12ο Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου

ΟΡΓΑΝΩΣΗ

ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ
ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ
ΓΙΑ ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

ΧΟΡΗΓΟΥΝΤΑΙ 20 ΜΟΡΙΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ (CME-CPD CREDITS)

27 - 30 Ιουνίου 2019

HOTEL ELITE CITY RESORT, ΚΑΛΑΜΑΤΑ



ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ

Υπουργείου Υγείας

CEDA/FID

(Central European Diabetes Association,
Federation of International Danube
Symposia on Diabetes mellitus)

ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΤΟΜΟΣ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

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

5η ΗμερίδαΔιατροφής

Σάββατο 5 Οκτωβρίου 2019

Αμφιθέατρο Φαίδων Φέσσας, Λαϊκό Νοσοκομείο, Αθήνα

Διατροφικές Παρεμβάσεις στην Πρόληψη και Αντιμετώπιση των Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου

Συνδιοργάνωση με την

Ένωση Διαιτολόγων Διατροφολόγων Ελλάδος - ΕΔΔΕ -



ΔΩΡΕΑΝ
ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

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

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ - ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ
Αλεξ. Παναγούλη 118, Αγ. Παρασκευή, Αθήνα 153 43
Τ: 210 6074200, **F:** 210 6074222
E: md@mdcongress.gr, **W:** www.mdcongress.gr

8ο ΑΚΡΟΠΟΛΙΣ 2019

Εταιρεία Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου για Αγγειακά Νοσήματα

Ετήσια συνάντηση ειδικών σε θέματα καρδιομεταβολικού κινδύνου: αμφιλεγόμενα θέματα αιχμής

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2019
ΑΙΓΛΗ ΖΑΠΠΕΙΟΥ, ΑΘΗΝΑ

Υπό την Αιγίδα του

CEDA/FID

(Central European Diabetes Association, Federation of International Danube Symposia on Diabetes mellitus)

ΟΡΓΑΝΩΣΗ
Εταιρεία Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου για Αγγειακά Νοσήματα
Ιακ. Δραγάτση 8, 185 35 Πειραιάς
(Οροφος 4 - Γραφείο Δ1)
T & **F:** 210 4953646, **E:** info@empakan.gr
W: www.empakan.gr

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ - ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ - ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ
ΚΕΓΜ ΤΟΥΡΙΣΤΙΚΕΣ & ΣΥΝΕΔΡΙΑΚΕΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ Ε.Ε.
Μιχαλακοπούλου 27, 115 28 Αθήνα
T. 210 7222 518, **F.** 210 7210 069
E. info@congressworld.gr, reception@congressworld.gr
W. http://www.congressworld.gr

ΔΩΡΕΑΝ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ
Θα τηρηθεί σειρά προτεραιότητας
Online εγγραφή στο www.empakan.gr

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

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

Μέλη:

Η. Αβραμόπουλος
Ν. Αποστολοπούλου
Κ. Γεωργούση
Ν. Γκιούλος
Χ. Δημοσθενόπουλος
Ρ. Ευθυμιάδου
Ε. Ζέρβας
Σ. Ζόμπολος
Ε. Καλαφάτης
Κ. Κοροβέσης
Γ. Κουδούνης
Α. Κουτσοβασίλης
Π. Κουφοπούλου
Λ. Λαναράς
Θ. Λάππα
Σ. Λιάτης
Ε. Λυμπερόπουλος
Θ. Μακρής
Σ. Μακρυγιάννης
Ι. Μαντάς
Γ. Μερτζάνος
Γ. Μπριστογιάννης
Ι. Ντούπης
Ν. Ξυδιά
Δ. Παπαδόπουλος
Ν. Πατσουράκος
Κ. Πολύζος
Κ. Σγούρος
Κ. Σουβατζή
Δ. Στεφανή
Π. Στουγιάννος
Ε. Στρουμπούλη
Α. Σωτηρόπουλος
Α. Τσαγκάρη
Π. Τσαπόγας
Π. Χαλβατσιώτης

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδροι: **Γ. Δημητριάδης - Ι. Ιωαννίδης**

Μέλη:

Α. Αλαβέρας
Θ. Αλεξανδρίδης
Δ. Βλαχάκος
Χ. Γράσσος
Μ. Ελισάφ
Ν. Κατσιλάμπρος
Ν. Καυκάς
Δ. Κιόρτσης
Α. Κόκκινος
Μ. Λελέκης
Α. Μελιδώνης
Η. Μυγδάλης
Μ. Παγώνη
Ν. Παπάνας
Σ. Παππάς
Α. Πιτταράς
Β. Πυργάκης
Α. Ράπτης
Γ. Στεργίου
Ν. Τεντολούρης
Α. Τσελέπης
Κ. Τσιούφης
Γ. Φλώρος
Π. Χριστακόπουλος

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ ΠΡΟΕΔΡΩΝ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Η Εταιρεία Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου για Αγγειακά Νοσήματα (Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν.) διοργανώνει το **12ο Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου, 27 - 30 Ιουνίου 2019 στο ξενοδοχείο Elite στην Καλαμάτα**, στο οποίο φιλοδοξεί με τη διεξαγωγή των εργασιών του να παρέχει ότι νεότερο σε ένα ευρύ πεδίο θεμάτων σχετικών με τους Καρδιομεταβολικούς παράγοντες κινδύνου, με έμφαση στην τεκμηριωμένη γνώση και στην συνεπαγόμενη ορθή κλινική πράξη.

Στο Συνέδριο θα συμμετέχουν εκλεκτοί συνάδελφοι ομιλητές που έχουν διαπρέψει στο χώρο τους και θα συζητηθούν οι τελευταίες εξελίξεις στις μεθόδους πρόληψης, διάγνωσης και αντιμετώπισης των Καρδιομεταβολικών παραγόντων κινδύνου.

Σας προσκαλούμε να μας τιμήσετε με τη δική σας έμπρακτη συμμετοχή, συμβάλλοντας έτσι στην επιτυχία του Συνεδρίου μας.

Εκ μέρους της Ο.Ε, σας καλωσορίζουμε στην Καλαμάτα,

Με εκτίμηση,
Για την Οργανωτική Επιτροπή

Δρ. Ιωάννης Κυριαζής

Δρ. Ερυφίλη Χατζηαγγελάκη

ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΕΜΠΤΗ 27/06/2019

Αίθουσα Α'

15.30 **Προσέλευση - Εγγραφές**

16.10 - 17.00 **V- Learning**

Προεδρείο: **Ε. Χατζηαγγελάκη**
Συνθέτοντας το πάζλ των παραγόντων καρδιαγγειακού και νεφρικού κινδύνου στο ΣΔτ2 - **Σ. Λιάτης - Ι. Ντούπης**

17.00 - 17.30 **Προφορικές Ανακοινώσεις**

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

ΠΑ01 ΤΟ ΟΥΡΙΚΟ ΟΞΥ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΑΘΗΡΩΜΑΤΟΓΕΝΕΣΗΣ

Βασιλική Μαμαρέλη[2], Ορέστης Τάνης[2], Χριστίνα Μαμαρέλη[4], Ιωάννης Μαμαρέλης[1], Σοφία Μπακιρζή[2], Ιωάννα Αναστασοπούλου[3], Εμμανουήλ Κουτουλάκης[5], Χριστόφορος Κωτούλας[6]

[1] *Καρδιολογική Κλινική ΝΙΜΤΣ*
[2] *Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο, Ακτινοχημεία & Βιοφασματοσκοπία, Πολυτεχνειούπολη Ζωγράφου*
[3] *Διεθνές Αντικαρκινικό Ινστιτούτο, 1ο Κm Καπανδρίτι, 19014 Αττική*
[4] *Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πάτρας*
[5] *Καρδιολογική Κλινική, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών*
[6] *Καρδιοχειρουργική κλινική, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών*

ΠΑ02 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΤΥΠΟΥ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΣΤΗΝ ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΣΥΝΕΠΑΓΟΜΕΝΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΕΡΒΑΡΩΝ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Θεοδώρα Λάππα[1], Αμαλία Τσαγκάρη[1], Δήμητρα Λατσού[2], Ανθή Ταναϊνη[1], Κλεονίκη Γεωργούση[3], Δήμητρα Στεφανή[3], Ευτυχία Πούλιου[3], Φώτιος Παναγιώτης Τατάκης[3], Κωνσταντίνα Κυρέ[3], Αλέξανδρος Τσαντούλας[3], Θεόδωρος Στρίγκος[3], Αναστάσιος Βογιατζάκης[3], Σοφία Ρέλλου[3], Μωυσής Λελέκης[3], Ιωάννης Κυριαζής[4]

[1] *Τμήμα Κλινικής Διατροφής, Γενικό Νοσοκομείο ΚΑΤ*
[2] *Επιστημονικός Συνεργάτης, Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου*
[3] *Παθολογικη Κλινική Γ.Ν.Α. ΚΑΤ*
[4] *Διαβητολογικό Ιατρείο & Ιατρείο Παχυσαρκίας Γ.Ν.Α. ΚΑΤ*

ΠΑ03 Μελέτη ενδοκυττάριου υγρού και ανάπτυξης σε παιδιά ηλικίας 8 - 11 ετών

Κωνσταντίνος Μούντανος[1], Γεώργιος Γιαγκίδης[1], Βασίλειος Ζαφειρόπουλος[1], Βασιλική Χατζή[1]
Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης, Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας

17.30 - 18.15 **Στρογγυλό Τραπέζι: Διατροφή και τρόπος ζωής.**

Προεδρείο: **Κ. Μπουκέα - Κ. Σουβατζή**
Ο ρόλος της δίαιτας στην πρόληψη και την αντιμετώπιση της NAFLD - **Χ. Δημοσθενόπουλος**
Διακοπή του καπνίσματος: Tips and tricks - **Ε. Ζέρβας**

18.15 - 18.30 **Βραχεία Διάλεξη**

Προεδρείο: **Δ. Ρίχτερ**
Διερεύνηση του ασυμπτωματικού διαβητικού ασθενή για στεφανιαία νόσο. Πότε και πώς - **Σ. Μακρυγιάννης**

18.30 - 19.00 **Διάλεξη Ελληνικής Εταιρείας Καρδιαγγειακής Προστασίας**

Προεδρείο: **Σ. Μακρυγιάννης**
Η διαχείριση των αυξημένων επιπέδων του ουρικού οξέος ως στοιχείο της συνολικής καρδιαγγειακής προστασίας - **Α. Πιτταράς**

19.00 - 19.15 **Βραχεία Διάλεξη**

Προεδρείο: **Α. Πιτταράς**
Νεώτερα δεδομένα για τους PCSK9: Υπάρχει θέση στην θεραπεία των ατόμων υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου; - **Δ. Ρίχτερ**

19.15 - 19.45 **Δορυφορική Διάλεξη** σελ. 19

19.45 - 20.00 **Διάλειμμα - Καφές**

E-poster: Προεδρείο: **Ι. Παπαδόπουλος - Α. Ξάνθης**

ΑΑ 01 Η ΠΡΟΤΙΜΗΣΗ ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΛΛΗΝΕΣ ΓΕΝΙΚΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ

Ευστάθιος Σκληρός, Αναστασία Αντωνίου, Μιχάλης Βικέλης, Χρήστος Παπαφράγκος, Μαρία Σαρίδη, Αλέξης Σωτηρόπουλος
Ελληνική Εταιρεία Έρευνας και Εκπαίδευσης στην Π.Φ.Υ

20.00 - 20.30	**Τελετή Έναρξης - Βραβεύσεις Ανακοινώσεων - Βραβείο ALBERT SCHWEITZER**	
20.30 - 21.00	**Δορυφορική Διάλεξη**	σελ. 19
21.00 - 21.30	**Εναρκτήρια Διάλεξη** Προεδρείο: **Μ. Παγώνη** Ηθική και δεοντολογία στην ιατρική κλινική πράξη - **Π. Χριστακόπουλος**	
21.30 - 22.00	**Δορυφορική Διάλεξη**	σελ. 19
22.00	**Δείπνο**	

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 28/06/2019

Αίθουσα Α'

08.15 - 08.45 **Προφορικές Ανακοινώσεις**

Προεδρείο: **Κ. Κοροβέσης - Κ. Σγούρος**

ΠΑ04 ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΚΑΡΔΙΟΜΕΤΑΒΟΛΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΤΡΙΤΗΣ & ΤΕΤΑΡΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Ιωάννης Κυριαζής[1], Φώτιος Παναγιώτης Τατάκης[2], Κλεοπάτρα Σουβατζή[2], Εμμανουήλ Καλαφάτης[2], Ευτυχία Πούλιου[2], Παναγιώτης Γεωργακόπουλος[2], Παναγιώτης Κουτσούρης[2], Αθανάσιος Δρόσος[2], Κωνσταντίνα Κυρε[2], Αντωνία Παπαχρήστου[2], Άννα - Νεφέλη Παπαγεωργίου[2], Θεοδώρα Λάππα[3], Αμαλία Τσαγκάρη[3], Μωυσής Λελέκης[2]

[1] *Διαβητολογικό Ιατρείο & Ιατρείο Παχυσαρκίας Γ.Ν.Α. ΚΑΤ*
[2] *Παθολογικη Κλινική Γ.Ν.Α. ΚΑΤ*
[3] *Τμήμα Κλινικής Διατροφής, Γενικό Νοσοκομείο ΚΑΤ*

ΠΑ05 ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗ, ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Ιωάννης Κυριαζής[1], Δήμητρα Στεφανή[2], Εμμανουήλ Καλαφάτης[2], Κλεοπάτρα Σουβατζή[2], Ευτυχία Πούλιου[2], Φώτιος Παναγιώτης Τατάκης[2], Αθανάσιος Δρόσος, Κωνσταντίνα Κυρέ[2], Παναγιώτης Γεωργακόπουλος[2], Ιωάννης Καχριμανίδης[2], Μωυσής Λελέκης[2]

[1] *Διαβητολογικό Ιατρείο Γ.Ν.Α. ΚΑΤ*
[2] *Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Α. ΚΑΤ*

ΠΑ06 ΑΝΑΔΕΙΞΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ LADA ΜΕ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΑΝΑΣΤΟΛΕΑ SGLT2. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ.

Δημοσθένης Μαζαράκης, Δανάη Τσάλτα, Γεώργιος Δεπούντης, Ιωάννα Γιωτοπούλου, Αλεξάνδρα Κωνσταντοπούλου, Ελένη Σιδηροπούλου, Ευαγγελία Κούκου, Ιωάννα Γιαννακοπούλου, Νικολέττα Ξυδιά

Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Μεσσηνίας - Ν.Μ. Καλαμάτας

08.45 - 09.45 **Στρογγυλό Τραπέζι: Ο ρόλος της απεικόνισης στις επιπλοκές του ΣΔ**

Προεδρείο: **Β. Πρασόπουλος - Μ. Μιχαήλ**

Ο ρόλος του πυρηνικού ιατρού - **Β. Πρασόπουλος**

Ο ρόλος της μαγνητικής τομογραφίας - **Ρ. Ευθυμιάδου**

09.45 - 10.15 **Βραχείες Διαλέξεις: Αντιαιμοπεταλιακά - Αντιπηκτικά**

Προεδρείο: **Γ. Κουδούνης - Μ. Παγώνη**
Διπλή & τριπλή αντιθρομβωτική θεραπεία: Πότε και σε ποιούς - **Π. Στουγιάννος**
Χειρισμός αντιαιμοπεταλιακών και αντιπηκτικών σε αιμορραγία του πεπτικού - **Κ. Κοροβέσης**

10.15 - 10.45 **Διάλεξη Προσκεκλημένου Ομιλητή**

Προεδρείο: **Α. Σωτηρόπουλος**
Υπάρχει ακόμα θέση για τις Σουλφονυλουρίες στη θεραπεία του ΣΔτ2; - **Α. Αλαβέρας**

10.45 - 11.15 **Θεματική Διάλεξη Ειδικού**

Προεδρείο: **Ι. Κυριαζής**
Πνευμονιοκκοκική νόσος στους καρδιομεταβολικούς ασθενείς: Πρόληψη και θεραπεία - **Μ. Λελέκης**

11.15 - 11.45 **Δορυφορική Διάλεξη** σελ. 20

11.45 - 12.00 **Διάλειμμα - Καφές**

E-poster: Προεδρείο: **Κ. Κοροβέσης - Π. Στουγιάννος**

ΑΑ02 ΕΥΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ ΙΙ ΥΠΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΕΜΠΑΓΛΙΦΛΟΖΙΝΗ ΠΡΟΣΦΑΤΟΥ ΕΝΑΡΞΗΣ

Χαράλαμπος Θάνος, Αλεξάνδρα Γιάννου, Μαρία Γραμμουστιάνου, Ανδρέας Αδρακτάς
Παθολογική Κλινική - Γενικό Νοσοκομείο Θείας Πρόνοιας «Η Παμμακάριστος»

ΑΑ 03 ΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΑ ΜΕ ΚΕΡΚΙΔΙΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ

Κωνσταντίνος Κιντής, Ανδρέας Κολονιάρης, Άγις Ηλιάδης, Εμμανουήλ Παπαδάκης, Διονύσιος Αντωνάτος, Χρήστος Μαντής, Αρετή Πουλιανίτου, Ανδρέας Ιβάνος, Λουκάς Κυριάκου, Χάρης Αρμόνης, Σταύρος Σαλαβράκος, Χρήστος Τούντας, Ελένη Αποστολοπούλου, Σωτήριος Πατσιλινάκος
Καρδιολογική Κλινική, Κωνσταντοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

12.00 - 12.30 **Διάλεξη «Γαληνός»**

Προεδρείο: **Ι. Ιωαννίδης**
Στατίνες στον πραγματικό κόσμο: Αποτελέσματα, Ανησυχίες και αντιπαραθέσεις - **Μ. Ελισάφ**

12.30 - 13.00 **Διάλεξη Διακεκριμένου Ομιλητή**

Πρόεδρος: **Ν. Κατσιλάμπρος**
ΣΔ και καρκίνος: Νεώτερα δεδομένα - **Σ. Παππάς**

13.00 - 14.00 **Δορυφορικό Συμπόσιο** σελ. 20

14.00 - 17.00 **Γεύμα - Ελεύθερος χρόνος**

17.00 - 17.30 **Προφορικές Ανακοινώσεις**

Προεδρείο: **Α. Μαρκοπούλου - Π. Στουγιάννος**

ΠΑ07 ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΟ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ, ΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΥΣ, ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Θεοδώρα Λάππα[1], Αμαλία Τσαγκάρη[1], Φώτιος Παναγιώτης Τατάκης[2], Εμμανουήλ Καλαφάτης[2], Δήμητρα Στεφανή[2], Κωνσταντίνος Πολύζος, Κλεοπάτρα Σουβατζή[2], Ιωάννης Καχριμανίδης[2], Βασίλειος Λαΐνης[2], Θεόδωρος Στρίγκος[2], Αντωνία Παπαχρήστου[2], Σοφία Ρέλλου[2], Νεφέλη Άννα Παπαγεωργίου[2], Μωυσής Λελέκης[2], Ιωάννης Κυριαζής[3]

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

ΠΑ08 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Αντώνιος Λουρουντζής, Νικόλαος Νικολάου, Αδαμαντία Δερέκα, Διονύσιος Κλώνος, Χριστίνα Αλάμαρα, Νικόλαος Χριστοφορίδης, Γεώργιος Ερωτοκρίτου
Α΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΠΑ09 ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ

Ανδρέας Πιτταράς[1,2,4,5], Χαράλαμπος Γράσσος[1], Μιχάλης Δούμας[1,2], Μανώλης Καλλίστρατος[4], Κωνσταντίνος Κυφνίδης[4], Νικόλαος Κουρεμένος[4], Γεωργία Πυριοβολή[5], Αθανάσιος Μανώλης[4], Charles Faselis[1,2], Peter Kokkinos[1,2,3]

[1] *Veterans Affairs Medical Center, Washington, DC*
[2] *George Washington University, Washington DC*
[3] *Rutgers University, NJ*
[4] *Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας*
[5] *Mediton Medical Center, Athens, Greece*

17.30 - 17.45 **Βραχεία Διάλεξη**

Προεδρείο: **Ν. Καυκάς**
Δυνητικά αίτια μυοκαρδιακής ισχαιμίας: Ο ρόλος της δυσλειτουργίας της στεφανιαίας μικροκυκλοφορίας - **Ν. Πατσουράκος**

17.45 - 19.15 **Στρογγυλό Τραπέζι: Σακχαρώδης Διαβήτης - Επιπλοκές**

Προεδρείο: **Γ. Μπριστογιάννης - Σ. Παππάς - Ν. Παπάνας**
Νευροπάθεια στον ΣΔ. Συσχέτιση με άλλες συχνές επιπλοκές αλλά και κατάθλιψη στα άτομα με ΣΔ - **Μ. Ζαφείρη**
Διαχείριση του ευάλωτου νεφρολογικά ασθενή με ΣΔτ2 και ΧΝΝ: Οδηγίες για τα φάρμακα του άξονα RAA, τα διουρητικά αλλά και τα αντιδιαβητικά δισκία - **Δ. Βλαχάκος**
Οστικές επιδράσεις του ΣΔ αλλά και των αντιδιαβητικών θεραπειών - **Ι. Ιωαννίδης**

19.15 - 19.30 **Βραχεία Διάλεξη**

Προεδρείο: **Π. Χαλβατσιώτης**
Μη ινσουλινικές θεραπείες στο ΣΔΤ1 - **Α. Κουτσοβασίλης**

19.30 - 20.00 **Δορυφορική Διάλεξη** σελ. 20

20.00 - 20.15 **Διάλειμμα - Καφές**

E-poster: Προεδρείο: **Μ. Ζαφείρη - Ν. Πατσουράκος**

ΑΑ04 ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΘΡΟΜΒΟΥ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΜΕ ΠΟΛΛΑΠΛΕΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΜΒΟΛΕΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΤΥΠΟΥ 5

Νικόλαος Κατσιάδας, Κωνσταντίνος Κιντής, Χρήστος Μαντής, Διονύσιος Αντωνάτος, Εμμανουήλ Παπαδάκης, Αρετή Πουλιανίτου, Χάρης Αρμόνης, Σταύρος Σαλαβράκος, Χρήστος Τούντας, Ελένη Αποστολοπούλου, Σωτήριος Πατσιλινάκος
Κωνσταντοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

20.15 - 21.00 **Διακεκριμένη Διάλεξη**

Προεδρείο: **Π. Χριστακόπουλος**
Σωστή Διατροφή - Νεότερα Δεδομένα - **Ν. Κατσιλάμπρος**

21.00 - 22.00 **Δορυφορικό Συμπόσιο** σελ. 20

22.00 **Δείπνο**

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 28/06/2019

Αίθουσα Β'

ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΑ

09.00 - 10.30 **Clinical Breakfast** σελ. 21

14.15 - 15.00 **Clinical Lunch** σελ. 21

ΣΑΒΒΑΤΟ 29/06/2019

Αίθουσα Α'

08.30 - 09.00 **Προφορικές Ανακοινώσεις**

Προεδρείο: **Ε. Μάκαρης - Ν. Ξυδιά**

ΠΑ10 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΡΑΞΗΣ ΜΕ ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Αμαλία Τσαγκάρη[1], Θεοδώρα Λάππα[1], Δήμητρα Λατσού[2], Ανθή Ταναΐνη[1], Εμμανουήλ Καλαφάτης[3], Κωνσταντίνος Πολύζος[3], Φώτιος Παναγιώτης Τατάκης[3], Παναγιώτης Γεωργακόπουλος[3], Ιωάννης Καχριμανίδης[3], Αθανάσιος Δρόσος[3], Βασίλειος Λαΐνης[3], Μωυσής Λελέκης[3], Ιωάννης Κυριαζής[4]

[1] Τμήμα Κλινικής Διατροφής, Γενικό Νοσοκομείο ΚΑΤ
[2] Επιστημονικός Συνεργάτης, Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου
[3] Παθολογικη Κλινική Γ.Ν.Α. ΚΑΤ
[4] Διαβητολογικό Ιατρείο & Ιατρείο Παχυσαρκίας Γ.Ν.Α. ΚΑΤ

ΠΑ11 ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ ΣΤΟΝ ΟΡΕΙΝΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΗΣ Δ. ΦΡΑΓΚΙΣΤΑΣ ΕΥΡΥΤΑΝΙΑΣ. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΓΑΛΗΝΟΣ»

Ιωάννης Κυριαζής[1], Χαρίλαος Δημοσθενόπουλος[1], Θεοδώρα Λάππα[1], Δήμητρα Λατσού[2], Αμαλία Τσαγκάρη[2], Ιωάννης Παπαδόπουλος[1], Ερυφίλη Χατζηαγγελάκη[1], Ιωάννης Ντούπης[1], Νικόλαος Πατσουράκος[1], Ρωξάνη Εθυμιάδου[1], Κωνσταντίνος Σγούρος[1], Νικόλαος Παπανικολάου[3], Ιωάννης Ιωαννίδης[1]

[1] Ιατρική Επιστημονική Ομάδα Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν
[2] PhDc,Επιστημονικός Συνεργάτης Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου
[3] Γενικός Γιατρός, Συντονιστής Διευθυντής ΠΕΔΥ, Κ.Υ. Δυτ. Φραγκίστας

ΠΑ12 ΤΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΟΡΕΙΝΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΗΣ ΔΥΤΙΚΗΣ ΦΡΑΓΚΙΣΤΑΣ ΕΥΡΥΤΑΝΙΑΣ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ «ΓΑΛΗΝΟΣ»

Ιωάννης Κυριαζής[1], Φώτιος Παναγιώτης Τατάκης[1], Δήμητρα Λατσού[2], Θεοδώρα Λάππα[1], Ιωάννης Ντούπης[1], Ερυφύλη Χατζηαγγελάκη[1], Νικόλαος Πατσουράκος[1], Ρωξάνη Ευθυμιάδου[1], Ιωάννης Παπαδόπουλος[1], Χαρίλαος Δημοσθενόπουλος[1], Κωνσταντίνος Σγούρος[1], Νικόλαος Παπανικολάου[3], Ιωάννης Ιωαννίδης[1]

[1] *Ιατρική Επιστημονική Ομάδα Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν*

[2] *PhDc,Επιστημονικός Συνεργάτης Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου*

[3] *Γενικός Γιατρός, Συντονιστής Διευθυντής ΠΕΔΥ, Κ.Υ. Δυτ. Φραγκίστας*

09.00 - 09.30 **Διάλεξη Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας Παχυσαρκίας**

Προεδρείο: **Λ. Λαναράς**

Βαριατρική χειρουργική θεραπεία της παχυσαρκίας σε διαβητικό και μη ασθενή. Ενδείξεις, επιπτώσεις και πλεονεκτήματα - **Α. Κόκκινος**

09.30 - 10.00 **Διάλεξη**

Προεδρείο: **Δ. Παπαδόπουλος**

Βέλτιστη πρωτογενής PCI: στρατηγικές και επιλογή ασθενών - **Ν. Καυκάς**

10.00 - 10.30 **Θεματική Διάλεξη Προσκεκλημένου Ομιλητή**

Προεδρείο: **Π. Χαλβατσιώτης**

Παράγοντες που επηρεάζουν ένα σύστημα υγείας: ο ρόλος των οικονομικών της υγείας - **Ν. Κοντοδημόπουλος**

10.30 - 10.45 **Διάλειμμα - Καφές**

E-poster: Προεδρείο: **Γ. Γιαννακοπούλου - Ν. Πατσουράκος**

ΑΑ05 Η ΕΚΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ ΩΣ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΥΨΗΛΟΥ ΦΟΡΤΙΟΥ ΘΡΟΜΒΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ STEMI

Νικόλαος Κατσιάδας, Κωνσταντίνος Κιντής, Χρήστος Μαντής, Διονύσιος Αντωνάτος, Εμμανουήλ Παπαδάκης, Αρετή Πουλιανίτου, Χάρης Αρμόνης, Σταύρος Σαλαβράκος, Χρήστος Τούντας, Ελένη Αποστολοπούλου, Σωτήριος Πατσιλινάκος

Κωνσταντοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

ΑΑ06 Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Η ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ ΤΩΝ 4 FRENCH ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΚΑΘΕΤΗΡΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΑ ΜΕΣΩ ΚΕΡΚΙΔΙΚΗΣ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗΣ

Κωνσταντίνος Κιντής, Ανδρέας Κολονιάρης, Άγις Ηλιάδης, Εμμανουήλ Παπαδάκης, Διονύσιος Αντωνάτος, Χρήστος Μαντής, Αρετή Πουλιανίτου, Ανδρέας Ιβάνος, Λουκάς Κυριάκου, Χάρης Αρμόνης, Σταύρος Σαλαβράκος, Χρήστος Τούντας, Ελένη Αποστολοπούλου, Σωτήριος Πατσιλινάκος

Καρδιολογική Κλινική, Κωνσταντοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

10.45 - 11.30 **Στρογγυλό Τραπέζι : Θεραπευτική του ασθενή με ΣΔτ2**

Προεδρείο: **Θ. Αλεξανδρίδης - Σ. Παππάς**
Ποια νεότερα αντιδιαβητικά φάρμακα και σε ποιους ασθενείς στο 2ο βήμα μετά τη μετφορμίνη; - **Σ. Λιάτης**
Υπάρχουν ασθενείς με ΣΔτ2 στους οποίους έχει θέση η βασική ινσουλίνη ως πρώτο βήμα ενέσιμης θεραπείας; - **Ε. Χατζηαγγελάκη**

11.30 - 12.00 **Θεματική Διάλεξη Ειδικού**

Προεδρείο: **Ε. Χατζηαγγελάκη**
Προφυλακτική χρήση αντιβιοτικών στη παθολογία - **Μ. Λελέκης**

12.00 - 12.30 **Διάλεξη**

Προεδρείο: **Ε. Ρίζος**
Λιποδυστροφίες και διαταραχές του μεταβολισμού - **Β. Λαμπαδιάρη**

12.30 - 13.00 **Δορυφορική Διάλεξη** σελ. 22

13.00 - 14.00 **Δορυφορικό Συμπόσιο** σελ. 22

14.00 - 16.40 **Γεύμα - Ελεύθερος χρόνος**

16.40 - 17.30 **Προφορικές [βραβευμένες] Ανακοινώσεις**

Προεδρείο: **Ι. Ντούπης - Ν. Πατσουράκος**

ΠΑ13 ***1ο ΒΡΑΒΕΙΟ ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ***

Η ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΣΥΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΑΝΤΙΣΤΡΟΦΑ ΚΑΙ ΔΙΑΒΑΘΜΙΣΜΕΝΑ ΜΕ ΤΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Ανδρέας Πιτταράς[1,2,4,5], Χαράλαμπος Γράσσος[1], Μιχάλης Δούμας[1,2], Μανώλης Καλλίστρατος[4], Κωνσταντίνος Κυφνίδης[4], Νικόλαος Κουρεμένος[4], Γεωργία Πυριοβολή[5], Αθανάσιος Μανώλης[4], Charles Faselis[1,2], Peter Kokkinos[1,2,3]

[1] *Veterans Affairs Medical Center, Washington, DC*
[2] *George Washington University, Washington DC*
[3] *Rutgers University, NJ*
[4] *Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας*
[5] *Mediton Medical Center, Athens, Greece*

ΠΑ14 ***1ο ΒΡΑΒΕΙΟ ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ***

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΜΠΑΓΛΙΦΛΟΖΙΝΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΙΤΑΓΛΙΠΤΙΝΗΣ ΣΤΗ ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΤΟΥ ΛΙΠΩΔΟΥΣ ΙΣΤΟΥ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΟΡΤΙΚΗ ΔΥΣΚΑΜΨΙΑ ΣΕ ΝΟΡΜΟΤΑΣΙΚΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Σταμάτης Ευσταθίου, Ειρήνη Σκεύα, Απόστολος Αχείμαστος, Θεόδωρος Μουντοκαλάκης

Κλινική «Υγείας Μέλαθρον», Αθήνα

ΠΑ15 ***ΕΠΑΙΝΟΣ 2ης ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ***

ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2. ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΕΙΚΟΣΑΕΤΙΑ

Μαρία Ζιώρη[1], Αθανασία Παπαζαφειροπούλου[2], Αναστάσιος Κουτσοβασίλης[3], Ηλίας Γεωργόπουλος[2], Δημήτρης Γουγουρέλας[3], Σταματίνα Δρίβα[1], Ελισάβετ Προδρομιάδου[1], Σταύρος Μπούσμπουλας[3], Σταύρος Παππάς[3], Ανδρέας Μελιδώνης[2], Αλέξιος Σωτηρόπουλος[3], Σταύρος Λιάτης[1]

[1] *Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»,*
[2] *Α' Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»,*
[3] *Γ' Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας - Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»*

ΠΑ16 ***ΕΠΑΙΝΟΣ 3ης ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ***

ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ, ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΤΑΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΤΟ ΔΙΑΒΗΤΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Μαρία Ρεκλείτη[1], Κυριάκος Σουλιώτης[2], Πάολα Ρόχας[1], Ιωάννης Κυριαζής[3], Μαρία Τσιρώνη[1]

[1] Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου
[2] Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου
[3] Διαβητολογικό Ιατρείο Γ.Ν.Α. ΚΑΤ

ΠΑ17 ***ΕΠΑΙΝΟΣ 3ης ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ***

ΘΕΩΡΙΑ ΚΑΙ ΠΡΑΞΗ ΣΤΗΝ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΜΕΣΩ ΤΟΥ ΕΡΓΑΛΕΙΟΥ FINDRISK ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Ιωάννης Κυριαζής[1], Ερυφίλη Χατζηαγγελάκη[1], Δήμητρα Λατσού[2], Ιωάννης Ντούπης[1], Νικόλαος Πατσουράκος[1], Ρωξάνη Εθυμιάδου[1], Ιωάννης Παπαδόπουλος[1], Χαρίλαος Δημοσθενόπουλος[1], Ιωάννης Ιωαννίδης[1]

[1] Ιατρική Επιστημονική Ομάδα Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν
[2] PhDc, Επιστημονικός Συνεργάτης, Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου & Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν

17.30 - 17.45 **Βραχεία Διάλεξη Ειδικού**

Προεδρείο: **Ν. Παπάνας**
Επιπτώσεις των καρδιομεταβολικών διαταραχών στους οφθαλμούς - **Δ.Η. Σινάπης**

17.45 - 19.15 **Στρογγυλό Τραπέζι: Αρτηριακή Υπέρταση**

Προεδρείο: **Θ. Μακρής - Ι. Μαντάς - Δ. Παπαδόπουλος**
Ποια η θέση της 24ωρης καταγραφής της ΑΠ στην διάγνωση και παρακολούθηση της υπέρτασης; - **Η. Αβραμόπουλος**
Αρτηριακή Υπέρταση: Οι σχέσεις της καμπύλης J ανάμεσα στους παράγοντες κινδύνου και τα καρδιαγγειακά αποτελέσματα - **Χ. Γράσσος**
Δευτερογενής υπέρταση: Πόσο συχνή είναι και πως διερευνάται; - **Ν. Μάγκας**

19.15 - 19.45 **Δορυφορική Διάλεξη** σελ. 22

19.45 - 20.00 **Διάλειμμα - Καφές**

E-poster: Προεδρείο: **Α. Κόκκινος - Σ. Λιάτης**

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

Η ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ Η ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΜΕΝΗ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗ ΩΣ ΠΡΟΒΛΕΠΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΕΥΕΞΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΔ ΤΥΠΟΥ 2

Αναστασία Αντωνίου[1], Ευστάθιος Σκληρός[4], Αλέξης Σωτηρόπουλος[2], Αναστάσιος Κουτσοβασίλης[2], Αθανάσιος Ράπτης[3], Ροσσέτος Γουρνέλλης[3], Παναγιώτης Φερεντίνος[1]

[1] *Β' Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, Π.Γ.Ν «Αττικόν»*
[2] *Διαβητολογικό Κέντρο, Γ' Παθολογική Κλινική, Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Νίκαιας «Ο Άγιος Παντελεήμων»*
[3] *Διαβητολογικό Κέντρο, Π.Γ.Ν «Αττικόν»*
[4] *Κέντρο Υγείας Νεμέας*

ΑΑ08 ***ΕΠΑΙΝΟΣ 2ης ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ***

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ STEMI ΚΑΙ ΥΨΗΛΟ ΦΟΡΤΙΟ ΘΡΟΜΒΟΥ ΜΕ ΜΗΧΑΝΙΚΗ ΘΡΟΜΒΕΚΤΟΜΗ ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΑΝΑΣΤΟΛΕΑ ΓΛΥΚΟΠΡΩΤΕΪΝΗΣ IIB/IIIA ΧΩΡΙΣ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗ STENT

Κωνσταντίνος Κιντής, Ανδρέας Κολονιάρης, Άγις Ηλιάδης, Εμμανουήλ Παπαδάκης, Διονύσιος Αντωνάτος, Χρήστος Μαντής, Αρετή Πουλιανίτου, Ανδρέας Ιβάνος, Λουκάς Κυριάκου, Χάρης Αρμόνης, Σταύρος Σαλαβράκος, Χρήστος Τούντας, Ελένη Αποστολοπούλου, Σωτήριος Πατσιλινάκος

Καρδιολογική Κλινική, Κωνσταντοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

20.00 - 20.30 **Δορυφορική Διάλεξη** σελ. 22

20.30 - 21.00 **Δορυφορική Διάλεξη** σελ. 22

21.00 - 21.30 **Διάλεξη**

Προεδρείο: **Θ. Αλεξανδρίδης**
Συνύπαρξη διαταραχών του θυρεοειδή στα άτομα με ΣΔ - **Α. Μπαργιώτα**

21.30 - 22.00 **Διάλεξη Λήξης**

Προεδρείο: **Ι. Κυριαζής**
Παθοφυσιολογικές διαδρομές με θεραπευτικές προεκτάσεις στον ΣΔτ2 - **Γ. Δημητριάδης**

22.00 **Δείπνο**

ΣΑΒΒΑΤΟ 29 ΙΟΥΝΙΟΥ 2019

Αίθουσα Β'

ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΑ

09.00 - 10.30 Clinical Breakfast σελ. 23

ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΕΣ/ΚΑ ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ - ΣΥΜΠΟΣΙΑ - ΚΛΙΝΙΚΑ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΑ

ΠΕΜΠΤΗ 27/06/2019

Αίθουσα Α'

19.15 - 19.45 **Δορυφορική Διάλεξη ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ - ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε.**

Πιταβαστατίνη σε ασθενείς με δυσλιπιδαιμία και αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΣΔτ2. Διαφορετική επιλογή;
Προεδρείο: **Α. Μελιδώνης**
Ομιλητής: **Δ. Ρίχτερ**

20.30 - 21.00 **Δορυφορική Διάλεξη ELPEN**

Συνδυασμένη φαρμακευτική αγωγή στην δυσλιπιδαιμία: Στα ίδια βήματα με την αρτηριακή υπέρταση;
Προεδρείο: **Ι. Κυριαζής**
Ομιλητής: **Χ. Γράσσος**

21.30 - 22.00 **Δορυφορική Διάλεξη ETHICON (JOHNSON & JOHNSON HELLAS)**

Μεταβολική Χειρουργική: Η θέση της στην αντιμετώπιση του διαβήτη τύπου 2
Προεδρείο: **Ι. Κυριαζής**
Ομιλητής: **Α. Κόκκινος**

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 28/06/2019

Αίθουσα Α'

11.15 - 11.45 **Δορυφορική Διάλεξη MENARINI**

Διαχείριση υπερτασικού ασθενή σύμφωνα με τις Νεότερες Κατευθυντήριες Οδηγίες της Ευρωπαικής Εταιρείας Υπέρτασης.
Συζήτηση περιστατικών
Προεδρείο: **Ι. Κυριαζής**
Ομιλητής: **Α. Ράπτης**

13.00 - 14.00 **Δορυφορικό Συμπόσιο ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ - ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε.**

Νεότερες εξελίξεις και προοπτικές στις ενέσιμες αντιδιαβητικές αγωγές-θεραπευτικές επιλογές με γνώμονα τον ασθενή
Προεδρείο: **Η. Μυγδάλης**
Ντουλαγλουτίδη: Το εβδομαδιαίο GLP-1 ανάλογο που προσφέρει ισχυρή αποτελεσματικότητα με απλό και εύκολο τρόπο
Ομιλητής: **Ι. Ιωαννίδης**
Η ινσουλίνη lispro, 20 χρόνια μετά: Εξελίξεις του 1ου αναλόγου ινσουλίνης με στόχο τη βελτιωμένη εξατομίκευση της θεραπείας
Ομιλήτρια: **Β. Λαμπαδιάρη**

19.30 - 20.00 **Δορυφορική Διάλεξη MYLAN**

Μεικτή αθηρογόνος δυσλιπιδαιμία: Σε ποιο προφίλ ασθενών τη συναντάμε συχνότερα και πως την αντιμετωπίζουμε θεραπευτικά;
Συντονιστής: **Ι. Κυριαζής**
Ομιλητής: **Χ. Μηλιώνης**

21.00 - 22.00 **Δορυφορικό Συμπόσιο ΒΙΑΝΕΞ**

Αναγνωρίζοντας τον κίνδυνο που ελλοχεύει σε ασθενείς υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου - Ο ρόλος της Δυσλιπιδαιμίας
Προεδρείο: **Ι. Κυριαζής**
Ομιλητές: **Δ. Τσεκούρα - Δ. Βλαχάκος**
Εισαγωγή: **Ι. Κυριαζής**
Συζήτηση κλινικών περιστατικών:
Ασθενής με πολλαπλούς παράγοντες Καρδιαγγειακού Κινδύνου - **Δ. Τσεκούρα**
Ασθενής ηλικιωμένος με δυσλιπιδαιμία & ΧΝΝ >75 ετών - **Δ. Βλαχάκος**

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 28/06/2019

Αίθουσα Β'

ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΑ

09.00 - 10.30 **Clinical Breakfast with ... Diabetes Experts**
Δορυφορικό Κλινικό Φροντιστήριο ASTRA ZENECA

Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 2 - Γεφυρώνοντας το χθες με το αύριο. Η σύγχρονη ολιστική αντιμετώπιση των καθημερινών ασθενών με ΣΔτ2 μέσα από πραγματικά κλινικά περιστατικά
Προεδρείο: **Π. Χαλβατσιώτης**
Ομιλητές: **Ι. Κυριαζής - Ι. Ντούπης**

14.15 - 15.00 **Clinical Lunch with...**
Δορυφορικό Κλινικό Φροντιστήριο ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ - ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε.

Debate: Έναρξη θεραπείας με βασική ινσουλίνη σε ασθενείς με ΣΔτ2. Αξιολόγηση της Gold Standard βασικής ινσουλίνης και των νέων αναλόγων υπό το πρίσμα των κλινικών πλεονεκτημάτων
Προεδρείο: **Α. Ράπτης**
Ομιλητές: **Σ. Λιάτης - Α. Κόκκινος**

ΣΑΒΒΑΤΟ 29/06/2019

Αίθουσα Α'

12.30 - 13.00 **Δορυφορική Διάλεξη BIANEΞ**

Νεότερα δεδομένα για τη σιταγλιπτίνη υπό το πρίσμα των σύγχρονων κατευθυντήριων οδηγιών για τον ασθενή με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2"
Προεδρείο: **Ι. Ιωαννίδης**
Ομιλητής: **Α. Ράπτης**

13.00 - 14.00 **Δορυφορικό Συμπόσιο BOEHRINGER**

Ασθενής με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και καρδιαγγειακό κίνδυνο στην Π.Φ.Υ. Μύθοι και αλήθειες.
Συζήτηση κλινικών περιστατικών
Προεδρείο: **Ν. Παπάνας**
Ομιλητές: **Ι. Ιωαννίδης - Ε. Ρίζος**

19.15 - 19.45 **Δορυφορική Διάλεξη NOVO NORDISK**

Ευελιξία σε κάθε βήμα της θεραπείας με ινσουλίνη με στόχο την ποιότητα ζωής των ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη
Προεδρείο: **Η. Μυγδάλης**
Ομιλητής: **Χ. Καπερνόπουλος**

20.00 - 20.30 **Δορυφορική Διάλεξη ELPEN**

Αλογλιπτίνη στο Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2.
Πότε και σε ποιους;
Προεδρείο: **Ι. Κυριαζής**
Ομιλητής: **Α. Σωτηρόπουλος**

20.30 - 21.00 **Δορυφορική Διάλεξη SANOFI**

Προεδρείο: **Ι. Ντούπης**
Η αξία και η διαφοροποίηση της ινσουλίνης glargine 300 U/Ml σε σύγκριση με άλλα ανάλογα βασικής ινσουλίνης
Ομιλήτρια: **Α. Παπαζαφειροπούλου**

ΣΑΒΒΑΤΟ 29/06/2019

Αίθουσα Β'

ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΑ

09.00 - 10.30 **Clinical Breakfast with ...** NOVARTIS
Κλινικό Φροντιστήριο / Clinical Seminar NOVARTIS

Σύγχρονες εξελίξεις στη διαχείριση και θεραπεία της Καρδιακής Ανεπάρκειας.
Προεδρείο: **Ε. Χατζηαγγελάκη**
Ομιλητές:
Η σημασία της συνεργασίας Παθολόγου - Καρδιολόγου για την ολιστική διαχείριση των ασθενών με Καρδιακή Ανεπάρκεια - **Β. Λαμπαδιάρη**
Η βέλτιστη θεραπεία της Καρδιακής Ανεπάρκειας υπό το φως των νέων δεδομένων - **Α. Πιτταράς**

ΣΑΒΒΑΤΟ 29/06/2019

Αίθουσα Γ'

10.30 - 16.15 **ΕΤΗΣΙΑ ΗΜΕΡΙΔΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ (έτος 10ο)**

Θέματα Προαγωγής Υγείας στους Ασθενείς με Χρόνια Καρδιομεταβολικά Νοσήματα

19.00 - 20.30 **ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΔΙΑΒΗΤΗ - ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΟΙΝΟΥ**

Προεδρείο: **Ν. Γκιούλος - Κ. Σουβατζή**
Πρόλογος: **Ι. Κυριαζής**
Χαιρετισμός: **Α. Καρούνου,**
Πρόεδρος Συλλόγου Διαβητικών Ν. Μεσσηνίας «ΓΛΥΚΙΑ ΜΕΣΣΗΝΙΑ»
Παχυσαρκία και ΣΔ - **Φ. Π. Τατάκης**
Διατροφικές συστάσεις στο Σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 - **Κ. Μπουκέα**
Αυτοέλεγχος - Γλυκαιμικοί στόχοι - **Ι. Παπαδόπουλος**
Σύντομη γνωριμία με τα αντιδιαβητικά δισκία - **Π. Χαλβατσιώτης**
Ινσουλινοθεραπεία και άλλες ενέσιμες θεραπείες στο Σακχαρώδη διαβήτη - **Κ. Σγούρος**
Μικρο-και Μακροαγγειακές επιπλοκές του Σακχαρώδη διαβήτη - **Μ. Ζαφείρη**

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΤΟΠΟΣ & ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΕΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Το Συνέδριο θα διεξαχθεί από 27 έως και 29 Ιουνίου 2019 στο Ξενοδοχείο Elite City Resort στην Καλαμάτα (οδός Ναυαρίνου 2, 24100 Καλαμάτα, Τ. +30 27210 22434, F. +30 27210 84369, W. www.elite.com.gr)

ΕΚΘΕΣΗ

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

ΜΟΡΙΟΔΟΤΗΣΗ

Θα χορηγηθούν 20 μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης CME - CPD Credits από τον Π.Ι.Σ.

ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Α. Το δικαίωμα συμμετοχής έχει ορισθεί ως εξής:

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

**Είναι απαραίτητο να προσκομίζουν κατάλληλο έγγραφο που θα βεβαιώνει την ιδιότητά τους με δικαίωμα παρακολούθησης του Επιστημονικού προγράμματος, έντυπο υλικό του συνεδρίου, καφέ στα επίσημα διαλείμματα και μοριοδοτημένο πιστοποιητικό παρακολούθησης του Συνεδρίου CME-CPD credits (εφόσον καλυφθεί ο απαιτούμενος χρόνος παρακολούθησης 60% του επιστημονικού προγράμματος).*

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

Το Δικαίωμα Συμμετοχής περιλαμβάνει:
Εγγραφή στο Συνέδριο και παρακολούθηση του Επιστημονικού Προγράμματος, έντυπα και τσάντα του Συνεδρίου, Βιβλίο Περιλήψεων του Συνεδρίου, καφέ στα επίσημα διαλείμματα του Συνεδρίου, Μοριοδοτημένο Πιστοποιητικό Παρακολούθησης CME-CPD credits (εφόσον καλυφθεί ο απαιτούμενος χρόνος παρακολούθησης).

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

ΠΑΚΕΤΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

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

3 διανυκτερεύσεις με πρωινό στις 27, 28 και 29/06/2019 καθώς και τη συμμετοχή σε 2 γεύματα στις 28 και 29/06/2019, σε 3 δείπνα στις 27, 28 και 29/06/2019.

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

Ξενοδοχεία Διαμονής: Elite City Resort (συνεδριακό), Filoxenia, Pharae Palace, Elektra, Belvedere, Garden City Resort, Messinian Bay, Messinian Icon, Haikos, Akti Taygetos

ΠΑΡΑΛΛΗΛΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Παράλληλα με τις εργασίες του 12ου Πανελληνίου Συνεδρίου, θα πραγματοποιηθεί η **Ετήσια Ημερίδα Νοσηλευτικής (έτος 10ο)** το Σάββατο 29 Ιουνίου 2019, με θέμα «Σύγχρονα θέματα της νοσηλευτικής επιστήμης στα Καρδιομεταβολικά Νοσήματα».

Συμμετοχή: 15,00 € (θα τηρηθεί σειρά προτεραιότητας), Φοιτητές Δωρεάν (απαραίτητη η επίδειξη φοιτητικής ταυτότητας).

Περιλαμβάνεται: Παρακολούθηση του Επιστημονικού Προγράμματος της Ημερίδας, φάκελος με ενημερωτικό υλικό, καφέ στο διάλειμμα, μοριοδοτημένο πιστοποιητικό παρακολούθησης από την Ε.Ν.Ε..

Για όσους επιθυμούν να μετακινηθούν με μισθωμένα πούλμαν από Αθήνα προς Καλαμάτα (επιστροφή μετά τη λήξη της Ημερίδας), θα υπάρχει επιβάρυνση 10,00 € κατ' άτομο (ισχύει και για τους φοιτητές).

> Τέλος, όπως κάθε χρόνο έτσι και φέτος, το Σάββατο 29 Ιουνίου 2019 το απόγευμα παράλληλα με το Συνέδριό μας, θα διεξαχθεί η καθιερωμένη **Εκδήλωση Ενημέρωσης και Εκπαίδευσης Κοινού για το Διαβήτη**.

ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ και ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Ελεύθερες Ανακοινώσεις:
Διάρκεια παρουσίασης: 8 λεπτά (και 2 λεπτά συζήτηση)

Αναρτημένες Ανακοινώσεις:
Διάρκεια παρουσίασης: 3 λεπτά.

Οι εργασίες που θα παρουσιαστούν ως Αναρτημένες Ανακοινώσεις θα είναι σε ηλεκτρονική μορφή (E-posters) σε οθόνες plasma σε ειδικό χώρο του Συνεδρίου.
Δεν απαιτείται η κατασκευή (εκτύπωση) poster από τους συγγραφείς.

ΒΡΑΒΕΥΣΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

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

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΡΑΒΕΥΣΗΣ

Γ. Δημητριάδης, Ι. Ιωαννίδης, Ι. Κυριαζής, Σ. Λιάτης, Ν. Παπάνας, Ε. Χατζηαγγελάκη

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

Σε όλους τους συμμετέχοντες του συνεδρίου θα δοθεί πιστοποιητικό συμμετοχής. Για την παραλαβή του πιστοποιητικού απαιτείται η παρακολούθηση του 60% του συνολικού χρόνου του επιστημονικού προγράμματος, σύμφωνα με τη σχετική εγκύκλιο του ΕΟΦ. Δεν προσμετρούνται τα δορυφορικά συμπόσια /διαλέξεις. Θα υπάρχει σύστημα καταμέτρησης (bar code).

Τα πιστοποιητικά θα δοθούν το Σάββατο 29 Ιουνίου 2019, με τη λήξη του συνεδρίου και αφού πρώτα έχει συμπληρωθεί και υποβληθεί στη γραμματεία το δελτίο αξιολόγησης όλου του συνεδρίου.

ΚΟΝΚΑΡΔΕΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

Με την παραλαβή του υλικού, όλοι οι συμμετέχοντες θα λάβουν την ονομαστική τους κονκάρδα που θα φέρει ένα μοναδικό barcode. Οι κονκάρδες (badge) με το barcode θα πρέπει να σαρώνονται στο ειδικό μηχάνημα πριν από την είσοδο και κατά την έξοδο από την αίθουσα, για να καταγράφονται οι ώρες παρακολούθησης.
Σύμφωνα με την εγκύκλιο του ΕΟΦ, είναι υποχρεωτική η παρακολούθηση ποσοστού 60% επί των συνολικών ωρών του επιστημονικού προγράμματος για την παραλαβή του πιστοποιητικού παρακολούθησης.
Η επίδειξη της κονκάρδας θα είναι απαραίτητη καθ' όλη τη διάρκεια του συνεδρίου (καθώς και η παράδοση της για την παραλαβή του πιστοποιητικού παρακολούθησης).
Οι κονκάρδες με το barcode είναι μοναδικές και δεν μπορούν να αντικατασταθούν.
Στην καταμέτρηση των ωρών δεν προσμετρώνται τα διαλείμματα και τα δορυφορικά συμπόσια/διαλέξεις.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Με τη λήξη του συνεδρίου όλοι οι συμμετέχοντες θα κληθούν να συμπληρώσουν ανώνυμα το σχετικό ερωτηματολόγιο αξιολόγησης (υποχρεωτική συμπλήρωση λόγω μοριοδότησης) για τη συνολική διεξαγωγή του Συνεδρίου.

ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΣΗ / ΒΙΝΤΕΟΣΚΟΠΗΣΗ

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

ΤΗΡΗΣΗ ΧΡΟΝΟΥ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΩΝ

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

ΤΕΧΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ

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

Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να επισκεφθείτε την ηλεκτρονική διεύθυνση **www.empakan-synedrio2019.gr**

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ - ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ - ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

CONGRESS WORLD EVENT TRAVEL Ε.Ε.
Μαιάνδρου 23, 115 28 Αθήνα
Τ. 210 7222 518, **F.** 210 7210 069
E. info@congressworld.gr, reception@congressworld.gr
W. http://www.congressworld.gr

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ01

ΤΟ ΟΥΡΙΚΟ ΟΞΥ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΑΘΗΡΩΜΑΤΟΓΕΝΕΣΗΣ

Βασιλική Μαμαρέλη[2], Ορέστης Τάνης[2], Χριστίνα Μαμαρέλη[4], **Ιωάννης Μαμαρέλης**[1], Σοφία Μπακιρζή[2], Ιωάννα Αναστασοπούλου[3], Εμμανουήλ Κουτουλάκης[5], Χριστόφορος Κωτούλας[6]

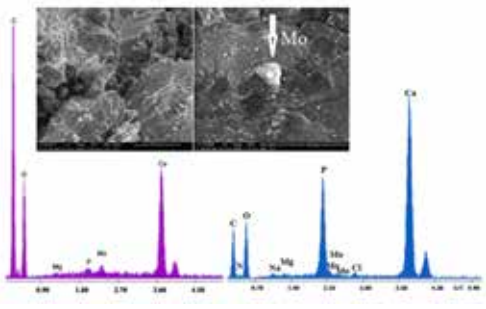
[1] *Καρδιολογική Κλινική ΝΙΜΤΣ*
[2] *Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο, Ακτινοχημεία & Βιοφασματοσκοπία, Πολυτεχνειούπολη Ζωγράφου*
[3] *Διεθνές Αντικαρκινικό Ινστιτούτο, 1ο Km Καπανδρίτι, 19014 Αττική*
[4] *Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πάτρας*
[5] *Καρδιολογική Κλινική, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών*
[6] *Καρδιοχειρουργική κλινική, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών*

ΣΚΟΠΟΣ: Τα ένζυμα της ξανθίνης οξειδάσης που καταλύουν την υποξανθίνη με τελικό προϊόν το ουρικό οξύ, ενέχονται στην παραγωγή υπερόξυ ελευθέρων ριζών (O_2-·) και υπεροξειδίων του υδρογόνου (H_2O2).

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Χρησιμοποιήθηκαν 30 στεφανιαίες αρτηρίες υπερουριχαιμικών ασθενών με στεφανιαία νόσο, που υπεβλήθησαν σε ενδαρτηρεκτομή στη διάρκεια αορτοστεφανιαίας παράκαμψης (CABG). Η μελέτη των αθηρωματικών πλακών έγινε με FT-υπέρυθρη φασματοσκοπία και SEM-EDAX ανάλυση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η υπέρυθρη φασματοσκοπία ανέδειξε την υπεροξείδωση και την βλάβη των κυτταρικών μεμβρανών. Η ταινία στα 1435 cm^{-1} επιβεβαιώνει τον σχηματισμό αλάτων $CaCO_3$ και επομένως τον καταβολισμό της ΑΤΡ. Η μείωση και η παράλληλη αύξηση των εντάσεων των δονήσεων C-S και S-S αντίστοιχα, δείχνει ότι τα ιόντα μολυβδαινίου οδηγούν σε παραγωγή O_2-· και τελικά σε μείωση των ενδο-προστατευτικών ουσιών. Η SEM-EDAX ανάλυση (εικόνα 1) ανέδειξε την παραγωγή ινιδίων, τις θέσεις εναπόθεσης του μολυβδαινίου καθώς και την σχετική συγκέντρωση του μολυβδαινίου (Mo). Τα ευρήματα υποδεικνύουν την μεταβολική οδό με την οποία η υπερουρικαιμία παρεμποδίζει τον μεταβολισμό του NO, αυξάνοντας την παραγωγή του υπεροξυνιτριλίου (ONOO-), ενός παράγοντα που εμπλέκεται στην παθοφυσιολογία πολλών καρδιακών νοσημάτων, όπως η μυοκαρδίτιδα, η υπέρταση και η καρδιακή ανεπάρκεια.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η διαταραχή της ομαλής οξειδοαναγωγικής λειτουργίας του μολυβδαινίου (Mo), δραστικού κέντρου της ξανθίνης οξειδάσης (XO) οδηγεί στην υπερπαραγωγή ριζών O_2-, καταβολισμό της ΑΤΡ με παράλληλη εκροή ιόντων ασβεστίου.



Εικόνα 1. SEM αρχιτεκτονική απεικόνιση αθηρωματικής πλάκας και θέση εντοπισμού μολυβδαινίου. EDAX ανάλυση αθηρωματικών πλακών σε στεφανιαίες αρτηρίες δύο υπερουριχαιμικών ασθενών, με ανάλογη αύξηση του ουρικού οξέος στο αίμα.

ΠΑ02

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΤΥΠΟΥ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΣΤΗΝ ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΣΥΝΕΠΑΓΟΜΕΝΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΕΡΒΑΡΩΝ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Θεοδώρα Λάππα[1], Αμαλία Τσαγκάρη[1], Δήμητρα Λατσού[2], Ανθή Ταναϊνη[1], Κλεονίκη Γεωργούση[3], Δήμητρα Στεφανή[3], Ευτυχία Πούλιου[3], **Φώτιος Παναγιώτης Τατάκης**[3], Κωνσταντίνα Κυρέ[3], Αλέξανδρος Τσαντούλας[3], Θεόδωρος Στρίγκος[3], Αναστάσιος Βογιατζακης[3], Σοφία Ρέλλου[3], Μωυσής Λελέκης[3], Ιωάννης Κυριαζής[4]

[1] *Τμήμα Κλινικής Διατροφής, Γενικό Νοσοκομείο ΚΑΤ*
[2] *Επιστημονικός Συνεργάτης, Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου*
[3] *Παθολογικη Κλινική Γ.Ν.Α. ΚΑΤ*
[4] *Διαβητολογικό Ιατρείο & Ιατρείο Παχυσαρκίας Γ.Ν.Α. ΚΑΤ*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση του βαθμού επίδρασης του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) των ιατρών στη διαχείριση των υπέρβαρων και παχύσαρκων ασθενών τους.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε μελέτη παρατήρησης σε ιατρούς όλων των ειδικοτήτων του νοσοκομείου μας. Συμπληρώθηκαν ad hoc ερωτηματολόγια με 18 ερωτήσεις. Η βασική ανεξάρτητη μεταβλητή ήταν ο ΔΜΣ. Άλλες μεταβλητές ήταν το φύλο, η ηλικία, η ειδικότητα, εάν ο ιατρός συμπεριλάμβανε τον ΔΜΣ και την Περίμετρο Μέσης (ΠΜ) των ασθενών του στο ιατρικό ιστορικό. Καταγράφηκαν οι πεποιθήσεις τους σχετικά με τον ρόλο τους ως πρότυπα για τη διαμόρφωση αντιλήψεων και συμπεριφορών σχετιζόμενες με τον έλεγχο του Σωματικού Βάρους (ΣΒ) των ασθενών τους.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το 68% ήταν άνδρες (55% ήταν <40 ετών, 51% ήταν ορθοπεδικοί). Η μέση τιμή του ΔΜΣ ήταν 26,6 (±5,2), ενώ το 39% ήταν υπέρβαροι και το 19% παχύσαρκοι. Η πλειοψηφία του δείγματος θεωρούσε ότι οι ιατροί πρέπει να διαμορφώνουν υγιείς συμπεριφορές σχετιζόμενες με το βάρος, διατηρώντας ένα φυσιολογικό σωματικό βάρος (73% έναντι 27%), επιδιώκοντας ταυτόχρονα και τακτική φυσική δραστηριότητα (70% έναντι 29%). Το 49% θεωρούσε ότι οι υπέρβαροι/παχύσαρκοι ασθενείς θα ήταν λιγότερο πιθανό να αποδέχονται συμβουλές σχετικά με την απώλεια βάρους από υπέρβαρους/παχύσαρκους ιατρούς (έναντι 28% που απάντησε το ίδιο πιθανό). Το 55% θεωρούσε ότι οι υπέρβαροι/ παχύσαρκοι ασθενείς θα ήταν περισσότερο πιθανό να αποδέχονται συμβουλές σχετικά με την απώλεια βάρους από ιατρούς με φυσιολογικό ΔΜΣ, έναντι του 31% που απάντησε το ίδιο πιθανό.

Οι ιατροί με φυσιολογικό ΔΜΣ θεωρούσαν ότι είχαν την εκπαίδευση να παρέχουν συμβουλές φυσικής δραστηριότητας (83,3% έναντι 53,8% των υπέρβαρων και 47,4% των παχύσαρκων, p=0.004) στους παχύσαρκους ασθενείς τους. Επίσης, οι ιατροί με φυσιολογικό ΔΜΣ συμφωνούσαν με το ότι οι ασθενείς τους επιτυγχάνουν να χάνουν βάρος (52,4% έναντι 20,5% των υπέρβαρων και 47,4% των παχύσαρκων, p=0.041) έπειτα από παρότρυνσή τους. Η πιθανότητα ενός γιατρού να συμπεριλαμβάνει στο ιστορικό του τον ΔΜΣ του ασθενούς ή την περίμετρο μέσης, ήταν υψηλότερη όταν ο ΔΜΣ του ιατρού ήταν φυσιολογικός (35,7% έναντι 12,8% των υπέρβαρων και 10,5% των παχύσαρκων, p=0.019).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι οι ιατροί με φυσιολογικότερο ΔΜΣ είχαν περισσότερες πιθανότητες να αξιολογούν τους δείκτες παχυσαρκίας και να παρέχουν συστάσεις για την αντιμετώπιση της με μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση.

ΠΑ03

Μελέτη ενδοκυττάριου υγρού και ανάπτυξης σε παιδιά ηλικίας 8 - 11 ετών

Κωνσταντίνος Μούντανος[1], Γεώργιος Γιαγκίδης[1], Βασίλειος Ζαφειρόπουλος[1], Βασιλική Χατζή[1]

Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης, Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο ακριβής προσδιορισμός της ενυδάτωσης του σώματος έχει μεγάλη σημασία και εξετάζει τη συμβολή της στα ζητήματα υγείας. Ομοίως η παιδική παχυσαρκία σχετίζεται με την παχυσαρκία ενηλίκων και μπορεί να προκαλέσει μεταβολικά νοσήματα στην ενήλικη ζωή. Αυτοί είναι οι κύριοι λόγοι για τους οποίους η αξιολόγηση των μετρήσεων του σώματος είναι απαραίτητη στα στάδια ανάπτυξης.

ΣΚΟΠΟΣ: Η αξιολόγηση της ανάπτυξης και της σύνθεσης σώματος, και ιδίως των %B.F, %I.C.W σε παιδιά ηλικίας 8-11. Επιπλέον, η σχέση μεταξύ ενδοκυττάριου υγρού και ανάπτυξης θα ελεγχθεί, καθώς επίσης θα γίνει μια προσπάθεια να ανακαλυφθούν νέοι αναπτυξιακοί δείκτες.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Σε ένα μεγάλο και αντιπροσωπευτικό δείγμα 589 παιδιών 8-11 ετών κατά την περίοδο μεταξύ Φεβρουαρίου και Ιουνίου 2014, πραγματοποιήθηκαν σωματομετρήσεις (ύψος, βάρος, κ.α) και οι μετρήσεις σύστασης του σώματος (% BF, % ICF) μέσω BIS, ενώ επαναλήφθηκαν οι ίδιες μετρήσεις στο ίδιο δείγμα προκειμένου να καταγραφεί η πρόοδος της ανάπτυξης των παιδιών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η αύξηση ύψους ανά την πάροδο του χρόνου(ανάπτυξη) ήταν σημαντικά υψηλότερη στα κορίτσια (n=280) απ'ότι στα αγόρια (n=239), ιδιαίτερα στα 9-11 έτη. Επίσης, στο συνολικό δείγμα των κοριτσιών υπήρχε σημαντικά υψηλότερο %B.F και %I.C.W από τα αγόρια.Το %I.C.W συσχετίστηκε αρνητικά με %B.F. Ο Δ.Μ.Σ υποεκτιμά το σωματικό λίπος, σε σχέση με το %BF. Το 46%των αγοριών και το 54%των κοριτσιών είχαν φυσιολογικά ποσοστά %B.F.

ΣΥΝΟΨΗ: Η μελέτη αυτή έδειξε τη στενή αντιστρόφως ανάλογη μεταξύ %I.C.W και %B.F που αποτελούν δείκτες ανάπτυξης και θα πρέπει να διερευνηθούν περαιτέρω. Με βάση τους δείκτες(ανάπτυξη, %BF, %ICF, ύψος κ.α) τα κορίτσια βρέθηκαν πιο κοντά στη φάση της εφηβείας σε σύγκριση με τα αγόρια. Ο Δ.Μ.Σ υποεκτιμά σημαντικά το σωματικό λίπος σε σχέση με το %BF. Επίσης, μια σοβαρή και αυξημένη εμφάνιση της παιδικής παχυσαρκίας υποδεικνύεται σε αυτή τη μελέτη.

ΠΑ04

ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΚΑΡΔΙΟΜΕΤΑΒΟΛΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΤΡΙΤΗΣ & ΤΕΤΑΡΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Ιωάννης Κυριαζής[1], **Φώτιος Παναγιώτης Τατάκης**[2], Κλεοπάτρα Σουβατζή[2], Εμμανουήλ Καλαφάτης[2], Ευτυχία Πούλιου[2], Παναγιώτης Γεωργακόπουλος[2], Παναγιώτης Κουτσούρης[2], Αθανάσιος Δρόσος[2], Κωνσταντίνα Κυρε[2], Αντωνία Παπαχρήστου[2], Άννα - Νεφέλη Παπαγεωργίου[2], Θεοδώρα Λάππα[3], Αμαλία Τσαγκάρη[3], Μωυσής Λελέκης[2]

[1] *Διαβητολογικό Ιατρείο & Ιατρείο Παχυσαρκίας Γ.Ν.Α. ΚΑΤ*
[2] *Παθολογικη Κλινική Γ.Ν.Α. ΚΑΤ*
[3] *Τμήμα Κλινικής Διατροφής, Γενικό Νοσοκομείο ΚΑΤ*

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 261 άτομα (>67 ετών), 66 άνδρες-195 γυναίκες (25.3% και 74.7% αντίστοιχα). Η μέση ηλικία ήταν 75.3 ετών. Από τις διατροφικές τους συνήθειες, το 65.9% δεν καταναλώνει δημητριακά ολικής άλεσης και από το 34.1% που καταναλώνει μόνο το 8.4% καταναλώνει σχεδόν καθημερινά. Το 58.6% τρώει πατάτες τουλάχιστον 2 φορές την εβδομάδα ενώ το 59% δεν καταναλώνει σχεδόν καθόλου φρούτα. Το 11.9% καταναλώνει καθημερινά φρούτο. Το 50.2% δεν καταναλώνει λαχανικά ενώ μόνο το 13.8% καταναλώνει καθημερινά λαχανικά. Τέλος το 35.5% δεν καταναλώνει γάλα και γιαούρτι, το 52.5% τρώει λιπαρά τυριά ενώ το 19.5% δεν τρώει καθόλου όσπρια, το 37.2% δεν τρώει καθόλου ψάρι και το 39.8% αποφεύγει το κόκκινο κρέας. Το 55.2% τρώει γλυκά τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα. Το 95% χρησιμοποιεί καθημερινά ελαιόλαδο. Το 27,3% έπασχε από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, το 53,5% δυσλιπιδαιμία και το 81,7% υπέρταση. Παχυσαρκία (βαρύτητας Ι έως ΙΙΙ) παρουσίαζε το 72,8%, ενώ κεντρική παχυσαρκία σχετιζόμενη με το φύλο το 74,6%. Το 45,7% εμφάνιζε μεταβολικό σύνδρομο. Ο συχνότερος συνδυασμός παραγόντων [58,6%] για την εμφάνισή του ήταν η συνύπαρξη αρτηριακής πίεσης ≥140/85mmHg, η περίμετρος μέσης ≥ 102cm για άνδρες ή ≥88cm για γυναίκες και τα τριγλυκερίδια≥150mg/dl. Από τα άτομα που εμφάνιζαν μεταβολικό σύνδρομο, το 57,3% είχαν τρεις παράγοντες, το 33,7% τέσσερις, ενώ το 7,1% είχε και τους πέντε παράγοντες του συνδρόμου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στον γηριατρικό πληθυσμό που μελετήσαμε, οι διατροφικές συνήθειες δεν υπακούουν στο μεσογειακό τρόπο διατροφής, οι καρδιομεταβολικοί παράγοντες κινδύνου ανευρίσκονται σε αυξημένα ποσοστά με κυρίαρχη την αρτηριακή υπέρταση και ο συχνότερος συνδυασμός παραγόντων για παρουσία μεταβολικού συνδρόμου ήταν η συνύπαρξη αρτηριακής υπέρτασης, η αυξημένη περίμετρος μέσης και η υπερτριγλυκεριδαιμία.

ΠΑ05

ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗ, ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Ιωάννης Κυριαζής[1], Δήμητρα Στεφανή[2], Εμμανουήλ Καλαφάτης[2], Κλεοπάτρα Σουβατζή[2], Ευτυχία Πούλιου[2], **Φώτιος Παναγιώτης Τατάκης**[2], Αθανάσιος Δρόσος, Κωνσταντίνα Κυρέ[2], Παναγιώτης Γεωργακόπουλος[2], Ιωάννης Καχριμανίδης[2], Μωυσής Λελέκης[2]

[1] *Διαβητολογικό Ιατρείο Γ.Ν.Α. ΚΑΤ*
[2] *Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Α. ΚΑΤ*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η κατάθλιψη εμφανίζεται στα άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη πολύ συχνότερα από τον γενικό πληθυσμό.

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση του επιπολασμού της κατάθλιψης, η πιθανή συσχέτιση της με την γλυκαιμική ρύθμιση και τις διαβητικές επιπλοκές σε άτομα με ΣΔ τύπου 2 [ΣΔΤ2].

ΥΛΙΚΟ: 125 ασθενείς (43,7% άνδρες), 83.7% > 45 ετών, χωρίς να παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων, p=0,213

ΜΕΘΟΔΟΣ: Καταγράφηκαν τα δημογραφικά και σωματομετρικά στοιχεία. Πληροφορίες σχετικές με την παρουσία άλλων μεταβολικών και μη χρόνιων νοσημάτων. Έγινε πλήρης κλινικοεργαστηριακός έλεγχος και έλεγχος παρουσίας διαβητικών επιπλοκών. Η εκτίμηση της κατάθλιψης έγινε με την χρήση της κλίμακας αυτοαξιολόγησης της κατάθλιψης κατά Zung.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η διάρκεια ΣΔΤ2 ήταν 7.8±10,0 έτη χωρίς να παρουσιάζεται διαφορά μεταξύ των δύο φύλων (p=0,224). Το 59,3% παρουσίαζε κάποιου βαθμού κατάθλιψη: 34,2% ήπιου, 26.4% μέτριου, με τη διαφορά μεταξύ των δύο φύλων να είναι στατιστικά σημαντική (p<0,0001) και τις γυναίκες με ΣΔΤ2 να παρουσιάζουν συχνότερα τόσο ήπια (p<0,0001) όσο και μέτριου βαθμού κατάθλιψη (p<0,0001). Οι ασθενείς με κατάθλιψη ήταν μεγαλύτερης ηλικίας (p=0,0027) με μεγαλύτερη διάρκεια εμφάνισης του ΣΔΤ2 (p=0,001), ενώ δεν διαπιστώθηκε διαφορά στην διάρκεια του ΣΔ μεταξύ των ασθενών με φυσιολογικό συναίσθημα και αυτών με ήπιου βαθμού κατάθλιψη (p=0,623). Η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη παρουσίαζε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ασθενών με φυσιολογικό συναίσθημα και αυτών με μέτριου βαθμού κατάθλιψη (6,3±2,11 vs 7,1±1,15, p=0,035) ενώ δεν διαπιστώθηκε ανάλογη διαφορά μεταξύ των ασθενών με φυσιολογικό συναίσθημα και αυτών με ήπιου βαθμού κατάθλιψη (6,1±2,11 vs 6,2±0,97, p=0,503). Στεφανιαία νόσο παρουσίαζε το 17,9%, Νεφροπάθεια το 43,1%, Αμφιβληστροειδοπάθεια το 23,2%, Στυτική δυσλειτουργία το 51,9% των ανδρών, Διαβητικό πόδι το 3,1%, Ακρωτηριασμός είχε διενεργηθεί στο 1,3%. Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση του βαθμού κατάθλιψης με την εμφάνιση των επιπλοκών του ΣΔΤ2 (r=0,222-0,139 p=0,003-0,026), ενώ ανάλογη συσχέτιση παρουσίασε και η διάρκεια του ΣΔΤ2 (p=0,001).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η κατάθλιψη ανευρίσκεται συχνά μεταξύ των ασθενών με ΣΔΤ2 και κυρίως σε γυναίκες, σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και με μεγαλύτερη διάρκεια ΣΔτ2. Ακόμα και η μέτριου βαθμού κατάθλιψη επιδρά αρνητικά στην γλυκαιμική ρύθμιση και η παρουσία επιπλοκών παρουσιάζει συσχέτιση με το βαθμό κατάθλιψης.

ΠΑ06

ΑΝΑΔΕΙΞΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ LADA ΜΕ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΑΝΑΣΤΟΛΕΑ SGLT2. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ.

Δημοσθένης Μαζαράκης, Δανάη Τσάλτα, Γεώργιος Δεπούντης, Ιωάννα Γιωτοπούλου, Αλεξάνδρα Κωνσταντοπούλου, Ελένη Σιδηροπούλου, Ευαγγελία Κούκου, Ιωάννα Γιαννακοπούλου, Νικολέττα Ξυδιά

Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Μεσσηνίας - Ν.Μ. Καλαμάτας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο διαβήτης τύπου LADA (Latent Autoimmune Diabetes in Adults, βραδέως εξελισσόμενος αυτοάνοσος διαβήτης ενηλίκων) είναι ενδιάμεση μορφή διαβήτη που εξελίσσεται προοδευτικά σε ανεπάρκεια παγκρέατος με ανάγκη χορήγησης ινσουλίνης. Οι SGLT2 αναστολείς είναι νεότερη θεραπευτική κατηγορία για την αντιμετώπιση διαβητικών ασθενών με διαβήτη τύπου 2 με θεραπευτικά οφέλη όπως η ανεξάρτητη από τη δράση της ινσουλίνης αποβολή γλυκόζης με τα ούρα, η μείωση βάρους, η μείωση της αρτηριακής πίεσης και η καρδιαγγειακή ωφελιμότητα, ενώ δεν προκαλούν υπογλυκαιμία. Η ευρεία χρήση των SGLT2 αναστολέων στην κλινική πράξη έχει αναδείξει περιπτώσεις ευγλυκαιμικής κετοξέωσης και ταχύτερης επιβεβαίωσης ασθενών με LADA που έχουν ανάγκη διαφορετικής αντιμετώπισης.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Άνδρας 59 ετών με ιστορικό διαβήτη τύπου 2 τουλάχιστον από δεκαπενταετίας, υπό αγωγή με μετφορμίνη και γλιμεπιρίδη και ανεπαρκή ρύθμιση σακχάρου, προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων αιτιώμενος ζάλη, αδυναμία, επεισόδια εμέτων, κοιλιακά άλγη και ολιγουρία. Είχε προηγηθεί τροποποίηση αγωγής με διακοπή της γλιμεπιρίδης και έναρξη εμπαγλιφλοζίνης 25 mg από τετραημέρου λόγω πλημμελούς ελέγχου του διαβήτη του. Από τον κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο που πραγματοποιήθηκε διαπιστώθηκε διαβητική κετοξέωση (σάκχαρο ορού= 460 mg/dl, pH= 7.116, HCO3= 3.9 mmol/l, 4+ κετόνες στα ούρα, χάσμα ανιόντων 14.1, γαλακτικά= 7.6 mmol/l, κρεατινίνη= 1.59 mg/dl, ουρία= 50 mg/dl), η οποία αντιμετωπίστηκε με επιθετική ενδοφλέβια ενυδάτωση, έγχυση κρυσταλλικής ινσουλίνης και διόρθωση ηλεκτρολυτών. HbA1c= 17.1%. Ο λοιπός έλεγχος δεν αποκάλυψε υποκείμενο άλλο αίτιο κετοξέωσης. Λόγω του ιστορικού πρόσφατης έναρξης SGLT2 αναστολέα και της πλημμελούς ρύθμισης σακχάρου, τέθηκε υποψία διαβήτη τύπου LADA που επιβεβαιώθηκε με διαπίστωση μηδενικών τιμών C-πεπτιδίου και ανίχνευση θετικών παγκρεατικών αυτοαντισωμάτων anti-GAD65 5,33 IU/ml. Ο ασθενής τέθηκε σε εντατικοποιημένο σχήμα ινσουλινοθεραπείας με αποκατάσταση της κλινικής του εικόνας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η συγκεκριμένη μελέτη περίπτωσης περιγράφει λεπτομερώς τη σειρά των γεγονότων που οδηγούν στη διάγνωση διαβητικής κετοξέωσης επαγόμενης από τους αναστολείς SGLT2, και συγκεκριμένα την εμπαγλιφλοζίνη. Το γεγονός αυτό, οδήγησε σε αποκάλυψη απόλυτης έλλειψης ινσουλίνης αυτοάνοσης αρχής και σε αλλαγή στη διάγνωση του ασθενούς από διαβήτη τύπου 2 σε διαβήτη τύπου LADA.

ΠΑ07

ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΟ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ, ΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΥΣ, ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Θεοδώρα Λάππα[1], Αμαλία Τσαγκάρη[1], **Φώτιος Παναγιώτης Τατάκης**[2], Εμμανουήλ Καλαφάτης[2], Δήμητρα Στεφανή[2], Κωνσταντίνος Πολύζος, Κλεοπάτρα Σουβατζή[2], Ιωάννης Καχριμανίδης[2], Βασίλειος Λαΐνης[2], Θεόδωρος Στρίγκος[2], Αντωνία Παπαχρήστου[2], Σοφία Ρέλλου[2], Νεφέλη Άννα Παπαγεωργίου[2], Μωυσής Λελέκης[2], Ιωάννης Κυριαζής[3]

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

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ: Η αντίληψη της εικόνας σώματος μπορεί να επηρεάσει σχετιζόμενες με την υγεία συμπεριφορές όπως η διατροφή και η φυσική δραστηριότητα που αποτελούν βασικά στοιχεία της διαχείρισης του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2(ΣΔτ2). Σκοπός της μελέτης ήταν να εξετάσει την αυτοεκτίμηση της εικόνας σώματος σε σχέση με το δείκτη μάζας σώματος, τις διατροφικές συνήθειες και άλλες παραμέτρους, σε ασθενείς με (ΣΔτ2).

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη συμμετείχαν 30 άτομα με ΣΔτ2, τα οποία απάντησαν σε δομημένο ερωτηματολόγιο και επέλεξαν από την κλίμακα FRS την εικόνα σώματος που εκτιμούσαν ότι τους ταίριαζε περισσότερο. Έγινε στατιστική ανάλυση των δεδομένων .

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μέση ηλικία ήταν 58,4(+/-12,2) έτη και η μέση τιμή ΔΜΣ ήταν 27,7(+/-13,7). Η μέση τιμή γλυκοζυλιωμένης (HbA1c) ήταν 7,3(+/-1,5) και η διάρκεια ΣΔ 13.4(+/-9,9) έτη. Το 26% των διαβητικών ήταν υπέρβαροι και το 54,8% ήταν παχύσαρκοι. Αυξημένη ενεργειακή πρόσληψη παρουσίαζε το 74.1% των διαβητικών ατόμων, αυξημένη πρόσληψη λίπους & υδατανθράκων το 44,4%, ανεπαρκή πρόσληψη φυτικών ινών το 3.7% και έλλειψη διατροφικών γνώσεων το 37%. Η έλλειψη διατροφικών γνώσεων σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με την παρουσία αρτηριακής υπέρτασης (P=0,025). Το 77% των διαβητικών δήλωσε ότι λαμβάνει τα προγραμματισμένα μικροευματίδια και καθημερινή φυσική δραστηριότητα ανέφερε μόνο το 37%. Ο ΔΜΣ σχετίζονταν θετικά με το ετήσιο εισόδημα (P=0.011) και αρνητικά με το οικογενειακό περιβάλλον (P=0.04), την αυξημένη πρόσληψη λίπους (P=0.02), την ανεπαρκή πρόσληψη φυτικών ινών (P=0.004) και την έλλειψη διατροφικών γνώσεων (P=0.032). Τη δομή του σώματος περιέγραψε ως υπέρβαρη το 44,4% των διαβητικών, και το 33,3% την περιέγραψε ως παχύσαρκη. Η αυτοαντίληψη της εικόνας σώματος σχετίζονταν θετικά με τον ΔΜΣ (P=0.007 για τους άνδρες και P<0.001 για τις γυναίκες). Τέλος, δεν υπήρχε διαφορά ανάμεσα στην εικόνα που είχαν επιλέξει ότι τους ταιριάζει και την εικόνα που θα ήθελαν να έχουν (P=0.014 (άνδρες), P=0.03 (γυναίκες).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η συσχέτιση του ΔΜΣ και της αυτοεκτίμησης της εικόνας του σώματος δεν αναιρεί το γεγονός ότι η εσφαλμένη αυτοαντίληψη της εικόνας σώματος είναι συνηθισμένη. Ρεαλιστικότερη εικόνα σώματος μπορεί να βοηθήσει παχύσαρκα διαβητικά άτομα να κατανοήσουν καλύτερα την ανάγκη ελέγχου του σωματικού βάρους.

ΠΑ08

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Αντώνιος Λουρουντζής, **Νικόλαος Νικολάου**, Αδαμαντία Δερέκα, Διονύσιος Κλώνος, Χριστίνα Αλάμαρα, Νικόλαος Χριστοφορίδης, Γεώργιος Ερωτοκρίτου
Ά Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ: Ο Σακχαρώδης Διαβήτης αποτελεί πολυσυστηματικό νόσημα και συνδέεται παθογνωμικά με χρόνιες επιπλοκές. Ωστόσο παρ' όλα τα δεδομένα που υποστηρίζουν τα οφέλη της επαρκούς γλυκαιμικής ρύθμισης, πολλοί ασθενείς δεν θεραπεύονται επαρκώς και παραμένουν εκτός θεραπευτικών στόχων. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να προσδιοριστεί το ποσοστό των νοσηλευόμενων ασθενών με γνωστό ιστορικό Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2) που παρά την λήψη αντιδιαβητικής αγωγής σε εξωτερική βάση, ανευρέθηκαν εκτός θεραπευτικού στόχου κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο.

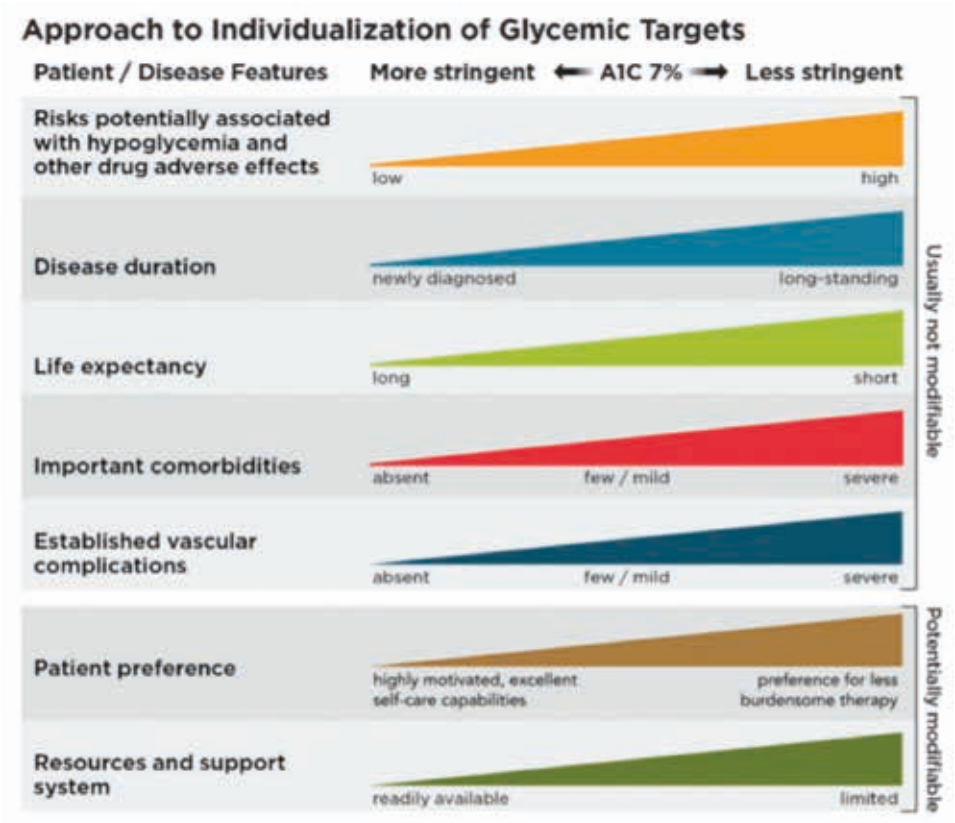
ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Η μελέτη διενεργήθηκε σε πληθυσμό ασθενών με ΣΔτ2 που νοσηλεύτηκαν στην Α' Παθολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων» κατά το διάστημα κατά το διάστημα 11/10/2016 - 10/4/2018 ανεξαρτήτως του αιτίου της εισαγωγής. Αποκλείστηκαν ασθενείς με αιμοσφαιρινοπάθειες, κίρρωση ήπατος, σπληνεκτομή, ασθενείς σε κύηση καθώς και ασθενείς με βαριά αναιμία, ώστε να αποκλειστούν ψευδώς επηρεασμένες τιμές γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1-c) και προσδιορίστηκε η τιμή της HbA1-c για κάθε ασθενή. Στην συνέχεια λαμβάνοντας υπόψιν την ηλικία, την διάρκεια νόσου, τις συννοσηρότητες, τα επεισόδια υπογλυκαιμίας, την ποιότητα ζωής και το προσδόκιμο επιβίωσης, καθορίστηκε ο θεραπευτικός στόχος (επιθυμητό φάσμα HbA1-c) εξατομικευμένα για κάθε ασθενή σύμφωνα με τις υπάρχουσες κατευθυντήριες οδηγίες (διάγραμμα 1).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 47 ασθενείς. Η μέση τιμή της HbA1-c ήταν 7.46%, με μέγιστη τιμή 20.4% και ελάχιστη 5.5%. 16 ασθενείς (ποσοστό 34% του δείγματος) κρίθηκαν ως υποθεραπεύομενοι, 2 ασθενείς (4,3%) κρίθηκαν ότι υπερθεραπεύονταν και 29 ασθενείς (61,7%) κρίθηκαν ότι πληρούσαν το θεραπευτικό στόχο. Συνολικά λοιπόν 18 ασθενείς (38,3% του δείγματος) κρίθηκαν ως επί εκτός θεραπευτικού στόχου και έγιναν οι κατάλληλες τροποποιήσεις της αντιδιαβητικής τους αγωγής.

	Εντός Στόχου	Εκτός Στόχου
Νορμοθεραπευόμενοι	61.7% (29)	
Υπερθεραπευόμενοι		4.3% (2)
Υποθεραπευόμενοι		34% (16)
Σύνολο	61.7% (29)	38.3% (18)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η μελέτη ανέδειξε ότι το 38,3% του δείγματος ήταν εκτός εξατομικευμένου θεραπευτικού στόχου παρά το γνωστό ιστορικό ΣΔτ2 και την λήψη φαρμακευτικής αγωγής. Έξάγεται λοιπόν το συμπέρασμα ότι και μεγάλο ποσοστό ασθενών με ΣΔτ2 που νοσηλεύονται σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο ανεξαρτήτως αιτίας εισόδου κρίνονται ως ανεπαρκώς θεραπευόμενοι για τον ΣΔτ2. Οφείλουμε λοιπόν να αντιμετωπίζουμε κάθε διαβητικό ασθενή σφαιρικά και εξατομικευμένα και να εκτιμούμε την γλυκαιμική του ρύθμιση σε κάθε φάση της πορείας του.

Διάγραμμα 1



Κριτήρια θέσπισης θεραπευτικών στόχων.

Diabetes Care 2019;42(Suppl. 1):S61–S7

ΠΑ09

ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ

Ανδρέας Πιτταράς[1,2,4,5], Χαράλαμπος Γράσσος[1], Μιχάλης Δούμας[1,2], Μανώλης Καλλίστρατος[4], Κωνσταντίνος Κυφνίδης[4], Νικόλαος Κουρεμένος[4], Γεωργία Πυριοβολή[5], Αθανάσιος Μανώλης[4], Charles Faselis[1,2], Peter Kokkinos[1,2,3]

[1] *Veterans Affairs Medical Center, Washington, DC.,*
[2] *George Washington University, Washington DC*
[3] *Rutgers University, NJ,*
[4] *Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας*
[5] *Mediton Medical Center, Athens, Greece*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (T2DM), διατρέχουν σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο καρδιαγγειακών επεισοδίων, συμπεριλαμβανομένης της καρδιακής ανεπάρκειας (ΚΑ). Η καρδιοαναπνευστική ικανότητα (ΦΚ) έχει αποδειχθεί ότι μεταβάλλει ευνοϊκά τις συνοσηρότητες της ΚΑ και μειώνει τον κίνδυνο για εμφάνιση ΚΑ. Ωστόσο, η ανεξάρτητη επίδραση της ΦΚ στην συχνότητα εμφάνισης ΚΑ σε ασθενείς με T2DM δεν έχει αξιολογηθεί.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Μελετήσαμε 6.263 ασθενείς (ηλικίας 58.1 + 10.0 ετών) με T2DM και χωρίς ΚΑ ή ένδειξη ισχαιμίας πριν από δοκιμασία κοπώσεως (ΔΚ). Δημιουργήσαμε τέσσερις κατηγορίες άσκησης, βασισμένες σε ηλικιακά στρωματοποιημένα τεταρτημόρια μέγιστων μεταβολικών ισοδυνάμων (MET) που επιτεύχθηκαν:

- Ελάχιστη φυσική κατάσταση (Least) (4,7 ± 1,1 MET, n = 1,547),
- Χαμηλό επίπεδο φυσικής κατάστασης (low) (6,6 ± 1,2 MET, n = 2,104),
- Μέτρια φυσική κατάσταση (moderate) (8,0 ± 1,3 METs, n = 1,454) και
- Καλή φυσική κατάσταση (high) (10,9 ± 2,3 MET, n = 1,160)

Το μοντέλο αναλογικού κινδύνου, Cox κατασκευάστηκε για να εκτιμήσει τον κίνδυνο εμφάνισης ΚΑ, που σχετίζεται με την ικανότητα άσκησης. Αυτό το μοντέλο προσαρμόστηκε ανάλογα με την ηλικία, τον ΔΜΣ, τις συνοσηρότητες και την φαρμακευτική αγωγή. Η κατηγορία με την λιγότερη φυσική κατάσταση(Least) χρησίμευσε ως ομάδα αναφοράς. Οι τιμές P <0,05, βασισμένες σε δοκιμές δύο όψεων θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές για την όλη διαδικασία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά τη διάρκεια παρακολούθησης 12,9 + 7,1 ετών, 1,429 ασθενείς ή το 21,5% αυτών των ασθενών ανέπτυξαν ΚΑ, που αντιστοιχεί σε 13,5 περιστατικά ανά 1.000 άτομα-έτη παρατήρησης. Η σχέση κινδύνου ΦΚ-ΚΑ ήταν αντίστροφη και διαβαθμισμένη. Ο κίνδυνος μειώθηκε κατά 16% (HR: 0,84 • CI: 0,82-0,87 • p <0,001) για κάθε αύξηση 1-MET σε ΦΚ. Όταν εξετάστηκαν οι κατηγορίες ΦΚ, ο κίνδυνος ΚΑ μειώθηκε σταδιακά κατά 38% (HR: 0,62 • CI: 0,55-0,71 • p <0,001) για όσους ήταν σε χαμηλή φυσική κατάσταση (Low), 49% σε μέτρια φυσική κατάσταση (Moderate) (HR: 0,51 • CI: 0,44-0,59 • p <0,001) και 64% (HR: 0,36 • CI: 0,30-0,43 • p <0,001) για άτομα στην κατηγορία με καλή φυσική κατάσταση (High).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα υψηλά επίπεδα CRF ήταν προστατευτικά έναντι της συχνότητας εμφάνισης HF σε άτομα με T2DM. Η σχέση ΦΚ-ΚΑ ήταν διαβαθμισμένη και ανεξάρτητη από άλλους παράγοντες κινδύνου. Ο κίνδυνος μειώθηκε κατά 16% (HR: 0,84 • CI: 0,82-0,87 • p <0,001) για κάθε αύξηση 1-MET σε ΦΚ.

ΠΑ10

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΡΑΞΗΣ ΜΕ ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Αμαλία Τσαγκάρη[1], Θεοδώρα Λάππα[1], Δήμητρα Λατσού[2], Ανθή Ταναϊνη[1], Εμμανουήλ Καλαφάτης[3], Κωνσταντίνος Πολύζος[3], **Φώτιος Παναγιώτης Τατάκης**[3], Παναγιώτης Γεωργακόπουλος[3], Ιωάννης Καχριμανίδης[3], Αθανάσιος Δρόσος[3], Βασίλειος Λαΐνης[3], Μωυσής Λελέκης[3], Ιωάννης Κυριαζής[4]

[1] *Τμήμα Κλινικής Διατροφής, Γενικό Νοσοκομείο ΚΑΤ*
[2] *Επιστημονικός Συνεργάτης, Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου*
[3] *Παθολογικη Κλινική Γ.Ν.Α. ΚΑΤ*
[4] *Διαβητολογικό Ιατρείο & Ιατρείο Παχυσαρκίας Γ.Ν.Α. ΚΑΤ*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ: Η περιγραφή της κλινικής πράξης και η σύγκριση με διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες ιατρικών πρακτικών που σχετίζονται με την ιατρική διαχείριση υπέρβαρων και παχύσαρκων ασθενών.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: 100 ιατροί (68 άντρες) του νοσοκομείου μας, συμμετείχαν στη μελέτη. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με ad hoc ερωτηματολόγιο. Στο ερωτηματολόγιο περιλαμβάνονταν στοιχεία σχετικά με την ηλικία, την ιατρική ειδικότητα, την λήψη διατροφικής εκπαίδευσης στις βασικές σπουδές, την καταγραφή του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) και της Περιφέρειας Μέσης (ΠΜ) στο ιατρικό ιστορικό, το αίσθημα επαρκούς εκπαίδευσης για την χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής για απώλεια βάρους, για την παροχή συμβουλών διατροφής και φυσικής δραστηριότητας, την αυτοαξιολόγηση αποτελεσματικότητας στη διαχείριση της παχυσαρκίας του ασθενούς, τη γνώση παρουσίας εξειδικευμένων τμημάτων διαχείρισης της παχυσαρκίας στο νοσοκομείου που εργάζονταν.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η πλειοψηφία του δείγματος 46% απάντησε ότι δεν είχε λάβει καθόλου διατροφική εκπαίδευση στις βασικές σπουδές ή στην ειδικότητα ή στην εξειδίκευση, το 41% είχε λάβει μέτρια εκπαίδευση και μόνο το 13% αρκετή. Το 78% των ιατρών δεν συμπεριλαμβάνουν στο ιατρικό ιστορικό το ΔΜΣ τους ασθενούς ή την περιφέρεια μέσης του. Το 63% και το 65% πιστεύει πως δεν έχει την απαραίτητη εκπαίδευση προκειμένου να παρέχει συμβουλές διατροφής για απώλεια βάρους και συμβουλές φυσικής δραστηριότητας αντίστοιχα. Το 91% πιστεύει πως δεν έχει την απαραίτητη εκπαίδευση να προτείνει τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής. Το 39% συμφωνεί με το ότι οι ασθενείς του επιτυγχάνουν να χάσουν βάρος μετά από παρότρυνση του. Το 36% απάντησε εσφαλμένα ότι δεν υπάρχουν τμήματα για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας στο νοσοκομείο. Το 76,9% των ιατρών δήλωσαν ότι η εκπαίδευση τους στα θέματα διατροφής ήταν επαρκής προκειμένου να παρέχουν διατροφικές συμβουλές και το 92,3% συμβουλές φυσικής δραστηριότητας για απώλεια βάρους (p=0,002). Επίσης το 30,8% δήλωσαν επάρκεια γνώσεων προκειμένου να προτείνουν λήψη φαρμακευτικής αγωγής για απώλεια βάρους. (p=0,013).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Με βάση την παρούσα μελέτη, σημαντικές αποκλίσεις προκύπτουν από τη σύγκριση της κλινικής πράξης με διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες πρότυπων ιατρικών πρακτικών που σχετίζονται με τη διαχείριση υπέρβαρων και παχύσαρκων ασθενών αναφορικά με την καταγραφή της υπερβαρότητας/ παχυσαρκίας στο ιατρικό ιστορικό και την αποτελεσματική αντιμετώπιση της μέσω της παραπομπής των ασθενών αυτών σε εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας.

ΠΑ11

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ ΣΤΟΝ ΟΡΕΙΝΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΗΣ Δ. ΦΡΑΓΚΙΣΤΑΣ ΕΥΡΥΤΑΝΙΑΣ. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΓΑΛΗΝΟΣ»

Ιωάννης Κυριαζής[1], Χαρίλαος Δημοσθενόπουλος[1], Θεοδώρα Λάππα[1], Δήμητρα Λατσού[2], Αμαλία Τσαγκάρη[2], **Ιωάννης Παπαδόπουλος**[1], Ερυφίλη Χατζηαγγελάκη[1], Ιωάννης Ντούπης[1], Νικόλαος Πατσουράκος[1], Ρωξάνη Εθυμιάδου[1], Κωνσταντίνος Σγούρος[1], Νικόλαος Παπανικολάου[3], Ιωάννης Ιωαννίδης[1]

[1] *Ιατρική Επιστημονική Ομάδα Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν*
[2] *PhDc,Επιστημονικός Συνεργάτης Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου*
[3] *Γενικός Γιατρός, Συντονιστής Διευθυντής ΠΕΔΥ, Κ.Υ. Δυτ. Φραγκίστα*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ: Στόχος του προγράμματος, ήταν η ανίχνευση παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου στον κλειστό ορεινό πληθυσμό της Δυτικής Φραγκίστας. Στην παρούσα εργασία γίνεται αναφορά στις διατροφικές συνήθειες και στον τρόπος ζωής. Το πρόγραμμα υλοποιήθηκε τον Σεπτέμβριο του 2018, κατόπιν έγκρισης της 5ης ΥΠΕ , υπό την αιγίδα του Ι.Σ Ευρυτανίας και με την ευγενική χορηγία της φαρμακευτικής εταιρείας Boehringer Ingelheim.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Συμπληρώθηκαν ερωτηματολόγια κλειστού τύπου που περιελάμβαναν στοιχεία δημογραφικά, κοινωνικοοικονομικά, κλινικά καθώς και χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής του πληθυσμού. Επιπλέον, όλοι οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε ανθρωπομετρικές μετρήσεις (σωματικό βάρος, ύψος, περίμετρος μέσης, περίμετρος ισχίων, περίμετρος λαιμού, Δείκτης Μάζας Σώματος), σε μέτρηση της αρτηριακής πίεσης καθώς και σε πλήρη έλεγχο της γλυκόζης και των λιπιδίων του αίματος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συμμετείχαν 154 άτομα (56.5% άνδρες). Το 60,4% ανήκε στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ 35-65 ετών και το 33,8% του δείγματος ήταν άνω των 65 ετών. Το 67,9% των εξετασθέντων δήλωσαν καπνιστές με μέση τιμή αριθμού τσιγάρων ημερησίως τα 18,4(±10,2) και μέση τιμή ετών χρήσης τα 32,4(±15,8) έτη. Η μέση τιμή του ΔΜΣ ήταν 28,35 (±4,68), ενώ το 40,5% των συμμετεχόντων ήταν υπέρβαροι και το 34,6% παχύσαρκοι. Το 63.8% του πληθυσμού της μελέτης κατανάλωνε αλκοόλ-κυρίως κρασί (57,4%)- με μέση τιμή αριθμού ποτηριών την ημέρα τα 3,5(±2,5) ποτήρια. Η πλειοψηφία (80,7%) δεν κατανάλωνε δημητριακά ολικής άλεσης, το 71% κατανάλωνε φρούτα και χυμούς λιγότερο από 4 φορές/εβδομάδα και μόνο το 51,1% κατανάλωνε σαλάτες σχεδόν καθημερινά. Το 46.1% κατανάλωνε τυριά πλήρη σε λιπαρά σχεδόν καθημερινά (4-6 φορές/εβδομάδα) και το 30,3% πλήρες γάλα και γιαούρτι 1-3 φορές/εβδομάδα. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (82,9%) κατανάλωνε όσπρια 1-2 φορές την εβδομάδα και με την ίδια συχνότητα το 77,3% κατανάλωνε κόκκινο κρέας και το 72,1% πουλερικά. Οι περισσότεροι από τους μισούς (55.4%) κατανάλωναν ψάρι λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα και το 99,4% κατανάλωνε ελαιόλαδο. Όσον αφορά τη φυσική δραστηριότητα, το 44,2% απάντησε ότι δεν πραγματοποιεί κάποιο είδος φυσικής δραστηριότητας.

Όμως η πλειοψηφία των ανδρών σε αντίθεση με την πλειοψηφία των γυναικών δήλωσε ότι έχει κάποιας μορφής φυσική δραστηριότητα (P= 0,022) με το 44% των ανδρών να περπατάει περισσότερο από 1 ώρα ημερησίως και το 50% των γυναικών περίπου 30 λεπτά (P= 0.007).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σε αυτόν τον πληθυσμό, παρατηρούνται αυξημένα ποσοστά παχυσαρκίας, καπνίσματος, και μειωμένη φυσική δραστηριότητα. Φαίνεται να υπάρχει ανάγκη για προγράμματα τροποποίησης του τρόπου ζωής.

ΠΑ12

ΤΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΟΡΕΙΝΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΗΣ ΔΥΤΙΚΗΣ ΦΡΑΓΚΙΣΤΑΣ ΕΥΡΥΤΑΝΙΑΣ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ «ΓΑΛΗΝΟΣ»

Ιωάννης Κυριαζής[1], **Φώτιος Παναγιώτης Τατάκης**[1], Δήμητρα Λατσού[2], Θεοδώρα Λάππα[1], Ιωάννης Ντούπης[1], Ερυφίλη Χατζηαγγελάκη[1], Νικόλαος Πατσουράκος[1], Ρωξάνη Ευθυμιάδου[1], Ιωάννης Παπαδόπουλος[1], Χαρίλαος Δημοσθενόπουλος[1], Κωνσταντίνος Σγούρος[1], Νικόλαος Παπανικολάου[3], Ιωάννης Ιωαννίδης[1]

[1] *Ιατρική Επιστημονική Ομάδα Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν*
[2] *PhDc,Επιστημονικός Συνεργάτης Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου*
[3] *Γενικός Γιατρός, Συντονιστής Διευθυντής ΠΕΔΥ, Κ.Υ. Δυτ. Φραγκίστας*

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανίχνευση παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου στον ορεινό πληθυσμό της Δυτικής Φραγκίστας. Το πρόγραμμα υλοποιήθηκε τον Σεπτέμβριο του 2018, κατόπιν έγκρισης της 5η ΥΠΕ, υπό την αιγίδα του Ιατρικού Συλλόγου Ευρυτανίας και με την ευγενική χορηγία της Boehringer Ingelheim.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Συμπληρώθηκαν ερωτηματολόγια με στοιχεία δημογραφικά, κοινωνικοοικονομικά, κλινικοεργαστηριακά [δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ), περίμετρος μέσης(ΠΜ), αρτηριακή πίεση(ΑΠ), γλυκόζη(Gl), λιπίδια κ.α.]

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 154 άτομα (56.5% άνδρες). Στο συνολικό πληθυσμό, το 67.9% ήταν καπνιστές, η μέση τιμή του ΔΜΣ ήταν 28.35(±4.68) [40.5% υπέρβαροι & 34.6% παχύσαρκοι], 41.6% είχε δυσλιπιδαιμία, 39% ΑΥ, 16.9% σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και 11.7% στεφανιαία νόσο. Στατιστικά σημαντική διαφορά καταγράφηκε σε σχέση με το φύλο μόνο για την στεφανιαία νόσο (p=0.015)[17.2% των ανδρών έναντι 4.5% των γυναικών]. Μη γνωστή ΑΥ είχε το 12.8% (72.2% άνδρες) και προ υπέρταση είχε το 13.8% (69.2% άνδρες).

Μη γνωστή LDL υπερχοληστερολαιμία είχε το 11.1% (60% γυναίκες), μη γνωστή υπερτριγλυκεριδαιμία το 16.7% (53.3% γυναίκες) και χαμηλή HDL το 18.3% του συνολικού πληθυσμού χωρίς επικράτηση φύλου. Διαπιστώθηκε στατιστική σημαντικότητα μεταξύ υψηλών τιμών HDL και γυναικείου φύλου. Με πρωτοδιαγνωσμένο ΣΔτ2 και προδιαβήτη βρέθηκε ένα άτομο ανά κατηγορία. Μεταβολικό σύνδρομο (ATPIII) διαπιστώθηκε με στατιστική σημαντικότητα, σε υπέρβαρους (52.6%) και κυρίως παχύσαρκους άνδρες (88.5%) (p=0.001).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα ποσοστά παχυσαρκίας και καπνίσματος ήταν υψηλά στον γενικό πληθυσμό. Στατιστικά σημαντική διαφορά καταγράφηκε στον ανδρικό πληθυσμό για την στεφανιαία νόσο, την πρωτοδιάγνωση αρτηριακής υπέρτασης και προ-υπέρτασης, ενώ η LDL υπερχοληστερολαιμία ετέθη ως πρωτοδιάγνωση κυρίως στον πληθυσμό των γυναικών οι οποίες εμφάνιζαν συχνότερα και υπερτριγλυκεριδαιμία. Μεταβολικό σύνδρομο διαπιστώθηκε με στατιστική σημαντικότητα, σε υπέρβαρους και κυρίως παχύσαρκους άνδρες.

ΠΑ13

1ο ΒΡΑΒΕΙΟ ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ

Η ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΣΥΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΑΝΤΙΣΤΡΟΦΑ ΚΑΙ ΔΙΑΒΑΘΜΙΣΜΕΝΑ ΜΕ ΤΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Ανδρέας Πιτταράς[1,2,4,5], Χαράλαμπος Γράσσος[1], Μιχάλης Δούμας[1,2], Μανώλης Καλλίστρατος[4], Κωνσταντίνος Κυφνίδης[4], Νικόλαος Κουρεμένος[4], Γεωργία Πυριοβολή[5], Αθανάσιος Μανώλης[4], Charles Faselis[1,2], Peter Kokkinos[1,2,3]

[1] *Veterans Affairs Medical Center, Washington, DC*
[2] *George Washington University, Washington DC*
[3] *Rutgers University, NJ*
[4] *Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας*
[5] *Mediton Medical Center, Athens, Greece*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η υπέρταση είναι ένας από τους συνηθέστερους παράγοντες κινδύνου για συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ). Στοιχεία δείχνουν ότι το αυξημένο επίπεδο φυσικής κατάστασης μπορεί να ελαττώσει τον κίνδυνο για ΚΑ στο γενικό πληθυσμό. Ωστόσο, η σχέση μεταξύ φυσικής κατάστασης και συχνότητας εμφάνισης ΚΑ σε υπερτασικούς ασθενείς δεν έχει αξιολογηθεί.

ΣΚΟΠΟΣ: Η βελτίωση της καρδιοαναπνευστικής ικανότητας θα μειώσει τον κίνδυνο ΚΑ σε υπερτασικούς ασθενείς.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήσαμε συνολικά 9.070 υπερτασικούς άνδρες (μέση ηλικία 59,5 ± 10,3 έτη). Οι συμμετέχοντες ολοκλήρωσαν μια μέγιστη δοκιμασία κοπώσεως (ΔΚ) ως μέρος κλινικής αξιολόγησης. Κανένας από τους ασθενείς δεν είχε διαγνωστεί να πάσχει από καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) πριν από τη ΔΚ. Τα μεταβολικά ισοδύναμα (METs) υπολογίστηκαν βάσει του μέγιστου χρόνου άσκησης και του βαθμού δυσκολίας. Δημιουργήσαμε τέσσερις κατηγορίες ασκήσεων, με βάση ηλικιακά στρωματοποιημένα τεταρτημόρια μέγιστων μεταβολικών ισοδυνάμων (MET) που επιτεύχθηκαν:

- Ελάχιστη φυσική κατάσταση (Least) (4.4±1.2 METs; n=2,108);
- Χαμηλό επίπεδο φυσικής κατάστασης (low) (6.6±1.2 METs; n=2,926);
- Μέτρια φυσική κατάσταση (Moderately) (7.9±1.3 METs; n=2,423); και
- Πολύ καλή φυσική κατάσταση (Highly) (10.6±2.2 METs; n=2,076).

Εφαρμόστηκαν μοντέλα αναλογικού κινδύνου Cox, σύμφωνα με την ηλικία, τον BMI, το οικογενειακό ιστορικό με καρδιαγγειακή πάθηση, την καρδιαγγειακή/αντιυπερτασική φαρμακευτική αγωγή και τους παράγοντες κινδύνου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά τη διάρκεια περιόδου μέσης παρακολούθησης 11,9 ± 6,5 ετών (διάμεση τιμή 11,8), υπήρξαν 1,216 περιπτώσεις ΚΑ (12,7%) ή 11,2 περιστατικά ανά 1000 άτομα-έτη παρακολούθησης. Η συσχέτιση μεταξύ της νέας εμφάνισης CHF κινδύνου και της φυσικής κατάστασης ήταν αντίστροφη και διαβαθμισμένη. Για κάθε αύξηση 1-MET στην ικανότητα άσκησης, ο κίνδυνος μειώθηκε κατά 14% (HR = 0,86 • CI: 0,84-0,89 • p <0,001). Σε σύγκριση με το ποσοστό για τα άτομα της κατηγορίας Least, ο κίνδυνος εμφάνισης ΚΑ ήταν σταδιακά χαμηλότερος,

- κυμαινόμενος από 33% (HR = 0,67 • CI: 0,58-0,78 • p <0,001) για την επόμενη κατηγορία φυσικής κατάστασης (Low)
- σε 44% (HR = 0.56 • CI: 0.48-0.65 • p <0.001) για την κατηγορία Moderately και
- 62% για την κατηγορία με πολύ καλή φυσική κατάσταση (HR = 0.38 • CI: 0.32-0.46 • p <0.001).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η καρδιοαναπνευστική ικανότητα συσχετίζεται με τον κίνδυνο ανάπτυξης ΚΑ σε υπερτασικούς ασθενείς. Ο σχέση αυτή είναι ανεξάρτητη, αντίστροφη και διαβαθμισμένη. Για κάθε αύξηση 1-MET στην ικανότητα άσκησης, ο κίνδυνος για εμφάνιση ΚΑ μειώθηκε κατά 14%.

ΠΑ14

1ο ΒΡΑΒΕΙΟ ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΜΠΑΓΛΙΦΛΟΖΙΝΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΙΤΑΓΛΙΠΤΙΝΗΣ ΣΤΗ ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΤΟΥ ΛΙΠΩΔΟΥΣ ΙΣΤΟΥ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΟΡΤΙΚΗ ΔΥΣΚΑΜΨΙΑ ΣΕ ΝΟΡΜΟΤΑΣΙΚΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Σταμάτης Ευσταθίου, Ειρήνη Σκεύα, Απόστολος Αχείμαστος, Θεόδωρος Μουντοκαλάκης
Κλινική «Υγείας Μέλαθρον», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η φλεγμονή του λιπώδους ιστού συμβάλλει στην πρώιμη μακροαγγειακή σκλήρυνση των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (Τ2ΣΔ).

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη αξιολόγησε την επίδραση της εμπαγλιφλοζίνης σε σύγκριση με αυτή της σιταγλιπτίνης σε νορμοτασικά άτομα με Τ2ΣΔ: (α) στην αορτική δυσκαμψία και (β) στα επίπεδα στον ορό της αδιπονεκτίνης (ΑΔΝ), μιας λιποκυτοκίνης με αντιφλεγμονώδεις, αντιαθηρογόνες και ινσουλινο-ευαισθητοποιητικές ιδιότητες.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΙ: Σε αυτήν την τυχαιοποιημένη, ανοιχτή, παράλληλη μελέτη 24 εβδομάδων, 108 άτομα με Τ2ΣΔ, αρρύθμιστα υπό μονοθεραπεία με μετφορμίνη (≥1700 mg/ημέρα), τυχαιοποιήθηκαν σε 25 mg εμπαγλιφλοζίνης (n=54) ή 100 mg σιταγλιπτίνης (n=52). Η αορτική δυσκαμψία εκτιμήθηκε ως ταχύτητα διάδοσης του καρωτιδο-μηριαίου σφυγμικού κύματος (ΤΔΣ, Complior, Artech Medical), ενώ η ΑΔΝ μετρήθηκε με ενζυμική ανοσοπροσρόφηση (ELISA). Η αρτηριακή πίεση (συστολική[ΣΑΠ]/διαστολική[ΔΑΠ]) μετρήθηκε στο ιατρείο με πιστοποιημένες αυτόματες ηλεκτρονικές συσκευές (Omron 705IT).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στο συνολικό πληθυσμό της μελέτης, η μέση ηλικία ήταν 50,4 έτη, η διάρκεια διαβήτη 6,1 έτη, η αρχική τιμή HbA1c 7,7%, η γλυκόζη νηστείας 159 mg/dl, ο δείκτης μάζας σώματος 30,2±4,1 kg/m^2, η ΣΑΠ/ΔΑΠ 132,2/82,9 mmHg, ο ρυθμός σπειραματικής διήθησης 89,9 mL/min/1,73 m^2, η ΤΔΣ 13,0±2,1 m/s και η ΑΔΝ 6,0±1,8 μg/ml κατά την έναρξη. Στις 24 εβδομάδες παρατηρήθηκαν σημαντικές μεταβολές στη HbA1c και στη γλυκόζη νηστείας τόσο με την εμπαγλιφλοζίνη (-0,72% και -25,3 mg/dl αντίστοιχα) όσο και με τη σιταγλιπτίνη (-0,70% και -23,2 mg/dl αντίστοιχα, p<0,001 για όλες τις συγκρίσεις, χωρίς διαφορά μεταξύ των 2 φαρμάκων). Η ΑΠ μειώθηκε με την εμπαγλιφλοζίνη (-4,9±0,9 [p<0,05] ΣΑΠ/-2,4±0,4 [p<0,05] ΔΑΠ [mmHg]), αλλά όχι με τη σιταγλιπτίνη (-1,3±1,0 [p=0,672]/-0,1±0,5 [p=0,848]). Το βάρος μειώθηκε κατά 3,8±0,4 kg (p<0,001) με την εμπαγλιφλοζίνη, αλλά όχι με τη σιταγλιπτίνη (ελάττωση κατά 0,5±0,1 kg [p=0,082], p<0,001 για τη διαφορά μεταξύ των 2 φαρμάκων). Η ΤΔΣ μειώθηκε (-3,1±0,3 m/s [p<0,001] με την εμπαγλιφλοζίνη και -1,6±0,4 m/s [p<0,05] με τη σιταγλιπτίνη) και η ΑΔΝ αυξήθηκε (3,3±0,8 [p<0,001] με την εμπαγλιφλοζίνη και 1,3±0,3 mg/L [p<0,05] με τη σιταγλιπτίνη), με τις διαφορές να είναι μεγαλύτερες με την εμπαγλιφλοζίνη (p<0,01 και για τις δύο συγκρίσεις).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η προσθήκη εμπαγλιφλοζίνης στη μετφορμίνη μπορεί να μετριάσει τη φλεγμονή του λιπώδους ιστού και την αορτική δυσκαμψία σε μεγαλύτερο βαθμό από την σιταγλιπτίνη σε νορμοτασικά άτομα με Τ2ΣΔ.

ΠΑ15 *ΕΠΑΙΝΟΣ 2ης ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ*

ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2. ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΕΙΚΟΣΑΕΤΙΑ

Μαρία Ζιώρη[1], Αθανασία Παπαζαφειροπούλου[2], Αναστάσιος Κουτσοβασίλης[3], Ηλίας Γεωργόπουλος[2], Δημήτρης Γουγουρέλας[3], Σταματίνα Δρίβα[1], Ελισάβετ Προδρομιάδου[1], Σταύρος Μπούσμπουλας[3], Σταύρος Παππάς[3], Ανδρέας Μελιδώνης[2], Αλέξιος Σωτηρόπουλος[3], Σταύρος Λιάτης[1]

[1] *Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Διαβητολογικό Κέντρο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»*
[2] *Α' Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»*
[3] *Γ' Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης είναι να εξετασθεί η διαχείριση της ινσουλινοθεραπείας στον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2) το έτος 2018 και να εκτιμηθεί διαχρονικά κατά την τελευταία 20ετία.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν αναδρομικά τα αρχεία 1308 ινσουλινοθεραπευόμενων ασθενών οι οποίοι, το 2018, επισκέφθηκαν τουλάχιστον δύο φορές τα Διαβητολογικά Κέντρα τριών μεγάλων Νοσοκομείων. Το κόστος συνταγογράφησης υπολογίστηκε με βάση το δελτίο λιανικών τιμών ΕΟΠΥΥ, με πληθωριστική προσαρμογή, ενώ για τα μη-πρωτότυπα φάρμακα, υπολογίστηκε το μέσο κόστος των γενόσημων. Τα δεδομένα συγκρίθηκαν με αντίστοιχες καταγραφές που έγιναν στα ίδια Κέντρα, με την ίδια μεθοδολογία, τα έτη 1998, 2006 και 2012.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Πίνακας 1. Το 2018, το ποσοστό των ινσουλινοθεραπευόμενων ασθενών αυξήθηκε σε 41,8% από 31,6% το 1998. Η πλειοψηφία (65,4%) λάμβανε μόνο βασική ινσουλίνη. Η μετφορμίνη ήταν το συχνότερα συγχορηγούμενο φάρμακο (70,0%), ενώ ακολουθούσαν οι DPP-4i (28,1%), οι GLP-1RA (26,2%) και οι SGLT-2i (12,8%). Οι ασθενείς που λάμβαναν μονοθεραπεία με ινσουλίνη μειώθηκαν αντίστοιχα σε 7,7% από 32,1%. Νεότερα ανάλογα βασικής ινσουλίνης λάμβανε το 32,9%. Η μέση HbA1c ήταν υψηλότερη από των μη-ινσουλινοθεραπευόμενων ασθενών κατά περίπου 1%, σε όλες τις χρονικές περιόδους (p<0.001). Επιπλέον, η HbA1c ήταν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό μειωμένη συγκρινόμενη μόνο με το 1998 (7,5±1,4 έναντι 8,8±2,1). Το μέσο κόστος αγωγής των ινσουλινοθεραπευόμενων ασθενών διπλασιάστηκε έναντι των ετών 2012, 2006, το οποίο είχε διπλασιαστεί έναντι του 1998.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το ποσοστό των ασθενών με ΣΔτ2 που λαμβάνουν ινσουλίνη έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια, κυρίως σε ότι αφορά στα σχήματα βασικής ινσουλίνης σε συνδυασμούς. Η γλυκαιμική ρύθμιση των ινσουλινοθεραπευομένων υπολείπεται σταθερά των υπολοίπων ασθενών, χωρίς να εμφανίζει μείωση μετά το 2006, ενώ το κόστος αντιδιαβητικής αγωγής παρουσίασε σημαντική αύξηση τα έτη 2006 και 2018.

	2018	2012	2006	1998	p
Ινσουλινοθεραπευόμενοι n (%)	253 (41,8)	303 (42,5)	431 (32,3)	547 (31,6)	
Άνδρες (%)	61,6	48,7	45,9	41,7	<0.001
Ηλικία (έτη)	66,6±10,5	67,8±9,4	66,4±11,2	63,7±10,9	
Μετφορμίνη (%)	70,0	66,6	42,6	18,1	
DPP-4i (%)	28,1	12,1			
GLP-1RA (%)	26,2	3,9			
SGLT2 (%)	12,8				
Βασική Ινσουλίνη + άλλα αντιδιαβητικά φάρμακα	65,4	32,9	30,4	7,9	
Degludec / Glargine300 (%)	19,6/14,4				
HbA1c (%)	7,5±1,4	7,6±1,2	7,6±1,4	8,8±2,1	<0.001
Κόστος (αποπληθωρισμένο, €/ασθενή/έτος)	1034±652	575±418	559±329	278±129	<0.001

ΠΑ16 *ΕΠΑΙΝΟΣ 3ης ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ*

ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ, ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΤΑΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΤΟ ΔΙΑΒΗΤΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Μαρία Ρεκλείτη[1], Κυριάκος Σουλιώτης[2], Πάολα Ρόχας[1], Ιωάννης Κυριαζής[3], Μαρία Τσιρώνη[1]

[1] *Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου*
[2] *Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου*
[3] *Διαβητολογικό Ιατρείο Γ.Ν.Α. ΚΑΤ*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα τελευταία χρόνια έχουν πραγματοποιηθεί πολλές ερευνητικές προσπάθειες προκειμένου να σχεδιαστούν και να σταθμιστούν ερωτηματολόγια με στόχο την αποτύπωση διαφόρων διαστάσεων της ποιότητας ζωής σε διαβητικούς ασθενείς. Η κλίμακα μέτρησης της Σχετιζόμενης με το Διαβήτη Ποιότητας Ζωής (Diabetes Quality of Life, Brief Clinical Inventory – DQOL-BCI) έχει σταθμιστεί στο εξωτερικό, έχοντας επιδείξει υψηλούς βαθμούς αξιοπιστίας και εγκυρότητας.

ΣΚΟΠΟΣ: Η στάθμιση του συγκεκριμένου εργαλείου μέτρησης της ποιότητας ζωής σε διαβητικούς ασθενείς στην ελληνική γλώσσα.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Η πιλοτική μελέτη πραγματοποιήθηκε σε δείγμα πληθυσμού που κατοικεί στην ευρύτερη περιοχή της Κορινθίας. Η επιλογή του δείγματος έγινε με τη μέθοδο της σκόπιμης δειγματοληψίας και 58 από τους 65 ασθενείς (ποσοστό απόκρισης 89,23%) συμφώνησαν να συμμετάσχουν. Η εγκυρότητα περιεχομένου του DQOL-BCI επανεξετάστηκε από μία ομάδα πέντε ειδικών σε ποιοτικές και ποσοτικές συμπεριφορές. Για την ποσοτική αξιολόγηση της εγκυρότητας περιεχομένου, παρατηρήθηκαν ικανοποιητικά αποτελέσματα για κάθε στοιχείο (CVI από 0.73-1.00, ενώ όλοι οι CVR ίσοι με 1.00) και κατά συνέπεια σε όλο το ερωτηματολόγιο. Ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach's alpha ήταν ίσος με 0.95. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνάφειας των στοιχείων της κλίμακας επιβεβαιώνεται από τις υψηλές τιμές του συντελεστή Cronbach alpha (>0.90), γεγονός που φανερώνει εξαιρετικά υψηλούς βαθμούς αξιοπιστίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτέλεσαν 58 άτομα (35 άνδρες και 23 γυναίκες), με διαγνωσμένο ΣΔ τύπου Ι (4,9%) και τύπου ΙΙ (93,1%). Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 59,9 ± 10,9 έτη, με τους περισσότερους να ανήκουν στην ηλικιακή κατηγορία άνω των 60 ετών (44,8%). Οι περισσότεροι ήταν έγγαμοι (63,8%) και δήλωσαν ως τόπο διαμονής αστική περιοχή (46,6%). Η μετάφραση του ερωτηματολογίου βρέθηκε να είναι κατάλληλη σύμφωνα με τις ιδιαιτερότητες της ελληνικής γλώσσας και την κουλτούρα του πληθυσμού και σχολιάστηκε πως είναι εύκολα αναγνώσιμο και κατανοητό (N=58). Ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach's alpha ήταν ίσος με 0.95. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνάφειας των στοιχείων της κλίμακας επιβεβαιώνεται από τις υψηλές τιμές του συντελεστή Cronbach alpha (>0.90), γεγονός που φανερώνει εξαιρετικά υψηλούς βαθμούς αξιοπιστίας εσωτερικής συνάφειας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ελληνική έκδοση του DQOL-BCI φαίνεται να παρουσιάζει υψηλή εσωτερική αξιοπιστία και ικανοποιητική δομική εγκυρότητα, γεγονός που επιτρέπει τη χρήση του ως σημαντικό εργαλείο αξιολόγησης της ποιότητας ζωής των διαβητικών ασθενών σε σχέση με την υγεία τους.

ΠΑ17 *ΕΠΑΙΝΟΣ 3ης ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ*

ΘΕΩΡΙΑ ΚΑΙ ΠΡΑΞΗ ΣΤΗΝ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΜΕΛΟΝΤΙΚΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΜΕΣΩ ΤΟΥ ΕΡΓΑΛΕΙΟΥ FINDRISK ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Ιωάννης Κυριαζής[1], Ερυφίλη Χατζηαγγελάκη[1], Δήμητρα Λατσού[2], Ιωάννης Ντούπης[1], Νικόλαος Πατσουράκος[1], Ρωξάνη Εθυμιάδου[1], **Ιωάννης Παπαδόπουλος**[1], Χαρίλαος Δημοσθενόπουλος[1], Ιωάννης Ιωαννίδης[1]

[1] *Ιατρική Επιστημονική Ομάδα Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν*

[2] *PhDc, Επιστημονικός Συνεργάτης, Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου & Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Στις μέρες μας μιλάμε για παγκόσμια και εξελισσόμενη επιδημία σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2).

Μόνο στην Ευρώπη το 2025 αναμένεται οι ασθενείς να φθάσουν τα 40 εκατομμύρια.

ΣΚΟΠΟΣ: Η πρόληψη αποτελεί ένα ρεαλιστικό σενάριο. Σε αυτό το πλαίσιο υπάρχουν ερευνητικά εργαλεία τα οποία υπολογίζουν τον κίνδυνο ανάπτυξης ΣΔτ2 στα επόμενα χρόνια. Στην εργασία μας, χρησιμοποιήσαμε το FINDRISK.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 100 άτομα (μέση ηλικία 47,1 έτη - 63% γυναίκες). 62% με Δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ)>25 - Άνδρες 70.2%, Γυναίκες 57.2% ,64,9% των ανδρών είχαν περιφέρεια μέσης (ΠΜ) ≥94cm, και 85,7% των γυναικών ≥80cm. Ουδείς είχε σε πρόσφατο έλεγχο υψηλή τιμή σακχάρου. Το 72% είχε φυσική δραστηριότητα >30΄ ημερησίως και το 83% καθημερινά. Το 84% δεν ελάμβανε κάποια αντιυπερτασική αγωγή. Συγγενή 1ου βαθμού είχε το 43% και 2ου βαθμού το 42%. Η μέση τιμή του SCORE ήταν 9,4 (±4.8). Το 82% φάνηκε κίνδυνος να αναπτύξει διαβήτη σε βάθος δεκαετίας σε ποσοστό 1-17% (4% σε πολύ χαμηλό & 78% σε χαμηλό κίνδυνο), στο υπόλοιπο 18% ο κίνδυνος ανήλθε στο 33%. Για τις παραμέτρους που επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά (p=0.001) το SCORE του κινδύνου για ανάπτυξη ΣΔτ2, φάνηκε ότι:

- Σε άτομο με συγγενή 1ου βαθμού με ΣΔτ2, αυξάνεται ο κίνδυνος κατά 4,304 φορές.
- Σε άτομο που λαμβάνει αντιυπερτασική αγωγή αυξάνεται ο κίνδυνος κατά 3,526 φορές.
- Για ΠΜ≥94 για τους άνδρες και ≥80 για τις γυναίκες, αυξάνεται ο κίνδυνος κατά 2,275 φορές.
- Σε άτομο με συγγενή 2ου βαθμού με ΣΔτ2, αυξάνεται ο κίνδυνος κατά 1,146 φορές.
- Σε αύξηση του ΔΜΣ κατά 1 μονάδα, αυξάνεται ο κίνδυνος κατά 0,157 φορές.
- Σε αύξηση της ηλικίας κατά 1 έτος, αυξάνεται ο κίνδυνος κατά 0,084 φορές.

και

- Σε φυσική δραστηριότητα >30 λεπτά καθημερινά, μειώνεται ο κίνδυνος κατά 2,848 φορές.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η 1ου βαθμού κληρονομικότητα, η ΑΥ και η ΠΜ είναι οι πλέον καθοριστικοί παράγοντες που φάνηκε να ευνοούν την ανάπτυξη ΣΔτ2 σε βάθος δεκαετίας σύμφωνα με το FINDRISK SCORE στο πληθυσμό που μελετήσαμε. Ο κίνδυνος μειώνεται αισθητά ακόμα και επί κληρονομικότητας 1ου βαθμού και υπάρχουσας ΑΥ, εφόσον διατηρείται σε φυσιολογικά επίπεδα ΠΜ, ο ΔΜΣ και η φυσική δραστηριότητα >30΄

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (E-POSTER)

ΑΑ01

Η ΠΡΟΤΙΜΗΣΗ ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΛΛΗΝΕΣ ΓΕΝΙΚΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ

Ευστάθιος Σκληρός, **Αναστασία Αντωνίου**, Μιχάλης Βικέλης, Χρήστος Παπαφράγκος, Μαρία Σαρίδη, Αλέξης Σωτηρόπουλος

Ελληνική Εταιρεία Έρευνας και Εκπαίδευσης στην Π.Φ.Υ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Παρόλο που δεν διατίθενται στοιχεία για την προτίμηση των κλινικών σχετικά με τη διαχείριση ασθενειών, στην Ελλάδα ο γεωγραφικός αποκλεισμός, τα οικονομικά προβλήματα και η έλλειψη εξειδικευμένων διαβητολόγων ακόμα και σε μικρές πόλεις, μπορούν να οδηγήσουν τους διαβητικούς ασθενείς στην παρακολούθηση από ιατρούς της Π.Φ.Υ και όχι από εξειδικευμένους διαβητολόγους. Η προτίμηση του γενικού ιατρού στη διαχείριση συγκεκριμένων μόνο νόσων μπορεί να είναι παράγοντας για τη λανθασμένη διάγνωση, την αλλαγή της έκβασης του διαβήτη και/ή τη μείωση της ικανοποίησης του ασθενούς, κάτι που οδηγεί στην εγκατάλειψη της συνεπούς παρακολούθησης.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Το δείγμα αποτελείτο από γενικούς ιατρούς, που παρακολούθησαν ένα ετήσιο (3 σεμιναρίων) σεμινάριο συνεχιζόμενης εκπαίδευσης της Ε.Ε.Ε.Ε.Π. Όλοι οι ιατροί που παρακολούθησαν το πρόγραμμα κλήθηκαν να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς, αλλά από τους 355 γενικούς ιατρούς, μόνο οι 182 συμφώνησαν να λάβουν μέρος στη μελέτη και να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο. Συλλέχθηκαν δημογραφικά στοιχεία και ερωτήσεις σχετικά με την προτίμηση διαχείρισης ποικίλων νόσων (10 ασθένειες/συμπτώματα). Μία 5-βάθμια κλίμακα τύπου Likert (1. Διαφωνώ απόλυτα, 2. Διαφωνώ, 3. Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 4. Συμφωνώ, 5. Συμφωνώ απόλυτα) χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της προτίμησης των ιατρών να διαχειρίζονται διαβητικούς ασθενείς. Από τα δεδομένα εξήχθησαν οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με το SPSS 24.0 και για τις συγκρίσεις εντός και μεταξύ των ομάδων σε συνεχείς και ποιοτικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν οι στατιστικές δοκιμασίες της ANOVA, του t-test και x2, αντίστοιχα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 51.2% με N=182. Ο πίνακας δείχνει τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, κατηγοριοποιημένα ανά φύλο. Η μέση τιμή ηλικίας ± τυπική απόκλιση ήταν τα 49.64 ± 9.12 έτη (με εύρος 30 - 70 έτη) και βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών (p= .001).

Πίνακας: Δήλωση προτίμησης σε ασθένειες/συμπτώματα

Ασθένεια	Μέση τιμή απάντησης (±τυπική απόκλιση)			p - value
	Σύνολο	Άνδρες	Γυναίκες	
Σακχαρώδης Διαβήτης	**4.36±0.87**	**4.37±0.86**	**4.33±0.88**	**0.737**
Περιφερική Διαβητική Νευροπάθεια	3.57±1.0	3.60±0.97	3.51±0.563	0.574
Λοιμώξεις του ανωτέρου αναπνευστικού	4.51±0.7	4.48±0.68	4.55±0.73	0.533
Ζαλάδα	3.88±0.94	3.88±0.86	3.89±1.57	0.950
Πόνος στη μέση	3.90±0.95	3.94±0.86	3.83±1.08	0.429
Ημικρανία	3.57±1.02	3.59±0.95	3.53±1.12	0.695
Ινομυαλγία	3.25±1.06	3.37±1.01	3.12±1.11	0.147
Υπέρταση	4.66±0.60	3.59±0.95	3.53±1.12	0.695
Υπερλιπιδαιμία	4.64±0.65	4.62±0.62	4.70±0.57	0.383
Ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο	3.88±1.00	3.88±0.89	3.88±1.17	0.960

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γενικοί ιατροί προτιμούσαν να θεραπεύουν ασθενείς με γενικές ιατρικές καταστάσεις, όπως είναι η υπερλιπιδαιμία, η υπέρταση, ο ΣΔ και οι λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού περισσότερο από νευρολογικές νόσους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παρόλο που ο ΣΔ αποτελεί τις πιο συχνές νόσους, με την οποία έρχονται αντιμέτωποι οι ιατροί της Π.Φ.Υ, δεν φαίνεται να προτιμούν να τη διαχειρίζονται περισσότερο από άλλες γενικές ιατρικές καταστάσεις. Θα ήταν χρήσιμο σε μελλοντικές μελέτες να διερευνηθεί η συσχέτιση της προτίμησης μίας νόσου από τους ιατρούς με την ικανοποίηση του ασθενούς, αλλά και τη διαχείριση της νόσου του.

ΑΑ02

ΕΥΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ ΙΙ ΥΠΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΕΜΠΑΓΛΙΦΛΟΖΙΝΗ ΠΡΟΣΦΑΤΟΥ ΕΝΑΡΞΗΣ

Χαράλαμπος Θάνος, Αλεξάνδρα Γιάννου, Μαρία Γραμμουστιάνου, Ανδρέας Αδρακτάς
Παθολογική Κλινική - Γενικό Νοσοκομείο Θείας Πρόνοιας «Η Παμμακάριστος»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι αναστολείς των συμμεταφορέων νατρίου - γλυκόζης (SGLT2) αποτελούν αντιδιαβητικά φάρμακα που αναστέλλουν την επαναρρόφηση γλυκόζης στο εγγύς εσπειραμένο σωληνάριο των νεφρών. Η ευγλυκαιμική διαβητική κετοξέωση (euDKA) είναι μια επιπλοκή της θεραπείας του σακχαρώδη διαβήτη τύπου ΙΙ, η οποία έχει συσχετιστεί με την λήψη SGLT2 αναστολέων στην πρόσφατη βιβλιογραφία, ο δε ακριβής μηχανισμός δεν είναι ακόμα πλήρως κατανοητός.

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάλυση της κλινικής εικόνας ασθενούς με euDKA σε έδαφος ΣΔ τύπου ΙΙ, ο οποίος ξεκίνησε αγωγή με εμπαγλιφλοζίνη προ μηνός.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Περιγράφεται περιστατικό άνδρα, 66 ετών με ιστορικό ΣΔ τύπου ΙΙ από δεκαετίας, ο οποίος ελάμβανε συνδυασμό Μετφορμίνης / βινταγλυπτίνης τα τελευταία χρόνια. Λόγω πτωχού γλυκαιμικού ελέγχου με HBA1C 11%, στην αγωγή προστέθηκε εμπαγλιφλοζίνη. Δύο μήνες μετά την έναρξη της αγωγής, ο ασθενής προσεκομίσθη στα επείγοντα, λόγω επεισοδίων εμέτων και κοιλιακού άλγους από ωρών. Κατά την αντικειμενική εξέταση, ήταν αιμοδυναμικά σταθερός, με καλό επίπεδο συνείδησης, ταχυπνοϊκός (RR 22/ λεπτό), και γλυκόζη = 267 mg/dL. Από τον εργαστηριακό έλεγχο, διαπιστώθηκε μεταβολική οξέωση με pH αρτηριακού αίματος 7.19, HCO3=6 mmol/L , PCO2 =16 mmHG, αυξημένο χάσμα ανιόντων με φυσιολογικό γαλακτικό, και θετικές κετόνες ούρων (4+).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τέθηκε η διάγνωση διαβητικής κετοξέωσης, ο ασθενής αντιμετωπίσθηκε με επιθετική ενυδάτωση και ενδοφλέβια στάγδην κρυσταλλική ινσουλίνη, με βελτίωση της οξεοβασικής του ισορροπίας εντός του 1ου 24ώρου. Από τον κλινικοεργαστηριακό έλεγχο δεν ανευρέθησαν ιδιαίτερα παθολογικά ευρήματα, πλην ήπια αυξημένων δεικτών φλεγμονής, χωρίς κλινική εικόνα ενεργού λοίμωξης. Ο ασθενής εξήλθε την επομένη ημέρα με οδηγία για διακοπή της εμπαγλιφλοζίνης και ξεκίνησε αγωγή με εντατικοποιημένο σχήμα βασικής και γευματικής ινσουλίνης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ευγλυκαιμική DKA αποτελεί σπάνια επιπλοκή της θεραπείας με SGLT2 αναστολείς. Η πρόσφατη έναρξη της εμπαγλιφλοζίνης σε συνδυασμό με έλλειψη λοιπών εκλυτικών παραγόντων για DKA, οδηγεί στο συμπέρασμα ότι το επεισόδιο κετοξέωσης συνδέεται με τον SGLT2 αναστολέα. Καθώς η χρήση των SGLT2 αναστολέων γίνεται όλο και πιο ευρεία, οφείλουμε να αναγνωρίζουμε την euDKA ως σπάνια, αλλά δυνητικά σοβαρή επιπλοκή της θεραπείας τους.

ΑΑ03

ΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΑ ΜΕ ΚΕΡΚΙΔΙΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ

Κωνσταντίνος Κιντής, **Ανδρέας Κολονιάρης**, Άγις Ηλιάδης, Εμμανουήλ Παπαδάκης, Διονύσιος Αντωνάτος, Χρήστος Μαντής, Αρετή Πουλιανίτου, Ανδρέας Ιβάνος, Λουκάς Κυριάκου, Χάρης Αρμόνης, Σταύρος Σαλαβράκος, Χρήστος Τούντας, Ελένη Αποστολοπούλου, Σωτήριος Πατσιλινάκος

Καρδιολογική Κλινική, Κωνσταντοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός ήταν η εκτίμηση των παραγόντων που επηρεάζουν την έκθεση στην ακτινοβολία χρησιμοποιώντας την κερκιδική προσπέλαση.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήσαμε 1021 διαδοχικούς ασθενείς (673 άνδρες, μέση ηλικία 61 έτη) που υποβλήθηκαν σε διαγνωστική στεφανιογραφία. Ο καθετηριασμός πραγματοποιήθηκε μέσω δεξιάς ή αριστερής κερκιδικής αρτηρίας χρησιμοποιώντας 5 ή 6 French (Fr) καθετήρες. Τα τελικά σημεία ήταν η επιτυχία της διαδικασίας, ο χρόνος ακτινοσκόπησης (FT), η δόση ακτινοβολίας [DAP και Air kerma (AK)], ο αριθμός καθετήρων και η ποσότητα σκιαγραφικού.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στο συνολικό πληθυσμό, το DAP συσχετίστηκε θετικά με το βάρος ($r = 0.424$, $r < 0.001$), το ύψος ($r = 0.222$, $r < 0.001$) και τον BMI ($r = 0.361$, $r < 0.001$). Το t-test έδειξε ότι το άρρεν φύλο, συγκριτικά με το θήλυ, συνοδευόταν από αυξημένο DAP (30221±9543 vs 23208±5651 mGycm^2), αυξημένο AK (458±59 vs 352±53 mGy), αλλά μειωμένο FT (2.88±1.00 vs 3.18±0.79 λεπτά). Η ομάδα των 6Fr, συγκριτικά με αυτή των 5Fr, συνοδευόταν από αυξημένο DAP και AK. Τέλος, η αριστερή κερκιδική συνοδευόταν από αυξημένο FT.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το μέγεθος του καθετήρα, η πλευρά προσπέλασης και τα κλινικά χαρακτηριστικά αποτελούν παράγοντες έκθεσης στην ακτινοβολία και στο χρόνο ακτινοσκόπησης στους ασθενείς που υποβάλλονται σε στεφανιογραφία μέσω της κερκιδικής προσπέλασης.

ΑΑ04

ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΘΡΟΜΒΟΥ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΜΕ ΠΟΛΛΑΠΛΕΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΜΒΟΛΕΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΤΥΠΟΥ 5

Νικόλαος Κατσιάδας, Κωνσταντίνος Κιντής, Χρήστος Μαντής, Διονύσιος Αντωνάτος, Εμμανουήλ Παπαδάκης, Αρετή Πουλιανίτου, Χάρης Αρμόνης, Σταύρος Σαλαβράκος, Χρήστος Τούντας, Ελένη Αποστολοπούλου, Σωτήριος Πατσιλινάκος

Κωνσταντοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

Παρουσιάζουμε την περίπτωση ενός άνδρα ηλικίας 63 ετών με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και αορτοστεφανιαίας παράκαμψης 10 ημέρες πριν, χωρίς ιστορικό εμφράγματος μυοκαρδίου και φυσιολογική λειτουργία της αριστερής κοιλίας προ του χειρουργείου. Ο ασθενής παρουσιάστηκε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με αιφνίδια εμφάνιση κοιλιακού άλγους. Επίσης ανέφερε άλγος στην οσφυϊκή χώρα από αρκετές ημέρες. Πραγματοποιήθηκε υπολογιστική τομογραφία (computed tomography, CT) η οποία έδειξε οξύ έμφρακτο σπληνός, αμφοτερόπλευρα νεφρικά έμφρακτα, αποφραγμένη αριστερή έσω λαγόνια αρτηρία, θρόμβωση άνω μεσεντέριου αρτηρίας και ένα σημαντικό έλλειμμα πλήρωσης στην αριστερή κοιλία. Η ηχοκαρδιογραφία έδειξε σοβαρή δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας (κλάσμα εξώθησης 25%), ακινησία κορυφής και έναν εκτεταμένο θρόμβο 3 εκατοστών εντός αυτής. Ο ασθενής έλαβε άμεσα ηπαρίνη ενδοφλεβίως και εισήχθη στην μονάδα στεφανιαίας φροντίδας. Μυοκαρδιακή βλάβη ή έμφραγμα μπορεί να συμβεί κατά την επαναγγείωση, είτε με την αορτοστεφανιαία παράκαμψη είτε με την διαδερμική στεφανιαία επέμβαση. Εκτός από το ανεύρυσμα της αριστερής κοιλίας και τη διατατική μυοκαρδιοπάθεια, ο θρόμβος της αριστερής κοιλίας μπορεί να είναι αποτέλεσμα μυοκαρδιακής βλάβης ή εμφράγματος, όπου η ακινησία προάγει την στάση του αίματος και τον σχηματισμό θρόμβων. Είναι πιθανόν τα έμφρακτα του σπληνός και των νεφρών να ήταν υπεύθυνα για τα συμπτώματα του ασθενούς. Το νεφρικό απόστημα εμφανίζεται με κοιλιακό άλγος και μικροσκοπική αιματουρία και έχει αναφερθεί μετά από θρόμβο στην αριστερή κοιλία. Η αντιπηκτική θεραπεία είναι ο βασικός πυρήνας της αντιμετώπισης για τον θρόμβο της αριστερής κοιλίας. Τόσο οι ανταγωνιστές της βιταμίνης Κ όσο και οι υψηλές δόσεις ενδοφλέβιας ηπαρίνης έχουν αποδείξει την αποτελεσματικότητα και την ασφάλειά τους, ενώ μειώνουν τον κίνδυνο νέων εμβολικών συμβάντων. Ο συνδυασμός αντιαιμοπεταλιακής και αντιπηκτικής θεραπείας είναι μια αποτελεσματική επιλογή θεραπείας σε ασθενείς με θρόμβο της αριστερής κοιλίας και πολλαπλές εμβολές, επί απουσίας σοβαρών επιπλοκών που απαιτούν επεμβατική αντιμετώπιση. Στην περίπτωσή μας, η συντηρητή αντιμετώπιση είχε ως αποτέλεσμα την πλήρη λύση του θρόμβου της αριστερής κοιλίας χωρίς νέα θρομβοεμβολικά επεισόδια.

ΑΑ05

Η ΕΚΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ ΩΣ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΥΨΗΛΟΥ ΦΟΡΤΙΟΥ ΘΡΟΜΒΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ STEMI

Νικόλαος Κατσιάδας, Κωνσταντίνος Κιντής, Χρήστος Μαντής, Διονύσιος Αντωνάτος, Εμμανουήλ Παπαδάκης, Αρετή Πουλιανίτου, Χάρης Αρμόνης, Σταύρος Σαλαβράκος, Χρήστος Τούντας, Ελένη Αποστολοπούλου, Σωτήριος Πατσιλινάκος

Κωνσταντοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το υψηλό φορτίο θρόμβου αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για επιπλοκές κατά τη διάρκεια της πρωτογενούς αγγειοπλαστικής σε ασθενείς με STEMI.

ΣΚΟΠΟΣ: Να προσδιορίσουμε την πιθανή συσχέτιση μεταξύ της εκτασίας των στεφανιαίων αρτηριών και του υψηλού φορτίου θρόμβου σε ασθενείς με STEMI.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με βάση μια προοπτική ομάδα ασθενών με STEMI από τον Ιανουάριο το 2015 έως τον Δεκέμβριο του 2018. Το φορτίο του θρόμβου ταξινομήθηκε με βάση το βαθμό θρόμβου του αγγείου. Τα άτομα ελέγχου αποτέλεσαν δύο διαδοχικοί ασθενείς με STEMI μετά από κάθε περίπτωση, με χαμηλό φορτίο θρόμβου. Ως εκτασία των στεφανιαίων αρτηριών ορίστηκε ως τουλάχιστον 1.5 φορά αύξηση της διαμέτρου ενός τμήματος του στεφανιαίου αγγείου, σε σύγκριση με το υγιές.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην ομάδα υψηλού φορτίου θρόμβου, η συχνότητα εμφάνισης εκτασίας των στεφανιαίων αρτηριών ήταν σημαντικά υψηλότερη (23.8% vs 3.9%, $p < 0.01$) σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Μετά από πολυπαραγοντική ανάλυση, η εκτασία των στεφανιαίων αρτηριών παρέμεινε ένας ισχυρός και ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας υψηλού φορτίου θρόμβου (OR 13.9, CI 4.7 - 41.2, $p < 0.01$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η εκτασία των στεφανιαίων αρτηριών είναι ένας ισχυρός και ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας υψηλού φορτίου θρόμβου σε ασθενείς με STEMI. Μελλοντικές μελέτες θα αξιολογήσουν τη βέλτιστη αντιμετώπιση των ασθενών αυτών.

ΑΑ06

Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Η ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ ΤΩΝ 4 FRENCH ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΚΑΘΕΤΗΡΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΑ ΜΕΣΩ ΚΕΡΚΙΔΙΚΗΣ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗΣ

Κωνσταντίνος Κιντής, Ανδρέας Κολονιάρης, **Άγις Ηλιάδης**, Εμμανουήλ Παπαδάκης, Διονύσιος Αντωνάτος, Χρήστος Μαντής, Αρετή Πουλιανίτου, Ανδρέας Ιβάνος, Λουκάς Κυριάκου, Χάρης Αρμόνης, Σταύρος Σαλαβράκος, Χρήστος Τούντας, Ελένη Αποστολοπούλου, Σωτήριος Πατσιλινάκος

Καρδιολογική Κλινική, Κωνσταντοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η χρήση μικρού μεγέθους καθετήρων κατά τη διάρκεια στεφανιογραφίας μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης αγγειακών επιπλοκών.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση της ασφάλειας, αποτελεσματικότητας και της έκθεσης σε ακτινοβολία των 4Fr καθετήρων μέσω κερκιδικής προσπέλασης.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήσαμε 120 διαδοχικούς ασθενείς (70 άνδρες, μέση ηλικία 60 έτη) που υποβλήθηκαν σε διαγνωστική στεφανιογραφία. 60 πραγματοποιήθηκαν χρησιμοποιώντας 4Fr καθετήρες και 60 χρησιμοποιώντας 5Fr καθετήρες. Τα τελικά σημεία της μελέτης ήταν η επιτυχία της διαδικασίας, ο χρόνος ακτινοσκόπησης (FT), η δόση ακτινοβολίας [DAP και Air kerma (AK)] και η ποσότητα του σκιαγραφικού.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το t-test έδειξε ότι η ομάδα των 5Fr, συγκριτικά με αυτή των 4Fr, συνοδευόταν από αυξημένο FT (3.36±1.10 vs 2.27±0.89 λεπτά, $p < 0.001$), DAP (30205±9423 vs 22367±5761 mGycm^2, $p < 0.001$), AK (443±63 vs 329±51 mGy, $p < 0.001$) και ποσότητα σκιαγραφικού (25±3 vs 20±2 ml, $p < 0.05$). Η πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης αποκάλυψε ότι το μέγεθος του καθετήρα και το βάρος του ασθενή ήταν ανεξάρτητοι παράγοντες της DAP ($R2 = 0.44$, $p < 0.001$) και AK ($R^2 = 0.53$, $p < 0.001$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι διαγνωστικοί καθετήρες 4Fr σχετίζονται με μειωμένη έκθεση σε ακτινοβολία στους ασθενείς που υποβάλλονται σε στεφανιογραφία μέσω κερκιδικής προσπέλασης, όπως αυτό φαίνεται από τις χαμηλές τιμές της DAP, AK και FT. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι το μέγεθος του καθετήρα θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη για την ελαχιστοποίηση της δόσης ακτινοβολίας.

ΑΑ07 *ΕΠΑΙΝΟΣ 1ης ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ*

Η ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ Η ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΜΕΝΗ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗ ΩΣ ΠΡΟΒΛΕΠΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΕΥΕΞΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΔ ΤΥΠΟΥ 2

Αναστασία Αντωνίου[1], Ευστάθιος Σκληρός[4], Αλέξης Σωτηρόπουλος[2], Αναστάσιος Κουτσοβασίλης[2], Αθανάσιος Ράπτης[3], Ροσσέτος Γουρνέλλης[3], Παναγιώτης Φερεντίνος[1]

[1] *Β' Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, Π.Γ.Ν «Αττικόν»*
[2] *Διαβητολογικό Κέντρο, Γ' Παθολογική Κλινική, Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Νίκαιας «Ο Άγιος Παντελεήμων»*
[3] *Διαβητολογικό Κέντρο, Π.Γ.Ν «Αττικόν»*
[4] *Κέντρο Υγείας Νεμέας*

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση των προβλεπτικών παραγόντων στην ευεξία των διαβητικών ασθενών.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Έλαβαν μέρος 180 ασθενείς με ΣΔ Τύπου 2 (97 άνδρες και 83 γυναίκες), που παρακολουθούνται στο Διαβητολογικό Κέντρο του Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου της Νίκαια, χωρίς γνωστό ψυχιατρικό ιστορικό ή άλλο χρόνιο νόσημα, εκτός της υπέρτασης και της υπερλιπιδαιμίας και χωρίς επιπλοκές οφειλόμενες στο διαβήτη. Όλοι οι ασθενείς ενημερώθηκαν για τη μελέτη και συμφώνησαν να συμμετάσχουν. Ο γλυκαιμικός έλεγχος αξιολογήθηκε βάσει των επιπέδων της HbA1c, μετρήθηκε το BMI, ενώ η ευεξία αξιολογήθηκε με το ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς Mental Health Continuum Sort Form (MHCSF), το οποίο αποτελείται από 14 λήμματα σε 5-βάθμια κλίμακα τύπου Likert και μετρά την ψυχολογική, συναισθηματική, κοινωνική και γενική ευεξία. Οι μέσες τιμές ήταν 6.86 ± 2.89 για τη συναισθηματική διάσταση, για την κοινωνική 10.14 ± 4.18, 19.64 ± 4.76 για την ψυχολογική και 40.68 ± 11.12 για τη γενική. Η στατιστική ανάλυση διενεργήθηκε μέσω του SPSS 25.0, ενώ οι στατιστικές μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το Pearson's r, t-test και πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με τη backwards μέθοδο εισαγωγής, χρησιμοποιώντας ως εξαρτημένη μεταβλητή το συνολικό σκορ της ευεξίας και σαν ανεξάρτητες την HbA1c, το BMI, την ηλικία, το φύλο, τη διάρκεια του ΣΔ, την υπέρταση, την υπερλιπιδαιμία και τον τύπο της αγωγής (δισκία, ινσουλίνη, GLP1 και συνδυαστικά σχήματα).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ηλικιακή διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών ήταν στατιστικά σημαντική (61.62 ± 8.20 vs 58.13 ± 8.36 έτη, αντίστοιχα, $p<0.05$). Η μέση τιμή της HbA1c ήταν 7.59 ± 1.67 %, του BMI ήταν 32.64 ± 6.13, ενώ της διάρκειας του ΣΔ ήταν τα 10.29 ± 7.62 έτη. Μια ισχυρή στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ BMI, συναισθηματικής, ψυχολογικής, γενικής ($p< 0.01$) και κοινωνικής ευεξίας ($p<0.05$). Στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση βρέθηκε και ανάμεσα στην HbA1c με την ψυχολογική, συναισθηματική, γενική ($p<0.01$) και κοινωνική ευεξία ($p<0.05$). Στο γραμμικό παλινδρομικό μοντέλο μόνο η HbA1c και BMI βρέθηκε να επηρεάζει ανεξάρτητα τα συνολικά επίπεδα της ευεξίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ευεξία στους διαβητικούς ασθενείς επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό μόνο από την HbA1c και το BMI. Στη σύγχρονη βιβλιογραφία δεν έχει χρησιμοποιηθεί ξανά το συγκεκριμένο ψυχομετρικό εργαλείο, που μετρά την ευεξία ως ένα συνεχές με ψυχολογική, συναισθηματική και κοινωνική διάσταση σε διαβητικό πληθυσμό, ωστόσο βρίσκεται σε εναρμόνιση με τα αποτελέσματα μελετών, που έχουν διερευνήσει την ευεξία με στον πληθυσμό αυτό χρησιμοποιώντας άλλα ερωτηματολόγια για τη μέτρηση της ευεξίας ή της ποιότητας ζωής.

ΑΑ08 *ΕΠΑΙΝΟΣ 2ης ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ*

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ STEMI ΚΑΙ ΥΨΗΛΟ ΦΟΡΤΙΟ ΘΡΟΜΒΟΥ ΜΕ ΜΗΧΑΝΙΚΗ ΘΡΟΜΒΕΚΤΟΜΗ ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΑΝΑΣΤΟΛΕΑ ΓΛΥΚΟΠΡΩΤΕΪΝΗΣ IIb/IIIa ΧΩΡΙΣ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗ STENT

Κωνσταντίνος Κιντής, Ανδρέας Κολονιάρης, Άγις Ηλιάδης, Εμμανουήλ Παπαδάκης, Διονύσιος Αντωνάτος, Χρήστος Μαντής, Αρετή Πουλιανίτου, Ανδρέας Ιβάνος, Λουκάς Κυριάκου, Χάρης Αρμόνης, Σταύρος Σαλαβράκος, Χρήστος Τούντας, Ελένη Αποστολοπούλου, Σωτήριος Πατσιλινάκος

Καρδιολογική Κλινική, Κωνσταντοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το υψηλό φορτίο θρόμβου αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για επιπλοκές κατά τη διάρκεια της πρωτογενούς αγγειοπλαστικής σε ασθενείς με STEMI.

ΣΚΟΠΟΣ: Να διερευνηθεί κατά πόσον μια στρατηγική μηχανικής θρομβεκτομής σε συνδυασμό με αναστολέα γλυκοπρωτεΐνης IIb/IIIa χωρίς την εμφύτευση stent σχετίζεται με μειωμένη συχνότητα εμφάνισης no-reflow φαινόμενο σε σύγκριση με την εμφύτευση stent σε ασθενείς με STEMI και υψηλό φορτίο θρόμβου.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήσαμε 206 διαδοχικούς ασθενείς με STEMI και υψηλό φορτίο θρόμβου (171 άνδρες, μέση ηλικία 53 έτη) που αντιμετωπίστηκαν με μηχανική θρομβεκτομή σε συνδυασμό με αναστολέα γλυκοπρωτεΐνης IIb/IIIa με ή χωρίς εμφύτευση stent. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε 2 ομάδες: ομάδα non-stent PCI (n = 101) και ομάδα stent PCI (n = 105). Αξιολογήσαμε αγγειογραφικά και ηλεκτροκαρδιογραφικά σημεία επαναιμάτωσης μυοκαρδίου, καθώς επίσης και κλινικά συμβάματα. Τα τελικά σημεία ήταν η εμφάνιση no-reflow φαινομένου στο τέλος της επέμβασης, η εμφάνιση TIMI ροής 0 μετά την πρωτογενή PCI, η πλήρης αποκατάσταση της ανάσπασης ST αμέσως μετά την πρωτογενή PCI, η εμφάνιση καρδιαγγειακών συμβαμάτων κατά τη νοσηλεία (αρρυθμίες, νέο έμφραγμα, δυσλειτουργία LV, θρόμβωση stent) και τέλος ο θάνατος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: No-reflow φαινόμενο εμφανίστηκε στο 16% της ομάδας stent PCI και στο 7% της ομάδας non-stent PCI ($p < 0.01$). Παραμονή της ανάσπασης ST αμέσως μετά την πρωτογενή PCI παρατηρήθηκε στο 18% και 22% των ασθενών, αντίστοιχα ($p = 0.35$). Κατά την έξοδο, το κλάσμα εξώθησης της LV στην ομάδα stent PCI και στην ομάδα non-stent PCI ήταν 50% και 55%, αντίστοιχα ($p < 0.01$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μηχανική θρομβεκτομή σε συνδυασμό με τους αναστολείς γλυκοπρωτεΐνης IIb/IIIa χωρίς εμφύτευση stent είναι εφαρμόσιμη και αποτελεσματική μέθοδος σε μεγάλο αριθμό ασθενών με STEMI και υψηλό φορτίο θρόμβου. Φαίνεται ότι η μέθοδος αυτή οδηγεί σε καλύτερα αποτελέσματα επαναιμάτωσης και λιγότερες επιπλοκές απ' ότι η συμβατική πρωτογενής αγγειοπλαστική με εμφύτευση stent. Μελλοντικές μελέτες θα αξιολογήσουν τη βέλτιστη αντιμετώπιση των ασθενών αυτών.

ΕΤΗΣΙΑ ΗΜΕΡΙΔΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
(έτος 10ο)



Σύγχρονα Θέματα της νοσηλευτικής επιστήμης στα Καρδιομεταβολικά Νοσήματα

ΣΑΒΒΑΤΟ 29 ΙΟΥΝΙΟΥ 2019
HOTEL ELITE CITY RESORT - ΚΑΛΑΜΑΤΑ

Για περισσότερες πληροφορίες επισκεφθείτε το site
https://www.empakan-synedrio2019.gr/

ΧΟΡΗΓΟΥΝΤΑΙ 8 ΜΟΝΑΔΕΣ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ Ε.Ν.Ε.

ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΤΟΜΟΣ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΜΕΡΙΔΑΣ

Πρόεδροι:
Μ. Γκούζου - Μ. Κάπελλα

Μέλη:

Σ. Αγγελή
Γ. Γεωργιοπούλου
Δ. Γούναρη
Θ. Δεμερτζή
Κ. Δουβαρά
Ε. Δράκου
Α. Ηλιοπούλου
Γ. Θανασά
Π. Κατσαφούρου
Μ. Κουράκος
Αικ. Κουτέλα
Ι. Κυριαζής
Β. Κωνσταντινίδου
Ε. Μανάρα
Στ. Μαρκέτη
Χ. Παππά
Μ. Σαρίδη
Α. Σταματελοπούλου
Κ. Συναδινού
Α. Τόκα
Σ. Φυντάνης
Σ. Χαλδούπη
Π. Χαρέα
Ε. Ψωμιάδου

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΜΕΡΙΔΑΣ

Πρόεδρος:
Κ. Ανδρουτσοπούλου

Μέλη:

Θ. Αδαμοπούλου
Κ. Αραποστάθη
Γ. Ίντας
Δ. Καλογράνα
Κ. Καφαντόγια
Μ. Ρεκλείτη
Π. Στεργιάννης

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Με χαρά σας καλωσορίζουμε στην Ετήσια Ημερίδα Νοσηλευτικής που θα διεξαχθεί στα πλαίσια του 12ου Πανελλήνιου Συνεδρίου Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου στην Καλαμάτα στις 29/6/2019.

Προσδοκία μας είναι, το Επιστημονικό Πρόγραμμα της Ημερίδας, που αποτελεί πλέον θεσμό (10ο έτος), να καλύψει ένα ευρύ φάσμα αντικειμένων που άπτονται της σύγχρονης Νοσηλευτικής.

Όλοι οι ομιλητές διαθέτουν σημαντική κλινική εμπειρία στον τομέα τους και η παρουσία τους θεωρούμε ότι αποτελεί εχέγγυο για την εκπλήρωση των στόχων της Ημερίδας.

Πιστεύουμε ακράδαντα πως μέσα από τις Διαλέξεις, τα Στρογγυλά Τραπέζια και τις ηλεκτρονικά αναρτημένες ανακοινώσεις (e- poster), θα αποκτηθεί νέα γνώση, ενώ παράλληλα θα μας δοθεί η ευκαιρία να ανταλλάξουμε απόψεις για όλα τα θέματα που απασχολούν τους Νοσηλευτές.

Περιμένοντας να ανταποκριθείτε στην πρόσκλησή μας, ευελπιστούμε στη διοργάνωση μιας επιτυχημένης Ημερίδας.

Μ. Γκούζου - Μ. Κάπελλα
Προέδροι Ο.Ε.

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

10.00 - 10.30 Προσέλευση - Εγγραφές

10.30 - 11.00 **ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

Προεδρείο: **Μ. Γκούζου - Π. Κατσαφούρου - Ι. Χάμος - Π. Στεργιάννης**

ΠΑ01 ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ Ι

Γεωργία Μαργιώλου[1], Δημήτρης Μαδιανός[1], Παναγιώτα Οικονομοπουλού[1], Ελένη Λύγδα[1]

[1] *Χειρουργείο Παναρκαδικού Νοσοκομείου Τρίπολης «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ»*

ΠΑ02 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ

Δήμητρα Γκικοπούλου, ΤΕ,MSc[1], Πασχαλίνα Δάφνου, ΤΕ, MSc[2]

[1] *Νευρολογική και Γ΄ Ορθοπαιδική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΚΑΤ»*

[2] *Γραφείο Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΚΑΤ»*

ΠΑ03 ***ΕΠΑΙΝΟΣ 1ης ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ***

Η ΕΠΙΡΡΟΗ ΤΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΒΙΟΥ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Χρυσούλα Στούκα[1], Ελένη Δανέβα[2], Γεωργία Παπαντωνίου[3], Μάρκος Σαρρής[4]

[1] *Προϊσταμένη Ακτινολογικού ΤΕ, MSc PhD(c), Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»*

[2] *Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc PhD(c), Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»*

[3] *Προϊσταμένη Νευροχειρουργικής κλινικής ΤΕ, MA in Public Management, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ*

[4] *Καθηγητής, «Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής»*

11.00 - 12.00 **1ο ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Καρδιομεταβολικά Ζητήματα ορθοπαιδικών ασθενών

Προεδρείο: **Μ. Γκούζου - Π. Κατσαφούρου**

Περιεγχειρητική αντιμετώπιση ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη. - **Γ. Χονδρού**

Νοσηλευτική φροντίδα παχυσαρκίας στην ορθοπαιδική κλινική. - **Γ. Γεωργιοπούλου**

Πνευμονική εμβολή στους ορθοπαιδικούς ασθενείς. - **Σ. Τάνη**

12.00 - 12.30 **ΔΙΑΛΕΞΗ ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΥ ΟΜΙΛΗΤΗ**

Προεδρείο: **Κ. Ανδρουτσοπούλου**

Εκπαίδευση ασθενών με καρδιομεταβολικά νοσήματα. - **Δρ Μ. Καλαφάτη**

12.30 - 13.30 **2ο ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Προεδρείο: **Ι. Χάμος - Δρ. Π. Στεργιάννης**

Καρδιακή Ανεπάρκεια και Διατροφή. - **Μ. Σαλούρου**

θεραπευτική συμμόρφωση ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια. - **Δ. Ντάλας**

Χειρισμός ασθενών με ΚΑ στη ΜΕΘ σύμφωνα με τις τελευταίες κατευθυντήριες οδηγίες. - **Β. Ζούλια**

13.30 - 14.30 **E-POSTER / ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΕΛΑΦΡΥ ΓΕΥΜΑ**

e-Poster 1 Προεδρείο: **Δ. Ντάλας - Σ. Φυντάνης**

ΑΑ01 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Δημήτριος Τσίλιας[1], Ελένη Σταματοπούλου[2], Αθανασία Σταματοπούλου[3]

[1] *Νοσηλευτής Τ.Ε, MSc Γενικών Εφημεριών Νοσοκομείου Ω.Ρ.Λ. Κλινική Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών Π. & Α. Κυριακού*

[2] *Νοσηλεύτρια Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, MSc Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Εκπαιδευτικός, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας ΠΑ.Δ.Α.& Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Member PCRS-UK*

[3] *Οικονομολόγος, MSc international Human Recourse Management, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας ΠΑ.Δ.Α. & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Εκπαιδευτικός, Ακαδημαϊκή Υπότροφος Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής.*

ΑΑ02 ΚΑΡΔΙΟΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Δημήτριος Τσίλιας[1], Ελένη Σταματοπούλου[2], Αθανασία Σταματοπούλου[3]

[1] *Νοσηλευτής Τ.Ε, MSc Γενικών Εφημεριών Νοσοκομείου Ω.Ρ.Λ. Κλινική Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών Π. & Α. Κυριακού*

[2] *Νοσηλεύτρια Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, MSc Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Εκπαιδευτικός, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας ΠΑ.Δ.Α.& Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Member PCRS-UK*

[3] *Οικονομολόγος, MSc international Human Recourse Management, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας ΠΑ.Δ.Α. & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Εκπαιδευτικός, Ακαδημαϊκή Υπότροφος Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής*

ΑΑ03 ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΚΑΡΔΙΟΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Δημήτριος Τσίλιας[1], Ελένη Σταματοπούλου[2], Αθανασία Σταματοπούλου[3]

[1] *Νοσηλευτής Τ.Ε, MSc Γενικών Εφημεριών Νοσοκομείου Ω.Ρ.Λ. Κλινική Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών Π. & Α. Κυριακού*

[2] *Νοσηλεύτρια Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, MSc Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Εκπαιδευτικός, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας ΠΑ.Δ.Α.& Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Member PCRS-UK*

[3] *Οικονομολόγος, MSc international Human Recourse Management, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας ΠΑ.Δ.Α. & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Εκπαιδευτικός, Ακαδημαϊκή Υπότροφος Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής*

ΑΑ04 Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΣΦΥΡΟΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ ΔΕΙΚΤΗ

Δημήτριος Τσίλιας[1], Ελένη Σταματοπούλου[2], Αθανασία Σταματοπούλου[3]

[1] *Νοσηλευτής Τ.Ε, MSc Γενικών Εφημεριών Νοσοκομείου Ω.Ρ.Λ. Κλινική Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών Π. & Α. Κυριακού*

[2] *Νοσηλεύτρια Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, MSc Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Εκπαιδευτικός, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας ΠΑ.Δ.Α.& Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Member PCRS-UK*

[3] *Οικονομολόγος, MSc international Human Recourse Management, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας ΠΑ.Δ.Α. & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Εκπαιδευτικός, Ακαδημαϊκή Υπότροφος Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής*

ΑΑ05 ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΤΥΠΟΥ D ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ

Δημήτριος Τσίλιας[1], Ελένη Σταματοπούλου[2]

[1] *Νοσηλευτής Τ.Ε, MSc Γενικών Εφημεριών Νοσοκομείου Ω.Ρ.Λ. Κλινική Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών Π. & Α. Κυριακού*
[2] *Νοσηλεύτρια Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, MSc Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Εκπαιδευτικός, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας ΠΑ.Δ.Α.& Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Member PCRS-UK*

ΑΑ06 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Δημήτριος Τσίλιας[1], Ελένη Σταματοπούλου[2], Αθανασία Σταματοπούλου[3]

[1] *Νοσηλευτής Τ.Ε, MSc Γενικών Εφημεριών Νοσοκομείου Ω.Ρ.Λ. Κλινική Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών Π. & Α. Κυριακού*
[2] *Νοσηλεύτρια Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, MSc Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Εκπαιδευτικός, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας ΠΑ.Δ.Α.& Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Member PCRS-UK*
[3] *Οικονομολόγος, MSc international Human Recourse Management, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας ΠΑ.Δ.Α. & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Εκπαιδευτικός, Ακαδημαϊκή Υπότροφος Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής*

ΑΑ07 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Μαρία Χανιά[1], Χριστίνα Φλώρου[2]

[1] *Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, PhD Προϊσταμένη Υποδιεύθυνσης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Γενικό Νοσοκομείο Λακωνίας*
[2] *Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Καρδιολογική Κλινική Γενικό Νοσοκομείο Λακωνίας*

e-Poster 2 Προεδρείο: **Σ. Τάνη - Σ. Αγγελή**

ΑΑ08 ***ΕΠΑΙΝΟΣ 1ης ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ***

ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΤΙΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ - ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Ελένη Λύγδα, Καλλιόπη Περδίου

Χειρουργείο, Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης

ΑΑ09 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Ιωάννα Ευστρατίου, Αναστάσιος Ιωαννίδης, Στυλιανή Τζιαφέρη, Μαρία Ντόκου, Αγγελική Ρόδη - Μπουριέλ

Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σπάρτη

ΑΑ10 ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΕΚΣΤΡΑΤΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Ελένη Σταματοπούλου[1], Δημήτριος Τσίλιας[2], Αθανασία Σταματοπούλου[3]

[1] *Νοσηλεύτρια Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, MSc Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Εκπαιδευτικός, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας ΠΑ.Δ.Α.& Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Member PCRS-UK*

[2] *Νοσηλευτής Τ.Ε, MSc Γενικών Εφημεριών Νοσοκομείου Ω.Ρ.Λ. Κλινική Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών Π. & Α. Κυριακού*

[3] *Οικονομολόγος, MSc international Human Recourse Management, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας ΠΑ.Δ.Α. & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Εκπαιδευτικός, Ακαδημαϊκή Υπότροφος Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής*

ΑΑ11 Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ΤΟ ΚΟΙΝΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ελένη Σταματοπούλου[1], Αθανασία Σταματοπούλου[2], Δημήτριος Τσίλιας[3], Νίκος Τεντολούρης[4]

[1] *Νοσηλεύτρια Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, MSc Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Εκπαιδευτικός, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας ΠΑ.Δ.Α.& Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Member PCRS-UK*

[2] *Οικονομολόγος, MSc international Human Recourse Management, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας ΠΑ.Δ.Α. & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Εκπαιδευτικός, Ακαδημαϊκή Υπότροφος Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής*

[3] *Νοσηλευτής Τ.Ε, MSc Γενικών Εφημεριών Νοσοκομείου Ω.Ρ.Λ. Κλινική Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών Π. & Α. Κυριακού*

[4] *Καθηγητής Παθολογίας, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου και του Ερευνητικού Διαβητολογικού Εργαστηρίου Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Λαϊκό*

ΑΑ12 Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΙΑΤΡΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Ελένη Σταματοπούλου[1], Αθανασία Σταματοπούλου[2], Δημήτριος Τσίλιας[3], Νίκος Τεντολούρης[4]

[1] *Νοσηλεύτρια Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, MSc Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Εκπαιδευτικός, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας ΠΑ.Δ.Α.& Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Member PCRS-UK*

[2] *Οικονομολόγος, MSc international Human Recourse Management, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας ΠΑ.Δ.Α. & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Εκπαιδευτικός, Ακαδημαϊκή Υπότροφος Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής*

[3] *Νοσηλευτής Τ.Ε, MSc Γενικών Εφημεριών Νοσοκομείου Ω.Ρ.Λ. Κλινική Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών Π. & Α. Κυριακού*
[4] *Καθηγητής Παθολογίας, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου και του Ερευνητικού Διαβητολογικού Εργαστηρίου Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Λαϊκό*

ΑΑ13 ΣΧΕΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ ΚΑΙ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Ραλλού Πάτρα[1], Χρήστος Τριανταφύλλου[2]
[1] *Φοιτήτρια Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών*
[2] *Κέντρο Κλινικής Επιδημιολογίας και Έκβασης Νοσημάτων (CLEO), Αθήνα*

ΑΑ14 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

Χαρίκλεια Δημητρακοπούλου[1]
[1] *Φοιτήτρια Νοσηλευτικής, BSc® Hons Nursing, Μητροπολιτικό Κολλέγιο*

14.30 - 15.30 **3ο ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Προεδρείο: **Μ. Ρεκλείτη - Μ. Σαλούρου**

Η αξία των POCT στην διαχείριση ασθενών με Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο στο ΤΕΠ. - **Δρ. Π. Στεργιάννης**

Η αξία της Τροπονίνης υψηλής ευαισθησίας στην έγκαιρη διάγνωση Οξέος Στεφανιαίου Συνδρόμου στο ΤΕΠ. - **Δρ. Γ. Ίντας**

Παρακολούθηση της Διατροφής και του Μεταβολισμού στη ΜΕΘ. - **Σ. Φυντάνης**

15.30 - 16.00 **ΔΙΑΛΕΞΗ ΛΗΞΗΣ**

Προεδρείο: **Δρ. Μ. Κάπελλα**

Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο - **Μ. Αρβανίτη**

16.00 - 16.15 **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΗΜΕΡΙΔΑΣ: Μ. Ρεκλείτη**

16.15 **Λήξη Ημερίδας**

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΤΟΠΟΣ & ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΗΜΕΡΙΔΑΣ
Η Ημερίδα θα διεξαχθεί το **Σάββατο 29 Ιουνίου 2019** στο Hotel Elite City Resort στην Καλαμάτα (Ναυαρίνου 2, Καλαμάτα 24100, Τ. 27210 22434, F. 27210 84369, w. www.elite.com.gr), στο πλαίσιο του 12ου Πανελληνίου Συνεδρίου Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου.

ΜΟΡΙΟΔΟΤΗΣΗ
Θα χορηγηθούν 8 Μονάδες Συνεχιζόμενης Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης από την Ε.Ν.Ε. (Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος).

ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ
Συμμετοχή: 15,00 € (θα τηρηθεί σειρά προτεραιότητας).
Φοιτητές Δωρεάν (απαραίτητη η επίδειξη φοιτητικής ταυτότητας)
Περιλαμβάνεται: Παρακολούθηση Επιστημονικού Προγράμματος της Ημερίδας, φάκελο με ενημερωτικό υλικό, καφέ στο διάλειμμα, Πιστοποιητικό Παρακολούθησης με μοριοδότηση από την Ε.Ν.Ε.. Για όσους επιθυμούν να μετακινηθούν με μισθωμένα πούλμαν από Αθήνα (αναχώρηση από νοσοκομείο Κ.Α.Τ.) προς Καλαμάτα (με επιστροφή μετά τη λήξη της Ημερίδας), θα υπάρχει **επιβάρυνση 10,00€** κατ' άτομο **(η χρέωση ισχύει και για τους φοιτητές)**.

ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ
Ελεύθερες Ανακοινώσεις:
Διάρκεια παρουσίασης: 8 λεπτά (και 2 λεπτά συζήτηση)
Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-poster): Διάρκεια παρουσίασης: 3 λεπτά
Οι εργασίες που θα παρουσιαστούν ως Αναρτημένες Ανακοινώσεις θα είναι σε ηλεκτρονική μορφή (E-posters) σε οθόνες plasma σε ειδικό χώρο του Συνεδρίου. Δεν απαιτείται η κατασκευή (εκτύπωση) poster από τους συγγραφείς.

ΒΡΑΒΕΥΣΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ
Έπαινοι θα απονεμηθούν στην 1η καλύτερη προφορική ανακοίνωση και στην 1η καλύτερη αναρτημένη ανακοίνωση.

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΡΑΒΕΥΣΗΣ
Κ. Ανδρουτσοπούλου, Μ. Γκούζου, Μ. Κάπελλα, Ι. Κυριαζής

Για πληροφορίες σχετικά με τη συμμετοχή σας (ηλεκτρονική φόρμα εγγραφής), την υποβολή εργασιών (οδηγίες υποβολής επιστημονικών εργασιών) μπορείτε να επισκεφθείτε την επίσημη ιστοσελίδα του συνεδρίου
https://www.empakan-synedrio2019.gr/

Για κρατήσεις και περισσότερες πληροφορίες επικοινωνήστε με τη Γραμματεία της Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν. Τ / F : 210 4953646

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΑ01

ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ Ι

Γεωργία Μαργιώλου[1], Δημήτρης Μαδιανός[1], Παναγιώτα Οικονομοπουλού[1], Ελένη Λύγδα[1]

[1] *Χειρουργείο Παναρκαδικού Νοσοκομείου Τρίπολης «Η Ευαγγελίστρια»*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η προεγχειρητικη αξιολόγηση σε ασθενή με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου Ι, αφορά κατα κύριο λόγο την εκτίμηση του χειρουργικού και αναισθητικού κινδύνου σε σχέση με τα πλεονεκτήματα της επέμβασης, την εκτίμηση άλλων παθολογικών ευρημάτων ,με σκοπό τη μείωση της περιεγχειρητικης νοσηρότητας και θνησιμότητας.

ΣΚΟΠΟΣ: Ο Σακχαρώδης Διαβήτης αποτελεί συχνή ενδοκρινοπάθεια, την οποία αντιμετωπίζουμε συχνά στο χειρουργείο. Η προεγχειρητική εκτίμηση εστιάζεται στον έλεγχο της γλυκόζης με κατάλληλη ρύθμιση της φαρμακευτικής αγωγής, αναγνώριση συνοδών παθήσεων και μεταβολικών διαταραχών καθώς και εκτίμηση του αεραγωγού που μπορεί να παρουσιάζει δυσκολίες στο 30% των ασθενών με Σ.Δ τύπου Ι. Σκοπός της παρουσίασης είναι η καταγραφή του πλάνου περιεγχειρητικής διαχείρισης της τιμής της γλυκόζης σε ασθενή άρρεν 68 ετών ο οποίος προσήλθε για να υποβληθεί σε (ΔΕ) Κολεκτομή.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Η εργασία κατατάσσεται στην κατηγορία μελέτη περίπτωσης με παραπομπές από την ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Ασθενής 68 ετών, 73 Kg, με ιστορικού Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου Ι υπό ινσουλινοθεραπεία (ινσουλίνη μακράς δράσης, Lantus μια φορά την ημέρα) και αρτηριακή υπέρταση υπό αμλοδιπίνη, προσέρχεται για προγραμματισμένη επέμβαση, αφαίρεση όγκου σιγμοειδούς. Για τη ρύθμιση της γλυκόζης την προηγούμενη ημέρα, πριν την επέμβαση εφαρμόσαμε αυστηρό πρωτόκολλο ελέγχου γλυκόζης τοποθετώντας ξεχωριστό φλεβικό καθετήρα(18 G) όπου έγινε έναρξη χορήγησης D/W 5% με ρυθμό 80 ml/h(1ml/kg/h) και παράλληλα κρυσταλλική ινσουλίνη (50 iv ινσουλίνης ταχείας δράσης σε Nacl 0,9 % 250 ml) με ρυθμό που άλλαζε με μέτρηση της τιμής της γλυκόζης, με χρήση ταινιών μέτρησης κάθε 4 ώρες προεγχειρητικά, κάθε 1 ώρα διεγχειρητικά και κάθε 2 ώρες μετεγχειρητικά . Ο ρυθμός καθοριζόταν από την εξίσωση I.V ινσουλίνης / h = γλυκόζη πλάσματος (mg/dl)/ 150. Η διάρκεια του χειρουργείου ήταν 4 ώρες και η τιμή της γλυκόζης μεταβαλλόταν ανάμεσα σε επίπεδα <180 mg/dl και >120 mg/dl. Η χορήγηση των υγρών και των άλλων φαρμακευτικών παραγόντων πραγματοποιήθηκε από ξεχωριστή φλεβική γραμμή. Η διακοπή σίτισης έγινε από τα μεσάνυχτα της προηγούμενης ημέρας και η επέμβαση ήταν πρώτη στο πρόγραμμα του χειρουργείου. Κατά την διάρκεια της χορήγησης ινσουλίνης γινόταν έλεγχος του καλίου καθώς η ινσουλίνη μπορεί να προκαλέσει ενδοκυττάρια μετακίνησης των ιόντων καλίου με αποτέλεσμα υποκαλιαιμία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Κατά την περιεγχειρητική περίοδο στόχος είναι η διατήρηση της γλυκόζης σε επίπεδα <180 mg/dl έτσι προλαμβάνονται επιπλοκές όπως υπογλυκαιμία, υπεργλυκαιμία, διαβητική κετοξέωση, υπερωσμωτικό μη κετονικό κώμα, που απειλούν ένα ασθενή με Σακχαρώδη Διαβήτη.

ΠΑ02

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ

Δήμητρα Γκικοπούλου, ΤΕ,MSc[1], Πασχαλίνα Δάφνου, ΤΕ, MSc[2]

[1] *Νευρολογική και Γ΄Ορθοπαιδική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΚΑΤ»*
[2] *Γραφείο Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΚΑΤ»*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Έχει παρατηρηθεί μειωμένη ικανοποίηση των νοσηλευτών από την εργασία τους, η οποία αποδίδεται στις συνθήκες εργασίας τους.

ΣΚΟΠΟΣ: Βασικός σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση του εργασιακού κλίματος και των παραγώντων που συμβάλουν σε ένα μη υγιεινό περιβάλλον εργασίας του σύγχρονου Έλληνα νοσηλευτή.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν τα 38,9 έτη (6,5), ενώ το 82,2 ήταν γυναίκες και το 48,3 νοσηλευτές ΤΕ. Το μοναδικό χαρακτηριστικό το οποίο σχετιζόταν με το εργαλείο αξιολόγησης εργασιακού περιβάλλοντος ήταν η συμμετοχή σε πρόγραμμα συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης. Το χαρακτηριστικό που σχετιζόταν με την κλίμακα «σχέσεις μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και ιατρών» ήταν η κατηγορία εκπαίδευσης. Πιο συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές ΔΕ είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα «σχέσεις μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών» σε σχέση με τους νοσηλευτές ΤΕ. Με την κλίμακα «νοσηλευτικές αρχές για την ποιότητα της φροντίδας υγείας» (p=0.04), σχετιζόταν η συμμετοχή σε προγράμματα συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης (p=0.001). Τέλος, βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση της κλίμακας «συμμετοχή των νοσηλευτών σε ζητήματα του νοσοκομείου», (p=0.005) με τις ανεξάρτητες μεταβλητές «συμμετοχή σε προγράμματα συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης» και «συνολικά έτη προϋπηρεσίας». Οι βασικότερες αιτίες της δυσαρέσκειας των εργαζομένων ήταν ο φόρτος εργασίας, η μη επάρκεια προσωπικού και η μη αναγνώριση από τη διοίκηση του παραγόμενου έργου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης κατέδειξαν τις πολύ δύσκολες συνθήκες του νοσηλευτικού προσωπικού στην Ελλάδα. Η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού και η μη πάντοτε καλή επαγγελματική συνεργασία μειώνουν δραματικά την ικανοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού υγείας και επιβαρύνουν τις συνθήκες εργασίας του.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: περιβάλλον εργασίας νοσηλευτών, συνθήκες εργασίας νοσηλευτών, κτηριακή υποδομή, ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας.

ΠΑ03 *ΕΠΑΙΝΟΣ 1ης ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ*

Η ΕΠΙΡΡΟΗ ΤΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΒΙΟΥ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Χρυσούλα Στούκα[1], Ελένη Δανέβα[2], Γεωργία Παπαντωνίου[3], Μάρκος Σαρρής[4]

[1] *Προϊσταμένη Ακτινολογικού ΤΕ, MSc PhD(c), Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»*
[2] *Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc PhD(c), Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»*
[3] *Προϊσταμένη Νευροχειρουργικής κλινικής ΤΕ, MA in Public Management, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»*
[4] *Καθηγητής, «Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής»*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο τομέας υγείας αποτελεί ένα από τα πλέον στρεσογόνα περιβάλλοντα εργασίας. Οι εργαζόμενοι αντιμετωπίζουν πληθώρα παραγόντων που υπονομεύουν την ποιότητα της ζωής τους αλλά και την παρεχόμενη φροντίδα.

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση της ποιότητας ζωής των εργαζομένων σε ένα Γενικό Νοσοκομείο και πώς ο εργασιακός τους βίος την επηρεάζει σε προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Το δείγμα αποτέλεσαν 50 ιατροί, 50 νοσηλευτές/τριες και 50 διοικητικοί υπάλληλοι. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν: φόρμα καταγραφής δημογραφικών χαρακτηριστικών, ερωτηματολόγιο μέτρησης ποιότητας ζωής SF-36 και ερωτηματολόγια Ισορροπίας Εργασιακής και Οικογενειακής Ζωής, Εργασιακής Ικανοποίησης και Εργασιακής Πίεσης. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το πρόγραμμα SPSS.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Την χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα SF-36 είχαν η Ζωτικότητα (52,8), η Γενική Υγεία (62,3) και η Ψυχική Υγεία (59,7), την υψηλότερη η Σωματική Λειτουργικότητα (75,9). Οι ιατροί είχαν υψηλότερη βαθμολογία σε όλες τις υποκλίμακες ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό τις χαμηλότερες, έχοντας τη φτωχότερη ποιότητα ζωής. Βρέθηκε ισορροπία μεταξύ της Εργασιακής και Οικογενειακής Ζωής (25,9), αλλά αυξημένη Εργασιακή Πίεση (56,5). Η Εργασιακή Ικανοποίηση ανήλθε στο 61,7. Οι παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά τα ανωτέρω είναι ο φόρτος εργασίας, η σύγκρουση ρόλων, οι ανεπαρκείς ανταμοιβές, η έλλειψη προοπτικών εξέλιξης και εκπαίδευσης, ο χρόνος εργασίας, η κόπωση, ο εκνευρισμός από την εργασία, καθώς το φύλο, η ηλικία και το εκπαιδευτικό επίπεδο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Υπάρχει ανάγκη βελτίωσης της ποιότητας ζωής των εργαζομένων στον τομέα υγείας καθώς και της ικανοποίησής τους από την εργασία, μέσω εκπόνησης κατάλληλων στρατηγικών, για την πρόληψη των δυσμενών εκβάσεων της φτωχότερης ποιότητας ζωής.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (E-POSTER)

ΑΑ01

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Δημήτριος Τσίλιας[1], Ελένη Σταματοπούλου[2], Αθανασία Σταματοπούλου[3]

[1] *Νοσηλευτής Τ.Ε, MSc Γενικών Εφημεριών Νοσοκομείου Ω.Ρ.Λ. Κλινική Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών Π. & Α. Κυριακού*

[2] *Νοσηλεύτρια Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, MSc Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Εκπαιδευτικός, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας ΠΑ.Δ.Α.& Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Member PCRS-UK*

[3] *Οικονομολόγος, MSc international Human Recourse Management, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας ΠΑ.Δ.Α. & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Εκπαιδευτικός, Ακαδημαϊκή Υπότροφος Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η παχυσαρκία αποτελεί την πιο διαδεδομένη νόσο στις αναπτυγμένες χώρες. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), έχει ανακηρύξει την παχυσαρκία ως παγκόσμια επιδημία με αύξηση του επιπολασμού της παγκοσμίως με οικονομικές και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις. Το 1/3 του ενήλικου πληθυσμού των ΗΠΑ και πάνω από το 1/4 των Ευρωπαίων είναι υπέρβαροι και παχύσαρκοι.

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάδειξη των επιπτώσεων και των παραγόντων κινδύνου της παχυσαρκίας.

ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed με λέξεις κλειδιά: obesity impacts risk factors.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η παχυσαρκία συνδέεται με ένα φάσμα συννοσηροτήτων όπως: υπεργλυκαιμίας, υπέρτασης, διαβήτη, καρδιαγγειακής νόσου, αποφρακτικής υπνικής άπνοιας, οστεοαθρίτιδας, άσθμα, καρκίνου καθώς και ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων.

Οι παράγοντες κινδύνου αναφέρονται ως οι μη τροποποιήσιμοι που περιλαμβάνουν βιολογικούς παράγοντες όπως γονίδια καθώς και κοινωνικό-δημογραφικούς παράγοντες, φυλή/εθνικότητα, κοινωνικοοικονομική κατάσταση και εκπαίδευση. Οι τροποποιημένοι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν την διατροφή, την σωματική δραστηριότητα, το έλεγχο του βάρους, την ψυχοκοινωνική και οικογενειακή λειτουργία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αύξηση του επιπολασμού της παχυσαρκίας παγκοσμίως και η σημαντική συσχέτισή της με συννοσηρότητες απαιτεί αποτελεσματικές προληπτικές παρεμβάσεις με στόχευση στους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου για τη μείωση του επιπολασμού της και των μεταβολικών της επιπτώσεων.

ΑΑ02

ΚΑΡΔΙΟΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Δημήτριος Τσίλιας[1], Ελένη Σταματοπούλου[2], Αθανασία Σταματοπούλου[3]

[1] *Νοσηλευτής Τ.Ε, MSc Γενικών Εφημεριών Νοσοκομείου Ω.Ρ.Λ. Κλινική Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών Π. & Α. Κυριακού*

[2] *Νοσηλεύτρια Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, MSc Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Εκπαιδευτικός, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας ΠΑ.Δ.Α.& Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Member PCRS-UK*

[3] *Οικονομολόγος, MSc international Human Recourse Management, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας ΠΑ.Δ.Α. & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Εκπαιδευτικός, Ακαδημαϊκή Υπότροφος Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Μελέτες αναφέρουν ότι ο ρόλος της διατροφής είναι σημαντικός για την καρδιομεταβολική υγεία. Το ήμισυ σχεδόν των θανάτων στις ΗΠΑ από καρδιο-μεταβολικά αίτια μπορεί να προληφθεί μέσω της σωστής διατροφής.

ΣΚΟΠΟΣ: της παρούσης εργασίας ήταν η επίδραση της διατροφής στην καρδιομεταβολική υγεία.

ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed με λέξεις κλειδιά: dietary intervention cardiometabolic health.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι η φυτική διατροφή σχετίζεται με την καρδιομεταβολική υγεία. Η φυτική διατροφή χαρακτηρίζεται από μείωση ή εξάλειψη της κατανάλωσης ζωικών προϊόντων. Συνήθως βασίζεται στην κατανάλωση δημητριακών, όσπριων, λαχανικών, φρούτων και ξηρών καρπών. Οι φυτικές χορτοφαγικές δίαιτες σχετίζονται με μειωμένο κίνδυνο ανάπτυξης καρδιαγγειακών παθήσεων, όπως της ισχαιμικής, στεφανιαίας καρδιοπάθειας καθώς και της εγκεφαλοαγγειακής νόσου. Σχετίζονται ακόμη με την πρόληψη αλλά και την θεραπεία του διαβήτη τύπου ΙΙ βελτιώνοντας σημαντικά τον έλεγχο του σακχάρου με σημαντική μείωση της HbA1c. Ακόμη και χωρίς άσκηση, τα ευεργετικά αποτελέσματα της χορτοφαγικής διατροφής περιλαμβάνουν καλύτερο γλυκαιμικό έλεγχο, και μείωση των λιπιδίων του αίματος. Επίσης μειώνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης παχυσαρκίας, μεταβολικού συνδρόμου, με μείωση του δείκτη μάζας σώματος (BMI) και των μεμονωμένων συστατικών του μεταβολικού συνδρόμου όπως χαμηλότερες συγκεντρώσεις λιπιδίων του αίματος (τριγλυκεριδίων, χοληστερόλης), καθώς και την μείωση της αρτηριακής πίεσης. Η χορτοφαγική διατροφή είναι υγιεινή και αποτελεσματική παρέχοντας μεταβολικά και καρδιαγγειακά πλεονεκτήματα συμπεριλαμβανομένης ακόμη και της υποστροφής της αθηροσκλήρωσης. Ακολούθως σχετίζεται με μειωμένη θνησιμότητα όλων των αιτιών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αναγνώριση του θετικού ρόλου της φυτικής διατροφής στην καρδιομεταβολική υγεία είναι σημαντική για την πρόληψη του καρδιομεταβολικού κινδύνου και θα πρέπει να προωθηθεί μέσω διατροφικών συστάσεων και κατευθυντήριων γραμμών.

ΑΑ03

ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΚΑΡΔΙΟΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Δημήτριος Τσίλιας[1], Ελένη Σταματοπούλου[2], Αθανασία Σταματοπούλου[3]

[1] *Νοσηλευτής Τ.Ε, MSc Γενικών Εφημεριών Νοσοκομείου Ω.Ρ.Λ. Κλινική Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών Π. & Α. Κυριακού*

[2] *Νοσηλεύτρια Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, MSc Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Εκπαιδευτικός, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας ΠΑ.Δ.Α.& Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Member PCRS-UK*

[3] *Οικονομολόγος, MSc international Human Recourse Management, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας ΠΑ.Δ.Α. & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Εκπαιδευτικός, Ακαδημαϊκή Υπότροφος Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η πρόληψη της καρδιαγγειακής νόσου με την έγκαιρη ανίχνευση και εκτίμηση των παραγόντων κινδύνου και την διαχείριση αυτών μπορεί να γίνει με την χρήση δεικτών στην κλινική πρακτική.

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση και η αναφορά της χρήσης δεικτών για την εκτίμηση του καρδιομεταβολικού κινδύνου.

ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed με λέξεις κλειδιά: cardiometabolic risk markers.

Αποτελέσματα: Οι κλινικοί δείκτες εκτίμησης του καρδιαγγειακού κινδύνου είναι η χρήση του σφυροβραχιόνιου δείκτη (ABI) Σφυροβραχιόνιος δείκτης=Ankle-brachial Index (ABI) - ο λόγος της συστολικής πίεσης του αίματος στον αστράγαλο προς τη συστολική πίεση του βραχίονα. Επίσης ο δείκτης κατανομής του κοιλιακού λίπους AFI διαμερισματοποίησης του κοιλιακού λίπους (υποδόρια και προπεριτοναϊκή κατανομή). Ο δείκτης AFI αποτελεί έναν αξιόπιστο υπερηχογραφικό δείκτη για την εκτίμηση της κοιλιακής εναπόθεσης λίπους. Ένας σημαντικός δείκτης η στεφανιαία ανίχνευση και συσσώρευση ασβεστίου και πλάκας στις αρτηρίες της καρδιάς CAC (Coronary Artery Calcium) όπου η βαθμολογία του προβλέπει τον κίνδυνο ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου. Ανθρωπομετρικοί δείκτες όπως ο δείκτης μάζας σώματος, (B.M.I)., η κατανομή του λιπώδη ιστού, η περίμετρος αυχένα, η περίμετρος μέσης, η αναλογία μέσης γοφών, ο λόγος περιφέρειας μέσης ως προς το ύψος καθώς και η περιφέρεια βραχίονα και μέσης. Η χρήση τους θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην κλινική αξιολόγηση, με σκοπό την πρώϊμη ανίχνευση και πρόληψη των καρδιομεταβολικών παραγόντων κινδύνου. Επιπρόσθετα οι αιματολογικοί δείκτες: C- αντιδρώσα πρωτείνη (CRP), η υπερομοκυστεϊναιμία, η ιντερλευκίνη-6, το ινωδογόνο, η μέτρηση του αναστολέα του ενεργοποιητή του πλασμινογόνου-1, νεώτερα λιπιδαιμικά μόρια, η υπερινσουλιναιμία-ινσουλινοαντίσταση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η χρήση δεικτών εκτίμησης του καρδιομεταβολικού κινδύνου στην κλινική πράξη είναι σημαντική για την έγκαιρη ανίχνευση του καρδιαγγειακού κινδύνου τόσο στην πρωτογενή όσο και στην δευτερογενή πρόληψη.

ΑΑ04

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΣΦΥΡΟΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ ΔΕΙΚΤΗ

Δημήτριος Τσίλιας[1], Ελένη Σταματοπούλου[2], Αθανασία Σταματοπούλου[3]

[1] *Νοσηλευτής Τ.Ε, MSc Γενικών Εφημεριών Νοσοκομείου Ω.Ρ.Λ. Κλινική Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών Π. & Α. Κυριακού*

[2] *Νοσηλεύτρια Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, MSc Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Εκπαιδευτικός, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας ΠΑ.Δ.Α.& Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Member PCRS-UK*

[3] *Οικονομολόγος, MSc international Human Recourse Management, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας ΠΑ.Δ.Α. & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Εκπαιδευτικός, Ακαδημαϊκή Υπότροφος Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι κλινικοί δείκτες αποτελούν σημαντικά εργαλεία ανίχνευσης, εκτίμησης παραγόντων κινδύνου και προκλινικής νόσου. Ο σφυροβραχιόνιος δείκτης=Ankle-brachial Index (ABI), είναι ο λόγος, η διαίρεση δηλαδή της συστολικής πίεσης του αίματος στον αστράγαλο προς τη συστολική πίεση του βραχίονα.

ΣΚΟΠΟΣ: Η περιγραφή του σφυροβραχιόνιου δείκτη και η χρήση του στην κλινική πρακτική.

ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed με λέξεις κλειδιά: Ankle-Brachial ndex.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο ABI περιγράφηκε το 1950 από τον Winsor και προτάθηκε από την American Heart Association Proceeding on Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease το 2008. Οι φυσιολογικές τιμές του ABI κυμαίνονται από 1.10-1.40. Θεωρείται ένας σημαντικός δείκτης εκτίμησης βλαβών αθηροσκλήρωσης στο αγγειακό δίκτυο καθώς πρόγνωσης και αξιολόγησης του καρδιαγγειακού κινδύνου ενός ατόμου κατά την πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη, τόσο στο γενικό πληθυσμό χωρίς γνωστή καρδιαγγειακή νόσο αλλά και σε ασθενείς με εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο. Ο ABI προβλέπει την διάγνωση της περιφερειακής αρτηριακής νόσου των κάτω άκρων, καθώς και τον κίνδυνο εμφάνισης στηθάγχης, εμφράγματος του μυοκαρδίου, συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας, αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Ο χαμηλός ABI σχετίζεται με καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου, όπως η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η χρόνια νεφρική νόσος, η δυσλιπιδαιμία και το κάπνισμα. Ο ABI μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως δείκτης εκτίμησης καρδιαγγειακού κινδύνου, τόσο στο γενικό πληθυσμό χωρίς γνωστή καρδιαγγειακή νόσο αλλά και σε ασθενείς με εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η χρήση του σφυροβραχιόνιου δείκτη (ABI) στην κλινική πρακτική τόσο κατά την πρωτογενή όσο και την δευτερογενή πρόληψη είναι σημαντική για την έγκαιρη ανίχνευση ατόμων με καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου.

ΑΑ05

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΤΥΠΟΥ D ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ

Δημήτριος Τσίλιας[1], Ελένη Σταματοπούλου[2]

[1] *Νοσηλευτής Τ.Ε, MSc Γενικών Εφημεριών Νοσοκομείου Ω.Ρ.Λ. Κλινική Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών Π. & Α. Κυριακού*

[2] *Νοσηλεύτρια Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, MSc Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Εκπαιδευτικός, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας ΠΑ.Δ.Α.& Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Member PCRS-UK*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Αρκετές μελέτες αναφέρουν την συσχέτιση μεταξύ της δομής και των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας με τον κίνδυνο εμφάνισης και ανάπτυξης καρδιαγγειακών νοσημάτων.

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση της σχέσης της προσωπικότητας τύπου D με τον κίνδυνο της ανάπτυξης καρδιαγγειακών νοσημάτων.

ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed με λέξεις κλειδιά: personality D and cardiovascular disease.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Πληθώρα μελετών παρουσιάζουν ότι η προσωπικότητα τύπου D χαρακτηριζόμενη ως 'αναξιοπαθούντα' προσωπικότητα με χαρακτηριστικά όπως: αρνητικά συναισθήματα, καταπίεση συναισθημάτων, άγχος, θυμό, εχθρότητα, καταθλιπτική διάθεση, αρνητική εικόνα εαυτού, κοινωνική αναστολή σχετίζεται με δυσμενείς επιπτώσεις και αποτελεί σοβαρό παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου. Επιπρόσθετα σχετίζεται με χειρότερη ποιότητα ζωής καθώς και αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα σε ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα. Αναφέρεται πιο σημαντική ότι είναι η επίδραση του στρες, του άγχους, της κατάθλιψης και της προσωπικότητας τύπου D στο ανοσοποιητικό σύστημα και της συχνότητας εμφάνισης στεφανιαίας νόσου. Οι ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα και προσωπικότητα τύπου D έχουν χαμηλότερη προσκόλληση και συμμόρφωση στη θεραπεία με συνέπεια την δυσμενή πρόγνωση. Αντίθετα από την προσωπικότητα D η «καρδιοπροστατευτική» προσωπικότητα με χαρακτηριστικά, όπως η αισιοδοξία, η ευσυνειδησία, η διαφάνεια, η εμπειρία, η περιέργεια έχουν βρεθεί να είναι προστατευτικοί παράγοντες για καρδιαγγειακά νοσήματα. Στις προαναφερθείσες μελέτες εργαλεία εκτίμησης και κατάταξης του τύπου D της προσωπικότητας ήταν το DS14.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο τύπος της προσωπικότητας τύπου D αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης καρδιαγγειακών παθήσεων και έκβασης αυτών. Οι στρατηγικές διαχείρισης κατά την πρωτογενή καθώς και την δευτερογενή πρόληψη των ασθενών πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τον τύπο της προσωπικότητας τύπου D.

ΑΑ06

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Δημήτριος Τσίλιας[1], Ελένη Σταματοπούλου[2], Αθανασία Σταματοπούλου[3]

[1] *Νοσηλευτής Τ.Ε, MSc Γενικών Εφημεριών Νοσοκομείου Ω.Ρ.Λ. Κλινική Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών Π. & Α. Κυριακού*

[2] *Νοσηλεύτρια Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, MSc Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Εκπαιδευτικός, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας ΠΑ.Δ.Α.& Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Member PCRS-UK*

[3] *Οικονομολόγος, MSc international Human Recourse Management, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας ΠΑ.Δ.Α. & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Εκπαιδευτικός, Ακαδημαϊκή Υπότροφος Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το μεταβολικό σύνδρομο αποτελεί ένα σύνολο μεταβολικών διαταραχών όπως παχυσαρκία, δυσλιπιδαιμία και αντίσταση στην ινσουλίνη. Μακροπρόθεσμες επιπλοκές του είναι ο διαβήτης τύπουΙΙ, η αθηρογένεση, η αθηροσκλήρωση που οδηγεί στην καρδιαγγειακή νόσο, η γνωστική εξασθένηση.

ΣΚΟΠΟΣ: της παρούσης εργασίας ήταν η διερεύνηση της ποιότητας ζωής ασθενών με μεταβολικό σύνδρομο.

ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed με λέξεις κλειδιά: quality life metabolic sundrom.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από την ανασκόπηση μελετών προκύπτει σημαντική σχέση μεταξύ του μεταβολικού συνδρόμου και της επιδείνωσης της ποιότητας ζωής. Στους ασθενείς με μεταβολικό σύνδρομο αναφέρονται συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης. Επίσης ο επιπολασμός του τύπου προσωπικότητας D με στοιχεία της προσωπικότητας τύπου D, όπως η κοινωνική αναστολή και η αρνητική συναισθηματικότητα, είναι σημαντικά υψηλότερος σε άτομα με μεταβολικό σύνδρομο. Επίσης σε ασθενείς με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο αναφέρεται αυξημένος επιπολασμός του μεταβολικού συνδρόμου και μείωση της ποιότητας της ζωής των ασθενών. Σχεδόν όλες οι μελέτες αναφέρουν ότι το μεταβολικό σύνδρομο συνδέεται σημαντικά με μειωμένη ποιότητα ζωής. Ορισμένες, ωστόσο, κατέδειξαν συσχέτιση περισσότερο στις γυναίκες. Η ποιότητα ζωής των ασθενών βελτιώθηκε μετά από παρεμβάσεις όπως: ο έλεγχος συν-νοσηρότητας, η αλλαγή του τρόπου ζωής, η υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής, η απώλεια βάρους καθώς και η σωματική άσκηση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το μεταβολικό σύνδρομο επιδρά δυσμενώς στην ποιότητα ζωής. Η διαχείριση και η πρόληψή του είναι σημαντική με τις προαναφερθείσες παρεμβάσεις.

ΑΑ07

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Μαρία Χανιά[1], Χριστίνα Φλώρου[2]

[1] *Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, PhD Προϊσταμένη Υποδιεύθυνσης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Γενικό Νοσοκομείο Λακωνίας*

[2] *Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Καρδιολογική Κλινική Γενικό Νοσοκομείο Λακωνίας*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η υπέρταση είναι χρόνιο νόσημα κατά την οποία η αρτηριακή πίεση στις αρτηρίες είναι αυξημένη. Αυτή η αύξηση της πίεσης κάνει την καρδιά να εργάζεται πιο εντατικά από το φυσιολογικό. Η υπέρταση είναι παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα. Ακόμα και η μέτρια αύξηση της αρτηριακής πίεσης σχετίζεται με το μειωμένο προσδόκιμο ζωής.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση της υπέρτασης ως χρόνιο νόσημα και πως αυτή καταπολεμάται ή διατηρείται σε φυσιολογικές τιμές στο επίπεδο της κοινότητας, με τη βοήθεια και την εκπαίδευση από τον κοινοτικό νοσηλευτή.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση ανασκοπικών άρθρων και ερευνητικών μελετών στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων του Pubmed, οι οποίες αναφέρονταν στα αίτια της υπέρτασης και στην υπέρταση ως παθολογική κατάσταση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Είναι σημαντικός ο αριθμός των ανθρώπων οι οποίοι είναι υπερτασικοί αλλά δεν το γνωρίζουν. Προκειμένου να μειωθούν οι συνέπειες της υψηλής αρτηριακής πίεσης και να ελαχιστοποιηθεί η ανάγκη για θεραπεία με αντιυπερτασικά φάρμακα, απαιτούνται μέτρα που απευθύνονται στο σύνολο του πληθυσμού. Προτού ο ασθενής ξεκινήσει την φαρμακευτική αγωγή για τη μείωση της αρτηριακής πίεσης, συνιστώνται αλλαγές στον τρόπο ζωής. Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή είναι να προάγει την ευεξία και να βοηθήσει τον ασθενή να κάνει πράξη τις νέες συνθήκες ζωής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς στην κοινότητα που πάσχουν από υπέρταση, μέσω των δράσεων του κοινοτικού νοσηλευτή μαθαίνουν να ζουν με τους νέους τρόπους ζωής και να κάνουν πράξη την αντιυπερτασική τους θεραπεία.

ΛΕΞΕΙΣ - ΚΛΕΙΔΙΑ: Υπέρταση, κοινότητα, κοινοτικός νοσηλευτής, εκπαίδευση

ΑΑ08 *ΕΠΑΙΝΟΣ 1ης ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ*

ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΤΙΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ - ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Ελένη Λύγδα, **Καλλιόπη Περδίου**

Χειρουργείο, Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Στη διεθνή βιβλιογραφία η ύπαρξη Παχυσαρκίας και Μεταβολικού Συνδρόμου συνδέεται με δυσμενή έκβαση των χειρουργικών επεμβάσεων. **Παχυσαρκία** ορίζεται η παθολογική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από υπερβολικό σωματικό λίπος (BMI>30kg/m2) και οδηγεί στην ελάττωση του προσδόκιμου επιβίωσης και την εμφάνιση αυξημένων προβλημάτων υγείας.

Μεταβολικό Σύνδρομο (ΜΣ) είναι ένα οργανικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από παχυσαρκία κεντρικού τύπου, δυσλιπιδαιμία, δυσανοχή στη γλυκόζη και αρτηριακή υπέρταση και οδηγεί σε αυξημένη επίπτωση καρδιαγγειακής νόσου, σακχαρώδη διαβήτη και πρόωρου θανάτου.

Την τελευταία δεκαετία σε παγκόσμιο επίπεδο υπήρξε αύξηση των παχύσαρκων ενηλίκων κατά 37% και υπολογίστηκε ότι υπάρχουν περίπου 2,5 δις. υπέρβαροι ή παχύσαρκοι.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση της σύνδεσης Παχυσαρκίας και Μεταβολικού Συνδρόμου με τη δυσμενή περιεγχειρητική έκβαση των επεμβάσεων γενικής χειρουργικής. Παρουσίαση μελέτης περίπτωσης.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Έγινε βιβλιογραφική ανασκόπηση σε PubMed/Medline, HEAL-link, Google Scholar.

Μελέτη περίπτωσης: Γυναίκα 27 ετών, βάρους 120kg, προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Γενικού Παναρκαδικού Νοσοκομείου Τρίπολης με επώδυνη, εκτεταμένη φλεγμονή αριστερού γλουτού, πυρετό 39°C και αρτηριακή πίεση 140/95 mmHg.

Εργαστηριακός έλεγχος: WBC 22.000 K/μl, CRP 25 mg/l, GLU 134 mg/dl, TGL 217 mg/dl, HDL 48 mg/dl.

1η Χειρουργική επέμβαση (21/04/2019): Διάνοιξη και παροχέτευση αποστήματος αριστερού γλουτού.

2η Χειρουργική επέμβαση (22/04/2019): Εμφάνιση νεκρωτικής φλεγμονής μαλακών μορίων αριστερού γλουτού - Χειρουργικός καθαρισμός.

3η Χειρουργική επέμβαση (24/04/2019): Χειρουργικός καθαρισμός και συρραφή τραύματος.

Καλλιέργεια αποστήματος: Πολλές αποικίες E. Coli.

Ιστολογική εξέταση: Νεκρωτικό υλικό.

Φαρμακευτική θεραπεία: Χορήγηση για δύο ημέρες σιπροφλοξασίνη, πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη, μετρονιδαζόλη. Αλλαγή φαρμακευτικής θεραπείας σε κεφοξιτίνη, αμικασίνη, μετρονιδαζόλη.

Ημέρες νοσηλείας: 20

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: • Αυξημένη νοσοκομειακή νοσηλεία. • Επαναλαμβανόμενες χειρουργικές επεμβάσεις. • Δυσκολία στην επούλωση τραύματος επηρεαζόμενη από την Παχυσαρκία και το ΜΣ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

- Η Παχυσαρκία και το ΜΣ έχουν συνδεθεί βιβλιογραφικά με δυσμενή περιεγχειρητική έκβαση, αυξημένη νοσοκομειακή νοσηλεία, κακή επούλωση.
- Οι κύριες νοσηλευτικές διαγνώσεις είναι:

1. Αυξημένος κίνδυνος δερματικών λοιμώξεων και χρόνιων νοσημάτων (καρδιαγγειακό, αναπνευστικό).
2. Διαταραχή θρέψης.
3. Ανάγκη για ρύθμιση θρέψης.
4. Ανάγκη για αλλαγή εικόνας σώματος και αύξηση αυτοεκτίμησης.

ΑΑ09

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Ιωάννα Ευστρατίου, Αναστάσιος Ιωαννίδης, Στυλιανή Τζιαφέρη, Μαρία Ντόκου, Αγγελική Ράδη - Μπουριέλ

Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σπάρτη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ: Έχει αποδειχθεί ερευνητικά η αυξημένη επίπτωση των λοιμώξεων στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη. Συνηθέστερες είναι αυτές του ουροποιητικού και του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος, καθώς και αυτές του δέρματος και των μαλακών μορίων. Σκοπός της βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι να διερευνηθούν οι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την εμφάνισή τους.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση άρθρων στην Αγγλική γλώσσα κατά την τελευταία πενταετία, στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων «Pubmed», «Cinahl» και «Semantic Scholar», τα οποία αναφέρονται στους παράγοντες κινδύνου εμφάνισης λοιμώξεων σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η εμφάνιση των λοιμώξεων στους διαβητικούς ασθενείς δεν οφείλεται μόνο σε χρόνιες επιπλοκές της νόσου. Τα αποτελέσματα πρόσφατων ερευνών έδειξαν ότι ο μη βέλτιστος γλυκαιμικός έλεγχος, η μεγαλύτερη ηλικία, το φύλο, η διάρκεια και ο τύπος της διαβητικής νόσου και οι συνοσηρότητες αποτελούν τους κύριους παράγοντες κινδύνου. Άλλοι συνυπεύθυνοι παράγοντες –για συγκεκριμένες κατηγορίες λοιμώξεων- είναι η παρουσία έλκους ή τραυματισμού και ο μη εμβολιασμός.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι λοιμώξεις στους διαβητικούς ασθενείς λόγω της αυξημένης συχνότητας και σοβαρότητας, αποτελούν ένα σύνθετο πρόβλημα με διάφορες επιπτώσεις τόσο για τον ασθενή όσο και για το υγειονομικό σύστημα. Η ενημέρωση των διαβητικών ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας ως προς τους παράγοντες κινδύνου και την πρόληψη εμφάνισης των λοιμώξεων, αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο για την αντιμετώπισή τους.

ΑΑ10

ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΕΚΣΤΡΑΤΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Ελένη Σταματοπούλου[2], Δημήτριος Τσίλιας[2], Αθανασία Σταματοπούλου[3]

[1] *Νοσηλεύτρια Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, MSc Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Εκπαιδευτικός, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας ΠΑ.Δ.Α. & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Member PCRS-UK*

[2] *Νοσηλευτής Τ.Ε, MSc Γενικών Εφημεριών Νοσοκομείου Ω.Ρ.Λ. Κλινική Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών Π. & Α. Κυριακού*

[3] *Οικονομολόγος, MSc international Human Recourse Management, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας ΠΑ.Δ.Α. & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Εκπαιδευτικός, Ακαδημαϊκή Υπότροφος Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ετήσια εκστρατεία είναι μια ευκαιρία ευαισθητοποίησης σχετικά με τις επιβλαβείς και θανατηφόρες επιπτώσεις της χρήσης καπνού και της έκθεσης στον καπνό καθώς και την αποθάρρυνση της χρήσης καπνού σε οποιαδήποτε μορφή.

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάδειξη της παγκόσμιας ημέρας κατά του καπνίσματος με στόχο την πρόληψη.

ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ: Πραγματοποιήθηκε ενδελεχής βιβλιογραφική αναζήτηση με λέξεις κλειδιά: Εκστρατεία για το κάπνισμα, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Κάπνισμα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κάθε χρόνο, στις 31 Μαΐου, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) και οι παγκόσμιοι εταίροι γιορτάζουν την Παγκόσμια Ημέρα κατά του καπνίσματος. Με επίκεντρο της Παγκόσμιας Ημέρας κατά του καπνίσματος 2019 είναι η «υγεία του καπνού και των πνευμόνων». στόχος ήταν να αυξήσει την ευαισθητοποίηση σχετικά με τις αρνητικές επιπτώσεις που έχει ο καπνός στην υγεία των πνευμόνων των ανθρώπων, από τον καρκίνο έως τη χρόνια αναπνευστική νόσο. Τα μέτρα καταπολέμησης του καπνίσματος του ΠΟΥ εκφράζονται συνήθως με νόμους, κανονισμούς, όπου ορισμένες από αυτές τις αποφάσεις και ενέργειες αφορούν τα συστήματα υγείας και τους επαγγελματίες υγείας. Οι κυβερνήσεις και η κοινωνία των πολιτών μπορούν να συμμετάσχουν σε παρεμβάσεις προγραμμάτων και πληθυσμών. Ο έλεγχος του καπνού βασίζεται σε ένα υποκείμενο ηθικό πλαίσιο αναγνωρίζοντας τα δικαιώματα των ανθρώπων στη ζωή, την υγεία και την ελευθερία. Η Παγκόσμια Σύμβαση για τον ΠΟΥ αναγνωρίζει τη σημασία των καθεστώτων στα ανθρώπινα δικαιώματα που περιλαμβάνονται στο Διεθνές σύμφωνο για τα οικονομικά, κοινωνικά και πολιτιστικά δικαιώματα, τη σύμβαση για την εξάλειψη όλων των μορφών διακρίσεων κατά των γυναικών και τη σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού. Η υψηλότερη φορολογία του καπνού θεωρείται ευρέως ως μία από τις πιο οικονομικά αποτελεσματικές παρεμβάσεις ελέγχου του καπνού. Η νέα στρατηγική Healthy China 2030 θέτει φιλόδοξους στόχους των πολιτικών για την επίτευξη, συμπεριλαμβανομένης της μείωσης του ποσοστού των το κάπνισμα σε 20% μέχρι το 2030. Ο ΠΟΥ πέτυχε το 2003 τη σύναψη μιας παγκόσμιας συνθήκης για τον έλεγχο του καπνίσματος, καθώς υπογράφηκε από 192 χώρες, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η εκστρατεία κατά του καπνίσματος χρησιμεύει ως έκκληση για δράση, υποστηρίζοντας αποτελεσματικές πολιτικές για τη μείωση της κατανάλωσης καπνού και εμπλοκή των ενδιαφερόμενων μερών σε πολλούς τομείς στον αγώνα για τον έλεγχο του καπνού.

ΑΑ11

Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ΤΟ ΚΟΙΝΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ελένη Σταματοπούλου[1], Αθανασία Σταματοπούλου[2], Δημήτριος Τσίλιας[3], Νίκος Τεντολούρης[4]

[1] *Νοσηλεύτρια Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, MSc Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Εκπαιδευτικός, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας ΠΑ.Δ.Α.& Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Member PCRS-UK*

[2] *Οικονομολόγος, MSc international Human Recourse Management, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας ΠΑ.Δ.Α. & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Εκπαιδευτικός, Ακαδημαϊκή Υπότροφος Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής.*

[3] *Νοσηλευτής Τ.Ε, MSc Γενικών Εφημεριών Νοσοκομείου Ω.Ρ.Λ. Κλινική Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών Π. & Α. Κυριακού*

[4] *Καθηγητής Παθολογίας, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου και του Ερευνητικού Διαβητολογικού Εργαστηρίου Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Λαϊκό*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η Γενική Διευθύντρια του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) Dr Margaret Chan, επισημαίνει πως ο διαβήτης είναι μια ιδιαίτερα ασθένεια που αξίζει πολύ περισσότερη προσοχή. Ο αντίκτυπος τόσο στα συστήματα υγείας όσο και τους προϋπολογισμούς για την υγεία είναι συγκλονιστικός λόγω της χρόνιας μεταβολικής νόσου στα άτομα, τις οικογένειες, και τις κοινότητες. Για πολύ καιρό θεωρείται μια ασθένεια των πλουσίων κοινωνιών, ενώ τώρα αυξάνεται παντού, με τις πιο εντυπωσιακές και καταστροφικές αυξήσεις που παρατηρούνται στον αναπτυσσόμενο κόσμο. Αποτελεί την ενδέκατη κοινή αιτία αναπηρίας παγκοσμίως.

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάδειξη του επιπολασμού του διαβήτη και του κοινοοικονομικού κόστους της Δημόσιας υγείας.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε η αναζήτηση άρθρων και ανασκοπικών μελετών με λέξεις κλειδιά επιπολασμός διαβήτη, κοινοοικονομικό κόστος, Δημόσια υγεία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σύμφωνα με την American Diabetes Association ο επιπολασμός του διαβήτη για όλες τις ηλικιακές ομάδες παγκοσμίως εκτιμάται να είναι 2,8% το 2000 και 4,4% το 2030. Ο συνολικός αριθμός ατόμων με διαβήτη αναμένεται να αυξηθεί από 171 εκατομμύρια το 2000 σε 366 εκατομμύρια το 2030. Ο πληθυσμός των αστικών περιοχών στις αναπτυσσόμενες χώρες αναμένεται να διπλασιαστεί μεταξύ του 2000 και του 2030. Η σημαντικότερη δημογραφική εξέλιξη του επιπολασμού του διαβήτη που πλήττει πλέον περισσότερους από 425 εκατομμύρια ανθρώπους ανά τον κόσμο εκ των οποίων το ένα τρίτο είναι άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών, ενώ ο αριθμός των ατόμων με διαβήτη μπορεί να ανέλθει σε 629 εκατομμύρια το 2045. Τα εν λόγω ευρήματα δείχνουν ότι η «επιδημία διαβήτη» θα συνεχιστεί ακόμα και αν τα επίπεδα παχυσαρκίας παραμείνουν σταθερά. Δεδομένου του αυξανόμενου επιπολασμού της παχυσαρκίας, είναι πιθανό τα στοιχεία αυτά να υποτιμούν τον μελλοντικό επιπολασμό του διαβήτη. Ο επιπολασμός στην Ελλάδα σύμφωνα με τον IDF Diabetes Atlas ανέρχεται σε 7.2%. Το κόστος υγειονομικής περίθαλψης για την θεραπεία του διαβήτη και τις σχετικές επιπλοκές έφθασε στα 727 δολάρια στις ΗΠΑ σύμφωνα με τις συνολικές δαπάνες της υγειονομικής περίθαλψης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ: Ο επιπολασμός του διαβήτη έως το 2030 αναφέρετε ως πανδημία. Παρά την οικονομική επιβάρυνση για τη Δημόσια Υγεία καθώς και την κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη, η πρόληψη του διαβήτη παραμένει στόχος αντιμετωπίζοντας με επιτυχία τις επιπλοκές του, όταν εντοπίζεται νωρίς.

ΑΑ12

Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΙΑΤΡΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Ελένη Σταματοπούλου[1], Αθανασία Σταματοπούλου[2], Δημήτριος Τσίλιας[3], Νίκος Τεντολούρης[4]

[1] *Νοσηλεύτρια Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, MSc Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Εκπαιδευτικός, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας ΠΑ.Δ.Α.& Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Member PCRS-UK*

[2] *Οικονομολόγος, MSc international Human Recourse Management, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας ΠΑ.Δ.Α. & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Εκπαιδευτικός, Ακαδημαϊκή Υπότροφος Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής.*

[3] *Νοσηλευτής Τ.Ε, MSc Γενικών Εφημεριών Νοσοκομείου Ω.Ρ.Λ. Κλινική Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών Π. & Α. Κυριακού*

[4] *Καθηγητής Παθολογίας, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου και του Ερευνητικού Διαβητολογικού Εργαστηρίου Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Λαϊκό*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Σύμφωνα με την Γενική Διευθύντρια του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), Dr Margaret Chan αναφέρει ότι η ατζέντα για τη βιώσιμη ανάπτυξη του 2030 θέτει ένα πολύ φιλόδοξο στόχο για τη μείωση της πρόωρης θνησιμότητας από τέσσερις μη μεταδοτικές ασθένειες, συμπεριλαμβανομένου του διαβήτη, κατά το 1/3.

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάδειξη της θεραπευτικής σχέσης ιατρού ασθενούς με σακχαρώδη διαβήτη.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε η αναζήτηση άρθρων και ανασκοπικών μελετών με λέξεις κλειδιά θεραπευτική σχέση, σακχαρώδης διαβήτης, ασθενείς.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σύμφωνα με την έκθεση του (ΠΟΥ) του έτους 2018, αναφέρει ότι στόχος είναι να καλέσει τις κυβερνήσεις να διασφαλίσουν ότι οι άνθρωποι είναι σε θέση να κάνουν υγιεινές επιλογές και οι εργαζόμενοι των συστημάτων υγείας να διαγνώσουν, να θεραπεύσουν και να φροντίσουν τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, εφιστώντας την προσοχή τόσο στην ανάγκη ενίσχυσης της πρόληψης, όσο και της θεραπείας της νόσου. Άλλοι στόχοι καλούν τις χώρες να αποκτήσουν καθολική υγειονομική κάλυψη και να εξασφαλίσουν πρόσβαση σε οικονομικά προσιτά βασικά φάρμακα. Το παγκόσμιο σχέδιο δράσης του ΠΟΥ για τα μη μεταδοτικά νοσήματα επιδιώκει να σταματήσει την αύξηση του διαβήτη και της παχυσαρκίας έως το 2025. Σημαντική είναι η ψυχοκοινωνική προσέγγιση από το γιατρό και από την υπόλοιπη διεπιστημονική ομάδα, στα άτομα που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη. Αναφέρεται ότι σύμφωνα με το Diabetes Prevention Program ο περιορισμός κατά 25% των συνολικών προσλαμβανόμενων θερμίδων η σωματική άσκηση 150 λεπτών εβδομαδιαίως και η τακτική παρακολούθηση και ενδυνάμωση από τους επαγγελματίες υγείας που τους παρακολουθούσαν είχαν μεγαλύτερη απώλεια βάρους σε σχέση με αυτούς που έλαβαν μετφορμίνη ή placebo. Η αλλαγή του τρόπου ζωής δεν σημαίνει μόνο τη χορήγηση διαιτολογίου και συστάσεις για άσκηση αλλά και συναντήσεις σε ομάδες 10 έως 20 παχύσαρκων ατόμων με ειδικούς διαιτολόγους, γυμναστές, ψυχολόγους εξειδικευμένων γιατρών που σκοπό έχουν να συνδυαστεί η κοινωνική υποστήριξη, η ψυχολογική υποστήριξη και τη κατανόηση των ατόμων αυτών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ: Ο προσδιορισμός των επιθυμητών στόχων αποτελεί αναγκαία επιτυχία υπογραμμίζοντας την ανάγκη δράσης, όχι μόνο για τα άτομα που ζουν με διαβήτη, αλλά και τους διάφορους τομείς της κυβέρνησης, τους παρόχους της υγειονομικής περίθαλψης, τους κατασκευαστές φαρμάκων και των ιατρικών τεχνολογιών, ρυθμίζοντας τακτικά τη γλυκόζη στο αίμα ακολουθώντας τις συμβουλές ιατρού.

ΑΑ13

ΣΧΕΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ ΚΑΙ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Ραλλού Πάτρα[1], Χρήστος Τριανταφύλλου[2]

[1] *Φοιτήτρια Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών*
[2] *Κέντρο Κλινικής Επιδημιολογίας και Έκβασης Νοσημάτων (CLEO), Αθήνα*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ: Το Σύνδρομο Πολυκυστικών Ωοθηκών (PCOS) είναι είναι η πιο συχνή γυναικολογική ενδοκρινολογική διαταραχή, η οποία αφορά τουλάχιστον 1 στις 10 γυναίκες, ηλικίας 20 έως 40 ετών. Συνήθως, χαρακτηρίζεται από υπερανδρογοναιμία, δυσλιπιδαιμία, ινσουλινοαντίσταση και ολιγομηνόρροια / αμηνόρροια και συχνά σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για την εμφάνιση ποικίλλων νοσημάτων, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, η κατάθλιψη και ο καρκίνος του ενδομητρίου. Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του PCOS και της Στεφανιαίας Νόσου (ΣΝ) σε γυναίκες προεμμηνοπαυσιακής ηλικίας.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στη διεθνή βάση ηλεκτρονικών δεδομένων PubMed στις 15 Μαΐου του 2019. Όσον αφορά τη στρατηγική αναζήτησης στη PubMed, χρησιμοποιήθηκε ο παρακάτω συνδυασμός λέξεων-κλειδιών: (Polycystic Ovary Syndrome OR PCOS) AND (Coronary Heart Disease OR CHD). Κριτήρια αποκλεισμού αποτέλεσαν η γλώσσα, εκτός της αγγλικής, οι μελέτες να έχουν γίνει πάνω σε ζώα, το είδος του άρθρου να είναι γράμμα στον εκδότη, άρθρο σύνταξης ή μελέτη περίπτωσης, ο μελετώμενος πληθυσμός να αφορά μετεμμηνοπαυσιακές γυναικές, ενώ δεν τέθηκαν χρονικοί περιορισμοί αναφορικά με το έτος δημοσίευσης των μελετών. Τέλος, οι μελέτες αναγνώστηκαν και αξιολογήθηκαν από δύο ανεξάρτητους ερευνητές με σκοπό τον καθορισμό των άρθρων που συμπεριλήφθηκαν στη βιβλιογραφική ανασκόπηση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τις 161 μελέτες που προέκυψαν από την ηλεκτρονική αναζήτηση, 6 πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης στη παρούσα ανασκόπηση. Οι 3 μελέτες αναφέονταν στη σχέση μεταξύ της ΣΝ και του PCOS και οι υπόλοιπες 3 στη σχέση μεταξύ της πρώιμης αθηροσκλήρωσης των στεφανιαίων αγγείων και του PCOS, μέσω της μέτρησης του δείκτη αποτιτάνωσης των στεφανιαίων αρτηριών (CAC). Τα αποτελέσματα των μελετών έδειξαν ότι στις γυναικές με PCOS η συχνότητα εμφάνισης ΣΝ και πρώιμης αθηροσκλήρωσης των στεφανιαίων αγγείων είναι μεγαλύτερη σε σχέση με εκείνες χωρίς PCOS.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Συμπερασματικά, φαίνεται πως οι γυναίκες προεμμηνοπαυσιακής ηλικίας που πάσχουν από PCOS, διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης ΣΝ σε σχέση με τις γυναίκες χωρίς PCOS, γεγονός που καταδεικνύει τη σημασία της πρόληψης σε αυτή την κατηγορία ασθενών, ώστε να μειωθεί όσο το δυνατόν περισσότερο ο κίνδυνος εμφάνισης ΣΝ, η οποία σχετίζεται με αυξημένη θνησιμότητα και επιδείνωση της ποιότητας ζωής των πασχόντων.

ΑΑ14

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

Χαρίκλεια Δημητρακοπούλου[1]

[1] *Φοιτήτρια Νοσηλευτικής, BSc® Hons Nursing, Μητροπολιτικό Κολλέγιο*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Στη σημερινή εποχή λόγω των αυξημένων επιπέδων Σακχαρώδη Διαβήτη, της αρτηριακής υπέρτασης και πολλών νεφροπαθειών όπως η σπειραματονεφρίτιδα έχουν ως αποτέλεσμα τη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Παγκοσμίως η συχνότητα αυτής της ασθένειας είναι 11-13%. Η νόσος της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας έχει ως αποτέλεσμα οι ασθενείς να υποβάλλονται σε συνεχείς αιμοκαθάρσεις ή μεταμόσχευση. Εάν η μεταμόσχευση πετύχει τότε αποτελεί ενδιαφέρον η ποιότητα ζωής των ασθενών εκείνων έπειτα από επιτυχή μεταμόσχευση νεφρού.

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια έπειτα από επιτυχή μεταμόσχευση νεφρού σε διάφορους τομείς της ζωής τους.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Έγινε ανασκόπηση βιβλιογραφίας από βάσεις δεδομένων όπως της Ελληνικής Νεφρολογικής Εταιρείας, google scholar, pubmed, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Περιεγχειρητική Νοσηλευτική με χρονικό περιορισμό τη τελευταία δεκαπενταετία. Η συλλογή δεδομένων στις έρευνες που μελετήθηκαν έγινε με το εργαλείο SF-36 που μετρά τη κατάσταση υγείας ενός πληθυσμού. Χρησιμοποιήθηκαν λέξεις κλειδιά όπως: χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, ποιότητα ζωής, αιμοκάθαρση, μεταμόσχευση νεφρού, SF-36.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συγκρίνοντας τις μελέτες που έλαβαν μέρος σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη, τα αποτελέσματα υγείας μεταμοσχευμένων ασθενών έδειξαν ότι κατά μέσο όρο 60,6% των ασθενών κατείχαν ψυχοκοινωνική υγεία, οι ίδιοι με ποσοστό 59,85% στη σωματική υγεία, 73,9% στην ικανότητα εργασίας εκφράζοντας ότι οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς νιώθουν ικανοί να εργαστούν και το υψηλότερο ποσοστό 84,5% στις αντιλήψεις υγείας/ζωής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η επιτυχής μεταμόσχευση νεφρού αυξάνει τη ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια σημειώνοντας υψηλά ποσοστά στις αντιλήψεις υγείας / ζωής και ικανοποιητικά αποτελέσματα στη σωματική και ψυχοκοινωνική υγεία. Η συνέχεια της έρευνας σε μεγαλύτερο αριθμό δείγματος θα μας δώσει καλύτερα, πιο αξιόπιστα και αξιόλογα αποτελέσματα για την ποιότητα των μεταμοσχευμένων ασθενών σε ευρύτερο επίπεδο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

1. Λένη Α., Τουρκογιάννη Μ., Σταυροπούλου Α., Ζηδιανάκης Ζ. (2013). ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ. Περιεγχειρητική Νοσηλευτική. Vol2. no2.
2. Πασχαλίδης Κ., Βενέτη Π., Διαμαντοπούλου Δ., Παπαδημητρίου Μ. (2018). Χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση και καρκίνος. Ελληνική Νεφρολογία.
3. Σαρρής Μ., Γούλα Α., Σούλης Σ., Σταυροπούλου Α. (2008). Επισκόπηση υγείας μεταμοσχευμένων ασθενών λόγω τελικού σταδίου χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής.
4. Σαρρής Μ., Γούλα Α., Σούλης Σ., Σταυροπούλου Α. (2008). Ποιότητα ζωής ασθενών και ποιότητα φροντίδας υγείας μετά από τη νεφρική μεταμόσχευση. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής.
5. Σταθά Α. (2012). Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια: νόσος-θεραπεία-κόστος. Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

eurodiet

ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΡΥΘΜΙΣΗΣ

1 2 3 4
ΦΑΣΕΩΝ

ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ-ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

*ΥΠΟΣΤΡΟΦΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ

ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΙ!



Στήριξε το όραμα
του ασθενή σου
στη θεραπεία

www.eurodiet.gr
Τηλέφωνο 210 937 3020

*ADA STATEMENTS, Diabetes Care Vol. 32, Number 11, November 2009

12ο Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου

27 - 30 Ιουνίου 2019

HOTEL ELITE CITY RESORT, ΚΑΛΑΜΑΤΑ

ΕΙΣΟΔΟΣ ΕΛΕΥΘΕΡΗ

ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΔΙΑΒΗΤΗ
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΟΙΝΟΥ

Υπό την Αιγίδα του Δήμου Καλαμάτας
και του Συλλόγου Διαβητικών Ν. Μεσσηνίας «ΓΛΥΚΙΑ ΜΕΣΣΗΝΙΑ»

Σάββατο **29 Ιουνίου** 2019

Hotel Elite City Resort, Καλαμάτα

πρόσκληση



19.00 - 20.30 ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΔΙΑΒΗΤΗ - ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΟΙΝΟΥ

Προεδρείο: **Ν. Γκιούλος - Κ. Σουβατζή**

Πρόλογος: **Ι. Κυριαζής**

Χαιρετισμός: **Α. Καρούνου**
Πρόεδρος Συλλόγου Διαβητικών Ν. Μεσσηνίας «ΙΛΥΚΙΑ ΜΕΣΣΗΝΙΑ»

Παχυσαρκία και ΣΔ - **Φ. Π. Τατάκης**

Διατροφικές συστάσεις στο Σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 - **Κ. Μπουκέα**

Αυτοέλεγχος - Γλυκαιμικοί στόχοι - **Ι. Παπαδόπουλος**

Σύντομη γνωριμία με τα αντιδιαβητικά δισκία - **Π. Χαλβατσιώτης**

Ινσουλινοθεραπεία και άλλες ενέσιμες θεραπείες στο Σακχαρώδη διαβήτη - **Κ. Σγούρος**

Μικρο-και Μακροαγγειακές επιπλοκές του Σακχαρώδη διαβήτη - **Μ. Ζαφείρη**

• **ΓΚΙΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ**
Παθολόγος με εξειδίκευση στο Διαβήτη,
Διευθυντής ΕΣΥ Κ.Υ Αγίου Νικολάου
& Διαβητολογικού Ιατρείου Γ.Ν. Καλαμάτας

• **ΖΑΦΕΙΡΗ ΜΑΡΙΑ**
MD, MSc, PhD candidate, Ειδικός Παθολόγος,
Επιστημονικός συνεργάτης Ιατρείου
Διαβήτη και Παχυσαρκίας,
Γενικό Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας
«ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ»

• **ΚΥΡΙΑΖΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ**
MD, PhD, FNSCOPE, Παθολόγος
με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη,
Δ/ντής ΕΣΥ, Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Α.
«ΚΑΤ», Υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου
και Ιατρείου Παχυσαρκίας Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»

• **ΜΠΟΥΚΕΑ ΚΑΛΛΙΟΠΗ**
Κλινική Διαιτολόγος, Προϊσταμένη
Τμήματος Διατροφής Γ.Ν. Καλαμάτας

• **ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ**
Ειδικός Παθολόγος, Επιστημονικός συνεργάτης
Ιατρείου Διαβήτη και Παχυσαρκίας, Γενικό
Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ»

• **ΣΓΟΥΡΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ**
Ειδικός Παθολόγος, Επιμελητής Α',
Τ.Ε.Π. Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»

• **ΣΟΥΒΑΤΖΗ ΚΛΕΟΠΑΤΡΑ**
Επιμελήτρια, Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»

• **ΤΑΤΑΚΗΣ ΦΩΤΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ**
MD, Ειδικευόμενος Ιατρός Παθολογίας,
Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»

• **ΧΑΛΒΑΤΣΙΩΤΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ**
Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας,
Β' Προπ. Παθολογική Κλινική - Μονάδα Έρευνας
& Διαβητολογικό Κέντρο Πανεπιστημίου Αθηνών,
Παν/μιακό ΓΝΑ «ΑΤΤΙΚΟΝ»





[Continuing Online Medical Education with EMPAKAN]

Γίνε μέλος

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



On-line πρόσβαση (full paper) στα περιοδικά:

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



On-line πρόσβαση στο ASK THE EXPERT

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



On-line πρόσβαση στην Ενότητα V-Learning

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

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

47 καταξιωμένοι ομιλητές από την Ιατρική Κοινότητα

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



On-line πρόσβαση στο διαδικτυακό κανάλι «Empakan TV»

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

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

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

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

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

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

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

AstraZeneca

Boehringer Ingelheim

ELPEN

Epsilon Health

ETHICON
PART OF THE Johnson & Johnson FAMILY OF COMPANIES

eurodietMed
HEALTHY LIVING

innovis
Future health today

LR
HEALTH & BEAUTY

Lilly
ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ

Menarini Hellas

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

MSD & BIANEΞ

Mylan
Better Health for a Better World

NOVARTIS

novo nordisk®

PETSIAVAS

Pfizer

RAFARM

SANOFI

WinMedica
Serving Health for Life

BIAN A.E.

BIANEΞ A.E.
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΜΕΣΣΗΝΙΑΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ:

kalamata papadimitriou

HELLAS SYKIKI

ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

ΑΒΡΑΜΟΠΟΥΛΟΣ ΗΡΑΚΛΗΣ	Παθολόγος με Εξειδίκευση στο Διαβήτη και την Υπέρταση, Διαγνωστικό & Θεραπευτικό Κέντρο «ΥΓΕΙΑ», Αθήνα
ΑΓΓΕΛΗ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ	Νοσηλεύτρια ΤΕ, Ορθ/κή Κλινική, Γ.Ν. Καλαμάτας
ΑΛΑΒΕΡΑΣ ΑΝΤΩΝΙΟΣ	Παθολόγος, τ. Διευθυντής Παθολογίας, Α' Παθολογικής Κλινικής, Κοργιαλένειο Μπένάκειο Γ.Ν.Α. Ε.Ε.Σ.
ΑΛΕΞΑΝΔΡΙΔΗΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ	Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας - Ενδοκρινολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Πατρών
ΑΝΔΡΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΥ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ	Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, MSc, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»
ΑΡΒΑΝΙΤΗ ΜΑΡΙΑ	PhD ΕΚΠΑ - Ιατρική Σχολή Αθηνών, Διοικήτρια Γ.Ν. ΠΕΙΡΑΙΑ «ΤΖΑΝΕΙΟ», BSc "Διοίκηση Επιχειρήσεων & Οργανισμών", MSc "Διοίκηση Μονάδων Υγείας"
ΒΛΑΧΑΚΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ	Καθηγητής Παθολογίας - Νεφρολογίας, Υπεύθυνος Νεφρολογικής Μονάδας, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν.Α. «ΑΤΤΙΚΟΝ»
ΓΕΩΡΓΙΟΠΟΥΛΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ	Νοσηλεύτρια ΤΕ, Ορθ/κή Κλινική, Γ.Ν. Μεσσηνίας Ν.Μ. Καλαμάτας
ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΙΩΑΝΝΑ	Επιμελήτρια Α', Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Καλαμάτας
ΓΚΙΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ	Παθολόγος με εξειδίκευση στο Διαβήτη, Διευθυντής ΕΣΥ Κ.Υ Αγίου Νικολάου & Διαβητολογικού Ιατρείου Γ.Ν. Καλαμάτας
ΓΚΟΥΖΟΥ ΜΑΡΙΑ	Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, PhD, Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Γ.Ν. Μεσσηνίας, Ν.Μ. Καλαμάτας
ΓΡΑΣΣΟΣ ΧΑΡΗΣ	Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»
ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής Β' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής, Μονάδας Έρευνας και Διαβητολογικού Κέντρου Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν.Α. «ΑΤΤΙΚΟΝ»

ΔΗΜΟΣΘΕΝΟΠΟΥΛΟΣ ΧΑΡΗΣ	MMedSci, PhDc, Κλινικός Διαιτολόγος - Βιολόγος, Προϊστάμενος Διαιτολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ», Μέλος Δ.Σ. Ε.Δ.Ε. & Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν.
ΕΛΙΣΑΦ ΜΩΥΣΗΣ	Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Διευθυντής Β' Παθολογικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, Διευθυντής Νεφρολογικής Κλινικής Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων
ΕΥΘΥΜΙΑΔΟΥ ΡΩΞΑΝΗ	Ακτινολόγος, Διευθύντρια Τμήματος PET-CT & Αναπληρώτρια Διευθύντρια Τμήματος CT&MRI, Διαγνωστικό & Θεραπευτικό Κέντρο «ΥΓΕΙΑ»
ΖΑΦΕΙΡΗ ΜΑΡΙΑ	MD, MSc, PhD candidate, Ειδικός Παθολόγος, Επιστημονικός συνεργάτης Ιατρείου Διαβήτη και Παχυσαρκίας, Γενικό Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ»
ΖΕΡΒΑΣ ΕΛΕΥΘΕΡΙΟΣ	Πνευμονολόγος, Επιμελητής Α' ΕΣΥ, 7η Πνευμονολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»
ΖΟΥΛΙΑ ΒΑΡΕΖΙΝΑ	Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Μονάδα Εμφραγμάτων, Γ.Ν.Α. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
ΙΝΤΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	Δρ., Προϊστάμενος Β' Παθολογικής Γ.Ν.Ν. Άγιος Παντελεήμων, Καθηγητής Μέλος ΣΕΠ, ΔΜΥ 50, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Καθηγητής Νοσηλευτικής, Μητροπολιτικό Κολλέγιο
ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ	Δρ., Παθολόγος με εξειδίκευση στο Διαβήτη, Διευθυντής Α' Παθολογικής Κλινικής και Υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου και Ιατρείου Παχυσαρκίας, Γενικό Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ»
ΚΑΛΑΦΑΤΗ ΜΑΡΙΑ	Δρ., Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, PhD, ΕΔΙΠ, Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ
ΚΑΠΕΛΛΑ ΜΑΡΙΑ	Δρ., Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, PhD Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Γ.Ν.Α. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
ΚΑΠΕΡΝΟΠΟΥΛΟΣ ΧΑΡΗΣ	Παθολόγος Εξειδικευθείς στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Καλαμάτα

ΚΑΤΣΑΦΟΥΡΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ	Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc©, Προϊσταμένη Γ' Πανεπιστημιακής Ορθοπαιδικής, κλινικής, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»
ΚΑΤΣΙΛΑΜΠΡΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ	Ομότιμος καθηγητής Παθολογίας ΕΚΠΑ, MD, PhD, FACP, SCOPE Founding Fellow, EFIM Hon Fellow, Ερευνητικό Εργαστήριο «Ν.Σ. ΧΡΗΣΤΕΑΣ» και Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ
ΚΑΥΚΑΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ	Δρ., MD, FESC, Επεμβατικός Καρδιολόγος Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»
ΚΟΚΚΙΝΟΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ	Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ»
ΚΟΝΤΟΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ	Διδάκτωρ Διοίκησης και Οικονομικών της Υγείας, Διοικητής Γ.Ν.Α. ΚΑΤ - ΕΚΑ
ΚΟΡΟΒΕΣΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ	Ειδικός Παθολόγος με εξειδίκευση στις Λοιμώξεις, Διευθυντής ΕΣΥ, Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Κορίνθου
ΚΟΥΔΟΥΝΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	Συντονιστής Δ/ντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Καλαμάτας
ΚΟΥΤΣΟΒΑΣΙΛΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ	MD, MSc, PhD, Παθολόγος - Διαβητολόγος, Επιμελητής Β', Γ' Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»
ΚΥΡΙΑΖΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ	MD, PhD, FNSCOPE, Παθολόγος με εξειδίκευση στον Σακχαρώδη Διαβήτη, Δ/ντής ΕΣΥ, Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ», Επιστ. Υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου και Ιατρείου Παχυσαρκίας Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»
ΛΑΜΠΑΔΙΑΡΗ ΒΑΙΑ	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παθολογίας - Σακχαρώδους Διαβήτη, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Μονάδα Έρευνας και Διαβητολογικό Κέντρο Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «ΑΤΤΙΚΟΝ»
ΛΑΝΑΡΑΣ ΛΕΩΝΙΔΑΣ	Παθολόγος - Διαβητολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Παθολογικής κλινικής, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου Γ.Ν. Λαμίας, Γ. Γραμματέας της Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας Παχυσαρκίας
ΛΕΛΕΚΗΣ ΜΩΥΣΗΣ	Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Παθολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»

ΛΙΑΤΗΣ ΣΤΑΥΡΟΣ	Δρ. Παθολόγος με εξειδίκευση στο Διαβήτη, Επιμελητής Α' ΕΣΥ, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ»
ΜΑΓΚΑΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ	Υπότροφος Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας, Επιστ. συνεργάτης Α' Πανεπ. Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
ΜΑΚΑΡΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ - ΛΕΑΝΔΡΟΣ	Καρδιολόγος, Επιμελητής Α', Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Καλαμάτας
ΜΑΚΡΗΣ ΘΩΜΑΣ	Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Μ.Α. «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ»
ΜΑΚΡΥΓΙΑΝΝΗΣ ΣΤΑΜΑΤΗΣ	MD, PhD, FESC, Επεμβατικός Καρδιολόγος, Επιμελητής Α' Καρδιολογικής Κλινικής, Δ.Θ.Κ.Α «ΥΓΕΙΑ»
ΜΑΝΤΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ	Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικής κλινικής, Γ.Ν. Χαλκίδος
ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ	Διευθύντρια, Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Καλαμάτας
ΜΕΛΙΔΩΝΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ	Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Συντονιστής Διευθυντής Α' Παθολογικής Κλινικής & Διαβητολογικού Κέντρου, Γ.Ν. Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»
ΜΗΛΙΩΝΗΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ	Καθηγητής Παθολογίας, Δ/ντής Α' Παθολογικής Παν/κής κλινικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
ΜΙΧΑΗΛ ΜΙΧΑΗΛ	Ακτινοδιαγνώστης, Δ/ντής Ακτινοδιαγνωστικού, Γ.Ν. Καλαμάτας
ΜΠΑΡΓΙΩΤΑ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ	Ενδοκρινολόγος, Επίκουρη καθηγήτρια Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Ενδοκρινολογική Κλινική και Μεταβολικών Νόσων
ΜΠΟΥΚΕΑ ΚΑΛΛΙΟΠΗ	Κλινική Διαιτολόγος, Προϊσταμένη Τμήματος Διατροφής Γ.Ν. Καλαμάτας
ΜΠΡΙΣΤΟΓΙΑΝΝΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	Νεφρολόγος, Πρώην Συντ. Διευθυντής Νεφρολογικου Τμήματος Νοσοκομείου Καλαμάτας, Επιστημονικός Συνεργάτης Mesogeios - Μεσογειακό Κέντρο Διακοπών Αιμοκάθαρσης
ΜΥΓΔΑΛΗΣ ΗΛΙΑΣ	Παθολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Β' Παθολογικής Κλινικής και Διαβητολογικού Κέντρου, Γ.Ν. Νοσηλευτικό Ίδρυμα Μ.Τ.Σ.

ΝΤΑΛΑΣ ΔΗΜΗΤΡΗΣ	RN αναισθησιολογικού, MSc(s), Παθολογική Νοσηλευτική Ειδικότητα, Εκπαιδευτής Ενηλίκων, Director / Instructor BLS, Instructor Trainer BLS-I, Instructor ILS / ALS του ERC
ΝΤΟΥΠΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ	Παθολόγοςμε εξειδίκευση στον Σακχαρώδη Διαβήτη, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Δ/ντής Παθολογικού Τμήματος & Διαβητολογικού Ιατρείου, Ναυτικό Νοσοκομείο Σαλαμίνας
ΞΑΝΘΗΣ ΑΓΑΠΗΤΟΣ	Ειδικός Παθολόγος, Επιμελητής Α', Κέντρου Υγείας Αγίας Σοφίας Πειραιά
ΞΥΔΙΑ ΝΙΚΟΛΕΤΤΑ	Παθολόγος με εξειδίκευση στον Σακχαρώδη Διαβήτη, Διευθύντρια Β' Παθολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Μεσσηνίας Νοσηλευτική Μονάδα Καλαμάτας
ΠΑΓΩΝΗ ΜΑΤΙΝΑ	Συντονίστρια Διευθύντρια Γ' Παθολογικής Κλινικής, Γ.Ν.Α. «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ», Πρόεδρος Ανώτατου Πειθαρχικού Π.Ι.Σ., Πρόεδρος Δ.Σ. Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΔΗΜΗΤΡΗΣ	Καρδιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Καρδιολογικό Τμήμα Π.Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ», Υπεύθυνος τμήματος υπέρτασης λιπιδίων προληπτικής καρδιολογίας
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ	Ειδικός Παθολόγος, Επιστημονικός συνεργάτης Ιατρείου Διαβήτη και Παχυσαρκίας, Γενικό Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ»
ΠΑΠΑΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΥ ΑΘΑΝΑΣΙΑ	Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, PhD, MSc στη Βιοστατιστική, Επιμελήτρια Α', Α' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Π. «ΤΖΑΝΕΙΟ»
ΠΑΠΑΝΑΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ	Καθηγητής Παθολογίας - Σακχαρώδους Διαβήτη, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου - Ιατρείου Διαβητικού Ποδιού, Β' Παθολογική Κλινική Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αντιπρόεδρος Ευρωπαϊκής Ομάδας Μελέτης Διαβητικού Ποδιού
ΠΑΠΠΑΣ ΣΤΑΥΡΟΣ	Παθολόγος - Διαβητολόγος, Πρόεδρος Ινστιτούτου Μελέτης Έρευνας και Εκπαίδευσης για το Σακχαρώδη Διαβήτη και τα Μεταβολικά Νοσήματα

ΠΑΤΣΟΥΡΑΚΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ	Επεμβατικός Καρδιολόγος, Επιμελητής Καρδιολογικού τμήματος, Γ.Ν.Π. «ΤΖΑΝΕΙΟ»
ΠΙΤΤΑΡΑΣ ΑΝΔΡΕΑΣ	Καρδιολόγος, Ειδικός Υπερτασιολόγος, ESH, Ass. Prof. George Washington University, Washington DC USA
ΠΡΑΣΟΠΟΥΛΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ	MD, Πυρηνικός Ιατρός, Διευθυντής Τμημάτων Πυρηνικής Ιατρικής & PET/CT, Νοσοκομείο «ΥΓΕΙΑ»
ΡΑΠΤΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ	Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική - Μονάδα Έρευνας Πανεπιστημίου Αθηνών & Διαβητολογικό Κέντρο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»
ΡΕΚΛΕΙΤΗ ΜΑΡΙΑ	Δρ., Νοσηλεύτρια, Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Κορίνθου, Υπεύθυνη BSc (Hons) Nursing, Μητροπολιτικό Κολλέγιο
ΡΙΖΟΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ	Παθολογος με εξειδικευση στο σακχαρωδη διαβητη, Δ/ντής ΕΣΥ ΠΓΝΙ, adjunct Professor European University Cyprus School of Medicine
ΡΙΧΤΕΡ ΔΗΜΗΤΡΗΣ	MD, FESC, FAHA, Καρδιολόγος, Δ/ντής Β' Καρδιολογικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών
ΣΑΛΟΥΡΟΥ ΜΑΡΙΑ	Νοσηλεύτρια, MSc, Τομεάρχης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Γ.Ν.Α. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
ΣΓΟΥΡΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ	Ειδικός Παθολόγος, Επιμελητής Α', Τ.Ε.Π. Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»
ΣΙΝΑΠΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ	MD, PhD, ECFMG, FEBO, Χειρουργός Οφθαλμίατρος, Sinapis Eye Institute
ΣΟΥΒΑΤΖΗ ΚΛΕΟΠΑΤΡΑ	Επιμελήτρια, Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»
ΣΤΕΡΓΙΑΝΝΗΣ ΠΑΝΤΕΛΗΣ	Δρ., Υπεύθυνος Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης/ Triage, ΓΟΝΚ «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ», Μέλος ΣΕΠ ΔΜΥ50, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Καθηγητής Νοσηλευτικής, Μητροπολιτικό Κολλέγιο
ΣΤΟΥΓΙΑΝΝΟΣ ΠΑΥΛΟΣ	Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Η ΕΛΠΙΣ»
ΣΩΤΗΡΟΠΟΥΛΟΣ ΑΛΕΞΙΟΣ	MD. PhD, Διευθυντής ΕΣΥ, Παθολόγος - Διαβητολόγος & Γενικός Ιατρός Γ' Παθολογικού Τμήματος & Διαβητολογικού Κέντρου Γ.Ν. Νίκαιας - Πειραιά

ΤΑΝΗ ΣΟΦΙΑ	Νοσηλεύτρια ΠΕ MSc, PhD, Χειρουργείο Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»
ΤΑΤΑΚΗΣ ΦΩΤΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ	Ειδικευόμενος Ιατρός Παθολογίας, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»
ΤΣΕΚΟΥΡΑ ΔΩΡΟΘΕΑ	Καρδιολόγος, Ειδικό Διδακτικό Προσωπικό Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αρεταίειο Νοσοκομείο
ΦΥΝΤΑΝΗΣ ΣΤΑΥΡΟΣ	Σγός (ΥΝ), MSc, Νοσηλευτής ΜΕΘ 251 Γ.Ν.Α., Καθηγητής Νοσηλευτικής και Υπεύθυνος Κλινικής Άσκησης, Μητροπολιτικό Κολλέγιο
ΧΑΛΒΑΤΣΙΩΤΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ	Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας, Β' Προπ. Παθολογική Κλινική - Μονάδα Έρευνας & Διαβητολογικό Κέντρο Πανεπιστημίου Αθηνών, Παν/μιακό Γ.Ν.Α. «ΑΤΤΙΚΟΝ»
ΧΑΜΟΣ ΙΑΚΩΒΟΣ	Εκπαιδευτικός Νοσηλευτικής Δ.Ι.Ε.Κ. - Ψ.Ν.Α. «ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ», MSc, Καθηγητής Νοσηλευτικής, Μητροπολιτικό Κολλέγιο
ΧΑΤΖΗΑΓΓΕΛΑΚΗ ΕΡΥΦΙΛΗ	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παθολογίας - Σακχαρώδη Διαβήτη, Β' Προπ. Παθολογική Κλινική, Μονάδα Έρευνας & Διαβητολογικό Κέντρο Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν.Α. «ΑΤΤΙΚΟΝ»
ΧΟΝΔΡΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ	Νοσηλεύτρια ΤΕ MSc, ΤΕΠ Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ»
ΧΡΙΣΤΑΚΟΠΟΥΛΟΣ ΠΑΡΗΣ	Άμισθος Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

FASELIS C. 10, 15, 39, 43
KOKKINOS P. 10, 15, 39, 43

Α

ΑΒΡΑΜΟΠΟΥΛΟΣ Η. 2, 16, 94
ΑΓΓΕΛΗ Σ 60, 65, 94
ΑΔΑΜΟΠΟΥΛΟΥ Θ. 60
ΑΔΡΑΚΤΑΣ Α. 8, 51
ΑΛΑΒΕΡΑΣ Α. 2, 8, 94
ΑΛΑΜΑΡΑ Χ. 9, 37
ΑΛΕΞΑΝΔΡΙΔΗΣ Θ. 2, 14, 17, 94
ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΥ Ι. 4, 30
ΑΝΔΡΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΥ Κ. 60, 63, 68, 94
ΑΝΤΩΝΑΤΟΣ Δ. 8, 11, 13 14, 17, 52, 53, 54, 55, 57
ΑΝΤΩΝΙΟΥ Α. 5, 17, 50, 56
ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ Ε. 8, 11, 13, 14, 17, 52, 53, 54, 55, 57
ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ Ν. 2
ΑΡΑΠΟΣΤΑΘΗ Κ. 60
ΑΡΒΑΝΙΤΗ Μ. 67, 94
ΑΡΜΟΝΗΣ Χ. 8, 11, 13, 14, 17, 52, 53, 54, 55, 57
ΑΧΕΙΜΑΣΤΟΣ Α. 15, 44

Β

ΒΙΚΕΛΗΣ Μ. 5, 50
ΒΛΑΧΑΚΟΣ Δ. 2, 10, 20, 94
ΒΟΓΙΑΤΖΑΚΗΣ Α. 4, 31

Γ

ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Π. ... 7, 12, 33, 34, 40
ΓΕΩΡΓΙΟΠΟΥΛΟΥ Γ. 60, 63, 94
ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΣ Η. 15, 45
ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ Κ. 2, 4, 31
ΓΙΑΓΚΙΔΗΣ Γ. 5, 32
ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Ι. 7, 13, 35, 94
ΓΙΑΝΝΟΥ Α. 8, 51
ΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΥ Ι. 7, 35
ΓΚΙΚΟΠΟΥΛΟΥ Δ. 62, 71
ΓΚΙΟΥΛΟΣ Ν. 2, 24, 90, 94
ΓΚΟΥΖΟΥ Μ. 60, 61, 62, 63, 68, 94
ΓΟΥΓΟΥΡΕΛΑΣ Δ. 15, 45
ΓΟΥΝΑΡΗ Δ. 60
ΓΟΥΡΝΕΛΛΗΣ Ρ. 17, 56
ΓΡΑΜΜΟΥΣΤΙΑΝΟΥ Μ. 8, 51
ΓΡΑΣΣΟΣ Χ. 2, 10, 15, 16, 19, 39, 43, 94

Δ

ΔΑΝΕΒΑ Ε. 62, 72
ΔΑΦΝΟΥ Π. 62, 71
ΔΕΜΕΡΤΖΗ Θ. 60
ΔΕΠΟΥΝΤΗΣ Γ. 7, 35
ΔΕΡΕΚΑ Α. 9, 37
ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ Γ. 2, 17, 26, 94
ΔΗΜΟΣΘΕΝΟΠΟΥΛΟΣ Χ. 2, 5, 12, 13, 16, 41, 42, 47, 95
ΔΟΥΒΑΡΑ Κ. 60
ΔΟΥΜΑΣ Μ. 10, 15, 39, 43
ΔΡΑΚΟΥ Ε. 60
ΔΡΙΒΑ Σ. 15, 45
ΔΡΟΣΟΣ Α. 7, 12, 33, 34, 40

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

Ε

ΕΛΙΣΑΦ Μ. 2, 9, 95
ΕΡΩΤΟΚΡΙΤΟΥ Γ. 9, 37
ΕΥΘΥΜΙΑΔΟΥ Ρ. 2, 7, 13, 42, 95
ΕΥΣΤΑΘΙΟΥ Σ. 15, 44
ΕΥΣΤΡΑΤΙΟΥ Ι. 65, 82

Ζ

ΖΑΦΕΙΡΗ Μ. 10, 11, 24, 90, 95
ΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΣ Β. 5, 32
ΖΕΡΒΑΣ Ε. 2, 5, 95
ΖΙΩΡΗ Μ. 15, 45
ΖΟΜΠΟΛΟΣ Σ. 2
ΖΟΥΛΙΑ Β. 63, 95

Η

ΗΛΙΑΔΗΣ Α. 8, 14, 17, 52, 55, 57
ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΥ Α. 60

Θ

ΘΑΝΑΣΑ Γ. 60
ΘΑΝΟΣ Χ. 8, 51

Ι

ΙΒΑΝΟΣ Α. 8, 14, 17, 52, 55, 57
ΙΝΤΑΣ Γ. 60, 67, 95
ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ Α. 65, 82
ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ Ι. 2, 9, 10, 12, 13, 16, 20, 22, 26, 41, 42, 47, 91, 95

Κ

ΚΑΛΑΦΑΤΗ Μ. 63, 95
ΚΑΛΑΦΑΤΗΣ Ε. 2, 7, 9, 12, 33, 34, 36, 40
ΚΑΛΛΙΣΤΡΑΤΟΣ Μ. 10, 15, 39, 43
ΚΑΛΟΓΡΑΝΑ Δ. 60
ΚΑΠΕΛΛΑ Μ. 60, 61, 67, 68, 95
ΚΑΠΕΡΝΟΠΟΥΛΟΣ Χ. 22, 95
ΚΑΤΣΑΦΟΥΡΟΥ Π. 60, 62, 63, 96
ΚΑΤΣΙΑΔΑΣ Ν. 11, 13, 53, 54
ΚΑΤΣΙΛΑΜΠΡΟΣ Ν. 2, 9, 11, 96
ΚΑΥΚΑΣ Ν. 2, 10, 13, 96
ΚΑΦΑΝΤΟΓΙΑ Κ. 60
ΚΑΧΡΙΜΑΝΙΔΗΣ Ι. 7, 9, 12, 34, 36, 40
ΚΙΝΤΗΣ Κ. 8, 11, 13, 14, 17, 52, 53, 54, 55 57
ΚΛΩΝΟΣ Δ. 9, 37
ΚΟΚΚΙΝΟΣ Α. 2, 13, 17, 19, 21, 96
ΚΟΛΟΝΙΑΡΗΣ Α. 8, 14, 17, 52, 55, 57
ΚΟΝΤΟΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ Ν. 13, 96
ΚΟΡΟΒΕΣΗΣ Κ. 2, 4, 7, 8, 96
ΚΟΥΔΟΥΝΗΣ Γ. 2, 8, 96
ΚΟΥΚΟΥ Ε. 7, 35
ΚΟΥΡΑΚΟΣ Μ. 60
ΚΟΥΡΕΜΕΝΟΣ Ν. 10, 15, 39, 43
ΚΟΥΤΕΛΑ Α. 60
ΚΟΥΤΟΥΛΑΚΗΣ Ε. 4, 30
ΚΟΥΤΣΟΒΑΣΙΛΗΣ Α. 2, 10, 15, 17, 45, 56, 96
ΚΟΥΤΣΟΥΡΗΣ Π. 7, 33
ΚΟΥΦΟΠΟΥΛΟΥ Π. 2
ΚΥΡΕ Κ. 4, 7, 31, 33, 34
ΚΥΡΙΑΖΗΣ Ι. 2, 3, 4, 7, 8, 9, 12, 13, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 24, 26, 31, 33, 34, 36, 40, 41, 42, 46, 47, 60, 68, 90, 91, 96
ΚΥΡΙΑΚΟΥ Λ. 8, 14, 17, 52, 55, 57
ΚΥΦΝΙΔΗΣ Κ. 10, 15, 39, 43
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Β. 60
ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ Α. 7, 35
ΚΩΤΟΥΛΑΣ Χ. 4, 30

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

Λ

ΛΑΪΝΗΣ Β. 9, 12, 36, 40
ΛΑΜΠΑΔΙΑΡΗ Β. 14, 20, 23, 96
ΛΑΝΑΡΑΣ Λ. 2, 13, 96
ΛΑΠΠΑ Θ. 2, 4, 7, 9, 12, 13, 31, 33, 36, 40, 41, 42
ΛΑΤΣΟΥ Δ. 4, 12, 13, 16, 31, 40, 41, 42, 47,
ΛΕΛΕΚΗΣ Μ. 2, 4, 7, 8, 9, 12, 14, 31, 33, 34, 36, 40, 96
ΛΙΑΤΗΣ Σ. 2, 4, 14, 15, 17, 21, 26, 45, 97
ΛΟΥΡΟΥΝΤΖΗΣ Α. 9, 37
ΛΥΓΔΑ Ε. 62, 65, 70, 81
ΛΥΜΠΕΡΟΠΟΥΛΟΣ Ε. 2

Μ

ΜΑΓΚΑΣ Ν. 16, 97
ΜΑΔΙΑΝΟΣ Δ. 62, 70
ΜΑΖΑΡΑΚΗΣ Δ. 7, 35
ΜΑΚΑΡΗΣ Ε.-Λ. 12, 97
ΜΑΚΡΗΣ Θ. 16, 97
ΜΑΚΡΥΓΙΑΝΝΗΣ Σ. 2, 5, 97
ΜΑΜΑΡΕΛΗ Β. 4, 30
ΜΑΜΑΡΕΛΗ Χ. 4, 30
ΜΑΜΑΡΕΛΗΣ Ι. 4, 30
ΜΑΝΑΡΑ Ε. 60
ΜΑΝΤΑΣ Ι. 2, 16, 97
ΜΑΝΤΗΣ Χ. 8, 11, 13, 14, 17, 52, 53, 54, 55, 57
ΜΑΝΩΛΗΣ Α. 10, 15, 39, 43
ΜΑΡΓΙΩΛΟΥ Γ. 62, 70
ΜΑΡΚΕΤΗ Σ. 60
ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΥ Α. 4, 9, 97
ΜΕΛΙΔΩΝΗΣ Α. 2, 15, 19, 45, 97
ΜΕΡΤΖΑΝΟΣ Γ. 2
ΜΙΧΑΗΛ Μ. 7, 97
ΜΟΥΝΤΑΝΟΣ Κ. 5, 32
ΜΟΥΝΤΟΚΑΛΑΚΗΣ Θ. 15, 44
ΜΠΑΚΙΡΖΗ Σ. 4, 30
ΜΠΑΡΓΙΩΤΑ Α. 17, 97
ΜΠΟΥΚΕΑ Κ. 5, 24, 90, 97
ΜΠΟΥΡΙΕΛ-ΡΟΔΗ Α. 65, 82
ΜΠΟΥΣΜΠΟΥΛΑΣ Σ. 15, 45
ΜΠΡΙΣΤΟΓΙΑΝΝΗΣ Γ. 2, 10, 97
ΜΥΓΔΑΛΗΣ Η. 2, 20, 22, 97

Ν

ΝΙΚΟΛΑΟΥ Ν. 9, 37
ΝΤΑΛΑΣ Δ. 63, 98
ΝΤΟΚΟΥ Μ. 65, 82
ΝΤΟΥΠΗΣ Ι. 2, 4, 12, 13, 15, 16, 21, 22, 41, 42, 47, 98

Ξ

ΞΑΝΘΗΣ Α. 5, 98
ΞΥΔΙΑ Ν. 2, 7, 12, 35, 98

Ο

ΟΙΚΟΝΟΜΟΠΟΥΛΟΥ Π. 62, 70

Π

ΠΑΓΩΝΗ Μ. 2, 6, 8, 98
ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Α.-Ν. 7, 9, 33, 36
ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ Ε. 8, 11, 13, 14, 17, 52, 53, 54, 55, 57
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Δ. 2, 13, 16, 98
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Ι. 5, 12, 13, 16, 24, 41, 42, 47, 90, 98
ΠΑΠΑΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΥ Α. 15, 22, 45, 98
ΠΑΠΑΝΑΣ Ν. 2, 10, 16, 22, 26, 98

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Ν. 12, 13, 41, 42
ΠΑΠΑΝΤΩΝΙΟΥ Γ. 62, 72
ΠΑΠΑΦΡΑΓΚΟΣ Χ. 5, 50
ΠΑΠΑΧΡΗΣΤΟΥ Α. 7, 9, 33, 36
ΠΑΠΠΑ Χ. 60
ΠΑΠΠΑΣ Σ. 2, 9, 10, 14, 15, 45, 98
ΡΑΛΛΟΥ Π. 67, 86
ΠΑΤΣΙΛΙΝΑΚΟΣ Σ. 8, 11, 13, 14, 17, 52, 53, 54, 55, 57
ΠΑΤΣΟΥΡΑΚΟΣ Ν. 2, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 41, 42, 47, 99
ΠΕΡΔΙΟΥ Κ. 65, 81
ΠΙΤΤΑΡΑΣ Α. 2, 5, 10, 15, 23, 39, 43, 99
ΠΟΛΥΖΟΣ Κ. 2, 9, 12, 36, 40
ΠΟΥΛΙΑΝΙΤΟΥ Α 8, 11, 13, 14 17, 52, 53, 54, 55, 57
ΠΟΥΛΙΟΥ Ε. 4, 7, 31, 33, 34
ΠΡΑΣΟΠΟΥΛΟΣ Β. 7, 99
ΠΡΟΔΡΟΜΙΑΔΟΥ Ε. 15, 45
ΠΥΡΓΑΚΗΣ Β. 2
ΠΥΡΙΟΒΟΛΗ Γ. 10, 15, 39, 43

Ρ

ΡΑΠΤΗΣ Α. 2, 17, 20, 21, 22, 56, 99
ΡΕΚΛΕΙΤΗ Μ. 16, 46, 60, 67, 99,
ΡΕΛΛΟΥ Σ. 4, 9, 31, 36
ΡΙΖΟΣ Ε. 14, 22, 99
ΡΙΧΤΕΡ Δ. 5, 19, 99
ΡΟΧΑΣ Π. 16, 46

Σ

ΣΑΛΑΒΡΑΚΟΣ Σ. 8, 11, 13, 14, 17, 52, 53, 54, 55, 57
ΣΑΛΟΥΡΟΥ Μ. 53, 67, 99
ΣΑΡΙΔΗ Μ. 5, 50, 60
ΣΑΡΡΗΣ Μ. 62, 72
ΣΓΟΥΡΟΣ Κ. 2, 7, 12, 13, 24, 41, 42, 90, 99
ΣΙΔΗΡΟΠΟΥΛΟΥ Ε. 7, 35
ΣΙΝΑΠΗΣ Δ. 16, 99
ΣΚΕΥΑ Ε. 15, 44
ΣΚΛΗΡΟΣ Ε. 5, 17, 50, 56
ΣΟΥΒΑΤΖΗ Κ. 2, 5, 24, 33, 34, 36, 90, 99
ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ. 16, 46
ΣΤΑΜΑΤΕΛΟΠΟΥΛΟΥ Α. 60
ΣΤΑΜΑΤΟΠΟΥΛΟΥ Α. 63, 64, 65 66, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 83, 84
ΣΤΑΜΑΤΟΠΟΥΛΟΥ Ε. 63, 64, 65, 66, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 83, 84
ΣΤΕΡΓΙΑΝΝΗΣ Π. 60, 62, 63, 67, 99
ΣΤΕΡΓΙΟΥ Γ. 2
ΣΤΕΦΑΝΗ Δ. 2, 4, 7, 9, 31, 34, 36
ΣΤΟΥΓΙΑΝΝΟΣ Π. 2, 8, 9, 99, 104
ΣΤΟΥΚΑ Χ. 62, 72
ΣΤΡΙΓΚΟΣ Θ. 4, 9, 31, 36
ΣΤΡΟΥΜΠΟΥΛΗ Ε. 2
ΣΥΝΑΔΙΝΟΥ Κ. 60
ΣΩΤΗΡΟΠΟΥΛΟΣ Α. 2, 6, 8, 15, 17, 22, 45, 50, 56, 99

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

Τ

ΤΑΝΑΪΝΗ Α. 4, 12, 31, 40
ΤΑΝΗ Σ. 63, 65, 100
ΤΑΝΗΣ Ο. 4, 30
ΤΑΤΑΚΗΣ Φ.-Π. 4, 7, 9, 12, 13, 24, 31, 33, 34, 36, 40, 42, 90, 100
ΤΕΝΤΟΛΟΥΡΗΣ Ν. 2, 66, 84, 85, 100
ΤΖΙΑΦΕΡΗ Σ. 65, 82
ΤΟΚΑ Α. 60,
ΤΟΥΝΤΑΣ Χ. 8, 11, 13, 14, 17, 52, 53, 54, 55, 57
ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ Χ. 67, 86
ΤΣΑΓΚΑΡΗ Α. 2, 4, 7, 9, 12, 31, 33, 36, 40, 41
ΤΣΑΛΤΑ Δ. 7, 35
ΤΣΑΝΤΟΥΛΑΣ Α. 4, 31
ΤΣΑΠΟΓΑΣ Π. 2
ΤΣΕΚΟΥΡΑ Δ. 20, 100
ΤΣΕΛΕΠΗΣ Α. 2
ΤΣΙΛΙΑΣ Δ. 63, 64, 65, 66, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 83, 84, 85
ΤΣΙΟΥΦΗΣ Κ. 2
ΤΣΙΡΩΝΗ Μ. 16, 46

Φ

ΦΕΡΕΝΤΙΝΟΣ Π. 17, 56
ΦΛΩΡΟΣ Γ. 2
ΦΛΩΡΟΥ Χ. 65, 80
ΦΥΝΤΑΝΗΣ Σ. 60, 63, 67, 100

Χ

ΧΑΛΒΑΤΣΙΩΤΗΣ Π. 2, 10, 13, 21, 24, 90, 100
ΧΑΛΔΟΥΠΗ Σ. 60
ΧΑΜΟΣ Ι. 62, 63, 100
ΧΑΝΙΑ Μ. 65, 80
ΧΑΡΕΑ Π. 60
ΧΑΤΖΗ Β. 5, 32
ΧΑΤΖΗΑΓΓΕΛΑΚΗ Ε. 2, 3, 4, 12, 13, 14, 16, 23, 26, 41, 42, 47, 100
ΧΟΝΔΡΟΥ Γ. 63, 100
ΧΡΙΣΤΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Π. 2, 6, 11, 100
ΧΡΙΣΤΟΦΟΡΙΔΗΣ Ν. 9, 37

Ψ

ΨΩΜΙΑΔΟΥ Ε. 60

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

Vipidia®
αλογλιπτίνη

Vipdomet®
αλογλιπτίνη/υδροχλωρική μετφορμίνη

Incresync®
αλογλιπτίνη/πιογλιταζόνη

GR/VIP/1810/0008



ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ Vipidia 25 mg, 12,5 mg, 6,25 mg. Κάθε δισκίο περιέχει 25 mg, 12,5 mg, 6,25 mg αλογλιπτίνης (ως βενζοϊκής). **ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ Vipdomet 12,5 mg / 850 mg.** Κάθε δισκίο περιέχει 12,5 mg αλογλιπτίνης (ως βενζοϊκής) και 850 mg υδροχλωρικής μετφορμίνης. **ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ Vipdomet 12,5 mg / 1.000 mg.** Κάθε δισκίο περιέχει 12,5 mg αλογλιπτίνης (ως βενζοϊκής) και 1.000 mg υδροχλωρικής μετφορμίνης. **ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ Incresync 25 mg/30 mg.** Κάθε δισκίο περιέχει 25 mg αλογλιπτίνης (ως βενζοϊκής) και 30 mg πιογλιταζόνης (ως υδροχλωρικής).

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

«Για περαιτέρω πληροφορίες παρακαλούμε επικοινωνήστε με τον Κάτοχο Άδειας Κυκλοφορίας, TAKEDA ΕΛΛΑΣ Α.Ε»

Φαρμακευτικά προϊόντα για τα οποία απαιτείται ιατρική συνταγή.	
VIPIDIA F.C.TAB 25mg/TAB BTx28	Λ.Τ. 36,56€
VIPIDIA F.C.TAB 12,5mg/TAB BTx28	Λ.Τ. 19,16€
VIPIDIA F.C.TAB 6,25mg/TAB BTx28	Λ.Τ. 17,90€
VIPDOMET F.C.TAB (12,5+1000)mg/TAB BTx56	Λ.Τ. 36,59€
VIPDOMET F.C.TAB (12,5+850)mg/TAB BTx56	Λ.Τ. 36,56€
INCRESYNC F.C.TAB (25+30)mg/TAB BTx28	Λ.Τ. 37,98€

Takeda Ελλάς Α.Ε.
Monumental Plaza, Κτήριο Γ,
Λ. Κηφισίας 44, 151 25 Μαρούσι,
Τηλ. κέντρο: 210 6387 800,
Fax: 210 6387 801
www.takeda.com

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

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

Januvia (sitagliptin, MSD)

Janumet (sitagliptin/metformin, MSD)



1. SmPC JANUVIA, SmPC JANUMET

Για την πλήρη περίληψη των χαρακτηριστικών του προϊόντος, παρακαλούμε να απευθύνεστε στην MSD Ελλάδος.
Αγίου Δημητρίου 63, 174 56, Άλιμος. Τηλ.: 210 9897 300

JANUMET (50+1000) ΛΤ: 38,12€, JANUMET (50+850) ΛΤ: 45,56€: JANUVIA (100) ΛΤ: 36,09€, JANUVIA (50) ΛΤ: 24,75€

MSD

ΤΟΠΙΚΟΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΣ: MSD ΑΦΒΕΕ.
ΤΜΗΜΑΤΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ
ΑΘΗΝΑ: Αγ. Δημητρίου 63, 174 56 Άλιμος
Τηλ.: 2109897300 E-MAIL: clpoc_greece@merck.com
www.msd.gr

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

Συν-προώθηση από την εταιρεία:

BIANEE A.E.
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ
Γραφεία Επιστημονικής Ενημέρωσης
ΑΘΗΝΑ Οδός Τατοΐου 146 71 Ν. Εμπόριο, Τηλ.: 210 8009111
• E-Mail: mailbox@bianee.gr

389/18-JAN/JMT-10/18

DIAB-1275899-0000

Atorstat®

Atorvastatin F.C.TAB 20, 40MG/TAB x 14
F.C.TAB 20, 40MG/TAB x 30



ATO-K01-0119

Βοηθείστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και:

Αναφέρετε:
- ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
- ΟΛΑ τα φάρμακα

Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»

INNOVIS PHARMA
Λεωφ. Κηφισίας 44, Μαρούσι 15125
T: +30 2162005600, F: +30 2106664804
www.innovispharma.gr

INNOVIS

Οι ΠΧΠ των προϊόντων υπάρχουν διαθέσιμες εφόσον ζητηθούν.

ΕΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ[1]

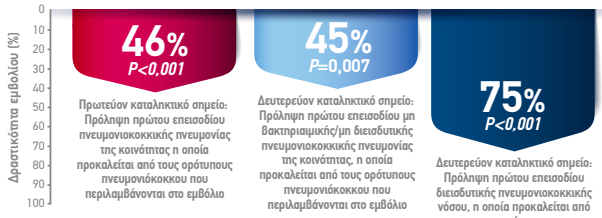


Συμβάλλετε στην πρόληψη της πνευμονιοκοκκικής πνευμονίας με την τεκμηριωμένη προστασία που παρέχει το Prevenar 13®[1,2]

CAPiTA
(μελέτη ανοσοποίησης έναντι της πνευμονίας της κοινότητας σε ενήλικες)[2]

- N=84.496 άτομα ηλικίας ≥65 ετών-μια από τις μεγαλύτερες μελέτες αξιολόγησης δραστικότητας εμβολίου που έχει διεξαχθεί μέχρι σήμερα
- Διπλά-τυφλή, τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη με εικονικό εμβόλιο μελέτη παράλληλων ομάδων που διεξήχθη στην Ολλανδία. Τα βασικά κριτήρια επιλογής ήταν η ανοσοεπάρκεια και η μη προηγούμενη λήψη πνευμονιοκοκκικού εμβολίου

Το Prevenar 13® παρείχε στατιστικά σημαντικές μειώσεις στα νοσοκομειακά επιβεβαιωμένα κρούσματα πνευμονιοκοκκικής πνευμονίας και διεισδυτικής πνευμονιοκοκκικής νόσου που σχετίζονται με τους ορότυπους του εμβολίου[2]



Προσαρμογή από Bonten MJ et al.

- Η υπερευαισθησία (π.χ. αναφυλαξία) σε κάποιο από τα συστατικά του PREVENAR 13® ή σε οποιοδήποτε εμβόλιο που περιέχει διφθεριτιδική ανατοξίνη αποτελεί αντένδειξη για τη χρήση του PREVENAR 13®.[1]
- Το PREVENAR 13® δεν προσφέρει 100% προστασία έναντι των οροτύπων που περιλαμβάνει ούτε προστατεύει έναντι οροτύπων που δεν περιλαμβάνονται σε αυτό.[1]
- Η συχνότητα των πνευμονιοκοκκικών οροομάδων και οροτύπων ποικίλλει ανάλογα με τη γεωγραφική περιοχή.
- Οι πιο συχνά αναφερόμενες κατ΄ επίκληση (≥10%) τοπικές και/ή συστηματικές ανεπιθύμητες ενέργειες σε κλινικές μελέτες με PREVENAR 13® σε ενήλικες ≥18 ετών ήταν ερύθημα, ευαισθησία, σκλήρυνση και πόνος στη θέση της ένεσης καθώς και περιορισμός της κίνησης του βραχίονα, μειωμένη όρεξη, κεφαλαλγία, διάρροια, έμετος, ρίγη, κόπωση, εξάνθημα, αρθραλγία και μυαλγία.[1]
- Σε ενήλικες 18-49 ετών που δεν είχαν εμβολιαστεί για πνευμονιόκοκκο τα ποσοστά των τοπικών και συστηματικών αντιδράσεων που δηλώθηκαν κατ΄ επίκληση ήταν γενικά υψηλότερα συγκρινόμενα με αυτά ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας (50-59 και 60-64 ετών).
- Υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα ασφάλειας και ανοσογονικότητας για περιορισμένο αριθμό ατόμων με δρεπανοκυτταρική νόσο, λοίμωξη από HIV ή μεταμόσχευση αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων. Δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία ασφάλειας και ανοσογονικότητας για το Prevenar 13® σε άτομα άλλων ειδικών ανοσοκατασταλμένων ομάδων (π.χ. με κακοήθειες ή νεφρωσικό σύνδρομο). Η δραστικότητα/ αποτελεσματικότητα δεν έχει τεκμηριωθεί και ο εμβολιασμός θα πρέπει να αξιολογείται ανά ασθενή.[1]
- Ανοσοανεπαρκείς ασθενείς ή ασθενείς με διαταραγμένη ανοσολογική απόκριση λόγω της χρήσης ανοσοκατασταλτικής θεραπείας ενδέχεται να έχουν μειωμένη αντισωματική απάντηση.[1]
- Περιορισμένα δεδομένα ασφάλειας και ανοσογονικότητας για το PREVENAR 13® είναι διαθέσιμα για ανοσοεπαρκείς ενήλικες ηλικίας 18-49 ετών με υποκείμενες παθήσεις.

Βιβλιογραφικές αναφορές: **1.** Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος Prevenar 13, 03/2018. **2.** Bonten, MJM et al. Polysaccharide Conjugate Vaccine against Pneumococcal Pneumonia in Adults. N Engl J Med 2015; 372:1114-25.

Για συνταγογραφικές πληροφορίες συμβουλευτείτε τη συντετμημένη Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος που περιλαμβάνεται σε άλλη σελίδα του παρόντος

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

PFIZER HELLAS A.E. Λεωφ. Μεσογείων 243, 15451 Ν. Ψυχικό, Τηλ.: 210 67 85 800
Pfizer Hellas Cyprus Branch Λ. Αθαλάσσας 26, 2ος Όροφος Κτήριο Στεφανή. 2018 Λευκωσία, Κύπρος. Τηλ.: +357228117690

Prevenar 13®
Συζευγμένο Πολυσακχαριτικό Πνευμονιοκοκκικό Εμβόλιο (13-δύναμο, προσροφημένο)

PP-PNA-GRC-0018-APR18

Η ελάττωση του καρδιαγγειακού κινδύνου αποτελεί επιτακτικό στόχο στη θεραπεία του ΣΔτ2[1-3]

Ο θεραπευτικός στόχος στο ΣΔ δε σταματάει στη γλυκαιμική ρύθμιση[4-6]

Victoza® - Ο αγωνιστής του υποδοχέα GLP-1 που αποδεδειγμένα[6,7*†]

Μειώνει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο[6,7]

Μειώνει την HbA1c[8-21]

Μειώνει το σωματικό βάρος[8-21]

*Σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο. † που κυκλοφορεί στην Ελλάδα.

Σύντομη Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ Victoza 6 mg/ml ενέσιμο διάλυμα σε προγεμισμένη συσκευή τύπου πένας **ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ** 1 ml διαλύματος περιέχει 6 mg liraglutidine. Μία προγεμισμένη συσκευή τύπου πένας περιέχει 18 mg liraglutidine σε 3 ml. **Θεραπευτικές ενδείξεις** Το Victoza ενδείκνυται για τη θεραπεία ενηλίκων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 που δεν ελέγχεται επαρκώς σε συνδυασμό με δίαιτα και άσκηση: • ως μονοθεραπεία όταν η μετφορμίνη θεωρείται ακατάλληλη εξαιτίας δυσανεξίας ή αντενδείξεων • σε συνδυασμό με άλλα φαρμακευτικά προϊόντα για τη θεραπεία του διαβήτη.**Δοσολογία και τρόπος χορήγησης** Προκειμένου να βελτιωθεί η γαστρεντερική ανοχή, η αρχική δόση είναι 0,6 mg liraglutidine ημερησίως. Μετά από μία εβδομάδα τουλάχιστον, η δόση πρέπει να αυξάνεται στα 1,2 mg. Ορισμένοι ασθενείς αναμένεται να ωφεληθούν από μια αύξηση της δόσης από τα 1,2 mg στα 1,8 mg και με βάση την κλινική ανταπόκριση, μετά από μία εβδομάδα τουλάχιστον, η δόση μπορεί να αυξηθεί στα 1,8 mg προκειμένου να βελτιωθεί περαιτέρω ο γλυκαιμικός έλεγχος. Ημερήσιες δόσεις μεγαλύτερες των 1,8 mg δε συνιστώνται. Το Victoza μπορεί να προστεθεί στην υπάρχουσα αγωγή με μετφορμίνη ή με συνδυασμό μετφορμίνης και θειαζολιδινεδιόνης. Η τρέχουσα δόση μετφορμίνης και θειαζολιδινεδιόνης μπορεί να διατηρηθεί αμετάβλητη. Το Victoza μπορεί να προστεθεί σε υπάρχουσα αγωγή με σουλφονυλουρία ή με συνδυασμό μετφορμίνης και σουλφονυλουρίας ή με ινσουλίνη. Όταν το Victoza προστίθεται σε αγωγή με σουλφονυλουρία ή με ινσουλίνη, πρέπει να εξετάζεται το ενδεχόμενο μείωσης της δόσης της σουλφονυλουρίας ή της ινσουλίνης για τη μείωση του κινδύνου υπογλυκαιμίας. Δεν είναι αναγκαία η αυτοπαρακολούθηση των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα για τη ρύθμιση της δόσης του Victoza. Παρόλα αυτά, κατά την έναρξη αγωγής με Victoza σε συνδυασμό με σουλφονυλουρία ή με ινσουλίνη, η αυτοπαρακολούθηση των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα μπορεί να είναι αναγκαία για τη ρύθμιση της δόσης της σουλφονυλουρίας ή της ινσουλίνης. **Ηλικιωμένοι ασθενείς (>65 ετών):** Δεν απαιτείται προσαρμογή της δόσης βάσει της ηλικίας. **Νεφρική δυσλειτουργία:** Δεν απαιτείται προσαρμογή της δόσης σε ασθενείς με ήπια, μέτρια ή σοβαρή νεφρική δυσλειτουργία. Δεν υπάρχει καμία θεραπευτική εμπειρία σε ασθενείς με νεφροπάθεια τελικού σταδίου και επομένως το Victoza δε συνιστάται για χρήση σε αυτούς τους ασθενείς **Ηπατική δυσλειτουργία:** Δεν συνιστάται καμία προσαρμογή της δόσης σε ασθενείς με ήπια ή μέτρια ηπατική δυσλειτουργία. Το Victoza δεν συνιστάται για χρήση σε ασθενείς με σοβαρή ηπατική δυσλειτουργία. **Παιδιατρικός πληθυσμός:** Η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα του Victoza σε παιδιά και εφήβους ηλικίας κάτω των 18 ετών δεν έχουν τεκμηριωθεί. Δεν υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα. **Τρόπος χορήγησης** Το Victoza δεν πρέπει να χορηγείται ενδοφλεβίως ή ενδομυϊκά. Το Victoza χορηγείται μία φορά ημερησίως οποιαδήποτε στιγμή, ανεξάρτητα από τα γεύματα, και μπορεί να εγχυθεί υποδόρια στην κοιλιά, στο μηρό ή στο βραχίονα. Η θέση και η ώρα της ένεσης μπορούν να αλλάξουν χωρίς προσαρμογή της δόσης. Παρόλα αυτά, είναι προτιμότερο το Victoza να χορηγείται περίπου την ίδια ώρα της ημέρας, όταν έχει επιλεγεί η πιο εξυπηρετική ώρα. **Αντενδείξεις** Υπερευαισθησία στη δραστική ουσία ή σε κάποιο από τα έκδοχα **Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση** Η liraglutidine δεν πρέπει να χρησιμοποιείται σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 ή για τη θεραπεία της διαβητικής κετοξέωσης. Η liraglutidine δεν είναι υποκατάστατο της ινσουλίνης. Δεν υπάρχει θεραπευτική εμπειρία σε ασθενείς με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια κατηγορίας IV σύμφωνα με την ταξινόμηση κατά New York Heart Association (NYHA) και επομένως η liraglutidine δεν συνιστάται για χρήση σε αυτούς τους ασθενείς. Υπάρχει περιορισμένη εμπειρία σε ασθενείς με φλεγμονώδη εντερική νόσο και διαβητική γαστροπάρεση. Η χρήση της liraglutidine δεν συνιστάται σε αυτούς τους ασθενείς καθώς συσχετίζεται με παροδικές ανεπιθύμητες ενέργειες του γαστρεντερικού συστήματος, συμπεριλαμβανομένων ναυτίας, εμέτου και διάρροιας. Έχει παρατηρηθεί οξεία παγκρεατίτιδα κατά τη χρήση αγωνιστών του υποδοχέα GLP-1. Οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνονται για τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της οξείας παγκρεατίτιδας. Εάν υπάρχει υποψία παγκρεατίτιδας, η liraglutidine πρέπει να διακόπτεται. Εάν επιβεβαιωθεί η οξεία παγκρεατίτιδα, η liraglutidine δε θα πρέπει να χρησιμοποιείται ξανά. Κατά την διεξαγωγή κλινικών δοκιμών αναφέρθηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες στο θυρεοειδή αδένα, όπως βρογχοκήλη και ειδικά σε ασθενείς με προϋπάρχουσα θυρεοειδική νόσο. Επομένως, η liraglutidine πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή σε αυτούς τους ασθενείς. Οι ασθενείς που λαμβάνουν liraglutidine σε συνδυασμό με σουλφονυλουρία ή με ινσουλίνη ενδέχεται να έχουν αυξημένο κίνδυνο υπογλυκαιμίας (βλ. παράγραφο «Ανεπιθύμητες ενέργειες»). Ο κίνδυνος της υπογλυκαιμίας μπορεί να ελαττωθεί με μείωση της δόσης της σουλφονυλουρίας ή της ινσουλίνης. Σε ασθενείς που λαμβάνουν ως θεραπεία liraglutidine, έχουν αναφερθεί σημεία και συμπτώματα αφυδάτωσης, τα οποία περιλαμβάνουν νεφρική δυσλειτουργία και οξεία νεφρική ανεπάρκεια. Οι ασθενείς που λαμβάνουν ως θεραπεία liraglutidine πρέπει να ενημερώνονται για ενδεχόμενο κίνδυνο αφυδάτωσης, ο οποίος σχετίζεται με τις ανεπιθύμητες ενέργειες του γαστρεντερικού συστήματος και να λαμβάνουν προληπτικά μέτρα για την αποφυγή της έλλειψης υγρών. **Κύηση και γαλουχία** Δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία από τη χρήση του Victoza σε έγκυες γυναίκες. Μελέτες σε ζώα κατέδειξαν τοξικότητα στην αναπαραγωγική ικανότητα. Ο ενδεχόμενος κίνδυνος για τον άνθρωπο είναι άγνωστος. Η liraglutidine δεν πρέπει να χρησιμοποιείται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και αντ' αυτού συνιστάται η χρήση ινσουλίνης. Αν μία ασθενής προγραμματίζει εγκυμοσύνη ή αν προκύψει εγκυμοσύνη, η θεραπεία με Victoza πρέπει να διακοπεί. Δεν είναι γνωστό εάν η liraglutidine απεκκρίνεται στο μητρικό γάλα. Μελέτες σε ζώα κατέδειξαν ότι η μεταφορά liraglutidine και μεταβολιτών με στενή δομική σχέση στο γάλα είναι χαμηλή. Μη κλινικές μελέτες κατέδειξαν μείωση της νεογνικής ανάπτυξης σε θηλάζοντες νεογνούς αρουραίους σχετιζόμενη με τη θεραπεία. Λόγω έλλειψης εμπειρίας, το Victoza δεν πρέπει να χρησιμοποιείται κατά τη διάρκεια του θηλασμού. **Ανεπιθύμητες ενέργειες** Οι πλέον συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες που αναφέρθηκαν κατά τη διάρκεια των κλινικών δοκιμών ήταν οι διαταραχές του γαστρεντερικού συστήματος: η ναυτία και η διάρροια ήταν πολύ συχνές, ενώ ο έμετος, η δυσκοιλιότητα, το κοιλιακό άλγος και η δυσπεψία ήταν συχνές. Κατά την έναρξη της αγωγής, αυτές οι διαταραχές του γαστρεντερικού συστήματος μπορεί να εμφανιστούν πιο συχνά. Οι ανεπιθύμητες αυτές ενέργειες συνήθως εξασθενούν μέσα σε λίγες ημέρες ή εβδομάδες κατά τη συνέχιση της θεραπείας. Η κεφαλαλγία και η ρινοφαρυγγίτιδα ήταν επίσης συχνές. Επιπροσθέτως, η υπογλυκαιμία ήταν συχνή, και πολύ συχνή όταν η liraglutidine χορηγήθηκε σε συνδυασμό με σουλφονυλουρία. Σοβαρή υπογλυκαιμία παρατηρήθηκε κυρίως σε συνδυασμό με σουλφονυλουρία. Πολύ συχνές: Ναυτία, Διάρροια. Συχνές: Ρινοφαρυγγίτιδα, Βρογχίτιδα, Υπογλυκαιμία, Ανορεξία, Μειωμένη όρεξη, Κεφαλαλγία, Ζάλη, Αυξημένος καρδιακός ρυθμός, Έμετος, Δυσπεψία, Άλγος άνω κοιλιακής χώρας, Δυσκοιλιότητα, Γαστρίτιδα, Μετεωρισμός, Διάταση της κοιλίας, Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, Κοιλιακή δυσφορία, Οδοντα λγία, Εξάνθημα, Κόπωση, Αντιδράσεις στη θέση ένεσης, Αυξημένη λιπάση, Αυξημένη αμυλάση. Όχι συχνές: Αφυδάτωση, Χολολιθίαση, Χολοκυστίτιδα, Κνίδωση, Κνησμός, Νεφρική δυσλειτουργία, Νεφρική ανεπάρκεια οξεία, Αίσθημα κακουχίας. Σπάνιες: Αναφυλακτικές αντιδράσεις, Εντερική απόφραξη. Παγκρεατίτιδα (συμπεριλαμβανομένης νεκρωτικής παγκρεατίτιδας). **Αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών** Η αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών μετά από τη χορήγηση άδειας κυκλοφορίας του φαρμακευτικού προϊόντος είναι σημαντική. Επιτρέπει τη συνεχή παρακολούθηση της σχέσης οφέλους-κινδύνου του φαρμακευτικού προϊόντος. Ζητείται από τους επαγγελματίες του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης να αναφέρουν οποιεσδήποτε πιθανολογούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες στον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (Μεσογείων 284, GR-15562 Χολαργός, Αθήνα, Τηλ: + 30 21 32040380/337, Φαξ: + 30 210 6549585, Ιστότοπος: http://www.eof.gr), για την Ελλάδα, ή στις Φαρμακευτικές Υπηρεσίες, Υπουργείο Υγείας, CY-1475, www.moh.gov.cy/phs, Fax: + 357 22608649, για την Κύπρο. **ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ** Novo Nordisk A/S, Novo Allé, DK-2880 Bagsværd, Δανία **ΑΡΙΘΜΟΙ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ** EU/1/09/529/001-005 **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΕΓΚΡΙΣΗΣ/ ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ** Ημερομηνία πρώτης έγκρισης: 30 Ιουνίου 2009, Ημερομηνία τελευταίας ανανέωσης: 11 Απριλίου 2014. **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΚΕΙΜΕΝΟΥ** 07/2017. Λεπτομερή πληροφοριακά στοιχεία για το παρόν φαρμακευτικό προϊόν είναι διαθέσιμα στον δικτυακό τόπο του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων: http://www.ema.europa.eu/. Περαιτέρω πληροφορίες περιλαμβάνονται στην πλήρη Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος. Χορηγείται με ιατρική συνταγή. Λ.Τ.: 108,08 €

Βιβλιογραφία: 1. Fihn SD, Gardin JM, Abrams J, et al. Circulation 2012;126:e354-e471. **2.** IDF diabetes atlas 7th edition. 2015. Available at: http://www.diabetesatlas.org/. Last accessed: June 2017. **3.** Wong K, et al. J Diabetes Complications 2012;26:169–174. **4.** American Diabetes Association, Standard of medical care in diabetes – 2017. Diabetes Care. 2017;40(suppl1):S1-S135. **5.** Ryden L, Giant PJ, Anker SD et al. ESC guidelines on diabetes, pre-diabetes and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. Eur Heart J. 2013;34:3035-3087. **6.** VICTOZA®, Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος (07/2017). **7.** Marso SP, et al. N Engl J Med. 2016;375(4):311-322. **8.** Pratley R, et al. Int J Clin Pract. 2011;65(4):397- 407. **9.** Nauck M, et al. Diabetes Care. 2016;39(9):1501-1509., et al. **10.** Buse JB, et al. Lancet. 2013;38(9861):117-124. **11.** Pratley RE, et al. Lancet Diabetes Endocrinol. 2014;2(4):289-297. **12.** Buse JB, et al. Lancet. 2009;374(9683):39-47. **13.** Dungan KM, et al. Lancet. 2014;384(9951):1349-1357. **14.** Marre M, et al. Diabet Med. 2009;26(3):268-278. **15.** Nauck M, et al. Diabetes Care. 2009;32(1):84-90. **16.** Russell-Jones D, et al. Diabetologia. 2009;52(10):2046-2055. **17.** D'Alessio D, et al. Diabetes Obes Metab. 2015;17(2):170-178. **18.** Kapitza C, et al. Diabetes Obes Metab. 2013;15(7):642-649. **19.** Meier JJ, et al. Diabetes Care. 2015;38(7):1263-1273. **20.** Mathieu C, et al. Diabetes Obes Metab. 2014;16(7):636-644. **21.** Charbonnel B, et al. Diabetologia. 2013;56(7):1503-1511.

Novo Nordisk Ελλάς Ε.Π.Ε.
Αλ. Παναγούλη 80 & Αγ. Τριάδας 65
153 43 Αγία Παρασκευή
Τηλ.: 210 60 71 600
http://www.novonordisk.gr
http://www.novonordisk.com

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

VICTOZA® liraglutide injection

GR/VT/0918/0391



GR1810900098 ENT ADV01Y OCT 2018

Lectus adv.

NOVARTIS

Novartis (Hellas) A.E.B.E.
12ο χλμ. Εθνικής Οδού
Αθηνών - Λαμίας,
144 51 Μεταμόρφωση,
Τηλ.: +30 210 281 1712

Γραφείο Θεσσαλονίκης:
12ο χλμ Εθνικής Οδού Θεσσαλονίκης -
Ν. Μουδανιών, 570 01 Θέρμη,
Τηλ.: +30 2310 424 039

ΦΑΡΜΑΚΟΕΠΑΓΡΥΠΝΗΣΗ: +30 210 2828812

Entresto®
sacubitril/valsartan

e-PERSEAS/Diabetes



ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Παρακολούθησης Ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2

Ένα πιλοτικό ιατρικό πρόγραμμα διαδικτυακής (real time) παρακολούθησης ασθενών με ΣΔτ2, διάρκειας ενός έτους. Το e-Perseas/Diabetes, δημιουργήθηκε ως συνέχεια του αρχικού προγράμματος PERSEAS (**P**rospective **E**valuation of Cardiovascular **R**isk **S**urrogates in **E**lafonisos **A**rea **S**tudy / **http://www.perseas-project.gr**) που πραγματοποιήθηκε στην Ελαφόνησο από το 2012 έως και το 2016 και υλοποιείται σε συνεργασία με τους συναδέλφους που υπηρετούν στο Π.Π.Ι. Ελαφόνησου, υπό την αιγίδα του Ι.Σ Λακωνίας και κατόπιν έγκρισης της 6ης Υ.Π.Ε, με την ευγενική χορηγία της ASTRA-ZENECA.

Το πρόγραμμα, είναι αποτέλεσμα σύμπραξης της **Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν.**, με το **Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο** [Σχολή Ηλεκτρολόγων Μηχανικών και Μηχανικών Υπολογιστών & Εργαστήριο Υπολογιστικών Συστημάτων (Computing Systems Lab)], το **Πανεπιστήμιο Πειραιά** [Τμήμα Ψηφιακών Συστημάτων, Εργαστήριο Υπολογιστικής Βιοϊατρικής (Computational Biomedicine Laboratory) του **Εργαστηρίου Υπολογιστικής Βιοϊατρικής**] και της **AidPlusCare** (Health Services).

Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν. Ελπίδα Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου για Λιγνιτιακά Νοσήματα

www.empakan.gr

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ
UNIVERSITY OF PIRAEUS

CBM LAB

apc let us care

ΥΠΕ

Π.Π.Ι. ΕΛΑΦΟΝΗΣΟΥ

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΛΑΚΩΝΙΑΣ

Δήμος Ελαφονήσου