



ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Αθήνα

29-31/3/2018

ΞΕΝΟΔ. DIVANI CARAVEL



Χορηγούνται 19 μόρια
Συνεχιζόμενης Ιατρικής
Εκπαίδευσης
(CME Credits)

ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΤΟΜΟΣ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

REPORTED IN 4000 OF THE LITERATURE



SANDOZ

Novartis
Division

Sandoz GmbH, Biochemiestrasse 10, 6250 Kundl, A-6060
Novartis (Hellas) S.A.C.I. / Sandoz division
Kiparotou 18 & Tsouli, 15125 Marousi
Tf. 210 6005000, Fax: 210 6857655
www.sandoz.com

Διοικητικό Συμβούλιο και Οργανωτική Επιτροπή

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

Προηγούμενος Πρόεδρος: Στέλλα Δούμα

Επιστημονική Γραμματεία

Η Γραμματεία της Ε.Ε.Υ.

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

Γραμματεία Συνεδρίου

CONGRESS WORLD Mon. IKE

Οργάνωση Συνεδρίων
Μιχαλακοπούλου 27, 115 28 Αθήνα,
Τηλ.: 210 72 10001, 210 72 10052, 210-72 10025, Fax: 210 72 10051
www.congressworld.gr, e-mail: info@congressworld.gr



ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ ΠΡΟΕΔΡΟΥ

Αγαπητοί Συνάδελφοι και Φίλοι,

Σας προσκαλούμε να συμμετάσχετε στο **18ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Ελληνικής Εταιρείας Υπέρτασης (ΕΕΥ)**. Η ΕΕΥ δραστηριοποιείται στον ιατρικό επιστημονικό χώρο για πάνω από 30 χρόνια και έχει συμβάλει σημαντικά στην ενημέρωση και εκπαίδευση των Ελλήνων γιατρών. Η υπέρταση παραμένει ένα τεράστιο πρόβλημα δημόσιας υγείας με συχνές δυσκολίες στη διάγνωση, αξιολόγηση και ρύθμιση. Αφορά πάνω από το ένα τρίτο των ενηλίκων και πάνω από τους μισούς ηλικίας πάνω από 60 ετών. Πρόσφατα δεδομένα έδειξαν ότι δυστυχώς στη χώρα μας 40% των υπερτασικών είναι αδιάγνωστοι και 80% αρρυθμιστοι. Έτσι λοιπόν η υπέρταση παραμένει σήμερα κυρίαρχος παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα. Επιπλέον, νέες κατευθυντήριες οδηγίες προτείνουν σημαντικές αλλαγές στη στρατηγική τόσο της διάγνωσης όσο και της θεραπείας της υπέρτασης.

Το 18ο Πανελλήνιο Συνέδριο της ΕΕΥ απευθύνεται σε γιατρούς όλων των ειδικοτήτων που ασχολούνται με τη διάγνωση και θεραπεία των υπερτασικών ασθενών και την πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα στοχεύει στη μετάδοση σύγχρονων θεωρητικών αλλά και κυρίως πρακτικών γνώσεων για την υπέρταση και τις σχετιζόμενες καταστάσεις και περιλαμβάνει διαλέξεις, συζητήσεις με ειδικούς, παρουσίαση περιπτώσεων, προφορικές και αναρτημένες ανακοινώσεις, πρακτικές συνεδρίες κλινικής εφαρμογής και δορυφορικές συνεδρίες. Συμμετέχουν 60 διακεκριμένοι ειδικοί επιστήμονες, συμπεριλαμβανομένων και προσκεκλημένων από το εξωτερικό. Όπως κάθε χρόνο αναμένουμε τη συμμετοχή πάνω από 500 γιατρών από όλη την Ελλάδα.

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

**Το Διοικητικό Συμβούλιο
της Ελληνικής Εταιρείας Υπέρτασης**

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Τόπος - Ημερομηνίες Διεξαγωγής Συνεδρίου

Ξενοδοχείο DIVANI CARAVEL, 29 έως 31 Μαρτίου 2018, Αίθουσα ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ, Αθήνα.

Τελετή Έναρξης

Πέμπτη 29 Μαρτίου και ώρα 20:15.

Γλώσσα Συνεδρίου

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

Ώρες Λειτουργίας Γραμματείας

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

Έκθεση

Η έκθεση φαρμακευτικών προϊόντων και βιβλίων, θα λειτουργεί παράλληλα με το επιστημονικό πρόγραμμα του 18ου Πανελλήνιου Συνεδρίου στους χώρους του Ξενοδοχείου DIVANI CARAVEL, Αίθουσα ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ.

Δικαίωμα Συμμετοχής

Το κόστος για την εγγραφή στο Συνέδριο είναι:

Ειδικοί ιατροί	100,00 €
Ειδικευόμενοι ιατροί	30,00 €
Νοσηλευτές /Φοιτητές	Δωρεάν (*)

Η εγγραφή περιλαμβάνει:

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

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

Το δικαίωμα συμμετοχής στις πρακτικές συνεδρίες είναι 10,00 € και για τους ειδικευόμενους 5,00 €. Περιορισμένος αριθμός συμμετεχόντων (30)

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



ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Πιστοποιητικό Παρακολούθησης

Θα χορηγηθούν 19 μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (C.M.E. Credits).

Κονκάρδες συνέδρων (Budges)

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

Προφορικές Ανακοινώσεις

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

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

Η ανάρτηση θα γίνει την Πέμπτη 29 Μαρτίου και από ώρα 13.30 στον ειδικά διαμορφωμένο χώρο στην Αίθουσα ΜΥΚΗΝΕΣ του συνεδριακού ξενοδοχείου DIVANI CARAVEL, στην Αθήνα, και θα παραμείνει αναρτημένη έως το Σάββατο 31 Μαρτίου και ώρα 21.00.

Η αποξήλωση θα πρέπει να γίνει μόνο το Σάββατο 31 Μαρτίου από τις 21.00 και μετά.

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

Βραβεία

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

Τεχνική Γραμματεία - Προβολές

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



ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Αθήνα

29-31/3/2018

ΞΕΝΟΔ. DIVANI CARAVEL

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ





ΣΥΝΟΠΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Πέμπτη 29 Μαρτίου 2018		Παρασκευή 30 Μαρτίου 2018		Σάββατο 31 Μαρτίου 2018	
15.30-16.40	ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ	08.00-09.00	ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ	08.00-09.00	ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ
16.40-17.30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ Υπέρταση και καρδιακή νόσος	09.00-10.15	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ Υπέρταση στις γυναίκες	09.00-09.45	ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΕΙΔΙΚΟΥΣ Δύσκολη και ανθεκτική υπέρταση
17.30-18.00	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ – ΚΑΦΕΣ	10.15-11.00	ΔΙΑΛΕΞΗ The dilemma of diastolic blood pressure decline when treating hypertension	09.45-10.15	ΔΙΑΛΕΞΗ Εξατομικευμένες επιλογές αντιδιαβητικής θεραπείας
18.00-18.30	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ	11.00-11.30	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ – ΚΑΦΕΣ	10.15-11.00	ΔΙΑΛΕΞΗ New SPRINT study lessons
18.30-19.00	ΔΙΑΛΕΞΗ Υπολογισμός συνολικού καρδιαγγειακού κινδύνου στην κλινική πράξη: Γιατί, πότε και πώς;	11.30-12.30	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ	11.00-11.30	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ – ΚΑΦΕΣ
19.00-19.30	ΔΙΑΛΕΞΗ Νέος ρόλος της σύγχρονης αντιδιαβητικής θεραπείας στην πρόληψη της καρδιαγγειακής νόσου	12.30-13.30	ΔΙΑΛΕΞΗ The difficult hypertension in renal damage: Common issues and an effective control plan	11.30-12.30	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ
19.30-20.15	ΔΙΑΛΕΞΗ Optimal management of hypertension in diabetes in 2018	13.30-14.00	ΔΙΑΛΕΞΗ Καρδιαγγειακά οφέλη από τη μείωση της αρτηριακής πίεσης και την επιλογή των φαρμάκων: Συνολική αξιολόγηση μετα-αναλύσεων	12.30-13.00	ΔΙΑΛΕΞΗ Telomers, atherosclerosis and longevity
20.15-21.15	ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ Προσφωνήσεις ΔΙΑΛΕΞΗ Το συναρπαστικό ταξίδι της ανάδειξης μιας αρχαίας πόλης	14.00-15.00	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΕΛΑΦΡΥ ΓΕΥΜΑ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ – 1 Τεχνικές εκτίμησης αρτηριακής πίεσης – Διάγνωση υπέρτασης (Αίθουσα ΠΕΛΛΑ) ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ – 2 Τεχνικές εκτίμησης αρτηριακής σκληρίας (Αίθουσα ΦΛΩΡΙΝΑ)	13.00-14.00	ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΕΙΔΙΚΟΥΣ Υπέρταση σε παιδιά και εφήβους
21.15-23.00	ΔΕΞΙΩΣΗ ΥΠΟΔΟΧΗΣ	15.00-16.15	ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ	14.00-15.00	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΕΛΑΦΡΥ ΓΕΥΜΑ
		16.15-16.45	ΔΙΑΛΕΞΗ Στρατηγική αντιμετώπισης της υπέρτασης σε αιμοκαθαιρόμενους	14.00-15.00	ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ
		16.45-17.45	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ Μη φαρμακευτικά μέσα	15.00-17.30	ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΕΚΛΟΓΕΣ
		17.45-18.15	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ – ΚΑΦΕΣ	17.00-17.45	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ Υπέρταση σε εγκεφαλικό επεισόδιο
		18.15-19.15	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΕΣ ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ	17.45-18.15	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ – ΚΑΦΕΣ
		19.15-19.45	ΔΙΑΛΕΞΗ Είναι οι β-αποκλειστές 1ης γραμμής αντιυπερτασική θεραπεία;	18.15-19.15	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΕΣ ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ
		19.45-21.00	ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΕΙΔΙΚΟΥΣ Αμερικανικές Κατευθυντήριες Οδηγίες για την Υπέρταση 2017	19.15-20.05	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ Μικρολευκματινουρία - Ασφάλεια επιθετικής θεραπείας
				20.05-21.05	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ Υπέρταση σε υπερήλικες
				21.05-21.30	ΒΡΑΒΕΥΣΕΙΣ – ΛΗΞΗ

Πέμπτη 29 Μαρτίου 2018

15.30 - 16.40 **ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ**

Συντονιστές: **Π. Καλογερόπουλος, Δ. Παπαδόπουλος**

Άνδρας 62 ετών με υπέρταση και επεισόδια κολπικής μαρμαρυγή
Μ. Μαρκέτου

Γυναίκα 46 ετών με υπέρταση και υποκαλιαιμία

Ι. Παπαδάκης

Γυναίκα 66 ετών με υπέρταση και καρδιακή ανεπάρκεια

Λ. Πουλημένος

16:40 - 17:30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Υπέρταση και καρδιακή νόσος

Συντονιστές: **Β. Βοτέας, Χ. Γράσσος**

Σύγχρονη στρατηγική αντιμετώπισης της υπέρτασης
στη στεφανιαία νόσο

Η. Σανίδας

Σύγχρονη στρατηγική αντιμετώπισης της υπέρτασης
στην καρδιακή ανεπάρκεια

Ι. Ζαρίφης

17.30 - 18.00 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ – ΚΑΦΕΣ**

18.00 - 18.30 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ - ASTRAZENECA** (σελ. 31)

18:30 - 19:00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

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

Υπολογισμός συνολικού καρδιαγγειακού κινδύνου
στην κλινική πράξη: Γιατί, πότε και πώς;

Χ. Βλαχόπουλος

19.00 - 19.30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

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

Νέος ρόλος της σύγχρονης αντιδιαβητικής θεραπείας
στην πρόληψη της καρδιαγγειακής νόσου

Γ. Δημητριάδης



Πέμπτη 29 Μαρτίου 2018

19.30 - 20.15 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: **Ν. Ζακόπουλος, Π. Ζεμπεκάκης**

Optimal management of hypertension in diabetes in 2018

G. Bakris

Ερωτήσεις: **Η. Αβραμόπουλος, Π. Σαραφίδης**

20.15 - 21.15 **ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ**

Προσφωνήσεις

ΔΙΑΛΕΞΗ

Το συναρπαστικό ταξίδι της ανάδειξης μιας αρχαίας πόλης

Π. Θέμελης

21.15 - 23.00 **ΔΕΞΙΩΣΗ ΥΠΟΔΟΧΗΣ**

Παρασκευή 30 Μαρτίου 2018

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

Μ. Παπαβασιλείου, Δ. Σταμάτης

- 1 ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΦΥΣΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΙΣΟΔΙΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΥΠΕΡΒΑΡΟΥΣ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ
Α. Πιτταράς^{1,2,3}, Μ. Δούμας², Χ. Γράσσο³, Μ. Παπαβασιλείου³, Ν. Κουρεμένος³, Μ. Καλίστρατος³, Λ. Πουλημένος³, Κ. Κυφνίδης³, Γ. Πυριοβολή¹, Α. Μανώλης³, Π. Κόκκινος²
¹Ιατρικό Κέντρο Mediton, Αθήνα, ²VAMC & George Washington University, USA, ³Νοσοκομείο Ασκληπείο Βούλας, Αθήνα
- 2 Η ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΒΑΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ
Π.Α. Σαραφίδης¹, Χ. Λουτράδης¹, Α. Καρπέτας², Ε. Παπαδοπουλου¹, Γ. Τζανής¹, Α. Μπίκος¹, Β. Ράπτης³, Χ. Συργκάνης⁴, Β. Λιακοπουλος⁵, Α. Παπαγιάννη¹, G. Bakris⁶, G. Parati⁷
¹Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη, ²Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Θεραπευτική», Θεσσαλονίκη, ³Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Πιερία», Κατερίνη, ⁴Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Αχιλλοπούλειο Γ.Ν. Βόλου, ⁵Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, ⁶Department of Medicine, American Society of Hypertension Comprehensive Hypertension Center, The University of Chicago Medicine, Chicago, Illinois, USA, ⁷Department of Cardiovascular, Neural and Metabolic Sciences, IRCCS S. Luca Hospital, Istituto Auxologico Italiano & Dept of Medicine and Surgery, University of Milan-Bicocca, Milan, Italy
- 3 ΤΑ ΕΝΔΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΑ ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝΤΑ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΑ ΜΙΚΡΟΣΩΜΑΤΙΔΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΣΥΣΤΟΛΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ
Α. Λαζαρίδης¹, Ε. Γκαλιαγκούση¹, Ι. Βασιλειάδης², Ε. Γαβριηλάκη¹, Α. Μαυρογιάννης², Κ. Τσιακμακόπουλος², Β. Νικολαΐδου¹, Ε. Γιαννάκη³, Δ. Μαρκάλα³, Ι. Ζαρίφης², Σ. Δούμα¹
¹Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη, ²Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη, ³Αιματολογικό Εργαστήριο, Αντικαρκινικό Νοσ. Θεαγένειο, Θεσσαλονίκη
- 4 ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ 24ΩΡΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ 24ΩΡΗ ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ
Κ. Κυριακούλης, Α. Κόλλιας, Α. Δεστούνης, Π. Καλογερόπουλος, Α. Ντινέρη, Γ. Στεργίου
Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Γ' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία», Αθήνα



Παρασκευή 30 Μαρτίου 2018

- 5 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΔΙΟΥΡΗΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ
Κ. Σταυρόπουλος, Κ. Ιμπριαλος, Π. Παντελίδης, Δ. Πατούλιας, Α. Σαχινίδης, Σ. Μπουλούκου, Γ. Κερπινιώτης, Γ. Λαλές, Α. Μανάφης, Χ. Μήτας, Κ. Πετίδης, Β. Αθυρος, Α. Καραγιάννης, Μ. Δούμας
Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη
- 6 Η ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΑ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΔΕΞΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ
Β. Κατσή¹, Γ. Βαμβάκου², Θ. Μακρή², Δ. Τούσουλης³
¹Γ.Ν. Ιπποκράτειο, ²Γ.Ν.Μ. Έλενα Βενιζέλου, ³Πανεπιστημιακή Κλινική, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Αθήνα

09.00 - 10.15 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Υπέρταση στις γυναίκες

Συντονιστές: **Β. Κώτσης, Α. Πιτταράς**

Καρδιαγγειακός κίνδυνος στις γυναίκες

Μ. Ποικιλίδου

Υπέρταση στις γυναίκες

Θ. Μακρή

Αντισυλληπτικά φάρμακα, ορμονική υποκατάσταση

Β. Κατσή

10.15 - 11.00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: **Α. Μανώλης, Δ. Παπαδόπουλος**

The dilemma of diastolic blood pressure decline when treating hypertension

V. Papademetriou

Ερωτήσεις: **Μ. Δούμας, Θ. Μακρή**

11.00 - 11.30 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ – ΚΑΦΕΣ**

Παρασκευή 30 Μαρτίου 2018

11.30 - 12.30 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ - WINMEDICA** (σελ. 31)

12.30 - 13.30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: **Π. Ζεμπεκάκης, Ι. Μπολέτης**

The difficult hypertension in renal damage:
Common issues and an effective control plan

G. Bakris

Ερωτήσεις - Συζήτηση: **Β. Βλαχάκος, Ρ. Καλαϊτζίδης, Π. Σαραφίδης**

13.30 - 14.00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: **Χ. Βλαχόπουλος, Ι. Ζαρίφης**

Καρδιαγγειακά οφέλη από τη μείωση της αρτηριακής πίεσης
και την επιλογή των φαρμάκων: Συνολική αξιολόγηση μετα-αναλύσεων

Κ. Θωμόπουλος



Παρασκευή 30 Μαρτίου 2018

14.00 - 15.00

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΕΛΑΦΡΥ ΓΕΥΜΑ

Αίθουσα ΠΕΛΛΑ*

ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ – 1

Τεχνικές εκτίμησης αρτηριακής πίεσης – Διάγνωση υπέρτασης

Μετρήσεις στο Ιατρείο, το Σπίτι, 24ωρη Καταγραφή – Υπέρταση Λευκής Μπλούζας και Συγκαλυμμένη

Συντονιστής: **Γ. Στεργίου**

Συζήτηση: **Ε. Ανδρεάδης, Ε. Μανιός, Α. Κόλλιας**

Αίθουσα ΦΛΩΡΙΝΑ*

ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ – 2

Τεχνικές εκτίμησης αρτηριακής σκληρίας

Μεθοδολογία και ρόλος εκτίμησης στο εργαστήριο, το ιατρείο και 24ωρη καταγραφή

Συντονιστής: **Α. Πρωτογέρου**

Συζήτηση: **Χ. Βλαχόπουλος, Θ. Παπαϊωάννου, Α. Αργύρης**

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (13-40)

Κ. Δημητριάδης, Κ. Θωμόπουλος

P13 Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

Β. Ράικου¹, Σ. Γαβριήλ², Ν. Τεντολούρης³

¹Νεφρολογικό Τμήμα, DOCTORS' HOSPITAL, Αθήνα, ²Τμήμα Βαριατρικής Χειρουργικής, DOCTORS' HOSPITAL, Αθήνα, ³Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α.

* Για τη συμμετοχή στις πρακτικές συνεδρίες απαιτείται προεγγραφή
Περιορισμένος αριθμός συμμετεχόντων (30)

Παρασκευή 30 Μαρτίου 2018

- P14 ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΡΗΤΗ
Γ. Βρέντζος, Β. Θεοδωρακοπούλου, Κ. Παπανικολάου, Ι.Α. Παπαδάκης
Υπερτασικό Ιατρείο Παθολογικής Κλινικής Π.Γ.Ν.Η. (Κέντρο Αριστείας της ESH), Ηράκλειο
- P15 ΠΡΩΙΜΗ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΔΕΞΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΕ ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΝΤΕΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΜΗΚΟΥΣ ΣΥΣΤΟΛΙΚΗΣ ΜΥΟΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΠΑΡΑΜΟΡΦΩΣΗΣ ΤΗΣ ΔΕΞΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΑ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ
Μ. Μαρκέτου, Α. Πατριανάκος, Ι. Παπαδάκης, Γ. Βρέντζος, Σ. Μαραγκουδάκης, Ε. Νάκου, Μ. Βερνάρδος, Κ. Φραγκιαδάκης, Ε. Κατσούλη, Ο. Θεοδοσάκη, Ι. Κωνσταντίνου, Γ. Μπαντουβάκης, Γ. Κοχιαδάκης, Φ. Παρθενάκης
Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Η., Ηράκλειο, Κρήτη
- P16 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΥΨΗΛΗΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΗΣ ΑΠΕΛΙΝΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΜΕΝΤΙΝΗΣ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ
Κ. Τσάκαλης, Κ. Ζέρβα, Μ. Βέλλιου, Ε. Κόρρου, Η. Σανίδας, Δ. Παπαδόπουλος, Ι. Μπαρμπετσάς
Κέντρο Αριστείας Υπέρτασης ESH, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. "Λαϊκό", Αθήνα
- P17 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΣΥΓΚΕΚΑΛΥΜΜΕΝΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ «ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΛΕΥΚΗΣ ΜΠΛΟΥΖΑΣ» ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΗΣ ΑΠΕΛΙΝΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΡΕΛΑΞΙΝΗΣ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ
Ε. Κόρρου, Μ. Βέλλιου, Κ. Ζέρβα, Κ. Τσάκαλης, Η. Σανίδας, Δ. Παπαδόπουλος, Ι. Μπαρμπετσάς
Κέντρο Αριστείας Υπέρτασης ESH, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. "Λαϊκό", Αθήνα
- P18 ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥ ΕΠΕΙΓΟΝΤΟΣ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ
Κ. Ζέρβα¹, Δ. Παπαδόπουλος¹, Γ. Αναστασιάδης¹, Χ. Μελεξοπούλου², Ι. Μπολέτης², Ι. Μπαρμπετσάς¹
¹Κέντρο Αριστείας Υπέρτασης ESH, Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΑ «Λαϊκό», Αθήνα, ²Νεφρολογική Κλινική & Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού, ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Λαϊκό», Αθήνα
- P19 ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΤΟΥ ΟΞΕΟΣ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ
Μ. Παπαγιάννη, Κ. Τζιόμαλος, Κ. Χρήστου, Σ.Μ. Αγγελοπούλου, Σ. Κωστάκη, Γ. Πολυχρονόπουλος, Ε. Ζτρίβα, Γ. Χατζόπουλος, Χ. Σαββόπουλος, Α.Ι. Χατζητόλιος
Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη



Παρασκευή 30 Μαρτίου 2018

- P20 ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΣΥΣΚΕΥΩΝ MOBIL-O-GRAPH ΚΑΙ SPHYGMOCOR ΣΤΗ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΣΚΛΗΡΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΠΟ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ
Β. Βαΐος¹, Π.Ι. Γεωργιανός¹, Μ. Ποικιλίδου¹, Α. Παπαγιάννη², Π.Ε. Ζεμπεκάκης¹, Β. Λιακόπουλος¹
¹Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης, Α΄ Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, ²Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
- P21 ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΒΡΑΧΙΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ
Β. Βαΐος¹, Π.Ι. Γεωργιανός¹, Γ. Βαρέτα¹, Α. Παπαγιάννη², Π.Ε. Ζεμπεκάκης¹, Β. Λιακόπουλος¹
¹Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης, Α΄ Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, ²Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
- P22 Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΜΒΑΣΤΑΤΙΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΚΦΡΑΣΗ ΤΗΣ ΙΝΤΕΡΛΕΥΚΙΝΗΣ -6, ΣΤΗΝ ΚΑΤΙΟΥΣΑ ΘΩΡΑΚΙΚΗ ΑΟΡΤΗ ΖΩΙΚΟΥ ΠΡΟΤΥΠΟΥ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ
Β. Ανδρουτσοπούλου^{1,2}, Η. Δουλάμης¹, Α. Τζανή¹, Δ. Περρέα¹, Δ. Ηλιόπουλος^{1,2}
¹Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Ερεύνης "Ν.Σ. Χρηστέας", ΕΚΠΑ, ²Δ' Καρδιοχειρουργική Κλινική, "Υγεία", Αθήνα
- P23 Η ΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΝΔΟΠΡΙΛΗΣ ΣΤΗΝ ΕΚΦΡΑΣΗ ΤΗΣ ΙΝΤΕΡΛΕΥΚΙΝΗΣ 6 (IL-6) ΣΕ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ, ΜΕ ΠΕΡΙΑΟΡΤΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΧΛΩΡΙΟΥΧΟΥ ΑΣΒΕΣΤΙΟΥ
Β. Ανδρουτσοπούλου^{1,2}, Η. Δουλάμης¹, Α. Τζανή¹, Δ. Περρέα¹, Δ. Ηλιόπουλος^{1,2}
¹Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Ερεύνης "Ν.Σ. Χρηστέας", ΕΚΠΑ, ²Δ' Καρδιοχειρουργική Κλινική, "Υγεία", Αθήνα
- P24 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΩΝ ΤΥΠΩΝ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΛΕΥΚΗΣ ΜΠΛΟΥΖΑΣ ΜΕ ΤΟ ΠΑΧΟΣ ΤΟΥ ΕΣΩ ΜΕΣΟΥ-ΧΙΤΩΝΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΗΣ ΚΑΡΩΤΙΔΑΣ
Α. Λύκκα¹, Κ. Μανουσόπουλος¹, Φ. Μίχας¹, Ε. Κορομπόκη¹, Α. Δημητρίου¹, Ν. Ζακόπουλος¹, Ε. Μανιός¹
¹Θεραπευτική Κλινική ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα, Αθήνα
- P25 ΕΠΑΝΑΛΗΨΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΡΩΙΝΗΣ ΑΙΧΜΗΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΝΟΡΜΟΤΑΣΙΚΑ ΑΤΟΜΑ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ
Α. Λύκκα, Κ. Μανουσόπουλος, Φ. Μίχας, Ε. Κορομπόκη, Α. Δημητρίου, Ν. Ζακόπουλος, Ε. Μανιός
Θεραπευτική Κλινική ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα, Αθήνα

Παρασκευή 30 Μαρτίου 2018

- P26 Η ΝΥΚΤΕΡΙΝΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΟΧΙ ΤΟ NON-DIPPING ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΜΑΖΑ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΓΚΑΛΥΜΜΕΝΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ
Α. Λύκκα, Κ. Μανουσόπουλος, Φ. Μίχας, Ε. Κορομπόκη, Α. Δημητρίου, Ν. Ζακόπουλος, Ε. Μανιός
Θεραπευτική Κλινική ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα, Αθήνα
- P27 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΝΥΚΤΕΡΙΝΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΚΑΙ NON-DIPPING ΜΕ ΤΗ ΜΗ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΛΙΠΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ
Α. Λύκκα, Β. Χουζούρη, Κ. Μανουσόπουλος, Φ. Μίχας, Ε. Κορομπόκη, Α. Δημητρίου, Ν. Ζακόπουλος, Ε. Μανιός
Θεραπευτική Κλινική ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα, Αθήνα
- P28 ΕΠΑΝΑΛΗΨΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΝΥΚΤΕΡΙΝΗΣ ΠΤΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΝΥΚΤΕΡΙΝΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΕ ΝΟΡΜΟΤΑΣΙΚΑ ΑΤΟΜΑ ΚΑΙ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
Α. Λύκκα, Κ. Μανουσόπουλος, Φ. Μίχας, Ε. Κορομπόκη, Α. Δημητρίου, Ν. Ζακόπουλος, Ε. Μανιός
Θεραπευτική Κλινική ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα, Αθήνα
- P29 ΕΠΑΝΑΛΗΨΙΜΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΚΙΡΚΑΔΙΟΥ ΡΥΘΜΟΥ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ
Κ. Μανουσόπουλος, Α. Λύκκα, Φ. Μίχας, Κ. Κωστόγιαννη, Α. Δημητρούλη, Α. Δημητρίου, Ν. Ζακόπουλος, Ε. Μανιός
Θεραπευτική Κλινική ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα, Αθήνα
- P30 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΝΥΚΤΕΡΙΝΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ NON-DIPPING ΜΕ ΤΟ ΠΑΧΟΣ ΤΟΥ ΕΣΩ-ΜΕΣΟΥ ΧΙΤΩΝΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΗΣ ΚΑΡΩΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ
Κ. Μανουσόπουλος, Α. Λύκκα, Φ. Μίχας, Κ. Κωστόγιαννη, Α. Δημητρούλη, Α. Δημητρίου, Ν. Ζακόπουλος, Ε. Μανιός
Θεραπευτική Κλινική ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα, Αθήνα
- P31 ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΗΝ ΘΞΕΙΑ ΦΑΣΗ ΛΟΒΩΔΟΥΣ ΚΑΙ ΕΝ ΤΩ ΒΑΘΕΙ ΕΝΔΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ
Κ. Μανουσόπουλος, Ε. Κορομπόκη, Α. Λύκκα, Φ. Μίχας, Α. Δημητρίου, Κ. Βέμμος, Ν. Ζακόπουλος, Ε. Μανιός
Θεραπευτική Κλινική ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα, Αθήνα



Παρασκευή 30 Μαρτίου 2018

- P32 ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ ΚΑΙ ΑΡΘΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ. Η ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΟΥΡΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΔΥΟ ΝΟΣΟΥΣ
Μ.Σ. Καλλίστρατος, Σ. Γιαννίτση, Λ.Ε. Πουλημένος, Ν. Μίαρης, Α. Κουκουζέλη, Ν. Κουρεμένος, Π. Τσινιβίζοβ, Ν. Κοντογιάννης, Ε. Χαμόδρακα, Δ. Αθανασίου, Α.Ι. Μανώλης
Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας
- P33 ΤΟ ΟΥΡΙΚΟ ΟΞΥ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟ. ΜΙΑ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗΣ
Μ.Σ. Καλλίστρατος, Σ. Γιαννίτση, Λ.Ε. Πουλημένος, Ν. Μίαρης, Α. Κουκουζέλη, Ν. Κουρεμένος, Π. Τσινιβίζοβ, Ν. Κοντογιάννης, Ε. Χαμόδρακα, Δ. Αθανασίου, Α.Ι. Μανώλης
Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας
- P34 Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΟΥΡΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΣΤΟΝ ΟΡΟ ΜΕ ΤΟΥΣ ΚΛΑΣΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ
Μ.Σ. Καλλίστρατος, Σ. Γιαννίτση, Λ.Ε. Πουλημένος, Ν. Μίαρης, Ν. Κουρεμένος, Π. Τσινιβίζοβ, Ν. Κοντογιάννης, Ε. Χαμόδρακα, Δ. Αθανασίου, Α.Ι. Μανώλης
Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας
- P35 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΓΕΝΕΤΙΚΗΣ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΗΣ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΑΝΑΛΥΟΝΤΑΣ ΣΥΝΔΥΑΣΤΙΚΑ ΤΟ ΔΙΚΤΥΟ ΠΡΩΤΕΪΝΩΝ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ ΜΕ ΓΟΝΙΔΙΩΜΑΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ
Ε.-Π. Τσαρέ^{1,2}, Ζ. Καραφουλίδου¹, Α. Γιουτλάκης^{1,2}, Μ.Ι. Κλάπα², Ν.Κ. Μοσχονάς^{1,2}
¹Εργαστήριο Γενικής Βιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Παν/μιο Πατρών, ²Εργαστήριο Μεταβολικής Μηχανικής και Συστημικής Βιολογίας, ΙΤΕ/ΙΕΧΜΗ, Πάτρα
- P36 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΕΟΜΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΤΩΝ ΕΝΔΟΝΕΦΡΙΚΩΝ ΑΡΘΗΡΙΔΙΩΝ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΚΑΙ ΝΟΡΜΟΤΑΣΙΚΩΝ ΖΩΩΝ
Γ. Μπάρκας¹, Μ. Μακρινδάκης¹, Ι. Ζωιδάκης¹, Α. Βλάχου¹, Α. Χαρώνης¹, Δ. Βλαχάκος^{1,2}
¹Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών, Ακαδημίας Αθηνών, ²Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α.
- P37 ΑΡΘΗΡΙΑΚΗ ΣΚΛΗΡΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΪΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΑΓΩΓΗ
Ρ. Καλαϊτζίδης, Β. Τσιμιχόδημος, Δ. Σταγκίκας, Κ. Παππάς, Χ. Γεωργίου, Π. Γκαρζονίκα, Α. Μύαρη, Ο. Μπαλάφα, Μ. Ελισάφ
Νεφρολογική Κλινική, Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων
- P38 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΜΙΚΡΟΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΡΘΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΕ ΑΛΗΘΙΝΟ ΧΡΟΝΟ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ LASER SPECKLE CONTRAST ANALYSIS
Α. Λαζαρίδης¹, Ε. Γκαλιαγκούση¹, Ν. Κολέτσος¹, Β. Νικολαΐδου¹, Π. Ανυφαντή¹, Π. Δόληγας¹, Α. Βαμβάκης¹, Α. Τριανταφύλλου¹, Κ. Δίπλα², Σ. Δούμα¹
¹Γ' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Παπαγεωργίου, Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη, ²Εργαστήριο Φυσιολογίας της Άσκησης και Βιοχημείας, Τμήμα Αθλητικών Επιστημών, Α.Π.Θ., Σέρρες

Παρασκευή 30 Μαρτίου 2018

- P39 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΜΙΚΡΟΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ LASCA ΜΕ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΣΚΛΗΡΙΑΣ
Α. Λαζαρίδης¹, Ε. Γκαλιαγκούση¹, Ν. Κολέτσος¹, Β. Νικολαΐδου¹, Π. Ανυφαντή¹, Π. Δόλγηρας¹, Α. Βαμβάκης¹, Α. Τριανταφύλλου¹, Κ. Δίπλα², Σ. Δούμα¹
¹Γ' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Παπαγεωργίου, Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη, ²Εργαστήριο Φυσιολογίας της Άσκησης και Βιοχημείας, Τμήμα Αθλητικών Επιστημών, Α.Π.Θ., Σέρρες
- P40 ΕΓΚΥΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΨΕΥΔΟΥΠΕΡΑΛΔΟΣΤΕΡΟΝΙΣΜΟ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΤΥΠΟΥ ΓΛΥΚΟΡΙΖΑΣ ΚΑΤΟΠΙΝ ΛΗΨΗΣ ΜΥΜΙΟ
Κ. Σταυρόπουλος, Κ. Ιμπριαλος, Δ. Πατούλιας, Α. Σαχινίδης, Π. Παντελίδης, Γ. Κερπινιώτης, Γ. Γαλές, Α. Μανάφης, Χ. Μήτας, Σ. Μπουλούκου, Κ. Πετίδης, Β. Άθυρος, Α. Καραγιάννης, Μ. Δούμας
Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

15.00 - 16.15 **ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ**

Συντονιστές: **Ε. Γκαλιαγκούση, Ε. Καλλίστρατος**

Γυναίκα 86 ετών με μεμονωμένη συστολική υπέρταση

Α. Τριανταφύλλου

Γυναίκα 56 ετών με υπέρτασης στο ιατρείο αλλά χαμηλή αρτηριακή πίεσης στο σπίτι

Ε. Ανδρεάδης

Αθλητής 26 ετών με υπέρταση

Α. Τριανταφιλίδη

16.15 - 16.45 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: **Β. Βλαχάκος, Ρ. Κалаϊτζίδης**

Στρατηγική αντιμετώπισης της υπέρτασης σε αιμοκαθαιρόμενους

Π. Σαραφίδης



Παρασκευή 30 Μαρτίου 2018

16.45 - 17.45 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Μη φαρμακευτικά μέσα

Συντονιστές: **Δ. Παπαδογιάννης, Χ. Γράσσο**

Μη φαρμακευτικά μέσα για τη μείωση της αρτηριακής πίεσης

Ε. Γκαλιαγκούση

Σωματικό βάρος και ιδιοπαθής υπέρταση

Δ. Παπαδόπουλος

17.45 - 18.15 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ – ΚΑΦΕΣ**

18.15 - 18.45 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ - BAYER-ELPEN** (σελ. 31)

18.45 - 19.15 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ - NOVARTIS** (σελ. 31)

19.15 - 19.45 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: **Α. Λαζαρίδης, Α. Μανώλης**

Είναι οι β-αποκλειστές 1ης γραμμής αντιυπερτασική θεραπεία;

Κ. Δημητριάδης

19.45 - 21.00 **ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΕΙΔΙΚΟΥΣ**

Νέες Αμερικανικές Κατευθυντήριες Οδηγίες για την Υπέρταση

2017: Αλλαγές στη διάγνωση, διερεύνηση, θεραπεία, στόχους

Συντονιστής: **Γ. Στεργίου**

Εισηγήσεις: **G. Bakris, V. Papademetriou**

Ερωτήσεις: **A. Benetos, M. Δούμας, Κ. Τσιούφης**

Σάββατο 31 Μαρτίου 2018

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

Ε. Τριανταφυλλίδη, Λ. Χατζησταυρή

- 7 ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΣΚΛΗΡΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ, ΧΑΜΗΛΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ <30 (Kg/m²)
Δ. Καρασαββίδου, Ν. Αντωνάκης, Δ. Σταγκίκας, Κ. Παππάς, Χ. Γεωργίου, Ρ. Κалаϊτζίδης
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Μποδοσάκειο Νοσ. Πτολεμαΐδας, Νεφρολογική Κλινική, Π.Ν.Ι., Ιωάννινα
- 8 Η ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΤΩΝ ΑΥΤΟΜΑΤΩΝ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΥΣΙΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΤΙΣ ΑΛΛΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ
Ε.Α. Ανδρεάδης¹, Χ.Β. Γελαδάρη¹, Φ.Σ. Σάββα¹, Α.Ι. Γεωργαντώνη¹, Κ.Ν. Απειρανθή¹, Ε.Ν. Παντικίδη¹, Ε.Τ. Αγγελόπουλος¹, Β. Παπαδημητρίου²
¹Κέντρο Υπέρτασης και Καρδιαγγειακής Προστασίας ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα, ²Καρδιολογική Κλινική, GeorgeTown, University, Washington DC, USA
- 9 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΥΣ ΤΥΠΟΥΣ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ
Κ. Μανουσόπουλος, Ε. Κορομπόκη, Α. Λύκκα¹, Φ. Μίχας, Α. Δημητρίου, Κ. Βέμμος, Ν. Ζακόπουλος, Ε. Μανιός
Θεραπευτική Κλινική ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. Αλεξάνδρα, Αθήνα
- 10 ΑΥΤΟΜΑΤΗ, ΑΚΡΟΑΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΕΝΔΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ
Ε. Σταμπολλίου, Α. Κόλλιας, Κ. Κυριακούλης, Γ. Στεργίου
Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Γ' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία», Αθήνα
- 11 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΝΕΜΠΙΒΟΛΟΛΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΙΡΜΠΕΣΑΡΤΑΝΗΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗ ΑΟΡΤΙΚΗ ΠΙΕΣΗ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΣΚΛΗΡΙΑΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ
Χ. Λουτράδης¹, Α. Μπίκος^{1,2}, Ε. Αγγελούδη¹, Α. Καρπέτας^{1,3}, Β. Ράπτης⁴, Ρ. Κалаϊτζίδης⁵, Γ. Αλεξιάδης⁶, Μ.Ε. Αλεξάνδρου⁷, Μ. Σχοινά¹, Η. Μπαλάσκας⁸, Β. Λιακόπουλος⁸, Α. Παπαγιάννη¹, Π.Α. Σαραφίδης¹
¹Νεφρολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη, ²Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Πρότυπο», Θεσσαλονίκη, ³Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Θεραπευτική», Θεσσαλονίκη, ⁴Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Πιερία», Κατερίνη, ⁵Νεφρολογική Κλινική, Γ.Ν. Ιωαννίνων, ⁶Νεφρολογική Κλινική, Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης, ⁷Νεφρολογική Κλινική, Γ.Ν. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη, ⁸Α' Παθολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη



Σάββατο 31 Μαρτίου 2018

- 12 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΕΡΗΜΩΣΗΣ ΤΩΝ ΤΡΙΧΟΕΙΔΩΝ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΔΕΙΚΤΕΣ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ ΚΑΙ ΜΑΚΡΟΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ

Π. Ανυφαντή¹, Α. Τριανταφύλλου¹, Ε. Γκαλιαγκούση¹, Ξ. Ζαμπούλης², Α. Λαζαρίδης¹, Σ. Χατζημιχαηλίδου³, Σ. Ασλανίδης³, Σ. Δούμα¹

¹Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ Παπαγεωργίου, Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη,

²Ινστιτούτο Πληροφορικής, Ίδρυμα Τεχνολογίας και Έρευνας (ΙΤΕ) Κρήτης, ³Β' Προπαι-
δευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

09.00 - 09.45 **ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΕΙΔΙΚΟΥΣ**

**Στρατηγική αξιοποίησης αντιυπερτασικών φαρμάκων
στη δύσκολη και ανθεκτική υπέρταση**

Συντονιστές: **Ε. Ανδρεάδης, Α. Αχείμαστος**

Συζήτηση: **Ε. Καλλίστρατος, Θ. Μακρής**

09.45 - 10.15 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: **Η. Αβραμόπουλος, Π. Ζεμπεκάκης**

Εξατομικευμένες επιλογές αντιδιαβητικής θεραπείας

Β. Λαμπαδιάρη

10.15 - 11.00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: **Σ. Δούμα, Κ. Τσιούφης**

New SPRINT study lessons

V. Papademetriou

Ερωτήσεις: **Κ. Θωμόπουλος, Α. Πρωτογέρου**

11.00 - 11.30 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ – ΚΑΦΕΣ**

11.30 - 12.30 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ - SERVIER** (σελ. 32)

12.30 - 13.00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: **Χ. Ζαμπούλης, Ν. Καρατζάς**

Telomers, atherosclerosis and longevity

A. Benetos

Σάββατο 31 Μαρτίου 2018

13.00 - 14.00 **ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΕΙΔΙΚΟΥΣ**

Υπέρταση σε παιδιά και εφήβους:

Νέες Αμερικανικές Κατευθυντήριες Οδηγίες 2017

Συντονιστές: **Α. Βαζαίου, Γ. Στεργίου**

Εισηγήσεις: **Σ. Σταμπούλη, Κ. Στεφανίδης**

14.00 - 15.00 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΕΛΑΦΡΥ ΓΕΥΜΑ**

14.00 - 15.00 **ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (41-69)**

Α. Κόλλιας, Ε. Μανιός

P41 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΔΙΟΥΡΗΤΙΚΩΝ ΣΤΗ ΣΥΣΤΗΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Κ. Ιμπριάλος, Κ. Σταυρόπουλος, Π. Παντελίδης, Γ. Λαλές, Α. Μανάφης, Χ. Μήτας, Σ. Μπουλούκου, Γ. Κερπινιώτης, Δ. Πατούλιας, Α. Σαχινίδης, Κ. Πετίδης, Β. Αθυρος, Α. Καραγιάννης, Μ. Δούμας

Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

P42 Η ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΩΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΥΠΟΤΡΟΦΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΑΡΟΞΥΣΜΙΚΗ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ

Π. Παπακωνσταντίνου, Ε. Σημαντηράκης, Γ. Χλουβεράκης, Ε. Κανουπάκης, Π. Βάρδας

Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημίου Κρήτης, Π.Γ.Ν.Η., Ηράκλειο, Κρήτη

P43 DISTRIBUTION OF GENOTYPES RELATED TO MEDICATION OF CARDIOVASCULAR DISEASES (CVD's) IN SAMPLE OF GREEK POPULATION

V. Giossi

MSc, MPhil, Lab of clinical Pharmacology & Pharmacogenomics Department of Pharmacy, University of Athens, Greece

P44 Η ΝΕΜΠΙΒΟΛΟΛΗ ΚΑΙ Η ΙΡΜΠΕΣΑΡΤΑΝΗ ΜΕΙΩΝΟΥΝ ΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ: ΜΙΑ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΜΕΛΕΤΗ ΔΙΑΣΤΑΥΡΟΥΜΕΝΗΣ ΣΕΙΡΑΣ

Α. Μπίκος^{1,2}, Χ. Λουτράδης¹, Ε. Αγγελούδη¹, Α. Καρπέτας^{1,3}, Β. Ράπτης⁴, Ρ. Καλαϊτζίδης⁵, Ε. Γινικοπούλου², Γ. Αλεξιάδης⁶, Η. Μπαλάσκας⁷, Β. Λιακόπουλος⁷, Α. Παπαγιάννη¹, Π.Α. Σαραφίδης¹

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



Σάββατο 31 Μαρτίου 2018

- P45 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΜΕ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ
Χ. Λουτράδης¹, Α. Καρπέτας², Ε. Παπαδοπούλου¹, Α. Πιπερίδου¹, Α. Μπίκος¹, Β. Ράπτης³, Γ. Τζανής¹, Χ. Συργκάνης⁴, Β. Λιακοπουλος⁵, Α. Παπαγιάννη¹, Ζεμπεκακης⁵, Π.Α. Σαραφίδης¹
¹Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη, ²Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Θεραπευτική», Θεσσαλονίκη, ³Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Πιερία», Κατερίνη ⁴Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Αχιλλοπούλειο Γ.Ν. Βόλου, ⁵Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- P46 ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΩΝ ENDOCAN, ANGIOPOIETIN-2 ΚΑΙ HIF-1α ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΥΤΟΣΩΜΙΚΗ ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΣΑ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΗ ΝΟΣΟ ΤΩΝ ΝΕΦΡΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ
Β. Ράπτης^{1,2}, Χ. Λουτράδης³, Κ. Μπακογιάννης⁴, Α.Κ. Μπούτου⁵, Μ.Ε. Αλεξάνδρου⁶, Μ. Σχοινά³, Α. Σιούλης¹, Η. Μπαλάσκας¹, Π.Α. Σαραφίδης³
¹Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Πιερία», Κατερίνη, ²Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, ³Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη, ⁴Γ' Καρδιολογική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη, ⁵Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν. Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη, ⁶Νεφρολογική Κλινική, Γ.Ν. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη
- P47 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΜΙΚΡΟΛΕΥΚΩΜΑΤΙΝΗΣ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2
Ι. Φωτοπούλου, Αρ. Γώγου, Σπ. Καπράλος, Μ. Μπαλάσκας, Λ. Σταθάς, Μ. Βουρλιόγκα, Α. Νικολοπούλου
Αιματολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας», Πάτρα
- P48 ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΑΛΑΤΟΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΤΥΠΟΥ II ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ ΣΤΑΔΙΩΝ 2-4
Ι. Τσουχνικάς, Μ. Σχοινά, Ι. Λαμπροπούλου, Ε. Ιντζεβίδου, Χ. Λουτράδης, Π. Γιαμαλής, Π. Σαραφίδης, Α. Παπαγιάννη
Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
- P49 Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΡΕΝΙΝΗΣ-ΑΓΓΕΙΟΤΑΣΙΝΗΣ ΣΤΗΝ ΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗ ΝΕΟΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΦΑΙΝΟΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΕΙΔΟΥΣ
Α. Βάκκα¹, Ρ. Δατοέρη², Δ. Δεσσε³, Σ. Καρά Αλή⁴, Α. Λογοθέτη², Ν. Παπακωνσταντίνου², Ε. Πετροπούλου⁵, Ν. Σεβδαλή⁶, Δ. Σκορδίλη⁶, Δ. Τρεμούλης⁷, Χ. Τσαγκάρης³
¹Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πατρών, ²Comenius University in Bratislava, Faculty of Medicine, ³Σχολή επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής, ⁴Α.Τ.Ε.Ι. Αθηνών, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής, ⁵Α.Τ.Ε.Ι. Αθηνών, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Ιατρικών Εργαστηρίων, ⁶Medical University of Sofia, Medical Faculty, ⁷Πανεπιστήμιο Πατρών, Σχολή Θετικών Επιστημών, Τμήμα Βιολογίας

Σάββατο 31 Μαρτίου 2018

- P50 ΚΑΘΟΡΙΣΤΕΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ HIV(+) ΑΡΡΕΝΕΣ ΑΝΕΥ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ
Σ. Νανούδης^{1,2}, Μ. Ποικιλίδου¹, Μ. Γιαβροπούλου³, Π. Γεωργιανός¹, Σ. Διαμαντίδου, Δ. Βαλαγκούτη², Θ. Χρυσανθίδης², Λ. Σκούρα⁵, Σ. Μεταλλίδης², Π. Ζεμπεκάκης¹
¹Κέντρο Αριστείας στην Υπέρταση, Α' Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ²Μονάδα ειδικών λοιμώξεων, Α' Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ³Εργαστήριο Μοριακής Ενδοκρινολογίας, Α' Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ
- P51 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΩΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΩΝ ΠΙΕΣΕΩΝ ΜΕ ΤΟ ΠΑΧΟΣ ΤΟΥ ΕΣΩ-ΜΕΣΟΥ ΧΙΤΩΝΑ ΤΗΣ ΚΑΡΩΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΠΟΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΡΩΜΑΤΩΣΗ ΣΕ HIV(+) ΑΡΡΕΝΕΣ
 Σ. Νανούδης^{1,2}, Μ. Ποικιλίδου¹, Μ. Γιαβροπούλου³, Θ. Τέγος⁴, Γ. Κωνσταντινίδης⁴, Π. Γεωργιανός, Δ. Βαλαγκούτη², Θ. Χρυσανθίδης², Λ. Σκούρα⁵, Σ. Μεταλλίδης¹, Π. Ζεμπεκάκης¹
¹Κέντρο Αριστείας στην Υπέρταση, Α' Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ²Μονάδα ειδικών λοιμώξεων, Α' Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ³Εργαστήριο Μοριακής Ενδοκρινολογίας, Α' Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ⁴Β' Νευρολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ⁵Εργαστήριο Μικροβιολογίας, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ
- P52 Η ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΤΩΝ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ ΠΙΕΣΗΣ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ. ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ ΜΕ 24ΩΡΗ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΠΙΕΣΗΣ
 Μ. Ποικιλίδου¹, Μ. Στάμου², Μ. Γιαβροπούλου¹, Α. Γραμματικοπούλου¹, Α. Κεϊβανίδου², Σ. Νανούδης¹, Π. Γεωργιανός¹, Σ. Διαμαντίδου¹, Α. Γιαννόπουλος², Π. Ζεμπεκάκης¹
¹Κέντρο Αριστείας στην Υπέρταση, Α' Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ²Β' Παιδιατρική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- P53 ΟΙ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΦΤΩΧΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ
 Β. Κατσή¹, Γ. Βαμβάκου², Θ. Μακρή², Δ. Τούσουλης³
¹Γ.Ν. Ιπποκράτειο, ²Γ.Ν.-Μ. Έλενα Βενιζέλου, ³Πανεπιστημιακή Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Αθήνα
- P54 ΟΙ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΙ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΦΤΩΧΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ
 Γ. Βαμβάκου¹, Β. Κατσή², Δ. Τούσουλης³, Θ. Μακρή¹
¹Γ.Ν.-Μ. Έλενα Βενιζέλου, ²Γ.Ν. Ιπποκράτειο, ³Πανεπιστημιακή Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Αθήνα
- P55 Η ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ ΕΠΙΔΕΙΝΩΝΕΙ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΤΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ
 Γ. Βαμβάκου¹, Β. Κατσή², Δ. Τούσουλης³, Θ. Μακρή¹
¹Γ.Ν.-Μ. Έλενα Βενιζέλου, ²Γ.Ν. Ιπποκράτειο, ³Πανεπιστημιακή Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Αθήνα



Σάββατο 31 Μαρτίου 2018

- P56 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΟΥΡΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΜΕ ΔΕΙΚΤΕΣ ΜΑΚΡΟΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΝΟΡΜΟΤΑΣΙΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ
Π. Δόλγυρας, Π. Ανυφαντή, Ε. Γκαλιαγκούση, Α. Τριανταφύλλου, Α. Λαζαρίδης, Β. Νικολαΐδου, Ν. Κολέτσος, Α. Βαμβάκης, Μ. Μπιτέρνας, Π. Μαρούδας, Σ. Δούμα
Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη
- P57 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΥΠΕΝΔΟΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΒΙΩΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΑΥΧΗΤΙΚΟ ΔΕΙΚΤΗ ΣΕ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΝΟΡΜΟΤΑΣΙΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ
Ι. Ζαρίφης, Π. Αρσενίου, Π. Ανυφαντή, Ε. Γκαλιαγκούση, Α. Τριανταφύλλου, Α. Λαζαρίδης, Π. Δόλγυρας, Π. Μαρούδας, Μ. Μπιτέρνας, Σ. Δούμα
Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη
- P58 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΓΚΑΛΕΚΤΙΝΗΣ-3 ΜΕ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΙΝΩΣΗΣ, ΥΠΟΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ
Π. Ανυφαντή¹, Ε. Γκαλιαγκούση¹, Α. Τριανταφύλλου¹, Ε. Γαβριηλάκη¹, Ι. Ζαρίφης¹, Π. Δόλγυρας¹, Ν. Κολέτσος¹, Σ. Χατζημιχαηλίδου², Σ. Ασλανίδης², Σ. Δούμα¹
¹Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη, ²Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
- P59 Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΧΩΡΙΣΤΙΚΟΥ ΑΝΕΥΡΙΣΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΑΝΙΟΥΣΗΣ
Μ. Αδαμοπούλου¹, Γ. Μαϊκαντής², Κ. Κιζιρίδης³, Μ. Κουπετώρη², Χ. Δασκαλάκη⁴, Σ. Ευαγγελάτος¹, Β. Αποστολόπουλος², Π. Κουρουτούς², Ν. Αλεξίου², Τ. Ταταρίδου², Σ. Συμπάρδη²
¹Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας Πρόνοιας, ²ΓΝΕ Θριάσιο Α' Παθολογική Κλινική, ³Ιδιώτης Παθολόγος, ⁴Γενικός Ιατρός ΠΙ Ρεθύμνης Κρήτης
- P60 Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΔΙΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΒΡΑΔΥΝΣΗ ΤΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ
Μ. Αδαμοπούλου¹, Γ. Μαϊκαντής², Κ. Κιζιρίδης³, Μ. Κουπετώρη², Χ. Δασκαλάκη⁴, Σ. Ευαγγελάτος¹, Β. Αποστολόπουλος², Τ. Ταταρίδου²
¹Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας Πρόνοιας, ²ΓΝΕ Θριάσιο Α' Παθολογική Κλινική, ³Ιδιώτης Παθολόγος, ⁴Γενικός Ιατρός ΠΙ Ρεθύμνης Κρήτης
- P61 ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΤΗΣ ΡΥΘΜΙΣΗΣ ΤΟΥΣ; ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΙΑΣ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΣΕ ΜΟΝΑΔΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
Α. Παπαιωάννου^{1,2}, Β. Διοσιάν^{2,3}, Γ. Ατματζίδης⁴, Ε. Χαρταμπάς⁵, Δ. Τσιώρα⁶, Β. Ναζιρη⁵, Ε. Ρογγανάκη^{2,7}, Ε. Οικονομίδου^{2,8}
¹Κ.Υ. Καπανδριτίου, Καπανδριτί Αττικής, ²Επιτροπή Έρευνας Ελληνικής Εταιρίας Γενικής Ιατρικής Ελλάδας, ³Κ.Υ. Αβδήρων, Αβδηρα Ξάνθης, ⁴Περιφερικό Ιατρείο Πρώτης, Πρώτη Σερρών, ⁵Κ.Υ. Σουφλίου, Σουφλί Έβρου, ⁶Περιφερικό Ιατρείο Ευκαρπίας, Ευκαρπία Σερρών, ⁷Περιφερικό Ιατρείο Μητρόπολης, Μητρόπολη Καρδίτσας, ⁸Κ.Υ. Αστικού Τύπου Ν. Καλλικράτειας, Καλλικράτεια Χαλκιδικής

Σάββατο 31 Μαρτίου 2018

- P62 ΟΞΕΙΑ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΜΑΣΤΙΧΑΣ ΧΙΟΥ ΣΕ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ: ΕΜΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΗ ΚΑΙ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΑΟΡΤΗΣ
Α. Τζανή¹, Η. Δουλάμης¹, Π. Κωνσταντόπουλος¹, Ε. Πάσιου², Α. Δασκαλοπούλου¹, Δ. Ηλιόπουλος¹, Ι. Γεωργιάδης¹, Ν. Καβαντζάς³, Σ. Κουρκουλής², Δ. Περρέα¹
¹Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Ερεύνης "Ν.Σ. Χρηστέας", Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα, ²Τομέας Μηχανικής, Σχολή Εφαρμοσμένων Μαθηματικών και Φυσικών Επιστημών, Ε.Μ.Π., Αθήνα, ³Α' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα
- P63 ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΟΛΜΕΣΑΡΤΑΝΗΣ ΑΜΙΛΟΔΙΠΙΝΗΣ ΥΔΡΟΧΡΩΡΘΕΙΑΖΙΔΗΣ, ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ
Γ.Χ. Πασκαλής, Ε. Δεμπέλα, Μ. Παυλίδου, Γ. Κουρσιουμπάς, Χ.Χ. Θεοχαρίδου, Ζ. Σαχλά, Β. Τσουτσούλη, Κ. Γκόγκος
Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
- P64 THE ASSOCIATION OF EXAGGERATED EXERCISE AND 24H BLOOD PRESSURE WITH LEFT VENTRICULAR HYPERTROPHY IN NORMOTENSIVE MEN AND WOMEN ADJUSTED FOR CARDIORESPIRATORY FITNESS
Α. Pittaras^{1,2,3}, Μ. Doumas², Η. Grassos³, Μ. Papavasileiou³, Ν. Kouremenos³, Λ. Poulimenos³, Μ. Kallistratos³, Γ. Pyriovoli¹, Α. Manolis^{2,3}, Ρ. Kokkinos²
¹Mediton Medical Center, Athens, ²VAMC & George Washington University, USA, ³Asclepeion Voulas Hospital, Athens
- P65 ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ, ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΕ ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ΑΓΡΟΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ
Σ. Κλίνης¹, Ε.Κ. Συμβουλάκης²
¹Π.Ι. Αλωνακίων - ΠΕΔΥ-Κ.Υ. Σιάτιστας, Κοζάνη, ²Ιδιωτική μονάδα Γενικής Ιατρικής, Ηράκλειο, Κρήτη
- P66 ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ
Α. Κόλλιας, Κ. Κυριακούλης, Ε. Σταμπολλίου, Γ. Στεργίου
Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Γ' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία», Αθήνα
- P67 ΣΧΕΣΗ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΩΤΙΔΙΚΗΣ ΣΚΛΗΡΙΑΣ ΜΕ 24ΩΡΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΝΕΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ
Α. Κόλλιας¹, Ε. Σταμπολλίου¹, Κ. Κυριακούλης¹, Α. Ντινέρη, Α. Βαζαίου², Γ. Στεργίου¹
¹Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Γ' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία», Αθήνα, ²Α' Παιδιατρική Κλινική, Παίδων «Π. & Α. Κυριακού», Αθήνα



Σάββατο 31 Μαρτίου 2018

P68 ΣΧΕΣΗ 24ΩΡΗΣ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΩΤΙΔΙΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ ΚΑΙ ΝΕΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ
Α. Κόλλιας¹, Α. Ντινέρη¹, Ε. Σταμπολλίου¹, Σ. Παπαδάτος¹, Α. Βαζαίου², Γ. Στεργίου¹
¹Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Γ' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α.
«Η Σωτηρία», Αθήνα, ²Α' Παιδιατρική Κλινική, Παίδων «Π. & Α. Κυριακού», Αθήνα

P69 ΔΕΙΚΤΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΟΡΓΑΝΩΝ ΣΤΟΧΩΝ
Κ. Κυριακούλης¹, Α. Κόλλιας¹, Ν. Καρπέτας¹, Γ. Αγαλιώτης², Χ. Γελαδάρη², Ε. Ανδρεάδης², Γ. Στεργίου²
¹Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Γ' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α.
«Η Σωτηρία», Αθήνα, ²Δ' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ευαγγελισμός», Αθήνα

15:00 - 17:30 **ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ
ΕΚΛΟΓΕΣ ΝΕΟΥ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ**

17.00 - 17.45 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**
Υπέρταση σε εγκεφαλικό επεισόδιο
Συντονιστές: **Κ. Βέμμος, Α. Λαζαρίδης**
Υπέρταση στην οξεία φάση
Ε. Μανιός
Υπέρταση στη χρόνια φάση
Α. Κόλλιας

17.45 - 18.15 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ – ΚΑΦΕΣ**

18.15 - 18.45 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ - MENARINI** (σελ. 32)

18.45 - 19.15 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ - SANOFI** (σελ. 32)

19.15 - 20.05 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**
Μικρολευκωματινουρία - Ασφάλεια επιθετικής θεραπείας
Συντονιστές: **Α. Καραγιάννης, Θ. Μουντοκαλάκης**
Μικρολευκωματινουρία σε μη διαβητικούς υπερτασικούς
Ρ. Κалаϊτζίδης
Πώς εξασφαλίζεται επιθετική ρύθμιση της υπέρτασης
σε ασθενείς μεγάλου κινδύνου χωρίς αρνητικές επιπτώσεις;
Μ. Δούμας

Σάββατο 31 Μαρτίου 2018

20.05 - 21.05 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Υπέρταση σε υπερήλικες

Συντονιστές: **Α. Αχείμαστος, Κ. Τσιούφης**

Μεμονωμένη συστολική υπέρταση της 3^{ης} ηλικίας:

Μια άλλη μορφή υπέρτασης

Α. Πρωτογέρου

Evaluation and management of hypertension in the very elderly:

A European perspective

A. Benetos

Ερωτήσεις: **Ε. Γκαλιαγκούση, Ε. Μανιός**

21.05 - 21.30 **ΒΡΑΒΕΥΣΕΙΣ ΔΙΑΚΕΚΡΙΜΕΝΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ
ΚΑΙ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ – ΛΗΞΗ**



ΔΟΥΦΟΡΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Πέμπτη 29 Μαρτίου 2018

18.00 - 18.30 ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ - ASTRAZENECA

Προεδρείο: Θ. Μακρής

Θεραπεία του υπερτασικού ασθενή με ΣΔτ2 και αναστολείς SGLT2.
Δεδομένα από την κλινική χρήση της δαπαγλιφλοζίνης
Π. Σαραφίδης

Παρασκευή 30 Μαρτίου 2018

11.30 - 12.30 ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ - WINMEDICA

Εξελίζεις στην αντιυπερτασική θεραπεία

Συντονιστής: Α. Μανώλης

Ο ρόλος του σταθερού συνδυασμού βισοπρολόλης/αμλοδιπίνης
στην αντιμετώπιση της υπέρτασης και της σταθερής
στεφανιαίας νόσου

Θ. Μακρής

Επαναπροσδιορίζοντας τον ρόλο των διουρητικών της αγκύλης
στην υπέρταση και συνοδούς νόσους με την τορασεμίδη

Μ. Μαρκέτου

18.15 - 18.45 ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ - BAYER-ELPEN

Προεδρείο: Α. Μανώλης

Προκλήσεις στη διαχείριση της αντιπηκτικής αγωγής στον Υψηλού
Καρδιαγγειακού Κινδύνου ασθενή με Κολπική Μαρμαρυγή

Θ. Μακρής

Συζήτηση - Συμπεράσματα: Α. Μανώλης, Θ. Μακρής

18.45 - 19.15 ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ - NOVARTIS

Προεδρείο: Γ. Στεργίου

Ασθενής με καρδιακή ανεπάρκεια με μειωμένο κλάσμα εξώθησης:
Τι πρέπει να ξέρω και πώς να τον θεραπεύσω;

Χ. Γράσσο

ΔΟΥΦΟΡΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Σάββατο 31 Μαρτίου 2018

11.30 - 12.30 ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ - SERVIER

Εξατομικευμένες επιλογές αντιυπερτασικής θεραπείας με στόχο την καρδιαγγειακή προστασία

Συντονιστής: Ρ. Καλαϊτζίδης

Στρατηγικές αντιμετώπισης αντιυπερτασικής θεραπείας με αΜΕΑ ή ΑΑII: Η απάντηση στο δίλημμα

Α. Πρωτογέρου

β-Αποκλειστής + αΜΕΑ: Η άριστη καρδιαγγειακή θεραπεία

Γ. Στεργίου

18.15 - 18.45 ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ - MENARINI

Προεδρείο: Θ. Μακρής

Προτεραιότητες στη θεραπευτική προσέγγιση ασθενών με υπέρταση: Παρουσίαση ενδιαφέρουσων περιπτώσεων

Κ. Θωμόπουλος

18.45 - 19.15 ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ - SANOFI

Προεδρείο: Κ. Τσιούφης

Alirocumab: Νέοι ορίζοντες στη διαχείριση της LDL-c, ως μείζονος παράγοντα καρδιαγγειακού κινδύνου

Ι. Ζαρίφης



ΠΡΟΕΔΡΟΙ – ΟΜΙΛΗΤΕΣ – ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

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

A Benetos, Καθηγητής Παθολογίας και Γηριατρικής, Πανεπιστήμιο του Νανσύ, Γαλλία

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

Η Αβραμόπουλος, Παθολόγος, Ιατρείο Υπέρτασης, Δ.Θ.Κ.Α. «ΥΓΕΙΑ», Αθήνα

Α Ανδρεάδης, Παθολόγος, Διευθυντής Δ' Παθολογικού Τμήματος, Κέντρο Υπέρτασης, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

Α Αργύρης, MSc, PhD, Παθολόγος, Ακαδημαϊκός Υπότροφος, Μονάδα Καρδιαγγειακής Πρόληψης και Έρευνας, Τμήμα Παθολογικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Αθήνα

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

Α Βαζαίου, Παιδίατρος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Υπεύθυνη Διαβητολογικού Κέντρου, Α' Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών «Π. & Α. Κυριακού», Αθήνα

Κ Βέμμος, Παθολόγος, Hellenic Cardiovascular Research Society, Πρόεδρος του Ελληνικού Οργανισμού Εγκεφαλικών, Αθήνα

Δ Βλαχάκος, Καθηγητής Παθολογίας-Νεφρολογίας, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Υπεύθυνος Νεφρολογικής Μονάδας, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν», Αθήνα

Χ Βλαχόπουλος, Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας, Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», Αθήνα

Β Βοττιάς, Α. Ομότιμος Καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών, τ. Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα

Χ Βυσσούλης, Αναπληρωτής Καθηγητής, Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. "Ιπποκράτειο", Αθήνα

Ε Γκαλιαγκούση, Επίκουρη Καθηγήτρια Παθολογίας, Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Χ Γράσσο, Καρδιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Υπεύθυνος Ιατρείου Υπέρτασης, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ», Αθήνα

ΠΡΟΕΔΡΟΙ – ΟΜΙΛΗΤΕΣ – ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

Γ Δημητριάδης, Καθηγητής Παθολόγος-Διαβητολόγος,
Διευθυντής Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο,
Νοσοκομείο Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν», Αθήνα

Κ Δημητριάδης, Επιμελητής Β' Καρδιολογίας, Καρδιολογικό Τμήμα,
Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», Αθήνα

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

Μ Δούμας, Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας, Β' Προπαιδευτική Παθολογική
Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

Ν Ζακόπουλος, Ομότιμος Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα

Χ Ζαμπούλης, Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας, Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

Ι Ζαρίφης, Καρδιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικού Τμήματος,
Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Π Ζεμπεκάκης, Καθηγητής Παθολογίας Α.Π.Θ., Διευθυντής Α' Παθολογικής
Κλινικής, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Π Θέμελης, Ομότιμος Καθηγητής Πανεπιστημίου, Διευθυντής έργου Αρχαίας
Μεσσήνης

Κ Θωμόπουλος, Καρδιολόγος, Επιμελητής Α' ΕΣΥ, Καρδιολογικό Τμήμα,
Γ.Ν.Μ.Α. «Έλενα Βενιζέλου», Αθήνα

Ρ Κалаϊτζίδης, Νεφρολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Ε Καλλίστρατος, Καρδιολόγος, Επιμελητής Καρδιολογικής Κλινικής,
Γ.Ν.Α. «Ασκληπείο» Βούλας, Υπεύθυνος Αντιυπερτασικού Ιατρείου, Αθήνα

Π Καλογερόπουλος, Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής,
Γ.Ο.Ν.Κ. «Οι Άγιοι Ανάργυροι», Αθήνα

Α Καραγιάννης, Καθηγητής Παθολογίας ΑΠΘ, Πρόεδρος Τμήματος Ιατρικής
Α.Π.Θ., Διευθυντής Β' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

Ν Καρατζάς, Καρδιολόγος, Αμ. Επικ. Καθηγητής Καρδιολογίας, Επ. Διευθυντής
Β' Καρδιολογικής Κλινικής, Δ.Θ.Κ.Α. «Υγεία», Αθήνα

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



ΠΡΟΕΔΡΟΙ – ΟΜΙΛΗΤΕΣ – ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

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

Β Κώτσης, Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας Α.Π.Θ., Πρόεδρος της Ομάδας Εργασία για την Παχυσαρκία του Διαβήτη και του Ασθενή Υψηλού Κινδύνου της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Υπέρτασης, Θεσσαλονίκη

Α Λαζαρίδης, Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας-Νεφρολογίας Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

Β Λαμπαδιάρη, Επίκουρη Καθηγήτρια, Παθολόγος-Διαβητολόγος, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο, Νοσοκομείο Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν», Αθήνα

Θ Μακρής, Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Μ.Α. «Έλενα Βενιζέλου», Αθήνα

Ε Μανιός, Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας, Ιατρείο Υπέρτασης, Θεραπευτική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα», Αθήνα

Α Μανώλης, Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. «Ασκληπείο» Βούλας, Καθηγητής Καρδιολογίας Πανεπιστημίου EMORY, Ατλάντα, ΗΠΑ, Αθήνα

Μ Μαρκέτου, Επιμελήτρια, Α' Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ηρακλείου, Κρήτη

Θ Μουντοκαλάκης, Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα

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

Μ Παπαβασιλείου, Καρδιολόγος FESC, CHS, Αθήνα

Ι Παπαδάκης, Παθολόγος-Κλινικός Υπερτασιολόγος EHS, Διευθυντής Υπερτασικής Μονάδος Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου (ESH Excellence Centre), Κρήτη

Δ Παπαδόγιαννης, Καρδιολόγος, Αναπληρωτής Καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

Δ Παπαδόπουλος, Καρδιολόγος, Επιμελητής Καρδιολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. "ΛΑΪΚΟ", Υπεύθυνος Υπερτασικού Ιατρείου, Αθήνα

Θ Παπαϊωάννου, Αναπληρωτής Καθηγητής Βιοϊατρικής Τεχνολογίας, Α' Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα

ΠΡΟΕΔΡΟΙ – ΟΜΙΛΗΤΕΣ – ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

Α Πιτταράς, Καρδιολόγος - Ειδικός Υπερτασιολόγος ESH, Ass. Professor George Washington University, Washington, Αθήνα

Μ Ποικιλίδου, Κλινική Υπερτασιολόγος, Πανεπιστημιακή Υπότροφος, Α΄ Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Λ Πουλημένος, Καρδιολόγος, Επιμελητής Α΄, Υπεύθυνος Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου, Γ.Ν.Α. «Ασκληπείο» Βούλας, Αθήνα

Α Πρωτογέρου, Αναπληρωτής Καθηγητής Τμήματος Παθολογικής Φυσιολογίας, Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα

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

Π Σαραφίδης, Επίκουρος Καθηγητής Νεφρολογίας, Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

Δ Σταμάτης, Καρδιολόγος, τ. Συντονιστής Διευθυντής ΕΣΥ, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Α.Ν. Πειραιά «Μεταξά», Αθήνα

Σ Σταμπούλη, Επίκουρος Καθηγήτρια Παιδιατρικής, Α΄ Παιδιατρική Κλινική Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

Γ Σ Στεργίου, Καθηγητής Παθολογίας-Υπέρτασης, Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Γ΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ. «Σωτηρία», Αθήνα

Κ Στεφανίδης, Παιδίατρος-Νεφρολόγος, Διευθυντής Παιδιατρικής Νεφρολογίας, Νοσοκομείο Παίδων «ΜΗΤΕΡΑ», Αθήνα

Ε Τριανταφυλλίδη, Διευθύντρια ΕΣΥ, Β΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν», Αθήνα

Α Τριανταφύλλου, Παθολόγος, Επιμελήτρια Β΄, Γ΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου», Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

Κ Τσιούφης, Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας Ε.Κ.Π.Α., Πρόεδρος Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας, President of ESH, Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», Αθήνα

Λ Χατζησταυρή, Διδάκτωρ Ιατρικής Α.Π.Θ., Ειδική Παθολόγος, Κλινική Υπερτασιολόγος, Επιστημονική Συνεργάτης, Α΄ Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

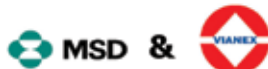


ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ο Πρόεδρος και τα μέλη της Οργανωτικής Επιτροπής του 18ου Πανελληνίου Συνεδρίου Υπέρτασης ευχαριστούν θερμά τις παρακάτω εταιρείες για την οικονομική υποστήριξη του Συνεδρίου:



Bayer





ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Αθήνα

29-31/3/2018

ΞΕΝΟΔ. DIVANI CARAVEL

**ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ
ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**



ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΦΥΣΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΥΠΕΡΒΑΡΟΥΣ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ

Α. Πιπταράς^{1,2,3}, Μ. Δούμας², Χ. Γράσσοις³, Μ. Παπαβασιλείου³, Ν. Κουρεμένος³, Μ. Καλλιόστρατος³, Α. Πουλημένος³, Κ. Κυφνίδης³, Γ. Πυριοβολή¹, Α. Μανώλης³, Π. Κόκκινος²

¹Ιατρικό Κέντρο Mediton, Αθήνα, ²VAMC & George Washington University, USA, ³Νοσοκομείο Ασκληπείου Βούλας, Αθήνα

Εισαγωγή: Η συχνότητα εμφάνισης αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ) είναι σημαντικά υψηλότερη στους υπερτασικούς ασθενείς, σε σύγκριση με τα άτομα που παρουσιάζουν φυσιολογική αρτηριακή πίεση. Η καρδιοαναπνευστική φυσική κατάσταση (ΚΑΦΚ) σχετίζεται με ευνοϊκότερη καρδιαγγειακή υγεία. Η συσχέτιση της συχνότητας εμφάνισης ΑΕΕ με την ΚΑΦΚ, σε υπερτασικούς υπέρβαρους και παχύσαρκους ασθενείς δεν έχει διερευνηθεί πλήρως.

Υπόθεση: Αξιολογήσαμε την υπόθεση ότι η ΚΑΦΚ συσχετίζεται αντίστροφα και ανεξάρτητα με την εμφάνιση εγκεφαλικού επεισοδίου σε υπερτασικούς υπέρβαρους και παχύσαρκους ασθενείς.

Μέθοδοι: Από το 1985 έως το 2014 παρακολούθησαμε 9.885 ασθενείς υπερτασικούς υπέρβαρους ή παχύσαρκους (μέση ηλικία: 59 ± 10 έτη), με φυσιολογική ανταπόκριση σε δοκιμασία κοπώσεως σε κυλιόμενο τάπητα (πρωτόκολλο BRUCE) και χωρίς προηγούμενο ιστορικό ΑΕΕ. Δημιουργήσαμε πέντε κατηγορίες ΚΑΦΚ, βασισμένες σε ηλικιακά στρωματοποιημένα πεμπτημόρια μέγιστων μεταβολικών ισοδυνάμων (METs) που επιτεύχθηκαν: Ελάχιστη φυσική κατάσταση ($4,4 \pm 1,2$ METs, $n = 2,032$). Χαμηλή φυσική κατάσταση ($5,9 \pm 1,1$, $n = 2,347$). Μέτρια φυσική κατάσταση ($7,2 \pm 1,1$ MET, $n = 2,152$). Καλή φυσική κατάσταση ($8,4 \pm 1,2$ METs, $n = 2,060$) και Πολύ καλή φυσική κατάσταση ($11,0 \pm 2,0$ METs, $n = 1,317$). Για την εκτίμηση του λόγου επικινδυνότητας (HR) και του 95% διαστημάτων εμπιστοσύνης (CI) για την εμφάνιση ΑΕΕ σε διάφορες κατηγορίες φυσικής κατάστασης, χρησιμοποιήθηκε ένα πολυμεταβλητό μοντέλο Cox αναλογικού κινδύνου. Το μοντέλο προσαρμόστηκε ανάλογα με την ηλικία, την αρτηριακή πίεση σε ανάπαυση, την κολπική μαρμαρυγή, το φύλο, άλλους καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου, την εξάρτηση από το αλκοόλ και τα φάρμακα. Η κατηγορία ελάχιστης φυσικής κατάστασης χρησιμοποιήθηκε ως ομάδα αναφοράς.

Αποτελέσματα: Κατά τη διάρκεια παρακολούθησης ($11,5$ έτη, 117.429 άτομα-έτη), 517 άτομα ($4,4$ συμβάντα ανά 1.000 άτομα-έτη) εμφάνισαν ΑΕΕ. Ο κίνδυνος για ΑΕΕ ήταν 6% χαμηλότερος για κάθε αύξηση 1 -MET στην ικανότητα άσκησης ($HR = 0,94$, $CI: 0,90-0,98$, $p < 0,004$). Λαμβάνοντας υπόψη τις κατηγορίες φυσικής κατάστασης, ο κίνδυνος ΑΕΕ ήταν χαμηλότερος κατά 28% ($HR = 0,72$, $CI: 0,61-0,99$) για τα άτομα με την ελάχιστη φυσική κατάσταση και κατά 34% περίπου για άτομα με μέτρια, καλή και πολύ καλή φυσική κατάσταση: $HR=0,66$, $CI: 0,49-0,90$).

Συμπεράσματα: Αυξημένη ΚΑΦΚ ήταν αντιστρόφως σχετιζόμενη με την εμφάνιση ΑΕΕ σε υπερτασικούς υπέρβαρους και παχύσαρκους ασθενείς. Η συσχέτισμός ήταν ανεξάρτητος και διαβαθμισμένος. Η σύσταση για κανονικό πρόγραμμα αερόβιας άσκησης σε υπέρβαρους και παχύσαρκους ασθενείς πρέπει να είναι αναπόσπαστο τμήμα της θεραπευτικής προσέγγισης.



Η ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΒΑΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ.

Π.Α. Σαραφίδης¹, Χ. Λουτράδης¹, Α. Καρπέντας², Ε. Παπαδοπούλου¹, Γ. Τζανής¹, Α. Μπίκος¹, Β. Ράπτης³, Χ. Συργκάνης⁴, Β. Λιακοπούλος⁵, Α. Παπαγιάννη¹, G. Bakris⁶, G. Parati⁷

¹Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη, ²Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Θεραπευτική», Θεσσαλονίκη, ³Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Πιερία», Κατερίνη, ⁴Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Αχιλλοπούλειο Γ.Ν. Βόλου, ⁵Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, ⁶Department of Medicine, American Society of Hypertension Comprehensive Hypertension Center, The University of Chicago Medicine, Chicago, Illinois, USA, ⁷Department of Cardiovascular, Neural and Metabolic Sciences, IRCCS S. Luca Hospital, Istituto Auxologico Italiano & Dept of Medicine and Surgery, University of Milan-Bicocca, Milan, Italy

Εισαγωγή-Σκοπός: Η μακροπρόθεσμη μεταβλητότητα της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) πριν την αιμοκάθαρση σχετίζεται με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο και θνησιμότητα. Η σχέση της βραχυπρόθεσμης μεταβλητότητας της ΑΠ με τα δυσμενή συμβάματα δεν έχει διερευνηθεί. Σκοπός της μελέτης είναι να εξετάσει, για πρώτη φορά, την προγνωστική αξία της βραχυπρόθεσμης μεταβλητότητας της ΑΠ (BPV) για τα καρδιαγγειακά συμβάματα και τη συνολική θνησιμότητα σε αυτόν τον πληθυσμό.

Υλικό και Μέθοδος: 227 αιμοκαθαίρομενοι ασθενείς υποβλήθηκαν σε 44ωρη μέτρηση της ΑΠ με τη συσκευή Mobil-O-Graph NG κατά τη διάρκεια μιας τυπικής μεσοδιαλυτικής περιόδου και παρακολούθηθηκαν για μέσο διάστημα 30,17±17,70 μηνών. Η μεταβλητότητα της ΑΠ στη βραχύνιο αρτηρία υπολογίστηκε με την τυπική απόκλιση (SD), τη σταθμισμένη SD (wSD), το συντελεστή μεταβλητότητας (CV) και τη μέση πραγματική μεταβλητότητα (ARV). Το πρωτεύον καταληκτικό σημείο ήταν ένας συνδυασμός της συνολικής θνησιμότητας, και των περιπτώσεων μη θανατηφόρου εμφράγματος του μυοκαρδίου και μη θανατηφόρου αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Τα δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία περιλάμβαναν: (i) τη συνολική θνησιμότητα, (ii) την καρδιαγγειακή θνησιμότητα, (iii) το συνδυασμό καρδιαγγειακού θανάτου, μη θανατηφόρου εμφράγματος του μυοκαρδίου, μη θανατηφόρου αγγειακού εγκεφαλικού, αναζωογόνησης μετά από καρδιακή ανακοπή και νοσηλείας για καρδιακή ανεπάρκεια.

Αποτελέσματα: Η ελευθερία (cumulative freedom) από το πρωτεύον καταληκτικό σημείο ήταν όμοια για τα τεταρτημόρια της ΑΠ πριν την αιμοκάθαρση και της 44-ωρης ΑΠ, αλλά σημαντικά μειωμένη για τα υψηλότερα τεταρτημόρια 44-ωρης-ΣΑΠ-SD ($p=0,014$), wSD ($p=0,007$), CV ($p=0,031$) και ARV (83,9%, 71,9%, 70,2% and 43,9% για τα τεταρτημόρια 1 έως 4 αντίστοιχα, $p<0,001$). Παρόμοια αποτελέσματα εμφανίστηκαν και για το σύνθετο καρδιαγγειακό καταληκτικό σημείο. Τα υψηλότερα τεταρτημόρια της 44-ωρης-ΣΑΠ- ARV εμφάνιζαν σημαντικά αυξανόμενο σχετικό κίνδυνο (Hazard Ratio) για όλα τα υπο μελέτη καταληκτικά σημεία. Σχετικά με τους δείκτες μεταβλητότητας της ΔΑΠ, η 44-ωρη-ΔΑΠ-CV και 44-ωρη-ΔΑΠ-ARV εμφάνισαν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο για το σύνθετο καρδιαγγειακό καταληκτικό σημείο. Σε ανάλυση αναλογικού κινδύνου (Cox regression analysis), όλοι οι δείκτες ΣΑΠ-BPV σχετίστηκαν με το πρωτεύον καταληκτικό σημείο ανεξάρτητα από τα επίπεδα της ΣΑΠ (ARV: HR: 1,118, 95%CI: 1,055-1,185, ανά mmHg αύξησης).

Συμπεράσματα: Η αυξημένη BPV κατά το μεσοδιαλυτικό διάστημα σχετίζεται με υψηλότερο κίνδυνο θανάτου και καρδιαγγειακών συμβαμάτων στην αιμοκάθαρση, σε αντίθεση με τα επίπεδα περιπατητικής ΑΠ. Η βραχυπρόθεσμη BPV πιθανά αποτελεί σημαντικό αιμοδυναμικό παράγοντα που σχετίζεται με τα δυσμενείς καρδιαγγειακές εκβάσεις των αιμοκαθαίρομενων ασθενών.

3 ΤΑ ΕΝΔΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΑ ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝΤΑ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΑ ΜΙΚΡΟΣΩΜΑΤΙΔΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΣΥΣΤΟΛΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ

Α. Λαζαρίδης¹, Ε. Γκαλιαγκούση¹, Ι. Βασιλειάδης², Ε. Γαβριηλάκη¹, Α. Μαυρογιάννη², Κ. Τσι-
ακμακόπουλος², Β. Νικολαΐδου¹, Ε. Γιαννάκη³, Δ. Μαρκάλας³, Ι. Ζαρίφης², Σ. Δούμα¹

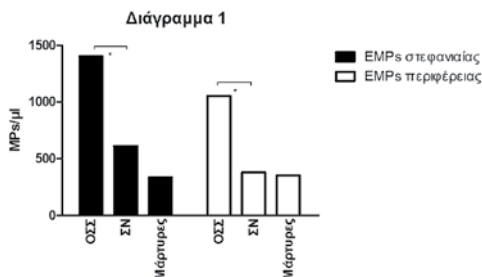
¹Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη, ²Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.
«Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη, ³Αιματολογικό Εργαστήριο, Αντικαρκινικό Νοσ. Θεαγένειο,
Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή-Σκοπός: Τα κυκλοφορούντα ενδοθηλιακά μικροσωματίδια (EMPs) μελετώνται ως δείκτες ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας στη στεφανιαία νόσο (ΣΝ). Παραμένει υπο διερεύνηση αν και σε τι βαθμό, είναι αυξημένα σε ασθενείς με οξεία στεφανιαία σύνδρομο (ΟΣΣ) και αν αντανακλούν τοπική ή συστηματική βλάβη.

Υλικό και Μέθοδος: Καταγράφηκαν το ιστορικό και η κεντρική αρτηριακή πίεση (ΑΠ) διαδοχικών ασθενών κατά τη στεφανιογραφία. Λήφθηκαν δείγματα από το στεφανιαίο κόλπο και την περιφέρεια. Ως EMPs μετρήθηκαν με κυτταρομετρία ροής τα συμβάματα Αννεξίνη+/CD144+ που ποσοτικοποιήθηκαν με σφαιρίδια κυτταρομετρίας ροής, βάσει των διεθνών οδηγιών για μέτρηση μικροσωματιδίων.

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν 38 ασθενείς με ΟΣΣ (22 STEMI και 16 NSTEMI), 17 με σταθερή ΣΝ και 6 μάρτυρες. Σημαντικά αυξημένα EMPs βρέθηκαν σε ασθενείς με ΣΝ έναντι των μαρτύρων στην περιφέρεια ($p=0.001$) και στη στεφανιαία κυκλοφορία ($p=0.003$). Επιπλέον, οι ασθενείς με ΟΣΣ είχαν σημαντικά αυξημένα EMPs έναντι της σταθερής ΣΝ στην περιφέρεια ($p=0.008$) και τη στεφανιαία κυκλοφορία ($p=0.045$). Δε βρέθηκε διαφορά μεταξύ STEMI και NSTEMI. Τα EMPs ήταν σημαντικά αυξημένα στη στεφανιαία κυκλοφορία έναντι της περιφέρειας ($p=0.021$). Αν και δε βρέθηκε συσχέτιση με άλλους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου, τα EMPs της στεφανιαίας κυκλοφορίας ($r=0.312$, $p=0.048$) και της περιφέρειας ($r=0.489$, $p=0.003$) συσχετίστηκαν σημαντικά με την κεντρική συστολική ΑΠ.

Συμπεράσματα: Η αύξηση των EMPs σε ασθενείς με ΟΣΣ και στη στεφανιαία κυκλοφορία είναι ενδεικτική ενδοθηλιακής βλάβης κατά την οξεία μυοκαρδιακή ισχαιμία. Η συσχέτιση με την κεντρική ΑΠ αντανακλά επιπλέον την επίδραση της ενδοθηλιακής βλάβης στην κεντρική αιμοδυναμική και αορτική σκληρία. Ο ρόλος τους στην πρόγνωση και θεραπεία των ασθενών μένει να διερευνηθεί.



4 ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ 24ΩΡΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ 24ΩΡΗ ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ

Κ. Κυριακούλης, Α. Κόλλιας, Α. Δεστούνης, Π. Καλογερόπουλος, Α. Ντινέρη, Γ. Στεργίου
Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Γ' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α.
«Η Σωτηρία», Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Σκοπός της εργασίας ήταν να μελετηθεί η διαγνωστική ακρίβεια μιας πρότυπης ταλαντωσιμετρικής συσκευής 24ωρης καταγραφής αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) (Microlife



WatchBP O3 Afib) με ενσωματωμένο αλγόριθμο ανίχνευσης κολπικής μαρμαρυγής (KM) σε ηλικιωμένους υπερτασικούς.

Υλικό και μέθοδος: Ηλικιωμένοι ασθενείς ≥ 65 ετών (ή 50-64 ετών υπερτασικοί, με ιστορικό αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου ή υποψία αρρυθμίας) υποβλήθηκαν σε ταυτόχρονη 24ωρη καταγραφή ΑΠ και 24ωρη ηλεκτροκαρδιογραφική καταγραφή ρυθμού (Holter).

Αποτελέσματα: 100 ασθενείς (μέση ηλικία 70.6 ± 8.2 [SD] έτη, άνδρες 53%, υπερτασικοί 85%, 17 με εμμένουσα KM, 4 με παροξυσμική KM) αναλύθηκαν. Έγιναν συνολικά 6,410 μετρήσεις ΑΠ εκ των οποίων οι 1,091 (17%) έγιναν υπό KM. Η ευαισθησία, ειδικότητα και ακρίβεια της συσκευής για την ανίχνευση KM ήταν 93%, 87% και 88%, αντίστοιχα. Σε ασθενείς χωρίς KM, 12.8% των μετρήσεων ΑΠ κατέδειξαν ψευδώς θετικό αποτέλεσμα, εκ των οποίων 27% έγιναν κατά τη διάρκεια υπερκοιλιακής εκτακτοσυστολικής αρρυθμίας. Σημαντική συσχέτιση προέκυψε μεταξύ του ποσοστού των ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων και του ποσοστού των υπερκοιλιακών έκτακτων συστολών ($r=0.67$, $p<0.001$). Η ανάλυση σε ασθενείς με παροξυσμική KM ή χωρίς KM έδειξε ότι ποσοστό ένδειξης KM 15% κατά τη διάρκεια της 24ωρης καταγραφής είχε ευαισθησία 90% και ειδικότητα 77% για την ανίχνευση επεισοδίου KM οποιασδήποτε χρονικής διάρκειας στο Holter.

Συμπεράσματα: Μία πρότυπη ταλαντωσιμετρική συσκευή 24ωρης καταγραφής ΑΠ με ενσωματωμένο αλγόριθμο για ανίχνευση KM έχει μεγάλη ευαισθησία και μέτρια ειδικότητα για την ανίχνευση KM σε ηλικιωμένους υπερτασικούς. Ανίχνευση KM σε ποσοστό $\geq 15\%$ των μετρήσεων της 24ωρης καταγραφής ΑΠ σε ηλικιωμένους υπερτασικούς καταδεικνύει την ανάγκη τοποθέτησης Holter για τεκμηρίωση επεισοδίων KM.

5 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΔΙΟΥΡΗΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Κ. Σταυρόπουλος, Κ. Ιμπριαλος, Π. Παντελίδης, Δ. Πατούλιας, Α. Σαχινίδης, Σ. Μπουλούκου, Γ. Κερπινιώτης, Γ. Λαλές, Α. Μανάφης, Χ. Μήτας, Κ. Πετίδης, Β. Αθυρος, Α. Καραγιάννης, Μ. Δούμας

Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή-Σκοπός: Η σεξουαλική δυσλειτουργία μεταξύ υπερτασικών ατόμων εκδηλώνεται συχνότερα στο θηλικό πληθυσμό. Παρά την πολυπαραγοντική επίδραση διαφόρων παθοφυσιολογικών μηχανισμών στην εγκατάσταση της γυναικείας σεξουαλικής δυσλειτουργίας, η λήψη αντιυπερτασικών φαρμάκων φαίνεται να συμβάλλει σημαντικά. Ο ρόλος των διουρητικών στη γυναικεία σεξουαλική δυσλειτουργία παραμένει αδιευκρίνιστος. Στόχος της μελέτης μας είναι η αξιολόγηση της επίδρασης των διουρητικών στη σεξουαλική λειτουργία υπερτασικών γυναικών χωρίς σεξουαλική δυσλειτουργία.

Υλικό και Μέθοδοι: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν διαδοχικά υπερτασικά θήλεα άτομα ηλικίας από 30 έως 70 ετών που προσήλθαν στο Υπερτασιολογικό μας ιατρείο και στις οποίες χορηγήθηκε διουρητική αγωγή. Η σεξουαλική λειτουργία αξιολογήθηκε πριν και τρεις μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας μέσω του Δείκτη Γυναικείας Σεξουαλικής Λειτουργίας 19 ερωτήσεων, ενός επικυρωμένου ερωτηματολογίου για την αξιολόγηση της γυναικείας σεξουαλικής λειτουργίας.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμμετείχαν 218 υπερτασικές γυναίκες. Διουρητική αγωγή χορηγήθηκε είτε ως μονοθεραπεία σε ασθενείς (58 ασθενείς) ή σε συνδυασμό με ανταγωνιστές των υποδοχέων της αγγειοτενσίνης (ΑΤ) (103 ασθενείς) ή ως τρίτο φάρμακο σε ασθενείς που ήδη λάμβαναν ΑΤ και ανταγωνιστή διαύλων ασβεστίου (57 ασθενείς). Εμφάνιση σεξουαλικής δυσλειτουργίας παρατηρήθηκε σε 6/58 (10.3%) των ασθενών σε μονοθεραπεία με διουρητικό, σε 18/103 (17.4%) ασθενείς που λάμβαναν διουρητικό και ΑΤ και σε 9/57 (15.8%) ασθενείς που λάμβαναν διουρητικό, ΑΤ και αποκλειστή διαύλων ασβεστίου.

Συμπεράσματα: Η έναρξη αγωγής με διουρητικό σχετίζεται με εκδήλωση σεξουαλικής δυσλειτουργίας στο 10-20% των υπερτασικών γυναικών. Περισσότερες μελέτες δύναται να επιβεβαιώσουν τα ευρήματά μας και να προσφέρουν πληροφορίες για τους υπεύθυνους μηχανισμούς και τη βέλτιστη αντιμετώπιση των ασθενών αυτών.

6 Η ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΑ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΔΕΞΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ.

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

¹Γ.Ν. Ιπποκράτειο, ²Γ.Ν.Μ. Έλενα Βενιζέλου, ³Πανεπιστημιακή Κλινική, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Αθήνα

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

Μέθοδοι: Μελετήσαμε 55 ασθενείς (ηλικίας 51 $\pm$ 6 ετών, 44 άρρενες) με νεοδιαγνωσθείσα πρωτοπαθή υπέρταση σταδίου I-II και 34 υγιείς με ανάλογη ηλικία και φύλο. Ελήφθησαν οι συνήθεις διαθωρακικές ηχωκαρδιογραφικές μετρήσεις όπως και μετρήσεις ιστικού Doppler από το δακτύλιο της τριγλώχινας.

Αποτελέσματα: Οι υπερτασικοί παρουσίασαν σημαντικά αυξημένο πάχος μεσοκοιλιακού διαφράγματος και οπισθίου τοιχώματος αριστερής κοιλίας κατά τη διαστολή, διάμετρο αριστερού κόλπου, μάζα αριστερής κοιλίας, δείκτη μάζας αριστερής κοιλίας και σχετικό πάχος τοιχωμάτων. Το TAPSE και το RVOT fs (%) της δεξιάς κοιλίας ήταν παρόμοια μεταξύ των δύο ομάδων (2.45 $\pm$ 0.3 vs 2.25 $\pm$ 0.23 και 47 $\pm$ 5 vs 46 $\pm$ 5 αντίστοιχα, p=ns για όλες τις παραμέτρους). Συμβατικές ηχωκαρδιογραφικές Doppler μετρήσεις έδειξαν παρόμοιες E, A ταχύτητες της δεξιάς κοιλίας, όπως και παρόμοιο λόγο E/A μεταξύ των δύο ομάδων. Το ιστικό Doppler στο πλάγιο τοίχωμα του δακτυλίου της τριγλώχινας έδειξε επηρεασμένες όλες τις διαστολικές μετρήσεις στους υπερτασικούς (E (cm/sec) 13 $\pm$ 4 vs 18 $\pm$ 4, p<0.01, A(cm/sec) 20 $\pm$ 3 vs 14 $\pm$ 4, p<0.01). Η συστολική ταχύτητα της δεξιάς κοιλίας δε διέφερε μεταξύ των 2 ομάδων (16 $\pm$ 3 vs 17 $\pm$ 3, p=NS).

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

7 ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΣΚΛΗΡΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ, ΧΑΜΗΛΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ <30 (Kg/m²)

Δ. Καρασαββίδου, Ν. Αντωνάκης, Δ. Σταγκίνας, Κ. Παππάς, Χ. Γεωργίου, Ρ. Καλαϊτζίδης
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Μποδοσάκειο Νοσ. Πτολεμαΐδας, Νεφρολογική Κλινική, Π.Ν.Ι., Ιωάννινα

Εισαγωγή-Σκοπός: Η αρτηριακή σκληρία αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα καρδιαγγειακού κινδύνου στην χρόνια νεφρική νόσο (XNN). Μελετήσαμε τους δείκτες της αρτηριακής σκληρίας σε διαφορετικά στάδια της XNN, σε ασθενείς με χαμηλά επίπεδα ΑΠ και δείκτη μάζας σώματος <30 Kg/m².

Υλικό και Μέθοδοι: Επιλέξαμε επίπεδα συστολικής αρτηριακής πίεσης (ΣΑΠ) <140mmHg και δείκτη μάζας σώματος (BMI) <30 kg/m². Συμπεριλάβαμε συνολικά 244 ασθενείς, 44 με XNN σταδίου 1, 47 ασθενείς σταδίου 2, 25 ασθενείς σταδίου 3 και 35 ασθενείς σταδίου 4. Εκτιμήσαμε την βραχίονια αρτηριακή πίεση, την αορτική, την καρωτιδική καθώς και την ταχύτητα σφυγμικού κύματος (καρωτιδο-μηνιαία) (ΤΣΚ (κ-μ)) και τον δείκτη ενίσχυσης.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των ασθενών στα 4 στάδια της XNN ήταν 49.4 $\pm$ 12.7, 56.2 $\pm$ 12.8, 59.9 $\pm$ 11.1 και 66.6 $\pm$ 12.1 αντίστοιχα. Η ΣΑΠ (βραχίονια, αορτική και καρωτιδική) δεν παρουσίασε στατιστική σημαντικότητα στα διάφορα στάδια της XNN. Μεταξύ των σταδίων της XNN σημαντικές διαφορές παρουσίασαν η ΔΑΠ στο βραχίονα, και η πίεση παλμού (βραχίονια και αορτική). Μεταξύ των σταδίων της XNN, δεν βρέθηκε σημαντική διαφορά στην ΤΣΚ (κ-μ) και στον δείκτη ενίσχυσης.

Συμπεράσματα: Στους ασθενείς που επιλέξαμε, στα διαφορετικά στάδια της XNN (στάδια 1-4) δεν εμφανίζονται σημαντικές διαφορές στους δείκτες της αρτηριακής σκληρίας. Τα ευρήματα μας υποδηλώνουν είτε μια πολύ πρώιμη αγγειακή βλάβη είτε μια ελεγχόμενη εξέλιξη της



αγγειακής βλάβης όταν οι ασθενείς είναι ικανοποιητικά ρυθμισμένοι (ΣΑΠ <140mmHg) και ο BMI είναι <30 Kg/m².

	XNN 1 n=44	XNN 2 n=47	XNN 3 n=25	XNN 4 n=35	p value
Βασικά χαρακτηριστικά					
Ηλικία (έτη) μέση ±SD	49.4±12.7	56.2±12.8	59.9±11.1	66.6±12.1	<0.001
Φύλο (άνδρες/γυναίκες) n (%)	28/16 (64/36)	32/15 (68/32)	18/7 (72/28)	22/13 (63/37)	NS
BMI (Kg/m ²)	27.9±1.4	27.9±1.5	27.6±1.5	27.8±1.1	0.03
Body surface area, (m ²)	4.1±0.8	3.7±0.8	3.7±0.8	3.4±0.9	0.03
Σακχαρώδης Διαβήτης, n (%)	4(9)	7 (15)	6(24)	8 (23)	NS
Καρδιαγγειακή νόσος, n (%)	1(2.3)	0(0)	3 (12)	7 (20)	0.001
Παράμετροι Αρτηριακής πίεσης					
Βραχιόνιος Αρτηριακή Πίεση					
Συστολική ΑΠ (mmHg)	127.3±9.8	129.4±12.7	129.8±6.8	127.2±8.1	NS
Διαστολική ΑΠ (mmHg)	74.7±9.8	71.8±10.7	68.6±12.4	67.4±11.3	0.01
Πίεση Παλμού (mmHg)	52.5±2.2	57.5±3.8	64.2±12.4	59.8±10.4	0.03
Αορτική Αρτηριακή Πίεση					
Συστολική ΑΠ (mmHg)	118.3±14.8	118.1±23.1	121.9±13.3	120.2±7.5	NS
Πίεση παλμού(mmHg)	41.9±12.8	47.7±21.2	53.1±17.2	53.4±17.1	0.01
Καρωπιδική Αρτηριακή Πίεση					
Συστολική BP (mmHg)	128.7±16.5	130.6±6.1	129.4±14.2	127.9±5.9	NS
Πίεση Παλμού (mmHg)	53.9±15.9	58.1±16.2	56.6±17.4	60.1±17.6	NS
ΤΣΚ (κ-μ), (m/sec)	6.3±1.5	6.7±1.8	6.1±1.9	6.9±2.3	NS
Δείκτης ενίσχυσης (%)	26.8±12.2	24.7±11.2	25.8±12.3	22.3±12.8	NS

8 Η ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΤΩΝ ΑΥΤΟΜΑΤΩΝ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΥΣΙΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΤΙΣ ΑΛΛΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ

Ε.Α. Ανδρεάδης¹, Χ.Β. Γελαδάρη¹, Φ.Σ. Σάββα¹, Α.Ι. Γεωργαντώνη¹, Κ.Ν. Απειρανθίτη¹, Ε.Ν. Παντικίδη¹, Ε.Τ. Αγγελόπουλος¹, Β. Παπαδημητρίου²

¹Κέντρο Υπέρτασης και Καρδιαγγειακής Προστασίας ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα, ²Καρδιολογική Κλινική, George Town, University, Washington DC, USA

Σκοπός: Η σύγκριση της αυτόματης τεχνικής μέτρησης της πίεσης στο ιατρείο, παρουσία και απουσία προσωπικού, με τις συμβατικές μετρήσεις στο ιατρείο και με την ημερήσια 24ωρη καταγραφή.

Υλικό και Μέθοδος: Σε ασθενείς που παραπέμφθηκαν ως υπερτασικοί, έγιναν οι κάτωθι μετρήσεις της πίεσης με: 1. ημι-αυτόματο ηλεκτρονικό πιεσόμετρο από νοσηλεύτρια και από ιατρό, 2. ακροαστική τεχνική από έτερο ιατρό, 3. αυτόματο ηλεκτρονικό πιεσόμετρο, με ή χωρίς την παρουσία νοσηλεύτριας, έπειτα από παραμονή του ασθενούς για 5 λεπτά σε ηρεμία, 4. 24ωρη καταγραφή.

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν 146 άτομα (μέση ηλικία±σταθερή απόκλιση, 56±12, 68 γυναίκες). Η μέση συστολική αρτηριακή πίεση (ΣΑΠ) με αυτόματο πιεσόμετρο απουσία νοσηλεύτριας ήταν 129±15mmHg και 128±14mmHg παρουσία νοσηλεύτριας. Η μέση ΣΑΠ με ημι-αυτόματο ηλεκτρονικό πιεσόμετρο ήταν 136±17mmHg και 135±17mmHg, μετρούμενη από νοσηλεύτρια

και ιατρό, αντιστοίχως, ενώ η μέση ΣΑΠ με την ακροαστική τεχνική ήταν $132 \pm 16 \text{ mmHg}$. Οι τιμές των αυτόματων μετρήσεων είχαν μεγαλύτερη ακρίβεια και μικρότερη απόκλιση στη μέση τιμή και στις μεταξύ τους συγκριτικά με τις συμβατικές τιμές. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των αυτόματων μετρήσεων και της ημερήσιας 24ωρης καταγραφής ($p=0.864$, $95\% \text{ CI} - 1.87-2.23$). Η συμφωνία των μετρήσεων εκτιμήθηκε με διαγράμματα Bland-Altman.

Συμπεράσματα: Αυτόματες μετρήσεις της ΣΑΠ στο ιατρείο έχουν χαμηλότερες τιμές από τις άλλες μετρήσεις, και παρουσιάζουν συμφωνία με την ημερήσια 24ωρη καταγραφή, γεγονός που τις καθιστά προτιμητέα μέθοδο μέτρησης στο ιατρείο.

9 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΥΣ ΤΥΠΟΥΣ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ

Κ. Μανουσόπουλος, Ε. Κορομπόκη, Α. Λύκκα¹, Φ. Μίχας, Α. Δημητρίου, Κ. Βέμμος, Ν. Ζακόπουλος, Ε. Μανιός

Θεραπευτική Κλινική ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. Αλεξάνδρα, Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Σε ασθενείς με οξύ ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ), η αυξημένη μεταβλητότητα της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) σχετίζεται με πτωχή έκβαση. Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνήσει αν η μεταβλητότητα της ΑΠ σχετίζεται με τη λειτουργική έκβαση των ασθενών σε διαφορετικούς τύπους ισχαιμικού ΑΕΕ.

Υλικό και Μέθοδος: 239 ασθενείς με οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ υποβλήθηκαν σε 24ωρη καταγραφή ΑΠ εντός 24 ωρών από την έναρξη των συμπτωμάτων. Τα εγκεφαλικά επεισόδια κατηγοριοποιήθηκαν σύμφωνα με την TOAST κατάταξη. Η λειτουργική κατάσταση των ασθενών εκτιμήθηκε στους 3 μήνες χρησιμοποιώντας την τροποποιημένη Rankin Scale (mRS), και διχοτομήθηκε σε καλή ($mRS \leq 2$) και κακή ($mRS > 2$). Η μεταβλητότητα της ΑΠ υπολογίστηκε από τη σταθερά απόκλιση στην 24ωρη καταγραφή ΑΠ. Η βαρύτητα του εγκεφαλικού επεισοδίου εκτιμήθηκε με την κλίμακα NIHSS. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με logistic regression analysis.

Αποτελέσματα: Από το σύνολο των ισχαιμικών ΑΕΕ τα 64 οφείλονταν σε νόσο μικρών αγγείων (κεντοπιώδη), τα 54 σε νόσο μεγάλων αγγείων, τα 77 ήταν καρδιοεμβολικά και τα 44 κρυπτογενή. Η υψηλή 24ωρη διαστολική σταθερά απόκλιση παρουσίαζε ανεξάρτητη συσχέτιση με την πτωχή λειτουργική έκβαση στους 3 μήνες μόνο σε ασθενείς με ΑΕΕ οφειλόμενα σε νόσο μικρών αγγείων ($p=0.05$).

Συμπεράσματα: Η αυξημένη μεταβλητότητα της διαστολικής ΑΠ στην οξεία φάση του ισχαιμικού ΑΕΕ συσχετίζεται με κακή λειτουργική έκβαση στους 3 μήνες σε ασθενείς με κεντοπιώδη ΑΕΕ.

10 ΑΥΤΟΜΑΤΗ, ΑΚΡΟΑΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΕΝΔΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ

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

Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Γ' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία», Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Η αξιοπιστία της μέτρησης της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) με αυτόματες συσκευές σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ) θεωρείται αμφισβητήσιμη.

Υλικό και μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση στο PubMed για την ανεύρεση μελετών που συνέκριναν την αυτόματη (ταλαντωσιμετρική ή αυτόματη ακροαστική) με την (i) ακροαστική (υδραργυρικά ή μεταλλικά σφυγμομόνομετρα) ή (ii) ενδαρτηριακή μέτρηση της ΑΠ σε ασθενείς με εμμένουσα ΚΜ.

Αποτελέσματα: Αναλύθηκαν 15 άρθρα, που περιλάμβαναν 13 μη επεμβατικές ($n=877$; 5 πιεσόμετρα σπτιού, 2 24ωρης καταγραφής, 4 ιατρείου) και 4 επεμβατικές μελέτες ($n=179$; 2 πιεσόμετρα ιατρείου, 2 σπτιού). Υπήρχε σημαντική ετερογένεια στα πρωτόκολλα πιστοποίησης που χρησιμοποιήθηκαν. Μετα-ανάλυση των μη-επεμβατικών μελετών έδειξε ισχυρότερο



συντελεστή συσχέτισης μεταξύ αυτόματης και ακροαστικής μεθόδου για τη συστολική (ΣΑΠ) συγκριτικά με διαστολική (ΔΑΠ) ΑΠ (r 0,87 έναντι 0,76, $p < 0,05$). Η διαφορά αυτόματης έναντι ακροαστικής μέτρησης ΑΠ ήταν 0.5 mmHg, 95% διαστήματα αξιοπιστίας (CI): -0,9, 1,9 mmHg για την ΣΑΠ και 1,5 mmHg, 95% CI: -0,6, 3,6 mmHg για τη ΔΑΠ. Η διαφορά αυτόματης έναντι ενδοαρτηριακής μέτρησης ΑΠ ήταν -4,2 mmHg, 95% CI: -8,4, -0,02 mmHg για τη ΣΑΠ και 6,1 mmHg, 95% CI: 3,8, 8,4 mmHg για τη ΔΑΠ.

Συμπεράσματα: Υπάρχει σημαντική ετερογένεια στις μελέτες πιστοποίησης αυτόματων πιεσομέτρων στην ΚΜ. Τα συνολικά αποτελέσματα δείχνουν σταθερή τάση για πιο ακριβείς μετρήσεις της ΣΑΠ και μικρή υπερεκτίμηση της ΔΑΠ. Δεδομένου ότι οι ασθενείς με ΚΜ είναι συνήθως ηλικιωμένοι με συστολική υπέρταση, η αυτόματη μέτρηση ΑΠ μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση της ΑΠ.

11

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΝΕΜΠΙΒΟΛΟΛΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΙΡΜΠΕΣΑΡΤΑΝΗΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗ ΑΟΡΤΙΚΗ ΠΙΕΣΗ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΣΚΛΗΡΙΑΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ

Χ. Λουτράδης¹, Α. Μπίκος^{1,2}, Ε. Αγγελούδη¹, Α. Καρπέτας^{1,3}, Β. Ράπτης⁴, Ρ. Κалаϊτζίδης⁵, Γ. Αλεξιάδης⁶, Μ.Ε. Αλεξάνδρου⁷, Μ. Σχοινά¹, Η. Μπαλάσκας⁸, Β. Λιακόπουλος⁸, Α. Παπαγιάννη¹, Π.Α. Σαραφίδης¹

¹Νεφρολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη, ²Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Πρότυπο», Θεσσαλονίκη, ³Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Θεραπευτική», Θεσσαλονίκη, ⁴Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Πιερία», Κατερίνη, ⁵Νεφρολογική Κλινική, Γ.Ν. Ιωαννίνων, ⁶Νεφρολογική Κλινική, Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης, ⁷Νεφρολογική Κλινική, Γ.Ν. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη, ⁸Α' Παθολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή-Σκοπός: Η ενδοδιαλυτική υπέρταση (intradialytic hypertension) σχετίζεται με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο. Το ακριβές παθοφυσιολογικό υπόβαθρο της ενδοδιαλυτικής υπέρτασης δεν είναι πλήρως γνωστό. Η παρούσα μελέτη αξιολόγησε την επίδραση της νεμπιβολόλης και της ιρμπεσαρτάνης στην 24ωρη αορτική αρτηριακή πίεση (ΑΠ) και τους δείκτες αρτηριακής σκληρίας σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς με ενδοδιαλυτική υπέρταση.

Υλικά και Μέθοδοι: Σε αυτή την τυχαιοποιημένη μελέτη διασταυρούμενης σειράς (cross-over) 38 αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς (ηλικία: 60,4±11,1 έτη, άρρενες: 65,8%) με ενδοδιαλυτική υπέρταση [μέση άνοδος συστολικής ΑΠ (ΣΑΠ) ≥10mmHg σε 6 συναπτές συνεδρίες] τυχαιοποιήθηκαν σε νεμπιβολόλη 5mg και ακολούθως ιρμπεσαρτάνη 150mg ή αντίστροφα. Οι μισοί ασθενείς έλαβαν μία δόση άπαξ 1 ώρα πριν την αιμοκάθαρση (n=19) και οι μισοί για μία εβδομάδα πριν την δεύτερη αξιολόγηση (n=19). Της έναρξης του δεύτερου φαρμάκου προηγήθηκε μια περίοδος χωρίς αγωγή 2 εβδομάδων. Η περιπατητική καταγραφή της αορτικής ΑΠ και των δεικτών αρτηριακής σκληρίας πραγματοποιήθηκε με τη συσκευή Mobil-O-Graph NG device κατά τη διάρκεια μιας ενδιάμεσης ημέρας αιμοκάθαρσης (24 ώρες).

Αποτελέσματα: Συνολικά, 20 (52,6%) ασθενείς έλαβαν αρχικά νεμπιβολόλη και 18 (47,4%) ιρμπεσαρτάνη. Η εβδομαδιαία χορήγηση νεμπιβολόλης ή ιρμπεσαρτάνης μείωσε την 24ωρη αορτική ΣΑΠ και ΔΑΠ [έναρξη: 135,5±10,1/92,0±9,2; νεμπιβολόλη: 126,7±8,4 (p<0,001), 87,2±7,1 (p=0,004); ιρμπεσαρτάνη: 128,9±10,8 (p=0,058), 87,3±9,3 (p=0,056) mmHg], ενώ η νεμπιβολόλη μείωσε και την αορτική πίεση παλμού (cPP) [έναρξη: 43,5±12,0, νεμπιβολόλη: 39,9±8,6 (p=0,021); ιρμπεσαρτάνη: 41,8±8,2 (p=0,377) mmHg] και την ταχύτητα του σφυγμικού κύματος (PWV) [έναρξη: 10,0±2,5; νεμπιβολόλη: 9,7±2,5 (p=0,016); ιρμπεσαρτάνη: 9,7±2,7 (p=0,073) m/s]. Κανένα φάρμακο δεν επηρέασε τον σταθμισμένο για την καρδιακή συχνότητα δείκτη ενίσχυσης Aix (75). Οι ασθενείς που έλαβαν μία δόση νεμπιβολόλης είχαν χαμηλότερη 24ωρη αορτική ΔΑΠ [Baseline: 89,3±12,2; Nebivolol: 85,5±11,4 (p=0,032)], αλλά ίδια 24ωρη αορτική ΣΑΠ, cPP, Aix (75) και PWV. Δε διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές στους ασθενείς που έλαβαν μία δόση ιρμπεσαρτάνης.

Συμπεράσματα: Η εβδομαδιαία αγωγή με νεμπιβολόλη ή ιρμπεσαρτάνη μειώνουν την αορτική ΑΠ και την PWV, αλλά όχι το Aix (75). Τα ανωτέρω υποδεικνύουν πως η εμφάνιση ενδοδιαλυτικής υπέρτασης αποδίδεται κυρίως στη διαταραχή της αγγειακής απάντησης στις μεταβολές όγκου που επηρεάζει τόσο τη ΣΑΠ, όσο και τη ΔΑΠ.

12 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΕΡΗΜΩΣΗΣ ΤΩΝ ΤΡΙΧΟΕΙΔΩΝ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΔΕΙΚΤΕΣ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ ΚΑΙ ΜΑΚΡΟΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ

Π. Ανυφαντή¹, Α. Τριανταφύλλου¹, Ε. Γκαλιαγκούση¹, Ξ. Ζαμπούλης², Α. Λαζαρίδης¹, Σ. Χατζημιχαηλίδου³, Σ. Ασλανίδης³, Σ. Δούμα¹

¹Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ Παπαγεωργίου, Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη, ²Ινστιτούτο Πληροφορικής, Ίδρυμα Τεχνολογίας και Έρευνας (ΙΤΕ) Κρήτης, ³Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή-Σκοπός: Ασθενείς με καρδιαγγειακές παθήσεις παρουσιάζουν αραίωση των τριχοειδών δέρματος. Σκοπός ήταν να μελετηθεί εάν η ρευματοειδής αρθρίτιδα (ΡΑ), μία πάθηση υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου, χαρακτηρίζεται από ελαττωμένη πυκνότητα τριχοειδών δέρματος, ιδιαίτερα σε συνάρτηση με δείκτες φλεγμονής και διαταραχές της μακροκυκλοφορίας.

Υλικό και Μέθοδος: Σε ασθενείς με ΡΑ και εθελοντές χωρίς ΡΑ, προσδιορίστηκε ο αριθμός των τριχοειδών δέρματος ανά οπτικό πεδίο με τη χρήση τριχοειδοσκόπησης και την εφαρμογή ειδικά σχεδιασμένου λογισμικού. Καταγράφηκε η ταχύτητα σφυγμικού κύματος (pulse wave velocity, PWV), ως δείκτης αορτικής σκληρίας, με την μέθοδο της τονομετρίας, και η καρδιακή παροχή, με την μέθοδο της θωρακικής ρεογραφίας. Ο 10ετής καρδιαγγειακός κίνδυνος αξιολογήθηκε από την Framingham Heart Study.

Αποτελέσματα: Ασθενείς με ΡΑ (n=99) παρουσίασαν ελαττωμένο αριθμό τριχοειδών, σε σύγκριση με τους μάρτυρες (n=35) ($132,6 \pm 30,3$ έναντι $152,9 \pm 25,2$, $p=0,001$). Στην ομάδα των ασθενών, ο αριθμός των τριχοειδών συσχετίστηκε θετικά με την καρδιακή παροχή ($r=0,198$, $p=0,050$), και αντίστροφα με την C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (C-reactive protein, CRP) ($r=-0,245$, $p=0,019$) και την PWV ($r=-0,209$, $p=0,042$). Επιπλέον, συσχετίστηκε με τον καρδιαγγειακό κίνδυνο, ακόμα και μετά από στάθμιση για την φλεγμονή ($r=-0,257$, $p=0,030$). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, τα επίπεδα της CRP, όχι όμως και οι διαταραχές της μακροκυκλοφορίας, αναγνωρίστηκαν ως ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας τριχοειδικής πυκνότητας ($\beta=-0,226$, $p=0,041$).

Συμπεράσματα: Η πυκνότητα των τριχοειδών δέρματος εμφανίζεται ελαττωμένη στην ΡΑ και σχετίζεται με χαμηλή καρδιακή παροχή, αυξημένη αορτική σκληρία και αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο. Ωστόσο, η συσχέτιση με τους δείκτες μακροκυκλοφορίας επισκιάζεται από την φλεγμονή, η οποία φαίνεται να αποτελεί βασικό συντελεστή στην αγγειακή ερήμωση ασθενών με ΡΑ.



ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Αθήνα

29-31/3/2018

ΞΕΝΟΔ. DIVANI CARAVEL

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ
ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ



P13 Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

Β. Ράικου¹, Σ. Γαβριήλ², Ν. Τεντολούρης³

¹Νεφρολογικό Τμήμα, DOCTORS' HOSPITAL, Αθήνα, ²Τμήμα Βαριατρικής Χειρουργικής, DOCTORS' HOSPITAL, Αθήνα, ³Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α.

Εισαγωγή: Το μεταβολικό σύνδρομο (MetS) συσχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης χρόνιας νεφρικής νόσου (CKD) ανεξάρτητα από την ύπαρξη σακχαρώδους διαβήτη και υπέρτασης. Σκοπός της μελέτης ήταν ο προσδιορισμός της επίπτωσης του MetS σε υπερτασικούς ασθενείς με CKD προσδιορισμένη με μειωμένο ρυθμό σπειραματικής διήθησης (eGFR <60mL/min/1.73m²), εξετάζοντας την σχέση μεταξύ των χαρακτηριστικών του MetS και της ταξινομημένης αλβουμινουρίας.

Μέθοδος: Μελετήσαμε 100 υπερτασικούς ασθενείς (SBP ≥130mmHg και/ή DBP ≥85mmHg) με χρόνια νεφρική νόσο, 52 άνδρες και 48 γυναίκες, διάμεσης ηλικίας 79 ± inter-quartile range 68-84.7 χρόνια. Η αλβουμινουρία καθορίστηκε με τον λόγο αλβουμίνη προς κρεατίνη δείγματος ούρων (ACR) ≥30 mg/gr και ταξινομήθηκε σύμφωνα με τις οδηγίες KDIGO 2012. Η ύπαρξη του MetS μελετήθηκε ως διχοτομική παράμετρος (0 έως 4 χαρακτηριστικά) περιλαμβάνοντας την μέτρηση της περιφέρειας μέσης, χαμηλή HDL, υψηλά τριγλυκερίδια και υψηλή γλυκόζη ορού. χ^2 tests και μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης εφαρμόστηκαν.

Αποτελέσματα: χ^2 test έδειξε σημαντική σχέση μεταξύ αυξημένων χαρακτηριστικών MetS και αυξημένης αλβουμινουρίας ($\chi^2=16,1$, $p=0,04$). Το εφαρμοσμένο μοντέλο για την πρόβλεψη της αλβουμινουρίας έδειξε ότι η παρουσία αυξημένων χαρακτηριστικών MetS συσχετίστηκε με 1,9-φορές (1,2-3,5) μεγαλύτερο κίνδυνο για την εκδήλωση αλβουμινουρίας μετά προσαρμογή ως προς συγχυτικούς παράγοντες περιλαμβάνοντας την τιμή eGFR και τον σακχαρώδη διαβήτη. Επιπλέον, παρατηρήσαμε σημαντική σχέση μεταξύ αυξημένης αλβουμινουρίας και υψηλών τριγλυκεριδίων ορού ($\chi^2=8,3$, $p=0,01$).

Συμπέρασμα: Η ύπαρξη αυξημένων χαρακτηριστικών MetS έδειξε αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης μικροαλβουμινουρίας/μακροαλβουμινουρίας σε υπερτασικούς ασθενείς με μειωμένο ρυθμό σπειραματικής διήθησης (eGFR <60mL/min/1.73m²). Τα υψηλά επίπεδα τριγλυκεριδίων ήταν σημαντικοί παράγοντες κινδύνου συσχετισμένοι με την αλβουμινουρία σε αυτούς τους ασθενείς.

P14 ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΡΗΤΗ

Γ. Βρέντζος, Β. Θεοδωρακοπούλου, Κ. Παπανικολάου, Ι.Α. Παπαδάκης

Υπερτασικό Ιατρείο Παθολογικής Κλινικής Π.Γ.Ν.Η. (Κέντρο Αριστείας της ESH), Ηράκλειο

Εισαγωγή-Σκοπός: Ως Μεταβολικό Σύνδρομο (ΜΣ) ορίζεται η συνύπαρξη (μεταβολικών) παραγόντων κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα. Μελετήσαμε την επίπτωση του ΜΣ σε υπερτασικούς.

Ασθενείς-Μέθοδος: Μελετήσαμε 1042 υπερτασικούς (403 άντρες), ενδιάμεσης ηλικίας 61 (εύρος ηλικίας:16-87) ετών. Συμπληρώθηκε ένα λεπτομερές ερωτηματολόγιο για ατομικό ιστορικό, συνήθειες καπνίσματος και φαρμακευτική αγωγή. Μετρήθηκαν η περιφέρεια μέσης και η αρτηριακή πίεση. Ελήφθησαν δείγματα αίματος νηστείας για υπολογισμό γλυκόζης και λιπιδίων.

Αποτελέσματα: Επτακόσιοι τέσσερις από τους 1042 υπερτασικούς (67,6%) συμπλήρωναν τα κριτήρια για ΜΣ. Η επίπτωση του ΜΣ ήταν πιο μεγάλη στις γυναίκες από ότι στους άνδρες (71,2% έναντι 62,1%, $p<0,01$).

Διαιρέσαμε τους ασθενείς μας σε 3 ηλικιακές ομάδες (<40, 40-65 και >65 έτη). Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στην επίπτωση του ΜΣ στις 3 ομάδες (64,8%, 67,3% και 68,8% αντιστοίχως).

Μεταξύ των ατόμων που είχαν ΜΣ, η αυξημένη περίμετρος μέσης ήταν η πιο συχνά απαντώμενη (90,8%) από τους παράγοντες που αποτελούν τα κριτήρια του ΜΣ.

Ασθενείς υπό αντιυπερτασική αγωγή είχαν αυξημένο κίνδυνο να έχουν ΜΣ από αυτούς χωρίς (70,3% έναντι 63,4%, $p=0,02$).



Εκατό εβδομήντα τρεις από τους 191 (90,6%) ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη συμπλήρωναν τα κριτήρια για ΜΣ. Δεν υπήρχε στατιστικώς σημαντική διαφορά στην επίπτωση του ΜΣ μεταξύ καπνιστών και μη-καπνιστών στις γυναίκες (68,4% έναντι 72,0%). Αντιθέτως οι άνδρες καπνιστές είχαν μεγαλύτερη επίπτωση από τους μη-καπνιστές (69,0% έναντι 57,8%, $p=0,03$). **Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα μας δείχνουν ότι η επίπτωση του ΜΣ είναι πολύ αυξημένη στους υπερτασικούς, ιδιαίτερα στις γυναίκες, συγκρινόμενη με αυτή του γενικού Ελληνικού πληθυσμού. Η επίπτωση δε του ΜΣ στους υπερτασικούς δεν επηρεάζεται από την ηλικία.

P15 ΠΡΩΙΜΗ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΔΕΞΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΕ ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΝΤΕΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΜΗΚΟΥΣ ΣΥΣΤΟΛΙΚΗΣ ΜΥΟΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΠΑΡΑΜΟΡΦΩΣΗΣ ΤΗΣ ΔΕΞΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΑ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ

Μ. Μαρκέτου, Α. Πατριανάκος, Ι. Παπαδάκης, Γ. Βρέντζος, Σ. Μαραγκουδάκης, Ε. Νάκου, Μ. Βερνάδης, Κ. Φραγκιαδάκης, Ε. Κατσούλη, Ο. Θεοδοσάκη, Ι. Κωνσταντίνου, Γ. Μπαντουβάκης, Γ. Κοχιαδάκης, Φ. Παρθενάκης

Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Η., Ηράκλειο, Κρήτη

Σκοπός: Η αξιολόγηση της συστολικής λειτουργίας της δεξιάς κοιλίας (ΔΚ) είναι πολύ σημαντική στα περισσότερα καρδιαγγειακά νοσήματα διότι είναι ένας πολύ σημαντικός προγνωστικός δείκτης για τους ασθενείς. Είναι γνωστό ότι η υπερηχογραφική εκτίμηση της παραμόρφωσης (speckle-tracking) της αριστερής κοιλίας (ΑΚ) είναι ένας πολύ ευαίσθητος υποκλινικός δείκτης της πρώιμης συστολικής δυσλειτουργίας της σε υπερτασικούς ασθενείς. Εξετάσαμε την πρώιμη συστολική δυσλειτουργία της ΔΚ σε νεοδιαγνωσθέντες υπερτασικούς ασθενείς χρησιμοποιώντας την επιμήκη συστολική παραμόρφωση (global longitudinal peak systolic strain - GLS) και τη συσχέτισαμε με την υπερτροφία της ΔΚ.

Μέθοδοι: Περιλάβαμε 26 ασθενείς (14 άνδρες, μέσης ηλικίας 68 ± 10 ετών) με νεοδιαγνωσθείσα ιδιοπαθή αρτηριακή υπέρταση και 21 υγιή άτομα (15 άνδρες, μέσης ηλικίας 66 ± 11 ετών). Όλοι υποβλήθηκαν σε υπερηχοκαρδιογράφημα ρουτίνας και πραγματοποιήση 2D speckle tracking με εκτίμηση του GLS σε κάθε τμήμα της ΔΚ (βασικό: RVLS-B; μέσο: RVLS-M, κορυφαίο: RVLS-A) καθώς και το συνολικό GLS του ελεύθερου τοιχώματος της ΔΚ (RVLS-G).

Αποτελέσματα: Οι μέσες τιμές της αρτηριακής πίεσης στις δύο ομάδες ήταν $155 \pm 27/100 \pm 12$ mmHg στην ομάδα των υπερτασικών και $125 \pm 16/65 \pm 14$ mmHg στην ομάδα ελέγχου ($p < 0,05$). Τα RVLS-G, RVLS-B και RVLS-M ήταν σημαντικά χαμηλότερα στους υπερτασικούς ασθενείς σε σχέση με τα υγιή άτομα ($-18,67 \pm 5,78\%$ έναντι $-26,60 \pm 5,8\%$, $-11,72 \pm 3,73\%$ έναντι $-25,60 \pm 3,9\%$, $-16,32 \pm 5,41$ έναντι $-27,60 \pm 6,9\%$, $p < 0,05$ για όλα). Αντίθετα δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στα RVLS-A ($-27,12 \pm 3,2\%$ στους υπερτασικούς έναντι $-28,31 \pm 4,54\%$ στην ομάδα ελέγχου, $p=NS$). Επιπλέον, αναδείχθηκε μια σημαντική αρνητική συσχέτιση του μεταξύ του RVLS-G και του δείκτη μάζας της αριστερής κοιλίας ($r=0,57$, $p=0,001$).

Συμπεράσματα: Η ιδιοπαθής υπέρταση οδηγεί από τα αρχικά στάδια σε υποκλινική δυσλειτουργία της δεξιάς κοιλίας η οποία ήταν μεγαλύτερη όσο μεγαλύτερη είναι η υπερτροφία της ΑΚ. Αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η ακριβής εκτίμηση της λειτουργίας της ΔΚ είναι κάτι που πρέπει να ελέγχεται σε κάθε υπερτασικό ασθενή που υποβάλλεται σε υπερηχοκαρδιογραφικό έλεγχο.

P16 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΥΨΗΛΗΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΗΣ ΑΠΕΛΙΝΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΜΕΝΤΙΝΗΣ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ

Κ. Τσάκαλης, Κ. Ζέρβα, Μ. Βέλλιου, Ε. Κόρρου, Η. Σανίδας, Δ. Παπαδόπουλος, Ι. Μπαρμετσέας
Κέντρο Αριστείας Υπέρτασης ESH, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. "Λαϊκό", Αθήνα

Εισαγωγή: Η υψηλή φυσιολογική πίεση φαίνεται να συνδέεται με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο σε υγιείς ενήλικες. Ταυτόχρονα η εύρεση αυξημένων τιμών παραγόντων λιπιδίων ιστού και ιδίως απελίνης και ομεντίνης φαίνεται να σχετίζεται με ταχύτερη εξέλιξη της αθηρωμάτωσης. Η απελίνη είναι η ορμόνη που έχει συσχετιστεί καλύτερα με την επίταση της ανοχής στην ινσουλίνη και την υπερηλυκαμία ευοδώνοντας τη μικροαγγειακή βλάβη, ενώ η ομεντίνη

φαίνεται να προάγει την αθηρογένεση, την μετανάστευση των μακροφάγων, την αγγειακή φλεγμονή και την αστάθεια της αθροματικής πλάκας.

Υλικό και Μέθοδος: Η παρούσα μελέτη αφορά την διερεύνηση των επιπέδων απελίνης και ομεντίνης πλάσματος στο πλάσμα υγιών ενηλίκων με καταγεγραμμένες τιμές υψηλής φυσιολογικής αρτηριακής πίεσης και η σύγκρισή τους με τα αντίστοιχα νορμοτασικών ατόμων. Η ομάδα των ατόμων με υψηλή φυσιολογική πίεση αποτελούνταν από 25 ενήλικες (19 άνδρες και 16 γυναίκες) με μέση ηλικία 57 ± 4 έτη και μέσο δείκτη μάζας σώματος 24 ± 1.7 kg/m². Η εύρεση τιμών υψηλής φυσιολογικής αρτηριακής πίεσης (130-139 ή/και 80-89 mmHg) επιβεβαιώθηκε σε επαναλαμβανόμενες μετρήσεις στο ιατρείο και κατ' οίκον. Η ομάδα των νορμοτασικών ατόμων αποτελούνταν από 35 ενήλικες (22 άνδρες και 13 γυναίκες με μέση ηλικία 55 ± 7 έτη και μέσο δείκτη μάζας σώματος 23.2 ± 1.4 kg/m²). Τα επίπεδα της απελίνης και της ομεντίνης μετρήθηκαν με μέθοδο Elisa.

Αποτελέσματα: Τα επίπεδα της Απελίνης και της Ομεντίνης πλάσματος των νορμοτασικών ασθενών ήταν σημαντικά μικρότερα σε σύγκριση με αυτά των ασθενών με υψηλή φυσιολογική αρτηριακή πίεση. (11 ± 2 vs. 7.2 ± 0.9 ng/ml, $p=0.002$ και 30 ± 12 vs. 10 ± 4 ng/ml $p<0.001$, αντίστοιχα). Τα ευρήματα συνηγορούν πως τα άτομα με υψηλή φυσιολογική αρτηριακή πίεση εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερη συγκέντρωση απελίνης και ομεντίνης σε σύγκριση με τα αντίστοιχα των νορμοτασικών ατόμων. Τα ευρήματα αυτά ενδεχομένως να συνηγορούν υπέρ της ύπαρξης ενός ακόμα παθοφυσιολογικού μονοπατιού στην αύξηση του καρδιαγγειακού κινδύνου σε αυτούς τους ασθενείς.

P17 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΣΥΓΚΕΚΑΛΥΜΜΕΝΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ «ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΛΕΥΚΗΣ ΜΠΛΟΥΖΑΣ» ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΗΣ ΑΠΕΛΙΝΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΡΕΛΑΞΙΝΗΣ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ

Ε. Κόρρου, Μ. Βέλλιου, Κ. Ζέρβα, Κ. Τσάκαλης, Η. Σανίδας, Δ. Παπαδόπουλος, Ι. Μπαρμπετσεάς
Κέντρο Αριστείας Υπέρτασης ESH, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. "Λαϊκό", Αθήνα

Εισαγωγή: Όπως έχει φανεί από της βιβλιογραφία η επίδραση της συγκεκαλυμμένης υπέρτασης (masked hypertension-MH), οδηγεί σε σημαντική αύξηση του καρδιαγγειακού κινδύνου. Επίσης η εμφάνιση «υπέρτασης της λευκής μπλουζας» (white-coat hypertension (WCH) αν και είναι συχνή οντότητα, χρήζει προσεκτικής παρακολούθησης, διότι αν και αρχικά είχε περιγραφεί ως αθώα, έχει φανεί σε πολλές μελέτες η συσχέτισή της με την ενδοθηλιακή δυσλειτουργία, τον αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο, ενώ ταυτόχρονα θεωρείται προγνωστικός δείκτης για την εμφάνιση αρτηριακής υπέρτασης στο μέλλον. Ταυτόχρονα η εύρεση υψηλών τιμών απελίνης και ρελαξίνης φαίνεται να σχετίζονται με αυξημένη επίπτωση της αθηρωμάτωσης και του καρδιαγγειακού κινδύνου.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση των επιπέδων απελίνης και ρελαξίνης σε ασθενείς με συγκεκαλυμμένη υπέρταση και η σύγκρισή τους με τα αντίστοιχα επίπεδα ασθενών με υπέρταση της λευκής μπλουζας. Οι δύο ομάδες δεν είχαν διαφορές όσον αφορά την ηλικία, το φύλο, τον δείκτη μάζας σώματος και την ύπαρξη των κλασικών παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου.

Υλικό και Μέθοδος: 130 υγιείς ενήλικες (60 άνδρες και 70 γυναίκες με μέση ηλικία 45 ± 12 έτη) εκτιμήθηκαν με 24ωρη περιπατητική καταγραφή (ABPM). Από αυτούς 24 άτομα (8 άνδρες, 16 γυναίκες) διαγνώστηκαν με συγκεκαλυμμένη υπέρταση (daytime systolic blood pressure ≥ 135 mmHg και/ή daytime diastolic blood pressure ≥ 85 mmHg) ενώ 32 άτομα (20 άνδρες, 12 γυναίκες) με υψηλές μετρήσεις αρτηριακής πίεσης μόνο στο ιατρείο επιβεβαιώθηκε πως έχουν WCH. Και στα δύο group μετρήθηκαν οι τιμές απελίνης και ρελαξίνης πλάσματος με την μέθοδο Elisa

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα της μελέτης φαίνονται στο πιο κάτω πίνακα

	WCH (n=32)	MH (n=24)
Απελίνη (pg/ml)	200 ± 111	305 ± 127
Ρελαξίνη (pg/ml)	35.2 ± 6.7	46.8 ± 23.6

Συμπεράσματα-Συζήτηση: Τα ευρήματα συνηγορούν με την υπόθεση πως οι ασθενείς με συγκεκαλυμμένη υπέρταση εμφανίζουν σημαντικά αυξημένους παράγοντες λιπώδους ιστού



σε σύγκριση με τους ασθενείς με υπέρταση λευκής μπλούζας, κάτι που πιθανά εκφράζει και τον μεγαλύτερο καρδιαγγειακό τους κίνδυνο.

P18 ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥ ΕΠΕΙΓΟΝΤΟΣ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Κ. Ζέρβα¹, Δ. Παπαδόπουλος¹, Γ. Αναστασιάδης¹, Χ. Μελεξοπούλου², Ι. Μπολέτης², Ι. Μπαρμπετσέας¹

¹Κέντρο Αριστείας Υπέρτασης ESH, Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΑ «Λαϊκό», Αθήνα, ²Νεφρολογική Κλινική & Μονάδα Μεταδόχου Νεφρού, ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Λαϊκό», Αθήνα

Εισαγωγή-Παρουσίαση περιστατικού: Η παρουσίαση αφορά ασθενή 67 ετών, γυναίκα η οποία διεκομίσθη στο τμήμα επείγοντων περιστατικών του νοσοκομείου μας λόγω υπερτασικής κρίσης με ΑΠ 240/120 mmHg. Από το ιστορικό της αναμνηστικό αναφερόταν ΧΝΑ υπο αιμοκάθαρση από 6ετίας. Κατά την προσέλευσή της εμφάνιζε κεφαλαλγία, αποπροσανατολισμό, ζάλη και πολλαπλά επεισόδια εμέτων, καθώς και ήπια δύσπνοια. Η ασθενής είχε ολοκληρώσει συνεδρία αιμοκάθαρσης και βρισκόταν στο αναμενόμενο ξηρό της βάρος. Διενεργήθη τομογραφία εγκεφάλου, η οποία ήταν αρνητική για εγκεφαλικό επεισόδιο ή αιμορραγία και έγινε εισαγωγή στην καρδιολογική μονάδα. Χορηγήθηκε ενδοφλέβια τρινιτρική γλυκερίνη (nitrolingual) σε υψηλή δόση, έως την μέγιστη δόση των 0,2mg/min για 30min καθώς και εσμολόλη χωρίς η ασθενής να εμφανίσει την απαιτούμενη πτώση της πίεσης ή κλινική βελτίωση. Στην συνέχεια και μετά από νεφρολογική εκτίμηση χορηγήθηκε ενδοφλέβια νιτρωπρωσσικό νάτριο σε μειωμένη δόσολογία και υπό προσεκτικό Monitoring. Η ασθενής εμφάνισε υποχώρηση των συμπτωμάτων και σταδιακή πτώση της αρτηριακής της πίεσης μέχρι την τιμή 170/90 mmHg. Παρέμεινε βελτιούμενη και ασυμπτωματική και εξήλθε με βελτιστοποίηση της τακτικής αντιυπερτασικής της αγωγής. **Συζήτηση:** Η εμφάνιση των καταστάσεων υπερτασικών επεισοδίων (hypertensive emergencies) είναι μια κλινική οντότητα που απαιτεί ιδιαίτερη εγρήγορση στην αντιμετώπισή της στους ασθενείς με Χρόνια Νεφρική Αναταραχή. Η παθοφυσιολογία περιλαμβάνει πληθώρα μηχανισμών, όπως η υπερβολαιμία, οι αυξημένες αγγειακές αντιστάσεις, η ενεργοποίηση του άξονα ρενίνης-αγγειοτενσίνης – αλδοστερόνης, ο υπερπαραθυρεοειδισμός. Η αντιμετώπιση των υπερτασικών κρίσεων παραμένει ζήτημα υψηλής σημασίας. Η χορήγηση νιτρωπρωσσικού νατρίου, παραμένει μια επιλογή υψηλής αποτελεσματικότητας, η οποία θα πρέπει να γίνεται με προσεκτική παρακολούθηση των ασθενών με τελικού σταδίου νεφρική ανεπάρκεια.

P19 ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΤΟΥ ΟΞΕΟΣ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Μ. Παπαγιάννη, Κ. Τζιόμαλος, Κ. Χρήστου, Σ.Μ. Αγγελόπουλου, Σ. Κωστάκη, Γ. Πολυχρονόπουλος, Ε. Τριβιά, Α. Χατζόπουλος, Χ. Σαββόπουλος, Α.Ι. Χατζητόλιας

Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή-Σκοπός: Δεν είναι σαφείς οι παράγοντες που προβλέπουν την έκβαση του οξέος ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ) στους ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση αυτών των παραγόντων.

Υλικό και Μέθοδος: Μελετήθηκαν προοπτικά 922 διαδοχικοί ασθενείς που νοσηλεύτηκαν για οξύ ΑΕΕ. Η βαρύτητα του ΑΕΕ εκτιμήθηκε στην εισαγωγή με τη National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS). Η έκβαση εκτιμήθηκε με τα ποσοστά λειτουργικής εξάρτησης κατά την έξοδο από το νοσοκομείο (τροποποιημένη κλίμακα Rankin 2-5) και ενδονοσοκομειακής θνητότητας.

Αποτελέσματα: Το 81,3% των ασθενών είχαν ιστορικό υπέρτασης. Οι ασθενείς με λειτουργική εξάρτηση ήταν πιο ηλικιωμένοι και λιγότερο συχνά καπνιστές από τους ασθενείς χωρίς εξάρτηση, είχαν πιο συχνά ιστορικό ΑΕΕ, κολπική μαρμαρυγή και χρόνια νεφρική νόσο, υψηλότερη NIHSS και υψηλότερη γλυκόζη τη 2η μέρα της νοσηλείας. Ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες λειτουργικής εξάρτησης ήταν η ηλικία (σχετικός κίνδυνος (ΣΚ) 1,08, 95% διάστημα εμπιστοσύνης (ΔΕ) 1,04-1,12, $p < 0,001$), το ιστορικό ΑΕΕ (ΣΚ 2,33, 95% ΔΕ 1,44-3,79, $p < 0,001$) και η NIHSS (ΣΚ

1,59, 95% ΔΕ 1,45-1,74, $p<0,001$). Οι ασθενείς που απεβίωσαν ήταν πιο ηλικιωμένοι από τους ασθενείς που έλαβαν εξιτήριο και είχαν ανώτερη κολπική μαρμαρυγή, υψηλότερη διαστολική αρτηριακή πίεση (ΔΑΠ), σφύξεις και ΝΙΗSS στην εισαγωγή και χαμηλότερα τριγλυκερίδια και υψηλότερη HDL χοληστερόλη και γλυκόζη τη 2η μέρα της νοσηλείας. Ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες θνητότητας ήταν η ΔΑΠ στην εισαγωγή (ΣΚ 1,05, 95% ΔΕ 1,02-1,08, $p<0,001$) και η ΝΙΗSS (ΣΚ 1,21, 95% ΔΕ 1,16-1,26, $p<0,001$).

Συμπεράσματα: Σε ασθενείς με υπέρταση και οξύ ΑΕΕ, εκτός από τη βαρύτητα του ΑΕΕ, η μεγάλη ηλικία, το ιστορικό ΑΕΕ και η αυξημένη ΔΑΠ στην εισαγωγή αποτελούν δυσμενείς προγνωστικούς παράγοντες.

P20 ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΣΥΣΚΕΥΩΝ MOBIL-O-GRAPH ΚΑΙ SPHYGMOCOR ΣΤΗ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΣΚΛΗΡΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΠΟ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

Β. Βάιος¹, Π.Ι. Γεωργιανός¹, Μ. Ποικιλίδου¹, Α. Παπαγιάννη², Π.Ε. Ζεμπτεκάκης¹, Β. Λιακόπουλος¹

¹Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης, Α΄ Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη,

²Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, Π.Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή – Σκοπός: Οι ταλαντωσιμετρικές μετρήσεις της αορτικής συστολικής πίεσης (αΣΑΠ), του σταθμισμένου για τον καρδιακό ρυθμό δείκτη ενίσχυσης (ΑΙx75) και της ταχύτητας σφυγμικού κύματος (PWV) έχουν συγκριθεί με αιματηρές και μη-αιματηρές μετρήσεις στο γενικό υπερτασικό πληθυσμό. Σκοπός της εργασίας είναι η σύγκριση των μετρήσεων της αΣΑΠ, του ΑΙx75 και της PWV μεταξύ των συσκευών Mobil-O-Graph και Sphygmocor σε ασθενείς υπό περιτοναϊκή κάθαρση (ΠΚ).

Υλικό – Μέθοδοι: Σε 27 διαδοχικούς ασθενείς υπό ΠΚ χωρίς ιστορικό χρόνιας κολπικής μαρμαρυγής πραγματοποιήθηκαν μετρήσεις της αΣΑΠ, ΑΙx75 και PWV με τις συσκευές Mobil-O-Graph και Sphygmocor. Οι μετρήσεις πραγματοποιήθηκαν σε στατικές συνθήκες μετά από 10λεπτη ανάπαυση και η σειρά εφαρμογής των συσκευών ήταν τυχαioποιημένη.

Αποτελέσματα: Οι ταλαντωσιμετρικές μετρήσεις του Mobil-O-Graph δε διέφεραν σημαντικά από τις τονομετρικές μετρήσεις του Sphygmocor (αΣΑΠ: 120,5±18,2 vs 124,4±19,0 mmHg, $P=0,438$, ΑΙx75: 27,0±12,4 vs 24,5±10,6%, $P=0,428$, PWV: 9,5±2,1 vs 10,1±3,1 m/sec, $P=0,397$). Οι μετρήσεις του Mobil-O-Graph εμφάνισαν ισχυρή γραμμική συσχέτιση με τις αντίστοιχες μετρήσεις της συσκευής Sphygmocor (αΣΑΠ: $r=0,889$, $P<0,001$, ΑΙx75: $r=0,816$, $P<0,001$, PWV: $r=0,794$, $P<0,001$). Η γραφική ανάλυση κατά Bland-Altman απέκλεισε σημαντική ασυμμετρία και έδειξε μεγάλο εύρος στο διάστημα ομοφωνίας των μετρήσεων των δύο συσκευών. Οι αριθμητικές αποκλίσεις της αΣΑΠ είναι αντίστοιχες των αποκλίσεων που παρατηρήθηκαν στις βραχιόνιες πιέσεις που χρησιμοποιήθηκαν για τη βαθμονόμηση των συσκευών Mobil-O-Graph και Sphygmocor (131,0±20,6 vs 134,5±19,7 mmHg, $P=0,525$).

Συμπεράσματα: Η συσκευή Mobil-O-Graph προσδιορίζει την αΣΑΠ και τους δείκτες αρτηριακής σκληρίας χωρίς σημαντική απόκλιση από τις μετρήσεις της συσκευής Sphygmocor σε ασθενείς υπό ΠΚ.

P21 ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΒΡΑΧΙΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

Β. Βάιος¹, Π.Ι. Γεωργιανός¹, Γ. Βαρέα¹, Α. Παπαγιάννη², Π.Ε. Ζεμπτεκάκης¹, Β. Λιακόπουλος¹

¹Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης, Α΄ Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, ²Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή – Σκοπός: Σε ασθενείς με ιδιοπαθή υπέρταση, οι αορτικές πιέσεις είναι σημαντικά χαμηλότερες, παρουσιάζουν διαφορετική νυχθημερινή διακύμανση και έχουν ισχυρότερη προγνωστική αξία από τις πιέσεις στη βραχιόνια αρτηρία. Σκοπός της εργασίας είναι η συγκριτική αξιολόγηση της 24ωρης διακύμανσης της αορτικής έναντι της βραχιόνιας πίεσης σε ασθενείς υπό περιτοναϊκή κάθαρση (ΠΚ).



Υλικό – Μέθοδος: Ανάλυση εγκάρσιας τομής 22 διαδοχικών ασθενών υπό ΠΚ, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε 24ωρη περιπατητική καταγραφή της βραχιόνιας και αορτικής αρτηριακής πίεσης (ΑΠ). Αναλύονται οι διαφορές της συστολικής ΑΠ (ΣΑΠ) και της πίεσης παλμού (ΠΠ) μεταξύ αορτής και βραχιονίου αρτηρίας στο σύνολο της καταγραφής και στις περιόδους ημέρας και νύχτας.

Αποτελέσματα: Η αορτική ΣΑΠ ήταν σημαντικά χαμηλότερη από τη βραχιόνια ΣΑΠ στο σύνολο της 24ωρης καταγραφής ($118,0 \pm 14,1$ vs $128,4 \pm 14,6$ mmHg, $P < 0,001$) καθώς και στις περιόδους ημέρας ($118,9 \pm 13,5$ vs $129,5 \pm 13,8$ mmHg, $P < 0,001$) και νύχτας ($116,5 \pm 17,3$ vs $126,4 \pm 18,2$ mmHg, $P < 0,001$). Ομοίως, η αορτική ΠΠ ήταν σημαντικά χαμηλότερη από τη βραχιόνια ΠΠ στο 24ωρο και στις περιόδους ημέρας και νύχτας. Η απόλυτη αριθμητική ενίσχυση της ΠΠ μεταξύ αορτής και βραχιονίου αρτηρίας ήταν σημαντικά μεγαλύτερη της περιόδου της ημέρας συγκριτικά με τη νύχτα ($10,9 \pm 1,7$ vs $7,9 \pm 1,9$ mmHg, $P < 0,05$). Η 24ωρη διακύμανση της αορτικής και της βραχιόνιας ΠΠ ακολούθησε πανομοιότυπα πρότυπα σε ασθενείς υπό συνεχή φορητή ΠΚ και αυτοματοποιημένη ΠΚ.

Συμπεράσματα: Η περιπατητική αορτική ΣΑΠ και ΠΠ είναι κατά ~ 10 mmHg χαμηλότερες από τις αντίστοιχες βραχιόνιες πιέσεις σε ασθενείς υπό ΠΚ. Η σχέση της περιπατητικής αορτικής πίεσης με τους δείκτες βλάβης οργάνου-στόχου και η προγνωστική της αξία μένει να διερευνηθούν σε προοπτικές μελέτες παρατήρησης.

P22 Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΜΒΑΣΤΑΤΙΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΚΦΡΑΣΗ ΤΗΣ ΙΝΤΕΡΛΕΥΚΙΝΗΣ -6, ΣΤΗΝ ΚΑΤΙΟΥΣΑ ΘΩΡΑΚΙΚΗ ΑΟΡΤΗ ΖΩΙΚΟΥ ΠΡΟΤΥΠΟΥ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ

Β. Ανδρουτσόπουλου^{1,2}, Η. Δουλάμης¹, Α. Τζανή¹, Δ. Περρέα¹, Δ. Ηλιόπουλος^{1,2}

¹Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Ερεύνσης "Ν.Σ. Χρηστάς", ΕΚΠΑ
²Δ' Καρδιοχειρουργική Κλινική, "Υγεία", Αθήνα

Στόχος: Οι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί της δημιουργίας ανευρυσμάτων στην κατιούσα θωρακική αορτή δεν είναι πλήρως κατανοητοί και βρίσκονται ακόμα υπό διερεύνηση. Ένας από τους μηχανισμούς δράσης των στατινών είναι η ομαλοποίηση της λειτουργίας του ενδοθηλίου του αορτικού τοιχώματος. Σκοπός της πειραματικής αυτής εργασίας ήταν η διερεύνηση της επίδρασης της συμβαστατίνης στη φλεγμονώδη αντίδραση του τοιχώματος της κατιούσας θωρακικής αορτής σε κόνικλους.

Μέθοδοι: 20 αρσενικοί ενήλικες κόνικλοι White New Zealand χωρίστηκαν σε 3 ομάδες:

α) Ομάδα Control (n=4): Τα πειραματόζωα υποβλήθηκαν με γενική ενδοτραχειακή αναισθησία σε αριστερή οπισθοπλάγια θωρακοτομή και εφαρμογή περιαορτική διαλύματος NaCl 0,9%. Δεν ακολούθησε άλλη παρέμβαση και έγινε ευθανασία μετά παρέλευση 5 εβδομάδων.

β) Ομάδα CaCl₂ (n=8): Τα πειραματόζωα υποβλήθηκαν σε αριστερή οπισθοπλάγια θωρακοτομή και τοποθέτηση διαλύματος 0.5 mol/L CaCl₂ στην εξωτερική επιφάνεια της κατιούσας θωρακικής αορτής επί 15 λεπτά. Δεν ακολούθησε άλλη παρέμβαση και έγινε ευθανασία μετά παρέλευση 5 εβδομάδων.

γ) Ομάδα Στατίνης (n=8): Τα πειραματόζωα έλαβαν επί μία εβδομάδα από του στόματος συμβαστατίνη σε δόση 2,5 mg/kg/day. Κατόπιν υποβλήθηκαν σε αριστερή οπισθοπλάγια θωρακοτομή και περιαορτική εφαρμογή διαλύματος CaCl₂. Τα ζώα της τελευταίας ομάδας έλαβαν συμβαστατίνη για άλλες 12 εβδομάδες μετεγχειρητικά. Κατόπιν ακολούθησε η ευθανασία των πειραματόζωων.

Η κατιούσα θωρακική αορτή των κόνικλων υποβλήθηκε σε παθολογοανατομική εξέταση (υπολογισμός της διαμέτρου και του πάχους της αορτής) και σε ανοσοϊστοχημική εξέταση (υπολογισμός της έντασης και της έκτασης έκφρασης της Ιντερλευκίνης -6 στο αορτικό τοίχωμα).

Αποτελέσματα: Η περιαορτική εφαρμογή CaCl₂ στα πειραματόζωα της δεύτερης ομάδας είχε σαν αποτέλεσμα την αύξηση της διαμέτρου του αγγείου κατά 21% ($p=0,022$) και τη μείωση του πάχους του τοιχώματος του αγγείου (276 ± 61 μ m στην ομάδα CaCl₂ vs 368 ± 63 μ m στην ομάδα control, $p=0,036$).

Η χορήγηση στατίνης συνοδεύονταν με βελτίωση τόσο των παθολογοανατομικών δεδομένων (μικρότερη διάμετρος αγγείου, φυσιολογικό πάχος τοιχώματος) όσο και των ανοσοϊστοχημικών

δεδομένων (μειωμένη ένταση και έκταση της έκφρασης της Ιντερλευκίνης -6 στο τοίχωμα της θωρακικής αορτής συγκριτικά με την ομάδα του CaCl_2).

Συμπέρασμα: Η χορήγηση συμβαστατίνης περιορίζει την τοπική φλεγμονή του αορτικού τοιχώματος σε πειραματικό μοντέλο δημιουργίας θωρακικού ανευρύσματος, μειώνοντας την ένταση και την έκταση έκφρασης της Ιντερλευκίνης -6.

Περαιτέρω μελέτες απαιτούνται ώστε να διερευνηθεί ο ακριβής παθογενετικός μηχανισμός σχηματισμού των ανευρυσμάτων και ο ακριβής μηχανισμός της ευεργετικής επίδρασης της συμβαστατίνης.

P23

Η ΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΝΔΟΠΡΙΛΗΣ ΣΤΗΝ ΕΚΦΡΑΣΗ ΤΗΣ ΙΝΤΕΡΛΕΥΚΙΝΗΣ 6 (IL-6) ΣΕ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ, ΜΕ ΠΕΡΙΑΟΡΤΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΧΛΩΡΙΟΥΧΟΥ ΑΣΒΕΣΤΙΟΥ

B. Ανδρουτσόπουλου^{1,2}, H. Δουλάμης¹, A. Τζανή¹, Δ. Περρέα¹, Δ. Ηλιόπουλος^{1,2}

¹Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Ερεύννης "Ν.Σ. Χρηστέας", ΕΚΠΑ,

²Δ' Καρδιοχειρουργική Κλινική, "Υγεία", Αθήνα

Εισαγωγή: Σκοπός της πειραματικής αυτής εργασίας ήταν η διερεύνηση της επίδρασης της περινδοπρίλης στη φλεγμονώδη αντίδραση του τοιχώματος της κατιούσας θωρακικής αορτής κόνικλων.

Υλικό και Μέθοδος: Χρησιμοποιήθηκαν 20 αρσενικοί ενήλικες κόνικλοι White New Zealand, οι οποίοι χωρίστηκαν σε 3 ομάδες ως εξής:

A) Ομάδα Control (n=4): Τα πειραματόζωα υποβλήθηκαν σε αριστερή οπισθοπλάγια θωρακοτομή και τοποθέτηση διαλύματος 0.9% NaCl στην εξωτερική επιφάνεια της κατιούσας θωρακικής αορτής επί 15 λεπτά. Δεν ακολούθησε άλλη παρέμβαση και έγινε ευθανασία μετά παρέλευση 5 εβδομάδων για τη λήψη της κατιούσας θωρακικής αορτής.

B) Ομάδα CaCl_2 (n=8): Τα πειραματόζωα υποβλήθηκαν σε αριστερή οπισθοπλάγια θωρακοτομή και τοποθέτηση διαλύματος 0.5 mol/L CaCl_2 στην εξωτερική επιφάνεια της κατιούσας θωρακικής αορτής επί 15 λεπτά. Δεν ακολούθησε άλλη παρέμβαση και έγινε ευθανασία μετά παρέλευση 5 εβδομάδων για την λήψη της κατιούσας θωρακικής αορτής.

Γ) Ομάδα Περινδοπρίλης (n=8): Τα πειραματόζωα έλαβαν επί μία εβδομάδα από του στόματος περινδοπρίλη σε δόση 0,3 mg/kg/day προεγχειρητικά. Κατόπιν υποβλήθηκαν σε αριστερή οπισθοπλάγια θωρακοτομή και περιαορτική εφαρμογή διαλύματος CaCl_2 . Έλαβαν περινδοπρίλη για άλλες 12 εβδομάδες μετεγχειρητικά. Κατόπιν ακολούθησε η ευθανασία των πειραματόζωων.

Αποτελέσματα: Η περιαορτική εφαρμογή CaCl_2 στα πειραματόζωα της δεύτερης ομάδας είχε σαν αποτέλεσμα την αύξηση της διαμέτρου του αγγείου κατά 21% ($p=0.022$) και τη μείωση του πάχους του τοιχώματος του αγγείου ($276 \pm 61 \mu\text{m}$ στην ομάδα CaCl_2 vs $368 \pm 63 \mu\text{m}$ στην ομάδα control, $p=0.036$).

Η χορήγηση περινδοπρίλης συνοδεύονταν τόσο με βελτίωση των παθολογοανατομικών δεδομένων (διάμετρος αορτής: $4875 \mu\text{m}$ vs $4209 \mu\text{m}$ $p=0.032$, πάχος τοιχώματος αορτής: $365 \mu\text{m}$ vs $254 \mu\text{m}$ $p=0.025$, για τις ομάδες CaCl_2 και περινδοπρίλης, αντίστοιχα), όσο και με μειωμένη ένταση και έκταση της έκφρασης της Ιντερλευκίνης -6 στο τοίχωμα της θωρακικής αορτής συγκριτικά με την ομάδα του CaCl_2 ($p=0.002$ και $p<0.001$ αντίστοιχα).

Συμπέρασμα: Η χορήγηση περινδοπρίλης περιορίζει την τοπική φλεγμονή του αορτικού τοιχώματος, μειώνοντας την ένταση και την έκφραση της Ιντερλευκίνης -6) σε πειραματικό μοντέλο δημιουργίας θωρακικού ανευρύσματος.



P24 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΩΝ ΤΥΠΩΝ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΛΕΥΚΗΣ ΜΠΛΟΥΖΑΣ ΜΕ ΤΟ ΠΑΧΟΣ ΤΟΥ ΕΞΩ ΜΕΣΟΥ-ΧΙΤΩΝΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΗΣ ΚΑΡΩΤΙΔΑΣ

Α. Λύκκα¹, Κ. Μανουσόπουλος¹, Φ. Μίχας¹, Ε. Κορομπόκη¹, Α. Δημητρίου¹, Ν. Ζακόπουλος¹, Ε. Μανιάς¹

¹Θεραπευτική Κλινική ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα, Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Οι ασθενείς με υπέρταση λευκής μπλούζας (ΥΛΜ) παρουσιάζουν βλάβες σε όργανα-στόχους και καρδιαγγειακό κίνδυνο παρόμοιο με των νορμοτασικών ατόμων. Ωστόσο, η ΥΛΜ δεν είναι μια ομοιογενής οντότητα. Μπορεί να ταξινομηθεί σε μεμονωμένη συστολική ΥΛΜ (ΜΣΥΛΜ), μεμονωμένη διαστολική ΥΛΜ (ΜΔΥΛΜ) και συστολική/διαστολική ΥΛΜ (ΣΔΥΛΜ) ανάλογα με τον τύπο της παθολογικής αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) ιατρείου. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση πιθανής συσχέτισης μεταξύ των τριών τύπων ΥΛΜ και του πάχους του έσω-μέσου χιτώνα της κοινής καρωτίδας (CCA-IMT).

Υλικό και μέθοδος: Από ένα σύνολο 1399 ατόμων, τα οποία προσήλθαν στο ιατρείο υπέρτασης της Θεραπευτικής Κλινικής και υποβλήθηκαν σε 24ωρη καταγραφή της ΑΠ και υπερηχογραφική μελέτη των καρωτίδων (CCA-IMT), 448 άτομα έπασχαν από ΥΛΜ. Τα άτομα με ΥΛΜ ταξινομήθηκαν σε 3 ομάδες ανάλογα με τον τύπο της παθολογικής ΑΠ ιατρείου: ΜΣΥΛΜ (συστολική ΑΠ (ΣΑΠ) ιατρείου ≥ 140 mmHg και διαστολική ΑΠ ιατρείου (ΔΑΠ) < 90 mmHg, ημερήσια ΑΠ $< 135/85$ mmHg), ΜΔΥΛΜ (ΣΑΠ ιατρείου < 140 mmHg και ΔΑΠ ≥ 90 mmHg, ημερήσια ΑΠ $< 135/85$ mmHg) και ΣΔΥΛΜ (ΣΑΠ ιατρείου ≥ 140 mmHg και ΔΑΠ ≥ 90 mmHg, ημερήσια ΑΠ $< 135/85$ mmHg). Η στατιστική ανάλυση διενεργήθηκε με τις μεθόδους ANOVA και ANCOVA.

Αποτελέσματα: Τα άτομα με ΜΣΥΛΜ (0,805mm) παρουσίαζαν στατιστικά υψηλότερες τιμές CCA-IMT συγκριτικά με αυτούς με ΜΔΥΛΜ (0,678mm), ΣΔΥΛΜ (0,708mm) και τους νορμοτασικούς (0,710mm). Αντίθετα, οι τιμές CCA-IMT δεν διέφεραν σημαντικά μεταξύ ατόμων με ΜΣΥΛΜ και υπερτασικών (0,759mm), ακόμα και μετά από στατιστική προσαρμογή για δημογραφικά χαρακτηριστικά και παράγοντες κινδύνου.

Συμπεράσματα: Η ΜΣΥΛΜ σχετίζεται με αυξημένες τιμές CCA-IMT συγκριτικά με την ΜΔΥΛΜ και την ΣΔΥΛΜ, ενώ δεν παρουσιάζονται σημαντικές διαφορές μεταξύ ατόμων με ΜΣΥΛΜ και υπερτασικών ασθενών.

P25 ΕΠΑΝΑΛΗΨΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΡΩΙΝΗΣ ΑΙΧΜΗΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΝΟΡΜΟΤΑΣΙΚΑ ΑΤΟΜΑ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Α. Λύκκα, Κ. Μανουσόπουλος, Φ. Μίχας, Ε. Κορομπόκη, Α. Δημητρίου, Ν. Ζακόπουλος, Ε. Μανιάς
Θεραπευτική Κλινική ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα, Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Η προγνωστική αξία της υψηλής πρωινής αιχμής της αρτηριακής πίεσης (ΠΑΑΠ) αποτελεί αντικείμενο διχογνωμίας. Πιθανή αιτία των διαφορετικών αποτελεσμάτων ίσως να αποτελεί η χαμηλή επαναληψιμότητα της ΠΑΑΠ. Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η διερεύνηση της επαναληψιμότητας της ΠΑΑΠ σε νορμοτασικά άτομα και σε ασθενείς με ιδιοπαθή υπέρταση.

Υλικό και Μέθοδος: 68 άτομα που δεν ελάμβαναν αντιυπερτασική αγωγή υποβλήθηκαν σε 24ωρη καταγραφή της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) την ημέρα επίσκεψης στο ιατρείο και ένα μήνα μετά. Άτομα με τιμές 24ωρης ΑΠ $\geq 130/80$ mmHg ορίστηκαν ως υπερτασικά, ενώ εκείνα με τιμές $< 130/80$ mmHg ως νορμοτάσικά. Για την ΠΑΑΠ χρησιμοποιήθηκαν 2 ορισμοί: sleep-trough surge (STS) και prewaking surge (PS). Οι δύο τύποι ΠΑΑΠ διχοτομήθηκαν με σκοπό να αξιολογηθούν και ως κατηγορικές μεταβλητές. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με την βοήθεια του intraclass correlation coefficient (ICC) για τις συνεχείς μεταβλητές και του kappa agreement coefficient (KAC) για τις κατηγορικές μεταβλητές.

Αποτελέσματα: Στα νορμοτασικά άτομα (n=22) ο ICC για την STS ήταν 0.559 (p=0.032) ενώ για την PS 0.655 (p=0.008). Στους υπερτασικούς ασθενείς (n=46) ο ICC για τις STS και PS ήταν 0.331 (p=0.089) και 0.164 (p=0.273) αντίστοιχα. Όταν η ΠΑΑΠ διχοτομήθηκε σε ομάδες με χαμηλή και υψηλή ΠΑΑΠ ο KAC για την STS ήταν 0.455 (p=0.033) και για την PS 0.273 (p=0.201) στα νορμοτασικά άτομα. Στους υπερτασικούς ασθενείς ο KAC για την STS ήταν 0.217 (p=0.140) και για την PS 0.043 (p=0.768).

Συμπεράσματα: Η επαναληψιμότητα της ΠΑΑΠ σύμφωνα και με τους δύο ορισμούς είναι μέτρια σε νορμοτασικά άτομα, ενώ σε υπερτασικούς ασθενείς είναι πολύ περιορισμένη.

P26 Η ΝΥΚΤΕΡΙΝΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΟΧΙ ΤΟ NON-DIPPING ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΜΑΖΑ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΓΚΑΛΥΜΜΕΝΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Α. Λύκκα, Κ. Μανουσόπουλος, Φ. Μίχας, Ε. Κορομπόκη, Α. Δημητρίου, Ν. Ζακόπουλος, Ε. Μανιός
Θεραπευτική Κλινική ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα, Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Πρόσφατες μελέτες έχουν αναδείξει την υψηλότερη προγνωστική αξία της νυκτερινής υπέρτασης συγκριτικά με την ελαττωμένη πτώση της νυκτερινής αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) (non-dipping) σε υπερτασικούς ασθενείς. Ωστόσο, ο ρόλος της νυκτερινής υπέρτασης και του non-dipping, όσον αφορά τις βλάβες σε όργανα-στόχους σε ασθενείς με συγκαλυμμένη υπέρταση παραμένει ασαφής. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίδρασης της νυκτερινής υπέρτασης και του non-dipping στη μάζα αριστερής κοιλίας σε ασθενείς με συγκαλυμμένη υπέρταση.

Υλικό και Μέθοδος: Από ένα σύνολο 926 ατόμων που υποβλήθηκαν σε 24ωρη καταγραφή ΑΠ και υπερηχογραφικό προσδιορισμό της μάζας αριστερής κοιλίας (LVMI), 93 άτομα διεγνώσθησαν με συγκαλυμμένη υπέρταση (φυσιολογική ΑΠ ιατρείου <140/90mmHg και παθολογική ημερήσια ΑΠ $\geq 135/85$ mmHg). Ο βαθμός πτώσης της νυκτερινής συστολικής ΑΠ (%) υπολογίσθηκε ως $100 - \frac{\text{νυκτερινή συστολική ΑΠ} - \text{ημερήσια συστολική ΑΠ}}{\text{ημερήσια συστολική ΑΠ}} \times 100$. Ως dippers ορίστηκαν οι ασθενείς με πτώση της νυκτερινής συστολικής ΑΠ >10% και ως non-dippers οι ασθενείς με πτώση της νυκτερινής συστολικής ΑΠ <10%. Ως νυκτερινή υπέρταση, ορίστηκε η νυκτερινή ΑΠ $\geq 120/70$ mmHg. Η στατιστική ανάλυση διενεργήθηκε με τις μεθόδους T-test και ANCOVA.

Αποτελέσματα: Το ποσοστό των ασθενών με νυκτερινή υπέρταση ήταν 70% ενώ των non-dippers ήταν 43%. Ο LVMI δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των dippers (112g/m^2) και των non-dippers (116g/m^2). Αντίθετα, οι ασθενείς με νυκτερινή υπέρταση, παρουσίαζαν στατιστικώς σημαντικά ($p=0.028$) υψηλότερο LVMI (118g/m^2) συγκριτικά με τους ασθενείς χωρίς νυκτερινή υπέρταση (106g/m^2) ακόμα και μετά από προσαρμογή για παράγοντες κινδύνου.

Συμπεράσματα: Η νυκτερινή υπέρταση, και όχι το non-dipping, σχετίζεται με αυξημένο LVMI σε ασθενείς με συγκαλυμμένη υπέρταση.

P27 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΝΥΚΤΕΡΙΝΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΚΑΙ NON-DIPPING ΜΕ ΤΗ ΜΗ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΛΙΠΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Α. Λύκκα, Β. Χουζούρη, Κ. Μανουσόπουλος, Φ. Μίχας, Ε. Κορομπόκη, Α. Δημητρίου, Ν. Ζακόπουλος, Ε. Μανιός

Θεραπευτική Κλινική ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα, Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Οι ασθενείς με μη αλκοολική λιπώδη νόσο του ήπατος (NAFLD), παρουσιάζουν αυξημένες τιμές αρτηριακής πίεσης (ΑΠ). Ωστόσο, ο ρόλος της νυκτερινής υπέρτασης και της ελαττωμένης πτώσης της νυκτερινής ΑΠ (non-dipping) σε ασθενείς με NAFLD παραμένει ασαφής. Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να διερευνηθεί η συσχέτιση της νυκτερινής υπέρτασης και του non-dipping με τη NAFLD σε υπερτασικούς ασθενείς.

Υλικό και Μέθοδος: 240 άτομα που δεν ελάμβαναν αντιυπερτασική αγωγή υποβλήθηκαν σε 24ωρη καταγραφή της ΑΠ και υπερηχογράφημα ήπατος. Ο βαθμός πτώσης της νυκτερινής συστολικής ΑΠ (%) υπολογίστηκε ως $100 - \frac{\text{νυκτερινή συστολική ΑΠ} - \text{ημερήσια συστολική ΑΠ}}{\text{ημερήσια συστολική ΑΠ}} \times 100$. Ως dippers ορίστηκαν οι ασθενείς με πτώση της νυκτερινής συστολικής ΑΠ >10% και ως non-dippers οι ασθενείς με πτώση της νυκτερινής συστολικής ΑΠ <10%. Ως νυκτερινή υπέρταση, ορίστηκε η νυκτερινή ΑΠ $\geq 120/70$ mmHg. Η παρουσία NAFLD τεκμηριώθηκε με το υπερηχογράφημα ήπατος. Η στατιστική ανάλυση διενεργήθηκε με τις μεθόδους T-test, x-square και ANCOVA.

Αποτελέσματα: Το 58% του υπό μελέτη πληθυσμού παρουσίαζε νυκτερινή υπέρταση ενώ το 35% ήταν non-dippers. Το ποσοστό των ασθενών με NAFLD ήταν 69%. Το ποσοστό των ασθενών με NAFLD δεν διέφερε στατιστικώς σημαντικά μεταξύ των dippers (68%) και των non-dippers (71%). Αντίθετα οι ασθενείς με νυκτερινή υπέρταση παρουσίαζαν στατιστικώς



σημαντικά υψηλότερα ποσοστά NAFLD (75%) συγκριτικά με τους ασθενείς χωρίς νυκτερινή υπέρταση (61%) ακόμα και μετά από προσαρμογή για δημογραφικά χαρακτηριστικά και παράγοντες κινδύνου ($p=0.033$).

Συμπεράσματα: Η νυκτερινή υπέρταση, και όχι το non-dipping, σχετίζεται με NAFLD σε υπερτασικούς ασθενείς.

P28 ΕΠΑΝΑΛΗΨΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΝΥΚΤΕΡΙΝΗΣ ΠΤΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΝΥΚΤΕΡΙΝΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΕ ΝΟΡΜΟΤΑΣΙΚΑ ΑΤΟΜΑ ΚΑΙ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Α. Λύκκα, Κ. Μανουσόπουλος, Φ. Μίχας, Ε. Κορομπόκη, Α. Δημητρίου, Ν. Ζακόπουλος, Ε. Μανιός
Θεραπευτική Κλινική ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα, Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Σκοπός αυτής της μελέτης είναι να αξιολογήσουμε την επαναληψιμότητα της νυκτερινής πτώσης της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ), της νυκτερινής υπέρτασης (ΝΥ) και της μεμονωμένης νυκτερινής υπέρτασης (ΜΝΥ) σε νορμοτασικά άτομα και ασθενείς με ιδιοπαθή υπέρταση.

Υλικό και Μέθοδος: 68 άτομα που δεν ελάμβαναν αντιυπερτασική αγωγή υποβλήθηκαν σε 24ωρη καταγραφή της ΑΠ την ημέρα της επίσκεψης και 1 μήνα μετά. Το ποσοστό πτώσης της νυκτερινής ΑΠ υπολογίστηκε ως 100 (1- νυκτερινή ΑΠ /ΑΠ ημέρας) τόσο για την συστολική (ΣΑΠ) όσο και για την διαστολική ΑΠ (ΔΑΠ). Ως non-dippers ορίστηκαν τα άτομα με ποσοστό πτώσης της νυκτερινής ΑΠ <10%. Ως ΝΥ ορίστηκε η νυκτερινή ΑΠ $\geq 120/70$ mmHg. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια του intraclass correlation coefficient (ICC) για τις συνεχείς μεταβλητές και του kappa agreement coefficient (KAC) για τις κατηγορικές μεταβλητές.

Αποτελέσματα: Στα νορμοτασικά άτομα ($n=22$) ο ICC για τη νυκτερινή πτώση της ΣΑΠ ήταν 0.172 ($p=0.332$) και της ΔΑΠ 0.647 ($p=0.009$). Ο KAC για τους συστολικούς non-dippers ήταν 0.273 ($p=0.170$), για τους διαστολικούς non-dippers ήταν 0.507 ($p=0.006$), για την ΝΥ 0.560 ($p=0.003$) και για τη ΜΝΥ 0.389 ($p=0.068$). Στους υπερτασικούς ασθενείς ($n=46$) ο ICC για την νυκτερινή πτώση της συστολικής και διαστολικής ΑΠ ήταν 0.671 ($p<0.001$) και 0.557 ($p=0.003$), αντίστοιχα. Ο KAC για τους συστολικούς non-dippers ήταν 0.521 ($p<0.001$), για τους διαστολικούς non-dippers 0.322 ($p=0.029$), για την ΝΥ 0.254 ($p=0.030$) και για την ΜΝΥ 0.237 ($p=0.102$).

Συμπεράσματα: Στους υπερτασικούς ασθενείς η νυκτερινή πτώση της ΑΠ, οι non-dippers και η ΝΥ παρουσίαζαν μέτρια επαναληψιμότητα. Η επαναληψιμότητα της ΜΝΥ ήταν περιορισμένη.

P29 ΕΠΑΝΑΛΗΨΙΜΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΚΙΡΚΑΔΙΟΥ ΡΥΘΜΟΥ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

Κ. Μανουσόπουλος, Α. Λύκκα, Φ. Μίχας, Κ. Κωστόγιαννη, Α. Δημητρούλη, Α. Δημητρίου, Ν. Ζακόπουλος, Ε. Μανιός

Θεραπευτική Κλινική ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα, Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Η απουσία νυκτερινής πτώσης και η υψηλή πρωινή αιχμή της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) συσχετίζονται με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ). Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να μελετήσει την επαναληψιμότητα της κirkάδιας διακύμανσης της ΑΠ σε ασθενείς με ΧΝΝ.

Υλικό και Μέθοδος: 35 ασθενείς με ΧΝΝ υποβλήθηκαν σε 24ωρη καταγραφή ΑΠ κατά την πρώτη επίσκεψη και ένα μήνα μετά. Για την πρωινή αιχμή της ΑΠ χρησιμοποιήθηκαν 2 ορισμοί: sleep-trough surge (STS) και prewaking surge (PS). Ο βαθμός πτώσης της νυκτερινής ΑΠ (%) υπολογίστηκε ως 100 (1- νυκτερινή ΑΠ/ημερήσια ΑΠ) τόσο για την συστολική (ΣΑΠ) όσο και για την διαστολική ΑΠ (ΔΑΠ). Ως non-dippers ορίστηκαν οι ασθενείς με πτώση της νυκτερινής ΑΠ <10%. Ως νυκτερινή υπέρταση, ορίστηκε η νυκτερινή ΑΠ $\geq 120/70$ mmHg. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με την βοήθεια του intraclass correlation coefficient (ICC) για τις συνεχείς μεταβλητές και του kappa agreement coefficient (KAC) για τις κατηγορικές μεταβλητές.

Αποτελέσματα: Ο ICC για την STS και PS ήταν 0.360 ($p=0.097$) και 0.541 ($p=0.012$), αντίστοιχα. Όσον αφορά τη νυκτερινή πτώση της ΣΑΠ και ΔΑΠ, ο ICC ήταν 0.674 ($p=0.001$) και 0.371

($p=0.087$), αντίστοιχα. Ο ΚΑC για τους συστολικούς non-dippers ήταν 0.517 ($p=0.002$) για τους διαστολικούς non-dippers ήταν 0.157 ($p=0.332$) ενώ για την νυκτερινή υπέρταση 0.208 ($p=0.215$). **Συμπεράσματα:** Η PS παρουσιάζει υψηλότερη επαναληψιμότητα από την STS σε ασθενείς με ΧΝΝ. Επιπλέον ο βαθμός νυκτερινής πτώσης της ΣΑΠ έχει μεγαλύτερη επαναληψιμότητα από την ΔΑΠ και την νυκτερινή υπέρταση σε ασθενείς με ΧΝΝ.

P30 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΝΥΧΤΕΡΙΝΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ NON-DIPPING ΜΕ ΤΟ ΠΑΧΟΣ ΤΟΥ ΞΩ-ΜΕΣΟΥ ΧΙΤΩΝΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΗΣ ΚΑΡΩΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

Κ. Μανουσόπουλος, Α. Λύκκα, Φ. Μίχας, Κ. Κωστόγιαννη, Α. Δημητρούλη, Α. Δημητρίου, Ν. Ζακόπουλος, Ε. Μανιάς

Θεραπευτική Κλινική ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα, Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Πρόσφατες μελέτες ανέδειξαν ότι η νυκτερινή υπέρταση παρουσιάζει καλύτερη συσχέτιση με την εκδήλωση βλαβών σε όργανα-στόχους από το non-dipping της αρτηριακής πίεσης σε υπερτασικούς ασθενείς. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να εκτιμήσουμε την συσχέτιση της νυκτερινής υπέρτασης και του non-dipping με το πάχος του ξσω-μέσου χιτώνα των κοινής καρωτίδας (CCA-IMT) σε ασθενείς με ΧΝΝ.

Υλικό και Μέθοδος: 69 ασθενείς με ΧΝΝ υποβλήθηκαν σε 24ωρη καταγραφή της ΑΠ και υπερηχογραφική μέτρηση CCA-IMT. Ο βαθμός πτώσης της νυκτερινής ΑΠ (%) υπολογίσθηκε ως $100 \cdot (1 - \text{νυκτερινή ΑΠ} / \text{ημερήσια ΑΠ})$. Ως dippers ορίστηκαν οι ασθενείς με πτώση της νυκτερινής συστολικής ΑΠ $>10\%$ και ως non-dippers οι ασθενείς με πτώση της νυκτερινής συστολικής ΑΠ $<10\%$. Ως νυκτερινή υπέρταση, ορίστηκε η νυκτερινή ΑΠ $\geq 120/70 \text{ mmHg}$. Η στατιστική ανάλυση διενεργήθηκε με T-test και ANCOVA.

Αποτελέσματα: Η συστολική ($r = -0.289$, $p = 0.019$) και διαστολική ($r = -0.352$, $p = 0.004$) νυκτερινή πτώση της ΑΠ παρουσίαζαν σημαντική συσχέτιση με CCA-IMT. Ωστόσο, το CCA-IMT δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των συστολικών non-dippers (1.025mm) και dippers (0.949mm). Αντιθέτως, οι διαστολικοί non-dippers (1.067mm, $p = 0.011$) και οι ασθενείς με νυκτερινή υπέρταση (1.045mm, $p = 0.010$) παρουσίαζαν σημαντικά υψηλότερες τιμές CCA-IMT από τους διαστολικούς dippers (0.929mm) και τους ασθενείς χωρίς νυκτερινή υπέρταση (0.898mm), ακόμα και μετά από διόρθωση για δημογραφικά χαρακτηριστικά και βασικούς παράγοντες κινδύνου.

Συμπεράσματα: Η νυκτερινή υπέρταση και το διαστολικό non-dipping σχετίζονται με αυξημένες τιμές CCA-IMT σε ασθενείς με ΧΝΝ.

P31 ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΦΑΣΗ ΛΟΒΩΔΟΥΣ ΚΑΙ ΕΝ ΤΩ ΒΑΘΕΙ ΕΝΔΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ

Κ. Μανουσόπουλος, Ε. Κορομπόκη, Α. Λύκκα, Φ. Μίχας, Α. Δημητρίου, Κ. Βέμμος, Ν. Ζακόπουλος, Ε. Μανιάς

Θεραπευτική Κλινική ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα, Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Οι τύποι ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας (ΕΕΑ) διαφέρουν όσο αφορά την υποκείμενη φυσιολογία και την έκβαση. Η εν τω βάθει ΕΕΑ συσχετίζεται με την αρτηριακή υπέρταση ενώ η λοβώδης είναι αποτέλεσμα της εγκεφαλικής αμυλοειδικής αγγειοπάθειας. Σκοπός της μελέτης είναι η σύγκριση παραμέτρων αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) μεταξύ των δύο τύπων ΕΕΑ κατά την οξεία φάση.

Υλικό και μέθοδος: 61 ασθενείς με ΕΑΑ υποβλήθηκαν σε 24ωρη καταγραφή της ΑΠ εντός 24 ωρών από την έναρξη της αιμορραγίας. Η ΕΑΑ ταξινομήθηκε σε εν τω βάθει και λοβώδη. Η βαρύτητα του εγκεφαλικού επεισοδίου εκτιμήθηκε χρησιμοποιώντας την κλίμακα NIHSS. Η λειτουργική έκβαση εκτιμήθηκε χρησιμοποιώντας την τροποποιημένη κλίμακα του Rankin (mRS) στους 3 μήνες από την εκδήλωση των συμπτωμάτων. Η μεταβλητότητα της ΑΠ υπολογίσθηκε από τη σταθερά απόκλιση στην 24ωρη καταγραφή ΑΠ. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με T-test και x-square.



Αποτελέσματα: Ο υπό μελέτη πληθυσμός αποτελείται από 45 εν τω βάθει και 16 λοβώδεις ΕΑΑ. Οι δύο τύποι ΕΑΑ δεν διέφεραν ως προς τη νευρολογική βαρύτητα και τη λειτουργική έκβαση στους 3 μήνες. Η μέση 24ωρη συστολική και διαστολική ΑΠ ήταν σημαντικά υψηλότερη στην εν τω βάθει ΕΑΑ συγκριτικά με τη λοβώδη ($165 \pm 16/97 \pm 14 \text{ mmHg}$ έναντι $155 \pm 16/89 \pm 15 \text{ mmHg}$, $p=0.04$). Οι δύο τύποι ΕΑΑ δεν διέφεραν όσο αφορά τη μεταβλητότητα της ΑΠ.

Συμπεράσματα: Η μέση συστολική και διαστολική ΑΠ κατά τις πρώτες 24 ώρες από την έναρξη των συμπτωμάτων είναι υψηλότερη στην εν τω βάθει ΕΑΑ συγκριτικά με την λοβώδη ΕΑΑ.

P32 ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ ΚΑΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ. Η ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΟΥΡΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΔΥΟ ΝΟΣΟΥΣ

Μ.Σ. Καλλίστρατος, Σ. Γιαννίτση, Λ.Ε. Πουλημένος, Ν. Μίαρης, Α. Κουκουζέλη, Ν. Κουρεμένος, Π. Τσινιβίτζοβ, Ν. Κοντογιάννης, Ε. Χαμόδρακα, Δ. Αθανασίου, Α.Ι. Μανώλης

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας

Σκοπός: Να εκτιμηθεί η συσχέτιση των επιπέδων ουρικού οξέος (UA) με τα επίπεδα αρτηριακής πίεσης και την επίπτωση της κολπικής μαρμαρυγής (KM).

Υλικό και μέθοδος: Αξιολογήσαμε προοπτικά 568 υπερτασικούς ασθενείς (μέσης ηλικίας 63.95 έτη). Οι ασθενείς με καταγεγραμμένη KM στο holter ή οι ασθενείς με ιστορικό KM κατεγράφησαν ως ασθενείς με KM. Σε όλους κατεγράφησαν βιοχημικός έλεγχος, αρτηριακή πίεση στο ιατρείο και 24ωρη περιπατητική, 24ωρη ηλεκτροκαρδιογραφική καταγραφή (holter), ενώ διενεργήθηκε υπερηχοκαρδιογράφημα. Επιπλέον, κατεγράφησαν στοιχεία τα οποία αφορούν τις υγιεινοδιατροφικές συνήθειες.

Αποτελέσματα: Από 568 υπερτασικούς ασθενείς, οι (6.1%) έπασχαν από KM. Η μέση τιμή της 24ωρης συστολικής αρτηριακής πίεσης (ΣΑΠ) ήταν $132 \pm 15 \text{ mmHg}$, η μέση τιμή της 24ωρης διαστολικής πίεσης (ΔΑΠ) ήταν $77 \pm 10 \text{ mmHg}$. Τα επίπεδα UA συσχετίστηκαν σημαντικά και θετικά με το μέσο όρο των επιπέδων της 24ωρης ΣΑΠ ($r=0.092$, $p<0.05$) αλλά όχι με τα επίπεδα της ΔΑΠ ($r=0.06$, $p>0.05$). Τα επίπεδα UA σε ασθενείς με KM ήταν σημαντικά σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν KM ($Z=-5.3$, $p<0.001$). Επιπλέον, τα επίπεδα UA στον ορό συσχετίστηκαν ισχυρά με όλους τους μείζοντες παράγοντες κινδύνου που προδιαθέτουν την εμφάνιση αρτηριακής υπέρτασης ή KM. Ειδικότερα τα επίπεδα UA στον ορό ήταν σημαντικά υψηλότερα σε άρρενες ασθενείς ($U=25158.500$, $p<0.01$), σε ηλικιωμένους ασθενείς ($r=0.117$, $p<0.01$), σε ασθενείς με αυξημένο δείκτη μάζας σώματος ($r=0.337$, $p<0.01$), με σακχαρώδη διαβήτη ($U=25445.500$, $p<0.05$).

Συμπεράσματα: Τα αυξημένα επίπεδα UA στον ορό σχετίστηκαν σημαντικά με την επίπτωση της KM και τα επίπεδα συστολικής αρτηριακής πίεσης καθώς επίσης και την πλειοψηφία των παραγόντων κινδύνου που προδιαθέτουν σε ανάπτυξη και των δύο νόσων.

P33 ΤΟ ΟΥΡΙΚΟ ΟΞΥ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟ. ΜΙΑ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗΣ

Μ.Σ. Καλλίστρατος, Σ. Γιαννίτση, Λ.Ε. Πουλημένος, Ν. Μίαρης, Α. Κουκουζέλη, Ν. Κουρεμένος, Π. Τσινιβίτζοβ, Ν. Κοντογιάννης, Ε. Χαμόδρακα, Δ. Αθανασίου, Α.Ι. Μανώλης

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας

Σκοπός: Να διερευνήσει τη συσχέτιση των επιπέδων ουρικού οξέος στον ορό με το δεκαετή κίνδυνο θανατηφόρας καρδιαγγειακής νόσου.

Σχεδιασμός και μέθοδος: Αξιολογήθηκαν προοπτικά 568 υπερτασικοί ασθενείς (μέσης ηλικία 64 ± 10 έτη), που προήλθαν για εκτίμηση στο αντιυπερτασικό ιατρείο. Σε όλους κατεγράφησαν βιοχημικός έλεγχος ρουτίνας, αρτηριακή πίεση στο ιατρείο και 24ωρη αρτηριακή πίεση, ενώ διενεργήθηκε υπερηχοκαρδιογράφημα. Επιπλέον, κατεγράφησαν στοιχεία που αφορούν τις συνήθειες της καθημερινής ζωής (κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ, άσκηση). Ο δεκαετής κίνδυνος θανατηφόρας καρδιαγγειακής νόσου εκτιμήθηκε χρησιμοποιώντας το SCORE για χώρες με χαμηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο βασισμένο στους ακόλουθους παράγοντες κινδύνου: ηλικία, φύλο, κάπνισμα, συστολική αρτηριακή πίεση και ολική χοληστερόλη.

Αποτελέσματα: Η μέση τιμή της 24ωρης συστολικής αρτηριακής πίεσης (ΣΑΠ) ήταν 132 ± 15 mmHg, η μέση τιμή της 24ωρης διαστολικής πίεσης (ΔΑΠ) ήταν 77 ± 10 mmHg, ενώ η μέση τιμή ολικής χοληστερόλης ήταν 198 ± 40 mg/dl. Η ανάλυση κατά Spearman έδειξε ότι τα επίπεδα ουρικού οξέος συσχετίστηκαν σημαντικά και θετικά με το μέσο όρο των επιπέδων της 24ωρης συστολικής αρτηριακής πίεσης ($r_s=0.092$, $p<0.05$ για ΔΑΠ) αλλά όχι με τα επίπεδα της διαστολικής αρτηριακής πίεσης ($r_s=0.06$, $p>0.05$). Επιπλέον η ανάλυση Kruskal Wallis αποκάλυψε ότι τα επίπεδα σχετίστηκαν σημαντικά με το 10ετή καρδιαγγειακό κίνδυνο $<1\%$, $1-5\%$, $>5\%$, εμφάνισαν επίπεδα ουρικού οξέος ορού 4,87mg/dl, 5,46 mg/dl και 6.05 mg/dl αντίστοιχα ($Z: -7,7$ $p<0.001$).

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με χαμηλότερο ουρικό οξύ ορού παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα αρτηριακής πίεσης καθώς και 10ετή καρδιαγγειακό κίνδυνο και αντίστροφα. Τα επίπεδα ουρικού οξέως ορού συσχετίστηκαν σημαντικά με τα επίπεδα αρτηριακής πίεσης και το 10ετή κίνδυνο θανατηφόρας καρδιαγγειακής νόσου.

P34 Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΟΥΡΙΚΟΥ ΟΞΕΩΣ ΣΤΟΝ ΟΡΟ ΜΕ ΤΟΥΣ ΚΛΑΣΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Μ.Σ. Καλλίστρατος, Σ. Γιαννίτση, Λ.Ε. Πουλημένος, Ν. Μίαρης, Ν. Κουρεμένος, Π. Τσινιβίτζοβ, Ν. Κοντογιάννης, Ε. Χαμόδρακα, Δ. Αθανασίου, Α.Ι. Μανώλης

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας

Σκοπός: Να διερευνήσει τη σχέση των επιπέδων του ουρικού οξέως με τους κλασικούς παράγοντες κινδύνου όπως: αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, δυσλιπιδαιμία, παχυσαρκία και καπνιστικές συνήθειες.

Σχεδιασμός και μέθοδος: Αξιολογήθηκαν προοπτικά 568 υπερτασικοί ασθενείς (μέσης ηλικίας 64 ± 10 έτη), που προσήλθαν για εκτίμηση στο αντιυπερτασικό ιατρείο. Σε όλους κατεγράφησαν βιοχημικός έλεγχος ρουτίνας, αρτηριακή πίεση στο ιατρείο και 24ωρη περιπατητική αρτηριακή πίεση, ενώ διενεργήθηκε και υπερχοκαρδιογράφημα. Επιπλέον, κατεγράφησαν στοιχεία τα οποία αφορούν τις υγιεινοδιαιτητικές συνήθειες (κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ και άσκηση).

Αποτέλεσμα: Τα επίπεδα ουρικού οξέος συσχετίστηκαν σημαντικά με σχεδόν όλους τους μεζόνες παράγοντες κινδύνου. Ειδικότερα, τα επίπεδα ουρικού οξέος στον ορό ήταν σημαντικά υψηλότερα σε άρρενες ασθενείς (Mann-Whitney $U=25158.500$, $p<0.01$), σε ηλικιωμένους ασθενείς ($r_s=0.117$, $p<0.01$), σε ασθενείς με αυξημένο δείκτη μάζας σώματος ($r_s=0.337$, $p<0.01$), με σακχαρώδη διαβήτη (Mann-Whitney $U=25445.500$, $p<0.05$) και με αυξημένα επίπεδα συστολικής αρτηριακής πίεσης ($r_s=0.092$, $p<0.05$). Αντίθετα, οι καπνιστικές συνήθειες και η κατανάλωση αλκοόλ δεν σχετίστηκαν με επίπεδα ουρικού οξέος στον ορό ($p=ns$), ενώ μόνο τα επίπεδα HDL στο πλάσμα συσχετίστηκαν σημαντικά με τα επίπεδα ουρικού οξέος ($r_s=-0.216$, $P<0.01$) και όχι με τα επίπεδα της ολικής χοληστερόλης και της LDL του πλάσματος ($p=ns$).

Συμπεράσματα: Τα επίπεδα ουρικού οξέος συσχετίστηκαν σημαντικά με σχεδόν όλους τους μεζόνες παράγοντες κινδύνου. Η σχετική σημαντικότητα αυτών των συσχετίσεων θα πρέπει να μελετηθεί περαιτέρω με μελέτες σε σκοπό να εκτιμηθεί ο ακριβής ρόλος του ουρικού οξέος στην καρδιαγγειακή νόσο.

P35 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΓΕΝΕΤΙΚΗΣ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΗΣ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΑΝΑΛΥΟΝΤΑΣ ΣΥΝΔΥΑΣΤΙΚΑ ΤΟ ΔΙΚΤΥΟ ΠΡΩΤΕΪΝΩΝ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ ΜΕ ΓΟΝΙΔΙΩΜΑΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Ε.-Π. Τσαρέ^{1,2}, Ζ. Καραφουλίδου¹, Α. Γιουτλάκης^{1,2}, Μ.Ι. Κλάπα², Ν.Κ. Μοσχονάς^{1,2}

¹Εργαστήριο Γενικής Βιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Παν/μιο Πατρών, ²Εργαστήριο Μεταβολικής Μηχανικής και Συστημικής Βιολογίας, ΙΤΕ/ΙΕΧΜΗ, Πάτρα

Σκοπός: Η υπέρταση είναι ένας επιβαρυντικός παράγοντας καρδιαγγειακών νοσημάτων και εγκεφαλικών επεισοδίων. Πολυκεντρικές μελέτες γενετικής ανάλυσης σύνδεσης γονιδιωματικής κλίμακας (GWAS) υποδεικνύουν πολλά γονίδια σχετιζόμενα με τη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης. Η αξία των ευρημάτων GWAS μπορεί να ενισχυθεί εάν αναλυθούν στο πλαίσιο του δικτύου πρωτεϊνικών αλληλεπιδράσεων (ΔΠΑ) όπου πρωτεΐνες γονιδίων σχετιζόμενων με ένα



νόσημα συγκροτούν λειτουργικά υποδίκτυα. Στόχος είναι η συνδυαστική ανάλυση δεδομένων GWAS και του αντίστοιχου πρωτεϊνικού δικτύου για τη διαλεύκανση μηχανισμών ρύθμισης της αρτηριακής πίεσης και την υπόδειξη προδιαθεσικών γονιδίων για υπέρταση.

Μέθοδοι: Δεδομένα GWAS συλλέχθηκαν από έξι μελέτες αναφερόμενες συνολικά σε περισσότερα από 1,000,000 δείγματα [Warren et al. (2017), Nat. Genet. 49:403]. Το ΔΠΑ ανακατασκευάστηκε από τη μετα-βάση πρωτεϊνικών αλληλεπιδράσεων του ανθρώπου PICKLE (www.pickle.gr) και αναλύθηκε με το λογισμικό Cytoscape (www.cytoscape.org). Για τη λειτουργική ομαδοποίηση των γονιδίων χρησιμοποιήθηκε η πλατφόρμα DAVID (<https://david.ncifcrf.gov/>).

Αποτελέσματα: Συλλέχθηκαν ~300 γονιδιακοί τόποι σχετιζόμενοι με την αρτηριακή πίεση. Η ανάλυση του σχετικού ΔΠΑ αποκάλυψε ένα υποδίκτυο 67 συνδεδεμένων πρωτεϊνών/γονιδίων, ορισμένες από τις οποίες, όπως οι NRP1 και GJA1, αποτελούν στόχους αντι-υπερτασικών φαρμάκων. Περαιτέρω λειτουργική ανάλυση του υποδικτύου αποκάλυψε τέσσερα σηματοδοτικά μονοπάτια συνδεδεμένα μέσω 10 κεντρικών πρωτεϊνών/γονιδίων, τα οποία σχετίζονται με μηχανισμούς ελέγχου της αρτηριακής πίεσης και συγκεκριμένα με τη ρύθμιση της συστολής και της μορφογένεσης του μυοκαρδίου, τη ρύθμιση της κυκλοφορίας του αίματος και τους μηχανισμούς πίεσης-νατριούρας.

Συμπεράσματα: Η μελέτη συμβάλλει στην κατανόηση της μοριακής παθοφυσιολογίας του νοσήματος και την υπόδειξη προδιαθεσικών για την υπέρταση γονιδίων, παραλλαγές των οποίων προτείνεται να διερευνώνται κατά προτεραιότητα στις σχετικές μελέτες προληπτικής μοριακής ιατρικής.

P36 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΕΟΜΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΤΩΝ ΕΝΔΟΝΕΦΡΙΚΩΝ ΑΡΤΗΡΙΔΙΩΝ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΚΑΙ ΝΟΡΜΟΤΑΣΙΚΩΝ ΖΩΩΝ

Γ. Μπάρκας¹, Μ. Μακridάκης¹, Ι. Ζωιδάκης¹, Α. Βλάχου¹, Α. Χαρώνης¹, Δ. Βλαχάκος^{1,2}

¹Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών, Ακαδημίας Αθηνών, ²Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α.

Η υπέρταση είναι αίτιο και αποτέλεσμα νεφρικής βλάβης και σχετίζεται με διαταραχή στην ανατομία και τη λειτουργία των αρτηριδίων του νεφρού. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η συγκριτική ανάλυση των βιοχημικών οδών και μακρομορίων στο τοίχωμα αρτηριδίων του νεφρού δύο ομάδων πειραματόζωων, 4 υπερτασικών επιμύων SHR (Spontaneously Hypertensive Rat) και 4 νορμοτασικών επιμύων WKY (Wistar Kyoto). Επιλέγη η ηλικία των 20 εβδομάδων, για να έχει μεν εγκατασταθεί υπέρταση στα SHR, αλλά να μην έχουν ακόμη αναπτυχθεί μόνιμες αγγειακές βλάβες. Η απομόνωση των νεφρικών αρτηριδίων έγινε από τομές κρουστού πάχους 14 μm με τη χρήση Laser σε ειδικό μικροτόμο (Laser Capture Microdissection). Τα απομονωμένα αρτηριδία από κάθε ομάδα ομογενοποιήθηκαν και υπεβλήθησαν σε πρωτεομική ανάλυση υψηλής ευαισθησίας.

Αναγνωρίστηκε μεγάλος αριθμός πρωτεϊνών (688), εκ των οποίων 550 υπήρχαν και στις δύο ομάδες και 58 είχαν διαφορετική έκφραση μεταξύ των υπερτασικών SHR και των νορμοτασικών WKY επιμύων (15 υπερεκφράζονταν και 43 υποεκφράζονταν στους υπερτασικούς επίμυς). Ας σημειωθεί, πως 71 πρωτεΐνες βρέθηκαν μόνο στα νορμοτασικά ζώα και 67 μόνο στα υπερτασικά ζώα.

Βιοπληροφορική ανάλυση κατέδειξε 114 μεταβολικές οδούς στους νορμοτασικούς επίμυς WKY, 111 μεταβολικές οδούς στους υπερτασικούς επίμυς SHR και 106 κοινές μεταβολικές οδούς και στις δύο ομάδες. Μεταξύ αυτών συμπεριλαμβάνονται οδοί που αφορούν στον μεταβολισμό, την οξειδωση, την διαμεμβρανική μεταφορά, την αποδόμηση των ριζών οξυγόνου και τη σύσπαση λείων μυϊκών ινών. Ειδικότερα, απορρύθμιση της οδού του μονοξειδίου του αζώτου, που ρυθμίζει τον τόνο των αγγείων, παρατηρείται μόνο στα υπερτασικά ζώα SHR και περιλαμβάνει πρωτεΐνες, που εμπλέκονται με τη συνθετάση του μονοξειδίου του αζώτου (Nitric Oxide Synthase, eNOS), όπως η Xaa-Pro aminopeptidase 1 (XPP1), η N(G) N(G)-dimethylarginine dimethylaminohydrolase 1 (DDAH1) και η Dehydropteridine reductase (DHPR).

Συμπερασματικά, η παρούσα μελέτη κατέδειξε αλλαγές στο πρωτεομικό προφίλ των αρτηριδίων των υπερτασικών επιμύων SHR σε σύγκριση με τους νορμοτασικούς επίμυς WKY. Αυτές οι αλλαγές προκαλούνται ενωρίς στη φάση της εγκατάστασης της υπέρτασης και σχετίζονται με

τη ρύθμιση του αγγειακού τόνου. Απαιτούνται περαιτέρω μελέτες για να αποδειχθεί εάν αυτές οι αλλαγές μπορούν μακροπρόθεσμα να συμμετάσχουν στην παθογένεια της υπερτασικής νεφροσκληρυνσης ή/και να θεωρηθούν θεραπευτικοί στόχοι.

P37 ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΣΚΛΗΡΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΎΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

P. Καλαϊτζίδης, Β. Τσιμιχόδημος, Δ. Σταγκίκας, Κ. Παππάς, Χ. Γεωργίου, Π. Γκαρζονικά, Α. Μύαρη, Ο. Μπαλάφα, Μ. Ελισάφ

Νεφρολογική Κλινική, Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων

Εισαγωγή και Σκοπός: Ο έλεγχος της αρτηριακής πίεσης(ΑΠ) παραμένει μη ικανοποιητικός. Η μη συμμόρφωση των ασθενών στη φαρμακευτική αγωγή παραμένει ένα από τα μείζονα προβλήματα. Υποστηρίζεται ότι η αρχική θεραπεία με ανταγωνιστές των υποδοχέων της αγγειοτενσίνης II ευνοεί τη συμμόρφωση στην θεραπεία. Δεν υπάρχουν πολλά δεδομένα όσον αφορά τη συσχέτιση της συμμόρφωσης στην αγωγή με την αρτηριακή σκληρία(ΑΣ). Σκοπός μας ήταν η μελέτη της συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αντιϋπερτασική αγωγή και η επίπτωση που μπορεί αυτή να έχει στην ΑΠ (περιφερική και την κεντρική) και στους δείκτες ΑΣ σε άτομα με υπέρταση.

Υλικό και Μέθοδοι: Η φαρμακευτική αγωγή περιλάμβανε αρχικά ιρβεσαρτάνη 150mg με σταδιακή τιτλοποίηση σε 300mg κατά τον πρώτο μήνα της θεραπείας εάν η ΑΠ δεν ελεγχόταν ικανοποιητικά ($\geq 140/90$ mmHg).

Για τη μελέτη της συμμόρφωσης χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο MMAS-8 (Morisky Medication Adherence Scale) Στο οποίο κάθε ερώτηση εστιάζει σε συγκεκριμένη συμπεριφορά που σχετίζεται με τη λήψη των φαρμάκων. Για την μέτρηση της ΑΣ χρησιμοποιήθηκε το Shygmocor.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 67 ασθενείς με μέση ηλικία $53,9 \pm 14,7$ έτη, 36 άνδρες (53,7%). Η μέση διάρκεια παρακολούθησης ήταν $18,5 \pm 13,8$ μήνες.

Στο τέλος της παρακολούθησης σημειώθηκε μια σημαντική μείωση της μέσης περιφερικής ΣΑΠ (145 ± 16 vs 138 ± 12 , $p < 0.005$), της μέσης κεντρικής ΣΑΠ (138 ± 17 vs 131 ± 12 $p < 0.005$), της μέσης περιφερικής ΔΑΠ (92 ± 11 vs 87 ± 9 , $p < 0.005$), και της μέσης κεντρικής ΔΑΠ (93 ± 9 vs 88 ± 9 , $p < 0.005$).

Δεν σημειώθηκε σημαντική μεταβολή στους δείκτες σκληρίας (PWVc-f και Alx). Ο δείκτης Alx συσχετιζόταν με την περιφερική ΣΑΠ ($r=0,28$, $p < 0.005$) καθώς επίσης και με την κεντρική ΣΑΠ ($r=0,45$, $p < 0.005$). Αντίθετα ο PWVc-f δεν εμφάνισε καμία συσχέτιση με τις περιφερικές και τις κεντρικές τιμές της ΑΠ.

Στο τέλος της παρακολούθησης 10/67 (14%) ασθενείς εμφάνισαν υψηλή συμμόρφωση στην θεραπεία, 16/67 (23,4%) εμφάνισαν μέτρια συμμόρφωση ενώ 31/67 (46,2%) εμφάνισαν χαμηλή συμμόρφωση στην θεραπεία.

Επιπρόσθετα, ο δείκτης Alx σημείωσε σημαντική μείωση στα άτομα με υψηλή (9,7%, $p < 0.005$) και στα άτομα με μέτρια (8,7%, $p < 0.005$) συμμόρφωση.

Συμπεράσματα: Η ρύθμιση των επιπέδων της ΑΠ ήταν ικανοποιητική. Το ποσοστό των ασθενών με χαμηλή συμμόρφωση ήταν υψηλό. Ο δείκτης Alx σημείωσε σημαντική μείωση στα άτομα με υψηλή και μέτρια συμμόρφωση.

P38 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΜΙΚΡΟΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΕ ΑΛΗΘΙΝΟ ΧΡΟΝΟ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ LASER SPECKLE CONTRAST ANALYSIS

A. Λαζαρίδης¹, E. Γκαλιαγκούση¹, N. Κολέτσος¹, B. Νικολαΐδου¹, Π. Ανυφαντή¹, Π. Δόληγρας¹, A. Βαμβάκης¹, A. Τριανταφύλλου¹, K. Δίπλα², Σ. Δούμα¹

¹Γ' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Παπαγεωργίου, Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη, ²Εργαστήριο Φυσιολογίας της Άσκησης και Βιοχημείας, Τμήμα Αθλητικών Επιστημών, Α.Π.Θ., Σέρρες

Εισαγωγή: Η δερματική μικροκυκλοφορία έχει προταθεί ως μοντέλο γενικευμένης μικροαγγειακής λειτουργίας κι έχει χρησιμοποιηθεί ως ένα παράθυρο για την εκτίμηση της ενδοθηλιακής λειτουργίας στη μικροκυκλοφορία.



Σκοπός: Στην παρούσα μελέτη εκτιμήσαμε την ενδοθηλιακή λειτουργία της δερματικής μικροκυκλοφορίας σε υπερτασικούς ασθενείς έναντι υγιών εθελοντών με τη μέθοδο Laser Speckle Contrast Analysis (LASCA).

Υλικό και μέθοδος: Μελετήσαμε 26 ασθενείς με νεοδιαγνωσθείσα ιδιοπαθή υπέρταση χωρίς θεραπεία και καρδιαγγειακή συννοσηρότητα (ηλικία: 50.5 ± 15.7 έτη) έναντι 13 υγιών εθελοντών. Σε όλους τους ασθενείς εκτιμήθηκε η μικροαγγειακή δερματική αιματική ροή του πλάγιου με τη μέθοδο LASCA (PeriCam PSI NR, Perimed, Järfälla, Sweden) και πρωτόκολλο μετα-αποφρακτικής αντιδραστικής υπεραιμίας (PORH). Τα αποτελέσματα εκφράστηκαν ως ποσοστιαία αύξηση μεταξύ βασικής και μέγιστης άρδευσης (%), βασική αγγειακή δερματική αγωγιμότητα (CVC, PU/mmHg), μέγιστη CVC και μέγιστη CVC μείον βασική CVC.

Αποτελέσματα: Οι υπερτασικοί ασθενείς παρουσίασαν σημαντικά χαμηλότερη ποσοστιαία αύξηση από τη βασική στη μέγιστη άρδευση (145.9 ± 9.72 vs 181.68 ± 12.35 %, $p=0.019$). Επιπρόσθετα, η βασική CVC (0.34 ± 0.019 vs 0.43 ± 0.03 PU/mmHg, $p=0.009$) και η μέγιστη CVC (0.82 ± 0.04 vs 1.2 ± 0.06 PU/mmHg, $p<0.001$) ήταν σημαντικά χαμηλότερες στους υπερτασικούς έναντι των υγιών εθελοντών. Τέλος, η μέγιστη CVC μείον τη βασική CVC ήταν σημαντικά χαμηλότερη στους υπερτασικούς ασθενείς έναντι των υγιών ατόμων.

Συμπεράσματα: Με τη μέθοδο LASCA, μια τεχνική μη επεμβατική, σε αληθινό χρόνο, με μεγάλη ευαισθησία και επαναληψιμότητα, διαπιστώσαμε ότι οι υπερτασικοί ασθενείς παρουσιάζουν σημαντικού βαθμού ενδοθηλιακή δυσλειτουργία. Η ενδοθηλιακή δυσλειτουργία είναι παρούσα στα πολύ πρώιμα στάδια της υπέρτασης, πριν την εγκατάσταση καρδιαγγειακής νόσου κι η μέθοδος LASCA ενδεχομένως να αντιπροσωπεύει ένα καινούριο, πολύτιμο εργαλείο για την εκτίμησή της.

P39 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΜΙΚΡΟΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ LASCA ΜΕ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΣΚΛΗΡΙΑΣ

Α. Λαζαρίδης¹, Ε. Γκαλιαγκούση¹, Ν. Κολέτσος¹, Β. Νικολάϊδου¹, Π. Ανυφαντί¹, Π. Δόληγρας¹, Α. Βαμβάκης¹, Α. Τριανταφύλλου¹, Κ. Δίπλα², Σ. Δούμα¹

¹Γ' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Παπαγεωργίου, Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη, ²Εργαστήριο Φυσιολογίας της Άσκησης και Βιοχημείας, Τμήμα Αθλητικών Επιστημών, Α.Π.Θ., Σέρρες

Εισαγωγή: Η ενδοθηλιακή δυσλειτουργία προκαλεί πολύ πρώιμες μικροαγγειακές αλλαγές οι οποίες προηγούνται οποιασδήποτε κλινικά αναγνωρίσιμης αγγειακής βλάβης και συμβάλλουν στην παθογένεια της υπέρτασης. Οι αλλαγές στα μικρά αγγεία επικοινωνούν με τις βλάβες στα μεγάλα αγγεία με τη μορφή ενός φαύλου κύκλου που συντηρεί και επιτείνει την αγγειακή βλάβη μέσω της ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας.

Σκοπός: Στην παρούσα μελέτη εκτιμήσαμε τη συσχέτιση της ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας της δερματικής μικροκυκλοφορίας με τις κεντρικές πιέσεις σε υπερτασικούς ασθενείς χωρίς θεραπεία.

Υλικό και μέθοδος: Μελετήσαμε 31 ασθενείς με νεοδιαγνωσθείσα ιδιοπαθή υπέρταση χωρίς θεραπεία και καρδιαγγειακή συννοσηρότητα (ηλικία: 50.3 ± 18.5 έτη). Σε όλους τους ασθενείς πραγματοποιήθηκε καταγραφή των κεντρικών πιέσεων με τη συσκευή Mobil-O-Graph NG κι έγινε εκτίμηση της μικροαγγειακής δερματικής αιματικής ροής στον πλύν με τη μέθοδο Laser Speckle Contrast Analysis (LASCA) (PeriCam PSI NR, Perimed, Järfälla, Sweden).

Αποτελέσματα: Η μέγιστη δερματική αγγειακή αγωγιμότητα (CVC) παρουσίασε στατιστικώς σημαντική αρνητική συσχέτιση με την 24ωρη κεντρική συστολική αρτηριακή πίεση (ΣΑΠ) και διαστολική αρτηριακή πίεση (ΔΑΠ), την κεντρική ΣΑΠ ημέρας και νύχτας και την κεντρική ΔΑΠ ημέρας ($p<0.05$). Επιπρόσθετα, η μέγιστη CVC μείον τη βασική CVC παρουσίασε σημαντική αρνητική συσχέτιση με όλες τις παραμέτρους της κεντρικής πίεσης ($p<0.05$). Η βασική CVC παρουσίασε σημαντική αρνητική συσχέτιση με την 24ωρη κεντρική ΣΑΠ και την κεντρική ΣΑΠ ημέρας ($p<0.05$).

Συμπεράσματα: Σε ασθενείς με νεοδιαγνωσθείσα ιδιοπαθή υπέρταση χωρίς αγωγή, διαπιστώνεται αρνητική συσχέτιση μεταξύ των κεντρικών πιέσεων και της ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας της δερματικής μικροκυκλοφορίας, επιβεβαιώνοντας την επικοινωνία μεταξύ μικρο- και μακροκυκλοφορίας, αν κι η ακριβής σχέση αιτίας-αποτελέσματος σε αυτή την αμφίδρομη επικοινωνία παραμένει ακόμη άγνωστη.

P40 ΕΓΚΥΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΨΕΥΔΟΥΠΕΡΑΛΔΟΣΤΕΡΟΝΙΣΜΟ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΤΥΠΟΥ ΓΛΥΚΟΡΙΖΑΣ ΚΑΤΟΠΙΝ ΛΗΨΗΣ ΜΥΜΙΟ

Κ. Σταυρόπουλος, Κ. Ιμπριαλος, Δ. Πατούλιας, Α. Σαχινίδης, Π. Παντελίδης, Γ. Κερπινιώτης, Γ. Λαλές, Α. Μανάφης, Χ. Μήτας, Σ. Μπουλούκου, Κ. Πετίδης, Β. Άθυρος, Α. Καραγιάννης, Μ. Δούμας

Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή-Σκοπός: Στόχος της εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού ψευδοϋπεραλδοστερονισμού ως αποτέλεσμα τη λήψης μυμίο.

Υλικό και Μέθοδος: Ασθενής θήλυ, 37 ετών, στην 32η εβδομάδα κύησης, παραπέμφθηκε στην κλινική μας λόγω εμμένουσας υποκαλιαιμίας, υπομαγνησισμίας και υψηλής αρτηριακής πίεσης (ΑΠ). Κατόπιν λήψης ενός λεπτομερούς ιστορικού διαπιστώθηκε πως η ασθενής ελάμβανε μυμίο τους τελευταίους έξι μήνες. Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε διεξοδικός κλινικοεργαστηριακός έλεγχος για την αξιολόγηση της εμμένουσας υποκαλιαιμίας και της υπέρτασης.

Αποτελέσματα: Το κάλιο ορού κατά την εισαγωγή ήταν 2.7 mg/dl, το μαγνήσιο ορού 1.72 mEq/lit, και η ΑΠ ιατρείου 152/97mmHg. Παρομοίως, παρατηρήθηκε αυξημένη ΑΠ στην 24ωρη περιπατητική καταγραφή (146/104mmHg). Ο προσδιορισμός των αερίων αρτηριακού αίματος ανέδειξε την παρουσία μεταβολικής αλκάλωσης. Ο βιοχημικός έλεγχος ούρων 24ώρου ανέδειξε αυξημένη αποβολή καλίου, μαγνησίου και ασβεστίου. Η δραστικότητα ρενίνης πλάσματος και η αλδοστερόνη ορού σε ύπτια θέση ανευρέθηκαν σε μη ανιχνεύσιμα, χαμηλά επίπεδα. Η κορτιζόλη ορού σε πρωινό δείγμα και η δοκιμασία καταστολής με 1mg δεξαμεθαζόνης απέκλεισαν την παρουσία συνδρόμου Cushing. Τα ευρήματα έθεσαν την υποψία συνδρόμου ψευδοϋπεραλδοστερονισμού, ενώ η διακοπή λήψης του μυμίο οδήγησε στην πλήρη αποκατάσταση των βιοχημικών και ορμονικών παραμέτρων.

Συμπεράσματα: Συμπερασματικά, η ασθενής παρουσίασε σύνδρομο ψευδοϋπεραλδοστερονισμού ως αποτέλεσμα της λήψης μυμίο, το οποίο μιμείται το σύνδρομο λήψης γλυκορίζας, η οποία αναστέλλει τη λειτουργία της τύπου 2 11β-υδροξυστεροειδικής δεϋδρογενάσης με αποτέλεσμα την αναστολή της μετατροπής της κορτιζόλης σε κορτιζόνη, αύξηση της συγκέντρωσης της κορτιζόλης που μιμείται αλατοκορτικοειδικής δράσης. Συνεπώς, οι κλινικοί ιατροί οφείλουν να διερευνούν την πιθανότητα παρουσίας αυτού του συνδρόμου σε ασθενείς στους οποίους χορηγείται μυμίο.

P41 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΔΙΟΥΡΗΤΙΚΩΝ ΣΤΗ ΣΤΥΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Κ. Ιμπριάλος, Κ. Σταυρόπουλος, Π. Παντελίδης, Γ. Λαλές, Α. Μανάφης, Χ. Μήτας, Σ. Μπουλούκου, Γ. Κερπινιώτης, Δ. Πατούλιας, Α. Σαχινίδης, Κ. Πετίδης, Β. Άθυρος, Α. Καραγιάννης, Μ. Δούμας

Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή-Σκοπός: Η στυτική δυσλειτουργία συναντάται συχνά σε ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση και σχετίζεται τόσο με αυξημένη αρτηριακή πίεση όσο και τη χρήση αντιυπερτασικών φαρμάκων. Η χρήση διουρητικών φαρμάκων έχει ενοχοποιηθεί για επιδείνωση της στυτικής λειτουργίας. Στόχος της παρούσας μελέτης είναι η αξιολόγηση της επίδρασης των διουρητικών στη στυτική λειτουργία σε ασθενείς με υπέρταση και φυσιολογική στυτική λειτουργία.

Υλικό και Μέθοδος: Στη μελέτη συμμετείχαν διαδοχικοί άνδρες με αρτηριακή υπέρταση ηλικίας από 30 έως 70 ετών που επισκέφθηκαν το Υπερτασιολογικό μας Ιατρείο και στους οποίους έγινε έναρξη αγωγής με διουρητικό. Η στυτική λειτουργία αξιολογήθηκε πριν από και τρεις μήνες μετά την έναρξη της αγωγής με διουρητικό μέσω του Διεθνούς Δείκτη Στυτικής Λειτουργίας 15 ερωτήσεων, ενός επικυρωμένου ερωτηματολογίου για την αξιολόγηση της στυτικής λειτουργίας.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 247 υπερτασικοί άνδρες. Μονοθεραπεία με διουρητικά έλαβαν 56 συμμετέχοντες, ενώ στους υπόλοιπους 191 ασθενείς, έγινε προσθήκη διουρητικού στην ήδη υπάρχουσα αντιυπερτασική αγωγή. Από αυτούς, 122 έλαβαν μονοθεραπεία με αποκλειστή των υποδοχέων της αγγειοτενσίνης (ΑΤ), ενώ 69 ελάμβαναν ΑΤ μαζί με ανταγωνιστή διαύλων ασβεστίου. Στυτική δυσλειτουργία παρατηρήθηκε στους 8/56



συμμετέχοντες που ελάμβαναν μονοθεραπεία με διουρητικό (14.2%), 27/122 που ελάμβαναν ΑΤ και διουρητικό (22.1%) και 14/69 συμμετέχοντες σε τριπλή θεραπεία με διουρητικό, ΑΤ και αποκλειστή διαύλων ασβεστίου (20.3%)

Συμπεράσματα: Η επαγόμενη από τη χρήση διουρητικών στυτική δυσλειτουργία είναι συχνή ανάμεσα σε ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση. Νέες μελέτες απαιτούνται προκειμένου να επιβεβαιωθούν τα αποτελέσματά μας, να προσδιορισθούν οι υπεύθυνοι παθογεννητικοί μηχανισμοί ώστε να εξαχθούν πολύτιμα συμπεράσματα για την πρόληψη της συγκεκριμένης ανεπιθύμητης παρενέργειας.

P42 Η ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΩΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΑΡΟΞΥΣΜΙΚΗ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ

Π. Παπακωνσταντίνου, Ε. Σημαντηράκης, Γ. Χλουβεράκης, Ε. Κανουπάκης, Π. Βάρδας
Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημίου Κρήτης, Π.Γ.Ν.Η., Ηράκλειο, Κρήτη

Εισαγωγή-Σκοπός: Η αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) αποτελεί τη συχνότερη καρδιαγγειακή διαταραχή σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ). Ο επίδρασή της παρόλα αυτά στην υποτροπή της αρρυθμίας δεν έχει διευκρινιστεί. Σκοπός της παρούσας υπομελέτης είναι να διερευνήσει την επίδραση της ΑΥ στη συχνότητα υποτροπής της παροξυσμικής ΚΜ (ΠΚΜ).

Υλικό και Μέθοδος: Σε 30 διαδοχικούς ασθενείς τοποθετήθηκε εμφυτεύσιμος καταγραφέας καρδιακού ρυθμού (Reveal XT 9529; Medtronic, Minneapolis, Minnesota, USA) μετά το πρώτο συμπτωματικό επεισόδιο ΠΚΜ. Οι ασθενείς παρακολούθηθηκαν τον πρώτο μήνα μετά την εμφύτευση της συσκευής, και έκτοτε κάθε τρεις μήνες για διάστημα τριών ετών. Ως χαμηλός ρυθμός υποτροπής της ΚΜ ορίστηκε η παρουσία <5 επεισοδίων/έτος. Μακράς διάρκειας επεισόδια χαρακτηρίστηκαν αυτά με διάρκεια >24 ώρες.

Αποτελέσματα: 30 διαδοχικοί ασθενείς (μέσης 66.9 ± 10 ετών; 14 άνδρες) συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη, με το 83.3% αυτών να πάσχουν από ΑΥ, ελεγχόμενης, υπό φαρμακευτική αγωγή. 14 ασθενείς εμφάνισαν χαμηλή συχνότητα υποτροπής ενώ 16 ασθενείς είχαν υψηλή συχνότητα υποτροπής. Το 85.7% (12/14) των ασθενών με χαμηλή συχνότητα υποτροπής και το 81.3% (13/16) των ασθενών με υψηλή συχνότητα υποτροπής έπασχαν από ΑΥ (p=0.99). 8 ασθενείς παρουσίασαν τουλάχιστον ένα επεισόδιο ΚΜ μακράς διάρκειας, με το σύνολο αυτών (100%) να πάσχει από ΑΥ. Οι ασθενείς που δεν εμφάνισαν επεισόδια μακράς διάρκειας είχαν ΑΥ σε ποσοστό 73.3% (p=0.28).

Συμπεράσματα: Η ΑΥ αποτέλεσε τη συχνότερη συννοσηρότητα των ασθενών με ΠΚΜ. Η ύπαρξη ελεγχόμενης ΑΥ δεν σχετίστηκε με αυξημένη συχνότητα υποτροπής της αρρυθμίας, αλλά με μεγαλύτερης διάρκειας επεισόδια, παρότι η διαφορά αυτή, λόγω πιθανά του μικρού αριθμού ασθενών, δεν ήταν στατιστικά σημαντική.

P43 DISTRIBUTION OF GENOTYPES RELATED TO MEDICATION OF CARDIOVASCULAR DISEASES (CVD's) IN SAMPLE OF GREEK POPULATION

V. Giossi

MSc, MPhil, Lab of clinical Pharmacology & Pharmacogenomics Department of Pharmacy, University of Athens, Greece

Abstract Cardiovascular diseases are a multi factorial set of diseases. They refer to the ultimate function of heart and arteries - veins throughout the human body. The vital fluid that circulates through the cardiovascular system is blood. The balanced transportation of fluids leads to normal blood pressure (BP). The malfunction of the circulation network due to atheromas (high cholesterol and triglycerides) blocks the transportation of blood and heart failure (HF) leads to myocardial infarction (MI) or stroke prevention is the step connected with prognosis i.e. through genomics, a set of genes ACE, APOE, Enos and related SNP's. The next step is going to be based on data related to factors causing the disease and not only treating the symptoms.

Η ΝΕΜΠΙΒΟΛΟΛΗ ΚΑΙ Η ΙΡΜΠΕΣΑΡΤΑΝΗ ΜΕΙΩΝΟΥΝ ΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ: ΜΙΑ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΜΕΛΕΤΗ ΔΙΑΣΤΑΥΡΟΥΜΕΝΗΣ ΣΕΙΡΑΣ

Α. Μπίκος^{1,2}, Χ. Λουτράδης¹, Ε. Αγγελούδη¹, Α. Καρπέτας^{1,3}, Β. Ράπτης⁴, Ρ. Καλαϊτζίδης⁵, Ε. Γνικικοπούλου², Γ. Αλεξιάδης⁶, Η. Μπαλάσκα⁷, Β. Λιακόπουλος⁷, Α. Παπαγιάννη¹, Π.Α. Σαραφιδής¹

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

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

Υλικό και Μέθοδος: Πρόκειται για μια τυχαιοποιημένη μελέτη διασταυρούμενης σειράς (cross-over) σε 38 αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς (ηλικίας 60,4±11,1 ετών, άρρενες: 65,8%) με ενδοδιαλυτική υπέρταση [μέση άνοδος συστολικής ΑΠ (ΣΑΠ) ≥10mmHg σε 6 συνεπείς συνεδρίες]. Μετά τη βασική αξιολόγηση, χορηγήθηκε τυχαία στους ασθενείς νεμπιβολόλη 5mg και ακολούθως ιρμπεσαρτάνη 150mg ή αντίστροφα. Μισοί ασθενείς έλαβαν μία δόση άπαξ 1 ώρα πριν την αιμοκάθαρση (n=19) και μισοί για μια εβδομάδα πριν την δεύτερη αξιολόγηση (n=19). Της έναρξης του δεύτερου φαρμάκου προηγήθηκε μια περίοδος χωρίς αγωγή 2 εβδομάδων. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε 24ωρη περιπατητική καταγραφή της ΑΠ που άρχισε πριν από μια ενδιάμεση εβδομαδιαία συνεδρία.

Αποτελέσματα: Συνολικά, 20 (52,6%) ασθενείς έλαβαν αρχικά νεμπιβολόλη και 18 (47,4%) ιρμπεσαρτάνη. Οι ασθενείς που έλαβαν μία δόση άπαξ είχαν χαμηλότερη ΣΑΠ και ΔΑΠ μετά την αιμοκάθαρση [έναρξη: 161,6±16,3/95,4±12,3, νεμπιβολόλη: 146,1±20,4 (p=0,003), 84,5±11,8 (p<0,001); ιρμπεσαρτάνη: 144,7±29,9 (p=0,003), 86,8±18,0 (p=0,047) mmHg], μη-σημαντικά χαμηλότερη 24ωρη ΣΑΠ και χαμηλότερη ΔΑΠ [έναρξη: 147,8±16,0/87,7±11,9; νεμπιβολόλη: 144,0±19,5 (p=0,070), 83,3±11,7 (p=0,015); ιρμπεσαρτάνη: 143,1±21,7 (p=0,171), 84,7±12,8 (p=0,095) mmHg]. Οι ασθενείς που έλαβαν αγωγή εβδομαδιαίως είχαν χαμηλότερη ΣΑΠ και ΔΑΠ μετά την αιμοκάθαρση (έναρξη: 167,1±13,6/99,8±10,6, νεμπιβολόλη: 145,2±16,6 (p<0,001), 91,0±11,8 (p=0,003); ιρμπεσαρτάνη: 147,1±23,8 (p=0,002), 87,6±12,5 (p=0,001) mmHg), χαμηλότερη 24ωρη ΣΑΠ και ΔΑΠ (έναρξη: 148,2±12,5/91,7±9,7 νεμπιβολόλη: 139,2±10,4 (p<0,001), 85,2±7,7 (p=0,001); ιρμπεσαρτάνη: 142,9±15,7 (p=0,188), 85,5±9,9 (p=0,015) mmHg] και σημαντικά χαμηλότερη 24ωρη ΣΑΠ και ΔΑΠ κατά την ημερήσια και νυχτερινή περίοδο. Μεταξύ των δύο χορηγούμενων φαρμάκων δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές στη μείωση της ΑΠ.

Συμπεράσματα: Αμφότερες η νεμπιβολόλη και η ιρμπεσαρτάνη ελαττώνουν την ΑΠ μετά την αιμοκάθαρση και την 24ωρη ΑΠ σε ασθενείς με ενδοδιαλυτική υπέρταση. Η εβδομαδιαία αγωγή και η νεμπιβολόλη είναι αριθμητικά πιο αποτελεσματικές από την χορήγηση μίας δόσης προ αιμοκάθαρσης και τη ιρμπεσαρτάνη αντίστοιχα.



P45 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΜΕ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Χ. Λουτράδης¹, Α. Καρπέτας², Ε. Παπαδοπούλου¹, Α. Πιπερίδου¹, Α. Μπίκος³, Β. Ράπτης³, Γ. Τζανής¹, Χ. Συργκάνης⁴, Β. Λιακοπούλος⁵, Α. Παπαγιάννη¹, Ζεμπεκακης⁵, Π.Α. Σαραφίδης¹

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

Εισαγωγή-Σκοπός: Μέχρι πρόσφατα δεν υπήρχε ένας κοινά αποδεκτός ορισμός για την αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) στους ασθενείς με ΧΝΝ υπό αιμοκάθαρση. Ένα πρόσφατα δημοσιευμένο expert consensus document συστήνει τον ορισμό της ΑΥ βάσει της περιπατητικής καταγραφής της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ). Σκοπός της μελέτης είναι να προσδιορίσει τον επιπολασμό και τον έλεγχο της ΑΥ, βάσει της περιπατητικής καταγραφής της ΑΠ, σε ένα μεγάλο δείγμα ασθενών υπό αιμοκάθαρση με τη χρήση του πιο πρόσφατου ορισμού.

Υλικό και Μέθοδος: Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν 160 ασθενείς υπό αιμοκάθαρση, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε 48ωρη περιπατητική καταγραφή της ΑΠ κατά τη διάρκεια της ενδιάμεσης συνεδρίας αιμοκάθαρσης και της ακόλουθης μεσοδιαλυτικής περιόδου. Ως ΑΥ ορίστηκε: (1) ΑΠ ιατρείου $\geq 140/90$ mmHg ή λήψη αντιυπερτασικής αγωγής, (2) περιπατητική καταγραφή της ΑΠ $\geq 130/80$ mmHg (κατά τη 44ωρη περίοδο ή το δεύτερο 24ωρο εκτός αιμοκάθαρσης) 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) συγκαλυμμένη ΑΥ (ΑΠ-ιατρείου $< 140/90$ και περιπατητική-ΑΠ $\geq 130/80$ mmHg).

Αποτελέσματα: Ο επιπολασμός της ΑΥ ήταν 91,3%, βάσει των τιμών ΑΠ στο ιατρείο και 88,8% βάσει των τιμών περιπατητικής ΑΠ. Οι υπερτασικοί ασθενείς που λάμβαναν αγωγή ήταν 124 (84,9%). Βάσει των τιμών ΑΠ στο ιατρείο και τη 44ωρη καταγραφή 12 (10,1%) υπερτασικοί εμφάνιζαν επαρκή έλεγχο, 87 (58,8%) εμφάνιζαν ανεπαρκή έλεγχο, 29 (19,6%) εμφάνιζαν υπέρταση της «λευκής μπλούζας» και 17 (11,5%) συγκαλυμμένη ΑΥ. Σε ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης μόνο η λήψη αντιυπερτασικής αγωγής σχετίστηκε ανεξάρτητα με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης ανεπαρκούς ελέγχου (reverse causation).

Συμπεράσματα: Ο επιπολασμός της ΑΥ στους ασθενείς υπό αιμοκάθαρση είναι εξαιρετικά υψηλός. Τα ποσοστά του ελέγχου της ΑΥ διαφέρουν αναλόγως της αξιολόγησης της ΑΠ στο ιατρείο ή σε περιπατητική καταγραφή. Σε αυτό τον πληθυσμό, σχεδόν ένας στους τρεις ασθενείς εμφάνιζε υπέρταση της «λευκής μπλούζας» ή συγκαλυμμένη ΑΥ.

P46 ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΩΝ ENDOCAN, ANGIOROIETIN-2 ΚΑΙ HIF-1α ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΥΤΟΣΩΜΙΚΗ ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΣΑ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΗ ΝΟΣΟ ΤΩΝ ΝΕΦΡΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

Β. Ράπτης^{1,2}, Χ. Λουτράδης³, Κ. Μπακογιάννης⁴, Α.Κ. Μπούτου⁵, Μ.Ε. Αλεξάνδρου⁶, Μ. Σχοινά³, Α. Σιούλης¹, Η. Μπαλάσкас¹, Π.Α. Σαραφίδης³

¹Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Πιερία», Κατερίνη, ²Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, ³Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη, ⁴Γ' Καρδιολογική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη, ⁵Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν. Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη, ⁶Νεφρολογική Κλινική, Γ.Ν. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή-Σκοπός: Η ενδοθηλιακή δυσλειτουργία προκαλεί μη-αντιρροπούμενη αγγειοσύσπαση και χρόνια ισχαιμία του νεφρικού παρεγχύματος και προτείνεται ως επιπρόσθετος επιβαρυντικός παράγοντας για την πρόκληση νεφρικής βλάβης στην αυτοσωμική επικρατούσα πολυκυστική νόσο των νεφρών (ΑΕΠΚΝ). Ωστόσο, τα δεδομένα στη σχετική βιβλιογραφία είναι περιορισμένα. Σκοπός της μελέτης είναι να ερευνήσει τα επίπεδα νεότερων βιοδεικτών

ενδοθηλιακής λειτουργίας, αγγειογένεσης και υποξίας, σε ασθενείς με ΑΕΠΚΝ και διαφορετικά επίπεδα νεφρικής λειτουργίας.

Υλικό & Μέθοδος: Ο πληθυσμός της μελέτης αποτελούνταν από τρεις ομάδες: 26 ασθενείς με ΑΕΠΚΝ και επιδεινωμένη νεφρική λειτουργία (Ομάδα Α) (eGFR 45-70ml/min/1.73m²), 26 ασθενείς με ΑΕΠΚΝ και διατηρημένη νεφρική λειτουργία (Ομάδα Β) (eGFR >70ml/min/1.73m²) και 26 μάρτυρες (στάθμιση για ηλικία και φύλου) χωρίς ιστορικό νεφρικής νόσου. Τα επίπεδα των endocan (endothelial cell-specific molecule-1) angiotensin-2, και hypoxia-induced-factor-1a (HIF-1a) στον ορό προσδιορίστηκαν με την μέθοδο ELISA.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς της Ομάδας Α είχαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα endocan (7,17±0.43ng/ml), angiotensin-2 (5.595,43±3,390 pg/ml) και HIF-1a (163,68±37,84 pg/ml) σε σύγκριση με τους ασθενείς της Ομάδας Β (6,86±0,59 ng/ml, p=0,017, 3,854,41±3.014,30 pg/ml, p=0,018, 136,84±42,10 pg/ml, p=0,019, αντίστοιχα) ή τους μάρτυρες (4,83±0,69 ng/ml, 1.069±427,88 pg/ml, 70,20±17,49 pg/ml, p<0.001 για όλες τις συγκρίσεις). Οι ασθενείς της Ομάδας Β είχαν επίσης υψηλότερα επίπεδα όλων των δεικτών σε σύγκριση με τους μάρτυρες (p<0,001), παρότι είχαν παρόμοια νεφρική λειτουργία με αυτούς. Σε ανάλυση συσχέτισης στους ασθενείς με ΠΚΝ, διαπιστώθηκε ισχυρή συσχέτιση όλων των δεικτών με το ADMA (endocan: r=0.908, p<0.001, angiotensin-2: r=0.983, p<0.001, HIF-1a: r=0.998, p<0.001) και ασθενής ή μέτρια συσχέτιση με τον eGFR.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα της μελέτης υποδεικνύουν ότι οι ασθενείς με ΑΕΠΚΝ, ανεξάρτητα από τη νεφρική τους λειτουργία, είχαν υψηλότερα επίπεδα δεικτών ενδοθηλιακής λειτουργίας, αγγειογένεσης και υποξίας σε σύγκριση με τους μάρτυρες. Θα μπορούσε να υποτεθεί πως οι αλλαγές στη μικροκυκλοφορία εμφανίζονται νωρίς στην ΠΚΝ και πιθανά αποτελούν αιτία και όχι αποτέλεσμα εξέλιξης της νόσου και της μείωσης του eGFR.

P47 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΜΙΚΡΟΛΕΥΚΩΜΑΤΙΝΗΣ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Ι. Φωτοπούλου, Αρ. Γώγου, Σπ. Καπράλος, Μ. Μπαλάσκας, Λ. Σταθάς, Μ. Βουρλιόγκα, Α. Νικολοπούλου

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

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

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

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

Σύνολο υπερτασικών 132	Άνδρες 72	κφ ΜΛ	παθ. ΜΛ	
		50 (69,5%)	22 (30,5%)	13.8% μη ΣΔ 16,7% ΣΔ
	Γυναίκες 60	κφ ΜΛ	παθ. ΜΛ	
		42 (70.0%)	18 (30.0%)	6.7% μη ΣΔ 23.3% ΣΔ



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

P48 ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΑΛΑΤΟΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΤΥΠΟΥ II ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ ΣΤΑΔΙΩΝ 2-4

Ι. Τσουχνικάς, Μ. Σχοινά, Ι. Λαμπροπούλου, Ε. Ιντζεβίδου, Χ. Λουτράδης, Π. Γιαμαλής, Π. Σαραφίδης, Α. Παπαγιάννη

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

Εισαγωγή-Σκοπός: Η μέτρηση του νατρίου σε συλλογή ούρων 24ωρου θεωρείται αρκετά αξιόπιστος δείκτης της ημερήσιας πρόσληψης άλατος. Σκοπός της μελέτης ήταν η καταγραφή της πρόσληψης άλατος υπερτασικών, διαβητικών τύπου II, ασθενών με Χρόνια Νεφρική Νόσο (ΧΝΝ) σταδίων 2-4.

Υλικό και Μέθοδος: Μελετήθηκαν 92 υπερτασικοί, διαβητικοί τύπου II ασθενείς (56 άνδρες) 71±9 ετών, με ΧΝΝ σταδίων 2-4 (CKD-EPI: στάδιο 2=20, στάδιο 3α=23, στάδιο 3β=33, στάδιο 4=16). Προσδιορίσθηκαν η απέκκριση νατρίου (ΑΝ), λευκώματος και καλίου (ΑΚ) σε συλλογή ούρων 24ωρου καθώς επίσης η κρεατινίνη, το νάτριο και το κάλιο ορού. Καταγράφηκε η λήψη αναστολέα του άξονα και διουρητικών.

Αποτελέσματα: Η ΑΝ στο σύνολο του πληθυσμού ήταν 156±71 mmol/24h (38-408) που αντιστοιχεί σε πρόσληψη 9,1±4,1 γραμμαρίων άλατος. Μόνο 17 ασθενείς (18,5%) προσλάμβαναν <5 γραμμάρια άλατος το 24ωρο σύμφωνα με τις διεθνείς οδηγίες. Στο σύνολο των ασθενών η πρωτεϊνουρία και η ΑΚ ήταν 865±1219 mg (27-5530) και 55±23 mmol (19-130) το 24ωρο αντίστοιχα. Η ΑΝ δεν είχε σημαντική διαφορά μεταξύ των ασθενών διαφορετικών σταδίων ΧΝΝ. Η ΑΚ διέφερε σημαντικά μεταξύ των ασθενών διαφορετικών σταδίων, $p<0,05$. Η ΑΝ συσχετιζόταν θετικά με την πρωτεϊνουρία, την ΑΚ και τον όγκο των ούρων, $p<0,05$.

Οι άντρες αποβάλλουν περισσότερο νάτριο από τις γυναίκες το 24ωρο (169±76 έναντι 136±56 mmol, $p<0,05$). Η λήψη αναστολέων του άξονα ή διουρητικών δεν μετέβαλε την ΑΝ, την ΑΚ ή την πρωτεϊνουρία.

Συμπεράσματα: Η πρόσληψη άλατος υπερτασικών διαβητικών τύπου II ασθενών με ΧΝΝ σταδίων 2-4 είναι σαφώς μεγαλύτερη από την προτεινόμενη των οδηγιών και παρόμοια του γενικού πληθυσμού. Η πρόσληψη άλατος σχετίζεται με το βαθμό της πρωτεϊνουρίας. Οι άνδρες καταναλώνουν περισσότερο αλάτι από τις γυναίκες.

P49 Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΡΕΝΙΝΗΣ-ΑΓΓΕΙΟΤΑΣΙΝΗΣ ΣΤΗΝ ΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗ ΝΕΟΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΦΑΙΝΟΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΥΣ

Α. Βάκκα¹, Ρ. Πατσέρη², Δ. Δεσσε³, Σ. Καρά Αλή⁴, Α. Λογοθέτη², Ν. Παπακωνσταντίνου², Ε. Πετροπούλου⁵, Ν. Σεβδαλή⁶, Δ. Σκορδίλη⁶, Δ. Τρεμούλης⁷, Χ. Τσαγκάρης³

¹Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πατρών, ²Comenius University in Bratislava, Faculty of Medicine, ³Σχολή επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής, ⁴Α.Τ.Ε.Ι. Αθήνας, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής, ⁵Α.Τ.Ε.Ι. Αθήνας, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Ιατρικών Εργαστηρίων, ⁶Medical University of Sofia, Medical Faculty, ⁷Πανεπιστήμιο Πατρών, Σχολή Θετικών Επιστημών, Τμήμα Βιολογίας

Εισαγωγή: Το σύστημα ρενίνης-αγγειοτασίνης (RAS) ασκεί ρυθμιστική επίδραση στην καρδιο-αγγειακή ομοιόσταση, μετέχοντας σε συμπαθητικές δράσεις και μεσολαβώντας στον αγγειακό τόνο και το ισοζύγιο υγρών. Πολυάριθμες μελέτες επισημαίνουν τη σημασία των RAS σε εξω-νεφρικούς ιστούς του οφθαλμού συμπεριλαμβανομένου. Ενδεικτικά εκφράζονται στον αμφιβληστροειδή αγγειοτενσινογόνο, προρενίνη, ρενίνη, και Ang I και II.

Μέθοδοι και Υλικό: Διενεργήθηκε βιβλιογραφική έρευνα ανατρέχοντας σε βάσεις δεδομένων όπως Pubmed/ NCBI, Elsevier και InTech Open Access, χρησιμοποιώντας λέξεις-κλειδιά όπως hypertension, ocular complications, RAAS, Hypertensive Retinopathy

Αποτελέσματα: Οι υποδοχείς Ang II και Ang II τύπου 1 και τύπου 2 (AT1R, AT2R) εντοπίζονται στο μελάγχρουν επιθήλιο του αμφιβληστροειδούς (Retinal Pigmented Epithelium). Η συμβολή του τοπικού συστήματος ρενίνης-αγγειοτασίνης (RAS) στις αγγειακές δυσλειτουργίες του αμφιβληστροειδούς καταδεικνύεται μέσα από την ανίχνευση συστατικών του σε κυτταρικούς τύπους του οφθαλμού. Υπάρχουν ενδείξεις ότι το Ang II και η αλδοστερόνη επηρεάζουν τόσο τα ενδοθηλιακά κύτταρα όσο και τα περικοκύτταρα στο αμφιβληστροειδικό μικροαγγειακό σύστημα. Επιπλέον η Ang II αυξάνει την έκφραση του VEGF προκαλώντας αυξημένη αγγειακή διαπερατότητα και αγγειογένεση, ενώ σε συνδυασμό με την αλδοστερόνη αυξάνουν την παραγωγή δραστικών ριζών οξυγόνου (ROS), τα οποία συμβάλλουν στην αύξηση του οξειδωτικού στρες. Εκτός του VEGF σημαντικοί είναι αγγειογενετικοί παράγοντες της οικογένειας TIE που υπάρχουν στην οικογένεια των υποδοχών τυροσινκινάσης (TykR).

Συζήτηση: Η ενεργοποίηση του AT1R εμπλέκεται στην παθογένεση διαταραχών όπως η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, η νεοαγγείωση σε αμφιβληστροειδοπάθειες επαγόμενες από υποξία και η ηλιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας. Η κατάσταση του συστήματος ενέχει θεραπευτικά οφέλη.

P50 ΚΑΘΟΡΙΣΤΕΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ HIV(+) ΑΡΡΕΝΕΣ ΑΝΕΥ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Σ. Νανούδης^{1,2}, Μ. Ποικιλίδου¹, Μ. Γαβροπούλου³, Π. Γεωργιανός¹, Σ. Διαμαντίδου, Δ. Βαλαγκούη², Θ. Χρυσανθίδης², Λ. Σκούρα⁵, Σ. Μεταλλίδης², Π. Ζεμπτεκάκης¹

¹Κέντρο Αριστείας στην Υπέρταση, ^{Α'} Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ²Μονάδα ειδικών λοιμώξεων, ^{Α'} Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ³Εργαστήριο Μοριακής Ενδοκρινολογίας, ^{Α'} Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Εισαγωγή-Σκοπός: Η εισαγωγή της αντιρετροϊκής θεραπείας υψηλής δραστηριότητας (HAART) άλλαξε την ιστορία της HIV λοίμωξης μετατρέποντάς την από ανίατη θανατηφόρο ασθένεια σε ελεγχόμενη χρόνια νόσο. Ως αποτέλεσμα το ενδιαφέρον, πλέον, στρέφεται και στις συννοσηρότητες που παρουσιάζουν τα άτομα αυτά με τις επιπλοκές από το καρδιαγγειακό σύστημα να κατέχουν πρωταρχική θέση. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει αν υπάρχει συσχέτιση της HIV λοίμωξης με την περιφερική και κεντρική αρτηριακή πίεση και να προσδιορίσει τους καθοριστές αυτών.

Υλικό και Μέθοδος: Στη μελέτη συμμετείχαν 98 άρρενα άτομα με HIV λοίμωξη χωρίς ιστορικό υπέρτασης και σακχαρώδους διαβήτη, οι οποίοι χωρίστηκαν σε δύο κατηγορίες αναλόγως των ετών της διαγνωσμένης HIV λοίμωξης (22 άτομα ηλικίας 51,63±7,65 κάτω από 5 έτη και 76 άτομα ηλικίας 54,09±5,50 άνω των 5 ετών). Καταγράφηκαν η ηλικία, τα χρόνια της διαγνωσμένης HIV λοίμωξης, τα χρόνια λήψης αντιρετροϊκής αγωγής, η φυσική δραστηριότητα και το ιστορικό καπνίσματος (packyears) και κατανάλωσης αλκοόλ. Μετρήθηκαν η περιφερική συστολική και διαστολική αρτηριακή πίεση (ΣΑΠ και ΔΑΠ) και οι σφύξεις με βάση τις διεθνείς οδηγίες, ο δείκτης μάζας σώματος (BMI), ενώ υπολογίστηκαν ο ρυθμός σπειραματικής διήθησης (eGFR με τον τύπο MDRD), η ολική, LDL, HDL χοληστερόλη και τριγλυκερίδια. Με τη συσκευή Sphygmocor (AtCor, Sydney, Australia) υπολογίστηκαν τονομετρικά η καρωτιδομυρίαία ταχύτητα σφυγμικού κύματος (cfPWV) και οι κεντρικές αορτικές πιέσεις.

Αποτελέσματα: Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο κατηγορίες ατόμων με HIV λοίμωξη όσον αφορά τις περιφερικές και κεντρικές πιέσεις, αντιθέτως υπήρξε διαφορά όσον αφορά το cfPWV (<5 έτη: 7,95m/s, >5 έτη: 8,76m/s, p<0,05). Στη μονοπαραγοντική ανάλυση, οι κεντρικές και περιφερικές πιέσεις εμφάνισαν συσχέτιση με το BMI, την ηλικία και το cfPWV (r=0,287, r=0,350, r=0,305, p<0,05 για την περιφερική ΣΑΠ, r=0,291, r=0,224, r=0,277, p<0,05 για την περιφερική ΔΑΠ, r=0,273, r=0,408, r=0,299, p<0,05 για την κεντρική ΣΑΠ, r=0,305, r=0,215, r=0,267, p<0,05 για την κεντρική ΔΑΠ), ενώ δεν συσχετίστηκαν με τα χρόνια της HIV λοίμωξης και τη διάρκεια της αντιρετροϊκής αγωγής. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, οι δύο ανεξάρτητοι καθοριστές των συστολικών πιέσεων (περιφερική και κεντρική) ήταν η ηλικία και το BMI (β=0,396, p<0,05 και β=0,224, p<0,05 για την κεντρική ΣΑΠ και β=0,337, p<0,05 και β=0,238, p<0,05 για την περιφερική ΣΑΠ), ενώ των διαστολικών πιέσεων το cfPWV



και το BMI ($\beta=0,259$, $p<0,05$ και $\beta=0,281$, $p<0,05$ για την κεντρική ΔΑΠ και $\beta=0,270$, $p<0,05$ και $\beta=0,267$, $p<0,05$ για την περιφερική ΔΑΠ),

Συμπεράσματα: Η μελέτη αυτή υποστηρίζει ότι δεν υπάρχει άμεση συσχέτιση μεταξύ των κεντρικών και περιφερικών πιέσεων και της HIV λοίμωξης, φαίνεται όμως ότι η HIV λοίμωξη συσχετίζεται με το cFVWV, το οποίο επιδρά κυρίως στις διαστολικές πιέσεις και κατ' επέκταση πιθανώς να επηρεάζει έμμεσα την αρτηριακή πίεση των οροθετικών ατόμων.

Οικονομικά συμφέροντα/Οικονομική εξάρτηση: ΟΧΙ

P51 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΩΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΩΝ ΠΙΕΣΕΩΝ ΜΕ ΤΟ ΠΑΧΟΣ ΤΟΥ ΕΣΩ-ΜΕΣΟΥ ΧΙΤΩΝΑ ΤΗΣ ΚΑΡΩΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΠΟΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΡΩΜΑΤΩΣΗ ΣΕ HIV(+) ΑΡΡΕΝΕΣ

Σ. Νανούδης^{1,2}, Μ. Ποικιλίδου¹, Μ. Γιαβροπούλου³, Θ. Τέγος⁴, Γ. Κωνσταντινίδης⁴, Π. Γεωργιανός, Δ. Βαλαγκούτη⁵, Θ. Χρυσανθίδης², Α. Σκούρα⁵, Σ. Μεταλλίδης¹, Π. Ζεμπτεκάκης¹

¹Κέντρο Αριστείας στην Υπέρταση, Α' Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ²Μονάδα ειδικών λοιμώξεων, Α' Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ³Εργαστήριο Μοριακής Ενδοκρινολογίας, Α' Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ⁴Β' Νευρολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ⁵Εργαστήριο Μικροβιολογίας, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Εισαγωγή-Σκοπός: Τα άτομα με HIV λοίμωξη φαίνεται ότι εμφανίζουν συχνότερα καρδιαγγειακά συμβλήματα, όπως στεφανιαία νόσο και αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Η πάχυνση του έσω-μέσου χιτώνα (IMT $>0,9\text{mm}$) των καρωτιδών και η παρουσία αθηρωματικής πλάκας αποτελούν ανεξάρτητους δείκτες καρδιαγγειακού κινδύνου και υποδηλώνουν ασυμπτωματική βλάβη οργάνων-στόχων σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες (2013) της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Υπέρτασης και Ευρωπαϊκής Εταιρείας Καρδιολογίας (ESH/ESC). Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αναζήτηση πιθανής συσχέτισης των περιφερικών και κεντρικών αρτηριακών πιέσεων με το intima medial thickness (IMT) και την υποκλινική αθηρωμάτωση σε HIV(+) άτομα.

Υλικό και Μέθοδος: Με υπερηχογραφικό έλεγχο μετρήθηκε το IMT της αριστερής και δεξιάς έσω καρωτίδας καθώς και η παρουσία αθηρωματικής πλάκας (ποσοστό στένωσης) σε αυτές σε 48 άρρενα άτομα (mean: $54,64\pm4,68$ έτη) με διαγνωσμένη HIV λοίμωξη >5 έτη, χωρίς ιστορικό υπέρτασης και σακχαρώδους διαβήτη. Καταγράφηκε η περιφερική πίεσή τους και με τη συσκευή Sphygmocor (AtCor, Sydney, Australia) υπολογίστηκαν τονομετρικά οι κεντρικές αρτηλικές πιέσεις.

Αποτελέσματα: Το 45,45% των ασθενών είχε με υποκλινική αθηρωμάτωση (ανεύρεση αθηρωματικής πλάκας σε τουλάχιστον μία καρωτίδα με στένωση $\geq 10\%$). Το IMT στην αριστερή καρωτίδα (LIMT) ήταν $0,696\pm0,12\text{mm}$ και στη δεξιά καρωτίδα $0,702\pm0,11\text{mm}$. Η περιφερική συστολική πίεση (ΣΑΠ) ήταν $125,08\pm13,78\text{mmHg}$, η περιφερική διαστολική πίεση (ΔΑΠ) $79,31\pm8,69\text{mmHg}$, η κεντρική συστολική αρτηλική πίεση (CΣΑΠ) $114,87\pm13,27\text{mmHg}$ και η κεντρική διαστολική αρτηλική πίεση (CΔΑΠ) $80,54\pm8,86\text{mmHg}$. Στη μονοπαραγοντική ανάλυση, η ΔΑΠ και η CΔΑΠ εμφάνισαν συσχέτιση με τα LIMT και RIMT ($r=0,264$ και $r=0,254$, $p<0,05$ για LIMT, $r=0,279$ και $r=0,272$, $p<0,05$ για RIMT), ενώ η CΔΑΠ με το LIMT και την αθηρωμάτωση της δεξιάς καρωτίδας ($r=0,271$ και $r=0,262$, $p<0,05$).

Συμπεράσματα: Από τη μελέτη αυτή φαίνεται ότι η περιφερική και κεντρική διαστολική πίεση καθώς και η κεντρική συστολική αρτηλική πίεση συσχετίζονται με το IMT και την αθηρωμάτωση στις καρωτίδες, κάτι το οποίο δεν παρατηρείται με τη ΣΑΠ. Παρατηρείται, επίσης, σημαντικό ποσοστό οροθετικών ατόμων (45,45%) με υποκλινική αθηρωμάτωση χωρίς γνωστό καρδιαγγειακό ιστορικό.

Οικονομικά συμφέροντα/Οικονομική εξάρτηση: ΟΧΙ

P52 Η ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΤΩΝ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ ΠΙΕΣΗΣ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ. ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ ΜΕ 24ΩΡΗ ΠΕΡΙΠΛΑΤΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΠΙΕΣΗΣ

Μ. Ποικιλίδου¹, Μ. Στάμου², Μ. Γιαβροπούλου¹, Α. Γραμματικοπούλου¹, Α. Κεϊβανίδου², Σ. Νανούδης¹, Π. Γεωργιανός¹, Σ. Διαμαντίδου¹, Α. Γιαννόπουλος², Π. Ζεμπεκάκης¹

¹Κέντρο Αριστείας στην Υπέρταση, Α' Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, ²Β' Παιδιατρική Κλινική, ΓΠΝΘ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Υπόβαθρο: Η αξιόπιστη μέτρηση της πίεσης και η διάγνωση της υπέρτασης στα παιδιά και τους εφήβους παρουσιάζει πολλές προκλήσεις. Αυτό οφείλεται σε διάφορους παράγοντες όπως οι συνθήκες της μέτρησης, το φαινόμενο της λευκής μπλούζας καθώς και η αυξημένη φυσική δραστηριότητα τους κατά τη διάρκεια της ημέρας. Σκοπός της μελέτης ήταν να εκτιμήσει διαφορές στη μέτρηση της πίεσης σε παιδιά που προσήλθαν στο εξωτερικό ιατρείο υπέρτασης παιδιών και εφήβων του Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ.

Ατομα και Μέθοδοι: Στη μελέτη συμμετείχαν 43 παιδιά που εξετάστηκαν συνεχόμενα. Η μέτρηση της πίεσης του ιατρείου έγινε με βάση τα διεθνή guidelines. Η 24ωρη περιπατητική καταγραφή της πίεσης έγινε εντός 15 ημερών από την αρχική εξέταση με τη χρήση της συσκευής Spacelabs Ontrak στη ρύθμιση για παιδιά. 15 από τα παιδιά διεγνώσθησαν με δευτεροπαθή υπέρταση μετά την κατάλληλη διερεύνηση.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία του πληθυσμού της μελέτης ήταν 11±2,95 χρόνια. 15 (34,9%) άτομα είχαν συστολική αρτηριακή πίεση ιατρείου (ΣΑΠ) υψηλότερη από την ημερήσια περιπατητική καταγραφή της ΣΑΠ ενώ 28 άτομα (65,1%) είχαν ΣΑΠ ιατρείου χαμηλότερη από την ημερήσια 24ωρη καταγραφή ($p<0,05$). Από το πρώτο γκρουπ 9 άτομα είχαν ΣΑΠ ιατρείου $>10\text{mmHg}$ από την ημερήσια ΣΑΠ. Η διαστολική αρτηριακή πίεση (ΔΑΠ) ήταν υψηλότερη στο ιατρείο στα περισσότερα άτομα (23 vs 20, $p>0,05$).

Συμπεράσματα: Οι φαινότυποι της υπέρτασης στα παιδιά διαφέρουν από τους φαινότυπους στους ενήλικες. Σύμφωνα με τα παραπάνω, η πλειονότητα των παιδιών συγκάλυπτε την υψηλή πίεση σε συνθήκες ιατρείου. Συμπληρωματικά, η 24ωρη καταγραφή της πίεσης είναι απαραίτητη για τον αποκλεισμό του φαινομένου της λευκής μπλούζας στον πληθυσμό αυτό.

Οικονομικά συμφέροντα/ Οικονομική εξάρτηση: ΟΧΙ

P53 ΟΙ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΦΤΩΧΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ

Β. Κατή¹, Γ. Βαμβάκου², Θ. Μακρή², Δ. Τούσουλης³

¹Γ.Ν. Ιπποκράτειο, ²Γ.Ν.-Μ. Έλενα Βενιζέλου, ³Πανεπιστημιακή Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Αθήνα

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

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

Αποτελέσματα: Οι γυναίκες βαθμολογήθηκαν σημαντικά χαμηλότερα στην παράμετρο της φυσικής λειτουργικότητας σε σχέση με τους άνδρες. Αυτή η μείωση στην ομάδα των γυναικών σχετίστηκε αρνητικά με την ηλικία ($r=-0,328$ $p=0,002$).

Συμπέρασμα: Οι γηραιότερες γυναίκες μπορεί να αντιπροσωπεύουν μια πιο ευάλωτη ομάδα υπερτασικών ασθενών, όσον αφορά τη φυσική λειτουργική ικανότητά τους. Η ποιότητα ζωής



σαν παράγοντας έχει υποεκτιμηθεί, αλλά ίσως θα πρέπει να λαμβάνεται πιο εντατικά υπόψη παράλληλα με τον έλεγχο της υπέρτασης.

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

P54 ΟΙ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΙ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΦΤΩΧΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Γ. Βαμβάκου¹, Β. Κατσή², Δ. Τούσουλης³, Θ. Μακρής¹

¹Γ.Ν.-Μ. Ελενα Βενιζέλου, ²Γ.Ν. Ιπποκράτειο, ³Πανεπιστημιακή Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Αθήνα

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

Μέθοδοι: 145 ασθενείς με νεοδιαγνωσθείσα, χωρίς θεραπεία και χωρίς επιπλοκές ΠΥ σταδίου Ι-ΙΙ (ηλικία 56±16 years, ΣΔ-ΙΙ=37, ΑΠ ιατρείου=156/92 mmHg) έλαβαν την έγκυρη ελληνική έκδοση του SF-36 ερωτηματολογίου γενικής υγείας, που περιλαμβάνει 8 υποκατηγορίες: φυσική λειτουργικότητα, φυσικός ρόλος, σωματικός πόνος, γενική υγεία, ζωτικότητα, κοινωνική λειτουργικότητα, συναισθηματικός ρόλος και πνευματική υγεία. Οι υποκατηγορίες αυτές χωρίστηκαν περαιτέρω σε δύο κατηγορίες: το σύνολο του φυσικού παράγοντα (physical component summary PCS) και το σύνολο του πνευματικού παράγοντα (mental component summary MCS).

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

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

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

P55 Η ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ ΕΠΙΔΕΙΝΩΝΕΙ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΤΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ

Γ. Βαμβάκου¹, Β. Κατσ², Δ. Τούσουλης³, Θ. Μακρής¹

¹Γ.Ν.-Μ. Ελενα Βενιζέλου, ²Γ.Ν. Ιπποκράτειο, ³Πανεπιστημιακή Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Αθήνα

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

Μέθοδοι: Μελετήσαμε 145 ασθενείς με νεοδιαγνωσθείσα μη θεραπευόμενη ΠΥ σταδίου I-II (ηλικία=56±7 έτη, δυσλιπιδαιμία=47, ΑΠ ιατρείου=156/92 mmHg). Η εγκεκριμένη ελληνική έκδοση του SF-36 (Short Form 36) ερωτηματολογίου γενικής υγείας δόθηκε σε όλους τους συμμετέχοντες. Το SF-36 είναι ένα πρωτότυπο H-rQoL που περιλαμβάνει 8 υποκατηγορίες. Οι υποκατηγορίες αυτές ταξινομήθηκαν περαιτέρω σε δύο ευρύτερες κατηγορίες: το σύνολο του φυσικού παράγοντα (PCS) και το σύνολο του πνευματικού παράγοντα (MCS). Έγινε λήψη φλεβικού αίματος για την εκτίμηση του λιπιδαιμικού προφίλ.

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

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

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

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

P56 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΟΥΡΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΜΕ ΔΕΙΚΤΕΣ ΜΑΚΡΟΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΠΑΘΟΥΣΜΟ ΝΟΡΜΟΤΑΣΙΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ

Π. Δόλγυρας, Π. Ανυφαντή, Ε. Γκαλιαγκούση, Α. Τριανταφύλλου, Α. Λαζαρίδης, Β. Νικολαΐδου, Ν. Κολέτσος, Α. Βαμβάκης, Μ. Μπιτέρνας, Π. Μαρούδας, Σ. Δούμα

Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή – Σκοπός: Το ουρικό οξύ έχει συσχετιστεί με τον καρδιαγγειακό κίνδυνο και την αορτική σκλήρυνση σε ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση και εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο. Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί εάν τα επίπεδα του ουρικού οξέος σχετίζονται με υποκλινικούς δείκτες μακροαγγειοπάθειας σε νορμοτασικά άτομα χωρίς συνοδές καρδιαγγειακές παθήσεις.

Υλικό και Μέθοδος: Μελετήθηκαν νορμοτασικά άτομα χωρίς συνοδά καρδιαγγειακά νοσήματα, οι οποίοι δεν λάμβαναν οποιαδήποτε μορφή φαρμακευτικής αγωγής. Στους συμμετέχοντες προσδιορίστηκε με την συσκευή Sphygmocor, η καρωτιδομηριαία ταχύτητα σφυγμικού κύματος (pulse wave velocity, PWV), ως δείκτης αορτικής σκλήρυνσης, και η κεντρική αρτηριακή πίεση



στην αορτή. Επίσης, μετρήθηκε το πάχος του έσω-μέσου χιτώνα καρωτίδων (clMT), με τη χρήση υπερήχων.

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν συνολικά 223 άτομα ηλικίας $43,9 \pm 12,2$ ετών, με επίπεδα συστολικής/διαστολικής αρτηριακής πίεσης ιατρείου $121,0 \pm 11,1/77,2 \pm 7,9$ mmHg και μέση τιμή ουρικού οξέος $4,9 \pm 1,3$ mg/dl. Βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση των επιπέδων του ουρικού οξέος με την PWV ($r=0,205$, $p=0,003$) και την κεντρική συστολική ($r=0,156$, $p=0,026$) και διαστολική ($r=0,235$, $p=0,001$) πίεση της αορτής. Αντιθέτως, δεν παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ ουρικού οξέος και του clMT. Μετά από στάθμιση για άλλες μεταβλητές στην πολυπαραγοντική ανάλυση, τα επίπεδα του ουρικού οξέος αναγνωρίστηκαν ως επιπρόσθετος ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας της PWV ($\beta=0,174$, $p=0,014$).

Συμπεράσματα: Τα επίπεδα ουρικού οξέος αποτελούν ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα της ταχύτητας σφυγμικού κύματος, ακόμα σε έναν πληθυσμό σχετικά νέων, νορμοτασικών ατόμων χωρίς συνοδά καρδιαγγειακά νοσήματα.

P57 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΥΠΕΝΔΟΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΒΙΩΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΑΥΞΗΤΙΚΟ ΔΕΙΚΤΗ ΣΕ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΝΟΡΜΟΤΑΣΙΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ

Ι. Ζαρίφης, Π. Αρσενίου, Π. Ανυφαντή, Ε. Γκαλιαγκούση, Α. Τριανταφύλλου, Α. Λαζαρίδης, Π. Δόλγυρας, Π. Μαρούδας, Μ. Μπιτέρνας, Σ. Δούμα

Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή-Σκοπός: Ο δείκτης Buckberg ή δείκτης υπενδοκαρδιακής βιωσιμότητας (subendocardial viability ratio, SEVR) έχει προταθεί ως εναλλακτική, μη επεμβατική λειτουργική μέθοδος αξιολόγησης της αιμάτωσης του μυοκαρδίου. Σκοπός ήταν να διερευνηθεί εάν σχετίζεται με τον κεντρικό αυξητικό δείκτη (Augmentation Index, AIX), έναν λειτουργικό δείκτη της περιφερικής κυκλοφορίας, σε νορμοτασικά άτομα χωρίς καρδιαγγειακές παθήσεις.

Υλικό και Μέθοδος: Μελετήθηκαν άτομα άνευ αγωγής και χωρίς γνωστά προβλήματα υγείας, με φυσιολογική αρτηριακή πίεση (ΑΠ) ιατρείου, όπως επιβεβαιώθηκε με την χρήση 24ωρης καταγραφής (Spacelabs 90207). Ο SEVR και ο AIX, σταθμισμένοι για 75 παλμούς/λεπτό, προσδιορίστηκαν με την χρήση τονομετρίας επιπέδωσης στην κερκιδική αρτηρία (συσκευή Sphygmocor).

Αποτελέσματα: Συμπεριελήφθησαν 119 άτομα ηλικίας $44,7 \pm 12,9$ ετών, εκ των οποίων οι 53 (44,5%) άνδρες, με ΑΠ ιατρείου $119,5 \pm 10,6/76,0 \pm 7,3$ mmHg και 24ωρη ΑΠ $114,7 \pm 8,2/71,7 \pm 5,9$ mmHg. Η μέση τιμή των SEVR και AIX στον πληθυσμό ήταν $156,5 \pm 23,2\%$ και $17,6 \pm 15,3\%$, αντίστοιχα. Βρέθηκε πολύ ισχυρή αντίστροφη συσχέτιση του SEVR με τις σφύξεις ($r=-0,574$, $p<0,001$) και τάση προς στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τον AIX ($r=-0,176$, $p=0,055$), όχι όμως και με την ΑΠ (ιατρείου ή 24ωρη). Υψηλότερες τιμές SEVR διαπιστώθηκαν στους άνδρες, έναντι των γυναικών ($163,5 \pm 24,5\%$ έναντι $150,9 \pm 20,6\%$, $p<0,001$). Στο μοντέλο μερικής συσχέτισης με διόρθωση για την ηλικία, το φύλο και τις σφύξεις, αναδείχθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ SEVR και AIX ($r=-0,234$, $p=0,012$).

Συμπεράσματα: Ο SEVR, εκτιμώμενος μη επεμβατικά με την μέθοδο της τονομετρίας, παρουσιάζει συσχέτιση με τον AIX, ένα μέτρο του κύματος ανάκλασης και έμμεσο δείκτη αορτικής σκληρίας, ακόμα και σε έναν πληθυσμό σχετικά νέων, νορμοτασικών ατόμων χωρίς καρδιαγγειακά νοσήματα.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΓΚΑΛΕΚΤΙΝΗΣ-3 ΜΕ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΙΝΩΣΗΣ, ΥΠΟΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Π. Ανυφαντή¹, Ε. Γκαλιαγκούση¹, Α. Τριανταφύλλου¹, Ε. Γαβριηλάκη¹, Ι. Ζαρίφης¹, Π. Δόλγυρας¹, Ν. Κολέτσος¹, Σ. Χατζημιχαηλίδου², Σ. Ασλανίδης², Σ. Δούμα¹

¹Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη, ²Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή-Σκοπός: Η γκαλεκτίνη-3 έχει αναδειχθεί ως ένας σημαντικός νέος βιοδείκτης ίνωσης του καρδιαγγειακού συστήματος, ιδίως σε ασθενείς υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου. Σκοπός ήταν να μελετηθεί εάν παρουσιάζει συσχέτιση με δείκτες αγγειακής ίνωσης, υποκλινικής αθηροσκλήρωσης και καρδιακής λειτουργίας σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα, μία πάθηση που συνοδεύεται από υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο.

Υλικό και Μέθοδος: Πάσχοντες και μη από ρευματοειδή αρθρίτιδα υποβλήθηκαν σε τονομετρία επιπείδωσης, υπέρηχο καρωτίδων και θωρακική ρεογραφία για να συλλεχθούν δείκτες αγγειακής ίνωσης, υποκλινικής αθηροσκλήρωσης και καρδιακής λειτουργίας, αντίστοιχα. Ο καρδιαγγειακός κίνδυνος υπολογίστηκε με βάση την Framingham Heart Study. Τα επίπεδα γκαλεκτίνης-3 ορού προσδιορίστηκαν με την μέθοδο ELISA.

Αποτελέσματα: Η γκαλεκτίνη-3 βρέθηκε αυξημένη στους ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα (n=85) σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (n=39), η διαφορά ωστόσο δεν ήταν σημαντική όταν απομονώθηκε η υποομάδα ασθενών χωρίς καρδιαγγειακές συννοσηρότητες. Στην ομάδα της ΡΑ, η γκαλεκτίνη-3 σχετίστηκε ισχυρά με τους δείκτες αρτηριοσκλήρωσης (συμπεριλαμβανομένης της ταχύτητας σφυγμικού κύματος, της κεντρικής αρτηριακής πίεσης, της κεντρικής και περιφερικής πίεσης παλμού και της αρτηριακής ευενδοτότητας), αθηροσκλήρωσης (πάχος έσω-μέσου χιτώνα καρωτίδων), μυοκαρδιακής αιματικής ροής (καρδιακή παροχή και όγκος παλμού) και συσταλτικότητας μυοκαρδίου (δείκτες επιτάχυνσης και ταχύτητας), καθώς και με τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, αποκαλύφθηκε ανεξάρτητη συσχέτιση της γκαλεκτίνης-3 με την καρδιακή παροχή (beta=-0.286, p=0.024).

Συμπεράσματα: Σε ασθενείς που πάσχουν από ρευματοειδή αρθρίτιδα και οι οποίοι παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα συστηματικής φλεγμονής και μακροχρόνια, σχετικά καλά ελεγχόμενη νόσο, η γκαλεκτίνη-3 θα μπορούσε να αποτελέσει έναν πιθανό χρήσιμο βιοδείκτη καρδιακής λειτουργίας, όπως άλλωστε χρησιμοποιείται σε ασθενείς υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου και στον γενικό πληθυσμό.

Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΧΩΡΙΣΤΙΚΟΥ ΑΝΕΥΡΙΣΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΑΝΙΟΥΣΗΣ

Μ. Αδαμοπούλου¹, Γ. Μαϊκάντης², Κ. Κιζιρίδης³, Μ. Κουπετώρη², Χ. Δασκαλάκη⁴, Σ. Ευαγγελιάτος¹, Β. Αποστολόπουλος², Π. Κουρουτούς², Ν. Αλεξίου², Τ. Ταταρίδου², Σ. Συμπάρδη²

¹Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας Πρόνοιας, ²ΓΝΕ Θριάσιο Α' Παθολογική Κλινική, ³Ιδιώτης Παθολόγος, ⁴Γενικός Ιατρός ΠΙ Ρεθύμνης Κρήτης

Σκοπός: να επισημανθεί η ορθή εφαρμογή του διαγνωστικού πρωτοκόλλου για τη διαφορική διάγνωση του θωρακικού άλγους.

Υλικό και Μέθοδος: Η συγκεκριμένη μελέτη περιλαμβάνει πέντε κλινικά περιστατικά, τα οποία έλαβαν χώρα σε διάστημα τριών ετών. Επρόκειτο για τρεις άντρες 60, 63 και 72 ετών και για δύο γυναίκες 69 και 75 ετών. Όλοι είχαν τόσο στο ατομικό όσο και στο οικογενειακό τους ιστορικό παράγοντες κινδύνου για καρδιοπάθεια, καθώς ένας από τους δύο γονείς έπασχε από καρδιαγγειακό νόσημα, ενώ τρεις στους πέντε ελάμβαναν αγωγή για σακχαρώδη διαβήτη, υπέρταση, κολπική μαρμαρυγή, υποθυρεοειδισμό και υπερλιπιδαιμία, ενώ δύο στους πέντε για ΧΑΠ. Και οι πέντε ασθενείς παρουσίαζαν κοιλιακή παχυσαρκία, με τρεις στους πέντε να είναι καπνιστές (19 τσιγάρα ημερησίως κατά μέσο όρο) από 25ετίας κατά μέσο όρο. Οι εν λόγω ασθενείς ήταν σε ετήσια παρακολούθηση από Καρδιολόγο και για αρκετά χρόνια η κατάσταση της υγείας τους ήταν σταθερή. Αιφνιδίως το σύνολο αυτών, παρουσίασε θωρακικό άλγος και προσήλθαν



σε αρχικό στάδιο σε Μονάδες ΠΦΥ (Κ. Υγείας, Ιατρεία) και εν συνεχεία εισήχθησαν σε δομές δευτεροβάθμιας υγειονομικής περιθαλψής, με διάγνωση OEM.

Αποτελέσματα: Τα καταγεγραμμένα ευρήματα που έθεσαν τη διάγνωση και οδήγησαν τους θεράποντες ιατρούς σε θεραπευτικές εφαρμογές για την αντιμετώπιση οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου (θρομβόλυση, αγγειοπλαστική), ήταν τα εξής: παθολογικό ΗΚΓ, αυξομειώσεις ζωπικών σημείων (ΑΠ, Σφύξεις, αναπνοών), ύφεση του άλγους μετά τη λήψη νιτρωδών ουσιών και μειωμένο spO_2 . Επιπλέον, δεν προέκυψαν σημεία καρδιακής ανεπάρκειας ή καρδιακά φυσιόμενα. Στο σύνολο των ασθενών δεν υπήρξε καταγεγραμμένη συγκριτική αξιολόγηση σφύξεων άνω κάτω άκρων, επανάλυση βιοχημικών δεικτών (τροπονίνης κ.α) μετά από κατάλληλα χρονικά διαστήματα, απεικονιστικές δοκιμασίες (υπερηχογραφήματα, κ.α). Μετά την παρέλευση περίπου πενθημέρου, οι ασθενείς παρουσίασαν θορυβώδη συμπτωματολογία και οδηγήθηκαν κατόπιν απεικονιστικών κυρίως εξετάσεων στο χειρουργείο, με διάγνωση διαχωριστικού ανευρύσματος της ανιούσης αορτής. Από τους πέντε, μόνο οι δύο πάσχοντες εξήλθαν βελτιούμενοι.

Συμπεράσματα: Η παράληψη μέρους του διαγνωστικού πρωτοκόλλου για τη διαφοροδιάγνωση μεταξύ OEM και διαχωριστικού ανευρύσματος της ανιούσης αορτής, είναι καθοριστική για την έγκαιρη διάγνωση και θετική έκβαση ασθενών με καρδιαγγειακές παθήσεις.

P60 Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΔΙΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΒΡΑΔΥΝΣΗ ΤΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Μ. Αδαμοπούλου¹, Γ. Μαϊκαντής², Κ. Κιζιρίδης³, Μ. Κουπετώρη², Χ. Δασκαλάκη⁴, Σ. Ευαγγελιάτος¹, Β. Αποστολόπουλος², Τ. Ταταρίδου²

¹Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας Πρόνοιας, ²ΓΝΕ Θριάσιο Α' Παθολογική Κλινική, ³Ιδιώτης Παθολόγος, ⁴Γενικός Ιατρός ΠΙ ρεθύμνης Κρήτης

Σκοπός: περιγραφή της πορείας της υγείας ασθενών σε σχέση με την καθυστέρηση εμφάνισης αρτηριακής πίεσης, μετά από χρόνια λήψη δυσλιπιδαιμικών σκευασμάτων.

Υλικό και Μέθοδος: Μελετήθηκαν 42 ασθενείς, οι οποίοι είχαν υποβληθεί σε δετή παρακολούθηση. Τα δύο τρίτα εξ' αυτών είχαν τόσο στο οικογενειακό όσο και στο ατομικό τους ιστορικό παράγοντες κινδύνου (σακχαρώδης διαβήτης, υπερλιπιδαιμία, μέσος όρος ΔΜΣ: 27, θυρεοειδοπάθειες) για καρδιαγγειακές παθήσεις. Στο σύνολό τους λάμβαναν αγωγή για σακχαρώδη διαβήτη, υποθυρεοειδισμό και υπερλιπιδαιμία, ενώ το 1/6 εξ' αυτών για βρογχικό άσθμα. Κανείς ασθενής δεν ήταν καπνιστής. Όλοι ετέθησαν σε ετήσια παρακολούθηση και από Καρδιολόγο και ελάμβαναν για 12 χρόνια κατά μέσο όρο, αγωγή για ΣΔ (διγιοσουλφονίδια ή/και σουλφονουρίες), για υποθυρεοειδισμό (λεβο-θυροξίνη) και για υπερλιπιδαιμία (ατορβαστατίνη 10-20 mg ημερησίως). Η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης των ασθενών την στιγμή της ένταξής τους στην εν λόγω μελέτη, ήταν κατά μέσο όρο 126,3±/3,4 και 83,2±/4,1, συστολική και διαστολική αντίστοιχα.

Αποτελέσματα: Οι ανωτέρω ασθενείς καθ' όλη την οκταετή παρακολούθηση, ελάμβαναν την προαναφερόμενη αγωγή, περπατούσαν περίπου 1000μ ημερησίως, έχασαν πέντε κιλά σωματικού βάρους και οι τιμές του λιπιδαιμικού προφίλ κυμάνθηκαν κατά μέσο όρο ως ακολούθως: tot chol: 169,3 mg/dl, LDL: 92,2 mg/dl, HDL: 62 mg/dl και TG: 104,2mg/dl. Στο τέλος της μελέτης, οι μετρήσεις της ΑΠ, κατέδειξαν μια αύξηση του 2,3%, σε αντίθεση με αντίστοιχων χαρακτηριστικών ομάδας πληθυσμού, οι οποίοι ρύθμιζαν την χοληστερίνη με δίαιτα άσκηση και τη μη τακτική λήψη 10 mg/dl ημερησίως άλλων σκευασμάτων πλην ατορβαστατίνης. Η δεύτερη ομάδα ελέγχου στην αρχή της μελέτης είχε αρτηριακή συστολική και διαστολική πίεση κατά Μ.Ο. 127,2±/2,3 και 81,4±/3,3, ενώ στο πέρας της οκταετίας η αύξηση της ΑΠ, ήταν της τάξης του 6,2%, με επίσης αύξηση κατά 13% των λιπιδαιμικών παραμέτρων, συνολικά.

Συμπεράσματα: Η συνεχής χορήγηση αντιυπερλιπιδαιμικής αγωγής με ατορβαστατίνη, κατάφερε στο συγκεκριμένο δείγμα πληθυσμού ασθενών της 1^{ης} ομάδας να διατηρήσει σε χαμηλές τιμές την Α.Π., επιβραδύνοντας ουσιαστικά τη λήψη αντι-υπερτασικής αγωγής και παρέχοντας ταυτόχρονα καρδιοπροστατευτική δράση.

P61 ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΤΗΣ ΡΥΘΜΙΣΗΣ ΤΟΥΣ; ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΙΑΣ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΣΕ ΜΟΝΑΔΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

A. Παπαιωάννου^{1,2}, B. Δισλιάν^{2,3}, Γ. Ατματζίδης⁴, Ε. Χαρταμπά⁵, Δ. Τσιώρα⁶, Β. Ναζιρή⁵, Ε. Ρογγανάκη^{2,7}, Ε. Οικονομίδου^{2,8}

¹Κ.Υ. Καπανδριτίου, Καπανδρίτι Αττικής, ²Επιτροπή Έρευνας Ελληνικής Εταιρίας Γενικής Ιατρικής Ελλάδας, ³Κ.Υ. Αβδήρων, Αβδηρα Ξάνθης, ⁴Περιφερικό Ιατρείο Πρώτης, Πρώτη Σερρών, ⁵Κ.Υ. Σουφλίου, Σουφλί Έβρου, ⁶Περιφερικό Ιατρείο Ευκαρπίας, Ευκαρπία Σερρών, ⁷Περιφερικό Ιατρείο Μητρόπολης, Μητρόπολη Καρδίτσας, ⁸Κ.Υ. Αστικού Τύπου Ν. Καλλικράτειας, Καλλικράτεια Χαλκιδικής

Εισαγωγή-Σκοπός: Η Αρτηριακή Υπέρταση (ΑΥ) αποτελεί το συχνότερο νόσημα με το οποίο προσέρχονται οι ασθενείς στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ). Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να αξιολογηθεί το ποσοστό των ασθενών που επιτυγχάνουν ρύθμιση της ΑΥ, καθώς και εάν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους την επηρεάζουν.

Υλικό-Μέθοδος: Στη συγχρονική αυτή μελέτη συμμετείχαν 12 μονάδες ΠΦΥ από όλη την Ελλάδα. Υπερτασικοί ασθενείς κλήθηκαν να απαντήσουν σε δομημένο ερωτηματολόγιο και καταγράφηκε η αρτηριακή τους πίεση.

Αποτελέσματα: 613 υπερτασικοί ασθενείς συμμετείχαν, με μέσο όρο ηλικίας 71,54 έτη, 39,5% (242) άνδρες. Το ποσοστό των ασθενών που βρέθηκαν να έχουν ρυθμισμένη αρτηριακή πίεση (ΑΠ) ήταν 58,7% (253). Μεγαλύτερη πιθανότητα καλύτερα ρυθμισμένης ΑΠ βρέθηκε να έχουν οι γυναίκες (64,1%, $p=0,018$, $OR=1,439$ CI95% 1,036-1,999). Ο Δείκτης Μάζας Σώματος, η ηλικία, το κάπνισμα, η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο (απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης), η συχνότητα επισκέψεων σε ιατρό και το επάγγελμα δεν σχετίζονται με τη ρύθμιση της ΑΠ ($p>0,05$). Από τους ασθενείς που βρέθηκαν να μην είναι επαρκώς ρυθμισμένοι το 31,2% (79) έπασχε και από ΣΔ και το 41,8% (137) έπαιρνε αγωγή για δυσλιπιδαιμία. Αναδείχθηκε μια τάση με αρνητική σχέση ανάμεσα στις τιμές της LDL χοληστερίνης και του αιματοκρίτη με την ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης ($r=-0,132$ και $r=-0,173$ αντίστοιχα, $p<0,05$).

Συμπεράσματα: Τα επίπεδα ρύθμισης της ΑΥ στους ασθενείς ιατρείων ΠΦΥ βρέθηκαν πολύ ικανοποιητικά. Οι γυναίκες έχουν αυξημένη πιθανότητα να παρουσιάζουν καλύτερη ρύθμιση, ενώ οι υπόλοιποι δημογραφικοί παράγοντες δεν βρέθηκε να σχετίζονται με την επίτευξη ρύθμισης. Οι υπηρεσίες ΠΦΥ οφείλουν να επενδύσουν στην τακτική παρακολούθηση των υπερτασικών ασθενών, συνεχίζοντας να εφαρμόζουν την ανθρωποκεντρική προσέγγιση των ασθενών τους.

P62 ΟΞΕΙΑ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΜΑΣΤΙΧΑΣ ΧΙΟΥ ΣΕ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ: ΕΜΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΗ ΚΑΙ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΑΟΡΤΗΣ

A. Τζανή¹, Η. Δουλάμη¹, Π. Κωνσταντόπουλος¹, Ε. Πάσιου², Α. Δασκαλοπούλου¹, Δ. Ηλιόπουλος¹, Ι. Γεωργιάδης¹, Ν. Καβαντζάς³, Σ. Κουρκουλής², Δ. Περρέα¹

¹Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Έρευνας "Ν.Σ. Χρηστάς", Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα, ²Τομές Μηχανικής, Σχολή Εφαρμοσμένων Μαθηματικών και Φυσικών Επιστημών, Ε.Μ.Π., Αθήνα, ³Α' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Η Μαστίχα Χίου είναι ένα Ελληνικό φυσικό προϊόν το οποίο έχει μελετηθεί για τις ευεργετικές του δράσεις ενάντια στην αγγειακή φλεγμονή. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίδρασης της Μαστίχας Χίου στην αρτηριακή υπέρταση και τις επιπλοκές που τη συνοδεύουν.

Υλικό και Μέθοδος: 30 ενήλικοι αρσενικοί επίμυες Wistar ηλικίας τυχαιοποιήθηκαν στις ακόλουθες ομάδες: **Ομάδα Ελέγχου:** εικονικό χειρουργείο, **Ομάδα Υπέρτασης:** μονήρης αποπλύνωση της αριστερής νεφρικής αρτηρίας και **Ομάδα Μαστίχας Χίου:** αποπλύνωση της αριστερής νεφρικής αρτηρίας και έπειτα από την επιβεβαίωση της εγκατάστασης υπέρτασης χορήγηση υδατικού διαλύματος Μαστίχας Χίου (40mg/χρρ σωματικού βάρους/ημέρα) οξέως και σε χρόνια βάση (2 εβδομάδες).



Αποτελέσματα: Η οξεία χορήγηση Μαστίχας Χίου οδήγησε σε σημαντική μείωση της συστολικής, διαστολικής και μέσης αρτηριακής πίεσης (153 vs 188 mmHg, 108 vs 141 mmHg and 122 vs 156 mmHg για τις ομάδες Μαστίχας Χίου και Υπέρτασης, αντίστοιχα), ενώ οι μεταβολές αυτές των αιμοδυναμικών παραμέτρων παρέμειναν σημαντικές και μετά το πέρας 2 εβδομάδων (136 vs 194 mmHg, 100 vs 141 mmHg and 112 vs 159 mmHg). Η χορήγηση Μαστίχας Χίου έδρασε προστατευτικά ενάντια στα επίπεδα ρενίνης, καθώς στις εγκατεστημένες επιπλοκές της υπέρτασης όπως φάνηκε από την εμβιομηχανική και παθολογοανατομική μελέτη της αορτής (συμπεριλαμβανομένων της επιφάνειας εγκάρσιας διατομής, του πάχους και της σκληρίας αορτής, καθώς και την υπερτροφία των μικρών αγγείων του μυοκαρδίου). Επιπρόσθετα, τα πειραματόζωα που έλαβαν Μαστίχα Χίου εμφάνισαν μειωμένα επίπεδα ιντερλευκίνης-6 και C-αντιδρώσας πρωτεΐνης ($p < 0.05$).

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα της μελέτης μας προτείνουν μία ισχυρή αντιυπερτασική και αντιφλεγμονώδη δράση της Μαστίχας Χίου, βελτιώνοντας παράλληλα τις ιστολογικές και εμβιομηχανικές ιδιότητες της αορτής.

P63

ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΟΛΜΕΣΑΡΤΑΝΗΣ ΑΜΙΛΟΔΙΠΙΝΗΣ ΥΔΡΟΧΡΩΡΟΘΕΙΑΖΙΔΗΣ, ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Γ.Χ. Πασκαλής, Ε. Δεμπέλα, Μ. Παυλίδου, Γ. Κουρσιουμπάς, Χ.Χ. Θεοχαρίδου, Ζ. Σαχλά, Β. Τσουτσούλη, Κ. Γκόγκος

Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή-Σκοπός: Οι έτοιμοι συνδυασμοί δύο ή τριών αντιυπερτασικών φαρμάκων έχουν πλεονεκτήματα και η χρήση τους έχει καθιερωθεί στην κλινική πράξη. Σκοπός είναι η μεταφορά της εμπειρίας μας ως προς την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια του έτοιμου συνδυασμού ολμεσαρτάνης αμιλοδιπίνης υδροχλωροθειαζιδής.

Υλικό και μέθοδος: Στη μελέτη παρατήρησης συμμετείχαν 95 ασθενείς με υπέρταση. Ξεκίνησαν αγωγή με ολμεσαρτάνη, αμιλοδιπίνη ή και υδροχλωροθειαζιδή, ανάλογα με τη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ). Έγιναν τρεις μετρήσεις ΑΠ και σφύξεων ημερησίως κατ'οίκον για μία εβδομάδα πριν την έναρξη της θεραπείας, 21-28 μέρες μετά την οριστικοποίηση της αγωγής και ένα έτος μετά. Συγκρίθηκαν οι μέσες τιμές των μετρήσεων πριν την έναρξη της αγωγής με αυτές ένα έτος μετά. Καταγράφηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες και υπολογίστηκε η ορθή λήψη της αγωγής.

Αποτελέσματα: 81 ασθενείς ολοκλήρωσαν τη μελέτη, 45 γυναίκες και 36 άνδρες, με μέση ηλικία 62 έτη (εύρος 48-74 έτη). Η συστολική ΑΠ μειώθηκε σε ένα έτος κατά 17,4% (95%ΔΕ: 16,6-18,2) και η διαστολική ΑΠ κατά 10,8% (95%ΔΕ: 10-11,6) σε σχέση με τις αρχικές τιμές. 72% των ασθενών πέτυχαν τιμές ΑΠ εντός στόχων. Οι σφύξεις παρέμειναν στα ίδια επίπεδα πριν και μετά την έναρξη της αγωγής ($p=0,071$). Δύο ασθενείς εμφάνισαν περιφερικά οίδημα χωρίς να απαιτηθεί διακοπή της αγωγής. Παρατηρήθηκε ικανοποιητική συμμόρφωση σε 94% των ασθενών.

Συμπεράσματα: Επιβεβαιώνεται ότι η αποτελεσματικότητα του συνδυασμού φαρμάκων είναι ικανοποιητική, λαμβάνοντας υπόψη και την απουσία σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών στις δοσολογίες που απαιτήθηκαν. Τα υψηλά επίπεδα ορθής λήψης της αγωγής αναδεικνύουν τη συμβολή της ευκολίας εφαρμογής μιας θεραπείας στο αποτέλεσμα.

P64 THE ASSOCIATION OF EXAGGERATED EXERCISE AND 24H BLOOD PRESSURE WITH LEFT VENTRICULAR HYPERTROPHY IN NORMOTENSIVE MEN AND WOMEN ADJUSTED FOR CARDIORESPIRATORY FITNESS

A. Pittaras^{1,2,3}, M. Doumas², H. Grasso³, M. Papavasileiou³, N. Kouremenos³, L. Poulimenos³, M. Kallistratos³, G. Pyriovoli¹, A. Manolis^{2,3}, P. Kokkinos²

¹Mediton Medical Center, Athens, ²VAMC & George Washington University, USA, ³Asclepeion Voulas Hospital, Athens

Introduction: Left ventricular hypertrophy (LVH) increases the risk of cardiac events. Exercise blood pressure (BP) and ambulatory BP (ABPM) are associated with LVH, while cardiorespiratory fitness (CRF) is associated with lower BP at absolute workloads. This suggests that abnormally elevated BP during daily activities may be the stimulus for LVH. Thus, we assessed the association between exercise BP, ABPM and LVH in normotensive individuals based on office BP, adjusted for CRF.

Methods: We assessed cardiac structure and function, ABPM, and CRF in 1,022 normotensive men (n=697; age: 51±10) and women (n=325; age: 54±10), not treated by any medications.

Results: LVH was present in 24.7% of the cohort with women having approximately 3 times higher prevalence (14.9% vs 45.5%). The strongest predictors of LVH were the increase in SBP from resting to exercise at Bruce I (5 METs), (OR=1.17; p<0.001); the difference between Resting SBP at 3 min of exercise (OR=1.17; p<0.001) and daytime ABPM (OR=1.16; p<0.001). There was also a 44% reduction in the risk for LVH for every 1 MET increase in the workload (OR: 0.56; P<0.001). Cut-off analysis revealed a threshold for LVH ≥150 mm Hg for SBP at 5 METs and 15 mm Hg increase beyond resting BP at Stage I and 140 mm Hg for daytime SBP. The LVH risk increased by approximately 5-fold for every 10 mm Hg increases beyond these thresholds. To account for the impact of CRF on LVH, we stratified the cohort into age-specific fitness quartiles and compared cardiac parameters (Table).

	Least-Fit	Moderate-Fit	Fit	Highest-Fit
PW (mm)*	10.3±1.2	9.8±0.96	9.8±0.87	9.7±0.87
IVS (mm)*	10.7±1.2	10.1±0.95	10.1±0.95	10.1±0.87
LVEDD (mm)	49.4±3.0	47.7±3.0	47.9±3.1	48.3±3.1
LVMI (g/m ²)*	105.6±22	92.3±20	89.8±18	89.8±19
Systolic BP @ 5 METs*	157±17	147±12	146±11	143±11
Exercise BP-Rest BP*	25±12	16±8	15±7	14±6
Daytime Systolic ABPM*	147±12	139±11	139±10	140±11
% LVH*	50.4	23.6	15.5	13.8
% Conc. LVH (RWT≥0.43)*	40.4	27.2	25.8	13.8

Conclusions: Systolic BP response during workloads of approximately 5 METs provides the stimulus for increased left ventricular mass and LVH. CRF attenuates the BP response and the development of LVH.

P65 ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ, ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΕ ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ΑΓΡΟΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ

Σ. Κλίνης¹, Ε.Κ. Συμβουλάκης²

¹Π.Ι. Αλωνακίων - ΠΕΔΥΚ-Υ. Σιάτιστας, Κοζάνη, ²Ιδιωτική μονάδα Γενικής Ιατρικής, Ηράκλειο, Κρήτη

Εισαγωγή-Σκοπός: Η συμμόρφωση των ασθενών τόσο στις φαρμακευτικές όσο και στις μη φαρμακευτικές συστάσεις, αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για τη διαχείριση της αρτηριακής υπέρτασης (ΑΥ). Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση των γνώσεων, στάσεων και συμπεριφορών ασθενών με ΑΥ και ο βαθμός που αυτά συντελούν στη ρύθμιση της.



Υλικό-Μέθοδος: 145 ασθενείς με διάγνωση πρωτοπαθούς ΑΥ υπό αγωγή, κλήθηκαν να συμμετέχουν στη μελέτη, μέσω της συμπλήρωσης ερωτηματολογίου, κατά τη διάρκεια προγραμματισμένης επίσκεψης, σε μονάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) αγροτικής περιοχής της Δυτικής Μακεδονίας. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών (φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης), οι τιμές της αρτηριακής πίεσης, οι υγιεινοδιαητητικές συνήθειες και η φαρμακευτική αγωγή.

Αποτελέσματα: Το 57,9% αφορά γυναίκες και η μέση ηλικία των ασθενών είναι τα 68,5 έτη. Το 62% λαμβάνει αντιπυρετασική αγωγή ≥ 5 χρόνια και οι επτά στους δέκα ≥ 2 σκευάσματα. Μόνο οι τέσσερις στους δέκα έχουν ρυθμισμένη αρτηριακή πίεση. Το 73,1% είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι, ενώ το 74,5% δηλώνει ότι βιώνει αυξημένα επίπεδα άγχους καθημερινά. Ένας στους δύο δεν ασκείται καθόλου. Οι μισοί (50,3%) δεν καταναλώνουν λαχανικά σε καθημερινή βάση ενώ το 67,6% καταναλώνει κρέας ≥ 3 φορές την εβδομάδα και το 91% χρησιμοποιεί επιπρόσθετα αλάτι την καθημερινή διατροφή. Περίπου τρεις στους δέκα τροποποιούν τη λήψη φαρμάκων ανάλογα με την ημερήσια διακύμανση της αρτηριακής πίεσης.

Συμπεράσματα: Η παχυσαρκία, η περιορισμένη φυσική δραστηριότητα, το άγχος και η μη τήρηση της διαητητικής αγωγής στα πρότυπα της διαίτας DASH συνθέτουν το προφίλ του ασθενή με ΑΥ σε αγροτική περιοχή. Οι ιατροί της ΠΦΥ οφείλουν να διαμορφώσουν ένα εξατομικευμένο πλάνο διαχείρισης και ελέγχου της ΑΥ.

P66

ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ

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

Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Γ' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία», Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) στην κολλική μαρμαρυγή (ΚΜ) παρουσιάζει δυσκολίες. Πραγματοποιήθηκε μετα-ανάλυση μελετών έκβασης σε ασθενείς με ΚΜ υπό αντιπηκτική θεραπεία, με σκοπό να αξιολογηθεί η προγνωστική αξία της ΑΠ στο ιατρείο.

Υλικό και μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκότηση στο PubMed με τον αλγόριθμο αναζήτησης: (((“atrial fibrillation”) AND (“blood pressure” OR hypertension)) AND anticoagula*) AND (stroke OR embolism OR thromboembolism OR outcome OR “cardiovascular events”).

Αποτελέσματα: Η μετα-ανάλυση περιέλαβε 8 μελέτες (n=73,930). Υπήρχε σημαντική ετερογένεια στη μεθοδολογία μέτρησης της ΑΠ στο ιατρείο. Αξιολογήθηκε η προγνωστική αξία: (i) της ΑΠ κατά την είσοδο στη μελέτη (αρχική) ή/και της διάγνωσης υπέρτασης (ΑΥ) (4 μελέτες), (ii) της μέσης ΑΠ κατά το διάστημα παρακολούθησης (2 μελέτες), (iii) αρχικής και μέσης ΑΠ (2 μελέτες). Μετα-ανάλυση 6 μελετών (n=69,018) έδειξε ότι η αυξημένη αρχική ΑΠ ή/και η ΑΥ προέβλεπε τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ) ή/και συστηματικά εμβολικά επεισόδια (ΣΕΕ) (HR: 1.28; CI 1.12, 1.45). Μετα-ανάλυση 7 μελετών (n=69,983) έδειξε ότι η αυξημένη αρχική ΑΠ ή/και η ΑΥ δεν προέβλεπε μείζονα αιμορραγικά επεισόδια (ΜΑΕ) (HR 1.11; CI 0.98, 1.25). Μετα-ανάλυση 3 μελετών (n=29,477) έδειξε ότι η μέση ΑΠ κατά το διάστημα παρακολούθησης προέβλεπε τα ΑΕΕ/ΣΕΕ (HR 1.79; CI 1.38, 2.32), αλλά όχι τα ΜΑΕ (HR 1.13, CI 0.95, 1.35). Η ΑΠ ή/και η ΑΥ δεν προέβλεπε τη συνολική θνησιμότητα (7 μελέτες; n=66,524; HR 1.07; CI 0.91, 1.26).

Συμπεράσματα: Μελέτες έκβασης δείχνουν ότι σε ασθενείς με ΚΜ η ΑΠ στο ιατρείο ή/και η διάγνωση ΑΥ προβλέπουν τα ΑΕΕ/ΣΕΕ, αλλά όχι τα ΜΑΕ ή τη συνολική θνησιμότητα.

P67 ΣΧΕΣΗ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΩΤΙΔΙΚΗΣ ΣΚΛΗΡΙΑΣ ΜΕ 24ΩΡΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΝΕΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ

Α. Κόλλιας¹, Ε. Σταμπολλίου¹, Κ. Κυριακούλης¹, Α. Ντινέρη, Α. Βαζαίου², Γ. Στεργίου¹

¹Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Γ' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία», Αθήνα, ²Α' Παιδιατρική Κλινική, Παιδων «Π. & Α. Κυριακού», Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Η αρτηριακή σκληρία αποτελεί δείκτη ασυμπτωματικής βλάβης οργάνου-στόχου με ιδιαίτερη προγνωστική αξία σε υπερτασικούς ασθενείς. Η μελέτη αυτή αξιολόγησε την αορτική και καρωτιδική αρτηριακή σκληρία (μετρημένες με διαφορετικές μη επεμβατικές μεθόδους) σε παιδιά και νέους ενήλικες και τη συσχέτισή τους με τα επίπεδα της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ).

Υλικό και μέθοδος: Υγιή παιδιά, έφηβοι και νέοι ενήλικες (8-26 ετών) που παραπέμφθηκαν για αυξημένη ΑΠ καθώς και υγιείς εθελοντές υποβλήθηκαν σε: (i) 24ωρη καταγραφή της ΑΠ, (ii) M-mode υπερηχογράφημα για την αξιολόγηση του συντελεστή καρωτιδικής διαστασιμότητας, και (iii) καθορισμό της αορτικής ταχύτητας σφυγμικού κύματος (PWV) χρησιμοποιώντας μη επεμβατική ταλαντωσιμετρική συσκευή (Mobil-O-Graph 24h PWA).

Αποτελέσματα: Αναλύθηκαν 37 συμμετέχοντες (μέσος όρος ηλικίας 16.4±5.3 έτη, 22 άρρενες, δείκτης μάζας σώματος [BMI] 24.9±4.5 kg/m², 11 με αυξημένη 24ωρη ΑΠ [≥95η εκατοστιαία θέση για παιδιά/εφήβους ή ≥130/80 mmHg για ενήλικες]). Υπήρχε σημαντική αρνητική συσχέτιση ανάμεσα σε PWV και συντελεστή καρωτιδικής διαστασιμότητας ($r=-0.45$, $p<0.01$). Οι υπερτασικοί συμμετέχοντες συγκριτικά με τους νορμοτασικούς είχαν υψηλότερο PWV (5.5±0.5 έναντι 5±0.5 m/sec αντίστοιχα, $p<0.05$ μετά από προσαρμογή για ηλικία και φύλο), αλλά παρόμοιο συντελεστή καρωτιδικής διαστασιμότητας (46.9±24.2 έναντι 44.0±14.0 kPa-1x10⁻³, $p=NS$). Η αορτική PWV συγκριτικά με τον συντελεστή καρωτιδικής διαστασιμότητας συσχετιζόταν πιο ισχυρά με την 24ωρη συστολική ΑΠ ($r=0.77$ έναντι -0.46 αντίστοιχα, $p<0.05$ για τη διαφορά).

Συμπεράσματα: Σε νερά 8 άτομα η αορτική PWV ως δείκτης περιφερικής αρτηριακής σκληρίας φαίνεται να συνδέεται καλύτερα με τα επίπεδα της 24ωρης ΑΠ από την τοπική καρωτιδική σκληρία.

P68 ΣΧΕΣΗ 24ΩΡΗΣ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΩΤΙΔΙΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ ΚΑΙ ΝΕΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ

Α. Κόλλιας¹, Α. Ντινέρη¹, Ε. Σταμπολλίου¹, Σ. Παπαδάτος¹, Α. Βαζαίου², Γ. Στεργίου¹

¹Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Γ' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία», Αθήνα, ²Α' Παιδιατρική Κλινική, Παιδων «Π. & Α. Κυριακού», Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Πρόσφατα δεδομένα δείχνουν ότι η κεντρική (αορτική) αρτηριακή πίεση (ΑΠ) μπορεί να αντικατοπτρίζει ακριβέστερα από την περιφερική (βραχιόνια) ΑΠ το αιμοδυναμικό φορτίο στα όργανα στόχους. Μελετήθηκαν οι συσχετίσεις της 24ωρης κεντρικής συγκριτικά με τη βραχιόνια 24ωρη ΑΠ με το πάχος έσω-μέσου χιτώνα καρωτίδας (cIMT) σε εφήβους και νέους ενήλικες.

Υλικό και μέθοδος: Υγιείς έφηβοι και νέοι ενήλικες (11-26 ετών) που παραπέμφθηκαν για αυξημένη ΑΠ και υγιείς εθελοντές υποβλήθηκαν σε: (i) 24ωρη καταγραφή της βραχιονίου και της κεντρικής ΑΠ (βαθμονόμηση με μέση και διαστολική βραχιόνια ΑΠ) χρησιμοποιώντας μη-επεμβατική ταλαντωσιμετρική συσκευή (Mobil-O-Graph 24h PWA), (ii) μέτρηση του cIMT (υψηλής ευκρίνειας B- mode υπερηχογράφημα) στο επίπεδο της κοινής καρωτίδας και του βολβού αμφοτερόπλευρα.

Αποτελέσματα: Αναλύθηκαν 127 συμμετέχοντες (μέση ηλικία 17.9±4.7 έτη, 96 άρρενες, δείκτης μάζας σώματος [BMI] 24.9±5 kg/m², 34 εθελοντές, 40 με αυξημένη 24ωρη ΑΠ [≥95η εκατοστιαία θέση για εφήβους ή ≥130/80 mmHg για ενήλικες]). Υπήρχε σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην 24ωρη κεντρική και βραχιόνια συστολική ΑΠ ($r=0.80$, $p<0.01$), όμως η τελευταία ήταν χαμηλότερη κατά 6.7±8.0 mmHg (95% διαστήματα αξιοπιστίας -8.2, -5.2 mmHg, $p<0.01$). Το cIMT συσχετίστηκε καλύτερα με την κεντρική παρά με τη βραχιόνια 24ωρη συστολική ΑΠ ($r=0.52$ έναντι 0.34, $p<0.01$ για τη διαφορά). Σε πολυπαραγοντική ανάλυση παλινδρόμησης



(ανεξάρτητες μεταβλητές: ηλικία, φύλο, BMI, κεντρική και βραχιόνιος 24ωρη συστολική ΑΠ) το cIMT καθορίζονταν από την κεντρική 24ωρη συστολική ΑΠ και το άρρεν φύλο ($R^2=0.32$).

Συμπεράσματα: Σε νέα άτομα η κεντρική 24ωρη ΑΠ φαίνεται να αποτελεί ισχυρότερο καθοριστικό παράγοντα για πρώιμη καρωτιδική βλάβη από τη συμβατική βραχιόνιο 24ωρη ΑΠ.

P69 ΔΕΙΚΤΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΟΡΓΑΝΩΝ ΣΤΟΧΩΝ

Κ. Κυριακούλης¹, Α. Κόλλιας¹, Ν. Καρπέττας¹, Γ. Αγαλιώτης², Χ. Γελαδάρη², Ε. Ανδρεάδης², Γ. Στεργίου²

¹Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., Γ' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία», Αθήνα, ²Δ' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ευαγγελισμός», Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Σκοπός της εργασίας ήταν να αξιολογηθεί η σχέση μεταξύ διαφορετικών δεικτών μεταβλητότητας της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) σε μετρήσεις στο σπίτι και της ασυμπτωματικής βλάβης οργάνων-στόχων σε υπερτασικούς που δε λαμβάνουν θεραπεία.

Υλικό και μέθοδος: Υπερτασικοί που δε λάμβαναν θεραπεία υποβλήθηκαν σε μετρήσεις ΑΠ στο σπίτι (διπλές μετρήσεις πρωί και απόγευμα για 6-7 ημέρες με αυτόματες συσκευές), σε αξιολόγηση του υπερηχογραφικού δείκτη μάζας της αριστερής κοιλίας (LVMI) και σε εξέταση για μικροαλβουμινουρία (UAE).

Αποτελέσματα: Συνολικά 276 άτομα (μέση ηλικία 51.8 ± 11 [SD] έτη, άνδρες 58%, συστολική/διαστολική ΑΠ στο σπίτι $139.9 \pm 13.1/88.7 \pm 8.6$ mmHg) αναλύθηκαν. Η μέση τιμή ΑΠ στο σπίτι εμφάνισε συσχέτιση με LVMI ($n=263$; $r=0.37/0.15$, συστολική/διαστολική ΑΠ, $p<0.01/<0.05$ αντίστοιχα) και με UAE ($n=230$; $r=0.31/0.21$, $p<0.01/<0.01$). Η μέγιστη τιμή της συστολικής ΑΠ στο σπίτι εμφάνισε συσχέτιση με LVMI ($r=0.34$, $p<0.01$) και UAE ($r=0.31$, $p<0.01$). Κανένας άλλος δείκτης μεταβλητότητας της ΑΠ στο σπίτι (τυπική απόκλιση, συντελεστής μεταβλητότητας, μέση αληθής μεταβλητότητα, μεταβλητότητα ανεξάρτητη της μέσης τιμής) δεν παρουσίασε συσχέτιση με LVMI ή UAE. Σε πολυπαραγοντική ανάλυση παλινδρόμησης (ηλικία, φύλο, δείκτης μάζας σώματος, συστολική/διαστολική ΑΠ στο σπίτι, μέγιστη συστολική ΑΠ στο σπίτι ως ανεξάρτητες μεταβλητές) η συστολική ΑΠ στο σπίτι και η ηλικία καθόριζαν τον LVMI ($R^2=0.40$) ενώ τη UAE προέβλεπε η μέγιστη συστολική ΑΠ στο σπίτι και το άρρεν φύλο ($R^2=0.36$).

Συμπεράσματα: Τα παραπάνω δεδομένα δείχνουν ότι σε υπερτασικούς ασθενείς που δε λαμβάνουν θεραπεία η μέση και η μέγιστη συστολική ΑΠ στο σπίτι και όχι άλλοι δείκτες μεταβλητότητας σχετίζονται με ασυμπτωματική βλάβη οργάνων-στόχων.

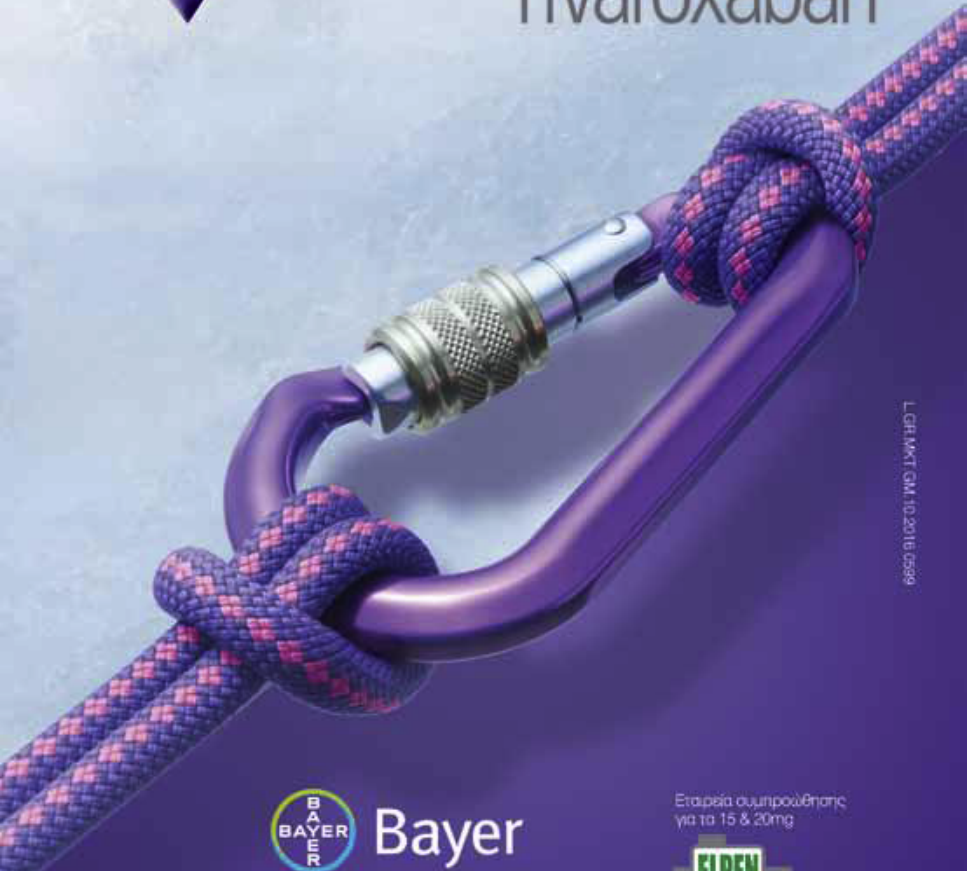


www.hypertasi.gr



Xarelto®

rivaroxaban



L. GRAMT. GM.10.2010.0599



Bayer

Κατοχρές της άδειας κυκλοφορίας:
Bayer Pharma AG, 13342 Berlin, Γερμανία
Τοπικός αντιπρόσωπος του κατόχου άδειας
κυκλοφορίας στην Ελλάδα: Bayer Ελλάς ΑΒΕΕ,
Συγγρού 18-20, 151 26 Μαρούσι.
Τοπικός αντιπρόσωπος του κατόχου άδειας
κυκλοφορίας στην Κύπρο: Novagorm Ltd,
Τηλ. 00357 22493660

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

Εταιρεία συμπρωθήσεως
για τα 15 & 20mg



ELPEN Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ
Λεωφ. Μαρτύρων 95, 150 09 Πεύκη Αττικής
Τηλ: 210 6039325 - 9, Fax: 210 6039300
ΓΡΑΦΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ
Σαρκοτσάς 11, 115 28 Αθήνα,
Τηλ: 210 7488711, Fax: 210 7488731
Εθν. Αντιστάσεως 114, 551 04 Θεσσαλονίκη,
Τηλ: 2310 459920 - 1, Fax: 2310 459209

Βεβαιώνει το γινώσκον το φάρμακο και αφορά και
Ανασφάλματα
ΟΑΕΣ της αναπνευστικής συστήσεως και
ΟΑΑ με φάρμακα
Συμπληρωματικός τηλ: +0079861 84703

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