



19^ο

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ **ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ** με Διεθνή Συμμετοχή

18-20 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2019

Makedonia Palace Hotel

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ



Υπό την αιγίδα:



της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Υπέρτασης



του Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης



της Κοσμητείας της Σχολής Επιστημών Υγείας Α.Π.Θ.



του Τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας Α.Π.Θ.

Τελικό Πρόγραμμα

Rami Amllo[®]

Ramipril



Amlodipine



Ελληνικό
Φάρμακο 

Για περισσότερες συνταγογραφικές πληροφορίες,
συμβουλευθείτε τις Περιλήψεις Χαρακτηριστικών
των Προϊόντων


IASIS
PHARMA

IASIS PHARMA HELLAS ABEE
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ & ΚΑΛΥΝΤΙΚΩΝ
PHARMACEUTICAL & COSMETICS INDUSTRY

Γραφ. Επιστημ. Ενγμ.: Α. Κοματερού 2-4, 134 51 Κοματερό Αττικής,
Τηλ.: 210 23 11 031, Fax: 210 23 15 889,
e-mail: iasis@iasispharma.gr, www.iasispharma.gr



Περιεχόμενα

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ	4
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ & ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ - ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ	5
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	7
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΩΝ ΔΙΑΛΕΞΕΩΝ	39
ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ	43
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	49
ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ	51
ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ	77
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ	121
ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ	128



Χαιρετισμός του Προέδρου

Αγαπητοί και αγαπητές συνάδελφοι,

Με χαρά σας προσκαλούμε να συμμετάσχετε στο **19^ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Ελληνικής Εταιρείας Υπέρτασης** που θα διεξαχθεί στη Θεσσαλονίκη στις **18-20 Απριλίου 2019**. Η **Ελληνική Εταιρεία Υπέρτασης** δραστηριοποιείται στον ιατρικό επιστημονικό χώρο για τρεις δεκαετίες και πλέον και έχει συμβάλλει σημαντικά, τόσο στην ενημέρωση, όσο και στην εκπαίδευση των Ελλήνων γιατρών.

Η αρτηριακή υπέρταση παραμένει ένα τεράστιο πρόβλημα δημόσιας υγείας και παρουσιάζει συχνά προβλήματα στη διάγνωση, την αξιολόγηση και τη θεραπεία της. Αφορά ένα μεγάλο μέρος του ενήλικου πληθυσμού (30-40%) και πάνω από 50% των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Από πρόσφατα δεδομένα φαίνεται ότι, δυστυχώς στη χώρα μας 4 στους 10 ασθενείς είναι αδιάγνωστοι και 8 στους 10 αρρυθμιστοι. Έτσι λοιπόν η υπέρταση συνεχίζει να αποτελεί κυρίαρχο παράγοντα κινδύνου για τα καρδιαγγειακά νοσήματα.

Το 19^ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Ελληνικής Εταιρείας Υπέρτασης απευθύνεται σε γιατρούς όλων των ειδικοτήτων που ασχολούνται με τη διάγνωση και θεραπεία των υπερτασικών ασθενών και την πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα έχει στόχο τη μετάδοση των σύγχρονων θεωρητικών αλλά κυρίως των πρακτικών γνώσεων για την υπέρταση και τις σχετιζόμενες καταστάσεις και περιλαμβάνει διαλέξεις, συζητήσεις με ειδικούς, παρουσίαση περιπτώσεων, προφορικές και αναρτημένες ανακοινώσεις και δορυφορικές διαλέξεις και τραπέζια. Συμμετέχουν πάνω από 50 διακεκριμένοι ειδικοί επιστήμονες από τη χώρα μας αλλά και από το εξωτερικό. Όπως κάθε χρόνο, προσδοκούμε τη συμμετοχή πάνω από 500 γιατρών από όλη την Ελλάδα.

Ευελπιστούμε το πρόγραμμα του συνεδρίου να ικανοποιήσει τις απαιτήσεις σας και να συμβάλει στη σύγχρονη και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης στη χώρα μας.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς

Ο Πρόεδρος του ΔΣ της Ελληνικής Εταιρείας Υπέρτασης

Παντελής Ζεμπεκάκης
Καθηγητής Παθολογίας



Διοικητικό Συμβούλιο και Οργανωτική Επιτροπή

Πρόεδρος:	Ζερπεκάκης Παντελής
Αντιπρόεδρος:	Παπαδόπουλος Δημήτριος
Γενικός Γραμματέας:	Δούμας Μιχαήλ
Ειδικός Γραμματέας:	Σαραφίδης Παντελής
Ταμίας:	Κατσή Βασιλική
Μέλη:	Γκαλιαγκούση Ευγενία Καλαϊτζίδης Ρήγας Καλλιστράτος Εμμανουήλ Μανιός Ευστάθιος
τ. Πρόεδρος:	Στεργίου Γεώργιος

Επιστημονική Γραμματεία

Η Γραμματεία της Ε.Ε.Υ.

Αθήνα

Βασ. Σοφίας 111, 115 27
Τ: 210 6469358 - F: 210 6400767
E: gramatia@hypertasi.gr

Θεσσαλονίκη

Πλ. Ναυαρίνου 3, 546 22
Τ: 2310 225508 - F: 2310 225508
E: thessaloniki@hypertasi.gr

Γραμματεία Συνεδρίου



Οργάνωση Συνεδρίων
Εθν. Αντιστάσεως 101, 55134, Θεσσαλονίκη
Τη. 2310 460 682, 2310 460 652, Fax. 2310 435064
www.praxicon.gr, E-mail: info@praxicon.gr

ΝΕΑ ΣΕΙΡΑ ΤΟΣΤ
ΥΨΗΛΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΞΙΑΣ
ΚΑΙ ΑΝΩΤΕΡΗΣ ΓΕΥΣΗΣ

Το ψωμί είναι για όλους!



ΝΕΑ ΣΕΙΡΑ

Η Καραμολέγκος είναι δίπλα σας!

Για όλους εσάς που χρειάζεστε κάτι **ιδιαίτερο** και **μοναδικό** στη διατροφή σας αλλά δεν θέλετε να χάσετε την απόλαυση και τη γεύση, η **νέα σειρά τοστ Slim toast, Lower Carb, Χωρίς Προσθήκη σε Αλάτι & Ζάχαρη** από την Καραμολέγκος είναι εδώ!

Με **σεβασμό στον καταναλωτή** και παρακολουθώντας τις διατροφικές τάσεις, η Καραμολέγκος δημιούργησε τη νέα σειρά τοστ που προσφέρει **απόλαυση χωρίς στερήσεις και ενδοχές**.

Μια νέα σειρά με **διατροφική αξία** και **ανώτερη γεύση**.

Γιατί το ψωμί είναι για όλους!

Χωρίς Προσθήκη σε Αλάτι & Ζάχαρη
χωρίς συμβιβασμούς στη γεύση



Lower Carb
30% λιγότεροι υδατάνθρακες*
& πλούσιο σε πρωτεΐνες



Slim toast
με γλυκομαννάνη που συμβάλει στην απώλεια βάρους*



* Η γλυκομαννάνη, στο πλαίσιο δίαιτας μειωμένων θερμίδων, συμβάλλει στην απώλεια βάρους (στο πλαίσιο μιας ποικίλης και προπονημένης διατροφής και ενός υγιεινού τρόπου ζωής). Το ευεργετικό αποτέλεσμα εξαρτάται από την ημερήσια πρόσληψη 3g γλυκομαννάνης σε τρεις δόσεις του 1g έκαστη, μαζί με 1-2 ποτήρια νερό, πριν από τα γεύματα και στο πλαίσιο δίαιτας μειωμένων θερμίδων. Να μην καταναλώνεται από άτομα με δυσκολίες κατάποσης ή χωρίς επαρκή ποσότητα νερού. Μία φέτα ψωμάκι περιέχει 1g γλυκομαννάνης. Για την επίτευξη των ευεργετικών αποτελεσμάτων απαιτείται η κατανάλωση 3 φετών ημερησίως μαζί με 1-2 ποτήρια νερό κάθε φορά που καταναλώνεται μια φέτα. 30% λιγότεροι υδατάνθρακες ανά 100g συγκριτικά με αντίστοιχα συσκευασμένα ψωμάκια για τοστ.

19°

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Συνοπτικό Πρόγραμμα

ΠΕΜΠΤΗ 18 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2019		ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 19 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2019		ΣΑΒΒΑΤΟ 20 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2019	
15.00-16.30	ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ	08.00-09.00	MEET THE EXPERT	08.00-09.00	MEET THE EXPERT
16.30-17.00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ Αρτηριακή Υπέρταση σε ειδικές ομάδες ασθενών	09.00-10.00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ Αρχική εκτίμηση ασθενών με Αρτηριακή Υπέρταση	09.00-10.45	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ Νεότερα δεδομένα στην Αρτηριακή Υπέρταση
17.00-17.30	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ	10.00-11.30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ Υπέρταση και καρδιαγγειακή νόσος: Θεραπευτικές εξελίξεις	10.45-11.30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ Υπέρταση και Παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου: Θεραπευτικές εξελίξεις
17.30-18.00	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ	11.30-12.00	ΔΙΑΛΕΞΗ - ΚΑΦΕΣ	11.30-12.00	ΔΙΑΛΕΞΗ - ΚΑΦΕΣ
18.00-18.30	ΔΙΑΛΕΞΗ - ΚΑΦΕΣ	12.00-12.30	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ	12.00-12.30	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ
18.30-19.45	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ Διαχείριση παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου	12.30-13.00	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ	12.30-13.00	ΔΙΑΛΕΞΗ Arterial stiffness in Hypertension: which is the chicken and which is the egg?
19.45-20.15	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ	13.00-13.30	ΔΙΑΛΕΞΗ Κατευθυντήριες Οδηγίες Ευρωπαϊκής Εταιρείας	13.00-14.30	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ
20.15-21.30	ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ	13.30-14.00	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ	14.30-15.30	ΔΙΑΛΕΞΗ - ΕΛΑΦΡΥ ΓΕΥΜΑ
21.30	ΔΕΞΙΩΣΗ ΥΠΟΔΟΧΗΣ	14.00-15.00	ΔΙΑΛΕΞΗ - ΕΛΑΦΡΥ ΓΕΥΜΑ	14.30-15.30	ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ
		14.00-15.00	ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ	15.30-17.00	ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ
		15.00-16.30	ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ	17.00-18.00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ Αλλαγές στη θεραπεία της Αρτηριακής Υπέρτασης
		16.30-17.30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ Υπέρταση στη μητέρα και το παιδί	18.00-18.30	ΔΙΑΛΕΞΗ - ΚΑΦΕΣ
		17.30-18.30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ Υπέρταση και Νεφρική Νόσος	18.30-19.30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ - ΑΝΤΙΜΑΧΙΑ Έναρξη αντιυπέρτασικής αγωγής
		18.30-19.00	ΔΙΑΛΕΞΗ - ΚΑΦΕΣ	19.30-20.00	ΔΙΑΛΕΞΗ Θεραπεία ανθεκτικής υπέρτασης: Φαρμακευτική ή επεμβατική το 2019;
		19.00-20.30	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ	20.00-21.00	ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΕΙΔΙΚΩΝ What is, finally, the optimal BP Target?
		20.30-21.00	ΔΙΑΛΕΞΗ The past, present and future of BP measurement methods	21.00-21.30	ΒΡΑΒΕΥΣΕΙΣ - ΛΗΞΗ
		21.00-21.30	ΔΙΑΛΕΞΗ Compliance with anti-hypertensive treatment: the major obstacle to BP control		



Επιστημονικό Πρόγραμμα

ΠΕΜΠΤΗ 18 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2019

15.00-16:30

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Προεδρείο: **Ε. Μανιός, Χ. Σαββόπουλος**

Ασθενής με υπέρταση και υποκαλιμία

Π. Ανυφαντή

Σχολιασμός: **Ε. Γκαλιαγκούση**

Ασθενής με υπέρταση στην οξεία φάση ισχαιμικού
εγκεφαλικού

Π. Γεωργιανός

Σχολιασμός: **Π. Ζεμπεκάκης**

Ασθενής με υπέρταση και κολπική μαρμαρυγή

Λ. Πουλημένος

Σχολιασμός: **Α. Μανώλης**

Ασθενής με νεφραγγειακή υπέρταση

Χ. Λουτράδης

Σχολιασμός: **Π. Σαραφίδης**

16:30-17:00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Αρτηριακή Υπέρταση σε ειδικές ομάδες ασθενών

Προεδρείο: **Μ. Παπαβασιλείου, Δ. Παπαδόπουλος**

Αρτηριακή υπέρταση σε νέους ασθενείς (<40 ετών)

Α. Τριανταφύλλου

Αρτηριακή υπέρταση σε πολύ ηλικιωμένους ασθενείς
(>80 ετών)

Χ. Γράσσος



ΠΕΜΠΤΗ 18 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2019

17:00-17:30 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

(χορηγούμενη από Φαρμ. Εταιρία σελ. 40)

Προεδρείο: **Μ. Δούμας**

Καρδιακή Ανεπάρκεια με μειωμένο κλάσμα εξώθησης και νέα θεραπευτικά δεδομένα

Δ. Παπαδόπουλος

17:30-18:00 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

(χορηγούμενη από Φαρμ. Εταιρία σελ. 40)

Προεδρείο: **Π. Ζεμπεκάκης**

Καρδιακή ανεπάρκεια. Ο κρυφός παράγοντας κινδύνου των διαβητικών ασθενών. Αποτελέσματα της μελέτης DECLARE

Γ. Στεργίου

18:00-18:30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΚΑΦΕΣ

18:30-19:45 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Διαχείριση παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου

Προεδρείο: **Ε. Γκιαλαγκούση, Α. Αβδελίδου**

Αρτηριακή υπέρταση και άσκηση

Κ. Δημητριάδης

Αρτηριακή υπέρταση και κάπνισμα

Μ. Ποικιλίδου

Αρτηριακή υπέρταση και stress

Α. Πρωτογέρου

Αρτηριακή υπέρταση και υπνική άπνοια

Κ. Θωμόπουλος



ΠΕΜΠΤΗ 18 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2019

19:45-20:15 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**

(χορηγούμενη από Φαρμ. Εταιρία σελ. 40)

Προεδρείο: **Α. Μανώλης**

Τι μάθαμε και τι μένει να μάθουμε ακόμη για τα νεότερα από
του στόματος αντιπηκτικά

Θ. Μακρής

20:15-21.30 **ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ**

Χαιρετισμοί - Προσφωνήσεις

ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΑ ΟΜΙΛΙΑ

Κάρολος Αλεξανδρίδης: Ο πρώτος Καθηγητής Παθολογίας της
Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.

Θ. Δαρδαβέσης

21.30 **ΔΕΞΙΩΣΗ ΥΠΟΔΟΧΗΣ**



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 19 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2019

08.00-09.00 **MEET THE EXPERT: 2018 ESH guidelines**

G. Parati, M. Burnier

Facilitator: **P. Sarafidis**

09.00-10.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Αρχική εκτίμηση ασθενών με Αρτηριακή Υπέρταση

Προεδρείο: **I. Ζαρίφης, I. Στυλιάδης**

Μετρήσεις αρτηριακής πίεσης στο σπίτι: Σε ποιους και πότε;

A. Κόλλιας

24ωρη καταγραφή αρτηριακής πίεσης: Σε ποιους και πότε;

E. Μανιός

Αξιολόγηση βλαβών στα όργανα στόχους: Διαγνωστική και
θεραπευτική χρήση

E. Γκαλιαγκούση

10.00-11.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Υπέρταση και καρδιαγγειακή νόσος: Θεραπευτικές εξελίξεις

Προεδρείο: **M. Καλλίστρατος, B. Κατσή**

Αρτηριακή υπέρταση και στεφανιαία νόσος

Θ. Μακρής

Αρτηριακή υπέρταση και καρδιακή ανεπάρκεια

B. Καμπερίδης

Αρτηριακή υπέρταση και κολπική μαρμαρυγή

A. Πιτταράς

Αρτηριακή υπέρταση και υπερτροφία αριστερής κοιλίας

I. Ζαρίφης

11.30-12.00 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΚΑΦΕΣ**



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 19 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2019

12:00-12:30 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

(χορηγούμενη από Φαρμ. Εταιρία σελ. 41)

Προεδρείο: **Θ. Μακρής**

Ένας στους δύο υπερτασικούς ασθενείς υπό θεραπεία είναι αρρυθμιστός: Αιτίες και σχέδιο δράσης
Γ. Στεργίου

12:30-13:00 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

(χορηγούμενη από Φαρμ. Εταιρία σελ. 41)

Προεδρείο: **Μ. Δούμας**

Αζιλαρτάνη: Ο νέος Ανταγωνιστής Υποδοχέων
Αγγειοτασίνης II στην αντιμετώπιση της Υπέρτασης
Δ. Παπαδόπουλος

13:00-13.30 ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Π. Ζεμπεκάκης, Φ. Στυλιανού**

Κατευθυντήριες Οδηγίες Ευρωπαϊκής Εταιρείας Υπέρτασης:
Μείζονες αλλαγές και μελλοντικές κατευθύνσεις
Κ. Τσιούφης

13.30-14.00 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

(χορηγούμενη από Φαρμ. Εταιρία σελ. 41)

Προεδρείο: **Π. Σαραφίδης**

Η δράση του σταθερού συνδυασμού βισοπρολόλης/
αμλοδιπίνης στην αντιμετώπιση της Υπέρτασης και της
Στεφανιαίας νόσου
Κ. Τσιούφης

14.00-15.00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΕΛΑΦΡΥ ΓΕΥΜΑ



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 19 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2019

14.00-15.00 ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (POSTERS)

Προεδρείο: **Π. Καλογερόπουλος, Ι. Παπαδάκης**

**ΡΟ.01 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ:
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ**

Κ. Κουτσαμπασόπουλος¹, Α. Κατσιμάρδου¹, Κ. Ιμπριάλος¹,
Κ. Σταυρόπουλος¹, Σ. Αλατάκη¹, Ι. Βογιατζής¹, Β. Γεωργοπούλου²,
Κ. Πετίδης¹, Α. Καμπαρούδης³, Α. Ζιάκας⁴, Μ. Δούμας¹

¹Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο
Θεσσαλονίκης, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

²Ακτινολογικό Τμήμα, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

³Ε' Χειρουργική Κλινική, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Αριστοτέλειο
Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

⁴Α' Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Αριστοτέλειο
Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

**ΡΟ.02 ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΜΕΤΡΗΣΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ ΑΡΤΗΡΙΩΝ ΜΕ
ΤΑΛΑΝΤΩΣΙΜΕΤΡΙΚΗ ΤΕΧΝΙΚΗ: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΜΕΘΟΔΟ
ΑΝΑΦΟΡΑΣ**

Α. Γραββάνη, Α. Κόλλιας, Κ. Γ. Κυριακούλης, Ι. Αναγνωστόπουλος,
Γ. Σ. Στεργίου

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

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 19 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2019

**ΡΟ.03 ΟΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΤΟΥ
ΣΥΜΜΕΤΑΦΟΡΕΑ ΝΑΤΡΙΟΥ- ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΤΥΠΟΥ 2
ΣΤΗΝ ΑΛΒΟΥΜΙΝΟΥΡΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΡΩΤΕΪΝΟΥΡΙΑ
ΣΤΟΝ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2:
ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ
ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΔΟΚΙΜΩΝ**

Α. Πιπερίδου¹, Π. Σαραφίδης², Α. Μπούτου³, Κ. Θωμόπουλος⁴,
Χ. Λουτράδης², Μ.-Ε. Αλεξάνδρου⁵, Α. Τσάπας⁶, Α. Καραγιάννης¹

¹2^η Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο
Θεσσαλονίκης, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

²Νεφρολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης,
Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

³Πνευμονολογική Κλινική, Νοσοκομείο Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη,
Ελλάδα

⁴Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο Έλενα Βενιζέλου, Αθήνα, Ελλάδα

⁵Νεφρολογική Κλινική, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη,
Ελλάδα

⁶2^η Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης,
Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

**ΡΟ.04 Η ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΗΣ ΑΠΕΛΙΝΗΣ ΣΤΟΥΣ
ΝΕΟΔΟΑΓΝΩΣΘΕΝΤΕΣ ΑΣΘΕΙΣ ΜΕ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ
ΥΠΕΡΤΑΣΗ**

Κ. Ζέρβα¹, Δ. Παπαδόπουλος¹, Η. Σανίδας¹, Κ. Τσάκαλης¹, Μ. Βέλλιου¹,
Ε. Κόρρου¹, Δ. Περρέα², Ν. Νικητέας², Μ. Μαντζουράνη³,
Ι. Μπαρμπετσέας¹

¹Κέντρο Υπέρτασης, Λιπιδίων και Προληπτικής Καρδιολογίας,
Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Λαϊκό

²Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Ερεύννης
«Ν.Σ. Χρηστέας», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό
Πανεπιστήμιο Αθηνών

³Α' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΓΝ Λαϊκό, Εθνικό και
Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 19 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2019

**ΡΟ.05 ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΕ
ΜΕΣΟΥ ΕΥΡΟΥΣ ΚΛΑΣΜΑ ΕΞΩΘΗΣΗΣ: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ
ΑΛΛΕΣ ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ
ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ**

Κ. Κουτσαμπασόπουλος¹, Δ. Πατουλιάς¹, Α. Κατσιμάρδου¹,
Κ. Ιμπριάλος¹, Κ. Σταυρόπουλος¹, Κ. Μπακογιάννης², Κ. Πετίδης¹,
Χ. Παπαδόπουλος², Α. Ζιάκας³, Μ. Δούμας¹

¹Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο
Θεσσαλονίκης, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

²Γ' Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Αριστοτέλειο
Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

³Α' Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Αριστοτέλειο
Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

**ΡΟ.06 ΜΙΚΡΑ ΠΥΚΝΑ ΜΟΡΙΑ LDL- ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗΣ ΚΑΙ
ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΑΡΙΣΤΕΡΑΣ
ΚΟΙΛΙΑΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Μ.Β. Παπαβασιλείου¹, Δ. Αραβαντινός², Στ. Πατσιάνης³,
Β. Κακιούζης², Α. Σερέτης², Γ. Μουστάκας², Α. Καραμάνου²

¹Metropolitan General Hospital - Αθήνα

²Σισμανόγλειον ΓΝΑ

³Νοσοκομείο «ΔΘΚΑ» Υγεία Αθήνα

**ΡΟ.07 ΝΥΧΤΕΡΙΝΗ ΠΤΩΣΗ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ
ΠΡΟΣΦΑΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ
2: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΜΑΤΩΣΗ ΤΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ
ΑΓΓΕΙΩΝ**

Β. Νικολαΐδου¹, Ε. Γκαλιαγκούση¹, Π. Ανυφαντή¹,
Α. Τριανταφύλλου¹, Α. Λαζαρίδης¹, Ι. Ζαρίφης¹, Π. Δόλγυρας¹,
Ι. Ζωγράφου², Σ. Δούμα¹

¹Γ' Παθολογική Κλινική, Γ. Ν. Θ. Παπαγεωργίου, Αριστοτέλειο
Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

²Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο,
Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 19 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2019

**ΡΟ.08 ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ
ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΣΑΚΟΥΜΠΙΤΡΙΛΗ/ΒΑΣΑΡΤΑΝΗ ΣΕ
ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΝΟΡΜΟΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ
ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΜΕΙΩΜΕΝΟ ΚΛΑΣΜΑ
ΕΞΩΘΗΣΗΣ**

Α. Σταυράτη, Κ. Πολυμερόπουλος, Ε. Μιχαηλίδης, Α. Τσαουσίδης,
Ι. Ζαρίφης
Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

**ΡΟ.09 ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΙΕΣ
ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ: ΌΣΟ
ΧΑΜΗΛΟΤΕΡΑ, ΤΟΣΟ ΚΑΛΥΤΕΡΑ;**

Κ. Κουτσαμπασόπουλος¹, Κ. Ιμπριάλος¹, Α. Κατσιμάρδου¹,
Κ. Σταυρόπουλος¹, Δ. Πατουλιάς¹, Κ. Μπακογιάννης², Ι. Βογιατζής¹,
Χ. Παπαδόπουλος², Α. Ζιάκας³, Μ. Δούμας¹
¹Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο
Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

²Γ' Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Αριστοτέλειο
Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

³Α' Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Αριστοτέλειο
Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

**ΡΟ.10 ΕΠΙΠΕΔΑ ΟΥΡΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ-ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ
ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Μ. Β. Παπαβασιλείου¹, Δ. Αραβαντινός², Σ. Πατσιάνης³,
Β. Κακιούζης², Α. Σερέτης², Γ. Μουστάκας², Α. Καραμάνου²

¹Metropolitan General Hospital - Αθήνα

²Σισμανόγλειον ΓΝΑ

³Νοσοκομείο «Υγεία» Αθήνα



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 19 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2019

**ΡΟ.11 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΩΝ ΑΛΔΟΣΤΕΡΟΝΗΣ
ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΕΪΝΟΥΡΙΚΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ: ΜΙΑ
ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ
ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΩΝ ΔΟΚΙΜΩΝ**

Μ. Ε. Αλεξάνδρου^{1,2}, Χ. Λουτράδης², Α. Πιπερίδου³, Α. Μπούτου⁴,
Δ. Παπαδοπούλου¹, Α. Τσάπας⁵, Α. Παπαγιάννη², Π. Σαραφίδης²

¹Νεφρολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

²Πανεπιστημιακή Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ, Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

³Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ, Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

⁴Πνευμονολογική Κλινική Α.Π.Θ, Γ.Ν.Θ. Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη

⁵Β' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ, Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

**ΡΟ.12 ΟΙ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΙ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΟΝΤΑΙ ΑΠΟ
ΦΤΩΧΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ**

Β. Κατσής¹, Σ. Αρχοντάκης², Ο. Παπαζάχου², Γ.Σκαλής²,

Η. Αδριανοπούλου², Γ. Βαμβάκου², Θ. Μακρής²

¹Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο

²Ελενα Βενιζέλου

**ΡΟ.13 ΜΟΞΟΝΙΔΙΝΗ, Ο ΝΕΟΤΕΡΟΣ ΚΕΝΤΡΙΚΩΣ ΔΡΩΝ
ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ: Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΟΥΣ
ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΤΟΥΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ
ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ, ΣΤΑΔΙΟΥ 1 ΚΑΙ 2**

Ε. Καρλάφτη¹, Τ. Διδάγγελος¹, Μ. Μπαλτατζή¹, Γ. Κολιάκος²,

Β. Χασιώτης³, Α. Χατζητόλιος¹, Χ. Σαββόπουλος¹

¹Κέντρο Αριστείας Υπέρτασης (Hypertension Excellence Center),

Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

²Τμήμα Βιολογικής Χημείας, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

³Μαθηματικό Τμήμα, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 19 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2019

**ΡΟ.14 ΜΙΚΡΑ ΠΥΚΝΑ ΜΟΡΙΑ LDL- ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗΣ
ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΑΥΤΩΝ ΜΕ ΤΗ ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΤΗ
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ
ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Μ.Β. Παπαβασιλείου¹, Δ. Αραβαντινός², Σ. Πασιάνης³,
Β. Κακιούζη², Α. Σερέτης², Γ. Μουστάκας², Α. Καραμάνου²

¹Metropolitan General Hospital - Αθήνα

²Σισμανόγλειον ΓΝΑ

³Νοσοκομείο «Υγεία» Αθήνα

**ΡΟ.15 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ
ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ
ΔΕΞΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

Κ. Κουτσαμπασόπουλος¹, Κ. Σταυρόπουλος¹, Κ. Ιμπριάλος¹,
Α. Κατσιμάρδου¹, Κ. Αβρανάς¹, Ι. Βογιατζής¹, Κ. Πετίδης¹,
Α. Καμπαραούδης², Α. Ζιάκας³, Μ. Δούμας¹

¹Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο
Θεσσαλονίκης, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

²Ε' Χειρουργική Κλινική, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Αριστοτέλειο
Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

³Α' Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Αριστοτέλειο
Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

**ΡΟ.16 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ
ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΝΑΤΡΙΟΥ ΜΕ ΑΝΑΚΛΗΣΗ 24ΩΡΟΥ
ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ
ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΙΣΑ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΤΑΔΙΟΥ Ι**

Α. Βαμβάκης, Ε. Γκαλιαγκούση, Α. Λαζαρίδης, Α. Τριανταφύλλου,
Ν. Κολέτσος, Π. Ανυφαντή, Π. Δόλγυρας, Σ. Δούμα

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

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 19 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2019

15.00-16.30 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Προεδρείο: **Μ. Μαρκέτου, Κ. Καρακούσης**

**OR.01 ΑΥΤΟΜΑΤΕΣ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΟ
ΙΑΤΡΕΙΟ ΜΕ Η ΧΩΡΙΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗ:
ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ**

Α. Κόλλιας, Ι. Αναγνωστόπουλος, Κ. Γ. Κυριακούλης,
Ε. Σταμπολλίου, Α. Γραββάνη, Γ. Σ. Στεργίου
Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο
Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Γ' Παθολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία»,
Αθήνα

**OR.02 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ SGLT-2 ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΣΤΗΝ
ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ
ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΟΣΗΣ-
ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ**

Π. Ι. Γεωργιανός¹, R. Agarwal²

¹Τμήμα Νεφρολογίας και Υπέρτασης, Α' Παθολογική κλινική Α.Π.Θ.,
Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

²Division of Nephrology, Department of Medicine, Indiana University
School of Medicine and Richard L. Roudebush VA Medical Center,
Indianapolis, Indiana, USA

**OR.03 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ ΤΗΣ ΠΡΩΙΜΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ
ΣΚΛΗΡΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ 24ΩΡΗΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ
ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ**

Χ. Αντζα¹, Ι. Δουνδουλάκης¹, Ε. Ακρίβος¹, Σ. Σταμπολή²,
Μ. Δούμας³, Β. Κώτσος¹

¹Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Ιατρείο Υπέρτασης-
24ωρης Καταγραφής της Αρτηριακής Πίεσης, Νοσοκομείο
Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

²Α' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική, ΑΠΘ, Νοσοκομείο
Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

³Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΑΠΘ, Νοσοκομείο Ιπποκράτειο,
Θεσσαλονίκη



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 19 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2019

OR.04 ΑΥΤΟΜΑΤΕΣ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ: ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗ

Π. Καλογερόπουλος¹, Α. Κόλλιας², Ν. Γκατζιά¹, Χ. Ζαρναβάλου¹,
Γ. Σ. Στεργίου²

¹Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς 'Άγιοι Ανάργυροι', Αθήνα

²Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Γ' Παθολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», Αθήνα

OR.05 Η ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΕ ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΝΤΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Κ. Ζέρβα¹, Η. Σανίδας¹, Ε. Κόρρου¹, Κ. Τσάκαλης¹, Μ. Βέλλιου¹,
Δ. Περρέα², Ν. Νικητέας², Μ. Μαντζουράνη³, Δ. Παπαδόπουλος¹,
Ι. Μπαρμπετσέας¹

¹Κέντρο Υπέρτασης, Λιπιδίων και Προληπτικής Καρδιολογίας, Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Λαϊκό

²Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Ερεύνης «Ν.Σ. Χρηστέας», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

³Α' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΓΝ Λαϊκό, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 19 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2019

**OR.06 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΘΟΔΗΓΟΥΜΕΝΗΣ ΑΠΟ
ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΤΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ
ΜΕΙΩΣΗΣ ΤΟΥ ΞΗΡΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ
ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΠΟ
ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ: ΥΠΟ-ΜΕΛΕΤΗ LUST**

Χ. Λουτράδης¹, R. Ekart², Χ. Παπαδόπουλος³, Β. Σαχπεκίδης⁴,
Μ. Αλεξάνδρου⁵, Ν. Πυργίδης¹, Ι. Μνηπούλου¹,
Δ. Παπαδοπούλου⁵, Γ. Ευστρατιάδης¹, Α. Παπαγιάννη¹, G. London⁶,
C. Zoccali⁷, Π. Σαραφίδης¹

¹Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

²University Clinical Centre Maribor, Clinic for Internal Medicine, Department of Dialysis, Maribor, Slovenia

³Γ' Καρδιολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

⁴Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

⁵Νεφρολογική Κλινική, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

⁶Hospital and FCRIN INI-CRCTC, Manhes, France

⁷CNR-IFC Clinical Epidemiology of Renal Diseases and Hypertension, Reggio Calabria, Italy

**OR.07 Η ΛΟΙΜΩΞΗ ΜΕ ΤΟΝ ΙΟ HIV ΕΙΝΑΙ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΣ
ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΣΚΛΗΡΙΑΣ**

Σ. Νανούδης^{1,2}, Μ. Ποικιλίδου¹, Μ. Γιαβροπούλου³, Π. Γεωργιανός¹,
Ό. Τσαχουρίδου², Λ. Σκούρα², Σ. Μεταλίδης², Π. Ζεμπεκάκης¹

¹Κέντρο Αριστείας στην Υπέρταση, Α' Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

²Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Α' Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

³Εργαστήριο Μοριακής Ενδοκρινολογίας, Α' Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

**OR.08 ΕΠΟΧΙΑΚΗ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ
ΣΕ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΕΝΤΟΣ ΚΑΙ ΕΚΤΟΣ ΙΑΤΡΕΙΟΥ:
ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ**

Α. Κόλλιας, Κ. Γ. Κυριακούλης, Ε. Σταμπολλίου, Γ. Σ. Στεργίου
Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο
Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Γ' Παθολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ 'Η Σωτηρία',
Αθήνα



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 19 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2019

OR.09 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΙΜΑΤΩΣΗΣ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΣΕ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΣΜΕΝΩΝ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΚΑΙ ΝΟΡΜΟΤΑΣΙΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΣΚΛΗΡΙΑΣ

Π. Ανυφαντή¹, Α. Τριανταφύλλου¹, Ε. Γκαλιαγκούση¹, Ι. Ζαρίφης¹,
Π. Αρσενίου¹, Κ. Δίπλα², Ν. Κολέτσος¹, Α. Λαζαρίδης¹, Β. Νικολαΐδου¹,
Σ. Δούμα¹

¹Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ Παπαγεωργίου,
Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

²Εργαστήριο φυσιολογίας και βιοχημείας της άσκησης, ΤΕΦΑΑ Σερρών,
Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

OR.10 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΗΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΕΝΔΟΔΙΑΛΥΤΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Α. Μπίκος^{1,2}, Χ. Λουτράδης¹, Ε. Αγγελοῦδης¹, Ε. Μέμμος¹,
Μ. Θεοδωρακοπούλου¹, Ε. Ιντζεβίδου¹, Α. Καρπέτας³,
Ε. Γυνικοπούλου², Σ. Παναγούτσος⁴, Π. Πασαδάκης⁴,
Β. Διακόπουλος⁵, Α. Παπαγιάννη¹, Π. Σαραφίδης¹

¹Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

²Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Πρότυπο», Θεσσαλονίκη

³Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Θεραπευτική», Θεσσαλονίκη

⁴Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης,
Αλεξανδρούπολη

⁵Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 19 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2019

16.30-17.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**
Υπέρταση στη μτέρα και το παιδί
Προεδρείο: **Χ. Ζαμπούλης, Α. Παπαγιάννη**

Υπέρταση στην Εγκυμοσύνη
Χ. Δημητριάδης

Ιδιοπαθής Υπέρταση σε παιδιά και εφήβους
Σ. Σταμπουλή

Δευτεροπαθής Υπέρταση σε παιδιά και εφήβους
Ν. Πρίντζα

17.30-18.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**
Υπέρταση και Νεφρική Νόσος
Προεδρείο: **Α. Λαζαρίδης, Φ. Παπουλίδου**

Η συμμετοχή του νεφρού στην παθογένεια ιδιοπαθούς και
δευτεροπαθούς υπέρτασης
Ο. Μπαλάφα

Θεραπευτικοί στόχοι της ΑΠ σε ασθενείς με ΧΝΝ.
Αλλάζει κάτι με τις νέες οδηγίες;
Ρ. Καλαϊτζίδης

Νεφροπροστατευτικές δράσεις των SGLT-2 inhibitors
& GLP-1 analogues: μια νέα εποχή για τη ΧΝΝ;
Π. Σαραφίδης

18.30-19.00 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΚΑΦΕΣ**



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 19 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2019

19:00-20:30 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ**

(χορηγούμενη από Φαρμ. Εταιρία σελ. 41)

Προεδρείο: **Π. Ζεμπεκάκης**

Νέα δεδομένα, νέοι στόχοι, νέες στρατηγικές στην αντιμετώπιση της Υπέρτασης στην εποχή των νέων κατευθυντήριων οδηγιών: Ομοιότητες, διαφορές μεταξύ Ευρώπης - ΗΠΑ

Κ. Τσιούφης, Β. Παπαδημητρίου

20:30-21:00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: **Γ. Στεργίου**

The past, present and future of BP measurement methods
G. Parati

21:00-21.30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: **Π. Σαραφίδης**

Compliance with antihypertensive treatment:
the major obstacle to BP control

M. Burnier



ΣΑΒΒΑΤΟ 20 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2019

08.00-09.00 **MEET THE EXPERT:** Target Organ Damage
V. Papademetriou, G. London
Facilitator: **M. Doumas**

09.00-10.45 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**
Νεότερα δεδομένα στην Αρτηριακή Υπέρταση
Προεδρείο: **P. Καλαϊτζίδης, X. Παπαδόπουλος**

Συνδυασμένη αντιυπερτασική αγωγή στην πράξη
B. Κατσή

Επείγουσα και υπερεπείγουσα υπέρταση: διαγνωστικές
και θεραπευτικές παρεμβάσεις
M. Καλλίστρατος

Αρτηριακή υπέρταση και ΑΕΕ
Π. Ζεμπεκάκης

Νεώτερες θεραπείες της υπερκαλιαιμίας: μια ευκαιρία για
καλύτερο αποκλεισμό του ΣΡΑΑ;
Δ. Βλαχάκος

10.45-11.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**
Υπέρταση και Παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου:
Θεραπευτικές εξελίξεις

Προεδρείο: **A. Χατζητόλιος, X. Καρβούνης**

Υπέρταση και Δυσλιπιδαιμία
H. Σανίδας

Υπέρταση και Παχυσαρκία
B. Κώτσης

11.30-12.00 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΚΑΦΕΣ**



ΣΑΒΒΑΤΟ 20 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2019

12:00-12:30 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**

(χορηγούμενη από Φαρμ. Εταιρία σελ. 42)

Προεδρείο: **Π. Ζερπεκάκης**

Διαχείριση Υπέρτασικού Ασθενή Σύμφωνα με τις Νεότερες
Ευρωπαϊκές Κατευθυντήριες Οδηγίες Υπέρτασης
Θ. Μακρής

12:30-13:00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: **Β. Λιακόπουλος**

Arterial stiffness in Hypertension: which is the chicken and
which is the egg?
G. London

13:00-14:30 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ**

(χορηγούμενη από Φαρμ. Εταιρία σελ. 42)

**Η αντιμετώπιση του Υπέρτασικού Ασθενή με
συννοσηρότητες. Ιρβεσαρτάνη ή Ραμιπρίλη;**

Προεδρείο: **Μ. Δούμας**

13:00-13:10 Εισαγωγή
Μ. Δούμας

13:10-13:40 Υπέρ της Ιρβεσαρτάνης
Μ. Δούμας

13:40-14:10 Υπέρ της Ραμιπρίλης
Ε. Τριανταφυλλίδη

14:10-14:30 Συμπεράσματα - Συζήτηση

14:30-15:30 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΕΛΑΦΡΥ ΓΕΥΜΑ**

ΣΑΒΒΑΤΟ 20 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2019

14.30-15.30 **ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (POSTERS)**

Προεδρείο: **Ε. Ανδρεάδης, Α. Τριανταφύλλου**

ΡΟ.17 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΠΕΛΙΝΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΒΙΣΦΑΤΙΝΗΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ

Μ. Βέλλιου¹, Δ. Παπαδόπουλος¹, Η. Σανίδας¹, Κ. Ζέρβα¹,
Κ. Τσάκαλης¹, Σ. Βάκρου¹, Δ. Ηλιόπουλος², Μ. Μαντζουράνη³,
Δ. Περρέα², Ι. Μπαρμπετσέας¹

¹Καρδιολογικό Τμήμα Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

²Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Ερεΐνης
«Ν.Σ. Χρηστέας»

³Α' Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

ΡΟ.18 ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΣΕ ΕΝΑ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Δ. Ανυφαντάκης¹, Μ. Ραφανλίδου¹, Ν. Τσουντάκης³, Σ. Καστανάκης²,

¹ΠΕΔΥ-Κέντρο Υγείας Κισσάμου

²Άγιος Γεώργιος Γενικό Νοσοκομείο Χανίων

³ΠΕΔΥ Κ.Υ Κανιάνου

ΡΟ.19 ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΣΥΣΤΟΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΔΕΞΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ: ΜΙΑ ΥΠΕΡΗΧΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΧΡΟΝΙΚΗΣ ΣΤΙΓΜΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Κ. Κουτσαμπασόπουλος¹, Κ. Ιμπριάλος¹, Κ. Σταυρόπουλος¹,
Δ. Πατούλιας¹, Α. Σαχινίδης¹, Β. Γεωργοπούλου², Κ. Πετίδης¹,
Α. Καμπαραούδης³, Α. Ζιάκας⁴, Μ. Δούμας¹

¹Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο
Θεσσαλονίκης, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

²Ακτινολογικό Τμήμα, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

³Ε' Χειρουργική Κλινική, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Αριστοτέλειο
Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

⁴Α' Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Αριστοτέλειο
Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα



ΣΑΒΒΑΤΟ 20 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2019

ΡΟ.20 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΦΥΣΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΔΙΑΙΤΗΤΩΝ ΠΟΔΟΣΦΑΙΡΟΥ ΚΑΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Σ. Παπαστεφάνου, Ι. Σιδέρη, Ι. Τσουνός
Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Αγ.Παύλος», Θεσσαλονίκη

ΡΟ.21 ΤΑ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΑ ΜΙΚΡΟΣΩΜΑΤΙΔΙΑ ΕΙΝΑΙ ΑΥΞΗΜΕΝΑ ΣΕ ΜΗ ΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΙΣΑ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΜΙΚΡΟΛΕΥΚΩΜΑΤΙΝΟΥΡΙΑ

Α. Λαζαρίδης¹, Ε. Γκαλιαγκούση¹, Ε. Γαβριηλάκη¹, Β. Νικολαΐδου¹,
Έ. Γιαννάκη², Α. Τριανταφύλλου¹, Π. Ανυφαντή¹, Π. Δόλγυρας¹,
Δ. Μαρκάλα², Σ. Δούμα¹

¹Γ' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου,
Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

²Τμήμα Κυτταρομετρίας, Αιματολογικό Εργαστήριο, Αντικαρκινικό
Νοσοκομείο Θεαγέειο, Θεσσαλονίκη

ΡΟ.22 Η ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ ΕΠΙΔΕΙΝΩΝΕΙ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΤΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ

Β. Κατσή¹, Σ. Αρχοντάκης², Ο. Παπαζάχου¹, Γ. Σκαλής²,
Η. Αδριανοπούλου², Γ. Βαμβάκου², Θ. Μακρής²

¹Έλενα Βενιζέλου

²Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο

ΡΟ.23 ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΕ ΑΝΔΡΕΣ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Κ. Κουτσαμπασόπουλος¹, Δ. Πατουλιάς¹, Κ. Σταυρόπουλος¹,
Κ. Ιμπριάκος¹, Μ. Τουμπουρλέα¹, Κ. Μπακογιάννης²,

Β. Γεωργοπούλου³, Χ. Παπαδόπουλος², Α. Ζιάκας⁴, Μ. Δούμας¹

¹Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο
Θεσσαλονίκης, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

²Γ' Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Αριστοτέλειο
Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

³Ακτινολογικό Τμήμα, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

⁴Α' Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Αριστοτέλειο
Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα



ΣΑΒΒΑΤΟ 20 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2019

**ΡΟ.24 ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΑΘΗΡΩΜΑΤΩΣΗ
ΚΑΡΩΤΙΔΩΝ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Μ.Β. Παπαβασιλείου¹, Γ. Μουστάκας², Α. Καραμάνου², Α. Σερέτης²,
Δ. Αραβαντινός², Σ. Πατσιάνης³, Β. Κακιούζη²

¹Metropolitan General Hospital - Αθήνα

²Σισμανόγλειον ΓΝΑ

³Νοσοκομείο «Υγεία» Αθήνα

ΡΟ.25 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Ε. Πατρικίου¹, Χ. Αναγνωστόπουλος², Μ. Μπόζιου²,
Χ. Δημητράκοπούλου²

¹Ε.Κ.Π.Α.

²Κ.Υ. Βασιλικής Λευκάδος

**ΡΟ.26 Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΜΕ ΤΗ
ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ: ΤΟ
ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ**

Κ. Κουτσαμπασόπουλος¹, Κ. Σταυρόπουλος¹, Κ. Ιμπριάλος¹,
Α. Κατσιμάρδου¹, Μ. Τουμπουρλέκα¹, Σ. Αλατάκη¹,

Κ. Μπακογιάννης², Χ. Παπαδόπουλος², Α. Ζιάκας³, Μ. Δούμας¹

¹Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο
Θεσσαλονίκης, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

²Γ' Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Αριστοτέλειο
Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

³Α' Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Αριστοτέλειο
Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

**ΡΟ.27 ΟΙ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΟΝΤΑΙ
ΑΠΟ ΦΤΩΧΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ
ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ**

Β. Κατοή¹, Σ. Αρχοντάκης², Ο. Παπαζάχου², Γ. Σκαλής²,
Η. Αδριανοπούλου², Γ. Βαμβάκου², Θ. Μακρής²

¹Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο

²Έλενα Βενιζέλου

ΣΑΒΒΑΤΟ 20 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2019

ΡΟ.28 Η ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗ ΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΜΟΞΟΝΙΔΙΝΗΣ ΣΤΟΥΣ ΥΠΕΡΒΑΡΟΥΣ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΕΥΡΟΠΕΠΤΙΔΙΟΥ Υ

Ε. Καρλάφτη¹, Τ. Διδάγγελος¹, Μ. Μπαλτατζή¹, Γ. Κολιάκος²,
Β. Χασιώτης³, Α. Χατζητόλιος¹, Χ. Σαββόπουλος¹

¹Κέντρο Αριστείας Υπέρτασης (Hypertension Excellence Center),
Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Ιατρική
Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

²Τμήμα Βιολογικής Χημείας, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο
Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

³Μαθηματικό Τμήμα, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης,
Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΡΟ.29 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΟΥΡΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ΜΕ ΤΗΝ ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Μ.Β. Παπαβασιλείου¹, Δ. Αραβαντινός², Α. Καραμάνου²,
Σ. Πατσιάνης³, Β. Κακιούζης², Α. Σερέτης², Γ. Μουστάκας²

¹Metropolitan General Hospital - Αθήνα

²Σισμανόγλειον ΓΝΑ

³Νοσοκομείο «Υγεία» Αθήνα

ΡΟ.30 Η ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ: ΝΕΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ, ΝΕΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ;

Κ. Κουτσαμπασόπουλος¹, Κ. Σταυρόπουλος¹, Κ. Ιμπριάλος¹,
Α. Κατσιμάρδου¹, Μ. Τουμπουρλέκα¹, Σ. Αλατάκη¹, Α. Σαхинίδης¹,
Π. Παντελίδης¹, Α. Ζιάκας², Μ. Δούμας¹

¹Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο
Θεσσαλονίκης, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

²Α' Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Αριστοτέλειο
Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΣΑΒΒΑΤΟ 20 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2019

ΡΟ.31 ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΦΥΣΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΙΣΑ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΤΑΔΙΟΥ Ι

Α. Βαμβάκης, Ε. Γκαλιαγκούση, Α. Λαζαρίδης, Π. Ανυφαντή, Π. Δόλγυρας, Α. Τριανταφύλλου, Ν. Κολέτσος, Σ. Δούμα
Γ' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

ΡΟ.32 ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΣΚΛΗΡΙΑ, ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΣΤΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΕ ΝΕΟ ΔΙΑΓΝΩΣΘΕΝΤΕΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΙΒΕΣΑΡΤΑΝΗ

Ρ. Καλαϊτζίδης¹, Β. Τσιμιχόδης², Δ. Σταγκίκας², Θ. Παναγιωτοπούλου², Κ. Παππάς¹, Χ. Γεωργίου¹, Π. Γκαρζονικά¹, Β. Κοίλιας², Ο. Μπαλάφα¹, Μ. Ελίσαφ²

¹Νεφρολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων

²Παθολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων

ΡΟ.33 ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ: ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Κ. Κουτσαμπασόπουλος¹, Κ. Σταυρόπουλος¹, Κ. Ιμπριάλος¹, Κ. Μπακογιάννης², Β. Γεωργοπούλου³, Κ. Πετίδης¹,

Χ. Παπαδόπουλος², Α. Καμπαρούδης⁴, Α. Ζιάκας⁵, Μ. Δούμας¹

¹Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

²Γ' Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

³Ακτινολογικό Τμήμα, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

⁴Ε' Χειρουργική Κλινική, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

⁵Α' Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα



ΣΑΒΒΑΤΟ 20 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2019

15.30-17:00 **ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

Προεδρείο: **Λ. Χατζησταυρή, Κ. Δημητρακόπουλος**

**OR.11 Η ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ
ΤΑΧΥΤΗΤΑΣ ΣΦΥΓΜΙΚΟΥ ΚΥΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΡΘΗΡΙΑΚΗΣ
ΠΙΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΒΑΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΗ
ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ**

Π. Σαραφίδης¹, Χ. Λουτράδης¹, C. Mayer^{2,3}, Α. Καρπέτας⁴,
Μ. Θεοδωρακοπούλου¹, Α. Μπίκος¹, S. Wassertheurer^{2,3},
C. Schumacher⁵, Α. Παπαγιάννη¹, G. London⁶

¹Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

²AIT Austrian Institute of Technology GmbH, Center for Health &
Bioresources, Biomedical Systems, Vienna, Austria

³Vienna University of Technology, Institute for Analysis and Scientific
Computing, Vienna, Austria

⁴Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Θεραπευτική», Θεσσαλονίκη

⁵Department of Nephrology, Technische Universität München,
Klinikum rechts der Isar, Munich, Germany

⁶Hospital and FCRIN INI-CRCTC, Manhes, France

**OR.12 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΞΙΑΣ ΤΗΣ ΑΡΘΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ
ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΣΤΗ
ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΠΟ
ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ**

Β. Βαΐος¹, Π. Γεωργιανός¹, Γ. Βαρέτα¹, Ε. Ντουνούση²,
Χ. Δημητριάδης³, Αικ. Παπαγιάννη³, Η. Μπαλάσκας¹,
Π. Ζεμπεκάκης¹, Β. Λιακόπουλος¹

¹Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης, Α΄ Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ.,
Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

²Νεφρολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων,
Ιωάννινα

³Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη



ΣΑΒΒΑΤΟ 20 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2019

OR.13 ΦΑΙΝΟΤΥΠΟΙ ΣΥΓΚΑΛΥΜΜΕΝΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ 24ΩΡΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

K. Κυριακούλης¹, A. Γραββάνη¹, R. McManus², T. Niiranen^{3,4,5},
E. Ανδρεάδης⁶, A. Julia³, A. Κόλλιας¹, A. Lindroos^{3,4}, A. Ντινέρη¹,
C. Schwartz², Γ. Στεργίου¹

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

²Green Templeton College & Nuffield Department of Primary Care Health Sciences, University of Oxford, Oxford, UK

³National Institute for Health and Welfare, Turku, Finland

⁴Department of Internal Medicine, University of Turku, Turku, Finland

⁵Division of Medicine, Turku University Hospital, Turku, Finland

⁶Κέντρο Υπέρτασης και Πρόληψης Καρδιαγγειακής Νόσου, Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός», Αθήνα, Ελλάδα

OR.14 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΛΙΠΟΚΙΝΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ

M. Βέλλιου¹, H. Σανίδας¹, Δ. Παπαδόπουλος¹, K. Ζέρβα¹,
K. Τσάκαλης¹, Σ. Βάκρου¹, Δ. Ηλιόπουλος², M. Μαντζουράνη³,
Δ. Περρέα², I. Μπαρμπετσέας¹

¹Καρδιολογικό Τμήμα Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

²Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Ερεύννης «Ν.Σ. Χρηστέας»

³Α' Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

ΣΑΒΒΑΤΟ 20 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2019

OR.15 Η ΚΑΘΟΔΗΓΟΥΜΕΝΗ ΑΠΟ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΤΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ ΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΞΗΡΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΕΛΑΤΤΩΝΕΙ ΤΙΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΚΩΝ ΚΟΙΛΟΤΗΤΩΝ ΚΑΙ ΤΙΣ ΠΙΕΣΕΙΣ ΠΛΗΡΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Χ. Λουτράδης¹, Π. Σαραφίδης¹, Χ. Παπαδόπουλος², Β. Σαχπεκίδης³,
R. Ekart⁴, B. Krunic⁴, E. Παγουρελιάς², Μ. Τουμπουρλέκα¹,
Α. Καρπέτας⁵, Α. Μπίκος^{1,6}, Ι. Τσουχνικάς¹, Ν. Πυργίδης¹,
Ι. Μινοπούλου¹, Μ. Αλεξάνδρου⁷, Ε. Μπτσόπουλος⁷, C. Torino⁸,
Γ. Ευστρατιάδης¹, Α. Παπαγιάννη¹, C. Zoccali⁸

¹Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

²Γ' Καρδιολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

³Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

⁴University Clinical Centre Maribor, Clinic for Internal Medicine, Department of Dialysis, Maribor, Slovenia

⁵Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Θεραπευτική», Θεσσαλονίκη

⁶Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Πρότυπο», Θεσσαλονίκη

⁷Νεφρολογική Κλινική, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

⁸CNR-IFC Clinical Epidemiology of Renal Diseases and Hypertension, Reggio Calabria, Italy

OR.16 Η ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΣΚΛΗΡΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΟΝ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΑΠΟ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ

Μ. Ποικιλίδου¹, Μ. Στάμου², Α. Γραμματικοπούλου¹,
Μ. Γιαβροπούλου³, Α. Κεϊβανίδου², Π. Γιαννόπουλος²,
Σ. Νανούδης¹, Π. Γεωργιανός¹, Π. Καρπατσής⁴, Π. Ζεμπεκάκης¹

¹Κέντρο Αριστείας στην Υπέρταση, Α' Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

²Β' Παιδιατρική Κλινική, ΓΠΝΘ ΑΧΕΠΑ

³Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 1^η Προπαιδευτική Κλινική, Λαϊκό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο

⁴Β' Κλινικό Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής ΑΠΘ

ΣΑΒΒΑΤΟ 20 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2019

**OR.17 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΘΟΔΗΓΟΥΜΕΝΗΣ ΑΠΟ
ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΤΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ
ΜΕΙΩΣΗΣ ΤΟΥ ΞΗΡΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ
ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗ ΑΟΡΤΙΚΗ ΠΙΕΣΗ ΚΑΙ ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΕΣ
ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΣΚΛΗΡΙΑΣ ΑΘΕΝΩΝ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ**

Χ. Λουτράδης¹, Π. Σαραφίδης¹, R. Ekart², B. Krunic², Α. Καρπέτας³,
Α. Μπίκος^{1,4}, Ι. Τσουχνικάς¹, Μ. Θεοδωρακοπούλου¹,
Μ. Καλαϊτζόγλου¹, Μ. Αλεξάνδρου⁵, Π. Πατεινάκης⁵,
Δ. Παπαδοπούλου⁵, C. Zoccali⁶, G. London⁷, Γ. Ευστρατιάδης¹,
Α. Παπαγιάννη¹

¹Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

²University Clinical Centre Maribor, Clinic for Internal Medicine,
Department of Dialysis, Maribor, Slovenia

³Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Θεραπευτική», Θεσσαλονίκη

⁴Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Πρότυπο», Θεσσαλονίκη

⁵Νεφρολογική Κλινική, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

⁶CNR-IFC Clinical Epidemiology of Renal Diseases and Hypertension,
Reggio Calabria, Italy

⁷Hospital and FCRIN INI-CRCTC, Manhes, France

**OR.18 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΝΥΧΤΕΡΙΝΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΜΕ
24ΩΡΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ Η ΣΥΣΚΕΥΗ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ:
ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ
ΟΡΓΑΝΩΝ-ΣΤΟΧΩΝ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ**

Ι. Μπουντζώνα¹, Α. Κόλλιας¹, Ε. Σταμπολλίου¹, Γ. Σέρβος²,
Α. Δεστούνης³, Α. Βαζαίου⁴, Γ. Σ. Στεργίου¹

¹Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο
Αθηνών, Ιατρική Σχολή

²Γ' Παθολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», Αθήνα

³Καρδιολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. Κυριακού», Αθήνα

⁴Μ.Ε.Θ. Τζάνειο Νοσοκομείο, Πειραιάς

⁵Α' Παιδιατρική Κλινική, Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. Κυριακού»,
Αθήνα



ΣΑΒΒΑΤΟ 20 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2019

OR.19 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΡΕΥΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΑ ΟΡΙΑ ΠΟΥ ΠΡΟΤΕΙΝΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΙΣ ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Π. Ανυφαντή¹, Ε. Γκαλιαγκούση¹, Α. Τριανταφύλλου¹, Ν. Κολέτσος¹,
Π. Δόλγυρας¹, Β. Γαλανοπούλου², Σ. Ασλανίδης³, Σ. Δούμα¹

¹Γ' Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ Παπαγεωργίου, Αριστοτέλειο
Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

²Ρευματολογικό Ιατρείο, ΓΝΘ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

³Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Αριστοτέλειο
Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

OR.20 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΝΕΜΠΙΒΟΛΟΛΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΙΡΜΠΕΣΑΡΤΑΝΗΣ ΣΤΗΝ ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΝΔΟΔΙΑΛΥΤΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Χ. Λουτράδης¹, Α. Μπίκος^{1,2}, Ε. Αγγελούδη¹, Β. Ράπτης³,
Δ. Φαϊτατζίδου¹, Μ. Θεοδωρακοπούλου¹, Ε. Ιντζεβίδου¹,
Σ. Παναγούτσος⁴, Π. Πασαδάκης⁴, Π. Ζεμπεκάκης⁵,
Β. Διακόπουλος⁵, Α. Παπαγιάννη¹, G. Parati^{6,7}, Π. Σαραφίδης¹

¹Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

²Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Πρότυπο», Θεσσαλονίκη,

³Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Πιερία», Κατερίνη

⁴Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

⁵Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

⁶Istituto Auxologico Italiano, IRCCS, Department of Cardiovascular,
Neural and Metabolic Sciences, S. Luca Hospital, Milan

⁷Department of Medicine and Surgery, University of Milano-Bicocca,
Milan, Italy



ΣΑΒΒΑΤΟ 20 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2019

- 17:00-18:00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**
Αλλαγές στη θεραπεία της Αρτηριακής Υπέρτασης
Προεδρείο: **Α. Αχείμαστος, Μ. Δούμας**
Αλλαγές στο θεραπευτικό πρωτόκολλο της υπέρτασης
Γ. Στεργίου
Τηλε-ιατρική και Αρτηριακή Υπέρταση
Π. Σταφυλάς
-
- 18:00-18:30 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΚΑΦΕΣ**
-
- 18:30-19:30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ - ΑΝΤΙΜΑΧΙΑ**
Έναρξη αντιυπερτασικής αγωγής
Προεδρείο: **Θ. Μακρής, Σ. Δούμα**
Στα 140 mmHg
Α. Μανώλης
Στα 130 mmHg
Υ. Papademetriou
-
- 19:30-20:00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**
Προεδρείο: **Δ. Παπαδόπουλος**
Θεραπεία ανθεκτικής υπέρτασης: Φαρμακευτική ή επεμβατική το 2019;
Κ. Πετίδης
-
- 20:00-21:00 **ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΕΙΔΙΚΩΝ**
What is, finally, the optimal BP Target?
Προεδρείο: **Σ. Δούμα, Π. Σαραφίδης**
Συζήτηση: **G. Parati, Υ. Papademetriou**
-
- 21:00-21:30 **ΒΡΑΒΕΥΣΕΙΣ - ΛΗΞΗ**
-

19°

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΟΥΥΦΟΡΙΚΩΝ ΔΙΑΛΕΞΕΩΝ & ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ



Πρόγραμμα Δορυφορικών Διαλέξεων & Συνεδριών

ΠΕΜΠΤΗ 18 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2019

17:00-17:30 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**

με την ευγενική χορηγία της Φαρμ. Εταιρίας  **NOVARTIS**

Προεδρείο: **Μ. Δούμας**

Καρδιακή Ανεπάρκεια με μειωμένο κλάσμα εξώθησης και
νέα θεραπευτικά δεδομένα

Δ. Παπαδόπουλος

17:30-18:00 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**

με την ευγενική χορηγία της Φαρμ. Εταιρίας **AstraZeneca** 

Προεδρείο: **Π. Ζεμπεκάκης**

Καρδιακή ανεπάρκεια. Ο κρυφός παράγοντας κινδύνου των
διαβητικών ασθενών. Αποτελέσματα της μελέτης DECLARE

Γ. Στεργίου

19:45-20:15 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**

με την ευγενική χορηγία της Φαρμ. Εταιρίας  **Bayer** 

Προεδρείο: **Α. Μανώλης**

Τι μάθαμε και τι μένει να μάθουμε ακόμη για τα νεότερα από
του στόματος αντιπηκτικά

Θ. Μακρής



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 19 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2019

12:00-12:30 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

με την ευγενική χορηγία της Φαρμ. Εταιρίας



Προεδρείο: **Θ. Μακρής**

Ένας στους δύο υπερτασικούς ασθενείς υπό θεραπεία είναι αρρυθμιστός: Αιτίες και σχέδιο δράσης
Γ. Στεργίου

12:30-13:00 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

με την ευγενική χορηγία της Φαρμ. Εταιρίας



Προεδρείο: **Μ. Δούμας**

Αζιλαρτάνη: Ο νέος Ανταγωνιστής Υποδοχέων
Αγγειοτασίνης II στην αντιμετώπιση της Υπέρτασης
Δ. Παπαδόπουλος

13:30-14:00 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

με την ευγενική χορηγία της Φαρμ. Εταιρίας



Προεδρείο: **Π. Σαραφίδης**

Η δράση του σταθερού συνδυασμού βισοπρολόλης/
αμλοδιπίνης στην αντιμετώπιση της Υπέρτασης και της
Στεφανιαίας νόσου
Κ. Τσιούφης

19:00-20:30 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

με την ευγενική χορηγία της Φαρμ. Εταιρίας



Προεδρείο: **Π. Ζεμπεκάκης**

Νέα δεδομένα, νέοι στόχοι, νέες στρατηγικές στην αντιμετώπιση
της Υπέρτασης στην εποχή των νέων κατευθυντήριων οδηγιών:
Ομοιότητες, διαφορές μεταξύ Ευρώπης - ΗΠΑ
Κ. Τσιούφης, Β. Παπαδημητρίου



ΣΑΒΒΑΤΟ 20 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2019

12:00-12:30 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**

με την ευγενική χορηγία της Φαρμ. Εταιρείας  Menarini Hellas

Προεδρείο: **Π. Ζεμπεκάκης**

Διαχείριση Υπέρτασικού Ασθενή Σύμφωνα με τις Νεότερες
Ευρωπαϊκές Κατευθυντήριες Οδηγίες Υπέρτασης
Θ. Μακρής

13:00-14:30 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ**

με την ευγενική χορηγία της Φαρμ. Εταιρείας  SANOFI

**Η αντιμετώπιση του Υπέρτασικού Ασθενή με
συννοσηρότητες. Ιρβεσαρτάνη ή Ραμιπρίλη;**

Προεδρείο: **Μ. Δούμας**

13:00-13:10 Εισαγωγή
Μ. Δούμας

13.10-13.40 Υπέρ της Ιρβεσαρτάνης
Μ. Δούμας

13.40-14.10 Υπέρ της Ραμιπρίλης
Ε. Τριανταφυλλίδη

14.10-14.30 Συμπεράσματα - Συζήτηση

19°

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ



**ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΟΜΙΛΗΤΕΣ
- ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ**



Πρόεδροι - Ομιλητές - Σχολιαστές

B

Burnier M.

Honorary Professor, Service of Nephrology and Hypertension, University Hospital, Lausanne, Switzerland

L

London G.

Department Nephrology, Manhes hospital -Fleury-MEROGIS, Paris

P

Papademetriou V.

MD, Professor of Medicine (Cardiology), Georgetown University, Director Interventional Hypertension and Vascular Medicine Program, VA Medical Center, Washington DC

Parati G.

Professor of Cardiovascular Medicine, Dept of Medicine and Surgery, University of Milano-Bicocca, Head, Cardiology Unit and Dept of Cardiovascular, Neural and Metabolic Sciences, S. Luca Hospital, Milan, Scientific Director, IRCCS Istituto Auxologico Italiano, Milan, Italy

A

Αβδελίδου Α.

Νεφρολόγος, Επιμελήτρια Α', Γ.Ν. Γρεβενών

Ανδρεάδης Ε.

Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής-Κέντρου Υπέρτασης, Ιατρικό Ψυχικού, τ. Διευθυντής Δ' Παθολογικής Κλινικής, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Ανυφαντή Π.

Παθολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Γ' Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου»

Αχείμαστος Α.

Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας ΕΚΠΑ

B

Βλαχάκος Δ.

Καθηγητής Παθολογίας - Νεφρολογίας, Υπεύθυνος Νεφρολογικής Μονάδας Πανεπιστημιακό Γ.Ν. «Αττικόν»

Γ

Γεωργιανός Π.

Νεφρολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης, Τμήμα Νεφρολογίας και Υπέρτασης, Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»

Γκαλιαγκούση Ε.

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



Γράσσης Χ.

Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής,
Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΚΑΤ»

Δ

Δαρδαβέσης Θ.

Καθηγητής Υγιεινής και Κοινωνικής
Ιατρικής Τμήματος Ιατρικής Α.Π.Θ.,
Κοσμήτορας Σχολής Επιστημών Υγείας
Α.Π.Θ.

Δημητρακόπουλος Κ.

Παθολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ,
Β' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ.,
Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

Δημητριάδης Κ.

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

Δημητριάδης Χ.

Νεφρολόγος, Επιμελητής Α',
Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ.,
Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

Δούμα Σ.

Καθηγήτρια Παθολογίας, Διευθύντρια
Γ' Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ.,
Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου»

Δούμας Μ.

Αν. Καθηγητής Παθολογίας,
Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική
Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

Ζ

Ζαμπούλης Χ.

Ομότιμος καθηγητής Παθολογίας
Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.

Ζαρίφης Ι.

Συντ. Διευθυντής Καρδιολογικής
Κλινικής, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

Ζεμπεκάκης Π.

Καθηγητής Παθολογίας Α.Π.Θ.,
Διευθυντής Α' Παθολογικής Κλινικής,
Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»,
Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας
Υπέρτασης

Θ

Θωμόπουλος Κ.

Καρδιολόγος, Επιμελητής Α',
Γ.Ν.Μ.Α. «Ελενα Βενιζέλου»

Κ

Καλαϊτζίδης Ρ.

Νεφρολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ,
Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων

Καλλίστρατος Μ.

Καρδιολόγος, Ιατρείο Υπέρτασης,
Γ.Ν.Α. «Ασκληπείο» Βούλας

Καλογερόπουλος Π.

Καρδιολόγος, Διευθυντής
Καρδιολογικής Κλινικής, Γενικό
Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς
«Οι Άγιοι Ανάργυροι»

Καμπερίδης Β.

Καρδιολόγος, Ακαδημαϊκός Υπότροφος
Α' Καρδιολογικής Κλινικής Α.Π.Θ.,
Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»

Καρακούσης Κ.

Παθολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Λάρισα



Καρβούνης Χ.

Καθηγητής Καρδιολογίας Ιατρικής
Σχολής Α.Π.Θ., Διευθυντής
Α' Καρδιολογικής Κλινικής,
Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»

Κατσή Β.

Καρδιολόγος, Επιμελήτρια,
Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», ESH Specialist

Κόλλιας Α.

Παθολόγος, Ακαδημαϊκός Υπότροφος
ΕΚΠΑ, Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7,
Γ' Παθολογική Κλινική, ΕΚΠΑ,
Γ.Ν.Ν.Θ. «Η Σωτηρία», Αθήνα

Κώτσος Β.

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

Λαζαρίδης Α.

Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας-
Νεφρολογίας Α.Π.Θ.

Λ

Λιακόπουλος Β.

Αναπληρωτής Καθηγητής
Νεφρολογίας, Α' Παθολογική Κλινική
Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. "ΑΧΕΠΑ"

Λουτράδης Χ.

Νεφρολόγος, Νεφρολογική Κλινική
Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

Μ

Μακρής Θ.

Συντ. Διευθυντής Καρδιολογικού
Τμήματος, Γ.Ν.Μ.Α. «Ελενα Βενιζέλου»

Μανιός Ε.

Επ. Καθηγητής ΕΚΠΑ, Θεραπευτική
Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,
Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα»

Μανώλης Α.

Συντ. Διευθυντής Καρδιολογικής
Κλινικής, Γ.Ν.Α. «Ασκληπείο» Βούλας

Μαρκέτου Μ.

Διευθύντρια ΕΣΥ, Καρδιολογική
Κλινική, Π.Γ.Ν. Ηρακλείου, Κρήτη

Μπαλάφα Ο.

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

Π

Παπαβασιλείου Μ.

Καρδιολόγος FESC, EHS, Διευθύντρια
Κέντρου Υπέρτασης -One day clinic,
Metropolitan General Hospital
Athens

Παπαγιάννη Αικ.

Καθηγήτρια Νεφρολογίας Α.Π.Θ.,
Διευθύντρια Νεφρολογικής Κλινικής,
Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

Παπαδάκης Ι.

Παθολόγος - Κλινικός Υπερτασιολόγος
(ESH), Διευθυντής ΕΣΥ, Υπεύθυνος
Υπερτασικής Μονάδος Παθολογικής
Κλινικής Παν/κου Νοσοκομείου
Ηρακλείου (ESH Excellence Centre)

Παπαδόπουλος Δ.

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



Παπαδόπουλος Χ.

Επ. Καθηγητής Καρδιολογίας,
Γ' Καρδιολογική Κλινική Α.Π.Θ.,
Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

Παπουλίδου Φ.

Επιστημονικά Υπεύθυνη Διευθύντρια
Νεφρολογικού Τμήματος, Γ.Ν. Καβάλας

Πετίδης Κ.

Επ. Καθηγητής Παθολογίας Α.Π.Θ.

Πιτταράς Α.

Καρδιολόγος- Υπερτασιολόγος,
Επ. Καθηγητής Καρδιολογίας George
Washington University

Ποικιλίδου Μ.

Παθολόγος-Υπερτασιολόγος,
Ακαδημαϊκή Υπότροφος
Α' Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ.,
Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»

Πουλημένος Λ.

Επεμβατικός Καρδιολόγος, Υπεύθυνος
Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου,
Καρδιολογική Κλινική,
Γ.Ν. «Ασκληπείο» Βούλας

Πρίντζα Ν.

Αν. Καθηγήτρια Παιδιατρικής
- Παιδιατρικής Νεφρολογίας,
Νεφρολογική Μονάδα Παίδων,
Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

Πρωτογέρου Α.

Παθολόγος, Αν. Καθηγήτης
Παθολογικής Φυσιολογίας, Υπεύθυνος
Μονάδας Καρδιαγγειακής Πρόληψης
& Έρευνας, Τμήμα Παθολογικής
Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή Εθνικού
και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου
Αθηνών

Σ

Σαββόπουλος Χ.

Καθηγητής Παθολογίας Α.Π.Θ.,
Α' Προπαιδευτική Παθολογική
Κλινική, Κέντρο Αριστείας Υπέρτασης
& Μονάδα Ανξημένης Φροντίδας,
Stroke Unit, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»

Σανίδας Η.

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

Σαραφίδης Π.

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

Σταμπουλή Σ.

Επ. Καθηγήτρια Παιδιατρικής,
Νεφρολογική Μονάδα Παίδων,
Α' Παιδιατρική Κλινική,
Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

Σταφυλάς Π.

Καρδιολόγος - ESH Hypertension
Specialist, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής
Α.Π.Θ., Επιστημονικός Διευθυντής
HealThink, Θεσσαλονίκη

Στεργίου Γ.

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

Στυλιάδης Ι.

Αν. Συντ. Διευθυντής Καρδιολογικής
Κλινικής, Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου»



Στυλιανού Φ.

MD, FESC, Πρόεδρος Κυπριακής
Εταιρείας Υπέρτασης

T

Τριανταφυλλίδη Ε.

Διευθύντρια ΕΣΥ Καρδιολογίας,
Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική
Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Τριανταφύλλου Α.

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

Τσιούφης Κ.

Καθηγητής Καρδιολογίας ΕΚΠΑ,
Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική
Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»,
Πρόεδρος Ευρωπαϊκής Εταιρείας
Υπέρτασης (ESH)

X

Χατζησταυρή Λ.

Ειδικός Παθολόγος - Υπερτασιολόγος,
Επιστημονική Συνεργάτης Τμήματος
Υπέρτασης, Α' Παθολογική Κλινική
Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»

Χατζητόλιος Α. Ι.

Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής
Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής
Κλινικής, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»,
European Society of Hypertension
(ESH) Excellence Center, Ιατρική
Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο
Θεσσαλονίκης,
Αντιπρόεδρος Εταιρείας Παθολογίας
Ελλάδος (Ε.Π.Ε.), Αντιπρόεδρος
Επαγγελματικής Ένωσης Παθολόγων
Ελλάδος (Ε.Ε.Π.Ε.)



Ευχαριστίες

Ο Πρόεδρος και τα μέλη της Οργανωτικής Επιτροπής του 19^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Υπέρτασης, ευχαριστούν θερμά τις παρακάτω εταιρίες για την οικονομικής τους υποστήριξη:



Menarini Hellas



Bayer



SANOFI



WinMedica
Serving Health for Life



BIANEX
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ



RECORDATI HELLAS
GROUP



Bennett
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ



a Rafarm company



SERVIER



NOVARTIS



Lavipharm



DEMO ABEE
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ



Νέον
Εκδόσεις

Rosuvastatin/Sandoz

Rosuvastatin

ΤΕΡΑΤΕΡΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΔΙΑΤΙΘΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΑΤΟΧΟ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ

ADV/ROSUVAS/VELKA/01/01.2018



velka
a Rafarm company

VELKA HELLAS Βιομηχανία Φαρμάκων
Κορίνθου 12, 15451 Ν. Ψυχικό, Αθήνα
Τηλ.: 210 6776550-1, 210 6776398
Fax: 210 6776552
www.velka.gr

SANDOZ A Novartis
Division

Sandoz GmbH, Biochemiestrasse 10, 6250 Kundl, Αυστρία
Novartis (Hellas) S.A.C.I. / Sandoz division
Κηφισίας 18 & Γκλύχη, 15125 Μαρούσι
Τηλ.: 216 6005000, Fax: 210 6857655
www.sandoz.com

19°

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΝΩΣΕΙΣ

Προφορικές Ανακωνώσεις

OR.01

ΑΥΤΟΜΑΤΕΣ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΜΕ Η ΧΩΡΙΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ

A. Κόλλιας, I. Αναγνωστόπουλος, K. Γ. Κυριακούλης, E. Σταμπολλίου,
A. Γραββάνη, Γ. Σ. Στεργίου

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

Εισαγωγή: Οι αυτόματες μετρήσεις αρτηριακής πίεσης στο ιατρείο χωρίς την παρουσία παρατηρητή (unattended automated office blood pressure; uAOBP) φαίνεται ότι παρέχουν χαμηλότερες τιμές συγκριτικά με την κλασική ακροαστική μέθοδο. Ωστόσο, τα δεδομένα για αυτόματες μετρήσεις παρουσία παρατηρητή (aAOBP) και χρήση ίδιας μεθοδολογίας μέτρησης πίεσης είναι αμφιλεγόμενα.

Σκοπός: Αξιολόγηση μελετών που συνέκριναν uAOBP με aAOBP με χρήση ίδιας μεθοδολογίας (συνθήκες, συσκευή, αριθμός μετρήσεων).

Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων PubMed και EMBASE.

Αποτελέσματα: Μετα-ανάλυση 10 μελετών ($n=1,004$, σταθμισμένη ηλικία 60.8 ± 4.2 έτη, 55% άνδρες) έδειξε ότι οι τιμές uAOBP (συστολική/διαστολική 133.9 [95% CI $129.7, 138$]/ 80.6 [95% CI: $77, 84.2$] mmHg) δε διέφεραν σημαντικά από aAOBP (135.3 [95% CI: $130.9, 139.6$]/ 81 [95% CI: $77.6, 84.3$] mmHg). Για την συστολική πίεση η συγκεντρωτική διαφορά ήταν -1.3 , 95% CI: $-4.3, 1.7$ mmHg και για τη διαστολική -0.4 , 95% CI: $-1.2, 0.3$ mmHg. 9/10 μελέτες κρίθηκαν υψηλής ποιότητας, ενώ δεν ανιχνεύτηκε σφάλμα δημοσίευσης. Ανάλυση μετα-παλινδρόμησης δεν ανέδειξε σημαντικές επιδράσεις του φύλου, της ηλικίας και της συστολικής aAOBP στη διαφορά uAOBP-aAOBP, αν και παρατηρήθηκε τάση για υψηλότερες τιμές aAOBP σε σχέση με uAOBP, σε υψηλότερα επίπεδα aAOBP.

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα αυτά δείχνουν ότι όταν χρησιμοποιείται ίδια συσκευή και πρωτόκολλο μέτρησης, τα επίπεδα αυτόματων μετρήσεων με ή χωρίς παρατηρητή είναι παρόμοια. Συνεπώς αν και η uAOBP παρέχει το πλεονέκτημα εξασφάλισης αυστηρά ελεγχόμενων συνθηκών, σχολαστικές μετρήσεις aAOBP αποτελούν ρεαλιστική εναλλακτική για την κλινική πράξη.

OR.02

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ SGLT-2 ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΟΣΗΣ-ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ

Π. Ι. Γεωργιανός¹, R. Agarwal²

¹Τμήμα Νεφρολογίας και Υπέρτασης, Α΄ Παθολογική κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

²Division of Nephrology, Department of Medicine, Indiana University School of Medicine and Richard L. Roudebush VA Medical Center, Indianapolis, Indiana, USA

Εισαγωγή: Οι αναστολείς συμμεταφοράς γλυκόζης-νατρίου (SGLT-2i) μειώνουν την αρτηριακή πίεση (ΑΠ) ιατρείου και την περιπατητική ΑΠ μέσω της νατριουρητικής τους δράσης. Ωστόσο, παραμένει ασαφές εάν αυτή η δράση είναι δόσο-εξαρτώμενη και εάν διαφέρει από την επίδραση της υδροχλωροθειαζίδης.

Σκοπός: Μετα-ανάλυση τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών (RCTs) με σκοπό την αξιολόγηση της επίδρασης των SGLT-2i στην περιπατητική ΑΠ.

Υλικό-Μέθοδοι: Συστηματική ανασκόπηση των βάσεων PubMed/Medline, EMBASE και Cochrane Central έως τις 22 Αυγούστου 2018 για την αναζήτηση RCTs, οι οποίες αξιολόγησαν την επίδραση των SGLT-2i στην περιπατητική ΑΠ. Χρησιμοποιήθηκαν fixed-effects μοντέλα για τον εκτίμηση της μέσης διαφοράς μεταξύ των ομάδων ενεργού θεραπείας και placebo στη μεταβολή από το baseline της περιπατητικής ΑΠ.

Αποτελέσματα: Στην ανάλυση περιλήφθηκαν 7 RCTs (με 2.381 συμμετέχοντες), οι οποίες συνέκριναν τους SGLT-2i με placebo. Από αυτές, 2 RCTs είχαν επιπλέον ομάδα ενεργού θεραπείας που έλαβε χαμηλή δόση υδροχλωροθειαζίδης. Σε σύγκριση με το placebo, οι SGLT-2i μείωσαν την 24-ωρη συστολική ΑΠ κατά 3,62 mmHg [95% confidence interval (CI): -4,29, -2,94] και την 24-ωρη διαστολική ΑΠ κατά 1,70 mmHg (95% CI: -2,3, -1,26). Η αντιυπερτασική επίδραση ήταν υψηλότερη κατά την ημέρα συγκριτικά με την περίοδο της νύχτας. Η μείωση της περιπατητικής ΑΠ ήταν όμοια στις υπο-ομάδες χαμηλής και υψηλής δόσης SGLT-2i και συγκρίσιμη με την αντιυπερτασική επίδραση της υδροχλωροθειαζίδης.

Συμπέρασμα: Η μετα-ανάλυση αυτή δείχνει ότι η προκαλούμενη από τους SGLT-2i μείωση της 24-ωρης ΑΠ είναι της τάξης των -3,62/-1,70 mmHg. Αυτή η αντιυπερτασική επίδραση είναι ανεξάρτητη από τη δόση των SGLT-2i και δε διαφέρει από αυτήν της χαμηλής δόσης υδροχλωροθειαζίδης.

OR.03

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ ΤΗΣ ΠΡΩΙΜΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΣΚΛΗΡΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ 24ΩΡΗΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ

Χ. Αντζα¹, Ι. Δουνδουλάκης¹, Ε. Ακρίβος¹, Σ. Σταμπούλη², Μ. Δούμας³, Β. Κώτσος¹

¹Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Ιατρείο Υπέρτασης-24ωρης Καταγραφής της Αρτηριακής Πίεσης, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

²Α' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική, ΑΠΘ, Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

³Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΑΠΘ, Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Ποιος τρόπος μέτρησης της αρτηριακής πίεσης(ΑΠ) -24ωρη καταγραφή(24h ABPM) και καταγραφή στο σπίτι(HBPM)- μπορεί να προβλέψει την πρώιμη αρτηριακή σκληρία(EVA). Επιπλέον, η δημιουργία ενός συστήματος αξιολόγησης της EVA σε υπερτασικούς ασθενείς.

Υλικό και Μέθοδοι: Τρεις μετρήσεις ΑΠ ιατρείου λήφθηκαν με τη χρήση υδραργυρικού σφυγμομανομέτρου. Εκτός ιατρείου, οι εθελοντές υποβλήθηκαν σε 24h ABPM σε μία τυπική εργάσιμη ημέρα και καταγραφή της ΑΠ για 7 συνεχόμενες ημέρες στο σπίτι. Η EVA καθορίστηκε με βάση τις αυξημένες τιμές καρωτιδο-μηνιαίας ταχύτητας σφυγμικού κύματος(c-f PWV) με βάση τις αναμενόμενες για την ηλικία.

Αποτελέσματα: 288 άτομα (39,7% άνδρες), με μέση ηλικία 56.8±15.8 έτη συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Στη μονοπαραγοντική ανάλυση η EVA συσχετίστηκε με την συστολική ΑΠ ιατρείου, την 24ωρη συστολική και διαστολική ΑΠ και τον μέσο όρο παλμών 24ωρου και καταγραφής στο σπίτι ($p < 0.05$). Η περιοχή κάτω από τη καμπύλη ROC για τη διάγνωση της EVA ήταν 0.620 (90%CI 0.55, 0.69), 0.559 (90%CI 0.48, 0.64) και 0.565 (90%CI 0.49, 0.64), για την συστολική ΑΠ με την 24h ABPM, HBPM και μέτρηση ιατρείου, αντίστοιχα. Παράμετροι από την 24h ABPM, η ηλικία, το φύλο, ο δείκτης μάζας σώματος, ο διαβήτης και το eGFR χρησιμοποιήθηκαν για τη δημιουργία ενός νέου συστήματος αξιολόγησης της EVA, που παρουσιάζει υψηλή ακρίβεια, ευαισθησία και ειδικότητα.

Συμπεράσματα: Η 24ωρη συστολική ΑΠ μπορεί να προβλέψει καλύτερα την EVA συγκριτικά με την συστολική ΑΠ στο σπίτι και στο ιατρείο. Μία νέα εφαρμογή (<https://medapps.shinyapps.io/evaas/>), το EVAAs, δημιουργήθηκε από παραμέτρους της 24h ABPM και παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου με σκοπό την ανίχνευση πρώιμης EVA σε υπερτασικούς ασθενείς.

OR.04

ΑΥΤΟΜΑΤΕΣ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ: ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗ

Π. Καλογερόπουλος¹, Α. Κόλλιας², Ν. Γκατζιά¹, Χ. Ζαρναβάλου¹, Γ. Σ. Στεργίου²

¹Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς 'Άγιοι Ανάργυροι', Αθήνα

²Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Γ' Παθολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ 'Η Σωτηρία', Αθήνα

Εισαγωγή: Οι αυτόματες μετρήσεις της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) στο ιατρείο με ηλεκτρονικό πιεσόμετρο κερδίζουν έδαφος στην κλινική πράξη. Ωστόσο, η επίδραση της παρουσίας του παρατηρητή εφόσον χρησιμοποιείται αυστηρά ελεγχόμενη μεθοδολογία είναι αμφιλεγόμενη.

Σκοπός: Σύγκριση αυτόματων μετρήσεων ΑΠ με (aAOBP) και χωρίς επίβλεψη (uAOBP) με τη χρήση ίδιας μεθοδολογίας (συνθήκες, συσκευή, πρωτόκολλο μετρήσεων).

Μέθοδοι: Άτομα με ή χωρίς αντιυπερτασική θεραπεία υποβλήθηκαν σε uAOBP και aAOBP μετρήσεις (τυχαιοποιημένη σειρά, 2 διαφορετικές επισκέψεις σε 2 διαδοχικές ημέρες, τριπλές μετρήσεις μετά 5 min ηρεμίας, συσκευή Microlife WatchBP Office) και 24ωρη καταγραφή ΑΠ (Microlife WatchBP O3).

Αποτελέσματα: 113 άτομα αναλύθηκαν (μέση ηλικία 60.9±13.4 έτη, 54% άρρενες, 60% υπό θεραπεία). Η συστολική uAOBP ήταν χαμηλότερη από aAOBP, χωρίς διαφορά στη διαστολική ΑΠ (uAOBP 128±16.2/78.4±11.8 mmHg, συστολική/διαστολική, μέση διαφορά -2.2±10.8/-0.5±8.3 mmHg, p=0.04/NS). Η διαφορά στη συστολική aAOBP-uAOBP σχετιζόταν με συστολική aAOBP (r=0.41, p<0.01) αλλά όχι με ηλικία. Άτομα με συστολική aAOBP ≥140 mmHg παρουσίαζαν μεγαλύτερη διαφορά στη συστολική aAOBP-uAOBP συγκριτικά με αυτά με χαμηλότερη συστολική aAOBP (7.4±10.8 και -0.1±10.1 mmHg αντίστοιχα, p<0.01). Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές σε σχέση με τη λήψη θεραπείας ή το φύλο. Δεν υπήρχαν διαφορές μεταξύ της ημερήσιας τιμής 24ωρης ΑΠ και των τιμών uAOBP και aAOBP (διαφορά 0.5±12.3/-0.6±9.1 mmHg συγκριτικά με uAOBP και -1.7±14.2/-1.1±8.88 mmHg συγκριτικά με aAOBP, p=NS).

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα αυτά δείχνουν ότι με χρήση ίδιας μεθοδολογίας μέτρησης, τα επίπεδα αυτόματων μετρήσεων με ή χωρίς παρατηρητή δεν διαφέρουν. Ωστόσο, σε επίπεδα ΑΠ >140/90 mmHg οι μετρήσεις χωρίς παρατηρητή μπορεί να είναι χαμηλότερες.

OR.05

Η ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΕ ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΝΤΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Κ. Ζέρβα¹, Η. Σανίδας¹, Ε. Κόρρου¹, Κ. Τσάκαλης¹, Μ. Βέλλιου¹, Δ. Περρέα², Ν. Νικητέας², Μ. Μαντζουράνη³, Δ. Παπαδόπουλος¹, Ι. Μπαρμπετσέας¹

¹Κέντρο Υπέρτασης, Διπιδίων και Προληπτικής Καρδιολογίας, καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Λαϊκό

²Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Ερεύννης «Ν.Σ. Χρηστέας», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

³Α' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΓΝ Λαϊκό, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Η διαστολική δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας χαρακτηρίζεται από αλλαγές της διαστολικής πλήρωσης και θεωρείται ισχυρός προγνωστικός παράγοντας των καρδιαγγειακών συμβαμάτων και της καρδιακής ανεπάρκειας. Η υπέρταση είναι ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για διαστολική δυσλειτουργία σε ασθενείς που δεν έχουν αναπτύξει ακόμα καρδιακή ανεπάρκεια. Η δισδιάσταση και Doppler ηχοκαρδιογραφία χρησιμοποιείται συνήθως για την αξιολόγηση της διαστολικής λειτουργίας της αριστερής κοιλίας καθώς είναι γρήγορη, αξιόπιστη και μη επεμβατική μέθοδος, αν και εξαρτάται από τις συνθήκες φόρτωσης. Εξακολουθεί να υπάρχει ερώτημα στην βιβλιογραφία αν η αντιυπερτασική θεραπεία μπορεί να μειώσει τη διαστολική δυσλειτουργία, ιδιαίτερα νωρίς στην πορεία της θεραπείας. Ταυτόχρονα μελετάται το τελευταία χρόνια αν υπερέχει κάποια κατηγορία αντιυπερτασικών φαρμάκων στην βελτίωση αυτή.

Μέθοδοι: Συνολικά, μελετήθηκαν 30 νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση και χωρίς άλλη καρδιαγγειακή νόσο. Σε όλους διενεργήθηκε διαθωρακικό ηχοκαρδιογράφημα στο οποίο αξιολογήθηκαν οι διαστολικές παράμετροι που ορίζονται από τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Εταιρίας Καρδιαγγειακής Απεικόνισης, με χρήση 2D, Doppler και TDI. Η εξέταση επαναλήφθηκε 6 μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας, ταυτόχρονα με την αξιολόγηση του επαρκούς ή μη ελέγχου της υπέρτασης.

Αποτελέσματα: Φαίνεται ότι σε ασθενείς με καλά ελεγχόμενη υπέρταση παρατηρήθηκε βελτίωση των διαστολικών μορφών πλήρωσης. Συγκεκριμένα το E / E' ήταν ο δείκτης πλήρωσης που ήταν στατιστικώς σημαντικά και αξιοσημείωτα βελτιωμένος (25,32% έναντι 11,71) σε ασθενείς με επαρκή έλεγχο της υπέρτασης. Αυτή η παρατήρηση ήταν ανεξάρτητη από το είδος



της αντιυπερτασικής θεραπείας.

Συμπεράσματα: Η μείωση της αρτηριακής πίεσης φαίνεται να βελτιώνει πρώιμα κατά πορεία της θεραπείας τη διαστολική λειτουργία της αριστερής κοιλίας ανεξαρτήτως του τύπου ή του συνδυασμού των αντιυπερτασικών παραγόντων που χρησιμοποιούνται.

OR.06

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΘΟΔΗΓΟΥΜΕΝΗΣ ΑΠΟ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΤΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ ΜΕΙΩΣΗΣ ΤΟΥ ΞΗΡΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ: ΥΠΟ-ΜΕΛΕΤΗ LUST

Χ. Λουτράδης¹, R. Ekart², Χ. Παπαδόπουλος³, Β. Σαχπεκίδης⁴,
Μ. Αλεξάνδρου⁵, Ν. Πυργίδης¹, Ι. Μπνοπούλου¹, Δ. Παπαδοπούλου⁵,
Γ. Ευστρατιάδης¹, Α. Παπαγιάννη¹, G. London⁶, C. Zoccali⁷, Π. Σαραφίδης¹

¹Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

²University Clinical Centre Maribor, Clinic for Internal Medicine, Department of Dialysis, Maribor, Slovenia

³Γ' Καρδιολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

⁴Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

⁵Νεφρολογική Κλινική, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

⁶Hospital and FCRIN INI-CRCTC, Manhes, France

⁷CNR-IFC Clinical Epidemiology of Renal Diseases and Hypertension, Reggio Calabria, Italy

Εισαγωγή-Σκοπός: Ο επιπολασμός της αρτηριακής υπέρτασης στους ασθενείς σε αιμοκάθαρση είναι >85%, αλλά <30% επιτυγχάνουν ικανοποιητικό έλεγχο της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ). Η μείωση της υδατικής υπερφόρτωσης είναι θεμελιώδης για τον έλεγχο της ΑΠ, αλλά η κλινική αξιολόγηση του ξηρού βάρους (ΞΒ) είναι αναξιόπιστη. Σκοπός της μελέτης είναι να εξετάσει την επίδραση της καθοδηγούμενης από υπερηχογραφικό έλεγχο των πνευμόνων μείωσης του ΞΒ στην περιπατητική ΑΠ σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς με υπέρταση.

Υλικό & Μέθοδος: Σε αυτή την απλή-τυφλή τυχαιοποιημένη (single-blind randomized) μελέτη συμπεριλήφθηκαν 71 υπερτασικοί (ΑΠ_{κατ'οίκον} ≥135/85 mmHg), κλινικά ευογκαιμικοί αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς. Αυτοί τυχαιοποιήθηκαν (αναλογία 1:1) στην ομάδα παρέμβασης (23 άντρες, 12 γυναίκες), που ακολούθησε έναν αλγόριθμο μείωσης του ΞΒ καθοδηγούμενο από το άθροισμα US-B lines πριν από μία ενδιάμεση συνεδρία αιμοκάθαρσης, και



την ομάδα ελέγχου (24 άντρες, 12 γυναίκες), που ακολούθησε την καθιερωμένη θεραπευτική στρατηγική. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε 48ωρη ABPM με την συσκευή Mobil-O-Graph NG στην έναρξη και μετά από 8 εβδομάδες.

Αποτελέσματα: Μείωση του ΞΒ πραγματοποιήθηκε σε περισσότερους ασθενείς στην ομάδα παρέμβασης (54,3% vs 13,9%, $p<0,001$) συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου. Η μεταβολή των US-B lines κατά την παρακολούθηση ήταν $-5,3\pm 12,5$ vs $2,2\pm 7,6$ ($p<0,001$) και του ΞΒ $-0,71\pm 1,39$ vs $+0,51\pm 0,98$ kg ($p<0,001$) στις ομάδες παρέμβασης και ελέγχου αντίστοιχα. Η μείωσης της 48ωρης-ΣΑΠ ($-6,61\pm 9,57$ vs $-0,67\pm 13,07$, $p=0,033$) και 48ωρης-ΔΑΠ ($-3,85\pm 6,34$ vs $-0,55\pm 8,28$, $p=0,031$) ήταν μεγαλύτερη στην ομάδα παρέμβασης. Παρομοίως, η ενδοδιαλυτική ΑΠ ($136,94\pm 14,93$ / $83,77\pm 9,13$ vs $129,26\pm 15,48$ / $80,13\pm 11,25$ mmHg, $p=0,007$ και $p=0,014$ για ΣΑΠ/ΔΑΠ), η 44ώρη-ΑΠ ($136,11\pm 15,21$ / $80,31\pm 10,19$ vs $129,61\pm 14,57$ / $76,44\pm 9,25$, $p<0,001$ και $p=0,001$ για ΣΑΠ/ΔΑΠ) και η ημερήσια και νυκτερινή ΣΑΠ/ΔΑΠ των δύο μεσοδιαλυτικών ημερών μειώθηκαν σημαντικά στην ομάδα παρέμβασης αλλά παρέμειναν αμετάβλητες στην ομάδα ελέγχου κατά την παρακολούθηση. Οι ασθενείς που εμφάνισαν ≥ 1 υποτασικό επεισόδιο στην αιμοκάθαρση ήταν οριακά λιγότεροι στην ομάδα παρέμβασης (34,3% vs 55,6%, $p=0,072$).

Συμπεράσματα: Η μείωση του ΞΒ καθοδηγούμενη από τον υπερηχογραφικό έλεγχο των πνευμόνων μπορεί να μειώσει αποτελεσματικά και με ασφάλεια τα επίπεδα της περιπατητικής ΑΠ σε ασθενείς υπό αιμοκάθαρση. Η εφαρμογή αυτής της απλής τεχνικής στην κλινική πράξη μπορεί να συμβάλει στην αύξηση του ελέγχου της ΑΠ σε αυτόν τον πληθυσμό.

OR.07

Η ΛΟΙΜΩΞΗ ΜΕ ΤΟΝ ΙΟ HIV ΕΙΝΑΙ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΣΚΛΗΡΙΑΣ

Σ. Νανούδης^{1,2}, Μ. Ποικιλίδου¹, Μ. Γιαβροπούλου³, Π. Γεωργιανός¹,
Ό. Τσαχουρίδου², Λ. Σκούρα³, Σ. Μεταλίδης², Π. Ζεμπεκάκης¹

¹Κέντρο Αριστείας στην Υπέρταση, Α' Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

²Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Α' Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

³Εργαστήριο Μοριακής Ενδοκρινολογίας, Α' Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Σκοπός Εργασίας: Η έναρξη της αντιρετροϊκής θεραπείας υψηλής δραστηριότητας (HAART) το 1996 μετέβαλε δραματικά την έκβαση της λοίμωξης HIV από μια θανατηφόρα ασθένεια σε μια διαχειρίσιμη χρόνια ασθένεια.



Ωστόσο, η λοίμωξη από τον ιό HIV και/ή την HAART σχετίζεται με επιταχυνόμενη αθηροσκλήρωση και αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών επεισοδίων. Σύμφωνα με τις οδηγίες των ESH/ESC του 2018 για τη διαχείριση της αρτηριακής υπέρτασης, η αρτηριακή σκληρία που εκτιμάται ως καρωτιδομυϊαία ταχύτητα σφυγμικού κύματος (cfPWV) $>10\text{m/s}$ είναι ενδεικτική της μεσολαβούμενης από την υπέρταση βλάβης οργάνου-στόχου και αυξάνει τον συνολικό καρδιαγγειακό κίνδυνο. Σκοπός αυτής της μελέτης είναι να καθοριστεί εάν η λοίμωξη από τον ιό HIV επηρεάζει άμεσα την αρτηριακή σκληρία, υπόθεση που παραμένει αμφιλεγόμενη σύμφωνα με τη βιβλιογραφία.

Υλικό και μέθοδοι: Μετρήσαμε το cfPWV και άλλους δείκτες αρτηριακής σκληρίας όπως τον δείκτη ενίσχυσης (Augmentation Index, AIx) και την κεντρική αορτική αρτηριακή πίεση τονομετρικά χρησιμοποιώντας τη συσκευή Sphygmocor (Atcor, Australia) σε 36 άρρενα άτομα με HIV και 36 άρρενες μάρτυρες ταυτισμένους ως προς την ηλικία, την αρτηριακή πίεση, το κάπνισμα και το δείκτη μάζας σώματος. Όλα τα άτομα ήταν άνω των 48 ετών και δεν είχαν ιστορικό υπέρτασης, σακχαρώδη διαβήτη, μέτριας ή σοβαρής νεφρικής ανεπάρκειας και γνωστές καρδιαγγειακές παθήσεις. Ο καρδιαγγειακός κίνδυνος υπολογίστηκε με τη χρήση του Hellenic HeartScore, καταγράφηκαν η χρήση αλκοόλ και η φυσική δραστηριότητα ως μεταβολικά ισοδύναμα (METS) και διεξήχθησαν εξετάσεις αίματος για τη μέτρηση γλυκόζης νηστείας, λιπιδίων (ολική HDL, LDL χοληστερόλη και τριγλυκερίδια) και τον υπολογισμό του eGFR χρησιμοποιώντας τον τύπο MDRD. Η διάρκεια της HIV λοίμωξης και της αντιρετροϊκής αγωγής καταγράφηκαν επίσης στην ομάδα με την HIV λοίμωξη.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς με HIV λοίμωξη είχαν υψηλότερη cfPWV από τους υγιείς μάρτυρες ($9,35 \pm 1,46\text{m/s}$ έναντι $8,61 \pm 1,18\text{m/s}$, $p = 0,02$). Το AIx ($21,6 \pm 7,39$ έναντι $18,46 \pm 8,17$, $p = 0,092$), η κεντρική συστολική αορτική πίεση ($116,75 \pm 11,6\text{mmHg}$ έναντι $116,14 \pm 13,34\text{mmHg}$, $p = 0,836$) και η κεντρική διαστολική αορτική πίεση ($81,61 \pm 6,8\text{mmHg}$ έναντι $79,78 \pm 10,12\text{mmHg}$, $p = 0,371$) ήταν παρόμοια στις δύο ομάδες. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, η ηλικία ($\beta = -0,432$, $p < 0,001$) και η διάρκεια της λοίμωξης από τον ιό HIV ($\beta = 0,262$, $p = 0,005$) ήταν οι δύο ανεξάρτητοι καθοριστές της cfPWV.

Συμπεράσματα: Η μελέτη μας υποστηρίζει ότι η λοίμωξη από τον ιό HIV συνδέεται ανεξάρτητα με το cfPWV και συνεπώς μπορεί να αυξήσει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο μέσω της αορτικής σκλήρυνσης.

OR.08

ΕΠΟΧΙΑΚΗ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΕΝΤΟΣ ΚΑΙ ΕΚΤΟΣ ΙΑΤΡΕΙΟΥ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ

Α. Κόλλιας, Κ. Γ. Κυριακούλης, Ε. Σταμπολλίου, Γ. Σ. Στεργίου

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

Εισαγωγή: Η εποχιακή διακύμανση της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) αποτελεί συχνό και παγκόσμιο φαινόμενο και φαίνεται να αφορά όλους τους πληθυσμούς και τις ηλικιακές ομάδες.

Σκοπός: Συστηματική ανασκόπηση/μετα-ανάλυση μελετών που αξιολόγησαν την εποχιακή διακύμανση της ΑΠ εντός και εκτός ιατρείου.

Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση για PubMed μελέτες που αξιολόγησαν εποχιακή αλλαγή στην ΑΠ σε μετρήσεις στο ιατρείο (OBP), το σπίτι (HBP) και την 24ωρη καταγραφή (ABP). Προοπτικές και συγχρονικές μελέτες συμπεριλήφθηκαν εφόσον πληρούσαν τα ακόλουθα κριτήρια: (1) αναφορά σε HBP ή/και ABP, (2) μέγεθος δείγματος $\geq 1,000$ για μελέτες με δεδομένα μόνο για OBP.

Αποτελέσματα: Μετα-ανάλυση 47 μελετών (856,539 άτομα, σταθμισμένη ηλικία 49.7 ± 4.8 έτη, 42.7% υπό αντιυπερτασική αγωγή) έδειξε ότι η καλοκαιρινή-χειμερινή διαφορά στη συστολική/διαστολική ΑΠ (συγκεντρωτική τιμή με 95% διαστήματα εμπιστοσύνης) ήταν: OBP (27 μελέτες) $-5.8 (-7.5, -4.2)/-3.4 (-4.1, -2.7)$ mmHg, ημερήσια ABP (15 μελέτες) $-3.4 (-4.4, -2.4)/-2.1 (-2.8, -1.4)$ mmHg, νυκτερινή ABP $1.3 (0.2, 2.3)/0.5 (-0.2, 1.2)$, HBP (9 μελέτες) $-6.1 (-7, -5.1)/-3.1 (-3.5, -2.6)$ mmHg. Ανάλυση 28 προοπτικών μελετών ($N=5,278$) που αξιολόγησαν τα ίδια άτομα σε διαφορετικές εποχές ανέδειξε παρόμοια αποτελέσματα σχετικά με την καλοκαιρινή-χειμερινή διαφορά ΑΠ: OBP $-6.4/-4.2$ mmHg (συστολική/διαστολική), ημερήσια ABP $-3.9/-2.7$ mmHg, νυκτερινή ABP $0.5/-0.5$ mmHg, HBP $-6.4/-3.3$ mmHg. Ανάλυση παλινδρόμησης ανέδειξε ότι η εποχιακή διαφορά στην ημερήσια συστολική ABP σχετιζόταν με το ποσοστό των θεραπευόμενων για υπέρταση ατόμων ($p=0.02$) και οριακά με την ηλικία ($p=0.06$).

Συμπεράσματα: Η εποχιακή διακύμανση της ΑΠ είναι εμφανής σε όλες τις μεθόδους μέτρησης της ΑΠ εκτός της νυκτερινής ABP, με μέση πτώση ΑΠ το καλοκαίρι $5/3$ mmHg (συστολική/διαστολική).

OR.09

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΙΜΑΤΩΣΗΣ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΣΕ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΣΜΕΝΩΝ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΚΑΙ ΝΟΡΜΟΤΑΣΙΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΣΚΛΗΡΙΑΣ

Π. Ανυφαντή¹, Α. Τριανταφύλλου¹, Ε. Γκαλιαγκούση¹, Ι. Ζαρίφης¹, Π. Αρσενίου¹, Κ. Δίπλα², Ν. Κολέτσος¹, Α. Λαζαρίδης¹, Β. Νικολαΐδου¹, Σ. Δούμα¹

¹Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ Παπαγεωργίου, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

²Εργαστήριο φυσιολογίας και βιοχημείας της άσκησης, ΤΕΦΑΑ Σερρών, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Ο δείκτης υπενδοκαρδιακής βιωσιμότητας (subendocardial viability ratio, SEVR) ή δείκτης Buckberg έχει προταθεί σαν μία εναλλακτική, αναίμακτη μέθοδο αξιολόγησης της αιμάτωσης του μυοκαρδίου.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας ήταν να διερευνηθεί εάν ο SEVR εμφανίζεται επηρεασμένος από τα πρώιμα στάδια υπέρτασης και εάν συσχετίζεται με δείκτες αρτηριακής σκληρίας σε σχετικά νεαρής ηλικίας άτομα, πριν την εκδήλωση καρδιαγγειακών επιπλοκών.

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν νεοδιαγνωσμένοι υπερτασικοί ασθενείς και νορμοτασικά άτομα άνευ θεραπείας. Ο SEVR αξιολογήθηκε με τη μέθοδο της τονομετρίας επιπέδωσης στην κερκιδική αρτηρία (συσκευή Sphygmocor). Με την ίδια συσκευή προσδιορίστηκε η καρωτιδομηνιαία ταχύτητα σφυγμικού κύματος (pulse wave velocity, PWV), και η κεντρική συστολική/διαστολική αρτηριακή πίεση (ΣΑΠ/ΔΑΠ). Η κεντρική και περιφερική πίεση παλμού υπολογίστηκαν από τη διαφορά της κεντρικής ΔΑΠ από την κεντρική ΣΑΠ, και της περιφερικής ΔΑΠ από την περιφερική ΣΑΠ, αντίστοιχα. Η συνολική αρτηριακή ευενδοτότητα υπολογίστηκε με τη μέθοδο της θωρακικής ρεογραφίας.

Αποτελέσματα: Σε σύνολο 150 ατόμων ηλικίας 48,2±13,2 ετών, ο SEVR βρέθηκε χαμηλότερος στους υπερτασικούς (n=75) έναντι των νορμοτασικών ατόμων (n=75) (149,3±23,2 έναντι 158,7±24,9 %, p=0,019). Συσχετίστηκε αρνητικά με την κεντρική ΣΑΠ (r=-0,166, p=0,044) και την περιφερική πίεση παλμού (r=-0,240, p=0,004) και θετικά με το δείκτη συνολικής αρτηριακής ευενδοτότητας (r=0,246, p=0,019). Μετά από στάθμιση για άλλες μεταβλητές, η συσχέτιση του SEVR με την περιφερική πίεση παλμού παρέμεινε σημαντική (r=-0,211, p=0,013).

Συμπεράσματα: Ασθενείς με υπέρταση εμφανίζουν επηρεασμένη αιμάτω-

ση του μυοκαρδίου ήδη από τα πολύ πρώιμα στάδια, ενώ η συσχέτιση με την αρτηριακή σκληρία είναι εμφανής ακόμα και σε σχετικά νεαρή ηλικία, πριν την εγκατάσταση έκδηλων καρδιαγγειακών επιπλοκών.

OR.10

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΗΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΕΝΔΟΔΙΑΛΥΤΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Α. Μπίκος^{1,2}, Χ. Λουτράδης¹, Ε. Αγγελούδη¹, Ε. Μέμμος¹,
Μ. Θεοδορακοπούλου¹, Ε. Ιντζεβίδου¹, Α. Καρπέτας³, Ε. Γυνικοπούλου²,
Σ. Παναγούτσος⁴, Π. Πασαδάκης⁴, Β. Λιακόπουλος⁵, Α. Παπαγιάννη¹,
Π. Σαραφίδης¹

¹Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

²Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Πρότυπο», Θεσσαλονίκη

³Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Θεραπευτική», Θεσσαλονίκη

⁴Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

⁵Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή-Σκοπός: Η μεταβλητότητα της ΑΠ (BP variability, BPV) σχετίζεται με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο στους ασθενείς υπό αιμοκάθαρση. Οι ασθενείς με ενδοδιαλυτική υπέρταση (intradialytic hypertension) εμφανίζουν υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο και η BPV πιθανά συμμετέχει στην παθοφυσιολογία του μηχανισμού αυτού. Σκοπός της μελέτης είναι να συγκρίνει τη BPV σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς με και χωρίς ενδοδιαλυτική υπέρταση.

Υλικό & Μέθοδοι: Σε αυτή τη μελέτη ασθενών-μαρτύρων (case-control) συμπεριλήφθηκαν 38 ασθενείς με ενδοδιαλυτική αύξηση της ΣΑΠ ≥ 10 mmHg και 76 ασθενείς χωρίς ενδοδιαλυτική υπέρταση (αναλογία 1:2) και στάθμιση για: ηλικία, φύλο και διάρκεια αιμοκάθαρσης. Οι ασθενείς της μελέτης υποβλήθηκαν σε 48ωρη καταγραφή της ΑΠ (48h-ABPM) με τη συσκευή Mobil-O-Graph NG. Η μεταβλητότητα της βραχιόνιας και της αορτικής ΑΠ υπολογίστηκε με την τυπική απόκλιση (SD), τη σταθμισμένη SD (wSD), το συντελεστή μεταβλητότητας (CV) και τη μέση πραγματική μεταβλητότητα (ARV).

Αποτελέσματα: Κατά τη 44ωρη και τη 48ωρη περίοδο, την ημερήσια και την νυχτερινή περίοδο 1, η βραχιόνια και η αορτική ΣΑΠ και η ΔΑΠ ήταν σημαντικά υψηλότερες στους ασθενείς με ενδοδιαλυτική υπέρταση. Δεν διαπιστώθηκαν διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων στους δείκτες BPV

της 44-ωρης και 48-ωρης βραχιόνιας ΣΑΠ. Η βραχιόνια 48ωρη-ΔΑΠ-CV ($12,78 \pm 2,57$ vs $14,18 \pm 2,93$, $p=0,014$) και 48ωρη-ΔΑΠ-ARV ($8,27 \pm 1,78$ vs $8,89 \pm 1,72$, $p=0,079$) ήταν σημαντικά μειωμένες στους ασθενείς με ενδοδιαλυτική υπέρταση συγκριτικά με τους μάρτυρες. Τα αποτελέσματα των συγκρίσεων για την αορτική ΑΠ ήταν αντίστοιχα. Κατά τις ημερήσιες περιόδους 1 και 2, οι δείκτες ΣΑΠ-BPV δεν διέφεραν, αλλά ο ΔΑΠ-CV (αορτή και βραχιόνια αρτηρία) ήταν χαμηλότερος στους ασθενείς με ενδοδιαλυτική υπέρταση. Κατά την νυχτερινή περίοδο 2, οι βραχιόνιοι ΣΑΠ-CV ($8,53 \pm 4,72$ vs $10,14 \pm 3,28$, $p=0,037$) και ΣΑΠ-ARV ($10,57 \pm 4,26$ vs $12,83 \pm 5,21$, $p=0,024$) ήταν χαμηλότεροι στους ασθενείς με ενδοδιαλυτική υπέρταση συγκριτικά με τους μάρτυρες. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές σχετικά με την εμφύσηση (dipping) της ΣΑΠ μεταξύ των δύο ομάδων.

Συμπεράσματα: Οι δείκτες ΣΑΠ-BPV ήταν παρόμοιοι στις δύο ομάδες της μελέτης, αλλά ο ΔΑΠ-CV ήταν χαμηλότερος στους ασθενείς με ενδοδιαλυτική υπέρταση. Οι ασθενείς με ενδοδιαλυτική υπέρταση εμφανίζουν σταθερά αυξημένα επίπεδα ΑΠ και μειωμένες διακυμάνσεις κατά τη διάρκεια του ενδο- και μεσοδιαλυτικού διαστήματος.

OR.11

Η ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΑΧΥΤΗΤΑΣ ΣΦΥΓΜΙΚΟΥ ΚΥΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΒΑΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Π. Σαραφίδης¹, Χ. Λουτράδης¹, C. Mayer^{2,3}, Α. Καρπέτας⁴, Μ. Θεοδωρακοπούλου¹, Α. Μπίκος¹, S. Wassertheurer^{2,3}, C. Schmaderer⁵, Α. Παπαγιάννη¹, G. London⁶

¹Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

²AIT Austrian Institute of Technology GmbH, Center for Health & Bioresources, Biomedical Systems, Vienna, Austria

³Vienna University of Technology, Institute for Analysis and Scientific Computing, Vienna, Austria

⁴Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Θεραπευτική», Θεσσαλονίκη

⁵Department of Nephrology, Technische Universität München, Klinikum rechts der Isar, Munich, Germany

⁶Hospital and FCRIN INI-CRCTC, Manhes, France

Εισαγωγή-Σκοπός: Η αρτηριακή σκληρία αναπτύσσεται πρώιμα στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς και η σχέση μεταξύ ταχύτητας σφυγμικού κύματος (pulse wave velocity-PWV) και ΑΠ πιθανά διαφέρει από αυτή σε άλλους

πληθυσμούς με υπέρταση. Προηγούμενες μελέτες έδειξαν ότι όταν η μείωση της ΑΠ συνοδεύεται από μείωση της PWV, η επιβίωση βελτιώνεται. Σκοπός της μελέτης είναι να εξετάσει την προγνωστική αξία της ευαισθησίας της PWV στις μεταβολές της ΑΠ για τα καρδιαγγειακά συμβάματα και τη θνησιμότητα στον πληθυσμό αυτό.

Υλικό & Μέθοδοι: Σε προοπτική μελέτη κοόρτης, 242 αιμοκαθαίρομενοι (ηλικία: $62,6 \pm 14,2$ έτη, γυναίκες: 91 (37,6%), διάρκεια αιμοκάθαρσης: $41,53 \pm 43,46$ μήνες] υποβλήθηκαν σε 48-ωρη καταγραφή της ΑΠ (ABPM) με την συσκευή Mobil-O-Graph-NG και παρακολούθηθηκαν για μέσο διάστημα $33,17 \pm 19,68$ μηνών. Η εξάρτηση PWV-ΜΑΠ στον κάθε ασθενή (within-individual) αξιολογήθηκε υπολογίζοντας το β -coefficient με ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (ΜΑΠ: εξαρτημένη, PWV: ανεξάρτητη μεταβλητή). Το πρωτεύον καταληκτικό σημείο ήταν ο συνδυασμός της συνολικής θνησιμότητας, και των περιπτώσεων μη-θανατηφόρου εμφράγματος του μυοκαρδίου ή/και αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία ήταν η συνολική θνησιμότητα, η καρδιαγγειακή θνησιμότητα και ο συνδυασμός καρδιαγγειακών συμβαμάτων.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς που εμφάνισαν το πρωτεύον καταληκτικό σημείο κατά την παρακολούθηση είχαν σημαντικά χαμηλότερο β -coefficient ($19,877 \pm 3,975$ vs $18,483 \pm 3,550$, $p=0,008$). Οι υψηλότερες τιμές β -coefficient (υψηλή εξάρτηση PWV-ΜΑΠ) σχετίστηκαν με σημαντικά υψηλότερη ελευθερία (cumulative-freedom) από το πρωτεύον καταληκτικό σημείο (50,8%, 60,0%, 70,0%, 80,3%, τεταρτημόρια 1 έως 4 αντίστοιχα, $\logrank-p=0,001$), υψηλότερη συνολική επιβίωση (60,7%, 61,7%, 73,3%, 86,9%, τεταρτημόρια 1 έως 4 αντίστοιχα, $\logrank-p=0,002$) και υψηλότερη καρδιαγγειακή επιβίωση (78,7%, 75,0%, 81,7%, 91,8%, τεταρτημόρια 1 έως 4 αντίστοιχα, $\logrank-p=0,044$). Ο σχετικός κίνδυνος για το πρωτεύον καταληκτικό σημείο, τη συνολική και την καρδιαγγειακή θνησιμότητα, και το σύνθετο καρδιαγγειακό τελικό σημείο έβαινε προοδευτικά αυξανόμενος για τα χαμηλότερα τεταρτημόρια β -coefficient (Συνολική θνησιμότητα: HR: 3,395, 95%CI: 1,524-7,563, $p=0,003$, τεταρτημόριο 1 vs τεταρτημόριο 4). Η ηλικία (OR: 1,046, 95%CI: 1,016-1,077/έτος αύξησης, $p=0,003$) και η 48ωρη καρδιακή συχνότητα (OR: 0,949, 95%CI: 0,916-0,982/bpm αύξησης, $p=0,003$) σχετίστηκαν ανεξάρτητα με ασθενέστερη σχέση μεταξύ 48ωρη-PWV και -ΜΑΠ.

Συμπεράσματα: Η ασθενέστερη εξάρτηση PWV-ΜΑΠ στην ABPM, σχετίζεται με υψηλότερη θνησιμότητα και καρδιαγγειακό κίνδυνο σε ασθενείς υπό αιμοκάθαρση. Αυτά τα ευρήματα υποστηρίζουν ότι η ανεξάρτητη από την ΑΠ αρτηριακή σκληρία αποτελεί πιθανά βασικό παράγοντα εμφάνισης των δυσμενών συμβαμάτων στον πληθυσμό αυτό.

OR.12

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΞΙΑΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΠΟ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

Β. Βάϊος¹, Π. Γεωργιανός¹, Γ. Βαρέτα¹, Ε. Ντουνούση², Χ. Δημητριάδης³, Αικ. Παπαγιάννη³, Η. Μπαλάσκας¹, Π. Ζεμπεκάκης¹, Β. Λιακόπουλος¹

¹Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης, Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

²Νεφρολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα

³Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Σε αντίθεση με τους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, οι ασθενείς υπό περιτοναϊκή κάθαρση (ΠΚ) μετρούν και καταγράφουν καθημερινά την αρτηριακή πίεση (ΑΠ) στο σπίτι. Η αξία αυτών των μετρήσεων έναντι της ΑΠ ιατρείου στην πρόβλεψη της υπέρτασης, όπως αυτή επιβεβαιώνεται με περιπατητική καταγραφή (ABPM) παραμένει άγνωστη.

Σκοπός: Σύγκριση των συμβατικών μετρήσεων ΑΠ στο σπίτι έναντι των μετρήσεων ιατρείου στην πρόβλεψη της υπέρτασης.

Υλικό-Μέθοδοι: 56 διαδοχικοί ασθενείς υπό ΠΚ υποβλήθηκαν σε ABPM με τη συσκευή Mobil-O-Graph (IEM, Germany). Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε 3πλες μετρήσεις ΑΠ ιατρείου υπό πρότυπες συνθήκες με τη συσκευή HEM 705 CP (Omron Healthcare), ενώ παράλληλα καταγράφηκαν οι πρωινές μετρήσεις ΑΠ της τελευταίας εβδομάδας που ελάμβαναν οι ασθενείς στο σπίτι.

Αποτελέσματα: Η συστολική ΑΠ (ΣΑΠ) ιατρείου και η ΣΑΠ στο σπίτι εμφάνισαν ισχυρή συσχέτιση με την 24ωρη ΣΑΠ. Στην ανάλυση ROC, το AUC για τη ΣΑΠ ιατρείου και τη ΣΑΠ στο σπίτι στην κατάδειξη περιπατητικής υπέρτασης ήταν 0,834 (95% CI: 0,725-0,939) και 0,832 (95% CI: 0,726-0,939), αντίστοιχα. Στην ανάλυση Bland-Altman, η ΣΑΠ ιατρείου υπερεκτίμησε την 24ωρη ΣΑΠ κατά 6,62 mmHg με ευρέα 95% όρια ομοφωνίας (-18,8 έως 32,0 mmHg). Η εβδομαδιαία ΣΑΠ στο σπίτι υπερεκτίμησε την 24ωρη ΣΑΠ κατά 7,31 mmHg, ξανά με ευρέα 95% όρια ομοφωνίας (-16,2 έως 30,8 mmHg).

Συμπεράσματα: Οι συμβατικές μετρήσεις ΑΠ που λαμβάνουν οι ασθενείς υπό ΠΚ στο σπίτι δε φάνηκε να υπερέχουν έναντι των μετρήσεων ιατρείου στην πρόβλεψη της περιπατητικής υπέρτασης. Η εφαρμογή πρωτοκόλλων για την τεχνική μέτρησης της ΑΠ στο σπίτι ίσως βελτιώσει τη διάγνωση της υπέρτασης στους ασθενείς υπό ΠΚ.

OR.13

ΦΑΙΝΟΤΥΠΟΙ ΣΥΓΚΑΛΥΜΜΕΝΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ 24ΩΡΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Κ. Κυριακούλης¹, Α. Γραββάνη¹, R. McManus², T. Niiranen^{3,4,5},
Ε. Ανδρεάδης⁶, Α. Julia³, Α. Κόλλιας¹, Α. Lindroos^{3,4}, Α. Ντινέρν¹,
C. Schwartz², Γ. Στεργίου¹

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

²Green Templeton College & Nuffield Department of Primary Care Health Sciences, University of Oxford, Oxford, UK

³National Institute for Health and Welfare, Turku, Finland

⁴Department of Internal Medicine, University of Turku, Turku, Finland

⁵Division of Medicine, Turku University Hospital, Turku, Finland

⁶Κέντρο Υπέρτασης και Πρόληψης Καρδιαγγειακής Νόσου, Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός», Αθήνα, Ελλάδα

Εισαγωγή: Η διάγνωση της συγκαλυμμένης υπέρτασης συχνά διαφεύγει και είναι σημαντική καθότι σχετίζεται με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο.

Σκοπός: Να διερευνηθεί ο επιπολασμός και οι προγνωστικοί παράγοντες της σταθερής συγκαλυμμένης υπέρτασης (χαμηλή αρτηριακή πίεση [ΑΠ] στο ιατρείο, αυξημένη στο σπίτι [HBP] και σε 24ωρη καταγραφή [ABP]) και της μεμονωμένης συγκαλυμμένης υπέρτασης (χαμηλή ΑΠ στο ιατρείο, αυξημένη HBP ή ABP).

Υλικό - Μέθοδοι: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη δεδομένων (Ελλάδα, Φινλανδία, Ηνωμένο Βασίλειο) από άτομα υπό ή χωρίς αντιυπερτασική αγωγή με μετρήσεις ΑΠ στο ιατρείο, HBP και ABP.

Αποτελέσματα: Από σύνολο 1,971 ατόμων, 445 (23%) είχαν συγκαλυμμένη υπέρταση σε ABP ή/και HBP (ηλικία 57.1 ± 10.8 , άρρενες 55%, υπό αγωγή 49%). Από αυτούς 215 είχαν σταθερή συγκαλυμμένη υπέρταση (48%), 132 μεμονωμένη σε ABP (30%) και 98 μεμονωμένη σε HBP (22%). Τα άτομα αυτά στις μετρήσεις στο ιατρείο παρουσίαζαν υψηλή φυσιολογική (55%), φυσιολογική (35%) και άριστη ΑΠ (10%). Στη λογιστική ανάλυση, η υψηλή φυσιολογική ΑΠ στο ιατρείο (λόγος πιθανοτήτων 2.48, $p < 0.01$) προέβλεπε σταθερή συγκαλυμμένη υπέρταση. Μεμονωμένη συγκαλυμμένη υπέρταση μόνο σε ABP παρουσίαζαν συχνότερα οι νεότερες ηλικίες (λόγος πιθανοτήτων ανά 10 έτη 0.67, $p < 0.01$) ενώ μεμονωμένη σε HBP εμφάνιζαν οι μεγαλύτεροι σε ηλικία (λόγος πιθανοτήτων ανά 10 έτη 1.42, $p < 0.01$).

Συμπεράσματα: Η μεμονωμένη συγκαλυμμένη υπέρταση που διαπιστώνεται μόνο σε ΑΒΡ ή ΗΒΡ είναι συχνή. Η ηλικία αποτελεί βασικό προβλεπτικό παράγοντα, με τους νέους να εμφανίζουν συχνότερα μεμονωμένη συγκαλυμμένη υπέρταση σε ΑΒΡ και τους ηλικιωμένους σε ΗΒΡ. Υψηλή-φυσιολογική ΑΠ στο ιατρείο προβλέπει μόνο τις μισές περιπτώσεις συγκαλυμμένης υπέρτασης.

OR.14

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΛΙΠΟΚΙΝΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ

Μ. Βέλλιου¹, Η. Σανίδας¹, Δ. Παπαδόπουλος¹, Κ. Ζέρβα¹, Κ. Τσάκαλης¹, Σ. Βάκρου¹, Δ. Ηλιόπουλος², Μ. Μαντζουράνη³, Δ. Περρέας², Ι. Μπαρμπετσάς¹

¹Καρδιολογικό Τμήμα Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

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

³Α' Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

Εισαγωγή: Οι λιποκίνες αποτελούν ορμόνες του λιπώδους ιστού που δύναται να επιδράσουν είτε ευεργετικά είτε επιβαρυντικά στο καρδιαγγειακό σύστημα. Συγκεκριμένα, η ομεντίνη-1 και η απελίνη ασκούν καρδιοπροστατευτική δράση, ενώ η βισφατίνη και η χεμερίνη αυξάνουν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Η ενδεχόμενη συσχέτισή τους, όμως, με την κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ) δεν έχει επαρκώς μελετηθεί.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί η σχέση της ομεντίνης-1, της απελίνης, της βισφατίνης και της χεμερίνης με την ΚΜ.

Υλικό και Μέθοδοι: Συνολικά συμμετείχαν 100 ασθενείς (50 με ΚΜ και 50 χωρίς ΚΜ) παρόμοιας ηλικίας, φύλου και δείκτη μάζας σώματος. Τα επίπεδα της ομεντίνης-1, της απελίνης, της βισφατίνης και της χεμερίνης στο πλάσμα των ασθενών μετρήθηκαν με τη μέθοδο Elisa.

Αποτελέσματα: Η ομεντίνη-1 και η απελίνη ήταν μειωμένες στους ασθενείς με ΚΜ συγκριτικά με τους ασθενείς χωρίς ΚΜ, ενώ η βισφατίνη και η χεμερίνη ήταν αυξημένες. Ωστόσο, μόνο για την απελίνη και τη βισφατίνη οι διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων ήταν στατιστικώς σημαντικές (Πίνακας).

Συμπεράσματα: Σε ασθενείς με ΚΜ παρατηρήθηκαν στατιστικώς σημαντικά χαμηλά επίπεδα απελίνης και υψηλά επίπεδα βισφατίνης καταδεικνύοντας τον πιθανό ρόλο των ορμονών του λιπώδους ιστού στην εκδήλωση καρδιαγγειακών παθήσεων.

Πίνακας.

	Άτομα με ΚΜ (n=50)	Άτομα χωρίς ΚΜ (n=50)	p-Value
Ορεντίν-1 (pg/ml)	13035.3 ± 3366.3	13555.3 ± 3922.6	0.24
Απελίν (pg/ml)	176.1 ± 68.4	301.2 ± 106.9	<0.00001
Βισφατίν (ng/ml)	2.0 ± 1.0	1.4 ± 0.9	0.001
Χερερίν (ng/ml)	19.1 ± 10.8	14.2 ± 8.3	0.1

OR.15

Η ΚΑΘΟΔΗΓΟΥΜΕΝΗ ΑΠΟ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΤΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ ΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΞΗΡΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΕΛΑΤΤΩΝΕΙ ΤΙΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΚΩΝ ΚΟΙΛΟΤΗΤΩΝ ΚΑΙ ΤΙΣ ΠΙΕΣΕΙΣ ΠΛΗΡΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Χ. Λουτράδης¹, Π. Σαραφίδης¹, Χ. Παπαδόπουλος², Β. Σαχπεκίδης³,
R. Ekart⁴, B. Krunic⁴, E. Παγουρελιάς², Μ. Τουμπουρέκα¹, Α. Καρπέτας⁵,
Α. Μπίκος^{1,6}, Ι. Τσουχνικάς¹, Ν. Πυργίδης¹, Ι. Μνηνοπούλου¹,
Μ. Αλεξάνδρου⁷, Ε. Μητσόπουλος⁷, C. Torino⁸, Γ. Ευστρατιάδης¹,
Α. Παπαγιάννη¹, C. Zoccali⁸

¹Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

²Γ' Καρδιολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

³Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

⁴University Clinical Centre Maribor, Clinic for Internal Medicine, Department of Dialysis, Maribor, Slovenia

⁵Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Θεραπευτική», Θεσσαλονίκη

⁶Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Πρότυπο», Θεσσαλονίκη

⁷Νεφρολογική Κλινική, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

⁸CNR-IFC Clinical Epidemiology of Renal Diseases and Hypertension, Reggio Calabria, Italy

Εισαγωγή-Σκοπός: Η αρτηριακή υπέρταση και το αυξημένο προφορτίο λόγω υπερογκαιμίας διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην διάταση και τη διαστολική δυσλειτουργία της δεξιάς (RV) και της αριστεράς κοιλίας (LV) σε ασθενείς υπό αιμοκάθαρση. Σκοπός της μελέτης είναι να εξετάσει την επίδραση της καθοδηγούμενης από υπερηχογραφικό έλεγχο των πνευμόνων μείωσης του ξηρού βάρους (ΞΒ) στους υπερηχοκαρδιογραφικούς δείκτες μεγέθους, συστολικής και διαστολικής λειτουργίας των καρδιακών κοιλοτήτων

σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς με υπέρταση.

Υλικό & Μέθοδος: Σε αυτή την απλή-τυφή τυχαιοποιημένη (single-blind randomized) μελέτη συμπεριλήφθηκαν 71 υπερτασικοί (ΑΠ_{κατ'οίκον} $\geq 135/85$ mmHg), κλινικά ευογκαιμικοί αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς. Αυτοί τυχαιοποιήθηκαν (αναλογία 1:1) στην ομάδα παρέμβασης, που ακολουθήσε έναν αλγόριθμο μείωσης του ΞΒ καθοδηγούμενο από το άθροισμα US-B lines πριν από μία ενδιάμεση συνεδρία αιμοκάθαρσης, και την ομάδα ελέγχου, που ακολουθήσε την καθιερωμένη θεραπευτική στρατηγική. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη (2D και TDI) στην έναρξη και μετά από 8 εβδομάδες.

Αποτελέσματα: Συνολικά, 19 (54,3%) ασθενείς στην ομάδα παρέμβασης και 5 (13,9%) στην ομάδα ελέγχου είχαν εντατικοποίηση του όγκου υπερδιήθησης ($p < 0,001$) κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης (μεταβολή ΞΒ: $-0,71 \pm 1,39$ vs $+0,51 \pm 0,98$ kg, $p < 0,001$). Ομοίως, η μεταβολή των US-B lines ήταν μεγαλύτερη στην ομάδα παρέμβασης ($-5,3 \pm 12,5$ vs $2,2 \pm 7,6$ $p < 0,001$). Η μείωση των δεικτών μεγέθους του αριστερού (LA) και δεξιού κόλπου (RA) ήταν σημαντικά μεγαλύτερη στην ομάδα παρέμβασης συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (επιφάνεια LA: $-1,09 \pm 4,61$ vs $0,93 \pm 3,06$ cm², $p = 0,034$, επιφάνεια RA: $-1,56 \pm 6,17$ vs $0,47 \pm 2,31$ $p = 0,024$, LAVi: $2,43 \pm 13,14$ vs $2,95 \pm 9,42$ ml / m², $p = 0,052$). Η μείωση της τελοδιαστολικής διαμέτρου και του τελοδιαστολικού όγκου της LV ήταν οριακά μεγαλύτερη στην ομάδα παρέμβασης. Οι πιέσεις πλήρωσης της LV μειώθηκαν σημαντικά στην ομάδα παρέμβασης συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (E/E' LV: $-0,38 \pm 3,14$ vs $1,36 \pm 3,54$, $p = 0,034$, DT: $35,43 \pm 85,25$ vs $-18,44 \pm 50,69$, $p = 0,002$). Οι δείκτες καρδιακής συστολικής λειτουργίας παρέμειναν αμετάβλητοι και στις δύο ομάδες κατά την παρακολούθηση. Η διάμετρος της κάτω κοίλης φλέβας μετά από 8 εβδομάδες ήταν μικρότερη στην ομάδα παρέμβασης ($10,32 \pm 3,91$ vs $12,58 \pm 4,64$ mm, $p = 0,029$) συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου.

Συμπεράσματα: Η μείωση του ΞΒ καθοδηγούμενη από τον υπερηχογραφικό έλεγχο των πνευμόνων μπορεί να μειώσει αποτελεσματικά τις διαστάσεις των καρδιακών κοιλοτήτων και τις πιέσεις πλήρωσης της LV, χωρίς να υπάρξει μεταβολή της συστολικής λειτουργίας σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς με υπέρταση.

OR.16

Η ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΣΚΛΗΡΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΟΝ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΑΠΟ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ

Μ. Ποικιλίδου¹, Μ. Στάμου², Α. Γραμματικοπούλου¹, Μ. Γιαβροπούλου³, Α. Κεϊβανίδου², Π. Γιαννόπουλος², Σ. Νανούδης¹, Π. Γεωργιανός¹, Π. Καρπατοσή⁴, Π. Ζεμπεκάκης¹

¹Κέντρο Αριστείας στην Υπέρταση, Α' Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

²Β' Παιδιατρική Κλινική, ΓΠΝΘ ΑΧΕΠΑ

³Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 1^η Προπαιδευτική Κλινική, Λαϊκό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο

⁴Β' Κλινικό Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής ΑΠΘ

Εισαγωγή: Μελέτες σε παιδιά έχουν δείξει προοδευτική αύξηση της αρτηριακής σκληρίας όπως μετράται με την ταχύτητα του σφυγμικού κύματος (pulse wave velocity, PWV) κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, υποδεικνύοντας μια δομική μεταβολή του αρτηριακού τοιχώματος που ξεκινά ήδη από την αρχή της ζωής. Αυτές οι αλλαγές επιταχύνονται σε αρκετές συνθήκες, μία από τις πιο γνωστές η παχυσαρκία είναι. Η αρτηριακή πίεση (ΑΠ) στο πλαίσιο αυτό έχει διερευνηθεί ευρέως ενώ υπάρχουν λιγότερα δεδομένα με τη μέτρηση της 24ωρης αρτηριακής πίεσης (ABPM) και την κεντρική ΑΠ. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της αλληλεπίδρασης του δείκτη σωματικής μάζας (ΔΜΣ) με την αρτηριακή σκληρία, την 24ωρη καταγραφή και την κεντρική ΑΠ σε παιδιατρικό πληθυσμό.

Άτομα και μέθοδοι: Η μελέτη περιέλαβε 50 παιδιά που ήρθαν για τυχαίες επισκέψεις σε μια τριτοβάθμια παιδιατρική κλινική. Τα παιδιά χωρίστηκαν σε 2 ομάδες: Ομάδα 1 = ανώτατο PWV τριτημόριο, Ομάδα 2 = χαμηλότερο PWV τριτημόριο. Οι ομάδες δεν διέφεραν στην ηλικία και το φύλο και υποβλήθηκαν σε μετρήσεις ABPM, PWV, ΑΙχ καθώς και μετρήσεις της κεντρικής ΑΠ. Χρησιμοποιήσαμε t-test για να διερευνήσουμε τις διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων και ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης για να διερευνήσουμε τους καθοριστικούς παράγοντες της PWV.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία του πληθυσμού της μελέτης ήταν $11,4 \pm 2,7$ έτη. Η ομάδα 1 είχε σημαντικά υψηλότερες ΕΘ ΒΜΙ από την ομάδα 2 ($94,7 \pm 8,7$ και $74,3 \pm 27,6$, $p < 0,001$), υψηλότερη 24ωρη ΣΑΠ ($117,3 \pm 110,9 \pm 9,0$ mmHg, $p = 0,025$) και υψηλότερη 24ωρη 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 DBP $69,6 \pm 8,6$ έναντι $60,8 \pm 11,0$ mmHg, $p =$

0,003). Παρομοίως, παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ της ΣΑΠ και ΔΑΠ ιατρού. Στο μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης, το PWV συσχετίστηκε σημαντικά με τα τις ΕΘ BMI ($\beta = 0,29$, $p = 0,034$), ακόμη και μετά από προσαρμογή για την ηλικία και την 24ωρη ΣΑΠ ($R^2 = 0,35$, $p < 0,001$)

Συζήτηση: Τα αποτελέσματά μας περιγράφουν τη σημασία της παιδικής παχυσαρκίας στην πρόοδο της αρτηριακής πίεσης και την επιτάχυνση της αγγειακής γήρανσης. Οι μηχανισμοί με τους οποίους το αυξημένο βάρος επηρεάζει το αγγειακό σύστημα πέρα από την άνοδο της αρτηριακής πίεσης παραμένουν προς διευκρίνιση.

OR.17

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΘΟΔΗΓΟΥΜΕΝΗΣ ΑΠΟ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΤΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ ΜΕΙΩΣΗΣ ΤΟΥ ΞΗΡΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗ ΑΟΡΤΙΚΗ ΠΙΕΣΗ ΚΑΙ ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΣΚΛΗΡΙΑΣ ΑΘΕΝΩΝ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Χ. Λουτράδης¹, Π. Σαραφίδης¹, R. Ekart², B. Krunic², Α. Καρπέτας³, Α. Μπίκος^{1,4}, Ι. Τσουχνικάς¹, Μ. Θεοδωρακοπούλου¹, Μ. Καλαϊτζόγλου¹, Μ. Αλεξάνδρου⁵, Π. Πατεινάκης⁵, Δ. Παπαδοπούλου⁵, C. Zoccali⁶, G. London⁷, Γ. Ευστρατιάδης¹, Α. Παπαγιάννη¹

¹Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

²University Clinical Centre Maribor, Clinic for Internal Medicine, Department of Dialysis, Maribor, Slovenia

³Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Θεραπευτική», Θεσσαλονίκη

⁴Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Πρότυπο», Θεσσαλονίκη

⁵Νεφρολογική Κλινική, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

⁶CNR-IFC Clinical Epidemiology of Renal Diseases and Hypertension, Reggio Calabria, Italy

⁷Hospital and FCRIN INI-CRCTC, Manhes, France

Εισαγωγή-Σκοπός: Οι δείκτες αρτηριακής σκληρίας είναι σημαντικά αυξημένοι στους ασθενείς υπό αιμοκάθαρση. Πρόσφατες μελέτες δείχνουν πως η προγνωστική αξία της περιπατητικής καταγραφής της αρτηριακής σκληρίας σε αυτόν τον πληθυσμό είναι υψηλή. Σκοπός της μελέτης είναι να εξετάσει την επίδραση της καθοδηγούμενης από υπερηχογραφικό έλεγχο των πνευμόνων μείωσης του ξηρού βάρους (ΞΒ) στην περιπατητική αορτική ΑΠ και την αρτηριακή σκληρία σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς με υπέρταση.

Υλικό & Μέθοδος: Σε αυτή την απλή-τυφλή τυχαιοποιημένη (single-blind

randomized) μελέτη συμπεριλήφθηκαν 71 υπερτασικοί (ΑΠ_{κατ'όλκον} $\geq 135/85$ mmHg), κλινικά ευογκαιμικοί αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς. Αυτοί τυχαιοποιήθηκαν (αναλογία 1:1) στην ομάδα παρέμβασης (23 άντρες, 12 γυναίκες), που ακολουθήσε έναν αλγόριθμο μείωσης του ΞΒ καθοδηγούμενο από το άθροισμα US-B lines πριν από μία ενδιάμεση συνεδρία αιμοκάθαρσης, και την ομάδα ελέγχου (24 άντρες, 12 γυναίκες), που ακολουθήσε την καθιερωμένη θεραπευτική στρατηγική. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε 48ωρη ABPM με την συσκευή Mobil-O-Graph NG στην έναρξη και μετά από 8 εβδομάδες.

Αποτελέσματα: Η μεταβολή των US-B lines κατά την παρακολούθηση ήταν $-5,3 \pm 12,5$ vs $2,2 \pm 7,6$ ($p < 0,001$) και του ΞΒ $-0,71 \pm 1,39$ vs $+0,51 \pm 0,98$ kg ($p < 0,001$) στις ομάδες παρέμβασης και ελέγχου αντίστοιχα. Η μεταβολή της 48ωρης αορτικής ΣΑΠ (cSBP) ήταν σημαντικά μεγαλύτερη ($-6,30 \pm 8,90$ vs $-0,50 \pm 12,46$, $p = 0,027$) και της αορτικής ΔΑΠ (cDBP) ήταν οριακά μεγαλύτερη ($-3,85 \pm 6,61$ vs $-0,63 \pm 8,36$, $p = 0,077$) στην ομάδα παρέμβασης συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου. Η 48ωρη cPP ($41,51 \pm 9,63$ vs $39,06 \pm 9,61$ mmHg, $p = 0,004$) και η 48ωρη PWV ($9,30 \pm 2,00$ vs $9,08 \pm 2,04$ m/sec, $p = 0,032$) μειώθηκαν σημαντικά κατά την παρακολούθηση στην ομάδα παρέμβασης αλλά παρέμειναν αμετάβλητες στην ομάδα ελέγχου. Αντίθετα, και στις δύο ομάδες, δεν υπήρξε μεταβολή του δείκτη ενίσχυσης (Augmentation Index-AIx) και του σταθμισμένου για την καρδιακή συχνότητα δείκτη ενίσχυσης [AIx(75)]. Τέλος, η PWV στο ιατρείο μειώθηκε στην ομάδα παρέμβασης ($10,07 \pm 2,66$ vs $9,79 \pm 2,81$, $p = 0,038$), αλλά όχι στην ομάδα ελέγχου.

Συμπεράσματα: Η μείωση του ΞΒ καθοδηγούμενη από τον υπερηχογραφικό έλεγχο των πνευμόνων μπορεί να μειώσει αποτελεσματικά την περιπατητική αορτική ΑΠ, την περιπατητική PWV και την PWV ιατρείου, αλλά όχι τον AIx(75). Τα ανωτέρω υποδεικνύουν πως η μείωση του ΞΒ μειώνει κυρίως την αορτική πίεση και την αρτηριακή σκληρία των μεγάλων αγγείων, αλλά όχι τις ανακλάσεις των κυμάτων από την περιφέρεια.

OR.18

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΝΥΧΤΕΡΙΝΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΜΕ 24ΩΡΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ Η ΣΥΣΚΕΥΗ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ: ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ ΟΡΓΑΝΩΝ-ΣΤΟΧΩΝ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ

Ι. Μπουντζώνα¹, Α. Κόλλιας¹, Ε. Σταμπολλίου¹, Γ. Σέρβος², Α. Δεστούνης³, Α. Βαζαίου⁴, Γ. Σ. Στεργίου¹

¹Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή

²Γ' Παθολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», Αθήνα

³Καρδιολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Παιδών «Π. & Α. Κυριακού», Αθήνα
Μ.Ε.Θ. Τζάνειο Νοσοκομείο, Πειραιάς

⁴Α' Παιδιατρική Κλινική, Νοσοκομείο Παιδών «Π. & Α. Κυριακού», Αθήνα

Σκοπός: Η αρτηριακή πίεση (ΑΠ) κατά τον νυχτερινό ύπνο θεωρείται σημαντική για την πρόγνωση του καρδιαγγειακού κινδύνου. Η παρούσα μελέτη αξιολόγησε τη συσχέτιση μεταξύ νυχτερινής ΑΠ με 24ωρη καταγραφή ή με συσκευή μετρήσεων στο σπίτι και ασυμπτωματικής βλάβης οργάνων-στόχων σε παιδιά και εφήβους.

Μέθοδοι: Άτομα ηλικίας 6-18 ετών που παραπέμφθηκαν για εκτίμηση της αρτηριακής πίεσης υποβλήθηκαν σε αξιολόγηση: (1) 24ωρης ΑΠ και μετρήσεων στο σπίτι με ταλαντωσιμετρικό πιεσόμετρο (7 μέρες πρωί-απόγευμα και 3 νύχτες με 3 αυτόματες ωριαίες μετρήσεις/νύχτα) και (2) ασυμπτωματικής βλάβης οργάνων-στόχων (υπερηχογράφημα καρδιάς και καρωτίδων, μέτρηση αρτηριακής σκληρίας).

Αποτελέσματα: 65 άτομα συμπεριλήφθηκαν στην ανάλυση (13±3.2 έτη, 37 αγόρια). Η ΑΠ κατά την ημέρα στο σπίτι και στην 24ωρη καταγραφή ήταν παρόμοιες (διαφορά -1.5±5.8/-0.2±4.7 mmHg, συστολική/διαστολική, p=0.05/NS), ενώ οι νυχτερινές μετρήσεις ήταν ελαφρώς υψηλότερες στις μετρήσεις στο σπίτι (3.5±7.3/2.3±6.4 mmHg, p<0.05). Διαπιστώθηκε ισχυρή συσχέτιση μεταξύ μετρήσεων νυχτερινής ΑΠ στην 24ωρη καταγραφή και στο σπίτι (r=0.80/0.64, συστολική/διαστολική) (p<0.05). Η νυχτερινή συστολική ΑΠ στην 24ωρη καταγραφή και στο σπίτι παρουσίαζαν σημαντική συσχέτιση με όλους τους δείκτες βλάβης οργάνων-στόχων (δείκτης μάζας αριστερής κοιλίας: r=0.33 και 0.28 αντίστοιχα, πάχος έσω-μέσου χιτώνα καρωτίδων: 0.42 και 0.42, ταχύτητα σφυγμικού κύματος: 0.47 και 0.57, p=NS για όλες τις συγκρίσεις, z-test). Το 77% των συμμετεχόντων δήλωσε προτίμηση για τις μετρήσεις στο σπίτι έναντι της 24ωρης καταγραφής.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι σε παιδιά/εφήβους οι μετρήσεις νυχτερινής ΑΠ με συσκευή για το σπίτι είναι εφικτές, προτιμούνται από τους συμμετέχοντες και συσχετίζονται με δείκτες βλάβης οργάνων-στόχων στον ίδιο βαθμό με την 24ωρη καταγραφή.

OR.19

ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΡΕΥΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΑ ΟΡΙΑ ΠΟΥ ΠΡΟΤΕΙΝΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΙΣ ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Π. Ανυφαντή¹, Ε. Γκαλιαγκούση¹, Α. Τριανταφύλλου¹, Ν. Κολέτσος¹,

Π. Δόλγυρας¹, Β. Γαλανοπούλου², Σ. Ασλανίδης³, Σ. Δούμα¹

¹Γ' Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ Παπαγεωργίου, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

²Ρευματολογικό Ιατρείο, ΓΝΘ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

³Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Στις ρευματικές παθήσεις, η ακριβής συχνότητα αρτηριακής υπέρτασης (ΑΥ) ποικίλλει στις διάφορες μελέτες, ενώ δεν έχει εκτιμηθεί βάσει των αυστηρότερων ορίων που προτείνονται από τις νεότερες Αμερικάνικες κατευθυντήριες οδηγίες.

Σκοπός: Να προσδιοριστεί ο επιπολασμός της ΑΥ στα ρευματικά νοσήματα, βάσει των ορίων που προτείνονται από τις τελευταίες ευρωπαϊκές (ESC/ESH) και αμερικάνικες (ACC/AHA) κατευθυντήριες οδηγίες.

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν διαδοχικοί ρευματολογικοί ασθενείς και καταγράφηκαν τα επίπεδα αρτηριακής πίεσης και το ιατροφαρμακευτικό ιστορικό. Ο ορισμός της ΑΥ βασίστηκε τόσο στις ESC/ESH (2018) όσο και στις ACC/AHA (2017) κατευθυντήριες οδηγίες.

Αποτελέσματα: Σε σύνολο 622 ασθενών 54,2±14,0 ετών, ο επιπολασμός της ΑΥ ήταν 54,5% με βάση τις ευρωπαϊκές και 72,4% με βάση τις αμερικάνικες οδηγίες. Υψηλότερος επιπολασμός παρατηρήθηκε στην οστεοαρθρίτιδα (69,6%), ΡΑ (60,9%) και ψωριασική αρθρίτιδα (57,8%) με βάση τις ευρωπαϊκές οδηγίες, ενώ με βάση τις αμερικάνικες στην οστεοαρθρίτιδα (84,8%), ψωριασική αρθρίτιδα (80%) και ΡΑ (75,2%). Αντίθετα, ο χαμηλότερος επιπολασμός με βάση τις ευρωπαϊκές οδηγίες υπολογίστηκε στο συστηματικό ερυθηματώδη λύκο (35,7%) και τις οροαρνητικές σπονδυλοαρθροπάθειες (39%), ενώ με βάση τις αμερικάνικες τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 63,5% και 64,4%.



Με βάση τις ευρωπαϊκές οδηγίες, 78,3% είχαν επίγνωση της ΑΥ και 67,2% λάμβαναν θεραπεία. Έλεγχος διαπιστώθηκε σε μόλις 39,5% των θεραπευόμενων ασθενών, ενώ με βάση τα αυστηρότερα όρια των αμερικάνικων οδηγιών, μόλις 14% θα βρισκόταν εντός ορίων-στόχων.

Συμπεράσματα: Ασθενείς με ρευματικά νοσήματα εμφανίζουν υψηλό επιπολασμό ΑΥ με βάση ευρωπαϊκές και αμερικάνικες κατευθυντήριες οδηγίες, που μπορεί να διαφέρει σημαντικά ανάλογα με την υποκείμενη ρευματική πάθηση. Ωστόσο, οι ασθενείς υποθεραπεύονται και ο έλεγχος της ΑΥ παραμένει ανεπαρκής.

OR.20

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΝΕΜΠΙΒΟΛΟΛΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΙΡΜΠΕΣΑΡΤΑΝΗΣ ΣΤΗΝ ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΝΔΟΔΙΑΛΥΤΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Χ. Λουτράδης¹, Α. Μπίκος^{1,2}, Ε. Αγγελούδη¹, Β. Ράπτης³, Δ. Φαϊτατζίδου¹, Μ. Θεοδωρακοπούλου¹, Ε. Ιντζεβίδου¹, Σ. Παναγιώτσος⁴, Π. Πασαδάκης⁴, Π. Ζεμπεκάκης⁵, Β. Λιακόπουλος⁵, Α. Παπαγιάννη¹, G. Parati^{6,7}, Π. Σαραφίδης¹

¹Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

²Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Πρότυπο», Θεσσαλονίκη,

³Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Πιερί», Κατερίνη

⁴Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

⁵Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

⁶Istituto Auxologico Italiano, IRCCS, Department of Cardiovascular, Neural and Metabolic Sciences, S. Luca Hospital, Milan

⁷Department of Medicine and Surgery, University of Milano-Bicocca, Milan, Italy

Εισαγωγή-Σκοπός: Η μεταβλητότητα της ΑΠ (BP variability, BPV) σχετίζεται με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο στην αιμοκάθαρση. Οι ασθενείς με ενδοδιαλυτική υπέρταση (intradialytic hypertension) εμφανίζουν υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο. Μέχρι σήμερα, ελάχιστες κλινικές μελέτες έχουν αξιολογήσει την επίδραση των αντιυπερτασικών φαρμάκων στην BPV σε ασθενείς υπό αιμοκάθαρση. Σκοπός της μελέτης είναι να αξιολογήσει την επίδραση της νεμπιβολόλης και της ιρμπεσαρτάνης στην βραχυπρόθεσμη BPV σε ασθενείς με ενδοδιαλυτική υπέρταση.

Υλικό & Μέθοδοι: Σε αυτή την τυχαιοποιημένη μελέτη διασταυρούμενης σειράς (cross-over) 38 αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς (ηλικία: 60,4±11,1 έτη,



άρρενες: 65,8%) με ενδοδιαλυτική υπέρταση [μέση άνοδος συστολικής ΑΠ (ΣΑΠ) $\geq 10\text{mmHg}$ σε 6 συναπτές συνεδρίες] τυχαιοποιήθηκαν σε νεμπιβολόλη 5mg και ακολούθως ιρμπεσαρτάνη 150mg ή αντίστροφα. Οι μισοί ασθενείς έλαβαν μία δόση άπαξ 1 ώρα πριν την αιμοκάθαρση (n=19) και οι μισοί για μια εβδομάδα πριν την δεύτερη αξιολόγηση (n=19). Της έναρξης του δεύτερου φαρμάκου προηγήθηκε μια περίοδος χωρίς αγωγή 2 εβδομάδων. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν, αντίστοιχα, σε τρεις 24ωρες καταγραφές ΑΠ με τη συσκευή Mobil-O-Graph NG κατά τη διάρκεια μιας ενδιάμεσης ημέρας αιμοκάθαρσης. Η BPV υπολογίστηκε με την τυπική απόκλιση (SD), τη σταθμισμένη SD (wSD), το συντελεστή μεταβλητότητας (CV) και τη μέση πραγματική μεταβλητότητα (ARV).

Αποτελέσματα: Οι τιμές ΣΑΠ και ΔΑΠ μετά την αιμοκάθαρση και στην 24ωρη καταγραφή ήταν σημαντικά χαμηλότερες μετά την θεραπεία και με τα δύο φάρμακα. Οι δείκτες ΣΑΠ-BPV ήταν οριακά χαμηλότεροι μετά την νεμπιβολόλη αλλά όχι μετά την ιρμπεσαρτάνη (SD: αρχική τιμή: $15,70 \pm 4,69$, νεμπιβολόλη: $14,45 \pm 3,37$, $p=0,090$, ιρμπεσαρτάνη: $15,39 \pm 3,85$, $p=0,706$, wSD: $14,62 \pm 4,36$ vs $13,40 \pm 3,07$, $p=0,053$ vs $14,36 \pm 3,47$, $p=0,805$, αντίστοιχα) συγκριτικά με την αρχική αξιολόγηση. Οι δείκτες ΔΑΠ-BPV ήταν χαμηλότεροι με την νεμπιβολόλη αλλά υψηλότεροι με την ιρμπεσαρτάνη, έχοντας ως αποτέλεσμα σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φαρμάκων (SD: αρχική τιμή: $10,56 \pm 2,50$, νεμπιβολόλη: $9,75 \pm 2,12$, ιρμπεσαρτάνη: $10,84 \pm 1,98$, $p=0,014$, wSD: αρχική τιμή: $9,86 \pm 2,12$, νεμπιβολόλη: $9,34 \pm 2,01$, ιρμπεσαρτάνη: $10,25 \pm 2,01$, $p=0,029$). Οι δείκτες ΔΑΠ-BPV κατά την αιμοκάθαρση και την ημερήσια περίοδο ήταν οριακά χαμηλότεροι με την νεμπιβολόλη συγκριτικά με την ιρμπεσαρτάνη. Κατά τη νυχτερινή περίοδο, οι δείκτες BPV ήταν όμοιοι και με τα δύο φάρμακα.

Συμπεράσματα: Η BPV μειώνεται μετά την θεραπεία με νεμπιβολόλη αλλά όχι με ιρμπεσαρτάνη σε ασθενείς με ενδοδιαλυτική υπέρταση. Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι η αυξημένη δραστηριότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος είναι ένας από τους κυριότερους παράγοντες που οδηγούν σε εντονότερες διακυμάνσεις της ΑΠ στους ασθενείς αυτούς.

19°

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ



ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΝΩΣΕΙΣ

Αναρτημένες Ανακονώσεις

PO.01

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Κ. Κουτσαμπασόπουλος¹, Α. Κατσιμάργου¹, Κ. Ιμπριάλος¹,
Κ. Σταυρόπουλος¹, Σ. Αλατάκη¹, Ι. Βογιατζής¹, Β. Γεωργοπούλου²,
Κ. Πετίδης¹, Α. Καμπαρούδης³, Α. Ζιάκας⁴, Μ. Δούμας¹

¹Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο
Θεσσαλονίκης, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

²Ακτινολογικό Τμήμα, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

³Ε' Χειρουργική Κλινική, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο
Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

⁴Α' Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο
Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

Εισαγωγή: Η σεξουαλική δυσλειτουργία παρουσιάζει υψηλή επίπτωση σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ). Επιπλέον, τόσο η αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) όσο και ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) προκαλούν σεξουαλική δυσλειτουργία. Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι η διερεύνηση της επίδρασης του ΣΔ σε σεξουαλική λειτουργία ασθενών με ΑΥ και ΚΑ.

Μέθοδοι και Υλικό: Ασθενείς με ΑΥ και ΚΑ κατηγοριοποιήθηκαν σε 2 ομάδες, μία με ΣΔ και μία ομάδα ελέγχου. Η σεξουαλική λειτουργία προσδιορίστηκε με τη χρήση του Διεθνή Δείκτη Στυτικής Λειτουργίας (International Index of Erectile Function-IIIEF) σε άρρενες και με το Δείκτη Γυναικείας Σεξουαλικής Λειτουργίας (Female Sexual Functioning Index-FSFI) σε γυναίκες. Η παρουσία ΣΔ, τα επίπεδα αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) ιατρείου, η διάρκεια του ΣΔ, καθώς και ο επαρκής γλυκαιμικός έλεγχος αξιολογήθηκαν σε όλους τους ασθενείς.

Αποτελέσματα: Στο σύνολο συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη 239 διαδοχικοί ασθενείς με ΚΑ. Από αυτούς, 96 είχαν ΣΔ και 143 αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου. Ασθενείς με ΣΔ παρουσίαζαν πιο συχνά στυτική δυσλειτουργία σε σχέση με ασθενείς χωρίς ΣΔ ($p=0,006$). Αντιθέτως, δεν παρατηρήθηκε σχέση μεταξύ του ΣΔ και της γυναικείας σεξουαλικής δυσλειτουργίας. Η διάρκεια από τη διάγνωση του ΣΔ (σε έτη) δεν συσχετίστηκε με τα σκορ κατά IIEF και FSFI ($p=0,815$ και $p=0,236$, αντίστοιχα). Επιπλέον, ο επαρκής γλυκαιμικός έλεγχος δεν συσχετίστηκε με την παρουσία σεξουαλικής δυσλειτουργίας,



τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες ασθενείς.

Συμπεράσματα: Η παρουσία ΣΔ φαίνεται να επιδεινώνει τη στυτική λειτουργία σε ασθενείς με ΣΔ και ΚΑ, πιθανώς λόγω δομικής και λειτουργικής αγγειακής βλάβης.

ΡΟ.02

ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΜΕΤΡΗΣΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ ΑΡΤΗΡΙΩΝ ΜΕ ΤΑΛΑΝΤΩΣΙΜΕΤΡΙΚΗ ΤΕΧΝΙΚΗ: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΜΕΘΟΔΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ

Α. Γραββάνη, Α. Κόλλιας, Κ. Γ. Κυριακούλης, Ι. Αναγνωστόπουλος, Γ. Σ. Στεργίου

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

Εισαγωγή: Η εκτίμηση της σκλήρυνσης αρτηριών θεωρείται χρήσιμη για την αξιολόγηση υπερτασικών ασθενών και μέθοδος αναφοράς είναι η καρωτιδομηνιαία ταχύτητα σφυγμικού κύματος (cfPWV).

Σκοπός: Αξιολόγηση της αυτόματης μέτρησης σφυροβραχιονίου ταχύτητας σφυγμικού κύματος (baPWV) με ταλαντωσιμετρική συσκευή (Microlife WatchBP Office PWV-ABI) συγκριτικά με cfPWV (Complior).

Μέθοδοι: Ασθενείς και υγιείς εθελοντές υποβλήθηκαν σε διπλή μέτρηση cfPWV και baPWV με τυχαιοποιημένη σειρά και σε υπερηχογράφημα καρωτίδων.

Αποτελέσματα: Από 102 άτομα, 5 εξαιρέθηκαν (1 λόγω αδυναμίας μέτρησης baPWV και 4 λόγω περιφερικής αποφρακτικής αρτηριοπάθειας με σφυροβραχιόνιο δείκτη [ABI] <0.9). 97 άτομα αναλύθηκαν (ηλικία 58.3±11.4 έτη, άρρενες 70%, υπερτασικοί 76%, διαβητικοί 17%, καπνιστές 23%). Η μέση διαφορά μεταξύ baPWV (13.1±1.8 m/s) και cfPWV (9.1±1.8 m/s) ήταν 4.0±1.4 m/s (p<0.01) και διαπιστώθηκε ισχυρή συσχέτιση μεταξύ τους (r=0.7, p<0.01). Η baPWV και cfPWV σχετίζονταν με ηλικία (r=0.54 και 0.49 αντίστοιχα), συστολική αρτηριακή πίεση (r=0.45 και 0.5), πάχος έσω-μέσου χιτώνα καρωτίδων (r=0.31 και 0.44) και διατασιμότητα καρωτίδων (r=-0.47 και -0.34) (p<0.05, χωρίς διαφορές μεταξύ συντελεστών, z-test). Η συμφωνία μεταξύ baPWV και cfPWV στην αναγνώριση ατόμων στο ανώτερο τεταρτημόριο κατανομής τους ήταν 77% (kappa 0.39, p<0.01). Οι μετρήσεις baPWV και cfPWV έγιναν από 1 και 2 παρατηρητές αντίστοιχα, ενώ δεν υπήρχε διαφορά στον απαιτούμενο χρόνο (6.9±0.8 συγκριτικά με 6.7±1.2 min, p=NS).

Συμπεράσματα: Η αυτόματη μέτρηση baPWV είναι εφικτή, ανεξάρτητη

από τις δεξιότητες του παρατηρητή και σχετίζεται στενά με τη cfPWV παρουσιάζοντας συγκρίσιμες συσχετίσεις με τη βλάβη καρωτίδων. Σε άτομα με χαμηλό ABI, η baPWV μπορεί να μην είναι αξιόπιστη, ωστόσο στους ασθενείς αυτούς η μέτρηση PWV στερείται προγνωστικής αξίας.

ΡΟ.03

ΟΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΤΟΥ ΣΥΜΜΕΤΑΦΟΡΕΑ ΝΑΤΡΙΟΥ- ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΤΗΝ ΑΛΒΟΥΜΙΝΟΥΡΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΡΩΤΕΪΝΟΥΡΙΑ ΣΤΟΝ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΔΟΚΙΜΩΝ

Α. Πιπερίδου¹, Π. Σαραφίδης², Α. Μπούτου³, Κ. Θωμόπουλος⁴,
Χ. Λουτράδης², Μ.-Ε. Αλεξάνδρου⁵, Α. Τσάπας⁶, Α. Καραγιάννης¹

¹2^η Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα;

²Νεφρολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα;

³Πνευμονολογική Κλινική, Νοσοκομείο Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα;

⁴Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο Έλενα Βενιζέλου, Αθήνα, Ελλάδα;

⁵Νεφρολογική Κλινική, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα;

⁶2^η Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

Σκοπός Εργασίας: Η διαβητική νεφροπάθεια αποτελεί σοβαρή επιπλοκή του σακχαρώδους διαβήτη καθώς και την κυρίαρχη αιτία χρόνιας νεφρικής νόσου τελικού σταδίου στον δυτικό κόσμο. Η σύγχρονη επιστημονική βιβλιογραφία υποστηρίζει τις νεφροπροστατευτικές ιδιότητες των αναστολέων του συμμεταφορέα νατρίου- γλυκόζης τύπου 2. Ο σκοπός της παρούσας ανάλυσης ήταν η συστηματική ανασκόπηση των επιδράσεων των συγκεκριμένων παραγόντων στην αλβουμινουρία και την πρωτεϊνουρία σε ασθενείς που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.

Υλικό και Μέθοδοι: Ο εντοπισμός των μελετών πραγματοποιήθηκε μέσω αναζήτησης σε κορυφαίες ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων. Το πρωτογενές καταληκτικό σημείο ήταν η μεταξύ των ομάδων διαφορά στην ποσοστιαία (%) μείωση της αλβουμινουρίας ή της πρωτεϊνουρίας στην χρονική περίοδο ανάμεσα στην έναρξη και την ολοκλήρωση της θεραπείας.

Αποτελέσματα: Οι αναστολείς του συμμεταφορέα νατρίου- γλυκόζης τύπου 2 συσχετίστηκαν με σημαντική ελάττωση της αλβουμινουρίας συγκριτικά

με το εικονικό φάρμακο ή το φάρμακο άλλης κατηγορίας (WMD -25.39%, 95% CI -34.17 έως -16.62) (15 μελέτες, 17.540 ασθενείς). Όταν οι μελέτες κατηγοριοποιήθηκαν με βάση το επίπεδο της αλβουμινουρίας κατά το αρχικό στάδιο της κλινικής μελέτης, η ελάττωση του λόγου αλβουμίνης προς κρεατινίνη σε τυχαίο δείγμα ούρων (urine albumin creatinine ratio) εντοπίστηκε κυρίως σε εκείνες όπου οι ασθενείς έπασχαν από μετρίου (-40.78%, -63.21 έως -18.34) ή σοβαρού βαθμού αλβουμινουρία (-36.40%, -51.53 έως -21.26). Όσον αφορά στην πρωτεϊνουρία, μόνο μία μελέτη ανέφερε δεδομένα. Οι αναστολείς του συμμεταφορέα νατρίου- γλυκόζης συσχετίστηκαν επίσης με ελάττωση της συστολικής και διαστολικής πίεσης [ΣΑΠ: -4.43 mmHg (95% CI -5.24 έως -3.63), ΔΑΠ -1.81 mmHg (95% CI -2.38 έως -1.23)].

Συμπεράσματα: Οι αναστολείς του συμμεταφορέα νατρίου- γλυκόζης τύπου 2 ελάττωσαν σημαντικά την αλβουμινουρία σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Στο μέλλον αναμένονται νέες κλινικές δοκιμές οι οποίες θα αξιολογούν τις νεφροπροστατευτικές τους ιδιότητες ως πρωτογενές καταληκτικό σημείο.

PO.04

Η ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΗΣ ΑΠΕΛΙΝΗΣ ΣΤΟΥΣ ΝΕΟΔΟΑΓΝΩΣΘΕΝΤΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Κ. Ζέρβα¹, Δ. Παπαδόπουλος¹, Η. Σανίδας¹, Κ. Τσάκαλης¹, Μ. Βέλλιου¹, Ε. Κόρρου¹, Δ. Περρέας², Ν. Νικιτιάς², Μ. Μαντζουράνη³, Ι. Μπαρμπετσέας¹

¹Κέντρο Υπέρτασης, Λιπιδίων και Πρωληπτικής Καρδιολογίας, καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Λαϊκό

²Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Ερεύννης «Ν.Σ. Χρηστέας», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

³Α' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΓΝ Λαϊκό, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

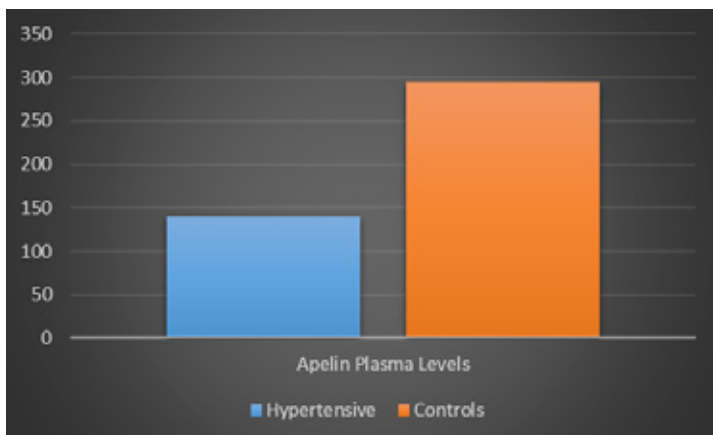
Ο ρόλος του λιπώδους ιστού ως ενδοκρινούς οργάνου έχει τεκμηριωθεί και συνδεθεί με πολλές καρδιαγγειακές παθήσεις. Η απελίνη είναι μια αδιποκίνη η οποία παράγεται κυρίως στον λιπώδη ιστό και αυξάνει την καρδιακή παροχή, μειώνει την αρτηριακή πίεση και μειώνει το οξειδωτικό στρες. Στα πλαίσια της εκτίμησης του συνολικού καρδιαγγειακού κινδύνου για τους νεοδιαγνωσθέντες υπερτασικούς ασθενείς, χωρίς καμία άλλη ταυτόχρονη καρδιαγγειακή νόσο, η εκτίμηση των επιπέδων καρδιοπροστατευτικών αδιποκινών και ιδίως της απελίνης παραμένει ασαφής.

Μέθοδο: Συνολικά, μελετήθηκαν 50 νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς με αρτη-

ριακή υπέρταση και χωρίς οποιαδήποτε άλλη καρδιαγγειακή νόσο και 25 υγιείς μάρτυρες χωρίς διαφορά σχετικά με την ηλικία, το φύλο και το δείκτη μάζας σώματος. Τα επίπεδα απελίνης στο πλάσμα και των δύο ομάδων μετρήθηκαν με τη μέθοδο Elisa.

Αποτελέσματα: Τα επίπεδα της απελίνης στο πλάσμα ήταν σημαντικά χαμηλότερα ($140,89 \pm 52,4$ pg / ml έναντι $295,2 \pm 96,3$ pg / ml) σε ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση σε σύγκριση με τους μάρτυρες.

Συμπεράσματα: Στους ασθενείς με νεοδιαγνωσθήσα αρτηριακή υπέρταση παρατηρήθηκαν μειωμένα επίπεδα της καρδιοπροστατευτικής ορμόνης απελίνης, που ενδεχομένως υποδεικνύουν έναν πιθανό ρόλο στην κλινική πορεία και την πρόγνωση των ασθενών αυτών.



ΡΟ.05

ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΕ ΜΕΣΟΥ ΕΥΡΟΥΣ ΚΛΑΣΜΑ ΕΞΩΘΗΣΗΣ: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Κ. Κουτσαμπασόπουλος¹, Δ. Πατουλιάς¹, Α. Κατσιμάρδου¹, Κ. Ιμπριάλος¹, Κ. Σταυρόπουλος¹, Κ. Μπακογιάννης², Κ. Πετίδης¹, Χ. Παπαδόπουλος², Α. Ζιάκας³, Μ. Δούμας¹

¹Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

²Γ' Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

³Α' Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

Εισαγωγή: Παρότι η αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) αποτελεί έναν κλασικό παράγοντα κινδύνου εμφάνισης καρδιακής ανεπάρκειας (ΚΑ) και οι περισσότεροι ασθενείς με ΚΑ παρουσιάζουν ΑΥ, τα δεδομένα είναι ελάχιστα όσο αναφορά τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά της ΑΥ σε ασθενείς με ΚΑ με μέσου εύρους κλάσμα εξώθησης (Heart Failure with mid-range Ejection Fraction-HFmrEF).

Μέθοδοι και Υλικά: Ασθενείς με ΚΑ συμπεριλήφθησαν στη μελέτη. Σε όλους τους ασθενείς πραγματοποιήθηκε καταγραφή της συστολικής και διαστολικής αρτηριακής πίεσης (ΣΑΠ, ΔΑΠ) ιατρείου, ελήφθησαν πληροφορίες σχετικά με το ιστορικό της ΑΥ και τον έλεγχο των επιπέδων της αρτηριακής πίεσης σε όλες τις υποκατηγορίες ασθενών με ΚΑ, ήτοι ασθενείς με διατηρημένο (HFpEF), μειωμένο (HFmrEF) ή μέσου εύρους κλάσμα εξώθησης.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθησαν στη μελέτη 306 διαδοχικοί ασθενείς με ΚΑ. Εξ αυτών, οι 239 (78,1%) είχαν ιστορικό ΑΥ και οι 207 (90,8%) ανέφεραν ικανοποιητικό έλεγχο των επιπέδων της αρτηριακής πίεσης. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των υποκατηγοριών ασθενών με ΚΑ όσον αφορά το ιστορικό ΑΥ και τον έλεγχο της αρτηριακής πίεσης. Οι τιμές της ΣΑΠ και της ΔΑΠ ήταν μεγαλύτερες σε ασθενείς με HFmrEF έναντι ασθενών με HFpEF ($p<0,0001$ και $p=0,015$, αντίστοιχα) και σε ασθενείς με HFpEF σε σχέση με ασθενείς με HFmrEF ($p<0,0001$ and $p<0,0001$, αντίστοιχα).

Συμπεράσματα: Η μελέτη προσφέρει σημαντικές πληροφορίες για τα επίπεδα της αρτηριακής πίεσης στις διαφορετικές υποκατηγορίες ΚΑ. Υψηλότερα επίπεδα ΑΠ παρατηρούνται σε ασθενείς με ΚΑ και διατηρημένο ή μέσου



εύρους κλάσμα εξώθησης και πιθανώς να χρήζουν εντατικότερης φαρμακευτικής αντιμετώπισης.

ΡΟ.06

ΜΙΚΡΑ ΠΥΚΝΑ ΜΟΡΙΑ LDL- ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗΣ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΑΡΙΣΤΕΡΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Μ. Β. Παπαβασιλείου¹, Δ. Αραβαντινός², Στ. Πατσιάνης³, Β. Κακιούζη²,
Α. Σερέτης², Γ. Μουστάκας², Α. Καραμάνου²

¹Metropolitan General Hospital - Αθήνα

²Σισμανόγλειον ΓΝΑ

³Νοσοκομείο «ΔΘΚΑ» Υγεία Αθήνα

Σκοπός: Να διερευνηθεί πιθανή συσχέτιση των μικρών πυκνών μορίων της LDL- χοληστερόλης και των μορίων πολύ χαμηλής πυκνότητας χοληστερόλης, με την δομή και διαστολική λειτουργία της αριστεράς κοιλίας υπερτασικών ασθενών.

Υλικό και Μέθοδος: Μελετήθηκαν 907 υπερτασικοί ασθενείς, θεραπευόμενοι ή πρωτοδιαγνωσθέντες (54.6%) χωρίς φαρμακευτική αγωγή, άνδρες (45.3%) και γυναίκες, μέσης ηλικίας 56 ± 13 ετών, μέσης Σ/ΔΑΠι: $143 \pm 21 / 89 \pm 13$ mmHg, μέσης ΚΣ 75 ± 11 σφ/1', μέσου ΔΜΣ 27.9 ± 4 , κ/εκ². Σε όλους τους ασθενείς μετρήθηκαν τα επίπεδα των τριγλυκεριδίων, HDL, LDL, VLDL χοληστερόλης και της λιποπρωτεΐνης αρσβ αίματος και υπολογίστηκαν τα μικρά πυκνά μόρια LDL χοληστερόλης. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε υπερηχοκαρδιογραφική/Doppler μελέτη καρδιάς και υπολογίστηκαν η μάζα αρ. κοιλίας (ΜΑ), ο δείκτης μάζας αυτής (ΔΜΑ), και η διαστολική λειτουργία αυτής (Ε/Α). Οι ανωτέρω παράμετροι συσχετίστηκαν κατά Pearson μεταξύ τους.

Αποτελέσματα:

Πίνακας 1: Συσχέτιση κατά Pearson των μικρών πυκνών μορίων της LDL-χοληστερόλης και της VLDL με την ΜΑ, το ΔΜΑ και τον λόγο Ε/Α, υπερτασικών ασθενών.

	Τρ/HDL (χιλ/χΛ)	LDL/apob	VLDL
MA (γρ)	r=0.161	r=-0.095	r=0.0168
	p=0.000	p=0.003	p=0.000
ΔMA(γρ/επιφ²)	r=0.083	r=-0.052	r=0.105
	p=0.000	NS	p=0.006
E/A	r=-0.012	r=0.017	r=-0.055
	NS	NS	NS

MA= μάζα αρ κοιλίας, ΔMA= δείκτης μάζας αρ. κοιλίας (διορθωμένη με την επιφάνεια σώματος)

E/A= λόγος ταχύτητας ροής στην μιτροειδή κατά την πρωτοδιαστολή προς ταχύτητα ροής στην μιτροειδή κατά την τελοδιαστολή. Μικρά πυκνά μόρια LDL (Τρ/HDL, LDL/apob)

Συμπέρασμα: Τα επίπεδα μικρών πυκνών μορών LDL και της VLDL αίματος υπερτασικών ασθενών σχετίζονται σημαντικά με παραμέτρους δομής αλλά όχι διαστολικής λειτουργίας της αριστεράς κοιλίας, στο πλαίσιο ενδεχομένως δυσλειτουργίας του ενδοθηλίου .

PO.07

ΝΥΧΤΕΡΙΝΗ ΠΤΩΣΗ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΟΣΦΑΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΜΑΤΩΣΗ ΤΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ

Β. Νικολαΐδου¹, Ε. Γκαλιαγκούση¹, Π. Ανυφαντή¹, Α. Τριανταφύλλου¹, Α. Λαζαρίδης¹, Ι. Ζαρίφης¹, Π. Δόλγυρας¹, Ι. Ζωγράφου², Σ. Δούμα¹

¹Γ' Παθολογική Κλινική, Γ. Ν. Θ. Παπαγεωργίου, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

²Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2) παρουσιάζουν απώλεια του φυσιολογικού κirkάδιου ρυθμού της αρτηριακής πίεσης (νυκτερινή πτώση- dipping). Ωστόσο, παραμένει ασαφές εάν αυτή η διαταραχή είναι παρούσα σε πολύ πρώιμα στάδια της νόσου και εάν συσχετίζεται με την αιμάτωση του μυοκαρδίου.

Σκοπός: Μελετήσαμε το βαθμό της νυκτερινής πτώσης της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) σε ασθενείς με πρόσφατη διάγνωση ΣΔ2 και τη συσχέτισή της με την υπενδοκάρδια αιμάτωση μέσω του δείκτη Buckberg.

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν ασθενείς με πολύ πρόσφατη διάγνωση



ΣΔ2 (<6 μήνες) χωρίς γνωστή υπέρταση και εθελοντές ανάλογης ηλικίας και ΑΠ. Καταγράφηκε η ΑΠ ιατρείου και η 24ωρη ΑΠ. Ο δείκτης Buckberg υπολογίστηκε με τη μέθοδο της τονομετρίας επιπέδωσης στην κερκιδική αρτηρία.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 74 άτομα: 44 ασθενείς με ΣΔ2 και 30 υγιείς. Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές ως προς την ΑΠ ιατρείου και ημέρας, ωστόσο η νυχτερινή πτώση πίεσης ήταν μειωμένη στους διαβητικούς ασθενείς σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου ($7,9 \pm 6,9$ vs $11,3 \pm 4,7\%$, $p=0,021$). Στο σύνολο του δείγματος το ποσοστό της νυχτερινής πτώσης της πίεσης συσχετίστηκε με το δείκτη Buckberg ($p=0,021$), GFR ($p=0,029$) και τη συστολική ΑΠ νύχτας ($p<0,001$). Η πολυπαραγοντική ανάλυση ανέδειξε ανεξάρτητη συσχέτιση του δείκτη Buckberg με το dipping τόσο στο σύνολο του δείγματος ($p=0,037$) όσο και στους νεοδιαγνωσθέντες διαβητικούς ($p=0,045$).

Συμπεράσματα: Ασθενείς με ΣΔ2 εμφανίζουν διαταραγμένη νυχτερινή πτώση πίεσης ήδη από τα πολύ πρώιμα στάδια της νόσου. Η συσχέτιση της νυχτερινής πτώσης πίεσης με την αιμάτωση του μυοκαρδίου αναδεικνύει το ρόλο της στα καρδιαγγειακά συμβάματα ιδίως σε διαβητικούς ασθενείς και χρήζει περαιτέρω μελέτης.

PO.08

ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΣΑΚΟΥΜΠΙΤΡΙΛΗ/ΒΑΛΣΑΡΤΑΝΗ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΝΟΡΜΟΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΜΕΙΩΜΕΝΟ ΚΛΑΣΜΑ ΕΞΩΘΗΣΗΣ

Α. Σταυράτη, Κ. Πολυμερόπουλος, Ε. Μιχαηλίδης, Α. Τσαουσίδης,
Ι. Ζαρίφης

Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

Εισαγωγή: Η θεραπεία με σακουμπιτρίλη/βαλσαρτάνη (ΣΒ) μειώνει τη θνητότητα και τις νοσηλείες σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια με μειωμένο κλάσμα εξώθησης (ΚΑΜΚΕ).

Σκοπός: Να διερευνηθούν διαφορές ασφάλειας και αποτελεσματικότητας της θεραπείας με ΣΒ σε υπερτασικούς και νορμοτασικούς ασθενείς με ΚΑΜΚΕ.

Υλικό και μέθοδοι: Μελετήθηκαν 65 ασθενείς με ΚΑΜΚΕ οι οποίοι έλαβαν θεραπεία με ΣΒ. Η μέση ηλικία ήταν 65 ± 9 έτη, οι 46 (71%) ήταν άνδρες και ισχαιμική ΚΑ είχαν οι 39 (60%). Καταγράφηκαν η αρτηριακή πίεση (ΑΠ), η φαρμακευτική αγωγή, υπερηχοκαρδιογραφικοί δείκτες [τελοδιαστο-



λική διάμετρος αριστερής κοιλίας (ΤΔΔΑΚ), κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας (ΚΕΑΚ), λόγος διαμυρσειδικής ροής Ε/Ε', κρεατινίνη και κάλιο ορού και έγινε εκτίμηση της λειτουργικής ικανότητας κατά New York Heart Association (ΝΥΗΑ) με εξάλεπτη δοκιμασία βάρδισης (ΕΔΒ-6ΜWT), πριν και έξι μήνες μετά την έναρξη της ΣΒ. Οι υπερτασικοί αποτέλεσαν την Ομάδα Α (n=23) και οι νορμοτασικοί την Ομάδα Β (n=42).

Αποτελέσματα: Και στις δύο ομάδες η θεραπεία με ΣΒ ήταν ασφαλής καθώς δεν παρατηρήθηκαν επιδείνωση νεφρικής λειτουργίας, υπερκαλιαιμία ή σημαντική υπόταση. Και στις δύο ομάδες μειώθηκε στατιστικά σημαντικά η δοσολογία χορήγησης διουρητικών και βελτιώθηκε εξίσου η λειτουργική κλάση ΝΥΗΑ, η διανυθείσα απόσταση στην ΕΔΒ, το κλάσμα εξώθησης και οι πιέσεις πλήρωσης της αριστερής κοιλίας.

	ΠΡΙΝ		ΜΕΤΑ		p
	ΟΜΑΔΑ Α	ΟΜΑΔΑ Β	ΟΜΑΔΑ Α	ΟΜΑΔΑ Β	
Δοσολογία Διουρητικών (mg/ημέρα)	67*	69**	42*	44**	*, **: p<0,05
Κάλιο (mEq/L)	4,2	4,4	4,4	4,5	ns
Κρεατινίνη (mg/dl)	0,92	1,06	0,95	1,06	ns
Συστολική ΑΠ (mmHg)	130*	122**	117*	115**	*, **: p<0,05
ΚΕΑΚ (%)	30*	29**	34*	35**	*, **: p<0,05
ΤΔΔΑΚ (mm)	66*	66**	62,5*	62**	*, **: p<0,05
Ε/Ε'	18*	18**	12*	11**	*, **: p<0,05
ΕΔΒ, απόσταση (m)	332*	335**	405*	389**	*, **: p<0,05
Δοσολογία ΣΒ (mg/ημέρα)	-	-	344	286	0,05

Συμπεράσματα: Η ασφάλεια της θεραπείας ήταν παρόμοια και στις δύο ομάδες. Οι υπερτασικοί ασθενείς παρουσίασαν μεγαλύτερη μείωση της συστολικής ΑΠ σε σχέση με τους νορμοτασικούς. Η βελτίωση τόσο της λειτουργικής ικανότητας όσο και της συστολικής και διαστολικής καρδιακής λειτουργίας ήταν παρόμοια στο πρώτο εξάμηνο παρακολούθησης.

ΡΟ.09

ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΙΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ: ΌΣΟ ΧΑΜΗΛΟΤΕΡΑ, ΤΟΣΟ ΚΑΛΥΤΕΡΑ;

Κ. Κουτσαμπασόπουλος¹, Κ. Ιμπριάλος¹, Α. Κατσιμάρδου¹,
Κ. Σταυρόπουλος¹, Δ. Πατουλιάς¹, Κ. Μπακογιάννης², Ι. Βογιατζής¹,
Χ. Παπαδόπουλος², Α. Ζιάκας³, Μ. Δούμας¹

¹Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο
Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

²Γ' Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο
Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

³Α' Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο
Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

Εισαγωγή: Η σχέση της αρτηριακής υπέρτασης (ΑΥ) και της καρδιακής ανεπάρκειας (ΚΑ) είναι καλά τεκμηριωμένη. Επιπλέον η αύξηση της αρτηριακής πίεσης αποτελεί παράγοντα κινδύνου για νοσήματα όπως η στεφανιαία νόσος, η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Στόχος της μελέτης είναι η διερεύνηση της συσχέτισης της συστολικής και διαστολικής αρτηριακής πίεσης ιατρείου (ΣΑΠ, ΔΑΠ) με τον αριθμό των νοσηλείων σε ασθενείς με ΚΑ.

Υλικό και Μέθοδοι: Ασθενείς με κλινική διάγνωση ΚΑ συμμετείχαν σε μία συγχρονική μελέτη. Καταγράφηκαν οι τιμές της ΣΑΠ και της ΔΑΠ ιατρείου, καθώς και το προηγούμενο ιστορικό ΑΥ. Πρωτογενές καταληκτικό σημείο ήταν ο αριθμός των νοσηλείων λόγω ΚΑ τους τελευταίους έξι και δώδεκα μήνες.

Αποτελέσματα: 306 διαδοχικοί ασθενείς με ΚΑ συμμετείχαν στη μελέτη. Οι 239 (78,1%) είχαν ιστορικό ΑΥ και οι 207 (90,8%) ανέφεραν επαρκή ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης. Η ΣΑΠ συσχετίστηκε αρνητικά με τον αριθμό των νοσηλείων στους τελευταίους έξι και δώδεκα μήνες ($r=-0,159$, $p=0,006$ και $r=-0,163$, $p=0,005$, αντίστοιχα). Η ΔΑΠ συσχετίστηκε αρνητικά μόνο με τον αριθμό των νοσηλείων στους προηγούμενους δώδεκα μήνες ($r=-0,142$, $p=0,015$). Ο αριθμός των νοσηλείων παρουσίασε θετική συσχέτιση με τον αριθμό των ετών από τη διάγνωση της ΚΑ ($r=0,197$, $p=0,001$ για τους έξι μήνες και $r=0,244$, $p<0,001$ για τους δώδεκα μήνες, αντίστοιχα).

Συμπεράσματα: Η ΑΥ παρουσιάζεται με μεγάλη συχνότητα σε άτομα με ΚΑ, ενώ χαμηλότερες τιμές ΣΑΠ και/ή ΔΑΠ συσχετίστηκαν με περισσότερες νοσηλείες. Το εύρημα αυτό αποδεικνύει πως η προσεκτική τιτλοποίηση της



δοσολογίας των αντιυπερτασικών φαρμάκων, όπως προτείνεται και από τις κατευθυντήριες οδηγίες για την ΚΑ, μπορεί να είναι ωφέλιμη.

ΡΟ.10

ΕΠΙΠΕΔΑ ΟΥΡΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ-ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Μ. Β. Παπαβασιλείου¹, Δ. Αραβαντινός², Σ. Πατσιάνης³, Β. Κακιούζη², Α. Σερέτης², Γ. Μουστάκας², Α. Καραμάνου²

¹Metropolitan General Hospital - Αθήνα

²Σισμανόγλειον ΓΝΑ

³Νοσοκομείο «Υγεία» Αθήνα

Εισαγωγή: Τα επίπεδα του ουρικού οξέος του αίματος έχουν συσχετιστεί με διάφορες καρδιαγγειακές και μεταβολικές παραμέτρους σε υπερτασικούς ασθενείς.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί η πιθανή συσχέτιση των επιπέδων του ουρικού οξέος του αίματος με την κεντρική παχυσαρκία καθώς και τα επίπεδα των μικρών πυκνών μορίων της LDL- χοληστερόλης υπερτασικών ασθενών.

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 2428 υπερτασικοί ασθενείς, θεραπευόμενοι ή πρωτοδιαγνωσθέντες (54,6%) χωρίς φαρμακευτική αγωγή, άνδρες (45,3%), γυναίκες, μέσης ηλικίας 56 ± 13 ετών, μέσης Σ/ΔΑΠ $1:143 \pm 21/89 \pm 13$ mmHg, μέσης ΚΣ 75 ± 11 σφ/1', μέσου δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) 27.92 ± 4.9 κ/εκ² και περιφέρεια μέσης (ΠΜ) 94.38 ± 13.6 εκ (άνδρες: 100.8 ± 9.8 εκ, γυναίκες: 89.7 ± 12.8 εκ) και η περιφέρεια ισχίων (ΠΙ) 107.02 ± 11.4 εκ (άνδρες: 106.6 ± 9.8 εκ, γυναίκες: 107.3 ± 12.8 εκ) και υπολογίστηκε η σχέση ΠΜ/ΠΙ. Σε όλους τους ασθενείς μετρήθηκαν τα επίπεδα του ουρικού οξέος αίματος, των HDL, LDL, VLDL και των τριγλυκεριδίων του ορού, ενώ σε 675 εξ αυτών μετρήθηκαν και τα επίπεδα της απολιποπρωτεΐνης, apo-B. Υπολογίστηκαν τα μικρά πυκνά μόρια LDL χοληστερόλης (τριγλυκερίδια/HDL, LDL/apo-B). Οι ανωτέρω παράμετροι συσχετίστηκαν κατά Pearson μεταξύ τους.

Αποτελέσματα:

Πίνακας 1: Συσχέτιση κατά Pearson των επιπέδων ουρικού οξέος αίματος με τα επίπεδα των μικρών πυκνών μορίων της LDL- χοληστερόλης, VLDL χοληστερόλης με τον δείκτη μάζας σώματος, την περιφέρεια μέσης και των ισχίων.

	OY	τρ/HDL	LDL/apo-B	VLDL
ΔΜΣ (κ/εκ ²)	r=0.239	r=0.166	r=-0.135	0.213
	P= 0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.000
ΠΜ(εκ)	r=0.352	r=0.284	r=-0.217	0.266
	P=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.000
ΠΜ/ΠΙ	r= 0.322	r=0.253	r=-0.177	r=0.174
	p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.000

ΔΜΣ=δείκτης μάζας σώματος ΠΜ= περιφέρεια μέσης, ΠΜ/ΠΙ= σχέση περιφέρεια μέσης προς περιφέρεια ισχίων. Μικρά πυκνά μόρια LDL (Τρ/HDL, LDL/apob)

Συμπέρασμα: Η Παχυσαρκία σχετίζεται σημαντικά τόσο με τα επίπεδα του ουρικού οξέος του αίματος, όσο και με τα πυκνά μικρά μόρια της LDL χοληστερόλης σε υπερτασικούς ασθενείς

ΡΟ.11

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΩΝ ΑΛΔΟΣΤΕΡΟΝΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΕΪΝΟΥΡΙΚΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ: ΜΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΩΝ ΔΟΚΙΜΩΝ

Μ. Ε. Αλεξάνδρου^{1,2}, Χ. Λουτράδης², Α. Πιπερίδου³, Α. Μπούτου⁴, Δ. Παπαδοπούλου¹, Α. Τσάπας⁵, Α. Παπαγιάννη², Π. Σαραφίδης²

¹Νεφρολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

²Πανεπιστημιακή Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ, Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

³Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ, Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

⁴Πνευμονολογική Κλινική Α.Π.Θ, Γ.Ν.Θ. Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη

⁵Β' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ, Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η θεραπεία με έναν αναστολέα μετατρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης (αΜΕΑ) ή έναν αναστολέα υποδοχέων αγγειοτενσίνης ΙΙ (αΑΙΙ) αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο στην αντιμετώπιση της χρόνιας νεφρικής νόσου.

Σκοπός: Καθώς οι παράγοντες αυτοί φθάνουν τη μέγιστη αντιπρωτεϊνουρική δράση μετά από κάποιες εβδομάδες θεραπείας λόγω του φαινομένου διαφυγής της αλδοστερόνης, υπάρχει ανάγκη ανεύρεσης νέων πιθανών φαρμακευτικών νεφροπροστατευτικών παραγόντων, όπως οι ανταγωνιστές αλδοστερόνης.

Υλικό και μέθοδοι: Διεξήγαμε μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση πάνω στην επίδραση των ανταγωνιστών αλδοστερόνης στην αλβουμινουρία/πρωτεϊνουρία, την εξέλιξη της νεφρικής νόσου και τα επεισόδια



υπερκαλιαιμίας. Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε μηχανές αναζήτησης βιβλιογραφικών αναφορών, μητρώα κλινικών δοκιμών και πρακτικά συνεδρίων αποσκοπούσε στην ανεύρεση τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών όπου γινόταν σύγκριση ενός ανταγωνιστή αλδοστερόνης με το εικονικό φάρμακο ή κάποια ενεργό θεραπεία.

Αποτελέσματα: Στην ανάλυση του πρωτεύοντος καταληκτικού σημείου συμπεριλάβαμε 31 μελέτες με 2767 συμμετέχοντες. Συγκριτικά με το εικονικό φάρμακο, οι ανταγωνιστές αλδοστερόνης μείωσαν το λόγο αλβουμίνης-κρεατινίνης ούρων (UACR) κατά -24,55% (95%CI -29,57 έως -19,53%), το λόγο πρωτεΐνης-κρεατινίνης ούρων (UPCR) κατά -53,93% (95%CI -79% έως -28,86%) και την 24ωρη αλβουμινουρία κατά -32,47% (95%CI -41,1 έως -23,85%), ενώ συγκριτικά με τους αναστολείς-διαύλων-ασβεστίου μείωσαν το UACR κατά -22,48% (95%CI -24,51 έως -20,44%). Καμία διαφορά δε διαπιστώθηκε συγκριτικά με άλλα διουρητικά ή ένα δεύτερο αΜΕΑ/αΑΠ. Η προσθήκη ενός ανταγωνιστή αλδοστερόνης συσχετίσθηκε με πτώση του ρυθμού-σπειραματικής διήθησης -2,38mL/min/1,73m² (95%CI -3,51 έως -1,25), αύξηση του καλίου +0,22mEq/L (95%CI 0,16 έως 0,28mEq/L) και 2.5 φορές υψηλότερο κίνδυνο υπερκαλιαιμίας (RR 2,63, 95% CI 1,69 έως 4,08).

Συμπεράσματα: Η προσθήκη ενός ανταγωνιστή αλδοστερόνης προσδίδει επιπρόσθετο αντιπρωτεϊνουρικό αποτέλεσμα, παρά την ελαφρά αύξηση των επιπέδων καλίου.

PO.12

ΟΙ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΙ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΦΤΩΧΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Β. Κατόη¹, Σ. Αρχοντάκης², Ο. Παπαζάχου², Γ.Σκαλής², Η. Αδριανοπούλου², Γ. Βαμβάκου², Θ. Μακρής²

¹Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο

²Ελενα Βενιζέλου

Σκοπός μελέτης: Όλο και περισσότερες ενδείξεις δείχνουν ότι η πρωτοπαθής υπέρταση (ΠΥ) έχει αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής τη σχετιζόμενη με την υγεία (Health-related quality of life (H-rQoL)). Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου II (ΣΔ-II) σχετίζεται με επιτάχυνση της αγγειακής γήρανσης. Εξετάζεται η υπόθεση ότι ο συνδυασμός ΠΥ και ΣΔ-II μπορεί να έχει μια αθροιστική επιβαρυντική επίδραση στη H-rQoL.

Μέθοδοι: 145 ασθενείς με νεοδιαγνωσθείσα, χωρίς θεραπεία και χωρίς επιπλοκές ΠΥ σταδίου I-II (ηλικία 56±16 years, ΣΔ-II=37, ΑΠ ιατρείου=156/92



mmHg) έλαβαν την έγκυρη ελληνική έκδοση του SF-36 ερωτηματολογίου γενικής υγείας, που περιλαμβάνει 8 υποκατηγορίες: φυσική λειτουργικότητα, φυσικός ρόλος, σωματικός πόνος, γενική υγεία, ζωτικότητα, κοινωνική λειτουργικότητα, συναισθηματικός ρόλος και πνευματική υγεία. Οι υποκατηγορίες αυτές χωρίστηκαν περαιτέρω σε δύο κατηγορίες: το σύνολο του φυσικού παράγοντα (physical component summary PCS) και το σύνολο του πνευματικού παράγοντα (mental component summary MCS).

Αποτελέσματα: Οι διαβητικοί υπερτασικοί έδειξαν χαμηλότερα σκορ σε όλες τις παραμέτρους του SF-36 σε σχέση με τους μη διαβητικούς. Ο παράγοντας γενικής υγείας είχε στατιστικά σημαντική διαφορά (34.91 στους διαβητικούς με ΠΥ έναντι 51.78 στους μη διαβητικούς με ΠΥ, $p=0.05$) (πίνακας).

Συμπέρασμα: Η υπέρταση που συνδυάζεται με ΣΔ-II ασκεί αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής τη σχετιζόμενη με την υγεία. Ίσως η έγκαιρη ταυτοποίηση υπερτασικών ασθενών με ΣΔ-II μπορεί να βελτιώσει όχι μόνο την καρδιαγγειακή τους εξέλιξη, αλλά και την ικανότητά τους να ανταπεξέρχονται στις καθημερινές τους ανάγκες.

SF-36 Scales	Diabetes (n=37)	No Diabetes (n=108)	P-Value
Physical functioning	40.01	51.02	0.21
Role physical	49.82	51.12	0.86
Bodily pain	48.72	50.64	0.87
General health	34.91	51.78	0.05
Role emotional	48.89	57.62	0.27
Mental Health	49.82	54.79	0.28
PCS	41.74	51.04	0.21
MCS	47.74	52.38	0.27
Total SF-36 Score	43.52	51.37	0.24

ΡΟ.13

ΜΟΞΟΝΙΔΙΝΗ, Ο ΝΕΟΤΕΡΟΣ ΚΕΝΤΡΙΚΩΣ ΔΡΩΝ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ: Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΟΥΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΤΟΥΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ, ΣΤΑΔΙΟΥ 1 ΚΑΙ 2

Ε. Καρλάφτη¹, Τ. Διδάγγελος¹, Μ. Μπαλτατζή¹, Γ. Κολιάκος², Β. Χασιώτης³,
Α. Χατζητόλιος¹, Χ. Σαββόπουλος¹

¹Κέντρο Αριστείας Υπέρτασης (Hypertension Excellence Center), Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

²Τμήμα Βιολογικής Χημείας, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

³Μαθηματικό Τμήμα, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

Εισαγωγή: Η Μοξονιδίνη είναι ο νεότερος, δεύτερης γενιάς, κεντρικώς δρών αντιυπερτασικός παράγοντας με εκλεκτική αγωνιστική δράση στους ΙΙ ιμιδαζολινικούς υποδοχείς. Χρησιμοποιείται συχνά στην κλινική πρακτική επειδή έχει λίγες ανεπιθύμητες ενέργειες. Επιπρόσθετα, η Μοξονιδίνη χρησιμοποιείται στη θεραπεία των παχύσαρκων, επειδή μειώνει τα επίπεδα λεπτίνης στο πλάσμα και το Σωματικό Βάρος (ΣΒ), μέσω της δράσης στο Συμπαθητικό Νευρικό Σύστημα (ΣΝΣ). Η χρήση της Μοξονιδίνης, σύμφωνα με τις τελευταίες μελέτες, όχι μόνο μειώνει την Αρτηριακή Πίεση (ΑΠ), αλλά ταυτόχρονα φαίνεται να έχει πλειότροπες δράσεις, που επηρεάζουν τον συνολικό καρδιαγγειακό κίνδυνο.

Σκοπός: Η αποτελεσματικότητα της Μοξονιδίνης στην ΑΥ των παχύσαρκων και υπέρβαρων, καθώς και η επίδρασή της στο Σωματικό Βάρος(ΣΒ) και στο μεταβολικό προφίλ των παχύσαρκων, με στάδιο 1 ή 2 Αρτηριακή Υπέρταση.

Υλικό: 30 παχύσαρκοι υπερτασικοί, σταδίου 1 ή 2 (50% γυναίκες), έλαβαν Μοξονιδίνη για 3 μήνες.

Μέθοδοι: Προσδιορίστηκαν οι τιμές της Αρτηριακής Πίεσεως(ΑΠ), οι αιματολογικοί, βιοχημικοί παράμετροι πριν και μετά τη χορήγηση Μοξονιδίνης.

Αποτελέσματα: Παρατηρήθηκε σημαντική μείωση της Συστολικής ΑΠ, της Διαστολικής ΑΠ και της καρδιακής συχνότητας, καθώς και του ΣΒ και του δείκτη μάζας σώματος, της χοληστερόλης, της LDL και των τριγλυκεριδίων ορού, μετά τη θεραπεία. Επιπλέον παρατηρήθηκε αύξηση -όχι στατιστικά σημαντική- της HDL στον ορό των ασθενών, μετά τη θεραπεία. (Πίνακας 1)



Συμπεράσματα: Η Μοξονιδίνη φαίνεται ότι αποτελεί θεραπεία εκλογής στους παχύσαρκους υπερτασικούς, δεδομένου ότι μειώνει ταυτόχρονα και την ΑΠ και το ΣΒ. Επιπρόσθετα, φαίνεται να συνδέεται με πιθανές πλειότροπες δράσεις, δεδομένου ότι παρατηρείται ευνοϊκή επίδραση στο λιπιδαιμικό προφίλ, ενώ παρατηρείται και αναμενόμενη επίδραση στον αυξημένο καρδιακό ρυθμό. Ωστόσο, απαιτούνται μεγάλες μελέτες για την επιβεβαίωση των ιδιοτήτων αυτών και τη συμβολή της Μοξονιδίνης στη μείωση του συνολικού καρδιαγγειακού κινδύνου.

	Μέση τιμή (πριν την θεραπεία)	Μέση τιμή (μετά την θεραπεία)	p value (στατιστική διαφορά πριν και μετά την θεραπεία)
Συστολική Αρτηριακή Πίεση (mmHg)	155,33	146,7	0,000
Διαστολική Αρτηριακή Πίεση (mmHg)	95,97	90,40	0,000
Καρδιακή συχνότητα (χτύποι/λεπτό)	75,50	71,33	0,000
Σωματικό Βάρος (kg)	108,27	103	0,000
BMI (kg/m ²)	37,40	35,67	0,000
Χοληστερόλη ορού (mg/dl)	204,2	193,53	0,011
LDL ορού (mg/dl)	129,23	114,93	0,011
HDL ορού (mg/dl)	49,50	52,23	0,7965
Τριγλυκερίδια ορού (mg/dl)	134,47	115,57	0,049

Πίνακας 1.

ΡΟ.14

ΜΙΚΡΑ ΠΥΚΝΑ ΜΟΡΙΑ LDL- ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗΣ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΑΥΤΩΝ ΜΕ ΤΗ ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Μ. Β. Παπαβασιλείου¹, Δ. Αραβαντινός², Σ. Πατσιάνης³, Β. Κακιούζη², Α. Σερέτης², Γ. Μουστάκας², Α. Καραμάνου²

¹Metropolitan General Hospital - Αθήνα

²Σισμανόγλειον ΓΝΑ

³Νοσοκομείο «Υγεία» Αθήνα

Εισαγωγή: Είναι γνωστή η συσχέτιση των μικρών πυκνών μορίων της LDL χοληστερόλης με διάφορες μεταβολικές και καρδιαγγειακές παραμέτρους.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνηθεί η πιθανή συσχέτιση των μικρών πυκνών μορίων της LDL- χοληστερόλης και των μορίων πολύ χαμηλής πυκνότητας χοληστερόλης (VLDL), με την δομή και τη διαστολική λειτουργία της αριστεράς κοιλίας υπερτασικών ασθενών.

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 907 υπερτασικοί ασθενείς, θεραπευόμενοι ή πρωτοδιαγνωσθέντες, (54.6%) χωρίς φαρμακευτική αγωγή, άνδρες (45.3%), γυναίκες, μέσης ηλικίας 56 ± 13 ετών, μέσης Σ/ΔΑΠ $1:143 \pm 21/89 \pm 13$ mmHg, μέσης ΚΣ 75 ± 11 σφ/1', μέσου ΔΜΣ 27.9 ± 4 , κ/εκ². Σε όλους τους ασθενείς μετρήθηκαν τα επίπεδα των τριγλυκεριδίων, HDL, LDL, VLDL χοληστερόλης και της λιποπρωτεΐνης apo-B αίματος και υπολογίστηκαν τα μικρά πυκνά μόρια LDL χοληστερόλης (τριγλυκερίδια/HDL, LDL/apo-B). Όλοι οι ασθενείς επίσης υποβλήθηκαν σε υπερηχοκαρδιογραφική – Doppler μελέτη, όπου υπολογίστηκαν η μάζα (ΜΑ) και ο δείκτης μάζας της αριστεράς κοιλίας (ΔΜΑ), καθώς επίσης και η διαστολική λειτουργία της αριστεράς κοιλίας (ππλίκιο Ε/Α). Οι ανωτέρω παράμετροι συσχετίστηκαν κατά Pearson μεταξύ τους.

Αποτελέσματα:

Πίνακας 1 : Συσχέτιση κατά Pearson των μικρών πυκνών μορίων της LDL-χοληστερόλης και της VLDL με την μάζα, τον δείκτη μάζας της αριστεράς κοιλίας και την σχέση της ταχύτητας διαμιτροειδικής ροής κατά την πρωτοδιαστολή προς την αντίστοιχη ταχύτητα κατά την τελοδιαστολή, υπερτασικών ασθενών.

	Tr/HDL (x1l/xΛ)	LDL/apo-B	VLDL
MA (γρ)	r:0.161	r= -0.095	r=0.0168
	p=0.000	p=0.003	p=0.000
ΔMA(γρ/επιφ2)	r=0.083	r=-0.052	r=0.105
	p= 0.000	NS	p=0.006
E/A	r= -0.012	r=0.017	r=- 0.055
	NS	NS	NS

MA= μάζα αριστερής κοιλίας ΔMA= δείκτης μάζας αριστερής κοιλίας (διορθωμένη με την επιφάνεια σώματος)

E/A= λόγος ταχύτητας διαμιτροειδικής ροής κατά την πρωτοδιαστολή προς την αντίστοιχη ταχύτητα κατά την τελοδιαστολή. Μικρά πυκνά μόρια LDL (τριγλυκερίδια/HDL, LDL/apo-B)

Συμπέρασμα: Τα επίπεδα των μικρών πυκνών μορίων LDL και της VLDL αίματος υπερτασικών ασθενών σχετίζονται σημαντικά με δομικές παραμέτρους αλλά όχι με τους δείκτες διαστολικής λειτουργίας της αριστεράς κοιλίας, στο πλαίσιο ενδεχομένως δυσλειτουργίας του ενδοθηλίου .

PO.15

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΔΕΞΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Κ. Κουτσαμπασόπουλος¹, Κ. Σταυρόπουλος¹, Κ. Ιμπριάλος¹, Α. Κατσιμάρδου¹, Κ. Αβρανάς¹, Ι. Βογιατζής¹, Κ. Πετίδης¹, Α. Καμπαρούδης², Α. Ζιάκας³, Μ. Δούμας¹

¹Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

²Ε' Χειρουργική Κλινική, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

³Α' Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

Εισαγωγή: Η διαστολική λειτουργία της δεξιάς κοιλίας είναι συχνά επηρεασμένη σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ), και ακόμη και αν δεν έχει μελετηθεί ευρέως, η δυσλειτουργία αυτής φαίνεται πως συσχετίζεται με δυσμενή πρόγνωση και αυξημένη θνητότητα μεταξύ των ασθενών με εγκατεστημένη ΚΑ. Συγχρόνως, η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών με ΚΑ έχουν ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης (ΑΥ), παρόλα αυτά δεν είναι γνωστό



αν η συστολική και η διαστολική αρτηριακή πίεση (ΣΑΠ, ΔΑΠ, αντίστοιχα) συσχετίζονται με διαστολική δυσλειτουργία της δεξιάς κοιλίας σε αυτούς τους ασθενείς.

Υλικό και μέθοδος: Πρόκειται για μία μελέτη χρονικής στιγμής (cross-sectional), στην οποία αξιολογήθηκαν ασθενείς με κλινική διάγνωση ΚΑ. Κατεγράφησαν το ιστορικό ΑΥ, καθώς και οι τιμές ΣΑΠ και ΔΑΠ στο ιατρείο. Στη συνέχεια διενεργήθηκε κλασική υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη με την επιπρόσθετη χρήση του ιστικού Doppler προς διερεύνηση της διαστολικής δυσλειτουργίας της δεξιάς κοιλίας, με αξιολόγηση των κάτωθι παραμέτρων: πρώιμη διαστολική ταχύτητα πλήρωσης διά της τριγλώχινας (Et), όψιμη διαστολική ταχύτητα πλήρωσης διά της τριγλώχινας (At), πρώιμη διαστολική ταχύτητα τριγλωχινικού δακτυλίου (e't), όψιμη διαστολική ταχύτητα τριγλωχινικού δακτυλίου (a't), καθώς και η διάμετρος της κάτω κοίλης φλέβας.

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν συνολικά 306 ασθενείς με ΚΑ. Τεκμηριώθηκε η παρουσία αρνητικής συσχέτισης μεταξύ ΔΑΠ και του λόγου Et/E't ($r=-0,520$, $p=0,003$), καθώς και θετικής συσχέτισης μεταξύ ΔΑΠ και του λόγου e't/a't ($r=0,373$, $p=0,030$). Αναδείχθηκε επίσης θετική συσχέτιση μεταξύ της διαμέτρου της κάτω κοίλης φλέβας με τη ΔΑΠ ($r=0,390$, $p=0,037$), καθώς επίσης και με το λόγο e't/a't ratio ($r=0,336$, $p=0,016$). Αντιθέτως, δεν αναδείχθηκε συσχέτιση μεταξύ ΣΑΠ και διαστολικής δυσλειτουργίας της δεξιάς κοιλίας.

Συμπεράσματα: Ο έλεγχος της ΔΑΠ σε ασθενείς με ΚΑ και διαστολική δυσλειτουργία της δεξιάς κοιλίας πιθανόν να συντελέσει στη βελτίωση αυτής, με τη σύγχρονη βελτίωση της συμπτωματολογίας, αλλά και της συνολικής πρόγνωσης της ΚΑ.

PO.16

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΝΑΤΡΙΟΥ ΜΕ ΑΝΑΚΛΗΣΗ 24ΩΡΟΥ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΙΣΑ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΤΑΔΙΟΥ Ι

Α. Βαμβάκης, Ε. Γκαλιαγκούση, Α. Λαζαρίδης, Α. Τριανταφύλλου,
Ν. Κολέτσος, Π. Ανυφαντή, Π. Δόλγυρας, Σ. Δούμα
Γ' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Αριστοτέλειο
Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η εκτίμηση κατανάλωσης νατρίου (Na) με ακρίβεια είναι σημαντική για την εξατομίκευση των υγιεινοδιαιτητικών συστάσεων σε υπέρτα-



σικούς ασθενείς με νεοδιαγνωσθείσα αρτηριακή (ΑΥ) υπέρταση σταδίου I.

Σκοπός: Στην παρούσα μελέτη αξιολογήσαμε την κατανάλωση Na μέσω καταγραφής των διατροφικών συνηθειών και με εργαστηριακή ανάλυση ούρων 24ώρου. Διερευνήθηκε η αξιοπιστία της καταγραφής διατροφικής πρόσληψης σε σύγκριση με τα επίπεδα Na στα ούρα, που θεωρείται η πιο αξιόπιστη αλλά γενικά λιγότερο πρακτική μέθοδος.

Υλικό και μέθοδοι: Μελετήθηκαν ασθενείς με νεοδιαγνωσθείσα (ΑΥ) σταδίου I, χωρίς θεραπεία και συννοσηρότητες. Η πρόσληψη Na αξιολογήθηκε μέσω (α) 24ωρης ανάκλησης της διατροφής και (β) συλλογής ούρων 24ώρου για μέτρηση επίπεδων Na, κατά την ίδια ημέρα. Το προσλαμβανόμενο Na μετατράπηκε σε αποβαλλόμενο με τον συντελεστή 0,9. Επιπλέον, υπολογίστηκε και με τις δύο μεθόδους ο λόγος νατρίου προς καλίου (Na/K). Η διατροφική πρόσληψη της ημέρας αποτυπώθηκε από κλινικό διατροφολόγο-διαιτολόγο με χρήση μοντέλων τροφίμων και αναλύθηκε με το λογισμικό FOOD PROCESSOR.

Αποτελέσματα: Μελετήσαμε 80 ασθενείς ηλικίας $47,6 \pm 10,7$ ετών. Παρατηρήθηκε συμφωνία μεταξύ των δύο μεθόδων καταγραφής τόσο για τα επίπεδα κατανάλωσης Na [$121,3(77,1)$ έναντι $142,4(26,0)$ mEq/24h] όσο και για τον λόγο Na/K [$2,6(1,9)$ έναντι $2,3(1,4)$] της διατροφής σε σύγκριση με την ανάλυση ούρων αντίστοιχα ($p > 0,05$).

Συμπεράσματα: Η εκτίμηση της πρόσληψης Na, σε υπερτασικούς ασθενείς με νεοδιαγνωσθείσα ΑΥ σταδίου I, μέσω ανάκλησης 24ώρου διατροφής, μπορεί να είναι αξιόπιστη, όταν γίνεται από εξειδικευμένο διαιτολόγο και χρησιμοποιείται πιστοποιημένο λογισμικό διατροφικής ανάλυσης. Η μέθοδος αυτή μπορεί να αποτελέσει πιο εύκολη λύση έναντι της λιγότερο πρακτικής συλλογής ούρων 24ώρου ή/και σε περίπτωση μη δυνατότητας ανάλυσης ούρων 24ώρου ή τυχαίου δείγματος.

ΡΟ.17

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΠΕΛΙΝΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΒΙΣΦΑΤΙΝΗΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ

Μ. Βέλλιου¹, Δ. Παπαδόπουλος¹, Η. Σανίδας¹, Κ. Ζέρβα¹, Κ. Τσάκαλης¹,
Σ. Βάκρου¹, Δ. Ηλιόπουλος², Μ. Μαντζουράνη³, Δ. Περγέα²,
Ι. Μπαρμπετσέας¹

¹Καρδιολογικό Τμήμα Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

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

³Α' Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

Εισαγωγή: Η απελίνη και η βισφατίνη είναι ορμόνες του λιπώδους ιστού που ενδέχεται να επηρεάσουν την λειτουργία του καρδιαγγειακού συστήματος. Συγκεκριμένα, η απελίνη έχει θετική ινότροπο δράση αυξάνοντας την καρδιακή παροχή και συμβάλει στη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης. Αντιθέτως, η βισφατίνη έχει συσχετιστεί με την ενδοθηλιακή δυσλειτουργία και τη δημιουργία της ασταθούς αθηρωματικής πλάκα. Ωστόσο, η ακριβής επίδραση αυτών των ορμονών στην κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ) δεν έχει επαρκώς μελετηθεί.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί η ενδεχόμενη συσχέτιση της απελίνης και της βισφατίνης με την ΚΜ.

Μέθοδοι: Συνολικά συμμετείχαν 100 ασθενείς (50 με ΚΜ και 50 χωρίς ΚΜ) παρόμοιας ηλικίας, φύλου και δείκτη μάζας σώματος. Τα επίπεδα της απελίνης και της βισφατίνης στο πλάσμα των ασθενών μετρήθηκαν με τη μέθοδο Elisa.

Αποτελέσματα: Η απελίνη ήταν χαμηλότερη στους ασθενείς με ΚΜ συγκριτικά με τους ασθενείς χωρίς ΚΜ, ενώ η βισφατίνη ήταν υψηλότερη (Πίνακας).

Συμπεράσματα: Σε ασθενείς με ΚΜ παρατηρήθηκαν στατιστικώς σημαντικά χαμηλά επίπεδα απελίνης και υψηλά επίπεδα βισφατίνης καταδεικνύοντας τον πιθανό ρόλο των ορμονών του λιπώδους ιστού στην εκδήλωση καρδιαγγειακών παθήσεων.

Πίνακας.

	Άτομα με ΚΜ (n=50)	Άτομα χωρίς ΚΜ (n=50)	p-value
Απελίνη (pg/ml)	176.1 ± 68.4	301.2 ± 106.9	<0.00001
Βισφατίνη (ng/ml)	2.0 ± 1.0	1.4 ± 0.9	0.001

ΡΟ.18

ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΣΕ ΕΝΑ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Δ. Ανυφαντάκης¹, Μ. Ραφαηλίδου¹, Ν. Τσουντάκης³, Σ. Καστανάκης²

¹ΠΕΔΥ-Κέντρο Υγείας Κισσάμου

²Άγιος Γεώργιος Γενικό Νοσοκομείο Χανίων

³ΠΕΔΥ Κ.Υ Κανιάνου

Εισαγωγή - Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της επίπτωσης του μεταβολικού συνδρόμου σε ένα πληθυσμό πρωτοβάθμιας φροντίδας της αγροτικής Κρήτης.

Υλικό και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε εξέταση 144 ασθενών (76 άνδρες και 68 γυναίκες) που προσέρχονταν σε τακτικό ιατρείο του Κέντρου Υγείας Κισσάμου το χρονικό διάστημα 6/2018-12/2018. Έγινε μέτρηση περιμέτρου μέσης, ύψους, βάρους, δείκτη μάζας σώματος και αρτηριακής πίεσης βάσει πρωτοκόλλου. Επιπλέον έγινε καταγραφή των καπνιστικών συνηθειών, του σακχάρου νηστείας και του λιπιδαιμικού προφίλ (LDL, HDL, TG) από τον εργαστηριακό έλεγχο των ασθενών του τελευταίου εξαμήνου.

Αποτελέσματα και Συμπεράσματα: Η ηλικία του δείγματος κυμαίνονταν από 30 έως 75 έτη. Περίπου 6 στα 10 άτομα (58%) από τον μελετηθέν πληθυσμό παρουσιάζει μεταβολικό σύνδρομο με συχνότητα 39% στους άνδρες και 30% στις γυναίκες. Παρατηρήθηκε αύξηση της συχνότητας με την ηλικία. Αρτηριακή υπέρταση εμφανίστηκε στο 80% του δείγματος, 71% είχαν αυξημένα τριγλυκερίδια, 62% μειωμένη HDL και 51% αυξημένο σάκχαρο νηστείας.

Η συχνότητα του μεταβολικού συνδρόμου βρίσκεται αυξημένη. Η έγκαιρη διάγνωση είναι σημαντική για την πρόληψη των επιμέρους παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου.

ΡΟ.19

ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΣΥΣΤΟΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΔΕΞΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ: ΜΙΑ ΥΠΕΡΗΧΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΧΡΟΝΙΚΗΣ ΣΤΙΓΜΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Κ. Κουτσαμπασόπουλος¹, Κ. Ιμπριάλος¹, Κ. Σταυρόπουλος¹, Δ. Πατούλιας¹, Α. Σαхинίδης¹, Β. Γεωργοπούλου², Κ. Πετίδης¹, Α. Καμπαρούνης³, Α. Ζιάκας⁴, Μ. Δούμας¹

¹Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

²Ακτινολογικό Τμήμα, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

³Ε' Χειρουργική Κλινική, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

⁴Α' Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

Εισαγωγή: Η λειτουργικότητα της δεξιάς κοιλίας συνιστά σημαντικό προγνωστικό δείκτη σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ). Επιπρόσθετα, η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών με ΚΑ πάσχουν συγχρόνως από αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ). Παρόλα αυτά, δεν είναι ευρέως γνωστό σε ποιο βαθμό η συστολική και διαστολική αρτηριακή πίεση (ΣΑΠ, ΔΑΠ) συσχετίζονται με δυσλειτουργία της δεξιάς κοιλίας σε ασθενείς με ΚΑ.

Υλικό και μέθοδοι: Στην παρούσα μελέτη χρονικής στιγμής (cross-sectional) εντάχθηκαν ασθενείς με κλινική διάγνωση ΚΑ. Μετρήθηκαν οι τιμές ΣΑΠ και ΔΑΠ στο ιατρείο, ενώ κατεγράφη το προηγούμενο ιστορικό ΑΥ. Στη συνέχεια οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε δισδιάστατη υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη, με την επιπρόσθετη χρήση του ιστικού Doppler, προς αξιολόγηση των κάτωθι παραμέτρων συστολικής λειτουργικότητας της δεξιάς κοιλίας: συστολική μετατόπιση του τριγωνικού δακτυλίου στον επιμήκη άξονα (TAPSE), μέγιστη συστολική ταχύτητα τριγωνικού δακτυλίου στον επιμήκη άξονα (TDSV), ο λόγος TDSV προς τη συστολική πίεση στην πνευμονική αρτηρία (PASP), καθώς και ο μυοκαρδιακός δείκτης απόδοσης της δεξιάς κοιλίας (MPI-TEI index).

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν συνολικά 306 ασθενείς. Οι γυναίκες ασθενείς έπασχαν συχνότερα από ΑΥ συγκριτικά με τους άνδρες (87,6% vs 73,1%, $p=0.004$). Συνολικά, 239 ασθενείς (78,1%) με ΚΑ είχαν επίσης ιστορικό ΑΥ, ενώ τεκμηριώθηκε πως ο ικανοποιητικός έλεγχος της ΑΥ συσχετίζεται με καλύτερη TDSV ($p=0.029$), και συνεπώς με καλύτερη συστολική λειτουργία.



κότητα της δεξιάς κοιλίας. Δεν καταδείχθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ΣΑΠ και των μετρούμενων υπερηχοκαρδιογραφικών παραμέτρων.

Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη προσφέρει νεότερα δεδομένα σχετικά με τον επιπολασμό της συστολικής δυσλειτουργίας της δεξιάς κοιλίας, καθώς και τη συσχέτιση της με την ΑΥ. Τα αποτελέσματα της μελέτης ίσως αποδειχτούν χρήσιμα για μία περισσότερη προσεκτική αξιολόγηση της ΑΥ μεταξύ ασθενών με ΚΑ και συστολική δυσλειτουργία της δεξιάς κοιλίας, το οποίο μεταφράζεται στην εφαρμογή ενός περισσότερο αποτελεσματικού και στοχευμένου θεραπευτικού πλάνου σε αυτήν την κατηγορία ασθενών.

ΡΟ.20

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΦΥΣΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΔΙΑΙΤΗΤΩΝ ΠΟΔΟΣΦΑΙΡΟΥ ΚΑΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Σ. Παπαστεφάνου, Ι. Σιδέρη, Ι. Τσουνος

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Αγ.Παύλος» Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Θεωρείται γνωστό ότι η συστηματική σωματική δραστηριότητα παίζει πρωταρχικό ρόλο στην πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Σκοπός εργασίας: Ήταν να διαπιστώσουμε την συσχέτιση ανάμεσα στην συστηματική προπόνηση επαγγελματιών διαιτητών ποδοσφαίρου και την επίπτωση στην Αρτηριακή Υπέρταση.

Υλικό και Μέθοδοι: Στην ανωτέρω μελέτη συμμετείχαν τριάντα δύο διαιτητές ποδοσφαίρου άρρενες ηλικίας 29-42 (μ.ο 35) ετών και μ.ο BMI 21,4±2,1. Η χρονική διάρκεια ενασχόλησης με την διαιτησία κυμαινόταν από 7-19 έτη. Το σύνολο της ομάδος υποβαλλόταν σε συστηματική προπόνηση πέντε φορές εβδομαδιαίως για περίπου 90 min. Ελήφθη ατομικό -οικογενειακό ιστορικό, ακρόαση καρδιάς, μέτρηση Αρτ.Πιέσεως (ΑΠ) με ηλεκτρονικό πιεσόμετρο, πλήρες Η.Κ.Γ 12 απαγωγών, ECHO TRIPLEX καρδιάς και Δοκιμασία κοπώσεως.

Αποτελέσματα: Το σύνολο των εξετασθέντων είχε ελεύθερο ιστορικό, ελάχιστοι δήλωσαν περιστασιακοί χρήστες αλκοόλ, καφέ σε μικρές ποσότητες, ενώ όλοι ήταν άκαπνοι. Δεν ανέφεραν χρήση φαρμάκων, συμπληρωμάτων διατροφής αγνώστου συστάσεως, απαγορευμένων ουσιών. Ο μ.ο τιμών (ΑΠ) ήταν 123/77mmHg. Το ΗΚΓ ήταν σε φλεβοκομβικό ρυθμό, με ελάχιστα ευρήματα (φλεβοκομβική βραδυκαρδία, υπερτροφία αρ.κοιλίας). Στο ECHO TRIPLEX καρδιάς είχαν άριστη συστολική - διαστολική λειτουργία, ενώ τόσο η τελοδιαστολική διάμετρος αρ.κοιλίας (LEVDD= 55-56mm), όσο και το πάχος τοιχωμάτων αυτής (IVSD, LVPWD = 11-12mm) ήταν στα ανώτερα



φυσιολογικά. Η Δοκιμασία Κοπώσεως έδειξε υψηλό επίπεδο φόρτισης έργου (>12 METS), που αναλύεται σε βραδεία άνοδο του διπλού γινομένου ΑΠ Χ καρδιακή συχνότητα έως το μέγιστο της κόπωσης και ταχεία επάνοδο κατά τη φάση της ανάνηψης.

Συμπέρασμα: Η μελέτη απέτελεσε το επιστέγασμα ανάμεσα στη θεωρία και πράξη, επιβεβαιώνοντας ότι η συστηματική σωματική δραστηριότητα ευθυγραμμίζεται με φυσιολογικές τιμές ΑΠ. Περαιτέρω έρευνα απαιτείται προκειμένου να προσδιορισθεί το επίπεδο και το είδος της σωματικής δραστηριότητας προκειμένου να μειωθεί ο κίνδυνος εμφάνισης μελλοντικών επεισοδίων απορρύθμισης της ΑΠ.

ΡΟ.21

ΤΑ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΑ ΜΙΚΡΟΣΩΜΑΤΙΔΙΑ ΕΙΝΑΙ ΑΥΞΗΜΕΝΑ ΣΕ ΜΗ ΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΙΣΑ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΜΙΚΡΟΛΕΥΚΩΜΑΤΙΝΟΥΡΙΑ

Α. Λαζαρίδης¹, Ε. Γκαλιαγκούση¹, Ε. Γαβριηλάκη¹, Β. Νικολαΐδου¹,
Έ. Γιαννάκη², Α. Τριανταφύλλου¹, Π. Ανυφαντή¹, Π. Δόλγυρας¹,
Δ. Μαρκάλα², Σ. Δούμα¹

¹Γ' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

²Τμήμα Κυτταρομετρίας, Αιματολογικό Εργαστήριο, Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεαγένειο, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Τα ενδοθηλιακά μικροσωματίδια δεν αποτελούν μόνο εδραιωμένο δείκτη ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας αλλά συμμετέχουν ενεργά στην ενδοθηλιακή βλάβη. Μελέτες *in vitro* έχουν δείξει ότι τα ενδοθηλιακά μικροσωματίδια προκαλούν σπειραματική φλεγμονή και λευκωματινουρία. Η λευκωματινουρία είναι ισχυρός παράγοντας καρδιαγγειακού κινδύνου στους υπερτασικούς κι αντανakλά τη σπειραματική ενδοθηλιακή δυσλειτουργία.

Σκοπός: Στην παρούσα μελέτη μετρήσαμε τα ενδοθηλιακά μικροσωματίδια σε ασθενείς με νεοδιαγνωσθείσα ιδιοπαθή αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) και τα συσχετίσαμε με τη μικρολευκωματινουρία, σε μια προσπάθεια να ανιχνεύσουμε τη συμμετοχή των μικροσωματιδίων στη νεφρική μικροαγγειακή βλάβη.

Υλικό και μέθοδος: Μελετήσαμε ασθενείς με νεοδιαγνωσθείσα ιδιοπαθή ΑΥ χωρίς θεραπεία και συννοσηρότητες έναντι υγιών εθελοντών σταθμισμένων ως προς ηλικία και φύλο. Η 24ωρη αρτηριακή πίεση (ΑΠ) μετρήθηκε με



τη συσκευή Mobil-O-Graph. Η αιμοληψία για τον προσδιορισμό των ενδοθηλιακών μικροσωματιδίων έγινε με προκαθορισμένο πρωτόκολλο. Ακολούθως, τα μικροσωματίδια ανιχνεύτηκαν με ειδικά φθορίζοντα αντισώματα (anti-CD105, anti-CD144 PE και Annexin V-FITC) και προσδιορίστηκαν με κυτταρομετρία ροής. Η μικρολευκωματινουρία εκτιμήθηκε με συλλογή ούρων 24ώρου.

Αποτελέσματα: Μελετήσαμε 43 ασθενείς ηλικίας 48.5 ± 9.5 ετών με νεοδιαγνωσθείσα ιδιοπαθή ΑΥ χωρίς θεραπεία έναντι 19 υγιών εθελοντών. Τα ενδοθηλιακά μικροσωματίδια ήταν σημαντικά υψηλότερα στους υπερτασικούς έναντι των υγιών ($203 \pm 125/\mu\text{l}$ vs $152 \pm 52/\mu\text{l}$, $p=0.037$) και παρουσίασαν σημαντική συσχέτιση με την ηλικία, τη μικρολευκωματινουρία και παραμέτρους της ΑΠ. Στο πολυπαραγοντικό μοντέλο, η μικρολευκωματινουρία ήταν ο μόνος σημαντικός, ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας των μικροσωματιδίων ($\text{beta}=0.486$, $p=0.044$).

Συμπεράσματα: Τα ενδοθηλιακά μικροσωματίδια είναι σημαντικά αυξημένα σε ασθενείς με νεοδιαγνωσθείσα ιδιοπαθή ΑΥ και συσχετίζονται σημαντικά με τη μικρολευκωματινουρία. Λόγω των προ-φλεγμονωδών τους ιδιοτήτων, πιθανότατα συμμετέχουν στη συνεχιζόμενη νεφρική μικροαγγειακή βλάβη και τη μικρολευκωματινουρία των υπερτασικών ασθενών.

PO.22

Η ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ ΕΠΙΔΕΙΝΩΝΕΙ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΤΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ

Β. Κατοή¹, Σ. Αρχοντάκης², Ο. Παπαζάχου¹, Γ.Σκαλής², Η. Αδριανοπούλου², Γ. Βαμβάκου², Θ. Μακρής²

¹Ελενα Βενιζέλου

²Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο

Σκοπός: Η πρωτοπαθής υπέρταση (ΠΥ) έχει αρνητική επίδραση στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (H-rQoL), ενώ η δυσλιπιδαιμία πολύ συχνά συνοδεύει την υπέρταση κατά την εξέλιξή της. Εξετάσαμε την υπόθεση ότι ο συνδυασμός υπέρτασης-δυσλιπιδαιμίας μπορεί να έχει αθροιστική δράση στη H-rQoL.

Μέθοδοι: Μελετήσαμε 145 ασθενείς με νεοδιαγνωσθείσα μη θεραπευόμενη ΠΥ σταδίου I-II (ηλικία= 56 ± 7 ετη, δυσλιπιδαιμία=47, ΑΠ ιατρείου=156/92 mmHg). Η εγκεκριμένη ελληνική έκδοση του SF-36 (Short Form 36) ερωτηματολογίου γενικής υγείας δόθηκε σε όλους τους συμμετέχοντες. Το SF-36 είναι ένα πρωτότυπο H-rQoL που περιλαμβάνει 8 υποκατηγορίες. Οι υπο-

κατηγορίες αυτές ταξινομήθηκαν περαιτέρω σε δύο ευρύτερες κατηγορίες: το σύνολο του φυσικού παράγοντα (PCS) και το σύνολο του πνευματικού παράγοντα (MCS). Έγινε λήψη φλεβικού αίματος για την εκτίμηση του λιπιδαιμικού προφίλ. Η μέθοδος της μη παραμετρικής Mann-Whitney δοκιμής και του Spearman τεστ χρησιμοποιήθηκαν για τη στατιστική ανάλυση.

Αποτελέσματα: Οι δυσλιπιδαιμικοί υπερτασικοί είχαν χαμηλότερη βαθμολογία σε όλες τις υποκατηγορίες του SF-36 σε σύγκριση με τους μη δυσλιπιδαιμικούς. Υπήρξε μια αρνητική συσχέτιση μεταξύ της βαθμολογίας στη γενική υγεία και των επιπέδων των τριγλυκεριδίων ($r=-0.284$, $p=0.009$, $r=-0.287$, $p=0.014$ αντίστοιχα) (πίνακας).

Συμπέρασμα: Η δυσλιπιδαιμία παρουσιάζει μια επιπλέον αρνητική δράση στην ποιότητα ζωής στα πλαίσια της ΠΥ. Αν αυτή η παρατήρηση συμβάλλει σε υψηλότερο καρδιαγγειακό κίνδυνο, πρέπει να διερευνηθεί σε μελλοντικές μελέτες.

	Dyslipidemia (n=47)	No Dyslipidemia (n=98)	P-Value
Physical functioning	45.12	51.76	0.25
Bodily pain	45.08	50.82	0.29
General health	40.29	54.46	0.02
Vitality	47.36	49.36	0.67
Social functioning	46.28	50.04	0.48
Mental health	48.37	50.34	0.75
PCS	43.68	51.28	0.17
MCS	47.54	50.62	0.44
Total SF-36 Score	46.18	51.23	0.34



ΡΟ.23

ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΕ ΑΝΔΡΕΣ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Κ. Κουτσαμπασόπουλος¹, Δ. Πατουλιάς¹, Κ. Σταυρόπουλος¹,
Κ. Ιμπριάλος¹, Μ. Τουμπουρλέκα¹, Κ. Μπακογιάννης², Β. Γεωργοπούλου³,
Χ. Παπαδόπουλος², Α. Ζιάκας⁴, Μ. Δούμας¹

¹Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο
Θεσσαλονίκης, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

²Γ' Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο
Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

³Ακτινολογικό Τμήμα, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

⁴Α' Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο
Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

Εισαγωγή: Υπάρχουν δεδομένα που υποστηρίζουν πως η αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) εμφανίζεται συχνότερα σε άνδρες από ότι σε γυναίκες στο γενικό πληθυσμό. Παρόλα αυτά, δεν είναι σαφές αν ισχύουν τα ίδια επιδημιολογικά δεδομένα σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ). Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι ο προσδιορισμός της επίπτωσης της ΑΥ σε άνδρες και γυναίκες ασθενείς με ΚΑ.

Μέθοδοι και Υλικό: Ασθενείς με ΚΑ συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Πραγματοποιήθηκε καταγραφή της συστολικής και της διαστολικής αρτηριακής πίεσης (ΣΑΠ, ΔΑΠ) ιατρείου, καθώς και το ιστορικό ΑΥ. Επιπλέον, αξιολογήθηκε η λήψη και το είδος της αντιυπερτασικής αγωγής μεταξύ των δύο φύλων.

Αποτελέσματα: Συνολικά 205 άνδρες και 111 γυναίκες με ΚΑ συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Οι γυναίκες ασθενείς παρουσίαζαν πιο συχνά ΑΥ σε σχέση με τον ανδρικό πληθυσμό της μελέτης (87,6% vs 73,1%, $p=0,004$). Αντιθέτως, δεν παρατηρήθηκε διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών όσον αφορά στα επίπεδα της ΣΑΠ και της ΔΑΠ ($p=0,279$ και $p=0,728$, αντίστοιχα). Οι άνδρες υπερτασικοί ασθενείς λάμβαναν σε μεγαλύτερο ποσοστό ανταγωνιστές των υποδοχέων της αγγιοτενσίνης ΙΙ και ανταγωνιστές των αλατοκορτικοειδών ($p=0,029$ και $p=0,004$, αντίστοιχα), ενώ η χρήση αποκλειστών διαύλων ασβεστίου ήταν συχνότερη στα θύλεα παρά στα άρρενα άτομα της μελέτης ($p=0,027$).

Συμπεράσματα: Η επίπτωση της ΑΥ είναι ιδιαίτερα υψηλή σε ασθενείς με ΚΑ, κυρίως στις γυναίκες. Παρατηρούνται διαφορές μεταξύ των δύο φύλων

ως προς τη χρήση αντιυπερτασικών φαρμάκων, που πιθανώς να οφείλεται στις διαφορές μεταξύ των δύο φύλων όσον αφορά στην αιτιολογία της ΚΑ.

ΡΟ.24

ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΑΘΗΡΩΜΑΤΩΣΗ ΚΑΡΩΤΙΔΩΝ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Μ. Β. Παπαβασιλείου¹, Γ. Μουστάκας², Α. Καραμάνου², Α. Σερέτης²,
Δ. Αραβαντινός², Σ. Πατσιάνης³, Β. Κακιούζη²

¹Metropolitan General Hospital - Αθήνα

²Σισμανόγλειον ΓΝΑ

³Νοσοκομείο «Υγεία» Αθήνα

Εισαγωγή: Είναι γνωστή η συσχέτιση της αθηρωμάτωσης των καρωτίδων, που μετράται με βάση το πάχος του έσω-μέσου χιτώνα, με την αθηρωμάτωση των στεφανιαίων αγγείων.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης μεταξύ παχυσαρκίας και του πάχους έσω-μέσου χιτώνα του τοιχώματος των καρωτίδων υπερτασικών ασθενών.

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 1100 υπερτασικοί ασθενείς, θεραπευόμενοι ή πρωτοδιαγνωσθέντες (54.6%) χωρίς φαρμακευτική αγωγή, άνδρες (45.3%), γυναίκες, μέσης ηλικίας $56 \pm 7,8$ ετών, μέσης Σ/ΔΑΠ $1:143 \pm 9,8/89 \pm 6,0$ mmHg, μέσης ΚΣ 75 ± 10 σφ/1', μέσου δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) $27.92 \pm 4,9$ κ/εκ² και περιφέρεια μέσης (ΠΜ) 94.38 ± 13.6 εκ (άνδρες: 100.8 ± 9.8 εκ, γυναίκες: 89.7 ± 12.8 εκ) και η περιφέρεια ισχίων (ΠΙ) 107.02 ± 11.4 εκ (άνδρες: 106.6 ± 9.8 εκ, γυναίκες: 107.3 ± 12.8 εκ) και υπολογίστηκε η σχέση ΠΜ/ΠΙ. Όλοι οι ασθενείς επίσης υποβλήθηκαν σε υπερηχοκαρδιογραφική – Doppler μελέτη καρωτίδων, όπου μετρήθηκε το πάχος του έσω-μέσου χιτώνα αυτών (ΠΜΕΧΚ) και οι τιμές τους συσχετίστηκαν κατά Pearson με τον ΔΜΣ και την ΠΜ. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες σύμφωνα με το πάχος του έσω- μέσου χιτώνα των καρωτίδων. Ομάδα Α: ΠΕΜΧΚ ≥ 0.9 χιλ και ομάδα Β: ΠΕΜΧΚ < 0.9 χιλ και με την μέθοδο ANOVA καταγράφηκαν οι τιμές σωματικών παραμέτρων στις δύο ομάδες.

Αποτελέσματα:

Πίνακας 1. Συσχέτιση κατά Pearson του πάχους έσω-μέσου χιτώνα των καρωτίδων με τον δείκτη μάζας σώματος, την περιφέρεια μέσης, την περιφέρεια ισχίων και του λόγου αυτών σε υπερτασικούς ασθενείς.



	ΠΜΕΧΚ (χιλ)	p
ΔΜΣ (κ/εκ ²)	r=0.025	NS
ΠΜ(εκ)	r=0.109	0.021
ΠΙ(εκ)	r=0.072	NS
ΠΜ/ΠΙ	r= 0.082	NS

ΔΜΣ=δείκτης μάζας σώματος ΠΜ= περιφέρεια μέσης, ΠΙ= περιφέρεια ισχίων, ΠΜ/ΠΙ= σχέση περιφέρεια μέσης προς περιφέρεια ισχίων

Πίνακας 2: Διαφορές μεταξύ της ομάδας Α και ομάδας Β των μεταβλητών ΔΜΣ, ΠΜ, ΠΙ , λόγος ΠΜ/ΠΙ

	ΔΜΣ (κ/εκ ²)	ΠΜ(εκ)	ΠΙ (εκΙ	ΠΜ/ΠΙ
Ομάδα Α (N=762)	28.04±05.4	94.6 ± 12.4	107±10	0.88±0.08
Ομάδα Β (N=338)	27.6±4.8	92.5±14.3	106±11.4	0.87±0.08
P	NS	0.015	NS	0.042

ΔΜΣ=δείκτης μάζας σώματος ΠΜ= περιφέρεια μέσης, ΠΙ= περιφέρεια ισχίων, ΠΜ/ΠΙ= σχέση περιφέρειας μέσης προς περιφέρεια ισχίων

Συμπέρασμα: Η περιφέρεια της μέσης, που εκφράζει και την κεντρική παχυσαρκία, συσχετίζεται θετικά και σημαντικά με το πάχος του έσω-μέσου χιτώνα των καρωτίδων, σε υπερτασικούς ασθενείς, ενώ ο δείκτης μάζας σώματος ή ο λόγος της περιφέρειας μέσης προς την περιφέρεια ισχίων δε φαίνεται να συσχετίζεται σημαντικά με το πάχος του έσω-μέσου χιτώνα. Επιπλέον, σε ασθενείς με αυξημένο πάχος έσω-μέσου χιτώνα καρωτίδων καταγράφεται και μεγαλύτερη κεντρικού τύπου παχυσαρκία, υπογραμμίζοντας την σημασία της κεντρικής παχυσαρκίας στην υποκλινική βλάβη των οργάνων στόχων.



ΡΟ.25

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Ε. Πατρικίου¹, Χ. Αναγνωστόπουλος², Μ. Μπόζιου², Χ. Δημητρακοπούλου²

¹Ε.Κ.Π.Α.

²Κ.Υ. Βασιλικής Λευκάδος

Εισαγωγή: Η αρτηριακή υπέρταση είναι χρόνια πάθηση χαρακτηριζόμενη από αυξημένη πίεση αίματος. Αποτέλεσμα της αυξημένης πίεσης είναι η αύξηση του καρδιακού έργου. Υπάρχει υψηλή αρτηριακή πίεση εάν είναι μονίμως σε επίπεδα 140/90 mmHg ή παραπάνω. Αυτή η, συστηματικά, αυξημένη αρτηριακή πίεση συνήθως προκαλεί στον ασθενή εγκεφαλικό επεισόδιο, οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, ανευρύσματα κ.α.

Σκοπός: Σκοπός της αναφοράς μας η σωστή και επαρκής ενημέρωση των πολιτών σχετικά με την αρτηριακή υπέρταση και τις επιπλοκές της, αλλά και οι πολίτες να υιοθετήσουν τα μέτρα πρόληψης κατά της ασθένειας, με απώτερο σκοπό την αποφυγή, για παράδειγμα, εγκεφαλικού επεισοδίου ή εμφράγματος του μυοκαρδίου, καταστάσεις που είναι εξαιρετικά απειλητικές για τη ζωή.

Υλικό και Μέθοδος: Για την αναφορά πραγματοποιήσαμε, κυρίως, συστηματική ανασκόπηση, σε δημοσιευμένα άρθρα, και μελέτες την τελευταία πενταετία. Έπειτα, ακολουθήσαμε την παραγωγική μέθοδο, που αφορούσε κυρίως την πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη της αρτηριακής υπέρτασης, μέσα από τη μελέτη των επιδημιολογικών δεδομένων καταγράφοντας τη συχνότητα εμφάνισης της υπέρτασης εξαιτίας κάποιας υποκείμενης νόσου, αλλά και τη συχνότητα εμφάνισης επιπλοκών.

Αποτελέσματα: Η υπέρταση διακρίνεται σε δυο μορφές. Πρωτογενής και δευτερογενής. Στην πρώτη περίπτωση, αναφερόμαστε σε ασθενείς που πάσχουν από υπέρταση χωρίς κάποιο υποκείμενο αίτιο, ενώ στη δεύτερη, σε ασθενείς που πάσχουν από υπέρταση εξαιτίας κάποιας άλλης νόσου, όπως σακχαρώδης διαβήτης, διάφορες νεφροπάθειες, νοσήματα αρτηριών κ.α. Σε κάθε περίπτωση, η υπέρταση μπορεί να προκαλέσει καταστάσεις απειλητικές για τη ζωή, όπως OEM, εγκεφαλικά επεισόδια, ανευρύσματα κ.α.

Συμπεράσματα: Δεδομένων των ασθενειών που μπορούν να προκαλέσουν υπέρταση και αυτών που προκαλούνται από υπέρταση, υπάρχουν πολλοί και απλοί τρόποι, που με τη βοήθειά τους, ο απλός πολίτης θα μπορέσει να αποφύγει ή να καθυστερήσει την εμφάνισή τους, προάγοντας έτσι την ποιότητα ζωής του. Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι, για να υιοθετηθούν μέτρα πρόληψης της υπέρτασης από τους ασθενείς, θα πρέπει να υπάρξει σωστή ενημέρωση και από αρμόδιους ιατρούς.

ΡΟ.26

Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΜΕ ΤΗ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ: ΤΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Κ. Κουτσαμπασόπουλος¹, Κ. Σταυρόπουλος¹, Κ. Ιμπριάλος¹, Α. Κατσιμάρδου¹, Μ. Τουμπουρλέκα¹, Σ. Αλατάκη¹, Κ. Μπακογιάννης², Χ. Παπαδόπουλος², Α. Ζιάκας³, Μ. Δούμας¹

¹Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

²Γ' Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

³Α' Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

Εισαγωγή: Η σχέση της αρτηριακής υπέρτασης (ΑΥ) με την καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) είναι σαφώς ορισμένη. Επιπλέον, η ΚΑ συνδέεται με υψηλή επίπτωση σεξουαλικής δυσλειτουργίας (ΣΔ) τόσο σε άνδρες όσο και σε γυναίκες. Απεναντίας, σε υπερτασικούς ασθενείς η αρτηριακή πίεση (ΑΠ) σχετίστηκε με τη στυτική δυσλειτουργία, όχι όμως σαφώς και με τη γυναικεία ΣΔ. Στη παρούσα μελέτη σκοπός είναι η διερεύνηση της σχέσης της ΑΥ με τη γυναικεία ΣΔ σε ασθενείς με ΚΑ.

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκες ασθενείς με κλινική διάγνωση ΚΑ εκτιμήθηκαν σε μία συγχρονική μελέτη. Η συστολική αρτηριακή πίεση (ΣΑΠ) και η διαστολική αρτηριακή πίεση (ΔΑΠ) ιατρού καταγράφηκαν, όπως επίσης και τα έτη από τη διάγνωση της ΑΥ. Η σεξουαλική λειτουργία στις γυναίκες εκτιμήθηκε με τη χρήση του Δείκτη Σεξουαλικής Λειτουργικότητας στις γυναίκες (FSFI).

Αποτελέσματα: 105 διαδοχικές γυναίκες ασθενείς με ΚΑ συμμετείχαν στη μελέτη. Η ΣΑΠ και η ΔΑΠ δε συσχετίστηκαν με το FSFI και δε διέφεραν ανάμεσα στις ασθενείς με ή χωρίς ΣΔ. Η καλή ρύθμιση της ΑΠ επίσης δεν διέφερε ανάμεσα στις ασθενείς με ή χωρίς σεξουαλική δυσλειτουργία. Η διάρκεια της ΑΥ σε έτη από την πρώτη διάγνωση δε συσχετίστηκε με τη γυναικεία ΣΔ ($r=-0,120$, $p=0,170$). Αντιθέτως, οι γυναίκες με ιστορικό ΑΥ ανέφεραν πιο συχνά ΣΔ σε σχέση με της μη-υπερτασικές γυναίκες ($p<0,001$).

Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη τονίζει τη σημασία της ΑΥ στην εμφάνιση της γυναικείας ΣΔ. Παρότι οι τιμές της ΣΑΠ και της ΔΑΠ δε συσχετίστηκαν με τη ΣΔ στις γυναίκες, το ιστορικό ΑΥ σχετίστηκε με τη γυναικεία ΣΔ, πιθανόν λόγω δυσλειτουργίας του ενδοθλίου.

ΡΟ.27

ΟΙ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΦΤΩΧΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ

Β. Κατσή¹, Σ. Αρχοντάκης², Ο. Παπαζάχου², Γ.Σκαλής², Η. Αδριανοπούλου², Γ. Βαμβάκου², Θ. Μακρής²

¹Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο

²Έλενα Βενιζέλου

Σκοπός: Οι γυναίκες και οι ηλικιωμένοι έχουν χαμηλή ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία (H-rQoL) όσον αφορά τη στεφανιαία νόσο. Εξετάσαμε την υπόθεση ότι η ηλικία και το φύλο έχουν κάποια επίδραση στη H-rQoL στα πλαίσια της πρωτοπαθούς υπέρτασης (ΠΥ).

Μέθοδοι: Μελετήσαμε 154 ασθενείς με μη επιπλεγμένη, μη θεραπευόμενη ΠΥ σταδίου I-II (ηλικία 54.9±8 έτη, άνδρες=78, γυναίκες=76, ΑΠ ιατρείου=152/92 mmHg). Οι δύο ομάδες (ανδρών και γυναικών) δεν είχαν διαφορά στην ηλικία, την ΑΠ ιατρείου και το λιπιδαιμικό προφίλ. Η εγκεκριμένη ελληνική έκδοση του SF-36(Short Form 36) ερωτηματολογίου γενικής υγείας δόθηκε σε όλους τους συμμετέχοντες. Το SF-36 είναι ένα ερωτηματολόγιο για H-rQoL που περιλαμβάνει 8 υποκατηγορίες. Οι υποκατηγορίες ταξινομήθηκαν περαιτέρω σε δύο ευρύτερες κατηγορίες: το σύνολο του φυσικού παράγοντα (PCS) και το σύνολο του πνευματικού παράγοντα (MCS).

Η μέθοδος της μη παραμετρικής Mann-Whitney δοκιμασίας και του Spearman τεστ χρησιμοποιήθηκαν για τη στατιστική ανάλυση.

Αποτελέσματα: Οι γυναίκες βαθμολογήθηκαν σημαντικά χαμηλότερα στην παράμετρο της φυσικής λειτουργικότητας σε σχέση με τους άνδρες. Αυτή η μείωση στην ομάδα των γυναικών σχετίστηκε αρνητικά με την ηλικία ($r=-0.328$ $p=0.002$).

Συμπέρασμα: Οι γηραιότερες γυναίκες μπορεί να αντιπροσωπεύουν μια πιο ευάλωτη ομάδα υπερτασικών ασθενών, όσον αφορά τη φυσική λειτουργική ικανότητά τους. Η ποιότητα ζωής σαν παράγοντας έχει υποεκτιμηθεί, αλλά ίσως θα πρέπει να λαμβάνεται πιο εντατικά υπόψη παράλληλα με τον έλεγχο της υπέρτασης.

SF-36 SCALES	MALE (n=78)	FEMALE (n=76)	P-VALUE
Physical functioning	57.54	44.78	0.02
Role physical	49.95	50.14	0.71
Bodily pain	53.94	45.78	0.07
General health	54.28	47.78	0.29
Social functioning	52.65	48.32	0.42
Mental health	53.22	48.15	0.38
PCS	54.72	45.37	0.11
MCS	52.44	49.27	0.54
Total SF-36 score	53.34	47.46	0.31

PO.28

Η ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗ ΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΜΟΞΟΝΙΔΙΝΗΣ ΣΤΟΥΣ ΥΠΕΡΒΑΡΟΥΣ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΕΥΡΟΠΕΠΤΙΔΙΟΥ Υ

Ε. Καρλάφτη¹, Τ. Διδάγγελος¹, Μ. Μπαλτατζή¹, Γ. Κολιάκος², Β. Χασιώτης³, Α. Χατζητόλιος¹, Χ. Σαββόπουλος¹

¹Κέντρο Αριστείας Υπέρτασης (Hypertension Excellence Center), Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

²Τμήμα Βιολογικής Χημείας, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

³Μαθηματικό Τμήμα, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

Εισαγωγή: Οι τελευταίες κατευθυντήριες οδηγίες για την Αρτηριακή Υπέρταση (ΑΥ) δεν αναφέρονται συγκεκριμένα στην αντιμετώπιση της ΑΥ στην παχυσαρκία. Δεδομένου ότι το Συμπαθητικό Νευρικό Σύστημα (ΣΝΣ) διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην παθογένεση της ΑΥ στην παχυσαρκία, η αντιυπερτασική αγωγή οφείλει να στοχεύει κυρίως στη μείωση της δράσης του ΣΝΣ. Η Μοξονιδίνη είναι το νεότερο κεντρικώς δρών συμπαθολυτικό φάρμακο, με περιορισμένες παρενέργειες. Παράλληλα, το ορεξιογόνο νευροπεπτίδιο (NPY) είναι ο κύριος βιοχημικός δείκτης της δραστηριότητας του ΣΝΣ.

Σκοπός: Η αποτελεσματικότητα της Μοξονιδίνης στην ΑΥ των παχύσαρκων και υπέρβαρων, καθώς και η επίδρασή της στην δραστηριότητα του ΣΝΣ, στο Σωματικό Βάρος (ΣΒ) και στο μεταβολικό προφίλ των υπέρβαρων και παχύσαρκων.



Υλικό : 90 υπερτασικά άτομα, με ΑΥ βαθμού 1 ή 2, έλαβαν Μοξονιδίνη για 3 μήνες (30 παχύσαρκοι, 30 υπέρβαροι, 30 νορμοβαρείς/50% γυναίκες σε κάθε ομάδα).

Μέθοδος: Προσδιορίστηκαν οι τιμές της Αρτηριακής Πίεσεως (ΑΠ), οι αιματολογικοί, βιοχημικοί παράμετροι και το NPY ορού, καθώς και κατεχολαμίνες ούρων σε 24ωρη συλλογή, πριν και μετά τη χορήγηση Μοξονιδίνης.

Αποτελέσματα: Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική μείωση των επιπέδων του NPY, της Συστολικής και Διαστολικής ΑΠ, της καρδιακής συχνότητας, του ΣΒ, της ολικής χοληστερόλης ορού, αλλά και της LDL, της νοραδρεναλίνης, αδρεναλίνης και του VMA ούρων 24ώρου (Πίνακας 1).

Η μείωση του NPY, του ΣΒ και των κατεχολαμινών ήταν μεγαλύτερη στους υπέρβαρους και παχύσαρκους, σε σχέση με τους νορμοβαρείς υπερτασικούς.

Συμπεράσματα: Η χορήγηση Μοξονιδίνης σε ασθενείς με ΑΥ, επιτυγχάνει στατιστικά σημαντική μείωση της ΑΠ και του καρδιακού ρυθμού, ενώ επιδρά ευνοϊκά και στο ΣΒ και το μεταβολικό προφίλ. Με τα δεδομένα αυτά, στην κλινική πρακτική, το NPY θα μπορούσε να αποτελεί θεραπευτικό στόχο και ταυτόχρονα προγνωστικό δείκτη της επιτυχούς θεραπείας με Μοξονιδίνη των παχύσαρκων υπερτασικών.

	Μέση τιμή (πριν την θεραπεία)	Μέση τιμή (μετά την θεραπεία)	p value (στατιστική διαφορά πριν και μετά την θεραπεία)
NPY (pg/ml)	87,710	44,080	0,000
Συστολική Αρτηριακή Πίεση (mmHg)	151,560	140,810	0,000
Διαστολική Αρτηριακή Πίεση (mmHg)	92,520	85,540	0,000
Καρδιακή συχνότητα (χτύποι/λεπτό)	81,800	77,530	0,000
Σωματικό Βάρος (kg)	83,380	80,960	0,000
Χοληστερόλη ορού (mg/dl)	199,490	190,200	0,000
LDL ορού (mg/dl)	123,560	116,890	0,045
HDL ορού (mg/dl)	48,760	51,630	0,073
Τριγλυκερίδια ορού (mg/dl)	119,600	105,760	0,059
Γλυκόζη ορού (mg/dl)	91,370	90,480	0,359
Αδρεναλίνη ούρων 24ώρου (mg/24)	12,000	11,050	0,000
Νοραδρεναλίνη ούρων 24ώρου (mg/24)	52,200	46,370	0,000
VMA ούρων 24ώρου (mg/24)	4,430	3,910	0,000

Πίνακας 1.

ΡΟ.29

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΟΥΡΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ΜΕ ΤΗΝ ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Μ. Β. Παπαβασιλείου¹, Δ. Αραβαντινός², Α. Καραμάνου², Σ. Πατσιάνης³,
Β. Κακιούζη², Α. Σερέτης², Γ. Μουστάκας²

¹Metropolitan General Hospital - Αθήνα

²Σισμανόγλειον ΓΝΑ

³Νοσοκομείο «Υγεία» Αθήνα

Εισαγωγή: Είναι γνωστή η συμμετοχή των επιπέδων του ουρικού οξέος του αίματος στην παθοφυσιολογία της αρτηριακής υπέρτασης καθώς και η αιτιολογική συσχέτισή τους με την αντιϋπερτασική αγωγή.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι η συσχέτιση των επιπέδων του ουρικού οξέος του αίματος με συγκεκριμένες δομικές παραμέτρους καθώς και τη διαστολική λειτουργία της αριστερής κοιλίας των υπερτασικών ασθενών

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 3013 υπερτασικοί ασθενείς θεραπευόμενοι ή πρωτοδιαγνωσθέντες (54.6%) χωρίς φαρμακευτική αγωγή, άνδρες (45.3%), γυναίκες, μέσης ηλικίας 56 ± 13 ετών, μέσης Σ/ΔΑΠ $1:143 \pm 21/89 \pm 13$ mmHg, μέσης ΚΣ 75 ± 11 σφ/1', μέσου ΔΜΣ 27.9 ± 4 , κ/εκ². Σε όλους τους ασθενείς μετρήθηκαν τα επίπεδα του ουρικού οξέος αίματος (ΟΥ) (χωρίς φαρμακευτική αγωγή). Όλοι οι ασθενείς επίσης υποβλήθηκαν σε υπερηχοκαρδιογραφική – Doppler μελέτη, όπου υπολογίστηκαν η μάζα (ΜΑ) και ο δείκτης μάζας της αριστερής κοιλίας (ΔΜΑ), καθώς επίσης και η διαστολική λειτουργία της αριστερής κοιλίας (πηλίκο Ε/Α). Οι ανωτέρω παράμετροι συσχετίστηκαν κατά Pearson μεταξύ τους.

Αποτελέσματα:

Πίνακας 1. Συσχέτιση κατά Pearson των επιπέδων του ουρικού οξέος αίματος, με την μάζα, τον δείκτη μάζας και την σχέση της διαμυρτοειδικής ταχύτητας ροής στην πρωτοδιαστολή προς την αντίστοιχη ταχύτητα στην τελοδιαστολή, υπερτασικών ασθενών.

	ΟΥ (χιλ/χλ)	p
ΜΑ (γρ)	$r=0.263$	0.000
ΔΜΑ(γρ/επιφ2)	$r=0.165$	0.000
Ε/Α	$r=-0.051$	0.005

ΜΑ= μάζα αριστερής κοιλίας ΔΜΑ= δείκτης μάζας αριστερής κοιλίας (διορθωμένη με την επιφάνεια σώματος)

Ε/Α= λόγος ταχύτητας διαμυρτοειδικής ροής κατά την πρωτοδιαστολή προς την τα-

χύτητα διαμιτρωειδικής ροής κατά την τελοδιαστολή. ΟΥ=επίπεδα ουρικού οξέος αίματος

Συμπέρασμα: Τα επίπεδα ουρικού οξέος αίματος των υπερτασικών ασθενών σχετίζονται σημαντικά με τις δομικές παραμέτρους και τη διαστολική λειτουργία της αριστερής κοιλίας, ενισχύοντας ενδεχομένως την σημασία του ουρικού οξέος στην δυσλειτουργία του ενδοθηλίου.

ΡΟ.30

Η ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ: ΝΕΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ, ΝΕΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ;

Κ. Κουτσαμπασόπουλος¹, Κ. Σταυρόπουλος¹, Κ. Ιμπριάλος¹,
Α. Κατσιμάρδου¹, Μ. Τουμπουρλέκα¹, Σ. Αλατάκη¹, Α. Σαχινίδης¹,
Π. Παντελίδης¹, Α. Ζιάκας², Μ. Δούμας¹

¹Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

²Α' Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

Εισαγωγή: Η σεξουαλική δυσλειτουργία (ΣΔ) είναι συχνή σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ). Η αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) στην ΚΑ είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη, ενώ αποτελεί κύριο προδιαθεσικό παράγοντα για την εμφάνιση κολπικής μαρμαρυγής (ΚΜ). Στόχος της μελέτης είναι η διερεύνηση της συσχέτισης της ΚΜ και της ΣΔ σε υπερτασικούς ασθενείς με ΚΑ.

Υλικό και Μέθοδοι: Ασθενείς με ΑΥ και ΚΑ χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: μία με ΚΜ και στην ομάδα ελέγχου. Για την εκτίμηση της σεξουαλικής λειτουργικότητας στους άνδρες χρησιμοποιήθηκε ο Διεθνής Δείκτης Στυτικής Λειτουργικότητας (IIEF), ενώ στις γυναίκες ο Δείκτης Σεξουαλικής Λειτουργικότητας στις Γυναίκες (FSFI). Πραγματοποιήθηκε καταγραφή της ΚΜ (παρουσία, τύπος), της αρτηριακής πίεσης, της διάρκειας της ΑΥ σε έτη και της ρύθμισης αυτής.

Αποτελέσματα: Συνολικά 239 διαδοχικοί υπερτασικοί ασθενείς (147 άνδρες, 92 γυναίκες) με ΚΑ συμμετείχαν στη μελέτη. Οι 105 είχαν ιστορικό ΚΜ (16-6.7% εμμένουσα, 46-19.2% μόνιμη και 43-18% παροξυσμική). Οι ασθενείς με ΚΜ είχαν μεγαλύτερη διάρκεια ΑΥ ($p=0,003$), ενώ η παρουσία στυτικής δυσλειτουργίας ήταν συχνότερη σε σχέση με την ομάδα ελέγχου ($p=0,003$). Παρόμοια συσχέτιση δεν υπήρξε για τη γυναικεία σεξουαλική δυσλειτουργία. Επιπλέον, ο IIEF ήταν χαμηλότερος στην ομάδα της ΚΜ σε



σχέση με την ομάδα ελέγχου ($p=0,006$).

Συμπεράσματα: Η ΚΜ σχετίζεται με την αντρική αλλά όχι με τη γυναικεία ΣΔ σε υπερτασικούς ασθενείς με ΚΑ. Συμπερασματικά, ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δίνεται στη σεξουαλική λειτουργία υπερτασικών ασθενών με ΚΑ και ΚΜ, ειδικά όσον αφορά τους άντρες ασθενείς.

ΡΟ.31

ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΦΥΣΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΙΣΑ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΤΑΔΙΟΥ Ι

Α. Βαμβάκης, Ε. Γκαλιαγκούση, Α. Λαζαρίδης, Π. Ανυφαντή, Π. Δόλγυρας, Α. Τριανταφύλλου, Ν. Κολέτσος, Σ. Δούμα
Γ' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η συμμετοχή στην φυσική δραστηριότητα (ΦΔ) συμβάλλει στην καλύτερη ρύθμιση της αρτηριακής υπέρτασης (ΑΥ) και μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων. Η αποτύπωση του επιπέδου της ΦΔ σε ασθενείς με νεοδιαγνωσθείσα ΑΥ είναι σημαντική για την περαιτέρω καθοδήγηση των ασθενών με υγιεινοδιαιτητικές συστάσεις.

Σκοπός: Στην παρούσα μελέτη αξιολογήσαμε το επίπεδο της ΦΔ υπερτασικών ασθενών μέσω (α) συμπλήρωσης ερωτηματολογίου και (β) χρήσης βηματόμετρου. Στην συνέχεια διερευνήθηκε η συμφωνία των επιπέδων ΦΔ που καταγράφηκαν από τις δύο μεθόδους.

Υλικό και μέθοδος: Μελετήθηκαν ασθενείς με νεοδιαγνωσθείσα ΑΥ σταδίου Ι, χωρίς θεραπεία και συννοσηρότητες, και αξιολογήθηκε το επίπεδο της φυσικής δραστηριότητας μέσω του ερωτηματολογίου International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) και χρήσης βηματόμετρου Omron Jog-Style. Η αποτύπωση ΦΔ έγινε για διάστημα 7 ημερών και αφορούσε την ίδια χρονική περίοδο για το ερωτηματολόγιο και για το βηματόμετρο.

Αποτελέσματα: Μελετήσαμε 80 ασθενείς ηλικίας $47,6 \pm 10,7$ ετών. Παρατηρήθηκε συμφωνία μεταξύ των δύο μεθόδων καταγραφής όταν οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν σε επίπεδα ΦΔ, με βάση τον αριθμό των βημάτων ανά εβδομάδα, σε χαμηλή (5.039 ± 1.371), μέτρια (8.758 ± 602) και υψηλή (11.057 ± 961) ($p=0,392$). Αντίθετα, όταν τα επίπεδα ΦΔ εκφράστηκαν ως συνολικά Met-minutes/week, υπήρχε στατιστικά σημαντική υπερεκτίμηση της ΦΔ που δήλωναν οι ασθενείς σε σχέση με την καταγεγραμμένη από το βηματόμετρο [(951, 1867) έναντι (858, 741), $p = 0,026$].



Συμπεράσματα: Η ΦΔ σε ασθενείς με νεοδιαγνωσθείσα ΑΥ σταδίου Ι φαίνεται να μπορεί να εκτιμηθεί αρχικά με την χρήση ερωτηματολογίου. Για πιο σχολαστική εκτίμηση με στόχο την εξατομίκευση υγιεινοδιαιτητικών συστάσεων, η χρήση βηματομέτρου είναι πιο αξιόπιστη έναντι του ερωτηματολογίου, καθώς και πιο εύκολη μέσω καταγραφής σε smart phones.

ΡΟ.32

ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΣΚΛΗΡΙΑ, ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΣΤΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΕ ΝΕΟ ΔΙΑΓΝΩΣΘΕΝΤΕΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΙΡΒΕΣΑΡΤΑΝΗ

Ρ. Καλαϊτζίδης¹, Β. Τσιμιχόδημος², Δ. Σταγκίκας², Θ. Παναγιωτοπούλου², Κ. Παππάς¹, Χ. Γεωργίου¹, Π. Γκαρζονίκα¹, Β. Κοίλιας², Ο. Μπαλάφα¹, Μ. Ελισάφ²

¹Νεφρολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων

²Παθολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων

Εισαγωγή και Σκοπός: Ο έλεγχος της αρτηριακής πίεσης(ΑΠ) παραμένει μη ικανοποιητικός. Η μη συμμόρφωση των ασθενών στη φαρμακευτική αγωγή παραμένει ένα από τα μείζονα προβλήματα στη διαχείριση των υπερτασικών ασθενών. Δεν υπάρχουν πολλά δεδομένα όσον αφορά τη συσχέτιση της συμμόρφωσης στην αγωγή με την αρτηριακή σκληρία(ΑΣ). Επιπρόσθετα, σε ασθενείς με γνωστική δυσλειτουργία (CO/DY) η συμμόρφωση στην αγωγή παραμένει φτωχή. Τέλος, η αιτιολογική σχέση μεταξύ ΑΣ και ΓΝ/ ΔΥ δεν έχει ακόμη τεκμηριωθεί. Υποστηρίζεται ότι η θεραπεία με ανταγωνιστές των υποδοχέων της αγγειοτενσίνης II ευνοεί τη συμμόρφωση στην θεραπεία. Η βασική μας υπόθεση ήταν ότι η θεραπεία με ARB, σε νεοδιαγνωσθέντες υπερτασικούς ασθενείς, συσχετίζεται με καλύτερη συμμόρφωση, καθώς και με βελτίωση των δεικτών ΑΣ και ΓΝ/ ΔΥ.

Υλικό και Μέθοδοι: Η φαρμακευτική αγωγή περιλάμβανε αρχικά ιρβεσαρτάνη 150mg με σταδιακή τιτλοποίηση σε 300mg κατά τον πρώτο μήνα της θεραπείας εάν η ΑΠ δεν ελεγχόταν ικανοποιητικά ($\geq 140/90$ mmHg). Τα δεδομένα από την ηλεκτρονική παρακολούθηση της συνταγογράφησης χρησιμοποιήθηκαν για την εκτίμηση της συμμόρφωσης. Η ΓΝ/ ΔΥ εκτιμήθηκε με το Mini Mental State Examination (MMSE), το Clock Drawing Test (CDT), και το Instrumental Activity of Daily living (IADL). Για την μέτρηση της ΑΣ χρησιμοποιήθηκε το Shygmocor.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 77 ασθενείς με μέση ηλικία 56, ± 13 έτη, 39 άνδρες (50,6%). Η μέση διάρκεια παρακολούθησης

ήταν $16, 1 \pm 10,7$ μήνες. Στο τέλος της παρακολούθησης σημειώθηκε μια σημαντική μείωση της μέσης περιφερικής ΣΑΠ (145 ± 10 vs 136 ± 12 , $p < 0.005$), της μέσης περιφερικής ΔΑΠ (92 ± 11 vs 87 ± 9 , $p < 0.005$), της μέσης κεντρικής ΣΑΠ (137 ± 16 vs 131 ± 12 , $p < 0.005$) as well as όπως επίσης και της μέση; κεντρικής ΔΑΠ (93 ± 11 vs 89 ± 10 , $p < 0.005$). Δεν σημειώθηκε σημαντική μεταβολή στους δείκτες σκληρίας (PWVc-f και AIx). Αντίθετα, παρατηρήθηκε μια σημαντική βελτίωση της ΓΝ/ ΔΥ με το MMSE test $29,4 \pm 0,9$ vs $28,8 \pm 1,1$ ($p < 0.02$) όπως επίσης και μια σημαντική μείωση της λευκωματουρίας 94 ± 82 vs 204 ± 112 , ($p < 0.005$). Στο τέλος της παρακολούθησης 60/77 (78%) ασθενείς εμφάνισαν υψηλή συμμόρφωση στην θεραπεία, 8/77 (11,6%) εμφάνισαν μέτρια συμμόρφωση ενώ 7/77 (4,1%) εμφάνισαν χαμηλή συμμόρφωση στην θεραπεία.

Συμπεράσματα: Η θεραπεία με ιβεσαρτάνη συσχετίζεται με σημαντική μείωση των επιπέδων της ΑΠ (περιφερικής και κεντρικής), με μείωση της αλβουμινουρίας καθώς επίσης με υψηλή συμμόρφωση στη θεραπεία και βελτίωση της γνωστικής λειτουργίας.

PO.33

ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ: ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Κ. Κουτσαμπασόπουλος¹, Κ. Σταυρόπουλος¹, Κ. Ιμπριάλος¹,
Κ. Μπακογιάννης², Β. Γεωργοπούλου³, Κ. Πετίδης¹, Χ. Παπαδόπουλος²,
Α. Καμπαρούδης⁴, Α. Ζιάκας⁵, Μ. Δούμας¹

¹Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο
Θεσσαλονίκης, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

²Γ' Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο
Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

³Ακτινολογικό Τμήμα, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

⁴Ε' Χειρουργική Κλινική, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο
Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

⁵Α' Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο
Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

Εισαγωγή: Η σεξουαλική υγεία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην καθημερινότητα των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ). Επιπρόσθετα, η συσχέτιση μεταξύ ΚΑ και αρτηριακής υπέρτασης (ΑΥ) είναι καλά τεκμηριωμένη. Παρόλα αυτά, η συσχέτιση της ΑΥ με τη σεξουαλική δυσλειτουργία σε ασθενείς με ΚΑ δεν έχει μελετηθεί επαρκώς.



Υλικό και μέθοδος: Άνδρες ασθενείς με κλινική διάγνωση ΚΑ αξιολογήθηκαν σε αυτή τη μελέτη χρονικής στιγμής (cross-sectional). Η στυτική λειτουργία αξιολογήθηκε με τη χρήση του Διεθνούς Δείκτη Στυτικής Λειτουργίας (International Index of Erectile Function, IIEF). Κατεγράφησαν επίσης οι τιμές συστολικής και διαστολικής αρτηριακής πίεσης στο ιατρείο (ΣΑΠ, ΔΑΠ), η χρονική διάρκεια από την αρχική διάγνωση της ΑΥ, καθώς και η επάρκεια του ελέγχου αυτής.

Αποτελέσματα: Συνολικά μελετήθηκαν 201 ασθενείς. Δεν αναδείχθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των τιμών ΣΑΠ και ΔΑΠ με τον IIEF. Παρόλα αυτά, τεκμηριώθηκε η παρουσία αρνητικής συσχέτισης της διάρκειας της ΑΥ με τον IIEF, άρα και με χειρότερη στυτική λειτουργία ($r=-0,373$, $p\leq 0,001$). Οι τιμές ΣΑΠ και ΔΑΠ δε διέφεραν μεταξύ των ασθενών με ή χωρίς στυτική δυσλειτουργία. Η επάρκεια του ελέγχου της ΑΥ επίσης δε διέφερε μεταξύ των ασθενών με ή χωρίς στυτική δυσλειτουργία. Τέλος, αναδείχθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ του IIEF και των ετών από τη διάγνωση της ΚΑ ($r=-0,171$, $p=0,016$).

Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη παρέχει νέα δεδομένα όσον αφορά στη συσχέτιση μεταξύ στυτικής δυσλειτουργίας και αρτηριακής πίεσης στο ιατρείο, καθώς επίσης και στη συσχέτιση αυτής με την επάρκεια του ελέγχου της ΑΥ και τη διάρκεια αυτής, σε άνδρες ασθενείς με ΚΑ. Η διάρκεια της ΑΥ συσχετίζεται με χειρότερη στυτική λειτουργία, πιθανόν λόγω εγκατάστασης και προόδου ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας, μία διεργασία που συνεπάγεται χρονιότητα.

www.recordati.com

19°

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ



ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ



Ευρετήριο Συγγραφέων

A.

Agarwal R. OR.02

E.

Ekart R. OR.06, OR.15, OR.17

J.

Jula A. OR.13

K.

Krunic B. OR.15, OR.17

L.

Lindroos A. OR.13

London G. OR.06, OR.11, OR.17

M.

Mayer C. OR.11

McManus R. OR.13

N.

Niiranen T. OR.13

P.

Parati G. OR.20

S.

Schmaderer C. OR.11

Schwartz C. OR.13

T.

Torino C. OR.15

W.

Wassertheurer S. OR.11

Z.

Zoccali C. OR.06, OR.15, OR.17

A.

Αβρανάς Κ. PO.15

Αγγελούδη Ε. OR.10, OR.20

Αδριανοπούλου Η. PO.12,
PO.22, PO.27

Ακρίβος Ε. OR.03

Αλατάκη Σ. PO.01, PO.26, PO.30

Αλεξάνδρου Μ. - Ε. OR.15, OR.17,
PO.03, PO.11,
OR.06

Αναγνωστόπουλος Ι. OR.01, PO.02

Αναγνωστόπουλος Χ. PO.25

Ανδρεάδης Ε. OR.13

Άντζα Χ. OR.03

Ανυφαντάκης Δ. PO.18

Ανυφαντή Π. PO.07 PO.16,
PO.21, PO.31,
OR.09, OR.19

Αραβαντινός Δ. PO.06, PO.10,
PO.14, PO.24, PO.29

Αρσενίου Π. OR.09

Αρχοντάκης Σ. PO.12, PO.22, PO.27

Ασλανίδης Σ. OR.19



B.

Βαζαίου Α.	OR.18
Βάιος Β.	OR.12
Βάκρου Σ.	OR.14, PO.17,
Βαμβάκης Α.	PO.16, PO.31
Βαμβάκου Γ.	PO.12, PO.22, PO.27
Βαρέτα Γ.	OR.12
Βέλλιου Μ.	OR.05, OR.14, PO.04, PO.17
Βογιατζής Ι.	PO.01, PO.09, PO.15

Γ.

Γαβριλάκη Ε.	PO.21
Γαλανοπούλου Β.	OR.19
Γεωργιανός Π. Ι.	OR.02, OR.07, OR.12, OR.16
Γεωργίου Χ.	PO.32
Γεωργοπούλου Β.	PO.01, PO.19, PO.23, PO.33
Γιαβροπούλου Μ.	OR.07, OR.16
Γιαννάκη Έ.	PO.21
Γιαννόπουλος Π.	OR.16
Γκαλιαγκούση Ε.	OR.09, OR.19, PO.07, PO.16, PO.21, PO.31
Γκαρζονίκα Π.	PO.32
Γκατζιά Ν.	OR.04
Γραββάνη Α.	OR.01, OR.13, PO.02
Γραμματικοπούλου Α.	OR.16
Γυνικοπούλου Ε.	OR.10

Δ.

Δεστούνης Α.	OR.18
Δημητρακοπούλου Χ.	PO.25
Δημητριάδης Χ.	OR.12
Διδάγγελος Τ.	PO.13, PO.28
Δίπλα Κ.	OR.09
Δόλγυρας Π.	OR.19, PO.07, PO.16, PO.21, PO.31
Δούμα Σ.	OR.09, OR.19, PO.01, PO.05, PO.07, PO.15, PO.16, PO.19, PO.21, PO.26, PO.30, PO.31, PO.33
Δούμας Μ.	OR.03, PO.09, PO.23
Δουνδουλάκης Ι.	OR.03

Ε.

Ελισάφ Μ.	PO.32
Ευστρατιάδης Γ.	OR.06, OR.15, OR.17

Ζ.

Ζαρίφης Ι.	OR.09 PO.07, PO.08
Ζαρναβάλου Χ.	OR.04
Ζεμπεκάκης Π.	OR.07, OR.12, OR.16, OR.20
Ζέρβα Κ.	OR.05, OR.14, PO.04, PO.17
Ζιάκας Α.	PO.01, PO.05, PO.09, PO.15, PO.19, PO.23, PO.26, PO.30 PO.33
Ζωγράφου Ι.	PO.07

Η.

Ηλιόπουλος Δ.	OR.14, PO.17
---------------	--------------



Θ.

Θεοδωρακοπούλου Μ.	OR.10, OR.11, OR.17, OR.20
Θωμόπουλος Κ.	PO.03

Κολέτσος Ν.

OR.09, OR.19,
PO.16, PO.31
PO.13, PO.28
OR.01, OR.04,
OR.08, OR.13,
OR.18, PO.02

Κολιάκος Γ.

Κόλλιας Α.

Ι.

Ιμπριάλος Κ.	PO.01, PO.05, PO.09, PO.15, PO.19, PO.23, PO.26, PO.30, PO.33
Ιντζεβίδου Ε.	OR.10, OR.20

Κόρρου Ε.

OR.05, PO.04

Κουτσαμπασόπουλος Κ. PO.01,
PO.05, PO.09, PO.15,
PO.19, PO.23, PO.26,
PO.30, PO.33

Κυριακούλης Κ.

OR.01, OR.08,
OR.13, PO.02

Κ.

Κακιούζη Β.	PO.06, PO.10, PO.14, PO.24, PO.29
-------------	--------------------------------------

Κώτσος Β.

OR.03

Καλαϊτζίδης Ρ.	PO.32
----------------	-------

Λ.

Καλαϊτζόγλου Μ.	OR.17
-----------------	-------

Λαζαρίδης Α. OR.09, PO.07,
PO.16, PO.21, PO.31

Καλογερόπουλος Π.	OR.04
-------------------	-------

Καμπαρούδης Α.	PO.01, PO.15, PO.19, PO.33
----------------	-------------------------------

Λιακόπουλος Β. OR.10, OR.12,
OR.20

Καραγιάννης Α.	PO.03
----------------	-------

Λουτράδης Χ. OR.06, OR.10,
OR.11, OR.15, OR.17,
OR.20, PO.03, PO.11

Καραμάνου Α.	PO.06, PO.10, PO.14, PO.24, PO.29
--------------	--------------------------------------

Καρλάφτη Ε.	PO.13, PO.28
-------------	--------------

Μ.

Καρπατσά Π.	OR.16
-------------	-------

Μακρής Θ. PO.12, PO.22, PO.27

Καρπέτας Α.	OR.10, OR.11, OR.15, OR.17
-------------	-------------------------------

Μαντζουράνη Μ. OR.05, OR.14,
PO.04, PO.17

Καστανάκης Σ.	PO.18
---------------	-------

Μαρκάλα Δ. PO.21

Κατσά Β.	PO.12, PO.22, PO.27
----------	---------------------

Μέμμος Ε. OR.10

Κατσιμάρδου Α.	PO.01, PO.05, PO.09, PO.15, PO.26, PO.30
----------------	--

Μεταλίδης Σ. OR.07

Μηνοπούλου Ι. OR.06, OR.15

Κεϊβανίδου Α.	OR.16
---------------	-------

Μητσόπουλος Ε. OR.15

Κοίλιας Β.	PO.32
------------	-------

Μιχανλίδης Ε. PO.08



Μουστάκας Γ.	PO.06, PO.10, PO.14, PO.24, PO.29	Παπαδόπουλος Δ.	OR.05, OR.14, PO.04, PO.17
Μπακογιάννης Κ.	PO.05, PO.09, PO.23, PO.26, PO.33	Παπαδόπουλος Χ.	OR.06, OR.15, PO.05, PO.09, PO.23, PO.26, PO.33
Μπαλάσκας Η.	OR.12	Παπαδοπούλου Δ.	OR.06, OR.17, PO.11
Μπαλάφα Ο.	PO.32	Παπαζάχου Ο.	PO.12, PO.22, PO.27
Μπαλτατζή Μ.	PO.13, PO.28	Παπαστεφάνου Σ.	PO.20
Μπαρμπετσέας Ι.	OR.05, OR.14, PO.04, PO.17	Παππός Κ.	PO.32
Μπίκος Α.	OR.10, OR.11, OR.15, OR.17, OR.20	Πασαδάκης Π.	OR.10, OR.20
Μπόζιου Μ.	PO.25	Πατεινάκης Π.	OR.17
Μπουντζώνα Ι.	OR.18	Πατουλιάς Δ.	PO.05, PO.09, PO.19 PO.23
Μπούτου Α.	PO.03, PO.11	Πατρικίου Ε.	PO.25
N.		Πατσιάνης Σ.	PO.06, PO.10, PO.14, PO.24, PO.29
Νανούδης Σ.	OR.07, OR.16	Περρέα Δ.	OR.05, OR.14, PO.04, PO.17
Νικητέας Ν.	OR.05, PO.04	Πετίδης Κ.	PO.01, PO.05, PO.15, PO.19, PO.33
Νικολαΐδου Β.	OR.09, PO.07, PO.21	Πιπερίδου Α.	PO.03, PO.11
Ντινέρη Α.	OR.13	Ποικιλίδου Μ.	OR.07, OR.16
Ντουνούση Ε.	OR.12	Πολυμερόπουλος Κ.	PO.08
Π.		Πυργίδης Ν.	OR.06, OR.15
Παγουρελιάς Ε.	OR.15	P.	
Παναγιωτοπούλου Θ.	PO.32	Ράπτης Β.	OR.20
Παναγούτσος Σ.	OR.10, OR.20	Ραφανλίδου Μ.	PO.18
Παντελίδης Π.	PO.30	Σ.	
Παπαβασιλείου Μ.Β.	PO.06, PO.10, PO.14, PO.24, PO.29	Σαββόπουλος Χ.	PO.13, PO.28
Παπαγιάννη Α.	OR.06, OR.10, OR.11, OR.12, OR.15, OR.17, OR.20, PO.11	Σανίδας Η.	OR.05, OR.14, PO.04, PO.17



Σαραφίδης Π.	OR.06, OR.10, OR.11, OR.15 OR.17, OR.20, PO.03, PO.11	Τ.	
Σαχινίδης Α.	PO.19, PO.30	Τουμπουρλέκα Μ.	OR.15, PO.23, PO.26, PO.30
Σαχπεκίδης Β.	OR.06, OR.15	Τριανταφύλλου Α.	OR.09, OR.19, PO.07, PO.16, PO.21, PO.31
Σέρβος Γ.	OR.18	Τσάκαλης Κ.	OR.05, OR.14, PO.04, PO.17
Σερέτης Α.	PO.06, PO.10, PO.14, PO.24, PO.29	Τσαουσίδης Α.	PO.08
Σιδέρη Ι.	PO.20	Τσάπας Α.	PO.03, PO.11
Σκαλής Γ.	PO.12, PO.22, PO.27	Τσαχουρίδου Ό.	OR.07
Σκούρα Λ.	OR.07	Τσιμιχόδημος Β.	PO.32
Σταγκίκας Δ.	PO.32	Τσοντάκης Ν.	PO.18
Στάμου Μ.	OR.16	Τσούνος Ι.	PO.20
Σταμπολλίου Ε.	OR.01, OR.08, OR.18	Τσουχνικάς Ι.	OR.15, OR.17
Σταμπουλή Σ.	OR.03	Φ.	
Σταυράτη Α.	PO.08	Φαϊτατζίδου Δ.	OR.20
Σταυρόπουλος Κ.	PO.01, PO.05, PO.09, PO.15, PO.19, PO.23, PO.26, PO.30, PO.33	Χ.	
Στεργίου Γ. Σ.	OR.01, OR.04, OR.08, OR.13, OR.18, PO.02	Χασιώτης Β.	PO.13, PO.28
		Χατζητόλιος Α.	PO.13, PO.28

50 χρόνια

Επενδύουμε στην Ελλάδα,
Παράγουμε στην Ελλάδα,
Στηρίζουμε την Ελλάδα.



**Ivabradine
DEMO**

Ivabradine

PIESiTON-R

Irbesartan + Hydrochlorothiazide

DEMOGREL

Clopidogrel

PIESiTON

Irbesartan

Holisten

Atorvastatin

DELIPID

Ezetimibe

NAFLiver®

Ursolic Acid, Choline
Oleanolic Acid

PM/126/1 02/2019

Βεβαιωθείτε να είναι το φάρμακο που αγοράζετε
και αναγράφει
ΟΝΕΣ ή γενεθλιασας ετασεις για
ΟΑΕ το φάρμακο
Ταυτοσημειωσας τον «ΙΣΤΙΟΝΗ ΚΑΡΤΑ».

Προειδοποίηση: Τα συμπληρώματα διατροφής
δεν υποκαθιστούν μια ισορροπημένη διαίτα.

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



DEMO ABEE
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Αρ. Πρωτ. 026/02/19.05.2019



Γενικές Πληροφορίες

Ημερομηνίες Διεξαγωγής

Πέμπτη 18 - Σάββατο 20 Απριλίου 2019

Οργάνωση Συνεδρίου - Γραμματεία - Πληροφορίες

PRAXICON

Εθν. Αντιστάσεως 101, Τ.Κ. 55134, Καλαμαριά, Θεσσαλονίκη
Τηλ. +30 2310 460 682, 2310 460 652 Fax. +30 2310 435 064
Email: info@praxicon.gr website: www.praxicon.gr
ΜΗΤΕΟ933Ε60000071200

Τελετή Έναρξης

Πέμπτη 18 Απριλίου 2019 και ώρα 20.15

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.

Έκθεση

Κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου θα λειτουργεί έκθεση φαρμακευτικών και ιατρικών προϊόντων, όπως και εκδοτικών οίκων και βιβλιοπωλείων, για την ενημέρωση των συμμετεχόντων.

Διακριτικό Σήμα και Κάρτα barcode

Για την παρακολούθηση των εργασιών του Συνεδρίου οι σύνεδροι είναι απαραίτητο να φέρουν τη διακριτική κονκάρδα εγγραφής που χορηγείται από τη γραμματεία του Συνεδρίου και παρακαλούνται να τη φορούν καθ' όλη τη διάρκεια του Συνεδρίου.

Επίσης, με την εγγραφή του ο κάθε σύνεδρος θα παραλαμβάνει κάρτα με γραμμωτό κωδικό (barcode), την οποία θα σκανάρει στο ειδικό μηχάνημα κάθε φορά κατά την είσοδο και έξοδο του από τη συνεδριακή αίθουσα.

Με τον τρόπο αυτό θα γίνεται καταμέτρηση των ωρών παρακολούθησης κάθε συνέδρου και με τη συμπλήρωση του 60% των συνολικών ωρών του προγράμματος θα δίνεται το πιστοποιητικό παρακολούθησης, σύμφωνα με την τελευταία υπ' αρ. 81867/19.11.2012 εγκύκλιο του ΕΟΦ για τη διοργάνωση συνεδρίων.



Πιστοποιητικό Παρακολούθησης

Το Πιστοποιητικό Παρακολούθησης θα δίνεται από τη γραμματεία την τελευταία ημέρα του Συνεδρίου, κατόπιν επίδειξης της κονκάρδας εγγραφής, της κάρτας barcode καθώς και του ερωτηματολογίου αξιολόγησης του Συνεδρίου. Ελάχιστες ώρες παρακολούθησης: το 60% των συνολικών ωρών του Επιστημονικού Προγράμματος.

Το πιστοποιητικό έχει **18 μόρια** Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME-CPD credits) από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο, σύμφωνα με τα κριτήρια αξιολόγησης και μοριοδότησης της UEMS - EACCME.

Προβολικός Εξοπλισμός

Στην αίθουσα των εργασιών του Συνεδρίου θα πραγματοποιούνται προβολές με data video projectors και διαφανειών μέσω PowerPoint για τις ανάγκες των ομιλητών.

Παρακαλούνται όλοι οι ομιλητές να παραδίδουν το υλικό της παρουσίασης τους έγκαιρα (τουλάχιστον 1 ώρα πριν την έναρξη της ομιλίας τους) στη γραμματεία του προβολικού εξοπλισμού.

Δικαίωμα Συμμετοχής

Ειδικοί ιατροί	100€
Ειδικευόμενοι ιατροί	30€
Νοσηλεύτές/-τριες	Δωρεάν
Λοιπά Επαγγέλματα Επιστημών Υγείας	Δωρεάν
Προπτυχιακοί Φοιτητές/-τριες	Δωρεάν

Το δικαίωμα συμμετοχής περιλαμβάνει:

- Παρακολούθηση των εργασιών του Συνεδρίου
- Παραλαβή του υλικού του Συνεδρίου
- Παραλαβή κονκάρδας
- Παραλαβή πιστοποιητικού παρακολούθησης
- Κοινωνικές Εκδηλώσεις

Το δικαίωμα συμμετοχής για τους Προπτυχιακούς Φοιτητές περιλαμβάνει:

- Παρακολούθηση των εργασιών του Συνεδρίου
- Παραλαβή του υλικού του Συνεδρίου
- Παραλαβή κονκάρδας
- Παραλαβή πιστοποιητικού παρακολούθησης



Επίσημη Ιστοσελίδα Συνεδρίου

Στην ιστοσελίδα του συνεδρίου praxicon.gr/hypertasi2019 μπορείτε να βρείτε τα έντυπα εγγραφής και υποβολής περιλήψεων εργασιών με όλες τις σχετικές πληροφορίες και τα στοιχεία επικοινωνίας.

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.



PRESTALIA®

Περινδοπριλη αργινίνη - Αμλοδιπίνη



ARPLEXAM®

Περινδοπριλη αργινίνη - Ινδαπαμίδα - Αμλοδιπίνη



ELPEN Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ

Λεωφ. Μαραθώνος 95, 190 09 Πικέρμι Αττικής,
Τηλ.: 210 6039326-9, Fax: 210 6039300

www.elpen.gr

ΓΡΑΦΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

Σεβαστείας 11, 115 28 Αθήνα,
Τηλ.: 210 7488711, Fax: 210 7488731

Εθν. Αντιστάσεως 114, 551 34 Θεσσαλονίκη,
Τηλ.: 2310 459920-1, Fax: 2310 459269



Κάτοχος άδειας κυκλοφορίας

SERVIER HELLAS ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΕΠΕ

Φραγκοκλησιás 7, 15125 Μαρούσι.
Τηλ. 210 9391000. Fax 210 9391001



Xarelto®

rivaroxaban

L.GRI.MKT.10.2018.1097



Bayer

Εταιρεία συμπτρώθησης



ELPEN Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ
Λωυφ. Μαραθώνος 95, 190 09 Πικέρια Αττικής,
Τηλ: 210 6093389 - 8, Fax: 210 6093390
ΓΡΑΦΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ
Σελασίας 11, 115 28 Αθήνα,
Τηλ: 210 7488711, Fax: 210 7488731
Εδω. Αιμιλιανίδης 114, 551 34 Θεσσαλονίκη,
Τηλ: 2310 459200 - 1, Fax: 2310 459209

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

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

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

Πριν τη συνταγογράφηση για κάθε ένδειξη συμβουλευθείτε την αντίστοιχη Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος.