



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΛΙΠΙΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ
ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ**

23^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΛΙΠΙΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

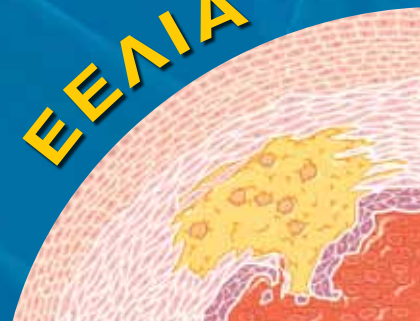
✓ 15 - 17 Οκτωβρίου 2020

Ξενοδοχείο Divani Caravel, Αθήνα

Χορηγούνται 22 μόρια
(CREDITS) Συνεχιζόμενης
Ιατρικής Εκπαίδευσης
(C.M.E.-C.P.D.)

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΕΞΕΛΙΑ



ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Πρόεδρος: Λ. Ραλλίδης
Αντιπρόεδρος: Γ. Υφαντή
Γεν. Γραμματέας: Κ. Μακρυλάκης
Ειδ. Γραμματέας: Χ. Βλαχόπουλος
Ταμίας: Θ. Αποστόλου
Μέλη: Ν. Καπερώνης
Ε. Μαυροκεφάλου
Δ. Ρίχτερ
Δ. Σταμάτης
τ. Πρόεδρος: Ι. Λεκάκης
Ειδικόί Σύμβουλοι: Γ. Ανδρικόπουλος
Χ. Μιχαλακέας

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Δ. Αλεξόπουλος	Σ. Κωνσταντινίδης
Ε. Ανδρεάδης	Ι. Λεκάκης
Γ. Ανδρικόπουλος	Κ. Μακρυλάκης
Θ. Αποστόλου	Α. Μανώλης
Κ. Βέμμος	Γ. Μαρακομιχελάκης
Β. Βούδρης	Χ. Μιχαλακέας
Ι. Γουδέβενος	Χ. Πίτσαβος
Γ. Δημητριάδης	Λ. Ραλλίδης
Α. Ευθυμιάδης	Δ. Ρίχτερ
Ι. Ευθυμιάδης	Α. Σιδέρης
Α. Ζαμπέλας	Δ. Σταμάτης
Β. Ζαννής	Γ. Στεργίου
Ε. Ηλιοδρομίτης	Χ. Στεφανάδης
Ι. Ιωαννίδης	Δ. Τούσουλης
Ε. Καπάνταης	Α. Τσελέπης
Χ. Καρβούνης	Κ. Τσιούφης
Μ. Κουτσιλιέρης	Γ. Υφαντή

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ

Με ιδιαίτερη χαρά σας προσκαλώ εκ μέρους της Οργανωτικής Επιτροπής να παρακολουθήσετε το **23^ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Ελληνικής Εταιρείας Λιπιδιολογίας, και Αθηροσκλήρωσης**, το οποίο οργανώνεται στην Αθήνα στις 15-17 Οκτωβρίου 2020. Η πρωτόγνωρη νέα πραγματικότητα που έχει δημιουργήσει η πανδημία του κορονοϊού επιβάλλει την υβριδική μορφή του Συνεδρίου (φυσική παρουσία περιορισμένου αριθμού συνέδρων και διαδικτυακή παρακολούθηση από τους περισσότερους). Η νέα αυτή μορφή του Συνεδρίου δίνει παράλληλα και τη δυνατότητα σε μεγάλο αριθμό συνέδρων να το παρακολουθήσει. Η παρουσία των προέδρων, συντονιστών και ομιλητών στον χώρο του Συνεδρίου θα επιτρέψει την ύπαρξη διάδρασης με τους συνέδρους.

Στο Συνέδριο θα παρουσιαστούν και θα συζητηθούν σύγχρονες απόψεις σχετικά με την παθοφυσιολογία της αθηρωμάτωσης και την αντιμετώπιση και πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Έχουμε τη χαρά να οργανώνουμε το "Βήμα του νέου επιστήμονα" στο οποίο νέοι επιστήμονες θα παρουσιάσουν την ερευνητική τους δουλειά. Για άλλη μια χρονιά έχουμε την τιμή να συνδιοργανώσουμε στρογγυλά τραπέζια και διαλέξεις με την Εταιρεία Αθηροσκλήρωσης Βορείου Ελλάδος, την Πανελλήνια Εταιρεία Διατροφής καθώς και το Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο LLL με την Ελληνική Εταιρεία Ιατρικής/Κλινικής Διατροφής και Μεταβολισμού.

Το ερευνητικό μέρος του Συνεδρίου μας ελπίζουμε να ευρίσκεται σε υψηλό επίπεδο και φέτος. Οι καλύτερες ανακοινώσεις θα επιλεγούν από ειδικές επιτροπές και θα τιμηθούν στην τελετή λήξης. Επίσης, όπως και όλα τα τελευταία έτη θα χρηματοδοτηθούν από τα έσοδα του Συνεδρίου μας 3 ερευνητικά πρωτόκολλα στον χώρο της πρόληψης των καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Περιμένοντας τη συμμετοχή σας.

Λουκιανός Ραλλίδης

Καθηγητής Καρδιολογίας,

Πρόεδρος,

Ελληνικής Εταιρείας Λιπιδιολογίας,
Αθηροσκλήρωσης και Αγγειακής Νόσου

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΔΙΟΡΓΑΝΩΤΗΣ

Ελληνική Εταιρεία Λιπιδιολογίας Αθηροσκλήρωσης και Αγγειακής Νόσου
Μαιάνδρου 23, 115 28 Αθήνα, Τηλ.: 210 7211845, Fax: 210 7215082

ΤΟΠΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ

Το 23^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Λιπιδιολογίας Αθηροσκλήρωσης και Αγγειακής Νόσου θα πραγματοποιηθεί **σύμφωνα με τα ισχύοντα Υγειονομικά Πρωτόκολλα για τη διεξαγωγή Συνεδρίων από τους αρμόδιους Φορείς της Πολιτείας** στις 15 – 17 Οκτωβρίου 2020, στην Αθήνα, στο ξενοδοχείο Divani Caravel.

Το Συνέδριο θα διεξαχθεί με **υβριδικό τρόπο**, δηλαδή θα υπάρχει η δυνατότητα για **φυσική παρουσία** προκαθορισμένου αριθμού συνέδρων στο χώρο του Συνεδρίου και **ταυτόχρονη διαδικτυακή μετάδοση** (live streaming). Ο αριθμός των καθισμάτων προς χρήση σε κάθε αίθουσα θα οριστεί σύμφωνα με τις διατάξεις που θα ισχύουν κατά την περίοδο διεξαγωγής του Συνεδρίου.

ΕΓΓΡΑΦΗ – ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

Ιατροί - Επιστήμονες Υγείας	40 € (πλέον 24% ΦΠΑ)
Φοιτητές	Δωρεάν

Περιλαμβάνει:

- πρόσβαση στον συνεδριακό χώρο
- παρακολούθηση του επιστημονικού προγράμματος (φυσική ή διαδικτυακή παρουσία)
- παραλαβή ηλεκτρονικού συνεδριακού υλικού (e-program)
- πιστοποιητικό παρακολούθησης με Μόρια (CME Credits) από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο (Π.Ι.Σ.) e-certificate.

ΜΟΡΙΟΔΟΤΗΣΗ

Θα χορηγηθούν Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο. Οι εγγεγραμμένοι συνέδριοι θα παραλάβουν ηλεκτρονικά την **ηλεκτρονική κονκάρδα/e-badge** την οποία θα χρησιμοποιούν για την σάρωση κατά την είσοδο & έξοδο από την αίθουσα. Για την παρακολούθηση του συνεδρίου online μέσω της πλατφόρμας αναμετάδοσης, κάθε συνέδρος θα λάβει το **μοναδικό κωδικό password**. Ως username ορίζεται το e-mail που θα έχει αναφέρει. Και οι δυο τρόποι θα καταγράφουν τις ώρες παρακολούθησης που θα προσμετρηθούν για την παραλαβή του Μοριοδοτημένου (CME-CPD Credits) Ηλεκτρονικού Πιστοποιητικού Παρακολούθησης. Η παραλαβή του e-Certificate θα γίνει με την χρήση του μοναδικού barcode που θα βρίσκεται στην ηλεκτρονική τους κονκάρδα.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ - ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ

CONGRESS WORLD ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ ΙΚΕ
Μιχαλακοπούλου 27, 115 28 Αθήνα
Τηλ: 210 7222518, Fax: 210 7210069
www.congressworld.gr email: cv@congressworld.gr

**23ο Πανελλήνιο Συνέδριο
Λιπιδιολογίας Αθηροσκλήρωσης και Αγγειάκης Νόσου
15 - 17 Οκτωβρίου 2020 / Αίθουσα HORIZON, Ξενοδοχείο DIVANI CARAVEL**

Π Ρ Ο Γ Ρ Α Μ Μ Α

ΠΕΜΠΤΗ 15 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2020

13.30 ΠΡΟΣΥΝΕΔΡΙΑΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ

(απαιτείται προεγγραφή - <http://www.grespen.org>)

14.00-18.00 Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο LLL Programme in Clinical Nutrition and Metabolism

με τη συνεργασία της της Ελληνικής Εταιρείας Ιατρικής/Κλινικής Διατροφής και Μεταβολισμού

Το πρόγραμμα LLL in Clinical Nutrition and Metabolism βασίζεται σε ένα εκπαιδευτικό curriculum, το οποίο προσφέρει εκπαιδευτικές μονάδες CME οι οποίες δημιουργήθηκαν και ελέγχθηκαν (peer reviewed) από Ευρωπαίους ειδικούς. Με τη συμπλήρωση 120 CME μονάδων (56 minimum από σεμινάρια, εκ των οποίων 3 μονάδες ανά σεμινάριο και οι υπόλοιπες ηλεκτρονικά), και την τελικά εξέταση, μπορεί ο ενδιαφερόμενος να αποκτήσει το Δίπλωμα της ESPEN στην Κλινική Διατροφή.

Το LLL Programme in Nutrition and Metabolism αποτελεί μια συνολική προσπάθεια της ESPEN, η οποία υποστηρίζεται από την Ευρωπαϊκή Ένωση, για παροχή μετεκπαιδευτικής πιστοποίησης στην Κλινική Διατροφή και έτσι βελτίωσης της καθημερινής κλινικής πρακτικής. Το εν λόγω πρόγραμμα αναπτύχθηκε βάσει του προγράμματος BG-03-BFPP-166039 of Leonardo da Vinci Programme by ESPEN και με τη συμμετοχή αριθμού Ευρωπαϊκών Πανεπιστημίων και με την υποστήριξη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το LLL Programme in Nutrition and Metabolism είναι πιστοποιημένο από την Ευρωπαϊκή Ένωση Ιατρικών Ειδικότητων (Union Européenne des Médecins Spécialistes)

Topic 23 Nutrition in Obesity

Συντονιστής: **Ν. Παπασπανός**

Διδακτικές Ενότητες

Ενότητα 23.1 Παχυσαρκία - Αιτιολογία, παθογένεση και επιπλοκές

Μ. Χουρδάκης

Ενότητα 23.2 Παχυσαρκία: Αξιολόγηση και πρόληψη

Ν. Παπασπανός

Ενότητα 23.3 Θεραπεία της Παχυσαρκίας

Ε. Χουρδάκη

Ενότητα 23.4 Βαριατρική Χειρουργική - Διατροφικές και μεταβολικές επιπλοκές

Κ-Α Πούλια

Κλινική Περίπτωση - Γραπτή Εξέταση

18.00-18.30 **Εγγραφές**

18.30-20.00 **Στρογγυλό Τραπέζι**

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ

(Σε συνεργασία με την Πανελλήνια Εταιρεία Διατροφής)

Πρόεδρος: **Δ. Παναγιωτάκος**

Η διατροφική έρευνα στην ψηφιακή εποχή

Δ. Παναγιωτάκος

Λειτουργικά τρόφιμα: Έχουν ρόλο στην αντιμετώπιση χρόνιων νοσημάτων;

Α. Παπακωνσταντίνου

Διατροφικές συνήθειες του Ελληνικού πληθυσμού και επιπολασμού καρδιοαγγειακής νόσου: Αποτελέσματα της Πανελληνίας Μελέτης Διατροφής και Υγείας

Εμ. Μαγριπλή

Επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ διαιτολόγων -διαιτολόγων και ιατρών- Αναλύοντας τα συνήθη προβλήματα, τα αίτια και τα μέσα για την αντιμετώπισή τους

Κ-Α Πούλια

20.00-20.30 **Διάλεξη «Γ. Τσιτούρης»**

Πρόεδρος: **Δ. Σταμάτης**

Στατίνες: από τον μύκητα στο πολύτιμο φάρμακο

Ν. Παπαγεωργάκης

09.00-10.30 **Στρογγυλό Τραπέζι**

ΕΠΙΚΑΙΡΑ ΘΕΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Πρόεδρος: **Ε. Ανδρεάδης**

Αρτηριακή Υπέρταση. Θεραπευτικοί στόχοι. Μύθος ή πραγματικότητα

Β. Κατσή

Αντιυπερτασικά φάρμακα και νεοπλασίες

Ε. Μιχαλοπούλου

Αρτηριακή Υπέρταση και Σακχαρώδης Διαβήτης. Νεότερα δεδομένα.

Ποιος ο ρόλος των αναστολέων GLT2

Α. Ράπτης

Υπέρταση σε νεαρούς ενήλικες

Ε. Τριανταφυλλίδη

10.30-11.00 **Διάλεξη**

Πρόεδρος: **Λ. Ραλλίδης**

Κλινική προσέγγιση κρυπτογενών Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων

Γ. Τσιβγούλης

11.00-11.30 **Διάλειμμα**

11.30-13.30 **Στρογγυλό Τραπέζι**

ΠΩΣ ΘΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΤΩ ...

Πρόεδρος: **Ν. Τεντολούρης**

Ασθενή ηλικίας 70 ετών με μόνιμη κολπική μαρμαρυγή και οξύ στεφανιαίο σύνδρομο

Δ. Ρίχτερ

Ασθενή ηλικίας 50 ετών με τριγλυκερίδια νηστείας 1200 mg/dl

Χ. Μιχαλακέας

Ασθενή ηλικίας 20 ετών με οικογενειακό ιστορικό πρώιμης ΣΝ και LDL-χοληστερόλης 230 mg/dL

Λ. Ραλλίδης

Ασθενή ηλικίας 60 ετών με ΣΔ τύπου 2, αρχόμενη καρδιακή ανεπάρκεια στα πλαίσια υπερτασικής καρδιοπάθειας και γλυκοζυλιωμένη Hb 7,8% υπό μετφορμίνη

Σ. Μπούσμπουλας

Ασθενή ηλικίας 55 ετών υπό αιμοκάθαρση και μόνιμη κολπική μαρμαρυγή

Ν. Καπερώνης

13.30-14.00 **Διάλεξη**

Πρόεδρος: **Χ. Βλαχόπουλος**

Αντιυπερτασική αγωγή και Covid-19

Γ. Στεργίου

14.00-14.30 **Δορυφορική Διάλεξη** (σελίδα 15)

14.30-16.00 **Μεσημβρινή διακοπή**

16.00-16.30 **Διάλεξη**

Πρόεδρος: **Θ. Αποστόλου**

Νεφρική συμμετοχή στη νόσο Covid-19

Ν. Καπερώνης

16.30-17.30 **Στρογγυλό Τραπέζι**

ΒΗΜΑ ΝΕΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΑ

Πρόεδρος: **Γ. Σιάσος**

Λιπώδης διήθηση ήπατος στα άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1

Γ. Καραμανάκος

Χρόνιο stress και οξεία στεφανιαία σύνδρομα:

Εκτίμηση μέσω βιοδεικτών

Ν. Κοσμάς

TAVI (διαδερμική εμφύτευση αορτικής βαλβίδας):

είναι κατάλληλη για περισσότερους από ό,τι πιστεύεται

Β. Γαρδικιώτη

17.30-18.30 **Αντιπαραθέσεις**

Πρόεδρος: **Δ. Αλεξόπουλος**

1. Ασθενής με σταθερή στηθάγχη και νόσο ενός αγγείου

- Συντηρητική αντιμετώπιση

Γ. Γκουμάς

- Επεμβατική αντιμετώπιση

Α. Σπανός

2. Διαβητικός ασθενής με καρδιαγγειακή νόσο. Με τι θα ξεκινήσω την αντιδιαβητική αγωγή του;

- Μετφορμίνη

Α. Μελιδώνης

- GLP-1 αγωνιστές ή SGLT2 αναστολείς;

Δ. Ρίχτερ

18.30-20.00 **Στρογγυλό Τραπέζι**

ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ

Πρόεδροι: **Γ. Υφαντή, Γ. Μαρακομιχελάκης**

Ενδοκρανιακή αρτηριοσκλήρυνση και αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο

Κ. Βέμμος

Χρόνια μεσεντέρια ισχαιμία

Ε. Μαυροκεφάλου

Κρίσιμη ισχαιμία των κάτω άκρων

Γ. Μαρακομιχελάκης

Επεμβατική αποκατάσταση της αιμάτωσης των κάτω άκρων.

Πότε και πώς

Α. Λάζαρης

20.00-20.30 **Δορυφορική Διάλεξη** (σελίδα 15)

20.30-21.30 **Στρογγυλό Τραπέζι**

ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

Πρόεδρος: **Δ. Τούσουλης**

Αθλητική Καρδιολογία

Α. Αναστασάκης

Κολπική Μαρμαρυγή

Γ. Ανδρικόπουλος

Δυσλιπιδαιμίες

Δ. Ρίχτερ

09.30-11.00 **Στρογγυλό Τραπέζι**

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ 2020

Πρόεδρος: **Κ. Μακρυλάκης**

Αγωνιστές GLP-1 υποδοχέων έναντι αναστολέων SGLT-2 σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και καρδιοαγγειακό νόσημα

Σ. Λιάτης

Υπογλυκαιμία και Καρδιοαγγειακός κίνδυνος. Υπάρχει αιτιολογική συσχέτιση;

Κ. Μακρυλάκης

Καρδιακή ανεπάρκεια και Σακχαρώδης Διαβήτης:

Μια αμφίδρομη σχέση

Σ. Μπούσμπουλας

Τι έχει αλλάξει στη διατροφική θεραπεία του Σακχαρώδης Διαβήτης τα τελευταία χρόνια;

Χ. Δημοσθενόπουλος

11.00-11.30 **Δορυφορική Διάλεξη** (σελίδα 15)

11.30-12.00 **Διάλειμμα**

12.00-12.30 **Διάλεξη**

Πρόεδρος: **Δ. Σταμάτης**

Προληπτική Καρδιολογία την ψηφιακή εποχή

Ι. Λεκάκης

12.30-13.30 **Στρογγυλό Τραπέζι**

ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Πρόεδρος: **Κ. Μακρυλάκης**

Νέα εναλλακτικά καπνικά προϊόντα. Τι γνωρίζουμε και πώς να συμβουλευόμαστε τους ασθενείς μας

Κ. Κουρέα

Διαλειμματική διατροφή

Χ. Γράσσο

Πόσο ωφελεί το ελαιόλαδο στην πρόληψη των Καρδιοαγγειακών Νοσημάτων;

Α. Ζαμπέλας

- 13.30-14.00 **Διάλεξη**
Πρόεδρος: **Γ. Φιλιππάτος**
Σύγχρονη αντιμετώπιση της καρδιακής ανεπάρκειας
Ι. Παρίσης
- 14.00-14.30 **Δορυφορική Διάλεξη** (σελίδα 15)
- 14.30-15.30 **Μεσημβρινή διακοπή**
- 15.30-16.00 **Διάλεξη**
Πρόεδρος: **Κ. Τσιούφης**
Ψυχική υγεία και Καρδιαγγειακά Νοσήματα
Ε. Ρίζος
- 16.00-17.00 **Στρογγυλό Τραπέζι**
ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ EVIDENCE BASED MEDICINE
Πρόεδρος: **Δ. Ρίχτερ**
Συμπληρώματα με Ω3
Ε. Μπιλιανού
Συμπληρώματα με Μονακολίνη
Χ. Δημοσθενόπουλος
Φαρμακολογική και διατροφική αντιμετώπιση της μη αλκοολικής λιπώδους νόσου του ήπατος: προκλήσεις, περιορισμοί και νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις
Κ. Κυπραίος
- 17.00-17.30 **Δορυφορική Διάλεξη** (σελίδα 15)
- 17.30-18.00 **Διάλεξη**
Πρόεδρος: **Ε. Μαυροκεφάλου**
PCSK 9 αναστολείς: ελληνική εμπειρία
Λ. Ραλλίδης
- 18.00-18.30 **Διάλειμμα**

18.30-20.00 **Στρογγυλό Τραπέζι**

ΕΠΙΚΑΙΡΑ ΘΕΜΑΤΑ ΣΤΗ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ

(σε συνεργασία με την Εταιρεία Αθηροσκλήρωσης Βορείου Ελλάδος)

Πρόεδρος: **Λ. Ραλλίδης**

Ασθενής >75 ετών με υπερχοληστερολαιμία χωρίς Καρδιαγγειακή Νόσο. Θα λάβει στατίνες;

I. Ευθυμιάδης

Ασθενής με υποτροπή επεισοδίου ενώ βρίσκεται σε υπολιπιδαιμική αγωγή με στατίνη. Ποιος είναι ο στόχος της LDL-χοληστερόλης;

Χ. Παπαδόπουλος

Τι νεότερο στην αντιμετώπιση της υπερτριγλυκαιριδαϊμίας

Γ. Κολοβού

Φαρμακευτική αντιμετώπιση της υπερχοληστερολαιμίας στην παιδική και εφηβική ηλικία: ασφάλεια και αποτελεσματικότητα

Αχ. Αττιλάκος

20.00-20.45 **Στρογγυλό Τραπέζι**

ΤΑ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΤΟΥ 2020

Πρόεδρος: **Ε. Βαβουρανάκης**

Λιπίδια

Χ. Βλαχόπουλος

Διατροφή

Α. Ζαμπέλας

Σακχαρώδης Διαβήτης

Β. Λαμπαδιάρη

20.45-21.00 **ΛΗΞΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ**

- Παρουσίαση ερευνητικών πρωτοκόλλων 2019

- Βράβευση ερευνητικών πρωτοκόλλων 2020

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 16 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2020

14.00-14.30 **Δορυφορική Διάλεξη SANOFI**

Διαχείριση της δυσλιπιδαιμίας στην καθημερινή πράξη-
Διαφοροποίηση κατά τη διάρκεια του COVID?
Η θέση του alirocumab σύμφωνα με τις νέες κατευθυντήριες οδηγίες

Πρόεδρος: **Λ. Ραλλίδης**

Ομιλήτρια: **Ν. Κατσίκη**

20.00-20.30 **Δορυφορική Διάλεξη ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ-ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε**

Πιταβαστατίνη σε ασθενείς με δυσλιπιδαιμία και αυξημένο κίνδυνο
εμφάνισης ΣΔτ2. Διαφορετική επιλογή;

Πρόεδρος: **Δ. Ρίχτερ**

Ομιλήτρια: **Α. Αραπογιάννη**

ΣΑΒΒΑΤΟ 17 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2020

11.00-11.30 **Δορυφορική Διάλεξη Win Medica**

Μεταφορμίνη παρατεταμένης αποδέσμευσης. Η εξέλιξη ενός
διαχρονικού φαρμάκου και η θέση του στην καθημερινή κλινική
πρακτική

Πρόεδρος: **Θ. Αποστόλου**

Ομιλητής: **Κ. Μακρυλάκης**

14.00-14.30 **Δορυφορική Διάλεξη AstraZeneca**

Γεφυρώνοντας το Καρδιαγγειακό φάσμα. Από την DECLARE
στην DAPA-HF, σταθμός DAPA-CKD

Πρόεδρος: **Χ. Βλαχόπουλος**

Ομιλητής: **Κ. Παπαδόπουλος**

17.00-17.30 **Δορυφορική Διάλεξη ITF**

Βιταμίνη D – Είναι απλά ένα συμπλήρωμα διατροφής;

Πρόεδρος: **Λ. Ραλλίδης**

Ομιλήτρια: **Μ. Πέππα**

ΠΡΟΕΔΡΟΙ ΚΑΙ ΟΜΙΛΗΤΕΣ

Δ. Αλεξόπουλος

Καθηγητής Καρδιολογίας, Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικών», Αθήνα

Α. Αναστασάκης

Αναπληρωτής Διευθυντής Καρδιολογικού Τομέα, Υπεύθυνος Μονάδας Κληρονομικών Παθήσεων Καρδιάς, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

Ε. Ανδρεάδης

Παθολόγος, Επικεφαλής Κέντρου Υπέρτασης και Καρδιαγγειακής Προστασίας, Όμιλος Ιατρικού Αθηνών, Κλινική Ψυχικού

Γ. Ανδρικόπουλος

Καρδιολόγος, Διευθυντής, Α' Καρδιολογικό Τμήμα και Τμήμα Ηλεκτροφυσιολογίας - Βηματοδότησης, «Ερρίκος Ντυνάν» Hospital Center, Αθήνα

Θ. Αποστόλου

Παθολόγος-Νεφρολόγος, Συντονιστής Διευθυντής, Νεφρολογικό Τμήμα/MTN, «Αττικό Θεραπευτήριο» Κυψέλης, Συνεργάτης Ιατρικού Κέντρου Αθηνών

Αχ. Ατιλάκος

Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδιατρικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ' Παιδιατρική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικών», Αθήνα

Ε. Βαβουρανάκης

Καθηγητής Καρδιολογίας ΕΚΠΑ, Διευθυντής, Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», Αθήνα

Κ. Βέμμος

Παθολόγος με εξειδίκευση στην πρόληψη και θεραπεία των ΑΕΕ, τ. Διευθυντής Μονάδας Οξέων Εγκεφαλικών, Θεραπευτική Κλινική ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Αλεξάνδρα», Αθήνα

Χ. Βλαχόπουλος

Καθηγητής Καρδιολογίας, Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», Αθήνα

Β. Γαρδικιώτη

Ειδικευόμενη Καρδιολογίας, Υποψήφια Διδάκτωρ, Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», Αθήνα

Γ. Γκουμάς

Καρδιολόγος, Διευθυντής, Β' Καρδιολογική Κλινική, «Ευρωκλινική» Αθηνών

Χ. Γράσσο

Καρδιολόγος, Διευθυντής, ΓΝ Αττικής «ΚΑΤ»

Χ. Δημοσθενόπουλος

MMedSci., SRD., PhD., Κλινικός Διαιτολόγος-Βιολόγος, Προϊστάμενος Τμήματος Διατροφής, ΓΝΑ Λαϊκό, Αθήνα, Committee member of DNSG & Lead of EFAD European Specialist for Diabetes, Μέλος ΔΣ ΕΔΕ

Ι. Ευθυμιάδης

Καρδιολόγος, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Βιοκλινική Θεσσαλονίκης, Αντιπρόεδρος Ε.Α.Β.Ε.

Α. Ζαμπέλας

Καθηγητής Διατροφής του Ανθρώπου, Γεωπονικό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Ν. Καπερώνης

Νεφρολόγος, Διευθυντής, Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ., Αθήνα

Δ. Καραγιάννης

Διαιτολόγος, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

Γ. Καραμανάκος

Παθολόγος, Επικουρικός Επιμελητής, ΓΝΑ «Λαϊκό», Αθήνα

Β. Κατσή

Καρδιολόγος, Επιμελήτρια Α', ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», Αθήνα

Ν. Κατσίκη

MSc, PhD, MD, FRSPH, Ειδική Παθολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ, Ακαδημαϊκή Υπότροφος, Διαβητολογικό Κέντρο, Ιατρείο Λιπιδίων-Παχυσαρκίας, Τμήμα Ενδοκρινολογίας-Μεταβολισμού, Α' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Μέλος ΔΣ της Ελληνικής Εταιρείας Αθηροσκλήρωσης, IASO/EASO Score Member EASD Diabetes & Cardiovascular Disease Group Member International Lipid Expert Panel (ILEP) Member

Γ. Κολοβού

Καρδιολόγος, Διευθύντρια, Τμήμα Προληπτικής Καρδιολογίας, «Metropolitan Hospital»

ΠΡΟΕΔΡΟΙ ΚΑΙ ΟΜΙΛΗΤΕΣ

Ν. Κοσμάς

Ειδικευμένος Καρδιολογίας, Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν», Αθήνα

Κ. Κουρέα

Πανεπιστημιακός Υπότροφος, Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος, ΠΓΝ «Αττικόν», Αθήνα

Κ. Κυπραίος

Καθηγητής Φαρμακολογίας, Διευθυντής Εργαστηρίου Γενικής Φαρμακολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πατρών

Α. Λάζαρης

Αναπληρωτής Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής, Αγγειοχειρουργική Κλινική ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «Αττικόν», Αθήνα

Β. Λαμπαδιάρη

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παθολογίας-Σακχαρώδη Διαβήτη ΕΚΠΑ, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική-Μονάδα Έρευνας και Διαβητολογικό Κέντρο, ΠΓΝ «Αττικόν», Αθήνα

Ι. Λεκάκης

Ομότιμος Καθηγητής Καρδιολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Διευθυντής Καρδιολογικού Τομέα, Κεντρική Κλινική Αθηνών

Σ. Λιάτης

Παθολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ «Λαϊκό», Αθήνα

Ε. Μαγριπλή

Διαιτολόγος - Διατροφολόγος, Επιστημονική Συνεργάτης του Γεωπονικού Πανεπιστημίου Αθηνών, Χαροκόπειου Πανεπιστημίου και Πανεπιστημίου της Οξφόρδης (Τμήμα Ιατρικής Στατιστικής)

Κ. Μακρυλάκης

Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ «Λαϊκό», Αθήνα

Γ. Μαρακομιχελάκης

Διευθυντής ΕΣΥ, Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνος, Δ' Παθολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

Ε. Μαυροκεφάλου

Παθολόγος, Επιμελήτρια Α', Δ' Παθολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

Α. Μελιδώνης

Παθολόγος-Διαβητολόγος, Συντονιστής Διευθυντής, Διαβητολογικό Καρδιομεταβολικό Κέντρο «Metropolitan Hospital»

Χ. Μιχαλακές

Καρδιολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης, Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν», Αθήνα

Ε. Μιχαλοπούλου

Καρδιολόγος-Εντατικολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια, Μονάδα Καρδιο-Ογκολογίας, ΓΑΝΠ «Μεταξά», Πειραιάς

Ε. Μπιλιανού

Καρδιολόγος, Διευθύντρια Καρδιολογίας, Υπεύθυνη Λιπιδαιμικού Ιατρείου, ΓΝΠ «Τζάνειο», Πειραιά

Σ. Μπούσμπουλας

Διευθυντής ΕΣΥ, Γ' Παθολογικό Τμήμα, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου, ΓΝ Νίκαιας Πειραιά «Αγ. Παντελεήμων»

Δ. Παναγιωτάκος

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

Ν. Παπαγεωργάκης

Δρ. Κλινικός Χημικός Eur. Clin. Chem.

Κ. Παπαδόπουλος

Επιμελητής Α' Καρδιολογίας, ΓΝΑ «Κοργιαλένιο - Μπενάκειο, Ε.Ε.Σ.», Αθήνα

Χ. Παπαδόπουλος

Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο» Θεσσαλονίκη, Πρόεδρος Ε.Α.Β.Ε.

Α. Παπακωνσταντίνου

Επίκουρη Καθηγήτρια Διατροφής και Μεταβολισμού, Τμήμα Επιστήμης Τροφίμων και Διατροφής του Ανθρώπου, Γεωπονικό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΠΡΟΕΔΡΟΙ ΚΑΙ ΟΜΙΛΗΤΕΣ

Ν. Παπασπανός

Κλινικός και Αθλητικός Διαιτολόγος

Ι. Παρίσης

Καθηγητής Καρδιολογίας, Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικών», Αθήνα

Μ. Πέππα

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ενδοκρινολογίας, Υπεύθυνη Μονάδος Ενδοκρινολογίας και Μεταβολικών Παθήσεων των Οστών, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ και Μονάδα Έρευνας, ΠΓΝ «Αττικών», Αθήνα

Κ-Α. Πούλια

RD, MMedSci, PhD, Κλινική Διαιτολόγος-Διατροφολόγος, ΓΝΑ «Λαϊκό», Αθήνα

Λ. Ραλλίδης

Καθηγητής Καρδιολογίας, Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικών», Αθήνα

Α. Ράπτης

Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας-Σακχαρώδη Διαβήτη, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική - Μονάδα Έρευνας και Διαβητολογικό Κέντρο ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «Αττικών», Αθήνα

Ε. Ρίζος

Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ, Β' Ψυχιατρική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικών», Αθήνα

Δ. Ρίχτερ

Διευθυντής, Β' Καρδιολογική Κλινική, «Ευρωκλινική» Αθηνών

Γ. Σιάσος

Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας ΕΚΠΑ, Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», Αθήνα, Αναπληρωτής Πρόεδρος Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Α. Σπανός

Αντιναύαρχος (ΥΙ) ε.α., Επεμβατικός Καρδιολόγος, τ. Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικών Κλινικών ΝΝΑ, Διευθυντής Καρδιολογικού Τμήματος Ιατρικού Κέντρου Αθηνών και Ευρωκλινικής Αθηνών

Δ. Σταμάτης

Καρδιολόγος, τ. Διευθυντής, Καρδιολογικό Τμήμα, ΕΑΝ Πειραιά «Μεταξά»

Γ. Στεργίου

Καθηγητής Παθολογίας και Υπέρτασης, Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Γ' Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», Αθήνα

Ν. Τεντολούρης

Καθηγητής Παθολογίας, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Ειδική Νοσολογία, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου, ΓΝΑ «Λαϊκό, Αθήνα

Δ. Τούσουλης

Καθηγητής Καρδιολογίας ΕΚΠΑ, Αντιπρύτανης ΕΚΠΑ

Ε. Τριανταφυλλίδη

Καρδιολόγος, Διευθύντρια, Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικών», Αθήνα

Γ. Τσιβγούλης

Καθηγητής Νευρολογίας ΕΚΠΑ, Διευθυντής, Β' Νευρολογική Κλινική ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «Αττικών», Αθήνα

Κ. Τσιούφης

Καθηγητής Καρδιολογίας, Διευθυντής, Α' Καρδιολογική Κλινική Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», Αθήνα

Γ. Υφαντή

Παθολόγος, τ. Διευθύντρια, Δ' Παθολογικό Τμήμα και Αγγειοπαθολογική Μονάδα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

Γ. Φιλιππάτος

Καθηγητής Καρδιολογίας, Β' Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «Αττικών», Αθήνα

Εμ. Χουρδάκης

Παθολόγος

Μ. Χουρδάκης

Υγιεινολόγος-Κλινικός Διαιτολόγος, Αναπληρωτής Καθηγητής Ιατρικής Διατροφής στην Ιατρική Σχολή του ΑΠΘ

**ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ
ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ
(POSTERS)**

1.

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΤΙΝΩΝ ΣΤΟΝ ΛΙΠΩΔΗ ΙΣΤΟ

Μ. Βέλλιου¹, Δ. Παπαδόπουλος¹, Η. Σανίδας¹, Λ. Ντάλιου¹, Α. Φώτσαλη¹, Κ. Ζέρβα¹, Δ. Ηλιόπουλος², Μ. Μαντζουράνη³, Κ. Τούτουζας⁴, Ι. Μπαρμπετσέα¹

¹Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», ²Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Ερεύνης «Ν.Σ. Χρηστέας», ³Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», ⁴Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

ΣΚΟΠΟΣ: Οι στατίνες πέραν της υπολιπιδαιμικής δράσης τους διαθέτουν και αντιφλεγμονώδεις ιδιότητες. Παράλληλα, ο λιπώδης ιστός δύναται να επηρεάσει την εκδήλωση της φλεγμονής τόσο τοπικά όσο και συστηματικά μέσω της παραγωγής λιποκινών με αντιφλεγμονώδη (απελίνη) ή προ-φλεγμονώδη (χμερίνη) δράση. Σκοπός της μελέτης ήταν να μετρηθούν τα επίπεδα της απελίνης και της χμερίνης σε ασθενείς υπό αγωγή με στατίνες προκειμένου να διερευνηθεί η ενδεχόμενη επίδραση της φαρμακευτικής αγωγής στο λιπώδη ιστό.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Συνολικά συμμετείχαν 200 ασθενείς. Εξ αυτών, 102 ασθενείς είχαν επηρεασμένο λιπιδαιμικό προφίλ και έπαιρναν στατίνες και 98 δεν έπαιρναν τα ανωτέρω σκευάσματα. Οι λιποκίνες μετρήθηκαν με τη μέθοδο Elisa.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα επίπεδα της απελίνης ήταν υψηλότερα στην ομάδα που λάμβανε θεραπεία, ενώ τα επίπεδα της χμερίνης ήταν χαμηλότερα. Καμία σημαντική διαφορά αναφορικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, την αρτηριακή υπέρταση και το σακχαρώδη διαβήτη δεν παρατηρήθηκε μεταξύ των δύο ομάδων (Πίνακας).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η απελίνη ως αντιφλεγμονώδης λιποκίνη ήταν αυξημένη σε ασθενείς υπό αγωγή με στατίνες, ενώ η χμερίνη ως προφλεγμονώδης λιποκίνη ήταν μειωμένη καταδεικνύοντας μια εναλλακτική πλειοτροπική δράση των στατινών στο λιπώδη ιστό.

Πίνακας

	Ασθενείς που λάμβαναν στατίνες (n=102)	Ασθενείς που δεν λάμβαναν στατίνες (n=98)	p-value
Ηλικία (έτη)	62.2 ± 9.9	61.0 ± 13.7	NS
Άντρες (%)	65 (63.7%)	58 (59%)	NS
BMI (kg/m ²)	28.7 ± 4.4	27.7 ± 5.3	NS
Αρτηριακή υπέρταση (%)	73 (71.6%)	73 (74.5%)	NS
Σακχαρώδης διαβήτης (%)	22 (21.5%)	12 (12.2%)	NS
Απελίνη (pg/ml)	235.3 ± 130.1	200.9 ± 105.9	0.04
Χμερίνη (ng/ml)	10.0 ± 11.8	17.7 ± 22.8	0.009

2.

ΛΙΠΟΚΙΝΕΣ ΚΑΙ ΥΓΙΕΙΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Μ. Βέλλιου¹, Δ. Παπαδόπουλος¹, Η. Σανίδας¹, Λ. Ντάλιου¹, Α. Φώτσαλη¹, Κ. Τσάκαλης¹, Δ. Ηλιόπουλος², Μ. Μαντζουράνη³, Κ. Τούτουζας⁴, Ι. Μπαρμπετσέας¹

¹Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», ²Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Ερεύνης «Ν.Σ. Χρηστέας», ³Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», ⁴Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

ΣΚΟΠΟΣ: Οι μεταβολικά υγιείς παχύσαρκοι ασθενείς δεν έχουν εμφανείς καρδιομεταβολικές επιπλοκές και διατρέχουν μικρότερο καρδιαγγειακό κίνδυνο σε σχέση με τους μεταβολικά μη υγιείς παχύσαρκους ασθενείς. Ο λιπώδης ιστός ενδεχομένως να εμπλέκεται σε αυτή τη διαδικασία μέσω της παραγωγής λιποκινών με καρδιοπροστατευτική (ομεντίνη-1, αδιπονεκτίνη) ή μη καρδιοπροστατευτική δράση (βισφατίνη, ρεζιστίνη, χεμερίνη). Σκοπός της μελέτης ήταν να μετρηθούν τα επίπεδα των ορμονών του λιπώδους ιστού σε μεταβολικά υγιείς παχύσαρκους ασθενείς και να συγκριθούν με τα αντίστοιχα μεταβολικά μη υγιών παχύσαρκων ασθενών.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Συνολικά συμμετείχαν 200 παχύσαρκοι ασθενείς (100 μεταβολικά υγιείς και 100 μεταβολικά μη υγιείς). Ως παχύσαρκοι ορίστηκαν εκείνοι με δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) $\geq 30 \text{ kg/m}^2$. Μεταβολικά υγιείς χαρακτηρίστηκαν όσοι πληρούσαν ≤ 2 από τα κριτήρια του μεταβολικού συνδρόμου: (1) περίμετρος μέσης $\geq 102 \text{ cm}$ στους άντρες ή $\geq 88 \text{ cm}$ στις γυναίκες, (2) τριγλυκερίδια $\geq 150 \text{ mg/dl}$ ή λήψη θεραπείας λόγω υπερτριγλυκεριδαιμίας, (3) HDL χοληστερόλη $< 40 \text{ mg/dl}$ στους άντρες ή $< 50 \text{ mg/dl}$ στις γυναίκες ή λήψη θεραπείας λόγω αυξημένης HDL χοληστερόλης (4) συστολική αρτηριακή πίεση $\geq 130 \text{ mmHg}$ ή διαστολική αρτηριακή πίεση $\geq 85 \text{ mmHg}$ ή λήψη αντιυπερτασικής αγωγής και (5) γλυκόζη νηστείας $\geq 100 \text{ mg/dl}$ ή λήψη αντιδιαβητικής αγωγής. Μεταβολικά μη υγιείς ορίστηκαν εκείνοι με ≥ 3 από τα ανωτέρω κριτήρια. Οι λιποκίνες μετρήθηκαν με τη μέθοδο Elisa.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα επίπεδα της ομεντίνης-1 και της αδιπονεκτίνης ήταν υψηλότερα στους μεταβολικά υγιείς παχύσαρκους ασθενείς, ενώ τα επίπεδα της βισφατίνης, της ρεζιστίνης και της χεμερίνης ήταν χαμηλότερα. Στατιστικώς σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν μόνο για την ομεντίνη-1, τη βισφατίνη και τη χεμερίνη (Πίνακας).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στους υγιείς παχύσαρκους ασθενείς η καρδιοπροστατευτική λιποκίνη ομεντίνη-1 ήταν αυξημένη και οι μη καρδιοπροστατευτικές λιποκίνες βισφατίνη και ρεζιστίνη ήταν μειωμένες καταδεικνύοντας τον πιθανό προγνωστικό ρόλο του λιπώδους ιστού στην ταξινόμηση των παχύσαρκων ασθενών με χαμηλού ή υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου.

Πίνακας

	Μεταβολικά υγιείς παχύσαρκοι (n=100)	Μεταβολικά μη υγιείς παχύσαρκοι (n=100)	p-value
Ηλικία (έτη)	60.6±8.1	62.9±9.9	NS
Άρρεν φύλο	56	59	NS
ΔΜΣ (kg/m ²)	33.4±3.0	34.4±3.6	NS
Ομεντίνη-1	13932.9±3869.6	11721.6±3265.2	0.04
Αδιπονεκτίνη	140.1±16.4	137.7±16.9	NS
Βισφατίνη	1.3±1.0	2.1±0.8	0.01
Ρεζιστίνη	1581.1±1046.6	2656.8±1935.4	0.03
Χεμερίνη	21.5±20.3	24.6±28.0	NS

3.

ΒΟΛΑΝΕΣΟΡΣΕΝΗ ΣΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΟΙΚΟΓΕΝΟΥΣ ΧΥΛΟΜΙΚΡΟΝΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΟΛΛΑΠΛΑ ΑΠΟ ΕΤΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑΣ ΑΔΙΑΓΝΩΣΤΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ: 2^ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

*Α. Κουντούρη, Ε. Κόρακας, Κ. Μπαλαμπάνης, Φ. Κουσαθανά, Α. Μπάμιας, Β. Λαμπαδιάρη
Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Χαϊδάρι, Αθήνα*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ: Το σύνδρομο οικογενούς χυλομικροναϊμίας αποτελεί μια σπάνια γενετική διαταραχή η οποία χαρακτηρίζεται από μείωση ή απουσία της λιποπρωτεϊνικής λιπάσης (LPL). Οφείλεται σε μεταλλάξεις στο γονίδιο της LPL ή σε άλλα γονίδια που κωδικοποιούν πρωτεΐνες απαραίτητες για τη δράση της. Η ανεπάρκεια της LPL οδηγεί σε συσσώρευση χυλομικρών στο πλάσμα με συνοδό σοβαρή υπερτριγλυκεριδαιμία. Το κοιλιακό άλγος που συνδέεται με πολλαπλά επαναλαμβανόμενα επεισόδια παγκρεατίτιδας αποτελούν τα κύρια χαρακτηριστικά της νόσου.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Ασθενής, θήλυ, 60 ετών προσήλθε στο εξωτερικό ιατρείο λόγω εκσεσημασμένης υπερτριγλυκεριδαιμίας γνωστή από 30ετίας παρά τη βέλτιστη αγωγή με φαινοφιμπράτη 145 mg, ω3 λιπαρά οξέα και αυστηρή άλιπο δίαιτα. Από το ατομικό ιστορικό αναφέρονται: πολλαπλά επεισόδια παγκρεατίτιδας από 30ετίας (2-3 νοσηλείες ανά έτος) και αυξημένα επίπεδα LDL. Από το οικογενειακό ιστορικό δεν αναφέρεται παρόμοια με της ασθενούς κλινική συμπτωματολογία. Κατά τη κλινική εξέταση αναδείχθηκε ψηλαφητό ήπαρ, χωρίς λοιπά παθολογικά ευρήματα. Ο εργαστηριακός έλεγχος δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα πλην των αυξημένων τριγλυκεριδίων TG: 1947mg/dl. Διενεργήθηκε MRI κοιλίας η οποία ανέδειξε ηπατομεγαλία με λιπώδη διήθηση και κλάσμα λίπους (fat fraction): 25,63%. Επιπλέον η ελαστογραφία ήπατος ανέδειξε βαθμό ηπατικής ακαμψίας (stiffness): 6,1kra. Τέθηκε η υποψία του συνδρόμου οικογενούς χυλομικροναϊμίας και εστάλη γονιδιακός έλεγχος ο οποίος ανέδειξε ομόζυγη μετάλλαξη στο γονίδιο LPL με αποτέλεσμα την ανεπάρκεια της λιποπρωτεϊνικής λιπάσης. Στην ασθενή χορηγήθηκε ο αντιπληροφοριακός ολιγονουκλεοτιδικός αναστολέας της απολιποπρωτεΐνης CIII (βολανεσορσένη). Στους 3 μήνες αγωγής παρατηρήθηκε θεαματική μείωση του αριθμού των TG κατά 93% (TG: 136mg/dl).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το σύνδρομο οικογενούς χυλομικροναϊμίας αποτελεί μια σπάνια αυτοσωμική κληρονομούμενη διαταραχή η οποία συχνά υποδιαγιγνώσκεται. Η αυστηρή άλιπος δίαιτα (<10-15%) αποτελούσε τη μόνη θεραπεία της νόσου με συχνά ανεπαρκή αποτελέσματα. Πρόσφατα εγκρίθηκε η βολανεσορσένη ως θεραπεία του συνδρόμου οικογενούς χυλομικροναϊμίας με ενθαρρυντικά αποτελέσματα μειώνοντας τον αριθμό των TG <750mg/dl στο 77% των ασθενών.

4.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΤΑΧΙΝΗΣ ΣΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΣΚΛΗΡΙΑ ΚΑΙ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΝΔΟΘΗΛΙΟΥ ΣΕ ΥΓΙΕΙΣ ΕΘΕΛΟΝΤΕΣ

Ε.-Κ. Σακκέτου¹, Γ. Μπαξεβάνης¹, Ν. Τεντολούρης², Γ. Κωνσταντίνης², Γ. Φραγκιαδάκης¹, Π. Κανέλλος¹

¹Τμήμα Επιστημών Διατροφής και Διαιτολογίας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο, Σητεία, ²1η Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Εσωτερική Παθολογία, Λαϊκό Νοσοκομείο Αθηνών, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Το σουσάμι ανήκει στην οικογένεια των Pedaliaceae και κατατάσσεται παγκοσμίως στην ένατη θέση μεταξύ των ελαιούχων σπόρων. Οι σπόροι του είναι πλούσιοι σε έλαιο, πρωτεΐνες και λιγνάνες, όπως η σεσαμίνη, η σεσαμολίνη και η σεσαμόλη. Διαθέτουν υψηλή περιεκτικότητα σε λιπελαϊκό οξύ, βιταμίνη Ε, βιταμίνη Β1, φώσφορο, σίδηρο, μαγνήσιο, ασβέστιο, μαγγάνιο, χαλκό και ψευδάργυρο. Η ταχίνη ή το ταχίνι είναι μια πάστα από 100% αποφλοιωμένο, αλεσμένο και ψημένο σουσάμι με παρόμοια σύσταση. Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν η αξιολόγηση της επίδρασης της κατανάλωσης ταχίνης στη λειτουργικότητα του αγγειακού ενδοθηλίου και στην αρτηριακή σκληρία μεταγευματικά σε υγιείς εθελοντές.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Στη μελέτη συμμετείχαν είκοσι υγιείς άνδρες με μέση ηλικία 28 έτη και μέσο ΔΜΣ 25,81 kg/m². Οι εθελοντές προσήλθαν στο εργαστήριο ύστερα από 12ωρη νηστεία και ακολούθησε αιμοληψία, εκτίμηση της ενδοθηλιο-εξαρτώμενης αγγειοδιαστολής (FMD) και της ταχύτητας αγωγής του σφυγμικού κύματος (PWV). Ακολούθησε κατανάλωση 50 g ταχίνης (χρόνος 0) και αιμοληψία 4 h μετά από την κατανάλωση του τροφίμου. Στο τέλος της παρέμβασης επαναλήφθηκαν οι μετρήσεις των δεικτών FMD και PWV. Στα δείγματα αίματος σε χρόνο 0 πραγματοποιήθηκαν αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις ώστε να εκτιμηθεί η κατάσταση υγείας των εθελοντών. Επίσης, στα δείγματα ορού που απομονώθηκαν σε χρόνους 0 και 4 h μετρήθηκε το διακυτταρικό μόριο προσκόλλησης-1 (ICAM-1), το μόριο προσκόλλησης αγγειακών κυττάρων-1 (VCAM-1) και η Ε-σελεκτίνη.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τις μετρήσεις των αιματολογικών και βιοχημικών δεικτών επιβεβαιώθηκε ότι όλοι οι συμμετέχοντες ήταν υγιείς. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική μείωση στα επίπεδα της διαστολικής αρτηριακής πίεσης ($p=0,010$) και στις σφίξεις ($p=0,002$) και αύξηση στο FMD ($p=0,022$) 4 h μετά από την κατανάλωση ταχίνης. Στους υπόλοιπους δείκτες που μετρήθηκαν δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές μεταβολές στο τέλος της παρέμβασης σε σχέση με τον χρόνο 0.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρούσα μελέτη έδειξε για πρώτη φορά ότι η κατανάλωση ταχίνης μπορεί να μειώσει τα επίπεδα της αρτηριακής πίεσης και να βελτιώσει δείκτες ενδοθηλιακής λειτουργίας. Το υπό εξέταση τρόφιμο θα μπορούσε να αποτελέσει ένα υγιεινό σνακ σε αντικατάσταση άλλων σνακ με λιγότερο επιθυμητό προφίλ λιπιδίων.

5.

ΤΡΙΓΛΥΚΕΡΙΔΙΑ/ΗDL ΠΡΟΒΛΕΠΕΙ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΧΩΡΙΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ (STELLA STUDY)

Β. Ραΐκου¹, Χ. Σουχλάκη², Σ. Γαβριήλ³

¹Νεφρολογικό Τμήμα, ²Μικροβιολογικό Εργαστήριο, ³Τμήμα Βαριατρικής Χειρουργικής, DOCTORS' HOSPITAL, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τριγλυκερίδια/ΗDL (TG/HDL) έχει συμπεριληφθεί στους σημαντικούς δείκτες για αθηροσκλήρωση στη χρόνια νεφρική νόσο. Μελετήσαμε τον ρόλο του λόγου TG/HDL στην πρόγνωση της χρόνιας νεφρικής νόσου σε μη-διαβητικούς ασθενείς.

ΜΕΘΟΔΟΣ: 183 ασθενείς χωρίς σακχαρώδη διαβήτη μέσης ηλικίας 67.3 ± 15.6 χρόνια συμμετείχαν στη μελέτη. Ταξινομήσαμε τους συμμετέχοντες ασθενείς σε κατηγορίες εκτιμώντας τη νεφρική λειτουργία με τον υπολογισμό του εκτιμημένου ρυθμού σπειραματικής διήθησης (estimated glomerular filtration rate, eGFR) και την αλβουμινουρία (urinary albumin-to-creatinine ratio, UACR) σύμφωνα με τα KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes) 2012 κριτήρια. Η ταχύτητα σφυγμικού κύματος εκτιμήθηκε (ePWV) με τη χρήση εξίσωσης περιλαμβάνοντας την ηλικία και τη μέση αρτηριακή πίεση. Ο λόγος TG/HDL υπολογίστηκε.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: TG/HDL συσχετίστηκε αντίθετα με eGFR, αλλά θετικά με UACR και ePWV. Διαιρέσαμε τους ασθενείς σε 2 ομάδες σύμφωνα με την τιμή TG/HDL η οποία σχετίστηκε με eGFR μικρότερο ή μεγαλύτερο από 60ml/min/1.73m^2 . χ^2 tests έδειξαν σημαντική σχέση μεταξύ TG/HDL και ταξινομημένη eGFR, ταξινομημένη UACR, υπέρταση ($\chi^2=24.5$, $p=0.001$, $\chi^2=12.5$, $p=0.002$ και $\chi^2=12.6$, $p=0.001$ αντίστοιχα). Πολυπαραγοντικό μοντέλο έδειξε ότι η αυξημένη τιμή του TG/HDL είναι σημαντικός ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας για μειωμένη τιμή eGFR και αυξημένη UACR (OR=1.5, 1.2–1.9 και OR=1.22, 1.02–1.47 αντίστοιχα) σε συνδυασμό με την ηλικία και την υπέρταση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Ο λόγος TG/HDL βρέθηκε να είναι σημαντικός προγνωστικός παράγοντας για έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας καθορισμένη από μειωμένη τιμή eGFR και μακρο-/μικρο- αλβουμινουρία σε μη-διαβητικούς ασθενείς. Η αρτηριακή σκληρία περιλαμβάνεται στους κύριους υποκείμενους παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς.

6.

ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ Χ, ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΝΟΣΟΣ

Ζ. Σαχλά, Γ. Πασκαλής, Ε. Χριστοδούλου, Δ. Καμπράνης, Κ. Ευσταθίου, Κ. Γκόγκος
Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

ΠΕΡΙΛΗΨΗ: Η ανεπάρκεια παράγοντα Χ είναι μια σπάνια γενετική διαταραχή. Αφορά 1:500.000-1.000.000 του γενικού πληθυσμού. Η επίκτητη ανεπάρκεια του FX είναι επίσης μια σπάνια αιμορραγική νόσος που χαρακτηρίζεται από χαμηλά επίπεδα του FX. Τα συμπτώματα και τα σημεία είναι παρόμοια και στις δύο οντότητες.

Η επίκτητη μορφή είναι πιο συχνή και σχετίζεται με σοβαρή ηπατική νόσο, συστηματική αμυλοείδωση, φάρμακα, νεοπλασίες και έλλειψη βιταμίνης Κ. Η ανάπτυξη αναστολέων έναντι του FX είναι πολύ σπάνια. Αντιμετωπίζεται με θεραπεία υποκείμενης νόσου.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ: Γυναίκα 79 ετών ελάμβανε ενοξοπαρίνη 40 μία φορά την ημέρα λόγω παρατεταμένης κατάκλισης. Διεκομίσθη στην παθολογική κλινική από οίκο Ευγηρίας λόγω αναφερόμενων μελαίνων κενώσεων και πτώσης του Ht. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε Ht 21,4% Hb 7,2 g/dL PLT 154.000 PT 42/20 PTT 49,5/30 INR 3,68 ινωδογόνο 2g/L και dd 0,1, χωρίς σχιστοκύτταρα. Σε εργαστηριακό έλεγχο προ διμήνου, η ασθενής είχε Ht 40%, PT 12,8 και PTT 40,6. Η ασθενής αντιμετωπίσθηκε αρχικά με διακοπή ενοξοπαρίνης, μετάγγιση και χορήγηση FFP, με ήπια βελτίωση PT, PTT. Χορηγήθηκε βιτ Κ που δεν αποκατάστησε την αιμορραγική διάθεση.

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ: Ζητήθηκε ποσοτικός προσδιορισμός παραγόντων V και Χ. Η δραστικότητα του FV ήταν 129 (φτ 50-150) και του FX ήταν 12 (φτ 50-150), μια εβδομάδα μετά τη διακοπή αντιπηκτικής αγωγής και τρεις μέρες από τη χορήγηση FFP. Η ασθενής υποβλήθηκε σε έλεγχο με αξονική τομογραφία και γαστροσκόπηση, χωρίς ενδείξεις κακοήθειας. Δεν διαπιστώθηκε ηπατική νόσος. Ζητήθηκε έλεγχος για ύπαρξη μονόκλωνης ανοσοσφαιρίνης και ελαφρών αλύσων. Ανευρέθη μεγάλη ποσότητα κ ελαφρών αλύσων στα ούρα (>165 mg/L), ενώ λ άλυσιοι 12,8 mg/L, οπότε τέθηκε υπόνοια αμυλοείδωσης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Σε εμμένουσα διαταραχή πήξης και αιμορραγική διάθεση, σε άτομα χωρίς ιστορικό αιμορροφιλίας, πρέπει να γίνεται προσδιορισμός παραγόντων πήξης για διαπίστωση επίκτητης ανεπάρκειας κάποιου παράγοντα.

7.

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ: ΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σ. Φαράντζου¹, Κ. Μακρυλάκης²

¹MD, Msc, Γενικός Οικογενειακός Ιατρός, 1^ο ΤΟΜΥ Ζωγράφου, ²MD, MPH, Msc, PhD, Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

Ο σακχαρώδης διαβήτης και η περιοδοντίτιδα είναι δύο συχνές παθήσεις και όπως φαίνεται η σχέση μεταξύ των δύο είναι αμφίδρομη. Ο οικογενειακός ιατρός έχει σημαντικό ρόλο στη διαχείρισή τους. Σκοπός της έρευνας ήταν να καθοριστεί το ποσοστό των οικογενειακών ιατρών που πήραν μέρος και γνώριζαν τη σχέση μεταξύ σακχαρώδους διαβήτη και περιοδοντίτιδας και αν η γνώση της σχέσης αυτής είχε επίδραση στην καθημερινή πρακτική τους. Πρόκειται για μια μελέτη επιπολασμού στους οικογενειακούς ιατρούς των τοπικών μονάδων υγείας της 1^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήσαμε είναι βασισμένο στο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε σε μια μελέτη που έγινε στο Χονγκ Κονγκ. Έγινε στατιστική ανάλυση με τη βοήθεια του προγράμματος SPSS. Οι γνώσεις των οικογενειακών ιατρών αξιολογήθηκαν ως ελλιπείς και μη ελλιπείς. Το 15,2% των συμμετεχόντων είχαν μη ελλιπείς γνώσεις σχετικά με την περιοδοντίτιδα ενώ το 72,7% είχαν μη ελλιπείς γνώσεις σχετικά με τη σχέση της περιοδοντίτιδας με το σακχαρώδη διαβήτη. Οι μη ελλιπείς γνώσεις σχετικά με την περιοδοντίτιδα εμφάνισαν συσχέτιση με το πλήθος των πηγών πληροφόρησης και την πανεπιστημιακή εκπαίδευση ως πηγή πληροφόρησης. Βρέθηκε ότι οι οικογενειακοί ιατροί με μη ελλιπείς γνώσεις σχετικά με την περιοδοντίτιδα συμβουλεύουν περισσότερο τους διαβητικούς ασθενείς να επισκεφτούν οδοντίατρο για περιοδοντικό έλεγχο. Οι μη ελλιπείς γνώσεις σχετικά με την περιοδοντίτιδα και τη σχέση της περιοδοντίτιδας με το σακχαρώδη διαβήτη δε φάνηκε να επηρεάζουν με άλλο τρόπο την πρακτική των οικογενειακών ιατρών.

8.

ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΚΟΠΩΣΗΣ: Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Σ. Μαντζούκης¹, Ε. Παππά¹, Μ. Γερασίμου²

¹Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα, ²Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ: Η δοκιμασία κόπωσης σε κυλιόμενο τάπητα πέραν των άλλων ενδείξεών της, αποτελεί μέθοδο αξιολόγησης και διαχείρισης ασθενών με ύποπτα θωρακικά ενοχλήματα. Σκοπός της παρούσας εργασίας αποτελεί η ανάδειξη της χρησιμότητας της δοκιμασίας κόπωσης σε κυλιόμενο τάπητα ακόμα και σε νοσοκομείου που διαθέτουν τη δυνατότητα στεφανιογραφικού ελέγχου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Για την πραγματοποίηση της παρούσας εργασίας καταγράφηκαν οι ασθενείς που υπεβλήθησαν σε δοκιμασία κόπωσης κατά BRUCE σε κυλιόμενο τάπητα στην Καρδιολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων από 20/7/2019 έως 20/7/2020 στα πλαίσια διερεύνησης ύποπτων συμπτωμάτων για στεφανιαία νόσο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά καταγράφηκαν 269 ασθενείς από τους οποίους 217 άνδρες και 52 γυναίκες. Από τις 269 δοκιμασίες, οι 36 ήταν θετικές, ή 23 μη διαγνωστικές και οι 210 αρνητικές. Στους ασθενείς αυτούς καταγράφηκε επίσης η ύπαρξη παραγόντων κινδύνου και διαπιστώθηκε ότι από αρτηριακή υπέρταση έπασχαν 37 (13,75%), από σακχαρώδη διαβήτη 17 (6,32%), από δυσλιπιδαιμία 57 (21,19%) ενώ καπνιστές ήταν 36 (13,38%). Οικογενειακό ιστορικό πρώιμης στεφανιαίας νόσου παρατηρήθηκε σε 28 ασθενείς (10,41%). Οι ασθενείς με θετική δοκιμασία κόπωσης συγκέντρωναν συνήθως περισσότερους του ενός παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρούσα μελέτη καταδεικνύει τη σημασία της ύπαρξης παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου στην ύπαρξη θετικών δοκιμασιών κόπωσης και πιθανά στεφανιαίας νόσου αλλά και τη σημασία της δοκιμασίας κόπωσης στην αποφυγή περιττών στεφανιογραφιών (με τις τυχόν επιπλοκές τους). Στη συγκεκριμένη καταγραφή 210 ασθενείς απέφυγαν επεμβατικές μεθόδους διερεύνησης. Φυσικά η επιλογή των ασθενών προς δοκιμασία κόπωσης, θα πρέπει να γίνεται μετά από διαστρωμάτωση κινδύνου (pre-test probability).

ΣΠΑΝΙΟ ΑΙΤΙΟ ΚΟΙΛΙΑΓΧΗΣ

Ζ. Σαχλά, Α. Χατζηγεωργίου, Δ. Καμπράνης, Ε. Χριστοδούλου, Κ. Γκόγκος

Παθολογική κλινική, Π.Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το σύνδρομο μέσου τοξοειδούς συνδέσμου (MALS) είναι σπάνιο και αφορά συμπτωματολογία μεταγευματικού άλγους λόγω πίεσεως της κοιλιακής αρτηρίας από τον μέσο τοξοειδή σύνδεσμο του διαφράγματος.

Ο μέσος τοξοειδής σύνδεσμος του διαφράγματος αποτελεί μια ινώδη ταινία που ενώνει τα δύο σκέλη του διαφράγματος σε κάθε πλευρά του αορτικού τρήματος. Συνήθως πορεύεται άνωθεν της κοιλιακής αρτηρίας.

ΥΛΙΚΑ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Άνδρας 66 ετών με ιστορικό χειρουργηθέντος σβανώματος τριδύμου και κατάθλιψης, εισήχθη στην παθολογική κλινική λόγω αναφερόμενης επιδείνωσης υπολειπόμενης νευρολογικής σημειολογίας.

Το πρώτο 24ωρο της νοσηλείας του, άμεσα μεταγευματικά, παρουσίασε εικόνα οξείας κοιλίας με έντονο πόνο και διάχυτη ευαισθησία στην κλινική εξέταση. Ανέφερε και άλλα παρόμοια επεισόδια το τελευταίο διάστημα, πάντα μεταγευματικά.

Τέθηκε υπόνοια κοιλιάγχης και έγινε άμεσα αξονική κοιλίας και αξονική αγγειογραφία κοιλίας που ανέδειξε πίεση κοιλιακής αρτηρίας από τον τοξοειδή σύνδεσμο και μεταστενωτική διάταση αυτής. Μεσεντέριος αρτηρία βατή και γαστροσκόπηση χωρίς ευρήματα.

Παραπέμφθηκε στη χειρουργική κλινική για λαπαροσκοπική αποσυμπίεση κοιλιακής αρτηρίας από τον σύνδεσμο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το MALS είναι σπάνιο αίτιο χρόνιου κοιλιακού άλγους. Το χρόνιο άλγος είναι κατάσταση με αρνητικές ψυχολογικές συνέπειες, άγχος, ελαττωμένη λειτουργικότητα και κακή ποιότητα ζωής. Ασθενείς με χρόνιο κοιλιακό άλγος και αρνητικό έλεγχο για άλλες καταστάσεις που προκαλούν άλγος πρέπει να ελέγχονται για πιθανό MALS.

ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ: ΕΝΔΕΔΕΙΓΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΗΝ Π.Φ.Υ.

Δ. Γουγουρέλας¹, Α. Γαλανοπούλου¹, Α.Μ. Κουφαδάκη², Α. Κουτσοβασίλης³, Ν. Κονδύλης⁴, Φ. Μπακομήτρου³, Σ. Μπούσμπουλας³, Ε. Γουγουρέλας⁵

¹Κ.Υ. Γκούρας, ²Παιδιατρική Κλινική Νοσοκομείου Metropolitan, ³Γ' Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Ν. Νίκαιας – Πειραιά «Ο Άγιος Παντελεήμων», ⁴Κεντρικά Ιατρεία ΕΛ.ΑΣ, ⁵Κ.Υ. Λασιθίου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνητότητας σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Σύμφωνα με τις νεότερες κατευθυντήριες οδηγίες σε διαβητικούς ασθενείς με εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο (ΚΑΝ) συστήνεται η χορήγηση αντιδιαβητικών παραγόντων με αποδεδειγμένο καρδιαγγειακό όφελος.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρούσα μελέτη έχει σκοπό αφενός να εκτιμήσει το βαθμό στον οποίο οι διαβητικοί ασθενείς με εγκατεστημένη ΚΑΝ λαμβάνουν αντιδιαβητικούς παράγοντες με αποδεδειγμένο καρδιαγγειακό όφελος και αφετέρου να καταδείξει τους παράγοντες εκείνους που δυσχεραίνουν την παραπάνω συμμόρφωση.

ΥΛΙΚΟ: Μελετήθηκαν 124 άτομα με ΣΔ, 67 (54,03%) άνδρες, που επισκέφθηκαν για πρώτη φορά το τακτικό ιατρείο του Κέντρου Υγείας Γκούρας.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Σε όλους τους ασθενείς καταγράφηκαν τα σωματομετρικά στοιχεία, η οικογενειακή κατάσταση, κάπνισμα. Ακολούθησε λήψη ιστορικού και καταγραφή όλων των χορηγούμενων φαρμάκων. Επίσης πραγματοποιήθηκε πλήρης εργαστηριακός έλεγχος σε όσους δεν προσκόμισαν.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 124 ασθενείς, οι 22 (17,74%) έπασχαν από αθηροσκληρωτική καρδιοπάθεια. Εξ αυτών 2 (9%) λάμβαναν αναστολείς συμμεταφορέα νατρίου-γλυκόζης (SGLT-2) και 2 (9%) αγωνιστές του υποδοχέα παρόμοιου με τη γλυκαγόνη πεπτιδίου-1 (GLP-1), οπότε 4 (18,18%) λάμβαναν την ενδεδειγμένη βάση καρδιαγγειακού οφέλους, αντιδιαβητική αγωγή. Επίσης 6 (4,84%) ασθενείς είχαν υποστεί Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (ΑΕΕ) και από αυτούς μόνο σε 2 (33,33%) η φαρμακευτική αγωγή περιελάμβανε SGLT-2 ή/και GLP-1. Συνοψίζοντας από 28 (22,58%) ασθενείς με εγκατεστημένη ΚΑΝ μόνο 6 (21,43%) ελάμβαναν είτε SGLT-2 είτε GLP-1, παράγοντες που προκρίνονται έναντι των υπολοίπων και μάλιστα με ισχυρή τεκμηρίωση στη συγκεκριμένη κατηγορία ασθενών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Φαίνεται ότι η χρησιμοποίηση των SGLT-2 ή/και GLP-1 στα θεραπευτικά σχήματα διαβητικών ασθενών με εγκατεστημένη ΚΑΝ δεν έχει πραγματοποιηθεί σε ικανοποιητικό βαθμό, παρά το αποδεδειγμένο καρδιαγγειακό όφελος τους. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι ιατροί της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ακολουθώντας τον ασθενοκεντρικό χαρακτήρα των σύγχρονων κατευθυντήριων οδηγιών οφείλουν να προκρίνουν την ολιστική αντιμετώπιση αυτής της ευαίσθητης κατηγορίας ασθενών, έναντι της μεμονωμένης αντιμετώπισης του ΣΔ.

ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ Ή ΧΩΡΙΣ ΓΝΩΣΤΗ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΙΓΗ

Σ. Χαρατσίδου, Α. Χατζόπουλος, Π. Χέρας

Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Αργολίδας

ΣΚΟΠΟΣ: Να μελετηθεί η συχνότητα εμφάνισης υπογλυκαιμίας σε διαβητικούς ασθενείς με ή χωρίς γνωστή κολπική μαρμαριγή, που λάμβαναν ινσουλίνη ± δισκία για τη ρύθμιση του ΣΔ.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Η μελέτη είχε διάρκεια 18 μήνες και συμμετείχαν 178 ασθενείς με ΣΔ2. Γινόταν καταγραφή γλυκόζης νηστείας και μεταγευματικών μετρήσεων σακχάρου (2 ώρες μετά το γεύμα και μετά το δείπνο) καθημερινά κατά τη διάρκεια των 18 μηνών. Έγινε ΗΚΓ στους 3, 6, 9, 12, 18 μήνες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 178 ασθενείς, οι 66 (37%) εμφάνισαν επεισόδια ταχυαρρυθμίας στα πλαίσια κολπικής μαρμαριγής. Από τις μετρήσεις καταγραφής γλυκόζης, 45 (68%) είχαν από 26 έως 80 επεισόδια υπογλυκαιμίας (2 έως 5 επεισόδια/μήνα κατά τη διάρκεια 18 μηνών). Οι υπόλοιποι 112 (63%) ασθενείς με διαβήτη δεν εμφάνισαν επεισόδια ταχυαρρυθμίας στα πλαίσια κολπικής μαρμαριγής. Από την καταγραφή μετρήσεων σακχάρου, μόνο 14 (12,5%) ασθενείς εμφάνισαν 10 έως 18 επεισόδια υπογλυκαιμίας (0 έως 1 επεισόδιο/μήνα κατά τη διάρκεια 18 μηνών).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η υπογλυκαιμία αυξάνει κατά 20% τον κίνδυνο εμφάνισης κολπικής μαρμαριγής σε ασθενείς με ΣΔ, γι' αυτό η αποφυγή των υπογλυκαιμικών επεισοδίων πρέπει να αποτελεί βασικό στόχο στη θεραπεία του ΣΔ2 και να προτιμώνται κατάλληλες θεραπευτικές αγωγές γι' αυτό.