Ι. Μ. Ε. Θ. Α.

Ινστιτουτο Μελετης και Εκπαιδευσης στη Θρομβωση και την Αντιθρομβωτικη Αγωγη

8ο Πανελλήνιο Συνέδριο

Θρόμβωσης - Αντιθρομβωτικής Αγωγής

29-31 Οκτωβρίου 2020

Βόλος, Ξενοδοχείο DOMOTEL ΧΕΝΙΑ

ΧΟΡΗΓΟΥΝΤΑΙ 19 ΜΟΡΙΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ (c.m.e. CREDITS) ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ

ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ – ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ

ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΗ ΘΡΟΜΒΩΣΗ
ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ
(Ι.Μ.Ε.Θ.Α.)

Μαιάνδρου 23, 11528 Αθήνα
Τηλ.: +30 210 7211845 • Fax: +30 210 7215082

8ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΘΡΟΜΒΩΣΗΣ – ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

29-31 Οκτωβρίου 2020

Βόλος, Ξενοδοχείο XENIA VOLOS

Διοικητικό Συμβούλιο

Διοικητικό Συμβούλιο Ινστιτούτου Μελέτης και Εκπαίδευσης στη Θρόμβωση και την Αντιθρομβωτική Αγωγή

Πρόεδρος: Δ. Ρίχτερ

Αντιπρόεδρος: Α. Τσελέπης

Γεν. Γραμματέας: Μ. Ματσάγκας

Ταμίας: Α. Πιπιλής

Ειδ. Γραμματέας: Ε. Αρναούτογλου

Μέλη: Κ. Καλαντζή
Ε. Λευκού
Γ. Ντάιος
Σ. Σουρμελής

Περιεχόμενα

Χαιρετισμός 5

Γενικές Πληροφορίες 6

Επιστημονικό Πρόγραμμα 9

Πέμπτη 29 Οκτωβρίου 2020 10

Παρασκευή 30 Οκτωβρίου 2020 13

Σάββατο 31 Οκτωβρίου 2020 17

Δορυφορικές Συνεδρίες 21

Ομιλητές - Πρόεδροι - Συντονιστές 24

Περιλήψεις εργασιών 29

Προφορικές Ανακοινώσεις 30

Ευχαριστίες 50

Ευρετήριο 51

Οργάνωση

ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΗ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ (Ι.Μ.Ε.Θ.Α.)

Μαιάνδρου 23, 11528 Αθήνα
Τηλ.: +30 210 7211845, Fax: +30 210 7215082
e-mail: info@imetha.gr
website: www.imetha.gr

Γραμματεία Συνεδρίου

CONGRESS WORLD EVENT TRAVEL E.E.
Μαιάνδρου 23, 115 28 Αθήνα,
τηλ.: 210 72 10052, fax: 210-72 100 51
e-mail: info@congressworld.gr,
cv@congressworld.gr
http://www.congressworld.gr

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΕΔΡΟΥ

Αγαπητοί Συνάδελφοι,
Αγαπητοί φίλοι,

Εκ μέρους των μελών του ΔΣ του ΙΜΕΘΑ (Ινστιτούτο Μελέτης και Εκπαίδευσης στη Θρόμβωση και την Αντιθρομβωτική Αγωγή), έχω την τιμή και τη χαρά να σας καλωσορίσω στο

8ο Πανελλήνιο Συνέδριο Θρόμβωσης - Αντιθρομβωτικής Αγωγής.

Έχοντας ως κεντρικό άξονα των δραστηριοτήτων μας τη συμβολή στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας γύρω από τα θέματα που αφορούν στη θρόμβωση και την αντιθρομβωτική αγωγή, επιθυμούμε όπως σε όλες μας τις επιστημονικές εκδηλώσεις να δημιουργήσουμε ένα γόνιμο πεδίο σύγκλισης διαφορετικών ιατρικών ειδικοτήτων (Παθολόγοι, Αγγειοχειρουργοί, Καρδιολόγοι, Αναισθησιολόγοι, Γενικοί Χειρουργοί, Ορθοπεδικοί, Αιματολόγοι, Αγγειολόγοι, Γυναικολόγοι, Γαστρεντερολόγοι, Βασικοί επιστήμονες, κ.α.). Την φετινή ιδιαίτερη εποχή με την πανδημία του COVID η θρόμβωση αποκτά μία ακόμη μεγαλύτερη σημασία λαμβάνοντας υπόψη την άμεση συσχέτιση των επιπλοκών του ιού με τη θρόμβωση.

Για το σκοπό αυτό θα βρείτε στο φετινό μας πρόγραμμα, όχι μόνο τα στρογγυλά τραπέζια και τις διαλέξεις που καλύπτουν όλο το φάσμα της θρόμβωσης, διαλέξεις ειδικών διεθνούς κύρους, παρουσίαση ενδιαφερόντων κλινικών περιστατικών, δορυφορικά συμπόσια, τις νέες μελέτες που ανακοινώθηκαν στα πρόσφατα σημαντικά διεθνή συνέδρια αλλά και ενδιαφέρουσες συναντήσεις με ειδικούς που θα συζητήσουν ελεύθερα με το κοινό τα σημαντικότερα από τα επιστημονικά και κοινωνικοοικονομικά ζητήματα που αφορούν στη θρόμβωση και την αντιθρομβωτική αγωγή σήμερα.

Θεωρούμε ιδιαίτερα σημαντική τη φετινή μας συνάντηση στο Βόλο και αναμένουμε την παρουσία και ενεργό συμμετοχή σας (διαδικτυακά για τη συντριπτική πλειοψηφία) στο συνέδριό μας και αυτή τη χρονιά, ευελπιστώντας να συμβάλλουμε στην εκπαίδευση όλων μας.

Με εκτίμηση,
Δημήτρης Ρίχτερ,
Πρόεδρος του ΙΜΕΘΑ

Γενικές Πληροφορίες

Τόπος και Χρόνος Συνεδρίου

Το 8ο **Πανελλήνιο Συνέδριο Θρόμβωσης – Αντιθρομβωτικής Αγωγής** θα πραγματοποιηθεί στον Βόλο, στο **ξενοδοχείο ΧΕΝΙΑ VOLOU, από 29 ως 31 Οκτωβρίου 2020.**

Γραμματεία Συνεδρίου

Η Γραμματεία του Συνεδρίου θα λειτουργεί καθ' όλη τη διάρκεια του Συνεδρίου.

Γλώσσα Συνεδρίου

Η επίσημη γλώσσα του Συνεδρίου είναι η ελληνική.

Κονκάρδες συνέδρων (budges)

- Οι εγγεγραμμένοι σύνεδροι Επαγγελματίες Υγείας, θα λάβουν την **ηλεκτρονική κονκάρδα** (**e-badge**) τους η οποία θα περιλαμβάνει το μοναδικό γραμμωτό barcode για την αναγκαία σάρωση κατά την είσοδό τους στην αίθουσα ομιλιών κατά τη φυσική τους παρουσία, όπως επίσης **και μοναδικό κωδικό password** για τη δυνατότητα παρακολούθησης του συνεδρίου online μέσω της πλατφόρμας μετάδοσης
- Οι εγγεγραμμένοι σύνεδροι **ON LINE παρακολούθησης μόνο**, θα λάβουν μοναδικό κωδικό password για τη δυνατότητα σύνδεσης και παρακολούθησης του Συνεδρίου διαδικτυακά μέσω της πλατφόρμας αναμετάδοσης.

Πιστοποιητικό Παρακολούθησης

Όλοι οι εγγεγραμμένοι σύνεδροι θα λάβουν Πιστοποιητικό Παρακολούθησης. Ο χρόνος παρακολούθησης θα καταγράφεται τόσο από τη **φυσική παρουσία των συνέδρων** εντός της αίθουσας ομιλιών, όσο και από το χρόνο της **online παρακολούθησης** στην πλατφόρμα μετάδοσης και θα προσμετρηθούν για την παραλαβή του **Μοριοδοτημένου** (CME-CPD Credits) **Ηλεκτρονικού Πιστοποιητικού** Παρακολούθησης.

Γενικές Πληροφορίες

Η παραλαβή του e-Certificate θα μπορεί να γίνει 2 ημέρες από τη λήξη του Συνεδρίου, με την χρήση του μοναδικού barcode που θα βρίσκεται στην ηλεκτρονική κονκάρδα των συνέδρων. Οδηγίες κατάλληλες για την παραλαβή του e-Certificate θα σταλούν με τη λήξη του Συνεδρίου στους εγγεγραμμένους συνέδρους.

Προφορικές Ανακοινώσεις

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

Βραβεία

Ειδική ομάδα της Επιστημονικής Επιτροπής θα επιλέξει τις 3 καλύτερες εργασίες που θα παρουσιαστούν στο Συνέδριο. Οι εργασίες αυτές θα βραβευτούν στο τέλος του Συνεδρίου.

ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΗ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ (Ι.Μ.Ε.Θ.Α.)

Μαιάνδρου 23, 11528 Αθήνα
Τηλ.: +30 210 7211845, Fax: +30 210 7215082
e-mail: info@imetha.gr
website: www.imetha.gr

Γραμματεία Συνεδρίου

Congress World
Event - Travel

CONGRESS WORLD EVENT TRAVEL E.E.

Μαιάνδρου 23, 115 28 Αθήνα,
τηλ.: 210 72 10052, fax: 210-72 100 51
e-mail: info@congressworld.gr,
cv@congressworld.gr
http://www.congressworld.gr

Επιστημονικό Πρόγραμμα

Πέμπτη 29 Οκτωβρίου 2020

16:00 ΕΓΓΡΑΦΕΣ

17:00-18:00 ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

***Προεδρείο:* Κ. Καλαντζή, Δ. Πανταζή**

1. **ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΝΘΕΤΙΚΩΝ ΑΝΑΛΟΓΩΝ ΤΟΥ NILOTINIB ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΙΣ ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΕΣ ΚΑΙ ΚΥΤΤΑΡΟΣΤΑΤΙΚΕΣ ΤΟΥΣ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ**
   Λ. Πεχλιβάνη[1], Ν. Ντέμου[2], Π. Βούλγαρη[2], Δ. Πανταζή[1], Κ. Σκομπρίδης[2], Α.Δ. Τσελέπης[1]
   [1]Ερευνητικό Κέντρο Αθηροθρόμβωσης/Εργαστήριο Βιοχημείας, Τμήμα Χημείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, [2]Εργαστήριο Οργανικής Χημείας, Τομέας Οργανικής Χημείας και Βιοχημείας, Τμήμα Χημείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

2. **ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΝΤΑΣ ΜΙΑ ΥΠΟΥΛΗ ΝΟΣΟΣ «ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗ»**
   Ζ. Μπιτσώρη[1], Δ. Μπαλάσκα[2]
   [1]RN/Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς», [2]Επισκέπτρια Υγείας/Διαιτολόγος, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

3. **ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΠΡΩΤΗΣ ΓΕΝΙΑΣ ΤΗΣ ΤΥΡΟΣΙΝΙΚΗΣ ΚΙΝΑΣΗΣ BCR-ABL ΜΕ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΔΡΑΣΗ**
   Δ. Πανταζή[1], Α. Κοσμά[1], Α. Μπρέντας[2], Π. Βούλγαρη[2], Ν. Ντέμου[2], Κ. Σκομπρίδης[2], Α.Δ. Τσελέπης[1]
   [1]Ερευνητικό Κέντρο Αθηροθρόμβωσης/Εργαστήριο Βιοχημείας, Τμήμα Χημείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, [2]Εργαστήριο Οργανικής Χημείας, Τομέας Οργανικής Χημείας και Βιοχημείας, Τμήμα Χημείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

4. **ΟΞΕΙΑ ΚΑΙ ΒΡΑΧΕΙΑ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ ΣΕ ΡΥΠΟΥΣ ΠΕΤΡΕΛΑΙΟΜΗΧΑΝΩΝ ΣΤΙΣ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΑΡΤΗΡΙΑΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ, ΣΤΗ ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΙΝΩΔΟΛΥΣΗ**
   Π. Φουντουλάκης[1], Ε. Οικονόμου[1], Θ. Παπαϊωάννου[1], Θ. Ψαλτοπούλου[1], Σ. Τσαλαμανδρής[1], Γ.Α. Παπαμικρούλης[1], Α. Καλαμπογιάς[1], Ζ. Παλλαντζά[1], Ε. Παύλου[1], Α. Μήλιου[1], Μ.Ν. Ασημακοπούλου[2], Ν. Μπαρμπαρέσος[2], Ι. Γιανναράκης[2], Π. Σιάματα[2], Δ. Τούσουλης[1]
   [1]Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, [2]Τμήμα Φυσικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Πέμπτη 29 Οκτωβρίου 2020

4Α. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΜΗ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΩΝ ΜΕ ΤΗ ΒΙΤΑΜΙΝΗ Κ ΑΠΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΣΠΙΡΙΝΗΣ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ

Δημήτριος Σαγρής[1], Ιωάννης Λεβέντης[1], Γεώργιος Γεωργιόπουλος[2], Ελένη Κορομπόκη[3,4], Κωνσταντίνος Μακαρίτσης[1], Κωνσταντίνος Βέμμος[3], Χαράλαμπος Μηλιώνης[5], Γεώργιος Ντάιος[1*], Gregory Y.H. Lip[6,7*]

[1]Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα, [2]School of Biomedical Engineering and Imaging Sciences, King's College, London, United Kingdom, [3]Θεραπευτική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο Αλεξάνδρα, Αθήνα, [4]Division of Brain Sciences, Department of Stroke Medicine, Imperial College, London, United Kingdom [5]Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, [6]Liverpool Centre for Cardiovascular Science, University of Liverpool and Liverpool Heart & Chest Hospital, Liverpool, United Kingdom, [7]Aalborg Thrombosis Research Unit, Department of Clinical Medicine, Aalborg University, Aalborg, Denmark

18:00-19:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΚΥΡΙΟΤΕΡΩΝ ΠΡΟΣΦΑΤΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

***Προεδρείο:* Γ. Γεροτζιάφας, Ι. Γουδέβενος**

POPular Genetics. **Α. Τσελέπης**

TWILIGHT. **Ι. Γουδέβενος**

THEMIS, THEMIS-PCI. **Δ. Νίκας**

SMART-CHOICE, STOPDAPT-2. **Α. Πιπιλής**

ISAR REACT 5, AFIRE. **Κ. Καλαντζή**

COMPASS-CAT. **Γ. Γεροτζιάφας**

RESTART. **Ε. Κορομπόκη**

RE-SPECT ESUS. **Δ. Σαγρής**

THALIS. **Κ. Βέμμος**

Πέμπτη 29 Οκτωβρίου 2020

19:00-20:00 ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΕΙΔΙΚΟΥΣ
ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

Προεδρείο: **Ε. Λευκού, Σ. Τσιάρα**

Αρτηριακή θρόμβωση: Είναι κίνδυνος να είσαι γυναίκα; **Σ. Τσιάρα**

Φλεβική θρόμβωση: Ιδιαιτερότητες- διαφορές των δύο φύλων. **Ε. Λευκού**

Ορμονική θεραπεία και φλεβική και αρτηριακή θρόμβωση. **Δ. Αδαμίδου**

Αντιθρομβωτική αγωγή: Οφέλη και κίνδυνοι σε σχέση με το φύλο. **Κ. Καλαντζή**

Σχολιαστές: **Α. Πιπιλής, Γ. Γεροτζιάφας**

20:00 ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ – ΚΑΛΩΣΟΡΙΣΜΑ – ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ ΠΡΟΣΦΩΝΗΣΕΙΣ

Παρασκευή 30 Οκτωβρίου 2020

09:00-10:30 ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΕΙΔΙΚΟΥΣ

ΣΥΝΟΨΗ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΩΝ ΓΡΑΜΜΩΝ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΘΡΟΜΒΩΤΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

***Προεδρείο:* Ι. Γουδέβενος, Α. Γιαννούκας**

Οξέα Στεφανιαία Σύνδρομα. **Δ. Νίκας**

Χρόνια Στεφανιαία Νόσος. **Χ. Κατσούρας**

Κολπική Μαρμαρυγή. **Β. Βασιλικός**

Αθηροθρομβωτικό εγκεφαλικό ισχαιμικό επεισόδιο. **Γ. Ντάιος**

Πνευμονική εμβολή. **Σ. Κωνσταντινίδης**

Νόσος των καρωτίδων. **Α. Λάζαρης**

Αρτηριακή νόσος των κάτω άκρων. **Μ. Ματσάγκας**

Θρόμβωση σε ασθενείς με καρκίνο. **Γ. Γεροτζιάφας**

Ορθοπεδικές επεμβάσεις. **Σ. Σουρμελής**

Περιεγχειρητική αγωγή **Ε. Αρναούτογλου**

10:30-11:00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ

11:00-13:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗ ΦΛΕΒΙΚΗ ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΗ ΝΟΣΟ

***Προεδρείο.* Μ. Ματσάγκας, Σ. Σουρμελής**

Εισαγωγική Ομιλία

Στοχεύοντας τον παράγοντα XI για την πρόληψη/θεραπεία της ΦΘΝ. **Α. Τσελέπης**

Παρουσιάσεις

Νέες ευρωπαϊκές συστάσεις για την αντιμετώπιση της Πνευμονικής Εμβολής. Τι αλλάζει; **Σ. Κωνσταντινίδης**

Έχουμε καταλήξει για την διάρκεια της αντιπηκτικής αγωγής μετά από ιδιοπαθές επεισόδιο ΘΕΝ; Ποια φάρμακα είναι τα πλέον κατάλληλα; **Α. Λάζαρης**

Η προφύλαξη της ΘΕΝ στην Ορθοπαιδική χειρουργική. Πού βρισκόμαστε 30 χρόνια μετά την αρχική εφαρμογή της; **Σ. Σουρμελής**

Έχουν θέση τα DOACs στη θεραπεία της ΘΕΝ σε ασθενείς με κακοήθεια; Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. **Γ. Γεροτζιάφας**

***Ερωτήσεις* – Συζήτηση**

Παρασκευή 30 Οκτωβρίου 2020

13:00-14:30 ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ
ΟΙ ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΖΗΤΟΥΝ ΜΑΖΙ ΣΑΣ
ΠΡΟΣΘΑΦΑΙΡΕΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΕ ΕΓΚΑΤΑΣΤΗΜΕΝΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ

Προεδρείο: **Α. Πιπιλής, Δ. Αλεξόπουλος**

Αφαιρώντας την ασπιρίνη μετά από αγγειοπλαστική στεφανιαίας αρτηρίας. **Σ. Μακρυγιάννης**
Σύντομη αναφορά στη θεωρία, στις μελέτες και στις συστάσεις

ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ 1
Stent εγγύς LAD μετά από οξύ στεφανιαίο σύνδρομο σε ασθενή με κολπική μαρμαρυγή και ιστορικό αιμορραγίας πεπτικού

ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ 2
Υποδόρια αιματώματα μετά από πρόσφατο stent και DAPT Προσθέτοντας αντιπηκτικό στην αντιαιμοπεταλιακή αγωγή.
Α. Πιπιλής
Σύντομη αναφορά στη θεωρία, στις μελέτες και στις συστάσεις

ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ
Ασθενής με ΣΔ, παλαιό ΟΕΜ, PAD
Σχολιαστές: **Γ. Τσίγκας, Δ. Νίκας**

14:30-15:30 ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ

15:30-16:30 ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ
Προεδρείο: **Κ. Παππάς, Ε. Λευκού**

5. **ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗΣ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗΣ STENT ΜΕ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΤΩΝ ΥΠΟΔΟΧΕΩΝ ΤΗΣ ΓΛΥΚΟΠΡΩΤΕΪΝΗΣ IIB/IIIA (ΤΙΡΟΦΙΜΠΑΝΗ) ΚΑΙ ΑΜΕΣΗΣ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΜΕΓΑΛΟ ΘΡΟΜΒΩΤΙΚΟ ΦΟΡΤΙΟ**
Ξ. Σακελλαρίου, Γ. Κατσάνος, Α. Ευσταθόπουλος, Δ. Σφαιρόπουλος, Κ. Σταμάτης, Σ. Παππάς, Θ. Κωλέττης, Δ. Νίκας
Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων

Παρασκευή 30 Οκτωβρίου 2020

6. **ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΨΗΛΟΥ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ**
   Σ. Μαντζούκης[1], Μ. Γερασίμου[2], Ε. Παππά[1], Κ. Μπάκας
   [1]Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ιωαννίνων Γ. Χατζηκώστα, Ιωάννινα, [2]Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ιωαννίνων Γ. Χατζηκώστα, Ιωάννινα, [3]Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν. Ιωαννίνων Γ. Χατζηκώστα, Ιωάννινα

7. **ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΛΟΓΩ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΗΣ ΔΙΠΛΗΣ ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΕΝΔΟΠΡΟΘΕΣΗ**
   Μ. Νταλούκα[1], Κ. Σταμούλης[1], Φ. Αγγελής[2], Ε. Στέρτσου[1], Δ. Βαριάδης[1], Θ. Καραχάλιος[2], Ε. Αρναούτογλου[1]
   [1]Αναισθησιολογική Κλινική, [2]Κλινική Ορθοπεδικής Χειρουργικής και Τραύματος, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

8. **ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΘΩΡΑΚΙΚΗΣ ΕΞΟΔΟΥ (ΣΘΕ) ΣΕ ΤΡΙΑ ΠΑΙΔΙΑ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ**
   Α. Δεττοράκη[1], Δ. Μάρας[2], Α. Μιχαλοπούλου[1], Γ. Χαραλαμπόπουλος[3], Λ. Λυκοπούλου[4], Ν. Λιάσης[3], Ε. Περγάντου[1]
   [1]Μονάδα Αιμορραγικών Διαθέσεων/Κέντρο Αιμορροφιλίας Παιδιών/Εφήβων και Μονάδα Αιμόστασης και Θρόμβωσης, Γ.Ν. Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα, [2]Αγγειοχειρουργική Κλινική, Γ.Ν. «Ερυθρός Σταυρός», Αθήνα, [3]Affidea Ευρωιατρική, Διαγνωστικό Κέντρο, Αθήνα, [4]Α' Παιδιατρική Κλινική Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Γ.Ν. Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

9. **THE ROLE OF DIRECT ORAL ANTICOAGULANTS IN THE PREVENTION OF POST THROMBOTIC SYNDROME**
   C. Karathanos, P. Nana, K. Batzalexis, K. Spanos, M. Matsagkas, A. Giannoukas
   Department of Vascular Surgery, University Hospital of Larissa, Faculty of Medicine, University of Thessaly, Larissa, Greece

16:30-17:00 ΔΙΑΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Α. Τσελέπης, Ε. Χατζημιχαήλ**

Μοντέλα πρόγνωσης θρομβωτικού κινδύνου σε ασθενείς με καρκίνο. **Γ. Γεροτζιάφας**

17:00-17:30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ

Παρασκευή 30 Οκτωβρίου 2020

17:30-18:00 ΔΙΑΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Ε. Λευκού**

Thrombosis in pregnancy. **Sue Pavord**

18:00-18:30 Δ Ι Α Λ Ε Ι Μ Μ Α

18:30-19:30 ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ
ΟΙ ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΖΗΤΟΥΝ ΜΑΖΙ ΣΑΣ
ΚΡΥΠΤΟΓΕΝΕΣ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Προεδρείο: **Χ. Μηλιώνης, Γ. Ντάιος**

Κολπική καρδιοπάθεια και κρυπτογενές ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. **Κ. Βέμμος**

Καρωτιδικές αθηρωματικές πλάκες σε ασθενείς με κρυπτογενές ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο: πόσο δυνατή είναι η συσχέτιση; **Γ. Ντάιος**

Ανοικτό ωοειδές τρήμα και κρυπτογενές ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. **Δ. Σαγρής**

Καρδιακή ανεπάρκεια και κρυπτογενές ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. **Χ. Σαββόπουλος**

19:30-20:00 ΔΙΑΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Χ. Μηλιώνης, Χ. Σαββόπουλος**

Reduction of major and fatal thromboembolic events in medically ill patients with extended thromboprophylaxis. **Alex Spyropoulos**

20:00-20:30 ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ (Σελ. 23)

20:30-21:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ
ΑΣΘΕΝΗΣ ΥΠΟ ΑΡΙΧΑΒΑΝ ΠΡΟΣΕΡΧΕΤΑΙ ΜΕ ΓΑΣΤΡΟΡΡΑΓΙΑ

Προεδρείο: **Ε. Αρναούτογλου, Κ. Καλαντζή**

Εισαγωγή. **Κ. Καλαντζή**

Σχολιαστές: **Α. Καψωριτάκης, Α. Πιπιλής, Κ. Τεπετες, Μ. Μπαρέκα**

Σάββατο 31 Οκτωβρίου 2020

09:00-10:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ
ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ

Προεδρείο: **Κ. Γκατζούλης, Δ. Ρίχτερ, Δ. Αλεξόπουλος**

Περιορισμοί και προφυλάξεις στην αντιπηκτική αγωγή σε ασθενείς που λαμβάνουν αντιαρρυθμική αγωγή στην κολπική μαρμαρυγή. **Γ. Γκουμάς**

Διαχείριση αντιθρομβωτικής αγωγής πριν και μετά την εμφύτευση συσκευών διαχείρισης του ρυθμού. **Α. Πιπιλής**

Πώς οι εξελίξεις στην τεχνολογία επηρεάζουν σήμερα τη διάγνωση και τη διαχείριση της κολπικής μαρμαρυγής; **Π. Δηλαβέρης**

Νέα δεδομένα για την επέμβαση κατάλυσης. **Σ. Παστρωμάς**

10:30-11:00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ

11:00-12:00 ΔΙΑΛΕΞΗ

Νεώτερα καπνικά προϊόντα. Είναι μειωμένου κινδύνου; **Δ. Ρίχτερ**

12.00-13:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ
ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ-ΦΛΕΓΜΟΝΗ-ΘΡΟΜΒΩΣΗ

Προεδρείο: **Ι. Γουδέβενος, Σ. Τσιάρα**

Φλεγμονή-Θρόμβωση. Υποκείμενοι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί. **Α. Τσελέπης**

Ιογενείς λοιμώξεις και θρόμβωση. Υπάρχουν διαφοροποιήσεις ως προς την COVID-19; **Χ. Μηλιώνης**

Διάχυτη Ενδοαγγειακή πήξη σε ασθενείς με COVID-19. Υπάρχουν διαφορές με άλλες ιογενείς λοιμώξεις; **Γ. Γεροτζιάφας**

Τα επίπεδα παραγόντων αιμόστασης στην πρόγνωση της κλινικής έκβασης ασθενών με COVID-19. **Ε. Γρουζή**

Θρομβοπροφύλαξη σε ασθενείς με COVID-19. **Ε. Νομικού**

Σάββατο 31 Οκτωβρίου 2020

13:30-14:30 ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

***Προεδρείο:* Α. Λάζαρης, Κ. Βέμμος**

10. **Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΠΟΥ ΧΕΙΡΙΖΟΝΤΑΙ ΠΕΡΙΕΠΕΜΒΑΤΙΚΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ**
Μ. Νταλούκα[1], Μ. Μπαρέκα[1], Φ. Αγγελής[2], Κ. Κολώνια[1], Δ. Παπασπύρου[1], Α. Κουτάλος[2], Ε. Αρναούτογλου[1]
[1]Αναισθησιολογική Κλινική, [2]Κλινική Ορθοπεδικής Χειρουργικής και Τραύματος, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

11. **ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΟΨΙΜΩΝ ΥΠΟΤΡΟΠΩΝ ΦΛΕΒΙΚΗΣ ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΙΠΟΛΗΣ ΦΛΕΒΙΚΗ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΤΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ**
Κ. Νικολακόπουλος, Χ. Παπαγεωργοπούλου, Σ. Κάκκος, Ι. Ντούβας, Σ. Παπαδούλας, Α. Κουρή, Π. Τσαντρίζος
Αγγειοχειρουργική Κλινική, Π.Γ.Ν. Πατρών, Πάτρα

12. **ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΚΑΙ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΕ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑ ΜΕ ΔΙΑΤΡΟΧΑΝΤΗΡΙΟ ΚΑΤΑΓΜΑ**
Μ. Νταλούκα[1], Ε. Στέρτσου[1], Φ. Αγγελής[2], Ν. Νταλαρίζου[1], Η. Καρβούνης[1], Γ. Χαλάτσης[2], Ε. Αρναούτογλου[1]
[1]Αναισθησιολογική Κλινική, [2]Κλινική Ορθοπεδικής Χειρουργικής και Τραύματος, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

13 **ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ STEMI ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ ΤΟΥ ΚΟΡΟΝΟΪΟΥ-19: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ**
Χρ. Μαντής, Εμ. Παπαδάκης, Κ. Κιντής, Αθ. Αναδιώτης, Σ. Πατσιλινάκος
Καρδιολογική κλινική, Κωνσταντοπούλειο Γ.Ν. Νέας Ιωνίας

14. **ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΣΕ ΑΤΟΜΟ ΝΕΑΡΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ**
Κ. Μπάκας[1], Μ. Γερασίμου[2], Ε. Κοσμά[1], Ο. Υγροπούλου[1], Δ. Λεπίδα[1], Δ. Ρίζος[1], Ο. Μουσαφίρη[1], Σ. Μαντζούκης[3]
[1]Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν. Ιωαννίνων Γ. Χατζηκώστα, Ιωάννινα, [2]Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ιωαννίνων Γ. Χατζηκώστα, Ιωάννινα, [3]Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ιωαννίνων Γ. Χατζηκώστα, Ιωάννινα

14:30-15:30 ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ

Σάββατο 31 Οκτωβρίου 2020

15:30-17:00 ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ
ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Προεδρείο: **Ε. Αρναούτογλου**

Ασθενής υπό αντιαιμοπεταλιακή αγωγή λόγω τοποθέτησης στεφανιαίου stent προ έτους προσέρχεται για ηπατεκτομή. **Α. Πιπιλής**

Ασθενής υπό αντιαιμοπεταλιακή αγωγή προσέρχεται με ραγέν ανεύρυσμα. **Ε. Κοράκη**

Ασθενής με μεταλλική βαλβίδα υπό ασενοκουμαρόλη θα υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση εξαίρεσης όγκου νεφρού. **Π. Τζίμας**

Ασθενής υπό rivaroxaban θα υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση υπό περιοχική αναισθησία. **Ε. Αρναούτογλου**

Ασθενής με στεφανιαία νόσο, κολπική μαρμαρυγή και συμπτωματική στένωση (ΑΡ) καρωτίδας υποβάλλεται σε αγγειοπλαστική και stenting καρωτίδας. **Μ. Ματσάγκας**

Σχολιαστές: **Μ. Ματσάγκας, Ε. Λευκού, Α. Πιπιλής, Σ. Σουρμελής**

17:00-17:30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ

17:30-18:30 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΒΑΣΕΙΣ (HOW TO TREAT) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Προεδρείο: **Κ. Βέμμος, Χ. Σαββόπουλος**

Σε ποιους ασθενείς με ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο χρειάζεται να στείλω έλεγχο θρομβοφιλίας; **Γ. Καϊάφα**

Ασθενής με παροδικό εγκεφαλικό επεισόδιο χωρίς κολπική μαρμαρυγή: ποια είναι η ιδανική αντιθρομβωτική αγωγή; **Χ. Μηλιώνης**

Ασθενείς με ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο σε έδαφος διαχωρισμού της καρωτίδας: ποια είναι η ιδανική αντιθρομβωτική αγωγή; **Σ. Βασιλοπούλου**

Ασθενής με ενδοεγκεφαλική αιμορραγία και κολπική μαρμαρυγή: τι θα κάνω με την αντιπηκτική αγωγή; **Ε. Κορομπόκη**

Σάββατο 31 Οκτωβρίου 2020

18:30-19:00 ΔΙΑΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Μ. Ματσάγκας, Π. Τζίμας**

Pharmacokinetic versus Laboratory - based management of DOACs in Procedures. **J. Douketis**

19:00-19:30 ΔΙΑΛΕΞΗ

Word Thrombosis Day 2020 Webinar – COVID-19 and Coagulopathy

A. Spyropoulos

19:30-20:30 ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΕΙΔΙΚΟΥΣ. ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Προεδρείο: **Γ. Γκλαντζούνης, Δ. Βλαχάκος**

Ηλικιωμένοι. **Δ. Ρίχτερ**

Παχύσαρκοι/Ελλιποβαρείς. **Κ. Παππάς**

Διαβητικοί. **Α. Τσελέπης**

Νεφροπαθείς. **Δ. Βλαχάκος**

Ηπατοπαθείς. **Γ. Γκλαντζούνης**

20:30 ΛΗΞΗ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ - ΒΡΑΒΕΥΣΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΕΣ

Παρασκευή 30 Οκτωβρίου 2020

20:00-20:30 ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ Bayer ELPEN

Προεδρείο: **Δ. Ρίχτερ**

Κατευθυντήριες Οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας για την Κολπική Μαρμαρυγή:
τι αλλάζει στην προστασία των ασθενών μας;
Γ. Ανδρικόπουλος

PP-XAR-GR-0157-1 02.2020

Bayer

Κάτοχος της άδειας κυκλοφορίας:
Bayer AG, 51368 Leverkusen, Γερμανία.
Τοπικός αντιπρόσωπος του κατόχου αδείας κυκλοφορίας στην Ελλάδα: Bayer Ελλάς ΑΒΕΕ, Σωρού 18-20, 151 25 Μαρούσι.
Τοπικός αντιπρόσωπος του κατόχου αδείας κυκλοφορίας στην Κύπρο: Novagem Ltd, Τηλ: 00357 22483858.
Τμήμα Επιστημονικής Ενημέρωσης
Τηλ: +30 210 6187742, Fax: +30 210 6187522
Email: medinfo.gr.cy@bayer.com

Εταιρεία συμπροώθησης

ELPEN

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

Xarelto®
rivaroxaban

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

Curilen®

Bisoprolol fumarate + Acetylsalicylic acid

Βισοπρολόλη
5 mg / 10 mg

Ακετυλοσαλικυλικό οξύ
100 mg

στεφανιαία νόσος στεφανιαία νόσος στεφανιαία νόσος

υπέρταση υπέρταση υπέρταση υπέρταση υπέρταση

UNI-PHARMA

Pharmaceutical Laboratories S.A.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ (S.P.C)

1. ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: CURILEN® Καψάκια, σκληρά 5 mg/100 mg, CURILEN® Καψάκια, σκληρά 10 mg/100 mg. **2. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** Κάθε σκληρό καψάκιο περιέχει 5 mg ή 10 mg Bisoprolol fumarate και 100 mg Acetylsalicylic acid. **3. ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ:** Καψάκια, σκληρά. **4. ΚΛΙΝΙΚΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: Θεραπευτικές ενδείξεις:** Για τη θεραπεία της υπέρτασης σε ασθενείς που είναι ήδη σταθεροποιημένοι με μονοθεραπεία. Για τη θεραπεία της στηθάγχης σε ασθενείς, που είναι ήδη σταθεροποιημένοι με μονοθεραπεία. **Δοσολογία:** Ένα καψάκιο ανά ημέρα. Η θεραπεία με bisoprolol δεν πρέπει να διακόπτεται απότομα καθώς, κάτι τέτοιο μπορεί να προκαλέσει προσωρινή επιδείνωση της πάθησης, ειδικά σε ασθενείς με στηριζομένη καρδιακή νόσο. **Αντενδείξεις:** Οξεία καρδιακή ανεπάρκεια ή κατά τη διάρκεια επεισοδίων μη αντιρροπούμενης καρδιακής ανεπάρκειας, και σοβαρών ενδοκριδίων αντρικών διαταραχών. Καρδιογενές σοκ. Κατά τα δεύτερα. **Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση:**
Το ακετυλοσαλικυλικό οξύ μπορεί να προκαλέσει βρογχόσπασμο και κρίσεις ασθματος ή άλλες αντιδράσεις υπερευαισθησίας. **Ανεπιθύμητες ενέργειες:** Ναυτία, έμετος, διάρροια, δυσκοιλιότητα, κόπωση, ζάλη, καταβολή, φουσκώματα ή ερυθέμα, αιμορραγίες, γαστρίτιδα, δυσπεψία, όγκοι ή μόρια σπυλιά σε αίματος στο ανοσοκατηγορικό συλλόγο. Δ.Τ. 5/100 mg: 8.10 €, 10/100 mg: 8.30 €.

Διατίθεται και χωρίς συνταγή
Ανοιχτόκοκκινο ΕΦΕΤ, κι αντιθέτως κυκλικός κόκκινος και ΟΣΑΑ κι φάρμακα.
Σφραγίζουν κι την "ΚΟΤΗΝΗ ΚΑΡΤΑ"

Ομιλητές - Πρόεδροι - Συντονιστές

Douketis J.	*MD, FRCP©, FACP, FCCP, Professor, Department of Medicine, McMaster University, Hamilton, Canada*
Pavord S.	*Consultant Haematologist Oxford University Hospitals Associate Senior Lecturer In Medicine*
Spyropoulos A.	*MD, FACP, FCCP, FRCPC, Professor of Meidicine-Hofsra Northwell School of Medicine, Professor, The Merinoff Center for Patient-Oriented Research-The Feinstein Institute for Medical Researcht System Director - Anticoafulation and Clinical Thrombosis Services Northwell Health at Lenox Hill Hospital, New York*
Αδαμίδου Δ.	*Αιματολόγος, Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο» Θεσσαλονίκη*
Αλεξόπουλος Δ.	*Καθηγητής Καρδιολογίας, Β΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γ.Ν. «Αττικόν»*
Ανδρικόπουλος Γ.	*Καρδιολόγος, Διευθυντής Α' Καρδιολογικής Κλινικής & Τμήματος Ηλεκτροφυσιολογίας & Βηματοδότησης, «Ερρίκος Ντυνάν» Hospital Center*
Αρναούτογλου Ε.	*Αναισθησιολόγος, Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Π.Γ.Ν. Λάρισα*
Βασιλικός Β.	*Καθηγητής Καρδιολογίας Α.Π.Θ., Διευθυντής Γ΄ Καρδιολογικής Κλινικής, «Ιπποκράτειο» Γ.Ν. Θεσσαλονίκης*
Βασιλοπούλου Σ.	*Επίκουρη Καθηγήτρια Νευρολογίας, Α' Νευρολογική Κλινική, «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο, Αθήνα*
Βέμμος Κ.	*Παθολόγος, Εξειδικευμένος στα Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια, Συνεργάτης Hellenic Cardiovascular Research Society, τ. Διευθυντής της Μονάδας Οξέων Εγκεφαλικών, Θεραπευτικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα» Πρόεδρος Ελληνικού Οργανισμού Εγκεφαλικών*
Βλαχάκος Δ.	*Καθηγητής Νεφρολογίας ΕΚΠΑ, Νεφρολογική Μονάδα Β' Π.Π.Κ., Πανεπιστημιακό Γ.Ν. «Αττικόν»*
Γεροτζιάφας Γρ.	*Professor, Service d' Hématologie Biologique, Hôpital Tenon. Paris, France*

Ομιλητές - Πρόεδροι - Συντονιστές

Γιαννούκας Αθ. *Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής, Ιατρικό Τμήμα Σχολής Επιστημών Υγείας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Διευθυντής Αγγειοχειρουργικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Λάρισας, Πρόεδρος του Ινστιτούτου Αγγειακών Παθήσεων*

Γκατζούλης Κ. *Αν. Καθηγητής Καρδιολογίας, Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»*

Γκλαντζούνης Γ. *Καθηγητής Χειρουργικής – Μεταμοσχεύσεων Υπεύθυνος Μονάδας Χειρουργικής Ήπατος-Χοληφόρων-Παγκρέατος, Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων*

Γκουμάς Γ. *Αν. Διευθυντής, Β΄ Καρδιολογική Κλινική, «Ευρωκλινική» Αθηνών*

Γουδέβενος Ι. *Καθηγητής Καρδιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων,Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων*

Γρουζή Ε. *MD Συντονίστρια Δ/ντρια ΝΥ Αιμοδοσίας, ΓΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββας»*

Δηλαβέρης Π. *Διευθυντής, Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»*

Καϊφα Γ. *Επίκουρη Καθηγήτρια Αιματολογίας Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη*

Καλαντζή Κ. *Καρδιολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων*

Κατσούρας Χ. *Αν. Καθηγητής Παθολογίας Κλινική/Εργαστήριο Καρδιολογική Γνωστικό αντικείμενο Καρδιολογία*

Καψωριτάκης Α. *Καθηγητής Παθολογίας - Γαστρεντερολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείου Νοσοκομείο Λάρισας*

Κοράκη Ε. *Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Θ. «Παπανικολάου»*

Ομιλητές - Πρόεδροι - Συντονιστές

Κορομπόκη Ε.	*Παθολόγος, Α' Νευρολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο, Αθήνα*
Κωνσταντινίδης Σ.	*Καθηγητής Καρδιολογίας, Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης, Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο*
Λάζαρης Α.	*Αν. Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ' Χειρουργική Κλινική, Αγγειοχειρουργική Μονάδα, Πανεπιστημιακό Γ.Ν. «Αττικόν»*
Λευκού Ε.	*Αιματολόγος, Διδάκτωρ ΑΠΘ*
Μακρυγιάννης Σ.	*MD, PhD, FESC Επεμβατικός Καρδιολόγος Α' Καρδιολογική Κλινική ΔΘΚΑ «Υγεία»*
Ματσάγκας Μ.	*Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας*
Μηλιώνης Χ.	*Καθηγητής Παθολογίας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων*
Μπαρέκα Μ.	*MD, PhD, Αναισθησιολόγος, Επιμελήτρια Α΄, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας*
Νίκας Δ.	*Επεμβατικός Καρδιολόγος, Επιμελητής Α', Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα*
Νομικού Ε.	*Αιματολόγος, Διευθύντρια Αιμοδοσίας - Διαταραχών Πήξης και τμήματος Αιμορροφιλικών ασθενών, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»*
Ντάιος Γ.	*MD, MSc (ESO Stroke Medicine), PhD, FESO, Επ. Καθηγητής Παθολογίας, Παθολογική Κλινική & Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας*
Πανταζή Δ.	*Ερευνητικό Κέντρο Αθηροθρόμβωσης/Εργαστήριο Βιοχημείας, Τμήμα Χημείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων*
Παππάς Κ.	*Διευθυντής ΕΣΥ Καρδιολογίας, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, Β΄Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Π.Γ.Ν.Ι.*
Παστρωμάς Σ	*Αν. Διευθυντής, Α΄ Καρδιολογικό Τμήμα Ηλεκτροφυσιολογίας & Βηματοδότησης, «Ερρίκος Ντυνάν» Hospital Center*
Πιπιλής Α.	*Διευθυντής Α' Καρδιολογικής Κλινικής, Διαγνωστικό & Θεραπευτικό Κέντρο Αθηνών «Υγεία»*

Ομιλητές - Πρόεδροι - Συντονιστές

Ρίχτερ Δ.	*Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών, Αθήνα, Πρόεδρος Ι.Μ.Ε.Θ.Α.*
Σαββόπουλος Χ.	*Καθηγητής Παθολογίας Α.Π.Θ., Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας (Stroke Unit), Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη*
Σαγρής Δ.	*Παθολόγος - Επιστημονικός Συνεργάτης, Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας Λάρισα*
Σουρμελής Σ.	*Διευθυντής Β΄Ορθοπαιδικής Κλινικής, Διαγνωστικό & Θεραπευτικό Κέντρο Αθηνών «Υγεία»*
Τεπετές Κ.	*Καθηγητής Γενικής Χειρουργικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας*
Τζίμας Π.	*Αναισθησιολόγος, Αν. Καθηγητής Αναισθησιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων*
Τσελέπης Αλ.	*Καθηγητής Βιοχημείας- Κλινικής Χημείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων*
Τσιάρα Σ.	*Αν. Καθηγήτρια Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων*
Τσίγκας Γρ.	*Επεμβατικός Καρδιολόγος, Επικουρος Καθηγητής Καρδιολογικού Τμήματος, Π.Γ.Ν. Πατρών*
Χατζημιχαήλ Ε.	*Επίκουρη Καθηγήτρια Αιματολογίας, Ιατρικό Τμήμα, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων*

Περιλήψεις

1. ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΝΘΕΤΙΚΩΝ ΑΝΑΛΟΓΩΝ ΤΟΥ NILOTINIB ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΙΣ ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΕΣ ΚΑΙ ΚΥΤΤΑΡΟΣΤΑΤΙΚΕΣ ΤΟΥΣ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ

Λ. Πεχλιβάνη[1], Ν. Ντέμου[2], Π. Βούλγαρη[2], Δ. Πανταζή[1], Κ. Σκομπρίδης[2], Α.Δ. Τσελέπης[1]

[1]Ερευνητικό Κέντρο Αθηροθρόμβωσης/Εργαστήριο Βιοχημείας, Τμήμα Χημείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, [2]Εργαστήριο Οργανικής Χημείας, Τομέας Οργανικής Χημείας και Βιοχημείας, Τμήμα Χημείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Εισαγωγή - Σκοπός: Το Nilotinib είναι ένα φάρμακο που χρησιμοποιείται στη θεραπεία της χρόνιας μυελογενούς λευχαιμίας. Σε πρόσφατη μελέτη μας (Pantazietal., Drug Design, Develop Therapy. 2019:13, 4225–38) παρατηρήθηκε ότι το Nilotinib εκφράζει μία ασθενή αντιαιμοπεταλιακή δράση. Σκοπός της εργασίας ήταν η σύνθεση αναλόγων του Nilotinib που να εκφράζουν ισχυρή αντιαιμοπεταλιακή δράση, διατηρώντας παράλληλα, ή ενισχύοντας και τις κυτταροστατικές τους ιδιότητες.

Υλικά – Μέθοδοι: Συντέθηκαν τρεις ενώσεις-ανάλογα του Nilotinib, αφαιρώντας τις ομάδες από τις θέσεις 3 και 5 του τελικού βενζολικού δακτυλίου του και προσθέτοντας μία $-CF_3$ ομάδα στη θέση 4 (ανάλογο-1), μία -Cl ομάδα στη θέση 4 (ανάλογο 2) και μία $-NO_2$ ομάδα στη θέση 3 (ανάλογο 3). Πλάσμα πλούσιο σε αιμοπετάλια απομονώθηκε από υγιείς άνδρες εθελοντές, επωάστηκε για 5min με συγκεντρώσεις 0,25-100μM των ουσιών και προσδιορίστηκε η αναστολή συσσώρευσης των αιμοπεταλίων, μετά από ενεργοποίηση με αραχιδονικό οξύ (300μM) με τη μέθοδο συσσωρευομετρίας οπτικής διαπερατότητας. Επιπρόσθετα, καλλιέργειες καρκινικών ηπατοκυττάρων HepG2, επωάστηκαν 48h με 10μM των ουσιών και μελετήθηκε ο κυτταρικός κύκλος με τη μέθοδο της κυτταρομετρίας ροής.

Αποτελέσματα: Ως προς την αντιαιμοπεταλιακή δράση των ενώσεων οι τιμές IC50 ήταν οι εξής: Nilotinib: 4,19±0,40μM, ανάλογο-1: 1,46±1,70μM, ανάλογο-2: 9,58±12,13μM και ανάλογο-3: 1,41±1,48μM. Ως προς τις κυτταροστατικές τους ιδιότητες, τα % Gated κύτταρα στις τρεις φάσεις του κυτταρικού κύκλου ήταν:

Φάσεις κυτταρικού κύκλου	% Gated κύτταρα				
	Control	Nilotinib	Ανάλογο-1	Ανάλογο-2	Ανάλογο-3
M1(G0/G1)	87,27±0,55	**88,63±0,57	$^{\wedge,*}$85,82±4,12	$^{\wedge,\#}$84,79±4,10	$^{+,\$}$81,20±1,03
M2(S)	8,02±0,71	**6,70±0,70	$^{\wedge,*}$7,36±3,20	$^{\wedge,\#}$7,87±1,42	$^{+,\$}$10,56±0,52
M3(G2/M)	3,50±0,28	**3,59±0,31	$^{\wedge,*}$5,03±0,64	$^{\wedge,\#}$5,27±0,57	$^{+,\$}$6,71±1,31

Οι τιμές p είναι οι εξής: $^{**}p<0,01$, $^{\wedge}p<0,02$, $^{+}p<0,05$ σε σχέση με το control και $^{*}p<0,02$, $^{\#}p<0,03$, $^{\$}p<0,05$ σε σχέση με το Nilotinib.

Συμπεράσματα: Οι αλλαγές των συνθετικών ομάδων στην πρότυπη ουσία, στα ανάλογα 1 και 3, όπως περιγράφονται παραπάνω, ενισχύουν σημαντικά την αντιαιμοπεταλιακή δράση του Nilotinib, ενισχύοντας ταυτόχρονα και τις κυτταροστατικές του ιδιότητες, με το ανάλογο-3 να εμφανίζει την ισχυρότερη δράση.

2. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΝΤΑΣ ΜΙΑ ΥΠΟΥΛΗ ΝΟΣΟΣ «ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗ»

Ζ. Μπιτσώρη[1], Δ. Μπαλάσκα[2]

[1]RN/Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς», [2]Επισκέπτρια Υγείας/Διαιτολόγος, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

Εισαγωγή: Η αθηροσκλήρωση είναι μια κατάσταση όπου οι αρτηρίες στενεύουν και σκληραίνουν, και αυτό οφείλεται σε υπερβολική συσσώρευση πλάκας γύρω από το τοίχωμα της αρτηρίας. Η νόσος αρχίζει από την παιδική ηλικία και εξελίσσεται κατά την ενήλικο ζωή.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσης εργασίας ήταν η ανασκόπηση της πρόσφατης βιβλιογραφίας ως προς την πρώιμη εμφάνιση της αθηροσκλήρωσης.

Υλικό: Το υλικό της παρούσας ανασκόπησης στηρίζεται στην έντυπη ελληνική και στην διεθνή βιβλιογραφία καθώς και σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων.

Αποτελέσματα: Η αθηροσκλήρωση είναι μια πολυπαραγοντική διαδικασία για την οποία ενοχοποιούνται η κληρονομική προδιάθεση, η ηλικία, το φύλο και το ατομικό αναμνηστικό αλλά και παράγοντες που εξαρτώνται από διατροφή ή τον τρόπο ζωής όπως η αυξημένη χοληστερόλη και τα τριγλυκερίδια, το αυξημένο σάκχαρο και η υψηλή αρτηριακή πίεση, το κάπνισμα, η παχυσαρκία, η λήψη αντισυλληπτικών, ή έλλειψη άσκησης. Οι υψηλές συγκεντρώσεις λιπιδίων και λιποπρωτεϊνών του ορού αποτελούν σημαντικούς παράγοντες στην ανάπτυξη της αθηροσκλήρωσης και στην παιδική ηλικία. Κρίνεται απολύτως απαραίτητο πλέον να διερευνάται πάντοτε το οικογενειακό ιστορικό όλων των παιδιών, ώστε να γίνεται έγκαιρα η αναγνώριση παιδιών υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη αθηροσκλήρωσης.

Συμπεράσματα: Για το σύνολο των παιδιών και των οικογενειών τους, συνιστάται εξατομικευμένη αλλαγή του τρόπου ζωής ως προς την άσκηση και τη διατροφή. Η ενέργεια που προσλαμβάνουν καθημερινά τα παιδιά πρέπει να προέρχεται κυρίως από υδατάνθρακες και ακόρεστα λίπη με την προσθήκη οσπρίων, λαχανικών, φρούτων, με αποφυγή ζωικού και μέτρια κατανάλωση ελαιόλαδου. Όσο για τη φαρμακευτική αγωγή τόσο οι ιοντοανταλλακτικές ρητίνες αλλά περισσότερο οι στατίνες πρέπει πάντοτε να χορηγούνται από ειδικούς. Επίσης ασθενείς με ομόζυγο οικογενή υπερχολιστερολαιμία πρέπει να υποβάλλονται παράλληλα σε εκλεκτική λιπαφαίρεση, όταν κρίνεται απαραίτητο.

3. ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΠΡΩΤΗΣ ΓΕΝΙΑΣ ΤΗΣ ΤΥΡΟΣΙΝΙΚΗΣ ΚΙΝΑΣΗΣ BCR-ABL ΜΕ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΔΡΑΣΗ

Δ. Πανταζή[1], Α. Κοσμά[1], Α. Μπρέντας[2], Π. Βούλγαρη[2], Ν. Ντέμου[2], Κ. Σκομπρίδης[2], Α.Δ. Τσελέπης[1]

[1]Ερευνητικό Κέντρο Αθηροθρόμβωσης/Εργαστήριο Βιοχημείας, Τμήμα Χημείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, [2]Εργαστήριο Οργανικής Χημείας, Τομέας Οργανικής Χημείας και Βιοχημείας, Τμήμα Χημείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Εισαγωγή: Η ιματινίβη (IM), ως αναστολέας πρώτης γενιάς της τυροσινικής κινάσης Bcr-Abl, χρησιμοποιείται στη θεραπεία της χρόνιας μυελογενούς λευχαιμίας (CML). Πρόσφατα, αποδείξαμε ότι η IM και συνθετικά ανάλογά της παρουσίασαν επιπλέον και αντιθρομβωτική δράση.

Σκοπός: Να διερευνηθεί η πιθανή ανασταλτική δράση 4 ακόμη συνθετικών αναλόγων της IM στη συσσώρευση των αιμοπεταλίων *in vitro*.

Υλικά και Μέθοδοι: Τα συνθετικά ανάλογα της IM (IM-1 - IM-4) συντέθηκαν με διαφοροποίηση ως προς τους υποκαταστάτες κυρίως του βενζολικού δακτυλίου της μητρικής ένωσης της IM, δηλαδή IM-1 (2,4-CF_3), IM-2 (2,5-CF_3), IM-3 (3-NO_2, 4-Cl) και IM-4 (3-NO_2, 4-Cl & επιπλέον 4-πυριδίνο δακτύλιο). Πλάσμα πλούσιο σε αιμοπετάλια απομονώθηκε από υγιείς δότες, επωάστηκε για 5 min στους 37°C με τις συνθετικές ενώσεις και μελετήθηκε η συσσώρευση των αιμοπεταλίων που επάγεται από 3 διαφορετικούς αγωνιστές AA (300 μM), ADP (5 μM) και TRAP-6 (10 μM). Στη συνέχεια, αναζητήθηκε η ομολογία της κινάσης Bcr-Abl των καρκινικών κυττάρων με την τυροσινική κινάση c-Src των αιμοπεταλίων. Με αναλύσεις υπολογιστικής μοντελοποίησης (docking) διερευνήθηκε η πρόσδεση των συνθετικών αναστολέων με την κινάση c-Src.

Αποτελέσματα: Από τις 4 συνθετικές ενώσεις, διαπιστώθηκε ότι στην επαγόμενη από AA συσσώρευση των αιμοπεταλίων σε σχέση με τη μητρική ένωση IM, μόνο δύο ενώσεις (IM-1 και IM-2) προκάλεσαν ισχυρή αναστολή. Οι ενώσεις IM-3 και IM-4 δεν παρουσίασαν καλύτερο ανασταλτικό προφίλ ως προς την IM υπό τις ίδιες συνθήκες. Η αναστολή στην επαγόμενη από ADP και TRAP-6 συσσώρευση των αιμοπεταλίων ήταν <30%. Επιπλέον, βρέθηκε ότι η κινάση c-Src των αιμοπεταλίων έχει μεγάλη ομολογία με την κινάση Bcr-Abl. Οι αναλύσεις docking ως προς την ικανότητα πρόσδεσης των πλέον δραστικών αναστολέων στη c-Src επιβεβαίωσαν την ανασταλτική δράση των ενώσεων.

Συμπεράσματα: Οι συνθετικές ενώσεις IM-1 και IM-2 παρουσιάζουν ισχυρή ανασταλτική δράση στη συσσώρευση των αιμοπεταλίων που επάγεται από AA αλλά όχι από ADP και TRAP-6, αλληλεπιδρώντας με τη c-Src και συνεπώς αναστέλλοντας την κυκλοοξυγονάση-1 (COX-1).

4. ΟΞΕΙΑ ΚΑΙ ΒΡΑΧΕΙΑ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ ΣΕ ΡΥΠΟΥΣ ΠΕΤΡΕΛΑΙΟΜΗΧΑΝΩΝ ΣΤΙΣ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΑΡΤΗΡΙΑΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ, ΣΤΗ ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΙΝΩΔΟΛΥΣΗ

Π. Φουντουλάκης[1], Ε. Οικονόμου[1], Θ. Παπαϊωάννου[1], Θ. Ψαλτοπούλου[1], Σ. Τσαλαμανδρής[1], Γ.Α. Παπαμικρούλης[1], Α. Καλαμπογιάς[1], Ζ. Παλλαντζά[1], Ε. Παύλου[1], Α. Μήλιου[1], Μ.Ν. Ασημακοπούλου[2], Ν. Μπαρμπαρέσος[2], Ι. Γιανναράκης[2], Π. Σιάματα[2], Δ. Τούσουλης[1]

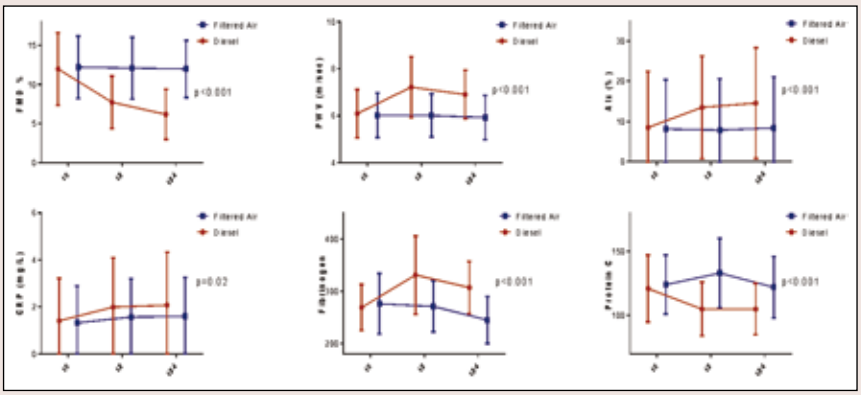
[1]Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, [2]Τμήμα Φυσικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Εισαγωγή: Τα καυσαέρια από τους κινητήρες πετρελαιομηχανών είναι ένα μείγμα τοξικών χημικών ενώσεων με πολλαπλές παρενέργειες. Οι οξείες επιδράσεις των καυσαερίων από τις πετρελαιομηχανές στο καρδιαγγειακό σύστημα είναι γνωστές. Ωστόσο, οι βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις τους δεν έχουν μελετηθεί διεξοδικά.
Σκοπός: Η μελέτη των οξέων και βραχυπρόθεσμων (24 ώρες) επιδράσεων των σωματιδίων από καυσαέρια πετρελαιομηχανών (DEPs) στην ενδοθηλιακή λειτουργία, στις ελαστικές ιδιότητες των αρτηριών, στη φλεγμονή και στην ινωδόλυση.
Μέθοδοι: Σε αυτήν την τυχαιοποιημένη μελέτη, 40 υγιείς εθελοντές (μέσης ηλικίας 40 ετών) εκτέθηκαν σε σωματίδια καυσαερίων πετρελαιομηχανών (DEPs) και στη συνέχεια σε φιλτραρισμένο αέρα (FA) για διάρκεια 2 ωρών με διάστημα αποχής 4 εβδομάδων μεταξύ των εκθέσεων. Η έκθεση στα DEPs βαθμονομήθηκε με τη μάζα των μικροσωματιδίων διαμέτρου μικρότερης από 2,5 microns (PM 2,5). Η ενδοθηλιοεξαρτώμενη διαστολή της βραχιονίου αρτηρίας (FMD) χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση της ενδοθηλιακής λειτουργίας. Η ταχύτητα του παλμικού κύματος (PWV) και ο δείκτης ενίσχυσης (AIx) αξιολόγησαν την ελαστικότητα της αορτής και τα αρτηριακά ανακλώμενα κύματα. Η C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP) μετρήθηκε για να εκτιμηθεί η φλεγμονώδης αντίδραση, καθώς και τα επίπεδα ινωδογόνου και η λειτουργικότητα της πρωτεΐνης C για να μελετηθεί η επίδραση στην ινωδόλυση. Όλες οι μετρήσεις πραγματοποιήθηκαν πριν από κάθε συνεδρία (T0), στο τέλος της έκθεσης 2 ωρών (T2) και 24 ώρες μετά την ολοκλήρωση της έκθεσης (T24).
Αποτελέσματα: Στη στιγμή T0 της έκθεσης στα DEPs και FA δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στις μετρήσεις των FMD, PWV, AIX, CRP, της λειτουργικότητας της πρωτεΐνης C και του ινωδογόνου. Η έκθεση στα DEPs μείωσε σημαντικά το FMD (T0: 11,97±4,61%, T2: 7,73±3,36%, T24: 6,17±3,19%, p <0,001) και αύξησε το PWV (T0: 6,09±1,03 m/sec, T2: 1,31 m/sec, T24: 6,90±1,03 m/sec, p <0,001), το AIX (T0: 8,17±3,19%, T2: 12,71±3,36%, T24: 13,17±4,61%, p <0.001), τη CRP (T0: 1,41±0,18 mg/L, T2: 1,99±0,21 mg/L, T24: 2,08±0,24 mg/L, p= 0,04) και το ινωδογόνο (T0: 269±44 mg/dL, T2: 331±75 mg/dL, T24: 307±51 mg/dL, p= 0.002). Η λειτουργικότητα της πρωτεΐνης C μειώθηκε σημαντικά (T0: 121±26% έναντι T2: 104±21% έναντι T24:

105±20%, p=0.003). Η έκθεση στον FA δεν είχε σημαντική επίδραση στις παραμέτρους της μελέτης.

Συμπεράσματα: Η έκθεση στα καυσαέρια πετρελαιομηχανών μπορεί να έχει σημαντικές δυσμενείς επιδράσεις στο καρδιαγγειακό σύστημα με διαταραχή της ενδοθηλιακής λειτουργίας, των ιδιοτήτων του αρτηριακού τοιχώματος, της φλεγμονής και του μηχανισμού της ινωδόλυσης όχι μόνο κατά τη διάρκεια της έκθεσης αλλά έως και 24 ώρες μετά την έκθεση.

Αποτελέσματα μετρήσεων:



4Α. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΜΗ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΩΝ ΜΕ ΤΗ ΒΙΤΑΜΙΝΗ Κ ΑΠΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΣΠΙΡΙΝΗΣ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ

Δ. Σαγρής[1], Ι. Λεβέντης[1], Γ. Γεωργιόπουλος[2], Ε. Κορομπόκη[3,4], Κ. Μακαρίτσης[1], Κ. Βέμμος[3], Χ. Μηλιώνης[5], Γ. Ντάιος[1*], G. Y.H. Lip[6,7*]

[1]Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα, [2]School of Biomedical Engineering and Imaging Sciences, King's College, London, United Kingdom, [3]Θεραπευτική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο Αλεξάνδρα, Αθήνα, [4]Division of Brain Sciences, Department of Stroke Medicine, Imperial College, London, United Kingdom

[5]Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, [6]Liverpool Centre for Cardiovascular Science, University of Liverpool and Liverpool Heart & Chest Hospital, Liverpool, United Kingdom, [7]Aalborg Thrombosis Research Unit, Department of Clinical Medicine, Aalborg University, Aalborg, Denmark

Εισαγωγή: Παρά τις σύγχρονες κατευθυντήριες οδηγίες, σημαντικό ποσοστό ασθενών με κολπική μαρμαρυγή λαμβάνει ασπιρίνη, η οποία θεωρείται από πολλούς θεράποντες πιο ασφαλής από τα μη σχετιζόμενα με τη βιταμίνη Κ από του στόματος αντιπηκτικά (DOACs).

Στόχος: Πραγματοποιήσαμε μία συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και μετα-ανάλυση τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών οι οποίες συνέκριναν τα DOACs με την ασπιρινή, με καταληκτικό σημείο την εμφάνιση αιμορραγίας.

Μέθοδοι: Αναζητήσαμε στο PubMed και το Scopus τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες φάσης ΙΙΙ που συνέκριναν κάποιο DOAC σε δοσολογία εγκεκριμένη για ασθενείς με ΚΜ ενάντια στην ασπιρίνη. Τα καταληκτικά σημεία που αναλύθηκαν ήταν οι μείζονες-, οι ενδοκράνιες-, οι γαστρεντερικές-, οι κλινικά σημαντικές αλλά όχι μείζονες αιμορραγίες και οι θανατηφόρες αιμορραγίες. Οι ασθενείς αναλύθηκαν σε δύο υποομάδες, βάσει του κινδύνου εμφάνισης αρτηριακής εμβολής ή φλεβικής θρομβοεμβολής. Επιπλέον πραγματοποιήσαμε στατιστική παλινδρόμηση με στόχο την εκτίμηση της συσχέτισης της ηλικίας με την εμφάνιση του καταληκτικού σημείου.

Αποτελέσματα: Σε 4 κλινικές μελέτες με 20,440 ασθενείς η πιθανότητα εμφάνισης μείζονος αιμορραγίας σε ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο αρτηριακής εμβολής δε διέφερε μεταξύ αυτών που ελάμβαναν DOAC ή ασπιρίνη (OR: 1.52, 95%CI: 0.91 – 2.53), ενώ όταν στην ανάλυση συμπεριελήφθησαν ασθενείς με φλεβική θρομβοεμβολή παρατηρήθηκε μία τάση προς την εμφάνιση περισσότερων αιμορραγιών (OR:1.55, 95%CI:0.99-2.45) με σημαντική ετερογένεια μεταξύ των δύο υποομάδων. Η πιθανότητα εμφάνισης ενδοκράνιας αιμορραγίας ή αιμορραγίας γαστρεντερικού σε ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο αρτηριακής εμβολής, δε διέφερε μεταξύ αυτών που ελάμβαναν DOACs ή ασπιρίνη (OR: 1.39, 95%CI:0.62–3.14 και OR:1.27, 95%CI:

0.84 – 1.92 αντίστοιχα). Στο σύνολο των ασθενών της ανάλυσης οι κλινικά σημαντικές αλλα όχι μείζονες αιμορραγίες εμφανίστηκαν πιο συχνά σε ασθενείς υπο αγωγή με DOAC (OR: 1.42, 95%CI:1.18-1.70). Η πιθανότητα εμφάνισης θανατηφόρου αιμορραγίας δε διέφερε μεταξύ ασθενών υπο αγωγή με DOAC ή ασπιρίνη (OR: 0.76, 95%CI:0.24-2.45). Η ηλικία των ασθενών δεν επηρέασε την πιθανότητα εμφάνισης αιμορραγίας για τα καταληκτικά σημεία της ανάλυσης.

Συμπέρασμα: Η παρούσα ανάλυση δεν ανέδειξε σημαντική διαφορά στην εμφάνιση μειζόνων αιμορραγιών μεταξύ ασθενών που λαμβάνουν DOACs ή ασπιρίνη. Αυτά τα δεδομένα θα μπορούσαν να ενισχύσουν της συστάσεις ενάντια στη χρήση αντιαιμοπεταλιακών φαρμάκων σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή.

5. ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗΣ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗΣ STENT ΜΕ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΤΩΝ ΥΠΟΔΟΧΕΩΝ ΤΗΣ ΓΛΥΚΟΠΡΩΤΕΪΝΗΣ IIB/IIIA (ΤΙΡΟΦΙΜΠΑΝΗ) ΚΑΙ ΑΜΕΣΗΣ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΜΕΓΑΛΟ ΘΡΟΜΒΩΤΙΚΟ ΦΟΡΤΙΟ

Ξ. Σακελλαρίου, Γ. Κατσάνος, Α. Ευσταθόπουλος, Δ. Σφαιρόπουλος, Κ. Σταμάτης, Σ. Παππάς, Θ. Κωλέττης, Δ. Νίκας

Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων

Εισαγωγή και σκοπός: Οι ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο έχουν συνήθως ροή TIMI 3 μετά τη διενέργεια ενδαγγειακής αντιμετώπισης στο υπεύθυνο αγγείο. Παρόλα αυτά σε ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών παρατηρείται εμβολισμός της μικροκυκλοφορίας από θρομβωτικά υλικά. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει κατά πόσο μια αρχικά ελάχιστα παρεμβατική προσέγγιση με καθυστερημένη τοποθέτηση stent σε δεύτερο χρόνο και ταυτόχρονη ενδοφλέβια χορήγηση αναστολέων των υποδοχέων της γλυκοπρωτεΐνης IIB/IIIA (τιροφιμπάνη) είναι προτιμότερη από την άμεση ενδαγγειακή αντιμετώπιση σε πρώτο χρόνο χωρίς ταυτόχρονη χορήγηση τιροφιμπάνης σε ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο και μεγάλο θρομβωτικό φορτίο.

Υλικά και μέθοδοι: Είκοσι (20) προσεκτικά επιλεγμένοι ασθενείς με εικόνα οξέος στεφανιαίου συνδρόμου και μεγάλο θρομβωτικό φορτίο χωρίστηκαν σε δύο ομάδες αντιμετώπισης: καθυστερημένη τοποθέτηση stent ταυτόχρονα με χορήγηση τιροφιμπάνης ή άμεση ενδαγγειακή αντιμετώπιση. Μετά την αποκατάσταση ροής TIMI 3 στο υπεύθυνο αγγείο είτε αυτόματα είτε με μέσω μιας ελάχιστα παρεμβατικής προσέγγισης (balloon only angioplasty) και ο ασθενής ήταν κλινικά σταθερός, είτε θα διενεργούταν άμεσα αγγειοπλαστική με τοποθέτηση stent είτε θα ακολουθούταν η καθυστερημένη προσέγγιση με ταυτόχρονη χορήγηση τιροφιμπάνης, ανάλογα με την επιλογή του επεμβατικού καρδιολόγου.

Αποτελέσματα: Ο βαθμός της στένωσης στο ένοχο αγγείο μετά την αποκατάσταση της ροής και ακριβώς πριν την τοποθέτηση stent, ήταν σημαντικά χαμηλότερος στους ασθενείς με την καθυστερημένη προσέγγιση (77.5% (±16.9) έναντι 92.9% (±3.9), P=0.011). Αποκαταστάθηκε ροή TIMI 3 στο ένοχο αγγείο σε όλους τους ασθενείς και των δύο ομάδων και δεν παρατηρήθηκε κάποια σημαντική διαφορά στο βαθμό μυοκαρδιακής διάχυσης (myocardial blush grade 2.4±0.48 έναντι 2.7±0.52, p=0.196). Παρατηρήθηκε στατιστική τάση για λιγότερες περιφερικές εμβολές (0% έναντι 30%, p=0.06) και μειωμένη ανάγκη τοποθέτησης stent (70% έναντι 100%, p=0.06) στην ομάδα με την καθυστερημένη προσέγγιση και την ταυτόχρονη χορήγηση τιροφιμπάνης. Δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στις αιμορραγικές επιπλοκές και στην ανάγκη μεταγγίσεων μεταξύ των δύο ομάδων, χρησιμοποιώντας τα κριτήρια BARC (Bleeding Academic Research Consortium).

Συμπεράσματα: Η καθυστερημένη τοποθέτηση stent σε δεύτερο χρόνο με ταυτόχρονη χορήγηση τιροφιμπάνης δεν οδήγησε στη βελτίωση της μυοκαρδιακής-μικροκυκλοφορίας. Ωστόσο, τα χαμηλότερα ποσοστά περιφερικών εμβολών μαζί την ελαττωμένη συχνότητα τοποθέτησης stent, χωρίς να αυξάνονται οι αιμορραγικές εκδηλώσεις, μπορεί να οδηγήσει στη χρησιμοποίηση της προσέγγισης αυτής σε συγκεκριμένες ομάδες ασθενών με υψηλό θρομβωτικό φορτίο και αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση περιφερικών εμβολικών φαινομένων.

6. ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΨΗΛΟΥ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Σ. Μαντζούκης[1], Μ. Γερασίμου[2], Ε. Παππά[1], Κ. Μπάκας

[1]Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ιωαννίνων Γ. Χατζηκώστα, Ιωάννινα, [2]Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ιωαννίνων Γ. Χατζηκώστα, Ιωάννινα, [3]Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν. Ιωαννίνων Γ. Χατζηκώστα, Ιωάννινα

Εισαγωγή: Η διαχείριση της αντιπηκτικής αγωγής αποτελεί μείζον πρόβλημα σε ασθενείς με αιμορραγικές εκδηλώσεις ιδίως στην οξεία φάση και σε ασθενείς με πολλές συννοσηρότητες.

Σκοπός: Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού όπου οι ισορροπίες κατά τη διαχείριση του αιμοραγικού-θρομβωτικού κινδύνου ήταν πολύ λεπτές και οι ιατρικές αποφάσεις εξαιρετικά δύσκολες.

Υλικά – Μέθοδοι: Ασθενής 88 ετών με ιστορικό στεφανιαίας νόσου (αθηρωματική πλάκα στον πρόσθιο κατιόντα κλάδο της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας), μόνιμης κολπικής μαρμαρυγής υπό ασενοκουμαρόλη (με μη θεραπευτικό INR) και χειρουργηθείσας στένωσης αορτικής βαλβίδας και αντικατάσταση αυτής με βιολογική, που εισήχθη στην καρδιολογική μονάδα λόγω ισχαιμικών ηλεκτροκαρδιογραφικών αλλοιώσεων.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λόγω αναφερόμενων μέλαινων κενώσεων από 4ημέρου και αδυναμίας. Λόγω ισχαιμικών ηλεκτροκαρδιογραφικών αλλοιώσεων εισήχθη στην καρδιολογική μονάδα όπου και μεταγγίστηκε με 2 μονάδες συμπυκνωμένων ερυθρών καθώς η αιμοσφαιρίνη εισαγωγής ήταν 5,9. Η προσπάθεια γαστροσκόπησης ήταν ανεπιτυχής λόγω γαστρικού περιεχομένου που δεν αναρροφούνταν από το γαστροσκόπιο. Μετά την αιμοδυναμική σταθεροποίηση του ασθενή και την υποχώρηση των ηλεκτροκαρδιογραφικών αλλοιώσεων, ο ασθενής ετέθη σε ενδοφλέβια στάγδην ηπαρίνη. Η ηπαρίνη διεκόπη 4 ώρες προ της νέας γαστροσκόπησης την επόμενη ημέρα. Η γαστροσκόπηση ανέδειξε εικόνα Dieulafoy με ενεργό αιμορραγία. Πλήρης αιμόσταση επιτεύχθηκε μετά από έγχυση αδρεναλίνης. Έγινε χειρουργική εκτίμηση με σύσταση για παρακολούθηση του ασθενή και ενώ ο ασθενής βρίσκονταν υπό κλασική ηπαρίνη 3 ημέρες αργότερα παρουσίασε επιδείνωση της κλινικής και ενδοσκοπικής του εικόνας (Πιθανή ισχαιμία στον στόμαχο). Η CT αγγειογραφία ανέδειξε εικόνα εμβολής στην άνω μεσεντέρια αρτηρία. Ο ασθενής παρουσίασε επιδείνωση της γενικής του κατάστασης με εικόνα σηπτικής καταπληξίας και κατέληξε ένα 24ωρο αργότερα.

Συμπεράσματα: Η διαχείριση του αιμορραγικού/θρομβωτικού κινδύνου είναι αρκετές φορές δύσκολη όπως καταδεικνύεται και από το συγκεκριμένο περιστατικό. Παρά τη διαχείριση του περιστατικού με βάση της κατευθυντήριες οδηγίες, δυστυχώς δεν αποφεύχθηκε η μοιραία κατάληξη. Προφανώς υπάρχουν ακόμα πολλά στην παθοφυσιολογία της θρόμβωσης/εμβολής που απομένει να εξηγηθούν.

7. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΛΟΓΩ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΗΣ ΔΙΠΛΗΣ ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΕΝΔΟΠΡΟΘΕΣΗ

Μ. Νταλούκα[1], Κ. Σταμούλης[1], Φ. Αγγελής[2], Ε. Στέρτσου[1], Δ. Βαριάδης[1], Θ. Καραχάλιος[2], Ε. Αρναούτογλου[1]

[1]Αναισθησιολογική Κλινική, [2]Κλινική Ορθοπεδικής Χειρουργικής και Τραύματος, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Εισαγωγή: Η εξατομικευμένη διαχείριση των ασθενών που λαμβάνουν διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή περιεπεμβατικά από ομάδα ειδικών στην θρόμβωση και την αντιθρομβωτική αγωγή καθώς και η ενημέρωση των ασθενών και η έγγραφη συγκατάθεση για τον περιεπεμβατικό κίνδυνο κρίνονται απαραίτητες.

Σκοπός: Η περιγραφή της διαχείρισης ασθενή με στεφανιαία ενδοπρόθεση, ο οποίος μετεγχειρητικά εμφάνισε οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, λόγω διακοπής της διπλής αντιαιμοπεταλιακής αγωγής περιεπεμβατικά.

Υλικά και Μέθοδοι: Άνδρας ηλικίας 73 ετών με στεφανιαία νόσο και ενδοπρόθεση νέας γενιάς στον αριστερό πρόσθιο κατιόντα επί οξέος εμφράγματος από τετραετίας, προσήλθε για ολική αρθροπλαστική γόνατος. Από το ατομικό αναμνηστικό διαπιστώθηκαν επιπλέον αρτηριακή υπέρταση και γαστροοισοφαγική παλίνδρομη νόσος. Ο ασθενής ελάμβανε διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή, ασπιρίνη 100mg και κλοπιδογρέλη 75mg, η οποία είχε διακοπεί από πενταημέρου, λόγω του αυξημένου αιμορραγικού κινδύνου της επέμβασης.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής υποβλήθηκε σε ολική αρθροπλαστική γόνατος υπό υπαραχνοειδή αναισθησία. Δώδεκα ώρες μετά την επέμβαση ξεκίνησε η χορήγηση ηπαρίνης μικρού μοριακού βάρους (ΗΜΜΒ) σε προφυλακτική δόση, μία φορά ημερησίως. Την τρίτη μετεγχειρητική ημέρα εμφάνισε συμπτώματα συμβατά με πρόσθιο έμφραγμα του μυοκαρδίου. Ο ασθενής μεταφέρθηκε στη Στεφανιαία Μονάδα, όπου επιβεβαιώθηκε η διάγνωση του προσθίου-διαφραγματικού εμφράγματος, έγινε φόρτιση με ασπιρίνη και κλοπιδογρέλη και θρομβόλυση με τενεκτεπλάση. Ο στεφανιογραφικός έλεγχος ανέδειξε στεφανιαία νόσο τριών αγγείων. Το επόμενο εικοσιτετράωρο ξεκίνησε η χορήγηση διπλής αντιαιμοπεταλιακής αγωγής. Ο ασθενής μεταφέρθηκε στην ορθοπεδική κλινική, 3 ημέρες αργότερα, όπου διαπιστώθηκε η ανάπτυξη αιματώματος στο χειρουργηθέν άκρο και αποφασίστηκε η αντικατάσταση της αντιαιμοπεταλιακής αγωγής με ΗΜΜΒ. Τέσσερις ημέρες αργότερα η αιμόσταση κρίθηκε επαρκής και ξεκίνησε εκ νέου η χορήγηση της διπλής αντιαιμοπεταλιακής αγωγής. Η λοιπή περιεπεμβατική πορεία του ασθενή υπήρξε ομαλή και ο ασθενής εξήλθε 10 ημέρες αργότερα.

Συμπεράσματα: Η εξατομικευμένη διαχείριση των ασθενών που λαμβάνουν διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή περιεπεμβατικά από ομάδα ειδικών στη θρόμβωση και την αντιθρομβωτική αγωγή καθώς και η ενημέρωση των ασθενών και η έγγραφη συγκατάθεση για τον περιεπεμβατικό κίνδυνο κρίνονται απαραίτητες κατά τη διαχείριση των ασθενών που υποβάλλονται σε μείζονες επεμβάσεις.

8. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΘΩΡΑΚΙΚΗΣ ΕΞΟΔΟΥ (ΣΘΕ) ΣΕ ΤΡΙΑ ΠΑΙΔΙΑ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ

Α. Δεττοράκη[1], Δ. Μάρας[2], Α. Μιχαλοπούλου[1], Γ. Χαραλαμπόπουλος[3], Λ. Λυκοπούλου[4], Ν. Λιάσης[3], Ε. Περγάντου[1]

[1]Μονάδα Αιμορραγικών Διαθέσεων/Κέντρο Αιμορροφιλίας Παιδιών/Εφήβων και Μονάδα Αιμόστασης και Θρόμβωσης, Γ.Ν. Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα, [2]Αγγειοχειρουργική Κλινική, Γ.Ν. «Ερυθρός Σταυρός», Αθήνα, [3]Affidea Ευρωιατρική, Διαγνωστικό Κέντρο, Αθήνα, [4]Α' Παιδιατρική Κλινική Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Γ.Ν. Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

Εισαγωγή: Το ΣΘΕ υποδιαγιγνώσκεται σε παιδιά/εφήβους και η θεραπεία του είναι αμφιλεγόμενη.

Σκοπός: Περιγραφή περιπτώσεων ΣΘΕ που παρακολουθούνται σε ένα κέντρο αναφοράς διαταραχών της αιμόστασης για παιδιά/εφήβους.

Υλικό-Μέθοδοι: Τρία παιδιά/έφηβοι με ΣΘΕ που παραπέμφθηκαν την περίοδο 2018-2020.

Αποτελέσματα: 1) Σε ένα 14χρονο κορίτσι με αιφνίδιο άλγος αριστερού άνω άκρου διαπιστώθηκε θρόμβωση αριστερής υποκλείδιας φλέβας. Οι δυναμικές δοκιμασίες αποκάλυψαν επιπλέον έλλειμμα πλήρωσης και στις δύο υποκλείδιες φλέβες λόγω επιμηκυμένης εγκάρσιας απόφυσης του 7ου αυχενικού σπονδύλου που πίεζε το βραχιόνιο πλέγμα, θέτοντας τη διάγνωση του ΣΘΕ. Έλεγχος θρομβοφιλίας: ετεροζυγωτία FV Leiden, ομοζυγωτία στον πολυμορφισμό MTHFRC677T και ανεπάρκεια πρωτεΐνης S. Δεκαεννέα μήνες αργότερα η ασθενής βρίσκεται ακόμη υπό αντιπηκτική αγωγή και το triplex φλεβών άνω άκρων ήδη από τους 5 μήνες αγωγής είχε δείξει μερική επανασηραγγοποίηση της δεξιάς υποκλείδιας φλέβας. 2) Οκτώ μήνες μετά τη διάγνωση, εμφανίστηκε δεύτερη περίπτωση ΣΘΕ: ένα 13χρονο κορίτσι δεξιόχειρας (πρωταθλήτρια κολύμβησης) που προσήλθε λόγω αιφνίδιου οιδήματος και άλγους δεξιού βραχίονα. Λόγω αυξημένης εγρήγορσης, έγινε άμεσα triplex και διαπιστώθηκε θρόμβωση δεξιάς υποκλείδιας φλέβας. Με τις δυναμικές δοκιμασίες φάνηκε έλλειμμα και στις δύο υποκλείδιες φλέβες. Έλεγχος θρομβοφιλίας: ετεροζυγωτία MTHFRC677T και οριακή ανεπάρκεια πρωτεΐνης S. Το παιδί λαμβάνει αντιπηκτική από 9μήνου με ύφεση των συμπτωμάτων. 3) Δύο μήνες αργότερα παρουσιάστηκε τρίτη περίπτωση ΣΘΕ: ένα 8χρονο κορίτσι που ήταν ήδη υπό αντιπηκτική από 6μήνου λόγω θρόμβωσης φλεβωδών κόλπων εγκεφάλου μετά από ερπητική ουλοστοματίτιδα. Λόγω προοδευτικής εμφάνισης οιδήματος και άλγους αριστερού άνω άκρου, έγινε triplex, όπου ανέδειξε πλήρη διακοπή της ροής της αριστερής υποκλείδιας φλέβας κατά την απαγωγή και την έξω στροφή του άκρου. Είχε ήδη γίνει έλεγχος θρομβοφιλίας: ομοζυγωτία MTHFRC677T. Λαμβάνει αντιπηκτική αγωγή, συνολικά από 13μήνου χωρίς συμπτώματα.

Συμπεράσματα: Η αναγνώριση του ΣΘΕ σε παιδιά/εφήβους είναι περίπλοκη. Όμως οι παιδίατροι οφείλουν να το συμπεριλαμβάνουν στη διαφορική διάγνωση περιπτώσεων με άλγος/οίδημα άνω άκρου χωρίς να υποεκτιμώνται αυτά τα συμπτώματα.

9. THE ROLE OF DIRECT ORAL ANTICOAGULANTS IN THE PREVENTION OF POST THROMBOTIC SYNDROME

C. Karathanos, P. Nana, K. Batzalexis, K. Spanos, M. Matsagkas, A. Giannoukas
Department of Vascular Surgery, University Hospital of Larissa, Faculty of Medicine, University of Thessaly, Larissa, Greece

Introduction: Post- thrombotic syndrome (PTS) is a common complication after deep vein thrombosis (DVT) of the lower limbs affecting patient's quality of life. While anticoagulation is the standard treatment of DVT, the role of oral anticoagulants in PTS prevention is still controversial.
Aim: To present existing evidence of different oral anticoagulation modalities for the treatment of DVT leading to the risk reduction of PTS.
Methods and Materials: A systematic review of the literature was undertaken searching in MEDLINE, CENTRAL, and Cochrane databases including studies reporting oral anticoagulation for prevention of PTS after acute episode of DVT.
Results: A total of 59.199 patients (in 8 studies, 6 retrospective and 2 randomized controlled studies) received treatment with oral anticoagulation and followed up for the development of PTS. In all studies rivaroxaban was compared to initial LMWH and treatment continued with warfarin. Among patients, 19.840 received rivaroxaban and 39.377, warfarin. The mean age of the patients was 56.5±7 years old (56.6 for rivaroxaban vs 57.8 for warfarin) and 48.4% were females. Mean duration of anticoagulation was comparable between treatments groups (6 months for rivaroxaban vs 7.8 months for warfarin). The mean follow up of patients was 33.5 months (range 12-61 months). The incidence of PTS was higher in warfarin group compared to rivaroxaban group (44.6% vs 28.9%) (p=<0.001). In addition patients treated with warfarin developed more severe PTS compared to patients treated with rivaroxaban (6.4% vs 3.7%) (p=0.024). Overall 11% of the patients treated with rivaroxaban and 12% of the patients treated with warfarin developed recurrent VTE event (p=0.32).
Conclusions: In conclusion, our study shows that treatment with rivaroxaban after acute DVT was associated with reduced rates of PTS compared to warfarin during mid-term follow up. Patients being treated with warfarin developed more severe PTS compared to patients treated with rivaroxaban.

10. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΠΟΥ ΧΕΙΡΙΖΟΝΤΑΙ ΠΕΡΙΕΠΕΜΒΑΤΙΚΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Μ. Νταλούκα[1], Μ. Μπαρέκα[1], Φ. Αγγελής[2], Κ. Κολώνια[1], Δ. Παπασπύρου[1], Α. Κουτάλος[2], Ε. Αρναούτογλου[1]

[1]Αναισθησιολογική Κλινική, [2]Κλινική Ορθοπεδικής Χειρουργικής και Τραύματος, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Εισαγωγή: Η εξατομικευμένη προσέγγιση, η συνεργασία της Ιατρικής ομάδας και η συμμόρφωση του ασθενή κρίνονται απαραίτητες για τη βέλτιστη περιπεμβατική διαχείριση των γηριατρικών ασθενών που λαμβάνουν αντιθρομβωτική αγωγή.

Σκοπός: Η περιγραφή της διαχείρισης ασθενή με κολπική μαρμαρυγή που υποβλήθηκε σε ανάστροφη ολική αρθροπλαστική αριστερού ώμου και μετεγχειρητικά εμφάνισε ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό.

Υλικά και Μέθοδοι: Γυναίκα ηλικίας 88 ετών προσήλθε για ανάστροφη ολική αρθροπλαστική αριστερού ώμου λόγω σοβαρού βαθμού αρθρίτιδας και ψευδοπαράλυσης. Από το ατομικό αναμνηστικό διαπιστώθηκαν νόσος Parkinson, κολπική μαρμαρυγή (βηματοδότης), υποθυρεοειδισμός, αρτηριακή υπέρταση και χρόνια νεφρική νόσος υπό αιμοκάθαρση. Λόγω του μειωμένου σωματικού βάρους (37 κιλά) και της νεφρικής κάθαρσης, στην οποία υποβάλλονταν η ασθενής δύο φορές ανά εβδομάδα, δεν ελάμβανε επιπλέον αντιπηκτικά για την κολπική μαρμαρυγή, καθώς ρυθμιζόταν με την ηπαρίνη που χορηγούνταν κατά τη νεφρική κάθαρση.

Αποτελέσματα: Η ασθενής, μετά από νεφρική κάθαρση την προηγούμενη ημέρα, υποβλήθηκε σε ανάστροφη ολική αρθροπλαστική αριστερού ώμου με υπερκλείδιο αποκλεισμό και η άμεση μετεγχειρητική της πορεία υπήρξε ομαλή. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της αρνήθηκε να υποβληθεί σε θεραπεία νεφρικής κάθαρσης, ενώ δεν ελάμβανε θρομβοπροφύλαξη. Εξήλθε την 5η μετεγχειρητική ημέρα, χωρίς επιπλοκές και χωρίς συνταγογράφηση για θρομβοπροφύλαξη, καθώς δόθηκαν οδηγίες να υποβληθεί άμεσα σε αιμοκάθαρση μετά από συνεννόηση με τον θεράποντα νεφρολόγο και καρδιολόγο. Παρά τις συνεχείς και πιεστικές παραινέσεις του θεράποντα νεφρολόγου και καρδιολόγου η ασθενής αρνήθηκε εκ νέου να υποβληθεί σε θεραπεία νεφρικής αποκατάστασης. Τη 12η μετεγχειρητική ημέρα εμφάνισε ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο, λόγω του οποίου τελικά κατέληξε τα επόμενα εικοσιτετράωρα.

Συμπεράσματα: Η εξατομικευμένη προσέγγιση, η επικοινωνία και η συνεργασία των μελών της Ιατρικής ομάδας περιπεμβατικά κρίνονται αναγκαίες για τη βέλτιστη διαχείριση των γηριατρικών ασθενών που λαμβάνουν αντιθρομβωτική αγωγή.

11. ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΟΨΙΜΩΝ ΥΠΟΤΡΟΠΩΝ ΦΛΕΒΙΚΗΣ ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΙΠΟΛΗΣ ΦΛΕΒΙΚΗ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΤΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ

Κ. Νικολακόπουλος, Χ. Παπαγεωργοπούλου, Σ. Κάκκος, Ι. Ντούβας, Σ. Παπαδούλας, Α. Κουρή, Π. Τσαντρίζος
Αγγειοχειρουργική Κλινική, Π.Γ.Ν. Πατρών, Πάτρα, Πάτρα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η επιπολής φλεβική θρόμβωση (SVT) των κάτω άκρων συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο υποτροπής της φλεβικής θρομβοεμβολικής νόσου (VTE), ενώ οι παράγοντες κινδύνου και η συχνότητα εμφάνισης όψιμων φλεβικών θρομβοεμβολικών επεισοδίων εντός πενταετίας είναι άγνωστες.

ΣΚΟΠΟΣ: Η ταυτοποίηση των παραγόντων κινδύνου και της συχνότητας των υποτρόπων σε ασθενείς με επιπολής φλεβικής θρόμβωση μετά τους τρεις πρώτους μήνες.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενείς με SVT, κατόπιν συναίνεσης, αντιμετωπίσθηκαν με τινζαπαρίνη (Innohep™, LEOPharma, Δανία) για έως και τρεις μήνες. Οι ασθενείς με μήκος θρόμβωσης μικρότερο από 5cm στο έγχρωμο duplex υπερηχογράφημα ή με θρόμβωση έως τη σαφηνομηριαία συμβολή αποκλείστηκαν. Το πρωταρχικό καταληκτικό σημείο αυτής της προοπτικής μελέτης ήταν η υποτροπή της VTE, δηλαδή η κλινικά εμφανής υποτροπή SVT, η εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση και η πνευμονική εμβολή, μετά από τρεις μήνες. Τα δημογραφικά στοιχεία καθώς και οι κλινικο-εργαστηριακοί παράμετροι καταγράφηκαν.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά 147 ασθενείς συμμετείχαν στη μελέτη. Σημειώθηκαν δύο θάνατοι από VTE κατά τη διάρκεια των πρώτων τριών μηνών. Οι υπόλοιποι 145 ασθενείς παρακολουθήθηκαν για μέγιστο χρονικό διάστημα πέντε ετών, με 19 επεισόδια υποτροπιάζουσας VTE σε 13 από τους 145 ασθενείς (9%), συμπεριλαμβανομένων 15 περιστατικών υποτροπής της SVT, τριών περιστατικών εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης και ενός περιστατικού πνευμονικής εμβολής. Αρκετοί παράγοντες κινδύνου συσχετίζονται με την υποτροπή της VTE κατά τη διάρκεια της πενταετούς περιόδου παρακολούθησης (Πίνακας, $p \leq 0.20$, multi variable Cox regression analysis). Μόνο το ερύθημα ύπερθεν της περιοχή της θρόμβωσης στις δύο πρώτες εβδομάδες και η ανάπτυξη της VTE κατά τη διάρκεια των τριών πρώτων μηνών είναι ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες της υποτροπιάζουσας VTE κατά τη διάρκεια μακροχρόνιας παρακολούθησης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο κίνδυνος υποτροπής της VTE σε ασθενείς με SVT παραμένει για αρκετά χρόνια μετά το πρώτο επεισόδιο. Το ερύθημα και η πρώιμη VTE αναγνωρίζονται ως ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου, καθώς φαίνεται να αντιπροσωπεύουν προφλεγμονώδεις και προθρομβωτικές καταστάσεις, αντίστοιχα.

12. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΚΑΙ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΕ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑ ΜΕ ΔΙΑΤΡΟΧΑΝΤΗΡΙΟ ΚΑΤΑΓΜΑ

Μ. Νταλούκα[1], Ε. Στέρτσου[1], Φ. Αγγελής[2], Ν. Νταλαρίζου[1], Η. Καρβούνης[1], Γ. Χαλάτσης[2], Ε. Αρναούτογλου[1]

[1]Αναισθησιολογική Κλινική, [2]Κλινική Ορθοπεδικής Χειρουργικής και Τραύματος, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Εισαγωγή: Ο κίνδυνος για αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο διπλασιάζεται στους ασθενείς με κατάγματα ισχίου και παραμένει υψηλός έως και 10 έτη μετά. Στους ασθενείς που το κάταγμα αντιμετωπίζεται χειρουργικά η επίπτωση υπολογίζεται στο 4%.

Σκοπός: Η περιγραφή της περίπτωσης ασθενή που υποβλήθηκε σε ήλωση διατροχαντηρίου κατάγματος και εμφάνισε ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό και αιμορραγία ανώτερου πεπτικού μετεγχειρητικά.

Υλικά και Μέθοδοι: Γυναίκα ηλικίας 92 ετών, 45 κιλών, προσήλθε με διατροχαντήριο κάταγμα λόγω πτώσης εξ' ιδίου ύψους. Από το ατομικό αναμνηστικό διαπιστώθηκαν σακχαρώδης διαβήτης, αρτηριακή υπέρταση και υποθυρεοειδισμός. Κατά την εισαγωγή της στο νοσοκομείο ξεκίνησε η χορήγηση ηπαρίνης μικρού μοριακού βάρους (ΗΜΜΒ), δαλτεπαρίνη, σε προφυλακτική δόση (2500 μονάδες).

Αποτελέσματα: Η ασθενής υποβλήθηκε σε ήλωση δεξιού μηριαίου με υπαραχνοειδή αναισθησία και λόγω μη επαρκούς αιμόστασης δεν έλαβε θρομβοπροφύλαξη μετεγχειρητικά. Τη 2η μετεγχειρητική ημέρα εμφάνισε αριστερή πυραμιδική συνδρομή, δυσαρθρία και πτώση του επιπέδου συνείδησης. Διεκομίσθηκε στην παθολογική κλινική όπου διαπιστώθηκε εκτεταμένη ισχαιμική αλλοίωση δεξιά κρόταφο-βρέγματο-ινιακά (αξονική εγκεφάλου). Στο ηλεκτροκαρδιογράφημα δεν αναδείχθηκαν παθολογικά ευρήματα. Πραγματοποιήθηκε επίσης, tripplex καρωτίδων και σπονδυλικών αρτηριών το οποίο ανέδειξε αθηρωματικές αλλοιώσεις με μέγιστη στένωση 55% και ξεκίνησε η χορήγηση ΗΜΜΒ (προφυλακτική δόση) και αντιαιμοπεταλιακής αγωγής (τριφουζάλης). Λόγω αιμορραγίας του ανώτερου πεπτικού τη 10η ημέρα νοσηλείας διακόπηκε η τριφουζάλη και διατηρήθηκε η ΗΜΜΒ. Η ασθενής εξήλθε 15 ημέρες αργότερα με βελτίωση της δυσαρθρίας, εμμένουσα αριστερή πυραμιδική συνδρομή και οδηγίες για συνέχιση της αγωγής με ΗΜΜΒ. Σε διάστημα ενός μήνα προσήλθε εκ νέου με έκπτωση μυϊκής ισχύς στο δεξιό άνω άκρο και διαγνώσθηκε με νέο ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό. Αποφασίστηκε η έναρξη αντιαιμοπεταλιακής αγωγής (τριφουζάλη) και η ασθενής εξήλθε δύο εβδομάδες αργότερα.

Συμπεράσματα: Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο έχει αναγνωριστεί ως μία πολύ σοβαρή επιπλοκή στους ασθενείς με κάταγμα ισχίου. Η ενημέρωση και η έγγραφη συγκατάθεση των ασθενών για τον περιεπεμβατικό κίνδυνο κρίνονται αναγκαίες.

13 ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ STEMI ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ ΤΟΥ ΚΟΡΟΝΟΪΟΥ-19: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Χρ. Μαντής, Εμ. Παπαδάκης, Κ. Κιντής, Αθ. Αναδιώτης, Σ. Πατσιλινάκος
Καρδιολογική κλινική, Κωνσταντοπούλειο Γ.Ν. Νέας Ιωνίας

Εισαγωγή-Σκοπός: Η πανδημία της νόσου του κορονοϊού 2019 (COVID-19) είναι μια τρέχουσα πανδημία που προκλήθηκε από τον κορονοϊό SARS-CoV-2 και προκάλεσε πολλές αλλαγές στο τρόπο λειτουργίας των Νοσοκομείων της χώρας, αλλά και του πληθυσμού ασθενών που προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο. Σκοπός της εργασίας είναι να αποτυπωθούν οι διαφορές αυτές στο πληθυσμό ασθενών με STEMI που υποβάλλονται σε πρωτογενή αγγειοπλαστική.

Υλικά-Μέθοδος: Μελετήθηκαν οι ασθενείς με STEMI που υποβλήθηκαν σε πρωτογενή αγγειοπλαστική στο Νοσοκομείο μας κατά την περίοδο Μάρτιος 2020 έως και Ιούνιος 2020 και συγκρίθηκαν τα χαρακτηριστικά τους, ο χρόνος προσέλευσης,η αντιμετώπιση και η έκβαση τους σε σύγκριση με τους αντίστοιχους ασθενείς της περιόδου Μάρτιος-Ιούνιος 2019.

Αποτελέσματα: Κατά την περίοδο της πανδημίας 2020 πραγματοποιηθήκαν 53 πρωτογενείς αγγειοπλαστικές (85% άνδρες), ενώ ο αντίστοιχος αριθμός για το 2019 ήταν 47 (81% άνδρες). Μέση ηλικία των ασθενών για το 2020 ήταν τα 60±13 ετή (2019: 62±13 έτη, p=0.5), ενώ ο μέσος χρόνος προσέλευσης από την έναρξη των συμπτωμάτων για το 2020 ήταν 368±833 λεπτά (2019: 245±398 λεπτά, p=0.3). Διαφορά υπήρχε επίσης και στο χρόνο door-to-balloon, καθώς για το 2020 ήταν 25±9 λεπτά (2019: 34±20 λεπτά, p=0.002). Στο πίνακα 1 (επισυνάπτεται) φαίνονται τα διάφορα χαρακτηριστικά των ασθενών και στοιχεία από την επέμβαση, όπου διαπιστώνεται πως την εποχή της πανδημίας υπάρχει υπεροχή των καπνιστών και κλινικά βαρέων περιστατικών (πολυαγγειακή νόσος, εμφάνιση καρδιακής ανεπάρκειας/καρδιογενούς καταπληξίας). Στο πίνακα 2 (επισυνάπτεται) φαίνονται η ενδονοσοκομειακή και η 30ήμερη έκβαση των ασθενών όπου διαπιστώνεται οριακή αύξηση της ενδονοσοκομειακής θνητότητας, ανάγκης διασωλήνωσης και διάρκειας νοσηλείας την εποχή της πανδημίας σε σύγκριση με τα δεδομένα του 2019 καθώς και της 30ήμερης επείγουσας επαναιμάτωσης.

Συμπέρασμα: Κατά την εποχή της πανδημίας COVID-19 στο κέντρο μας δεν παρατηρήθηκε διαφορά στον αριθμό των ασθενών με STEMI που οδηγήθηκαν σε πρωτογενή αγγειοπλαστική. Παρατηρήθηκε ωστόσο καθυστερημένη αναζήτηση βοήθειας των ασθενών με STEMI που είχε ως συνέπεια αυξημένη βαρύτητα των περιστατικών και αύξηση των επιπλοκών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

		Μάρτιος-Ιούνιος 2020 (n=53)	Μάρτιος-Ιούνιος 2019 (n=47)	p
Άνδρες		85%	81%	0.6
Σακχ. Διαβήτης		43%	32%	0.1
Αρτ. Υπέρταση		53%	53%	0.9
Υπερλιπιδαιμιά		91%	83%	0.3
Κληρονομικότητα		36%	30%	0.5
Προηγούμενο STEMI		6%	9%	0.6
Προηγούμενη PCI		9%	15%	0.4
CABG		4%	4%	0.9
Χρ. Νεφρική Νόσος		13%	9%	0.4
Κάπνισμα		77%	55%	**0.03**
Εξωνοσοκομειακή ανακοπή		4%	2%	0.6
Καρδιογενές Σοκ		6%	0%	0.09
Καρδιακή Ανεπάρκεια		25%	11%	0.07
Rescue PCI		4%	6%	0.6
Κερκιδική προσπέλαση		94%	98%	0.6
Ένοχο αγγείο	LAD	40%	38%	ns
	Cx	19%	26%	
	RCA	32%	32%	
	LM	8%	4%	
	Μόσχευμα	2%	0%	
Χρήση IIb/IIIa αναστολέα		34%	28%	0.4
Θρομβεκρομή/Θρομβοαναρρόφηση		8%	6%	0.9
Νόσος >1 αγγείου		72%	51%	0.04

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

	Μάρτιος-Ιούνιος 2020 (n=53)	Μάρτιος-Ιούνιος 2019 (n=47)	p
Ενδονοσοκομειακή θνητότητα	4%	0%	0.1
Ενδονοσοκομειακή θρόμβωση stent	0%	2%	0.3
Ενδονοσοκομειακή σοβαρή αιμορραγία	8%	9%	0.8
Ενδονοσοκομειακή οξεία καρδιακή ανεπάρκεια	13%	11%	0.6
Ενδονοσοκομειακή ανάγκη διασωλήνωσης	8%	2%	0.2
Ημέρες νοσηλείας	9 (±8)	6 (±3)	0.1
Θνητότητα 30 ημερών	0%	0%	
Σοβαρή αιμορραγία 30 ημερών	4%	6%	0.6
Οξεία καρδιακή ανεπάρκεια 30 ημερών	4%	2%	0.6
Ανάγκη επείγουσας επαναιμάτωσης 30 ημερών	14%	6%	0.2

14. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΣΕ ΑΤΟΜΟ ΝΕΑΡΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Κ. Μπάκας[1], Μ. Γερασίμου[2], Ε. Κοσμά[1], Ο. Υγροπούλου[1], Δ. Λεπίδα[1], Δ. Ρίζος[1], Ο. Μουσαφίρη[1], Σ. Μαντζούκης[3]

[1]Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν. Ιωαννίνων Γ. Χατζηκώστα, Ιωάννινα, [2]Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ιωαννίνων Γ. Χατζηκώστα, Ιωάννινα, [3]Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ιωαννίνων Γ. Χατζηκώστα, Ιωάννινα

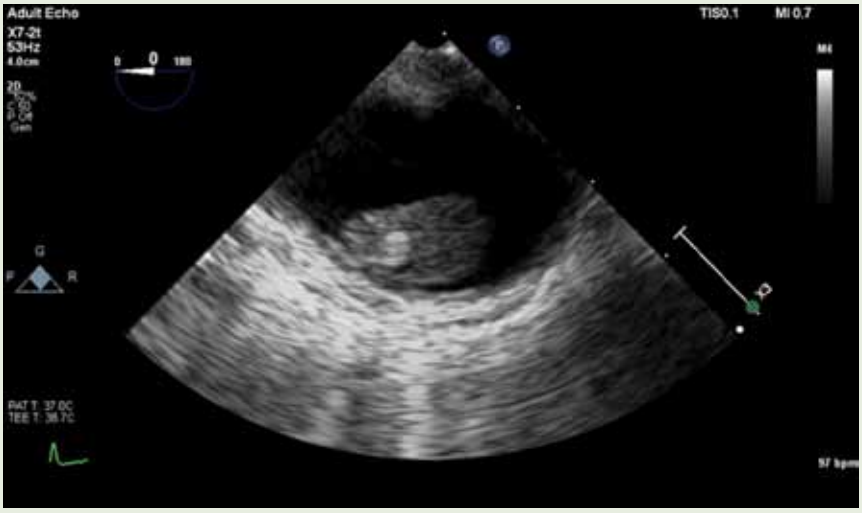
Εισαγωγή: Η εμφάνιση αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων σε άτομα νεαρής ηλικίας έχει σημαντικές συνέπειες τόσο σε ατομικό επίπεδο για τον ασθενή όσο και σε οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο.

Σκοπός: Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου σε νεαρή γυναικά και η ενδελεχής διερεύνηση της αιτίας αυτού.

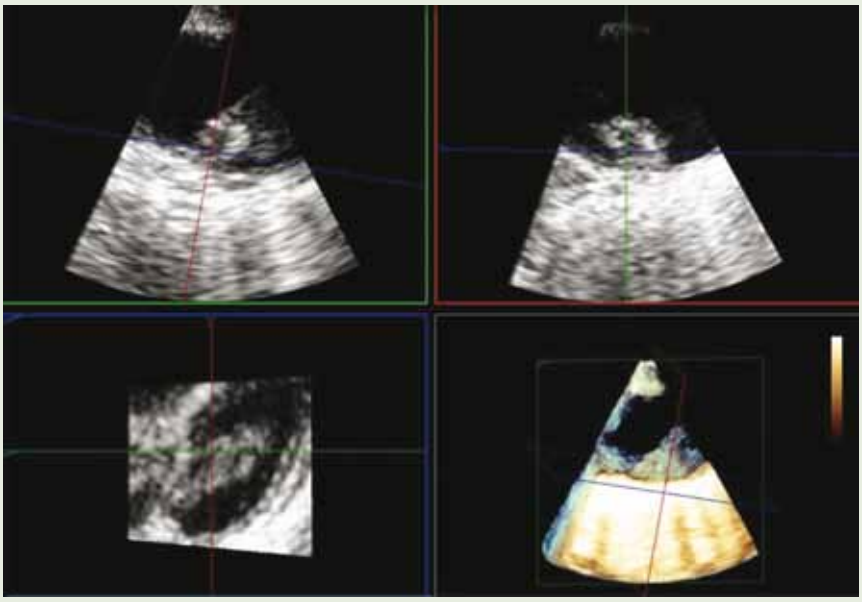
Υλικά – Μέθοδοι: Ασθενής καπνίστρια 39 ετών με μεταβολικό σύνδρομο που προσεκομίσθη στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών περιφερειακού νοσοκομείου με σύγχυση.

Αποτελέσματα: Η ασθενής υπεβλήθη σε αξονική τομογραφία εγκεφάλου χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα. Ακολούθως παρουσίασε έκπτωση επιπέδου συνείδησης, διασωληνώθηκε και μεταφέρθηκε στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Γενικού Νοσοκομείου 'Γ. Χατζηκώστα'. Την επομένη υπεβλήθη σε μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου με ευρήματα συμβατά με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο στην παρεγκεφαλίδα και στον ινιακό λοβό. Διενεργήθηκε άμεσα διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα που ανέδειξε ευμεγέθη και ευκίνητο θρόμβο στην ανιούσα αορτή που αποδόθηκε στο ιστορικό της ασθενούς (κάπνισμα και μεταβολικό σύνδρομο) (Εικόνα 1 και 2). Η ασθενής ετέθη άμεσα σε μη κλασματοποιημένη ηπαρίνη. Ο έλεγχος θρομβοφιλίας δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα. Διενεργήθηκε επαναληπτικό διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα σε 7 ημέρες με εξαφάνιση του θρόμβου. Η ασθενής αποσωληνώθηκε επιτυχώς και μεταφέρθηκε σε νευρολογική κλινική προς αποκατάσταση.

Συμπεράσματα: Η εμφάνιση αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου σε νεαρά άτομα χρήζει ενδελεχούς διερεύνησης (εργαστηριακής και απεικονιστικής) προς αποκάλυψη της ακριβούς αιτίας αυτού. Η ύπαρξη παραγόντων κινδύνου στο ιστορικό των ασθενών (όπως το μεταβολικό σύνδρομο) είναι ιδιαίτερα σημαντική. Το συγκεκριμένο περιστατικό αναδεικνύει τον σημαντικό ρόλο της διοισοφάγειας υπερηχοκαρδιογραφίας στη διερεύνηση των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων.



Εικόνα 1. Διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα: Θρόμβος στην ανιούσα αορτή.



Εικόνα 2. 3D Διοισοφάγεια υπερηχοκαρδιογραφική απεικόνιση θρόμβου ανιούσας αορτής.

Ευχαριστίες

Η Οργανωτική Επιτροπή του Συνεδρίου ευχαριστεί θερμά τις παρακάτω εταιρείες για την υποστήριξη της εκδήλωσης

AMGEN

aspen GREECE

Bayer

ELPEN

MSD & BIANEΞ A.E. ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Boehringer Ingelheim

LEO

PMI SCIENCE PHILIP MORRIS INTERNATIONAL

UNI-PHARMA Pharmaceutical Laboratories S.A.

BIANEΞ A.E. ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Ευρετήριο

Ευρετήριο

BATZALEXIS K. 15, 42
DOUKETIS J. 20
GIANNOUKAS A. 15, 42
KARATHANOS C. 15, 42
MATSAGKAS M. 15, 42
NANA P. 15, 42
PAVORD SUE 16
SPANOS K. 15, 42
SPYROPOULOS A. 20
SPYROPOULOS ALEX 16
Y.H. LIP GREGORY 11, 35

Α

ΑΓΓΕΛΗΣ Φ. 15, 18, 40, 43, 45
ΑΔΑΜΙΔΟΥ Δ. 12
ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ Δ. 14, 17
ΑΝΑΔΙΩΤΗΣ Α. 18, 46
ΑΝΔΡΙΚΟΠΟΥΛΟΣ Γ. 21
ΑΡΝΑΟΥΤΟΓΛΟΥ Ε. 13, 15, 16, 18, 19, 40, 43, 45
ΑΣΗΜΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Μ.Ν. 10, 33

Β

ΒΑΡΙΑΔΗΣ Δ. 15, 40
ΒΑΣΙΛΙΚΟΣ Β. 13
ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΥ Σ. 19
ΒΕΜΜΟΣ Κ. 11, 16, 18, 19, 35
ΒΛΑΧΑΚΟΣ Δ. 20
ΒΟΥΛΓΑΡΗ Π. 10, 30, 32

Γ

ΓΕΡΑΣΙΜΟΥ Μ. 15, 18, 39, 48
ΓΕΡΟΤΖΙΑΦΑΣ Γ. 11, 12, 13, 15, 17
ΓΕΩΡΓΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ. 11, 35
ΓΙΑΝΝΑΡΑΚΗΣ Ι. 10, 33
ΓΙΑΝΝΟΥΚΑΣ Α. 13
ΓΚΑΤΖΟΥΛΗΣ Κ. 17
ΓΚΛΑΝΤΖΟΥΝΗΣ Γ. 20
ΓΚΟΥΜΑΣ Γ. 17
ΓΟΥΔΕΒΕΝΟΣ Ι. 11, 13, 17
ΓΡΟΥΖΗ Ε. 17

Δ

ΔΕΤΤΟΡΑΚΗ Α. 15, 41
ΔΗΛΑΒΕΡΗΣ Π. 17

Ε

ΕΥΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ Α. 14, 37

Κ

ΚΑΪΑΦΑ Γ. 19
ΚΑΚΚΟΣ Σ. 18, 44
ΚΑΛΑΜΠΟΓΙΑΣ Α. 10, 33
ΚΑΛΑΝΤΖΗ Κ. 10, 11, 12, 16
ΚΑΡΑΧΑΛΙΟΣ Θ. 15, 40
ΚΑΡΒΟΥΝΗΣ Η. 18, 45
ΚΑΤΣΑΝΟΣ Γ. 14, 37
ΚΑΤΣΟΥΡΑΣ Χ. 13
ΚΑΨΩΡΙΤΑΚΗΣ Α. 16
ΚΙΝΤΗΣ Κ. 18, 46
ΚΟΛΩΝΙΑ Κ. 18, 43
ΚΟΡΑΚΗ Ε. 19
ΚΟΡΟΜΠΟΚΗ Ε. 11, 19, 35
ΚΟΣΜΑ Α. 10, 32
ΚΟΣΜΑ Ε. 18, 48
ΚΟΥΡΗ Α. 18, 44
ΚΟΥΤΑΛΟΣ Α. 18, 43
ΚΩΛΕΤΤΗΣ Θ. 14, 37
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ Σ. 13

Λ

ΛΑΖΑΡΗΣ Α. 13, 18
ΛΕΒΕΝΤΗΣ Ι. 11, 35
ΛΕΠΙΔΑ Δ. 18, 48

Ευρετήριο

ΛΕΥΚΟΥ Ε. 12, 14, 16, 19
ΛΙΑΣΗΣ Ν. 15, 41
ΛΥΚΟΠΟΥΛΟΥ Λ. 15, 41

Μ

ΜΑΚΑΡΙΤΣΗΣ Κ. 11, 35
ΜΑΚΡΥΓΙΑΝΝΗΣ Σ. 14
ΜΑΝΤΖΟΥΚΗΣ Σ. 15, 18, 39, 48
ΜΑΝΤΗΣ Χ. 18, 46
ΜΑΡΑΣ Δ. 15, 41
ΜΑΤΣΑΓΚΑΣ Μ. 13, 19, 20
ΜΗΛΙΟΥ Α. 10, 33
ΜΗΛΙΩΝΗΣ Χ. 11, 16, 17, 19, 35
ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΥ Α. 15, 41
ΜΟΥΣΑΦΙΡΗ Ο. 18, 48
ΜΠΑΚΑΣ Κ. 15, 18, 39, 48
ΜΠΑΛΑΣΚΑ Δ. 10, 31
ΜΠΑΡΕΚΑ Μ. 16, 18, 43
ΜΠΑΡΜΠΑΡΕΣΟΣ Ν. 10, 33
ΜΠΙΤΣΩΡΗ Ζ. 10, 31
ΜΠΡΕΝΤΑΣ Α. 10, 32

Ν

ΝΙΚΑΣ Δ. 11, 13, 14, 37
ΝΙΚΟΛΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Κ. 18, 44
ΝΟΜΙΚΟΥ Ε. 17
ΝΤΑΪΟΣ Γ. 11, 13, 16, 35
ΝΤΑΛΑΡΙΖΟΥ Ν. 18, 45
ΝΤΑΛΟΥΚΑ Μ. 15, 18, 40, 43, 45
ΝΤΕΜΟΥ Ν. 10, 30, 32
ΝΤΟΥΒΑΣ Ι. 18, 44

Ο

ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Ε. 10, 33

Π

ΠΑΛΛΑΝΤΖΑ Ζ. 10, 33
ΠΑΝΤΑΖΗ Δ. 10, 30, 32
ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ Χ. 18, 44
ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ Ε. 18, 46
ΠΑΠΑΔΟΥΛΑΣ Σ. 18, 44
ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ Θ. 10, 33
ΠΑΠΑΜΙΚΡΟΥΛΗΣ Γ.Α. 10, 33
ΠΑΠΑΣΠΥΡΟΥ Δ. 18, 43
ΠΑΠΠΑ Ε. 15, 39
ΠΑΠΠΑΣ Κ. 14, 20
ΠΑΠΠΑΣ Σ. 14, 37
ΠΑΣΤΡΩΜΑΣ Σ. 17
ΠΑΤΣΙΛΙΝΑΚΟΣ Σ. 18, 46
ΠΑΥΛΟΥ Ε. 10, 33
ΠΕΡΓΑΝΤΟΥ Ε. 15, 41
ΠΕΧΛΙΒΑΝΗ Λ. 10, 30
ΠΙΠΙΛΗΣ Α. 11, 12, 14, 16, 17, 19

Ρ

ΡΙΖΟΣ Δ. 18, 48
ΡΙΧΤΕΡ Δ. 17, 20, 21

Σ

ΣΑΒΒΟΠΟΥΛΟΣ Χ. 16, 19
ΣΑΓΡΗΣ Δ. 11, 16, 35
ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ Ξ. 14, 37
ΣΙΑΜΑΤΑ Π. 10, 33
ΣΚΟΜΠΡΙΔΗΣ Κ. 10, 30, 32
ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ Σ. 13, 19
ΣΤΑΜΑΤΗΣ Κ. 14, 37
ΣΤΑΜΟΥΛΗΣ Κ. 15, 40
ΣΤΕΡΤΣΟΥ Ε. 15, 18, 40, 45
ΣΦΑΙΡΟΠΟΥΛΟΣ Δ. 14, 37

Τ

ΤΕΠΕΤΕΣ Κ. 16
ΤΖΙΜΑΣ Π. 19, 20
ΤΟΥΣΟΥΛΗΣ Δ. 10, 33

Ευρετήριο

ΤΣΑΛΑΜΑΝΔΡΗΣ Σ. 10, 33
ΤΣΑΝΤΡΙΖΟΣ Π. 18, 44
ΤΣΕΛΕΠΗΣ Α. 10, 11, 13, 15, 17, 20, 30, 32
ΤΣΙΑΡΑ Σ. 12, 17
ΤΣΙΓΚΑΣ Γ. 14

Υ

ΥΓΡΟΠΟΥΛΟΥ Ο. 18, 48

Φ

ΦΟΥΝΤΟΥΛΑΚΗΣ Π. 10, 33

Χ

ΧΑΛΑΤΣΗΣ Γ. 18, 45
ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΠΟΥΛΟΣ Γ. 15, 41
ΧΑΤΖΗΜΙΧΑΗΛ Ε. 15

Ψ

ΨΑΛΤΟΠΟΥΛΟΥ Θ. 10, 33

innohep®

tinzaparin sodium

LEO Pharma®

Για πλήρεις συνταγογραφικές πληροφορίες επικοινωνήστε με την:
LEO Pharmaceuticals Hellas S.A.
Λ. Κύμης & Σενέκα 10, 14564 - Κηφισιά, Τηλ. 212 2225000, Fax. 210 6834342
http://www.leo-pharma.gr

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

LEO Pharma copyright GR_inn-gen_adv_2020 – MAT-32525 All LEO Pharma trademarks mentioned belong to the LEO Pharma Group

LEO

PMI SCIENCE

PHILIP MORRIS INTERNATIONAL

PMI Science — Το Τμήμα Έρευνας και Ανάπτυξης (R&D) της Philip Morris International (PMI) εργάζεται πάνω από μία δεκαετία για την ανάπτυξη **Προϊόντων Δυνητικά Μειωμένου Κινδύνου*** σε σύγκριση με το συμβατικό τσιγάρο

- Αναπτύσσουμε ευρύ χαρτοφυλάκιο προϊόντων αξιολογώντας τα με τα πιο αυστηρά επιστημονικά κριτήρια και μεθόδους

- Στηρίζουμε την έρευνά μας στα πρότυπα Έρευνας και Ανάπτυξης φαρμάκων και σύμφωνα με τις οδηγίες διεθνών οργανισμών υγείας (π.χ. FDA)

www.pmiscience.com

***Προϊόντα Δυνητικά Μειωμένου Κινδύνου** είναι ο όρος που χρησιμοποιεί η εταιρεία για να αναφερθεί σε προϊόντα που παρουσιάζουν ή πιθανόν να παρουσιάσουν μικρότερο κίνδυνο βλάβης για τους καπνιστές που επιλέγουν να χρησιμοποιήσουν τα προϊόντα αυτά αντί να συνεχίσουν το κάπνισμα με συμβατικό τσιγάρο.*

ΝΕΑ ΕΝΔΕΙΞΗ • ΜΕΙΩΣΗ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ •

Repatha®

Repatha®▼
(evolocumab)

Για ασθενείς πολύ υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου

ΠΡΟΧΩΡΗΣΤΕ ΣΤΟ ΕΠΟΜΕΝΟ ΒΗΜΑ

ΠΡΟΣΘΕΤΟΝΤΑΣ REPATHA® ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΛΑΤΤΩΣΗ ΤΗΣ LDL-C ΚΑΙ ΤΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ[1]

Repatha® - ο πρώτος εγκεκριμένος αναστολέας της PCSK9 που μειώνει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο

Η AMGEN διαθέτει αποδεδειγμένη εξειδίκευση στην ανάπτυξη, την παρασκευή και την προμήθεια βιολογικών φαρμάκων. Η δέσμευσή μας στην καινοτομία έχει ήδη οδηγήσει στην κυκλοφορία βιολογικών θεραπειών αιχμής και για τα καρδιαγγειακά νοσήματα, την κυριότερη αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας στην Ελλάδα.[2]

Το Repatha® είναι μία θεραπεία για τη μείωση των υψηλών επιπέδων χοληστερόλης στο αίμα σε άτομα που δεν είναι σε θέση να ελέγξουν τη χοληστερόλη τους παρά τη λήψη βέλτιστων δόσεων στατινών και άλλων υπολιπιδαιμικών θεραπειών ή σε άτομα που δεν μπορούν να λάβουν στατίνες. Για την πλήρη ένδειξη, ανατρέξτε στην ΠΧΠ.[1]

▼ Το φάρμακο αυτό τελεί υπό συμπληρωματική παρακολούθηση. Αυτό θα επιτρέψει τον γρήγορο προσδιορισμό νέων πληροφοριών ασφάλειας. Ζητείται από τους επαγγελματίες υγείας να αναφέρουν οποιεσδήποτε πιθανολογούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες.

Βιβλιογραφικές Αναφορές:

1. Repatha (evolocumab) Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος **2.** Ελληνική Στατιστική Αρχή. Έρευνα φυσικής κίνησης πληθυσμού και βασικών αιτιών θανάτου (2000 – 2012). www.statistics.gr

GRCY-GRC-P-145-0517-049256(1)

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και Αναφέρετε ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για ΟΛΑ τα φάρμακα συμπληρώνοντας την "ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ"

Αναφέρετε κάθε ύποπτη ανεπιθύμητη ενέργεια σύμφωνα με το εθνικό σύστημα αναφοράς στο Τμήμα Ανεπιθύμητων Ενεργειών του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (ΕΟΦ) Τηλ. 2132040380, Fax 2106549585, με τη χρήση της Κίτρινης Κάρτας διαθέσιμη και στην ιστοσελίδα του ΕΟΦ: www.eof.gr για έντυπη ή ηλεκτρονική υποβολή ή εναλλακτικά στην AMGEN Ελλάς Φαρμακευτικά Ε.Π.Ε. Τηλ.: +30 2103447000.

AMGEN Hellas ΕΠΕ
Αγίου Κωνσταντίνου 59-61, κτίριο C
Μαρούσι 151 24, Αθήνα
Τηλ: 210 3447000 - Fax: 210 3447050
Email: info@amgen.gr, www.amgen.gr

AMGEN®
Cardiovascular

Pradaxa®

dabigatran etexilate

Boehringer Ingelheim Ελλάς Α.Ε.
Λεωφόρος Ανδρέα Συγγρού 340
17673 Καλλιθέα, Αθήνα • Τηλ.: 210.89.06.300

Γραφείο Μακεδονίας-Θράκης:
Αντώνη Τρίτση 15-17 & Μαρίας Κάλλας 6
57001 Θέρμη, Θεσσαλονίκη • Τηλ.: 2310 424618

Boehringer Ingelheim

Pradaxa DC001550 | 05.2014

ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΗ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ - Ι.Μ.Ε.Θ.Α. -
IIa
Αιμοπετάλιο
Xa