



ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΑΣ
ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

24^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ Καρδιακής Ανεπάρκειας



3 - 5 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2023

Ξενοδοχείο DIVANI CARAVEL

ΤΟΜΟΣ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

ΥΒΡΙΔΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ



ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ Ε.Μ.Ε.Κ.Α.

Πρόεδρος	Γ. ΦΙΛΙΠΠΑΤΟΣ
Α΄ Αντιπρόεδρος	Ι. ΠΑΡΙΣΗΣ
Β΄ Αντιπρόεδρος	Σ. ΑΔΑΜΟΠΟΥΛΟΣ
Γεν. Γραμματέας	Α. ΣΙΔΕΡΗΣ
Ειδ. Γραμματέας	Σ. ΞΥΔΩΝΑΣ
Έφορος Δημ. Σχέσεων	Α. ΤΡΙΚΑΣ
Ταμίας	Α. ΚΑΡΑΒΙΔΑΣ

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος	Ι. ΠΑΡΙΣΗΣ
Μέλη	Σ. ΔΡΑΚΟΣ Δ. ΦΑΡΜΑΚΗΣ

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

24^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ Καρδιακής Ανεπάρκειας

ΠΑ 1

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΝΕΟΤΕΡΩΝ ΚΑΙ ΚΛΑΣΣΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΛΑΤΤΩΜΕΝΟ ΚΛΑΣΜΑ ΕΞΩΘΗΣΗΣ, ΜΕ ΓΝΩΜΟΝΑ ΤΗΝ ΕΡΓΟΣΠΕΙΡΟΜΕΤΡΙΑ

Γ. Παπαγιάννης, Α. Κατινιώτη, Β. Αποστολάκη, Θ. Θωμόπουλος, Δ. Ηλιόπουλος, Α. Τρίκας

Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΑ «Η Ελπίς»

Εισαγωγή: Οι αναστολείς νεπρίλυσίνης-βαλσαρτάνης (ARNI) καθώς και οι αναστολείς συν-μεταφορέων νατρίου-γλυκόζης 2 (αναστολείς SGLT2) είναι πλέον, με βάση τις νέες κατευθυντήριες οδηγίες, πρωτεύουσες επιλογές στο θεραπευτικό αλγόριθμο της Καρδιακής Ανεπάρκειας (ΚΑ), όπως αυτό υποστηρίζεται από μεγάλες πολυκεντρικές μελέτες (PARADIGM-HF, DAPA-HF).

Στόχος: Είναι η απευθείας σύγκριση της κλασσικής θεραπείας (RAASi) σε άτομα με ελαττωμένο κλάσμα εξώθησης (HFrEF), με τα νεότερα φάρμακα της ΚΑ (ARNI, SGLT2), ως προς την αντοχή των ασθενών για άσκηση, όπως αυτή εκφράζεται μέσω εργοσπειρομετρικών παραμέτρων.

Υλικό-Μέθοδος: Στην εργασία μας συμμετείχαν 30 ασθενείς με HFrEF ανεξαρτήτως αιτιολογίας, που ελάμβαναν την κλασσική θεραπεία (b-blocker/RAASi), τα οποία υποβλήθηκαν σε εργοσπειρομετρική μελέτη.

Ανάλογα με τις εργοσπειρομετρικές τιμές και την ικανότητα για άσκηση διαιρέθηκαν σε δύο υποομάδες.

Ομάδα Α (15 ασθενείς): Σταθεροποιημένα άτομα, με μετρίου βαθμού περιορισμό της ικανότητας άσκησης που συνέχισαν την κλασσική θεραπεία.

Ομάδα Β (15 ασθενείς): Άτομα με σοβαρού βαθμού περιορισμό της ικανότητας άσκησης που μετέβησαν σε θεραπεία με ARNI/SGLT2.

Μετά το πέρας 6 μηνών, οι δυο υποομάδες υποβλήθηκαν σε νέα εργοσπειρομετρική μελέτη.

Αποτελέσματα: Στην ομάδα Α παρατηρήθηκε σταθεροποίηση των τιμών μετά το πέρας των 6 μηνών: $VO_2 \text{ max}$ (17,97~18,12), $VO_2 \text{ peak}$ (55,1~56,8), AT (34~39), VE/VCO_2 (31,8~30,2). Στην ομάδα Β παρατηρήθηκε βελτίωση των τιμών, κυρίως στο $VO_2 \text{ max}$ και το $VO_2 \text{ peak}$ (σχετική αύξηση 9-10%): $VO_2 \text{ max}$ (14,7~17,1), $VO_2 \text{ peak}$ (48,5~57,61), AT (39,7~40,1) και VE/VCO_2 (349~335).

Συμπέρασμα: Τα νεότερα φάρμακα βελτίωσαν τους εργοσπειρομετρικούς δείκτες των περισσότερο επιβαρυσμένων ασθενών με HFrEF, εξυπηρετώντας έτσι την ικανότητα τους για άσκηση, σε διάστημα 6 μηνών.

ΠΑ 2

ΠΙΛΟΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΑΠΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

**Ι. Δήμου^{1,2}, Η. Γκαρτζονίκας¹, Α. Μπεχλιούλης¹, Α. Ράμμος¹, Λ. Λάκκας¹,
Ο. Καρδακάρη¹, Λ.Κ. Μιχάλης¹, Α. Λαμπρινού³, Κ.Κ. Νάκα¹**

¹ Μονάδα Καρδιακής Ανεπάρκειας, Β΄ Καρδιολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

² Καρδιοχειρουργική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Γ.Ν.Γ. Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη

³ Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Εισαγωγή: Τα τελευταία χρόνια έγινε συντονισμένη προσπάθεια δημιουργίας ιατρείων καρδιακής ανεπάρκειας (ΚΑ) στην Ελλάδα, αλλά με ελάχιστη στελέχωση από νοσηλεύτες.

Σκοπός της μελέτης: Η αξιολόγηση πιλοτικής δοκιμασίας δομημένης εκπαιδευτικής παρέμβασης και τηλεφωνικής παρακολούθησης ασθενών με ΚΑ που παρακολουθούνται στο ιατρείο ΚΑ του Γενικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου (ΓΠΝ) των Ιωαννίνων.

Μεθοδολογία: Αφορά σε πιλοτική μελέτη δομημένων νοσηλευτικών παρεμβάσεων 30 ασθενών με ΚΑ που παρακολουθούνται στο ιατρείο ΚΑ ΓΠΝ Ιωαννίνων, σε διάστημα έξι μηνών. Οι τελικές εκβάσεις αφορούν στην αυτοδιαχείριση της ΚΑ, τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και την αυτοαξιολόγηση της ψυχικής υγείας (κατάθλιψη). Χρησιμοποιήθηκαν οι ελληνικές εκδόσεις των εργαλείων: α) European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale για την αυτοδιαχείριση της ΚΑ, β) το Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire για τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (HR-QoL) και η γ) κλίμακα Αυτοαξιολόγησης της Κατάθλιψης Zung. Χρησιμοποιήθηκαν η περιγραφική στατιστική και παραμετρικές και μη παραμετρικές στατιστικές μέθοδοι.

Αποτελέσματα: Οι δομημένες παρεμβάσεις οδήγησαν σε σημαντική βελτίωση της αυτοδιαχείρισης της νόσου (\bar{x} μετά την παρέμβαση = 16.5, έναντι \bar{x} πριν την παρέμβαση = 12.6, $p < 0,05$), ενώ είχε μικρή θετική επίδραση στην ποιότητα ζωής των ασθενών, (\bar{x} πριν την παρέμβαση = 20.5, έναντι \bar{x} μετά την παρέμβαση 18.9, $p = 0,42$). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική μείωση της κατάθλιψης.

Συμπεράσματα: Τα πιλοτικά αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι οι δομημένες παρεμβάσεις και παρακολούθηση ασθενών με χρόνια ΚΑ από νοσηλεύτες ιατρείων ΚΑ, μπορεί να βελτιώσει σημαντικά και σε σύντομο χρονικό διάστημα τη δυνατότητα αυτοδιαχείρισης της νόσου, αλλά και τη ποιότητας ζωής τους.

ΠΑ 3

ΑΣΚΗΣΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΩΝ ΜΥΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗ ΜΙΚΡΟΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΚΑ

Χ. Κατσούλα¹, Ι. Βασιλειάδης¹, Η. Παπαδοπούλου¹, Α. Μπριασούλης², Α. Νταλιάνης², Ι. Βασιλείου¹, Ν. Ροβίνα³, Χ. Ρούτσι¹, Σ. Νανάς¹, Ε. Καρατζάνος¹

¹Εργαστήριο Κλινικής Εργοσπιρομετρίας, Άσκησης & Αποκατάστασης, ΓΝΑ, «Ευαγγελισμός», Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

²Ιατρείο καρδιακής ανεπάρκειας, Θεραπευτική Κλινική, «Αλεξάνδρα», Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

³Α' Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Η χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια (ΧΚΑ) χαρακτηρίζεται από διαταραχή της μικροκυκλοφορίας και της ενδοθηλιακής λειτουργίας. Έχει βρεθεί ότι η άσκηση συμβάλλει στη βελτίωση αυτών των διαταραχών. Ωστόσο, υπάρχουν ελλιπή δεδομένα σχετικά με την επίδραση της άσκησης των αναπνευστικών μυών σε αυτές.

Σκοπός: Να αξιολογηθεί η επίδραση της προσθήκης αναπνευστικής άσκησης σε πρόγραμμα καρδιακής αποκατάστασης (ΠΚΑ) (συνδυασμός αερόβιας άσκησης & μυϊκής ενδυνάμωσης), στη μικροκυκλοφορία ασθενών με ΧΚΑ.

Υλικό και Μέθοδοι: Δεκαέξι ασθενείς (13♂/3♀) με σταθεροποιημένη ΧΚΑ [Ηλικία (έτη): 60,6±9,3, ΚΕ (%): 33,4±7,8, VO₂peak (ml/kg/min):17,7±4,1 και μέγιστη εισπνευστική πίεση-MIP (cmH₂O): 80,1±23,5 - οι μετρήσεις αφορούν σε μέση τιμή±τυπική απόκλιση] παρακολούθησαν ΠΚΑ 36 συνεδριών. Τυχαιοποιήθηκαν σε 2 ομάδες: την ομάδα παρέμβασης (n=9) και την ομάδα ελέγχου (n=7). Παράμετροι που αξιολογήθηκαν πριν και μετά το ΠΚΑ: δείκτες μικροκυκλοφορίας στο μυ του θέναρος μέσω της φασματοσκοπίας εγγύς του υπερύθρου (NIRS) και της τεχνικής του 3-λεπτου αγγειακού αποκλεισμού, η μέγιστη εισπνευστική πίεση (MIP) και εργοσπιρομετρικοί δείκτες.

Αποτελέσματα: Το συνολικό δείγμα παρουσίασε τάση βελτίωσης στην VO₂peak (από 17,7±4,1 σε 18,5±4,6 ml/kg/min), p=0,11. Μεταξύ των 2 ομάδων παρατηρήθηκαν διαφορές στη δύναμη των αναπνευστικών μυών (p<0,05), αλλά όχι στις παραμέτρους μικροκυκλοφορίας (p>0,05). Στην υποομάδα των ασθενών με MIP≥70% προβλεπόμενης (πριν το πρόγραμμα) παρατηρήθηκε διαφορά μεταξύ των 2 ομάδων στο ρυθμό επαναμάτωσης και στο ρυθμό κατανάλωσης οξυγόνου (p<0,05). (Πίνακας 1).

Συμπεράσματα: Η αναπνευστική άσκηση βελτίωσε τη δύναμη των αναπνευστικών μυών καθώς και παραμέτρους της μικροκυκλοφορίας οι οποίοι σχετίζονται με την ενδοθηλιακή λειτουργία σε ασθενείς με προβλεπόμενη MIP≥70%. Απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση σε μεγαλύτερο δείγμα ασθενών.

24^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ Καρδιακής Ανεπάρκειας

Πίνακας 1. Μεταβολές παραμέτρων μικροκυκλοφορίας και ΚΑΔΚ σε ασθενείς με ΧΚΑ πριν και μετά από ένα πρόγραμμα καρδιακής αποκατάστασης (ΠΚΑ).

	Ομάδα Ελέγχου		Ομάδα Παρέμβασης		p ⁺
	Πριν	Μετά	Πριν	Μετά	
Σύνολο Ασθενών (N=16)					
MIP (cmH ₂ O)	87,9±12,6	89,4±13,3	75,2±29,0	95,3±20,0*	0,007
VO ₂ peak (ml/kg/min)	17,7±4,7	18,5±5,0	17,7±3,9	18,4±4,6	0,973
StO ₂ baseline (%)	90,0±6,0	91,7±4,3	87,2±6,4	85,1±7,5	0,152
OCR (%/λεπτό)	-9,1±2,7	-9,2±1,6	-11,9±3,6	-13,1±1,9	0,545
RR (%/ λεπτό)	2,2±0,9	1,9±0,9*	3,8±1,2	4,1±1,3	0,219
Σε ασθενείς με MIP≥70% προβλεπόμενης (N=12)					
MIP (cmH ₂ O)	90,7±11,2	92±12,6	84,8±29	101,8±21	0,042
StO ₂ baseline (%)	90,5±6,4	91,7±4,8	88,3±6,3	84,5±7,0	0,098
OCR (%/λεπτό)	-9,7±2,4	-9,1±1,7	-10,4±2,3	-13,3±2,2	0,036
RR (%/ λεπτό)	2,3±1,0	2,0±1,0	3,7±0,9	4,4±0,7	0,044
*: Μέσα στις ομάδες, +: Ανάμεσα στις ομάδες, StO₂ baseline (%) : Βασική ιστική οξυγόνωση, OCR (%/λεπτό) : Ρυθμός κατανάλωσης οξυγόνου, RR(%/λεπτό) : Ρυθμός επαναιμάτωσης, ΚΑΔΚ : Μέγιστη καρδιοαναπνευστική δοκιμασία κόπωσης					

ΠΑ 4

ΣΥΣΚΕΥΕΣ ΥΠΟΒΟΗΘΗΣΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΩΣ ΓΕΦΥΡΑ ΓΙΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΚΑΡΔΙΑΣ ΣΕ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΧΑΜΗΛΗΣ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΩΝ

Μ. Μπόνιος, Ι. Αρμένης, Δ. Μηλιόπουλος, Α. Γκουζιούτα, Ε. Λεοντιάδης, Π. Βλάχος, Δ. Ζαρκαλής, Κ. Ιερομόναχος, Π. Γεωργιάδου, Β. Βαρτελά, Δ. Ντεγιάννης, Δ. Τσιάπρας, Π. Σφυράκης, Ν. Κογεράκης, Σ. Φραγκούλης, Α. Κολιοπούλου, Θ. Χαμογεωργάκης, Σ. Αδαμόπουλος

*Μονάδα Μεταμόσχευσης και Μονάδα Καρδιακής Ανεπάρκειας
Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο*

Εισαγωγή: Σε ασθενείς με προχωρημένα στάδια καρδιακής ανεπάρκειας κατά INTERMACS οι συσκευές υποβοήθησης αριστερής κοιλίας (LVAD) αποτελούν την βέλτιστη θεραπευτική επιλογή ως γέφυρα για μεταμόσχευση καρδιάς. Ποια είναι τα αποτελέσματα των συσκευών αυτών σε περιβάλλοντα χαμηλής προσφοράς μοσχευμάτων;

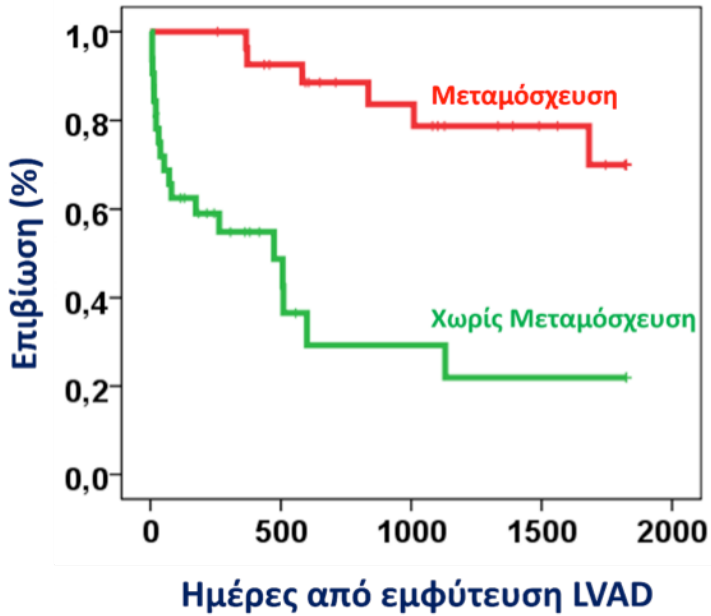
Σκοπός: Η μελέτη των αποτελεσμάτων της εμφύτευσης συσκευών LVAD ως γέφυρα για μεταμόσχευση σε περιβάλλον χαμηλής προσφοράς καρδιακών μοσχευμάτων.

Υλικό και μέθοδοι: Μελετήθηκαν τα αποτελέσματα 60 ασθενών που έλαβαν συσκευές υποβοήθησης αριστερής κοιλίας ως γέφυρα για μεταμόσχευση καρδιάς. Συγκρίθηκαν τα χαρακτηριστικά και τα αποτελέσματα εκείνων που έλαβαν (Htx ομάδα) σε σχέση με εκείνους που δεν έλαβαν καρδιακό μόσχευμα (noHtx) εντός 5 ετών από την εμφύτευση της συσκευής LVAD

Αποτελέσματα: Εκ των 60 ασθενών 26 υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση καρδιάς. Η μεταμόσχευση πραγματοποιήθηκε 691 ± 538 ημέρες από την εμφύτευση LVAD. Η 5 ετής επιβίωση ήταν 70% για την ομάδα Htx και 21% για την ομάδα noHtx (εικόνα 1). Οι ασθενείς της ομάδας noHtx υποστηρίχτηκαν σε μεγαλύτερο ποσοστό με IABP ή ECMO σε σχέση με τους την ομάδα Htx (65% vs 35%, $p=0.02$) και είχαν χαμηλότερο καρδιακό δείκτη (1.6 ± 0.3 L/min/m² vs 1.9 ± 0.6 L/min/m², $p=0.02$) κατά την εμφύτευση LVAD. Ανάλυση κατά Cox proportional hazard regression με το χρόνο της μεταμόσχευσης ως μεταβλητή παράμετρο, έδειξε ότι η μεταμόσχευση δεν συνεισέφερε όφελος επιβίωσης στο συγκεκριμένο διάστημα παρακολούθησης (CI = 0.6 - 6.2, $p = 0.263$). Η 5 ετής επιβίωση των μεταμοσχευμένων ασθενών ήταν 70%.

Συμπέρασμα: Οι ασθενείς που εμφυτεύθηκαν με συσκευή LVAD και που δεν μεταμοσχεύτηκαν είχαν βαρύτερη κλινική εικόνα κατά τη στιγμή της εμφύτευσης και εμφάνισαν αυξημένη θνητότητα κατά τους πρώτους μετεγχειρητικούς μήνες σε σχέση με εκείνους που μεταμοσχεύτηκαν. Η περαιτέρω βελτίωση των χαρακτηριστικών των συσκευών LVAD αναμένεται να αποτελέσει πολύτιμο αρωγό ακόμη και σε προγράμματα με χαμηλή προσφορά δотών.

24^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ Καρδιακής Ανεπάρκειας



Εικόνα 1

ΠΑ 5

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

**Μ. Θώδη¹, Β. Μπιστόλα¹, Α. Λαμπρινού², Κ. Κεραμιδά^{1,3}, Π. Νικολόπουλος¹,
Ι. Παρίσις^{1,4}, Δ. Φαρμάκνης^{1,5}, Γ. Φιλιππίτος¹**

¹Μονάδα Καρδιακής Ανεπάρκειας, Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική κλινική, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

²Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λεμεσός, Κύπρος

³Καρδιολογικό Τμήμα, Γενικό Αντικαρκινικό, Ογκολογικό Νοσοκομείο «Άγιος Σάββας», Αθήνα

⁴Τμήμα Επείγουσας Ιατρικής, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

⁵Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κύπρου, Λευκωσία, Κύπρος

Εισαγωγή: Οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις που εστιάζουν στην αυτοφροντίδα των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) βελτιώνουν τις γνώσεις των ασθενών για το πρόβλημα υγείας τους, ενώ ενδέχεται να μειώνουν τις επανανοσηλείες. Ωστόσο, η επίδραση στους φροντιστές των ασθενών δεν έχει διερευνηθεί.

Σκοπός: Η μελέτη της επίδρασης μιας εκπαιδευτικής παρέμβασης υπό την καθοδήγηση νοσηλεύτη σε προσφάτως νοσηλευθέντες ασθενείς με ΚΑ και τους φροντιστές τους όσον αφορά τα αισθήματα ενοχής, την επιβάρυνση και τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (ΠΖ) των φροντιστών.

Υλικό-Μέθοδοι: Στην παρούσα μονοκεντρική, ελεγχόμενη μελέτη τυχαιοποιήθηκαν δυάδες ασθενών/φροντιστών σε τρεις ομάδες: δύο ομάδες παρεμβάσεων (ομάδα-Α/ομάδα-Β) και ομάδα συνήθους φροντίδας (ομάδα ελέγχου-Γ). Οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις στις ομάδες Α/Β ξεκίνησαν πριν την έξοδο από το νοσοκομείο και συνεχίστηκαν με συνδυασμό κατ'οίκον επισκέψεων και τηλεφωνικής επικοινωνίας (ομάδα-Α) ή τηλεφωνικής επικοινωνίας μόνο (ομάδα-Β), για έξι μήνες. Η επιβάρυνση των φροντιστών αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο Heart-Failure Caregiver-Questionnaire, HF-CQ, το αίσθημα ενοχής με το ερωτηματολόγιο Caregiver-Guilt-Questionnaire, CG και η ποιότητα ζωής με το EuroQol-5-Dimension, EQ-5D.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 57 δυάδες ασθενών/φροντιστών, 12 στην ομάδα-Α, 18 στην ομάδα-Β, 27 στην ομάδα-Γ, εκ των οποίων 11, 16, 20 αντίστοιχα, ολοκλήρωσαν τη μελέτη. Όλοι οι τομείς των ερωτηματολογίων CGQ και HF-CQ βελτιώθηκαν στις ομάδες Α-Β στους 6 μήνες, ενώ επιδεινώθηκαν στην ομάδα-Γ ($p < 0,01$). Το EQ-5D έδειξε σημαντική βελτίωση της ΠΖ μόνο στον τομέα της οπτικής αναλογικής κλίμακας ($p = 0,002$).

Συμπεράσματα: Μία εκπαιδευτική παρέμβαση διάρκειας 6 μηνών σε ασθενείς με ΚΑ και τους φροντιστές τους, με συνδυασμό κατ'οίκον επισκέψεων και τηλεφωνικών κλήσεων ή μόνο μέσω τηλεφωνικών κλήσεων μειώνει την επιβάρυνση και το συναίσθημα ενοχής των φροντιστών αλλά έχει μικρότερη επίδραση στην ποιότητα ζωής τους.

ΠΑ 6

ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΣΚΛΗΡΙΑ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ Β ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ

Α. Δούρας¹, Γ. Κουτρούμπας², Ε. Αδαμάκη¹, Σ. Σπαθής¹, Σ. Κιολέογλου¹, Μ.-Ε. Κουκλουμπέρη¹, Χ. Γιαννακός¹, Β. Σαράκνης¹

¹ Καρδιολογικό Τμήμα, ΓΝ Βόλου «Αχιλλοπούλειο»

² Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝ Βόλου «Αχιλλοπούλειο»

Εισαγωγή: Η καρδιαγγειακή επιβάρυνση των ασθενών με β θαλασσαιμία είναι πολυπαραγοντική. Μπορεί να οφείλεται στην υψηλή καρδιακή παροχή λόγω αναιμίας, στην αιμοσιδήρωση, και σε βλάβες των αγγείων που εκτιμά η αρτηριακή σκληρία. Η μελέτη αυτή έχει σκοπό την αναζήτηση των συσχετίσεων μεταξύ των παραγόντων αυτών.

Μέθοδος: Μελετήθηκαν 60 ασθενείς με β θαλασσαιμία μέσης ηλικίας 35,3±8,1έτη. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε υπέρηχο καρδιάς, καρωτιδομηριαία τονομετρία και εργαστηριακό έλεγχο. Έγιναν συσχετίσεις μεταξύ των δεικτών αρτηριακής σκληρίας και της λειτουργικότητας της αριστερής και της δεξιάς καρδιάς καθώς και των δημογραφικών και εργαστηριακών παραμέτρων, αναλόγως με παραμετρικές και μη παραμετρικές μεθόδους.

Αποτελέσματα: Η μέση τιμή της PWV ήταν 7,8±2m/sec, του Aix ήταν 36,6±14%, της aortic distensibility ήταν 2,6±0,85%/10mmHg, του aortic strain ήταν 7,5±2,2%, του EF ήταν 60±9,1% και του FACRV ήταν 45,4±8,5%. Η μέση τιμή της αιμοσφαιρίνης ήταν 9,2±1g/dL, της φερριτίνης ήταν 2201±1926ng/mL και του proBNP ήταν 148,6±102,8pg/mL. Η PWV φάνηκε να συσχετίζεται με την ηλικία($r=0.613$, $p<0.001$), με την φερριτίνη($r=-0.368$, $p=0.014$), με την aortic distensibility($r=-0.328$, $p=0.023$) και το aortic strain($r=-0.459$, $p=0.001$). Το Aix φάνηκε να συσχετίζεται μόνο με την ηλικία($r=0.449$, $p=0.047$) και την φερριτίνη($r=-0.571$, $p=0.009$). Το EF φάνηκε να συσχετίζεται με την BSA($r=-0.306$, $p=0.026$), το proBNP($r=-0.587$, $p=0.045$), το FACRV($r=0.429$, $p=0.01$), την aortic distensibility($r=-0.310$, $p=0.018$) και το aortic strain($r=-0.339$, $p=0.009$).

Συμπεράσματα: Σε αυτήν την ομάδα ασθενών με β θαλασσαιμία οι δείκτες αρτηριακής σκληρίας φαίνεται να συσχετίζονται με κάποιους δείκτες επιβάρυνσης του καρδιαγγειακού συστήματος. Θα χρειαστούν περισσότερες μελέτες για να αναδειχτεί η μέγιστη αιτιολογική επίδραση του καθενός από αυτούς.

**ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ
ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

AA 1

Η ΗΠΑΤΙΚΗ ΒΙΟΧΗΜΕΙΑ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΧΑΜΗΛΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΠΙΕΣΗ ΔΕΞΙΟΥ ΚΟΛΠΟΥ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

C.J. Kapelios, E. Tseliou, R. Alharethi, K.S. Shah, T. Hanff, C.P. Kyriakopoulos, K. Sideris, I. Taleb, J. Stehlik, S. Carter, A.G. Kfoury, W. Caine, C.H. Selzman, J.C. Fang, O. Wever-Pinzon, S.G. Drakos

UTAH Cardiac Transplant Program

Εισαγωγή: Η κατανόηση μας για το πώς οι αιμοδυναμικές παράμετροι επηρεάζουν την ηπατική βιοχημεία στη χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) είναι περιορισμένη.

Σκοπός: Η εξέταση του πώς οι παράμετροι ηπατικής βιοχημείας συσχετίζονται με τις αιμοδυναμικές παραμέτρους σε ασθενείς με προχωρημένη ΚΑ.

Υλικό: Διαδοχικοί ασθενείς με προχωρημένη ΚΑ που αξιολογήθηκαν στο πρόγραμμά μας για προχωρημένες θεραπείες και έλαβαν συσκευή υποβοήθησης της αριστερής κοιλίας (N=530).

Μέθοδοι: Μονο- και πολυπαραγοντική ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης χρησιμοποιήθηκαν για την ανάδειξη συσχετίσεων μεταξύ παθολογικής ηπατικής βιοχημείας και αιμοδυναμικών παραμέτρων (μέση αρτηριακή πίεση [ΜΑΠ], καρδιακή συχνότητα, πΔΚ, μέση πίεση πνευμονικής, πίεση ενσφήνωση, καρδιακός δείκτης [ΚΔ], συστηματικές αγγειακές αντιστάσεις).

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία ήταν 57±13 έτη, το κλάσμα εξωθήσεως 18±8%, η ΜΑΠ 80±12 mmHg, η πΔΚ 11±6 mmHg και ο ΚΔ 1.8±0.5 L/min/m², με 370 ασθενείς (70%) να είναι σε ΝΥΗΑ στάδιο IV. Ενενήντα δύο (17%) ασθενείς υποστηρίζονταν με προσωρινή μηχανική υποβοήθηση και 374 (71%) με ινότροπα. Ο επιπολασμός των παθολογικών επιπέδων ήταν 20% για την ALT, 30% για την AST, 23% για την ALP, 31% για τη χολερυθρίνη και 27% για την αλβουμίνη. Χαμηλότερη ΜΑΠ σχετιζόταν ανεξάρτητα με παθολογική ALT (ΣΚ: 1,03; 1,00-1,06, P=0,02), ALP (1,03; 1,00-1,06, P=0,008) και χολερυθρίνη (1,03; 1,00-1,05, P=0,01), ενώ υψηλή πΔΚ με παθολογική ALT (1,05; 1,01-1,10, P=0,05) και χολερυθρίνη (1,09; 1,05-1,14, P<0,001). Δεν ανευρέθη συσχέτιση μεταξύ ηπατικής βιοχημείας και ΚΔ.

Συμπέρασμα: Στην προχωρημένη ΚΑ η αυξημένη πΔΚ και η χαμηλή ΜΑΠ φαίνεται να σχετίζονται με τις διαταραχές της ηπατικής βιοχημείας. Δεδομένης της προγνωστικής αξίας των διαταραχών αυτών, μια θεραπευτική στρατηγική που θα θέτει ως στόχο χαμηλές τιμές πΔΚ ενώ διατηρεί επαρκή ΜΑΠ χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

AA 2

**ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΟ ESC-HF-LT**
Short title: Trial participation and outcomes in heart failure

C.J. Kapelios¹, L. Benson², M.G. Crespo-Leiro³, S.D. Anker⁴, A.J.S. Coats⁵, G. Filippatos⁶, M. Lainscak⁷, T. McDonagh⁸, A. Mebazaa⁹, M. Metra¹⁰, M.F. Piepoli¹¹, G.M.C. Rosano¹², F. Ruschitzka¹³, G. Savarese¹⁴, P. Seferovic¹⁵, M. Volterrani¹², A.P. Maggioni¹⁶, L.H. Lund¹⁴

¹Department of Cardiology, Laiko General Hospital, Athens, Greece

²Unit of Cardiology, Department of Medicine, Karolinska Institutet

³Unidad de Insuficiencia Cardiaca Avanzada y Trasplante Cardiaco, Complejo Hospitalario Universitario A Coruna, CHUAC, INIBIC, UDC, CIBERCV, La Coruna, Spain

⁴Department of Cardiology (CVK); and Berlin Institute of Health Center for Regenerative Therapies (BCRT); German Centre for Cardiovascular Research (DZHK) partner site Berlin; Charité Universitätsmedizin Berlin, Germany

⁵Scientific Director, Heart Research Institute, Sydney, Australia

⁶Heart Failure Unit, Department of Cardiology, University Hospital Attikon, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece

⁷Division of Cardiology, Murska Sobota, Murska Sobota and Faculty of Medicine, University of Ljubljana, Ljubljana, Slovenia

⁸King's College Hospital, London, UK

⁹UMR 942 Inserm – MASCOT; University of Paris; APHP Saint Louis Lariboisière University Hospitals, Department of Anesthesia-Burn-Critical Care, Paris, France.

¹⁰Cardiology, ASST Spedali Civili, Department of Medical and Surgical Specialties, Radiological Sciences, and Public Health, University of Brescia, Italy

¹¹Heart Failure Unit, Cardiac Department, Guglielmo da Saliceto Hospital, AUSL Piacenza, Italy

¹²IRCCS San Raffaele Pisana Roma

¹³University Hospital, Clinic of Cardiology, Zürich, Switzerland

¹⁴Unit of Cardiology, Department of Medicine, Karolinska Institutet, and Heart and Vascular Theme, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden

¹⁵University of Belgrade Faculty of Medicine, Belgrade, Serbia

¹⁶ANMCO Research Center, Heart Care Foundation, Firenze, Italy

Εισαγωγή: Οι κλινικές μελέτες (ΚΜ) αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα μιας θεραπείας, αλλά οι ασθενείς που συμμετέχουν σ'αυτές μπορεί να μην είναι αντιπροσωπευτικοί του γενικού πληθυσμού.

Σκοπός: Η διερεύνηση της συχνότητας συμμετοχής σε ΚΜ, των παραμέτρων που σχετίζονται με τη συμμετοχή, της αγωγής ΚΑ ανάλογα με τη συμμετοχή και της συσχέτισης μεταξύ συμμετοχής και έκβασης ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ).

24^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ Καρδιακής Ανεπάρκειας

Υλικό: Ασθενείς με ΚΑ που εντάχθηκαν στην καταγραφή ESC-EORP-HF-LT μεταξύ 3/2011-9/2018 (N=18.247).

Μέθοδοι: Αναλύσαμε τους προβλεπτικούς παράγοντες για συμμετοχή σε ΚΜ με πολυπαραγοντική λογιστική παλινδρόμηση και τη συσχέτιση μεταξύ συμμετοχής και εκβάσεων με πολυπαραγοντική παλινδρόμηση Cox.

Αποτελέσματα: Εννιακόσιοι τριάντα οκτώ ασθενείς (5%) συμμετείχαν σε ΚΜ κατά την ένταξη στην καταγραφή. Ανεξάρτητοι προβλεπτικοί παράγοντες για συμμετοχή ήταν τα ηπιότερα συμπτώματα ΚΑ: ΣΚ 0,81 (95% ΟΑ: 0,68-0,96) για ΝΥΗΑ III-IV έναντι I-II, ιστορικό ΚΑ >12 έναντι <12 μηνών: 1,31 (1,13-1,51), ένταξη ως εξωτερικός ασθενής: 0,57 (0,48-0,69) για εξωτερικούς έναντι νοσηλευομένων, προηγούμενο έμφραγμα: 1,26 (1,01-1,56), περιφερική συμφόρηση: 1,50 (1,27-1,76), χαμηλότερο κλάσμα εξώθησης: 0,61 (0,47-0,78) για διατηρημένο έναντι ελαττωμένου κλάσματος, υπνική άπνοια: 1,40 (1,02-1,90), μέτρια-σοβαρή ανεπάρκεια μιτροειδούς: 1,40 (1,18-1,66) και απουσία κακοήθειας: 0,57 (0,37-0,87) για την παρουσία έναντι μη. Οι ασθενείς σε ΚΜ ήταν πιο πιθανό να φέρουν εμφυτεύσιμη συσκευή και να λαμβάνουν β-αναστολέα στο τέλος της περιόδου παρακολούθησης. Η συμμετοχή σε ΚΜ σχετιζόταν ανεξάρτητα με χαμηλότερη πιθανότητα θανάτου (ΣΚ: 0,81 [0,65-1,00]) αλλά όχι και με τον κίνδυνο (επανα)νοσηλείας για ΚΑ (1,09 [0,93-1,28]). Τα αποτελέσματα ήταν αναπαραγώγιμα σε διάφορες υπο-ομάδες.

Συμπέρασμα: Στην καταγραφή ESC-EORP-HF-LT, το χαμηλότερο κλάσμα, τα ηπιότερα συμπτώματα και η πιο τεκμηριωμένη διάγνωση ΚΑ προέβλεπαν τη συμμετοχή σε ΚΜ. Η ένταξη σε ΚΜ σχετιζόταν ανεξάρτητα με χαμηλότερη θνητότητα, πιθανώς αντικατοπτρίζοντας την πιο στενή παρακολούθηση και την καλύτερη θεραπεία ΚΑ.

ΑΑ 3

ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΜΥΛΟΕΙΔΩΣΗ ΑΠΟ ΤΡΑΝΣΘΥΡΕΤΙΝΗ:
ΟΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ ΣΤΟ ΠΡΟΣΚΗΝΙΟ

**Π. Ζάχος¹, Ε. Λαδοπούλου¹, Ε. Τσίνα¹, Ν. Λάμα², Α. Βελιδάκη³, Ν. Μπλάρης¹,
Α. Μπόλη¹, Λ. Πούλιου¹, Α. Καλέση⁴, Μ. Καρακώστα⁴, Α. Δεστούνης⁴, Ν. Κάσινος⁴,
Α. Θεοδόσης-Γεωργιάς⁴, Ν. Τζιώλας¹, Ε. Μπράχος¹, Κ. Τσατίρης¹**

¹Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Καρδίτσας, Ελλάδα,

²Μονάδα Έρευνας και Ιατρικής Απεικόνισης, Β' Εργαστήριο Ακτινολογίας, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Ελλάδα,

³Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, Λαϊκό ΓΝΑ, Ελλάδα,

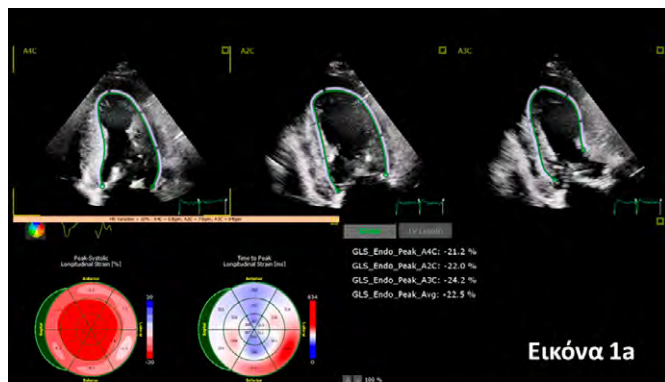
⁴Κ.Ε.Η.Τ. "Δ. Μπελντέκος", Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Π. Τζάνειο, Ελλάδα

Εισαγωγή-Σκοπός: Η καρδιακή αμυλοείδωση (ΚΑ) είναι μια σπάνια νόσος, που δύσκολα διαγιγνώσκεται λόγω της ετερογένειας των συμπτωμάτων της. Οι δυο συχνότεροι τύποι (>95%) ΚΑ είναι η πρωτοπαθής ΚΑ από ελαφρές αλυσίδες ανοσοσφαιρινών (AL ΚΑ) και η ΚΑ από τρανσθυρετίνη (ATTR ΚΑ). Η ATTR ΚΑ έχει δύο βασικές μορφές, την κληρονομούμενη ΚΑ (hATTR) και την επίκτητη-wild type ΚΑ (ATTRwt). Ο επιπολασμός της ATTRwt ΚΑ αυξάνεται με την ηλικία και προσβάλλει συχνότερα τους άντρες.

Υλικό-Μέθοδος: Παρουσιάζεται περιστατικό της Καρδιολογικής μας Κλινικής με ATTRwt ΚΑ.

Αποτελέσματα: Πρόκειται για άντρα 87 ετών με ιστορικό κολπικής μαρμαρυγής και αμφοτερόπλευρα χειρουργηθέντος συνδρόμου καρπιαίου σωλήνα. Η ηχωκαρδιογραφική του μελέτη ανέδειξε αριστερή κοιλία (ΑΚ) με σημαντική συγκεντρική υπερτροφία τοιχωμάτων και ικανοποιητική συνολική συσπαστικότητα. Το πρότυπο της διαμυοειδικής ροής ήταν περιοριστικής σημειολογίας, ενώ καταγράφηκαν σημεία χρόνιας πνευμονικής υπέρτασης. Χαρακτηριστική ήταν, επίσης, η εικόνα arical sparing (Εικόνα 1a) στην ολική επιμήκη παραμόρφωση (GLS) της ΑΚ. Με τη διάγνωση της ΚΑ να θεωρείται πιθανή, ο ασθενής υπεβλήθη σε πλήρη ανοσολογικό έλεγχο, ο οποίος απέβη αρνητικός για ύπαρξη AL ΚΑ. Ακολούθησε μαγνητική τομογραφία καρδιάς (CMR) (Εικόνα 2) και σπινθηρογράφημα οστών (Εικόνα 1b) σύμφωνα με το διαγνωστικό αλγόριθμο που προτείνεται από τις κατευθυντήριες οδηγίες, οπότε και τέθηκε η διάγνωση της ATTRwt ΚΑ.

Συμπεράσματα: Η υψηλή κλινική υποψία είναι κριτικής σημασίας για τη διάγνωση της ΚΑ. Ιδιαίτερα ηχωκαρδιογραφικά ευρήματα σε συνδυασμό με το κλινικό προφίλ του ασθενούς αποτελούν το αρχικό βήμα στο διαγνωστικό μονοπάτι της ΚΑ. Ο αρνητικός έλεγχος για AL ΚΑ με ταυτόχρονο θετικό σπινθηρογράφημα οστών θέτει τη διάγνωση της ATTRwt ΚΑ.

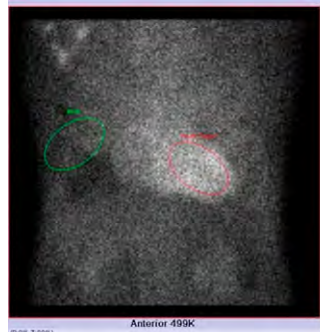
24^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ Καρδιακής Ανεπάρκειας

Εικόνα 1a

Static [Series: ROI And Cont] 5/9/2022 - Image1

Frame Name	Statistic	Frame	Heart Target	BKG
Anterior	Avg	7.61	23.03	8.33
	Max	42.00	42.00	21.00
	Std	6.24	5.20	3.47
	Tot	498622.00	34587.00	12485.00

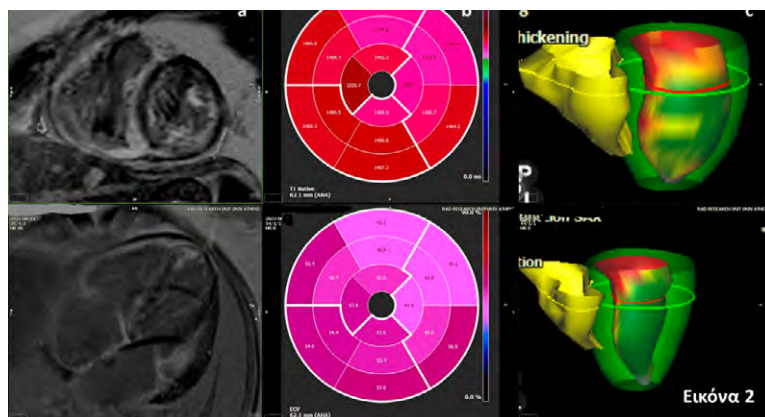
MYOCARDIAL 99mTc-PYP Uptake
 Negative → Ratio < 1
 Equivocal → Ratio 1 - 1.5
 Positive → Ratio > 1.5

Split Uptake

View: Anterior
 Heart Target 34587 cts
 BKG 12485 cts
 Heart Target 73.48 %
 BKG 26.52 %
 Ratio(A): 2.7703

Εικόνα 1b

Εικόνα 1: **a)** Apical sparing στο GLS της ΑΚ, **b)** Σπινθηρογράφημα οστών με ^{99m}Tc-PYP: μυοκαρδιακή πρόσληψη ραδιοϊσοτόπου βαθμού 3



Εικόνα 2: **a)** Υπενδοκάρδια διάχυτη σκιαγραφική ενίσχυση των τοιχωμάτων κοιλιών και κόλπων, **b)** T1 native χάρτης και ECV: σημαντική αύξηση τιμών συμβατή με αμυλοείδωση, **c)** 3D απεικόνιση αριστερής και δεξιάς κοιλίας με έντονη υπερτροφία τοιχωμάτων

AA 4

ΣΥΝΕΧΗΣ ΕΓΧΥΣΗ ΦΟΥΡΟΣΕΜΙΔΗΣ: ΑΠΟ ΤΗΝ ΘΕΩΡΙΑ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Η.-Α. Παύλου, Δ.-Ο. Παύλου

Γενικό Νοσοκομείο Καστοριάς, Ελλάδα

Εισαγωγή: Παρά την διαδεδομένη και μακρόχρονη χρήση της φουροσεμίδης σε πολλαπλές κλινικές καταστάσεις, παρατηρείται έλλειψη ξεκάθαρων δεδομένων και κατευθυντήριων οδηγιών, τόσο ως προς τη δόση όσο και ως προς την ιδανική μέθοδο χορήγησης. Μελετώντας τις φαρμακοκινητικές ιδιότητες της φουροσεμίδης μπορούμε να ταυτοποιήσουμε κάποια, τουλάχιστον θεωρητικά, πλεονεκτήματα της χορήγησης της φουροσεμίδης με συνεχή έγχυση έναντι των πολλαπλών bolus εγχύσεων.

Σκοπός: Σκοπός αυτής της εργασίας είναι η ταυτοποίηση των θεωρητικών προτερημάτων της χορήγησης της φουροσεμίδης με συνεχή έγχυση σε σύγκριση με την bolus χορήγηση και η διερεύνηση του κατά πόσο τα προτερήματα αυτά επαληθεύονται στην κλινική πράξη, σε μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί στο παρελθόν.

Υλικό: Υλικό της παρούσας εργασίας αποτελούν πολλαπλές κλινικές μελέτες της διεθνούς βιβλιογραφίας, κατευθυντήριες οδηγίες καθώς και εγχειρίδια της Καρδιολογίας.

Μέθοδοι: Η εργασία πραγματοποιήθηκε με τη διενέργεια ανασκόπησης της αγγλόφωνης βιβλιογραφίας στις διεθνείς βάσεις δεδομένων.

Αποτελέσματα: Παρά την, σε γενικές γραμμές, αμφιλεγόμενη ποιότητα των μελετών που συνέκριναν τη συνεχή έγχυση με την bolus χορήγηση φουροσεμίδης, παρατηρείται σειρά πλεονεκτημάτων με τη συνεχή χορήγηση, με κυριότερα εξ' αυτών το ισχυρότερο διουρητικό αποτέλεσμα, την μεγαλύτερη μείωση του βάρους σώματος των ασθενών και την μείωση των βιοδεικτών ενδεικτικών συμφόρησης.

Συμπεράσματα: Η συνεχής έγχυση φουροσεμίδης φαίνεται να εμφανίζει πλεονεκτήματα έναντι της χορήγησης πολλαπλών bolus δόσεων. Δεδομένων των περιορισμών των δημοσιευθέντων μελετών απαιτείται περαιτέρω έρευνα για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.

24^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ Καρδιακής Ανεπάρκειας

AA 5

ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ

**Π. Κουτσουμπός¹, Σ. Κόκκορης², Γ. Σιδηράς¹, Χ. Ρούτσι², Σ. Ζακυνθινός²,
Ι. Βασιλειάδης², Μ. Λέλεκα¹, Δ. Σταλίκας³, Σ. Ξυδώντας⁴, Α. Σιδέρης⁴**

¹Μονάδα Εμφραγμάτων Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική»

²Α΄ ΚΕΘ Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

³Α΄ Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική»

⁴Β΄ Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική»

Εισαγωγή: Κατά την διάρκεια των τελευταίων ετών οι Μονάδες Εμφραγμάτων εξελίχθηκαν σε Καρδιολογικές Μονάδες εντατικής θεραπείας για ασθενείς με οξεία καρδιαγγειακά νοσήματα. Η οξεία καρδιακή ανεπάρκεια (ΟΚΑ) αποτελεί συχνή αιτία εισαγωγής στην Καρδιολογική Μονάδα και εμφανίζει υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας. Αν και έχουν χρησιμοποιηθεί μια σειρά προγνωστικών δεικτών βαρύτητας στους ασθενείς με ΟΚΑ, δεν έχουν προταθεί ως σήμερα, κάποιοι οι οποίοι να έχουν ισχυρή ικανότητα πρόγνωσης της έκβασης της νόσου στην Καρδιολογική Μονάδα.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η συγκριτική αξιολόγηση της προγνωστικής ικανότητας των συστημάτων APACHE II, SOFA, MCARS, CHARLSON και FRAILTY στον υπολογισμό της νοσοκομειακής θνησιμότητας, ασθενών που εισήχθησαν στην Καρδιολογική Μονάδα λόγω ΟΚΑ.

Μεθοδολογία: Πρόκειται για μια προοπτική μελέτη παρατήρησης. Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν διαδοχικοί ασθενείς οι οποίοι εισήχθησαν στην Καρδιολογική Μονάδα με ΟΚΑ.

Αποτελέσματα: 47 ασθενείς συμπεριλήφθηκαν στην μελέτη με διάμεση ηλικία (IQR) 76(66-86) έτη. Το 66% ήταν άνδρες, ενώ η νοσοκομειακή θνησιμότητα ήταν 38%. Η μονοπαραγοντική ανάλυση έδειξε ότι οι βαθμολογίες των APACHE II, SOFA και MCARS ήταν σημαντικά υψηλότερες στους μη επιζώντες σε σύγκριση με τους επιζώντες. Οι τιμές ROC-AUC των δεικτών FRAILTY, MCARS, SOFA, APACHEII και CHARLSON στην είσοδο ήταν 0.53, 0.88, 0.92, 0.90, 0.65 αντίστοιχα. Πολυπαραγοντική λογιστική παλινδρόμηση που περιλάμβανε και τους 5 προγνωστικούς δείκτες δεν ανέδειξε κανένα από αυτούς ως ανεξάρτητο προγνωστικό δείκτη νοσοκομειακής θνησιμότητας

Συμπεράσματα: Οι προγνωστικοί δείκτες MCARS, SOFA και APACHEII έδειξαν πολύ καλή προγνωστική ικανότητα για την πρόβλεψη της νοσοκομειακής θνησιμότητας σε ασθενείς που εισήχθησαν στην Καρδιολογική Μονάδα λόγω οξείας καρδιακής ανεπάρκειας.

AA 6

Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΣΚΕΛΕΤΙΚΩΝ ΜΥΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΟΧΗ ΣΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΗΡΗΜΕΝΟ ΚΛΑΣΜΑ ΕΞΩΘΗΣΗΣ

Μ. Ανδριοπούλου^{1,2}, Ν. Δημάκη², Μ. Καλλίστρατος³, Ε. Χαμόδρακα⁴, Ε. Jahaj¹, Α. Βασιλείου¹, Γ. Γκικόκας⁵, Α. Κοτανίδου¹, Α. Μανώλης³, Μ. Pieroli⁶, Γ. Φιλιππάτος⁷

¹Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Ευαγγελισμός», Ελλάδα

²Εργαστήριο Καρδιακής Αποκατάστασης, ΓΝ Ασκληπείο Βούλας, Ελλάδα

³Β' Καρδιολογική Κλινική Νοσοκομείο Metropolitan, Ελλάδα

⁴Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Ασκληπείο Βούλας, Ελλάδα

⁵Β' Χειρουργική Κλινική Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Αρειαίο Νοσοκομείο, Ελλάδα

⁶Καρδιολογική Κλινική, Guglielmo da Saliceto Hospital, Ιταλία

⁷Β' Καρδιολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «Απικόν», Ελλάδα

Η ανοχή στην άσκηση των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια και διατηρημένο κλάσμα εξώθησης (ΚΑΔΚΕ), η οποία εκφράζεται ποσοτικά με τη κορυφαία πρόσληψη οξυγόνου (peak VO_2), αποτελεί βασικό προγνωστικό παράγοντα θνησιμότητας, ενώ εξαρτάται από κεντρικούς και περιφερικούς παράγοντες όπως η μυϊκή δυσλειτουργία. Υπάρχουν ελάχιστες ενδείξεις σχετικά με την επίδραση των σκελετικών μυών και ιδίως του διαφράγματος στην μειωμένη peak VO_2 των ασθενών με ΚΑΔΚΕ. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση ύπαρξης δυσλειτουργίας του διαφράγματος και του τετρακέφαλου μυός σε ασθενείς με ΚΑΔΚΕ και η συσχέτισή τους με την peak VO_2 . 25 ασθενείς με ΚΑΔΚΕ και 25 υγιείς μάρτυρες αντίστοιχης ηλικίας και φύλου, υποβλήθηκαν σε εργοσπιρομετρία και υπερηχογραφική αξιολόγηση της μετατόπισης του διαφράγματος κατά την ήρεμη (QBr) και βαθιά (DBr) αναπνοή, της εγκάρσιας διατομής του ορθού μηριαίου μυός (Rfcsa) και του πάχους του τετρακέφαλου μυός (Qt). Όλοι οι υπερηχογραφικοί δείκτες και η peak VO_2 παρουσίασαν σημαντική διαφορά μεταξύ ασθενών και μαρτύρων ($p < 0.05$). Υπήρξε σημαντική συσχέτιση της κορυφαίας πρόσληψης οξυγόνου με την Rfcsa ($r = 0.31, p = 0.05$), Qt ($r = 0.36, p < 0.05$), QBr ($r = 0.47, p < 0.01$), DBr ($r = 0.71, p < 0.001$) και τη δύσπνοια (RPD) ($r = 0.60, p < 0.001$). Η μετατόπιση του διαφράγματος κατά τη βαθιά αναπνοή είχε μεγαλύτερη βαρύτητα ως προς τη συσχέτιση με τη peak VO_2 στο σύνολο του δείγματος ($p < 0.001$), στους ασθενείς με ΚΑΔΚΕ ($p = 0.019$) και στην ομάδα ελέγχου ($p < 0.001$) ξεχωριστά. Η υψηλή συσχέτιση του διαφράγματος και του τετρακέφαλου μυός με τη ανοχή στην άσκηση, ενισχύει τον ρόλο των σκελετικών μυών στη παθοφυσιολογία των συμπτωμάτων της ΚΑΔΚΕ, ενώ η DBr έχει μεγαλύτερη βαρύτητα.

AA 7

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΔΕΞΙΑΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ε. Καλαμπόκη, Π. Οικονόμου, Σ. Καρατασίτσα, Β. Μπόλνς, Α. Κρόκος, Ι. Γιωτοπούλου, Ο. Μίνως, Ε. Παππά, Γ. Νάκας, Α. Κότσια

Καρδιολογική κλινική, Γενικό νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα»

Ασθενής 71 ετών με ιστορικό καρδιακής ανεπάρκειας- στεφανιαίας νόσου(παλαιό κατώτερο έμφραγμα δεξιάς κοιλίας) προσέρχεται στο τμήμα των επειγόντων περιστατικών λόγω επιδείνωσης οιδημάτων των κάτω άκρων καθώς και αισθήματος δύσπνοιας με χαρακτηριστές ορθόπνοιας. Αναφέρει πρόσφατη νοσηλεία σε καρδιολογική κλινική για τον ίδιο λόγο. Στο ηλεκτροκαρδιογράφημα της εισαγωγής διαπιστώθηκε κολπικός πτερυγισμός, ενώ στην υπερηχογραφική εκτίμηση απεικονίζονται σοβαρά διατεταμένες δεξιές κοιλότητες καθώς και σοβαρή ανεπάρκεια τριγλώχινας με υψηλή υποψία ύπαρξης πνευμονικής υπέρτασης. Από την προηγούμενη νοσηλεία της είχε ξεκινήσει διερεύνηση πνευμονικής υπέρτασης με σπινθηρογράφημα πνευμόνων αρνητικό για χρόνια θρομβοεμβολική νόσο καθώς και διοισοφάγιο υπερηχογράφημα που ανέδειξε σοβαρή δευτεροπαθή ανεπάρκεια τριγλώχινας λόγω διάτασης δακτυλίου και απώλεια συναρμογής μεταξύ διαφραγματικής και πρόσθιας γλωχίνας. Κατά τη νοσηλεία της έγινε περεταιίρω διερεύνηση με αξονική τομογραφία πνευμονικών αρτηριών όπου ήταν αρνητική για θρόμβωση και αξονική τομογραφία κοιλίας αρνητική επίσης. Στάλθηκε ανοσολογικός έλεγχος-αρνητικός και πραγματοποιήθηκε πνευμονολογική εκτίμηση με σπιρομέτρηση και δοκιμασία διάχυσης που ήταν φυσιολογικές. Ακολούθησε αριστερός καθετηριασμός που ανέδειξε στεφανιαία νόσο ενός αγγείου, ενώ ο δεξιός καρδιακός καθετηριασμός ανέδειξε πνευμονική υπέρταση οφειλόμενη σε οργανική σοβαρή ανεπάρκεια τριγλώχινας απότοκη του παλαιότερου εμφράγματος της δεξιάς κοιλίας. Κατά την έξοδο της έλαβε αγωγή που περιλάμβανε σπιρονολακτόνη, φουροσεμίδη, απιξαμπάνη και εμπαγλιφλοζίνη. Κατά τον επανέλεγχο της παρουσιάστηκε σαφώς βελτιωμένη κλινικά και αποφασίστηκε ανάταξη της κολπικής μαρμαρυγής με επίτευξη φλεβοκόμβου. Στο επαναληπτικό υπερηχογράφημα καρδιάς παρατηρήθηκε μείωση του μεγέθους των δεξιών κοιλοτήτων καθώς και βελτίωση των παραμέτρων συστολικής απόδοσης.

Συμπεράσμα: Πρόκειται για ένα ενδιαφέρον περιστατικό πνευμονικής υπέρτασης που αποδόθηκε σε οργανική σοβαρή ανεπάρκεια τριγλώχινας βαλβίδας απότοκη παλαιού εμφράγματος δεξιάς κοιλίας.

ΑΑ 8

Η ΠΡΟΒΛΕΠΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Α. Πίτζα¹, Π. Κορδούτσ², Β. Λιναρδάτου^{1,3}, Ι. Βασιλειάδης¹, Ν. Ροβίνα⁴, Σ. Νανάς¹, Λ. Καρατζάνος¹

¹Εργαστήριο Κλινικής Εργοσπιρομετρίας Άσκησης και Αποκατάστασης, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

²Ψυχολογία των Διαπροσωπικών Σχέσεων, Πάντειον Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών

³Γραφείο εκπαίδευσης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Επεύγουσα και Εντατική Νοσηλευτική Ειδικότητα, ΓΝΑ Γ. Γεννηματάς

⁴Α' Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική Γ.Ν.Θ.Α "Η Σωτηρία", ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Το στρες και η κατάθλιψη αφορούν έναν στους τέσσερις ασθενείς με Χρόνια Καρδιακή Ανεπάρκεια (ΧΚΑ) και φαίνεται να αποτελούν βασική αίτια χαμηλής θεραπευτικής συμμόρφωσης και μειωμένης ποιότητας ζωής. Βιβλιογραφικά δεν είναι επαρκώς μελετημένοι οι παράγοντες που προβλέπουν τη ψυχική κατάσταση ασθενών με ΚΑ.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η ανίχνευση της προβλεπτικής αξίας ψυχοκοινωνικών και δημογραφικών παραγόντων σε βασικούς ψυχικούς δείκτες ασθενών με ΚΑ.

Υλικό και Μέθοδος: Στην μελέτη συμμετείχαν 36 συνεχείς ασθενείς ΧΚΑ (25 άντρες /11 γυναίκες, ηλικία: 56±10 έτη, κλάσμα εξώθησης <50%). Χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς για τη μέτρηση του στρες, της κατάθλιψη, της ικανοποίησης από τη ζωή, των στρεσογόνων γεγονότων ζωής, της κοινωνική δικτύωση, του νοήματος της ζωής καθώς και δημογραφικά και ιατρικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, βαρύτητα, ιστορικό κατάθλιψης και λήψη αντικαταθλιπτικής αγωγής).

Αποτελέσματα: Από αναλύσεις ιεραρχικής παλινδρόμησης προέκυψε ότι τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής αποτελούν θετικό προβλεπτικό παράγοντα για το στρες [$F(2,28)=14.336$ $\beta=3.79$ $p<0.001$]. Η ηλικία βρέθηκε να αποτελεί αρνητικό προβλεπτικό παράγοντα για την κατάθλιψη [$F(1,29)=6.389$ $\beta=-.425$ $p=0.017$]. Τέλος, προέκυψε ότι ύπαρξη νοήματος της ζωής αποτελεί θετικό προβλεπτικό παράγοντα για την ικανοποίηση από τη ζωή [$F(1,29)=8.832$ $\beta=.48$, $p=0.006$] και αρνητικό προβλεπτικό παράγοντα για το στρες [$F(1,29)=17.234$ $\beta=-.61$, $p<0.001$].

Συμπεράσματα: Η μελέτη ψυχοκοινωνικών και δημογραφικών παραγόντων μπορεί να αυξήσει τη γνώση σχετικά με την ψυχολογική υγεία των ασθενών με ΚΑ. Τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής, η ηλικία και η νοηματοδότηση της ζωής έχουν προβλεπτική αξία στην ανίχνευση της ψυχολογικής επιβάρυνσης ασθενών με ΚΑ.

ΑΑ 9

**ΜΕΛΑΓΧΡΩΣΤΙΚΗ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ
ΑΒΗΤΑΛΙΠΟΠΡΩ-ΤΕΪΝΑΙΜΙΑ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ****Π. Οικονόμου¹, Ε. Καλαμπόκη¹, Σ. Καρατασίτσα¹, Γ. Νάκας¹, Ε. Παππά¹, Α. Κότσια¹***¹Καρδιολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων 'Γ. Χατζηκώστα'*

Άνδρας 45 ετών με ιστορικό μελαγχρωστικής αμφιβληστροειδοπάθειας, αβηταλιποπρωτεϊναιμίας, και αιθυλισμού προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων λόγω ορθόπνοιας, ενώ από ημερών ανέφερε δύσπνοια σε μικρό έργο και αίσθημα παλμών. Στο ηλεκτροκαρδιογράφημα εισαγωγής διαπιστώθηκε ταχύς κολπικός πτερυγισμός ενώ η ακτινογραφία ανέδειξε εικόνα οξέως πνευμονικού οιδήματος. Η υπερηχογραφική μελέτη ανέδειξε σοβαρή συστολική δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας (κλάσμα εξωθήσεως=30%) με μέτρια ανεπάρκεια μιτροειδούς ενώ και η δεξιά του κοιλία είχε επηρεασμένη λειτουργικότητα. Ο στεφανιογραφικός έλεγχος ανέδειξε φυσιολογικά στεφανιαία αγγεία. Η μαγνητική καρδιάς ανέδειξε ευρήματα αμφικουλιακής προσβολής, διατοιχωματική ουλή στην κορυφή της αριστερής κοιλίας (πιθανότατα εμβολικό σύμβαμα) και συνοδό περικαρδίτιδα. Το Holter ρυθμού 24ώρου κατέγραψε φλεβοκομβικό ρυθμό με αρκετές έκτακτες κοιλιακές συστολές και 2 βραχεία επεισόδια μη εμμένουσας κοιλιακής ταχυκαρδίας. Από προηγούμενο γονιδιακό έλεγχο, ο ασθενής φέρει ομόζυγη μετάλλαξη του γονιδίου MTTP που προκαλεί την αβηταλιποπρωτεϊναιμία, ενώ επιπλέον φέρει και ετερόζυγη μετάλλαξη του γονιδίου USH 2A, υπευθύνου για το σύνδρομο Usher. Ο ασθενής τέθηκε σε αγωγή καρδιακής ανεπάρκειας με προσθήκη επλερενόνης, ARNI, b-blocker, φουροσεμίδης, ριβαροξαμπάνης και SGLT-2 inhibitors με σταδιακή βελτίωση των συμπτωμάτων του και καλή ανοχή των φαρμάκων.

ARNI= angiotensin receptor neprilysin inhibitor

SGLT-2= sodium-glucose transport protein 2

AA 10

ΟΞΕΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΟΞΥ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ ΟΙΔΗΜΑ ΛΟΓΩ ΠΑΡΟΔΙΚΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΣΟΒΑΡΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ Ή ΣΟΒΑΡΗ ΠΑΡΟΔΙΚΗ ΟΞΕΙΑ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ ΛΟΓΩ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ;

N. Καλαντζής, K. Βέργης, X. Καρδάμης, A. Κωστάκη, K. Λακωνίτη

Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, Καρδιολογική Κλινική, Ελλάδα

Εισαγωγή-Σκοπός: Το οξύ πνευμονικό οίδημα αναγνωρίζεται ως μια πολύ επείγουσα κλινική κατάσταση που χρήζει άμεσης θεραπευτικής αντιμετώπισης και αιτιολογικής διερεύνησης. Συχνά, η τεκμηρίωση της αιτιολογικής συσχέτισης και η εξακρίβωση του παθογενετικού μηχανισμού αποτελούν αντικείμενα δύσκολης διαφοροδιαγνωστικής προσέγγισης.

Υλικό-Μέθοδος-Αποτελέσματα: Ασθενής γυναίκα, 67 ετών, με ατομικό ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, σακχαρώδους διαβήτη, παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής και αγχώδους διαταραχής αιτιάται επίταση αγχώδους συμπτωματολογίας και διαταραχές στις συνήθειες ύπνου τα τελευταία δύο 24ωρα. Παρουσιάζει ταχύπνοια, ορθόπνοια, υγρούς ρόγχους στις βάσεις και ακροαστικό εύρημα δίκην τυμπάνου στο προκάρδιο, τη ράχη και την κοιλιακή χώρα με συνοδό αυξημένη αρτηριακή πίεση και φλεβοκομβική ταχυκαρδία. Στο Triplex καρδιάς αναδεικνύεται πρωτοδιαγνωσθείσα σοβαρή ανεπάρκεια μιτροειδούς με καλές όμως διαστάσεις και συσταλτικότητα AP κοιλίας. Η ασθενής εγκαθιστά οξύ πνευμονικό οίδημα και αντιμετωπίζεται επιτυχώς. Η κλινική βελτίωση συνοδεύεται από ύφεση των ακροαστικών ευρημάτων και σημαντική βελτίωση της ανεπάρκειας μιτροειδούς. Ως διάγνωση εργασίας θεωρείται η λειτουργική οξεία ανεπάρκεια μιτροειδούς με εκδήλωση οξέος πνευμονικού οιδήματος. Η στεφανιογραφία αναδεικνύει αθηρωματικές βλάβες στεφανιαίων. Μετά από 3 μήνες η ασθενής επανεισάγεται με υπονατρίαζία και αίσθημα παλμών. Ηχοκαρδιογραφικά ευρήματα E>A με καλή συσταλτικότητα και μικρή διαφυγή στη μιτροειδή. Μετά την κλινική ανταπόκριση με διουρητική αγωγή, η ασθενής εξέρχεται με ηχοκαρδιογραφικό εύρημα E<A. Τίθεται διάγνωση καρδιακής ανεπάρκειας με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης.

Συμπεράσματα: Η οξεία ανεπάρκεια της μιτροειδούς, είτε αυτή είναι λειτουργική ή οφείλεται σε δομική βλάβη μπορεί να αποτελέσει αιτιοπαθογενετικό μηχανισμό οξέος πνευμονικού οιδήματος. Αντίστοιχα, η οξεία καρδιακή ανεπάρκεια δύναται να οδηγήσει σε σοβαρή παροδική ανεπάρκεια της μιτροειδούς βαλβίδας, η οποία επιδεινώνει την κλινική και απεικονιστική κατάσταση του ασθενούς και συντηρεί έναν φαύλο κύκλο λειτουργικών διαταραχών.

ΑΑ 11

ΟΞΕΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΕ ΚΑΡΔΙΟΓΕΝΗ ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑ ΣΕ ΝΕΑΡΗ ΓΥΝΑΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ ΕΠΙ ΕΛΔΑΦΟΥΣ ΝΟΣΟΥ COVID-19 ΚΑΙ ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ ΡΑΒΔΟΜΥΟΛΥΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΛΥΟΡΟΓΟΝΙΤΙΔΑΣ

N. Καλαντζής, Κ. Λακωνίτη, Κ. Νέστορα, Κ. Βέργης, Α. Κωστάκη

Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, Ελλάδα

Εισαγωγή-Σκοπός: Η σοβαρή νόσηση από Sars-Cov-2 σχετίζεται με την εμφάνιση ποικίλων καρδιολογικών εκδηλώσεων, την εγκατάσταση πρωτοεμφανιζόμενων συμβαμάτων και την επιδείνωση υποκείμενων παθολογικών καταστάσεων. Η συσχέτιση της σοβαρής λοίμωξης COVID-19 σε νεαρούς ενήλικες με την εκδήλωση οξείας καρδιακής ανεπάρκειας και την ανάδειξη μυοκαρδιακής βλάβης αποτελεί αντικείμενο έρευνας ως προς την παθοφυσιολογία και αιτιοπαθογένεια.

Υλικό-Μέθοδοι: Νεαρή γυναίκα ασθενής, με ατομικό ιστορικό επεισοδίων ραβδομύλυσης και πολυορογονιτιδας μετά από λοιμώξεις του αναπνευστικού και γαστρεντερικού, εισάγεται στη ΜΕΘ με οξεία λοίμωξη από Sars-Cov-2 και σοβαρή αιμοδυναμική αστάθεια-καταπληξία. Στο Triplex καρδιάς αναδεικνύεται σημαντική υπερτροφία τοιχωμάτων και έκπτωση της συσταλτικότητας της ΑΡ κοιλίας με EF 35%. Συνοδά ευρήματα οι αυξημένες τιμές τροπονίνης και μυικών ενζύμων. Υποβάλλεται σε ινóτροπη και αγγειοσυσπαστική υποστήριξη, λαμβάνει αγωγή για νόσο COVID-19 και τίθεται σε μη επεμβατικό μηχανικό αερισμό λόγω εγκατάστασης σοβαρού Συνδρόμου Οξείας Αναπνευστικής Δυσχέρειας Ενηλίκων. Μετά από 25 ημέρες εξέρχεται σε κλινική και υπερηχοκαρδιογραφική βελτίωση. Ένα μήνα μετά, στη μαγνητική τομογραφία καρδιάς δεν αναδεικνύονται πλέον παθολογικά ευρήματα.

Αποτελέσματα: Η πλήρης αποκατάσταση των καρδιολογικών δομικών και λειτουργικών διαταραχών μετά από ένα μήνα αναδεικνύουν τη συσχέτιση της λοίμωξης με μια ευρεία κλίμακα παθογενετικών μηχανισμών που επιφέρουν μυοκαρδιακή βλάβη και δύνανται να αναστραφούν.

Συμπεράσματα: Η παθοφυσιολογία της οξείας καρδιακής ανεπάρκειας στη σοβαρή λοίμωξη COVID-19 περιλαμβάνει μηχανισμούς όπως την άμεση προσβολή των κυττάρων από τον ιό, την μικροαγγειοπάθεια και υποξαιμική βλάβη, την ενδοθηλίτιδα, τη μυοκαρδιοπάθεια Takotsubo, την πνευμονική καρδιά, τη διαταραχή προσφοράς-ζήτησης, την καταιγίδα των κυτοκινών και κυρίως το ανεπαρκώς μελετημένο φλεγμονώδες σύνδρομο προσβολής του μυοκαρδίου μέσω ανοσολογικών αποκρίσεων και διαταραχών του ανοσιακού συστήματος. Η αιτιοπαθογένεια χρήζει περαιτέρω μελετών για τη σωστή και τεκμηριωμένη θεραπευτική αντιμετώπιση.

AA 12

Η ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΚΑΙ Η ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΤΙΚΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΤΟΥ ΜΕΤΑΓΡΑΦΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ GATA-4 ΣΕ ΙΣΧΑΙΜΙΚΕΣ ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Α. Τοΐμης^{1,2,3}, Α.Μ. Αθανασιάδου¹, Ε. Πετροπούλου², Π. Αθανασιάδου¹, Γ. Αθανασόπουλος³, Ν. Καβαντζάς¹

¹Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

²Α' Καρδιολογική Κλινική, Metropolitan "General", Αθήνα

³Καρδιολογικός Τομέας, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα

Εισαγωγή: Οι μεταγραφικοί παράγοντες της οικογένειας GATA ρυθμίζουν βιολογικές διεργασίες μεταξύ των οποίων την εξειδίκευση, τον πολλαπλασιασμό και τη διαφοροποίηση των ιστών. Ο GATA 4 έχει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη και μορφογένεση της καρδιάς και επιπλέον φαίνεται ότι αλληλοεπιδρά και με μια σειρά από παράγοντες που οδηγούν σε υπερτροφία του μυοκαρδίου. Το GATA-4 επανενεργοποιείται στην ενήλικη καρδιά σε καταστάσεις στρες ως προσαρμοστική απάντηση. Σκοπός της μελέτης ήταν να προσδιορισθεί η ενεργοποίηση του μεταγραφικού παράγοντα GATA 4 σε ισχαιμικές αλλοιώσεις του μυοκαρδίου και η αλληλεπίδραση του με αποπτωτικούς παράγοντες και να αξιολογηθεί η αξία του σαν προγνωστικός δείκτης.

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 100 περιπτώσεις νεκροτομικού υλικού μυοκαρδίου με αλλοιώσεις προσφάτου εμφράγματος, 100 περιπτώσεις με αλλοιώσεις παλαιού εμφράγματος και 10 περιπτώσεις όπου είχε αποκλεισθεί η ύπαρξη καρδιακής νόσου. Όλες οι περιπτώσεις εξετάστηκαν με συμβατική παθολογοανατομική μέθοδο σε τομές παραφίνης και με χρώση αιματοξυλίνης – ηωσίνης. Επιπλέον εφαρμόστηκε ανοσοϊστοχημική μέθοδος για τον καθορισμό της έκφρασης της πρωτεΐνης GATA 4 και των αποπτωτικών παραγόντων p53, bax, bcl-2.

Αποτελέσματα: Οι περιπτώσεις εμφράγματος με χαρακτηριστική αντικατάσταση των νεκρωτικών κυττάρων από πυκνό κολλαγονικό ιστό και στοιχεία έντονης και διάχυτης ίνωσης εμφάνισαν μειωμένη έκφραση GATA. Ωστόσο παρατηρήθηκε έντονη έκφραση των πρωτεϊνών GATA 4 σε περιοχές ισχαιμίας με αυξημένη έκφραση των αντιαποπτωτικών παραγόντων στα υγιή μυοκύτταρα, και ήπια έκφραση των GATA 4 σε ζώνες με αυξημένη έκφραση των προαποπτωτικών παραγόντων. Σε πρώιμες ισχαιμικές αλλοιώσεις παρατηρήθηκε έντονη ανοσοέκφραση GATA 4, αλλά και αυξημένη έκφραση των αντιαποπτωτικών παραγόντων στις ζώνες υψηλού κινδύνου που περιβάλλουν την εμφραγματική περιοχή.

Συμπεράσματα: Η μειωμένη έκφραση των γονιδίων GATA συνδέεται με αυξημένη και έντονη ίνωση καθώς και με χειρότερη πρόγνωση της νόσου. Η πρωτεΐνη GATA 4 αποτελεί ρυθμιστή των καρδιακών γονιδίων σε συνθήκες αυξημένου φορτίου πίεσης, ισχαιμίας και οξειδωτικού stress. Η ενεργοποίηση και η θετική έκφραση GATA 4 σε συνδυασμό με την αυξημένη έκφραση των αντιαποπτωτικών μηχανισμών, έχει άμεση σχέση με τους οξειδωτικούς μηχανισμούς σε επίπεδο μιτοχονδρίων και αποτελεί μηχανισμό άμυνας των μυοκαρδιακών κυττάρων.

AA 13

ΕΤΗΣΙΑ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΝΟΣΗΛΕΙΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Μ. Νικολάου¹, Χ. Τσάλλα¹, Λ. Χριστοδούλου¹, Γ. Βαμβάκου¹, Α. Μαραθωνίτς², Σ. Απίστιολας¹, Σ. Καλαντζή³, Κ. Σπυριδάκη³, Γ. Μαραθωνίτς³

¹Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο Αμαλία Φλέμινγκ

²Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο Σωτηρία

³Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο Αμαλία Φλέμινγκ

Εισαγωγή: Οι ηλικιωμένοι ασθενείς αυξάνονται συνεχώς σε αριθμό και αποτελούν μια ειδική πληθυσμιακή ομάδα με ιδιαίτερα αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα, χωρίς να υπάρχουν συγκεκριμένες οδηγίες για την αντιμετώπισή τους. Η κατανόηση του μεγέθους της νοσηρότητας του ηλικιωμένου πληθυσμού αποτελούν αντικείμενο αυτής της μελέτης.

Μέθοδος: Η καταγραφή έγινε με αναδρομική συλλογή ανώνυμων δεδομένων σε πανελλήνιο επίπεδο σε συνεργασία με την ελληνική στατιστική υπηρεσία για το έτος 2012. Καταγράφηκαν ο αριθμός των νοσηλείων στα ελληνικά νοσοκομεία ανά κατηγορία και υποκατηγορία νόσου, ανά ηλικιακή ομάδα και φύλο. Η στατιστική ανάλυση έγινε εστιάζοντας στις πληθυσμιακές ομάδες των ασθενών ηλικίας >70 ετών.

Αποτελέσματα: Το έτος 2012 καταγράφηκαν συνολικά 2.169.864 νοσηλείες, εκ των οποίων οι 788.667 (36%) αφορούσαν σε ηλικιωμένους ασθενείς άνω των 70 ετών. Η πρώτη από πλευράς συχνότητας αιτία νοσηλείων ήταν τα καρδιαγγειακά νοσήματα (n=162123 νοσηλείες, 20%) ενώ ακολούθησαν οι παθήσεις του νευρικού συστήματος (13%), τα νεοπλάσματα (12.7%), οι παθήσεις πεπτικού (9%), παθήσεις αναπνευστικού (8%) και παθήσεις ουροποιογεννητικού συστήματος (7%). Τα καρδιαγγειακά νοσήματα ήταν η πρώτη αιτία νοσηλείων τόσο στους άνδρες (21.7%) όσο και στις γυναίκες (20%), ενώ η δεύτερη αιτία νοσηλείων στους άνδρες ήταν τα νεοπλάσματα (15.5%) και στις γυναίκες οι παθήσεις του νευρικού συστήματος (15.8%).

Ο πιο συχνά απαντώμενος κωδικός νόσου εντός της κατηγορίας των καρδιαγγειακών νοσημάτων στους ηλικιωμένους ασθενείς ήταν η καρδιακή ανεπάρκεια (34% στις γυναίκες, 29% στους άνδρες), η οποία ακολουθήθηκε από τις καρδιακές αρρυθμίες στις γυναίκες (32%) και την ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια στους άνδρες (29.7%).

Αν και στο συνολικό πληθυσμό, το 36% των νοσηλείων αφορά σε ηλικιωμένους ασθενείς, όταν εστιάζουμε στα καρδιαγγειακά νοσήματα, το 56% των νοσηλείων αφορά σε ασθενείς >70 ετών.

Συμπεράσματα: Η πρώτη αιτία νοσηλείων σε άνδρες και γυναίκες άνω των 70 ετών είναι η καρδιαγγειακή νόσος. Στις καρδιολογικές κλινικές οι νοσηλείες των ηλικιωμένων ασθενών αφορούν στο 56 % του συνόλου. Η πιο συχνή αιτία νοσηλείας είναι η καρδιακή ανεπάρκεια (περίπου ένας στους τρεις ασθενείς).

AA 14

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ (ΤΕΠ)

Μ. Νικολάου¹, Λ. Χριστοδούλου¹, Χ. Τσάλλα¹, Γ. Βαμβάκου¹, Κ. Σταθόπουλος², Σ. Απίσιογας¹, Λ. Τακούλη², Δ. Μίχα², Π. Βρύσης²

¹Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο Αμαλία Φλέμινγκ

²Νεφρολογική Κλινική, Νοσοκομείο Αμαλία Φλέμινγκ

Εισαγωγή: Οι ηλικιωμένοι ασθενείς αυξάνονται συνεχώς σε αριθμό και αποτελούν μια ειδική πληθυσμιακή ομάδα με ιδιαίτερα αυξημένη νοσηρότητα.

Σκοπός: Η κατανόηση του μεγέθους της νοσηρότητας του ηλικιωμένου πληθυσμού αποτελούν αντικείμενο αυτής της μελέτης.

Υλικό-Μέθοδος: Η καταγραφή έγινε με αναδρομική συλλογή δεδομένων από το Καρδιολογικό Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) τον Ιανουάριο του 2019.

Αποτελέσματα: Καταγράφηκαν συνολικά 262 ασθενείς, εκ των οποίων οι 79 (30%) αφορούσαν σε ηλικιωμένους ασθενείς άνω των 70 ετών (μέσης ηλικίας 81 έτη). Το 56% των ηλικιωμένων ήταν γυναίκες (έναντι 44% στις νεότερες ηλικίες). Το 25% των ηλικιωμένων ασθενών προσηλθε με ασθενοφόρο, σε αντίθεση με 7% των νεότερων. Το 40% των ηλικιωμένων ασθενών έκανε τελικά εισαγωγή στην Καρδιολογική κλινική με πρώτη αιτία εισαγωγής την καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) (34%) και το οξύ στεφανιαίο επεισόδιο (ΟΣΣ) (31%). Η ομάδα των νεότερων ασθενών (μέσης ηλικίας 50 έτη) είχε μικρότερη πιθανότητα εισαγωγής στην καρδιολογική κλινική (17%) με πρώτες αιτίες από πλευράς συχνότητας το ΟΣΣ 25%, την παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή (20%) και την ΚΑ (17%).

Ο μέσος αριθμός των συν-νοσηροτήτων των ηλικιωμένων ασθενών ήταν 1.6 ενώ ο μέσος αριθμός συν-νοσηροτήτων των νεότερων ασθενών ήταν 0.7.

Συμπεράσματα: Οι ηλικιωμένοι ασθενείς προσέρχονται συχνότερα με ασθενοφόρο στο ΤΕΠ, κάνουν συχνότερα εισαγωγή στην Καρδιολογική κλινική, έχουν περισσότερες συν-νοσηρότητες από τους νεότερους ασθενείς. Οι κύριες αιτίες εισαγωγής είναι η ΚΑ και το ΟΣΣ.

AA 15

DIAGNOSTIC ELECTROCARDIOGRAM FROM A HEARTMATE 3 SUPPORTED PATIENT USING A SMARTPHONE-BASED RECORDING DEVICE**E. Tasos¹, J. Sequeira¹, P. Lincoln¹, S. Pettit¹, S. Bhagra¹***¹Cardiothoracic Transplant Unit, Royal Papworth Hospital, Cambridge, United Kingdom*

Introduction: Patients with implantable left ventricular assist devices (LVADs) are at risk of ventricular arrhythmias but these may be haemodynamically well-tolerated. An electrocardiogram (ECG) is essential to determine if an LVAD-supported patient is experiencing a ventricular arrhythmia. This may be challenging as ECGs are only available in larger healthcare facilities, especially out-of-hours, and implantable LVADs cause significant electromagnetic interference leading to suboptimal ECGs.

Aims: We report an LVAD-supported patient who took an ECG of diagnostic quality with an AliveCor smartphone-based device at home during an episode of sustained palpitations.

Materials and Methods: A Heartmate 3 LVAD-supported patient used the smartphone-based AliveCor KardiaMobile 6L device, which records ECGs remotely from the patient's thumbs and left leg, during an episode of palpitations at home. This was then compared with his previous ECGs recorded by conventional ECG recording machines in hospital.

Results: Compared to a 12-lead ECG, the 6-lead ECG by the KardiaMobile 6L device is of remarkable quality with minimal electromagnetic interference from the HeartMate 3 LVAD. It clearly demonstrates P waves, QRS complexes and T waves, so allows precise rhythm recognition, and can be immediately shared with the LVAD centre. This allowed us to remotely exclude a sustained ventricular arrhythmia.

Conclusions: The use of remote ECG recording devices using AliveCor technology may overcome the barrier of electromagnetic interference in recording diagnostic ECG in LVAD-supported patients and can produce a trace of sufficient quality to be diagnostic of ventricular arrhythmias. This may represent an important development in remote monitoring of LVAD-supported patients.

AA 16

ΜΟΝΑΔΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΒΕΡΟΙΑΣ. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ε. Σδόγκος, Ζ. Σταλίδου, Α. Σπαχίου, Α. Παπαδόπουλος, Α. Γεωργακόπουλος, Θ. Κωνσταντίνου, Π. Θεοδοσίου, Ι. Βογιατζής

Καρδιολογική Κλινική Νοσοκομείο Βέροιας

Εισαγωγή: Παρά τις σημαντικές προόδους στη θεραπεία ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια, η νοσηρότητα και η θνητότητα παραμένουν υψηλές. Οι συχνές εισαγωγές είναι ενοχλητικές για τους ασθενείς και συνδέονται με μεγάλο κόστος για την κοινωνία. Σε μια προσπάθεια βελτίωσης της φροντίδας για τους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια εξειδικευμένες κλινικές καρδιακής ανεπάρκειας έχουν εμφανιστεί τα τελευταία 10 χρόνια. Ιδίως, οι Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας που βασίζονται, τουλάχιστον εν μέρει, σε νοσηλευτές ειδικά εκπαιδευμένους στην καρδιακή ανεπάρκεια έχουν συντελέσει στη μείωση της νοσηρότητας και των επανεισαγωγών στα νοσοκομεία.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι να αναλύσει τη διαδικασία και τα αποτελέσματα των διαδικασιών περίθαλψης εξωτερικών ασθενών που νοσηλεύτηκαν στη ΜΗΝ καρδιακής ανεπάρκειας και η πρόγνωση σε 30 ημέρες παρακολούθησης

Υλικό και Μέθοδοι: Αυτή η μελέτη χρησιμοποίησε μια αναδρομική ανάλυση 115 ασθενών (84 Άνδρες – 31 Γυναίκες, μέσης ηλικίας $78,4 \pm 4,26$ χρόνων) που επισκέφθηκαν τη ΜΗΝ αφού προηγουμένως είχαν νοσηλευτεί στην καρδιολογική κλινική με καρδιακή ανεπάρκεια σε διάστημα 2 χρόνων. Καταγράφηκαν επιδημιολογικά και δημογραφικά στοιχεία των ασθενών και η αποτελεσματικότητα της αγωγής στους στόχους που τίθενται από τις κατευθυντήριες οδηγίες, όπως επίσης και η συμμόρφωση των ασθενών στην αγωγή αυτή. Τέλος οι εισαγωγές στο νοσοκομείο 30 ημέρες μετά τη νοσηλεία στη ΜΗΝ.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς ήταν λιγότερο πιθανό να παρουσιάσουν επανεισαγωγή στην καρδιολογική κλινική εντός 30 ημερών από το εξιτήριο (μείωση κατά 69% εντός της περιόδου μελέτης, $p < 0,001$ συγκριτικά με την προηγούμενη περίοδο). Οι ασθενείς είχαν πολλαπλές προσαρμογές της φαρμακευτικής αγωγής και συχνή τηλεφωνική παρακολούθηση. Οι ασθενείς αυτοί παρουσίασαν χαμηλότερη θνητότητα (2,2% έναντι 11,6% συγκριτικά με την προηγούμενη περίοδο - $p < 0,001$) πιθανό αποτέλεσμα της φροντίδας στη ΜΗΝ και παραπομπές για παρηγορητική φροντίδα (17%).

Συμπέρασμα: Τα αποτελέσματα αυτής της ανάλυσης υπογραμμίζουν τη σημασία της ανάπτυξης ΜΗΝ Καρδιακής ανεπάρκειας που σε συνεργασία με την κλινική επιτυγχάνει μείωση επανεισαγωγών και θνητότητας σε ασθενείς και παραπομπή σε παρηγορητική φροντίδα όταν ενδείκνυται.

AA 17

**ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΔΕΞΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ
ΚΑΙ ΟΞΕΙΑ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ****Δ. Καραγεώργου, Α. Κίτσιου, Χ. Θεοχάρη, Γ. Αρματάς, Α. Κακκάβας, Θ. Παπαφάνης***Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΑ Σισμανόγλειο***Παρουσίαση περιστατικού**

Ασθενής 68 ετών με ατομικό αναμνηστικό στεφανιαίας νόσου (CABG 2005, PCI 2008), βαλβιδοπλαστικής πνευμονικής βαλβίδας προ πεντηκονταετίας, σακχαρώδους διαβήτη και ΧΑΠ, προσκομίσθηκε λόγω δύσπνοιας σε ληθαργική κατάσταση. Από την κλινική εξέταση βρέθηκαν τρίζοντες βάσεων αμφοτερόπλευρα, σοβαρά οιδήματα κάτω άκρων με συνοδή κυτταρίτιδα και πυόρροια, ασκίτικη συλλογή και συστολικό φύσημα 3/6 στο 2ο αριστερό μεσοπλεύριο διάστημα. Τα αρτηριακά αέρια αίματος έδειξαν αναπνευστική ανεπάρκεια τύπου II με υπερκαπνία (pCO₂=72 mmHg). Το ΗΚΓ έδειξε κοιλική μαρμαρυγή με καλή κοιλιακή ανταπόκριση, RBBB και δεξιό άξονα QRS. Εφαρμόστηκε άμεσα μη επεμβατικός αερισμός με Bi-PAP. Το αρχικό παρακλίνιο Triplex καρδιάς δεν ανέδειξε στένωση αορτικής βαλβίδας, αφήνοντας ανερμήνευτο το ακουστό συστολικό φύσημα. Αναλυτικό Triplex καρδιάς έδειξε: LVEF=45%, δεξιά κοιλία αυξημένων διαστάσεων, μέγιστη ταχύτητα ροής στην πνευμονική βαλβίδα (PVmax) 4.1 m/s, peak gradient=51 mmHg, TAPSE=1.4cm. Διενεργήθηκε CT θώρακος στην οποία φαίνονται εγκυστωμένες υπεζωκοτικές συλλογές άμφω, λοίμωξη αναπνευστικού και ευρήματα συμβατά με ΧΑΠ. Ο ασθενής σταδιακά ανταποκρίθηκε στην ενδοφλέβια αγωγή με φουροσεμίδη καθώς και την αντιβίωση μετά από καλλιέργεια του πύου κάτω άκρων καθώς και καλλιέργεια πτυέλων. Πραγματοποιήθηκε μαγνητική τομογραφία καρδιάς με στόχο την λεπτομερή ανατομική και λειτουργική εκτίμηση της στενώσεως πνευμονικής βαλβίδας. Βρέθηκε πάχυνση των πτυχών της βαλβίδας με σημαντικό περιορισμό στη διάνοιξη και PVmax 4.2 m/s.

Έγινε παρουσίαση του ασθενούς σε καρδιοχειρουργό και επεμβατικό καρδιολόγο και αποφασίσθηκε η αντιμετώπιση της στενώσεως της πνευμονικής βαλβίδας με διαδερμική εμφύτευση βιοπροσθετικής βαλβίδας (Melody), εφόσον αντιμετωπισθεί η λοίμωξη μαλακών μορίων των κάτω άκρων του ασθενούς και η συνοδός αύξηση της CRP.

Συμπεράσματα: Το περιστατικό αυτό αναδεικνύει τη συνύπαρξη δύο αιτίων δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας στον συγκεκριμένο ασθενή και την ανάγκη για προσεκτική κλινική και υπερηχοκαρδιογραφική εκτίμηση των ασθενών με ιστορικό συγγενούς καρδιοπάθειας. Η παρουσία αναπνευστικής ανεπάρκειας οδήγησε την Ομάδα Καρδιάς στη σύσταση για διαδερμική θεραπεία της επαναστενώσεως της πνευμονικής βαλβίδας του ασθενούς.

AA 18

ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ
ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ**Μ. Κυριάκου^{1,2}, Π. Μαριάνν³, Α. Σαμάρ⁴, Κ. Φιλίππου¹, Ν. Μίτλεττον¹, Α. Λαμπρινού¹**¹Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου²Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας³Mediterranean Hospital of Cyprus, Λεμεσός⁴Καρδιολογικό και Καρδιοχειρουργικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας

Εισαγωγή: Η καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) είναι ένα κλινικό σύνδρομο το οποίο έχει σημαντική επίδραση στη ζωή των ατόμων. Η ανθρωποκεντρική φροντίδα και διαχείριση, που ενσωματώνει τις προτιμήσεις και τις ανάγκες του ασθενή και της οικογένειάς του στους στόχους της φροντίδας πρέπει να γίνεται με βάση τις ανάγκες των ασθενών.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανάδειξη των αναγκών των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια, όπως οι ίδιοι τις αντιλαμβάνονται.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκαν δυο ομάδες εστίασης που έλαβαν χώρα στο χώρο του συνδέσμου καρδιοπαθών Κύπρου, σε Λευκωσία και Λεμεσό. Στις ομάδες εστίασης συμμετείχαν έντεκα ασθενείς με ΚΑ. Την ερευνητική ομάδα αποτελούσαν πανεπιστημιακή νοσηλεύτρια, κλινικοί νοσηλευτές και μια φυσιοθεραπεύτρια εξειδικευμένοι στην καρδιολογία και την καρδιακή ανεπάρκεια. Έγινε επεξεργασία και ανάλυση δεδομένων χρησιμοποιώντας θεματική ανάλυση ακολουθώντας την πιο κάτω διαδικασία: απομαγνητοφώνηση, ανάγνωση του κειμένου της απομαγνητοφώνησης με σύντομες σημειώσεις και ακολούθως κωδικοποίηση τους. Από την κωδικοποίηση προέκυψαν οι θεματικές ενότητες που χρειάζεται να ληφθούν υπόψη για να καλυφθούν οι ανάγκες των ασθενών.

Αποτελέσματα: Η ανάλυση των δεδομένων από τις ομάδες εστίασης ανέδειξαν τις ανάγκες των ασθενών με ΚΑ και οι οποίες κατηγοριοποιούνται σε έξι κύριες θεματικές ενότητες με υποκατηγορίες. Οι κύριες θεματικές ενότητες ήταν: διαχείριση αυτοεξυπηρέτησης, ανακουφιστική φροντίδα, υποστηρικτική φροντίδα, κοινωνική στήριξη και υπηρεσίες υγείας.

Συμπεράσματα: Οι ανάγκες των ασθενών με ΚΑ οι οποίες αναδείχθηκαν τονίζουν την ανάγκη για ολιστική και ανθρωποκεντρική παροχή φροντίδας στα άτομα που νοσούν με ΚΑ. Έτσι είναι δυνατό να επιτευθεί βελτίωση στην ποιότητα ζωής τους, αλλά και στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας με σκοπό την καλύτερη πρόγνωση τους και διαχείριση της νόσου.

AA 19

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΟΞΕΙΑΣ ΑΠΟΡΡΥΘΜΙΣΗΣ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΜΑΣ

Β. Βασιλακόπουλος, Σ. Σωτηρίου, Π. Ροδίτης, Σ. Θεοδωρίδου, Γ. Αργυροπούλου, Χρ. Τσουμής, Σ. Λαμπρόπουλος

Καρδιολογική Κλινική- Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης

Εισαγωγή-Σκοπός: Η οξεία καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) αποτελεί μια από τις συχνότερες αιτίες νοσηλείας καρδιαγγειακής αιτιολογίας. Σημαντικός παράγοντας για τη πρόληψη επανανοσηλείων αποτελεί η σωστή φαρμακευτική αγωγή. Στην συγκεκριμένη μελέτη αξιολογήθηκε η αγωγή ΚΑ σε ασθενείς μετά από οξεία απορρύθμιση.

Υλικό-Μέθοδοι: Μελετήθηκαν διαδοχικοί ασθενείς για 8 μήνες που νοσηλεύτηκαν με μη αντιρροπούμενη ΚΑ και έλαβαν εξιτήριο. Έγινε καταγραφή της φαρμακευτικής τους αγωγής κατά τη στιγμή του εξιτηρίου και ένα μήνα μετά.

Αποτελέσματα: Συνολικά μελετήθηκαν 132 ασθενείς, μέσης ηλικίας 71 ± 6 ετών, 59% άνδρες. Κατά το εξιτήριο σχεδόν όλοι οι ασθενείς (99%) ελάμβαναν διουρητικό, ενώ μόλις ένας στους τρεις έλαβε αναστολείς μετατρεπτικού ενζύμου (ΑΜΕΑ) ή αγγειοτενσίνης II (ΑΤII) (22% και 2% αντίστοιχα). Β-αναστολείς έλαβε το 69% των ασθενών, ανταγωνιστές αλδοστερόνης σχεδόν οι μισοί ασθενείς (48%), από 5% δαχτυλίτιδα και σακουμπιτρίλη/βαλσαρτάνη και μόλις 3% ιβαβραδίνη. Στον ένα μήνα επανεξέτασης τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν: διουρητικά 91%, ΑΜΕΑ 29%, ΑΤII 11%, β-αναστολείς 77%, ανταγωνιστές αλδοστερόνης 17%, δαχτυλίτιδα 2%, σακουμπιτρίλη/βαλσαρτάνη 5% και ιβαβραδίνη 3%. Όσο αφορά τη δοσολογία αγωγής, παρά τα χαμηλά δοσολογικά σχήματα κατά το εξιτήριο, το πρώτο μήνα έγινε τιτλοποίηση προς τα πάνω στους ΑΜΕΑ, ΑΤII, β-αναστολείς στη πλειοψηφία των ασθενών που ήδη τα ελάμβαναν, και μείωση δόσης διουρητικών σχεδόν σε όλους τους ασθενείς.

Συμπεράσματα: Εξακολουθούν να υπάρχουν αξιοσημείωτα περιθώρια βελτίωσης νοσοκομειακής διαχείρισης της φαρμακευτικής αγωγής των ασθενών με μη αντιρροπούμενη ΚΑ.

AA 20

ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΕ ΔΙΑΤΗΡΗΜΕΝΟ ΚΛΑΣΜΑ ΕΞΩΘΗΣΗΣ (HFREF). Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΕΠΑΡΧΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Β. Βασιλακόπουλος, Π. Ροδίτης, Σ. Θεοδωρίδου, Γ. Αργυροπούλου, Σ. Σωτηρίου, Χρ. Τσουμής, Σ. Λαμπρόπουλος

Καρδιολογική Κλινική- Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης

Εισαγωγή-Σκοπός: Πολλές επιδημιολογικές μελέτες υποδεικνύουν ότι έως και το 50% των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια έχουν διατηρημένο κλάσμα εξώθησης. Η μελέτη αυτή εστίασε στη μελέτη του πληθυσμού της Κοζάνης καθώς και στην ανάλυση της σοβαρότητας της νόσου σε συνδυασμό με καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου.

Υλικό-Μέθοδος: Στη μελέτη συμπεριλάβαμε 38 ασθενείς με σημεία και συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας. Στους ασθενείς αυτούς πραγματοποιήθηκε διαθωρακική υπερηχογραφική μελέτη και πλήρης εργαστηριακός έλεγχος καθώς και μέτρηση των επιπέδων BNP. Η Διάγνωση της διαστολικής δυσλειτουργίας βασίστηκε στα συμπτώματα και τις υπερηχογραφικές παραμέτρους όπως deceleration time, e' septal και lateral, καθώς και ο λόγος E/A. Όλοι οι ασθενείς είχαν EF> 45- 50%.

Αποτελέσματα: Ανάμεσα στους 38 ασθενείς ο πιο συνηθισμένος παράγοντας κινδύνου ήταν η υπέρταση (79,7%) ακολουθούμενη από την παχυσαρκία (>82,5%), δυσλιπιδαιμία (72,4%) και το διαβήτη (39,8%). Η γυναίκες παρουσίαζαν πιο συχνά τη νόσο (61,3%), ενώ ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 58 έτη. 4,26 % των ασθενών ήταν σταδίου I, 52,32% σταδίου II, και μόλις 0,8 % σταδίου III. Οι παράγοντες κινδύνου που συσχετίζονται πιο ισχυρά με τη σοβαρότητα της διαστολικής δυσλειτουργίας ήταν η υπέρταση, η παχυσαρκία και η δυσλιπιδαιμία. Τα επίπεδα του BNP ήταν υψηλότερα όσο το κλάσμα εξώθησης πλησίαζε το 45%.

Συμπέρασμα: Η καρδιακή ανεπάρκεια με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης είναι μια συχνή οντότητα σε ασθενείς με παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου στον πληθυσμό της Κοζάνης. Ο πιο συχνός παράγοντας κινδύνου ήταν η υπέρταση. Ο συνδυασμός υπέρτασης, παχυσαρκίας και δυσλιπιδαιμίας προέβλεπε τη σοβαρότητα της διαστολικής δυσλειτουργίας.

ΑΑ 21

ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΚΑΙ ΒΙΟΧΗΜΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ II ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Β. Βασιλακόπουλος, Σ. Θεοδωρίδου, Π. Ροδίτης, Σ. Σωτηρίου, Γ. Αργυροπούλου, Χρ. Τσουμής, Σ. Λαμπρόπουλος

Καρδιολογική Κλινική - Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης

Εισαγωγή-Σκοπός: Η παρούσα μελέτη συνέκρινε κλινικούς και βιοχημικούς δείκτες ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) με ή χωρίς σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2).

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήθηκαν 86 συνεχόμενοι ασθενείς με ΚΑ ηλικίας 67 ± 14 έτη, που παρακολουθούνται στο τακτικό εξωτερικό καρδιολογικό ιατρείο. Το 59% του πληθυσμού ήταν άνδρες και το 43% είχε ΣΔ2. Καταγράφηκαν κλινικοί και βιοχημικοί δείκτες κατά την αρχική τους επίσκεψη στο ιατρείο.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς με ΚΑ με και χωρίς ΣΔ2 δεν διέφεραν στην ηλικία, το φύλο, τη νεφρική λειτουργία, την αρτηριακή πίεση, τις καρδιακές σφύξεις, το κλάσμα εξώθησης, ή σε χαρακτηριστικά της ΚΑ, όπως τον τύπο, τη βαρύτητα (ΝΥΗΑ), τη διάρκεια της νόσου και τις νοσηλείες. Οι ασθενείς με ΚΑ με ΣΔ2 είχαν υψηλότερο δείκτη μάζας σώματος ($p=0.05$), συχνότερα ιστορικό εμφράγματος μυοκαρδίου ($p=0.022$), δυσλιπιδαιμίας ($p<0.001$), οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου ($p<0.001$), ελάμβαναν συχνότερα στατίνες ($p<0.001$), ήταν λιγότερο πιθανό να καπνίζουν ($p=0.011$), να καταναλώνουν αλκοολούχα ποτά ($p=0.036$) και να λαμβάνουν αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα ($p=0.035$). Τα επίπεδα της χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνης ήταν σημαντικά χαμηλότερα στους ασθενείς με ΣΔ2 ($p=0.023$), ενώ ο λόγος ουδετερόφιλων: λεμφοκυττάρων ($p<0.05$) και αιμοπεταλίων: λεμφοκυττάρων ($p=0.027$) ήταν υψηλότεροι.

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με ΚΑ και ΣΔ2 μπορεί να παρουσιάζουν διαφορετικά κλινικά και βιοχημικά χαρακτηριστικά από εκείνους με ΚΑ χωρίς ΣΔ.

AA 22

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΕΞΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΚΑΙ ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ
ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

**Β. Βασιλακόπουλος, Γ. Αργυροπούλου, Π. Ροδίτης, Σ. Θεοδωρίδου, Σ. Σωτηρίου,
Χρ. Τσουμής, Σ. Λαμπρόπουλος**

Καρδιολογική Κλινική - Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης

Εισαγωγή: Η λειτουργικότητα της δεξιάς κοιλίας (ΔΚ) αποτελεί σημαντικό προγνωστικό δείκτη στους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ).

Σκοπός: Η μελέτη της σχέσης ανάμεσα στη λειτουργικότητα της ΔΚ και σε βιοδείκτες στους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια.

Υλικό-Μέθοδος: Σχεδιάστηκε μια συγχρονική μελέτη στην οποία συμμετείχαν 59 ασθενείς με ΚΑ. Η συστολική λειτουργία της ΔΚ εκτιμήθηκε υπερηχογραφικά με τους δείκτες TAPSE, και TDISV'. Η εκτίμηση της διαστολικής λειτουργίας βασίστηκε στη μέτρηση των δεικτών Et, At, e't και a't στο ιστικό Doppler. Από τους βιοδείκτες εκτιμήθηκε η αιμοσφαιρίνη, η γλυκόζη, η ουρία, η κρεατινίνη, το eGFR, το NT-proBNP, η τροπονίνη T (TnT) και η CRP.

Αποτελέσματα: Ο δείκτης TAPSE εμφάνισε θετική συσχέτιση με το eGFR ($r=0.234$, $p=0.029$). Από την άλλη πλευρά οι δείκτες διαστολικής δυσλειτουργίας της δεξιάς κοιλίας δεν εμφάνισαν κάποια συσχέτιση με το eGFR, αλλά ο δείκτης Et/At εμφάνισε μια αρνητική συσχέτιση με την αιμοσφαιρίνη ($r=-0.461$; $p=0.016$). Ο δείκτης TDSV είχε αρνητική συσχέτιση με τα επίπεδα τροπονίνης ($r=-0.241$; $p=0.025$) και με τα επίπεδα NT-proBNP ($r=-0.288$; $p=0.008$). Οι σχέσεις αυτές παρέμειναν σταθερές και μετά τη στάθμιση προς την ηλικία, την αρτηριακή πίεση, το BMI και το BSA.

Συμπεράσματα: Δεδομένης της προγνωστικής σημασίας που εμφανίζουν ορισμένοι βιοδείκτες, έμφαση θα πρέπει να δοθεί στην τιτλοποίηση της φαρμακευτικής αγωγής, για τη βελτιστοποίηση των συμπτωμάτων των ασθενών, ενώ η παρακολούθηση της πορείας των βιοδεικτών μπορεί να προσφέρει επιπλέον πληροφορίες για την βελτίωση της πρόγνωσης.

AA 23

ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΝΟΣΗΜΑ: ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ

Ε. Λελεκάκη¹, Δ. Γουγουρέλας², ΑΜ. Κουφαδάκη³, Α. Γαλανοπούλου²¹Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών²ΚΥ Γκούρας Κορινθίας³Παιδιατρική Κλινική Νοσοκομείου Metropolitan

Εισαγωγή: Η πρωτογενής πρόληψη περιλαμβάνει ενέργειες υγειονομικών αρχών, που αποσκοπούν στην αποφυγή ή μείωση έκθεσης σε παράγοντες κινδύνου που συνδέονται με νοσήματα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η προαγωγή εμβολιασμών στην κοινότητα.

Σκοπός: Η καταγραφή δημογραφικών χαρακτηριστικών ασθενών με καρδιαγγειακό νόσημα, που εμβολιάστηκαν έναντι εποχικής γρίπης και SARS-COV2 και της έκβασης πορείας υγείας τους το τελευταίο έτος, συγκριτικά με τα δύο προηγούμενα.

Υλικό-Μέθοδος: Συμμετείχαν 584 ασθενείς που προσήλθαν το τελευταίο έτος για εμβολιασμό. Καταγράφησαν 13 θάνατοι εκ των οποίων, 8 λόγω νόσησης COVID19. Η μέση ηλικία ήταν 68,8±14,1έτη, το 51% γυναίκες. Καταγράφηκαν σωματομετρικά στοιχεία, ατομικό ιστορικό και κοινωνικές συνιστώσες.

Αποτελέσματα: Από τον πληθυσμό μελέτης, νόσησε λόγω λοίμωξης αναπνευστικού το 6,7%. Από αυτούς 60,5% έλαβε αντιβιοτικά, 68,4% εισπνεόμενα σκευάσματα, ενώ νοσηλεύτηκε το 7,8%. Συγκριτικά το 2020, νόσησε το 14,7%, 53,6% έλαβε αντιβιοτικά, 50% εισπνεόμενα και νοσηλεύτηκε το 21,4%. Από τους εμβολιασμένους το 2021, μόνο το 2,4% δεν είχαν πραγματοποιήσει τον εμβολιασμό το 2020 και 29% το 2019. Ανοσοποίηση έναντι πνευμονιόκοκκου είχαν 48%, ενώ το 2021 εμβολιασμό πραγματοποίησε το 4,4%. Ανοσοποίηση έναντι έρπητα ζωστήρα πραγματοποίησαν 6% και έναντι ιού SARS-COV2 91,1%, ενώ στην πλειοψηφία τους οι παρενέργειες εμβολιασμού ήταν ήπιες. Το 9,3% νόσησε από COVID19 προ εμβολιασμού και 8,1% κατόπιν αυτού.

Συμπεράσματα: Η νόσηση ασθενών με καρδιαγγειακά προβλήματα, σημείωσε ραγδαία μείωση τα τρία τελευταία χρόνια, γεγονός αποδοτέο κυρίως στην τήρηση των εφαρμοσμένων μέτρων προστασίας. Παράγοντες όπως ηλικία, κάπνισμα, λοιπές συννοσηρότητες και κοινωνικές συνιστώσες, δε σχετίστηκαν στατιστικά σημαντικά με νόσηση. Το ποσοστό εμβολιασμού έναντι ιού SARS-COV2 ήταν υψηλό, ενώ τα ποσοστά νόσησης χαμηλά.

AA 24

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΑΠΟΡΡΥΘΜΙΣΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΚΑΙ ΧΑΜΗΛΟ BNP-Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Μ. Στρατινάκη, Ε. Λαμπρογιαννάκης, Σ. Σταυράκης, Γ. Αλετράς, Ε. Χόντα, Ε. Ελευθεριάδου, Μ. Δετοράκη, Δ. Κορέλα, Θ. Γεωργοπούλου, Ε. Μπαχλιτζανάκη, Ε. Ρογδάκης, Μ. Πιταροκοίλης, Ζ. Καλλινίκου, Γ. Γαρίδας, Π. Καφαράκης, Ε. Φουκαράκης

Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΗ Βενιζέλειο, Ηράκλειο, Κρήτη

Εισαγωγή: Το BNP χρησιμοποιείται για τη διαφορική διάγνωση των ασθενών με οξεία δύσπνοια, καθώς αυξημένες τιμές αυτού συνδυάζονται με οξεία απορρυθμιση καρδιακής ανεπάρκειας (ΟΑΚΑ). Παρόλ' αυτά, υπάρχει μια μερίδα ασθενών που προσέρχονται με κλινική εικόνα ΟΑΚΑ χωρίς ωστόσο να ανευρίσκονται αυξημένα επίπεδα BNP.

Σκοπός: Η καταγραφή των κλινικών κι επιδημιολογικών χαρακτηριστικών των ασθενών που παρουσιάστηκαν με ΟΑΚΑ και χαμηλά επίπεδα BNP και η σύγκρισή τους με τους ασθενείς με υψηλό BNP.

Μέθοδος: Αναλύσαμε αναδρομικά τα δεδομένα από τους ηλεκτρονικούς φακέλους των ασθενών που εισήχθησαν στην καρδιολογική κλινική του νοσοκομείου μας (δευτεροβάθμιο γενικό νοσοκομείο) για μια περίοδο 2 ετών και τους χωρίσαμε σε 2 ομάδες: την ομάδα με χαμηλό BNP (BNP<200 pg/ml) και την ομάδα με υψηλό BNP (>200pg/ml). Καταγράψαμε τα κλινικά κι επιδημιολογικά χαρακτηριστικά, τα εργαστηριακά ευρήματα, καθώς και τη θεραπεία που έλαβαν.

Αποτελέσματα: Καταγράψαμε 636 ασθενείς 512 (80.5%) εντάχθηκαν στην ομάδα υψηλού BNP και 124 (19,5%) στην ομάδα χαμηλού BNP. Οι ασθενείς στην ομάδα με χαμηλό είχαν συχνότερα BMI>25 (χαμηλό vs υψηλό BNP) (65% vs 32%, p<0.01), και ήταν συχνότερα γυναίκες (71% vs 39%, p<0.05). Σχετικά με το κλάσμα εξώθησης, οι ασθενείς με χαμηλό BNP είχαν πιο συχνά διατηρημένο κλάσμα εξώθησης (66% vs 42%, p<0.01), ενώ δεν καταγράψαμε κάποια ιδιαίτερη διαφορά στους ασθενείς με ελαττωμένο (22% vs 39%) ή ήπια επηρεασμένο (19% vs 12%) κλάσμα εξώθησης. Σε ότι αφορά την ηλικία, λιγότεροι ασθενείς στην ομάδα του χαμηλού BNP ήταν >65 ετών (62% vs 87%, p<0.05). Οι ασθενείς με χαμηλό BNP χρειάστηκε να νοσηλευτούν για περισσότερες ημέρες (9.2±2.4 days vs 6.6±3.7 days, p<0.01), χρειάστηκαν μικρότερες δόσεις φουροσεμίδης (60±12,8 mg/d vs 180±24.2 mg/d, p<0.01) και σπανιότερα αγγειοσυσπαστική (37% vs 42%) ή ινότροπη (27% vs 56%, p<0.05) υποστήριξη. Αντιθέτως, χρειάστηκαν συχνότερα μη επεμβατικό μηχανικό αερισμό (MEMA) (73% vs 42%, p<0.05). Αναφορικά με τα εργαστηριακά ευρήματα, στην ομάδα του χαμηλού BNP καταγράφηκαν χαμηλότερα επίπεδα τροπονίνης I (56±17.9 pg/ml vs 127±36.2 pg/ml, p<0.01) και υψηλότερο GFR (96±12.2 mL/min/1.73 m² vs 45±23.7 mL/min/1.73 m², p<0.05).

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με οξεία απορρυθμιση καρδιακής ανεπάρκειας και χαμηλά επίπεδα BNP φαίνεται να είναι νεότεροι, γυναίκες, με υψηλότερο BMI και συχνότερα με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης. Φαίνεται να χρειάζονται συχνότερα MEMA, μικρότερες δόσεις διουρητικών και περισσότερες μέρες νοσηλείας. Χρειάζονται περισσότερες μελέτες ώστε να ταυτοποιηθούν καλύτερα τα χαρακτηριστικά αυτών των ασθενών που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε διαφορετική θεραπευτική προσέγγιση.

AA 25

ΤΙΜΕΣ NT-PROBNP ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΣΟΒΑΡΗ ΣΤΕΝΩΣΗ ΤΗΣ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ

Γ. Κωνσταντινίδης, Ε. Πασιρματζή, Π. Θεοδωρίδου, Λ. Αποστολίδης, Α. Λουκαΐδη, Χ. Στεφανίδης, Ν. Γούλιαρος, Θ. Σέρτης, Χ. Χατζηελευθερίου

Καρδιολογική κλινική ΓΝ Δράμας, Ελλάδα

Σκοπός: Η καταγραφή και η ανάδειξη της κλινικής σημασίας των επιπέδων των τιμών του NT-proBNP σε νοσηλευόμενους ασθενείς με σοβαρού βαθμού στένωση της αορτικής βαλβίδας και απορρύθμιση της καρδιακής τους ανεπάρκειας.

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήθηκαν 41 ασθενείς, που νοσηλεύτηκαν στην καρδιολογική κλινική τους τελευταίους 12 μήνες (18 άντρες, 23 γυναίκες, ηλικία $85,3 \pm 6,6$ έτη) και καταγράφηκαν: 1) οι τιμές NT-proBNP εισόδου 2) Η μέγιστη ταχύτητα ροής της αορτικής βαλβίδας ($V_{max}AoV$) 3) η τελοδιαστολική διάμετρος της αριστερής κοιλίας (EDLV) 4) το κλάσμα εξωθήσεως εισόδου (EF) 5) η τιμή της κρεατινίνης-ουρίας εισόδου 6) η αρτηριακή συστολική πίεση εισόδου. Έγινε στατιστική συσχέτιση με ομάδα 32 (14 άνδρες 18 γυναίκες, ηλικία $76,5 \pm 13,9$) νοσηλευόμενων ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια, οποιασδήποτε αιτιολογίας, χωρίς μέτρια ή σοβαρή στένωση αορτικής βαλβίδας (control group). Η στατιστική ανάλυση έγινε με Student-T test, excel. Οι δύο ομάδες πληθυσμών ήταν ομογενοποιημένες για το EF ($46,75\% \pm 9$ vs $43,43\% \pm 10$, $p:0,08$) για την συστολική αρτηριακή πίεση ($146\text{mmHg} \pm 22$ vs $149\text{mmHg} \pm 24$, $p:0,32$) για την νεφρική λειτουργία (creat: $1,49 \text{ mg/dl} \pm 0,86$ vs creat: $1,39\text{mg/dl} \pm 0,70$, $p:0,3$) και για την λειτουργική κλάση κατά NYHA (μέση τιμή $3,14$ vs $2,96$, $p:0,17$)

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς με στένωση αορτικής βαλβίδας είχαν μέση τιμή της $V_{max}AoV$ $4,66\text{m/s} \pm 0,8$ vs $2,5\text{m/s} \pm 1$ $p < 0,0001$, οι πλειονότητα των ασθενών ήταν σε λειτουργική κλάση κατά NYHA III-IV. Η ομάδα με στένωση αορτικής βαλβίδας εμφάνισε σημαντικά αυξημένα επίπεδα NT-proBNP ($15,606 \text{ pg/ml} \pm 12,939$ vs $4,816 \text{ pg/ml} \pm 8,820$, $p < 0,0001$) και μικρότερο μέγεθος της αριστερής κοιλίας (EDLV: $49,85\text{mm} \pm 5,48$ vs $52,53\text{mm} \pm 6,62$ $p:0,034$)

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με σοβαρού βαθμού στένωση αορτικής βαλβίδας, που προσέρχονται με απορρύθμιση της καρδιακής τους ανεπάρκειας, εμφανίζουν σημαντικά αυξημένα επίπεδα NT-proBNP σε σχέση με αυτούς με καρδιακή ανεπάρκεια άλλης αιτιολογίας, έχοντας ταυτόχρονα μικρότερη EDLV. Η διαφορά αυτή είναι ανεξάρτητη από το EF, το οποίο στην πλειονότητα του χαρακτηρίζεται ως ενδιάμεσο (HFmrEF). Η σοβαρού βαθμού στένωση της αορτικής βαλβίδας, αυξάνοντας υπέρμετρα τις πιέσεις πλήρωσης της αριστερής κοιλίας οδηγεί σε υπερέκκριση των νατριοδιουρητικών πεπτιδίων σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με άλλες καρδιακές παθήσεις, που προκαλούν καρδιακή ανεπάρκεια.

ΑΑ 26

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Π. Βούτας, Δ. Αφενδούλης, Μ. Μουτάφη, Μ. Αμπελιώτης, Ι. Σταυρινούδης, Ν. Παπαγιάννης, Σ. Γαρουφαλής, Ν. Σμυρνιούδης, Α. Καρτάλης

Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Χίου

Εισαγωγή: Είναι γνωστό ότι τόσο η κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ) όσο και η πνευμονική αρτηριακή υπέρταση (ΠΑΥ), είναι δύο οντότητες που σχετίζονται με την καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ), έχοντας πολλές φορές σχέση αιτίου και αιτιατού.

Σκοπός: Η αναδρομική αυτή μελέτη προσπάθησε να αναδείξει αν υπάρχει συσχέτιση και μεταξύ ΚΜ και ΠΑΥ, σε ασθενείς με αλλά και χωρίς ΚΑ.

Υλικό: Μελετήθηκε η παρουσία ΠΑΥ σε 85 ασθενείς που προσήλθαν στο ΤΕΠ του ΓΝΧίου την τελευταία 3 ετία με κολπική μαρμαρυγή ταχείας κοιλιακής ανταπόκρισης. Από τους ασθενείς αυτούς οι 33 είχαν δομική καρδιακή νόσο και ΚΑ και 52 δεν είχαν δομική καρδιακή νόσο και παρουσίαζαν φυσιολογική καρδιακή λειτουργία. Επίσης από τους 85 ασθενείς οι 44 ήταν άνδρες.

Μέθοδοι: Καταγράφηκαν οι ασθενείς με ΚΑ και με φυσιολογική καρδιακή λειτουργία που παρουσίασαν ΠΑΥ και ΚΜ.

Αποτελέσματα:

- I. Από τους 33 ασθενείς με ΚΑ και ΚΜ οι 24 (73%) παρουσίασαν ΠΑΥ και 9 όχι
- II. Από τους 52 ασθενείς με φυσιολογική καρδιακή λειτουργία και ΚΜ οι 2 (4%) παρουσίασαν ΠΑΥ και οι 50 όχι

Συμπεράσματα: Από την ανωτέρω μελέτη φαίνεται η παρουσία ισχυρής συσχέτισης ΚΜ και ΠΑΥ σε ασθενείς με ΚΑ, η οποία όμως δεν επιβεβαιώνεται σε ασθενείς με φυσιολογική καρδιακή λειτουργία.

AA 27

**ΣΥΣΧΕΤΙΚΗ ΤΟΥ ΤΥΠΟΥ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ
ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΕ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ**

**Π. Βούτας, Μ. Μουτάφη, Μ. Αμπελιώτης, Δ. Αφενδούλης, Ι. Σταυρινούδης,
Ν. Παπαγιάννης, Σ. Γαρουφαλής, Ν. Σμυρνιούδης, Α. Καρτάλης**

Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Χίου

Εισαγωγή: Η κολπική μαρμαρυγή είναι η πιο συχνή αρρυθμία που καταγράφεται στον πληθυσμό των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια. Κάποιοι από τους ασθενείς αυτούς, κατά την διάρκεια της αρρυθμίας, παρουσιάζουν πνευμονική υπέρταση ενώ άλλοι όχι.

Σκοπός: Σκοπός αυτής της αναδρομικής μελέτης ήταν η διερεύνηση πιθανής συσχέτισης του τύπου της καρδιακής ανεπάρκειας με την εμφάνιση πνευμονικής υπέρτασης σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή.

Υλικό-Μέθοδοι: Μελετήθηκαν ασθενείς, οι οποίοι προσήλθαν στο ΓΝ Χίου λόγω κολπικής μαρμαρυγής κατά την χρονική περίοδο των τελευταίων 5 ετών (2018-2022). Στη συνέχεια ταξινομήθηκαν σε 2 ομάδες με βάση την εμφάνιση ή όχι πνευμονικής υπέρτασης. Τέλος η κάθε ομάδα ταξινομήθηκε σε 3 υποκατηγορίες βάσει του κλάσματος εξωθήσεως: καρδιακή ανεπάρκεια με ελαττωμένο κλάσμα (HF_rEF), με ενδιάμεσο κλάσμα (HF_{mr}EF) και με διατηρημένο κλάσμα εξωθήσεως (HF_{pe}EF).

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν συνολικά 66 ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια. Από αυτούς, 48 εμφάνισαν πνευμονική υπέρταση και 18 όχι. Από τους 48 οι 12 είχαν HF_rEF (25%), 14 HF_{mr}EF (29%), 22 HF_{pe}EF (46%). Τέλος από τους 18 χωρίς πνευμονική υπέρταση 2 είχαν HF_rEF (11%), 10 HF_{mr}EF(56%), 6 HF_{pe}EF(33%).

Συμπεράσματα: Ανάμεσα στους ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή και καρδιακή ανεπάρκεια, πνευμονική υπέρταση φαίνεται να εμφανίζουν κυρίως ασθενείς με επηρεασμένο κλάσμα εξώθησης, ενώ ασθενείς χωρίς πνευμονική υπέρταση παρουσιάζουν κυρίως ενδιάμεσο κλάσμα εξώθησης.

AA 28

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΘΡΟΜΒΩΣΗΣ ΜΗΧΑΝΙΚΗΣ ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ

Β. Μπόλνις, Γ. Νάκας, Α. Κότσια, Ι. Γιωτοπούλου, Σ. Καρατασίτσα, Π. Οικονόμου, Α. Κρόκος, Ε. Καλαμπόκη, Ε. Παππά¹

¹Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν.Ι. «Γ. Χατζηκώστα», Ελλάδα

Εισαγωγή: Παρά τις πρόσφατες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας και της Αμερικανικής Καρδιολογικής Εταιρείας η θεραπευτική προσέγγιση στη θρόμβωση των αριστερών προσθετικών βαλβίδων αποτελεί πρόκληση για τον κλινικό καρδιολόγο.

Σκοπός: Ανάδειξη στρατηγικών και προβληματισμών στη θρόμβωση μηχανικής μιτροειδούς βαλβίδας.

Υλικό-Μέθοδοι: Παρουσίαση περιστατικού θρόμβωσης βαλβίδας σε ασθενή 59 ετών με μηχανική μιτροειδή βαλβίδα από 5ετίας, που προσήλθε με δύσπνοια και οριακά υποθεραπευτικό International Normalize Ratio.

Αποτελέσματα: Λόγω αυξημένης μέσης κλίσης πίεσης διαμιτροειδικά στο διαθωρακικό υπέρηχο και ακινησία ενός δίσκου της βαλβίδας στην ακτινοσκόπηση, διενεργήθηκε διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα, που επιβεβαίωσε τη θρόμβωση της βαλβίδας. Μετά από συζήτηση με τους καρδιοχειρουργούς, αποφασίστηκε θρομβόλυση ακολουθώντας το προτεινόμενο πρωτόκολλο της πολύ βραδείας έγχυσης αλτεπλάσης.

Μετά από 25mg αλτεπλάσης και αρχική βελτίωση ο ένας δίσκος της δίφυλλης μηχανικής βαλβίδας παρέμεινε θρομβωμένος, οπότε ακολούθησε δεύτερη θρομβόλυση με 25mg αλτεπλάσης. Η ασθενής παρέμεινε σταθερή υπό κλασική ηπαρίνη, αλλά λόγω νέας επιδείνωσης διακομίσθηκε σε καρδιοχειρουργική μονάδα. Εκεί αντιμετωπίστηκε ξανά με θρομβόλυση δύο δόσεων αλτεπλάσης επιτυχώς, καθώς οι 2 δίσκοι της βαλβίδας κινούνταν ελεύθερα με φυσιολογική διαβαλβιδική κλίση πίεσης. Δυστυχώς, 6 ημέρες μετά την επιτυχή θρομβόλυση, η ασθενής κατέληξε από μαζική ενδοπεριτοναϊκή αιμορραγία.

Συμπεράσματα: Τα σπάνια περιστατικά θρόμβωσης μηχανικών βαλβίδων αποτελούν πρόκληση. Οι οδηγίες στηρίζονται σε μικρές μελέτες παρατήρησης και γνώμες ειδικών. Επίσης, διαφορετικοί θρομβολυτικοί παράγοντες έχουν χρησιμοποιηθεί βάσει της εκάστοτε εμπειρίας. Η κρίση των καρδιοχειρουργών στηρίζεται σε οδηγίες που δεν έχουν αναθεωρηθεί από το 2005 προτείνοντας τη θρομβόλυση έναντι του χειρουργείου. Γεννάται, λοιπόν, η ανάγκη τυχαιοποίησης των θεραπευτικών επιλογών σε μεγάλες κλινικές δοκιμές για την διεξαγωγή ισχυρότερων συμπερασμάτων.

AA 29

ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΜΥΛΟΕΙΔΩΣΗΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

N. Λαζίλι, X. Μάντις, Γ. Ματθαίοπουλος, Μ. Γεωργοπούλου, Ν. Καυκάς

Καρδιολογική κλινική Γ.Ν ΚΑΤ

Εισαγωγή: Η αμυλοείδωση είναι μια σπάνια διηθητική νόσος που οφείλεται στην δημιουργία ινιδίων αμυλοειδούς, που κυκλοφορούν στον οργανισμό και εναποτίθενται σε διάφορους ιστούς, συμπεριλαμβανομένης της καρδιάς. Οι ασθενείς με καρδιακή αμυλοείδωση συνήθως εμφανίζουν συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας, αλλά υπάρχουν περιπτώσεις που η διάγνωση διαλάθει λόγω εμφάνισης άτυπων συμπτωμάτων ή συμπτωμάτων από άλλα όργανα. Στο συγκεκριμένο περιστατικό παρουσιάζεται η περίπτωση μια ασθενούς που διαταραχές νευρομυϊκού συστήματος οδήγησαν τελικά στη διάγνωση της καρδιακής αμυλοείδωσης.

Παρουσίαση Περιστατικού

Γυναίκα 62 ετών με ιστορικό θυρεοειδοπάθειας παρουσιάστηκε στο Νοσοκομείο ΚΑΤ για προγραμματισμένη επέμβαση συνδρόμου καρπιαίου σωλήνα (ΣΚΣ) αριστερού άνω άκρου. Προ 2ετίας είχε ακολουθήσει επέμβαση ΣΚΣ και στο δεξί άνω άκρο. Διενεργήθηκε ΗΚΓ προεγχειρητικά, όπου διαπιστώθηκε φλεμβοκομβικός ρυθμός με χαμηλά δυναμικά, έτσι η ασθενής μετά την επέμβαση ΣΚΣ, διεκομίσθη στη Καρδιολογική κλινική για περαιτέρω διερεύνηση. Από τη λεπτομερή λήψη ιστορικού διαπιστώθηκε εύκολη κόπωση και απώλεια σωματικού βάρους το τελευταίο 6μηνο. Υπερηχογραφικά εμφάνιζε υπερτροφία της αριστερής κοιλίας με διατηρημένο ΚΕ, διαστολική δυσλειτουργία Grade II και υπερτροφία δεξιάς κοιλίας. Πραγματοποιήθηκε μαγνητική τομογραφία καρδιάς με ανάδειξη εικόνα διηθητικής μυοκαρδιοπάθειας, ενώ εργαστηριακά διαπιστώθηκε λευκωματουρία και παθολογική τιμή Bence-Jones, ευρήματα που επιβεβαιώθηκαν τελικά σε οστεομυελική βιοψία και η ασθενής αντιμετώπιστηκε περαιτέρω σε Αιματολογική κλινική.

Συμπέρασμα: Η καρδιακή αμυλοείδωση έχει πτωχή πρόγνωση, ιδίως σε καθυστερημένη διάγνωση, ενώ το 15% των περιπτώσεων καρδιακής ανεπάρκειας με διατηρημένο ΚΕ οφείλονται σε αυτή. Σε πολλές περιπτώσεις οι ασθενείς εμφανίζουν για μεγάλο χρονικό διάστημα εξωκαρδιακά συμπτώματα. Η λεπτομερής λήψη ιστορικού και η ευαισθητοποίηση των άλλων Ιατρικών Ειδικοτήτων μπορεί να βοηθήσει στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία αυτών των ασθενών.

AA 30

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ ΑΕΡΟΒΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΜΥΪΚΗΣ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΧΚΑ

**Α. Κριτσιώνης¹, Σ. Δημόπουλος², Α. Νταλιάνης³, Α. Φιλίππου⁴, Σ. Νανάς¹,
Ε. Καρατζάνος¹**

¹Εργαστήριο Κλινικής Εργοσπιρομετρίας, Άσκησης και Αποκατάστασης, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

²Συντονιστής-Διευθυντής Καρδιολογικών ΜΕΘ, Ωνάσειο Καρδιολογικό Κέντρο

³Ιατρείο Καρδιακής Ανεπάρκειας Θεραπευτική Κλινική, ΓΝΑ «Αλεξάνδρα», Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

⁴Εργαστήριο Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Η άσκηση έχει ευεργετικές επιδράσεις σε ασθενείς με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια (ΧΚΑ). Ωστόσο, δεν υπάρχουν αρκετά ερευνητικά δεδομένα για την επίδραση του συνδυασμού μυϊκής ενδυνάμωσης και αερόβιας άσκησης σε αυτούς τους ασθενείς.

Σκοπός: Σκοπός της έρευνας ήταν να συγκρίνει διαφορετικά πρωτόκολλα άσκησης σε ασθενείς με ΧΚΑ.

Υλικό & Μέθοδοι: Συμμετείχαν 27 συνεχόμενοι ασθενείς (ηλικία: 54,6±12,3 έτη, VO_{2peak}: 65,15±14,4 %προβλεπόμενης) οι οποίοι τυχαιοποιήθηκαν στην ομάδα αερόβιας άσκησης (ΑΕΡ, n=24) ή συνδυασμένης (ΣΥΝ, n=23). Το πρόγραμμα άσκησης περιελάμβανε 36 συνεδρίες, με τη διάρκεια κάθε μίας να είναι παρόμοια και για τις δύο ομάδες. Η ΑΕΡ εκτελούσε διαλειμματική άσκηση [4*(4min@85%+3min@50%)VO_{2peak}]. Η ΣΥΝ πραγματοποιούσε 2 κύκλους διαλειμματικής άσκησης (4min+3min) και μυϊκή ενδυνάμωση (τετρακεφάλου/οπίσθιων μηριαίων, 3 σειρές, 8-10επαν, 60-75% μέγιστης δύναμης). Πριν και μετά το πρόγραμμα αξιολογήθηκαν η μέγιστη δύναμη, η ποιότητα ζωής, και δείκτες εργοσπιρομετρίας.

Αποτελέσματα: Η μέγιστη δύναμη βελτιώθηκε (p<0,05) στη ΣΥΝ (από 44,4±16,5 σε 54,1±20,3 kg) έναντι της ΑΕΡ (από 48,7±18,7 σε 49,4±17,6 kg). Οι δύο ομάδες βελτίωσαν (p<0,05) τη VO_{2peak} (ΣΥΝ: από 18,9±3,9 σε 21,1±4,1 ml/kg/min, ΑΕΡ: από 18,4±5,6 σε 21,4±5,7 ml/kg/min) και τη μέγιστη ισχύ (ΣΥΝ: από 119±30 σε 140±37 watt, ΑΕΡ: από 108±55 σε 138±61 watt), χωρίς διαφορές μεταξύ τους (p>0,05). Το σύνολο των συμμετεχόντων βελτίωσε (p<0,05) την ποιότητας ζωής (από 21,1±16,9 σε 16,6±14,6).

Συμπεράσματα: Ένα συνδυαστικό πρωτόκολλο αερόβιας άσκησης και μυϊκής ενδυνάμωσης, βελτίωσε σε μεγαλύτερο βαθμό, σε σύγκριση με ένα πρωτόκολλο αερόβιας άσκησης, την μυϊκή δύναμη, χωρίς να περιορίζει τα οφέλη σε αερόβιες παραμέτρους και την ποιότητα ζωής. Η προσθήκη μυϊκής ενδυνάμωσης σε αερόβια άσκηση διευρύνει τα οφέλη της άσκησης σε ασθενείς με ΧΚΑ.

AA 31

ΣΧΕΔΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Ο. Καρδακάρη¹, Ι. Δήμου², Σ. Γιάννου¹, Α. Μπεχλιούλης¹, Λ. Λάκκας¹, Α. Ράμμος¹, Η. Γκαρτζονίκας¹, Λ.Κ. Μιχάλης¹, Κ.Κ. Νάκα¹

¹Μονάδα Καρδιακής Ανεπάρκειας, Β' Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

²Καρδιοχειρουργική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Γ.Ν.Γ. Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η καρδιακή ανεπάρκεια αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας με σταθερά αυξανόμενο επιπολασμό, υψηλή νοσηρότητα και θνησιμότητα. Η διεπιστημονική προσέγγιση είναι ο καλύτερος τρόπος για τη διαχείριση ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια. Οι νοσηλεύτριες καρδιακής ανεπάρκειας (ΚΑ), λόγω της στενής συνεργασίας με τους ασθενείς, έχουν σημαίνοντα ρόλο στην «ομάδα καρδιακής ανεπάρκειας».

Σκοπός: Να εστιάσουμε στα σχέδια νοσηλευτικής φροντίδας για ασθενείς με ΚΑ, που στοχεύουν στην υποστήριξη και τη βελτίωση της καρδιακής λειτουργίας, την πρόληψη και την γρήγορη αναγνώριση επιπλοκών καθώς και την παροχή ενός πλάνου εκπαίδευσης στους ασθενείς με ΚΑ για την διαχείριση της πάθησής τους.

Υλικό-Μέθοδοι: Ανασκοπήθηκε η βιβλιογραφία της τελευταίας πενταετίας, στις βάσεις δεδομένων CINAHL, PubMed και Google Scholar.

Αποτελέσματα: Ανασκοπήθηκαν 17 άρθρα, όπου τα πιο συχνά αναφερόμενα σχέδια νοσηλευτικής φροντίδας, στοχεύουν στην έγκαιρη αναγνώριση & διαχείριση: 1) της μειωμένης καρδιακής παροχής, 2) διαταραχών αναπνοής, 3) των σημείων συμφόρησης κυκλοφορίας, 4) της ιστικής υποάρδευσης, 5) του οξέος πόνου και του κινδύνου ισχαιμίας μυοκαρδίου, 6) του κινδύνου λύσης συνέχειας του δέρματος, 7) του κινδύνου πτώσεων, 8) της δύσπνοιας, 9) της αναποτελεσματικής κάθαρσης αεραγωγών σε διασωληνωμένους ασθενείς, 10) της δυσανεξίας στην άσκηση, 11) της καταβολής δυνάμεων, 12) των φοβιών, άγχους, κατάθλιψης, 13) των ελλειμμάτων γνώσης σε σχέση με την πάθηση και 14) της ανάγκης παροχής παρηγορητικής φροντίδας.

Συμπεράσματα: Τα αποτελεσματικά σχέδια νοσηλευτικής φροντίδας μπορούν να συμβάλλουν πολύπλευρα & δραστικά στην αξιολόγηση των σημείων και συμπτωμάτων απορρύθμισης της ΚΑ, στην συμμόρφωση στη θεραπεία και στην παροχή εκπαίδευσης και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, τόσο στους ασθενείς, όσο και τις οικογένειές τους.

AA 32

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ
ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΚΕΝΤΡΟ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ.
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ**

**Η. Γκαρτζονίκας, Η. Ντάκουλα, Α. Μπεχλιούλης, Α. Ράμμος, Λ. Λάκκας,
Ε. Παπαϊωάννου, Σπ. Σιώρος, Π. Καλογεράς, Η. Στάμου, Κ. Σιαράβας,
Ο. Καρδακάρη, Ν. Σιόντης, Σ. Γιάννου, Κ. Παππάς, Α.Κ. Μιχάλης, Κ.Κ. Νάκα**

Μονάδα Καρδιακής Ανεπάρκειας, Β΄ Καρδιολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων & Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Σκοπός: Ο στόχος αυτής της μελέτης είναι να αξιολογήσει τον επιπολασμό και τα χαρακτηριστικά των ασθενών με προχωρημένη ΚΑ μεταξύ νοσηλευόμενων ασθενών με οξεία ΚΑ σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο.

Υλικό-Μέθοδοι: Παρουσιάζονται προκαταρκτικά αποτελέσματα προοπτικής μελέτης σε ασθενείς με οξεία ΚΑ που χρήζουν νοσηλείας σε τριτοβάθμια μονάδα ΚΑ από 1/4/2022 έως 30/6/2022. Σε όλους τους ασθενείς που μελετήθηκαν, εφαρμόστηκαν τα διαγνωστικά κριτήρια της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας 2018.

Αποτελέσματα: Κατά τη διάρκεια 3 μηνών, συμπεριλήφθηκαν 66 διαδοχικοί ασθενείς που εισήχθησαν με οξεία ΚΑ (μέση ηλικία 74,9±13,7 έτη, 53% γυναίκες). Από αυτούς, τα κριτήρια για προχωρημένη ΚΑ πληρούσε το 30,3% (n=20), ηλικίας 76,7±12,9 ετών (έναντι 74,1±14,1 στη μη προχωρημένη ομάδα, p=0,49), 55% ήταν γυναίκες (έναντι 52,2%, p=0,83). Στην ομάδα ασθενών με προχωρημένη ΚΑ, το 55% είχε HF_rEF, 15% HF_mrEF και 30% HF_pEF, ενώ στη μη προχωρημένη ομάδα, το 44,4% είχε HF_rEF, 6,7% HF_mrEF και 48,9% HF_pEF (p> 0,05). Η αιτιολογία της προχωρημένης ΚΑ ήταν 35% ισχαιμική, 15% διατακτική μυοκαρδιοπάθεια, 20% βαλβιδοπάθεια και 30% άλλη (κολπική μαρμαρυγή, επαγόμενη από LBBB κλπ). Μεταξύ των ασθενών με προχωρημένη ΚΑ, το 30% λάμβανε συνδυασμό διουρητικών (έναντι 2,2% στη μη προχωρημένη ομάδα, p<0,05) και το 15% (n=3) λεβοσιμεντάνη. Η μέση ημερήσια δόση φουροσεμίδης ήταν 123mg (95% CI 73,48-172,52) στην ομάδα προχωρημένης ΚΑ έναντι 62mg (95% CI 44,26-79,9, p<0,05) στην άλλη ομάδα. Οι περισσότεροι ασθενείς (85%, n=17) με προχωρημένη ΚΑ ήταν >65 ετών με πολλαπλές συννοσηρότητες. Στην ομάδα αυτή, εφαρμόστηκαν επεμβατικές θεραπείες αντικατάστασης βαλβίδων (TAVI, n=2, MitraClip, n=2) και παρηγορητικές προσεγγίσεις (διαλείπουσα έγχυση λεβοσιμεντάνης, n=4) πέρα από τη μέγιστη ανεκτή φαρμακευτική αγωγή για ΚΑ. Μόνο 3 ασθενείς ήταν <65 ετών, εκ των οποίων 1 υποβλήθηκε σε χειρουργική αντικατάσταση βαλβίδας, 1 είχε ηλιακή νόσο τελικού σταδίου και, τελικά μόνο 1 ασθενής βρέθηκε υποψήφιος για προηγμένες θεραπείες ΚΑ.

Συμπεράσματα: Πολύ λίγοι ασθενείς με προχωρημένη ΚΑ φαίνεται να είναι καλοί υποψήφιοι για τις προηγμένες θεραπείες. Για τους περισσότερους ασθενείς, οι οποίοι είναι συχνά ηλικιωμένοι με πολλαπλές συννοσηρότητες, μπορεί να εφαρμοστούν φαρμακευτικές και επεμβατικές θεραπείες σε συνδυασμό με προσεγγίσεις που βασίζονται στην παρηγορητική φροντίδα για τη βελτίωση της έκβασης και της ποιότητας ζωής. Απαιτούνται επείγοντως μεγαλύτερες μελέτες για την αντιμετώπιση του συνδρόμου της προχωρημένης ΚΑ που παραμένει μια επιδημιολογική, κλινική και οικονομική πρόκληση.

AA 33

ΔΙΑΛΕΙΠΟΥΣΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΛΕΒΟΣΙΜΕΝΤΑΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΚΕΝΤΡΟ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η. Γκαρτζονίκας, Α. Κασωτάκη, Α. Μπεχλιούλης, Α. Ράμμος, Λ. Λάκκας, Ε. Παπαϊωάννου, Σπ. Σιώρος, Π. Καλογεράς, Η. Στάμου, Κ. Σιαράβας, Ο. Καρδακάρη, Ν. Σιόντης, Σ. Γιάννου, Κ. Παππάς, Α. Γκαρτζονίκας, Α.Κ. Μιχάλης, Κ.Κ. Νάκα

Μονάδα Καρδιακής Ανεπάρκειας, Β΄ Καρδιολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων & Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι να αξιολογήσει τα αποτελέσματα της διαλείπουσας χορήγησης λεβοσιμεντάνης σε ασθενείς με προχωρημένη ΚΑ που παρακολουθούνται σε ειδικό ιατρείο ΚΑ τριτοβάθμιου νοσοκομείου.

Υλικό-Μέθοδοι: Μελετήθηκαν αναδρομικά οι ασθενείς με προχωρημένη ΚΑ, που παρακολουθούνται στο αντίστοιχο ειδικό ιατρείο ΚΑ τριτοβάθμιου νοσοκομείου και τέθηκαν σε πρόγραμμα διαλείπουσας χορήγησης λεβοσιμεντάνης κατά τη διάρκεια των τελευταίων 5 ετών. Συγκρίθηκαν υπερηχογραφικές και εργαστηριακές παράμετροι, καθώς και η φαρμακευτική αγωγή πριν την ένταξη στο πρόγραμμα και στο πιο πρόσφατο follow-up.

Αποτελέσματα: Κατά τη διάρκεια των 5 ετών, 23 ασθενείς με προχωρημένη ΚΑ (μέση ηλικία $74 \pm 9,8$ έτη, 82,6% άνδρες) τέθηκαν σε πρόγραμμα διαλείπουσας χορήγησης λεβοσιμεντάνης. Η αιτιολογία της προχωρημένης ΚΑ ήταν 78,3% (n=18) ισχαιμική και το 73,9% έφερε συσκευή καρδιακού επανασυγχρονισμού (CRT) ή απινιδιστή (ICD), ενώ το 13% είχε υποβληθεί σε διαδερμική επιδιόρθωση της ανεπάρκειας μιτροειδούς βαλβίδας. Η μέση διάρκεια διαλείπουσας χορήγησης λεβοσιμεντάνης ήταν $16,2 \pm 18,3$ μήνες. Το 47,8% των ασθενών πέθαναν με μέση διάρκεια χορήγησης λεβοσιμεντάνης τους 13,2 μήνες (vs 15,5 μήνες στους επιβιώσαντες). Σοβαρή νεφρική νόσο είχε το 21,7% των ασθενών, χωρίς να παρατηρείται σημαντική βελτίωση της νεφρικής λειτουργίας. Αγγειοσυσπαστικά συγχορηγήθηκαν σε 52,2% των ασθενών και σε κανένα ασθενή δεν παρατηρήθηκαν επιπλοκές που να συσχετίστηκαν με τη χορήγηση λεβοσιμεντάνης.

24^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ Καρδιακής Ανεπάρκειας

Παράμετρος	πριν την χορήγηση	πιο πρόσφατο Follow-up
Κλάσμα Εξώθησης (%)	24,35 (±9,45)	23,90 (±11,48)
Τελοδιαστολική Διάμετρος ΑΡ κοιλίας (mm)	61,59 (±10,7)	62,17 (±8,90)
TR V MAX (m/sec)	3,25 (±0,58)	3,00 (±0,27)
*TAPSE (mm)	13,66 (±4,00)	16,28 (±3,25)
GFR (ml/min/1,73 m ²) MDRD	40,37 (±16,30)	37,80 (±17,9)
ALT (IU/l)	31,17 (±20,20)	21,74 (±16,60)
*ALP (IU/l)	78,2 (±20,57)	95,48 (±34,89)
TBIL (mg/dl)	1,7 (±0,9)	1,6 (±0,9)
Φουροσεμίδα (δόση, mg)	152 (±93)	177 (±82)
*Ανταγωνιστής αλδοστερόνης (% , n)	87% (N= 20)	96% (N=22)
*Επλερερόνη (δόση, mg)	54,4 (±29,3)	69,1 (±24,0)
Σπιρονολακτόνη (δόση, mg)	41,7 (±14,4)	50,0 (±13,2)
ACEI ή ARNI ή ARB (% , n)	30,4% (N=7)	26,1% (N=6)
B-αποκλειστές (% , n)	82,6% (N=19)	69,6% (N= 16)
Βισοπρολόλη (δόση, mg)	5,0 (±1,2)	3,33 (±1,44)
*Μετοπρολόλη (δόση, mg)	54,17 (±27,8)	64,58 (±36)

*p- value<0,05

Η διαλείπουσα χορήγηση λεβοσιμεντάνης συσχετίστηκε με βελτίωση της λειτουργίας της δεξιάς κοιλίας (TAPSE 13,6±4 vs 16,3±3,3, p<0,05, r=0,52, p<0,05) και φαίνεται να συμβάλει στην τιτλοποίηση των ανταγωνιστών αλδοστερόνης και των διουρητικών και να περιορίζει την χρήση των αναστολέων του άξονα ρενίνης-αγγειοτενσίνης (ACEI-ARNI-ARB) και των β- αποκλειστών.

Συμπεράσματα: Η λεβοσιμεντάνη φαίνεται να έχει σημαντική θέση στη διαχείριση της προχωρημένης ΚΑ, παρέχοντας σημαντική ανακούφιση από τα συμπτώματα ΚΑ και επιδρώντας θετικά σε λειτουργικές παραμέτρους. Η διαλείπουσα χορήγηση λεβοσιμεντάνης φαίνεται να σχετίζεται με βελτίωση της λειτουργίας της δεξιάς κοιλίας και να συμβάλει στην δυνατότητα τιτλοποίησης ορισμένων από τα φάρμακα ΚΑ που τροποποιούν την νόσο.

AA 34

ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΥ ΣΥΜΜΕΤΑΦΟΡΕΑ ΝΑΤΡΙΟΥ-ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ: ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΩΝ ΟΔΗΓΙΩΝ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Α. Σταυράτη, Κ. Πολυμερόπουλος, Π. Κλεισιώτη, Μ. Καλαϊτζόγλου, Ε. Ντάντου, Μ. Φώτη, Ι. Ζαρίφης

Καρδιολογικό Τμήμα Γ.Ν.Θ. «Γ.Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

Εισαγωγή: Οι αναστολείς του κοινού συμμεταφορέα νατρίου-γλυκόζης (SGLT2i, εμπαγλιφλοζίνη και δαπαγλιφλοζίνη) έχουν δείξει σημαντικό όφελος στη μείωση των επεισοδίων επιδείνωσης καρδιακής ανεπάρκειας (ΚΑ) και καρδιαγγειακού θανάτου σε ασθενείς με ΚΑ με μειωμένο κλάσμα εξώθησης (ΚΕ) και πρόσφατα και σε ασθενείς με διατηρημένο ΚΕ.

Σκοπός: Η καταγραφή των ασθενών με χρόνια ΚΑ με μειωμένο ($\leq 40\%$) ή με διατηρημένο ($>40\%$) ΚΕ που λαμβάνουν SGLT2i, με βάση τα στοιχεία του ιατρού ΚΑ του Νοσοκομείου μας.

Μέθοδοι: Έγινε αναδρομική καταγραφή των ασθενών που πραγματοποίησαν τουλάχιστον μία επίσκεψη επανελέγχου στο ιατρείο ΚΑ από τον Σεπτέμβριο 2021 (πρώτη ένδειξη για SGLT2i σε ασθενείς με ΚΑ) έως και τον Νοέμβριο 2022. Καταγράφηκαν επιδημιολογικά χαρακτηριστικά, φαινότυπος ΚΑ και φαρμακευτική αγωγή.

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν 216 ασθενείς, ηλικίας 65+15 έτη, εκ των οποίων οι 120 είχαν ΚΕ $\leq 40\%$ και οι 96 ΚΕ $>40\%$. Από τους ασθενείς με ΚΑ με μειωμένο ΚΕ SGLT2i λάμβαναν οι 90 (75%) και η χορήγησή τους ήταν ανεξάρτητη της ύπαρξης σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ). Οι υπόλοιποι 30 ασθενείς δεν ελάμβαναν SGLT2i κυρίως λόγω ύπαρξης χρόνιας νεφρικής νόσου, χαμηλής αρτηριακής πίεσης και λοιμώξεων ουροποιητικού συστήματος. Από τους ασθενείς με ΚΑ με ήπια μειωμένο και διατηρημένο ΚΕ ($>40\%$), SGLT2i λάμβαναν οι 49 (51%) και η ύπαρξη ΣΔ είχε συσχέτιση με τη χορήγησή τους. Ο κύριος λόγος μη χορήγησης SGLT2i σε αυτή την κατηγορία ασθενών με ΚΑ ήταν οικονομικός, με δεδομένο ότι δεν ήταν δυνατή η αποζημίωση τους στο σύνολο των ασθενών, και ακολουθούσαν η χρόνια νεφρική νόσος και η χαμηλή αρτηριακή πίεση.

Συμπεράσματα: Τα ποσοστά των ασθενών του ιατρού ΚΑ του Νοσοκομείου μας τόσο με μειωμένο όσο και με διατηρημένο ΚΕ που ήδη λαμβάνουν SGLT2i είναι ιδιαίτερα υψηλά και αναμένεται να αυξηθούν ακόμη περισσότερο, τουλάχιστον στο διατηρημένο ΚΕ, γεγονός που δείχνει την ευρεία αποδοχή αυτής της φαρμακευτικής κατηγορίας στον πραγματικό κόσμο καθώς και την ασφάλειά τους.

AA 35

Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΔΟΚΙΜΩΝ ΕΚΦΟΡΤΙΣΕΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΕΜΦΥΤΕΥΜΕΝΟ ΑΠΙΝΙΔΩΤΗ ΓΙΑ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΙΦΝΙΔΙΟΥ ΚΑΡΔΙΑΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

Κ. Πολυμερόπουλος, Α. Σταυράτη, Στ. Αλ Καγιέτ, Πρ. Λαζαρίδης, Γ. Σπάγος, Π. Κλεισιώτη, Μ. Φώτη, Ι. Ζαρίφης

Καρδιολογικό Τμήμα Γ.Ν.Θ. «Γ.Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

Εισαγωγή: Ο εμφυτεύσιμος Απινιδωτής (Implantable Cardioverter Defibrillator - ICD) αποτελεί βασικό τμήμα της θεραπείας τόσο στην πρωτογενή όσο και στη δευτερογενή πρόληψη του αιφνιδίου καρδιακού θανάτου (ΑΚΘ) σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) και μειωμένο κλάσμα εξώθησης (ejection fraction–EF).

Σκοπός: Η καταγραφή των πρόσφορων εκφορτίσεων του ICD στην πρωτογενή πρόληψη του ΑΚΘ σε ασθενείς με ισχαιμική και μη-ισχαιμική ΚΑ με EF<35%.

Μέθοδοι: Αναλύθηκαν τα δεδομένα των ασθενών που έλαβαν ICD στο Τμήμα μας τα έτη 2007-2022.

Αποτελέσματα: Εμφυτεύθηκαν 445 ICD σε ασθενείς με ΚΑ, από τους οποίους οι 329 έπασχαν από ισχαιμική (ομάδα Α) και οι 116 έπασχαν από μη-ισχαιμική ΚΑ (ομάδα Β). Η ηλικία των ασθενών ήταν 66±15 έτη και οι 397 (89,2%) ήταν άνδρες. Οι ασθενείς ελάμβαναν βέλτιστη θεραπεία για ΚΑ και ο μέσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 64±35 μήνες. Στην ομάδα Α, ICD για πρωτογενή πρόληψη ΑΚΘ έλαβαν 167 ασθενείς (51%), ενώ στην ομάδα Β 69 ασθενείς (59%). Πρόσφορη ενεργοποίηση της συσκευής καταγράφηκε σε 33 από τους 167 με ισχαιμική ΚΑ και πρωτοπαθή πρόληψη ΑΚΘ (20%) και σε 18 από τους 69 ασθενείς με μη-ισχαιμική ΚΑ (26%). Τα στοιχεία που καταγράφηκαν καταδεικνύουν παρόμοια ποσοστά πρόσφορων εκφορτίσεων στους ισχαιμικούς και στους μη-ισχαιμικούς ασθενείς με ΚΑ και αντίστοιχα εκείνων της διεθνούς βιβλιογραφίας. Με δεδομένο ότι μέχρι και πριν λίγα χρόνια ήταν απαραίτητη για την έγκριση εμφύτευσης ICD λεπτομερής σταδιοποίηση κινδύνου ΑΚΘ (καταγραφή μη-εμμένουσας κοιλιακής ταχυκαρδίας σε Holter ρυθμού 24ώρου ή προκλητή κοιλιακή ταχυκαρδία κατά την Ηλεκτροφυσιολογική Μελέτη), ενδεχομένως αυτή η διαδικασία οδηγούσε σε ακριβέστερο προσδιορισμό των ασθενών που διέτρεχαν υψηλότερο κίνδυνο για ΑΚΘ.

Συμπεράσματα: Τα δεδομένα «πραγματικού κόσμου» από την καταγραφή των εκφορτίσεων των ακριβέστερα διαστρωματωμένων ασθενών μας με ΚΑ και ICD για πρωτογενή πρόληψη του ΑΚΘ, συμβαδίζουν με εκείνα της διεθνούς βιβλιογραφίας, καταδεικνύοντας την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.



ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΑΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Παπαδιαμαντοπούλου 116, 157 73 Ζωγράφου
Τηλ. 210 7701724 • Fax: 210 7701721

E-mail: mailemeka@gmail.com • Website: www.emeka.org.gr