

Υπό την αιγίδα:

- της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Υπέρτασης
- του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου
- της Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών
- της Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών



Ελληνική Εταιρεία
Υπέρτασης

20^ο

Πανελλήνιο
Συνέδριο

Υπέρτασης

19-21
ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ
2020

Με Διαδικτυακή
Συμμετοχή

Τελικό Πρόγραμμα

Olmesartan/Sandoz

Olmesartan Medoxomil

Olmesartan+HCTZ/Sandoz

Olmesartan Medoxomil+Hydrochlorothiazide

Συσκευασίες
30 δισκίων



Piramil®

Ramipril

Piramil® Plus

Ramipril + Hydrochlorothiazide



Amlibon Bes®

Amlodipine Besylate



ΠΕΡΑΙΤΕΡΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΔΙΑΤΙΘΕΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΑΤΟΧΟ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ

velka
a Rafarm company

VELKA HELLAS Βιομηχανία Φαρμάκων
Κορίνθου 12, 15451 Ν. Ψυχικό, Αθήνα
Τηλ.: 211 176 1000, Fax: 210 6776552
www.velka.gr

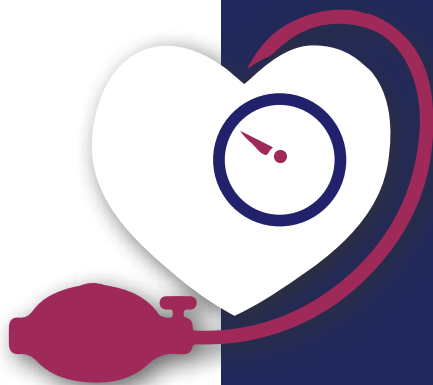
SANDOZ

A Novartis
Division

Sandoz GmbH, Biochemiestrasse 10, 6250 Kundl, Αυστρία
Sandoz Pharmaceuticals d.d, Verovskova 57, Ljubljana, Slovenia
Novartis (Hellas) S.A.C.I./Sandoz division
Κηφισίας 18 & Γκάζη, 15125 Μαρούσι
Τηλ.: 210 2811712, Fax: 210 6857655
www.sandoz.com

Περιεχόμενα

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ ΠΡΟΕΔΡΟΥ	4
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ & ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ - ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ	5
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΕΛΕΤΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ	8
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	10
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΟΥΦΟΡΙΚΩΝ ΔΙΑΛΕΞΕΩΝ & ΣΥΜΠΟΣΙΩΝ	30
ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ	35
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	42
ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΙΕΣ	43
ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ	85
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ ...	127
ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ	136



Αγαπητοί και αγαπητές συνάδελφοι,

Με χαρά σας προσκαλούμε να συμμετάσχετε στο **20^ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Ελληνικής Εταιρείας Υπέρτασης** που θα διεξαχθεί στις **19-21 Νοεμβρίου 2020** διαδικτυακά λόγω των έκτακτων υγειονομικών μέτρων που ισχύουν στη χώρα μας μετά την πανδημία COVID-19. Η Ελληνική Εταιρεία Υπέρτασης δραστηριοποιείται στον ιατρικό επιστημονικό χώρο για τρεις δεκαετίες και πλέον και έχει συμβάλλει σημαντικά, τόσο στην ενημέρωση, όσο και στην εκπαίδευση των Ελλήνων γιατρών.

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

Το 20^ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Ελληνικής Εταιρείας Υπέρτασης απευθύνεται σε γιατρούς όλων των ειδικοτήτων που ασχολούνται με τη διάγνωση και θεραπεία των υπερτασικών ασθενών και την πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα έχει στόχο τη μετάδοση των σύγχρονων θεωρητικών αλλά κυρίως των πρακτικών γνώσεων για την υπέρταση και τις σχετιζόμενες καταστάσεις και περιλαμβάνει διαλέξεις, συζητήσεις με ειδικούς, παρουσίαση περιπτώσεων, προφορικές και αναρτημένες ανακοινώσεις και δορυφορικές διαλέξεις και τραπέζια. Συμμετέχουν πάνω από 50 διακεκριμένοι ειδικοί επιστήμονες από τη χώρα μας αλλά και από το εξωτερικό. Όπως κάθε χρόνο, προσδοκούμε τη συμμετοχή πάνω από 500 γιατρών από όλη την Ελλάδα.

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

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς

Ο Πρόεδρος του ΔΣ της Ελληνικής Εταιρείας Υπέρτασης

Παντελής Ζεμπεκάκης
Καθηγητής Παθολογίας

Διοικητικό Συμβούλιο και Οργανωτική Επιτροπή

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

Επιστημονική Γραμματεία

Η Γραμματεία της Ε.Ε.Υ.

Αθήνα

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

Θεσσαλονίκη

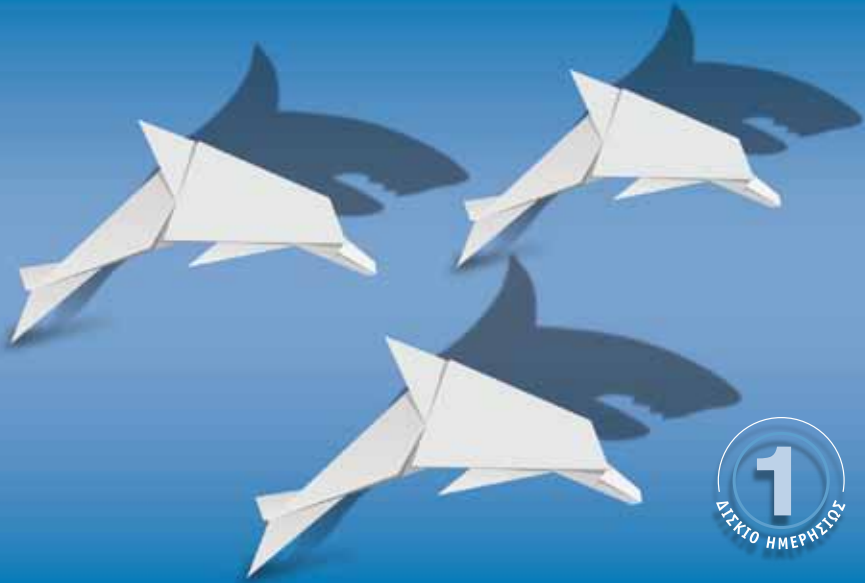
Πλ. Ναυαρίνου 3, 546 22
Τ: 2310 225508 - F: 2310 225508
E: thessaloniki@hypertasi.gr

Valsimia HCT[®]

αμλοδιπίνη/βαλσαρτάνη/υδροχλωροθειαζίδη

VL5HCT/ELAN/07-2020/01

ADRENALIN
www.adrenaline.gr



ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ Valsimia HCT 5 mg/160 mg/12,5 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία, Valsimia HCT 5 mg/160 mg/25 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία, Valsimia HCT 10 mg/160 mg/12,5 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία, Valsimia HCT 10 mg/160 mg/25 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία, Valsimia HCT 10 mg/320 mg/25 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία. **ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ** *Valsimia HCT 5 mg/160 mg/12,5 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία.* Κάθε επικαλυμμένο με λεπτό υμένιο δισκίο περιέχει 5 mg αμλοδιπίνης (ως αμλοδιπίνη βεσουλική), 160 mg βαλσαρτάνης και 12,5 mg υδροχλωροθειαζίδης. *Valsimia HCT 5 mg/160 mg/25 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία.* Κάθε επικαλυμμένο με λεπτό υμένιο δισκίο περιέχει 5 mg αμλοδιπίνης (ως αμλοδιπίνη βεσουλική), 160 mg βαλσαρτάνης και 25 mg υδροχλωροθειαζίδης. *Valsimia HCT 10 mg/160 mg/12,5 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία.* Κάθε επικαλυμμένο με λεπτό υμένιο δισκίο περιέχει 10 mg αμλοδιπίνης (ως αμλοδιπίνη βεσουλική), 160 mg βαλσαρτάνης και 12,5 mg υδροχλωροθειαζίδης. *Valsimia HCT 10 mg/160 mg/25 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία.* Κάθε επικαλυμμένο με λεπτό υμένιο δισκίο περιέχει 10 mg αμλοδιπίνης (ως αμλοδιπίνη βεσουλική), 160 mg βαλσαρτάνης και 25 mg υδροχλωροθειαζίδης. *Valsimia HCT 10 mg/320 mg/25 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία.* Κάθε επικαλυμμένο με λεπτό υμένιο δισκίο περιέχει 10 mg αμλοδιπίνης (ως αμλοδιπίνη βεσουλική), 320 mg βαλσαρτάνης και 25 mg υδροχλωροθειαζίδης.

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

Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή.

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

ELPEN

ELPEN A.E. 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

Ezetimibe+Simvastatin/Sandoz

Ezetimibe+Simvastatin

ΑΔΥ/ΕΖΕ-ΣΙΜΒΑ, SANDOZ/VELKA/01/03, 2019



ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΔΙΑΤΙΘΕΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΑΤΟΧΟ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ

Velka
a Rafarm company

VELKA HELLAS Βιομηχανία Φαρμάκων
Κορίνθου 12, 15451 Ν. Ψυχικό, Αθήνα
Τηλ.: 211 176 1000, Fax: 210 677 6552
www.velka.gr

SANDOZ A Novartis
Division

Sandoz Pharmaceuticals d.d., Verovskova 57, Ljubljana, Slovenia
Novartis (Hellas) S.A.C.I / Sandoz division
Κηφισίας 18 & Γκύζη, 15125 Μαρούσι
Τηλ.: 210 2811712, Fax: 210 6857655
www.sandoz.com

Πέμπτη 19 Νοεμβρίου 2020 // Ώρα: 20:00 - 21:00

Εκδήλωση τιμής στη μνήμη του
Καθηγητή Αχιλλέα Αθ. Τουρκαντώνη
πρώην Προέδρου της Ελληνικής Εταιρείας Υπέρτασης,
Ομότιμου Καθηγητή Α.Π.Θ. & Ακαδημαϊκού (Α.Μ.)

ΠΡΟΣΦΩΝΗΣΕΙΣ - ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ
ΚΗΡΥΞΗ ΕΝΑΡΞΗΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

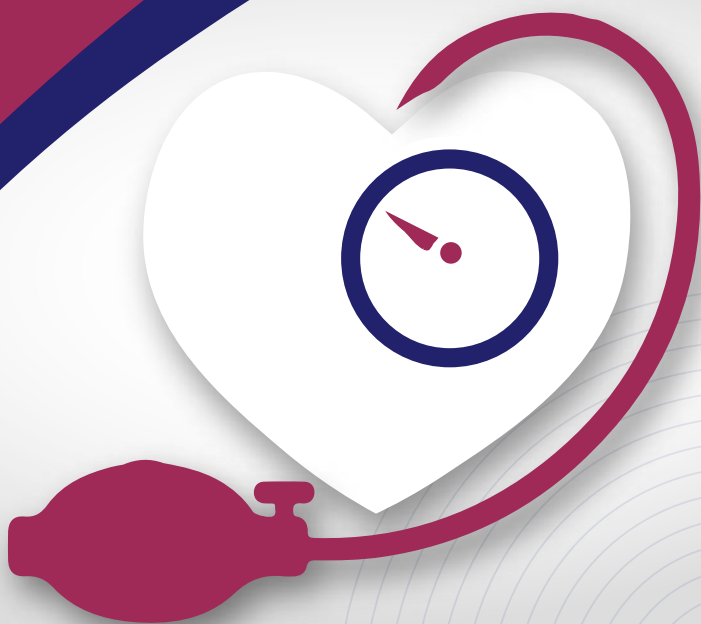
ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΑ ΟΜΙΛΙΑ
Πρόεδρος: **Π. Ζεμπεκάκης**

Η Ανθρωπογενής Κλιματική Αλλαγή και οι επιπτώσεις της στην Υγεία

Χ. Ζερεφός

Ομότιμος Καθηγητής Ε.Κ.Π.Α., Ακαδημαϊκός, Επόπτης του Κέντρου Ερεύνης Φυσικής
της Ατμοσφαιρας και Κλιματολογίας της Ακαδημίας Αθηνών

Επιστημονικό Πρόγραμμα



12.15-14.00 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ
Προεδρείο: **Κ. Καρακούσης, Ο. Παπαζάχου**

- OR.01 ΑΥΤΟΜΑΤΕΣ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΜΕ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΠΑΥΣΗ ΚΑΙ Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΗΝ ΗΜΕΡΗΣΙΑ 24ΩΡΗ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ**
Εμμ. Ανδρεάδης, Χ. Γελαδάρη, Ε. Επαμεινώνδας
Κέντρο Υπέρτασης και Καρδιαγγειακής Προστασίας, Ομιλος Ιατρικού Αθηνών, Κλινική Ψυχικού
- OR.02 ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΕΡΤΑΣΗ**
Ι. Μπέλλος¹, Β. Περγιαλιώτης¹, Δ. Λουτράδης², Γ. Δασκαλάκης²
¹Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Ερεύνης «Ν.Σ. Χρηστέας», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Αθήνα
²Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Αθήνα
- OR.03 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΠΡΟΣΦΑΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΘΕΝΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΟΝ ΙΟ ΤΗΣ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (HIV) ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ. ΜΙΑ ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ**
Ε. Τριανταφυλλίδη, Δ. Μπενάς, Π. Φράγκου, Δ. Μπίρμπα, Ι. Θυμής, Γ. Κωστέλη, Α. Σχινάς, Κ. Πρωτόπαπας, Δ. Καββαθά, Α. Αντωνιάδου, Α. Παπαδόπουλος, Ι. Οικονομίδης, Ε. Ηλιοδρομίτης
¹2^η Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα
²4^η Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα
- OR.04 Η ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΝΕΩΝ ΥΓΙΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΕΚΑΕΤΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ. ΔΕΚΑΕΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ**
Ε. Τριανταφυλλίδη, Ε. Ντρέτσιου, Δ. Μπενάς, Ι. Οικονομίδης, Ε. Ηλιοδρομίτης
2^η Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα

OR.05 24ΩΡΗ ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ: ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΟΡΓΑΝΩΝ ΣΤΟΧΩΝ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ ΚΑΙ ΝΕΑΡΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ

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

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

²Καρδιολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. Κυριακού», Αθήνα

³Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Λαϊκό», Αθήνα

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

OR.06 ΕΠΑΝΑΛΗΨΙΜΟΤΗΤΑ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ, ΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΤΗΝ 24ΩΡΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ

Ι. Μπουντζώνα¹, Α. Ντινέρη¹, Α. Κόλλιας¹, Ε. Σταμπολλίου¹, Χ. Αλαμάρα¹, Α. Βαζαίου², Γ. Σ. Στεργίου¹

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

²Α' Παιδιατρική Κλινική, Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. Κυριακού», Αθήνα

OR.07 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ, ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚΗΣ ΚΑΙ ΠΟΛΥΣΤΑΔΙΑΚΗΣ ΣΤΡΩΜΑΤΟΠΟΙΗΜΕΝΗΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ

Γ. Σ. Στεργίου^{1,2}, Α.-Μ. Μέντη², Ι. Παπαδάκης³, Ν. Καλπουρτζή⁴, Μ. Δούμας¹, Ρ. Καλαϊτζίδης¹, Ξ. Κροκίδης⁵, Μ. Χατζόπουλος², Μ. Μαρκέτου⁶, Ε. Γκαλιαγκούση¹, Εμμ. Καλλίστρατος¹, Β. Κατσή¹, Ε. Μανιός¹, Δ. Παπαδόπουλος¹, Π. Σαραφίδης¹, Γ. Τουλούμη⁴, Π. Ζεμπεκάκης¹

¹Ελληνική Εταιρεία Υπέρτασης

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

³Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο

⁴Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας & Ιατρικής Στατιστικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Αθήνα

⁵Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας, Καβάλα

⁶Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο

OR.08 STRIDE BP: ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΜΕΝΕΣ ΣΥΣΚΕΥΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ

Γ. Σ. Στεργίου¹, Α. Μέντη¹, Α. Κόλλιας¹, Μ. Myers², Ρ. Palatini³, G. Parati⁴, E. O'Brien⁵

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

²University of Toronto, Schulich Heart Program, Division of Cardiology, Sunnybrook Health Sciences Centre, Canada

³Department of Medicine, University of Padova, Italy

⁴Istituto Auxologico Italiano, IRCCS, Department of Cardiovascular, Neural and Metabolic Sciences, S. Luca Hospital, Italy

⁵The Conway Institute, University College Dublin, Ireland

OR.09 ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΚΝΗΜΟΒΡΑΧΙΟΝΙΑΣ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΡΩΤΙΔΟΜΗΡΙΑΙΑ ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΣΦΥΓΜΙΚΟΥ ΚΥΜΑΤΟΣ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ

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

OR.10 ΧΛΩΡΙΟ ΚΑΙ ΥΠΕΡΤΑΣΗ: 90 ΧΡΟΝΙΑ ΜΕΤΑ ΤΟΥΣ BERGHOFF ΚΑΙ GERACI

Ε. Κουλουρίδης

Παθολόγος-Νεφρολόγος, Κέρκυρα

Cardiology fellow in training. St Elisabeth's Medical Center. Boston, USA

OR.11 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΕ ΕΓΚΥΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ. ΜΕΛΕΤΗ "HELENA"

Γ. Βαμβάκου¹, Ο. Παπαζάχου¹, Στ. Αρχοντάκης¹, Γ. Σκαλής¹,
Η. Ανδριανοπούλου¹, Κ. Θωμόπουλος¹, Β. Κατσή², Θ. Μακρής¹

¹Κέντρο Υπέρτασης Καρδιολογικού Τμήματος, Γενικό Νοσοκομείο-Μαιευτήριο «Ελενα Βενιζέλου»

²Καρδιολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν.Ν.Α «Ιπποκράτειο»

OR.12 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ, ΕΠΙΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΜΕΝΟ

Γ. Σ. Στεργίου¹, Α.-Μ. Μέντη¹, Ν. Καλπουρτζή², Μ. Γαβανά³, Α. Βανταράκης⁴, Γ. Χλουβεράκης⁵, Χ. Χατζηχριστοδούλου⁶, Γ. Τρυψιάνης⁷, Π. Β. Βούλγαρη⁸, Ι. Αλαμάνος⁹, Α. Καρακώστα², Γ. Τουλούμη²

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

²Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας & Ιατρικής Στατιστικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Αθήνα

³Εργαστήριο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Γενικής Ιατρικής και Έρευνας Υπηρεσιών Υγείας, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

⁴Εργαστήριο Υγιεινής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα

⁵Τμήμα Βιοστατιστικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο

⁶Εργαστήριο Υγιεινής & Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

⁷Τμήμα Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

⁸Ρευματολογική κλινική, Τομέας Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

⁹Ινστιτούτο Επιδημιολογίας Προληπτικής Ιατρικής και Δημόσιας Υγείας, Κέρκυρα

14.00-15.00 **ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

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

OR.13 Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΔΑΠΑΓΛΙΦΛΟΖΙΝΗ ΜΕΙΩΝΕΙ ΤΗΝ 24ΩΡΗ ΑΟΡΤΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΣΚΛΗΡΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΤΥΠΟΥ-2 ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ: ΜΙΑ ΔΙΠΛΗ-ΤΥΦΛΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΟΚΙΜΗ

Ε. Παπαδοπούλου^{1,2}, Χ. Λουτράδης², Κ. Κώτσα³, Σ. Καρράς³, Χ. Σαμπάνης¹, Γ. Τζατζάγου⁴, Α. Καρακόζογλου⁴, Τ. Διδάγγελος⁵, Μ. Θεοδωρακοπούλου², Ι. Μηνοπούλου², Α. Τσάπας⁶, Α. Καραγιάννης¹, Π. Σαραφίδης²

¹Β' Προπαιδευτική Παθολογική, Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

²Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

³Α' Παθολογική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

⁴Α' Παθολογική, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

⁵Α' Προπαιδευτική Παθολογική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

⁶Β' Παθολογική, Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

OR.14 Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΔΑΠΑΓΛΙΦΛΟΖΙΝΗ ΜΕΙΩΝΕΙ ΤΗΝ 24ΩΡΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2: ΜΙΑ ΔΙΠΛΗ-ΤΥΦΛΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΟΚΙΜΗ

Ε. Παπαδοπούλου¹, Χ. Λουτράδης², Γ. Τζατζάγου³, Κ. Κώτσα⁴,
Έ. Αγγελούδη⁴, Ι. Ζωγράφου¹, Ι. Μηνοπούλου², Μ. Θεοδωρακοπούλου²,
Α. Τσάπας⁵, Α. Καραγιάννης¹, Π. Σαραφίδης²

¹Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική, Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

²Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

³Α΄ Παθολογική, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

⁴Α΄ Παθολογική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

⁵Β΄ Παθολογική, Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

OR.15 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ

Μ. Βέλλιου¹, Δ. Παπαδόπουλος¹, Η. Σανίδας¹, Κ. Ζέρβα¹, Κ. Τσάκαλης¹,
Λ. Ντάλιου¹, Δ. Ηλιόπουλος², Μ. Μαντζουράνη³, Κ. Τούτουζας⁴,
Ι. Μπαρμπετσέας¹

¹Κέντρο Αριστείας Υπέρτασης και Λιπιδίων, Καρδιολογικό Τμήμα Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

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

³Α΄ Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

⁴Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

OR.16 ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΤΡΙΧΟΕΙΔΙΚΗΣ ΠΥΚΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΜΕΤΑΒΟΛΩΝ ΤΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΦΛΕΒΙΚΗΣ ΣΥΜΦΟΡΗΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΜΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

Μ. Σχοινά¹, Χ. Λουτράδης¹, Ε. Μέμμος¹, Ε. Τριανταφυλλίδου²,
Ε. Παγκοπούλου², Θ. Δημητρούλας², Α. Γαρυφάλλος², Α. Παπαγιάννη¹,
Π. Σαραφίδης¹

¹Νεφρολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

²Δ΄ Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

OR.17 ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΜΕΓΕΘΟΥΣ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΚΟΛΠΟΥ ΣΕ ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΘΕΝΤΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

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

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

²Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Ερευνας «Ν.Σ.

Χρηστέας», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

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

OR.18 Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΠΡΩΙΜΗΣ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ (ΕΝΑΑΣ) ΜΕ ΤΗΝ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΠΙΕΣΗ (PULSE PRESSURE) ΚΑΙ ΤΗ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ 24-ΩΡΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΣΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΦΑΣΗ

Ν. Κακαλέτσης¹, Β. Κώτσης², Γ. Ντάιος³, Χ. Μηλιώνης⁴, Α. Καραγιαννάκη³, Θ. Τέγος⁵, Χ. Σαββόπουλος¹, Π. Ζεμπεκάκης⁶, Α. Ι. Χατζητόλιος¹

¹Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

²Γ΄ Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

³Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισας, Λάρισα, Ελλάδα

⁴Α΄ Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα

⁵Α΄ Νευρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

⁶Α΄ Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

OR.19 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗΣ, ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΟΞΥΓΟΝΩΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΝΟΡΜΟΤΑΣΙΚΟΥΣ

Ν. Κολέτσος¹, Α. Τριανταφύλλου¹, Κ. Δίπλα², Α. - Σ. Ζαφειρίδης¹, Σ. Παπαδόπουλος², Χ. Αυγερινός¹, Σ. Λάμπρου¹, Ε. Γκαλιαγκούση¹, Α. Ζαφειρίδης², Σ. Δούμα¹

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

²Εργαστήριο Φυσιολογίας και Βιοχημείας της Άσκησης, ΤΕΦΑΑ Σερρών, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Επιστημονικό Πρόγραμμα
Πέμπτη 19 Νοεμβρίου 2020

- 15.00-16.30 **ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ**
Προεδρείο: **Π. Ζεμπεκάκης, Ε. Μανιός**
- Ασθενής με υπέρταση λευκής μπλούζας
Α. Ντινέρη
Σχολιασμός: **Α. Κόλλιας**
- Ασθενής με υπέρταση και στεφανιαία νόσο
Ι. Ανδρικού
Σχολιασμός: **Κ. Τσιούφης**
- Ασθενής με περιεγχειρητική υπέρταση
Μ. Κουτσάκη
Σχολιασμός: **Α. Μανώλης**
- Ασθενής με υπέρταση και χρόνια νεφρική νόσο σταδίου III
Β. Ράπτης
Σχολιασμός: **Π. Σαραφίδης**
-
- 16.30-17.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**
Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης - Συζήτηση σε περιστατικά της καθημερινής κλινικής πράξης
Προεδρείο: **Α. Αχείμαστος, Ε. Καρπάνου**
- Μετρήσεις στο ιατρείο
Ε. Ανδρεάδης
- Μετρήσεις στο σπίτι
Α. Κόλλιας
- 24ωρη καταγραφή
Β. Κώτσης
-
- 17.30-18.00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**
Προεδρείο: **Μ. Δούμας, Ι. Μπαρμπετσέας**
- Οι μετα-αναλύσεις στην υπηρεσία του κλινικού ιατρού στην υπέρταση
Κ. Θωμόπουλος

Επιστημονικό Πρόγραμμα
Πέμπτη 19 Νοεμβρίου 2020

18.00-18.30 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

18.30-19.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Βλάβες στα όργανα-στόχοι - Σε ποιους υπερτασικούς ασθενείς θα πρέπει να γίνεται αξιολόγηση

Προεδρείο: **Ι. Ζαρίφης, Κ. Σταματελόπουλος**

Υπερηχογράφημα καρδιάς

Δ. Κωνσταντινίδης

Λευκωματίνη ούρων

Π. Γεωργιανός

Άλλες εξετάσεις

Α. Τριανταφύλλου

19.30-20.00 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**

(χορηγούμενη από Φαρμ. Εταιρία σελ.30)

20.00-21.00 **ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ**

Εκδήλωση τιμής στη μνήμη του

Καθηγητή Αχιλλέα Αθ. Τουρκαντώνη

πρώην Προέδρου της Ελληνικής Εταιρείας Υπέρτασης,

Ομότιμου Καθηγητή Α.Π.Θ. & Ακαδημαϊκού (Α.Μ.)

Χαιρετισμοί - Προσφωνήσεις

ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΑ ΟΜΙΛΙΑ

Πρόεδρος: **Π. Ζεμπεκάκης**

Η Ανθρωπογενής Κλιματική Αλλαγή και οι επιπτώσεις της στην Υγεία

Χ. Ζερεφός

Επιστημονικό Πρόγραμμα
Παρασκευή 20 Νοεμβρίου 2020

08.00-09.00 **ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

Προεδρείο: **Λ. Χατζησταυρή, Σ. Μαραγκουδάκης**

OR.20 ΑΝΑΣΤΟΛΗ ΤΟΥ ΜΤΟΡ ΣΕ SHR: ΝΕΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΡΟΦΗ ΤΩΝ ΒΛΑΒΩΝ ΣΤΑ ΟΡΓΑΝΑ-ΣΤΟΧΟΥΣ - ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Χ. Γελαδάρη,¹ Α. Ζαχαριουδάκη,² Α. Παπαλόης,² Εμμ. Ανδρεάδης¹

¹Κέντρο Υπέρτασης και Καρδιαγγειακής Προστασίας, Όμιλος Ιατρικού Αθηνών, Κλινική Ψυχικού

²Πειραματικό, Ερευνητικό και Εκπαιδευτικό Κέντρο της ΕΛΠΕΝ

OR.21 ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΓΚΑΛΥΜΜΕΝΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΕΜΦΑΝΙΖΟΥΝ ΕΛΑΤΤΩΜΕΝΗ ΔΕΡΜΑΤΙΚΗ ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΜΟΙΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Α. Λαζαρίδης¹, Ε. Γκαλιαγκούση¹, Α. Τριανταφύλλου¹, Κ. Δίπλα²,

Ν. Κολέτσος¹, Π. Ανυφαντή¹, Β. Νικολαΐδου¹, Σ. Δούμα¹

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

²Εργαστήριο Φυσιολογίας της Άσκησης και Βιοχημείας, Τμήμα Αθλητικών Επιστημών, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Σέρρες

OR.22 Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ HDL-C ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΑΚΕΡΑΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΟΥ ΓΛΥΚΟΚΑΛΥΚΑ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΩ ΤΩΝ 40 ΕΤΩΝ ΥΠΟ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Ε. Τριανταφυλλίδη, Δ. Μπενάς, Α. Σχοινάς, Δ. Μπίρμπα, Ι. Οικονομίδης, Ε. Ηλιοδρομίτης

² Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα

OR.23 Ο ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΛΙΠΟΚΙΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ

Μ. Βέλλιου¹, Δ. Παπαδόπουλος¹, Η. Σανίδας¹, Κ. Ζέρβα¹, Κ. Τσάκαλης¹,

Λ. Ντάλιου¹, Δ. Ηλιόπουλος², Μ. Μαντζουράνη³, Κ. Τούτουζας⁴,

Ι. Μπαρμπετσέας¹

¹Κέντρο Αριστείας Υπέρτασης και Λιπιδίων, Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

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

³Α' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

⁴Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ίπποκράτειο»

OR.24 BLOOD PRESSURE RESPONSE TO A HANDGRIP ISOMETRIC CONTRACTION AND 3MIN EXERCISE TREADMILL TEST PREDICTS LEFT VENTRICULAR HYPERTROPHY

A. Pittaras, L. Poulimenos, M. Doumas, H. Grassos, M. Kallistratos, K. Imprialos, K. Stavropoulos, A. Manolis, C. Faselis, P. Kokkinos
Veterans Affairs Medical Center, Washington, DC, Asclepeion Voulas Hospital, Athens, Mediton Medical Center Athens, Greece

OR.25 HEART FAILURE INCIDENCE IS MODULATED BY CARDIORESPIRATORY FITNESS IN HYPERTENSIVE PATIENTS

A. Pittaras, M. Doumas, H. Grassos, M. Kallistratos, K. Imprialos, K. Stavropoulos, A. Manolis, C. Faselis, P. Kokkinos
Veterans Affairs Medical Center, Washington, DC, Asclepeion Voulas Hospital, Athens, Mediton Medical Center Athens, Greece

09.00-10.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Αρτηριακή υπέρταση και καρδιά

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

Εκτίμηση της στεφανιαίας μικροκυκλοφορίας στην αρτηριακή υπέρταση

Κ. Δημητριάδης

Ασθενής με υπέρταση και στεφανιαία νόσο

Ν. Μάγκας

Ασθενής με υπέρταση και καρδιακή ανεπάρκεια

Χ. Γράσσοσ

Ασθενής με υπέρταση και κολπική μαρμαρυγή

Ε. Καλλίστρατος

Επιστημονικό Πρόγραμμα
Παρασκευή 20 Νοεμβρίου 2020

- 10.30-11.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**
Αρτηριακή υπέρταση σε ειδικές ομάδες
Προεδρείο: **Γ. Βυσσούλης, Β. Κατσή**

Ασθενής με υπέρταση λευκής μπλούζας
Α. Πρωτογέρου

Ασθενής με συγκεκαλλυμένη υπέρταση
Ε. Μανιός

Ασθενής με υπέρταση και περιφερική αγγειακή νόσο
Χ. Βλαχόπουλος
-
- 11.30-12.00 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**
(χορηγούμενη από Φαρμ. Εταιρία σελ.30)
-
- 12.00-12.30 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**
-
- 12.30-13.00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**
Προεδρείο: **Ρ. Καλαϊτζίδης, Γ. Στεργίου**

The 'Four Imperatives' of population salt reduction
F. Carruccio
-
- 13.00-13.30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**
Προεδρείο: **Χ. Ζαμπούλης, Θ. Μακρής**

Η νεφρική συμπαθητική απονεύρωση στην αντιμετώπιση της υπέρτασης: Παρόν και μέλλον
Κ. Τσιούφης
-
- 13.30-14.00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**
Προεδρείο: **Κ. Τσιούφης, Μ. Δούμας**

Χορήγηση των αντιυπερτασικών φαρμάκων το βράδυ:
τι δεδομένα υπάρχουν;
Γ. Στεργίου
-
- 14.00-15.00 **ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ**
-

15.00-16.30 **ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

Προεδρείο: **Ι. Παπαδάκης, Λ. Λαναράς**

OR.26 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΗ ΣΧΕΣΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ/ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Β. Ραΐκου¹, Σ. Γαβριήλ²

¹Νεφρολογικό Τμήμα, Doctors' Hospital, Αθήνα

²Τμήμα Βαριατρικής Χειρουργικής, Doctors' Hospital, Αθήνα

OR.27 ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΔΥΣΚΑΜΨΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΚΥΜΑΤΩΝ ΑΝΑΚΛΑΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΝΝ ΣΤΑΔΙΟΥ 2, 3α, 3β ΚΑΙ 4 ΜΕ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Μ. Σχοινά¹, Χ. Λουτράδης¹, Ε. Μέμμος¹, Ρ. Παπαδόπουλος¹, Έ. Ιντζεβίδου¹, Μ. Δούμας², Α. Καραγιάννης², Α. Παπαγιάννη¹, Π. Σαραφίδης¹

¹Νεφρολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

²Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

OR.28 ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΡΟΦΙΛ ΤΗΣ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΜΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

Μ. Σχοινά¹, Χ. Λουτράδης¹, Ι. Μηνοπούλου¹, Μ. Θεοδωρακοπούλου¹, Ρ. Παπαδόπουλος¹, Έ. Ιντζεβίδου¹, Θ. Δημητρούλας², Μ. Δούμας³, Α. Παπαγιάννη¹, Π. Σαραφίδης¹

¹Νεφρολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

²Δ΄ Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

³Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

OR.29 ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΝΝ ΣΤΑΔΙΟΥ 2, 3α, 3β ΚΑΙ 4 ΜΕ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Μ. Σχοινά¹, Χ. Λουτράδης¹, Ι. Μηνοπούλου¹, Μ. Θεοδωρακοπούλου¹, Θ. Δημητρούλας², Μ. Δούμας³, Α. Γαρύφαλλος², Α. Καραγιάννης³, Α. Παπαγιάννη¹, Π. Σαραφίδης¹

¹Νεφρολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

²Δ΄ Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

³Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

OR.30 ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΠΟ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ Η ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

Μ.-Ε. Αλεξάνδρου^{1,2}, Χ. Λουτράδης¹, Δ. Σαρρής¹, Ν. Κουρής¹, Μ. Σχοινά¹, Γ. Τζανής¹, Χ. Δημητριάδης¹, Β. Σαχπεκίδης³, Δ. Παπαδοπούλου², Ε. Γκαλιαγκούση⁴, Α. Παπαγιάννη¹, Γ. Parati⁵, Π. Σαραφίδης¹

¹Νεφρολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

²Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

³Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

⁴Γ΄ Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

⁵Department of Cardiovascular, Neural, and Metabolic Sciences, San Luca Hospital, Istituto Auxologico Italiano and Department of Medicine and Surgery, University of Milano-Bicocca, Milan, Italy

OR.31 ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΗΣ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ, ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΚΑΙ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

Μ.-Ε. Αλεξάνδρου^{1,2}, Χ. Λουτράδης¹, Ν. Κουρής¹, Δ. Σαρρής¹, Μ. Σχοινά¹, Γ. Τζανής¹, Χ. Δημητριάδης¹, Β. Σαχπεκίδης³, Δ. Παπαδοπούλου², Ε. Γκαλιαγκούση⁴, Α. Παπαγιάννη¹, G. Parati⁵, Π. Σαραφίδης¹

¹Νεφρολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

²Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

³Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

⁴Γ' Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

⁵Department of Cardiovascular, Neural, and Metabolic Sciences, San Luca Hospital, Istituto Auxologico Italiano and Department of Medicine and Surgery, University of Milano-Bicocca, Milan, Italy

OR.32 ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ LASER SPECKLE CONTRAST ANALYSIS (LASCA) ΣΤΟ ΑΝΤΙΒΡΑΧΙΟ

Μ.-Ε. Αλεξάνδρου^{1,2}, Ε. Γκαλιαγκούση³, Χ. Λουτράδης¹, Χ. Δημητριάδης¹, Ε. Μητσόπουλος², Α. Λαζαρίδης³, Β. Νικολαΐδου³, Π. Δόλγηρας³, Δ. Παπαδοπούλου², Σ. Δούμα³, Α. Παπαγιάννη¹, Π. Σαραφίδης¹

¹Νεφρολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη.

²Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη.

³Γ' Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

OR.33 ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ. ΣΥΓΚΡΙΣΗ TACROLIMUS ENANTI CYCLOSPORINE

Α. Ζολώτα¹, Γ. Μυσερλής¹, Φ. Σολωνάκη¹, Ν. Αντωνιάδης¹, Α. Παπαγιάννη¹, Γ. Κατσάνος¹, Ν. Σαλβερίδης¹, Ι. Φούζας¹

¹Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων ΑΠΘ, Ιπποκράτειο ΓΝ Θεσσαλονίκης

OR.34 ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΓΩΝΣΤΙΚΗΣ ΑΞΙΑΣ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΟΥΡΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΕΚΚΛΑΜΨΙΑ

Ι. Μπέλλος¹, Β. Περγιαλιώτης¹, Δ. Λουτράδης², Γ. Δασκαλάκης²

¹Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Ερευνας «Ν.Σ. Χρηστέας», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Αθήνα

²Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Αθήνα

OR.35 ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΛΕΥΚΗΣ ΜΠΛΟΥΖΑΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΕΚΑΛΥΜΜΕΝΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

Μ. Κορογιάννου,¹ Ε. Ξαγάς,¹ Χ. Λουτράδης,² Σ. Μαρινάκη,¹ Α. Αργύρης³, Α. Πρωτογέρου³, Π. Σαραφίδης,² Ι. Ν. Μπολέτης¹

¹Κλινική Νεφρολογίας & Μεταμόσχευσης Νεφρού, ΠΓΝ Λαϊκό, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα,

²Νεφρολογική Κλινική, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη,

³Μονάδα Καρδιαγγειακής Πρόληψης και Έρευνας, Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, ΠΓΝ Λαϊκό, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα

OR.36 ΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΝΕΦΡΙΚΕΣ ΕΦΕΔΡΕΙΕΣ (RFR) ΚΑΙ Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΚΟΠΩΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΝ 24ΩΡΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΗΡΗΜΕΝΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Κ. Δαμιανάκη¹, Κ. Δημητριάδης², Δ. Κωνσταντινίδης², Δ. Κουρنيώτης¹, Ζ. Αλεξάκου¹, Π. Ηλιακής², Φ. Τατάκης², Π. Παπακωνσταντίνου², Κ. Τσιούφης², Δ. Πετράς¹

¹Νεφρολογική Κλινική, ΓΝΑ Ιπποκράτειο

²Α' Καρδιολογική Κλινική Ομώνυμο Εργαστήριο Πανεπιστημίου Αθηνών Ιπποκράτειο ΓΝΑ

OR.37 ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΛΕΥΚΗΣ ΜΠΛΟΥΖΑΣ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ.

Γ. Βαμβάκου¹, Ο. Παπαζάχου¹, Στ. Αρχοντάκης¹, Γ. Σκαλής¹,

Η. Ανδριανοπούλου¹, Κ. Θωμόπουλος¹, Β. Κατσή², Θ. Μακρής¹

¹Κέντρο Υπέρτασης Καρδιολογικού Τμήματος, Γενικό Νοσοκομείο-Μαιευτήριο «Ελενα Βενιζέλου»

²Καρδιολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν.Ν.Α «Ιπποκράτειο»

Επιστημονικό Πρόγραμμα
Παρασκευή 20 Νοεμβρίου 2020

16.30-17.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**
Προσήλωση στη θεραπεία - Αλλαγή του τρόπου ζωής:
Δύο σημαντικά προβλήματα στην αντιμετώπιση των
υπερτασικών ασθενών
Προεδρείο: **Ε. Ηλιοδρομίτης, Ε. Καλλίστρατος**

Τι πρέπει να κάνει ο ιατρός;
Ε. Τριανταφυλλίδη

Τι πρέπει να κάνει ο ασθενής;
Η. Σανίδα

Τι πρέπει να κάνει η πολιτεία;
Μ. Ποικιλίδου

17.30-18.00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**
Προεδρείο: **Α. Χατζητόλιος, Ε. Μανιός**

Υπέρταση και αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια
Θ. Μακρής

18.00-18.30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**
Προεδρείο: **Π. Ζεμπεκάκης, Μ. Μαρκέτου**

Νεότεροι παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου
Δ. Παπαδόπουλος

18.30-19.00 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

19.00-19.30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**
Προεδρείο: **Π. Σαραφίδης, Δ.Τούσουλης**

Mineralocorticoid receptor antagonists in diabetic nephropathy
and resistant hypertension
L. Ruilope

Επιστημονικό Πρόγραμμα
Παρασκευή 20 Νοεμβρίου 2020

19.30-20.00

ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Ι. Μπολέτης, Μ. Δούμας**

Στόχοι αρτηριακής πίεσης στους ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο

Π. Σαραφίδης

20.00-21.00

ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

(χορηγούμενο από Φαρμ. Εταιρία σελ.31)

Επιστημονικό Πρόγραμμα
Σάββατο 21 Νοεμβρίου 2020

08.00-09.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**
Υπέρταση σε ειδικές ομάδες ασθενών
Προεδρείο: **Σ. Δούμα, Ν. Καρατζάς**

Παιδιά-Εφηβοί
Σ. Σταμπουλή

Εγκυμοσύνη
Β. Κατσή

Ηλικιωμένοι
Ε. Γκαλιαγκούση

Περιεγχειρητική υπέρταση
Χ. Φραγκούλης

09.30-11.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**
Σύγχρονες θεραπευτικές εξελίξεις
Προεδρείο: **Ν. Τεντολούρης, Ε. Γκαλιαγκούση**

Αντιδιαβητικά
Χ. Σαββόπουλος

Υπολιπιδαιμικά
Α. Πιτταράς

Αντιπηκτικά
Λ. Πουλημένος

Στην καρδιακή ανεπάρκεια
Χ. Χρυσόχου

11.00-11.30 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

Επιστημονικό Πρόγραμμα
Σάββατο 21 Νοεμβρίου 2020

- 11.30-12.00 **ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**
(χορηγούμενη από Φαρμ. Εταιρία σελ.32)
-
- 12.00-12.30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**
Προεδρείο: **Κ. Τσιούφης, Μ. Δούμας**

Management of hypertension in the COVID-19 era
R. Kreutz
-
- 12.30-13.00 **ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**
(χορηγούμενη από Φαρμ. Εταιρία σελ.32)
-
- 13.00-14.00 **ΔΟΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ**
(χορηγούμενο από Φαρμ. Εταιρία σελ.32)
-
- 14.00-17.00 **ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ**
-
- 14.00-17.00 **Γενική συνέλευση**
Εκλογή νέου διοικητικού συμβουλίου
-
- 17.00-18.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**
Υπέρταση και νεφρός
Προεδρείο: **Δ. Βλαχάκος, Δ. Πετράς**

Βιοδείκτες στη χρόνια νεφρική νόσο - Πρακτικές εφαρμογές
Ο. Μπαλάφα

Χειρισμός των φαρμάκων του άξονα στη χρόνια νεφρική νόσο
(στάδια I-V)
P. Καλαϊτζίδης

Υπέρταση στην αιμοκάθαρση
X. Λουτράδης
-

Επιστημονικό Πρόγραμμα
Σάββατο 21 Νοεμβρίου 2020

- 18.00-19.00 **Συνάντηση συνέδρων**
Σύμπραξη των κέντρων υπέρτασης με τους κλινικούς ιατρούς
Συντονισμός: **Μ. Δούμας**
Υπεύθυνος Ν. Ελλάδας: **Ε. Καλλίστρατος**
Υπεύθυνη Β. Ελλάδας: **Α. Τριανταφύλλου**

Μάιος - Μήνας Υπέρτασης
Γ. Στεργίου

Θεραπευτικά πρωτόκολλα
Κ. Τσιούφης

Τρόποι συνεργασίας
Π. Ζεμπεκάκης
-
- 19.00-19.30 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**
-
- 19.30-20.00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**
Προεδρείο: **Θ. Μουντοκαλάκης, Ε. Γκαλιαγκούση**

Holistic management of geriatric patients in real life practice
A. Benetos
-
- 20.00-21.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ - Συνάντηση με τους ειδικούς**
Η εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών στην καθημερινή κλινική πράξη: Εμπόδια και λύσεις
Προεδρείο: **Π. Ζεμπεκάκης, Α. Μανώλης**

Κ. Τσιούφης, Γ. Στεργίου, Σ. Δούμα, Π. Σαραφίδης
-
- 21.00-21.30 **ΒΡΑΒΕΥΣΕΙΣ - ΛΗΞΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ**
-

Πέμπτη 19 Νοεμβρίου 2020

19.30-20.00

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

με την ευγενική χορηγία των Φαρμ. Εταιριών



Bayer



Προεδρείο: **Α. Μανώλης**

Καθημερινά διλήμματα στην προστασία των ασθενών με
Κολπική Μαρμαρυγή

Θ. Μακρής

Παρασκευή 20 Νοεμβρίου 2020

11.30-12.00

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

με την ευγενική χορηγία της Φαρμ. Εταιρείας AstraZeneca



Προεδρείο: **Π. Ζεμπεκάκης**

Αντιμετωπίζοντας το ΚαρδιοΝεφροΜεταβολικό φάσμα στον
ασθενή με ΣΔτ2 από την αρχή μέχρι το τέλος.

Από την DECLARE στη DAPA-HF, σταθμός DAPA-CKD

Γ. Στεργίου

Σχολιασμός: **Χ. Γράσος**

Παρασκευή 20 Νοεμβρίου 2020

- 20.00-21.00 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ**
με την ευγενική χορηγία της Φαρμ. Εταιρείας **SANOFI** 
- Διαχείριση της αρτηριακής υπέρτασης - εξατομικευμένες προσεγγίσεις**
Προεδρείο: **Π. Σαραφίδης**
- 20.00-20.05 Εισαγωγή
Π. Σαραφίδης
- 20.05-20.20 Έλεγχος και Αξιολόγηση του Υπερτασικού Ασθενή
Δ. Παπαδόπουλος
- 20.20-20.35 Έναρξη Θεραπείας & Χρήση Συνδυασμών με διουρητικό
Ε. Καλλίστρατος
- 20.35-20.50 Στόχοι & Θεραπευτικές επιλογές σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο
Π. Σαραφίδης
- 20.50-21.00 Συμπεράσματα & Κλείσιμο Συνάντησης
Π. Σαραφίδης
-

Σάββατο 21 Νοεμβρίου 2020

11.30-12.00 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**
με την ευγενική χορηγία της Φαρμ. Εταιρείας  Menarini Hellas

Προεδρείο: **Π. Ζεμπεκάκης**

Διαχείριση υπερτασικού ασθενή σύμφωνα με τις Νεότερες Κατευθυντήριες Οδηγίες της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Υπέρτασης
Συζήτηση ενδιαφερόντων περιστατικών

Θ. Μακρής

12.30-13.00 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**
με την ευγενική χορηγία της Φαρμ. Εταιρείας 

Προεδρείο: **Γ. Στεργίου**

Moderator Προφίλ Υπερτασικών Ασθενών κατάλληλοι για Νεφρική Απονεύρωση RDN

Κ. Τσιούφης

13.00-14.00 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ**
με την ευγενική χορηγία της Φαρμ. Εταιρείας  WinMedica
Serving Health for Life

Προεδρείο: **Π. Ζεμπεκάκης**

Σταθεροί συνδυασμοί με βάση τον ανταγωνιστή ασβεστίου σαν πρώτη γραμμή θεραπείας στην αντιμετώπιση της Υπέρτασης

Μ. Δούμας

Διαφορές και Ομοιότητες των Διουρητικών της Αγκύλης στην Υπέρταση: η εμπειρία μας με την

COVADIR

Amlodipine / Valsartan



COVADIR/246/1_10/2020

Βοηθήστε να γίνει το μέλλον πιο ασφαλή και Ανοητικό.
ΟΠΕΕ - η αναπτυκτική ενέργεια για
ΟΤΑ & Δήμους
Συμπράττοντας με «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»

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



DEMO ΑΒΕΕ
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Liposomb®

Rosuvastatin + Ezetimibe



Γρήγορα και άνετα



Η Π.Χ.Π. του προϊόντος βρίσκεται στο παρόν έντυπο
Liposomb 10mg/10mg: Λ.Τ. 26,77€, Liposomb 10mg/10mg: Λ.Τ. 29,45€

Κάτοχος Άδειας Κυκλοφορίας:
EGIS Pharmaceuticals PLC, 1106 Budapest, Keresztúri út 30-38, Ουγγαρία

Τοπικός αντιπρόσωπος και διανομέας:
Servier Hellas, Φραγκοκλησιάς 7 - 15125 Μαρούσι, Τηλ. 210 93 91 000

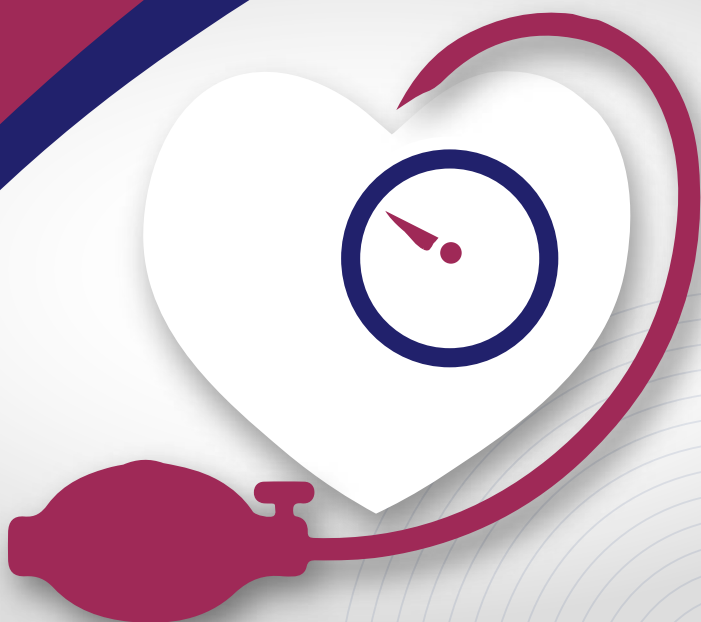


www.servier.gr

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

20-LIP-C-1-08H

**Προσκεκλημένοι
Πρόεδροι - Ομιλητές - Σχολιαστές**



B

Benetos A.

Professor of Internal Medicine and Geriatrics, President of the European Geriatric Medicine Society (EuGMS), Head of the Dpt of Geriatric Medicine and Clinical Gerontology, Université de Lorraine, Nancy, France

C

Cappuccio F.

Professor of Cardiovasc Medicine & Epidemiology, University of Warwick, WHO Collaborating Centre, Warwick Medical School, Coventry, UK

K

Kreutz R.

Professor of Clinical Pharmacology, FESC, FAHA, Charite University Medicine Berlin, President of the European Society of Hypertension

R

Ruilope L.

Advisor, Cardio-renal risk area, Instituto I12, Hospital 12 de Octubre, Madrid

A

Ανδρεάδης Ε.

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

Ανδρικού Ι.

Ειδικευόμενος Καρδιολογίας, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Αχείμαστος Α.

Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας Ε.Κ.Π.Α.

B

Βλαχάκος Δ.

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

Βλαχόπουλος Χ.

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

Βυσσούλης Γ.

Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα

Γ

Γεωργιανός Π.

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

Γκαλιαγκούση Ε.

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

Γράσσοσ Χ.

Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής,
Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΚΑΤ»,
Adjunct Professor Medical school EUC

Δ

Δημητρακόπουλος Κ.

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

Δημητριάδης Κ.

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

Δούμα Σ.

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

Δούμας Μ.

Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας,
Β΄ Προπ. Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ.,
Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

Ζ

Ζαμπούλης Χ.

Ομότιμος καθηγητής Παθολογίας
Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.

Ζαρίφης Ι.

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

Ζεμπεκάκης Π.

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

Ζερεφόσ Χ.

Ομότιμος Καθηγητής Ε.Κ.Π.Α.,
Ακαδημαϊκός, Επόπτης του Κέντρου
Ερεύνης Φυσικής της Ατμοσφαιρας και
Κλιματολογίας της Ακαδημίας Αθηνών

Η

Ηλιοδρομίτης Ε.

Καθηγητής Καρδιολογίας,
Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής,
Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Θ

Θωμόπουλος Κ.

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

Κ

Καλαϊτζίδης Ρ.

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

Καλλίστρατος Ε.

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

Καλογερόπουλος Π.

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

Καρακούσης Κ.

Παθολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ,
Π.Γ.Ν. Λάρισας

Καρατζάς Ν.

Αμ. Καθηγητής Καρδιολογίας, Επίτιμος
Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής,
Θεραπευτήριο «Υγεία», Αθήνα

Καρπάνου Ε.

Καρδιολόγος, Διδάκτωρ
Πανεπιστημίου Αθηνών, Υπεύθυνη
Υπερτασικού Ιατρείου, Νοσοκομείο
«Ωνάσειο», Αθήνα

Κατσή Β.

Καρδιολόγος MD, PhD, FESC,
Επιμελήτρια Β', Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»,
ESH Specialist

Κόλλιας Α.

Παθολόγος, Επιμελητής Β' ΕΣΥ, Κέντρο
Υπέρτασης STRIDE-7, Γ' Παθολογική
Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Νοσοκομείο
«Η Σωτηρία», Αθήνα

Κουτσάκη Μ.

Αναισθησιολόγος, ΕΚΑΒ Χανίων

Κωνσταντινίδης Δ.

Καρδιολόγος, Ακαδημαϊκός
Υπότροφος, Μονάδα Υπέρτασης,
Α Πανεπιστημιακή Καρδιολογική
Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Κώτσης Β.

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

Λ

Λαναράς Λ.

Παθολόγος- Διαβητολόγος,
Συντονιστής Διευθυντής Παθολογικής
Κλινικής, Γ.Ν. Λαμίας, Αντιπρόεδρος
της Ελληνικής Εταιρείας Εσωτερικής
Παθολογίας, Γενικός Γραμματέας
Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας
Παχυσαρκίας

Λουτράδης Χ.

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

Μ

Μάγκας Ν.

Καρδιολόγος, Επιστημονικός
Συνεργάτης Α' Πανεπιστημιακής
Καρδιολογικής Κλινικής, Μονάδα
Υπέρτασης, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Μακρής Θ.

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

Μανιός Ε.

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

Μανώλης Α.

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

Μαραγκουδάκης Σ.

Καρδιολόγος, Επιμελητής Β',
Γ.Ν. Χανίων

Μαρκέτου Μ.

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

Μουντοκαλάκης Θ.

Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α.

Μπαλάφα Ο.

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

Μπαρμπετσέας Ι.

Καρδιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

Μπολέτης Ι.

Καθηγητής Παθολογίας-Νεφρολογίας, Διευθυντής Νεφρολογικής Κλινικής & Μονάδας Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α «Λαϊκό»

N

Ντινέρη Α.

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

Π

Παπαβασιλείου Μ.

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

Παπαδάκης Ι.

Παθολόγος - Κλινικός Υπερτασιολόγος (ESH), Διευθυντής ΕΣΥ, Υπεύθυνος Υπερτασικής Μονάδος Παθολογικής Κλινικής Π.Γ.Ν. Ηρακλείου (ESH Excellence Centre)

Παπαδόπουλος Δ.

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

Παπαζάχου Ο.

Καρδιολόγος, Επιμελήτρια Γ.Ν.Μ. «Ελενα Βενιζέλου»

Πετράς Δ.

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

Πιτταράς Α.

Καρδιολόγος - Υπερτασιολόγος, Επ. Καθηγητής Καρδιολογίας George Washington University, Αθήνα

Ποικιλίδου Μ.

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

Πουλημένος Λ.

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

Πρωτογέρου Α.

Παθολόγος, Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογικής Φυσιολογίας, Υπεύθυνος Μονάδας Καρδιαγγειακής Πρόληψης & Έρευνας, Τμήμα Παθολογικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

P

Ράπτης Β.

Ειδικός Νεφρολόγος MD, PhD, Επιστημονικός Συνεργάτης Νεφρολογικής Κλινικής Γ.Ν.Θ. Ιπποκρατείου Θεσσαλονίκης, Επιστημονικά Υπεύθυνος ΜΧΑ Πιερίας

Σ

Σαββόπουλος Χ.

Καθηγητής Παθολογίας Α.Π.Θ., Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Κέντρο Αριστείας Υπέρτασης & Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας (Stroke Unit), Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»

Σανίδας Η.

Επεμβατικός Καρδιολόγος, Επιμελητής, Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

Σαραφίδης Π.

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

Σταματελόπουλος Κ.

Αναπληρωτής Καθηγητής Θεραπευτικής Καρδιολογίας Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν. Αλεξάνδρα, Αθήνα

Σταμπούλη Σ.

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής-Παιδιατρικής Νεφρολογίας ΑΠΘ, 1η Παιδιατρική Κλινική, Νεφρολογική Μονάδα Παίδων, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

Στεργίου Γ.

Καθηγητής Παθολογίας & Υπέρτασης, Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Γ΄ Παθολογική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Ν.Θ. «Η Σωτηρία», Αθήνα

T

Τεντολούρης Ν.

Καθηγητής Παθολογίας, Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

Τούσουλης Δ.

Καθηγητής Καρδιολογίας, Διευθυντής Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», Αντιπρύτανης Πανεπιστημίου Αθηνών

Τριανταφυλλίδη Ε.

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

Τριανταφύλλου Α.

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

Τσιούφης Κ.

Καθηγητής Καρδιολογίας ΕΚΠΑ, Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», President of ESH (2018-2019)

Φ

Φραγκούλης Χ.

Ειδικευόμενος Καρδιολογίας,
Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Χ

Χατζησταυρή Λ.

Ειδικός Παθολόγος - Υπερτασιολόγος,
Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.,
Επιστημονικός Συνεργάτης της Α΄
Παθολογικής Κλινικής,
Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»

Χατζητόλιος Α. Ι.

Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής
Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής
Κλινικής, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Ιατρική
Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο
Θεσσαλονίκης, Αντιπρόεδρος
Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος (Ε.Π.Ε.),
Αντιπρόεδρος Επαγγελματικής
Ένωσης Παθολόγων Ελλάδος (Ε.Ε.Π.Ε.)

Χρυσοχόου Χ.

Καρδιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ,
Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή
Πανεπιστημίου Αθηνών,
Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Ευχαριστίες

Ο Πρόεδρος και τα μέλη της Οργανωτικής Επιτροπής του 20^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Υπέρτασης, ευχαριστούν θερμά τις παρακάτω εταιρίες για την ευγενική υποστήριξη και συμβολή τους στη διοργάνωση του Συνεδρίου:

SANOFI 

WinMedica
Serving Health for Life

 **Menarini Hellas**

ELPEN

 **Bayer**

 **SERVIER**

 **RAFARM**

 **RECORDATI HELLAS**
GROUP

AstraZeneca 

IASIS
PHARMA

Medtronic

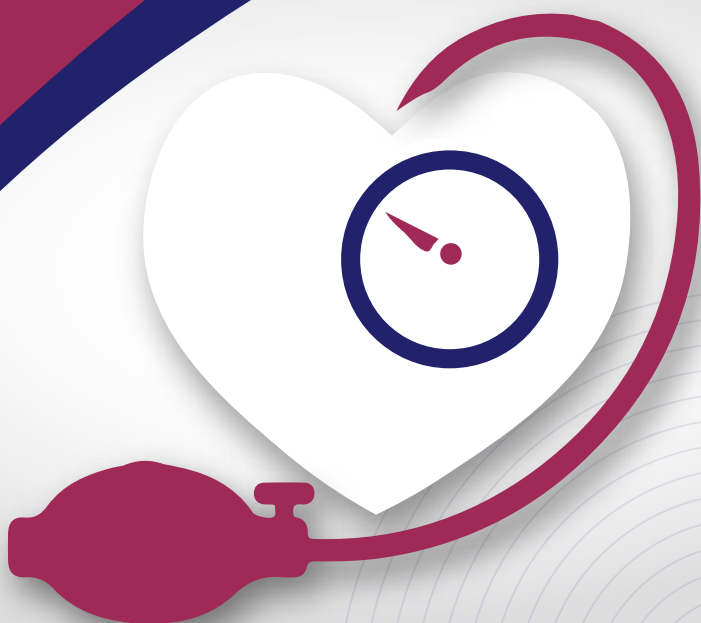
UNI-PHARMA

Pharmaceutical Laboratories S.A.

velka
a Rafarm company

 **DEMO** ABEE
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Προφορικές Ανακοινώσεις



OR.01

ΑΥΤΟΜΑΤΕΣ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΜΕ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΠΑΥΣΗ ΚΑΙ Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΗΝ ΗΜΕΡΗΣΙΑ 24ΩΡΗ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ

Εμμ. Ανδρεάδης, Χ. Γελαδάρη, Ε. Επαμεινώνδας

Κέντρο Υπέρτασης και Καρδιαγγειακής Προστασίας, Ομίλος Ιατρικού Αθηνών, Κλινική Ψυχικού

Εισαγωγή: Οι αυτόματες μετρήσεις της αρτηριακής πίεσης στο Ιατρείο (ΑΟΒΡ), με ή χωρίς την παρουσία ιατρικού προσωπικού, εξαλείφουν το φαινόμενο της υπέρτασης της λευκής μπλουζας (WCE) και σχετίζονται σημαντικά με την ημερήσια 24ωρη περιπατητική καταγραφή της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ).

Σκοπός: Η διαφορά των αυτόματων μετρήσεων της ΑΠ, με και χωρίς ανάπαυση για 5 λεπτά πριν τις μετρήσεις που πραγματοποιήθηκαν με διαφορά ενός λεπτού ή μία από την άλλη και η συσχέτισή τους με την ημερήσια 24ωρη περιπατητική καταγραφή της ΑΠ.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 100 υπερτασικοί ασθενείς, 61 άνδρες και 39 γυναίκες, με μέση ηλικία 52.2 ± 10.8 έτη, 82% υπό αγωγή. Η μέση συστολική ΑΠ των αυτόματων μετρήσεων χωρίς να προηγηθεί ανάπαυση 5 λεπτών ήταν 127.0 ± 18.2 mmHg και η μέση συστολική ΑΠ των αυτόματων μετρήσεων με προηγηθείσα ανάπαυση 5 λεπτών ήταν 125.7 ± 17.9 mmHg, ($p=0.05$). Σημαντική επίδραση στα αποτελέσματα είχε η σειρά με την οποία πραγματοποιήθηκαν οι μετρήσεις (130.0 ± 17.7 mmHg για τις αυτόματες μετρήσεις της ΑΠ όπου προηγήθηκαν 5 λεπτά σε ανάπαυση έναντι 126.5 ± 16.2 mmHg για τις αυτόματες μετρήσεις της ΑΠ που πραγματοποιήθηκαν χωρίς να προηγηθεί παραμονή του ασθενούς σε ανάπαυση για 5 λεπτά, $p=0.008$). Ασθενείς με συστολική αυτόματη μέτρηση της ΑΠ στο Ιατρείο ΑΟΒΡ ≥ 130 mmHg είχαν χαμηλότερη ΑΠ στην ημερήσια 24ωρη περιπατητική καταγραφή της ΑΠ, ενώ ασθενείς με συστολική αυτόματη μέτρηση της ΑΠ στο Ιατρείο ΑΟΒΡ < 130 mmHg είχαν υψηλότερη ΑΠ στην ημερήσια 24ωρη περιπατητική καταγραφή της ΑΠ.

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα της μελέτης μας δείχνουν ότι η συστολική αυτόματη μέτρηση της ΑΠ πρέπει να γίνεται με παραμονή των ασθενών για 5 λεπτά σε ηρεμία πριν τις μετρήσεις και εφόσον είναι < 130 mmHg, να γίνονται δεκτές ως αξιόπιστες για τη ρύθμιση των ασθενών. Διαφορετικά, χρειάζεται επιβεβαίωση του αποτελέσματος με μετρήσεις εκτός Ιατρείου.

OR.02

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Ι. Μπέλλος¹, Β. Περγιαλιώτης¹, Δ. Λουτράδης², Γ. Δασκαλάκης²

¹Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Ερεύνης «Ν.Σ. Χρηστέας», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Αθήνα

²Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Αθήνα

Εισαγωγή: Η χρόνια υπέρταση επιπλέκει το 3-5% των κύσεων και συσχετίζεται με δυσμενείς επιπτώσεις που αφορούν τόσο τη μητέρα όσο και το νεογνό. Ωστόσο, η επιλογή της καταλληλότερης θεραπευτικής παρέμβασης βρίσκεται υπό διερεύνηση.

Σκοπός: Η πραγματοποίηση μιας μετα-ανάλυσης δικτύου με στόχο τη σύγκριση της επίπτωσης επιπλοκών της κύησης σχετιζόμενων με τη χορήγηση αντιυπερτασικών φαρμάκων σε γυναίκες με χρόνια υπέρταση.

Υλικό και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση των βάσεων δεδομένων Medline, CENTRAL, Web of Science, Clinicaltrials.gov και Google Scholar. Η στατιστική ανάλυση διενεργήθηκε στο προγραμματιστικό περιβάλλον R-3.4.3. Η ποιότητα των τεκμηρίων αξιολογήθηκε με το σύστημα GRADE.

Αποτελέσματα: Η ανάλυση βασίστηκε σε 22 μελέτες, συμπεριλαμβάνοντας 4464 ασθενείς. Η επίπτωση σοβαρής υπέρτασης μειώθηκε σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με τη χρήση νιφεδιπίνης (Σχετικός λόγος-OR: 0.26[0.16-0.42], υψηλή ποιότητα τεκμηρίων), α-μεθυλντόπας (OR: 0.28[0.19-0.43], υψηλή ποιότητα τεκμηρίων), λαβεταλόλης (OR: 0.50[0.29-0.85], μέτρια ποιότητα τεκμηρίων) και πινδολόλης (OR: 0.16[0.05-0.48], μέτρια ποιότητα τεκμηρίων). Η χρήση ατενολόλης και λαβεταλόλης συσχετίστηκε με αυξημένη συχνότητα ενδομήτριας καθυστέρησης της ανάπτυξης (OR: 4.95[2.72-8.98], 2.44[1.36-4.41], αντίστοιχα) και με χαμηλό βάρος γέννησης (Τυποποιημένη μέση διαφορά-SMD: -1.28[-2.17, -0.40], -1.33[-2.39, -0.28], αντίστοιχα-μέτρια ποιότητα τεκμηρίων). Η χορήγηση νιφεδιπίνης και α-μεθυλντόπας συνδέθηκε με μειωμένα ποσοστά αποκόλλησης πλακούντα και γέννησης νεογνού με 5'-Apgar σκορ <7, ενώ δε διαπιστώθηκαν διαφορές όσον αφορά την επίπτωση προεκλαμψίας, καισαρικής τομής, πρόωρου τοκετού ή περιγεννητικού θανάτου.

Συμπεράσματα: Η νιφεδιπίνη και α-μεθυλντόπα αποτελούν αποτελεσματικές και ασφαλείς θεραπευτικές επιλογές, σε αντίθεση με τους β-αναστολείς, που συσχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο ενδομήτριας καθυστέρησης της ανάπτυξης. Οι ακριβείς θεραπευτικούς στόχους της αρτηριακής πίεσης κατά την κύηση πρέπει να καθοριστούν από μελλοντικές κλινικές δοκιμές.

OR.03

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΠΡΟΣΦΑΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΘΕΝΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΟΝ ΙΟ ΤΗΣ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (HIV) ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ. ΜΙΑ ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Ε. Τριανταφυλλίδη, Δ. Μπενάς, Π. Φράγκου, Δ. Μπίρμπα, Ι. Θυμής, Γ. Κωστέλη, Α. Σχινάς, Κ. Πρωτόπαπας, Δ. Καββαθά, Α. Αντωνιάδου, Α. Παπαδόπουλος, Ι. Οικονομίδης, Ε. Ηλιοδρομίτη

¹2^η Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα

²4^η Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα

Εισαγωγή: Η λοίμωξη με τον ιό της επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (HIV), μέσω της επαγόμενης χρόνιας φλεγμονής, αποτελεί γνωστό παράγοντα κινδύνου πρώιμης καρδιαγγειακής νόσου.

Σκοπός: Η διερεύνηση της καρδιαγγειακής κατάστασης πρόσφατα διαγνωσθέντων HIV ασθενών πριν την έναρξη ειδικής αγωγής ως προς τις παραμέτρους αρτηριακής πίεσης, δεικτών βλάβης οργάνου-στόχου και αερόβιας ικανότητα για άσκηση.

Υλικό και μέθοδοι: Σαράντα δύο (42) πρόσφατα διαγνωσθέντες και άνευ θεραπείας HIV ασθενείς αξιολογήθηκαν ως προς την περιφερική και κεντρική συστολική και διαστολική αρτηριακή πίεση (SBP/DBP), την καρωτιδο-μηριαία αορτική σκληρία βάσει της καρωτιδο-μηριαίας ταχύτητας σφυγμικού κύματος (PWV) και την ενδοθηλιακή λειτουργία εκτιμώμενη μέσω της ακεραιότητας του ενδοθηλιακού γλυκοκάλυκα (PBR) των υπογλώσσιων αρτηριακών μικροαγγείων (διαμέτρου 5-9 μm) μέσω της χρήσης μικροσκόπησης σκοτεινού πεδίου (Sideview Darkfield Imaging, Microscan, Glycocheck). Η αερόβια ικανότητα εκτιμήθηκε μέσω καρδιοαναπνευστικής δοκιμασίας κόπωσης (CPET).

Αποτελέσματα: Οι HIV ασθενείς ήταν κυρίως άντρες (90%), νέοι (ηλικία 37±10 έτη), καπνιστές (42%) και νορμοτασικοί (περιφερική SBP/DBP 124±13/76±10 mmHg και κεντρική SBP/DBP 116±12/77±10 mmHg) με PWV=9.2±1.7 m/sec και PBR₅₋₉=1.2±0.2μm. Κατά τη διάρκεια της μέγιστης CPET, οι ασθενείς πέτυχαν 8±2 METS και μέγιστη πρόσληψη οξυγόνου (peak VO₂)=28±6ml/kg/min, η οποία αντιστοιχεί σε 80%±14 της προβλεπόμενης peak VO₂. Η διακύμανση της SBP ήταν 112±10mmHg (έναρξη άσκησης) και 169±22mmHg (μέγιστη άσκησης) ενώ μόνο 2 άντρες (5%) παρουσίασαν υπερτασική απάντηση κατά τη μέγιστη άσκηση (SBP≥210mmHg).

Συμπεράσματα: Φαίνεται ότι οι πρόσφατα διαγνωσθέντες HIV ασθενείς επιδεικνύουν καρδιαγγειακή κατάσταση αντίστοιχη με την ηλικία τους. Επίκειται επαναξιολόγησή τους ένα και τρία χρόνια μετά την έναρξη θεραπείας, προκειμένου να διερευνησουμε τυχόν πρώιμες μεταβολές του καρδιαγγειακού κινδύνου.

OR.04

Η ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΝΕΩΝ ΥΓΙΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΕΚΑΕΤΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ. ΔΕΚΑΕΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

Ε. Τριανταφυλλίδη, Ε. Ντρέτσιου, Δ. Μπενάς, Ι. Οικονομίδης, Ε. Ηλιοδρομίτης
2^η Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο
Αθηνών, Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα

Εισαγωγή: Η εμφάνιση παχυσαρκίας και αρτηριακής υπέρτασης στα παιδιά αντιπροσωπεύουν ικανούς παράγοντες κινδύνου για μελλοντικά καρδιαγγειακά συμβλήματα μετά την εφηβεία. Αν και η οικονομική κρίση επιφέρει αρνητικό αντίκτυπο στους ενήλικες όσον αφορά στην καρδιαγγειακή νόσο (ΚΑΝ), η επίδρασή της στα παιδιά είναι συζητήσιμη.

Σκοπός: Η διερεύνηση της καρδιαγγειακής κατάστασης νέων ενηλίκων που είχαν αξιολογηθεί πριν από δέκα έτη στην αρχή της οικονομικής κρίσης.

Υλικό και μέθοδοι: Πενήντα ένα (51) παιδιά 6-16 ετών αξιολογήθηκαν ως προς την παχυσαρκία, την αρτηριακή πίεση (SBP/DBP), την αορτική σκληρία (PWV), το λιπιδαιμικό προφίλ και την αθλητική δραστηριότητα (ώρες άσκησης/εβδομαδιαίως) προ 10 ετών στην έναρξη της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα. Πραγματοποιήθηκε επαναξιολόγηση 10 χρόνια αργότερα, όταν τα παιδιά έγιναν νέοι ενήλικες και η ελληνική οικονομική κατάσταση είχε βελτιωθεί. Παιδιά και νέοι ενήλικες χαρακτηρίστηκαν ως: α) φυσιολογικού βάρους ($\Delta M \Sigma < 25$), υπέρβαροι (≥ 25 και < 30), παχύσαρκοι (≥ 30) και β) με φυσιολογική SBP/DBP ($< 120/80$ mmHg), φυσιολογική/υψηλά φυσιολογική SBP/DBP ($< 140/90$ mmHg) και αρτηριακή υπέρταση (SBP/DBP $\geq 140/90$ mmHg).

Αποτελέσματα: Στην αρχική εκτίμηση μέτρηση τα παιδιά ήταν/είχαν: α) 11/51 (22%) υπέρβαροι και 22 (44%) παχύσαρκοι, β) 1/51 (2%) με υπέρταση λευκής μπλούζας, γ) επίπεδα $PWV=6 \pm 0.9$ m/sec, δ) $HDL-C=65 \pm 21$ mg/dl και $LDL=96 \pm 20$ mg/dl, ε) 3 ± 2 ώρες/εβδομαδιαίως αθλητικής δραστηριότητας. Στην επανεκτίμηση της δεκαετίας οι νέοι ενήλικες ήταν/είχαν: α) 15/51 (29%) υπέρβαροι και 5 (10%) παχύσαρκοι β) 15/51 (29%) παρουσίαζαν υψηλή/υψηλά φυσιολογική SBP/DBP ενώ 1/51 (2%) είχε αρτηριακή υπέρταση γ) $PWV=7.4 \pm 0.9$ m/sec ($p < 0.001$) δ) $HDL=54 \pm 10$ mg/dl, ($p=0.001$) και $LDL 85 \pm 20$ mg/dl, ($p=0.009$) ε) 4.5 ± 5 ώρες/εβδομαδιαίως αθλητικής δραστηριότητας ($p=0.05$).

Συμπεράσματα: Οι νέοι ενήλικες μετά 10 έτη σε σχέση με τους εαυτούς τους ως παιδιά ήταν λιγότερο παχύσαρκοι, αλλά περισσότερο υπέρβαροι, εμφάνιζαν υψηλότερη αρτηριακή πίεση, προοδευτικά αυξανόμενη αορτική σκληρία, διατηρώντας φυσιολογικό λιπιδαιμικό προφίλ και αφιερώνοντας περισσότερο χρόνο σε αθλητικές δραστηριότητες. Συμπερασματικά, φαίνεται ότι το καρδιαγγειακό προφίλ των νέων αυτών είναι δυσμενές για μελλοντικά καρδιαγγειακά συμβλήματα.

OR.05

24ΩΡΗ ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ: ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΟΡΓΑΝΩΝ ΣΤΟΧΩΝ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ ΚΑΙ ΝΕΑΡΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ

A. Ντινέρη¹, A. Κόλλιας¹, Γ. Σέρβος², I. Μωυσάκης³, A. Δεστούνης¹, A. Βαζαίου⁴, Γ. Σ. Στεργίου¹

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

²Καρδιολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Παιδων «Π. & Α. Κυριακού», Αθήνα

³Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Λαϊκό», Αθήνα

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

Εισαγωγή: Στους ενήλικες η κεντρική (αορτική) αρτηριακή πίεση (ΑΠ) φαίνεται να έχει καλύτερη προγνωστική αξία απ' ό τι η περιφερική (βραχιόνια) ΑΠ.

Σκοπός: Διερεύνηση της σχέσης της κεντρικής έναντι της περιφερικής 24ωρης συστολικής ΑΠ με δείκτες ασυμπτωματικής βλάβης οργάνων στόχων (ΒΟΣ) σε νεαρά άτομα.

Μέθοδοι: Άτομα 10-25 ετών που παραπέμφθηκαν για αξιολόγηση αυξημένης ΑΠ και υγιείς εθελοντές υποβλήθηκαν σε 24ωρη καταγραφή της περιφερικής (βραχιόνιας) και κεντρικής (αορτικής) ΑΠ (Mobil-O-Graph 24h PWA). Η τελευταία υπολογίσθηκε χρησιμοποιώντας 2 μεθόδους βαθμονόμησης (K1 και K2) βασιζόμενες στην συστολική/διαστολική ΑΠ ή την μέση/διαστολική ΑΠ αντίστοιχα. Ως δείκτες ΒΟΣ χρησιμοποιήθηκαν (α) ο δείκτης μάζας αριστερής κοιλίας (ΔΜΑΚ), (β) το πάχος έσω-μέσου χιτώνα κοινών καρωτίδων (ΠΧΚ) και η (γ) 24ωρη ταχύτητα σφυγμικού κύματος (ΤΣΚ).

Αποτελέσματα: Αναλύθηκαν 136 άτομα (17.9±4.7 ετών, 54% έφηβοι, 77% άρρενες, 34% με υπέρταση). Η περιφερική ΑΠ ήταν υψηλότερη της K1 κατά 14.1±3.7 mmHg, αλλά χαμηλότερη της K2 κατά 6.5±7.6 mmHg (p<0.01). Η κατάταξη κατά τεταρτημόρια της K2 παρέιχε καλύτερη διαστρωμάτωση της ΒΟΣ απ' ό τι της περιφερικής. Η K2 έδειξε ισχυρότερες συσχετίσεις με το ΔΜΑΚ σε σχέση με την περιφερική (r=0.35/0.17, p<0.05) καθώς και με το ΠΧΚ (0.39/0.17, p=0.01) μόνο στους εφήβους. Η περιφερική ΑΠ έδειξε στενότερη συσχέτιση με την ΤΣΚ στους εφήβους (r=0.98/0.76) και τους ενήλικες (0.97/0.85, p<0.01). Η διακύμανση ΔΜΑΚ προσδιορίσθηκε καλύτερα από την K2 στους εφήβους και από την περιφερική ΑΠ στους ενήλικες, του ΠΧΚ από την K2 και της ΤΣΚ από την περιφερική ΑΠ και στις δύο ηλικιακές ομάδες.

Συμπεράσματα: Στους εφήβους η 24ωρη K2 φαίνεται να συσχετίζεται καλύτερα από την περιφερική ΑΠ με δείκτες πρώιμης καρδιακής και καρωτιδικής βλάβης.

OR.06

ΕΠΑΝΑΛΗΨΙΜΟΤΗΤΑ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ, ΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΤΗΝ 24ΩΡΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ

I. Μπουντζώνα¹, A. Ντινέρη¹, A. Κόλλιας¹, E. Σταμπολλίου¹, X. Αλαμάρα¹, A. Βαζαίου², Γ. Σ. Στεργίου¹

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

²Α' Παιδιατρική Κλινική, Νοσοκομείο Παιδων «Π. & Α. Κυριακού», Αθήνα

Εισαγωγή: Δεδομένα στους ενήλικες έχουν δείξει ότι οι μετρήσεις αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) στο σπίτι παρουσιάζουν καλύτερη επαναληψιμότητα από του ιατρείου και συγκρίσιμη με αυτή της 24ωρης καταγραφής.

Σκοπός: Σύγκριση της επαναληψιμότητας των μετρήσεων ΑΠ στο ιατρείο, το σπίτι και την 24ωρη καταγραφή σε παιδιά και εφήβους.

Μέθοδος: Συμμετείχαν υγιή παιδιά και έφηβοι 6-18 ετών που παραπέμφθηκαν για αξιολόγηση αυξημένης ΑΠ. Πραγματοποιήθηκαν μετρήσεις της ΑΠ (α) στο ιατρείο σε 2 επισκέψεις (τριπλές μετρήσεις), (β) στο σπίτι σε 7 ημέρες (διπλές μετρήσεις πρωί και βράδυ) και (γ) με 24ωρη καταγραφή. Όλες οι μετρήσεις επαναλήφθηκαν μετά από 1-6 μήνες. Η επαναληψιμότητα των μετρήσεων ΑΠ αξιολογήθηκε με τη χρήση των συντελεστών συσχέτισης (r) και της τυπικής απόκλισης των διαφορών (SDD) μεταξύ επαναλαμβανόμενων αξιολογήσεων.

Αποτελέσματα: Αναλύθηκαν 58 άτομα (13.0±2.9 ετών, 60.3% αγόρια, μεσοδιάστημα μεταξύ αξιολογήσεων 4.1±2.1 μήνες). Η επαναληψιμότητα των μετρήσεων ΑΠ στο σπίτι ήταν συγκρίσιμη με εκείνη της 24ωρης καταγραφής και οι δύο ήταν ανώτερες από εκείνη των μετρήσεων στο ιατρείο. Η επαναληψιμότητα της 24ωρης είχε την τάση να είναι ανώτερη από εκείνη της ημέρας και νύχτας (Πίνακας).

Συμπεράσματα: Τα δεδομένα αυτά υποδηλώνουν ότι, όπως στους ενήλικες, στα παιδιά και τους εφήβους οι μετρήσεις ΑΠ εκτός ιατρείου παρουσιάζουν μεγαλύτερη επαναληψιμότητα από τις μετρήσεις του ιατρείου. Οι μετρήσεις ΑΠ στο σπίτι και την 24ωρη καταγραφή φαίνεται να έχουν παρόμοια επαναληψιμότητα.

Επαναληψιμότητα μεθόδων μέτρησης ΑΠ (*, p<0.05, SD, τυπική απόκλιση)

ΑΠ	Διαφορά ±SD (αξιολόγηση 1 έναντι 2; mmHg)		Συντελεστής συσχέτισης r μεταξύ αξιολογήσεων	
	Συστολική	Διαστολική	Συστολική	Διαστολική
Ιατρείο Επίσκεψη 1	0.9±8.9	2.0±7.2*	0.81	0.81
Ιατρείο Επίσκεψη 2	1.3±9.2	0.4±7.8	0.79	0.75
Σπίτι	-0.5±5.9	-0.3±5.0	0.87	0.83
24ωρη καταγραφή				
- 24ωρο	0.3±5.7	0.2±4.5	0.87	0.80
- Ημέρα	1.0±6.7	0.9±5.5	0.83	0.72
- Νύχτα	-0.9±7.6	-0.4±6.1	0.77	0.62

OR.07

ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ, ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚΗΣ ΚΑΙ ΠΟΛΥΣΤΑΔΙΑΚΗΣ ΣΤΡΩΜΑΤΟΠΟΙΗΜΕΝΗΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ

Γ. Σ. Στεργίου^{1,2}, Α.-Μ. Μέντη², Ι. Παπαδάκης³, Ν. Καλπουρτζή⁴, Μ. Δούμας¹, Ρ. Καλαϊτζίδης¹, Ξ. Κροκίδης⁵, Μ. Χατζόπουλος², Μ. Μαρκέτου⁶, Ε. Γκαλιαγκούση¹, Εμμ. Καλλίστρατος¹, Β. Κατσή¹, Ε. Μανιός¹, Δ. Παπαδόπουλος¹, Π. Σαραφίδης¹, Γ. Τουλούμη⁴, Π. Ζεμπεκάκης¹

¹Ελληνική Εταιρεία Υπέρτασης

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

³Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο

⁴Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας & Ιατρικής Στατιστικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Αθήνα

⁵Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας, Καβάλα

⁶Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο

Εισαγωγή: Τα δεδομένα για τον επιπολασμό, τη διάγνωση και τη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης στην Ελλάδα είναι περιορισμένα. Η διεξαγωγή του προγράμματος της Διεθνούς Εταιρείας Υπέρτασης MMM-2019 (Μάιος Μήνας Μέτρησης) στην Ελλάδα συνέλλεξε περιστασιακά δεδομένα για την αρτηριακή πίεση σε 5 αστικά κέντρα. Η εθνική επιδημιολογική μελέτη EMENO (2013-2016) πραγματοποίησε πολυσταδιακή στρωματοποιημένη δειγματοληψία σε όλη τη χώρα.

Σκοπός: Διερεύνηση του επιπολασμού, της θεραπείας και της ρύθμισης της υπέρτασης (αρτηριακή πίεση $\geq 140/90$ mmHg και/ή λήψη αντιυπερτασικής αγωγής) στο γενικό πληθυσμό των ενηλίκων στην Ελλάδα και η σύγκριση των αποτελεσμάτων των δυο ερευνών.

Μέθοδος: Η MMM και η EMENO συγκέντρωσαν δεδομένα από 5.727 και 4.704 ενήλικες (άνδρες 46.5%/48.5% σε MMM/EMENO, $p < 0.001$). Και στις δυο μελέτες πραγματοποιήθηκαν 3 διαδοχικές μετρήσεις της αρτηριακής πίεσης με πιστοποιημένο αυτόματο πιστόμετρο βραχίονα και καταγραφή πιθανής χρήσης αντιυπερτασικών φαρμάκων.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν $52.7 \pm 16.6/49.0 \pm 18.5$ έτη (MMM/EMENO, $p < 0.001$) και ο δείκτης μάζας σώματος $27.1 \pm 5/28.1 \pm 5.7$ kg/m² ($p < 0.001$). Ο επιπολασμός της υπέρτασης στην Ελλάδα όπως προκύπτει από τα δεδομένα της MMM και της EMENO αντίστοιχα είναι 41.6% και 40.5% ($p = NS$) (άνδρες 51.0/44.6%, $p < 0.001$, γυναίκες 33.6/36.6%, $p < 0.05$). Στο σύνολο των υπερτασικών 21.3/33.6% (MMM/, $p < 0.001$) ήταν αδιάγνωστοι, 5.6/2.9% διαγνωσμένοι χωρίς αντιυπερτασική θεραπεία, 24.8/36.1% είχαν αρρυθμιστη αρτηριακή πίεση υπό θεραπεία και 48.3/27.5% είχαν ρυθμισμένη αρτηριακή πίεση υπό θεραπεία.

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα των δύο ερευνών συμφωνούν ως προς τον επιπολασμό της υπέρτασης στην Ελλάδα. Εντούτοις, η MMM υποεκτίμησε σημαντικά το ποσοστό αδιάγνωστης υπέρτασης και υπερεκτίμησε το ποσοστό ρυθμισμένης αρτηριακής πίεσης υπό θεραπεία.

OR.08

STRIDE BP: ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΜΕΝΕΣ ΣΥΣΚΕΥΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ

Γ. Σ. Στεργίου¹, Α. Μέντη¹, Α. Κόλλιας¹, Μ. Myers², Ρ. Palatini³, Γ. Parati⁴, Ε. O'Brien⁵

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

²University of Toronto, Schulich Heart Program, Division of Cardiology, Sunnybrook Health Sciences Centre, Canada

³Department of Medicine, University of Padova, Italy

⁴Istituto Auxologico Italiano, IRCCS, Department of Cardiovascular, Neural and Metabolic Sciences, S. Luca Hospital, Italy

⁵The Conway Institute, University College Dublin, Ireland

Εισαγωγή: Το STRIDE BP (www.stridebp.org) είναι ένας διεθνής μη κερδοσκοπικός οργανισμός, ο οποίος υποστηρίζεται από την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Υπέρτασης (ESH), τη Διεθνή Εταιρεία Υπέρτασης (ISH) και την Παγκόσμια Ένωση για τη Υπέρταση (WHL) και αξιολογεί τα διαθέσιμα δεδομένα πιστοποίησης συσκευών μέτρησης της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ). Το STRIDE BP παρέχει καταλόγους με πιστοποιημένα πιεσόμετρα για κλινική εφαρμογή.

Σκοπός: Ανάλυση όλων των δημοσιευμένων PubMed μελετών που αφορούν στις συσκευές μέτρησης ΑΠ για την διαπίστωση της αξιοπιστίας τους και τυχόν παραβιάσεων των καθιερωμένων πρωτοκόλλων.

Μέθοδος: Έως 31/12/2019 το STRIDE BP συγκέντρωσε 301 PubMed δημοσιεύσεις που αφορούσαν 292 συσκευές. Οι δημοσιεύσεις αυτές παρέιχαν δεδομένα από 464 μελέτες και αξιολογήθηκαν μέσω μιας εφαρμογής online review που αναπτύχθηκε γιαυτό το σκοπό. Μέσω της εφαρμογής αυτής δυο ανεξάρτητοι κριτές αξιολόγησαν κάθε μελέτη μέσω μιας φόρμας ειδικής ανά πρωτόκολλο πιστοποίησης. Η τελική απόφαση ελήφθη μετά από τελική αξιολόγηση από 2 μέλη της Επιτροπής Συμβούλων του STRIDE BP που (29 ειδικευμένοι επιστήμονες από 15 χώρες).

Αποτελέσματα: Το STRIDE BP αξιολόγησε 464 μελέτες από τις οποίες 405 (87%) συμπέραναν ότι η υπό μελέτη συσκευή είναι αξιόπιστη. Από τις 405 αυτές μελέτες το STRIDE BP απέρριψε 99 (24%), κυρίως λόγω σημαντικών παραβιάσεων του πρωτοκόλλου (ένας παρατηρήτης: 21%; ανεπαρκές δείγμα 12%; παραβιάσεις πρωτοκόλλου μετρήσεων 36%; λανθασμένη ανάλυση 31%; ελλιπής αναφορά κριτηρίων 31%). Τελικά 225 (77%) συσκευές κρίθηκαν από το STRIDE BP ως αξιόπιστες εκ των οποίων 116 (51%) κρίθηκαν «προτιμώμενες» με βάση συγκεκριμένα κριτήρια. Ο συνολικός αριθμός των πιστοποιημένων συσκευών για το ιατρείο, το σπίτι, την 24ωρη καταγραφή, τα παιδιά και τις εγκύους φαίνεται στον πίνακα.

Συμπεράσματα: Η ανεξάρτητη και συστηματική αξιολόγηση που πραγματοποίησε το STRIDE BP ανέδειξε τις πιστοποιημένες συσκευές μέτρησης ΑΠ και διαπίστωσε παραβιάσεις των πρωτοκόλλων πιστοποίησης που συχνά διέφυγαν από την διαδικασία κρίσης των περιοδικών PubMed.

ΠΙΝΑΚΑΣ. STRIDE BP πιστοποιημένες συσκευές μέτρησης αρτηριακής πίεσης (www.stridebp.org)

	Ιατρείο	Σπίτι	24ωρη καταγραφή	Άλλη χρήση #	Συνολικά #
Συνολικά	24	173	27	29	225
Preferred	17	78	16	20	116
Ενήλικες	22	163	24	27	210
Παιδιά	6	3	4	7	14
Εγκυμοσύνη/Προεκλαμψία	2	10	1	2	13

Μερικές συσκευές ανήκουν σε περισσότερες από μια κατηγορία και σε άλλες που δεν περιλαμβάνονται στον πίνακα).

OR.09

ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΚΝΗΜΟΒΡΑΧΙΟΝΙΑΣ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΡΩΤΙΔΟΜΗΡΙΑΙΑ ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΣΦΥΓΜΙΚΟΥ ΚΥΜΑΤΟΣ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ

Κ. Γ. Κυριακούλης, Α. Κόλλιας, Μ. Χατζόπουλος, Γ. Σ. Στεργίου

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

Εισαγωγή: Η καρωτιδομηριαία ταχύτητα σφυγμικού κύματος (cfPWV) θεωρείται μέθοδος αναφοράς για την εκτίμηση της αορτικής σκληρίας. Η αυτόματη μέτρηση της κνημοβραχιόνιας ταχύτητας σφυγμικού κύματος (baPWV) είναι μία εναλλακτική μέθοδος αξιολόγησης της σκληρίας τόσο των μεγάλων (ελαστικών) όσο και των μικρότερων (μυϊκών) αρτηριών.

Σκοπός: Σύγκριση cfPWV και baPWV ως προς: (i) την απόλυτη αριθμητική διαφορά, (ii) τη συσχέτιση μεταξύ των μεθόδων και (iii) τη σχέση τους με δείκτες βλάβης οργάνων-στόχων.

Μέθοδος: Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση σχετικών μελετών μετά από αναζήτηση σε PubMed και EMBASE.

Αποτελέσματα: Από 486 μελέτες που προέκυψαν στην αρχική αναζήτηση αναλύθηκαν 44 (n=32,064, σταθμισμένη ηλικία 59.4±11.6 έτη, 48% υπερτασικοί). Μετα-ανάλυση 41 μελετών [n=23,145, σταθμισμένη ηλικία 60.2±13.6 έτη, συγκεντρωτική τιμή cfPWV με 95% διαστήματα εμπιστοσύνης 9.4 (8.8, 10.1) m/s] έδειξε διαφορά baPWV-cfPWV 4.6 (3.1, 6.1) m/s. Μετα-ανάλυση 21 μελετών έδειξε συντελεστή συσχέτισης (r) μεταξύ baPWV και cfPWV 0.67 (0.60, 0.74). Ανάλυση ευαισθησίας με βάση τη μέθοδο μέτρησης cfPWV έδειξε διαφορά baPWV-cfPWV (i) 6.5 (5.6, 7.5) m/s (SphygmoCor, 10 μελέτες) και (ii) 3.8 (1.9, 5.6) m/s (Omron VP1000/2000 Vascular Profiler, 26 μελέτες). 3 μελέτες (n=2,003) συνέκριναν τη συσχέτιση του δείκτη μάζας αριστερής κοιλίας (LVMI) με cfPWV [r=0.16 (0.09, 0.23)] και baPWV [r=0.21 (0.07, 0.35)] (p<0.05 για τη σύγκριση μεταξύ των δύο μεθόδων).

Συμπεράσματα: Η baPWV παρέχει αριθμητικά μεγαλύτερες τιμές από την cfPWV,

προφανώς επειδή οι δύο μέθοδοι εκτιμούν την αρτηριακή σκληρία σε διαφορετικά σημεία του αρτηριακού δέντρου. Οι δύο μέθοδοι έχουν καλή συσχέτιση μεταξύ τους και σχετίζονται εξίσου καλά με τον δείκτη LVMI.

OR.10

ΧΛΩΡΙΟ ΚΑΙ ΥΠΕΡΤΑΣΗ: 90 ΧΡΟΝΙΑ ΜΕΤΑ ΤΟΥΣ BERGHOFF ΚΑΙ GERACI

Ε. Κουλουρίδης

Παθολόγος-Νεφρολόγος, Κέρκυρα

Cardiology fellow in training, St Elisabeth's Medical Center, Boston, USA

Το 1929, οι Robert Berghoff και Angelo Geraci δημοσίευσαν μία κλινική μελέτη στην οποία έδειξαν ότι η χορήγηση αυξημένης ποσότητας χλωριούχου νατρίου σε 50 ασθενείς οδηγούσε σε αύξηση της αρτηριακής πίεσης ενώ η ίδια ποσότητα διττανθρακικού νατρίου δεν είχε καμία επίδραση στην πίεση.

Διενεργήσαμε μετα-ανάλυση των πρωτότυπων δεδομένων της μελέτης και δείξαμε ότι η φόρτιση άλατος προκαλεί αύξηση της συστολικής και διαστολής πίεσης ($t = -2,049$, $p = 0,043$ και $t = -1,973$, $p = 0,051$, αντίστοιχα) ενώ η ισόποση χορήγηση διττανθρακικού νατρίου δεν είχε καμία επίδραση στην συστολική και διαστολική πίεση ($t = -0,075$, $p = 0,940$ NS και $t = 0,359$, $p = 0,719$ NS, αντίστοιχα). Η σύγκριση συστολικής και διαστολικής πίεσης υπό συνθήκες κανονικής πρόσληψης αλατιού και υπό συνθήκες πρόσληψης διττανθρακικού νατρίου έδειξε σημαντική μείωση της συστολικής και διαστολικής πίεσης ($t = 2,062$, $p = 0,041$ και $t = 2,610$, $p = 0,010$, αντίστοιχα).

Η έρευνα που ακολούθησε έδειξε ότι το ενδοκυττάριο χλώριο αποτελεί ρυθμιστή του ενδοκυτταρίου όγκου και της έκκρισης ρενίνης.

Το 2000 ανακαλύφθηκαν οι With no Lysine Kinases (WNKs) και το 2001 ανακαλύφθηκε ότι μεταλλάξεις των γονιδίων των WNK-1 και WNK-4 είναι υπεύθυνες για την εμφάνιση του συνδρόμου Gordon (οικογενής υπέρταση με υπεκαλιαιμία και οξέωση). Στη συνέχεια ανακαλύφθηκε ότι οι WNK κινάσες είναι ενδοκυττάρια αισθητήρες χλωρίου και ενεργοποιούν τους συμμεταφορείς Na/K/Cl στον άπω νεφρώνα προς διατήρηση σταθερού ενδοκυτταρίου όγκου.

Το 2010 ανακαλύφθηκε στον άπω νεφρώνα η παρουσία του ανταλλάκτη Na:Cl:2HNaCO₃ (NDCBE) ο οποίος σε συνδυασμό με τον ανταλλάκτη Cl:HCO₃ (rendrin) απορροφούν NaCl και αυξάνουν τον εξωκυττάριο όγκο και την αρτηριακή πίεση προκαλώντας νατριοευαίσθητη υπέρταση.

Συμπερασματικά: Η διακυτταρική μεταφορά νατρίου στον άπω νεφρώνα επιτελείται κυρίως μέσω συμμεταφοράς με χλώριο. Το ανιόν χλωρίου παίζει πρωτεύοντα ρόλο στην έκκριση ρενίνης και την ρύθμιση του ενδοκυτταρίου όγκου. Οι WNK κινάσες παίζουν το ρόλο ρυθμιστή της ενδοκυττάριας συγκέντρωσης χλωρίου και μέσω αυτού του ενδοκυτταρίου όγκου. Μετά από αυτά ίσως είναι καιρός να μιλάμε για «χλωριοευαίσθητη» και όχι «νατριοευαίσθητη» υπέρταση.

OR.11

ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΕ ΕΓΚΥΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ. ΜΕΛΕΤΗ “HELENA”

Γ. Βαμβάκου¹, Ο. Παπαζάχου¹, Στ. Αρχοντάκης¹, Γ. Σκαλής¹, Η.Ανδριανοπούλου¹, Κ. Θωμόπουλος¹, Β. Κατσή², Θ. Μακρής¹

¹Κέντρο Υπέρτασης Καρδιολογικού Τμήματος, Γενικό Νοσοκομείο-Μαιευτήριο «Έλενα Βενιζέλου»

²Καρδιολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν.Ν.Α «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή: Το κάπνισμα στο γυναικείο πληθυσμό έχει αυξηθεί τις τελευταίες δύο δεκαετίες, γεγονός που συνδέεται με αυξημένη επίπτωση καρδιαγγειακών συμβαμάτων στο γυναικείο πληθυσμό συγκριτικά με τον ανδρικό πληθυσμό. Παράλληλα το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει συνδεθεί με σοβαρές επιπλοκές τόσο για την μητέρα όσο και το για έμβρυο- νεογνό.

Σκοπός: Η καταγραφή του επιπολασμού του καπνίσματος σε εγκυμονούσες κατά την 1^η εξέταση στο κέντρο υπέρτασης.

Μέθοδοι: Το χρονικό διάστημα από το Σεπτέμβριο 2018 έως και τον Απρίλιο του 2019 έγινε καταγραφή 1700 διαδοχικών εγκύων γυναικών, μέσης ηλικίας 31.2 ±5.5 έτη (ηλικιακό εύρος 15-49 έτη) σε σχέση με το ιστορικό καπνίσματος. Οι γυναίκες θεωρήθηκαν καπνίστριες, αν ανέφεραν κάπνισμα τουλάχιστον ενός τσιγάρου την ημέρα κατά τη διάρκεια οποιουδήποτε τριμήνου της κύησης. Έγινε καταγραφή της κατανάλωση καπνού πριν και κατά τη διάρκεια της κύησης καθώς και του ποσοστού των γυναικών, οι οποίες διέκοψαν το κάπνισμα όταν διαπιστώθηκε η εγκυμοσύνη.

Αποτελέσματα: Από το σύνολο του γυναικείου πληθυσμού, καπνίστριες πριν την εγκυμοσύνη ήταν 704 (41.4%). Μετά την τεκμηρίωση της ύπαρξης εγκυμοσύνης 369 γυναίκες (52.4%) διέκοψαν το κάπνισμα, ενώ 335 (19.7%) συνέχισαν να καπνίζουν. Παράλληλα μελετήθηκε η συχνότητα καπνίσματος ανά ηλικιακή ομάδα (πίνακας 1). Οι καπνίστριες σε ποσοστό 5% αντικατέστησαν το κλασικό κάπνισμα με το ηλεκτρονικό τσιγάρο. Οι γυναίκες που συνέχισαν το κλασικό τσιγάρο μείωσαν δραστικά τον αριθμό των τσιγάρων/ημέρα, κάτι που δεν συνέβη στον ίδιο βαθμό με τις εγκυμονούσες που ελάμβαναν υποκατάστατα καπνού.

Συμπέρασμα: Ένα υψηλό ποσοστό γυναικών συνέχισαν το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, παρόλο που μείωσαν την ποσότητα του καπνού, θεωρώντας ότι η περιορισμένη χρήση του δε θα ήταν επιβλαβής για εκείνες και τα παιδιά τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Ανάλυση συχνοτήτων καπνίσματος ανά ηλικιακή ομάδα στην εγκυμοσύνη.

	≤ 20 ετών (44 γυναίκες)	21-30 ετών (702 γυναίκες)	31-40 ετών (901)	>41 ετών Ετών (44)
Ενεργείς καπνίστριες (%)	42.2	19.4	18.8	20.8
Έγκυες που διέκοψαν (%)	20	22.1	21.6	18.8
Μη καπνίστριες (%)	37.8	58.5	59.6	60.4

OR.12

ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ, ΕΠΙΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΜΕΝΟ

Γ. Σ. Στεργίου¹, Α.-Μ. Μέντη¹, Ν. Καλπουρτζή², Μ. Γαβανά³, Α. Βανταράκης⁴, Γ. Χλουβεράκης⁵, Χ. Χατζηχριστοδούλου⁶, Γ. Τρυσιάνης⁷, Π. Β. Βούλγαρη⁸, Ι. Αλαμάνος⁹, Α. Καρακώστα², Γ. Τουλούμη²

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

²Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας & Ιατρικής Στατιστικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Αθήνα

³Εργαστήριο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Γενικής Ιατρικής και Έρευνας Υπηρεσιών Υγείας, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

⁴Εργαστήριο Υγιεινής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα

⁵Τμήμα Βιοστατιστικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο

⁶Εργαστήριο Υγιεινής & Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα
⁷Τμήμα Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

⁸Ρευματολογική κλινική, Τομέας Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

⁹Ινστιτούτο Επιδημιολογίας Προληπτικής Ιατρικής και Δημόσιας Υγείας, Κέρκυρα

Εισαγωγή: Τα δεδομένα για τον επιπολασμό, επίγνωση, θεραπεία και ρύθμιση της υπέρτασης στην Ελλάδα προέρχονται από μελέτες σε επιλεγμένα δείγματα πληθυσμού και ως εκ τούτου δεν θεωρούνται αντιπροσωπευτικά. Η εθνική επιδημιολογική μελέτη ΕΜΕΝΟ πραγματοποίησε δειγματοληψία σε 577 επιλεγμένα σημεία σε όλη τη χώρα.

Σκοπός: Διερεύνηση του επιπολασμού, θεραπείας και ρύθμισης της υπέρτασης στους ενήλικες στην Ελλάδα.

Μέθοδος: Η ΕΜΕΝΟ βασίζεται σε πολυσταδιακή στρωματοποιημένη δειγματοληψία νοικοκυριών σε δείγμα αντιπροσωπευτικό του γενικού πληθυσμού (2013-2016). Η μελέτη περιέλαβε ερωτηματολόγια, αιμοληψία, 3 αυτόματες μετρήσεις της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) και καταγραφή χρήσης αντιυπερτασικών φαρμάκων. Ως υπέρταση θεωρήθηκε ΑΠ $\geq 140/90$ mmHg (μέση τιμή 2ης-3ης μέτρησης) και/ή λήψη αντιυπερτασικής αγωγής. Έγινε στάθμιση του δείγματος ώστε να είναι αντιπροσωπευτικό ως προς την ηλικία και το φύλο και έγινε διόρθωση για το ποσοστό των ατόμων που αρνήθηκαν να συμμετάσχουν.

Αποτελέσματα: Συγκεντρώθηκαν δεδομένα από 6.006 ενήλικες εκ των οποίων αναλύθηκαν 4.699 (μέση ηλικία 49.0 \pm 18.5 έτη, άνδρες 48.5%, ΔΜΣ 28.1 \pm 5.7 kg/m²). Ο επιπολασμός της υπέρτασης ήταν 39.2% (άνδρες/γυναίκες 42.4%/36.1%, p<0.001). Από το σύνολο των υπέρτασικών, 32.0% ήταν αδιάγνωστοι (άνδρες/γυναίκες 39.7/23.7, p<0.001), 2.7% διαγνωσμένοι χωρίς θεραπεία, 34.9% είχαν αρρυθμιστη ΑΠ υπό θερα-

πεία (άνδρες/γυναίκες 31.8/38.2, $p < 0.001$) και 30.4% είχαν ρυθμισμένη ΑΠ υπό θεραπεία (άνδρες/γυναίκες 25.7/35.6, $p < 0.001$).

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα της Εθνικής μελέτης EMENO στην Ελλάδα δείχνουν ότι το 1/3 του γενικού πληθυσμού των ενηλίκων έχουν αυξημένη ΑΠ. Από το σύνολο των υπερτασικών, το 1/3 είναι αδιάγνωστοι και μόνο το 30.4% έχουν ρυθμισμένη ΑΠ υπό θεραπεία. Υπάρχει άμεση ανάγκη εφαρμογής εθνικών προγραμμάτων πρόληψης, διάγνωσης και ρύθμισης της υπέρτασης στην Ελλάδα.

OR.13

Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΔΑΠΑΓΛΙΦΛΟΖΙΝΗ ΜΕΙΩΝΕΙ ΤΗΝ 24ΩΡΗ ΑΟΡΤΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΣΚΛΗΡΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΤΥΠΟΥ-2 ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ: ΜΙΑ ΔΙΠΛΗ-ΤΥΦΛΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΟΚΙΜΗ

Ε. Παπαδοπούλου^{1,2}, Χ. Λουτράδης², Κ. Κώτσα³, Σ. Καρράς³, Χ. Σαμπάνης¹, Γ. Τζατζάγου⁴, Α. Καρακόζογλου⁴, Τ. Διδάγγελος⁵, Μ. Θεοδωρακοπούλου², Ι. Μηνοπούλου², Α. Τσάπας⁶, Α. Καραγιάννης¹, Π. Σαραφίδης²

¹Β' Προπαιδευτική Παθολογική, Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

²Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

³Α' Παθολογική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

⁴Α' Παθολογική, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

⁵Α' Προπαιδευτική Παθολογική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

⁶Β' Παθολογική, Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η αορτική αρτηριακή πίεση (ΑΠ) και οι δείκτες αρτηριακής σκληρίας σχετίζονται ανεξάρτητα με τα καρδιαγγειακά συμβάματα και τη θνησιμότητα σε ασθενείς με τύπου-2 σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ). Η θεραπεία με αναστολείς τύπου-2 του συμμεταφορέα νατρίου-γλυκόζης (SGLT-2) σχετίζεται με βελτίωση της επιβίωσης, αλλά η επίδραση τους σε αυτές τις παραμέτρους δεν έχει αξιολογηθεί.

Σκοπός: Να εξετάσει, για πρώτη φορά, την επίδραση της δαπαγλιφλοζίνης στην περιπατητική αορτική ΑΠ και την αρτηριακή σκληρία σε ασθενείς με ΣΔ-τύπου-2.

Υλικό & Μέθοδοι: Σε αυτή τη διπλή-τυφή-τυχαιοποιημένη (double-blind-randomized) κλινική δοκιμή συμπεριλήφθηκαν 85 ενήλικοι ασθενείς με ΣΔ-τύπου-2 που λάμβαναν μονοθεραπεία ή συνδυασμό δύο αντιδιαβητικών φαρμάκων. Αυτοί τυχαιοποιήθηκαν (αναλογία 1:1) στην ομάδα παρέμβασης (23 άντρες, 20 γυναίκες), που έλαβε 10mg δαπαγλιφλοζίνης, και στην ομάδα ελέγχου (21 άντρες, 21 γυναίκες) που έλαβε εικονικό φάρμακο (placebo) για 12 εβδομάδες. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε 24ωρη-ABPM με την συσκευή Mobil-O-Graph-NG στην έναρξη και στο τέλος της μελέτης.

Αποτελέσματα: Τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά δεν διέφεραν μεταξύ των ομάδων στην έναρξη της μελέτης (ηλικία: 61,74±6,73 vs 60,64±9,35, $p=0,534$). Κατά την παρακολούθηση η 24ωρη-αορτική-ΣΑΠ/ΔΑΠ μειώθηκε σημαντικά στην

ομάδα της δαπαγλιφλοζίνης($117,41 \pm 10,52/78,88 \pm 7,25$ vs $113,30 \pm 8,75/77,25 \pm 6,54$, $p=0,002/p=0,047$), αλλά όχι στο placebo. Η αντίστοιχη μεταβολή της 24ωρης-ΣΑΠ ήταν μεγαλύτερη στην ομάδα παρέμβασης συγκριτικά με το placebo($-4,12 \pm 8,00$ vs $-0,65 \pm 7,77$, $p=0,046$). Η αρτητική πίεση παλμού($38,53 \pm 7,44$ vs $36,05 \pm 6,59$ mmHg, $p=0,004$) και ο 24ωρος δείκτης ενίσχυσης σταθμισμένος για την καρδιακή συχνότητα[ΑΙχ(75): $24,54 \pm 7,75$ vs $23,25 \pm 6,83$, $p=0,045$] μειώθηκε μόνο στην ομάδα παρέμβασης. Τέλος, στην ομάδα παρέμβασης παρατηρήθηκε μείωση της 24ωρης ταχύτητας σφυγμικού κύματος (PWV: $-0,16 \pm 0,32$ vs $0,02 \pm 0,27$, $p=0,007$).

Συμπεράσματα: Η θεραπεία με δαπαγλιφλοζίνη μπορεί να μειώσει αποτελεσματικά τα επίπεδα της περιπατητικής αρτητικής ΣΑΠ/ΔΑΠ, καθώς και τα επίπεδα της PWV σε ασθενείς με ΣΔ-τύπου-2. Η μείωση αυτή πιθανόν να συμμετέχει ουσιαστικά στα καρδιαγγειακά οφέλη που παρατηρούνται με τη χρήση των αναστολέων SGLT-2.

OR.14

Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΔΑΠΑΓΛΙΦΛΟΖΙΝΗ ΜΕΙΩΝΕΙ ΤΗΝ 24ΩΡΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2: ΜΙΑ ΔΙΠΛΗ-ΤΥΦΛΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΟΚΙΜΗ

Ε. Παπαδοπούλου¹, Χ. Λουτράδης², Γ. Τζατζάγου³, Κ. Κώτσα⁴, Έ. Αγγελούδη⁴, Ι. Ζωγράφου¹, Ι. Μηνοπούλου², Μ. Θεοδωρακοπούλου², Α. Τσάπας⁵, Α. Καραγιάννης¹, Π. Σαραφίδης²

¹Β' Προπαιδευτική Παθολογική, Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

²Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

³Α' Παθολογική, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

⁴Α' Παθολογική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

⁵Β' Παθολογική, Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) αποτελεί τη συχνότερη συννοσή πάθηση σε ασθενείς τύπου-2 σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ), με τον επιπολασμό της να υπολογίζεται σε >90%. Προηγούμενα δεδομένα υποδεικνύουν πως η θεραπεία με αναστολείς του τύπου-2 συμμεταφοράς νατρίου-γλυκόζης(SGLT-2) μπορούν να μειώσουν αποτελεσματικά την υπεργλυκαιμία, αλλά και να βελτιώσουν την αρτηριακή πίεση (ΑΠ) ιατρείου. Τα υπάρχοντα στοιχεία για τη δράση των φαρμάκων αυτών στην περιπατητική ΑΠ είναι περιορισμένα.

Σκοπός: Να εξετάσει την επίδραση της δαπαγλιφλοζίνης στην 24ωρη-ΑΠ σε ασθενείς με ΣΔ-τύπου-2.

Υλικό & Μέθοδοι: Σε αυτή τη διπλή-τυφλή-τυχαιοποιημένη(double-blind-randomized) κλινική δοκιμή συμπεριλήφθηκαν 85 ενήλικοι ασθενείς με ΣΔ-τύπου-2 που λάμβαναν μονοθεραπεία ή συνδυασμό δύο αντιδιαβητικών φαρμάκων. Αυτοί τυχαιοποιήθηκαν(αναλογία 1:1) στην ομάδα παρέμβασης(23 άντρες, 20 γυναίκες), που έλαβε 10mg δαπαγλιφλοζίνης, και στην ομάδα ελέγχου(21 άντρες, 21 γυναίκες) που έλαβε εικονικό

φάρμακο(placebo) για 12 εβδομάδες. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε 24ωρη-ABPM με την συσκευή Mobil-O-Graph-NG στην έναρξη και στο τέλος της μελέτης.

Αποτελέσματα: Τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά δεν διέφεραν μεταξύ των ομάδων στην έναρξη της μελέτης(ηλικία: $61,74\pm 6,73$ vs $60,64\pm 9,35$; $p=0,534$). Η 24ωρη-ΣΑΠ μειώθηκε σημαντικά στην ομάδα παρέμβασης($128,97\pm 12,57$ vs $123,17\pm 12,35$; $p<0,001$), αλλά παρέμεινε αμετάβλητη στην ομάδα ελέγχου($128,95\pm 12,41$ vs $128,86\pm 13,45$; $p=0,942$) κατά την παρακολούθηση. Η αντίστοιχη μεταβολή της 24ωρης-ΣΑΠ κατά την παρακολούθηση ήταν μεγαλύτερη στην ομάδα παρέμβασης συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου($-5,80\pm 9,48$ vs $-0,10\pm 8,70$ mmHg; $p=0,005$). Παρομοίως, η 24ωρη-ΔΑΠ μειώθηκε σημαντικά στην ομάδα παρέμβασης($77,33\pm 7,30$ vs $75,11\pm 6,37$; $p=0,008$) και ήταν αμετάβλητη στην ομάδα ελέγχου($78,86\pm 8,66$ vs $78,96\pm 7,64$; $p=0,911$). Η μείωση της 24ωρης-πίεσης-παλμού (pulse pressure) κατά την παρακολούθηση ήταν μεγαλύτερη στην ομάδα παρέμβασης συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου($-3,57\pm 6,67$ vs $-0,21\pm 6,31$ mmHg; $p=0,019$). Ο 24ωρος-καρδιακός-παλμός παρέμεινε αμετάβλητος και στις δύο ομάδες.

Συμπεράσματα: Η θεραπεία με δαπαγλιφλοζίνη μπορεί να παρέχει στατιστικά σημαντικές και κλινικά χρήσιμες μειώσεις στα επίπεδα της περιπατητικής ΑΠ σε ασθενείς με ΣΔ-τύπου-2. Η χρήση της μπορεί να συμβάλει στον αποτελεσματικότερο έλεγχο της ΑΥ στο συγκεκριμένο πληθυσμό.

OR.15

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ

Μ. Βέλλιου¹, Δ. Παπαδόπουλος¹, Η. Σανίδας¹, Κ. Ζέρβα¹, Κ. Τσάκαλης¹, Λ. Ντάλιου¹, Δ. Ηλιόπουλος², Μ. Μαντζουράνη³, Κ. Τούτουζας⁴, Ι. Μπαρμπετσέας¹

¹Κέντρο Αριστείας Υπέρτασης και Λιπιδίων, Καρδιολογικό Τμήμα Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

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

³Α' Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

⁴Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή: Το μεταβολικό σύνδρομο αποτελείται από ένα σύνολο παραγόντων κινδύνου συμπεριλαμβανομένης της κεντρικής παχυσαρκίας, της αρτηριακής υπέρτασης, της δυσλιπιδαιμίας και της αντίστασης στην ινσουλίνη και έχει συνδεθεί με την εκδήλωση καρδιαγγειακών παθήσεων.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί η ενδεχόμενη συσχέτιση του μεταβολικού συνδρόμου με την κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ).

Υλικό και Μέθοδοι: Συνολικά συμμετείχαν 50 ασθενείς με ΚΜ και 50 ασθενείς χωρίς ΚΜ. Ως μεταβολικό σύνδρομο ορίστηκε η παρουσία τουλάχιστον τριών από τα ακόλουθα κριτήρια: (1) περίμετρος μέσης ≥ 102 cm στους άντρες ή ≥ 88 cm στις γυναίκες, (2) τριγλυκερίδια ≥ 150 mg/dl ή λήψη φαρμακευτικής αγωγής λόγω υπερτριγλυκερι-

δαιμίας, (3) HDL <40mg/dl στους άντρες ή <50mg/dl στις γυναίκες ή λήψη φαρμακευτικής αγωγής λόγω μειωμένης HDL, (4) συστολική αρτηριακή πίεση ≥ 130 mmHg ή διαστολική αρτηριακή πίεση ≥ 85 mmHg ή λήψη αντιυπερτασικής αγωγής και (5) γλυκόζη νηστείας ≥ 100 mg/dl ή λήψη αγωγής λόγω υπεργλυκαιμίας. Σε όλον τον πληθυσμό μελέτης πραγματοποιήθηκε αιμοληψία μετά από 12ωρη νηστεία.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς με μεταβολικό σύνδρομο ήταν περισσότεροι στην ομάδα της ΚΜ, αν και δεν παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με την ομάδα των ασθενών χωρίς ΚΜ (44% έναντι 34%, $p=NS$). Καμία σημαντική διαφορά αναφορικά με την περίμετρο μέσης, τη μέση τιμή της συστολικής και διαστολικής αρτηριακής πίεσης, τα επίπεδα των τριγλυκεριδίων, της HDL και της γλυκόζης νηστείας δεν υπήρξε. Επίσης, το ποσοστό των ασθενών που λάμβανε αντιυπερτασική ή αντιδιαβητική αγωγή δεν διέφερε μεταξύ των ομάδων.

Συμπεράσματα: Το ποσοστό των ασθενών με μεταβολικό σύνδρομο ήταν υψηλότερο στην ομάδα της ΚΜ, αλλά όχι στατιστικώς σημαντικό, τονίζοντας το επηρεασμένο μεταβολικό προφίλ αυτών των ασθενών.

Πίνακας

	Ασθενείς με ΚΜ (n=50)	Ασθενείς χωρίς ΚΜ (n=50)	p-value
Ηλικία (έτη)	61.6 \pm 12.1	58.9 \pm 10.7	NS
Άρρεν φύλο (%)	29 (58%)	28 (56%)	NS
Περίμετρος μέσης (cm)	95.8 \pm 9.5	94.6 \pm 10.6	NS
Βάρος (kg)	81.9 \pm 16.9	81.2 \pm 20.1	NS
Ύψος (m)	1.71 \pm 0.11	1.69 \pm 0.11	NS
BMI (kg/m ²)	28 \pm 4.5	28.3 \pm 5.4	NS
TG (mg/dl)	130.9 \pm 71.13	136.04 \pm 68.83	NS
HDL-C (mg/dl)	50.55 \pm 14.61	51.46 \pm 13.4	NS
Glu (mg/dl)	106.98 \pm 23.6	108.64 \pm 28.24	NS
ΣΑΠ (mmHg)	128.13 \pm 9.8	120.58 \pm 8.4	NS
ΔΑΠ (mmHg)	80.58 \pm 4.2	75.69 \pm 6.7	NS
Ασθενείς υπό αντιδιαβητική αγωγή (%)	4 (8%)	9 (18%)	NS
Ασθενείς υπό αντιυπερτασική αγωγή (%)	34 (68%)	28 (56%)	NS
Μεταβολικό σύνδρομο (%)	22 (44%)	17 (34%)	NS

OR.16

ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΤΡΙΧΟΕΙΔΙΚΗΣ ΠΥΚΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΜΕΤΑΒΟΛΩΝ ΤΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΦΛΕΒΙΚΗΣ ΣΥΜΦΟΡΗΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΜΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

Μ. Σχοινά¹, Χ. Λουτράδης¹, Ε. Μέμμος¹, Ε. Τριανταφυλλίδου², Ε. Παγκοπούλου², Θ. Δημητρούλας², Α. Γαρύφαλλος², Α. Παπαγιάννη¹, Π. Σαραφίδης¹

¹Νεφρολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

²Δ' Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή/Σκοπός: Διαταραχές στην ενδοθηλιακή λειτουργία και στην τριχοειδική κυκλοφορία έχουν σχετισθεί με αυξημένη καρδιαγγειακή και ολική θνητότητα. Τόσο ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) όσο και η χρόνια νεφρική νόσος (ΧΝΝ) έχουν συνδεθεί με μικροαγγειακές βλάβες. Η βιντεο-τριχοειδοσκόπηση στην κοίτη του όνυχος παρέχει τη δυνατότητα αξιολόγησης της τριχοειδικής πυκνότητας και των μικροκυκλοφορικών αλλαγών. Αυτή είναι η πρώτη μελέτη που εξετάζει συγκριτικά παραμέτρους μικροαγγειακής λειτουργίας σε διαβητικούς και μη διαβητικούς ασθενείς με ΧΝΝ.

Υλικό/Μέθοδοι: Στη μελέτη συμπεριλήφθησαν 48 διαβητικοί και 48 μη διαβητικοί ενήλικες με ΧΝΝ (eGFR: <90 και $\geq 15 \text{ mL/min/1.73m}^2$) σε αναλογία 1:1 για το φύλο, την ηλικία και το eGFR για καθένα από τα μετρούμενα στάδια της ΧΝΝ (2, 3α, 3β και 4). Όλοι οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε βιντεο-τριχοειδοσκόπηση κατά τη διάρκεια της οποίας μετρήθηκε η τριχοειδική πυκνότητα σε φάση ηρεμίας, κατά τη διάρκεια αντιδραστικής υπεραιμίας μετά από 4λεπτη αρτηριακή απόφραξη, καθώς επίσης και μετά από 2λεπτη φλεβική συμφόρηση.

Αποτελέσματα: Παρόμοια βασικά δημογραφικά, ανθρωπομετρικά και εργαστηριακά χαρακτηριστικά παρατηρήθηκαν μεταξύ διαβητικών και μη διαβητικών ασθενών συνολικά και ανά στάδιο ΧΝΝ. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην τριχοειδική πυκνότητα κατά τη φάση ηρεμίας μεταξύ διαβητικών και μη διαβητικών ασθενών, ωστόσο, οι διαβητικοί ασθενείς παρουσίασαν στατιστικά σημαντικά ελαττωμένη τριχοειδική πυκνότητα κατά τη φάση της αντιδραστικής υπεραιμίας (36.3 ± 3.8 έναντι 38.3 ± 4.3 τριχοειδή/mm², $p=0.022$) και κατά τη διάρκεια της φλεβικής συμφόρησης (37.8 ± 4.0 έναντι 39.8 ± 4.2 τριχοειδή/mm², $p=0.015$). Κατά την κατηγοριοποίηση των ασθενών ανά στάδιο ΧΝΝ, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις μετρούμενες παραμέτρους στα στάδια 2, 3α και 4. Στο στάδιο 3β, στατιστικά σημαντικά ελαττωμένη τριχοειδική πυκνότητα παρατηρήθηκε στους διαβητικούς ασθενείς σε σύγκριση με τους μη διαβητικούς κατά τη φάση ηρεμίας (31.1 ± 2.8 έναντι 33.4 ± 3.4 τριχοειδή/mm², $p=0.044$), κατά τη διάρκεια της αντιδραστικής υπεραιμίας (36.8 ± 2.7 έναντι 40.0 ± 4.3 τριχοειδή/mm², $p=0.037$) και κατά τη φλεβική συμφόρηση (38.3 ± 2.8 έναντι 41.5 ± 3.5 τριχοειδή/mm², $p=0.022$).

Συμπεράσματα: Η τριχοειδική πυκνότητα κατά τη διάρκεια αντιδραστικής υπεραιμί-

α μετά από αρτηριακή απόφραξη και κατά τη φλεβική συμφόρηση είναι ελαττωμένη στους διαβητικούς σε σύγκριση με τους μη διαβητικούς ασθενείς με ΧΝΝ, ένα εύρημα που αποτελεί ένδειξη ότι ο σακχαρώδης διαβήτης είναι ένας επιπλέον παράγοντας που συμβάλλει στη μικροαγγειακή λειτουργική βλάβη της ΧΝΝ. Αυτές οι διαφορές είναι περισσότερο εμφανείς στο στάδιο 3β και λιγότερο εμφανείς σε προηγούμενα και επόμενα στάδια της ΧΝΝ.

OR.17

ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΜΕΓΕΘΟΥΣ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΚΟΛΠΟΥ ΣΕ ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΝΤΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Κ. Ζέρβα¹, Δ. Παπαδόπουλος¹, Η. Σανίδας¹, Κ. Τσάκαλης¹, Μ. Βέλλιου¹, Δ. Περρέα², Ν. Νικητέας², Μ. Μαντζουράνη³, Ι. Μπαρμπετσέα¹

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

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

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

Παρόλο που συχνά αναφέρεται ως «ξεχασμένη παράμετρος», σε σύγκριση με την αριστερή κοιλία (LV), ειδικά τα τελευταία χρόνια, ο αριστερός κόλπος (LA) διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στην κλινική έκφραση και πρόγνωση ασθενών με καρδιακή νόσο. Η ηχοκαρδιογραφία παραμένει η εξέταση εκλογής για την απεικόνιση και παρακολούθηση σε σειρά ασθενών με ασθένειες που εμπλέκουν τη μορφολογία και λειτουργία του LA. Η σχέση της υπέρτασης με το μέγεθος του αριστερού κόλπου στα πλαίσια της υπερτασικής καρδιοπάθειας είναι γνωστή και τεκμηριωμένη. Παρόλα αυτά το ερώτημα ποια υπερηχοκαρδιογραφική παράμετρος είναι πιο αξιόπιστη στην απεικόνιση του μεγέθους του αριστερού κόλπου πριν την εγκατάσταση υπερτασικής μυοκαρδιοπάθειας, νωρίς κατά την πορεία της νόσου, μένει να καθοριστεί.

Υλικό και μέθοδος: Μελετήθηκαν 50 νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς με υπέρταση. Οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν ανάλογα με την βαρύτητα της νόσου σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Υπέρτασης. Από τους ασθενείς που μελετήθηκαν 12 είχαν αρτηριακή υπέρταση grade 1 (SBP 140-160mmHg), 22 ασθενείς εμφάνιζαν αρτηριακή υπέρταση Grade 2 (SBP 160-180mmHg) και 18 ασθενείς εμφάνιζαν αρτηριακή υπέρταση Grade 3 (SBP>180 mmHg). Σε όλους πραγματοποιήθηκε πλήρης ηχοκαρδιογραφική μελέτη από πιστοποιημένο χειριστή. Ανάμεσα στις άλλες παραμέτρους καταγράφηκαν η διάμετρος του αριστερού κόλπου (μέτρηση με M-Mode στον μακρό παραστερνικό άξονα), ο όγκος του αριστερού κόλπου (μέτρηση επιφανείας στις τομές 4 και 2 κοιλοτήτων) και υπολογισμός του Indexed ανα bsa όγκου του αριστερού κόλπου.

Αποτελέσματα: Από την ανάλυση αφαιρέθηκαν οι ασθενείς που υπερηχογραφικά εμφάνιζαν εγκυτεστημένη υπερτασική καρδιοπάθεια. Η διάμετρος του αριστερού κόλπου φαίνεται να εκτιμάται σε φυσιολογική ή μετρίως αυξημένη στους περισσότερους ασθενείς, χωρίς να εμφανίζει συσχέτιση με το στάδιο της υπέρτασης. Αντιθέτως ο υπολογισμός του όγκου και ιδίως του διορθωμένου κατά BSA όγκου του αριστερού κόλπου φαίνεται να σχετίζεται και μάλιστα σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με το στάδιο της υπέρτασης.

	La diameter	La Volume	La volume/bsa
Grade 1 Hypertension	35,42 mm	47,01ml	28,61 ml/m ²
Grade 2 Hypertension	36,01mm	48,98ml	31,87 ml/m ²
Grade 3 Hypertension	39,21mm	52,26ml	38,01 ml/m ²
	P=0.501	P=0.125	P<0.001

Συμπεράσματα: Η υπερηχογραφική εκτίμηση των νεοδιαγνωσθέντων ασθενών με υπέρταση χωρίς εγκυτεστημένη υπερτασική καρδιοπάθεια μπορεί να μας δώσει σημαντικά στοιχεία για την επίπτωση της αρτηριακής υπέρτασης στην καρδιά ως βλάβη οργάνου στόχου. Η εκτίμηση του μεγέθους του αριστερού κόλπου είναι μεγάλης κλινικής σημασίας και η υπερηχογραφική μέθοδος που σχετίζεται καλύτερα με την κλινική εικόνα και πορεία αυτών των ασθενών μένει να καθορισθεί.

OR.18

Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΠΡΩΙΜΗΣ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ (EVAAs) ΜΕ ΤΗΝ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΠΙΕΣΗ (PULSE PRESSURE) ΚΑΙ ΤΗ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ 24-ΩΡΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΣΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΦΑΣΗ

N. Κακαλέτσης¹, Β. Κώτσης², Γ. Ντάιος³, Χ. Μηλιώνης⁴, Α. Καραγιαννάκη³, Θ. Τέγος⁵, Χ. Σαββόπουλος¹, Π. Ζεμπεκάκης⁶, Α. Ι. Χατζητόλιος¹

¹Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

²Γ' Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

³Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισας, Λάρισα, Ελλάδα

⁴Α' Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα

⁵Α' Νευρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

⁶Α' Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

Εισαγωγή: Το Early Vascular Aging Ambulatory score (EVAAs) είναι μία πρόσφατη εφαρμογή που δημιουργήθηκε από παραμέτρους της 24-ωρης καταγραφής της αρτηριακής πίεσης (24h ABPM) και παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου με σκοπό την ανίχνευση πρώιμης αρτηριακής σκληρίας (EVA) σε υπερτασικούς ασθενείς.

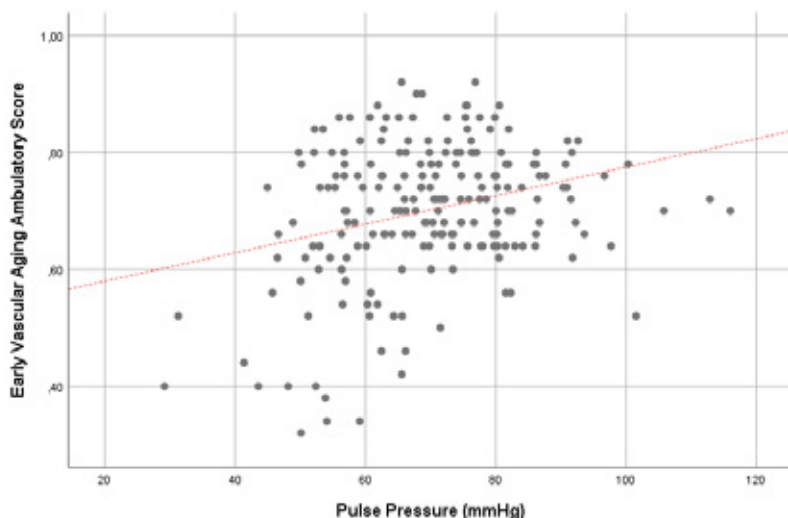
Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της συσχέτισης του EVAAs με την διαφορική πίεση (Pulse Pressure, PP), έναν γενικά αποδεκτό και ελεγχόμενο σε διάφορες

μελέτες «έμμεσο» δείκτη αρτηριακής σκληρίας, και την βαρύτητα του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ) από την 24h ABPM στην οξεία φάση.

Υλικό και μέθοδοι: Συνολικά 228 ασθενείς με οξύ ΑΕΕ, μέσης ηλικίας 80 ($\pm 7,1$) έτη, 45,6% άρρενες και με 83,8% ιστορικό υπέρτασης υποβλήθηκαν σε 24h ABPM ανά 20 λεπτά με τη συσκευή TM2430 (A&D Company Ltd) μέσα στις πρώτες 72 ώρες από την έναρξη του ΑΕΕ (πολυκεντρική μελέτη PREVICE, NCT01915862) και πραγματοποιήθηκε ανάλυση συσχέτισης του EVAAs με την PP, και των δύο με την βαρύτητα του ΑΕΕ (NIHSS), συνολικά αλλά και στους υποτύπους του ΑΕΕ κατά TOAST.

Αποτελέσματα: Συνολικά στους ασθενείς με οξύ ΑΕΕ βρέθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση ($p < 0,001$) του EVAAs με την PP αλλά με χαμηλό Pearson's correlation coefficient $r = 0,28$. Παρόμοια συσχέτιση παρατηρήθηκε στα καρδιοεμβολικά ($r = 0,43$, $p < 0,001$) και αδιευκρίνιστης αιτιολογίας ΑΕΕ ($r = 0,22$, $p = 0,038$). Επίσης, μόνο το EVAAs βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με την βαρύτητα του ΑΕΕ ($r = 0,45$, $p = 0,006$).

Συμπεράσματα: Στο σύνολο των ασθενών με οξύ ΑΕΕ, φαίνεται ότι είναι πιθανόν το EVAAs να σχετίζεται με την αρτηριακή σκληρία και μάλιστα στους ασθενείς με αθηροθρομβωτικό ΑΕΕ φαίνεται να σχετίζεται θετικά με την βαρύτητα του οξέος ισχαιμικού ΑΕΕ.



OR.19

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗΣ, ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΟΞΥΓΟΝΩΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΝΟΡΜΟΤΑΣΙΚΟΥΣ

Ν. Κολέτσος¹, Α. Τριανταφύλλου¹, Κ. Δίπλα², Α. - Σ. Ζαφειρίδης¹, Σ. Παπαδόπουλος², Χ. Αυγερινός¹, Σ. Λάμπρου¹, Ε. Γκαλιαγκούση¹, Α. Ζαφειρίδης², Σ. Δούμα¹

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

²Εργαστήριο Φυσιολογίας και Βιοχημείας της Άσκησης, ΤΕΦΑΑ Σερρών, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Ο εγκέφαλος αποτελεί βασικό όργανο στόχο της αρτηριακής υπέρτασης, η οποία σχετίζεται με τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια και με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ή επιτάχυνσης νοητικής δυσλειτουργίας. Η διαταραχή στην εγκεφαλική αιμάτωση και οξυγόνωση έχει προταθεί ως ένας από τους πιθανούς παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς. Η κεντρική αρτηριακή πίεση (ΑΠ) αντανακλά καλύτερα από την περιφερική το αιμοδυναμικό φορτίο σε διάφορα όργανα στόχους, χωρίς ωστόσο να υπάρχουν δεδομένα για τη σχέση της με την οξυγόνωση του εγκεφάλου.

Σκοπός: Η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στην αύξηση της εγκεφαλικής οξυγόνωσης κατά την άσκηση με διάφορες μετρήσεις αρτηριακής πίεσης (περιφερική, κεντρική, περιπατητική, στη διάρκεια της άσκησης) σε μια κοόρτη υγιών και νεοδιαγνωσμένων υπερτασικών.

Υλικό και Μέθοδοι: Οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε κλινικοεργαστηριακό έλεγχο, μέτρηση ΑΠ στο ιατρείο, 24-ωρη καταγραφή και αξιολόγηση κεντρικής ΑΠ (τονομετρία). Ακολούθησε 3-λεπτη ισομετρική άσκηση χειρολαβής (30% της μέγιστης δύναμης) κατά την οποία μετρήθηκε η μεταβολή της οξυγονωμένης αιμοσφαιρίνης (O₂Hb) με Near-Infrared-Spectroscopy (NIRS) στο μετωπιαίο λοβό του εγκεφάλου, με συνεχή ανά-παλμό (Finapres) καταγραφή ΑΠ.

Αποτελέσματα: Συμμετείχαν 49 νεοδιαγνωσμένοι υπερτασικοί ασθενείς, χωρίς αγωγή και 33 νορμοτασικά άτομα. Τόσο η μέση απόκριση στην O₂Hb όσο και η κορυφαία απόκριση O₂Hb κατά την άσκηση εμφάνισαν σημαντικές συσχετίσεις με τις διάφορες τιμές ΑΠ και κυρίως με την κεντρική συστολική ΑΠ (-0,508, $p < 0,001$ και -0,560, $p < 0,001$ αντίστοιχα) και τις νυκτερινές τιμές ΑΠ, ακόμα και μετά από στάθμιση για την ηλικία και το δείκτη μάζας σώματος.

Συμπέρασμα: Η κεντρική συστολική αρτηριακή πίεση, ένας σημαντικός προγνωστικός δείκτης βλάβης στα όργανα στόχους, εμφανίζει ισχυρότερη συσχέτιση με την οξυγόνωση του εγκεφάλου συγκριτικά με την περιφερική και την περιπατητική ΑΠ.

OR.20

ΑΝΑΣΤΟΛΗ ΤΟΥ ΜΤΟΡ ΣΕ SHR: ΝΕΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΡΟΦΗ ΤΩΝ ΒΛΑΒΩΝ ΣΤΑ ΟΡΓΑΝΑ-ΣΤΟΧΟΥΣ - ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Χ. Γελαδάρη¹, Α. Ζαχαριουδάκη², Α. Παπαλόης², Εμμ. Ανδρεάδης¹

¹Κέντρο Υπέρτασης και Καρδιαγγειακής Προστασίας, Όμιλος Ιατρικού Αθηνών, Κλινική Ψυχικού

²Πειραματικό, Ερευνητικό και Εκπαιδευτικό Κέντρο της ΕΛΠΕΝ

Εισαγωγή: Η ρύθμιση της αρτηριακής υπέρτασης (ΑΥ) παραμένει ανεπαρκής παρά τους διαθέσιμους φαρμακευτικούς παράγοντες, παγκοσμίως. Η εύρεση νέων θεραπευτικών στρατηγικών είναι επιτακτική για τον άριστο έλεγχο της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) και τη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου. Το σηματοδοτικό μονοπάτι Akt-mTOR είναι ένας σημαντικός ρυθμιστής της υπερτροφίας του μυοκαρδίου. Επιπλέον, είναι γνωστό από μελέτες σε επίμυες ότι η ιρβεσαρτάνη και η ρεσβερατρόλη (μία πλειοτροπική πολυφαινόλη που εμπεριέχεται στα σταφύλια) ασκούν το μηχανισμό τους μέσω του Akt μονοπατιού και αναστέλλουν την κυτταρική ανάπτυξη με ευεργετικά αποτελέσματα στην αναστολή της υπερτροφίας του μυοκαρδίου.

Σκοπός της μελέτης: Η συγκριτική αξιολόγηση της συνδυασμένης αγωγής με ρεσβερατρόλη και ιρβεσαρτάνη έναντι της μονοθεραπείας είτε με ιρβεσαρτάνη, είτε με ρεσβερατρόλη στη μείωση της ΑΠ και στην υποστροφή ή/και καθυστέρηση της εξέλιξης της υπερτροφίας της αριστεράς κοιλίας, σε αυθόρμητα υπέρτασικούς επίμυες [spontaneously hypertensive rats (SHRs)].

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν 4 SHRs (N=4, μέση ηλικία 15 εβδομάδων, ΣΒ 250gr) τα οποία έλαβαν αγωγή από του στόματος είτε με ιρβεσαρτάνη (ARB) είτε με ρεσβερατρόλη (mTOR inhibitor), είτε και τους 2 φαρμακευτικούς παράγοντες, είτε δεν έλαβαν καμία αγωγή (control). Η συνδυασμένη αγωγή μείωσε τόσο τα επίπεδα της ΑΠ όσο και την εξέλιξη της αύξησης της μάζας της αριστεράς κοιλίας, σε σύγκριση με τη μονοθεραπεία και την ομάδα ελέγχου (control group).

Συμπεράσματα: Τα προκαταρκτικά αποτελέσματα της μελέτης μας δείχνουν ότι σε SHRs, ο συνδυασμός των αναστολέων mTOR, ρεσβερατρόλης με ανταγωνιστή των υποδοχέων της αγγειοτασίνης, είναι αποτελεσματικός τόσο στην μείωση της ΑΠ όσο και στην μείωση της μάζας της αριστεράς κοιλίας.

OR.21

ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΓΚΑΛΥΜΜΕΝΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΕΜΦΑΝΙΖΟΥΝ ΕΛΑΤΤΩΜΕΝΗ ΔΕΡΜΑΤΙΚΗ ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΜΟΙΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

A. Λαζαρίδης¹, E. Γκαλιαγκούση¹, A. Τριανταφύλλου¹, K. Δίπλα², N. Κολέτσος¹, Π. Ανυφαντή¹, B. Νικολαΐδου¹, Σ. Δούμα¹

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

²Εργαστήριο Φυσιολογίας της Άσκησης και Βιοχημείας, Τμήμα Αθλητικών Επιστημών, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Σέρρες

Εισαγωγή: Η δερματική μικροκυκλοφορία έχει προταθεί ως ένα μοντέλο γενικευμένης μικροαγγειακής λειτουργίας και ένας βιοδείκτης στην καρδιαγγειακή πρόληψη. Η συγκαλυμμένη υπέρταση (ΣΥ) θεωρείται ένας φαινότυπος υπέρτασης με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο.

Σκοπός: Στην παρούσα μελέτη ερευνήσαμε τη δερματική μικροαγγειακή αντιδραστικότητα ασθενών με ΣΥ έναντι ιδιοπαθούς υπέρτασης (ΙΥ) και υγιών νορμοτασικών με τη μέθοδο Laser Speckle Contrast Imaging (LSCI) σε συνδυασμό με μετα-αποφρακτική αντιδραστική υπεραϊμία (PORH).

Υλικό και μέθοδος: Μελετήσαμε 20 ασθενείς με νεοδιαγνωσθείσα ΣΥ (ηλικία: 50.0±9.0) έναντι 70 με ΙΥ χωρίς θεραπεία (49.5±8.7) και 40 υγιών (48.5±8.5). Η δερματική μικροαγγειακή άρδευση του πήχως εκτιμήθηκε με LSCI (PeriCam PSI NR, Perimed, Järfälla, Sweden) σε συνδυασμό με PORH. Τα αποτελέσματα εκφράστηκαν ως: α) ποσοστιαία αύξηση μεταξύ βασικής και μέγιστης άρδευσης (%), β) εύρος PORH εκφρασμένη ως μέγιστη δερματική μικροαγγειακή αγωγιμότητα (CVC) μείον βασική CVC. Η CVC υπολογίστηκε ως η μέση άρδευση σε κάθε χρονικό διάστημα της PORH προς τη μέση ΑΠ (PU/mmHg).

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς με ΣΥ εμφάνισαν σημαντικά χαμηλότερη ποσοστιαία αύξηση από τη βασική στη μέγιστη άρδευση συγκριτικά με τους υγιείς (155.4±48.11 vs 190.5±45.88, p=0.013) αλλά όχι τους υπερτασικούς (155.4±48.11 vs 150.6±41.93, p=NS). Επίσης, το εύρος PORH ήταν σημαντικά χαμηλότερο στους ασθενείς με ΣΥ έναντι των υγιών (0.62±0.2 vs 0.76±0.2, p=0.02) αλλά όχι των υπερτασικών (0.62±0.2 vs 0.52±0.1, p=NS).

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με ΣΥ, όταν εκτιμώνται με τη μέθοδο LSCI σε συνδυασμό με PORH, παρουσιάζουν ελαττωμένη δερματική μικροαγγειακή αντιδραστικότητα συγκριτικά με τους υγιείς αλλά όχι τους υπερτασικούς, γεγονός που υπογραμμίζει τον αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο και αγγειακή βλάβη σε αυτό τον φαινότυπο υπέρτασης.

OR.22

Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ HDL-C ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΑΚΕΡΑΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΟΥ ΓΛΥΚΟΚΑΛΥΚΑ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΩ ΤΩΝ 40 ΕΤΩΝ ΥΠΟ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Ε. Τριανταφυλλίδη, Δ. Μπενάς, Α. Σχοινάς, Δ. Μπίρμπα, Ι. Οικονομίδης, Ε. Ηλιοδρομίτης
2^η Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα

Εισαγωγή: Η ενδοθηλιακή δυσλειτουργία υποδηλώνει βλάβη οργάνου στόχου στην αρτηριακή υπέρταση. Η ακεραιότητα του ενδοθηλιακού γλυκοκάλυκα (EG) διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην αγγειακή διαπερατότητα, φλεγμονή, ελαστικότητα και επακόλουθα στην εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου.

Σκοπός: Η διερεύνηση του ρόλου των αυξημένων επιπέδων HDL χοληστερόλης (HDL-C), που συνήθως θεωρούνται προστατευτικά ενάντια στην καρδιαγγειακή νόσο ως προς την ακεραιότητα του ενδοθηλιακού γλυκοκάλυκα σε μεσήλικες υπερτασικούς ασθενείς.

Υλικό και μέθοδοι: Μελετήσαμε 186 υπερτασικούς ασθενείς, άνω των 40 ετών, υπό φαρμακευτική αγωγή χωρίς άλλες συν-νοσηρότητες, οι οποίοι χωρίστηκαν σε 2 ομάδες: α) άντρες (n=77, ηλικία=51±11έτη, HDL-C=48±19mg/dl) και β) γυναίκες (n=109, ηλικία=63±12έτη, HDL-C=67±16mg/dl). Η περιοχή αυξημένης οριακής διάχυσης (PBR₅₋₉) των υπογλώσσιων αρτηριακών μικροαγγείων (διαμέτρου 5-9μm) με τη χρήση μικροσκοπησης σκοτεινού πεδίου (Sideview Darkfield Imaging, Microscan, Glycocheck) μετρήθηκε ως μη-επεμβατικός και αξιόπιστος δείκτης διαταραχής της ακεραιότητας του EG.

Αποτελέσματα: Οι γυναίκες ήταν μεγαλύτερες σε ηλικία (p=0.04), λιγότερο καπνίστριες (p=0.04), με υψηλότερα επίπεδα αρτηριακής πίεσης (148±19mmHg έναντι 139±15mmHg, p<0.001) και υψηλότερα επίπεδα HDL-C (p<0.001). Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ των ομάδων ως προς τα BMI, DBP, Chol, PBR₅₋₉. Στους άνδρες διαπιστώθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ HDL-C και PBR₅₋₉ (r=-0.29, p=0.01). Σε ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, με το κάπνισμα και τη SBP ως ανεξάρτητες μεταβλητές, φάνηκε ότι η HDL-C προέβλεπε ανεξάρτητα την PBR₅₋₉ (Beta=-0.25, p=0.006) σε άντρες υπερτασικούς ασθενείς.

Συμπεράσματα: Σε υπερτασικούς ασθενείς, κατά τα άλλα υγείς, μέσης ηλικίας τα υψηλότερα επίπεδα HDL-C προστατεύουν τον EG και επομένως την ενδοθηλιακή λειτουργία. Ωστόσο, ο ρόλος του EG ως νέου δείκτη καρδιαγγειακού κινδύνου σε ιδιοπαθή υπέρταση πρέπει να ερευνηθεί εκτεταμένα σε μελλοντικές μελέτες.

OR.23

Ο ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΛΙΠΟΚΙΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ

Μ. Βέλλιου¹, Δ. Παπαδόπουλος¹, Η. Σανίδας¹, Κ. Ζέρβα¹, Κ. Τσάκαλης¹, Λ. Ντάλιου¹, Δ. Ηλιόπουλος², Μ. Μαντζουράνη³, Κ. Τούτουζας⁴, Ι. Μπαρμπετσέας¹

¹Κέντρο Αριστείας Υπέρτασης και Λιπιδίων, Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

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

³Α' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

⁴Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή. Οι λιποκίνες είναι ορμόνες του λιπώδους ιστού και διακρίνονται σε καρδιοπροστατευτικές (απελίνη, ομεντίνη-1) και μη καρδιοπροστατευτικές (βισφατίνη, χεμερίνη). Δύνανται να εμπλακούν στην εκδήλωση καρδιαγγειακών νοσημάτων, όπως η αρτηριακή υπέρταση, η δυσλιπιδαιμία και η στεφανιαία νόσος, ενώ η συσχέτισή τους με την κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ) δεν έχει πλήρως διευκρινιστεί.

Σκοπός. Σκοπός της μελέτης ήταν να μετρηθούν τα επίπεδα των λιποκινών σε νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς με ΚΜ και να συγκριθούν με τα αντίστοιχα ασθενών χωρίς ΚΜ.

Υλικό και μέθοδοι. Συνολικά συμμετείχαν 30 ασθενείς με πρώτο επεισόδιο ΚΜ τον τελευταίο μήνα που διαγνώστηκε είτε με ηλεκτροκαρδιογράφημα είτε με 24ωρη καταγραφή ρυθμού και 30 ασθενείς χωρίς ΚΜ. Η απελίνη, η ομεντίνη-1, η βισφατίνη και η χεμερίνη μετρήθηκαν στο πλάσμα με τη μέθοδο Elisa.

Αποτελέσματα. Οι καρδιοπροστατευτικές λιποκίνες, απελίνη και ομεντίνη-1, ήταν χαμηλότερες στους νεοδιαγνωσμένους ασθενείς με ΚΜ σε σχέση με τους ασθενείς χωρίς ΚΜ, ενώ οι μη καρδιοπροστατευτικές λιποκίνες, βισφατίνη και χεμερίνη, ήταν υψηλότερες. Ωστόσο, μόνο για την απελίνη και τη βισφατίνη παρατηρήθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές. Καμία σημαντική διαφορά αναφορικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τους καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου δεν υπήρξε (Πίνακας).

Συμπεράσματα. Σε ασθενείς με πρώτο επεισόδιο ΚΜ, η απελίνη ήταν μειωμένη, ενώ η βισφατίνη ήταν αυξημένη καταδεικνύοντας τον πιθανό προγνωστικό ρόλο αυτών των ορμονών στην εκδήλωση της αρρυθμίας. Μια τέτοια συσχέτιση υποδηλώνει δυνητικά και την χρήση τους ως βιοδείκτες στην εκδήλωση της ΚΜ.

Πίνακας

	Νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς με ΚΜ (n=30)	Ασθενείς χωρίς ΚΜ (n=30)	p-value
Ηλικία (έτη)	70.9 ± 12.7	68.2 ± 9.7	NS
Άρρεν φύλο (%)	9 (30%)	8 (26.7%)	NS
BMI (kg/m ²)	26.7 ± 2.9	27.3 ± 4.3	NS
Μεταβολικό Σύνδρομο (%)	7 (23.3%)	7 (23.3%)	NS
Αρτηριακή Υπέρταση (%)	9 (30%)	11 (36.7%)	NS
Σακχαρώδης Διαβήτης (%)	2 (6.7%)	5 (16.7%)	NS
Δυσλιπιδαιμία (%)	8 (26.7%)	8 (26.7%)	NS
Απελίνη (pg/ml)	177.2 ± 56.3	283.2 ± 112.2	0.003
Ομεντίνη-1 (pg/ml)	12249 ± 3819.6	13645.5 ± 3342.2	NS
Βισφατίνη (ng/ml)	2.5 ± 0.9	1.9 ± 0.8	< 0.001
Χεμερίνη (ng/ml)	15.3 ± 15.1	11.6 ± 10.2	NS

OR.24

BLOOD PRESSURE RESPONSE TO A HANDGRIP ISOMETRIC CONTRACTION AND 3MIN EXERCISE TREADMILL TEST PREDICTS LEFT VENTRICULAR HYPERTROPHY

A. Pittaras, L. Poulimenos, M. Doumas, H. Grassos, M. Kallistratos, K. Imprialos, K. Stavropoulos, A. Manolis, C. Faselis, P. Kokkinos

Veterans Affairs Medical Center, Washington, DC, Asclepeion Voulas Hospital, Athens, Mediton Medical Center Athens, Greece

Left ventricular hypertrophy (LVH) is associated with a significant increase in major CV event. However, the presence of LVH, especially in those with normal resting BP, is likely to remain undetected due to: 1) The misconception that LVH only occurs in hypertensives and 2) the non-invasive methods to screen for LVH either have poor sensitivity (ECG) or are relatively costly and intensive (echocardiography). Therefore, finding an inexpensive and practical screening method to identify patients at high risk of having LVH is desirable.

Methods: In 344 men and 46 women, normotensives with no ECG-LVH, we assessed BP response, during a handgrip (HG), at 3min of Bruce ETT, and cardiac parameters by echocardiography. Logistic regression had LVH as the dependent variable, and age, HG-SBP, HG-DBP, 3min-ETT-SBP and 3min-ETT-DBP, as the independent variables.

Results: Both HG and 3min-ETT, SBP and DBP were significant predictors of LVH ($p < 0.05$). Inflection point analysis identified a HG-SBP threshold of 146 mmHg and a HG-DBP of 84 mmHg. The probability of LVH increased by 3% for every 1 mmHg change in SBP and 6% in DBP. The sensitivity and specificity of HG-BP test was 90% and 79%. Additionally inflection point analysis identified a 3min-ETT-SBP threshold of 141 mmHg and 3min-ETT-DBP of 78 mmHg. The probability of LVH increased by 2% for every 1 mmHg change in systolic BP and 4% in diastolic BP. The sensitivity and specificity of ETT-BP test was 90% and 82%.

Conclusions: Both systolic and diastolic BP during a handgrip and 3min-ETT were strong predictors of LVH in normotensives with no evidence of ECG-LVH.

OR.25

HEART FAILURE INCIDENCE IS MODULATED BY CARDIORESPIRATORY FITNESS IN HYPERTENSIVE PATIENTS

A. Pittaras, M. Doumas, H. Grassos, M. Kallistratos, K. Imprialos, K. Stavropoulos, A. Manolis, C. Faselis, P. Kokkinos
Veterans Affairs Medical Center, Washington, DC, Asclepeion Voulas Hospital, Athens, Mediton Medical Center Athens, Greece

Introduction: Hypertension (HTN) is one of the most common risk factors for congestive heart failure (HF). However, it is not known if the increased CHF risk attributed to HTN can be attenuated by increased cardiorespiratory fitness (CRF).

Methods: We studied a total of 9,070 hypertensive men (mean age 59.5±10.5) underwent routine exercise tolerance testing. None of the patients had a diagnosis of HF at baseline. We established four fitness categories based on age-stratified quartiles of peak metabolic equivalents (METs) achieved: Least-fit (4.4±1.2 METs; n=2,108); Low-Fit (6.6±1.2 METs; n=2,926); Moderately-Fit (7.9±1.3 METs; n=2,423); and Highly-Fit (10.6±2.2 METs; n=2,076).

Results: During a mean follow-up period of 11.9±6.5 (median 11.8), there were 1,216 incidences of CHF (12.7%) or 11.2 events per 1000 person-years of follow-up. The association between new onset CHF risk and fitness was inverse and graded. For every 1-MET increase in exercise capacity, the risk was lowered by 14% (HR=0.86; CI: 0.84-0.89; p<0.001). When compared to the individuals in the Least-Fit category, the risk for developing CHF was progressively lower, ranging from 33% (HR=0.67; CI: 0.58-0.78; p<0.001) for the next fitness category (Low-Fit) to 44% (HR=0.56; CI: 0.48-0.65; p<0.001) for the Moderately-Fit and 62% those in the highest fitness category (HR=0.38; CI: 0.32-0.46; p<0.001).

Conclusions: Increased CRF modulates the risk of developing HF in hypertensive patients. The CRF-HF association is independent, inverse and graded.

OR.26

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΗ ΣΧΕΣΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ/ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

B. Ράϊκου¹, Σ. Γαβριήλ²

¹Νεφρολογικό Τμήμα, Doctors' Hospital, Αθήνα

²Τμήμα Βαριατρικής Χειρουργικής, Doctors' Hospital, Αθήνα

Εισαγωγή - Σκοπός: Η παχυσαρκία συνοδεύεται από πολλές διαταραχές. Μελετήσαμε τον ρόλο της νεφρικής νόσου στη σύνδεση παχυσαρκίας/υπέρτασης. Επίσης, εξετάσαμε την σπουδαιότητα της κοιλιακής παχυσαρκίας για την εκδήλωση αλβουμινουρίας εξαρτώμενη ή μη εξαρτώμενη από την υπέρταση.

Υλικό και Μέθοδοι: 147 ασθενείς με κοιλιακή παχυσαρκία συμπεριελήφθησαν στη

μελέτη και 52 άτομα χωρίς κοιλιακή παχυσαρκία ως ομάδα ελέγχου με παρόμοια ηλικία, φύλο, εκτιμώμενο ρυθμό σπειραματικής διήθησης (eGFR), σακχαρώδη διαβήτη και υπερτριγλυκεριδαίμια συγκριτικά με την ομάδα των ασθενών. Η κοιλιακή παχυσαρκία καθορίστηκε με την μέτρηση της περιφέρειας μέσης. Οι συμμετέχοντες στη μελέτη ταξινομήθηκαν σε ομάδες ως προς το eGFR και την αλβουμινουρία σύμφωνα με τα κριτήρια KDIGO 2012.

Αποτελέσματα: 89,1% των ασθενών είχαν υπέρταση. 72,1% και 70,1% των ασθενών και 67,3% και 23,1% της ομάδας ελέγχου είχαν μειωμένο eGFR και αλβουμινουρία αντίστοιχα. Η σχέση μεταξύ κοιλιακής παχυσαρκίας και υπέρτασης βρέθηκε μη-σημαντική, αλλά στους συμμετέχοντες στη μελέτη χωρίς προχωρημένη νεφρική νόσο (eGFR >60ml/min/1.73m², n=58) η σχέση παχυσαρκίας/υπέρτασης βρέθηκε να είναι σημαντική ($\chi^2 = 5.4$, $p=0.02$, likelihood ratio=5.1). Η αλβουμινουρία συσχετίστηκε σημαντικά με την κοιλιακή παχυσαρκία και με την κοιλιακή παχυσαρκία σε συνδυασμό με υπέρταση ($\chi^2 = 34.7$, $p=0.001$ and $\chi^2 = 6.4$, $p=0.014$ αντίστοιχα). Η σημαντική σχέση αλβουμινουρίας/κοιλιακής παχυσαρκίας υποστηρίχθηκε από προσαρμοστικό μοντέλο περιλαμβάνοντας την ηλικία, το φύλο, BMI, σακχαρώδη διαβήτη, τριγλυκερίδια ορού, υπέρταση και eGFR.

Συμπεράσματα: Η ύπαρξη νεφρικής νόσου μάλλον επηρεάζει την σύνδεση παχυσαρκίας/υπέρτασης σε ασθενείς με παχυσαρκία σε αντίθεση με ασθενείς με παχυσαρκία αλλά χωρίς νεφρική νόσο. Η κοιλιακή παχυσαρκία συσχετίστηκε σημαντικά με την εκδήλωση αλβουμινουρίας ανεξάρτητα από την ύπαρξη της υπέρτασης.

OR.27

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΔΥΣΚΑΜΨΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΚΥΜΑΤΩΝ ΑΝΑΚΛΑΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΝΝ ΣΤΑΔΙΟΥ 2, 3α, 3β ΚΑΙ 4 ΜΕ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Μ. Σχοινά¹, Χ. Λουτράδης¹, Ε. Μέμμος¹, Ρ. Παπαδόπουλος¹, Έ. Ιντζεβίδου¹, Μ. Δούμας², Α. Καραγιάννης², Α. Παπαγιάννη¹, Π. Σαραφίδης¹

¹Νεφρολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

²Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή/Σκοπός: Η αρτηριακή σκληρία σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο πρόκλησης βλάβης σε όργανα-στόχους, με καρδιαγγειακά συμβάματα και ολική θνητότητα στο γενικό πληθυσμό, καθώς επίσης και σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη και χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ) όλων των σταδίων. Η παρούσα μελέτη είναι η πρώτη που αξιολογεί την αρτηριακή σκληρία σε διαβητικούς και μη διαβητικούς ασθενείς με ΧΝΝ.

Υλικό/Μέθοδοι: Στη μελέτη συμμετείχαν 48 διαβητικοί και 48 μη διαβητικοί ενήλικοι ασθενείς με ΧΝΝ (eGFR: <90 και ≥ 15 mL/min/1.73m²) σε αναλογία 1:1 για το φύλο, την

ηλικία και το eGFR για καθένα από τα μετρούμενα στάδια της ΧΝΝ (2, 3α, 3β και 4). Σε όλους τους συμμετέχοντες διενεργήθηκε μέτρηση της καρωτιδο-μηνιαίας ταχύτητας σφυγμικού κύματος (pulse wave velocity, PWV), της κεντρικής αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) και των κυμάτων ανάκλασης με εφαρμογή τονομετρίας (Sphygmocor, Atcor Medical, Australia).

Αποτελέσματα: Παρόμοιες τιμές στη συστολική και τη διαστολική ΑΠ ιατρείου παρατηρήθηκαν μεταξύ διαβητικών και μη διαβητικών ασθενών με ΧΝΝ συνολικά και σε όλα τα στάδια της ΧΝΝ, ενώ στους μη διαβητικούς ασθενείς διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη βραχιόνιος πίεση παλμού σε μέτρηση ιατρείου σε σύγκριση με τους διαβητικούς (49.00±8.0 έναντι 52.67±8.7 mmHg, p= 0.034). Η PWV ιατρείου ήταν οριακά υψηλότερη στους διαβητικούς ασθενείς σε σχέση με τους μη διαβητικούς (10.89±2.0 έναντι 10.06±2.2 m/sec, p=0.056). Στα στάδια 2 και 4 της ΧΝΝ, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στην PWV ανάμεσα στις δύο ομάδες, ενώ βρέθηκε σημαντικά υψηλότερη στους διαβητικούς στα στάδια 3α (11.28±1.4 έναντι 9.83±1.5 m/sec, p=0.023) και 3β (11.13±1.9 έναντι 9.46±1.2 m/sec, p=0.016). Ο προσαρμοσμένος στον καρδιακό ρυθμό δείκτης ενίσχυσης [heart-rate-adjusted augmentation index, AIx(HR75)] παρουσίασε σημαντικά υψηλότερες τιμές στους διαβητικούς σε σύγκριση με τους μη διαβητικούς ασθενείς μόνο στο στάδιο 4 της ΧΝΝ (32.08±4.2 έναντι 25.92±6.6%, p=0.013).

Συμπεράσματα: Οι διαβητικοί ασθενείς με ΧΝΝ παρουσιάζουν αυξημένη αρτηριακή σκληρία σε σύγκριση με τους μη διαβητικούς. Η πρόσθετη συμβολή του διαβήτη στην επιδεινωμένη αρτηριακή σκληρία είναι σημαντικότερη σε ασθενείς με μέτρια νεφρική δυσλειτουργία (ΧΝΝ στάδια 3α και 3β), ενώ στο στάδιο 4 η PWV είναι υψηλή ανεξάρτητα από την παρουσία ή απουσία του διαβήτη.

OR.28

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΡΟΦΙΛ ΤΗΣ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΜΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Μ. Σχοινά¹, Χ. Λουτράδης¹, Ι. Μηνοπούλου¹, Μ. Θεοδωρακοπούλου¹, Ρ. Παπαδόπουλος¹, Έ. Ιντζεβίδου¹, Θ. Δημητρούλας², Μ. Δούμας³, Α. Παπαγιάννη¹, Π. Σαραφίδης¹

¹Νεφρολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

²Δ' Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

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

Εισαγωγή/Σκοπός: Η διαβητική νεφροπάθεια αποτελεί μία από τις συχνότερες επιπλοκές σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) τύπου 2. Η επίπτωση της υπέρτασης αυξάνει σταδιακά με την έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας. Ωστόσο, δεν είναι γνω-

στό αν ο ΣΔ αποτελεί έναν επιπρόσθετο παράγοντα που οδηγεί σε αυξημένα επίπεδα αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) και προχωρημένη βλάβη στη μακροκυκλοφορία σε ασθενείς με ΧΝΝ. Σκοπός της μελέτης είναι να συγκρίνει τα επίπεδα και τις τάσεις της περιπατητικής ΑΠ σε διαβητικούς και μη διαβητικούς ασθενείς με ΧΝΝ.

Υλικό/Μέθοδοι: Συνολικά έλαβαν μέρος στη μελέτη 48 διαβητικοί και 48 μη διαβητικοί ενήλικες με ΧΝΝ (eGFR: <90 και ≥ 15 mL/min/1.73m²), αντιστοιχισμένοι 1:1 για την ηλικία, το φύλο και το eGFR για κάθε στάδιο της ΧΝΝ (2, 3α, 3β και 4). Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε 24ωρη περιπατητική μέτρηση ΑΠ με τη συσκευή Mobil-O-Graph. Προκειμένου να αξιολογηθεί η επίδραση του διαβήτη και του χρόνου στη διαμόρφωση των 24ωρων επιπέδων της ΑΠ, πραγματοποιήθηκε αμφίδρομη mixed ANOVA ανάλυση για επαναλαμβανόμενες μετρήσεις χρησιμοποιώντας ωριαία διαστήματα.

Αποτελέσματα: Συνολικά, οι διαβητικοί ασθενείς παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερη 24ωρη συστολική ΑΠ (132.13 ± 10.71 έναντι 124.16 ± 11.45 , $p=0.001$) και παρόμοια 24ωρη διαστολική ΑΠ (75.00 ± 8.43 έναντι 74.62 ± 6.86 , $p=0.809$) σε σύγκριση με ασθενείς χωρίς ΣΔ. Επιπλέον, η 24ωρη βραχιόνιος ΑΠ ήταν υψηλότερη στους διαβητικούς ασθενείς (57.13 ± 9.60 έναντι 49.54 ± 10.89 , $p<0.001$) στο σύνολο του πληθυσμού. Παρόμοια τάση ήταν εμφανής στα στάδια 2, 3β και 4 της ΧΝΝ, στα οποία οι διαβητικοί παρουσιάζαν οριακά υψηλότερα επίπεδα συστολικής ΑΠ σε σύγκριση με τους μη διαβητικούς. Η επίδραση του ΣΔ ήταν εμφανής στα διαφορετικά χρονικά σημεία στα επίπεδα της συστολικής ΑΠ της 24ωρης περιόδου [$F=18.766$, $p<0.001$, partial $\eta^2=0.261$]. Οι τάσεις των μέσων επιπέδων της διαστολικής ΑΠ διέφεραν οριακά σε ασθενείς με ή χωρίς ΣΔ [$F=3.782$, $p=0.057$, partial $\eta^2=0.067$].

Συμπεράσματα: Τα επίπεδα της περιπατητικής συστολικής ΑΠ είναι υψηλότερα και το προφίλ τους διαφέρει στους ασθενείς με ΧΝΝ και ΣΔ σε αντίθεση με τους μη διαβητικούς. Τα ευρήματα αυτά μπορεί να σηματοδοτούν έναν υψηλότερο κίνδυνο καρδιαγγειακών συμβαμάτων σε διαβητικούς ασθενείς με ΧΝΝ.

OR.29

ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΝΝ ΣΤΑΔΙΟΥ 2, 3α, 3β ΚΑΙ 4 ΜΕ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Μ. Σχινιά¹, Χ. Λουτράδης¹, Ι. Μηνοπούλου¹, Μ. Θεοδωρακοπούλου¹, Θ. Δημητρούλας², Μ. Δούμας³, Α. Γαρύφαλλος², Α. Καραγιάννης³, Α. Παπαγιάννη¹, Π. Σαραφίδης¹

¹Νεφρολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

²Δ' Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

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

Εισαγωγή/Σκοπός: Η μεταβλητότητα της αρτηριακής πίεσης (ΜΑΠ) είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακά συμβατάματα και θνησιμότητα σε

ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο (XNN). Έως τώρα δεδομένα έχουν δείξει ότι η ΜΑΠ αυξάνει σταδιακά με την έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας. Ωστόσο, δεν έχει μελετηθεί αν ο διαβήτης τύπου 2 αποτελεί έναν επιπρόσθετο παράγοντα κινδύνου για τη ΜΑΠ. Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να εξετάσει τη μεταβλητότητα της αρτηριακής πίεσης σε διαβητικούς και μη διαβητικούς ασθενείς με XNN.

Υλικό/Μέθοδοι: Συνολικά 48 διαβητικοί και 48 μη διαβητικοί ενήλικες ασθενείς με XNN έλαβαν μέρος (eGFR: <90 και ≥ 15 mL/min/1.73m²), αντιστοιχισμένοι 1:1 για την ηλικία, το φύλο και τον eGFR για κάθε ένα στάδιο της XNN (2, 3α, 3β και 4). Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε 24ωρη περιπατητική καταγραφή της ΑΠ με τη συσκευή Mobil-O-Graph. Η βραχιόνιος μεταβλητότητα της ΑΠ υπολογίσθηκε με επικυρωμένες εξισώσεις υπολογισμού. Η τυπική απόκλιση [standard deviation (SD)], η σταθμισμένη τυπική απόκλιση [weighted SD (wSD)], ο συντελεστής διακύμανσης [coefficient of variation (CV)] και η μέση πραγματική μεταβλητότητα [average real variability (ARV)] της ΑΠ υπολογίσθηκαν κατά το 24ωρο και κατά τις περιόδους ημέρας και νύχτας με επικυρωμένες εξισώσεις υπολογισμού.

Αποτελέσματα: Στο σύνολο του πληθυσμού, τα επίπεδα της περιπατητικής συστολικής ΑΠ ήταν σημαντικά υψηλότερα στους διαβητικούς ασθενείς σε σύγκριση με τους μη διαβητικούς σε όλες τις περιόδους που εξετάστηκαν. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές για την περιπατητική διαστολική ΑΠ στο σύνολο ή στα επιμέρους στάδια της XNN. Στο σύνολο, η SD (15.43 ± 4.34 έναντι 13.38 ± 3.35 , $p=0.011$), η wSD (14.41 ± 4.11 έναντι 12.53 ± 3.19 , $p=0.014$) και η ARV (10.94 ± 2.75 έναντι 9.46 ± 2.10 , $p=0.004$) της 24ωρης συστολικής ΑΠ βρέθηκαν υψηλότερες στους διαβητικούς ασθενείς σε σχέση με τους μη διαβητικούς. Επιπρόσθετα, η SD (11.04 ± 2.39 έναντι 9.80 ± 2.28 , $p=0.010$), η wSD (10.30 ± 2.52 έναντι 9.05 ± 1.99 , $p=0.008$), ο CV (14.77 ± 3.05 έναντι 13.14 ± 2.96 , $p=0.009$) και η ARV (8.23 ± 2.10 vs 7.10 ± 1.33 , $p=0.002$) της 24ωρης διαστολικής ΑΠ διέφεραν επίσης μεταξύ των δύο ομάδων. Στα στάδια 2 και 3α της XNN, οι δείκτες της ΜΑΠ ήταν μη σημαντικά υψηλότεροι σε ασθενείς με ΣΔ. Στο στάδιο 3β ωστόσο, η SD (16.30 ± 4.52 έναντι 11.35 ± 2.62 , $p=0.003$), η wSD (15.42 ± 4.54 έναντι 10.77 ± 2.30 , $p=0.004$) και η ARV (12.46 ± 3.19 έναντι 8.34 ± 2.07 , $p=0.001$) της 24ωρης συστολικής ΑΠ, καθώς επίσης και ο CV της 24ωρης διαστολικής ΑΠ (14.84 ± 3.63 έναντι 12.18 ± 1.91 , $p=0.035$) ήταν υψηλότερα στους διαβητικούς σε σχέση με τους μη διαβητικούς ασθενείς. Αντίθετα, δεν παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων στο στάδιο 4.

Συμπεράσματα: Ασθενείς με ΣΔ παρουσιάζουν αυξημένη ΜΑΠ στα στάδια 2, 3α και 3β της XNN (μετρίως επηρεασμένη νεφρική λειτουργία). Η διαφορά αυτή, ωστόσο, δεν είναι εμφανής σε ασθενείς με προχωρημένη XNN σταδίου 4.

OR.30

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΠΟ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ Η ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Μ.-Ε. Αλεξάνδρου^{1,2}, Χ. Λουτράδης¹, Δ. Σαρρής¹, Ν. Κουρής¹, Μ. Σχοινά¹, Γ. Τζανής¹, Χ. Δημητριάδης¹, Β. Σαχπεκίδη³, Δ. Παπαδοπούλου², Ε. Γκαλιαγκούση⁴, Α. Παπαγιάννη¹, G. Parati⁵, Π. Σαραφίδης¹

¹Νεφρολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

²Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

³Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

⁴Γ' Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

⁵Department of Cardiovascular, Neural, and Metabolic Sciences, San Luca Hospital, Istituto Auxologico Italiano and Department of Medicine and Surgery, University of Milano-Bicocca, Milan, Italy

Εισαγωγή: Η μεταβλητότητα της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου καρδιαγγειακών συμβαμάτων και θνησιμότητας σε ασθενείς υπό αιμοκάθαρση (ΑΚ). Η βραχυπρόθεσμη μεταβλητότητα της ΑΠ σε ασθενείς υπό περιτοναϊκή κάθαρση (ΠΚ) δεν έχει μελετηθεί.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να μελετηθούν συγκριτικά οι δείκτες μεταβλητότητας ασθενών υπό ΠΚ, υπό ΑΚ καθώς και ασθενών προ-τελικού σταδίου χρόνιας νεφρικής νόσου (ΧΝΝ).

Υλικό και Μέθοδοι: Συμπεριελήφθησαν δεδομένα από 38 ασθενείς υπό ΠΚ, 76 ασθενείς υπό ΑΚ (αντιστοιχισμένοι ως προς ηλικία, φύλο και διάρκεια εξωνεφρικής κάθαρσης) σε αναλογία 1:2 και 38 ασθενείς ΧΝΝ σταδίου 2-4 (αντιστοιχισμένοι ως προς ηλικία και φύλο) σε αναλογία 1:1. Οι εξεταζόμενοι δείκτες μεταβλητότητας [τυπική απόκλιση (SD), σταθμισμένη τιμή SD (wSD), συντελεστής μεταβλητότητας (CV) και μέση πραγματική μεταβλητότητα (ARV)] υπολογίστηκαν βάσει δεδομένων της 48ωρης (ΠΚ, ΑΚ) και 24ωρης (ΧΝΝ) περιπατητικής καταγραφής της ΑΠ.

Αποτελέσματα: Μεταξύ ασθενών υπό ΠΚ και ΑΚ δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές, ωστόσο όλοι οι εξετασθέντες δείκτες μεταβλητότητας ήταν αριθμητικά υψηλότεροι στις δύο αυτές ομάδες συγκριτικά με τους ασθενείς με ΧΝΝ. Η συστολική ARV ανευρέθη σημαντικά υψηλότερη στην ΠΚ και την ΑΚ συγκριτικά με τη ΧΝΝ κατά τη διάρκεια των δύο 24ώρων, αλλά και σε αμφότερες τις ημερήσιες περιόδους και τη δεύτερη νύκτα (1^ο-24ωρο: ΠΚ: 11,86±3,19, ΑΚ: 11,23±3,45, ΧΝΝ: 9,81±2,49, p=0,016, 2^ο-24ωρο: ΠΚ: 12,18±4,11, ΑΚ: 12,96±4,57, ΧΝΝ: 9,81±2,49, p<0,001). Η ανάλυση της διαστολικής ARV και της συστολικής και διαστολικής wSD ανέδειξε παρόμοια αποτελέσματα. Δεν διαπιστώθηκαν διαφορές στον τύπο εμβύθισης (dipping) σε όλες τις περιόδους που μελετήθηκαν.

Συμπεράσματα: Οι δείκτες μεταβλητότητας είναι παρόμοιοι μεταξύ των ασθενών υπό ΠΚ και ΑΚ και υψηλότεροι συγκριτικά με τους αντίστοιχους ασθενείς με ΧΝΝ. Παρά την απουσία οξέων μεταβολών του όγκου, οι ασθενείς υπό ΠΚ εμφανίζουν υψηλή μεταβλητότητα της ΑΠ.

OR.31

ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΗΣ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ, ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΚΑΙ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

Μ.-Ε. Αλεξάνδρου^{1,2}, Χ. Λουτράδης¹, Ν. Κουρής¹, Δ. Σαρρής¹, Μ. Σχοινά¹, Γ. Τζανής¹, Χ. Δημητριάδης¹, Β. Σαχπεκίδης³, Δ. Παπαδοπούλου², Ε. Γκαλιαγκούση⁴, Α. Παπαγιάννη¹, G. Parati⁵, Π. Σαραφίδης¹

¹Νεφρολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

²Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

³Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

⁴Γ' Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

⁵Department of Cardiovascular, Neural, and Metabolic Sciences, San Luca Hospital, Istituto Auxologico Italiano and Department of Medicine and Surgery, University of Milano-Bicocca, Milan, Italy

Εισαγωγή: Ο επιπολασμός της υπέρτασης στους ασθενείς υπό εξωνεφρική κάθαρση είναι εξαιρετικά υψηλός και ο έλεγχος της ανεπαρκής. Προηγούμενα δεδομένα σχετικά με την περιπατητική αρτηριακή πίεση (ΑΠ) στην περιτοναϊκή κάθαρση (ΠΚ) είναι ελάχιστα.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι να συγκρίνει το προφίλ της ΑΠ μεταξύ των δύο μεθόδων καθώς και με αυτό ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ).

Υλικό και Μέθοδοι: Σε αυτή τη μελέτη ασθενών-μαρτύρων (case-control) συμπεριλήφθηκαν 38 ασθενείς υπό ΠΚ, 76 ασθενείς υπό ΑΚ (στάθμιση για: ηλικία, φύλο και διάρκεια κάθαρσης) και 38 ασθενείς ΧΝΝ σταδίου 2-4 (στάθμιση για: ηλικία, φύλο). Οι ασθενείς υπό ΠΚ και ΑΚ υποβλήθηκαν σε 48-ωρη, ενώ οι ασθενείς με ΧΝΝ σε 24ωρη περιπατητική καταγραφή. Πραγματοποιήθηκε σύγκριση των επιπέδων της ΑΠ 48ώρου, 1^{ου} και 2^{ου} 24ώρου, καθώς και των αντίστοιχων περιόδων ημέρας-νύχτας. Για την αξιολόγηση της επίδρασης της μεθόδου και του χρόνου στο προφίλ της περιπατητικής ΑΠ σε ασθενείς υπό εξωνεφρική κάθαρση εφαρμόστηκε το μοντέλο ANOVA επαναλαμβανόμενων μετρήσεων.

Αποτελέσματα: Τα επίπεδα της συστολικής και διαστολικής ΑΠ (ΣΑΠ-ΔΑΠ) ήταν αριθμητικά αλλά όχι στατιστικά σημαντικά υψηλότερα στους ασθενείς υπό ΠΚ συγκριτικά με την ΑΚ, κατά τη διάρκεια όλων των περιόδων μελέτης. Η ΣΑΠ ήταν σημαντικά υψηλότερη στους ασθενείς υπό ΠΚ και ΑΚ συγκριτικά αυτούς με ΧΝΝ (ΠΚ: 138,38±20,97,

AK: $133,75 \pm 15,5$, ΧΝΝ: $125,52 \pm 13,4$ mmHg, $p=0,003$, ΠΚ έναντι ΧΝΝ: $p=0,003$, AK έναντι ΧΝΝ: $p=0,041$) στο σύνολο και κατά τις περιόδους ημέρας-νύχτας. Η ΔΑΠ εμφάνισε παρόμοια τάση σε όλες τις περιόδους που εξετάστηκαν (ΠΚ: $82,34 \pm 15,22$, HD: $80,47 \pm 11,13$, ΧΝΝ: $76,81 \pm 7,82$, $p=0,108$), με τη διαφορά να είναι σημαντική μόνο κατά τη δεύτερη νύχτα. Η ανάλυση επαναλαμβανόμενων μετρήσεων δεν ανέδειξε επίδραση της μεθόδου κάθαρσης στην περιπατητική ΑΠ.

Συμπέρασμα: Τα επίπεδα ΣΑΠ και ΔΑΠ είναι παρόμοια μεταξύ ασθενών υπό ΠΚ και ΑΚ και υψηλότερα από αυτά που παρατηρούνται σε ασθενείς με ΧΝΝ. Η μέθοδος υποκατάστασης δεν επηρεάζει το προφίλ της περιπατητικής ΑΠ.

OR.32

ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ LASER SPECKLE CONTRAST ANALYSIS (LASCA) ΣΤΟ ΑΝΤΙΒΡΑΧΙΟ

Μ-Ε. Αλεξάνδρου^{1,2}, Ε. Γκαλιαγκούση³, Χ. Λουτράδης¹, Χ. Δημητριάδης¹, Ε. Μητσόπουλος², Α. Λαζαρίδης³, Β. Νικολαΐδου³, Π. Δόλγηρας³, Δ. Παπαδοπούλου², Σ. Δούμας³, Α. Παπαγιάννη¹, Π. Σαραφίδης¹

¹Νεφρολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη.

²Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη.

³Γ' Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η ενδοθηλιακή δυσλειτουργία σχετίζεται με τα καρδιαγγειακά συμβάματα και τη θνησιμότητα σε διάφορες παθολογικές καταστάσεις όπως η χρόνια νεφρική νόσος τελικού σταδίου (ΧΝΝΤΣ). Νέες μέθοδοι έχουν αναδυθεί επιτρέποντας την εκτίμηση της ενδοθηλιακής αντιδραστικότητας σε αληθινό χρόνο. Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να εξετάσει τη μικροκυκλοφορία του δέρματος στον πήχυ με την τεχνική ανάλυσης κοκκιώδους αντίθεσης με λέιζερ (LASER Speckle Contrast Analysis, LASCA) προ και μετά της εφαρμογής ίσχαιμης απόφραξης σε ασθενείς υποβαλλόμενους σε αιμοκάθαρση (ΑΚ) ή περιτοναϊκή κάθαρση (ΠΚ).

Υλικό και Μέθοδοι: 38 ασθενείς υπό ΑΚ αντιστοιχίστηκαν (αναλογία 1:1) με 38 ασθενείς υπό ΠΚ (ηλικία, φύλο και διάρκεια αιμοκάθαρσης) και 38 μάρτυρες (ηλικία και φύλο). Οι δείκτες δερματικής μικροαγγειακής αντιδραστικότητας που αξιολογήθηκαν με τη μέθοδο LASCA ήταν οι εξής: άρδευση ηρεμίας, απόφραξης και μετα-αποφρακτικής αντιδραστικής υπεραϊμίας (PORH), ο χρόνος έως την επίτευξη μέγιστης αγγειοδιαστολής, η ποσοστιαία μεταβολή από την αρχική στη μέγιστη άρδευση, η δερματική αγγειακή αγωγιμότητα (CVC) κατά την ηρεμία και τη μέγιστη αγγειοδιαστολή, η ποσοστιαία μεταβολή της CVC από την αρχική στη μέγιστη τιμή και το εύρος της απόκρισης PORH (διαφορά μέγιστης και αρχικής τιμής CVC).

Αποτελέσματα: Η βασική άρδευση [AK: $46,97 \pm 14,6$, ΠΚ: $49,32 \pm 18,07$, μάρτυρες: $42,02 \pm 11,94$ μονάδες άρδευσης κοκκίδας λείζερ (LSPU), $p=0,097$] και η μέγιστη μετα-αποφρακτική άρδευση ($104,77 \pm 28,68$ έναντι $109,04 \pm 40,77$ έναντι $116,96 \pm 30,96$ LSPU, $p=0,238$) δε διέφεραν μεταξύ των ομάδων. Ωστόσο, η μετα-αποφρακτική αγγειακή απόκριση διέφερε σημαντικά, καθώς ο χρόνος έως τη μέγιστη αγγειοδιαστολή (AK: $7,24 \pm 6,99$, ΠΚ: $10,68 \pm 9,45$, μάρτυρες: $11,11 \pm 5,1$ sec, $p=0,003$) και η ποσοστιαία μεταβολή από την αρχική στη μέγιστη μετα-αποφρακτική άρδευση (AK: $133\% \pm 66$, ΠΚ: $149\% \pm 125$, μάρτυρες: $187\% \pm 61$, $p=0,001$) βρέθηκαν σημαντικά ελαττωμένοι στους ασθενείς με ΧΝΝΤΣ. Στους ασθενείς αυτούς βρέθηκαν επίσης χαμηλότερα επίπεδα μέγιστης CVC, ενός δείκτη της μέγιστης επιστράτευσης τριχοειδών (AK: $1,05 \pm 0,3$, ΠΚ: $1,07 \pm 0,44$, μάρτυρες: $1,57 \pm 0,52$ LSPU/mmHg, $p < 0,001$), μικρότερη ποσοστιαία αύξηση της CVC ($p=0,001$) και μικρότερο εύρος της PORH απόκρισης ($p=0,001$) (μέτρο της διαφοράς μεταξύ αρχικής και μέγιστης τριχοειδικής επιστράτευσης).

Συμπεράσματα: Με τη χρήση αυτής της καινοτόμου μη-επεμβατικής μεθόδου διαπιστώθηκε ότι η ενδοθηλιακή μετα-αποφρακτική αγγειοδιασταλτική απόκριση του δέρματος είναι παρόμοια μεταξύ ασθενών υπό AK και ΠΚ και σημαντικά ελαττωμένη συγκριτικά με τους μάρτυρες. Απαιτούνται μελλοντικές μελέτες για την εκτίμηση των προγνωστικών επιπτώσεων της λειτουργικής αυτής διαταραχής της μικροκυκλοφορίας.

OR.33

ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ. ΣΥΓΚΡΙΣΗ TACROLIMUS ΕΝΑΝΤΙ CYCLOSPORINE

A. Ζολώτα¹, Γ. Μυσερλής¹, Φ. Σολωνάκη¹, Ν. Αντωνιάδης¹, Α. Παπαγιάννης¹, Γ. Κατσάνος¹, Ν. Σαλβερίδης¹, Ι. Φούζας¹

¹Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων ΑΠΘ, Ιπποκράτειο ΓΝ Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Η Cyclosporine ή Tacrolimus αποτελεί το θεμέλιο “σχημάτων” πάνω από δύο δεκαετίες και έχουν οδηγήσει σε βελτίωση της νεφρικής λειτουργίας.

Σκοπός: Ο σκοπός της εργασίας ήταν η μακροχρόνια μελέτη της αρτηριακής πίεσης των ληπτών νεφρικού μοσχεύματος με ανοσοκαταστολή είτε Tacrolimus ή με κυκλοσπορίνη.

Υλικό και μέθοδος: Συγκρίθηκαν 2 ομάδες ασθενών : TAC, Group A : 40 λήπτες NM (16Α, 24Γ, μέσης ηλικίας 34,7 ετών), οι οποίοι έλαβαν NM από πτωματικό δότη (ΠΔ,, 20 ασθενείς), είτε από ζώντα δότη (ΖΔ , 20 ασθενείς), μέσης ηλικίας δότη 49,22 ετών έναντι CsA, Group B : 40 λήπτες NM (25Α, 15Γ, μέσης ηλικίας 44,4 έτη) με μόσχευμα από ΠΔ (25 ασθενείς) είτε από ΖΔ (15 ασθενείς), μέσης ηλικίας δότη 49,2 έτη. Μελετήθηκαν το 1ο, 3ο, 5ο, 10ο και 15ο έτος μετά τη νεφρική μεταμόσχευση: η κρεατινίνη ορού (SCr), η ΑΠ (ΣΑΠ, ΔΑΠ) και η λευκωματουρία 24ωρου (UP 24h). Η στατιστική ανάλυση έγινε με το SPSS.20.0 for Windows (x2 test, Student T test).

Αποτελέσματα: Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων όσο αφορά τον ΧΨΙ, την ΚΛΜ, την ΗΛΑ ασυμβατότητα, την SCr και την ΑΠ του δότη. Ασθενείς υπό TAC παρουσίαζαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη ΣΑΠ και ΔΑΠ το 1ο, 3ο και 5ο έτος μετά τη μεταμόσχευση σε σύγκριση με το Group B (CsA).

Πιν.1. Αρτηριακή πίεση ληπτών νεφρικού μοσχεύματος

	1° Ε	3° Ε	5° Ε
ΣΑΠ	140,12±15,04	126,5±12,72	128,37±10,94
(TAC/CsA)	152,6±10,21	137,75±10,97	133,75±10,04
ΔΑΠ	80,88±8,46	73,5±4,96	74,13±5,53
(TAC/CsA)	87,5±4,93	78,25±5,94	76,88±7,22
p	<0,05	<0,05	<0,05

Περισσότεροι ασθενείς του Group B (CsA) ελάμβαναν τριπλή ΑΥΑ (Group A, TAC: 3πλή ΑΥΑ 2/40 vs. Group B, CsA : 24/40, p<0,05).

Συμπέρασμα: Η μακροχρόνια ανοσοκαταστολή συντήρησης με βάση Tacrolimus σε σύγκριση με την κυκλοσπορίνη Α συνδυάζεται με καλύτερη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης.

OR.34

ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΓΩΝΣΤΙΚΗΣ ΑΞΙΑΣ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΟΥΡΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΕΚΚΛΑΜΨΙΑ

Ι. Μπέλλος¹, Β. Περγιαλιώτης¹, Δ. Λουτράδης², Γ. Δασκαλάκης²

¹Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Ερεύννης «Ν.Σ. Χρηστέας», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Αθήνα

²Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Αθήνα

Εισαγωγή: Το ουρικό οξύ έχει προταθεί ως δείκτης ενδοθηλιακής και νεφρικής δυσλειτουργίας, ωστόσο η ακριβής προγνωστική του αξία στην προεκκλαμψία παραμένει υπό διερεύνηση.

Σκοπός: Η πραγματοποίηση μιας μετα-ανάλυσης με στόχο τη σύγκριση των επιπέδων ουρικού οξέος μεταξύ προεκκλαμπτικών και υγιών εγκύων σε όλα τα τρίμηνα της κύησης και η αξιολόγηση της αξίας του δείκτη στην πρόβλεψη περιγεννητικών επιπλοκών.

Υλικό και Μέθοδοι: Διενεργήθηκε συστηματική ανασκόπηση των βάσεων δεδομένων Medline, CENTRAL, Clinicaltrials.gov και Google Scholar. Πραγματοποιήθηκε μετα-ανάλυση των επιπέδων ουρικού ορού στην προεκκλαμψία και της ακρίβειάς τους στην πρόβλεψη δυσμενών περιγεννητικών αποτελεσμάτων. Η στατιστική ανάλυση έγινε στο προγραμματικό περιβάλλον R 3-4-3.

Αποτελέσματα: Η ανάλυση βασίστηκε σε 196 μελέτες, συμπεριλαμβάνοντας 39450 γυναίκες. Η προεκκλαμψία συσχετίστηκε με στατιστικά σημαντική αύξηση των επιπέδων ουρικού στο 1^ο (Μέση διαφορά-MD: 0.21 mg/dl, 95% όρια αξιοπιστίας-CI: [0.06-0.35]), 2^ο (MD: 1.41 mg/dl, 95% CI: [0.78-2.05]) και 3^ο (MD: 2.26 mg/dl, 95% CI: [2.12-2.40]) τρίμηνο της κύησης. Υψηλότερη συγκέντρωση ουρικού υπολογίστηκε για τη σοβαρή προεκκλαμψία, την εκκλαμψία και το σύνδρομο HELLP. Η ευαισθησία του δείκτη για την πρόβλεψη περιγεννητικών επιπλοκών κυμάνθηκε από 67.3 έως 82.7% και η ειδικότητα από 47.7 έως 70.7%.

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης υποστηρίζουν ότι τα επίπεδα ουρικού οξέος είναι αυξημένα στον ορό των προεκκλαμπτικών γυναικών και μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την πρόβλεψη της σοβαρότητας της νόσου και των επιπλοκών της κύησης. Οι μελλοντικές προοπτικές μελέτες θα πρέπει να καθορίσουν τα βέλτιστα διαχωριστικά όρια και να ενσωματώνουν το ουρικό οξύ σε συνδυασμένα προβλεπτικά μοντέλα.

OR.35

ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΛΕΥΚΗΣ ΜΠΛΟΥΖΑΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΕΚΑΛΥΜΜΕΝΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

Μ. Κορογιάννου¹, Ε. Ξαγάς¹, Χ. Λουτράδης², Σ. Μαρινάκη¹, Α. Αργύρης³,
Α. Πρωτογέρου³, Π. Σαραφίδης², Ι. Ν. Μπολέτης¹

¹Κλινική Νεφρολογίας & Μεταμόσχευσης Νεφρού, ΠΓΝ Λαϊκό, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα

²Νεφρολογική Κλινική, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

³Μονάδα Καρδιαγγειακής Πρόληψης και Έρευνας, Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, ΠΓΝ Λαϊκό, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα

Σκοπός: Οι ασθενείς με Χρόνια Νεφρική Νόσο (ΧΝΝ) εμφανίζουν ανεπαρκή έλεγχο της ΑΠ σε ποσοστό 30-40%, ενώ 25-35% των ασθενών αυτών εμφανίζει υπέρταση «λευκής μπλούζας» ή συγκεκαλυμμένη ΑΥ. Πρόσφατα επιδημιολογικά δεδομένα στο γενικό πληθυσμό συσχετίζουν και τους δύο ανωτέρω τύπους ρύθμισης με δυσμενείς εκβάσεις. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να προσδιορίσει, για πρώτη φορά, τα διαφορετικά προφίλ της ΑΥ σε υπερτασικούς ασθενείς με μεταμόσχευση νεφρού

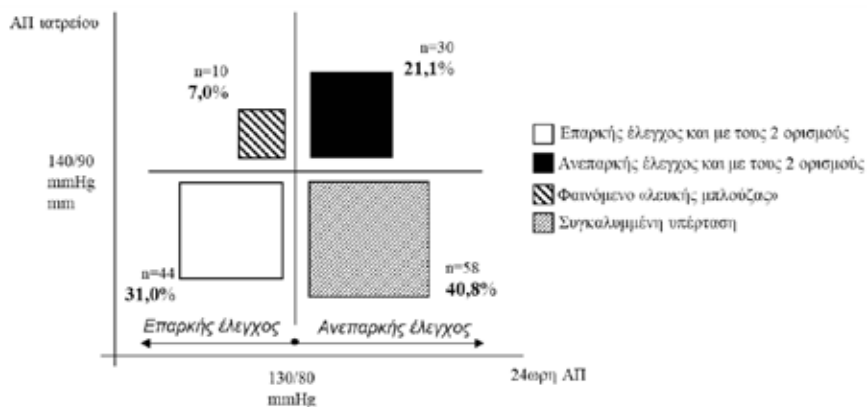
Υλικό & Μέθοδος: Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν 150 ασθενείς με μεταμόσχευση νεφρού, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε 24ωρη περιπατητική καταγραφή της ΑΠ (Ambulatory Blood Pressure Monitoring, ABPM), με την συσκευή Mobil-O-Graph-NG (IEM Stoldberg, GER). Ο προσδιορισμός της ΑΠ ιατρείου πραγματοποιήθηκε με βάση τις σχετικές κατευθυντήριες οδηγίες. Ως ΑΥ ορίστηκε: (1) ΑΠ ιατρείου $\geq 140/90$ mmHg ή λήψη αντιυπερτασικής αγωγής, (2) περιπατητική ΑΠ $\geq 130/80$ mmHg ή λήψη αντιυπερτασικής αγωγής. Οι τύποι ελέγχου της ΑΥ ορίστηκαν ως: (1) επαρκής έλεγχος (ΑΠ ιατρείου $< 140/90$ και περιπατητική ΑΠ $< 130/80$ mmHg), (2) ανεπαρκής έλεγχος (ΑΠ ιατρείου $\geq 140/90$ και περιπατητική ΑΠ $\geq 130/80$ mmHg), (3) υπέρταση «λευκής μπλούζας» (ΑΠ ιατρείου $\geq 140/90$ και περιπατητική ΑΠ $< 130/80$ mmHg), (4) συγκεκαλυμμένη ΑΥ (ΑΠ ιατρείου $< 140/90$ και περιπατητική ΑΠ $\geq 130/80$ mmHg).

Αποτελέσματα: Ο επιπολασμός της ΑΥ ήταν 88,0%, βάσει της ΑΠ στο ιατρείο και 93,3% βάσει της περιπατητικής ΑΠ ($p=0,112$). Οι υπερτασικοί ασθενείς που λάμβαναν αντιυπερτασική αγωγή ήταν 125 (89,3% του συνόλου). Βάσει των τιμών ΑΠ στο ιατρείο και την 24ωρη καταγραφή, 44 (31,0%) υπερτασικοί εμφάνιζαν επαρκή έλεγχο και 30 (21,1%) εμφάνιζαν ανεπαρκή έλεγχο της ΑΠ με αμφότερες τις μεθόδους. Επιπλέον μεταξύ των υπερτασικών ασθενών, οι 10 (7,0%) εμφάνιζαν τον φαινότυπο της υπέρτασης «λευκής μπλούζας» και οι 58 (40,8%) αυτόν της συγκεκαλυμμένης ΑΥ (Εικόνα 1).

Συμπεράσματα: Η χρήση περιπατητικής καταγραφής της ΑΠ σε ασθενείς με μεταμόσχευση νεφρού αποκαλύπτει χαμηλό ποσοστό συνολικού ελέγχου, μικρό ποσοστό φαινομένου «λευκής μπλούζας» και εξαιρετικά υψηλό ποσοστό συγκεκαλυμμένης ΑΥ. Το τελευταίο εύρημα είναι ανησυχητικό, ειδικά με βάση τα πρόσφατα δεδομένα που συνδέουν τη συγκεκαλυμμένη ΑΥ με πολύ υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο.

Προφορικές Ανακοινώσεις

Εικόνα 1. Φαινότυποι ελέγχου της ΑΠ με βάση τις μετρήσεις ΑΠ ιατρείου και την 24ωρη περιπατητική καταγραφή της ΑΠ



OR.36

ΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΝΕΦΡΙΚΕΣ ΕΦΕΔΡΕΙΕΣ (RFR) ΚΑΙ Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΚΟΠΩΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΝ 24ΩΡΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΗΡΗΜΕΝΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Κ. Δαμιανάκη¹, Κ. Δημητριάδης², Δ. Κωνσταντινίδης², Δ. Κουρνώτης¹, Ζ. Αλεξάκου¹, Π. Ηλιακός², Φ. Τατάκης², Π. Παπακωνσταντίνου², Κ. Τσιούφης², Δ. Πετράς¹

¹Νεφρολογική Κλινική, ΓΝΑ Ιπποκράτειο

²Α' Καρδιολογική Κλινική Ομώνυμο Εργαστήριο Πανεπιστημίου Αθηνών Ιπποκράτειο ΓΝΑ

Εισαγωγή: Οι λειτουργικές Νεφρικές Εφεδρείες (Renal Functional Reserve) πιθανά να αποτελούν ένα πρώιμο διαγνωστικό εργαλείο για την αναγνώριση ασθενών υψηλού κινδύνου για νεφρική βλάβη. Μειωμένο RFR έχει περιγράψει σε ασθενείς σε πρώιμα στάδια υπέρτασης και έχει συσχετιστεί με πιθανή αγγειακή δυσλειτουργία λόγω αυξημένης δραστηριότητας συμπαθητικού νευρικού συστήματος (ΣΝΣ).

Σκοπός: Η εκτίμηση πιθανής συσχέτισης του RFR με κλινικούς φαινοτύπους υπερτασικών ασθενών χαρακτηριζόμενων από αυξημένη δραστηριότητα ΣΝΣ και διατηρημένη νεφρική λειτουργία.

Υλικό & Μέθοδος: 47 υπερτασικοί (μέση ηλικία=53±12έτη, BMI=27.6±4.3kg/m², μέση ΣΑΠ/ΔΑΠ ιατρείου=140.7±13.3 / 87.8±10.8 mmHg) και eGFR>60ml/min/1.73m² συμπεριλήφθηκαν. Προσδιορίστηκαν τα εξής: RFR ως η διαφορά GFR stress (μετά από χορήγηση 1gr/kg πρωτεΐνης) - GFR basal (εν ηρεμία), παράμετροι δοκιμασίας κόπωσης και 24ωρης καταγραφής ΑΠ. Οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν σε 2 ομάδες: μειωμένο RFR vs επαρκές RFR (cut-off όριο:30ml/min/1.73m²).

Αποτελέσματα: Οι υπερτασικοί ασθενείς με μειωμένο RFR παρουσίαζαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη μέγιστη καρδιακή συχνότητα κόπωσης (p<0.1). Επιπλέον, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση της μεταβλητότητας της ΣΑΠ κατά τη διάρκεια της ημέρας (weighted ημερήσια ΣΑΠ) με τη μέγιστη καρδιακή συχνότητα (r -0.34, p<0.05).

Συμπεράσματα: Σε υπερτασικούς με διατηρημένη νεφρική λειτουργία, το μειωμένο RFR σχετίζεται με μειωμένη μέγιστη καρδιακή συχνότητα στη δοκιμασία κόπωσης. Οι ασθενείς με μειωμένη μέγιστη καρδιακή συχνότητα κόπωσης παρουσιάζουν επίσης υψηλότερη μεταβλητότητα ημερήσιας ΣΑΠ, δείκτης σχετικός με αυξημένη επίπτωση καρδιαγγειακών επιπλοκών. Η υπερδραστηριότητα ΣΝΣ πιθανά αποτελεί ένα κοινό μονοπάτι σύνδεσης της δυναμικής ρύθμισης της νεφρικής λειτουργίας και της επίδρασης ΣΝΣ στην καρδιά. Για το λόγο αυτό οι υπερτασικοί ασθενείς με μειωμένες νεφρικές εφεδρείες πιθανά να επωφεληθούν από αυστηρότερα θεραπευτικά μέτρα κινδύνου και τακτικότερη νεφρολογική παρακολούθηση.

OR.37

ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΛΕΥΚΗΣ ΜΠΛΟΥΖΑΣ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ.

Γ. Βαμβάκου¹, Ο. Παπαζάχου¹, Στ. Αρχοντάκης¹, Γ. Σκαλής¹, Η. Ανδριανοπούλου¹, Κ. Θωμόπουλος¹, Β. Κατσή², Θ. Μακρής¹

¹Κέντρο Υπέρτασης Καρδιολογικού Τμήματος, Γενικό Νοσοκομείο-Μαιευτήριο «Έλενα Βενιζέλου»

²Καρδιολογική Κλινική ΕΣΥ, Γ.Ν.Ν.Α «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή: Η αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) παραμένει ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, διότι είναι συχνή (10% του συνόλου των εγκύων) και συνδέεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα τόσο για τις μητέρες όσο και για το έμβρυο -νεογνό. Παράλληλα έχει διαπιστωθεί ότι κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι συχνό το φαινόμενο της υπέρτασης της λευκής μπλούζας.

Σκοπός της μελέτης μας ήταν να εκτιμηθεί το ποσοστό υπέρτασης της λευκής μπλούζας με 24ωρη καταγραφή της ΑΠ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

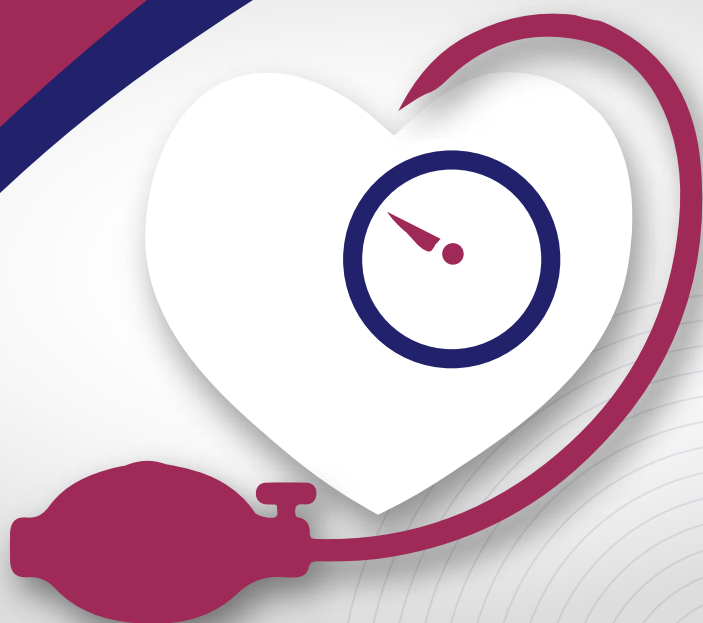
Μελετήθηκαν 200 διαδοχικές γυναίκες μέσης ηλικίας 33 ± 5.5 έτη (18-48 ετών) από τη 12^η έως την 28^η εβδομάδα της κύησης, στις οποίες σε διαδοχικές μετρήσεις στο ιατρείο, διαπιστώθηκαν παθολογικές τιμές ΑΠ (ΣΑΠ >140 mmHg ή ΔΑΠ > 90mmHg). Στη συνέχεια υποβλήθηκαν σε 24ωρη καταγραφή ΑΠ, ενώ έγινε καταγραφή των δημογραφικών στοιχείων και των παραγόντων κινδύνου.

Αποτελέσματα: Από το σύνολο των 200 γυναικών με την 24ωρη καταγραφή, διαπιστώθηκε ότι 60 (30%) είχαν φυσιολογικές τιμές αρτηριακής πίεσης (υπέρταση λευκής μπλούζας). Από τις υπόλοιπες 140 στις οποίες διαπιστώθηκαν παθολογικά επίπεδα αρτηριακής πίεσης, οι 30 είχαν υπέρταση κύησης (15%) (εμφάνιση αυξημένων επιπέδων πίεσης μετά την 20^η εβδομάδα), ενώ οι υπόλοιπες 110 εμφάνισαν ΑΥ πριν την 20^η εβδομάδα (55%).

Συμπέρασμα: Τα αποτελέσματα της μελέτης μας έδειξαν ότι η υπέρταση της λευκής μπλούζας εμφανίζει αυξημένο επιπολασμό στις γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Η παρουσία υπέρτασης κύησης σχετιζόταν με αυξημένο BMI και μεγαλύτερη ηλικία. Η 24ωρη καταγραφή της ΑΠ έχει καθοριστική σημασία στη διάγνωση με στόχο την αποφυγή θεραπευτικών παρεμβάσεων, οι οποίες όταν δεν είναι απαραίτητες μπορεί να έχουν δυσμενή εξέλιξη για τη μητέρα και το έμβρυο.

Αναρτημένες Ανακοινώσεις



PO.01

ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΣΥΝΝΟΣΥΡΟΤΗΤΕΣ: ΜΙΑ ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΤΤΙΚΗ

Α. Παπαϊωάννου¹, Δ. Λαμπρινός², Ι. Γιακουμής¹, Ε. Απειθή¹

¹Κέντρο Υγείας Νέας Μάκρης, Αττική

²ΓΝΑ «Λαϊκό», Αθήνα

Εισαγωγή: Η πολυνοσηρότητα αποτελεί συχνό φαινόμενο στους υπερτασικούς ασθενείς.

Σκοπός: ήταν να καταγραφεί ο επιπολασμός των νοσημάτων που συνυπάρχουν στους υπερτασικούς ασθενείς στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) καθώς και ο αριθμός των σκευασμάτων που λαμβάνουν για το σύνολο των παθήσεων τους.

Υλικό και Μέθοδος: Έγινε μια συγχρονική μελέτη, στην οποία συμπεριλήφθησαν ασθενείς που προσήλθαν σε τακτικό ιατρείο στο Κέντρο Υγείας νέας Μάκρης, σε διάστημα ενός έτους. Καταγράφηκαν τα νοσήματα από τα οποία έπασχαν και η λαμβανόμενη φαρμακευτική αγωγή

Αποτελέσματα: Ο μέσος όρος της ηλικίας του συνολικού μελετώμενου πληθυσμού (n=702) ήταν 67,45 έτη (min17-max94, SD13,215), όπου ποσοστό 18,9% (n=133) βρέθηκε να είναι άνω των 80 ετών. Το 49,9% (n=350) ήταν άνδρες. Οι ασθενείς που προσήλθαν και έπασχαν από υπέρταση, ήταν 396 (56,5%). Η υπέρταση ήταν το μοναδικό νόσημα για 47 υπερτασικούς ασθενείς (12%), ενώ οι 103 (26,2%) είχαν συνολικά δύο, οι 112 (28,5%) τρία και οι 86 (33,3%) περισσότερα από τέσσερα νοσήματα για τα οποία λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή. Συχνότερα νοσήματα που συνυπάρχουν στους υπερτασικούς ασθενείς ήταν: δυσλιπιδαιμία 224 (56,6%), σακχαρώδης διαβήτης 155 (39,1%), ψυχιατρικά νοσήματα 91 (23%), στεφανιαία νόσος 42 (10,6%). Οι υπερτασικοί ασθενείς λάμβαναν κατά μέσο όρο 4,62 (min1- max14, SD2,548) σκευάσματα και 5,48 (min1-max16, SD2,790) δραστικές ουσίες για το σύνολο των νοσημάτων τους. Στους ασθενείς αυτούς βρέθηκαν κατά μέσο όρο 1,85 αλληλεπιδράσεις (min0-max11, SD2,068) μεταξύ των λαμβανόμενων φαρμάκων τους.

Συμπεράσματα: Η πολυνοσηρότητα και η πολυφαρμακία είναι σημαντικές παράμετροι που οι υπηρεσίες ΠΦΥ οφείλουν να συνυπολογίζουν σε όλες τις προληπτικές, αλλά και θεραπευτικές παρεμβάσεις που αφορούν τους υπερτασικούς ασθενείς.

ΡΟ.02

Η ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ: ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΙΑΣ ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΣΕ ΙΑΤΡΕΙΟ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Δ. Λαμπρινός^{1,2}, Α. Παπαϊωάννου², Ε. Αλαβάνου¹, Α. Λυκούδη¹

¹ΓΝΑ «Λαϊκό»

²Κέντρο Υγείας Νέας Μάκρης

Εισαγωγή: Η υπέρταση αποτελεί μια από τις συχνότερες νόσους που απαντώνται σε ασθενείς στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ).

Σκοπός: ήταν να καταγραφεί η συνταγογραφική πρακτική στην αντιυπερτασική θεραπεία σε ασθενείς που προσέρχονται σε ιατρείο στη ΠΦΥ στην Αττική.

Υλικό και Μέθοδος: Έγινε μια συγχρονική μελέτη, στην οποία συμπεριλήφθησαν υπερτασικοί ασθενείς που προσήλθαν σε τακτικό ιατρείο στο Κέντρο Υγείας νέας Μάκρης, σε διάστημα ενός έτους. Καταγράφηκαν τα νοσήματα από τα οποία έπασχαν και η λαμβανόμενη φαρμακευτική αγωγή.

Αποτελέσματα: Τριακόσια ενενήντα έξι άτομα συμπεριλήφθηκαν στη ανάλυση. Ο μέσος όρος της ηλικίας του μελετώμενου πληθυσμού ήταν τα 72,1 έτη (min31-max94, SD10,178), όπου ποσοστό 25,5% (n=101) βρέθηκε να είναι 80 ετών και άνω. Το 53,5% (n=212) ήταν άνδρες. Αντιυπερτασική αγωγή με μονοθεραπεία λάμβαναν οι 226 (57,2%), με δύο ουσίες οι 125 (31,6%), με τρεις ουσίες 40 (10,1%), ενώ με τέσσερις και περισσότερες οι 4 (1,1%). Αγωγή με ανταγωνιστές των υποδοχέων της αγγιοτενσίνης II είχε χορηγηθεί σε 250 ασθενείς (63,1%), ανταγωνιστές ασβεστίου σε 184 (46,5%), διουρητικά σε 181 (45,7%), β-αποκλειστές σε 77 (19,5%), ΑΜΕΑ λάμβαναν οι 75 (18,9%) και κεντρικώς δρώντα 8 (2%). Σκευάσματα με διπλό συνδυασμό δραστικών ουσιών λάμβαναν οι 193 (48,7%), ενώ με τριπλό οι 27 (6,8%).

Συμπεράσματα: Οι ανταγωνιστές των υποδοχέων της αγγιοτενσίνης II και οι αναστολείς ασβεστίου βρέθηκαν να κατέχουν τις πρώτες θέσεις στην αγωγή των υπερτασικών ασθενών που προσέρχονται στη ΠΦΥ, μαζί με τα σκευάσματα διπλών συνδυασμών δραστικών ουσιών.

ΡΟ.03

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΑΣΒΕΣΤΙΟΥ ΣΤΗ ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΑΡΙΣΤΕΡΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Μ.Β. Παπαβασιλείου¹, Δ. Μυτάς², Δ. Αραβαντινός³, Α. Καραμάνου², Β. Κακιούζη²

¹Metropolitan General Hospital Αθήνα

²Σισμανόγλειο ΓΝΑ

³Δ.Θ.Κ.Α. Υγεία

Σκοπός: Η διερεύνηση της σημασίας των επιπέδων ασβεστίου αίματος στη δομή και λειτουργικότητα της αριστεράς κοιλίας υπερτασικών ασθενών.

Μέθοδος και υλικό: Μελετήθηκαν 2134 υπερτασικοί ασθενείς θεραπευόμενοι ή πρωτοδιαγνωσθέντες χωρίς καμία φαρμακευτική αγωγή, των οποίων μετρήθηκε το ασβέστιο του ορού αίματος (Ca). Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε υπερηχοκαρδιογραφική -Doppler μελέτη και υπολογίστηκε η μάζα της αριστεράς κοιλίας (ΜΑ) καθώς επίσης και η σχέση Ε/Α στην ταχύτητα ροής της μιτροειδούς. Οι παράμετροι συσχετίστηκαν κατά Pearson.

Αποτελέσματα:

Συσχέτιση ασβεστίου ορού με τη μάζα και τη σχέση Ε/Α της αριστεράς κοιλίας κατά Pearson

Ca(mg/dl)	ΜΑ (gr)	Ε/Α
(N=2134)	r=0.045	r=0.047
	p<0.029	p=0.029

ΜΑ=μάζα αριστεράς κοιλίας, Ε/Α=λόγος ταχύτητας ροής στην πρωτοδιαστολή προς ταχύτητα ροής στην τελοδιαστολή της μιτροειδούς.

Συμπέρασμα: Το επίπεδο ασβεστίου ορού, στους υπερτασικούς θεραπευόμενους και μη, σχετίζεται σημαντικά με τη μάζα της αριστεράς κοιλίας και τη διαστολική λειτουργία αυτής, δείχνοντας την ιδιαίτερη σημασία του ασβεστίου στους υπερτασικούς ασθενείς.

ΡΟ.04

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΥΠΟΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΘΗΡΩΜΑΤΩΣΗΣ ΣΕ HIV ΘΕΤΙΚΑ ΑΤΟΜΑ

Σ. Νανούδης^{1,2}, Μ. Ποικιλίδου¹, Μ. Γιαβροπούλου¹, Π. Γεωργιανός¹, Ό. Τσαχουρίδου², Γ. Κωνσταντινίδης³, Θ. Τέγος³, Λ. Σκούρα², Λ. Κωνσταντινίδης¹, Σ. Μεταλλίδης², Π. Ζεμπεκάκης¹

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

²Μονάδα ειδικών λοιμώξεων, Α' Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

³Α' Νευρολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Εισαγωγή: Η HIV λοίμωξη επαυξάνει τον συνολικό καρδιαγγειακό κίνδυνο εξαιτίας της συνεχιζόμενης φλεγμονής και της αντιρετροϊκής θεραπείας υψηλής δραστηριότητας (HAART). Η πάχυνση του έσω-μέσου χιτώνα (IMT) των καρωτίδων και η παρουσία αθηρωματικής πλάκας αποτελούν δείκτες υποκλινικής αθηρωμάτωσης και υποδηλώνουν ασυμπτωματική βλάβη οργάνου-στόχου.

Σκοπός: Συσχέτιση υποκλινικής αθηρωμάτωσης με παράγοντες σχετιζόμενους με την HIV λοίμωξη.

Υλικό και Μέθοδοι: Μετρήθηκαν το IMT και η παρουσία αθηρωματικής πλάκας (>10%) στις έσω καρωτίδες σε 57 HIV θετικά άρρενα άτομα και 39 άρρενα control ίδιας ηλικίας. Όλοι οι συμμετέχοντες ήταν άνω των 48 ετών χωρίς γνωστό ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου, υπέρτασης, σακχαρώδους διαβήτη και μετρίου-σοβαρού βαθμού χρόνια νεφρική νόσο. Ο δείκτης μάζας σώματος (BMI), τα pack years, η δυσλιπιδαιμία, το SCORE και ο eGFR (υπολογισμός με MDRD) καταγράφησαν, όπως επίσης και η γλυκόζη νηστείας, η κρεατινίνη, και τα λιπίδια. Επιπλέον, στην HIV-θετική ομάδα σημειώθηκε η διάρκεια της HIV λοίμωξης, οι κατηγορίες και διάρκεια της HAART, τα τρέχοντα CD4⁺ T-κύτταρα και τα nadir CD4⁺ T-κύτταρα.

Αποτελέσματα: Το IMT στη δεξιά καρωτίδα (RIMT) ($0.71 \pm 0.11 \text{ mm}$ vs $0.66 \pm 0.09 \text{ mm}$, $p=0.045$) και η παρουσία πλάκας (RIPL) (24.6% vs 7.7%, $p=0.033$) ήταν σημαντικά μεγαλύτερα στην HIV-θετική ομάδα. Το IMT στην αριστερή καρωτίδα (LIMT) και η παρουσία πλάκας ήταν, επίσης, αυξημένα στην HIV-θετική ομάδα, αλλά όχι στατιστικώς σημαντικά ($0.69 \pm 0.12 \text{ mm}$ vs $0.65 \pm 0.1 \text{ mm}$, $p=0.09$ and 28.1% vs 15.4% , $p=0.146$). Στη μονοπαραγοντική ανάλυση το RIMT συσχετίστηκε με την ηλικία, το SCORE, τα έτη λήψης αναστολέων πρωτεάσης (PIs) και τα τρέχοντα CD4⁺ T-κύτταρα, ενώ στο πολυπαραγοντικό μοντέλο οι PIs ήταν πο μόνον καθοριστές του RIMT ($\beta=0.005$, $p=0.03$). Επίσης, στη μονοπαραγοντική ανάλυση το RIPL συσχετίστηκε με την ηλικία, τη συστολική αρτηριακή πίεση, το SCORE, τα τρέχοντα CD4⁺ T-κύτταρα και τα nadir CD4⁺ T-κύτταρα <200/μl. Στη πολυπαραγοντική παλινδρόμηση, μόνο τα nadir CD4⁺ T-κύτταρα <200/μl ($\beta=2.336$, $p=0.012$) και η ηλικία ($\beta=0.28$, $p=0.041$) παρέμειναν καθοριστές του RIPL.

Συμπεράσματα: Η θεραπεία με PIs και τα nadir CD4⁺ T-κύτταρα <200/μl, ενδεικτικά αρχικά εκσεσημασμένη ανοσοανεπάρκειας εμφανίζουν θετική συσχέτιση με την υποκλινική αθηρωμάτωση σε HIV-θετικά άτομα, εκτός από παραδοσιακούς παράγοντες κινδύνου, όπως η ηλικία, η συστολική αρτηριακή πίεση και το SCORE.

PO.05

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΤΟΡΑΣΕΜΙΔΗΣ ΣΤΗΝ ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Φ.-Π. Τατάκης¹, Χ. Γράσσο¹, Α. Πιτταράς², Μ. Δούμας³

¹Ιατρείο Υπέρτασης ΓΝΑ ΚΑΤ, Κέντρο Αριστείας ESH

²Επιστημονικός Συνεργάτης Ιατρείου Υπέρτασης Ασκληπείου Βούλας

³Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο

Εισαγωγή: Η τορασεμίδη αποτελεί ένα ισχυρό διουρητικό της αγκύλης με δράση στην καρδιακή ανεπάρκεια, καθώς επίσης και στην αρτηριακή υπέρταση.

Σκοπός: Η μακροπρόθεσμη επίδραση της τορασεμίδης στην αρτηριακή πίεση και στους μεταβολικούς δείκτες (υποκαλιαιμία, υπεργλυκαιμία, δυσλιπιδαιμία) πρωτοθεραπευόμενων υπερτασικών ασθενών με ανεπίπλεκτη, ηπίου ή μετρίου βαθμού αρτηριακή υπέρταση.

Υλικό-Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 40 ασθενείς (30 άνδρες και 10 γυναίκες), μέσης ηλικίας $60,3 \pm 10,6$ έτη με πρωτοδιαγνωσθείσα αρτηριακή υπέρταση (ΣΑΠ > 140 και/ή ΔΑΠ > 90 mmHg σε μετρήσεις ιατρού) για διάστημα έξι μηνών, οι οποίοι υπεβλήθησαν σε μετρήσεις της αρτηριακής πίεσης (μετρήσεις γραφείου και κατ' οίκον), πλήρη αιματολογικό και βιοχημικό έλεγχο κατά την έναρξη, στις έξι εβδομάδες και στους έξι μήνες αγωγής, αντίστοιχα. Η νεφρική λειτουργία κατά την έναρξη της μελέτης δεν ήταν σημαντικά επηρεασμένη (GFR > 60 ml/min). Η αρχική δόση ήταν 2,5 mg τορασεμίδης, με τιτλοποίηση στα 5 mg, αλλά και στα 10 mg σε περίπτωση μη ρύθμισης της αρτηριακής πίεσης (> 140/90).

Αποτελέσματα: Η ΣΑΠ ελαττώθηκε $14,2 \pm 8,1$ mmHg ($p < 0.0001$), ενώ η ΔΑΠ ελαττώθηκε $10,2 \pm 5,1$ mmHg ($p < 0.0001$). Οι περισσότεροι ασθενείς (85%) έλαβαν 2,5 mg τορασεμίδης, ενώ 10% των ασθενών έλαβαν 5 mg και ελάχιστοι (5%) απαιτήθηκε να λάβουν 10 mg. Δεν παρατηρήθηκαν μεταβολές στην κάθαρση της κρεατινίνης, στα επίπεδα της γλυκόζης, της HDL χοληστερόλης, της LDL χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων στις 6 εβδομάδες και στους 6 μήνες θεραπείας. Σε έναν ασθενή το κάλιο μειώθηκε κατά 1 mmol/l, ενώ υποκαλιαιμία της τάξεως των επιπέδων καλίου < 3.5 mmol/l δεν παρατηρήθηκε στο δείγμα της μελέτης.

Συμπεράσματα: Η τορασεμίδη αποτελεί μια ασφαλή και αποτελεσματική αντιυπερτασική αγωγή σε ασθενείς με ανεπίπλεκτη αρτηριακή υπέρταση ηπίου ή μετρίου βαθμού, με μεταβολικά ουδέτερη δράση.

PO.06

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΣΥΜΠΑΘΗΤΙΚΗΣ ΑΠΟΝΕΥΡΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΞΕΤΑΣΗ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΗ ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ: ΜΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΕΣ, ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΕΙΚΟΝΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΜΕΛΕΤΕΣ

Δ. Πατουλιάς, Κ. Σταυρόπουλος, Α. Κατσιμάρδου, Κ. Ιμπριάλος, Μ. Γκόντη, Ζ. Τέγου, Α. Πιπερίδου, Κ. Κουτσαμπασόπουλος, Σπ. Τολιόπουλος, Μ. Δούμας
Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

Εισαγωγή: Η μη θεραπευόμενη και μη ρυθμιζόμενη υπέρταση παραμένει ένα σημαντικό παγκόσμιο πρόβλημα υγείας και ένας αξιοσημείωτος παράγοντας καρδιαγγειακού κινδύνου. Ο ρόλος της νεφρικής συμπαθητικής απονεύρωσης (ΝΣΑ) στη θεραπεία της υπέρτασης έχει μελετηθεί εκτενώς κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας.

Σκοπός: Η μελέτη της επίδρασης της ΝΣΑ στα επίπεδα της αρτηριακής πίεσης κατά την εξέταση των ασθενών με αρρύθμιστη ή μη θεραπευόμενη υπέρταση στο ιατρείο.

Υλικό και Μέθοδοι: Οι μεγάλες βάσεις δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν για την αναζήτηση τυχαιοποιημένων, ελεγχόμενων με εικονική παρέμβαση μελετών από την έναρξή τους ως τον Μάιο 2019, οι οποίες αξιολογούσαν την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια της ΝΣΑ στην ρύθμιση της υπέρτασης, ανεξάρτητα από την τυχαιοποίηση, το σχεδιασμό και το μέγεθος του πληθυσμού.

Αποτελέσματα: Έξι τυχαιοποιημένες, ελεγχόμενες με εικονική παρέμβαση μελέτες αναγνωρίστηκαν και συμπεριλήφθηκαν στην μετα-ανάλυση. Συνολικά, 981 ασθενείς με υπέρταση διαχωρίστηκαν τυχαία στις 6 αυτές μελέτες προκειμένου να υποβληθούν σε ΝΣΑ (n=585) ή σε εικονική παρέμβαση (n=396). Συγκριτικά με την εικονική παρέμβαση η ΝΣΑ οδήγησε σε σημαντική ελάττωση των επιπέδων της συστολικής αρτηριακής πίεσης κατά την εξέταση στο ιατρείο κατά 5,47 mmHg (95% CI: -8,10 ως -2,84, I²=0%), και στα επίπεδα της διαστολικής αρτηριακής πίεσης κατά 4,25 mmHg (95% CI: -6,16 ως -2,33, I²=0%) σε σύγκριση με την εικονική παρέμβαση. Δεν διαπιστώθηκαν σημαντικά θέματα ασφαλείας.

Συμπεράσματα: Η ΝΣΑ συσχετίζεται με αξιοσημείωτη ελάττωση στα επίπεδα τόσο της συστολικής όσο και της διαστολικής αρτηριακής πίεσης κατά την εξέταση στο ιατρείο, επιβεβαιώνοντας τον υποσχόμενο ρόλο που κατέχει στον τομέα της θεραπείας της υπέρτασης.

PO.07

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΗΣ ΕΙΚΟΝΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΩΝ ΤΙΜΩΝ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΗ ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ: ΜΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΕΛΕΤΩΝ ΜΕ ΝΕΦΡΙΚΗ ΣΥΜΠΑΘΗΤΙΚΗ ΑΠΟΝΕΥΡΩΣΗ

Δ. Πατουλιάς, Μ. Καλογήρου, Κ. Σταυρόπουλος, Α. Κατσιμάρδου, Κ. Ιμπριάλος, Κ. Κουτσαμπασόπουλος, Α. Κέφας, Φ. Σίσκος, Κ. Πετίδης, Μ. Δούμας
Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

Εισαγωγή: Η νεφρική συμπαθητική απονεύρωση (ΝΣΑ) έχει μελετηθεί εκτενώς κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας. Ο ρόλος της στη διαχείριση της ανθεκτικής υπέρτασης έχει γίνει το επίκεντρο του ενδιαφέροντος μετά τη διεξαγωγή των μελετών δεύτερης γενιάς.

Σκοπός: Η μελέτη του αντίκτυπου της ελεγχόμενης εικονικής παρέμβασης.

Υλικό και Μέθοδοι: Οι μεγάλες βάσεις δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν ως βάση δεδομένων για την αναζήτηση τυχαιοποιημένων, ελεγχόμενων με εικονική παρέμβαση μελετών από την έναρξή τους ως το Μάιο του 2019, οι οποίες αξιολογούσαν τη πρώιμη αποτελεσματικότητα και ασφάλεια της ΝΣΑ στη διαχείριση της υπέρτασης, ανεξάρτητα από την τυχαιοποίηση της μελέτης, το σχεδιασμό και το μέγεθος του πληθυσμού. Έγινε εξαγωγή των δεδομένων που αφορούσαν την επίδραση της ελεγχόμενης με εικονική παρέμβαση διαδικασία στα επίπεδα της 24ωρης αρτηριακής πίεσης, καθώς και της αρτηριακής πίεσης στο ιατρείο (ΠΑΠ και ΙΑΠ, αντίστοιχα).

Αποτελέσματα: Έξι τυχαιοποιημένες, ελεγχόμενες με εικονική παρέμβαση μελέτες αναγνωρίστηκαν και συμπεριλήφθηκαν στην μετα-ανάλυση. Συνολικά, 981 ασθενείς με υπέρταση τυχαιοποιήθηκαν και στις 6 μελέτες προκειμένου να υποβληθούν είτε σε ΝΣΑ ($n=585$) ή σε εικονική παρέμβαση ($n=396$). Καταγράφηκε ότι η ελεγχόμενη εικονική παρέμβαση δεν επηρέασε σημαντικά τα επίπεδα της 24ωρης συστολικής ΠΑΠ (MD: $-1,15$, 95% CI: $-2,67$ ως $0,36$, $I^2=0\%$). Ωστόσο, οδήγησε σε σημαντική ελάττωση των επιπέδων της 24ωρης διαστολικής ΠΑΠ κατά $1,52$ mmHg (95% CI: $-5,30$ ως $-0,81$, $I^2=0\%$). Επιπλέον, αποδείχθηκε ότι η ελεγχόμενη με εικονική παρέμβαση διαδικασία οδήγησε σε σημαντική ελάττωση των επιπέδων της συστολικής ΙΑΠ κατά $3,05$ mmHg (95% CI: $-5,30$ ως $-0,81$, $I^2=0\%$) και αμελητέα ελάττωση της διαστολικής ΙΑΠ κατά $0,65$ mmHg (95% CI: $-2,03$ ως $0,73$, $I^2=0\%$). Δεν ανέκυψαν μείζονα θέματα ασφαλείας.

Συμπεράσματα: Η εικονικά ελεγχόμενη παρέμβαση είναι ασφαλής διαδικασία, παρέχοντας σημαντική ή οριακά ασήμαντη μείωση τόσο στα επίπεδα της ΠΑΠ όσο και στα επίπεδα της ΙΑΠ.

PO.08

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΣΥΜΠΑΘΗΤΙΚΗΣ ΑΠΟΝΕΥΡΩΣΗΣ ΣΤΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΡΡΥΘΜΙΣΤΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΜΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΕ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΕΣ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΕΙΚΟΝΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΜΕΛΕΤΕΣ

Δ. Πατουλιάς, Κ. Ιμπριάλος, Κ. Σταυρόπουλος, Α. Κατσιμάρδου, Μ. Γκόντη, Ι. Λινάρδου, Α. Κέφας, Μ. Μαυρίδου, Κ. Πετίδης, Μ. Δούμας

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

Εισαγωγή: Η νεφρική συμπαθητική απονεύρωση (ΝΣΑ) μελετήθηκε εκτενώς κατά την διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας. Ο ρόλος της στη διαχείριση της ανθεκτικής υπέρτασης έχει τεθεί στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος.

Σκοπός: Η επίδραση της ΝΣΑ στη νεφρική λειτουργία των ασθενών.

Υλικό και Μέθοδοι: Οι μεγάλες βάσεις δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν για την ανεύρεση τυχαιοποιημένων, ελεγχόμενων με εικονική παρέμβαση μελετών που αξιολογούν πρώιμα την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια της ΝΣΑ στη διαχείριση της υπέρτασης, ανεξαρτήτως της τυχαιοποίησης, του σχεδιασμού και του μεγέθους του πληθυσμού από την έναρξη τους ως τον Μάιο του 2019. Έγινε εξαγωγή των δεδομένων που αφορούσαν την επίδραση της ΝΣΑ στη νεφρική λειτουργία των συμμετεχόντων.

Αποτελέσματα: Έξι τυχαιοποιημένες, ελεγχόμενες με εικονική παρέμβαση μελέτες αναγνωρίστηκαν και συμπεριλήφθηκαν στη μετα-ανάλυση. Συνολικά, 981 ασθενείς με υπέρταση τυχαιοποιήθηκαν και στις 6 μελέτες προκειμένου να υποβληθούν είτε σε ΝΣΑ (n=585) ή σε εικονική παρέμβαση (n=396). Η ΝΣΑ συσχετίστηκε με μη-σημαντική ελάττωση στον εκτιμώμενο ρυθμό νεφρικής σπειραματικής διήθησης κατά 0,24 ml/min/1.73m² (95% CI: -1.95 ως 1.47; I²=0%), σε σύγκριση με την εικονική παρέμβαση. Επιπλέον, παρατηρήθηκε ότι οι περιορισμοί της ανάλυσης σε μελέτες δεύτερης γενιάς δεν μετέβαλαν σημαντικά την αναμενόμενη έκβαση (μέση διαφορά= -0.02; 95% CI: -2.64 έως 2.62; I²=0%). Τέλος, καμία διαφορά δε σημειώθηκε στα επίπεδα της κρεατινίνης του ορού, κατά τη σύγκριση της ΝΣΑ με την εικονική παρέμβαση (μέση διαφορά = 0.00; 95% CI: -0.02 ως 0.02; I²=0%).

Συμπεράσματα: Η ΝΣΑ αποτελεί μια ασφαλή μέθοδο ως προς την νεφρική λειτουργία. Ωστόσο, πρέπει να τονισθεί ότι όλες οι μελέτες είχαν ένα σχετικά μικρό διάστημα διαρκείας (μέχρι ένα έτος) και επομένως απαιτούνται δεδομένα από μελέτες με μακρά διάρκεια προκειμένου να επιβεβαιώσουν την ασφάλεια της ΝΣΑ ως προς τη νεφρική λειτουργία.

PO.09

ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΟΥΣ ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ Ή ΧΩΡΙΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Κ. Κουτσαμπασόπουλος¹, Κ. Σταυρόπουλος¹, Κ. Ιμπριάλος¹, Μ. Τουμπουρλέκα², Κ. Μπακογιάννης², Α. Σαχινίδης¹, Μ. Καλογήρου¹, Χ. Παπαδόπουλος², Μ. Δούμας¹
¹Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

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

Εισαγωγή: Η αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση καρδιακής ανεπάρκειας (ΚΑ). Διάφοροι βιοδείκτες χρησιμοποιούνται για τη διαστρωμάτωση του κινδύνου των ασθενών με ΚΑ.

Σκοπός: Η ανεύρεση πιθανών διαφορών μεταξύ των βιοδεικτών για την ΚΑ σε υπερτασικούς ή μη ασθενείς με ΚΑ.

Υλικό και μέθοδοι: Ασθενείς με ΚΑ συμπεριλήφθησαν σε μία συγχρονική μελέτη. Η συστολική και διαστολική αρτηριακή πίεση ιατρείου (ΣΑΠ και ΔΑΠ) μετρήθηκαν, ενώ καταγράφηκε και το προηγούμενο ιστορικό ΑΥ, ελεγχόμενης ή μη. Προσδιορίστηκαν η αιμοσφαιρίνη, η κρεατινίνη ορού, η ουρία, η γλυκόζη, ηλεκτρολύτες (K⁺, Na⁺), το NT-proBNP, η τροπονίνη, οι τρανσαμινάσες, η κάθαρση κρεατινίνης (eCrCl) με τη χρήση της εξίσωσης Cockcroft-Gault και ο υπολογιζόμενος ρυθμός σπειραματικής διήθησης (eGFR) με τη χρήση των εξισώσεων MDRD και EPI.

Αποτελέσματα: 306 διαδοχικοί ασθενείς με ΚΑ (άνδρες και γυναίκες) συμμετείχαν στη μελέτη. Οι 239 (78,1%) είχαν ιστορικό ΑΥ, εκ των οποίων οι 207 (90,8%) ανέφεραν ικανοποιητική ρύθμιση αυτής. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές αναφορικά με το ιστορικό ΑΥ και τις τιμές των τρανσαμινασών, της τροπονίνης και του NT-proBNP. Οι νορμοτασικοί ασθενείς είχαν χαμηλότερες τιμές αιμοσφαιρίνης και αιματοκρίτη (p=0.002 και p=0.005, αντίστοιχα), ενώ οι τιμές της ουρίας και της κρεατινίνης ήταν υψηλότερες στους υπερτασικούς ασθενείς (p=0.001 και p=0.005, αντίστοιχα), όπως επίσης και οι τιμές των eCrCl και eGFR (p<0.0001 και p<0.0001, αντίστοιχα).

Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη παρέχει νέα δεδομένα για τη σχέση της ΚΑ με διάφορους βιοδείκτες σε υπερτασικούς ασθενείς. Τα αποτελέσματα αυτά θα μπορούσαν να έχουν ποικίλες εφαρμογές, όπως ο προγνωστικός ρόλος των βιοδεικτών αυτών στην ΚΑ.

ΡΟ.10

ΜΑΖΑ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Κ. Κουτσαμπασόπουλος¹, Κ. Ιμπριάλος¹, Α. Κατσιμάρδου¹, Κ. Σταυρόπουλος¹, Δ. Πατουλιάς¹, Μ. Τουμπουρλέκα², Κ. Μπακογιάννης², Κ. Χαραλαμπίδης¹, Μ. Γκόντη¹, Χ. Παπαδόπουλος², Μ. Δούμας¹

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

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

Εισαγωγή: Η συσχέτιση μεταξύ της αρτηριακής υπέρτασης (ΑΥ) και της στυτικής δυσλειτουργίας (ΣΔ) είναι καλά τεκμηριωμένη, ενώ η ΣΔ παρουσιάζει αυξημένη επίπτωση σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ). Η ΑΥ και η ΚΑ σχετίζονται με την υπερτροφία της αριστερής κοιλίας (ΥΑΚ).

Σκοπός: Η μελέτη της συσχέτισης της μάζας της αριστερής κοιλίας (ΜΑΚ) και της ΣΔ σε υπερτασικούς ασθενείς με ΚΑ.

Υλικό και μέθοδοι: Ασθενείς με ΚΑ αξιολογήθηκαν σε μία συγχρονική μελέτη. Η ΣΔ αξιολογήθηκε με τη χρήση του Διεθνούς Δείκτη Στυτικής Λειτουργίας (International Index of Erectile Function, IIEF) στους άνδρες και με τη χρήση του Δείκτη Γυναίκειας Σεξουαλικής Λειτουργίας (Female Sexual Functioning Index, FSFI) στις γυναίκες. Η ΜΑΚ, το σχετικό πάχος των τοιχωμάτων, το πάχος του μεσοκοιλιακού διαφράγματος και του οπισθίου τοιχώματος εκτιμήθηκαν μέσω διατοιχωματικού υπερήχου καρδιάς.

Αποτελέσματα: 239 διαδοχικοί υπερτασικοί ασθενείς (147 άνδρες και 92 γυναίκες) με ΚΑ συμπεριλήφθησαν στη μελέτη. Το 39,4% είχε φυσιολογική ΜΑΚ, το 15% συγκεντρική αναδιαμόρφωση της αριστεράς κοιλίας, το 13,1% συγκεντρική ΥΑΚ και το 32,4% έκκεντρη ΥΑΚ. Ο δείκτης FSFI είχε αρνητική συσχέτιση με το πάχος του μεσοκοιλιακού διαφράγματος ($r=-0.234$, $p=0.032$), ενώ ο δείκτης IIEF είχε οριακά μη στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με το πάχος του οπισθίου τοιχώματος ($r=-0.170$, $p=0.053$). Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές αναφορικά με τη ΜΑΚ στους ασθενείς με ή χωρίς ΣΔ.

Συμπεράσματα: Η ΜΑΚ υπολογιζόμενη με υπερηχογραφικές μεθόδους αποτελεί έναν πιθανό προγνωστικό δείκτη θνητότητας στους υπερτασικούς ασθενείς, ενώ η αναστροφή της ΥΑΚ μπορεί να βελτιώσει τη σεξουαλική λειτουργία και την πρόγνωση, αν και τα μέχρι τώρα δεδομένα για τους ασθενείς με ΚΑ είναι περιορισμένα.

ΡΟ.11

ΤΟ ΠΑΡΑΔΟΞΟ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ: ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Κ. Κουτσαμπασόπουλος¹, Κ. Ιμπριάλος¹, Α. Κατσιμάρδου¹, Κ. Σταυρόπουλος¹, Δ. Πατουλιάς¹, Μ. Τουμπουρλέκα², Κ. Μπακογιάννης², Χ. Παπαδόπουλος², Μ. Δούμας¹
¹Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

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

Εισαγωγή: Η καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) παρουσιάζει αυξημένη επίπτωση σε υπέρβαρους και παχύσαρκους ασθενείς. Ωστόσο, οι υπέρβαροι και παχύσαρκοι ασθενείς με ΚΑ έχουν καλύτερη επιβίωση σε σχέση με αυτούς με φυσιολογικό ή ελαττωμένο βάρος σώματος (ΒΣ), φαινόμενο γνωστό και ως το παράδοξο της παχυσαρκίας στην ΚΑ. Η παχυσαρκία αυξάνει το κίνδυνο εμφάνισης αρτηριακής υπέρτασης (ΑΥ), ενώ η σχέση της ΑΥ και της ΚΑ είναι καλά τεκμηριωμένη.

Σκοπός: Η μελέτη του προγνωστικού ρόλου της παχυσαρκίας σε υπερτασικούς ασθενείς με ΚΑ.

Υλικό και μέθοδοι: Ασθενείς με ΚΑ αξιολογήθηκαν σε μία συγχρονική μελέτη. Καταγράφηκαν η αρτηριακή πίεση ιατρείου, συστολική (ΣΑΠ) και διαστολική (ΔΑΠ), η διάρκεια της ΑΥ και ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ). Η προγνωστική αξία της παχυσαρκίας αξιολογήθηκε ανάλογα με τον αριθμό των νοσηλειών για ΚΑ κατά το τελευταίο εξάμηνο και έτος.

Αποτελέσματα: Συνολικά 306 διαδοχικοί άνδρες ασθενείς με ΚΑ συμμετείχαν στη μελέτη. Το 45,8% ήταν υπέρβαροι, το 37,2% παχύσαρκοι και το 16,9% με φυσιολογικό ΒΣ. Η ΣΑΠ και η ΔΑΠ είχαν αρνητική συσχέτιση με τον αριθμό των νοσηλειών για ΚΑ κατά το προηγούμενο εξάμηνο και έτος ($r = -0.174$, $p = 0.008$, $r = -0.190$, $p = 0.004$ για τη ΣΑΠ, και $r = -0,130$, $p = 0.049$, $r = -0.155$ και $p = 0.018$ για τη ΔΑΠ, αντίστοιχα). Οι υπέρβαροι, παχύσαρκοι και αδύνατοι ασθενείς δεν είχαν διαφορές αναφορικά με τις ΣΑΠ και ΔΑΠ, αλλά και με τη νοσηρότητα από ΚΑ σύμφωνα με τις νοσηλείες ($p = 0.075$, $p = 0.271$, και $p = 0.407$, αντίστοιχα). Οι υπερτασικοί ασθενείς είχαν υψηλότερες τιμές ΔΜΣ ($p = 0.032$) χωρίς να ανευρεθεί συσχέτιση μεταξύ της ΣΑΠ και ΔΑΠ ιατρείου και του ΔΜΣ. Επίσης, ο ΔΜΣ δεν διέφερε μεταξύ των ασθενών με ή χωρίς ΑΥ και παρότι ο ΔΜΣ είχε αρνητική συσχέτιση με τον αριθμό των νοσηλειών για ΚΑ, το αποτέλεσμα δεν ήταν στατιστικά σημαντικό ($r = -0.062$, $p = 0.346$).

Συμπεράσματα: Σε υπερτασικούς ασθενείς με ΚΑ η συσχέτιση του ΔΜΣ με τη νοσηρότητα σύμφωνα με τον αριθμό των νοσηλειών δεν φάνηκε να είναι σημαντική.

ΡΟ.12

ΠΙΘΑΝΟΙ ΥΠΟΨΗΦΙΟΙ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΣΥΜΠΑΘΗΤΙΚΗΣ ΑΠΟΝΕΥΡΩΣΗΣ, ΣΥΜΦΩΝΑ ΤΙΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΕΙΔΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Μ. Δούμας¹, Εμμ. Ανδρεάδης², Μ. Ανδρόνογλου³, Δ. Βλαχάκος⁴, Ε. Γκαλιαγκούση⁵, Χ. Γράσος⁶, Κ. Δημητριάδης⁷, Π. Ζεμπεκάκης⁸, Α. Ζιάκας⁹, Π. Ηλιάκης⁷, Κ. Θωμόπουλος¹⁰, Ρ. Καλαϊτζίδης¹¹, Εμμ. Καλλίστρατος¹², Δ. Κωνσταντινίδης⁷, Β. Κώτση⁵, Θ. Μακρής¹⁰, Αθ. Μανώλης¹², Μ. Μαρκέτου¹³, Αθ. Μούλιας¹⁴, Π. Νταβλούρος¹⁴, Ι. Παπαδάκης¹⁵, Δ. Παπαδόπουλος¹⁶, Λ. Πουλημένος¹², Χ. Σαββόπουλος³, Η. Σανίδας¹⁶, Π. Σαραφίδης¹⁷, Γ. Στεργίου¹⁸, Ε. Τριανταφυλλίδη¹⁹, Α. Τριανταφύλλου⁵, Α. Χατζητόλιος³, Κ. Τσιούφης⁷

¹Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκη

²Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ευαγγελισμός, Αθήνα

³Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

⁴Νεφρολογική Κλινική, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα

⁵Γ' Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκη

⁶Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΚΑΤ, Αθήνα

⁷Α' Καρδιολογική Κλινική, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα

⁸Α' Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκη

⁹Α' Καρδιολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκη

¹⁰Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Έλενα Βενιζέλου, Αθήνα

¹¹Νεφρολογική Κλινική, ΓΝ Ιωαννίνων, Ιωάννινα

¹²Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΑ Ασκληπιείο, Αθήνα

¹³Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Κρήτη

¹⁴Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα

¹⁵Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Κρήτη

¹⁶Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΑ Λαϊκό, Αθήνα

¹⁷Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

¹⁸Γ' Παθολογική Κλινική, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα

¹⁹Β' Καρδιολογική Κλινική, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα

Εισαγωγή: Μέχρι στιγμής, πολλές μελέτες έχουν δείξει πως η νεφρική συμπαθητική απονεύρωση (ΝΣΑ) είναι ασφαλής και αποτελεσματική σε διάφορες ομάδες ασθενών με αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) και άλλες καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από την παρουσία υπερδραστηριότητας του συμπαθητικού νευρικού συστήματος (ΣΝΣ). Ωστόσο, με τα μέχρι τώρα βιβλιογραφικά δεδομένα δεν υπάρχει ομοφωνία αναφορικά με τους κατάλληλους υποψηφίους ασθενείς για ΝΣΑ.

Σκοπός: Η συλλογή απόψεων των Ελλήνων Ειδικών στην ΑΥ αναφορικά με τους πιθανούς υποψηφίους ασθενείς για τη διενέργεια ΝΣΑ.

Υλικό και μέθοδοι: Οι διευθυντές των Ελληνικών Κέντρων Αριστείας στην ΑΥ μαζί με συνεργάτες τους συναντήθηκαν και συζήτησαν για τις ομάδες των υπερτασικών

ασθενών που θα μπορούσαν να ωφεληθούν από τη ΝΣΑ. Οι απαντήσεις τους καταγράφηκαν και αναλύθηκαν ποιοτικά, με στόχο την επίτευξη συμφωνίας αναφορικά με τους πιθανούς υποψήφιους για ΝΣΑ.

Αποτελέσματα: Συνολικά 25 Έλληνες ειδικοί στην ΑΥ συμμετείχαν στη συνάντηση. Το 84% εξ αυτών συμφώνησε πως οι ασθενείς με ανθεκτική ή μη-ελεγχόμενη ΑΥ είναι οι καταλληλότεροι υποψήφιοι για ΝΣΑ. Επιπλέον, ασθενείς που είτε είναι μη-προσηλωμένοι στη φαρμακευτική αγωγή (72%) είτε διέκοψαν τη φαρμακευτική αγωγή λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών (64%) προτάθηκαν ως πιθανοί υποψήφιοι. Ασθενείς με σοβαρή υπερτροφία της αριστερής κοιλίας ή άλλη βλάβη οργάνου-στόχου προτάθηκαν επίσης (24%). Η τέταρτη προτεινόμενη κατηγορία ασθενών περιλαμβάνει ασθενείς με νοσήματα που σχετίζονται με υπερδραστηριότητα του ΣΝΣ (72%), όπως το σύνδρομο υπνικής άπνοιας, η χρόνια νεφρική νόσος, η καρδιακή ανεπάρκεια, αρρυθμίες και το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών. Η πέμπτη ομάδα συμπεριλαμβάνει ασθενείς με ΑΥ στα αρχικά στάδια (12%), γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας (4%), πρωτοθεραπευόμενους ασθενείς (16%) και νεαρούς ασθενείς χωρίς βλάβη οργάνου-στόχου (12%). Ασθενείς με αυξημένη δραστηριότητα του ΣΝΣ, όπως αυτοί με υπέρμετρη υπέρταση λευκής μπλούζας ή νατριοευσαισθησία, προτάθηκαν επίσης ως πιθανοί υποψήφιοι (8%). Τέλος, ασθενείς που θα προτιμούσαν μια επεμβατική μέθοδο έναντι μιας διαβίου θεραπευτικής αγωγής θα μπορούσαν να είναι επιλέξιμοι (24%).

Συμπεράσματα: Συνολικά, 7 κατηγορίες ασθενών αναγνωρίστηκαν ως πιθανοί υποψήφιοι. Όλοι οι ειδικοί συμφώνησαν για την καταλληλότητα των ασθενών με ανθεκτική υπέρταση. Διάφορες άλλες υποομάδες ασθενών προτάθηκαν. Ωστόσο, περισσότερες κλινικές μελέτες απαιτούνται ώστε να αναγνωρίσουμε σωστά τους καταλληλότερους υποψήφιους για ΝΣΑ, στοχεύοντας στην εξατομικευμένη θεραπεία των υπερτασικών ασθενών.

ΡΟ.13

ΑΠΟΨΕΙΣ ΕΛΛΗΝΩΝ ΕΙΔΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΣΥΜΠΑΘΗΤΙΚΗΣ ΑΠΟΝΕΥΡΩΣΗΣ

Μ. Δούμας¹, Εμμ. Ανδρεάδης², Μ. Ανδρόνογλου³, Δ. Βλαχάκος⁴, Ε. Γκαλιαγκούση⁵, Χ. Γράσος⁶, Κ. Δημητριάδης⁷, Π. Ζεμπεκάκης⁸, Α. Ζιάκας⁹, Π. Ηλιάκης⁷, Κ. Θωμόπουλος¹⁰, Ρ. Κалайтζίδης¹¹, Εμμ. Καλλίστρατος¹², Δ. Κωνσταντινίδης⁷, Β. Κώτση⁵, Θ. Μακρής¹⁰, Α. Μανώλης¹², Μ. Μαρκέτου¹³, Α. Μούλιας¹⁴, Π. Νταβλούρος¹⁴, Ι. Παπαδάκης¹⁵, Δ. Παπαδόπουλος¹⁶, Λ. Πουλημένος¹², Χ. Σαββόπουλος³, Η. Σανίδας¹⁶, Π. Σαραφίδης¹⁷, Γ. Στεργίου¹⁸, Ε. Τριανταφυλλίδη¹⁹, Α. Τριανταφύλλου⁵, Α. Χατζητόλιος³, Κ. Τσιούφης⁷

¹Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκη

²Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ευαγγελισμός, Αθήνα

³Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

⁴Νεφρολογική Κλινική, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα

⁵Γ' Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκη

⁶Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΚΑΤ, Αθήνα

⁷Α' Καρδιολογική Κλινική, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα

⁸Α' Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκη

⁹Α' Καρδιολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκη

¹⁰Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Έλενα Βενιζέλου, Αθήνα

¹¹Νεφρολογική Κλινική, ΓΝ Ιωαννίνων, Ιωάννινα

¹²Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΑ Ασκληπιείο, Αθήνα

¹³Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Κρήτη

¹⁴Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα

¹⁵Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Κρήτη

¹⁶Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΑ Λαϊκό, Αθήνα

¹⁷Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

¹⁸Γ' Παθολογική Κλινική, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα

¹⁹Β' Καρδιολογική Κλινική, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα

Εισαγωγή: Ο ρόλος της νεφρικής συμπαθητικής απονεύρωσης (ΝΣΑ) στην αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης (ΑΥ) παραμένει αμφιλεγόμενος, δεδομένου του αρχικού ενθουσιασμού μετά τις πρώτες κλινικές μελέτες, της μετέπειτα απογοήτευσης μετά τα αποτελέσματα της πρώτης τυχαιοποιημένης μελέτης με ομάδα προσομοίωσης και τα πρόσφατα υποσχόμενα ευρήματα τριών τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών. Επομένως, υπάρχει αβεβαιότητα αναφορικά με τις απόψεις των Ελλήνων ειδικών στην ΑΥ σχετικά με τη ΝΣΑ.

Σκοπός: Η συλλογή των απόψεων των Ελλήνων ειδικών στην ΑΥ σχετικά με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα της ΝΣΑ.

Υλικό και μέθοδοι: Για το σκοπό της παρούσας μελέτης, οι διευθυντές των κέντρων

Αριστείας την ΑΥ μαζί με συνεργάτες τους συναντήθηκαν και συζήτησαν για την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα της ΝΣΑ. Οι απόψεις καταγράφηκαν και αναλύθηκαν ποιοτικά, ώστε να επιτευχθεί συμφωνία για την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα της μεθόδου.

Αποτελέσματα: Συνολικά 25 Έλληνες ειδικοί στην ΑΥ συμμετείχαν στη συνάντηση. Όλοι οι συμμετέχοντες συμφώνησαν σχετικά με τα θετικά αποτελέσματα των τριών πρόσφατων κλινικών μελετών και εξέφρασαν την πεποίθησή τους πως η ΝΣΑ είναι μία αποτελεσματική μέθοδος. Το 44% ανέφερε πως η βελτίωση του καθετήρα της επεμβατικής μεθόδου αναμένεται να βελτιώσει τα αποτελέσματα αυτής. Το 22% των ειδικών εξέφρασε την άποψη πως η μέθοδος επιφέρει ευεργετικά αποτελέσματα στους ασθενείς με βλάβη οργάνου-στόχου και σε αυτούς με αυξημένη δραστηριότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος. Ωστόσο, το 44% των ειδικών επισήμανε την έλλειψη αξιόπιστων προγνωστικών δεικτών για την αποτελεσματικότητα της ΝΣΑ, ενώ το 32% υπέδειξε την έλλειψη μακροχρόνιων προοπτικών μελετών για την αποτελεσματικότητα αυτής. Όλοι οι ειδικοί συμφώνησαν αναφορικά με την ασφάλεια. Εντούτοις, το 64% ανέφερε πως η διάρκεια των κλινικών μελετών ήταν μικρή, επομένως, δεν υπάρχουν δεδομένα σχετικά με την μακροπρόθεσμη ασφάλεια της μεθόδου. Τέλος, το 76% πιστεύει πως η μέθοδος είναι εύκολη και ελάχιστα επεμβατική.

Συζήτηση: Η πλειοψηφία των Ελλήνων ειδικών την ΑΥ συμφώνησαν αναφορικά με την αποτελεσματικότητα της μεθόδου, ενώ σχετικά με την ασφάλεια της ΝΣΑ δεν εγέρθηκε σημαντική ανησυχία. Περισσότερα δεδομένα απαιτούνται ώστε να αναγνωρίσουμε το βαθμό εμπιστοσύνης μεταξύ των ειδικών στην ΑΥ αναφορικά με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα της μεθόδου και των επιμέρους θεμάτων αυτής.

ΡΟ.14

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΣΥΜΠΑΘΗΤΙΚΗΣ ΑΠΟΝΕΥΡΩΣΗΣ ΣΤΗΝ 24ΩΡΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΡΡΥΘΜΙΣΤΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ: ΜΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ, ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΩΝ ΜΕ ΕΙΚΟΝΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΜΕΛΕΤΩΝ

Δ. Πατουλιάς, Α. Κατσιμάρδου, Κ. Ιμπριάλος, Κ. Σταυρόπουλος, Μ. Γκόντη, Κ. Κουτσαμπασόπουλος, Κ. Χαραλαμπίδης, Α. Πιπερίδου, Χ. Παπαδόπουλος, Μ. Δούμας

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

Εισαγωγή: Η μη θεραπευόμενη και μη επαρκώς ρυθμιζόμενη υπέρταση παραμένει ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου παγκοσμίως, καθώς η θεραπεία της υπέρτασης και οι ρυθμοί ελέγχου αυτής παραμένουν χαμηλοί σε πολλές χώρες.

Σκοπός: Η μετα-ανάλυση των επιδράσεων της νεφρικής συμπαθητικής απονεύρωσης (ΝΣΑ) στα επίπεδα της 24ωρης αρτηριακής πίεσης ασθενών με μη θεραπευόμενη ή αρρυθμιστη υπέρταση

Υλικό και Μέθοδοι: Οι μεγάλες βάσεις δεδομένων διερευνήθηκαν για τυχαιοποιημένες, ελεγχόμενες με εικονική παρέμβαση μελέτες από την έναρξη τους ως τον Μάιο του 2019 αξιολογώντας την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια της ΝΣΑ στην αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης, ανεξάρτητα από την τυχαιοποίηση, το σχεδιασμό και το μέγεθος του πληθυσμού.

Αποτελέσματα: Έξι τυχαιοποιημένες, ελεγχόμενες με εικονική παρέμβαση μελέτες αναγνωρίστηκαν και συμπεριλήφθηκαν στην μετα-ανάλυση. Στο σύνολο τους, 981 ασθενείς με υπέρταση διαχωρίστηκαν στις 6 μελέτες προκειμένου να υποβληθούν είτε σε ΝΣΑ (n=585) ή σε εικονική παρέμβαση (n=396). Σε σύγκριση με την εικονική, η ΝΣΑ οδήγησε σε μείωση της 24ωρης συστολικής πίεσης (ΠΣΠ) κατά 3,62 mmHg (95% CI: -5,28 έως -1,96, I²=0%) και της 24ωρης διαστολικής κατά 1,92 mmHg (95% CI: -3,65 έως -0,20, I²=46%). Περαιτέρω ανάλυση κατέγραψε μείωση της ημερήσιας συστολικής ΠΑΠ κατά 5,51 mmHg (95% CI: -7,79 έως -3,23, I²=0%), της νυκτερινής συστολικής ΠΑΠ κατά 3,06 mmHg (95% CI: -8,69 έως 2,56, I²=73%), της ημερήσιας διαστολικής ΠΑΠ κατά 1,90 mmHg (95% CI: -3,48 έως -0,32, I²=4%), και της νυκτερινής διαστολικής ΠΑΠ κατά 0,80 mmHg (95% CI: -3,61 έως -2,02, I²=57%) συγκριτικά με τη εικονική διαδικασία. Δε παρατηρήθηκαν μείζονα θέματα ασφαλείας.

Συμπεράσματα: Η ΝΣΑ συσχετίζεται με σημαντική μείωση των επιπέδων τόσο της 24ωρης συστολικής όσο και της 24ωρης διαστολικής ΠΑΠ. Το κυριότερο είναι ότι ελαττώνει σημαντικά τα επίπεδα της ΠΑΠ κατά τη διάρκεια της ημέρας, ενώ δεν προκαλεί σημαντική ελάττωση των επιπέδων της κατά τη διάρκεια της νύκτας.

ΡΟ.15

Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΜΙΑΣ ΟΛΙΣΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ. ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Δ. Μεντή¹, Γ. Ν. Λυράκος^{1,2}

¹City Unity College, Τμήμα Ψυχολογίας, Αθήνα, Ελλάδα

²Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο της Νίκαιας 'Αγ. Παντελεήμονας', Αθήνα, Ελλάδα

Εισαγωγή: Η αρτηριακή υπέρταση είναι συνήθως αποτέλεσμα υψηλού στρες, ανθυγιεινής διατροφής και έλλειψης άσκησης και μπορεί να εμφανιστεί ακόμη και σε νεαρά άτομα. Ωστόσο, βελτιώνοντας αυτές τις συνήθειες και, μέσα από τεχνικές χαλάρωσης, μειώνοντας τα επίπεδα του στρες μπορούμε να προωθήσουμε τη καλύτερη διαχείριση της υπέρτασης. Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι τέτοιες παρεμβάσεις μπορεί να είναι εξίσου, αν όχι περισσότερο, αποτελεσματικές με τη φαρμακευτική αγωγή. **Σκοπός:** Να βελτιωθεί ο έλεγχος αρτηριακής πίεσης νεαρού ασθενούς, μέσα από μια παρέμβαση τροποποίησης συμπεριφοράς που βασίζεται στη Θεωρία Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς και στη τεχνική θέσπισης στόχων.

Υλικό & Μέθοδοι: Επρόκειτο για μια μελέτη περίπτωσης όπου ο συμμετέχοντας ήταν ένας νεαρός άντρας 32 χρονών με αρτηριακή υπέρταση, ο οποίος ακολουθούσε ένα ανθυγιεινό τρόπο ζωής (έλλειψη άσκησης, κακή διατροφή και έντονο στρες). Η παρέμβαση έκανε χρήση τεχνικών της Θεωρίας Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς (π.χ. στάσεις, νόρμες, αντιλαμβανόμενος έλεγχος πάνω στη συμπεριφορά) και τεχνικών θέσπισης και επίτευξης στόχων.

Αποτελέσματα: Ως αποτέλεσμα της παρέμβασης μειώθηκε η αρτηριακή πίεση του νεαρού άντρα από 12-15, υπό τη χρήση φαρμακευτικής αγωγής, σε 9-12 μέσα σε 8 εβδομάδες. Επίσης, ο συμμετέχοντας βελτίωσε σημαντικά τις συνήθειες του σχετικά με τη διατροφή ενώ, στο τέλος της παρέμβασης, ασκούταν περίπου 210 λεπτά την εβδομάδα. Αυτά τα αποτελέσματα είχαν διατηρηθεί για τουλάχιστον 5 μήνες μετά το πέρας της παρέμβασης.

Συμπεράσματα: Η χρήση μιας παρέμβασης τροποποίησης συμπεριφοράς ήταν εξαιρετικά αποτελεσματική στη μείωση της αρτηριακής πίεσης. Αυτά τα αποτελέσματα τονίζουν τη κλινική αξία παρόμοιων παρεμβάσεων ιδίως τη στιγμή που η φαρμακευτική αγωγή συχνά δεν επαρκεί για απόλυτο έλεγχο της αρτηριακής πίεσης.

ΡΟ.16

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΔΕΙΚΤΩΝ ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΗΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΜΕ ΤΟ ΠΑΧΟΣ ΤΟΥ ΕΣΩ-ΜΕΣΟΥ ΧΙΤΩΝΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΗΣ ΚΑΡΩΤΙΔΑΣ ΣΕ ΝΟΡΜΟΤΑΣΙΚΑ ΑΤΟΜΑ ΚΑΙ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Ν. Τσοούτσουρα, Σ. Σπηλιοπούλου, Α. Μαλακού, Ε. Μητσικώστα, Ε. Καλιακάτσου, Π. Βλαχάκης, Ε. Κορομπόκη, Ε. Μανιός
Θεραπευτική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Αλεξάνδρα

Εισαγωγή: Μελέτες έχουν δείξει ότι η μεταβλητότητα της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) σχετίζεται με ανάπτυξη βλαβών σε όργανα στόχους, ανεξάρτητα από τα επίπεδα ΑΠ.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν να αξιολογήσει την επίδραση διαφόρων δεικτών βραχυπρόθεσμης μεταβλητότητας της ΑΠ στο πάχος του έσω-μέσου χιτώνα της κοινής καρωτίδας (CCA-IMT) σε νορμοτασικούς και υπερτασικούς ασθενείς.

Υλικό και μέθοδοι: Συνολικά 977 άτομα υποβλήθηκαν σε 24ωρη καταγραφή της ΑΠ και σε υπερηχογραφική μελέτη των καρωτίδων. Η βραχυπρόθεσμη μεταβλητότητα της ΑΠ εκφράστηκε από την τυπική απόκλιση (SD), την ταχύτητα μεταβολής (TR), την μέση πραγματική μεταβλητότητα (ARV) και τον συντελεστή μεταβλητότητας (CV) της συστολικής ΑΠ (ΣΑΠ) και διαστολικής ΑΠ (ΔΑΠ) στο 24ωρο. Άτομα με 24ώρες τιμές ΑΠ <130/80mmHg ορίστηκαν ως νορμοτασικά, ενώ εκείνα με τιμές \geq 130/80 mmHg, ως υπερτασικά.

Αποτελέσματα: Στα νορμοτασικά άτομα (47%), το 24ωρο TR της ΣΑΠ ($r=0.184$, $p<0.001$), η 24ωρη ARV της ΣΑΠ ($r=0.202$, $p<0.001$) και η ARV της ΔΑΠ ($r=0.093$, $p=0.046$) σχετίστηκαν σημαντικά με το CCA-IMT. Στους υπερτασικούς ασθενείς (53%), το 24ωρο TR της ΣΑΠ ($r=0.212$, $p<0.001$), η 24ωρη ARV της ΣΑΠ ($r=0.226$, $p<0.001$) και η 24ωρη SD της ΣΑΠ ($r=0.088$, $p=0.046$) σχετίστηκαν σημαντικά με το CCA-IMT. Η πολυπαραγοντική ανάλυση ανέδειξε ότι το 24ωρο TR και η 24ωρη ARV της ΣΑΠ παρουσίαζαν στατιστικώς σημαντική και ανεξάρτητη συσχέτιση με το CCA-IMT.

Συμπεράσματα: Οι δείκτες βραχυπρόθεσμης μεταβλητότητας της ΣΑΠ (SD, TR, ARV) σχετίζονται με το CCA-IMT σε νορμοτασικούς και υπερτασικούς ασθενείς. Το 24ώρο TR και η ARV της ΣΑΠ σχετίζονται σημαντικά με το CCA-IMT, ανεξάρτητα από την μέση τιμή της 24ωρης ΣΑΠ.

ΡΟ.17

ΕΠΑΝΑΛΗΨΙΜΟΤΗΤΑ ΦΑΙΝΟΤΥΠΩΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΜΕΣΩ 24ΩΡΗΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ

Α. Λύκκα, Ν. Τσούτσουρα, Σ. Σπηλιοπούλου, Α. Μαλακού, Ε. Μητσικώστα, Ε. Καλιακάτσου, Ε. Κορομπόκη, Ε. Μανιός
Θεραπευτική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Αλεξάνδρα

Εισαγωγή: Σύμφωνα με τις τιμές της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) στο ιατρείο και εκτός ιατρείου υπάρχουν διαφορετικοί φαινότυποι ΑΠ που έχουν και διαφορετική προγνωστική αξία.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν να εκτιμηθεί η επαναληψιμότητα των τεσσάρων αυτών φαινοτύπων: πραγματικά φυσιολογική ΑΠ (TN), υπέρταση της λευκής μπλούζας (WCH), συγκαλυμμένη υπέρταση (MH) και εμμένουσα υπέρταση (SH).

Υλικό και μέθοδοι: 76 άτομα που δεν ελάμβαναν αντιυπερτασική αγωγή υποβλήθηκαν σε 24ώρη καταγραφή ΑΠ κατά την πρώτη επίσκεψη και έναν μήνα μετά. Βάση των τιμών ΑΠ του ιατρείου και της 24ωρης ΑΠ, ορίστηκαν ως TN (ΑΠ ιατρείου <140/90mmHg και 24ωρη ΑΠ <130/80mmHg), WCH (ΑΠ ιατρείου ≥140/90mmHg και 24ωρη ΑΠ <130/80mmHg), MH (ΑΠ ιατρείου <140/90mmHg και 24ωρη ΑΠ ≥130/80mmHg) και SH (ΑΠ ιατρείου ≥140/90mmHg και 24ωρη ΑΠ ≥130/80mmHg). Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με την βοήθεια του kappa agreement coefficient (KAC).

Αποτελέσματα: οι μετρήσεις κατά την πρώτη επίσκεψη στο ιατρείο έδειξαν ότι ο πληθυσμός της μελέτης αποτελείται από 11 TN (14.5%), 11 WCH (14.5%), 14 MH (18%) and 40 SH (53%). Η επαναληψιμότητα των NT (KAC 0.484), WCH (KAC 0.308), MH (KAC 0.235) ήταν χαμηλή. Αντιθέτως, ο φαινότυπος της SH (KAC 0.532) παρουσίασε μέτρια επαναληψιμότητα.

Συμπεράσματα: Η διάγνωση των TN, WCH και MH μέσω 24ωρης καταγραφής ΑΠ παρουσιάζει πτωχή επαναληψιμότητα, ενώ η διάγνωση της SH μέτρια επαναληψιμότητα.

ΡΟ.18

ΕΠΑΝΑΛΗΨΙΜΟΤΗΤΑ ΔΕΙΚΤΩΝ ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΗΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΝΟΡΜΟΤΑΣΙΚΑ ΑΤΟΜΑ ΚΑΙ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Α. Λύκκα, Ν. Τσουτσουρα, Σ. Σπηλιοπούλου, Α. Μαλακού, Ε. Μητσικώστα, Π. Βλαχάκης, Ε. Κορομπόκη, Ε. Μανιός
Θεραπευτική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Αλεξάνδρα

Εισαγωγή: Η βραχυπρόθεσμη μεταβλητότητα της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) σχετίζεται με ανάπτυξη βλαβών σε όργανα στόχους. Ωστόσο η επαναληψιμότητα της μεταβλητότητας της ΑΠ παραμένει ασαφής.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν να αξιολογήσει την επαναληψιμότητα της βραχυπρόθεσμης μεταβλητότητας της ΑΠ σε νορμοτασικούς και σε υπερτασικούς ασθενείς.

Υλικό και μέθοδοι: 81 άτομα που δεν ελάμβαναν αντιυπερτασική αγωγή υποβλήθηκαν σε 24ωρη καταγραφή της ΑΠ την ημέρα της επίσκεψης στο ιατρείο και έναν μήνα μετά. Άτομα με τιμές 24ωρης ΑΠ $\geq 130/80$ mmHg ορίστηκαν ως υπερτασικά, ενώ εκείνα με τιμές $< 130/80$ mmHg, ως νορμοτασικά. Η βραχυπρόθεσμη μεταβλητότητα της ΑΠ εκφράστηκε από την τυπική απόκλιση (SD), την ταχύτητα μεταβολής (TR), την μέση πραγματική μεταβλητότητα (ARV) και τον συντελεστή μεταβλητότητας (CV) της συστολικής ΑΠ (ΣΑΠ) και της διαστολικής ΑΠ (ΔΑΠ) στο 24ωρο. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια του reliability analysis (intraclass correlation coefficient (ICC)).

Αποτελέσματα: Στα νορμοτασικά άτομα (27%), καλή επαναληψιμότητα παρατηρήθηκε στην 24ωρη SD (ICC 0.826, $p < 0.001$), τον 24ωρο CV (ICC 0.832, $p < 0.001$) και στον ημερήσιο CV (ICC 0.750, $p = 0.002$) της ΣΑΠ. Στους υπερτασικούς ασθενείς (73%), δείκτες με καλή επαναληψιμότητα ήταν η 24ωρη SD της ΣΑΠ (ICC 0.751, $p < 0.001$), η 24ωρη SD της ΔΑΠ (ICC 0.750, $p < 0.001$), ο 24ώρος CV της ΣΑΠ (ICC 0.750, $p < 0.001$) και ο 24ώρος CV της ΔΑΠ (ICC 0.765, $p < 0.001$). Σχεδόν όλοι οι δείκτες νυκτερινής μεταβλητότητας της ΑΠ είχαν χαμηλή επαναληψιμότητα.

Συμπεράσματα: Η επαναληψιμότητα της βραχυπρόθεσμης μεταβλητότητας της ΑΠ διαφέρει σημαντικά. Στους υπερτασικούς οι δείκτες με τη μεγαλύτερη επαναληψιμότητα ήταν η 24ωρη SD και ο 24ωρος CV της ΣΑΠ και ΔΑΠ.

ΡΟ.19

ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ Η ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΤΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΤΗΣ MHEALTH

Α. Βασιλοπούλου¹, Δ.- Δ. Κουτσούρης²

¹Γ.Ν.Ηλείας, Ν.Μ.Πύργου.

²Ε.Μ.Π.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η αρτηριακή υπέρταση ως χρόνια νόσος προκαλεί κόπωση στους ασθενείς που υποχρεούνται σε καθημερινή λήψη φαρμακευτικών σκευασμάτων για τον έλεγχο της. Τα τελευταία χρόνια οι ερευνητές χρησιμοποιούν τα κινητά τηλέφωνα ως πλατφόρμες παροχής διαδραστικών και εξατομικευμένων παρεμβάσεων για θέματα υγείας με χαμηλό κόστος. Συνδυάζοντας τις επιστήμες της πληροφορικής και της υγείας επιδιώκεται η θετική αλληλεπίδρασή τους προς όφελος του ανθρώπου.

ΣΚΟΠΟΣ: Στην παρούσα εργασία στόχος είναι να ερευνηθεί ο βαθμός που μια ηλεκτρονική εφαρμογή κινητού τηλεφώνου (mHealth), μπορεί να συμβάλει στην βελτίωση της φαρμακευτικής συμμόρφωσης ασθενών με χρόνια αρτηριακή υπέρταση.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Δείγμα 100 συμμετεχόντων διαιρεμένοι σε δύο ομάδες των 50 ασθενών. Η μια ομάδα έκανε χρήση m health εφαρμογής φαρμακευτικής υπενθύμισης κινητού τηλεφώνου (smart phone) και η άλλη ομάδα ακολούθησε τη μέθοδο της αυτοαναφοράς.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σε αυτή τη μελέτη διερευνήθηκε η προσήλωση στη φαρμακευτική συμμόρφωση που επέδειξαν οι δύο ομάδες υπερτασικών ασθενών οι οποίες συγκρίθηκαν μεταξύ τους για το ίδιο χρονικό διάστημα των δύο μηνών. Από τη στατιστική ανάλυση του δείγματος των συμμετεχόντων, δεν προέκυψε σημαντική διαφοροποίηση των δύο ομάδων ως προς τις μεταβλητές ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, οικονομική κατάσταση, ενώ υπήρξε μικρή διαφοροποίηση ως προς τη μεταβλητή φύλλο με τους άνδρες να αποδεικνύονται πιο συνεπείς στην φαρμακευτική συμμόρφωση σε σχέση με τις γυναίκες με τιμή πιθανότητας 0,11 (p -value<0,05). Η χρήση m health εφαρμογής δείχνει να συνδράμει θετικά ως προς την επίτευξη φαρμακευτικής συμμόρφωσης σε χρόνιους υπερτασικούς ασθενείς.

ΡΟ.20

ΦΑΙΝΟΤΥΠΟΙ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΕ ΝΕΑΡΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΒΑΣΗ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΕΝΤΟΣ ΚΑΙ ΕΚΤΟΣ ΙΑΤΡΕΙΟΥ: ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΟΡΓΑΝΩΝ ΣΤΟΧΩΝ

A. Ντινέρη¹, Μ.-Ε. Ζενιώδη¹, Αν. Κόλλιας¹, Γ. Σέρβος², Ι. Μωυσάκης³, Α. Δεστούνης¹, Α. Βαζαίου⁴, Γ. Σ. Στεργίου¹

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

²Καρδιολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Παιδων «Π. & Α. Κυριακού», Αθήνα

³Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Λαϊκό», Αθήνα

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

Εισαγωγή: Μελέτες στους ενήλικες έχουν δείξει ότι οι ενδιάμεσοι φαινότυποι υπέρτασης (υπέρταση λευκής μπλούζας [ΥΛΜ], συγκαλυμμένη υπέρταση [ΣΥ]) είναι συχνοί και συνδέονται με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο σε σχέση με τους νορμοτασικούς (ΝΤ).

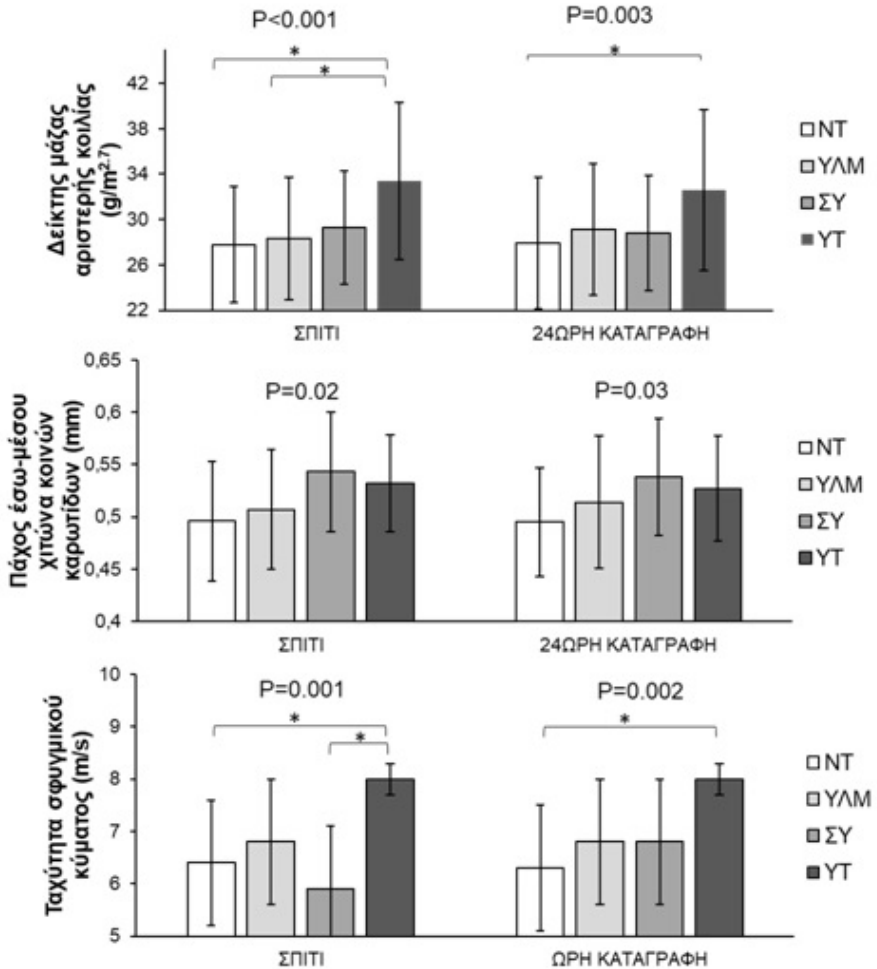
Σκοπός: Αξιολόγηση του επιπολασμού φαινοτύπων υπέρτασης σε νεαρά άτομα όπως προκύπτει από συνδυασμένη χρήση μετρήσεων της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) εντός και εκτός ιατρείου και της σχέσης τους με δείκτες ασυμπτωματικής βλάβης οργάνων-στόχων (ΒΟΣ).

Μέθοδος: Άτομα 6-25 ετών που παραπέμφθηκαν για αξιολόγηση αυξημένης ΑΠ και υγιείς εθελοντές αξιολογήθηκαν με μετρήσεις ΑΠ στο ιατρείο (2-3 επισκέψεις), 7ήμερο πρόγραμμα μετρήσεων στο σπίτι και 24ωρη καταγραφή και κατηγοριοποιήθηκαν σε ΥΛΜ, ΣΥ, σταθερή υπέρταση (ΥΤ) και ΝΤ. Η ΒΟΣ εκτιμήθηκε με (α) δείκτη μάζας αριστερής κοιλίας (ΔΜΑΚ), (β) πάχος έσω-μέσου χιτώνα κοινών καρωτίδων (ΠΧΚ) και (γ) ταχύτητα σφυγμικού κύματος (ΤΣΚ).

Αποτελέσματα: Αναλύθηκαν 233 άτομα (ηλικία 14.1 ± 4.0 έτη, 72% άρρενα, ΔΜΣ 23.8 ± 4.6 kg/m²; 31.8% παιδιά, 53.2% έφηβοι, 15% νεαροί ενήλικες). 189 είχαν μετρήσεις ΔΜΑΚ, 123 ΠΧΚ και 73 ΤΣΚ. Διάγνωση ΝΤ/ΥΛΜ/ΣΥ/ΥΤ τέθηκε σε 60.5/14.2/9.9/15.5% των συμμετεχόντων με τις μετρήσεις στο σπίτι και στο 57.9/14.2/12.4/15.5% με την 24ωρη καταγραφή (84.9% συμφωνία, κ 0.74). Οι δύο μέθοδοι έδωσαν συγκρίσιμη διαστρωμάτωση για την ΒΟΣ ανάλογα με την κατάταξη σε φαινότυπους. Τα άτομα με ΥΤ είχαν υψηλότερο ΔΜΑΚ και ΤΣΚ από τα νορμοτασικά ($P < 0.01$) και παρόμοια τάση παρατηρήθηκε για το ΠΧΚ ($P = 0.07$) (Εικόνα).

Συμπεράσματα: Οι μετρήσεις ΑΠ στο σπίτι και την 24ωρη καταγραφή διέγνωσαν παρόμοια ποσοστά φαινοτύπων ΑΠ σε νεαρά άτομα. ΥΤ διαγνωσμένη με οποιαδήποτε από τις μεθόδους συσχετίστηκε με βαρύτερη ΒΟΣ.

Εικόνα. Ασυμπτωματική βλάβη οργάνων στόχων σε άτομα με φυσιολογική αρτηριακή πίεση (NT), υπέρταση λευκής μπλούζας (ΥΛΜ), συγκαλυμμένη υπέρταση (ΣΥ) και σταθερή υπέρταση (ΥΤ) με βάση μετρήσεις στο σπίτι και 24ωρη καταγραφή (μέσος όρος \pm σταθερή απόκλιση, *, $P < 0.01$ για post-hoc συγκρίσεις)



ΡΟ.21

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΝΥΧΤΕΡΙΝΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΜΕ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΜΕ 24ΩΡΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ: ΕΦΑΡΜΟΣΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΙΜΗΣΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ

Ι. Μπουντζώνα¹, Ε. Σταμπολλίου¹, Α. Κόλλιας¹, Α. Ντινέρι¹, Γ. Σέρβος², Α. Βαζαίου³, Γ. Σ. Στεργίου¹

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

²Καρδιολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Παιδών «Π. & Α. Κυριακού», Αθήνα

³Α' Παιδιατρική Κλινική, Νοσοκομείο Παιδών «Π. & Α. Κυριακού», Αθήνα

Εισαγωγή: Πιεσόμετρα νέας τεχνολογίας για μετρήσεις αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) στο σπίτι παρέχουν τη δυνατότητα αυτόματων μετρήσεων κατά τον νυκτερινό ύπνο.

Σκοπός: Αξιολόγηση εφαρμοσιμότητας και αποδοχής μετρήσεων νυκτερινής ΑΠ στο σπίτι σε σύγκριση με την 24ωρη καταγραφή σε παιδιά και εφήβους.

Μέθοδος: Υγιή παιδιά και έφηβοι 6-18 ετών που παραπέμφθηκαν για αυξημένη ΑΠ υποβλήθηκαν σε 24ωρη καταγραφή (Microlife WatchBP O3) και μετρήσεις ΑΠ στο σπίτι τη νύχτα (3 νύχτες, 3 ωριαίες μετρήσεις/νύχτα, Microlife WatchBP Home-N). Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο όπου αξιολογήθηκαν η αποδοχή, συνεργασιμότητα, στρες, ενόχληση, διατάραξη ύπνου, ευκολία και προτίμηση μεταξύ των δύο μεθόδων. Η βαθμολογία κάθε ερώτησης κυμαινόταν από 0 έως 4 (4 για μεγαλύτερη ενόχληση/δυσκολία).

Αποτελέσματα: Αναλύθηκαν 84 συμμετέχοντες (ηλικία 13.3±2.8 έτη, 49 αγόρια, 15 με υπέρταση). Η αξιολόγηση νυκτερινής ΑΠ με μετρήσεις στο σπίτι ήταν εφικτή σε όλους (2.9±0.4 νύχτες [εύρος 1-3], 7.9±1.6 μετρήσεις [εύρος 2-9]). Εντονότερο στρες και ενόχληση τη νύχτα αναφέρθηκαν με την 24ωρη καταγραφή συγκριτικά με μετρήσεις στο σπίτι (1.2±0.8 έναντι 0.9±0.7, p<0.01), παρά την παρόμοια διατάραξη ύπνου (1.7±1.4 έναντι 1.6±1.3, p=NS, σοβαρή διατάραξη σε 12% έναντι 8%). Η 24ωρη καταγραφή θεωρήθηκε λιγότερο εύκολη και εφικτή από τις μετρήσεις στο σπίτι (1.3±1.1 έναντι 0.9±1.0, p=0.02). Η συνεργασιμότητα ήταν παρόμοια με τις 2 μεθόδους (67% έναντι 68%). Για την επόμενη αξιολόγηση της νυκτερινής πίεσης 74% προτίμησαν τις μετρήσεις στο σπίτι έναντι της 24ωρης καταγραφής.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι σε παιδιά και εφήβους η νυκτερινή καταγραφή ΑΠ στο σπίτι είναι εφικτή και με τάση καλύτερης αποδοχής από την 24ωρη καταγραφή.

PO.22

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΟΛΜΕΣΑΡΤΑΝΗ: ΜΗ ΠΑΡΕΜΒΑΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ‘FAMILY’ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

A. Κόλλιας¹, Γ. Κατσιμαγκλής², A. Μαστροκωστόπουλος², Γ. Σ. Στεργίου¹; Εκ μέρους των Ερευνητών της Μελέτης FAMILY

¹Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ' Παθολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», Αθήνα, Ελλάδα

²Α' Καρδιολογική Κλινική, Ναυτικό Νοσοκομείο, Αθήνα, Ελλάδα

Σκοπός: Η FAMILY είναι μελέτη παρατήρησης με σκοπό την καταγραφή των χαρακτηριστικών και του ελέγχου της αρτηριακής πίεσης στο ιατρείο (ΑΠΙ) σε υπερτασικούς ασθενείς υπό θεραπεία με ολμεσαρτάνη.

Μέθοδος: Ιατροί της πρωτοβάθμιας περίθαλψης αξιολόγησαν υπερτασικούς υπό σταθερή θεραπεία με βάση την ολμεσαρτάνη.

Αποτελέσματα: 4.883 θεραπευόμενοι υπερτασικοί (άνδρες 54%, ηλικία $66,5 \pm 11,2$ έτη, διαβητικοί 26%) αξιολογήθηκαν από 491 ιατρούς (48% καρδιολόγοι, 39% παθολόγοι, 12% γενικοί ιατροί).

Η ΑΠΙ ήταν $137,6 \pm 16,0/82,4 \pm 9,8$ mmHg (56% με $<140/90$ mmHg). Οι συμμετέχοντες λάμβαναν $2,2 \pm 0,8$ αντιυπερτασικά φάρμακα (μονοθεραπεία ολμεσαρτάνη: 21%, 2 φάρμακα: 44%, 3: 30%, ≥ 4 : 5%). Σταθεροί συνδυασμοί: ολμεσαρτάνη/αμλοδιπίνη 37%, ολμεσαρτάνη/υδροχλωροθειαζίδη 28%, ολμεσαρτάνη/αμλοδιπίνη/υδροχλωροθειαζίδη 35%. Σταθεροί συνδυασμοί χρησιμοποιούνταν συχνότερα από καρδιολόγους ($p < 0,01$). 13% των ασθενών παρέλειπε τουλάχιστον μία δόση την εβδομάδα (λόγω πολύπλοκου θεραπευτικού σχήματος σε 75%). Η ρύθμιση της υπέρτασης ήταν: (i) καλύτερη στους μη διαβητικούς συγκριτικά με διαβητικούς ($p < 0,01$), (ii) χειρότερη σε ασθενείς υπό μονοθεραπεία συγκριτικά με συνδυασμούς ($p < 0,05$), (iii) καλύτερη σε ασθενείς υπό σταθερούς συνδυασμούς συγκριτικά με ελεύθερους ($p < 0,01$). Σε ασθενείς με αρρυθμιστή ΑΠΙ, οι ιατροί προέβησαν σε: αύξηση δόσης (18%), προσθήκη φαρμάκου (17%), αντικατάσταση φαρμάκου (3%), απλούστευση θεραπείας με σταθερό συνδυασμό (7%), καμία μεταβολή (55%).

Συμπεράσματα: Συνδυασμοί αντιυπερτασικών φαρμάκων και σταθεροί συνδυασμοί χρησιμοποιούνται ευρέως στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Παρόλα αυτά, η ρύθμιση της υπέρτασης δεν είναι ικανοποιητική, ιδιαίτερα στους διαβητικούς, αλλά και σε αυτούς υπό μονοθεραπεία. Η «αδράνεια» των ιατρών και πολύπλοκα θεραπευτικά σχήματα αποτελούν βασικά εμπόδια στη ρύθμιση. Για την καλύτερη ρύθμιση της υπέρτασης χρειάζονται επιθετικότερη και απλούστερη θεραπεία και ευρύτερη χρήση τριπλών σταθερών συνδυασμών και φαρμάκων δεύτερης γραμμής.

PO.23

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ ΤΩΝ ΑΓΩΝΙΣΤΩΝ ΤΩΝ ΥΠΟΔΟΧΕΩΝ GLP-1 ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ SGLT-2 ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΤΗ ΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ SGLT-2 ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ: ΜΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ

Δ. Πατουλιάς, Α. Κατσιμάρδου, Μ. Καλογήρου, Κ. Ιμπριάλος, Κ. Σταυρόπουλος, Ζ. Τέγου, Ι. Ζωγράφου, Κ. Χρήστου, Ι. Λινάρδου, Α. Σαχινίδης, Μ. Δούμας
Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

Εισαγωγή: Οι αναστολείς συμμεταφορέων-2 νατρίου- γλυκόζης (SGLT-2i) και οι αγωνιστές του πεπτιδίου αναλόγου του γλυκογόνου (GLP-1RAs) θεωρούνται πλέον ως εξέχουσας σημασίας στη θεραπεία του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2).

Σκοπός: Η μελέτη της επίδρασης του συνδυασμού SGLT-2i με GLP-1RA στα επίπεδα της μετρούμενης στο ιατρείο αρτηριακής πίεσης.

Υλικό και Μέθοδοι: Οι μεγάλες βάσεις δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν για την ανεύρεση τυχαιοποιημένων μελετών (RCT's) με διάρκεια ≥ 12 εβδομάδες, από την έναρξή τους ως το Μάιο του 2019, αξιολογώντας την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα της προσθήκης ενός GLP-1RA σε έναν SGLT-2i συγκριτικά με τη μονοθεραπεία με SGLT-2i σε ασθενείς με ΣΔτ2.

Αποτελέσματα: Ανευρέθηκαν τρεις μεγάλες RCTs (συγκεκριμένα, η AWARD-10, η DURATION-8 και η SUSTAIN 9), με συνολικά συγκεντρωμένα δεδομένα από 1.042 ασθενείς διαγνωσμένους με ΣΔτ2. Η χορήγηση της μέγιστης δόσης ενός GLP-1RA συμπληρωματικά σε θεραπεία με SGLT-2i συγκριτικά με τη μονοθεραπεία με SGLT-2i οδήγησε σε αξιοσημείωτη μείωση των επιπέδων της συστολικής αρτηριακής πίεσης κατά 3.64 mmHg (95% CI: -6.24 έως -1.03, $I^2=68\%$), παρόλο που δεν επηρέασε σημαντικά τα επίπεδα της διαστολικής αρτηριακής πίεσης (μέση διαφορά= -0.51, 95% CI: -1.51 έως 0.49, $I^2=0\%$).

Συμπέρασμα: Τόσο οι SGLT-2i όσο και οι GLP-1RAs έχουν δείξει σημαντική καρδιαγγειακή αποτελεσματικότητα. Ωστόσο, δεν υπάρχουν δεδομένα σχετικά με την αποτελεσματικότητά τους στα καρδιαγγειακά επεισόδια όταν χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό, εγείροντας το ερώτημα της πιθανής συνεργικότητας των δυο κατηγοριών των φαρμάκων αυτών ως προς την καρδιοπροστατευτική δράση. Η παρούσα μετα-ανάλυση αναδεικνύει αξιοσημείωτη, συνεργική δράση στα επίπεδα της συστολικής αρτηριακής πίεσης. Περαιτέρω RCTs απαιτούνται προκειμένου να υποστηρίξουν αυτήν την υπόθεση.

ΡΟ.24

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ: ΜΙΑ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ, ΜΕΙΚΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ ΜΕΛΕΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Β. Διοσιάν^{1,2}, Αν. Παπαιωάννου^{1,2}, Ν. Λεοτσάκος³, Α. Τσίπου⁴, Α. Κοντού⁵, Ι. Πλατάκης⁶, Ξ. Δράκου³, Σ. Μπίρκα⁷, Α. Μαριόλης⁸, Η. Τυροδήμος⁹, Ζ. Τσίμτσιου^{1,7,10}

¹Επιτροπή Έρευνας Ελληνικής Εταιρείας Γενικής/ Οικογενειακής Ιατρικής ²Π.Ι Κουτσού-Κέντρο Υγείας Αβδήρων Ξάνθης ³1^η ΤΟ.Μ.Υ. Νίκαιας Αττικής ⁴1^η ΤΟ.Μ.Υ. Αιγάλεω Αττικής ⁵2^η ΤΟ.Μ.Υ. Αιγάλεω Αττικής, ⁶Κέντρο Υγείας Μοιρών Ηρακλείου ⁷Κέντρο Υγείας Εύοσμου, Εύοσμος Θεσσαλονίκης ⁸Κέντρο Υγείας Αρεόπολης Λακωνίας ¹⁰Εργαστήριο Υγιεινής, Κοινωνικής- Προληπτικής Ιατρικής και Ιατρικής Στατιστικής, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Η χαμηλή εμβολιαστική κάλυψη στους ενήλικες καθώς και η αυξανόμενη επιρροή του αντι-εμβολιαστικού κινήματος έχουν συμπεριληφθεί στις δέκα απειλές για τη δημόσια υγεία από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας για το 2019.

Σκοπός της μελέτης ήταν να καταγραφεί η εμβολιαστική κάλυψη σε υπερτασικούς ασθενείς για έξι εμβόλια του Εθνικού Προγράμματος Εμβολιασμού Ενηλίκων 2018-2019 (γρίπης, τετάνου, πνευμονιοκόκκου, έρπη ζωστήρα, ηπατίτιδας Β και ιλαράς).

Υλικό και Μέθοδοι: Η μεικτής μεθοδολογίας μελέτη πραγματοποιήθηκε από 23 γενικούς γιατρούς στα ιατρεία τους (Νομοί: Αττικής, Θεσσαλονίκης, Πιερίας, Εύβοιας, Καρδίτσας, Κορινθίας, Ηρακλείου, Χαλκιδικής, Ξάνθης και Έβρου). Τρία άτομα ημερησίως από κάθε ιατρείο, που επιλέχθηκαν με τη βοήθεια γεννήτριας τυχαίων αριθμών, για 30 συνεχόμενες εργάσιμες ημέρες, προσκλήθηκαν να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο της μελέτης.

Αποτελέσματα Συμμετείχαν 1.571 άτομα (ποσοστό ανταπόκρισης 75,9%). Αρτηριακή υπέρταση βρέθηκε στο 38,5%(n=604). Η μέση ηλικία των υπερτασικών ήταν 68,6 έτη (±9,8, ελαχ.28 -μεγ.91) και 58,3%(n=352) ήταν γυναίκες. Υπέρ του εμβολιασμού στους ενήλικες τάχθηκε 81,6 %(n=493) των υπερτασικών, αναποφάσιστοι 5,6%(n=34) και κατά 7,9%(n=48). Εμβολιασμένοι για την εποχική, μεταξύ των άνω των 60 ετών, κατά το τρέχον έτος ήταν το 71,3%(n=351), για πνευμονόκοκκο 47,3%(n=198), για τέτανο εντός δεκαετίας 15,1%(n=91), για έρπη ζωστήρα στους ≥60 ετών 12,4%(n=61), για ηπατίτιδα Β 2,6%(n=16), για ιλαρά (2^η δόση MMR) σε γεννημένους μετά το 1970 39,1%(n=9).

Συμπεράσματα: Η εμβολιαστική κάλυψη των υπερτασικών ήταν χαμηλή, με την εξαίρεση του αντιγριπικού εμβολιασμού, παρά το ότι η πλειοψηφία τους πιστεύει στην αξία του εμβολιασμού. Η ενημέρωση και κινητοποίηση των υπερτασικών ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας μπορεί να συμβάλει καθοριστικά στην αύξηση της εμβολιαστικής τους κάλυψης.

ΡΟ.25

ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Δ. Τσίλιας¹, Ε. Σταματοπούλου², Α. Σταματοπούλου³, Δ. Χανιώτης⁴, Γ. Ντουσιάς⁵

¹Νοσηλεύτης Τ.Ε. ΜSc Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών Π. & Α. Κυριακού

²ΜSc Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, ΜSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας Κοινωνικής Πρόνοιας Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου & Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Λειτουργός Δημόσιας Υγείας, Εκπαιδευτικός, Νοσηλεύτρια Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, Member PCRS-UK

³Ph.D. (c) Οικονομολόγος, ΜSc international Human Recourse Management, ΜSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας ΠΑ.Δ.Α. & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Εκπαιδευτικός, Ακαδημαϊκή Υπότροφος Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

⁴Πρόεδρος Αποφοίτων π. Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας - Πρόεδρος Τμήματος Βιοϊστρικών Επιστημών ΠΑΔΑ

⁵Καθηγητής, Πρόεδρος, Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, Σχολή Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

Εισαγωγή: Η υπέρταση είναι η πιο συχνή ασθένεια που προκαλεί σημαντική νοσηρότητα, θνησιμότητα και επιβάρυνση δαπανών για την υγεία. Είναι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα Δημόσιας Υγείας τόσο στον ανεπτυγμένο όσο και στον αναπτυσσόμενο κόσμο. Είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου τόσο για τα καρδιαγγειακά νοσήματα, όσο και τις εγκεφαλοαγγειακές επιπλοκές και νεφρικές επιπλοκές με αυξημένη θνητότητα.

Σκοπός: Η ανάδειξη της χρήσης των μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων σε ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση.

Υλικό και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed με λέξεις κλειδιά: arterial hypertension non-pharmacological interventions.

Αποτελέσματα: Η σωστή αντιμετώπιση της υπέρτασης περιλαμβάνει φαρμακολογικές καθώς και μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις. Επιδημιολογικά δεδομένα υποστηρίζουν τη συμβολή πολλών διαιτητικών και άλλων σχετικών παραγόντων κινδύνου που αφορούν τον τρόπο ζωής στην ανάπτυξη της υπέρτασης. Αρκετές μελέτες υποστηρίζουν ότι οι μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη της υπέρτασης και να συμβάλλουν στη μείωση της ημερήσιας δόσης της αντιυπερτασικής φαρμακευτικής αγωγής και στην καθυστέρηση της εξέλιξης από την προ-υπέρταση σε στάδιο υπέρτασης. Οι μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις, περιλαμβάνουν αυτοέλεγχο, εκπαίδευση, τροποποιήσεις στον τρόπο ζωής, την μείωση πρόσληψης αλατιού στην διατροφή, παραδοσιακή μεσογειακή διατροφή, σωματική άσκηση, απώλεια βάρους, αποφυγή αγχωτικού τρόπου ζωής, ελαχιστοποίηση κατανάλωσης οιοπνεύματος, διακοπή του καπνίσματος, γιόγκα. Επίσης αναφέρεται ως μη φαρμακολογική παρέμβαση η βαριατρική χειρουργική επέμβαση για παχύσαρκα άτομα με υπέρταση και διαβήτη. Κλινικές μελέτες αναφέρουν ότι οι τροποποιήσεις του τρόπου ζωής είναι δύσκολο να διατηρηθούν.

Συμπεράσματα: Η μη φαρμακολογική θεραπεία της υπέρτασης αποτελεί σοβαρή πρόκληση για τις πολιτικές Δημόσιας Υγείας ως στρατηγική παρέμβασης για τη θεραπεία της υπέρτασης.

ΡΟ.26

ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΓΙΑ ΜΕΙΖΟΝΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΒΑΜΑΤΑ ΤΗΣ ΥΠΟΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗΣ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

M.B. Παπαβασιλείου¹, Α. Καραμάνου², Δ. Αραβαντινός², Β. Κακιούζη², Γ. Μουστάκας³

¹Metropolitan General Hospital Αθήνα

²Σισμανόγλειον ΓΝΑ

³ΤΟΜΥ Αγ Παρασκευής Αττικής

Σκοπός της μελέτης: ήταν να διερευνηθεί ο ρόλος της υπολλειμματικής χοληστερόλης στην καρδιαγγειακή έκβαση υπερτασικών ασθενών

Μέθοδος και Υλικό: Μελετήθηκαν προοπτικά 684 υπερτασικοί ασθενείς (52,5% γυναίκες) μέσης ηλικίας κατά την έναρξη της μελέτης 56,2±13,2 ετών, μέσης ΣΑΠι/ΔΑΠι: 149,8±21/93,1±12,3 mmHg, μέσης ΚΣι: 75,9±12 σφ/1, θεραπευόμενοι (45.3%), ή νεοδιαγνωσθέντες χωρίς καμμία φαρμακευτική αγωγή. Η χρονική περίοδος παρακολούθησης ήταν 9,6±6,3 έτη. Η υπολλειμματική χοληστερόλη των ασθενών υπολογίστηκε κατά την ένταξη στη μελέτη: ΥΠΧΟΛ=ΟΛΧΟΛ-LDLΧΟΛ-HDLΧΟΛ(mg/dL). Μείζονα καρδιαγγειακά συμβάματα(ΜΚΑΣ) καθορίστηκαν τα εξής: έμφραγμα μυοκαρδίου, ασταθής στηθάγχη, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή παροδικό, περιφερικό αγγεικό επεισόδιο με παρέμβαση, καρδιακή ανεπάρκεια, καρδιαγγειακός θάνατος. Υπολογίσαμε την προγνωστική σημασία της ΥΠΧΟΛ στα ΜΚΑΣ χρησιμοποιώντας το survival Cox proportional hazard model.

Αποτελέσματα: Πίνακας 1.

Τα έτη παρακολούθησης ήταν 9,6±6.3. Καταγράφηκαν 269 ΜΚΑΣ στο τέλος της μελέτης. Η μέση τιμή της ΥΠΧΟΛ=25.38 ±15.8 mg/dL

Πίνακας 1. Hazard ratio για ΥΠΧΟΛ και ΜΚΑΣ			
	Hazard ratio	95% Confidence Intervals	P value
ΥΠΧΟΛ (mg/dl)	1,010	1,004 - 1,016	0,002

ΥΠΧΟΛ= υπολλειμματική χοληστερόλη

Συμπέρασμα: Τα επίπεδα της ΥΠΧΟΛ υπερτασικών ασθενών είναι προγνωστικός παράγων για ΜΚΑΣ

ΡΟ.27

ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Χ. Αναγνωστόπουλος, Σ. Υφαντής, Φ. Αναγνωστοπούλου, Α. Ευαγγελάτος
Κέντρο Υγείας Βασιλικής, Λευκάδα, ² Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Σόφιας, Βουλγαρία

Εισαγωγή: Η αρτηριακή υπέρταση και η στεφανιαία καρδιακή νόσος συχνά συνυπάρχουν. Σημαντικά στοιχεία υποδηλώνουν κοινά σημεία στον παθογενετικό μηχανισμό μεταξύ των δύο νόσων.

Σκοπός: Η προσπάθεια συσχέτισης της παθοφυσιολογίας των δύο προαναφερθέντων νοσημάτων και η ανάδειξη πιθανού οφέλους στην εξέλιξη της στεφανιαίας καρδιακής νόσου με τη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης.

Υλικό και Μέθοδοι: Αναζήτηση και συλλογή πληροφοριών από μελέτες και άρθρα παγκόσμιας βιβλιογραφίας.

Αποτελέσματα και Συμπεράσματα: Η χρόνια αύξηση της αρτηριακής πίεσης οδηγεί σε αυξημένο μηχανικό στρες και διαπερατότητα στο ενδοθήλιο των αρτηριών, ενώ προδιαθέτει στην εναπόθεση λιπιδίων και το σχηματισμό αθηρωματικής πλάκας. Συνδυάζοντας επίσης τη διαταραχή λειτουργίας των ενδοθηλιακών κυττάρων, το ριμο-ντελινγκ και την αυξημένη αντίσταση των αγγείων, συντελείται μείωση της χωρητικότητάς τους. Ο έσω χιτώννας των αρτηριών και αρτηριολίων σε ασθενείς με υπέρταση ευρίσκεται πεπαχυσμένος, φαινόμενο που επιτείνεται περαιτέρω με την παρουσία αριστεράς κοιλιακής υπερτροφίας, προκαλώντας μειωμένη παραγωγή αγγειοδιασταλτικών παραγόντων και μορίων που αναστέλλουν την περιαγγειακή εναπόθεση κολλαγόνου και τον πολλαπλασιασμό των λείων μυϊκών κυττάρων του αγγείου. Οι ανωτέρω διαταραχές επεκτείνονται και στα στεφανιαία αγγεία, τα οποία εμφανίζουν μείωση της χωρητικότητάς τους και επιπλέον επιβάρυνση της ήδη στερούμενης σε οξυγόνο υπερτροφικής αριστεράς κοιλίας. Συμπερασματικά, εάν ο ασθενής ρυθμίσει την αρτηριακή του πίεση στο θεραπευτικό πλαίσιο τιμών ακολουθώντας ορθή φαρμακευτική και διαιτητική αγωγή σύμφωνα με τον θεράποντα Ιατρό, οι παθολογοανατομικές διαταραχές των αγγείων θα υποστρέψουν, ελαχιστοποιώντας τον κίνδυνο για νέα καρδιολογικά συμβάματα στο υπόβαθρο υπέρτασης και στεφανιαίας καρδιακής νόσου.

ΡΟ.28

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΟΛΜΕΣΑΡΤΑΝΗ ΚΑΙ ΧΛΩΡΘΑΛΙΔΟΝΗ ΣΤΙΣ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΥΣ ΣΕ ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΝΤΕΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Μ. Ποικιλίδου, Ε. Παπακωνσταντίνου, Π. Γεωργιανός, Σ. Νανούδης, Ά. Γραμματικοπούλου, Λ. Χατζησταυρή, Λ. Κωνσταντινίδης, Π. Ζεμπεκάκης

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να συγκρίνουμε την επίδραση ενός θειαζιδικού διουρητικού και ενός ανταγωνιστή των υποδοχέων της αγγειοτενσίνης στους αιμοδυναμικούς παράγοντες, που μετρώνται με τη ρεοκαρδιογραφία (impedance cardiography, IC), σε ασθενείς που δεν λάμβαναν θεραπεία και έφτασαν τον στόχο της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) μετά τη θεραπεία.

Άτομα και μέθοδοι: 66 άτομα (n=36 για το γκρουπ της ολμεσαρτάνης και n=30 για το γκρουπ της χλωρθαλιδόνης), έλαβαν θεραπεία για 12 εβδομάδες με κλιμάκωση της δόσης μέχρι στόχου ΑΠ. Στην αρχή και το τέλος της μελέτης στα άτομα μετρήθηκαν οι ρεοκαρδιογραφικές παράμετροι με το σύστημα Cardioscreen 2000. Ο παράγοντας Defined Daily Dose factor - DDD factor χρησιμοποιήθηκε για να γίνουν τα δύο φάρμακα συγκρίσιμα ως προς τη δόση τους ώστε να χρησιμοποιηθούν στη στατιστική ανάλυση. Η ανάλυση της διακύμανσης (Analysis of Covariance, ANCOVA) χρησιμοποιήθηκε για να βρεθούν οι διαφορές μεταξύ των 2 μοντέλων μετά από την διόρθωση για την αρχική τιμή της παραμέτρου και τον παράγοντα DDD.

Αποτελέσματα: Τα επίπεδα της πίεσης ήταν συγκρίσιμα και στα 2 γκρουπ στην αρχή και το τέλος της μελέτης. Μετά από διόρθωση για τον παράγοντα DDD και την αρχική τιμή της παραμέτρου υψηλότερη διαφορά στον όγκο παλμού (Stroke Volume, ΔSV) βρέθηκε στην ομάδα της ολμεσαρτάνης ($\beta=22.9$, $p<0.001$) ενώ παρόμοια υψηλότερος βρέθηκε και ο δείκτης του όγκου παλμού (stroke index, ΔSI) ($\beta=10.5$, $p<0.001$), ο καρδιακός δείκτης (cardiac index, ΔCI) ($\beta=0,61$, $p=0.006$) και ο δείκτης επιτάχυνσης (acceleration index, ΔAI) ($\beta=26.4$, $p<0.001$), ο δείκτης της ευενδοτότητας (total artery compliance index, ΔTACI) ($\beta=0,19$, $p=0.04$) και ταχύτητας (velocity index, ΔVI) ($\beta=10.3$, $p<0.001$). Η μεταβολή στις περιφερικές αντιστάσεις (ΔSVR) ήταν μικρότερη στην ομάδα της ολμεσαρτάνης ($\beta=-407$, $p<0.001$).

Συμπεράσματα: Ενώ τα επίπεδα της ΑΠ ήταν συγκρίσιμα πριν και μετά τη θεραπεία στις 2 ομάδες, η ολμεσαρτάνη είχε ευνοϊκότερη επίδραση στις αιμοδυναμικές παραμέτρους σε σχέση με τη χλωρθαλιδόνη. Τα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν την θέση του διουρητικού ως 2^η επιλογή στην έναρξη της αντί-υπερτασικής θεραπείας.

ΡΟ.29

ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Α. Ψαρρά¹, Α. Βασιλοπούλου¹, Λ. Ψαρράς², Α. Συρογιάννη³, Ε. Λέντζιου¹, Δ. Παπαγιάννη¹, Ν. Νικολακοπούλου¹

¹Γενικό Νοσοκομείο Ηλείας

²Metropolitan «General»

³Νοσοκομείο «Υγεία»

Εισαγωγή: Το ποσοστό των ατόμων που πάσχουν από υπέρταση φτάνει το 66% ανάμεσα σε όσους νοσούν από Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο σε ασθενείς. Η συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή δύναται να συμβάλει στην μείωση του υφιστάμενου κινδύνου για Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο κατά 15%.

Σκοπός: Σκοπός ήταν η μελέτη της διακύμανσης της Συστολικής Αρτηριακής Πίεσης μετά το Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο και η συσχέτισή της με την συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή.

Υλικό και Μέθοδος: Το δείγμα αποτέλεσαν 100 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στη Μονάδα Εμφραγμάτων Γενικού Νοσοκομείου. Έγινε καταγραφή της Συστολικής Αρτηριακής Πίεσης κατά την εισαγωγή και 3,6, και 12 μήνες μετά την νοσηλεία. Επίσης μετρήθηκε η συμμόρφωση με τις κλίμακες GR-SMAQ και ARMS. Για τη διερεύνηση των συσχετίσεων χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 και η τιμή της στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο 0,05.

Αποτελέσματα: Κατά την εισαγωγή το ποσοστό των ασθενών με παθολογική τιμή Συστολικής Αρτηριακής Πίεσης ήταν 88%, τρεις μήνες μετά 30%, έξι μήνες μετά 27% και μετά από 1 έτος 32%. Σύμφωνα με τις κλίμακες GR-SMAQ και ARMS, η συμμόρφωση των ασθενών στους 3, 6 και 12 μήνες μετά την νοσηλεία ήταν χαμηλή (58%, 70%, 32% με κλίμακα ARMS και 54%, 58%, 38% με GR-SMAQ κλίμακα, αντίστοιχα). Οι ασθενείς που είχαν φυσιολογικά επίπεδα συστολικής αρτηριακής πίεσης ήταν 3,5 φορές πιο πιθανό να έχουν ακολουθήσει τη θεραπεία τους.

Συμπεράσματα: Η φυσιολογική τιμή της Συστολικής Αρτηριακής Πίεσης συσχετίζεται με την συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή, ωστόσο χρειάζεται τακτικός έλεγχος της συμμόρφωσης με την χρήση τεχνολογικών επιτευγμάτων όπως οι συσκευές υπενθύμισης προκειμένου να επέλθει περεταίρω βελτίωση.

PO.30

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΟΣΦΑΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Β. Νικολαΐδου, Ε. Γκαλιαγκούση, Ε. Γαβριηλάκη, Α. Λαζαρίδης, Π. Ανυφαντή,

Κ. Μαστρογιάννης, Ι. Ζαρίφης, Α. Τριανταφύλλου, Σ. Δούμα

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

Εισαγωγή -Σκοπός: Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2 (ΣΔ2) προκαλεί ενδοθηλιακή δυσλειτουργία και αυτή με τη σειρά της μεσολαβεί στην εμφάνιση επιπλοκών του ΣΔ2. Ωστόσο δεν έχει τεκμηριωθεί πόσο νωρίς στην πορεία της νόσου εμφανίζεται η ενδοθηλιακή δυσλειτουργία. Σκοπός ήταν η εκτίμηση της ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας ασθενών με πρόσφατη διάγνωση ΣΔ2 που δε λάμβαναν αντιδιαβητική αγωγή εκτός μετφορμίνης.

Υλικό-Μέθοδοι: Συμμετείχαν ασθενείς με ΣΔ2 (διάρκεια νόσου < 6 μήνες) και εθελοντές αντίστοιχης ηλικίας και φύλου. Λήφθηκε ιατρικό ιστορικό, εργαστηριακός έλεγχος, αρτηριακή πίεση ιατρείου, 24ωρη αρτηριακή πίεση και υπολογίστηκε ο δεκαετής αθηροσκληρωτικός καρδιαγγειακός κίνδυνος (ASCVD risk). Η ενδοθηλιακή δυσλειτουργία εκτιμήθηκε με την αναίμακτη μέθοδο εκλογής, της εξαρτημένης από τη ροή αγγειοδιαστολής (flow mediated dilatation/FMD).

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν 52 άτομα μέσης ηλικίας 56 ± 10 ετών, (26 διαβητικοί και 26 εθελοντές). Μόνο 11 διαβητικοί είχαν λάβει μετφορμίνη για <3 εβδομάδες. Οι διαβητικοί είχαν υψηλότερη πίεση ιατρείου ($p < 0,001$) και συστολική πίεση νύχτας ($p = 0,037$) από τους εθελοντές. Η FMD ήταν επηρεασμένη στους διαβητικούς ($p = 0,002$) και συσχετίστηκε αρνητικά με το ΣΔ2 ($p = 0,004$), τη γλυκόζη νηστείας ($p = 0,021$), τον ASCVD ($p = 0,003$) και θετικά με την HDL ($p = 0,013$). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση ο ΣΔ2 ($p = 0,017$) και η HDL ($p = 0,034$) συσχετίστηκαν με την FMD ανεξάρτητα από την ηλικία ($p = 0,152$), τη συστολική πίεση ιατρείου ($p = 0,734$) και το BMI ($p = 0,363$).

Συμπεράσματα: Η ενδοθηλιακή δυσλειτουργία ανιχνεύεται ήδη στη διάγνωση του ΣΔ2 και συσχετίζεται με τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Κρίνεται απαραίτητη η έγκαιρη ρύθμιση των παραγόντων που έχουν δυσμενή επίδραση στο ενδοθήλιο από τα πρώιμα στάδια της νόσου.

PO.31

Η αντίγνευση της ΒΙΣΦΑΤΙΝΗΣ στους νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση

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

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

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

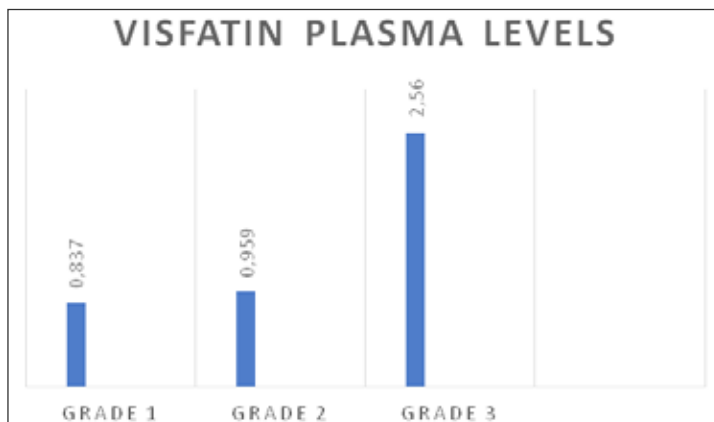
³Α΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΓΝ Λαϊκό, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Ο ρόλος του λιπώδους ιστού ως ενδοκρινούς οργάνου έχει τεκμηριωθεί και συνδεθεί με πολλές καρδιαγγειακές παθήσεις. Η βισφατίνη αποτελεί αυξητικό παράγοντα των αποικίων των πρώιμων Β λεμφοκυττάρων και το μεγαλύτερο ποσοστό της παράγεται στον λιπώδη ιστό. Προάγει τη μετατροπή των πρώιμων μορφών λιποκυττάρων σε ώριμα λιποκύτταρα και αυξάνει τη σύνθεση της αδιπονεκτίνης και των λιπαρών οξέων. Η σχέση της βισφατίνης με την αρτηριακή υπέρταση είναι λίγο μελετημένη στη βιβλιογραφία. Στα πλαίσια της εκτίμησης του συνολικού καρδιαγγειακού κινδύνου για τους νεοδιαγνωσθέντες υπερτασικούς ασθενείς, χωρίς καμία άλλη ταυτόχρονη καρδιαγγειακή νόσο, η εκτίμηση των επιπέδων καρδιοπροστατευτικών αδιποκινών και ιδίως της βισφατίνης παραμένει ασαφής.

Μέθοδοι. Συνολικά, μελετήθηκαν 50 νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση και χωρίς οποιαδήποτε άλλη καρδιαγγειακή νόσο. Οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν ανάλογα με την βαρύτητα της νόσου σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Υπέρτασης. Από τους ασθενείς που μελετήθηκαν 12 είχαν αρτηριακή υπέρταση grade 1 (SBP 140-160mmHg), 22 ασθενείς εμφάνιζαν αρτηριακή υπέρταση Grade 2 (SBP 160-180mmHg) και 18 ασθενείς εμφάνιζαν αρτηριακή υπέρταση Grade 3 (SBP>180 mmHg). Τα επίπεδα βισφατίνης στο πλάσμα και των τριών ομάδων μετρήθηκαν με τη μέθοδο Elisa.

Αποτελέσματα. Τα επίπεδα της βισφατίνης στο πλάσμα των ασθενών με Grade 3 αρτηριακή υπέρταση ήταν σημαντικά υψηλότερα ($2,560 \pm 0,12$ ng / ml έναντι $0,959 \pm 0,21$ ng / ml και $0,837 \pm 0,56$ ng/ml) σε ασθενείς με Grade 3 αρτηριακή υπέρταση σε σύγκριση με τους ασθενείς με Grade 2 και Grade 1 αρτηριακή υπέρταση αντίστοιχα).

Συμπεράσματα. Στους ασθενείς με νεοδιαγνωσθήσα αρτηριακή υπέρταση Grade 3 παρατηρήθηκαν αυξημένα επίπεδα βισφατίνης, που ενδεχομένως υποδεικνύουν την ύπαρξη αυξημένης επίπτωσης των υποκλινικών βλαβών οργάνων στόχων στους ασθενείς αυτούς και παίζοντας έτσι έναν πιθανό ρόλο στην κλινική πορεία και την πρόγνωση των ασθενών αυτών.



PO.32

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΥΠΕΡΥΔΑΤΩΣΗΣ

Ν. Χ. Τσίκληρας^{1,2}, Π. Ι. Γεωργιανός^{1,3}, Α. Καρπέτας^{1,3}, Η. Μηνασίδης³, Χ. Συργκάνης³, Α. Αναγνωστάρα², Χ. Χατζηδημητρίου², Β. Λιακόπουλος¹, Π. Ε. Ζεμπεκάκης¹, Η. Β. Μπαλάσκα¹

¹Μ.Τ.Ν., Α΄ Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

²Μ.Τ.Ν., Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης

³Μ.Χ.Α. «Θεραπευτική», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει μεγάλες διακυμάνσεις στα ποσοστά επιπολασμού και ελέγχου της υπέρτασης σε ασθενείς υπό αιμοκάθαρση λόγω της μεγάλης ετερογένειάς τους στους ορισμούς και στη μέθοδο μέτρησης της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ).

Σκοπός: Η αξιολόγηση της επιδημιολογίας της υπέρτασης σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς με χρήση μετρήσεων ΑΠ από τους ίδιους τους ασθενείς στο σπίτι (HBPM).

Υλικό-Μέθοδοι: HBPM για 1 εβδομάδα (3 μετρήσεις ΑΠ ημερησίως το πρωί, το απόγευμα και το βράδυ) με την αυτοματοποιημένη συσκευή HEM-705 CP (Omron, Healthcare) πραγματοποιήθηκε από 120 διαδοχικούς αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Η αξιολόγηση της σωματικής σύστασης πραγματοποιήθηκε με ανάλυση βιοηλεκτρικής αντίστασης (BIA) με τη συσκευή BCM (Fresenius Medical Care, Germany) στο τέλος της ενδιάμεσης συνεδρίας αιμοκάθαρσης της εβδομάδας.

Αποτελέσματα: Ο επιπολασμός της υπέρτασης (μέση εβδομαδιαία ΑΠ στο σπίτι $\geq 135/85$ mmHg ή χρήση αντιυπερτασικών φαρμάκων) ήταν 88,8%. Παρότι το 92,2% των υπερτασικών ελάμβανε θεραπεία με 2,0 αντιυπερτασικά φάρμακα ημερησίως,

επαρκής έλεγχος της υπέρτασης επιτυγχάνονταν μόλις στο 32,6% των ασθενών. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης, ανεξάρτητη συσχέτιση με το μη ικανοποιητικό έλεγχο της ΑΠ στο σπίτι εμφάνισε η αύξηση του αριθμού των αντιυπερτασικών φαρμάκων που λάμβαναν οι ασθενείς ημερησίως και η υπερυδάτωση, όπως αυτή υπολογίστηκε με τη χρήση BIA στο τέλος της συνεδρίας αιμοκάθαρσης.

Συμπεράσματα: Η μελέτη αυτή, δείχνει με τη χρήση HBPM, τον υψηλό επιπολασμό και το χαμηλό ποσοστό ελέγχου της υπέρτασης στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Η υπερυδάτωση και η εκτενής χρήση αντιυπερτασικών φαρμάκων φάνηκε να αποτελούν τους κύριους καθοριστές για τη φτωχή ρύθμιση της υπέρτασης σε αυτόν τον ειδικό πληθυσμό ασθενών.

PO.33

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΔΕΙΚΤΩΝ ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΗΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΜΕ ΤΟ ΠΑΧΟΣ ΤΟΥ ΕΣΩ-ΜΕΣΟΥ ΧΙΤΩΝΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΗΣ ΚΑΡΩΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

Κ. Μανουσόπουλος, Ν. Τσούτσουρα, Α. Λύκκα, Σ. Σπηλιοπούλου, Ά. Μαλακού, Ε. Μητσικώστα, Ε. Κορομπόκη, Ε. Μανιός

Θεραπευτική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Αλεξάνδρα

Εισαγωγή: Η μεταβλητότητα της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) σχετίζεται με ανάπτυξη βλαβών σε όργανα στόχους, ανεξάρτητα από τα επίπεδα ΑΠ. Ωστόσο αυτή η συσχέτιση σε άτομα με χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ) παραμένει ασαφής.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν να εκτιμήσει πιθανή συσχέτιση μεταξύ των δεικτών βραχυπρόθεσμης μεταβλητότητας της ΑΠ και του πάχους του έσω-μέσου χιτώνα της κοινής καρωτίδας (CCA-IMT) σε ασθενείς με ΧΝΝ.

Υλικό και μέθοδοι: Συνολικά 83 άτομα με ΧΝΝ υποβλήθηκαν σε 24ωρη καταγραφή της ΑΠ και σε υπερηχογραφική μελέτη των καρωτίδων. Η βραχυπρόθεσμη μεταβλητότητα της ΑΠ εκφράστηκε από την τυπική απόκλιση (SD), την ταχύτητα μεταβολής (TR), την μέση πραγματική μεταβλητότητα (ARV) και τον συντελεστή μεταβλητότητας (CV) της συστολικής ΑΠ (ΣΑΠ) και διαστολικής ΑΠ (ΔΑΠ) στο 24ωρο.

Αποτελέσματα: Οι δείκτες διαστολικής μεταβλητότητας δε συσχετίστηκαν σημαντικά με το CCA-IMT. Αντιθέτως, οι 24ωροι συστολικοί δείκτες, SD ($r=0.429$, $p<0.001$), TR ($r=0.576$, $p<0.001$), ARV ($r=0.537$, $p<0.001$) και CV ($r=0.309$, $p=0.004$) σχετίστηκαν σημαντικά με το CCA-IMT. Η πολυπαραγοντική ανάλυση έδειξε ότι μόνο το TR της 24ωρης ΣΑΠ συσχετίστηκε σημαντικά και ανεξάρτητα με το CCA-IMT ($B=0.702$, $95\%CI$ $0.377-1.027$, $p<0.001$). Η συσχέτιση παρέμεινε σημαντική και μετά από προσαρμογή για βασικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού και παράγοντες κινδύνου.

Συμπεράσματα: Συστολικοί δείκτες βραχυπρόθεσμης μεταβλητότητας της ΑΠ, όπως οι SD, TR, ARV και CV σχετίζονται με το CCA-IMT, σε ασθενείς με ΧΝΝ. Το TR της 24ωρης ΣΑΠ παρούσαζε θετική και ανεξάρτητη συσχέτιση με το CCA-IMT.

ΡΟ.34

ΑΠΕΚΚΡΙΣΗ ΦΩΣΦΟΡΟΥ ΚΑΙ ΑΘΗΡΩΜΑΤΩΣΗ ΚΑΡΩΤΙΔΩΝ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Μ.Β. Παπαβασιλείου¹, Α. Καραμάνου², Δ. Αραβαντινός³, Β. Κακιούζη²

¹Metropolitan General Αθηνά

²Σισμανόγλειο ΓΝ Αθηνών

³Δ.Θ.Κ.Α. Υγεία

Σκοπός της μελέτης: Η διερεύνηση πιθανής συσχέτισης της απέκκρισης φωσφόρου στα ούρα με την αθηρωμάτωση των καρωτίδων υπερτασικών ασθενών.

Υλικό και Μέθοδος: Μελετήθηκαν 94 υπερτασικοί ασθενείς θεραπευόμενοι ή πρωτοδιαγνωσθέντες χωρίς φαρμακευτική αγωγή, άνδρες (54.6%), γυναίκες (45.3%), μέσης ηλικίας 56 ± 7.8 ετών μέσης ΣΑΠ/ΔΑΠ: $140/89 \pm 9.8/6.0$ mmHg, ΜΚΣ = 75 ± 10 σφ/λεπτό, μέσος δείκτης μάζας σώματος: 27.92 ± 4.9 kg/cm². Σε όλους τους ασθενείς μετρήθηκαν τα επίπεδα φωσφόρου των ούρων 24ώρου.

Επίσης, όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε υπερηχογραφικό- Doppler έλεγχο καρωτίδων, όπου μετρήθηκε το πάχος του έσω-μέσω χιτώνα αυτών (ΙΜΤ). Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Ομάδα Α: ΙΜΤ ≥ 0.9 mm και Ομάδα Β: ΙΜΤ < 0.9 mm. Με τη μέθοδο ΑΝΟΒΑ καταγράφηκαν οι τιμές επιπέδων φωσφόρου ούρων 24ώρου στις δύο ομάδες.

Αποτελέσματα:

	Φώσφορος/24ωρο (mg)	p
Ομάδα Α: N=66	702 \pm 290	0.014
Ομάδα Β N=28	867 \pm 298	

Συμπέρασμα: Η αποβολή φωσφόρου με τα ούρα υπερτασικών ασθενών είναι σημαντικά μικρότερη σε άτομα με αυξημένο πάχος έσω-μέσω χιτώνα καρωτίδων, εκφράζοντας ενδεχομένως έτσι τη σημασία των επιπέδων ασβεστίου αίματος στην πρόκληση της αθηρωμάτωσης.

PO.35

ΟΙ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΜΙΚΡΟΑΛΒΟΥΜΙΝΟΥΡΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΤΗΣ ΛΕΥΚΗΣ ΜΠΛΟΥΖΑΣ

Εμμ. Ανδρεάδης, Χ. Γελαδάρη, Ε. Επαμεινώνδας

Κέντρο υπέρτασης και καρδιαγγειακής προστασίας, Όμιλος Ιατρικού Αθηνών, κλινική ψυχικού

Ο σκοπός της μελέτης είναι να μελετηθεί αν η μικροαλβουμινουρία που παρατηρήθηκε σε ασθενείς με το φαινόμενο της υπέρτασης της λευκής μπλούζας (WCE) είναι αποτέλεσμα των υψηλότερων επιπέδων της ΑΠ στο Ιατρείο (OBP).

Πληθυσμός μελέτης και Μέθοδοι: Ασθενείς με μέση ηλικία ≥ 18 ετών, υπό ή/και χωρίς αγωγή εξετάστηκαν με μετρήσεις της ΑΠ στο Ιατρείο και με περιπατητική 24ωρη καταγραφή της ΑΠ (ABP). Οι μετρήσεις της ΑΠ στο Ιατρείο πραγματοποιήθηκαν με ψηφιακό ηλεκτρονικό πιεσόμετρο βραχίονα. Η 24ωρη περιπατητική καταγραφή της ΑΠ μετρήθηκε σε ημέρα ρουτίνας, με πιστοποιημένο ηλεκτρονικό πιεσόμετρο βραχίονα. Το φαινόμενο της υπέρτασης της λευκής μπλούζας ορίστηκε ως OBP $\geq 140/90$ mmHg και μέση 24ωρη περιπατητική καταγραφή ΑΠ $< 130/80$ mmHg (ημερήσια καταγραφή $< 135/85$ mmHg και νυχτερινή $< 120/70$ mmHg). Η απέκκριση της αλβουμίνης στα ούρα (UAE) μετρήθηκε σε συλλογή ούρων 24ώρου.

Αποτελέσματα: Συνολικά 151 ασθενείς με το φαινόμενο της υπέρτασης της λευκής μπλούζας και 100 νορμοτασικοί συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού φαίνονται στον Πίνακα.

Πίνακας. Χαρακτηριστικά του Πληθυσμού (N=251).

Χαρακτηριστικά	WCE (N=151)	Νορμοτασικοί (N=100)	P value
Ηλικία, σε έτη	57 \pm 12	60 \pm 11	0.035
Φύλο			
Άρρενες	74	46	0.641
Θήλειες	77	54	
OBP συστολική, mmHg	153 \pm 15	126 \pm 9	0.001
OBP διαστολική, mmHg	91 \pm 12	78 \pm 7	0.001
Ημερήσια συστολική ABP, mmHg	123 \pm 8	121 \pm 8	0.012
Ημερήσια διαστολική ABP, mmHg	76 \pm 7	74 \pm 8	0.07
24ωρη μέση συστολική ABP, mmHg	119 \pm 7	118 \pm 8	0.07
24ωρη μέση διαστολική ABP, mmHg	72 \pm 8	71 \pm 7	0.295

Οι ασθενείς με το φαινόμενο της υπέρτασης της λευκής μπλούζας ήταν σημαντικά νεότεροι από τους νορμοτασικούς ($p=0.035$). Επίσης, σε σύγκριση με τους νορμοτασικούς, είχαν υψηλότερη απέκκριση μικροαλβουμίνης στα ούρα 24ώρου (7,9). Επίσης, άτομα με υπέρταση λευκής μπλούζας και μικροαλβουμινουρία είχαν υψηλότερη μέση συστολική πίεση στο ιατρείο και στο 24ωρο την ημέρα σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν μικροαλβουμινουρία (171 \pm 24mmHg έναντι 152 \pm 13mmHg, $p=0.019$ και

127±6mmHg έναντι 123±8mmHg, $p=0.038$, για τη συστολική πίεση στο ιατρείο και τη συστολική ημερήσια το 24ωρο, αντιστοίχως). Η συσχέτιση αυτή δεν παρατηρήθηκε σε νορμοτασικά άτομα.

Συμπέρασμα: Η μικροαλβουμινουρία που παρατηρήθηκε σε ασθενείς με το φαινόμενο της υπέρτασης της λευκής μπλούζας ήταν αποτέλεσμα των υψηλότερων μετρήσεων της ΑΠ στο Ιατρείο και στην 24ωρη περιπατητική καταγραφή, γεγονός που δείχνει ότι το φαινόμενο της υπέρτασης της λευκής μπλούζας δεν είναι αθώο.

ΡΟ.36

ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ, ΕΠΙΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΜΕ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

Μ. Κορογιάννου,¹ Ε. Ξαγάς,¹ Χ. Λουτράδης,² Σ. Μαρινάκη,¹ Α. Αργύρης³,
Αθ. Πρωτογέρου³, Π. Σαραφίδης,² Ι. Ν. Μπολέτης¹

¹Κλινική Νεφρολογίας & Μεταμόσχευση Νεφρού, ΠΓΝ Λαϊκό, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα ²Νεφρολογική Κλινική, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

³Μονάδα Καρδιαγγειακής Πρόληψης και Έρευνας, Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, ΠΓΝ Λαϊκό, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα

Σκοπός: Ο επιπολασμός της Αρτηριακής Υπέρτασης (ΑΥ) υπολογίζεται σε 80-90% στους ασθενείς με Χρόνια Νεφρική Νόσο (ΧΝΝ) με τη χρήση της περιπατητικής καταγραφής της ΑΠ (ΑΒΡΜ), ενώ επαρκής έλεγχος επιτυγχάνεται μόλις σε 20-30% των ασθενών αυτών. Μέχρι σήμερα σε καμία μελέτη δεν υπάρχουν πολλά δεδομένα για τον επιπολασμό και τον έλεγχο της ΑΥ με ΑΒΡΜ στους ασθενείς με μεταμόσχευση νεφρού. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να προσδιορίσει αυτά τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά της ΑΥ ασθενών με μεταμόσχευση νεφρού βάσει ΑΒΡΜ.

Υλικό & Μέθοδος: Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν 150 ασθενείς με μεταμόσχευση νεφρού, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε 24ωρη ΑΒΡΜ με την συσκευή Mobil-O-Graph-NG. Ως ΑΥ ορίστηκε: (1) ΑΠ ιατρείου $\geq 140/90$ mmHg ή λήψη αντιυπερτασικής αγωγής, (2) περιπατητική ΑΠ $\geq 130/80$ mmHg ή λήψη αντιυπερτασικής αγωγής. Η επίγνωση της ΑΥ υπολογίστηκε ως το ποσοστό των ασθενών που γνώριζε τη διάγνωση ΑΥ με βάση το ατομικό αναμνηστικό. Επαρκής έλεγχος ορίστηκε ως ΑΠ $< 140/90$ ή $< 130/80$ mmHg, στο ιατρείο ή με ΑΒΡΜ αντίστοιχα.

Αποτελέσματα: Προηγούμενη διάγνωση ΑΥ είχαν 86,7% των ασθενών και 83,3% ελάμβανε αντιυπερτασική αγωγή. Ο επιπολασμός της ΑΥ ήταν 88,0%, βάσει της ΑΠ στο ιατρείο και 93,3% βάσει της περιπατητικής καταγραφής ($p=0,112$ και kappa-statistics =0,531, $p<0,001$). Συνολικά, 26,7% εμφάνιζαν ΑΠ ιατρείου $\geq 140/90$ και 58,7% περιπατητική ΑΠ $\geq 130/80$ mmHg ($p<0,001$). Η επίγνωση της ΑΥ ήταν 88,6% ανεξάρτητα της μεθόδου ($p=0,987$). Επαρκή έλεγχο με ΑΠ ιατρείου είχαν 69,7% των ασθενών με ΑΥ,

αλλά με περιπατητική καταγραφή μόλις το 37,1% ($p < 0,001$ και kappa-statistics = 0,205, $p = 0,005$). Στους ασθενείς με ΑΥ, η ΑΠ ιατρείου $\geq 140/90$ mmHg εμφάνιζε ασθενή προγνωστική αξία για τη διάγνωση περιπατητικής ΑΠ $\geq 130/80$ mmHg (AUC: 0,590, 95%CI: 0,499-0,681, και ευαισθησία: 34,09%, ειδικότητα: 83,87%, θετική προγνωστική αξία: 75,00%, αρνητική προγνωστική αξία: 47,27%).

Συμπεράσματα: Ο επιπολασμός της ΑΥ στους ασθενείς με μεταμόσχευση νεφρού είναι εξαιρετικά υψηλός. Η χρήση μετρήσεων ΑΠ στο ιατρείο είναι κακός δείκτης του συνολικού ελέγχου της ΑΠ, καθώς μεταξύ των δύο μεθόδων υπάρχει τεράστια διαφορά στο ποσοστό ελέγχου της ΑΠ.

PO.37

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟΥΣ ΟΡΙΣΜΟΥΣ ΤΩΝ ESC-ESH ΚΑΙ ACC-AHA ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

M. Κορογιάννου,¹ E. Ξαγάς,¹ X. Λουτράδης,² Σ. Μαρινάκη,¹ A. Αργύρης³,
A. Πρωτογέρου³, Π. Σαραφίδης,² I. N. Μπολέτης¹

¹Κλινική Νεφρολογίας & Μεταμόσχευσης Νεφρού, ΠΓΝ Λαϊκό, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα

²Νεφρολογική Κλινική, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

³Μονάδα Καρδιαγγειακής Πρόληψης και Έρευνας, Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, ΠΓΝ Λαϊκό, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα

Σκοπός: Ο ορισμός της Αρτηριακής Υπέρτασης (ΑΥ) βάσει των οδηγιών του American College of Cardiology (ACC)-American Heart Association (AHA) περιλαμβάνει επίπεδα αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) $\geq 130/80$ mmHg σε μετρήσεις ιατρείου για όλους τους ασθενείς με νεφρική νόσο. Αντίθετα, η European Society of Cardiology (ESC)-European Society of Hypertension (ESH) συνεχίζει να βασίζει τη διάγνωση και το στόχο της ΑΥ σε επίπεδα ΑΠ ιατρείου $\geq 140/90$ mmHg για τους ασθενείς αυτούς. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να υπολογίσει συγκριτικά τον επιπολασμό και τον έλεγχο της ΑΥ με βάση τους δύο παραπάνω ορισμούς σε ασθενείς με μεταμόσχευση νεφρού.

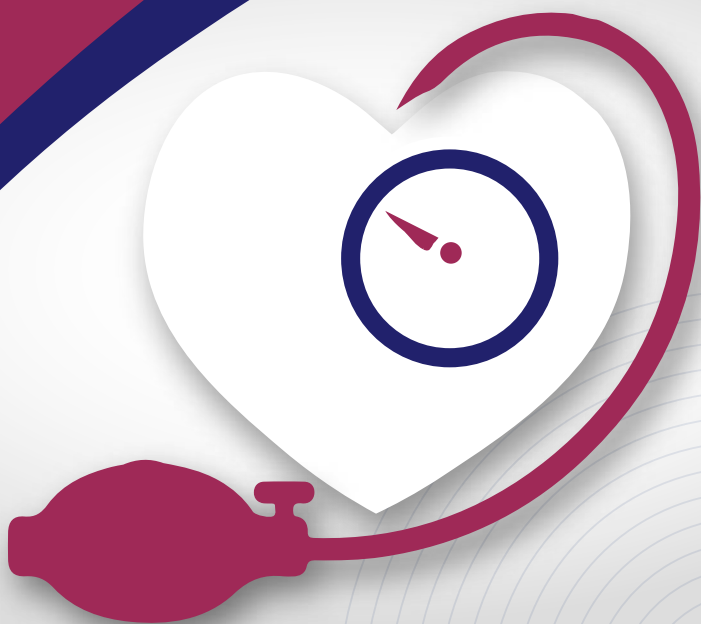
Υλικό & Μέθοδος: Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν 150 ασθενείς με μεταμόσχευση νεφρού. Για τον προσδιορισμό της ΑΠ ιατρείου χρησιμοποιήθηκε μία πιστοποιημένη ταλαντωσιμετρική συσκευή και πραγματοποιήθηκαν 3 μετρήσεις κατά περίπτωση, με τον ασθενή σε καθιστή στάση και μετά από 5 λεπτά ανάπαυσης. Ως ΑΥ ορίστηκε: (1) ΑΠ ιατρείου $\geq 140/90$ mmHg ή λήψη αντιυπερτασικής αγωγής, (2) ΑΠ ιατρείου $\geq 130/80$ mmHg ή λήψη αντιυπερτασικής αγωγής. Η επίγνωση της ΑΥ υπολογίστηκε ως το ποσοστό των ασθενών που γνώριζε τη διάγνωση ΑΥ με βάση το ατομικό αναμνηστικό. Επαρκής έλεγχος ορίστηκε ως ΑΠ $< 140/90$ ή $< 130/80$ mmHg, αντίστοιχα.

Αποτελέσματα: Συνολικά 83,3% των ασθενών ελάμβανε αντιυπερτασική αγωγή. Ο

επιπολασμός της ΑΥ δεν διέφερε σημαντικά με βάση τους δύο ορισμούς που χρησιμοποιήθηκαν (88,0% και 92,7%, $p=0,171$, για $\geq 140/90$ και $\geq 130/80$ mmHg, αντίστοιχα). Περαιτέρω ανάλυση με τη χρήση kappa-statistics έδειξε αποδεκτή συμφωνία μεταξύ των δύο ορισμών ($\kappa=0,734$, $p<0,001$). Συνολικά, 26,7% των ασθενών εμφάνιζαν ΑΠ ιατρείου $\geq 140/90$ και 52,0% $\geq 130/80$ mmHg ($p<0,001$). Στους ασθενείς με ΑΥ, η επίγνωση της νόσου δεν διέφερε σημαντικά (88,6 και 88,5%, $p=0,970$). Αντίθετα, ο έλεγχος ήταν σημαντικά υψηλότερος στο επίπεδο ΑΠ ιατρείου $\geq 140/90$ έναντι $\geq 130/80$ mmHg (69,7% και 56,1%, $p=0,021$). Τέλος, σε ανάλυση καμπύλης ROC η ΑΠ ιατρείου $\geq 140/90$ εμφάνιζε χαμηλή προγνωστική αξία για τη διάγνωση ΑΠ ιατρείου $\geq 130/80$ (AUC: 0,590, 95%CI: 0,499-0,681).

Συμπεράσματα: Ο επιπολασμός της ΑΥ σε ασθενείς με μεταμόσχευση νεφρού είναι εξαιρετικά υψηλός, και δεν διαφέρει σημαντικά με τη χρήση των διαφορετικών ορισμών από τις ESC-ESH ΚΑΙ ACC-AHA. Αντίθετα, ο έλεγχος είναι σημαντικά χαμηλότερος στο επίπεδο ΑΠ ιατρείου $\geq 130/80$ mmHg, γεγονός που σημαίνει ότι με βάση τις οδηγίες ESC-ESH, ένα σημαντικό μέρος των ασθενών αυτών φαίνεται ψευδώς ότι επιτυγχάνει έλεγχο ΑΠ.

Ευρετήριο Συγγραφέων Ανακοινώσεων



D

Doumas M. OR.24, OR.25

F

Faselis C. OR.24, OR.25

G

Grassos H. OR.24, OR.25

I

Imprialos K. OR.24, OR.25

K

Kallistratos M. OR.24, OR.25

Kokkinos P. OR.24, OR.25

Κολέτσος Ν. OR.21

M

Manolis A. OR.24, OR.25

Myers M. OR.08

O

O'Brien E. OR.08

P

Palatini P. OR.08

Parati G. OR.08, OR.3, OR.31

Pittaras A. OR.24, OR.25

Poulimenos L. OR.24

S

Stavropoulos K. OR.24, OR.25

A

Αγγελούδη Ε. OR.14

Αλαβάνου Ε. PO.02

Αλαμάνος Ι. OR.12

Αλαμάρα Χ. OR.06

Αλεξάκου Ζ. OR.36

Αλεξάνδρου Μ.-Ε. OR.30,
OR.31, OR.32

Αναγνωστάρα Α. PO.32

Αναγνωστόπουλος Χ. PO.27

Αναγνωστοπούλου Φ. PO.27

Ανδρεάδης Εμμ. OR.01, OR.20, PO.12,
PO.13, PO.35

Ανδριανοπούλου Η. OR.11, OR.37

Ανδρόνογλου Μ. PO.12, PO.13

Αντωνιάδης Ν. OR.33

Αντωνιάδου Α. OR.03

Ανυφαντή Π. OR.21, PO.30

Απειθή Ε. PO.01

Αραβαντινός Δ. PO.03, PO.26, PO.34

Αργύρης Α. OR.35, PO.36, PO.37

Αρχοντάκης Στ. OR.11, OR.37

Ευρετήριο Συγγραφέων Ανακοινώσεων

Αυγερινός Χ.	OR.19	Γκόντη Μ.	PO.06, PO.08, PO.10, PO.14
B		<hr/>	
Βαζαίου Α.	OR.05, OR.06, PO.20, PO.21	Γραμματικοπούλου Ά.	PO.28
Βαμβάκου Γ.	OR.11, OR.37	Γράσος Χ.	PO.12, PO.13
Βανταράκης Α.	OR.12	Γράσος Χ.	PO.05
Δ		<hr/>	
Βασιλοπούλου Α.	PO.19, PO.29	Δαμιανάκη Κ.	OR.36
Βέλλιου Μ.	OR.15, OR.17, OR.23, PO.31	Δασκαλάκης Γ.	OR.02, OR.34
Βλαχάκης Π.	PO.16, PO.18	Δεστούνης Α.	OR.05, PO.20
Βλαχάκος Δ.	PO.12, PO.13	Δημητριάδης Χ.	OR.30, OR.31, OR.32
Βούλγαρη Π. Β.	OR.12	Δημητριάδης Κ.	OR.36, PO.12, PO.13
Γ		<hr/>	
Γαβανά Μ.	OR.12	Δημητρούλας Θ.	OR.16, OR.28, OR.29
Γαβριήλ Σ.	OR.26	Διδάγγελος Τ.	OR.13
Γαβριηλάκη Ε.	PO.30	Δίπλα Κ.	OR.19, OR.21
Γαρύφαλλος Α.	OR.16, OR.29	Δισλιάν Β.	PO.24
Γελαδάρη Χ.	OR.01, OR.20, PO.35	Δόλγηρας Π.	OR.32
Γεωργιανός Π.	PO.04, PO.28	Δούμα Σ.	OR.19, OR.21, OR.32, PO.30
Γεωργιανός Π. Ι.	PO.32	Δούμας Μ.	OR.07, OR.27, OR.28, OR.29, PO.05, PO.06, PO.07, PO.08, PO.09, PO.10, PO.11, PO.12, PO.13, PO.14, PO.23
Γιαβροπούλου Μ.	PO.04	Δράκου Ξ.	PO.24
Γιακουμής Ι.	PO.01	Επαμεινώνδας Ε.	OR.01, PO.35
Γκαλιαγκούση Ε.	OR.07, OR.19, OR.21, OR.30, OR.31, OR.32, PO.12, PO.13, PO.30	Ευαγγελάτος Α.	PO.27

Z

Ζαρίφης Ι.	PO.30
Ζαφειρίδης Α. – Σ.	OR.19
Ζαφειρίδης Α.	OR.19
Ζαχαριουδάκη Α.	OR.20
Ζεμπεκάκης Π.	OR.07, OR.18, PO.04, PO.12, PO.13, PO.28, PO.32
Ζενιώδη Μ.-Ε.	PO.20
Ζέρβα Κ.	OR.15, OR.17, OR.23, PO.31
Ζιάκας Α.	PO.12, PO.13
Ζολώτα Α.	OR.33
Ζωγράφου Ι.	OR.14, PO.23

H

Ηλιάκης Π.	OR.36, PO.12, PO.13
Ηλιοδρομίτης Ε.	OR.03, OR.04, OR.22
Ηλιόπουλος Δ.	OR.15, OR.23

Θ

Θεοδωρακοπούλου Μ.	OR.13, OR.14, OR.28, OR.29
Θυμής Ι.	OR.03
Θωμόπουλος Κ.	OR.11, OR.37, PO.12, PO.13

I

Ιμπριάλος Κ.	PO.06, PO.07, PO.08, PO.09, PO.10, PO.11, PO.14, PO.23
Ιντζεβίδου Έ.	OR.27, OR.28

K

Καββαθά Δ.	OR.03
Κακαλέτσης Ν.	OR.18
Κακιούζη Β.	PO.03, PO.26, PO.34
Καλαϊτζίδης Ρ.	OR.07, PO.12, PO.13
Καλιακάτσου Ε.	PO.16, PO.17
Καλλίστρατος Εμμ.	OR.07, PO.12, PO.13
Καλογήρου Μ.	PO.07, PO.09, PO.23
Καλπουρτζή Ν.	OR.07, OR.12
Καραγιαννάκη Α.	OR.18
Καραγιάννης Α.	OR.13, OR.14, OR.27, OR.29
Καρακόζογλου Α.	OR.13
Καρακώστα Α.	OR.12
Καραμάνου Α.	PO.03, PO.26, PO.34
Καρπέτας Α.	PO.32
Καρράς Σ.	OR.13
Κατσάνος Γ.	OR.33
Κατσή Β.	OR.07, OR.11, OR.37
Κατσιμαγκλής Γ.	PO.22

Ευρετήριο Συγγραφέων Ανακοινώσεων

Κατσιμάρδου Α.	PO.06, PO.07, PO.08, PO.10, PO.11, PO.14, PO.23	Λ	
Κέφας Α.	PO.07, PO.08	Λαζαρίδης Α.	OR.21, OR.32, PO.30
Κολέτσος Ν.	OR.19, OR.21	Λαμπρινός Δ.	PO.01, PO.02
Κόλλιας Α.	OR.05, OR.06, OR.08, OR.09, PO.20, PO.21, PO.22	Λάμπρου Σ.	OR.19
Κοντού Α.	PO.24	Λέντζιου Ε.	PO.29
Κορογιάννου Μ.	OR.35, PO.36, PO.37	Λεοτσάκος Ν.	PO.24
Κορομπόκη Ε.	PO.16, PO.17, PO.18, PO.33	Λιακόπουλος Β.	PO.32
Κουλουρίδης Ε.	OR.10	Λινάρδου Ι.	PO.08, PO.23
Κουρής Ν.	OR.30, OR.31	Λουτράδης Δ.	OR.02, OR.34
Κουρنيώτης Δ.	OR.36	Λουτράδης Χ.	OR.13, OR.14, OR.16, OR.27, OR.28, OR.29, OR.30, OR.31, OR.32, OR.35, PO.36, PO.37
Κουτσαμπασόπουλος Κ.	PO.06, PO.07, PO.09, PO.10, PO.11, PO.14	Λύκκα Α.	PO.17, PO.18, PO.33
Κουτσούρης Δ.- Δ.	PO.19	Λυκούδη Α.	PO.02
Κροκίδης Ξ.	OR.07	Λυράκος Ν.	PO.15
Κυριακούλης Κ. Γ.	OR.09	M	
Κωνσταντινίδης Δ.	OR.36, PO.12, PO.13	Μακρής Θ.	OR.11, OR.37, PO.12, PO.13
Κωνσταντινίδης Γ.	PO.04	Μαλακού Α.	PO.16, PO.17, PO.18, PO.33
Κωνσταντινίδης Λ.	PO.04, PO.28	Μανιός Ε.	OR.07, PO.16, PO.17, PO.18, PO.33
Κωστέλη Γ.	OR.03	Μανουσόπουλος Κ.	PO.33
Κώτσα Κ.	OR.13, OR.14	Μαντζουράνη Μ.	OR.15, OR.17, OR.23, PO.31
Κώτσης Β.	OR.18, PO.12, PO.13	Μανώλης Α.	PO.12, PO.13

Ευρετήριο Συγγραφέων Ανακοινώσεων

Μαρινάκη Σ.	OR.35, PO.36, PO.37	Μπίρκα Σ.	PO.24
Μαριόλης Α.	PO.24	Μπίρμπα Δ.	OR.03, OR.22
Μαρκέτου Μ.	OR.07, PO.12, PO.13	Μπολέτης Ι. Ν.	OR.35, PO.36, PO.37
Μαστρογιάννης Κ.	PO.30	Μπουτζώνα Ι.	OR.06, PO.21
Μαστροκωστόπουλος Α.	PO.22	Μυσεργλής Γ.	OR.33
Μαυρίδου Μ.	PO.08	Μυτάς Δ.	PO.03
Μέμμος Ε.	OR.16, OR.27	Μωυσάκης Ι.	OR.05, PO.20
Μεντή Δ.	PO.15	N	
Μέντη Α.-Μ.	OR.07, OR.08, OR.12	Νανούδης Σ.	PO.04, PO.28
Μεταλλίδης Σ.	PO.04	Νικητέας Ν.	OR.17, PO.31
Μηλιώνης Χ.	OR.18	Νικολαΐδου Β.	OR.21, OR.32, PO.30
Μηνασίδης Η.	PO.32	Νικολαΐδου Β.	
Μηνοπούλου Ι.	OR.13, OR.14, OR.28, OR.29	Νικολακοπούλου Ν.	PO.29
Μητσικώστα Ε.	PO.16, PO.17, PO.18, PO.33	Νταβλούρος Π.	PO.12, PO.13
Μητσόπουλος Ε.	OR.32	Ντάιος Γ.	OR.18
Μούλιας Α.	PO.12, PO.13	Ντάλιου Λ.	OR.15, OR.23
Μουστάκας Γ.	PO.26	Ντινέρη Α.	OR.05, OR.06, PO.20, PO.21
Μπακογιάννης Κ.	PO.09, PO.10, PO.11	Ντουνιάς Γ.	PO.25
Μπαλάσκας Η. Β.	PO.32	Ντρέτσιου Ε.	OR.04
Μπαρμπετσέας Ι.	OR.15, OR.17, OR.23, PO.31	Ξ	
Μπέλλος Ι.	OR.02, OR.34	Ξαγάς Ε.	OR.35, PO.36, PO.37
Μπενάς Δ.	OR.03, OR.04, OR.22	Ι	
		Οικονομίδης Ι.	OR.03, OR.04, OR.22

Π

		Παπαλόης Α.	OR.20
Παγκοπούλου Ε.	OR.16	Πατουλιάς Δ.	PO.06, PO.07, PO.08, PO.10, PO.11, PO.14, PO.23
Παπαβασιλείου Μ.Β.	PO.03, PO.26, PO.34	Περγιαλιώτης Β.	OR.02, OR.34
Παπαγιάννη Α.	OR.16, OR.27, OR.28, OR.29, OR.30, OR.31, OR.32	Περρέα Δ.	OR.17, PO.31
Παπαγιάννη Δ.	PO.29	Πετίδης Κ.	PO.07, PO.08
Παπαγιάννης Α.	OR.33	Πετράς Δ.	OR.36
Παπαδάκης Ι.	OR.07, PO.12, PO.13	Πιπερίδου Α.	PO.06, PO.14
Παπαδόπουλος Α.	OR.03	Πιτταράς Α.	PO.05
Παπαδόπουλος Δ.	OR.07, OR.15, OR.17, OR.23, PO.12, PO.13, PO.31	Πλατάκης Ι.	PO.24
Παπαδόπουλος Σ.	OR.19	Ποικιλίδου Μ.	PO.04, PO.28
Παπαδόπουλος Ρ.	OR.27, OR.28	Πουλημένος Λ.	PO.12, PO.13
Παπαδόπουλος Χ.	PO.09, PO.10, PO.11	Πρωτογέρου Α.	OR.35, PO.36, PO.37
Παπαδόπουλος Χ.	PO.14	Πρωτόπαπας Κ.	OR.03
Παπαδοπούλου Δ.	OR.30, OR.31, OR.32	Ρ	
Παπαδοπούλου Ε.	OR.13, OR.14	Ραΐκου Β.	OR.26
Παπαζάχου Ο.	OR.11, OR.37	Σ	
Παπαιωάννου Αν.	PO.24	Σαββόπουλος Χ.	OR.18, PO.12, PO.13
Παπαϊωάννου Α.	PO.01, PO.02	Σαλβερίδης Ν.	OR.33
Παπακωνσταντίνου Π.	OR.36	Σαμπάνης Χ.	OR.13
Παπακωνσταντίνου Ε.	PO.28	Σανίδας Η.	OR.15, OR.17, OR.23, PO.12, PO.13, PO.31

Ευρετήριο Συγγραφέων Ανακοινώσεων

Σαραφίδης Π.	OR.07, OR.13, OR.14, OR.16, OR.27, OR.28, OR.29, OR.30, OR.31, OR.32, OR.35, PO.12, PO.13, PO.36, PO.37	Σχινάς Α.	OR.03
		Σχοινά Μ.	OR.16, OR.27, OR.28, OR.29, OR.30, OR.31
		Σχοινάς Α.	OR.22
Σαρρής Δ.	OR.30, OR.31		
Σαχινίδης Α.	PO.09, PO.23		
Σαχπεκίδης Β.	OR.30, OR.31		
Σέρβος Γ.	OR.05, PO.20, PO.21		
Σίσκος Φ.	PO.07		
Σκαλής Γ.	OR.11, OR.37		
Σκούρα Λ.	PO.04		
Σολωνάκη Φ.	OR.33		
Σπηλιοπούλου Σ.	PO.16, PO.17, PO.18, PO.33		
Σταματοπούλου Ε.	PO.25		
Σταματοπούλου Α.	PO.25		
Σταμπολλίου Ε.	OR.06, PO.21		
Σταυρόπουλος Κ.	PO.06, PO.07, PO.08, PO.09, PO.10, PO.11, PO.14, PO.23		
Στεργίου Γ.Σ.	OR.05, OR.06, OR.07, OR.08, OR.09, OR.12, PO.20, PO.21, PO.22		
Στεργίου Γ.	PO.12, PO.13		
Συργκάνης Χ.	PO.32		
Συρογιάννη Α.	PO.29		
		Τ	
		Τατάκης Φ.	OR.36
		Τατάκης Φ.-Π.	PO.05
		Τέγος Θ.	OR.18, PO.04
		Τέγου Ζ.	PO.06, PO.23
		Τζανής Γ.	OR.30, OR.31
		Τζατζάγου Γ.	OR.13, OR.14
		Τολιόπουλος Σπ.	PO.06
		Τουλούμη Γ.	OR.07, OR.12
		Τουμπουρλέκα Μ.	PO.09, PO.10, PO.11
		Τούτουζας Κ.	OR.15, OR.23
		Τριανταφυλλίδη Ε.	OR.03, OR.04, OR.22, PO.12, PO.13
		Τριανταφυλλίδου Ε.	OR.16
		Τριανταφύλλου Α.	OR.19, OR.21, PO.12, PO.13, PO.30
		Τρυψιάνης Γ.	OR.12
		Τσάκαλης Κ.	OR.15, OR.17, OR.23, PO.31
		Τσάπας Α.	OR.13, OR.14

Ευρετήριο Συγγραφέων Ανακοινώσεων

Τσαχουρίδου Ό.	PO.04	Χ	
Τσίκληρας Ν. Χ.	PO.32	Χανιώτης Δ.	PO.25
Τσίλιας Δ.	PO.25	Χαραλαμπίδης Κ.	PO.10, PO.14
Τσίμτσιου Ζ.	PO.24	Χατζηδημητρίου Χ.	PO.32
Τσιούφης Κ.	OR.36, PO.12, PO.13	Χατζησταυρή Λ.	PO.28
Τσίπου Α.	PO.24	Χατζητόλιος Α. Ι.	OR.18
Τσούτσουρα Ν.	PO.16, PO.17, PO.18, PO.33	Χατζητόλιος Α.	PO.12, PO.13
Τυροδήμος Η.	PO.24	Χατζηχριστοδούλου Χ.	OR.12
		Χατζόπουλος Μ.	OR.07, OR.09
Υ		Χλουβεράκης Γ.	OR.12
Υφαντής Σ.	PO.27	Χρήστου Κ.	PO.23
Φ		Ψ	
Φούζας Ι.	OR.33	Ψαρρά Α.	PO.29
Φράγκου Π.	OR.03	Ψαρράς Λ.	PO.29

Ημερομηνίες Διεξαγωγής

Πέμπτη 19 - Σάββατο 21 Νοεμβρίου 2020

Οργάνωση Συνεδρίου - Γραμματεία - Πληροφορίες

PRAXICON

Εθν. Αντιστάσεως 101, Τ.Κ. 55134, Καλαμαριά, Θεσσαλονίκη
Τηλ. +30 2310 460 682, 2310 460 652 Fax. +30 2310 435 064
Email: info@praxicon.gr website: www.praxicon.gr
ΜΗΤΕ0933E60000071200

Τελετή Έναρξης

Πέμπτη 19 Νοεμβρίου 2020 και ώρα 20.00

Γλώσσα Συνεδρίου

Η επίσημη γλώσσα του Συνεδρίου είναι η Ελληνική. Για τους ξένους προσκεκλημένους ομιλητές θα είναι η Αγγλική ενώ δεν θα υπάρχει ταυτόχρονη μετάφραση.

Πιστοποιητικό Παρακολούθησης

Το Πιστοποιητικό Παρακολούθησης θα σταλεί ηλεκτρονικά σε όλους τους εγγεγραμμένους συνέδρους, 3 ημέρες μετά τη λήξη του Συνεδρίου. Για την παραλαβή του πιστοποιητικού απαιτείται η παρακολούθηση του 60% της συνολικής διάρκειας του Επιστημονικού Προγράμματος.

Το Συνέδριο χορηγείται με **19 μόρια** Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME-CPD credits) από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο, σύμφωνα με τα κριτήρια αξιολόγησης και μοριοδότησης της UEMS - EACCME.

Δικαίωμα Συμμετοχής

Κατηγορία Εγγραφής	Κόστος Εγγραφής (συμπεριλαμβανομένου του ΦΠΑ)
Ειδικοί ιατροί & Ειδικευόμενοι ιατροί	50 €
Νοσηλεύτές/-τριες	Δωρεάν
Λοιπά Επαγγέλματα Επιστημών Υγείας	Δωρεάν
Προπτυχιακοί Φοιτητές/-τριες	Δωρεάν

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τις εγγραφές, επισκεφτείτε το site του Συνεδρίου www.praxicon.gr/hypertasi2020

Το δικαίωμα συμμετοχής περιλαμβάνει:

- Παρακολούθηση των εργασιών του Συνεδρίου
- Παραλαβή ηλεκτρονικού συνεδριακού υλικού (e-program)
- Παραλαβή Πιστοποιητικού Παρακολούθησης (ηλεκτρονικά)

Επίσημη Ιστοσελίδα Συνεδρίου

Στην ιστοσελίδα του συνεδρίου www.praxicon.gr/hypertasi2020 όπου μπορείτε να βρείτε όλες τις σχετικές πληροφορίες του συνεδρίου.

Βράβευση Εργασιών

Ειδική ομάδα της Επιστημονικής Επιτροπής θα επιλέξει τις 4 καλύτερες εργασίες (2 προφορικές και 2 αναρτημένες) που θα παρουσιαστούν στο Συνέδριο. Οι εργασίες αυτές θα βραβευτούν στην Τελετή Λήξης. Η βράβευση περιλαμβάνει χρηματικό ποσό 500€ και δημοσίευση εκτεταμένης περίληψης 1000 λέξεων στο περιοδικό «Αρτηριακή Υπέρταση» της Ελληνικής Εταιρείας Υπέρτασης.

Λόγω υγειονομικών πρωτοκόλλων τα βραβεία θα σταλούν ηλεκτρονικά.

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: • Lipocomb 10 mg/10 mg σκληρά καψάκια • Lipocomb 20 mg/10 mg σκληρά καψάκια **ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:**

• Lipocomb 10 mg/10 mg σκληρά καψάκια. Κάθε καψάκιο περιέχει 10 mg ροσουβαστατίνης (ψευδαρνητικής) και 10 mg εζετιμίμης. **ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΕΣ: Θεραπευτικές ενδείξεις:** Το Lipocomb ενδείκνυται ως συμπληρωματικό της διαίτης για την αντιμετώπιση της πρωτογενούς υπερχοληστερολαιμίας ως θεραπευτική υποκατάσταση σε ενήλικες ασθενείς που ελέγχονται επαρκώς με τις επιμέρους ουσίες χορηγούμενες ταυτόχρονα στο ίδιο επίπεδο δόσης όπως ο σταθερός συνδυασμός δόσεων, αλλά ως χωριστό προϊόν. **Αντενδείξεις:** Το Lipocomb αντενδείκνυται: • σε ασθενείς με υπερευαίσθησία στις δραστικές ουσίες (ροσουβαστατίνη, εζετιμίμη) ή σε κάσιο από τα ένδοξα. • σε ασθενείς με ενεργό ηπατική νόσο, που συμπεριλαμβάνει ανελέητες, εμμένουσες αυξήσεις των τρανσαμινάσων ουρίας και κάθε αύξηση των τρανσαμινάσων ουρού που υπερβαίνει κατά 3 φορές το ανώτατο φυσιολογικό όριο (ULN). • στη διάρκεια της κύησης και του θηλασμού και στις γυναίκες με αναπαραγωγική ικανότητα που δεν χρησιμοποιούν τα κατάλληλα αντισυλληπτικά μέσα. • σε ασθενείς με σοβαρή νεφρική ανεπάρκεια (κάθαρση κρεατινίνης: 30 ml/min);

• σε ασθενείς με μυσθαιμία. • σε ασθενείς που λαμβάνουν ταυτόχρονη αγωγή με κυκλοσπορίνη. **Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση: Επιδράσεις στους ακετυλικούς μύες:** Εάν υπάρχει υποψία μυσθαιμίας βάσει μυϊκών συμπτωμάτων ή εάν επιβεβαιώνεται από το επίπεδο της κρεατινικής κινάσης, η εζετιμίμη, κάθε σπαστική και κάθε ένας εκ των παραγόντων που είναι γνωστό ότι σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο ραβδομυόλυσης, τους οποίους ο ασθενής λαμβάνει ταυτόχρονα, θα πρέπει να διακοπουν αμέσως. Όλοι οι ασθενείς που ξεκινούν θεραπεία θα πρέπει να λάβουν οδηγία να αναφέρουν εγκαίρως κάθε ανεξήγητο μυϊκό πόνο, ευαίσθησία ή αδυναμία. **Μείωση κρεατινικής κινάσης:** Εάν τα επίπεδα της CK είναι σημαντικά αυξημένα κατά την έναρξη (>5xULN) θα πρέπει να διενεργηθεί εξέταση επιβεβαίωσης εντός 5 7 ημερών. Εάν η επαναληπτική εξέταση επιβεβαιώσει αρχική CK<5xULN, δεν θα πρέπει να ξεκινήσει η θεραπεία. Πριν από τη θεραπεία. Το Lipocomb, όπως και οι λοιποί αναστολείς της HMG CoA αναγωγάσης, θα πρέπει να συνταγογραφείται με προσοχή σε ασθενείς με προδιαθεσιακά παράγοντες για μυσθαιμία/ραβδομυόλυση. Αυτοί οι παράγοντες περιλαμβάνουν: • νεφρική δυσλειτουργία • υποθυρεοειδισμό • προσωπικό ή οικογενειακό ιστορικό κληρονομικών μυϊκών διαταραχών • προηγούμενο ιστορικό μυϊκής τοξικότητας με άλλον αναστολέα της HMG CoA αναγωγάσης ή ψιμράνη • κατάσταση οισονευμίας • ηλικία >70 ετών • καταστάσεις όπου ενδέχεται να επιταχυνθεί η αύξηση στο πλάσμα • συγχρόνηση ψιμράνης. Σε αυτούς τους ασθενείς θα πρέπει να εξεταστεί ο κίνδυνος της θεραπείας σε σχέση με το πιθανό όφελος και συνάπτεται κλινική παρακολούθηση. Εάν τα επίπεδα της CK είναι σημαντικά αυξημένα κατά την έναρξη (>5xULN) δεν θα πρέπει να ξεκινήσει η θεραπεία. **Στη διάρκεια της θεραπείας:** • Θα πρέπει να ζητείται από τους ασθενείς να αναφέρουν ανελέητους μυϊκούς πόνο, αδυναμία ή κράμπες αμέσως, ιδίως εάν σχετίζονται με αδυναμία ή πυρετό. Τα επίπεδα της CK θα πρέπει να μετρώνται σε αυτούς τους ασθενείς. Η θεραπεία θα πρέπει να διακοπεί εάν τα επίπεδα της CK είναι σημαντικά αυξημένα (>5xULN) ή εάν τα μυϊκά συμπτώματα είναι σοβαρά και προκάλουν καθημερινή δυσφορία (ακόμη και εάν τα επίπεδα της CK είναι ≤5xULN). Η γεμφοβροζιλίνη αυξάνει τον κίνδυνο μυσθαιμίας όταν χορηγείται ταυτόχρονα με ορισμένους αναστολείς της HMG CoA αναγωγάσης. Συνεπώς, ο συνδυασμός του Lipocomb και της γεμφοβροζιλίνης δεν συνιστάται. Το όφελος περαιτέρω μεταβολών στα επίπεδα των λιπιδίων από τη συνδυασμένη χρήση του Lipocomb με τις ψιμράνες ή τη νιασίνη θα πρέπει να σταθμίζεται προσεκτικά έναντι των πιθανών κινδύνων αυτών των συνδυασμών. • Το Lipocomb δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται σε σιδηπρωτεΐνη σε σιδηπρωτεΐνη ασθενή ή οξεία, σοβαρή πάθηση που καταδικεύει μυσθαιμία ή προδιαθέτει για την εμφάνιση νεφρικής ανεπάρκειας δευτερογενούς σε ραβδομυόλυση (π.χ. σήψη, υπόταση, μείζονα χειρουργική επέμβαση, τραυματισμό, σοβαρές μεταβολικές και ενδοκρινολογικές διαταραχές, διαταραχές ηλεκτρολύτων ή μη ελεγχόμενες κρίσεις). **Φουσιδικό οξύ:** • Το Lipocomb δεν πρέπει να συγχρηγείται με συστημικά ακετυλάσματα φουσιδικού οξέος ή να χορηγείται εντός 7 ημερών από τη διακοπή της θεραπείας με φουσιδικό οξύ. Σε ασθενείς όπου η χρήση συστημικού φουσιδικού οξέος κρίνεται απαραίτητη, η θεραπεία με σπαστικές θα πρέπει να διακοπεί κατά καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας με φουσιδικό οξύ. Έχουν αναφερθεί περιπτώσεις ραβδομυόλυσης (ορισμένες από τις οποίες οδήγησαν σε θάνατο) σε ασθενείς που λάμβαναν φουσιδικό οξύ σε συνδυασμό με σπαστικές. Θα πρέπει να δίνονται οδηγίες στους ασθενείς ώστε αυτοί να αναζητούν αμέσως ιατρική συμβουλή εάν εμφανίσουν συμπτώματα μυϊκής αδυναμίας, πόνο ή ευαίσθησος. • Η θεραπεία με σπαστικές μπορεί να επαναληφθεί μετά μέρους μετά την τελευταία δόση του φουσιδικού οξέος. • Σε εξαιρετικές περιπτώσεις, κατά τις οποίες απαιτείται παρατεταμένη συστημική αγωγή με φουσιδικό οξύ (π.χ. για τη θεραπεία λοιμξέων βαριών μορφής), το ενδοκείμενο συγχρηγούμενο Lipocomb και φουσιδικό οξύ θα πρέπει να εξετάζεται μόνο κατά περίπτωση και υπό στενή ιατρική παρακολούθηση. **Επιδράσεις στο ήπαρ:** Έχουν παρατηρηθεί διαδοχικές αυξήσεις τρανσαμινάσων (≥3 φορές το ανώτατο φυσιολογικό όριο [ULN]). • Συνίσταται να διενεργούνται εξετάσεις ηπατικής λειτουργίας 3 μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας με ροσουβαστατίνη. Η ροσουβαστατίνη θα πρέπει να διακοπεί ή να μειωθεί η δόση εάν το επίπεδο των τρανσαμινάσων στον ορό είναι μεγαλύτερο από 3 φορές το ανώτατο φυσιολογικό όριο. • Σε ασθενείς με δευτεροπλάτη υπερχοληστερολαιμία που προκαλείται από υποθυρεοειδισμό ή νεφρικό σύνδρομο, θα πρέπει να αντιμετωπισθεί ή υποκείμενη νόσος πριν από την έναρξη της θεραπείας με Lipocomb. • Λόγω των άγνωστων επιδράσεων της αυξημένης έκθεσης στην εζετιμίμη σε ασθενείς με μέτρια ή σοβαρή ηπατική ανεπάρκεια, δεν συνιστάται το Lipocomb. **Επιδράσεις στους νεφρούς:** Πρωτεύουσα, που ανικνεύεται μέσω εξέτασης με dipstick και κυρίως ωαλιουριακή πρόκληση, έχει παρατηρηθεί σε ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία με υψηλότερες δόσεις ροσουβαστατίνης, ιδίως 40 mg, όπου ήταν παροδική ή διαλείπουσα στις περισσότερες περιπτώσεις. Η πρωτεύουσα δεν έχει καταδειχθεί ότι αποτελεί προγνωστικό παράγοντα εξέλιξης ή επιδεινούμενης νεφρικής νόσου. **Φυλάξτε:** Μελέτες φαρμακοκινητικής της ροσουβαστατίνης υποδεικνύουν αύξηση της έκθεσης σε ασθενείς με οσιακή πρόκληση σε σύγκριση με ασθενείς χωρίς πρόκληση. **Αναστολείς πρωτεΐνης:** Θα πρέπει να εξετάζεται το όφελος από τη μείωση των λιπιδίων από τη χρήση του Lipocomb σε ασθενείς με HIV που λαμβάνουν αναστολείς πρωτεΐνης και η πιθανότητα για αυξημένες συγκεντρώσεις ροσουβαστατίνης στο πλάσμα κατά την έναρξη και αύξηση της δόσης της ροσουβαστατίνης σε ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία με αναστολείς πρωτεΐνης. Η ταυτόχρονη χρήση με αναστολείς ορισμένων πρωτεΐνης δεν συνιστάται εκτός και εάν προσημοθετεί η δόση του Lipocomb. **Διάγνωση πνευμονοπάθειας:** Εάν υπάρχει υποψία διάγνωσης πνευμονοπάθειας σε κάσιο ασθενή, η θεραπεία με σπαστικές θα πρέπει να διακοπεί. **Σακχαρώδης διαβήτης:** Οι ασθενείς που διατρέχουν κίνδυνο (γλυκόζη νηστείας 5,6 έως 6,9 mmol/L, BMI>30 kg/m², αυξημένα τριγλυκερίδια, υπέρταση) θα πρέπει να παρακολουθούνται τόσο κλινικά όσο και βιοχημικά σύμφωνα με τις εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες. **Ψιμράνες:** Η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα της εζετιμίμης σε συγχρηγούμενη με ψιμράνες δεν έχει τεκμηριωθεί. **Αντιπηκτικά:** Εάν το Lipocomb προsteθεί στη βροφαρίνη, άλλο κομωρμικό αντιπηκτικό ή στη φλουιδοσίμη, το Διεθνές Κλινοκοινωνικό Ένδομα Πηλίκου (INR) θα πρέπει να παρακολουθείται καταλλήλως. **Κυκλοσπορίνη: Παθιατρικός Πληθυσμός:** Η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα του Lipocomb σε παιδιά ηλικίας κάτω των 18 ετών δεν έχουν ακόμα τεκμηριωθεί. **Αντιπηκτικά:** Η χρήση του δεν συνιστάται για αυτήν την ηλικιακή ομάδα. **Ηπατική νόσος και αλκοόλ:** Το Lipocomb θα πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή σε ασθενείς που καταναλώνουν υπερβολικές ποσότητες οισονευμίας ή/και έχουν ιστορικό ηπατικής νόσου. **Κύηση και γαλουχία:** Το Lipocomb αντενδείκνυται στη διάρκεια της κύησης και της γαλουχίας. **Αλληλεπιδράσεις με άλλα φαρμακευτικά προϊόντα και άλλα φαρμάκα:** Η δόση ροσουβαστατίνης, η δόση εζετιμίμης, η δόση ροσουβαστατίνης και η δόση εζετιμίμης θα πρέπει να σταθμίζονται προσεκτικά έναντι των πιθανών κινδύνων κίνδυνο. Το Lipocomb δεν έχει καμία ή έχει ασήμαντη επίδραση στην ικανότητα οδήγησης και χειρισμού μηχανών. Ωστόσο, κατά την οδήγηση οχημάτων ή τον χειρισμό μηχανών θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι μπορεί να επέλθει ζάλη στη διάρκεια της θεραπείας. **Ανεπιθύμητες ενέργειες: Περιλήψη του προφίλ ασφαλείας:** • Οι ανεπιθύμητες αντιδράσεις που παρατηρήθηκαν με ροσουβαστατίνη είναι συνήθως ήπιες και παροδικές. Σε ελεγχόμενες κλινικές δοκιμές, λιγότερο από 4% των ασθενών που έλαβε θεραπεία με ροσουβαστατίνη απερίσπαστα λόγω ανεπιθύμητων αντιδράσεων. • Σε κλινικές μελέτες διάρκειας έως 112 εβδομάδων, χορηγούμενη εζετιμίμη 10 mg ημερησίως μόνη της σε 2396 ασθενείς ή μαζί με σπαστική σε 11.308 ασθενείς ή μαζί με φουσιδικό οξύ σε 185 ασθενείς. Οι ανεπιθύμητες αντιδράσεις ήταν συνήθως ήπιες και παροδικές. Η συνολική επίπτωση των παρενεργειών ήταν παρόμοια στην εζετιμίμη και στο εικονικό φάρμακο. Παρομοίως, το ποσοστό διακοπής λόγω ανεπιθύμητων επιδράσεων ήταν συγκρίσιμο στην εζετιμίμη και στο εικονικό φάρμακο. • Σύμφωνα με τα διαθέσιμα δεδομένα 1200 ασθενείς έλαβαν συνδυασμό ροσουβαστατίνης και εζετιμίμης σε κλινικές μελέτες. Όπως αναφέρεται στη δημοσιευμένη βιβλιογραφία, οι συχνοτέρες κοινές ανεπιθύμητες ενέργειες που σχετίζονται με τη θεραπεία με συνδυασμό ροσουβαστατίνης και εζετιμίμης σε ασθενείς με υπερχοληστερολαιμία είναι οι αυξημένες ηπατικές τρανσαμινάσες, τα γαστρεντερικά προβλήματα και ο μυϊκός πόνος. Αυτές είναι γνωστές ως ανεπιθύμητες ενέργειες των δραστικών ουσιών. Ωστόσο, δεν μπορεί να αποκλειστεί φαρμακοδυναμική αλληλεπίδραση, όσον αφορά στις ανεπιθύμητες ενέργειες, μεταξύ της ροσουβαστατίνης και της εζετιμίμης.

Περιλήψεις πίνακας ανεπιθύμητων αντιδράσεων: Οι συχνότερες των ανεπιθύμητων αντιδράσεων κατατάσσονται ως ακολούθως: Συχνές (≥1/100 έως <1/10), Όχι συχνές (≥1/1.000 έως <1/100), Σπάνιες (≥1/10.000 έως <1/1.000), Πολύ σπάνιες (<1/10.000), μη γνωστές (δεν μπορούν να εκτιμηθούν με βάση τα διαθέσιμα δεδομένα).

Κατηγορία/οργανικό σύστημα σύμφωνα με τη βάση δεδομένων MedDRA	Συχνές	Όχι συχνές	Σπάνιες	Πολύ σπάνιες	Μη γνωστές
Διαταραχές του αιμοποιητικού και του λεμφικού συστήματος			Θρομβοκυταροπενία ²		Θρομβοκυταροπενία ⁵
Διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος			Αντιδράσεις υπερευαίσθησος συμπεριλαμβανομένου αγγειοοιδήματος ²		Υπερευαίσθησος (συμπεριλαμβανομένων εξανθήματος, κνίδωσης, αναφυλαξίας και αγγειοοιδήματος) ⁵
Διαταραχές του ενδοκρινικού συστήματος	Σακχαρώδης διαβήτης ¹²				

Κατηγορία/οργανικό σύστημα σύμφωνα με τη βάση δεδομένων MedDRA	Συχνές	Όχι συχνές	Σπάνιες	Πολύ σπάνιες	Μη γνωστές
Διαταραχές του μεταβολισμού και της θρέψης		Μειωμένη όρεξη ³			
Ψυχιατρικές διαταραχές					Κατάθλιψη ^{5,5}
Διαταραχές του νευρικού συστήματος	Κεφαλαλγία ^{2,4} , ζάλη ²	Παραισθησία ⁴		Πολυνευροπάθεια ² , απώλεια μνήμης ²	Περιφερική νευροπάθεια ² , διαταραχές ύπνου (συμπεριλαμβανεται ύπνια και εφιάλτες) ² , ζάλη ⁵ , παραισθησία ⁵
Αγγειακές διαταραχές		Εξάψεις ³ , υπέρταση ³			
διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος, του θώρακα και του μεσοθωράκιου		Βήχας ³			Βήχας ² , δύσπνοια ^{2,5}
Διαταραχές του γαστρεντερικού	Δυσκοιλιότητα ² , ναυτία ² , καιλιακό άλγος ^{2,3} , διάρροια ³ , μετεωρισμός ³	Δυσπεψία ³ , νόσος γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης ² , ναυτία ³ , ξηροστομία ⁴ , γαστρίτιδα ⁴	Παγκρεατίτιδα ²		Διάρροια ² , παγκρεατίτιδα ⁵ , δυσκοιλιότητα ⁵
Διαταραχές του ήπατος και των χοληφόρων			Αυξημένες ηπατικές, τρανοσμινάσες ²	Ίκτερος ² , παπυίτιδα ²	Ηπατίτιδα ⁵ , χολολιθίαση ⁵ , χολοκυστίτιδα ⁵
Διαταραχές του δέρματος και του υποδόριου ιστού		Κνησμός ^{2,4} , εξάνθημα ^{2,4} , κνίδωση ^{2,4}			Σύνδρομο stevens johnson ² , πολύμορφο ερύθημα ²
Διαταραχές του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού	Μυαλγία ^{2,4}	Αρθραλγία ² , μυϊκοί σπασμοί ³ , πόνος στον αυχένα ³ , οσφυαλγία ⁴ , μυϊκή αδυναμία ⁴ , πόνος στα άκρα ⁴	Μυοπάθεια (συμπεριλαμβανομένης μυοσίτιδας) ² , ραβδομύωση ² , σύνδρομο παράοιο με λυκό ² , θλάση μυός ²	Αρθραλγία ²	Ανοσολογικά διαμεσολαβούμενη νεκρωτική μυοπάθεια ² , διαταραχές στους τένοντες, ενίοτε επικεκομμένες με ρήξη ² , αρθραλγία ² , μυαλγία ² , μυοπάθεια/ραβδομύωση ²
Διαταραχές των νεφρών και των ουροφόρων οδών				Αιματοουρία ²	
Διαταραχές του αναπαραγωγικού συστήματος και του μαστού				Γυναικομαστία ²	
Γενικές διαταραχές και καταστάσεις της οδού χορήγησης	Ασθενεία ² , κόπωση ³	Πόνος στο στήθος ³ , πόνος ³ , ασθενεία ³ , περιφερικό οίδημα ⁴			Οίδημα ² , ασθενεία ⁵
Παρακλινικές εξετάσεις	Αυξημένη alt ή/και ast ⁴	Αυξημένη alt ή/και ast ⁴ , αυξημένη crk αίματος ⁴ , αυξημένη γάμμα γλουταμυλτρανσφεράση ³ , παθολογική εξέταση ηπατικής λειτουργίας ²			

¹Η συχνότητα θα εξαρτάται από την παρουσία ή απουσία παραγόντων κινδύνου (γλυκόζη νηστείας αίματος $\geq 5,6$ mmol/L, BMI >30 kg/m², αυξημένα τριγλυκερίδια, ιστορικό υπέρτασης) – για τη ροσοουστατίνη. ²Προφίλ ανεπιθύμητων αντιδράσεων για τη ροσοουστατίνη βάσει δεδομένων από κλινικές μελέτες και εκτεταμένη εμπειρία μετά την εμπορική κυκλοφορία. ³Εξέτιμηση σε μονοθεραπεία. ⁴Ανεπιθύμητες αντιδράσεις παρατηρήθηκαν σε ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με εξετιμίμητη (N=2396) και με μεγαλύτερη επίπτωση από ό,τι το εικονικό φάρμακο (N=1159). ⁵Εξέτιμηση συγχρονισμένη με στατίνη. Παρατηρήθηκαν ανεπιθύμητες αντιδράσεις σε ασθενείς κατά τη συγχρονισμένη εξετιμίμητη με στατίνη (N=11308) και με μεγαλύτερη επίπτωση από ό,τι με τη χορήγηση μόνο της στατίνης (N=9361). ⁶Επιπρόσθετες ανεπιθύμητες αντιδράσεις εξετιμίμητης, αναφερόμενες κατά την εμπειρία μετά την εμπορική κυκλοφορία. Λόγα του ότι αυτές οι ανεπιθύμητες εμπειρίες έχουν αναφερθεί με αυθόρμητη αναφορά, οι πραγματικές τους συχνότητες δεν είναι γνωστές και δεν μπορούν να εκτιμηθούν.

Όπως και με τους λοιπούς ανασταλείς της HMG CoA αναγωγάσης, η επίπτωση των ανεπιθύμητων αντιδράσεων στο φάρμακο τείνει να είναι δόσε-εξαρτημένη. **Επιδράσεις στους νεφρούς:** Πρωτεύοντα, που ανιχνεύεται μέσω εξέτασης με dipstick και κυρίως αυθολογικής προέλευσης, έχει παρατηρηθεί σε ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία με ροσοουστατίνη. **Επιδράσεις στους σκελετικούς μύες:** • Έχουν αναφερθεί επιδράσεις στους σκελετικούς μύες π.χ. μυαλγία, μυοπάθεια και, σπάνια, ραβδομύωση με ή χωρίς οξεία νεφρική ανεπάρκεια σε ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία με ροσοουστατίνη σε όλες τις δόσεις και ιδίως σε δόσεις >20 mg. • Έχει παρατηρηθεί δόσε-εξαρτημένη αύξηση στα επίπεδα της CK σε ασθενείς που λαμβάνουν ροσοουστατίνη. Η πλειονότητα των περιπτώσεων ήταν ήπιες, ασυμπτωματικές και παροδικές. Εάν τα επίπεδα της CK είναι αυξημένα (>5xULN), η θεραπεία θα πρέπει να διακοπεί. **Επιδράσεις στο ήπαρ:** Όπως και με τους λοιπούς ανασταλείς της HMG CoA αναγωγάσης, έχει παρατηρηθεί δόσε-εξαρτημένη αύξηση των τρανοσμινάσων σε μικρό αριθμό ασθενών που λαμβάνουν ροσοουστατίνη. Η πλειονότητα των περιπτώσεων ήταν ήπιες, ασυμπτωματικές και παροδικές. **Οι ακόλουθες ανεπιθύμητες ενέργειες έχουν αναφερθεί με ορισμένες στατίνες:** • Σεξουαλική δυσλειτουργία • Έχουν αναφερθεί εσθρικές περιπτώσεις διέγερσης πνευμονοπάθειας, ιδίως με τη μακροπρόθεσμη θεραπεία. Τα αναφερόμενα ποσοστά ραβδομύωσης, σοβαρών νεφρικών ενεργειών και σοβαρών ηπατικών ενεργειών (που αποτελούν κυρίως από αυξημένες ηπατικές τρανοσμινάσες) είναι υψηλότερα με τη δόση 40 mg ροσοουστατίνης. **Παθολογικές πλάσμες:** Η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα του Liprocomb σε παιδιά ηλικίας κάτω των 18 ετών δεν έχουν ακόμα τεκμηριωθεί. **Αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών:** Η αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών μετά από τη χορήγηση άδειας κυκλοφορίας του φαρμακευτικού προϊόντος είναι σημαντική. Επιπρέπει τη συνεχή παρακολούθηση της αέχσης σφέλους κινδύνου του φαρμακευτικού προϊόντος. Ζητείται από τους επαγγελματίες του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης να αναφέρουν οποιαδήποτε πιθανολογούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες Εθνικής Οργάνωσης Φαρμάκων, Φαρμακείων 284, GR-15562 Χολαργός, Αθήνα. Τηλ: + 30 21 32040380/337, Φαξ: + 30 21 06549585 Ιστότοπος: <http://www.eof.gr>. **ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** EGIS Pharmaceuticals PLC, 1106 Budapest, Kereszturi uti 30-38. Ουγγαρία **ΤΟΠΙΚΟΣ ΑΝΤΙΠΡΩΤΟΠΟΣ:** ΕΡΒΙΕ ΕΛΛΑΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Ε.Π.Ε. Φραγκολισιάς 7, 151 25 Μορούσι **ΑΡΙΘΜΟΙ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ & ΔΙΑΝΚΗ ΤΙΜΗ:** **Β7x30 Δισκία:** LIPOCOMB (10+*10) mg/tab; 87444/15-07-2019 – LT € 26,77 LIPOCOMB (20+*10) mg/tab; 87445/15-07-2019 – AT € 29,45 **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΦΕΡΘΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ:** 09/2019

Για πλήρες συντομογραφικές πληροφορίες συμβουλευτείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος που διατίθεται από την ΣΕΡΒΙΕ ΕΛΛΑΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Ε.ΠΕ. Φραγκολισιάς 7, 151 25 Μορούσι, Τηλ.: 2109391000.



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



LIPOCOMB® *

TRIPLIXAM®

COVERAM®

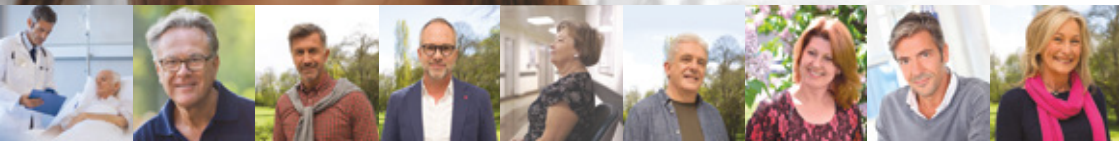
COSYREL®

PRETERAX 10®

TRIVERAM®

VIACORAM®

COVERSYL®



LIPOCOMB 10/10 mg/tab: AT €26,77, LIPOCOMB 20/10 mg/tab: AT €29,45, TRIPLIXAM (5+1,25+5) mg/tab AT: €8,55, TRIPLIXAM (5+1, 25+10) mg/tab: AT €9,65, TRIPLIXAM (10+2,5+5) mg/tab: AT €12,89, TRIPLIXAM (10+2,5+10) mg/tab: AT €13,78, COVERAM 5/5 mg/tab: AT €6,92, COVERAM 5/10 mg tab: AT €6,97, COVERAM 10/5 mg/tab: AT €10,46, COVERAM 10/10 mg/tab: AT €10,52, COSYREL 5/5 mg/tab: AT €7,41, COSYREL 5/10 mg/tab: AT €8,03, COSYREL 10/5 mg/tab: AT €9,24, COSYREL 10/10 mg/tab: AT €9,40, PRETERAX 10 mg/tab: AT €1,49, TRIVERAM (10+5+5) mg/tab: AT €11,27, TRIVERAM (20+5+5) mg/tab: AT €13,68, TRIVERAM (20+5+10) mg/tab: AT €14,44, TRIVERAM (40+10+10) mg/tab: AT €16,09, VIACORAM 3,5/2,5 mg/tab: AT € 8,12, VIACORAM 7/5 mg/tab: AT €10,32, COVERSYL 5 mg/tab: AT € 5,20, COVERSYL 10 mg/tab: AT € 5,66

- Φαρμακευτικά προϊόντα για τα οποία απαιτείται ιατρική συνταγή.
- Για περισσότερες πληροφορίες συμβουλευθείτε τις ΠΧΠ των προϊόντων που διατίθενται από τον ΚΑΚ

* **Κάτοχος Άδειας Κυκλοφορίας:** EGIS Pharmaceuticals PLC, 1106 Budapest, Kereszturi ut 30-38, Ουγγαρία
Τοπικός αντιπρόσωπος και διανομέας: Servier Hellas, Φραγκοκλισιάς 7, 15125 Μαρούσι. Τηλ. 210 9391000