13ο Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου

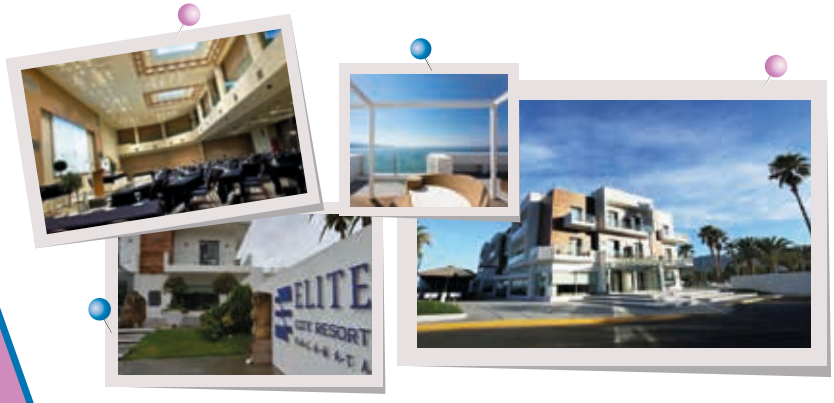
ΟΡΓΑΝΩΣΗ

ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ
ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ
ΓΙΑ ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

ΧΟΡΗΓΟΥΝΤΑΙ 21 ΜΟΡΙΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ
ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
(CME-CPD CREDITS) ΑΠΟ ΤΟΝ Π.Ι.Σ.

3 - 6 Σεπτεμβρίου 2020

HOTEL ELITE CITY RESORT, ΚΑΛΑΜΑΤΑ



ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ

CEDA diabetes

Υπουργείου Υγείας

ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΤΟΜΟΣ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

Εταιρεία Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου για Αγγειακά Νοσήματα
Ιακ. Δραγάτση 8, Πειραιάς 185 35 (Όροφος 4 - Γραφείο 1)
T. & **F.** 210 4953646, **E.** info@empakan.gr
W. www.empakan.gr

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ - ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ - ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ
CONGRESS WORLD EVENT TRAVEL E.E.
Μαιάνδρου 23, 115 28 Αθήνα
T. 210 7222 518, **F.** 210 7210 069
E. info@congressworld.gr, reception@congressworld.gr
W. http://www.congressworld.gr

COME WITH EMPAKAN

[Continuing Online Medical Education with EMPAKAN]

Γίνε μέλος

Πρόκειται για μια σειρά από νέες δραστηριότητες μέσα από ένα ελκυστικό, διαδικτυακό λειτουργικό και σύγχρονο περιβάλλον, με πρόσβαση σε ετήσια βάση μόνο από τα μέλη της Εταιρείας που έχουν εκπληρώσει τις οικονομικές τους οφειλές μέχρι και το τρέχον έτος, σε όλα τα ακόλουθα:

On-line πρόσβαση (full paper) στα περιοδικά:

- **Diabetes Obesity and Metabolism**
- **The American Journal of Medicine**
- **ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ ΚΑΡΔΙΟΜΕΤΑΒΟΛΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ [τεύχη τρέχοντος έτους]**

On-line πρόσβαση στο ASK THE EXPERT

Ειδική πλατφόρμα επικοινωνίας (forum) προκειμένου ο κάθε «επισκέπτης» - μέλος, να μπορεί να θέτει ερωτήματα σε ειδικούς [Opinion Experts]. Στη πλατφόρμα είναι αναρτημένη λίστα με τους ειδικούς με ονοματεπώνυμο, φωτογραφία, ένα σύντομο βιογραφικό, ιδιότητα και mail προκειμένου να αποστέλλει ο κάθε συμμετέχων το ερώτημα του και να λαμβάνει απάντηση εντός 48 ωρών απευθείας από τον ειδικό.

On-line πρόσβαση στην Ενότητα V-Learning

Σχεδιάσαμε και συντονίσαμε την διοργάνωση **επτά [7]** βιντεοσκοπημένων εκπαιδευτικών ενοτήτων σχετικών με τα καρδιομεταβολικά νοσήματα:

1η Ενότητα, **Διατροφή - Τρόπος Ζωής**
2η Ενότητα, **Σακχαρώδης Διαβήτης - Παχυσαρκία - Προδιαβήτης**
3η Ενότητα, **Αρτηριακή Υπέρταση**
4η Ενότητα, **Καρδιαγγειακή Απεικόνιση**
5η Ενότητα, **Δυσλιπιδαιμίες**
6η Ενότητα, **Αθηροθρόμβωση - Αντιθρομβωτική Αγωγή**
7η Ενότητα, **Αναπνευστικό και Καρδιομεταβολικά Νοσήματα**

47 καταξιωμένοι ομιλητές από την Ιατρική Κοινότητα

Το υλικό των ενοτήτων θα ανανεώνεται όταν αυτό θα απαιτείται από την τρέχουσα επιστημονική επικαιρότητα
Υπεύθυνοι:
Ι. Ιωαννίδης & Ι. Κυριαζής

On-line πρόσβαση στο διαδικτυακό κανάλι «Empakan TV»

Διαδικτυακή πλατφόρμα στην οποία αναρτώνται ανά event οι επιστημονικές εκδηλώσεις της Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν. και αποθηκεύονται για περαιτέρω προβολή. Η πρόσβαση θα είναι κωδικοποιημένη μόνο για τα 2 τελευταία έτη [τρέχον έτος και αμέσως προηγούμενο], ενώ θα παραμένει ελεύθερη για όλα τα παρελθόντα έτη.

- **Video (μαγνητοσκόπηση) ανά ομιλητή**
- **Πληροφορίες ανά video**
- **PDF Ομιλίας**
- **Φωτογραφίες ανά event**

Στον ίδιο χώρο θα αναρτάται και η Ζωντανή μετάδοση (livestreaming) της εκάστοτε εκδήλωσης.

Επισκεφθείτε την ιστοσελίδα της Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν. **www.empakan.gr** για να υποβάλετε ηλεκτρονικά την εγγραφή σας.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ - ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν.
Τ. 210 4953646, **Ε.** info@empakan.gr

Πραγματοποιήθηκε την Τρίτη 21 Ιουλίου η τελετή απονομής των βραβείων **Patient Partnerships Awards 2020**. Ο θεσμός που επιβραβεύει τις βέλτιστες πρακτικές για συνεργασίες μεταξύ εταίρων στην αγορά της Υγείας, οι οποίες αποσκοπούν στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, την προσφορά προγραμμάτων υποστήριξης των ασθενών σε όλη την πορεία της θεραπευτικής τους διαδρομής, την πρόληψη, την ενημέρωση και την εκπαίδευση.

Patient Partnerships AWARDS 2020

Τα βραβεία πραγματοποιήθηκαν για 1η χρονιά από την Boussias Communications και το Health Daily υπό την αιγίδα του Συνδέσμου Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος (ΣΦΕΕ), της Πανελλήνιας Ένωσης Φαρμακοβιομηχανίας (ΠΕΦ) και του Συλλόγου Αντιπροσώπων Φαρμακευτικών Ειδών & Ειδικοτήτων (ΣΑΦΕΕ).

Η Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν. έθεσε υποψηφιότητα και έλαβε τα ακόλουθα βραβεία:

Patient Partnerships AWARDS 2020 BRONZE

Ενότητα 1. Prevetion and Disease Awareness Campaigns Award

Cardiovascular Diseases

ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ (Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν.)

PERSEAS PROJECT [Prospective Evaluation of vascular Risk Surrogates: the Elafonisos Area Study]:

(5ετής Παρεμβατική Προοπτική Μελέτη Καταγραφής Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου στο Γενικό Πληθυσμό της Ελαφονήσου Λακωνίας)

Patient Partnerships AWARDS 2020 SILVER

Ενότητα 2. Improving Health

Healthy Living Award

ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ (Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν.)

PERSEAS PROJECT [Prospective Evaluation of vascular Risk Surrogates: the Elafonisos Area Study]:

(5ετής Παρεμβατική Προοπτική Μελέτη Καταγραφής Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου στο Γενικό Πληθυσμό της Ελαφονήσου Λακωνίας)

Patient Partnerships AWARDS 2020 BRONZE

Ενότητα 3. Changing Culture in Healthcare

Best Patient Education and Training

ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ (Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν.)

e-PERSEAS/Diabetes: Διαδικτυακό Πρόγραμμα Πραγματικού Χρόνου (real time) Παρακολούθησης Ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2

Θερμές ευχαριστίες σε όλους όσους συνέβαλαν στην επιτυχία των προγραμμάτων αυτών, με στόχο κυρίως την καταγραφή των καρδιομεταβολικών παραγόντων κινδύνου και τους τρόπους πρόληψης στα καρδιομεταβολικά νοσήματα.

Εταιρεία Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου για Αγγειακά Νοσήματα

www.empakan.gr

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδροι: **Ι. Κυριαζής - Ε. Χατζηαγγελάκη**

Μέλη:

Ν. Αποστολοπούλου
Χ. Γράσσος
Χ. Δημοσθενόπουλος
Ρ. Ευθυμιάδου
Ε. Καλαφάτης
Κ. Κοροβέσης
Γ. Κουδούνης
Α. Κουτσοβασίλης
Ι. Ντούπης
Ν. Ξυδιά
Ν. Πατσουράκος
Κ. Πολύζος
Π. Στουγιάννος
Κ. Σουβατζή

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδροι: **Ι. Ιωαννίδης - Κ. Τσιούφης**

Μέλη:

Α. Αλαβέρας
Μ. Ελισάφ
Σ. Ευσταθίου
Ε. Καπάνταης
Ν. Καυκάς
Δ. Κιόρτσης
Α. Κόκκινος
Μ. Λελέκης
Σ. Λιάτης
Ε. Λυμπερόπουλος
Χ. Μαλτέζος
Ι. Μπολέτης
Γ. Μπριστογιάννης
Μ. Παγώνη
Σ. Παππάς
Ε. Πισιμίσης
Α. Πιτταράς
Β. Πρασόπουλος
Χ. Σαββόπουλος
Α. Σωτηρόπουλος
Ν. Τεντολούρης
Α. Τριχοπούλου
Α. Τσελέπης
Β. Τσιμιχόδημος

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ ΠΡΟΕΔΡΩΝ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

Αγαπητές, Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Η Εταιρεία Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου για Αγγειακά Νοσήματα (Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν.) διοργανώνει το **13ο Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου, 3 - 6 Σεπτεμβρίου 2020 στο ξενοδοχείο Elite στην Καλαμάτα** στο οποίο φιλοδοξεί με τη διεξαγωγή των εργασιών του να παρέχει ό,τι νεότερο σε ένα ευρύ πεδίο θεμάτων σχετικών με τους Καρδιομεταβολικούς παράγοντες κινδύνου, με έμφαση στην τεκμηριωμένη γνώση και στην συνεπαγόμενη ορθή κλινική πράξη.

Στο Συνέδριο θα συμμετέχουν ως ομιλητές, εκλεκτοί συνάδελφοι, που έχουν διαπρέψει στο χώρο τους και θα συζητηθούν οι τελευταίες εξελίξεις μέσα από διαλέξεις ειδικών, στρογγυλά τραπέζια, επιστημονικές αντιπαραθέσεις και δορυφορικά συμπόσια, πάνω στις μεθόδους πρόληψης, διάγνωσης και αντιμετώπισης των Καρδιομεταβολικών παραγόντων κινδύνου. Στη διάρκεια του συνεδρίου, θα έχετε τη δυνατότητα να θέσετε ερωτήσεις και να λάβετε απαντήσεις για ζητήματα με αμφισβητούμενες απόψεις, σε όλες τις πτυχές των μεταβολικών διαταραχών.

Εκ μέρους του Δ.Σ. της Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν, εκφράζοντας τις ειλικρινείς μας ευχαριστίες για το ενδιαφέρον που δείχνετε για τα Συνέδριά μας, τα οποία ενδυναμώνονται χρόνο με το χρόνο επιστημονικά και θεματολογικά, θα ήθελα να σας προσκαλέσω να μας τιμήσετε και με τη δική σας έμπρακτη συμμετοχή, συμβάλλοντας έτσι στην επιτυχία του Συνεδρίου μας.

Για το Δ.Σ. της Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν.,

Δρ. Ιωάννης Κυριαζής

Δρ. Ερυφίλη Χατζηαγγελάκη

ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΕΜΠΤΗ 3/9/2020

Αίθουσα Α'

14.30 - 15.00 **Προσέλευση - Εγγραφές**

15.00 - 17.00 **V- Learning - Ειδικές διαλέξεις στο ΣΔ & στην υπερλιπιδαιμία**

Προεδρείο: **Ι. Ντούπης - Α. Πιτταράς**
Μέθοδοι συνεχούς καταγραφής γλυκόζης. Πλεονεκτήματα - Μειονεκτήματα. Η θέση τους στην κλινική πράξη - **Σ. Λιάτης**
Ορισμός της δυσανεξίας στις statines και θεραπευτικές επιλογές - **Π. Στουγιάννος**
Αντιμετώπιση της δυσλιπιδαιμίας σε ηλικιωμένους ασθενείς - **Ε. Λυμπερόπουλος**
HDL: δείκτης κινδύνου ή θεραπευτικός στόχος; - **Γ. Ανδρικόπουλος**

17.00 - 17.30 **Προφορικές Ανακοινώσεις**

Προεδρείο: **Ν. Αποστολοπούλου - Κ. Κοροβέσης**

ΠΑ01 ***ΕΠΑΙΝΟΣ 3ης ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ***

ΕΛΕΓΧΟΣ ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑΣ ΕΞΙΣΩΣΕΩΝ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΡΥΘΜΟΥ ΗΡΕΜΙΑΣ ΣΕ ΕΛΛΗΝΕΣ ΑΘΛΗΤΕΣ

Διονύσιος Μπουραζάνης[1], Μαριάννα Μόνου[1], Ευστάθιος Σκουφάς[1]
[1] Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας, Aegean College, Αθήνα

ΠΑ02 ***ΕΠΑΙΝΟΣ 2ης ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ***

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ ΤΗΝ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑ 2016 - 2020

Χρήστος Κούρεκ[1,2], Βασίλειος Καραμπέτσος[1], Ιωάννης Τσόρλαλης[1], Διονύσιος Σβορώνος[1], Χαράλαμπος Πανοτόπουλος[1], Μαρίνα Τζανή[1], Γεώργιος Γκάργκουλας[1], Νικόλαος Λιονάκης[1], Εμμανουήλ Μάκαρης[1], Σταυρούλα Κοσμοπούλου[1], Γεώργιος Κουδούνης[1]

[1] Καρδιολογική Κλινική και Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας, Καλαμάτα, Ελλάδα
[2] Εργαστήριο Κλινικής Εργοσπιρομετρίας, Άσκησης & Αποκατάστασης, Γ.Ν.Α. «Ευαγγελισμός», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα

ΠΑ04 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Αναστάσιος Κουτσοβασίλης, Αλέξης Σωτηρόπουλος, Μαρία Παππά, Εμμανουήλ Διαμαντάκης, Μαρία Γερογιάννη, Σταύρος Μπούσμπουλας

Γ' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. Νίκαιας - Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

17.30 - 18.15 **Στρογγυλό Τραπέζι: Βραχείες Θεματικές Διαλέξεις**

Προεδρείο: **Κ. Κοροβέσης - Α. Κουτσοβασίλης**
Ποια η συμβολή της νεότερης τεχνολογίας (CGM) στην μείωσητης γλυκαιμικής μεταβλητότητας; - **Ι. Ντούπης**
Παλιά φάρμακα (Χλωροκίνη - Υδροξυχλωροκίνη, Κολχικίνη), νέες προσδοκίες; - **Κ. Κοροβέσης**

18.15 - 18.45 **Διάλεξη Φιλοξενούμενης Ιατρικής Εταιρείας: ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΓΕΝΙΚΗΣ / ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ»**

Προεδρείο: **Χ. Μέλλος**
Η χρήση των Εργαλείων Αξιολόγησης Κινδύνου στην Π.Φ.Υ. για την Πρωτογενή Πρόληψη Καρδιαγγειακής νόσου - **Β. Γιακίμοβα - Πολύζου**

18.45 - 19.15 **Διάλεξη Φιλοξενούμενης Ιατρικής Εταιρείας: ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ**

Προεδρείο: **Α. Πιτταράς**
Έναρξη με ένα ή δυο αντιϋπερτασικά; - **Χ. Γράσσος**

19.15 - 19.30 **Διάλειμμα** - E-poster

Προεδρείο: **Χ. Γράσσος - Α. Σωτηρόπουλος**

AA01 ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ

Ιωάννης Κ. Σφηνιαδάκης[1], Ευδοκία Ι. Σφηνιαδάκη[2], Ιωάννα Σ. Τσιάρα[2], Δέσποινα Ι. Σφηνιαδάκη[3], Δήμητρα Βασιλείου - Δερβίσογλου[1], Πρόδρομος Ι. Σφηνιαδάκης[4], Κωνσταντίνος Ι. Σφηνιαδάκης[2]

1 Ιδιωτικό Ιατρείο
2 Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών
3 Φαρμακευτική Σχολή Πανεπιστημίου Λευκωσίας
4 Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Σόφιας

AA02 ΘΡΟΜΒΟΠΕΝΙΑ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΤΗΝ ΗΠΑΡΙΝΗ (HIT) ΜΕ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΘΡΟΜΒΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΩΝ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ

Όλγα Έλληνα, Γεώργιος Τσερκέζης, Παναγιώτης Κίκιλης, Χριστόφορος Παρίσης
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού , Γ.Ν.Ν. Ιωνίας Κωνσταντοπούλειο - Πατησίων

AA03 ΜΥΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ

Βασιλική Αποστολάκη, Μαριάννα Λεοπούλου, Παναγιώτης Τόλιος, Παύλος Στουγιάννος, Αθανάσιος Τρίκας
Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνων «Η Ελπίς»

19.30 - 20.00	Δορυφορική Διάλεξη ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ - ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε.	σελ. 22
20.00 - 20.30	Τελετή Έναρξης - Βραβεύσεις Ανακοινώσεων - Απονομή Βραβείου ALBERT SCHWEITZER στην Ιατρό Δήμητρα Λάμπρου	
20.30 - 21.00	Διάλεξη	
	Προεδρείο: **Α. Κουτσοβασίλης** Μήπως με τις νεότερες αλγοριθμικές προσεγγίσεις στην φαρμακευτική θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 υπάρχει φόβος να ξεχάσουμε τη γλυκαιμική ρύθμιση και τα οφέλη αυτής; - **Α. Σωτηρόπουλος**	
21.00 - 21.30	Εναρκτήρια Διάλεξη	
	Προεδρείο: **Ι. Ιωαννίδης** Νεώτερα στην λιπώδη νόσο ήπατος μη αλκοολικής αιτιολογίας - **Ε. Χατζηαγγελάκη**	
21.30 - 22.00	Διάλεξη	
	Προεδρείο: **Ι. Κυριαζής** Η διαχρονική αξία της Μετφορμίνης με νέα πολύπλευρα οφέλη - **Ι. Ιωαννίδης**	
22.00	**Δείπνο**	

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 4/9/2020

Αίθουσα Α'

08.15 - 08.45 Προφορικές Ανακοινώσεις

Προεδρείο: **Κ. Γεωργούση - Π. Στουγιάννος**

ΠΑ03 Ο ΛΟΓΟΣ ΟΥΔΕΤΕΡΟΦΙΛΩΝ ΠΡΟΣ ΛΕΥΜΦΟΚΥΤΤΑΡΑ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΜΙΚΡΟΑΛΒΟΥΜΙΝΟΥΡΙΑ ΣΕ ΜΗ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΗ

Σταμάτης Σ. Παπαδάτος[1], Σταμάτης Καρακατσάνης[2], Ειρήνη Μπουρδάκη[3], Γεωργία Φίλη[4], Αδαμάντιος Μπουρδάκης[5]

[1] Γ΄ Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»
[2] Αιματολογικό Τμήμα Γ' Παθολογικής Κλινικής ΕΚΠΑ, ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»
[3] 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας
[4] ΤΕΠ Παθολογικό Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων
[5] Διαβητολογικό Ιατρείο - Ιατρείο Λιπιδίων - Παχυσαρκίας Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

ΠΑ05 ***1ο ΒΡΑΒΕΙΟ ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ***

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ ΠΡΙΝ, ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΑΜΕΣΩΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΟΥ COVID-19

Χρήστος Κούρεκ[1,2], Χαράλαμπος Πανοτόπουλος[1], Ελευθέριος Καρατζάνος[2], Ιωάννης Τσόρλαλης[1], Διονύσιος Σβορώνος[1], Βασίλειος Καραμπέτσος[1], Μαρίνα Τζανή[1], Γεώργιος Γκάργκουλας[1], Νικόλαος Λιονάκης[1], Εμμανουήλ Μάκαρης[1], Σταυρούλα Κοσμοπούλου[1], Γεώργιος Κουδούνης[1]

[1] Καρδιολογική Κλινική και Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας, Καλαμάτα, Ελλάδα
[2] Εργαστήριο Κλινικής Εργοσπιρομετρίας, Άσκησης & Αποκατάστασης, Γ.Ν.Α. «Ευαγγελισμός», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα

ΠΑ06 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΡΩΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΔ2

Ιωάννης Κουτσονάσιος[1], Γεωργια Φίλη[2], Νίνα Νίκα[3], Βικτώρια Κατσούρη[4], Αδαμάντιος Μπουρδάκης[5]

[1]Κεντρο Υγείας Πύλης, Τρίκαλα, [2] Κεντρο Υγείας Δελβινακίου, Ιωάννινα
[3] Κέντρο Υγείας Μετσόβου, Ιωάννινα, [4] Ιδιώτης Γενική Γιατρός Καρδίτσα
[5] Διαβητολογικό Ιατρείο Γ.Ν. Τρικάλων

08.45 - 09.30 **Στρογγυλό Τραπέζι - Βραχείες Θεματικές Διαλέξεις: Η σύγχρονη απεικόνιση στις καρδιαγγειακές παθήσεις**

Προεδρείο: **Α. Πιτταράς - Χ. Μαλτέζος**
Νεότερες εξελίξεις της πυρηνικής ιατρικής στα καρδιαγγειακά νοσήματα - **Β. Πρασόπουλος**
Διερεύνηση περιφερικών αγγείων με αξονική και μαγνητική αγγειογραφία - **Ρ. Ευθυμιάδου**

09.30 - 09.50 **Βραχεία Διάλεξη**

Προεδρείο: **Π. Χαλβατσιώτης**
Θρόμβωση και αγγειακή φλεγμονή στον διαβήτη: Βασικοί μηχανισμοί και ενδεχόμενοι θεραπευτικοί στόχοι - **Α. Μπουρδάκης**

09.50 - 10.15 **Θεματική Διάλεξη Ειδικού**

Προεδρείο: **Ε. Χατζηαγγελάκη**
HbA1c: Αποτελεί ασφαλή & ευαίσθητο δείκτη γλυκαιμικής ρύθμισης; - **Γ. Καϊάφα**

10.15 - 10.45 **Διάλεξη**

Προεδρείο: **Χ. Γράσσος**
Ολιστική προσέγγιση, πρόληψη, ρύθμιση και αυτοδιαχείριση Αρτηριακής Υπέρτασης & Σακχαρώδους Διαβήτου εφαρμόζοντας τα Ευρωπαϊκά μοντέλα των QRC tools για Χρόνια Νοσήματα: Η εμπειρία από το Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα Joint Action CHRODIS Plus - **Χ. Σαββόπουλος**

10.45 - 11.15 **Θεματική Διάλεξη**

Προεδρείο: **Χ. Σαββόπουλος**
Προθανάτια διλήμματα σε ασθενείς τελικού σταδίου: θεωρία και πράξη - **Σ. Ευσταθίου**

11.15 - 11.45 **Δορυφορική Διάλεξη NOVO NORDISK** σελ. 23

11.45 - 12.00 **Διάλειμμα - E-poster**

Προεδρείο: **Κ. Κοροβέσης - Α. Μπουρδάκης**

AA04 ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΝΕΥΡΕΣΗΣ ΘΕΤΙΚΩΝ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΕΝΑΝΤΙ ΗΠΑΡΙΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΑΡΙΘΜΟ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ

Όλγα Έλληνα, Παναγιώτης Κίκιλης, Γεώργιος Τσερκέζης, Χριστόφορος Παρίσης
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γ.Ν.Ν. Ιωνίας Κωνσταντοπούλειο - Πατησίων

AA05 ***ΕΠΑΙΝΟΣ 2ης ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ***

ΕΠΙΚΡΑΤΗΣΗ ΥΠΟΣΙΤΙΣΜΟΥ ΣΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Μόνου Μαρία Ιωάννα[1], Τσαγκάρη Αμαλία[2], Ρίσβας Γρηγόρης[3], Δάλδας Ιωάννης[4], Σιβετίδου Σοφία[5], Κοτρώνη Αικατερίνη[6], Κυριαζής Ιωάννης[7]
[1,3] Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας, Aegean College, Αθήνα
[2,4,5,6,7] Γενικό νοσοκομείο Αττικής, ΚΑΤ

AA06 ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΓΕΥΜΑΤΙΚΗΣ ΒΙΟΔΡΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΛΕΙΦΟΜΕΝΟΥ ΤΥΡΙΟΥ ΕΝΙΣΧΥΜΕΝΟΥ ΜΕ ΤΣΑΙ ΤΟΥ ΒΟΥΝΟΥ ΚΑΙ ΦΛΟΥΔΕΣ ΠΟΤΡΟΚΑΛΙΟΥ ΣΕ ΥΓΙΕΙΣ ΕΘΕΛΟΝΤΕΣ

Όλγα Παπαγιάννη[1], Θωμάς Λούκας[2], Αθανάσιος Μαγκούτης[2], Θεοδώρα Μπιάγκη[1], Χαραλαμπία Δήμου[1], Χαράλαμπος Καραντώνης[2], Αντώνιος Κουτελιδάκης[1*]
[1] Εργαστήριο Διατροφής του Ανθρώπου, Τμήμα Επιστήμης Τροφίμων και Διατροφής, Πανεπιστήμιο Αιγαίου, Μύρινα Λήμνου
[2] Εξωτερικό Ιατρείο Μύρινας Λήμνου
[3] Εργαστήριο Χημείας και Ανάλυσης Τροφίμων, Τμήμα Επιστήμης Τροφίμων και Διατροφής, Πανεπιστήμιο Αιγαίου, Μύρινα Λήμνου

12.00 - 12.30 **Θεματική Διάλεξη Ειδικού**

Προεδρείο: **Π. Χαλβατσιώτης**
Διαβητικό πόδι στα πρόθυρα ακρωτηριασμού. Η διορατικότητα στην αγγειακή παρέμβαση - **Χ. Μαλτέζος**

12.30 - 13.00 **Διάλεξη**

Προεδρείο: **Σ. Ευσταθίου**
Αρχές συνολικής αξιολόγησης και διαχείρισης καρδιαγγειακού κινδύνου - **Α. Κουτσοβασίλης**

13.00 -13.30 **Δορυφορική Διάλεξη ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ - ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε.** σελ. 23

13.30 - 14.00 Δορυφορική Διάλεξη ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ - ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε. σελ. 23

14.00 - 17.00 **Γεύμα - Ελεύθερος χρόνος**

17.00 - 17.30 Προφορικές Ανακοινώσεις

Προεδρείο: **Α. Κουτσοβασίλης - Β. Γιακίμοβα-Πολύζου**

ΠΑ07 ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΝΟΣ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΤΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

Ιωάννης Καχριμανίδης[1], Μιχαήλ Κρικέλης[2], Εμμανουήλ Καλαφάτης[3], Κλεοπάτρα Σουβατζή[3], Κωνσταντίνος Πολύζος[3], Ιωάννης Κυριαζής[4], Γεώργιος Ντουνιάς[5]

[1] *Ειδικευόμενος Ιατρός Παθολογική Κλινική ΓΝΑ ΚΑΤ*
[2] *Ειδικευόμενος Ιατρός Ρευματολογική Κλινική ΓΝΑ ΚΑΤ*
[3] *Επιμελητής Παθολόγος Παθολογική Κλινική ΓΝΑ ΚΑΤ*
[4] *Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής & Διαβητολογικού Ιατρείο ΓΝΑ ΚΑΤ*
[5] *Καθηγητής Επαγγελματικής και Περιβαλλοντικής Υγείας - Ιατρική Εργασίας - Ιστορία της Δημόσιας Υγείας, Πρόεδρος Τμήματος Δημόσιας Υγείας Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής*

ΠΑ08 ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΩΝ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΩΝ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ, ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Ζωή Παφίλη[1], Σοφία Σαμάρα[2], Χαρίλαος Δημοσθενόπουλος[3], Όλγα Γκορτζή[2]

[1] *Τμήμα Διατροφής, Γενικό Νοσοκομείο Ο Ευαγγελισμός, Αθήνα, Ελλάδα*
[2] *Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ινστιτούτο Θεσσαλίας*, Καρδίτσας, Ελλάδα
[3] *Τμήμα Διατροφής, Γενικό Νοσοκομείο Λαϊκού, Αθήνα*

ΠΑ09 ***1ο ΒΡΑΒΕΙΟ ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ***

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΚΑΦΕΪΝΗΣ ΣΤΗΝ ΟΣΦΡΗΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ

Γεωργία Μαρία Χριστοπούλου[1], Ευστάθιος Σκουφάς[1]

[1] *Τμήμα Διαιτολογίας - Διατροφολογίας, Aegean College*

17.30 - 19.00 **Στρογγυλό Τραπέζι: Οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου: Σύγχρονη αντιμετώπιση και θεραπεία**

Προεδρείο: **Ν. Καυκάς - Ε. Πισιμίσης**
Βασικές γνώσεις για τον ιατρό της πρωτοβάθμιας μονάδας υγείας - **Ν. Παπακωνσταντίνου**
Θρομβόλυση: Έχει ακόμα θέση στην χώρα μας; - **Ν. Πατσουράκος**
Αγγειοπλαστική: Το χρονικό πλαίσιο της θεραπευτικής αντιμετώπισης - **Γ. Γαβριελάτος**

19.00 - 19.30 **Δορυφορική Διάλεξη BOEHRINGER INGELHEIM** σελ. 23

19.30 - 19.45 **Διάλειμμα- E-poster**

Προεδρείο: **Ν. Πατσουράκος - Σ. Λιάτης**

ΑΑ07 ***ΕΠΑΙΝΟΣ 1ης ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ***

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ COVID-19

Χρήστος Κούρεκ[1,2], Διονύσιος Σβορώνος[1], Ελευθέριος Καρατζάνος[2], Βασίλειος Καραμπέτσος[1], Χαράλαμπος Πανοτόπουλος[1], Ιωάννης Τσόρλαλης[1], Μαρίνα Τζανή[1], Γεώργιος Γκάργκουλας[1], Νικόλαος Λιονάκης[1], Εμμανουήλ Μάκαρης[1], Σταυρούλα Κοσμοπούλου[1], Γεώργιος Κουδούνης[1]

[1] *Καρδιολογική Κλινική και Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας, Καλαμάτα, Ελλάδα*
[2] *Εργαστήριο Κλινικής Εργοσπιρομετρίας, Άσκησης & Αποκατάστασης, Γ.Ν.Α. «Ευαγγελισμός», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα*

AA08 ΑΙΦΝΙΔΙΟΣ ΚΑΡΔΙΑΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Ελένη Σταματοπούλου[1], Δημήτριος Τσίλιας[2], Κωνσταντίνος Τσάμης[3], Αθανασία Σταματοπούλου[4], Δημήτριος Χανιώτης[5]

[1] *PhD(c), MSc Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λειτουργός Δημόσιας Υγείας, Εκπαιδευτικός, Νοσηλεύτρια Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, Member PCRS-UK*

[2] *Νοσηλευτής, MSc Κλινική Παιδιατρική & Νοσηλευτική - Έρευνα, Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών Π. & Α. Κυριακού*

[3] *Καρδιολόγος Επικουρικός Επιμελητής Β΄ Γενικό Αντικαρκινικό και Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών Άγιος Σάββας*

[4] *Ph.D.(c) Οικονομολόγος, MSc International Human Recourse Management, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας ΠΑ.Δ.Α. & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Εκπαιδευτικός, Ακαδημαϊκή Υπότροφος Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής*

[5] *MD, PhD, FESC, Πρόεδρος, Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών, Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής (ΠΑΔΑ)*

AA09 ***ΕΠΑΙΝΟΣ 1ης ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ***

ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ COENZYME Q10 (CoQ10)

Μαρία Γ. Κυριακίδου[1], Ελένη Π. Ανδρέου-Γεωργάκη[2], Νίκος Αγγελίδης[3]

[1] *Κλινική Διαιτολόγος, Cand. PhD Nutrition & Dietetics στο Πανεπιστήμιο Λευκωσίας (Κύπρο)*

[2] *Δρ. Κλινική Διαιτολόγος, Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Λευκωσίας, Συντονιστής Διατροφής / Διαιτολογίας Πανεπιστήμιο Λευκωσίας / Intercollege, Πρόεδρος CyDNA (Σύνδεσμος Διαιτολογίας και Διατροφής Κύπρου), Πρόεδρος CyFSTD (Συμβούλιο Εγγραφής Κύπρου για Επιστήμονες Τροφίμων, Τεχνολόγους και Διαιτολόγους), Πρόεδρος CySPEN (Κυπριακή Εταιρεία Παρεντερική, Εντερική Διατροφή), Πρόεδρος MAZI (Ινστιτούτο Διατροφικών Διαταραχών και Παχυσαρκίας), Εκπρόσωπος EFAD / ICDA CY*

[3] *Δρ. Χειρουργός Καρδιάς κι Αγγείων, Αντιπρόεδρος της Διεθνούς Εταιρείας και Ένωσης Αγγειολογίας - Αγγειοχειρουργικής*

19.45 - 20.15 Δορυφορική Διάλεξη MENARINI σελ. 23

20.15 - 20.45	Διάλεξη «Γαληνός»
	Προεδρείο: **Χ. Δημοσθενόπουλος** Δείκτες υγείας και συχνότητα παραγόντων κινδύνου στον ελληνικό πληθυσμό - **Α. Τριχοπούλου**
20.45 - 21.30	Διακεκριμένη Διάλεξη
	Προεδρείο: **Μ. Ελισάφ** Σακχαρώδης Διαβήτης 21ος Αιώνας: Πάγια ανάγκη για πολυπαραγοντική και διεπιστημονική προσέγγιση - **Σ. Παππάς**
21.30 - 22.00	Δορυφορική Διάλεξη WINMEDICA σελ. 23
22.00	**Δείπνο**

ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΟ ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 4/09/2020

Αίθουσα Β'

14.30 - 16.00	Clinical Lunch with ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ - ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε. σελ. 24

ΣΑΒΒΑΤΟ 5/9/2020

Αίθουσα Α'

08.15 - 09.00 **Προφορικές Ανακοινώσεις**

Προεδρείο: **Χ. Μέλλος - Ν. Παπακωνσταντίνου**

ΠΑ10 ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΙ Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΤΟΝ ΒΑΘΜΟ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ ΣΤΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Θεοδώρα Λάππα[1], Αμαλία Τσαγκάρη[1], Κλεοπάτρα Σουβατζή[2], Εμμανουήλ Καλαφάτης[2], Παναγιώτης Γεωργακόπουλος[2], Κωνσταντίνα Κυρέ[2], Ιωάννης Καχριμανίδης[2], Ελένη Μαντά[2], Σοφία Ρέλλου[2], Ιωάννης Κυριαζής[3]

[1] Τμήμα Κλινικής Διατροφής, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΚΑΤ
[2] Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΚΑΤ
[3] Διαβητολογικό Ιατρείο και Ιατρείο Παχυσαρκίας, Γενικό Νοσοκομείου Αττικής ΚΑΤ

ΠΑ11 ***1ο ΒΡΑΒΕΙΟ ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ***

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΛΕΙΣΤΟΥ ΚΥΚΛΩΜΑΤΟΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1

Αναστάσιος Κουτσοβασίλης, Δήμητρα Ραγία, Μαρία Μπουρίκου, Βασίλειος Κορδίνας, Αλέξης Σωτηρόπουλος

Γ' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. Νίκαιας - Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΠΑ12 ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΙ Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΡΟΠΟΥ ΖΩΗΣ

Θεοδώρα Λάππα[1], Αμαλία Τσαγκάρη[1], Κλεονίκη Γεωργούση[2], Κλεοπάτρα Σουβατζή[2], Εμμανουήλ Καλαφάτης[2], Κωνσταντίνος Πολύζος[2], Παναγιώτης Γεωργακόπουλος[2], Αλέξανδρος Τσαντούλας[2], Μαρία Τζάκη[2], Ιωάννης Κλαδούρης[2], Κατερίνα Τσαούτου[2], Ιωάννης Κυριαζής[3]

[1] Τμήμα Κλινικής Διατροφής, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΚΑΤ
[2] Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΚΑΤ
[3] Διαβητολογικό Ιατρείο και Ιατρείο Παχυσαρκίας, Γενικό Νοσοκομείου Αττικής ΚΑΤ

ΠΑ13 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΙΘΑΝΗΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΟΣΦΡΗΤΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ MED DIET SCORE ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΥΘΗΣΜΟ

Κωνσταντίνος Παρασκευάς[1], Μαρία Γεωργία Χριστοπούλου[1], Ευστάθιος Σκουφάς[1]
[1] *Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας, Aegean College, Αθήνα*

09.00 - 09.45 **Στρογγυλό Τραπέζι: Διατροφή και τρόπος Ζωής**

Προεδρείο: **Χ. Δημοσθενόπουλος - Α. Μπουρδάκης**
Διατροφική διαχείριση του Διαβήτη τύπου 2: τι νεότερο υπάρχει; - **Ζ. Παφίλη**
Εντερικό μικροβίωμα και καρδιαγγειακός κίνδυνος - **Α. Καστή**

09.45 - 10.15 **Διάλεξη**

Προεδρείο: **Α. Αλαβέρας**
Αντιαιμοπεταλιακά και αντιπηκτικά μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου: Τι γνωρίζουμε και τι περιμένουμε να μάθουμε - **Π. Στουγιάννος**

10.15 - 10.45 **Διάλεξη Φιλοξενούμενης Ιατρικής Εταιρείας: Εταιρεία Παθολογίας Ελλάδος**

Προεδρείο: **Ι. Κυριαζής**
Τρέχουσες θεραπευτικές προσεγγίσεις στην COVID-19 - **Χ. Γώγος**

10.45 - 11.15 **Διάλεξη**

Προεδρείο: **Γ. Κουδούνης**
Εξελίξεις στη φαρμακευτική θεραπεία της καρδιακής ανεπάρκειας - **Κ. Τσιούφης**

11.15 - 11.45 **Διακεκριμένη Διάλεξη**

Προεδρείο: **Δ. Κιόρτσης**
Τροποποιήσεις υπολιπιδαιμικής θεραπείας σε απάντηση κακώς ελεγχόμενης δυσλιπιδαιμίας σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη: στόχοι και συστάσεις (κλινικά παραδείγματα) - **Μ. Ελισάφ**

11.45 - 12.00 **Διάλειμμα - E-poster**

Προεδρείο: **Α. Αλαβέρας - Α. Πιτταράς**

ΑΑ10 ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΠΑΡΑΛΛΑΓΗ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΥΠΟΚΛΕΙΔΙΟΥ ΦΛΕΒΑΣ ΜΕ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ «ΚΑΡΔΙΑΚΟΥ ΕΠΙΦΛΕΒΟΥ»

Βασιλική Αποστολάκη, Παναγιώτης Τόλιος, Αθανάσιος Πασχάλης, Παύλος Στουγιάννος, Αθανάσιος Τρίκας
Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν.Α «Η Ελπίς»

ΑΑ11 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΕΞΑΜΗΝΟ ΤΟΥ 2020

Χρήστος Κούρεκ[1,2], Ιωάννης Τσόρλαλης[1], Διονύσιος Σβορώνος[1], Βασίλειος Καραμπέτσος[1], Χαράλαμπος Πανοτόπουλος[1], Μαρίνα Τζανή[1], Γεώργιος Γκάργκουλας[1], Νικόλαος Λιονάκης[1], Εμμανουήλ Μάκαρης[1], Σταυρούλα Κοσμοπούλου[1], Γεώργιος Κουδούνης[1]
[1] *Καρδιολογική Κλινική και Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας, Καλαμάτα, Ελλάδα*
[2] *Εργαστήριο Κλινικής Εργοσπιρομετρίας, Άσκησης & Αποκατάστασης, Γ.Ν.Α. «Ευαγγελισμός», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα*

12.00 - 13.00 **Στρογγυλό Τραπέζι: Λιπίδια**

Προεδρείο: **Μ. Ελισάφ - Α. Τσελέπης**
Κριτική παρουσίαση των νέων οδηγιών για την αντιμετώπιση της δυσλιπιδαιμίας (2019 ESC/EAS) - **Δ. Κιόρτσης**
Σε ποιους μετριέται η Lp(a) και πως αντιμετωπίζουμε τα υψηλά της επίπεδα - **Β. Τσιμιχόδημος**

13.00 - 14.00 **Δορυφορικό Συμπόσιο SANOFI** σελ. 25

14.00 - 17.00 **Γεύμα - Ελεύθερος χρόνος**

17.00 - 17.30 **Προφορικές Ανακοινώσεις**

Προεδρείο: **Α. Αλαβέρας - Ν. Πατσουράκος**

ΠΑ14 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΝΤΟΥΛΑΓΛΟΥΤΙΔΗΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΥΠΟ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΛΙΡΑΓΛΟΥΤΙΔΗ

Αναστάσιος Κουτσοβασίλης, Αλέξης Σωτηρόπουλος, Μαρία Μπουρίκου, Αικατερίνη Καμπουρέλη, Σταύρος Μπούσμπουλας
Γ' Παθολογικό Τμήμα & Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. Νίκαιας - Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΠΑ15 ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΔ2 ΚΑΙ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΛΟΓΩ ΛΟΙΜΩΞΗΣ

Σταμάτης Σ. Παπαδάτος[1], Δημήτρης Πολύζος[1], Γεωργία Φιλη[2], Αδαμάντιος Μπουρδάκης[3]
[1] *Γ' Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ*
[2] *ΤΕΠ Παθολογικό Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων*
[3] *Β' Παθολογική κλινική και Διαβητολογικό Ιατρείο Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων*

ΠΑ16 ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΕΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΔΙΑΒΗΤΗ

Ιωάννης Κυριαζής[1], Ιωάννης Καχριμανίδης[2], Κλεοπάτρα Σουβατζή[2], Κωνσταντίνος Πολύζος[2], Εμμανουήλ Καλαφάτης[2], Παναγιώτης Γεωργακόπουλος[2], Αθανάσιος Δρόσος[2], Κωνσταντίνα Κυρέ[2], Μωυσής Λελέκης[2]
[1] *Διαβητολογικό Ιατρείο Ιατρείο Παχυσαρκίας, Γενικό Νοσοκομείου Αττικής ΚΑΤ*
[2] *Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΚΑΤ*

17.30 - 18.00 **Διάλεξη**

Προεδρείο: **Ν. Πατσουράκος**
Σύνδρομα αιφνιδίου καρδιακού θανάτου.
Τι πρέπει να προσέχουμε στο ΗΚΓ; - **Α. Πιτταράς**

18.00 - 18.30 **Θεματική Διάλεξη Ειδικού**

Προεδρείο: **Κ. Τσιούφης**
Νεφρική δυσλειτουργία στον καρδιολογικό ασθενή - **Ι. Μπολέτης**

18.30 - 19.30 **Δορυφορικό Συμπόσιο ASTRAZENECA** σελ. 25

19.30 - 20.00 **Δορυφορική Διάλεξη MSD & BIANEX** σελ. 25

20.00 - 20.15 **Διάλειμμα - E-poster**

Προεδρείο: **Π. Στουγιάννος - Κ. Σουβατζή**

ΑΑ12 ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ - ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ 2

Μαρία Χανιά[1], Χριστίνα Φλώρου[1], Δημήτρης Μαυρίδης[2]

[1] Γενικό Νοσοκομείο Λακωνίας Ν.Μ. Σπάρτης
[2] Aegean College Coventry University

ΑΑ13 ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΤΗΝ COVID-19 ΚΑΡΑΝΤΙΝΑΣ ΣΤΟ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Ουρανία Ψωμά[1], Ελευθερία Παπαχριστοφόρου[2], Αικατερίνη Κουντούρη[3], Κωνσταντίνος Μπαλαμπάνης[3], Αθηνά Στεργίου[3], Βαΐα Λαμπαδιάρη[3], Σταύρος Λιάτης[2], Βασίλης Τσιμιχόδημος[1]

[1] Τομέας Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
[2] Πρώτη Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
[3] Β' Παθολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

20.15 - 21.15 **Στρογγυλό Τραπέζι: Σακχαρώδης Διαβήτης**

Προεδρείο: **Α. Σωτηρόπουλος - Β. Τσιμιχόδημος**
Ασθενής με ΣΔ τύπου 2 μετά από έμφραγμα: SGLT2i ή GLP-1 RA; Πόσο εύκολη είναι τελικά η επιλογή; - **Ι. Ιωαννίδης**
Νέοι στόχοι γλυκαιμικής ρύθμισης στον ΣΔτ1 (TIR). Πόσο χρήσιμοι και τεκμηριωμένοι είναι; - **Σ. Λιάτης**

21.15 - 21.45 **Διάλεξη Λήξης**

Προεδρείο: **Ι. Κυριαζής**
Αθηροσκλήρωση: Είναι ένα φλεγμονώδες νόσημα; - **Α. Τσελέπης**

21.45 - 22.00 **Ανασκόπηση Συνεδρίου, Σχολιασμοί, Ευχαριστίες - Ι. Κυριαζής**

22.00 **Δείπνο**

ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΕΣ/ΚΑ ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ - ΣΥΜΠΟΣΙΑ - ΚΛΙΝΙΚΑ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΑ

ΠΕΜΠΤΗ 3/9/2020

Αίθουσα Α'

19.30 - 20.00 **Δορυφορική Διάλεξη ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ - ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε.**

Πιταβαστατίνη σε ασθενείς με δυσλιπιδαιμία και αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΣΔτ2. Διαφορετική επιλογή;
Προεδρείο: **Α. Σωτηρόπουλος**
Ομιλητής: **Κ. Μπαλαμπάνης**

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 4/9/2020

Αίθουσα Α'

11.15 - 11.45 **Δορυφορική Διάλεξη NOVO NORDISK**

Προεδρείο: **Ε. Χατζηαγγελλάκη**
Κλινικά οφέλη κατά την εντατικοποίηση της θεραπείας του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 με τη χρήση IdegLira - **Α. Κουτσοβασίλης**

13.00 -13.30 **Δορυφορική Διάλεξη ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ - ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε.**

Ενέσιμες αγωγές στο ΣΔτ2.Ο ασθενής στο επίκεντρο της επιλογής της κατάλληλης αγωγής
Προεδρείο: **Ε. Χατζηαγγελάκη**
Ομιλητής: **Ι. Ιωαννίδης**

13.30 - 14.00 **Δορυφορική Διάλεξη ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ - ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε.**

Ρινική γλυκαγόνη: Η διαχείριση της σοβαρής υπογλυκαιμίας με απλό και εύκολο τρόπο
Προεδρείο: **Ε. Χατζηαγγελάκη**
Ομιλητής: **Σ. Λιάτης**

19.00 - 19.30 **Δορυφορική Διάλεξη BOEHRINGER INGELHEIM**

Προεδρείο: **Ι. Κυριαζής**
Η νέα εποχή στην αντιμετώπιση των ατόμων με διαβήτη τύπου 2. Από τη μείωση της γλυκοζυλιωμένης, στη μείωση της καρδιαγγειακής θνησιμότητας με όχημα τις καρδιονεφρικές επιδράσεις της εμπαγλιφλοζίνης. - **Ε. Χατζηαγγελάκη**

19.45 - 20.15 **Δορυφορική Διάλεξη MENARINI**

Προεδρείο: **Ι. Κυριαζής**
Σταθερή Στεφανιαία Νόσος σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη. Το διπλό δίλημμα: η αναγνώριση του ασθενούς και η θεραπεία του. Πως αρχίζουμε, που τελειώνουμε, τι θεραπεύουμε - **Α. Πιτταράς**

21.30 - 22.00 **Δορυφορική Διάλεξη WINMEDICA**

Προεδρείο: **Σ. Παππάς**
Μετφορμίνη παρατεταμένης αποδέσμευσης. Η εξέλιξη ενός διαχρονικού φαρμάκου και η θέση του στην καθημερινή κλινική πρακτική - **Α. Σωτηρόπουλος**

ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΟ ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 4/9/2020

Αίθουσα Α'

14.30 - 16.00 **Clinical Lunch with ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ - ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε.**

Νέες έννοιες στην ινσουλινοθεραπεία και η εφαρμογή τους στην κλινική πράξη μέσω κλινικών περιστατικών
Βασική Ινσουλίνη: η αξία της γλυκαιμικής διακύμανσης
Βασική Ινσουλίνη & GLP-1: η αξία της προσθήκης ταχείας δράσης ινσουλίνης
Basalbolus: η αξίας της HbA1c & του Time-in-Range σεδιαφορετικούς πληθυσμούς
Προεδρείο: **Ι. Κυριαζής**
Ομιλητές: **Ι. Ντούπης, Α. Κουτσοβασίλης**

ΣΑΒΒΑΤΟ 5/9/2020

Αίθουσα Α'

13.00 - 14.00 **Δορυφορικό Συμπόσιο SANOFI**

Ο ρόλος της ινσουλίνης glargine 300U/mL στη διαχείριση των ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη
Προεδρείο: **Α. Σωτηρόπουλος**
Ινσουλίνη glargine 300U/mL στην κλινική πράξη - **Σ. Λιάτης**
Έναρξη και εντατικοποίηση θεραπείας με βασική ινσουλίνη: φόβοι και αναστολές - **Α. Σωτηρόπουλος**

18.30 - 19.30 **Δορυφορικό Συμπόσιο ASTRAZENECA**

Αντιμετωπίζοντας το Καρδιο-Νεφρο-Μεταβολικό φάσμα, από την αρχή μέχρι το τέλος
Προεδρείο: **Π. Χαλβατσιώτης**
DECLARE, περιγράφοντας τον καθημερινό διαβητικό ασθενή- **Ι. Κυριαζής**
Καινοτόμες εξελίξεις στο ΣΔτ2, από την DECLARE στην DAPA-HF - **Α. Παπαζαφειροπούλου**

19.30 - 20.00 **Δορυφορική Διάλεξη MSD & BIANEX**

Νεότερα Δεδομένα στη θεραπεία του Διαβήτη - Διεθνείς Κατευθυντήριες Οδηγίες
Προεδρείο: **Ι. Ιωαννίδης**
Η ανάγκη διατήρησης γλυκαιμικού ελέγχου σε διαβητικούς ασθενείς με επηρεασμένη νεφρική λειτουργία - **Α. Ράπτης**

ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

ΑΛΑΒΕΡΑΣ ΑΝΤΩΝΙΟΣ	Παθολόγος, τ. Διευθυντής Παθολογίας, Α' Παθολογικής Κλινικής, Κοργιαλένειο Μπένάκειο Γ.Ν.Α. Ε.Ε.Σ.
ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ ΝΙΚΟΛΕΤΤΑ	Παθολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Καλαμάτας
ΓΑΒΡΙΕΛΑΤΟΣ ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ	Επεμβατικός Καρδιολόγος, Επιμελητής Α', Γ.Ν.Π. «ΤΖΑΝΕΙΟ»
ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ ΚΛΕΟΝΙΚΗ	MD, PhD, Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Επιμελήτρια Α' Παθολογικής Κλινικής Υπεύθυνη Ιατρείου Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»
ΓΙΑΚΙΜΟΒΑ - ΠΟΛΥΖΟΥ ΒΕΣΕΛΑ	Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός, Επιμελήτρια Α', Κέντρο Υγείας Πύλης Τρικάλων, Μέλος Διοικητικού Συμβουλίου «ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ»
ΓΡΑΣΣΟΣ ΧΑΡΗΣ	MD, FESC, PhD, EHS, Διευθυντής Καρδιολόγος Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ», Υπεύθυνος τμήματος Προληπτικής Καρδιολογίας, Adjunct Professor of Medicine - European University of Cyprus
ΓΩΓΟΣ Α. ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ	Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Καθηγητής και Διευθυντής, Παθολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Πατρών, Μέλος Επιτροπής Ειδικών για COVID-19
ΔΗΜΟΣΘΕΝΟΠΟΥΛΟΣ ΧΑΡΗΣ	MMedSci, PhDc, Κλινικός Διαιτολόγος - Βιολόγος, Προϊστάμενος Διαιτολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ», Μέλος Δ.Σ. Ε.Δ.Ε. & Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν.
ΕΛΙΣΑΦ ΜΩΥΣΗΣ	Καθηγητής Παθολογίας, Τμήματος Ιατρικής Σχολής Επιστημών Υγείας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
ΕΥΘΥΜΙΑΔΟΥ ΡΩΞΑΝΗ	Ακτινολόγος, Διευθύντρια Τμήματος PET - CT & Αναπληρώτρια Διευθύντρια Τμήματος CT&MRI, Διαγνωστικό & Θεραπευτικό Κέντρο «ΥΓΕΙΑ»
ΕΥΣΤΑΘΙΟΥ ΣΤΑΜΑΤΗΣ	MD, MSc, PhD, Ειδικός Παθολόγος, Επιμελητής Α', Κέντρο Πρόληψης Καρδιοαγγειακών Νόσων, «ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΛΑΘΡΟΝ», Αθήνα
ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ	Δρ. Παθολόγος με εξειδίκευση στον Διαβήτη, Διευθυντής Α' Παθολογικής Κλινικής και Υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου, Κωνσταντοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας - Πατησίων

ΚΑΙΦΑ ΓΕΩΡΓΙΑ	Επίκουρη Καθηγήτρια Αιματολογίας Α.Π.Θ., Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
ΚΑΣΤΗ ΑΡΕΖΙΝΑ	MSc, PhDc, Διαιτολόγος, Προϊσταμένη Τμ. Κλινικής Διατροφής, Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ»
ΚΑΥΚΑΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ	Δρ., FESC, Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»
ΚΙΟΡΤΣΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ	Ενδοκρινολόγος Διαβητολόγος, Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
ΚΟΡΟΒΕΣΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ	Ειδικός Παθολογος με Εξειδίκευση στις Λοιμώξεις, Διευθυντής ΕΣΥ, Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο Κορίνθου
ΚΟΥΔΟΥΝΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Μεσσηνίας
ΚΟΥΤΣΟΒΑΣΙΛΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ	DR., MD, MSc, PhD, Επιμελητής Α', Παθολόγος - Διαβητολόγος Γ' Παθολογικού Τμήματος & Διαβητολογικού Κέντρου, Υπεύθυνος Ιατρείου Λιπιδίων, Γ.Ν. Νίκαιας - Πειραιά «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»
ΚΥΡΙΑΖΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ	MD, PhD, FNSCOPE, Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής & Επιστ. Υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου και Ιατρείου Παχυσαρκίας Γ.Ν. Αττικής «Κ.Α.Τ.», Πρόεδρος Δ.Σ. Εταιρείας Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου για Αγγειακά Νοσήματα (Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν.)
ΛΑΜΠΡΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑ	Παιδίατρος, Κέντρο Φυσικής και Ιατρικής Αποκατάστασης (ΚΕΦΙΑΠ) Σάμου, Επιστημονικά υπεύθυνη στην Παιδιατρική Κλινική Γ.Ν. Σάμου
ΛΙΑΤΗΣ ΣΤΑΥΡΟΣ	Δρ. Παθολόγος με εξειδίκευση στο Διαβήτη, Επιμελητής Α' ΕΣΥ, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ»
ΜΑΛΤΕΖΟΣ ΧΡΥΣΟΣΤΟΜΟΣ	Συντονιστής Διευθυντής Αγγειοχειρουργικής Κλινικής Γ.Ν.Α «ΚΑΤ», Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»
ΜΕΛΛΟΣ ΧΡΥΣΟΒΑΛΑΝΤΗΣ	MSc, Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός, Επιμ. Α' ΤΕΠ Γ.Ν. Κορίνθου, Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου Κορινθίας

ΜΠΑΛΑΜΠΑΝΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ	MD, PhD, Ειδικός Παθολόγος, Ακαδημαϊκός Υπότροφος Παθολογίας - Σακχαρώδους Διαβήτη, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»
ΜΠΟΛΕΤΗΣ Ν. ΙΩΑΝΝΗΣ	Καθηγητής Παθολογίας - Νεφρολογίας, Ιατρική Σχολή, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Διευθυντής, Κλινικής Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης Νεφρού, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΛΑΪΚΟ»
ΜΠΟΥΡΔΑΚΗΣ ΑΔΑΜΑΝΤΙΟΣ	Δρ Ειδικός Παθολόγος με εκπαίδευση στο Διαβήτη στις παθήσεις Λιπιδίων και Παχυσαρκίας, Διευθυντής ΕΣΥ Β' Παθολογικής Κλινικής, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου & Ιατρείου Λιπιδίων και Παχυσαρκίας, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων
ΝΤΟΥΠΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ	Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθυντής Ναυτικού Νοσοκομείου Σαλαμίνας και Υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου Συντονίστρια Διευθύντρια Γ΄ Παθολογικής κλινικής Γ.Ν.Α. «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»,
ΠΑΠΑΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΥ ΑΘΑΝΑΣΙΑ	Παθολόγος με εξειδίκευση στο Διαβήτη, PhD, MSc στη Βιοστατιστική, Επιμελήτρια Α', Α' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Ν. Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»
ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΣ	Καρδιολόγος, Γ.Ν.Π. «ΤΖΑΝΕΙΟ»
ΠΑΠΠΑΣ ΣΤΑΥΡΟΣ	Παθολόγος - Διαβητολόγος, Πρόεδρος Ινστιτούτου Μελέτης Έρευνας και Εκπαίδευσης για το Σακχαρώδη Διαβήτη και τα Μεταβολικά Νοσήματα, Αντιπρόεδρος Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας
ΠΑΤΣΟΥΡΑΚΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ	Επεμβατικός Καρδιολόγος, Επιμελητής Καρδιολογικού τμήματος, Γ.Ν.Π. «ΤΖΑΝΝΕΙΟ»
ΠΑΦΙΛΗ ΖΩΗ	RD, PhD, Διαιτολογος - Διατροφολόγος, Τμήμα Διατροφής, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

ΠΙΣΙΜΙΣΗΣ ΕΥΕΑΓΓΕΛΟΣ	Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν.Π. «ΤΖΑΝΕΙΟ»
ΠΙΤΤΑΡΑΣ ΑΝΔΡΕΑΣ	Καρδιολόγος, Ειδικός Υπερτασιολόγος, Ass. Prof. George Washington University, Washington DC USA
ΠΡΑΣΟΠΟΥΛΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ	MD, Πυρηνικός Ιατρός, Διευθυντής Τμημάτων Πυρηνικής Ιατρικής & PET - CT, Νοσοκομείο «ΥΓΕΙΑ» & «ΜΗΤΕΡΑ»
ΡΑΠΤΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ	Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας - Σακχαρώδη Διαβήτη, Β' Προπ. Παθολογική Κλινική Μονάδα Έρευνας & Διαβητολογικό Κέντρο Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν.Α. «ΑΤΤΙΚΟΝ»
ΣΑΒΒΟΠΟΥΛΟΣ ΧΡΗΣΤΟΣ	Καθηγητής Παθολογίας Α.Π.Θ., Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ & Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας (Stroke Unit), Κέντρο Αριστείας Υπέρτασης (Excellence Center of Hypertension), Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
ΣΟΥΒΑΤΖΗ ΚΛΕΟΠΑΤΡΑ	Επιμελήτρια Α', Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ
ΣΤΟΥΓΙΑΝΝΟΣ ΠΑΥΛΟΣ	Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Η ΕΛΠΙΣ»
ΣΩΤΗΡΟΠΟΥΛΟΣ ΑΛΕΞΙΟΣ	MD. PhD, Διευθυντής ΕΣΥ, Παθολόγος - Διαβητολόγος & Γενικός Ιατρός Γ' Παθολογικού Τμήματος & Διαβητολογικού Κέντρου Γ.Ν. Νίκαιας - Πειραιά
ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΤΩΝΙΑ	Πρόεδρος Ελληνικού Ιδρύματος Υγείας
ΤΣΕΛΕΠΗΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ	Καθηγητής Κλινικής Βιοχημείας, Διευθυντής του Ερευνητικού Κέντρου Αθηροθρόμβωσης του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
ΤΣΙΜΙΧΟΔΗΜΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ	Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
ΤΣΙΟΥΦΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ	Καθηγητής - Διευθυντής Α' Καρδιολογικής Κλινικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
ΧΑΛΒΑΤΣΙΩΤΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ	Επ. Καθηγητής Παθολογίας, Προπ. Παθολογική Κλνική - Μονάδα Έρευνας Πανεπιστημίου Αθηνών, Διαβητολογικό Κέντρο, ΠΓΝΑ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
ΧΑΤΖΗΑΓΓΕΛΑΚΗ ΕΡΥΦΙΛΗ	Καθηγήτρια Παθολογίας - Μεταβολικών Νοσημάτων, Β' Προπ. Παθολογική Κλινική, Μονάδα Έρευνας & Διαβητολογικό Κέντρο Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν.Α. «ΑΤΤΙΚΟΝ»

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΤΟΠΟΣ & ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΕΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Το Συνέδριο θα διεξαχθεί από 3 έως και 5 Σεπτεμβρίου 2020 στο Ξενοδοχείο Elite City Resort στην Καλαμάτα (οδός Ναυαρίνου 2, 24100 Καλαμάτα, T. +30 27210 22434, F. +30 27210 84369, W. www.elite.com.gr)

ΕΚΘΕΣΗ

Καθ' όλη τη διάρκεια του Συνεδρίου θα λειτουργεί έκθεση φαρμακευτικών προϊόντων και υπηρεσιών.

ΜΟΡΙΟΔΟΤΗΣΗ

Χορηγούνται 21 μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME - CPD Credits) από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο (Π.Ι.Σ.).

ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Α. Το δικαίωμα συμμετοχής έχει ορισθεί ως εξής:

Ιατροί ειδικευμένοι	**200,00 €**
Ιατροί ειδικευόμενοι	**100,00 €**
Λοιπά επαγγέλματα υγείας	**50,00 €**
Φοιτητές*	**ΔΩΡΕΑΝ**

**Είναι απαραίτητο να προσκομίζουν κατάλληλο έγγραφο από το εκπαιδευτικό ίδρυμα στο οποίο φοιτούν που θα βεβαιώνει την ιδιότητά τους.*

Β. Για σύνεδρο που ανήκει στον **Ιατρικό Σύλλογο Μεσσηνίας** (απαραίτητη η επίδειξη της ταυτότητας του Ι.Σ. Μεσσηνίας) το κόστος συμμετοχής **είναι μειωμένο κατά 50%.**

Το Δικαίωμα Συμμετοχής περιλαμβάνει:
Εγγραφή στο Συνέδριο και παρακολούθηση του Επιστημονικού Προγράμματος, Τελικό πρόγραμμα και Βιβλίο Περιλήψεων του Συνεδρίου σε ηλεκτρονική μορφή, καφέ στα επίσημα διαλλείματα του Συνεδρίου, Μοριοδοτημένο Πιστοποιητικό Παρακολούθησης CME-CPD credits (εφόσον καλυφθεί ο απαιτούμενος χρόνος παρακολούθησης 60% του επιστημονικού προγράμματος) από τον Π.Ι.Σ.

Σε περίπτωση έκδοσης τιμολογίου, η εγγραφή επιβαρύνεται με 24% Φ.Π.Α..

ΠΑΚΕΤΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Το πακέτο συμμετοχής ανά σύνεδρο ανέρχεται σε **660,00 €** και το ποσό καλύπτει:

3 διανυκτερεύσεις με πρωινό στις 3, 4 και 5/09/2020 καθώς και τη συμμετοχή σε 2 γεύματα στις 4 και 5/09/2020, σε 3 δείπνα στις 3, 4 και 5/09/2020.

Η διατροφή ισχύει για το κεντρικό εστιατόριο του κάθε ξενοδοχείου και δεν περιλαμβάνει τα ποτά, τα οποία χρεώνονται βάσει κατανάλωσης.

Ξενοδοχεία Διαμονής: Elite City Resort (συνεδριακό), Filoxenia, Pharae Palace, Elektra, Belvedere, Garden City Resort, Akti Taygetos και άλλα.

ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ και ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Ελεύθερες Ανακοινώσεις:
Διάρκεια παρουσίασης: 8 λεπτά (και 2 λεπτά συζήτηση)
Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-poster):
Διάρκεια παρουσίασης: 3 λεπτά.
Οι εργασίες που θα παρουσιαστούν ως Αναρτημένες Ανακοινώσεις θα είναι σε ηλεκτρονική μορφή (E-poster) σε οθόνες plasma σε ειδικό χώρο του Συνεδρίου.
Δεν απαιτείται η κατασκευή (εκτύπωση) poster από τους συγγραφείς.
Το υλικό της παρουσίασης σας θα πρέπει να παραδίδεται τουλάχιστον μια ώρα πριν από την ανακοίνωση της εργασίας σας στην ειδική τεχνική γραμματεία του συνεδρίου.

ΒΡΑΒΕΥΣΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Η καλύτερη προφορική ανακοίνωση θα βραβευθεί με το ποσό των 1.000 €.
Έπαινοι θα απονεμηθούν στη 2η και 3η καλύτερη προφορική εργασία καθώς και στην 1η και 2η καλύτερη αναρτημένη ανακοίνωση.

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΡΑΒΕΥΣΗΣ

Ι. Ιωαννίδης, Ι. Κυριαζής, Κ. Τσιούφης, Ε. Χατζηαγγελάκη

ΚΟΝΚΑΡΔΕΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

Λόγω των νέων συνθηκών και σύμφωνα με τα υγειονομικά πρωτόκολλα που ισχύουν για τη διεξαγωγή συνεδρίων λόγω COVID-19, όλοι οι συμμετέχοντες (προεγγραφές) θα λάβουν την ονομαστική τους κονκάρδα ηλεκτρονικά (e-badge) που θα φέρει ένα μοναδικό barcode.
Οι κονκάρδες (badge) με το barcode θα πρέπει να σαρώνονται στο ειδικό μηχάνημα πριν από την είσοδο και κατά την έξοδο από την αίθουσα, για να καταγράφονται οι ώρες παρακολούθησης όταν συμμετέχετε με φυσική παρουσία. Αντίστοιχα θα λάβουν και κωδικό πρόσβασής στην διαδικτυακή πλατφόρμα του συνεδρίου για τη παρακολούθηση του μέσω livestreaming.

Σύμφωνα με την εγκύκλιο του ΕΟΦ, είναι υποχρεωτική η παρακολούθηση ποσοστού 60% επί των συνολικών ωρών του επιστημονικού προγράμματος για την παραλαβή του πιστοποιητικού παρακολούθησης. Η επίδειξη του e-badge θα είναι απαραίτητη καθ' όλη τη διάρκεια του συνεδρίου. Τα e-badge με το barcode είναι μοναδικά και δεν μπορούν να αντικατασταθούν. Στην καταμέτρηση των ωρών δεν προσμετρώνται τα διαλείμματα και τα δορυφορικά συμπόσια/διαλέξεις.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Με τη λήξη του συνεδρίου όλοι οι συμμετέχοντες θα κληθούν να συμπληρώσουν ανώνυμα το σχετικό ερωτηματολόγιο αξιολόγησης (υποχρεωτική συμπλήρωση λόγω μοριοδότησης), το οποίο θα τους σταλεί ηλεκτρονικά και ε ψηφιακή μορφή, για τη συνολική διεξαγωγή του Συνεδρίου.

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΠΑΡΑΚΟΛΟΘΗΣΗΣ

Σε όλους τους συμμετέχοντες του συνεδρίου θα δοθεί πιστοποιητικό συμμετοχής. Για την παραλαβή του πιστοποιητικού απαιτείται η παρακολούθηση του 60% του συνολικού χρόνου του επιστημονικού προγράμματος, σύμφωνα με τη σχετική εγκύκλιο του ΕΟΦ. Δεν προσμετρούνται τα δορυφορικά συμπόσια / διαλέξεις. Θα υπάρχει σύστημα καταμέτρησης (barcode), είτε για τη φυσική παρουσία είτε για το livestreaming. Μετά τη λήξη του συνεδρίου οι συμμετέχοντες θα παραλάβουν ηλεκτρονικά το πιστοποιητικό παρακολούθησης (ο χρόνος παρακολούθησης με φυσική παρουσία θα προστεθεί στον χρόνο της διαδικτυακής παρακολούθησης προκειμένου να λάβετε το πιστοποιητικό παρακολούθησης με την αντίστοιχη μοριοδότηση).

LIVE STREAMING on demand / ΒΙΝΤΕΟΣΚΟΠΗΣΗ / ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΣΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Παρακαλούμε σημειώστε ότι κατά τη διάρκεια της εκδήλωσης θα γίνεται Ζωντανή μετάδοση (livestreaming) του συνεδρίου, καθώς και βιντεοσκόπηση και φωτογράφιση από τη διοργανώτρια εταιρεία. Με την εγγραφή σας στην εκδήλωση συναινείτε στην παράδοση του υλικού στους Οργανωτές και την πιθανή δημοσίευσή τους σε έντυπα ή ηλεκτρονικά μέσα.

ΤΗΡΗΣΗ ΧΡΟΝΟΥ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΩΝ

Στα πλαίσια της προσπάθειας μας για την αυστηρή τήρηση του προκαθορισμένου χρόνου του επιστημονικού προγράμματος όλες οι αίθουσες είναι εξοπλισμένες με χρονόμετρο για τις παρουσιάσεις. Για το λόγο αυτό παρακαλούνται οι ομιλητές να τηρούν το διαθέσιμο χρόνο και οι Πρόεδροι / Συντονιστές να φροντίσουν να ειδοποιούν τους ομιλητές εγκαίρως.

ΤΕΧΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ

Όλες οι αίθουσες διεξαγωγής του συνεδρίου θα είναι τεχνικά εξοπλισμένες για τις παρουσιάσεις μέσω Η/Υ. Το υλικό της παρουσίασης θα πρέπει να παραδίδεται μία ώρα τουλάχιστον πριν από κάθε συνεδρίαση στην ειδική τεχνική γραμματεία. Οι ομιλητές που συμμετέχουν στο επιστημονικό πρόγραμμα, αντί της έγγραφης δήλωσης υποχρεούνται στην αρχή της ομιλίας τους (στη 2η διαφάνεια μετά τον τίτλο της διάλεξης) να αναφέρονται σε οποιαδήποτε σύγκρουση συμφερόντων (ΕΟΦ_εγκύκλιος 64740_1.9.2013)

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Κύριο μέλημα της Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν. είναι η τήρηση όλων των κανόνων υγιεινής και η λήψη των απαραίτητων μέτρων για την διασφάλιση της υγείας των σύνεδρων, των ομιλητών και όλων των εργαζομένων στο συνεδριακό κέντρο του ξενοδοχείου, αλλά και της δημόσιας υγείας γενικότερα.

Αναλυτικά:

- Για την αποφυγή συνωστισμού στο χώρο της γραμματείας του συνεδρίου οι εγγεγραμμένοι σύνεδροι θα λάβουν **ηλεκτρονικά στο mail τους το τελικό πρόγραμμα και το badge** του συνεδρίου.
- Στους εγγεγραμμένους σύνεδρους θα παρέχεται κωδικός πρόσβασης για διαδικτυακή παρακολούθηση.
- Μετά τη λήξη του συνεδρίου θα παραλάβουν ηλεκτρονικά το **πιστοποιητικό παρακολούθησης**.
- Τα ξενοδοχεία στα οποία διαμένουν οι σύνεδροι εφαρμόζουν τα αντίστοιχα Υγειονομικά Πρωτόκολλα σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις των καταλυμάτων και θα ενημερωθείτε σχετικά κατά την άφιξή σας.
- Στις συνεδριακές αίθουσες έχουν ληφθεί όλα τα απαραίτητα μέτρα προφύλαξης και υγιεινής.

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την συμμετοχή σας στο Συνέδριο μπορείτε να επικοινωνήσετε με τη Συνεδριακή εταιρεία:

CONGRESS WORLD EVENT TRAVEL Ε.Ε.
Μαιάνδρου 23, 115 28 Αθήνα
Τ. 210 7222518-7, **F.** 210 7210 069
E. ap@congressworld.gr
W. http://www.congressworld.gr

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ01

ΕΠΑΙΝΟΣ 3ης ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ

ΕΛΕΓΧΟΣ ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑΣ ΕΞΙΣΩΣΕΩΝ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΡΥΘΜΟΥ ΗΡΕΜΙΑΣ ΣΕ ΕΛΛΗΝΕΣ ΑΘΛΗΤΕΣ

Διονύσιος Μπουραζάνης[1], **Μαριάννα Μόνου**[1], Ευστάθιος Σκουφάς[1]

[1] *Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας, Aegean College, Αθήνα*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Η κάλυψη των ενεργειακών αναγκών σε αθλητές είναι κρίσιμη για την προπόνηση, τον αγώνα και την αποκατάσταση. Ο προσδιορισμός του Μεταβολικού Ρυθμού Ηρεμίας (RMR) αποτελεί βασικό εργαλείο για τον επιστήμονα της διατροφής στο σχεδιασμό της διατροφικής πρόσληψης. Ο σκοπός της μελέτης είναι ο έλεγχος της εγκυρότητας και αξιοπιστίας βιβλιογραφικών εξισώσεων πρόβλεψης του RMR σε Έλληνες αθλητές.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Σε 19 Έλληνες αθλητές (1 άρση βαρών, 1 κολύμβηση, 2 kung fu, 1 πυγμαχία, 1 ποδόσφαιρο, 7 μπάσκετ, 6 βόλεϊ) πραγματοποιήθηκε μέτρηση RMR με συσκευή έμμεσης θερμιδομετρίας (Cosmed FitMate™ - CF), καθώς και δερματικών πτυχών και σωματικών περιφερειών για τον προσδιορισμό άλιπης και λιπώδους μάζας. Βάσει των παραπάνω μετρήσεων ελέγχθηκαν δημοφιλείς βιβλιογραφικές εξισώσεις πρόβλεψης RMR. Η εγκυρότητα κι η αξιοπιστία των εξισώσεων προσδιορίσθηκε με τις τεχνικές Bland Altman Test και Intraclass Correlation Coefficient.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το μέσο RMRCF ήταν 2.102 ±259.4 kcal στο δείγμα των Ελλήνων αθλητών. Από τις εξισώσεις που αξιολογήθηκαν, το $RMR_{DeLorenzo}$ και $RMR_{Cunningham}$ είχαν το χαμηλότερο σφάλμα (102.6 kcal, p=0.096, όρια συμφωνίας= -406,611.2 και 101.8 kcal, p=0.066, όρια συμφωνίας= -352,555.6, αντίστοιχα) και σχετικά μέτρια αξιοπιστία ($ICC_{DeLorenzo}$=0.408 και $ICC_{Cunningham}$=0.520).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τις 10 δημοφιλείς εξισώσεις της βιβλιογραφίας μόνο τα μοντέλα των De Lorenzo et al και Cunningham βρέθηκαν να έχουν υψηλή εγκυρότητα και μέτρια αξιοπιστία για τον προσδιορισμό του RMR σε Έλληνες αθλητές. Ο σχεδιασμός κι η εφαρμογή εύχρηστων και χαμηλού κόστους μεθόδων, όπως εξισώσεις πρόβλεψης RMR, σταθμισμένες σε Έλληνες αθλητές κρίνονται απαραίτητες κι αποτελούν το επόμενο βήμα της παρούσης ερευνητικής ομάδας.

ΠΑ02

ΕΠΑΙΝΟΣ 2ης ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ ΤΗΝ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑ 2016 - 2020

Χρήστος Κούρεκ[1,2], Βασίλειος Καραμπέτσος[1], Ιωάννης Τσόρλαλης[1], Διονύσιος Σβορώνος[1], Χαράλαμπος Πανοτόπουλος[1], Μαρίνα Τζανή[1], Γεώργιος Γκάργκουλας[1], Νικόλαος Λιονάκης[1], Εμμανουήλ Μάκαρης[1], Σταυρούλα Κοσμοπούλου[1], Γεώργιος Κουδούνης[1]

[1] *Καρδιολογική Κλινική και Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας, Καλαμάτα, Ελλάδα*

[2] *Εργαστήριο Κλινικής Εργοσπιρομετρίας, Άσκησης & Αποκατάστασης, Γ.Ν.Α. «Ευαγγελισμός», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Στον αναπτυγμένο κόσμο τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου. Αναφορικά με το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, η επίπτωσή του στην Ευρώπη κυμαίνεται μεταξύ 43-144 περιστατικά ανά 100.000 πληθυσμού ανά έτος. Αντίστοιχα, στις ΗΠΑ, η επίπτωσή του έχει μειωθεί τα τελευταία δέκα χρόνια και υπολογίζεται στα 50 περιστατικά ανά 100 000 πληθυσμού ανά έτος.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να συγκρίνει τα βασικά χαρακτηριστικά ασθενών με ΟΕΜ που εισήχθησαν στο Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας, το ίδιο χρονικό διάστημα των ετών 2016 έως και 2020.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Η συλλογή των δεδομένων σχετικά με τις εισαγωγές ασθενών με ΟΕΜ στην Καρδιολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Μεσσηνίας έγινε από τα επίσημα μητρώα του νοσοκομείου για το χρονικό διάστημα από 10/03 έως και 03/05 (διάστημα 55 ημερών) από το έτος 2016 έως και το 2020. Οι συνεχείς μεταβλητές παρουσίασαν μη κανονική κατανομή και εκφράστηκαν ως διάμεσος (25ο - 75ο εκατοστημόριο) και τα περιγραφικά δεδομένα εκφράστηκαν με τη μορφή συχνοτήτων και ποσοστών. Η σύγκριση των κατηγορικών μεταβλητών έγινε με τη χρήση του x^2 ενώ των συνεχών με τη μέθοδο Kruskal-Wallis.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στο σύνολο του δείγματος, εισήλθαν στο νοσοκομείο 221 ασθενείς με ΟΕΜ από τους οποίους οι περισσότεροι ήταν άντρες [175 (79,2%) έναντι 46 (20,8%) γυναικών, $p<0,05$], με N-STEMI [168 (76%) έναντι 53 (24%) STEMI, $p<0,05$] που παρουσίασαν βελτίωση κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους [198 (89,6%) έναντι 23 (10,4%) με κακή έκβαση, $p<0,05$]. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 69 ± 14 έτη ενώ η μέση νοσηλεία για κάθε ασθενή ήταν 5 (4 - 7) ημέρες. Όσο αφορά το κάθε έτος ξεχωριστά, η ηλικία και οι ημέρες νοσηλείας δεν μεταβλήθηκαν αυτή την 5ετία ($p>0,05$). Επιπλέον, το φύλο (άντρες), το είδος του εμφράγματος (N-STEMI) και η έκβαση του ασθενή (βελτίωση) ήταν τα κύρια χαρακτηριστικά των ασθενών σε κάθε έτος ($p<0,05$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα βασικά χαρακτηριστικά των ασθενών με ΟΕΜ που νοσηλεύτηκαν στο Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας παρέμειναν ίδια την τελευταία 5ετία, επιβεβαιώνοντας έτσι τις επιδημιολογικές μελέτες που γίνονται ανά τον κόσμο και υποδεικνύοντας ότι ο τρόπος ζωής των ανθρώπων δεν έχει αλλάξει το διάστημα αυτό.

ΠΑ03

Ο ΛΟΓΟΣ ΟΥΔΕΤΕΡΟΦΙΛΩΝ ΠΡΟΣ ΛΕΥΜΦΟΚΥΤΤΑΡΑ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΜΙΚΡΟΑΛΒΟΥΜΙΝΟΥΡΙΑ ΣΕ ΜΗ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΗ

Σταμάτης Σ. Παπαδάτος[1], Σταμάτης Καρακατσάνης[2], Ειρήνη Μπουρδάκη[3], Γεωργία Φίλη[4], **Αδαμάντιος Μπουρδάκης**[5]

[1] *Γ' Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, ΓΝΝΘΑ « Η ΣΩΤΗΡΙΑ»*
[2] *Αιματολογικό Τμήμα Γ' Παθολογικής Κλινικής ΕΚΠΑ, ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»*
[3] *251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας*
[4] *ΤΕΠ Παθολογικό Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων*
[5] *Διαβητολογικό Ιατρείο - Ιατρείο Λιπιδίων - Παχυσαρκίας Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Η μικροαλβουμινουρία είναι παράγοντας καρδιαγγειακού κινδύνου και σχετίζεται με την εμφάνιση μικρο/μακροαγγειακών επιπλοκών τόσο σε ασθενείς με ΣΔ όσο και σε μη διαβητικούς. Ο λόγος ουδετεροφίλων προς λεμφοκύτταρα (NLR) έχει προταθεί ως δείκτης προσδιορισμού της φλεγμονής σε ποικίλες παθολογικές καταστάσεις (κακοήθειες, καρδιοπάθειες, COVID-19 και αλλού). Μικρός αριθμός μελετών έχουν συσχετίσει τη γλυκαιμική ρύθμιση με τον NLR στους ασθενείς με ΣΔ. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση συσχέτισης του NLR με το βαθμό μικροαλβουμινουρίας στους μη υπερτασικούς ασθενείς με προδιαβήτη.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Έγινε μελέτη 182 ατόμων που παρακολουθούνται σε τακτική βάση. Τα 127 είχαν προδιαβήτη (διαταραχή ανοχής γλυκόζης [IGT] ή/και διαταραχής γλυκόζης νηστείας [IFG]). Εξαιρέθηκαν ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση, χρόνια φλεγμονώδη νοσήματα, χρόνια νεφρική νόσο, αιματολογικές παθήσεις και όσοι λάμβαναν κορτικοστεροειδή. Τα υπό μελέτη άτομα υποβλήθηκαν στον εργαστηριακό έλεγχο ρουτίνας, σε μικροσκόπηση περιφερικού αίματος για αξιόπιστο NLR ενώ υπολογίστηκε ο λόγος αλβουμίνης προς κρεατινίνη (ACR) σε τυχαίο δείγμα ούρων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 127 ασθενείς με προδιαβήτη, 37 είχαν μόνο IFG (ACR=33.3±13.5, NLR=1.64±0.37), 36 είχαν μόνο IGT (ACR=42.6±26.6, NLR=1.79±0.43) και 54 είχαν IGT & IFG (ACR=89.13±43.2, NLR=2.21±0.68). Τα υγιή άτομα (ACR=17.66±8.78, NLR=1.27±0.2) είχαν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό χαμηλότερο NLR συγκρινόμενα με κάθε ομάδα προδιαβητικών ατόμων ($p<0.01$). Ο δείκτης NLR δε διέφερε σε στατιστικά σημαντικό βαθμό μεταξύ των ατόμων με IGT και IFG ($p=0.51$). Τέλος, ο NLR είχε στατιστικά σημαντική ισχυρή θετική συσχέτιση με το λόγο ACR ($r=0.56$, $p<0.01$) και με τη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη ($r=0.49$, $p=0.04$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο NLR σχετίζεται με την μικροαλβουμινουρία στους ασθενείς με προδιαβήτη της παρούσας μελέτης. Μεγαλύτερης έκτασης μελέτες θα ήταν χρήσιμες ώστε ο NLR να αποτελέσει ένα εύχρηστο, γρήγορο και φθηνό εργαλείο διαλογής των ασθενών με προδιαβήτη και μικροαγγειακές επιπλοκές.

ΠΑ04

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Αναστάσιος Κουτσοβασίλης, Αλέξης Σωτηρόπουλος, Μαρία Παππά, Εμμανουήλ Διαμαντάκης, Μαρία Γερογιάννη, Σταύρος Μπούσμπουλας

Γ' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. Νίκαιας - Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) σχετίζεται με την εμφάνιση χρόνιων μικροαγγειακών και μακροαγγειακών επιπλοκών οι οποίες επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ατόμων με ΣΔ. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση των διαφορετικών επιπλοκών στην ποιότητα ζωής των ασθενών με ΣΔτ2, όπως αυτή καταγράφεται από τη κλίμακα αξιολόγησης SF-36.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στην μελέτη εντάχθηκαν 403 ασθενείς με ΣΔτ2 οι οποίοι προσήλθαν στο Διαβητολογικό Κέντρο της Κλινικής. Οι ασθενείς οι οποίοι συμμετείχαν στην μελέτη απάντησαν το δομημένο ερωτηματολόγιο της SF-36 το οποίο περιλαμβάνει 8 διαφορετικές κλίμακες (γενικής υγείας (GH), σωματικής λειτουργικότητας (PH), κοινωνικής λειτουργικότητας (SH), διανοητικής υγείας (MH), σωματικός ρόλος (PR), συναισθηματικός ρόλος (RE), σωματικός πόνος (BP), ζωτικότητα (VT)] και σε όλους έγινε καταγραφή των χρόνιων επιπλοκών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 403 ασθενείς της μελέτης (53% άνδρες) μέσης ηλικίας 68.9±14.26 έτη τουλάχιστον μια χρόνια επιπλοκή παρουσίαζε το 67.8% των ασθενών. Μακροαγγειακές επιπλοκές παρουσίαζαν 36.7% ασθενείς και μικροαγγειακές 49.8% ασθενείς. Οι ασθενείς με διαβητική νευροπάθεια παρουσίαζαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερες τιμές σε 4 κλίμακες (GH, PH, RP, VT) (p=0.010). Η παρουσία νευροπάθειας συνοδεύεται από σημαντική μείωση σε 5 κλίμακες (GH, PH, PR, BP, VT) (p=0.001). Από τις υπόλοιπες χρόνιες επιπλοκές η παρουσία στεφανιαίας νόσου ήταν η επιπλοκή η οποία σχετιζόταν με σημαντική μείωση σε 4 κλίμακες (GH, PH, PR, VT) (p=0.013).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η διαβητική νεφροπάθεια, η παρουσία νευροπάθειας καθώς και η στεφανιαία νόσος επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ατόμων με ΣΔτ2. Οι διαφορετικοί τύποι χρόνιων επιπλοκών έχουν διαφορετική επίδραση στην ποιότητα ζωής.

ΠΑ05

1ο ΒΡΑΒΕΙΟ ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ ΠΡΙΝ, ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΑΜΕΣΩΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΟΥ COVID-19

Χρήστος Κούρεκ[1,2], Χαράλαμπος Πανοτόπουλος[1], Ελευθέριος Καρατζάνος[2], Ιωάννης Τσόρλαλης[1], Διονύσιος Σβορώνος[1], Βασίλειος Καραμπέτσος[1], Μαρίνα Τζανή[1], Γεώργιος Γκάργκουλας[1], Νικόλαος Λιονάκης[1], Εμμανουήλ Μάκαρης[1], Σταυρούλα Κοσμοπούλου[1], Γεώργιος Κουδούνης[1]

[1] *Καρδιολογική Κλινική και Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας, Καλαμάτα, Ελλάδα*

[2] *Εργαστήριο Κλινικής Εργοσπιρομετρίας, Άσκησης & Αποκατάστασης, Γ.Ν.Α. «Ευαγγελισμός», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η πανδημία του COVID-19 φαίνεται να επηρέασε την εμφάνιση περιστατικών με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (ΟΕΜ) στα νοσοκομεία παγκοσμίως και ιδιαίτερα σε πληγείσες χώρες όπως η Κίνα και η Ιταλία. Η Ελλάδα εφάρμοσε άμεσα μέτρα καθολικής απαγόρευσης. Ωστόσο, παραμένει άγνωστο αν επηρεάστηκε η θνητότητα ασθενών με ΟΕΜ κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας είναι η αξιολόγηση της ενδο και εξωνοσοκομειακής θνητότητας ασθενών με ΟΕΜ στο νομό Μεσσηνίας την περίοδο της εφαρμογής των μέτρων καθολικής απαγόρευσης της κυκλοφορίας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Η συλλογή των δεδομένων σχετικά με τους θανάτους που οφείλονται σε ΟΕΜ ενδονοσοκομειακά και εξωνοσοκομειακά έγινε από τα επίσημα μητρώα του ληξιαρχείου Καλαμάτας και αφορούσε την περίοδο της λήψης των μέτρων για την πανδημία από την ελληνική κυβέρνηση από τις 10/03/2020 έως και τις 03/05/2020. Επιπλέον, συγκεντρώθηκαν τα ίδια στοιχεία για την αντίστοιχη χρονική περίοδο 55 ημερών πριν τη λήψη των μέτρων (από 15/01 έως 09/03) αλλά και για το αντίστοιχο διάστημα 55 ημερών αμέσως μετά την άρση των μέτρων (από 04/05 έως 27/06) για το ίδιο έτος. Η σύγκριση κατηγορικών μεταβλητών έγινε με x2 και τα περιγραφικά δεδομένα εκφράστηκαν με τη μορφή συχνοτήτων και ποσοστών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Την περίοδο πριν τα μέτρα, σημειώθηκαν 94 θάνατοι εκ των οποίων οι 8 (8,5%) οφείλονταν σε ΟΕΜ ενδονοσοκομειακά, οι 20 (21,3%) σε ΟΕΜ εξωνοσοκομειακά και οι υπόλοιποι 66 (77,2%) σε άλλα αίτια. Την περίοδο των μέτρων, σημειώθηκαν 87 θάνατοι εκ των οποίων οι 7 (4,6%) οφείλονταν σε ΟΕΜ ενδονοσοκομειακά, οι 19 (21,8%) σε ΟΕΜ εξωνοσοκομειακά και οι υπόλοιποι 64 (73,6%) σε άλλα αίτια. Τέλος, την περίοδο μετά τη λήψη των μέτρων, σημειώθηκαν 82 θάνατοι εκ των οποίων οι 10 (12,2%) οφείλονταν σε ΟΕΜ ενδονοσοκομειακά, οι 11 (13,4%) σε ΟΕΜ εξωνοσοκομειακά και οι υπόλοιποι 61 (74,4%) σε άλλα αίτια. Δεν παρατηρήθηκαν μεταβολές ανάμεσα στην ενδονοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή θνητότητα ανάμεσα στις 3 διαφορετικές περιόδους του 2020 ($p>0,05$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τόσο η ενδονοσοκομειακή όσο και η εξωνοσοκομειακή θνητότητα ασθενών με ΟΕΜ παρέμεινε ίδια την περίοδο της εφαρμογής των μέτρων σε σχέση με το αντίστοιχο χρονικό διάστημα πριν και μετά. Ο COVID-19 δεν φαίνεται να επέδρασε άμεσα στην θνητότητα ασθενών από ΟΕΜ.

ΠΑ06

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΡΩΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΔ2

Ιωάννης Κουτσονάσιος[1], Γεωργία Φιλη[2], Νίνα Νίκα[3], **Βικτωρία Κατσούρη[4]**, Αδαμάντιος Μπουρδάκης[5]

[1] *Κέντρο Υγείας Πύλης, Τρίκαλα*
[2] *Κέντρο Υγείας Δελβινακίου, Ιωάννινα*
[3] *Κέντρο Υγείας Μετσόβου, Ιωάννινα*
[4] *Ιδιωτης Γενική Γιατρός Καρδίτσα*
[5] *Διαβητολογικό Ιατρείο Γ.Ν. Τρικάλων*

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή σε τυχαίο δείγμα ασθενών με πρώτη διάγνωση ΣΔ2 συνυπαρχόντων παραγόντων καρδιαγγειακού κίνδυνου όπως η αρτηριακή υπέρταση, το σωματικό βάρος (μέτρηση BMI), η δυσλιπιδαιμία, και το κάπνισμα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 300 διαβητικοί ασθενείς που διαγνωστήκαν τον τελευταίο χρόνο από γενικούς γιατρούς με εκπαίδευση στον διαβήτη σε ιατρεία πρωτοβάθμιας φροντίδας και στο Διαβητολογικό εξωτερικό ιατρείο ενός δευτεροβάθμιου νοσοκομειου σε τυχαίο δείγμα πληθυσμού ορεινής, ημιορεινής και αστικής περιοχης. Προκειται για 180 άντρες και 120 γυναίκες που ελέγχθηκαν επίσης ως προς την ύπαρξη αρτηριακής υπέρτασης (ΑΠ>130/85), δυσλιπιδαιμιας (TCHOL>230, TG>150), αυξημένου BMI (>27), και ως προς το κάπνισμα (>10 τσιγάρα / ημερησίως). Μέση ηλικία 65±4 έτη ίδια και στα δυο φύλα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους άντρες δυσλιπιδαιμια βρέθηκε σε 60 (30%), αρτηριακή υπέρταση σε 60 (30%), κάπνισμα σε 90 (50%) και παχυσαρκία σε 90 (50%). Από τις γυναίκες δυσλιπιδαιμια βρέθηκε σε 90 (75%), αρτηριακή υπέρταση σε 40 (30%), κάπνισμα σε 6 (5%) και παχυσαρκία σε 90 (75%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς με ΣΔτυπου2 συχνά εμφανίζουν και άλλους παράγοντες κίνδυνου καρδιαγγειακής νόσου ήδη από την διάγνωση του διαβήτη. Από το δείγμα μας η υπέρταση απαντάται το ίδιο και στα δυο φύλα ενώ η παχυσαρκία και η δυσλιπιδαιμια είναι συχνότερη στις γυναίκες και το κάπνισμα συχνότερο στους άντρες.

ΠΑ07

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΝΟΣ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΤΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

Ιωάννης Καχριμανίδης[1], Μιχαήλ Κρικέλης[2], Εμμανουήλ Καλαφάτης[3], Κλεοπάτρα Σουβατζή[3], Κωνσταντίνος Πολύζος[3], Ιωάννης Κυριαζής[4], Γεώργιος Ντουνιάς[5]

[1] *Ειδικευόμενος Ιατρός Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Α. ΚΑΤ*
[2] *Ειδικευόμενος Ιατρός Ρευματολογική Κλινική Γ.Ν.Α. ΚΑΤ*
[3] *Επιμελητής Παθολόγος Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Α. ΚΑΤ*
[4] *Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής & Διαβητολογικού Ιατρείο Γ.Ν.Α. ΚΑΤ*
[5] *Καθηγητής Επαγγελματικής και Περιβαλλοντικής Υγείας - Ιατρική Εργασίας - Ιστορία της Δημόσιας Υγείας, Πρόεδρος Τμήματος Δημόσιας Υγείας Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής*

ΣΤΟΧΟΙ: Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας, ανήκουν σε κατηγορία υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου λόγω του χαρακτήρα της εργασίας τους σε ένα περιβάλλον υψηλής ευθύνης με έντονη ψυχική και σωματική καταπόνηση. Ως εκ τούτου, η φροντίδα της υγείας τους θα πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα και να περιλαμβάνει μέτρα για την πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων. Η μελέτη αποσκοπεί στον προσδιορισμό του επιπολασμού των παραγόντων κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις (CVD) στους εργαζόμενους ενός μεγάλου νοσοκομείου της Αττικής και στον ενδεχόμενο προσδιορισμό της ομάδας επαγγελματιών υγείας που διατρέχει υψηλότερο κίνδυνο.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: 150 άτομα που χωρίστηκαν τυχαιοποιημένα και ισομερώς σε τρεις μεγάλες κατηγορίες (50 εκ του ιατρικού προσωπικού, 50 εκ του νοσηλευτικού προσωπικού και 50 εκ του διοικητικού προσωπικού) με μέση ηλικία 49,08 ετών (SD = 9.589), εκ των οποίων τα 42 ήταν άνδρες (μέση ηλικία 47,05 ετών, εύρος: 26-68• SD = 10.446) και 108 ήταν γυναίκες (μέση ηλικία 49,87 ετών, εύρος: 28–65; SD = 9.164). Κατά την εξέτασή τους, οι εργαζόμενοι συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο σχετικά με τους βασικούς παράγοντες κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου. Κατόπιν προστέθηκαν συμπληρωματικά αντικειμενικά δεδομένα για τον προσδιορισμό του κινδύνου της καρδιαγγειακής νόσου με τη χρήση έγκυρων γραφημάτων(μέτρηση ΑΠ, εργαστηριακός έλεγχος ειδικών δεικτών, μέτρηση BMI & περιμέτρου μέσης).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα προκαταρκτικά ευρήματα για τους πρώτους 150 εργαζόμενους είναι τα ακόλουθα: 60 ήταν καπνιστές (40%) και 35 πρώην καπνιστές (23,3%), 6 ήταν συχνοί βαρείς πότες (4%) και 77 ανέφεραν χαμηλή σωματική δραστηριότητα (51,3%), 56 είχαν θετικό κληρονομικό ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου (37,3%), 4 είχαν θετικό ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου (2,7%), 37 έπασχαν από υπέρταση (24,7%), 9 από σακχαρώδη διαβήτη(6%), 3 από υπερουριχαιμία(2%), κανένας από νεφρική νόσο και 86 από δυσλιπιδαιμία (57,3%). Μετά τον υπολογισμό του δεκαετούς κινδύνου για την καρδιαγγειακή νόσο χρησιμοποιώντας τις τελευταίες συστάσεις της ESC εντοπίσαμε 8 συμμετέχοντες πολύ υψηλού κινδύνου (3 μέλη ιατρικού και 5 μέλη νοσηλευτικού προσωπικού) και 21 συμμετέχοντες υψηλού κινδύνου (6 μέλη του ιατρικού προσωπικού, 5 μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού και 10 μέλη του διοικητικού προσωπικού). Ο κίνδυνος καρδιαγγειακής νόσου μεταξύ των ομάδων υπολογίστηκε και συγκρίθηκε με τη χρήση δοκιμής pearson chi2. Οι διαφορές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές (p=0,069).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παρά την έλλειψη στατιστικής σημαντικότητας τα προκαταρκτικά στοιχεία αποκαλύπτουν ότι το ιατρικό προσωπικό φαίνεται να βρίσκεται σε μεγαλύτερο καρδιαγγειακό κίνδυνο σε σύγκριση με τις άλλες δύο κατηγορίες με τα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού να είναι τα επόμενα στη σειρά. Τα στοιχεία αποκαλύπτουν επίσης ότι ο κίνδυνος δεν επηρεάζεται από τις ώρες εργασίας και την εργασία κατά βάρδιες. Ωστόσο, η ανάλυση κάθε παράγοντα ξεχωριστά δεν δείχνει σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών ομάδων εκτός από το φύλο: Το ιατρικό προσωπικό έχει μέχρι στιγμής περισσότερους άνδρες συμμετέχοντες από τις άλλες δύο ομάδες. Ο πιο συχνά απαντούμενος παράγοντας κινδύνου είναι το κάπνισμα και η δυσλιπιδαιμία σε όλες τις ομάδες. Πιστεύουμε ότι τα πλήρη δεδομένα θα παράσχουν σημαντικά συμπεράσματα ως προς το ποια ομάδα βρίσκεται σε μεγαλύτερο κίνδυνο.

ΠΑ08

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΩΝ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΩΝ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ, ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Ζωή Παφίλη[1], Σοφία Σαμάρα[2], Χαρίλαος Δημοσθενόπουλος[3], Όλγα Γκορτζή[2]

[1] *Τμήμα Διατροφής, Γενικό Νοσοκομείο Ο Ευαγγελισμός, Αθήνα, Ελλάδα,*
[2] *Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ινστιτούτο Θεσσαλίας, Καρδίτσας, Ελλάδα*
[3] *Τμήμα Διατροφής, Γενικό Νοσοκομείο Λαϊκού, Αθήνα*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Η διατροφική θεραπεία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της διαχείρισης του και όλα τα άτομα με διαβήτη θα πρέπει να έχουν διατροφική εκπαίδευση. Περιορισμένα διεθνή δεδομένα δείχνουν ότι μεγάλο ποσοστό των ατόμων με ΣΔ δεν έχει λάβει δομημένη διατροφική εκπαίδευση στο ΣΔ και δεν έχει επισκεφθεί διαιτολόγο. Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να εκτιμήσει τη συμμετοχή των διαιτολόγων στη φροντίδα των διαβητικών ασθενών στην Ελλάδα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ενήλικες με ΣΔ που εισήχθησαν σε γενικό νοσοκομείο για 30 συνεχόμενες ημέρες συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη (ασθενείς από ΜΕΘ, Στεφανιαία Μονάδα, κλινικές ημέρας και ΜΤΝ αποκλείστηκαν). Χρησιμοποιήθηκαν προσωπικές συνεντεύξεις με ερωτηματολόγιο 40 στοιχείων με ερωτήσεις σχετικά με τον αριθμό των επισκέψεων σε διαιτολόγο, την παραπομπή ή όχι σε διαιτολόγο, τους λόγους επίσκεψης στο διαιτολόγο και την επίτευξη των στόχων τους.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά 124 ασθενείς (68 άνδρες και 56 γυναίκες) με ΣΔ εισήχθησαν στο νοσοκομείο κατά τη διάρκεια της περιόδου μελέτης (4 με ΣΔτ1, 114 με ΣΔτ2 και 6 με διαβήτη κύησης). Τα δεδομένα ελήφθησαν από 3 (22,8 ± 6 ετών, 26,1 ± 5,7 kg/m^2, 8,3 ± 5,9 έτη με Διαβήτη), 105 (76,6 ± 11,3 ετών, 28,0 ± 5,3 kg/m^2, 12,8 ± 9,3 έτη με Διαβήτη) και 5 (32,6 ± 4,4 ετών, 28,5 ± 4,0 kg/m^2) ασθενείς με ΣΔ τύπου 1, ΣΔ τύπου 2 και Διαβήτη Κύησης αντίστοιχα. Δύο στους τρεις με ΣΔτ1 και 1 στους 5 ασθενείς με Διαβήτη Κύησης ανέφεραν ότι είχαν έχουν παραπεμφθεί σε διαιτολόγο από το γιατρό τους. Μόνο το 5,7% των ασθενών (6 άτομα) με ΣΔτ2 ανέφεραν ότι έχουν παραπεμφθεί σε διαιτολόγο από το γιατρό τους και ακόμη 5,7% έχουν επισκεφθεί διαιτολόγο με δική τους πρωτοβουλία. Από τους ασθενείς με ΣΔτ2, το 94,3% δεν έλαβε συμβουλές για τον τρόπο ζωής από τους θεράποντες ιατρούς πριν ξεκινήσει τη φαρμακευτική αγωγή, ενώ το 25% δεν έλαβε καμία διατροφική συμβουλή από κανέναν επαγγελματία υγείας ακόμη και μετά την έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στον πληθυσμό μελέτης μας, οι περισσότεροι ασθενείς με ΣΔ δεν είχαν λάβει διατροφικές συμβουλές από διαιτολόγο, ενώ περίπου ένας στους τέσσερις ασθενείς με ΣΔτ2 δεν είχε λάβει διατροφικές συμβουλές από κανέναν επαγγελματία υγείας.

ΠΑ09

1ο ΒΡΑΒΕΙΟ ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΚΑΦΕΪΝΗΣ ΣΤΗΝ ΟΣΦΡΗΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ

Γεωργία Μαρία Χριστοπούλου[1], Ευστάθιος Σκουφάς[1]

[1] *Τμήμα Διαιτολογίας - Διατροφολογίας, Aegean College*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Οι διαταραχές της οσφρητικής λειτουργίας σχετίζονται τόσο με την αλλαγή των διατροφικών συνηθειών όσο και με υψηλότερο δείκτη μάζα σώματος. Από μελέτες σε πειραματόζωα έχει φανεί βελτίωση της οσφρητικής δυσλειτουργίας μετά από χορήγηση καφεΐνης, που, πιθανότατα, αποδίδεται στην επίδραση των μεθυλοξανθινών στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της κατανάλωσης καφεΐνης και της οσφρητικής ικανότητας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Σε 122 υγιείς ενήλικες, (52 άνδρες και 70 γυναίκες) αξιολογήθηκαν το ιστορικό υγείας, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, η συχνότητα κατανάλωσης καφεΐνης με τη χρήση ερωτηματολογίων και η οσφρητική ικανότητα με τα *Burghart Sniffin' Sticks*, ένα επικυρωμένο εργαλείο στον Ελληνικό πληθυσμό που χρησιμεύει στον προσδιορισμό της οσφρητικής ικανότητας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η κατανάλωση ντεκαφεϊνέ και καφεϊνούχων ροφημάτων καφέ σχετίστηκαν αρνητικά ($r= -0.237$, $p= 0.009$) και θετικά ($r= 0.215$, $p= 0.017$) με την οσφρητική ικανότητα, αντίστοιχα. Οι παραπάνω σχέσεις παρέμειναν σημαντικές ανεξάρτητα της ηλικίας των συμμετεχόντων. Ακόμα, τα άτομα που δεν κατανάλωναν ντεκαφεϊνέ καφέ είχαν υψηλότερη βαθμολογία (12.5/16) στο τεστ αξιολόγησης της οσφρητικής ικανότητας σε σχέση με τα άτομα που κατανάλωναν 3-4 φλιτζάνια την ημέρα (7.5/16) ($p<0.001$). Το αποτέλεσμα αυτό επιβεβαιώθηκε, καθώς τα άτομα που δεν κατανάλωναν ποτέ ντεκαφεϊνέ είχαν φυσιολογική οσφρητική ικανότητα, ενώ τα άτομα που κατανάλωναν 2-3 φλιτζάνια/24h έπασχαν από ανοσμία ($p<0.001$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Είναι πιθανό η παρουσία καφεΐνης στα ροφήματα καφέ να ωφελεί την εύρυθμη οσφρητική λειτουργία. Αντίθετα, φάνηκε ότι τα ντεκαφεϊνέ ροφήματα καφέ να σχετίζονται με υποβαθμισμένη οσφρητική ικανότητα. Προτείνεται η περαιτέρω διερεύνηση της επίδρασης της καφεΐνης στην οσφρητική ικανότητα μέσω κλινικών δοκιμών.

ΠΑ10

ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΙ Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΤΟΝ ΒΑΘΜΟ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ ΣΤΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Θεοδώρα Λάππα[1], Αμαλία Τσαγκάρη[1], **Κλεοπάτρα Σουβατζή**[2], Εμμανουήλ Καλαφάτης[2], Παναγιώτης Γεωργακόπουλος[2], Κωνσταντίνα Κυρέ[2], Ιωάννης Καχριμανίδης[2], Ελένη Μαντά[2], Σοφία Ρέλλου[2], Ιωάννης Κυριαζής[3]

[1] *Τμήμα Κλινικής Διατροφής, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΚΑΤ*
[2] *Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΚΑΤ*
[3] *Διαβητολογικό Ιατρείο και Ιατρείο Παχυσαρκίας, Γενικό Νοσοκομείου Αττικής ΚΑΤ*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Όπως και στον γενικό πληθυσμό, η υπερβαρότητα και η παχυσαρκία αυξάνονται και στον εργασιακό χώρο και αποτελούν βασικούς παράγοντες για τη μειωμένη παραγωγικότητα, τα εργατικά ατυχήματα και την αδυναμία για εργασία. Μελέτες έχουν δείξει ότι η προσκόλληση σε μια μεσογειακή διατροφή συνδέεται με χαμηλότερο κίνδυνο παχυσαρκίας, ανεξάρτητα από τη συνολική θερμιδική πρόσληψη.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στον δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) και τον βαθμό συμμόρφωσης στο Μεσογειακό πρότυπο διατροφής στο ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό του νοσοκομείου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ένα δείγμα 245 εργαζομένων του νοσοκομείου (87 ιατροί, 65 νοσηλευτές και 93 διοικητικοί) συμμετείχαν στη μελέτη. Οι ανθρωπομετρικοί δείκτες μετρήθηκαν και καταγράφηκε η συχνότητα τροφίμων που καταναλώθηκαν κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης εβδομάδας. Για την εκτίμηση της συμμόρφωσης στο μεσογειακό πρότυπο διατροφής έχουν δημιουργηθεί αρκετοί διατροφικοί δείκτες, ένας από τους οποίους είναι και το Mediterranean Diet Score (MDS).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο επιπολασμός της υπερβαρότητας και της παχυσαρκίας ήταν 34.8% και 42.6% αντίστοιχα στο νοσηλευτικό προσωπικό, 33.9% και 22.4% στο ιατρικό προσωπικό και 33.3% και 25.6% αντίστοιχα στο διοικητικό προσωπικό. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (77.3%) είχε μέτριο βαθμό προσκόλλησης στη μεσογειακή διατροφή, χωρίς να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στον βαθμό συμμόρφωσης και τον τομέα προσωπικού ($p = 0,825$). Τα άτομα με χαμηλή συμμόρφωση προς τη μεσογειακή διατροφή είχαν υψηλότερη μέση τιμή ΔΜΣ (33.7 kg/m^2) συγκριτικά με τα άτομα που είχαν μέτρια προσκόλληση στη μεσογειακή διατροφή (27,3 kg/m^2) και η διαφορά αυτή ήταν στατιστικά σημαντική ($p=0,001$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παρατηρήθηκε αντίστροφη σχέση ανάμεσα στην τήρηση ενός μεσογειακού διατροφικού προτύπου και στην επικράτηση της παχυσαρκίας σε ένα δείγμα εργαζομένων από τον ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό κλάδο του νοσοκομείου. Δεδομένου του πλούτου των στοιχείων που υποστηρίζουν την μεσογειακή διατροφή και τον πιθανό της ρόλο στον έλεγχο του σωματικού βάρους, είναι σημαντικό να υιοθετηθούν στρατηγικές που ενθαρρύνουν τη συμμόρφωση των επαγγελματιών υγείας σε αυτή. Η βελτίωση της υγείας τους με τη μείωση της παχυσαρκίας βελτιώνει την απόδοση τους και αυξάνει την ικανοποίηση των ασθενών.

ΠΑ11

1ο ΒΡΑΒΕΙΟ ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΛΕΙΣΤΟΥ ΚΥΚΛΩΜΑΤΟΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1

Αναστάσιος Κουτσοβασίλης, Δήμητρα Ραγία, Μαρία Μπουρίκου, Βασίλειος Κορδίνας, Αλέξης Σωτηρόπουλος

Γ' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. Νίκαιας - Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Η χρήση ενός κατάλληλου λογισμικού όπως το OpenAPS μπορεί να δημιουργήσει ένα υβριδικό κλειστό κύκλωμα μεταξύ της αντλίας και της συνεχούς καταγραφής σε άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 (ΣΔτ1). Σκοπός της μελέτης η αξιολόγηση της επίδρασης ενός κλειστού κυκλώματος ινσουλίνης με τη χρήση του OpenAPS στη γλυκαιμική ρύθμιση ατόμων με ΣΔτ1

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Εντάχθηκαν στη μελέτη 51 ασθενείς οι οποίοι ήταν σε αντλία συνεχούς υποδόριας έγχυσης ινσουλίνης. 23 ασθενείς εντάχθηκαν σε κλειστό κύκλωμα ινσουλίνης και 28 συνέχισαν τη χρήση της αντλίας ινσουλίνης χωρίς το κλειστό κύκλωμα. Αξιολογήθηκε η χρήση του κλειστού κυκλώματος στη γλυκαιμική ρύθμιση (HbA1c, γλυκόζη νηστείας, προγευματικές, μεταγευματικές και προ του ύπνου μετρήσεις γλυκόζης) πριν την έναρξη της μελέτης και στις 12±1 και 24±1 εβδομάδες. Έγινε καταγραφή της δόσης της ινσουλίνης, των υπογλυκαιμικών επεισοδίων και της ικανοποίησης από τη θεραπεία με τη χρήση του DTSQ(Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς οι οποίοι χρησιμοποίησαν το OpenAPS παρουσίασαν σημαντική μείωση της HbA1c σε 3 και 6 μήνες (7.85±0.91 vs 7.06±0.96 vs 6.70±0.98, p<0.001) ενώ η μείωση της HbA1c στην άλλη ομάδα δεν ήταν στατιστικά σημαντική (7.81±1.07 vs 7.48±1.12 vs 7.37±0.98,p=0.109). Βελτίωση της γλυκόζης νηστείας για την ομάδα του OpenAPS (154.14±26.17 mg/dl vs 128.33±21.41mg/dl vs 117.74±8.73 mg/dl, p=0.010) ενώ δεν διαπιστώθηκε κάτι ανάλογο στην άλλη ομάδα (p=0.112). Η ομάδα του OpenAPS είχε στατιστικά σημαντική βελτίωση των τιμών γλυκόζης πριν το γεύμα (144.85±27.64 mg/dl vs 139.05±18.06 mg/dl vs 112.16±15.16 mg/dl, p<0.001), μεταγευματικά (p=0.011), πριν το βραδινό (p=0.016) και πριν τη κατάκλιση (p=0.028) ενώ βελτίωση για τη άλλη ομάδα διαπιστώθηκε για τις μεταγευματικές τιμές μετά το μεσημέρι (p=0.033) και μετά το βραδινό (p=0.039). Στατιστικά σημαντικά λιγότερες υπογλυκαιμίες κατά τη διάρκεια μεταξύ των γευμάτων για την ομάδα του OpenAPS (p<0.0001) καθώς και μεταγευματικά (p=0.010). Οι ασθενείς στην ομάδα του OpenAPS χρειάζονταν λιγότερες μονάδες ινσουλίνης συνολικά (p=0.036), λιγότερες μονάδες για το βασικό ρυθμό (p=0.031) καθώς και για την κάλυψη των γευμάτων (p=0.040). Μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη θεραπεία με τη χρήση του OpenAPS (p=0.022).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η χρήση ενός κλειστού κυκλώματος ινσουλίνης οδηγεί σε καλύτερη γλυκαιμική ρύθμιση, λιγότερες διακυμάνσεις της γλυκόζης, περισσότερο χρόνο εντός των προκαθορισμένων ορίων καλής γλυκαιμικής ρύθμισης, λιγότερες υπογλυκαιμίες και καλύτερη ποιότητα ζωής.

ΠΑ12

ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΙ Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΡΟΠΟΥ ΖΩΗΣ

Θεοδώρα Λάππα[1], Αμαλία Τσαγκάρη[1], Κλεονίκη Γεωργούση[2], **Κλεοπάτρα Σουβατζή**[2], Εμμανουήλ Καλαφάτης[2], Κωνσταντίνος Πολύζος[2], Παναγιώτης Γεωργακόπουλος[2], Αλέξανδρος Τσαντούλας[2], Μαρία Τζάκη[2], Ιωάννης Κλαδούρης[2], Κατερίνα Τσαούτου[2], Ιωάννης Κυριαζής[3]

[1] *Τμήμα Κλινικής Διατροφής, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΚΑΤ*
[2] *Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΚΑΤ*
[3] *Διαβητολογικό Ιατρείο και Ιατρείο Παχυσαρκίας, Γενικό Νοσοκομείου Αττικής ΚΑΤ*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η επιδημία της παχυσαρκίας είναι τεκμηριωμένη. Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στο νοσοκομείο αντιμετωπίζουν δυσκολίες (π.χ. νυχτερινή εργασία, αγχογόνο εργασιακό περιβάλλον) στην προσκόλληση σε ένα υγιεινό τρόπο ζωής αν και γνωρίζουν τα οφέλη του.

ΣΚΟΠΟΣ: i) ο προσδιορισμός του επιπολασμού της παχυσαρκίας ii) η διερεύνηση της συσχέτισης του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) με τεκμηριωμένα σχετιζόμενους με την παχυσαρκία παραμέτρους τρόπου ζωής (εργασιακό άγχος, φυσική δραστηριότητα) iii) ο προσδιορισμός της συσχέτισης αυτοαντίληψης σωματικού βάρους και ΔΜΣ σε ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικού προσωπικού του νοσοκομείου

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ένα δείγμα 245 εργαζομένων του νοσοκομείου (87 ιατροί, 65 νοσηλευτές και 93 διοικητικοί) συμμετείχαν σε ανθρωπομετρικές μετρήσεις (σωματικό βάρος, ύψος) και στη συμπλήρωση ερωτηματολογίου που περιελάμβανε πληροφορίες σχετικά με το φύλο, την ηλικία, τη θέση εργασίας και την παρουσία ή μη χρόνιων καρδιομεταβολικών νοσημάτων (ΣΔΤ2, ΣΝ, Δυσλιπιδαιμία, Α.Υ).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο επιπολασμός της υπερβαρότητας και της παχυσαρκίας ήταν 34.8% και 42.6% αντίστοιχα στο νοσηλευτικό προσωπικό, 33.9% και 22.4% στο ιατρικό προσωπικό και 33.3% και 25.6% αντίστοιχα στο διοικητικό προσωπικό. Η αναφερόμενη από τους συμμετέχοντες αντίληψη του βάρους τους συνδέεται στατιστικά σημαντικά με τον ΔΜΣ τους. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων περιέγραψαν ότι το εργασιακό περιβάλλον ήταν αγχωτικό. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του βαθμού stress και του τομέα προσωπικού (p = 0,711) ή του ΔΜΣ (p = 0,875). Δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τομέα προσωπικού και των υπό εξέταση προβλημάτων υγείας (ΣΔΤ2, Σ.Ν., δυσλιπιδαιμία και Α.Υ). Όσον αφορά τη φυσική δραστηριότητα το μεγαλύτερο ποσοστό των ιατρών (43,9%) περπατούσε 2-4 ώρες εβδομαδιαίως, η πλειοψηφία των νοσηλευτών (41,7%) περπατούσε 4-6 ώρες εβδομαδιαίως, ενώ το 44.8% του διοικητικού προσωπικού περπατούσε περισσότερο από 6 ώρες εβδομαδιαίως. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ φυσικής δραστηριότητας και τομέα προσωπικού (p = 0,716).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρούσα μελέτη επιβεβαίωσε την υπάρχουσα βιβλιογραφία στο ότι ο επιπολασμός της παχυσαρκίας και της υπερβαρότητας σε νοσηλευτές είναι μεγαλύτερος από εκείνον του γενικού πληθυσμού. Το αγχογόνο εργασιακό περιβάλλον και η φυσική δραστηριότητα δε φαίνεται να σχετίζονται με το ΔΜΣ στο δείγμα της μελέτης. Τα ευρήματα επιβεβαιώνουν την ανάγκη ενίσχυσης των υγιεινοδιαιτητικών συμπεριφορών των επαγγελματιών υγείας. εργασιακό περιβάλλον) στην προσκόλληση σε ένα υγιεινό τρόπο ζωής αν και γνωρίζουν τα οφέλη του. Παράλληλα , πρέπει να αποτελούν ένα σταθερό πρότυπο υγιεινοδιαιτητικών συνηθειών για τους ασθενείς τη φροντίδα των οποίων επιμελούνται αλλά και για το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.

ΠΑ13

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΙΘΑΝΗΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΟΣΦΡΗΤΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ MED DIET SCORE ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΥΘΗΣΜΟ

Παρασκευάς Κωνσταντίνος[1], Μαρία Γεωργία Χριστοπούλου[1], Σκουφάς Ευστάθιος[1]

[1] *Καρδιολογική Κλινική και Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας, Καλαμάτα, Ελλάδα*

[2] *Εργαστήριο Κλινικής Εργοσπιρομετρίας, Άσκησης & Αποκατάστασης, ΓΝΑ «Ευαγγελισμός», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Η αίσθηση της όσφρησης αποτελεί μία από τις βασικές αισθήσεις και είναι κρίσιμη για την επιλογή των κατάλληλων τροφών. Η Μεσογειακή Διατροφή (ΜΔ) αναγνωρίζεται ως ένα υγιές μοντέλο διατροφής και χρησιμοποιείται σε διάφορους πολιτισμούς ανά τον κόσμο[1]. Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ ΜΔ και οσφρητικής ικανότητας.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Σε 122 υγιείς ενήλικες, (52 άνδρες, 70 γυναίκες) αξιολογήθηκαν το ιστορικό υγείας, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, η συμμόρφωση στη ΜΔ με τη χρήση ερωτηματολογίων και του Med Diet Score και η οσφρητική ικανότητα με τα *Burghart Sniffin' Sticks.*

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα άτομα με υποσμία/ανοσμία είχαν τη χαμηλότερη συμμόρφωση στη ΜΔ σε σχέση με τους υγιείς (p=0.001). Ειδικότερα, η φυσιολογική όσφρηση σχετίστηκε θετικά με την κατανάλωση φρούτων (r=0.216) και ψαριών (r=0.276) (p<0.05). Αντίθετα, η κατανάλωση κόκκινου κρέατος (r=-0.192), γαλακτοκομικών (r= -0.250) και του αλκοόλ (r= -0.154) με την οσφρητική ικανότητα (p<0,05).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η, εν γένει, αντιοξειδωτική επίδραση της ΜΔ, πιθανά, συμβάλλει και σε μια καλύτερη οσφρητική λειτουργία. Συστήνεται η πραγματοποίηση πολυπληθέστερων μελετών για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.

ΠΑ14

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΝΤΟΥΛΑΓΛΟΥΤΙΔΗΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΥΠΟ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΛΙΡΑΓΛΟΥΤΙΔΗ

Αναστάσιος Κουτσοβασίλης, Αλέξης Σωτηρόπουλος, Μαρία Μπουρίκου, Αικατερίνη Καμπουρέλη, Σταύρος Μπούσμπουλας

Γ' Παθολογικό Τμήμα & Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. Νίκαιας - Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Συχνά οι ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2) ακολουθούν φαρμακευτική αγωγή με συνδυασμό δισκίων και ενέσιμων παραγόντων. Σκοπός της μελέτης είναι η εκτίμηση της ποσοτικής και ποιοτικής επίδρασης της Ντουλαγλουτίδης σε άτομα τα οποία βρίσκονταν υπό αγωγή με Λιραγλουτίδη ανεξάρτητα από τη γλυκαιμική τους ρύθμιση.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Εντάχθηκαν στη μελέτη 178 ασθενείς (ηλικίας 57.12±9.11έτη) υπό αγωγή με λιραγλουτίδη στους και έγινε μετάταξη τους σε αγωγή με Ντουλαγλουτίδη σε ασθενείς με HbA1c <7%(Ομάδα Α) και σε ασθενείς με HbA1c >7%(Ομάδα Β). Οι ασθενείς ελάμβαναν την ίδια αγωγή για τουλάχιστον 6 μήνες. Έγινε καταγραφή παραμέτρων γλυκαιμικής ρύθμισης (HbA1c, γλυκόζη νηστείας) καρδιαγγειακών παραγοντών κινδύνου (σωματικό βάρος (ΣΒ), περίμετρος μέσης (ΠΜ), αρτηριακής πίεσης και λιπιδαιμικών παραγόντων). Αξιολογήθηκε η ικανοποίηση από τη θεραπεία με το ερωτηματολόγιο DTSQ (Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire), η συμμόρφωση (Morisky 8-Item Medication Adherence Questionnaire) και η ποιότητα ζωής (SF-12).Η περίοδος παρακολούθησης ήταν 52±2 εβδομάδες με αξιολόγηση και στις 24±2 και στις 12±2 εβδομάδες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική μείωση της HbA1c στην Ομάδα Β στους 3 μήνες και 6 μήνες παρακολούθησης (7.85±0.91 vs 7.07±0.96 vs 6.72±0.78,vs 6.75±0.89 p= 0.001) αλλά και στην Ομάδα Α (6.52±0.84 vs 6.39±0.98 vs 6.31±0.81, vs 6.35 0.91 p=0.050). Διαπιστώθηκε μείωση του σωματικού βάρους στην Ομάδα Β (110.54±19.18 vs 107.78±22.59 vs 106.41±23.84, vs 105.94±21.46, p=0.035), ενώ η μείωση στην Ομάδα Α δεν ήταν στατιστικά σημαντική (98.44±19.23 vs 96.56±22.47 vs 96.22±23.45, 96.95±24.17 p=0.271). Η ικανοποίηση από τη θεραπεία (DTSQ) βελτιώθηκε για την Ομάδα Α (p=0.041) και για την Ομάδα Β (p=0.018) με σημαντικότερη βελτίωση για την Ομάδα Β. Μεγαλύτερος βαθμός συμμόρφωσης σε σύγκριση με την έναρξη της μελέτης διαπιστώθηκε για την Ομάδα Β (p=0.030) ενώ διαπιστώθηκε και βελτίωση της ποιότητας ζωής σύμφωνα με τα αποτελέσματα της SF-12 για την Ομάδα Α (p=0.044) και για την Ομάδα Β (p=0.024).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μετάταξη από αγωγή με Λιραγλουτίδη 1.2 mg σε αγωγή με Ντουλαγλουτίδη 1.8 mg οδηγεί σε μείωση της HbA1c ακόμα και σε ασθενείς με HbA1c<7% και σε μείωση του σωματικού βάρους σε άτομα τα οποία δεν έχουν καλή γλυκαιμική ρύθμιση. Οι ασθενείς υπό αγωγή με Ντουλαγλουτίδη έχουν μεγαλύτερη ικανοποίηση απο τη θεραπευτική τους προσέγγιση, καλύτερη συμμόρφωση και καλύτερη ποιότητα ζωής.

ΠΑ15

ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΔ2 ΚΑΙ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΛΟΓΩ ΛΟΙΜΩΞΗΣ

Σταμάτης Σ. Παπαδάτος[1], Δημήτρης Πολύζος[1], Γεωργία Φιλη[2], **Αδαμάντιος Μπουρδάκης**[3]

[1] *Γ' Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ*
[2] *ΤΕΠ Παθολογικό Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων*
[3] *Β 'Παθολογική κλινική και Διαβητολογικό Ιατρείο Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων*

ΣΚΟΠΟΣ: Ο έλεγχος της υπόθεσης ότι οι ασθενείς με αρρύθμιστο ΣΔτ2 που νοσηλεύονται για λοίμωξη έχουν παρατεταμένη νοσηλεία. Επίσης εφόσον είναι δυνατόν, η δημιουργία ενός προβλεπτικού μοντέλου σχετικά με τις ημέρες νοσηλείας των διαβητικών ασθενών και βασικών χαρακτηριστικών ρύθμισης του μεταβολισμού τους όπως η HbA1c, η τιμή γλυκόζης στην εισαγωγή, και ο BMI.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 50 διαβητικοι ασθενεις που νοσηλευτηκαν τον τελευταιο χρονο στην παθολογικη κλινικη, 24 άνδρες (ηλικία 69,25+/-11,5 ετών, μέση HbA1c 7,69 +/-0.66, μέση τιμή γλυκόζης εισαγωγής 223,3+/-58,51, μέσο BMI 30,75 +/- 4,13) και 26 γυναίκες (76,88 +/- 7,37 ετών, μέση HbA1c 7,78 +/-0,8 , μέση τιμή γλυκόζης εισαγωγής 211,54 +/- 62,85, μέσο BMI 31,85 +/- 4,25). Δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις παραπάνω ομάδες. Η μέση νοσηλεία για τους άνδρες ήταν 8,04 +/- 3,17 ημέρες και για τις γυναίκες 8,62 +/- 3,4 ημέρες. Οι λοιμωξεις που καταγραφτηκαν αφορουσαν το ουροποιητικό, το αναπνευστικό, το δέρμα, τα χοληφόρα και το ΚΝΣ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Για το σύνολο των ασθενών φάνηκε θετική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση των ημερών νοσηλείας με την HbA1c εισαγωγής (r^2=0,317, p=0,025), την γλυκόζη εισαγωγής (r^2=0,385, p=0,006) και το BMI (r^2=0,292, p=0,04). Στο μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης φάνηκε σημαντική γραμμική συσχέτιση των ημερών νοσηλείας με την τιμή γλυκόζης εισαγωγής (p=0,006).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι διαβητικοί ασθενείς συχνά εμφανίζουν αποτυχία γλυκαιμικού ελέγχου και μείωσης σωματικού βάρους. Οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν συχνά λοιμώξεις για τις οποίες αρκετές φορές χρειάζεται να νοσηλευτούν. Βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της διάρκειας νοσηλείας, των επιπέδων γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c), της τιμής σαγχάρου εισαγωγής και του BMI. Είναι γνωστό ότι, η αποτυχία γλυκαιμικού ελέγχου σχετίζεται με οξείες και χρόνιες επιπλοκές του Διαβητη και φαίνεται να επιβαρύνει και την νοσηλεια από λοιμώξεις.

ΠΑ16

ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΕΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΔΙΑΒΗΤΗ

Ιωάννης Κυριαζής[1], **Ιωάννης Καχριμανίδης**[2], Κλεοπάτρα Σουβατζή[2], Κωνσταντίνος Πολύζος[2], Εμμανουήλ Καλαφάτης[2], Παναγιώτης Γεωργακόπουλος[2], Αθανάσιος Δρόσος[2], Κωνσταντίνα Κυρέ[2], Μωυσής Λελέκης[2]

[1] *Διαβητολογικό Ιατρείο Ιατρείο Παχυσαρκίας, Γενικό Νοσοκομείου Αττικής ΚΑΤ*
[2] *Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΚΑΤ*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο σακχαρώδης διαβήτης, ειδικά όταν περιπλέκεται από περιφερικού τύπου νευροπάθεια και αγγειοπάθεια, αυξάνει τον κίνδυνο μετεγχειρητικής λοίμωξης μετά από ορθοπεδικές χειρουργικές επεμβάσεις. Ειδικότερα διαβητικοί ασθενείς με περιφερικού τύπου νευροπάθεια, φαίνεται να έχουν ποσοστό μετεγχειρητικής λοίμωξης γύρω στο 7-10%.

ΣΤΟΧΟΣ: Αυτή η προοπτική μελέτη σχεδιάστηκε για την αξιολόγηση του ποσοστού λοίμωξης της χειρουργικής περιοχής, μετά από ορθοπεδικές χειρουργικές επεμβάσεις στα κάτω άκρα (κυρίως ολική αρθροπλαστική ισχίου) σε ασθενείς με και χωρίς διαβήτη.

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ: Η μελέτη αξιολόγησε προοπτικά 165 περιπτώσεις. Η διάγνωση της περιφερικής νευροπάθειας και της περιφερικής αρτηριακής νόσου έγινε βάσει ιστορικού και αναφερόμενης συμπτωματολογίας. Ως λοίμωξη ορίστηκε αυτή που εμφανίστηκε εντός 30 ημερών από τη χειρουργική επέμβαση στο σημείο μιας χειρουργικής τομής. Η κάλυψη των αντιβιοτικών συνίστατο σε μία προεγχειρητική ενδοφλέβια δόση για εξωτερικούς ασθενείς και 24 ώρες περιεγχειρητικής κάλυψης για εσωτερικούς ασθενείς. Εάν οι ασθενείς δεν ήταν αλλεργικοί στην πενικιλλίνη, χορηγήθηκε κεφαζολίνη. Εναλλακτικά, η κλινδαμυκίνη ή η βανκομυκίνη χρησιμοποιήθηκαν σε ασθενείς με αλλεργίες στην πενικιλλίνη. Η στατιστική σημασία λήφθηκε σε επίπεδο α = 0,05 (P ξ 0,05) με σχετικό 95% CI.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το 45% είχαν ΣΔτ2 και το 17% εξ αυτών ήταν σε ινσουλινοθεραπεία. Η μέση διάρκεια του διαβήτη ήταν 13,2 ± 11,9 χρόνια, η μέση προεγχειρητική γλυκόζη νηστείας ήταν 146 ± 59, και το μέσο επίπεδο γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης ήταν 7,9 ± 1,5%. Το συνολικό ποσοστό λοίμωξης στην χειρουργική περιοχή σε αυτή τη μελέτη ήταν 3,1%, με σημαντικά περισσότερες μολύνσεις σε άτομα με διαβήτη από ό, τι σε εκείνα χωρίς (8,7 έναντι 2,4%, P <0,001). Η αυξανόμενη ηλικία, το άρρεν φύλο, η υποβόσκουσα περιφερική νευροπάθεια και αγγειοπάθεια, το κάπνισμα και η αυξανόμενη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης συσχετίστηκαν σημαντικά με το εμφάνιση λοίμωξης στην χειρουργική περιοχή (P <0,001).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Αυτή η μελέτη καταδεικνύει σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της ανάπτυξης λοίμωξης στην χειρουργική περιοχή και χρόνιων επιπλοκών του διαβήτη (στη συγκεκριμένη μελέτη περιφερικού τύπου νευροπάθεια και αγγειοπάθεια). Ασθενείς με διαβήτη, ιδιαίτερα όταν η ασθένεια δεν ελέγχεται επαρκώς, μπορεί να έχουν συσχετισμένες καταστάσεις που τους θέτουν σε αυξημένο κίνδυνο μετεγχειρητικών λοιμώξεων. Επιπλέον, η λοίμωξη από τη χειρουργική περιοχή ,οδηγεί σε αυξημένη νοσηρότητα, θνησιμότητα, διάρκεια παραμονής και κόστος υγειονομικής περίθαλψης.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (E-POSTER)

ΑΑ01

ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ

Ιωάννης Κ. Σφηνιαδάκης[1], Ευδοκία Ι. Σφηνιαδάκη[2], Ιωάννα Σ. Τσιάρα[2], Δέσποινα Ι. Σφηνιαδάκη[3], Δήμητρα Βασιλείου - Δερβίσογλου[1], Πρόδρομος Ι. Σφηνιαδάκης[4], Κωνσταντίνος Ι. Σφηνιαδάκης[2]

[1] *Ιδιωτικό Ιατρείο*
[2] *Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών*
[3] *Φαρμακευτική Σχολή Πανεπιστημίου Λευκωσίας*
[4] *Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Σόφιας*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο διαβήτης αποτελεί την έβδομη αιτία θανάτου παγκοσμίως, μέσω των επιπλοκών του. Ένας στους 11 ενήλικες είναι διαβητικός και 1 στις 7 γεννήσεις επηρεάζεται από το διαβήτη της κύησης. Ο σακχαρώδης διαβήτης έχει ως απώτερη επιπλοκή την προσβολή όλων των οργάνων. Η σοβαρότερη επιπλοκή του στον οφθαλμό είναι η ανάπτυξη διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας (Δ.Α.), η οποία αποτελεί μια από τις κυριότερες αιτίες μόνιμης τύφλωσης στον ανεπτυγμένο κόσμο σε ηλικίες 30-60 ετών.

ΣΚΟΠΟΣ: Κατανόηση των μηχανισμών πρόκλησης της Δ.Α..

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Η εργασία εκπονήθηκε χρησιμοποιώντας την ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed για την εύρεση ανασκοπήσεων, κλινικών δοκιμών και αναφορές περιστατικών από την πρόσφατη βιβλιογραφία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Έχουν βρεθεί ποικίλοι παράγοντες κινδύνου οι οποίοι σχετίζονται με την ανάπτυξη και πρόοδο της Δ.Α.. Επιβαρυντικοί παράγοντες είναι τα αυξημένα επίπεδα γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης HbA1c ως δείκτης πτωχού γλυκαιμικού ελέγχου. Επιπλέον, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ο τύπος του διαβήτη και η διάρκεια του καθώς στο διαβήτη τύπου 1 είναι μεγαλύτερη η πιθανότητα εμφάνισης Δ.Α. σε σύγκριση με τον τύπου 2. Σημασία έχει και η ηλικία διάγνωσης του με πιο επιβαρυντική τη νεότερη ηλικία διάγνωσης. Επιπρόσθετος επιβαρυντικός παράγοντας για ανάπτυξη Δ.Α. είναι η υπέρταση καθώς και η κύηση. Τέλος, αναφορικά με το γονιδιακό υπόβαθρο, πολλαπλές μελέτες έχουν καταδείξει συσχέτιση πολυμορφισμών του γονιδίου TCF7L, με την εμφάνιση διαβήτη τύπου 2 και του μεγαλύτερου κινδύνου ανάπτυξης Δ.Α.. Άλλοι γονιδιακοί πολυμορφισμοί που αυξάνουν τον κίνδυνο Δ.Α. είναι αυτοί που αφορούν στο γονίδιο της πρωτεΐνης CRP, της αδιπονεκτίνης και στο γονίδιο του αγγειακού ενδοθηλιακού αυξητικού παράγοντα (VEGF). Η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια ταξινομείται στη μη παραγωγική (Δ.Α. του υποστρώματος NPDR) και την παραγωγική (PDR). Η μετάπτωση από τη μη παραγωγική στην παραγωγική μορφή της νόσου σηματοδοτείται από την ανάπτυξη αμφιβληστροειδικής νεοαγγείωσης που συμβαίνει στα πλαίσια υποξίας ή ισχαιμίας με τη μεσολάβηση του VEGF.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Συμπερασματικά, η Δ.Α. αποτελεί απώτερη επιπλοκή του σακχαρώδους διαβήτη στα πλαίσια μικροαγγειοπάθειας, που οδηγεί πολύ συχνά σε τύφλωση. Για την εξέλιξή της έχει ενοχοποιηθεί ο τύπος και η διάρκεια του διαβήτη, ο γλυκαιμικός έλεγχος και η υπέρταση, ενώ διερευνάται η συμμετοχή της δυσλιπιδαιμίας, της παχυσαρκίας και του καπνίσματος στην ανάπτυξη και εξέλιξη της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας.

AA02

ΘΡΟΜΒΟΠΕΝΙΑ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΤΗΝ ΗΠΑΡΙΝΗ (HIT) ΜΕ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΘΡΟΜΒΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΩΝ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ

Όλγα Έλληνα, Γεώργιος Τσερκέζης, Παναγιώτης Κίκιλης, Χριστόφορος Παρίσης
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γ.Ν.Ν. Ιωνίας Κωνσταντοπούλειο - Πατησίων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση λαμβάνοντας θεραπεία με κλασσική ή χαμηλού μοριακού βάρους ηπαρίνη ευρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης θρομβοπενίας οφειλόμενης στην ηπαρίνη (HIT) με κλινικές εκδηλώσεις, που μπορούν να αποβούν μοιραίες για τη ζωή τους, όπως αιμορραγικά επεισόδια ή θρομβώσεις γενικευμενες ή της αρτηριοφλεβικής αναστόμωσης.

Το ποσοστό των ασθενών υπό αιμοκάθαρση όπου ανιχνεύονται αντισώματα κυμαίνεται από 0-12%.

Υπάρχουν δύο τύποι HIT. Ο πρώτος είναι μια μη ανοσολογικού τύπου οντότητα, ενώ ο 2ος HTI II, εμφανίζεται 4-10 ημέρες μετά τη χορήγηση ηπαρίνης με εικόνα θρομβοπενίας και θρομβωτικών επεισοδίων, οφείλεται σε ανάπτυξη αντισωμάτων εναντίον του συμπλέγματος Ηπαρίνη-Αιμοπεταλιακός Παράγοντας 4 (PF4).

Για το λόγο αυτό απαιτείται έγκαιρη διάγνωση, άμεση διακοπή χορήγησης ηπαρίνης και έναρξη εναλλακτικής αντιθρομβωτικής αγωγής.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Παρουσιάζουμε την περίπτωση επιτυχούς αντιμετώπισης HIT II, θρόμβωσης και αιμορραγίας, με χορήγηση fondaparinux σε ασθενή 52 ετών με αρτηριακή υπέρταση και διαβητική νεφροπάθεια που εντάχτηκε σε πρόγραμμα περιοδικής αιμοκάθαρσης από τον Σεπτέμβριο 2018 σε νοσοκομείο των Αθηνών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τον Οκτώβριο του 2018 προσήλθε στο νοσοκομείο μας για τοποθέτηση κεντρικού φλεβικού καθετήρα, όπου διαπιστώθηκε θρομβοπενία (PLT: 27.000χιλ./μl) και αναιμία (Hct: 22%) και κρίθηκε απαραίτητη η νοσηλεία του. Άμεσα πραγματοποιήθηκε εξέταση αντισωμάτων έναντι ηπαρίνης τα οποία και βρέθηκαν θετικά (Anti-PF4/H Abs). Διεκόπη η χορήγηση ηπαρίνης και αποφασίστηκε η λήψη φονταπαρινόξης ως αντιπηκτική αγωγή. Ο ασθενής παρουσίασε αύξηση των αιμοπεταλίων και βελτίωση της αναιμίας, ενώ εξήλθε με φυσιολογικό αριθμό αιμοπεταλίων (PLT: 167.000χιλ./μl).

Επιπροσθέτως, πραγματοποιήθηκε έλεγχος θρομβοφιλίας που κατέδειξε υπερομοκυστεϊναιμία και ετεροζυγωτία στην μετάλλαξη MTHFR C677T και στην MTHFR A1298C. Τον Ιανουάριο του 2019 εισήχθη στη Χειρουργική Κλινική λόγω αυτόματου αιματώματος στον δεξιό μηρό, έλαβε 4 φιάλες αίματος, λόγω πτώσης του αιματοκρίτη (Hct: 23,8%). Τον Απρίλιο του 2019 μετά από σύσταση αιματολόγου σταμάτησε να λαμβάνει fondaparinux τις ενδιάμεσες ημέρες.

Ο ασθενής πλέον δεν έχει προβλήματα υπερπηκτικότητας κατά την αιμοκάθαρση, έχει καλό αιματοκρίτη, ενώ εδώ και 13 μήνες έχει αρνητικοποιήσει τον τίτλο αντισωμάτων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η διάγνωση και η υποψία HIT II σε αυτή την ομάδα των ασθενών απαιτεί άμεση χορήγηση εναλλακτικής αντιπηκτικής αγωγής κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης που κυρίως τα τελευταία χρόνια προτιμάται με επιτυχή αποτελέσματα η χορήγηση φονταπαρινόξης.

ΑΑ03

ΜΥΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ

Βασιλική Αποστολάκη, Μαριάννα Λεοπούλου, Παναγιώτης Τόλιος, Παύλος Στουγιάννος, Αθανάσιος Τρίκας

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνων «Η Ελπίς»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Μεταξύ των εξωεντερικών επιπλοκών των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νοσημάτων του εντέρου (ΙΦΝΕ) είναι οι καρδιαγγειακές συμπεριλαμβανομένης και της μυοκαρδίτιδας. Οι μηχανισμοί πρόκλησής της σχετίζονται είτε με την φλεγμονώδη διαδικασία αυτή καθεαυτή είτε με την ίδια τη θεραπεία της νόσου, όπως συμβαίνει σε ορισμένες περιπτώσεις λήψης μεσαλαζίνης.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση περίπτωσης οξείας μυοκαρδίτιδας σε ασθενή με προσφάτως διαγνωσθείσα ελκώδη κολίτιδα και θεραπεία με το αμινοσαλικυλικό, μεσαλαζίνη.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πρόκειται για άνδρα 37 ετών με προσφάτως διαγνωσθείσα ελκώδη κολίτιδα υπό αγωγή από 15νθημέρου με από του στόματος μεσαλαζίνη, ο οποίος εισήχθη στην καρδιολογική κλινική στα πλαίσια διερεύνησης στηθαγχικού άλγους. Ο ασθενής ανέφερε και διαρροϊκό σύνδρομο για το οποίο ελάμβανε σιπροφλοξασίνη.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Εκ της κλινικής εξέτασης, του ηλεκτροκαρδιογραφικού, αλλά και του υπερηχοκαρδιογραφικού ελέγχου δεν προέκυψε ιδιαίτερη παθολογία. Από τον εργαστηριακό έλεγχο υπήρχαν αυξημένοι δείκτες φλεγμονής και τροπονίνη υψηλής ευαισθησίας. Η στεφανιογραφία δεν ανέδειξε στενώσεις στα στεφανιαία αγγεία. Το περιστατικό αντιμετωπίσθηκε ως οξεία μυοκαρδίτιδα με πυροδότη την φλεγμονώδη νόσο του εντέρου και ενδεχομένως και την ίδια τη θεραπεία με μεσαλαζίνη, η οποία για προφανείς λόγους διεκόπη κατόπιν γαστρεντερολογικής συνεκτίμησης. Η επηρεασμένη επιμήκης παραμόρφωση της αριστερής κοιλίας και ειδικότερα η μαγνητική τομογραφία καρδιάς που πραγματοποιήθηκε αργότερα επιβεβαίωσαν τη διάγνωση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ΙΦΝΕ ενοχοποιείται για μυοκαρδίτιδα στα πλαίσια εξωεντερικών εκδηλώσεων με διάφορους μηχανισμούς μεταξύ των οποίων η ενεργοποίηση του φλεγμονώδους καταρράκτη ειδικά σε εξάρσεις της νόσου, αλλά και η πολυεπίπεδη συμβολή του εντερικού μικροβιώματος. Η οριστική διάγνωση τίθεται ύστερα από διενέργεια μαγνητικής τομογραφίας, δεδομένου του αρνητικού στεφανιογραφικού ελέγχου. Οι νεότερες υπερηχογραφικές τεχνικές αποκαλύπτουν πρώιμα τη μυοκαρδιακή βλάβη παρά το φαινομενικό φυσιολογικό κλάσμα εξώθησης και μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την παρακολούθηση των ασθενών.

ΑΑ04

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΝΕΥΡΕΣΗΣ ΘΕΤΙΚΩΝ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΕΝΑΝΤΙ ΗΠΑΡΙΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΑΡΙΘΜΟ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ

Όλγα Έλληνα, Παναγιώτης Κίκιλης, Γεώργιος Τσερκέζης, Χριστόφορος Παρίσης
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γ.Ν.Ν. Ιωνίας Κωνσταντοπούλειο - Πατησίων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Μια από τις πιο ενδιαφέρουσες και επικίνδυνες παρενέργειες της ηπαρίνης είναι η HIT (Heparin- Induced Thrombocytopenia). Η παθοφυσιολογία της HIT ερμηνεύεται από τον σχηματισμό IgG αντισωμάτων έναντι του συμπλέγματος Ηπαρίνης + PF4 (Αιμοπεταλιακός παράγοντας 4 των αιμοπεταλίων). Πρόκειται για αυτοάνοση διαταραχή η οποία προκαλεί κίνδυνο εμφάνισης θρομβώσεων, (πνευμονική εμβολή, οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, ΑΕΕ).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση μιας ασυνήθιστης περίπτωσης ανεύρεσης θετικών αντισωμάτων έναντι ηπαρίνης σε ασθενή με φυσιολογικό αριθμό αιμοπεταλίων.
Πρόκειται για γυναίκα 70 ετών, αιμοκαθαιρόμενη από 6μήνου λόγω Διαβητικής Νεφροπάθειας, που προσήλθε στα ΤΕΠ του νοσοκομείου με εμπύρετο και εισήχθη για περαιτέρω διερεύνηση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ασθενής υπεβλήθη σε εκτενή κλινικοεργαστηριακό έλεγχο: καλλιέργεια ούρων (αρνητική), EBV IgM/G (αρνητικά), Widal/Wright (αρνητικά), αντιλεισμανιακά αντισώματα (αρνητικά), τοξίνη α και β για Clostridium difficile (αρνητικές), ANA (αρνητικά), παρασιτολογική εξέταση κοπράνων (αρνητική). Οι καλλιέργειες αίματος ήταν θετικές (Enterococcus fecalis spp), ενώ θετικές ήταν εν συνεχεία και οι 3 διαδοχικές καλλιέργειες αίματος από το κεντρικού φλεβικού καθετήρα (Pseudomonas *aeruginosa,* Citrobactr *feundi* Complex, Acinetobacter *baumanii*). Κατά την διάρκεια της νοσηλείας της η ασθενής εμφάνισε πετεχειώδες εξάνθημα κυρίως στα άκρα που οδήγησε να ελεγχθεί η πιθανότητα HIT, παρότι στην γενική αίματος είχε φυσιολογικό αριθμό αιμοπεταλίων (>150 x 103 /μl). Η ανεύρεση αντισωμάτων έναντι της ηπαρίνης HIT απέβη θετική. Η ασθενής απεβίωσε λόγω σηπτικής καταπληξίας με υψηλό πυρετό, υπόταση, και αυξημένους δείκτες φλεγμονής (WBC:16.27 x 103 /μl, CRP :6.86 mg/L, Προκαλσιτονίνη 3.5ng/ml, Ινωδογόνο: 446,08 mg/dl).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Σε σηπτικούς ασθενείς που συνυπάρχει Heparin - Induced- Thrombocytopenia (HIT) είναι πιθανό η αντιδραστική θρομβοκυττάρωση που εμφανίζουν να καλύψει την αναμενόμενη πτώση στον αριθμό των αιμοπεταλίων. Γι αυτό το λόγο, παρ' όλο που η HIT συνήθως σχετίζεται με πτώση στον αριθμό των αιμοπεταλίων, κάτι τέτοιο δεν παρατηρήθηκε στην περίπτωση της ασθενούς μας. Επομένως, σε ασθενείς υπό ηπαρίνη και με εκτεταμένη φλεγμονή ή λοίμωξη, ακόμη και εάν ο αριθμός των αιμοπεταλίων δεν έχει εμφανίσει μείωση, θα πρέπει να ελέγχονται για ύπαρξη HIT.

Βιβλιογραφικές αναφορές:
- Alvarez GF, Bihari D,Collins D. Heparin-induced thrombosis with a normal platelet count.Crit Care Resusc 2007 Mar;9(1):51-3
- Patel VP, Bong M, Di Cesare PE. Heparin- induced Thrombocytopenia and Thrombosis. Am J Orthop (Belle Mead NJ) 2007 May;36(5):255-60
- Shantsila E, Lip GYH,Chong BH. Heparin- induced Thrombocytopenia. A Contemporary Clinical approach to Diagnosis and Management. Chest. 2009 Jun;135(6):1651-1664
- Donovan JL, Tran MT, Kanaan AO. An overview of heparin- induced thrombocytopenia. J Pharm Pract.2010 Jun;23(3):226-34

AA05 *ΕΠΑΙΝΟΣ 2ης ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ*

ΕΠΙΚΡΑΤΗΣΗ ΥΠΟΣΙΤΙΣΜΟΥ ΣΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Μαρία Ιωάννα Μόνου[1], Αμαλία Τσαγκάρη[2], Γρηγόρης Ρίσβας[3], Ιωάννης Δάλδας[4], Σοφία Σιβετίδου[5], Αικατερίνη Κοτρώνη[6], Ιωάννης Κυριαζής[7]

[1,3] *Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας, Aegean College, Αθήνα*
[2,4,5,6,7] *Γενικό νοσοκομείο Αττικής, ΚΑΤ*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η δυσθρεψία και πιο συγκεκριμένα ο υποσιτισμός είναι ένα πρόβλημα μείζονος σημασίας, το οποίο εντοπίζεται σε ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό των νοσηλευόμενων ασθενών στην αποκατάσταση. Προκύπτει από την έλλειψη πρόσληψης πρωτεΐνης, ενέργειας και μικροθρεπτικών συστατικών, και η διάγνωσή του γίνεται με διάφορα εργαλεία που έχουν ως βάση τα GLIM κριτήρια: μη εκούσια απώλεια βάρους, χαμηλός δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ), μειωμένη μυϊκή μάζα, μειωμένη πρόσληψη/αφομοίωση τροφής και κατάσταση ασθένειας/φλεγμονής. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η μελέτη της επικράτησης του υποσιτισμού σε ασθενείς που νοσηλεύονται στην αποκατάσταση.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 30 ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύονταν στη μονάδα αποκατάστασης του Γενικού Νοσοκομείου Αττικής ΚΑΤ. Στους ασθενείς δόθηκε ένα ερωτηματολόγιο να συμπληρώσουν το οποίο ήταν βασισμένο στο ερωτηματολόγιο Nutrition day του ESPEN. Ταυτόχρονα συλλέχθηκαν και ανθρωπομετρικά στοιχεία. Το εργαλείο MUST χρησιμοποιήθηκε για να προσδιοριστεί ο κίνδυνος δυσθρεψίας του κάθε ασθενή. Πραγματοποιήθηκε στατιστική επεξεργασία με το λογιστικό πακέτο SPSS 23 (IBM, Statistical Package for the Social Sciences).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 30 ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα (73,3% άνδρες) με μέση ηλικία 54 (± 17,3) έτη και ΔΜΣ 25,4 (± 4,1), το 33,3% παρουσίαζε μεγάλο κίνδυνο δυσθρεψίας σύμφωνα με τη βαθμολογία του MUST. Το 53,8% κατανάλωνε τη συνήθη νοσοκομειακή διατροφή και το 3,8% βρισκόταν σε εντερική σίτιση, ενώ κανένας ασθενής δε λάμβανε πόσιμα συμπληρώματα διατροφής. Το 26% των ασθενών δήλωσε δυσαρεστημένο από το φαγητό του νοσοκομείου. Η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι ο κίνδυνος εμφάνισης υποσιτισμού (βαθμολογία του MUST) σχετίζεται με το ΔΜΣ, το αν υπήρξε απώλεια βάρους το τελευταίο 3μηνο, την υπολογιζόμενη απώλεια βάρους το τελευταίο 3μηνο, την υπολογιζόμενη απώλεια βάρους την τελευταία 5ετία και την ποσότητα πρωινού γεύματος που καταναλώνεται.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών στην αποκατάσταση εμφανίζουν μεγάλο κίνδυνο δυσθρεψίας και ο κίνδυνος αυτός σχετίζεται σημαντικά με την απώλεια βάρους που έχει σημειώσει ο ασθενής. Επίσης οι ασθενείς που δεν σιτίζονται μόνοι τους έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ελκών πίεσης. Είναι απαραίτητος ο διατροφικός έλεγχος των ασθενών κατά την εισαγωγή τους στη μονάδα αποκατάστασης για τον εντοπισμό όσων βρίσκονται σε κίνδυνο υποσιτισμού. Οι υποσιτιζόμενοι ασθενείς θα πρέπει να λαμβάνουν πόσιμα συμπληρώματα διατροφής, σύμφωνα πάντα με τις υποδείξεις των ειδικών. Η δυσθρεψία δε φαίνεται να αποτελεί προτεραιότητα για τους ασθενείς και σε αυτή την έρευνα. Είναι σημαντικό το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό να αντιληφθεί ότι πρέπει να δοθεί ιδιαίτερα σημασία στο θέμα του υποσιτισμού.

AA06

ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΓΕΥΜΑΤΙΚΗΣ ΒΙΟΔΡΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΛΕΙΦΟΜΕΝΟΥ ΤΥΡΙΟΥ ΕΝΙΣΧΥΜΕΝΟΥ ΜΕ ΤΣΑΙ ΤΟΥ ΒΟΥΝΟΥ ΚΑΙ ΦΛΟΥΔΕΣ ΠΟΤΡΟΚΑΛΙΟΥ ΣΕ ΥΓΙΕΙΣ ΕΘΕΛΟΝΤΕΣ

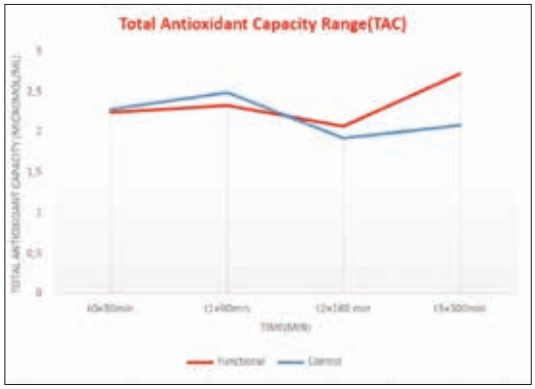
Όλγα Παπαγιάννη[1], Θωμάς Λούκας[2], Αθανάσιος Μαγκούτης[2], Θεοδώρα Μπιάγκη[1], Χαραλαμπία Δήμου[1], Χαράλαμπος Καραντώνης[2], Αντώνιος Κουτελιδάκης[1*]

[1] *Εργαστήριο Διατροφής του Ανθρώπου, Τμήμα Επιστήμης Τροφίμων και Διατροφής, Πανεπιστήμιο Αιγαίου, Μύρινα Λήμνου*
[2] *Εξωτερικό Ιατρείο Μύρινας Λήμνου*
[3] *Εργαστήριο Χημείας και Ανάλυσης Τροφίμων, Τμήμα Επιστήμης Τροφίμων και Διατροφής, Πανεπιστήμιο Αιγαίου, Μύρινα Λήμνου*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Η μεταγευματική λιπαιμία, η γλυκαιμία και το οξειδωτικό στρες δύναται να επηρεάσουν την έκβαση των καρδιαγγειακών παθήσεων. Διερευνήθηκε η υπόθεση ότι η ενίσχυση ενός αλειφόμενου τυριού με εκχυλίσματα τσαγιού του βουνού (Sideritis sp.) και φλούδας πορτοκαλιού δύναται να μειώσει μεταγευματικούς μεταβολικούς βιοδείκτες σε υγιείς εθελοντές, λόγω της αυξημένης περιεκτικότητας σε βιοδραστικά συστατικά (πολυφαινόλες, καροτενοειδή κ.α.).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στα πλαίσια διασταυρούμενου σχεδιασμού (cross-over design) 9 υγιείς εθελοντές 20-30 ετών, κατανάλωσαν ένα γεύμα πλούσιο σε λίπος και υδατάνθρακες (2 φέτες ψωμί-80g, αλειφόμενες με 40g βουτύρου και 30g αλειφόμενου τυριού πλήρους σε λιπαρά). Μετά από μία εβδομάδα washout period οι ίδιοι εθελοντές κατανάλωσαν το ίδιο γεύμα με το αλειφόμενο τυρί ενισχυμένο με 6% εκχύλισμα τσαγιού του βουνού και αποξηραμένης φλούδας πορτοκαλιού (3g τσάι + 3g φλούδα, 100ml βραστό νερό για 5min, Αντιοξειδωτική δράση εκχυλίσματος-Μέθοδος FRAP (Ferric Reducing Antioxidant Power): 34,67μmol Fe2SO4/ml, Ολικά φαινολικά εκχυλίσματος-Μέθοδος Folin: 49,9μg gallic acid/ml). Αιμοληψίες έλαβαν χώρα πριν και 1,5, 3 και 5 h μετά την κατανάλωση του γεύματος. Η ολική αντιοξειδωτική ικανότητα του πλάσματος (FRAP), τα επίπεδα λιπιδίων ορού [Ολική, High Density Lipoprotein (HDL-), Low Density Lipoprotein (LDL-) χοληστερόλη και τριγλυκερίδια], γλυκόζης, ουρικού οξέος (βιοχημικός αναλυτής Roche Cobas c111), καθώς και η αντιθρομβωτική δράση μετρήθηκαν για κάθε χρονική στιγμή.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική αύξηση της αντιοξειδωτικής ικανότητας του πλάσματος 3h μετά την κατανάλωση του γεύματος παρουσία του ενισχυμένου με εκχυλίσματα τυριού, σε σύγκριση με την κατανάλωση του συμβατικού τυριού ($p<0.05$). Παρατηρήθηκε τάση μείωσης του ρυθμού αύξησης της γλυκόζης και των τριγλυκεριδίων 1,5h μετά την κατανάλωση του γεύματος με εκ-



χυλίσματα. Οι υπόλοιποι βιοδείκτες δεν εμφάνισαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές (p>0.05).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Περισσότερες μελέτες σε μεγαλύτερο δείγμα απαιτούνται για την εξαγωγή ασφαλέστερων συμπερασμάτων σχετικά με την μεταγευματική επίδραση των εκχυλισμάτων σε μεταβολικούς βιοδείκτες, όπως το οξειδωτικό στρες, η λιπαιμία και η γλυκαιμία.

Βιβλιογραφικές αναφορές:
1. Koutelidakis, A.E., Rallidis, L, Koniari, K., Panagiotakos, D., Komaitis, M., Zampelas, A., Anastasiou-Nana, M., Kapsokefalou, M. (2013) Effect of green tea on postprandial antioxidant capacity, serum lipids, C Reactive Protein and glucose levels in patients with coronary artery disease. European Journal of Nutrition, 53(2):479-486.

AA07 *ΕΠΑΙΝΟΣ 1ης ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ*

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ COVID-19

Χρήστος Κούρεκ[1,2], Διονύσιος Σβορώνος[1], Ελευθέριος Καρατζάνος[2], **Βασίλειος Καραμπέτσος**[1], Χαράλαμπος Πανοτόπουλος[1], Ιωάννης Τσόρλαλης[1], Μαρίνα Τζανή[1], Γεώργιος Γκάργκουλας[1], Νικόλαος Λιονάκης[1], Εμμανουήλ Μάκαρης[1], Σταυρούλα Κοσμοπούλου[1], Γεώργιος Κουδούνης[1]

[1] *Καρδιολογική Κλινική και Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας, Καλαμάτα, Ελλάδα*

[2] *Εργαστήριο Κλινικής Εργοσπιρομετρίας, Άσκησης & Αποκατάστασης, Γ.Ν.Α. «Ευαγγελισμός», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κήρυξε πανδημία για τον COVID-19 στις 12 Μαρτίου 2020. Η Ελλάδα εφάρμοσε μέτρα καθολικής απαγόρευσης από τις 10 Μαρτίου έως και τις 3 Μαΐου 2020. Παραμένει άγνωστο αν τα χαρακτηριστικά των ασθενών με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (ΟΕΜ) άλλαξαν κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας είναι η αξιολόγηση των χαρακτηριστικών ασθενών με ΟΕΜ στο νομό Μεσσηνίας την περίοδο της πανδημίας του COVID-19 το 2020.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Η συλλογή των δεδομένων σχετικά με τις εισαγωγές ασθενών με ΟΕΜ στην Καρδιολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Μεσσηνίας έγινε από τα επίσημα μητρώα του νοσοκομείου από τις 10/03/2020 έως και τις 03/05/2020, την περίοδο δηλαδή της λήψης των μέτρων για την πανδημία από την ελληνική κυβέρνηση. Έγινε χρήση της στατιστικής μεθόδου x^2 στο SPSS 25 για τη σύγκριση κατηγορικών μεταβλητών και τα περιγραφικά δεδομένα εκφράστηκαν με τη μορφή συχνοτήτων και ποσοστών. Τα δεδομένα με κανονική κατανομή παρουσιάστηκαν ως μέση τιμή ± τυπική απόκλιση ενώ τα δεδομένα με μη κανονική κατανομή εκφράστηκαν ως διάμεσος (25ο-75ο εκατοστημόριο). Οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών έγινε με το συντελεστή Spearman's Rho.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά, εισήλθαν στο νοσοκομείο 31 ασθενείς με ΟΕΜ από τους οποίους οι 27 (87,1%) ήταν άνδρες και οι 4 (12,9%) γυναίκες. Στατιστικά, οι άνδρες ήταν σαφώς περισσότεροι από τις γυναίκες ($p<0,05$). Από τα 31 ΟΕΜ, τα 6 (19,4%) ήταν STEMI ενώ τα 25 (80,6%) N-STEMI με στατιστικά σημαντική διαφορά ($p<0,05$). Οι 27 (87,1%) ασθενείς παρουσίασαν βελτίωση κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους ενώ τα υπόλοιπα 4 (12,9%) διακομίστηκαν σε άλλα νοσοκομεία. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 66±13 έτη ενώ η μέση νοσηλεία για κάθε ασθενή ήταν 5 (3-7) ημέρες. Δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και των ημερών νοσηλείας ($p>0,05$). Όσο αφορά τα δύο φύλα, δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στη μέση ηλικία τους ή στις ημέρες νοσηλείας ($p>0,05$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η πλειονότητα των ασθενών με ΟΕΜ του ΓΝ Μεσσηνίας την περίοδο του COVID-19 ήταν άντρες κοντά στα 66 έτη με N-STEMI οι οποίοι παρουσίασαν καλή έκβαση ως προς την πρόγνωση της νόσου. Τα χαρακτηριστικά των ασθενών την περίοδο του COVID-19 δεν μεταβλήθηκαν σε σχέση με άλλες περιόδους.

AA08

ΑΙΦΝΙΔΙΟΣ ΚΑΡΔΙΑΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Ελένη Σταματοπούλου[1], Δημήτριος Τσίλιας[2], Κωνσταντίνος Τσάμης[3], Αθανασία Σταματοπούλου[4], Δημήτριος Χανιώτης[5]

[1] *PhD(c), MSc Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λειτουργός Δημόσιας Υγείας, Εκπαιδευτικός, Νοσηλεύτρια Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, Member PCRS-UK.*

[2] *Νοσηλευτής, MSc Κλινική Παιδιατρική & Νοσηλευτική - Έρευνα, Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών Π. & Α. Κυριακού.*

[3] *Καρδιολόγος Επικουρικός Επιμελητής Β΄ Γενικό Αντικαρκινικό και Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών Άγιος Σάββας.*

[4] *Ph.D.(c) Οικονομολόγος, MSc International Human Recourse Management, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας ΠΑ.Δ.Α. & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Εκπαιδευτικός, Ακαδημαϊκή Υπότροφος Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής*

[5] *MD, PhD, FESC, Πρόεδρος, Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών, Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής (ΠΑΔΑ)*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο αιφνίδιος καρδιακός θάνατος αποτελεί ένα μείζον πρόβλημα υγείας. Στις ΗΠΑ κάθε χρόνο 400.000 - 460.000 άτομα πεθαίνουν από απρόσμενο αιφνίδιο καρδιακό θάνατο στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) ή πριν φτάσουν στο Νοσοκομείο. Στην Ευρώπη συμβαίνουν ετησίως 3-4 αιφνίδιοι θάνατοι σε κάθε πληθυσμό 2.000 ανθρώπων. Κάθε χρόνο στην Αττική καταγράφονται 2.500 περιστατικά αιφνίδιου καρδιακού θανάτου, εκ των οποίων ποσοστό που ανέρχεται σε 16% είναι σε Δημόσιους χώρους. Οι περισσότεροι αιφνίδιοι θάνατοι είναι καρδιακοί και σχετίζονται με αρρυθμίες δευτερογενείς σε δομικές καρδιακές παθήσεις ή πρωτογενείς ηλεκτρικές ανωμαλίες της καρδιάς. Η πιο κοινή δομική ασθένεια που οδηγεί σε αιφνίδιο θάνατο είναι η ισχαιμική καρδιοπάθεια.

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση των παραγόντων αιφνίδιου καρδιακού θανάτου με στόχο την πρόληψη.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed με λέξεις κλειδιά: αιφνίδιος καρδιακός θάνατος, παράγοντες κινδύνου, πρόληψη.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο αιφνίδιος καρδιακός θάνατος οφείλεται είτε: α)σε οξεία μηχανική δυσλειτουργία της καρδιάς, όπως ενός εκτεταμένου οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου που οδηγεί σε ρήξη του ελεύθερου τοιχώματος της καρδιάς ή σε οξεία μη αντιρροπούμενη καρδιοαναπνευστική ανεπάρκεια, β) είτε σε σοβαρή ταχυ- αρρυθμία η οποία επηρεάζει άμεσα την αιμοδυναμική κατάσταση του ασθενούς. Οι σοβαρές αρρυθμίες (κοιλιακή ταχυκαρδία-κοιλιακή μαρμαρυγή) οδηγούν σε άμεση αιμοδυναμική αστάθεια, καθώς δεν είναι δυνατή η αποτελεσματική συστολή της καρδιάς για την τροφοδοσία των οργάνων του σώματος με αίμα. Η μόνη δυνατότητα επαναφοράς είναι η άμεση ιατρική παρέμβαση και η συνεργασία όλου του εξειδικευμένου ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για την χορήγηση ηλεκτρικού ρεύματος (απινίδωση), ώστε να πραγματοποιηθεί ανάταξη του ρυθμού. Η σοβαρή συστολική δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας είναι ο κύριος δείκτης για αιφνίδιο θάνατο σε ασθενείς με ισχαιμική ή μη ισχαιμική καρδιο-

μυοπάθεια. Ο εμφυτεύσιμος απινιδωτής παραμένει η πιο αποτελεσματική στρατηγική θεραπείας σε επιλεγμένους ασθενείς. Η εκπαίδευση από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό με την αλλαγή του τρόπου συμπεριφοράς του καπνίσματος, της άσκησης και της διατροφής διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Απαιτείται ένας επιμελής καρδιολογικός έλεγχος και εξειδικευμένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό στους ασθενείς με ιστορικό οι οποίοι έχουν αναταχθεί επιτυχώς και ειδικευμένος καρδιολόγος που θα μελετά συστηματικά τους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, καπνιστές και ασθενείς με υπερλιπιδαιμία, καθώς και εκείνους με ιστορικό στεφανιαίας νόσου, όπου μπορεί να τους προστατεύσει από αιφνίδιο θάνατο.

AA09 *ΕΠΑΙΝΟΣ 1ης ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ*

ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ COENZYME Q10 (CoQ10)

Κυριακίδου Γ. Μαρία[1], Ανδρέου-Γεωργάκη Π. Ελένη[2] και Αγγελίδης Νίκος[3]

[1] *Κλινική Διαιτολόγος, Cand. PhD Nutrition & Dietetics στο Πανεπιστήμιο Λευκωσίας (Κύπρο)*
[2] *Δρ. Κλινική Διαιτολόγος, Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Λευκωσίας, Συντονιστής Διατροφής / Διαιτολογίας Πανεπιστήμιο Λευκωσίας / Intercollege, Πρόεδρος CyDNA, Πρόεδρος CyFSTD, Πρόεδρος CySPEN (Κυπριακή Εταιρεία Παρεντερική, Εντερική Διατροφή), Πρόεδρος MAZI, Εκπρόσωπος EFAD/ICDA CY*
[3] *Δρ. Χειρουργός Καρδιάς κι Αγγείων, Αντιπρόεδρος της Διεθνούς Εταιρείας και Ένωσης Αγγειολογίας - Αγγειοχειρουργικής*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η αθηροσκλήρωση είναι σημαντική αιτία καρδιαγγειακών παθήσεων. Η διατροφή παίζει καθοριστικό ρόλο, επηρεάζοντας πολλούς βιοχημικούς δείκτες, όπως επίπεδα τριγλυκαιριδίων, λιπιδίων, αρτηριακής πίεσης και σωματικού βάρους. Όπως αναδεικνύεται από τη διεθνή βιβλιογραφία είναι σημαντική η συμβολή του συνένζυμου Q10 (CoQ10) στον επηρεασμό των βιοχημικών δεικτών, η οποία είναι γνωστή ως ubiquinone (ουβικινόνη), αλλά και ως λιποδιαλυτό μόριο, που μοιάζει με βιταμίνη και ανευρίσκεται φυσικά σε κάθε κυτταρική μεμβράνη στο σώμα μας. Η πρόσληψη του CoQ10 λαμβάνει χώρα ως επί το πλείστων από τα κρέας, ψάρι και δημητριακά ολικής αλέσεως.

ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Υπέρταση	Σάρωση του ROS Αγγειοδιαστολή Ρύθμιση της επίδρασης της αγγειοτενσίνης ↓ του επιπέδου αλδοστερόνης
Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου II	Προστασία από την αντιοξειδωτική ROS Ενίσχυση της οξείδωσης λιπαρών οξέων
Μεταβολικό Σύνδρομο	Προστασία από ROS Αντιοξειδωτικά Προστατευτικά Προστασία Ιστών Η αύξηση των λιποπρωτεϊνών πλούσιων σε τριγλυκερίδια (VLDL)
Συναλικός ρόλος στην καρδιαγγειακή νόσο	Αντιοξειδωτική προστασία έναντι ROS Bioenergetic (βιοενεργητικό) Αντιφλεγμονώδες

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός είναι η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του CoQ10 ως προς την αθηροσκλήρωση, με στόχους (i) ανταπόκριση σε δοσολογίες CoQ10, (ii) αλλαγή επίπεδων λιπιδίων αίματος και (iii) μεταβολή Συστολικής Διαστολικής Αρτηριακής πίεσης (ΣΔΑΠ).

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Αξιολογήθηκαν RCT μελέτες απο Cochrane, Προτεινόμενα Στοιχεία Αναφοράς για Συστηματικές Αναθεωρήσεις (PRISMA) και λίστα ελέγχου, με βιβλιογραφική αναζήτηση απο βάσεις δεδομένων, Pubmed, Cochrane και ηλεκτρονικής πλατφόρμας βιβλιοθήκης πανεπιστημίου Λευκωσίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Βελτιώθηκε η λειτουργία του ενδοθηλίου στην καρδιακή ανεπάρκεια της ισχαιμικής αριστερής κοιλιακής συστολικής δυσλειτουργίας. Αφενός παρατηρήθηκε βελτίωση σε κάποια λιπίδια του αίματος, όπως την T.Chol και HDL, αφετέρου δεν επηρεάζονται τα TG και LDL. Αντικρουόμενα αποτελέσματα σχετικά με βελτίωση μυϊκών συμπτωμάτων και παρενεργειών σχετιζόμενα με χορήγηση στατίνης.

Αντικρουόμενα αποτελέσματα για ΣΔΑΠ με χαμηλής σημαντικότητας αποδεικτικά στοιχεία.

Σχετικά με την HDL, παρατηρήθηκε αύξηση κατά 0,02mmol/L με λήψη CoQ10. Επίσης το CoQ10 βελτίωσε την ολική χοληστερόλη και την HDL σε ασθενείς με Στεφανιαία νόσο, χωρίς να επηρεάσει τα επίπεδα TG, LDL και Lp-a. Τέλος, γενικά τα TG μειώθηκαν κατά 0,03mmol/L χωρίς να επιβεβαιώνεται ότι παραμένουν χαμηλά με CoQ10.

Είναι σημαντικό ότι παράγοντας σύγχυσης (confounding) είναι η ετερογένεια των μελετών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Δεν παρουσιάζεται συνέπεια και σταθερότητα αποτελεσμάτων και οι παράγοντες που διαμορφώνουν τα αποτελέσματα είναι: Μικρό δείγμα συμμετεχόντων – Ετερογένειας κριτηρίων επιλογής - Χαμηλή δοσολογία - Μικρής διάρκειας μελέτες. Επομένως αναγκαιούν περισσότερες RCT, με μεγαλύτερο αριθμό ασθενών.

ΠΡΟΤΑΣΗ: Διερεύνηση της δοσολογίας σε RCT σε πολυκεντρικές μακροχρόνιες μελέτες.

Λέξεις κλειδιά: *CVD, cardiovascular diseases, atherosclerosis, Coenzyme Q10*

ΑΑ10

ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΠΑΡΑΛΛΑΓΗ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΥΠΟΚΛΕΙΔΙΟΥ ΦΛΕΒΑΣ ΜΕ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ «ΚΑΡΔΙΑΚΟΥ ΕΠΙΦΛΕΒΟΥ»

Βασιλική Αποστολάκη, Παναγιώτης Τόλιος, Αθανάσιος Πασχάλης, Παύλος Στουγιάννος, Αθανάσιος Τρίκας

Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν.Α «Η Ελπίς»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ανατρέχοντας στη βιβλιογραφία, την πιο συχνή ανατομική ανωμαλία του θωρακικού φλεβικού συστήματος φαίνεται να αποτελεί η εμμένουσα αριστερή άνω κοίλη φλέβα, ενώ έχουν περιγραφεί και σπανιότερες περιπτώσεις φλεβικών κυκλωμάτων και ενώσεων όπως αυτά με την άζυγο φλέβα, τα οποία τελικά αποχετεύουν το αίμα στην άνω κοίλη.

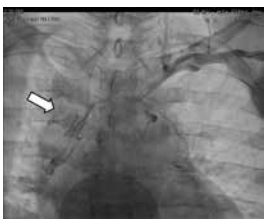
ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση ιδιάζουσας περίπτωσης ανατομικής παραλλαγής αριστερής υποκλειδίου φλέβας που αγγειογραφικά αποχετεύει το αίμα σε «θύσανο» επικαρδιακών φλεβών.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πρόκειται για άνδρα 51 έτους με ιστορικό χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας σταδίου 5 υπό περιοδικές συνεδρίες αιμοκάθαρσης μέσω αρτηριοφλεβώδους φίστουλας δεξιού άνω άκρου, σε έδαφος ινσουλινοθεραπευόμενου σακχαρώδους διαβήτη και κακοήθους υπέρτασης, ο οποίος νοσηλεύτηκε στην καρδιολογική κλινική στα πλαίσια ανεύρεσης σε 24ωρη καταγραφή διαλείποντος πλήρους κολποκοκοιλιακού αποκλεισμού. Από το λοιπό αγγειολογικό του ιστορικό: θρόμβωση δεξιάς μείζονος σαφηνούς επί εδάφους κεντρικού καθετήρα και χειρουργηθέντος ψευδοανευρύσματος αριστερής μηριαίας αρτηρίας προ 4 ετίας. Εκ του υπερηχογραφικού ελέγχου ανεδείχθησαν τα ακόλουθα: αριστερή κοιλία με συγκεντρική υπερτροφία και κλάσμα εξώθησης 60%, μικτή νόσος αορτικής βαλβίδος με σοβαρή αορτική στένωση και μέτρια ανεπάρκεια, ασβέστωση μιτροειδικού δακτυλίου, διάταση αριστερού κόλπου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Βάσει των ανωτέρω δεδομένων ο ασθενής προγραμματίσθηκε για εμφύτευση μόνιμου τεχνητού βηματοδότη μέσω αριστερής υποκλειδίου φλέβας. Κατόπιν καθετηριασμού αυτής και έγχυσης σκιαγραφικού ανεδείχθη η "παρακάμψη" της άνω κοίλης μέσω θυσάνου επικαρδιακών φλεβών (εικόνες 1 και 2). Σημειωτέον ότι ο ασθενής δεν είχε ποτέ συμπτωματολογία συμβατή με σύνδρομο από ατρησία ή στένωση άνω κοίλης φλέβας. Λόγω των ευρημάτων αυτών, καθώς και της παρουσίας αρτηριοφλεβώδους φίστουλας στο δεξί άνω άκρο απεφασίσθη η εμφύτευση στον ασθενή βηματοδότη άνευ ηλεκτροδίων (leadless) με δεξιά διαμηριαία προσπέλαση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Οι leadless βηματοδότες αποτελούν σημαντική θεραπευτική επιλογή σε ασθενείς με ανατομικες ανωμαλίες κεντρικών αγγείων και ειδικά σε αιμοκαθαιρόμενους προσφέροντας λύση σε διαταραχές αγωγής με τις λιγότερες δυνατές αγγειολογικές επιπλοκές.

Εικόνα 1



Εικόνα 2

ΑΑ11

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΕΞΑΜΗΝΟ ΤΟΥ 2020

Χρήστος Κούρεκ[1,2], Ιωάννης Τσόρλαλης[1], Διονύσιος Σβορώνος[1], Βασίλειος Καραμπέτσος[1], Χαράλαμπος Πανοτόπουλος[1], Μαρίνα Τζανή[1], Γεώργιος Γκάργκουλας[1], Νικόλαος Λιονάκης[1], Εμμανουήλ Μάκαρης[1], Σταυρούλα Κοσμοπούλου[1], Γεώργιος Κουδούνης[1]

[1] *Καρδιολογική Κλινική και Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας, Καλαμάτα, Ελλάδα*

[2] *Εργαστήριο Κλινικής Εργοσπιρομετρίας, Άσκησης & Αποκατάστασης, Γ.Ν.Α. «Ευαγγελισμός», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (ΟΕΜ) αποτελεί μία επείγουσα κατάσταση και μία από τις υψηλότερες αιτίες θνητότητας παγκοσμίως.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας είναι η αξιολόγηση των χαρακτηριστικών ασθενών με ΟΕΜ στο νομό Μεσσηνίας το πρώτο εξάμηνο του 2020.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Η συλλογή των δεδομένων σχετικά με τις εισαγωγές ασθενών με ΟΕΜ στην Καρδιολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Μεσσηνίας έγινε από τα επίσημα μητρώα του νοσοκομείου από την 01/01/2020 έως και τις 30/06/2020. Η ανάλυση όλων των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο SPSS 25 και με τις κατάλληλες στατιστικές μεθόδους. Έγινε χρήση της στατιστικής μεθόδου x^2 για τη σύγκριση κατηγορικών μεταβλητών και τα περιγραφικά δεδομένα εκφράστηκαν με τη μορφή συχνοτήτων και ποσοστών. Τα δεδομένα με κανονική κατανομή παρουσιάστηκαν ως μέση τιμή ± τυπική απόκλιση ενώ τα δεδομένα με μη κανονική κατανομή εκφράστηκαν ως διάμεσος (25ο - 75ο εκατοστημόριο). Οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών έγινε με το συντελεστή Spearman's Rho.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά, εισήλθαν στο νοσοκομείο 138 ασθενείς με ΟΕΜ από τους οποίους οι 100 (72,5%) ήταν άνδρες και οι 38 (27,5%) γυναίκες. Στατιστικά, οι άνδρες ήταν σαφώς περισσότεροι από τις γυναίκες ($p<0,05$). Από τα 138 ΟΕΜ, τα 31 (22,5%) ήταν STEMI ενώ τα 107 (77,5%) N-STEMI με στατιστικά σημαντική διαφορά ($p<0,05$). Από τα 138 ΟΕΜ, τα 114 (82,7%) παρουσίασαν βελτίωση κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ενώ τα υπόλοιπα 24 (17,3%) είτε διακομίστηκαν σε άλλα νοσοκομεία είτε απεβίωσαν. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 69 ± 13 έτη ενώ η μέση νοσηλεία για κάθε ασθενή ήταν 5 (4 - 8) ημέρες. Επιπλέον, παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και των ημερών νοσηλείας (CC=0,251 και p=0,003). Όσο αφορά τα δύο φύλα, δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στη μέση ηλικία τους ή στις ημέρες νοσηλείας ($p>0,05$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η πλειονότητα των ασθενών με ΟΕΜ του ΓΝ Μεσσηνίας το πρώτο εξάμηνο του 2020 ήταν άντρες άνω των 65 ετών, με N-STEMI οι οποίοι παρουσίασαν καλή έκβαση ως προς την πρόγνωση της νόσου. Η θετική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και των ημερών νοσηλείας των ασθενών έδειξε ότι όσο μεγαλύτερη ηλικία έχει ένας ασθενής με ΟΕΜ, τόσες περισσότερες ημέρες νοσηλείας χρειάζεται για να αποθεραπευτεί.

ΑΑ12

ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ - ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ 2

Μαρία Χανιά[1], Χριστίνα Φλώρου[1], Δημήτρης Μαυρίδης[2]

[1] *Γενικό Νοσοκομείο Λακωνίας Ν.Μ. Σπάρτης*
[2] *Aegean College Coventry University*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η παιδική παχυσαρκία αποτελεί μια συνεχιζόμενη, σοβαρή διεθνή ανησυχία για την υγεία που αφορά περίπου στο 17% των παιδιών και εφήβων στις ΗΠΑ, απειλώντας την υγεία τους στην ενήλικο ζωή και τη μακροζωία τους. Επιδημιολογικές μελέτες έδειξαν ότι η επίπτωση του τύπου 2 ΣΔ, υπολογίζεται σε 10-30% των παχύσαρκων, και η εμφάνιση της νόσου έχει συσχέτιση με τη διάρκεια της παχυσαρκίας.

ΣΚΟΠΟΣ: Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση του κινδύνου παχυσαρκίας του ΣΔ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ανασκοπήθηκε η ελληνική και διεθνής βιβλιογραφία και συγκεκριμένα άρθρα που αναφέρονταν στον κίνδυνο παχυσαρκίας του ΣΔ, τα οποία δημοσιεύτηκαν στις βάσεις δεδομένων Pub Med και Science Direct, κατά την περίοδο 2000-2018.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Παχυσαρκία δεν θεωρείται νόσος, αλλά σύνδρομο με πολλαπλή αιτιολογία: γενετική, περιβαλλοντική ή κοινωνική. Η παχυσαρκία προκαλείται από υπερβολική συσσώρευση λίπους. Η αυξημένη μάζα του λιπώδους ιστού είναι αποτέλεσμα του αυξημένου αριθμού λιποκυττάρων, της αυξημένης περιεκτικότητας των κυττάρων σε λίπος, ή και των δύο. Ποσοστό έως 80% των ασθενών με ΣΔ-2 είναι παχύσαρκοι και η ρυθμισμένη απώλεια βάρους συνεπάγει βελτίωση της γλυκαιμίας των ασθενών αυτών. Τρεις τουλάχιστον παράγοντες επηρεάζουν την εμφάνιση ΣΔ-2: κατανομή του λιπώδους ιστού, η παρουσία ινσουλινοαντοχής και η κληρονομικότητα και το ισοζύγιο ενέργειας. Ο κίνδυνος ανάπτυξης του ΣΔ-2, αναφέρεται αυξημένος κατά 2 φορές στην ήπια παχυσαρκία, 5 φορές στη μέτρια και 10 φορές στην υπερβολική.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τα αναφερόμενα δεδομένα, καταλήγουμε στο γεγονός ότι για την εμφάνιση ΣΔ είναι σημαντική και η χρονική διάρκεια και όχι μόνο η σοβαρότητα της παχυσαρκίας. Η θεραπεία του συνδρόμου δεν διαφέρει από τη θεραπεία για καθένα από τα «συστατικά του». Η συσσώρευση παραγόντων κινδύνου για τον διαβήτη και η καρδιαγγειακή νόσος είναι ένα πραγματικό φαινόμενο. Η παρουσία μιας κλινικής οντότητας του μεταβολικού συνδρόμου θα πρέπει να οδηγήσει σε αξιολόγηση για άλλους παράγοντες κινδύνου.

ΑΑ13

ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΤΗΝ COVID-19 ΚΑΡΑΝΤΙΝΑΣ ΣΤΟ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Ουρανία Ψωμά[1], Ελευθερία Παπαχριστοφόρου[2], Αικατερίνη Κουντούρη[3], Κωνσταντίνος Μπαλαμπάνης[3], Αθηνά Στεργίου[3], Βαΐα Λαμπαδιάρη[3], Σταύρος Λιάτης[2], **Βασίλης Τσιμιχόδημος**[1]

[1] *Τομέας Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων*
[2] *Πρώτη Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών*
[3] *Β' Παθολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Μελέτες έδειξαν πως κατά τη διάρκεια φυσικών καταστροφών (σεισμοί, επιδημίες κτλ) η μεταβολική ρύθμιση των ασθενών με χρόνια μεταβολικά νοσήματα επιδεινώνεται. Προγνωστικά μοντέλα προβλέπουν πως η αύξηση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) στη διάρκεια καραντίνας 2-3 μηνών μπορεί να φτάσει το 3-4%. Σκοπός της μελέτης ήταν η προοπτική αξιολόγηση της επίδρασης της σχετιζόμενης με την COVID-19 καραντίνας στο μεταβολικό έλεγχο ασθενών με διαβήτη τύπου 2.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Συγκρίθηκανοι τιμές των μεταβολικών παραμέτρων 380 ασθενών πριν και αμέσως μετά την καραντίνα (διάρκειας 42 ημερών).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ηλικία των ασθενών ήταν 62.5 ± 11.9 έτη και το 62% ήταν άντρες. ΟιτιμέςτηςHbA1c, του δείκτη μάζας σώματος και της ολικής χοληστερόλης μειώθηκαν σημαντικά στη διάρκεια της καραντίνας ενώ οι τιμές των υπόλοιπων μεταβολικών παραμέτρων παρέμειναν σταθερές (πίνακας). Τα ευρήματα αυτά ήταν ανεξάρτητα από τις αρχικές τιμές της HbA1c και του σωματικού βάρους και δεν επηρεάστηκαν από το είδος της αντιδιαβητικής αγωγής με εξαίρεση τις σουλφονυλουρίες. Οι ασθενείς που λάμβαναν σουλφονυλουρίες (n=16) εμφάνισαν μια μη στατιστικά σημαντική αύξηση της HbA1c (από 7.18 ± 0.57 σε 7.43 ± 0.87). Ωστόσο, σεσύγκρισημετουςασθενείςπουδενλάμβαναν-σουλφονυλουρίαοιασθενείςπουλάμβαναναυτό το είδος της αγωγής εμφάνισαν σημαντική επιδείνωση της HbA1c (-0.33 ± 0.3 vs +0.25 ± 0.65 για τους ασθενείς που δεν έπαιρναν και έπαιρναν σουλφονυλουρία, αντίστοιχα; p= 0.031).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Κατά τη διάρκεια της καραντίνας στην Ελλάδα οι ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 εμφάνισαν σημαντική βελτίωση του σωματικού βάρους, της ολικής χοληστερόλης και της γλυκαιμίας. Εξαίρεση σε αυτό τον κανόνα αποτέλεσαν οι ασθενείς που λάμβαναν σουλφονυλουρίες. Ωστόσο, ο μικρός αριθμός αυτών των ασθενών στον πληθυσμό της μελέτης δεν επιτρέπει την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.

ΠΙΝΑΚΑΣ

	ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΚΑΡΑΝΤΙΝΑ	ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΚΑΡΑΝΤΙΝΑ	P
BMI (Kg/m^2)	30.6 ± 5.8	30.3 ± 5.6	0.01
SystolicbloodPressure (mmHg)	138 ± 19	137 ± 16	NS
SystolicbloodPressure (mmHg)	80 ± 12	82 ± 46	NS
Heartrate (bpm)	75 ± 13	75 ± 11	NS
Glucose (mg/dl)	127 ± 42	123 ± 35	NS
HbA1c (%)	6.9 ± 1.3	6.7 ± 0.9	0.015
TotalCholesterol (mg/dl)	160 ± 35	154 ± 35	0.04
Triglycerides (mg/dl)	138 ± 74	132 ± 67	NS
HDL-Cholesterol (mg/dl)	49 ± 13	49 ± 13	NS
LDL-Cholesterol (mg/dl)	82 ± 29	80 ± 30	NS
AspartateAminotransferase (IU/l)	20 ± 9	20 ± 9	NS
AlanineAminotransferase (IU/l)	23 ± 14	22 ± 13	NS
Gamma-glutamyltransferase (IU/l)	23 ± 12	22 ± 12	NS

NS: Μη στατιστικά σημαντικό

50 χρόνια

Επενδύουμε στην Ελλάδα,
Παράγουμε στην Ελλάδα,
Στηρίζουμε την Ελλάδα.

Ivabradine DEMO
Ivabradine

PIESiTON-R
Irbesartan + Hydrochlorothiazide

DEMOGREL
Clopidogrel

Covadir
Amlodipine / Valsartan

Holisten
Atorvastatin

Zetidem
Simvastatin / Ezetimibe

DELIPID
Ezetimibe

NAFLiver®
Ursolic Acid, Choline
Oleanolic Acid

PM/211/1 07/2020

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

Προειδοποίηση: Τα συμπληρώματα διατροφής δεν υποκαθιστούν μια ισορροπημένη δίαιτα.

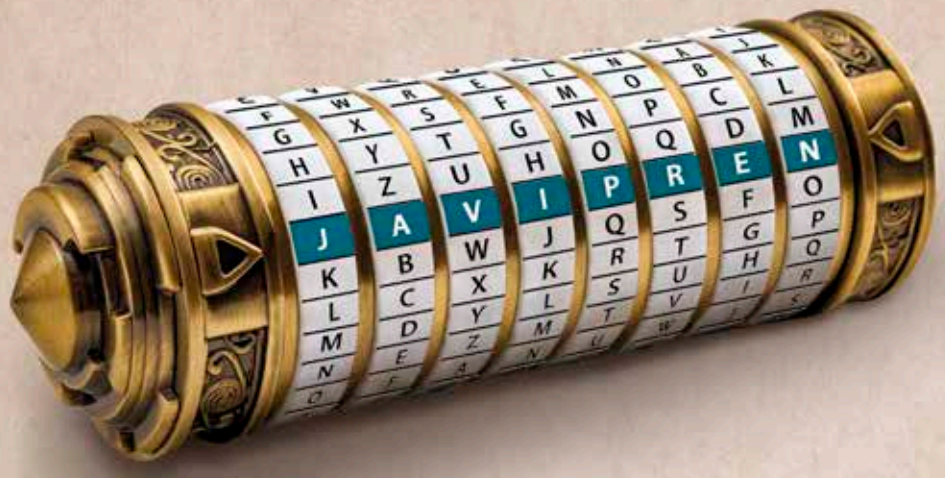
www.demo.gr | Ελληνικά Φάρμακα με Παγκόσμια Εμβέλεια |

DEMO ABEE
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

JAVIPREN®

Εζετιμίμπη / Σιμβαστατίνη

JAV/FPA/07-2019/07



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

ADRENALINE

ELPEN

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

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

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η Εταιρεία Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου για Αγγειακά Νοσήματα ευχαριστεί θερμά τις ακόλουθες εταιρείες για τη στήριξη και τη συμβολή τους στην επιτυχία του Συνεδρίου.

AstraZeneca

Boehringer Ingelheim

DEMO

ELPEN

ITF Hellas Pharmaceuticals

Lilly ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ

Menarini Hellas

MSD & BIANEX

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Mylan
Better Health for a Better World

novo nordisk®

PETSIAVAS

Pfizer

RAFARM

RECORDATI

SANOFI

SERVIER

WinMedica
Serving Health for Life

BIAN A.E.

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

Α

ΑΓΓΕΛΙΔΗΣ Ν 15, 63
ΑΛΑΒΕΡΑΣ Α. 4, 18, 19, 26
ΑΝΔΡΕΟΥ-ΓΕΩΡΓΑΚΗ Π.Ε. 15, 63
ΑΠΟΣΤΟΛΑΚΗ Β. 8, 19, 55, 65
ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ Ν. 4, 6, 26

Β

ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ - ΔΕΡΒΙΣΟΓΛΟΥ Δ. 8, 53

Γ

ΓΑΒΡΙΕΛΑΤΟΣ Γ. 14, 26
ΓΕΡΟΓΙΑΝΝΗ Μ. 7, 38
ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Π. 17, 20, 45, 47, 51
ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ Κ. 10, 17, 26, 47
ΓΙΑΚΙΜΟΒΑ ΠΟΛΥΖΟΥ Β. 8, 13, 26
ΓΚΑΡΓΚΟΥΛΑΣ Γ. 7, 10, 14, 19, 36, 39, 60, 66
ΓΚΟΡΤΖΗ Ο. 13, 43
ΓΡΑΣΣΟΣ Χ. 4, 8, 11, 26
ΓΩΓΟΣ Χ. 18, 26

Δ

ΔΑΛΔΑΣ Ι. 12, 57
ΔΗΜΟΣΘΕΝΟΠΟΥΛΟΣ Χ. 4,13,16, 18, 26, 43
ΔΗΜΟΥ Χ. 12, 58
ΔΙΑΜΑΝΤΑΚΗΣ Ε. 7, 38

Ε

ΕΛΙΣΑΦ Μ. 4, 16, 18, 19, 26
ΕΛΛΗΝΑ Ο. 8, 12, 54, 56
ΕΥΘΥΜΙΑΔΟΥ Ρ. 4, 11, 26
ΕΥΣΤΑΘΙΟΥ Σ. 4, 11, 12, 26

Ι

ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ Ι. 4, 9, 21, 23, 25, 26, 31

Κ

ΚΑΙΦΑ Γ. 11, 27
ΚΑΛΑΦΑΤΗΣ Ε. 4, 13, 17, 20
ΚΑΜΠΟΥΡΕΛΗ Α. 20, 49
ΚΑΡΑΚΑΤΣΑΝΗΣ Σ. 10, 37
ΚΑΡΑΜΠΕΤΣΟΣ Β. 7, 10, 14, 19, 36, 39, 60, 66
ΚΑΡΑΝΤΩΝΗΣ Χ. 12, 58
ΚΑΡΑΤΖΑΝΟΣ Ε. 10, 14, 39, 60
ΚΑΣΤΗ Α. 18, 27
ΚΑΤΣΟΥΡΗ Β. 10, 40
ΚΑΥΚΑΣ Ν. 4, 14, 27
ΚΑΧΡΙΜΑΝΙΔΗΣ Ι. 13, 17, 20, 41, 45, 51
ΚΙΚΙΛΗΣ Π. 8, 12, 54, 56
ΚΙΟΡΤΣΗΣ Δ. 4, 18, 19, 27
ΚΛΑΔΟΥΡΗΣ Ι. 17, 47
ΚΟΡΔΙΝΑΣ Β. 17, 46
ΚΟΡΟΒΕΣΗΣ Κ. 4, 6, 7, 11, 27
ΚΟΣΜΟΠΟΥΛΟΥ Σ. 7, 10, 14, 19, 36, 39
ΚΟΤΡΩΝΗ Α. 12, 57
ΚΟΥΔΟΥΝΗΣ Γ. 4, 7, 10, 14, 18, 19, 27, 36, 39, 60, 66
ΚΟΥΡΕΚ Χ. 7, 10, 14, 19, 36, 39, 60, 66
ΚΟΥΤΕΛΙΔΑΚΗΣ Α. 12, 58
ΚΟΥΤΣΟΒΑΣΙΛΗΣ Α. 4, 7, 9, 12, 13, 17, 20, 24, 27, 38, 46, 49
ΚΟΥΤΣΟΝΑΣΙΟΣ Ι. 10, 40
ΚΡΙΚΕΛΗΣ Μ. 13, 41
ΚΥΡΕ Κ. 17, 20, 45, 51

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

ΚΥΡΙΑΖΗΣ Ι. 4, 5, 9, 12, 13, 17, 18, 20, 21, 23, 24,25, 27, 31, 41, 45, 47, 51, 57
ΚΥΡΙΑΚΙΔΟΥ Γ.Μ. 15, 63

Λ
ΛΑΜΠΡΟΥ Δ. 9, 27
ΛΑΠΠΑ Θ. 17, 45, 47
ΛΕΟΠΟΥΛΟΥ Μ. 8, 55
ΛΙΑΤΗΣ Σ. 4, 6, 14, 21, 23, 25, 27, 68
ΛΙΟΝΑΚΗΣ Ν. 7, 10, 14, 19, 36, 39, 60, 66
ΛΟΥΚΑΣ Θ. 12, 58

Μ
ΜΑΓΚΟΥΤΗΣ Α. 12, 58
ΜΑΚΑΡΗΣ Ε. 7, 10, 14, 19 36, 39, 60, 66
ΜΑΛΤΕΖΟΣ Χ. 4, 11, 12, 27
ΜΑΝΤΑ Ε. 17, 45
ΜΕΛΛΟΣ Χ. 8, 17, 27
ΜΟΝΟΥ Μ. 6, 35
ΜΟΝΟΥ Μ.Ι. 12, 57
ΜΠΑΛΑΜΠΑΝΗΣ Κ. 21, 22, 28, 68
ΜΠΙΑΓΚΗ Θ. 12, 58
ΜΠΟΛΕΤΗΣ Ν.Ι. 4, 20, 28
ΜΠΟΥΡΑΖΑΝΗΣ Δ. 6, 35
ΜΠΟΥΡΔΑΚΗ Ε. 10, 37
ΜΠΟΥΡΔΑΚΗΣ Α. 10, 11, 18, 20, 28, 37, 40, 50
ΜΠΟΥΡΙΚΟΥ Μ. 17, 20, 46, 49
ΜΠΟΥΣΜΠΟΥΛΑΣ Σ. 7, 20, 38, 49

Ν
ΝΤΟΥΝΙΑΣ Γ. 13, 41
ΝΤΟΥΠΗΣ Ι. 4, 6, 7, 11, 19, 24, 28

Π
ΠΑΓΩΝΗ Μ. 4
ΠΑΝΟΤΟΠΟΥΛΟΣ Χ. 7, 10, 14, 19, 36, 39, 60, 66
ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗ Ο. 12, 58
ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ Σ. Σ. 10, 20, 37, 50
ΠΑΠΑΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΥ Α. 25, 28
ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Ν. 14, 17, 28
ΠΑΠΠΑ Μ. 7, 38
ΠΑΠΠΑΣ Σ. 4, 16, 23, 28
ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣ Κ. 18, 48
ΠΑΡΙΣΗΣ Χ. 8, 12, 54, 56
ΠΑΣΧΑΛΗΣ Α. 19, 65
ΠΑΤΣΟΥΡΑΚΟΣ Ν. 4, 14, 19, 20, 28
ΠΑΦΙΛΗ Ζ. 13, 18, 28, 43
ΠΙΣΙΜΙΣΗΣ Ε. 4, 14, 29
ΠΙΤΤΑΡΑΣ Α. 4, 6, 8, 11, 19, 20, 23, 29
ΠΟΛΥΖΟΣ Δ. 20, 50
ΠΟΛΥΖΟΣ Κ. 4, 13, 17, 20, 41, 47, 51
ΠΡΑΣΟΠΟΥΛΟΣ Β. 4, 11, 29

Ρ
ΡΑΓΙΑ Δ. 17, 46
ΡΑΠΤΗΣ Α. 25, 29
ΡΕΛΛΟΥ Σ. 17, 45
ΡΙΣΒΑΣ Γ. 12, 57

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

Σ

ΣΑΒΒΟΠΟΥΛΟΣ Χ. 4, 11, 29
ΣΑΜΑΡΑ Σ. 13, 43
ΣΒΟΡΩΝΟΣ Δ. 7, 10, 14, 19, 36, 39, 60, 66
ΣΙΒΕΤΙΔΟΥ Σ. 12, 57
ΣΚΟΥΦΑΣ Ε. 6, 13, 18, 35, 44, 48
ΣΟΥΒΑΤΖΗ Κ. 4, 13, 17, 20, 21, 29, 41, 45, 47, 51
ΣΤΑΜΑΤΟΠΟΥΛΟΥ Α. 15, 61
ΣΤΑΜΑΤΟΠΟΥΛΟΥ Ε. 15, 61
ΣΤΟΥΓΙΑΝΝΟΣ Π. 4, 6, 8, 10, 18, 19, 21, 29, 55, 61
ΣΦΗΝΙΑΔΑΚΗ Ι.Δ. 8, 53
ΣΦΗΝΙΑΔΑΚΗ Ι.Ε. 8, 53
ΣΦΗΝΙΑΔΑΚΗΣ Ι.Κ. 8, 53
ΣΦΗΝΙΑΔΑΚΗΣ Ι.Π. 8, 53
ΣΦΗΝΙΑΔΑΚΗΣ Κ.Ι. 8, 53
ΣΩΤΗΡΟΠΟΥΛΟΣ Α. 4, 7, 8, 9, 10, 17, 20, 21, 22, 23, 25, 29, 38, 46, 49

Τ

ΤΕΝΤΟΛΟΥΡΗΣ Ν. 4
ΤΖΑΚΗ Μ. 17, 47
ΤΖΑΝΗ Μ. 7, 10, 14, 19, 36, 39, 60, 66
ΤΟΛΙΟΣ Π. 8, 19, 55, 65
ΤΡΙΚΑΣ Α. 8, 19, 55, 65
ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΥ Α. 4, 16, 29
ΤΣΑΓΚΑΡΗ Α. 12, 17, 45, 47, 57
ΤΣΑΜΗΣ Κ. 15, 61
ΤΣΑΝΤΟΥΛΑΣ Α. 17, 47
ΤΣΑΟΥΤΟΥ Κ. 17, 47
ΤΣΕΛΕΠΗΣ Α. 4, 19, 21, 29
ΤΣΕΡΚΕΖΗΣ Γ. 8, 12, 54, 56
ΤΣΙΑΡΑ Σ.Ι. 8, 53
ΤΣΙΛΙΑΣ Δ. 15, 61
ΤΣΙΜΙΧΟΔΗΜΟΣ Β. 4, 19, 21, 29, 68
ΤΣΙΟΥΦΗΣ Κ. 4, 18, 20, 29, 31
ΤΣΟΡΛΑΛΗΣ Ι. 7, 10, 14, 19, 36, 39, 60, 66

Φ

ΦΙΛΗ Γ. 7, 10, 20, 37, 40, 50

Χ

ΧΑΛΒΑΤΣΙΩΤΗΣ Π. 11,12, 25, 29
ΧΑΝΙΩΤΗΣ Δ. 15, 61
ΧΑΤΖΗΑΓΓΕΛΑΚΗ Ε. 4, 5, 9, 11, 23, 29, 31
ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΥ Γ.Μ. 13, 18, 44, 48