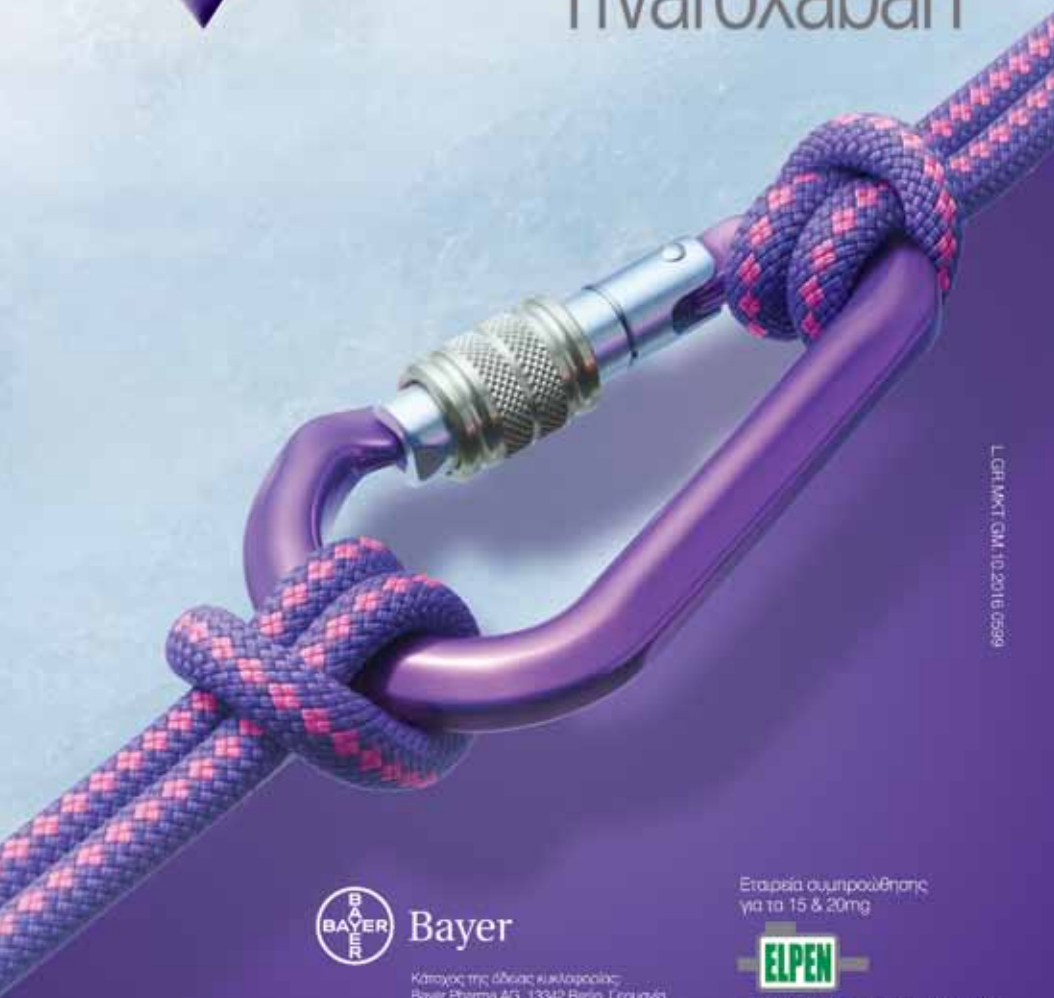




Xarelto®

rivaroxaban



Λ. ΓΕΡΜΑΝΤΙΩΤΗ 10 2016 0599



Bayer

Κάτοχος της άδειας κυκλοφορίας:
Bayer Pharma AG, 13342 Berlin, Γερμανία
Τοπικός αντιπρόσωπος του κατόχου άδειας
κυκλοφορίας στην Ελλάδα: Bayer Ελλάς ABEE,
Σωρού 18-20, 151 25 Μαρούσι.
Τοπικός αντιπρόσωπος του κατόχου άδειας
κυκλοφορίας στην Κύπρο: Novagorm Ltd,
Τηλ: 00357 22483658

Τμήμα Επιστημονικής Ενημέρωσης
Τηλ: +30 210 6187742, Fax: +30 210 6187522,
Email: medinfo.gr.cy@bayer.com

Εταιρεία συμπρούθησης
για τα 15 & 20mg



ELPEN Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ
Λεωφ. Μεσογείων 95, 150 09 Παύσα Αττικής
Τηλ: 210 6039325 - 3, Fax: 210 6039300
ΓΡΑΦΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ
Τσιβιόπουλος 11, 115 26 Αθήνα,
Τηλ: 210 7466711, Fax: 210 7466731
Εθν. Αντιστάσεως 114, 651 34 Θεσσαλονίκη,
Τηλ: 2010 459920 - 1, Fax: 2310 459209

Εμφάνιση σε φύλλο σε φάρμακο που περιέχει και
Αντιόξινο
ΟΑΕΣ ή ασπασμένης αντίστασης για
ΟΑΕ ή φάρμακο
Συμπληρωματικό του «ΕΓΓΥΗ ΚΑΡΤΑ»

Πριν τη συνταγογράφηση για κάθε ένδειξη συμβουλευθείτε την αντίστοιχη Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος.



170

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Θεσσαλονίκη

6-8/4/2017

ΞΕΝΟΔ. PORTO PALACE



ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΟΜΟΣ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

17° ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ - 2017

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ

Olmesartan ή... Olmesartan;



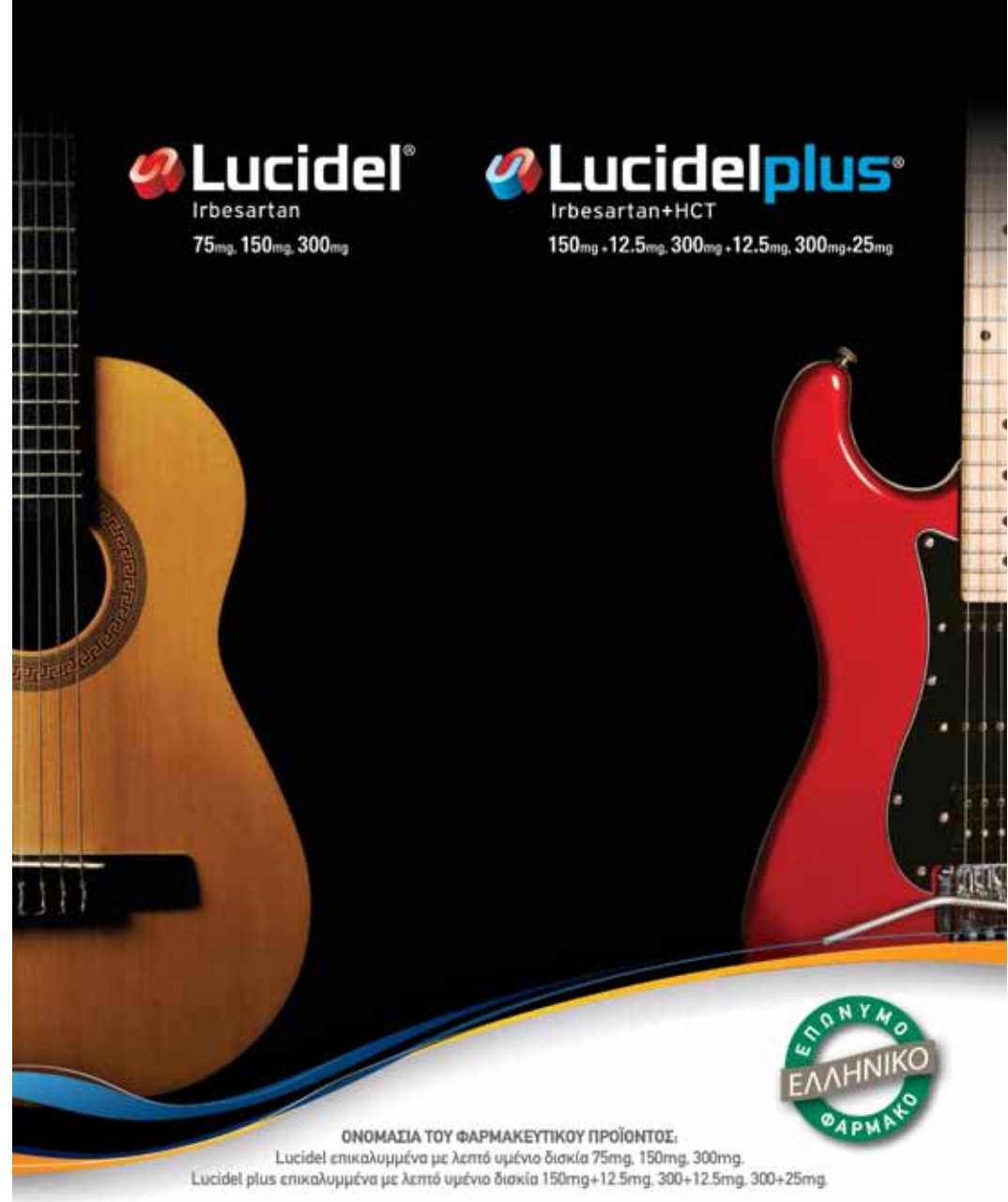
Η ουσία είναι μία!

Έρθε το πρώτο
γενόσημο ολμεσαρτάνης
με την εγγύηση
της Mylan!

Η διαφήμιση είναι σύμφωνη με την ισχύουσα νομοθεσία – Υπουργική Απόφαση ΔΥΓ3(α)/32221 (ΦΕΚ 1049Β/29-04-2013) και τον κώδικα δεοντολογίας του ΣΦΕΕ. Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευθείτε την πλήρη Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος.

Για περισσότερες πληροφορίες: **Generics Pharma Hellas Ε.Π.Ε.**
Αγίου Δημητρίου 63, 174 56 Άλιμος • Τηλ.: 210 99.36.410 • Fax: 210 99.56.410 • info@mylan.gr
Φαρμακοεπαγρύπνηση: Fax: 210 99.47.377 • email.pharmacovigilance@mylan.gr

 **Mylan**
Seeing
is believing



Lucidel®
Irbesartan
75mg, 150mg, 300mg

Lucidelplus®
Irbesartan+HCT
150mg + 12.5mg, 300mg + 12.5mg, 300mg + 25mg



ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ:
Lucidel επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία 75mg, 150mg, 300mg.
Lucidel plus επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία 150mg+12.5mg, 300+12.5mg, 300+25mg.

ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:
Κάθε δισκίο Lucidel περιέχει 75mg, 150mg, 300mg ιρβεσαρτάνης, αντίστοιχα.
Κάθε δισκίο Lucidel plus περιέχει 150mg/12.5mg, 300mg/12.5mg, 300mg/25mg ιρβεσαρτάνης/υδροχλωραθειαζιδίου, αντίστοιχα.

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



ELPEN Α.Ε. Φαρμακευτική Βιομηχανία Λέωρ. Μαραθώνος 65, Πικέρμι Αττικής 190 09, Τηλ.: 210 60 39 326-9
Γραφείο Επιστημονικής Ενθάρρυνσης
• Παροδισμηνισσούλου 41, 115 28 Αθήνα, Τηλ.: 210 74 88 712 • Εθνικής Αντιστάσεως 114, 551 34 Θεσσαλονίκη, Τηλ.: 2310 459 920-1



2017

Υπέρταση

VALSABEN®
VALSARTAN

VALSABEN PLUS®
VALSARTAN + HYDROCHLOROTHIAZIDE

BUMEF TYL
Enalapril maleate + Hydrochlorothiazide

Amlodin®
AMLODIPINE

Besartan®
IRBESARTAN

Nebicur®
NEBIVOLOL

Presidin®
MANIDIPINE

Loben®
LOSARTAN

LobenPLUS®
LOSARTAN+HCTZ

vivace®
manidipine+delapril
Σε συμπεριποίηση με την Chiesi

ManVper®
Manidipine
Σε συμπεριποίηση με την Chiesi

 **Bennett**
ΒΙΟΦΑΡΜΑΚΑ ΕΛΛΑΔΟΣ

Κεντρικά γραφεία: Αρ. Κυριακής 20, 14561, Κηφισιά Τ: 210 6254630 - F: 210 6202305
Γραφεία Θεσ/νίκης: Ανδριανουπόλεως 57, Καλαμαριά, 55133 Τ: 2310 456323 - F: 2310 456368
Γραφεία Πάτρως: Κω 18 & Πανεπιστημίου 3, Πάτρα, 26441 Τ: 2610 453705 - F: 2610 453705
Εργοστάσια: Αιγαίου 26, θέση Καρελλά, Κορωπί 19400 Τ: 210 6644585 - F: 210 6644583

Διοικητικό Συμβούλιο και Οργανωτική Επιτροπή

Πρόεδρος: Γεώργιος Στεργίου
Αντιπρόεδρος: Ρήγας Καλαϊτζίδης
Γεν. Γραμματέας: Θωμάς Μακρής
Ειδ. Γραμματέας: Αθανάσιος Πρωτογέρου
Ταμίας: Ιωάννης Ζαρίφης
Μέλη: Απόστολος Αχείμαστος
Δημήτριος Παπαδόπουλος
Μαρία Ποικιλίδου
Παντελής Σαραφίδης

Προηγούμενος Πρόεδρος: Σ. Δούμα

Επιστημονική Γραμματεία

Η Γραμματεία της Ε.Ε.Υ.

ΑΘΗΝΑ	ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ
Βασ. Σοφίας 111	Πλ. Ναυαρίνου 3
T.K. 115 27	T.K. 546 22
Τηλ.: 210 6469358, Fax: 210 6400767	Τηλ./Fax: 2310 225508
e-mail: gramatia.hypertasi@gmail.com	e-mail: hypertasi.thess@gmail.com

Γραμματεία Συνεδρίου

ΚΕΓΜ Τουριστικές & Συνεδριακές Επιχειρήσεις Α.Ε
Congress World - Μ. Παπαπαναγιώτου

Διοργάνωση Συνεδρίων - Δημόσιες Σχέσεις
Μιχαλακοπούλου 27, 115 28 Αθήνα
Τηλ.: 210 7210001, 210 72 10052, Fax: 210 72 10051
e-mail: info@congressworld.gr
website: www.congressworld.gr



ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ ΠΡΟΕΔΡΟΥ

Αγαπητοί Συνάδελφοι και Φίλοι,

Σας προσκαλούμε να συμμετάσχετε στο **17ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Ελληνικής Εταιρείας Υπέρτασης**. Η **Ελληνική Εταιρεία Υπέρτασης** δραστηριοποιείται στον ιατρικό επιστημονικό χώρο για πάνω από 30 χρόνια και έχει συμβάλλει σημαντικά στην ενημέρωση και εκπαίδευση των Ελλήνων γιατρών.

Η υπέρταση παραμένει ένα τεράστιο πρόβλημα δημόσιας υγείας με πολύ συχνές δυσκολίες στη διάγνωση, την αξιολόγηση και τη ρύθμιση. Αφορά περίπου το ένα τρίτο των ενηλίκων και πάνω από του μισούς ηλικίας πάνω από 60 ετών. Πρόσφατα δεδομένα έδειξαν ότι δυστυχώς στη χώρα μας 4 στους 10 υπερτασικούς είναι αδιάγνωστοι και 8 στους 10 αρρυθμιστοι. Έτσι λοιπόν η υπέρταση παραμένει σήμερα κυρίαρχος παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα.

Το 17ο 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 στοχεύει στην μετάδοση σύγχρονων θεωρητικών αλλά και κυρίως πρακτικών γνώσεων για την υπέρταση και τις σχετιζόμενες καταστάσεις και περιλαμβάνει διαλέξεις, συζητήσεις με ειδικούς, παρουσίαση περιπτώσεων, προφορικές και αναρτημένες ανακοινώσεις και δορυφορικές συνεδρίες. Συμμετέχουν πάνω από 50 διακεκριμένοι ειδικοί επιστήμονες, συμπεριλαμβανομένων και προσκεκλημένων από το εξωτερικό. Όπως κάθε χρόνο αναμένουμε τη συμμετοχή πάνω από 500 γιατρών από όλη την Ελλάδα.

Ελπίζουμε το πρόγραμμα του συνεδρίου να ικανοποιήσει τις απαιτήσεις σας και να συμβάλει στη σύγχρονη και αποτελεσματική αντιμετώπιση της υπέρτασης στη χώρα μας.

**Το Διοικητικό Συμβούλιο
της Ελληνικής Εταιρείας Υπέρτασης**

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Τόπος - Ημερομηνίες Διεξαγωγής Συνεδρίου

Ξενοδοχείο PORTO PALACE, 06 έως 08 Απριλίου 2017, Αίθουσα Crystal Hall, Θεσσαλονίκη.

Τελετή Έναρξης

Πέμπτη 6 Απριλίου 2017 και ώρα 20:30.

Γλώσσα Συνεδρίου

Επίσημη γλώσσα του Συνεδρίου είναι η ελληνική. Για τους ξένους προσκεκλημένους ομιλητές θα είναι η Αγγλική ενώ δεν θα υπάρχει ταυτόχρονη μετάφραση.

Ώρες Λειτουργίας Γραμματείας

Η γραμματεία θα είναι λειτουργεί στην Αίθουσα Grand Pietra τις μέρες και ώρες παράλληλα με το επιστημονικό πρόγραμμα του Συνεδρίου.

Έκθεση

Η έκθεση φαρμακευτικών προϊόντων και βιβλίων, θα λειτουργεί παράλληλα με το επιστημονικό πρόγραμμα του 17ου Πανελλήνιου Συνεδρίου στους χώρους του Ξενοδοχείου PORTO PALACE στην Αίθουσα Grand Pietra.

Δικαίωμα Συμμετοχής

Το κόστος για την εγγραφή στο Συνέδριο είναι:

Ειδικοί ιατροί	100€
Ειδικευόμενοι ιατροί	30€
Νοσηλευτές /Φοιτητές	Δωρεάν (*)

Η εγγραφή περιλαμβάνει:

- ✓ Παρακολούθηση του Επιστημονικού Πρόγράμματος
- ✓ Τσάντα με το Συνεδριακό Υλικό
- ✓ Επίσκεψη στον εκθεσιακό χώρο
- ✓ Προσφορά καφέ κατά τα διαλείμματα
- ✓ Πρόσκληση για την Τελετή Έναρξης
- ✓ Μοριοδοτημένο Πιστοποιητικό Παρακολούθησης

Σε περίπτωση έκδοσης τιμολογίου οι ανωτέρω τιμές επιβαρύνονται με ΦΠΑ 24%.

* Οι νοσηλευτές/φοιτητές έχουν δικαίωμα δωρεάν εγγραφής που περιλαμβάνει την ελεύθερη παρακολούθηση των επιστημονικών εργασιών, το συνοπτικό πρόγραμμα και χορήγηση πιστοποιητικού παρακολούθησης χωρίς μόρια.

Πιστοποιητικό Παρακολούθησης

Θα χορηγηθούν 16 μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (C.M.E. Credits).

Κονκάρδες συνέδρων (Budges)

Οι κονκάρδες των συνέδρων θα παραδίδονται από τη Γραμματεία του Συνεδρίου σε όλους τους συνέδρους με το αντίστοιχο barcode, κατά την εγγραφή τους και την παραλαβή του συνεδριακού υλικού. Είναι απαραίτητη η επίδειξή τους για την είσοδο στους συνεδριακούς χώρους καθ' όλη τη διάρκεια του Συνεδρίου και για την παραλαβή του πιστοποιητικού.

Προφορικές Ανακοινώσεις

Η παρουσίαση των προφορικών ανακοινώσεων θα γίνει σύμφωνα με το Τελικό Επιστημονικό Πρόγραμμα του Συνεδρίου.

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

Η ανάρτηση θα γίνει την Πέμπτη 6 Απριλίου 2017 και από ώρα 13.30 στον ειδικά διαμορφωμένο χώρο στην Αίθουσα Grand Pietra του συνεδριακού ξενοδοχείου PORTO PALACE, στη Θεσσαλονίκη, και θα παραμείνει αναρτημένη έως το Σάββατο 8 Απριλίου 2017 και ώρα 21.00.

Η αποξήλωση θα πρέπει να γίνει μόνο το Σάββατο 8 Απριλίου από τις 21.00 και μετά.

Ο οργανωτής δεν φέρει ευθύνη για την απώλεια ή καταστροφή αυτών μετά από αυτή την ημερομηνία.

Βραβεία

Ειδική ομάδα της Επιστημονικής Επιτροπής θα επιλέξει τις 4 καλύτερες εργασίες που θα παρουσιαστούν στο Συνέδριο. Οι εργασίες αυτές θα βραβευτούν στην Τελετή Λήξης. Η βράβευση περιλαμβάνει χρηματικό ποσό 500€ και δημοσίευση εκτεταμένης περιλήψης 1000 λέξεων στο περιοδικό "Αρτηριακή Υπέρταση" της Ελληνικής Εταιρείας Υπέρτασης.

Τεχνική Γραμματεία - Προβολές

Τεχνική γραμματεία θα λειτουργεί καθ' όλη τη διάρκεια του Συνεδρίου. Όλες οι παρουσιάσεις και ομιλίες να παραδίδονται στους υπεύθυνους τεχνικούς τουλάχιστον μία ώρα πριν από την ώρα παρουσίασής τους σύμφωνα με το επιστημονικό πρόγραμμα.



ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Θεσσαλονίκη

6-8/4/2017

ΞΕΝΟΔ. PORTO PALACE

**ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ**



Πέμπτη 6 Απριλίου 2017

15.30 - 17.30 **ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ**

Προεδρείο: **Π. Ζεμπεκάκης, Ξ. Κροκίδης**

Ασθενής με υπέρταση και όζο επινεφριδίου

Α. Τριανταφύλλου

Σχολιασμός: **Ε. Γκαλιαγκούση**

Ασθενής με υπέρταση στην οξεία φάση ισχαιμικού εγκεφαλικού

Μ. Μπαλτατζή

Σχολιασμός: **Χ. Σαββόπουλος**

Υπέρταση με σεξουαλική δυσλειτουργία

Κ. Ιμπρίαλος

Σχολιασμός: **Μ. Δούμας**

Υπέρταση σε ασθενή με μονήρη νεφρό

Β. Ράπτης

Σχολιασμός: **Π. Σαραφίδης**

17.30 - 18.00 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ-ΚΑΦΕΣ**

18.00 - 19.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Διαχείριση παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου

Προεδρείο: **Μ. Μαρκέτου, Μ. Ποικιλίδου**

Αρτηριακή υπέρταση και άσκηση

Α. Πιτταράς

Αρτηριακή υπέρταση και διατροφή

Μ. Ποικιλίδου

Αρτηριακή υπέρταση και ατμοσφαιρική ρύπανση

Χ. Γράσσο

Αρτηριακή υπέρταση και stress

Α. Πρωτογέρου



Πέμπτη 6 Απριλίου 2017

- 19.30 - 20.30 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ - ANGELINI**
Θεραπευτικοί συνδυασμοί για ασθενείς με μεγάλο καρδιαγγειακό κίνδυνο
Προεδρείο: Ι. Ζαρίφης
Συνδυασμός Πραβαστατίνης-Φαινοφιμπράτης στη μικτή αθηρογόνο δυσλιπιδαιμία
Θ. Μακρής
Συνδυασμός Ραμιπρίλης-Αμλοδιπίνης στην αρτηριακή υπέρταση
Μ. Δούμας
- 20.30 - 21.30 **ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ**
Χαιρετισμοί - Προσφωνήσεις
Εναρκτήρια Ομιλία
Προεδρείο: Διοικητικό Συμβούλιο Ελληνικής Εταιρείας Υπέρτασης
Περιήγηση σε ένα Ιστορικό Λεξικό της Ελληνικής Ιατρικής
Γ. Ρηγάτος
- 21.30 - 23.00 **ΔΕΞΙΩΣΗ ΥΠΟΔΟΧΗΣ**

Παρασκευή 7 Απριλίου 2017

08.00 - 09.00 **ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (1-6)**

Προεδρείο: **Ε. Μανιός, Ε. Γκαλιαγκούση**

- 1 EXERCISE CAPACITY AND RISK OF NEW ONSET OF ATRIAL FIBRILLATION IN HYPERTENSIVE AND DIABETIC PATIENTS
A. Pittaras^{1,2,3}, M. Doumas¹, C. Faselis¹, A. Manolis², H. Grassos¹, M. Papavasiliou¹, K. Kyfnidis², E. Kallistratos², N. Kouremenos², L. Poulimenos², P. Kokkinos¹
¹Veterans Affairs Medical Center, Washington, DC., USA, ²Asclepeion Voulas Hospital, Athens Greece, ³Mediton Medical Center, Athens Greece
- 2 ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΟΥΡΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ 8-ΕΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ
Κ. Δημητριάδης, Κ. Τσιούφης, Γ. Λιατάκης, Κ. Κιντής, Ε. Κούτρα, Θ. Καλός, Δ.Κωνσταντινίδης, Κ. Συρμαλή, Ε. Ανδρίκου, Α. Κασιακόγιας, Δ. Τούσουλης
Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Αθηνών
- 3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΚΑΘΟΡΙΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΤΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΠΑΛΜΟΥ ΣΕ ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΣΜΕΝΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΧΩΡΙΣ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ
Ε. Παπακωνσταντίνου, Μ. Ποικιλίδου, Μ. Αντωνίου, Γ. Κλαδάς, Π. Γεωργιανός, Λ. Χατζησταυρή, Α. Πτηνοπούλου, Π. Δεληδημούδης, Π. Ζεμπεκάκης
Κέντρο Αριστείας στην Υπέρταση, Α΄ Παθολογική Κλινική Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ
- 4 NOVEL PHENOTYPES OF OFFICE SYSTOLIC BLOOD PRESSURE ACCORDING TO BOTH BRACHIAL AND AORTIC MEASUREMENTS: FREQUENCIES AND ASSOCIATIONS WITH CAROTID HYPERTROPHY IN 1861 ADULTS
A. D. Protogerou¹, E. K. Aissopou¹, A. Argyris¹, E. G. Nasothimiou¹, G. Konstantonis¹, M. Karamanou², T. G. Papaioannou³, J. Blacher⁴, M. E. Safar⁴, P. P. Sfikakis¹.
¹Cardiovascular Research Laboratory and Rheumatology Unit, First Department of Propaedeutic and Internal Medicine & Cardiovascular Unit, "Laiko" Hospital, Medical School, National and Kapodistrian University of Athens, GR, ²University Institute of History of Medicine and Public Health, Lausanne, Switzerland, ³Biomedical Engineering Unit, First Department of Cardiology, Hippokration Hospital, Medical School, National and Kapodistrian University of Athens, Greece, ⁴Diagnosis and Therapeutic Center, Hôtel-Dieu Hospital, AP-HP, Paris Descartes University, Paris, France



Παρασκευή 7 Απριλίου 2017

- 5 ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΣΚΛΗΡΙΑΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΚΑΙ ΟΛΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ
Π. Α. Σαραφίδης¹, Χ. Λουτράδης¹, Α. Καρπέτας², Γ. Τζάνης¹, Α. Πιπερίδου¹, Γ. Κουτρουμπάς³, Β. Ράπτης⁴, Α. Μπίκος⁴, Χ. Συργκάνης³, Β. Λιακόπουλος⁵, Γ. Ευστρατιάδης¹, Α. Λαζαρίδης⁵

¹Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., ²Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη, ³Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Θεραπευτική», Θεσσαλονίκη, ⁴Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Αχιλλοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο, Βόλος, ⁵Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Πιερία», Κατερίνη, ⁵Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

- 6 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΗΡΕΜΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΓΚΑΛΥΜΜΕΝΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ
Ν. Κολέτσος¹, Κ. Δίπλα², Α. Τριανταφύλλου¹, Β. Σαχπεκίδης³, Ε. Γκαλιαγκούση¹, Ι. Γρηγοριάδου², Α. Ζαφειρίδης², Σ. Δούμα¹

¹Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ Παπαγεωργίου, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, ²Εργαστήριο Φυσιολογίας και Βιοχημείας της Άσκησης, ΤΕΦΑΑ Σερρών, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, ³Β' Καρδιολογική Κλινική ΓΝ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

09.00 - 10.15 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Προεδρείο: **Δ. Βλαχάκος, Α. Καραγιάννης**

Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης στο σπίτι: Στρατηγική αξιοποίησης -
Α. Κόλλιας

Σχολιασμός: **Ι. Παπαδάκης**

24ωρη καταγραφή αρτηριακής πίεσης: Πότε επιβάλλεται;

Πώς εφαρμόζεται;

Ε. Μανιός

Σχολιασμός: **Ε. Γκαλιαγκούση**

Επείγουσα και υπερεπείγουσα υπέρταση

Ε. Τριανταφυλλίδη

Σχολιασμός: **Λ. Χατζησταυρή**

Παρασκευή 7 Απριλίου 2017

10.15 - 11.15 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Υπέρταση και καρδιαγγειακή νόσος

Προεδρείο: Δ Παπαδόπουλος, Α. Χατζητόλιος

Αρτηριακή υπέρταση και στεφανιαία νόσος

Ι. Ζαρίφης

Αρτηριακή υπέρταση και καρδιακή ανεπάρκεια

Δ. Παπαδόπουλος

Αρτηριακή υπέρταση και αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο

Χ. Μηλιώνης

11.15 - 11.45 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ-ΚΑΦΕΣ**

11.45 - 12.45 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ - NOVARTIS**

ARNIs: Νέο βήμα στην αντιμετώπιση της καρδιακής ανεπάρκειας

Προεδρείο: Ι. Ζαρίφης

Ερευνητικά Δεδομένα: Βελτίωση πρόγνωσης και ποιότητας ζωής σε καρδιακή ανεπάρκεια με μειωμένο κλάσμα εξώθησης - PARADIGM-HF

Χ. Γράσσο

Κλινική Εφαρμογή: Συζήτηση περιπτώσεων

Ε. Καλλίστρατος

12.45 - 13.30 **ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΕΙΔΙΚΟΥΣ**

Ανθεκτική Υπέρταση

Προεδρείο: Μ. Δούμας, Π. Ζεμπεκάκης

Συζήτηση: Η. Αβραμόπουλος, Κ. Δημητριάδης, Π. Σαραφίδης

13.30 - 14.00 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ - VIANEX**

Προεδρείο: Α. Αχείμαστος

Αζιλαρτάνη: Γιατί ένας νέος Ανταγωνιστής Υποδοχέων Αγγειοτασίνης II είναι χρήσιμος;

Κ. Τσιούφης

14.00 - 15.00 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ-ΕΛΑΦΡΥ ΓΕΥΜΑ**

14.00 - 15.00 **ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (P13-P33)**

Προεδρείο: **Κ. Δημητριάδης, Π. Καλογερόπουλος**

P13 ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΣΘΗΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ: ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΒΛΑΒΗ

Β. Νικολαΐδου¹, Ε. Γκαλιαγκούση¹, Ι. Ζωγράφου², Χ. Σαμπάνης², Α. Τριανταφύλλου¹, Ε. Γαβριηλάκη³, Α. Λαζαρίδης¹, Σ. Δούμα¹

¹Γ' Παθολογική Κλινική Γ. Ν. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα,

²Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Γ. Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα,

³Γ. Ν. Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

P14 Η ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΑΥΞΑΝΕΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΣΤΗ ΔΕΥΤΕΡΗ ΗΜΕΡΑ ΤΗΣ ΜΕΣΟΔΙΑΛΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Α. Καρπέτας¹, Χ. Λουτράδης², Α. Πιπερίδου², Α. Λαζαρίδης², Α. Μπίκος³, Β. Ράπτης³, Γ. Τζάνης², Γ. Κουτρούμπας⁴, Κ. Μαυροματίδης⁵, Β. Λιακόπουλος⁶, Π. Ζεμπεκάκης⁶, Π. Σαραφίδης²

¹«Θεραπευτική» Μ.Χ.Α., Θεσσαλονίκη, ²Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη, ³Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Πιερίας, Κατερίνη,

⁴Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Αχιλλοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο, Βόλος, ⁵Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής, ⁶Α Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

P15 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΜΕΤΡΩΝ ΤΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΔΙΚΤΥΟΥ ΤΟΥ ΑΜΦΙΒΛΗΣ-ΤΡΟΕΙΔΟΥΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Π. Ανυφαντή¹, Α. Τριανταφύλλου¹, Ξ. Ζαμπούλης³, Π. Καραμασούνας³, Ε. Γκαλιαγκούση¹, Σ. Ασλανίδης², Σ. Δούμα¹

¹Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ Παπαγεωργίου, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, ²Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, ³Ινστιτούτο Πληροφορικής, Ίδρυμα Τεχνολογίας και Έρευνας (ΙΤΕ) Κρήτης

P16 ΕΝΔΟΣΥΝΕΔΡΙΑΚΗ ΥΠΟΤΑΣΗ: ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΜΕΛΕΤΗ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΜΕΝΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Ε. Πάσχου¹, Ε. Γαβριηλάκη², Ε. Πιπερέλη³, Ν. Σαμπάνης³

¹Τμήμα Γενικής & Οικογενειακής Ιατρικής, Γενικό Νοσοκομείο Έδεσσας, Ελλάδα,

²Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ελλάδα, ³Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Έδεσσας, Ελλάδα

Παρασκευή 7 Απριλίου 2017

P17 Η ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΜΥΪΚΗ ΜΑΖΑ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΟΣΥΝΕΔΡΙΑΚΗΣ ΥΠΟΤΑΣΗΣ

Ε. Πάσχου¹, Ε. Γαβριηλάκη², Ε. Πιπερέλη³, Ν. Σαμπάνης³

¹Τμήμα Γενικής & Οικογενειακής Ιατρικής, Γενικό Νοσοκομείο Έδεσσας, Ελλάδα,

²Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ελλάδα, ³Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Έδεσσας, Ελλάδα

P18 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΥ ΤΩΝ ΓΟΝΙΔΙΩΝ ACE ΣΤΗΝ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Ρ.Γ. Καλαϊτζίδης¹, Β. Τσιμιχόδημος², Ο. Μπαλάφα¹, Δ. Βλαχάκος³, Κ.Σ. Σιαμοπουλος¹, Μ. Ελισάφ²

¹Νεφρολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, ²Παθολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, ³Νεφρολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Αττικό Αθηνών

P19 ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΡΟΒΛΕΨΗΣ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΛΕΥΚΗΣ ΜΠΛΟΥΖΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΥΓΚΑΛΥΜΜΕΝΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΥΘΥΣΜΟ: Η ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΔΙΔΥΜΩΝ

Κ. Κυριακούλης, Α. Ντινέρη, Π. Καλογερόπουλος, Ε. Αισώπου, Γ.Σ. Στεργίου
Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γ' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Η Σωτηρία», Αθήνα, Ελλάδα

P20 ΣΧΕΣΗ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ ΔΕΙΚΤΩΝ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ ΟΡΓΑΝΩΝ-ΣΤΟΧΩΝ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ

Α. Ντινέρη¹, Μ. Ζενιώδη¹, Α. Κόλλιας¹, Γ. Σέρβος², Δ. Γεωργακόπουλος², Ι. Μωυσάκης³, Α. Βαζαίου⁴, Α. Αχείμαστος¹, Γ.Σ. Στεργίου¹

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

P21 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΝΕΥΡΩΣΗΣ ΤΩΝ ΝΕΦΡΙΚΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΚΑΘΕΤΗΡΑ ΠΟΛΛΑΠΛΩΝ ΗΛΕΚΤΡΟΔΙΩΝ ΣΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΔΙΕΓΕΡΣΗΣ ΤΟΥ ΣΥΜΠΑΘΗΤΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Κ. Δημητριάδης, Κ. Τσιούφης, Γ. Λιατάκης, Λ. Νικολοπούλου, Ε. Κούτρα, Θ. Καλός, Δ. Κωνσταντινίδης, Κ. Συρμαλή, Ε. Ανδρίκου, Α. Κασιακόγιας, Δ. Τούσουλης

Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Αθηνών



Παρασκευή 7 Απριλίου 2017

- P22 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΗΠΙΑΣ-ΜΕΤΡΙΑΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ, ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 55-65 ΕΤΩΝ
Ν. Βαϊτσης, Σ. Αγγελάκου-Βαϊτση
Ιδιωτικό Ιατρείο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Φάρσαλα
- P23 ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ, ΗΛΙΚΙΑΣ 65-80 ΕΤΩΝ. ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΑΠΟ ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ
Σ. Αγγελάκου-Βαϊτση, Ν. Βαϊτσης
Ιδιωτικό Ιατρείο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Φάρσαλα
- P24 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΑ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΕΞΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ
Β. Κατσή¹, Γ. Βαμβάκου², Θ. Μακρή², Δ. Τούσουλης³
¹Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, ²Έλενα Βενιζέλου, ³Ιπποκράτειο-Πανεπιστημιακή Κλινική.
- P25 ΕΠΗΡΕΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ
Β. Κατσή¹, Γ. Βαμβάκου², Θ. Μακρή², Δ. Τούσουλης³
¹Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, ²Έλενα Βενιζέλου, ³Ιπποκράτειο-Πανεπιστημιακή Κλινική
- P26 ΒΑΘΜΟΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΕΩΣ 24ΩΡΟΥ ΚΑΙ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ
Μ.Β. Παπαβασιλείου¹, Σ. Πατσιάνης¹, Δ. Αραβαντινός¹, Β. Κακιούζη¹, Α. Σερέτης¹, Α. Πιτταράς²
¹Αντιϋπερτασικό Ιατρείο, Σισμανόγλειο ΓΝΑ, Αθήνα, ²Mediton Καρδιολογικό κέντρο Αθηνών
- P27 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΕΩΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΣΤΗ ΜΑΖΑ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ
Δ. Αραβαντινός, Σ. Πατσιάνης, Δ. Μυτάς, Β. Κακιούζη, Α. Σερέτης, Μ.Β. Παπαβασιλείου
Καρδιολογικό - Αντιϋπερτασικό Ιατρείο, Σισμανόγλειο ΓΝΑ
- P28 ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΕΩΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ
Σ. Πατσιάνης, Δ. Αραβαντινός, Β. Κακιούζη, Α. Σερέτης, Μ.Β. Παπαβασιλείου
Καρδιολογικό - Αντιϋπερτασικό Ιατρείο, Σισμανόγλειο ΓΝΑ

Παρασκευή 7 Απριλίου 2017

- P29 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ ΔΙΑΦΟΡΑΣ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
Γ. Κλαδάς, Μ. Ποικιλίδου, Ε. Παπακωνσταντίνου, Μ. Αντωνίου, Π. Γεωργιανός,
Λ. Χατζησταυρή, Π. Δεληδημούδης, Π. Ζεμπεκάκης
*Κέντρο Αριστείας στην Υπέρταση, Α' Παθολογική Κλινική Πανεπιστημιακό
Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ*
- P30 ΕΠΙΠΕΔΑ ΟΥΡΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΟΡΟΥ ΚΑΙ 10-ΕΤΗΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΘΑΝΑΤΟΦΟΡΑΣ
ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ. ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ
Μ. Καλλίστρατος, Σ. Γιαννίτση, Λ. Πουλημένος, Κ. Ιλιού, Α. Κουκουζέλη,
Ν. Κουρεμένος, Ε. Χαμόδρακα, Σ. Παγώνη, Κ. Κυφνίδης, Α. Πιτταράς, Α.Ι.
Μανώλης
Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ασκληπιείο Βούλας, Αθήνα
- P31 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ
ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ ΚΑΙ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ
Δ. Συμεωνίδης¹, Α. Καλέσση¹, Γ. Αυγουλέας¹, Ι. Τσότρας¹, Θ. Νιτσότολης¹,
Σ. Αντωνόπουλος¹
¹Β Παθολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά Τζάνειο
- P32 ΑΙΦΝΙΔΙΟΣ ΚΑΡΔΙΑΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ ΛΟΓΩ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΑΝΩΜΑΛΙΩΝ ΤΩΝ
ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ
Γ. Πιάγκος¹, Κ. Νάτσης², Μ. Πιάγκου¹, Μ. Διδάγγελος², Χ. Στεφανάδης³
*¹Εργαστήριο Ανατομίας, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο
Αθηνών, ²Εργαστήριο Ανατομίας, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο
Θεσσαλονίκης, ³1η Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Εθνικό και
Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών*
- P33 ΠΡΩΤΟΕΜΦΑΝΙΣΗ ΦΑΙΟΧΡΩΜΟΚΥΤΩΜΑΤΟΣ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ
ΚΑΙ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΠΟΛΛΑΠΛΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ
Ι.Α. Παπαδάκης, Μ. Βελεγράκη, Π. Ιωάννου, Β. Θεοδωρακοπούλου
*Υπερτασικό Ιατρείο (ESH Excellence Centre), Παθολογικής Κλινικής Πανεπιστη-
μιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου*



Παρασκευή 7 Απριλίου 2017

15.00 - 15.50 **ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ**

Προεδρείο: **Ρ. Καλαϊτζίδης, Β. Κατσή**

Έναρξη αντιυπερτασικής θεραπείας σε άνδρα 23 ετών

Α. Πρωτογέρου

Σχολιασμός: **Μ. Ποικιλίδου**

Υπερτασικός με μεγάλες αυξομειώσεις της αρτηριακής πίεσης

Ε. Μανιός

Σχολιασμός: **Α. Κόλλιας**

15.50 - 16.50 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Υπέρταση σε ειδικές ομάδες

Προεδρείο: **Χ. Ζαμπούλης, Α. Πρωτογέρου**

Υπέρταση σε παιδιά και εφήβους

Σ. Σταμπουλή

Υπέρταση σε υπερήλικες

Α. Αχείμαστος

Υπέρταση και κολπική μαρμαρυγή

Δ. Παπαδόπουλος

16.50 - 17.50 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Νάτριο, κάλιο και καρδιαγγειακή – νεφρική νόσος

Προεδρείο: **Α. Αχείμαστος, Σ. Δούμα**

Αλάτι και καρδιαγγειακός κίνδυνος

Ρ. Καλαϊτζίδης

Αλάτι, υπέρταση και νεφρική νόσος

Π. Σαραφίδης

Σύγχρονη αντιμετώπιση της υπερκαλιαιμίας

Μ. Δούμας

17.50 - 18.10 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ-ΚΑΦΕΣ**

18.10 - 18.40 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ - MENARINI**

Προεδρείο: **Α. Αχείμαστος**

Συνδυασμένη αντιυπερτασική θεραπεία το 2017

Π. Σαραφίδης

Παρασκευή 7 Απριλίου 2017

18.40 - 19.10 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ - BAYER - ELPEN**

Προεδρείο: **A. Μανώλης**

Διαχείριση του θρομβωτικού κινδύνου σε ασθενείς με μη βαλβιδική κολπική μαρμαρυγή και υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο

Θ. Μακρής

19.10 - 20.10 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

How to treat hypertension in 2017?

Προεδρείο: **Σ. Δούμα, Κ. Τσιούφης**

New ACC/AHA guidelines for the management of hypertension -

G. Bakris

SPRINT study: New data on pre-diabetes, blood pressure variability and renal outcomes

V. Papademetriou



Σάββατο 8 Απριλίου 2017

08.00 - 09.00 **ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (7-12)**

Προεδρείο: Χ. Σαββόπουλος, Ε. Τριανταφυλλίδη

- 7 ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΓΟΝΙΔΙΑΚΗ ΕΚΦΡΑΣΗ ΤΩΝ ΑΛΦΑ2Β-ΑΔΡΕΝΕΡΓΙΚΩΝ ΥΠΟΔΟΧΕΩΝ ΣΕ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΛΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΗ ΕΠΑΡΚΩΣ ΡΥΘΜΙΣΜΕΝΗ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ
Μ. Μαρκέτου, Ι. Κονταράκη, Φ. Παρθενάκης, Αλ. Πατριανάκος, Ι. Κωνσταντίνου, Δ. Βούγια, Μ. Βερνάρδος, Ι. Λογκάκης, Π. Τσιβερδής, Κ. Φραγκιαδάκης, Δ. Λεμπιδάκης, Μ. Σταυρουλάκη, Ουρανία Θεοδοσάκη, Γ. Κοχιαδάκης, Π. Βάρδας
Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου
- 8 ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ
Γ. Σκαλής¹, Ο. Παπαζάχου¹, Σ. Αρχοντάκης¹, Β. Κατσή², Ο. Αργύρη¹, Κ. Θωμόπουλος¹, Δ. Τούσουλης², Θ. Μακρής¹.
¹Καρδιολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Έλενα Βενιζέλου, Αθήνα, ²1η Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
- 9 ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΚΑΜΠΥΛΗΣ J. ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΣΥΜΒΑΜΑΤΩΝ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΝΟΣΟ ΚΑΙ ΕΠΗΡΕΑΣΜΕΝΗ ΣΥΣΤΟΛΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ
Μ. Καλλίστρατος, Σ. Γιαννίτση, Ε. Βασιλοπούλου Α. Πουλημένος, Ε. Χαμόδρακα Α. Κουκουζέλη, Ν. Κουρεμένος, Π. Τσινιβίζοβ, Α. Σκύρλας, Ν. Κοντογιάννης, Σ. Παγώνης, Α. Δασκαλάκη, Κ. Κυφνίδης, Α.Ι. Μανώλης
Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ασκληπείου Βούλας, Αθήνα.
- 10 ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΜΕΣΗΣ ΤΙΜΗΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ 19-ΕΤΩΝ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΣΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΔΙΔΥΜΩΝ
Π. Καλογερόπουλος, Α. Ντινέρη, Κ. Κυριακούλης, Ε. Αισώπου, Γ.Σ. Στεργίου
Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γ' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Η Σωτηρία», Αθήνα, Ελλάδα
- 11 ΕΠΙΠΕΔΑ ΟΥΡΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΚΑΙ ΝΕΦΡΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΧΩΡΙΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ
Ρ.Γ. Καλαϊτζίδης¹, Β. Τιμιχόδημος², Α. Μυαρη¹, Ο. Μπαλάφα¹, Κ. Παππάς¹, Δ. Σταγκίκας¹, Μ. Ελισάφ²
¹Νεφρολογική και ²Παθολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων

Σάββατο 8 Απριλίου 2017

- 12 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΠΡΟΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΜΕΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΕΩΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΩΙΝΗ ΑΦΥΠΝΙΣΗ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ
Μ.Β. Παπαβασιλείου¹, Δ. Αραβαντινός¹, Σ. Πατσιάνης¹, Β. Κακιούζη¹, Α. Σερέτης¹, Θ. Μακρής²
¹Καρδιολογικό – Αντιϋπερτασικό Ιατρείο, Σισμανόγλειο ΓΝΑ, ²Νοσοκομείο «Ελενα Βενιζέλου» Καρδιολογικό τμήμα

09.00 - 10.15 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Προεδρείο: **Χ. Βλαχόπουλος, Θ. Μακρής**

Πότε η διερεύνηση για δευτεροπαθή υπέρταση επιβάλλεται -

Κ. Πετίδης

Σχολιασμός: **Ι. Ζαρίφης**

Ενδοθηλιακή βλάβη και μικρο- μακρο- αγγειοπάθεια στην υπέρταση -

Ε. Γκαλιαγκούση

Σχολιασμός: **Α. Τριανταφύλλου**

Αρτηριακή σκλήρυνση στην υπέρταση: Θεωρία και κλινική εφαρμογή -

Χ. Βλαχόπουλος

Σχολιασμός: **Ε. Ανδρεάδης**

10.15 - 11.00 **ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΕΙΔΙΚΟΥΣ**

Προεδρείο: **Ι. Ζαρίφης, Π. Σαραφίδης**

Αξιοποίηση αντιυπερτασικών φαρμάκων δεύτερης γραμμής στην πράξη

Συζήτηση: **Α. Αχείμαστος, Δ. Βλαχάκος, Ε. Τριανταφυλλίδη**

11.00 - 11.30 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ-ΚΑΦΕΣ**



Σάββατο 8 Απριλίου 2017

11.30 - 12.30 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ - SANOFI

**Ο νεφρός στην υπέρταση: θύτης και θύμα -
Θεωρία και συζήτηση περίπτωσης**

Προεδρείο: Γ. Στεργίου

Νεφρός και Υπέρταση: Παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί

- Ρόλος του νεφρού στην παθογένεια της υπέρτασης
- Δείκτες εκτίμησης νεφρικής λειτουργίας στην κλινική πράξη - μικρολευκωματινουρία - νεφροπάθεια
- Ο νεφρός ως όργανο-στόχος της υπέρτασης: πρωτεϊνουρική και ισχαιμική βλάβη

P. Καλαϊτζίδης

Νεφρός και Υπέρταση: Στρατηγική θεραπείας

- Πίεση - στόχος
- Επιλογή φαρμάκων
- Συζήτηση περίπτωσης υπέρτασης με νεφροπάθεια

Π. Σαραφίδης

12.30 - 13.30 ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ

Προεδρείο: Μ. Παπαβασιλείου, Δ. Παπαδόπουλος

Should we measure blood pressure variability? Why and How?

G. Parati

Πολυχάπι για την καρδιαγγειακή προστασία

Θ. Μακρής

13.30 - 14.00 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ - WINMEDICA

Προεδρείο: Ι. Ζαρίφης

Πρόληψη καρδιαγγειακού κινδύνου σε υπερτασικούς ασθενείς με πολλαπλούς παράγοντες κινδύνου. Η θέση του σταθερού συνδυασμού αμλοδιπίνης-ατορβαστατίνης

Μ. Δούμας

Σάββατο 8 Απριλίου 2017

14.00 - 15.00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ-ΕΛΑΦΡΥ ΓΕΥΜΑ

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (P34-P55)

Προεδρείο: **Ε. Ανδρεάδης, Χ. Γράσσο**

- P34 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΚΟΡΗΣ ΩΣ ΔΕΙΚΤΗ ΔΥΣΑΥΤΟΝΟΜΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΜΕ ΕΝΔΟΣΥΝΕΔΡΙΑΚΗ ΥΠΟΤΑΣΗ
N. Σαμπάνης¹, Ε. Γαβριηλάκη², Ε. Πιπερέλη¹, Ε. Πάσχου³
¹Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Έδεσσας, Ελλάδα, ²Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ελλάδα, ³Τμήμα Γενικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Γενικό Νοσοκομείο Έδεσσας, Ελλάδα
- P35 24ΩΡΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΑΧΥΤΗΤΑΣ ΣΦΥΓΜΙΚΟΥ ΚΥΜΑΤΟΣ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ ΚΑΙ ΝΕΑΡΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΚΑΙ ΒΛΑΒΗ ΟΡΓΑΝΩΝ-ΣΤΟΧΩΝ
Α. Κόλλιας¹, Α. Ντινέρη¹, Γ. Σέρβος², Δ. Γεωργακόπουλος², Α. Δεστούνης¹, Ι. Μωυσάκης³, Α. Βαζαίου⁴, Α. Αχείμαστος¹, Γ.Σ. Στεργίου¹
¹Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γ' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Η Σωτηρία», Αθήνα, Ελλάδα, ²Καρδιολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. Κυριακού», Αθήνα, Ελλάδα, ³Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Λαϊκό», Αθήνα, Ελλάδα, ⁴Α' Παιδιατρική Κλινική, Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. Κυριακού», Αθήνα, Ελλάδα
- P36 ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΩΝ ΝΙΤΡΙΚΩΝ ΧΥΜΟΥ ΠΑΝΤΖΑΡΙΟΥ ΣΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΚΑΙ ΤΙΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΕΣ ΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΑΝΤΙΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ
Α. Τριανταφύλλου¹, Α. Ζαφειρίδης², Σ. Παπαδόπουλος², Ν. Κολέτσος¹, Β. Σαχπεκίδης³, Ε. Γκαλιαγκούση¹, Π. Ανυφαντή¹, Κ. Δίπλα², Σ. Δούμα¹
¹Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ Παπαγεωργίου, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, ²Εργαστήριο Φυσιολογίας και Βιοχημείας της Άσκησης, ΤΕΦΑΑ Σερρών, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, ³Β' Καρδιολογική Κλινική ΓΝ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

P37 Ο ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΣΘΗΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΣΥΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΑΥΞΗΜΕΝΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΕΡΥΘΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΩΝ ΜΙΚΡΟΣΩΜΑΤΙΔΙΩΝ

Ε. Γκαλιαγκούση¹, Β. Νικολαΐδου¹, Ε. Γιαννάκη², Α. Σαμαλίδου², Α. Τριανταφύλλου¹, Α. Βαμβάκης¹, Ε. Γαβριηλάκη³, Ι. Ζωγράφου⁴, Χ. Σαμπάνης⁴, Σ. Δούμα¹
¹Γ' Παθολογική Κλινική Γ. Ν. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα, ²Γ. Ν. Θεαγένειο, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα, ³Γ. Ν. Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα, ⁴Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Γ. Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

P38 Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΜΕ ΤΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΛΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Π. Α. Σαραφίδης¹, Χ. Λουτράδης¹, Α. Καρπέτας², Γ. Τζάνης¹, Α. Πιπερίδου¹, Γ. Κουτρομπάς³, Β. Ράπτης⁴, Α. Μπίκος⁴, Χ. Συργκάνης³, Β. Λιακόπουλος⁵, Γ. Ευστρατιάδης¹, Α. Λαζαρίδης⁵

¹Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη, ²Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Θεραπευτική», Θεσσαλονίκη, ³Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Αχιλλοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο, Βόλος, ⁴Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Πιερία», Κατερίνη ⁵Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

P39 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΝΕΜΠΙΒΟΛΟΛΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΙΡΜΠΕΣΑΡΤΑΝΗΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ: ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΜΙΑ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΜΕΛΕΤΗ ΔΙΑΣΤΑΥΡΟΥΜΕΝΗΣ ΣΕΙΡΑΣ

Α. Μπίκος¹, Χ. Λουτράδης², Α. Καρπέτας³, Β. Ράπτης¹, Α. Πιπερίδου², Ρ. Καλαϊτζίδης⁴, Ε. Γνικοπούλου⁵, Σ. Παναγούτσος⁶, Π. Πασαδάκης⁶, Η. Μπαλάσκας⁷, Α. Παπαγιάννη², Β. Λιακόπουλος⁷, Π. Α.Σαραφίδης²

¹Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Πιερία», Κατερίνη, ²Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη, ³Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Θεραπευτική», Θεσσαλονίκη, ⁴Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων ⁵Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Πρότυπο», Θεσσαλονίκη, ⁶Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, ⁷Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Σάββατο 8 Απριλίου 2017

- P40 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΥΠΕΝΔΟΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΒΙΩΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ
Π. Ανυφαντή¹, Α. Τριανταφύλλου¹, Ε. Γκαλιαγκούση¹, Ν. Κολέτσος¹, Σ. Χατζημιχαηλίδου², Σ. Ασλανίδης², Σ. Δούμα¹
¹Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ Παπαγεωργίου, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, ²Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη
- P41 ΔΙΑΦΟΡΑ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΜΕΤΡΗΣΗ ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΔΥΟ ΒΡΑΧΙΟΝΕΣ, ΣΕ ΑΝΔΡΕΣ 25-35 ΕΤΩΝ ΜΕ ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ
Ν. Βαϊτσης, Σ. Αγγελάκου-Βαϊτση
Ιδιωτικό Ιατρείο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Φάρσαλα
- P42 ΟΙ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΙ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥΣ
Β. Κατσή¹, Γ. Βαμβάκου², Θ. Μακρή², Δ. Τούσουλης³
¹Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, ²Έλενα Βενιζέλου, ³Ιπποκράτειο-Πανεπιστημιακή Κλινική
- P43 Η ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ ΩΣ ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΤΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ.
Β. Κατσή¹, Γ. Βαμβάκου², Θ. Μακρή², Δ. Τούσουλης³.
¹Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, ²Έλενα Βενιζέλου, ³Ιπποκράτειο-Πανεπιστημιακή Κλινική
- P44 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΣΤΟΧΩΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΕΩΣ ΣΤΗ ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΑΡΙΣΤΕΡΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ
Δ. Μυτάς, Σ. Πατσιάνης, Δ. Αραβαντινός, Β. Κακιούζη, Α. Σερέτης, Ν. Μούσα, Μ.Β. Παπαβασιλείου
Σισμανόγλειο ΓΝΑ, Καρδιολογικό –Αντιϋπερτασικό Ιατρείο
- P45 ΣΥΣΤΟΛΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΑΡΙΣΤΕΡΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΑΝΟΧΗ ΣΤΗΝ ΚΟΠΩΣΗ
Δ. Μυτάς, Δ. Αραβαντινός, Σ. Πατσιάνης, Β. Κακιούζη, Α. Σερέτης, Ν. Μούσα, Μ.Β. Παπαβασιλείου
Σισμανόγλειο ΓΝΑ, Καρδιολογικό –Αντιϋπερτασικό Ιατρείο



Σάββατο 8 Απριλίου 2017

- P46 ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ ΤΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΠΑΛΜΟΥ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ 24ΩΡΗΣ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ
Ε. Παπακωνσταντίνου, Μ. Ποικιλίδου, Μ. Αντωνίου, Γ. Κλαδάς, Π. Γεωργιανός, Λ. Χατζησταυρή, Α. Πτηνοπούλου, Π. Ζεμπεκάκης
Κέντρο Αριστείας στην Υπέρταση, Α' Παθολογική Κλινική Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ
- P47 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ STRESS ΣΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΝΑ ΥΠΟΒΛΗΘΟΥΝ ΣΕ ΣΟΒΑΡΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ
Μ. Κουτσάκη, Μ.Σ. Καλλίστρατος, Ε. Σουλιώτη, Ν. Κουρεμένος, Κ. Βέργης, Α. Κουκουζέλη, Ο. Διακουμάκου, Ο. Μασχά, Α. Μελά, Α.Ι. Μανώλης
Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ασκληπιείο Βούλας
- P48 ΠΡΩΤΕΟΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΠΑΡΕΓΧΥΜΑΤΟΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΣΗΡ ΑΡΟΥΡΑΙΩΝ ΚΑΤΑΔΕΙΚΝΥΕΙ ΑΛΛΑΓΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΩΝ ΜΟΝΟΠΑΤΙΩΝ ΑΠΟ ΤΑ ΑΡΧΙΚΑ ΗΔΗ ΣΤΑΔΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗΣ ΝΕΦΡΟΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ
Α. Χατζηϊωάννου¹, Γ. Μπάρκας¹, Ε. Κριτσέλη¹, Ι. Ζωϊδάκης¹, Α. Δράκου², Α. Χαρώνης¹, Δ. Βλαχάκος³
¹Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών, Ακαδημίας Αθηνών, ²Νοσοκομείο «Ερρίκος Ντυνάν», ³Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
- P49 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΜΙΚΡΟΛΕΥΚΩΜΑΤΙΝΗΣ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ
Ι. Φωτοπούλου, Α. Γώγου, Σπ. Καπράλος, Μ. Μπαλάσκας, Ε. Σπυροπούλου, Μ. Βουρλιόγκα, Αρτ. Νικολοπούλου
Αιματολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»
- P50 Η ΑΤΥΠΗ ΕΚΦΥΣΗ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΚΑΙ Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ
Κ. Νάτσης¹, Γ. Πιάγκος², Ν. Λαζαρίδης¹, Μ. Πιάγκου²
¹Εργαστήριο Ανατομίας, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ²Εργαστήριο Ανατομίας, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
- P51 ΠΑΡΑΔΟΞΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΑΣ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΜΕ ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΤΟΥ ΟΞΕΟΣ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ
Κ. Τζιόμαλος, Σ. Μπουζιανά, Μ. Σπανού, Σ. Κωστάκη, Σ. Αγγελοπούλου, Κ. Χρήστου, Α. Σοφογιάννη, Σ. Αλκαγιέτ, Χ. Σαββόπουλος, Α. Ι. Χατζητόλιος
Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Σάββατο 8 Απριλίου 2017

- P52 ΟΥΡΙΚΟ ΟΞΥ ΚΑΙ ΠΡΟ-ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ/ΠΡΟ-ΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ. ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ΑΝΔΡΩΝ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΙΑΚΗ ΤΟΥΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
Χ. Λιάκος¹, Ε. Καρπάνου², Χ. Γράσσο³, Μ. Μάρκου⁴, Ε. Χατζησταματίου⁴, Γ. Βυσσούλης¹, Δ. Τούσουλης¹
¹1η Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Ιατρική Σχολή Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα ²1η Καρδιολογική Κλινική, Αντιυπερτασικό Ιατρείο, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα, Ελλάδα ³Καρδιολογικό Τμήμα, Κέντρο Αριστείας στην Υπέρταση, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΚΑΤ, Αθήνα, Ελλάδα ⁴Καρδιολογικό Τμήμα, Αντιυπερτασικό Ιατρείο, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα
- P53 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΟΖΩΔΟΥΣ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΕΠΗΡΕΑΣΜΕΝΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ
Π. Σαραφίδης¹, Α. Μπίκος^{1,2}, Χ. Λουτραδης¹, Σ. Τζήκας³, Ε. Βακιρλής⁴, Ε. Αβδελίδου⁵, Δ. Ζαφειρίου⁶, Β. Βασιλικός³
¹Νεφρολογική κλινική Α.Π.Θ. Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ²Μ.Χ.Α «ΠΙΕΡΙΑ», ³Γ' Καρδιολογική Κλινική Α.Π.Θ., Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, ⁴Α' Δερματολογική Κλινική Α.Π.Θ., Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, ⁵Νευρολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, ⁶Α' Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ. Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
- P54 ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΞΥΓΟΝΩΣΗΣ ΤΩΝ ΣΚΕΛΕΤΙΚΩΝ ΜΥΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΗ
Κ. Δίπλα¹, Α. Τριανταφύλλου², Α. Ζαφειρίδης¹, Ν. Κολέτσος¹, Ι. Γρηγοριάδου², Σ. Παπαδόπουλος¹, ΑΣ Ζαφειρίδης², Ι. Βράμπας¹, Ε. Γκαλιαγκούση¹, Σ. Δούμα¹
¹Εργαστήριο Φυσιολογίας και Βιοχημείας της Άσκησης, ΤΕΦΑΑ Σερρών, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, ²Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ Παπαγεωργίου, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη



Σάββατο 8 Απριλίου 2017

P55 ΤΟ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΝΥΧΤΕΡΙΝΗΣ ΜΕΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ (DIPPING STATUS) ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΕΤΑΙ ΑΠΟ ΕΝΙΣΧΥΜΕΝΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΒΕΝΖΟΔΙΑΖΕΠΙΝΩΝ ΚΑΙ ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΣΚΛΗΡΙΑ

Β. Κατσή¹, Γ. Βαμβάκου², Θ. Μακρή², Δ. Τούσουλης³

¹Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, ²Ελενα Βενιζέλου, Γ.Μ. Νοσοκομείο, ³Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο

15.00 - 15.50 **ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ**

Προεδρείο: **Β. Κώτσης, Φ. Παπουλίδου**

Έγκυος με αυξημένη αρτηριακή πίεση

Γ. Βαμβάκου

Σχολιασμός: **Β. Κατσή**

Πολύ μεγάλη αύξηση της αρτηριακής πίεσης στο σπίτι -

Π. Καλογερόπουλος

Σχολιασμός: **Ε. Καλλίστρατος**

15.50 - 16.50 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Οργάνωση διαχείρισης της υπέρτασης στην Ελλάδα

Προεδρείο: **Γ. Στεργίου, Π. Ζεμπεκάκης**

Οργάνωση ιατρείου υπέρτασης

Γ. Στεργίου

Εξειδίκευση στην υπέρταση στην Ελλάδα

Σ. Δούμα

Καταγραφή ιατρείων υπέρτασης στην Ελλάδα

Θ. Μακρή

Σχολιασμός: **Α. Αχείμαστος, Α. Μανώλης, Κ. Τσιούφης**

16.50 - 17.20 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: **Χ. Ζαμπούλης, Δ. Παπαδόπουλος**

Which conventional office blood pressure measurement best predicts cardiovascular outcome: Lessons from 6-million-patient US VA data repository

V. Papademetriou

Σάββατο 8 Απριλίου 2017

17.20 - 17.50 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ - UNIPHARMA**

Προεδρείο: Χ. Γράσσο

Σταθερός συνδυασμός β-αποκλειστή με ακετυλοσαλικυλικό οξύ στην αρτηριακή υπέρταση και την πρόληψη στεφανιαίας νόσου

Θ. Μακρής

17.50 - 18.10 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ-ΚΑΦΕΣ**

18.10 - 19.10 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ - SERVIER**

24ωρος έλεγχος της αρτηριακής πίεσης

Πρόεδρος: Π. Ζεμπεκάκης

Συγκαλυμμένη υπέρταση: Ώρα δράσης στην κλινική πράξη

Γ. Στεργίου

Πώς; Μια ολοκληρωμένη πρόταση

Π. Σαραφίδης

19.10 - 20.10 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: Α. Μανώλης, Α. Λαζαρίδης

Chronic kidney disease as a cardiovascular risk factor:

Role of blood pressure lowering to reduce risk

G. Bakris

Επεμβατική αντιμετώπιση της υπέρτασης

Κ. Τσιούφης

20.10 - 21.00 **ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΕΙΔΙΚΩΝ**

Μελέτη Sprint: Τι αλλάζει στη θεραπεία της υπέρτασης;

Προεδρείο: Γ. Στεργίου, Κ. Τσιούφης

Συζήτηση: Μ. Δούμας, Θ. Μανώλης,

G. Bakris, V. Papademetriou

21.00 - 21.15 **ΒΡΑΒΕΥΣΕΙΣ - ΛΗΞΗ**



ΠΡΟΕΔΡΟΙ – ΟΜΙΛΗΤΕΣ – ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

G BAKRIS, Professor of Medicine Director, ASH Comprehensive Hypertension Center University of Chicago Medicine

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

G PARATI, MD, FESC, Professor of Cardiovascular Medicine, University of Milano-Bicocca, Head, Cardiology Unit and Dept of Cardiovascular, Neural and Metabolic Sciences, S. Luca Hospital, IRCCS Istituto Auxologico Italiano, Milano, Italy

Η ΑΒΡΑΜΟΠΟΥΛΟΣ, Παθολόγος, Ιατρείο Υπέρτασης, Νοσοκομείο «Υγεία», Αθήνα

Ε ΑΝΔΡΕΑΔΗΣ, Παθολόγος, Δ/ντής Δ' Παθολογικής Κλινικής, Κέντρο Υπέρτασης, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

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

Γ ΒΑΜΒΑΚΟΥ, Καρδιολόγος, Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Μ.Α. «Ελενα Βενιζέλου», Αθήνα

Δ ΒΛΑΧΑΚΟΣ, Καθηγητής Νεφρολογίας, Β' Προπαιδευτική Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικό», Αθήνα

Χ ΒΛΑΧΟΠΟΥΛΟΣ, Αναπλ. Καθηγητής Καρδιολογίας, Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. "Ιπποκράτειο", Αθήνα

Ε ΓΚΑΛΙΑΓΚΟΥΣΗ, Επίκ. Καθηγήτρια Παθολογίας, Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. "Παπαγεωργίου", Θεσσαλονίκη

Χ ΓΡΑΣΣΟΣ, Καρδιολόγος, Δ/ντής ΕΣΥ, Υπεύθυνος Ιατρείου Υπέρτασης, Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο "ΚΑΤ", Αθήνα

Κ ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ, Επιμελητής Καρδιολογίας, Α' Καρδιολογική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο» Αθήνα

ΣΤ ΔΟΥΜΑ, Καθηγήτρια Παθολογίας, Δ/ντρια Γ' Πανεπιστημιακής Παθολογικής Κλινικής, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Μ ΔΟΥΜΑΣ, Επίκ. Καθηγητής Παθολογίας, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. "Ιπποκράτειο", Θεσσαλονίκη

Χ ΖΑΜΠΟΥΛΗΣ, Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας, Α.Π.Θ.

ΠΡΟΕΔΡΟΙ – ΟΜΙΛΗΤΕΣ – ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

Ι ΖΑΡΙΦΗΣ, Καρδιολόγος, Συντονιστής Δ/ντής Καρδιολογικού Τμήματος, Γ.Ν. "Γ. Παπανικολάου", Θεσσαλονίκη

Π ΖΕΜΠΕΚΑΚΗΣ, Καθηγητής Παθολογίας, Δ/ντής Α' Παθολογικής Κλινικής, Α.Π.Θ.

Κ ΙΜΠΡΙΑΛΟΣ, Ειδικευόμενος Παθολογίας, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. "Ιπποκράτειο", Θεσσαλονίκη

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

Ε ΚΑΛΛΙΣΤΡΑΤΟΣ, Καρδιολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης, Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Ασκληπιείο» Βούλας, Αθήνα

Π ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΣ, Καρδιολόγος, Δ/ντης Υπεύθυνος Ιατρείου Υπέρτασης Γ.Ο.Ν.Κ. «Οι Άγιοι Ανάργυροι», Αθήνα

Α ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗΣ, Καθηγητής Παθολογίας, Δ/ντής Β' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής, Α.Π.Θ., Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

Β ΚΑΤΣΗ, Καρδιολόγος, Επιμελήτρια Β', Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Αθήνα

Α ΚΟΛΛΙΑΣ, Παθολόγος, Ακαδημαϊκός Υπότροφος Ε.Κ.Π.Α., Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία», Αθήνα

Β ΚΩΤΣΗΣ, Επίκ. Καθηγητής Παθολογίας, Γ.Ν. "Παπαγεωργίου", Θεσσαλονίκη

Ξ ΚΡΟΚΙΔΗΣ, Παθολόγος, Δρ Πανεπιστημίου MAINZ Γερμανίας, Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου Καβάλας

Α ΛΑΖΑΡΙΔΗΣ, Καθηγητής Παθολογίας - Νεφρολογίας, Α' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. "ΑΧΕΠΑ", Θεσσαλονίκη

Θ ΜΑΚΡΗΣ, Συντονιστής Δ/ντής Καρδιολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Μ.Α. «Ελενα Βενιζέλου», Αθήνα

Ε ΜΑΝΙΟΣ, Επίκ. Καθηγητής Θεραπευτικής Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. "Αλεξάνδρα"

Α ΜΑΝΩΛΗΣ, Συντονιστής Δ/ντης Καρδιολογικού Τμήματος, Νοσοκομείο «Ασκληπιείο» Βούλας, Αθήνα, Καθηγητής Καρδιολογίας Πανεπιστημίου EMORY, Ατλάντα, ΗΠΑ

Μ ΜΑΡΚΕΤΟΥ, Επιμελήτρια, Καρδιολογική Κλινική Π.Γ.Ν. Ηρακλείου, Κρήτη

Χ ΜΗΛΙΩΝΗΣ, Καθηγητής Παθολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Μ ΜΠΑΛΤΑΤΖΗ, Παθολόγος-Υπερτασιολόγος, Διδάκτωρ Α.Π.Θ.



ΠΡΟΕΔΡΟΙ – ΟΜΙΛΗΤΕΣ – ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

Μ ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ, Καρδιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Υπεύθυνη Καρδιολογικού - Αντιυπερτασικού Ιατρείου, Γ.Ν.Α. "Σισμανόγλειο", Αθήνα

Ι ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ, Παθολόγος-Κλινικός Υπερτασιολόγος (ESH), Διευθυντής Υπερτασικής Μονάδος Πα.Γ.Ν. Ηρακλείου (ESH Excellence Centre), Κρήτη

Δ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ, Καρδιολόγος, Επιμελητής Καρδιολογικού Τμήματος, Π.Γ.Ν. "Λαϊκό", Υπεύθυνος Υπερτασικού Ιατρείου

Φ ΠΑΠΟΥΛΙΔΟΥ, Νεφρολόγος, Δ/ντρια Μονάδας ΣΦΠΚ, Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Καβάλας

Κ ΠΕΤΙΔΗΣ, Επικ. Καθηγητής, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Γ.Ν. "Ιπποκράτειο", Θεσσαλονίκη

Α ΠΙΤΤΑΡΑΣ, Καρδιολόγος - Ειδικός Υπερτασιολόγος ESH, Ass. Professor George Washington University, Washington, ΗΠΑ, Πρόεδρος Ε.Ε.Κ.Π.

Μ ΠΟΙΚΙΛΙΔΟΥ, Κλινική Υπερτασιολόγος, Πανεπιστημιακή Υπότροφος, Α' Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Α ΠΡΩΤΟΓΕΡΟΥ, Αναπλ. Καθηγητής Τμήματος Παθολογικής Φυσιολογίας Ε.Κ.Π.Α.

Β ΡΑΠΤΗΣ, Νεφρολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης, Α' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. "ΑΧΕΠΑ", Θεσσαλονίκη

Γ ΡΗΓΑΤΟΣ, Ογκολόγος, τ. Δ/ντής Α.Ο.Ν.Α. "Αγ. Σάββας", Αμ. Επικ. Καθηγητής Ιατρικής & Επίτιμος Διδάκτωρ Παιδαγωγικού Τμήματος Ε.Κ.Π.Α.

Χ ΣΑΒΒΟΠΟΥΛΟΣ, Αναπλ. Καθηγητής Παθολογίας Α.Π.Θ., Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. "ΑΧΕΠΑ", Θεσσαλονίκη

Π ΣΑΡΑΦΙΔΗΣ, Επικ. Καθηγητής Νεφρολογίας, Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν. "Ιπποκράτειο", Θεσσαλονίκη

Σ ΣΤΑΜΠΟΥΛΗ, Επικ. Καθηγήτρια Παιδιατρικής, Α.Π.Θ.

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

Α ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ, Παθολόγος, Πανεπιστημιακή Υπότροφος, Γ' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Ε ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΗ, Επιμελήτρια, Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικό», Αθήνα

ΠΡΟΕΔΡΟΙ – ΟΜΙΛΗΤΕΣ – ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

Κ ΤΣΙΟΥΦΗΣ, Αναπλ. Καθηγητής Καρδιολογίας, Υπεύθυνος Μονάδας Υπέρτασης, Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. "Ιπποκράτειο", Αθήνα, Πρόεδρος Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας

Λ ΧΑΤΖΗΣΤΑΥΡΗ, Διδάκτωρ Ιατρικής Α.Π.Θ., Ειδική Παθολόγος, Επιστημονική Συνεργάτης Α' Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ.

Α ΧΑΤΖΗΤΟΛΙΟΣ, Καθηγητής Παθολογίας, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. "ΑΧΕΠΑ", Ιατρική Σχολή, Α.Π.Θ., Α' Αντιπρόεδρος Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος (ΕΠΕ), Αντιπρόεδρος Επαγγελματικής Ένωσης Παθολόγων Ελλάδος (ΕΕΠΕ) Θεσσαλονίκη

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ο Πρόεδρος και τα μέλη της Οργανωτικής Επιτροπής του 17ου Πανελληνίου Συνεδρίου Υπέρτασης ευχαριστούν θερμά τις κάτωθι εταιρείες για την οικονομική τους ενίσχυση:





ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Θεσσαλονίκη

6-8/4/2017

ΞΕΝΟΔ. PORTO PALACE

**ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ
ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**



1 EXERCISE CAPACITY AND RISK OF NEW ONSET OF ATRIAL FIBRILLATION IN HYPERTENSIVE AND DIABETIC PATIENTS

A. Pittaras^{1,2,3}, M. Doulas¹, C. Faselis¹, A. Manolis², H. Grassos¹, M. Papavasiliou¹, K. Kyfnidis², E. Kallistratos², N. Kouremenos², L. Poulimenos², P. Kokkinos¹

¹Veterans Affairs Medical Center, Washington, DC., USA, ²Asclepeion Voulas Hospital, Athens Greece, ³Mediton Medical Center, Athens Greece

Introduction: Atrial fibrillation (AF) is associated with increased mortality risk. The risk for AF increases for individuals with hypertension (HTN) and type 2 diabetes mellitus (DM2). Little is known about the association between fitness and AF in hypertensive and diabetic individuals. We assessed the AF-fitness association in patients with DM2 and HTN.

Methods: From 1986 to 2012, over 12,000 individuals underwent a routine exercise test (ET). Of these, we identified 4,065 hypertensive and/or diabetic individuals (mean age 59±10), with normal sinus rhythm and ET response. We formed four fitness categories based on age-adjusted peak workload achieved (METs): Least-Fit: (5.0±1.0 METs (≤25%; n=1,117); Low-Fit: 6.5 ±1.0 METs (25.1%-50%; n=1,091); Moderate-Fit: 7.8±1.0 METs (50.1%-75%; n=1,044); and High-Fit: 9 ±1.1 METs (>75%; n=813). Cox proportional hazard models were applied, adjusting for age, race, gender, BMI, cardiovascular (CV) disease, CV medications, and CV risk factors.

Results: During a mean follow-up period of 8.0±4.7 years, 363 (8.9%) developed AF. The association between exercise capacity and the risk for developing AF was inverse and graded. For every 1-MET increase in exercise capacity, the AF-risk was 29% lower (HR=0.71; CI: 0.67-0.76). When compared to the Least-Fit category, the risk for developing AF was 30% lower (HR=0.70; CI: 0.55-0.90) in Low-Fit; 58% lower (HR=0.42; CI: 0.31-0.58) in Moderate-Fit; and 74% lower (HR=0.26; CI: 0.18-0.37) in High-Fit individuals.

Conclusions: Cardiorespiratory fitness is inversely and independently associated with lower risk for developing AF in diabetic or hypertensive individuals.

2 ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΟΥΡΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ 8-ΕΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

K. Δημητριάδης, K. Τσιούφης, Γ. Λιατάκης, K. Κιντής, E. Κούτρα, Θ. Καλός, Δ. Κωνσταντινίδης, K. Συρμαλή, E. Ανδρίκου, A. Κασιακόγιας, Δ. Τούσουλης

Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Αθηνών

Εισαγωγή - Σκοπός: Το ουρικό οξύ σχετίζεται με την αθηροσκλήρυνση ενώ ο ρόλος του στην καρδιαγγειακή πρόγνωση είναι υπό διερεύνηση. Σκοπός της μελέτης ήταν να προσδιορίσει την προγνωστική αξία των επιπέδων ουρικού οξέος για την εκδήλωση στεφανιαίας νόσου (ΣΝ) σε υπερτασικούς ασθενείς.

Μέθοδος: Για το σκοπό αυτό μελετήσαμε 2415 ασθενείς με ιδιοπαθή αρτηριακή υπέρταση [μέση ηλικία 58.4 έτη, 1208 άνδρες, αρτηριακή πίεση (ΑΠ) ιατρείου (ΑΠ)=143/88 mmHg] άνευ καρδιαγγειακής νόσου για μέση περίοδο παρακολούθησης 8 έτη. Όλοι οι ασθενείς πραγματοποιούσαν τουλάχιστον μία επίσημη επίσκεψη και στην αρχική εξέταση υπεβλήθησαν σε υπερηχογραφική μελέτη και ελήφθησαν δείγματα φλεβικού αίματος. Ως ΣΝ ορίστηκε το ιστορικό εμφράγματος μυοκαρδίου ή σημαντικής στένωσης των στεφανιαίων αρτηριών μετά από αγγειογραφία ή επέμβαση επαναγγείωσης.

Αποτελέσματα: Η επίπτωση της ΣΝ ήταν 2.2%. Οι υπερτασικοί ασθενείς οι οποίοι εκδήλωσαν ΣΝ (n=53) σε σύγκριση με αυτούς χωρίς ΣΝ (n=2362) είχαν υψηλότερα επίπεδα ουρικού οξέος στην αρχική επίσκεψη (5.8±1.8 έναντι 5.2±1.5 mg/dl, p=0.011), μεγαλύτερο αρχικό δείκτη μάζας αριστεράς κοιλίας (ΔΜΑΚ) (115.7±27.1 έναντι 103.7±27.1 g/m², p=0.001), επιπολασμό υπερτροφίας της αριστεράς κοιλίας (41% έναντι 25%, p=0.017), ενώ δεν διέφεραν αναφορικά με τα επίπεδα ΑΠ ιατρείου, νεφρικής λειτουργίας και λιπιδίων (p=NS). Σε πολυπαραγοντική ανάλυση παλινδρόμησης Cox ο ρυθμός σπειραματικής διήθησης (hazard ratio=1.018, p=0.017), ο ΔΜΑΚ



(hazard ratio=1.010, $p=0.026$) και τα επίπεδα ουρικού οξέος (hazard ratio=1.226, $p=0.016$) παρέμειναν σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες ΣΝ.

Συμπεράσματα: Στην ιδιοπαθή υπέρταση το ουρικό οξύ σχετίζεται με τη μελλοντική εκδήλωση ΣΝ ανεξάρτητα των καθιερωμένων συγχυτικών παραγόντων. Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζουν ότι η εκτίμηση του ουρικού οξέος μπορεί να βελτιώσει τη διαστρωμάτωση καρδιαγγειακού κινδύνου.

3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΚΑΘΟΡΙΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΤΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΠΑΛΜΟΥ ΣΕ ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΣΜΕΝΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΧΩΡΙΣ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ε. Παπακωνσταντίνου, Μ. Ποικιλίδου, Μ. Αντωνίου, Γ. Κλαδάς, Π. Γεωργιανός, Λ. Χατζησταυρή, Α. Πτηνοπούλου, Π. Δελιδημούδης, Π. Ζεμπεκάκης

Κέντρο Αριστείας στην Υπέρταση, Α' Παθολογική Κλινική Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ

Εισαγωγή: Η διάδοση του σφυγμικού κύματος κατά μήκος του αρτηριακού δένδρου χαρακτηρίζεται από αύξηση της πίεσης παλμού (ΠΠ) μεταξύ της ελαστικής αορτής και των περιφερικών αρτηριών. Αυτό το φαινόμενο είναι γνωστό ως «ενίσχυση της ΠΠ» ή pulse pressure amplification (PPA) και η μαθηματική έκφραση του φαινομένου αποτυπώνεται με τον υπολογισμό του λόγου της περιφερικής προς την κεντρική αορτική ΠΠ. Παρότι η διαδικασία της αγγειακής γήρανσης αποτελεί ένα γνωστό παράγοντα που επηρεάζει την PPA, η συσχέτιση της PPA με τις περιφερικές αγγειακές αντιστάσεις παραμένει ασαφής. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αναζήτηση της συσχέτισης της PPA με τις κεντρικές και περιφερικές αιμοδυναμικές παραμέτρους σε νεοδιαγνωσμένους υπερτασικούς ασθενείς.

Μέθοδοι: Στη μελέτη έλαβαν μέρος 87 ασθενείς (ηλικία: $52,2 \pm 12,5$ έτη, 55 γυναίκες) με νεοδιαγνωσμένη υπέρταση, οι οποίοι δεν είχαν λάβει προηγούμενα αντιυπερτασική θεραπεία. Οι κεντρικές αορτικές πιέσεις, ο δείκτης ενίσχυσης (augmentation index, AIx) και η ταχύτητα του σφυγμικού κύματος στην αορτή (aortic pulse wave velocity, aPWV) υπολογίστηκαν τονομετρικά με τη συσκευή Sphygmocor (ArtCor, Sydney, Australia). Οι περιφερικές αγγειακές αντιστάσεις υπολογίστηκαν με την ανώμαλη μέθοδο της ρεοκαρδιογραφίας (Cardioscreen 2000). Πραγματοποιήθηκε μονοπαραγοντική και πολυπαραγοντική ανάλυση γραμμικής συσχέτισης για την αναζήτηση ανεξάρτητων καθοριστών της PPA.

Αποτελέσματα: Στη μονοπαραγοντική ανάλυση, η PPA εμφάνισε συσχέτιση με την ηλικία, το φύλο, το δείκτη μάζας σώματος, τον καρδιακό ρυθμό, την ουρία, το κάλιο, τον AIx, το δείκτη ταχύτητας (velocity index, VI), το δείκτη επιτάχυνσης (acceleration index, AI), το χρόνο εξώθησης της (AP) κοιλίας (left ventricular ejection time, LVET), το δείκτη του λόγου συστολικού χρόνου (systolic time ratio index, STRI), το δείκτη χρόνου εξώθησης (AP) κοιλίας (ejection time index, ETI), το δείκτη έργου αριστερής κοιλίας ανά όγκο παλμού (left stroke work index, LSWI). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, οι 2 ανεξάρτητοι καθοριστές της PPA ήταν ο καρδιακός ρυθμός ($\beta=0,41$, $p<0,001$) και ο AIx ($\beta=-0,71$, $p<0,001$), παράμετροι οι οποίες ερμήνευσαν το 77,4% της διακύμανσης της PPA.

Συμπεράσματα: Οι κύριοι καθοριστές της PPA σε νεοδιαγνωσμένους υπερτασικούς ασθενείς φάνηκε στην παρούσα μελέτη ότι είναι ο καρδιακός ρυθμός και ο AIx, ευρήματα που συνηγορούν υπέρ της συμμετοχής του συμπαθητικού συστήματος και της αρτηριακής σκληρίας στην παθοφυσιολογία του φαινομένου της PPA.

4

NOVEL PHENOTYPES OF OFFICE SYSTOLIC BLOOD PRESSURE ACCORDING TO BOTH BRACHIAL AND AORTIC MEASUREMENTS: FREQUENCIES AND ASSOCIATIONS WITH CAROTID HYPERTROPHY IN 1861 ADULTS

A. D. Protogerou¹, E. K. Aissopou¹, A. Argyris¹, E. G. Nasothimiou¹, G. Konstantonis¹, M. Karamanou², T. G. Papaioannou³, J. Blacher⁴, M. E. Safar⁴, P. P. Sfikakis¹.

¹Cardiovascular Research Laboratory and Rheumatology Unit, First Department of Propaedeutic and Internal Medicine & Cardiovascular Unit, "Laiko" Hospital, Medical School, National and Kapodistrian University of Athens, GR, ²University Institute of History of Medicine and Public Health, Lausanne, Switzerland, ³Biomedical Engineering Unit, First Department of Cardiology, Hippokration Hospital, Medical School, National and Kapodistrian University of Athens, Greece, ⁴Diagnosis and Therapeutic Center, Hôtel-Dieu Hospital, AP-HP, Paris Descartes University, Paris, France

Aortic (a) systolic blood pressure (SBP) is associated with arterial damage more consistently than brachial (b) SBP. However, it is unknown whether: (i) aSBP is normal in the presence of elevated bSBP, and vice versa; (ii) SBP classification on the basis of proposed bSBP and aSBP cut-off values, improves cardiovascular (CV) risk assessment. We tested (i) the frequency of 4 office SBP phenotypes: type I (both normal bSBP and aSBP); type II (high bSBP but normal aSBP); type III (normal bSBP but high aSBP), and type IV (both high bSBP and aSBP), (ii) the probability of each phenotype (using type I as reference) to be associated with increased arterial damage. Methods: In a cohort study of 1861 participants (age: years 54 years, 49.1% males), we measured simultaneously bSBP, aSBP and carotid cross-sectional wall area (CSWA) with ultrasound. Results: Depending on the applied aSBP cut-off values, type II and type III phenotypes represented together 5-11 % of the studied population (0.9-3.4% and 1.8-10.3%, respectively). Subgroups with phenotypes II and III had significantly higher probability (by 2.3-3.3 and 3.3-8.9 times, respectively) as assessed by logistic regression analysis to present elevated carotid artery CSWA compared to the reference group, even after adjustment for diastolic blood pressure and other confounders. Conclusions: defined on the basis of both bSBP and aSBP measurements, type II (i.e. isolated high bSBP) and type III (isolated high aSBP) are commonly observed and refine the detection of subgroups regarding the presence of arterial damage.

5

ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΣΚΛΗΡΙΑΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΚΑΙ ΟΛΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Π. Α. Σαραφίδης¹, Χ. Λουτράδης¹, Α. Καρπέτας², Γ. Τζάνης¹, Α. Πιπερίδου¹, Γ. Κουτρομπάς³, Β. Ράπτης⁴, Α. Μπίκος⁴, Χ. Συργκάνης³, Β. Λιακόπουλος⁵, Γ. Ευστρατιάδης¹, Α. Λαζαρίδης⁵

¹Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., ²Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη, ³Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Θεραπευτική», Θεσσαλονίκη, ⁴Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Αχιλλοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο, Βόλος, ⁵Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Πιερία», Κατερίνη, ⁵Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Οι ασθενείς με τελικού σταδίου νεφρική νόσο διατρέχουν εξαιρετικά υψηλό κίνδυνο καρδιαγγειακών συμβομάτων και θνητότητας. Η ταχύτητα σφυγμικού κύματος (Pulse Wave Velocity, PWV) και ο δείκτης ενίσχυσης (augmentation index, AI) υπολογιζόμενοι σε συνήθεις ιατρείου αποτελούν γνωστούς παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου σε αιμοκαθαρόμενους ασθενείς. Η παρούσα μελέτη εξέτασε την προγνωστική αξία της 48ωρης PWV και του 48ωρου AI προσαρμοσμένο για τον καρδιακό ρυθμό (AIx75) σε αυτόν τον πληθυσμό.

Μέθοδοι: Σε προοπτική μελέτη κοόρτης, 170 αιμοκαθαρόμενοι ασθενείς υποβλήθηκαν σε 48ωρη μέτρηση της ΑΠ με τη συσκευή Mobil-O-Graph NG κατά τη διάρκεια μιας αιμοκάθαρσης και της τυπικής μεσοδιαλυτικής περιόδου και παρακολουθήθηκαν για μέσο διάστημα 28,1±11,2 μηνών. Το πρώτο καταληκτικό σημείο ήταν ένας συνδυασμός της συνολικής θνησιμότητας, και των περιπτώσεων μη θανατηφόρου εμφράγματος του μυοκαρδίου και μη θανατηφόρου



αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Τα δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία περιλάμβαναν: (i) τη συνολική θνησιμότητα, (ii) την καρδιαγγειακή θνησιμότητα, (iii) το συνδυασμό καρδιαγγειακού θανάτου, μη θανατηφόρου εμφράγματος του μυοκαρδίου, μη θανατηφόρου αγγειακού εγκεφαλικού, αναζωογόνησης μετά από καρδιακή ανακοπή και νοσηλείας για καρδιακή ανεπάρκεια.

Αποτελέσματα: Κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης, 37 (21,8%) ασθενείς κατέληξαν και 46 (27,1%) παρουσίασαν καρδιαγγειακό σύμβαμα ή κατέληξαν από καρδιαγγειακά αίτια. Σε ανάλυση κατά Kaplan-Meier, η ελευθερία (cumulative freedom) από το πρωτεύων καταληκτικό σημείο ήταν προοδευτικά μικρότερη καθώς αυξανόταν η 48ωρη πίεση παλμού [83,7%, 71,4%, 69,0% και 62,8% για τα τεταρτημόρια 1 έως 4 (logrank $p=0,024$)], η 48ωρη ΡWV [93,0%, 81,0%, 57,1% και 55,8% για τα τεταρτημόρια 1 έως 4 (logrank $p<0,001$)] και ο 48ωρος AIX75 (88,4%, 66,7%, 69,0% και 62,8% for quartiles 1 to 4 (logrank $p=0,014$)). Ομοίως, ο σχετικός κίνδυνος (Hazard Ratio) για τη συνολική θνησιμότητα, την καρδιαγγειακή θνησιμότητα, και το σύνθετο καρδιαγγειακό τελικό σημείο έβρινε προοδευτικά αυξανόμενος στα υψηλότερα τεταρτημόρια ΡWV και AIX75. Σε ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης η 48ωρη ΡWV ήταν η μοναδική αγγειακή παράμετρος ανεξάρτητα συσχετιζόμενη με την εμφάνιση του πρωτεύοντος καταληκτικού σημείου (HR: 1,575, 95%CI: 1,183-2,095, ανα m/s αύξηση).

Συμπεράσματα: Η περιπατητική ταχύτητα του σφυγμικού κύματος και ο περιπατητικός δείκτης AIX75 σχετίζονται ανεξάρτητα με τον κίνδυνο καρδιαγγειακών συμβαμάτων και θνησιμότητας σε ασθενείς υπό αιμοκάθαρση. Τα παραπάνω ευρήματα ενισχύουν τα στοιχεία που δείχνουν ότι η αρτηριακή σκληρία είναι ίσως ο πιο σημαντικός παράγοντας καρδιαγγειακού κινδύνου στην αιμοκάθαρση.

6

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΗΡΕΜΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΓΚΑΛΥΜΜΕΝΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

N. Κολέτσος¹, K. Δίπλα², A. Τριανταφύλλου¹, B. Σαχπεκίδης³, E. Γκαλιαγκούση¹, I. Γρηγοριάδου², A. Ζαφειρίδης², Σ. Δούμα¹

¹ Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ Παπαγεωργίου, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, ² Εργαστήριο Φυσιολογίας και Βιοχημείας της Άσκησης, ΤΕΦΑΑ Σερρών, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, ³ Β' Καρδιολογική Κλινική ΓΝ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή - Σκοπός: Η συγκαλυμμένη υπέρταση (ΣΥ) σχετίζεται με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο και βλάβες σε όργανα στόχους. Πρόσφατα δεδομένα υποστηρίζουν ότι υπερτασικοί ασθενείς (YA) εμφανίζουν υπέρμετρη αύξηση της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) κατά την άσκηση. Σκοπός: (i) να διερευνηθεί, εάν οι αποκρίσεις της ΑΠ κατά την υπομέγιστη ισομετρική άσκηση ατόμων με ΣΥ ομοιάζουν με αυτές των YA και διαφέρουν συγκριτικά με τα νορμοτασικά άτομα (NT) και (ii) να εξεταστούν πιθανοί μηχανισμοί, που ευθύνονται για τις ανωτέρω δυσλειτουργίες.

Μέθοδος: Ογδόντα έξι συμμετέχοντες (28 NT, 31 νεοδιαγνωσμένοι YA και 27 με ΣΥ, χωρίς φαρμακευτική αγωγή), υποβλήθηκαν σε κλινικοεργαστηριακό έλεγχο, 24-ωρη καταγραφή ΑΠ, θωρακική ρεογραφία και αξιολόγηση κεντρικής ΑΠ (τονομετρία). Ακολούθησε 3-λεπτη άσκηση χειρολαβής (30% της μέγιστης δύναμης) με συνεχή ανά-παλμό (Finapres) καταγραφή της ΑΠ και περιφερικής αντίστασης.

Αποτελέσματα: Οι ομάδες δε διέφεραν στα βασικά χαρακτηριστικά. Η ΑΠ ιατρείου δε διέφερε μεταξύ NT και ΣΥ. Η κεντρική συστολική-πίεση ήταν μεγαλύτερη στους YA ($p<0,001$) συγκριτικά με τις άλλες ομάδες. Οι ΣΥ είχαν οριακά υψηλότερη αορτική συστολική πίεση από τους NT ($p=0,051$), χωρίς διαφορές στη αορτική διαστολική πίεση. Στην άσκηση, οι AY παρουσίασαν παρόμοια αύξηση συστολικής/διαστολικής ΑΠ με τους ΣΥ και σημαντικά υψηλότερη από τους NT. Επιπλέον, στους ασθενείς με ΣΥ παρατηρήθηκε αύξηση ($p<0,01$) της περιφερικής αντίστασης στην άσκηση, ανάλογη με αυτή των YA, ενώ η περιφερική αντίσταση παρέμεινε αμετάβλητη στους NT.

Συμπέρασμα: Οι αιμοδυναμικές αποκρίσεις στην άσκηση ασθενών με συγκαλυμμένη υπέρταση ομοιάζουν αυτές των υπερτασικών. Η μεγάλη αύξησης της περιφερικής αντίστασης στην άσκηση, υποδεικνύει πιθανή υπερδραστικοποίηση του συμπαθητικού συστήματος σε συνθήκες σωματικού stress στη συγκαλυμμένη υπέρταση.

ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΓΟΝΙΔΙΑΚΗ ΕΚΦΡΑΣΗ ΤΩΝ ΑΛΦΑ2Β-ΑΔΡΕΝΕΡΓΙΚΩΝ ΥΠΟΔΟΧΕΩΝ ΣΕ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΛΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΗ ΕΠΑΡΚΩΣ ΡΥΘΜΙΣΜΕΝΗ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Μ. Μαρκέτου, Ι. Κονταράκη, Φ. Παρθενάκης, Αλ. Πατριανάκος, Ι. Κωνσταντίνου, Δ. Βούγια, Μ. Βερνάρδος, Ι. Λογκάκης, Π. Τσιβερδής, Κ. Φραγκιαδάκης, Δ. Λεμπιδάκης, Μ. Σταυρούλακη, Ουρανία Θεοδοσάκη, Γ. Κοχιάδακης, Π. Βάρδας

Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

Εισαγωγή - Σκοπός: Τα αιμοπετάλια (AMT) διαδραματίζουν κυρίαρχο ρόλο στην ομοιόσταση και στο μηχανισμό της πήξης. Οι α2-αδρενεργικοί υποδοχείς (α2-ΑΥ), παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαδικασία συγκόλλησης των AMT αλλά και στη παθοφυσιολογία της αρτηριακής θρόμβωσης. Να διερευνήσαμε την επίδραση του ύψους της συστολικής αρτηριακής πίεσης στην γονιδιακή έκφραση των α2Β- ΑΥ στα AMT ασθενών με ιδιοπαθή υπέρταση σε σύγκριση με αυτή καλά ρυθμισμένων υπερτασικών και υγιών ατόμων

Μέθοδοι: Συμπεριλάβαμε 36 υπερτασικούς ασθενείς, με αρρυθμιστη αρτηριακή υπέρταση (22 άρρενες, 55 ± 9 ετών, 24-ωρη περιπατητική καταγραφή μέσης ΣΑΠ ≥ 142/88mmHg) και 32 υπερτασικούς ασθενείς με καλά ρυθμισμένη αρτηριακή υπέρταση (21 άρρενες, 53 ± 10 ετών, 24-ωρη περιπατητική καταγραφή μέσης ΣΑΠ = 126/76mmHg). Είκοσι τέσσερα υγιή άτομα (12 άρρενες, 53 ± 10 ετών) χρησιμοποιήθηκαν ως ομάδα ελέγχου. Διενεργήθηκαν αιμοληψίες όπου πραγματοποιήθηκε απομόνωση των αιμοπεταλίων, εξαγωγή ολικού RNA και δημιουργία cDNA με χρήση ενζύμου αντίστροφη μεταγραφάση. Εκτιμήθηκαν τα επίπεδα της γονιδιακής έκφρασης των α2Β- ΑΥ με τη μέθοδο Real Time RT-PCR.

Αποτελέσματα: Ασθενείς με αρρυθμιστη ιδιοπαθή υπέρταση παρουσίασαν σημαντικά αυξημένη έκφραση α2Β- ΑΥ στα AMT σε σχέση με αυτούς που είχαν καλά ρυθμισμένη πίεση ή με τα υγιή άτομα (3,6 ± 34,6 στους φυσιολογικούς, 37,2 ± 24,6 στην καλά ρυθμισμένη ΑΠ έναντι 77,4 ± 59,7 στους αρρυθμιστους υπερτασικούς, $p < 0,01$ και για τις δύο ομάδες)

Συμπεράσματα: Ασθενείς με μη επαρκώς ρυθμισμένη αρτηριακή υπέρταση παρουσίασαν αυξημένη γονιδιακή έκφραση των α2Β- ΑΥ στα AMT, εν συγκρίσει με καλά ρυθμισμένους υπερτασικούς. Τα δεδομένα μας καταδεικνύουν νέους παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς θρομβώσεως στην αρτηριακή υπέρταση.

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Γ. Σκαλής¹, Ο. Παπαζή¹, Σ. Αρχοντάκης¹, Β. Κατσής², Ο. Αργύρη¹, Κ. Θωμόπουλος¹, Δ. Τούσουλης², Θ. Μακρύνης¹.

¹Καρδιολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Έλενα Βενιζέλου, Αθήνα, ²1η Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Εισαγωγή - Σκοπός: Το κάπνισμα είναι γνωστός παράγοντας κινδύνου επιπλοκών κατά τη διάρκεια της κύησης και διαταραχών του εμβρύου. Όμως, παρά τα μέτρα πρόληψης, ένα σημαντικό ποσοστό γυναικών (26%) στην Ευρώπη καπνίζει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Σκοπός της μελέτης μας ήταν να εκτιμήσουμε τον επιπολασμό του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της κύησης και την ενδεχόμενη χρήση υποκατάστατων του καπνού στον ελληνικό πληθυσμό.

Μέθοδος: Μελετήθηκαν 672 διαδοχικές γυναίκες κατά τη διάρκεια της κύησης στο καρδιολογικό τμήμα μεταξύ Σεπτεμβρίου 2015 και Μαΐου 2016. Καταγράφηκαν η χρήση καπνού, η θεραπεία υποκατάστασης με νικοτίνη και η χρήση ηλεκτρονικού τσιγάρου προ και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Οι έγκυες θεωρούνταν καπνίστριες αν ανέφεραν το κάπνισμα τουλάχιστον ενός τσιγάρου την ημέρα σε οποιοδήποτε τρίμηνο της κύησης σύμφωνα με διεθνή δεδομένα.

Αποτελέσματα: 265 (39,4%) από το συνολικό πληθυσμό δήλωσαν καπνίστριες και 119 (45% των καπνιστριών και 17.7% του συνόλου) εξ αυτών συνέχιζαν να καπνίζουν κατά τη διάρκεια της κύησης αν και υπήρξε μία δραστηκή μείωση του αριθμού των τσιγάρων κατά 68,7%. Επίσης 6 (0,9%) χρησιμοποίησαν υποκατάστατο νικοτίνης, ενώ 0,5% έκανε χρήση ηλεκτρονικού τσιγάρου χωρίς όμως να συνεχίζουν και κατά την κύηση.

Συμπεράσματα: Ο επιπολασμός του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι μεγαλύτερος στην Ελλάδα σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, παρά το γεγονός ότι οι

αρνητικές επιπτώσεις του καπνίσματος στην κύηση είναι γνωστές. Η θεραπεία υποκατάστασης με σκευάσματα νικοτίνης και οι ηλεκτρονικές μορφές καπνίσματος δεν είναι διαδεδομένες.

9 ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΚΑΜΠΥΛΗΣ J. ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΣΥΜΒΑΜΑΤΩΝ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΝΟΣΟ ΚΑΙ ΕΠΗΡΕΑΣΜΕΝΗ ΣΥΣΤΟΛΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Μ. Καλλίστρατος, Σ. Γιαννίτης, Ε. Βασιλοπούλου Λ. Πουλημένος, Ε. Χαμόδρακα Α. Κουκουζέλη, Ν. Κουρεμένος, Π. Τσινιβίτζοβ, Α. Σκύρλας, Ν. Κοντογιάννης, Σ. Παγώνη, Α. Δασκαλάκη, Κ. Κυφνίδης, Α.Ι. Μανώλης

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ασκληπιείο Βούλας, Αθήνα.

Εισαγωγή - Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν να καθοριστεί η συσχέτιση της υπό θεραπεία αρτηριακής υπέρτασης και των καρδιαγγειακών συμβαμάτων (θάνατος ή μεταμόσχευση καρδιάς) σε υπερτασικούς ασθενείς με στεφανιαία νόσο και επηρεασμένη λειτουργικότητα αριστερής κοιλίας.

Μέθοδος: Μελετήθηκαν 77 υπερτασικοί ασθενείς με στεφανιαία νόσο και επηρεασμένη συστολική λειτουργία για $28,1 \pm 9,9$ μήνες. Στο διάστημα αυτό 15 ασθενείς πέθαναν και 2 υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση καρδιάς. Μετρήθηκε το NT-proBNP αναφοράς πριν την καρδιοαναπνευστική κόπωση στην οποία εκτιμήθηκε η μέγιστη κατανάλωση οξυγόνου. (VO2). Η διάμετρος αριστερής κοιλίας, το μέγεθος αριστερού κόλπου και το κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας μετρήθηκαν υπερηχοκαρδιογραφικά.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς με συστολική αρτηριακή πίεση (ΣΑΠ) < 117 mmHg παρουσίασαν αυξημένο NT-proBNP αναφοράς σε σχέση με ασθενείς με ΣΑΠ > 117 mmHg, (2280 ± 2075 vs 947 ± 877 , $p=0.001$) χειρότερα επίπεδα μέγιστης κατανάλωσης VO2 (13.8 ± 3.9 vs 18.2 ± 4.6 , $p<0.0001$) και αυξημένη καμπύλη VENC02 (41.2 ± 9.1 vs 35.5 ± 7.3 , $p<0.01$). Επιπλέον, ασθενείς με ΣΑΠ < 117 mmHg, εμφάνισαν χειρότερη λειτουργική κατάσταση κατά NYHA (2.4 ± 0.6 vs 1.9 ± 0.8 , $p<0.05$) και μειωμένη ινότροπη και χρονότροπη απάντηση στην κόπωση (μέγιστη ΣΑΠ στην κόπωση 134.8 mmHg ± 27.6 vs 170.4 ± 24.5 mmHg, $p<0.001$) και (peak HR στην κόπωση 123.4 ± 17 bpm vs 137 ± 24 bpm, $p<0.05$) αντίστοιχα. Τελικά, οι ασθενείς με ΣΑΠ < 117 mmHg παρουσίασαν τριπλάσια αυξημένο λόγο αναλογιών για θάνατο ή μεταμόσχευση καρδιάς ($p<0.05$).

Συμπεράσματα: Τα επίπεδα ΣΑΠ < 117 mmHg σχετίζονται με χειρότερη κλινική κατάσταση και χειρότερη έκβαση. Μελέτες με μεγαλύτερο δείγμα απαιτούνται προκειμένου να τεκμηριωθεί το φαινόμενο καμπύλης J μεταξύ πίεσης αίματος και καρδιαγγειακών συμβαμάτων σε υπερτασικούς ασθενείς με στεφανιαία νόσο και επηρεασμένη συστολική λειτουργία.

10 ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΜΕΣΗΣ ΤΙΜΗΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ 19-ΕΤΩΝ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΣΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΔΙΔΥΜΩΝ

Π. Καλογερόπουλος, Α. Ντινέρη, Κ. Κυριακούλης, Ε. Αισώπου, Γ.Σ. Στεργίου

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

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της αξίας της μέσης τιμής της ΑΠ στο σπίτι και της μεταβλητότητάς της στην πρόβλεψη των καρδιαγγειακών επεισοδίων.

Πληθυσμός: Το 1997 ο ενήλικος πληθυσμός στα Δίδυμα Αργολίδας αξιολογήθηκε με μετρήσεις ΑΠ στο ιατρείο (ΑΠ1, 2 επισκέψεις, 6 μετρήσεις) και το σπίτι (ΑΠΣ, 3 ημέρες, 12 μετρήσεις). Η καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνησιμότητα αξιολογήθηκαν μετά από 19.0 $\pm$ 1.4 έτη παρακολούθησης.

Αποτελέσματα: Αναλύθηκαν 665 άτομα ηλικίας 54.4 ± 17.7 ετών. Κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης σημειώθηκαν 146 συμβάματα. Οι μετρήσεις ΑΠΣ και το ΑΠ1 προέβλεψαν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο (HR $1.41/1.20$, $p<0.001/p<0.001$ για κάθε 10/5 mmHg αύξηση στην ΑΠΣ, HR $1.40/1.05$, $p<0.001/NS$ για την ΑΠ ιατρείου). Μετά από διόρθωση για άλλους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου, μόνο η διαστολική ΑΠ παρέμεινε στατιστικά σημαντική (HR 1.11 ,

$p=0.02$). Όλες οι κατηγορίες ατόμων με αυξημένη ΑΠΣ ή/και ΑΠΙ παρουσίασαν αυξημένο κίνδυνο συγκριτικά με τους νορμοτασικούς ($p<0.001$). Όμως, μετά από διόρθωση μόνο ο κίνδυνος του φαινομένου λευκής μπλοζας παρέμεινε σημαντικός (HR 2.7, $p<0.01$). Η μεταβλητότητα της συστολικής ΑΠΣ προέβλεψε τον καρδιαγγειακό κίνδυνο (HR 1.05/1.06 για αύξηση κατά 1 mmHg της SD/1% της CV, $p<0.05$). Οι δείκτες μεταβλητότητας ΑΠΙ δεν προέβλεπαν τον κίνδυνο μετά από διόρθωση για συγχυτικούς παράγοντες. Σε μοντέλο που συμπεριέλαβε τη μεταβλητότητα και των δύο τεχνικών, μόνο εκείνη της ΑΠΣ παρέμεινε ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας. **Συμπεράσματα:** Σε αυτήν την μελέτη γενικού πληθυσμού, η ΑΠΣ προέβλεψε τα καρδιαγγειακά συμβάματα τόσο αξιόπιστα όσο και η ΑΠΙ. Ωστόσο, η μεταβλητότητα της ΑΠΣ φάνηκε να έχει μεγαλύτερη προγνωστική αξία. Φαίνεται ότι μακροχρόνια μόνο οι νορμοτασικοί σε ΑΠΙ και ΑΠΣ διατρέχουν μικρό καρδιαγγειακό κίνδυνο.

11 ΕΠΙΠΕΔΑ ΟΥΡΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΚΑΙ ΝΕΦΡΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΧΩΡΙΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ρ.Γ. Καλαϊτζίδης¹, Β. Τσιμιχόδης², Α. Μυαρη¹, Ο. Μπαλάφα¹, Κ. Παππάς¹, Δ. Σταγκίκας¹, Μ. Ελισάφ²

¹Νεφρολογική και ²Παθολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων

Εισαγωγή - Σκοπός: Τα αυξημένα επίπεδα του ουρικού οξέος θεωρούνται ως παράγοντας που συμβάλλει στην εξέλιξη της νεφρικής νόσου. Σε αυτή τη μελέτη αξιολογήσαμε τις πιθανές συσχετίσεις μεταξύ των επιπέδων του ουρικού οξέος και της νεφρικής λειτουργίας σε υπερτασικούς ασθενείς χωρίς θεραπεία.

Εξετάσαμε την υπόθεση ότι οι ασθενείς με υπέρταση και αυξημένα επίπεδα ουρικού οξέος χωρίς την λήψη αντι-υπερτασικής αγωγής θα έχουν μειωμένη νεφρική λειτουργία.

Μέθοδοι: Στη μελέτη συμμετείχαν 446 υπερτασικοί ασθενείς (226 άνδρες, 220 γυναίκες) μέσης ηλικίας 52.7 ± 12.6 έτη, οι οποίοι επισκέφθηκαν για πρώτη φορά το εξωτερικό ιατρείο Υπέρτασης της Νεφρολογικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων και δεν έπαιρναν αντιυπερτασική αγωγή.

Αποτελέσματα: Στον πληθυσμό της μελέτης παρατηρήθηκε μια στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων του ουρικού οξέος και των επιπέδων της κρεατίνινης του ορού ($r=-0.54$, $p<0.001$) καθώς και του ρυθμού σπειραματικής διήθησης (GFR) ($r=0.19$, $p<0.01$) που υπολογίστηκε με CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration equation).

Ο διαχωρισμός των ασθενών ανάλογα με τα επίπεδα του ουρικού οξέος σε τρεις ομάδες (UA<6, ≥6-8, ≥8-10)mg/dl, έδειξε ότι οι ασθενείς με τα χαμηλότερα επίπεδα του ουρικού οξέος είχαν επίσης χαμηλότερα επίπεδα κρεατίνινης και υψηλότερες τιμές νεφρικής λειτουργίας CKD-EPI και το αντίστροφο.

Συμπεράσματα: Τα υπερτασικά άτομα με τα υψηλότερα επίπεδα ουρικού οξέος, σε σύγκρισή με τα υπερτασικά άτομα με τα χαμηλότερα επίπεδα ουρικού οξέος, πριν την χορήγηση αντιυπερτασικής αγωγής έχουν υψηλότερες τιμές κρεατίνινης και πιο μειωμένα επίπεδα νεφρικής λειτουργίας.

12 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΠΡΟΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΜΕ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΕΩΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΩΙΝΗ ΑΦΥΠΝΙΣΗ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Μ.Β. Παπαβασιλείου¹, Δ. Αραβαντινός¹, Σ. Πασιάνης¹, Β. Κακιούζη¹, Α. Σερέτης¹, Θ. Μακρής²

¹Καρδιολογικό –Αντιυπερτασικό Ιατρείο, Σισμανόγλειο ΓΝΑ, ²Νοσοκομείο «Ελενα Βενιζέλου» Καρδιολογικό τμήμα

Σκοπός: Η συσχέτιση των προθρομβωτικών παραγόντων υπερτασικών ασθενών, με τα επίπεδα της αρτηριακής πίεσης κατά την πρωινή αφύπνιση.

Μέθοδος: Μελετήθηκαν 306 νεοδιαγνωσθέντες υπερτασικοί ασθενείς, οι οποίοι δεν λάμβαναν καμία φαρμακευτική αγωγή (49% άνδρες), μέσος όρος ηλικίας: 51.8 έτη, μέση συστολική/διαστολική πίεση ιατρείου(Σ/ΔΑΠ): 155.5/98.4 mmHg, μέση καρδιακή συχνότητα: 78 σφ/λεπτό, μέσος δείκτης μάζας σώματος: 27.9 kg/m² των οποίων μετρήθηκε το ινωδογόνο αίματος και σε



30 εξ αυτών μετρήθηκε επίσης και η αντιθρομβίνη (ANT) III. Σε όλους τους ασθενείς μετρήθηκε 24ωρη περιπατητική ΑΠ η νυχτερινή Σ/ΔΑΠ και υπολογίστηκε η μεταβλητότητα της Σ/ΔΑΠ 6-9 mmHg κατά την πρωινή ώρα αφύπνισης καθώς επίσης της ΜΑΠ 6-9mmHg, την αντίστοιχη ώρα και συσχετίστηκαν κατά Pearson ή Kendall μέθοδο.

Αποτελέσματα:

Pearson correlation between fibrinogen and early morning blood pressure		
Fibrinogen levels		
MSBP	$r=0.157$	$p=0.006$
MDPB	$r=0.196$	$p=0.001$
MBP	$r=0.183$	$p=0.002$
MSBP: mean systolic blood pressure		
MDBP: mean diastolic blood pressure		
MBP: mean blood pressure		

Kendall correlation between antithrombin III and blood pressure during the night		
Antithrombin III		
NVSBP	$r=-0.305$	$p=0.024$
NVDBP	$r=-0.309$	$p=0.022$
NVSBP: night variability of systolic blood pressure		
NVDBP: night variability of diastolic blood pressure		

Συμπέρασμα: Είναι σημαντική η συσχέτιση των προθρομβωτικών παραγόντων, με την διακύμανση της ΑΠ κατά τις νυχτερινές και πρώτες πρωινές ώρες στους υπέρτασικούς ασθενείς και ενδεχομένως αυτό αποτελεί μέρος της επίπτωσης των καρδιαγγειακών συμβαμάτων κατ' αυτές τις ώρες.



ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Θεσσαλονίκη

6-8/4/2017

ΞΕΝΟΔ. PORTO PALACE

**ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ
ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**



P13 ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΣΘΗΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ: ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΒΛΑΒΗ

Β. Νικολαΐδου¹, Ε. Γκαλιγκούση¹, Ι. Ζωγράφου², Χ. Σαμπάνης², Α. Τριανταφύλλου¹, Ε. Γαβριηλάκη³, Α. Λαζαρίδης³, Σ. Δούμα¹

¹Γ' Παθολογική Κλινική Γ. Ν. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα, ²Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Γ. Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα, ³Γ. Ν. Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

Εισαγωγή - Σκοπός: Η πρώτη διάγνωση και διαχείριση βλαβών σε όργανα-στόχους είναι πρωταρχικής σημασίας στο Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ). Σκοπός είναι η μελέτη των κλινικών χαρακτηριστικών και της μικρο- και μακρο-αγγειοπάθειας ασθενών με νεοδιαγνωσθέντα ΣΔ.

Μέθοδος: Σε διαδοχικούς ασθενείς με νεοδιαγνωσθέντα ΣΔ καταγράψαμε: ιστορικό με έμφαση σε παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου, σωματομετρικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά, 24-ωρη μέτρηση αρτηριακής πίεσης (ΑΠ), μικρολευκωματινουρία και ταχύτητα αορτικού σφυγμικού κύματος (PWV).

Αποτελέσματα: Μελετήσαμε 57 ασθενείς (μέσης ηλικίας 57±11 ετών) με μέση διάρκεια ΣΔ 2,4 μηνών. 24 ασθενείς δεν ελάμβαναν αγωγή, ενώ 33 (58%) ελάμβαναν μόνο μετοφομίνη για 1,4 μήνες (1,8). Η μέση συστολική/διαστολική ΑΠ ημέρας ήταν 131.0±13.8/80.1±10.4 mmHg, HbA1c 7.37(2)% και γλυκόζη νηστείας 130.1(32.5) mg/dl. 36 ασθενείς ήταν ήδη υπερτασικοί (63%), ενώ στους 14(38%) η διάγνωση της υπέρτασης έγινε ταυτόχρονα με του ΣΔ. Ανάμεσα στους υπερτασικούς, ανιχνεύθηκαν διαφορές μεταξύ των νεοδιαγνωσθέντων και αυτών που είχαν ήδη υπέρταση (διάρκειας 8 ετών), όσον αφορά στην μικροαλβουμινουρία (p=0,009) και στη συστολική ΑΠ (p=0,01), ενώ ανιχνεύθηκε μια τάση προς σημαντική διαφορά με την PWV (p=0.065). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, μεταξύ των δύο ομάδων σημαντική διαφορά υπήρχε μόνο στα επίπεδα της συστολικής ΑΠ (p=0.034). Επιπλέον, μελετήσαμε τη συσχέτιση των παραγόντων με την PWV σε όλους τους ασθενείς. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, μόνο η ηλικία (p<0,001) και η συστολική ΑΠ ημέρας (p=0,005) συσχετίστηκαν ανεξάρτητα με την PWV. **Συμπεράσματα:** Καθώς σημαντικό ποσοστό υπερτασικών διαγιγνώσκονται ταυτόχρονα με το ΣΔ, απαιτείται επαγρύπνηση για την έγκαιρη διάγνωση και καλή ρύθμιση της ΑΠ με σκοπό τη μείωση της μικρο- και μακρο-αγγειοπάθειας στους ασθενείς με νεοδιαγνωσθέντα ΣΔ.

P14 Η ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΑΥΞΑΝΕΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΣΤΗ ΔΕΥΤΕΡΗ ΗΜΕΡΑ ΤΗΣ ΜΕΣΟΔΙΑΛΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Α. Καρπίτας¹, Χ. Λουτράδης², Α. Πιπερίδου², Α. Λαζαρίδης², Α. Μπίκος³, Β. Ράπτης³, Γ. Τζάνης², Γ. Κουτρούμπας⁴, Κ. Μαυροματίδης⁵, Β. Λιακόπουλος⁶, Π. Ζεμπεκκάκης⁶, Π. Σαραφίδης²

¹«Θεραπευτική» Μ.Χ.Α., Θεσσαλονίκη, ²Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη, ³Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Πιερίας, Κατερίνη, ⁴Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Αχιλλοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο, Βόλος, ⁵Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής, ⁶Α Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Οι ασθενείς με τελικού σταδίου χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ) υπό αιμοκάθαρση έχουν αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο και εμφανίζουν σοβαρές διακυμάνσεις της ΑΠ κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης αλλά και στα μεσοδιαλυτικά διαστήματα. Η μεταβλητότητα (variability) της ΑΠ είναι παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακά συμβάματα και προκαταρκτικά δεδομένα καταδεικνύουν την αύξηση της μεταβλητότητας της ΑΠ με την πρόοδο της ΧΝΝ. Η παρούσα μελέτη εξέτασε τη μεταβλητότητα της ΑΠ κατά την αιμοκάθαρση και στο μεσοδιαλυτικό διάστημα.

Μέθοδοι: Σε σύνολο 160 αιμοκαθαιρόμενων ασθενών πραγματοποιήθηκε 48ωρη μέτρηση της ΑΠ με τη συσκευή Mobil-o-Graph κατά τη διάρκεια μίας τακτικής συνεδρίας αιμοκάθαρσης καθώς και του διαστήματος μεταξύ των συνεδριών. Η μεταβλητότητα της ΑΠ στη βραχύνιο αρτηρία και την αορτή υπολογίστηκαν με καθιερωμένους τύπους και συγκρίθηκαν μεταξύ της Ημέρας 1 και Ημέρας 2 του μεσοδιαλυτικού διαστήματος (44 ώρες). Ημέρας 1 και Ημέρας 2 της συνολικής 48ωρης περιόδου (συμπεριλαμβανομένης της συνεδρίας αιμοκάθαρσης), και μεταξύ των δύο αντίστοιχων διαστημάτων μέρας και νύχτας.



Αποτελέσματα: Όλοι οι δείκτες μεταβλητότητας της ΣΑΠ στην βραχιόνιο αρτηρία [τυπική απόκλιση (SD): 14,75±4,38 έναντι 15,91±4,41, $p=0,001$, σταθμισμένη τυπική απόκλιση (wSD): 13,80±4,00 έναντι 14,89±3,90, $p<0,001$, συντελεστής μεταβλητότητας (CV): 11,34±2,91 έναντι 11,93±2,94, $p=0,011$, μέση πραγματική μεταβλητότητα (ARV): 11,38±3,44 έναντι 12,32±3,65, $p<0,001$] ήταν μικρότεροι την Ημέρα 1 έναντι της Ημέρας 2 της 44ωρης μεσοδιαλυτικής περιόδου. Ομοίως, όλοι οι δείκτες μεταβλητότητας της ΔΑΠ παρουσίασαν σημαντική αύξηση την Ημέρα 2, με εξαίρεση τον CV. Οι δείκτες μεταβλητότητας της ΣΑΠ και ΔΑΠ στην αορτή είχαν παρόμοιες μεταβολές. Επιπρόσθετα, όλοι οι μελετώμενοι δείκτες για την βραχιόνιο αρτηρία ήταν ελαττωμένοι κατά τη διάρκεια της ημερήσιας περιόδου 1 συγκριτικά με την ημερήσια περίοδο 2 (συστολική ARV 11,56±3,98 έναντι 12,44±4,03, $p=0,002$). Η συστολική ARV ήταν επίσης ελαττωμένη στη νυχτερινή περίοδο 1 συγκριτικά με τη νυχτερινή περίοδο 2 (11,20±5,09 έναντι 12,18±4,66, $p=0,045$). Στην ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης η ΣΑΠ προ της αιμοκάθαρσης, η ηλικία και ο σακχαρώδης διαβήτης εμφάνισαν ανεξάρτητη συσχέτιση με την αυξημένη ARV. **Συμπεράσματα:** Η μεταβλητότητα της ΑΠ παρουσιάζει αύξηση στην Ημέρα 2 συγκριτικά με την Ημέρα 1 του μεσοδιαλυτικού διαστήματος, γεγονός που πιθανόν να αντικατοπτρίζει έναν ακόμη μηχανισμό της αυξημένης καρδιαγγειακής θνησιμότητας των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών.

P15 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΜΕΤΡΩΝ ΤΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΔΙΚΤΥΟΥ ΤΟΥ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΥΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Π. Ανυφαντή¹, Α. Τριανταφύλλου¹, Ξ. Ζαμπούλης³, Π. Καραμαούνας³, Ε. Γκαλιαγκούση¹, Σ. Ασλανίδης², Σ. Δούμα¹

¹Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ Παπαγεωργίου, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, ²Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, ³Ινστιτούτο Πληροφορικής, Ίδρυμα Τεχνολογίας και Έρευνας (ΙΤΕ) Κρήτης

Εισαγωγή - Σκοπός: Μεταβολές στις διαμέτρους των αγγείων του αμφιβληστροειδούς έχουν περιγραφεί σε διάφορες πληθυσμιακές ομάδες ως δείκτες καρδιαγγειακού κινδύνου. Σκοπός της εργασίας ήταν να διερευνηθεί εάν ανάλογα μορφολογικά χαρακτηριστικά παρατηρούνται σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα, η οποία συνοδεύεται από υψηλή καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνητότητα.

Μέθοδος: Ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα και υγιείς εθελοντές υπεβλήθησαν σε βυθοσκόπηση με μη μυδριατική κάμερα βυθού (NIDEK AFC-230/210). Τα ισοδύναμα της κεντρικής αρτηρίας και φλέβας αμφιβληστροειδούς (central retinal arteriolar/venular equivalent, CRAE/CRVE) και ο λόγος αυτών (arteriovenous ratio, AVR) υπολογίστηκαν μέσω ειδικού λογισμικού που αναπτύχθηκε από το τμήμα μας σε συνεργασία με το Ίδρυμα Τεχνολογίας και Έρευνας Κρήτης.

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν 114 άτομα, 82 ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα και 32 μάρτυρες. Τόσο το CRAE (78,7±8,9 έναντι 92,9±8,3, $p<0,001$) όσο και ο λόγος αρτηριών-φλεβών (0,69±0,09 έναντι 0,83±0,08, $p<0,001$) ήταν σημαντικά χαμηλότερα στους ασθενείς σε σύγκριση με τους μάρτυρες, ενώ δεν διέφερε σημαντικά ο δείκτης CRVE (115,2±15,0 έναντι 112,7±11,2, $p=0,404$). Ανάλογα αποτελέσματα παρατηρήθηκαν όταν απομονώθηκε η υποομάδα των ασθενών χωρίς καρδιαγγειακές συννοσηρότητες, σε σύγκριση με τους μάρτυρες.

Συμπεράσματα: Ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα παρουσιάζουν μορφολογικές αλλαγές των αγγείων του αμφιβληστροειδούς, με την μορφή ελαττωμένου εύρους αρτηριολιών και επηρεαζόμενου λόγου αρτηριών-φλεβών. Η εκτίμηση των διαμέτρων του βυθού θα μπορούσε να αποτελέσει ένα επιπρόσθετο εργαλείο στην αξιολόγηση του συνολικού καρδιαγγειακού κινδύνου ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα.

P16 ΕΝΔΟΣΥΝΕΔΡΙΑΚΗ ΥΠΟΤΑΣΗ: ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΜΕΛΕΤΗ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΜΕΝΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Ε. Πάσχου¹, Ε. Γαβριηλάκη², Ε. Πιπερέλη³, Ν. Σαμπάνης³

¹Τμήμα Γενικής & Οικογενειακής Ιατρικής, Γενικό Νοσοκομείο Έδεσσας, Ελλάδα, ²Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ελλάδα, ³Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Έδεσσας, Ελλάδα

Εισαγωγή - Σκοπός: Ως ενδοσυνεδριακή υπόταση (Intradialytic Hypotension – IDH) ορίζεται η πτώση της συστολικής αρτηριακής πίεσης > 20mmHg ή της μέσης αρτηριακής πίεσης >10mmHg κατά τη διάρκεια μίας συνεδρίας αιμοκάθαρσης. Αποτελεί την πιο κοινή επιπλοκή της εξωνεφρικής κάθαρσης με συχνότητα 20 έως 33%. Σκοπός της παρούσας μελέτης υπήρξε η καταγραφή της συχνότητας της IDH στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς του Γ. Ν. Έδεσσας και η συσχέτισή της με πιθανούς παράγοντες κινδύνου.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη στην οποία συμμετείχαν ασθενείς με ΧΝΝ τελικού σταδίου, σταθεροποιημένοι σε πρόγραμμα χρόνιας αιμοκάθαρσης για τουλάχιστο 3 μήνες. Έγινε καταγραφή δεδομένων όπως η ηλικία, το φύλο, ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ), η εκδήλωση ή όχι IDH καθώς και το ιστορικό ΣΔ, ΑΥ και καρδιακής ανεπάρκειας. Στο σύνολο των ασθενών διενεργήθηκε διαθωρακικός υπέρηχος καρδιάς για την καταγραφή διαστολικής δυσλειτουργίας, κλάσματος εξώθησης (ΕΦ), διαμέτρου αριστερού κόλπου (LAD) και τελοδιαστολικής διαμέτρου αριστεράς κοιλίας (LVIDd).

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 64 άτομα, 27 γυναίκες/ 37 άνδρες με μέση ηλικία 67,04 έτη. Στο σύνολο, ποσοστό 32,8% παρουσίαζε ΣΔ και 82,5% ΑΥ. Το ποσοστό της IDH υπολογίστηκε σε 28,1%. Κατά τη διενέργεια διαθωρακικού υπέρηχου καρδιάς, η ύπαρξη IDH συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με το ΕΦ ($p=0.028$), την ηλικία ($p=0.029$) και τη διαστολική δυσλειτουργία ($p=0.009$). Παράγοντες όπως LAD, LVIDd και η μάζα αριστεράς κοιλίας δε φαίνεται να συσχετίζονται με την εκδήλωση IDH.

Συμπεράσματα: Η ενδοσυνεδριακή υπόταση αποτελεί συχνή επιπλοκή που αφορά περίπου σε 1:3 ασθενείς υπό αιμοκάθαρση. Η ύπαρξη διαστολικής δυσλειτουργίας, το επηρεασμένο κλάσμα εξώθησης και η προχωρημένη ηλικία αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες.

P17 Η ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΜΥΪΚΗ ΜΑΖΑ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΟΣΥΝΕΔΡΙΑΚΗΣ ΥΠΟΤΑΣΗΣ

Ε. Πάσχου¹, Ε. Γαβριηλάκη², Ε. Πιπερέλη³, Ν. Σαμπάνης³

¹Τμήμα Γενικής & Οικογενειακής Ιατρικής, Γενικό Νοσοκομείο Έδεσσας, Ελλάδα, ²Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ελλάδα, ³Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Έδεσσας, Ελλάδα

Εισαγωγή - Σκοπός: Η ενδοσυνεδριακή υπόταση (Intradialytic Hypotension – IDH), η συχνότερη επιπλοκή της εξωνεφρικής κάθαρσης, σχετίζεται με αυξημένη θνητότητα. Σκοπό της παρούσας μελέτης αποτέλεσε η διερεύνηση του ρόλου της μυϊκής μάζας, της κατάστασης θρέψης και της επαρκούς κάθαρσης στην εκδήλωση IDH.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη όπου συμμετείχαν ασθενείς με ΧΝΝ τελικού σταδίου, σταθεροποιημένοι σε πρόγραμμα χρόνιας περιοδικής αιμοκάθαρσης για τουλάχιστο 3 μήνες. Μέσω συστήματος βιοηλεκτρικής εμπέδησης έγινε ανάλυση της σύστασης τους σώματός τους σε ύδωρ και άλιπο μάζα. Καταγράφηκαν δεδομένα όπως το φύλο, η ηλικία, η ΑΥ και η επάρκεια κάθαρσης (δείκτης κt/V) και συσχετίστηκαν με την IDH. Οι συμμετέχοντες παρακολούθησαν για ένα έτος και σημειώθηκε ο αριθμός θανάτων.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 27 γυναίκες και 37 άνδρες ηλικίας 67,04 + 14,28 έτη. Το ποσοστό της IDH υπολογίστηκε σε 28,1%. Παρατηρήθηκε ότι ασθενείς με ιστορικό IDH παρουσίαζαν στατιστικά σημαντική μείωση της άλιπης μάζας ($p=0.042$). Άλλες μετρήσεις όπως η μάζα λιπώδους ιστού και τα επίπεδα αλβουμίνης και φωσφόρου (ως ένδειξη καλής θρέψης) δε συσχετίστηκαν με την IDH. Η θνησιμότητα σε αυτή την ομάδα ανά έτος, υπολο-

γίσθηκε σε 17,2% και συσχετίσθηκε στατιστικά σημαντικά με ανεπαρκή κάθαρση ($p=0.005$) αλλά όχι με τα επεισόδια IDH.

Συμπεράσματα: Η μειωμένη ήλιπτος μάζα, που αντικατοπτρίζει τη μείωση της μάζας της μυϊκής αντλίας, αποτελεί στατιστικά σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την εκδήλωση IDH πιθανώς διότι οδηγεί σε μείωση της φλεβικής επαναφοράς, της διαστολικής πλήρωσης της αριστεράς κοιλίας και κατά συνέπεια της καρδιακής παροχής. Παράλληλα, η μη επαρκής κάθαρση αυξάνει τη θνησιμότητα σε ασθενείς υπό αιμοκάθαρση.

P18 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΥ ΤΩΝ ΓΟΝΙΔΙΩΝ ACE ΣΤΗΝ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Ρ.Γ. Κалаϊτζίδης¹, Β. Τιμιχόδημος², Ο. Μπαλάφα¹, Δ. Βλαχάκος³, Κ.Σ. Σιαμοπουλος¹, Μ. Ελισάφ²

¹Νεφρολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, ²Παθολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, ³Νεφρολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Αττικό Αθηνών

Σκοπός: Έχει δειχθεί ότι γενετικοί παράγοντες θα μπορούσαν να επηρεάσουν την εξέλιξη και την επίπτωση του θανάτου στους ασθενείς τελικού σταδίου χρόνιας νεφρικής νόσου (ΤΣΧΝΝ). Οι γενετικοί πολυμορφισμοί του συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης-αλδοστερόνης (RAS) έχουν συσχετιστεί με την εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου και με αυξημένη θνητότητα.

Μέθοδος: Στην μελέτη συμμετείχαν 60 ασθενείς, με μέση ηλικία τα 55 έτη με ΤΣΧΝΝ που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση. Στον πληθυσμό της μελέτης προσδιορίστηκε ο γενετικός πολυμορφισμός για το ACE γονίδιο, (I / D), το γονίδιο του αγγειοτενσινόγνου (AGT) M235T, και το γονίδιο του υποδοχέα της Αγγειοτενσίνης II (AT1) A1166C.

Αποτελέσματα: Κατά τη διάρκεια μιας περιόδου 79 μηνών, 45 ασθενείς απεβίωσαν. Η επιβίωση ήταν σημαντικά χαμηλότερη σε άτομα που έφεραν τον γονότυπο DD συγκριτικά με ID και II για το γονότυπο του ACE γονιδίου ($p < 0,029$). Η εκτιμώμενη μέση επιβίωση ήταν $37 \pm 4,7$ μήνες για τους ασθενείς με γονότυπο DD και $52, 32 \pm 3,33$ για τους ασθενείς με γονότυπο DI / II. Η σύγκριση των συμβατικών βιοχημικών παραμέτρων που μελετήθηκαν απέτυχε να εντοπίσει διαφορές που θα μπορούσαν να είναι υπεύθυνες για την αυξημένη θνησιμότητα που παρατηρείται σε ασθενείς που έφεραν τον DD γονότυπο. Επιπρόσθετα, στον πληθυσμό της μελέτης δεν υπήρχε συσχέτιση μεταξύ του θανάτου και των πολυμορφισμών M235T ή A1166C των γονιδίων του AGT και του υποδοχέα της AT1 αντίστοιχα.

Συμπεράσματα: τα δεδομένα μας δείχνουν ότι οι ασθενείς με ΤΣΧΝΝ που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, με ομόζυγο το αλληλόμορφο γονίδιο DD ACE έχουν έναν πιο αυξημένο κίνδυνο θανάτου σε σύγκριση με τους ασθενείς με γονότυπο DI ή II.

P19 ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΡΟΒΛΕΨΗΣ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΛΕΥΚΗΣ ΜΠΛΟΥΖΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΥΓΚΑΛΥΜΜΕΝΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΥΘΥΣΜΟ: Η ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΔΙΔΥΜΩΝ

Κ. Κυριακούλης, Α. Ντινέρη, Π. Καλογερόπουλος, Ε. Αισώπου, Γ.Σ. Στεργίου

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

Σκοπός: Η υπέρταση λευκής μπλούζας (ΥΛΜ) και η συγκαλυμμένη υπέρταση (ΣΥ) αποτελούν συνήθεις φαινοτύπους μεταξύ φυσιολογικής ΑΠ και υπέρτασης. Αυτή η μελέτη διερεύνησε τα κλινικά χαρακτηριστικά που αυξάνουν την πιθανότητα για αυτά τα φαινόμενα.

Πληθυσμός: Μετρήσεις ΑΠ στο ιατρείο (1 επίσκεψη, 3 μετρήσεις) και στο στίπι (3 ημέρες, 12 μετρήσεις) πραγματοποιήθηκαν σε μελέτη γενικού πληθυσμού ενηλίκων στα Δίδυμα Αργολίδας. Οι μέσες τιμές ΑΠ στο ιατρείο και το στίπι χρησιμοποιήθηκαν για τον ορισμό των φαινομένων ΥΛΜ και ΜΗ. Τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (ηλικία, φύλο, ΔΜΣ, ιστορικό διαβήτη και καρδιαγγειακής νόσου, καρδιακή συνήθεια, αντιυπερτασική αγωγή) αξιολογήθηκαν ως πιθανοί προσδιοριστές των ανωτέρω φαινοτύπων.

Αποτελέσματα: Αναλύθηκαν 665 άτομα ηλικίας 54.4 ± 17.7 ετών, 42% άρρενες, 14.1% υπό αγωγή, 28.1% με υπέρταση στο ιατρείο. Ο επιπολασμός των φαινομένων ΥΛΜ και ΣΥ ήταν 8.7% και 7.5%, αντίστοιχα (8.8% και 6.3% στα άτομα χωρίς αγωγή, αντίστοιχα). Σε πολυπαραγοντικά μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης, η νεότερη ηλικία ($p=0.004$), η μη λήψη αντιυπερτασικής αγωγής ($p=0.044$) και τα χαμηλότερα επίπεδα ΑΠ στο ιατρείο ($p=0.01$ για στάδιο Ι υπέρτασης έναντι ΙΙ) ήταν ανεξάρτητοι προβλεπτικοί παράγοντες για ΥΛΜ μεταξύ αυτών που είχαν παθολογική ΑΠ στο ιατρείο. Για τη ΣΥ προβλεπτικοί παράγοντες μεταξύ των ασθενών με φυσιολογική ΑΠ ιατρείου ήταν το άρρεν φύλο ($p=0.034$), η μεγαλύτερη ηλικία ($p<0.001$), ο αύξημένος ΔΜΣ ($p<0.001$), η λήψη αντιυπερτασικής αγωγής ($p=0.03$) και η υψηλή-φυσιολογική ΑΠ ιατρείου ($p=0.01$). Σε ανάλυση ευαισθησίας σε ασθενείς με υψηλή ΑΠ ιατρείου χωρίς αγωγή, μόνο το γυναικείο φύλο ($p=0.048$) και η νεότερη ηλικία ($p=0.001$) αύξησαν την πιθανότητα ΥΛΜ ενώ μεταξύ αυτών με φυσιολογική ΑΠ ιατρείου, η μεγαλύτερη ηλικία ($p<0.001$), ο υψηλότερος ΔΜΣ ($p=0.001$), ο διαβήτης ($p=0.04$) και η υψηλή-φυσιολογική ΑΠ ιατρείου ($p=0.005$) προέβλεψαν ανεξάρτητα την παρουσία ΣΥ.

Συμπεράσματα: Σε αυτή τη μελέτη γενικού πληθυσμού, η ηλικία, το φύλο, η λήψη αντιυπερτασικής αγωγής και τα επίπεδα ΑΠ ιατρείου αναδείχθηκαν ως σταθεροί προσδιοριστές των φαινομένων ΥΛΜ και ΣΥ.

P20 ΣΧΕΣΗ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ ΔΕΙΚΤΩΝ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ ΟΡΓΑΝΩΝ-ΣΤΟΧΩΝ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ

Α. Ντινέρη¹, Μ. Ζενιώδη¹, Α. Κόλλιας¹, Γ. Σέρβος², Δ. Γεωργακόπουλος², Ι. Μωυσάκης³, Α. Βαζαίου⁴, Α. Αχείμαστος¹, Γ.Σ. Στεργίου¹

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

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη συνέκρινε μετρήσεις αρτηριακής πίεσης στο σπίτι (ΑΠΣ), στην 24ωρη καταγραφή (24ΑΠ) και στο ιατρείο (ΑΠΙ) ως προς τη σχέση τους με δείκτες ασυμπτωματικής βλάβης οργάνων-στόχων σε παιδιά και εφήβους.

Πληθυσμός: Υγιή παιδιά/έφηβοι που παραπέμφθηκαν για αυξημένη ΑΠ και υγιείς εθελοντές (ηλικίας 6-18 ετών) υποβλήθηκαν σε: (i) μετρήσεις ΑΠΙ (2-3 επισκέψεις, τριπλές μετρήσεις, υδραργυρικό πιεσόμετρο), ΑΠΣ (6-7 ημέρες, διπλές πρωινές και απογευματινές μετρήσεις, ταλαντωσιμετρική συσκευή) και 24ΑΠ (ανά 20 λεπτά, ταλαντωσιμετρική συσκευή), (ii) υπερηχογραφική εκτίμηση δείκτη μάζας αριστεράς κοιλίας (LVMI), (iii) υπερηχογραφικό προσδιορισμό πάχους έσω-μέσου χιτώνα κοινών καρωτίδων (IMT).

Αποτελέσματα: Αναλύθηκαν 158 άτομα (ηλικία 12.9 ± 2.6 ετών, 108 αγόρια, 143 με LVMI, 80 με IMT). Η μέση τιμή ΑΠ (συστολική/διαστολική, mmHg) ήταν: ΑΠΙ $119.1 \pm 13.5/69 \pm 8.9$, ΑΠΣ $120.2 \pm 11.3/68.9 \pm 6.5$, 24ΑΠ $119.4 \pm 10.2/66.8 \pm 5.4$. Υπέρταση διαγνώστηκε στο 25% (ΑΠΙ), 23% (24ΑΠ) και 25% (ΑΠΣ). Μεταξύ ΑΠΣ και 24ΑΠ υπήρχε συμφωνία 85% στη διάγνωση υπέρτασης ($\kappa=0.58$). Ο LVMI συσχετίστηκε με τη διαφορετική ΑΠ ($r=0.25/0.26/0.21$ για 24ωρη/ημερήσια/νυχτερινή ΑΠ, 0.23 για ΑΠΣ και 0.19 για ΑΠΙ, $p<0.05$). Το IMT συσχετίστηκε επίσης με την διαφορετική ΑΠ ($r=0.30/0.28/0.30$ για 24ωρη/ημερήσια/νυχτερινή ΑΠ, 0.39 για ΑΠΣ και 0.25 για ΑΠΙ, $p<0.05$). Σε πολυπαραγοντικές αναλύσεις παλινδρόμησης (με ηλικία, φύλο, δείκτη μάζας σώματος και διαφορετική ΑΠ [ΑΠΙ, ΑΠΣ, 24ωρη/ημερήσια/νυχτερινή ΑΠ, σε κάθε μοντέλο εισήχθη μια παράμετρος τη φορά] ως ανεξάρτητες μεταβλητές), η διακύμανση του LVMI καθορίστηκε καλύτερα ($R^2=0.20$) από την ημερήσια διαφορετική ΑΠ και του IMT ($R^2=0.22$) από τη διαφορετική ΑΠΣ.

Συμπεράσματα: Σε νεαρά άτομα, οι μετρήσεις ΑΠΣ και 24ΑΠ παρουσιάζουν παρόμοια συσχέτιση με την ασυμπτωματική βλάβη οργάνων-στόχων, και ανώτερη αυτής της ΑΠΙ.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΝΕΥΡΩΣΗΣ ΤΩΝ ΝΕΦΡΙΚΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΚΑΘΕΤΗΡΑ ΠΟΛΛΑΠΛΩΝ ΗΛΕΚΤΡΟΔΙΩΝ ΣΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΔΙΕΓΕΡΣΗΣ ΤΟΥ ΣΥΜΠΑΘΗΤΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Κ. Δημητριάδης, Κ. Τσιούφης, Γ. Λιατάκης, Λ. Νικολοπούλου, Ε. Κούτρα, Θ. Καλός, Δ. Κωνσταντινίδης, Κ. Συρμαλή, Ε. Ανδρίκου, Α. Κασιακόγιας, Δ. Τούσουλης

Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Αθηνών

Εισαγωγή - Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν να εξετάσει την επίδραση της νεφρικής συμπαθητικής απονεύρωσης (ΝΣΑ) με τη χρήση καθετήρα πολλαπλών ηλεκτροδίων στο επίπεδο της μυϊκής συμπαθητικής νευρικής δραστηριότητας (MSNA) και στην αντίσταση στην ινσουλίνη σε υπερτασικούς ασθενείς με μεταβολικό σύνδρομο μετά από παρακολούθηση 3 μηνών.

Μέθοδοι: Για το σκοπό αυτό μελετήθηκαν 17 υπερτασικοί με διάγνωση του μεταβολικού συνδρόμου οι οποίοι ήταν υπό αγωγή με τουλάχιστον 2 αντιυπερτασικά φάρμακα σε μέγιστες ανεκτές δόσεις. Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν σε αναλογία 3:1 σε ΝΣΑ (n=13, 12 άνδρες, ηλικία: 58±7 έτη) και στην ομάδα ελέγχου (n=4, 3 άνδρες, ηλικία: 60±5 έτη) και η διάρκεια παρακολούθησης ήταν 3 μήνες. Η MSNA εκτιμήθηκε σε κατάσταση νηστείας και κατά τη διάρκεια του τεστ ανοχής στη φόρτιση 75 g γλυκόζης (OGTT).

Αποτελέσματα: Στην ομάδα της ΝΣΑ, η αρτηριακή πίεση ιατρείου μειώθηκε κατά 16±21/10±11 mmHg (p=0.01/0.007), η περιμέτρος μέσης κατά 3.1±3.6 cm (p=0.008), και η MSNA στην κατάσταση νηστείας από 55±10 εκφορτίσεις ανά λεπτό σε 46±8 εκφορτίσεις ανά λεπτό (p=0.0008) στους 3 μήνες μετά την επέμβαση. Οι ασθενείς παρουσίασαν βελτιωμένη απόκριση της MSNA με αύξηση σε 52±8 εκφορτίσεις ανά λεπτό (p<0.001 έναντι της MSNA σε κατάσταση νηστείας, n=13) στα 30 λεπτά και σε 58±16 εκφορτίσεις ανά λεπτό (p=0.04 έναντι της MSNA σε κατάσταση νηστείας, n=10) στα 120 λεπτά του OGTT 3 μήνες μετά τη ΝΣΑ. Στην ομάδα ελέγχου δεν σημειώθηκαν μεταβολές της απόκρισης της MSNA στο OGTT.

Συμπεράσματα: Η ΝΣΑ σχετίζεται με βελτίωση της απόκρισης του συμπαθητικού νευρικού συστήματος στη φόρτιση με γλυκόζη σε υπερτασικούς ασθενείς με μεταβολικό σύνδρομο.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΗΠΙΑΣ-ΜΕΤΡΙΑΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ, ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 55-65 ΕΤΩΝ

Ν. Βαϊτσης, Σ. Αγγελάκου-Βαϊτση

Ιδιωτικό Ιατρείο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Φάρσαλα

Σκοπός: αξιολόγηση των συμπτωμάτων κατάθλιψης σε ασθενείς που πάσχουν από αρτηριακή υπέρταση, προ και μετά θεραπευτικής αγωγής για την υπέρταση.

Μέθοδος: στη μελέτη έλαβαν μέρος 70 άτομα ηλικίας 55-65 ετών, που ικανοποιούν τα εξής κριτήρια:

- ιδιοπαθής υπέρταση σταδίου 1 (ΣΠ=140-159 ή/και ΔΠ=90-99)
- ελεύθερο λοιπό παθολογικό ιστορικό
- όχι λήψη αντικαταθλιπτικών φαρμάκων

Τους χορηγήθηκε θεραπευτική αγωγή για μείωση της αρτηριακής τους πίεσης. Σε επανέλεγχο μετά από 3 μήνες, η αρτηριακή πίεση είχε ρυθμιστεί στα 59 άτομα. Τόσο στην έναρξη της μελέτης όσο και στον 3ο μήνα αξιολογήθηκε η συμπτωματολογία της κατάθλιψης, με την κλίμακα HMD-D.

Αποτελέσματα: υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά της συμπτωματολογίας της κατάθλιψης, πριν και μετά την αποκατάσταση της αρτηριακής πίεσης στα φυσιολογικά επίπεδα (p=0,031). Να σημειωθεί ότι στα 11 άτομα που δεν επιτεύχθηκε ο στόχος της αγωγής, δεν υπήρξε βελτίωση της συμπτωματολογίας της κατάθλιψης (p=0,539).

Συμπέρασμα: η κατάθλιψη που έχει ως βάση της ένα χρόνιο νόσημα, όπως η ήπια-μέτρια υπέρταση, μπορεί ν' αντιμετωπιστεί με την βελτίωση του βασικού νοσήματος και ν' αποφευχθεί έτσι η άσκοπη και αδικαιολόγητη φαρμακευτική παρέμβαση με αντικαταθλιπτικά.

P23 ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ, ΗΛΙΚΙΑΣ 65-80 ΕΤΩΝ. ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΑΠΟ ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ

Σ. Αγγελάκου-Βαϊση, Ν. Βαϊσης

Ιδιωτικό Ιατρείο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Φάρσαλα

Εισαγωγή: η αρτηριακή υπέρταση είναι πολυπαραγοντική νόσος, στενά σχετιζόμενη με την τρίτη ηλικία. Προϋπόθεση για τη ρύθμισή της αποτελεί η συνεργασία ιατρού-ασθενή και η συμμετοχή του δεύτερου στους καθημερινούς χειρισμούς της αρτηριακής πίεσης.

Σκοπός: καταγραφή συνθηκών και αντιλήψεων για την αρτηριακή υπέρταση ηλικιωμένων υπερτασικών.

Υλικό - Μέθοδος: συμμετείχαν 200 υπερτασικοί με ηλικιακό εύρος 65-80 ετών, από την επαρχία Φαρσάλων. Απάντησαν σε ερωτηματολόγιο, κλειστού τύπου απαντήσεων, σχετικά με τους χειρισμούς και τη γνώση της αρτηριακής υπέρτασης στην καθημερινή πράξη. Επιπλέον, ταξινομήθηκαν ως προς το φύλο, τις καπνισματικές συνήθειες, την συνύπαρξη σακχαρώδους διαβήτη, δυσλιπιδαιμίας και αγγειοπάθειας (ΟΕΜ, ΑΕΕ).

Αποτελέσματα: το 72% είχε δυσλιπιδαιμία και το 21% ΣΔ. Το 92% παρακολουθεί την αρτηριακή πίεση στο σπίτι με δικό του πιεσόμετρο (ως επί το πλείστον ηλεκτρονικού τύπου). Το 57%, εξ'αυτών, αναφέρει καθημερινή μέτρηση της αρτηριακής πίεσης. Το 43% ακολουθεί τις διατροφικές οδηγίες του ιατρού. Το 87% αποφεύγει τα πορτοκάλια, προς αποφυγή ανόδου της αρτηριακής πίεσης. 97% υποστηρίζει πως το σκόρδο συμβάλλει, σημαντικά, στη μείωση της αρτηριακής πίεσης.

Συμπεράσματα: οι ηλικιωμένοι υπερτασικοί παρακολουθούν καθημερινά την αρτηριακή τους πίεση. Φαίνεται πως δεν είναι αρκετά υπάκουοι στις ιατρικές οδηγίες, παρεμβαίνοντας και συχνά διακόπτοντας την αγωγή. Αποτελεί πεποίθηση πολλών ηλικιωμένων η ισχυρή σχέση αρτηριακής πίεσης και ορισμένων τροφών.

P24 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΑ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΕΞΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ

Β. Κατσή¹, Γ. Βαμβάκου², Θ. Μακρής², Δ. Τούσουλης³

¹Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, ²Ελενα Βενιζέλου, ³Ιπποκράτειο-Πανεπιστημιακή Κλινική.

Σκοπός μελέτης: Η υπερτροφία της αριστερής κοιλίας είναι ένα συχνό ηχωκαρδιογραφικό εύρημα στους υπερτασικούς. Η λειτουργική αλληλεπίδραση των δύο κοιλιών συχνά οδηγεί σε δυσλειτουργία της δεξιάς κοιλίας. Μελετήσαμε την υπόθεση ότι το ιστικό Doppler (TDI) μπορεί να βοηθήσει στις λεπτές αλλαγές στη λειτουργικότητα της δεξιάς κοιλίας σε ασθενείς με υπερτροφία αριστερής κοιλίας υπερτασικής αιτιολογίας.

Μέθοδοι: 55 ασθενείς (ηλικίας 51±/6 ετών, 44 άρρενες) με νεοδιαγνωσθείσα πρωτοπαθή υπέρταση σταδίου I-II και 34 υγιείς με ανάλογη ηλικία και φύλο υποβλήθηκαν στο συνήθη ηχωκαρδιογραφικό έλεγχο όπως και σε μετρήσεις ιστικού Doppler από το δακτύλιο της τριγλώχινας.

Αποτελέσματα: Το TAPSE και το RVOT fs (%) της δεξιάς κοιλίας ήταν παρόμοια μεταξύ των δύο ομάδων (2.45±/0.3 vs 2.25±/0.23 και 47±/5 vs 46±/5 αντίστοιχα, p= ns για όλες τις παραμέτρους). Συμβατικές ηχωκαρδιογραφικές Doppler μετρήσεις έδειξαν παρόμοιες E, A ταχύτητες της δεξιάς κοιλίας, όπως και παρόμοιο λόγο E/A μεταξύ των δύο ομάδων. Το ιστικό Doppler στο πλάγιο τοίχωμα του δακτυλίου της τριγλώχινας έδειξε επηρεασμένες όλες τις διαστολικές μετρήσεις στους υπερτασικούς (E (cm/sec) 13±/4 vs 18±/4, p<0.01, A(cm/sec) 20±/3 vs 14±/4, p<0.01). Η συστολική ταχύτητα της δεξιάς κοιλίας δε διέφερε μεταξύ των 2 ομάδων (16±/3 vs 17±/3, p=NS).

Συμπεράσματα: Αλλαγές στη λειτουργικότητα της δεξιάς κοιλίας μπορούν να ανιχνευθούν μέσω του TDI σε υπερτασικούς με υπερτροφία της αριστερής κοιλίας. Μέσω του TDI μπορούν να ανιχνευθούν λεπτές αλλαγές στη διαστολική λειτουργία της δεξιάς κοιλίας.



P25 ΕΠΗΡΕΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ

Β. Κατσή¹, Γ. Βαμβάκου², Θ. Μακρής², Δ. Τούσουλης³

¹Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, ²Έλενα Βενιζέλου, ³Ιπποκράτειο-Πανεπιστημιακή Κλινική

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 (physical component summary PCS) και το σύνολο του πνευματικού παράγοντα (mental component summary 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 ($r=-0.328$ $p=0.002$) (βλ. πίνακα).

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 Κλίμακα	ΑΝΔΡΕΣ (n=78)	ΓΥΝΑΙΚΕΣ (n=76)	P
Φυσική λειτουργικότητα	57.74	44.78	0.02
Φυσική κατάσταση	49.95	50.14	0.71
Σωματικός πόνος	53.94	45.78	0.07
Γενική Υγεία	54.28	47.78	0.29
Κοινωνική λειτουργικότητα	52.65	48.32	0.42
Νοητική κατάσταση	53.22	48.15	0.38
Συνισταμένη φυσικού συντελεστή	54.72	45.37	0.11
Συνισταμένη νοητικού συντελεστή	52.44	49.27	0.54
Συνολικό σκορ SF-36	53.34	47.46	0.31

P26 ΒΑΘΜΟΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΕΩΣ 24ΩΡΟΥ ΚΑΙ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Μ.Β. Παπαβασιλείου¹, Σ. Πασιάνης¹, Δ. Αραβαντινός¹, Β. Κακιούζη¹, Α. Σερέτης¹, Α. Πιτταράς²
¹Αντιυπερτασικό Ιατρείο, Σισμανόγλειο ΓΝΑ, Αθήνα, ²Mediton Καρδιολογικό κέντρο Αθηνών

Σκοπός: Η συσχέτιση των επιπέδων της αντιθρομβίνης ΙΙΙ με τον βαθμό μεταβλητότητας αρτηριακής πίεσης 24ώρου, σε υπερτασικούς ασθενείς.

Μέθοδος: Μελετήθηκαν 137 υπερτασικοί ασθενείς θεραπευόμενοι και μή (μέσος όρος ηλικίας: 63.3έτη, μέση συστολική/διαστολική πίεση ιατρείου(Σ/ΔΑΠ): 140/85 mmHg, μέση καρδιακή συχνότητα: 73 σφ/1', μέσος δείκτης μάζας σώματος: 29,2 kg/m²), οι οποίοι υποβλήθηκαν σε 24ωρη περιπατητική καταγραφή της αρτηριακής πίεσης και των οποίων μετρήθηκαν τα επίπεδα αντιθρομβίνης ΙΙΙ του αίματος. Η μεταβλητότητα της Σ/ΔΑΠ 24ώρου με ταξινόμηση ≥ 15 mmHg ή < 15 mmHg συσχέτιστηκε με αυτά.

Αποτελέσματα:

Average 24-hr	Degree of variability	ANT-III	p
SBP	≥ 15 mmHg	NS	NS
	< 15 mmHg		
DBP	≥ 15 mmHg	103.03	0.020
	< 15 mmHg	158.33	

S/DBP: systolic/diastolic blood pressure, ANT-III: antithrombin III

Συμπεράσματα: Σε υπερτασικούς ασθενείς ο μεγαλύτερος βαθμός μεταβλητότητας της ΔΑΠ 24ώρου σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα αντιθρομβίνης ΙΙΙ αίματος, επιφέροντας ενδεχομένως μεγαλύτερο κίνδυνο θρομβωτικών καταστάσεων σε αυτούς τους ασθενείς.

P27 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΕΩΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΣΤΗ ΜΑΖΑ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Δ. Αραβαντινός, Σ. Πασιάνης, Δ. Μυτάς, Β. Κακιούζη, Α. Σερέτης, Μ.Β. Παπαβασιλείου
 Καρδιολογικό - Αντιυπερτασικό Ιατρείο, Σισμανόγλειο ΓΝΑ

Σκοπός: Ήταν να προσδιοριστεί η τυχόν συσχέτιση της μεταβλητότητας των τιμών της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) στο σπίτι με την μάζα της αριστεράς κοιλίας (ΜΑΚ) υπερτασικών ασθενών.

Μέθοδος: Μελετήθηκαν 656 υπερτασικοί ασθενείς, μέση ηλικία: 57,7 έτη μέση συστολική/διαστολική πίεση ιατρείου(Σ/ΔΑΠ):148.1/91.7mmHg, 54% γυναίκες, θεραπευόμενοι ή πρωτοδιαγνωσθέντες χωρίς καμία φαρμακευτική αγωγή και των οποίων καταγράφηκαν τόσο οι μεταβλητότητες της ΑΠ στο σπίτι, όσο και οι μεταβλητότητες των τιμών ΑΠ 24ώρου, από την 24ωρη περιπατητική καταγραφή ΑΠ. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη και μετρήθηκαν η μάζα της αριστεράς κοιλίας (ΜΑΚ) και υπολογίστηκε ο δείκτης μάζας αριστεράς κοιλίας (ΔΜΑΚ). Οι μεταβλητότητες ΑΠ συσχέτιστηκαν κατά Pearson με την ΜΑΚ και ΔΜΑΚ.

Αποτελέσματα:

Πίνακας:

BP variability with LVM and LVMI			
	LVM		LVMI
SBP mmHg	r=0.64	p=0.000	r=0.072 p=0.000
DPB mmHg	r=-0.014	NS	r=-0.069 p=0.000
HSBPV mmHg	r=-0.025	p=0.058	NS
HDBPV mmHg	r=0.060	p=0.060	NS

HSBPV: home systolic blood pressure variability, HDBPV: home diastolic blood pressure variability



Συμπέρασμα: Η μεταβλητότητα της ΑΠ στο στήπι δε φαίνεται να σχετίζεται με τη μάζα και το δείκτη μάζας αριστεράς κοιλίας υπερτασικών ασθενών, ενώ η παραδοσιακή μέτρηση της Σ/ΔΑΠ ιατρείου παρουσιάζει υψηλή συσχέτιση.

P28 ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΕΩΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ

Σ. Πατσιάνης, Δ. Αραβαντινός, Β. Κακιούζη, Α. Σερέτης, Μ.Β. Παπαβασιλείου

Καρδιολογικό - Αντιυπερτασικό Ιατρείο, Σισμανόγλειο ΓΝΑ

Σκοπός της μελέτης: Η συσχέτιση του δείκτη καρδιαγγειακού κινδύνου αροΒ/αροΑ1 και nonHDL χοληστερόλης, με τη μεταβλητότητα της αρτηριακής πίεσεως 24ώρου υπερτασικών ασθενών.
Μέθοδος: Μελετήθηκαν 323 υπερτασικοί ασθενείς θεραπευόμενοι ή πρωτοδιαγνωσθέντες που δεν ελάμβαναν καμία φαρμακευτική αγωγή, μέσος όρος ηλικίας: 51.1 έτη, μέση συστολική/διαστολική πίεση ιατρείου(Σ/ΔΑΠ): 151/96.8mmHg οποίοι υποβλήθηκαν σε 24ωρη περιπατητική καταγραφή ΑΠ και των οποίων μετρήθηκαν τα επίπεδα αροΑ, αροΒ αίματος, η nonHDL χοληστερόλη και υπολογίστηκε ο δείκτης αροΒ/αροΑ1. Η μεταβλητότητα της 24ωρης Σ/ΔΑΠ ταξινομήθηκε σε δύο ομάδες: $\geq 15\text{mmHg}$ ή $< 15\text{mmHg}$ και διερευνήθηκε η συσχέτιση του λόγου αροΒ/αροΑ1 με τα επίπεδα μεταβλητότητας κατά ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) τόσο της συστολικής όσο και της διαστολικής ΑΠ.

Αποτελέσματα:

		αροΒ/αροΑ1	p	nonHDL cholesterol (mg/dl)	p
SBP	group A		NS		NS
	group B				
DBP	group A	0.67	0.034	168.6	0.001
	group B	0.74		189.9	

Συμπέρασμα: Στις ομάδες μεταβλητότητας της ΔΑΠ 24ώρου, τα επίπεδα τόσο αροΒ/αροΑ1 όσο και της non-HDL χοληστερόλης είναι σημαντικά χαμηλότερα στη μεγαλύτερη διακύμανση ΔΑΠ, θέτοντας αμφιβολίες περί του ρόλου της μεγαλύτερης ή μικρότερης μεταβλητότητας ΔΑΠ 24ώρου, ενώ δεν φαίνεται να σχετίζονται με το μέγεθος της μεταβλητότητας της ΣΑΠ 24ώρου.

P29 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ ΔΙΑΦΟΡΑΣ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Γ. Κλαδάς, Μ. Ποικιλίδου, Ε. Παπακωνσταντίνου, Μ. Αντωνίου, Π. Γεωργιανός, Λ. Χατζησταυρή, Π. Δεληδημούδης, Π. Ζεμπτεκκήκη

Κέντρο Αριστείας στην Υπέρταση, Α' Παθολογική Κλινική Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ

Εισαγωγή: Η ακριβής μέτρηση της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) στο ιατρείο αποτελεί πολλές φορές πρόκληση. Μια σειρά μεθοδολογικών ζητημάτων, όπως η λήψη διαδοχικών μετρήσεων στα δύο άκρα και το χρονικό διάστημα μεταξύ των μετρήσεων, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη ώστε να μειωθεί το ποσοστό των λανθασμένων μετρήσεων της ΑΠ στο ιατρείο. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να αξιολογήσουμε τον πραγματικό επιπολασμό και να συγκρίνουμε τα χαρακτηριστικά υπερτασικών ασθενών με και χωρίς μεγάλη διαφορά στην ΑΠ μεταξύ των 2 άκρων (interarm difference, IAD) με τη χρήση μια αυτοματοποιημένης συσκευής με ενσωματωμένο πρωτόκολλο μέτρησης της ΑΠ.

Μέθοδοι: Στη μελέτη έλαβαν μέρος 82 διαδοχικοί ασθενείς από το εξωτερικό ιατρείο Υπέρτασης ενός τριτοβάθμιου νοσοκομείου (μέση ηλικία: 59.7 ± 15.8 έτη, 50 γυναίκες). Χρησιμοποιήσαμε τη συσκευή Microlife Watch BP office afib, η οποία έχει σχεδιασμό διπλής περιχειρίδας και

επιτρέπει τη λήψη ταυτόχρονων μετρήσεων στα 2 άκρα και ενσωματωμένο πρωτόκολλο αναμονής 1 λεπτού πριν και 1 λεπτού μεταξύ των μετρήσεων. Το πρωτόκολλο αυτό μπορεί να αξιολογήσει την IAD χωρίς να υπάρχει δυνατότητα παρέμβασης του ιατρού. Έγινε καταγραφή των ανθρωπομετρικών χαρακτηριστικών και του ιατρικού ιστορικού για όλους τους συμμετέχοντες στη μελέτη. Ως κλινικά σημαντικά IAD ορίστηκε μια διαφορά >10 mmHg.

Αποτελέσματα: Η IAD για τη συστολική ΑΠ (ΣΑΠ) ήταν $5,3 \pm 4,9$ mmHg και για τη διαστολική ΑΠ (ΔΑΠ) $3,1 \pm 2,5$ mmHg. Δεκατέσσερις ασθενείς (17,1%) είχαν κλινικά σημαντική IAD της >10 mmHg. Η IAD για την πίεση παλμού (ΠΠ) ήταν $5,5 \pm 4,7$ mmHg. Δεκατέσσερις ασθενείς (17,1%) είχαν IAD ως προς την ΠΠ >10 mmHg. Δεν υπήρχε διαφορά στο ποσοστό των ασθενών με υψηλότερη μέτρηση της ΑΠ στο (ΔΕ) άνω άκρο σε σύγκριση με το (ΑΡ) άνω άκρο (53,7% vs 46,3%, $p=0,50$).

Συμπεράσματα: Η ταυτόχρονη λήψη μετρήσεων ΑΠ στα 2 άκρα με τη χρήση της αυτοματοποιημένης συσκευής Microlife Watch BP αποκάλυψε την παρουσία κλινικά σημαντικής IAD ως προς τη ΣΑΠ και την ΠΠ στο 17,1% των υπερτασικών ασθενών της μελέτης. Η προγνωστική και κλινική σημασία αυτών των πρέπει να διερευνηθεί σε προοπτικές κλινικές μελέτες στο μέλλον.

P30 ΕΠΙΠΕΔΑ ΟΥΡΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΟΡΟΥ ΚΑΙ 10-ΕΤΗΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΑΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ. ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Μ. Καλλίστρατος, Σ. Γιαννίτης, Λ. Πουλημένος, Κ. Ιλιού, Α. Κουκουζέλη, Ν. Κουρεμένος, Ε. Χαμόδρακα, Σ. Παγώνη, Κ. Κυψίνης, Α. Πιπταράς, Α.Ι. Μανώλης

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ασκληπιείο Βούλας, Αθήνα

Εισαγωγή - Σκοπός: Τα επίπεδα ουρικού οξέος στον ορό σχετίζονται με πολλούς κλασικούς παράγοντες κινδύνου όπως η αρτηριακή υπέρταση. Σκοπός μας ήταν να διερευνήσουμε τη συσχέτιση των επιπέδων ουρικού οξέος ορού με το 10-ετή κίνδυνο θανατηφόρας καρδιαγγειακής νόσου.

Μέθοδος: Προοπτικά μελετήσαμε 113 άτομα (ηλικία 53 ± 12 έτη) που εξετάστηκαν στο ιατρείο υπέρτασης. Λάβαμε δείγματα αίματος για μέτρηση ουρικού οξέος ορού, πραγματοποιήσαμε υπερηχοκαρδιογράφημα, μετρήσαμε αρτηριακή πίεση στο ιατρείο και θέσαμε 24ωρη καταγραφή αρτηριακής πίεσης. Καταγράψαμε τις συνήθειές τους (κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ και άσκηση) και υπολογίσαμε τον 10-ετή κίνδυνο για θανατηφόρα καρδιαγγειακή νόσο χρησιμοποιώντας τον πίνακα βαθμονόμησης για χώρες με χαμηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο, ο οποίος βασίζεται στους εξής παράγοντες κινδύνου: ηλικία, φύλο, κάπνισμα, συστολική αρτηριακή πίεση και ολική χοληστερόλη.

Αποτελέσματα: Η μέση συστολική πίεση (ΣΑΠ) στην 24ωρη καταγραφή ήταν 124 ± 13 mmHg, η μέση διαστολική (ΔΑΠ) 75 ± 10 mmHg ενώ η μέση ολική χοληστερόλη ήταν 210 ± 36 mg/dl. Από τα 113 άτομα μόνο 26 (23%) ήταν υπερτασικοί. Η ανάλυση κατά Pearson και Spearman έδειξε ότι τα επίπεδα ουρικού οξέος σχετίζονται στατιστικά σημαντικά και θετικά με τις μέσες ΣΑΠ και ΔΑΠ. ($r = 0,35$, $p < 0,0001$ για ΣΑΠ) και ($r = 0,33$, $p < 0,0001$ για ΔΑΠ) αντίστοιχα. Η ανάλυση κατά Kruskal Wallis έδειξε ότι τα επίπεδα ουρικού οξέος σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με τον 10-ετή κίνδυνο για θανατηφόρο καρδιαγγειακή νόσο ($p < 0,0001$). Ειδικότερα, ασθενείς με 10-ετή κίνδυνο <5%, 5-10%, >10%, είχαν επίπεδα ουρικού οξέος ορού 4.4 ± 0.9 mg/dl, 5.2 ± 1 mg/dl και 6.4 ± 0.1 mg/dl αντίστοιχα ($p < 0,0001$).

Συμπεράσματα: Τα άτομα με χαμηλότερα επίπεδα ουρικού οξέος στον ορό είχαν χαμηλότερα επίπεδα αρτηριακής πίεσης καθώς και μικρότερο 10-ετή κίνδυνο για θανατηφόρα καρδιαγγειακή νόσο και το αντίστροφο. Τα επίπεδα ουρικού οξέος του ορού σχετίστηκαν στατιστικά σημαντικά με τα επίπεδα αρτηριακής πίεσης και το 10-ετή κίνδυνο για θανατηφόρα καρδιαγγειακή νόσο. Το γεγονός ότι αυτή η μελέτη περιέλαβε κυρίως νορμοτασικούς, δείχνει ότι τα επίπεδα ουρικού οξέος ορού έχουν κάποιο ρόλο και σε άτομα με φυσιολογική ή υψηλά φυσιολογική αρτηριακή πίεση.



P31 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ ΚΑΙ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ

Δ. Συμεωνίδης¹, Α. Καλέσση¹, Γ. Αυγουλάς¹, Ι. Τσότρας¹,
Θ. Ντισότολης¹, Σ. Αντωνόπουλος¹

¹Β Παθολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά Τζάνειο

Σκοπός της εργασίας είναι η ανάδειξη της σημασίας του ΔΜΣ (δείκτης μάζας σώματος) και της ΚΜ (κολπικής μαρμαρυγής), ως παραγόντων κινδύνου για ΑΕΕ (αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο) ισχαιμικού τύπου.

Εισαγωγή: Το ΑΕΕ ισχαιμικού τύπου συμβαίνει πιο συχνά σε ασθενείς με ΚΜ, είτε λαμβάνουν κάποιο είδος αντιαθρομβωτικής ή άλλης αντιπηκτικής αγωγής, είτε όχι. Σε αυτούς τους ασθενείς έμβολα σχηματίζονται στον αριστερό κόλπο, αποτελώντας την αιτία του ΑΕΕ. Η αρτηριακή υπέρταση είναι ο πιο γνωστός αναστρέψιμος παράγοντας κινδύνου για ΑΕΕ, συνεπώς η κατάλληλη αντιυπέρτασική αγωγή μπορεί να μειώσει την επίπτωση, αλλά και την θνησιμότητα των ασθενών.

Μέθοδος: Συμπεριλάβαμε 272 ασθενείς με ΑΕΕ ισχαιμικού τύπου, που υποβλήθηκαν σε αξονική τομογραφία εγκεφάλου, από την οποία και επιβεβαιώθηκε η παρουσία του ΑΕΕ. Εν συνεχεία, από το ατομικό αναμνηστικό καταγράφηκε η ύπαρξη ΚΜ και υπολογίσαμε αργότερα τον ΔΜΣ.

Αποτελέσματα: 54% από το σύνολο των ασθενών είχαν ΔΜΣ>25 και 41% είχαν ΚΜ. Είναι αρκετά σημαντικό πως 59% των ασθενών δεν ανέφεραν ΚΜ. 27% των ατόμων είχαν ταυτόχρονα ΚΜ και ΔΜΣ>25, αποτέλεσμα στατιστικά σημαντικό ($p=0.037$), ενώ μόνον 15% είχαν ΚΜ και ΔΜΣ<25. Από τους ασθενείς με ΚΜ, 64% είχαν ΔΜΣ>25.

Συμπεράσματα: Παρόλο που ο αριθμός των ασθενών με ΚΜ ήταν μικρότερος, καταγράφηκε υψηλό ποσοστό ατόμων με ταυτόχρονη ύπαρξη ΚΜ και ΔΜΣ>25. Επιπλέον, ο ΔΜΣ είναι πολύ σημαντικός παράγοντας κινδύνου για ΑΕΕ ισχαιμικού τύπου, καθώς 6 στους 10 ασθενείς είχαν ΔΜΣ>25.

P32 ΑΙΦΝΙΔΙΟΣ ΚΑΡΔΙΑΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ ΛΟΓΩ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΑΝΩΜΑΛΙΩΝ ΤΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Γ. Πιάγκος¹, Κ. Νάτσης², Μ. Πιάγκου¹, Μ. Διδάγγελος², Χ. Στεφανάδης³

¹Εργαστήριο Ανατομίας, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών,

²Εργαστήριο Ανατομίας, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ³1η Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Εισαγωγή: οι ανωμαλίες των στεφανιαίων αγγείων (ΑΣΑ) θεωρούνται ως η 2η αιτία αιφνίδιου καρδιακού θανάτου (ΑΚΘ) σε αθλητές λόγω της προκαλούμενης μυοκαρδιακής ισχαιμίας.

Σκοπός της μελέτης είναι η ανεύρεση της συχνότητας των ΑΣΑ στους Έλληνες και η διάκριση αυτών που συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο ΑΚΘ σε νέους αθλητές.

Μέθοδος: μελετήθηκαν αναδρομικά 8157 στεφανιογραφίες ασθενών (μέση ηλικία 50.4 ±20 έτη) κατά τα έτη 2007-2012.

Αποτελέσματα: 141 ασθενείς (1.73%) παρουσιάζαν ΑΣΑ. 29 περιπτώσεις (0.36%) χαρακτηρίζονταν ως υψηλού ρίσκου για ΑΚΘ και 20.6% ήταν η συχνότητα μεταξύ των ασθενών με ΑΣΑ. Σε 2 ασθενείς (0.025%), η αριστερή ΣΑ εκφυσάιν από το δεξιό κόλπο του Valsalva και σε 12 ασθενείς (0.14%) η δεξιά ΣΑ εκφυσάιν από τον αριστερό κόλπο και υπήρχε δυναμικός κίνδυνος για ΑΚΘ. Μία μόνο περίπτωση αριστερής ΣΑ (0.012%) οεκφυσάιν από την πνευμονική αρτηρία. Έξι περιπτώσεις (0.074%) μονήρους ΣΑ εντοπίσθηκαν (0.025% εκφυσάιν από τον δεξιό κόλπο και 0.037% από τον αριστερό κόλπο). Υψηλή έκφυση της δεξιάς ΣΑ βρέθηκε σε 30 ασθενείς (0.37%), της αριστερής σε 2 ασθενείς (0.025%) και των 2 ΣΑ σε 2 ασθενείς (0.025%). Ξεχωριστή έκφυση του αριστερού κατιόντα κλάδου και της αριστερής περισπωμένης από τον αριστερό κόλπο του Valsalva ανευρέθησαν σε 33 ασθενείς (0.4%). Σε 11 ασθενείς (0.13%) η δεξιά ΣΑ εκφυσάιν από μη στεφανιαίο κόλπο. Σε 17 ασθενείς (0.21%) υπήρχε ανώμαλη έκφυση της αριστερής περισπωμένης από τον δεξιό κόλπο και σε 5 ασθενείς (0.061%) η δεξιά ΣΑ εκφυσάιν από το εγγύς τμήμα της πνευμονικής αρτηρίας. Σε 6 ασθενείς (0.074%) βρέθηκε κοινό στόμιο

πνευμονικής αρτηρίας και δεξιάς ΣΑ. Ένας ασθενής (0.012%) βρέθηκε με πρόσθιο κατιόντα κλάδο να προέρχεται από τον δεξιό κόλπο. Τρεις ασθενείς (0.037%) παρουσίαζαν συγγενή απουσία της αριστερής περιστεφανιαίας. Σε 10 ασθενείς (0.12%) βρέθηκαν αναστομώσεις ΣΑ. **Συμπεράσματα:** η ακριβής γνώση ανάδυσης των ΣΑ είναι αναγκαία προκειμένου να αναγνωρισθούν δυνητικά κακοήθεις καταστάσεις. Η πρώιμη ταυτοποίηση αυτών των παραλλαγών θα κατευθύνει στη σωστή θεραπεία, ειδικά όταν απαιτείται περαιτέρω αγγειοπλαστική.

P33 ΠΡΩΤΟΕΜΦΑΝΙΣΗ ΦΑΙΟΧΡΩΜΟΚΥΤΩΜΑΤΟΣ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΠΟΛΛΑΠΛΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

I.A. Παπαδάκης, Μ. Βελεγράκη, Π. Ιωάννου, Β. Θεοδωρακοπούλου

Υπερτασικό Ιατρείο (ESH Excellence Centre), Παθολογικής Κλινικής Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου

Εισαγωγή: Τα φαιοχρωμοκυτώματα αποτελούν όγκους που εκκρίνουν κατεχολαμίνες και προκαλούν παροξυσμικές κρίσεις αρτηριακής υπέρτασης.

Περιγράφεται η άτυπη συμπτωματολογία εμφάνισης φαιοχρωμοκυτώματος με εικόνα οξέος πνευμονικού οιδήματος και ανεπάρκειας πολλαπλών οργάνων σε ασθενή χωρίς ιστορικό υπέρτασης.

Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα 61 ετών με ατομικό αναμνηστικό υποθυρεοειδισμού, εισήχθη στο νοσοκομείο πάσχουσα από Οξεία Πνευμονοφρίτιδα. Την 2η ημέρα νοσηλείας και ενώ ήταν υπό αντιβιοτική αγωγή, παρουσιάζει εικόνα οξέος πνευμονικού οιδήματος σε έδαφος σοβαρής συστολικής δυσλειτουργίας του μυοκαρδίου (κλάσμα εξώθησης <30%). Η στεφανιογραφία ανέδειξε φυσιολογικά στεφανιαία αγγεία. Την επομένη η ασθενής καθίσταται αιμοδυναμικά ασταθής και εμφανίζει ανεπάρκεια πολλαπλών οργάνων. Τις επόμενες ημέρες βαίνει βελτιούμενη παραμένοντας απύρετη, παρουσιάζει όμως υψηλές τιμές αρτηριακής πίεσης (180-200/105-115mmHg) και τίθεται σε αγωγή με αμλοδιπίνη, μετοπρολόλη και νιτρογλυκερίνη. Εντός των προσεχών ημερών αποκαθίσταται πλήρως η αναπνευστική, νεφρική και ηπατική λειτουργία, η δε αρτηριακή πίεση σταθεροποιείται σε επίπεδα 130-140/70-80mmHg άνευ αντιυπερτασικής αγωγής. Στο επαναληπτικό υπερηχοκαρδιογράφημα έχουμε αποκατάσταση στο φυσιολογικό της συστολικής λειτουργίας της αριστεράς κοιλίας με συγκεντρική υπερτροφία των τοιχωμάτων αυτής. Λόγω της υποψίας φαιοχρωμοκυτώματος υπεβλήθη σε CT κοιλίας όπου ανέδειξε μórφωμα εξορμούμενο εκ του δεξιού επινεφριδίου διαστάσεων 4x2,7cm, η δε MRI άνω κοιλίας ενίσχυσε την υποψία φαιοχρωμοκυτώματος. Η συλλογή ούρων 24ώρου ανέδειξε μέτρια αύξηση των ολικών μετανεφρινών. Υπεβλήθη σε σπινθηρογράφημα με I-123 MIBG που ανέδειξε ευμεγέθη εστία εκλεκτικής καθήλωσης του ραδιοφαρμάκου στην ανωτέρω περιοχή συμβατή με φαιοχρωμοκύττωμα. Τέθηκε σε αγωγή με δοξαζοσίνη και προγραμματίστηκε αφαίρεση του δεξιού επινεφριδίου.

Συμπεράσματα: Η διάγνωση του φαιοχρωμοκυτώματος θα πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν σε ασθενείς που εμφανίζουν συμπτωματολογία οξέος πνευμονικού οιδήματος με συνοδό ανεπάρκεια πολλαπλών οργάνων.

P34 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΚΟΡΗΣ ΩΣ ΔΕΙΚΤΗ ΔΥΣΑΥΤΟΝΟΜΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΜΕ ΕΝΔΟΣΥΝΕΔΡΙΑΚΗ ΥΠΟΤΑΣΗ

N. Σαμπάνης¹, Ε. Γαβριηλάκη², Ε. Πιπερέλη¹, Ε. Πάσχου³

¹Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Έδεσσας, Ελλάδα, ²Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ελλάδα, ³Τμήμα Γενικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Γενικό Νοσοκομείο Έδεσσας, Ελλάδα

Εισαγωγή - Σκοπός: Η ανεπάρκεια του αυτόνομου νευρικού συστήματος (ΑΝΣ) αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα αιμοδυναμικής αστάθειας στην αιμοκάθαρση οδηγώντας στην εκδήλωση ενδοσυνεδριακής υπότασης (Intradialytic Hypotension – IDH). Στην παρούσα μελέτη συσχέτισθηκε η επίδραση της δυσαυτονομίας στην εκδήλωση IDH μέσω μελέτης του αντανάκλαστικού της κόρης με τη μέθοδο της κορημετρίας.



Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη σε σύνολο 69 ασθενών και καταγράφηκαν δεδομένα όπως η ηλικία, το φύλο και ύπαρξη ή όχι ΣΔ. Στο σύνολο των ασθενών πραγματοποιήθηκαν δύο μετρήσεις με φορητό κορήμετρο – πριν και μετά συνεδρία αιμοκάθαρσης – στο δεξιό οφθαλμό και σημειώθηκαν η διάμετρος κόρης ηρεμίας (mm), ελάχιστη διάμετρος κόρης (mm), συστολή της κόρης (%), μέση ταχύτητα συστολής (mm/sec) και χρόνος αντίδρασης κόρης (sec).

Αποτελέσματα: Από το σύνολο των ασθενών 42% ήταν γυναίκες ενώ 34,8% (n=24) παρουσίαζε IDH. Η μέση καταγραφόμενη ηλικία ήταν 67,1 ± 14,4 έτη. Ειδικότερα από τη μελέτη αναδείχθηκε ότι ασθενείς με IDH παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά μικρότερη διάμετρο κόρης ηρεμίας (p=0.035), ως ένδειξη μειωμένης συμπαθητικής δραστηριότητας, αλλά και μεγαλύτερη μείωση διαμέτρου μετά την εφαρμογή φωτεινού ερεθίσματος (p=0.04). Οι υπόλοιπες μετρήσεις δε συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά με την IDH. Τα ευρήματα αυτά παραμένουν σταθερά και μετά το τέλος συνεδρίας αιμοκάθαρσης (p=0.004) ενώ η ίδια η συνεδρία φαίνεται ότι μειώνει περαιτέρω τόσο τη διάμετρο ηρεμίας όσο και την ελάχιστη διάμετρο της κόρης (p=0,01).

Συμπεράσματα: Η κορημετρία αποτελεί έναν έμμεσο τρόπο αξιολόγησης της ακεραιότητας των νευρικών οδών του ΑΝΣ μέσω μεταβολών της ανταπόκρισης της κόρης σε φωτεινά ερεθίσματα. Η δυσавтоνομία, αξιολογούμενη με τη μέθοδο της κορημετρίας, αποτελεί πιθανό προδιαθετικό παράγοντα εκδήλωσης IDH.

P35 24ΩΡΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΑΧΥΤΗΤΑΣ ΣΦΥΓΜΙΚΟΥ ΚΥΜΑΤΟΣ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ ΚΑΙ ΝΕΑΡΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΚΑΙ ΒΛΑΒΗ ΟΡΓΑΝΩΝ-ΣΤΟΧΩΝ

Α. Κόλλιας¹, Α. Ντινέρη¹, Γ. Σέρβος², Δ. Γεωργακόπουλος², Α. Δεστούνης¹, Ι. Μωυσάκης³, Α. Βαζαίου⁴, Α. Αχείμαστος¹, Γ.Σ. Στεργίου¹

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

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη αξιολόγησε την 24ωρη καταγραφή ταχύτητας σφυγμικού κύματος (24PWV) σε σχέση με PWV ιατρείου καθώς και με άλλους δείκτες ασυμπτωματικής βλάβης οργάνων-στόχων σε νεαρά άτομα.

Πληθυσμός: Υγιείς έφηβοι/νεαροί ενήλικες που παραπέμφθηκαν για αυξημένη αρτηριακή πίεση (ΑΠ) και υγιείς εθελοντές (ηλικίας 12-25 ετών) υποβλήθηκαν σε: (i) μετρήσεις PWV στο ιατρείο (1 επίσκεψη, 3 μετρήσεις,) και κατόπιν σε 24ωρη καταγραφή PWV (ταλαντωσιμετρική συσκευή Mobil-O-Graph 24h PWA), και (ii) υπερηχογραφικό προσδιορισμό δείκτη μάζας αριστεράς κοιλίας (LVMI) και πάχους έσω-μέσου χιτώνα κοινών καρωτίδων (cIMT).

Αποτελέσματα: Αναλύθηκαν 81 άτομα (ηλικία 18.7±4.5 ετών, 65 άρρενες, δείκτης μάζας σώματος [ΔΜΣ] 25±5.5 kg/m², 19 με παθολογική 24ωρη ΑΠ). Οι υπερτασικοί συγκριτικά με νορμοτασικούς παρουσίαζαν υψηλότερη PWV (ιατρείο: 5.6±0.4 vs. 5±0.4 m/s, και 24ωρη καταγραφή: 5.5±0.4 vs. 4.9±0.2 m/s, p<0.05). Η PWV ιατρείου (5.1±0.5 m/s) ήταν συγκρίσιμη με την 24PWV (5.1±0.4 m/s, p=NS), αλλά οριακά χαμηλότερη από την ημερήσια (5.2±0.4 m/s) και υψηλότερη από τη νυχτερινή (4.9±0.4 m/s, p<0.05). Ισχυρή συσχέτιση διαπιστώθηκε μεταξύ PWV ιατρείου - κεντρικής συστολικής ΑΠ ιατρείου (r=0.91, p<0.01) καθώς και μεταξύ 24PWV - 24ωρης κεντρικής συστολικής ΑΠ (r=0.93, p<0.01). Η PWV ιατρείου παρουσίαζε ισχυρή συσχέτιση με την 24ωρη/ημερήσια/νυχτερινή PWV (r=0.81/0.80/0.67, p<0.01). Η 24PWV συγκριτικά με την PWV ιατρείου παρουσίαζε παρόμοιες συσχετίσεις με ηλικία (r=0.32 vs. 0.22), ΔΜΣ (0.36 vs. 0.24), LVMI (0.36 vs. 0.28), και cIMT (0.39 vs. 0.40) (p=NS για όλες τις συγκρίσεις).

Συμπεράσματα: Τα προκαταρκτικά αυτά αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι στα νεαρά άτομα η 24ωρη καταγραφή PWV παρουσιάζει παρόμοιες τιμές και συσχετίσεις με δείκτες ασυμπτωματικής βλάβης οργάνων-στόχων με PWV ιατρείου.

ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΩΝ ΝΙΤΡΙΚΩΝ ΧΥΜΟΥ ΠΑΝΤΖΑΡΙΟΥ ΣΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΚΑΙ ΤΙΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΕΣ ΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΑΝΤΙΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Α. Τριανταφύλλου¹, Α. Ζαφειρίδης², Σ. Παπαδόπουλος², Ν. Κολέτσος¹, Β. Σαχπεκίδης³, Ε. Γκαλιαγκούση¹, Π. Ανυφαντή¹, Κ. Δίπλα², Σ. Δούμα¹

¹Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ Παπαγεωργίου, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, ²Εργαστήριο Φυσιολογίας και Βιοχημείας της Άσκησης, ΤΕΦΑΑ Σερρών, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, ³Β' Καρδιολογική Κλινική ΓΝ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή - Σκοπός: Η ισομετρική άσκηση αποτελεί αναγκαία δραστηριότητα της καθημερινότητας και έχει πρόσφατα προταθεί ως συμπληρωματικό εργαλείο για τη διαχείριση της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) στους υπερτασικούς ασθενείς. Επίσης, πρόσφατες μελέτες προτείνουν ότι η διατροφική πρόσληψη νιτρικών αλάτων, με τη μορφή χυμού παντζαριού (BRJ), μειώνει την ΑΠ στην ηρεμία και στη διάρκεια αερόβιας άσκησης σε υγιείς και στην ηρεμία σε υπερτασικούς. Ωστόσο, τα αποτελέσματα της λήψης νιτρικών στην άσκηση σε υπερτασικούς ασθενείς, δεν έχουν διερευνηθεί. Σκοπός: να διερευνηθεί η επίδραση μίας δόσης χυμού από παντζάρι στην ΑΠ και στις περιφερικές αντιστάσεις (ΠΑ) κατά την ισομετρική άσκηση σε υπερτασικούς ασθενείς.

Μέθοδος: Στη διπλή, τυφλή, τυχαιοποιημένη και διασταυρούμενη (cross-over) μελέτη, συμμετείχαν 13 νεοδιαγνωσμένοι, χωρίς αγωγή, υπερτασικοί ασθενείς, (42.3±12.3 ετών). Όλοι οι συμμετέχοντες έλαβαν τυχαία, με μεσοδιάστημα 1 εβδομάδας BRJ (περιεκτικότητα 8,3mmol νιτρικά) ή εικονικό χυμό (ειδικά επεξεργασμένο, χωρίς νιτρικά). Το πρωτόκολλο περιλάμβανε συνεχή, ανά-παλμό, καταγραφή με φωτοπληθυσμογράφο (Finapres) ΑΠ και ΠΑ, κατά την ηρεμία (3 λεπτά), την 3-λεπτη άσκηση χειρολαβής στο 30% της μέγιστης δύναμης και την 3-λεπτη ανάληψη.

Αποτελέσματα: Ενώ κατά την ηρεμία η ΑΠ ήταν παρόμοια ανάμεσα στις δύο πειραματικές συνθήκες, στην άσκηση, η ΣΑΠ/ΔΑΠ ήταν σημαντικά χαμηλότερες, όταν είχε προηγηθεί λήψη BRJ ($p<0.05$). Οι υπερτασικοί ασθενείς παρουσίαζαν αύξηση των περιφερικών αντιστάσεων στην άσκηση ($p=0,043$) μετά τη λήψη εικονικού-χυμού. Αντίθετα, η λήψη BRJ, επέφερε διατήρηση των ΠΑ στην άσκηση, σε επίπεδα παρόμοια με της ηρεμίας.

Συμπεράσματα: Η οξεία χορήγηση μίας δόσης χυμού παντζαριού, επιφέρει μικρότερη αύξηση στην ΑΠ άσκησης, μειώνοντας την αύξηση των περιφερικών αντιστάσεων στην άσκηση στους υπερτασικούς ασθενείς.

Ο ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΣΘΗΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΣΥΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΑΥΞΗΜΕΝΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΕΡΥΘΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΩΝ ΜΙΚΡΟΣΩΜΑΤΙΔΙΩΝ

Ε. Γκαλιαγκούση¹, Β. Νικολαΐδου¹, Ε. Γιαννάκη², Α. Σαμαλίδου², Α. Τριανταφύλλου¹, Α. Βαμβάκης¹, Ε. Γαβριηλάκη³, Ι. Ζωγράφου⁴, Χ. Σαμπάνης⁴, Σ. Δούμα¹

¹Γ' Παθολογική Κλινική Γ. Ν. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα, ²Γ. Ν. Θεαγένειο, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα, ³Γ. Ν. Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα, ⁴Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Γ. Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

Εισαγωγή - Σκοπός: Οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών βλαβών και θρομβωτικών επεισοδίων. Ωστόσο, δεν είναι γνωστό πόσο πρώιμες είναι αυτές οι βλάβες και εάν προϋπήρχαν σε νεοδιαγνωσθέντες διαβητικούς χωρίς θεραπεία. Μελετήσαμε τη θρομβωτική τάση σε ασθενείς με καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου. Χρησιμοποιήσαμε νέους βιοδείκτες αθηροσκληρώσεως και θρόμβωσης, όπως τα αιμοπεταλιακά (PLTs) και ερυθροκυτταρικά (RBCs) μικροσωματίδια.

Μέθοδος: Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν ασθενείς του Ιατρείου Υπέρτασης της Γ' Παθολογικής Κλινικής του Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου. Λήφθηκε λεπτομερές ιατρικό ιστορικό, δείγμα αίματος και ούρα 24-ώρου για εκτίμηση της μικρολευκωματινουρίας. Τα PLTs και RBCs προσδιορίστηκαν με τη μέθοδο της κυτταρομετρίας ροής. Έμφαση δόθηκε στην παρουσία παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου: υπέρταση, ΣΔ, δυσλιπιδαιμία, κάπνισμα και δείκτη μάζας σώματος.



Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν 45 ασθενείς ηλικίας 52.5 ± 11.9 ετών, 19 άντρες: 26 γυναίκες, με συστολική/διαστολική αρτηριακή πίεση: 132.7 ± 16.8 / 83.3 ± 13.7 mmHg. Δεκαεννέα ασθενείς ήταν νεοδιαγνωσθέντες διαβητικοί, ενώ 16 ήταν νεοδιαγνωσθέντες υπερτασικοί χωρίς θεραπεία. Το μοντέλο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης ανέδειξε το ΣΔ ως τον ισχυρότερο παράγοντα εμφάνισης υψηλών τιμών RBCs (beta: 0,673, $p=0,021$). Τα PLTs δεν ανέδειξαν συσχέτιση με κανέναν από τους παράγοντες.

Συμπεράσματα: Στην παρούσα μελέτη, παρά το μικρό μέγεθος του δείγματος, τα RBCs συσχετίστηκαν με την εμφάνιση ΣΔ σε πρώιμα στάδια. Είναι γνωστό ότι τα RBCs αποτελούν δείκτη θρομβωτικής τάσης. Το γεγονός ότι τα αιμοπετάλια δε συσχετίζονται με την παρουσία ΣΔ, αντικατοπτρίζει, εν μέρει, τον πολυπαραγοντικό τους ρόλο όχι μόνο στη θρόμβωση αλλά και στη φλεγμονώδη διαδικασία της αθηροσκλήρωσης. Περαιτέρω μελέτες απαιτούνται για τη διαλεύκανση του ρόλου των μικροσωματιδίων σε ασθενείς με καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου.

P38

Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΜΕ ΤΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΛΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Π. Α. Σαραφίδης¹, Χ. Λουτράδης¹, Α. Καρπέτας², Γ. Τζάνης¹, Α. Πιπερίδου¹, Γ. Κουτρουμπάς³, Β. Ράπτη⁴, Α. Μπίκος⁴, Χ. Συγκάνης³, Β. Λιακόπουλος⁵, Γ. Ευστρατιάδης¹, Α. Λαζαρίδης⁵

¹Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., ²Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη, ³Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Θεραπευτική», Θεσσαλονίκη, ⁴Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Αχιλλοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο, Βόλος, ⁵Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Πιερία», Κατερίνη 5) Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Οι ασθενείς με τελικό στάδιο νεφρική νόσο διατρέχουν εξαιρετικά υψηλό κίνδυνο καρδιαγγειακών συμβαμάτων και θνητότητας. Η αρτηριακή πίεση (ΑΠ) προ ή μετά την αιμοκάθαρση δεν εμφανίζει σχέση με τον καρδιαγγειακό κίνδυνο, σε αντίθεση με την περιπατητική ΑΠ. Η παρούσα μελέτη εξέτασε την προγνωστική αξία της περιπατητικής περιφερικής (στο ύψος της βραχιονίου) και κεντρικής ΑΠ σε αυτόν τον πληθυσμό.

Μέθοδοι: Στη συγκεκριμένη προοπτική μελέτη κοόρτης, 170 αιμοκαθαριζόμενοι ασθενείς υποβλήθηκαν σε 48ωρη μέτρηση της ΑΠ με τη συσκευή Mobil-O-Graph NG κατά τη διάρκεια αιμοκάθαρσης και της τυπικής μεσοδιαλυτικής περιόδου και παρακολούθησαν για μέσο διάστημα $28,1 \pm 11,2$ μηνών. Το πρωτεύον καταληκτικό σημείο ήταν ένας συνδυασμός της συνολικής θνησιμότητας, και των περιπτώσεων μη θανατηφόρου εμφράγματος του μυοκαρδίου και μη θανατηφόρου αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Τα δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία περιλάμβαναν: (i) τη συνολική θνησιμότητα, (ii) την καρδιαγγειακή θνησιμότητα, (iii) το συνδυασμό καρδιαγγειακού θανάτου, μη θανατηφόρου εμφράγματος του μυοκαρδίου, μη θανατηφόρου αγγειακού εγκεφαλικού, αναζωογόνησης μετά από καρδιακή ανακοπή και νοσηλείας για καρδιακή ανεπάρκεια.

Αποτελέσματα: Κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης, 37 (21,8%) ασθενείς κατέληξαν και 46 (27,1%) παρουσίασαν καρδιαγγειακό σύμβαμα ή κατέληξαν από καρδιαγγειακά αίτια. Σε ανάλυση κατά Kaplan-Meier, η ελευθερία (cumulative freedom) από το πρωτεύον καταληκτικό σημείο δε διέφερε στα τεταρτημόρια της ΣΑΠ προ της αιμοκάθαρσης, της 48ωρης περιφερικής ΣΑΠ [67,4%, 81,0%, 69,0%, 76,7% (logrank $p=0,604$)] και της 48ωρης κεντρικής ΣΑΠ [65,1%, 69,0%, 76,2%, 76,7% (logrank $p=0,324$)]. Ομοίως, ο σχετικός κίνδυνος (Hazard Ratio, HR) για τη συνολική θνησιμότητα, την καρδιαγγειακή θνησιμότητα, και το σύνθετο καρδιαγγειακό τελικό σημείο δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των τεταρτημορίων της ΣΑΠ προ της αιμοκάθαρσης [HR:0,64, 95%CI:(0,3-1,37), HR:0,75 95%CI:(0,36-1,59), HR:0,47 95%CI:(0,21-1,07)], της 48ωρης περιφερικής ΣΑΠ [HR:0,55 95%CI:(0,23-1,31), HR:0,97 95%CI:(0,46-2,07), HR:1,07 95%CI:(0,5-2,28)] και της 48ωρης κεντρικής ΣΑΠ [HR:0,90 95%CI:(0,43-1,89), HR:0,73 95%CI:(0,33-1,63), HR:0,70 95%CI:(0,32-1,57)].

Συμπεράσματα: Στη μελέτη αυτή η περιφερική και κεντρική περιπατητική ΑΠ δεν εμφάνισαν ανεξάρτητη σχέση με το μελλοντικό κίνδυνο καρδιαγγειακών συμβαμάτων ή θανάτου σε ασθενείς υπό αιμοκάθαρση.

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΝΕΜΠΙΒΟΛΟΛΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΙΡΜΠΕΞΑΡΤΑΝΗΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ: ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΜΙΑ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΜΕΛΕΤΗ ΔΙΑΣΤΑΥΡΟΥΜΕΝΗΣ ΣΕΙΡΑΣ

Α. Μπίκος¹, Χ. Λουτράδης², Α. Καρπέτας³, Β. Ράπτης¹, Α. Πιπερίδου², Ρ. Καραϊτζίδης⁴, Ε. Γινικοπούλου⁵, Σ. Παναγιώτσος⁶, Π. Πασαδάκης⁶, Η. Μπαλάσκας⁷, Α. Παπαγιάννης², Β. Λιακόπουλος⁷, Π. Α. Σαραφίδης²

¹Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Πιερία», Κατερίνη, ²Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη, ³Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Θεραπευτική», Θεσσαλονίκη, ⁴Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων ⁵Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Πρότυπο», Θεσσαλονίκη, ⁶Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, ⁷Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η αύξηση της αρτηριακής πίεσης ΑΠ κατά τη διάρκεια ή αμέσως μετά την αιμοκάθαρση αποτελεί παθολογική αιμοδυναμική απάντηση στην υπερδιήθηση και συμβαίνει στο 5-20% των ασθενών. Η ενδοδιαλυτική υπέρταση (intradialytic hypertension) συχνά υποδιαγιγνώσκεται και συνδέεται με δυσμενείς κλινικές εκβάσεις. Η παρούσα μελέτη αξιολόγησε την επίδραση νεμπιβολόλης και της ιρμπεξαρτάνης στην 24ωρη ΑΠ σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς με ενδοδιαλυτική υπέρταση.

Μέθοδοι: Πρόκειται για μια τυχαίοποιημένη πιλοτική μελέτη διασταυρούμενης σειράς (cross-over) σε 31 αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς (ηλικίας 61,3±11,6 ετών, άρρενες: 67,7%) χωρίς κλινικά σημεία υπερογκαιμίας. Ως υπέρταση κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης ορίστηκε η μέση άνοδος ≥ 10 mmHg στη συστολική ΑΠ (ΣΑΠ) σε τουλάχιστον 4 από 6 συνεπείς συνεδρίες. Μετά τη βασική αξιολόγηση, χορηγήθηκε τυχαία στους ασθενείς νεμπιβολόλη 5 mg και ακολούθως ιρμπεξαρτάνη 150mg ή αντίστροφα, είτε άπαξ 1 ώρα πριν την αιμοκάθαρση (n=16), είτε για μια εβδομάδα (n=15). Την έναρξη του δεύτερου φαρμάκου προηγήθηκε μια περίοδος χωρίς αγωγή διάρκειας 2 εβδομάδων. Στα αντίστοιχα σημεία της μελέτης πραγματοποιήθηκαν 3 24ώρες μετρήσεις της ΑΠ με τη συσκευή Mobil-O-Graph (IEM, Stolberg, Germany) κατά τη διάρκεια της ενδιάμεσης εβδομαδιαίας συνεδρίας και της ακόλουθης 20ωρης περιόδου μετά την αιμοκάθαρση.

Αποτελέσματα: Συνολικά, 15 (48,4%) των ασθενών έλαβαν αρχικά νεμπιβολόλη και 16 (51,6%) ιρμπεξαρτάνη. Οι ασθενείς που έλαβαν μία δόση νεμπιβολόλης ή ιρμπεξαρτάνης είχαν χαμηλότερη ΣΑΠ και ΔΑΠ μετά την αιμοκάθαρση [έναρξη: 161,6±17,5/95,4±12,0, νεμπιβολόλη: 146,3±21,7 (p=0,004) / 86,1±12,2 (p=0,001), ιρμπεξαρτάνη: 146,4±32,0 (p=0,015) / 86,6±19,6 (p=0,059) mmHg, αντίστοιχα] και τάση προς χαμηλότερη 24ωρη ΣΑΠ και ΔΑΠ [έναρξη: 148,8±19,6/86,9±11,8, νεμπιβολόλη: 142,8±20,4 (p=0,083) / 83,7±12,3 (p=0,038), ιρμπεξαρτάνη: 144,1±22,8 (p=0,144) / 84,2±13,9 (p=0,174) mmHg]. Οι ασθενείς που έλαβαν εβδομαδιαίως νεμπιβολόλη και ιρμπεξαρτάνη είχαν σημαντικά χαμηλότερη ΣΑΠ και ΔΑΠ μετά την αιμοκάθαρση [έναρξη: 164,1±12,5/100,0±10,7, νεμπιβολόλη: 142,7±16,0 (p<0,001) / 89,5±12,5 (p=0,004), ιρμπεξαρτάνη: 144,9±24,3 (p=0,006) / 88,2±13,6 (p=0,006) mmHg], σημαντικά χαμηλότερη 24ωρη ΣΑΠ και ΔΑΠ (έναρξη: 146,7±11,2/92,7±9,5 νεμπιβολόλη: 139,2±11,2 (p=0,003)/85,5±8,0 (p=0,003), ιρμπεξαρτάνη: 142,0±16,6 (p=0,332) / 86,3±10,4 (p=0,042) mmHg, αντίστοιχα) και σημαντικά χαμηλότερη ημερήσια και νυχτερινή περιπατητική ΣΑΠ και ΔΑΠ.

Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη υποδεικνύει ότι αμφότερες η νεμπιβολόλη και η ιρμπεξαρτάνη ελαττώνουν την μετά την αιμοκάθαρση καθώς και την 24ωρη ΑΠ σε ασθενείς με υπέρταση κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης. Η νεμπιβολόλη αποδεικνύεται αριθμητικά πιο ισχυρή από την ιρμπεξαρτάνη ενώ η μόνιμη χορήγηση αυτών των παραγόντων ενδέχεται να είναι περισσότερο αποτελεσματική από την χορήγηση μίας δόσης προ αιμοκάθαρσης.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΥΠΕΝΔΟΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΒΙΩΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Π. Ανυφαντή¹, Α. Τριανταφύλλου¹, Ε. Γκαλιαγκούση¹, Ν. Κολέτσος¹, Σ. Χατζημιχαηλίδου², Σ. Ασλανίδης², Σ. Δούμα¹

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

Εισαγωγή - Σκοπός: Ο δείκτης υπενδοκαρδιακής βιωσιμότητας (subendocardial viability ratio, SEVR) έχει προταθεί ως εναλλακτική μη επεμβατική μέθοδος αξιολόγησης της αιμάτωσης του μυοκαρδίου. Σκοπός ήταν να διερευνηθεί εάν ο δείκτης αυτός εμφανίζεται επηρεασμένος και σε σχέση με ποιους παράγοντες σε έδαφος ρευματοειδούς αρθρίτιδας, η οποία συνοδεύεται από υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο.

Μέθοδος: Μελετήθηκαν 91 ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα και 31 υγιείς εθελοντές. Με την μέθοδο της τονομετρίας υπολογίστηκαν ο SEVR και η αορτική σκληρία (ταχύτητα σφυγμικού κύματος, κεντρικός αυξητικός δείκτης). Εκτός από παράγοντες σχετιζόμενους με την νόσο, στους ασθενείς εκτιμήθηκε επιπλέον η αθηροσκληρώση των καρωτίδων (πάχος έσω-μέσου χιτώνα), καρδιακοί και αιμοδυναμικοί παράγοντες με την μέθοδο της θωρακικής ρεογραφίας και η ενδοθηλιακή δυσλειτουργία με τον προσδιορισμό των επιπέδων ασύμμετρης διμεθυλαργινίνης (asymmetric dimethylarginine, ADMA) ορού.

Αποτελέσματα: Σημαντικά χαμηλότερη τιμή SEVR παρατηρήθηκε στους ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα σε σύγκριση με τους μάρτυρες (141,4±21,9 έναντι 153,1±18,7%, p=0,005), ακόμα και στην υποομάδα ασθενών χωρίς καρδιαγγειακές συννοσηρότητες (139,7±21,7 έναντι 153,1±18,7%, p=0,013). Μετά από στάθμιση για άλλες μεταβλητές, ως ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες αναγνωρίστηκαν το φύλο, η αρτηριακή πίεση, οι σφύξεις, τα επίπεδα χοληστερόλης, ο καρδιακός δείκτης και ο χρόνος εξώθησης αριστεράς κοιλίας, όχι όμως η αορτική σκληρία, η αθηροσκληρώση καρωτίδων, τα επίπεδα ADMA ή παράγοντες σχετιζόμενοι με την ίδια την νόσο. **Συμπεράσματα:** Ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα παρουσιάζουν χαμηλότερο SEVR σε σύγκριση με υγιείς, οι οποίοι φαίνεται να επηρεάζεται πρωτίστως από καρδιακούς και αιμοδυναμικούς παράγοντες. Η διαταραγμένη ισορροπία μυοκαρδιακής παροχής και κατανάλωσης οξυγόνου ενδέχεται να συμβάλλει στην αυξημένη καρδιαγγειακή συννοσηρότητα των ασθενών αυτών.

ΔΙΑΦΟΡΑ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΜΕΤΡΗΣΗ ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΔΥΟ ΒΡΑΧΙΟΝΕΣ, ΣΕ ΑΝΔΡΕΣ 25-35 ΕΤΩΝ ΜΕ ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ν. Βαϊτσης, Σ. Αγγελάκου-Βαϊτση

Ιδιωτικό Ιατρείο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Φάρσαλα

Εισαγωγή: Σε άτομα στα οποία υπάρχει διαφορά στη μέτρηση της συστολικής αρτηριακής πίεσης, μεταξύ των δύο βραχιόνων των άνω μελών, που ξεπερνά τα 10mmHg ή τα 15mmHg, επιβάλλεται να γίνεται διερεύνηση του αγγειακού τους συστήματος. Η διαφορά της μέτρησης της πίεσης μεταξύ των δύο βραχιόνων μπορεί να είναι δείκτης ύπαρξης περιφερικής αγγειακής νόσου. Η πάθηση δυνατόν να υπάρχει χωρίς ο ασθενής να το αντιλαμβάνεται.

Σκοπός: διαπίστωση της συχνότητας της διαφοράς στη μέτρηση της συστολικής αρτηριακής πίεσης, μεταξύ των δύο βραχιόνων των άνω μελών, σε άνδρες 25-35 ετών, ελεύθερων παθολογικού ιστορικού.

Μέθοδος: το υλικό αποτέλεσαν 200 άνδρες, ηλικιακού φάσματος 25-35 ετών, που προσήλθαν σε 2 Ιδιωτικά Ιατρεία Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, στα Φάρσαλα. Καταγράφηκαν και μελετήθηκαν οι τιμές της αρτηριακής πίεσης και στους δύο βραχίονες.

Αποτελέσματα: βρέθηκαν με διαφορά έως και 10mmHg 189 άτομα (94,5%), με 10-15mmHg 10 άτομα (5%) και με >15mmHg 1 άτομο (0,5%). Τα 11 άτομα με διαφορά πίεσης >10mmHg παραπέμφθηκαν για περαιτέρω διερεύνηση του αγγειακού τους συστήματος. Στα 3 από τα 11 (27,3%) με διαφορά 10-15mmHg και στο 1 (100%) με διαφορά >15mmHg, διεγνώσθη τελικώς περιφερική αγγειακή νόσος.

Συμπέρασμα: είναι σημαντικό η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης να γίνεται και στους δύο βραχίονες. Η τεκμηρίωση της διαφοράς μεταξύ των δύο μετρήσεων, της τάξης των 10 mm Hg ή 15 mm Hg, επιβάλλει τη διερεύνηση του ασθενούς για να βρεθεί κατά πόσο πάσχει ή όχι από περιφερική αγγειακή νόσο. Η έγκαιρη ανίχνευση, σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, της αρτηριακής περιφερικής νόσου επιτρέπει τη λήψη μέτρων αντιμετώπισης με στόχο την αποτροπή πρόωρων θανάτων και άλλων επιπλοκών.

P42 ΟΙ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΙ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥΣ

Β. Κατσή¹, Γ. Βαμβάκου², Θ. Μακρή², Δ. Τούσουλης³

¹Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, ²Έλενα Βενιζέλου, ³Ιπποκράτειο-Πανεπιστημιακή Κλινική

Σκοπός: 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 μία 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, $p=0.05$).

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.

P43 Η ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ ΩΣ ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΤΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ.

Β. Κατσή¹, Γ. Βαμβάκου², Θ. Μακρή², Δ. Τούσουλης³.

¹Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, ²Έλενα Βενιζέλου, ³Ιπποκράτειο-Πανεπιστημιακή Κλινική

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 έτη, δυσλιπιδαιμία=47, ΑΠ ιατρείου=156/92 mmHg). Η συγκεκριμένη ελληνική έκδοση του SF-36 (Short Form 36) ερωτηματολογίου γενικής υγείας δόθηκε σε όλους τους συμμετέχοντες. Το SF-36 περιλαμβάνει 8 υποκατηγορίες που ταξινομήθηκαν περαιτέρω σε δύο ευρύτερες κατηγορίες: το σύνολο του φυσικού παράγοντα (physical component summary PCS) και το σύνολο του πνευματικού παράγοντα (mental component summary MCS). Έγινε λήψη φλεβικού αίματος για την εκτίμηση του λιπιδαιμικού προφίλ. Η μέθοδος Mann-Whitney και 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.

SF-36 Κλίμακα	ΔΙΑΒΗΤΗΣ (n=37)	ΧΩΡΙΣ ΔΙΑΒΗΤΗ (n=108)	P
Φυσική λειτουργικότητα	40.01	51.02	0.21
Φυσική κατάσταση	49.82	51.12	0.86
Σωματικός πόνος	48.72	50.64	0.87
Γενική Υγεία	34.91	51.78	0.05
Κοινωνική λειτουργικότητα	48.89	57.62	0.27
Νοητική κατάσταση	49.82	54.79	0.28
Συνισταμένη φυσικού συντελεστή	41.74	51.04	0.21
Συνισταμένη νοητικού συντελεστή	47.74	52.38	0.27
Συνολικό σκορ SF-36	43.52	51.37	0.24

P44 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΣΤΟΧΩΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΕΩΣ ΣΤΗ ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΑΡΙΣΤΕΡΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Δ.Μυτάς, Σ. Πατσιάνης, Δ.Αραβαντινός, Β.Κακιούζη, Α.Σερέτης, Ν.Μούσα, Μ.Β.Παπαβασιλείου
Σισμανόγλειο ΓΝΑ, Καρδιολογικό –Αντιυπερτασικό Ιατρείο

Σκοπός: Ήταν να αξιολογηθεί η βαρύτητα διαστολικής δυσλειτουργίας υπερτασικών ασθενών βάσει των επιπέδων επίτευξης αρτηριακής πίεσης.

Μέθοδος: Μελετήθηκαν 628 υπερτασικοί ασθενείς, 409 θεραπευόμενοι (Ομάδα Α: μέση συστολική πίεση ιατρείου(ΣΑΠ): 141 ± 20 mmHg) και 219 νεοδιαγνωσθέντες χωρίς καμία φαρμακευτική αγωγή (Ομάδα Β: μέση συστολική πίεση ιατρείου(ΣΑΠ): 146 ± 22 mmHg), μέση ηλικία: 56.6 έτη, 45% άνδρες, μέση καρδιακή συχνότητα: 75.2 σφ/1', μέσος δείκτης μάζας σώματος: 27.9 kg/m² και οι οποίοι υπεβλήθησαν σε υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη Doppler και μετρήθηκαν η διαμριτοειδική ροή στην πρωτοδιαστολή (Ε), καθώς επίσης οι ιστικές ταχύτητες στην πρωτοδιαστολή (Ε') στο πλάγιο τοίχωμα και μεσοκοιλιακό διάφραγμα και υπολογίστηκε ο λόγος Ε/Ε'. Με τη μέθοδο σύγκρισης ANOVA, αξιολογήθηκαν οι τιμές της διαστολικής δυσλειτουργίας μεταξύ των δύο ομάδων και συσχετίστηκαν οι τιμές Ε/Ε' με τη μέση συστολική/διαστολική πίεση ιατρείου(Σ/ΔΑΠ).

Αποτελέσματα:

Table 1: Comparison of the average E/e' ratios between the two groups using the ANOVA method

	E/e' ratio
Group A (N=409)	0.85±0.3
Group B (N=219)	0.74±0.3

Table 2: Pearson correlation of the E/e' ratio and S/DBP

	E/e' ratio
SBP	$r = 0.152$ $p < 0.001$
DBP	NS
S/DBP: systolic/diastolic blood pressure	

Συμπέρασμα: Η ρύθμιση της ΣΑΠ σε υπερτασικούς ασθενείς έχει σαν αποτέλεσμα τη μικρότερη τιμή της σχέσης Ε/Ε' και ως εκ τούτου μικρότερη διαστολική δυσλειτουργία της αριστεράς κοιλίας

υπερτασικών ασθενών, παράμετρος που όπως είναι γνωστό, αναστέλλει την εξέλιξη προς καρδιακή ανεπάρκεια. Η ΔΑΠ δε φάνηκε να υπεισέρχεται σε αυτήν την αξιολόγηση σημαντικά.

P45 ΣΥΣΤΟΛΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΑΡΙΣΤΕΡΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΑΝΟΧΗ ΣΤΗΝ ΚΟΠΩΣΗ

Δ. Μυτάς, Δ. Αραβαντινός, Σ. Πασιάνης, Β. Κακιούζη, Α. Σερέτης, Ν. Μούσα, Μ.Β. Παπαβασιλείου
Σισμανόγλειον ΓΝΑ, Καρδιολογικό –Αντιυπερτασικό Ιατρείο

Σκοπός: Η διερεύνηση της σημασίας της πρώιμα ανιχνευόμενης συστολικής λειτουργίας αριστεράς κοιλίας υπερτασικών ασθενών στην ανοχή στην κόπωση.

Μέθοδος: Μελετήθηκαν 217 υπερτασικοί ασθενείς θεραπευόμενοι (65%) ή μη μέσης συστολικής/διαστολικής πίεσης ιατρείου(Σ/ΔΑΠ): 134.2/82 mmHg, μέσης καρδιακής συχνότητας ιατρείου: 73σφ/1', μέσης ηλικίας: 61.68 έτη, μέσου δείκτη μάζας σώματος: 27 kg/m², οι οποίοι υποβλήθηκαν σε δοκιμασία κοπώσεως καθώς επίσης και σε υπερηχοκαρδιογραφικό–ιστικό Doppler έλεγχο. Καταγράφησαν οι μέγιστες τιμές ΣΑΠ κατά την κόπωση, η διάρκεια δοκιμασίας κοπώσεως και το συστολικό κύμα S. Οι παράμετροι συσχετίστηκαν κατά Pearson.

Αποτελέσματα:

	Systolic S wave
Max SBP during exercise (mmHg)	r=0.168, p=0.006
Exercise duration (min)	r=0.165, p=0.016

Συμπέρασμα: Η πρώιμα ανιχνεύσιμη συστολική λειτουργία της αριστεράς κοιλίας υπερτασικών ασθενών σχετίζεται σημαντικά τόσο με τη διάρκεια της δοκιμασίας κοπώσεως, όσο και με την μέγιστη ΣΑΠ κατ' αυτήν, εκφράζοντας την ικανότητα απόδοσης της αριστεράς κοιλίας.

P46 ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ ΤΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΠΑΛΜΟΥ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ 24ΩΡΗΣ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ

Ε. Παπακωνσταντίνου, Μ. Ποικιλίδου, Μ. Αντωνίου, Γ. Κλαδάς, Π. Γεωργιανός, Λ. Χατζησταυρή, Α. Πτηνοπούλου, Π. Ζεμπεκλήκη

Κέντρο Αριστείας στην Υπέρταση, Α' Παθολογική Κλινική Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ

Εισαγωγή: Η προοδευτική αύξηση της σκληρίας του αρτηριακού τοιχώματος κατά μήκος του αρτηριακού δένδρου επηρεάζει τη διάδοση του σφυγμικού κύματος και οδηγεί στο φαινόμενο της ενίσχυσης της πίεσης παλμού (ΠΠ) μεταξύ κεντρικής αορτής και της βραχιονίου αρτηρίας. Αυτό το φαινόμενο είναι γνωστό ως «ενίσχυση της ΠΠ» ή pulse pressure amplification (PPA) και η μαθηματική έκφραση του φαινομένου αποτυπώνεται ως ο λόγος της βραχιονίας προς την κεντρική αορτική ΠΠ. Ο υπολογισμός της PPA τυπικά γίνεται με την εισαγωγή των πιέσεων που καταγράφονται σε στατικές συνθήκες. Σκοπός της μελέτης είναι η σύγκριση της PPA όταν η βραχιονία ΠΠ μετράτε συμβατικά στο ιατρείο έναντι της βραχιονίας ΠΠ που μετράτε στη διάρκεια μια 24ωρης περιπατητικής καταγραφής.

Μέθοδοι: Στη μελέτη έλαβαν μέρος 87 ασθενείς (ηλικία: 52.2±12.5 έτη, 55 γυναίκες) με νεοδιαγνωσμένη υπέρταση, οι οποίοι δεν είχαν λάβει προηγούμενα αντιυπερτασική θεραπεία. Οι κεντρικές αορτικές πιέσεις και η ταχύτητα του σφυγμικού κύματος στην αορτή (aortic pulse wave velocity, aPWV) υπολογίστηκαν τονομετρικά με τη συσκευή Sphygmocor (Colson, Sydney, Australia). Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε 24ωρη περιπατητική καταγραφή της ΑΠ με τη συσκευή Sphacelabs 90217, ενώ οι μετρήσεις της ΑΠ στο ιατρείο πραγματοποιήθηκαν σύμφωνα με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες. Ακολούθως, υπολογίστηκε η PPA για το 24ωρο, την περίοδο της ημέρας και την περίοδο της νύχτας.

Αποτελέσματα: Η PPA υπολογισμένη σε στατικές συνθήκες εμφάνισε ισχυρή γραμμική συσχέτιση με την PPA υπολογισμένη από την ΠΠ στην 24ωρη περίοδο (r=0.68, p<0.001), την περίοδο της ημέρας (r=0.67, p<0.001) και την περίοδο της νύχτας (r=0.43, p<0.001). Ωστόσο, η στατική PPA ήταν σημαντικά υψηλότερη σε σύγκριση με την PPA υπολογισμένη από την ΠΠ

στην 24ωρη περίοδο ($1,24 \pm 1,8$ vs $1,15 \pm 2,7$, $p < 0,001$), την περίοδο της ημέρας ($1,24 \pm 1,8$ vs $1,17 \pm 0,27$, $p < 0,001$) και την περίοδο της νύχτας ($1,24 \pm 1,8$ vs $1,08 \pm 0,48$, $p < 0,001$).

Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη δείχνει ότι η PPA μετρημένη (μετρήσεις αναισθησιολόγου) διαφέρει σημαντικά από την PPA που υπολογίζεται με τη χρήση της 24ωρης ΠΠ. Προοπτικές κλινικές μελέτες απαιτούνται ώστε να αποσαφηνιστεί η σχέση της περιπατητικής PPA με τους δείκτες βλάβης οργάνων-στόχων και την καρδιαγγειακή επιβίωση.

P47 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ STRESS ΣΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΝΑ ΥΠΟΒΛΗΘΟΥΝ ΣΕ ΣΟΒΑΡΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

Μ. Κουτσάκη, Μ.Σ. Καλλίστρατος, Ε. Σουλιώτη, Ν. Κουρεμένος, Κ. Βέργης, Α. Κουκουζέλη, Ο. Διακουμάκου, Ο. Μασχά, Α. Μελά, Α.Ι. Μανώλης

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ασκληπείο Βούλας

Εισαγωγή - Σκοπός: Η αυξημένη αρτηριακή πίεση (ΑΠ) αποτελεί τη συχνότερη αιτία αναβολής προγραμματισμένου χειρουργείου και βασίζεται σε μετρήσεις προεγχειρητικά. Σκοπός της μελέτης είναι να συγκριθούν μετρήσεις της ΑΠ προεγχειρητικά (μετρήσεις αναισθησιολόγου) με μετρήσεις 24ωρης καταγραφής (ABPM) περιεγχειρητικά (ΠΠ), και να συσχετιστούν τα επίπεδα κορτιζόλης ορού διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά με την ΑΠ.

Μέθοδος: Σε 40 ασθενείς ($73,8 \pm 7,3$ ετών) που υπεβλήθησαν σε προγραμματισμένη ορθοπεδική επέμβαση, μετρήθηκε ΑΠ προεγχειρητικά (μία ημέρα πριν), ABPM, και επίπεδα κορτιζόλης ορού προ και μετά επέμβασης.

Αποτελέσματα: Η ΑΠ προεγχειρητικά ήταν $140/81$ mmHg, ενώ από την ABPM (4 ώρες πριν την επέμβαση, η ΑΠ ήταν $122 \pm 16,9/72 \pm 11$ mmHg, και 1 ώρα πριν ήταν $124 \pm 21 / 71 \pm 15$ mmHg). Η ΑΠ μετεγχειρητικά (8 ώρες μετά την επέμβαση) ήταν $137 \pm 31 / 79 \pm 19$ mmHg), $p < 0,01$. Ασθενείς < 75 ετών παρουσίασαν μεγαλύτερη μεταβλητότητα ΑΠ συγκριτικά με ασθενείς > 75 ετών ($p < 0,001$). Τα επίπεδα κορτιζόλης ορού ήταν όμοια στις δύο ομάδες (Α/ ασθενείς < 75 ετών, Β/ ασθενείς > 75 ετών) $p = 0,671$, ενώ δεν παρουσίασαν διαφορές στις δύο ομάδες διεγχειρητικά ($p = 0,700$) και μετεγχειρητικά ($p = 0,769$).

Συμπεράσματα: Καταγράφηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των μετρήσεων προεγχειρητικά και των μετρήσεων ABPM σε ασθενείς που θα υποβληθούν σε προγραμματισμένη ορθοπεδική επέμβαση. Αυτό μπορεί να αποδοθεί στο άγχος, όπως αυτό εκφράζεται με αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης ορού. Οφείλουμε να λαμβάνουμε υπόψη τη μεταβλητότητα της ΑΠ περιεγχειρητικά, πριν την επιθετική θεραπεία της αρτηριακής υπέρτασης ή την αναβολή της επέμβασης. Ίσως, η χρήση ABPM αποτελέσει σημαντικό βοήθημα.

P48 ΠΡΩΤΕΟΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΠΑΡΕΓΧΥΜΑΤΟΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ SHR ΑΡΟΥΡΑΙΩΝ ΚΑΤΑΔΕΙΚΝΥΕΙ ΑΛΛΑΓΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΩΝ ΜΟΝΟΠΑΤΙΩΝ ΑΠΟ ΤΑ ΑΡΧΙΚΑ ΗΔΗ ΣΤΑΔΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗΣ ΝΕΦΡΟΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ

Α. Χατζηϊωάννου¹, Γ. Μπάρκας¹, Ε. Κριτσέλη¹, Ι. Ζωϊδάκης¹, Α. Δράκου², Α. Χαρώνης¹, Δ. Βλαχάκος³

¹Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών, Ακαδημίας Αθηνών, ²Νοσοκομείο «Ερρίκος Ντυνάν»,

³Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Εισαγωγή: Η υπερτασική νεφροσκλήρυνση αποτελεί την δεύτερη συχνότερη αιτία τελικού σταδίου νεφρικής ανεπάρκειας μετά τον διαβήτη. Η παθοφυσιολογία της δεν έχει πλήρως διευκρινισθεί και γι' αυτό επιλέξαμε την προσέγγιση της με τις μεθόδους της συστημικής βιολογίας.

Μέθοδοι: Πραγματοποιήσαμε μελέτη του νεφρικού παρεγχύματος με τις τεχνικές της πρωτεομικής ανάλυσης σε ομάδες υπερτασικών SHR αρουραίων σε σύγκριση με νορμοτασικούς WKY αρουραίους. Οι αντίστοιχες ομάδες ζώων θυσιάσθηκαν στη νεαρή ηλικία των 6, 13 και 20 εβδομάδων, το νεφρικό παρέγχυμα ομογενοποιήθηκε και τα δείγματα τοποθετήθηκαν σε γέλη και υποβλήθηκαν σε διδιάστατη ηλεκτροφόρηση (two-dimensional gel electrophoresis). Αφού έγινε αναγνώριση των διαφορετικών πρωτεϊνών, ακολούθησε ανάλυση των διαφοροποι-

ήσεων σε μεταβολικές οδούς μεταξύ υπερτασικών και νορμοτασικών αρουραίων με την χρήση υπολογιστικού προγράμματος (Ingenuity Pathway Analysis).

Αποτελέσματα: Όπως αναμενόταν οι υπερτασικοί SHR αρουραίοι ανέπτυξαν και διατήρησαν υπέρταση στα επίπεδα 160-170 mmHg σε όλες τις χρονικές στιγμές, που μελετήθηκαν, ενώ οι αρουραίοι WKY παρέμειναν νορμοτασικοί. Όπως φαίνεται στον ακόλουθο πίνακα η πρωτεομική ανάλυση ανέδειξε πολλές αλλαγές στην έκφραση πολυπληθών πρωτεϊνικών κηλίδων (spots) στις 6, 13 και 20 εβδομάδες. Ο περαιτέρω χαρακτηρισμός των πρωτεϊνών και η ανάλυση των μονοπατιών στα οποία συμμετέχουν έδειξε, πως κατά την διαδικασία της ενηλικίωσης των υπερτασικών αρουραίων επηρεάζονται άλλοτε άλλες μεταβολικές διεργασίες.

Ηλικία (εβδομ)	Αριθμός κηλίδων με διαφορετική έκφραση	Επηρεασμένα μεταβολικά μονοπάτια
6	61	Οξειδωτική Αντίδραση στο Stress μεσολαβούμενη με NRF2, Δυσλειτουργία μιτοχονδρίων, Οξειδωτική φωσφορύλιωση, Δραστικότητα μεταφοράς της γλουταθειόνης
13	116	Απόπτωση, Απενεργοποίηση ριζών οξυγόνου, Δραστικότητα μεταφοράς της γλουταθειόνης, Αναδιαμόρφωση των διακυτταρικών συνδέσεων και συνδεδεμένων συμπλόκων των επιθηλίων, Σηματοδότηση διαμεσολαβούμενη με 14-3-3 πρωτεΐνες
20	148	α-οξείδωση των λιπαρών οξέων, Απενεργοποίηση ριζών οξυγόνου, Διεργασίες σύνδεσης κυττάρων, Αποδόμηση ντοπαμίνης, Δυσλειτουργία μιτοχονδρίων

Συμπέρασμα: Η πρωτεομική ανάλυση και η μελέτη των μεταβολικών μονοπατιών κατά την ενηλικίωση υπερτασικών SHR αρουραίων έδειξαν, ότι κατά την ανάπτυξη της υπερτασικής νεφροσκληρίωσης παρατηρούνται αλλαγές διεργασιών από ένα αρχικό στάδιο οξειδωτικού stress, διαταραχών υποδοχέων και μιτοχονδριακής δυσλειτουργίας, σε ένα τελικό στάδιο απόπτωσης και διαταραχών των διακυτταρικών συνδέσεων. Τούτο μπορεί να έχει διαγνωστική, προγνωστική και θεραπευτική σημασία.

Αυτή η έρευνα υποστηρίχθηκε από την Γενική Γραμματεία Έρευνας και Τεχνολογίας του Υπουργείου Παιδείας με το Πρόγραμμα ΑΡΙΣΤΕΙΑ II και την υπ' αριθμ. 4045 χορηγία προς τον Καθηγητή Δημήτριο Βλαχάκο.

P49 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΜΙΚΡΟΛΕΥΚΩΜΑΤΙΝΗΣ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Ι. Φωτοπούλου, Α. Γώγου, Σπ. Καπράλος, Μ. Μπαλάσκας, Ε. Στυροπούλου, Μ Βουρλιόγκα, Αρτ.Νικολοπούλου

Αιματολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Πατρών "Ο Άγιος Ανδρέας"

Εισαγωγή - Σκοπός: Η μικρολευκωματινουρία αποτελεί ισχυρό και ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακό θάνατο σε άτομα με υπέρταση και σακχαρώδη διαβήτη. Σκοπός είναι η εκτίμηση της μικρολευκωματινής (ΜΛ) και η συσχέτισή της με πρώιμες βλάβες ή άλλους παράγοντες κινδύνου σε ομάδα υπερτασικών με ή χωρίς σακχαρώδη διαβήτη. Καθώς και οι έκδηλες επιπλοκές και η αξία της προγνωστικής της σημασίας σαν προάγγελος έναρξης νεφροπάθειας.

Μέθοδος: Ο προσδιορισμός μικροαλβουμίνης/κρεατινίνης είναι μια ποσοτική μέθοδος για την μέτρηση των χαμηλών συγκεντρώσεων αλβουμίνης, κρεατινίνης και της αναλογίας αλβουμίνης /κρεατινίνης στα ούρα.



Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν οι μικρολευκωματίνες ούρων 132 υπερτασικών ασθενών με ή χωρίς σακχαρώδη διαβήτη. Από αυτούς οι 72 ήταν άντρες και οι 60 γυναίκες. Το 69,5% των αντρών είχαν φυσιολογικές τιμές ΜΛ και το 30,5% παθολογικές ΜΛ. Από τους άντρες με παθολογική ΜΛ το 13,8% του συνόλου είχαν φυσιολογικές τιμές σακχάρου και το 16,7% του συνόλου παθολογικές τιμές σακχάρου. Το 70% των γυναικών είχαν φυσιολογικές τιμές ΜΛ και το 30% παθολογικές ΜΛ. Από τις γυναίκες με παθολογική ΜΛ το 6,7% του συνόλου είχαν φυσιολογικές τιμές σακχάρου και το 23,3% παθολογικές τιμές σακχάρου.

σύνολο υπερτασικών 132	άνδρες 72	κφ ΜΛ	παθ. ΜΛ	
		50 (69,5%)	22 (30,5%)	13.8% μη ΣΔ
	γυναίκες 60			16.7% ΣΔ
		κφ ΜΛ	παθ. ΜΛ	
		42 (70.0%)	18 (30.0%)	6.7% μη ΣΔ
				23.3% ΣΔ

Συμπέρασμα: Στην παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε η συσχέτιση της ΜΛ με πρώιμες βλάβες οργάνων στόχων σε άτομα με υπέρταση στα πρώτα στάδια από πλευράς βαρύτητας. Συστηνεται η χρησιμοποίηση της στην αρχική εκτίμηση αυτών των ασθενών λόγω της προγνωστικής της σημασίας

P50 Η ΑΤΥΠΗ ΕΚΦΥΣΗ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΚΑΙ Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ

Κ. Νάτσης¹, Γ. Πιάγκος², Ν. Λαζαρίδης¹, Μ. Πιάγκου²

¹Εργαστήριο Ανατομίας, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ²Εργαστήριο Ανατομίας, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Εισαγωγή: Η ανώμαλη έκφυση της σπονδυλικής αρτηρίας (ΣΑ) είναι σπάνια. Τα ανατομικά χαρακτηριστικά και η κλινική σημασία της ανώμαλης αυτής έκφυσης πρέπει να αποσαφηνιστεί. Αυτή ακριβώς την αποσαφήνιση επιχειρεί η παρούσα ανακοίνωση. Σκοπός της εργασίας είναι να ταξινομήσει την άτυπη έκφυση της ΣΑ ανάλογα με την κλινική της σημασία.

Μέθοδος: 1286 περιπτώσεις άτυπης έκφυσης ανευρέθηκαν μετά από ανασκόπηση 214 άρθρων της διεθνούς βιβλιογραφίας.

Αποτελέσματα: περισσότερες άτυπες εκφύσεις της ΣΑ παρατηρήθηκαν μονόπλευρα (αριστερά από ότι δεξιά) από ότι αμφοτερόπλευρα. Οι ασθενείς με άτυπη έκφυση ήταν συνήθως ασυμπτωματικοί και μόνο ένα 5.5% εμφάνιζαν συμπτώματα λόγω της άτυπης έκφυσης του αγγείου. Η λογιστική ανάλυση παλινδρόμησης ανέδειξε στατιστικά σημαντική παλινδρόμηση μεταξύ του δικαρωπιδικού προτύπου και της αριστερής ΣΑ, μεταξύ της διπλής έκφυσης της ΣΑ και των εγκεφαλικών εμφράκτων, μεταξύ των συγγενών αγγειακών παραλλαγών και της διατήρησης (διάσχισης) της αορτής και της αθηροσκληρώσης. Οι ασθενείς με νευρολογική σημειολογία και αυτοί που έχουν υποστεί επεμβάσεις στην περιοχή του θώρακα και του τραχήλου πρέπει να ελέγχονται προσεκτικά για την πιθανότητα άτυπης έκφυσης της ΣΑ.

Συμπεράσματα: τα αποτελέσματα αυτών των μελετών βοηθούν ιδιαίτερα στον σχεδιασμό των stents της αορτής. Επίσης το αορτικό αρτηριακό πρότυπο πρέπει να λαμβάνεται υπόψη πριν οποιοδήποτε χειρισμό προκειμένου να αποφευχθούν πιθανές επιπλοκές σχετικές με την ανώμαλη έκφυση της ΣΑ.

P51

ΠΑΡΑΔΟΞΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΑΣ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΜΕ ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΤΟΥ ΟΞΕΟΣ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ

Κ. Τζιόμαλος, Σ. Μπουζιανά, Μ. Σπανού, Σ. Κωστάκη, Σ. Αγγελοπούλου, Κ. Χρήστου, Α. Σοφογιάννη, Σ. Αλκαγιέτ, Χ. Σαββόπουλος, Α. Ι. Χατζητιόλιος

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

Εισαγωγή - Σκοπός: Η υπερτροφία της αριστερής κοιλίας σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών συμβαμάτων, ιδιαίτερα ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ). Ωστόσο, υπάρχουν λίγα στοιχεία αναφορικά με τη σχέση της υπερτροφίας της αριστερής κοιλίας με τη βαρύτητα και έκβαση του οξέος ισχαιμικού ΑΕΕ. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση αυτής της σχέσης.

Ασθενείς και μέθοδοι: Μελετήθηκαν προοπτικά 922 διαδοχικοί ασθενείς που νοσηλεύτηκαν για οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ (42,2% άνδρες, ηλικίας 79,6±6,9 ετών). Η βαρύτητα του ΑΕΕ εκτιμήθηκε κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο με τη National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS). Η έκβαση εκτιμήθηκε με το ποσοστό λειτουργικής εξάρτησης κατά την έξοδο από το νοσοκομείο (τροποποιημένη κλίμακα Rankin μεταξύ 2 και 5) και με το ποσοστό ενδονοσοκομειακής θνητότητας. Η υπερτροφία της αριστερής κοιλίας εκτιμήθηκε με τους δείκτες Sokolow-Lyon και Cornell στο ηλεκτροκαρδιογράφημα εισαγωγής.

Αποτελέσματα: Η NIHSS δε σχετιζόταν με τους δείκτες Sokolow-Lyon και Cornell ($r=-0,058$, $p=0,117$ και $r=-0,036$, $p=0,329$ αντίστοιχα). Ωστόσο, οι ασθενείς με λειτουργική εξάρτηση κατά την έξοδο από το νοσοκομείο είχαν χαμηλότερους δείκτες Sokolow-Lyon και Cornell σε σύγκριση με τους ασθενείς που ήταν λειτουργικά ανεξάρτητοι (15,2±8,1 έναντι 16,5±8,9 αντίστοιχα, $p=0,049$ και 14,0±7,2 έναντι 15,3±7,5 αντίστοιχα, $p=0,023$). Οι δείκτες Sokolow-Lyon και Cornell δε διέφεραν μεταξύ των ασθενών που απεβίωσαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας κι εκείνων που εξήλθαν από το νοσοκομείο (14,4±8,3 έναντι 15,8±8,4 αντίστοιχα, $p=0,183$ και 14,0±6,3 έναντι 14,5±7,3 αντίστοιχα, $p=0,575$).

Συμπέρασμα: Οι ασθενείς με υπερτροφία της αριστερής κοιλίας φαίνεται παραδόξως να έχουν καλύτερη λειτουργική έκβαση μετά από οξύ ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο, ενδεχομένως λόγω σφάλματος μεροληψίας επιβίωσης.

P52

ΟΥΡΙΚΟ ΟΞΥ ΚΑΙ ΠΡΟ-ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ/ΠΡΟ-ΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ. ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ΑΝΔΡΩΝ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΙΑΚΗ ΤΟΥΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Χ. Λιάκος¹, Ε. Καρπάνου², Χ. Γράσσο³, Μ. Μάρκου⁴, Ε. Χατζησταματίου⁴, Γ. Βουσσούλης¹, Δ. Τούσουλης¹

¹1η Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Ιατρική Σχολή Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα ²1η Καρδιολογική Κλινική, Αντιυπερτασικό Ιατρείο, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα, Ελλάδα ³Καρδιολογικό Τμήμα, Κέντρο Αριστείας στην Υπέρταση, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΚΑΤ, Αθήνα, Ελλάδα ⁴Καρδιολογικό Τμήμα, Αντιυπερτασικό Ιατρείο, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα

Εισαγωγή - Σκοπός: Το ουρικό οξύ έχει συσχετιστεί με προ-φλεγμονώδεις/προ-θρομβωτικούς βιοδείκτες του ορού υπερτασικών ασθενών. Σκοπός της μελέτης ήταν να εξεταστεί εάν αυτές οι συσχετίσεις διαφέρουν στα 2 φύλα, στις γυναίκες δε εάν υπάρχουν διαφορές ανάλογα με την εμμηνοπαυσιακή κατάσταση (προεμμηνοπαυσιακή, μετεμμηνοπαυσιακή, υστερεκτομή).

Μέθοδος: Το ουρικό οξύ και συγκεκριμένοι προ-φλεγμονώδεις [C-αντιδρώσα πρωτεΐνη(CRP), αμυλοειδές Α του ορού(SAA), ομοκυστεΐνη) και προ-θρομβωτικοί [ινωδογόνο, αναστολέας του ενεργοποιητή του πλασμινογόνου-1(PAI-1), Δ-Διμερή] βιοδείκτες μετρήθηκαν στον ορό 20450 υπερτασικών (57,9±13,9 έτη, 53.5% άνδρες) την περίοδο 1985-2016. Συσχετίσεις πραγματοποιήθηκαν με τη χρήση του συντελεστή Pearson(r).



Αποτελέσματα: Στατιστικά σημαντική συσχέτιση (διορθωμένη για ηλικία) διαπιστώθηκε μεταξύ ουρικού και προ-φλεγμονωδών/προ-θρομβωτικών βιοδεικτών σε όλες τις ομάδες ($p < 0.001$). Στο συνολικό πληθυσμό, οι τιμές r της συσχέτισης μεταξύ ουρικού και CRP, SAA, ομοκυστεΐνης, ινωδογόνου, PAI-1, Δ-Διμερών ήταν 0.159, 0.244, 0.319, 0.256, 0.249, 0.159. Οι συσχετίσεις ήταν ισχυρότερες στις γυναίκες ($n=9501$, 59.0 ± 13.3 έτη) συγκριτικά με τους άνδρες ($n=10949$, 56.9 ± 14.4 έτη): r 0.300, 0.268, 0.302, 0.251, 0.257, 0.194 έναντι 0.102, 0.209, 0.232, 0.218, 0.183, 0.117. Ισχυρότερες συσχετίσεις διαπιστώθηκαν στις γυναίκες με υστερεκτομή ($n=1150$, 61.1 ± 9.8 έτη / r 0.380, 0.373, 0.367, 0.359, 0.325, 0.316) συγκριτικά με τις μετεμνηνοπαυσιακές ($n=5923$, 65.3 ± 9.8 έτη / r 0.291, 0.248, 0.291, 0.237, 0.254 0.185) και τις προεμνηνοπαυσιακές ($n=2428$, 42.8 ± 7.6 έτη / r 0.273, 0.269, 0.296, 0.234, 0.231, 0.142). Ισχυρότερες συσχετίσεις διαπιστώθηκαν επίσης στις μετεμνηνοπαυσιακές συγκριτικά με τις προεμνηνοπαυσιακές εάν δεν γινόταν διορθωση για ηλικία: r 0.319, 0.280, 0.329, 0.274, 0.288, 0.186 έναντι 0.282, 0.279, 0.306, 0.247, 0.246, 0.143.

Συμπεράσματα: Οι πιθανές προ-φλεγμονώδεις/προ-θρομβωτικές δράσεις του ουρικού οξέος στους υπερτασικούς επηρεάζονται από το φύλο, την ηλικία και την εμμηνοπαυσιακή κατάσταση.

P53

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΟΖΩΔΟΥΣ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΕΠΗΡΕΑΣΜΕΝΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Π. Σαραφίδης¹, Α. Μπίκος^{1,2}, Χ. Λουτραδής¹, Σ. Τζήκας³, Ε. Βακirlής⁴, Ε. Αβδελίδου⁵, Δ. Ζαφειρίου⁶, Β. Βασιλικός³

¹Νεφρολογική κλινική Α.Π.Θ. Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ²Μ.Χ.Α «ΠΙΕΡΙΑ», ³Γ' Καρδιολογική Κλινική Α.Π.Θ., Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, ⁴Α' Δερματολογική Κλινική Α.Π.Θ., Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, ⁵Νευρολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, ⁶Α' Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ. Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Αναφέρουμε την περίπτωση μιας ασθενούς 39 ετών που παραπέμφθηκε στο Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο Υπέρτασης και Διαβητικής Νεφροπάθειας από την Καρδιολογική Κλινική του νοσοκομείου μας εξαιτίας ανθεκτικής υπέρτασης και επιδείνωση νεφρικής λειτουργίας. Είχε προηγηθεί προ 3μήνου νοσηλεία μιας εβδομάδας στην καρδιολογική κλινική λόγω οξείας δύσπνοιας, στην οποία είχε διαπιστωθεί καρδιακή ανεπάρκεια (LVEF:25-30%), πνευμονική υπέρταση (RVSP:60mmHg), ΧΝΝ (κρεατινίνη ορού 1,58 mg/dl), λευκωματουρία (857 mg/24ώρο) και αρρυθμιστή αρτηριακή πίεση (ΣΑΠ>170mmHg). Κατά την αρχική λήψη του ιστορικού, αναφέρθηκε ανθεκτική υπέρταση τουλάχιστον από 10ετίας και προεκλαμψία σε πρώτη κύηση που οδήγησε σε απώλεια εμβρύου. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε παχυσαρκία (BMI 38 kg/m²) και αλλοιώσεις με τη μορφή ινωμάτων στις παρειές αμφοτερόπλευρα, για τα οποία η ασθενής ανέφερε ότι είχε υποβληθεί σε βιοψία δέρματος στην εφηβεία. Η ασθενής ελάμβανε 4πλή αγωγή με β-αποκλειστή, αΜΕΑ, ανταγωνιστή αλδοστερόνης και φουροσεμίδη. Η ασθενής υπεβλήθη στον τυπικό έλεγχο για διερεύνηση 2οπαθούς υπέρτασης (πιθανή νεφραγγειακή υπέρταση) και της ΧΝΝ. Παράλληλα στην ασθενή συστήθηκε απώλεια βάρους και άναλος διαίτα και έγινε τροποποίηση της αντιυπερτασικής αγωγής. Λόγω της υψηλής υπόπνοιας συνδρόμου απνοιών στον ύπνο, έγινε διερεύνηση και η ασθενής ετέθη σε CPAP. Ο υπέρταχος νεφρός αποκάλυψε την παρουσία αγγειομυολιπωμάτων αμφοτερόπλευρα (μέγιστο μέγεθος 32 mm), η παρουσία των οποίων επιβεβαιώθηκε και με MRI οπισθοπεριτοναίου. Μετά από εκτενή δερματολογική και νευρολογική εκτίμηση επιβεβαιώθηκε η παρουσία συνδρόμου οζώδους σκλήρυνσης. Ο λοιπός έλεγχος για 2οπαθή υπέρταση ήταν αρνητικός. Η ασθενής εμφάνιζε επίσης υπερούριχαιμία και υπερτριγλυκεριδαιμία. Κατά το επόμενο 10μήνο με επιμελή εφαρμογή και τροποποιήσεις της αγωγής επετεύχθη πλήρης ρύθμιση της ΑΠ, απώλεια βάρους, βελτίωση των απνοιών, βελτίωση της καρδιακής (LVEF>40%) και της νεφρικής λειτουργίας (Scr: 1.0, CrCl 125 ml/min, Λεύκωμα 178 mg/dL), καθώς επίσης πτώση των τριγλυκεριδίων (153 mg/dL). Μετά τη σαφή βελτίωση της λευκωματουρίας και της τριγλυκεριδαιμίας και λόγω ήπιας αύξησης του μεγέθους των αγγειομυολιπωμάτων (34,6 mm) σε νέα MRI έγινε έναρξη everolimus, ως ειδική θεραπεία.

P54 ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΞΥΓΟΝΩΣΗΣ ΤΩΝ ΣΚΕΛΕΤΙΚΩΝ ΜΥΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Κ. Δίπλα¹, Α. Τριανταφύλλου², Α. Ζαφειρίδης¹, Ν. Κολέτσος¹, Ι. Γρηγοριάδου², Σ. Παπαδόπουλος¹, ΑΣ Ζαφειρίδης², Ι. Βράμπας¹, Ε. Γκαλιαγκούση¹, Σ. Δούμα¹

¹Εργαστήριο Φυσιολογίας και Βιοχημείας της Άσκησης, ΤΕΦΑΑ Σερρών, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, ²Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ Παπαγεωργίου, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή - Σκοπός: Προηγούμενες μελέτες έδειξαν δομικές και λειτουργικές μεταβολές στη μικροαγγειακή κυκλοφορία στην αρτηριακή υπέρταση. Παρ' όλα αυτά δεν έχει μελετηθεί, εάν οι αλλοιώσεις αυτές, οδηγούν σε in vivo μεταβολές στην παράδοση και χρήση οξυγόνου στους σκελετικούς μυς των υπερτασικών ασθενών (ΥΑ), έναντι νορμοτασικών ατόμων (ΝΤ), σε συνθήκες ηρεμίας, αλλά και κατά την εκτέλεση φυσικής δραστηριότητας. Σκοπός: να διερευνηθούν πιθανές διαφορές στην οξυγόνωση σκελετικών μυών και στη μικροαγγειακή αντιδραστικότητα σε ΥΑ έναντι ΝΤ, στην ηρεμία και κατά την εκτέλεση ισομετρικής άσκησης.

Μέθοδοι: Εβδομήντα-έξι συμμετέχοντες (42 νεοδιαγνωσμένοι ΥΑ, χωρίς αγωγή και 34 ΝΤ), υποβλήθηκαν σε 5-λεπτη ισχαιμία περιέδεση της βραχιόνιας αρτηρίας και 3-λεπτη άσκηση χειρολαβής [(30% της μέγιστης δύναμης (MVC)], με συνεχή, ανά-παλμό, καταγραφή (Finapres) της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ). Η μυϊκή οξυγόνωση εκτιμήθηκε μη-επεμβατικά, μέσω συνεχούς καταγραφής του δείκτη κορεσμού οξυγόνου (TSI), με φασματοσκοπία υπέρυθρου φωτός (NIRS).

Αποτελέσματα: Οι ομάδες είχαν παρόμοια ηλικία, δείκτη μάζας σώματος και MVC. Κατά την ισχαιμία περιέδεση, ο TSI μειώθηκε και στις δύο ομάδες ($p<0.001$), με τους ΥΑ να εμφανίζουν μικρότερη και βραδύτερη απόκριση έναντι των ΝΤ ($p<0.05$). Κατά την επαναιμάτωση, οι ΥΑ παρουσίασαν βραδύτερο ρυθμό αύξησης TSI και μικρότερο εύρος υπεραιμίας έναντι των ΝΤ ($p<0.05$). Κατά την άσκηση, οι ΑΥ παρουσίασαν μεγαλύτερη αύξηση στην ΑΠ, ανά μονάδα οξυγόνωσης των μυών, έναντι των ΝΤ (συστολική ΑΠ: 12.2 ± 1.92 έναντι 5.5 ± 0.9 mmHg/TSI%, διαστολική ΑΠ: 8.5 ± 1.3 έναντι 4.2 ± 0.6 mmHg/TSI%: $p<0.01$).

Συμπεράσματα: Ασθενείς με ΑΥ παρουσιάζουν μειωμένη μικροαγγειακή αντιδραστικότητα και οξυγόνωση των σκελετικών μυών. Η δυσλειτουργία αυτή πιθανά συμβάλλει στη μεγαλύτερη αύξηση της ΑΠ κατά την ισομετρική άσκηση στους υπερτασικούς ασθενείς.

P55 ΤΟ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΝΥΧΤΕΡΙΝΗΣ ΜΕΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ (DIPPING STATUS) ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΕΤΑΙ ΑΠΟ ΕΝΙΣΧΥΜΕΝΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΒΕΝΖΟΔΙΑΖΕΠΙΝΩΝ ΚΑΙ ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΣΚΛΗΡΙΑ

Β. Κατσή¹, Γ. Βαμβάκου², Θ. Μακρής², Δ. Τούσουλης³

¹Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, ²Έλενα Βενιζέλου, Γ.Μ. Νοσοκομείο,

³Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο

Στόχος: Η μειωμένη πίεσης της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) κατά τη διάρκεια της νύχτας, όπως και το ψυχολογικό stress έχουν συσχετισθεί και τα δύο με δυσμενή καρδιαγγειακή πρόγνωση και δυνητικά μοιράζονται τον επηρεασμένο συμπαθητικό τόνο σαν κοινό παθοφυσιολογικό υπόστρωμα. Εξετάζεται η υπόθεση ότι η κατάσταση dipping μπορεί να σχετίζεται με τη χορήγηση βενζοδιαζεπινών (συμπαθολιτική δράση) στα πλαίσια της πρωτοπαθούς υπέρτασης.

Μέθοδοι: Ο πληθυσμός μας αποτελείται από 134 διαδοχικούς ασθενείς με στάδιο I-II μη θεραπευμένη ΑΠ (ηλικία 52 ± 9 ετών, 72 άρρενες, ΑΠ ιατρείου= $151/97$ mm Hg). Ταξινομήθηκαν αναλόγως της νυχτερινής πτώσης ΑΠ σε 24ωρη καταγραφή πίεσης, σε non-dippers (με $<10\%$ πτώση της συστολικής και διαστολικής ΑΠ, $n=36$) και σε dippers ($n=98$). Όλοι οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε εκτίμηση της αρτηριακής σκληρίας με μέτρηση της καρωτιδο-μηνιαίας ταχύτητας σφυγμικού κύματος (c-f PWV) (Complior SP). Επίσης μετρήθηκαν η hs-CRP και τα επίπεδα ομοκυστεΐνης. Καταγράφηκε η συχνότητα χορήγησης των βενζοδιαζεπινών μέσω συνέντευξης.

Αποτελέσματα: Οι non-dippers σε σχέση με τους dippers δεν διέφεραν σε σχέση με την ηλικία, το φύλο, το BMI, την ΑΠ ιατρείου και την 24ωρη καταγραφή της διαστολικής ΑΠ ($p=NS$). Οι



non-dippers είχαν σημαντικά αυξημένη 24ωρη πίεση σφυγμού (54 ± 8 vs 49 ± 9 mmHg, $p < 0.05$), υψηλότερες τιμές c-f PWV (8.5 vs 7.6 m/sec, $p < 0.05$), αυξημένη hs-CRP (2.8 ± 0.8 vs 2.1 ± 0.6 mg/L, $p < 0.05$) κι επίπεδα ομοκυστεΐνης (14.6 ± 6.8 vs 11.9 ± 5.4 mmol/L, $p < 0.05$). Η χρήση βενζοδιαζεπινών ως αγχολυτική θεραπεία, ήταν σημαντικά πιο συχνή σε g non-dippers σε σχέση με τους dippers (78% vs 23%, $p < 0.05$).

Συμπέρασμα: Οι non-dippers σε σχέση με τους dippers χαρακτηρίζονται από αυξημένη χρήση βενζοδιαζεπινών, μειωμένη αρτηριακή ελαστικότητα και πιο έντονη δράση των προαθηρογόνων μηχανισμών.



ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Θεσσαλονίκη

6-8/4/2017

ΞΕΝΟΔ. PORTO PALACE

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ



BAKRIS G	18, 28
BLACHER J	10, 38
FASELIS C	10, 36
PARADEMETRIΟΥ V	18, 27, 28
PARATI G.....	21
SAFAR M.....	10, 38

A

ΑΒΔΕΛΙΔΟΥ Ε.....	26, 71
ΑΒΡΑΜΟΠΟΥΛΟΣ Η.....	12
ΑΓΓΕΛΑΚΟΥ - ΒΑΪΤΣΗ Σ Α.....	15, 24, 51, 52, 63
ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΥ Σ.....	25, 70
ΑΙΣΩΠΟΥ Ε.....	10, 14, 19, 38, 41, 49
ΑΛΚΑΓΙΕΤ Σ.....	25, 70
ΑΝΔΡΕΑΔΗΣ Ε.....	20, 22
ΑΝΔΡΙΚΟΥ Ε.....	10, 14, 36, 51
ΑΝΤΩΝΙΟΥ Μ.....	10, 16, 25, 37, 55, 66
ΑΝΤΩΝΟΠΟΥΛΟΣ Σ.....	16, 57
ΑΝΥΦΑΝΤΗ Π.....	13, 22, 24, 47, 60, 63
ΑΡΑΒΑΝΤΙΝΟΣ Δ.....	15, 20, 24,
.....	42, 54, 55, 65, 66
ΑΡΓΥΡΗ Ο.....	19, 40
ΑΡΓΥΡΗΣ Α.....	10, 38
ΑΡΧΟΝΤΑΚΗΣ Σ.....	19, 40
ΑΣΛΑΝΙΔΗΣ Σ.....	13, 24, 47, 63
ΑΥΓΟΥΛΕΑΣ Γ.....	16, 57
ΑΧΕΙΜΑΣΤΟΣ Α.....	12, 14, 17, 20, 22, 27, 50, 59

B

ΒΑΖΑΙΟΥ Α.....	14, 22, 50, 59
ΒΑΪΤΣΗΣ Ν.....	15, 24, 51, 52, 63
ΒΑΚΙΡΛΗΣ Ε.....	26, 71
ΒΑΜΒΑΚΗΣ Α.....	23
ΒΑΜΒΑΚΟΥ Γ.....	15, 24, 27, 52, 53, 64, 72
ΒΑΡΔΑΣ Π.....	19, 40
ΒΑΣΙΛΙΚΟΣ Β.....	26, 71

ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΥ Ε.....	19, 41
ΒΕΛΕΓΡΑΚΗ Μ.....	16, 58
ΒΕΡΓΗΣ Κ.....	25, 67
ΒΕΡΝΑΡΔΟΣ Μ.....	19, 40
ΒΛΑΧΑΚΟΣ Δ.....	11, 14, 20, 25, 49, 67
ΒΛΑΧΟΠΟΥΛΟΣ Χ.....	20
ΒΟΥΓΙΑ Δ.....	19, 40
ΒΟΥΡΛΙΟΓΚΑ Μ.....	25, 68
ΒΡΑΜΠΑΣ Ι.....	26, 72
ΒΥΣΣΟΥΛΗΣ Γ.....	26, 70

Γ

ΓΑΒΡΙΗΛΑΚΗ Ε.....	13, 14, 22, 23, 48, 58, 60
ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Δ.....	14, 22, 50, 59
ΓΕΩΡΓΙΑΝΟΣ Π.....	10, 16, 25, 37, 55, 66
ΓΙΑΝΝΑΚΗ Ε.....	23, 60
ΓΙΑΝΝΙΤΣΗ Σ.....	16, 19, 41, 56
ΓΙΝΙΚΟΠΟΥΛΟΥ Ε.....	23, 62
ΓΚΑΛΙΑΓΚΟΥΣΗ Ε.....	8, 10, 11, 13, 20,
.....	22, 23, 24, 26, 39, 46, 47, 60, 63, 72
ΓΡΑΣΣΟΣ Χ.....	8, 10, 12, 22, 26, 28, 36, 70
ΓΡΗΓΟΡΙΑΔΟΥ Ι.....	11, 26, 39, 72
ΓΩΓΟΥ Α.....	25, 68

Δ

ΔΑΣΚΑΛΑΚΗ Α.....	19, 41
ΔΕΛΑΝΗΜΟΥΔΗΣ Π.....	10, 16, 37, 55
ΔΕΣΤΟΥΝΗΣ Α.....	22, 59
ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ Κ.....	10, 12, 13, 14, 36, 51
ΔΙΑΚΟΥΜΑΚΟΥ Ο.....	25, 67
ΔΙΔΑΓΓΕΛΟΣ Μ.....	16, 57
ΔΙΠΛΑ Κ.....	11, 22, 26, 39, 60, 72
ΔΟΥΜΑ Σ.....	11, 13, 17, 18, 22, 23,
.....	24, 26, 27, 39, 46, 47, 60, 63, 72
ΔΟΥΜΑΣ Μ.....	8, 9, 10, 12, 17, 21, 28, 36
ΔΡΑΚΟΥ Α.....	25, 67



Ε

ΕΛΙΣΑΦ Μ.....	14, 19, 42, 49
ΕΥΣΤΡΑΤΙΑΔΗΣ Γ.....	11, 23, 38, 61

Ζ

ΖΑΜΠΟΥΛΗΣ Ξ.....	13, 47
ΖΑΜΠΟΥΛΗΣ Χ.....	17, 27
ΖΑΡΙΦΗΣ Ι.....	12, 20
ΖΑΦΕΙΡΙΔΗΣ Α.....	11, 22, 26, 39, 60, 72
ΖΑΦΕΙΡΙΔΗΣ Α Σ.....	26, 72
ΖΑΦΕΙΡΙΟΥ Δ.....	26, 71
ΖΕΜΠΕΚΑΚΗΣ Π.....	8, 10, 12, 13, 16,25, 27, 28, 37, 46, 55, 66
ΖΕΝΙΩΔΗ Μ.....	14, 50
ΖΩΓΡΑΦΟΥ Ι.....	13, 23, 46, 60
ΖΩΙΔΑΚΗΣ Ι.....	25, 67

Θ

ΘΕΟΔΟΣΑΚΗ Ο.....	19, 40
ΘΕΟΔΩΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Β.....	16, 58
ΘΩΜΟΠΟΥΛΟΣ Κ.....	40

Ι

ΙΛΙΟΥ Κ.....	16, 56
ΙΜΠΡΙΑΛΟΣ Κ.....	8
ΙΩΑΝΝΟΥ Π.....	16, 58

Κ

ΚΑΚΙΟΥΖΗ Β.....	15, 20, 24, 42, 54, 55, 65, 66
ΚΑΛΑΪΤΖΙΔΗΣ Ρ.....	14, 17, 19, 23, 42, 49, 62
ΚΑΛΕΣΣΗ Α.....	16, 57
ΚΑΛΛΙΣΤΡΑΤΟΣ Ε.....	10, 12, 16, 19,25, 27, 36, 41, 56, 67
ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΣ Π.....	13, 14, 19, 27, 41, 49
ΚΑΛΟΣ Θ.....	10, 14, 36, 51
ΚΑΠΡΑΛΟΣ Σ.....	25, 68

ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗΣ Α.....	11
ΚΑΡΑΜΑΝΟΥ Μ.....	10, 38
ΚΑΡΑΜΑΟΥΝΑΣ Π.....	13, 47
ΚΑΡΠΑΝΟΥ Ε.....	26, 70
ΚΑΡΠΕΤΑΣ Α.....	11, 13, 23, 38, 46, 61, 62
ΚΑΣΙΑΚΟΓΙΑΣ Α.....	10, 14, 36, 51
ΚΑΤΣΗ Β.....	15, 17, 19, 24, 27, 40, 52, 53, 64, 72
ΚΙΝΤΗΣ Κ.....	10, 36
ΚΛΑΔΑΣ Γ.....	10, 16, 25, 37, 55, 66
ΚΟΚΚΙΝΟΣ Π.....	10, 36
ΚΟΛΕΤΣΟΣ Ν.....	11, 22, 24, 26, 39, 60, 63, 72
ΚΟΛΛΙΑΣ Α.....	11, 14, 17, 22, 50, 59
ΚΟΝΤΑΡΑΚΗ Ι.....	19, 40
ΚΟΝΤΟΓΙΑΝΝΗΣ Ν.....	19, 41
ΚΟΥΚΟΥΖΕΛΗ Α.....	16, 19, 25, 56, 67
ΚΟΥΡΕΜΕΝΟΣ Ν.....	10, 16, 19, 25, 36, 41, 56, 67
ΚΟΥΤΡΑ Ε.....	10, 14, 36, 51
ΚΟΥΤΡΟΥΜΠΑΣ Γ.....	11, 13, 23, 38, 46, 61
ΚΟΥΤΣΑΚΗ Μ.....	25, 67
ΚΟΧΙΑΔΑΚΗΣ Γ.....	19, 40
ΚΡΙΤΣΕΛΗ Ε.....	25, 67
ΚΡΟΚΙΔΗΣ Ξ.....	8
ΚΥΡΙΑΚΟΥΛΗΣ Κ.....	14, 19, 41, 49
ΚΥΦΝΙΔΗΣ Κ.....	10, 16, 19, 36, 41, 56
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ Δ.....	10, 14, 36
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Ι.....	40
ΚΩΝΣΤΑΝΤΩΝΗΣ Γ.....	10, 38
ΚΩΣΤΑΚΗ Σ.....	25, 70
ΚΩΤΣΗΣ Β.....	27

Λ

ΛΑΖΑΡΙΔΗΣ Α.....	11, 13, 23, 28, 38, 46, 61
ΛΑΖΑΡΙΔΗΣ Ν.....	25, 69
ΛΕΜΠΙΔΑΚΗΣ Δ.....	19, 40
ΛΙΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Β.....	11, 13, 23, 38, 46, 61, 62
ΛΙΑΚΟΣ Χ.....	26, 70

ΛΙΑΤΑΚΗΣ Γ	10, 14, 36, 51
ΛΟΓΚΑΚΗΣ Ι	19, 40
ΛΟΥΤΡΑΔΗΣ Χ	11, 13, 23, 26, 38,
.....	46, 61, 62, 71

Μ

ΜΑΚΡΗΣ Θ	9, 15, 18, 19, 20,
.....	21, 24, 27, 28, 40, 42, 52, 53, 64, 72
ΜΑΝΙΟΣ Ε	10, 11, 17
ΜΑΝΩΛΗΣ Α Ι	10, 16, 19, 25,
.....	27, 28, 36, 41, 56, 67
ΜΑΡΚΕΤΟΥ Μ	8, 19, 40
ΜΑΡΚΟΥ Μ	26, 70
ΜΑΣΧΑ Ο	25, 67
ΜΑΥΡΟΜΑΤΙΔΗΣ Κ	13, 46
ΜΕΛΑ Α	25, 67
ΜΗΛΙΩΝΗΣ Χ	12
ΜΟΥΣΑ Ν	24, 65, 66
ΜΠΑΛΑΣΚΑΣ Μ	23, 25, 62, 68
ΜΠΑΛΑΦΑ Ο	14, 19, 42, 49
ΜΠΑΛΤΑΤΖΗ Μ	8
ΜΠΑΡΚΑΣ Γ	25, 67
ΜΠΙΚΟΣ Α	11, 13, 23, 26, 38, 46, 61, 62, 71
ΜΠΟΥΖΙΑΝΑ Σ	25, 70
ΜΥΑΡΗ Α	19, 42
ΜΥΤΑΣ Δ	15, 24, 54, 65, 66
ΜΩΥΣΑΚΗΣ Ι	14, 22, 50, 59

Ν

ΝΑΣΟΘΥΜΙΟΥ Ε	10, 38
ΝΑΤΣΗΣ Κ	16, 25, 57, 69
ΝΙΚΟΛΑΪΔΟΥ Β	13, 23, 46, 60
ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΥ Α	25, 68
ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΥ Λ	14, 51
ΝΙΤΣΟΤΟΛΗΣ Θ	16, 57
ΝΤΙΝΕΡΗ Α	14, 19, 22, 41, 49, 50, 59

Π

ΠΑΓΩΝΗ Σ	16, 19, 41, 56
ΠΑΝΑΓΟΥΤΣΟΣ Σ	23, 62
ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ Μ Β	10, 15, 20, 21,
.....	24, 36, 42, 54, 55, 65, 66
ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗ Α	23, 62
ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ Ι Α	11, 16, 58
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Σ	22, 26, 60
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Δ	12, 17, 21, 27
ΠΑΠΑΖΑΧΟΥ Ο	19, 40
ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ Τ	10, 38
ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Ε ..	10, 16, 25, 37, 55, 66
ΠΑΠΟΥΛΙΔΟΥ Φ	27
ΠΑΠΠΑΣ Κ	19, 42
ΠΑΡΘΕΝΑΚΗΣ Φ	19, 40
ΠΑΣΑΔΑΚΗΣ Π	23, 62
ΠΑΣΧΟΥ Ε	13, 14, 22, 48, 58
ΠΑΤΡΙΑΝΑΚΟΣ Α	19, 40
ΠΑΤΣΙΑΝΗΣ Σ	15, 20, 24, 42, 54, 55, 65, 66
ΠΕΤΙΔΗΣ Κ	20
ΠΙΑΓΚΟΣ Γ	16, 25, 57, 69
ΠΙΑΓΚΟΥ Μ	16, 25, 57, 69
ΠΙΠΕΡΕΛΗ Ε	13, 14, 22, 48, 58
ΠΙΠΕΡΙΔΟΥ Α	11, 13, 23, 38, 46, 61, 62
ΠΙΤΤΑΡΑΣ Α	8, 10, 15, 16, 36, 54, 56
ΠΟΙΚΙΛΙΔΟΥ Μ	8, 10, 16, 17, 25, 37, 55, 66
ΠΟΥΛΗΜΕΝΟΣ Λ	10, 16, 19, 36, 41, 56
ΠΡΩΤΟΓΕΡΟΥ Α	8, 10, 17, 38
ΠΤΗΝΟΠΟΥΛΟΥ Α	10, 25, 37, 66

Ρ

ΡΑΠΤΗΣ Β	8, 11, 13, 23, 38, 46, 61, 62
ΡΗΓΑΤΟΣ Γ	9

Σ

ΣΑΒΒΟΠΟΥΛΟΣ Χ	8, 19, 25, 70
---------------------	---------------

ΣΑΜΑΛΙΔΟΥ Α.....	23, 60
ΣΑΜΠΑΝΗΣ Ν.....	13, 14, 22, 48, 58
ΣΑΜΠΑΝΗΣ Χ.....	13, 23, 46, 60
ΣΑΡΑΦΙΔΗΣ Π.....	8, 11, 12, 13, 17,20, 21, 23, 26, 28, 38, 46, 61, 62, 71
ΣΑΧΠΕΚΙΔΗΣ Β.....	11, 22, 39, 60
ΣΕΡΒΟΣ Γ.....	14, 22, 50, 59
ΣΕΡΕΤΗΣ Α.....	15, 20, 24, 42, 54, 55, 65, 66
ΣΙΑΜΟΠΟΥΛΟΣ Κ Σ.....	49
ΣΚΑΛΗΣ Γ.....	19, 40
ΣΚΥΡΛΑΣ Α.....	19, 41
ΣΟΥΛΙΩΤΗ Ε.....	25, 67
ΣΟΦΟΓΙΑΝΝΗ Α.....	25, 70
ΣΠΑΝΟΥ Μ.....	25, 70
ΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΥ Ε.....	25, 68
ΣΤΑΓΚΙΚΑΣ Δ.....	19, 42
ΣΤΑΜΠΟΥΛΗ Σ.....	17
ΣΤΑΥΡΟΥΛΑΚΗ Μ.....	19, 40
ΣΤΕΡΓΙΟΥ Γ Σ.....	14, 19, 21, 22,27, 28, 41, 49, 50, 59
ΣΤΕΦΑΝΑΔΗΣ Χ.....	16, 57
ΣΥΜΕΩΝΙΔΗΣ Δ.....	16, 57
ΣΥΡΓΚΑΝΗΣ Χ.....	11, 23, 38, 61
ΣΥΡΜΑΛΗ Κ.....	10, 14, 36, 51
ΣΦΗΚΑΚΗΣ Π.....	10, 38

Τ

ΤΖΑΝΗΣ Γ.....	11, 13, 23, 38, 61
ΤΖΗΚΑΣ Σ.....	26, 71
ΤΖΙΟΜΑΛΟΣ Κ.....	25, 70
ΤΟΥΣΟΥΛΗΣ Δ.....	10, 14, 15, 19, 24,26, 27, 36, 40, 51, 52, 53, 64, 70, 72
ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΗ Ε.....	11, 19, 20
ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ Α.....	8, 11, 13, 20, 22,23, 24, 26, 39, 46, 47, 60, 63, 72
ΤΣΙΒΕΡΔΗΣ Π.....	19, 40
ΤΣΙΜΙΧΟΔΗΜΟΣ Β.....	14, 19, 42, 49
ΤΣΙΝΙΒΙΖΟΒ Π.....	19, 41
ΤΣΙΟΥΦΗΣ Κ.....	10, 12, 14, 18, 27, 28, 36, 51
ΤΣΟΤΡΑΣ Ι.....	16, 57

Φ

ΦΡΑΓΚΙΑΔΑΚΗΣ Κ.....	19, 40
ΦΩΤΟΠΟΥΛΟΥ Ι.....	25, 68

Χ

ΧΑΜΟΔΡΑΚΑ Ε.....	16, 19, 41, 56
ΧΑΡΩΝΗΣ Α.....	25, 67
ΧΑΤΖΗΩΑΝΝΟΥ Α.....	25, 67
ΧΑΤΖΗΜΙΧΑΗΛΙΔΟΥ Σ.....	24, 63
ΧΑΤΖΗΣΤΑΜΑΤΙΟΥ Ε.....	26, 70
ΧΑΤΖΗΣΤΑΥΡΗ Λ.....	10, 11, 16, 25, 37, 55, 66
ΧΑΤΖΗΤΟΛΙΟΣ Α Ι.....	12, 25, 70
ΧΡΗΣΤΟΥ Κ.....	25, 70



www.hypertasi.gr