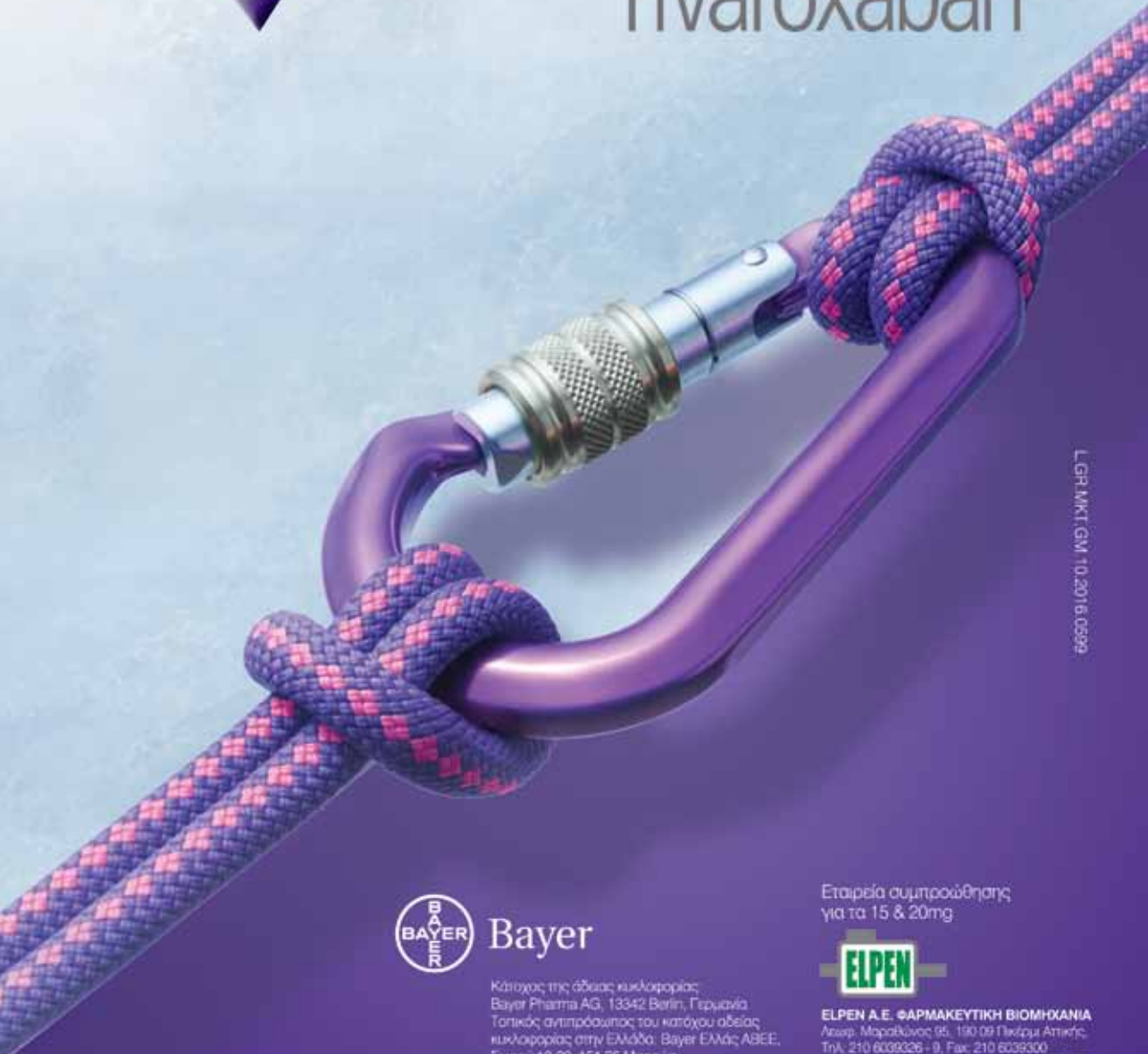




**Xarelto**<sup>®</sup>  
rivaroxaban



L.GRI.MKT.GM 10.2016.0599



**Bayer**

Κάτοχος της αδειας κυκλοφορίας  
Bayer Pharma AG, 13342 Berlin, Γερμανία  
Τοπικός αντιπρόσωπος του κατόχου αδειας  
κυκλοφορίας στην Ελλάδα: Bayer Ελλάς ΑΒΕΕ,  
Σιέρου 18-20, 151 25 Μαρούσι.  
Τοπικός αντιπρόσωπος του κατόχου αδειας  
κυκλοφορίας στην Κύπρο: Novagam Ltd,  
Τηλ. 00357 22483858

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

Εταιρεία συμπρωόθησης  
για τα 15 & 20mg



**ELPEN Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ**  
Λεωφ. Μαρσάλικων 95, 190 09 Πικέρμι Αττικής,  
Τηλ: 210 6039326 - 9, Fax: 210 6039300  
**ΓΡΑΦΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ**  
Σεβαστίας 11, 115 28 Αθήνα  
Τηλ: 210 7488711, Fax: 210 7488731  
Εθν. Αντιστάσεως 114, 551 34 Θεσσαλονίκη,  
Τηλ: 2310 4599600 - 1, Fax: 2310 459269

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και  
Ανορθώστε  
ΟΝΕΣ τις αναμενόμενες ενέργειες για  
ΟΑΑ το φάρμακο  
Συμπεριφέροντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»

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

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ - ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ

10<sup>ο</sup> ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΚΑΡΔΙΟΜΕΤΑΒΟΛΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ - ΕΤΗΣΙΑ ΗΜΕΡΙΔΑ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

2017

# 10<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου

& Ετήσια Ημερίδα  
Κοινοτικής Νοσηλευτικής  
(έτος 8ο)



ΟΡΓΑΝΩΣΗ



ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ  
ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ  
ΓΙΑ ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

ΧΟΡΗΓΟΥΝΤΑΙ 17 ΜΟΡΙΑ  
ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ  
(CME-CPD credits)

22 - 25 Ιουνίου 2017  
HOTEL ELITE CITY RESORT  
ΚΑΛΑΜΑΤΑ



**ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ  
ΤΟΜΟΣ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ**

ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ



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



ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ - ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ - ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ  
CONGRESS WORLD EVENT TRAVEL Ε.Ε.  
Μαϊνάνδρου 23, 115 28 Αθήνα  
Τ. 210 7222 518, F. 210 7210 069  
E. info@congressworld.gr, reception@congressworld.gr  
W. http://www.congressworld.gr

# ZOSTAVAX®

εμβόλιο έρπητα ζωστήρα (από ζώντες ιούς)



83/17-205-03/17 VACC 121299-0001

83/17-205-03/17



Για την πλήρη Περιληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος, παρακαλούμε να απευθύνεστε στην MSD Ελλάδα:

**MSD ΑΦΒΕΕ**  
 Αγίου Δημητρίου 63, Άλιμος 17456, Τηλ 210 9897300, [www.msd.gr](http://www.msd.gr)

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



DA\_ADN003\_Feb\_2017\_OR170304008

**Eucreas®**  
 vildagliptin/mellitin

**Galvus®**  
 vildagliptin

Περατέρω πληροφορίες διατίθενται από τον Κάτοχο της Άδειας Κυκλοφορίας κατόπιν αιτήσεως.



**Novartis (Hellas) A.E.B.E.**  
 12<sup>ο</sup> χλμ. Εθνικής Οδού Αθηνών-Λαμίας  
 144 51 Μεταμόρφωση  
 Τηλ.: 210 281 1712

**Γραφείο Θεσσαλονίκης:**  
 12<sup>ο</sup> χλμ. Θεσσαλονίκης-Ν. Μουδανιών  
 57 001 Θέρμη  
 Τηλ.: 22310 424 039

**ΦΑΡΜΑΚΟΕΠΑΓΡΥΠΝΗΣΗ: 210 2828 812**



# ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΜΕ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΕΜΒΕΛΕΙΑ



## 50 ΧΡΟΝΙΑ

- ▶ Επενδύουμε στην Ελλάδα..
- ▶ Παράγουμε στην Ελλάδα...
- ▶ Στηρίζουμε την Ελλάδα...



**DEMO** ΑΒΕΕ  
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

# Olmесartan ή... Olmesartan;



Η ουσία είναι μία!

Έρθε το πρώτο  
γενόσημο ολмесαρτάνης  
με την εγγύηση  
της Mylan!

MYL\_OLME\_05-03/17 • ΣΤΟΡΦΑΛΑΣ Α.Ε.Α.

Η διαφήμιση είναι σύμφωνη με την ισχύουσα νομοθεσία – Υπουργική Απόφαση ΔΥΤ3(α)/32221(ΦΕΚ 1049В/29-04-2013) και τον κώδικα δεοντολογίας του ΣΦΕΕ. Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευθείτε την πλήρη Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος.

Για περισσότερες πληροφορίες: **Generics Pharma Hellas Ε.Π.Ε.**  
Αγίου Δημητρίου 63, 174 56 Άλιμος • Τηλ.: 210 99.36.410 • Fax: 210 99.56.410 • [Info@mylan.gr](mailto:Info@mylan.gr)  
Φαρμακοεπαγρύπνηση: Fax: 210 99.47.377 • [email:pharmacovigilance@mylan.gr](mailto:email:pharmacovigilance@mylan.gr)

 **Mylan**  
Seeing  
is believing

# 10<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου



## ΟΡΓΑΝΩΣΗ



ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ  
ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ  
ΓΙΑ ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

ΧΟΡΗΓΟΥΝΤΑΙ 17 ΜΟΡΙΑ  
ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ  
(CME-CPD credits)

22 - 25 Ιουνίου 2017  
HOTEL ELITE CITY RESORT  
ΚΑΛΑΜΑΤΑ



ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ  
ΤΟΜΟΣ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ**



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



ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ - ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ - ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ  
CONGRESS WORLD EVENT TRAVEL E.E.  
Μαϊνάνδρου 23, 115 28 Αθήνα  
Τ. 210 7222 518, F. 210 7210 069  
E. info@congressworld.gr, reception@congressworld.gr  
W. http://www.congressworld.gr





  
**forxiga**  
(dapagliflozin) 10 mg tablets

  
**xigduo**  
(dapagliflozin and metformin HCl)

FORXIGA/05/17

#### ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ

##### **Forxiga 10 mg**

Κάθε δισκίο περιέχει μονοϋδρική δαπαγλιφλοζίνη με προπαινοδιόλη ισοδύναμη με 10 mg δαπαγλιφλοζίνης. Έκδοχο με γνωστές δράσεις: Κάθε δισκίο περιέχει 50 mg άνυδρης λακτόζης.

##### **Xigduo 5 mg/850 mg**

Κάθε δισκίο περιέχει μονοϋδρική δαπαγλιφλοζίνη με προπαινοδιόλη ισοδύναμη με 5 mg δαπαγλιφλοζίνης και 850 mg υδροχλωρικής μετφορμίνης.

##### **Xigduo 5 mg/1000 mg**

Κάθε δισκίο περιέχει μονοϋδρική δαπαγλιφλοζίνη με προπαινοδιόλη ισοδύναμη με 5 mg δαπαγλιφλοζίνης και 1000 mg υδροχλωρικής μετφορμίνης.

Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή.

Για περισσότερες πληροφορίες και την Πλήρη Χαρακτηριστικών των Προϊόντων απευθυνθείτε στο Ιατρικό Τμήμα της AstraZeneca.

**AstraZeneca** 

Θεσσαλονίκης 4 & Αστροναυτών

151 25 Μαρούσι

Τηλ.: 210 68 71 500

Fax: 210 68 59 195

[www.astrazeneca.gr](http://www.astrazeneca.gr)



## ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

### Πρόεδροι:

Ι. Κυριαζής – Ε. Χατζηαγγελάκη

### Μέλη:

Ν. Αποστολοπούλου	Ν. Γκιούλος
Ρ. Ευθυμιάδου	Σ. Ζόμπολος
Κ. Θωμόπουλος	Ν. Καυκάς
Σ. Κοσμοπούλου	Γ. Κουδούνης
Λ. Λαναράς	Μ. Λελέκης
Ε. Λυμπερόπουλος	Σ. Μακρυγιάννης
Γ. Μπριστογιάννης	Ν. Ξυδιά
Ι. Παπαδόπουλος	Ν. Πατσουράκος
Π. Πεردικάκη	Κ. Σγούρος
Δ. Στεφανή	Ε. Στρουμπούλη

## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

### Πρόεδροι:

Ι. Ιωαννίδης – Ι. Λεκάκης

### Μέλη:

Α. Αλαβέρας	Χ. Γράσσο
Γ. Δημητριάδης	Σ. Ηρακλειανού
Ι. Καλλικάζαρος	Ν. Κατσιλάμπρος
Δ. Κιόρτσης	Α. Κόκκινος
Ν. Κομιτόπουλος	Θ. Μακρής
Α. Μελιδώνης	Α. Μερτζάνος
Σ. Μπούσμπουλας	Η. Μυγδάλης
Ν. Παπάνας	Σ. Παππάς
Α. Πιτταράς	Β. Πυργάκης
Α. Ράπτης	Γ. Στεργίου
Ν. Τεντολούρης	Α. Τσελέπης
Γ. Φλώρος	Α. Χατζητόλιος

ΑΠΟΛΑΥΣΤΕ  
ΥΠΕΡΟΧΗ ΓΕΥΣΗ  
ΧΩΡΙΣ ΘΕΡΜΙΔΕΣ

ΚΑΙ ΜΕ ΓΛΥΚΑΝΤΙΚΟ ΑΠΟ ΤΟ ΦΥΤΟ

στέβια

ΝΕΑ

ΧΩΡΙΣ ΘΕΡΜΙΔΕΣ  
ΚΑΙ ΜΕ ΓΛΥΚΑΝΤΙΚΟ  
ΑΠΟ ΤΟ ΦΥΤΟ στέβια

Coca-Cola®

Coca-Cola

TASTE THE FEELING





## ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ ΠΡΟΕΔΡΩΝ

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Εκμέρους της Οργανωτικής Επιτροπής, έχουμε την τιμή και τη χαρά να σας προσκαλέσουμε στο **10ο Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου** που θα πραγματοποιηθεί από **22 έως 25 Ιουνίου 2017** στο ξενοδοχείο Elite City Resort στην Καλαμάτα.

Η μεγάλη συμμετοχή και το υψηλό επιστημονικό επίπεδο των προηγούμενων πανελλήνιων συνεδρίων της Εταιρείας μας, αποτελεί πρόκληση αλλά και κίνητρο για τους συναδέλφους ώστε να υποβάλλουν έγκαιρα τις επιστημονικές τους εργασίες και να δηλώσουν παρόντες στη διεξαγωγή ενός επιτυχημένου συνεδρίου, με μεγάλη συμμετοχή και υψηλό επιστημονικό ενδιαφέρον.

Στόχος και του φετινού συνεδρίου είναι οι συμμετέχοντες να διαμορφώσουν πληρέστερη εικόνα για τα σύγχρονα δεδομένα που αφορούν την πρόληψη και αντιμετώπιση των καρδιομεταβολικών παραγόντων κινδύνου, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην τεκμηριωμένη γνώση και στην ορθή κλινική πρακτική, μέσα από εισηγήσεις ειδικών σε στρογγυλά τραπέζια, κλινικά φροντιστήρια, διαλέξεις και επιστημονικές αντιπαραθέσεις.

Τέλος, όπως κάθε χρόνο έτσι και φέτος, παράλληλα με το Συνεδρίο μας, θα διεξαχθεί η καθιερωμένη και με μεγάλη συμμετοχή τα τελευταία χρόνια Ημερίδα Κοινωνικής Νοσηλευτικής, καθώς και η Εκδήλωση Ενημέρωσης Κοινού.

Πιστεύοντας πως η δομή του επιστημονικού προγράμματος και αυτού του συνεδρίου θα εξασφαλίσει τους προαναφερόμενους στόχους του και με δεδομένο ότι η συμμετοχή σας θα συμβάλει στην επιτυχία του, σας καλωσορίζουμε στην Καλαμάτα και σας ευχαριστούμε που μας τιμάτε με την παρουσία σας.

Με εκτίμηση,

I. A. Κυριαζής

E. Χατζηαγγελάκη

Πρόεδροι Οργανωτικής Επιτροπής



## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Πέμπτη 22 Ιουνίου 2017

ΑΙΘΟΥΣΑ Α'

16.30 - 17.00 **Προσέλευση - Εγγραφές**

17.00 - 18.00 **Προφορικές Ανακοινώσεις (1-6)**

Προεδρείο: **Ν. Γκιούλος - Ν. Πατσουράκος**

ΠΑ 01 ΠΟΙΟΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΧΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΜΠΑΓΛΙΦΛΟΖΙΝΗΣ ΣΤΟ ΔΕΥΤΕΡΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΒΗΜΑ

Α. Κουτσοβασίλης, Ε. Μπλέτσα, Δ. Ντιώνιας, Π. Κωνσταντινόπουλος, Χ. Ταμβάκος, Ο. Αμπαρτζίδου, Δ. Παπαδάκη, Α. Σωτηρόπουλος, Θ. Πέππας  
Γ' Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Πα-  
ντελεήμων»

ΠΑ 02 ΕΥΕΡΓΕΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΟΣ MONASCUS PURPUREUS, ΣΥΝΕΝΖΥΜΟΥ Q10, Ω-3-ΛΙΠΑΡΩΝ ΟΞΕΩΝ ΣΤΗ ΧΟΛΗΣΤΕΡΙΝΗ, ΤΙΣ ΛΙΠΟΠΡΩΤΕΪΝΕΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΧ ΝΙΝΟ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΗ ΣΥΣΣΩΡΕΥΣΗ ΣΕ ΕΘΕΛΟΝΤΕΣ

Σ. Καρκαμπούνας<sup>1</sup>, Χ. Αναστασιάδου<sup>2</sup>, Ν. Παπαδόπουλος<sup>1</sup>, Ν. Φικιώρης<sup>1</sup>, Γ. Σίμος<sup>1</sup>, Β. Κονταργύρης<sup>1</sup>, Δ. Πέσχος<sup>1</sup>, Β. Ράγκος<sup>3</sup>, Μ. Χατζηδημητρίου<sup>4</sup>  
<sup>1</sup>Μονάδα Περιβαλλοντικής Φυσιολογίας Ιατρικού Τμήματος Σχολής Επιστημών Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, <sup>2</sup>ΕΛΓΟ ΔΗΜΗΤΡΑ - Ινστιτούτο Αλιευτικής Έρευνας Καβάλας, <sup>3</sup>Γναθοχειρουργική Κλινική Πανεπιστημιακού Γ.Ν. Ιωαννίνων, <sup>4</sup>ΑΤΕΙ Μικροβιολογίας Θεσσαλονίκης

ΠΑ 03 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ ΟΥΡΙΚΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ ΜΕ CANAKINUMAB ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ ΜΕ FEBUXOSTAT

Π. Αθανασίου<sup>1</sup>, Α. Τζαναβάρη<sup>1</sup>, Λ. Αθανασίου<sup>2</sup>, Δ. Παντελίδης<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος», <sup>2</sup>Εργαστήριο Πειραματικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΠΑ 04 ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΝΤΡΕΣ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ

Θ. Λάππα<sup>1</sup>, Α. Τσαγκάρη<sup>1</sup>, Μ. Σταματοπούλου<sup>1</sup>, Ν. Καραλιά<sup>1</sup>, Ι. Κυριαζής<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Τμήμα Κλινικής Διατροφής, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, <sup>2</sup>Διαβητολογικό Ιατρείο Γ.Ν.Α. ΚΑΤ

ΠΑ 05 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ ΤΗΣ ΕΥΠΑΘΕΙΑΣ (FRAILTY) ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Γ. Κουδούνης, Π. Πουλικάρακος, Ε. Γεωργίου, Α. Κολλέρης, Χ. Πανοτόπουλος, Δ. Σβωρόνος, Δ. Γκότσης, Γ. Αλβετσωβίτης, Η. Νταίβις, Α. Κολονιάρης, Η. Τσίχλης, Α. Αντωνακόπουλος, Ν. Λιονάκης, Ε. Μάκαρης, Π. Κλουφέτος, Σ. Κοσμοπούλου, Σ. Ζόμπολος

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Μεσσηνίας, Καλαμάτα



**Πέμπτη 22 Ιουνίου 2017**

**ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄**

ΠΑ 06 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΛΙΞΙΣΕΝΑΤΙΔΗΣ ΣΤΗ ΜΗ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΛΙΠΩΔΗ ΔΙΗΘΗΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2  
Α. Κουτσοβασίλης, Α. Σωτηρόπουλος, Β. Κορδίνας, Χ. Ταμβάκος, Γ. Καψαλάκης, Μ. Παππά, Σ. Μπούσμπουλας, Θ. Πέππας  
*Γ΄ Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»*

18.00 - 19.15 **Κλινικό Φροντιστήριο - Evidence Based Clinical Cases**

Προεδρείο: **Σ. Λιάτης - Γ. Χρήστου**

Άνδρας 60 ετών με ΣΔτ2 από διαιτίας υπό μετφορμίνη 850mg x 2 και παρόξυνση ΧΑΠ: Επιδείνωση υπεργλυκαιμίας λόγω χορήγησης πρεδνιζολόνης - **Α. Παπαζαφειροπούλου**

Γυναίκα 48 με ΣΔτ2 από 8ετίας υπό μετφορμίνη και πιογλιταζόνη, παρουσιάζει από ημερών οιδήματα των βλεφάρων, δύσπνοια στην κόπωση και αύξηση του βάρους - **Α. Κουτσοβασίλης**

Άνδρας 45 ετών με ΣΔτ2 και αγγειοπλαστική ενός αγγείου προ 8μήνου, με θετική δοκιμασία κοπώσεως με θάλλιο και στεφανιογραφία. Φταίει το είδος της στένωσης ή το είδος του stent; - **Ν. Πατσουράκος**

19.15 - 19.30 **Διάλειμμα-Καφές**

**E-poster 1 (1-3)** (Προεδρείο: **Ι. Παπαδόπουλος**)

ΑΑ 01 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ, ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΜΕΤΗ ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΟΥ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Α. Παπαγιάννη, Α. Παπαζαφειροπούλου, Α. Αγγελίδη, Α. Τρικκαλινού, Α. Γανωτοπούλου, Κ. Αναγνωστοπούλου, Α. Σερέτη, Σ. Ηρακλειανού, Α. Μελιδώνης  
*Α΄ Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο», Πειραιάς*

ΑΑ 02 ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΦΡΙΚΑΝΙΚΗΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ  
Ι. Κώστογλου-Αθανασίου<sup>1</sup>, Ε. Ξανθάκου<sup>2</sup>, Π. Σπυρόπουλος<sup>3</sup>, Π. Αθανασίου<sup>4</sup>

*<sup>1</sup>Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας, <sup>2</sup>Ενδοκρινολόγος, Σπάρτη, <sup>3</sup>Ενδοκρινολόγος, Αθήνα, <sup>4</sup>Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»*

ΑΑ 03 ΦΛΕΒΙΚΕΣ ΑΠΟΦΡΑΞΕΙΣ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΥΣ

Δ. Μπάκας<sup>1</sup>, Β. Κωνσταντίνου<sup>2</sup>

*<sup>1</sup>Οφθαλμολογικό Τμήμα Γ.Ν. Καστοριάς, <sup>2</sup>Τμήμα Αιμοδοσίας Γ.Ν. Καστοριάς*





**Πέμπτη 22 Ιουνίου 2017**

**ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄**

**E-poster 2 (4-6)** (Προεδρείο: **Α. Ξάνθης**)

AA 04 ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ - ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΑΡΡΥΘΜΙΣΤΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ

Α. Κοντορίγα

*Ιδιωτικό Παθολογικό Ιατρείο Νίκαια*

AA 05 ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ ΓΙΑ ΛΟΙΜΩΞΗ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Α. Παπαζαφειροπούλου, Α. Αγγελίδη, Ε. Ξουργιά, Α. Τρικκαλινού, Β. Μπαμπάλη, Α. Γανωτοπούλου, Α. Καμαράτος, Α. Μελιδώνης

*Α΄ Παθολογικό Τμήμα – Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Ν.Π. «Τζάνειο», Πειραιάς*

AA 06 ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ

Β. Κωνσταντίνου<sup>1</sup>, Δ. Μπάκας<sup>2</sup>

*<sup>1</sup>Τμήμα Αιμοδοσίας Γ.Ν. Καστοριάς, <sup>2</sup>Οφθαλμολογικό Τμήμα Γ.Ν. Καστοριάς*

19.30 - 20.00 **Τελετή Έναρξης**

- Απονομή βραβείων προφορικών εργασιών

- Απονομή βραβείου ALBERT SCHWEITZER στον ιατρό **Ι. Σωτηρίου "Γιατροί Καρδιάς"**

**Διάλεξη ALBERT SCHWEITZER**

Προεδρείο: **Ι. Κυριαζής**

"Γιατροί Καρδιάς"- βιώνοντας το όραμα της έμπρακτης αγάπης

Ομιλητής: **Ι. Σωτηρίου**

20.00 - 20.30 **Διάλεξη Προσκεκλημένου Ομιλητή**

Προεδρείο: **Ι. Ιωαννίδης**

Βλάβες των οστών στον ΣΔ - **Ι. Κώστογλου-Αθανασίου**

20.30 - 21.30 **Στρογγυλό Τραπέζι - Αντιδιαβητικές Αγωγές και Καρδιαγγειακές Επιπτώσεις**

Προεδρείο: **Β. Λαμπαδιάρη - Κ. Μερκούρης**

Παλαιές: **Α. Κουτσοβασίλης**

Νέες: **Π. Τσαπόγας**



**Πέμπτη 22 Ιουνίου 2017**

**ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄**

21.30 - 22.00 **Εναρκτήρια Διάλεξη**

---

Προεδρείο: **Α. Χατζητόλιος**

Η κοινωνική διάσταση της επιδημιολογίας της καρδιαγγειακής νόσου  
την περίοδο της οικονομικής κρίσης - **Ι. Λεκάκης**

22.00 Δείπνο

---



**Παρασκευή 23 Ιουνίου 2017**

**ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄**

**08.30 - 09.00 Προφορικές Ανακοινώσεις (7-9)**

Προεδρείο: **Ν. Αποστολοπούλου - Κ. Σγούρος**

ΠΑ 07 ΕΠΙΤΥΧΩΣ ΘΕΡΑΠΕΥΘΕΙΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΡΙΝΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗΣ ΜΟΥΚΟΡΜΥΚΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΤΕΡΙΝΟΕΙΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Μ. Μυλωνά, Π. Τόσκα, Μ. Πολυζώης, Ε. Νικολάου, Στ. Λιάτης, Α. Τόσκα  
*Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ Λαϊκό, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα*

ΠΑ 08 ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ Η ΧΩΡΙΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Θ. Λάμπρα<sup>1</sup>, Α. Τσαγκάρη<sup>1</sup>, Μ. Σταματοπούλου<sup>1</sup>, Ν. Καραλιά<sup>1</sup>, Ι. Κυριαζής<sup>2</sup>  
*<sup>1</sup>Τμήμα Κλινικής Διατροφής, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, <sup>2</sup>Διαβητολογικό Ιατρείο Γ.Ν.Α. ΚΑΤ*

ΠΑ 09 ΠΟΣΟΙ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΛΗΡΟΥΝ ΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ ΣΤΙΣ ΜΕΓΑΛΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΕΚΒΑΣΗΣ (LEADER- EMPAREG); ΠΟΣΟ ΑΛΛΑΞΑΝ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥΣ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ;  
**(3<sup>ο</sup> ΒΡΑΒΕΙΟ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ)**

Ι. Ιωαννίδης, Μ. Ζαφείρη, Β. Διαμαντοπούλου, Δ. Τασιοπούλου, Α. Μασγαλά  
*Διαβητολογικό Ιατρείο και Α΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ν. Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο» Πατησίων*

**09.00 - 10.00 Στρογγυλό Τραπέζι – Ειδικά θέματα**

Προεδρείο: **Γ. Κουδούνης - Β. Παπασταμόπουλος**

Οδηγίες άσκησης σε ασθενείς με καρδιακή νόσο: Μία δύσκολη ισορροπία μεταξύ αποτελεσματικότητας και ασφάλειας - **Γ. Χρήστου**

Η σημασία της μεταβλητότητας του καρδιακού ρυθμού (Heart Rate Variability) στα καρδιομεταβολικά νοσήματα - **Κ. Μερκούρης**

Παθοφυσιολογία ΣΔ και Καρδιοαγγειακής νόσου σε ασθενείς με HIV - **Β. Λαμπαδιάρη**

**10.00 - 10.20 Θεματική Διάλεξη**

Προεδρείο: **Α. Τσελέπη**

Διαχείριση θρομβοεμβολικού - αιμορραγικού κινδύνου και χρόνια αντιπηκτική αγωγή - **Π. Στουγιάννος**

**10.20 - 11.00 Διάλεξη "Γαληνός"**

Προεδρείο: **Γ. Δημητριάδης**

Διαβητική κετοξέωση, διάγνωση, διαφορική διάγνωση και αρχές της θεραπείας - **Ν. Κατσιλάμπρος**





**Παρασκευή 23 Ιουνίου 2017**

**ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄**

11.00 - 11.15 Διάλειμμα-Καφές

**E-poster 1 (7-9)** (Προεδρείο: **A. Παπαζαφειροπούλου**)

AA 07 ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΣΔ 2 ΜΕ ΤΟ ΒΙΟΜΟΕΙΔΕΣ ΤΗΣ ΓΛΑΡΓΙΝΙΚΗΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ LY IGLAR

I. Κώστογλου-Αθανασίου<sup>1,2</sup>, Λ. Αθανασίου<sup>2</sup>, Μ. Κωστόπουλος<sup>3</sup>, Γ. Κοτρώνης<sup>4</sup>, Δ. Παντελίδης<sup>3</sup>, Π. Αθανασίου<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας, <sup>2</sup>Εργαστήριο Πειραματικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, <sup>3</sup>Ρευματολογική Τμήμα, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος», <sup>4</sup>Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Ιατρείο, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

AA 08 ΠΟΙΟΤΙΚΑ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ ΓΛΑΡΓΙΝΙΚΗΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΚΑΙ ΛΙΞΙΣΕΝΑΤΙΔΗΣ

A. Κουτσοβασίλης, Α. Σωτηρόπουλος, Β. Κορδίνιας, Μ. Παππά, Χ. Ταμβάκος, Δ. Παναγιώτου, Σ. Μπούσυμπουλας, Θ. Πέππας

Γ' Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. Νίκαιας-Πειραιά "Άγιος Πατελέμων"

AA 09 ΑΡΤΗΡΙΑΚΕΣ ΑΠΟΦΡΑΞΕΙΣ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΥΣ

Δ. Μπάκας<sup>1</sup>, Β. Κωνσταντίνου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Οφθαλμολογικό Τμήμα Γ.Ν. Καστοριάς, <sup>2</sup>Τμήμα Αιμοδοσίας Γ.Ν. Καστοριάς

**E-poster 2 (10-11)** (Προεδρείο: **I. Παπαδόπουλος**)

AA 10 ΕΠΙΠΕΔΑ ΟΥΡΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΟΡΟΥ ΚΑΙ 10-ΕΤΗΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΑΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ. ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Μ. Καλλίστρατος, Σ. Γιαννίτση, Λ. Πουλημένος, Κ. Ιλιού, Α. Κουκουζέλη, Ν. Κουρεμένος, Ε. Χαμόδρακα, Σ. Παγώνη, Κ. Κυφνίδης, Α. Πιτταράς, Α.Ι. Μανώλης  
Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας, Αθήνα

AA 11 ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ

Β. Κωνσταντίνου<sup>1</sup>, Δ. Μπάκας<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Αιμοδοσίας Γ.Ν. Καστοριάς, <sup>2</sup>Οφθαλμολογικό Τμήμα Γ.Ν. Καστοριάς

11.15 - 12.30 **Στρογγυλό Τραπέζι - Μηχανισμοί Δράσης Παλαιότερων Αντιδιαβητικών Φαρμάκων - Νεότερα Δεδομένα**

Προεδρείο: **N. Κατσιλάμπρος - A. Αλαβέρας**

Μετφορμίνη - **I. Ιωαννίδης**

Σουλφονουλορίες - **Π. Χαλβατσιώτης**

Πιογλιταζόνη - **Σ. Λιάτης**



**Παρασκευή 23 Ιουνίου 2017**

**ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄**

12.30 - 13.00 **Δορυφορική Διάλεξη – ELPEN Α.Ε.**

Προεδρείο: **Η. Μυγδάλης**

Η Αλογολιπίνη και οι ηλικιωμένοι ασθενείς με Διαβήτη τύπου 2. Συζήτηση περιστατικών - **Α. Μαυρογιαννάκη**

13.00 - 13.30 **Δορυφορική Διάλεξη – AMGEN**

Προεδρείο: **Ι. Ιωαννίδης**

Αναστολή PCSK9 μετά τις μελέτες έκβασης: Τα δεδομένα του Evolocumab - **Β. Λαμπαδιάρη**

13.30 - 14.00 **Δορυφορική Διάλεξη – ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε.**

Προεδρείο: **Ι. Κυριαζής**

Ντουλαγλουτίδη: Το νέο εβδομαδιαίο GLP-1 ανάλογο που προσφέρει τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα με απλό και εύκολο τρόπο - **Ι. Κυριαζής, Ι. Ιωαννίδης**

14.00 - 17.00 Γεύμα - Ελεύθερος χρόνος

17.00 - 17.30 **Προφορικές Ανακοινώσεις (3 Πρώτες Βραβευμένες) (10-12)**

Προεδρείο: **Κ. Θωμόπουλος - Σ. Λιάτης**

ΠΑ 10 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΣΟΒΑΡΗΣ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑΣ, ΧΡΗΣΟΥΣΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ, ΜΕ ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΣΤΗΜΑΤΟΣ QTc ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ (1<sup>ο</sup> ΒΡΑΒΕΙΟ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ)

Μ. Μυλωνά<sup>1</sup>, Γ. Αναστασιάδης<sup>2</sup>, Χρ. Καπέλιος<sup>1</sup>, Κ. Ζέρβα<sup>2</sup>, Β. Βαζιγυράκης<sup>2</sup>, Κ. Τσάκαλης<sup>2</sup>, Α. Κόκκινος<sup>1</sup>, Στ. Λιάτης<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. Λαϊκό, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, <sup>2</sup>Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. Λαϊκό, Αθήνα*

ΠΑ 11 ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΕ ΝΕΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΟΥΣ: ΜΕΛΕΤΗ YOUTH (1<sup>ο</sup> ΒΡΑΒΕΙΟ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ)

Σ. Ευσταθίου, Ε. Σκεύα, Ε. Ζορμπαλά, Α. Αχείμαστος, Θ. Μουντοκαλάκης  
*Κλινική «Υγείας Μέλαθρον», Αθήνα*

ΠΑ 12 Η ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗ ΜΕΛΕΤΗ PERSEAS ΚΑΙ ΟΙ ΕΥΕΡΓΕΤΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΤΩΝ ΚΑΤΟΙΚΩΝ ΤΗΣ ΕΛΑΦΟΝΗΣΟΥ (2<sup>ο</sup> ΒΡΑΒΕΙΟ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ)

Χ. Δημοσθενόπουλος, Ι. Ιωαννίδης, Σ. Λιάτης, Κ. Σγούρος, Ι. Παπαδόπουλος, Ε. Χατζηαγγελάκη, Ι. Κυριαζής

*Επιστημονική Ομάδα «PERSEAS STUDY», Εταιρεία Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου για Αγγειακά Νοσήματα*



**Παρασκευή 23 Ιουνίου 2017**

**ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄**

- 17.30 - 18.30 **Στρογγυλό Τραπέζι – Καρδιοαγγειακή Απεικόνιση**  
Προεδρείο: **Ν. Πατσουράκος - Β. Πρασόπουλος**  
Σπινθηρογράφημα καρδιάς: Πότε και σε ποιους γίνεται; Τι πληροφορίες παρέχει; - **Β. Πρασόπουλος**  
Νεφροαγγειακή υπέρταση: Ο ρόλος του ακτινολόγου - Ο ρόλος του πυρηνικού ιατρού - **Ρ. Ευθυμιάδου - Β. Πρασόπουλος**  
Το μέλλον στην καρδιοαγγειακή απεικόνιση: Υβριδικές τεχνικές - **Ρ. Ευθυμιάδου**
- 18.30 - 19.15 **Στρογγυλό Τραπέζι – Ειδικές Ομάδες Ασθενών**  
Προεδρείο: **Κ. Θωμόπουλος - Σ. Κοσμοπούλου**  
Παράγοντες που σχετίζονται με την αρτηριακή πίεση στους ηλικιωμένους - **Α. Αλαβέρας**  
Αντιπηκτική αγωγή και χρόνια νεφρική νόσος - **Α. Τσελέπη**
- 19.15 - 19.45 **Θεματική Διάλεξη**  
Προεδρείο: **Ι. Λεκάκης**  
Νεφρική δυσλειτουργία στον καρδιολογικό ασθενή - **Δ. Βλαχάκος**
- 19.45 - 20.00 **Διάλειμμα-Καφές / E-poster (12-13)** (Προεδρείο: **Π. Τσαπόγας**)
- AA 12 ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ: ΜΕΛΕΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ 9 ΜΗΝΩΝ  
Α. Παπαζαφειροπούλου, Ε. Τζουγανάτος, Α. Αγγελίδη, Α. Καμαράτος, Σ. Ηρακλειανού, Α. Μελιδώνης  
*Α΄ Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»*
- AA 13 ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΚΑΜΠΥΛΗΣ J. ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΣΥΜΒΑΜΑΤΩΝ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΝΟΣΟ ΚΑΙ ΕΠΗΡΕΑΣΜΕΝΗ ΣΥΣΤΟΛΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ  
Μ. Καλλίστρατος, Σ. Γιαννίτση, Ε. Βασιλοπούλου Λ. Πουλημένος, Ε. Χαμόδρακα Α. Κουκουζέλη, Ν. Κουρεμένος, Π. Τσινιβίζοβ, Α. Σκύρας, Ν. Κοντογιάννης, Σ. Παγώνη, Α. Δασκαλάκη, Κ. Κυφνίδης, Α.Ι. Μανώλης  
*Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας, Αθήνα*
- 20.00 - 20.30 **Δορυφορική Διάλεξη – GALENICA**  
Πρόεδρος: **Ι. Κυριαζής**  
Καναγλιφλοζίνη: Φαρμακολογικά και κλινικά χαρακτηριστικά. Αποτελέσματα από το CANVAS Program (CANVAS και CANVAS-R μελέτες) - **Ι. Ιωαννίδης**





**Παρασκευή 23 Ιουνίου 2017**

**ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄**

20.30 - 21.00 **Δορυφορική Διάλεξη (ΧΑΠ και Διαβήτης) – Novartis**

---

Προεδρείο: **Ι. Κυριαζής**

Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια και Σακχαρώδης Διαβήτης:  
Ο ασθενής στο επίκεντρο - **Ε. Ζέρβας**

21.00 - 21.30 **Δορυφορική Διάλεξη – BGP Mylan**

---

Προεδρείο: **Κ. Τσιούφης**

Αποτελεσματική αντιμετώπιση της Αρτηριακής Υπέρτασης: Οφέλη  
και παράγοντες συμμόρφωσης που κατατάσσουν την ολμεσαρτάνη  
στις θεραπείες πρώτης επιλογής - **Χ. Γράσσο**

21.30 - 22.00 **Δορυφορική Διάλεξη – Astra Zeneca**

---

Προεδρείο: **Ε. Χατζηαγγελάκη**

Ασθενοκεντρική προσέγγιση στη διαχείριση του ΣΔτ2. Η κλινική εμπειρία με  
τη δαπαγλιφλοζίνη - **Ι. Κυριαζής**

22.00 **Δείπνο**

---



**Παρασκευή 23 Ιουνίου 2017**

**ΑΙΘΟΥΣΑ Β΄**

09.00 - 10.30 **Δορυφορικό Κλινικό Φροντιστήριο – ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε.**

Απαιτείται προεγγραφή-δήλωση συμμετοχής (αριθμός συμμετεχόντων 25)

Συντονιστές–Ομιλητές: **Α. Κουτσοβασίλης, Α. Κόκκινος**

Βρίσκοντας την ισορροπία κατάλληλου σχήματος ινσουλινοθεραπείας και ασθενούς. Η θεωρία της ασθενοκεντρικής προσέγγισης στην πράξη - **Α. Κουτσοβασίλης, Α. Κόκκινος**

Η σημασία της έγκαιρης έναρξης της θεραπείας με βασική ινσουλίνη. Γιατί; Πώς; Πότε; Η θεωρία της ασθενοκεντρικής προσέγγισης στην πράξη: χρήσιμα εργαλεία που αυξάνουν τη συμμόρφωση - **Α. Κουτσοβασίλης**

Η σημασία της έγκαιρης εντατικοποίησης της ινσουλινοθεραπείας. Επιλέγοντας το σωστό σχήμα για τον κατάλληλο ασθενή - **Α. Κόκκινος**

- Παρουσιάσεις περιστατικών από ομάδες εργασίας
- Περιστατικά ασθενών κατάλληλα για έναρξη θεραπείας με βασική ινσουλίνη
- Περιστατικά ασθενών κατάλληλα για εντατικοποίηση της θεραπείας με ινσουλίνη
- Συζήτηση – Συμπεράσματα

18.30 - 20.00 **Δορυφορικό Κλινικό Φροντιστήριο – ELPEN Α.Ε.**

Συντονιστές–Ομιλητές: **Ι. Κυριαζής, Ι. Ιωαννίδης, Ε. Χατζηαγγελάκη**

Διαχείριση ασθενούς με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2.  
Πρακτικές Οδηγίες



**Σάββατο 24 Ιουνίου 2017**

**ΑΙΘΟΥΣΑ Α'**

08.30 - 09.00 **Προφορικές Ανακοινώσεις (13-15)**

Προεδρείο: **Δ. Παπαδόπουλος - Α. Παπαζαφειροπούλου**

ΠΑ 13 ΔΙΑΤΡΟΦΗ, ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΗΣ ΕΛΑΦΟΝΗΣΟΥ

Χ. Καπέλιος, Ι. Κυριαζής, Ι. Ιωαννίδης, Κ. Σγούρος, Ι. Παπαδόπουλος, Χ. Δημοσθένopoulos, Ε. Χατζηαγγελάκη, Σ. Λιάτης

Επιστημονική Ομάδα «PERSEAS STUDY», Εταιρεία Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου για Αγγειακά Νοσήματα

ΠΑ 14 Η ΣΥΓΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΙΜΒΑΣΤΑΤΙΝΗΣ ΜΕ ΡΑΝΟΛΑΖΙΝΗ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΠΡΟΚΑΛΕΣΕΙ ΡΑΒΔΟΜΥΟΛΥΣΗ

Δ. Αγγελινάς<sup>3</sup>, Δ. Μαζαράκης<sup>3</sup>, Θ. Μαραγκούλια<sup>3</sup>, Ι. Γιωτοπούλου<sup>3</sup>, Μ. Παλυβού<sup>3</sup>, Ι. Γιαννακοπούλου<sup>2</sup>, Κ. Τσίχλη<sup>2</sup>, Σ. Σφήκας<sup>2</sup>, Ν. Ξυδιά<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Διευθύντρια Β' Παθολογικής Κλινικής, <sup>2</sup>Επιμελητής Β' Παθολογικής Κλινικής, <sup>3</sup>Ειδικευόμενος Β' Παθολογική Κλινικής, Γ.Ν. Καλαμάτας

ΠΑ 15 *IN VIVO* ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΓΛΥΚΑΙΜΙΑΣ, ΤΗΣ ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΜΕΝΗΣ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΗΣ ΣΥΣΣΩΡΕΥΣΗΣ ΜΕΣΩ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΛΙΠΟΪΚΟΥ ΟΞΕΟΣ, ΚΑΡΝΟΣΙΝΗΣ, ΘΕΙΑΜΙΝΗΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ (3<sup>ο</sup> ΒΡΑΒΕΙΟ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ)

Σ. Καρκαμπούνας<sup>1</sup>, Ν. Παπαδόπουλος<sup>1</sup>, Χ. Αναστασιάδου<sup>2</sup>, Ν. Φικιώρης<sup>1</sup>, Γ. Σίμος<sup>1</sup>, Β. Κονταργύρης<sup>1</sup>, Δ. Πέσχος<sup>1</sup>, Β. Ράγκος<sup>3</sup>, Μ. Χατζηδημητρίου<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Μονάδα Περιβαλλοντικής Φυσιολογίας Ιατρικού Τμήματος Σχολής Επιστημών Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, <sup>2</sup>Ινστιτούτο Αλιευτικής Έρευνας, ΕΛΓΟ Δήμητρα, Νέα Πέραμος, Καβάλα, <sup>3</sup>Γναθοχειρουργική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, <sup>4</sup>ΑΤΕΙ Μικροβιολογίας Θεσσαλονίκης

09.00 - 09.20 **Διάλεξη Ειδικού**

Προεδρείο: **Α. Μαυρογιαννάκη**

Υπερουριχαιμία και Αρτηριακή Υπέρταση - **Α. Λαλούσης**

09.20 - 10.30 **Στρογγυλό Τραπέζι - Επείκαιρα Θέματα Λιπιδίων - Υπέρτασης - Διαβήτη**

Προεδρείο: **Γ. Δημητριάδης - Δ. Κιόρτσος**

Κλινική σημασία και θεραπευτική αντιμετώπιση της μικτής δυσλιπιδαιμίας -

**Ε. Λυμπερόπουλος**

Συνδυασμός φαρμάκων στην αρτηριακή υπέρταση. Κανόνες και σφάλματα -

**Κ. Θωμόπουλος**

Διαβητική μυοκαρδιοπάθεια - Μηχανισμοί. Κλινικές εκδηλώσεις -

Αντιμετώπιση - **Σ. Λιάτης**





**Σάββατο 24 Ιουνίου 2017**

**ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄**

- 10.30 - 11.00 **Θεματική Διάλεξη**  
Προεδρείο: **Α. Χατζητόλιος**  
Καρκίνος και ΣΔ τύπου 2: Νεώτερα δεδομένα - **Α. Μαυρογιαννάκη**
- 11.00 - 11.15 Διάλειμμα-Καφές / **E-poster (14-15)** (Προεδρείο: **Κ. Σγούρος**)
- AA 14 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ STRESS ΣΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΝΑ ΥΠΟΒΛΗΘΟΥΝ ΣΕ ΣΟΒΑΡΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ  
Μ. Κουτσάκη, Μ.Σ. Καλλίστρατος, Σ. Γιαννίτση, Ε. Σουλιώτη, Ν. Κουρεμένος, Κ. Βέργης, Α. Κουκουζέλη, Ο. Διακουμάκου, Ο. Μασχά, Α. Μελά, Α.Ι. Μανώλης  
*Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας*
- AA 15 ΝΕΑΣ ΓΕΝΙΑΣ ΒΑΣΙΚΗ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2  
Α. Κουτσοβασίλης, Α. Σωτηρόπουλος, Δ. Γουγουρέλας, Σ. Ελβανίδη, Δ. Ντιώνιας, Χ. Ταμβάκος, Γ. Κοκοτός, Ι. Κουνελάκης, Σ. Μπούσμπουλας, Θ. Πέππας  
*Γ΄ Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. Νίκαιας-Πειραιά "Άγιος Παντελεήμων"*
- 11.15 - 11.45 **Δορυφορική Διάλεξη – Novo Nordisk**  
Προεδρείο: **Ι. Κυριαζής**  
IDegLira: Από την κλινική έρευνα στην καθ' ημέρα πράξη - **Ε. Λυμπερόπουλος**
- 11.45 - 12.15 **Δορυφορική Διάλεξη – Novartis**  
Προεδρείο: **Β. Λαμπαδιάρη**  
Ο Διαβήτης με μια άλλη ματιά - **Β. Σούμπλης**
- 12.15 - 12.45 **Δορυφορική Διάλεξη – Sanofi**  
Προεδρείο: **Ε. Χατζηαγγελάκη**  
Καλύπτοντας τα κενά της θεραπείας με βασική ινσουλίνη: ο ρόλος της ινσουλίνης glargine 300U/ml - **Κ. Μακρυλάκης**



**Σάββατο 24 Ιουνίου 2017**

**ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄**

12.45 - 14.00 **Δορυφορικό Συμπόσιο – Novartis**

**Καρδιακή Ανεπάρκεια και Διαβήτης: Προβληματισμοί και Λύσεις  
στην Κλινική Πρακτική**

Συντονιστής: **Γ. Δημητριάδης**

Προκλήσεις και Θεραπευτικές Επιλογές στη διαχείριση του ασθενή με ΣΔτ2  
στην καθημερινή κλινική πρακτική - **Ι. Ιωαννίδης**

Αντιδιαβητική αγωγή σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη και Καρδιακή  
Ανεπάρκεια - **Β. Λαμπαδιάρη**

Νέες προοπτικές στην αντιμετώπιση της Καρδιακής Ανεπάρκειας με μειωμένο  
κλάσμα εξώθησης - **Η. Τσούγκος**

14.00 - 17.00 Γεύμα - Ελεύθερος χρόνος

17.00 - 18.00 **Στρογγυλό Τραπέζι - Επίκαιρα Θέματα Διατροφής**

Προεδρείο: **Χ. Δημοσθενόπουλος - Θ. Λάππα**

Κετογονικές δίαιτες: απώλεια βάρους και επίδραση σε καρδιομεταβολικούς  
παράγοντες κινδύνου - **Ζ. Παφίλη**

Η θέση και η εφαρμογή της μεσογειακής διατροφής στην παγκόσμια αγορά -  
**Ε. Παραβάντη**

Πόσο τροποποιήθηκαν οι διαιτολογικές συστάσεις για τα άτομα με διαβήτη  
τα τελευταία χρόνια; - **Χ. Δημοσθενόπουλος**

18.00 - 18.40 **Στρογγυλό τραπέζι - Υπέρταση**

Προεδρείο: **Α. Αλαβέρας - Ν. Ξυδιά**

Θεραπευτικοί χειρισμοί υπέρτασης σε οξύ ΑΕΕ - **Μ. Ζαφείρη**

Ανεπιθύμητες ενέργειες αντιυπερτασικής αγωγής - **Δ. Παπαδόπουλος**

18.40 - 19.00 **Διάλεξη**

Προεδρείο: **Α. Μασγάλα**

Μη ειδικές λοιμώξεις διαβητικών ασθενών - **Κ. Κοροβέσης**

19.00 - 19.15 **Διάλειμμα-Καφές / E-poster (16-17)** (Προεδρείο: **Π. Χαλβατσιώτης**)

**ΑΑ 16 ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΑΚΟΠΗ ΩΣ ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΑΥΤΟΜΑΤΗΣ ΥΠΑΡΑΧΝΟΕΙΔΟΥΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ**

Ε. Τζήκα, Μ. Ξιφαράς, Α. Ζιάκκα, Γ. Λιμπιτάκη, Ε. Κερεζούδη

*Νευρολογικό Τμήμα Νοσοκομείου «Παμμακάριστος»*



**Σάββατο 24 Ιουνίου 2017**

**ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄**

- AA 17 ΔΕΙΚΤΕΣ ΘΑΝΑΤΟΦΟΡΟΥ ΕΚΒΑΣΗΣ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ  
*Α. Αγγελίδη, Α. Παπαζαφειροπούλου, Ε. Ξουργιά, Ε. Ευστρατιάδη, Π. Λαμπρόπουλος, Η. Γεωργόπουλος, Ε. Τζουγανάτου, Λ. Μπούμη, Α. Μελιδώνης*  
*Α΄ Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Ν.Π. «Τζάνειο», Πειραιάς*
- 19.15 - 19.45 **Δορυφορική Διάλεξη – ELPEN A.E.**  
Προεδρείο: **Ε. Χατζηαγγελάκη**  
Σταθερός συνδυασμός Αλογλιπτίνης και Πιογλιταζόνης. Μακροχρόνια αποτελεσματικότητα και καρδιαγγειακό όφελος σε ένα αντιδιαβητικό δισκίο -  
**Α. Παπαζαφειροπούλου**
- 19.45 - 20.30 **Τραπέζι Αντιπαράθεσης - Φαρμακευτική ή Χειρουργική Παρέμβαση; Τι Είναι Καλύτερο για τον Παχύσαρκο Ασθενή με Διαβήτη Τύπου 2;**  
Προεδρείο: **Σ. Λιάτης**  
Φαρμακευτική - **Δ. Κιόρτσης**  
Χειρουργική - **Π. Τσαπόγας**
- 20.30 - 21.00 **Διάλεξη**  
Προεδρείο: **Χ. Γράσσο**  
ΣΔ και καρδιακή ανεπάρκεια - **Α. Μελιδώνης**
- 21.00 - 21.30 **Δορυφορική Διάλεξη – Boehringer Ingelheim ΕΛΛΑΣ Α.Ε.**  
**Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 2 και Καρδιαγγειακές Επιπλοκές**  
Προεδρείο: **Ι. Ιωαννίδης**  
Από τον Γλυκαιμικό Έλεγχο έως την Αντιμετώπιση του Καρδιαγγειακού Κινδύνου: Η εμπλαγλιφλοζίνη αλλάζει το θεραπευτικό τοπίο; -  
**Χ. Καπερνόπουλος**
- 21.30 - 22.00 **Διάλεξη Λήξης**  
Προεδρείο: **Ι. Λεκάκης**  
Ο ρόλος της αλδοστερόνης στην αρτηριακή υπέρταση και τις καρδιαγγειακές παθήσεις - **Γ. Πιαδίτης**
- 22.00 **Δείπνο**



**Σάββατο 24 Ιουνίου 2017**

**ΑΙΘΟΥΣΑ Β΄**

08.30 - 10.30 **Δορυφορικό Κλινικό Φροντιστήριο – MSD-BIANEE**

**Σύγχρονη αντιμετώπιση των καρδιομεταβολικών νοσημάτων**

Προεδρείο: **Ι. Κυριαζής - Κ. Τσιούφης**

Εισαγωγή - Χαιρετισμός: **Ι. Κυριαζής**

**Σακχαρώδης Διαβήτης**

Οι βασικές αρχές της αντιδιαβητικής αγωγής σύμφωνα με τις πρόσφατες κατευθυντήριες Οδηγίες (ADA, ΕΔΕ, 2017) - **Ι. Ιωαννίδης**

Διαχείριση διαβητικού ασθενή με βάση τις σύγχρονες κατευθυντήριες οδηγίες - **Ε. Χατζηαγγελάκη**

**Δυσλιπιδαιμία**

Ακάλυπτες θεραπευτικές ανάγκες στην υπολιπιδαιμική αγωγή - **Ι. Χαβελές**

Διαχείριση ασθενή με υπερλιπιδαιμία με βάση τις επικαιροποιημένες ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες και η εφαρμογή τους στην καθημερινή κλινική πράξη - **Κ. Τσιούφης**

**Ανασκόπηση - Συζήτηση - Κλείσιμο**

**Ι. Ιωαννίδης, Ι. Κυριαζής, Κ. Τσιούφης, Ι. Χαβελές, Ε. Χατζηαγγελάκη**

17.30 - 19.00 **Δορυφορικό Κλινικό Φροντιστήριο – Novartis**

Προεδρείο: **Ι. Κυριαζής**

Διαχείριση των ασθενών με πολυνοσηρότητα: Εστιάζοντας στις ανάγκες των ασθενών με ΧΑΠ και συνοσηρότητες - **Ε. Ζέρβας, Κ. Σάμιτας**



## ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

<b>Αλαβέρας Αντώνιος</b>	Παθολόγος-Διαβητολόγος, Διευθυντής Α' Παθολογικής Κλινικής, Κοργιαλένιο Μπενάκειο ΓΝΑ Ε.Ε.Σ.
<b>Αποστολοπούλου Νικολέττα</b>	Παθολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Καλαμάτας
<b>Βλαχάκος Δημήτριος</b>	Καθηγητής Παθολογίας - Νεφρολογίας, Υπεύθυνος Νεφρολογικής Μονάδας, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικών»
<b>Γκιούλος Νικόλαος</b>	Παθολόγος με εξειδίκευση στο Διαβήτη, Διευθυντής ΕΣΥ Κ.Υ. Αγίου Νικολάου και Διαβητολογικού Ιατρείου, Γ.Ν. Καλαμάτας
<b>Γράσσος Χαράλαμπος</b>	Καρδιολόγος, Δ/ντής Καρδιολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. "ΚΑΤ"
<b>Δημητριάδης Γεώργιος</b>	Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής Β' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής, Μονάδας Έρευνας και Διαβητολογικού Κέντρου Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικών», Πρόεδρος Ε.Δ.Ε.
<b>Δημοσθενόπουλος Χαρίλαος</b>	MMedSci, PhDc, Κλινικός Διαιτολόγος-Βιολόγος, Προϊστάμενος Διαιτολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. "Λαϊκό", Μέλος Δ.Σ. Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν.
<b>Ευθυμιάδου Ρωξάνη</b>	Ακτινολόγος, Διευθύντρια Τμήματος PET-CT και Αναπληρώτρια Διευθύντρια Τμήματος CT και MRI, Διαγνωστικό και Θεραπευτικό Κέντρο "Υγεία", Μέλος Δ.Σ. Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν.
<b>Ζαφείρη Μαρία</b>	Παθολόγος με εξειδίκευση στο Διαβήτη, Επιστημονικός Συνεργάτης Διαβητολογικού Ιατρείου και Ιατρείου Παχυσαρκίας, Γ.Ν. Ν. Ιωνίας "Κωνσταντοπούλειο"
<b>Ζέρβας Ελευθέριος</b>	Πνευμονολόγος, Επιμελητής Α' ΕΣΥ, 7η Πνευμονολογική Κλινική Γ.Ν.Ν.Θ. «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»
<b>Θωμόπουλος Κωνσταντίνος</b>	Καρδιολόγος, Επιμελητής Καρδιολογικού Τμήματος, Υπεύθυνος Ιατρείου Υπέρτασης, Γ.Ν.Μ.Α. «Ελενα Βενιζέλου»
<b>Ιωαννίδης Ιωάννης</b>	Παθολόγος με εξειδίκευση στο Διαβήτη, Διευθυντής Α' Παθολογικής Κλινικής και Υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου και Ιατρείου Παχυσαρκίας, Γ.Ν. Ν. Ιωνίας "Κωνσταντοπούλειο", Γενικός Γραμματέας Δ.Σ. Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν.
<b>Καπερνόπουλος Χάρης</b>	Ειδικός Παθολόγος, Καλαμάτα
<b>Κατσιλάμπος Νικόλαος</b>	MD, PhD, FACP, SCOPE Founding Fellow, EFIM Honorary Fellow Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Ερευνητικό Εργαστήριο «Ν. Σ. Χρηστέας»
<b>Κιόρτσης Δημήτριος</b>	Ενδοκρινολόγος Διαβητολόγος, Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων





## ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

<b>Κόκκινος Αλέξανδρος</b>	Επίκ. Καθηγητής Παθολογίας, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
<b>Κοροβέσης Κωνσταντίνος</b>	Παθολόγος με Εξειδίκευση στις Λοιμώξεις, Επιμελητής Α' Ε.Σ.Υ., Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Κορίνθου
<b>Κοσμοπούλου Σταυρούλα</b>	Καρδιολόγος, Διευθύντρια Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Καλαμάτας
<b>Κουδούνης Γεώργιος</b>	Συντονιστής Δ/ντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Καλαμάτας
<b>Κουτσοβασίλης Αναστάσιος</b>	MSc, PhD, Παθολόγος-Διαβητολόγος, Υπεύθυνος Ιατρείου Λιπιδίων, Επιμελητής Β', Γ' Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. Νίκαιας Πειραιά «Ο Άγιος Παντελεήμων»
<b>Κυριαζής Ιωάννης</b>	MD, PhD, FNSCOPE, Παθολόγος με εξειδίκευση στον Διαβήτη, Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής και Ιατρείου Διαβήτη-Παχυσαρκίας Γ.Ν.Α. "ΚΑΤ", Πρόεδρος Δ.Σ. Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν.
<b>Κώστογλου-Αθανασίου Ιφιγένεια</b>	Ενδοκρινολόγος, MSc, MD, PhD, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών και Λονδίνου, MSc Διοίκησης Μονάδων Υγείας, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ.
<b>Λαλούσης Αθανάσιος</b>	Ρευματολόγος
<b>Λαμπαδιάρη Βαία</b>	Επίκ. Καθηγήτρια Παθολογίας-Σακχαρώδη Διαβήτη, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Μονάδα Έρευνας και Διαβητολογικό Κέντρο Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «ΑΤΤΙΚΟΝ»
<b>Λάππα Θεοδώρα</b>	Msc, Προϊσταμένη Τμήματος Διατροφής, Γ.Ν.Α. "ΚΑΤ"
<b>Λεκάκης Ιωάννης</b>	Διευθυντής Β' Καρδιολογικής Κλινικής, Π.Γ.Ν.Α. "Αττικόν"
<b>Λιάτης Σταύρος</b>	Δρ. Παθολόγος με εξειδίκευση στο Διαβήτη, Επιμελητής Α' ΕΣΥ, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Α. "Λαϊκό", Αθήνα
<b>Λυμπερόπουλος Ευάγγελος</b>	Επίκ. Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικού Τμήματος Σχολής Επιστημών Υγείας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
<b>Μακρής Αναστάσιος</b>	Γενικός Ιατρός, Επιμελητής Διαβητολογικού Ιατρείου, Γ.Ν. Καλαμάτας
<b>Μακρυλάκης Κωνσταντίνος</b>	Αναπλ. Καθηγητής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Α' Προπ. Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
<b>Μασγάλα Αικατερίνη</b>	Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Επιμελήτρια Α', Α' Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Ν. Ιωνίας-Πατησίων "Κωνσταντοπούλειο"
<b>Μαυρογιαννάκη Αναστασία</b>	Παθολόγος-Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθύντρια ΕΣΥ, Β' Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Α. "ΝΙΜΤΣ"



## ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

<b>Μελιδώνης Ανδρέας</b>	Παθολόγος-Διαβητολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Α' Παθολογικής Κλινικής – Διαβητολογικού Κέντρου, Γ.Ν. Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»
<b>Μερκούρης Κωνσταντίνος</b>	Καρδιολόγος, Δ/ντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Λαϊκό, Αθήνα
<b>Μυγδάλης Ηλίας</b>	Παθολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Β' Παθολογικής Κλινικής και Διαβητολογικού Κέντρου, Νοσοκομείο ΝΙΜΤΣ
<b>Ξάνθης Αγαπητός</b>	Ειδικός Παθολόγος, Αθήνα
<b>Ξυδιά Νικολέττα</b>	Παθολόγος, Διευθύντρια Β' Παθολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Καλαμάτας
<b>Παπαδόπουλος Δημήτρης</b>	Επιμελητής Α' Καρδιολογικής Κλινικής, Υπεύθυνος Τμήματος Υπέρτασης και Λιπιδίων, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
<b>Παπαδόπουλος Ιωάννης</b>	Παθολόγος, Αθήνα
<b>Παπαζαφειροπούλου Αθανασία</b>	MSc, PhD, Παθολόγος με εξειδίκευση στο Διαβήτη, Επιμελήτρια Β', Α' Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»
<b>Παπασταμόπουλος Βασίλειος</b>	Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Ε' Παθολογικό Τμήμα και Μονάδα Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. "Ο Ευαγγελισμός"
<b>Παραβάνη Έλενα</b>	RDN, Διατροφολόγος, Δημοσιογράφος, Σύμβουλος Μεσογειακής Διατροφής
<b>Πατσουράκος Νικόλαος</b>	Επεμβατικός Καρδιολόγος-Εντατικολόγος, Επιμελητής Καρδιολογικού Τμήματος, Υπεύθυνος Μονάδας Εμφραγμάτων, Γ.Ν.Π. "Τζάνειο", μέλος Δ.Σ. Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν.
<b>Παφίλη Ζωή</b>	Κλινική Διαιτολόγος PhD, MSc, Αχιλλοπούλειο Γ.Ν. Βόλου
<b>Πιαδίτης Γεώργιος</b>	MD, PhD, Συντονιστής Δ/ντής Ενδοκρινολογικού Τμήματος και Κέντρου Διαβήτη, Γ.Ν.Α. "Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ"
<b>Πρασόπουλος Βασίλειος</b>	Πυρηνικός Ιατρός, Διευθυντής Τμημάτων Πυρηνικής Ιατρικής και PET-CT ΥΓΕΙΑ και ΜΗΤΕΡΑ
<b>Σάμιτας Κωνσταντίνος</b>	MD, PhD, Πνευμονολόγος, Επιμελητής 7ης Πνευμονολογικής Κλινικής και Κέντρου Άσθματος, ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»
<b>Σγούρος Κωνσταντίνος</b>	Παθολόγος, Επιμελητής Β' Παθολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Πύργου
<b>Σούμπλης Βασίλειος</b>	Χειρουργός Οφθαλμίατρος, Μετεκπαιδευθείς εις Moorfields Eye Hospital Αγγλίας
<b>Στουγιάννος Παύλος</b>	Καρδιολόγος, Επιμελητής Α' Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν.Α. "Η Ελπίς"
<b>Σωτηρίου Ιωάννης</b>	Ιατρός Γενικής Ιατρικής



## ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

<b>Τσαπόγας Παναγιώτης</b>	Παθολόγος - Διαβητολόγος Αναπληρωτής Διευθυντής Γ' Παθολογικής Κλινικής, Κέντρο Μεταβολισμού και Διαβήτη, «ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ» Hospital Center
<b>Τσελέπης Αλέξανδρος</b>	Καθηγητής Κλινικής Βιοχημείας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
<b>Τσιουφής Κωνσταντίνος</b>	Αναπλ. Καθηγητής Καρδιολογίας, Υπεύθυνος Μονάδας Υπέρτασης, Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
<b>Τσούγκος Ηλίας</b>	Επίκ. Καθηγητής Καρδιολογίας Διευθυντής Β' Καρδιολογικής Κλινικής Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center
<b>Χαβελές Ιωάννης</b>	Καρδιολόγος, Επιμελητής Α', Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα
<b>Χαλβατσιώτης Παναγιώτης</b>	Αναπλ. Καθηγητής Παθολογίας, Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική - Μονάδα Έρευνας Πανεπιστημίου Αθηνών, Διαβητολογικό Κέντρο, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν»
<b>Χατζηαγγελάκη Ερυφίλη</b>	Αναπλ. Καθηγήτρια Παθολογίας-Σακχαρώδη Διαβήτη, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Μονάδα Έρευνας και Διαβητολογικό Κέντρο Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν.Α. "Αττικόν", Αντιπρόεδρος Δ.Σ. Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν.
<b>Χατζητόλιος Απόστολος</b>	Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής, Π.Γ.Ν. «ΑΧΕΠΑ», Ιατρική Σχολή, Α.Π.Θ., Α' Αντιπρόεδρος Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος (ΕΠΕ), Αντιπρόεδρος Επαγγελματικής Ένωσης Παθολόγων Ελλάδος (ΕΕΠΕ)
<b>Χρήστου Γεώργιος</b>	Καρδιολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Ιωαννίνων



## ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

### ΤΟΠΟΣ ΚΑΙ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΕΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Το Συνέδριο θα διεξαχθεί από 22 έως 25 Ιουνίου 2017 στο Hotel Elite City Resort στην Καλαμάτα (Ναυαρίνου 2, Καλαμάτα 24100, **T.** 27210 22434, **F.** 27210 84369, **w.** www.elite.com.gr).

### ΕΚΘΕΣΗ

Κατά τη διάρκεια του συνεδρίου θα λειτουργεί έκθεση φαρμακευτικών προϊόντων και υπηρεσιών.

### ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΟΣ ΤΟΠΟΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

www.empakan-synedrio2017.gr

### ΜΟΡΙΟΔΟΤΗΣΗ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ

Χορηγούνται 17 μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME-CPDcredits) από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο (Π.Ι.Σ.).

### ΚΟΣΤΟΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

Ιατροί ειδικευμένοι..... 200,00 €

Ιατροί ειδικευόμενοι..... 100,00 €

Λοιπά επαγγέλματα υγείας (νοσηλεύτες, διαιτολόγοι κ.λπ.) ..... 50,00 €

Φοιτητές ΔΩΡΕΑΝ (απαραίτητη η προσκόμιση εγγράφου που θα βεβαιώνει την ιδιότητα).

### Το Κόστος Εγγραφής περιλαμβάνει:

Εγγραφή στο Συνέδριο, Παρακολούθηση του Επιστημονικού Προγράμματος, συνεδριακό υλικό (τελικό πρόγραμμα, βιβλίο περιλήψεων, άλλα έντυπα), Μοριοδοτημένο Πιστοποιητικό Παρακολούθησης (CME-CPD credits) - εφόσον καλυφθεί ο απαιτούμενος χρόνος παρακολούθησης.

Σε περίπτωση έκδοσης τιμολογίου, η εγγραφή επιβαρύνεται με ΦΠΑ 24%.

Για τους **ΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟΥΣ** Ιατρούς που ανήκουν στον Ι.Σ. Μεσσηνίας (με την επίδειξη της ταυτότητας του Ιατρικού Συλλόγου) θα είναι 50,00€ και θα περιλαμβάνει παρακολούθηση του επιστημονικού προγράμματος, συνεδριακό υλικό, μοριοδοτημένο πιστοποιητικό παρακολούθησης του συνεδρίου *εφόσον θα έχει συμπληρωθεί ο προαπαιτούμενος χρόνος παρακολούθησης.*

Για τους **ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΥΣ** και **ΑΓΡΟΤΙΚΟΥΣ** Ιατρούς που ανήκουν στον Ι.Σ. Μεσσηνίας, η συμμετοχή (με την επίδειξη σχετικού εγγράφου που θα πιστοποιεί την ιδιότητα τους και την ταυτότητα του Ιατρικού Συλλόγου) θα είναι ΔΩΡΕΑΝ και θα περιλαμβάνει παρακολούθηση του επιστημονικού προγράμματος, συνεδριακό υλικό, μοριοδοτημένο πιστοποιητικό παρακολούθησης του συνεδρίου, *εφόσον θα έχει συμπληρωθεί ο προαπαιτούμενος χρόνος παρακολούθησης.*



## ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

### ΚΟΣΤΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ: 660,00 €

Περιλαμβάνει: 3 διανυκτερεύσεις [ελάχιστος αριθμός διανυκτερεύσεων] σε δίκλινο δωμάτιο με πρωινό, 2 γεύματα (23/6 και 24/6) και 3 δείπνα (22/6, 23/6 και 24/6) για όλες τις ημέρες του συνεδρίου σύμφωνα με το επιστημονικό πρόγραμμα και λοιπά λειτουργικά έξοδα. Η πλήρης διατροφή ισχύει για το κεντρικό εστιατόριο του κάθε ξενοδοχείου και δεν περιλαμβάνει τα ποτά, τα οποία χρεώνονται βάσει κατανάλωσης. Ξενοδοχεία Διαμονής: Elite City Resort Hotel [Συνεδριακό], Filoxenia Hotel, Messinian Bay, Akti Taygetos, Pharae Palace, Belvedere, Comfy Boutique Hotel.

### ΠΑΡΑΛΛΗΛΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

- ✓ Παράλληλα με τις εργασίες του 10<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου, θα πραγματοποιηθεί η Ετήσια Ημερίδα Κοινωνικής Νοσηλευτικής (έτος 8ο) το Σάββατο 24 Ιουνίου 2017.
- ✓ Τέλος, όπως κάθε χρόνο έτσι και φέτος, το Σάββατο 24 Ιουνίου 2017 το απόγευμα παράλληλα με το Συνέδριό μας, θα διεξαχθεί και η καθιερωμένη Εκδήλωση Ενημέρωσης Κοινού.

### ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

#### Ελεύθερες Ανακοινώσεις:

Διάρκεια παρουσίασης: 8 λεπτά (και 2 λεπτά συζήτησης).

#### Αναρτημένες Ανακοινώσεις:

Διάρκεια παρουσίασης: 3 λεπτά.

Οι εργασίες που θα παρουσιαστούν ως Αναρτημένες Ανακοινώσεις θα είναι σε ηλεκτρονική μορφή (E-posters) σε οθόνες plasma σε ειδικό χώρο του Συνεδρίου.

Δεν απαιτείται η κατασκευή (εκτύπωση) poster από τους συγγραφείς.

#### Βράβευση εργασιών

Η καλύτερη προφορική ανακοίνωση θα βραβευθεί με το ποσό των 1.000 €.

Έπαινοι θα απονεμηθούν στη 2η και 3η καλύτερη προφορική εργασία.

#### Επιτροπή Βράβευσης

Α. Αλαβέρας, Ι. Ιωαννίδης, Ι. Κυριαζής, Ι. Λεκάκης, Ε. Χατζηαγγελάκη

### ΚΟΝΚΑΡΔΕΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

Με την παραλαβή του υλικού, όλοι οι συμμετέχοντες θα λάβουν την ονομαστική τους κονκάρδα που θα φέρει ένα μοναδικό barcode. Οι κονκάρδες (badge) με το barcode θα πρέπει να σαρώνονται στο ειδικό μηχάνημα πριν από την είσοδο και κατά την έξοδο από την αίθουσα, για να καταγράφονται οι ώρες παρακολούθησης. Σύμφωνα με την εγκύκλιο του ΕΟΦ, είναι υποχρεωτική η παρακολούθηση ποσοστού 60% επί των συνολικών ωρών του επι-





## ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

στημονικού προγράμματος για την παραλαβή του πιστοποιητικού παρακολούθησης. Η επίδειξη της κονκάρδας θα είναι απαραίτητη καθ' όλη τη διάρκεια του συνεδρίου (καθώς και η παράδοση της για την παραλαβή του πιστοποιητικού παρακολούθησης). Οι κονκάρδες με το barcode είναι μοναδικές και δεν μπορούν να αντικατασταθούν. Στην καταμέτρηση των ωρών δεν προσμετρώνται τα διαλείμματα και τις δορυφορικές εκδηλώσεις.

### ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ - ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ - ΔΗΛΩΣΕΙΣ



#### CONGRESS WORLD EVENT TRAVEL E.E.

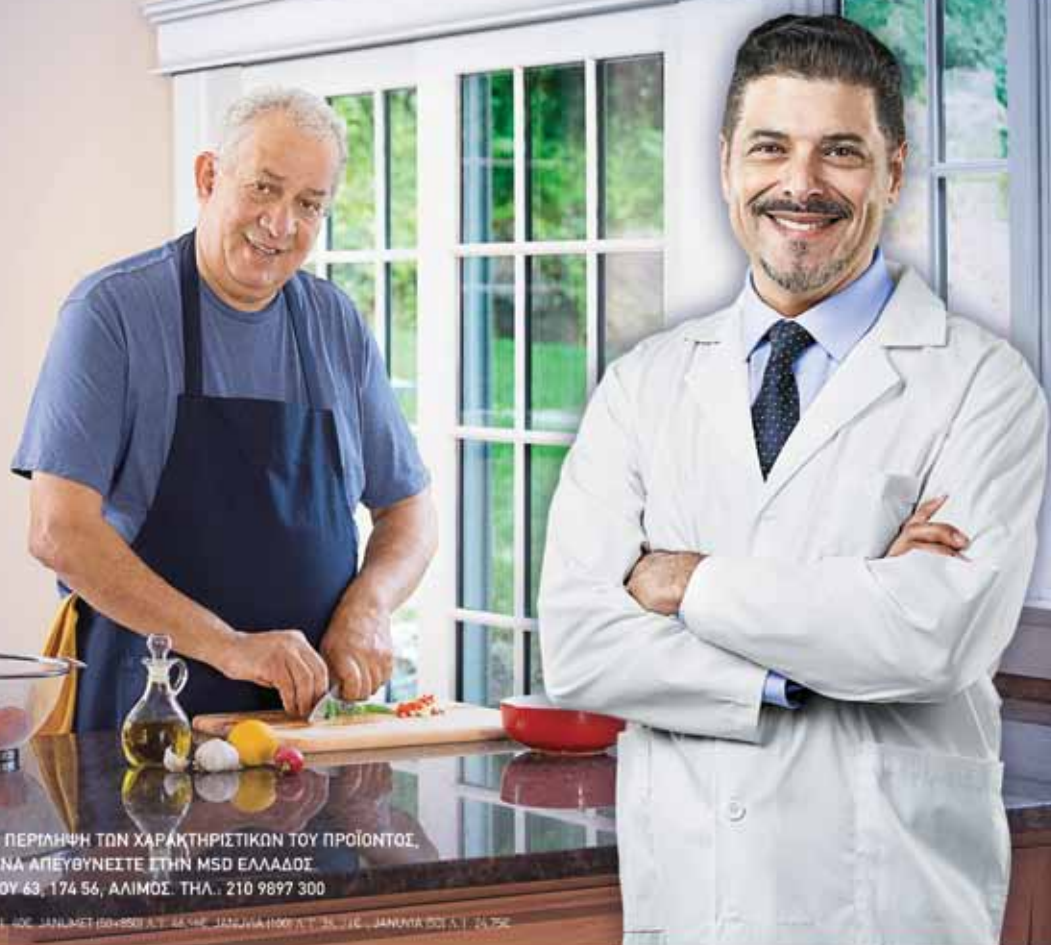
Μαιάνδρου 23, 115 28 Αθήνα, **T.** 210 7222 518, **F.** 210 7210 069

**E.** [info@congressworld.gr](mailto:info@congressworld.gr), [reception@congressworld.gr](mailto:reception@congressworld.gr)

**W.** <http://www.congressworld.gr>

**Janumet™**  
(sitagliptin/metformin, MSD)

**Januvia™**  
(sitagliptin, MSD)



ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΛΗΡΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ,  
ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΝΑ ΑΠΕΥΘΥΝΕΣΤΕ ΣΤΗΝ MSD ΕΛΛΑΔΑΣ,  
ΔΓΙΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ 63, 174 56, ΑΛΙΜΟΣ, ΤΗΛ.: 210 9897 300

JANUMET 00-1000 Α.Τ. 400 JANUMET 00-8500 Α.Τ. 64 746 JANUVIA 1000 Α.Τ. 36 210 JANUVIA 001 Α.Τ. 24 756



**MSD**

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



Συνπροώθηση από την εταιρεία:

**BIANEX Α.Ε. ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ**  
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

ΑΘΗΝΑ: Οδός Τατοίου 146 71 Ν. Ερυθρούς,  
Τηλ: 210 8009111 • mailbox@bianex.gr

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και αποτελεσματικά.  
ΘΑΛΕΣ τις αναπνευστικές ενέσεις για ΟΑΑ το φάρμακο Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»



## ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ



## ΠΑ 01

### ΠΟΙΟΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΧΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΜΠΑΓΛΙΦΛΟΖΙΝΗΣ ΣΤΟ ΔΕΥΤΕΡΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΒΗΜΑ

Α. Κουτσοβασίλης, Ε. Μπλέτσα, Δ. Ντιώνιας, Π. Κωνσταντινόπουλος, Χ. Ταμβάκος, Ο. Αμπαρτζίδου, Δ. Παπαδάκη, Α. Σωτηρόπουλος, Θ. Πέππας

Γ' Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

**Εισαγωγή:** Η επίδραση της εμπαγλιφλοζίνης στον γλυκαιμικό έλεγχο, στους παράγοντες του καρδιομεταβολικού και καρδιαγγειακού κινδύνου έχει αποδειχθεί από τα αποτελέσματα της μελέτης EMPAREG-OUTCOME. Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η εκτίμηση της ποιοτικής επίδρασης της εμπαγλιφλοζίνης ως επιλογή δευτέρου θεραπευτικού βήματος σε σχέση με άλλα αντιδιαβητικά χάπια.

**Υλικό και Μέθοδος:** 328 ασθενείς επιλέχθηκαν για αυτή τη μελέτη. 108 ασθενείς έλαβαν εμπαγλιφλοζίνη, 112 βιλνταγλιπτίνη και 98 γλιμεπιρίδη. Επίσης και οι τρεις ομάδες ελάμβαναν μετοφορμίνη. Μετά από τρεις και έξι μήνες αξιολογήθηκαν ο γλυκαιμικός έλεγχος ( HbA1c ), η συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία ( μέσω του ερωτηματολογίου Morisky 8-Item Medication Adherence Questionnaire ), η ποιότητα ζωής (SF-12) και η αυτοεκτίμηση (Rosenberg self-esteem scale ).

**Αποτελέσματα:** Δεν υπήρξε διαφοροποίηση μεταξύ των τριών ομάδων στην αρχή της μελέτης για την HbA1c (p=0.225), τη διάρκεια του διαβήτη (p=0.264), το σωματικό βάρος (p=0.441), την αρτηριακή πίεση (p=0.218) και την LDL-c (p=0.145). Η ομάδα που ελάμβανε εμπαγλιφλοζίνη παρουσίασε μεγαλύτερο βαθμό συμμόρφωσης σε σχέση με τις άλλες δυο ομάδες (p=0.021) και σημαντικό βαθμό βελτίωσης της ποιότητας ζωής σύμφωνα με την SF-12 (p=0.021) [στο κομμάτι της ψυχικής υγείας (p=0.028) αλλά και της φυσικής υγείας (p=0.010)]. Δεν υπήρξε βελτίωση στην SF-12 για την ομάδα της βιλνταγλιπτίνης (p=0.068) ενώ υπήρξε ελάττωση του σκορ της SF-12 για την ομάδα της γλιμεπιρίδης. Η ομάδα της εμπαγλιφλοζίνης πέτυχε σημαντική βελτίωση της αυτοεκτίμησης σύμφωνα με την κλίμακα Rosenberg (p=0.036) αντίθετα με τις άλλες ομάδες. Η θετική ποιοτική επίδραση της εμπαγλιφλοζίνης επιτεύχθηκε μετά το πρώτο τρίμηνο και βελτιώθηκε στο τέλος των έξι μηνών.

**Συμπεράσματα:** Η χρήση της εμπαγλιφλοζίνης ως δεύτερης γραμμής θεραπεία έχει σημαντική ποιοτική επίδραση στη θεραπεία των ασθενών. Οι ασθενείς που λαμβάνουν εμπαγλιφλοζίνη παρουσιάζουν σημαντική βελτίωση στην ποιότητα ζωής, στη θεραπευτική συμμόρφωση και αυτοεκτίμηση ήδη μετά από τρεις μήνες θεραπείας και αυτή η επίδραση βελτιώνεται ακόμη περισσότερο μετά από έξι μήνες.



## ΠΑ 02

### ΕΥΕΡΓΕΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΟΣ *MONASCUS PURPUREUS*, ΣΥΝΕΝΖΥΜΟΥ Q10, Ω-3-ΛΙΠΑΡΩΝ ΟΞΕΩΝ ΣΤΗ ΧΟΛΗΣΤΕΡΙΝΗ, ΤΙΣ ΛΙΠΟΠΡΩΤΕΪΝΕΣ ΚΑΙ ΤΗΝ *EX VIVO* ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΗ ΣΥΣΣΩΡΕΥΣΗ ΣΕ ΕΘΕΛΟΝΤΕΣ

Σ. Καρκαμπούνας<sup>1</sup>, Χ. Αναστασιάδου<sup>2</sup>, Ν. Παπαδόπουλος<sup>1</sup>, Ν. Φικιώρης<sup>1</sup>, Γ. Σίμος<sup>1</sup>, Β. Κονταργύρης<sup>1</sup>, Δ. Πέσχος<sup>1</sup>, Β. Ράγκος<sup>3</sup>, Μ. Χατζηδημητρίου<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Μονάδα Περιβαλλοντικής Φυσιολογίας Ιατρικού Τμήματος Σχολής Επιστημών Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, <sup>2</sup>ΕΛΓΟ ΔΗΜΗΤΡΑ - Ινστιτούτο Αλιευτικής Έρευνας Καβάλας, <sup>3</sup>Γναθοχειρουργική Κλινική Πανεπιστημιακού Γ.Ν. Ιωαννίνων, <sup>4</sup>ΑΤΕΙ Μικροβιολογίας Θεσσαλονίκης

**Εισαγωγή - Σκοπός:** Η παρούσα εργασία πραγματοποιήθηκε για την εξακρίβωση: 1<sup>ο</sup>) της *in vivo* δράσης συμπληρώματος στα επίπεδα της χοληστερίνης και των λιποπρωτεϊνών, έναντι χορήγησης *placebo*. 2<sup>ο</sup>) της δράσης των ανωτέρω διατροφικών ουσιών στην αιμοπεταλιακή συσσώρευση *ex vivo*.

**Υλικά και Μέθοδος:** Μελετήσαμε διπλά-τυφλά τα επίπεδα, χοληστεριναϊμίας, λιποπρωτεϊνών LDL και HDL σε 65 υγιείς εθελοντές ηπίως υπερχοληστεριναϊμικούς που λάμβαναν καθημερινά επί δίμηνο διατροφικό συμπλήρωμα σε δόσεις 5 mgr κόνεως *Monascus purpureus*/kg b.w, 7,14 mgr ω-3-λιπαρών οξέων /kg b.w, 5 mgr εικοσιπεντανεϊκό οξύ/kg b.w, 2 mgr δοκοεξαενικό οξύ/kg b.w, 2 mgr συνενζύμου Q10 /kg b.w. ενώ 20 άτομα έλαβαν *placebo*. Επίσης μελετήσαμε την δράση των άνω ουσιών στην αιμοπεταλιακή συσσώρευση *ex vivo* υγιών εθελοντών. Οι ουσίες ήταν της SIGMA, ενώ οι αιμοπεταλιακές συσσωρεύσεις έγιναν σε συσσωρευόμετρο Cronolog Ca-500.

**Αποτελέσματα:** 1<sup>ο</sup>) Το συμπλήρωμα μειώνει τα επίπεδα της χοληστερίνης από 253,04±17,08 mgr/dL σε 229,1±18,52 mgr/dL (μείωση ~10 %, p <0,01, Φ.Τ: ηλικία <30: 170-220 mgr/dL, >30:200-240 mgr/dL), μειώνει τα επίπεδα των LDL από 193,16±20,32 mgr/dL σε 170±18,35 mgr/dL (μείωση 12 %, p<0,01, Φ.Τ) και αυξάνει τις HDL από 50,38 σε 53,58 mgr/dL.

2<sup>ο</sup>) Από τις χρησιμοποιηθείσες ουσίες το συνένζυμο Q10 αναστέλλει τα αιμοπετάλια *ex vivo* με IC50 3,5±0,8 mM (αγωνιστές PAF, αραχιδονικό οξύ, επινεφρίνη και ADP) ενώ τα ω-3-λιπαρά οξέα αναστέλλουν ήπια την αιμοπεταλιακή συσσώρευση.

3<sup>ο</sup>) Στην ομάδα *placebo* δεν είχαμε στατιστικά σημαντικές μεταβολές στις μελετηθείσες παραμέτρους.

**Συμπεράσματα:** Η μελέτη δείχνει μείωση των επιπέδων χοληστερίνης, και βελτίωση του λόγου LDL/HDL. Το συνQ10 αναστέλλει την αιμοπεταλιακή συσσώρευση, ενώ τα λιπαρά οξέα την καθυστερούν (τροποποίηση). Δεν σημειώθηκαν μεταβολές στην ομάδα *placebo*.





## ΠΑ 03

### ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ ΟΥΡΙΚΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ ΜΕ CANAKINUMAB ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ ΜΕ FEBUXOSTAT

Π. Αθανασίου<sup>1</sup>, Α. Τζαναβάρα<sup>1</sup>, Λ. Αθανασίου<sup>2</sup>, Δ. Παντελίδης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος», <sup>2</sup>Εργαστήριο Πειραματικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών

**Εισαγωγή:** Η ουρική αρθρίτιδα είναι εκδήλωση της υπερουριχαιμίας. Η υπερουριχαιμία είναι μια από τις εκδηλώσεις του μεταβολικού συνδρόμου. Η αντιμετώπιση της ουρικής αρθρίτιδας παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον τα τελευταία χρόνια, καθώς μετά από έτη σιωπής νέοι φαρμακευτικοί παράγοντες εμφανίστηκαν για την αντιμετώπιση της υπερουριχαιμίας. Η αντιμετώπιση της ουρικής αρθρίτιδας παραδοσιακά γίνεται με κολχικίνη. Ωστόσο, σε ανθεκτικές στη χορήγηση της κολχικίνης περιπτώσεις σήμερα δοκιμάζονται και άλλοι φαρμακευτικοί παράγοντες.

**Σκοπός:** Σκοπός της εργασίας ήταν η παρουσίαση περιστατικού ασθενούς με ουρική αρθρίτιδα που αντιμετωπίστηκε με canakinumab για την αρθρίτιδα και με φεμπουξοστάτη για την υπερουριχαιμία.

**Μέθοδοι:** Ασθενής άνδρας 43 ετών προσήλθε με ασύμμετρη μεταναστευτική πολυαρθρίτιδα από πενταμήνου με συνοδό εμπύρετο για την οποία έκανε χρήση ΜΣΑΦ περιστασιακά. Ανέφερε αρθρίτιδα ΔΕ γόνατος από τριήμερου που προκαλούσε δυσχέρεια βάδισης, αρθρίτιδα ΔΕ αγκώνα, ΑΡ ΠΧΚ και ΑΡ ΠΔΚ. Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε ουρικό οξύ 8.8 mg/dl, CRP 9.8 mg/dl (<0.5 mg/dl), ΤΚΕ 60 mm/h, RF (-), anti-CCP (-) με φυσιολογική νεφρική λειτουργία. Έγινε παρακέντηση ΔΕ γόνατος, αφαιρέθηκαν 50 ml αρθρικού υγρού όπου παρατηρήθηκαν κύτταρα 13975/mm<sup>3</sup>, γλυκόζη 90 mg/dl και ανιχνεύθηκαν βελονοειδείς κρύσταλλοι ουρικού μονονατρίου, ελεύθεροι και ενδοκυττάριοι, διπλοθλαστικοί στο πολωμένο φως. Αντιμετώπιστηκε με κολχικίνη από του στόματος και έγχυση μεθυλπρεδνιλόνης με άμεση βελτίωση. Μετά 20ήμερο προστέθηκε στην αγωγή αλλοπουρινόλη. Εντός του επομένου τριμήνου και ενώ ήταν υπό αγωγή με κολχικίνη και πρεδνιζολόνη ο ασθενής παρουσίασε 3 διαδοχικές κρίσεις ουρικής αρθρίτιδας.

**Αποτελέσματα:** Λόγω >3 κρίσεων ουρικής αρθρίτιδας εντός έτους και της έλλειψης ανταπόκρισης στη θεραπεία με κολχικίνη και κορτικοειδή, τέθηκε σε αγωγή με canakinumab 150 mg SC. Εκτοτε η ουρική αρθρίτιδα είναι σε ύφεση. Για την αντιμετώπιση της υπερουριχαιμίας χορηγήθηκε φεμπουξοστάτη 80 mg ημερησίως.

**Συμπεράσματα:** Συμπερασματικά, περιγράφεται η αντιμετώπιση ανθεκτικής στη θεραπεία ουρικής αρθρίτιδας με canakinumab και της υπερουριχαιμίας με φεμπουξοστάτη. Το ανθρώπινο μονοκλωνικό αντίσωμα έναντι της ιντερλευκίνης-1β canakinumab είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικό στην αντιμετώπιση της ουρικής αρθρίτιδας και αποτελεί καινοτόμο προσέγγιση για την αντιμετώπισή της. Ο ειδικός αναστολέας της οξειδάσης της ξανθίνης (selective xanthine oxidase inhibitor) φεμπουξοστάτη συμβάλλει στη σύγχρονη φαρμακευτική προσέγγιση της υπερουριχαιμίας.



## ΠΑ 04

### ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΝΤΡΕΣ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ

Θ. Λάππα<sup>1</sup>, Α. Τσαγκάρη<sup>1</sup>, Μ. Σταματοπούλου<sup>1</sup>, Ν. Καραλιά<sup>1</sup>, Ι. Κυριαζής<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Κλινικής Διατροφής, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, <sup>2</sup>Διαβητολογικό Ιατρείο Γ.Ν.Α. ΚΑΤ

**Εισαγωγή - Σκοπός:** Η αντίληψη της εικόνας σώματος μπορεί να επηρεάσει σχετιζόμενες με την υγεία συμπεριφορές όπως τη διατροφή, τη φυσική δραστηριότητα και άλλες που είναι σημαντικά συστατικά της διαχείρισης του ΣΔ2 και της παχυσαρκίας. Ο σκοπός αυτής της έρευνας ήταν να εξετάσει τη συσχέτιση μεταξύ της αντίληψης της εικόνας σώματος και του BMI σε άτομα με ή χωρίς ΣΔ2. **Υλικό και Μέθοδος:** Στη μελέτη συμμετείχαν 60 άτομα [30 με ΣΔ2]. Όλοι απάντησαν σε δομημένο ερωτηματολόγιο στο οποίο εκτός των άλλων τους ζητήθηκε να επιλέξουν την εικόνα σώματος από την κλίμακα FRS, που έμοιαζε περισσότερο στη δική τους, καθώς και την εικόνα την οποία θα επιθυμούσαν να έχουν από την ίδια κλίμακα. Το ποσοστό απόκρισης ήταν 100%. Έγινε στατιστική ανάλυση των δεδομένων.

**Αποτελέσματα:** Οι άνδρες με διαβήτη δεν διέφεραν σημαντικά από τους άνδρες χωρίς διαβήτη στη μέση τιμή ΔΜΣ για την ίδια εικόνα σώματος. Το ίδιο και οι γυναίκες με εξαίρεση αυτές που είχαν επιλέξει τη φιγούρα 5. Οι γυναίκες χωρίς διαβήτη της εικόνας σώματος 5, είχαν σημαντικά υψηλότερο ΔΜΣ σε σύγκριση με τις γυναίκες με διαβήτη της ίδιας εικόνας ( $p < 0.05$ ). Η αυτοαντίληψη της εικόνας σώματος όπως εκτιμήθηκε με την κλίμακα FRS για το σύνολο του πληθυσμού της μελέτης σχετίζονταν θετικά με τον ΔΜΣ ( $p = 0.007$  για τους άνδρες και  $p < 0.001$  για τις γυναίκες). Στα διαβητικά άτομα και στα δύο φύλα δεν υπάρχει διαφορά ανάμεσα στην εικόνα που έχουν επιλέξει ότι τους ταιριάζει και την εικόνα που θα ήθελαν να έχουν ( $p = 0.014$  για τους άνδρες και  $p = 0.03$  για τις γυναίκες). Αντίθετα, στα μη διαβητικά άτομα - μόνο στις γυναίκες - υπάρχει διαφορά ανάμεσα στην εικόνα που έχουν επιλέξει ότι τους ταιριάζει και την εικόνα που θα ήθελαν να έχουν ( $p = 0.006$ ).

**Συμπεράσματα:** Στους διαβητικούς και στα δύο φύλα υπήρχε θετική συσχέτιση μεταξύ ΔΜΣ και εικόνας σώματος, ενώ στους μη διαβητικούς θετική συσχέτιση βρέθηκε μόνο για τις γυναίκες. Τα άτομα, με διαβήτη δε φαίνεται να διαφέρουν στην αντίληψή τους για την εικόνα του σώματος σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς σακχαρώδη διαβήτη.



## ΠΑ 05

### ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ ΤΗΣ ΕΥΠΑΘΕΙΑΣ (FRAILITY) ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Γ. Κουδούνης, Π. Πουλικαράκος, Ε. Γεωργίου, Α. Κολλέρης, Χ. Πανοτόπουλος, Δ. Σβωρόνος, Δ. Γκότσης, Γ. Αλεβετωβίτης, Η. Νταίβις, Α. Κολονιάρης, Η. Τσίχλης, Α. Αντωνακόπουλος, Ν. Λιονάκης, Ε. Μάκαρης, Π. Κλουφέτος, Σ. Κοσμοπούλου, Σ. Ζόμπολος  
Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Μεσσηνίας, Καλαμάτα

**Εισαγωγή:** Κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας, παρατηρείται βελτίωση της πρόγνωσης των ασθενών με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (ΟΣΣ), η οποία οφείλεται εν μέρει στις νεότερες φαρμακευτικές και επεμβατικές θεραπευτικές μεθόδους. Από τις ίδιες ωστόσο μελέτες παρατηρείται σημαντική ετερογένεια στην πρόγνωση των ηλικιωμένων ασθενών και καταγράφεται άλλοτε άλλο ποσοστό επιλογής επιθετικών φαρμακευτικών και επεμβατικών θεραπειών. Μία αιτία που εξηγεί αυτό το φαινόμενο είναι η αναντιστοιχία μεταξύ χρονολογικής και βιολογικής ηλικίας. Η ευπάθεια (frailty) των ηλικιωμένων μελετάται τα τελευταία χρόνια ως ανεξάρτητος αρνητικός προγνωστικός παράγοντας στα ΟΣΣ.

**Σκοπός:** Σκοπός της μελέτης είναι να εφαρμόσουμε τεκμηριωμένο δείκτη εκτίμησης της ευπάθειας των ηλικιωμένων και να εκτιμήσουμε τη συχνότητα εμφάνισης του φαινομένου.

**Υλικό και Μέθοδος:** Ως ηλικιωμένους ορίσαμε ασθενείς μεγαλύτερους των 75 ετών που νοσηλεύθηκαν με ΟΣΣ στην Καρδιολογική Κλινική και τη Στεφανιαία Μονάδα του Νοσοκομείου μας κατά το έτος 2012. Η ευπάθεια μελετήθηκε με τα κριτήρια Fried (1. Απώλεια βάρους >4,5 χγρ. στο τελευταίο έτος, 2. υποκειμενική αίσθηση εξάντλησης για τουλάχιστον τρεις ημέρες, 3. απουσία σωματικής δραστηριότητας, 4. χρόνος βάδισης >6 δευτ. τα 4 μ. και 5. ισχύς σύσφιξης των χεριών, όπου ως ευπαθής (frail) χαρακτηρίζεται ασθενής με 3 ή περισσότερα κριτήρια).

**Αποτελέσματα:** Κατά το διάστημα της μελέτης έγιναν 476 εισαγωγές για ΟΣΣ. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς αποτελούν ποσοστό 21% (98 ασθενείς, τα χαρακτηριστικά των οποίων παρουσιάζονται στον Πίνακα). Ευπάθεια, σύμφωνα με τα κριτήρια Fried, εμφάνισε ποσοστό 31% (30 ασθενείς). Η ενδονοσοκομειακή θνητότητα στον πληθυσμό της μελέτης ήταν 8,3% και μείζονα αιμορραγία καταγράφηκε στο 2,7% των ασθενών.

**Συμπέρασμα:** Στο δείγμα της μελέτης μας περίπου ένας στους τρεις ηλικιωμένους πληροί κριτήρια ευπάθειας. Στη διεθνή βιβλιογραφία προτείνεται σαν πάγια τακτική η χρήση τεκμηριωμένων εργαλείων εκτίμησης ευπάθειας κατά την εισαγωγή ηλικιωμένων ασθενών τόσο για προγνωστικούς λόγους αλλά και ως βοήθημα στην επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής στρατηγικής.

**Πίνακας.** Χαρακτηριστικά ασθενών

	Δείγμα	Fried >3
Ανδρες	41	13
Γυναίκες	57	17
Μέση ηλικία	78,4 έτη	83,6
Αρτηριακή υπέρταση	82	28
Σακχαρώδης διαβήτης	29	12
Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια	22	17
Στεφανιαία νόσος	19	9
Καρδιακή ανεπάρκεια	11	4



## ΠΑ 06

### ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΛΙΞΙΣΕΝΑΤΙΔΗΣ ΣΤΗ ΜΗ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΛΙΠΩΔΗ ΔΙΗΘΗΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Α. Κουτσοβασίλης, Α. Σωτηρόπουλος, Β. Κορδίνας, Χ. Ταμβάκος, Γ. Καψαλάκης, Μ. Παππά, Σ. Μπούσμπουλας, Θ. Πέππας

Γ΄ Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

**Εισαγωγή:** Σύμφωνα με τα έως τώρα στοιχεία η μη αλκοολική λιπώδη διήθηση του ήπατος (NAFLD) σχετίζεται με αύξηση του επιπολασμού της καρδιαγγειακής νόσου (CVD) ανεξαρτήτως από τους κλασσικούς παράγοντες κινδύνου της αθηροσκλήρυνσης. Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να εξεταστεί τη βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη επίδραση της λιξισενατίδης σε ασθενείς με NAFLD με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (T2DM) σε σχέση με τη σιταγλιπτίνη και την πιογλιταζόνη.

**Υλικό και Μέθοδος:** 142 ασθενείς με T2DM και NAFLD συμπεριλήφθησαν στη μελέτη. 48 ασθενείς έλαβαν λιξισενατίδη, 43 πιογλιταζόνη και 51 σιταγλιπτίνη. Όλοι οι ασθενείς ελάμβαναν επίσης μετφορμίνη. Κατεγράφησαν τα σωματομετρικά και εργαστηριακά χαρακτηριστικά των ασθενών, καθώς και μεταβολικές συννοσηρότητες κάθε τρεις μήνες με διάρκεια παρακολούθησης 12 μηνών. Η αξιολόγηση της ηπατικής ίνωσης γινόταν με αναλογία της ασπαρτικής αμινοτρασφεράσης προς τον αριθμό των αιμοπεταλίων (APRI index). Όλοι οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε υπέρηχο πριν την ένταξη τους και μετά το τέλος της μελέτης.

**Αποτελέσματα:** Δεν υπήρξαν διαφορές μεταξύ των ομάδων στην ηλικία ( $p=0.337$ ), στη διάρκεια του T2DM ( $p=0.221$ ), στο Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI) ( $p=0.433$ ) και στη HbA1c ( $p=0.198$ ). Υπήρξε μεγαλύτερη βελτίωση στο δείκτη APRI από την έναρξη στους 3 και 12 μήνες στην ομάδα που ελάμβανε λιξισενατίδη (1.07 (0.46-1.23) vs 0.94 (0.041-1.12) vs 0.75 (0.36-0.91)  $p<0.001$ ) σε σχέση με την ομάδα που ελάμβανε πιογλιταζόνη (1.10 (0.49-1.27) vs 1.03 (0.49-1.22), vs 0.87 (0.47-1.06),  $p=0.012$ ) και σιταγλιπτίνη (1.01 (0.39-1.14) vs 0.99 (0.38-1.15) vs 0.98 (0.36-1.14)  $p=0.366$ ). Η βελτίωση του δείκτη APRI συνοδεύτηκε με σημαντική αλλαγή στη λιπώδη διήθηση στον υπέρηχο. Η ελάττωση του σωματικού βάρους στην ομάδα που ελάμβανε λιξισενατίδη ήταν στατιστικά σημαντική ( $p<0.001$ ) με τους περισσότερους ασθενείς (38) να επιτυγχάνουν  $>5\%$  ελάττωση.

**Συμπεράσματα:** Η χορήγηση της λιξισενατίδης οδήγησε σε σημαντική βελτίωση της ηπατικής φλεγμονής, διαφοροποίηση της ηπατικής ίνωσης και μείωση του σωματικού βάρους από τους πρώτους 3 μήνες ενώ παρατηρήθηκε ακόμη μεγαλύτερη βελτίωση μετά από 12 μήνες από την ένταξη.



## ΠΑ 07

### ΕΠΙΤΥΧΩΣ ΘΕΡΑΠΕΥΘΕΙΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΡΙΝΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗΣ ΜΟΥΚΟΡΜΥΚΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΤΕΡΙΝΟΕΙΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Μ. Μυλωνά, Π. Τόσκας, Μ. Πολυζώης, Ε. Νικολάου, Στ. Λιάτης, Α. Τόσκας

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ Λαϊκό, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

**Εισαγωγή - Σκοπός:** Η μουκορμύκωση συνιστά σπάνια -και συνήθως θανατηφόρα- μυκητιασική λοίμωξη. Η ρινεγκεφαλική μορφή συνιστά την πιο συχνή κλινική μορφή. Προσβάλλει συνήθως άτομα με διαβήτη, όπως και ανοσοκατασταλαμένους. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανάδειξη ενδιαφέρουσας περίπτωσης ρινεγκεφαλικής μουκορμύκωσης σε ασθενή με στερινοειδή διαβήτη σε έδαφος νόσησης από ιδιοπαθή θρομβοπενική πορφύρα (ΙΘΠ).

**Υλικό και Μέθοδος:** Ασθενής άρρεν, 76 ετών, με ιστορικό πρόσφατα διαγνωσθείσας ΙΘΠ υπό μεθυλπρεδνιζολόνη 48 mg/ημέρα και εμμένουσα ουδετεροπενία, εισήχθη στην κλινική μας λόγω προοδευτικά επιδεινούμενης κεφαλαλγίας από 15ημέρου, περιοφθαλμικό άλγος (αρ) και πτώση σύστοιχου οφθαλμού. Κλινικά, διαπιστώθηκε ταχυκαρδία και διαταραχή κινητικότητας (αρ) οφθαλμού. Εργαστηριακά διαπιστώθηκε ουδετεροπενία, υψηλές τιμές σακχάρου αίματος και δεικτών φλεγμονής. Η CT σπλαγχνικού κρανίου ανέδειξε εικόνα παραρρινοκολπίτιδας (αρ). Λόγω υψηλής υποψίας μυκητιασικής λοίμωξης, ο ασθενής τέθηκε σε αγωγή με λιποσωμιακή αμφοτερικίνη Β 600mg x1 IV και ινσουλινοθεραπεία. Mucor sp. απομονώθηκε στο υλικό μετά παρακέντηση του (αρ) ιγμορείου άντρου.

**Αποτελέσματα:** Ο ασθενής ανταποκρίθηκε άμεσα στην ινσουλινοθεραπεία του με επιστροφή σε νορμογλυκαιμία μετά τη σταδιακή μείωση της δόσολογίας κορτιζόνης. Ακολούθησε τρίμηνη IV αντιμυκητιασική αγωγή, υποβλήθηκε σε εκτεταμένο χειρουργικό καθαρισμό της προσβεβληθείσας περιοχής με διατήρηση του οφθαλμού για αισθητικούς λόγους, ενώ ολοκλήρωσε και 7 θεραπείες σε θάλαμο υπερβαρικού οξυγόνου. Εξήλθε κλινικοεργαστηριακά σημαντικά βελτιωμένος υπό ποσακοναζόλη po για 3 μήνες και αντιδιαβητικά δισκία.

**Συμπεράσματα:** Αν και η μουκορμύκωση συνιστά σπάνια κλινική οντότητα, συνδέεται με υψηλή θνητότητα και ανάλογη πιθανότητα αναπηρίας. Η ιατρική κοινότητα θα πρέπει να διατηρείται σε εγρήγορση σε ό,τι αφορά τη διάγνωση της, ιδίως σε διαβητικούς ασθενείς (όχι μόνο σε ινσουλινοεξαρτώμενους με διαβητική κετοξέωση). Η πρώιμη αναγνώρισή της βελτιώνει σημαντικά την επιβίωση και κλινική έκβαση των ασθενών.





## ΠΑ 08

### ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ Η ΧΩΡΙΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Θ. Λάππα<sup>1</sup>, Α. Τσαγκάρη<sup>1</sup>, Μ. Σταματοπούλου<sup>1</sup>, Ν. Καραλιά<sup>1</sup>, Ι. Κυριαζής<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Κλινικής Διατροφής, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, <sup>2</sup>Διαβητολογικό Ιατρείο Γ.Ν.Α. ΚΑΤ

**Εισαγωγή - Σκοπός:** Στόχος αυτής της μελέτης ήταν να αξιολογήσει τη σχέση μεταξύ των διατροφικών συνηθειών και της αντίληψης της εικόνας του σώματος σε ενήλικες με ή χωρίς ΣΔ2.

**Υλικό και Μέθοδος:** Εξετάστηκαν 60 άτομα [30 με ΣΔτ2]. Από το ερωτηματολόγιο αντλήθηκαν πληροφορίες σχετικά με τα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά, την εικόνα του σώματος και τις διατροφικές συνήθειες του κάθε συμμετέχοντα. Το ποσοστό απόκρισης ήταν 100%. Έγινε στατιστική ανάλυση των δεδομένων.

**Αποτελέσματα:** Αυξημένη ενεργειακή πρόσληψη παρουσίαζε το 79.7%, αυξημένη πρόσληψη λίπους το 53.3% και αυξημένη πρόσληψη υδατανθράκων το 50%. Αντίθετα, ανεπαρκή πρόσληψη φυτικών ινών παρουσίαζε το 20% και έλλειψη διατροφικών γνώσεων το 41.7%. Το 60% των ατόμων δήλωσε ότι λαμβάνουν 1-2 μικρογεύματα (snack) στη διάρκεια της ημέρας, ενώ περίπου το 9% παραδέχθηκε ότι κυρίως «τσιμπολογάει». Στο συνολικό πληθυσμό της μελέτης φυσική δραστηριότητα ανέφερε το 47% με συνηθέστερη μορφή το περπάτημα. Στην ομάδα των ατόμων με ΣΔ αυξημένη ενεργειακή πρόσληψη παρουσίαζε το 74.1% των ατόμων της μελέτης, αυξημένη πρόσληψη λίπους και υδατανθράκων το 44,4%. Αντίθετα, ανεπαρκή πρόσληψη φυτικών ινών παρουσίαζε το 3.7% των διαβητικών και έλλειψη διατροφικών γνώσεων το 37%. Το 77% των διαβητικών δήλωσε ότι λαμβάνει μικρογευματίδια. Φυσική δραστηριότητα ανέφερε το 37%. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στον ΔΜΣ, τη διάρκεια της φυσικής δραστηριότητας και των αριθμό των τσιγάρων ανάμεσα σε διαβητικά και μη διαβητικά άτομα. Ο ΔΜΣ σχετιζόταν θετικά με την πρόσληψη λίπους και την παρουσία ΣΝ για το σύνολο των ατόμων της μελέτης. Στα διαβητικά άτομα σχετιζόταν θετικά με το ετήσιο εισόδημα και αρνητικά με το οικογενειακό περιβάλλον, την αυξημένη πρόσληψη λίπους, την ανεπαρκή πρόσληψη φυτικών ινών και την έλλειψη διατροφικών γνώσεων. Το 21.6% του συνολικού αριθμού των ερωτηθέντων περιέγραψε τη δομή του σώματος ως φυσιολογική, το 48,3% ως υπέρβαρη και το 30% ως παχύσαρκη.

**Συμπεράσματα:** Τα διαβητικά άτομα καθώς και οι μη διαβητικοί άνδρες δήλωσαν ικανοποίηση από την εικόνα του σώματός τους, ενώ όλες οι μη διαβητικές γυναίκες ανέφεραν ότι επιθυμούν ένα λεπτότερο σώμα. Η σημασία της σωματικής άσκησης και των υγιεινών διατροφικών συνηθειών πρέπει να λαμβάνεται δεόντως υπόψη στον έλεγχο του σωματικού βάρους.



## ΠΑ 09

### **ΠΟΣΟΙ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΛΗΡΟΥΝ ΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ ΣΤΙΣ ΜΕΓΑΛΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΕΚΒΑΣΗΣ (LEADER- EMPAREG); ΠΟΣΟ ΑΛΛΑΞΑΝ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥΣ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ;**

Ι. Ιωαννίδης, Μ. Ζαφείρη, Β. Διαμαντοπούλου, Δ. Τασιοπούλου, Α. Μασγαλά  
Διαβητολογικό Ιατρείο και Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ν. Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο» Πατησίων

**Εισαγωγή:** Οι μελέτες LEADER και EMPAREG ανέδειξαν οφέλη από την χορήγηση της λιραγλουτίδης και της εμπαγλιφλοζίνης σε ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 και καρδιαγγειακή νόσο. Δεν είναι γνωστό το ακριβές ποσοστό των ατόμων με ΣΔ τύπου 2 που πληροί τα κριτήρια εισόδου των δυο μεγάλων μελετών και θα μπορούσαν ενδεχομένως να ωφεληθούν από την χρήση των φαρμάκων αυτών.

**Σκοπός:** 1. Να διερευνήσουμε το ποσοστό των ασθενών του κέντρου μας που πληροί τα κριτήρια εισαγωγής στις μεγάλες αυτές μελέτες 2. Να καταγράψουμε πόσοι από τους ασθενείς μας λαμβάνουν ήδη αυτά τα φάρμακα 3. Πόσοι τα λαμβάνουν λόγω των αποτελεσμάτων των μελετών και 4. Πόσοι θα μπορούσαν επιπλέον να τεθούν στις θεραπείες αυτές.

**Υλικό:** Μελετήθηκαν οι 450 ασθενείς που επισκέφθηκαν το ιατρείο μετά την ανακοίνωση των αποτελεσμάτων και των δυο μελετών. Αποκλείστηκαν οι ασθενείς με ΣΔ τύπου 1 και MODY, σοβαρές συννοσηρότητες μη αγγειακής αιτιολογίας (καρκίνος, χρόνιες φλεγμονώδεις νόσοι, σοβαρές νευρολογικές παθήσεις) καθώς και ασθενείς >80 ετών. Το 35% ήταν γυναίκες και το 65% άνδρες.

**Αποτελέσματα:** Το 18% των ασθενών πληροί τα κριτήρια εισόδου στη μελέτη EMPAREG και το 29% στη μελέτη LEADER.

Το 64% των ασθενών μας ήταν παχύσαρκοι και το 27% υπέρβαροι.

Το 32% του συνόλου των ασθενών λαμβάνει λιραγλουτίδη και εξ αυτών η μεγάλη πλειοψηφία το λαμβάνει πριν τα αποτελέσματα της μελέτης LEADER. Από τους ασθενείς που πληρούν τα κριτήρια εισαγωγής στην LEADER λαμβάνει λιραγλουτίδη το 72%.

Το 16% του συνόλου των ασθενών λαμβάνει εμπαγλιφλοζίνη και εξ αυτών περίπου οι μισοί (45%) την ελάμβανε πριν τα αποτελέσματα της μελέτης EMPAREG.

Από τους ασθενείς που πληρούν τα κριτήρια εισαγωγής στην EMPAREG λαμβάνει εμπαγλιφλοζίνη το 46%.

Το ποσοστό των ασθενών που λαμβάνει και τα δυο φάρμακα ανέρχεται στο 8%.

**Συμπεράσματα:** Στο διαβητολογικό μας κέντρο (όχι ασθενείς της κοινότητας) το ποσοστό των ασθενών με εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο είναι σημαντικό. Η χρήση της εμπαγλιφλοζίνης και κυρίως της λιραγλουτίδης είναι σε υψηλά ποσοστά και επηρεάστηκε (ειδικά της εμπαγλιφλοζίνης) από τα αποτελέσματα των μελετών.



## ΠΑ 10

### **ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΣΟΒΑΡΗΣ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑΣ, ΧΡΗΣΟΥΣΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ, ΜΕ ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΣΤΗΜΑΤΟΣ QTc ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ**

Μ. Μυλωνά<sup>1</sup>, Γ. Αναστασιάδης<sup>2</sup>, Χρ. Καπέλιος<sup>1</sup>, Κ. Ζέρβα<sup>2</sup>, Β. Βαζιουράκης<sup>2</sup>, Κ. Τσάκαλης<sup>2</sup>, Α. Κόκκινος<sup>1</sup>, Στ. Λιάτης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. Λαϊκό, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, <sup>2</sup>Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. Λαϊκό, Αθήνα

**Εισαγωγή - Σκοπός:** Είναι γνωστό, από πειραματικά κυρίως δεδομένα, ότι η υπογλυκαιμία επάγει προαρρυθμιολογικές αλλαγές, κυρίως επιμήκυνση του διαστήματος QT, αύξηση ενδοκυττάριου ασβεστίου, όπως και μείωση του καλίου. Ως εκ τούτου, θεωρείται μεταβολική κατάσταση, δυνάμενη να οδηγήσει σε αιφνίδιο θάνατο, ως αποτέλεσμα καρδιακής αρρυθμίας. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της συσχέτισης σοβαρής υπογλυκαιμίας, χρήζουσας ιατρικής βοήθειας, και του διαστήματος QT, σε διαβητικούς ασθενείς.

**Υλικό και Μέθοδος:** Οκτώ νοσοκομεία (9 κλινικές), σε 5 ελληνικές πόλεις, συμμετείχαν σε μια 16μηνη προοπτική μελέτη καταγραφής σοβαρών επεισοδίων υπογλυκαιμίας στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Σύμφωνα με το πρωτόκολλο, καταγραφόταν το ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) 12 απαγωγών ταυτόχρονα ή αμέσως μετά τη διαχείριση της υπογλυκαιμίας και όχι περισσότερο από 30 λεπτά μετά τη χορήγηση γλυκόζης. Τα ΗΚΓ των ασθενών με υπογλυκαιμία συγκρίθηκαν με αυτά ομάδας ελέγχου, αποτελούμενη από ασθενείς με διαβήτη, ίδιας ηλικίας και φύλου, που επισκέφτηκαν τα εξωτερικά διαβητολογικά ιατρεία των παραπάνω νοσοκομείων, κατά την ίδια χρονική περίοδο. Τα διαστήματα QT και RR μετρήθηκαν τυφλά από 3 ανεξάρτητους καρδιολόγους, ενώ το QTc μετρήθηκε με τον τύπο Bazett:  $QTc = QT/\sqrt{\text{τετραγωνική ρίζα R-R}}$ . Το διάστημα QTc θεωρήθηκε ως παρατεταμένο όταν ήταν  $\geq 440\text{msec}$ , και ως ιδιαίτερος παρατεταμένο όταν ήταν  $\geq 500\text{msec}$ . Εξαιρέθηκαν ασθενείς λαμβάνοντες αγωγή, δυνάμενη να επηρεάσει το διάστημα QTc, όπως και εκείνοι με κάλιο ορού  $< 3.5\text{mEq/l}$ .

**Αποτελέσματα:** Καταγράφηκαν 295 επεισόδια υπογλυκαιμίας σε 294 διαβητικούς ασθενείς, ενώ τα ΗΚΓ από 177 ασθενείς πληρούσαν τα παραπάνω κριτήρια (μέση ηλικία  $72.7 \pm 15.7$  έτη, 48.6% γυναίκες, 9% με ΣΔ1). Αυτά συγκρίθηκαν με 91 ΗΚΓ της ομάδας ελέγχου. Η μέση τιμή QTc ήταν σημαντικά παρατεταμένη στους ασθενείς σε σχέση με τους μάρτυρες ( $440.4 \pm 45.1\text{msec}$  έναντι  $413.9 \pm 32.5\text{msec}$ ,  $p < 0.001$ ). Σημαντικά περισσότεροι ασθενείς με υπογλυκαιμία εμφάνιζαν παρατεταμένο QTc ( $\geq 440\text{msec}$ ) σε σχέση με τους μάρτυρες (49.7% vs. 24.2%,  $p < 0.001$ ), ενώ ιδιαίτερος παρατεταμένο QTc ( $\geq 500\text{msec}$ ) παρουσίασαν 14 ασθενείς (7.9%) και κανένας μάρτυρας.

**Συμπεράσματα:** Σε ασθενείς με διαβήτη, η σοβαρή υπογλυκαιμία, που χρήζει ιατρικής βοήθειας, συσχετίζεται με κλινικά και στατιστικά σημαντική παράταση του διαστήματος QTc.



## ΠΑ 11

### ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΕ ΝΕΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΟΥΣ: ΜΕΛΕΤΗ YOUTH

Σ. Ευσταθίου, Ε. Σκεύα, Ε. Ζορμπαλά, Α. Αχείμαστος, Θ. Μουντοκαλάκη

Κλινική «Υγείας Μέλαθρον», Αθήνα

**Εισαγωγή:** Η πρώιμη διάγνωση/αντιμετώπιση της υπέρτασης μειώνει την καρδιαγγειακή νοσηρότητα/θνητότητα, δεν έχει, όμως, μέχρι σήμερα περιγραφεί σαφώς καθορισμένο προφίλ κινδύνου για την εμφάνιση υπέρτασης σε νέους ενηλίκους.

**Σκοπός:** Η μελέτη **YOUTH (YOUng Adults' Hypertension)** είχε σκοπό (α) να αναπτύξει ένα προγνωστικό μοντέλο ανίχνευσης παιδιών/εφήβων που κινδυνεύουν να εμφανίσουν υπέρταση σε ηλικία 30-40 ετών, και (β) να το εφαρμόσει ελέγχοντας την ακρίβειά του.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Η μελέτη **YOUTH** ήταν μια τριακονταετής έρευνα, που διεξήχθη σε δύο φάσεις ως εξέλιξη της μελέτης **PREMA (PREdiction of Metabolic syndrome in Adolescence, Circulation 2012;125:902-910)**. Στην πρώτη επίσκεψη της πρώτης φάσης (παραγωγή μοντέλου: 1987-1992) 1262 παιδιά/έφηβοι 10-15 ετών αξιολογήθηκαν στο πλαίσιο Προγράμματος Προληπτικής Ιατρικής Ασφαλιστικού Φορέα και καταγράφηκαν περιγεννητικά/γονεϊκά δεδομένα, η αρτηριακή πίεση (ΑΠ) και το μεταβολικό προφίλ τους. Στη δεύτερη επίσκεψη της πρώτης φάσης (2012) όλοι οι ενήλικοι ηλικίας 30-40 ετών που είχαν εξεταστεί ως παιδιά/έφηβοι στην πρώτη επίσκεψη κλήθηκαν για επανεξέταση και τα δεδομένα που είχαν τότε (1987-1992) καταγραφεί αναλύθηκαν ώστε να αναδειχθούν προγνωστικοί παράγοντες υπέρτασης στην ηλικία 30-40 ετών. Στη δεύτερη φάση (επικύρωση μοντέλου: 2012-2017) 1203 ενήλικοι 30-40 ετών (διαφορετικοί από εκείνους της πρώτης φάσης) αξιολογήθηκαν για έλεγχο της διακριτικής ικανότητας του μοντέλου που ανέδειξε η πρώτη φάση.

**Αποτελέσματα:** Στη δεύτερη επίσκεψη της φάσης παραγωγής ανταποκρίθηκαν και εξετάστηκαν 1048 ενήλικοι 30-40 ετών (83% του αρχικού πληθυσμού παιδιών/εφήβων). Υπέρταση διαγνώστηκε σε 177 (16.9%), ενώ το βάρος γέννησης <10η εκατοστιαία θέση (ΕΘ) (λόγος πιθανοτήτων 5.5 [95% όρια αξιοπιστίας 2.01-9.22],  $p < 0.001$ ), η περίμετρος κεφαλής στη γέννηση <10η ΕΘ (4.01 [1.82-6.35],  $p < 0.001$ ), και η συστολική ή/και διαστολική ΑΠ >90η ΕΘ σε ηλικία 10-15 ετών (2.99 [1.20-4.93],  $p < 0.01$ ) αναδείχτηκαν ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες διάγνωσης υπέρτασης σε ηλικία 30-40 ετών. Στον πληθυσμό της φάσης επικύρωσης πλήρη δεδομένα ήταν διαθέσιμα για 1011 (84%) των συμμετεχόντων. Σε 154 (15.2%) από αυτούς διαγνώστηκε υπέρταση «τυφλά» (από ερευνητές χωρίς πρόσβαση στο ιστορικό τους). Η παρουσία και των 3 πιο πάνω ανεξάρτητων παραγόντων στον πληθυσμό επικύρωσης προέβλεπε τη διάγνωση υπέρτασης με ευαισθησία 90.3% και ειδικότητα 97.4%.

**Συμπεράσματα:** Η συνύπαρξη μικρού βάρους γέννησης, μικρής περιμέτρου κεφαλής, και υψηλής-φυσιολογικής/υψηλής ΑΠ στην παιδική ηλικία/εφηβεία μπορεί να ληφθεί υπόψη για την ανίχνευση παιδιών/εφήβων που κινδυνεύουν να αναπτύξουν υπέρταση ως νέοι ενήλικοι.



## ΠΑ 12

### Η ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗ ΜΕΛΕΤΗ PERSEAS ΚΑΙ ΟΙ ΕΥΕΡΓΕΤΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΤΩΝ ΚΑΤΟΙΚΩΝ ΤΗΣ ΕΛΑΦΟΝΗΣΟΥ

Χ. Δημοσθενόπουλος, Ι. Ιωαννίδης, Σ. Λιάτης, Κ. Σγούρος, Ι. Παπαδόπουλος, Ε. Χατζηαγγελάκη, Ι. Κυριαζής

Επιστημονική Ομάδα «PERSEAS STUDY», Εταιρεία Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου για Αγγειακά Νοσήματα

**Εισαγωγή:** Οι διατροφικές συνήθειες, η σωματική δραστηριότητα και το κάπνισμα διαδραματίζουν βασικό ρόλο στη μεταβολή παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου και η παρατήρηση της μεταβολής τους διαχρονικά μπορεί να αναδείξει πρότυπα τα οποία μπορούν να συμβάλουν στον τομέα της πρωτογενούς πρόληψης. Η πενταετής προοπτική μελέτη PERSEAS [Prospective Evaluation of vascular Risk Surrogates: the Elaфонισος Area Study], πραγματοποίησε παρατήρηση των διατροφικών συνθηκών του γενικού πληθυσμού της Ελαφονήσου Λακωνίας και καταγραφή των μεταβολών των παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου.

**Μέθοδοι και Ανάλυση:** Στην μελέτη συμμετείχαν συνολικά 699 άτομα. Μέσα από ένα ερωτηματολόγιο, προέκυψε ένα διατροφικό σκορ βάσει 11 στοιχείων και αποδόθηκε μία τιμή 0 ή 1. Το διατροφικό σκορ κατηγοριοποιήθηκε περαιτέρω σε 3 κατηγορίες κακών (0-3), μέτριων (4-7) και καλών (8-11) διατροφικών συνθηκών. Στη συνέχεια το διατροφικό σκορ, μαζί με το κάπνισμα και τη σωματική δραστηριότητα χρησιμοποιήθηκαν για την κατασκευή ενός δείκτη υγιεινών συνθηκών (Healthy Index) με σκοπό να αποτυπωθούν οι υγιεινές καθημερινές συνήθειες. Όλοι οι στατιστικοί έλεγχοι έγιναν σε επίπεδο σημαντικότητας  $\alpha=0.05$ .

**Αποτελέσματα:** Συνολικά 699 άτομα εκ των οποίων 243 (34.8%) πήραν μέρος στην έρευνα μόνο σε μία από τις 5 φάσεις και αποκλείστηκαν. Τα άτομα που συμμετείχαν ήταν 456 (212 άνδρες (46.49%) και 244 γυναίκες (53.51%), με μέσο όρο ηλικίας των συμμετεχόντων τα 51.08 έτη (S.D. = 19.63) κατά το αρχικό έτος συμμετοχής και 53.90 (S.D. = 19.75) κατά το τελικό έτος συμμετοχής τους). Τέλος, τα άτομα που συμμετείχαν στην υποανάλυση ( $\geq 18$ ) ήταν 396. Ελέγχθηκε αν η μεταβολή των χαρακτηριστικών επηρεάζεται από το πλήθος των συμμετοχών των ατόμων ( $\leq 4$  - μερική συμμετοχή, 5 - πλήρης συμμετοχή) και πως η διαφορά στην αλλαγή του διατροφικού δείκτη διαφέρει στατιστικά σημαντικά μεταξύ των εχόντων μερική, έναντι όσων είχαν πλήρη συμμετοχή στη μελέτη ( $p = 0.0406$ ). Το διατροφικό σκορ κατά μέσο όρο (τυπική απόκλιση) αυξήθηκε κατά 0,004 (1,81) μονάδες για τα άτομα με μερική συμμετοχή ( $n = 285$ ) και κατά 0,423 (1,83) στα άτομα με πλήρη συμμετοχή ( $n = 111$ ).

**Συμπεράσματα:** Τα ενήλικα άτομα που συμμετείχαν σταθερά σε όλες τις φάσεις της παρέμβασης βελτίωσαν τις διατροφικές τους συνήθειες σε σχέση με άτομα που συμμετείχαν περιστασιακά στη μελέτη, τα οποία φάνηκε να μην έχουν μεταβάλει τις διατροφικές τους συνήθειες. Γενικότερα, τα άτομα με πλήρη συμμετοχή στη μελέτη παρουσίασαν μια τάση βελτίωσης των συνθηκών και σωματομετρικών τους χαρακτηριστικών σε ένα γενικό πληθυσμό όπου ο σακχαρώδης διαβήτης, η παχυσαρκία, η ΑΥ και η δυσλιπιδαιμία φάνηκε να έχουν μια ιδιαίτερα υψηλή επικράτηση.



## ΠΑ 13

### ΔΙΑΤΡΟΦΗ, ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΗΣ ΕΛΑΦΟΝΗΣΟΥ

Χ. Καπέλιος, Ι. Κυριαζής, Ι. Ιωαννίδης, Κ. Σγούρος, Ι. Παπαδόπουλος, Χ. Δημοσθενόπουλος, Ε. Χατζηαγγελάκη, Σ. Λιάτης

Επιστημονική Ομάδα «PERSEAS STUDY», Εταιρεία Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου για Αγγειακά Νοσήματα

**Εισαγωγή - Σκοπός:** Τα τελευταία πενήντα έτη, μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες έχουν καταδείξει την προγνωστική αξία διαφόρων παραγόντων, όπως η υπερχοληστερολαιμία, η αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) και ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) στην εμφάνιση της καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνητότητας. Στην παρούσα μελέτη, διερευνήθηκε η σχέση των ιδιαίτερων συνήθειων και τρόπου ζωής με τους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου στους κατοίκους της Ελαφονήσου.

**Μέθοδοι:** Σταθμισμένα, κλειστού τύπου ερωτηματολόγια για τα δημογραφικά, κοινωνικό-οικονομικά, κλινικά και υγεινοδιαιτητικά χαρακτηριστικά των κατοίκων μοιράστηκαν και αναλύθηκαν. Επιπλέον, όλοι οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε μέτρηση των ανθρωπομετρικών παραμέτρων και της αρτηριακής πίεσης και σε εργαστηριακό έλεγχο για σακχαρώδη διαβήτη και υπερχοληστερολαιμία.

**Αποτελέσματα:** Η ανάλυση συμπεριέλαβε 596 άτομα που αντιπροσωπεύουν το 74,5% του πληθυσμού-στόχου. Η μέση ηλικία του πληθυσμού ήταν  $49,5 \pm 19,6$  έτη και το 48,2% ήταν άρρενες. Πενήντα συμμετέχοντες (8,4%) είχαν ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου. Ο επιπολασμός του ιστορικού σακχαρώδους διαβήτη, υπέρτασης και υπερχοληστερολαιμίας ήταν 7,7%, 30,9% και 30,9% αντίστοιχα, με την πρωτοδιάγνωση κατά τη διάρκεια της μελέτης για κάθε κλινική οντότητα να ευθύνεται για επιπλέον 4,0%, 12,9%, and 23,3% των περιπτώσεων, αντίστοιχα. Τετρακόσιοι επτά άτομα (68,3%) ήταν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι, 25% ανέφεραν πλήρη έλλειψη φυσικής δραστηριότητας και 36,6% ήταν ενεργοί καπνιστές. Το διάμεσο Med Diet Score ήταν 25 [ενδοτεταρτημοριακό εύρος: 6, εύρος 12-47] με τις υψηλότερες τιμές να σχετίζονται σημαντικά με τη μεγαλύτερη ηλικία, την αυξημένη φυσική δραστηριότητα, την παρουσία ιστορικού υπερχοληστερολαιμίας και την απουσία ιστορικού σακχαρώδους διαβήτη.

**Συμπεράσματα:** Η παχυσαρκία και οι κλασικοί παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο εμφανίζουν υψηλό επιπολασμό μεταξύ των κατοίκων της Ελαφονήσου. Η τήρηση της παραδοσιακής Μεσογειακής διατροφής στον πληθυσμό αυτό χαρακτηρίζεται ως μέτρια, ενώ η φυσική δραστηριότητα είναι χαμηλή. Φαίνεται να υπάρχει μια ανάγκη για προγράμματα υγεινοδιαιτητικής παρέμβασης προκειμένου να αναστραφεί η τάση για αύξηση του καρδιαγγειακού κινδύνου σε απομωμμένες, μη αστικές περιοχές της Μεσογειακής λεκάνης.





## ΠΑ 14

### Η ΣΥΓΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΙΜΒΑΣΤΑΤΙΝΗΣ ΜΕ ΡΑΝΟΛΑΖΙΝΗ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΠΡΟΚΑΛΕΣΕΙ ΡΑΒΔΟΜΥΟΛΥΣΗ

Δ. Αγγελινάς<sup>3</sup>, Δ. Μαζαράκης<sup>3</sup>, Θ. Μαραγκούλια<sup>3</sup>, Ι. Γιωτοπούλου<sup>3</sup>, Μ. Παλυβού<sup>3</sup>, Ι. Γιαννακοπούλου<sup>2</sup>, Κ. Τσίχλη<sup>2</sup>, Σ. Σφήκας<sup>2</sup>, Ν. Ξυδιά<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Διευθύντρια Β' Παθολογικής Κλινικής, <sup>2</sup>Επιμελητής Β' Παθολογικής Κλινικής, <sup>3</sup>Ειδικεύομενος Β' Παθολογική Κλινικής, Γ.Ν. Καλαμάτας

**Εισαγωγή:** Η Ραβδομύωση είναι κλινικοεργαστηριακό σύνδρομο με συμπτωματολογία από τους μύες και συνοδό παθολογική αύξηση της κρεατινοφωσφοκινάσης (CPK) >10 φορές της ανώτερης φυσιολογικής τιμής. Η ραβδομύωση μπορεί να οφείλεται σε πολλές αιτίες, μια εξ αυτών είναι τα φάρμακα (κατά κύριο λόγο οι στατίνες) και οι αλληλεπιδράσεις τους.

**Σκοπός:** Σκοπός είναι η ανάδειξη της πιθανότητας εμφάνισης ραβδομύωσης μετά την συγχορήγηση της σιμβαστατίνης με την ρανολαζίνη.

**Μέθοδοι και υλικά:** Άντρας 74 ετών με ιστορικό αορτοστεφανιαίας παράκαμψης, καρδιακής ανεπάρκειας, ινσουλινοθεραπευόμενου Σακχαρώδη Διαβήτη, αρτηριακής υπέρτασης, Δυσλιπιδαιμίας υπό σιμβαστατίνη χωρίς κλινικοεργαστηριακές επιπλοκές, προσέρχεται στα Τ.Ε.Π με αναφερόμενη αδυναμία, καταβολή και μυαλγίες προοδευτικά επιδεινούμενων από ημερών. Στο πρόσφατο ιστορικό του αναφέρεται νοσηλεία σε Καρδιολογική Κλινική λόγω στηθάγχης με οδηγία για έναρξη ρανολαζίνης. Από τον εργαστηριακό έλεγχο εισαγωγής προέκυψε διπλασιασμός της ανώτερης φυσιολογικής τιμής του ενζύμου της κρεατινοφωσφοκινάσης (543 IU/ml) με τριψήφιες τιμές των τρανσαμινασών. Λόγω της έντονης κλινικής συμπτωματολογίας εισήχθη στην παθολογική κλινική για περαιτέρω έλεγχο και αντιμετώπιση. Σε επαναληπτικό εργαστηριακό έλεγχο μετά 48 ωρών παρατηρήθηκε αύξηση της τιμής της κρεατινοφωσφοκινάσης (10190 IU/ml) ως επί ραβδομύωσης. Η Ρανολαζίνη χορηγείται για τη θεραπεία των συμπτωμάτων της σταθερής στηθάγχης και μεταβολίζεται από το CYP3A4. Οι στατίνες χρησιμοποιούνται για να μειώσουν την ποσότητα χοληστερίνης στο αίμα και αποτελούν πιο ευαίσθητο υπόστρωμα του κυτοχρώματος CYP3A4. Με την συγχορήγηση, αναστέλλεται ο μεταβολισμός της σιμβαστατίνης, αυξάνεται η συγκέντρωση της στο αίμα με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι παρενέργειές της, όπως η αύξηση των επιπέδων της κρεατινοφωσφοκινάσης. Μετά διακοπή της ρανολαζίνης, της σιμβαστατίνης και ενυδάτωση του ασθενούς παρατηρήθηκε προοδευτική ελάττωση των παθολογικών τιμών της κρεατινοφωσφοκινάσης. Εκ του αποτελέσματος, η ραβδομύωση αποδόθηκε στην συγχορήγηση της σιμβαστατίνης και της ρανολαζίνης.

**Συμπεράσματα:** Η αλληλεπίδραση σιμβαστατίνης και ρανολαζίνης μπορεί να προκαλέσει αύξηση της τιμής της κρεατινοφωσφοκινάσης μέχρι και ραβδομύωση. Συνεπώς η γνώση των αλληλεπιδράσεων των φαρμακευτικών ουσιών είναι σημαντική στην καθημέρα κλινική πράξη.



## ΠΑ 15

### **IN VIVO ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΓΛΥΚΑΙΜΙΑΣ, ΤΗΣ ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΜΕΝΗΣ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΗΣ ΣΥΣΣΩΡΕΥΣΗΣ ΜΕΣΩ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΛΙΠΟΪΚΟΥ ΟΞΕΟΣ, ΚΑΡΝΟΣΙΝΗΣ, ΘΕΙΑΜΙΝΗΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

Σ. Καρκαμπούνας<sup>1</sup>, Ν. Παπαδόπουλος<sup>1</sup>, Χ. Αναστασιάδου<sup>2</sup>, Ν. Φικιώρης<sup>1</sup>, Γ. Σίμος<sup>1</sup>, Β. Κονταργύρης<sup>1</sup>, Δ. Πέσχος<sup>1</sup>, Β. Ράγκος<sup>3</sup>, Μ. Χατζηδημητρίου<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Μονάδα Περιβαλλοντικής Φυσιολογίας Ιατρικού Τμήματος Σχολής Επιστημών Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, <sup>2</sup>Ινστιτούτο Αλιευτικής Έρευνας, ΕΛΓΟ Δήμητρα, Νέα Πέραμος, Καβάλα, <sup>3</sup>Γναθοχειρουργική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, <sup>4</sup>ΑΤΕΙ Μικροβιολογίας Θεσσαλονίκης

**Εισαγωγή - Σκοπός:** Η παρούσα εργασία πραγματοποιήθηκε για την εξακρίβωση: 1ον) της *in vivo* δράσης συμπληρώματος καρνοσίνης, α-λιποϊκού οξέος, θειαμίνης, χορηγούμενου σε προσφάτως διαγνωσθέντες διαβητικούς τύπου II επί της γλυκαιμίας, της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης, του επιπέδου της χοληστερίνης και των λιποπρωτεϊνών, έναντι χορήγησης placebo. 2ον) της δράσης των ανωτέρω διατροφικών ουσιών στην αιμοπεταλιακή συσσώρευση *ex vivo*.

**Υλικό και Μέθοδος:** Μελετήσαμε διπλά – τυφλά τα επίπεδα γλυκαιμίας, γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης, χοληστεριναϊμίας, λιποπρωτεϊνών LDL και HDL σε 62 διαβητικούς, που λάμβαναν ημερησίως (60 ημέρες) 6 mgr καρνοσίνης/kg b.w, 7 mgr α-λιποϊκού οξέος/kg b.w, 1 mg θειαμίνης/kg b.w. 20 διαβητικοί έλαβαν placebo. Επίσης μελετήσαμε τη δράση των άνω ουσιών στην αιμοπεταλιακή συσσώρευση *ex vivo* υγείων εθελοντών. Οι ουσίες ήταν της SIGMA, ενώ οι αιμοπεταλιακές συσσωρεύσεις έγιναν σε συσσωρευόμετρο Cronolog Ca-500.

**Αποτελέσματα:** 1ον) Το συμπλήρωμα μειώνει τα επίπεδα γλυκαιμίας από 135,7±19,5 mgr/dL σε 116,8±5,7 mgr/dL (μείωση ~14%, p<0,01, Φ.Τ.: άνδρες 75-100 mgr/dL, γυναίκες 65-105 mgr/dL), τα επίπεδα της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης από 8,3±0,3 σε 6,03±0,58 (μείωση 27,34 %, p<0,001, Φ.Τ.: 4-6). 2ον) Τα επίπεδα της χοληστερίνης παραμένουν στατιστικώς αμετάβλητα, όπως επίσης αμετάβλητα παραμένουν και τα επίπεδα των λιποπρωτεϊνών LDL και HDL. 3ον) Από τις διατροφικές ουσίες το α-λιποϊκό οξύ αναστέλλει τα αιμοπετάλια του ανθρώπου *ex vivo* με IC50 3,5±0,8 mM (αγωνιστές ο PAF, το αραχιδονικό οξύ, η επινεφρίνη και το ADP) ενώ η καρνοσίνη και θειαμίνη δεν επηρεάζουν την αιμοπεταλιακή συσσώρευση.

**Συμπεράσματα:** Τα προαναφερθέντα συμπληρώματα μειώνουν ελαφρώς τη γλυκαιμία και τη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη, ενώ το λιποϊκό οξύ αναστέλλει την αιμοπεταλιακή συσσώρευση. Δεν σημειώθηκαν μεταβολές στην ομάδα placebo.



## ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (E-POSTER)



## AA 01

### ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ, ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΜΕ ΤΗ ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΟΥ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Α. Παπαγιάννη, Α. Παπαζαφειροπούλου, Α. Αγγελίδη, Α. Τρικκαλινού, Α. Γανωτοπούλου, Κ. Αναγνωστοπούλου, Α. Σερέτη, Σ. Ηρακλειανού, Α. Μελιδώνης  
Α' Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο», Πειραιάς

**Εισαγωγή - Σκοπός:** Σύμφωνα με τις πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες, η αντιδιαβητική αγωγή πρέπει να έχει επίκεντρο τον ασθενή και τις ανάγκες του κάθε ασθενούς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2). Σκοπός της μελέτης ήταν να εκτιμηθεί το επίπεδο της εκπαίδευσης που λαμβάνουν οι ασθενείς Εξωτερικού Διαβητολογικού Ιατρείου, καθώς και το βαθμό που επιτυγχάνουν να κατανοήσουν τη συνολική φροντίδα του διαβήτη.

**Υλικό και Μέθοδος:** Ο πληθυσμός της μελέτης ήταν 250 άτομα με ΣΔ2 (150 γυναίκες, μέσης ηλικίας  $71,1 \pm 7,6$  ετών, διάρκεια διαβήτη:  $16,4 \pm 7,7$  έτη). Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν παντρεμένοι (59,6%) με δευτεροβάθμια εκπαίδευση (46,8%). Το ερωτηματολόγιο Diabetes Care Profile διεξήχθη σε όλους τους συμμετέχοντες.

**Αποτελέσματα:** Το 59,6% απάντησε ότι δεν έχει παρακολουθήσει μαθήματα διαβήτη. Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα, τα άτομα ηλικίας <65 ετών είχαν παρακολουθήσει περισσότερα μαθήματα έναντι των ατόμων >65 ετών ( $P=0,04$ ). Το 95,7% είχε ενημερωθεί από τον ιατρό τους σχετικά με τη φροντίδα των ποδιών τους, το 89,4% για πρόγραμμα άσκησης, και το 97,9% για πρόγραμμα γευμάτων ή διαίτας. Το 87,2% απάντησε ότι κατανοεί ικανοποιητικά τη συνολική φροντίδα του διαβήτη, το 89,4% κατανοεί επαρκώς τις οδηγίες διατροφής και άσκησης, το 85,1% τη φαρμακευτική του αγωγή, το 87,2% πώς να χρησιμοποιήσει τα αποτελέσματα της αυτοπαρακολούθησης του σακχάρου, το 97,9% την πρόληψη και την αντιμετώπιση της υπογλυκαιμίας, το 87,2% τα οφέλη της επίτευξης των θεραπευτικών στόχων. Σχετικά με τη διαχείριση του ΣΔ2 δεν υπήρξαν διαφορές ως προς το φύλο ενώ τα άτομα ηλικίας <65 ετών σε μεγαλύτερο ποσοστό (73,4%) διαχειρίζονται καλύτερα τη νόσο τους έναντι εκείνων >65 ετών (49,6%),  $P=0,05$ . Το 72,3% πιστεύει ότι μπορεί να διατηρήσει την τιμή σακχάρου αίματος σε καλά επίπεδα, και το 80,9% ότι μπορεί να διαχειριστεί το διαβήτη του (διατροφή, αγωγή, άσκηση, κ.λπ.). Όσον αφορά τη διατροφή, περίπου το 74,5% ακολουθεί, μερικές φορές, συγκεκριμένες οδηγίες διατροφής, ενώ μόνο το 4,3% χρησιμοποιεί ισοδύναμα διατροφής.

**Συμπεράσματα:** Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης, η συνολική φροντίδα του διαβήτη βασίζεται στον φορέα παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Ένας μεγάλος αριθμός των ασθενών απάντησε ότι κατανοούν ικανοποιητικά τη συνολική αντιμετώπιση του διαβήτη καθώς και κάθε επιμέρους διάσταση της διαχείρισης της νόσου τους (θεραπεία, διατροφή, επιπλοκές κ.λπ.). Ωστόσο, εξακολουθεί να υπάρχει η ανάγκη για οργανωμένα εκπαιδευτικά προγράμματα από την πολιτεία που να αφορούν τη διαχείριση του διαβήτη.



## AA 02

### ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΦΡΙΚΑΝΙΚΗΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ

Ι. Κώστογλου-Αθανασίου<sup>1</sup>, Ε. Ξανθάκου<sup>2</sup>, Π. Σπυρόπουλος<sup>3</sup>, Π. Αθανασίου<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας, <sup>2</sup>Ενδοκρινολόγος, Σπάρτη, <sup>3</sup>Ενδοκρινολόγος, Αθήνα, <sup>4</sup>Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

**Εισαγωγή:** Είναι γνωστό ότι ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) τύπου 2 έχει ισχυρή γενετική βάση. Φαίνεται ότι σε μερικούς πληθυσμούς και ιδιαίτερα σε αυτούς που εκτέθηκαν σχετικά πρόσφατα στις σύγχρονες συνθήκες και η μετάβασή τους από τις συνθήκες έλλειψης σε αυτές αφθονίας τροφής και επομένως η ενεργοποίηση των λεγομένων «thrifty genes» ή τρυφλών γονιδίων είναι έντονη, είναι συχνότερος. Τέτοιοι πληθυσμοί με πρόσφατη έκθεση στις συνθήκες αφθονίας τροφής είναι και Αφρικανικοί πληθυσμοί. Σε μερικούς ασθενείς, ιδιαίτερα Αφρικανικής καταγωγής, εκδηλώνεται ΣΔ στη μέση ηλικία με επεισόδιο κετοξέωσης και μετά την αντιμετώπιση της κετοξέωσης μπορεί να αντιμετωπισθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα με δισκία.

**Σκοπός:** Σκοπός ήταν η περιγραφή ομάδας ασθενών Αφρικανικής καταγωγής πασχόντων από ΣΔ τύπου 2 στους οποίους η νόσος εκδηλώθηκε με κετοξέωση και περαιτέρω κατέστη δυνατόν να αντιμετωπιστούν με δισκία.

**Μέθοδοι:** Περιγράφονται 5 ασθενείς άνδρες Αφρικανικής καταγωγής, ηλικίας 35-52 ετών, 2 με καταγωγή από το Κονγκό και 3 με καταγωγή από το Σουδάν, που προσήλθαν με επεισόδιο κετοξέωσης. Οι ασθενείς ήταν άνδρες ηλικίας 35-52 ετών.

**Αποτελέσματα:** Το επεισόδιο κετοξέωσης στους ασθενείς αντιμετωπίστηκε με τη χορήγηση υγρών και ινσουλίνης. Κατόπιν χορηγήθηκε ινσουλίνη. Ωστόσο, στη μετέπειτα παρακολούθηση διαπιστώθηκε ότι η χορήγηση μόνον δισκίων μαζί με υγιεινοδιαιτητική αγωγή ήταν ικανή για τη ρύθμιση του ΣΔ. Από την ομάδα των ασθενών που περιγράφεται 2 κατέστη δυνατόν να ρυθμιστούν με απώλεια βάρους 2-3 kg και τη χορήγηση μετφορμίνης, ενώ 3 ασθενείς ρυθμίσθηκαν με τη χορήγηση μετφορμίνης και αναστολέων της διπεπτιδυλικής πεπτιδάσης -4 (DPP-4). Διαπιστώθηκε απουσία ανίχνευσης αυτοαντισωμάτων σε όλους τους ασθενείς.

**Συμπεράσματα:** Περιγράφεται ομάδα ασθενών Αφρικανικής καταγωγής που διαγνώστηκαν με ΣΔ τύπου 2 μετά επεισόδιο κετοξέωσης. Ο ΣΔ αυτός που εκδηλώνεται με κετοξέωση και κατόπιν επί έτη αντιμετωπίζεται επιτυχώς με δισκία, αποτελεί ιδιαίτερη μορφή ΣΔ που παρατηρείται σε ασθενείς Αφρικανικής καταγωγής και ονομάζεται ketosis prone diabetes – KPA ή ΣΔ μεταξύ 1 και 2. Η γνώση της μορφής αυτής του διαβήτη στη σύγχρονη εποχή που χαρακτηρίζεται από μεταναστευτικά ρεύματα είναι σημαντική, καθώς μπορεί να συμβάλει στην επιτυχή αντιμετώπιση των πασχόντων και στην αποφυγή της άσκοπης ταλαιπωρίας τους.



## AA 03

### ΦΛΕΒΙΚΕΣ ΑΠΟΦΡΑΞΕΙΣ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΥΣ

Δ. Μπάκας<sup>1</sup>, Β. Κωνσταντίνου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Οφθαλμολογικό Τμήμα Γ.Ν. Καστοριάς, <sup>2</sup>Τμήμα Αιμοδοσίας Γ.Ν. Καστοριάς

**Εισαγωγή:** Η απόφραξη της κεντρικής φλέβας του αμφιβληστροειδούς ή κλάδου αυτής αποτελούν τη δεύτερη συχνότερη αγγειακή βλάβη του αμφιβληστροειδούς μετά τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια.

**Αιτιοπαθογένεια:** Οι φλεβικές αποφράξεις του αμφιβληστροειδούς προκαλούνται από θρόμβωση, που στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων σχετίζεται άμεσα με αθηροσκλήρωση. Κλαδική απόφραξη φλέβας αμφιβληστροειδούς συνήθως συμβαίνει στα σημεία διασταύρωσης αρτηρίας με φλέβα, όπου η πεπαχυσμένη από αθηροσκλήρωση αρτηρία πιέζει την φλέβα που βρίσκεται ακριβώς από κάτω της. Προδιαθεσικοί παράγοντες για την εμφάνιση της νόσου είναι η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η δυσλιπιδαιμία, το κάπνισμα, η λήψη αντισυλληπτικών χαπιών, η οφθαλμική υπέρταση (γλαύκωμα), αυτοάνοσα νοσήματα (αγγειίτιδες) και καταστάσεις υπερπηκτικότητας του αίματος.

**Διάγνωση:** Η κλινική εικόνα ποικίλλει ανάλογα με το μέγεθος της φλέβας και τον τύπο της απόφραξης. Σε κλαδική απόφραξη η εικόνα είναι συνήθως ασυμπτωματική ή μπορεί να υπάρχει απώλεια τμήματος του οπτικού πεδίου ή και ήπια μείωση της όρασης σε περίπτωση οιδήματος της ωχράς. Η απόφραξη της κεντρικής φλέβας διακρίνεται σε δύο τύπους: ισχαιμική (25%) και μη ισχαιμική (75%), και εμφανίζεται με οξεία, ανώδυνη, σοβαρή μείωση της όρασης. Κλινικά κατά τη βυθοσκόπηση παρατηρείται διάταση και ελικώση των φλεβών, οίδημα της οπτικής θηλής και του αμφιβληστροειδούς και εκτεταμένες αιμορραγίες στην περιοχή άρδευσης της προσβεβλημένης φλέβας, ενώ στη φλουροαγγειογραφία γίνονται εμφανείς οι περιοχές μη τριχοειδικής διάχυσης.

**Επιπλοκές - Πρόγνωση:** Η ισχαιμία του αμφιβληστροειδούς μπορεί να οδηγήσει σε ανάπτυξη οιδήματος της ωχράς κηλίδας, ανάπτυξη παράπλευρης κυκλοφορίας και νεοαγγείωση, που οδηγεί σε δύσκολο αντιμετώπισιμο νεοαγγειακό γλαύκωμα ή ακόμα και σε ενδοϋαλοειδικές αιμορραγίες, δημιουργώντας αρνητικές συνθήκες για την επάνοδο της όρασης.

**Θεραπεία:** Η θεραπεία στοχεύει στην αντιμετώπιση των επιπλοκών, βασικά τη νεοαγγείωση και το οίδημα της ωχράς κηλίδας, κυρίως με τη χορήγηση αντιπηκτικών-αντισταμοπεταλιακών και θρομβολυτικών-ινωδολυτικών φαρμάκων, τοπική αντιγλαυκωματική θεραπεία, Laser φωτοπηξία αμφιβληστροειδούς, ενδοβολβικές ενέσεις κορτικοστεροειδών ή αντιαγγειογενετικών παραγόντων και, σπανιότερα, χειρουργική αποσυμφόρηση του οπτικού νεύρου.

**Συστηματική Διερεύνηση:** Οι αμφιβληστροειδικές φλεβικές αποφράξεις αποτελούν ένδειξη υποκείμενης υψηλού κινδύνου συστηματικής νόσου. Επομένως κάθε ασθενής χρήζει έναν ενδελεχή έλεγχο, ο οποίος πρέπει οπωσδήποτε να περιλαμβάνει μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, καρδιολογική εκτίμηση, έλεγχο του σακχάρου και λιπιδαιμικό προφίλ, έλεγχο ηηκτικότητας και δεικτών φλεγμονής.





## AA 04

### ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ - ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΑΡΡΥΘΜΙΣΤΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ

Α. Κοντορίγα

*Ιδιωτικό Παθολογικό Ιατρείο Νίκαια*

**Εισαγωγή - Σκοπός:** Το Μεταβολικό Σύνδρομο αποτελεί ένα οργανικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από την παρουσία επιμέρους μεταβολικών διαταραχών, όπως η παχυσαρκία κεντρικού τύπου, η δυσλιπιδαιμία, η δυσανοχή στη γλυκόζη και η αρτηριακή υπέρταση. Η υπερινσουλιναίμια θεωρείται προδιαθεσικός παράγοντας για την εμφάνιση του μεταβολικού συνδρόμου. Αυτή η υπεργλυκαιμία επιδεινώνει την αντίσταση στην ινσουλίνη, που επιπρόσθετα επάγει τη δημιουργία λιπώδους ιστού. Η αντίσταση στην ινσουλίνη και η κοιλιακή παχυσαρκία μπορεί να αποτελέσουν παράγοντες για την ανάπτυξη αρτηριακής υπέρτασης. Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή ασθενών τρίτης ηλικίας με μεταβολικό σύνδρομο-σακχαρώδη διαβήτη και αρρυθμιστής αρτηριακής πίεσης.

**Υλικό και Μέθοδος:** Εξετάστηκαν 110 ασθενείς >65 ετών (75 γυναίκες και 35 άντρες) με μεταβολικό σύνδρομο-σακχαρώδη διαβήτη και μη ρυθμισμένη αρτηριακή πίεση, οι οποίοι προσήλθαν στο παθολογικό ιατρείο, κατά τη χρονική περίοδο των 6 μηνών (1/6 /16 έως 31/12/16). Σε όλους τους ασθενείς πάρθηκε ατομικό ιστορικό καθώς και δεκαήμερο ημερολόγιο μετρήσεων της αρτηριακής πίεσης (πρωί-βράδυ).

**Αποτελέσματα:** Από τα αποτελέσματα διαπιστώθηκε ότι το 45% των ασθενών το τελευταίο διάστημα εμφάνισε αύξηση βάρους και απορρύθμιση του σακχαρώδη διαβήτη. Επίσης 25% των γυναικών και 60% των ανδρών αναφέρουν μέτρηση αρτηριακής πίεσης μόνο κατά την επίσκεψη σε ιατρό και ποτέ στο σπίτι. Στο 30% των ασθενών αναφέρουν **αυτοβούλως** διακοπή της αντιυπερτασικής αγωγής ή λήψη αυτής μόνο σε άνοδο της. Τέλος το 50% των ασθενών, εξαιτίας της οικονομικής κρίσης αναφέρουν μη συμμόρφωση των διατροφικών κανόνων – απουσία εργαστηριακών εξετάσεων και της ιατρικής εκτίμησης αυτών.

**Συμπεράσματα:** Με βάση τα αποτελέσματα διαπιστώνεται πως ο αριθμός των ασθενών με αρρυθμιστή αρτηριακή πίεση και συνύπαρξη μεταβολικού συνδρόμου στην τρίτη ηλικία είναι μεγάλος και πολυπαραγοντικός. Η οικονομική κρίση έχει συμβάλει στην απορρύθμιση της θεραπείας της αρτηριακής πίεσης. Η τακτική ιατρική παρακολούθηση και οι αλλαγές τρόπου ζωής (σωστή υγιεινή διατροφή- αύξηση της άσκησης και της σωματικής δραστηριότητας) μπορούν να μειώσουν συνεργικά τον κίνδυνο και τις επιπλοκές του μεταβολικού συνδρόμου και της αρτηριακής υπέρτασης.



## AA 05

### ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ ΓΙΑ ΛΟΙΜΩΞΗ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Α. Παπαζαφειροπούλου, Α. Αγγελίδη, Ε. Ξουρργιά, Α. Τρικκαλινού, Β. Μπαμπάλη, Α. Γανωτοπούλου, Α. Καμαράτος, Α. Μελιδώνης

Α΄ Παθολογικό Τμήμα – Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Ν.Π. «Τζάνειο», Πειραιάς

**Εισαγωγή - Σκοπός:** Είναι γνωστό ότι ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) σχετίζεται με αυξημένη ενδο-νοσοκομειακή θνητότητα. Σκοπός, συνεπώς, της παρούσας μελέτης ήταν η σύγκριση της ενδο-νοσοκομειακής θνητότητας μεταξύ διαβητικών και μη ασθενών που νοσηλεύτηκαν για λοίμωξη του αναπνευστικού και του ουροποιητικού συστήματος.

**Υλικό-Μέθοδος:** Μελετήσαμε 107 ασθενείς (50 άνδρες/58 γυναίκες, μέσης ηλικίας±SD: 80,4±14,8 έτη) που νοσηλεύτηκαν για λοίμωξη του αναπνευστικού και του ουροποιητικού συστήματος στο Α΄ Παθολογικό Τμήμα του Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο» το χρονικό διάστημα Ιανουάριος–Δεκέμβριος 2016.

**Αποτελέσματα:** Από τους ασθενείς της μελέτης ποσοστό 29% (n=31) είχε ΣΔ (14 άνδρες/17 γυναίκες, μέσης ηλικίας±SD: 82,0±9,6 έτη). 46 (43%) άτομα νοσηλεύτηκαν για λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος και 60 (56,8%) άτομα για λοίμωξη του αναπνευστικού συστήματος. Στην ομάδα των ασθενών με ΣΔ παρατηρήθηκαν 10 (11,5%) θάνατοι ενώ στην ομάδα των μη ΣΔ ασθενών 4 (5,3%) θάνατοι (P=0,001). Οι δύο ομάδες της μελέτης δεν διέφεραν ως προς τις ημέρες νοσηλείας (6,24±3,7 έναντι 6,23±3,4, αντίστοιχα, P=0,89). Κατά την εισαγωγή των ασθενών δεν παρατηρήθηκαν διαφορές (ΣΔ έναντι μη ΣΔ) όσον αφορά τη συστολική αρτηριακή πίεση (135,6±37,9 έναντι 122,2±22,9 mmHg, P=0,11), τη διαστολική αρτηριακή πίεση (73,1±1,9 έναντι 71,9±1,9 mmHg, P=0,79), τον κορεσμό οξυγόνου (93,1±5,7 έναντι 93,0±7,2%, P=0,96) Για τα λευκά αιμοσφαίρια οι τιμές ήταν αντίστοιχα: 17.350±4.100 έναντι 15.050±3.120 x 10<sup>3</sup>/μL (P=0,45), για την ΤΚΕ: 50,3±12,4 έναντι 45,7±11,4 mm (P=0,71) και για τη CRP: 114±93,5 έναντι 127,1±92,3 mg/dl (P =0,72).

**Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα της παρούσας προοπτικής μελέτης επιβεβαιώνουν τα υπάρχοντα βιβλιογραφικά δεδομένα σύμφωνα με τα οποία η παρουσία του ΣΔ αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου αυξημένης θνητότητας σε νοσηλευόμενους ασθενείς.



## AA 06

### ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ

Β. Κωνσταντίνου<sup>1</sup>, Δ. Μπάκας<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Αιμοδοσίας Γ.Ν. Καστοριάς, <sup>2</sup>Οφθαλμολογικό Τμήμα Γ.Ν. Καστοριάς

**Εισαγωγή:** Ο σακχαρώδης διαβήτης επηρεάζει με διάφορους τρόπους τους οφθαλμούς, καθώς προκαλεί διαθλαστικές μεταβολές, πάρεση οφθαλμοκινητικών μυών, βλεφαρόπτωση, οπτική νευροπάθεια, καταρράκτη και γλαύκωμα. Η σοβαρότερη οφθαλμική επιπλοκή του διαβήτη όμως είναι η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια (ΔΑ), η οποία αποτελεί την πρώτη αιτία νομικής τύφλωσης στο δυτικό κόσμο.

**Επιδημιολογία:** Η ΔΑ εμφανίζεται στο 40% των ασθενών με διαβήτη τύπου I και στο 20% των πασχόντων από διαβήτη τύπου II. Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση ΔΑ είναι η κακή ρύθμιση του σακχάρου (HbA1c >7%), η αρτηριακή υπέρταση, η νεφροπάθεια, η δυσλιπιδαιμία, το κάπνισμα και η κύηση, ο σημαντικότερος όμως είναι η χρονική διάρκεια της νόσου.

**Ταξινόμηση:** Η ΔΑ διακρίνεται στα εξής στάδια:

- Μη παραγωγική ή ΔΑ υποστρώματος: Αποτελεί την πρώιμη μορφή της νόσου και διακρίνεται περαιτέρω σε ήπια, μέτρια και σοβαρή. Χαρακτηρίζεται από αλλοιώσεις των τοιχωμάτων των τριχοειδών που οδηγούν σε εμφάνιση μικροανευρυσμάτων, αιμορραγιών, σκληρών εξιδρωμάτων, βαμβάκομορφων κηλίδων και κομβολογιοειδή διαμόρφωση φλεβών.
- Παραγωγική: Χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη παθολογικών νεοαγγείων που οδηγούν σε ανάπτυξη ινοαγγειακών μεμβρανών, ενδοϋαλοειδικές αιμορραγίες, ελκτική αποκόλληση αμφιβληστροειδούς και νεοαγγειακό γλαύκωμα.
- Διαβητική ωχροπάθεια: Μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε στάδιο της νόσου και προκαλεί μεγάλη πτώση της όρασης, λόγω οιδήματος της ωχράς κηλίδας.

**Διάγνωση:** Στα αρχικά στάδια της νόσου συνήθως δεν υπάρχουν συμπτώματα. Όσο η νόσος προοδεύει μπορεί να εμφανιστούν: θάμβος ή διακύμανση οράσεως, φωτοψίες-μυιοψίες, δυσχρωματοψία, δυσχέρεια στη νυχτερινή όραση, μεταμορφοψία, σκοτώματα στο οπτικό πεδίο και σταδιακή ή απότομη απώλεια όρασης. Η διάγνωσή της μπορεί να γίνει από τον οφθαλμίατρο με μια απλή βυθοσκόπηση μετά από φαρμακευτική μυδρίαση της κόρης, ενώ εξειδικευμένες απεικονιστικές εξετάσεις (B-υπερηχογραφία, φλουροαγγειογραφία, οπτική τομογραφία συνοχής) μπορούν να αναδείξουν με μεγάλη ακρίβεια τη βαρύτητα των βλαβών.

**Θεραπεία:** Η καλή ρύθμιση του σακχάρου και των συνοδών παραγόντων κινδύνου καθυστερούν την εμφάνιση και εξέλιξη της ΔΑ. Σε εγκατεστημένη νόσο και ανάλογα με την έκταση των αλλοιώσεων ο οφθαλμίατρος μπορεί να αντιμετωπίσει τη νόσο με Laser φωτοπηξία αμφιβληστροειδούς, ενδοβολβικές ενέσεις κορτικοστεροειδών ή αντιαγγειογενετικών παραγόντων και, σε προχωρημένες περιπτώσεις, χειρουργική υαλοειδεκτομή. Είναι περιττό να τονιστεί ότι η ετήσια οφθαλμολογική εξέταση των ασθενών είναι εκ των ων ουκ άνευ για την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της ΔΑ.



## AA 07

### ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΣΔ 2 ΜΕ ΤΟ ΒΙΟΟΜΟΙΔΕΣ ΤΗΣ ΓΛΑΡΓΙΝΙΚΗΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ LY IGLAR

Ι. Κώστογλου-Αθανασίου<sup>1,2</sup>, Λ. Αθανασίου<sup>2</sup>, Μ. Κωστόπουλος<sup>3</sup>, Γ. Κοτρώνης<sup>4</sup>, Δ. Παντελίδης<sup>3</sup>, Π. Αθανασίου<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας, <sup>2</sup>Εργαστήριο Πειραματικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, <sup>3</sup>Ρευματολογική Τμήμα, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος», <sup>4</sup>Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Ιατρείο, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

**Εισαγωγή:** Από πρόσφατες εργασίες φαίνεται ότι ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 (ΣΔ 2) σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα είναι συχνός. Σε κάποιους από αυτούς τους ασθενείς η χορήγηση δισκίων μαζί με δίαιτα και άσκηση δεν επαρκεί για την αντιμετώπιση του ΣΔ 2 και τότε είναι απαραίτητη η χορήγηση ινσουλίνης. Η χορήγηση της βασικής γλαργινικής ινσουλίνης είναι συχνά επαρκής για την αντιμετώπιση της υπεργλυκαιμίας. Σήμερα υπάρχει στη θεραπευτική φαρέτρα και το βιοομοειδές της γλαργινικής ινσουλίνης LY2963016 (LY IGLar).

**Σκοπός:** Σκοπός της εργασίας ήταν η περιγραφή ομάδας ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα και ΣΔ 2, στους οποίους η υπεργλυκαιμία αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με προσθήκη ως βασικής ινσουλίνης του βιοομοειδούς της γλαργινικής ινσουλίνης LY IGLar.

**Μέθοδοι:** Περιγράφεται ομάδα 5 ασθενών πασχόντων από ρευματοειδή αρθρίτιδα και ΣΔ 2. Οι ασθενείς ελάμβαναν δισκία για την αντιμετώπιση της υπεργλυκαιμίας. Ωστόσο, σε έλεγχο διαπιστώθηκε αύξηση των επιπέδων της HbA1c. Τέθηκαν σε θεραπεία με το βιοομοειδές της γλαργινικής ινσουλίνης LY IGLar χορηγούμενη άπαξ ημερησίως τις βραδυνές ώρες. Μετά από στάθμιση των μονάδων της γλαργινικής ινσουλίνης LY IGLar οι ασθενείς παρακολούθηθηκαν επί 6μηνο.

**Αποτελέσματα:** Μετά παρέλευση εξαμήνου οι ασθενείς πάσχοντες από ρευματοειδή αρθρίτιδα και ΣΔ 2 υποβλήθηκαν σε εργαστηριακό έλεγχο. Διαπιστώθηκε ικανοποιητική γλυκαιμική ρύθμιση. Κανένας από τους ασθενείς δεν εμφάνισε υπογλυκαιμικό επεισόδιο. Δεν διαπιστώθηκε άλλη ανεπιθύμητη ενέργεια.

**Συμπεράσματα:** Συμπερασματικά, περιγράφεται ομάδα ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα και ΣΔ 2 στους οποίους επετεύχθη ικανοποιητική γλυκαιμική ρύθμιση με τη χορήγηση του βιοομοειδούς της γλαργινικής ινσουλίνης LY IGLar. Φαίνεται ότι η χορήγηση του βιοομοειδούς της γλαργινικής ινσουλίνης LY IGLar ως βασικής ινσουλίνης μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την επαρκή γλυκαιμική ρύθμιση ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα και ΣΔ 2, όταν η χορήγηση υπογλυκαιμικών δισκίων δεν επαρκεί.



## AA 08

### ΠΟΙΟΤΙΚΑ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ ΓΛΑΡΓΙΝΙΚΗΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΚΑΙ ΛΙΞΙΣΕΝΑΤΙΔΗΣ

Α. Κουτσοβασίλης, Α. Σωτηρόπουλος, Β. Κορδίνας, Μ. Παππά, Χ. Ταμβάκος, Δ. Παναγιώτου, Σ. Μπούσμπουλας, Θ. Πέππας

Γ' Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά "Άγιος Παντελέμων"

**Σκοπός:** Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της επίδρασης του συνδυασμού γλαργινικής ινσουλίνης και λιξιசενατίδης στη γλυκαιμική ρύθμιση, τη συμμόρφωση και την ποιότητα ζωής ατόμων με ΣΔτ2 σε σύγκριση με ασθενείς οι οποίοι λαμβάνουν βασική ινσουλίνη και ινσουλίνη ταχείας δράσης σε ένα γεύμα ή συνδυασμό μετφορμίνης και DPP-4i και γλαργινικής ινσουλίνης.

**Υλικό και Μέθοδος:** Η πρώτη ομάδα ασθενών έλαβε γλαργινική ινσουλίνη και λιξισενατίδη (n=43), η δεύτερη ομάδα βασική ινσουλίνη και γευματική (n=46) και η τρίτη ομάδα συνδυασμό μετφορμίνης, γλαργινικής ινσουλίνης και DPP-4i (n=47). Οι ασθενείς των πρώτων δύο ομάδων ελάμβαναν και μετφορμίνη. Μετά από 3 και 12 μήνες έγινε εκτίμηση του γλυκαιμικού ελέγχου (HbA1c), της συμμόρφωσης με την αγωγή (με το ερωματολόγιο Morisky), η ποιότητα ζωής με την SF-12 καθώς και ο βαθμός αυτο-εκτίμησης με την κλίμακα Rosenberg.

**Αποτελέσματα:** Μεταξύ των τριών ομάδων ασθενών δεν υπήρχε διαφορά ως προς την ηλικία (p=0.256), το φύλο (p=0.582), τη διάρκεια του ΣΔτ2 (p=0.212), του δείκτη μάζας σώματος (p=0.346) και της HbA1c (p=0.421) κατά την ένταξη των ασθενών στη μελέτη. Μετά την πάροδο 3 μηνών το 79.8% των ασθενών στην ομάδα της γλαργινικής ινσουλίνης και της λιξισενατίδης πέτυχε τον εξατομικευμένο γλυκαιμικό στόχο έναντι του 62.4% των ασθενών στην ομάδα της γλαργινικής ινσουλίνης και της γευματικής ινσουλίνης και του 68.7% των ασθενών σε γλαργινική ινσουλίνη μετφορμίνη και DPP-4i. Οι ασθενείς στην ομάδα της γλαργινικής ινσουλίνης και της λιξισενατίδης παρουσίασαν στους 3 και 12 μήνες μείωση του σωματικού βάρους (p=0.056 και p=0.044 αντίστοιχα), υψηλότερο βαθμός συμμόρφωσης με τη θεραπεία (p=0.028 και p=0.026 αντίστοιχα), καλύτερη ποιότητα ζωής (p=0.118 και p=0.048 αντίστοιχα) και υψηλότερη αυτοεκτίμηση (p=0.033 και p=0.026 αντίστοιχα).

**Συμπεράσματα:** Ο συνδυασμός γλαργινικής ινσουλίνης και λιξισενατίδης συμβάλλει σημαντικά στην επίτευξη του γλυκαιμικού στόχου καθώς και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της αυτοεκτίμησης των ατόμων με ΣΔτ2 με την επίδραση αυτή να παρουσιάζεται ήδη από τους πρώτους τρεις μήνες θεραπείας.



## AA 09

### ΑΡΤΗΡΙΑΚΕΣ ΑΠΟΦΡΑΞΕΙΣ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΥΣ

Δ. Μπάκας<sup>1</sup>, Β. Κωνσταντίνου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Οφθαλμολογικό Τμήμα Γ.Ν. Καστοριάς, <sup>2</sup>Τμήμα Αιμοδοσίας Γ.Ν. Καστοριάς

**Εισαγωγή:** Η απόφραξη της κεντρικής αρτηρίας του αμφιβληστροειδούς ή κλάδου αυτής αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα επείγοντα περιστατικά στην οφθαλμολογία, καθόσον η μη έγκαιρη αντιμετώπιση μπορεί να οδηγήσει σε βαριά μη αναστρέψιμη απώλεια όρασης.

**Αιτιοπαθογένεια:** Οι αρτηριακές αποφράξεις του αμφιβληστροειδούς προκαλούνται από θρόμβωση ή εμβολή, ενώ σε μεγαλύτερες ηλικίες συχνή είναι και η γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα. Η θρόμβωση στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων σχετίζεται άμεσα με αθηροσκλήρωση. Τα έμβολα κατά κύριο λόγο προέρχονται από την καρωτίδα και είναι τριών τύπων: α) χοληστερινικά, β) ινωδοαίμοπεταλιακά, γ) ασβεστίου. Σπανιότερα μπορεί να είναι καρδιακής προελεύσεως και ποικίλης υφής: σηπτικά (ενδοκαρδίτιδα), λιπώδη, ασβεστίου (βαλβιδοπάθειες), θρομβωτικά (κολπική μαρμαρυγή).

**Κλινική Εικόνα:** Η απόφραξη της κεντρικής αρτηρίας του αμφιβληστροειδούς εμφανίζεται με ετερόπλευρη, αιφνίδια, ανώδυνη, σοβαρή μείωση της όρασης ενώ η κλαδική απόφραξη με αιφνίδια, ανώδυνη απώλεια τμήματος του οπτικού πεδίου. Η οπτική οξύτητα είναι χαμηλή, υπάρχει κόρη Marcus-Gunn, ενώ βυθοσκοπικά ανευρίσκεται λεύκανση του αμφιβληστροειδούς (ισχαιμικό οίδημα) και κερασόχρους χωρά.

**Θεραπεία:** Η απόφραξη αμφιβληστροειδικής αρτηρίας απαιτεί άμεση και ταχεία αντιμετώπιση για την πρόληψη της ισχαιμικής νέκρωσης του αμφιβληστροειδούς. Έτσι στην αρχική φάση γίνεται προσπάθεια: α) για μετατόπιση του θρόμβου-εμβόλου με δακτυλικές μαλάξεις των οφθαλμών και προσπάθεια μείωσης της ενδοφθάλμιας πίεσης, είτε φαρμακευτικά είτε με παρακέντηση του προσθίου θαλάμου, β) για παροχή οξυγόνωσης αμφιβληστροειδούς με εισπνοή μίγματος 95% O<sub>2</sub> και 5% CO<sub>2</sub>, γ) για ανάταξη της απόφραξης με συστηματική/εκλεκτική θρομβόλυση, YAG LASER ή χειρουργική εμβολεκτομή.

**Συστηματική διερεύνηση:** Οι αμφιβληστροειδικές αρτηριακές αποφράξεις αποτελούν ισχυρή ένδειξη υποκείμενης υψηλού κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου. Επομένως κάθε ασθενής μετά την αρχική επείγουσα αντιμετώπιση, χρήζει σε δεύτερο χρόνο ένα πλήρη και ενδελεχή καρδιολογικό έλεγχο, ο οποίος πρέπει οπωσδήποτε να περιλαμβάνει μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, υπερηχοτομογραφία καρωτίδων και ηχοκαρδιογράφημα.





## AA 10

### ΕΠΙΠΕΔΑ ΟΥΡΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΟΡΟΥ ΚΑΙ 10-ΕΤΗΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΑΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ. ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Μ. Καλλίστρατος, Σ. Γιαννίτση, Λ. Πουλημένος, Κ. Ιλιού, Α. Κουκουζέλη, Ν. Κουρεμένος, Ε. Χαμόδρακα, Σ. Παγώνη, Κ. Κυφνίδης, Α. Πιτταράς, Α.Ι. Μανώλης  
Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας, Αθήνα

**Εισαγωγή - Σκοπός:** Τα επίπεδα ουρικού οξέος στον ορό σχετίζονται με πολλούς κλασικούς παράγοντες κινδύνου όπως η αρτηριακή υπέρταση. Σκοπός μας ήταν να διερευνήσουμε τη συσχέτιση των επιπέδων ουρικού οξέος ορού με το 10-ετή κίνδυνο θανατηφόρας καρδιαγγειακής νόσου. **Υλικό και Μέθοδος:** Μελετήσαμε 113 άτομα (ηλικία  $53 \pm 12$  έτη) από το ιατρείο υπέρτασης. Μετρήσαμε ουρικό οξύ, αρτηριακή πίεση στο ιατρείο και με 24ωρη καταγραφή. Καταγράψαμε τις συνήθειές τους (κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ και άσκηση) και υπολογίσαμε τον 10-ετή κίνδυνο για θανατηφόρα καρδιαγγειακή νόσο χρησιμοποιώντας τον πίνακα βαθμονόμησης για χώρες με χαμηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο, ο οποίος βασίζεται σε ηλικία, φύλο, κάπνισμα, συστολική αρτηριακή πίεση (ΣΑΠ) και ολική χοληστερόλη.

**Αποτελέσματα:** Η μέση ΣΑΠ στην 24ωρη καταγραφή ήταν  $124 \pm 13$  mmHg, η μέση διαστολική (ΔΑΠ)  $75 \pm 10$  mmHg ενώ η μέση ολική χοληστερόλη ήταν  $210 \pm 36$  mg/dl. Από τα 113 άτομα, 26(23%) ήταν υπέρτατικοί. Η ανάλυση κατά Pearson και Spearman έδειξε ότι τα επίπεδα ουρικού οξέος σχετίζονται στατιστικά σημαντικά και θετικά με τις μέσες ΣΑΠ και ΔΑΠ ( $r = 0.35$ ,  $p < 0.0001$  για ΣΑΠ) και ( $r = 0.33$ ,  $p < 0.0001$  για ΔΑΠ). Η ανάλυση κατά Kruskal Wallis έδειξε ότι τα επίπεδα ουρικού οξέος σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με τον 10-ετή κίνδυνο για θανατηφόρο καρδιαγγειακή νόσο ( $p < 0.0001$ ). Ειδικότερα, ασθενείς με 10-ετή κίνδυνο  $< 5\%$ ,  $5-10\%$ ,  $> 10\%$ , είχαν επίπεδα ουρικού οξέος ορού  $4.4 \pm 0.9$  mg/dl,  $5.2 \pm 1$  mg/dl και  $6.4 \pm 0.1$  mg/dl αντίστοιχα ( $p < 0.0001$ ).

**Συμπεράσματα:** Τα άτομα με χαμηλότερα επίπεδα ουρικού οξέος στον ορό είχαν χαμηλότερα επίπεδα αρτηριακής πίεσης καθώς και μικρότερο 10-ετή κίνδυνο για θανατηφόρα καρδιαγγειακή νόσο και το αντίστροφο. Τα επίπεδα ουρικού οξέος του ορού σχετίστηκαν στατιστικά σημαντικά με τα επίπεδα αρτηριακής πίεσης και το 10-ετή κίνδυνο για θανατηφόρα καρδιαγγειακή νόσο. Το γεγονός ότι αυτή η μελέτη περιέλαβε κυρίως νορμοτασικούς, δείχνει ότι τα επίπεδα ουρικού οξέος ορού έχουν κάποιο ρόλο και σε άτομα με φυσιολογική ή υψηλά φυσιολογική αρτηριακή πίεση.



## AA 11

### ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ

Β. Κωνσταντίνου<sup>1</sup>, Δ. Μπάκας<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Αιμοδοσίας Γ.Ν. Καστοριάς, <sup>2</sup>Οφθαλμολογικό Τμήμα Γ.Ν. Καστοριάς

**Εισαγωγή:** Η αρτηριακή υπέρταση μπορεί να προκαλέσει βλάβες στα αγγεία του αμφιβληστροειδούς χιτώνα του οφθαλμού, οι οποίες όχι μόνον μπορούν να επηρεάσουν την όραση του ασθενούς αλλά επίσης είναι και ενδεικτικές του αν και κατά πόσο η πίεση έχει επηρεάσει συνολικά το αγγειακό δίκτυο του οργανισμού.

**Διάγνωση:** Η υπερτασική αμφιβληστροειδοπάθεια (ΥΑ) είναι συνήθως ασυμπτωματική, εκτός των σπάνιων περιπτώσεων προσβολής της ωχράς κηλίδας, όπου μπορεί να υπάρχει μειωμένη όραση. Η διάγνωσή της μπορεί να γίνει από τον οφθαλμίατρο με μια απλή βυθοσκόπηση μετά από φαρμακευτική μυδρίαση της κόρης.

Στη χρόνια υπέρταση η οφθαλμοσκοπική σημειολογία περιλαμβάνει στένωση και σκλήρυνση των αρτηριολίων του αμφιβληστροειδούς (δίκην συρμάτων χαλκού ή δίκην συρμάτων αργύρου), μεταβολές στα σημεία διασταύρωσης των αρτηριών με τις φλέβες (σημεία Salus-Gunn-Bonnet), φλογοειδείς αιμορραγίες, μικροανευρυσμάτια, βαμβακόμορφες κηλίδες, σκληρά εξιδρώματα (που μπορούν να διατάσσονται ακτινοειδώς περί την ωχρά κηλίδα λαμβάνοντας τη μορφή του «ωχρικού αστέρα»). Σε περιπτώσεις χρόνιας αρρυθμιστής υπέρτασης ή σε κακοήθη υπέρταση η κλινική εικόνα μπορεί να επιπλακεί με απόφραξη αρτηρίας ή φλέβας του αμφιβληστροειδούς, οίδημα οπτικής θηλής (υπερτασική νευροπάθεια), υπερτασική χοριοειδοπάθεια (παρουσία κηλίδων του Elschnig).

**Ταξινόμηση:** Σύμφωνα με τη διεθνώς χρησιμοποιούμενη τροποποιημένη κλίμακα κατά Scheie, η ΥΑ διακρίνεται στα εξής στάδια:

- Στάδιο 0: Καμία βλάβη, φυσιολογικός βυθός
- Στάδιο I: Ήπια στένωση αρτηριδίων
- Στάδιο II: Έντονη στένωση αρτηριδίων
- Στάδιο III: Αλλοιώσεις σταδίου II + Αιμορραγίες + Εξιδρώματα
- Στάδιο IV: Αλλοιώσεις σταδίου III + Οίδημα οπτικής θηλής.

**Πρόγνωση - Θεραπεία:** Οι αλλοιώσεις της ΥΑ κατά κανόνα υποστρέφουν με την επιστροφή της αρτηριακής πίεσης σε φυσιολογικά επίπεδα. Η σωστή φαρμακευτική ρύθμιση της πίεσης πρέπει να συνοδεύεται απαραίτητα και από αντιμετώπιση των τυχόν συνοδών επιβαρυντικών παραγόντων (κάπνισμα, διατροφή, άσκηση, παχυσαρκία, δυσλιπιδαιμία, σακχαρώδης διαβήτης) ενώ χρήσιμη είναι και η ετήσια προληπτική οφθαλμολογική εξέταση των ασθενών.



## AA 12

### **ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ: ΜΕΛΕΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ 9 ΜΗΝΩΝ**

Α. Παπαζαφειροπούλου, Ε. Τζουγανάτος, Α. Αγγελίδη, Α. Καμαράτος, Σ. Ηρακλειανού, Α. Μελιδώνης  
*Α΄ Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»*

**Εισαγωγή:** Είναι γνωστό ότι ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 (ΣΔτ2) συνδέεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα. Οι ασθενείς με ΣΔτ2 νοσηλεύονται τόσο λόγω των διαβητικών επιπλοκών όσο και λόγω παθήσεων που εκδηλώνονται σε μεγαλύτερη συχνότητα και βαρύτερη κλινική εικόνα σε αυτούς έναντι του υπολοίπου πληθυσμού. Σκοπός της παρούσας μελέτης αποτελεί η εκτίμηση των συνήθων αιτιών νοσηλείας ασθενών με ΣΔτ2 σε παθολογική κλινική.

**Υλικό και Μέθοδος:** Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 798 συνολικά ασθενείς (255 με ΣΔτ2) που νοσηλεύτηκαν στην Α΄ Παθολογική Κλινική του ΓΝΠ «Τζάνειο» το χρονικό διάστημα Σεπτέμβριος 2016– Μάιος 2017. Σε όλα τα άτομα της μελέτης έγινε καταγραφή της αιτίας εισαγωγής καθώς και των συννοσηροτήτων.

**Αποτελέσματα:** Από το σύνολο των εισαγωγών το 32% αντιστοιχούσε σε ασθενείς με ΣΔτ2. Όσον αφορά τις διαβητικές επιπλοκές, από το ατομικό ιστορικό των διαβητικών ασθενών το 25% είχε στεφανιαία νόσο, το 15% αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, το 12% περιφερική αρτηριακή νόσο, το 10% αμφιβληστροειδοπάθεια, το 21% χρόνια νεφρική νόσο, και το 8% περιφερική νευροπάθεια. Δυσλιπιδαιμία παρουσίαζε το 47% των διαβητικών ασθενών της μελέτης και αρτηριακή υπέρταση το 57,8%. Όσον αφορά την αιτία εισαγωγής των ασθενών με ΣΔτ2, το 48% νοσηλεύτηκε για επιπλοκές του ΣΔτ2 (68% λόγω αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, 18% λόγω επιδείνωσης της νεφρικής λειτουργίας, 8% λόγω απορρύθμισης του διαβήτη, 6% λόγω έλκους των κάτω άκρων). Από τους υπόλοιπους ασθενείς με ΣΔτ2 το μεγαλύτερο ποσοστό, της τάξης του 80%, νοσηλεύτηκε λόγω λοίμωξης (85% λόγω λοίμωξης του αναπνευστικού συστήματος και το 15% λόγω λοίμωξης του ουροποιητικού συστήματος).

**Συμπεράσματα:** Το ποσοστό των ασθενών με ΣΔτ2 που νοσηλεύονται σε παθολογική κλινική λόγω διαβητικών επιπλοκών είναι ιδιαίτερα μεγάλο και συμφωνεί με τα υπάρχοντα βιβλιογραφικά διεθνή δεδομένα. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης καταδεικνύουν την αναγκαιότητα της ολιστικής παρέμβασης στη πρόληψη και διαχείριση των διαβητικών επιπλοκών αλλά και της θεραπευτικής αντιμετώπισης των ασθενών με ΣΔτ2.



## AA 13

### ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΚΑΜΠΥΛΗΣ J. ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΣΥΜΒΑΜΑΤΩΝ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΝΟΣΟ ΚΑΙ ΕΠΗΡΕΑΣΜΕΝΗ ΣΥΣΤΟΛΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Μ. Καλλίστρατος, Σ. Γιαννίτση, Ε. Βασιλοπούλου Λ. Πουλημένος, Ε. Χαμόδρακα Α. Κουκουζέλη, Ν. Κουρεμένος, Π. Τσινιβίζοβ, Α. Σκύρας, Ν. Κοντογιάννης, Σ. Παγώνη, Α. Δασκαλάκη, Κ. Κυφνίδης, Α.Ι. Μανώλης

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ασκληπείο Βούλας, Αθήνα

**Εισαγωγή - Σκοπός:** Σκοπός της μελέτης ήταν να καθοριστεί η συσχέτιση της υπό θεραπείας αρτηριακής υπέρτασης και των καρδιαγγειακών συμβαμάτων (θάνατος ή μεταμόσχευση καρδιάς) σε υπέρτασικούς ασθενείς με στεφανιαία νόσο και επηρεασμένη λειτουργικότητα αριστερής κοιλίας.

**Υλικό - Μέθοδος:** Μελετήθηκαν 77 υπέρτασικοί ασθενείς με στεφανιαία νόσο και επηρεασμένη συστολική λειτουργία για 28,1±9,9 μήνες. Στο διάστημα αυτό 15 ασθενείς πέθαναν και 2 υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση καρδιάς. Μετρήθηκε το NT-proBNP αναφοράς πριν την καρδιοαναπνευστική κόπωση στην οποία εκτιμήθηκε η μέγιστη κατανάλωση οξυγόνου (VO<sub>2</sub>). Η διάμετρος αριστερής κοιλίας, το μέγεθος αριστερού κόλπου και το κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας μετρήθηκαν υπερηχοκαρδιογραφικά.

**Αποτελέσματα:** Οι ασθενείς με συστολική αρτηριακή πίεση (ΣΑΠ) <117 mmHg παρουσίασαν αυξημένο NT-proBNP αναφοράς σε σχέση με ασθενείς με ΣΑΠ >117 mmHg, (2280±2075 vs 947±877, p=0.001) χειρότερα επίπεδα μέγιστης κατανάλωσης VO<sub>2</sub> (13.8±3.9 vs 18.2±4.6, p<0.0001) και αυξημένη καμπύλη VEVC02 (41.2±9.1 vs 35.5±7.3, p<0.01). Επιπλέον, ασθενείς με ΣΑΠ <117 mmHg, εμφάνισαν χειρότερη λειτουργική κατάσταση κατά NYHA (2.4±0.6 vs 1.9±0.8, p<0.05) και μειωμένη ινότροπη και χρονότροπη απάντηση στην κόπωση (μέγιστη ΣΑΠ στην κόπωση 134.8 mmHg ±27.6 vs 170.4±24.5 mmHg, p<0.001) και (peakHR στην κόπωση 123.4±17 bpm vs 137±24 bpm, p<0.05) αντίστοιχα. Τελικά, οι ασθενείς με ΣΑΠ <117 mmHg παρουσίασαν τριπλάσια αυξημένο λόγο αναλογιών για θάνατο ή μεταμόσχευση καρδιάς (p<0.05).

**Συμπεράσματα:** Τα επίπεδα ΣΑΠ <117 mmHg σχετίζονται με χειρότερη κλινική κατάσταση και χειρότερη έκβαση. Μελέτες με μεγαλύτερο δείγμα απαιτούνται προκειμένου να τεκμηριωθεί το φαινόμενο καμπύλης J μεταξύ πίεσης αίματος και καρδιαγγειακών συμβαμάτων σε υπέρτασικούς ασθενείς με στεφανιαία νόσο και επηρεασμένη συστολική λειτουργία.



## AA 14

### Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ STRESS ΣΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΝΑ ΥΠΟΒΛΗΘΟΥΝ ΣΕ ΣΟΒΑΡΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

Μ. Κουτσάκη, Μ.Σ Καλλίστρατος, Σ. Γιαννίτση, Ε. Σουλιώτη, Ν. Κουρεμένος, Κ. Βέργης, Α. Κουκουζέλη, Ο. Διακουμάκου, Ο. Μασχά, Α. Μελά, Α.Ι. Μανώλης  
Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ασκληπείο Βούλας

**Εισαγωγή - Σκοπός:** Η αυξημένη αρτηριακή πίεση (ΑΠ) αποτελεί τη συχνότερη αιτία αναβολής προγραμματισμένου χειρουργείου και βασίζεται σε μετρήσεις προεγχειρητικά. Σκοπός της μελέτης είναι να συγκριθούν μετρήσεις της ΑΠ προεγχειρητικά (μετρήσεις αναισθησιολόγου) με μετρήσεις 24ωρης καταγραφής (ΑΒΡΜ) περιεγχειρητικά (ΠΠ), και να συσχετιστούν τα επίπεδα κορτιζόλης ορού διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά με την ΑΠ.

**Υλικό - Μέθοδος:** Σε 40 ασθενείς (73,8 ± 7,3 ετών) που υπεβλήθησαν σε προγραμματισμένη ορθοπεδική επέμβαση, μετρήθηκε ΑΠ προεγχειρητικά (μία ημέρα πριν), ΑΒΡΜ, και επίπεδα κορτιζόλης ορού προ και μετά επέμβασης.

**Αποτελέσματα:** Η ΑΠ προεγχειρητικά ήταν 140/81 mmHg, ενώ από την ΑΒΡΜ (4 ώρες πριν την επέμβαση, η ΑΠ ήταν 122±16,9/72±11 mmHg, και 1 ώρα πριν ήταν 124 ± 21/71±15 mmHg). Η ΑΠ μετεγχειρητικά (8 ώρες μετά την επέμβαση) ήταν 137±31/79±19 mmHg), p<0.01. Ασθενείς <75 ετών παρουσίασαν μεγαλύτερη μεταβλητότητα ΑΠ συγκριτικά με ασθενείς >75 ετών (p<0.001). Τα επίπεδα κορτιζόλης ορού ήταν όμοια στις δύο ομάδες (Α/ασθενείς <75 ετών, Β/ασθενείς >75 ετών) p=0.671, ενώ δεν παρουσίασαν διαφορές στις δύο ομάδες διεγχειρητικά (p= 0.700) και μετεγχειρητικά (p= 0.769).

**Συμπεράσματα:** Καταγράφηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των μετρήσεων προεγχειρητικά και των μετρήσεων ΑΒΡΜ σε ασθενείς που θα υποβληθούν σε προγραμματισμένη ορθοπεδική επέμβαση. Αυτό μπορεί να αποδοθεί στο άγχος, όπως αυτό εκφράζεται με αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης ορού. Οφείλουμε να λαμβάνουμε υπόψη τη μεταβλητότητα της ΑΠ περιεγχειρητικά, πριν την επιθετική θεραπεία της αρτηριακής υπέρτασης ή την αναβολή της επέμβασης. Ίσως, η χρήση ΑΒΡΜ αποτελέσει σημαντικό βοήθημα.



## AA 15

### ΝΕΑΣ ΓΕΝΙΑΣ ΒΑΣΙΚΗ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Α. Κουτσοβασίλης, Α. Σωτηρόπουλος, Δ. Γουγουρέλας, Σ. Ελβανίδη, Δ. Ντιώνιας, Χ. Ταμβάκος, Γ. Κοκοτός, Ι. Κουνελάκης, Σ. Μπούσμπουλας, Θ. Πέππας  
Γ' Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. Νίκαιας-Πειραιά "Άγιος Παντελεήμων"

**Εισαγωγή:** Η ινσουλίνη degludec αποτελεί τη νέα ινσουλίνη μακράς δράσης η οποία έχει υψηλότερο κόστος και μεγαλύτερη διάρκεια δράσης ενώ παρουσιάζει λιγότερες νυκτερινές υπογλυκαιμίες και επιτρέπει τη μεταφορά του χρόνου χορήγησης κατά 8 ώρες. Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της επίδρασης της ινσουλίνης degludec στη ρύθμιση και την ποιότητα ζωής αδύναμων οικονομικά ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2).

**Υλικό και Μέθοδος:** Εντάχθηκαν στη μελέτη 98 οικονομικά αδύναμοι ασθενείς (53.5% γυναίκες), σύμφωνα με τον κώδικα φορολογίας εισοδήματος οι οποίοι έλαβαν degludec μαζί με δισκία και/ή GLP1 αγωνιστή ή ήταν σε σχήμα εντατικοποιημένης ινσουλινοθεραπείας. Έξι μήνες αργότερα έγινε διερεύνηση του γλυκαιμικού ελέγχου, της ποιότητας ζωής (SF-12) και της συμμόρφωσης στη θεραπεία (με την κλίμακα Morisky).

**Αποτελέσματα:** Από τους 98 ασθενείς ηλικίας  $63.45 \pm 10.88$  έτη και διάρκειας διαβήτη  $10.52 \pm 6.48$  έτη, 72.5% έλαβαν degludec και δισκία, 9.31% έλαβαν GLP-1 και 18.19% ήταν σε εντατικοποιημένη ινσουλινοθεραπεία. Οι τρεις, ανάλογα με τη θεραπεία ομάδες ασθενών παρουσίασαν σημαντική βελτίωση στην ποιότητα ζωής με την προσθήκη της degludec ( $p=0.044$ ). Σημαντική σταδιακή μείωση των μονάδων degludec (16%) με τη μεγαλύτερη μείωση να παρουσιάζεται σε αυτούς που έλαβαν και GLP1 (22.8%,  $p=0.040$ ). Διαπιστώθηκε ότι το 60.2% έλαβαν την ινσουλίνη σε διάστημα 8 ωρών πέραν του προκαθορισμένου χρόνου τουλάχιστον 3 φορές το μήνα με το συμμόρφωση να παρουσιάζει σημαντική βελτίωση ( $p=0.041$ ).

**Συμπεράσματα:** Η χρήση της degludec σχετίζεται με λιγότερες υπογλυκαιμίες, καλύτερη ποιότητα ζωής και σημαντική συμμόρφωση με το θεραπευτικό σχήμα ενώ πολλοί ασθενείς χρησιμοποιούν την ευελιξία που προσφέρει η χορήγηση της degludec.





## AA 16

### ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΑΚΟΠΗ ΩΣ ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΑΥΤΟΜΑΤΗΣ ΥΠΑΡΑΧΝΟΕΙΔΟΥΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ

Ε. Τζήκα, Μ. Ξιφαράς, Α. Ζιάκκα, Γ. Λιμπιτάκη, Ε. Κερεζούδη  
Νευρολογικό Τμήμα Νοσοκομείου «Παμμακάριστος»

**Εισαγωγή:** Μία από τις σοβαρότερες κατηγορίες αιμορραγικών αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων είναι η υπαραχνοειδής αιμορραγία, η οποία αποτελεί μια επείγουσα κατάσταση με ιδιαίτερα σοβαρά επακόλουθα που είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε σοβαρή νευρολογική δυσλειτουργία ή στο θάνατο. Οι αυτόματες (μη τραυματικές) υπαραχνοειδείς αιμορραγίες εμφανίζονται συνήθως στα πλαίσια ραγέντων ενδοεγκεφαλικών ανευρυσμάτων. Οι συνθέστερες κλινικές εκδηλώσεις είναι η αιφνίδια διαξιφιστική κεφαλαλγία με συνοδό αίσθημα ζάλης κι εμέτους, η αυχενική δυσκαμψία, οι επιληπτικές κρίσεις και η απώλεια συνείδησης που συχνά καταλήγει σε κώμα. Οι ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις, οφειλόμενες σε υπαραχνοειδή αιμορραγία, περιλαμβάνουν ανάσπαση του ST, παράταση του διαστήματος QT, κύματα Q, έως και ασυστολία.

**Σκοπός:** Περιγράφεται η περίπτωση γυναίκας 48 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, που παρουσίασε επεισόδιο απώλειας συνειδήσεως και διασωληνώθηκε λόγω καρδιακής ανακοπής, ευρισκόμενη στο χώρο εργασίας της.

**Υλικό - Μέθοδος:** Μετά τη μεταφορά της στο Νοσοκομείο, έγινε άμεσα νευρολογική εξέταση όπου διαπιστώθηκαν κόρες σε μυδρίαση με κατηρημένο φωτοκινητικό αντανακλαστικό, πλήρης έλλειψη μυϊκής ισχύος και πελματιαία σε έκταση άμφω. Κατά την παραμονή της στο Τμήμα Επειγόντων παρουσιάσε δεύτερο επεισόδιο καρδιακής ασυστολίας, το οποίο ανατάχθηκε και παρέμεινε υπό μηχανικό αερισμό.

**Αποτελέσματα:** Λόγω της απουσίας παθολογικού καρδιολογικού ιστορικού και της αιφνίδιας εγκατάστασης του συμβάματος απεβλήθη σε απεικονιστικό έλεγχο με αξονική τομογραφία και αξονική αγγειογραφία, όπου αναδείχθηκε υπαραχνοειδής αιμορραγία με διάχυτο εγκεφαλικό οίδημα, πιεστικά φαινόμενα επί των πλάγιων κοιλιών και ασαφοποίηση των βασικών δεξαμενών.

**Συμπεράσματα:** Πλην των ραγέντων εγκεφαλικών ανευρυσμάτων, άλλα αίτια πρόκλησης υπαραχνοειδούς αιμορραγίας είναι κακώσεις, αρτηριοφλεβώδεις δυσπλασίες, κολλαγονοπάθειες, διαταραχές πήξης ή χρήση τοξικών ουσιών όπως η κοκαΐνη. Σε μερικές περιπτώσεις, η υπαραχνοειδής αιμορραγία επιφέρει την εμφάνιση καρδιακών αρρυθμιών και ανακοπής. Παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί που ευθύνονται είναι η γενικευμένη υπερδραστηριότητα του συμπαθητικού συστήματος με αύξηση των κατεχολαμινών, το οίδημα στην περιοχή του στελέχους, διαταραχές στον υποθάλαμο, στη μονήρη δεσμίδα και στο ραχιαίο πυρήνα του πνευμονογαστρικού, ή ο αγγειόσπασμος των στεφανιαίων αγγείων. Παρότι στη βιβλιογραφία είναι αντικρουόμενες οι απόψεις για τη διενέργεια απεικονιστικού ελέγχου σε περιπτώσεις καρδιακής ανακοπής, θεωρείται απαραίτητος σε οξέα συμβάματα με απουσία καρδιολογικού ιστορικού.



## AA 17

### ΔΕΙΚΤΕΣ ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΟΥ ΕΚΒΑΣΗΣ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Α. Αγγελίδη, Α. Παπαζαφειροπούλου, Ε. Ξουργιά, Ε. Ευστρατιάδη, Π. Λαμπρόπουλος, Η. Γεωργόπουλος, Ε. Τζουγανάτου, Λ. Μπούμη, Α. Μελιδώνης

Α΄ Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Ν.Π. «Τζάνειο», Πειραιάς

**Εισαγωγή - Σκοπός:** Οι λοιμώξεις αναπνευστικού και ουροποιητικού συστήματος αποτελούν τις συχνότερες αιτίες λοιμώξεων νοσηλευόμενων ασθενών. **Σκοπός** της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση των παραμέτρων που σχετίζονται με τη θανατηφόρο έκβαση σε περιπτώσεις νοσηλευόμενων ασθενών με λοίμωξη αναπνευστικού ή ουροποιητικού.

**Υλικό και Μέθοδος:** Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 107 ασθενείς (44 άνδρες), με λοίμωξη ουροποιητικού ή/και αναπνευστικού, οι οποίοι νοσηλεύτηκαν στην Α΄ Παθολογική Κλινική το χρονικό διάστημα Ιανουάριος-Δεκέμβριος 2016. Σε κάθε συμμετέχοντα προσδιορίστηκαν ανθρωπομετρικοί, κλινικοεργαστηριακοί παράμετροι λαμβάνοντας υπόψιν το ατομικό αναμνηστικό και τις συννοσηρότητες των ασθενών κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο.

**Αποτελέσματα:** Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν  $6,23 \pm 3,6$  ημέρες. Δεν παρατηρήθηκε διαφορά ως προς τη διάρκεια νοσηλείας μεταξύ ατόμων με ή χωρίς σακχαρώδη διαβήτη ( $6,24 \pm 3,7$  έναντι  $6,23 \pm 3,4$ , αντίστοιχα,  $P=0,89$ ). Θανατηφόρο καταληκτικό σημείο διαπιστώθηκε στο 14,0% του συνόλου των ασθενών ενώ δεν παρατηρήθηκε διαφορά επί παρουσίας ή μη σακχαρώδους διαβήτη (7,4% έναντι 16,3%, αντίστοιχα,  $P=0,21$ ). Από την ανάλυση των παραμέτρων βρέθηκε ότι η εμφάνιση θανατηφόρου συμβάματος σχετίζεται με τη συστολική αρτηριακή πίεση (σχετικός κίνδυνος: 0,95, 95% διάστημα εμπιστοσύνης: 0,92-0,98,  $P=0,005$ ), την κλίμακα Γλασκόβης (σχετικός κίνδυνος: 0,68, 95% διάστημα εμπιστοσύνης: 0,56-0,84,  $P<0,001$ ) και την ύπαρξη θετικού ιστορικού για κακοήθεια (σχετικός κίνδυνος: 3,8, 95% διάστημα εμπιστοσύνης: 1,07-13,39,  $P=0,04$ ).

**Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι η παρουσία κακοήθειας, η βαρύτερη κλινική εικόνα και η υπόταση κατά την εισαγωγή σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο για θανατηφόρο έκβαση νοσηλευόμενων ασθενών με λοίμωξη αναπνευστικού ή ουροποιητικού.

# 10<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου

22 - 25 Ιουνίου 2017  
HOTEL ELITE CITY RESORT ΚΑΛΑΜΑΤΑ



ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ  
ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ  
ΓΙΑ ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

*Υπό την αιγίδα της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος (Ε.Ν.Ε.)*

## ΕΤΗΣΙΑ ΗΜΕΡΙΔΑ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ (έτος 8ο)

**Θέματα Προαγωγής Υγείας  
στους Ασθενείς με Χρόνια  
Καρδιομεταβολικά Νοσήματα**

**Σάββατο 24 Ιουνίου 2017**  
HOTEL ELITE CITY RESORT, ΚΑΛΑΜΑΤΑ



**ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ - ΤΟΜΟΣ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ**



---

## ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΜΕΡΙΔΑΣ

---

**Πρόεδρος:**

Μ. Κουράκος

**Αντιπρόεδροι:**

Π. Κουφοπούλου – Κ. Ανδρουτσοπούλου-Λύτρα

**Μέλη:**

Α. Αλεξανδράκη  
Α. Αλωνιστιώτη  
Κ. Αραποστάθη  
Θ. Δεμερτζή  
Α. Δημάκου  
Ι. Καρούμπαλη  
Β. Κουτελιάρη

Π. Κατσαφούρου  
Κ. Καφαντόγια  
Β. Κωνσταντινίδου  
Π. Λιόλιου  
Σ. Μαρκέτη  
Χ. Παππά  
Γ. Πουλιάση

Μ. Ράλλη  
Κ. Συναδινού  
Ζ. Ταβουλαρέα  
Α. Τάσσιου  
Α. Τόκα  
Ι. Χιωτέλης

---

## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΜΕΡΙΔΑΣ

---

**Πρόεδρος:**

Μ. Σαρίδη

**Αντιπρόεδροι:**

Κ. Σουλιώτης – Σ. Ζυγά

**Μέλη:**

Θ. Αδαμοπούλου  
Μ. Γείτονα  
Μ. Γκούζου  
Μ. Δαμουλιάνου  
Θ. Καυκιά  
Β. Κολλιού

Ε. Κούκια  
Κ. Κοροβέσης  
Ε. Λαμπριανίδου  
Α. Λιαχοπούλου  
Ε. Παπακωνσταντίνου  
Κ. Πέτσιος

Π. Πρεζεράκος  
Μ. Ρεκλείτη  
Α. Τόσκα  
Μ. Τσιρώνη  
Ε. Φραδέλος

---

## ΜΗΝΥΜΑ ΠΡΟΕΔΡΟΥ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

---

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Στο δύσκολο έργο που επιτελούμε, τα προβλήματα της καθημερινότητας στο επαγγελματικό περιβάλλον αλληλοσυγκρούονται με τη ραγδαία αύξηση των αναγκών φροντίδας υγείας.

Με γνώμονα τις εξελίξεις στη νοσηλευτική και την απαραίτητη επικαιροποίηση της γνώσης, σας προσκαλούμε στην **Ετήσια Ημερίδα Κοινωνικής Νοσηλευτικής** (έτος 8<sup>ο</sup>), που θα λάβει χώρα όπως κάθε φορά στο πλαίσιο του **10<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου της Εταιρείας Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου για Αγγειακά Νοσήματα** [[www.emprakan-synedrio2017.gr](http://www.emprakan-synedrio2017.gr)], που σκοπό και στόχο έχει τη διάχυση της επιστημονικής γνώσης σε όφελος του ασθενούς.

Στη φετινή Ημερίδα, η Οργανωτική και η Επιστημονική Επιτροπή, καλούν όλους τους ενδιαφερόμενους να συμμετέχουν ενεργά στο επιστημονικό πρόγραμμα του Συνεδρίου και να υποβάλλουν περιλήψεις των εργασιών τους για Προφορική (Oral) ή/και Ηλεκτρονικά Αναρτημένη (e-Poster).

Προσδοκώντας να συμβάλλετε με την παρουσία σας στην επιτυχία της επιστημονικής μας συνάντησης, σας απευθύνω τους θερμότερους φιλικούς και συναδελφικούς χαιρετισμούς.



**Δρ Μιχαήλ Κουράκος**



---

## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

---

09.30-10.00 Εγγραφές

10.00-10.15 Χαιρετισμοί

10.15-11.30 **Στρογγυλό Τραπέζι**

### **Διατροφή και Τρόπος Ζωής**

Προεδρείο: **Μ. Γκούζου, Σ. Ζυγά, Π. Κατσαφούρου**

Διακοπή καπνίσματος: Σημαντικός πρωτογενής στόχος καρδιαγγειακής πρόληψης

#### **A. Αλωνιστιώτη**

Παχυσαρκία: Ένας διαχρονικός εχθρός που αυξάνεται – Μέτρα πρόληψης

#### **E. Φραδέλος**

Συnergιστικός ρόλος της Μεσογειακής Διατροφής και της μέτριας σωματικής δραστηριότητας στην πρόληψη και διατήρηση καλής καρδιαγγειακής υγείας

#### **Γ. Παραδείσης**

11.30-12.00 **Διάλεξη**

Προεδρείο: **Κ. Ανδρουτσοπούλου-Λύτρα, Κ. Σγούρος**

Πρόληψη λοιμώξεων ουροποιητικού που σχετίζονται με ουροκαθετήρα σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη

#### **A. Μασγάλα**

12.00-12.30 **Διάλειμμα**

### **e- Poster Presentation 1 (01-05)**

Προεδρείο: **Κ. Καφαντόγια, Β. Κωνσταντινίδου**

AA 01 ΣΤΑΘΜΙΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ (CHQ-PF28) ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΟΥ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΑΙΔΙΩΝ

Μ. Σαρίδη<sup>1</sup>, Μ. Ρεκλείτη<sup>1</sup>, Α. Τόσκα<sup>1</sup>, Ε. Παπακωνσταντίνου<sup>1</sup>, Ι. Κυριαζής<sup>2</sup>, Χ. Μέλλος<sup>1</sup>, Κ. Σουλιώτης<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Γ.Ν. Κορίνθου, <sup>2</sup>MD, PhD, FNSCOPE, Παθολόγος με Εξειδίκευση στο Διαβήτη, Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής και Ιατρείου Διαβήτη-Παχυσαρκίας, Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ, <sup>3</sup>Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

AA 02 Η ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Γ. Πουλημενάκου<sup>1</sup>, Ε. Σαλίπα<sup>2</sup>, Ε. Λυμπεροπούλου<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Νοσηλεύτρια, Γραφείο Εφημερίας, Διεύθυνση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Γ.Ν. «Ασκληπιείο Βούλας», <sup>2</sup>Διοικητικός υπάλληλος, Γραμματεία Καρδιοχειρουργικής Κλινικής, «Ωνάσειο» Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, <sup>3</sup>Ιατρός, Χειρουργός - Εντατικολόγος, Καρδιοχειρουργική Μονάδα, «Ωνάσειο» Καρδιοχειρουργικό Κέντρο



---

## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

---

AA 03 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ (EQ) ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Α. Μήτση<sup>1</sup>, Μ. Κουράκος<sup>2</sup>, Γ. Πουλημενάκου<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας, <sup>2</sup>Διευθυντής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας, <sup>3</sup>Γραφείο εφημερίας, Νοσηλευτική Διεύθυνση, Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας

AA 04 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΣΩ ΔΕΙΚΤΩΝ

Γ. Πουλημενάκου<sup>1</sup>, Α. Μήτση<sup>2</sup>, Μ. Κουράκος<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Γραφείο Εφημερίας, Διεύθυνση Νοσηλευτικής Εφημερίας, Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας, <sup>2</sup>Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας, <sup>3</sup>Διευθυντής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας

AA 05 ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Κ. Παπανικολάου<sup>1</sup>, Β. Χατζηκουκούτση<sup>2</sup>, Α. Αλεξίου<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Νοσηλεύτρια ΤΕ, Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης Καρδιοπαθών, «Ασκληπιείο» Βούλας, Αττική, <sup>2</sup>Νοσηλεύτρια ΤΕ, Τμηματάρχης Μονάδας Εντατικής Παρακολούθησης Καρδιοπαθών, «Ασκληπιείο» Βούλας, Αττική, <sup>3</sup>Νοσηλεύτρια ΤΕ, Υπεύθυνη Γραφείου Εκπαίδευσης, «Ασκληπιείο» Βούλας, Αττική

### **e- Poster Presentation 2 (06-11)**

Προεδρείο: **Σ. Μαρκέτη, Ε. Σαρακατσάνου**

AA 06 ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Δ. Τσίλιας<sup>1</sup>, Ε. Σταματοπούλου<sup>2</sup>, Α. Μπιλάλη<sup>3</sup>, Θ. Νιτσιοτώλης<sup>4</sup>, Α.Δ. Φωτάκης<sup>5</sup>, Κ. Ανδρουτσοπούλου<sup>6</sup>, Ν. Κοντοδημόπουλος<sup>7</sup>, Α. Σταματοπούλου<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Νοσηλεύτρια, MSc Αναπληρωτής Προϊστάμενος Β' Παθολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Παίδων Αθηνών Π. & Α. Κυριακού, Εργαστηριακός Συνεργάτης Α.Τ.Ε.Ι. Αθηνών, <sup>2</sup>Νοσηλεύτρια Αναισθησιολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, MSc Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Εκπαιδευτικός, MS (c) Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας, ΑΕΙ Πειραιά, Τ.Τ. και Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Member PCRS-UK, <sup>3</sup>Νοσηλεύτρια, MSc, PhD, Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Γ.Ν. Παίδων Αθηνών Π. & Α. Κυριακού, Εργαστηριακός Συνεργάτης Α.Τ.Ε.Ι. Αθηνών, <sup>4</sup>PhD, Επιμελητής Α', Β' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Π. Τζάνειο, <sup>5</sup>Αναισθησιολόγος, Επιμελητής Α' ΜΕΘ, Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center, <sup>6</sup>Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, <sup>7</sup>PhD, Διδάκτωρ του Ελληνικού Ανοχτού Πανεπιστημίου, Διοικητής Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, <sup>8</sup>Οικονομολόγος, MSc international Human Recourse Management, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας ΑΕΙ Πειραιά Τ.Τ. και Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Υποστήριξη Διδακτικού Έργου ΑΕΙ Πειραιά Τ.Τ. και Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου



## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

### AA 07 ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Α. Μπιλάλη<sup>1</sup>, Δ. Τσίλιας<sup>2</sup>, Ε. Σταματοπούλου<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Νοσηλεύτρια, MSc, PhD Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών Γ.Ν. Παίδων Αθηνών Π. & Α. Κυριακού, Εργαστηριακός Συνεργάτης Α.Τ.Ε.Ι. Αθηνών, <sup>2</sup>Νοσηλεύτρια, MSc Αναπληρωτής Προϊστάμενος Β' Παθολογικής Κλινικής Γ.Ν. Παίδων Αθηνών Π. & Α. Κυριακού, Εργαστηριακός Συνεργάτης Α.Τ.Ε.Ι. Αθηνών, <sup>3</sup>Νοσηλεύτρια Αναισθησιολογικού Τμήματος Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, MSc Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Εκπαιδευτικός, MS(c) Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας ΑΕΙ Πειραιά Τ.Τ. και Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Member PCRS-UK

### AA 08 Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ε. Σταματοπούλου<sup>1</sup>, Δ. Τσίλιας<sup>2</sup>, Α. Σταματοπούλου<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Νοσηλεύτρια Αναισθησιολογικού Τμήματος Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, MSc Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Εκπαιδευτικός, MS (c) Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας ΑΕΙ Πειραιά Τ.Τ. και Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Member PCRS-UK, <sup>2</sup>Νοσηλεύτρια, MSc Αναπληρωτής Προϊστάμενος Β' Παθολογικής Κλινικής Γ.Ν. Παίδων Αθηνών Π. & Α. Κυριακού, Εργαστηριακός Συνεργάτης Α.Τ.Ε.Ι. Αθηνών, <sup>3</sup>Οικονομολόγος, MSc International Human Resource Management, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας ΑΕΙ Πειραιά Τ.Τ. και Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Υποστήριξη Διδακτικού Έργου ΑΕΙ Πειραιά Τ.Τ. και Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου

### AA 09 Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ

Ε. Σταματοπούλου<sup>1</sup>, Δ. Τσίλιας<sup>2</sup>, Κ. Ανδρουτσοπούλου<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Νοσηλεύτρια Αναισθησιολογικού Τμήματος Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, MSc Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Εκπαιδευτικός, MS (c) Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας ΑΕΙ Πειραιά Τ.Τ. και Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Member PCRS-UK, <sup>2</sup>Νοσηλεύτρια Τ.Ε. MSc Αναπληρωτής Προϊστάμενος Β' Παθολογικής Κλινικής Γ.Ν. Παίδων Αθηνών Π. & Α. Κυριακού, Εργαστηριακός Συνεργάτης Α.Τ.Ε.Ι. Αθηνών, <sup>3</sup>Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Γ.Ν.Α. ΚΑΤ

### AA 10 Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Α. Μπιλάλη<sup>1</sup>, Ε. Σταματοπούλου<sup>2</sup>, Δ. Τσίλιας<sup>3</sup>, Α. Σταματοπούλου<sup>4</sup>, Κ. Ανδρουτσοπούλου<sup>5</sup>, Ν. Κοντοδημόπουλος<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Νοσηλεύτρια, MSc, PHD, Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Γ.Ν. Παίδων Αθηνών Π. & Α. Κυριακού, Εργαστηριακός Συνεργάτης Α.Τ.Ε.Ι. Αθηνών, <sup>2</sup>Νοσηλεύτρια Αναισθησιολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, MSc Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Εκπαιδευτικός, MS (c) Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας ΑΕΙ Πειραιά Τ.Τ. και Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Member PCRS-UK, <sup>3</sup>Νοσηλεύτρια, MSc, Αναπληρωτής Προϊστάμενος Β. Παθολογικής Κλινικής Γ.Ν. Παίδων Αθηνών Π. & Α. Κυριακού, Εργαστηριακός Συνεργάτης Α.Τ.Ε.Ι. Αθηνών, <sup>4</sup>Οικονομολόγος, MSc international Human Resource Management, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας, ΑΕΙ Πειραιά, Τ.Τ. και Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Υποστήριξη Διδακτικού Έργου, ΑΕΙ Πειραιά, Τ.Τ. και Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, <sup>5</sup>Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, <sup>6</sup>PhD, Διδάκτωρ του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, Διοικητής Γ.Ν.Α. ΚΑΤ

---

## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

---

### AA 11 ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Ε. Σταματοπούλου<sup>1</sup>, Δ. Τσίλιας<sup>2</sup>, Α. Σταματοπούλου<sup>3</sup>, Α.Δ. Φωτάκης<sup>4</sup>, Θ. Ντισιοτώλης<sup>5</sup>,  
Ν. Κοντοδημόπουλος<sup>6</sup>, Δ. Γιαννακόπουλος<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Νοσηλεύτρια Αναισθησιολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, MSc Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Εκπαιδευτικός, MS (c) Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας, ΑΕΙ Πειραιά, Τ.Τ. και Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Member PCRS-UK, <sup>2</sup>Νοσηλεύτρια Τ.Ε. MSc Αναπληρωτής Προϊστάμενος, Β΄ Παθολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Παίδων Αθηνών Π. & Α. Κυριακού, Εργαστηριακός Συνεργάτης Α.Τ.Ε.Ι. Αθηνών, <sup>3</sup>Οικονομολόγος, MSc International Human Resource Management, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας, ΑΕΙ Πειραιά, Τ.Τ. και Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Υποστήριξη Διδακτικού Έργου, ΑΕΙ Πειραιά Τ.Τ. και Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, <sup>4</sup>Αναισθησιολόγος, Επιμελητής Α΄ ΜΕΘ, Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center, <sup>5</sup>PhD, Επιμελητής Α΄, Β΄ Παθολογικό τμήμα, Γ.Ν.Π. Τζάνειο, <sup>6</sup>PhD, Διδάκτωρ του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, Διοικητής Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, <sup>7</sup>Ομότιμος Καθηγητής ΑΕΙ Πειραιά ΤΤ, Διευθυντής Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας σε συνεργασία ΑΕΙ Πειραιά ΤΤ και Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, PhD σε Συστήματα Αποφάσεων

#### **e- Poster Presentation 3 (12-15)**

Προεδρείο: **Κ. Αραποστάθη, Β. Κουτελιάρη**

### AA12 Ο ΣΥΝΩΣΤΙΣΜΟΣ ΣΤΑ Τ.Ε.Π. ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ: Η ΔΙΑΛΟΓΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΟ ΝΕΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ

Σ.Ε. Αμπραχίμ<sup>1</sup>, Π. Κουφοπούλου<sup>2</sup>, Κ. Ανδρουτσοπούλου-Λύτρα<sup>3</sup>, Α. Βοζίκης<sup>4</sup>, Π. Κατσαφούρου<sup>5</sup>, Α. Μπανούση<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Νοσηλεύτρια Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ, MSc, <sup>2</sup>Αναπληρώτρια Διοικήτρια Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ και Αντιπρόεδρος Δ.Σ. Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ - Ε.Κ.Α., PhD (c), Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Εργαστήριο Οικονομικών και Διοίκησης της Υγείας, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, MSc. Διοικητικής Επιστήμης, BSc. Κοινωνικής Πολιτικής, Ελληνικός Οργανισμός Πολιτικών Επιστημών, Εταιρεία Ιατρικών Μελετών Κρήτης, <sup>3</sup>Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ, MSc, <sup>4</sup>Επίκουρος Καθηγητής, Διευθυντής Εργαστηρίου Οικονομικών και Διοίκησης της Υγείας, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, <sup>5</sup>Προϊσταμένη Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Γ΄ Πανεπιστημιακής Ορθοπαιδικής Κλινικής Ε.Κ.Π.Α. Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ, MSc (c), <sup>6</sup>Προϊσταμένη Χειρουργείου Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ, PhD (c), Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., MSc (c) Διεθνής Ιατρική και Διαχείριση Κρίσεων, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α.



## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

- AA13 ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΝΟΣΟΥ ΤΩΝ ΟΡΕΩΝ  
Α. Μπανούση<sup>1</sup>, Π. Κουφοπούλου<sup>2</sup>, Κ. Ανδρουτσοπούλου-Λύτρα<sup>3</sup>, Σ.Ε. Αμπραχίμ<sup>4</sup>  
<sup>1</sup>Προϊσταμένη Χειρουργείου Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ, PhD (c), Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., MSc (c) Διεθνής Ιατρική και Διαχείριση Κρίσεων, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., <sup>2</sup>Αναπληρώτρια Διοικήτρια Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ και Αντιπρόεδρος Δ.Σ. Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ - Ε.Κ.Α., PhD (c), Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Εργαστήριο Οικονομικών και Διοίκησης της Υγείας, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, MSc. Διοικητικής Επιστήμης, BSc. Κοινωνικής Πολιτικής, Ελληνικός Οργανισμός Πολιτικών Επιστημών, Εταιρεία Ιατρικών Μελετών Κρήτης, <sup>3</sup>Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ, MSc., <sup>4</sup>Νοσηλεύτρια Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ, MSc
- AA14 Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ 360° ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ  
Π. Κουφοπούλου<sup>1</sup>, Κ. Ανδρουτσοπούλου-Λύτρα<sup>2</sup>, Χ. Μαστρογιάννη<sup>3</sup>, Γ. Μπέτση<sup>4</sup>, Σ.Ε. Αμπραχίμ<sup>5</sup>  
<sup>1</sup>Αναπληρώτρια Διοικήτρια Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ και Αντιπρόεδρος Δ.Σ. Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ - Ε.Κ.Α., PhD (c), Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Εργαστήριο Οικονομικών και Διοίκησης της Υγείας, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, MSc. Διοικητικής Επιστήμης, BSc. Κοινωνικής Πολιτικής, Ελληνικός Οργανισμός Πολιτικών Επιστημών, Εταιρεία Ιατρικών Μελετών Κρήτης, <sup>2</sup>Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ, MSc., <sup>3</sup>Α/Προϊσταμένη Τμήματος Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, Υπεύθυνη Γραφείου Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών/ριών Υπηρεσιών Υγείας των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ, MSc., BSc., <sup>4</sup>Γραμματεία Διοίκησης, Τ.Ε. Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, Τ.Ε.Ι., Αθηνών, <sup>5</sup>Νοσηλεύτρια Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ, MSc
- AA15 Η ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΓΡΑΦΕΙΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΛΗΠΤΩΝ/ΡΙΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ.  
Π. Κουφοπούλου<sup>1</sup>, Χ. Μαστρογιάννη<sup>2</sup>, Κ. Ανδρουτσοπούλου-Λύτρα<sup>3</sup>, Γ. Μπέτση<sup>4</sup>, Α. Βοζίκη<sup>5</sup>  
<sup>1</sup>Αναπληρώτρια Διοικήτρια Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ και Αντιπρόεδρος Δ.Σ. Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ - Ε.Κ.Α., PhD (c), Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Εργαστήριο Οικονομικών και Διοίκησης της Υγείας, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, MSc. Διοικητικής Επιστήμης, BSc. Κοινωνικής Πολιτικής, Ελληνικός Οργανισμός Πολιτικών Επιστημών, Εταιρεία Ιατρικών Μελετών Κρήτης, <sup>2</sup>Α' Προϊσταμένη Τμήματος Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, Υπεύθυνη Γραφείου Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών/ριών Υπηρεσιών Υγείας των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. Γ.Ν.Α. Κ.Α.Τ., MSc., BSc., <sup>3</sup>Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ, MSc., <sup>4</sup>Γραμματεία Διοίκησης, Τ.Ε. Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, Τ.Ε.Ι. Αθηνών, <sup>5</sup>Επίκουρος Καθηγητής, Διευθυντής Εργαστηρίου Οικονομικών και Διοίκησης της Υγείας, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς

---

## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

---

### e- Poster Presentation 4 (16-19)

Προεδρείο: **Α. Αλωνιστιώτη, Α. Τόσκα**

AA 16 ΠΟΛΥΦΑΡΜΑΚΙΑ. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

**Α. Τόσκα**<sup>1</sup>, Μ. Σαρίδη<sup>1</sup>, Δ. Λατσού<sup>2</sup>, Μ. Γείτονα<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Γ.Ν. Κορίνθου, <sup>2</sup>Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

AA 17 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ, ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩ-  
ΠΙΣΗ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

**Π. Δάφνου**<sup>1</sup>, Ε. Αλεξοπούλου<sup>2</sup>, Ε. Νταλάπα<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ΤΕ, ΜSc, Νοσηλεύτρια, Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ (Τμήμα Νοσηλείας Ασθενών με Λοίμωξη), <sup>2</sup>ΤΕ, Νοσηλεύτρια, Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ (Τμήμα Νοσηλείας Ασθενών με Λοίμωξη), <sup>3</sup>ΠΕ, ΜSc(c) Νοσηλεύτρια, Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ (Τμήμα Νοσηλείας Ασθενών με Λοίμωξη)

AA 18 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ  
ΛΥΚΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΙΣ ΗΝΩΜΕΝΕΣ ΠΟΛΙΤΕΙΕΣ ΑΜΕΡΙΚΗΣ

**Α. Φάλκου**, Α. Αλεξούδης, Σ. Θεοδωρακόπουλος, Κ. Ζουπίδου, Σ. Χαλδούπη  
Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ-ΕΚΑ, Αθήνα

AA 19 ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΕΡΥΘΡΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗ

Ε. Πολυχρονοπούλου

Νοσηλεύτρια, ΜSc, Αιμοδοσία, Ε.Α.Ν. Πειραιά «Μεταξά»

### 12.30-13.15 **Διάλεξη Ειδικού**

Προεδρείο: **Π. Κουφοπούλου, Μ. Σαρίδη**

Πρόλογος

**Π. Κουφοπούλου**

Οικονομική κρίση: Επίδραση στην υγεία των πολιτών και επιπτώσεις  
στα Συστήματα Υγείας

**Δ. Καλομοίρη**

Επίλογος – Σχολιασμός

**Μ. Σαρίδη**



---

## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

---

### 13.15-14.30 **Στρογγυλό Τραπέζι**

#### **Ειδικά Θέματα προαγωγής υγείας στους ασθενείς με καρδιομεταβολικά νοσήματα**

*Προεδρείο: Μ. Κουράκος, Π. Πρεζεράκος*

Κατάθλιψη στους ασθενείς με χρόνια καρδιομεταβολικά νοσήματα

#### **Μ. Ρεκλείτη**

Στυτική δυσλειτουργία στα χρόνια καρδιομεταβολικά νοσήματα

#### **Θ. Καυκιά**

Διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών στην πρόληψη της στεφανιαίας νόσου

#### **Κ. Πέτσιος**

### 14.30-15.30 **Ελαφρύ Γεύμα**

### 15.30-17.00 **Προφορικές Ανακοινώσεις (01-10)**

*Προεδρείο: Θ. Αδαμοπούλου, Α. Αλωνιστιώτη, Γ. Παπαντωνίου*

#### **ΒΡΑΒΕΥΣΗ ΠΡΟΦΟΡΙΚΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ**

ΠΑ 01 ΣΧΕΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΡΥΠΑΝΣΗΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ (3-6 ΕΤΩΝ)

**(ΕΠΑΙΝΟΣ 1ης Καλύτερης Προφορικής Ανακοίνωσης)**

Μ. Σαρίδη<sup>1</sup>, Σ. Καρακού ση<sup>2</sup>, Κ. Σουλιώτης<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Γ.Ν. Κορίνθου, <sup>2</sup>Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

ΠΑ 02 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΠΝΟΙΑΣ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

**(ΕΠΑΙΝΟΣ 2ης Καλύτερης Προφορικής Ανακοίνωσης)**

Μ. Κουράκος<sup>1</sup>, Ι. Παπαθανασίου<sup>2</sup>, Β. Κωνσταντικάκη<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Διευθυντής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, PhD, Γ.Ν. «Ασκληπιείον» Βούλας, <sup>2</sup>Επίκουρος Καθηγήτρια, PhD, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλίας, <sup>3</sup>Νοσηλεύτρια Λοιμώξεων, PhD, Α.Ν. «Θεαγένειο» Θεσσαλονίκης

ΠΑ 03 Η ΣΧΕΣΗ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΜΕ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ

**(ΕΠΑΙΝΟΣ 2ης Καλύτερης Προφορικής Ανακοίνωσης)**

Μ. Σαρίδη, Α. Νάνου, Α. Τόσκα, Μ. Κουράκος, Χ. Βασιλόπουλος, Κ. Σουλιώτης  
Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

ΠΑ 04 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

**(ΕΠΑΙΝΟΣ 3ης Καλύτερης Προφορικής Ανακοίνωσης)**

Δ. Κουτσομπόλης

Φοιτητής Νοσηλευτικής, IST College Bsc (Hons) Adult Nursing



---

## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

---

- ΠΑ 05 ΔΙΕΡΕΥΝΙΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΔΟΜΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΕΝΑΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΤΩΝ ΕΤΗΣΙΩΝ ΔΙΑΚΟΜΙΔΩΝ**  
Μ. Σαρίδη<sup>1</sup>, Ε. Παπακωνσταντίνου<sup>2</sup>, Μ. Δαμουλιάνου<sup>3</sup>, Θ. Πανουτσοπούλου<sup>4</sup>, Γ. Παπαγεωργίου<sup>5</sup>, Α. Τόσκα<sup>6</sup>  
<sup>1</sup>Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, PhD, Γ.Ν. Κορίνθου, <sup>2</sup>Τομέαρχης Χειρουργικού Νοσηλευτικού Τομέα, MSc, Γ.Ν. Κορίνθου, <sup>3</sup>Τομέαρχης Παθολογικού Νοσηλευτικού Τομέα, Γ.Ν. Κορίνθου, <sup>4</sup>Στατιστικός, Πτυχιούχος Τηλεπληροφορικής και Διοίκησης, <sup>5</sup>Νοσηλεύτρια, MSc, Χειρουργείο, Γ.Ν. Κορίνθου, <sup>6</sup>Προϊστάμενος Χειρουργείου, PhD, Γ.Ν. Κορίνθου
- ΠΑ 06 ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ**  
Θ. Καυκιά<sup>1</sup>, Ε. Φραδέλος<sup>2</sup>, Μ. Σαρίδη<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Καθηγήτρια Εφαρμογών, PhD, Τμήμα Νοσηλευτικής, Α-ΤΕΙ Θεσσαλονίκης, <sup>2</sup>Νοσηλεύτρια, MSc, PhD(c), Ψ.Ν.Α. «ΔΑΦΝΙ», <sup>3</sup>Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, PhD, Γ.Ν. Κορίνθου
- ΠΑ07 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ: ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ**  
Χ. Στούκα<sup>1</sup>, Π. Κουφοπούλου<sup>2</sup>, Κ. Ανδρουτσοπούλου-Λύτρα<sup>3</sup>, Ε. Δανέβα<sup>4</sup>  
<sup>1</sup>PhD (c), Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, MSc., Προϊσταμένη Ακτινοδιαγνωστικού Εργαστηρίου, Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ, <sup>2</sup>Αναπληρώτρια Διοικήτρια, Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ και Αντιπρόεδρος Δ.Σ. Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ -Ε.Κ.Α., PhD (c), Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Εργαστήριο Οικονομικών και Διοίκησης της Υγείας, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, MSc. Διοικητικής Επιστήμης, BSc. Κοινωνικής Πολιτικής, Ελληνικός Οργανισμός Πολιτικών Επιστημών, Εταιρεία Ιατρικών Μελετών Κρήτης, <sup>3</sup>Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ, MSc., <sup>4</sup>PhD (c), Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, MSc., Νοσηλεύτρια Νευροχειρουργικής Κλινικής, Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ
- ΠΑ 08 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΚΟΣΤΟΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**  
Ε. Σταματοπούλου<sup>1</sup>, Α. Σταματοπούλου<sup>2</sup>, Α.Δ. Φωτάκης<sup>3</sup>, Δ. Τσίλιας<sup>4</sup>, Δ. Γιαννακόπουλος<sup>5</sup>, Ν. Κοντοδημόπουλος<sup>6</sup>  
<sup>1</sup>Νοσηλεύτρια Αναισθησιολογικού Τμήματος Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ, MSc Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Εκπαιδευτικός, MS(c) Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας ΑΕΙ Πειραιά, Τ.Τ. και Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Member PCRS-UK, <sup>2</sup>Οικονομολόγος, MSc international Human Recourse Management, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας ΑΕΙ Πειραιά, Τ.Τ. και Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Υποστήριξη Διδακτικού Έργου ΑΕΙ Πειραιά, Τ.Τ. και Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, <sup>3</sup>Αναισθησιολόγος, Επιμελητής Α' ΜΕΘ, Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center, Αθήνα, <sup>4</sup>Νοσηλεύτρια, MSc Αναπληρωτής Προϊστάμενος Β' Παθολογικής Κλινικής Γ.Ν. Παίδων Αθηνών Π. & Α. Κυριακού, Εργαστηριακός Συνεργάτης Α.Τ.Ε.Ι., Αθήνα, <sup>5</sup>Ομότιμος Καθηγητής ΑΕΙ Πειραιά, Τ.Τ., Διευθυντής Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας σε συνεργασία ΑΕΙ Πειραιά, Τ.Τ. και Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, PhD σε Συστήματα Αποφάσεων, <sup>6</sup>PhD, Διδάκτωρ του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, Διοικητής Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ



---

## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

---

- ΠΑ 09 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ  
Β. Καψιώχα<sup>1</sup>, Β. Παπαβασιλείου<sup>1</sup>, Μ. Χανιά<sup>2</sup>, Χ. Φλώρου<sup>2</sup>  
*<sup>1</sup>Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου – Τμήμα Νοσηλευτικής, <sup>2</sup>Γ.Ν. Λακωνίας – Ν.Μ. Σπάρτης*
- ΠΑ 10 ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ  
Π. Καλατζή, Κ. Τσιγκάρη, Χ. Φλώρου, Μ. Χανιά  
*Γ.Ν. Λακωνίας Νοσηλευτική Μονάδα Σπάρτης*

### 17.15 **Λήξη Ημερίδας**

- 19.30 Αναχώρηση πούλμαν από Συνεδριακό Κέντρο για Αθήνα και Κόρινθο

---

## ΠΡΟΕΔΡΟΙ – ΟΜΙΛΗΤΕΣ

---

### **ΑΔΑΜΟΠΟΥΛΟΥ ΘΕΟΔΟΥΛΗ**

*MSc, Τομέαρχης Χειρουργικού Τομέα, Γ.Ν. Καλαμάτας*

### **ΑΛΩΝΙΣΤΙΩΤΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ**

*Προϊσταμένη Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Κορίνθου*

### **ΑΝΔΡΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΥ-ΛΥΤΡΑ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ**

*Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Med σπουδές στην εκπαίδευση, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»*

### **ΑΡΑΠΟΣΤΑΘΗ ΚΑΝΕΛΛΑ**

*Προϊσταμένη Οροπεδική Κλινικής, Γ.Ν. Καλαμάτας*

### **ΓΚΟΥΖΟΥ ΜΑΡΙΑ**

*PhD, Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Γ.Ν. Καλαμάτας*

### **ΖΥΓΑ ΣΟΦΙΑ**

*Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και  
Αναπληρώτρια Πρύτανης Πανεπιστημίου Πελοποννήσου για θέματα Έρευνας και Ανάπτυξης*

### **ΚΑΛΟΜΟΙΡΗ ΔΗΜΗΤΡΑ**

*MSc, Διοικητής Γ.Ν. Κορίνθου*

### **ΚΑΤΣΑΦΟΥΡΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ**

*MSc©, Προϊσταμένη Πανεπιστημιακής Ορθοπαιδικής Κλινικής, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»*

### **ΚΑΥΚΙΑ ΘΕΟΔΩΡΑ**

*RN, MSc, PhD, Καθηγήτρια Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Α-ΤΕΙ Θεσσαλονίκης*

### **ΚΑΦΑΝΤΟΓΙΑ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ**

*MSc©, Νοσηλεύτρια Επιτήρησης Λοιμώξεων, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»*

### **ΚΟΥΡΑΚΟΣ ΜΙΧΑΗΛ**

*PhD, Διευθυντής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Γ.Ν. "Ασκληπιείο" Βούλας*

### **ΚΟΥΦΟΠΟΥΛΟΥ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ**

*Αναπληρώτρια Διοικήτρια και Αντιπρόεδρος Δ.Σ., Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ», PhD©, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης,  
Εργαστήριο Οικονομικών και Διοίκησης της Υγείας, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Πειραιάς, MSc., BSc.,  
Ε.Ο.Π.Ε., Εταιρεία Ιατρικών Μελετών Κρήτης*

### **ΚΟΥΤΕΛΙΑΡΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ**

*Προϊσταμένη Οφθαλμολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Καλαμάτας*

### **ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ**

*Αναπληρώτρια Προϊσταμένη Διατομεακού Τμήματος, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»*

### **ΜΑΡΚΕΤΗ ΣΤΥΛΙΑΝΗ**

*MSc, Νοσηλεύτρια, Γραφείο Εκπαίδευσης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»*



---

## ΠΡΟΕΔΡΟΙ – ΟΜΙΛΗΤΕΣ

---

### **ΜΑΣΓΑΛΑ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ**

Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Επιμελήτρια Α', Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ν. Ιωνίας - Πατησίων  
«Κωνσταντοπούλειο»

### **ΠΑΠΑΝΤΩΝΙΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ**

MA in public management, Προϊσταμένη Χειρουργείου, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»

### **ΠΑΡΑΔΕΙΣΗΣ ΕΩΡΓΙΟΣ**

Επίκουρος Καθηγητής ΤΕΦΑΑ

### **ΠΕΤΣΙΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ**

Νοσηλεύτης ΠΕ, ΜΗΜ(ς), ΜΗSc, PhD, Κλινικός Εκπαιδευτής "Ωνάσειο" Κ.Κ., Επιστημονικός Συνεργάτης  
Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

### **ΠΡΕΖΕΡΑΚΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ**

Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

### **ΡΕΚΛΕΙΤΗ ΜΑΡΙΑ**

PhD, Νοσηλεύτρια, Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Κορίνθου

### **ΣΑΡΑΚΑΤΣΑΝΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ**

Νοσηλεύτρια Msc, Χειρουργείο Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»

### **ΣΑΡΙΔΗ ΜΑΡΙΑ**

PhD, Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Γ.Ν. Κορίνθου

### **ΣΓΟΥΡΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ**

Παθολόγος, Επιμελητής Β' Παθολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Πύργου

### **ΤΟΣΚΑ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ**

RN, Bsc, MSc, PhD Γ.Ν. Κορίνθου, Research Fellow of University of Peloponnese

### **ΦΡΑΔΕΛΟΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ**

PhD, Νοσηλεύτης, Ψ.Ν.Α. «Δαφνί»

## ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

### ΤΟΠΟΣ ΚΑΙ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΗΜΕΡΙΔΑΣ

Η Ημερίδα θα διεξαχθεί από 22 έως 25 Ιουνίου 2017 στο Hotel Elite City Resort στην Καλαμάτα (Ναυαρίνου 2, Καλαμάτα 24100, **T.** 27210 22434, **F.** 27210 84369, **w.** www.elite.com.gr), στο πλαίσιο του 10ου Πανελληνίου Συνεδρίου Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου.

### ΜΟΡΙΟΔΟΤΗΣΗ

Θα χορηγηθούν 3 (τρεις) Μονάδες Συνεχιζόμενης Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης από την Ε.Ν.Ε. (Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος).

### ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

**Συμμετοχή:** 15,00 € (θα τηρηθεί σειρά προτεραιότητας).

Φοιτητές Δωρεάν Συμμετοχή (απαραίτητη η προσκόμιση εγγράφου που θα βεβαιώνει την ιδιότητα).

**Περιλαμβάνεται:** Παρακολούθηση Επιστημονικού Προγράμματος της Ημερίδας, φάκελος με ενημερωτικό υλικό, καφέ στο διάλειμμα, ελαφρύ γεύμα και πιστοποιητικό παρακολούθησης με μοριοδότηση από την Ε.Ν.Ε.

Επιπλέον επιβάρυνση 5,00€ για όσους επιλέξουν να μετακινηθούν με μισθωμένα πούλμαν (αναχώρηση από τα Νοσοκομεία ΚΑΤ και Κορίνθου και επιστροφή μετά τη λήξη της Ημερίδας).

Για λεπτομέρειες σχετικά με τη συμμετοχής σας, τον τρόπο πληρωμής και τη διαμονή σας, επισκεφθείτε την ιστοσελίδα του συνεδρίου [www.empakan-synedrio2017.gr](http://www.empakan-synedrio2017.gr)

### ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ και ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

#### Ελεύθερες Ανακοινώσεις:

Διάρκεια παρουσίασης: 8 λεπτά (και 2 λεπτά συζήτησης)

#### Αναρτημένες Ανακοινώσεις:

Διάρκεια παρουσίασης: 3 λεπτά

Οι εργασίες που θα παρουσιαστούν ως Αναρτημένες Ανακοινώσεις θα είναι σε ηλεκτρονική μορφή (E-posters) σε οθόνες plasma σε ειδικό χώρο του Συνεδρίου.

Δεν απαιτείται η κατασκευή (εκτύπωση) poster από τους συγγραφείς.

#### Βράβευση εργασιών

Έπαινοι θα απονεμηθούν στην 1<sup>η</sup>, 2<sup>η</sup> και 3<sup>η</sup> καλύτερη προφορική εργασία.

#### Επιτροπή Βράβευσης

Μ. Κουράκος, Ι. Κυριαζής, Μ. Σαρίδη





## ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ



## ΠΑ 01

### ΣΧΕΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΡΥΠΑΝΣΗΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ (3-6 ΕΤΩΝ)

Μ. Σαρίδη<sup>1</sup>, Σ. Καρακούση<sup>2</sup>, Κ. Σουλιώτης<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Γ.Ν. Κορίνθου, <sup>2</sup>Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

**Εισαγωγή:** Η ρύπανση του εσωτερικού περιβάλλοντος αποτελεί το πρώτο από τα έξι μεγαλύτερα προβλήματα υψηλού κινδύνου για την υγεία και την πρώτη πηγή από τις δεκαοκτώ γνωστές πηγές κινδύνου για καρκίνο, που προκαλεί ετησίως χιλιάδες θανάτους, εκατομμύρια νοσήματα και ανυπολόγιστες οικονομικές ζημιές.

**Σκοπός:** Η διερεύνηση της σχέσης των παραγόντων ρύπανσης του εσωτερικού περιβάλλοντος και της κατάστασης υγείας των παιδιών προσχολικής ηλικίας (3-6 ετών).

**Υλικό-Μέθοδος:** Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 126 γονείς παιδιών προσχολικής ηλικίας, που προσήλθαν στις υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του νομού Κορινθίας. Η συλλογή του εμπειρικού υλικού πραγματοποιήθηκε με τη χρήση Ανώνυμου ερωτηματολογίου. Προκειμένου να ελεγχθεί η ύπαρξη γραμμικής σχέσης μεταξύ των ποσοτικών μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης του Pearson. Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με το πρόγραμμα SPSS 22.0.

**Αποτελέσματα:** Οι γονείς εκτιμούν θετικότερα τη γενική κατάσταση υγείας των παιδιών τους καθώς τη χαρακτηρίζουν ως άριστη (49,2%) και πολύ καλή/καλή (49,2%), χωρίς ιδιαίτερους περιορισμούς σε καθημερινές δραστηριότητες λόγω προβλημάτων υγείας, χωρίς παρουσία συναισθηματικών προβλημάτων ή προβλημάτων συμπεριφοράς, αλλά και προβλημάτων που σχετίζονται με τον ρόλο της σωματικής τους λειτουργικότητας. Σύμφωνα με τους συμμετέχοντες, η συντριπτική πλειοψηφία των παιδιών τους δεν εμφάνισε άσθμα (92,9%), εμφανίζοντας όπως κάποιες αλλεργικές αντιδράσεις, κυρίως σε φάρμακα (15,1%). Η πλειοψηφία των οικογενειών ήταν τετραμελής (46%), κατοικούσαν σε σπίτια με 5 δωμάτια (29,4%) και 4 δωμάτια (27,8%) αντίστοιχα, ενώ σχεδόν τα μισά παιδιά του δείγματος της μελέτης δεν μοιράζονταν το υπνοδωμάτιό τους με άλλα άτομα (48,4%). Η πλειοψηφία των γονιών επιβεβαίωσε την ύπαρξη κλιματιστικού μηχανήματος στο σπίτι (70,6%), ενώ αντίθετα δήλωσε πως δεν έχει ζώα στο σπίτι (73%). Επίσης, δήλωσε ότι δεν καπνίζει εντός της οικίας (67,5%), με τους περισσότερους από τους μισούς εξ αυτών, να δηλώνουν ότι είναι οι μοναδικοί καπνιστές στο σπίτι (53,7%).

**Συμπεράσματα:** Η βελτίωση της ποιότητας του αέρα συνιστά ένα εξαιρετικά πολυσύνθετο πρόβλημα, καθώς οι διάφορες ρυπογόνες ουσίες παράγονται τόσο σε εξωτερικούς όσο και σε εσωτερικούς χώρους, κάτι που συνιστά πολύ δύσκολη τη μείωσή τους. Ωστόσο, αποτελεί επιτακτική ανάγκη, δεδομένων των επιβλαβών επιπτώσεων των ρύπων στην ανθρώπινη υγεία, ιδιαίτερω των ευπαθών κοινωνικών ομάδων, στις οποίες ανήκουν και τα παιδιά.

**Λέξεις-Κλειδιά:** Εσωτερικό περιβάλλον, εσωτερική ρύπανση, ποιότητα αέρα, πηγές ρύπανσης, υγεία, παιδιά προσχολικής ηλικίας.

## ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΠΝΟΙΑΣ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Μ. Κουράκος<sup>1</sup>, Ι. Παπαθανασίου<sup>2</sup>, Β. Κωνσταντικάκη<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Διευθυντής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, PhD, Γ.Ν. «Ασκληπιείον» Βούλας, <sup>2</sup>Επίκουρος Καθηγήτρια, PhD, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλίας, <sup>3</sup>Νοσηλεύτρια Λοιμώξεων, PhD, Α.Ν. «Θεαγένειο» Θεσσαλονίκης

**Εισαγωγή:** Το σύνδρομο άπνοιας στον ύπνο (ΣΑΥ) είναι μια πολύ συχνή διαταραχή της αναπνοής η οποία χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενες διακοπές αυτής (άπνοιες - υπόπνοιες) κατά τη διάρκεια του ύπνου. Η άπνοια στον ύπνο έχει συσχετιστεί με αυξημένη επίπτωση στεφανιαίας νόσου, με καρδιακή ανεπάρκεια και με διαταραχές του καρδιακού ρυθμού.

**Σκοπός:** Η συσχέτιση του ΣΑΥ με τα καρδιαγγειακά νοσήματα και η ανάδειξη των κινδύνων που προκαλούνται.

**Μεθοδολογία:** Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση βιβλιογραφίας, σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων όπως «Pubmed, Cinahl, Doaj, Medline, Scopus» για το ΣΑΥ και τη σχέση του με τα καρδιαγγειακά νοσήματα.

**Αποτελέσματα:** Οι αρνητικές επιδράσεις στην υγεία από το ΣΑΥ είναι μεγάλες. Ποικίλοι μηχανισμοί εξηγούν τη συσχέτιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων με την άπνοια στον ύπνο (αυξημένη δραστηριότητα του συμπαθητικού, οξειδωτικό stress, διαταραχή του μεταβολισμού, δυσλειτουργία του ενδοθηλίου κ.α.). Οι άπνοιες προκαλούν οξεία νυχτερινά καρδιαγγειακά επεισόδια, κυρίως μέσω της υποξυγοναιμίας και της κατακράτησης διοξειδίου του άνθρακα, επηρεάζοντας το αυτόνομο νευρικό σύστημα και την αιμοδυναμική απόκριση στον ύπνο. Σε μελέτη των Marin et al (2005) βρέθηκε ότι άτομα με αποφρακτική άπνοια ύπνου μεγάλης βαρύτητας που δεν έχουν θεραπευτεί διατρέχουν κατά 3.17% αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης θανατηφόρου καρδιαγγειακού επεισοδίου σε σύγκριση με τους υγιείς. Η θεραπεία με CPAP μειώνει αυτόν τον κίνδυνο.

**Συμπεράσματα:** Το ΣΑΥ αναδεικνύεται ως ένα σημαντικό πρόβλημα για τη δημόσια υγεία. Η αναγνώριση της συσχέτισης του με τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι μία νέα προσέγγιση του προβλήματος, που αποτελεί πρόκληση για τη δημόσια υγεία. Η θεραπευτική αντιμετώπιση των άπνοιών είναι σημαντικός παράγοντας για μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου. Η ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας θεωρείται σημαντική για την έγκαιρη πρόληψη, διάγνωση και αντιμετώπιση του προβλήματος.

**Λέξεις-Κλειδιά:** Σύνδρομο άπνοιας, καρδιαγγειακοί κίνδυνοι, θεραπεία.



## Η ΣΧΕΣΗ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΜΕ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ

Μ. Σαρίδη, Α. Νάνου, Α. Τόσκα, Μ. Κουράκος, Χ. Βασιλόπουλος, Κ. Σουλιώτης  
Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

**Εισαγωγή:** Αυξημένα ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ και επεισοδίων βαριάς κατανάλωσης έχουν καταγραφεί σε φοιτητικούς πληθυσμούς παγκοσμίως. Στην Ελλάδα το θέμα έχει αρχίσει να διερευνάται δείχνοντας μια ανησυχητική αυξημένη τάση κατανάλωσης αλκοόλ.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της χρήσης αλκοόλ σε φοιτητές και η ανάπτυξη πιθανών φαινομένων εξάρτησης από αυτό.

**Μεθοδολογία:** Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στο τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν όλοι οι φοιτητές, προπτυχιακοί, μεταπτυχιακοί και διδακτορικοί του τμήματος Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Στη μελέτη χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο για τον προσδιορισμό του βαθμού εξάρτησης από το αλκοόλ, Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 19.0.

**Αποτελέσματα:** Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 203 φοιτητές, με το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών να είναι γυναίκες 82,3% (n=167) και η μέση ηλικία τους τα 24,9 έτη ( $\pm 7,6$ ). Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι το 7,4% (n=15) των φοιτητών που συμμετείχαν δεν καταναλώνει καθόλου αλκοόλ, ενώ το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων 36% (n=73) ανέφερε ότι καταναλώνει αλκοόλ μια φορά το μήνα περίπου. Η πλειοψηφία του δείγματος [96,1% (n=195)] ανέφερε ότι, δεν χρειάστηκε ποτέ να πει ένα ποτό το πρωί για να μπορέσει να λειτουργήσει μετά από ένα βράδυ με μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ και το 90,1% (n=183) δεν παρουσίασε ποτέ έλλειψη μνήμης. Σε ότι αφορά στο φύλο, οι άντρες σημείωσαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα εξάρτησης από το αλκοόλ, σε σύγκριση με τις γυναίκες ( $4,89 \pm 4,49$  vs  $3,35 \pm 3,87$ ,  $p=0,001$ ). Στη σχέση μεταξύ ηλικίας και κλίμακας εξάρτησης των συμμετεχόντων από το αλκοόλ, υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση ( $p=0,001$ ,  $r=-0,14$ ), γεγονός που καταδεικνύει ότι όσο αυξάνεται η ηλικία των συμμετεχόντων τόσο μειώνεται η εξάρτησή τους από το αλκοόλ.

**Συμπεράσματα:** Οι φοιτητές αποτελούν μια κρίσιμη ηλικιακή ομάδα, η οποία πρέπει να προσεγγιστεί μέσω του εκπαιδευτικού πλαισίου αλλά και μέσω προγραμμάτων προαγωγής υγείας, έτσι ώστε να μειωθεί η κατανάλωση αλκοόλ και να υιοθετηθούν ορθές συμπεριφορές υγείας.

**Λέξεις-Κλειδιά:** Αλκοόλ, κατανάλωση, φοιτητές, προαγωγή υγείας.

## **Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ.**

Δ. Κουτσομπόλης

Φοιτητής Νοσηλευτικής, *IST College Bsc (Hons) Adult Nursing*

**Εισαγωγή:** Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) με βάση τη Παγκόσμια έκθεση που παρουσίασε το 2015 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) έχει χαρακτηριστεί ως μία σοβαρή, χρόνια και προοδευτική μεταβολική νόσος. Η ρύθμισή του είναι αποτέλεσμα συνδυασμού τριών ενεργειών, της φαρμακευτικής αγωγής, της σωματικής άσκησης και της διατροφής.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης ήταν η μελέτη της βιβλιογραφίας σχετικά με τις νεότερες οδηγίες που θα πρέπει να ακολουθούν οι διαβητικοί ασθενείς σχετικά με την διατροφή τους.

**Μεθοδολογία:** Στη βιβλιογραφική ανασκόπηση χρησιμοποιήθηκαν οι βάσεις δεδομένων SCOPUS και PUBMED. Μελετήθηκαν άρθρα μετά το 2000 και χρησιμοποιήθηκαν οι λέξεις κλειδιά όπως σακχαρώδης διαβήτης, διαίτα, διατροφή, μεταβολικό νόσημα και οι συνδυασμοί αυτών. Βρέθηκαν 129 άρθρα και μετά από αποκλεισμούς που τέθηκαν χρησιμοποιήθηκαν συνολικά 33 άρθρα σχετικά με το θέμα καθώς και 3 βιβλία.

**Αποτελέσματα:** Από την μελέτη της βιβλιογραφίας βρέθηκε ότι η συμμόρφωση διαβητικών ασθενών με τη διατροφή τους μπορεί να τους βοηθήσει έτσι ώστε να έχουν καλύτερο έλεγχο της αιμοσφαιρίνης κατά 0.5% - 2% σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, ενώ σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 κατά 0.3% - 1%. Σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες η Μεσογειακή διαίτα σε σύγκριση με την ελεγχόμενη διαίτα εμφάνισε μείωση των επιπέδων γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης κατά 0.3% - 0.47% σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Επίσης η ελεγχόμενη χρήση αλκοόλ (1 - 3 ποτήρια ημερησίως) μπορεί να βοηθήσει στην χαμηλότερη συχνότητα εμφάνισης του ΣΔ. Η American Academy of Pediatrics (AAP) συστήνει καθημερινή άσκηση 60 - 90 λεπτών για τα μικρά παιδιά, 90 - 120 λεπτών για παιδιά προσχολικής ηλικίας και τουλάχιστον 60 λεπτών για τους εφήβους. Επιπλέον η άσκηση τόσο πριν όσο και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης επιφέρει μείωση του κινδύνου ανάπτυξης ΣΔ στη γυναίκα καθώς και ΣΔ τύπου 2 στο νεογνό.

**Συμπεράσματα:** Η εφαρμογή ενός σωστού και άρτια οργανωμένου πλάνου διατροφής και άσκησης, καθώς και η εκπαίδευση των διαβητικών ασθενών και των οικείων τους, μπορεί να συμβάλει στην καλύτερη διαχείριση του ΣΔ.

**Λέξεις-Κλειδιά:** Σακχαρώδης Διαβήτης, Δίαιτα, Διατροφή, μεταβολικό νόσημα



## ΠΑ 05

### ΔΙΕΡΕΥΝΙΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΔΟΜΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΕΝΑΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΤΩΝ ΕΤΗΣΙΩΝ ΔΙΑΚΟΜΙΔΩΝ

Μ. Σαρίδη<sup>1</sup>, Ε. Παπακωνσταντίνου<sup>2</sup>, Μ. Δαμουλιάνου<sup>3</sup>, Θ. Πανουτσοπούλου<sup>4</sup>, Γ. Παπαγεωργίου<sup>5</sup>, Α. Τόσκα<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, PhD, Γ.Ν. Κορίνθου, <sup>2</sup>Τομέαρχης Χειρουργικού Νοσηλευτικού Τομέα, MSc, Γ.Ν. Κορίνθου, <sup>3</sup>Τομέαρχης Παθολογικού Νοσηλευτικού Τομέα, Γ.Ν. Κορίνθου, <sup>4</sup>Στατιστικός, Πτυχιούχος Τηλεπληροφορικής και Διοίκησης, <sup>5</sup>Νοσηλεύτρια, MSc, Χειρουργείο, Γ.Ν. Κορίνθου, <sup>6</sup>Προϊστάμενος Χειρουργείου, PhD, Γ.Ν. Κορίνθου

**Εισαγωγή:** Ένας σημαντικός παράγοντας που μπορεί να προσδιορίσει το τι ανάγκες έχει ένα περιφερειακό νοσοκομείο μπορεί να προκύψει από τα χαρακτηριστικά των διακομιδών που εκτελούνται από αυτό.

**Σκοπός:** Σκοπός της μελέτης ήταν η τεκμηρίωση των πραγματικών αναγκών, των αδυναμιών και της δυναμικής που παρουσιάζει το συγκεκριμένο νοσοκομείο, μέσα από τη συστηματική καταγραφή των χαρακτηριστικών που παρουσιάζουν οι διακομιδές που έγιναν από το νοσοκομείο μέσα σε ένα έτος.

**Μεθοδολογία:** Η έρευνα αυτή, είναι περιγραφική αναδρομική μελέτη με καταγραφή όλων των διακομιδών που έγιναν από το Γ.Ν. Κορίνθου για το έτος 2014. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0. Η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο  $p=0,005$ . Στο πρωτόκολλο καταγραφής συμπεριλήφθησαν όλες οι πληροφορίες που αναγράφονται στα έντυπα διακομιδής και σε αρκετές περιπτώσεις χρειάστηκε αποσαφήνιση κάποιων στοιχείων με τους εμπλεκόμενους.

**Αποτελέσματα:** Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν όλα τα περιστατικά που διακομίσθηκαν από το Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου κατά το έτος 2014. Συνολικά καταγράφηκαν 678 διακομιδές. Σε ότι αφορά στη συχνότητα εμφάνισης διακομιδών κατά τη διάρκεια του έτους οι μήνες Ιούλιος (12,8%) και Αύγουστος (9,3%) εμφάνισαν την υψηλότερη επίπτωση. Σε σχέση με τις κλινικές που διενήργησαν τη διακομιδή, η καταγραφή έδειξε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό προήλθε από την Καρδιολογική κλινική (29,5%) και το Χειρουργικό ΤΕΠ (21,4%). Η αιτία διακομιδής παραμένει άγνωστη ή δεν αναγράφεται για το 57,8% των περιστατικών, ενώ από το 42% των αναγραφόμενων διακομιδών υψηλά ποσοστά εμφανίζει η διακομιδή για Στεφανιογραφία (19,9%). υψηλό ποσοστό (23,3%) διακομιδών εμφανίζουν οι άνδρες που διακομίσθηκαν από το ΤΕΠ Χειρουργικό, με αιτία αναφερόμενο τροχαίο ατύχημα, ενώ χαμηλό ποσοστό διακομιδών (0,9%) εμφανίζεται στα Ορθοπεδικά περιστατικά σε άνδρες και αφορούν σε διακομιδή ειδικών περιστατικών προς τριτοβάθμιο νοσοκομείο.

**Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα της μελέτης καταδεικνύουν τις ανάγκες και τις δυνατότητες ενός συγκεκριμένου νοσοκομείου και θα μπορούσαν να συγκριθούν με άλλα όμορων νομών έτσι ώστε να προκύψει από αυτά μια ορθολογικότερη διαχείριση των υφιστάμενων δομών υγείας που υπάρχουν προς όφελος των πολιτών και με στόχο τη βέλτιστη παροχή φροντίδας υγείας.

**Λέξεις-Κλειδιά:** Διακομιδές, ΕΣΥ, ανάγκες, ανάπτυξη, σχεδιασμός

## ΠΑ 06

### ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Θ. Καυκιά<sup>1</sup>, Ε. Φραδέλος<sup>2</sup>, Μ. Σαρίδη<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Καθηγήτρια Εφαρμογών, PhD, Τμήμα Νοσηλευτικής, Α-ΤΕΙ Θεσσαλονίκης, <sup>2</sup>Νοσηλεύτης, MSc, PhD(c), ΨΝ.Α. «ΔΑΦΝΙ», <sup>3</sup>Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, PhD, Γ.Ν. Κορίνθου

**Εισαγωγή:** ο καπνός εισπνέεται και τα σωματίδιά του αποτίθενται και απορροφώνται από τους πνεύμονες. Το κάπνισμα βλάπτει σχεδόν όλα τα όργανα του σώματος, όπως την καρδιά, τα αιμοφόρα αγγεία, τους πνεύμονες, τα αναπαραγωγικά όργανα, το πεπτικό σύστημα κ.α. Επίσης, το κάπνισμα ενοχοποιείται για την εμφάνιση Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ), βρογχίτιδας και βήχα.

**Σκοπός:** Η συσχέτιση της καπνισματικής συνήθειας με τα αναπνευστικά νοσήματα καθώς και η διερεύνηση των κινδύνων που προκαλεί το κάπνισμα στο αναπνευστικό σύστημα.

**Μεθοδολογία:** Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση άρθρων και μελετών, στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων «Pubmed, Cinahl, Medline» αναφορικά με τη συνήθεια του καπνίσματος και τους κινδύνους που ελλοχεύουν από το κάπνισμα στο αναπνευστικό σύστημα

**Αποτελέσματα:** Το κάπνισμα έχει συσχετιστεί με ανεπιθύμητες ενέργειες από το αναπνευστικό σύστημα, προκαλώντας κακοήθειες και μη παθήσεις, επιδεινώνοντας χρόνιες παθήσεις των πνευμόνων και αυξάνοντας τον κίνδυνο για λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος. Ένας αριθμός αναπνευστικών παθήσεων συσχετίζεται με το κάπνισμα, όπως η χρόνια βρογχίτιδα, το εμφύσημα, η χρόνια αποφρακτική νόσος των πνευμόνων και πιθανότατα η ιδιοπαθής πνευμονική ίνωση. Εκτός του καρκίνου του πνεύμονα, το κάπνισμα προκαλεί αποφρακτική νόσο των πνευμόνων, όπου ο κίνδυνος εμφάνισης είναι περισσότερο από 20 φορές μεγαλύτερος στους καπνιστές παρά στους μη καπνιστές, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες.

**Συμπεράσματα:** είναι σημαντικό να τονιστεί ότι το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο νόσησης και θανάτου από αναπνευστικά νοσήματα. Έχει αποδειχτεί ότι η διακοπή του καπνίσματος βελτιώνει την κατάσταση των ασθενών και μειώνει τον αριθμό των εισαγωγών στο νοσοκομείο για αντιμετώπιση των επιπλοκών του. Τέλος, έχει αποδειχτεί ότι η αγωγή υγείας, μέσω προγραμμάτων πρόληψης και η απαγόρευση του καπνίσματος σε κοινόχρηστους χώρους, βοηθάει σημαντικά στη θεραπεία και αντιμετώπιση ασθενών με αναπνευστικά νοσήματα.

**Λέξεις-Κλειδιά:** Καπνός, αναπνευστικά νοσήματα, κίνδυνοι, θεραπεία.





## ΠΑ 07

### ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ: ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ

Χ. Στούκα<sup>1</sup>, Π. Κουφοπούλου<sup>2</sup>, Κ. Ανδρουτσοπούλου-Λύτρα<sup>3</sup>, Ε. Δανέβα<sup>4</sup>

<sup>1</sup>PhD (c), Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, MSc., Προϊσταμένη Ακτινοδιαγνωστικού Εργαστηρίου, Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ, <sup>2</sup>Αναπληρώτρια Διοικήτρια, Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ και Αντιπρόεδρος Δ.Σ. Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ -Ε.Κ.Α., PhD (c), Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Εργαστήριο Οικονομικών και Διοίκησης της Υγείας, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, MSc. Διοικητικής Επιστήμης, BSc. Κοινωνικής Πολιτικής, Ελληνικός Οργανισμός Πολιτικών Επιστημών, Εταιρεία Ιατρικών Μελετών Κρήτης, <sup>3</sup>Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ, MSc., <sup>4</sup>PhD (c), Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, MSc., Νοσηλεύτρια Νευροχειρουργικής, Κλινικής, Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ

**Εισαγωγή:** Η αορτή είναι η μεγαλύτερη αρτηρία του σώματος, αρχίζει από την καρδιά, κάνει μια καμπή (αορτικό τόξο), διέρχεται από το θώρακα (κατιούσα θωρακική αορτή), εν συνεχεία από την κοιλιά (κοιλιακή αορτή) και τελικά διχάζεται στη λεκάνη. Αποσκοπεί στη μεταφορά του αίματος από την καρδιά στην περιφέρεια. Το ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής (Α.Κ.Α.) αποτελεί μια εκφυλιστική διαδικασία όπου γενετικές ανωμαλίες, εξωτερικοί παράγοντες και η αθηροσκλήρωση φαίνεται να παίζουν κεντρικό ρόλο στη δημιουργία του, φθάνοντας στο 75% του συνόλου των ανευρυσμάτων. Η ρήξη του αποτελεί μια σοβαρή επιπλοκή με ποσοστό θνησιμότητας περίπου 90%, και είναι η 10η αιτία θανάτου σε άντρες ηλικίας άνω των 55 ετών. Η διάμετρος του Α.Κ.Α. αποτελεί το βασικότερο κριτήριο για την ένδειξη χειρουργικής αντιμετώπισης.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να αναδείξει την επικινδυνότητα μιας πιθανής ρήξης του ανευρύσματος κοιλιακής αορτής, τις παραμέτρους που διαμορφώνουν την επιλογή της ενδεδειγμένης θεραπευτικής μεθόδου και το κόστος των θεραπευτικών μεθόδων.

**Μεθοδολογία:** Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση ελληνόγλωσσης και ξενόγλωσσης βιβλιογραφίας σε συνδυασμό με επιστημονικά συγγράμματα και βάσεις δεδομένων.

**Αποτελέσματα:** Το ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής είναι συχνή αιτία θανάτου στους άντρες περισσότερο απ' ό τι στις γυναίκες (10:1). Αποκαθίσταται χειρουργικά μέσω της ανοιχτής μεθόδου με αντικατάσταση του ανευρυσματικού τμήματος της αορτής με συνθετικό μόσχευμα και με ενδαγγειακή μέθοδο, που μέσω των μηριαίων αρτηριών εισάγεται στο Α.Κ.Α. ένα ενδομόσχευμα με χρήση ειδικού καθετήρα. Σε οικονομικούς όρους, η ανοιχτή χειρουργική αποκατάσταση έχει χαμηλότερο κόστος έναντι της ενδαυλικής μεθόδου, φθάνοντας τις 8.244,33€ (αντί τις 16.744,51€ που κοστίζει η 2η μέθοδος).

**Συμπεράσματα:** Ανάλογα με το μέγεθος του ανευρύσματος, τη μορφολογία και την κατάσταση του ασθενούς επιλέγεται η ενδεδειγμένη θεραπεία. Η ανοιχτή χειρουργική μέθοδος επικρατεί γιατί έχει δώσει αξιόπιστα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα εντούτοις έχει περισσότερες διεγχειρητικές επιπλοκές, συνδυάζοντας και το χαμηλό κόστος που σημαίνει μικρότερη επιβάρυνση για τα ασφαλιστικά ταμεία και τα νοικοκυριά.

**Λέξεις-Κλειδιά:** ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής, αντιμετώπιση, κόστος αποκατάστασης.

## ΠΙΑ 08

### ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΚΟΣΤΟΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ε. Σταματοπούλου<sup>1</sup>, Α. Σταματοπούλου<sup>2</sup>, Α.Δ. Φωτάκης<sup>3</sup>, Δ. Τσίλιας<sup>4</sup>, Δ. Γιαννακόπουλος<sup>5</sup>, Ν. Κοντοδημόπουλος<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Νοσηλεύτρια Αναισθησιολογικού Τμήματος Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ, MSc Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Εκπαιδευτικός, MS(c) Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας ΑΕΙ Πειραιά, Τ.Τ. και Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Member PCRS-UK, <sup>2</sup>Οικονομολόγος, MSc international Human Recourse Management, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας ΑΕΙ Πειραιά, Τ.Τ. και Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Υποστήριξη Διδακτικού Έργου ΑΕΙ Πειραιά, Τ.Τ. και Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, <sup>3</sup>Αναισθησιολόγος, Επιμελητής Α' ΜΕΘ, Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center, Αθήνα, <sup>4</sup>Νοσηλεύτης, MSc Αναπληρωτής Προϊστάμενος Β' Παθολογικής Κλινικής Γ.Ν. Παιδών Αθηνών Π. & Α. Κυριακού, Εργαστηριακός Συνεργάτης Α.Τ.Ε.Ι., Αθήνα, <sup>5</sup>Ομότιμος Καθηγητής ΑΕΙ Πειραιά, Τ.Τ., Διευθυντής Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας σε συνεργασία ΑΕΙ Πειραιά, Τ.Τ. και Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, PhD σε Συστήματα Αποφάσεων, <sup>6</sup>PhD, Διδάκτωρ του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, Διοικητής Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ

**Εισαγωγή:** Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν την συχνότερη και κύρια αιτία θανάτου παγκοσμίως, καθώς εκτιμάται ότι μέχρι το 2025 οι θάνατοι θα ανέλθουν στα 25 εκατομμύρια το χρόνο. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) αντιστοιχούν στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες και πολλές αναπτυσσόμενες. Η καρδιαγγειακή πάθηση είναι μία πολυπαραγοντική ασθένεια. Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, οδηγεί στην γήρανση του πληθυσμού και στην αλλαγή του νοσολογικού φάσματος, δεδομένου ότι οι καρδιαγγειακές ασθένειες αποτελούν σημαντική αιτία αναπηρίας στους ηλικιωμένους. Η δυσανάλογη αύξηση των ηλικιωμένων σε παγκόσμιο επίπεδο και ο αριθμός των ηλικιωμένων ασθενών με καρδιαγγειακή νόσο έχει αυξηθεί σημαντικά.

**Σκοπός:** Η αποτύπωση συχνότητας του επιπολασμού των καρδιαγγειακών νοσημάτων καθώς επίσης και η ανάδειξη του κόστους Δημόσιας Υγείας.

**Υλικό και Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε ενδελεχής ανασκόπηση βιβλιογραφίας, με λέξεις κλειδιά: «καρδιαγγειακά νοσήματα, επιπολασμός, κόστος».

**Αποτελέσματα:** Σύμφωνα με τα στοιχεία του Αμερικανικού Ινστιτούτου Καρδιολογίας, Πνευμονολογίας και Αιματολογίας, οι καρδιαγγειακές παθήσεις επιβάρυναν κατά 95,6 δισ. δολάρια το Αμερικανικό σύστημα περίθαλψης. Συγκεκριμένα η υπέρταση κατά 47,4 δισ. Δολάρια, ο σακχαρώδης διαβήτης κατά 45,9 δισ. δολάρια και η υπερλιπιδαιμία κατά 38,6 δισ. δολάρια. Το κόστος για νοσήλια είναι το πιο σημαντικό άμεσο κόστος και σχεδόν το 50% του συνολικού κόστους αφορά έμμεσα κόστη. Τα κόστη νοσηλείας για τις καρδιαγγειακές παθήσεις στην Ευρώπη ανέρχονται σε 109.689 εκατομμύρια ευρώ, για τις στεφανιαίες νόσους σε 23.978 εκ. ευρώ και για τα εγκεφαλικά 18.517 εκ. ευρώ. Σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό χάρτη για την υγεία της καρδιάς, τα καρδιαγγειακά νοσήματα υπολογίζεται ότι κοστίζουν στην οικονομία της Ευρωπαϊκής Ένωσης 169 δισεκατομμύρια ευρώ/έτος. Οι απώλειες παραγωγής λόγω της θνησιμότητας και νοσηρότητας των καρδιαγγειακών παθήσεων, ανήλθαν στην ΕΕ άνω των 35 δισεκατομμυρίων ευρώ, αντιπροσωπεύοντας το 21% του συνολικού κόστους. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν τόσο όλοι οι παράγοντες κινδύνου, όσο και οι καθοριστικοί παράγοντες, που εξετάζονται σε κοινωνικό και ατομικό επίπεδο. Η ανεργία και το εισόδημα έχουν θετική συσχέτιση με την καρδιαγγειακή θνησιμότητα και νοσηρότητα καθώς και με την συμπεριφορά στα πρότυπα κατανάλωσης.

**Συμπεράσματα:** Τα καρδιαγγειακά νοσήματα έχουν τεράστιο οικονομικό αντίκτυπο, το οποίο εκφράζεται τόσο άμεσα με την οικονομική επιβάρυνση του ασθενούς και του συστήματος υγείας, όσο και έμμεσα. Η σημαντικότητα των ανωτέρων εκφράζεται με το ψυχοκοινωνικό κόστος Δημόσιας Υγείας.



## ΠΑ 09

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Β. Καψιώχα<sup>1</sup>, Β. Παπαβασιλείου<sup>1</sup>, Μ. Χανιά<sup>2</sup>, Χ. Φλώρου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου – Τμήμα Νοσηλευτικής, <sup>2</sup>Γ.Ν. Λακωνίας – Ν.Μ. Σπάρτης

**Εισαγωγή:** Σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας (Π.Ο.Υ) υπολογίζεται ότι περίπου 600 εκατομμύρια πάσχουν από υπέρταση στον αναπτυσσόμενο κόσμο. Ως αρτηριακή υπέρταση ορίζεται η αύξηση της συστολικής πίεσης (>140mm στήλης υδραργύρου), είτε της διαστολικής πίεσης (>90 mm στήλης υδραργύρου), είτε και των δύο ταυτόχρονα. Είναι μια παθολογική κατάσταση εφόσον διατηρείται χρόνια σε υψηλά επίπεδα με αποτέλεσμα να αυξάνει τον κίνδυνο για χρόνια νοσήματα.

**Σκοπός** της παρούσας εργασίας είναι να αναδειχθεί ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη και διατήρηση της αρτηριακής πίεσης σε φυσιολογικά επίπεδα.

**Υλικό και Μέθοδος:** Πρόκειται για μελέτη συστηματικής ανασκόπησης. Αναζητήθηκε σχετική ελληνική και διεθνής βιβλιογραφία σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (MEDLINE, PUBMED). Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν είναι: Promoting health, blood pressure, nurses, heart problems.

**Αποτελέσματα:** Ο νοσηλευτής αρωγός για την πρόληψη της υπέρτασης και σύμμαχος του ασθενούς στην προσπάθειά του να μειώσει τις τιμές της αρτηριακής πίεσης και να τις διατηρήσει σε φυσιολογικά επίπεδα έχει σημαντική θέση στην εκμάθηση της τεχνικής λήψης της αρτηριακής πίεσης από τον ίδιο ή τους οικείους του. Αυτό επιτυγχάνεται με αποσαφήνιση των πληροφοριών που δίνονται και εκπαίδευση του ασθενούς να τις αντιληφθεί, να τις αξιολογήσει σωστά και να ευαισθητοποιηθεί ο ίδιος και το περιβάλλον του ως προς τις επιπτώσεις της χρόνιας υπέρτασης δίνοντας βάση στους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου.

**Συμπεράσματα:** Η συμβολή των νοσηλευτών στην πρόληψη της υπέρτασης και στην προσπάθεια του ασθενούς να διατηρήσει την αρτηριακή πίεση σε φυσιολογικά επίπεδα είναι καθοριστική γιατί βασίζεται στην έννοια της ολιστικής φροντίδας και της αδιάλειπτης παρουσίας δίπλα στον ασθενή καθώς επίσης και της άρτιας συνεργασίας στα πλαίσια της διεπιστημονικής ομάδας.

## ΠΑ 10

### **ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ**

Π. Καλατζή, Κ. Τσιγκάρη, Χ. Φλώρου, Μ. Χανιά  
Γ.Ν. Λακωνίας Νοσηλευτική Μονάδα Σπάρτης

**Εισαγωγή - Σκοπός:** Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 (ΣΔ2) αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα, μη μεταδοτικά χρόνια νοσήματα παγκοσμίως, με σοβαρές επιπλοκές οι οποίες μπορούν να μειώσουν όχι μόνο το προσδόκιμο αλλά και την ποιότητα της ζωής. Το 2011 ανιχνεύθηκαν 366 εκατομμύρια ασθενών με ΣΔ2 ενώ το 2030 αναμένεται να φτάσουν τα 552 εκατομμύρια. Η θεραπεία των ασθενών με ΣΔ2 προσδίδει σημαντικό κλινικό αλλά και οικονομικό φορτίο.

**Υλικό και Μέθοδος:** Πρόκειται για μελέτη συστηματικής ανασκόπησης. Αναζητήθηκε σχετική ελληνική και διεθνής βιβλιογραφία σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (MEDLINE, PUBMED). Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν είναι: Childhood obesity, School preventing, Promoting health, Prevention strategies, nutrition economic crisis.

**Αποτελέσματα:** Οι γενετικές καταβολές αλλά και περιβαλλοντολογικοί παράγοντες φαίνεται να επιδρούν πρωταγωνιστικά στην ανάπτυξη της νόσου. Η διατροφή αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο στη θεραπεία του διαβητικού ασθενή, με κύριο μέλημα τη διατήρηση των επιπέδων γλυκόζης σε φυσιολογικά επίπεδα, τη βελτιστοποίηση των συγκεντρώσεων λιπιδίων και λιποπρωτεϊνών στο αίμα και την επίτευξη ενός υγιούς σωματικού βάρους.

Η κατανάλωση των τροφίμων δεν γίνεται μεμονωμένα αλλά σε συνδυασμούς, καθίσταται έτσι απαραίτητη η ολιστική αποτίμηση των διατροφικών συνηθειών. Η Μεσογειακή δίαιτα (ΜΔ) αντικατοπτρίζει το διατροφικό πρότυπο των κατοίκων της Μεσογείου και περιλαμβάνει άφθονες φυτικές τροφές, μικρή έως μέτρια κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων, ψάρια και πουλερικά σε μικρές έως μέτριες ποσότητες, κόκκινο κρέας σε μικρές ποσότητες έως και μια φορά το μήνα, μικρή κατανάλωση αλκοόλ (κόκκινο κρασί) και καθημερινή κατανάλωση ελαιολάδου.

Φαίνεται, ότι η ΜΔ παρέχει αντιφλεγμονώδη προστασία, μειώνει το οξειδωτικό στρες και την αντίσταση στην ινσουλίνη συμβάλλοντας έτσι στην πρόληψη αλλά και την θεραπεία του ΣΔ2.

**Συμπεράσματα:** Αποτελεί θέμα πρωτογενούς πρόληψης αλλά και θεραπείας του ΣΔ2, αφού σε περίπτωση ύπαρξης σημαντικής σχέσης μεταξύ των δυο μεταβλητών (ΣΔ2 και ΜΔ), η τήρηση ενός υγιεινού προτύπου διατροφής όπως αυτό της ΜΔ μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης της συγκεκριμένης νόσου αλλά και να βελτιώσει την εξέλιξή της. Συνεπώς, σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι να διερευνήσει τη συσχέτιση μεταξύ ΜΔ και ΣΔ2 όσον αφορά στην πρόληψη και τη θεραπεία της νόσου.



**ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ  
(E-POSTER)**



## AA 01

### ΣΤΑΘΜΙΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ (CHQ-PF28) ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΟΥ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΑΙΔΙΩΝ

Μ. Σαρίδη<sup>1</sup>, Μ. Ρεκλείτη<sup>1</sup>, Α. Τόσκα<sup>1</sup>, Ε. Παπακωνσταντίνου<sup>1</sup>, Ι. Κυριαζής<sup>2</sup>, Χ. Μέλλος<sup>1</sup>, Κ. Σουλιώτης<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Γ.Ν. Κορίνθου, <sup>2</sup>MD, PhD, FNSCOPE, Παθολόγος με Εξειδίκευση στο Διαβήτη, Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής και Ιατρείου Διαβήτη-Παχυσαρκίας, Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ, <sup>3</sup>Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

**Εισαγωγή:** Το εσωτερικό περιβάλλον, οι υψηλές συγκεντρώσεις αιωρούμενων σωματιδίων και η κακή ποιότητα του ατμοσφαιρικού αέρα, μπορεί να αποτελέσει σημαντικό επιβαρυντικό παράγοντα εμφάνισης αναπνευστικών νοσημάτων όπως το άσθμα, καθώς και οξείες και χρόνιες αναπνευστικές νόσους σε παιδιά.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η δημιουργία ερευνητικού εργαλείου για τη διερεύνηση της σχέσης των παραγόντων ρύπανσης του εσωτερικού περιβάλλοντος και της κατάστασης υγείας των παιδιών προσχολικής ηλικίας (3-6 ετών).

**Μέθοδος:** Το εργαλείο συλλογής των δεδομένων βασίστηκε Child Health Questionnaire – Parent Form (CHQ-PF28) και στο Parent’s Questionnaire: Air Pollution and Pediatric Health Impact Study.

**Αποτελέσματα:** Τα αποτελέσματα της πιλοτικής μελέτης σχετικά με τη μετάφραση του CHQ-PF28 στην ελληνική γλώσσα επιβεβαίωσε τις αρχές του EuroQoI group. Η μετάφραση του ερωτηματολογίου βρέθηκε να είναι κατάλληλη σύμφωνα με τις ιδιαιτερότητες της ελληνικής γλώσσας και την κουλτούρα του πληθυσμού και σχολιάστηκε πως είναι εύκολα αναγνώσιμο και κατανοητό από όλα τα μέλη του δείγματος (n=140). Η μελέτη της εγκυρότητας προσώπου και περιεχομένου υπέδειξε επτά (7) ερωτήσεις από τις συνολικά δεκατέσσερις (14) που περιείχονταν στον αρχικό σχεδιασμό του ερωτηματολογίου. Ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach’s alpha ήταν ικανοποιητικός και ίσος με 0.69.

**Συμπεράσματα:** Η παρούσα μελέτη έδειξε την εγκυρότητα προσώπου και περιεχομένου του CHQ-PF28 να είναι συγκρίσιμη με το μεγαλύτερο αντίστοιχό του, το CHQ-PF50, με ικανοποιητική εσωτερική συνοχή.

**Λέξεις-Κλειδιά:** Αναπνευστική δυσχέρεια, ατμοσφαιρική ρύπανση, στάθμιση, ερευνητικό εργαλείο.



## ΑΑ 02

### Η ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Γ. Πουλημενάκου<sup>1</sup>, Ε. Σαλίπα<sup>2</sup>, Ε. Λυμπεροπούλου<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Νοσηλεύτρια, Γραφείο Εφημερίας, Διεύθυνση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Γ.Ν. «Ασκληπιείο Βούλας»,

<sup>2</sup>Διοικητικός υπάλληλος, Γραμματεία Καρδιοχειρουργικής Κλινικής, «Ωνάσειο» Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, <sup>3</sup>Ιατρός, Χειρουργός - Εντατικολόγος, Καρδιοχειρουργική Μονάδα, «Ωνάσειο» Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

**Εισαγωγή:** Οργανωσιακή κουλτούρα είναι το σύνολο των κοινών αντιλήψεων που διέπει τη συμπεριφορά και τη στάση των εργαζομένων σε έναν οργανισμό. Μέσω της ενδο-κοινωνικοποίησης το άτομο υιοθετεί αξίες και εφαρμόζει συμπεριφορές, ώστε να μπορέσει να εγκλιματιστεί και να αποτελέσει κοινό αποδεκτό μέλος αυτού του οργανισμού.

Το δημόσιο νοσοκομείο αποτελεί το βασικό θεμέλιο λίθο της δημόσιας υγείας και χαρακτηρίζεται από υψηλή επιστημονική και ερευνητική λειτουργία.

**Σκοπός:** Η διερεύνηση μέσω της συστηματικής ανασκόπησης της οργανωσιακής κουλτούρας που διέπει τα δημόσια νοσοκομεία της χώρας μας.

**Μεθοδολογία:** Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση ερευνητικών μελετών στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων «Oreanarchives», «Scholar Google», «Medline» και «Αρχεία Διδακτορικών Διατριβών» με ελληνικές λέξεις ευρετηρίου, καθότι διερευνάται ο ελληνικός χώρος, σε σύνθεση: νοσοκομείο και οργανωσιακή κουλτούρα.

**Αποτελέσματα:** Ο καθορισμός των κριτηρίων εισόδου και αποκλεισμού περιλάμβανε τα ακόλουθα: αποκλείστηκαν μελέτες που από τον τίτλο τους διαφαινόταν ότι δεν είναι έρευνες και ότι ερευ-



Διάγραμμα ροής που απεικονίζει τα βήματα της συστηματικής ανασκόπησης των ερευνητικών μελετών.



νούν ιδιωτικά νοσοκομεία. Σε δεύτερο έλεγχο απορρίφθηκαν οι “κλειδωμένες” μελέτες, οι διπλά αναφερόμενες και όσες αφού διαβάστηκαν οι περιλήψεις τους δεν διερευνούσαν την οργανωσιακή κουλτούρα δημόσιου νοσοκομείου. Όσες απόμειναν αξιολογήθηκαν αφού προηγήθηκε ανάγνωση των περιεχόμενων και της μεθοδολογίας έρευνας με την προϋπόθεση χρήσης του ίδιου ερωτηματολογίου. Επικρατέστερη κουλτούρα αναδείχθηκε το ιεραρχικό-γραφειοκρατικό μοντέλο, με δεύτερο να έπεται το ανθρωπίνων πόρων. Στην επιθυμητή κουλτούρα επικράτησε ο συνδυασμός της καινοτομίας και των ανθρωπίνων πόρων.

**Συμπεράσματα:** Επιθυμητή κουλτούρα αναδείχθηκε η κουλτούρα του ανοικτού συστήματος οπότε διαφαίνεται εύκολο να εφαρμοστούν στους εργαζόμενους εξωστρεφείς πολιτικές με καινοτόμες δράσεις που μέσω αυτών τα μέλη του οργανισμού θα αναπτύξουν την αποτελεσματικότητα και την παραγωγικότητά τους. Χρησιμοποιώντας την οργανωσιακή κουλτούρα ως ανταγωνιστικό πλεονέκτημα θα δημιουργήσουν ένα νέο όραμα άριστης λειτουργίας στο δικό τους δημόσιο οργανισμό.

**Λέξεις-Κλειδιά:** Οργανωσιακή κουλτούρα και δημόσιο νοσοκομείο.

## AA 03

### Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ (EQ) ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Α. Μήτση<sup>1</sup>, Μ. Κουράκος<sup>2</sup>, Γ. Πουλημενάκου<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας, <sup>2</sup>Διευθυντής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας, <sup>3</sup>Γραφείο εφημερίας, Νοσηλευτική Διεύθυνση, Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας

**Εισαγωγή:** Η συναισθηματική νοημοσύνη βασίζεται στην αυτογνωσία, στον αυτοέλεγχο, στην επίγνωση των συναισθημάτων μας αλλά και των άλλων ανθρώπων. Ιδιαίτερα σημαντικός είναι ο ρόλος της ΣΝ στο χώρο της υγείας και ιδιαίτερα στο χώρο της νοσηλευτικής. Οι νοσηλευτές κατά την άσκηση του επαγγέλματος τους, καλούνται να παρέχουν φροντίδα και να διαχειρίζονται ανθρώπους και συναισθήματα. Η παροχή της καλύτερης διαθέσιμης περίθαλψης στον κατάλληλο χρόνο, με το σωστό τρόπο, εξασφαλίζει στο άτομο που το έχει ανάγκη το βέλτιστο αποτέλεσμα.

**Σκοπός:** είναι να αναδειχθεί ο ρόλος που διαδραματίζει η συναισθηματική νοημοσύνη στο χώρο της νοσηλευτικής επιστήμης και φροντίδας.

**Μεθοδολογία:** Για την παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση σχετικής βιβλιογραφίας σε διεθνείς και έγκυρες ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων όπως «Heal-link», «Pubmed», «Scopus», «Medline», «Cinah» και «latrotek».

**Αποτελέσματα:** Η ποιότητα της φροντίδας υγείας είναι μια μεταβαλλόμενη έννοια που συνήθως συνδέεται με την ικανοποίηση των ασθενών, την κάλυψη των προσδοκιών τους και ορίζεται από το αποτέλεσμα της σχέσης ασθενή – νοσηλεύτη. Οι ασθενείς χαρακτηρίζουν ως ποιότητα την αξιοπιστία, την ανταπόκριση, τη φροντίδα. Προσδοκούν ο νοσηλεύτης να μπορεί να ανταποκριθεί στις συναισθηματικές τους ανάγκες, να εργάζεται σε ένα περιβάλλον εργασιακής συνεργασίας και να διοικείται από μετασχηματιστικούς ηγέτες. Οι νοσηλευτές θεωρούν ποιότητα φροντίδας να ενεργούν για το συμφέρον του ασθενή, να δείχνουν συμπόνια και κατανόηση. Οι συναισθηματικά ευφυείς ηγετικές ικανότητες θεωρούνται απαραίτητο προσόν για τα άτομα που κατέχουν μια διοικητική θέση και επιθυμούν να εξασφαλίσουν ασφαλές περιβάλλον νοσηλευτικής φροντίδας.

**Συμπεράσματα:** Η νέα αντίληψη που θέτει τον ασθενή στο επίκεντρο και του επιτρέπει να λαμβάνει αποφάσεις για τη θεραπεία του, θέτει τη συναισθηματική νοημοσύνη ως ισορροπητικό μηχανισμό στη θεραπευτική σχέση και δημιουργό στοργικής συμπεριφοράς (compassionate care) κατά τη διάρκεια της φροντίδας. Οι σύγχρονοι οργανισμοί υγείας οφείλουν να προσαρμόζονται στα νέα δεδομένα και να αναπτύσσουν μέσω της εκπαίδευσης συναισθηματικά «έξυπνες» δεξιότητες στο ανθρώπινο δυναμικό που διαθέτουν.

**Λέξεις-Κλειδιά:** συναισθηματική νοημοσύνη, απόδοση, αποτελεσματικότητα, ποιότητα φροντίδας.



## ΑΑ 04

### ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΣΩ ΔΕΙΚΤΩΝ

Γ. Πουλημενάκου<sup>1</sup>, Α. Μήτση<sup>2</sup>, Μ. Κουράκος<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Γραφείο Εφημερίας, Διεύθυνση Νοσηλευτικής Εφημερίας, Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας, <sup>2</sup>Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας, <sup>3</sup>Διευθυντής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας

**Εισαγωγή:** Η εμπλοκή της οικονομικής επιστήμης στη διαχείριση των οικονομικών της υγείας καθώς και η εκπαίδευση όλων των επαγγελματιών υγείας κρίνεται απαραίτητη με στόχο να τεθεί τροχόπεδη στο αυξημένο κόστος των υγειονομικών υπηρεσιών και ιατρικών παρεμβάσεων. Η διαδικασία αξιολόγησης βάσει δεικτών αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο για την οικονομική οργάνωση ενός οργανισμού καθώς ελέγχει τις ήδη υπάρχουσες διαδικασίες (εντοπίζει περιορισμούς και αδυναμίες και σχεδιάζει διαρθρωτικές ενέργειες) ώστε να καταμετρηθούν και να αξιοποιηθούν οι υπάρχοντες πόροι με σκοπό να πραγματοποιηθούν οι στόχοι.

**Σκοπός:** η εξοικείωση των εργαζομένων σε υπηρεσίες υγείας με τους αριθμήσιμους δείκτες αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας, ώστε να περιοριστεί η απώλεια των πόρων και η προκλητή ζήτηση.

**Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων "Mednet", "Google Scholar", "Αρχαία Διδακτορικών Διατριβών" με λέξεις ευρετηρίου: αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας, δείκτες αποτελεσματικότητας, δείκτες αποδοτικότητας.

**Αποτελέσματα:** Οι δείκτες, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, είναι εργαλεία που δίνουν μια εικόνα για τη λειτουργία ενός τμήματος και είναι χρήσιμοι για τη σύγκριση τόσο μεταξύ τμημάτων, όσο και σε σχέση με προκαθορισμένα πρότυπα λειτουργίας. Στον τομέα της νοσοκομειακής περίθαλψης διαχωρίζονται σε Δείκτες εισροών (υποδομή νοσοκομείου, ανθρώπινο δυναμικό, εκπαίδευση), Δείκτες εκροών (πληρότητα, δείκτης ροής ασθενών), Δείκτες ενδιάμεσων διαδικασιών, Δείκτες ικανοποίησης ασθενών και τέλος Δείκτες αποδοτικότητας και οικονομικής αξιολόγησης. Η "Μέθοδος Βέλτιστων Προτύπων" Data Envelopment Analysis (DEA), θεωρείται εύχρηστο μοντέλο αξιολόγησης που στοχεύει να δημιουργήσει οικονομίες κλίμακας. Το συγκεκριμένο μοντέλο γραμμικού προγραμματισμού είτε ελαχιστοποιεί τις εισροές, είτε μεγιστοποιεί τις εκροές χρησιμοποιώντας συγκεκριμένη ποσότητα εισροών.

**Συμπεράσματα:** Η στενότητα των πόρων λόγω της οικονομικής κρίσης στη χώρα μας συνεπάγεται την αναγκαιότητα ορθολογικού ελέγχου του κόστους των προσφερόμενων υπηρεσιών σε σχέση πάντοτε με την ικανοποίηση των χρηστών. Η δημιουργία μονάδων υγείας με οικονομία κλίμακας και η εφαρμογή δράσης που να διέπεται από κουλτούρα οικονομικού προσανατολισμού είναι εφικτό να αποφέρει σημαντικά αποτελέσματα.

**Λέξεις-Κλειδιά:** αξιολόγηση μονάδων υγείας, δείκτες αποδοτικότητας, μέθοδος βέλτιστων προτύπων

## AA 05

### ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Κ. Παπανικολάου<sup>1</sup>, Β. Χατζηκουκούτση<sup>2</sup>, Α. Αλεξίου<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Νοσηλεύτρια ΤΕ, Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης Καρδιοπαθών, «Ασκληπιείο» Βούλας, Αττική,

<sup>2</sup>Νοσηλεύτρια ΤΕ, Τμηματάρχης Μονάδας Εντατικής Παρακολούθησης Καρδιοπαθών, «Ασκληπιείο» Βούλας, Αττική, <sup>3</sup>Νοσηλεύτρια ΤΕ, Υπεύθυνη Γραφείου Εκπαίδευσης, «Ασκληπιείο» Βούλας, Αττική

**Εισαγωγή:** Η πνευμονική εμβολή είναι μία από τις βασικές αιτίες καρδιαγγειακού θανάτου που χαρακτηρίζεται από αιφνίδια εισβολή και υψηλή θνητότητα, καθώς ο θάνατος μπορεί να είναι η πρώτη εκδήλωση της νόσου.

**Σκοπός:** Ο σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης, είναι η παρουσίαση των καταστάσεων που προδιαθέτουν στην εμφάνιση της φλεβικής θρομβοεμβολικής νόσου, της διαγνωστικής προσπέλασης και της θεραπευτικής προσέγγισης σε περιπτώσεις πιθανής ή επιβεβαιωμένης πνευμονικής εμβολής, καθώς και η παρουσίαση των νεότερων κατευθυντηρίων οδηγιών που αφορούν στην αντιμετώπιση της πνευμονικής εμβολής.

**Μεθοδολογία:** Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση, καθώς και ανασκόπηση άρθρων δημοσιευμένων στην Ελληνική και Αγγλική γλώσσα κατά την τελευταία τριετία σε διεθνείς ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων.

**Αποτελέσματα:** Η αναθεώρηση των κατευθυντηρίων οδηγιών από ευρωπαϊκούς και διεθνείς οργανισμούς έχουν ως άμεσο στόχο τη βελτιστοποίηση της προσέγγισης του ασθενούς με πνευμονική εμβολή. Η εφαρμογή προληπτικών μέτρων έχει οδηγήσει σε σημαντική μείωση της θνητότητας των ασθενών με θρομβοεμβολική νόσο. Η νοσηλευτική γνώση των προδιαθεσικών παραγόντων για τη δημιουργία φλεβικής θρομβοεμβολικής νόσου και η επαγρύπνηση για άμεση αναγνώριση σημείων και συμπτωμάτων, έχουν συμβάλει σημαντικά τόσο στην πρόληψη όσο και στην ομαλή έκβαση των ασθενών με πνευμονική εμβολή.

**Συμπεράσματα:** Η πνευμονική εμβολή είναι μία απειλητική για τη ζωή εκδήλωση της φλεβικής θρομβοεμβολικής νόσου και απαιτεί έγκαιρη διάγνωση και άμεση θεραπεία. Η εξέλιξη των ιατρικών μέσων αναγνώρισης της πνευμονικής εμβολής, εξασφαλίζει την άμεση διάγνωση και συνεπώς τη μείωση της θνητότητας. Η ιατρική και νοσηλευτική παρέμβαση από το τμήμα επειγόντων περιστατικών μέχρι την μονάδα εντατικής θεραπείας, εξασφαλίζουν την ασφαλή και αποτελεσματική φροντίδα του ασθενούς.

**Λέξεις-Κλειδιά:** Πνευμονική εμβολή, Φλεβική θρομβοεμβολική νόσος, Δ-Διμερή, Θρόμβωση



## AA 06

### ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Δ. Τσίλιας<sup>1</sup>, Ε. Σταματοπούλου<sup>2</sup>, Α. Μπιλάλη<sup>3</sup>, Θ. Ντισιοτώλης<sup>4</sup>, Α.Δ. Φωτάκης<sup>5</sup>, Κ. Ανδρουσοπούλου<sup>6</sup>, Ν. Κοντοδημόπουλος<sup>7</sup>, Α. Σταματοπούλου<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Νοσηλεύτης, MSc Αναπληρωτής Προϊστάμενος Β' Παθολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Παιδών Αθηνών Π. & Α. Κυριακού, Εργαστηριακός Συνεργάτης Α.Τ.Ε.Ι. Αθηνών, <sup>2</sup>Νοσηλεύτρια Αναισθησιολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, MSc Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Εκπαιδευτικός, MS (c) Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας, ΑΕΙ Πειραιά, Τ.Τ. και Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Member PCRS-UK, <sup>3</sup>Νοσηλεύτρια, MSc, PHD, Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Γ.Ν. Παιδών Αθηνών Π. & Α. Κυριακού, Εργαστηριακός Συνεργάτης Α.Τ.Ε.Ι. Αθηνών, <sup>4</sup>PhD, Επιμελητής Α', Β' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Π. Τζάνειο, <sup>5</sup>Αναισθησιολόγος, Επιμελητής Α' ΜΕΘ, Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center, <sup>6</sup>Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, <sup>7</sup>PhD, Διδάκτωρ του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, Διοικητής Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, <sup>8</sup>Οικονομολόγος, MSc international Human Recourse Management, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας ΑΕΙ Πειραιά Τ.Τ. και Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Υποστήριξη Διδακτικού Έργου ΑΕΙ Πειραιά Τ.Τ. και Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου

**Εισαγωγή:** Η αύξηση του επιπολασμού της παχυσαρκίας κατά την διάρκεια της παιδικής και εφηβικής ηλικίας σχετίζεται συχνά με την εμφάνιση του μεταβολικού συνδρόμου, μιας μεταβολικής διαταραχής μεταξύ των παιδιών και εφήβων, με αυξητικές τάσεις κατά τις τελευταίες δεκαετίες.

**Σκοπός:** Η αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου για την ανάπτυξη μεταβολικού συνδρόμου στα παιδιά με στόχο την πρόληψη.

**Υλικό και Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση στην ελληνική βιβλιογραφία καθώς και στην βιβλιογραφική βάση δεδομένων PubMed με λέξεις κλειδιά: Metabolic syndrome risk factors pediatric.

**Αποτελέσματα:** Τα κριτήρια της Διεθνούς Ομοσπονδίας Διαβήτη (IDF) που έχουν προταθεί στα παιδιά για την διάγνωση του μεταβολικού συνδρόμου είναι η παχυσαρκία, η αρτηριακή υπέρταση, τα αυξημένα επίπεδα των λιπιδίων, η αντίσταση στην ινσουλίνη. Η σχέση μεταξύ μεταβολικού συνδρόμου της παιδικής ηλικίας και της εμφάνισης της αθηροσκλήρωσης στην συνέχεια κατά την ενήλικη ζωή είναι καλά τεκμηριωμένη. Παράγοντες κινδύνου αποτελούν η ηλικία της μητέρας, το κάπνισμα, η αύξηση του σωματικού βάρους κατά τη διάρκεια της κύησης, ο δείκτης μάζας σώματος των γονέων, το βάρος γέννησης, η παχυσαρκία στην παιδική και εφηβική ηλικία. Επίσης παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση του μεταβολικού συνδρόμου στα παιδιά αποτελούν ο σακχαρώδης διαβήτης της κύησης, η κακή σίτιση κατά τη βρεφική ηλικία, καθώς γενετικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, η αστικοποίηση, ο σύγχρονος τρόπος ζωής, η καθιστική ενασχόληση με τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές έχουν αυξήσει τα ποσοστά της παιδικής και εφηβικής παχυσαρκίας. Επιπλέον, η ανθυγιεινή διατροφή, ο καθιστικός τρόπος ζωής παίζουν ρόλο στην επιμονή της παχυσαρκίας στην ενήλικη ζωή με αύξηση του κινδύνου ανάπτυξης μεταβολικού συνδρόμου και στην συνέχεια σακχαρώδη διαβήτη τύπου II και καρδιαγγειακής νόσου νωρίς στην ενήλικη ζωή. Η χρόνια ηπατική νόσο της παιδικής ηλικίας σχετίζεται με την παχυσαρκία και το μεταβολικό σύνδρομο καθώς και οι επιζώντες του καρκίνου της παιδικής ηλικίας διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης μεταβολικού συνδρόμου από το γενικό πληθυσμό.

**Συμπεράσματα:** Η κατανόηση των παραγόντων κινδύνου για τις ομάδες υψηλού κινδύνου στον παιδιατρικό πληθυσμό είναι σημαντική για την έγκαιρη ανίχνευση του μεταβολικού συνδρόμου των παιδιών, καθώς μπορεί να συμβάλει στην πρόληψη του καρδιαγγειακού κινδύνου μετέπειτα κατά την ενήλικη ζωή με την υιοθέτηση και τήρηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής με σωστές διατροφικές συνήθειες και αύξηση της σωματικής δραστηριότητας.

## AA 07

### ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Α. Μπιλάλη<sup>1</sup>, Δ. Τσίλιας<sup>2</sup>, Ε. Σταματοπούλου<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Νοσηλεύτρια, MSc, PhD Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών Γ.Ν. Παίδων Αθηνών Π. & Α. Κυριακού, Εργαστηριακός Συνεργάτης Α.Τ.Ε.Ι. Αθηνών, <sup>2</sup>Νοσηλεύτης, MSc Αναπληρωτής Προϊστάμενος Β' Παθολογικής Κλινικής Γ.Ν. Παίδων Αθηνών Π. & Α. Κυριακού, Εργαστηριακός Συνεργάτης Α.Τ.Ε.Ι. Αθηνών, <sup>3</sup>Νοσηλεύτρια Αναισθησιολογικού Τμήματος Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, MSc Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Εκπαιδευτικός, MS(c) Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας ΑΕΙ Πειραιά Τ.Τ. και Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Member PCRS-UK

**Εισαγωγή:** Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι συχνή διαταραχή που συμβαίνει κατά τη διάρκεια της λοχείας. Η επιλόχεια κατάθλιψη επηρεάζει αρνητικά την υγεία και την ευημερία πολλών νέων μητέρων, των βρεφών τους και της οικογένειας.

**Σκοπός:** Η διερεύνηση των παραγόντων και αιτιών που σχετίζονται με την επιλόχεια κατάθλιψη.

**Μεθοδολογία:** Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση της τελευταίας πενταετίας στην ελληνική βιβλιογραφία καθώς και στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed, με λέξεις κλειδιά: παράγοντες κινδύνου, κατάθλιψη, τοκετός.

**Αποτελέσματα:** Η εκτίμηση της επιλόχειας κατάθλιψης πραγματοποιείται με δύο ευρέως χρησιμοποιούμενες κλίμακες: την κλίμακα του Εδιμβούργου για την επιλόχειο κατάθλιψη (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS) και την κλίμακα για την κατάθλιψη του Beck (Beck Depression Inventory, BDI), επίσης το Short-Form 36 (SF-36), για τη διερεύνηση της ποιότητας ζωής, αντίστοιχα. Βιολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με την επιλόχειο κατάθλιψη είναι οι έντονες ορμονικές αλλαγές των επιπέδων των ορμονών του θυρεοειδούς, ο πρόωρος τοκετός, προβλήματα υγείας του νεογνού, η αλλαγή του σωματικού ειδήλου της μητέρας. Μεταξύ των ψυχοκοινωνικών παραγόντων είναι η μεγάλη συχνότητα των χρόνιων έντονων στρεσογόνων γεγονότων, πειστικά και αγχογόνα γεγονότα της ζωής, η απώλεια της μητέρας σε νεαρή ηλικία, η απώλεια μέλους της οικογένειας, η ύπαρξη ιστορικού κατάθλιψης και προηγούμενης επιλόχειας κατάθλιψης καθώς και ψυχιατρικών διαταραχών στην οικογένεια, η κατάχρηση ουσιών, η ποιότητα της σχέσης και η έλλειψη της υποστήριξης της μητέρας από τον σύντροφο και την οικογένεια. Η νεαρή ηλικία της μητέρας, τα σοβαρά συζυγικά προβλήματα, η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, η διακοπή της εγκυμοσύνης, η έκτρωση, η αποβολή του εμβρύου, η έντονη κόπωση, η μείωση του ύπνου, η ανάληψη ευθυνών, η μείωση του ελεύθερου χρόνου της μητέρας αποτελούν επιβαρυντικούς παράγοντες κινδύνου. Σε ορισμένες περιπτώσεις το μορφωτικό και χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο συνδέονται με την ανάπτυξη επιλόχειας κατάθλιψης καθώς επίσης η ανεργία, τα οικονομικά προβλήματα.

**Συμπεράσματα:** Η γνώση των παραγόντων κινδύνου συμβάλει στην πρόληψη και διαχείρισή της επιλόχειας κατάθλιψης. Συνίστανται η ενσωμάτωση του προσυμπτωματικού ελέγχου στην ρουτίνα της μεταγεννητικής φροντίδας καθώς η λοχεία θεωρείται σημαντική περίοδος τόσο για τη μητέρα όσο και για τη σωματική και ψυχική υγεία του βρέφους.

**Λέξεις-Κλειδιά:** παράγοντες κινδύνου, κατάθλιψη, τοκετός





## AA 08

### Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ε. Σταματοπούλου<sup>1</sup>, Δ. Τσίλιας<sup>2</sup>, Α. Σταματοπούλου<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Νοσηλεύτρια Αναισθησιολογικού Τμήματος Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, MSc Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Εκπαιδευτικός, MS (c) Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας ΑΕΙ Πειραιά Τ.Τ. και Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Member PCRS-UK, <sup>2</sup>Νοσηλεύτρια, MSc Αναπληρωτής Προϊστάμενος Β' Παθολογικής Κλινικής Γ.Ν. Παίδων Αθηνών Π. & Α. Κυριακού. Εργαστηριακός Συνεργάτης Α.Τ.Ε.Ι. Αθηνών, <sup>3</sup>Οικονομολόγος, MSc International Human Recourse Management, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας ΑΕΙ Πειραιά Τ.Τ. και Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Υποστήριξη Διδακτικού Έργου ΑΕΙ Πειραιά Τ.Τ. και Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου.

**Εισαγωγή:** Η ανάπτυξη του βιοτικού, κοινωνικού και μορφωτικού επιπέδου των ανθρώπων και η εξέλιξη στις επιστήμες υγείας επέφερε την ανάγκη και τις απαιτήσεις για υψηλού επιπέδου ποιότητας και αποτελεσματικότητας υπηρεσιών υγείας με την παράλληλη ικανοποίησή των ασθενών χρηστών υπηρεσιών υγείας. Διεθνώς υπάρχει αυξανόμενο ενδιαφέρον για καθορισμό προτύπων για τις υπηρεσίες υγείας με την πιστοποίηση των νοσοκομείων να κερδίζει συνεχώς έδαφος.

**Σκοπός:** Η περιγραφή της ποιότητας και η διαχείρισή της στο νοσοκομείο.

**Μεθοδολογία:** Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση άρθρων μελετών της ελληνικής και ξενόγλωσσης ηλεκτρονικής βιβλιογραφίας στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed με λέξεις κλειδιά: Ποιότητα, Νοσοκομείο, Διαχείριση.

**Αποτελέσματα:** Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι η εφαρμογή της ποιότητας στους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας προϋποθέτει την εισαγωγή συστημάτων διαχείρισης ποιότητας. Συστήματα διαχείρισης ποιότητας αποτελούν τα διεθνή πρότυπα της σειράς ISO 9001: 2000. Ο οδηγός στον τομέα των υπηρεσιών υγείας για την επεξήγηση του προτύπου ISO 9001:2000 κατά την εφαρμογή ενός ΣΔΠ σε μια μονάδα υγείας είναι η οδηγία CEN/TS 15224: 2005 με σκοπό τη συνεχή βελτίωση και την Ευρωπαϊκή εναρμόνιση.

Τα οφέλη που αποκομίζει ένας οργανισμός υγείας από την εφαρμογή του προτύπου ISO 9001/2000 είναι η βελτιστοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, ελαχιστοποίηση πιθανότητας εμφάνισης δυσμενών περιστατικών, αύξηση παραγωγικότητας, μείωση λειτουργικού κόστους, αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών. Αποσαφήνιση υπευθυνότητων και μεθόδων εργασίας, εντοπισμό και αξιοποίηση ευκαιριών, βελτίωση συνθηκών και μεθόδων εργασίας, ισχυροποίηση της θέσης αγοράς και αύξηση διαπραγματευτικής δύναμης, ελαχιστοποίηση των επιπτώσεων στο περιβάλλον από τη λειτουργία των νοσοκομείων.

Οι απαιτήσεις του ISO 9001 είναι η τήρηση του εγχειριδίου ποιότητας με την χρονοβόρα και επίπονη διαδικασία εκμάθησης και υιοθέτησης της ιδεολογίας και των τεχνικών που χρησιμοποιεί το πρότυπο, η γραφειοκρατία, η περιγραφή των θέσεων εργασίας, οι ανακατατάξεις στον μέχρι τώρα εργασιακό ρυθμό, η αντίσταση στη αλλαγή, ο ανεπιθύμητος φόρτος εργασίας. Επίσης προϋποθέτει υψηλό κόστος για την υλοποίησή, αναδιοργάνωση του οργανισμού, εκπαίδευση του προσωπικού, τήρηση χρονοδιαγράμματος, δέσμευση πόρων ανθρώπινων και οικονομικών.

**Συμπεράσματα:** Απαιτείται επιχειρησιακό σχέδιο ανάπτυξης με στρατηγική απόφαση για υιοθέτηση, εισαγωγή, εφαρμογή και ανάπτυξη συστημάτων διαχείρισης της ποιότητας στους οργανισμούς υπηρεσιών υγείας τα νοσοκομεία καθότι αποτελεί επιτακτική ανάγκη διότι οι ασθενείς δικαιούνται υπηρεσίες υψηλής ποιότητας από τα συστήματα υγείας.

**Λέξεις-Κλειδιά:** Ποιότητα, Νοσοκομείο, Διαχείριση.

## ΑΑ 09

### Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ

Ε. Σταματοπούλου<sup>1</sup>, Δ. Τσίλιας<sup>2</sup>, Κ. Ανδρουτσοπούλου<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Νοσηλεύτρια Αναισθησιολογικού Τμήματος Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, MSc Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Εκπαιδευτικός, MS (c) Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας ΑΕΙ Πειραιά Τ.Τ. και Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Member PCRS-UK, <sup>2</sup>Νοσηλεύτρια Τ.Ε. MSc Αναπληρωτής Προϊστάμενος Β' Παθολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Παίδων Αθηνών Π. & Α. Κυριακού, Εργαστηριακός Συνεργάτης Α.Τ.Ε.Ι Αθηνών, <sup>3</sup>Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Γ.Ν.Α. ΚΑΤ

**Εισαγωγή:** Η κολοστομία είναι η χειρουργική θεραπευτική μέθοδος με σκοπό την εκτροπή της αποχετευτικής οδού του πεπτικού σωλήνα. Ενδείξεις κολοστομίας αποτελούν ο καρκίνος παχέος εντέρου, οι φλεγμονώδεις παθήσεις, ο τραυματισμός, η εντερική απόφραξη.

**Σκοπός:** Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών που έχουν υποβληθεί σε κολοστομία.

**Μεθοδολογία:** Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση της στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed με λέξεις κλειδιά: Ποιότητα ζωής, Ασθενείς, Κολοστομία.

**Αποτελέσματα:** Οι παράγοντες όπως οι κλινικοί και οι ψυχοκοινωνικοί σχετίζονται με την ποιότητα ζωής των ασθενών με κολοστομία. Οι κλινικοί παράγοντες που επιδρούν στην ποιότητα ζωής ασθενών με κολοστομία είναι: η υποκείμενη νόσος (καρκίνος, εγκολπωματίτιδα, φλεγμονώδης νόσος του εντέρου), οι συνοσπρότητες, ο χρόνος παραμονής της στομίας μόνιμος ή προσωρινός, η φροντίδα και η υποστήριξη πριν την επέμβαση, οι μετεγχειρητικές επιπλοκές, ο βαθμός προσαρμογής, η ικανότητα αυτοδιαχείρισης και αυτό-φροντίδας, η διατροφή, η σωματική δραστηριότητα, η ψυχική λειτουργία. Οι κοινωνικό-δημογραφικοί παράγοντες που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής των ασθενών με κολοστομία αποτελούν: το φύλλο, η ηλικία, ο τόπος κατοικίας, η εκπαίδευση, το επάγγελμα και η προσαρμογή στον επαγγελματικό χώρο, η σεξουαλική λειτουργία, η υποστήριξη από την οικογένεια, η ικανότητα για συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες, και η θρησκευτικότητα.

**Συμπεράσματα:** Η απόκτηση γνώσεων από τους ασθενείς για την αυτοδιαχείριση την αυτό-φροντίδα και την ψυχοκοινωνική προσαρμογή με την οργάνωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων καθώς και η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να συμβάλει θετικά στην ποιότητα ζωής ασθενών με κολοστομία.

**Λέξεις-Κλειδιά:** Ποιότητα ζωής, Ασθενείς, Κολοστομία



## AA 10

### Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Α. Μπιλάλη<sup>1</sup>, Ε. Σταματοπούλου<sup>2</sup>, Δ. Τσίλιας<sup>3</sup>, Α. Σταματοπούλου<sup>4</sup>, Κ. Ανδρουτσοπούλου<sup>5</sup>, Ν. Κοντοδημόπουλος<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Νοσηλεύτρια, MSc, PhD, Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Γ.Ν. Παίδων Αθηνών Π. & Α. Κυριακού, Εργαστηριακός Συνεργάτης Α.Τ.Ε.Ι. Αθηνών, <sup>2</sup>Νοσηλεύτρια Αναισθησιολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, MSc Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Εκπαιδευτικός, MS (c) Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας ΑΕΙ Πειραιά Τ.Τ. και Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Member PCRS-UK, <sup>3</sup>Νοσηλεύτρια, MSc, Αναπληρωτής Προϊστάμενος Β. Παθολογικής Κλινικής Γ.Ν. Παίδων Αθηνών Π. & Α. Κυριακού, Εργαστηριακός Συνεργάτης Α.Τ.Ε.Ι. Αθηνών, <sup>4</sup>Οικονομολόγος, MSc international Human Recourse Management, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας, ΑΕΙ Πειραιά, Τ.Τ. και Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Υποστήριξη Διδακτικού Έργου, ΑΕΙ Πειραιά, Τ.Τ. και Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, <sup>5</sup>Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, <sup>6</sup>PhD, Διδάκτωρ του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, Διοικητής Γ.Ν.Α. ΚΑΤ

**Εισαγωγή:** Η Καρδιακή Ανεπάρκεια αποτελεί κλινικό σύνδρομο με αυξανόμενη συχνότητα και σημαντική επίδραση στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Είναι η κατάσταση του καρδιαγγειακού συστήματος κατά την οποία η καρδιά δεν μπορεί να εξωθήσει επαρκή ποσότητα αίματος, ικανή να αντιμετωπίσει τις μεταβολικές ανάγκες του οργανισμού.

**Σκοπός:** Η διερεύνηση της ποιότητας της ζωής των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια.

**Υλικό και Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση μελετών της τελευταίας πενταετίας της ελληνικής βιβλιογραφίας καθώς και της ηλεκτρονικής βάσης δεδομένων Pub med με λέξεις κλειδιά: quality life patient's heart failure.

**Αποτελέσματα:** Η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια επηρεάζεται από κλινικούς και κοινωνικό-δημογραφικούς παράγοντες. Οι κλινικοί παράγοντες που επιδρούν στην ποιότητα ζωής των ασθενών είναι η σοβαρότητα της νόσου, ο βαθμός και η βαρύτητα της καρδιακής ανεπάρκειας, οι συν-νοσηρότητες, η κόπωση, ο σωματικός πόνος, τα υψηλά επίπεδα άγχους, κατάθλιψη, η ικανότητα και ο βαθμός αυτοδιαχείρισης της νόσου. Επίσης αναφέρονται οι συχνές εισαγωγές και η αύξηση ημερών νοσηλείας στο νοσοκομείο, ο περιορισμός των δραστηριοτήτων στην προσωπική, οικογενειακή, κοινωνική και επαγγελματική ζωή. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν και οι κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, και το μορφωτικό επίπεδο, καθώς και η οικογενειακή υποστήριξη για τους ασθενείς. Αναφέρεται επίσης η μεγαλύτερη διάρκεια της φροντίδας να σχετίζεται με περισσότερες νοσηλείες, καθώς και η ύπαρξη της κατάθλιψης μεταξύ των φροντιστών. Η αξιολόγηση της ποιότητας της ζωής των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια έχει μελετηθεί με την χρήση της κλίμακας "Minnesota Livingwith Heart Failure Questionnaire" (MLHF).

**Συμπεράσματα:** Η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια είναι μειωμένη και οι παράγοντες που επιδρούν στην ποιότητα της ζωής πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για τον σχεδιασμό προγραμμάτων αντιμετώπισης. Η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών με εφαρμοζόμενα προγράμματα παρέμβασης, θα έχουν στόχο την παροχή συμβουλών και εκπαίδευσης για την αυτοδιαχείριση της νόσου.

## AA 11

### ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Ε. Σταματοπούλου<sup>1</sup>, Δ. Τσίλιας<sup>2</sup>, Α. Σταματοπούλου<sup>3</sup>, Α.Δ. Φωτάκης<sup>4</sup>, Θ. Ντισιοτώλης<sup>5</sup>, Ν. Κοντοδημόπουλος<sup>6</sup>, Δ. Γιαννακόπουλος<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Νοσηλεύτρια Αναισθησιολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, MSc Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Εκπαιδευτικός, MS (c) Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας, ΑΕΙ Πειραιά, Τ.Τ. και Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Member PCRS-UK, <sup>2</sup>Νοσηλεύτρια Τ.Ε. MSc Αναπληρωτής Προϊστάμενος, Β' Παθολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Παίδων Αθηνών Π. & Α. Κυριακού, Εργαστηριακός Συνεργάτης Α.Τ.Ε.Ι. Αθηνών, <sup>3</sup>Οικονομολόγος, MSc International Human Recourse Management, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας, ΑΕΙ Πειραιά, Τ.Τ. και Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Υποστήριξη Διδακτικού Έργου, ΑΕΙ Πειραιά Τ.Τ. και Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, <sup>4</sup>Αναισθησιολόγος, Επιμελητής Α' ΜΕΘ, Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center, <sup>5</sup>PhD, Επιμελητής Α', Β' Παθολογικό τμήμα, Γ.Ν.Π. Τζάνειο, <sup>6</sup>PhD, Διδάκτωρ του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, Διοικητής Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, <sup>7</sup>Ομότιμος Καθηγητής ΑΕΙ Πειραιά ΤΤ, Διευθυντής Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας σε συνεργασία ΑΕΙ Πειραιά ΤΤ και Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, PhD σε Συστήματα Αποφάσεων.

**Εισαγωγή:** Το μεταβολικό σύνδρομο χαρακτηρίζεται από παχυσαρκία, δυσλιπιδαιμία, αρτηριακή υπέρταση, μη-ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη τύπου II. Αποτελεί ένα σύνολο καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου που οδηγούν στην αθηρωμάτωση και την καρδιαγγειακή νόσο.

**Σκοπός:** Η διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου για την ανάπτυξη του μεταβολικού συνδρόμου με στόχο την πρόληψη.

**Υλικό και Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση στην ελληνική βιβλιογραφία καθώς και στην βιβλιογραφική βάση δεδομένων PubMed, με λέξεις κλειδιά: μεταβολικό σύνδρομο και παράγοντες κινδύνου.

**Αποτελέσματα:** Μεταβολικό σύνδρομο κινδυνεύουν να εμφανίσουν οι παχύσαρκοι με κεντρικού τύπου παχυσαρκία, με σπλαχνικό λίπος και αυξημένη περιφέρεια μέσης, οι διαβητικοί, οι υπέρτασικοί, οι δυσλιπιδαιμικοί και οι καπνιστές. Επίσης το θετικό οικογενειακό ιστορικό υπέρτασης, ο διαβήτης και η παχυσαρκία συνδέεται με το μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης του συνδρόμου. Τα εργαστηριακά ευρήματα διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο καθώς έχουν αυξημένη τιμή τριγλυκεριδίων, χαμηλή HDL χοληστερόλη, ελάττωση της προστατευτικής χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνη, υψηλό σάκχαρο νηστείας, αντίσταση στην ινσουλίνη. Η λιπονεκτίνη είναι ένα σημαντικότατο μόριο, που συνδέει την παχυσαρκία, την αντίσταση στην ινσουλίνη και την αθηρογένεση με το μεταβολικό σύνδρομο. Οι διαταραχές που σχετίζονται με το μεταβολικό σύνδρομο είναι η υπερούριχαιμία, το λιπώδες ήπαρ, η υπνική άπνοια, το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών, και η αυξημένη πηκτικότητα του αίματος. Οι συν-νοσηρότητες όπως σοβαρή ψυχική ασθένεια και μεταβολικό σύνδρομο σχετίζονται με το μειωμένο προσδόκιμο ζωής των ασθενών. Οι Παράγοντες όπως η ανθυγιεινή διατροφή πλούσια σε κορεσμένα λιπαρά και φτωχή σε φυτικές ίνες, η μειωμένη σωματική δραστηριότητα και άσκηση συνδέονται άμεσα με τον κίνδυνο εμφάνισης παχυσαρκίας, σακχαρώδη διαβήτη και μεταβολικού συνδρόμου. Ως το άθροισμα όλων των ανωτέρω παθογόνων παραγόντων κινδύνου χαρακτηρίζεται το μεταβολικό σύνδρομο.

**Συμπεράσματα:** Η γνώση και ο εξατομικευμένος υπολογισμός των παραγόντων κινδύνου, το υψηλό επίπεδο επαγρύπνησης, η ευαισθητοποίηση, η κατάλληλη έγκαιρη παρέμβαση, η εξατομικευμένη συμβουλευτική με την αλλαγή του τρόπου ζωής και την υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών των ασθενών με μεταβολικό σύνδρομο καθώς και των ατόμων που βρίσκονται σε κίνδυνο είναι σημαντικά για τη σωστή διαχείριση και πρόληψη του μεταβολικού συνδρόμου.



## AA 12

### Ο ΣΥΝΩΣΤΙΣΜΟΣ ΣΤΑ Τ.Ε.Π. ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ: Η ΔΙΑΛΟΓΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΟ ΝΕΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ

Σ.Ε. Αμπραχίμ<sup>1</sup>, Π. Κουφοπούλου<sup>2</sup>, Κ. Ανδρουτσοπούλου-Λύτρα<sup>3</sup>, Α. Βοζίκης<sup>4</sup>, Π. Κατσαφούρου<sup>5</sup>, Α. Μπανούση<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Νοσηλεύτρια Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ, MSc, <sup>2</sup>Αναπληρώτρια Διοικήτρια Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ και Αντιπρόεδρος Δ.Σ. Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ - Ε.Κ.Α., PhD (c), Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Εργαστήριο Οικονομικών και Διοίκησης της Υγείας, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, MSc. Διοικητικής Επιστήμης, BSc. Κοινωνικής Πολιτικής, Ελληνικός Οργανισμός Πολιτικών Επιστημών, Εταιρεία Ιατρικών Μελετών Κρήτης, <sup>3</sup>Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ, MSc, <sup>4</sup>Επίκουρος Καθηγητής, Διευθυντής Εργαστηρίου Οικονομικών και Διοίκησης της Υγείας, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, <sup>5</sup>Προϊσταμένη Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Γ' Πανεπιστημιακής Ορθοπαιδικής Κλινικής Ε.Κ.Π.Α. Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ, MSc (c), <sup>6</sup>Προϊσταμένη Χειρουργείου Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ, PhD (c), Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., MSc (c) Διεθνής Ιατρική και Διαχείριση Κρίσεων, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α.

**Εισαγωγή:** Ένα πολύ βασικό μέρος των νοσηλευτικών μονάδων ανά τον κόσμο όπως και στην χώρα μας, είναι Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.). Τα Τ.Ε.Π. είναι σημεία αναφοράς για κάθε επείγον ιατρικό περιστατικό, με τεράστιο όγκο αυτών. Αφορούν όλο το φάσμα των ιατρικών ειδικοτήτων με καταλυτικό ρόλο σε όλα τα επίπεδα αντιμετώπισης των προσερχομένων ασθενών. Για τα Εθνικά Συστήματα Υγείας των ανεπτυγμένων κρατών χαρακτηρίζονται ως το ιερό καταφύγιο ως δίχτυ ασφαλείας. Στόχοι των Τ.Ε.Π. μεταξύ άλλων είναι η αντιμετώπιση των βαρέως πασχόντων, των εκτάκτων περιστατικών, αντιμετώπιση ή παραπομπή μη εκτάκτων περιστατικών, η έρευνα και συνδρομική επιτήρηση (επιδημίες και τραύμα) κοκ. Εντούτοις, η βαρύτητα των περιστατικών αναδεικνύει μια πληθώρα δυσλειτουργιών όπως είναι ο συνωστισμός (overcrowding).

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να αναδείξει τις πρακτικές του Νέου Δημοσίου Μάνατζμεντ αναφορικά με την ελαχιστοποίηση του συνωστισμού στα Τ.Ε.Π. των μονάδων υγείας.

**Μεθοδολογία:** Αξιοποιήθηκε η σχετική ελληνόγλωσση και ξενόγλωσση βιβλιογραφία, το σχετικό κανονιστικό πλαίσιο.

**Αποτελέσματα:** Το μεγαλύτερο πρόβλημα των Τ.Ε.Π. σε παγκόσμιο επίπεδο είναι ο συνωστισμός. Κύριες αιτίες για την εμφάνιση του είναι η φτώχεια, οι ανασφάλιστοι, οι μετανάστες η έλλειψη προσωπικού κοκ. Πάνω απ' όλα στον συνωστισμό συμβάλλει η έλλειψη κάθετης και οριζόντιας συντονισμένης πολιτικής σε εθνικό επίπεδο. Οι σπουδαιότερες επιπτώσεις του συνωστισμού είναι η αύξηση του κόστους, η αύξηση του χρόνου αναμονής, η μείωση της ικανοποίησης του κοινού, η διαβάθμιση της σοβαρότητας των περιστατικών των ασθενών που προσέρχονται σε αυτά και κυρίως οι επιθετικές συμπεριφορές εναντίον του προσωπικού.

**Συμπεράσματα:** Η αποτελεσματικότητα ενός Τ.Ε.Π. σε ένα δημόσιο νοσοκομείο είναι συνάρτηση πλήθους παραγόντων. Ο αριθμός των επισκέψεων σε αυτά, η βαρύτητα των περιστατικών, η διαθεσιμότητα των πόρων είναι κάποιοι εξ αυτών. Γι' αυτό χρειάζεται η άμεση ενεργοποίηση εργαλείων Νέου Δημοσίου Μάνατζμεντ όπως είναι η διαλογή των ασθενών (triage). Αποβλέπει στην κλινική δικαιοσύνη για τον ασθενή αλλά και στην καλύτερη οργάνωση, παρακολούθηση και αξιολόγηση των υπηρεσιών. Με τον τρόπο αυτό αναβαθμίζεται το σύνολο των λειτουργιών του νοσοκομείου εξασφαλίζοντας την βιωσιμότητά του.

**Λέξεις-Κλειδιά:** νοσοκομεία, Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, συνωστισμός.

## AA 13

### ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΝΟΣΟΥ ΤΩΝ ΟΡΕΩΝ

Α. Μπανούση<sup>1</sup>, Π. Κουφοπούλου<sup>2</sup>, Κ. Ανδρουτσοπούλου-Λύτρα<sup>3</sup>, Σ.Ε. Αμπραχίμ<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Προϊσταμένη Χειρουργείου Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ, PhD (c), Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., MSc (c) Διεθνής Ιατρική και Διαχείριση Κρίσεων, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., <sup>2</sup>Αναπληρώτρια Διοικήτρια Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ και Αντιπρόεδρος Δ.Σ. Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ - Ε.Κ.Α., PhD (c), Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Εργαστήριο Οικονομικών και Διοίκησης της Υγείας, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, MSc. Διοικητικής Επιστήμης, BSc. Κοινωνικής Πολιτικής, Ελληνικός Οργανισμός Πολιτικών Επιστημών, Εταιρεία Ιατρικών Μελετών Κρήτης, <sup>3</sup>Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ, MSc., <sup>4</sup>Νοσηλεύτρια Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ, MSc.

**Εισαγωγή:** Η οξεία νόσος των ορέων, είναι θανατηφόρα αν και εμφανίζεται σπανίως πλέον. Συνηθέστερα συμπτώματα αυτής είναι εγκεφαλικά και πνευμονικά σύνδρομα, που ενδέχεται να αναπτυχθούν σε μη προσαρμοσμένα άτομα, μετά την άνοδο τους σε μεγάλο ύψος. Χαρακτηριστικά, αναφέρονται εγκεφαλικές ή πνευμονικές διαταραχές στην εκδήλωση εγκεφαλικού ή πνευμονικού οιδήματος. Αξιοσημείωτες είναι και οι οικονομικές της επιπτώσεις δεδομένου ότι αναπτύσσεται στην Ελλάδα, και σε άλλες χώρες ο χειμερινός τουρισμός (βιομηχανία του σκι).

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να παρουσιάσει τα βασικά συμπτώματα της οξείας νόσου των ορέων και την διαδικασία αντιμετώπισής της.

**Μεθοδολογία:** Αξιοποιήθηκε η σχετική ελληνόγλωσση και ξενόγλωσση βιβλιογραφία, το σχετικό κανονιστικό πλαίσιο.

**Αποτελέσματα:** Πρόκειται για ένα (υποκειμενικό) σύνδρομο ειδικών συμπτωμάτων. Ορίζεται ως η παρουσία κεφαλαλγίας σε μη προσαρμοσμένο άτομο, που πρόσφατα αφίχθηκε σε ύψος άνω των 2.500 μέτρων και με την παρουσία μιας σειράς συμπτωμάτων. Κάποια από αυτά είναι γαστρεντερικά συμπτώματα (ανορεξία, ναυτία, εμετός), αύπνία, ζάλη ή έντονο αίσθημα κόπωσης. Εκδηλώνονται μέσα σε 1 ώρα ή 6 – 10 ώρες. Αν για κάποιο λόγο τα συμπτώματα αρχίζουν μετά από 3 μέρες από την άνοδο του ατόμου, αν δεν υπάρχει κεφαλαλγία, η νόσος δεν ανταποκρίνεται άμεσα στη χορήγηση υγρών ή στην κάθοδος σε χαμηλότερο ύψος ή στην χορήγηση οξυγόνου ή δεξαμεθαζόνης, τότε μάλλον δεν πρόκειται για τη νόσο αυτή.

**Συμπεράσματα:** Επαρκής επιστημονική γνώση για τα ακριβή συμπτώματα της οξείας νόσου των ορέων, δεν υπάρχει. Κατά πάσα πιθανότητα οφείλεται στην αγγειοδιαστολή των εγκεφαλικών αγγείων, ως συνέπεια της υποξίας ή σε ελαφρύ εγκεφαλικό οίδημα. Η θεραπευτική πρακτική που ακολουθείται είναι άμεση κάθοδος σε χαμηλότερο ύψος και χορήγηση οξυγόνου, διαφορετικά χορηγείται διουρητικό (ακεταζολαμίδη) ή δεξαμεθαζόνη, αντιεμετικά, υπναγωγά ή ηρεμιστικά χάπια. Προληπτικά προτείνεται η σταδιακή άνοδος ύστερα από μεγάλα ύψη και η διαμονή σε κατασκηνώσεις για προσαρμογή αλλά και η χορήγηση προφυλακτικά ακεταζομεθαδόνη ή δεξαμεθαζόνη.

**Λέξεις-Κλειδιά:** οξεία νόσος των ορέων, υψόμετρο, πρόληψη.





## AA 14

### Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ 360° ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Π. Κουφοπούλου<sup>1</sup>, Κ. Ανδρουτσοπούλου-Λύτρα<sup>2</sup>, Χ. Μαστρογιάννη<sup>3</sup>, Γ. Μπέτση<sup>4</sup>, Σ.Ε. Αμπραχίμ<sup>5</sup>  
<sup>1</sup>Αναπληρώτρια Διοικήτρια Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ και Αντιπρόεδρος Δ.Σ. Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ - Ε.Κ.Α., PhD (c), Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Εργαστήριο Οικονομικών και Διοίκησης της Υγείας, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, MSc. Διοικητικής Επιστήμης, BSc. Κοινωνικής Πολιτικής, Ελληνικός Οργανισμός Πολιτικών Επιστημών, Εταιρεία Ιατρικών Μελετών Κρήτης, <sup>2</sup>Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ, MSc., <sup>3</sup>Α/Προϊσταμένη Τμήματος Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, Υπεύθυνη Γραφείου Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών/ριών Υπηρεσιών Υγείας των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ, MSc., BSc., <sup>4</sup>Γραμματέα Διοίκησης, Τ.Ε. Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, Τ.Ε.Ι., Αθηνών, <sup>5</sup>Νοσηλεύτρια Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ, MSc.

**Εισαγωγή:** Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας λαμβάνει πολλαπλές διαστάσεις (ασθενής, επαγγελματίες υγείας, διαχείριση της ποιότητας). Ωστόσο, εντοπίζονται ζητήματα που χρήζουν άμεσων παρεμβάσεων. Τέτοιου είδους παρέμβαση είναι η αξιολόγηση των 360° (ή αλλιώς κυκλική αξιολόγηση) με στόχο την αξιολόγηση του προσωπικού ενός οργανισμού (π.χ. νοσοκομεία), μέσω πολλαπλών πηγών καθώς και η λήψη γνώσης του ατόμου της εντύπωσης που αυτό προκαλεί στους συνεργάτες του. Εντούτοις στα ελληνικά νοσοκομεία, αυτή η διοικητική πρακτική βρίσκει τροχόπέδη στη γραφειοκρατία και τις παθογένειες του παρελθόντος.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να προτείνει την μέθοδο της αξιολόγησης των 360° ως την πλέον ενδεδειγμένη για την ποιοτική λειτουργία των ελληνικών νοσοκομείων, στα πλαίσια του Νέου Δημοσίου Μάνατζμεντ.

**Μεθοδολογία:** Αξιοποιήθηκε η σχετική ελληνόγλωσση και ξενόγλωσση βιβλιογραφία, το σχετικό κανονιστικό πλαίσιο.

**Αποτελέσματα:** Η αξιολόγηση των 360°, είναι μια ακριβής, δίκαιη και αντικειμενική μέθοδος. Επιτυγχάνει μια σφαιρική και ευρεία αξιολόγηση του εργαζομένου, χρησιμοποιώντας όσα άτομα συνεργάζονται και έχουν σχέση με το άτομο (ομοβάθμιοι, υφιστάμενοι, προϊστάμενοι). Πλεονεκτήματα αυτής είναι η αντικειμενικότητα, η ποιοτική πληροφόρηση και η εφαρμογή στην πράξη αρχών της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας. Εντούτοις, χαρακτηρίζεται από γραφειοκρατία, σπατάλη χρόνου και έλλειψη της σχετικής οργανωσιακής κουλτούρας από τους προϊσταμένους (που αξιολογούνται από τους υφισταμένους τους).

**Συμπεράσματα:** Η μέθοδος της κυκλικής αξιολόγησης τυγχάνει μεγάλης απήχησης τα τελευταία χρόνια και σταδιακά αντικαθιστά τις παραδοσιακές μεθόδους σε πλήθος νοσηλευτικών ιδρυμάτων ανά τον κόσμο. Την τελευταία δεκαετία χρησιμοποιείται από μεγάλες επιχειρήσεις και για τη λήψη διοικητικών αποφάσεων. Στα νοσοκομεία, ωστόσο, απαιτείται άλλου τύπου στρατηγικός σχεδιασμός μέσω της Διοίκησης Στόχων (Ν. 3230/2004) η οποία θα ενθαρρύνει την ανασύσταση των διοικητικών διαδικασιών στο σύνολο τους. Στοιχευμένα, πλέον, θα διασφαλιστεί η ποιότητα, η αποδοτικότητα και η βιωσιμότητα των νοσοκομείων μέσα από την ορθή διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού και την αξιολόγηση του.

**Λέξεις-Κλειδιά:** νοσοκομεία, αξιολόγηση 360°, αποδοτικότητα.



## AA 15

### Η ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΓΡΑΦΕΙΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΛΗΠΤΩΝ/ΡΙΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ.

Π. Κουφοπούλου<sup>1</sup>, Χ. Μαστρογιάννη<sup>2</sup>, Κ. Ανδρουσοπούλου-Λύτρα<sup>3</sup>, Γ. Μπέτση<sup>4</sup>, Α. Βοζίκη<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Αναπληρώτρια Διοικήτρια Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ και Αντιπρόεδρος Δ.Σ. Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ -Ε.Κ.Α., PhD (c), Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Εργαστήριο Οικονομικών και Διοίκησης της Υγείας, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, MSc. Διοικητικής Επιστήμης, BSc. Κοινωνικής Πολιτικής, Ελληνικός Οργανισμός Πολιτικών Επιστημών, Εταιρεία Ιατρικών Μελετών Κρήτης, <sup>2</sup> Α' Προϊσταμένη Τμήματος Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, Υπεύθυνη Γραφείου Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών/ριών Υπηρεσιών Υγείας των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. Γ.Ν.Α. Κ.Α.Τ., MSc., BSc., <sup>3</sup> Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ, MSc., <sup>4</sup> Γραμματεία Διοίκησης, Τ.Ε. Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, Τ.Ε.Ι. Αθηνών, <sup>5</sup> Επίκουρος Καθηγητής, Διευθυντής Εργαστηρίου Οικονομικών και Διοίκησης της Υγείας, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς

**Εισαγωγή:** Οι επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται στο χώρο της προσφοράς υπηρεσιών όπως είναι τα νοσοκομεία, διαμορφώνουν στοχευμένες πολιτικές εξυπηρέτησης των ασθενών, με προσανατολισμό στο προσωπικό τους. Το παραγόμενο από αυτά προϊόν είναι άυλο, δύσκολο μετρήσιμο και στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό στον ανθρώπινο παράγοντα. Μέρος του προϊόντος που λέγεται 'υπηρεσία υγείας' είναι αδιαμφισβήτητη και ο υπάλληλος που την προσφέρει. Στην Ελλάδα, με την Υπουργική Απόφαση για τη λίστα χειρουργείου, οι ασθενείς διεκδικώντας τα δικαιώματά τους όταν θεωρούν ότι παραβιάζεται η σειρά προτεραιότητας τους σε αυτήν μπορούν να υποβάλλουν καταγγελία στο Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών υπηρεσιών υγείας του κάθε νοσοκομείου.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι να αναδείξει τη σπουδαιότητα της δημιουργία του Γραφείου Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών/ριών Υπηρεσιών Υγείας (Γ.Π.Δ.Λ.Υ.Υ.) στα νοσοκομεία ανά την Ελλάδα.

**Μεθοδολογία:** Αξιοποιήθηκε η σχετική ελληνόγλωσση και ξενόγλωσση βιβλιογραφία και το πρόσφατο νομοθετικό πλαίσιο (Ν. 4368/2016, Υ.Α. Α3δ/Γ.Π.οικ.10976/2017/ΦΕΚ 662/2.3.2017/τ. Β').

**Αποτελέσματα:** Η εξυπηρέτηση του πολίτη στα δημόσια νοσοκομεία είναι καταλύτης πλήθους εξελίξεων και αποτελεί τη βάση για πολλές θεσμικές πρωτοβουλίες. Αποτέλεσμα αυτής είναι και η ίδρυση του Γραφείου Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών/ριών Υπηρεσιών Υγείας, προστατεύοντας τα δικαιώματα του ασθενούς, στο σύνολο της παροχής υπηρεσιών, μέσα σε περιβάλλον δημοσιονομικής κρίσης.

**Συμπεράσματα:** Τα παράπονα των ασθενών στα δημόσια νοσοκομεία απεικονίζουν το χάσμα που προκύπτει και που μπορεί να οφείλεται στις υπερβολικές προσδοκίες ή στις προηγούμενες συγκριτικά καλύτερες εμπειρίες των χρηστών, στην καλή φήμη της συγκεκριμένης υπηρεσίας, στην ανεπαρκή ενημέρωση τους επί των διαδικασιών, στη λανθασμένη επικοινωνία μεταξύ προμηθευτών - χρηστών ή σε κάποιο συνδυασμό τους. Στις περιπτώσεις αυτές, οι διοικήσεις των νοσοκομείων οφείλουν να λειτουργούν προληπτικά ενεργώντας στρατηγικού σχεδιασμού με απόλυτη προτεραιότητα την ασφάλεια του ασθενούς, την προάσπιση του δημοσίου συμφέροντος, τον περιορισμό του κόστους. Υπό το πρίσμα αυτό δημιουργήθηκε το Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών/ριών Υπηρεσιών Υγείας στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. αναβαθμίζοντας τις υπηρεσίες υγείας.

**Λέξεις-Κλειδιά:** Πολίτης, νοσοκομεία, λίστα χειρουργείου.



## ΑΑ 16

### ΠΟΛΥΦΑΡΜΑΚΙΑ. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Α. Τόσκα<sup>1</sup>, Μ. Σαρίδη<sup>1</sup>, Δ. Λατσού<sup>2</sup>, Μ. Γείτονα<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Γ.Ν. Κορίνθου, <sup>2</sup>Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

**Εισαγωγή:** Ο όρος πολυφαρμακία χρησιμοποιείται για να περιγράψει τη συνταγογράφηση τουλάχιστον ενός ακατάλληλου για την πάθηση φαρμάκου, ή την ταυτόχρονη λήψη περισσότερων των πέντε σκευασμάτων. Ο αριθμός φαρμακευτικών σκευασμάτων που λαμβάνονται από έναν ασθενή, δεν αποτελεί απαραίτητα ένδειξη πολυφαρμακίας, καθώς εάν κάποιος πάσχει από περισσότερα από ένα νοσήματα, τότε όλα αυτά τα σκευάσματα πιθανά να είναι απαραίτητα.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσης ανασκόπησης είναι η διερεύνηση της πολυφαρμακίας ως έννοιας, των παραγόντων οι οποίοι συμβάλλουν σε αυτή καθώς και των επιπτώσεων της.

**Μεθοδολογία:** Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση ερευνητικών μελετών και ανασκοπικών άρθρων σχετικά με την πολυφαρμακία, στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων «Pubmed», «Cinahl», «Embase» και google «scholar».

**Αποτελέσματα:** Έρευνες δείχνουν ότι περίπου το 25% του γενικού πληθυσμού λαμβάνει περισσότερα από 5 σκευάσματα εβδομαδιαίως ενώ για τα άτομα άνω των 65 ετών το ποσοστό αυτό διπλασιάστηκε, φτάνοντας τα 10 σκευασμάτων την εβδομάδα. Τα αίτια που οδηγούν στην πολυφαρμακία είναι: η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, τα αυξημένα ποσοστά συννοσηρότητας η οποία οδηγεί στη λήψη 6-9 σκευασμάτων ημερησίως, η νοσηλεία, η παρακολούθηση του ασθενούς από περισσότερους του ενός γιατρούς, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο των ασθενών, η έλλειψη ενημέρωσης από πλευράς γιατρών, καθώς και ο λεγόμενος «καταρράκτης συνταγογράφησης», για την αντιμετώπιση των παρενεργειών από τη λήψη κάποιου άλλου φαρμάκου. Η πολυφαρμακία μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στην αύξηση του ετήσιου κόστους υγείας και ταυτόχρονα ενισχύει τις πιθανότητες εμφάνισης παρενεργειών λόγω της αλληλεπίδρασης των ουσιών αυτών μεταξύ τους.

**Συμπεράσματα:** Η πολυφαρμακία αποτελεί μια πραγματικότητα του σύγχρονου τρόπου ζωής. Πέραν των επιπτώσεων στην υγεία του ασθενή, προκαλεί σημαντική οικονομική επιβάρυνση τόσο για τον ίδιο τον ασθενή όσο και το κρατικό σύστημα υγείας.

**Λέξεις-Κλειδιά:** Πολυφαρμακία, αίτια, επιπτώσεις, συννοσηρότητα

## AA 17

### **Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ, ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ**

Π. Δάφνου<sup>1</sup>, Ε. Αλεξοπούλου<sup>2</sup>, Ε. Νταλάπα<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ΤΕ, ΜSC, Νοσηλεύτρια, Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ (Τμήμα Νοσηλείας Ασθενών με Λοίμωξη), <sup>2</sup>ΤΕ, Νοσηλεύτρια, Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ (Τμήμα Νοσηλείας Ασθενών με Λοίμωξη), <sup>3</sup>ΠΕ, ΜS(c) Νοσηλεύτρια, Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ (Τμήμα Νοσηλείας Ασθενών με Λοίμωξη)

**Εισαγωγή:** Νοσοκομειακή θεωρείται μια λοίμωξη, η οποία δεν ήταν παρούσα ούτε βρισκόταν στο στάδιο της επώασης κατά την ώρα της εισαγωγής του ασθενούς, είτε του νοσοκομειακού περιβάλλοντος. Νοσοκομειακές λοιμώξεις χαρακτηρίζονται επίσης και οι λοιμώξεις που εμφανίζονται μετά την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο, αλλά στις οποίες η λοίμωξη έγινε κατά την παραμονή του σε αυτό.

Σαν συνηθέστερες ενδοноσοκομειακές λοιμώξεις παρουσιάζονται οι ουρολοιμώξεις, οι λοιμώξεις χειρουργικών τραυμάτων, λοιμώξεις που σχετίζονται με τη χρήση ενδαγγειακών καθετήρων καθώς και οι αναπνευστικές λοιμώξεις, όπως η ειδική ή νοσοκομειακή πνευμονία.

Οι κύριοι παράγοντες που σχετίζονται με τις ενδοноσοκομειακές λοιμώξεις είναι η παρατεταμένη νοσηλεία, ιδιαίτερα ανοσοκατασταλαμένων ή μεταμοσχευθέντων ασθενών και ασθενών που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Επιπλέον υπάρχει άμεση συσχέτιση μεταξύ ενδοноσοκομειακών λοιμώξεων και ορισμένων ιατρονοσηλευτικών παρεμβάσεων, όπως η χρήση αναπνευστήρα. Τέλος, ένας πολύ σημαντικός παράγοντας είναι η χρήση αντιβιοτικών φαρμάκων στα νοσοκομεία, η οποία καθιστά τα μικρόβια ανθεκτικά, δυσχεραίνοντας περισσότερο τη θεραπεία και την αντιμετώπιση των λοιμώξεων.

Βάσει των διεθνών οδηγιών και πρωτοκόλλων οι νοσηλευτές διαδραματίζουν τεράστιο ρόλο στην εφαρμογή των οδηγιών αυτών, που καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα ενεργειών, στάσεων και δεξιοτήτων.

**Σκοπός:** Η αναγνώριση του προβλήματος, η οργάνωση των υπηρεσιών των επιφορτισμένων με αυτό και η εφαρμογή των διαφόρων προγραμμάτων ελέγχου. Αυτό επιτυγχάνεται όταν μεριμνά να προλαμβάνονται οι επιπλοκές και οι ενδοноσοκομειακές βλάβες με τις επιστημονικές γνώσεις και δεξιότητές του.

**Συμπέρασμα:** Χρειάζεται περαιτέρω εκπαίδευση, για την απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων που θα οδηγήσουν σε μείωση των ενδοноσοκομειακών λοιμώξεων και σε αύξηση της ασφάλειας ασθενών.

**Λέξεις-Κλειδιά:** Ρόλος νοσηλευτή, υγιεινή χεριών, ασφάλεια ασθενών, λοίμωξη χειρουργικού τραύματος



## ΑΑ 18

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΙΣ ΗΝΩΜΕΝΕΣ ΠΟΛΙΤΕΙΕΣ ΑΜΕΡΙΚΗΣ

Α. Φάλκου, Α. Αλεξούδης, Σ. Θεοδωρακόπουλος, Κ. Ζουπίδου, Σ. Χαλδούπη  
*Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ-ΕΚΑ, Αθήνα*

**Εισαγωγή:** Ο Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος (ΣΕΛ) είναι μια χρόνια συστηματική αυτοάνοση νόσος και αποτελεί μια διαγνωστική και θεραπευτική πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας.

**Σκοπός:** Η σύγκριση των γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού για τον ΣΕΛ καθώς και της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας στους ασθενείς με ΣΕΛ, σε Ρευματολογική Κλινική στην Ελλάδα σε σχέση με τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ).

**Μέθοδος:** Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα στους ασθενείς με ΣΕΛ στις ΗΠΑ και σύγκριση με την αντίστοιχη στην Κλινική μας.

**Αποτελέσματα:** Το ποσοστό του χρόνου και της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών με ΣΕΛ, είναι χαμηλό στην χώρα μας αφ' ενός λόγω της υποστελέχωσης των μονάδων υγείας από νοσηλευτικό προσωπικό και αφ' ετέρου λόγω έλλειψης εξειδίκευσης του νοσηλευτικού προσωπικού.

**Συμπέρασμα:** Επειδή ο ΣΕΛ είναι μια χρόνια νόσος που δυνητικά επηρεάζει πολλά οργανικά συστήματα με αποτέλεσμα και την ψυχολογική επιβάρυνση του ασθενούς, απαιτείται η διαχείριση του ασθενούς σε πολλαπλά επίπεδα. Για την επίτευξη της διαχείρισης αυτής είναι απαραίτητη 1) η στελέχωση των τμημάτων με επαρκές νοσηλευτικό προσωπικό και 2) η κατάρτιση του νοσηλευτικού προσωπικού στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.

**Λέξεις-Κλειδιά:** Αυτοάνοση νόσος, ΣΕΛ, Νοσηλευτές, Εκπαίδευση

## AA 19

### ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΕΡΥΘΡΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗ

Ε. Πολυχρονοπούλου

Νοσηλεύτρια, MSc, Αιμοδοσία, Ε.Α.Ν. Πειραιά «Μεταξά»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ως ερυθροκυττάρωση ορίζεται η ανεύρεση αυξημένης τιμής αιμοσφαιρίνης (Hb)-αιματοκρίτη (Ht) μεγαλύτερο από 16,5g/dl-49% στους άνδρες και μεγαλύτερο από 16g/dl-48% στις γυναίκες. Οι αυξημένες τιμές Hb-Ht μπορούν να διαπιστωθούν τυχαία σε γενική αίματος ρουτίνας σε ασυμπτωματικούς ασθενείς. Η πιθανότητα θρόμβωσης είναι ο βασικός κίνδυνος για τους ασθενείς αυτούς και η θεραπευτική αντιμετώπιση στοχεύει στη μείωση αυτής.

**Σκοπός:** Η γνώση και αξιολόγηση σημείων και συμπτωμάτων από τους νοσηλευτές για τους ασθενείς με ερυθροκυττάρωση έτσι ώστε να τους συμπεριλάβουν σε ένα σχέδιο προληπτικής φροντίδας.

**Μεθοδολογία:** Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε περιελάμβανε αναζήτηση ανασκοπικών ερευνητικών μελετών στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Pubmed και Medline.

**Αποτελέσματα:** Οι ασθενείς που διερευνώνται λόγω Ερυθροκυττάρωσης μπορεί να εμπίπτουν σε δυο κατηγορίες: 1) Αυτούς που έχουν Αληθή Πολυκυτταραιμία (ΑΠ) με αυξημένη τιμή μάζας ερυθρών αιμοσφαιρίων (RCM) πέραν του 125%, καθώς και η παρουσία μετάλλαξης εξωνίου 12 JAK2V617F.

2) Κι αυτούς που έχουν Δευτεροπαθή Ερυθροκυττάρωση (ΔΕ) με φυσιολογική RCM. Η ΑΠ ανήκει στα χρόνια μυελοϋπερπλαστικά νεοπλάσματα και οφείλεται σε κλωνική διαταραχή του αρχέγονου αιμοποιητικού κυττάρου στο μυελό των οστών. Αίτια ΔΕ που σχετίζονται με απρόσφορη παραγωγή ερυθροποιητίνης αφορούν νεοπλασματικές και μη παθήσεις, σε αναπνευστική ανεπάρκεια-κεντρική υποξία, αιμοσφαιρινοπάθειες υψηλής συγγένειας με το οξυγόνο και σε άλλα αίτια όπως το κάπνισμα, η δηλητηρίαση από μονοξείδιο του άνθρακα διαμονή σε υψηλό υψόμετρο, χρήση και κατάχρηση ανδρογόνων και αναβολικών στεροειδών, δηλητηρίαση με κοβάλτιο ή νικέλιο. Οι ασθενείς με Ερυθροκυττάρωση διαφοροδιαγιγνώσκονται και ταξινομούνται σε ομάδες κινδύνου ανάλογα με την πιθανότητα που έχουν να εμφανίσουν θρομβωτικό επεισόδιο. Τόσο οι ασθενείς με Αληθή Πολυκυτταραιμία όσο και οι ασθενείς με Δευτεροπαθή Πολυκυτταραιμία ωφελούνται από περιοδικές αφαιμάξεις για τη διατήρηση του όγκου και της γλοιότητας του αίματος σε φυσιολογικά επίπεδα. Στη ΔΠ η αγωγή επικεντρώνεται στην υποκείμενη διαταραχή. Στην ΑΠ οι ασθενείς χωρίζονται σε δυο ομάδες κινδύνου οι οποίοι καθορίζονται από την ηλικία και το ιστορικό θρόμβωσης.

**Συμπεράσματα:** Η Ερυθροκυττάρωση είναι μια χρόνια διαταραχή και αντιμετωπίζεται στα πλαίσια της κοινότητας εκτός κι αν συμβεί κάποια επιπλοκή. Η πρόληψη ξεκινά με την ανίχνευση αυτών των ασθενών και την ενημέρωσή τους για μείωση των παραγόντων που μπορεί να οδηγήσουν σε θρόμβωση.

**Λέξεις-Κλειδιά:** πολυκυτταραιμία, ερυθροκυττάρωση, κάπνισμα, θρόμβωση





ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ  
ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

# ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΔΙΑΒΗΤΗ - ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΟΙΝΟΥ

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

Σάββατο 24 Ιουνίου 2017  
Hotel Elite City Resort



Είσοδος Ελεύθερη

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ**





## ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΟΙΝΟΥ

**Σάββατο 24 Ιουνίου 2017**

**ΑΙΘΟΥΣΑ Γ΄**

- 18.30 - 20.30 **Εκδήλωση Διαβήτη - Ενημέρωση και Εκπαίδευση Κοινού**  
Υπό την Αιγίδα του Δήμου Καλαμάτας και του Συλλόγου Διαβητικών  
Ν. Μεσσηνίας ΓΛΥΚΙΑ ΜΕΣΣΗΝΙΑ
- 
- Προεδρείο: **Ν. Γκιούλος - Ι. Παπαδόπουλος**  
Πρόλογος: **Ι. Κυριαζής**
- Διατροφικές συστάσεις στο Σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 - **Θ. Λάππα**  
Αυτοέλεγχος - Γλυκαιμικοί στόχοι - **Κ. Σγούρος**  
Σύντομη γνωριμία με τα αντιδιαβητικά δισκία - **Α. Κουτσοβασίλης**  
Ενέσιμες θεραπείες στο Σακχαρώδη διαβήτη - **Α. Παπαζαφειροπούλου**  
Μικρο- και Μακροαγγειακές επιπλοκές του Σακχαρώδη διαβήτη - **Α. Μακρής**

### ΠΡΟΕΔΡΟΙ – ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

- |                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <b>Γκιούλος Νικόλαος</b>          | Παθολόγος με εξειδίκευση στον Διαβήτη, Διευθυντής ΕΣΥ, Κ.Υ. Αγίου Νικολάου & Διαβητολογικού Ιατρείου, Γ.Ν. Καλαμάτας   |
| <b>Παπαδόπουλος Ιωάννης</b>       | Παθολόγος, Αθήνα   |
| <b>Κυριαζής Ιωάννης</b>           | MD, PhD, FNSCOPE, Παθολόγος με εξειδίκευση στον Διαβήτη, Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής & Ιατρείου Διαβήτη-Παχυσαρκίας, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ», Πρόεδρος Δ.Σ. Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν.       |
| <b>Λάππα Θεοδώρα</b>              | Msci, Προϊσταμένη Τμήματος Διατροφής, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»   |
| <b>Σγούρος Κωνσταντίνος</b>       | Παθολόγος, Επιμελητής Β΄ Παθολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Πύργου   |
| <b>Κουτσοβασίλης Αναστάσιος</b>   | MSc, PhD, Παθολόγος - Διαβητολόγος, Υπεύθυνος Ιατρείου Λιπιδίων, Επιμελητής Β΄, Γ΄ Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων» |
| <b>Παπαζαφειροπούλου Αθανασία</b> | Παθολόγος με εξειδίκευση στον Διαβήτη, MSc, PhD, Επιμελήτρια Β΄, Α΄ Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»                                  |
| <b>Μακρής Αναστάσιος</b>          | Γενικός Ιατρός, Επιμελητής Α΄ Διαβητολογικού Ιατρείου, Γ.Ν. Καλαμάτας  |



# 3<sup>η</sup> Ημερίδα Διατροφής

Σάββατο 30 Σεπτεμβρίου 2017

Αθήνα - Αμφιθέατρο Λαϊκού Νοσοκομείου



Διατροφικές Παρεμβάσεις στην Πρόληψη  
και Αντιμετώπιση των Καρδιομεταβολικών  
Παραγόντων Κινδύνου



**ΔΩΡΕΑΝ**  
ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ:

*Renaissance*  
Congress

Ερμού 16, 10563 Αθήνα  
t: 211 7517445, 211 7517446, f: 211 3245671  
e: congress@renaissancehellas.com  
w: www.congress.renaissancehellas.com



Εταιρεία Μελέτης Παραγόντων

Κινδύνου για Αγγειακά Νοσήματα

Ιακ. Δραγάση 8, Πειραιάς 185 35

(Όροφος 4 - Γραφείο 1)

t: 210 4953646, f: 210 4953646

e: info@empakan.gr, w: www.empakan.gr



## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

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



ANGELINI



AstraZeneca



Boehringer  
Ingelheim



eurodiet

Guidotti Hellas



## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ





# Εταιρεία Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου για Αγγειακά Νοσήματα

## 2<sup>ο</sup> Σχολείο Θεραπευτικής για τα Καρδιομεταβολικά Νοσήματα: Από τη Θεωρία στην Πράξη

Ξενοδοχείο AMALIA  
Ναύπλιο, 13 - 15 Οκτωβρίου 2017

Θα χορηγηθούν μόρια Συνεχιζόμενης  
Ιατρικής Εκπαίδευσης CME - CPD Credits



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



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



## ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

### Α

ΑΓΓΕΛΙΔΗ Α. ....	9, 10, 15, 21, 48, 52, 59, 64
ΑΓΓΕΛΙΝΑΣ Δ. ....	18, 45
ΑΔΑΜΟΠΟΥΛΟΥ Θ. ....	66, 74, 77
ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Λ. ....	8, 12, 34, 54
ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Π. ....	8, 9, 13, 34, 49, 54
ΑΛΑΒΕΡΑΣ Α. ....	5, 13, 15, 20, 23
ΑΛΕΒΕΤΣΩΒΙΤΗΣ Γ. ....	8, 36
ΑΛΕΞΑΝΔΡΑΚΗ Α. ....	66
ΑΛΕΞΙΟΥ Α. ....	69, 99
ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΥ Ε. ....	73, 111
ΑΛΕΞΟΥΔΗΣ Α. ....	73, 112
ΑΛΩΝΙΣΤΙΩΤΗ Α. ....	66, 68, 73, 74, 77
ΑΜΠΑΡΤΖΙΔΟΥ. ....	8
ΑΜΠΡΑΧΙΜ Σ.Ε. ....	71, 72, 106, 107, 108
ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ Κ. ....	9
ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΔΗΣ Γ. ....	14, 41
ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΔΟΥ Χ. ....	8, 18, 33, 46
ΑΝΔΡΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΥ-ΛΥΤΡΑ Κ. ....	66, 68, 69, 70, ..... 71, 72, 75, 77, 88, 103, 104, 106, 107, 108, 109
ΑΝΤΩΝΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Α. ....	8, 36
ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ Ν. ....	5, 23
ΑΡΑΠΟΣΤΑΘΗ Κ. ....	66, 71, 77
ΑΧΕΙΜΑΣΤΟΣ Α. ....	14, 42

### Β

ΒΑΖΓΙΟΥΡΑΚΗΣ Β. ....	14, 41
ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΣ Χ. ....	74, 84
ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΥ Ε. ....	15, 6
ΒΕΡΓΗΣ Κ. ....	19, 61
ΒΛΑΧΑΚΟΣ Δ. ....	15, 23
ΒΟΖΙΚΗΣ Α. ....	71, 72, 106, 109

### Γ

ΓΑΝΩΤΟΠΟΥΛΟΥ Α. ....	10, 48
ΓΕΙΤΟΝΑ Μ. ....	66, 73, 110
ΓΕΩΡΓΙΟΥ Ε. ....	8, 36
ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΣ Η. ....	21
ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Δ. ....	71, 89, 105
ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Ι. ....	18
ΓΙΑΝΝΙΤΣΗ Σ. ....	13, 15, 19, 57, 60, 61
ΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΥ Ι. ....	18, 45
ΓΚΙΟΥΛΟΣ Ν. ....	5, 8, 23, 116
ΓΚΟΤΣΗΣ Δ. ....	8, 36
ΓΚΟΥΖΟΥ Μ. ....	66, 68, 77
ΓΟΥΓΟΥΡΕΛΑΣ Δ. ....	19, 62
ΓΡΑΣΣΟΣ Χ. ....	5, 16, 21, 23

### Δ

ΔΑΜΟΥΛΙΑΝΟΥ Μ. ....	66, 75, 86
ΔΑΝΕΒΑ Ε. ....	75, 88
ΔΑΣΚΑΛΑΚΗ Α. ....	15, 6
ΔΑΦΝΟΥ Π. ....	73, 111
ΔΕΜΕΡΤΖΗ Θ. ....	66
ΔΗΜΑΚΟΥ Α. ....	66
ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ Γ. ....	12, 18, 20, 23
ΔΗΜΟΣΘΕΝΟΠΟΥΛΟΣ Χ. ....	14, 20, 23, 43, 44
ΔΙΑΚΟΥΜΑΚΟΥ Ο. ....	19, 61
ΔΙΑΜΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ Β. ....	12, 4

### Ε

ΕΛΒΑΝΙΔΗ Σ. ....	19, 62
ΕΥΘΥΜΙΑΔΟΥ Ρ. ....	5, 15, 23
ΕΥΣΤΑΘΙΟΥ Σ. ....	14, 42
ΕΥΣΤΡΑΤΙΑΔΗ Ε. ....	21, 64



<b>Ζ</b>			
ΖΑΦΕΙΡΗ Μ. ....	12, 20, 23, 40		
ΖΕΡΒΑ Κ. ....	14, 41		
ΖΕΡΒΑΣ Ε. ....	16, 22, 23		
ΖΙΑΚΚΑ Α. ....	20, 63		
ΖΟΜΠΟΛΟΣ Σ. ....	5, 8, 36		
ΖΟΡΜΠΑΛΑ Ε. ....	14, 42		
ΖΟΥΠΙΔΟΥ Κ. ....	73, 112		
ΖΥΓΑ Σ. ....	66, 68, 77		
<b>Η</b>			
ΗΡΑΚΛΕΙΑΝΟΥ Σ. ....	5, 9, 15, 48, 59		
<b>Θ</b>			
ΘΕΟΔΩΡΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Σ. ....	73, 112		
ΘΩΜΟΠΟΥΛΟΣ Κ. ....	5, 14, 15, 18, 23		
<b>Ι</b>			
ΙΛΙΟΥ Κ. ....	13, 57		
ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ Ι. ....	5, 10, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 20, .....21, 22, 23, 40, 43, 44		
<b>Κ</b>			
ΚΑΛΑΤΖΗ Π. ....	76, 91		
ΚΑΛΛΙΚΑΖΑΡΟΣ Ι. ....	5		
ΚΑΛΛΙΣΤΡΑΤΟΣ Μ. ....	13, 15, 19, 57, 60, 61		
ΚΑΛΟΜΟΙΡΗ Δ. ....	73, 77		
ΚΑΜΑΡΑΤΟΣ Α. ....	10, 15, 52, 59		
ΚΑΠΕΛΙΟΣ Χ. ....	14, 18, 41, 44		
ΚΑΠΕΡΝΟΠΟΥΛΟΣ Χ. ....	21, 23		
ΚΑΡΑΚΟΥΣΗ Σ. ....	82		
ΚΑΡΑΛΙΑ Ν. ....	8, 12, 35, 39		
ΚΑΡΚΑΜΠΟΥΝΑΣ Σ. ....	8, 18, 33, 46		
ΚΑΡΟΥΜΠΑΛΗ Ι. ....	66		
ΚΑΤΣΑΦΟΥΡΟΥ Π. ....	66, 68, 71, 77, 106		
ΚΑΤΣΙΛΑΜΠΡΟΣ Ν. ....	5, 12, 13, 23		
ΚΑΥΚΑΣ Ν. ....	5		
ΚΑΥΚΙΑ Θ. ....	66, 74, 75, 77, 87		
ΚΑΦΑΝΤΟΓΙΑ Κ. ....	66, 68, 77		
ΚΑΨΑΛΑΚΗΣ Γ. ....	9, 37		
ΚΑΨΙΟΧΑ Β. ....	76, 9		
ΚΕΡΕΖΟΥΔΗ Ε. ....	20, 63		
ΚΙΟΡΤΣΗΣ Δ. ....	5, 18, 21, 23		
ΚΛΟΥΦΕΤΟΣ Π. ....	8, 36		
ΚΟΚΚΙΝΟΣ Α. ....	5, 14, 17, 24		
ΚΟΚΟΤΟΣ Γ. ....	19, 62		
ΚΟΛΛΕΡΗΣ Α. ....	8, 36		
ΚΟΛΛΙΟΥ Β. ....	66		
ΚΟΛΟΝΙΑΡΗΣ Α. ....	8, 36		
ΚΟΜΙΤΟΠΟΥΛΟΣ Ν. ....	5		
ΚΟΝΤΑΡΓΥΡΗΣ Β. ....	8, 18		
ΚΟΝΤΟΓΙΑΝΝΗΣ Ν. ....	15, 6		
ΚΟΝΤΟΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ Ν. ....	69, 70, 71, 75, 100		
ΚΟΝΤΟΡΙΓΑ Α. ....	10, 51		
ΚΟΡΔΙΝΑΣ Β. ....	9, 13, 37, 55		
ΚΟΡΟΒΕΣΗΣ Κ. ....	20, 24, 66		
ΚΟΣΜΟΠΟΥΛΟΥ Σ. ....	5, 8, 12, 24, 36		
ΚΟΤΡΩΝΗΣ Γ. ....	13, 54		
ΚΟΥΔΟΥΝΗΣ Γ. ....	5, 8, 12, 24, 36		
ΚΟΥΚΙΑ Ε. ....	66		
ΚΟΥΚΟΥΖΕΛΗ Α. ....	13, 15, 19, 57, 60		
ΚΟΥΝΕΛΑΚΗΣ Ι. ....	19, 62		
ΚΟΥΡΑΚΟΣ Μ. ....	66, 67, 69, 74, 77, 79, 83, .....84, 97, 98		
ΚΟΥΡΕΜΕΝΟΣ Ν. ....	15, 19, 57, 60, 61		
ΚΟΥΤΕΛΙΑΡΗ Β. ....	66, 71, 77		
ΚΟΥΤΣΑΚΗ Μ. ....	19, 61		
ΚΟΥΤΣΟΒΑΣΙΛΗΣ Α. ....	8, 9, 13, 17, 19, 24, 32, .....37, 55, 62, 116		
ΚΟΥΤΣΟΜΠΟΛΗΣ Δ. ....	74, 85		
ΚΟΥΦΟΠΟΥΛΟΥ Π. ....	66, 71, 72, 73, 75, 77, 88, .....106, 107, 108, 109		
ΚΥΡΙΑΖΗΣ Ι. ....	5, 7, 8, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 18, .....19, 22, 24, 28, 35, 39, 43, 44, 68, 79, 94, 116		





ΚΥΦΝΙΔΗΣ Κ. ....	13, 15, 57
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΚΑΚΗ Β. ....	74, 83
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Β. ....	66, 68, 77
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΠΟΥΛΟΣ Π. ....	8, 32
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Β. ....	9, 10, 13, 50, 53, 56, 68
ΚΩΣΤΟΓΛΟΥ-ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Ι. ....	9, 10, 13, 49, 54
ΚΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Μ. ....	13, 54

## **Λ**

ΛΑΛΟΥΣΗΣ Α. ....	18, 24
ΛΑΜΠΑΔΙΑΡΗ Β. ....	10, 12, 14, 19, 20, 24
ΛΑΜΠΡΙΑΝΙΔΟΥ Ε. ....	66
ΛΑΜΠΡΟΠΟΥΛΟΣ Π. ....	64
ΛΑΝΑΡΑΣ Λ. ....	5
ΛΑΠΠΑ Θ. ....	8, 12, 20, 24, 35, 39, 116
ΛΑΤΣΟΥ Δ. ....	73, 1
ΛΕΚΑΚΗΣ Ι. ....	5, 11, 15, 21, 24, 28
ΛΕΛΕΚΗΣ Μ. ....	5
ΛΙΑΤΗΣ ΣΤ. ....	9, 12, 13, 14, 18
ΛΙΑΧΟΠΟΥΛΟΥ Α. ....	66
ΛΙΜΠΙΤΑΚΗ Γ. ....	20, 63
ΛΙΟΛΙΟΥ Π. ....	66
ΛΙΟΝΑΚΗΣ Ν. ....	8
ΛΥΜΠΕΡΟΠΟΥΛΟΣ Ε. ....	5, 18, 19, 24
ΛΥΜΠΕΡΟΠΟΥΛΟΥ Ε. ....	68, 95

## **Μ**

ΜΑΖΑΡΑΚΗΣ Δ. ....	18, 45
ΜΑΚΑΡΗΣ Ε. ....	8, 36
ΜΑΚΡΗΣ Α. ....	24, 116
ΜΑΚΡΗΣ Θ. ....	5
ΜΑΚΡΥΓΙΑΝΝΗΣ Σ. ....	5
ΜΑΚΡΥΛΑΚΗΣ Κ. ....	19, 24
ΜΑΝΩΛΗΣ Α.Ι. ....	13, 15, 19, 57, 60, 61
ΜΑΡΑΓΚΟΥΛΙΑ Θ. ....	18, 45
ΜΑΡΚΕΤΗ Σ. ....	66, 69, 77
ΜΑΣΓΑΛΑ Α. ....	12, 24, 40, 68, 78

ΜΑΣΤΡΟΓΙΑΝΝΗ Χ. ....	72, 108, 109
ΜΑΣΧΑ Ο. ....	19, 61
ΜΑΥΡΟΓΙΑΝΝΑΚΗ Α. ....	14, 18, 19, 24
ΜΕΛΑ Α. ....	19, 61
ΜΕΛΙΔΩΝΗΣ Α. ....	5, 9, 10, 15, 21, 25, 48, 52, 59, 64
ΜΕΛΛΟΣ Χ. ....	68, 94
ΜΕΡΚΟΥΡΗΣ Κ. ....	10, 12, 25
ΜΕΡΤΖΑΝΟΣ Α. ....	5
ΜΗΤΣΗ Α. ....	69, 97, 98
ΜΟΥΝΤΟΚΑΛΑΚΗΣ Θ. ....	14, 42
ΜΠΑΚΑΣ Δ. ....	9, 10, 13, 50, 53, 56, 58
ΜΠΑΜΠΑΛΗ Β. ....	10, 52
ΜΠΑΝΟΥΣΗ Α. ....	71, 72, 106, 107
ΜΠΕΤΣΗ Γ. ....	72, 108, 109
ΜΠΙΛΑΛΗ Α. ....	69, 70, 100, 101, 104
ΜΠΛΕΤΣΑ Ε. ....	8, 32
ΜΠΟΥΜΗ Λ. ....	21, 64
ΜΠΟΥΣΜΠΟΥΛΑΣ Σ. ....	5, 9, 13, 19, 37, 55, 62
ΜΠΡΙΣΤΟΓΙΑΝΝΗΣ Γ. ....	5
ΜΥΓΔΑΛΗΣ Η. ....	5, 14, 25
ΜΥΛΩΝΑ Μ. ....	12, 14, 38, 41

## **Ν**

ΝΑΝΟΥ Α. ....	74, 84
ΝΙΚΟΛΑΟΥ Ε. ....	12, 38
ΝΙΤΣΙΟΤΩΛΗΣ Θ. ....	69, 71, 100, 105
ΝΤΑΙΒΙΣ Η. ....	8, 36
ΝΤΑΛΑΠΑ Ε. ....	73, 111
ΝΤΙΩΝΙΑΣ Δ. ....	8, 19, 32, 62

## **Ξ**

ΞΑΝΘΑΚΟΥ Ε. ....	9, 49
ΞΑΝΘΗΣ Α. ....	10, 25
ΞΙΦΑΡΑΣ Μ. ....	20, 63
ΞΟΥΡΓΙΑ Ε. ....	10, 21, 52, 64
ΞΥΔΙΑ Ν. ....	5, 18, 20, 25, 45



<b>Π</b>	
ΠΑΓΩΝΗ Σ. ....	13, 15, 57, 60
ΠΑΛΥΒΟΥ Μ. ....	18, 45
ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ Δ. ....	13, 55
ΠΑΝΟΤΟΠΟΥΛΟΣ Χ. ....	8, 36
ΠΑΝΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΥ Θ. ....	75, 86
ΠΑΝΤΕΛΙΔΗΣ Δ. ....	8, 13, 34, 54
ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ Β. ....	76, 90
ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Γ. ....	75, 86
ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗ Α. ....	9, 48
ΠΑΠΑΔΑΚΗ Δ. ....	8, 32
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Δ. ....	18, 20, 25
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Ι. ....	5, 9, 13, 14, 18, 25, ..... 43, 44, 116
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Ν. ....	8, 18, 33, 46
ΠΑΠΑΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΥ Α. ....	9, 10, 13, 15, 18, ..... 21, 25, 48, 52, 59, 64, 116
ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Ι. ....	74, 83
ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Ε. ....	66, 68, 75, 86, 94
ΠΑΠΑΝΑΣ Ν. ....	5
ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Κ. ....	69, 99
ΠΑΠΑΝΤΩΝΙΟΥ Γ. ....	74, 78
ΠΑΠΑΣΤΑΜΟΠΟΥΛΟΣ Β. ....	12, 25
ΠΑΠΠΑ Μ. ....	9, 13, 37, 55
ΠΑΠΠΑ Χ. ....	66
ΠΑΠΠΑΣ Σ. ....	5
ΠΑΡΑΒΑΝΤΗ Ε. ....	20, 25
ΠΑΡΑΔΕΙΣΗΣ Γ. ....	68, 78
ΠΑΤΣΟΥΡΑΚΟΣ Ν. ....	5, 8, 9, 15
ΠΑΦΙΛΗ Ζ. ....	20, 25
ΠΕΠΠΑΣ Θ. ....	8, 9, 13, 19, 32, 37, 55, 62
ΠΕΡΙΔΙΚΑΚΗ Π. ....	5
ΠΕΣΧΟΣ Δ. ....	8, 18, 33, 46
ΠΕΤΣΙΟΣ Κ. ....	66, 74, 78
ΠΙΑΔΙΤΗΣ Γ. ....	21, 25
ΠΙΤΤΑΡΑΣ Α. ....	5
ΠΟΥΛΥΖΩΗΣ Μ. ....	12, 38
ΠΟΥΛΥΧΡΟΝΟΠΟΥΛΟΥ Ε. ....	73, 113
ΠΟΥΛΗΜΕΝΑΚΟΥ Γ. ....	68, 69, 95, 97, 98
ΠΟΥΛΗΜΕΝΟΣ Λ. ....	13, 15, 57, 60
ΠΟΥΛΙΑΣΗ Γ. ....	66
ΠΟΥΛΙΚΑΡΑΚΟΣ Π. ....	8, 36
ΠΡΑΣΟΠΟΥΛΟΣ Β. ....	15, 25
ΠΡΕΖΕΡΑΚΟΣ Π. ....	66, 74, 78
ΠΥΡΓΑΚΗΣ Β. ....	5
<b>Ρ</b>	
ΡΑΓΚΟΣ Β. ....	8, 18, 33, 46
ΡΑΛΛΗ Μ. ....	66
ΡΑΠΤΗΣ Α. ....	5
ΡΕΚΛΕΙΤΗ Μ. ....	66, 68, 74, 78, 94
<b>Σ</b>	
ΣΑΛΙΠΑ Ε. ....	68, 95
ΣΑΜΙΤΑΣ Κ. ....	22, 25
ΣΑΡΑΚΑΤΣΑΝΟΥ Ε. ....	69, 78
ΣΑΡΙΔΗ Μ. ....	66, 68, 73, 74, 75, 78, 79, 82, ..... 84, 86, 87, 94, 110
ΣΒΩΡΟΝΟΣ Δ. ....	8, 36
ΣΓΟΥΡΟΣ Κ. ....	5, 12, 14, 18, 19, 25, 43, 44, 68, 78
ΣΕΡΕΤΗ Α. ....	9, 48
ΣΙΜΟΣ Γ. ....	8, 18, 33, 46
ΣΚΕΥΑ Ε. ....	14, 42
ΣΚΥΡΛΑΣ Α. ....	15, 60
ΣΟΥΛΙΩΤΗ Ε. ....	19, 61
ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ. ....	66, 68, 74, 82, 84, 94
ΣΟΥΜΠΛΗΣ Β. ....	19, 25
ΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΣ Π. ....	9, 49
ΣΤΑΜΑΤΟΠΟΥΛΟΥ Α. ....	69, 70, 71, 75, 89, ..... 100, 102, 104, 105
ΣΤΑΜΑΤΟΠΟΥΛΟΥ Ε. ....	69, 70, 71, 75, 89, 100, ..... 102, 103, 104, 105
ΣΤΑΜΑΤΟΠΟΥΛΟΥ Μ. ....	8, 12, 35, 39
ΣΤΕΡΓΙΟΥ Γ. ....	5



ΣΤΕΦΑΝΗ Δ. ....	5	ΤΣΙΛΙΑΣ Δ. ....	69, 70, 71, 75, 89, 100, 101, 102, 103, 104, 105
ΣΤΟΥΓΙΑΝΝΟΣ Π. ....	12, 25	ΤΣΙΝΙΒΙΖΟΒ Π. ....	15, 60
ΣΤΟΥΚΑ Χ. ....	75, 88	ΤΣΙΟΥΦΗΣ Κ. ....	16, 22, 26
ΣΤΡΟΥΜΠΟΥΛΗ Ε. ....	5	ΤΣΙΡΩΝΗ Μ. ....	66
ΣΥΝΑΔΙΝΟΥ Κ. ....	66	ΤΣΙΧΛΗ Κ. ....	18, 45
ΣΦΗΚΑΣ Σ. ....	18, 45	ΤΣΙΧΛΗΣ Η. ....	8, 36
ΣΩΤΗΡΙΟΥ Ι. ....	10, 25	ΤΣΟΥΓΚΟΣ Η. ....	20
ΣΩΤΗΡΟΠΟΥΛΟΣ Α. ....	8, 9, 13, 19, 32, 37, 55, 62		
<b>Τ</b>			
ΤΑΒΟΥΛΑΡΕΑ Ζ. ....	66	<b>Φ</b>	
ΤΑΜΒΑΚΟΣ Χ. ....	8, 9, 13, 19, 32, 37, 55, 62	ΦΑΛΚΟΥ Α. ....	73, 112
ΤΑΣΙΟΠΟΥΛΟΥ Δ. ....	12, 40	ΦΙΚΙΩΡΗΣ Ν. ....	8, 18, 33, 46
ΤΑΣΣΙΟΥ Α. ....	66	ΦΛΩΡΟΣ Γ. ....	5
ΤΕΝΤΟΛΟΥΡΗΣ Ν. ....	5	ΦΛΩΡΟΥ Χ. ....	76, 90, 91
ΤΖΑΝΑΒΑΡΗ Α. ....	8, 34	ΦΡΑΔΕΛΟΣ Ε. ....	66, 68, 75, 78
ΤΖΗΚΑ Ε. ....	20, 63	ΦΩΤΑΚΗΣ Α.Δ. ....	69, 71, 75, 89, 100, 105
ΤΖΟΥΓΑΝΑΤΟΣ Ε. ....	15, 59	<b>Χ</b>	
ΤΖΟΥΓΑΝΑΤΟΥ Ε. ....	21, 64	ΧΑΒΕΛΕΣ Ι. ....	22, 26
ΤΟΚΑ Α. ....	66	ΧΑΛΒΑΤΣΙΩΤΗΣ Π. ....	13, 20, 26
ΤΟΣΚΑ Α. ....	66, 68, 73, 74, 78, 84, 86, 94, 110	ΧΑΛΔΟΥΠΗ Σ. ....	73, 112
ΤΟΣΚΑΣ Α. ....	12, 38	ΧΑΜΟΔΡΑΚΑ Ε. ....	13, 15, 57, 60
ΤΟΣΚΑΣ Π. ....	12, 38	ΧΑΤΖΗΑΓΓΕΛΑΚΗ Ε. ....	5, 7, 14, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 26, 28, 43, 44
ΤΡΙΚΚΑΛΙΝΟΥ Α. ....	9, 10, 48, 52	ΧΑΤΖΗΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Μ. ....	8, 18, 33, 46
ΤΣΑΓΚΑΡΗ Α. ....	8, 12, 35, 39	ΧΑΤΖΗΚΟΥΤΣΗ Β. ....	69, 99
ΤΣΑΚΑΛΗΣ Κ. ....	14, 41	ΧΑΤΖΗΤΟΛΙΟΣ Α. ....	5, 11, 19, 26
ΤΣΑΠΟΓΑΣ Π. ....	10, 15, 21, 26	ΧΙΩΤΕΛΗΣ Ι. ....	66
ΤΣΕΛΕΠΗΣ Α. ....	5, 12, 15, 26	ΧΡΗΣΤΟΥ Γ. ....	9, 12, 26
ΤΣΙΓΚΑΡΗ Κ. ....	76, 91		



6<sup>ο</sup> ΑΚΡΟΠΟΛΙΣ 2017



## Εταιρεία Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου για Αγγειακά Νοσήματα

### Ετήσια συνάντηση ειδικών σε θέματα καρδιομεταβολικού κινδύνου: αμφιλεγόμενα θέματα αιχμής

**16 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2017**  
**ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ ROYAL OLYMPIC, ΑΘΗΝΑ**

ΘΑ ΧΟΡΗΓΗΘΟΥΝ ΜΟΡΙΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ CME-CPD CREDITS



#### ΟΡΓΑΝΩΣΗ

Εταιρεία Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου  
για Αγγειακά Νοσήματα  
Ιακ. Δραγάση 8, 185 35 Πειραιάς  
(Όροφος 4 - Γραφείο 1) t / f: 210 4953646  
e: info@empakan.gr, w: www.empakan.gr



#### ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΚΕΓΜ ΤΟΥΡΙΣΤΙΚΕΣ & ΣΥΝΕΔΡΙΑΚΕΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ Α.Ε.

Μιχαήλακοπούλου 27, 115 28 Αθήνα,  
Τ. 210 7222 518, F. 210 7210 069  
E. info@congressworld.gr,  
reception@congressworld.gr  
W. http://www.congressworld.gr





# Toujeo<sup>®</sup>

insulin glargine 300U/mL



Πριν τη συνταγογράφηση παρακαλώ συμβουλευθείτε την ΠΧΠ που θα βρείτε στο [www.sanofi.gr](http://www.sanofi.gr)

Λεωφ. Συγγρού 348, Κτήριο Α', 17674 Καλλιθέα,  
Τηλ: 210 90 01 600, Fax: 210 92 49 088  
[www.sanofi.gr](http://www.sanofi.gr)

**SANOFI** DIABETES &  
CARDIOVASCULAR

