



# 23<sup>ο</sup>

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ  
**Υπέρτασης**

**5-7** ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ **2023**

ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ PALACE

**Θεσσαλονίκη**

[www.hypertasi2023.gr](http://www.hypertasi2023.gr)

**Βιβλίο Περιλήψεων**

## ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ & ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος: **Μ. Δούμας**  
Αντιπρόεδρος: **Ρ. Καλαϊτζίδης**  
Γενικός Γραμματέας: **Π. Σαραφίδης**  
Ειδικός Γραμματέας: **Ε. Γκαλιαγκούση**  
Ταμίας: **Α. Κόλλιας**  
Μέλη: **Κ. Θωμόπουλος**  
**Δ. Κωνσταντινίδης**  
**Ι. Ζαρίφης**  
**Μ. Ποικιλίδου**  
τ. Πρόεδρος: **Θ. Μακρής**

## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

**Ε. Γκαλιαγκούση**  
**Κ. Δημητριάδης**  
**Μ. Δούμας**  
**Ι. Ζαρίφης**  
**Π. Ζεμπεκάκης**  
**Κ. Θωμόπουλος**  
**Ρ. Καλαϊτζίδης**  
**Ε. Καλλίστρατος**  
**Β. Κατσή**  
**Α. Κόλλιας**  
**Δ. Κωνσταντινίδης**  
**Β. Κώτσης**  
**Θ. Μακρής**  
**Ε. Μανιός**  
**Α. Μανώλης**  
**Μ. Μαρκέτου**  
**Δ. Παπαδόπουλος**  
**Μ. Ποικιλίδου**  
**Α. Πρωτογέρου**  
**Χ. Σαββόπουλος**  
**Π. Σαραφίδης**  
**Σ. Σταμπουλή**  
**Γ. Στεργίου**  
**Α. Τριανταφύλλου**  
**Κ. Τσιούφης**

## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ

### Αθήνα

Βασ. Σοφίας 111, 115 27  
Τ: 210 6469358  
E: gramatia.hypertasi@gmail.com

### Θεσσαλονίκη

Πλ. Ναυαρίνου 3, 546 22  
Τ: 210 6469358 Τ: 2310 225508  
E: hypertasi.thess@gmail.com

Διοργάνωση



**Ελληνική Εταιρεία  
Υπέρτασης**

## Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ01

#### ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΗΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΒΡΑΧΙΟΝΙΑΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΓΚΑΛΥΜΜΕΝΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

**Α. Λαζαρίδης<sup>1</sup>, Π. Ανυφαντή<sup>2</sup>, Α. Τριανταφύλλου<sup>1</sup>, Α. Μαλλιώρα<sup>1</sup>, Ι. Ζαρίφης<sup>1</sup>, Κ. Μαστρογιάννης<sup>1</sup>, Μ. Δούμας<sup>3</sup>, Ε. Γκαλιαγκούση<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Γ' Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ Παπαγεωργίου, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

<sup>2</sup>Β' Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

<sup>3</sup>Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

**Σκοπός:** Οι ασθενείς με συγκαλυμμένη υπέρταση (ΣΥ) θεωρούνται ομάδα υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου, ανάλογου με αυτόν των αληθώς υπερτασικών. Η βραχυπρόθεσμη μεταβλητότητα της 24ωρης βραχιόνιας αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για μεσολαβούμενη από την υπέρταση βλάβη στα όργανα στόχους και αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνητότητας. Ωστόσο, δεν έχει μελετηθεί επαρκώς σε νεοδιαγνωσμένους ασθενείς με αληθή υπέρταση (ΑΥ) και ιδιαίτερα σε ασθενείς με ΣΥ. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η σύγκριση της βραχυπρόθεσμης μεταβλητότητας της βραχιόνιας ΑΠ μεταξύ νορμοτασικών, προσφάτως διαγνωσθέντων υπερτασικών με αληθή υπέρταση και ασθενών με ΣΥ.

**Υλικό και Μέθοδος:** Μελετήθηκαν πρόσφατα διαγνωσμένοι ασθενείς με ΑΥ άνευ αγωγής, ασθενείς με ΣΥ και νορμοτασικά άτομα. Οι παράμετροι της περιπατητικής καταγραφής της ΑΠ μετρήθηκαν με τη συσκευή Mobil-O-Graph. Οι παράμετροι της μεταβλητότητας της ΑΠ, υπολογίστηκαν σύμφωνα με τυποποιημένη φόρμουλα βάσει των 24ωρων καταγραφών της ΑΠ και συμπεριέλαβαν την σταθμισμένη τυπική απόκλιση (wSD) της βραχιόνιας συστολικής ΑΠ και την μέση πραγματική μεταβλητότητα (ARV) της βραχιόνιας συστολικής και διαστολικής ΑΠ.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά εντάχθηκαν 514 ασθενείς (46,1±11,2 έτη, 58,6% άνδρες), εκ των οποίων 269 με ΑΥ, 94 με ΣΥ και 151 νορμοτασικοί εθελοντές. Όλες οι παράμετροι της μεταβλητότητας της βραχιόνιας ΑΠ που μελετήθηκαν δεν διέφεραν μεταξύ ασθενών με ΑΥ και ΣΥ ( $p > 0,05$  για όλες τις παραμέτρους). Ωστόσο, οι ασθενείς με ΣΥ παρουσίασαν σημαντικά αυξημένες όλες τις παραμέτρους σε σχέση με τους νορμοτασικούς ( $p < 0,01$  για όλες τις συγκρίσεις) (Πίνακας 1).

**Συμπεράσματα:** Οι ασθενείς με ΣΥ παρουσιάζουν σημαντικά επηρεασμένη μεταβλητότητα της ΑΠ, η οποία δεν διαφέρει σε σύγκριση με τους ασθενείς με ΑΥ. Περαιτέρω κλινικές μελέτες απαιτούνται για να διευκρινιστεί εάν η μεταβλητότητα της βραχιόνιας ΑΠ σχετίζεται με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο στους ασθενείς με ΣΥ.

**Πίνακας 1.** Σύγκριση των παραμέτρων της βραχυπρόθεσμης μεταβλητότητας της βραχιόνιας ΑΠ μεταξύ νεοδιαγνωσθέντων υπερτασικών, συγκαλυμμένων υπερτασικών και νορμοτασικών.

	Νορμοτασικοί (n=151)	Ασθενείς με ΑΥ (n=269)	Ασθενείς με ΣΥ (n=94)	p-value
ARV 24ωρης βραχιόνιας ΣΑΠ	8,35 (2,1)	9,64 (2,96)**	9,71 (2,95)**	<0,001
ARV 24ωρης βραχιόνιας ΔΑΠ	7,12 (2,85)	9,37 (2,49)**	8,08 (2,18)**	<0,001
ARV ημερήσιας βραχιόνιας ΣΑΠ	8,69 (2,46)	9,89 (3,46)**	9,96 (3,36)**	<0,001
ARV ημερήσιας βραχιόνιας ΔΑΠ	7,24 (2,61)	9,09 (2,7)**	8,21 (2,62)*	<0,001
ARV νυχτερινής βραχιόνιας ΣΑΠ	7,58 (2,85)	9,25 (4,27)**	8,68 (3,92)*	<0,001
ARV νυχτερινής βραχιόνιας ΔΑΠ	6,55 (2,74)	7,57 (3,85)**	7,62 (2,78)**	<0,001
wSDτης 24ωρης βραχιόνιας ΣΑΠ	10,0 (3,28)	12,8 (4,8)**	12,7 (5,6)**	<0,001

Οι τιμές παρουσιάζονται ως μέσος όρος  $\pm$  SD ή διάμεση τιμή (ενδοτεταρτημοριακό εύρος) για συνεχείς μεταβλητές ή αριθμός (ποσοστό) για κατηγορικές μεταβλητές.

Συντομώσεις: ΑΠ-αρτηριακή πίεση, ΑΥ-αληθής υπέρταση, ΔΑΠ-διαστολική αρτηριακή πίεση, ΣΑΠ-συστολική αρτηριακή πίεση, ΣΥ-συγκεκαλυμμένη υπέρταση, ARV-μέση πραγματική μεταβλητότητα (average real variability), wSD-σταθμισμένη τυπική απόκλιση (weighted standard deviation)

\* $p < 0,05$  για τις συγκρίσεις με τους νορμοτασικούς

\*\* $p \leq 0,001$  για τις συγκρίσεις με νορμοτασικούς

Οι πολλαπλές συγκρίσεις πραγματοποιήθηκαν με one-wayANOVA με posthoc διόρθωση Bonferroni.

## ΠΑ02

### ΧΡΟΝΟΣ ΕΝΤΟΣ ΤΟΥ ΕΥΡΟΥΣ ΣΤΟΧΟΥ (TTR) ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΟ ΟΞΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

**Ν. Κακαλέτσης<sup>1</sup>, Γ. Ντάιος<sup>2</sup>, Χ. Μηλιώνης<sup>3</sup>, Α. Πρωτογέρου<sup>4</sup>, Α. Καραγιαννάκη<sup>2</sup>, Ι. Χουβαρδά<sup>5</sup>, Β. Δούρλιου<sup>1</sup>, Ι. Λαδάκης<sup>5</sup>, Γ. Καϊάφα<sup>1</sup>, Σ. Δάιος<sup>1</sup>, Μ. Δούμας<sup>6</sup>, Χ. Σαββόπουλος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

<sup>2</sup> Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισας, Λάρισα

<sup>3</sup> Α' Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, Ιωάννινα

<sup>4</sup> Μονάδα Καρδιαγγειακής Πρόληψης & Έρευνας Τμήμα Παθολογικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα

<sup>5</sup> Εργαστήριο Ιατρικής Πληροφορικής και Βιοϊατρικής - Απεικονιστικών Τεχνολογιών, Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

<sup>6</sup> Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

**Σκοπός/Εισαγωγή:** Ο σκοπός της μελέτης είναι να διερευνήσει την συσχέτιση του χρόνου εντός του εύρους στόχου (*time in therapeutic range*, TTR) της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) από την 24ωρη καταγραφή (ABPM) κατά την οξεία φάση του ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ), με την βαρύτητα του ΑΕΕ (NIHSS) και την προγνωστική του αξία για την έκβαση στους 3 μήνες.

**Υλικό-Μέθοδοι:** 228 ασθενείς με οξύ ΑΕΕ (προοπτική πολυκεντρική μελέτη κλινικής παρακολούθησης, PREWISE study, NCT01915862) υποβλήθηκαν σε 24ωρη ABPM κάθε 20 λεπτά εντός 48 ωρών από την έναρξη του ΑΕΕ. Καταγράφηκαν τα κλινικά και εργαστηριακά δεδομένα των ασθενών. Υπολογίστηκαν οι μέσες τιμές και η μεταβλητότητα της ΑΠ και ο TTR για την συστολική - ΣΑΠ (90-140 mmHg), διαστολική - ΔΑΠ (60-90 mmHg) και μέση ΑΠ (ΜΑΠ). Καταληκτικά σημεία ήταν ο θάνατος και η αναπηρία/θάνατος στους 3 μήνες.

**Αποτελέσματα:** Καταγράφηκαν συνολικά 14.942 μετρήσεις της ΑΠ (~66/ασθενή) εντός 72 ωρών από την έναρξη του ΑΕΕ. Ο 24ωρος TTR των ασθενών ήταν 34,7±29,9, 64,3±24,2 και 55,3±29,4% για την ΣΑΠ, την ΔΑΠ και την ΜΑΠ, αντιστοίχως. Σε ασθενείς χωρίς γνωστή υπέρταση, όσο βαρύτερο ήταν το ΑΕΕ τόσο μικρότερος ήταν ο TTR της ΔΑΠ ( $p=0,031$ ) και της ΜΑΠ ( $p=0,016$ ). Σε 175 ασθενείς χωρίς προηγούμενη αναπηρία, η αύξηση του TTR της ΔΑΠ και ΜΑΠ σχετιζονταν με μικρότερο κίνδυνο αναπηρίας/θανάτου ( $HR:0,96$ , 95%CI: 0,95-0,99,  $p=0,007$  και  $HR:0,97$ , 95%CI: 0,96-0,99,  $p=0,007$ ). Ο TTR της ΣΑΠ στο εύρος 130-180 mmHg και 110-160 mmHg φαίνεται να σχετίζεται με τη θνησιμότητα και την αναπηρία, αντίστοιχα.

**Συμπεράσματα:** Εκτός από τις μέσες τιμές της ΑΠ, ο TTR από την 24ωρη ABPM κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης του ΑΕΕ μπορεί να χρησιμοποιείται για μια πιο λεπτομερή περιγραφή του ρόλου της ΑΠ στη βαρύτητα και την πρόγνωση του ΑΕΕ.

## ΠΑ03

**ΠΑΡΑΓΟΝΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΔΕΡΜΑΤΙΚΗ ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΡΔΕΥΣΗ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΓΛΥΚΟΖΗΣ****Σ. Λάμπρου<sup>1</sup>, Ν. Κολέτσος<sup>1</sup>, Ι. Ζωγράφου<sup>2</sup>, Γ. Μηντζιώρη<sup>3</sup> Α. Λαζαρίδης<sup>1</sup>, Μ. Δούμας<sup>2</sup>, Ε. Γκαλιαγκούση<sup>1</sup>, Α. Τριανταφύλλου<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Παπαγεωργίου, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη<sup>2</sup>Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Ιπποκράτειου, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη<sup>3</sup>Τμήμα Ενδοκρινολογίας της Αναπαραγωγής, Α' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Παπαγεωργίου, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Δεδομένα της βιβλιογραφίας δείχνουν την παρουσία μικροαγγειακής δυσλειτουργίας στο σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ), ενώ λιγότερα δεδομένα υπάρχουν για τους ασθενείς με προδιαβήτη ο οποίος αναγνωρίζεται ως σημαντική μεταβολική κατάσταση, καθώς αποτελεί βασικό προδιαθεσικό παράγοντα εμφάνισης του ΣΔ και των επιπλοκών του σε επίπεδο μικροκυκλοφορίας. Η ανάλυση κοκκιδώδους αντίθεσης με λέιζερ (LAsEr Speckle Contrast Analysis, LASCA) είναι μία μη επεμβατική μέθοδος για την εκτίμηση της δερματικής μικροαγγειακής λειτουργίας. Σκοπός της εργασίας ήταν η εκτίμηση καρδιαγγειακών παραγόντων που ενδεχομένως σχετίζονται με την μικροαγγειακή αντιδραστικότητα σε ένα πληθυσμό από τη νορμογλυκαιμία έως την υπεργλυκαιμία.

**Υλικό και Μέθοδος:** Στη μελέτη συμμετείχαν άτομα με νορμογλυκαιμία, προδιαβήτη και ΣΔ χωρίς εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο (KAN). Όλοι οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε καταγραφή της αιματικής ροής των αγγείων της επιδερμίδας του αντιβραχίου (πρωτόκολλο ισχαιμίας επαναιμάτωσης) με τη μέθοδο LASCA (PeriCam/PSI/Perimed). Αξιολογήθηκαν: η μικροαγγειακή άρδευση κατά την ηρεμία, η ποσοστιαία μείωση κατά την ισχαιμία, η μέγιστη απόκριση κατά την άρση της απόφραξης και η ποσοστιαία μεταβολή από την ηρεμία στη μέγιστη απόκριση. Επιπλέον, μετρήθηκαν η αρτηριακή πίεση ιατρείου βάσει των κατευθυντήριων οδηγιών καθώς και η κεντρική πίεση μέσω της συσκευής Sphygmocor.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά συμμετείχαν 50 άτομα, 18 άτομα με προδιαβήτη, 16 άτομα με ΣΔ και 16 με φυσιολογικά επίπεδα γλυκόζης. Στην μονοπαραγοντική ανάλυση τα επίπεδα γλυκόζης και η κεντρική συστολική πίεση εμφάνισαν αρνητική συσχέτιση με την μικροαγγειακή αντιδραστικότητα ( $r = -0.382$  and  $r = -0.349$ ,  $p < 0.01$  αντίστοιχα), ενώ στο πολυπαραγοντικό μοντέλο μόνο η συσχέτιση με την κεντρική συστολική πίεση παρέμεινε στατιστικά σημαντική ( $\beta = -0.363$ ,  $p < 0.05$ ).

**Συμπεράσματα:** Μόνο η κεντρική πίεση και όχι η περιφερική ή τα επίπεδα γλυκόζης μπορεί να προβλέψει την παρουσία δυσλειτουργίας της δερματικής μικροκυκλοφορίας σε άτομα με νορμογλυκαιμία, προδιαβήτη και ΣΔ, χωρίς εγκατεστημένη ΚΑΝ.

#### ΠΑ04

### ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΥΠΟΦΩΣΦΑΤΑΙΜΙΑ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΜΙΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Ε. Μεγαπάνου<sup>1</sup>, Γ. Αναστασίου<sup>1</sup>, Α. Μαυρή<sup>1</sup>, Π. Αδαμίδης<sup>1</sup>, Α. Κουτσογιάννη<sup>1</sup>, Σ.Φ. Σάκκου<sup>1</sup>, Α. Λάππα<sup>1</sup>, Α. Χρήστου<sup>1</sup>, Φ. Μπάρκας<sup>2</sup>, Μ. Φλωρεντίν<sup>1</sup>, Γ. Λιάμης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Β' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

<sup>2</sup> Α' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

**Σκοπός/Εισαγωγή:** Η υποφωσφαταιμία (φώσφορος όρου <2,5 mg/dl) αποτελεί μια ηλεκτρολυτική διαταραχή που δεν αναζητείται συχνά, με σημαντικές ωστόσο επιπλοκές ιδιαίτερα στη σοβαρή μορφή της (<1 mg/dl). Η αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) συσχετίζεται με την εμφάνιση υποφωσφαταιμίας με σπουδαιότερο υποκείμενο μηχανισμό την υπερέκφραση του αυξητικού παράγοντα ινοβλαστών 23 (FGF-23) που προκαλεί αφενός ενεργοποίηση του άξονα ρενίνης-αγγειοτενσίνης-αλδοστερόνης και αύξηση της έκφρασης του συμμεταφορέα Na<sup>+</sup>-Cl<sup>-</sup> στο άπω εσπειραμένο σωληνάριο με αποτέλεσμα επαναρρόφηση Na<sup>+</sup> και αφετέρου φωσφατουρία μέσω αναστολής των NaPi-IIa και NaPi-IIc συμμεταφορέων στο εγγύς εσπειραμένο σωληνάριο.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της σύνδεσης μεταξύ της ΑΥ και της υποφωσφαταιμίας σε ασθενείς μιας παθολογικής κλινικής.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Προοπτική μελέτη παρατήρησης 176 ασθενών με υποφωσφαταιμία, που νοσηλεύθηκαν διαδοχικά στη Β' Παθολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων.

**Αποτελέσματα:** Από το σύνολο των 176 υποφωσφαταιμικών ασθενών, οι 126 εμφάνισαν υποφωσφαταιμία με την εισαγωγή και 50 κατά τη νοσηλεία τους. Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών ήταν 70,1 έτη, 54,5% ανέφεραν ότι έπασχαν από υπέρταση και 38,6% λάμβαναν διουρητικά. Πιο συγκεκριμένα, κατά την εισαγωγή 13,6% των ασθενών λάμβανε θειαζιδικά διουρητικά, 5,7% διουρητικά αγκύλης και 1,1% καλιοσυντηρητικά διουρητικά σκευάσματα, ενώ κατά τη νοσηλεία 18,2% λάμβαναν διουρητικά αγκύλης. Τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής ανάλυσης έδειξαν πως η ΑΥ αποτέλεσε ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για εμφάνιση υποφωσφαταιμίας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας (OR 2,84 CI 1,13-7,10).

**Συμπεράσματα:** Η ΑΥ, ανεξάρτητα από τη λήψη διουρητικών, αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση υποφωσφαταιμίας σε νοσηλευόμενους ασθενείς.

## ΠΑ05

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΒΟΛΩΝ ΤΩΝ ΥΠΕΡΗΧΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ: ΜΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ****Α. Μπέτσικος<sup>1</sup>, Μ. Θεοδωρακοπούλου<sup>1</sup>, Μ. Κορογιάννου<sup>2</sup>, Σ. Μαρινάκη<sup>2</sup>, Α. Παπαγιάννη<sup>1</sup>, Ι. Ν. Μπολέτης<sup>2</sup>, Κ. Τσιούφης<sup>3</sup>, Π. Σαραφίδης<sup>1</sup>**<sup>1</sup> Α' Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη<sup>2</sup> Κλινική Νεφρολογίας & Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Λαϊκό», Αθήνα<sup>3</sup> Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», Αθήνα

**Εισαγωγή:** Τα καρδιαγγειακά συμβάματα αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου σε ασθενείς με ΧΝΝ τελικού σταδίου και η ουραιμική μυοκαρδιοπάθεια συμβάλλει σημαντικά στον αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο των ασθενών αυτών. Η μεταμόσχευση νεφρού συνολικά σχετίζεται με βελτίωση του καρδιαγγειακού κινδύνου. Σκοπός της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης και μετα-ανάλυσης ήταν η αξιολόγηση των μεταβολών διαφόρων υπερηχοκαρδιογραφικών δεικτών πριν και μετά τη μεταμόσχευση νεφρού.

**Υλικό & Μέθοδος:** Συμπεριλήφθηκαν μελέτες με ενήλικους ασθενείς με τουλάχιστον έναν υπερηχοκαρδιογραφικό έλεγχο πριν (baseline) και μετά τη μεταμόσχευση νεφρού (τουλάχιστον 1 μήνας follow-up). Το πρωτογενές καταληκτικό σημείο ήταν οι αλλαγές στο δείκτη μάζας της αριστεράς κοιλίας (LVMI) (PROSPERO, CRD42022371202). Η έρευνα περιλάμβανε τρεις μηχανές αναζήτησης βιβλιογραφικών αναφορών (PubMed, Web of Science και Scopus), χειροκίνητη έρευνα και πρακτικά συνεδρίων. Η αξιολόγηση της ποιότητας πραγματοποιήθηκε με την κλίμακα Newcastle-Ottawa-Scale.

**Αποτελέσματα:** Από τις 6463 βιβλιογραφικές αναφορές, 35 μελέτες με συνολικό αριθμό 2692 συμμετεχόντων συμπεριλήφθηκαν στην μετα-ανάλυση. Σε 30 μελέτες (N=2211 συμμετέχοντες) που αφορούσαν το πρωτογενές καταληκτικό σημείο, το LVMI μειώθηκε σημαντικά μετά τη μεταμόσχευση νεφρού συγκριτικά με τα επίπεδα προ αυτής [WMD -21.16 g/m<sup>2</sup>, 95%CI (-27.21, -15.12), I<sup>2</sup>=88%, p<0.001]. Στην ανάλυση υπό-ομάδων, μεγαλύτερη διαφορά παρατηρήθηκε στις 6 μελέτες (N=263) που αξιολόγησαν το LVMI σε χρονικό διάστημα μικρότερο των 6 μηνών μετά τη μεταμόσχευση [WMD -41.54 g/m<sup>2</sup>, 95%CI (-51.31, -31.78), I<sup>2</sup>=13%, P<0.001], ενώ μικρότερη διαφορά, σημειώθηκε στις 24 μελέτες (N=2048) που αξιολόγησαν το LVMI σε χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 6 μηνών [WMD -16.64 g/m<sup>2</sup>, 95%CI (-22.79, -10.49), I<sup>2</sup>=88%, p<0.001]. Στις αναλύσεις ευαισθησίας, καταδείχθηκε μεγαλύτερη μείωση του LVMI σε ασθενείς που έλαβαν μόσχευμα από ζώντες δότες [WMD; -76.90 g/m<sup>2</sup>, 95%CI (-122.13, -31.67), I<sup>2</sup>=88%, p<0.001] καθώς και σε όσους προ της μεταμόσχευσης υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση [WMD; -33.76 g/m<sup>2</sup>, 95%CI (-51.51, -16.00), I<sup>2</sup>=92%, p<0.001].

**Συμπεράσματα:** Η μεταμόσχευση νεφρού σχετίζεται με σημαντική μείωση του LVMI σε σύγκριση με τα επίπεδα πριν τη μεταμόσχευση, το οποίο αντιπροσωπεύει έναν ακόμα παράγοντα που πιθανώς να συμβάλλει στη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου των ασθενών αυτών.



## ΠΑ06

### Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ 3-ΕΤΟΥΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19 ΣΤΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΕΝΟΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΥ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΡΙΣΤΕΙΑΣ Ε. Τριανταφυλλίδη<sup>1</sup>, Δ. Μπενάς<sup>1</sup>, Α. Φάμπρη<sup>1</sup>, Δ. Μπίρμπα<sup>1</sup>, Δ. Καββαθά<sup>2</sup>, Ε. Ηλιοδρομίτης<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Π.Γ.Ν. "Αττικόν", Αθήνα

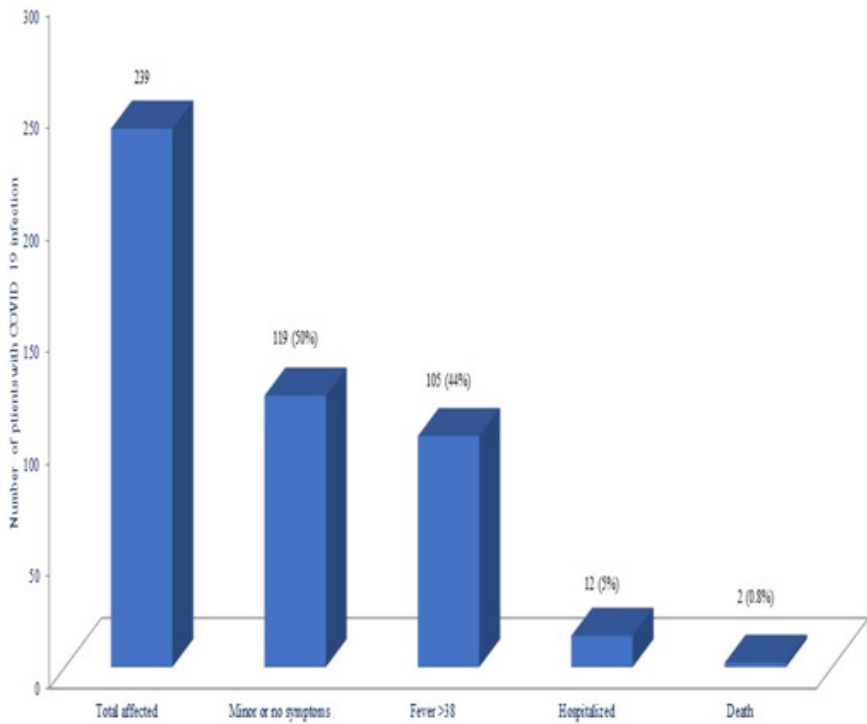
<sup>2</sup> Δ' Πανεπιστημιακή Κλινική, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Π.Γ.Ν. "Αττικόν", Αθήνα

**Εισαγωγή:** Η 3-ετής πανδημία COVID-19 αποτέλεσε αίτιο αύξησης νοσηρότητας και θνητότητας στους ασθενείς με καρδιαγγειακή (CV) νόσο. Σκοπός της μελέτης αποτέλεσε η ανάδειξη της επίπτωσης της πανδημίας COVID-19 στον υπερτασικό πληθυσμό ενός Ευρωπαϊκού Αντιυπερτασικού Κέντρου Αριστείας.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Μελετήσαμε αναδρομικά 426 υπερτασικούς ασθενείς ( $61 \pm 14$  έτη, 48% άρρενες) που επισκέφτηκαν το Ιατρείο μας (Μάρτιο 2020-Νοέμβριος 2022) ως προς τα κλινικά χαρακτηριστικά, τους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου και τις συννοσηρότητες. Όλοι οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε τηλεφωνική συνέντευξη αναφορικά με τη νόσηση τους από COVID-19 κατά το διάστημα Οκτωβρίου-Νοεμβρίου 2022.

**Αποτελέσματα:** Το 55% υπερτασικών μολύνθηκαν από τον ιό SARS-CoV-2 (Ομάδα Α,  $58 \pm 14$  έτη, 48% άρρενες) και 43% δε μολύνθηκαν (Ομάδα Β,  $65 \pm 14$  έτη, 50% άρρενες). Οι ασθενείς της Ομάδας Α ήταν νεότεροι ( $p < 0.001$ ), ενώ δε διέφεραν ως προς BMI, συστολική/διαστολική αρτηριακή πίεση, LDL-χοληστερόλη, το ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη, στεφανιαίας νόσου, αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, κολλαγονώσεων και καρκίνου σε σχέση με την Ομάδα Β. Το 82% του πληθυσμού είχαν εμβολιαστεί με  $\geq 2$  δόσεις. Όσον αφορά στη νοσηρότητα και θνητότητα στην Ομάδα Α, 12 ασθενείς (5%) νοσηλεύτηκαν λόγω πνευμονίας από SARS-CoV-2 και μόνο 2 ασθενείς (0.8%) απεβίωσαν. Θεωρούμε ότι οι ασθενείς μολύνθηκαν από υπότυπους Omicron (74%), Delta (13%) και Alpha (13%).

**Συμπεράσματα:** Ο μισός υπερτασικός πληθυσμός (οι νεότεροι ασθενείς) μολύνθηκε από τον ιό SARS-CoV-2, κυρίως από τον υπότυπο Omicron ενώ ένα μικρό ποσοστό αυτών νοσηλεύτηκαν ή πέθαναν. Οι υπερτασικοί ασθενείς τηρώντας τα μέτρα απομόνωσης και εμβολιασμού, προστατεύτηκαν ικανοποιητικά έναντι της νόσου COVID-19, ενώ οι παράγοντες κινδύνου και οι συννοσηρότητες δεν έπαιξαν καθοριστικό ρόλο στη μόλυνση από τον ιό SARS-CoV-2.



COVID-19 disease phenotype

## ΠΑ07

### Ο ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ SARS-COV-2 ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

**Μ. Καριώρη<sup>1</sup>, Χ. Φραγκούλης<sup>1</sup>, Χ. Χρυσόχου<sup>1</sup>, Σ. Δρογκάρης<sup>1</sup>, Ε. Σιάφη<sup>1</sup>, Φ.Π. Τατάκης<sup>1</sup>, Μ. Κουρεμέτη<sup>1</sup>, Ι. Ζαμάνης<sup>1</sup>, Π. Τσιούφης<sup>1</sup>, Ε. Μαντά<sup>1</sup>, Ι. Λεοντσίνης<sup>1</sup>, Θ. Καλός<sup>1</sup>, Κ. Γρηγορίου<sup>1</sup>, Κ. Δημητριάδης<sup>1</sup>, Δ. Κωνσταντινίδης<sup>1</sup>, Κ. Θωμόπουλος<sup>2</sup>, Κ. Τσιούφης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Αθήνα

<sup>2</sup> Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Έλενα Βενιζέλου, Αθήνα

**Σκόπος/Εισαγωγή:** Υπάρχουν λίγα δημοσιευμένα δεδομένα αναφορικά με την αξιολόγηση της φυσικής κατάστασης των ασθενών μετά από λοίμωξη από Covid 19. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αξιολόγηση της επίδρασης της αρτηριακής πίεσης στην καρδιοαναπνευστική κατάσταση των ασθενών τρεις μήνες μετά από την πρώτη ημέρα λοίμωξης.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Όλα τα άτομα που είχαν νοσήσει από Sars-Cov-2 υπεβλήθησαν σε καρδιοαναπνευστική δοκιμασία κόπωσης με τροποποιημένο ή μη πρωτόκολλο Bruce καθώς και διαθωρακικό υπερηχογράφημα κατά τα οποία αξιολογήθηκαν όλες οι παράμετροι. Ο πληθυσμός της μελέτης χωρίστηκε σε δύο ομάδες βάσει του ιστορικού αρτηριακής υπέρτασης.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά εκτιμήθηκαν 200 ασθενείς (51±15 ετών, 44.4% άρρενες). Η πρώτη ομάδα περιλάμβανε 64 υπερτασικούς ασθενείς και η δεύτερη ομάδα περιλάμβανε 136 νορμοτασικούς ασθενείς. Οι υπερτασικοί ασθενείς είχαν υψηλότερο δείκτη μάζας σώματος και δείκτη επιφάνειας σώματος. Νοσηλεύτηκαν σε υψηλότερο ποσοστό συγκριτικά με τους νορμοτασικούς. Από τις υπερηχογραφικές παραμέτρους διαστολικής δυσλειτουργίας, η διάμετρος του αριστερού κόλπου ήταν μεγαλύτερη και ο λόγος E/ ήταν στατιστικά μικρότερος στους υπερτασικούς. Το κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας (ΚΕΑΚ (%)) ήταν σημαντικά επηρεασμένο (56±10% vs. 58±9%, p:0.04) στους υπερτασικούς γεγονός που αποτυπώθηκε σε επηρεασμένες τιμές παραμέτρων καρδιοαναπνευστικής λειτουργικότητας. Καταγράφηκε χαμηλότερη τιμή κατανάλωσης οξυγόνου τόσο στο μέγιστο της κόπωσης όσο και κατά το 1<sup>ο</sup> λεπτό της αποκατάστασης, μεταβολικών ισοδύναμων (METS) και καρδιακής συχνότητας<sub>10 λεπτό αποκατάστασης</sub> συγκριτικά με τους νορμοτασικούς. Η συστολική αρτηριακή πίεση (mmHg) στην ηρεμία, στο μέγιστο της κόπωσης και κατά το 1<sup>ο</sup> λεπτό της αποκατάστασης ήταν σημαντικά υψηλότερη σε αντίθεση με τη διάρκεια της άσκησης που ήταν μικρότερη στους υπερτασικούς. Τέλος, οι υπερτασικοί ασθενείς εμφάνισαν υψηλότερα σκορ για δύσπνοια στην κλίμακα Borg.

**Συμπεράσματα:** Συμπερασματικά, η παρούσα μελέτη ανέδειξε την αρνητική επίδραση της αρτηριακής πίεσης στην ικανότητα για άσκηση καθώς και την ανάγκη για μια πιο ολιστική προσέγγιση των ασθενών μετά από λοίμωξη από Sars-Cov-2 συμπεριλαμβανομένης της τροποποίησης παραγόντων όπως η αρτηριακή υπέρταση και η παχυσαρκία.

## ΠΑ08

### ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19 ΣΤΟΝ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟ, ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΜΑΪΟΣ ΜΗΝΑΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ 2019 ΚΑΙ 2022

**Α. Μέντη<sup>1</sup>, Α. Κόλλιας<sup>1</sup>, Ε. Γκαλιαγκούση<sup>2</sup>, Δ. Γούμενος<sup>3</sup>, Χ. Γράσσος<sup>4</sup>, Ρ.Γ. Καλαϊτζίδης<sup>5</sup>, Ε. Καλλίστρατος<sup>6</sup>, Β. Κατσή<sup>7</sup>, Δ. Κωνσταντινίδης<sup>7</sup>, Ξ. Κροκίδης<sup>8</sup>, Κ.Γ. Κυριακούλης<sup>1</sup>, Λ. Λαναράς<sup>9</sup>, Ε.Μάκαρης<sup>10</sup>, Θ. Μακρή<sup>11</sup>, Ε. Μανιός<sup>12</sup>, Σ. Μαραγκουδάκης<sup>13</sup>, Α. Μανώλης<sup>6</sup>, Μ. Μαρκέτου<sup>14</sup>, Χ. Μηλιώνης<sup>15</sup>, Γ. Νικήτας<sup>16</sup>, Ε. Παπαχρήστου<sup>3</sup>, Ι.Α. Παπαδάκης<sup>17</sup>, Δ. Παπαδόπουλος<sup>18</sup>, Α. Πρωτογέρου<sup>19</sup>, Μ. Ποικιλίδου<sup>20</sup>, Π. Σαραφίδης<sup>21</sup>, Β. Σαράκης<sup>22</sup>, Κ. Τσιούφης<sup>7</sup>, Π. Ζεμπεκάκης<sup>20</sup>, Μ. Δούμας<sup>23</sup>, Γ.Σ. Στεργίου<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Γ' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Η Σωτηρία», Αθήνα

<sup>2</sup> Γ' Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

<sup>3</sup> Νεφρολογική Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού, Πανεπιστήμιο Πατρών, Ιατρική Σχολή, Πάτρα

<sup>4</sup> Κέντρο Αριστείας Υπέρτασης - Hypertension Excellence Centre ESH Καρδιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών ΚΑΤ, Αθήνα

<sup>5</sup> Νεφρολογικό Κέντρο «Γ. Παπαδάκης», Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», Αθήνα

<sup>6</sup> Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο Metropolitan, Αθήνα

<sup>7</sup> Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΑ Ιπποκράτειο, Αθήνα

<sup>8</sup> Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας, Καβάλα

<sup>9</sup> Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας, Λαμία

<sup>10</sup> Καρδιολογική Κλινική και Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας, Καλαμάτα

<sup>11</sup> Καρδιολογικό Τμήμα, Κέντρο Αριστείας Υπέρτασης, ΓΝΜ «Ελενα Βενιζέλου», Αθήνα

<sup>12</sup> Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Θεραπευτική Κλινική, Νοσοκομείο Αλεξάνδρα, Αθήνα

<sup>13</sup> Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Χανίων, Χανιά

<sup>14</sup> Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο

<sup>15</sup> Α' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

<sup>16</sup> Καρδιολογική Κλινική, Παναρκαδικό Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης, Τρίπολη

<sup>17</sup> Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο

<sup>18</sup> Κέντρο Αριστείας Υπέρτασης - Hypertension Excellence Centre ESH Καρδιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Αθήνα

<sup>19</sup> Μονάδα Καρδιαγγειακής Πρόληψης και Έρευνας, Τμήμα Παθολογικής Φυσιολογίας, Λαϊκό Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

<sup>20</sup> Κέντρο Αριστείας στην Υπέρταση, Τμήμα Νεφρολογίας και Υπέρτασης, Α' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

<sup>21</sup> Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

<sup>22</sup> Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Βόλου, Βόλος

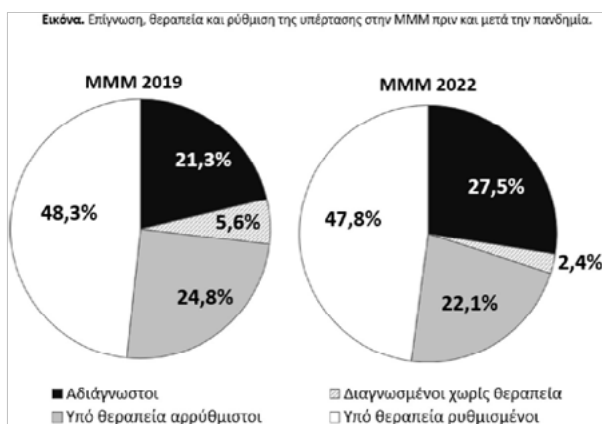
<sup>23</sup> Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

**Σκοπός/ Εισαγωγή:** Η επίδραση της πανδημίας COVID-19 στη διάγνωση και ρύθμιση της υπέρτασης, η οποία είναι ο ισχυρότερος τροποποιήσιμος παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακά επεισόδια, παραμένει αμφιλεγόμενη. Η Ελληνική Εταιρεία Υπέρτασης πραγματοποίησε το πρόγραμμα της Διεθνούς Εταιρείας Υπέρτασης Μάιος Μήνας Μέτρησης (MMM) με μετρήσεις αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) πριν και μετά την πανδημία (2019;2022), με σκοπό την διερεύνηση της επίδρασης της πανδημίας στον επιπολασμό, την επίγνωση, θεραπεία και ρύθμιση της υπέρτασης στον γενικό πληθυσμό των ενηλίκων ( $\geq 18$  ετών) στην Ελλάδα.

**Υλικό - Μέθοδοι:** Το πρόγραμμα MMM πραγματοποιήθηκε σε αστικά κέντρα με περιστασιακή δειγματοληψία σε δημόσιους χώρους σε ειδικά διαμορφωμένα περίπτερα το 2019 και 2022. Στους συμμετέχοντες έγινε ανώνυμη καταγραφή ιατρικού ιστορικού και τριπλή μέτρηση ΑΠ (πιστοποιημένο ηλεκτρονικό πιεσόμετρο βραχίονα; κατάλληλη περιχειρίδα). Τα δεδομένα συλλέγονταν απευθείας σε διεθνή διαδικτυακή πλατφόρμα μέσω tablets. Ως υπέρταση θεωρήθηκε ΑΠ  $\geq 140/90$  mmHg (μέση τιμή 2ης-3ης μέτρησης) και/ή λήψη αντιυπερτασικής αγωγής.

**Αποτελέσματα:** Το πρόγραμμα MMM-2019 συγκέντρωσε δεδομένα από 5.727 ενήλικες και το MMM-2022 από 6.353 (άνδρες 2019/2022: 46,5/48,8%,  $p < 0.01$ ). Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν  $52,7 \pm 16,6 / 54,8 \pm 16,2$ , (2019/2022,  $p < 0.001$ ), 24,7/30,5% καπνιστές ( $p < 0.001$ ), 12/11,5% διαβητικοί ( $p = NS$ ) και 5/5,8% με καρδιαγγειακή νόσο ( $p = NS$ ). Ο επιπολασμός της υπέρτασης ήταν 41,6/42,6% (2019/2022,  $p = NS$ ). Από το σύνολο των υπερτασικών 21,3/27,5% (2019/2022,  $p < 0.001$ ) ήταν αδιάγνωστοι, 5,6/2,4% ήταν διαγνωσμένοι αλλά χωρίς αντιυπερτασική θεραπεία ( $p < 0.001$ ), 24,8/22,1% είχαν αρρυθμιστη υπέρταση υπό θεραπεία ( $p < 0.05$ ), ενώ 48,3/47,8% είχε ρυθμισμένη υπέρταση ( $p = NS$ ) (**Εικόνα**).

**Συμπεράσματα:** Η πανδημία COVID-19 δεν φαίνεται να επηρέασε τον επιπολασμό ή τη ρύθμιση της υπέρτασης στην Ελλάδα. Ωστόσο, το ποσοστό αδιάγνωστης υπέρτασης φαίνεται να αυξήθηκε μετά την πανδημία.



## ΠΑ09

**ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΙΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ, ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΠΡΟΦΟΡΤΙΟ ΤΗΣ ΔΕΞΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΒΑΘΜΟ ΤΗΣ ΜΕΣΟΔΙΑΛΥΤΙΚΗΣ ΑΥΞΗΣΗΣ ΒΑΡΟΥΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ****B. Αναστασίου<sup>1</sup>, M. Θεοδωρακοπούλου<sup>2</sup>, B. Καμπερίδης<sup>1</sup>, Φ. Ιατρίδη<sup>2</sup>, Σ. Δάιος<sup>1</sup>, E. Πέλλα<sup>2</sup>, A. Γεωργίου<sup>1</sup> K. Τσιλώνης<sup>1</sup>, Δ. Μωυσίδης<sup>1</sup>, Γ. Γιαννακούλας<sup>1</sup>, A. Ζιάκας<sup>1</sup>, Π. Σαραφίδης<sup>2</sup>**<sup>1</sup> Α' Καρδιολογική Κλινική Α.Π.Θ., ΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη<sup>2</sup> Α' Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Η δεξιά κοιλία (ΔΚ) είναι ένας λεπτότοιχος καρδιακός θάλαμος, του οποίου το μέγεθος και οι πιέσεις πλήρωσης είναι ευαίσθητα σε μεταβαλλόμενες συνθήκες υπερφόρτωσης όγκου. Η παρούσα μελέτη στοχεύει στη διερεύνηση των μεταβολών στη λειτουργία της ΔΚ, των διαστάσεων αυτής και των πνευμονικών πιέσεων σε σχέση με το βαθμό υπερφόρτωσης όγκου μεταξύ συνεδριών αιμοκάθαρσης.

**Υλικό και Μέθοδος:** 41 ασθενείς υπό τρισεβδομαδιαίο πρόγραμμα αιμοκάθαρσης χωρίστηκαν σε δύο ομάδες, με βάση το συνιστώμενο όριο της μεσοδιαλυτικής αύξησης βάρους διορθωμένο ως προς το ξηρό βάρος (IDWG%) σε ομάδες υψηλότερου (>4,5%) και χαμηλότερου (<4,5%) IDWG%. Μέσω cross-over σχεδιασμού, όλοι οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε 4 υπερηχοκαρδιογραφικές αξιολογήσεις κατά την αρχή και το τέλος του 2ημερου και 3ημερου μεσοδιαλυτικού διαστήματος.

**Αποτελέσματα:** Κατά την διάρκεια του 3ημερου μεσοδιαλυτικού διαστήματος, οι μεταβολές στη συστολική πίεση της ΔΚ (RVSP) ήταν μεγαλύτερες στην ομάδα με το υψηλότερο σε σύγκριση με το χαμηλότερο IDWG% (16.43±5.37 έναντι 14.11±13.38 mmHg, p=0.015), ενώ οι μεταβολές στις πιέσεις πλήρωσης της ΔΚ, που εκτιμήθηκαν με βάση το E/Em δεν διέφεραν σημαντικά μεταξύ των ομάδων (p=0.84). Και στις δύο ομάδες παρατηρήθηκε σημαντική διεύρυνση των δεξιών καρδιακών κοιλοτήτων κατά τη διάρκεια και των δύο διαστημάτων, αλλά σημειώθηκε σημαντικότερη διάταση της κάτω κοίλης φλέβας στους ασθενείς με υψηλότερο IDWG% (0.44±0.25 έναντι 0.20±0.31 cm, p=0.014) κατά τη διάρκεια του 2ημερου μεσοδιαστήματος.

**Συμπέρασμα:** Κατά τη διάρκεια του 3ημερου μεσοδιαλυτικού διαστήματος, η πνευμονική κυκλοφορία επιβαρύνεται ιδιαίτερα σε ασθενείς με υπερφόρτωση ύδατος υψηλότερη από το συνιστώμενο όριο, όπως προκύπτει από τις μεγαλύτερες αυξήσεις της RVSP. Το γεγονός αυτό μπορεί να προσθέσει έναν ακόμα πιθανό μηχανισμό για την αυξημένη καρδιαγγειακή θνησιμότητα που παρατηρείται κατά τη διάρκεια του 3ημερου μεσοδιαλυτικού διαστήματος.

**ΠΑ10****ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΒΑΣΙΖΟΜΕΝΗ ΣΤΗΝ ΕΠΛΕΡΕΝΟΝΗ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ ΒΑΣΙΖΟΜΕΝΗΣ ΣΤΗΝ ΙΡΒΕΣΑΡΤΑΝΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΙΩΣΗ 24ΩΡΗΣ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ (HEBRO STUDY)**

**Π. Ηλιάκης<sup>1</sup>, Σ. Δρογκάρης<sup>1</sup>, Μ. Κουρεμέτη<sup>1</sup>, Ε. Σιάφη<sup>1</sup>, Φ. Τατάκης<sup>1</sup>, Μ. Μαρκέτου<sup>2</sup>, Χ. Γράσσο<sup>3</sup>, Κ. Δημητριάδης<sup>1</sup>, Δ. Κωνσταντινίδης<sup>1</sup>, Κ. Θωμόπουλος<sup>4</sup>, Ε. Μαντά<sup>1</sup>, Κ. Τσιούφης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Αθηνών "Ιπποκράτειο", Αθήνα

<sup>2</sup> Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο, Κρήτη

<sup>3</sup> Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΑ ΚΑΤ, Αθήνα

<sup>4</sup> Καρδιολογικό Τμήμα, ΓΝΜΑ Έλενα Βενιζέλου, Αθήνα

**Εισαγωγή:** Η παχυσαρκία συνδέεται σημαντικά με δυσμενείς καρδιαγγειακές εκβάσεις. Η σχέση και η παθοφυσιολογική συσχέτιση της παχυσαρκίας με την αρτηριακή υπέρταση είναι σύμπλοκη. Στα παχύσαρκα άτομα, έχουν διαπιστωθεί αυξημένα επίπεδα αλδοστερόνης, παραγώμενα τόσο σε ιστικό όσο και συστηματικό επίπεδο. Ωστόσο, λίγα είναι γνωστά για την επίδραση του αποκλεισμού της αλδοστερόνης με τη χρήση επλερενόνης σε υπερτασικούς παχύσαρκους ασθενείς ως θεραπεία πρώτης γραμμής.

**Σκοπός:** Ο στόχος αυτής της μελέτης είναι να συγκρίνει την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια μεταξύ της στρατηγικής που βασίζεται στην επλερενόνη έναντι της στρατηγικής που βασίζεται στην ιρβεσαρτάνη σε παχύσαρκους υπερτασικούς ασθενείς.

**Μεθοδολογία:** Η HEBRO (antiHypertensive treatment with Eplerenone vs. iBesartan in hypertensive Obese patients - HEBRO trial (NCT03476616)) είναι μια προοπτική, τυχαίοποιημένη, ανοιχτή, πολυκεντρική μελέτη στην οποία έχουν ενταχθεί 96 υπερτασικοί ασθενείς ηλικίας 30 έως 75 ετών, με παχυσαρκία [δείκτης μάζας σώματος ΔΜΣ  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>]. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε τόσο σε μέτρηση αρτηριακής πίεσης ιατρείου όσο και σε 24ωρη περιπατητική καταγραφή αρτηριακής πίεσης (ABPM). Κατόπιν, και αφού πληρούνταν τα κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού, οι ασθενείς τυχαίοποιήθηκαν σε 25 mg επλερενόνης δύο φορές ή 150 mg ιρβεσαρτάνης μία φορά την ημέρα και παρακολούθηθηκαν για 6 μήνες. Στους 2 και 4 μήνες αντίστοιχα έγινε τιτλοποίηση της αντιυπερτασικής αγωγής με προσθήκη αμλοδιπίνης ή/και ινδαπαμίδης. Το πρωτεύον καταληκτικό σημείο είναι η διαφορά στην 24ωρη περιπατητική καταγραφή αρτηριακής πίεσης μετά από περίοδο παρακολούθησης 6 μηνών και τα δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία είναι η μεταβολή στην υπερτροφία της αριστεράς κοιλίας και τη λευκωματουρία μετά από περίοδο παρακολούθησης 6 μηνών (Εικόνα 1: Flow-chart μελέτης).

**Αποτελέσματα:** Κατά την ένταξη των ασθενών η μέση τιμή της 24ωρης περιπατητικής καταγραφής (ABPM) είναι 141.2/85.7 mmHg  $\pm$  8.6/8.5 στο σκέλος της επλερενόνης έναντι 140.0/84.3 mmHg  $\pm$  8.4/7.4 στο σκέλος της ιρβεσαρτάνης ( $p=0.507$  και  $p=0.425$  για τη ΣΑΠ και ΔΑΠ αντίστοιχα).

Στους 2 μήνες παρακολούθησης η μέση τιμή της 24ωρης περιπατητικής καταγραφής (ABPM) είναι  $132.9/80.9 \text{ mmHg} \pm 11.4/7.9$  στο σκέλος της επλερενόνης έναντι  $126.1/77.1 \text{ mmHg} \pm 14.7/8.7$  στο σκέλος της ιρβεσαρτάνης. Η μέση πτώση της 24ωρης περιπατητικής ΑΠ στους 2 μήνες είναι  $-7.3/-4.6 \text{ mmHg} \pm 13.8/8.8$  στο σκέλος της επλερενόνης έναντι  $-13.5/-6.1 \text{ mmHg} \pm 13.6/8.2$  στο σκέλος της ιρβεσαρτάνης ( $p=0.051$  και  $p=0.432$  για τη ΣΑΠ και τη ΔΑΠ αντίστοιχα).

Στους 4 μήνες παρακολούθησης η μέση τιμή της 24ωρης περιπατητικής καταγραφής (ABPM) είναι  $125.7/77.1 \text{ mmHg} \pm 10.6/7.6$  στο σκέλος της επλερενόνης έναντι  $122.5/73.5 \text{ mmHg} \pm 12.7/7.7$  στο σκέλος της ιρβεσαρτάνης. Η μέση πτώση της 24ωρης περιπατητικής ΑΠ στους 4 μήνες είναι  $-14.7/-8.3 \text{ mmHg} \pm 11.6/8.4$  στο σκέλος της επλερενόνης έναντι  $-17.0/-9.6 \text{ mmHg} \pm 12.1/8.0$  στο σκέλος της ιρβεσαρτάνης ( $p=0.420$  και  $p=0.481$  για τη ΣΑΠ και τη ΔΑΠ αντίστοιχα). Στους 4 μήνες ο μέσος αριθμός φαρμάκων που ελάμβαναν οι ασθενείς στο σκέλος της επλερενόνης ήταν  $1.8 \pm 0.4$  έναντι  $1.5 \pm 0.5$  στο σκέλος της ιρβεσαρτάνης ( $p=0.025$ ).

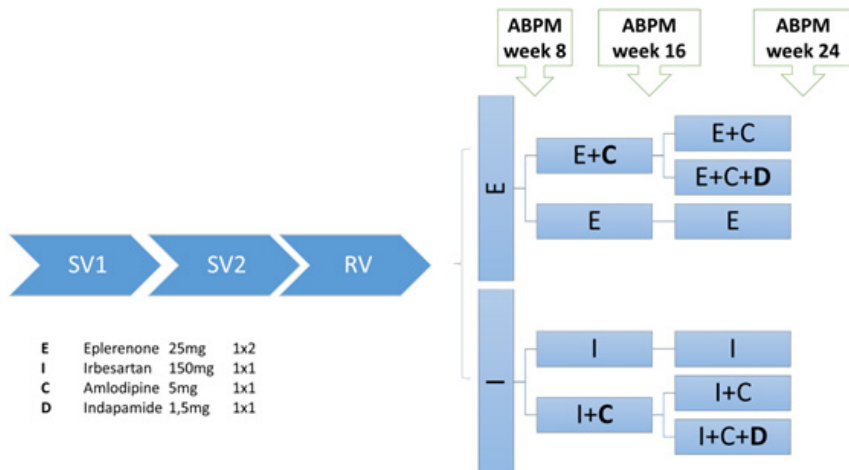
Στους 6 μήνες παρακολούθησης η μέση τιμή της 24ωρης περιπατητικής καταγραφής (ABPM) είναι  $125.5/76.5 \text{ mmHg} \pm 12.5/7.4$  στο σκέλος της επλερενόνης έναντι  $120.1/72.3 \text{ mmHg} \pm 9.4/6.4$  στο σκέλος της ιρβεσαρτάνης ( $p=0.063$  και  $p=0.020$ ). Η μέση πτώση της 24ωρης περιπατητικής ΑΠ στους 6 μήνες είναι  $-15.7/-8.6 \text{ mmHg} \pm 14.4/9.5$  στο σκέλος της επλερενόνης έναντι  $-19.4/-10.9 \text{ mmHg} \pm 11.9/6.7$  στο σκέλος της ιρβεσαρτάνης ( $p=0.286$  και  $p=0.285$  για τη ΣΑΠ και τη ΔΑΠ αντίστοιχα). Στους 6 μήνες ο μέσος αριθμός φαρμάκων που ελάμβαναν οι ασθενείς στο σκέλος της επλερενόνης ήταν  $2.1 \pm 0.8$  έναντι  $1.9 \pm 0.8$  στο σκέλος της ιρβεσαρτάνης ( $p=0.46$ ).

**Συμπεράσματα:** Συμπερασματικά, δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις τιμές της μέσης 24ωρης περιπατητικής καταγραφής αρτηριακής πίεσης και στα δύο σκέλη της μελέτης κατά την έναρξη και σε όλα τα χρονικά πλαίσια παρακολούθησης - αξίζει να σημειωθεί οριακή ανωτερότητα της ιρβεσαρτάνης μόνο όσον αφορά τη μείωση της συστολικής αρτηριακής πίεσης στους 2 μήνες (ενδιάμεσο καταληκτικό σημείο).

Όσον αφορά το πρωτογενές καταληκτικό σημείο, τη μείωση της 24ωρης περιπατητικής ΑΠ στους 6 μήνες, η θεραπευτική στρατηγική βασιζόμενη στην επλερενόνη δεν ήταν κατώτερη (non-inferior) συγκριτικά με τη θεραπευτική στρατηγική βασιζόμενη στην ιρβεσαρτάνη, με ισοδύναμα αποτελέσματα στη μείωση της ΑΠ και παρόμοιο συνολικό αριθμό αντιυπερτασικών φαρμάκων που χρειάστηκαν για να επιτευχθεί ρύθμιση της ΑΠ στους 6 μήνες παρακολούθησης ( $2.1$  έναντι  $1.9$ ,  $p=0.46$ ).



## HEBRO flow chart



## ΠΑ11

**Η ΥΠΑΡΞΗ ΠΡΩΤΕΪΝΟΥΡΙΑΣ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΕΠΙΔΕΙΝΩΜΕΝΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΟΞΥΓΟΝΩΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ****Μ. Θεοδωρακοπούλου<sup>1</sup>, Κ. Δίπλα<sup>2</sup>, Α. Ζαφειρίδης<sup>2</sup>, Δ. Φαϊτατζίδου<sup>1</sup>, Α. Κούτλας<sup>2</sup>, Ε. Πέλλα<sup>1</sup>, Φ. Ιατρίδη<sup>1</sup>, Α. Καραγιαννίδης<sup>1</sup>, Μ. Δούμας<sup>3</sup>, Α. Παπαγιάννη<sup>1</sup>, Π. Σαραφίδης<sup>1</sup>**<sup>1</sup> Α' Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη<sup>2</sup> Εργαστήριο Φυσιολογίας και Βιοχημείας της Άσκησης, Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού Σερρών Α.Π.Θ., Σέρρες<sup>3</sup> Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Ο επιπολασμός των γνωστικών διαταραχών και της μειωμένης ικανότητας για άσκηση είναι υψηλός στους ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ), εν μέρει λόγω της μειωμένης εγκεφαλικής λειτουργίας. Η εγκεφαλική αιμάτωση και οξυγόνωση είναι σημαντικά διαταραγμένα στη ΧΝΝ. Σκοπός της μελέτης ήταν να εξετάσει την επίδραση της πρωτεϊνουρίας στην εγκεφαλική οξυγόνωση κατά τη διάρκεια ενός ήπιου σωματικού στρες σε ασθενείς με ΧΝΝ προ-τελικού σταδίου.

**Υλικό και Μέθοδος:** Εξήντα έξι ασθενείς με ΧΝΝ σταδίου 2-4, οι οποίοι κατηγοριοποιήθηκαν σε πρωτεϊνουρικούς και μη-πρωτεϊνουρικούς με 24-ωρη συλλογή ούρων, συμπεριλήφθηκαν σε αυτή την post-hoc ανάλυση. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε 3-λεπτη διαλειμματική άσκηση χειρολαβής στο 35% της μέγιστης-εκούσιας-συστολής. Οι μεταβολές στην εγκεφαλική οξυγόνωση και τον τοπικό όγκο αίματος αξιολογήθηκαν με συνεχή καταγραφή των μεταβολών της οξυγονωμένης (O<sub>2</sub>Hb), αποξυγονωμένης (HHb) και ολικής αιμοσφαιρίνης (tHb) μέσω Near-Infrared-Spectroscopy (NIRS) στο προμετωπιαίο λοβό του εγκεφάλου.

**Αποτελέσματα:** Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές ως προς την ηλικία και το BMI μεταξύ των ομάδων. Τα μέσα επίπεδα MMSE-score και MVC (22.3±7.0 vs 23.9±7.5, p=0.416) δεν διέφεραν σημαντικά μεταξύ των 2 ομάδων. Η μέση απόκριση στην εγκεφαλική οξυγόνωση κατά την άσκηση ήταν χαμηλότερη σε ασθενείς με πρωτεϊνουρία (O<sub>2</sub>Hb: 1.02±0.87 vs 1.61±0.95, p=0.018 και diffO<sub>2</sub>Hb 1.53±.97 vs 2.07±1.25, p=0.065). Παρομοίως, η μέση απόκριση της tHb (δείκτης τοπικής όγκου αίματος) ήταν επίσης χαμηλότερη σε πρωτεϊνουρικούς ασθενείς (0.51±1.08 vs 1.16±0.92, p=0.013), ενώ καμία διαφορά δεν ανιχνεύθηκε για την HHb (-0,50±0.55 vs -0,45±0,54; p=0.717). Στο μονοπαραγοντικό μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης, τα επίπεδα πρωτεϊνουρίας δεν σχετίστηκαν σημαντικά με τις παραμέτρους του NIRS.

**Συμπεράσματα:** Η παρουσία και όχι τα επίπεδα πρωτεϊνουρίας σχετίζονται με επιδεινωμένη εγκεφαλική δραστηριότητα κατά τη διάρκεια ενός ήπιου σωματικού στρες σε ασθενείς με ΧΝΝ προ-τελικού σταδίου. Μελλοντικές έρευνες χρειάζεται να αξιολογήσουν το ρόλο της πρωτεϊνουρίας στην έκπτωση της εγκεφαλικής λειτουργίας και την εμφάνιση γνωστικών διαταραχών σε αυτό τον πληθυσμό.

## ΠΑ12

### ΝΥΧΤΕΡΙΝΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΜΕ ΣΥΣΚΕΥΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΜΕ 24ΩΡΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ: ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΟΡΓΑΝΩΝ-ΣΤΟΧΩΝ ΣΕ ΝΕΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1

**Αικ. Θεοδοσιάδη<sup>1</sup>, Α. Κόλλιας<sup>1</sup>, Έ. Βακάλη<sup>1</sup>, Α. Δεστούνης<sup>1</sup>, Ε. Καρυπίδου<sup>2</sup>, Κ. Τσιρουκίδου<sup>3</sup>, Α. Ευαγγελίου<sup>4</sup>, Α. Μέντη<sup>1</sup>, Α. Βαζαίου<sup>5</sup>, Ι. Ζωγράφου<sup>2</sup>, Μ. Δούμας<sup>2</sup>, Γ. Στεργίου<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Γ' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Η Σωτηρία», Αθήνα

<sup>2</sup> Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

<sup>3</sup> Γ' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

<sup>4</sup> Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

<sup>5</sup> Α' Παιδιατρική Κλινική, Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. Κυριακού», Αθήνα

**Σκοπός/Εισαγωγή:** Διερεύνηση της σχέσης της νυχτερινής αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) με συσκευές μέτρησης στο σπίτι και με 24ωρη καταγραφή με δείκτες ασυμπτωματικής βλάβης οργάνων-στόχων σε εφήβους και νέους ενήλικες με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (ΣΔ1).

**Υλικό-Μέθοδοι:** Άτομα ηλικίας 12-30 ετών με ΣΔ1 υποβλήθηκαν σε 24ωρη καταγραφή ΑΠ (ανά 20', Microlife WatchBPO3), μετρήσεις στο σπίτι (7 ημέρες με διπλές μετρήσεις πρωί/απόγευμα, 3 νύχτες με 3 μετρήσεις/νύχτα, Microlife WatchBP Home-N) και αξιολόγηση δεικτών ασυμπτωματικής βλάβης οργάνων-στόχων [δείκτης μάζας αριστερής κοιλίας (LVMI), πάχος έσω-μέσου χιτώνα κοινής καρωτίδας και βολβού (IMT), λόγος λευκωματίνης/κρεατινίνης (ACR) σε 2 διαφορετικά πρωινά δείγματα ούρων].

**Αποτελέσματα:** Αναλύθηκαν δεδομένα από 78 άτομα [άρρενες 59%, μέση ηλικία 21±5 έτη, δείκτης μάζας σώματος 24±3,7 kg/m<sup>2</sup>, HbA1c 7,4±1,0%, διάρκεια ΣΔ1 11,5±6 έτη, 24ωρη συστολική/διαστολική ΑΠ 112±10/67±6 mmHg]. Μετρήσεις LVMI είχαν 67 άτομα, IMT 51 και ACR 73 άτομα. Η νυχτερινή συστολική ΑΠ στην 24ωρη καταγραφή και στις μετρήσεις στο σπίτι συσχετίστηκε (p<0,05) με τους δείκτες LVMI (r=0,36/0,32) και IMT (r=0,35/0,40), ενώ ο λόγος ACR με την HbA1c (r=0,27, p<0,05) και αντίστροφα με τη νυχτερινή πτώση της συστολικής ΑΠ (r=-0,23, p<0,05). Τα αποτελέσματα των αναλύσεων παλινδρόμησης παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.

**Συμπεράσματα:** Σε εφήβους και νέους ενήλικες με ΣΔ1 η νυχτερινή ΑΠ στο σπίτι και στην 24ωρη καταγραφή φαίνεται να παρουσιάζουν παρόμοιες συσχετίσεις με δείκτες ασυμπτωματικής βλάβης οργάνων-στόχων.

**Πίνακας 1.** Πολυπαραγοντικές βηματικές αναλύσεις γραμμικής παλινδρόμησης για τη διερεύνηση καθοριστικών παραγόντων των δεικτών βλάβης οργάνων-στόχων.

Εξαρτημένες μεταβλητές	LVMl (g/m <sup>2.7</sup> )	IMT (mm)	Ln ACR (mg/g)
<b>R<sup>2</sup></b>	0,18	0,34	0,08
<b>Ανεξάρτητες μεταβλητές</b>	<b>Συντελεστής β</b>		
Ηλικία, έτη	NS	0,005**	NS
Φύλο	NS	NS	NS
Δείκτης μάζας σώματος kg/m <sup>2</sup>	0,29*	NS	NS
Νυχτερινή συστολική 24ωρη ΑΠ	0,12*	NS	NS
Νυχτερινή συστολική ΑΠ σπίτι	NS	0,004**	NS
Νυχτερινή πτώση συστολικής 24ωρης ΑΠ	NS	NS	-0,059*

ΑΠ: αρτηριακή πίεση (mmHg); \*p<0,05 ; \*\*p<0,001; NS: μη σημαντικό

### ΠΑ13

## ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ SGLT-2 ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ: ΜΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ

**Ε. Πέλλα<sup>1</sup>, Μ.Ε. Αλεξάνδρου<sup>1</sup>, Μ. Θεοδωρακοπούλου<sup>1</sup>, Α. Τσιτουρίδης<sup>1</sup>, Φ. Ιατρίδη<sup>1</sup>, Α. Καραγιαννίδης<sup>1</sup>, Δ. Φαΐτατζίδου<sup>1</sup>, Ε. Σαμπάνη<sup>1</sup>, Β. Καμπερίδης<sup>2</sup>, Α. Παπαγιάννη<sup>1</sup>, Π. Σαραφίδης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Α' Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

<sup>2</sup> Α' Καρδιολογική Κλινική Α.Π.Θ., ΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Η συνιστώμενη νεφροπροστατευτική θεραπεία με αναστολείς του άξονα ρενίνης αγγειοτενσίνης δεν έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τα καρδιαγγειακά συμβάματα ή τη θνησιμότητα στους ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ). Οι αναστολείς του συμμεταφορέα νατρίου γλυκόζης τύπου 2 (SGLT-2) μειώνουν τα καρδιαγγειακά συμβάματα και την θνησιμότητα σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη και καρδιαγγειακή νόσο, ωστόσο τα στοιχεία από μελέτες σε ασθενείς με ΧΝΝ είναι αντικρουόμενα. Σκοπός της παρούσας μετα-ανάλυσης είναι να αξιολογήσει την επίδραση των SGLT-2 αναστολέων στην καρδιαγγειακή θνησιμότητα σε ασθενείς με ΧΝΝ.

**Υλικό και Μέθοδος:** Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε τέσσερις μηχανές αναζήτησης βιβλιογραφικών αναφορών (PubMed/MEDLINE, Scopus, Cochrane Library και Web of Science) (PROSPERO ID: CRD42022382863). Συμπεριλήφθηκαν τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές που αξιολογούσαν την επίδραση των αναστολέων SGLT-2 στο πρωτεύον καταληκτικό σημείο, τον χρόνο μέχρι τον καρδιαγγειακό θάνατο, σε ασθενείς με ΧΝΝ κατά την έναρξη της μελέτης. Τα δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία περιλάμβαναν την ολική θνησιμότητα και τα μείζονα ανεπιθύμητα καρδιαγγειακά συμβάματα (MACE).

**Αποτελέσματα:** Έντεκα μελέτες με 83.203 ασθενείς με ΧΝΝ συμπεριλήφθηκαν στην μετα-ανάλυση. Η θεραπεία με SGLT-2 αναστολείς, σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο, μείωσε τον κίνδυνο καρδιαγγειακού θανάτου κατά 14% (HR 0,86; 95%CI 0,79-0,94), τον κίνδυνο θανάτου από κάθε αιτία κατά 15% (HR 0,85; 95%CI 0,79-0,91) και τον κίνδυνο για MACE κατά 13% (HR 0,87; 95%CI 0,81-0,93). Παρατηρήθηκε σταθερή θεραπευτική επίδραση στο πρωτεύον καταληκτικό σημείο με όλους τους αναστολείς SGLT-2 (καναγλιφλοζίνη: HR 0,84; 95%CI 0,69-1,02, δαπαγλιφλοζίνη: HR 0,89; 95%CI 0,78-1,01, εμπαγλιφλοζίνη: HR 0,82; 95%CI 0,69-0,97, σοταγλιφλοζίνη: HR 0,90; 95%CI 0,73-1,12) που μελετήθηκαν (ανάλυση υποομάδων  $p=0,85$ ). Στην ανάλυση ευαισθησίας που συμπεριέλαβε δεδομένα από μελέτες που περιείχαν μόνο διαβητικούς ασθενείς διαπιστώθηκαν παρόμοια αποτελέσματα (HR 0,86; 95%CI 0,77-0,97).

**Συμπεράσματα:** Η θεραπεία με SGLT-2 αναστολείς οδηγεί σε σημαντική μείωση του κινδύνου για καρδιαγγειακή και ολική θνησιμότητα σε ασθενείς με ΧΝΝ. Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζουν τη χρήση τους για καρδιαγγειακή προστασία στην ΧΝΝ.

**ΠΑ14****ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΜΕ 24ΩΡΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΕΛΕΤΩΝ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΜΕ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΕΚΤΟΣ ΙΑΤΡΕΙΟΥ****Κ. Κυριακούλης, Αικ. Κομνιανού, Π. Σταθοπούλου, Γ. Στεργίου, Α. Κόλλιας***Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Γ' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Η Σωτηρία», Αθήνα*

**Σκοπός/Εισαγωγή:** Η αρτηριακή πίεση (ΑΠ) εκτός ιατρείου έχει καλύτερη προγνωστική αξία συγκριτικά με την ΑΠ ιατρείου. Ωστόσο, η σύγκριση της προγνωστικής αξίας της ΑΠ στο σπίτι με την ΑΠ στην 24ωρη καταγραφή δεν έχει μελετηθεί επαρκώς.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση προοπτικών μελετών επιβίωσης στις οποίες πραγματοποιήθηκαν μετρήσεις ΑΠ στο σπίτι και με 24ωρη καταγραφή στον ίδιο πληθυσμό. Πραγματοποιήθηκε μετα-ανάλυση για τον υπολογισμό του συγκεντρωτικού μέτρου κινδύνου για το πρωτογενές καταληκτικό σημείο κάθε μελέτης και για κάθε μέθοδο μέτρησης ΑΠ. Η κύρια ανάλυση ήταν η σύγκριση των συγκεντρωτικών μέτρων κινδύνου της ΑΠ στο σπίτι συγκριτικά με την 24ωρη ΑΠ.

**Αποτελέσματα:** Από 2,587 μελέτες που προέκυψαν από την αρχική αναζήτηση, 6 πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης. Μετα-ανάλυση 5 μελετών (n=4,439, σταθμισμένη ηλικία 57 έτη, άρρενες 52%, υπέρταση 68%, διαβήτης 15%, εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσος 11%) ανέδειξε συγκεντρωτικό λόγο κινδύνου [hazard ratio (HR)] για το πρωτογενές καταληκτικό σημείο κάθε μελέτης για αύξηση κατά 10 mmHg της συστολικής ΑΠ στο σπίτι 1.36 (95% διαστήματα εμπιστοσύνης 1.23, 1.50) και αντίστοιχα για την 24ωρη ΑΠ 1.38 (1.22, 1.57) (z-test P=0.86). Μετα-ανάλυση 5 μελετών (n=4,497, σταθμισμένη ηλικία 58 έτη, άρρενες 51%, υπέρταση 65%, διαβήτης 15%, εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσος 9%) ανέδειξε συγκεντρωτικό HR για τη συστολική ΑΠ στο σπίτι, την ημερήσια ΑΠ και τη νυχτερινή ΑΠ 1.29 (1.14, 1.47), 1.30 (1.15, 1.46) και 1.31 (1.14, 1.50), αντίστοιχα (z-test P>0.05 για όλες τις συγκρίσεις). Τα αποτελέσματα για τη διαστολική ΑΠ ήταν παρόμοια. Στις μελέτες που πραγματοποίησαν όλες τις μεθόδους μέτρησης στον ίδιο πληθυσμό (ιατρείο, σπίτι, 24ωρη καταγραφή), οι μετρήσεις ιατρείου παρείχαν το χαμηλότερο HR.

**Συμπεράσματα:** Οι μετρήσεις της ΑΠ στο σπίτι και στην 24ωρη καταγραφή έχουν παρόμοια προγνωστική αξία η οποία υπερτερεί της προγνωστικής αξίας της ΑΠ ιατρείου.

## ΠΑ15

### ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΞΙΑΣ ΤΩΝ ΣΤΑΘΕΡΩΝ ΚΑΤΑΓΡΑΦΩΝ 24ΩΡΗΣ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΟ 1ο ΚΑΙ 2ο 24ΩΡΟ ΤΟΥ ΜΕΣΟΔΙΑΛΥΤΙΚΟΥ ΔΙΑΣΤΗΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ **Φ. Ιατρίδη<sup>1</sup>, Μ. Θεοδωρακοπούλου<sup>1</sup>, Α. Γεωργίου<sup>1</sup>, Α. Καραγιαννίδης<sup>1</sup>, Ε. Πέλλα<sup>1</sup>, Α. Καρπέτας<sup>2</sup>, Ε. Σαμπάνη<sup>1</sup>, Ε. Καρκαμάνη<sup>1</sup>, Α. Παπαγιάννη<sup>1</sup>, Π. Σαραφίδης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Α' Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

<sup>2</sup> Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Θεραπευτική», Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Ο επιπολασμός της αρτηριακής υπέρτασης (ΑΥ) στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς είναι υψηλός. Η περιπατητική καταγραφή της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) κατά το 44ωρο μεσοδιαλυτικό διάστημα αποτελεί την μέθοδο εκλογής για την διάγνωση και τον έλεγχο της ΑΥ σε αυτό τον πληθυσμό. Στην παρούσα μελέτη αξιολογήθηκε η διαγνωστική ακρίβεια και η συμφωνία μεταξύ σταθερών 24ωρων καταγραφών ΑΠ και της 44ωρης ΑΠ σε ασθενείς υπό αιμοκάθαρση.

**Υλικό και Μέθοδος:** Συνολικά 242 ασθενείς υπό αιμοκάθαρση με έγκυρη 48ωρη περιπατητική καταγραφή ΑΠ συμπεριλήφθηκαν στην μελέτη. Η 44ωρη ΑΠ χρησιμοποιήθηκε ως μέθοδος αναφοράς και ελέγχθηκε η συμφωνία της με τις εξής μετρήσεις ΑΠ: ΑΠ κατά το 1<sup>ο</sup> 24ωρο χωρίς την αιμοκάθαρση (20h-1st), ΑΠ κατά το 1<sup>ο</sup> 24ωρο συμπεριλαμβανομένης της αιμοκάθαρσης (24h-1st) και ΑΠ κατά το 2<sup>ο</sup> 24ωρο (24h-2nd).

**Αποτελέσματα:** Όλες οι παράμετροι που μελετήθηκαν έδειξαν ισχυρή συσχέτιση με την 44ωρη ΣΑΠ/ΔΑΠ (20h-1st ΣΑΠ/ΔΑΠ:  $r=0,973/0,978$ , 24h-1st ΣΑΠ/ΔΑΠ:  $r=0,964/0,972$  και 24h-2nd ΣΑΠ/ΔΑΠ:  $r=0,978/0,977$ ). Στην ανάλυση Bland-Altman, παρατηρήθηκαν μικρές διαφορές μεταξύ των υπό μελέτη παραμέτρων και της 44ωρης ΣΑΠ (-1,70, -1,19 και +1,45 mmHg) με περιορισμένα 95% όρια συμφωνίας ([-10,83 έως 7,43], [-11,12 έως 8,74] και [-6,33 έως 9,23] mmHg, αντίστοιχα για την 20h-1st, 24h-1st και 24h-2nd ΣΑΠ). Η ευαισθησία/ειδικότητα και η συμφωνία (κ-statistic) για τη διάγνωση της 44ωρης ΣΑΠ  $\geq 130$ mmHg ήταν υψηλές για την 20h-1st ΣΑΠ (87,2%/96,0%, κ-statistic=0,817), 24h-1st ΣΑΠ (88,7%/96,0%, κ-statistic=0,833) και 24h-2nd ΣΑΠ (95,0%/88,1%, κ-statistic=0,837). Παρόμοια αποτελέσματα παρατηρήθηκαν και για την ΔΑΠ. Στην ROC-ανάλυση, όλες οι παράμετροι ΑΠ που μελετήθηκαν έδειξαν εξαιρετική απόδοση με υψηλές Area-Under-the-Curve τιμές (20h-1st: 0,983/0,992, 24h-1st: 0,984/0,987 και 24h-2nd: 0,982/0,989 για την ΣΑΠ/ΔΑΠ αντίστοιχα).

**Συμπεράσματα:** Η 24ωρη καταγραφή ΑΠ κατά τη διάρκεια είτε της πρώτης είτε της δεύτερης ημέρας του μεσοδιαλυτικού διαστήματος εμφανίζει υψηλή ακρίβεια και ισχυρή συμφωνία με την 44ωρη ΑΠ στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Έτσι, η 24ωρη καταγραφή ΑΠ κατά την διάρκεια είτε της πρώτης είτε της δεύτερης μεσοδιαλυτικής ημέρας θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για τη διάγνωση και τον έλεγχο της ΑΥ σε ασθενείς υπό αιμοκάθαρση.

**ΠΑ16****ΝΥΧΤΕΡΙΝΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΜΕ ΣΥΣΚΕΥΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΜΕ 24ΩΡΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΣΥΜΦΩΝΙΑ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 Η ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΗ****Β. Ντουσόπουλος, Α. Κόλλιας, Α. Μέντη, Ι. Μπουντζώνα, Κ. Κυριακούλης, Αικ. Θεοδοσιάδη, Π. Σταθοπούλου, Α. Ντινέρη, Γ. Στεργίου***Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Γ' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Η Σωτηρία», Αθήνα*

**Σκοπός/ Εισαγωγή:** Διερεύνηση της συμφωνίας μεταξύ της νυχτερινής αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) με συσκευές μέτρησης στο σπίτι και με 24ωρη καταγραφή σε άτομα με υπέρταση και με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2) ή προδιαβήτη.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Ενήλικες με υπέρταση (υπό ή χωρίς αντιυπερτασική θεραπεία) και ΣΔ2 ή προδιαβήτη υποβλήθηκαν σε αξιολόγηση της ΑΠ με μετρήσεις στο σπίτι (7 ημέρες με διπλές μετρήσεις πρωί/απόγευμα και 3 νύχτες με 3 ωριαίες μετρήσεις/νύχτα, Microlife WatchBPHome-N) και με 24ωρη καταγραφή (ανά 20' επί 24 ώρες, Microlife WatchBP03) σε τυχαία σειρά. Ως νυχτερινή υπέρταση θεωρήθηκε ΑΠ  $\geq 120/70$  mmHg (συστολική/διαστολική). Η νυχτερινή πτώση της ΑΠ υπολογίστηκε ως ο λόγος της μείωσης της ΑΠ νύχτας προς την ΑΠ ημέρας. Άτομα με νυχτερινή πτώση συστολικής ή/και διαστολικής ΑΠ  $< 10\%$  σε σχέση με την ημέρα χαρακτηρίστηκαν ως non-dippers.

**Αποτελέσματα:** Αναλύθηκαν δεδομένα από 100 άτομα [ηλικία  $66 \pm 9$  έτη, 68% άνδρες, δείκτης μάζας σώματος  $31 \pm 5$  kg/m<sup>2</sup>, 81% με ΣΔ2]. Η μέση τιμή ΑΠ ημέρας με συσκευή μέτρησης στο σπίτι ήταν  $130 \pm 13/73 \pm 8$  mmHg και με 24ωρη καταγραφή  $127 \pm 12/72 \pm 7$  mmHg (συστολική/διαστολική,  $p < 0,05/p = NS$ ), ενώ την νύχτα  $116 \pm 13/64 \pm 8$  mmHg και  $115 \pm 14/63 \pm 7$  mmHg αντίστοιχα (συστολική/διαστολική,  $p = NS$ ). Διαπιστώθηκε ισχυρή συσχέτιση μεταξύ ΑΠ με τις δύο τεχνικές [(σπίτι/24ωρη): μετρήσεις ημέρας  $r = 0,61/0,73$  και νύχτας  $0,86/0,79$ , συστολική/διαστολική,  $p < 0,05$ ]. Διαπιστώθηκε καλή συμφωνία μεταξύ 24ωρης καταγραφής και μετρήσεων στο σπίτι για τη διάγνωση νυχτερινής υπέρτασης (79%/89%;  $\kappa = 0,54/0,66$  συστολική/διαστολική). Από τους συμμετέχοντες, 34%/34% ήταν non-dippers (σπίτι/24ωρη,  $p = NS$ ), με συμφωνία 72% στην διάγνωση non-dippers [ $\kappa = 0,38$ ].

**Συμπεράσματα:** Τα προκαταρκτικά αυτά αποτελέσματα δείχνουν ότι σε άτομα με διαβήτη ή προδιαβήτη η νυχτερινή καταγραφή ΑΠ με συσκευή μέτρησης στο σπίτι είναι εφικτή και παρέχει ισχυρή συσχέτιση και ικανοποιητική συμφωνία με την 24ωρη καταγραφή στη διάγνωση νυχτερινής υπέρτασης και των non-dippers.



## ΠΑ17

### ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΑΡΙΣΤΕΡΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΒΑΣΙΖΟΜΕΝΗ ΣΤΗΝ ΕΠΛΕΡΕΝΟΝΗ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ ΒΑΣΙΖΟΜΕΝΗΣ ΣΤΗΝ ΙΡΒΕΣΑΡΤΑΝΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ (HEBRO TRIAL)

**Μ. Κουρεμέτη<sup>1</sup>, Π. Ηλιάκης<sup>1</sup>, Σ. Δρογκάρης<sup>1</sup>, Ε. Σιάφη<sup>1</sup>, Ι. Τσούμπου<sup>2</sup>, Α. Σακαλίδης<sup>1</sup>, Δ. Κωνσταντινίδης<sup>1</sup>, Κ. Δημητριάδης<sup>1</sup>, Φ. Τατάκης<sup>1</sup>, Ι. Καχριμανίδης<sup>1</sup>, Ι. Αναστασίου<sup>3</sup>, Μ. Σταθουλοπούλου<sup>1</sup>, Κ. Θωμόπουλος<sup>4</sup>, Κ. Τσιούφης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΑ Ιπποκράτειο, Αθήνα

<sup>2</sup> Νεφρολογική Κλινική, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα

<sup>3</sup> Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Αθήνα

<sup>4</sup> Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Έλενα Βενιζέλου, Αθήνα

**Εισαγωγή:** Η παχυσαρκία συνδέεται σημαντικά με δυσμενείς καρδιαγγειακές εκβάσεις. Η σχέση και η παθοφυσιολογική συσχέτιση της παχυσαρκίας με την αρτηριακή υπέρταση είναι σύμπλοκη. Στα παχύσαρκα άτομα, έχουν διαπιστωθεί αυξημένα επίπεδα αλδοστερόνης, παραγώμενα τόσο σε ιστικό όσο και συστηματικό επίπεδο. Ωστόσο, λίγα είναι γνωστά για την επίδραση του αποκλεισμού της αλδοστερόνης με τη χρήση επλερενόνης σε υπερτασικούς παχύσαρκους ασθενείς ως θεραπεία πρώτης γραμμής.

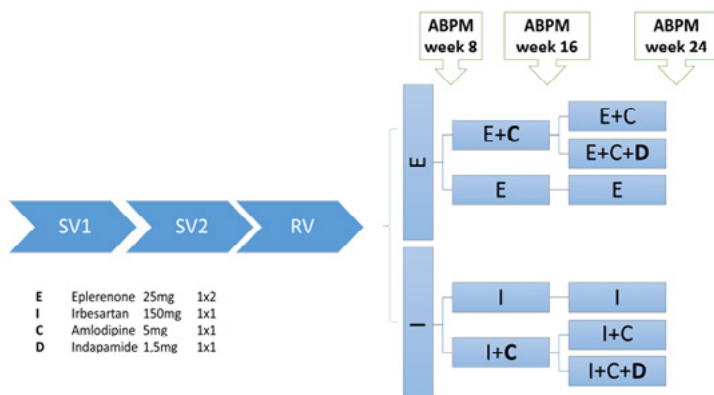
**Σκοπός:** Ο στόχος αυτής της μελέτης είναι να συγκρίνει την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια μεταξύ της στρατηγικής που βασίζεται στην επλερενόνη έναντι της στρατηγικής που βασίζεται στην ιρβεσαρτάνη σε παχύσαρκους υπερτασικούς ασθενείς.

**Μεθοδολογία:** Η HEBRO (antiHypertensive treatment with Eplerenone vs. iBesartan in hypeRtensive Obese patients - HEBRO trial (NCT03476616)) είναι μια προοπτική, τυχαίοποιημένη, ανοιχτή, μελέτη στην οποία έχουν ενταχθεί 96 υπερτασικοί ασθενείς ηλικίας 30 έως 75 ετών, με παχυσαρκία [δείκτης μάζας σώματος ΔΜΣ  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>]. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε τόσο σε μέτρηση αρτηριακής πίεσης ιατρείου όσο και σε 24ωρη περιπατητική καταγραφή αρτηριακής πίεσης. Κατόπιν, και αφού πληρούνταν τα κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού, οι ασθενείς τυχαίοποιήθηκαν σε 25 mg επλερενόνης δύο φορές ή 150 mg ιρβεσαρτάνης μία φορά την ημέρα και παρακολούθηθηκαν για 6 μήνες. Στους 2 και 4 μήνες αντίστοιχα έγινε τιτλοποίηση της αντιυπερτασικής αγωγής με προσθήκη αμλοδιπίνης ή/και ινδαπαμίδης. Το πρωτεύον καταληκτικό σημείο είναι η διαφορά στην 24ωρη περιπατητική καταγραφή αρτηριακής πίεσης μετά από περίοδο παρακολούθησης 6 μηνών και τα δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία είναι η μεταβολή στη γεωμετρία της αριστεράς κοιλίας και του αριστερού κόλπου καθώς και στη λευκωματουρία, εκτιμώμενη από το λόγο αλβουμίνης/κρεατινίνης, μετά από περίοδο παρακολούθησης 6 μηνών (Εικόνα 1: Flow-chart μελέτης).

**Αποτελέσματα:** Η γεωμετρία της αριστερής κοιλίας και του αριστερού κόλπου αξιολογήθηκε αρχικά (baseline) και μετά από περίοδο παρακολούθησης 6 μηνών, εκτιμώντας το δείκτη μάζας της αριστερής κοιλίας [left ventricular mass index (LVMI)], το relative wall thickness (RWT) και το δείκτη όγκου αριστερού κόλπου [left atrial volume index (LAVI)]. Κατά την έναρξη, ο δείκτης LVMI ήταν  $102,9 \text{ g/m}^2 \pm 18,1$  στο σκέλος της ιρβεσαρτάνης έναντι  $110,1 \text{ g/m}^2 \pm 30,5$  στο σκέλος της επλερενόνης,  $p=0.237$ . Στους 6 μήνες, ο δείκτης LVMI ήταν  $99,1 \text{ g/m}^2 \pm 21,2$  στο σκέλος της ιρβεσαρτάνης έναντι  $107,8 \text{ g/m}^2 \pm 31,2$ , στο σκέλος της επλερενόνης,  $p=0.283$ . Η μεταβολή του LVMI στα δύο σκέλη της μελέτης ήταν  $-5,6 \text{ g/m}^2 \pm 17,8$  έναντι  $-4,5 \text{ g/m}^2 \pm 22,6$ ,  $p=0.843$ , αντίστοιχα. Κατά την έναρξη, ο δείκτης RWT ήταν  $0,41 \pm 0,05$  στο σκέλος της ιρβεσαρτάνης έναντι  $0,41 \pm 0,06$  στο σκέλος της επλερενόνης,  $p=0.603$ . Στους 6 μήνες, ο δείκτης RWT ήταν  $0,39 \pm 0,08$  στο σκέλος της ιρβεσαρτάνης έναντι  $0,38 \pm 0,06$  στο σκέλος της επλερενόνης,  $p=0.729$ . Η μεταβολή του RWT στα δύο σκέλη της μελέτης ήταν  $-0,02 \pm 0,1$  έναντι  $-0,03 \pm 0,07$ ,  $p=0.664$  αντίστοιχα. Όσον αφορά τη γεωμετρία του αριστερού κόλπου, κατά την έναρξη, ο δείκτης LAVI ήταν  $30,6 \text{ ml/m}^2 \pm 16,9$  στο σκέλος της ιρβεσαρτάνης έναντι  $30,7 \text{ ml/m}^2 \pm 11,1$  στο σκέλος της επλερενόνης,  $p=0.979$ . Στους 6 μήνες, ο δείκτης LAVI ήταν  $32,1 \text{ ml/m}^2 \pm 14,8$  στο σκέλος της ιρβεσαρτάνης έναντι  $26,2 \text{ ml/m}^2 \pm 7,2$  στο σκέλος της επλερενόνης,  $p=0.059$ . Η μεταβολή του LAVI στα δύο σκέλη της μελέτης ήταν  $+1,1 \text{ ml/m}^2 \pm 6,6$  έναντι  $-4,1 \text{ ml/m}^2 \pm 7,1$ ,  $p=0.06$ , αντίστοιχα.

**Συμπεράσματα:** Συμπερασματικά, δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη γεωμετρία της αριστερής κοιλίας και του αριστερού κόλπου μεταξύ της αρχικής εκτίμησης και μετά από 6 μήνες παρακολούθησης, αν και υπάρχει μια αριθμητική τάση προς το σκέλος της επλερενόνης, όσον αφορά τη μείωση του LAVI. Μπορεί να ειπωθεί ότι η θεραπευτική στρατηγική βασιζόμενη στην επλερενόνη δεν είναι κατώτερη (non-inferior) συγκριτικά με την θεραπευτική στρατηγική βασιζόμενη στην ιρβεσαρτάνη όσον αφορά τη μείωση της υπερτροφίας της αριστερής κοιλίας και του όγκου του αριστερού κόλπου σε παχύσαρκους υπερτασικούς ασθενείς.

## HEBRO flow chart



## Ηλεκτρονικά Αναρτημένες Ανακοινώσεις (e-Posters)

### ΗΑΑ01

#### ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΠΙΠΕΔΩΝ MIRNA-21 ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ HYPER-MASTIC: ΈΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΝΕΩΝ ΚΑΙΝΟΤΟΜΩΝ ΦΥΤΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΜΑΣΤΙΧΑΣ ΧΙΟΥ ΜΕ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΔΡΑΣΗ Μ. Τσώτα<sup>1</sup>, Π. Γιαρδόγλου<sup>1</sup>, Ε. Μέντσιου-Νικολάου<sup>1,2</sup>, Ι.Π. Καλαφάτη<sup>1,2</sup>, Α.Α. Κυριαζοπούλου Κοροβέση<sup>2</sup>, Μ. Παπαϊωάννου<sup>2</sup>, Χ. Κωνσταντάκη<sup>2</sup>, Λ. Αγγελιδάκης<sup>2</sup>, Η. Σμυρνιούδης<sup>3</sup>, Β. Παχή<sup>4</sup>, Ν. Πολυμενάκος<sup>4</sup>, HYPER MASTIC Consortium, Κ. Σταματελόπουλος<sup>2</sup>, Γ. Δεδούσης<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Σχολή Επιστημών Υγείας και Αγωγής, Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα, Ελλάδα

<sup>2</sup> Θεραπευτική Κλινική, Ιατρική σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα

<sup>3</sup> Ένωση Μαστιχοπαραγωγών Χίου, Χίος, Ελλάδα

<sup>4</sup> IASIS Pharmaceuticals Hellas, Αθήνα, Ελλάδα

\*HYPER MASTIC Consortium: Ιωάννης Π. Τρουγκάκος, Μαρία Χαλαμπαλάκη, Ιωάννα Ανδρεάδου, Παναγιώτης Εφεντάκης, Αθηνά Αμανατίδου, Ελένη Μικροπούλου, Λυδία Συμεωνίδη, Ξανθίππη Λούκα, Ειρήνη Γκόγκου, Δέσποινα Γιαννιού

**Σκοπός:** Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, 1,3δισ ενήλικες εμφανίζουν υπέρταση, καθιστώντας την έναν από τους κύριους παράγοντες πρόωρης θνησιμότητας. Πρόσφατα, η μαστίχα Χίου αναγνωρίστηκε ως ένα πολύτιμο φυτοθεραπευτικό προϊόν λόγω της αντιοξειδωτικής και αντιφλεγμονώδους δράσης της, ενισχύοντας έτσι το αυξανόμενο ερευνητικό ενδιαφέρον, παράλληλα με την ανάπτυξη των κλασικών ιατροφαρμακευτικών προσεγγίσεων. Στα πλαίσια του εν εξελίξει ερευνητικού έργου HYPER-MASTIC, πραγματοποιήθηκε τυχαίοποιημένη μελέτη παρέμβασης στον Ελληνικό πληθυσμό με σκοπό την αξιολόγηση της αντιυπερτασικής δράσης της μαστίχας. Για την εκτίμηση της επίδρασης της μαστίχας προχωρήσαμε στην ανάλυση έκφρασης του miRNA-21; μικρό, μη-κωδικοποιητικό RNA που δρα ως ρυθμιστικό σηματοδοτικό μόριο σε μετα-μεταγραφικό επίπεδο, έχοντας αναγνωρισθεί ως βιοδείκτης υπερτασικής καρδιομυσπάθειας.

**Μέθοδοι:** Στρατολογήθηκαν εθελοντές με καλά ρυθμισμένη αρτηριακή υπέρταση στη Θεραπευτική Κλινική, ΕΚΠΑ, όπου χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες, λαμβάνοντας: α) 2800mg & β) 1500mg μαστίχας, γ) εικονικό φάρμακο για τρεις μήνες. Στην παρούσα ανάλυση ενοποιήθηκαν τα δείγματα των δύο πρώτων κατηγοριών και χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα 30 εθελοντών: 13 γυναίκες και 17 άνδρες, με μέσο όρο ηλικίας 61,8 έτη, από τους οποίους 18 έλαβαν μαστίχα και 12 εικονικό φάρμακο. Ύστερα από συλλογή βιολογικού υλικού στα στάδια ένταξης και ολοκλήρωσης της παρέμβασης, πραγματοποιήθηκε

ανάλυση των επιπέδων miRNA-21 στο πλάσμα των εθελοντών μέσω ποσοτικής-PCR πραγματικού χρόνου, καθώς μελετήθηκε και η συσχέτισή τους με την ενδοθηλιακή λειτουργία με τη χρήση τεκμηριωμένου δείκτη ενδοθηλίου-εξαρτώμενης αγγειοδιαστολής στη βραχιόνια αρτηρία (flow-mediated dilation|FMD) χρησιμοποιώντας το στατιστικό πακέτο SPSS(24.0).

**Αποτελέσματα:** Οι εθελοντές που έλαβαν εικονικό φάρμακο παρουσίασαν αύξηση των επιπέδων miRNA-21 ( $p=0,0032$ ), η οποία σχετίστηκε με στατιστικά σημαντική μείωση κατά 10.3% ( $p=0,012$ ) της ΔFMD [(CI 95% (-17.471, -3.191,)]. Στους εθελοντές που έλαβαν σκεύασμα μαστίχας διατηρήθηκαν σταθερά τα επίπεδα του miRNA-21 ( $p=0,56$ ) και δεν παρατηρήθηκε αλλαγή στο ΔFMD [CI 95% (-8,593, 10,280)].

**Συμπεράσματα:** Η συμπληρωματική λήψη μαστίχας Χίου επί αντιυπερτασικής αγωγής σε ασθενείς με καλά ρυθμισμένη υπέρταση παρουσιάζει ρυθμιστικό ρόλο στα επίπεδα miRNA-21, υποδεικνύοντας τις πιθανές αντιυπερτασικές και αγγειοπροστατευτικές της ιδιότητες.

*Υλοποιήθηκε στο πλαίσιο της Δράσης ΕΡΕΥΝΩ-ΔΗΜΙΟΥΡΓΩ-ΚΑΙΝΟΤΟΜΩ και συγχρηματοδοτήθηκε από το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης (ΕΤΠΑ) της Ευρωπαϊκής Ένωσης και εθνικούς πόρους μέσω του Ε.Π. Ανταγωνιστικότητα, Επιχειρηματικότητα & Καινοτομία (ΕΠΑνΕΚ) (Τ2ΕΔΚ-00547)*

## ΗΑΑ02

### ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΡΟΛΟΥ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ ΣΤΗΝ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΤΟΝ 20ΕΤΗ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΚΙΝΔΥΝΟ: ΜΕΛΕΤΗ ΑΤΤΙΚΗ, 2002-2022

**Θ. Κομζιά<sup>1</sup>, Ε. Δαμίγου<sup>1</sup>, Χ. Χρυσόχο<sup>2</sup>, Φ. Μπάρκας<sup>3</sup>, Ε. Κραββαρίτη<sup>4</sup>, Ε. Μιχελής<sup>2</sup>, Α. Σοφιανίδη<sup>2</sup>, Χ. Σουσουή<sup>2</sup>, Αικ. Σκανδάλη<sup>2</sup>, Ν. Σίνου<sup>2</sup>, Ε. Λυμπερόπουλος<sup>4</sup>, Κ. Τσιούφης<sup>2</sup>, Π.Π. Σφηκάκης<sup>4</sup>, Χ. Πίτσαβος<sup>2</sup>, Δ. Παναγιωτάκος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας - Διατροφής, Σχολή Επιστημών Υγείας και Αγωγής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα

<sup>2</sup> Α' Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

<sup>3</sup> Τμήμα Εσωτερικής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

<sup>4</sup> Α Τμήμα Προπαιδευτικής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, Λαϊκό Γενικό Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

**Σκοπός/Εισαγωγή:** Στόχος της παρούσας εργασίας ήταν ο έλεγχος του πιθανού τροποποιητικού ρόλου του φύλου στην επίδραση της αρτηριακής υπέρτασης στην 20ετή επίπτωση της καρδιαγγειακής νόσου.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Την περίοδο 2001-2002 εντάχθηκαν στη μελέτη 1.514 άνδρες και 1.528 γυναίκες (>18 ετών) ελεύθεροι καρδιαγγειακής νόσου, από τον Νομό Αττικής. Το 2022 πραγματοποιήθηκε ο 20ετής επανέλεγχος της μελέτης σε 2.169 συμμετέχοντες. Η διάγνωση της υπέρτασης και της καρδιαγγειακής νόσου έγινε με βάση τα κριτήρια WHO-ICD-10.

**Αποτελέσματα:** Στη διάρκεια της 20ετίας, το 36,1% (n=718) των ατόμων του δείγματος (n=1.988) βίωσαν κάποιο θανατηφόρο ή μη καρδιαγγειακό επεισόδιο (40,2% των ανδρών, 32,1% των γυναικών, p<0,001). Ο επιπολασμός της αρτηριακής υπέρτασης κατά την έναρξη της μελέτης ήταν 30% (37,6% στους άνδρες, 22,6% στις γυναίκες, p<0,001). Σε πολυπαραγοντική ανάλυση, δείχθηκε ότι τα άτομα με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης είχαν 46% μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου στην 20ετία (95% Διάστημα Εμπιστοσύνης (95%ΔΕ): 1,06, 2,01). Σε διαστρωματοποιημένη ανάλυση ανά φύλο, βρέθηκε ότι ο κίνδυνος αυτός είναι παρόμοιος στους άνδρες (Σχετικός Κίνδυνος (ΣΚ)= 1,38, 95%ΔΕ: 0,91, 2,10) και τις γυναίκες (ΣΚ= 1,32, 95%ΔΕ: 0,79, 2,19) (p=0,889). Εστιάζοντας στις γυναίκες, ο κίνδυνος εμφάνισης της υπό εξέταση νόσου στην 20ετία παρουσία ιστορικού υπέρτασης φάνηκε να είναι ελαφρά μεγαλύτερος στις γυναίκες μετά εμμηνόπαυσης σε σύγκριση με τις γυναίκες προ εμμηνόπαυσης (ΣΚ= 1,71, 95%ΔΕ: 0,67, 4,35, έναντι ΣΚ= 1,02, 95%ΔΕ: 0,45, 2,31, p=0,499).

**Συμπεράσματα:** Τα συγκεκριμένα ευρήματα επιβεβαιώνουν την τεκμηριωμένη επιβαρυντική επίδραση της αρτηριακής υπέρτασης στην εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου και πιθανά ενισχύουν την ανάγκη διεξαγωγής περαιτέρω σχετικών μελετών οι οποίες θα λαμβάνουν υπόψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του κάθε φύλου.

**ΗΛΑ03****ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ:  
ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΤΤΙΚΗ (2002-2022)****Ε. Δερδελάκου<sup>1</sup>, Ε. Δαμίγου<sup>1</sup>, Μ. Γεωργούλης<sup>1</sup>, Ρ.Ι. Κωστή<sup>2</sup>, Χ. Χρυσόχου<sup>3</sup>,  
Φ. Μπάρκας<sup>4</sup>, Χ. Βαφιά<sup>1</sup>, Ε. Βλαχοπούλου<sup>1</sup>, Ε. Κραββαρίτη<sup>5</sup>, Χ. Πίτσαβος<sup>3</sup>,  
Κ. Τσιούφης<sup>3</sup>, Ε. Λυμπερόπουλος<sup>5</sup>, Π. Σφηκάκης<sup>5</sup>, Δ. Παναγιωτάκος<sup>1</sup>**<sup>1</sup> Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Σχολή Επιστημών Υγείας και Αγωγής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα<sup>2</sup> Τμήμα Διαιτολογίας-Διατροφολογίας, Σχολή Επιστημών Φυσικής Αγωγής, Αθλητισμού και Διαιτολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τρίκαλα<sup>3</sup> Α' Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα<sup>4</sup> Τμήμα Εσωτερικής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα<sup>5</sup> Α' Τμήμα Προπαιδευτικής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, Λαϊκό Γενικό Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

**Σκοπός/Εισαγωγή:** Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση της επίπτωσης της υπέρτασης στον Ελληνικό πληθυσμό κατά τη διάρκεια 20 ετών παρακολούθησης.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Την περίοδο 2001-2002, κατά την έναρξη της μελέτης ΑΤΤΙΚΗ, επιλέχθηκαν τυχαία 4.056 άτομα από την ευρύτερη περιοχή της Αθήνας, εκ των οποίων τα 3.042 (75% ποσοστό συμμετοχής) που δεν εμφάνιζαν κάποιο καρδιαγγειακό νόσημα, συμφώνησαν να συμμετάσχουν. Το 2022, πραγματοποιήθηκε η 20ετής επανεξέταση και ο υπολογισμός της 20ετούς επίπτωσης της υπέρτασης. Στην παρούσα μελέτη, οι συμμετέχοντες που είχαν οριστεί ως υπερτασικοί κατά την αρχική εξέταση (n=610) αποκλείστηκαν, όπως επίσης και όσοι χάθηκαν από την επανεξέταση (n=144). Επομένως, τελικά αναλύθηκαν δεδομένα από 1.415 συμμετέχοντες. Η υπέρταση ορίστηκε σύμφωνα με τα κριτήρια WHO-ICD-10.

**Αποτελέσματα:** Η 20ετής επίπτωση υπέρτασης ήταν 22,2% (n=314). Οι υπερτασικοί συμμετέχοντες ήταν κυρίως ηλικιωμένοι, άνδρες, που έπασχαν από χρόνιες καρδιομεταβολικές ασθένειες (υπερχοληστερολαιμία, διαβήτη, παχυσαρκία), και ακολουθούσαν έναν ανθυγιεινό τρόπο ζωής (δηλαδή περισσότερα πακέτο-έτη καπνίσματος, πιο ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες). Ακόμη, παρατηρήθηκε ότι η επίπτωση της υπέρτασης συσχετίστηκε σημαντικά με την παχυσαρκία ( $p<0,001$ ), τον σακχαρώδη διαβήτη ( $p<0,001$ ), την υπερχοληστερολαιμία ( $p<0,001$ ) και τα αυξημένα επίπεδα τριγλυκεριδίων ( $p=0,005$ ).

**Συμπεράσματα:** Η 20ετής επίπτωση της υπέρτασης ήταν ιδιαίτερα υψηλή. Επομένως, είναι απαραίτητες οι συνεχείς δράσεις ευαισθητοποίησης του πληθυσμού και η εξατομικευμένη προσέγγιση προκειμένου να βοηθήσουν στην πρόληψη της υπέρτασης.

## ΗΑΑ04

### ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΔΙΑΛΕΙΠΟΥΣΑΣ ΙΣΟΜΕΤΡΙΚΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΜΕΤΡΙΑΣ ΕΝΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

**Α. Κόλλιας, Π. Σταθοπούλου, Κ.Γ. Κυριακούλης, Γ. Στεργίου**

*Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Γ' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Η Σωτηρία», Αθήνα*

**Σκοπός/Εισαγωγή:** Τα δεδομένα για την απάντηση της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) σε σωματική άσκηση μέτριας έντασης είναι περιορισμένα. Η διαδικασία αυτή είναι χρήσιμη σε πρωτόκολλα πιστοποίησης νέων τεχνολογιών μέτρησης ΑΠ χωρίς περιχειρίδα, όπου απαιτούνται μετρήσεις ΑΠ πριν και μετά από ελεγχόμενη αύξησή της. Η παρούσα μελέτη αξιολόγησε την απάντηση της ΑΠ σε πρωτόκολλο διαλείπουσας ισομετρικής άσκησης μέτριας έντασης με «χειρολαβή εκγύμνασης (handgrip)».

**Υλικό-Μέθοδοι:** Πραγματοποιήθηκαν 4 μετρήσεις ΑΠ (R1-R2-R3-R4 - υδραργυρικό πιεσόμετρο) και της καρδιακής συχνότητας σε συνθήκες ηρεμίας, με μεσοδιάστημα ενός λεπτού. Ακολούθως, προσδιορίστηκε η μέγιστη δύναμη δραγμού του επικρατούντος άνω άκρου (δυναμόμετρου χεριού). Σε κάθε ασθενή η αντίσταση της χειρολαβής ρυθμίστηκε στο 30% της μέγιστης δύναμής του. Ακολούθησε αρχική φάση αύξησης της ΑΠ με 12 ολοκληρωμένα σετ άσκησης (8 επαναλήψεις/σετ) εναλλάξ σε κάθε χέρι. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε νέα μέτρηση ΑΠ (R5) και της καρδιακής συχνότητας και ακολούθησαν 4 ολοκληρωμένα σετ άσκησης (φάση συντήρησης) εναλλάξ σε κάθε χέρι και μέτρηση της ΑΠ (R6) και της καρδιακής συχνότητας. Έγινε επανάληψη της ίδιας διαδικασίας ώστε να ληφθούν 5 ακόμα μετρήσεις ΑΠ (R7, R8, R9, R10, R11).

**Αποτελέσματα:** Μελετήθηκαν 45 άτομα [ηλικία  $47 \pm 12$  έτη, δείκτης μάζας σώματος (BMI)  $27 \pm 4$  kg/m<sup>2</sup>, 69% άνδρες, 33% υπό αντιυπερτασική θεραπεία, συστολική/διαστολική ΑΠ ηρεμίας  $124 \pm 16/81 \pm 11$  mmHg (μέση τιμή R3-R4, ΣΑΠ/ΔΑΠ), καρδιακή συχνότητα  $75 \pm 13$  παλμοί/λεπτό]. Σε 22% η ΣΑΠ ηρεμίας ήταν  $\geq 140$  mmHg. Παρατηρήθηκε μέση αύξηση ΣΑΠ (διαφορά μέσης τιμής R5-R7-R9-R11 και R1-R2)  $7 \pm 6$  mmHg. Σε 38% των συμμετεχόντων διαπιστώθηκε αύξηση  $\geq 8$  mmHg, 27%  $\geq 10$  mmHg και 33%  $< 5$  mmHg. Δεν παρατηρήθηκαν αξιολογες μεταβολές στην ΔΑΠ και την καρδιακή συχνότητα [ $0,7 \pm 3,4$  mmHg και  $0,9 \pm 3,6$  παλμοί/λεπτό]. Διαπιστώθηκε τάση αρνητικής συσχέτισης του BMI με την αύξηση της ΣΑΠ ( $r = -0,27$ ,  $P = 0,07$ ).

**Συμπεράσματα:** Το παραπάνω πρωτόκολλο σωματικής άσκησης μέτριας έντασης προκαλεί αξιολογική και σταθερή αύξηση της ΣΑΠ σε σημαντικό ποσοστό συμμετεχόντων και μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε πρωτόκολλα πιστοποίησης νέας τεχνολογίας μέτρησης της ΑΠ.

**ΗΑΑ05****ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΜΕΣΟΠΡΟΘΕΣΜΗΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ****Σ. Σπηλιοπούλου, Δ. Δραγώνας, Ν. Τσούτσουρα, Ε. Ζωγράφου, Χ. Γκόγκα,****Α. Δημητρίου, Ε. Μανιός***Θεραπευτική Κλινική, Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα, Αθήνα*

**Σκοπός:** Είναι ευρέως γνωστό πως η μεταβλητότητα της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) σε υπερτασικούς ασθενείς σχετίζεται με την ανάπτυξη βλαβών σε όργανα στόχους και με καρδιαγγειακά συμβάματα. Ωστόσο, η επίδραση της μεταβλητότητας της αρτηριακής πίεσης στην έκβαση των καρδιαγγειακών συμβαμάτων ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ) δεν έχει αποσαφηνιστεί. Στόχος αυτής της μελέτης ήταν να συσχετίσει τη μεσοπρόθεσμη μεταβλητότητα με την καρδιαγγειακή θνητότητα σε ασθενείς με ΧΝΝ.

**Υλικό-Μέθοδοι:** 137 ασθενείς που παραπέμφθηκαν για εκτίμηση στο Τμήμα Υπέρτασης του νοσοκομείου μας, υποβλήθηκαν σε κατ' οίκον καταγραφή της αρτηριακής πίεσης. Οι συμμετέχοντες έλαβαν οδηγίες να παίρνουν 2 μετρήσεις ΑΠ κάθε πρωί και απόγευμα για 7 ημέρες, με 1 λεπτό μεσοδιάστημα ανάπαυσης ανάμεσα στις μετρήσεις, στην καθιστή θέση και αφού είχε προηγηθεί 5λεπτη ανάπαυση στην ίδια θέση. Στη συνέχεια υπολογίστηκε η μέση τιμή των πρωινών και απογευματινών καταγραφών καθώς και των συνολικών μετρήσεων. Η κατ' οίκον *BPV* ποσοτικοποιήθηκε χρησιμοποιώντας την τυπική απόκλιση (*SD*), τον συντελεστή μεταβλητότητας και τις τιμές πρωινής μείον της απογευματινής ΑΠ. Η διάμεση παρακολούθηση για θανατηφόρα καρδιαγγειακά συμβάματα ήταν 3 χρόνια. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε *Cox regression analysis*.

**Αποτελέσματα:** Ο πληθυσμός της μελέτης αποτελούνταν από 102 άνδρες (75%). Η μέση ηλικία ήταν τα 70 έτη, η μέση ΑΠ ιατρείου τα 142/76mmHg και η μέση κατ' οίκον ΑΠ τα 137/74mmHg. Κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης υπήρξαν 12 θανατηφόρα καρδιαγγειακά συμβάματα. Η πολυπαραγοντική *Cox regression analysis* έδειξε πως η τυπική απόκλιση της συστολικής κατ' οίκον ΑΠ ήταν ένας ανεξάρτητος προγνωστικός δείκτης της καρδιαγγειακής θνητότητας (HR: 1.19, 95%CI 1.02-1.38,  $p=0.022$ ) μετά από στάθμιση για την ηλικία, το φύλλο, το ιστορικό ΣΔ, υπερλιπιδαιμίας, καπνίσματος, αντι-υπερτασικής αγωγής και μέσης κατ' οίκον συστολικής πίεσης.

**Συμπεράσματα:** Η μεσοπρόθεσμη μεταβλητότητα της αρτηριακής πίεσης είναι ένας ανεξάρτητος προγνωστικός δείκτης της καρδιαγγειακής θνητότητας σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο.



**ΗΑΑ06****ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΟΣ ΕΙΚΟΣΑΠΕΝΤΑΝΟΪΚΟΥ ΟΞΕΩΣ (ΕΡΑ) ΥΨΗΛΗΣ ΚΑΘΑΡΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΚΙΝΔΥΝΟ****Χ. Λιάκος<sup>1</sup>, Δ. Παπαδόπουλος<sup>2</sup>**<sup>1</sup> Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο ΓΝΑ, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα<sup>2</sup> Κέντρο Αριστείας της ΕSH στην υπέρταση, Καρδιολογική Κλινική, Λαϊκό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα

**Σκοπός/Εισαγωγή:** Η ρύθμιση της δυσλιπιδαιμίας είναι σημαντική κυρίως για τη δευτερογενή καρδιαγγειακή πρόληψη. Ενώ η διαχείριση του πρωτεύοντος στόχου της μείωσης της LDL είναι καλά τεκμηριωμένη, η ιδανική προσέγγιση του δευτερεύοντος στόχου της μείωσης των τριγλυκεριδίων (TG) δεν είναι εξίσου επαρκώς καθορισμένη. Τα χορηγούμενα σκευάσματα ω-3 λιπαρών οξέων διαφέρουν μεταξύ τους σε σύσταση και περιεκτικότητα. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί η επίδραση σκευάσματος εικοσαπεντανοϊκού οξέως (ΕΡΑ) υψηλής καθαρότητας σε καρδιαγγειακούς και μεταβολικούς δείκτες σε άτομα με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο, όπως είναι και οι υπερτασικοί ασθενείς.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 226 άτομα, >50 ετών, με αυξημένα TG (135-500 mg/dl) και  $\geq 1$  από τους κατωτέρω καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου: αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, υπερηχογραφικά τεκμηριωμένη αθηρωμάτωση, περιφερική αρτηριοπάθεια, προηγούμενο έμφραγμα του μυοκαρδίου ή ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο. Οι συμμετέχοντες έλαβαν την κλασική διατροφική συμβουλευτική και επιπλέον 2 g ΕΡΑ δις ημερησίως για 3 μήνες. Βιοχημικές και μεταβολικές αιματολογικές παράμετροι (TG, LDL, HDL, ολική χοληστερόλη [TChol], απολιποπρωτεΐνη Α [ApoA], απολιποπρωτεΐνη Β [ApoB], γλυκόζη, γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη [HbA1c] και C-αντιδρώσα πρωτεΐνη [CRP]) μετρήθηκαν πριν και 3 μήνες από την έναρξη της αγωγής.

**Αποτελέσματα:** Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν  $61.1 \pm 1.1$  έτη, 62.4% ήταν άντρες, η δε μέση αρχική τιμή των TG ήταν  $263 \pm 13$  mg/dl. Στους 3 μήνες, όλοι οι βιοδείκτες βελτιώθηκαν σημαντικά ( $p < 0.05$ ), ανεξαρτήτως φύλου και ηλικίας: TG  $155 \pm 8$  vs  $263 \pm 13$  mg/dl, LDL  $95 \pm 3$  vs  $118 \pm 5$  mg/dl, HDL  $47 \pm 1$  vs  $43 \pm 1$  mg/dl, TChol  $176 \pm 4$  vs  $199 \pm 5$  mg/dl, ApoA  $75 \pm 16$  vs  $63 \pm 14$  mg/dl, ApoB  $64 \pm 12$  vs  $66 \pm 12$  mg/dl, γλυκόζη  $102 \pm 2$  vs  $108 \pm 3$  mg/dl, HbA1c  $5.83 \pm 0.1$  vs  $5.97 \pm 0.1$  % και CRP  $1.92 \pm 0.2$  vs  $5.26 \pm 2.8$  mg/l.

**Συμπεράσματα:** Η χορήγηση 4 g ημερησίως ΕΡΑ υψηλής καθαρότητας επιτυγχάνει σημαντική μείωση και ικανοποιητική ρύθμιση των TG. Επιπλέον, η συγκεκριμένη αγωγή, σε συνδυασμό με διατροφική συμβουλευτική, δείχνει να έχει και πλειοτροπικές ευεργετικές καρδιομεταβολικές δράσεις, μεταξύ άλλων και στους υπερτασικούς ασθενείς.

**ΗΑΑ07****ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΣΤΗΝ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ****Β. Ντουσόπουλος, Α. Κόλλιας, Α. Μέντη, Κ. Κυριακούλης, Αικ. Θεοδοσιάδη, Π. Σταθοπούλου, Α. Ντινέρη, Γ. Στεργίου***Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Γ' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Η Σωτηρία», Αθήνα*

**Σκοπός/Εισαγωγή:** Διερεύνηση της επίδρασης του αριθμού μετρήσεων της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) στο ιατρείο με ακροαστική και ταλαντωσιμετρική τεχνική στην ταξινόμηση της ΑΠ σε ασθενείς με κολλική μαρμαρυγή (ΚΜ).

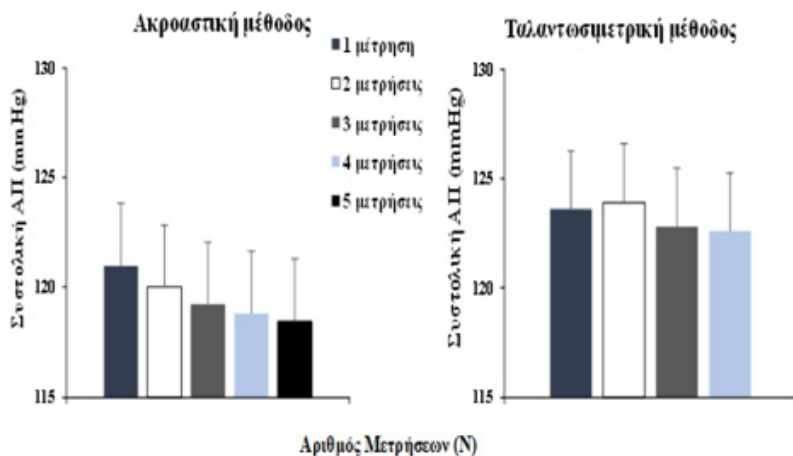
**Υλικό-Μέθοδοι:** Ασθενείς με μόνιμη ΚΜ αξιολογήθηκαν στο ιατρείο σε μία επίσκεψη, με διαδοχικές εναλλασσόμενες μετρήσεις ΑΠ με υδραργυρικό (5 μετρήσεις) και αυτόματο ταλαντωσιμετρικό πιεσόμετρο βραχίονα (4 μετρήσεις). Η κατηγοριοποίηση της ΑΠ βασίστηκε στις Ευρωπαϊκές Κατευθυντήριες Οδηγίες.

**Αποτελέσματα:** Αναλύθηκαν 44 συμμετέχοντες (μέση ηλικία  $76,5 \pm 10,5$  έτη, 59% άντρες, 91% με υπέρταση υπό θεραπεία). Η μέση τιμή ± τυπική απόκλιση της συστολικής/διαστολικής ΑΠ με το υδραργυρικό και το αυτόματο πιεσόμετρο ήταν  $119 \pm 19/69 \pm 11$  και  $123 \pm 18/74 \pm 11$  mmHg αντίστοιχα ( $p < 0.05/0.05$ ). Τα επίπεδα συστολικής ΑΠ στο ιατρείο βάσει της μέσης τιμής αυξανόμενου αριθμού μετρήσεων φαίνονται στο

**Γράφημα.** Ο επιπολασμός των ατόμων με άριστη, φυσιολογική, υψηλή φυσιολογική ΑΠ, υπέρταση βαθμού 1 και 2 βάσει της ακροαστικής τεχνικής ήταν: 52/18/7/16/7% (1 μέτρηση), 61/7/14/11/7% (μέσος όρος 2 μετρήσεων), 61/11/9/11/7% (3 μετρήσεις), 66/7/4/16/7% (4 μετρήσεις) και 61/11/7/16/4% (5 μετρήσεις) ( $p = NS$  για όλες τις συγκρίσεις με την 1η μέτρηση). Αντίστοιχα με την ταλαντωσιμετρική μέθοδο: 39/21/11/23/7% με 1 μέτρηση, 46/14/16/18/7% (2 μετρήσεις), 48/16/16/14/7% (3 μετρήσεις) και 50/14/16/16/5% (4 μετρήσεις) ( $p = NS$  για όλες τις συγκρίσεις με την 1η μέτρηση). Η συμφωνία στη διάγνωση ατόμων με ΑΠ  $> 120/80$  mmHg μεταξύ 1<sup>ης</sup> και μέσου όρου 1<sup>ης</sup>-3<sup>ης</sup> μέτρησης ήταν 91% ( $\kappa = 0,82$ ) τόσο με την ακροαστική όσο και με την ταλαντωσιμετρική μέθοδο.

**Συμπεράσματα:** Τα προκαταρκτικά αυτά αποτελέσματα δείχνουν ότι η σύσταση των κατευθυντήριων οδηγιών για πραγματοποίηση τριπλής μέτρησης της ΑΠ στο ιατρείο είναι χρήσιμη και σε ασθενείς με ΚΜ.

**Γράφημα.** Μέση τιμή αρτηριακής πίεσης στο ιατρείο με ακροαστική και ταλαντωσιμετρική μέθοδο (± τυπικό σφάλμα).



**ΗΛΑ08****ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΛΕΥΚΗΣ ΜΠΛΟΥΖΑΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΑΛΥΜΜΕΝΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΔΕΝ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ****Δ. Δραγώνας, Σ. Σπηλιοπούλου, Ν. Τσούτσουρα, Ε. Ζωγράφου, Χ. Γκόγκα, Α. Δημητρίου, Ε. Μανιός***Θεραπευτική Κλινική, Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα, Αθήνα*

**Σκοπός:** Οι ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαχείριση της αρτηριακής υπέρτασης (ΑΠ) συνιστούν τη χρήση μετρήσεων της ΑΠ εκτός ιατρείου για την επιβεβαίωση της διάγνωσης της υπέρτασης καθώς και για τον εντοπισμό φαινοτύπων αρτηριακής πίεσης όπως της υπέρτασης λευκής μπλούζας (*WCH*) και της συγκαλυμμένης υπέρτασης (*MH*), ειδικά σε ασθενείς με σταδίου 1 υπέρταση και υψηλή φυσιολογική πίεση. Ωστόσο, παραμένει ασαφές εάν θα πρέπει να πραγματοποιούνται μετρήσεις ΑΠ εκτός ιατρείου σε ασθενείς με υπέρταση μεγαλύτερου σταδίου καθώς και σε άτομα με φυσιολογική ή βέλτιστη αρτηριακή πίεση. Ο σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνήσει τον επιπολασμό της *WCH* σε ασθενείς με σταδίου 1, σταδίου 2 και σταδίου 3 υπέρταση που δεν λαμβάνουν αγωγή καθώς και τον επιπολασμό της *MH* σε άτομα με υψηλή φυσιολογική, φυσιολογική και βέλτιστη αρτηριακή πίεση που δεν έχουν λάβει ποτέ αγωγή.

**Υλικό-Μέθοδοι:** 2357 άτομα που δεν ελάμβαναν αγωγή και παραπέμφθηκαν στο Τμήμα Υπέρτασης του νοσοκομείου μας για εκτίμηση, υπεβλήθησαν σε 24ωρη καταγραφή της αρτηριακής πίεσης. Βάσει των μετρήσεων αρτηριακής πίεσης ιατρείου χωρίστηκαν σε 6 κατηγορίες: βέλτιστη (<120/80mmHg), φυσιολογική (120/80 - 129/84mmHg), υψηλή φυσιολογική (130/85 - 139/89mmHg), σταδίου 1 (140/90 - 159/99mmHg), σταδίου 2 (160/100 - 179/109mmHg) and σταδίου 3 ( $\geq$ 180/110mmHg). Άτομα με ΑΠ ιατρείου  $\geq$ 140/90mmHg και 24ωρη ΑΠ <130/80mmHg κατηγοριοποιήθηκαν ως άτομα με *WCH* και ασθενείς με ΑΠ ιατρείου <140/90mmHg και 24ωρη ΑΠ  $\geq$ 130/80mmHg κατηγοριοποιήθηκαν ως άτομα με *MH*. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε *chi-square test* και *one-way ANOVA*.

**Αποτελέσματα:** Τα ποσοστά ατόμων με *WCH* ήταν 53%, 31% και 24% των ασθενών με υπέρταση σταδίου 1, σταδίου 2 και σταδίου 3 αντιστοίχως. Τα ποσοστά των ασθενών με *MH* ήταν 34%, 29% και 17% των ατόμων με υψηλή φυσιολογική, φυσιολογική και βέλτιστη αρτηριακή πίεση αντιστοίχως.

**Συμπεράσματα:** Ο επιπολασμός της *WCH* είναι σημαντικά υψηλότερος στο πρώτο στάδιο της υπέρτασης, ωστόσο ασθενείς με υπέρταση σταδίου 2 και 3 παρουσιάζουν επίσης υψηλά ποσοστά *WCH*. Ομοίως, η *MH* είναι πιο συχνή σε άτομα με υψηλή φυσιολογική ΑΠ, ωστόσο υψηλά ποσοστά παρατηρούνται και σε άτομα με φυσιολογική και βέλτιστη ΑΠ. Τα αποτελέσματα της μελέτης υποστηρίζουν πως οι μετρήσεις ΑΠ εκτός ιατρείου θα πρέπει να πραγματοποιούνται σε όλο το φάσμα της ΑΠ για την βέλτιστη ανίχνευση της *WCH* και της *MH*.

**ΗΑΑ09**

**ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ, ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΜΕΣΩ ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚΗΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ: ΜΑΪΟΣ ΜΗΝΑΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ 2022**

**Α. Μέντη<sup>1</sup>, Ε. Γκαλιαγκούση<sup>2</sup>, Δ. Γούμενος<sup>3</sup>, Χ. Γράσσο<sup>4</sup>, Ρ.Γ. Καλαϊτζίδης<sup>5</sup>, Ε. Καλλίστρατος<sup>6</sup>, Β. Κατσή<sup>7</sup>, Α. Κόλλιας<sup>1</sup>, Δ. Κωνσταντινίδης<sup>7</sup>, Ξ. Κροκίδης<sup>8</sup>, Κ.Γ. Κυριακούλης<sup>1</sup>, Λ. Λαναράς<sup>9</sup>, Ε. Μάκαρης<sup>10</sup>, Θ. Μακρής<sup>11</sup>, Ε. Μανιός<sup>12</sup>, Α. Μανώλης<sup>6</sup>, Σ. Μαραγκουδάκης<sup>13</sup>, Μ. Μαρκέτου<sup>14</sup>, Χ. Μηλιώνης<sup>15</sup>, Γ. Νικήτας<sup>16</sup>, Ι.Α. Παπαδάκης<sup>17</sup>, Δ. Παπαδόπουλος<sup>18</sup>, Ε. Παπαχρήστου<sup>3</sup>, Μ. Ποικιλίδου<sup>19</sup>, Α. Πρωτογέρου<sup>20</sup>, Β. Ράπτης<sup>21</sup>, Β. Σαράκης<sup>22</sup>, Π. Σαραφίδης<sup>21</sup>, Κ. Τσιούφης<sup>7</sup>, Π. Ζεμπεκάκης<sup>19</sup>, Μ. Δούμας<sup>23</sup>, Γ.Σ. Στεργίου<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Γ' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Η Σωτηρία», Αθήνα

<sup>2</sup> Γ' Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

<sup>3</sup> Νεφρολογική Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού, Πανεπιστήμιο Πατρών, Ιατρική Σχολή, Πάτρα

<sup>4</sup> Κέντρο Αριστείας Υπέρτασης - Hypertension Excellence Centre ESH Καρδιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών ΚΑΤ, Αθήνα

<sup>5</sup> Νεφρολογικό Κέντρο «Γ. Παπαδάκης», Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», Αθήνα

<sup>6</sup> Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο Metropolitan, Αθήνα

<sup>7</sup> Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΑ Ιπποκράτειο, Αθήνα

<sup>8</sup> Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας, Καβάλα

<sup>9</sup> Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας, Λαμία

<sup>10</sup> Καρδιολογική Κλινική και Αιμοδυναμικό εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας, Καλαμάτα

<sup>11</sup> Καρδιολογικό Τμήμα, Κέντρο Αριστείας Υπέρτασης, ΓΝΜ «Ελενα Βενιζέλου», Αθήνα

<sup>12</sup> Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Θεραπευτική Κλινική, Νοσοκομείο Αλεξάνδρα, Αθήνα

<sup>13</sup> Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Χανίων, Χανιά

<sup>14</sup> Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο

<sup>15</sup> Α' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

<sup>16</sup> Καρδιολογική Κλινική, Παναρκαδικό Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης, Τρίπολη

<sup>17</sup> Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο

<sup>18</sup> Κέντρο Αριστείας Υπέρτασης - Hypertension Excellence Centre ESH Καρδιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Αθήνα

<sup>19</sup> Κέντρο Αριστείας στην Υπέρταση, Τμήμα Νεφρολογίας και Υπέρτασης, Α' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

<sup>20</sup> Μονάδα Καρδιαγγειακής Πρόληψης και Έρευνας, Τμήμα Παθολογικής Φυσιολογίας, Λαϊκό Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

<sup>21</sup> Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

<sup>22</sup> Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Βόλου, Βόλος

<sup>23</sup> Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

**Σκοπός/ Εισαγωγή:** Η Ελληνική Εταιρεία Υπέρτασης πραγματοποίησε το πρόγραμμα της Διεθνούς Εταιρείας Υπέρτασης Μάιος Μήνας Μέτρησης (MMM) με μετρήσεις αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) στην Ελλάδα το 2022. Σκοπός ήταν η διερεύνηση του επιπολασμού, της επίγνωσης, θεραπείας και ρύθμισης της υπέρτασης στον γενικό πληθυσμό των ενηλίκων ( $\geq 18$  ετών).

**Υλικό-Μέθοδοι:** Το πρόγραμμα MMM 2022 πραγματοποιήθηκε σε 11 αστικά κέντρα με περιστασιακή δειγματοληψία σε δημόσιους χώρους σε ειδικά διαμορφωμένα περίπτερα. Στους συμμετέχοντες έγινε ανώνυμη καταγραφή ιατρικού ιστορικού και τριπλή μέτρηση ΑΠ (πιστοποιημένο ηλεκτρονικό πιεσόμετρο βραχίονα; κατάλληλη περιχειρίδα). Τα δεδομένα συλλέγονταν απ' ευθείας σε διεθνή διαδικτυακή πλατφόρμα μέσω tablets. Ως υπέρταση θεωρήθηκε ΑΠ  $\geq 140/90$  mmHg (μέση τιμή 2<sup>ης</sup>-3<sup>ης</sup> μέτρησης) και/ή λήψη αντιυπερτασικής αγωγής.

**Αποτελέσματα:** Συγκεντρώθηκαν δεδομένα από 6.373 ενήλικες εκ των οποίων αναλύθηκαν 6.353 (μέση ηλικία  $54,8 \pm 16,2$  έτη, άνδρες 48,8%). Ο επιπολασμός της υπέρτασης ήταν 42,6% (άνδρες/γυναίκες 51,2%/34,6%,  $p < 0.001$ ). Από το σύνολο των υπερτασικών, 27,5% ήταν αδιάγνωστοι (άνδρες/γυναίκες 30,2/23,6,  $p < 0.001$ ), 2,4% διαγνωσμένοι χωρίς θεραπεία (άνδρες/γυναίκες 2,5/2,3,  $p = NS$ ), 22,1% είχαν αρρυθμιστη ΑΠ υπό θεραπεία (άνδρες/γυναίκες 22,8/21,1,  $p = NS$ ) και 47,8% είχαν ρυθμισμένη ΑΠ υπό θεραπεία (άνδρες/γυναίκες 44,3/52,7,  $p < 0.001$ ).

**Συμπεράσματα:** Η μελέτη MMM 2022 στην Ελλάδα έδειξε ότι περίπου το 40% του γενικού πληθυσμού των ενηλίκων έχουν υπέρταση με υψηλότερο ποσοστό στους άνδρες. Από το σύνολο των υπερτασικών, σχεδόν το 1/3 είναι αδιάγνωστοι και περίπου 1/2 έχουν ρυθμισμένη ΑΠ υπό θεραπεία. Οι άνδρες έχουν υψηλότερο ποσοστό αδιάγνωστης και χαμηλότερο ποσοστό ρυθμισμένης υπέρτασης. Υπάρχει άμεση ανάγκη εφαρμογής εθνικού προγράμματος πρόληψης, διάγνωσης και ρύθμισης της υπέρτασης στην Ελλάδα.

**ΗΑΑ10****Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ SARS-COV-2 ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΕΞΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ Η ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ****Μ. Καριώρη<sup>1</sup>, Χ. Φραγκούλης<sup>1</sup>, Χ. Χρυσόχου<sup>1</sup>, Δ. Κωνσταντινίδης<sup>1</sup>, Ι. Λεοντσίνης<sup>1</sup>, Ι. Ανδρίκου<sup>1</sup>, Π. Ηλιάκης<sup>1</sup>, Π. Τσιούφης<sup>1</sup>, Ε. Μαντζουράνης<sup>1</sup>, Α. Σακαλίδης<sup>1</sup>, Κ.Κωνσταντίνου<sup>1</sup>, Θ. Καλός<sup>1</sup>, Κ. Γρηγορίου<sup>1</sup>, Κ. Θωμόπουλος<sup>2</sup>, Κ. Τσιούφης<sup>1</sup>**<sup>1</sup> Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Αθήνα<sup>2</sup> Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Έλενα Βενιζέλου, Αθήνα

**Σκοπός/Εισαγωγή:** Τα δεδομένα που έχουν μελετήσει την επίπτωση της λοίμωξης από SARS-Cov-2 στην καρδιοαναπνευστική λειτουργικότητα και στη λειτουργικότητα της δεξιάς κοιλίας σε υπερτασικούς ασθενείς είναι ελάχιστα. Σκοπός της μελέτης μας ήταν να διερευνήσει αν η νοσηλεία λόγω COVID19 επηρεάζει τη λειτουργικότητα τους 3 μήνες μετά την έναρξη της συμπτωματολογίας.

**Υλικό -Μέθοδοι:** Άτομα που νοσηλεύτηκαν με λοίμωξη λόγω Covid-19 χωρίστηκαν σε δύο ομάδες βάσει της ανάγκης για νοσηλεία ή μη. Όλοι υπεβλήθησαν σε καρδιοαναπνευστική δοκιμασία κόπωσης με τροποποιημένο ή μη πρωτόκολλο Bruce για εκτίμηση όλων των παραμέτρων. Τα υπερηχογραφικά ευρήματα συμπεριλαμβανομένης της συστολικής παραμόρφωσης της δεξιάς κοιλίας αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το κατάλληλο λογισμικό πρόγραμμα.

**Αποτελέσματα:** Εξήντα τέσσερις υπερτασικοί ασθενείς (61±10 ετών, 58.1% άρρενες) εκτιμήθηκαν 3 μήνες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων. Ιστορικό στεφανιαίας νόσου καταγράφηκε στο 16.1% αυτών. Στους νοσηλευόμενους ασθενείς η ηλικία (63±8 vs. 52±11 years,  $p<0.001$ ) ήταν μεγαλύτερη. Η ανάλυση των καρδιοαναπνευστικών παραμέτρων έδειξε σημαντικά επηρεασμένες τιμές της κατανάλωσης οξυγόνου τόσο στο μέγιστο της κόπωσης (21±4 vs. 23.5±4,  $p: 0.01$ ), όσο και κατά το 1° λεπτό της αποκατάστασης, του VO2\_AT (17±4 vs. 27.5±32) και του PETCO2 στους νοσηλευόμενους υπερτασικούς. Όσον αφορά στις υπερηχογραφικές παραμέτρους η διάμετρος του αριστερού κόλπου ήταν σημαντικά μεγαλύτερη στους νοσηλευόμενους υπερτασικούς (41±6 vs. 38±5 mm,  $p: 0.02$ ). Επιπλέον, η απόλυτη τιμή της συστολικής παραμόρφωσης της δεξιάς κοιλίας (13±8% vs. 23±3%,  $p:0.04$ ) ήταν σημαντικά επηρεασμένη παρά το γεγονός ότι το κλάσμα εξώθησης δεν διέφερε μεταξύ των δύο ομάδων. Χρησιμοποιώντας την ανάλυση με γραμμική παλινδρόμηση προσαρμοσμένη για την ηλικία, το φύλο και την ανάγκη για νοσηλεία ( $p: 0.01$ ), η τελευταία αποδείχτηκε ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας της ΣΠΔΚ στους νοσηλευόμενους υπερτασικούς.

**Συμπεράσματα:** Συμπερασματικά, η μελέτη μας ανέδειξε την αρνητική επίδραση της νοσηλείας λόγω λοίμωξης από Sars-Cov-2 στην ικανότητα για άσκηση καθώς και στη λειτουργικότητα της δεξιάς κοιλίας, υποδεικνύοντας τη σοβαρότητα της νόσου ως ανηρτικό προγνωστικό παράγοντα στους υπερτασικούς ασθενείς.

**ΗΑΑ11****Η ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥ C-ΑΝΤΙΔΡΩΣΑΣ ΠΡΩΤΕΪΝΗΣ/  
ΑΛΒΟΥΜΙΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΚΑΡΔΙΟΝΕΦΡΙΚΟ  
ΣΥΝΔΡΟΜΟ**

**Π. Θεοφίλης, Αικ. Βορδώνη, Ν. Βόλης, Γ. Δουμάνη, Αικ. Καμπουρέλη,  
Έ.Ξανθοπούλου, Γ. Βλαχοπάνος, Ρ. Καλαϊτζίδης**

*Κέντρο Αριστείας Υπέρτασης, ΓΝΝΠ «Αγ. Παντελεήμων»*

**Εισαγωγή:** Οι ασθενείς που νοσηλεύονται με καρδιονεφρικό σύνδρομο (ΚΝΣ) αντιμετωπίζουν υψηλά ποσοστά θνητότητας και νοσηρότητας, κρίνοντας επιτακτική την εξεύρεση νέων προγνωστικών δεικτών.

**Υλικό & Μέθοδος:** Πρόκειται για μια μελέτη παρατήρησης 152 ασθενών νοσηλευόμενων για ΚΝΣ. Συλλέχθηκαν τα βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά, το ατομικό αναμνηστικό και η φαρμακευτική αγωγή προ της νοσηλείας. Πραγματοποιήθηκε διαθωρακική υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη μετρήθηκαν εργαστηριακοί δείκτες, μεταξύ των οποίων η αλβουμίνη και η C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP). Το καταληκτικό σημείο αποτέλεσε η ενδοοσκομειακή θνητότητα.

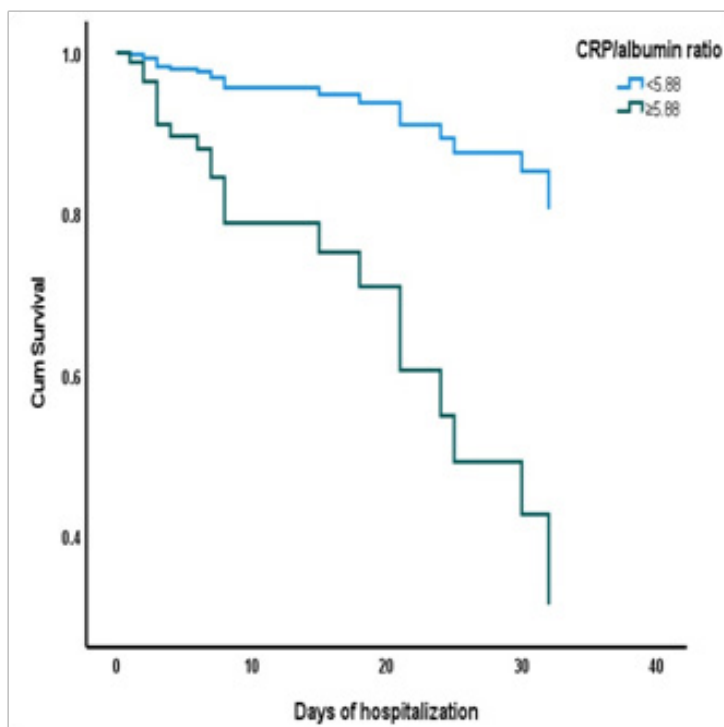
**Αποτελέσματα:** Οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν σε 2 ομάδες με βάση τη διάμεση τιμή του λόγου CRP/αλβουμίνης (Ομάδα 1 με CRP/albumin ratio <5.88, Ομάδα 2 με CRP/albumin ratio ≥5.88). Δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές στα βασικά χαρακτηριστικά και την προηγούμενη φαρμακευτική αγωγή μεταξύ των δύο ομάδων, με εξαίρεση το ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη (Ομάδα 1: 48.5% vs. Ομάδα 2: 68.1%, p=0.02). Στους ασθενείς της ομάδας 2 συνυπήρχε συχνότερα λοίμωξη (Ομάδα 1: 20.6% vs. Ομάδα 2: 60.9%, p<0.001), ενώ παρουσίαζονταν με ολιγουρία/ανουρία (Ομάδα 1: 36.8% vs. Ομάδα 2: 59.4%, p=0.008). Αναφορικά με τις βασικές εργαστηριακές παραμέτρους, οι ασθενείς της Ομάδας 2 είχαν υψηλότερες τιμές λευκών αιμοσφαιρίων [Ομάδα 1: 7935 (6728, 9565) vs. Ομάδα 2: 10880 (8045, 14675), p<0.001] και 25(OH)vitD. Μετά από ανάλυση παλινδρόμησης Cox, φάνηκε πως ο CRP/albumin ratio ≥5.88 ήταν ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας αυξημένης θνητότητας (Εικόνα 1, Πίνακας 1)

**Συμπεράσματα:** Ο λόγος CRP/αλβουμίνης είναι προγνωστικός δείκτης θνητότητας σε νοσηλευόμενους ασθενείς με ΚΝΣ.



**Πίνακας 1. Αποτελέσματα ανάλυσης παλινδρόμησης Cox σχετικά με την προγνωστική αξία διαφόρων παραμέτρων.**

Παράμετρος	Hazard ratio (95% CI)	p-value
Σακχαρώδης διαβήτης	0.92 (0.35, 2.42)	0.86
Ολιγουρία/Ανουρία	1.83 (0.63, 5.34)	0.27
Λοίμωξη	0.73 (0.21, 2.49)	0.61
Λευκά αιμοσφαίρια	1.00 (1.00, 1.00)	0.009
25(OH)vitD	1.00 (1.02, 1.07)	0.92
CRP/albumin ratio $\geq 5.88$	5.35 (1.02, 28.13)	0.04



**ΗΑΑ12****Ο ΠΡΩΤΑΓΩΝΙΣΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΤΗ ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗ ΤΩΝ ΙΣΧΑΙΜΙΚΩΝ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ.****Ε. Σδόγκος<sup>1</sup>, Γ. Γεωργακούδας<sup>2</sup>, Μ. Σούμπουρου<sup>2</sup>, Α. Σιδέρη<sup>3</sup>, Π. Θεοδοσίου<sup>1</sup>, Α. Γεωργακόπουλος<sup>1</sup>, Κ. Κουτσαμπασόπουλος<sup>1</sup>, Α. Σαμαράς<sup>1</sup>, Ι. Βογιατζής<sup>1</sup>**<sup>1</sup> Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας, Βέροια<sup>2</sup> Νευρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας, Βέροια<sup>3</sup> Νευρολόγος, Βέροια

**Εισαγωγή:** Η αρτηριακή υπέρταση πέραν από κύριος προδιαθεσικός παράγοντας στην εμφάνιση οξέος ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ), αποτελεί επίσης καίριο και ρυθμιστικό παράγοντα και κατά τη διαδικασία επαναιμάτωσης με θρομβόλυση.

**Σκοπός:** της εργασίας είναι η μελέτη, ως προς τους παράγοντες κινδύνου, της νευρολογικής έκβασης ασθενών που υποβλήθηκαν σε διαδικασία θρομβόλυσης.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Μελετήθηκαν αναδρομικά στοιχεία ασθενών με οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ, από τον 9/2019 έως 5/2022 που νοσηλεύτηκαν στη Στεφανιαία Μονάδα του Γενικού Νοσοκομείου Βέροιας, προκειμένου να υποβληθούν σε θρομβόλυση με αλτεπλάση.

**Αποτελέσματα:** Από τους συνολικά 18 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν, σε 14 ασθενείς (6 άνδρες, 8 γυναίκες, μέσης ηλικίας 64+8,4 ετών) εφαρμόστηκε πλήρως το θεραπευτικό πρωτόκολλο. Σε τρεις ασθενείς δεν χορηγήθηκε η θρομβόλυση, λόγω ανθιστάμενης αρτηριακής υπέρτασης στην ενδοφλέβια χορήγηση λαβεταλόλης, ενώ μία ασθενής απεβίωσε, λόγω εκτεταμένης αιμορραγικής μετατροπής του εμφράκτου κατά τη θρομβόλυση. Όλοι τους είχαν παράγοντες κινδύνου, με την υπέρταση να είναι στην πρώτη θέση (78,6%), ενώ μόλις 8 ασθενείς (57,1%) ελάμβαναν αντιυπερτασική αγωγή. Τα αντίστοιχα ποσοστά επίπτωσης των άλλων παραγόντων κινδύνου ήταν 7,1% για Σακχαρώδη Διαβήτη, 28,6% για δυσλιπιδαιμία, 35,7% για κάπνισμα. Σε 4 ασθενείς (28,6%) το ΑΕΕ αποδόθηκε σε πρωτοδιαγνωσθείσα κολπική μαρμαρυγή και όλοι τους ήταν υπερτασικοί. Η μέση τιμή του NIH Stroke Scale/Score (NIHSS) κατά την είσοδο συνολικά βρέθηκε στο 11,86, ενώ κατά το εξιτήριο ήταν 4,79, με μέση μείωση 7,07 μονάδων ( $p=0,013$ ). Αναλυτικότερα ήταν 13,18 στους έχοντες υπέρταση μαζί και με άλλους παράγοντες κινδύνου και 7 στους μη-έχοντες υπέρταση. Κατά το εξιτήριο αντίστοιχα ήταν 6 και 0,33. Σε 5 ασθενείς που ήταν αμιγώς υπερτασικοί, το NIHSS ήταν 13,2 στην είσοδο και 5,6 στο εξιτήριο. Ο μέσος χρόνος νοσηλείας ήταν για τους υπερτασικούς  $6,18 \pm 2,8$  ημέρες, ενώ για τους μη-υπερτασικούς  $3,67 \pm 1,2$  ημέρες.

**Συμπέρασμα:** Η αρτηριακή υπέρταση αποτελεί πρωταγωνιστή από τους κλασικούς παράγοντες κινδύνου, τόσο στα κριτήρια επιλογής ασθενών για θρομβόλυση, αλλά και στην έκβασή τους μετά από αυτήν.

### ΗΑΑ13

## ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΠΟΛΥΓΟΝΙΔΙΑΚΟΥ ΣΚΟΡ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΣΤΟΛΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

**Π. Μούλος<sup>1</sup>, Α.Ι. Αμανατίδου<sup>2</sup>, Ι.Π. Καλαφάτη<sup>2</sup>, Γ. Σαράντη<sup>2</sup>, Π. Γιαρδόγλου<sup>2</sup>, Ν. Πογόσοβα<sup>2</sup>, Μ. Δημητρίου<sup>2</sup>, Ε. Γρηγορίου<sup>2</sup>, HYPER-MASTIC Consortium, Γ. Δεδούσης<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Ινστιτούτο Βασικής Βιοϊατρικής Έρευνας, Ερευνητικό Κέντρο Βιοϊατρικών Επιστημών «Αλέξανδρος Φλέμινγκ», Αθήνα

<sup>2</sup>Σχολή Επιστημών Υγείας & Αγωγής, Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

**Σκοπός:** Η ποσοτικοποίηση του ρόλου της γενετικής μέσω της κατασκευής των πολυγονιδιακών σκορς κινδύνου (polygenic risk scores - PRS) θεωρείται ένα χρήσιμο εργαλείο για την πρόβλεψη και την προώθηση αποτελεσματικών στρατηγικών πρόληψης και αντιμετώπισης πολυπαραγοντικών χαρακτηριστικών. Στόχος της παρούσας εργασίας είναι να παρουσιάσει το πρώτο PRS για τη συστολική αρτηριακή πίεση (systolic blood pressure - SBP) σε Ελληνικό πληθυσμό.

**Μέθοδοι:** Κατασκευάστηκε PRS, με χρήση προηγμένης μεθοδολογίας [1], για την ανάλυση γενετικών δεδομένων από μια ενοποιημένη βάση δεδομένων τριών κοορτών 1.141 Ελλήνων ενηλίκων (μελέτες NAFLD - THISEAS - OSTEOS) για την SBP. Πραγματοποιήθηκε ποιοτικός έλεγχος των γενετικών δεδομένων, όπου προέκυψαν 1.454.104 SNPs. Η μεθοδολογία κατασκευής του PRS περιλαμβάνει διάφορα στάδια, όπως επαναληπτικό (x100 φορές) διαχωρισμό δεδομένων (σετ εκπαίδευσης (80% του δείγματος) και σετ ελέγχου (20% του δείγματος)), υπολογισμό στατιστικών μετρικών και εξαγωγή του PRS. Για κάθε επαναληπτική διαδικασία, τα σετ εκπαίδευσης και ελέγχου του δείγματος διαφοροποιούνταν και το κάθε σετ εκπαίδευσης χρησιμοποιήθηκε για να πραγματοποιηθούν de novo δοκιμές συσχέτισης του κάθε SNP έναντι της SBP. Το φύλο, η ηλικία και οι κύριες συνιστώσες του δείγματος (που λαμβάνουν υπόψιν την πληθυσμιακή διαστρωμάτωση και κυμαίνονται μεταξύ 4-10 σε κάθε επανάληψη), χρησιμοποιήθηκαν ως συγχυτικοί παράγοντες στα μοντέλα παλινδρόμησης για την εξαγωγή στατιστικών μετρικών. Τα αποτελέσματα αυτά χρησιμοποιήθηκαν στο σετ ελέγχου για την εξαγωγή του βέλτιστου αριθμού των SNPs που θα αποτελούσαν ένα υποψήφιο PRS για τη συγκεκριμένη επανάληψη. Προέκυψαν διάφορα υποψήφια PRS για την SBP και επιλέχθηκε το καλύτερο με βάση τη μεγαλύτερη PRS προσαρμοσμένη τιμή R<sup>2</sup>.

**Αποτελέσματα:** Το επικρατέστερο PRS συνίσταται από 3.121 SNPs και σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την SBP, με PRS προσαρμοσμένη τιμή R<sup>2</sup>: 0.415 ± 0.325 (beta: 0.915, p-value < 10<sup>-16</sup>). Τα SNPs που συμπεριελήφθησαν στο PRS παρουσίασαν βιβλιογραφικά επιβεβαιωμένες συσχετίσεις με την υπέρταση και την SBP συγκεκριμένα.

**Συμπεράσματα:** Η παρούσα εργασία έχει ως στόχο την προώθηση μιας προσέγγισης που διευκολύνει την αξιόπιστη ανάπτυξη του PRS για την SBP, με απώτερο σκοπό την

ενσωμάτωσή του στην κλινική πράξη για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της υπέρτασης.

### **Αναφορές**

1. Kafyra, M., I. P. Kalafati, M. Dimitriou, E. Grigoriou, A. Kokkinos, L. Rallidis, G. Kolovou, G. Trovas, E. Marouli, P. Deloukas, *etal.* "Robust bioinformatics approaches result in the first polygenic risk score for bmi in greek adults." *JPersMed*13 (2023): 10.3390/jpm13020327. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36836561>.

### **Χρηματοδότηση**

Υλοποιήθηκε στο πλαίσιο της Δράσης ΕΡΕΥΝΩ - ΔΗΜΙΟΥΡΓΩ - ΚΑΙΝΟΤΟΜΩ και συγχρηματοδοτήθηκε από το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης (ΕΤΠΑ) της Ευρωπαϊκής Ένωσης και εθνικούς πόρους μέσω του Ε.Π. Ανταγωνιστικότητα, Επιχειρηματικότητα & Καινοτομία (ΕΠΑνΕΚ) (κωδικός έργου: Τ2ΕΔΚ-00547).

## ΗΑΑ14

### ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΥΧΤΕΡΙΝΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

**Κ. Λεωνίδου<sup>1</sup>, Π. Γεωργιανός<sup>1</sup>, Α. Κόλλιας<sup>2</sup>, Ι. Κοντογιώργος<sup>1</sup>, Γ. Βαρέτα<sup>1,3</sup>, Ε. Γεωργιανού<sup>1</sup>, Α. Τσινάρη<sup>1</sup>, Γ. Βαρουκτσή<sup>1</sup>, Γ. Στεργίου<sup>2</sup>, Π. Ζεμπεκάκης<sup>4</sup>, Β. Λιακόπουλος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Β' Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

<sup>2</sup> Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Γ' Παθολογική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Νοσοκομείο «Σωτηρία», Αθήνα

<sup>3</sup> Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Θεραπευτική», Θεσσαλονίκη

<sup>4</sup> Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε μια νέα συσκευή, με την οποία η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) στο σπίτι (HBPM) καθίσταται εφικτή και κατά την περίοδο του ύπνου. Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της ακρίβειας αυτών των μετρήσεων στη διάγνωση της νυχτερινής υπέρτασης, χρησιμοποιώντας την περιπατητική καταγραφή της ΑΠ (ABPM) ως μέθοδο αναφοράς.

**Υλικό & Μέθοδος:** Σε διάστημα 2 εβδομάδων, 70 αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς υποβλήθηκαν σε ABPM για 44 ώρες με τη συσκευή Microlife WatchBP O3 και σε HBPM με τη συσκευή Microlife WatchBP Home N για 7 ημέρες (2πλες πρωινές και βραδινές μετρήσεις) και για 3 νύχτες (3 μετρήσεις ανά νύχτα στο 3ήμερο μεσοδιαλυτικό διάστημα).

**Αποτελέσματα:** Η ημερήσια συστολική ΑΠ (ΣΑΠ) με την τεχνική του HBPM υπερεκτίμησε την ημερήσια περιπατητική ΣΑΠ κατά 8,61 mmHg (95% διαστήματα ομοφωνίας: -12,43 έως 29,64). Αντίστοιχα, η νυχτερινή ΣΑΠ με την τεχνική του HBPM υπερεκτίμησε τη νυχτερινή περιπατητική ΣΑΠ κατά 5,94 mmHg (95% διαστήματα ομοφωνίας: -14,0 έως 25,88). Οι μετρήσεις ΑΠ στο σπίτι παρείχαν υψηλή ακρίβεια στη διάγνωση της υπέρτασης τόσο κατά την περίοδο της ημέρας (AUC: 0,934, 95% CI: 0,871-0,996) όσο και κατά την περίοδο της νύχτας (AUC: 0,876, 95% CI: 0,794-0,957). Υπήρξε ικανοποιητική ομοφωνία (77%, κ coefficient= 0,324) μεταξύ HBPM και ABPM στην κατάδειξη των non-dipper ασθενών.

**Συμπεράσματα:** Η παρούσα μελέτη δείχνει ότι σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, η τεχνική του HBPM αποτελεί μια αξιόπιστη εναλλακτική προσέγγιση έναντι της 44ωρης περιπατητικής καταγραφής στη διάγνωση της νυχτερινής υπέρτασης και στην κατάδειξη του non-dipper προτύπου στη νυχθημερινή διακύμανση της ΑΠ.

**ΗΑΑ15****ΝΥΧΤΕΡΙΝΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΜΕ ΣΥΣΚΕΥΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΜΕ 24ΩΡΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΦΩΝΙΑ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ ΚΑΙ ΝΕΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1****Αικ. Θεοδοσιάδη<sup>1</sup>, Α. Κόλλιας<sup>1</sup>, Έ. Βακάλη<sup>1</sup>, Α. Δεστούνης<sup>1</sup>, Ε. Καρυπίδου<sup>2</sup>, Κ. Τσιρουκίδου<sup>3</sup>, Α. Ευαγγελίου<sup>4</sup>, Α. Μέντη<sup>1</sup>, Α. Βαζαίου<sup>5</sup>, Ι. Ζωγράφου<sup>2</sup>, Μ. Δούμας<sup>2</sup>, Γ. Στεργίου<sup>1</sup>**<sup>1</sup> Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Γ' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Η Σωτηρία», Αθήνα<sup>2</sup> Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη<sup>3</sup> Γ' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη<sup>4</sup> Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη<sup>5</sup> Α' Παιδιατρική Κλινική, Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. Κυριακού», Αθήνα

**Σκοπός/Εισαγωγή:** Διερεύνηση της σχέσης της νυχτερινής αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) με συσκευές μέτρησης στο σπίτι και με 24ωρη καταγραφή σε εφήβους και νέους ενήλικες με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (ΣΔ1).

**Υλικό-Μέθοδοι:** Άτομα ηλικίας 12-30 ετών με ΣΔ1 υποβλήθηκαν σε 24ωρη καταγραφή ΑΠ (ανά 20', Microlife WatchBPO3) και μετρήσεις στο σπίτι (7 ημέρες με διπλές μετρήσεις πρωί/απόγευμα και 3 νύχτες με 3 ωριαίες μετρήσεις/νύχτα, Microlife WatchBPHome-N). Ως non-dippers χαρακτηρίστηκαν άτομα με νυχτερινή πτώση συστολικής ή/και διαστολικής ΑΠ <10% σε σχέση με την ημερήσια ΑΠ.

**Αποτελέσματα:** Αναλύθηκαν δεδομένα από 78 άτομα (άνδρες 59%, μέση ηλικία 21±5 έτη, δείκτης μάζας σώματος 24±3,7 kg/m<sup>2</sup>, HbA1c 7,4±1,0%, διάρκεια ΣΔ1 11,5±6 έτη, 24ωρη συστολική/διαστολική ΑΠ 112±10/67±6 mmHg). Ο αριθμός έγκυρων μετρήσεων στην 24ωρη καταγραφή ήταν 46±7/24±6 (ημέρα/νύχτα) και στο σπίτι 23±4/8±2 αντίστοιχα (p<0,001/<0,001). Η ΑΠ ημέρας στο σπίτι δεν διέφερε από την ΑΠ ημέρας στην 24ωρη καταγραφή (διαφορά -1,1±5,7/0,5±5,1 mmHg, συστολική/διαστολική, p=NS/NS), ενώ η νυχτερινή συστολική ΑΠ ήταν υψηλότερη (διαφορά 3,9±7,1/1,8±5,9 mmHg, p<0,001/NS). Παρατηρήθηκε ισχυρή συσχέτιση μεταξύ ΑΠ στην 24ωρη καταγραφή και στο σπίτι (μετρήσεις ημέρας r=0,85/0,71 και νύχτας r=0,71/0,51 συστολική/διαστολική, p<0,001). Διαπιστώθηκε καλή συμφωνία μεταξύ 24ωρης καταγραφής και μετρήσεων στο σπίτι για τη διάγνωση ατόμων με αυξημένη νυχτερινή ΑΠ (ανώτερο τεταρτημόριο κατανομής)(83%/85%; kappa=0,56/0,59 συστολική/διαστολική). Με βάση την 24ωρη καταγραφή ΑΠ, 22 συμμετέχοντες (28,2%) χαρακτηρίστηκαν ως non-dippers ενώ με βάση την ΑΠ στο σπίτι 48 (61,5%), που αντιστοιχεί σε συμφωνία 56% μεταξύ των δύο μεθόδων (kappa=0,21, p=0,02).

**Συμπεράσματα:** Σε νεαρά άτομα με ΣΔ1 η νυχτερινή καταγραφή ΑΠ με μετρήσεις στο σπίτι είναι εφικτή και παρουσιάζει ισχυρή συσχέτιση με τη νυχτερινή ΑΠ στην 24ωρη καταγραφή. Οι δύο μέθοδοι παρουσιάζουν ικανοποιητική συμφωνία στον εντοπισμό των ατόμων με αυξημένη νυχτερινή ΑΠ και μέτρια συμφωνία στην διάγνωση των non-dippers.

**ΗΑΑ16****ΟΙ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΒΕΛΤΙΩΝΟΥΝ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ****Κ. Λεωνίδου<sup>1</sup>, Π. Γεωργιανός<sup>1</sup>, Α. Κόλλιας<sup>2</sup>, Ι. Κοντογιώργος<sup>1</sup>, Β. Βάϊος<sup>1</sup>, Α. Καρλιγκιώτης<sup>1,3</sup>, Ε. Λεπτοκαρίδου<sup>1</sup>, Χ. Κουρτίδου<sup>1</sup>, Γ. Στεργίου<sup>2</sup>, Π. Ζεμπεκάκης<sup>4</sup>, Β. Λιακόπουλος<sup>1</sup>**<sup>1</sup> Β΄ Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη<sup>2</sup> Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Γ΄ Παθολογική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Νοσοκομείο «Σωτηρία», Αθήνα<sup>3</sup> Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Θεραπευτική», Θεσσαλονίκη<sup>4</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Οι μετρήσεις αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) πριν ή μετά τη συνεδρία είναι εύκολα διαθέσιμες και χρησιμοποιούνται ευρέως, αλλά δεν παρέχουν ακρίβεια στη διάγνωση της υπέρτασης στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Σκοπός της μελέτης ήταν να αξιολογηθεί εάν οι μετρήσεις ΑΠ στο σπίτι παρέχουν υψηλότερη διαγνωστική ακρίβεια σε αυτόν τον ειδικό πληθυσμό ασθενών.

**Υλικό & Μέθοδος:** Σε 70 αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, η ΑΠ αξιολογήθηκε με μετρήσεις ρουτίνας πριν και μετά τη συνεδρία για 2 εβδομάδες, με 2πλες πρωινές και βραδινές μετρήσεις στο σπίτι για 7 ημέρες (Microlife WatchBP Home N) και με 44ωρη περιπατητική καταγραφή (Microlife WatchBP O3).

**Αποτελέσματα:** Η μέση υπερεκτίμηση της ημερήσιας περιπατητικής συστολικής ΑΠ (ΣΑΠ) ήταν 11,43 mmHg (95% CI: 8,24-14,62) με τις μετρήσεις πριν τη συνεδρία, 3,9 mmHg (95% CI: 0,37-7,56) με τις μετρήσεις μετά τη συνεδρία και 8,61 mmHg (95% CI: 6,05-11,17) με τις μετρήσεις στο σπίτι. Στην ανάλυση ROC, οι μετρήσεις πριν τη συνεδρία (AUC=0,778, 95% CI: 0,643-0,913) και μετά τη συνεδρία (AUC=0,766, 95% CI: 0,623-0,909) είχαν μικρότερη ακρίβεια έναντι των μετρήσεων στο σπίτι (AUC=0,934, 95% CI: 0,871-0,996) στην κατάδειξη μιας ημερήσιας περιπατητικής ΣΑΠ  $\geq 135$  mmHg. Η ΣΑΠ στο σπίτι στο όριο των 141,0 mmHg παρείχε τον καλύτερο συνδυασμό υψηλής ευαισθησίας (85,7%) και υψηλής ειδικότητας (92,9%) στη διάγνωση της συστολικής υπέρτασης.

**Συμπεράσματα:** Η παρούσα μελέτη δείχνει ότι σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, οι μετρήσεις ΑΠ στο σπίτι για 7 ημέρες παρέχουν υψηλότερη ακρίβεια έναντι του μέσου όρου μετρήσεων ρουτίνας πριν και μετά τη συνεδρία για 2 εβδομάδες στη διάγνωση της υπέρτασης, όπως αυτή επιβεβαιώνεται με τη μέθοδο της 44ωρης περιπατητικής καταγραφής.



## ΗΑΑ17

### ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΘΗΡΩΜΑΤΩΣΗΣ ΚΑΡΩΤΙΔΩΝ ΓΙΑ ΜΕΙΖΟΝΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΒΑΜΑΤΑ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

**Α. Πιτταράς<sup>1</sup>, Μ.Β. Παπαβασιλείου<sup>1</sup>, Α. Καραμάνου<sup>2</sup>, Δ. Αραβαντινός<sup>3</sup>, Στ. Πατσιάνης<sup>3</sup>, Γ. Μουστάκας<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Metropolitan General, Αθήνα

<sup>2</sup> ΙΔΙΩΤΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ

<sup>3</sup> ΔΘΚΑ ΥΓΕΙΑ

<sup>4</sup> ΙΑΣΩ, Αθήνα

**Εισαγωγή:** Ο ρόλος της ασυμπτωματικής αθηρωμάτωσης των καρωτίδων και η προγνωστική σημασία στην καρδιαγγειακή έκβαση έχει ιδιαίτερη σημασία στην εκτίμηση του καρδιαγγειακού κινδύνου.

Σκοπός ήταν η διερεύνηση της προγνωστικής σημασίας της ασυμπτωματικής αθηρωμάτωσης των καρωτίδων σε υπερτασικούς ασθενείς, θεραπευόμενους και μη, ως προς τα μείζονα καρδιαγγειακά συμβάματα.

**Υλικό και Μέθοδος:** Προοπτική ανάλυση που περιέλαβε 278 υπερτασικούς (θεραπευόμενους ή μη) ασθενείς, άνδρες και γυναίκες (54%) μέσης ηλικίας  $57.9 \pm 13,5$  έτη, κατά την ένταξη στη μελέτη, χωρίς καμία εμφανή καρδιολογική νόσο, μέσης συστολικής/διαστολικής πίεσης ιατρείου (ΜΣ/ΔΑΠι)  $147,9 \pm 20,4/91,6 \pm 13,1$  mmHg, μέσης καρδιακής συχνότητας ιατρείου (ΚΣι):  $75,3 \pm 11,1$  σφ/1', μέσου δείκτη μάζας σώματος (ΜΔΜΣ)  $28,3 \pm 4,9$  κ/μ<sup>2</sup> και μέσης περιμέτρου μέσης (ΜΠΜ)  $96,0 \pm 13,2$  εκ.

Διάμεσος χρόνος παρακολούθησης 9,8 έτη και μέση ηλικία στο τέλος της μελέτης 66,4 έτη.

Καταγράφηκε με triplex καρωτίδων η ύπαρξη ή όχι αυξημένου πάχους μέσου έσω χιτώνα (ΜΕΧ  $\geq 0,9$  χιλ) ή αθηρωματικής πλάκας.

Καταγράφηκαν μείζονα καρδιαγγειακά συμβάντα (ΜΚΣ): έμφραγμα μοκαρδίου, ασταθής στηθάγχη, παροδικό ή αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, αγγειακή χειρουργική παρέμβαση και καρδιακή ανεπάρκεια.

Εκτιμήσαμε την προγνωστική σημασία της ύπαρξης ή όχι αθηρωμάτωσης των καρωτίδων με την ανάλυση Cox proportional hazard model, για ΜΚΣ.

#### **Αποτελέσματα:**

Διάμεσος χρόνος παρακολούθησης 9,8 έτη.

Καταγράφησαν 118 ΜΚΣ στο τέλος της μελέτης και η ανάλυση αποκάλυψε ότι η ύπαρξη αυξημένου πάχους ΜΕΧ, ή αθηρωματικής πλάκας καρωτίδων, ήταν ισχυρός προγνωστικός δείκτης για ΜΚΣ (HR: 1,455 95%ci : 1,142-1,854 p value 0.002).

**Πίνακας:** Προγνωστική αξία (Hr) της ύπαρξης αθηρωμάτωσης των καρωτίδων για ΜΚΣ

	Hazard ratio	95% Confidence Intervals	P value
Αθηρωμάτωση καρωτίδων	1,455	1,142 - 1,854	0,002

**Συμπέρασμα:** Η ύπαρξη ασυμπτωματικής αθηρωμάτωσης των καρωτίδων έχει σημαντική προγνωστική αξία για μείζονα καρδιαγγειακά συμβάματα σε υπερτασικούς ασθενείς θεραπευόμενους και μη.

**ΗΑΑ18****ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΟΜΟΚΥΣΤΕΙΝΗΣ ΓΙΑ ΜΕΙΖΟΝΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΒΑΜΑΤΑ****Μ.Β. Παπαβασιλείου<sup>1</sup>, Γ. Μουστάκας<sup>2</sup>, Δ. Αραβαντινός<sup>3</sup>, Σ. Πατσιάνης<sup>3</sup>,****Α. Καραμάνου<sup>4</sup>**<sup>1</sup> Metropolitan General Hospital, Αθήνα<sup>2</sup> ΙΑΣΩ, Αθήνα<sup>3</sup> ΔΘΚΑ Υγεία<sup>4</sup> Ιδιώτης Ιατρός

**Εισαγωγή:** Ο ρόλος της ομοκυστεΐνης και η προγνωστική σημασία στην καρδιαγγειακή έκβαση δεν έχει πλήρως διευκρινιστεί σε υπερτασικούς ασθενείς ως προς τη σημασία της διαχείρισής της. Σκοπός ήταν η διερεύνηση της συσχέτισης και της προγνωστικής σημασίας των επιπέδων της ομοκυστεΐνης σε υπερτασικούς ασθενείς, ως προς τα μείζονα καρδιαγγειακά συμβάματα.

**Υλικό και Μέθοδος:** Προοπτική ανάλυση που περιέλαβε 113 άτομα υπερτασικούς (θεραπευόμενους ή μη), άνδρες και γυναίκες (54%) μέσης ηλικίας  $57.8 \pm 13.5$  years, χωρίς καμία εμφανή καρδιολογική νόσο κατά την ένταξη στην μελέτη, μέσης συστολικής/διαστολικής πίεσης ιατρείου (ΜΣ/ΔΑΠι)  $147,9 \pm 20.4/91.6 \pm 13,1$  mmHg, μέσης καρδιακής συχνότητας ιατρείου (ΚΣι):  $75,3 \pm 11,1$  σφ/1', μέσου δείκτη μάζας σώματος (ΜΔΜΣ)  $28.3 \pm 4,9$  κ/μ<sup>2</sup> και μέσης περιμέτρου μέσης (ΜΠΜ)  $96.0 \pm 13.2$  εκ. Μέσος χρόνος παρακολούθησης 7,5 έτη.

Τα επίπεδα της ομοκυστεΐνης αίματος μετρήθηκαν κατα την ένταξη στη μελέτη (Μτιμή:  $14,4 \pm 6,8$ ).

Μείζονα καρδιαγγειακά συμβάντα: (ΜΚΣ) ΕΜ,ασταθής στηθάγχη, παροδικό ή αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, αγγειακή χειρουργική παρέμβαση, καρδιακή ανεπάρκεια, καταγράφησαν.

Εκτιμήσαμε την προγνωστική σημασία των επιπέδων της ομοκυστεΐνης με την ανάλυση Cox proportional hazard model.

**Αποτελέσματα:** Διάμεσος χρόνος παρακολούθησης 7.5 ετη

Καταγράφησαν 29 ΜΚΣ στο τέλος της μελέτης και η ανάλυση αποκάλυψε ότι τα επίπεδα της ομοκυστεΐνης ήταν ισχυρός προγνωστικός δείκτης για ΜΚΣ (HR: 1,059 95%ci : 1,029-1,089 p value <0.001).

**Πίνακας:** Προγνωστική αξία(Hr)για την ομοκυστεΐνη αίματος για ΜΚΣ

	Hazard ratio	95% Confidence Intervals	P value
ομοκυστεΐνη (μmol/L)	1,059	1,029- 1,089	0,000

**Συμπέρασμα:** Τα επίπεδα της ομοκυστεΐνης αίματος έχουν σημαντική προγνωστική αξία για μείζονα καρδιαγγειακά συμβάματα σε υπερτασικούς ασθενείς, θεραπευόμενους και μη.

**ΗΑΑ19****ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΒΑΣΙΖΟΜΕΝΗ ΣΤΗΝ ΕΠΛΕΡΕΝΟΝΗ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ ΒΑΣΙΖΟΜΕΝΗΣ ΣΤΗΝ ΙΡΒΕΣΑΡΤΑΝΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ (HEBRO STUDY)»: BASELINE ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΟΜΟΙΟΓΕΝΕΙΑ ΤΩΝ ΣΥΓΚΡΙΝΟΜΕΝΩΝ ΣΚΕΛΩΝ**

**Π. Ηλιάκης<sup>1</sup>, Σ. Δρογκάρης<sup>1</sup>, Μ. Κουρεμέτη<sup>1</sup>, Ε. Σιάφη<sup>1</sup>, Δ. Κωνσταντινίδης<sup>1</sup>, Κ. Δημητριάδης<sup>1</sup>, Χ. Γράσσος<sup>2</sup>, Μ. Μαρκέτου<sup>3</sup>, Ε. Γκαλιαγκούση<sup>4</sup>, Μ. Σταθουλοπούλου<sup>1</sup>, Κ. Θωμόπουλος<sup>5</sup>, Κ. Τσιούφης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Αθηνών. "Ιπποκράτειο", Αθήνα

<sup>2</sup> Καρδιολογική κλινική, ΓΝΑ ΚΑΤ, Αθήνα

<sup>3</sup> Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο, Κρήτη

<sup>4</sup> Γ' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Α.Π.Θ, Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

<sup>5</sup> Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Έλενα Βενιζέλου, Αθήνα

**Εισαγωγή:** Η παχυσαρκία συνδέεται σημαντικά με δυσμενείς καρδιαγγειακές εκβάσεις. Η σχέση και η παθοφυσιολογική συσχέτιση της παχυσαρκίας με την αρτηριακή υπέρταση είναι σύμπλοκη. Στα παχύσαρκα άτομα, έχουν διαπιστωθεί αυξημένα επίπεδα αλδοστερόνης, παραγώμενα τόσο σε ιστικό όσο και συστηματικό επίπεδο. Ωστόσο, λίγα είναι γνωστά για την επίδραση του αποκλεισμού της αλδοστερόνης με τη χρήση επλερενόνης σε υπερτασικούς παχύσαρκους ασθενείς ως θεραπεία πρώτης γραμμής.

**Σκοπός:** Ο στόχος αυτής της μελέτης είναι να συγκρίνει την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια μεταξύ της στρατηγικής που βασίζεται στην επλερενόνη έναντι της στρατηγικής που βασίζεται στην ιρβεσαρτάνη σε παχύσαρκους υπερτασικούς ασθενείς.

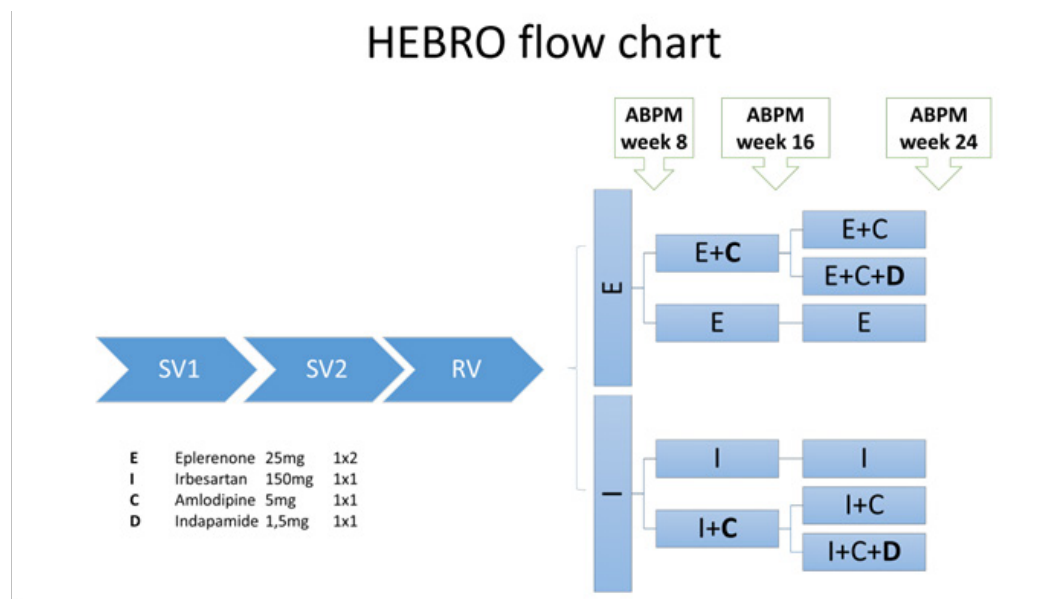
**Μεθοδολογία:** Η HEBRO (antiHypertensive treatment with Eplerenone vs. irBesartan in hypeRtensive Obese patients - HEBRO trial (NCT03476616)) είναι μια προοπτική, τυχαίοποιημένη, ανοιχτή, πολυκεντρική μελέτη στην οποία έχουν ενταχθεί 96 υπερτασικοί ασθενείς ηλικίας 30 έως 75 ετών, με παχυσαρκία [δείκτης μάζας σώματος ΔΜΣ  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>]. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε τόσο σε μέτρηση αρτηριακής πίεσης ιατρείου όσο και σε 24ωρη περιπατητική καταγραφή αρτηριακής πίεσης. Κατόπιν, και αφού πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού, οι ασθενείς τυχαίοποιήθηκαν σε 25 mg επλερενόνης δύο φορές ή 150 mg ιρβεσαρτάνης μία φορά την ημέρα και παρακολούθηθηκαν για 6 μήνες. Στους 2 και 4 μήνες αντίστοιχα έγινε τιτλοποίηση της αντιυπερτασικής αγωγής με προσθήκη αμλοδιπίνης ή/και ινδαπαμίδης. Το πρωτεύον καταληκτικό σημείο είναι η διαφορά στην 24ωρη περιπατητική καταγραφή αρτηριακής πίεσης μετά από περίοδο παρακολούθησης 6 μηνών και τα δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία είναι η μεταβολή στην υπερτροφία της αριστεράς κοιλίας και τη λευκωματουρία μετά από περίοδο παρακολούθησης 6 μηνών (Εικόνα 1: Flow-chart μελέτης).

**Αποτελέσματα:** Κατά την αρχική ένταξη των ασθενών δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο συγκρινόμενων θεραπευτικών στρατηγικών όσον αφο-

ρά στο φύλο (άνδρες 54,3%,  $p=1$ ), στην ηλικία ( $53.9 \pm 9.9$  στο σκέλος της επλερενόνης έναντι  $56.1 \pm 10.1$  στο σκέλος της ιρβεσαρτάνης,  $p=0.303$ ), στο ΔΜΣ ( $34.1 \pm 3.3$  έναντι  $34.9 \pm 3.5$ ,  $p=0.253$ , αντίστοιχα), στη νεφρική λειτουργία εκτιμώμενη από το ρυθμό σπειραματικής διήθησης - eGFR ( $84.3 \pm 16.6$  έναντι  $82.9 \pm 13.2$ ,  $p=0.661$ , αντίστοιχα) και στην παρουσία σακχαρώδους διαβήτη (10% έναντι 10,9%,  $p=1$ ). Επιπλέον, δε διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά στις μετρήσεις αρτηριακής πίεσης κατ' οίκον ( $143.8/88.9$  mmHg  $\pm 8.9/7.2$  στο σκέλος της επλερενόνης έναντι  $142.4/89.9$  mmHg  $\pm 8.2/6.7$  στο σκέλος της ιρβεσαρτάνης,  $p=0.436$ ,  $p=0.435$ ), στις μετρήσεις αρτηριακής πίεσης ιατρείου ( $147.2/92.1$  mmHg  $\pm 8.4/9.9$  έναντι  $145.2/92.6$  mmHg  $\pm 8.8/9.3$ ,  $p=0.247$ ,  $p=0.806$ ) και στις μετρήσεις 24ωρης περιπατητικής καταγραφής ΑΠ ( $141.2/85.7$  mmHg  $\pm 8.6/8.5$  έναντι  $140.0/84.3$  mmHg  $\pm 8.4/7.4$ ,  $p=0.507$ ,  $p=0.423$ ).

Όσον αφορά τις σχετιζόμενες με την αρτηριακή υπέρταση βλάβες σε όργανα στόχους, δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην υπερτροφία της αριστερά κοιλίας ( $110.1$  g/m<sup>2</sup>  $\pm 30.5$  στο σκέλος της επλερενόνης έναντι  $102.9$  g/m<sup>2</sup>  $\pm 18.1$  στο σκέλος της ιρβεσαρτάνης,  $p=0.237$ ), στη γεωμετρία του αριστερού κόλπου, εκτιμώμενη από τον όγκο του αριστερού κόλπου ( $30.4$  mL/m<sup>2</sup>  $\pm 10.5$  vs.  $30.8$  mL/m<sup>2</sup>  $\pm 16.1$ ,  $p=0.9$ ), στη μικρολευκωματουρία ( $24.2$ mg/dl  $\pm 42.3$  έναντι  $40.5$ mg/dl  $\pm 90.5$ ,  $p=0.271$ ) και στην αρτηριακή σκληρία ( $10.5$  m/s  $\pm 2.8$  vs.  $10.9$  m/s  $\pm 2.4$ ,  $p=0.621$ ).

**Συμπεράσματα:** Συμπερασματικά, τα δύο σκέλη της μελέτης δεν διέφεραν στατιστικά σημαντικά στα περισσότερα βασικά χαρακτηριστικά, υποδηλώνοντας πραγματική ομοιογένεια μεταξύ των σκελών σύγκρισης.



**ΗΑΑ20****ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΩΝ ΚΑΙ ΜΕΣΟΠΡΟΘΕΣΜΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ  
ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΜΕ ΤΟΝ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ  
ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ****Σ. Σπηλιοπούλου, Δ. Δραγώνας, Ν. Τσούτσουρα, Ε. Ζωγράφου, Χ. Γκόγκα,  
Α. Δημητρίου, Ε. Μανιός**

Θεραπευτική Κλινική, Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα, Αθήνα

**Σκοπός:** Φαίνεται στη βιβλιογραφία πως η αυξημένη μεταβλητότητα της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) σχετίζεται με ανάπτυξη βλάβης σε όργανα στόχους υπερτασικών ασθενών. Ωστόσο, η αξία των δεικτών μεταβλητότητας της ΑΠ σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο δεν έχει αποσαφηνιστεί. Στόχος αυτής της μελέτης ήταν να συσχετίσει τους δείκτες βραχυπρόθεσμης και μεσοπρόθεσμης μεταβλητότητας της ΑΠ με τον δείκτη μάζας αριστερής κοιλίας (LVMI) σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ).

**Υλικό-Μέθοδοι:** 131 ασθενείς με ΧΝΝ που παραπέμφθηκαν στην Υπερτασική Μονάδα του τμήματός μας για εκτίμηση, υπεβλήθησαν σε 24ωρη καταγραφή της ΑΠ, κατ' οίκον μετρήσεις της ΑΠ και ηχοκαρδιογραφικές μετρήσεις. Η βραχυπρόθεσμη μεταβλητότητα της ΑΠ εκφράστηκε με την τυπική απόκλιση, την ταχύτητα μεταβολής της ΑΠ και τον συντελεστή μεταβλητότητας της 24ωρης συστολικής και διαστολικής ΑΠ για αμφότερα τα διαστήματα ημέρας και νύχτας. Η μεσοπρόθεσμη μεταβλητότητα της ΑΠ εκφράστηκε με την τυπική απόκλιση, τον συντελεστή μεταβλητότητας της συστολικής και διαστολικής πίεσης για τα διαστήματα ΑΠ ημέρας και απογεύματος. Γιατηστατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν *bivariate correlations, simple* και *multiple linear regression analysis*.

**Αποτελέσματα:** Κανένας από τους δείκτες της μεσοπρόθεσμης μεταβλητότητας της ΑΠ δεν συσχετίστηκαν σημαντικά με τον LVMI. Όσον αφορά τη βραχυπρόθεσμη μεταβλητότητα της ΑΠ, μόνο η ταχύτητα μεταβολής της 24ωρης συστολικής ΑΠ ( $r=0.320$ ,  $p<0.001$ ) και της 24ωρης συστολικής ΑΠ ημέρας ( $r=0.310$ ,  $p<0.001$ ) εμφάνισαν στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με τον LVMI. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση φάνηκε πως η ταχύτητα μεταβολής της 24ωρης συστολικής ΑΠ ήταν η μόνη μεταβλητή με σημαντική και ανεξάρτητη συσχέτιση με τον LVMI ( $B=12.016$  95%CI 4.981-19.052,  $p<0.001$ ). Η συσχέτιση αυτή παρέμεινε στατιστικώς σημαντική μετά από στάθμιση για τα βασικά χαρακτηριστικά και τους παράγοντες κινδύνου.

**Συμπεράσματα:** Δείκτες βραχυπρόθεσμης μεταβλητότητας της ΑΠ όπως η ταχύτητα μεταβολής της 24ωρης συστολικής πίεσης ημέρας συσχετίστηκαν στατιστικώς σημαντικά με τον LVMI σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο. Αντιθέτως δεν παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δεικτών μεσοπρόθεσμης μεταβλητότητας της ΑΠ και του LVMI.

**HAA21****ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΩΝ ΤΥΠΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΜΕ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΣΚΛΗΡΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ**

**Σ. Σπηλιοπούλου, Δ. Δραγώνας, Ν. Τσούτσουρα, Ε. Ζωγράφου, Χ. Γκόγκα, Α. Δημητρίου, Ε. Μανιός**

Θεραπευτική Κλινική, Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα, Αθήνα

**Σκοπός:** Έχει τεκμηριωθεί στη βιβλιογραφία πως η μεταβλητότητα της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) σχετίζεται με ανάπτυξη βλαβών στα όργανα στόχους υπερτασικών ασθενών. Ωστόσο, η σχέση αυτών των δεικτών με τις βλάβες οργάνων στόχων ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ) δεν έχει αποσαφηνιστεί. Στόχος αυτής της μελέτης ήταν να συσχετίσει τη βραχυπρόθεσμη και μεσοπρόθεσμη μεταβλητότητα της ΑΠ με δείκτες αρτηριακής σκληρίας όπως η ταχύτητα σφυγμικού κύματος (*PWV*) και ο δείκτης προσαύξησης (*AI*), σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο.

**Υλικό-Μέθοδοι:** 105 ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο που παραπέμφθηκαν στην Υπερτασική Μονάδα του τμήματός μας υπεβλήθησαν σε 24ωρη *ABPM*, κατ' οίκον μετρήσεις της ΑΠ και μετρήσεις της ταχύτητας σφυγμικού κύματος και του δείκτη προσαύξησης. Η βραχυπρόθεσμη μεταβλητότητα της ΑΠ εκφράστηκε με την τυπική απόκλιση, την ταχύτητα μεταβολής της ΑΠ, την μέση πραγματική διακύμανση (*AVR*) και τον συντελεστή μεταβλητότητας της 24ωρης συστολικής και διαστολικής ΑΠ για αμφότερα τα διαστήματα ημέρας και νύχτας. Η μεσοπρόθεσμη μεταβλητότητα της ΑΠ εκφράστηκε με την τυπική απόκλιση και τον συντελεστή μεταβλητότητας των συστολικών και διαστολικών, πρωινών και απογευματινών μετρήσεων της ΑΠ. Γιατιστατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν *bivariate correlations, simple* και *multiple linear regression analysis*.

**Αποτελέσματα:** Όσον αφορά τη μεσοπρόθεσμη μεταβλητότητα της συστολικής κατ' οίκον ΑΠ, η τυπική απόκλιση ( $r=0.286$ ,  $p=0.003$ ) και ο συντελεστής μεταβλητότητας ( $r=0.216$ ,  $p=0.027$ ) συσχετίστηκαν στατιστικώς σημαντικά με τον *AI*. Συνεχίζοντας με την βραχυπρόθεσμη μεταβλητότητα της ΑΠ, η τυπική απόκλιση της νυχτερινής συστολικής ΑΠ ( $r=0.238$ ,  $p=0.016$ ), η ταχύτητα μεταβολής της νυχτερινής συστολικής ΑΠ ( $r=0.194$ ,  $p=0.050$ ) και η μέση πραγματική διακύμανση της νυχτερινής συστολικής αρτηριακής πίεσης ( $r=0.264$ ,  $p=0.007$ ), συσχετίστηκαν στατιστικώς σημαντικά με την *PWV*.

**Συμπεράσματα:** Δείκτες βραχυπρόθεσμης μεταβλητότητας της νυχτερινής συστολικής ΑΠ όπως η τυπική απόκλιση, η ταχύτητα μεταβολής της ΑΠ και η *AVR* συσχετίστηκαν στατιστικώς σημαντικά με την *PWV* σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο. Δείκτες μεσοπρόθεσμης μεταβλητότητας της συστολικής ΑΠ όπως η τυπική απόκλιση και ο συντελεστής μεταβλητότητας συσχετίστηκαν στατιστικώς σημαντικά με τον *AI*.

**HAA22****ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΕΠΙΠΕΔΩΝ Lp( A) ΑΙΜΑΤΟΣ ΜΕ ΠΡΟΘΡΟΜΒΩΤΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ****Μ.Β. Παπαβασιλείου<sup>1</sup>, Δ. Αραβαντινός<sup>2</sup>, Σ. Πατσιάνης<sup>2</sup>, Γ. Μουστάκας<sup>3</sup>,****Α. Καραμάνου<sup>4</sup>**<sup>1</sup> Metropolitan General Hospital<sup>2</sup> ΔΘΚΑ ΥΓΕΙΑ<sup>3</sup> Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΙΑΣΩ», Αθήνα<sup>4</sup> Ιδιώτης Ιατρός

**Εισαγωγή:** Η συσχέτιση των επιπέδων της Lp(a) με τη θρόμβωση αναφέρεται στη βιβλιογραφία και ως εκ τούτου η σημασία της στην καρδιαγγειακή έκβαση.

Σκοπός της μελέτης ήταν να διαπιστωθεί τυχόν σχέση των επιπέδων της Lp(a) αίματος, με προθρομβωτικούς παράγοντες όπως το ινωδογόνο, σε υπερτασικούς ασθενείς

**Υλικό και Μέθοδοι:** Μελετήθηκαν 678 υπερτασικοί ασθενείς (54% γυναίκες), υπό αντιυπερτασική αγωγή (56%), ή πρωτοδιαγνωσθέντες χωρίς φαρμακευτική αγωγή, μέσης ηλικίας (ΜΗ)  $57,8 \pm 13,5$  έτη, χωρίς καμία εμφανή καρδιολογική νόσο κατά την ένταξη στην μελέτη, μέσης συστολικής/διαστολικής πίεσης ιατρείου (ΜΣ/ΔΑΠι)  $147,9 \pm 20,4/91,6 \pm 13,1$  mmHg, μέσης καρδιακής συχνότητας ιατρείου (ΚΣι):  $75,3 \pm 11,1$  σφ/1', μέσου δείκτη μάζας σώματος (ΜΔΜΣ)  $28,2 \pm 4,9$  κ/μ<sup>2</sup> και μέσης περιμέτρου μέσης (ΜΠΜ)  $96,1 \pm 12,9$  εκ. Μετρήθηκαν τα επίπεδα της Lp(a) και του ινωδογόνου αίματος και συσχετίστηκαν μεταξύ τους κατα Pearson.

**Αποτελέσματα:**

**Πίνακας 1:** συσχέτιση κατα Pearson των επιπέδων Lp(a) με τα επίπεδα ινωδογόνου Lp(a)

Ινωδογόνο  $r=0,89$   $p=0,020$

Lp(a)= Λιποπρωτεΐνη α

**Συμπέρασμα:** Τα επίπεδα της Lp(a) σχετίζονται σημαντικά και θετικά με τα επίπεδα του ινωδογόνου, σε υπερτασικούς ασθενείς μέσης ηλικίας, δείχνοντας τη σημασία των επιπέδων της Lp(a) στην προθρομβωτική κατάσταση αυτών.



**ΗΑΑ23****ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΛΙΠΩΔΟΥΣ ΔΙΗΘΗΣΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ****Ι. Μιξάκη**

*Παθολογικός Τομέας, Ασκληπιός Διάγνωσης, Ηράκλειο, Κρήτη*

**Σκοπός:** Η μελέτη της συσχέτισης της λιπώδους διήθησης, όπως αυτή διαγιγνώσκεται στην αξονική τομογραφία, με δύο αποδεδειγμένα ισχυρούς τροποποιητές κινδύνου στεφανιαίας νόσου: το πάχος του τοιχώματος των καρωτίδων (IMT) και την εκτίμηση του φορτίου ασβεστίου των στεφανιαίων αρτηριών (CAC).

Βασικός προβληματισμός είναι η αναζήτηση και επιλογή κατάλληλων τεχνικών διάγνωσης στεφανιαίας νόσου για την πιο έγκαιρη πρόληψη και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση, ιδιαίτερα σε νέους και ασυμπτωματικούς ασθενείς.

Αν και η παχυσαρκία και η MAFLD-NALFD (metabolic associated fatty liver disease) αποτελούν πια γνωστό παράγοντα κινδύνου στεφανιαίας νόσου, η σύνδεση της με τους νεότερους παράγοντες διαστρωμάτωσης στεφανιαίας νόσου δεν έχει αποσαφηνιστεί.

**Μεθοδολογία:** Αναλύθηκαν δεδομένα από αξονικές τομογραφίες που πραγματοποιήθηκαν στα πλαίσια ελέγχου στεφανιαίας νόσου. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε μέτρηση του πάχους τοιχώματος του έσω-μέσου χιτώνα των καρωτίδων και σε εκτίμηση της λιπώδους διήθησης στην Υ.Τ από τις λήψεις που είχαν πραγματοποιηθεί για την αξονική στεφανιογραφία.

Σε 157 διαδοχικούς ασθενείς, από 6/2021 έως 11/2021, μετρήθηκε το calcium score σύμφωνα με τη μέθοδο Agatston, σε αξονικό Τομογράφο Siemens Somatom Definition 126x2 τομών, με τη χρήση του λογισμικού SyngoVia της Siemens και κατόπιν διενεργήθηκε υπερηχογραφική εκτίμηση B-mode του πάχους του έσω-μέσου χιτώνα των καρωτίδων με υπέρηχο Mindray και Aloka a7 και κεφαλές linear 7,5 Mhz, με τη μέθοδο που περιγράφεται από την ευρωπαϊκή καρδιολογική εταιρεία.

**Συμπεράσματα:** Στην μελέτη βρέθηκε συσχέτιση του ΔΜΣ και της Λιπώδους διήθησης, όπως αυτή διαγιγνώσκεται στην αξονική τομογραφία, καθώς και συσχέτιση μεταξύ του πάχους τοιχώματος των καρωτίδων και του φορτίου ασβεστίου στεφανιαίων αρτηριών, δεν βρέθηκε απολύτως στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της λιπώδους διήθησης και του φορτίου ασβεστίου (0,054), όπως βρέθηκε σε πρόσφατα δημοσιευμένη μελέτη (Scot-heart trial), πιθανά λόγω του μικρότερου πληθυσμού

Ο ΔΜΣ ήταν ιδιαίτερα σημαντικός προγνωστικός παράγοντας της παρουσίας ηπατοστεάτωσης στην αξονική τομογραφία. Η ηπατοστεάτωση συνυπάρχει συχνά σε ασθενείς με μεταβολικό σύνδρομο.

**ΗΑΑ24****ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΝΥΧΤΕΡΙΝΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΚΑΙ NON-DIPPING ΜΕ ΤΟΝ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΛΕΥΚΗΣ ΜΠΛΟΥΖΑΣ****Δ. Δραγώνας, Σ. Σπηλιοπούλου<sup>1</sup>, Ν. Τσούτσουρα<sup>1</sup>, Ε. Ζωγράφου<sup>1</sup>, Χ. Γκόγκα<sup>1</sup>,****Α. Δημητρίου, Ε. Μανιός**

Θεραπευτική Κλινική, Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα, Αθήνα

**Σκοπός:** Πολυάριθμες μελέτες έχουν δείξει πως άτομα με υπέρταση λευκής μπλούζας (*WCH*) παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακών συμβαμάτων και βλάβης οργάνου στόχου συγκριτικά με νορμοτασικά άτομα. Η δυναμικά επιζήμια επίδραση του non-dipping ή της νυχτερινής υπέρτασης στην βλάβη οργάνων στόχου δεν έχει αποσαφηνιστεί πλήρως σε ασθενείς με *WCH*. Στόχος αυτής της μελέτης ήταν να διερευνήσει την συσχέτιση του non-dipping και της νυχτερινής υπέρτασης με τον *LVMI* σε άτομα με *WCH*.

**Υλικό-Μέθοδοι:** 387 άτομα με *WCH* που δεν ελάμβαναν αγωγή υπεβλήθησαν σε 24ωρη ηχοκαρδιογραφικό έλεγχο. Η μάζα της αριστερής κοιλίας υπολογίστηκε χρησιμοποιώντας τον τύπο του *Devereux* σύμφωνα με το *Penn Convention Protocol*. Ο *LVMI* ορίστηκε ως η μάζα αριστερής κοιλίας διαιρεμένη με την επιφάνεια του σώματος. Ο υπό μελέτη πληθυσμός κατηγοριοποιήθηκε στην ομάδα ασθενών με *dipping* (πτώση νυχτερινής ΑΠ > 10%), ομάδα *non-dipping* (πτώση νυχτερινής πίεσης < 10%) καθώς και σε ομάδα νυχτερινής υπέρτασης (νυχτερινή συστολική ΑΠ ≥ 120mmHg ή/και νυχτερινή διαστολική ΑΠ ≥ 70mmHg) και ομάδα νυχτερινών νορμοτασικών (νυχτερινή συστολική ΑΠ < 120mmHg ή/και νυχτερινή διαστολική ΑΠ < 70mmHg). Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν *independent-samples t-test*, *chi-square test* και *linear regression*.

**Αποτελέσματα:** Τα ποσοστά των *non-dippers* και νυχτερινής υπέρτασης στον πληθυσμό ατόμων με *WCH* ήταν 49% και 28% αντιστοίχως. Οι μεταβλητές που συσχετίστηκαν με τον *LVMI* στην μονοπαραγοντική ανάλυση ήταν η ηλικία, το αρσενικό φύλο, ο *BMI*, η 24ωρη διαστολική αρτηριακή πίεση και το *non-dipping*. Η πολυπαραγοντική *regression* ανάλυση ανέδειξε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση του *LVMI* με τους παρακάτω παράγοντες: ηλικία ( $B=5.760$ , 95% CI: 3.282 to 8.239;  $p<0.001$ ), αρσενικό φύλο ( $B=10.941$ , 95% CI: 5.756 to 16.125;  $p<0.001$ ), *BMI* ( $B=0.685$ , 95% CI: 0.138 to 1.232;  $p=0.014$ ), 24ωρη διαστολική ΑΠ ( $B=-6.634$ , 95% CI: -11.212 to -1.456;  $p=0.011$ ) και *non-dipping* ( $B=8.415$ , 95% CI: 3.449 to 13.380;  $p=0.001$ ). Το *non-dipping* μοτίβο συσχετίστηκε με αύξηση του *LVMI* κατά 8.415 g/m<sup>2</sup> σε άτομα με *WCH*.

**Συμπεράσματα:** Το *non-dipping* μοτίβο συσχετίστηκε θετικά και ανεξάρτητα με τον *LVMI* σε ασθενείς με *WCH* που δεν λαμβάνουν θεραπεία. Αντίθετα, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της νυχτερινής υπέρτασης και του *LVMI*.

**HAA25****ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ INTIMA-MEDIA THICKNESS ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΗ ΜΗΡΙΑΙΑ ΑΡΤΗΡΙΑ****Φ. Ζαμπετάκης***Καρδιολογικός Τομέας, Ασκληπιός Διάγνωσης, Ηράκλειο, Κρήτη*

**Σκοπός:** Η αναζήτηση και επιλογή κατάλληλων τεχνικών ανεύρεσης της στεφανιαίας νόσου για την έγκαιρη πρόληψη και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της.

Στην παρούσα μελέτη επιλέξαμε τη σύγκριση μεταξύ αυτών των δύο βασικών τροποποιητών διαστρωμάτωσης κινδύνου, του coronary calcium score και την εκτίμηση του πάχους έσω-μέσου χιτώνα μηριαίων και καρωτίδων (IMT).

**Υλικό-Μέθοδος:** Σε 126 διαδοχικούς ασθενείς, που είχαν παραπεμφθεί για Αξονική Στεφανιογραφία, στα πλαίσια διερεύνησης Στεφανιαίας Νόσου, μετρήθηκε το calcium score σύμφωνα με τη μέθοδο Agatston, σε αξονικό Τομογράφο Siemens Somaton Definition 126x2 τομών, με τη χρήση του λογισμικού SyngoVia της Siemens και στη συνέχεια διενεργήθηκε υπερηχογραφική εκτίμηση B-mode του πάχους του έσω-μέσου χιτώνα των καρωτίδων και των μηριαίων αρτηριών με υπέρηχο Mindray και Aloka a7 και κεφαλές linear 7,5 Mhz, με τη μέθοδο που περιγράφεται από την ευρωπαϊκή καρδιολογική εταιρεία.

**Αποτελέσματα:** Από τους 159 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αξονική στεφανιογραφία και μέτρηση του Coronary calcium score, 111 ήταν άνδρες και 48 γυναίκες, ηλικίας 40 έως 84 ετών, καυκασιοι κατα το 98%. Οι περισσότεροι ασθενείς είχαν περισσότερους των δύο παραγόντων κινδύνου. Το 46,8% των αντρών και το 39,5% των γυναικών ήταν καπνιστές ή πρώην καπνιστές. Το 62% των γυναικών είχαν παθολογικό βάρος. Ενώ στους άνδρες το 66% .

Σακχαρώδη διαβήτη είχε το 8,3% των γυναικών και το 15,3% των ανδρών.

Κληρονομικό καρδιολογικό ιστορικό το 16,6% των γυναικών και το 19,8% των ανδρών. Επίσης το 25% των γυναικών και το 11,7% των ανδρών έχουν θετικό ατομικό καρδιολογικό ιστορικό.

**Συμπεράσματα:** Στην παρούσα μελέτη το όριο IMT 0,7 mm στις γυναίκες και 0,8mm στους άντρες, φαίνεται να είναι αντιπροσωπευτικό, του P80-P90. Φαίνεται επίσης να είναι ικανό για να ταυτοποιήσει σε μεγάλο ποσοστό ασθενείς με μηδενικό CAC. Όπως και αντίθετα, μετρήσεις μεγαλύτερες από αυτές τις τιμές ταυτοποιούν ασθενείς με σκορ ασβεστίου μεγαλύτερου του μηδενός. Όπως έχει αναφερθεί στην βιβλιογραφία υπάρχει καλύτερη συσχέτιση με τις μετρήσεις των μηριαίων από τις καρωτίδες με το CAC score. Ο ρόλος του κλινικού ιατρού είναι καταλυτικής σημασίας για την έγκυρη και έγκαιρη ταξινόμηση των ασθενών βάσει του καρδιακού κινδύνου που διατρέχουν.

Η αξιοποίηση όλων των μεθόδων, παραδοσιακών και μη, μπορούν να προσφέρουν σημαντικά στοιχεία για την πρόβλεψη και πρόγνωση της καρδιαγγειακής νόσου.

**HAA26****ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΚΑΙ ΑΝΤΙΦΩΣΦΟΛΙΠΙΔΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ , ΣΕ ΝΕΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΤΩ ΤΩΝ 50 ΕΤΩΝ****Π. Βαλεντή***Ιδιώτης Ιατρός*

**Εισαγωγή:** Η πιο συνήθης επίκτητη θρομβοφιλική διαταραχή είναι το αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο Antiphospholipid Syndrome (APS). Υπολογίζεται ότι πάνω από το 20% των εγκεφαλικών σε ασθενείς ηλικίας κάτω των 45 ετών, μπορεί να συσχετίζεται με το APS.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της επίπτωσης του Αντιφωσφολιπιδικού Συνδρόμου ή Antiphospholipid Syndrome (APS) στην πρόκληση ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου σε νεαρούς ενήλικες και η δευτερογενής πρόληψη.

**Μεθοδολογία:** Για την εκπόνηση της μελέτης επιλέχθηκε η μέθοδος της συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης για την εις βάθος και αντικειμενική προσέγγιση της βιβλιογραφίας, κριτικής ανάλυσης και σύνθεσης των αποτελεσμάτων των πρωτογενών μελετών. Για την διερεύνηση χρησιμοποιήθηκαν κατάλληλα κριτήρια ένταξης και κριτήρια αποκλεισμού. Αναλύθηκαν 18 ανοικτές μελέτες, για το επιλεγμένο χρονικό εύρος 2009-2019. Για την διερεύνηση χρησιμοποιήθηκαν κατάλληλα κριτήρια ένταξης με ομάδα στόχο ενήλικες ασθενείς κάτω των 50 ετών με εγκεφαλοαγγειακό επεισόδιο - Cerebrovascular event (CVE).

**Αποτελέσματα:** Από την ανασκόπηση φαίνεται ότι η παρουσία αντιφωσφολιπιδικών αντισωμάτων (APL) παρέχει πενταπλάσιο κίνδυνο για εγκεφαλικό επεισόδιο ή παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο - Transit Ischemic Attack (TIA) σε σύγκριση με τους μάρτυρες. Η παρουσία APS αυξάνει τον κίνδυνο θνησιμότητας των ασθενών με συστηματικό ερυθρηματώδη λύκο (ΣΕΛ). Οι ασθενείς με APS εξακολουθούν να αναπτύσσουν σημαντική νοσηρότητα και θνησιμότητα παρά την τρέχουσα θεραπεία. Όσον αφορά την δευτερογενή πρόληψη ασθενείς με APS που προσέρχονται με αρτηριακό θρομβωτικό επεισόδιο έχουν οφέλη είτε με την από του στόματος χορήγηση αντιπηκτικών (τύπου βαρφαρίνης) με υψηλότερο (INR 3-4) ή ένα συνδυασμό με χαμηλή δόση ασπιρίνης και ενός (INR 2-3).

**Συμπεράσματα:** Η παρούσα μελέτη ανέδειξε ότι η παρουσία αντιφωσφολιπιδικού συνδρόμου (APS) αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα κινδύνου ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου σε νέους ασθενείς κάτω των 50 ετών η οποία πρέπει να συνεκτιμάται με την συνεχή αύξηση παραδοσιακών παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου όπως υπέρταση και διαβήτης στην ομάδα αυτή.

## ΗΑΑ27

### ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΟΛΙΚΗ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

**Δ. Δραγώνας, Σ. Σπηλιοπούλου, Ν. Τσούτσουρα, Ε. Ζωγράφου, Χ. Γκόγκα,**

**Α. Δημητρίου, Ε. Μανιός**

*Θεραπευτική Κλινική, Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα, Αθήνα*

**Σκοπός:** Παρότι η συσχέτιση της μάζας της αριστερής κοιλίας (LVM) με την έκβαση αιμοκαθερόμενων ασθενών είναι καλά τεκμηριωμένη, η σημασία αυτής της συσχέτισης σε ηπιότερες μορφές χρόνιας νεφρικής νόσου (XNN) δεν είναι αποσαφηνισμένη. Στόχος αυτής της μελέτης ήταν η εκτίμηση της συσχέτισης του δείκτη μάζας αριστερής κοιλίας με την ολική θνητότητα σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Ο πληθυσμός της μελέτης αποτελούνταν από 126 ασθενείς με XNN σταδίων 3-4, που παραπέμφθηκαν στο Μονάδα Υπέρτασης του τμήματός μας για εκτίμηση. Οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε μετρήσεις αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) ιατρείου και ηχοκαρδιογραφικές μετρήσεις. Η μάζα της αριστερής κοιλίας υπολογίστηκε χρησιμοποιώντας τον τύπο του *Devereux* σύμφωνα με το *Penn Convention Protocol*. Ο δείκτης μάζας της αριστερής κοιλίας ορίστηκε ως η μάζα αριστερής κοιλίας διαιρεμένη με την επιφάνεια του σώματος. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο *Cox regression analysis*.

**Αποτελέσματα:** Μετά από διάμεση παρακολούθηση 3 ετών, σημειώθηκαν 11 θάνατοι από καρδιαγγειακά συμβάματα και 16 από μη καρδιαγγειακά συμβάματα. Ο πληθυσμός της μελέτης αποτελούνταν από 95 άρρενες (75%). Η μέση ηλικία ήταν τα 70 έτη και η μέση ΑΠ ιατρείου τα 143/76 mmHg. Η πολυπαραγοντική *Cox regression analysis* έδειξε πως ο δείκτης μάζας της αριστερής κοιλίας σχετιζονταν ανεξάρτητα με την θνητότητα από όλες τις αιτίες (HR: 1.011, 95%CI 1.000-1.023,  $p=0.049$ ) μετά από στάθμιση των μεταβλητών βάσει ηλικίας, φύλου, ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη, υπερλιπιδαιμίας, καπνίσματος, αντιϋπερτασικής αγωγής και μέση αρτηριακή πίεσης ιατρείου.

**Συμπεράσματα:** Ο δείκτης μάζας αριστερής κοιλίας είναι ένας ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας της ολικής θνητότητας σε υπερτασικούς ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο.

**ΗΑΑ28****ΣΧΕΣΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΣΚΛΗΡΙΑΣ ΜΕ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΥΣ, ΧΟΡΙΟΕΙΔΟΥΣ ΚΑΙ ΟΠΤΙΚΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ****Κ. Κυριακούλης<sup>1</sup>, Ι. Γιάχος<sup>2</sup>, Α. Κόλλιας<sup>1</sup>, Α.Τσιώγκα<sup>2</sup>, Β. Ντουσόπουλος<sup>1</sup>, Π. Σταθοπούλου<sup>1</sup>, Τ. Ρότσος<sup>2</sup>, Η. Γεωργάλας<sup>2</sup>, Δ. Παπακωνσταντίνου<sup>2</sup>, Γ. Στεργίου<sup>1</sup>**<sup>1</sup> Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Γ' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Η Σωτηρία», Αθήνα<sup>2</sup> Α' Πανεπιστημιακή Οφθαλμολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Νοσοκομείο «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

**Σκοπός/Εισαγωγή:** Οφθαλμολογικές διαγνωστικές μέθοδοι όπως η οπτική τομογραφία συνοχής-αγγειογραφία [Optical Coherence Tomography-Angiography (OCT-A)] παρέχουν αναλυτική μελέτη του αγγειακού δικτύου του αμφιβληστροειδούς και χοριοειδούς χιτώνα. Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ δεικτών ασυμπτωματικής αγγειακής βλάβης του αμφιβληστροειδούς, χοριοειδούς και του οπτικού νεύρου και της αρτηριακής σκληρίας σε υπερτασικούς ασθενείς.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Ενήλικες με πιθανή ή διαγνωσμένη υπέρταση υπό ή χωρίς θεραπεία υποβλήθηκαν σε (i) μετρήσεις αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) στο ιατρείο, (ii) 24ωρη καταγραφή ΑΠ, (iii) αξιολόγηση αρτηριακής σκληρίας με προσδιορισμό της σφυροβραχίονιας ταχύτητας σφυγμικού κύματος (baPWV) με αυτόματη ταλαντωσιμετρική συσκευή (Microlife WatchBP Office Vascular), και (iv) οφθαλμολογική εξέταση με OCT-A.

**Αποτελέσματα:** Αναλύθηκαν 39 συμμετέχοντες (ηλικία 63±10 έτη, 69% άνδρες, 85% υπό αντιυπερτασική θεραπεία, δείκτης μάζας σώματος 28±3 kg/m<sup>2</sup>, baPWV 14.6±2.5 m/sec, ΑΠ ιατρείου συστολική/διαστολική 125±11/79±6 mmHg, 24ωρη ΑΠ 123±8/74±6 mmHg). Η μέση πυκνότητα του επιφανειακού αγγειακού δικτύου του αμφιβληστροειδούς συσχετίστηκε αντίστροφα με τη συστολική ΑΠ ιατρείου (r=-0.32, P<0.01) και τη διαφορική πίεση (ΔΠ) ιατρείου (r=-0.28, P=0.01). Η μέση πυκνότητα του εν τω βάθει αγγειακού δικτύου του αμφιβληστροειδούς συσχετίστηκε αντίστροφα με baPWV (r=-0.33, P<0.01). Το πάχος του βοθρίου του αμφιβληστροειδούς συσχετίστηκε αντίστροφα με τη συστολική ΑΠ ιατρείου (r=-0.32, P<0.01), τη ΔΠ ιατρείου (r=-0.39, P<0.01), τη συστολική 24ωρη ΑΠ (r=-0.54, P<0.01), τη ΔΠ στην 24ωρη καταγραφή (r=-0.53 P<0.01) και το baPWV (r=-0.25, P=0.03). Η κυκλική απεικόνιση του βοθρίου συσχετίστηκε αντίστροφα με τη συστολική ΑΠ ιατρείου (r=-0.27, P=0.02), τη ΔΠ ιατρείου (r=-0.32, P<0.01) και τη ΔΠ στην 24ωρη καταγραφή (r=-0.20, P=0.04). Σε πολυπαραγοντικά μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης μικτών επιδράσεων διαπιστώθηκε συσχέτιση της μέσης πυκνότητας του εν τω βάθει αγγειακού δικτύου του αμφιβληστροειδούς με baPWV (b=-0.65, P=0.01) και του πάχους του βοθρίου με την 24ωρη ΑΠ (b=-0.85, P=0.01).

**Συμπεράσματα:** Τα προκαταρκτικά αυτά αποτελέσματα δείχνουν ότι σε υπερτασικούς ασθενείς παράμετροι της OCT-A σχετίζονται με τα επίπεδα της ΑΠ και με δείκτες αρτηριακής σκληρίας.

## ΗΑΑ29

### ΣΧΕΣΗ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ ΜΕ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΟΡΓΑΝΩΝ-ΣΤΟΧΩΝ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ ΚΑΙ ΝΕΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1

**Αικ. Θεοδοσιάδη<sup>1</sup>, Έ. Βακάλη<sup>1</sup>, Α. Δεστούνης<sup>1</sup>, Α. Βαζαίου<sup>2</sup>, Γ. Στεργίου<sup>1</sup>, Α. Κόλλιας<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Γ' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Η Σωτηρία», Αθήνα

<sup>2</sup> Α' Παιδιατρική Κλινική, Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. Κυριακού», Αθήνα

**Σκοπός/Εισαγωγή:** Διερεύνηση της σχέσης της μεταβλητότητας της γλυκόζης με τη μεταβλητότητα της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) και με δείκτες ασυμπτωματικής βλάβης οργάνων-στόχων σε εφήβους και νέους ενήλικες με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (ΣΔ1).

**Υλικό-Μέθοδοι:** Άτομα ηλικίας 12-30 ετών με ΣΔ1 υποβλήθηκαν σε 24ωρη καταγραφή ΑΠ (ανά 20', Microlife WatchBPO3), συνεχή καταγραφή γλυκόζης για 6 ημέρες και αξιολόγηση δεικτών ασυμπτωματικής βλάβης οργάνων-στόχων [δείκτης μάζας αριστερής κοιλίας (LVMI), πάχος έσω-μέσου χιτώνα κοινής καρωτίδας και βολβού (IMT), λόγος λευκωματίνης/κρεατινίνης (ACR) σε 2 διαφορετικά πρωινά δείγματα ούρων].

**Αποτελέσματα:** Αναλύθηκαν δεδομένα από 38 άτομα με τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: 18 άρρενες (47%), 19 άτομα με αντλία ινσουλίνης (50%), μέση ηλικία 23±5 έτη, δείκτη μάζας σώματος 23±3 kg/m<sup>2</sup>, HbA1c 7,3±1,0%, διάρκεια ΣΔ 15±19 έτη, γλυκόζη στη συνεχή καταγραφή την ημέρα της 24ωρης καταγραφής ΑΠ 149±33 mg/dl, 24ωρη ΑΠ 111±9/68±5 mmHg (συστολική/διαστολική), νυχτερινή ΑΠ 104±9/59±6 mmHg. Ο συντελεστής μεταβλητότητας των νυχτερινών τιμών γλυκόζης σχετιζόταν αντίστροφα με τη νυχτερινή πτώση της συστολικής ΑΠ (r=-0,33, p=0,047). Ο λόγος ACR σχετιζόταν με την HbA1c (r=0,37, p=0,02), το IMT με την 24ωρη συστολική ΑΠ (r=0,58, p<0,01) ενώ ο LVMI με τη νυχτερινή διαφορική ΑΠ (r=0,34, p=0,04) και αντίστροφα με το χρόνο εντός γλυκαιμικού στόχου (r=-0,33, p=0,049).

**Συμπεράσματα:** Τα προκαταρκτικά αυτά αποτελέσματα δείχνουν ότι σε νεαρά άτομα με ΣΔ1, σχετικά ικανοποιητική γλυκαιμική ρύθμιση και φυσιολογικές τιμές ΑΠ διαπιστώνεται αντίστροφη συσχέτιση μεταξύ νυχτερινής πτώσης της συστολικής ΑΠ και της μεταβλητότητας των νυχτερινών μετρήσεων γλυκόζης, που ίσως υποδηλώνει κοινούς παθοφυσιολογικούς ρυθμιστικούς μηχανισμούς. Επιπλέον, δείκτες μεταβλητότητας όπως ο χρόνος εντός γλυκαιμικού στόχου μπορεί να σχετίζονται με βλάβες οργάνων-στόχων.

**ΗΑΑ30****ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΟΝΙΜΗ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ****Β. Ντουσόπουλος<sup>1</sup>, Α. Κόλλιας<sup>1</sup>, Α. Μέντη<sup>1</sup>, Κ. Κυριακούλης<sup>1</sup>, Α. Θεοδωσίου<sup>1</sup>, Π. Σταθοπούλου<sup>1</sup>, Α. Ντινέρη<sup>1</sup>, Γ. Στεργίου<sup>1</sup>**<sup>1</sup> Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Γ' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Η Σωτηρία», Αθήνα

**Σκοπός/ Εισαγωγή:** Διερεύνηση της σχέσης της μεταβλητότητα της ΑΠ με τη μεταβλητότητα της καρδιακής συχνότητας σε ασθενείς με ΚΜ.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Ασθενείς με μόνιμη ΚΜ υποβλήθηκαν σε μετρήσεις ΑΠ στο ιατρείο (5 διαδοχικές μετρήσεις, υδραργυρικό πιεσόμετρο) και σε ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) 1 απαγωγής, διάρκειας ενός λεπτού. Οι μετρήσεις ΑΠ πραγματοποιήθηκαν ταυτόχρονα από δύο ιατρούς και καταγράφηκε ο μέσος όρος των δυο μετρήσεων. Η μεταβλητότητα της ΑΠ αξιολογήθηκε με την τυπική απόκλιση (SD), τον συντελεστή διακύμανσης (CV) και η μεταβλητότητα της καρδιακής συχνότητας με την SD και CV των διαστημάτων RR και την τετραγωνική ρίζα του μέσου όρου των τετραγώνων των διαστημάτων RR (RMSSD).

**Αποτελέσματα:** Αναλύθηκαν 43 συμμετέχοντες με ΚΜ (μέση ηλικία 76±11 έτη, 60% άντρες, μέση τιμή ΑΠ 119±19/69±11 mmHg, καρδιακή συχνότητα 79±17, 93% υπερτασικοί υπό αγωγή). Από τους δείκτες μεταβλητότητας της ΑΠ ανευρέθηκε ότι ο CV της διαστολικής ΑΠ σχετιζόταν με RMSSD ( $r=0,36$ ,  $p<0,05$ ), SD ( $r=0,36$ ,  $p<0,05$ ), και παρουσίαζε τάση συσχέτισης με CV των διαστημάτων RR ( $r=0,26$ ,  $p=0,09$ ), ενώ η SD της διαστολικής ΑΠ παρουσίαζε τάση συσχέτισης με SD ( $r=0,27$ ,  $p=0,08$ ) και CV των διαστημάτων RR ( $r=0,22$ ,  $p=0,16$ ) καθώς και με RMSSD ( $r=0,23$ ,  $p=0,13$ ). Επίσης ο δείκτης RMSSD σχετιζόταν με SD ( $r=0,98$ ,  $p<0,05$ ) και CV ( $r=0,7$ ,  $p<0,05$ ) των διαστημάτων RR. Δεν διαπιστώθηκαν αντίστοιχες συσχέτισεις για τη συστολική ΑΠ.

**Συμπεράσματα:** Τα προκαταρκτικά αυτά αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι σε ασθενείς με ΚΜ η μεταβλητότητα της καρδιακής συχνότητας φαίνεται να σχετίζεται με την μεταβλητότητα της διαστολικής ΑΠ.



**ΗΑΑ31****ΤΡΟΧΙΕΣ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗΣ ΣΤΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ 20ΕΤΗΣ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ (2002-2022): ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΤΤΙΚΗ Ε. Δερδελάκου<sup>1</sup>, Ε. Δαμίγου<sup>1</sup>, Μ. Γεωργούλης<sup>1</sup>, Ρ. Ι. Κωστή<sup>2</sup>, Χ. Χρυσόχου<sup>3</sup>, Φ. Μπάρκας<sup>4</sup>, Χ. Βαφιά<sup>1</sup>, Δ. Δαλμύρας<sup>1</sup>, Ε. Κραββαρίτη<sup>5</sup>, Χ. Πίτσαβος<sup>3</sup>, Κ. Τσιούφης<sup>3</sup>, Ε. Λυμπερόπουλος<sup>5</sup>, Π. Σφηκάκης<sup>5</sup>, Δ. Παναγιωτάκος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας - Διατροφής, Σχολή Επιστημών Υγείας και Αγωγής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα

<sup>2</sup> Τμήμα Διαιτολογίας-Διατροφολογίας, Σχολή Επιστημών Φυσικής Αγωγής, Αθλητισμού και Διαιτολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τρίκαλα

<sup>3</sup> Α' Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

<sup>4</sup> Τμήμα Εσωτερικής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

<sup>5</sup> Α' Τμήμα Προπαιδευτικής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, Λαϊκό Γενικό Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

**Σκοπός/Εισαγωγή:** Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ της μακροχρόνιας προσκόλλησης στη Μεσογειακή διατροφή (δηλαδή των τροχιών προσκόλλησης στη Μεσογειακή διατροφή) με την 20ετή επίπτωση υπέρτασης.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Το 2002, κατά την έναρξη της μελέτης ΑΤΤΙΚΗ, συμμετείχαν 3.042 ενήλικες άνδρες και γυναίκες χωρίς καρδιαγγειακά ή άλλα χρόνια νοσήματα, που ζούσαν στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας. Το 2022, πραγματοποιήθηκε η 20ετής επανεξέταση. Οι συμμετέχοντες που είχαν οριστεί ως υπερτασικοί κατά την αρχική εξέταση (n=610) αποκλείστηκαν από την παρούσα εργασία. Επομένως, λαμβάνοντας υπόψη και αυτούς που χάθηκαν από την επανεξέταση (n=144), αναλύθηκαν δεδομένα από 1.415 συμμετέχοντες. Η επίπτωση της υπέρτασης ορίστηκε σύμφωνα με τα κριτήρια WHO-ICD-10.

**Αποτελέσματα:** Η 20ετής επίπτωση υπέρτασης ήταν 22,2% (n=314). Οι υπερτασικοί συμμετέχοντες ήταν κυρίως ηλικιωμένοι, άνδρες, που έπασχαν από χρόνιες καρδιομεταβολικές ασθένειες (υπερχοληστερολαιμία, διαβήτη, παχυσαρκία), και ακολουθούσαν έναν ανθυγιεινό τρόπο ζωής (δηλαδή περισσότερα πακέτο-έτη καπνίσματος, πιο ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες). Σε αδρή ανάλυση, σε σύγκριση με αυτούς που ήταν πάντα μακριά από τη Μεσογειακή διατροφή, όσοι ήταν πάντα κοντά είχαν 80% μικρότερο κίνδυνο υπέρτασης (95% Διάστημα Εμπιστοσύνης-95%ΔΕ: 0,13, 0,30), ενώ όσοι ήταν αρχικά κοντά αλλά απομακρύνθηκαν από τη Μεσογειακή διατροφή κατά την 20ετή περίοδο παρακολούθησης είχαν 57% (95% Διάστημα Εμπιστοσύνης -95%ΔΕ: 0,31, 0,59) χαμηλότερο κίνδυνο να αναπτύξουν υπέρταση. Όμως, σε πολυπαραγοντική ανάλυση, μόνο όσοι ήταν πάντα κοντά στη Μεσογειακή διαίτα είχαν χαμηλότερο κίνδυνο υπέρτασης στην 20ετία, κατά 47% (95%ΔΕ: 0,31, 0,91).

**Συμπεράσματα:** Επομένως, για την πρόληψη της υπέρτασης θα πρέπει να δοθεί έμφαση στη διατήρηση υγιεινών και παραδοσιακών διατροφικών συνηθειών όπως η Μεσογειακή διατροφή, καθώς φαίνεται ότι τα οφέλη για την υγεία παραμένουν μακροπρόθεσμα.

**ΗΑΑ32****ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΙΣ ΠΡΟΣΦΑΤΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ Π. Ανυφαντή<sup>1</sup>, Μ. Ξανθοπούλου<sup>1</sup>, Χ. Νούσιου<sup>1</sup>, Έ. Αγγελουδή<sup>1</sup>, Ό. Μιχαήλου<sup>1</sup>, Β. Νικολαΐδου<sup>2</sup>, Α. Δημητριάδου<sup>2</sup>, Θ. Δημητρούλας<sup>3</sup>, Α. Τσάπας<sup>1</sup>, Ε. Γκαλιαγκούση<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Β' Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

<sup>2</sup>Γ' Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ Παπαγεωργίου, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

<sup>3</sup>Δ' Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα (ΡΑ) παρουσιάζουν αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο (ΚΚ) έως κατά 50%. Ο υπολογισμός του ΚΚ έχει ιδιαίτερη αξία αλλά καθίσταται προβληματικός ιδίως σε ασθενείς με ΡΑ που δεν έχουν εγκαταστήσει ακόμα καρδιαγγειακή νόσο ή τα ισοδύναμα αυτής. Ενώ στις προηγούμενες κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Υπέρτασης (2018) τα αυτοάνοσα φλεγμονώδη νοσήματα κατατάσσονταν στους τροποποιητές ΚΚ, οι ισχύουσες οδηγίες (2023) συιστούν τον υπολογισμό του ΚΚ στη ΡΑ με βάση τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται στον γενικό πληθυσμό.

**Σκοπός:** Να υπολογιστεί ο ΚΚ ασθενών με ΡΑ χωρίς εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο ή ισοδύναμά της, με βάση τα επικρατέστερα μοντέλα που εφαρμόζονται στο γενικό πληθυσμό, και να μελετηθεί η συσχέτιση με υποκλινικές βλάβες του καρδιαγγειακού συστήματος.

**Υλικό και μέθοδοι:** Σε ασθενείς με ΡΑ ηλικίας 40-74 ετών χωρίς καρδιαγγειακή νόσο, ΣΔ2, ή ΧΝΝ, εφαρμόστηκαν: το μοντέλο υπολογισμού δεκαετούς καρδιαγγειακού κινδύνου SCORE2 (Systemic Coronary Risk Estimation-2), το Framingham Risk Score-Adult Treatment Panel (FRS-ATP), και ο αλγόριθμος που προτείνεται από τον Αμερικάνικο Οργανισμό Καρδιολογίας [American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA) Pooled Cohort Equation]. Η καρωτιδομηριαία ταχύτητα σφυγμικού κύματος (pulsewavevelocity, PWV) υπολογίστηκε με τονομετρία επιπέδωσης (συσκευή Sphygmocor), και το πάχος έσω-μέσου χιτώνα καρωτίδων (carotidintimamediathickness, cIMT) με υπέρηχο καρωτίδων.

**Αποτελέσματα:** Συμπεριελήφθησαν 91 ασθενείς ηλικίας 60,3±8,1 ετών, στην πλειοψηφία τους γυναίκες (78%). Σύμφωνα με την κατάταξη σε κατηγορίες καρδιαγγειακού κινδύνου, περισσότεροι ασθενείς ταξινομούνται ως υψηλού και λιγότεροι ως χαμηλού κινδύνου με χρήση της εξίσωσης Framingham (Πίνακας 1). Η συσχέτιση τόσο της PWV όσο και του cIMT φάνηκε ισχυρότερη με την εξίσωση Framingham.

**Συμπεράσματα:** Σε ασθενείς με ΡΑ χωρίς καρδιαγγειακή νόσο ή ισοδύναμα αυτής, η εξίσωση Framingham μπορεί να χρησιμοποιείται ως αξιόπιστο εργαλείο υπολογισμού ΚΚ. Προοπτικές μελέτες σε μεγάλες σειρές ασθενών είναι αναγκαίες για να καθορίσουν τον αλγόριθμο εκλογής σε ασθενείς με ΡΑ.

**Πίνακας 1.** Κατάταξη ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα (n=91) σε χαμηλού, μέτριου και υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου, με τη χρήση των επικρατέστερων αλγόριθμων που χρησιμοποιούνται στον γενικό πληθυσμό.

	<b>SCORE2</b>	<b>ACC/AHA) Pooled Cohort Equation</b>	<b>FRS-ATP</b>
<b>Ασθενείς χαμηλού καρδιαγγειακού κινδύνου (%)</b>	50	47,3	40,4
<b>Ασθενείς ενδιάμεσου καρδιαγγειακού κινδύνου (%)</b>	35,6	36,3	34,8
<b>Ασθενείς υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου (%)</b>	14,4	16,5	24,8

*SCORE2: Systemic Coronary Risk Estimation-2, ACC/AHA: American College of Cardiology/American Heart Association, FRS-ATP: Framingham Risk Score-Adult Treatment Panel*

**ΗΑΑ33****ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ MOBILE ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ****Β. Εφόπουλος<sup>1</sup>, Α. Πατσιαλάς<sup>2</sup>**<sup>1</sup> Πληροφορικός, Tessera A.E.<sup>2</sup> Ιατρός Καρδιολόγος, Ιδιώτης

**Σκοπός/Εισαγωγή:** Η αρτηριακή υπέρταση και οι χρόνιες καρδιακές παθήσεις αποτελούν ένα από τα κορυφαία πεδία εφαρμογής της κινητής υγείας (*mHealth*). Πλήθος *mobile* εφαρμογών έχουν αναπτυχθεί για τη διαχείριση των **CVDs** - *Cardiovascular diseases*, με σημαίνουσες λειτουργίες (παρακολούθηση επιπέδου αρτηριακής πίεσης, διαγράμματα, στατιστικά κλπ). Ωστόσο, υστερούν σε ποιότητα και χαρακτηριστικά σημαντικά για τους πάσχοντες, όπως υπενθυμίσεις, ενημερώσεις για τη νόσο, ακρίβεια αποτελεσμάτων, ενθάρρυνση για τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής. Παράλληλα χρήζουν προσοχή στην ερμηνεία - κατανόηση των πληροφοριών που παρέχουν. Σημαντική κρίνεται η ελαχιστοποίηση συμμετοχής του χρήστη στη διαδικασία εισαγωγής δεδομένων (κατά συνέπεια η απλούστευση, διευκόλυνση της καθημερινότητάς του) και η ανίχνευση - διαχείριση καταστάσεων κολπικής μαρμαρυγής.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Στην έρευνα που παρουσιάζουμε, για την αξιολόγηση *mobile* εφαρμογών διαχείρισης CVD θέσαμε τα κριτήρια:

- Σημαντικός αριθμός εγκαταστάσεων
- Υψηλός βαθμός αξιολόγησης εφαρμογής
- Σημαντικός αριθμός σχολίων
- Ανανέωση - ενημέρωση εφαρμογής

Με βάση τα παραπάνω κριτήρια, μελετήσαμε 15 εφαρμογές:

- Instant Heart Rate
- Heart Rate Monitor
- Smart Blood Pressure Tracker
- Qardio app
- Welltory
- BP Journal
- Blood Pressure
- Blood Pressure Tracker
- Cardio Journal
- Blood Pressure App: Hypertension chart
- Blood Pressure Tracker - Cardio journal
- AVAX Blood Pressure Diary
- Blood Pressure Companion Diary

Καθώς και δύο ελληνικές

- *thessHF*
- Vodafone Τηλεϊατρική

**Αποτελέσματα-Συμπεράσματα:** Συμπερασματικά, η διαχείριση των *CVD* μέσω των υπάρχουσών εφαρμογών αποτελεί περίπλοκη διαδικασία, απαιτεί υψηλού επιπέδου ψηφιακές δεξιότητες από τον ασθενή καλύπτοντας μόνον εν μέρει τις ανάγκες του. Παρουσιάζει ελλείψεις στη συνδυαστική αξιοποίηση των επιμέρους στοιχείων, με αποτέλεσμα να παρατηρείται συχνά αναξιόπιστη επικοινωνία με τον ιατρό, που μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένη αντιμετώπιση της πάθησης. Επιπλέον, για τους ιατρούς η παρακολούθηση των ασθενών και η αξιοποίηση των δεδομένων αντίστοιχων εφαρμογών αποτελεί μία πολύπλοκη διαδικασία, καθώς οφείλουν να εξοικειωθούν με διαφορετικά περιβάλλοντα, ανάλογα με τη συσκευή του κάθε ασθενούς. Σημαντικά είναι επίσης τα θέματα προστασίας προσωπικών δεδομένων και η ασφάλεια των πληροφοριών που πρέπει να καλύψουν οι εφαρμογές.

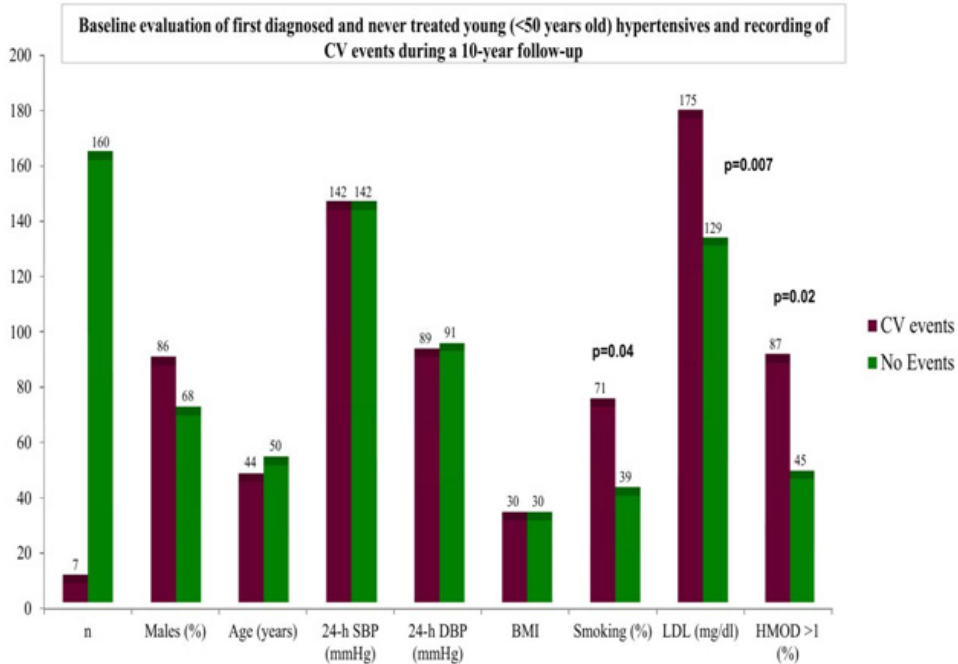
**ΗΑΑ34****ΔΕΚΑΕΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗ ΕΠΑΝΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΝΕΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΡΩΤΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΙΣΑ ΜΗ ΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΤΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΒΑΝΤΑ****Ε. Τριανταφυλλίδη, Δ. Μπενάς, Α. Φάμπρη, Κ. Σιούλα, Δ. Μπίρμπα, Ι. Οικονομίδης***Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Π.Γ.Ν. "Αττικόν", Αθήνα*

**Εισαγωγή:** Η πρώιμη εμφάνιση αρτηριακής υπέρτασης (ΑΗ) σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου και απαιτεί συμμόρφωση σε αλλαγές του τρόπου ζωής/φαρμακευτική αγωγή. Σκοπός της μελέτης είναι η εκτίμηση της μακροχρόνιας συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή νέων πρωτοδιαγνωσθέντων υπερτασικών ασθενών και νοσηρότητας/θνητότητας λόγω καρδιαγγειακού συμβάντος.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Μελετήσαμε 220 νέους ασθενείς (<50 ετών, 70% άρρενες), με πρωτοδιαγνωσθείσα ΑΗ χωρίς αγωγή. Αρχικά εκτιμήθηκε η ύπαρξη βλάβης οργάνου στόχου (ΗΜΟΔ) όπως *PWV*, *LVH*, *CFR*. Η επαναξιολόγηση μετά 10±4 έτη ως προς την συμμόρφωση στη λαμβανόμενη αγωγή και το πρωτογενές καταληκτικό σημείο της μελέτης (καρδιαγγειακή θνητότητα, οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο) έγινε με νέα επίσκεψη/τηλεφωνική επικοινωνία.

**Αποτελέσματα:** 191/220 (87%) υπερτασικοί συμμετείχαν στο *follow-up*, 79% είχαν ρυθμισμένη ΑΠ (<140/90 mmHg) και 9% διέκοψε τη φαρμακευτική αγωγή. Διαπιστώθηκε ότι 7/191 (4%) υπερτασικοί παρουσίασαν οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (ΟΕΜ) στα 6±4 έτη μετά την έναρξη της αγωγής, ενώ 1/191 (0.5%) ασθενής απεβίωσε από καρκίνο του πνεύμονα. Οι ασθενείς με ΟΕΜ ήταν καπνιστές ( $p=0.04$ ), με υψηλή *LDL*-χοληστερόλη ( $p=0.007$ ) και  $ΗΜΟΔ \geq 1$  ( $p=0.02$ ) κατά την αρχική αξιολόγηση ( $p=0.02$ ) συγκρινόμενοι με τον υπόλοιπο πληθυσμό της μελέτης.

**Συμπεράσματα:** Διαπιστώθηκε 90% συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή κατά τη διάρκεια 10ετούς παρακολούθησης. Ένα μικρό ποσοστό του πληθυσμού (4%), κυρίως καπνιστές, με αυξημένη *LDL*-χοληστερόλη και βλάβη οργάνου στόχου  $\geq 1$ , υπέστη ΟΕΜ παρά τη συμμόρφωση με τη θεραπεία. Η αντιυπερτασική θεραπεία νέων ασθενών, ιδιαίτερα όταν είναι υψηλού κινδύνου, πρέπει να περιλαμβάνει την τροποποίηση του τρόπου ζωής (κυριότερα τη διακοπή του καπνίσματος) και τη συνδυασμένη φαρμακευτική αγωγή (αντιυπερτασική/αντιλιπιδαιμική) με σκοπό την πρόληψη μελλοντικών καρδιαγγειακών συμβαμάτων.



## ΗΑΑ35

**ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ SGLT-2 ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ: ΜΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ****Μ. Θεοδωρακοπούλου<sup>1</sup>, Μ.Ε. Αλεξάνδρου<sup>1</sup>, Ε. Πέλλα<sup>1</sup>, Φ. Ιατρίδη<sup>1</sup>, Α. Τσιτουρίδης<sup>1</sup>, Β. Καμπερίδης<sup>2</sup>, Ε. Σαμπάνη<sup>1</sup>, Ε. Καρκαμάνη<sup>1</sup>, Α. Ξανθόπουλος<sup>3</sup>, Α. Παπαγιάννη<sup>1</sup>, Π. Σαραφίδης<sup>1</sup>**<sup>1</sup> Α' Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη<sup>2</sup> Α' Καρδιολογική Κλινική Α.Π.Θ., ΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη<sup>3</sup> Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική σχολή, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

**Εισαγωγή:** Οι αναστολείς του συμμεταφορέα νατρίου γλυκόζης τύπου 2 (SGLT-2) μειώνουν σημαντικά τον κίνδυνο νοσηλείας για καρδιακή ανεπάρκεια σε ασθενείς με διαβήτη και καρδιακή ανεπάρκεια, ωστόσο τα υπάρχοντα δεδομένα σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ) δεν είναι ενιαία. Σκοπός της παρούσας μετα-ανάλυσης είναι να εξετάσει την επίδραση των SGLT-2 αναστολέων στην καρδιακή ανεπάρκεια σε ασθενείς με ΧΝΝ και σε διάφορες υποκατηγορίες που ορίζονται με βάση την νεφρική λειτουργία.

**Υλικό και Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε συστηματική αναζήτηση σε μεγάλες ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων. Συμπεριλήφθηκαν τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές που παρείχαν δεδομένα σχετικά με την επίδραση των αναστολέων SGLT-2 ως προς το πρωτεύον καταληκτικό σημείο, το χρόνο μέχρι τη νοσηλεία για καρδιακή ανεπάρκεια ή την επείγουσα επίσκεψη για επιδείνωση καρδιακής ανεπάρκειας σε ασθενείς με γνωστή ΧΝΝ ή σε υποομάδες ασθενών που σωματοποιήθηκαν με βάση την τιμή αναφοράς του eGFR.

**Αποτελέσματα:** Στην μετα-ανάλυση συμπεριλήφθηκαν δώδεκα μελέτες (n=89.191 συμμετέχοντες). Σε ασθενείς με ΧΝΝ, η θεραπεία με SGLT-2 αναστολείς μείωσε τον κίνδυνο για καρδιακή ανεπάρκεια κατά 32% σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο (HR 0,68; 95%CI 0,63-0,73). Η μείωση των συμβαμάτων καρδιακής ανεπάρκειας με τους SGLT-2 αναστολείς ήταν πιο εμφανής σε ασθενείς με eGFR <60 ml/min/1,73m<sup>2</sup> (HR 0,68; 95%CI 0,62-0,74) σε σχέση με εκείνους με eGFR ≥60 ml/min/1,73m<sup>2</sup> (HR 0,76,95%CI 0,69-0,83). Η ανάλυση υποομάδων ανάλογα με τον τύπο των SGLT-2 αναστολέων δεν έδειξε διαφορές μεταξύ των υπό μελέτη παραγόντων (ανάλυση υποομάδων p=0,44). Στην ανάλυση ευαισθησίας που συμπεριέλαβε δεδομένα από μελέτες που περιείχαν μόνο διαβητικούς ασθενείς φάνηκε ακόμη πιο ισχυρή επίδραση των SGLT-2 αναστολέων στην μείωση των συμβαμάτων καρδιακής ανεπάρκειας στην υποομάδα με eGFR <60 ml/min/1,73m<sup>2</sup> (HR 0,62; 95%CI 0,54-0,70).

**Συμπεράσματα:** Η θεραπεία με SGLT-2 αναστολείς συμβάλει στην σημαντική μείωση των συμβαμάτων καρδιακής ανεπάρκειας σε ασθενείς με ΧΝΝ. Αυτά τα ευρήματα ενδέχεται να αλλάξουν το πλαίσιο της θεραπείας της καρδιακής ανεπάρκειας σε ασθενείς με προχωρημένη ΧΝΝ.



### ΗΑΑ36

## ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΤΡΟΠΟΝΙΝΗΣ Τ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΟ-ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

**Β. Ραΐκου<sup>1</sup>, Σ. Γαβριήλ<sup>2</sup>, Ι. Βλασερός<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Νεφρολογικό, DOCTORS' HOSPITAL, ΑΘΗΝΑ

<sup>2</sup> Τμήμα Βαριατρικής, Χειρουργικής, DOCTORS' HOSPITAL, ΑΘΗΝΑ

<sup>3</sup> Καρδιολογικό Τμήμα, DOCTORS' HOSPITAL, ΑΘΗΝΑ

**Εισαγωγή- Σκοπός:** Η καρδιακή τροπονίνη Τ (cTnT) συσχετίζεται ανεξάρτητα με καρδιαγγειακές επιπλοκές σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ). Σκοπός της μελέτης ήταν να καθορίσουμε τους παράγοντες που συσχετίζονται με τα επίπεδα της cTnT σε ασθενείς πρό-τελικού σταδίου ΧΝΝ με αποτέλεσμα αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο.

**Υλικό και Μέθοδος:** 147 ασθενείς μέσης ηλικίας  $69.1 \pm 14.7$  χρόνια συμμετείχαν στη μελέτη. Για την εκτίμηση της νεφρικής λειτουργίας έγινε ταξινόμηση των ασθενών σε ομάδες ως προς τον εκτιμώμενο ρυθμό σπειραματικής διήθησης (estimated glomerular filtration rate, eGFR) και την ύπαρξη της αλβουμινουρίας σύμφωνα με τα κριτήρια 2012 KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes). Η εκτιμώμενη ταχύτητα σφυγμικού κύματος (estimated pulse wave velocity, ePWV) υπολογίσθηκε με την χρήση εξίσωσης, η οποία περιλαμβάνει την ηλικία και την μέση αρτηριακή πίεση. Ο βαθμός επίπτωσης της στεφανιαίας αρτηριακής νόσου (coronary arterial disease, CAD) και της υπερτροφίας της αριστεράς κοιλίας (left ventricular hypertrophy, LVH) καταγράφηκαν. Η σημαντική σχέση μεταξύ cTnT και διαφόρων παραμέτρων και οι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για τα υψηλά επίπεδα της cTnT εξετάστηκαν.

**Αποτελέσματα:** Παρατηρήσαμε σημαντική σχέση μεταξύ cTnT και ηλικία, triglycerides/HDL-C, γλυκόζη, ePWV, φωσφόρο, ουρικό οξύ, intact-parathyroid hormone (i-PTH), και αλβουμινουρία, ενώ η σχέση με eGFR φάνηκε να είναι σημαντικά αντίθετη. Το πολυπαράγοντικό μοντέλο ανακάλυψε ότι το κάπνισμα ( $p = 0.03$ , OR = 8.3, 1.15-60.3), CAD ( $p = 0.001$ , OR = 25.2, 5.6-113.6), μειωμένο eGFR ( $p = 0.001$ , OR = 0.9, 0.8-0.9), αυξημένη ePWV ( $p = 0.04$ , OR = 2.6, 1.0-6.8), και πρωτοπαθής νεφρική νόσος ( $p = 0.001$ , OR = 3.8, 1.7-8.5) είναι ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου για αυξημένα επίπεδα cTnT, μετά προσαρμογή για την ηλικία, φύλο, παχυσαρκία και αλβουμινουρία.

**Συμπέρασμα:** Η αρτηριακή σκληρία, κάπνισμα, πρωτοπαθής νεφρική νόσος και αρρυθμίες μεταβολικές διαταραχές συμβάλλουν στην ανεξάρτητη σχέση μεταξύ υψηλών επιπέδων cTnT και μειωμένου eGFR σε ασθενείς με πρό-τελικού σταδίου ΧΝΝ, με ή χωρίς εμφανή καρδιαγγειακή νόσο.

**ΗΑΑ37****Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΙΔΙΟΠΑΘΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΜΕ ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΜΕΣΑ ΚΑΙ Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥΣ ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ****Β. Τσουτσούλη, Δ. Μαλανδρής, Γ. Παπαδήμος, Δ. Καζινέρης, Ζ. Σαχλά***Β' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης "Γεώργιος Παπανικολάου", Θεσσαλονίκη*

**Σκοπός:** Η κατάδειξη του κλινικού οφέλους που επιφέρουν μη φαρμακευτικά μέσα όπως η διατροφή και η άσκηση στους ασθενείς με πρώτου σταδίου ιδιοπαθή υπέρταση

**Υλικό - μέθοδος:** Στη μελέτη συμμετείχαν 120 ασθενείς (58 άνδρες - 62 γυναίκες) με μέση ηλικία τα 50 έτη διεγνωσμένοι με ιδιοπαθή υπέρταση πρώτου σταδίου, οριζόμενη ως υπέρταση με τιμές συστολικής πίεσης 140 - 159 mmHg ή/και διαστολική πίεση 90-99 mmHg σε δύο μετρήσεις στο ιατρείο με διαφορά μίας εβδομάδας, για την οποία δεν έχει διαπιστωθεί εκλυτικό αίτιο. Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με δυσλιπιδαιμία, χωρίς άλλες συννοσηρότητες. Οι ασθενείς αυτοί, λόγω προβληματισμού ή άρνησης έναρξης αντιυπερτασικής αγωγής, επιχειρήθηκε να διαχειριστούν τη νόσο με υγιεινο-διαιτητικά μέτρα, τουτ' έστιν υιοθέτηση μεσογειακής διατροφής με χαμηλή πρόσληψη άλατος και ελαφρά αερόβια άσκηση όπως περπάτημα περίπου 4 χιλιόμετρα ημερησίως, με στόχο την απώλεια βάρους. Οι ασθενείς παρακολουθήθηκαν για διάστημα έξι μηνών, με καταγραφή αρτηριακής πίεσης και σωματικού βάρους άπαξ εβδομαδιαίως. Στο τέλος της παρακολούθησης κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτηματολόγια σχετικά με τη συμμόρφωσή τους προς τις συστάσεις.

**Αποτελέσματα:** Βάσει των ερωτηματολογίων στα οποία απάντησαν οι ασθενείς στο τέλος της εξάμηνης υγιεινοδιαιτητικής παρέμβασης κρίθηκε ότι τα 2/3 των συμμετεχόντων (81 ασθενείς) ακολούθησαν το πρόγραμμα χωρίς παρεκκλίσεις. Στους έξι μήνες εκτιμήθηκε το τελικό σωματικό βάρος και οι τιμές αρτηριακής πίεσης που επετεύχθησαν από τους 81 αυτούς ασθενείς και διαπιστώθηκαν βελτίωση των τιμών αρτηριακής πίεσης, μείωση του σωματικού βάρους, καθώς και βελτίωση του λιπιδαιμικού προφίλ. Εν τέλει μόνο το 1/3 των ασθενών που ολοκλήρωσε το πρόγραμμα (27 ασθενείς) κρίθηκε ότι χρήζουν αντιυπερτασικής φαρμακευτικής αγωγής.

**Συμπεράσματα:** Η άσκηση σε συνδυασμό με την τήρηση μεσογειακής δίαιτας με χαμηλή περιεκτικότητα άλατος συμβάλλει σημαντικά στον έλεγχο της αρτηριακής πίεσης, του λιπιδαιμικού προφίλ και καθυστερεί την έναρξη αντιυπερτασικής αγωγής σε έναν στατιστικά σημαντικό αριθμό ασθενών, δεδομένης της καλής συμμόρφωσής τους στις υγιεινοδιαιτητικές συστάσεις.

### ΗΑΑ38

## Η ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΣΚΛΗΡΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΚΥΡΙΑΡΧΟ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΒΛΑΒΗΣ ΟΡΓΑΝΩΝ ΣΤΟΧΩΝ ΣΕ ΝΕΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΩΤΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΙΣΑ ΣΥΣΤΟΛΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΧΩΡΙΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

**Ε. Τριανταφυλλίδη, Δ. Μπενάς, Α. Φάμπρη, Δ. Μπίρμπα, Α. Σχοινάς, Ι. Θυμής, Γ. Κωστέλλη, Ι. Οικονομίδης**

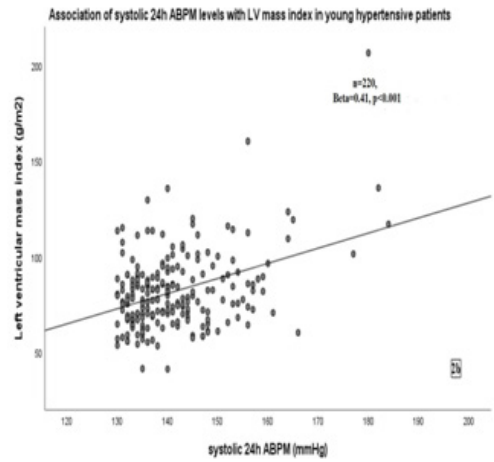
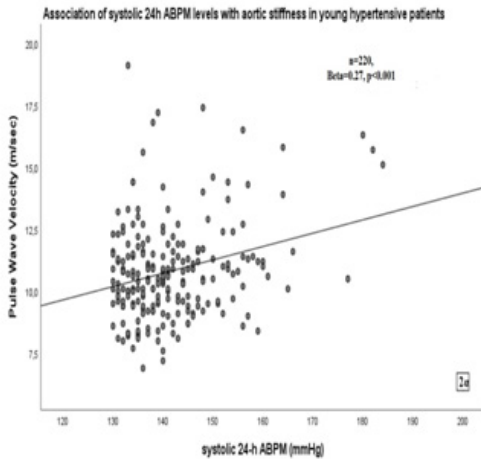
*Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Π.Γ.Ν. "Αττικόν", Αθήνα*

**Εισαγωγή:** Η πρώιμη εμφάνιση αρτηριακής υπέρτασης (ΑΗ) συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου. Σε κάθε υπερτασικό ασθενή θα πρέπει να εκτιμάται η παρουσία βλαβών οργάνων-στόχων (HMOD) με σκοπό τον προσδιορισμό του καρδιαγγειακού κινδύνου (CVR). Ο σκοπός της μελέτης αφορά στη διερεύνηση της επίπτωσης HMOD σε νεαρούς υπερτασικούς ασθενείς ως μία προσπάθεια αναγνώρισης εκείνων των ασθενών, που παρουσιάζουν αυξημένο CVR.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Σε 220 ασθενείς  $\leq 50$  ετών με πρωτοδιαγνωσθείσα συστολική αρτηριακή υπέρταση (ISH), επιβεβαιωμένη μέσω 24ωρης καταγραφής αρτηριακής πίεσης, προσδιορίστηκαν καρδιαγγειακοί παράγοντες κινδύνου [κάπνισμα, παχυσαρκία (BMI), δυσλιπιδαιμία] και 5 HMOD [αρτηριακή σκληρία (PWV), διαστολική δυσλειτουργία αριστερής κοιλίας (E/Ea), υπερτροφία αριστερής κοιλίας (LVMI), στεφανιαία εφεδρεία ροής (CFR) και πάχος του έσω-μέσου χιτώνα των καρωτίδων (cIMT)] πριν από την έναρξη της αντιυπερτασικής θεραπείας.

**Αποτελέσματα:** Διαπιστώθηκε αυξημένη επίπτωση καπνίσματος (40%) και παχυσαρκίας [BMI=30(26-32) kg/m<sup>2</sup>] στους νέους υπερτασικούς ασθενείς. HMOD ανευρέθηκαν στο 50% των υπερτασικών ( $\geq 1$  HMOD) ενώ σε ποσοστό 10% οι υπερτασικοί είχαν  $\geq 2$  HMOD. Διαπιστώθηκε αυξημένο cIMT (32%), PWV (19%), LVH (9%), μειωμένη CFR (6%) και E/Ea (1%). Οι PWV (beta=0.27, p<0.001) και LVMI (beta=0.41, p<0.001) σχετίστηκαν με το φορτίο της συστολικής ΑΠ. Οι υπερτασικοί με  $\geq 2$  HMOD ήταν μεγαλύτεροι με αυξημένες τιμές ΑΠ, μη ευνοϊκό λιπιδαιμικό προφίλ και αυξημένες τιμές LVMI, PWV, CFR και cIMT σε σύγκριση με υπερτασικούς με  $\leq 1$  HMOD.

**Συμπεράσματα:** Η παρουσία  $\geq 2$  οποιουδήποτε HMOD (PWV, LVMI, cIMT, E/Ea, CFR) σε νέους υπερτασικούς ασθενείς χαρακτηρίζει έναν πραγματικά "υπερτασικό πληθυσμό αυξημένου CVR". Η αρτηριακή σκληρία αποτελεί την κυρίαρχη HMOD στο σύνολο του πληθυσμού της μελέτης και στην υποομάδα αυξημένου CVR.



**ΗΑΑ39****Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΕΡΟΒΙΑΣ ΠΡΟΠΟΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΣΚΗΣΗΣ ΜΕ ΑΝΤΙΣΤΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ, ΣΤΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΤΟΥ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ****Π. Κάβουρας, Σ. Σικοβάρης***Τμήμα ΣΕΦΑΑ, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης*

Η αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) αφορά την αυξημένη πίεση του αίματος στο εσωτερικό του τοιχώματος των αρτηριών του σώματος και είναι υπεύθυνη για την εμφάνιση μιας πληθώρας νοσημάτων. Ωστόσο, η άσκηση αποτελεί ένα συμπληρωματικό μέσο που συνεισφέρει στην ήπια αντιμετώπιση της. Σκοπός της παρούσας ανασκοπικής μελέτης ήταν να εξετάσει την επίδραση της αερόβιας προπόνησης και άσκησης με αντιστάσεις στην ΑΥ και να ελέγξει διάφορους δείκτες του καρδιαγγειακού και της Μεταβλητότητας της Καρδιακής Συχνότητας (ΜΚΣ). Τα κριτήρια των ερευνών που επιλέχθηκαν ήταν 1) η γλώσσα συγγραφής να είναι αγγλική, 2) η παρέμβαση να αποτελείται από αερόβια προπόνηση και άσκηση με αντιστάσεις, 3) το δείγμα να αποτελείται από υπερτασικά άτομα 18 - 65 ετών, 4) η διάρκεια των πρωτοκόλλων να αφορά οξεία και μακροχρόνια φάση και 5) οι αξιολογούμενες μεταβλητές να αφορούν δείκτες του καρδιαγγειακού και της ΜΚΣ. Η εύρεση της βιβλιογραφίας επιτεύχθηκε με την χρήση των μηχανών αναζήτησης Scopus και του NCBI. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η μακροχρόνια αερόβια προπόνηση σε συνδυασμό με την άσκηση με αντιστάσεις, [συχνότητας 3-5 φορές / εβδομάδα, μέτριας έντασης (40 - 60%  $VO_2R$ ) και διάρκειας 30' συνεχούς, ή, συσσωρευμένης σωματικής δραστηριότητας ή άσκησης καθημερινά] προκαλούν μείωση στις τιμές της Αρτηριακής Πίεσης (ΑΠ) των υπερτασικών ατόμων. Στην οξεία φάση, οι δύο τύποι άσκησης μειώνουν τις τιμές ΑΠ κυρίως λόγω του μετασκησιακού υποτασικού φαινομένου (ΜΥΦ) που παρατηρείται για αρκετές ώρες μετά το τέλος της άσκησης. Διάφοροι δείκτες του Καρδιαγγειακού συστήματος (όπως η αρτηριακή πίεση ηρεμίας, αγγειακή δομή, ΜΥΦ, περιφερική αντίσταση) παρουσιάζουν διαφορετικές επιδράσεις ανάλογα με το είδος και την προπονητική επιβάρυνση της άσκησης. Παρομοίως, ανάλογη συμπεριφορά παρατηρείται στην ΜΚΣ ως δείκτης της παρασυμπαθητικής λειτουργίας (SDNN, RMSSD, pNN50) στα διαφορετικά πρωτόκολλα άσκησης. Συμπερασματικά, τόσο η αερόβια προπόνηση όσο και η προπόνηση με αντιστάσεις, καθώς και ο συνδυασμός τους μπορούν να οδηγήσουν ορισμένες πληθυσμιακές ομάδες στην βελτίωση διαφόρων καρδιαγγειακών και νευρικών δεικτών.

**ΗΑΑ40****Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΙΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΒΑΜΑΤΑ ΚΑΙ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ: ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΟΟΡΤΗΣ****Φ. Ιατρίδη<sup>1</sup>, Μ. Θεοδωρακοπούλου<sup>1</sup>, Α. Καραγιαννίδης<sup>1</sup>, Α. Γεωργίου<sup>1</sup>, Α. Καρπέτας<sup>2</sup>, Ε. Καρκαμάνη<sup>1</sup>, Δ. Φαίτατζίδου<sup>1</sup>, Ν. Haddad<sup>1</sup>, Α. Παπαγιάννη<sup>1</sup>, Π. Σαραφίδης<sup>1</sup>**<sup>1</sup> Α' Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη<sup>2</sup> Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Θεραπευτική», Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Οι άνδρες ασθενείς υπό αιμοκάθαρση εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα περιπατητικής ΑΠ συγκριτικά με τις γυναίκες. Μελέτες σε χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ) προ-τελικού σταδίου έδειξαν ότι ο χειρότερος έλεγχος της περιπατητικής ΑΠ που εμφανίζουν οι άνδρες σχετίζεται με υψηλότερο κίνδυνο θανάτου. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει για πρώτη φορά τη σχέση μεταξύ φύλου και καρδιαγγειακών συμβαμάτων πριν και μετά την προσαρμογή για την περιπατητική ΑΠ σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς.

**Υλικό & Μέθοδος:** 129 άνδρες και 91 γυναίκες ασθενείς υπό αιμοκάθαρση που υποβλήθηκαν σε 48ωρη περιπατητική καταγραφή ΑΠ παρακολούθηθηκαν προοπτικά για 53.4±31.1 μήνες. Κύριο καταληκτικό σημείο ήταν η καρδιαγγειακή θνησιμότητα, ενώ δευτερεύον ο συνδυασμός καρδιαγγειακής θνησιμότητας, μη θανατηφόρου εμφράγματος του μυοκαρδίου, μη θανατηφόρου αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, αναζωογόνησης μετά από καρδιακή ανακοπή, νοσηλείας για καρδιακή ανεπάρκεια και στεφανιαίας/περιφερικής επαναγγείωσης.

**Αποτελέσματα:** Η ελευθερία (cumulative-freedom) από το πρωτεύον καταληκτικό σημείο ήταν σημαντικά χαμηλότερη για τις γυναίκες (logrank-p=0.032), ενώ από το δευτερεύον καταληκτικό σημείο δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των δύο φύλων (logrank-p=0.644). Ο σχετικός κίνδυνος για το κύριο καταληκτικό σημείο ήταν σημαντικά υψηλότερος για τις γυναίκες (HR 1.613; 95%CI 1.037-2.509), ενώ για το δευτερεύον δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά, παρότι ο κίνδυνος ήταν ήπια χαμηλότερος για τις γυναίκες (HR 0.918; 95%CI 0.638-1.320). Μετά από προσαρμογή για κλασσικούς παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου (ηλικία, διαβήτης, χρόνος στην αιμοκάθαρση, στεφανιαία νόσος) δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των γυναικών σε σύγκριση με τους άνδρες (πρωτεύον/δευτερεύον: HR 1.464; 95%CI 0.929-2.307/HR 0.866; 95%CI 0.596-1.260). Μετά από επιπλέον προσαρμογή για τη 44-ωρη περιπατητική ΑΠ οι παραπάνω σχέσεις δεν μεταβλήθηκαν (πρωτεύον/δευτερεύον: HR 1.498; 95%CI 0.947-2.368/HR 0.911; 95%CI 0.625-1.327).

**Συμπεράσματα:** Σε αντίθεση με τους ασθενείς με ΧΝΝ προ-τελικού σταδίου, η περιπατητική ΑΠ δεν επηρεάζει σημαντικά τη σχέση μεταξύ φύλου και δυσμενών καρδιαγγειακών εκβάσεων σε ασθενείς υπό αιμοκάθαρση.

## ΗΑΑ41

### Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΕΙΝΟΥΡΙΑΣ ΣΤΗ ΜΥΪΚΗ ΟΞΥΓΟΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ Μ. Θεοδωρακοπούλου<sup>1</sup>, Α. Ζαφειρίδης<sup>2</sup>, Κ. Δίπλα<sup>2</sup>, Δ. Φαϊτατζίδου<sup>1</sup>, Α. Κούτλας<sup>2</sup>, Φ. Ιατρίδη<sup>1</sup>, Ε. Πέλλα<sup>1</sup>, Ν. Haddad<sup>1</sup>, Μ. Δούμας<sup>3</sup>, Α. Παπαγιάννη<sup>1</sup>, Π. Σαραφίδης<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α' Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

<sup>2</sup> Εργαστήριο Φυσιολογίας και Βιοχημείας της Άσκησης, Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού Σερρών Α.Π.Θ., Σέρρες

<sup>3</sup> Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Προηγούμενες μελέτες σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ) έδειξαν ότι η μικροαγγειακή αντιδραστικότητα στους σκελετικούς μύες επιδεινώνεται προοδευτικά με την εξέλιξη της ΧΝΝ. Η παρούσα μελέτη είναι η πρώτη που αξιολογεί την επίδραση της πρωτεϊνουρίας στην οξυγόνωση των σκελετικών μυών και τη μικροαγγειακή αντιδραστικότητα (υπεραιμική απόκριση) σε συνθήκες ηρεμίας και άσκησης σε ασθενείς με ΧΝΝ προ-τελικού σταδίου.

**Υλικό και Μέθοδος:** Εξήντα έξι ασθενείς με ΧΝΝ σταδίου 2-4, οι οποίοι κατηγοριοποιήθηκαν σε πρωτεϊνουρικούς και μη-πρωτεϊνουρικούς με 24-ωρη συλλογή ούρων, συμπεριλήφθηκαν σε αυτή την *post-hoc* ανάλυση. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε συνεχείς μετρήσεις μυϊκής οξυγόνωσης [tissue saturation index (TSI%)] κατά τη διάρκεια ηρεμίας, ίσχαιμης περιόδου επαναιμάτωσης και τρίλεπτης δοκιμασίας χειρολαβής (35% μέγιστης εκούσιας σύσπασης) μέσω Near-Infrared-Spectroscopy (NIRS).

**Αποτελέσματα:** Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές ως προς την ηλικία, τον εκτιμώμενο ρυθμό σπειραματικής διήθησης (eGFR) και το BMI μεταξύ των ομάδων. Η μυϊκή οξυγόνωση σε ηρεμία δε διέφερε μεταξύ των ομάδων (πρωτεϊνουρικοί έναντι μη-πρωτεϊνουρικών:  $63.35 \pm 4.09$  έναντι  $62.34 \pm 3.21$ ,  $p=0.280$ ). Κατά την απόφραξη αιματικής ροής, οι πρωτεϊνουρικοί ασθενείς είχαν οριακά χαμηλότερο εύρος του TSI απόφραξης ( $25.77 \pm 7.87$  έναντι  $29.95 \pm 10.34$ ,  $p=0.074$ ), αλλά χωρίς να παρατηρηθεί διαφορά στην κλίση απόφραξης ( $-0.09 \pm 0.03$  έναντι  $-0.10 \pm 0.04$ ,  $p=0.134$ ). Ωστόσο, κατά την επαναιμάτωση, οι κλίσεις επαναιμάτωσης του TSI (TSI slope) ήταν σημαντικά χαμηλότερες στους ασθενείς με πρωτεϊνουρία (TSI slope to max  $1.03 \pm 0.45$  έναντι  $1.39 \pm 0.69$ ,  $p=0.035$  και 10-sec TSI slope:  $1.34 \pm 0.63$  έναντι  $1.92 \pm 0.75$ ,  $p=0.002$ ). Η υπεραιμική αντίδραση ήταν αριθμητικά χαμηλότερη στους πρωτεϊνουρικούς ασθενείς ( $7.13 \pm 4.27$  έναντι  $8.89 \pm 4.68$ ,  $p=0.131$ ). Τέλος, δεν παρατηρήθηκε καμία διαφορά στη μέση μυϊκή οξυγόνωση κατά την διάρκεια της άσκησης μεταξύ των δύο ομάδων ( $10.76 \pm 6.05$  έναντι  $10.65 \pm 5.39$ ,  $p=0.943$ ).

**Συμπεράσματα:** Παρότι δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στη μυϊκή οξυγόνωση σε ηρεμία και κατά την ίσχαιμη περίοδο, οι ασθενείς με πρωτεϊνουρία εμφάνισαν επιδεινωμένη οξειδωτική ικανότητα των σκελετικών μυών συγκριτικά με αυτούς χωρίς πρωτεϊνουρία, όπως υποδεικνύεται από το χαμηλότερο εύρος του TSI κατά την απόφραξη, καθώς και χειρότερη μικροαγγειακή υπεραιμική απόκριση κατά την επαναιμάτωση.

**ΗΑΑ42****Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΜΕ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΕΣ ΥΠΟΔΟΧΕΩΝ ΑΓΓΕΙΟΤΕΝΣΙΝΗΣ II ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΤΗΡΗΜΕΝΟ Ή ΕΛΑΦΡΑ ΜΕΙΩΜΕΝΟ ΚΛΑΣΜΑ ΕΞΩΘΗΣΗΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ****Η. Καπιτσίνης, Γ. Παπανικολάου, Θ. Αβραμίδης, Κ. Ατράσκεβιτς, Ε. Λουιζάκη, Μ. Παπαδημητρίου, Γ. Καρακώστας***Καρδιολογικό, ΓΝ Κιλκίς, Κιλκίς*

**Εισαγωγή:** Η διαχείριση των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια και μείζονες συνοσηρότητες καθίσταται πιο περίπλοκη τόσο από πλευράς φαρμακευτικών χειρισμών όσο και από την ανάγκη σύμπραξης διαφόρων ιατρικών ειδικοτήτων. Μια από τις συχνότερες και σοβαρότερες συνοσηρότητες εξ' αυτών είναι χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση δυο περιπτώσεων ασθενών με διατηρημένο ή ήπια ελαττωμένο κλάσμα εξώθησης και νεφρική ανεπάρκεια και η απάντησή τους στη χρήση των ανταγωνιστών υποδοχέων αγγειοτενσίνης II.

**Υλικό και μέθοδοι:** Η πρώτη περίπτωση αφορά ασθενή 72 ετών άρρεν με στεφανιαία νόσο, παλαιά αορτοστεφανιαία παράκαμψη και παλαιά αγγειοπλαστική, διαβητικό, υπέρτασικό με καρδιακή ανεπάρκεια με ήπια μειωμένο κλάσμα εξώθησης ~40% και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια με baseline κρεατινίνη ορού περί τα 2,0 - 2,2mg/dl και GFR~47,22ml/min. Η δεύτερη περίπτωση αφορά ασθενή 75 ετών θήλυ με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, σακχαρώδους διαβήτη, με καρδιακή ανεπάρκεια με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης >55% και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια με baseline κρεατινίνη ορού περί τα 1,5 - 1,7mg/dl και GFR~42,88ml/min. Οι υπολογισμοί του GFR έγιναν με τον τύπο Cockcroft - Gault.

**Αποτελέσματα:** Και οι δυο περιπτώσεις ασθενών εμφάνιζαν υψηλές τιμές ανθεκτικής υπέρτασης. Η χρήση των ανταγωνιστών υποδοχέων αγγειοτενσίνης II επιχειρήθηκε και στις δυο περιπτώσεις ασθενών εκ των οποίων μάλιστα ο πρώτος καταγράφει επανειλημμένες νοσηλείες για απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας η δε δεύτερη εισάχθηκε προ τριμήνου με εικόνα οξέος πνευμονικού οιδήματος. Στην πρώτη περίπτωση η προσθήκη στη φαρμακευτική αγωγή των ανταγωνιστών υποδοχέων αγγειοτενσίνης II είχε σαν αποτέλεσμα τον καλύτερο έλεγχο των επιπέδων της αρτηριακής πίεσης, τη μείωση των επανεισαγωγών για απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας χωρίς αντίστοιχη επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας, του όγκου της διούρησης ή των επιπέδων του καλίου του ορού. Αντίθετα στη δεύτερη περίπτωση η ασθενής δεν ανταποκρίθηκε οπότε για τον έλεγχο της υπέρτασης χρησιμοποιήθηκαν φάρμακα εκτός του άξονα ρενίνης - αγγειοτενσίνης με πολύ πιο δύσκολο έλεγχο των τιμών της αρτηριακής πίεσης. Η δε ασθενής παρά τη διακοπή της αγωγής των ανταγωνιστών υποδοχέων αγγειοτενσίνης II λόγω ολιγουρίας, επιδείνωσης της κρεατινίνης ορού επανεισήχθη λίγες μέρες μετά το εξιτήριο



της με εικόνα οξείας νεφρικής ανεπάρκειας σε έδαφος χρόνιας και εν τέλει εντάχθηκε σε συνεδρίες αιμοκάθαρσης καθότι η νεφρική της λειτουργία δεν ανένηψε έκτοτε.

**Συμπεράσματα - Συζήτηση:** Πρόκειται για δυο ασθενείς παρόμοιας ηλικίας με παραπλήσιες συνοσηρότητες εκ των οποίων η πρώτη περίπτωση ωφελήθηκε από τη χρήση των ανταγωνιστών υποδοχέων αγγειοτενσίνης II ενώ η δεύτερη τουλάχιστον δεν ωφελήθηκε αν όχι επιδεινώθηκε. Οι δυο ανωτέρω περιπτώσεις δείχνουν ότι χρειάζεται προσεκτική εξατομίκευση και παρακολούθηση των ασθενών που χρήζουν αγωγής με τα ανωτέρω φάρμακα διότι παρά το αποδεδειγμένο όφελός τους στην επιβίωση και στην καρδιακή και τη νεφρική ανεπάρκεια η απάντηση στη χορήγησή τους εξαρτάται και από δευτερογενείς παράγοντες - ιδιαιτερότητες των ασθενών που είναι ακόμα αντικείμενο κλινικών μελετών ιδίως για ηλικιωμένους ασθενείς.

**HAA43****ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΚΛΑΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ HDL ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗΣ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΨΗΛΑ ΕΠΙΠΕΔΑ HDL****Ε. Τριανταφυλλίδη<sup>1</sup>, Δ. Μπενάς<sup>1</sup>, Α. Φάμπρη<sup>1</sup>, Κ. Τελλής<sup>2</sup>, Α. Τσελέπη<sup>2</sup>, Ε. Ηλιοδρομίτης<sup>1</sup>**<sup>1</sup> Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Π.Γ.Ν. "Αττικόν", Αθήνα<sup>2</sup> Ερευνητικό Κέντρο Αθηροθρόμβωσης, Εργαστήριο Βιοχημείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

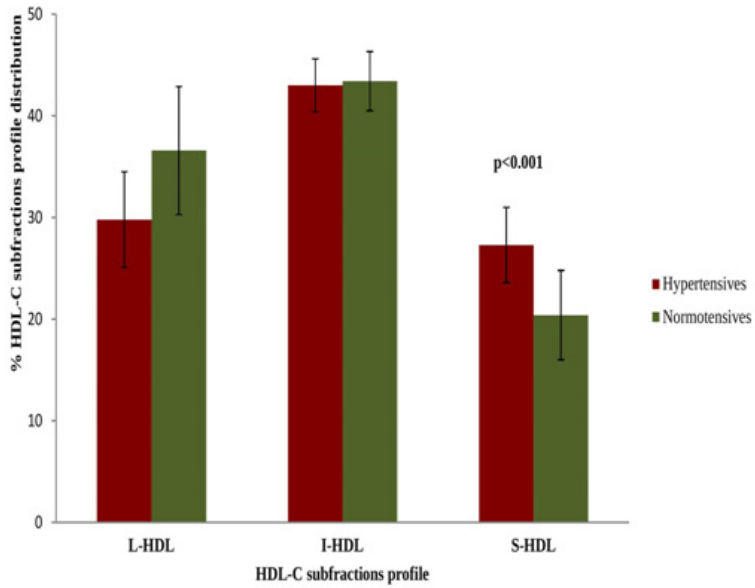
**Εισαγωγή:** Η εκτίμηση του καρδιαγγειακού κινδύνου (CVR) στους υπερτασικούς περιλαμβάνει τη μέτρηση της λιποπρωτεΐνης υψηλής πυκνότητας (HDL-C), ενός προστατευτικού παράγοντα CVR. Δεν είναι γνωστός ο ακριβής ρόλος των HDL-C κλασμάτων στην αθηροσκλήρυνση όταν  $HDL-C \geq 60$  mg/dl. Σκοπός της μελέτης είναι η αξιολόγηση των HDL-C κλασμάτων επί υψηλών επιπέδων HDL-C σε υπερτασικούς ασθενείς.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Μελετήσαμε 74 υπερτασικούς ασθενείς ( $60 \pm 13$  ετών, 62 γυναίκες) και 24 υγιή νορμοτασικά άτομα ( $49 \pm 14$  ετών, 22 γυναίκες) με  $HDL-C \geq 55$  mg/dl. Τα κλάσματα HDL-C πλάσματος διαχωρίστηκαν και εκτιμήθηκαν με ηλεκτροφόρηση (Lipoprint HDL Subfractions Kit). Η αρτηριακή σκληρία (PWV) και η κεντρική αρτηριακή πίεση (cBP) υπολογίστηκαν μέσω της καρωτιδο-μηριαίας ταχύτητας σφυγμικού κύματος.

**Αποτελέσματα:** Οι υπερτασικοί ασθενείς είχαν υψηλότερη ηλικία, BMI, συστολική/διαστολική αρτηριακή πίεση (SBP/DBP) και PWV συγκρινόμενοι με τα νορμοτασικά άτομα και παρόμοια HDL-C και LDL-C. Κατά την ηλεκτροφόρηση διαχωρίστηκαν 10 κλάσματα HDL βάσει μεγέθους σε LargeHDL-C (L-HDL), IntermediateHDL-C (I-HDL) και SmallHDL-C (S-HDL). Διαπιστώθηκε ότι η L-HDL ήταν χαμηλότερη στους υπερτασικούς ( $p < 0.001$ ) ενώ η S-HDL ήταν αυξημένη ( $p < 0.001$ ). Επίσης στις προεμμηνοπαυσιακές υπερτασικές γυναίκες ( $n=26$ ) διαπιστώσαμε αρνητική συσχέτιση μεταξύ της L-HDL και SBP ( $r = -0.58$ ,  $p = 0.01$ ) και cBP ( $r = -0.60$ ,  $p = 0.01$ ).

**Συμπεράσματα:** Τα κλάσματα L-HDL, τα πιο αντιαθηρωγόνα κλάσματα, ήταν μειωμένα στους υπερτασικούς με αυξημένη HDL-C σε σχέση με τα υγιή νορμοτασικά άτομα, αναδεικνύοντας ότι αυτοί οι ασθενείς πιθανά προστατεύονται λιγότερο από καρδιαγγειακά συμβάματα παρά τα παρόμοια επίπεδα HDL-C και LDL-C. Ο προσδιορισμός των κλασμάτων HDL-C θα μπορούσε να αντικαταστήσει την απλή μέτρηση της HDL-C ως πιθανά καλύτερος βιοδείκτης CVR σε υπερτασικούς ασθενείς, ιδίως στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

The plasma HDL-subfraction profile in hypertensive patients with high HDL-cholesterol levels



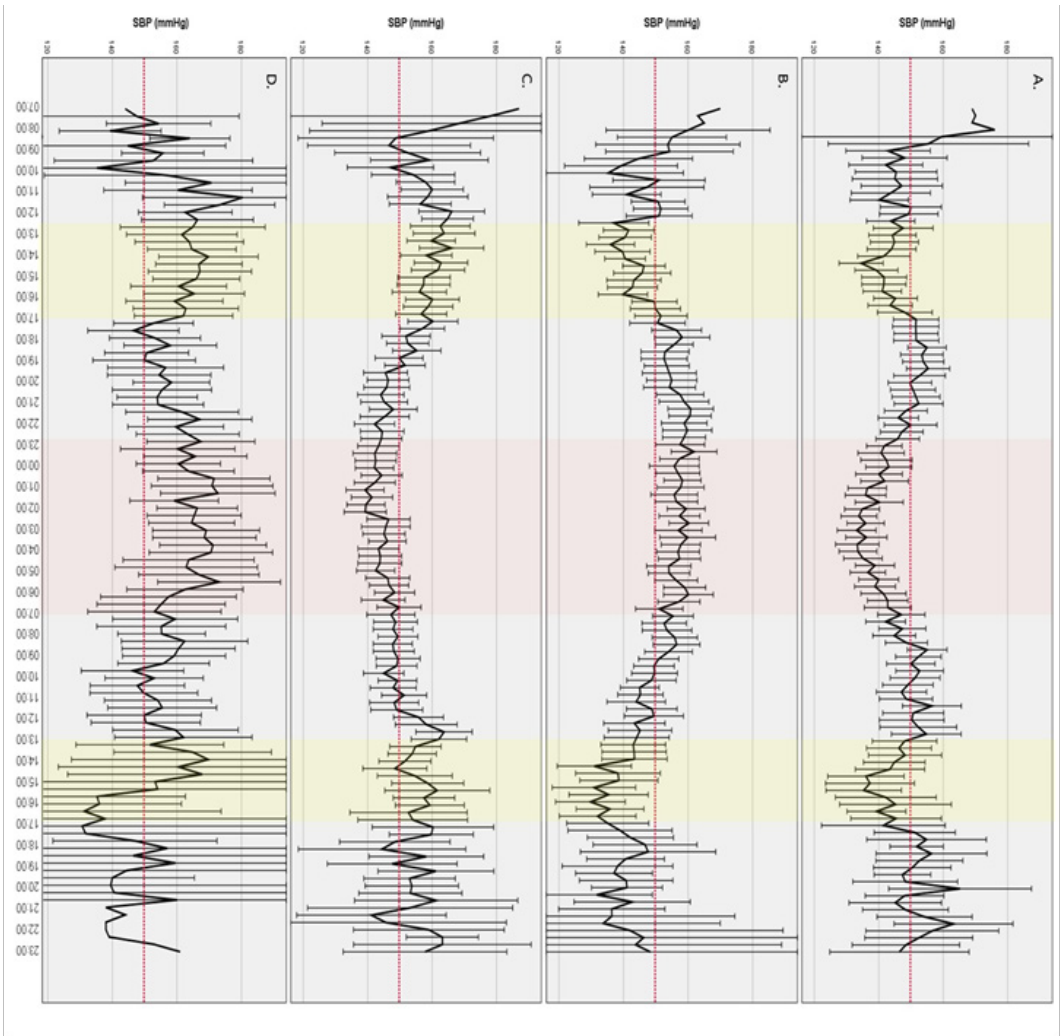
**ΗΑΑ44****ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΚΑΤΑΔΥΣΗ ΚΑΙ ΜΟΤΙΒΑ ΚΙΡΚΑΔΙΟΥ ΡΥΘΜΟΥ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΟ ΟΞΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ****Ν. Κακαλέτσης<sup>1</sup>, Γ. Ντάιος<sup>2</sup>, Χ. Μηλιώνης<sup>3</sup>, Α. Καραγιαννάκη<sup>2</sup>, Ι. Χουβαρδά<sup>4</sup>, Β. Δούρλιου<sup>1</sup>, Ι. Λαδάκης<sup>4</sup>, Γ. Καϊάφα<sup>1</sup>, Κ. Βέμμος<sup>5</sup>, Χ. Σαββόπουλος<sup>1</sup>**<sup>1</sup> Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη<sup>2</sup> Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισας, Λάρισα<sup>3</sup> Α' Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, Ιωάννινα<sup>4</sup> Εργαστήριο Ιατρικής Πληροφορικής και Βιοϊατρικής - Απεικονιστικών Τεχνολογιών, Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη<sup>5</sup> Ελληνικός Οργανισμός Εγκεφαλικών, Αθήνα

**Σκοπός/Εισαγωγή:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των μεταβολών της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) κατά τη διάρκεια των μεσημβρινών ωρών και των μοτίβων του κιρκάδιου ρυθμού της ΑΠ στην οξεία φάση του ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ) και η σχέση τους με τη βαρύτητα του ΑΕΕ (NIHSS) και ο προγνωστικός τους ρόλος στην έκβαση στους 3 μήνες.

**Υλικό-Μέθοδοι:** 228 ασθενείς με οξύ ΑΕΕ (προοπτική πολυκεντρική μελέτη κλινικής παρακολούθησης, PREWISE study, NCT01915862) υποβλήθηκαν σε 24ωρη καταγραφή της ΑΠ (ABPM). Υπολογίστηκαν οι μέσες τιμές της ΑΠ κατά τη διάρκεια της ημέρας (7:00-22:59), των μεσημβρινών ωρών (13:00-16:59) και της νύχτας (23:00-6:59), καθώς και η μεσημβρινή και η νυχτερινή κατάδυση (*dipping*) της ΑΠ.

**Αποτελέσματα:** Οι ασθενείς με μεσημβρινό *dipping* της συστολικής ΑΠ (ΣΑΠ) είχαν μικρότερης βαρύτητας ΑΕΕ, σε μικρότερο ποσοστό υπέρταση και χαμηλότερη ΣΑΠ/διαστολική ΑΠ (ΔΑΠ), επίπεδα γλυκόζης και λευκών αιμοσφαιρίων κατά την εισαγωγή τους, καθώς και καθυστερημένη έναρξη της ABPM. Βρέθηκε αντίστροφη σχέση μεταξύ του μεσημβρινού *dipping* της ΣΑΠ τόσο με το νυχτερινό *dipping*, όσο και με την βαρύτητα του ΑΕΕ. Οι ασθενείς με διπλό *dipping* (μεσημβρινό και νυχτερινό) είχαν τα πιο ήπια ΑΕΕ, τη χαμηλότερη ΣΑΠ/ΔΑΠ κατά την εισαγωγή, τη χαμηλότερη καρδιακή συχνότητα από την ABPM και τον μικρότερο κίνδυνο δυσμενούς έκβασης, ενώ οι ασθενείς με διπλή άνοδο της ΑΠ (μεσημβρινή και νυχτερινή) είχαν τα αντίθετα αποτελέσματα, με περίπου πενταπλάσιο κίνδυνο θανάτου/αναπηρίας στους 3 μήνες.

**Συμπεράσματα:** Τα ευρήματα αυτά υποδεικνύουν ότι υφίστανται διαφορετικά μοτίβα κιρκάδιου ρυθμού της ΑΠ κατά τη οξεία φάση του ΑΕΕ, τα οποία θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν ως δείκτες βαρύτητας και πρόγνωσης στο ΑΕΕ.



**ΗΑΑ45****ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΒΑΘΜΟ ΤΗΣ ΜΕΣΟΔΙΑΛΥΤΙΚΗΣ ΑΥΞΗΣΗΣ ΤΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ****Β. Αναστασίου<sup>1</sup>, Φ. Ιατρίδη<sup>2</sup>, Β. Καμπερίδης<sup>1</sup>, Μ. Θεοδωρακοπούλου<sup>2</sup>, Σ. Δάιος<sup>1</sup>, Ε. Πέλλα<sup>2</sup>, Κ. Τσιλώνης<sup>1</sup>, Δ. Μωυσίδης<sup>1</sup>, Γ. Γιαννακούλας<sup>1</sup>, Α. Ζιάκας<sup>1</sup>, Π. Σαραφίδης<sup>2</sup>**<sup>1</sup> Α' Καρδιολογική Κλινική Α.Π.Θ., ΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη<sup>2</sup> Α' Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Έχει παρατηρηθεί σημαντική επιβάρυνση της πνευμονικής κυκλοφορίας στους ασθενείς υπό αιμοκάθαρση με αυξημένη πρόσληψη ύδατος κατά τη διάρκεια του 3ημερου μεσοδιαλυτικού διαστήματος. Η παρούσα μελέτη έχει ως στόχο να αξιολογήσει την επίδραση της υψηλότερης μεσοδιαλυτικής αύξησης βάρους στην συστολική και διαστολική λειτουργία και τα δομικά χαρακτηριστικά της αριστερής κοιλίας.

**Υλικό και Μέθοδος:** Για την παρούσα ανάλυση, 41 ασθενείς υπό τρισεβδομαδιαίο πρόγραμμα αιμοκάθαρσης χωρίστηκαν με βάση το συνιστώμενο όριο της μεσοδιαλυτικής αύξησης βάρους διορθωμένο ως προς το ξηρό βάρος (IDWG%) σε ομάδες υψηλότερου (>4,5%) και χαμηλότερου (<4,5%) IDWG%. Μέσω cross-over σχεδιασμού, όλοι οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε 4 υπερηχοκαρδιογραφικές αξιολογήσεις κατά την αρχή και το τέλος του 2ημερου και 3ημερου μεσοδιαλυτικού διαστήματος.

**Αποτελέσματα:** Κατά τη διάρκεια του 3ημερου μεσοδιαλυτικού διαστήματος, σημαντικές αυξήσεις στον όγκο παλμού (SV) παρατηρήθηκαν και στις δύο ομάδες, αλλά αυτές ήταν υψηλότερες στην ομάδα με το υψηλότερο IDWG% (>4,5%: 18,63±22,84 έναντι <4,5%: 12,6±14,48mmHg, p=0,040). Αντίστοιχα, μεγαλύτερη αύξηση της καρδιακής παροχής καταγράφηκε στους ασθενείς με υψηλότερο IDWG% κατά τη διάρκεια του 2ημερου μεσοδιαστήματος (>4,5%: 1,31±1,38 έναντι <4,5%: 0,36±2,08L/m<sup>2</sup>, p=0,012). Όσον αφορά την διαστολική λειτουργία, παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση των λόγων E/A και E/Em κατά τη διάρκεια του 3ημερου μεσοδιαλυτικού διαστήματος, αλλά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων εντοπίστηκαν μόνο για τον λόγο E/A (IDWG >4,5%: 0,35±0,29 έναντι <4,5%: 0,06±0,44, p=0,035). Οι διαστάσεις του αριστερού κόλπου και η μάζα της αριστερής κοιλίας αυξήθηκαν σε ανάλογο βαθμό στις δύο ομάδες κατά τη διάρκεια των δύο διαστημάτων.

**Συμπεράσματα:** Οι ασθενείς που ξεπερνούν το συνιστώμενο όριο μεσοδιαλυτικής αύξησης βάρους παρουσιάζουν υψηλότερη αύξηση του SV και επιδείνωση των εξαρτώμενων από το προφορτίο δεικτών διαστολικής λειτουργίας, ιδίως κατά το 3ημερο μεσοδιαλυτικό διάστημα.

**HAA46****ΝΥΧΤΕΡΙΝΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΜΕ ΣΥΣΚΕΥΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ 24ΩΡΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ: ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΟΡΓΑΝΩΝ-ΣΤΟΧΩΝ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 Ή ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΗ****Α. Μέντη, Α. Κόλλιας, Β. Ντουσόπουλος, Κ. Κυριακούλης, Α. Θεοδοσιάδη, Π. Σταθοπούλου, Ι. Μπουντζώνα, Α. Ντινέρη, Γ. Στεργίου***Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Γ' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Η Σωτηρία», Αθήνα*

**Σκοπός/ Εισαγωγή:** Διερεύνηση της σχέσης των νυχτερινών μετρήσεων αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) με συσκευές μέτρησης στο σπίτι και 24ωρη καταγραφή με δείκτες ασυμπτωματικής βλάβης οργάνων-στόχων σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2) ή προδιαβήτη.

**Υλικό -Μέθοδοι:** Ενήλικες με υπέρταση (υπό ή χωρίς θεραπεία) και ΣΔ2 ή προδιαβήτη υποβλήθηκαν σε 24ωρη καταγραφή ΑΠ (ανά 20' επί 24 ώρες, Microlife WatchBPO3), μετρήσεις στο σπίτι (7 ημέρες, διπλές μετρήσεις πρωί/απόγευμα και 3 νύχτες με 3 ωριαίες μετρήσεις/νύχτα, Microlife WatchBPHome-N). Επιπλέον, υποβλήθηκαν σε α) υπερηχοκαρδιογραφικό υπολογισμό του δείκτη μάζας αριστερής κοιλίας (LVMI), β) υπερηχογραφικό έλεγχο καρωτίδων με προσδιορισμό του δείκτη καρωτιδικής διατασιμότητας (distensibility coefficient, DC), πάχους έσω-μέσου χιτώνα της κοινής καρωτίδας (cIMT) και του score των αθηρωματικών πλακών στις κοινές, έσω καρωτίδες και καρωτιδικούς βολβούς (Carotid Plaque Score, CPS), γ) μέτρηση της αορτικής ταχύτητας σφυγμικού κύματος (PWV) και σφυροβραχιόνιου δείκτη (ABI) με πιστοποιημένη ταλαντωσιμετρική συσκευή (Microlife PWV/ABI) και δ) υπολογισμό λόγου λευκωματίνης/κρεατινίνης (ACR) σε 2 διαφορετικά πρωινά δείγματα ούρων.

**Αποτελέσματα:** Αναλύθηκαν δεδομένα από 100 συμμετέχοντες [ηλικία 66±9 έτη, 68% άνδρες, δείκτης μάζας σώματος 31±5 kg/m<sup>2</sup>, 81% με ΣΔ2]. Η μέση τιμή ΑΠ την ημέρα με συσκευές μέτρησης στο σπίτι ήταν 130±13/73±8 mmHg και στην 24ωρη καταγραφή 127±12/72±7 mmHg (συστολική/διαστολική, p<0,05/p=NS), ενώ την νύχτα 116±13/64±8 mmHg και 115±14/63±7 mmHg αντίστοιχα (συστολική/διαστολική, p=NS). Η νυχτερινή συστολική ΑΠ στο σπίτι συσχετίσθηκε με ACR (r=0,39, p<0,05) και η νυχτερινή συστολική ΑΠ στην 24ωρη καταγραφή με cIMT (r=0,22, p<0,05) και ACR (r=0,38, p<0,05). Η νυχτερινή διαφορική ΑΠ συσχετίσθηκε με cIMT (r=0,32/0,32, σπίτι/24ωρη, p<0,05), CPS (r=0,26/0,25, σπίτι/24ωρη, p<0,05), PWV (r=0,2/0,25, p<0,05) και ACR (r=0,46/0,42, p<0,05) (z-έλεγχος για σύγκριση μεταξύ σπίτι και 24ωρη NS για όλα).

**Συμπεράσματα:** Σε άτομα με ΣΔ2 ή προδιαβήτη η νυχτερινή συστολική και η διαφορική ΑΠ εκτιμώμενες με καινοτόμο μέθοδο με συσκευές μέτρησης στο σπίτι σχετίζονται με δείκτες ασυμπτωματικής βλάβης οργάνων-στόχων σε συγκρίσιμο βαθμό με την 24ωρη καταγραφή.

**HAA47****Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΑΓΓΕΙΩΝ ΤΟΥ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΥΣ ΣΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ****Μ. Βούκαλη<sup>1</sup>, Η. Παπανδρέου<sup>2</sup>, Μ.Π. Πανοηλία<sup>1</sup>, Ν. Τσώκος<sup>1</sup>**<sup>1</sup> Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ Σισμανόγλειο, Αθήνα<sup>2</sup> Ιδιώτης-Οφθαλμίατρος, Οφθαλμο-Ίασις, Αθήνα

**Σκοπός/Εισαγωγή:** Η αρτηριακή υπέρταση είναι μια σιωπηλή απειλή που επηρεάζει εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως. Είναι η κύρια αιτία καρδιαγγειακών παθήσεων, συμπεριλαμβανομένων των καρδιακών προσβολών και των εγκεφαλικών. Η έγκαιρη ανίχνευση και σωστή διαχείριση είναι σημαντική για την πρόληψη τους. Πρόσφατα, η ανάλυση των αμφιβληστροειδικών αγγείων έχει αναδειχθεί ως ένα ισχυρό εργαλείο για τη διάγνωση και παρακολούθηση της υπέρτασης.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Η διάγνωση και παρακολούθηση της αρτηριακής υπέρτασης συνήθως γίνεται με την κλινική εξέταση και την επαναλαμβανόμενη/24ωρη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης. Αυτό όμως προϋποθέτει μεγάλο αριθμό επισκέψεων στους επαγγελματίες υγείας και επιβάρυνση των υπηρεσιών υγείας.

Ο αμφιβληστροειδής αποτελεί ένα εύκολα προσβάσιμο παράθυρο στο αγγειακό σύστημα. Οι αλλαγές στα αμφιβληστροειδικά αγγεία μπορούν να χρησιμεύσουν ως πρώιμοι δείκτες της συστηματικής αγγειακής υγείας, συμπεριλαμβανομένης της παρουσίας και της σοβαρότητας της υπέρτασης.

Η ανάλυση αγγείων χρησιμοποιεί εξειδικευμένες τεχνικές απεικόνισης όπως οι φωτογραφίες βυθού και η οπτική τομογραφία συνοχής για την εξέταση του μεγέθους, του σχήματος και των χαρακτηριστικών τους. Η υπέρταση μπορεί να προκαλέσει ευδιάκριτες αλλοιώσεις όπως στένωση, αυξημένη στροβίλωση και διακλάδωση, αιμορραγίες και εξιδρώματα.

**Αποτελέσματα:** Η ανάλυση των αμφιβληστροειδικών αγγείων μπορεί να χρησιμεύσει στην έγκαιρη ανίχνευση της υπέρτασης πριν εκδηλωθούν κλινικά συμπτώματα. Επιτρέπει την παρακολούθηση της εξέλιξης της υπερτασικής αμφιβληστροειδοπάθειας με την πάροδο του χρόνου.

Η ανάλυση τους σε τακτά χρονικά διαστήματα δίνει τη δυνατότητα της αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας της αγωγής και των τροποποιήσεων του τρόπου ζωής στον έλεγχο της αρτηριακής πίεσης και μπορεί να συνδράμει στην εκτίμηση του καρδιαγγειακού κινδύνου.

**Συμπεράσματα:** Η ανάλυση αγγείων του αμφιβληστροειδούς είναι ένα μη επεμβατικό, εύκολα προσβάσιμο εργαλείο για την καταπολέμηση της υπέρτασης. Παρέχοντας πληροφορίες για την υγεία των αιμοφόρων αγγείων του αμφιβληστροειδούς, βοηθά στην έγκαιρη ανίχνευση της υπέρτασης, τη συνεχή παρακολούθηση της εξέλιξής της και την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας. Επιπλέον, προσφέρει μια ματιά στη συνολική καρδιαγγειακή υγεία του ασθενούς, βοηθώντας στην πρόβλεψη του κινδύνου σοβαρών επιπλοκών.



## ΗΑΑ48

### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΝΕΦΡΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΜΕ ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗ ΣΤΕΝΩΣΗ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ

**Ε. Αγγελούδη<sup>1</sup>, Π. Ανυφαντή<sup>1</sup>, Π. Σαραφίδης<sup>2</sup>, Κ. Δημητρακόπουλος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

<sup>2</sup> Νεφρολογική Πανεπιστημιακή Κλινική, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Άρρεν ασθενής 65 ετών πολύ υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου, προσήλθε στα Εξωτερικά Ιατρεία Αρτηριακής Υπέρτασης λόγω αυξημένων τιμών αρτηριακής πίεσης σε κατ' οίκον μετρήσεις (ΣΑΠ 178-186 mmHg, ΔΑΠ 87-92 mmHg) με συνοδό κεφαλαλγία και ξηροστομία. Ο ασθενής βρισκόταν υπό αγωγή με μοξονιδίνη, αμλοδιπίνη και φουροσεμίδη, και πρόσφατη διακοπή ολμεσαρτάνης μετά από νοσηλεία για επιδείνωση νεφρικής λειτουργίας με >30% αύξηση του εκτιμώμενου ρυθμού σπειραματικής διήθησης (*estimated glomerular filtration rate, eGFR*). Από την κλινική εξέταση σημαντικό εύρημα ήταν ένα ολοσυστολικό φύσημα με περιομφαλική εντόπιση. Ο έλεγχος για βλάβες σε όργανα-στόχους ανέδειξε υπερτροφία αριστεράς κοιλίας, υπερτασική αμφιβληστροειδοπάθεια σταδίου II άμφω και παρουσία αθηρωματικών αλλοιώσεων στο τοίχωμα των κοινών και έσω καρωτίδων άμφω με ορατή στένωση διαμέτρου 50-60% του αυλού της αριστερής έσω καρωτίδας. Παρά τη χρόνια νεφρική νόσο (*eGFR* 26 ml/min/1.73m<sup>2</sup>), δεν διαπιστώθηκε αυξημένη αποβολή λευκώματος στα ούρα (102,5 mg/24h). Λόγω της υψηλής κλινικής υποψίας για νεφραγγειακή υπέρταση, πραγματοποιήθηκε αρχικά triplex νεφρικών αρτηριών, από όπου διαπιστώθηκε αυξημένη ταχύτητα ροής στη δεξιά νεφρική αρτηρία, χωρίς να απεικονίζεται η αριστερή νεφρική αρτηρία. Ακολούθησε μαγνητική αγγειογραφία νεφρικών αρτηριών, από την οποία προέκυψε σημαντικό βαθμού αμφοτερόπλευρη στένωση των νεφρικών αρτηριών (>70%). Στον ασθενή πραγματοποιήθηκε αγγειοπλαστική νεφρικών αρτηριών άμφω με τοποθέτηση ενδοπρόθεσης. Έξι μήνες μετά την επέμβαση, η αντιυπερτασική του αγωγή περιορίστηκε στη λήψη μανιδιπίνης 10 mg ημερησίως, ενώ η νεφρική του λειτουργία βελτιώθηκε με σταθεροποίηση του *eGFR* στο 51 ml/min/1.73m<sup>2</sup>. Σε επανέλεγχο δύο έτη μετά, τόσο η νεφρική λειτουργία του ασθενούς όσο και η ρύθμιση της αρτηριακής του πίεσης παρέμειναν σε ικανοποιητικά επίπεδα.

Η βασική διαγνωστική προσέγγιση για τη διάγνωση της νεφραγγειακής υπέρτασης περιλαμβάνει triplex νεφρικών αρτηριών και μαγνητική ή αξονική αγγειογραφία. Όπως τονίζεται στις πρόσφατες διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες υπέρτασης, η επέμβαση επαναιμάτωσης επιπρόσθετα της φαρμακευτικής αγωγής μπορεί να προσφέρει επιπλέον όφελος σε ασθενείς υψηλού κινδύνου με τεκμηριωμένη υψηλού βαθμού στένωση (≥70%) όπως στη δική μας περίπτωση.

**ΗΑΑ49****ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΤΩΝ ΚΑΡΩΤΙΔΩΝ ΣΤΗΝ ΕΠΑΝΑΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ****Π. Σταθοπούλου, Α. Μέντη, Β. Ντουσόπουλος, Κ.Γ. Κυριακούλης, Αικ. Θεοδοσιάδη, Γ. Στεργίου, Α. Κόλλιας***Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Γ' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Η Σωτηρία», Αθήνα*

**Σκοπός/Εισαγωγή:** Ο υπολογισμός του συνολικού καρδιαγγειακού κινδύνου είναι απαραίτητος για την απόφαση έναρξης αγωγής και για την επιλογή του στόχου της θεραπείας. Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση του βαθμού επανακατηγοριοποίησης του καρδιαγγειακού κινδύνου με την υπερηχογραφική αναγνώριση ασυμπτωματικής αθηρωματικής καρωτιδικής βλάβης συγκριτικά με τη μέθοδο αναφοράς SCORE2/OP2.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Σε άτομα ηλικίας  $\geq 40$  ετών, χωρίς εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο ή σακχαρώδη διαβήτη, και με τουλάχιστον 1 παράγοντα κινδύνου (υπέρταση, υπερλιπιδαιμία, κάπνισμα) υπολογίστηκε ο 10ετής καρδιαγγειακός κίνδυνος χρησιμοποιώντας το SCORE2/OP (3 κατηγορίες κινδύνου: χαμηλού-μέτριου, υψηλού και πολύ υψηλού). Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε υπερηχογραφική εκτίμηση των καρωτίδων αμφοτερόπλευρα με κατηγοριοποίηση ως ακολούθως: (α) απουσία αθηρωματικής πλάκας (χαμηλός-μέτριος κίνδυνος), (β) αθηρωματική πλάκα με στένωση  $< 50\%$  (υψηλός κίνδυνος), (γ) αθηρωματική πλάκα με στένωση  $\geq 50\%$  (πολύ υψηλός κίνδυνος).

**Αποτελέσματα:** Αναλύθηκαν 90 συμμετέχοντες [ηλικία  $59 \pm 11$  έτη, άνδρες 54%, καπνιστές 16%, υπό θεραπεία για δυσλιπιδαιμία 27%, για υπέρταση 59%, δείκτης μάζας σώματος  $28 \pm 5$  kg/m<sup>2</sup>, συστολική αρτηριακή πίεση  $129 \pm 16$  mmHg, LDL-χοληστερόλη  $126 \pm 32$  mg/dl]. Με βάση το SCORE2/OP οι συμμετέχοντες κατηγοριοποιήθηκαν ως χαμηλού-μετρίου, υψηλού, και πολύ υψηλού κινδύνου σε ποσοστά 31/59/10% αντίστοιχα, ενώ με βάση το υπερηχογράφημα καρωτίδων 29/68/3% αντίστοιχα. Το 46% των ατόμων, που κατηγοριοποιήθηκαν ως χαμηλού-μετρίου κινδύνου με βάση το SCORE2/OP2, επανακατηγοριοποιήθηκαν σε κατηγορία υψηλότερου κινδύνου (43% σε υψηλού, 3% σε πολύ υψηλού) αξιολογώντας την απεικόνιση των καρωτίδων. Η συμφωνία μεταξύ των μεθόδων στην κατηγοριοποίηση χαμηλού-μετρίου, υψηλού και πολύ υψηλού κινδύνου ήταν 73% (kappa 0,365, P=0,001), 67% (kappa 0,288, P=0,005), 89% (kappa 0,123, P=0,171) αντίστοιχα. Από 64 άτομα που χαρακτηρίστηκαν ως υψηλού ή πολύ υψηλού κινδύνου με βάση την απεικόνιση των καρωτίδων, 54 είχαν δυσλιπιδαιμία και μόνο 2 είχαν LDL  $< 70$  mg/dl.

**Συμπεράσματα:** Σε ασθενείς χαμηλού-μετρίου καρδιαγγειακού κινδύνου το υπερηχογράφημα των καρωτίδων είναι χρήσιμο ως συμπληρωματική μέθοδος για την ακριβέστερη εκτίμηση του καρδιαγγειακού κινδύνου.

## ΗΑΑ50

### ΥΠΕΡΤΑΣΗ: ΕΝΑ ΘΕΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

**Μ.Φ. Δαφνή**

*Ιατρική Σχολή, ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη*

Η υπέρταση αναφέρεται σε μια κατάσταση όπου οι αρτηριακές πιέσεις είναι συνεχώς υψηλές. Πρόκειται για μία ασθένεια που επηρεάζει τον κυκλοφορικό σύστημα και μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές επιπλοκές υγείας, όπως καρδιακές παθήσεις, εγκεφαλικά επεισόδια και νεφρικές δυσλειτουργίες. Η υπέρταση αποτελεί ένα σημαντικό θέμα Δημόσιας Υγείας, καθώς επηρεάζει ένα μεγάλο ποσοστό του παγκόσμιου πληθυσμού. Οι λόγοι που καθιστούν την υπέρταση θέμα Δημόσιας Υγείας είναι πολλοί. Η σύγχρονη τρόπος ζωής, που περιλαμβάνει υπερβολική κατανάλωση αλατιού και λιπαρών τροφών, αλλά και ανεπαρκή φυσική δραστηριότητα, συμβάλλει στην αύξηση των περιπτώσεων υπέρτασης. Επιπλέον, οι γενετικοί παράγοντες, οι χρόνιες νόσοι, οι στρεσογόνοι παράγοντες και η παχυσαρκία είναι επίσης συχνοί παράγοντες κινδύνου. Ορισμένες κοινωνικές ομάδες είναι πιο ευάλωτες στην υπέρταση. Άτομα με χαμηλότερο εισόδημα και εκπαίδευση, μειονοτικές ομάδες και άτομα που ζουν σε αστικές περιοχές με περιορισμένη πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο για υπέρταση.

Πραγματοποιήθηκε μια ενδελεχής αναζήτηση βιβλιογραφίας σε διάφορες βάσεις δεδομένων (PubMed, Scopus, ScienceDirect), αλλά και σε Γκρίζα Βιβλιογραφία σχετικά με την Υπέρταση και πως επηρεάζει την Δημόσια Υγεία τα τελευταία 20 έτη

Συνοψίζοντας, η υπέρταση αποτελεί σημαντικό θέμα Δημόσιας Υγείας. Οι λόγοι που την προκαλούν είναι πολλοί, ενώ ορισμένες κοινωνικές ομάδες είναι πιο ευάλωτες. Στην Ελλάδα, η υπέρταση έχει υψηλή επιδημιολογική εμφάνιση, επηρεάζοντας ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού. Η αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος πρέπει να επικεντρωθεί στην πρόληψη και την παροχή κατάλληλης περίθαλψης, προκειμένου να προστατευθεί η δημόσια υγεία και να μειωθούν οι επιπτώσεις της υπέρτασης στον πληθυσμό.

## ΗΑΑ51

**ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΥΣ ΤΗΣ ΜΑΚΡΟ- ΚΑΙ ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΕ ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΝΤΕΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΝΟΡΜΟΤΑΣΙΚΟΥΣ ΘΕΛΟΝΤΕΣ****Α. Μαλλιώρα<sup>1</sup>, Ι. Ζαρίφης<sup>1</sup>, Α. Τριανταφύλλου<sup>1</sup>, Α. Λαζαρίδης<sup>1</sup>, Κ. Μαστρογιάννης<sup>1</sup>, Π. Ανυφαντή<sup>2</sup>, Κ. Θεοχάρης<sup>1</sup>, Μ. Δούμας<sup>3</sup>, Ε. Γκαλιαγκούση<sup>1</sup>**<sup>1</sup> Γ' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη<sup>2</sup> Β' Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη<sup>3</sup> Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η μέτρηση της μεταβλητότητας της κεντρικής αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) σε έναν πληθυσμό υπερτασικών ασθενών και νορμοτασικών ατόμων και η συσχέτισή της με παραμέτρους της μακρο- και μικροαγγειακής λειτουργίας.

**Υλικό και μέθοδος:** Εντάχθηκαν νεοδιαγνωσθέντες υπερτασικοί ασθενείς άνευ αγωγής και νορμοτασικά άτομα. Η κεντρική ΑΠ και η ταχύτητα του σφυγμικού κύματος (PWV) υπολογίστηκαν με τη συσκευή Mobil-O-Graph. Οι παράμετροι της μεταβλητότητας, συμπεριλαμβανομένων της μέσης πραγματικής μεταβλητότητας (ARV) της 24ωρης, ημερήσιας και νυχτερινής κεντρικής συστολικής ΑΠ (κΣΑΠ) και διαστολικής ΑΠ (κΔΑΠ), υπολογίστηκαν με ειδικό λογισμικό βάσει των μετρήσεων της περιπατητικής ΑΠ. Η αλβουμινουρία μετρήθηκε σε δείγματα ούρων 24ώρου.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά συμμετείχαν 119 άτομα, 79 υπερτασικοί και 40 συνταριασμένοι νορμοτασικοί. Οι υπερτασικοί ασθενείς εμφάνισαν υψηλότερες τιμές ARV 24ωρης, ημερήσιας και νυχτερινής κΣΑΠ και κΔΑΠ σε σύγκριση με τους νορμοτασικούς ( $p < 0,05$  για όλες τις συγκρίσεις). Στο συνολικό πληθυσμό, η 24ωρη PWV συσχετίστηκε θετικά με την ARV 24ωρης κΣΑΠ ( $r=0,353$ ,  $p < 0,001$ ) και κΔΑΠ ( $r=0,235$ ,  $p=0,010$ ), την ARV ημερήσιας κΣΑΠ ( $r=0,342$ ,  $p < 0,001$ ) και κΔΑΠ ( $r=0,235$ ,  $p=0,010$ ) και την ARV νυχτερινής κΣΑΠ ( $r=0,297$ ,  $p=0,007$ ). Σε υποσύνολο 60 ατόμων, η αλβουμινουρία συσχετίστηκε θετικά με την ARV νυχτερινής κΔΑΠ ( $r=0,372$ ,  $p=0,017$ ). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση μετά από στάθμιση για ηλικία, φύλο και παρουσία υπέρτασης, η ARV 24ωρης κΣΑΠ και η ARV νυχτερινής κΔΑΠ παρέμειναν ανεξάρτητοι προβλεπτικοί παράγοντες της PWV ( $\beta=0,109$ ,  $p < 0,001$ ) και της αλβουμινουρίας ( $\beta=0,480$ ,  $p=0,002$ ), αντίστοιχα.

**Συμπέρασμα:** Σε έναν πληθυσμό υπερτασικών άνευ θεραπείας και νορμοτασικών, η μεταβλητότητα της κεντρικής ΑΠ συσχετίζεται σημαντικά και ανεξάρτητα με παραμέτρους της μακρο- και μικροαγγειακής λειτουργίας συμπεριλαμβανομένων των PWV και αλβουμίνης ούρων. Χρειάζονται περαιτέρω μελέτες για να εξακριβωθεί η κλινική αξία της μεταβλητότητας της κεντρικής ΑΠ στη διαστρωμάτωση του καρδιαγγειακού κινδύνου του υπερτασικού ασθενούς.

## ΗΑΑ52

### Η ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ 24ΩΡΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΕΙΝΑΙ ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΝΟΣΟΕΠΑΓΟΜΕΝΗ ΦΛΕΓΜΟΝΗ

**Π. Ανυφαντή<sup>1</sup>, Α. Τριανταφύλλου<sup>2</sup>, Α. Μαργούτα<sup>2</sup>, Α. Μαλλιώρα<sup>2</sup>, Κ. Μαστρογιάννης<sup>2</sup>, Α. Λαζαρίδης<sup>2</sup>, Α. Χιονίδου<sup>3</sup>, Κ. Θεοχάρης<sup>2</sup>, Ε. Γκαλιαγκούση<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Β' Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

<sup>2</sup>Γ' Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ Παπαγεωργίου, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

<sup>3</sup>Ιατρική Σχολή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

<sup>4</sup>Β' Δερματολογική Κλινική, ΓΝΘ Παπαγεωργίου, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

**Σκοπός:** Η βραχυπρόθεσμη μεταβλητότητα της 24ωρης περιφερικήςαρτηριακής πίεσης (ΑΠ) έχει συσχετιστεί με βλάβη οργάνων-στόχων και καρδιαγγειακά συμβάματα σε πληθυσμούς υψηλού κινδύνου. Ταυτόχρονα, η κλινική σημασία της βραχυπρόθεσμης μεταβλητότητας της κεντρικήςΑΠ παραμένει υπό διερεύνηση. Επί του παρόντος, δεν υπάρχουν μελέτες της μεταβλητότητας τηςπεριφερικήςκαι κεντρικήςΑΠσε ασθενείς με ψωρίαση, οι οποίοι χαρακτηρίζονται από χρόνια υποκλινική φλεγμονή και αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο.

**Υλικό και μέθοδος:** Εντάχθηκαν ασθενείς με ψωρίαση και συνταιριασμένοι μάρτυρες. Η περιπατητική καταγραφή της ΑΠ έγινε με τη συσκευή Mobil-O-Graph. Ημέση πραγματική μεταβλητότητα (ARV) της περιφερικήςκαι κεντρικήςσυστολικής και διαστολικής ΑΠ (ΣΑΠ/ΔΑΠ) 24ώρου, ημέρας και νύχτας, καθώς κι η σταθμισμένητυπική απόκλιση (wSD) της 24ωρης ΣΑΠ υπολογίστηκαν αυτοματοποιημένα με ειδικό λογισμικό και σύμφωνα με τα αντίστοιχαπροφίλ τηςπεριπατητικής ΑΠ.

**Αποτελέσματα:** Μελετήθηκαν συνολικά 114 συμμετέχοντες (μέση ηλικία 49,7±12,1 έτη, 39,5% γυναίκες, 21,9% υπέρτασικοί) εκ των οποίων 74 ασθενείς με ψωρίαση και 40 συνταιριασμένοι εθελοντές χωρίς ψωρίαση. Οι ασθενείς με ψωρίαση εμφάνισαν σημαντικά ελαττωμένητην 24ωρη και νυχτερινήπεριφερικήκαι κεντρικήΔΑΠ σε σύγκριση με τους μάρτυρες (Πίνακας 1α). Αντίθετα,ηARVτης περιφερικής και κεντρικής 24ωρης και ημερήσιας ΣΑΠ, καθώς και η ARV τηςπεριφερικής και κεντρικής 24ωρης και ημερήσιας-ΔΑΠ, ήταν σημαντικά αυξημένες σε ασθενείς με ψωρίαση έναντι των υγιών (Πίνακας 1β).

**Συμπεράσματα:** Οι ασθενείς με ψωρίαση παρουσιάζουνσημαντικά αυξημένημεταβλητότηταόσο της βραχιόνιας όσο και της κεντρικής ΑΠ. Η σημασία της μεταβλητότητας της ΑΠ στην υποκλινική βλάβη και τη βλάβη οργάνων-στόχων χρήζει περαιτέρω μελέτης σε ασθενείς με χρόνια ανοσοεπαγόμενη φλεγμονή.

**Πίνακας 1.** Σύγκριση(α) των τιμών της περιφερικής και κεντρικής αρτηριακής πίεσης και (β) των παραμέτρων της μεταβλητότητας της περιφερικής και κεντρικής αρτηριακής πίεσης μεταξύ ασθενών με ψωρίαση και μαρτύρων.

	<b>Ασθενείς με ψωρίαση (n=74)</b>	<b>Μάρτυρες (n=40)</b>	<b>p-value</b>
<i>α. Παράμετροι 24ωρης περιπατητικής καταγραφής της αρτηριακής πίεσης</i>			
24ωρη περιφερική ΣΑΠ (mmHg)	121,4 ± 10,5	120,7 ± 13,5	0,868
24ωρη περιφερική ΔΑΠ (mmHg)	76,3 ± 8,4	81,6 ± 10,4	<b>0,007</b>
Ημερήσια περιφερική ΣΑΠ (mmHg)	125,6 ± 14,5	123,4 ± 11,7	0,320
Ημερήσια περιφερική ΔΑΠ (mmHg)	78,9 ± 8,9	82,6 ± 8,9	0,057
Νυχτερινή περιφερική ΣΑΠ (mmHg)	113,6 ± 11,8	116,9 ± 14,6	0,320
Νυχτερινή περιφερική ΔΑΠ (mmHg)	68,8 ± 8,7	73,6 ± 10,3	<b>0,011</b>
24ωρη κεντρική ΣΑΠ (mmHg)	117,8 ± 12,6	120,1 ± 12,6	0,368
24ωρη κεντρική ΔΑΠ (mmHg)	77,6 ± 8,3	81,7 ± 1,3	<b>0,045</b>
Ημερήσια κεντρική ΣΑΠ (mmHg)	119,8 ± 12,6	117,3 ± 13,0	0,575
Ημερήσια κεντρική ΔΑΠ (mmHg)	80,6 ± 8,6	83,7 ± 9,3	0,088
Νυχτερινή κεντρική ΣΑΠ (mmHg)	112,4 ± 14,4	116,2 ± 17,6	0,293
Νυχτερινή κεντρική ΔΑΠ (mmHg)	69,8 ± 8,6	74,2 ± 10,1	<b>0,016</b>
<i>β. Παράμετροι μεταβλητότητας της αρτηριακής πίεσης</i>			
ARV 24ωρης περιφερικής ΣΑΠ	10,1 (2,9)	9,0 (4,0)	<b>0,030</b>
ARV 24ωρης περιφερικής ΔΑΠ	8,9 ± 2,1	7,8 ± 1,9	<b>0,009</b>
ARV ημερήσιας περιφερικής ΣΑΠ	10,2 (3,3)	9,1 (3,9)	<b>0,013</b>
ARV ημερήσιας περιφερικής ΔΑΠ	9,3 ± 2,3	7,9 ± 2,3	<b>0,004</b>
ARV νυχτερινής περιφερικής ΣΑΠ	8,9 ± 3,1	9,1 ± 3,9	0,859
ARV νυχτερινής περιφερικής ΔΑΠ	6,7 (2,4)	7,9 (4,0)	0,273
ARV 24ωρης κεντρικής ΣΑΠ	9,6 (2,9)	8,6 (3,0)	<b>0,029</b>
ARV 24ωρης κεντρικής ΔΑΠ	8,3 (2,5)	7,1 (2,1)	<b>0,027</b>
ARV ημερήσιας κεντρικής ΣΑΠ	9,9 (2,8)	9,2 (3,0)	<b>0,005</b>
ARV ημερήσιας κεντρικής ΔΑΠ	8,5 ± 2,1	7,5 ± 1,9	<b>0,009</b>
ARV νυχτερινής κεντρικής ΣΑΠ	8,8 ± 3,7	9,3 ± 3,6	0,528
ARV νυχτερινής κεντρικής ΔΑΠ	7,2 ± 2,8	7,9 ± 2,7	0,293
wSD 24ωρης περιφερικής ΣΑΠ	13,8 ± 3,9	12,8 ± 4,0	0,174
wSD 24ωρης κεντρικής ΣΑΠ	11,6 (4,4)	10,7 (3,2)	0,093

Οι τιμές παρουσιάζονται ως μέσος όρος ± SD ή διάμεση τιμή (ενδοτεταρτημοριακό εύρος) για συνεχείς μεταβλητές ή αριθμός (ποσοστό) για κατηγορικές μεταβλητές.

Συνοτμήσεις: ΣΑΠ-συστολική αρτηριακή πίεση, ΔΑΠ-διαστολική αρτηριακή πίεση, ARV-μέση πραγματική μεταβλητότητα (average real variability), wSD-σταθμισμένη τυπική απόκλιση (weighted standard deviation)



**Ελληνική Εταιρεία  
Υπέρτασης**