



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΕΑ 01

ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ 9 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ. ΓΕΩ-ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ.

Γ. Πιστόλλα², Δ. Σηφάκη-Πιστόλλα¹, Α. Φιλαλήθης³

¹ Γεωγράφος, GIS analyst, Master στη Δημόσια Υγεία και Επιδημιολογία, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής

² Μαθηματικός, PhD στην ιατρική, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής

³ Καθηγητής στον Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής

Εισαγωγή: Περίπου 1.0 εκατομμύριο θάνατοι συμβαίνουν παγκοσμίως εξαιτίας της Υπερτασικής Καρδιοπάθειας (ΥΚ). Κατέχει την 13^η θέση της παγκόσμιας λίστας βασικών αιτιών θνησιμότητας για όλες τις ηλικίες.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να αποτυπώσει τη δυναμική της νόσου σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες και να εντοπίσει τις περιοχές υψηλού κινδύνου μετά από συσχέτιση με ποικίλους παράγοντες κινδύνου.

Υλικό: Συλλέχθηκαν δεδομένα από το Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ) για το έτος 2010. Συνολικά 9 παράγοντες εξετάστηκαν: Αλκοόλ, καπνός, Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), χοληστερίνη, μέση πίεση αίματος (ΜΠΑ), μέση γλυκόζη αίματος (ΜΓΑ), κατανάλωση κόκκινου κρέατος, ψαριού, φρούτων και λαχανικών. Τα δεδομένα ήταν προτυπωμένα ως προς ηλικία και φύλο.

Μέθοδοι: Μέθοδοι χωρικής στατιστικής εφαρμόστηκαν στο Arcmap 10 (GIS), ενώ παράλληλα η Cluster Analysis στο SPSS 20.00. Δημιουργήθηκαν χάρτες κατανομής της διασποράς της νόσου και των χωρικών ομαδοποιήσεων. Τέλος, μοντέλο χωρική παλινδρόμησης (OLS spatial regression) πραγματοποιήθηκε για την ανάδειξη περιοχών κινδύνου.

Αποτελέσματα: Οι θάνατοι από ΥΚ κυμαίνονται από 1.4 έως 116.9 θανάτους ανά 100.000 άτομα. Ομαδοποιήθηκαν χώρες που δεν συνορεύουν εδαφικά, γεγονός που ενέτεινε την υποψία επιρροής άλλων παραγόντων στην συμπεριφορά της νόσου. Έτσι, αφού εξετάστηκαν οι 9 παράγοντες, όλοι ήταν στατιστικά σημαντικοί (Morgan's I=0.9; $p_{value} < 0,001$), με εξαίρεση το αλκοόλ. Ο καπνός, η ΜΓΑ, η ΜΠΑ, ο ΔΜΣ και το κόκκινο κρέας παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο (ExpB: 1,34; 3,12; 2,98; 3,4; 1,22 αντίστοιχα, $p_{value} < 0.001$). Περιοχές υψηλού κινδύνου είναι οι: Τουρκία, Ρουμανία, Βουλγαρία, Ιταλία, Ελβετία, Αυστρία και Εσθονία (ExpB=2.3; 95% CI=1.9-2.9; $p_{value} < 0.001$). Αντίθετα, η Ελλάδα, Γαλλία, η Φιλανδία κ.α αποτελούν περιοχές που δεν παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο (ExpB=0,38; 95% CI=-1,5-0,5; $p_{value} < 0.001$).

Συμπεράσματα: Η ΥΚ στις Ευρωπαϊκές χώρες παρουσιάζει έντονη χωρική ετερογένεια και ποικίλοι παράγοντες κινδύνου πρέπει να εξετάζονται για την εκτίμηση της νόσου. Περαιτέρω μελέτη πρέπει να γίνει σε τοπικό επίπεδο κάθε χώρας ώστε να δημιουργηθούν τα κατάλληλα μέτρα πρόληψης.



ΕΑ 02

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΤΩΝ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΩΝ ΧΩΡΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΚΑΡΔΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ.

Δ. Σηφάκη-Πιστόλλα¹, Ε. Φρουζή², Α. Καφάτος³

¹Γεωγράφος, GIS analyst, Master στη Δημόσια Υγεία και Επιδημιολογία, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής

² Κοινωνική Λειτουργός, Master στη Δημόσια Υγεία και Επιδημιολογία

³Καθηγητής, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Κλινική προληπτικής ιατρικής και Διατροφής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής

Εισαγωγή: Από τη μελέτη των Επτά Χωρών που συμπλήρωσε το 2010, 50 χρόνια διαχρονικής παρακολούθησης 16 πληθυσμών από 7 χώρες, φάνηκε ότι ο κρητικός πληθυσμός είχε τη χαμηλότερη ολική θνησιμότητα, εμφράγματος του μυοκαρδίου και καρκίνων. Αυτό απεδόθη στον τρόπο ζωής και διατροφής των Κρητών.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να αποτυπώσει διαχρονικά τα καρδιαγγειακά νοσήματα (ΚΝ) στις Ευρωπαϊκές Μεσογειακές χώρες, συγκριτικά με τη Κρήτη και τα Ιόνια νησιά σε σχέση με τις διατροφικές συνήθειες.

Υλικό: Συλλέχθηκαν δεδομένα από το Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (W.H.O) για τα έτη 1981 – 2010 ανά δεκαετία, για Ελλάδα, Κύπρο, Ιταλία, Ισπανία, Γαλλία, τα νησιά Κρήτη και Ιόνια. Δεδομένα για μέση ημερήσια κατανάλωση κόκκινου κρέατος, ψαριών, φρούτων και λαχανικών (γραμμάρια./ημέρα) αλλά και ελαιόλαδου σε λίτρα ανά άτομο, συλλέχθηκαν από τον Οργανισμό Τροφίμων και Γεωργίας Ηνωμένων πολιτειών (FAO).

Μέθοδοι: Διεξήχθησαν τα περιγραφικά στοιχεία και γραφήματα για τη διαχρονική πορεία της νόσου και τη κατανάλωση τροφίμων. Εφαρμόστηκε paired t- test ανά δεκαετία (SPSS 20.00) και OLS regression (GIS Arc map 10).

Αποτελέσματα Ο πληθυσμός της Κρήτης είχε τη χαμηλότερη θνησιμότητα, ενώ η Ιταλία είχε την υψηλότερη μέχρι το 2001 όπου την ξεπέρασε η υπόλοιπη Ελλάδα. Η Κρήτη και τα Ιόνια νησιά παρουσιάζουν τα χαμηλότερα ποσοστά θανάτων με ταυτόχρονα χαμηλή κατανάλωση κρέατος από το 1981-2010 (41,3-41,8 ; 43-43,9) και υψηλά ποσοστά σε ψάρια (47,3-47,4 ; 45,9-46,7), λαχανικά-φρούτα και λάδι. Όσο αυξάνεται η κατανάλωση κρέατος αυξάνεται και ο αριθμός θανάτων ΚΝ (ExpB= 1,43; CI= 1,032-2,946; p_{value}=0.02), με την Ιταλία και τη Κύπρο να παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο (ExpB= 2,2; CI= 1,038-2,372; p_{value}<0.001).

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα της μελέτης των Επτά Χωρών επιβεβαιώνονται για ολόκληρη τη Κρήτη τις τελευταίες δεκαετίες. Η Μεσογειακή διατροφή έχει μεγάλες αποκλίσεις μεταξύ των Ευρωπαϊκών τουλάχιστον Μεσογειακών χωρών, ενώ ο πληθυσμός της Κρήτης φαίνεται να έχει τη δίαιτα εκείνη που προάγει την υγεία και προλαμβάνει τα χρόνια νοσήματα.



ΕΑ 03

ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΑΝΑΔΙΑΡΘΡΩΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ. ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΤΑ ΑΙΤΙΑ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ - ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Λ. Λιαρόπουλος¹, Ό. Σίσκου², Α. Βιτωράτου³, Μ. Βουδούρη⁴, Μ. Κάργα⁵, Ν. Κοντοδημόπουλος⁶, Π. Λαζάρου⁷, Π. Πρεζεράκος⁸, Ε. Σίμου⁹, **Μ. Σπινθούρη¹⁰**.

¹Ομότιμος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ)

²PhD, Επιστημονική Συνεργάτης Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ

³Πολιτικός Μηχανικός, Δημόσια Επιχείρηση Ανέγερσης Νοσηλευτικών Μονάδων (Δ.ΕΠ.Α.ΝΟ.Μ. Α.Ε)

⁴ Ιατρός- Σύμβουλος Διοίκησης ΙΚΑ-ΕΤΑΜ

⁵ PhD, Νοσηλεύτρια ΠΕ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

⁶ PhD, Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας

⁷ PhD, Προϊσταμένη Αυτοτελούς Τμήματος Ποιότητας, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ».

⁸ Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

⁹ Επισκέπτρια Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.

¹⁰ PhD, Καθηγήτρια ΕΠΑ.Σ ΓΝΗ «BENIZELIIO-ΠΑΝΑΝΕΙΟ», Εξωτερική Επιστημονική Συνεργάτης Εργαστηρίου Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ.

Εισαγωγή: Η παρούσα μελέτη διεξήχθη κατόπιν ανάθεσης από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και αποτελείται από μια σειρά προτάσεων για την αναδιάρθρωση της νοσοκομειακής υποδομής και λειτουργίας της χώρας. **Σκοπός:** Η διατύπωση τεκμηριωμένων προτάσεων που θα εξασφαλίζουν την εύκολη πρόσβαση των πολιτών σε απαραίτητες νοσοκομειακές υπηρεσίες υψηλής ποιότητας και αντιμετώπιση κόστους. **Υλικό:** Αντλήθηκαν και αναλύθηκαν στοιχεία από όλα τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας, τις μονάδες κοινωνικής φροντίδας, τους δήμους και τις Υγειονομικές Περιφέρειες της χώρας καθώς και από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, τη EUROSTAT, επιστημονικές εταιρείες, διεθνείς οργανισμούς (ΟΟΣΑ, WHO, κλπ), τη διεθνή επιστημονική βιβλιογραφία κλπ. **Μέθοδοι:** Η ανάλυση των στοιχείων έγινε με βάση τις 5 κύριες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας του ελληνικού πληθυσμού: καρκίνος, καρδιαγγειακά νοσήματα (ΚΑΝ), σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ), χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και ψυχικά νοσήματα. Είναι η πρώτη φορά που επιχειρείται αναδιάρθρωση του συστήματος υγείας στη χώρα μας με βάση τη μεθοδολογία της ανάλυσης κατά αιτία νοσηρότητας. **Αποτελέσματα:** Στην παρούσα εισήγηση παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης για το ΣΔ και τα ΚΑΝ. Η ανάλυση των στοιχείων ανέδειξε πολλά προβλήματα σχετικά με τη φροντίδα των ασθενών με ΣΔ και ΚΑΝ για την αντιμετώπιση των οποίων προτείνεται η δημιουργία εθνικών δικτύων για το ΣΔ και τα ΚΑΝ ανά υγειονομική περιφέρεια με συγκεκριμένα κριτήρια δομής και



5^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου

21 - 23 ΙΟΥΝΙΟΥ 2012, CRETA MARIS - ΚΡΗΤΗ



λειτουργίας. Οι προτεινόμενες αλλαγές είναι άμεσα εφαρμόσιμες, με άμεσα ορατά αποτελέσματα και μπορούν να συμβάλλουν ουσιαστικά στη βελτίωση της σχέσης κόστους και αποτελεσματικότητας των απασχολούμενων πόρων και στην αντιμετώπιση των μεγάλων προκλήσεων που αντιμετωπίζουν τα νοσοκομεία μας σήμερα. **Συμπεράσματα:** Η δημιουργία δικτύων για το ΣΔ και τα ΚΑΝ θα διευκολύνει την ενοποίηση και τη συνεργασία των υπηρεσιών και των επαγγελματιών υγείας και θα παράσχει τη δυνατότητα εναρμόνισης όλων των επιπέδων υπηρεσιών και όλων των επαγγελματιών υγείας με εθνικές και διεθνείς προδιαγραφές πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης των ασθενών με ΣΔ και ΚΑΝ.

ΕΑ 04

ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΑΤΟΜΩΝ 50+ ΣΕ 11 ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΗΣ ΜΕΛΕΤΗ SHARE-2004

Λ. Μπορμπουδάκη¹, Μ. Λιναρδάκης², Α.Μ. Μαρκάκη³, Α. Φιλαλήθης⁴

¹ Οικονομολόγος, ΜΡΗ, Υποψήφια Διδάκτωρ, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Παν/μιο Κρήτης

² Βιοστατιστικός, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Παν/μιο Κρήτης

³ Ψυχολόγος, Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Παν/μιο Κρήτης

⁴ Καθηγητής, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Παν/μιο Κρήτης

Εισαγωγή: Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας για το έτος 2008, εκτιμάται παγκοσμίως ότι το 48% των θανάτων από μη μεταδιδόμενα νοσήματα σχετίζεται με καρδιαγγειακά νοσήματα, που με τη σειρά τους αποδίδονται σε συμπεριφορικούς παράγοντες κινδύνου όπως π.χ. το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ ή η σωματική αδράνεια.

Σκοπός: Η εκτίμηση του επιπολασμού των καρδιαγγειακών νοσημάτων σε 11 ευρωπαϊκές χώρες και η σχέση τους με παράγοντες κινδύνου (ΠΚ) και τη χρήση υπηρεσιών υγείας.

Μέθοδοι: Τα δεδομένα αντλήθηκαν από την Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση σε 11 χώρες της Ευρώπης (SHARE-2004), με δείγμα μελέτης 27.444 άτομα 50+ ετών. Οι εκτιμήσεις προκύπτουν βάση σταθμισμένων περιπτώσεων αναγόμενες σε πραγματικό πληθυσμό 107.128.912 ατόμων.

Αποτελέσματα: Συνολικά διαπιστώθηκε ότι 12,0% πάσχουν από καρδιακά νοσήματα (ΚΝ), 3,7% από αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ) και 33,3% από υψηλή αρτηριακή πίεση (ΑΠ). Η Σουηδία εμφανίζει τον υψηλότερο επιπολασμό ΚΝ και χαμηλότερο η Ελβετία. Οι βόρειες χώρες έχουν υψηλότερο επιπολασμό ΚΝ & ΑΕΕ σε σχέση με τις κεντρικές & νότιες, ιδιαίτερα στις ηλικίες των 80+ ετών ($p < 0.001$). Οι νότιες εμφανίζουν υψηλότερο επιπολασμό αυξημένης χοληστερόλης, σακχαρώδη διαβήτη και υψηλής ΑΠ ($p < 0.001$). Οι πιθανότητες (δείκτες odds ratios) αν και είναι σημαντικά υψηλότερες για εκείνους που έχουν ΚΝ για την εμφάνιση περιορισμών στην καθημερινή ζωή ή στο αυξημένο σωματικό βάρος ή στη χρήση διαφόρων υπηρεσιών υγείας, δεν διαφοροποιούνται μεταξύ βόρειων, κεντρικών &



5^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου

21 - 23 ΙΟΥΝΙΟΥ 2012, CRETA MARIS - ΚΡΗΤΗ



νότιων χωρών. Εκείνοι με ΚΝ σε σχέση με όσους δεν έχουν, βρέθηκαν με μεγαλύτερη συχνότητα αυξημένου βάρους (66,8% έναντι 52,1%, $p < 0,001$), με πακετο-έτη καπνίσματος (26,9 έναντι 25,5, $p < 0,001$), με σωματική αδράνεια (15,8% έναντι 9,8%, $p < 0,001$) αλλά και με οργανωμένη παροχή φροντίδας υγείας στον τελευταίο χρόνο (18,3% έναντι 13,3%, $p < 0,001$) ή με εισαγωγή σε νοσοκομείο (18,0% έναντι 9,5%, $p < 0,001$).

Συμπεράσματα: Διαπιστώνεται υψηλός επιπολασμός καρδιαγγειακών και συνοδών νοσημάτων σε 11 χώρες της Ευρώπης το 2004 ενώ έντονη είναι η σχέση τους με ΠΚ όπως το αυξημένο σωματικό βάρος ή σωματική άσκηση αλλά και με τη χρήση υπηρεσιών υγείας. Η τροποποίηση συμπεριφορικών ΠΚ μπορεί να οδηγήσει σε μείωση των ΚΝ.

ΕΑ 05

ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ ΑΓΡΟΤΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΤΟ 1989 ΚΑΙ ΤΟ 2011.

Χ. Γιωβαλάκη¹, Ι. Μοσχανδρέα¹, Χ. Χατζής¹, Α. Βεργετάκη¹, Γ. Χριστάκη¹, Χ. Παπανδρέου¹, Α. Καφάτος¹

¹Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής και Διατροφής, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης

Εισαγωγή: Η παχυσαρκία σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων και είναι καθοριστικός παράγοντας για την ανάπτυξη διαβήτη τύπου 2. Με την αύξηση του επιπολασμού της παχυσαρκίας είναι πιθανό να έχουν αυξηθεί τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ο διαβήτης τύπου 2.

Σκοπός: Προσδοκία της παρούσας έρευνας είναι η μελέτη του επιπολασμού της παχυσαρκίας, σε εφήβους αγροτικών περιοχών του Νομού Ηρακλείου το 1989 και 2011.

Υλικό: Για το έτος 2011, μελετήθηκαν 66 έφηβοι που προέρχονται από 13 χωριά της περιοχής του Καστελίου, που συμπεριλαμβάνονταν στη Μελέτη των Επτά Χωρών ενώ για το 1989, μελετήθηκαν 150 έφηβοι από την Αγία Βαρβάρα, ηλικίας 12-14 ετών αντίστοιχα για κάθε έτος.

Μέθοδοι: Το βάρος μετρήθηκε με ηλεκτρονικό ζυγό, το ύψος με αναστημόμετρο ακριβείας, η πίεση με ηλεκτρονικό πιεσόμετρο (2011) και υδραργυρικό μανόμετρο (1989). Ο χαρακτηρισμός της παχυσαρκίας έγινε με βάση τα διεθνή όρια δείκτη μάζας σώματος, συνυπολογίζοντας το φύλο και την ηλικία. Τα αιματολογικά δείγματα αναλύθηκαν στο ΠΑΓΝΗ (2011) και το εργαστήριο του Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής (1989). Μετά την εφαρμογή Levene's test, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος ANCOVA, για την ανίχνευση διαφορών στις μέσες συγκεντρώσεις HDL & LDL χοληστερόλης, γλυκόζης και τριγλυκεριδίων κάνοντας προσαρμογή για το φύλο και την ηλικία. Η στατιστική ανάλυση έγινε με SPSS 18.

Αποτελέσματα: Το 53.0% των εφήβων του 2011 έχουν φυσιολογικό βάρος έναντι 77.9% του 1989 ενώ υπέρβαροι είναι το 25.8% (2011) και το 21.3% (1989) και παχύσαρκοι το 21.2% (2011) και το 1.3% (1989) ($p < 0.001$). Για τις μεταβλητές των



5^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου

21 - 23 ΙΟΥΝΙΟΥ 2012, CRETA MARIS - ΚΡΗΤΗ



τριγλυκεριδίων και της HDL χοληστερόλης δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές ($p=0.452$ & 0.114 αντίστοιχα), αλλά υπήρξαν διαφορές κατά -6.1 mg/dl στην γλυκόζη [$p=0.001$, (95% CI, -9.5 έως -2.6)] και 5.8 mg/dl στην LDL χοληστερόλη -16.4 mg/dl [$p=0.003$, (95% CI, -27.0 έως -5.8)].

Συμπεράσματα: Τα υψηλά ποσοστά παχυσαρκίας που ανιχνεύτηκαν το 2011 είναι ιδιαίτερος ανησυχητικός για την πορεία των καρδιαγγειακών νοσημάτων και του διαβήτη τύπου 2 στην χώρα μας.

ΕΑ 06

ΠΡΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΑΣΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ(ΑΕΕ).

Κ. Μπακαλάκου¹, Ι. Κυριαζής², Ι. Ιωαννίδης³, Α. Πολύζου³, Α. Νικολόπουλος³, Υ. Γούλια¹, Π. Μανδόλας¹, Ν. Κομιτόπουλος³.

¹Τ.Ε.Π. Γ.Ν «Ασκληπιείο» Βούλας

²Β Παθολογική Κλινική Γ.Ν «Ασκληπιείο» Βούλας

³Β Παθολογική Κλινική Κωνσταντοπούλειο Νοσοκομείο Ν Ιωνίας.

Εισαγωγή: Το ισχαιμικό ΑΕΕ αποτελεί επείγουσα ιατρική κατάσταση που απαιτεί άμεση μεταφορά του ασθενούς, έγκαιρη διάγνωση και πρώιμη έναρξη θεραπείας, προκειμένου να βελτιωθεί η πρόγνωση.

Σκοπός: Η καταγραφή του χρόνου που μεσολαβεί από την εγκατάσταση των συμπτωμάτων ενός ΑΕΕ ως την άφιξη στο νοσοκομείο, την εξέταση από ιατρό και τη διεκπεραίωση του εργαστηριακού και απεικονιστικού ελέγχου

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήθηκαν στοιχεία από 147 ασθενείς (70 άνδρες, 77 γυναίκες), ηλικίας $79,5 \pm 8,6$ έτη, που νοσηλεύτηκαν στην κλινική λόγω ΑΕΕ. Από το βιβλίο του τμήματος των επειγόντων περιστατικών σημειώθηκε η ώρα εξέτασης του ασθενούς και από το τμήμα του αξονικού τομογράφου η ώρα πραγματοποίησης CT, ενώ οι ασθενείς και οι συγγενείς ρωτήθηκαν για την ώρα εκδήλωσης των συμπτωμάτων, το μέσο και την ώρα μεταφοράς στο νοσοκομείο.

Αποτελέσματα: Ο μέσος χρόνος από την εμφάνιση των συμπτωμάτων έως τη διενέργεια CT ήταν 6,5 ώρες (κυμάνθηκε μεταξύ 50 λεπτών έως 3 ημερών). Εντός των τριών πρώτων ωρών δεν κατέστη δυνατή η διεκπεραίωση των περιστατικών σε ποσοστό 45,6%, γεγονός που οφείλεται κυρίως στην καθυστερημένη άφιξη στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (μέσος χρόνος από την εκδήλωση του ΑΕΕ έως τη διακομιδή των ασθενών ήταν 4 ώρες, από 20 λεπτά μέχρι 3 ημέρες). Η εξέταση από ιατρό και η τεκμηρίωση της διάγνωσης ήταν άμεση με μέσο χρόνο 1 ώρα (από 20 λεπτά έως 4 ώρες).

Συμπέρασμα: Η έναρξη θεραπείας για την αντιμετώπιση των ΑΕΕ καθυστερεί σε μεγάλο ποσοστό ασθενών, τις περισσότερες φορές λόγω του μεγάλου χρονικού



5^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου

21 - 23 ΙΟΥΝΙΟΥ 2012, CRETA MARIS - ΚΡΗΤΗ



διαστήματος που μεσολαβεί από την εγκατάσταση των συμπτωμάτων μέχρι την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας. Είναι αναγκαία λοιπόν η εκπαίδευση του γενικού πληθυσμού αλλά και των επαγγελματιών της υγείας τόσο για την έγκαιρη αναγνώριση και αξιολόγηση των συμπτωμάτων ενός ΑΕΕ όσο και για την ωφέλεια από την άμεση έναρξη κατάλληλης αγωγής.

ΕΑ 07

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ ΠΡΩΙΜΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΟ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.

Σ. Στυλιανίδου¹, Π. Μπούσμπουρας², Ι.Τζιτζίκας³, Κ.Πιστεύου-Γομπάκη⁴

Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας Π.Γ.Ν.Θ.ΑΧΕΠΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσ/νίκης, Ελλάδα

¹ Ακτινοθεραπεύτρια – Ογκολόγος, Επιμελήτρια Β', ΕΣΥ, Π.Γ.Ν.Θ.ΑΧΕΠΑ.

² Ακτινοφυσικός, Τμήμα Ιατρικής Φυσικής Ακτινοθεραπείας Π.Γ.Ν.Θ.ΑΧΕΠΑ.

³ Ακτινοθεραπευτής-Ογκολόγος, Επίκουρος Καθηγητής Ακτινοθεραπείας Π.Γ.Ν.Θ.ΑΧΕΠΑ.

⁴ Ακτινοθεραπεύτρια-Ογκολόγος, Καθηγήτρια-Διευθύντρια Ακτινοθεραπείας Π.Γ.Ν.Θ.ΑΧΕΠΑ.

Εισαγωγή: Σταδιακά περισσότερες γυναίκες επιβιώνουν με νόσο από καρκίνο του μαστού και η ποιότητα ζωής αποτελεί επικεντρωμένο στόχο καθώς αυτή διαταράσσεται από τις παρενέργειες των θεραπειών. Είναι γνωστή η τοξικότητα του καρδιαγγειακού συστήματος από θεραπείες όπως : χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, ορμονοθεραπεία και στοχευμένη θεραπεία, που αφορούν τον καρκίνο του μαστού. Η ακτινοθεραπεία του μαστού μπορεί να προκαλέσει οξεία και χρόνια καρδιακή τοξικότητα ^{1,2} όπως οξεία περικαρδίτιδα, αρρυθμία, περικαρδιακή διήθηση, αθηροσκλήρωση, μετακτινική περικαρδίτιδα. Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος όταν ακτινοβολείται ο αριστερός μαστός.

Σκοπός: Η επίδραση της ακτινοθεραπείας του πρώιμου καρκίνου του μαστού (T₁N₀-₁M₀) στα γειτονικά όργανα προς αποφυγή (OAR) όπως η καρδιά.

Υλικό-Μέθοδοι: 28 ασθενείς (30-50 ετών) με πρώιμο καρκίνο του μαστού (10 με Ca δεξιού μαστού, 18 με Ca αριστερού μαστού) που υποβλήθηκαν σε χειρουργική διατήρησης του μαστού, έλαβαν ακτινοθεραπεία μαστού από το 2009-2010. Όλες οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε CT-simulator εξομίωση, 3D Conformal Treatment planning-συμβατική κλασματοποιημένη ακτινοθεραπεία με γραμμικό επιταχυντή που διαθέτει MLC-multilief colimator (αυτόματα φύλλα μολύβδου-blocks για προστασία υγιών οργάνων). Οι ασθενείς έλαβαν 50-60Gy με 2 εφαιπτόμενα πεδία στο μαστό με 2Gy/συνεδρία για 25-30 συνεδρίες, 5 μέρες την εβδομάδα. Δεν ακτινοβολήθηκε η υπερκλείδια χώρα. Σχεδιάστηκαν τα OAR από τον ακτινοθεραπευτή ογκολόγο : καρδιά, πνεύμονας. Έγινε DVH (Dose Volume Histogram) από τον ακτινοφυσικό (V₂₀<50, D_{max}<60).



5^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου

21 - 23 ΙΟΥΝΙΟΥ 2012, CRETA MARIS - ΚΡΗΤΗ



Αποτελέσματα: Έγινε παρακολούθηση όλων των ασθενών μετά το πέρας της ακτινοθεραπείας, στους 3, 6, 12, 18, 24, 30, 36 μήνες, όσον αφορά την τοξικότητα από το καρδιαγγειακό σύστημα. Δεν παρατηρήθηκε οξεία ή χρόνια καρδιακή τοξικότητα, βλάβες στο ενδοθήλιο, ισχαιμία στα καρδιομυοκύτταρα, ίνωση και διαστολική δυσλειτουργία ακτινική περικαρδίτιδα και αθηροσκλήρωση.

Συμπεράσματα: Με τη σύγχρονη 3D conformal κλασματοποιημένη ακτινοθεραπεία με γραμμικό επιταχυντή με MLC χορηγείται η μέγιστη θεραπευτική δόση στο όργανο στόχο-μαστός, χωρίς να επηρεάζεται η λειτουργία των OAR- καρδιαγγειακό σύστημα. Καθώς γνωρίζουμε τους μηχανισμούς δράσης της ακτινοθεραπείας βελτιώνουμε τα θεραπευτικά σχήματα μέσω νέων μεθόδων IMRT με στόχο την εξάλειψη της καρδιοτοξικότητας στον πρώιμο καρκίνο του μαστού.³

References:

- 1.Raj KA,Marks LB,Poznitz R G.Late effects of breast radiotherapy in young women. Breast Disease.2006;23:53-65.
- 2.Senkus-Konefka E,Jassem J.Cardiovascular effects of breast cancer radiotherapy. Cancer Treatment Reviews,2007;33:578-593.
- 3.Lohr F,Haddad E,Debler B,Grau R,Wertz H,Kraus-Tiffenbacher V, Steil V, Madyan Y,Wertz F-Potential effect of robust and simple IMRT approach for left-sided breast cancer on cardiac mortality. Int J. of Radiation Oncology Biol.Phys.2008;74(1):73-80.

ΕΑ 08

ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΧΡΟΝΙΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΔτ2 ΗΜΙΑΣΤΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

A. Κουτσοβασίλης MD,MSc, M. Μπαχλιτζανάκη MD, Z. Κολομτσάς MD, Δ. Ταμπουρατζή MD, Κ. Μηλάκη MD, Ν. Φωσκολάκης MD, Κ. Τσελάς MD
Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιεράπετρας

Εισαγωγή: Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) σχετίζεται με την εμφάνιση χρόνιων μικροαγγειακών και μακροαγγειακών επιπλοκών οι οποίες συχνά σχετίζονται άμεσα με τον θάνατο ατόμων με ΣΔ.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν ο καθορισμός του επιπολασμού των χρόνιων επιπλοκών μεταξύ των ατόμων με ΣΔτ2 ημιαστικού πληθυσμού.

Υλικό: Στην μελέτη αυτή εντάχθηκαν 238 ασθενείς με ΣΔτ2 οι οποίοι προσήλθαν στο εξωτερικό Παθολογικό Ιατρείο του Νοσοκομείου μας από τον Αύγουστο του 2011 έως τον Μάρτιο του 2012.

Μέθοδοι: Οι ασθενείς οι οποίοι συμμετείχαν στην μελέτη απάντησαν ένα δομημένο ερωτηματολόγιο με σκοπό την καταγραφή κοινωνικο-οικονομικών και δημογραφικών παραγόντων. Έγινε επίσης καταγραφή σωματομετρικών χαρακτηριστικών καθώς και καταγραφή των χρόνιων επιπλοκών.

Αποτελέσματα: Από τους 238 ασθενείς της μελέτης (48.8% άνδρες) μέσης ηλικίας 72.17±14.47 τουλάχιστον μια χρόνια επιπλοκή παρουσίαζαν 152 (63.8%) ασθενείς. Μακροαγγειακές επιπλοκές παρουσίαζαν 105 (44.1%) ασθενείς και μικροαγγειακές



5^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου

21 - 23 ΙΟΥΝΙΟΥ 2012, CRETA MARIS - ΚΡΗΤΗ



98 (41.2%) ασθενείς. Η παρουσία καρδιαγγειακής νόσου, εγκεφαλοαγγειακής νόσου, νευροπάθειας, διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας, νεφροπάθειας και διαβητικού ποδιού ήταν: 27%, 16%, 21.1%, 12.9%, 19.1%, 3.9% αντίστοιχα. Παράγοντες οι επιδρούν στην εμφάνιση επιπλοκών ήταν η ηλικία ($p=0.022$) η διάρκεια του ΣΔτ2 ($p=0.016$), το κάπνισμα ($p=0.004$), το φύλο ($p=0.033$), η παρουσία αρτηριακής υπέρτασης ($p=0.048$) και η απόσταση από το αστικό κέντρο ($p=0.010$). Μετά από προσαρμογή ως προς την ηλικία το φύλο χάνει την στατιστική του σημαντικότητα ($p=0.126$). Σε πολυπαραγοντική ανάλυση οι παράγοντες οι διατηρούν στατιστικά την επίδραση τους είναι η διάρκεια του ΣΔτ2 ($p=0.011$), το κάπνισμα ($p=0.016$) και η απόσταση από το αστικό κέντρο ($p=0.044$).

Συμπεράσματα: Σημαντικός αριθμός ατόμων με ΣΔτ2 ημιαστικού πληθυσμού παρουσιάζει χρόνιες επιπλοκές. Καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση αυτών των επιπλοκών διαδραματίζει το, η διάρκεια του ΣΔτ2, το κάπνισμα και η ευκολία πρόσβασης σε υγειονομικές μονάδες.

ΕΑ09

Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΥΤΟΣΤΕΡΟΛΩΝ ΔΕΝ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΟΞΕΙΔΩΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Θ.Ε. Σιαλβέρα¹, PhD **A. Ε. Κουτελιδάκης¹**, PhD Δ. Ρίχτερ², PhD, Ε. Μαυροκεφάλου³, PhD Μ. Καψοκεφάλου¹, PhD Γ. Δ. Πούνης¹, MSc Γ. Γκούμας², PhD Ε.

Διαμαντόπουλος³, PhD Α. Ζαμπέλας^{1*}

¹Μονάδα Διατροφής του Ανθρώπου, Τμήμα Επιστήμης και Τεχνολογίας Τροφίμων, Γεωπονικό Πανεπιστήμιο Αθηνών

²Καρδιολογικό Τμήμα, Ευρωκλινική, Αθήνα

³4^η Παθολογική Κλινική και Αγγειολογική Μονάδα, «Ευαγγελισμός» ΓΝΠΑ.

Εισαγωγή: Αρκετές μελέτες έχουν δείξει μείωση των επιπέδων λιπόφιλων αντιοξειδωτικών, όπως τα καροτενοειδή και οι τοκοφερόλες, μετά από κατανάλωση τροφίμων πλούσιων σε φυτικές στερόλες και στανόλες. Συγκεκριμένα, αν και έχουν παρατηρηθεί μειωμένα επίπεδα α και β καροτενίων, α-τοκοφερόλης ή/και λυκοπενίου, με εξαίρεση το β-καροτένιο οι μειώσεις αυτές παραλληλίζονται με τη μείωση της συγκέντρωσης της ολικής και της LDL χοληστερόλης.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίδρασης των φυτοστερολών στη συνολική αντιοξειδωτική ικανότητα του πλάσματος σε ασθενείς με μεταβολικό σύνδρομο.

Υλικό/Μέθοδοι: Στη μελέτη, η οποία ήταν τυχαιοποιημένη και απλά-τυφλή, έλαβαν μέρος 108 ασθενείς με μεταβολικό σύνδρομο. Στους ασθενείς ανατέθηκε να καταναλώνουν για 2 μήνες είτε ρόφημα γιαουρτιού που παρείχε 4 g φυτοστερολών ανά ημέρα (ομάδα παρέμβασης), είτε ρόφημα γιαουρτιού χωρίς φυτοστερόλες (ομάδα ελέγχου). Κατά τη διάρκεια της μελέτης οι ασθενείς και των δύο ομάδων ακολούθησαν τη συνήθη διατροφή τους δυτικού τύπου, την οποία κατέγραψαν σε τριήμερα ερωτηματολόγια. Αιμοληψίες πραγματοποιήθηκαν κατά την έναρξη και μετά από 2 μήνες και η συνολική αντιοξειδωτική ικανότητα του πλάσματος



5^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου

21 - 23 ΙΟΥΝΙΟΥ 2012, CRETA MARIS - ΚΡΗΤΗ



μετρήθηκε με τη φασματοφωτομετρική μέθοδο FRAP (Ferric Reducing Antioxidant Power of Plasma) και τη φθορισμομετρική μέθοδο ORAC (Oxygen Radical Absorbance Capacity).

Αποτελέσματα: Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στις προσλήψεις μακρο- και μικρο-θρεπτικών συστατικών μεταξύ των 2 ομάδων και των παρεμβάσεων τους. Η συνολική αντιοξειδωτική ικανότητα του πλάσματος μετά από 2 μήνες δεν άλλαξε σημαντικά μεταξύ και εντός των ομάδων παρέμβασης και ελέγχου, είτε μετρούμενη με τη μέθοδο FRAP, είτε με την ORAC ($P > 0,05$).

Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη έδειξε ότι μια διατροφική παρέμβαση 2 μηνών με 4 g φυτοστερολών την ημέρα, δεν επηρέασε την αντιοξειδωτική κατάσταση του πλάσματος σε ασθενείς με μεταβολικό σύνδρομο.

ΕΑ 10

ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΕΕ

A. Κουτσοβασίλης MD, MSc, **Κ. Μηλλάκη MD**, M. Μπαχλιτζανάκη MD, Z. Κολομτσάς MD, Δ. Ταμπουρατζή MD, N. Φωσκολάκης MD, K. Τσελάς MD.

Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιεράπετρας

Εισαγωγή: Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) αποτελεί αποτρέψιμη και θεραπεύσιμη κατάσταση. Υπάρχουν στοιχεία τα οποία συνηγορούν υπέρ πιο αποτελεσματικών στρατηγικών πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης καθώς και πιο αποτελεσματικής αντιμετώπισης των γνωστών παραγόντων κινδύνου.

Σκοπός: Η μελέτη αυτή πραγματοποιήθηκε με σκοπό τη διερεύνηση πιθανών ανά φύλο διαφορών των παραγόντων κινδύνου για την εμφάνιση ΑΕΕ.

Υλικό: Στη μελέτη αυτή εντάχθηκαν 130 ασθενείς με θρομβο-εμβολικό ΑΕΕ οι οποίοι νοσηλεύθηκαν στην Παθολογική Κλινική του νοσοκομείου μας από τον Ιούλιο του 2011 έως τον Μάρτιο του 2012.

Μέθοδοι: Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε αξονική τομογραφία εγκεφάλου. Έγινε καταγραφή των παραγόντων κινδύνου, σωματομετρικών χαρακτηριστικών και εργαστηριακή αξιολόγηση του λιπιδαιμικού προφίλ. Επίσης αξιολογήθηκε η βαρύτητα του ΑΕΕ με την Σκανδιναβική Κλίμακα Αξιολόγησης (Scandinavian Stroke Scale-SSS) κατά την εισαγωγή.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν ότι το ΑΕΕ ήταν πιο συχνό στις γυναίκες (53.8%) από τους άνδρες (46.2%) με την ηλικία γυναικών (82.92 ± 7.10) και ανδρών (78.50 ± 10.68) να παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά ($p = 0.041$). Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ γυναικών και ανδρών ως προς την παρουσία σακχαρώδη διαβήτη ($p = 0.671$), αρτηριακής υπέρτασης ($p = 0.838$), υπερλιπιδαιμίας ($p = 0.484$), κολπικής μαρμαρυγής ($p = 0.211$) και στεφανιαίας νόσου ($p = 0.124$). Διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές με τους άνδρες να παρουσιάζουν μεγαλύτερη συχνότητα ως προς το κάπνισμα ($p = 0.022$) και την παρουσία παλαιότερου ΑΕΕ ($p = 0.043$). Δεν υπήρχαν διαφορές ως προς τον τύπο του ΑΕΕ μεταξύ των δύο φύλων ($p = 0.215$). Δριμύτερο ΑΕΕ στις γυναίκες σύμφωνα



5^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου

21 - 23 ΙΟΥΝΙΟΥ 2012, CRETA MARIS - ΚΡΗΤΗ



με την SSS (41.2 ± 13.52 vs 45.96 ± 12.63 , $p=0.036$) καθώς και μεγαλύτερη παραμονή στο νοσοκομείο ($p=0.046$).

Συμπεράσματα: Διαπιστώνουμε ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές ως προς τους παράγοντες κινδύνου εμφάνισης ΑΕΕ μεταξύ των δύο φύλων με τις γυναίκες μεγάλης ηλικίας να παρουσιάζουν δριμύτερα επεισόδια τα οποία απαιτούν πιο μακρόχρονες νοσηλείες.

ΕΑ 11

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΚΑΘΟΡΙΖΟΥΝ ΤΗΝ ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΗ ΕΚΒΑΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΕΕ. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΔ

Α. Κουτσοβασίλης, **Ζ. Κολουτσάς**, Μ. Μπαχλιτζανάκη, Δ. Ταμπουρατζή, Κ. Μηλάκη, Ν. Φωσκολάκης, Κ. Τσελάς
Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιεράπετρας

Εισαγωγή: Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ) ευθύνονται για το 50% των νευρολογικών προβλημάτων και ενοχοποιούνται για 4,5 εκατομμύρια θανάτους ετησίως σε παγκόσμια κλίμακα. Λόγω της αναπηρίας και της χρόνιας ανικανότητας που προκαλούν, αποτελούν έντονο κοινωνικό και οικονομικό πρόβλημα.

Σκοπός: Η διερεύνηση των παραγόντων οι επιδρούν στην βραχυπρόθεσμη έκβαση των ΑΕΕ καθώς και οι πιθανές διαφορές μεταξύ διαβητικών και μη διαβητικών ασθενών.

Υλικό: Σε αυτή τη μελέτη εντάχθηκαν 130 ασθενείς με ισχαιμικό ΑΕΕ οι οποίοι νοσηλεύθηκαν στην Παθολογική Κλινική του νοσοκομείου μας από τον Αύγουστο του 2011 έως τον Μάρτιο του 2012

Μέθοδος: Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε αξονική τομογραφία εγκεφάλου. Έγινε καταγραφή όλων των παραγόντων κινδύνου. Επίσης αξιολογήθηκε η βαρύτητα του ΑΕΕ με την Σκανδιναβική Κλίμακα Αξιολόγησης (Scandinavian Stroke Scale-SSS) κατά την εισαγωγή. Έγινε καταγραφή έκβασης στις 30 ημέρες μετά από το ΑΕΕ.

Αποτελέσματα: Από τους 130 ασθενείς (46.8% άνδρες) της μελέτης μέσης ηλικίας 80.88 ± 9.03 έτη, μέσης τιμής της SSS 43.92 ± 12.69 , 18 εμφάνισαν νέο επεισόδιο ή κατέληξαν κατά τις πρώτες 30 ημέρες. Κατά την μονοπαραγοντική ανάλυση στατιστικά σημαντικοί παράγοντες για την έκβαση ήταν το φύλο (OR=1.22, CI:1.18-2.86, $p=0.022$), η ηλικία (OR=1.06, CI:1.03-1.97, $p=0.010$), ο σακχαρώδης διαβήτης (OR=1.31, CI:1.14-2.12, $p=0.001$), η κοιλιακή μαρμαρυγή (OR=1.11, CI:1.08-2.56, $p=0.041$) καθώς και η βαρύτητα του ΑΕΕ σύμφωνα με την SSS ($p<0.001$). Κατά την πολυπαραγοντική ανάλυση οι παράγοντες που διατηρούν την στατιστική τους σημαντικότητα ήταν η ηλικία ($p=0.012$), ο ΣΔ ($p=0.008$), το φύλο ($p=0.0041$) και η βαρύτητα του ΑΕΕ ($p=0.001$). Μετά από προσαρμογή ως προς την ηλικία το φύλο χάνει την στατιστική του σημαντικότητα. Ειδικά για τους 75 (57.7%) διαβητικούς ασθενείς της μελέτης στατιστικά σημαντικοί παράγοντες για την βραχυπρόθεσμη έκβαση τους ήταν η διάρκεια του ΣΔ ($p=0.012$), η ρύθμιση του ΣΔ ($p=0.036$).

Συμπεράσματα: Ο ΣΔ, η βαρύτητα του ΑΕΕ και η ηλικία των ασθενών είναι καθοριστικοί παράγοντες για την βραχυπρόθεσμη έκβαση των ΑΕΕ. Για τους



διαβητικούς ασθενείς καθοριστικό ρόλο διαδραματίζουν η διάρκεια και η ρύθμιση του ΣΔ.

ΕΑ 12

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΨΥΧΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΔΙΑΒΗΤΗ

Μ. Ρεκλείτη¹, Ζ. Ρούπα², Μ. Σαρίδη³, Π. Κυλούδης⁴, Ι. Κυριαζής⁵, Γ. Βόζνιακ⁶, Κ. Σουλιώτης⁷

¹RN, MSc, PhD©, Γ.Ν. Κορίνθου

²RN, MD, PhD, Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Λευκωσίας

³RN, BSc, MSc, PhD, Διευθύντρια ΝΥ, Γ.Ν. Κορίνθου

⁴RN, MSc, Γ. Ν. «Γ. Παπανικολάου» Θεσσαλονίκης

⁵MD, PhD, Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής και Υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου, Γ. Ν. «Ασκληπιείου» Βούλας, Αττική

⁶MD, PhD, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

⁷Λέκτορας, Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα των επιπλοκών του διαβήτη και η σχέση με την εμφάνιση κατάθλιψης αποτελεί σημείο διερεύνησης. Η διεθνής βιβλιογραφία αναφέρει ισχυρή σχέση της αύξησης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με την αύξηση των επιπλοκών του διαβήτη, σε ένταση και αριθμό.

ΣΚΟΠΟΣ: της μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης των επιπλοκών του διαβήτη και άλλων στοιχείων της νόσου με την εμφάνιση κατάθλιψης.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ: Το δείγμα αποτέλεσαν 164 διαβητικοί ασθενείς (72 άντρες και 92 γυναίκες, Μ.Ο. ηλικίας 66,9±11,53 έτη). Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν η κλίμακα αυτοαξιολόγησης κατάθλιψης του Zung (ZDRS) και δομημένο ερωτηματολόγιο σχετικά με δημογραφικά, σωματομετρικά. Η ανάλυση έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS 18.0. Για την αξιολόγηση της εσωτερικής συνέπειας των ερωτηματολογίων χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης α του Cronbach. Το ανεκτό σφάλμα τύπου I καθορίστηκε ως $p=0,05$.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το 57,3% των διαβητικών της μελέτης ήταν υπέρβαροι και το 30,5% παχύσαρκοι, με υψηλά ποσοστά κεντρικής παχυσαρκίας (83,3% οι άνδρες και 92,4% οι γυναίκες), ενώ ο μεγάλος ΔΜΣ και η κεντρική παχυσαρκία συσχετίστηκαν σημαντικά με την κατάθλιψη ($p=0,001$). Το 50% των διαβητικών εμφάνιζαν συμπτώματα κατάθλιψης σε ήπια επίπεδα και το 20% σε μέτρια επίπεδα ($p=0,001$). Συχνότερη επιπλοκή βρέθηκε η στυτική δυσλειτουργία (στους άντρες, 52,8%) και συσχετίστηκε υψηλά με την ηλικία, ενώ η αμφιβληστροειδοπάθεια (40,2%), η νευροπάθεια (34,8%) και η νεφροπάθεια (22%) συσχετίστηκαν με τη διάρκεια της νόσου και την κατάθλιψη ($p=0,001$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η επίπονη, καθημερινή προσπάθεια για αντιμετώπιση του διαβήτη δημιουργεί τις κατάλληλες συνθήκες για την εμφάνιση κατάθλιψης, η οποία εμποδίζει τον διαβητικό να φροντίσει αποτελεσματικά τον εαυτό του, να τηρήσει τις ιατρικές οδηγίες σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή, τη διατροφή και



5^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου

21 - 23 ΙΟΥΝΙΟΥ 2012, CRETA MARIS - ΚΡΗΤΗ



την άσκηση και τις παρεμβάσεις για γλυκαιμική ρύθμιση, με αποτέλεσμα την εμφάνιση επιπλοκών, που μειώνουν την ποιότητα ζωής του και αυξάνουν τη νοσηρότητα.

ΕΑ 13

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Μ. Ρεκλείτη¹, Μ. Σαρίδη², Ι. Κυριαζής³, Π. Κυλούδης⁴, Μ. Κουράκος⁵, Α. Τόσκα⁶, Κ. Σουλιώτης⁷

¹Νοσηλεύτρια, MSc, PhD©, Γ. Ν. Κορίνθου

²Νοσηλεύτρια, MSc, PhD, Διευθύντρια ΝΥ, Γ.Ν. Κορίνθου

³Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Β' Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Ιατρείο, Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας

⁴Νοσηλευτής, MSc, Γ. Ν. «Γ. Παπανικολάου» Θεσσαλονίκης

⁵Νοσηλευτής, MSc, PhD©, Τομέαρχης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής

⁶Νοσηλεύτρια ΝΕΛ, MSc, PhD©, Γ. Ν. Κορίνθου

⁷Λέκτορας, Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Εισαγωγή: Η περιφερική νευροπάθεια αποτελεί την πιο σοβαρή επιπλοκή του διαβήτη, με αναλογικά την υψηλότερη νοσηρότητα και θνητότητα. Η ένταση του πόνου της νευροπάθειας μπορεί να επιδεινώσει τη γενική υγεία του διαβητικού και τη γλυκαιμική του ρύθμιση και να οδηγήσει στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Σκοπός: της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης της διαβητικής περιφερικής νευροπάθειας με την κατάθλιψη.

Υλικό – Μέθοδος: Μελετήθηκαν 57 διαβητικοί ασθενείς με διαγνωσμένη περιφερική νευροπάθεια (27 άντρες και 30 γυναίκες), μ.ο. ηλικίας 72,7±6,35 έτη. Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το πρώτο μέρος του Michigan Neuropathy Screening Instrument (MNSI) και η κλίμακα αυτοαξιολόγησης της κατάθλιψης κατά τον Zung. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο SPSS 18.0.

Αποτελέσματα: Σχετικά με τα σωματομετρικά χαρακτηριστικά του δείγματος, το 57,9% ήταν υπέρβαροι και το 35,1% παχύσαρκοι και μόνο το 7% νορμόβαροι στην κατηγορία του Κανονικού Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), με υψηλά ποσοστά κεντρικής παχυσαρκίας (92,6% οι άνδρες και 96,6% οι γυναίκες). Οι τιμές του MNSI κυμάνθηκαν από 3 έως 12 (μέσος όρος 8,19±2,60 και διάμεσο τιμή το 8). Από τους συμμετέχοντες τα δύο τρίτα είχαν σοβαρή νευροπάθεια, ενώ οι περισσότεροι είχαν μέτρια και μόνο 2 άτομα ήπια νευροπάθεια με βάση το αθροιστικό σκορ από το ερωτηματολόγιο συμπτωμάτων. Διερευνώντας τη σχέση διαβητικής νευροπάθειας και κατάθλιψης, προκύπτει ότι όσο βαρύτερη ήταν η κατηγορία της διαβητικής



5^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου

21 - 23 ΙΟΥΝΙΟΥ 2012, CRETA MARIS - ΚΡΗΤΗ



νευροπάθειας, τόσο μεγαλύτερη ήταν η κατάθλιψη [$F(3,160)=9,821, p=0,001$] με τη μέτρια και σοβαρή νευροπάθεια να έχουν περίπου τα ίδια επίπεδα κατάθλιψης.

Συμπεράσματα: Στη συγκεκριμένη μελέτη η εμφάνιση της διαβητικής νευροπάθειας συσχετίστηκε σημαντικά με την παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Το θέμα χρήζει περαιτέρω μελέτης για την ακριβή περιγραφή του διαβητικού πληθυσμού με νευροπάθεια.

ΕΑ 14

ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΟΜΟΙΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΣΕ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΥΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΒΑΡΗΣ. ΜΕΛΕΤΗ DEPLAN

Μάριος Μιχαήλ, Σταύρος Λιάτης, Μαρία Μπαλογιάννη, Δημήτρης Αναγνώστου, Σοφία Γραμματικού, Μιχαήλ Δανδουλάκης, Νικόλαος Κατσιλάμπρος, Κωνσταντίνος Μακρυλάκης

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών & Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

Εισαγωγή - Σκοπός

Ο επιπολασμός του σακχαρώδους διαβήτη παρουσιάζει αυξητική τάση παγκοσμίως. Στην Ελλάδα, οι σχετικές υπάρχουσες επιδημιολογικές μελέτες αναφέρονται σε επιμέρους πληθυσμούς και παρουσιάζουν μεθοδολογικές ατέλειες. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να βρεθεί ο ακριβής επιπολασμός του διαβήτη σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του ενήλικου πληθυσμού ενός Δήμου της Αττικής.

Μέθοδοι

Ο επιπολασμός του σακχαρώδους διαβήτη υπολογίστηκε στον ενήλικο πληθυσμό άνω των 40 ετών του Δήμου Βάρης. Εκλήθη να συμμετάσχει το 1/3 του πληθυσμού (1964 άτομα), με βάση το δημοτολόγιο (τυχαία επιλογή). Η πρόσκληση έγινε με επιστολή και τηλεφωνική επικοινωνία. Η διάγνωση του διαβήτη και των διαταραχών ομοιοστασίας της γλυκόζης έγινε με δοκιμασία ανοχής της γλυκόζης.

Αποτελέσματα

Από τα 1964 άτομα με τα οποία έγινε απόπειρα επικοινωνίας, βρέθηκαν τα 1585, εκ των οποίων τα 107 (6.75%) δήλωσαν ότι πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη. Στη συνέχεια έγινε δοκιμασία ανοχής γλυκόζης σε 435 άτομα που δέχθηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη (183 άνδρες, 252 γυναίκες, μέση ηλικία 57.37 [56.39-58.85] έτη. Ο επιπολασμός του σακχαρώδους διαβήτη ήταν 30/434 άτομα (6.91%), γεγονός που καθορίζει το συνολικό επιπολασμό της νόσου σε 13.66% (γνωστός διαβήτης: 6.75% και άγνωστος: 6.91%). Ο επιπολασμός της διαταραχής γλυκόζης νηστείας και της διαταραχής ανοχής γλυκόζης ήταν αντίστοιχα 25.97% και 11,72%.

Συμπέρασμα

Βρέθηκαν υψηλά ποσοστά σακχαρώδους διαβήτη, ιδιαιτέρως δε άγνωστου διαβήτη, στον πληθυσμό του Δήμου Βάρης άνω των 40 ετών. Τα ποσοστά αυτά συμβαδίζουν με τη διεθνή βιβλιογραφία και καταδεικνύουν τη συνεχή αύξηση της συχνότητας της νόσου.



5^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου

21 - 23 ΙΟΥΝΙΟΥ 2012, CRETA MARIS - ΚΡΗΤΗ



ΕΑ 15

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΠΡΩΤΟΓΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΟΥΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ (ΑΕΕ) ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Κ. Μπακαλάκου, Ι. Α Κυριαζής, Π. Μητσέας, Λ. Τάτση, Μ.Π. Κουκούλη, Π. Σκλαβούνος, Ι. Ελευθεριάδου, Γ. Νικολαΐδης, Ν. Καραγκούννη, Π. Φωτιάδης, Π. Μανδόλας, Θ. Λούφα, Υ. Γούλια, Θ. Καλογήρου
Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν «Ασκληπιείο» Βούλας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Διεθνής οργανισμοί επισημαίνουν την αναγκαιότητα ρύθμισης όλων των τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου και σε ηλικιωμένους ασθενείς με σκοπό τόσο την πρωτογενή όσο και τη δευτερογενή πρόληψη αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης μας ήταν η εκτίμηση της ρύθμισης των παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου σε ασθενείς ηλικίας >65 ετών, με οξύ ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΙΑΕΕ).

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 76 ασθενείς (30 άνδρες και 46 γυναίκες) ηλικίας $79,5 \pm 6,46$ έτη, που νοσηλεύτηκαν στην κλινική με οξύ ΙΑΕΕ.

Σε όλα τα άτομα καταγράφηκαν τα σωματομετρικά τους δεδομένα, οι παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου και τα συνυπάρχοντα αγγειακά νοσήματα (ηλικία, φύλο, κάπνισμα, αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ), σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ), στεφανιαία νόσος (ΣΝ), περιφερική αγγειακή νόσος (ΠΑΝ), κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ), δυσλιπιδαιμία και ιστορικό ΑΕΕ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Διαπιστώθηκε υπεροχή των γυναικών έναντι των ανδρών. (60,5% ήταν γυναίκες). Από το σύνολο των ασθενών που μελετήθηκαν δεν ελάμβαναν αγωγή το 37,8% των υπερτασικών ασθενών, το 62,1% των ασθενών με ΚΜ και το 57% των ασθενών με δυσλιπιδαιμία. Από τους ασθενείς που ελάμβαναν στατίνη το 38,1% δεν είχε πετύχει τα επίπεδα στόχο της LDL χοληστερόλης, ενώ και τις τρεις λιπιδαιμικές παραμέτρους ρύθμιζε μόνο το 16,4% των ασθενών. Όσο αφορά τους διαβητικούς ασθενείς, οι περισσότεροι ήταν υπό αντιδιαβητική αγωγή αλλά ΗbA1C <7 είχε μόνο το 19,3%. Διαπιστώθηκε επίσης ότι το 35,3% των ασθενών με ιστορικό ΙΑΕΕ ήταν χωρίς αντιαιμοπεταλιακή αγωγή, Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά όσο αφορά στη ρύθμιση των παραγόντων κινδύνου μεταξύ των δύο φύλων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η πρόληψη των ΑΕΕ σε ηλικιωμένους ασθενείς κρίνεται ανεπαρκής γεγονός που καθιστά αναγκαία την επιθετικότερη αντιμετώπιση όλων των παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου με σκοπό την αποφυγή εμφάνισης πρώτου ή επακόλουθου επεισοδίου.



ΕΑ 16

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΑΚΧΑΡΟΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η. Σκοπελίτης, Δ. Λεβισιανού, Α. Ακούρου, Γ. Γκρούμας, Ε. Μούκα, Γ. Κατσουρίνης, Γ. Καμπέλος, Π. Τερλής, Ξ. Κουφομιχάλη, Ε. Κοζανίδου, Α. Γαλανοπούλου, Δ.

Γουγουρέλας, Σ. Κουγιάλης, Χ. Μπιλίνης.

Β' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Νικαίας «Αγ. Παντελεήμων»

Σκοπός: να αναλυθούν οι παράγοντες κινδύνου για δεύτερο καρδιαγγειακό επεισόδιο σε διαβητικούς ασθενείς που εισάγονται στο νοσοκομείο για το πρώτο.

Υλικό-μέθοδοι: καταγράφηκαν δεδομένα (ιστορικό, δημογραφικά, ανθρωπομετρικά, εργαστηριακά, παράγοντες καρδιακής λειτουργίας) για 106 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (78άνδρες, 28γυναίκες, μέσης ηλικίας 63,14±9,94), οι οποίοι εισήχθησαν σε 3οβάθμιο νοσοκομείο σε διάστημα 1 έτους για οξύ στεφανιαίο ή αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και νοσηλεύτηκαν επί 6,7±1,76 ημέρες. Μετά το εξιτήριο, οι ασθενείς παρακολουθήθηκαν επί 3 έτη για την εμφάνιση νέου καρδιαγγειακού συμβάματος.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς που παρουσίασαν κάποιο επεισόδιο στα 3 χρόνια διέφεραν ως προς την ηλικία (66,58±6,87 έναντι 61,54±10,77 έτη, $p=0,005$), τη μέση συστολική πίεση (135,74±16,34 έναντι 129,31±19,29 mmHg, $p=0,019$), την περίμετρο μέσης (108,06±13,87 έναντι 93,54±11,18 cm, $p=0,02$) και το κλάσμα εξώθησης (41,66±8,21 έναντι 47,58±8,11%, $p=0,001$), ενώ υπήρχε και οριακή διαφορά ως προς την τροπονίνη της εισαγωγής εάν επρόκειτο για στεφανιαία νόσο (11,30±11,31 έναντι 38,36±15,27 IU/ml, $p=0,05$). Δεν υπήρχε διαφορά ως προς τη διαστολική και τη μέση πίεση, την καρδιακή συχνότητα, το δείκτη μάζας σώματος, τη μέγιστη τροπονίνη, το φύλο και το κάπνισμα. Ο χρόνος μέχρι το επεισόδιο συσχετίστηκε ως αριθμητική παράμετρος σημαντικά με την καρδιακή συχνότητα ($r=0,572$, $p=0,004$), και αντιστρόφως ανάλογα με την ηλικία ($r=-0,558$, $p=0,001$), το συνολικό χρόνο νοσηλείας στο νοσοκομείο ($r=-0,479$, $p=0,021$) και την τροπονίνη εισαγωγής ($r=-0,648$, $p=0,009$). Μετά από πολυπαραγοντική ανάλυση ανεξάρτητοι παράγοντες που σχετίστηκαν με την πιθανότητα για νέο επεισόδιο στα 3 έτη ήταν η ηλικία ($\beta=0,407$, $p<0,001$), και η περίμετρος μέσης ($\beta=0,357$, $p<0,001$). Σε μοντέλο Cox παλινδρόμησης ο χρόνος μέχρι το επεισόδιο συσχετίστηκε ανεξάρτητα με την ηλικία (HR=1,149, $p<0,001$) και το κλάσμα εξώθησης (HR=1,098, $p=0,002$).

Συμπέρασμα: σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες για νέο καρδιαγγειακό επεισόδιο σε διαβητικό ασθενή που εισάγεται για το πρώτο επεισόδιο, βρέθηκαν να είναι η ηλικία, η περίμετρος μέσης, και το κλάσμα εξώθησης.



ΕΑ 17

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΟΥΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΑΡΟΔΙΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ (ΠΑΕ)

Κ. Μπακαλάκου, Ι. Α. Κυριαζής, Π. Μητσέας, Λ. Τάτση, Μ. Π. Κουκούλη, Π. Σκλαβούνος, Ι. Ελευθεριάδου, Γ. Νικολαΐδης, Ν. Καραγκούνη, Π. Φωτιάδης, Π. Μανδόλας, Θ. Λούφα, Υ. Γούλια, Θ. Καλογήρου
Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν «Ασκληπιείο» Βούλας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι ασθενείς που έχουν υποστεί ένα παροδικό αγγειακό εγκεφαλικό (ΠΑΕ) έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΙΑΕΕ). Την τελευταία δεκαετία οι κατευθυντήριες οδηγίες για την πρόληψη ΙΑΕΕ είναι οι ίδιες τόσο για τους ασθενείς που έχουν υποστεί ΙΑΕΕ όσο και για αυτούς με ΠΑΕ.

ΣΚΟΠΟΣ: Η αξιολόγηση της δευτερογενούς πρόληψης νοσηλευόμενων ασθενών με ιστορικό ΠΑΕ.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 153 άτομα ηλικίας $69,1 \pm 8,4$ έτη που νοσηλεύτηκαν στην κλινική μας την περίοδο 2009-2011 και είχαν ιστορικό ΠΑΕ. Σε όλα τα άτομα καταγράφηκαν τα σωματομετρικά τους δεδομένα, οι παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου και τα συνυπάρχοντα αγγειακά νοσήματα (ηλικία, φύλο, κάπνισμα, αρτηριακή υπέρταση(ΑΥ), σακχαρώδης διαβήτης(ΣΔ), στεφανιαία νόσος(ΣΝ), κοιλιακή μαρμαρυγή(ΚΜ), δυσλιπιδαιμία (ΔΣΛ), ιστορικό ΑΕΕ) καθώς επίσης και τα επίπεδα λιπιδίων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους ασθενείς που μελετήθηκαν το 62,7% ήταν άνδρες, 77,1% είχε ΑΥ, 28,7% ΣΔ, 37,9% ΣΝ, 31,3% ΚΜ, 62,7% ΔΣΛ, 36,6% ΑΕΕ. Αντιθρομβωτική αγωγή ελάμβανε μόνο το 26,1%, υπολιπιδαιμική το 35,9%, αντιυπερτασική το 57,5%. Στους ασθενείς με ΚΜ διαπιστώθηκε ότι το 36,4% ήταν άνευ αντιπηκτικής αγωγής, 44,5% από τους οποίους δεν ελάμβανε ούτε αντιαιμοπεταλιακά, ενώ μόλις το 12,4% όσων αντιμετωπίζονταν με ανταγωνιστές της βιταμίνης Κ προσέγγισε τα θεραπευτικά επίπεδα INR. Όσο αφορά στα επιθυμητά επίπεδα των μεταβολικών παραγόντων: $HbA_{1C} < 7\%$ είχε το 36,6% των διαβητικών ασθενών, $LDL < 70$ (ή μείωση της $LDL > 50\%$) το 16,3% των ασθενών, ενώ μόνο το 8,6% κατάφεραν να επιτύχουν τους θεραπευτικούς στόχους σε όλες τις λιπιδαιμικές παραμέτρους

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Σημαντικός αριθμός ασθενών με ΠΑΕ δεν λαμβάνει αντιθρομβωτική αγωγή, ενώ παράλληλα η ρύθμιση των υπολοίπων παραγόντων κινδύνου κρίνεται ανεπαρκής. Είναι απαραίτητη η επιθετικότερη αγωγή των ασθενών που έχουν υποστεί ΠΑΕ με σκοπό την αποφυγή επακόλουθου επεισοδίου.



ΕΑ 18

ΑΜΕΣΑ ΚΑΙ ΜΕΣΟΠΡΟΘΕΣΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΕ ΑΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΟ ΣΤΕΛΕΧΟΣ

Γ. Τριάντης, Δ. Σιώνης, Ι. Στεφανίδης, **Α. Κώτσανης**

Επεμβατικοί Καρδιολόγοι Αιμοδυναμικό Τμήμα, 1^ο ΙΚΑ, Παράρτημα Σισμανογλείου

Μέχρι πριν λίγα χρόνια η αντιμετώπιση του απροστάτευτου στελέχους (ULM) ήταν αποκλειστικά χειρουργική και η διαδερμική παρέμβαση (PCI) επιφυλάσσονταν σε ανεγχείρητους ασθενείς. Η πρόοδος των υλικών και των ανταμοπεταλιακών φαρμάκων επέτρεψε την επιλεκτική αντιμετώπιση της νόσου του στελέχους διαδερμικά. Στη συνέχεια παραθέτουμε την εμπειρία του κέντρου μας στην PCI σε ULM .

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ:

Σύνολο 32 ασθενών ηλικίας απο 52-89 ετών.

Κλινική εικόνα: Ασταθής στηθάγχη 7, NSTEMI 2, STEMI 1, Σταθερή στηθάγχη 22

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ :

Bail-out 5 (3 λόγω οξέως στεφανιαίου συνδρόμου, 2 λόγω επιπλοκής στον καθετηριασμό)

Ανεγχείρητοι : 6 (3 λόγω ΧΑΠ, 3 λόγω συνυπαρχούσης βαρείας νόσου)

ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΗΣΤΙΚΑ:

Εντόπιση βλάβης στελέχους: Στόμιο 6, Μεσότητα 5, Πολλαπλή εντόπιση 6, Διχασμός 15

Άλλα Πάσχοντα Αγγεία : 16

ΤΕΧΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΗΣΤΙΚΑ:

Provisional stenting : 24 εκ των οποίων σε 18 ένα stent και στα υπόλοιπα 6 δύο stents, *Τεχνική Δύο Stents* : 8

Final Kissing: Επιχειρήθηκε σε 28 από τους 32.

Διάμετρος Stents : 3.5 και 4mm πλην 2 (3mm)

Χρήση IVUS: 6

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

ΘΑΝΑΤΟΣ: 1 (Bail-out)

NSTEMI: 2

ΕΠΕΙΓΟΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ :0

ΟΞΕΙΑ-ΥΠΟΞΕΙΑ ΘΡΟΜΒΩΣΗ : 0

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ : 1 ημέρα πλην δύο περιπτώσεων με 3 και 6 ημέρες.

FOLLOW-UP:

Διάρκεια: 8-48 μήνες.



5^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου

21 - 23 ΙΟΥΝΙΟΥ 2012, CRETA MARIS - ΚΡΗΤΗ



Καρδιολογική Επανάσπληνση: 6 (1 με επαναστένωση σε άλλο πλην LM
θεραπευθέν αγγείο και 2 με νέες βλάβες)

Αγγειογραφικός Επανελέγχος: 10 ασθενείς, χωρίς επαναστένωση

DAPT : 12 ελάμβαναν και μετά τον 1^ο χρόνο ενώ 8 και μετά τον 2^ο

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Η μικρή εμπειρία ενός κέντρου από την διαδερμική αντιμετώπιση της νόσου του ULM είναι θετική και τα άμεσα και μεσοπρόθεσμα αποτελέσματα ενθαρρυντικά. Δεν επιφυλάσσεται μόνο σε ανεγχείρητους ασθενείς η σε επείγουσες, λόγω επιπλοκών, καταστάσεις αλλά και σε επιλεγμένους ασθενείς. Η τεχνική με ένα stent πέρα από απλή φαίνεται και αποτελεσματική ενώ η τελική σύγχρονη διάταξη συμβάλλει στα καλά άμεσα και πιθανόν μεσοπρόθεσμα αποτελέσματα.

ΕΑ 19

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΡΟΠΟΝΙΝΗΣ Tns ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΟΨΙΑ ΟΞΕΩΣ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Μ. Σαλούστρου¹, Κ. Γιώγα², Χ. Γεωργαντόπουλος³, Α. Οικονόμου³, Δ. Μπεθάνης³, Μ. Σαρρής³, Α. Λάζος³, Π. Καραμπογιά⁴

¹Ειδικευόμενη Ιατρός Μικροβιολογίας ΝΘΠ Παμμακάριστος

²Επιμελήτρια Β' Ιατρός Μικροβιολογίας ΝΘΠ Παμμακάριστος

³Ειδικευόμενοι Ιατροί Καρδιολογίας ΝΘΠ Παμμακάριστος

⁴Διευθύντρια Ιατρός Μικροβιολογίας ΝΘΠ Παμμακάριστος

Εισαγωγή: Η μέτρηση της τροπονίνης Tns σε δείγμα ορού αποτελεί σημαντικό δείκτη διάγνωσης του οξέως εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Σκοπός: Η εκτίμηση των τιμών της εξέτασης της τροπονίνης Tns στη διάγνωση του οξέως εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Υλικό – Μέθοδος: Εξετάστηκαν 170 ασθενείς και οι τιμές τροπονίνης Tns αυτών για το χρονικό διάστημα από 1/9/2011 έως 20/3/12. Η μέτρηση των τιμών της τροπονίνης Tns έγιναν στον ανοσοχημικό αναλυτή Elecsys 2010 της Roche. Ως παθολογικές τιμές μέτρησης της τροπονίνης Tns ορίστηκαν οι τιμές που ήταν μεγαλύτερες από 14 pg/ml. Έγιναν διαδοχικές μετρήσεις της τροπονίνης Tns σε δείγματα των ίδιων ασθενών εντός 24ώρου και μελετήθηκε η διαφορά των τιμών αυτών για τον ίδιο ασθενή.

Αποτελέσματα: Η κατανομή των τιμών μέτρησης της τροπονίνης Tns ήταν: Τροπονίνη Tns < 3ng/ml σε 25 μετρήσεις. Τροπονίνη Tns με τιμές μεταξύ 3 έως 14 pg/ml σε 70 μετρήσεις. Τιμές τροπονίνης Tns > 14 pg/ml σε 120 μετρήσεις. Τιμές τροπονίνης Tns > 100 pg/ml βρέθηκαν στο 25% των μετρήσεων. Επανάληψη μετρήσεων έγινε σε όλους τους ασθενείς. Στο 90% αυτών έγιναν τρεις διαδοχικές μετρήσεις της τροπονίνης Tns εντός 24ώρου. Σε ασθενείς με πρώτη τιμή τροπονίνης Tns έως και 50 pg/ml, μετά τη μέτρηση της 2^{ης} και 3^{ης} τιμής υπήρξε άνοδος της τροπονίνης Tns τουλάχιστον 50% σε 120 ασθενείς. Σε ασθενείς με τιμή τροπονίνης



5^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου

21 - 23 ΙΟΥΝΙΟΥ 2012, CRETA MARIS - ΚΡΗΤΗ



Της μεγαλύτερη από 50 pg/ml μετά τη μέτρηση της 2^{ης} και 3^{ης} τιμής υπήρξε άνοδος αυτής πάνω από 20% σε 40 ασθενείς. Από τους ασθενείς αυτούς διαγνώστηκαν με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου οι 140 (82,4%). Στους υπόλοιπους ασθενείς που εμφάνισαν αυξημένη τροπονίνη Τhs σε διαδοχικές μετρήσεις αυτής διαγνώστηκαν άλλα νοσήματα, όπως καρδιακή ανεπάρκεια, οξύ πνευμονικό οίδημα, ανεύρυσμα αορτής, χρόνια και οξεία νεφρική ανεπάρκεια, πολυοργανική ανεπάρκεια, σηψαιμία και χρόνιες πνευμονοπάθειες. Από τα ευρήματα προκύπτει ότι η επανεξέταση δείγματος αίματος για τροπονίνη Τhs για δεύτερη ή και τρίτη φορά εντός του πρώτου 24ώρου βοηθάει πάρα πολύ στη διάγνωση ή μη οξέως εμφράγματος του μυοκαρδίου.

ΕΑ 20

ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΑΡΤΗΡΙΟΠΑΘΕΙΑΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ

Γ. Τριάντης¹, Δ. Σιώνης¹, Ν. Ζάννης², **Α. Κώτσανης¹**, Γ. Κατσαντούρης³

¹ Επεμβατικός Καρδιολόγος, Αιμοδυναμικό Τμήμα, 1^ο ΙΚΑ, Παράρτημα Σισμανογλείου – Αγγειογράφος Σισμανόγλειο

² Επεμβατικός Ακτινολόγος, Αιμοδυναμικό Τμήμα, 1^ο ΙΚΑ, Παράρτημα Σισμανογλείου – Αγγειογράφος Σισμανόγλειο

³ Ακτινοτεχνολόγος, Αιμοδυναμικό Τμήμα, 1^ο ΙΚΑ, Παράρτημα Σισμανογλείου – Αγγειογράφος Σισμανόγλειο

Η αθηροσκλήρωση είναι συστηματική νόσος με αποτέλεσμα η συνύπαρξη σοβαρών βλαβών στις αρτηρίες των διαφόρων οργάνων να είναι σύνηθες εύρημα. Για τη θεραπεία ασθενών με τόσο διάχυτη νόσο, συχνά απαιτούνται πολλές και διαδοχικές παρεμβάσεις, με αποτέλεσμα την αύξηση της πιθανότητας επιπλοκών ιδιαίτερα στα επιμέρους πάσχοντα αγγεία. Στην παρούσα μελέτη εξετάσαμε την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα της ταυτόχρονης επεμβατικής αντιμετώπισης σε διαφορετικά αγγειακά δίκτυα.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ:

24 ασθενείς, ηλικίας 58-84 ετών εκ των οποίων 18 με σταθερή στηθάγχη, 1 με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο και 8 με συμπτωματολογία από το ΚΝΣ.

ΕΙΔΟΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ: Διαδερμικές επεμβάσεις στεφανιαίων (PCI), καρωτίδων (CAS), νεφρικών (RAS), λαγονίων (ILIAC) αρτηριών.

PCI + CAS: 14

PCI + RAS: 6

PCI + CAS + RAS: 2

PCI + ILIAC : 2

Βασικά επεμβατικά χαρακτηριστικά:

PCI: Αριθμός αγγείων/βλαβών: 24/26 (LAD: 12, RCA: 8, LCx: 4).

Αριθμός stents: 28 με μήκος από 12-24 mm.

CAS: Συσκευή προστασίας σε όλους (Filter 13, Proximal occlusion MOMA 3, Distal occlusion 1)

Αριθμός stents: 17



5^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου

21 - 23 ΙΟΥΝΙΟΥ 2012, CRETA MARIS - ΚΡΗΤΗ



RAS: Διάμετρος/Μήκος stent 5-6mm/18-20mm

ILIAC: 2 αυτοεκπτυσσόμενα stents

Σύνολο σκιαγραφικού: 140-520ml

Χρόνος έκθεσης στην ακτινοβολία: 22-65min

Άμεσα αποτελέσματα:

Αγγειογραφική επιτυχία: 100%

Κλινικά αποτελέσματα: 1 no-reflow μετά από PCI και 1 σύνδρομο υπεραϊμάτωσης μετά από CAS.

Χρόνος νοσηλείας: Όλοι οι ασθενείς εξήλθαν την επόμενη ημέρα, εκτός από τους 2 που αναφέρθηκαν προηγουμένως και 2 με ΟΣΣ

Επιδείνωση νεφρικής λειτουργίας: 1 ασθενής με ΣΔ την επόμενη ημέρα με πλήρη αποκατάσταση σε 2 ημέρες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Οι ασθενείς με πολυαγγειακή νόσο αποτελούν μια δύσκολη ομάδα, που χρειάζονται πολλές παρεμβάσεις σε διάφορες περιοχές της αγγειακής κοίτης. Μερικοί από αυτούς, προσεκτικά επιλεγμένα, μπορεί να αντιμετωπιστούν διαδερμικά με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα στον ίδιο χρόνο, αποφεύγοντας έτσι μια δεύτερη παρέμβαση και μειώνοντας τόσο την πιθανότητα επιπλοκών όσο και το συνολικό κόστος. Κλειδί στην επιτυχία μιας τέτοιας παρέμβασης είναι η συνεργασία έμπειρων επεμβατικών ειδικοτήτων.

EA 21

Η ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΚΑΤΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΑΘΗΤΙΚΗΣ ΝΕΥΡΩΣΗΣ ΤΩΝ ΝΕΦΡΩΝ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΟΞΕΙΕΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑ

Κ. Δημητριάδης, Κ. Τσιούφης, Κ. Θωμόπουλος, Δ. Τσιαχρής, Α. Κασιακόγιας, Ι. Αναστασόπουλος, Ι. Ανδρίκου, Β. Παπαδημητρίου, Χ. Στεφανάδης
Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, «Ιπποκράτειο» Γ.Ν.Α.

Εισαγωγή: Η διέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος συνοδεύεται από δυσμενείς μεταβολές της νεφρικής αιματικής ροής, ενώ δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για την επίδραση της διαδερμικής κατάλυσης της συμπαθητικής νεύρωσης των νεφρών (KNN) στη νεφρική αιμοδυναμική αυτορρύθμιση.

Σκοπός: Να μελετηθεί η οξεία και χρόνια επίδραση της διαδερμικής KNN στην αιμοδυναμική των νεφρών εκτιμώμενης επεμβατικά μέσω της μέσης ταχύτητας ροής (MTP), της νεφρικής αιματικής ροής, της νεφρικής εφεδρείας ροής (NEP) και του δείκτη αντίστασης (ΔΑ).

Υλικό: Μελετήθηκαν 9 θηλυκοί υγιείς χοίροι (ηλικίας 6 ± 0.8 μηνών, μέσο βάρος 34.5 ± 1.7 kg).

Μέθοδοι: Προ και μετά τη διαδερμική KNN (οξέως και μετά την πάροδο 1 μηνός), μετρήθηκε η MTP με τη χρήση σύρματος ροής Doppler 0.014-ιντσών εντός του στελέχους της νεφρικής αρτηρίας σε συνθήκες ηρεμίας καθώς και υπεραϊμίας η



5^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου

21 - 23 ΙΟΥΝΙΟΥ 2012, CRETA MARIS - ΚΡΗΤΗ



οποία προκλήθηκε με την ενδονεφρική χορήγηση ντοπαμίνης (50μg/kg). Η NEP υπολογίστηκε ως ο λόγος της MTP στη φάση της υπεραιμίας προς τη MTP στη φάση της ηρεμίας, ενώ ο ΔΑ εκτιμήθηκε ως το πηλίκο (μέγιστη συστολική ταχύτητα-τελοδιαστολική ταχύτητα)/μέγιστη συστολική ταχύτητα. Η KNN πραγματοποιήθηκε στις νεφρικές αρτηρίες με ειδικά σχεδιασμένο καθετήρα υψίσυχνου ρεύματος με τη χρήση ειδικού αλγορίθμου.

Αποτελέσματα: Η MTP και η νεφρική αιματική ροή αυξήθηκαν οξέως μετά την κατάλυση σε όλα τα πειραματόζωα (61.44 ± 32.6 έναντι 20.44 ± 6.3 cm/sec, $p < 0.001$ και 407.4 ± 135.1 έναντι 161.1 ± 76.6 ml/min, $p = 0.003$; αντιστοίχως), ενώ η NEP και ο ΔΑ μειώθηκαν (1.51 ± 0.59 έναντι 2.85 ± 0.99 , $p < 0.001$ και 0.67 ± 0.07 έναντι 0.74 ± 0.07 , $p = 0.005$; αντιστοίχως). Μετά την πάροδο 1 μηνός από την κατάλυση, η MTP και η νεφρική αιματική ροή παρέμειναν σε υψηλότερα επίπεδα σε σύγκριση με τη MTP και τη νεφρική αιματική ροή προ της απονεύρωσης (34.33 ± 11.2 έναντι 20.44 ± 6.3 cm/sec, $p < 0.05$ και 408.9 ± 146.5 έναντι 161.1 ± 76.6 ml/min, $p < 0.05$; αντιστοίχως), ενώ η NEP και ο ΔΑ παρουσίασαν χαμηλότερες τιμές συγκριτικά με αυτές προ της επέμβασης (1.38 ± 0.25 έναντι 2.85 ± 0.99 , $p < 0.05$ και 0.49 ± 0.14 έναντι 0.74 ± 0.07 , $p < 0.05$; αντιστοίχως). Η ενδονεφρική χορήγηση ντοπαμίνης δεν προκάλεσε σημαντικές μεταβολές στη διάμετρο των νεφρικών αρτηριών ($p = NS$).

Συμπεράσματα: Η διαδερμική KNN συνοδεύεται από οξείες και χρόνιες επιδράσεις στη νεφρική αιμοδυναμική ισορροπία σε υγιείς χοίρους. Εάν τα ευρήματα της μελέτης επιβεβαιωθούν και στον άνθρωπο οι παράμετροι της νεφρικής αιματικής ροής μπορεί να αποτελέσουν άμεσους δείκτες επιτυχούς KNN.

ΕΑ 22

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ II

Β.Πετσιμέρη¹, Σ. Παπαδάκη², Ε. Κολιάκου³, Α. Τσιμπιδάκης⁴, Γ. Καρρά⁵

¹ Παθολόγος Επιμελήτρια Β' Γενικό Νοσοκομείο Καρπενησίου

² Ειδικευόμενη Παθολογίας Γενικό Νοσοκομείο Καρπενησίου

³ Ειδικευόμενη Παθολογίας Γενικό Νοσοκομείο Καρπενησίου

⁴ Ειδικευόμενος Παθολογίας Γενικό Νοσοκομείο Καρπενησίου

⁵ Ειδικευόμενη Γενικής Ιατρικής Γενικό Νοσοκομείο Καρπενησίου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια συχνή πάθηση που αντιμετωπίζεται στο εξωτερικό ιατρείο.

ΣΚΟΠΟΣ: Μελέτη της αποτελεσματικότητας της φαρμακευτικής αγωγής με αντιδιαβητικά δισκία ή με ινσουλίνη σε ασθενής με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Μελετήθηκαν 29 ασθενείς, 14 γυναίκες και 15 άνδρες, με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II. Από αυτούς οι 20 (ποσοστό 69%) είχαν γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη $< 8,5$ και ετέθησαν σε μετφορμίνη και τροποποίηση του τρόπου ζωής, εκτιμήθηκαν σε 3 μήνες και σε όσους η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη ήταν < 7 προστέθηκε και δεύτερο αντιδιαβητικό δισκίο. Οι 9 (ποσοστό 31%) εμφάνιζαν γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη $> 8,5$ και τέθηκαν σε σουλφονουρία, μετφορμίνη και ινσουλίνη glargine. Επανεκτιμήθηκαν σε 3 μήνες



5^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου

21 - 23 ΙΟΥΝΙΟΥ 2012, CRETA MARIS - ΚΡΗΤΗ



και όσοι είχαν γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη >7 , ετέθησαν σε εντατικοποιημένο σχήμα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 20 ασθενείς με γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη $<8,5$ οι 5 πέτυχαν το στόχο (γλυκοζυλιωμένη <7). Οι 15 δεν πέτυχαν το στόχο και έλαβαν δεύτερο αντιδιαβητικό δισκίο. 7 έλαβαν σουλφονουρία, 5 έλαβαν σιταγλιπτίνη ή βιαγλιπτίνη και σε 3 ασθενείς διακόπηκε η μετφορμίνη λόγω δυσπεψίας και ετέθηκε πιογλιταζόνη και σιταγλιπτίνη. Και οι 15 ασθενείς πέτυχαν το στόχο. Από τους 9 ασθενείς που ετέθησαν σε σουλφονουρία, μετφορμίνη και ινσουλίνη glargine οι 4 ρυθμίστηκαν και οι 5 δεν ρυθμίστηκαν και ετέθησαν σε εντατικοποιημένο σχήμα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σε ασθενείς με γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη $<8,5$ η ρύθμιση με μετφορμίνη και αλλαγή τρόπου ζωής γίνεται σε ποσοστό 25%. Στο 75% απαιτείται η χορήγηση δεύτερου αντιδιαβητικού δισκίου. Η κατηγορία στην οποία ανήκει το δεύτερο αντιδιαβητικό δισκίο δεν φαίνεται να σχετίζεται με την αποτελεσματικότητα. Η μετφορμίνη σε 3 από τους 20 ασθενείς (ποσοστό 15%) προκάλεσε δυσπεπτικά ενοχλήματα. Στους ασθενείς με γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη $>8,5$, χρειάστηκε η εφαρμογή εντατικοποιημένου σχήματος στο 55,6%.



ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ - (POSTERS)

ΑΑ01

ΠΡΟΣΩΠΟΕΚΦΡΑΣΙΑΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΥΠΟΤΑΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ

Κ. Δημουλάς¹, Ευ. Δημουλάς², Θ. Παπαδημητρίου³, Ι. Καλύβας⁴, Φ. Καλύβα⁵, Θ. Κατσαρός⁶, Σ. Κέλλα – De Vries⁷, Δ. Λιόβας⁸, Κ. Βαϊνάς⁹, Ν. Φαρμάκης¹⁰

¹(Φιλολόγος – Νομοπολιτικός – Θεολόγος) Ψυχολόγος (Φιλοσοφίας – Παιδαγωγικής - Ψυχολογίας / Ψυχολογίας, [Πειραματικής, Γνωστικής, Εξελικτικής, Σχολικής] και Κοινωνικής - Κλινικής Ψυχολογίας), Msc [Ψυχοανάλυσης και] Κοινωνικής – Κλινικής / Κλινικής Ψυχολογίας, δρ (Ι.Κ.Υ.) [Κλινικής Παιδονευροψυχολογίας και] Ψυχιατρικής Κλινικής Ψυχολογίας, Ερευνητής

Βιοψυχοανάλυσης, Σχολικός Σύμβουλος Φιλολόγων Νομού Λάρισας, Γραφείο Σχολικών Συμβούλων Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης Νομού Λάρισας, Ανώτατη Σχολή Παιδαγωγικής Τεχνολογικής Εκπαίδευσης/ Παράρτημα Βόλου, Ομάδα Βιοψυχοαναλυτικής Έρευνας.

²Ηλεκτρολόγος Μηχανικός και Μηχανικός Υπολογιστών / Ενεργειακός, υ. MSc Διαχείρισης Εναλλακτικών Πηγών Ενέργειας, Ομάδα Βιοψυχοαναλυτικής Έρευνας.

³Καθηγήτρια Γαλλικής Φιλολογίας, Ομάδα Βιοψυχοαναλυτικής Έρευνας.

⁴πρ. Σχολικός Σύμβουλος Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης Νομού Τρικάλων και Κυκλάδων και Προϊστάμενος Επιστημονικής Παιδαγωγικής Καθοδήγησης Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης Περιφερειακής Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης Νοτίου Αιγαίου, MSc Παιδαγωγικής, 1^ο Δημοτικό Σχολείο Καρδίτσας, Ομάδα Βιοψυχοαναλυτικής Έρευνας.

⁵Καθηγήτρια Βιολογίας, υ. MSc Ειδικής Αγωγής, Ομάδα Βιοψυχοαναλυτικής Έρευνας.

⁶ Καθηγητής Πληροφορικής, MSc Επιστήμης Υπολογιστών, Ομάδα Βιοψυχοαναλυτικής Έρευνας.

⁷Χημικός, MSc Αναλυτικής Χημείας, δρ Χημείας, Επιστημονική Συνεργάτις, Τμήμα Ιατρικών Εργαστηρίων Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Λάρισας, Ομάδα Βιοψυχοαναλυτικής Έρευνας.

⁸ Ηλεκτρολόγος Μηχανικός και Μηχανικός Υπολογιστών / Πληροφορικός, Καθηγητής Πληροφορικής, MSc στην Εκπαίδευση Ενηλίκων και στα Σύγχρονα Περιβάλλοντα Μάθησης και στην Παραγωγή Διδακτικού Υλικού, υ. δρ Πληροφορικής, Επιστημονικός Συνεργάτης, Ανώτατη Σχολή Παιδαγωγικής Τεχνολογικής Εκπαίδευσης / Παράρτημα Βόλου, Ομάδα Βιοψυχοαναλυτικής Έρευνας.

⁹Διευθυντής / Καθηγητής, δρ Μαθηματικός, Ανώτατη Σχολή Παιδαγωγικής Τεχνολογικής Εκπαίδευσης/ Παράρτημα Βόλου, Ομάδα Βιοψυχοαναλυτικής Έρευνας.

¹⁰Αν. Καθηγητής, δρ Στατιστικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης / Σχολή Θετικών Επιστημών / Τμήμα Μαθηματικών / Τομέας Στατιστικής και Επιχειρησιακής Έρευνας, Ομάδα Βιοψυχοαναλυτικής Έρευνας.



5^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου

21 - 23 ΙΟΥΝΙΟΥ 2012, CRETA MARIS - ΚΡΗΤΗ



Εισαγωγή. Η διάγνωση της κατάθλιψης, συναισθηματικής διαταραχής, η οποία, ως τέτοια, μπορεί να επιδρά, ψυχοσωματικώς, και σε σχετικούς με την κυκλοφορία του αίματος παράγοντες, όπως, κυρίως, υπόταση, που, σαφώς, σχετίζεται με καρδιοαγγειακούς κινδύνους, μπορεί να βασιστεί, κυρίως, στην έκφραση συναισθημάτων στο πρόσωπο των ασθενών. Εξ αυτού, προκύπτει το ζήτημα αν αυτό είναι, σε κάθε περίπτωση και περίσταση, ισχυρό, εφόσον, ασφαλώς, μεταφράζεται επιτυχώς η σύστοιχη «έξοδος» της συγκίνησης (συγκεκριμένα, της καταθλιπτικής ως λύπης) στην έκφραση του προσώπου. **Σκοπός.** Υποέργο του όλου αυτού σκεπτικού ήταν η διερεύνηση της επιτυχίας ερμηνείας των εκφραζόμενων συγκινήσεων στο πρόσωπο παιδιών και εφήβων, προκειμένου να διαγνωσθεί πιθανή κατάθλιψη, η οποία να επηρεάζει την πίεση του αίματος. **Υλικό και Μέθοδος.** Για την «έξοδο» (έκφραση) του συναισθήματος (βίωση) στο πρόσωπο, σε «ροή», κατόπιν δοκιμαστικής και (ανά 12 άνδρες και γυναίκες) πειραματικής διαδικασίας και ελέγχου πιθανής προκατάληψης (32 άνδρες και 32 γυναίκες, ανά 16, από 8 για τη λύπη και την ευτυχία, πέριξ των οποίων θα συνεγείρονταν όλα τα συναισθήματα), σε δείγμα 30 παιδιών (6, 9, 11 ετών, 5 αγόρια και 5 κορίτσια ανά ομάδα) μαγνητοσκοπήθηκε η αυθόρμητη έκφραση της συγκίνησης, με την ακρόαση (αποδεδειγμένα ικανών να διεγείρουν συγκινησιακά) μουσικών κομματιών, και η, από κάποιο σημείο και μετά, τεχνητή (αηδιαστική νοητική εικόνα) εμπλοκή της ανέλιξης της συγκίνησης. Το υποκείμενο κατέγραφε, από 1 έως 7, ό,τι αισθάνθηκε, στη διάρκεια κάθε φάσης. Τη βιντεοταινία είδαν, άηχη, 4 (2 άνδρες και 2 γυναίκες) κριτές, που αποτύπωσαν τη συναισθηματική έκφραση των υποκειμένων, στην ίδια βαθμολογική κλίμακα. Έγινε επιβεβαίωση των ευρημάτων σε δείγμα 114 παιδιών (ίδιων ηλικιών, ανά 19, αγόρια και κορίτσια, στην ομάδα), σε ομάδες των 24 αγοριών και 24 κοριτσιών, για κάθε ηλικία, σε σύνολο 144 παιδιών. **Αποτελέσματα.** Βρέθηκε αύξηση της εκφραστικής πλαστικότητας, κυρίως των παιδιών 9 ετών, ενώ στα παιδιά των 6 ετών αδυναμία να εκφράσουν τις συγκινήσεις τους, προφανώς λόγω μη εισέτι νευρομυϊκής ανάπτυξης, όπως και στα παιδιά των 11 ετών, εδώ κυρίως για λόγους ψυχοκοινωνικούς. **Συμπεράσματα.** Ίσως, η έκφραση, από μόνη της, δεν αρκεί για αποκάλυψη της κατάθλιψης, τουλάχιστον στην περίπτωση των παιδιών ηλικίας περίπου 6 ετών, στην οποία μπορούμε να αποδώσουμε προβλήματα κυκλοφορίας του αίματος, λόγω συνεπαγόμενης κυρίως υπότασης.

AA02

ΠΡΟΒΟΛΙΚΗ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΥΠΟΤΑΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΟΥΣ ΨΥΧΩΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Κ. Δημουλάς¹, Ευ. Δημουλάς², Θ. Παπαδημητρίου³, Ι. Καλύβας⁴, Φ. Καλύβας⁵, Θ. Κατσαρός⁶, Σ. Κέλλα – De Vries⁷, Δ. Λιόβας⁸, Κ. Βαϊνάς⁹, Ν. Φαρμάκης¹⁰.

¹(Φιλολόγος – Νομοπολιτικός - Θεολόγος) Ψυχολόγος (Φιλοσοφίας – Παιδαγωγικής - Ψυχολογίας / Ψυχολογίας, [Πειραματικής, Γνωστικής, Εξελικτικής, Σχολικής] και Κοινωνικής - Κλινικής Ψυχολογίας), Msc [Ψυχοανάλυσης και] Κοινωνικής – Κλινικής



5^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου

21 - 23 ΙΟΥΝΙΟΥ 2012, CRETA MARIS - ΚΡΗΤΗ



/ Κλινικής Ψυχολογίας, δρ (Ι.Κ.Υ.) [Κλινικής Παιδονευροψυχολογίας και]
Ψυχιατρικής Κλινικής Ψυχολογίας, Ερευνητής

Βιοψυχοανάλυσης, Σχολικός Σύμβουλος Φιλολόγων Νομού Λάρισας, Γραφείο
Σχολικών Συμβούλων Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης Νομού Λάρισας, Ανώτατη Σχολή
Παιδαγωγικής Τεχνολογικής Εκπαίδευσης/ Παράρτημα Βόλου, Ομάδα
Βιοψυχοαναλυτικής Έρευνας.

² υ. MSc Διαχείρισης Εναλλακτικών Πηγών Ενέργειας, Ηλεκτρολόγος Μηχανικός και
Μηχανικός Υπολογιστών – Ενεργειακός, Ομάδα Βιοψυχοαναλυτικής Έρευνας.

³ Καθηγήτρια Γαλλικής Φιλολογίας, Ομάδα Βιοψυχοαναλυτικής Έρευνας.

⁴ πρ. Σχολικός Σύμβουλος Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης Νομού Τρικάλων και Κυκλάδων και
Προϊστάμενος Επιστημονικής Παιδαγωγικής Καθοδήγησης Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης
Περιφερειακής Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης Νοτίου
Αιγαίου, MSc Παιδαγωγικής, 1^ο Δημοτικό Σχολείο Καρδίτσας, Ομάδα
Βιοψυχοαναλυτικής Έρευνας.

⁵ υ. MSc Ειδικής Αγωγής, Καθηγήτρια Βιολογίας, Ομάδα Βιοψυχοαναλυτικής Έρευνας.

⁶ MSc Επιστήμης Υπολογιστών, Καθηγητής Πληροφορικής, Ομάδα Βιοψυχοαναλυτικής
Έρευνας.

⁷ δρ Βιοχημείας, Επιστημονικός Συνεργάτης, Τμήμα Ιατρικών Εργαστηρίων Σχολής
Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Λάρισας,
Ομάδα Βιοψυχοαναλυτικής Έρευνας.

⁸ Ηλεκτρολόγος Μηχανικός και Μηχανικός Υπολογιστών / Πληροφορικός, Καθηγητής
Πληροφορικής, MSc στην Εκπαίδευση Ενηλίκων και στα Σύγχρονα Περιβάλλοντα
Μάθησης και στην Παραγωγή Διδακτικού Υλικού, υ. δρ Πληροφορικής,
Επιστημονικός Συνεργάτης, Ανώτατη Σχολή Παιδαγωγικής Τεχνολογικής Εκπαίδευσης/
Παράρτημα Βόλου, Ομάδα Βιοψυχοαναλυτικής Έρευνας.

⁹ δρ Μαθηματικός, Διευθυντής / Καθηγητής, Ανώτατη Σχολή Παιδαγωγικής
Τεχνολογικής Εκπαίδευσης/ Παράρτημα Βόλου, Ομάδα Βιοψυχοαναλυτικής Έρευνας.

¹⁰ Δρ Στατιστικής, Αν. Καθηγητής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης / Σχολή
Θετικών Επιστημών / Τμήμα Μαθηματικών / Τομέας Στατιστικής και Επιχειρησιακής
Έρευνας, Ομάδα Βιοψυχοαναλυτικής Έρευνας.

Εισαγωγή. Στην προσπάθειά τους οι σχιζοφρενείς να ερμηνεύσουν το συναίσθημα του προσώπου, μπαίνουν στον ρόλο του. Η αναγνώριση της κατάθλιψης, συναισθηματικής διαταραχής, η οποία, ως τέτοια, μπορεί να επιδρά, ψυχοσωματικώς, και σε σχετικούς με την κυκλοφορία του αίματος παράγοντες, όπως, κυρίως, υπόταση, που, σαφώς, σχετίζεται με καρδιοαγγειακούς κινδύνους, από τους σχιζοφρενείς, μαρτυρεί κυρίως δικά τους καταθλιπτικά συναισθήματα, που τα προβάλλουν στο υπό αναγνώριση πρόσωπο. **Σκοπός.** Στόχος της έρευνας ήταν η διερεύνηση της ικανότητας αναγνώρισης συναισθηματικών εκφράσεων του προσώπου από ψυχωσικούς ασθενείς. **Υλικό.** Έλαβαν μέρος 133 χρόνιοι σχιζοφρενείς (81 άντρες και 52 γυναίκες) και 165 υγιείς (61 άντρες και 104 γυναίκες) ως ομάδα ελέγχου, 25-55 ετών. Χρησιμοποιήθηκε η σειρά των Ekman και Friesen 65 διαφανειών του προσώπου με ένα (από όλο ή μέρος του) ή περισσότερα από τα επτά παγκοσμίως αναγνωρισμένα συναισθήματα (ευτυχία, λύπη, φόβος, θυμός,



5^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου

21 - 23 ΙΟΥΝΙΟΥ 2012, CRETA MARIS - ΚΡΗΤΗ



έκπληξη, αγδία, περιφρόνηση), σε δύο προβολές. **Μέθοδος.** Στην πρώτη, το υποκείμενο σημείωνε ένα (μόνο και οπωσδήποτε ένα) συναίσθημα για κάθε διαφάνεια, και, στη δεύτερη βαθμολογούσε με ένα (μόνο και οπωσδήποτε ένα) βαθμό όλα τα συναισθήματα της κάθε διαφάνειας από το 0 (ανυπαρξία συναισθήματος) έως το 8 (έντονη παρουσία συναισθήματος). Με κριτήριο την αποδοχή ενός συναισθηματικού όρου ως του συγκεκριμένου συναισθήματος κάθε διαφάνειας, από τουλάχιστον το 20% των ατόμων της ίδιας ομάδας, στοιχειοθετήθηκε λεξικό συναισθηματικής σημασιοδότησης. Προέκυψαν μονοσήμαντες και πολυσήμαντες διαφάνειες. Με βάση τη συμφωνία των σημασιοδοτικών απαντήσεων των υποκειμένων με το λεξικό, αξιολογήθηκε η συχνότητα και η ένταση των συναισθημάτων που αναγνωρίστηκαν και, εξ' αυτών, εκείνων που συγκέντρωσαν την υψηλότερη βαθμολογία μεταξύ τους. **Αποτελέσματα.** Βρέθηκε ότι τα αρνητικά συναισθήματα είναι δυσκολότερο από τα θετικά να αναγνωριστούν. Εξ αυτών, η λύπη είναι η πιο εύκολο να αναγνωριστεί. **Συμπεράσματα.** Οι σχιζοφρενείς, κατά την αναγνώριση των καταθλιπτικών συναισθημάτων του προσώπου, ίσως γίνονται, οι ίδιοι, μέρος του προβλήματος. Στη σχέση που αναπτύσσεται, ανάμεσα στον σχιζοφρενή και στο υπό αναγνώριση πρόσωπο η – εκείθεν – ενδοβολή αρνητικών συναισθημάτων, που του αυξάνει το άγχος, τον οδηγεί σε απώθησή τους ή (που μας αφορά) προβολή τους στο πρόσωπο, απ' όπου εκπορεύονται, βαθμολογώντας τα συναισθήματα εντονότερα απ' όσο στην πραγματικότητα είναι. Το αποτέλεσμα είναι το βίωμα του υποκειμένου περισσότερο παρά το ακριβές υπό αναγνώριση συναίσθημα. Υπάρχει διαφορά μεταξύ σχιζοφρενών και υγιών, στην αναγνώριση των συναισθημάτων. Τις περισσότερες αναγνωρίσεις, που είναι και αληθείς, τις επιτυγχάνουν, σε όλα τα (μονοσήμαντα) συναισθήματα, οι υγιείς, οι γυναίκες περισσότερο από τους άντρες. Με τη διαπλοκή των χαρακτηριστικών, που συνιστά συνύπαρξη συναισθημάτων στην έκφραση, κάποτε, όταν αυτή είναι μεγάλη, δυσκολευόμαστε, και οι υγιείς, στην εύκολη αναγνώριση του κυρίαρχου συναισθήματος της έκφρασης. Ο ψυχωσικός, περισσότερο από τον υγιή, δυσκολεύεται να αποκωδικοποιήσει το μήνυμα που απαρτίζεται από στοιχεία που ανήκουν στο σχηματισμό διαφορετικών συναισθημάτων. Οι σχιζοφρενείς, πολύ περισσότερο από εν μέρει εκφράσεις, όπου ίσως και να μη δυσκολεύονται, παρουσιάζουν –σημαντικά– χαμηλότερη επίδοση, από τους υγιείς, στην αναγνώριση / συναισθημάτων από ολικές εκφράσεις. Οι σχιζοφρενείς τείνουν να επικεντρώνουν την προσοχή τους σε μερικά –μόνο– μέρη του προσώπου, ειδικά στα μάτια και στο στόμα, παρά σε ολόκληρο το πρόσωπο. Φαίνεται, ότι οι σχιζοφρενείς δυσκολεύονται στην απαγκίστρωση από αυτά και στην αγνόηση των δευτερευουσών πληροφοριών, για να επικεντρωθούν στο κυρίαρχο συναίσθημα που υπάρχει στην έκφραση, πέραν των πληροφοριών που δίνουν τα μάτια και το στόμα. Όμως, το πρόβλημα δεν είναι μικρότερο και στην αναγνώριση συναισθημάτων σε μονοσήμαντη ολική έκφραση. Η συγκέντρωση και διατήρηση της προσοχής στο όλο πρόσωπο προκαλεί πληροφοριακή υπερφόρτωση κι αυτή πληροφοριακή κόπωση, που εξισώνεται με άγχος. Στο μεγάλο όγκο των πληροφοριών, που έρχονται από το πρόσωπο, ο σχιζοφρενής αδυνατεί να



5^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου

21 - 23 ΙΟΥΝΙΟΥ 2012, CRETA MARIS - ΚΡΗΤΗ



ιεραρχήσει τις πληροφορίες που παίρνει. Η ολική μορφή του προσώπου κατακερματίζεται και η προσοχή του σχιζοφρενούς διασπάται σ' ολόκληρο το πρόσωπο. Δεν είναι, όμως, μόνον ο όγκος των πληροφοριών, που έρχονται από το πρόσωπο και που πρέπει, μέσα στον ίδιο - ελάχιστο - χρόνο, να αναλυθούν, να αξιολογηθούν, να ιεραρχηθούν και να κρατηθούν οι χρήσιμες, με τον παραμερισμό των μη ουσιαστικών από αυτές, πράγμα που φέρνει σύγχυση και δυσχεραίνει την αναγνώριση. Είναι και η ένταση των πληροφοριών αυτών, η οποία, όταν είναι υπερβολική, ίσως αποβαίνει σε βάρος της καθαρότητας της συναισθηματικής έκφρασης, πράγμα που δυσκολεύει, ακόμα περισσότερο, κυρίως τους σχιζοφρενείς, στρέφοντάς τους σε αμφιβολία, για το ποιο -ακριβώς- συναίσθημα, από όλα τα παρόμοια, που -πιθανόν- περιέχει η έκφραση, πρόκειται. Σε περίπτωση αμφιβολίας, για το ποιο συναίσθημα πρόκειται, ο σχιζοφρενής μπορεί να θεωρήσει ότι, πάνω στο πρόσωπο, υπάρχουν όλα τα συναισθήματα και, μάλιστα, στον ίδιο - συχνά πολύ μεγάλο - βαθμό, αρνούμενος τη διαφορά, όχι μόνο μεταξύ ομοειδών, αλλά και μεταξύ αντίθετων συναισθημάτων, ή να αρνηθεί την παρουσία οποιουδήποτε συναισθήματος, πάνω στην έκφραση, που βλέπει. Πέραν, όμως, της διαφοράς, που μπορεί να προέρχεται από την έκφραση, και την έντασή της, για τη διαφοροποίηση στα αποτελέσματα θα έπρεπε να υποθέσει κανείς και λόγους μάλλον ψυχολογικούς. Στην κατάσταση άγχους, στην οποία περιέρχονται, οι σχιζοφρενείς, όχι απλά δυσκολεύονται να εστιάσουν την προσοχή τους στην έκφραση, αλλά ίσως και να γίνονται και οι ίδιοι μέρος του προβλήματος. Στη σχέση που αναπτύσσεται, ανάμεσα στο σχιζοφρενή και στο πρόσωπο της φωτογραφίας, η -εκείθεν- ενδοβολή αρνητικών συναισθημάτων, που του αυξάνει το άγχος (παράδειγμα, ο φόβος), τον οδηγεί σε απώθησή τους (παράδειγμα, η περιφρόνηση) ή προβολή τους στο πρόσωπο, απ' όπου εκπορεύονται, βαθμολογώντας τα (πολύ περισσότερο απ' ό,τι ο υγιής) εντονότερα απ' όσο στην πραγματικότητα είναι. Το αποτέλεσμα, έτσι, είναι το βίωμα του υποκειμένου περισσότερο παρά το ακριβές υπό αναγνώριση συναίσθημα. Η ευτυχία είναι το πιο εύκολα αναγνωρίσιμο συναίσθημα, και για τους σχιζοφρενείς. Ακολουθεί η έκπληξη, που μικρές -μόνο- διαφορές την ξεχωρίζουν από την ευτυχία. Τα αρνητικά συναισθήματα είναι δυσκολότερο από τα θετικά να αναγνωριστούν. Εξ αυτών, η λύπη είναι η πιο εύκολο να αναγνωριστεί, ενώ ο φόβος και ο θυμός από τα δυσκολότερα. Για την αηδία - ίσως- πρόκειται για άρνηση της διαφοράς της από άλλα αρνητικά συναισθήματα. Η περιφρόνηση είναι από τα πιο δύσκολα να αναγνωριστούν συναισθήματα, ίσως λόγω απώθησης.

Στόχος της έρευνας ήταν η διερεύνηση της ικανότητας αναγνώρισης συναισθηματικών εκφράσεων του προσώπου από ψυχωσικούς ασθενείς. Έλαβαν μέρος 133 χρόνιοι σχιζοφρενείς (81 άντρες και 52 γυναίκες) και 165 υγιείς (61 άντρες και 104 γυναίκες) ως ομάδα ελέγχου, 25-55 ετών. Χρησιμοποιήθηκε η σειρά των Ekman και Friesen 65 διαφανειών του προσώπου με ένα (από όλο ή μέρος του) ή περισσότερα από τα επτά παγκοσμίως αναγνωρισμένα συναισθήματα (ευτυχία, λύπη, φόβος, θυμός, έκπληξη, αηδία, περιφρόνηση), σε δύο προβολές. Στην πρώτη, το υποκείμενο σημείωνε ένα (μόνο και οπωσδήποτε ένα) συναίσθημα για κάθε διαφάνεια, και, στη δεύτερη βαθμολογούσε με ένα (μόνο και οπωσδήποτε ένα)



5^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου

21 - 23 ΙΟΥΝΙΟΥ 2012, CRETA MARIS - ΚΡΗΤΗ



βαθμό όλα τα συναισθήματα της κάθε διαφάνειας από το 0 (ανυπαρξία συναισθήματος) έως το 8 (έντονη παρουσία συναισθήματος). Με κριτήριο την αποδοχή ενός συναισθηματικού όρου ως του συγκεκριμένου συναισθήματος κάθε διαφάνειας, από τουλάχιστον το 20% των ατόμων της ίδιας ομάδας, στοιχειοθετήθηκε λεξικό συναισθηματικής σημασιοδότησης. Προέκυψαν μονοσήμαντες και πολυσήμαντες διαφάνειες. Με βάση τη συμφωνία των σημασιοδοτικών απαντήσεων των υποκειμένων με το λεξικό, αξιολογήθηκε η συχνότητα και η ένταση των συναισθημάτων που αναγνωρίστηκαν και, εξ' αυτών, εκείνων που συγκέντρωσαν την υψηλότερη βαθμολογία μεταξύ τους. Βρέθηκε ότι οι ψυχωσικοί επιτυγχάνουν λιγότερες αναγνωρίσεις απ' ό,τι οι υγιείς, κυρίως στις πολυσήμαντες διαφάνειες, ιδιαίτερα στα αρνητικά συναισθήματα, με τη χειρότερη επίδοση στην αναγνώριση της περιφρόνησης, σε μια αντιστρόφως ανάλογη σχέση με την ένταση των υπό αναγνώριση συναισθημάτων, ίσως λόγω αδυναμίας των να επεξεργαστούν μεγάλο όγκο έντονων πληροφοριών μέσα στον ίδιο ελάχιστο χρόνο.

AA03

HYPERTENSION AND CARDIOVASCULAR DISEASE MORTALITY IN ELDERLY MEN IN CRETE

K. Sirigonaki^{1,2}, A. Kafatos¹, D. Kromhout³, C. Hatzis¹, M. Linardakis¹, A. Bertias¹, J. Moschandreas¹

¹ Department of Social Medicine, Faculty of Medicine, University of Crete

² Faculty of Statistics, Athens University of Economics & Business

³ University of Wageningen, The Netherlands

Introduction: Traditional cardiovascular disease (CVD) risk factors have been found to be weaker predictors of CVD mortality in elderly than in middle-aged men even though absolute risks are higher.

Aim: To estimate CVD mortality risk in a cohort of elderly men and assess differences in risk according to hypertensive status.

Materials & methods: In 1991, 253 Cretan Seven Countries study participants aged 71-90 (median 77) years were examined. Survival status was ascertained until 2010. CVD risk factors considered in a multivariable Cox regression model were hypertension (SBP > 160 mmHg and/or DBP >95 mmHg and/or medication), hypercholesterolemia (total cholesterol/HDL > 5), smoking, age and overweight. Partial residuals and the log(-log) survival function against time were used to check the proportional hazards assumption. Cumulative incidence functions (CIF) were obtained using R2.13.2.

Results: In 1991, the prevalence of hypertension, diabetes and stroke was 73%, 6% and 8% respectively and 23% had clinically diagnosed heart disease (HD). 44% were overweight. During the follow-up period, there were 232 (92%) deaths, 111 (44%) attributed to CVD. Median overall survival time was 8 (95% CI 7-9) years. Five, 10 and 15- year risks of CVD mortality estimated using the cumulative incidence function were 17%, 32%, and 40% respectively. Cumulative CVD mortality incidence differed



5^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου

21 - 23 ΙΟΥΝΙΟΥ 2012, CRETA MARIS - ΚΡΗΤΗ



according to hypertensive status: $p=0.008$, CIF at 10 years 34% in men with hypertension versus 19%. Hypertension was a significant predictor of CVD mortality both at univariate analysis ($p=0.018$) and in multivariable models including age, hypercholesterolemia, overweight and smoking: hazard ratio 1.9 (95% CI 1.1 to 3.2) adjusting for HD, diabetes and stroke and 2.3(95% CI 1.1 to 4.7) excluding men with prevalent HD, diabetes or stroke.

Conclusion: In rural elderly male cohorts including a high proportion of subjects with highly elevated blood pressure, hypertensive status remains a strong CVD mortality predictor.

AA04

ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ

A. Κουτσοβασίλης¹, **Δ. Ταμπουρατζή¹**, Μ. Μπαχλιτζανάκη¹, Ζ. Κολομτσάς¹, Κ. Μηλάκη¹, Θ. Ραπτάκης², Α. Παπαδάκη², Ν. Φωσκολάκης¹, Κ. Τσελάς¹

¹Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιεράπετρας, ²Πνευμονολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιεράπετρας

Εισαγωγή: Οι λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού αποτελούν ομάδα λοιμώξεων πολύπλοκου χαρακτήρα η έκβαση των οποίων επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες.

Σκοπός: Η καταγραφή των μεταβολικών παραγόντων οι οποίοι επιδρούν στην διάρκεια νοσηλείας των ασθενών με λοίμωξη αναπνευστικού.

Υλικό: Στη μελέτη αυτή εντάχθηκαν 86 ασθενείς με λοίμωξη κατώτερου αναπνευστικού οι οποίοι νοσηλεύθηκαν στην Πνευμονολογική Κλινική του Νοσοκομείου μας από τον Φεβρουάριο του 2011 έως τον Μάρτιο του 2012.

Αποτελέσματα: Από τους 86 ασθενείς της μελέτης μέσης ηλικίας 69.90 ± 21.04 έτη το 57.1% (49) ήταν άνδρες ηλικίας 68.83 ± 19.16 έτη και το 42.9% (37) γυναίκες ηλικίας 70.33 ± 23.81 ($p=0.208$). Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 4.66 ± 1.66 ημέρες. Από τους ασθενείς της μελέτης το 33.3% των ανδρών και το 16.7% των γυναικών παρουσίαζαν σακχαρώδη διαβήτη ($p=0.028$). Υπέρβαροι ή παχύσαρκοι ήταν το 78 % των ασθενών, ενώ παθολογική περίμετρο μέσης παρουσίαζε το 75% των ασθενών με τους άνδρες να υπερτερούν σημαντικά ($p=0.018$). Υψηλότερη συννοσηρότητα (>2 συνοδά χρόνια νοσήματα) στους άνδρες της μελέτης ($p=0.033$). Χρόνια αναπνευστική νόσο παρουσίαζε το 15.2% των ασθενών. Οι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν σημαντικά την διάρκεια νοσηλείας είναι η ηλικία (OR=1.08, CI:1.04-2.79, $p=0.023$), ο σακχαρώδης διαβήτης (OR=1.21, CI:1.14-2.88, $p=0.001$), η αυξημένη περίμετρος μέσης (OR=1.15, CI:1.02-3.12, $p=0.044$) και η παρουσία χρόνιας αναπνευστικής νόσου (OR=1.36, CI:1.12-2.55, $p<0.001$)

Συμπεράσματα: Η διάρκεια νοσηλείας ασθενών με λοίμωξη κατώτερου αναπνευστικού επηρεάζεται εκτός από την παρουσία χρόνιας αναπνευστικής νόσου και την ηλικία και από σημαντικούς μεταβολικούς παράγοντες όπως είναι η παθολογική περίμετρος μέσης και η παρουσία σακχαρώδη διαβήτη.



ΑΑ05

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ

Μ. Κουράκος¹, Θ. Καυκιά², Μ. Σαρίδη³

1. RN, MSc, PhD©, Τομεάρχης Ν.Υ., Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής
2. RN, MSc, PhD©, Προϊσταμένη Αναισθησιολογικού Τμήματος, Γ. Ν. «Άγιος Παύλος» - Παράρτημα Παναγία, Θεσσαλονίκη
3. RN, BSc, MSc, PhD, Διευθύντρια Ν.Υ., Γ.Ν. Κορίνθου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι η πρώτη αιτία θανάτου στις Δυτικές κοινωνίες, με κυριότερη τη στεφανιαία νόσο (ΣΝ). Το κλειδί για την αντιμετώπισή τους είναι η εξάλειψη των παραγόντων κινδύνου, οι οποίοι είτε ευθύνονται είτε επιβαρύνουν την κατάσταση.

ΣΚΟΠΟΣ: της παρούσας ανασκόπησης είναι η διερεύνηση της βιβλιογραφίας για εξεύρεση της δυνατότητας τροποποίησης ή εξάλειψης των παραγόντων κινδύνου για την εμφάνιση ΣΝ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ: Η παχυσαρκία, το κάπνισμα, η υπερχοληστεριναίμια, η μη σωστή διατροφή, η αρτηριακή υπέρταση, η καθιστική ζωή και ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελούν τους κυριότερους παράγοντες κινδύνου. Όσο περισσότεροι παράγοντες κινδύνου αθροίζονται σε ένα άτομο, τόσο ο κίνδυνος πολλαπλασιάζεται. Είναι μια πολυαιτιολογική νόσος, την οποία σε μεγάλο βαθμό δημιούργησε ο ίδιος ο άνθρωπος και η οποία έχει λάβει εκρηκτικές διαστάσεις στις σύγχρονες κοινωνίες. Οι νοσηλευτές λόγω της μοναδικότητας της σχέσης τους με τους ασθενείς, έχοντας την κατάλληλη εκπαίδευση μπορούν και πρέπει να ασκούν δραστική επίδραση στην πρόληψη. Μόνοι τους ή ως μέλη πολυδύναμης ομάδας και με κατάλληλες παρεμβάσεις μπορούν να συμβάλλουν σημαντικά στη μείωση της θνησιμότητας και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των καρδιολογικών ασθενών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από την ανάγνωση της βιβλιογραφίας κρίνεται επιτακτική η τοποθέτηση ειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού στο καρδιολογικό εξωτερικό ιατρείο των νοσοκομείων, η λεπτομερής ενημέρωση των ασθενών σε απλή γλώσσα πριν την έξοδό τους από το νοσοκομείο, η χορήγηση έντυπου και εικονογραφημένου υλικού στους καρδιολογικούς ασθενείς.

ΑΑ06

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑΣ ΩΣ ΧΡΟΝΙΑ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ

Χ. Χουστουλάκη¹, **Γ. Μεραμβελιωτάκης¹**, Α. Μυλωνά²

1. Νοσηλεύτρια /τής, Π.Α.Γ.Ν. Ηρακλείου Κρήτης
2. Νοσηλεύτρια, Βενιζέλειο Πανάνειο, Γ.Ν. Ηρακλείου Κρήτης



5^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου

21 - 23 ΙΟΥΝΙΟΥ 2012, CRETA MARIS - ΚΡΗΤΗ



ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο διαβήτης είναι η κυριότερη συστηματική νόσος που μπορεί να προκαλέσει τύφλωση, καθώς και η πρώτη αιτία τύφλωσης σε άτομα από ηλικίας 40 ετών και άνω. Η σοβαρότερη οφθαλμική προσβολή του διαβήτη είναι η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, η βαρύτητα της οποίας σχετίζεται κυρίως με την ηλικία του ατόμου, την επάρκεια ρύθμισης του διαβήτη, καθώς και τη διάρκεια της νόσου.

ΣΚΟΠΟΣ: της παρούσας μελέτης είναι η βιβλιογραφική διερεύνηση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας, ως κύρια χρόνια επιπλοκή του διαβήτη.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διαθέσιμης ηλεκτρονικής βιβλιογραφίας σε έγκυρες βάσεις δεδομένων, όπως PubMed και Scopus. Η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια αφορά στα αγγεία του αμφιβληστροειδή χιτώνα προκαλώντας μικροαγγειοπάθεια, η οποία επιφέρει μια σειρά σοβαρών αλλοιώσεων στο αμφιβληστροειδή. Η όραση δεν είναι πάντα αξιόπιστος δείκτης της βαρύτητας της νόσου, διότι άριστη όραση μπορεί να κρύβει βαριές αλλοιώσεις και τότε η επιδείνωση της όρασης θα είναι ξαφνική, σοβαρή και δύσκολα αναστρέψιμη.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι αλλοιώσεις της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας άπαξ και ξεκινήσουν εξελίσσονται σταθερά προς το χειρότερο και αν μείνουν χωρίς θεραπεία, επέρχεται πάντοτε τύφλωση. Η συχνή οφθαλμολογική παρακολούθηση και η έναρξη της θεραπευτικής αντιμετώπισης έγκαιρα, πριν χαθεί πολύτιμη όραση, έχουν μεγάλη σημασία στην εξέλιξη και την πρόγνωση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας, δεδομένου ότι η έγκαιρη παρέμβαση αναχαιτίζει την καταστροφική πορεία της νόσου. Εκτός από την προσβολή του αμφιβληστροειδούς, ο διαβήτης μπορεί να προκαλέσει καταρράκτη σε νεότερη ηλικία απ' ό,τι στον υπόλοιπο πληθυσμό, χρόνιο γλαύκωμα, νευροπάθεια με παραλύσεις οφθαλμικών μυών και παροδικές διαθλαστικές ανωμαλίες, με παροδική διαταραχή της όρασης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Διαφαίνεται ότι η καλή ρύθμιση του σακχάρου του αίματος και ο τακτικός οφθαλμικός έλεγχος μπορεί να εξασφαλίσουν ικανοποιητική όραση στον διαβητικό ασθενή.

AA07

Η ΕΛΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΑΡΤΗΡΙΑΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΕΠΗΡΕΑΣΜΕΝΗ ΠΡΩΙΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΑΝΤΟΧΗΣ.

Φ. Σπανούδη¹, Φ. Κουσαθανά¹, Β. Λαμπαδιάρη¹, Ι. Οικονομίδης², Χ. Κουκούλης², Γ. Ματσαγγούρας¹, Ε. Χατζηαγγελάκη¹, Μ. Αναστασίου-Νανά², Ι. Λεκάκης², Γ. Δημητριάδης¹

¹Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Μονάδα Έρευνας και Διαβητολογικό Κέντρο Πανεπιστημίου Αθηνών, ΠΓΝ Αττικών

²Β' Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΠΓΝ Αττικών

Εισαγωγή-Σκοπός: Η αρτηριακή σκληρία συνδέεται με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο. Η αντίσταση στην ινσουλίνη συνδέεται με αύξηση της αρτηριακής σκληρίας. Διερευνήσαμε εάν οι συγγενείς πρώτου βαθμού ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη, έχουν παρόμοια επηρεασμένες ιδιότητες του αρτηριακού τοιχώματος, όπως αξιολογούνται μετά την καμπύλη ανοχής της γλυκόζης. (OGTT)



5^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου

21 - 23 ΙΟΥΝΙΟΥ 2012, CRETA MARIS - ΚΡΗΤΗ



Υλικό και μέθοδος: 60 άτομα, υποβλήθηκαν σε δοκιμασία ανοχής στη γλυκόζη , (OGTT) και μετρήθηκαν τα επίπεδα γλυκόζης αίματος και ινσουλίνης ορού σε 0,30,60,90, και 120 min μετά τη χορήγηση της γλυκόζης (75g). Στα ίδια χρονικά διαστήματα έγινε μέτρηση, καρωτιδο –μηριαίου αρτηριακού σφυγμικού κύματος (PWVc) με την συσκευή Complior και αρτηριακού σφυγμικού κύματος PWV (PWVa) και augmentation index (AI) με την ταλαντωμετρική μέθοδο (Arteriograph). Εκτιμήθηκε η αντίσταση στην ινσουλίνη α) μετά τη νηστεία χρησιμοποιώντας το ομοιοστατικό μοντέλο εκτίμησης (homeostatic model assessment (HOMA) και την ηπατική ινσουλινοευαισθησία (hepatic insulin sensitivity (HIS) β) κατά τη διάρκεια της OGTT χρησιμοποιώντας τον δείκτη Matsuda και τον δείκτη ευαισθησίας της ινσουλίνης (insulin sensitivity index (ISI 0-120)).

Αποτελέσματα: Από το σύνολο των 60 ατόμων, 20 άτομα ήταν συγγενείς πρώτου βαθμού ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και είχαν φυσιολογική καμπύλη γλυκόζης (συγγενείς), 20 άτομα δεν είχαν οικογενειακό ιστορικό διαβήτη και είχαν φυσιολογική καμπύλη γλυκόζης (μάρτυρες), και 20 άτομα ήταν ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ). Σε σύγκριση με τους μάρτυρες, οι ασθενείς με ΣΔ και οι συγγενείς, είχαν υψηλότερα αρχικές τιμές (baseline) PWVc ($10,4 \pm 2,6$ vs $9,1 \pm 1,3$ vs $8 \pm 1,5$ m / sec, $p < 0,05$), PWVa ($9,1 \pm 2$ vs $8,9 \pm 2$ vs $7,3 \pm 1,6$ m / sec, $p < 0,05$), AI ($24,5 \pm 9$ vs $24,2 \pm 14$, $18 \pm 15\%$, $p < 0,05$), ινσουλίνης (14 ± 6 vs 15 ± 4 vs 10 ± 4 $\mu\text{U} / \text{ml}$, $p < 0,05$), χαμηλότερο δείκτη HOMA, ($3,9 \pm 2,1$ vs $3,6 \pm 1,6$ vs $2,4 \pm 1$, $p < 0,05$) δείκτη HIS ($0,32 \pm 0,24$ έναντι $0,33 \pm 0,24$ vs $0,48 \pm 0,18$, $p < 0,05$), δείκτη ISI (50 ± 24 vs 73 ± 22 vs 93 ± 17 mg.L2/mmol/mU/min , $p < 0,05$), και χαμηλότερο δείκτη Matsuda ($3,1 \pm 1,6$ vs $3,0 \pm 1,6$ vs $5,3 \pm 1,2$, $p < 0,05$).

Η ηλικία, το φύλο και ο δείκτης μάζας σώματος (BMI) των τριών ομάδων, δεν παρουσίαζαν σημαντικές διαφορές ($p = \text{NS}$). Σε σύγκριση με την αρχική τιμή (baseline), οι μάρτυρες και οι συγγενείς, στα 30 λεπτά παρουσίαζαν μείωση της AI κατά 30% ($p < 0,01$), ενώ οι ασθενείς με ΣΔ μόλις κατά 6% ($p = 0,5$). Σε σύγκριση με την αρχική τιμή (baseline), τα επίπεδα ινσουλίνης στα 30' λεπτά, αυξήθηκαν σε 54 $\mu\text{U/ml}$ (484%) στους μάρτυρες, σε 56 $\mu\text{U/ml}$ (266%) στους ΣΔ και σε 110 $\mu\text{U/ml}$ (681%) στους συγγενείς ($p < 0,01$). Σε όλα τα άτομα, το ποσοστό (%) μείωσης της AI στα 30 λεπτά, συσχετιζόταν με την αντίστοιχη (%) αύξηση των επιπέδων της ινσουλίνης ($r = -0,46$, $p < 0,05$).

Συμπέρασμα: Οι συγγενείς πρώτου βαθμού και τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη παρουσίασαν αύξηση της αρτηριακής σκληρίας και παθολογικά ανακλώμενα κύματα, σε σύγκριση με τα άτομα με φυσιολογική καμπύλη γλυκόζης, χωρίς οικογενειακό ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη. Οι μάρτυρες και οι συγγενείς παρουσιάζουν οξεία μείωση της AI, η οποία σχετίζεται με την αντίστοιχη αύξηση του επιπέδου ινσουλίνης πιθανώς εξαιτίας της διέγερσης σύνθεσης οξειδίου του αζώτου στα ενδοθηλιακά κύτταρα από την ινσουλίνη. Όμως, οι συγγενείς, παρουσίασαν αυτό το αποτέλεσμα αυξάνοντας τα επίπεδα της ινσουλίνης, σχεδόν στο διπλάσιο από αυτά των μαρτύρων, υποδηλώνοντας την έναρξη αντίστασης στην ινσουλίνη, η οποία επιβεβαιώνεται από εγκύρους δείκτες ινσουλινοαντίστασης. Σε διαβητικούς ασθενείς η επίδραση της ινσουλίνης στο AI αμβλύνθηκε πιθανώς λόγω σοβαρού βαθμού ινσουλινοαντίστασης.



ΑΑ08

ΟΙ ΜΕΤΑΓΕΥΜΑΤΙΚΕΣ ΑΥΞΗΣΕΙΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΚΑΙ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΑΜΠΥΛΗ ΑΝΟΧΗΣ ΣΤΗ ΓΛΥΚΟΖΗ, ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΣΚΛΗΡΙΑ ΚΑΙ ΤΑ ΑΝΑΚΛΩΜΕΝΑ ΚΥΜΑΤΑ.

Φ. Σπανούδη¹, Φ. Κουσαθανά¹, Β. Λαμπαδιάρη¹, Ι. Οικονομίδης², Χ. Κουκούλης², Γ. Ματσαγγούρας¹, Ε. Χατζηαγγελάκη¹, Μ. Αναστασίου-Νανά², Ι. Λεκάκης², Γ. Δημητριάδης¹

¹Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Μονάδα Έρευνας και Διαβητολογικό Κέντρο Πανεπιστημίου Αθηνών, ΠΓΝ Αττικών

²Β' Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΠΓΝ Αττικών

Εισαγωγή-σκοπός: Η οξεία μεταγευματική υπεργλυκαιμία αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την αθηροσκλήρωση. Επιδημιολογικές μελέτες συνδέουν την αντίσταση στην ινσουλίνη με αυξημένη αρτηριακή σκληρία και καρδιαγγειακή νόσο. Διερευνήσαμε αν οι οξείες αλλαγές των επιπέδων της γλυκόζης και της ινσουλίνης κατά τη διάρκεια δοκιμασίας ανοχής στη γλυκόζη (OGTT) σχετίζονται με αλλαγές στην αρτηριακή σκληρία και τα ανακλώμενα κύματα.

Υλικό-μέθοδοι: 40 άτομα υποβλήθηκαν σε μια τυπική δοκιμασία ανοχής στη γλυκόζη (75-gr OGTT) και μετρήθηκαν τα επίπεδα της γλυκόζης αίματος και της ινσουλίνης ορού σε 0', 30', 60', 90' και 120' λεπτά μετά τη φόρτιση με γλυκόζη. Στα ίδια χρονικά διαστήματα μετρήθηκαν η ταχύτητα μετάδοσης του καρώτιδο-μηριαίου αρτηριακού σφυγμικού κύματος (PWVc) με τη συσκευή Complior, η ταχύτητα μετάδοσης του αορτικού σφυγμικού κύματος (PWVa) και ο δείκτης ενίσχυσης του σφυγμικού κύματος (augmentation index-AI), χρησιμοποιώντας την ταλαντωμετρική μέθοδο (Arteriograph, TensioMed) ως δείκτες της αρτηριακής δυσκαμψίας και των ανακλώμενων κυμάτων.

Αποτελέσματα: 14 άτομα είχαν φυσιολογική καμπύλη ζαχάρου (μάρτυρες) και 36 είχαν διαταραγμένη ανοχή στη γλυκόζη ή σακχαρώδη διαβήτη (δυσγλυκαιμικοί). Λαμβάνοντας υπόψη όλες τις μετρήσεις (n = 200) κατά τη διάρκεια της OGTT, διαπιστώσαμε ότι η αύξηση των επιπέδων γλυκόζης συσχετιζόταν με την αύξηση της PWVc (r = 0,28, p <0,007) και PWVa (r = 0,42, p <0,001) και η αύξηση των επιπέδων της ινσουλίνης συσχετιζόταν με την μείωση της AI (r = -0,27, p = 0,003) σε όλα τα άτομα. Οι δυσγλυκαιμικοί ασθενείς είχαν υψηλότερα αρχικά επίπεδα PWVc, (10,4 ± 2 έναντι 9,1 ± 1,8 m / sec, p <0,05.) PWVa (9,4 ± 1,9 έναντι 6,9 ± 1,8 m / sec, p <0,05), AI (24 ± 9 έναντι 17 ± 11%, p <0,05), ινσουλίνης (14 ± 6 έναντι 11 ± 4 μU / ml, p <0,05) και γλυκόζης (114 ± 26 έναντι 93 ± 7 mg / dl, p <0,05) από τους μάρτυρες. Σε σύγκριση με την αρχικά επίπεδα (baseline), η AI μειώθηκε κατά 44% στα 30' λεπτά και κατά 17% στα 60' λεπτά στους μάρτυρες (p <0,01) και αντίστοιχα κατά 7,8% και κατά 11% στα δυσγλυκαιμικά άτομα (p = 0,7). Επιπλέον, σε σύγκριση με τα αρχικά επίπεδα (baseline), τα επίπεδα της ινσουλίνης αυξήθηκαν σε 58 μU/ml (500%) στα 30' λεπτά, 75 μU/ml (650%) στα 60' λεπτά, 44 μU/ml (329%)



5^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου

21 - 23 ΙΟΥΝΙΟΥ 2012, CRETA MARIS - ΚΡΗΤΗ



στα 90' λεπτά, 34 $\mu\text{U/ml}$ (269%) στα 120' λεπτά στους μάρτυρες, σε σύγκριση με 55 $\mu\text{U/ml}$ (280%), 81 $\mu\text{U/ml}$ (550%), 76 $\mu\text{U/ml}$ (562%) και 51 $\mu\text{U/ml}$ (333%), αντίστοιχα, στους δυσγλυκαιμικούς ασθενείς ($p = 0,25$). Οι δυσγλυκαιμικοί ασθενείς είχαν υψηλότερα επίπεδα της ινσουλίνης στα 90' και 120' λεπτά από τους μάρτυρες ($p < 0,01$). Σε όλα τα άτομα, η % μείωση του AI στα 30 λεπτά συσχετιζόταν με την αντίστοιχη % αύξηση των επιπέδων της ινσουλίνης ($r = 0,46$, $p < 0,05$). Δεν βρέθηκε καμία συσχέτιση μεταξύ των μεταβολών στα επίπεδα γλυκόζης και τις αλλαγές στο AI, στα 30' λεπτά. Σε σύγκριση με τις αρχικές τιμές, η % αύξηση στα επίπεδα της γλυκόζης στα 60', 90' και 120' λεπτά κατά τη διάρκεια της OGTT συσχετιζόταν με την % αύξηση στο PWVao ($r = 0,46$, $r = 0,34$, $r = 0,55$, $p < 0,05$), PWVc ($r = 0,40$, $r = 0,32$, $r = 0,33$, $p < 0,05$) και AI ($r = 0,36$, $r = 0,34$, $r = -0,35$, $p < 0,05$) στους δυσγλυκαιμικούς ασθενείς.

Αποτελέσματα: Άτομα με φυσιολογικό μεταβολισμό της γλυκόζης δείχνουν μια οξεία μείωση της AI μετά από πρόκληση, η οποία σχετίζεται με την αντίστοιχη αύξηση των επιπέδων ινσουλίνης πιθανώς εξαιτίας της διέγερσης σύνθεσης οξειδίου του αζώτου (NO) στα ενδοθηλιακά κύτταρα από την ινσουλίνη. Σε ασθενείς με διαταραγμένη καμπύλη ζαχάρου, η ευεργετική επίδραση της ινσουλίνης στο AI αμβλύνεται. Επιπλέον, σε άτομα με αντίσταση στην ινσουλίνη, η αύξηση των επιπέδων της γλυκόζης κατά τη διάρκεια της OGTT συνδέεται με την αύξηση της αρτηριακής σκληρίας της αορτής. Διαπιστώνουμε, λοιπόν, πως η αντίσταση στην ινσουλίνη συμβάλλει στην οξεία αύξηση της αρτηριακής σκληρίας, έπειτα από οξεία μεταγευματική υπεργλυκαιμία.

AA09

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΑΣ

Γ. Θανασιά¹, Α. Αλωνιστιώτη², Μ. Ρεκλείτη³

1. RN, MSc, Υπεύθυνη Γραφείου Πρόληψης και Αγωγής Υγείας, Γ.Ν.Α. «Γ.Ν. Γεννηματάς», Αθήνα
2. RN, Προϊσταμένη Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Κορίνθου
3. RN, MSc, PhD©, Γ.Ν. Κορίνθου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Περιφερική Διαβητική Αγγειοπάθεια (ΠΔΑ) είναι το σύνολο των ανατομικών αλλαγών και λειτουργικών αλλοιώσεων των αγγείων των άκρων, που έχει ως συνέπεια την ελλιπή αιμάτωση, οξυγόνωση, διατροφή και μεταβολισμό των ιστών των άκρων, με αποτέλεσμα τη δυσλειτουργία, παραμόρφωση, ιστική καταστροφή και νέκρωση των ιστών των άκρων στους διαβητικούς ασθενείς.

ΣΚΟΠΟΣ: της παρούσας ανασκοπικής εργασίας είναι η μελέτη των παραγόντων κινδύνου στην ΠΔΑ και της ακολουθούμενης θεραπευτικής αντιμετώπισης.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε διερεύνηση της διαθέσιμης βιβλιογραφίας σε έγκυρες ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, όπως PubMed και Scopus, 2002-2012, με τη βοήθεια λέξεων – κλειδιών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ΠΔΑ εμφανίζεται με τετραπλάσια συχνότητα, σε μικρές ηλικίες, έχει ταχεία εξέλιξη και προσβάλλει τα περιφερικά τμήματα των άκρων, κυρίως των



5^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου

21 - 23 ΙΟΥΝΙΟΥ 2012, CRETA MARIS - ΚΡΗΤΗ



κάτω, ενώ συχνά είναι ασυμπτωματική λόγω συχνής συνύπαρξης διαβητικής νευροπάθειας. Η καλή ρύθμιση του σακχάρου του αίματος και το κάπνισμα είναι από τους κυριότερους παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση και την εξέλιξη της ΠΔΑ. Ο κίνδυνος εμφάνισής της με διαλείπουσα χωλότητα είναι 4 φορές υψηλότερος σε καπνιστές σε σχέση με μη καπνιστές, η βαρύτητα της ΠΔΑ σχετίζεται με τον αριθμό των τσιγάρων, ενώ η διακοπή του καπνίσματος επιφέρει μείωση του προϋπάρχοντος αυξημένου κινδύνου. Άλλοι παράγοντες αυξημένης επικινδυνότητας είναι το φύλο, η ηλικία, το σωματικό βάρος, η εθνότητα, η αρτηριακή υπέρταση, το επίπεδο λιπιδίων, η υπερπηκτικότητα, ο αυξημένος αιματοκρίτης, το ινωδογόνο, ο αυξημένος δείκτης φλεγμονής (CRP) και η υπερομοκυστεϊναιμία καθώς και επί διαβητικών οι συνυπάρχουσες βλάβες από άλλα συστήματα (νεφροπάθεια, νευροπάθεια, αμφιβληστροειδοπάθεια). Η θεραπευτική αντιμετώπιση προϋποθέτει σωστή ρύθμιση του σακχάρου του αίματος ($HbA_{1c} < 7\%$), της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ < 130/80 mmHg), και της LDL- χοληστερόλης (70-100 mmol/dl). Επιβάλλεται δίαιτα και απώλεια περιττού βάρους, διακοπή καπνίσματος, άσκηση και ενεργητικό βάδισμα, που αυξάνει τα μεσοδιαστήματα χωρίς πόνο. Συντηρητικά χορηγούνται διάφορα σκευάσματα ή συνδυασμοί φαρμάκων (ασπιρίνη, κλοπιδογρέλη κ.α.). Επί αποτυχίας των ανωτέρω ακολουθούν επεμβατικές λύσεις (αγγειοπλαστική, θρομβόλυση, ενδαρτηρεκτομή, ακρωτηριασμός).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Είναι αναγκαίο να γίνεται έγκαιρα η διάγνωση της ΠΔΑ, η οποία συνήθως συνυπάρχει με συστηματική αθηρωματική νόσο, διότι αφ' ενός έτσι ταυτοποιούνται και έγκαιρα αντιμετωπίζονται ασθενείς με λειτουργική ανικανότητα και υψηλό κίνδυνο ακρωτηριασμού, αφ' ετέρου εντάσσονται οι ασθενείς σε ομάδες υψηλού κινδύνου για οξεία ισχαιμικά επεισόδια και έμφραγμα μυοκαρδίου.

AA10

ΔΙΑΧΥΤΗ ΑΘΗΡΩΜΑΤΩΣΗ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Κ. Μπακαλάκου¹, Ι. Κυριαζής², Ε. Ταξιάρχου¹, Α. Μαρινάκος¹, Κ. Παπανικήτας¹, Στουραϊτού¹, Σ. Πατσιλινάκος¹.

¹Καρδιολογική κλινική Κωνσταντοπούλειο Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας.

²Β Παθολογική Κλινική Γ.Ν «Ασκληπιείο» Βούλας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η συνύπαρξη της στεφανιαίας νόσου (ΣΝ) και της περιφερικής αγγειακής νόσου (ΠΑΝ) αποτελεί δυσμενέστατο προγνωστικό παράγοντα καθώς διπλασιάζει την ετήσια θνητότητα, σε σχέση με την ετήσια θνητότητα επί παρουσίας μίας μόνο από τις δύο νόσους.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της συσχέτισης των τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου με τη συνύπαρξη ΣΝ και ΠΑΝ σε ηλικιωμένους ασθενείς (>65 ετών).

ΎΛΙΚΟ- ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν συνολικά 95 ασθενείς με ΣΝ, επιβεβαιωμένη με στεφανιογραφικό έλεγχο. 46 από τους ασθενείς, μέσης ηλικίας $74,5 \pm 7,2$ έτη



5^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παράγοντων Κινδύνου

21 - 23 ΙΟΥΝΙΟΥ 2012, CRETA MARIS - ΚΡΗΤΗ



(67,4%άνδρες) εμφάνιζαν και ΠΑΝ ενώ οι υπόλοιποι 49 -εξομοιωμένοι κατά ηλικία ($73,3 \pm 6,6$ έτη) και φύλο (69,4%άνδρες)- δεν παρουσίαζαν ΠΑΝ. Για τη διάγνωση της ΠΑΝ χρησιμοποιήθηκε ο κνημοβραχιόνιος δείκτης πίεσης (ΚΒΔΠ) ο οποίος προσδιορίστηκε σε όλα τα άτομα με τη χρήση συσκευής Doppler και υδραργυρικού πιεσόμετρου. Ασθενείς με ΠΑΝ ορίστηκαν οι έχοντες ΚΒΔΠ<0,9 και χωρίς ΠΑΝ τιμές ΚΒΔΠ 0,9-1,3. Καταγράφηκαν οι παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου (ηλικία, φύλο, κάπνισμα, αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ), σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ), υπερλιπιδαιμία), οι αναλυτικές τιμές λιπιδίων, η ποσότητα έκθεσης των καπνιστών στον καπνό του τσιγάρου (εκφραζόμενη με το δείκτη pack/year). Από τη μελέτη αποκλείστηκαν ασθενείς με ιστορικό εγκεφαλικού επεισοδίου και ασθενείς με ΚΒΔΠ>1,3.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Δεν παρατηρήθηκε διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων ως προς τις τιμές της LDL χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων, ενώ η HDL χοληστερόλη ήταν σημαντικά χαμηλότερη στην ομάδα της ΣΝ + ΠΑΝ, Σε ανάλυση πολλαπλής γραμμικής εξάρτησης με ανεξάρτητη μεταβλητή όλους τους παράγοντες που μελετήθηκαν και εξαρτημένη μεταβλητή τη συνήπαρξη ΣΝ και ΠΑΝ διαπιστώθηκε ότι εξαρτάται από την ύπαρξη ΣΔ ($p=0.002$), ΑΥ ($p=0.01$) και το δείκτη pack/year ($p=0.001$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Οι διάχυτες βλάβες του αγγειακού δικτύου σε ηλικιωμένους ασθενείς σχετίζονται με τη βαρύτητα και τη διάρκεια του καπνίσματος καθώς επίσης και με την ύπαρξη ΣΔ και ΑΥ.