΕΦΕΔΡΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ ΜΕ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ: ΜΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΕΛΕΤΩΝ

Εύα Πέλλα¹, Μαρία-Ελένη Αλεξάνδρου¹, Αφροδίτη Μπούτου², Μαριέτα Θεοδωρακοπούλου¹, Κωνσταντίνα Δίπλα³, Α. Ζαφειρίδης³, Π. Σαραφίδης¹

¹Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη, ²Πνευμονολογική Κλινική, Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη, ³Εργαστήριο Φυσιολογίας και Βιοχημείας της Άσκησης, Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού Σερρών Α.Π.Θ., Σέρρες

Εισαγωγή-Σκοπός: Οι ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ) συχνά παρουσιάζουν ελαττωμένη καρδιοαναπνευστική εφεδρεία και μειωμένη ικανότητα για άσκηση. Η μεταμόσχευση νεφρού είναι η βέλτιστη θεραπεία για ασθενείς με ΧΝΝ-τελικού σταδίου, καθώς σχετίζεται με αυξημένη επιβίωση και βελτιωμένη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με την αιμοκάθαρση ή την περιτοναϊκή κάθαρση. Σκοπός μας ήταν η συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση μελετών στις οποίες χρησιμοποιήθηκε η καρδιοαναπνευστική δοκιμασία άσκησης για την αξιολόγηση της καρδιοαναπνευστικής εφεδρείας ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο πριν και μετά τη μεταμόσχευση νεφρού.

Υλικό και Μέθοδος: Το πρωτογενές καταληκτικό σημείο ήταν οι διαφορές στην τιμή κατανάλωσης οξυγόνου στο μέγιστο της δοκιμασίας (VO₂peak) πριν και μετά την μεταμόσχευση νεφρού. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε τρεις μηχανές αναζήτησης βιβλιογραφικών αναφορών (PubMed, Web of Science και Scopus). Η αξιολόγηση της ποιότητας πραγματοποιήθηκε με το Newcastle-Ottawa-Scale.

Αποτελέσματα: Από 379 βιβλιογραφικές αναφορές, 6 μελέτες με 207 συμμετέχοντες παρέιχαν πλήρη δεδομένα και συμπεριλήφθηκαν στην μετα-ανάλυση. Παρατηρήθηκε οριακή, αλλά όχι στατιστικά σημαντική, βελτίωση στην μέγιστη κατανάλωση οξυγόνου μετά σε σύγκριση με τις τιμές πριν από τη μεταμόσχευση νεφρού (SMD: 0,32, 95%CI -0,02, 0,67). Οι τιμές της κατανάλωσης οξυγόνου στον αναερόβιο ουδό (VO₂AT) βελτιώθηκαν σημαντικά μετά τη μεταμόσχευση νεφρού (WMD: 2.30 ml/min/kg, 95%CI 0.50, 4.09). Στην ανάλυση υποομάδων, τα αποτελέσματα ήταν παρόμοια μεταξύ ασθενών που υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση νεφρού χωρίς και όντας υπό εξωνεφρική κάθαρση (p-value μεταξύ υποομάδων=0.95), ενώ στην ανάλυση υποομάδων με βάση το χρονικό διάστημα παρακολούθησης παρατηρήθηκε τάση βελτίωσης στο VO₂peak μετά το πέρασ τουλάχιστον 3 μηνών μετά την μεταμόσχευση νεφρού, αλλά όχι νωρίτερα.

Συμπεράσματα: Φαίνεται πως παρατηρείται τάση βελτίωσης της καρδιοαναπνευστικής εφεδρείας μετά την μεταμόσχευση νεφρού, κάτι το οποίο αντιπροσωπεύει έναν άλλο παράγοντα που συμβάλλει στην βελτίωση της επιβίωσης ασθενών με μεταμόσχευση νεφρού σε σύγκριση με ασθενείς υπό εξωνεφρική κάθαρση.

ΑΑ38 ΣΧΕΣΗ ΦΥΣΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ: ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΟΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ

Χ. Φραγκούλης¹, Α.Γ. Πρεντάκης², Ευαγγελία Κοντογιάννη², Δ. Πολύζος¹, Α. Σακαλίδης¹, Ε. Μαντζουράνης¹, Ι. Λεοντσίνης¹, Ι. Λιατάκης¹, Ειρήνη Δρή¹, Ι. Νταλακούρας¹, Μαρία Καριώρη¹, Θ. Καλός¹, Σταυρούλα-Παναγιώτα Λόντου³, Χριστίνα Χρυσοχόου¹, Α. Πολίτης², Κ.Π. Τσιούφης¹

¹Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική σχολή, ΕΚΠΑ, Ιπποκράτειο ΓΝΑ, Αθήνα, Ελλάδα, ²Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Ιατρική σχολή, ΕΚΠΑ, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα, Ελλάδα, ³Α΄ Παθολογική Κλινική, Ιατρική σχολή, ΕΚΠΑ, ΓΝΑ Λαϊκό, Αθήνα, Ελλάδα

Εισαγωγή-Σκοπός: Επί του παρόντος, υπάρχουν λίγα δεδομένα που συνδέουν την άσκηση με την συμμόρφωση στην αντιυπερτασική αγωγή, εξετάζοντας όλους τους πιθανούς παράγοντες που συμβάλλουν στον έλεγχο της αρτηριακής πίεσης. Σκοπός της μελέτης μας ήταν να εξετάσουμε την πιθανή σχέση αυτή σε υπερτασικούς ασθενείς που επισκέφθηκαν την Μονάδα Συμπεριφορικής Καρδιολογίας (ΜΣΚ).

Υλικό και Μέθοδος: Συμπεριλήφθησαν ασθενείς που εξετάστηκαν με ολιστική προσέγγιση στην ΜΣΚ σε Τριτοβάθμιο Νοσοκομείο. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε διεξοδικό έλεγχο, χρησιμοποιώντας την Κλίμακα Συμμόρφωσης στην Αγωγή Morisky (MMAS8), το Ερωτηματολόγιο Ευπάθειας (Frailty Score) και το Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής (RHQ-4). Επίσης, καταχωρήθηκε πλήρες ιστορικό φυσικής δραστηριότητας (τουλάχιστον 150 λεπτά σωματικής δραστηριότητας ή 75 λεπτά έντονης δραστηριότητας ανά εβδομάδα), ενώ συμπληρώθηκε ο Δείκτης Λειτουργικής Ικανότητας DUKE (DASI) για κάθε ασθενή.

Αποτελέσματα: Ο πληθυσμός αποτελείτο από 42 υπερτασικούς ασθενείς, εκ των οποίων το 54,8% ήταν γυναίκες, με μέση ηλικία όλων τα 55,8±15 έτη. Ο Δείκτης Μάζας Σώματος ήταν κατά μέσο όρο 27,6 kg/m². Κατανάλωση άλατος πάνω από την συνιστώμενη ημερήσια ποσότητα (>5gr/ημέρα) καταγράφηκε στο 60% των ασθενών, ενώ το 43% εξ αυτών ανέφερε κατάχρηση αιθυλικής αλκοόλης και το 43% ήταν ενεργοί καπνιστές. Υψηλή συμμόρφωση καταχωρήθηκε σε 17 ασθενείς (46%), μέτρια συμμόρφωση σε 14 (37,8%) και χαμηλή συμμόρφωση σε 6 (16,2%). Η στατιστική ανάλυση ανέδειξε στατιστική σημαντικότητα στη σχέση μεταξύ της άσκησης και της μέσης κλίμακας συμμόρφωσης στην MMAS8 (MMAS8: 6-7, p=0.033). Επιπλέον, επιβεβαιώθηκε η συσχέτιση σε στατιστικά σημαντικό βαθμό μεταξύ άσκησης, ευπάθειας και βαθμολογίας RHQ-4. Ειδικότερα, οι ασθενείς με απουσία άσκησης λόγω ευπάθειας εμφάνισαν υψηλότερη βαθμολογία RHQ-4 (F=7.07, p=0.011).

Συμπεράσματα: Η μελέτη μας υπογραμμίζει την πιθανή σχέση εξάρτησης της άσκησης με την συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή. Τα αποτελέσματα υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς με καλή συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή έχουν καλύτερη ενεργοποίηση συμπεριφοράς. Χρειάζεται περαιτέρω έρευνα σε αυτόν τον τομέα, για να επιβεβαιωθούν τα ευρήματα.

ΑΑ39 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΣΕ ΔΙΑΣΤΗΜΑ 10 ΕΤΩΝ

Χ. Αβντουλλά¹, Ν. Μαστρονικολής², Ντανιέλα Ταχιράι³, Μ. Λεοτσινίδης¹, Ελένη Γελαστοπούλου¹
¹Εργαστήριο Υγιεινής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Πατρών, ²Πανεπιστημιακή Κλινική Ωτορινολαρυγγολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Πατρών, ³Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

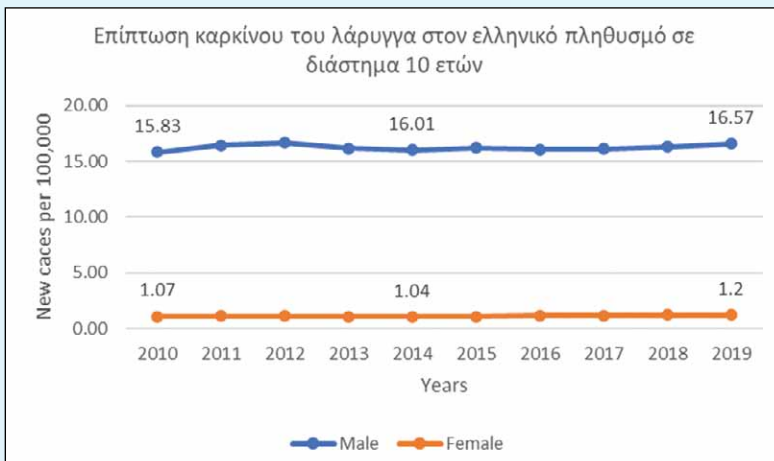
Εισαγωγή: Ο καρκίνος του λάρυγγα κατέχει την πρώτη θέση μεταξύ όλων των καρκίνων κεφαλής και τραχήλου.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να διερευνήσουμε τα τελευταία 10 χρόνια τους επιδημιολογικούς δείκτες (επίπτωση, επιπολασμό και θνησιμότητα) από καρκίνου του λάρυγγα στον ελληνικό πληθυσμό (άνδρες και γυναίκες).

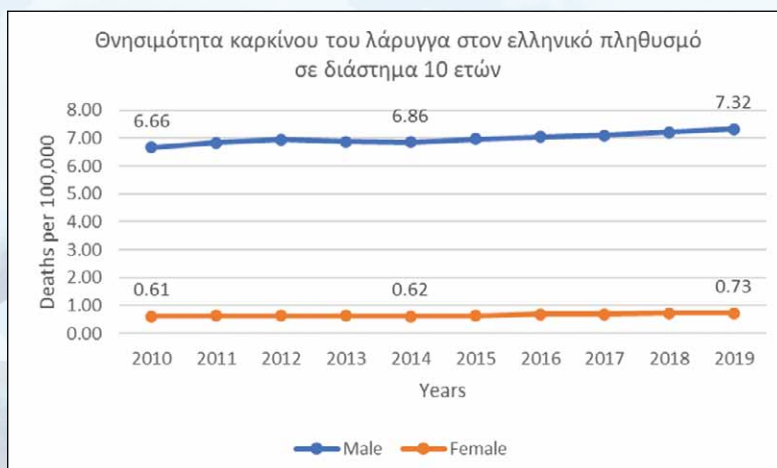
Υλικό και Μέθοδος: Η περίοδος μελέτης ορίστηκε από το 2010 έως και το 2019. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από τη διεθνή βάση δεδομένων (GBD), αφορούσαν συνολικά όλες τις ηλικίες και τα δύο φύλα. Κατηγοριοποιήθηκαν με βάση τους επιδημιολογικούς δείκτες και η στατιστική ανάλυση και σύγκριση πραγματοποιήθηκε με το εργαλείο Microsoft Office Excel 365.

Αποτελέσματα: Την τελευταία δεκαετία η επίπτωση από καρκίνο του λάρυγγα στους άνδρες και στις γυναίκες αυξήθηκε από 15,83 και 1,07 ανά 100 χιλ. κατοίκους που ήταν το 2010 στο 16,57 και 1,2 το 2019 αντίστοιχα. (Ανδρες: Μέση Τιμή ή Μ.Τ. 16,23 Ελάχ. 15,83 Μέγ. 16,68) (Γυναίκες: Μ.Τ. 1,12 Ελάχ. 1,07 Μέγ. 1,2). Την ίδια αύξηση ακολούθησε και η θνησιμότητα όπου στους άνδρες το 2019 ανήλθε στο 7,32 ανά 100χιλ. κατοίκους (Μ.Τ. 6,98 Ελάχ. 6,66, Μέγ. 7,32) και στις γυναίκες στο 0,73 ανά 100χιλ. κατοίκους (Μ.Τ. 0,66 Ελάχ. 0,61 Μέγ. 0,73). Επιπλέον, ο επιπολασμός τόσο στους άνδρες όσο και για τις γυναίκες αυξήθηκε σε αυτά τα 10 χρόνια φτάνοντας το 2019 στο 103,93 και 8,94 ανά 100χιλ. κατοίκους αντίστοιχα.

Συμπεράσματα: Κατά την περίοδο των 10 ετών, η επίπτωση ο επιπολασμός και η θνησιμότητα από καρκίνο του λάρυγγα αυξήθηκαν σταδιακά και στα δύο φύλα. Επίσης, οι επιδημιολογικοί δείκτες ήταν υψηλότεροι στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες, με αναλογία εμφάνισης 16:1.



Διάγραμμα 1. Επίπτωση καρκίνου του λάρυγγα στον ελληνικό πληθυσμό σε διάστημα 10 ετών.



Διάγραμμα 2: Θνησιμότητα καρκίνου του λάρυγγα στον ελληνικό πληθυσμό σε διάστημα 10 ετών.

ΑΑ40 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΦΑΙΝΟΤΥΠΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΥΓΙΕΙΣ ΝΟΡΜΟΤΑΣΙΚΟΥΣ

Α. Λαζαρίδης¹, Αναστασία Μαλλιώρα¹, Στέλλα-Λήδα Παπαδοπούλου¹, Α. Βαμβάκης¹, Ν. Κολέτσος¹, Κωνσταντίνα Δίπλα², Παναγιώτα Ανυφαντή¹, Βαρβάρα Νικολαΐδου, Κ. Μαστρογιάννης¹, Αρετή Τριανταφύλλου¹, Ευγενία Γκαλιαγκούση¹

¹Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γ.Ν. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη, ²Τμήμα Αθλητικών Επιστημών, Εργαστήριο 36 Φυσιολογίας της Άσκησης και Βιοχημείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Σέρρες

Εισαγωγή: Η ασύμμετρη διμεθυλαργινίνη (ADMA) αποτελεί ισχυρό αναστολέα της ενδοθηλιακής συνθάσης του μονοξειδίου του αζώτου κι εδραιωμένο βιοχημικό δείκτη ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας. Η μεταβλητότητα της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) έχει φανεί ότι συσχετίζεται με την μεσολαβούμενη από την υπέρταση βλάβη οργάνων στόχων καθώς και με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο, ωστόσο επί του παρόντος, υπάρχουν ελάχιστα δεδομένα για τη σχέση της μεταβλητότητας της ΑΠ με δείκτες ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας.

Σκοπός: Στην παρούσα μελέτη συσχετίστηκαν οι παράμετροι της 24ωρης μεταβλητότητας της περιφερικής ΑΠ με τα επίπεδα. ADMA σε υπερτασικούς ασθενείς με επιμέρους φαινότυπους υπέρτασης και υγιείς νορμοτασικούς.

Υλικό και Μέθοδος: Τα επίπεδα ADMA υπολογίστηκαν στον ορό με ELISA (DLD Diagnostika GmbH, Hamburg, Germany) (ευαισθησία 0.05 μmol/L). Η ΑΠ ιατρείου μετρήθηκε σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες. Οι φαινότυποι υπέρτασης προσδιορίστηκαν με βάση την ΑΠ ιατρείου και το προφίλ της 24ωρης περιπατητικής ΑΠ. Η μεταβλητότητα υπολογίστηκε με ειδικό λογισμικό από την 24ωρη περιπατητική αρτηριακή πίεση όπως μετρήθηκε με τη συσκευή Mobil-O-Graph ή SpaceLab. Ως δείκτης εκτίμησης της μεταβλητότητας χρησιμοποιήθηκε η Μέση Πραγματική Μεταβλητότητα (Average Real Variability-ARV) της συστολικής (ΣΑΠ) και διαστολικής(ΔΑΠ) ΑΠ 24ωρου, ημέρας και νύχτας.

Αποτελέσματα: Συνολικά εντάχθηκαν 287 άτομα (ηλικία 46±10 έτη, 168 άνδρες), συμπεριλαμβανομένων 164 ασθενών με ιδιοπαθή υπέρταση, 58 ασθενών με συγκαλυμμένη υπέρταση, 15 ατόμων με υπέρταση λευκής μπλούζας και 50 υγιών νορμοτασικών. Τα επίπεδα ADMA παρουσίασαν σημαντική συσχέτιση με το δείκτη μάζας σώματος ($r=0,143, p=0,015$), τη ΣΑΠ ιατρείου ($r=0,128, p=0,03$) και την ARV της ΣΑΠ 24ώρου ($r=0,126, p=0,03$). Στο πολυπαραγοντικό μοντέλο τα επίπεδα ADMA συσχετίστηκαν σημαντικά μόνο με τη ΣΑΠ ιατρείου ($\text{Beta}=0,129, p<0,05$).

Συμπεράσματα: Τα επίπεδα ADMA συσχετίζονται σημαντικά με την ΣΑΠ ιατρείου και με την 24ωρη μεταβλητότητα της ΑΠ σε έναν πληθυσμό υπερτασικών και νορμοτασικών ατόμων. Ωστόσο στην πολυπαραγοντική ανάλυση παραμένει ισχυρή η συσχέτιση της ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας με την ΣΑΠ ιατρείου. Χρειάζονται περισσότερα δεδομένα για την τεκμηρίωση του ρόλου της μεταβλητότητας της ΑΠ στην ενδοθηλιακή βλάβη.

ΑΑ41 ΣΥΓΚΡΙΣΗ SCORES ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΡΩΤΙΔΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΗ-2 Η ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΗ: ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Αριάδνη Μέντη, Α. Κόλλιας, Κ. Κυριακούλης, Β. Ντουςόπουλος, Παναγιώτα Σταθοπούλου, Αικατερίνη Θεοδοσιάδη, Αγγελική Ντινέρη, Ιωάννα Μπουντζώνα, Αθηνά Ασημακοπούλου, Γ. Στεργίου

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

Εισαγωγή-Σκοπός: Διερεύνηση της προβλεπτικής ικανότητας των SCORES καρδιαγγειακού κινδύνου στην αναγνώριση ασυμπτωματικής καρωτιδικής βλάβης σε άτομα με υπέρταση και διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2) ή προδιαβήτη.

Πληθυσμός-Μέθοδος: Άτομα ηλικίας >18 ετών με υπέρταση και ΣΔ2 ή προδιαβήτη χωρίς γνωστή καρδιαγγειακή νόσο, υποβλήθηκαν σε σωματομετρικές μετρήσεις, εργαστηριακό έλεγχο, και αξιολόγηση ασυμπτωματικής καρωτιδικής βλάβης [υπερηχογραφικός προσδιορισμός δείκτη αθηρωμάτωσης [Carotid Plaque Score (CPS)]].

Ως καρωτιδική βλάβη ορίστηκε τιμή CPS μεγαλύτερη της τιμής του 75^{ου} εκατοστημορίου ή ύπαρξη πλάκας με στένωση >50%. Υπολογίστηκαν 5 SCORES καρδιαγγειακού κινδύνου (SCORE2/OP2; FRAMINGHAM; UKPDS STR; UKPDS CHD; ASCVD).

Αποτελέσματα: Αναλύθηκαν 39 συμμετέχοντες με διαθέσιμα δεδομένα σε ηλικία, φύλο, κάπνισμα, λιπίδια, αρτηριακή πίεση και HbA1c [ηλικία 65,8±8,7 έτη, 25 άνδρες, δείκτης μάζας σώματος 31,8±4,9 kg/m², 33 με ΣΔ2, LDL-χοληστερόλη 101±35 mg/dl, HbA1c 6,5±0,8 %]. Οι τιμές C-στατιστικού ελέγχου (καμπύλη ROC) για το SCORE2/OP2 ήταν 0,640 [95% CI 0,469, 0,811], για το FRAMINGHAM 0,612 [95% CI 0,409, 0,816], UKPDS STR 0,641 [95% CI 0,473, 0,809], UKPDS CHD 0,607 [95% CI 0,420, 0,794] και ASCVD 0,586 [95% CI 0,396, 0,776] για την ανίχνευση καρωτιδικής βλάβης. Δεν διαπιστώθηκαν διαφορές στην προβλεπτική αξία μεταξύ των διαφορετικών scores (p=NS).

Συμπεράσματα: Στην πιλοτική αυτή μελέτη τα SCORES καρδιαγγειακού κινδύνου είναι συγκρίσιμα μεταξύ τους και έχουν μέτρια ικανότητα να προβλέψουν την ασυμπτωματική καρωτιδική βλάβη σε άτομα με υπέρταση και ΣΔ2/προδιαβήτη. Είναι σημαντική η εύρεση καταλληλότερου τρόπου κατηγοριοποίησης κινδύνου των ασθενών με προδιαβήτη ή ΣΔ2 σε επίπεδο πρωτογενούς καρδιαγγειακής πρόληψης.



22^o

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ
DIVANI CARAVEL

ΑΘΗΝΑ
10-12/11
2022

www.ypertasi2022.gr

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ

Doumas M.....	5, 10, 11, 36, 46, 52	Βαρέτα Γ.....	63
Faselis C.....	5, 10, 11, 36, 46, 52	Βαρουκτσή Γ.....	63
Grassos C.....	5, 10, 11, 36, 46, 52	Βασιλακόπουλος Β.....	64, 65, 66, 67
Imprialos K.....	11, 52	Βασιλειάδης Ι.....	10, 45
Jula A.....	5, 37	Βέκιος Δ.....	69
Kokkinos P.....	5, 10, 11, 36, 46, 52	Βέλλιου Μ.....	4
Lindroos A.....	5, 37	Βενέτη Σ.....	5, 38
Manolis A.....	5, 10, 36, 46	Βλασερός Ι.....	4, 30
McManus R.....	5, 37	Βλαχάκος Δ.....	12, 15
Niiranen T.....	5, 37	Βογιάκη Σ.....	90
Papavasiliou M.....	5, 10, 36, 46	Βογιατζής Ι.....	85
Pittaras A.....	5, 10, 11, 36, 46, 52	Βόλης Ν.....	10, 43
Schwartz C.....	5, 37	Βορδώνη Α.....	10, 43, 59
Stavropoulos K.....	11, 52	Βρέντζος Γ.....	91
		Βρίκος Ε.....	90
A		Γ	
Αβδελίδου Α.....	8	Γαβρά Μ.....	62
Αβντουλλά Χ.....	95	Γαβριηλάκη Ε.....	10, 45, 86, 89
Αλεξάνδρου Μ-Ε.....	5, 9, 10, 11, 35, 41, 45, 49, 70, 71, 72, 93	Γαβριήλ Σ.....	4, 30
Αναγνωστάκη Ι.....	76	Γακίδου Κ.....	4, 11, 32, 49
Αναγνωστάκη Μ-Ε.....	76	Γελαστοπούλου Ε.....	95
Αναδιώτης Α.....	61	Γεροπούλου Ε.....	63
Αναστασίου Σ.....	10, 48	Γεωργακόπουλος Α.....	85
Ανδρεάδης Ε.....	5, 6, 37	Γεωργιανός Π.....	10, 48, 63, 83
Ανδριανοπούλου Η.....	73, 74, 75	Γεωργιανού Ε.....	10, 48
Ανδρίκου Ε.....	61	Γεωργοπούλου Γ.....	69
Ανδρίκου Ι.....	4, 6, 9, 34, 87	Γεωργουλίδου Α.....	63
Αντωνόπουλος Α.....	4, 31	Γιαβροπούλου Μ.....	83
Ανυφαντάκης Α.....	91	Γιαμαλής Π.....	4, 9, 32, 41, 71
Ανυφαντή Π.....	6, 10, 45, 86, 89, 97	Γιαννάκη Ε.....	10, 45
Αποστολόπουλος Β.....	61	Γιαννακίδης Ι.....	64, 65, 66, 67
Αραβαντινός Δ.....	9, 39, 81, 82	Γκαλιαγκούση Ε.....	8, 10, 11, 45, 51, 68, 86, 89, 97
Αργύρης Α.....	9, 42	Γκούντα Α.....	78
Αρχοντάκης Σ.....	6	Γκούρα Ε.....	4, 11, 32, 49
Ασημακοπούλου Α.....	98	Γούμενος Δ.Σ.....	69
Αχείμαστος Α.....	8	Γουρλής Δ.....	6
		Γραμματικοπούλου Α.....	83
B		Γράσσοσ Χ.....	11, 15
Βαγκοπούλου Α.....	79	Γρηγορίου Κ.....	87
Βαζάιου Α.....	10, 11, 47, 50, 88	Γύγω Χ.....	78
Βάϊος Β.....	10, 48, 63		
Βαλανίκας Ε.....	5, 38	Δ	
Βαμβάκης Α.....	97	Δεστούνης Α.....	4, 11, 33, 50, 88

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ

Δήμα Ι.	4, 73, 74, 75	Κ	
Δημητρακόπουλος Κ.	9	Κάκαρης Α.	62
Δημητριάδης Κ.	4, 8, 15, 34	Κακούρη Ν.	87
Δημητριάδης Χ.	4, 32, 71, 72	Καλαϊτζίδης Ρ.	8, 10, 11, 12, 43, 59
Δίπλα Κ.	4, 5, 11, 32, 35, 49, 71, 72, 93, 97	Καλλίστρατος Ε.	6
Δόλγυρας Π.	10, 45, 68, 89	Καλογερόπουλος Π.	6
Δούμα Σ.	12, 89	Καλός Θ.	4, 34, 94
Δούμας Μ.	5, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 35, 45, 49, 51, 86, 89	Καμπουρέλλη Α.	10, 43
Δρή Ε.	94	Καραγιαννίδης Α.	70, 71
Ε		Καραμάνου Α.	9, 39, 81, 82
Ελευθεριάδης Θ.	10, 48	Καρασαββίδου Δ.	79
Ελευθεριάδης Χ.	90	Καρατζέτζου Α.	64, 65, 66, 67
Ζ		Καραχισαρίδου Β.	64, 65, 66, 67
Ζαμπούλης Χ.	12	Καριώρη Μ.	4, 34, 94
Ζαρίφης Ι.	8, 10, 45	Καρλιγκιώτης Α.	10, 48
Ζαφειρίδης Α.	4, 5, 11, 32, 35, 49, 71, 72, 93	Καρπέτας Α.	9, 41, 70
Ζεμπεκάκης Π.	8, 9, 10, 11, 48, 63, 83	Καρυπίδου Π.	64, 65, 66, 67
Ζενιώδη Μ.-Ε.	10, 11, 47, 50, 88	Κασιακόγιας Α.	4, 34
Ζηντζίovas Ν.	64, 65, 66, 67	Κατσή Β.	8
Ζιάκας Α.	13	Κελασίδης Γ.	62
Ζτρίβα Ε.	5, 38	Κίωση Μ.	78
Ζωγράφου Ι.	11, 51	Κολέτσος Ν.	11, 51, 68, 97
Η		Κόλλιας Α.	4, 5, 6, 9, 10, 11, 33, 37, 40, 47, 50, 88, 92, 98
Ηλιάκης Π.	87	Κολοβού Γ.	8
Ηλιοδρομίτης Ε.	12	Κοντάνα Α.	78
Ηλιόπουλος Η.	90	Κοντογιάννη Ε.	94
Θ		Κοντογιώργος Ι.	79
Θεοδοσιάδη Α.	4, 5, 9, 10, 11, 33, 37, 40, 47, 50, 88, 92, 98	Κορογιάννου Μ.	9, 42
Θεοδοσίου Π.	85	Κορρές Π.	91
Θεοδωρακοπούλου Μ.	4, 5, 6, 9, 11, 32, 35, 41, 42, 49, 70, 71, 72, 93	Κοσκίνας Ι.	87
Θεοφίλης Π.	4, 10, 31, 43, 59	Κουλλιάς Ε.	87
Θωμόπουλος Κ.	4, 8, 34, 73, 74, 75, 87	Κουλούρη Μ.	90
Ι		Κουραμπιέ Ε.	76
Ιατρίδη Φ.	9, 41, 42, 70	Κουρεμένος Ν.	6
Ιωάννου Π.	91	Κουρτίδου Χ.	78
		Κούτλας Α.	4, 5, 11, 32, 35, 49, 71, 72
		Κουτσάκη Μ.	8
		Κυζίρογλου Μ.	78
		Κυριακούλης Κ.	4, 5, 9, 10, 33, 37, 40, 47, 88, 92, 98
		Κυφνίδης Κ.	6
		Κωνσταντινίδης Δ.	4, 11, 16, 34, 87
		Κωνσταντίνου Θ.	85

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ

Κωστούρου Δ.-Θ.....	78	Μπαλάφα Ο.....	12
Κωτσάκης Α.....	10, 43	Μπαρτζώκη Σ.....	77
Κώτσης Β.....	7	Μπενέτος Α.....	12, 14
Λ		Μπίκος Α.....	9, 41, 70
Λαζαρίδης Α.....	10, 11, 45, 51, 62, 68, 89, 97	Μπολέτης Ι.Ν.....	9, 13, 42
Λαμπρόπουλος Στ.....	64, 65, 66, 67	Μπουντζώνα Ι.....	92, 98
Λάμπρου Θ.....	10, 43	Μπούτου Α.....	93
Λάμπρου Σ.....	11, 51, 68	Μπρατσιάκου Α.....	69
Λεοντίνης Ι.....	4, 34, 94	Μυρσιλίδη Α.....	4, 33
Λεοτσινίδης Μ.....	95	Μυστακίδη Β.....	4, 31
Λιακόπουλος Β.....	10, 48, 63	Μυτάς Δ.....	82
Λιατάκης Ι.....	94	Μωυσάκης Ι.....	11, 50, 88
Λόντου Σ.-Π.....	94	Ν	
Λυμπερόπουλος Ε.....	7	Νάκας Ν.....	10, 43
Λύρας Γ.....	69	Νικηφόρου Α.....	91
Μ		Νικολαΐδου Β.....	10, 45, 68, 86, 89, 97
Μακρής Θ.....	7, 13, 14, 15,	Νικολάου Ν.....	61
.....	16, 73, 74, 75	Νικολοπούλου-Σταμάτη Π.....	7
Μακρίδης Δ.....	79	Νιχογιαννόπουλος Π.....	4, 34
Μακρυνιώτου Ι.....	10, 43	Νταλακούρας Ι.....	4, 34, 94
Μαλλιώρα Α.....	68, 86, 97	Ντινέρη Α.....	4, 5, 9, 10, 11, 33, 37,
Μανιός Ε.....	6, 7, 13	40, 47, 50, 88, 92, 98
Μαντά Ε.....	4, 34	Ντουνούση Ε.....	63
Μαντζουράνης Ε.....	4, 34, 94	Ντουσόπουλος Β.....	4, 9, 10, 33, 40, 47, 88, 92, 98
Μανώλης Α.Ι.....	7, 14	Ντρίνιας Θ.....	69
Μαραγκουδάκης Σ.....	6	Ξ	
Μαργούτα Α.....	10, 45	Ξαγάς Ε.....	9, 42
Μάρδα Α.....	90	Ξανθοπούλου Έ.....	10, 43
Μαρινάκη Σ.....	9, 13, 42	Ο	
Μαρκέτου Μ.....	6, 13	Οικονόμου Ε.....	4, 31
Μαστρογιάννης Κ.....	10, 11, 45, 51, 68, 97	Π	
Μαστρονικολής Ν.....	95	Παναγιωτάκος Δ.....	13
Μαυρουδής Α.....	4, 34	Παναγοπούλου Ν.....	6, 73, 74, 75
Μελάκη Β.....	91	Παπαβασιλείου Μ.Β.....	8, 9, 39, 81, 82
Μέντη Α.....	4, 9, 10, 11, 33, 40, 47, 50, 88, 92, 98	Παπαγιάννη Α.....	4, 5, 9, 11, 32, 35, 41,
Μεντίτζης Π.....	78	49, 63, 70, 71, 72
Μηνοπούλου Ι.....	78	Παπαγιάννης Γ.....	54, 55, 56, 57, 58
Μιντζιώρη Γ.....	11, 51	Παπαδάκης Ι.....	7, 91
Μόσιαλος Β.....	62	Παπαδημητρίου Β.....	12, 14
Μουστάκας Γ.....	9, 39, 81, 82	Παπαδοκωστάκη Ε.....	91
Μπακογιάννης Κ.....	6		
Μπαλάσκας Η.....	63		

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ

Παπαδόπουλος Α.	5, 38, 85	Σαμέντζας Α.	54, 55, 56, 57, 58
Παπαδόπουλος Δ.	7, 13, 15	Σανίδας Η.	4, 6
Παπαδοπούλου Ε.	79	Σαραφίδης Π.	4, 5, 9, 10, 11, 12, 16, 32, 35, 41, 42, 45, 49, 70, 71, 72, 93
Παπαδοπούλου Σ.-Λ.	97	Σάτσογλου Σ.	5, 38
Παπαζαχαρίου Α.	91	Σγουροπούλου Β.	10, 48
Παπαζάχου Ο.	8, 73, 74, 75	Σδόγκος Ε.	85
Παπαθανασίου Ε.	5, 38	Σέρβος Γ.	11, 50, 88
Παπαϊωάννου Ν.	62	Σιάσος Γ.	7
Παπαϊωάννου Σ.	7	Σιάφη Ε.	4, 34, 87
Παπακίτσου Ι.	91	Σιδεράς Σ.	14
Παπασπυροπούλου Γ.-Ε.	76	Σκαλής Γ.	73, 74, 75
Παπασωτηρίου Μ.	69	Σπαχίου Α.	85
Παπατόλιος Θ.	79	Σταθίου Χ.	90
Παπαχρήστου Ε.	69	Σταθοπούλου Π.	4, 9, 10, 33, 40, 47, 88, 92, 98
Παππά Α.	61	Στάμου Μ.	83
Πατεινάκης Π.	72	Σταμπολλίου Ε.	10, 11, 47, 50, 88
Πατσιάνης Στ.	9, 39, 81, 82	Σταμπουλή Σ.	7
Πατσιλινάκος Σ.	61	Σταυρόπουλος Κ.	4
Πέλλα Ε.	9, 42, 93	Στεργίου Γ.Σ.	4, 5, 9, 10, 11, 13, 14, 16, 33, 37, 40, 47, 50, 88, 92, 98
Πετράκης Ε.	91	Στουγιάννος Π.	55, 58
Πετράς Δ.	13	Στυλιανού Φ.	13
Πιτταράς Α.	11		
Ποικιλίδου Μ.	8, 83	Τ	
Πολίτης Α.	94	Ταμπάκη Δ.	76
Πολύζος Δ.	4, 34, 94	Τατάκης Φ.	87
Πολυχρονόπουλος Γ.	5, 38	Ταχιράι Ν.	95
Πουλημένος Λ.	13	Τζαβέλας Μ.	5, 38
Πούλου Μ.	54, 56, 57	Τζατζάγου Γ.	62
Πρεντάκης Α.Γ.	94	Τζιάτζιος Γ.	10, 48
Πρωτογέρου Α.	8, 9, 12, 42	Τζιμίκας Σ.	79
		Τζιόμαλος Κ.	5, 38, 78
Ρ		Τούσουλης Δ.	4, 31
Ράϊκου Β.	4, 30	Τουχαντζίδου Κ.	10, 43
Ραλλίδης Λ.	8	Τριανταφυλλίδη Ε.	9
Ράνδου Ε.	64, 65, 66, 67	Τριανταφύλλου Α.	10, 11, 13, 45, 51, 68, 86, 89, 97
Ράπτης Β.	9, 12, 41	Τριβυζά Μ.	69
Ρουμελιώτης Σ.	10, 48	Τρίκας Α.	55, 58
Ρούντος Ε.	64, 65, 66, 67	Τσαβέ Ό.	83
		Τσανκόφ Α.	5, 38
Σ		Τσιμιχόδημος Β.	59
Σαββόπουλος Χ.	5, 9, 38, 78	Τσιμούλας Ι.	64, 65, 66, 67
Σαγρής Μ.	4, 31		
Σακαλίδης Α.	4, 34, 94		
Σαμαράς Δ.	64, 65, 66, 67		

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ

Τσινάρη Α.....	63	Φιλιππάτος Θ.....	91
Τσιούφης Κ.....	4, 13, 14, 31, 34, 87	Φραγκάκης Ν.....	13
Τσιούφης Κ.Π.....	94	Φραγκούλης Χ.....	4, 34, 94
Τσιούφης Π.Α.....	4, 34	Φραντζη Τ.....	90
Τσουμής Χ.....	64, 65, 66, 67		
Τσουμπού Ι.....	87	Χ	
Τσουχνικός Ι.....	4, 9, 32, 41, 71	Χαντάντ Ν.....	79
Τυχάλας Α.....	62	Χατζηαγγελάκη Ε.....	9
		Χατζηκοσμά Χ.....	5, 38
Φ		Χατζόπουλος Γ.....	78
Φαίτατζίδου Δ.....	4, 5, 11, 32, 35, 49, 70, 71, 72	Χίνη Σ.....	90
Φιλιππάτος Γ.....	14	Χράπης Π.....	10, 48
		Χρυσοχόου Χ.....	94

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

A series of horizontal dotted lines for taking notes, set against a background of a light blue sky with white clouds.

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

