ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ

24ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΚΕΒΕ

21-23/5/2026

Ρουσέλλειο Δημοτικό Θέατρο Μυτιλήνης

Μυτιλήνη

ΟΡΓΑΝΩΣΗ - ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ - ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

INVENTICS AE - Medevents.gr

www.medevents.gr – info@medevents.gr

T. 2310 474 400

Αριθμός Αδείας ΕΟΤ: ΜΗΤΕ 0933E60000074600

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΚΕΒΕ

Πρόεδρος: **Ι. Στυλιάδης**

Αντιπρόεδρος: **Α. Ζιάκας**

Γενικός Γραμματέας: **Στ. Λαμπρόπουλος**

Ειδικός Γραμματέας: **Δ. Κρικίδης**

Ταμίας: **Η. Καπιτσίνης**

Μέλη: **Γ. Μπομπότης, Γ. Κασίμης**

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος **Ι. Στυλιάδης**

Αντιπρόεδροι: **Ι. Ζαρίφης, Α.-Δ. Μαυρογιάννη**

Μέλη:

Γ. Μπομπότης

Α. Ζιάκας

Στ. Λαμπρόπουλος

Δ. Κρικίδης

Η. Καπιτσίνης

Γ. Κασίμης

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος: **Ι. Στυλιάδης**

Μέλη:

Α. Αντωνίου
Δ. Βαλασιάδης
Β. Βασιλικός
Ι. Βογιατζής
Π. Γιαννακοπούλου
Γ. Γιαννακούλας
Γ. Γιαννόπουλος
Ν. Γκουζούμας
Α. Δικόφτσης
Γ. Ευθυμιάδης
Η. Ζάρβαλης
Α. Ζιάκας
Β. Καμπερίδης
Ν. Καμπουρίδης
Γ. Καρακώστας
Θ. Καραμήτσος
Ε. Καραπατσούδη
Γ. Κατσέας
Δ. Κετίκογλου
Ε. Κουλούρης
Δ. Κρικίδης
Στ. Λαμπρόπουλος
Χ. Λαφάρας
Α.-Δ. Μαυρογιάννη
Λ. Μιχάλης
Γ. Μπομπότης
Κ. Οικονόμου
Γ. Παπανικολάου
Στ. Παρασκευαΐδης
Κ. Πολυμερόπουλος
Π. Σοφής
Γ. Σπυρομήτρος
Δ. Στάκος
Δ. Τζιακάς
Ν. Φραγκάκης
Γ. Χαλικιάς
Χ. Χατζηελευθερίου

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ | Πέμπτη 21 Μαΐου 2026

14:00- 16:00 **ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ (σελ. 28)**
Πρόεδροι: **Η. Καπιτσίνης, Ι. Καραντουμάνης, Β. Κικίλιας**

16:00-17:00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**
Δυναμική Ηχωκαρδιογραφία
The Evolving Role of Stress Echo in Contemporary Cardiology
Πρόεδροι: **Δ. Κετίκογλου, Δ. Φαρμάκης, Ε. Βουρβούρη**

Stress Echocardiography στην εκτίμηση ισχαιμικής καρδιοπάθειας: Νεότερες τεχνικές, διαγνωστική ακρίβεια και συγκριτική αξιολόγηση με CT coronary angiography και MRI
Β. Καμπερίδης

Stress Echo στη βαλβιδική καρδιοπάθεια: Ρόλος στην αξιολόγηση παθήσεων μιτροειδούς βαλβίδας
Κ. Παπαδόπουλος

Stress Echo στη βαλβιδική καρδιοπάθεια: Ρόλος στην αξιολόγηση αορτικής στένωσης χαμηλής ροής-χαμηλής κλίσης πίεσης
Β. Σαχπεκίδης

Stress Echo στην καρδιακή ανεπάρκεια με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης (HFpEF)
Δ. Κετίκογλου

Σχολιαστές: **Σ. Σωτηρίου, Ι. Γαλητσιάνος , Αικ. Χρηστίδη, Κ. Αρώνης , Χ. Κουκόση**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ | Πέμπτη 21 Μαΐου 2026

17:00-18:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ
Σύγχρονη Ηχωκαρδιογραφία: Από την απεικόνιση στη λήψη κλινικής απόφασης
Πρόεδροι: **Η. Καπιτσίνης, Β. Κικίλιας**

Νεότερες Τεχνικές Ηχωκαρδιογραφιας: 3D και 4D Echo στην Κλινική Πράξη: Εφαρμογές στη βαλβιδική νόσο, στις δομικές παρεμβάσεις και στη χειρουργική καθοδήγηση
Κ. Παπαδόπουλος

Ηχωκαρδιογραφία στην Καρδιακή Ανεπάρκεια: Εκτίμηση συστολικής και διαστολικής λειτουργίας, αναδιαμόρφωση μυοκαρδίου και προγνωστική αξία
Φ. Λαζαρίδου

Ηχωκαρδιογραφία στο σημείο παροχής φροντίδας {Point-of-Care Ultrasound (POCUS)} στην Καρδιολογία και την Επείγουσα Ιατρική.
Γρήγορη εκτίμηση αιμοδυναμικής, shock και pericardial effusion
Α. Τσαουσίδης

Τεχνητή Νοημοσύνη και Αυτοματοποιημένη Ανάλυση στο Ηχωκαρδιογράφημα: AI στην ανάλυση εικόνας, quantification, prognostic modeling και clinical workflow
Γ. Βογιατζής

Σχολιαστές: **Σ. Καρακουλάκης, Δ. Βαλασιάδης, Ε. Τασίκα, Μ. Καλαϊτζόγλου, Ν. Μαρινάκης**

18:00- 18:30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ | Πέμπτη 21 Μαΐου 2026

18:30-19:30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**
Δυσλιπιδαιμία: Από τα λιπίδια στον καρδιαγγειακό κίνδυνο
Πρόεδροι: **Στ. Παπαστεφάνου, Κ. Οικονόμου**

Νεότερες Κατευθυντήριες Οδηγίες (ESC/EAS) για τη Δυσλιπιδαιμία: Στόχοι LDL-C, risk stratification και εξατομικευμένη θεραπεία
Μ. Σιάρκος

LDL-C Beyond Cholesterol: ApoB, non-HDL-C και Lipoprotein(a): Νέοι δείκτες αθηρογόνου κινδύνου και κλινική σημασία
Γ. Τσινόπουλος

PCSK9 Αναστολείς και Inclisiran: Πληροφορίες από τον Πραγματικό Κόσμο και Εκβάσεις(Real-World Evidence and Outcomes). Αποτελεσματικότητα, συμμόρφωση και cost-effectiveness
Ν. Καμπουρίδης

Αλλαγή τρόπου ζωής αντί Φαρμακοθεραπείας (Lifestyle vs Pharmacotherapy) στην Υπερλιπιδαιμία**:** Μεσογειακή διατροφή, άσκηση, nutraceuticals και adherence
Στ. Παπαστεφάνου

Σχολιαστές: **Σ. Χατζησάββας**, **Π. Σίσκας**, **Α.- Ν. Χρούμπ- Παπαβάϊου**, **Αθ. Πλατής**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ | Πέμπτη 21 Μαΐου 2026

19:30-20:30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Υπέρταση: Από τη διάγνωση στη βέλτιστη κλινική διαχείριση

Πρόεδροι: **Π. Ανδρόνικος, Ι. Ζαρίφης, Ι. Καραντουμάνης**

Αρτηριακή Υπέρταση και Καρδιαγγειακός Κίνδυνος: Νεότερες Κατευθυντήριες Οδηγίες (ESC/ESH). Διαγνωστικά όρια, στόχοι ρύθμισης και εξατομικευμένη θεραπεία
Χ. Γράσσος

Ανθεκτική Υπέρταση: Διαγνωστική Προσέγγιση και Νέες Θεραπείες. Pseudo-resistance, δευτεροπαθείς αιτίες, νεότερα φάρμακα και επεμβατικές τεχνικές (renal denervation)
Ν. Παπαδόπουλος

Ambulatory Blood Pressure Monitoring (ABPM) και Home BP Monitoring. Κλινική σημασία masked και white-coat υπέρτασης και προγνωστική αξία
Χ. Στεφανίδης

Ψηφιακή Υγεία και Τεχνητή Νοημοσύνη στην Υπέρταση: Wearables, τηλεπαρακολούθηση, AI risk prediction και adherence monitoring
Χ. Τσιανάκα

Σχολιαστές: **Ζ. Μητάτου, Λ. Ζιτιρίδου, Ε. Μιχαηλίδης**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ | Παρασκευή 22 Μαΐου 2026

9:00- 10:30 **ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ (σελ.41)**
Πρόεδροι: **Ε. Κουλούρης, Στ. Παπαστεφάνου**

10:30-11:30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**
Σύγχρονη Φροντίδα Στεφανιαίας Νόσου: Συνδυάζοντας Απεικόνιση, Επαναιμάτωση και Μείωση Κινδύνου
Πρόεδροι: **Α.-Δ. Μαυρογιάννη, Λ. Διαμαντόπουλος, Σ. Τζήκας**

FFR, iFR QFR στην εκτίμηση ασθενών με στεφανιαία νόσο
Δ. Δημητριάδης

Διαχείριση αντιθρομβωτικής αγωγής σε ασθενή με στεφανιαία νόσο μετά από ενδοκράνια αιμορραγία: Προβληματισμοί και πρακτικές
Ε. Σδόγκος

Ischemia with Non-Obstructive Coronary Arteries (INOCA) και MINOCA. Διάγνωση, management και prognosis
Δ. Παπακωσταντίνου

AI και Big Data στη Στεφανιαία Νόσο: Predictive models, ψηφιακή καρδιολογία και εξατομικευμένες θεραπευτικές αποφάσεις
Α. Καρακάνας

Σχολιαστές: **Μ. Μελετίδου, Ν. Μιχαηλίδης**

11:30-12:00 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ | Παρασκευή 22 Μαΐου 2026

12:00-13:15 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**
Νεώτερα δεδομένα στην καρδιακή ανεπάρκεια
Πρόεδροι: **Γ. Χαλικιάς, Δ. Κρικίδης, Μ. Κωνσταντινίδου**
Moderators: **Σ. Αλκαγιέτ, Π. Ρούσκας**

Νεότερες Κατευθυντήριες Οδηγίες ESC για την Καρδιακή Ανεπάρκεια: Νέοι στόχοι και εξατομικευμένη θεραπευτική στρατηγική
Γ. Παπανικολάου

HFpEF: Από "διαγνωστικό αδιέξοδο" σε θεραπεύσιμη οντότητα. Παθοφυσιολογία, θεραπευτικά δεδομένα και πρόγνωση
Γ. Χαλικιάς

HFmrEF: Γκρίζα ζώνη ή ξεχωριστή κλινική οντότητα; Παθοφυσιολογία, θεραπευτικά δεδομένα και πρόγνωση
Ε. Θεοφιλογιαννάκος

Cardiac Imaging στην Καρδιακή Ανεπάρκεια, CMR
Θ. Καραμήτσος

Καρδιακή Ανεπάρκεια και Αρρυθμίες: Ρόλος ICD, CRT, AF management και νεότερες επεμβατικές τεχνικές
Μ. Κωνσταντινίδου

Σχολιαστές: **Ι. Στρατάκης, Χ. Γώγος**, **Ξ. Αποστολίδου**, **Χ. Φελουκίδης**

13:15-13:45 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ (σελ. 25)**

13:45-16:00 **ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ | Παρασκευή 22 Μαΐου 2026

16:00-17:30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Αορτή και Μυοκάρδιο: Από τη Διάγνωση στην Θεραπεία

Πρόεδροι: **Α. Ζιάκας, Γ. Ευθυμιάδης**

Moderators: **Χ. Χατζηελευθερίου, Στ. Λαμπρόπουλος**

Νόσος Αορτής: Από το Ανεύρυσμα έως την Οξεία Διαχωριστική Ρήξη. Σύγχρονη διαγνωστική προσέγγιση, imaging (CT, MRI, Echo)
Χ. Χατζηελευθερίου

Μυοκαρδίτιδα στην Εποχή της CMR και της Ενδομυοκαρδιακής Βιοψίας: Διαγνωστικά κριτήρια, viral vs immune-mediated myocarditis και prognostic markers
Ε. Σδόγκος

Η παθοφυσιολογία της υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας ως θεραπευτικός στόχος
Δ. Παρχαρίδου

Καρδιακή αμυλοείδωση από τρανσθυρετίνη: η σημασία της απεικόνισης και οι υπάρχουσες θεραπευτικές επιλογές
Γ. Τζιόμαλος

Σχολιαστές: **Ζ. Μητάτου**

17:30-18:30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

"Daily Cardiology Dilemmas: What Keeps the Cardiologist Awake at Night?"

Πρόεδροι: Α. Ζιάκας, Γ. Ευθυμιάδης, Χ. Χατζηελευθερίου, Α. Σπανός

Moderators: **Ε. Καραπατσούδη, Σ. Λαμπρόπουλος**

Αρρυθμίες στην καθημερινή καρδιολογία
Σ. Ντούρτσιου

Αιφνίδιος καρδιακός θάνατος στους αθλούμενους
Σ. Παπαϊωάννου

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ | Παρασκευή 22 Μαΐου 2026

Πολυφαρμακία και πολυνοσηρότητα
Ε. Καραγιαννίδης

Θωρακικός πόνος στα Επείγοντα – Ποιος φεύγει, ποιος πάει στο cath lab
Α. Παπαδόπουλος

Perioperative Management των NOACs
Διακοπή πριν από επεμβάσεις, bridging strategies και επανέναρξη θεραπείας
Ι. Στυλιάδης

Σχολιαστές: **Α. Δικόφτσης, Σ.-Χ. Δάιος**

18:30-19:00 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΟ ΔΙΑΛΕΞΗ (σελ.25)**

19:00-19:30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**
Πρόεδρος: **Ι. Στυλιάδης**

Νεότερα Καπνικά Προϊόντα. Τι δεδομένα υπάρχουν. Τι συστήνουν οι κατευθυντήριες οδηγίες
Δ. Κρικίδης

19:30-21:00 **ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ**
Πρόεδροι: **Ι. Στυλιάδης, Ι. Ζαρίφης. Α.-Δ. Μαυρογιάννη**

Πρωτογενής Πρόληψη Καρδιαγγειακών Νοσημάτων: Στρατηγικές Αναγνώρισης και Διαχείρισης Παραγόντων Κινδύνου
Χ. Σαββόπουλος

Δευτερογενής Πρόληψη Καρδιακών Νοσημάτων: Από την Αιτία στη Διατήρηση της Καρδιακής Υγείας
Χ. Γράσσος

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ | Σάββατο 23 Μαΐου 2026

08:30-10:00 **ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ (σελ.50)**
Πρόεδροι: **Γ. Σπυρομήτρος, Ε. Κουλούρης, Ι. Αρβανιτέλλης**

10:00-10:45 **Η εμπειρία αιμοδυναμικού εργαστηρίου σε νοσοκομείο της νησιωτικής Ελλάδος**
Πρόεδροι: **Π. Μπογιατζίδης, Π. Ανδρόνικος, Γ. Μπομπότης**

Αιμοδυναμικό Γ.Ν. Μυτιλήνης
Α. Μίλκας

Αιμοδυναμικό Γ.Ν. Χίου
Α. Καρτάλης

Σχολιαστές: **Κ. Οικονόμου, Κ. Σαμαρά**

10.45-11.15 **Διάλεξη (key note lecture)**
Πρόεδροι: **Ι. Ζαρίφης, Χ. Σαββόπουλος**

Stroke Prevention in Atrial Fibrillation: State of the Art
G. Lip

11:15-11:45 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

11.45-13:00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**
Διαδερμικές Παρεμβάσεις στις Βαλβιδοπάθειες: Από την Τεχνολογία στην Κλινική Απόφαση
Πρόεδροι: **Κ. Τούτουζας, Αθ. Τρίκας, Δ. Τζιακάς, Γ. Μπομπότης**

TAVI: Από την Υψηλού Κινδύνου στην Χαμηλού Κινδύνου Αορτική Στένωση
Long-term outcomes, durability και patient selection
Α.-Δ. Μαυρογιάννη

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ | Σάββατο 23 Μαΐου 2026

Διαδερμική Αντιμετώπιση Μιτροειδούς Ανεπάρκειας με MitraClip (TEER)
Functional vs degenerative MR, κλινικές μελέτες (COAPT, MITRA-FR) και real-world δεδομένα
Π. Σαββουλίδης

Διαδερμική Αντιμετώπιση Ανεπάρκειας Τριγλώχινος
Β. Νινιός

Future of Structural Heart Interventions
Transcatheter mitral/tricuspid replacement, νέες συσκευές και AI-guided interventions
Κ. Σπάργιας

Σχολιαστές: **Α. Παπαδόπουλος, Π. Δοκόπουλος**

13:00-13:30 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ (σελ.25)**

13:30-14:30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**
Καρδιακή Ανεπάρκεια: Σύγχρονες Προσεγγίσεις, Συννοσηρότητες και Τεχνολογικές Καινοτομίες
Πρόεδροι: **Γ. Φιλιππάτος, Γ. Μπομπότης, Ι. Κανονίδης**

Cardio-Oncology και Καρδιακή Ανεπάρκεια: Καρδιοτοξικότητα χημειοθεραπείας και πρόληψη μυοκαρδιακής δυσλειτουργίας
Χ. Λαφάρας

Acute Heart Failure και Shock: Σύγχρονες Θεραπευτικές Στρατηγικές. Μηχανική υποστήριξη, inotropes, vasodilators και hemodynamic monitoring
Γ. Χαλικιάς

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ | Σάββατο 23 Μαΐου 2026

Καρδιακή Ανεπάρκεια και Συννοσηρότητες: Διαβήτης, ΧΝΝ, σιδηροπενία, παχυσαρκία και πολυνοσηρότητα
Ι. Αλευρούδης

Ψηφιακή Υγεία και Τηλεπαρακολούθηση στην Καρδιακή Ανεπάρκεια: Wearables, remote monitoring και AI risk prediction
Μ. Κωνσταντινίδου

Σχολιαστές: **Ν. Γουλιάρος, Ε. Ταπανλής**

14:30-16:00 ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ

16:00-18:00 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΑΠΟ ΕΠΑΡΧΙΑΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ
Πρόεδροι: **Στ. Λαμπρόπουλος, Δ. Κρικίδης**

Περιστατικό Νοσοκομείου Κομοτηνής
Λ. Διαμαντόπουλος

Περιστατικό Νοσοκομείου Καβάλας
Σ. Μαδυτίνου

Περιστατικό Νοσοκομείου Κατερίνης
Γ. Σπυρομήτρος

Περιστατικό Νοσοκομείου Κιλκίς
Γ. Παπανικολάου

Περιστατικό Νοσοκομείου Έδεσσας
Ε. Παπαγεωργίου

Περιστατικό Νοσοκομείου Δράμας
Α. Μιχαηλίδου

Περιστατικό Νοσοκομείου Καστοριάς
Ε. Κουλούρης

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ | Σάββατο 23 Μαΐου 2026

18:00-19:00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Βηματοδότηση σήμερα: Σύγχρονες Τεχνικές και Κλινικές Προκλήσεις

Πρόεδροι: **Ν. Φραγκάκης**, **Ι. Στυλιάδης**

Moderators: **Γ. Σταυρόπουλος**

Physiological Pacing: His Bundle και Left Bundle Branch Pacing
Τεχνικές, learning curve και κλινικά αποτελέσματα έναντι της κλασικής RV pacing
Χρ. Τασσόπουλος

CRT (Cardiac Resynchronization Therapy): Ποιος Ασθενής Ωφελείται Πραγματικά;
Patient selection, imaging guidance και predictors ανταπόκρισης
Α. Αντωνιάδης

Leadless Pacemakers: Νέα Εποχή στη Βηματοδότηση
Τεχνολογία, ενδείξεις, επιπλοκές και μελλοντικές εφαρμογές dual-chamber systems
Σ. Παρασκευαΐδης

Τεχνητή Νοημοσύνη και Remote Monitoring σε Συσκευές Βηματοδότησης
Αλγόριθμοι πρόβλεψης αρρυθμιών, heart failure alerts και telemedicine
Σ. Χαρίτος

Σχολιαστές: **Β. Κικίλιας**, **Κ. Τριανταφύλλου, Γ. Μαλίγκος**

19:00-19:30 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ | Σάββατο 23 Μαΐου 2026

19:30-20:30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Νεώτερα Δεδομένα στην PCI: Από την Τεχνολογία στην Κλινική Πράξη

Πρόεδροι: **Α.-Δ. Μαυρογιάννη, Β. Γουλιέλμος, Γ. Μπομπότης**

Νεότερες τεχνολογίες stents στην PCI

Focus:

- Drug-eluting stents νέας γενιάς
- Bioresorbable scaffolds
- Κλινικά αποτελέσματα και συγκρίσεις

Ι. Ζαρίφης

PCI σε σύνθετες βλάβες (Complex PCI)

Focus:

- Left main disease
- Chronic total occlusions (CTO)
- Bifurcation lesions και τεχνικές

Λ. Διαμαντόπουλος

PCI έναντι CABG σε πολυαγγειακή νόσο

Focus:

- Evidence από SYNTAX, EXCEL, NOBLE
- Heart Team decision making
- Προσωποποιημένη θεραπεία

Γ. Κασίμης

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ | Σάββατο 23 Μαΐου 2026

Future trends στην PCI και επεμβατική καρδιολογία
Focus:

- AI και robotics στην PCI
- Remote PCI
- Personalized interventional cardiology

Α.-Δ. Μαυρογιάννη

Σχολιαστές: **Α. Κουπαράνης, Θ. Παπαδόπουλος, Δ. Δημητριάδης**

20:30-21.30 **ΛΗΞΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ**
Προεδροι: **Ι. Στυλιάδης, Ι. Ζαρίφης, Α.-Δ. Μαυρογιάννη**

Λίστα Ομιλητών – Προέδρων - Σχολιαστών

G. Lip / MD FRCP [London Edinburgh Glasgow] DFM AFHEA FACC FESC FEHRA iFAPHRS FTHRS FKHRS, Price-Evans Chair of Cardiovascular Medicine, University of Liverpool, United Kingdom; Professor of Cardiovascular Medicine, Liverpool John Moores University, Liverpool, United Kingdom; NIHR Senior Investigator Emeritus; Consultant Cardiologist (Hon), Liverpool Heart & Chest Hospital NHS Trust

Ι. Αλευρούδης / MD, PhD(c), Επιμελητής Ά, Ειδικός Καρδιολόγος -Εντατικολόγος, Στεφανιαία Μονάδα & Αιμοδυναμικό Εργαστήριο Γ΄ Καρδιολογική Κλινική Α.Π.Θ., Μ.Ε.Θ. Ενηλίκων, ΓΝ "Ιπποκράτειο", Θεσσαλονίκη

Σ. Αλκαγιέτ / Ειδικός Καρδιολόγος

Π. Ανδρόνικος / Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Μυτιλήνης

Α. Αντωνιάδης / Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας, Β' Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

Ξ. Αποστολίδου / Καρδιολόγος, Β΄ Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

Ι. Αρβανιτέλλης / Καρδιολόγος, Επιμελητής Α', Γ.Ν. Μυτιλήνης "Βοστάνειο"

Κ. Αρώνης / Ειδικός Καρδιολόγος, Μυτιλήνη

Δ. Βαλασιάδης / Καρδιολόγος

Γ. Βογιατζής / Ειδικός Καρδιολόγος με εξειδίκευση στις νεώτερες τεχνικές υπερήχου καρδιάς – Επιστημονικός Συνεργάτης Β’ Καρδιολογικής Κλινικής Νοσοκομείου Παπαγεωργίου

Ε. Βουρβούρη / Καρδιολόγος, Ειδική στην Καρδιαγγειακή Απεικόνιση, Υπεύθυνη Τμήματος Αξονικής Στεφανιογραφίας, Γενική Κλινική Euromedica, Θεσσαλονίκη, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Erasmus Ολλανδίας, Μέλος της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρίας και Ευρωπαική Εταιρία Καρδιαγγειακης Απεικόνισης

Ι. Γαλητσιάνος / Καρδιολόγος,Εντατικολόγος-Επειγοντολόγος, Επιμελητής Α’, Α' Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Ν. Γούλιαρος / Καρδιολόγος, Επιμελητής Α', Γενικό Νοσοκομείο Δράμας

Β. Γουλιέλμος / Καρδιοχειρουργός, Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιοχειρουργικής Πανεπιστημίου Δρέσδης, Γερμανία, Υπεύθυνος Καρδιοχειρουργικού Τμήματος, Γενική Κλινική, Θεσσαλονίκη

Χ. Γράσσος / Συντονιστής Δ/ντης Καρδιολογικης Κλινικής Γ.Ο.Ν.Κ" Οι Αγιοι Ανάργυροι "

Visiting Professor of Cardiology EUC, Cyprus

Λίστα Ομιλητών – Προέδρων - Σχολιαστών

Χ. Γώγος / Καρδιολόγος, Επιμελητής Β΄ , Καρδιολογική Κλινική ΓΝ Κοζάνης «Μαμάτσειο»

Σ. Δάιος / Ειδικός Καρδιολόγος, Α΄ καρδιολογική Κλινική Α.Π.Θ., ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Διδάκτωρ Ιατρικής Α.Π.Θ.

Δ. Δημητριάδης / MD, Επεμβατικός Καρδιολόγος, Κλινική Άγιος Λουκάς Θεσσαλονίκη

Λ. Διαμαντόπουλος / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Κομοτηνής.

Α. Δικόφτσης / Καρδιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Γιαννιτσών

Π. Δοκόπουλος / Επιμελητής Β καρδιολογίας ΚΥ Καστοριάς

Γ. Ευθυμιάδης / Ομότιμος Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»

Ι. Ζαρίφης / Καρδιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικού Τμήματος, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Α. Ζιάκας / Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Διευθυντής Α΄ Καρδιολογικής Κλινικής, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Λ. Ζιτιρίδου / Καρδιολόγος, Επιμελήτρια, Γ.Ν. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Ε. Θεοφιλογιαννάκος / Καρδιολόγος, Κλινική "Άγιος Λουκάς", Θεσσαλονίκη

Μ. Καλαϊτζόγλου / Ειδικός Καρδιολόγος, MD, MSc, Θεσσαλονίκη

Β. Καμπερίδης / Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας και Καρδιακής Απεικόνισης ΑΠΘ, Α' Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Ν. Καμπουρίδης / MD, MSc, PhD, Καρδιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Καβάλας

Ι. Κανονίδης / Ομότιμος Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ

Η. Καπιτσίνης / Καρδιολόγος, Επιμελητής Α', Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Κιλκίς

Ε. Καραγιαννίδης / Ειδικός Καρδιολόγος, Επίκουρος Καθηγητής Επείγουσας Ιατρικής, Κλινική Επείγουσας Ιατρικής ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Α. Καρακάνας / Επιμελητής Β' , Β' Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. "Παπαγεωργίου", Θεσσαλονίκη

Σ. Καρακουλάκης / Καρδιολόγος, Νιγρίτα Σερρών

Θ. Καραμήτσος / Καθηγητής Καρδιολογίας, Τμήμα Ιατρικής ΑΠΘ, Α' Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Ταμίας Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης

Λίστα Ομιλητών – Προέδρων - Σχολιαστών

Ι. Καραντουμάνης / Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογίας, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Έδεσσας.

Ε. Καραπατσούδη / Καρδιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Γ.Ν. Πέλλας – Νοσοκομείο Έδεσσας

Α. Καρτάλης / Επεμβατικός Καρδιολόγος. Διευθυντής Μονάδας Εμφραγμάτων, Καρδιακής Ανεπάρκειας, Ηλεκτροφυσιολογίας και Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου, Γ.Ν. Χίου

Γ. Κασίμης / Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας - Επεμβατικής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Β΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. "Ιπποκράτειο", Θεσσαλονίκη

Δ. Κετίκογλου / MD, PhD, FEACVI, FESC, Καρδιολόγος, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Διευθυντής Στεφανιαίας Μονάδας & Ηχοκαρδιογραφίας, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

Β. Κικίλιας / Καρδιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Γ.Ν. Μυτιλήνης

Χ. Κουκόση / Ειδικός καρδιολόγος

Ε. Κουλούρης / MD MSc, Καρδιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Καστοριάς

Α. Κουπαράνης / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Επιμελητής Β' ΕΣΥ, Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική Π.Γ.Ν.Θ ΑΧΕΠΑ

Δ. Κρικίδης / MD, M.Sc, Καρδιολόγος, Επιστημονικός συνεργάτης Β Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής Α.Π.Θ. Μέλος Δ.Σ Καρδιολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος. Μέλος πυρήνα Ομάδας Εργασίας Πρόληψης και Αποκατάστασης της ΕΚΕ.

Μ. Κωνσταντινίδου / Καρδιολόγος - Ηλεκτροφυσιολόγος, Επιμελήτρια Α', Γ.Ν. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Φ. Λαζαρίδου / Καρδιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

Σ. Λαμπρόπουλος / Καρδιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, «Μαμάτσειο» Γ.Ν. Κοζάνης

Χ. Λαφάρας / Καρδιολόγος, MD, PhD, FHFA, Διευθυντής Καρδιογκολογικής Μονάδας, Α.Ν.Θ. «Θεαγένειο», Θεσσαλονίκη

Σ. Μαδυτίνου / MD, MSc, Καρδιολόγος, Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. Καβάλας

Γ. Μαλίγκος / MD,MSc,Καρδιολόγος, Διευθυντής, Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. "Γ. Παπανικολάου", Θεσσαλονίκη

Ν. Μαρινάκης / Καρδιολόγος

Λίστα Ομιλητών – Προέδρων – Σχολιαστών

Α.- Δ. Μαυρογιάννη / Επεμβατική Καρδιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Υπεύθυνη Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου, Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Μ. Μελετίδου / Καρδιολόγος, Εξειδικευόμενη Επεμβατικής Καρδιολογίας, Γ.Ν.Θ "Γ.ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ"

Ζ. Μητάτου / Καρδιολόγος, Επιμελητής Β' Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

Α. Μίλκας / M.D., MSc, MEAPCI, Επεμβατικός Καρδιολόγος, Υπεύθυνος Μονάδας Εμφραγμάτων, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών, OLV Hospital Aalst, Brussels

Ε. Μιχαηλίδης / Καρδιολόγος, Ξάνθη

Ν. Μιχαηλίδης / Επεμβατικός Καρδιολόγος, MSc, PhDc, Γενική Κλινική Θεσσαλονίκη

Α. Μιχαηλίδου / Ειδικευόμενη Καρδιολογίας – Γ.Ν. Δράμας

Π. Μπογιατζίδης / Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Μαιευτικής,, Σχολή Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας, Διοικητής 4ης Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας και Θράκης (Υ.ΠΕ.)

Γ. Μπομπότης / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης

Β. Νινιός / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διευθυντής Β' Καρδιολογικής Κλινικής, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

Σ. Ντούρτσιου / Καρδιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής

Κ. Οικονόμου / Καρδιολόγος, Διευθυντής - Επιστημονικός Υπεύθυνος, Γ.Ν. Πέλλας – Νοσ. Έδεσσας

Ε. Παπαγεωργίου / Ειδικευόμενη Καρδιολογίας

Α. Παπαδόπουλος / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Επιμελητής ΄Α, Γ.Ν.Θ. "Γ.ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ"

Θ. Παπαδόπουλος / MD, PhD, FESC, FACC, FSCAI, Επεμβατικός Καρδιολόγος, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη. Επιστημονικός Συνεργάτης ΑΠΘ

Κ. Παπαδόπουλος / MD, PhD, FESC, FEACVI, Καρδιολόγος, Υπεύθυνος Εργαστηρίου υπερήχων καρδιάς, Γ' Καρδιολογική Κλινική, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

Κ. Παπαδόπουλος / Διευθυντής Καρδιολογίας, Β' Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. "Κοργιαλένειο - Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.", Αθήνα, Πρόεδρος ΟΕ Ηχωκαρδιολογίας ΕΚΕ

Ν. Παπαδόπουλος / Καρδιολόγος, Κλινική "Άγιος Λουκάς", Θεσσαλονίκη

Σ. Παπαϊωάννου / MD, PhD, FESC, FSCAI, Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διευθυντής Β' Καρδιολογικής Κλινικής, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών, Διευθυντής Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών, Adjunct Professor in Cardiology, E.U.C

Λίστα Ομιλητών – Προέδρων – Σχολιαστών

Δ. Παπακωνσταντίνου / Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

Γ. Παπανικολάου / Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής ΓΝΝ Κιλκίς

Σ. Παπαστεφάνου / Καρδιολόγος, MD, MSc, PhD, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

Σ. Παρασκευαΐδης / Καρδιολόγος-Ηλεκτροφυσιολογος, MD, PhD , ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

Δ. Παρχαρίδου / Καρδιολόγος, Επιμελήτρια Β' ΕΣΥ, Α' Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ

Α. Πλατής / Καρδιολόγος

Π. Ρούσκας / Καρδιολόγος, Επιστημονικός Συνερ΄γάτης Γ΄' Καρδιολογικής κλινικής Α.Π.Θ.

Χ. Σαββόπουλος / Καθηγητής Παθολογίας ΑΠΘ, Διευθυντής Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής, Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας (Stroke Unit), Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Π. Σαββουλίδης / Διδάκτωρ Ιατρικής ΑΠΘ, Επεμβατικός Καρδιολόγος, Ειδικευθείς στη Διαδερμική Επιδιόρθωση Βαλβιδοπαθειών

Κ. Σαμαρά / Ειδικευόμενη Καρδιολογίας, Β Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο

Β. Σαχπεκίδης / Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογίας, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Ε. Σδόγκος / Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας

Μ. Σιάρκος / Καρδιολόγος, Επιμελητής Β', Γ.Ν. "Γ. Παπανικολάου", Θεσσαλονίκη

Π. Σίσκας / Καρδιολόγος, Επιμελητής Καρδιολογικού Τμήματος, Ελληνική Αστυνομία, Αθήνα

Α. Σπανός / MD, PhD , FESC, FSCAI, Αντιναύαρχος (ΥΙ) Ε.Α., Επιτ. Ναύαρχος Δ/νσεως Υγειονομικού ΠΟΛΕΜΙΚΟΥ ΝΑΥΤΙΚΟΥ, ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ, τ. Συντονιστής Δ/ντης Καρδ/κών Κλινικών ΝΝΑ, Δ/ντης Καρδιολογικής Κλινικής και Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου

Υπεύθυνος Ιατρείου Προληπτικής Καρδ/γίας, ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ & ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΘΗΝΩΝ

Κ. Σπάργιας / MD, PhD, FESC, Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διευθυντής Τμήματος Διαδερμικών Βαλβίδων, ΥΓΕΙΑ, Αθήνα

Γ. Σπυρομήτρος / FESC, Καρδιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Κατερίνης

Γ. Σταυρόπουλος / Καρδιολόγος, Ηλεκτροφυσιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ ΄, Β’ Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

Χ. Στεφανίδης / Καρδιολόγος, Διευθυντής, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Δράμας

Λίστα Ομιλητών – Προέδρων – Σχολιαστών

Ι. Στρατάκης / MD, MSc, Καρδιολόγος, Επιμελητής Α', Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. Καβάλας

Ι. Στυλιάδης / Καρδιολόγος, Αν. Συντονιστής Διευθυντής, Β' Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Σ. Σωτηρίου / Ειδικός Καρδιολόγος, Επιμελητής Β, Γ.Ν. Κοζάνης

Ε. Ταπανλής / Ειδικός καρδιολόγος, Γραμματέας του Δ.Σ. Ιατρικού Συλλόγου Λέσβου, Τακτικό μέλος Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας

Ε. Τασίκα / Καρδιολόγος, Σέρρες

Χ. Τασσόπουλος / Καρδιολόγος- Επεμβ. Ηλεκτροφυσιολόγος, Γεν. Κλινική, Θεσσαλονίκη

Σ. Τζήκας / Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Γ' Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

Δ. Τζιακάς / FESC,FACC, FSCAI, Καθηγητής Καρδιολογίας ΔΠΘ, Διευθυντής Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής και της Αιμοδυναμικής Μονάδας, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

Γ. Τζιόμαλος / Καρδιολόγος - Εξειδικευόμενος ΜΕΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Κ. Τούτουζας / Καθηγητής Καρδιολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Α’ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. "Ιπποκράτειο", Αθήνα, Πρόεδρος Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας, Υπεύθυνος Μονάδας Δομικών Παθήσεων και Βαλβιδοπαθειών

Κ. Τριανταφύλλου / Καρδιολόγος, Επιμελητής Β, Γ' Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Α. Τρίκας / Καρδιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν.Α «Ευαγγελισμός», Αθήνα, Αναπληρωτής Καθηγητής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Α. Τσαουσίδης / MD, MSc, PhDc, Ειδικός Καρδιολόγος, επ. Επιμελητής Β΄, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Χ. Τσιανάκα / Καρδιολόγος, Επιμ. Β', Γ.Ν.Παπαγεωργίου

Γ. Τσινόπουλος / Καρδιολόγος, Διευθυντής, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Σερρών, Υπεύθυνος Ιατρείου Καρδιακής Ανεπάρκειας

Δ. Φαρμάκης / Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογίας, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. "Παπαγεωργίου", Θεσσαλονίκη

Χ. Φελουκίδης / Καρδιολόγος, Ακαδημαϊκός Υπότροφος Α' Καρδιολογικής Κλινικής, ΠΓΝ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Γ. Φιλιππάτος / Καθηγητής Καρδιολογίας Πανεπιστημίου Ε.Κ.Π.Α. , Διευθυντής Β' Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Αθήνα

Λίστα Ομιλητών – Προέδρων – Σχολιαστών

Ν. Φραγκάκης / MD,PhD,FESC, Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Διευθυντής Β' Καρδιολογικής Κλινικής ΑΠΘ, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

Γ. Χαλικιάς / Καθηγητής Καρδιολογίας ΔΠΘ, Αλεξανδρούπολη

Σ. Χαρίτος / Καρδιολόγος - Ηλεκτροφυσιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

Χ. Χατζηελευθερίου / Καρδιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Δράμας

Σ. Χατζησάββας / Ιδιώτης Καρδιολόγος

Α. Χρηστίδη / Καρδιολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, FEACVI, EACVI Level 3 CMR Certified, Υπεύθυνη Τμήματος Μαγνητικής Τομογραφίας Καρδιάς, Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης

Ά. Χρουμπ Παπαβάιου / Καρδιολόγος, Επιμελήτρια Β

Δορυφορικές Διαλέξεις

Παρασκευή 22 Μαΐου 2026

13:15-13:45 **Δορυφορική Διάλεξη με την υποστήριξη της εταιρείας Boehringer Ingelheim Hellas**
Προεδρείο: **Ι. Ζαρίφης, Ι. Στυλιάδης**

Οι SGLT2is στην Καρδιαγγειακή και Νεφρική Προστασία
Ν. Καμπουρίδης

Μετάφραση των δεδομένων στην κλινική πράξη
Ε. Θεοφιλογιαννάκος

18:30-19:00 **Δορυφορική Διάλεξη με την υποστήριξη της εταιρείας GlaxoSmithKline**
Προεδρείο: **Ι. Ζαρίφης**

Έρπης Ζωστήρας & Καρδιαγγειακός Κίνδυνος: Δεδομένα & Πρόληψη
Ι. Ευθυμιάδης

Σάββατο 23 Μαΐου 2026

13:00-13:30 **Δορυφορική Διάλεξη με την υποστήριξη της εταιρείας WinMedica**
Προεδρείο: **Ι. Στυλιάδης**

Η κυτισινικλίνη στην διακοπή του καπνίσματος: Νεότερα δεδομένα:
Ι. Οικονομίδης

Ευχαριστίες

GSK

PMI SCIENCE
PHILIP MORRIS INTERNATIONAL

Boehringer Ingelheim

INNOVIS
Future health today

WinMedica
Serving Health for Life

Abbott

SANDOZ

MSJ group 80 years | M.S. Jacovides Hellas

AstraZeneca

40 ΧΡΟΝΙΑ
MEDICARE
HELLAS S.A.

Ευχαριστίες

Medtronic

Pfizer

Teleflex™
Empowering the future of healthcare

BIANEΞ A.E.
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

SERVIER
moved by you

BIOTRONIK
excellence for life

MERCK

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

ΠΕΜΠΤΗ 21 ΜΑΪΟΥ 2026 | 14:00- 16:00
Πρόεδροι: **Η. Καπιτσίνης, Ι. Καραντουμάνης, Β. Κικίλιας**

OR01 | ΠΛΗΡΗΣ ΚΟΛΠΟΚΟΙΛΙΑΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΧΩΡΙΣ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΤΟ IMPLANTED LOOP RECORDER ΓΙΑ 9 ΜΗΝΕΣ

Κουλούρης Ευστάθιος[1], Μπότζας Θωμάς[2], Μπαζίνας Μάριος-Ζήσης[2], Νταούτης Ανδρέας[2], Παύλου Ηλίας-Αλέξανδρος[1], Τσάκος Κοσμάς[1], Μποζίνης Χρήστος[1], Πάτα Αγορίτσα[3], Στεργίου Δημήτριος[2]

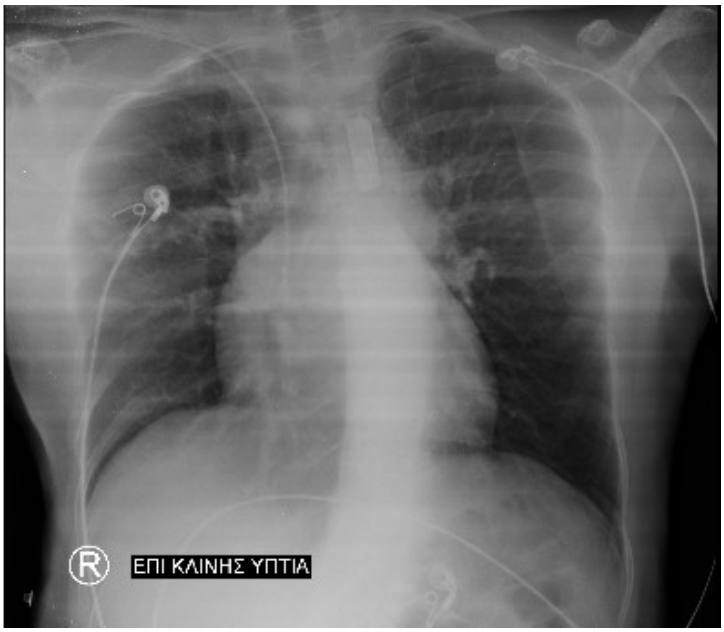
[1]Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καστοριάς
[2]Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καστοριάς
[3]Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Καστοριάς

Σκοπός: Το περιστατικό περιγράφει γυναίκα 59 ετών υπό διερεύνηση με εμφυτεύσιμο καταγραφέα βρόχου, λόγω συγκοπτικών επεισοδίων και οικογενειακού ιστορικού δύο αιφνίδιων θανάτων, που εισήχθη με οξεία σκωληκοειδίτιδα. Κατά τη διάρκεια της επέμβασης παρουσίασε πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό και ανατάχθηκε επεμβατικά, δείχνοντας έτσι τη σημασία της καταγραφής του καρδιακού ρυθμού στο χειρουργείο για τη διάγνωση σοβαρών αρρυθμιών.

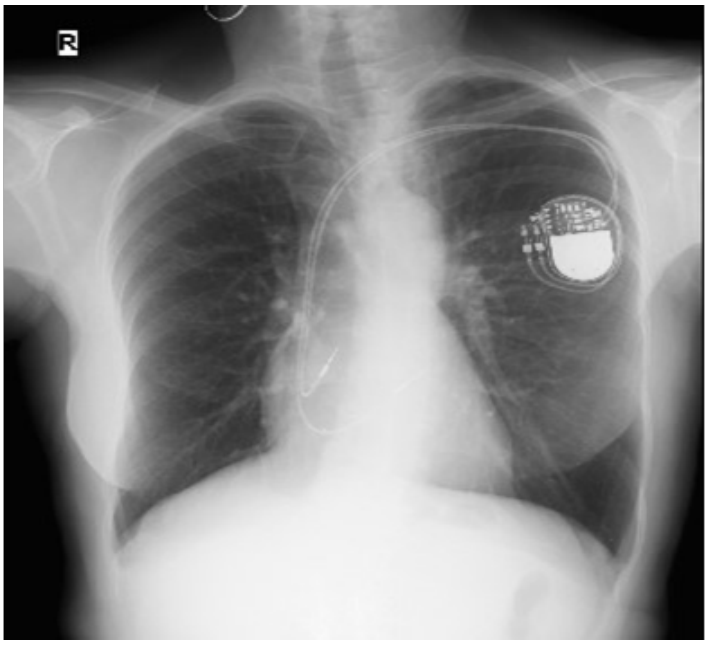
Υλικό και μέθοδοι: Η ασθενής προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Γενικού Νοσοκομείου Καστοριάς με κοιλιακό άλγος και εισήχθη στη Χειρουργική Κλινική με οξεία σκωληκοειδίτιδα. Ο εμφυτεύσιμος καταγραφέας βρόχου που έφερε από εννέα μηνών δεν είχε αναδείξει παθολογικό καρδιακό ρυθμό έως τότε, ούτε και το καρδιογράφημα της εισαγωγής. Ωστόσο, κατά τη διάρκεια των χειρισμών του περιτοναίου στο χειρουργείο παρατηρήθηκε στο μόνιτορ πλήρης κολποκοιλιακός αποκλεισμός. Τέθηκε προσωρινός διαφλέβιος βηματοδότης και έγινε επιτυχής ανάταξη του ρυθμού (Εικόνα 1). Η επέμβαση ολοκληρώθηκε και η ασθενής μεταφέρθηκε στην Καρδιολογική Μονάδα για παρακολούθηση.

Αποτελέσματα: Η ασθενής εξήλθε από το Νοσοκομείο τρεις ημέρες μετά χωρίς επιπλοκές και παραπέμφθηκε για τοποθέτηση μόνιμου βηματοδότη (Εικόνα 2). Το follow-up ένα χρόνο μετά είναι ελεύθερο και η ασθενής δεν παρουσίασε περαιτέρω συγκοπτικά επεισόδια.

Συμπεράσματα: Το περιστατικό αυτό τονίζει τη σημασία της καταγραφής του καρδιακού ρυθμού κατά τη διάρκεια των χειρουργικών επεμβάσεων. Έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση μπορούν να αναστρέψουν απειλητικές για τη ζωή αρρυθμίες και να αποτρέψουν μελλοντικές επιπλοκές.



Εικόνα 1: Μετεγχειρητική ακτινογραφία θώρακος όπου απεικονίζονται Loop Recorder και προσωρινός βηματοδότης δεξιάς υποκλειδίου



Εικόνα 2: Follow-up ακτινογραφία θώρακος όπου απεικονίζεται ο μόνιμος βηματοδότης.

OR02 | ΑΥΤΟΜΑΤΟΣ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΠΡΟΣΘΙΟΥ ΚΑΤΙΟΝΤΑ ΚΛΑΔΟΥ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ 46 ΕΤΩΝ ΕΠΤΑ ΜΗΝΕΣ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Κουλούρης Ευστάθιος[1], Κουμσιγιέ Θαέρ[1], Τσάκος Κοσμάς[1], Μποζίνης Χρήστος[1], Παυλίδης Κωνσταντίνος[1]

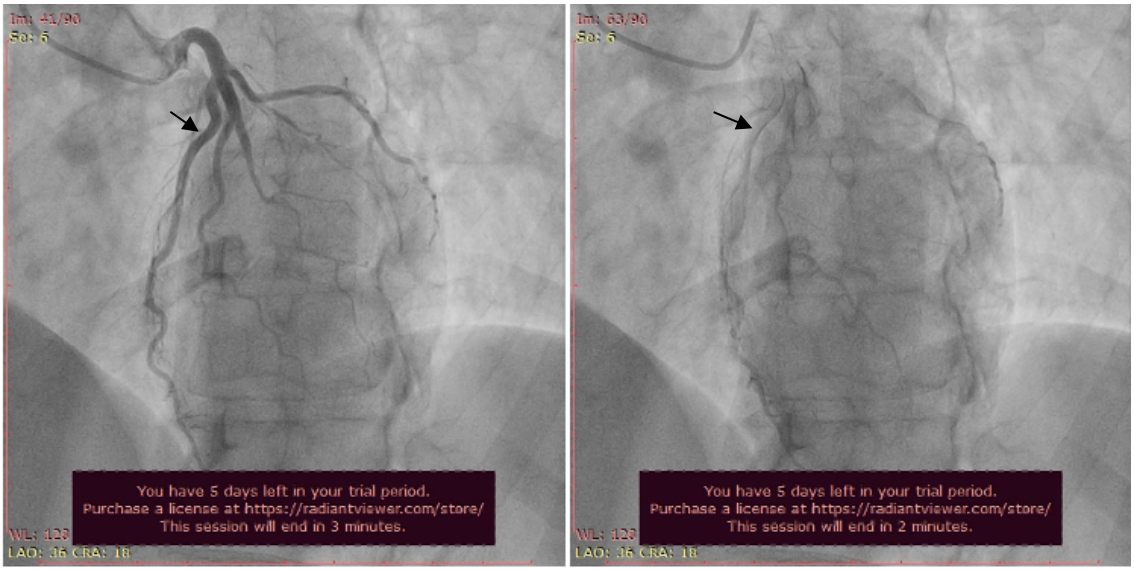
[1] Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καστοριάς

Σκοπός: Ο αυτόματος διαχωρισμός των στεφανιαίων αρτηριών αποτελεί σπάνια αιτία οξέος στεφανιαίου συνδρόμου και αφορά κυρίως γυναίκες χωρίς κλασικούς παράγοντες κινδύνου. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού, αυτόματου διαχωρισμού του προσθίου κατιόντα κλάδου σε γυναίκα επτά μήνες μετά τον τοκετό και η ανάδειξη της κλινικής του σημασίας στην καθημερινή καρδιολογική πράξη.

Υλικό και μέθοδοι: Πρόκειται για γυναίκα 46 ετών, χωρίς γνωστό ιστορικό στεφανιαίας νόσου και με υγιεινό τρόπο ζωής, αλλά πολύ stress, η οποία προσήλθε με αιφνίδιο θωρακικό άλγος. Πραγματοποιήθηκε πλήρης κλινική εκτίμηση, ηλεκτροκαρδιογράφημα, εργαστηριακός έλεγχος και διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα.

Αποτελέσματα: Τα ευρήματα του ηλεκτροκαρδιογραφήματος, του διαθωρακικού υπερηχοκαρδιογραφήματος και οι αυξημένοι καρδιακοί βιοδείκτες ήταν συμβατά με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο του κατώτερου τοιχώματος. Διακομίστηκε για στεφανιογραφία σε τριτοβάθμιο πανεπιστημιακό νοσοκομείο, όπου ανέδειξε αυτόματο διαχωρισμό του προσθίου κατιόντος κλάδου χωρίς ενδείξεις αθηρωματικής νόσου στα λοιπά στεφανιαία αγγεία. Η ασθενής αντιμετωπίστηκε συντηρητικά με φαρμακευτική αγωγή, παρουσιάζοντας σταθερή κλινική πορεία χωρίς επιπλοκές.

Συμπεράσματα: Ο αυτόματος διαχωρισμός των στεφανιαίων αρτηριών πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην διαφορική διάγνωση οξέος στεφανιαίου συνδρόμου σε γυναίκες, ακόμα και μήνες μετά τον τοκετό. Η έγκαιρη διάγνωση και η εξατομικευμένη θεραπευτική προσέγγιση συμβάλλουν καθοριστικά στην βελτίωση της πρόγνωσης και της ασφάλειας των ασθενών και στην σωστή κλινική πράξη.


Im: 41/90
Se: 5
You have 5 days left in your trial period.
Purchase a license at https://radiantviewer.com/store/
This session will end in 3 minutes.
WL: 128
LAO: 36 CRA: 18
Im: 63/90
Se: 5
You have 5 days left in your trial period.
Purchase a license at https://radiantviewer.com/store/
This session will end in 2 minutes.
WL: 128
LAO: 36 CRA: 18

OR03 | ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΟΒΑΡΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΣΤΕΝΩΣΗ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ ΚΑΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΑΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ

Ραφαήλ Οικονόμου[1], Ηρακλής Καπιτσίνης[1], Κωνσταντίνος Εξηντάρης[1], Νικόλαος Πέτρου[1], Νικόλαος Μεντεσίδης[1], Νικόλαος Καϊσίδης[2], Γεώργιος Παπανικολάου[1]

[1] Καρδιολογική, ΓΝ Κιλκις

[2] Καρδιολογικό, ΓΝ Κιλκις

Εισαγωγή – σκοπός: Οι ασθενείς με στένωση αορτικής βαλβίδας σοβαρού βαθμού είναι υψηλού κινδύνου για μείζονα καρδιαγγειακά συμβάματα. Ιδίως αυτοί που εμφανίζουν καρδιακή ανεπάρκεια είναι γνωστό ότι έχουν το χειρότερο προσδόκιμο επιβίωσης κατά μέσο όρο ένα έτος. Ο σκοπός της παρούσης εργασίας είναι η παρουσίαση ενός περιστατικού με σοβαρού βαθμού στένωση αορτικής βαλβίδας και μέτρια προς σοβαρή περικαρδιακή συλλογή και η διαχείριση αυτού.
Υλικό και μέθοδοι: Ασθενής 85 ετών με γνωστή στένωση αορτικής βαλβίδας σοβαρού βαθμού σε αναμονή για TAVI παραπέμπεται από κέντρο υγείας με δύσπνοια με χαρακτήρες ορθόπνοιας και πρωτοεμφανιζόμενη παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή. Κατά την υπερηχοκαρδιογραφική εκτίμηση διαπιστώνεται μέτρια προς μεγάλη περικαρδιακή συλλογή.
Αποτελέσματα: Η ασθενής είναι σταθερή αιμοδυναμικά έως με οριακά υψηλές τιμές αρτηριακής πίεσης και κλινικά σε εικόνα αρχόμενου πνευμονικού οιδήματος. Τίθεται προσεκτικά σε ενδοφλέβια αγγειοδιασταλτική αγωγή, ήπια διουρητική αγωγή, εμπαγλιφλοζίνη και προσεκτικά β – αποκλειστή. Εμφανίζει προοδευτική απόδοση διούρησης και σταθεροποίηση ως προς τη συμπτωματολογία της. Δεν κινητοποιεί δείκτες μυοκαρδιακής ισχαιμίας και οι δείκτες φλεγμονής έχουν ουσιαστικά μηδενικές τιμές. Η κολπική μαρμαρυγή ανατάσσεται αυτομάτως. Θεωρείται ότι η περικαρδιακή συλλογή που δεν υφίστατο σε παλαιότερη υπερηχοκαρδιογραφική εκτίμηση είναι διιδρωματική, αποτελεί δε ένα δείκτη επιδείνωσης της νόσου. Αποφασίζεται συντηρητική αντιμετώπιση ελλείψει κλινικών ή υπερηχοκαρδιογραφικών σημείων επιπωματισμού παρά τον υψηλό κίνδυνο των ασθενών αυτών για υποάρδευση της συστηματικής κυκλοφορίας σε συνδυασμό με την υποκείμενη βαλβιδοπάθεια.
Συμπεράσματα – συζήτηση: Οι ασθενείς με σοβαρού βαθμού στένωση αορτικής βαλβίδας εκδηλώνου καρδιακή ανεπάρκεια στην πορεία της νόσου. Η εμφάνιση περικαρδιακής συλλογής και μάλιστα σημαντικής όπως στην περίπτωσή μας δεν είναι συχνή πλην όμως απαιτεί προσεκτική κλινική, αιμοδυναμική και υπερηχογραφική αξιολόγηση του περιστατικού όσον αφορά το ενδεχόμενο εκκένωσης της συλλογής καθώς είναι πολύ λεπτή η ισορροπία και ο κίνδυνος συστηματικής υποάρδευσης. Εξίσου προσεκτική πρέπει να είναι η διαχείριση της απορρύθμισης της καρδιακής ανεπάρκειας και της χρόνιας φαρμακευτικής αγωγής και η επαναξιολόγηση αναφορικά με το χρόνο παρέμβασης.

OR05 | ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΗΝ 32η ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΚΥΗΣΕΩΣ ΜΕ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ ΠΡΟΣΦΑΤΟΥ ΕΝΑΡΞΕΩΣ

Εζγκήλ Ακήφογλου[1], Ιωακείμ Μήττας[1], Ελένη Ζιάκα[1], Στυλιανή Μαδυτινού[1], Ιωάννης Κατραντζής[1], Ιωάννης Στρατάκης[1], Νικόλαος Καμπουρίδης[1]

[1]Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Καβάλας

Σκοπός εργασίας: Η συχνότητα εμφάνισης αρρυθμιών κατά την κύηση είναι σημαντική, με την κολπική μαρμαρυγή να κατέχει καίρια θέση. Η διάταση του κόλπου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αλλά και καταστάσεις όπως προχωρημένη ηλικία μητέρας, αυξημένος δείκτης μάζας σώματος, συνοδά νοσήματα, όπως αρτηριακή υπέρταση ή καρδιακή ανεπάρκεια, και τρίμηνο κύησης, ευνοούν την εμφάνιση κολπικής μαρμαρυγής.

Υλικό-Μέθοδοι: Παρουσίαση περιστατικού στην 32η εβδομάδα της κύησης με επεισόδιο κολπικής μαρμαρυγής.

Αποτελέσματα: Γυναίκα ασθενής 42 ετών, με σακχαρώδη διαβήτη κατά την τρέχουσα κύηση και ελεύθερο λοιπό ατομικό αναμνηστικό, προσήλθε λόγω αναφερόμενου αισθήματος παλμών αιφνίδιας έναρξης από ωρών μετά από λήψη γεύματος και κατάχρηση καφείνης. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα εισαγωγής ανέδειξε κολπική μαρμαρυγή με ταχεία κοιλιακή ανταπόκριση. Η ασθενής ήταν αιμοδυναμικά σταθερή, αποφασίστηκε η εισαγωγή της στην κλινική, και ακολούθησε χορήγηση ηπαρίνης χαμηλού μοριακού βάρους και ανάταξη σε φλεβοκομβικό ρυθμό με ενδοφλέβια φλεκαινίδη. Το υπερηχοκαρδιογράφημα μετά την ανάταξη, ανέδειξε αριστερή κοιλία φυσιολογικών εσωτερικών διαστάσεων με διατηρημένη συνολική συστολική λειτουργία αυτής, οριακές διαστάσεις αριστερού κόλπου και ήπια ανεπάρκεια μιτροειδούς.

Συμπεράσματα: Η κολπική μαρμαρυγή με ταχεία κοιλιακή ανταπόκριση κατά τη διάρκεια της κύησης μπορεί να έχει σοβαρές αιμοδυναμικές συνέπειες τόσο για τη μητέρα όσο και για το έμβρυο. Επιλέγεται η στρατηγική ελέγχου ρυθμού, είτε ηλεκτρικά σε αιμοδυναμικά ασταθείς ασθενείς, είτε με ενδοφλέβια χορήγηση φλεκαινίδης ή ιμπουτιλίδης.

OR06 | ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ ΩΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΑΠΟΣΥΜΦΟΡΗΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Παπαγεωργίου Ελένη[1]

[1] Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Έδεσσας

Σκοπός:
Η ανθεκτική συμφόρηση σε ασθενείς με προχωρημένη καρδιακή ανεπάρκεια αποτελεί σημαντική θεραπευτική πρόκληση. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση της κλινικής πορείας και της θεραπευτικής αντιμετώπισης ασθενούς με σύνθετη καρδιαγγειακή νόσο, στον οποίο εφαρμόστηκε περιτοναϊκή κάθαρση ως στρατηγική αποσυμφόρησης.

Υλικό και Μέθοδοι:

Παρουσιάζεται η περίπτωση άνδρα με μακρά καρδιολογική πορεία και επαναλαμβανόμενες νοσηλείες λόγω σύνθετης καρδιαγγειακής νόσου. Ο ασθενής εμφάνισε τρία επεισόδια κολπικής μαρμαρυγής, εκ των οποίων σε κανένα δεν επιτεύχθηκε επιτυχής ανάταξη. Παράλληλα διαγνώστηκε με σημαντική βαλβιδοπάθεια, με ανεπάρκεια μιτροειδούς και τριγλώχινας βαλβίδας. Κατά τη διάρκεια της πορείας του παρουσιάζει σακχαρώδη διαβήτη τύπου II,αρτηριακή υπέρταση και ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια.Το 2024, λόγω προοδευτικής επιδείνωσης της σοβαρής ανεπάρκειας τριγλώχινας και παρουσίας μετατριχοειδικής πνευμονικής υπέρτασης, υποβλήθηκε σε διαδερμική διακαθετηριακή αποκατάσταση της τριγλώχινας βαλβίδας (Transcatheter Tricuspid Edge-to-Edge Repair, T-TEER). Το 2025 παρουσίασε σημαντική κλινική επιδείνωση με γενικευμένα οιδήματα και ανθεκτικότητα στη διουρητική αγωγή.

Αποτελέσματα:
Λόγω της ανθεκτικής συμφόρησης και της αντίστασης στην διουρητική αγωγή παρά την εύρυθμη νεφρική λειτουργία αποφασίστηκε η έναρξη περιτοναϊκής κάθαρσης ως θεραπευτική στρατηγική αποσυμφόρησης. Μετά την έναρξη της θεραπείας παρατηρήθηκε σημαντική κλινική βελτίωση, με υποχώρηση των οιδημάτων και καλύτερο έλεγχο του όγκου υγρών.

Συμπεράσματα:
Η περιτοναϊκή κάθαρση μπορεί να αποτελέσει αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή σε ασθενείς με προχωρημένη καρδιακή ανεπάρκεια και ανθεκτική συμφόρηση, συμβάλλοντας στη βελτίωση της κλινικής τους κατάστασης.

OR07 | ΟΞΥ ΟΠΙΣΘΟΣΤΕΡΝΙΚΟ ΑΛΓΟΣ ΣΕ ΕΦΗΒΟ ΜΕ ΑΝΑΣΠΑΣΗ ST: ΜΥΟΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΠΟΥ ΜΙΜΕΙΤΑΙ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Κωνσταντίνος Εξηντάρης[1], Ηρακλής Καπιτσίνης[1], Ραφαήλ Οικονόμου[1], Νικόλαος Πέτρου[1], Νικόλαος Μεντεσίδης[1], Νικόλαος Καϊσίδης[1], Γεώργιος Παπανικολάου[1]

[1] Καρδιολογικό, ΓΝ Κιλκίς

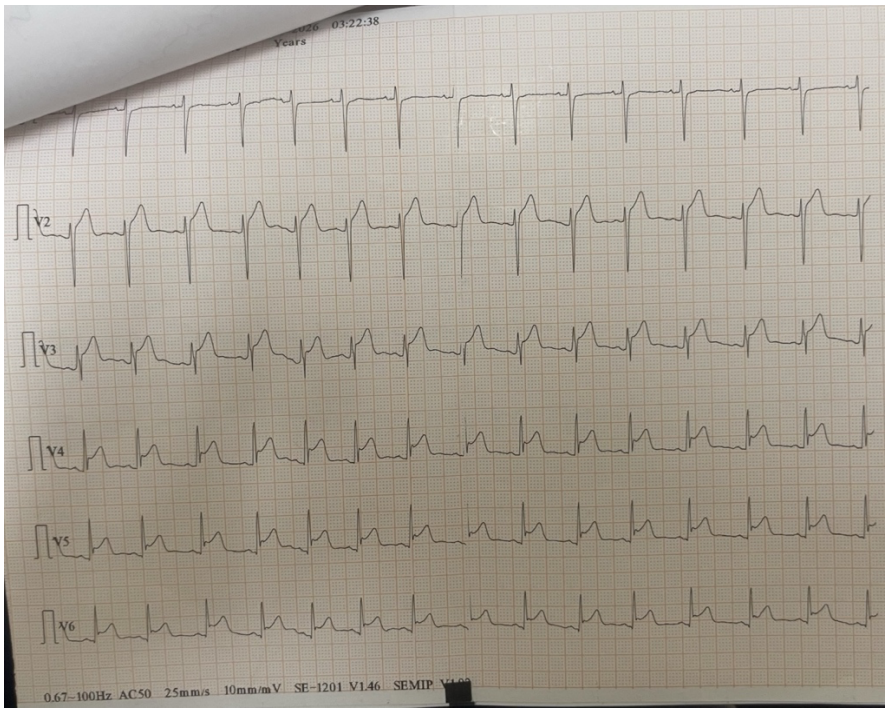
Εισαγωγή:
Η μυοπερικαρδίτιδα αποτελεί σημαντική αιτία θωρακικού άλγους σε εφήβους και μπορεί να μιμηθεί ηλεκτροκαρδιογραφικά οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, δημιουργώντας διαγνωστικά διλήμματα.

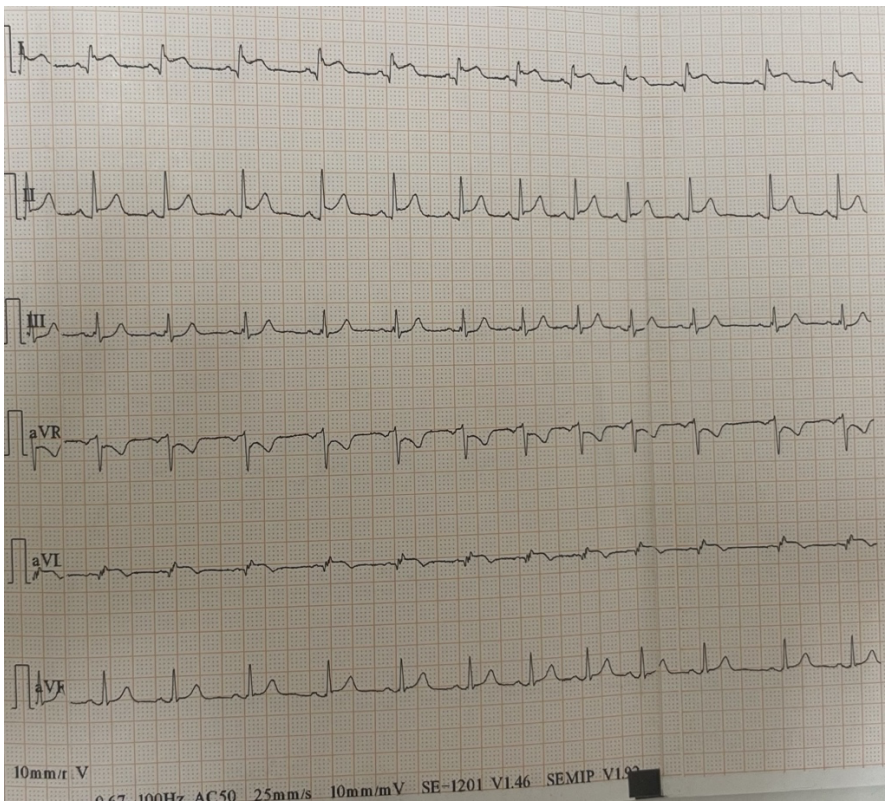
Παρουσίαση περιστατικού:
Άρρεν ασθενής 17 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ με οπισθοστερνικό άλγος διάρκειας 2 ωρών, μερικώς υφιστάμενο μετά από λήψη ιβουπροφαίνης. Ανέφερε συμπτώματα ιογενούς λοίμωξης του ανώτερου αναπνευστικού (ρινική συμφόρηση και δεκατική πυρετική κίνηση) από 24ώρου. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα ανέδειξε ανασπάσεις ST στις απαγωγές I, II, aVL και V3–V6, με συνοδές κατασπάσεις στην aVR και V1.

Ο εργαστηριακός έλεγχος κατέδειξε σημαντική αύξηση τροπονίνης Τ υψηλής ευαισθησίας (1647 ng/L κατά την εισαγωγή, με μέγιστη τιμή 1835 ng/L τη 2η ημέρα), καθώς και αύξηση όλων των λοιπών ενζύμων. Το υπερηχογράφημα καρδιάς έδειξε διατηρημένη συσταλτικότητα της αριστερής κοιλίας (ΚΕ 55%) με πιθανή υποκινησία κορυφαίων τμημάτων, χωρίς περικαρδιακή συλλογή.

Αποτελέσματα:
Ο ασθενής νοσηλεύτηκε για 5 ημέρες και έλαβε αγωγή με ιβουπροφαίνη και κολχικίνη. Παρουσίασε ύφεση του άλγους, πτωτική πορεία των καρδιακών ενζύμων (τροπονίνη εξόδου 50 ng/L). Δεν παρατηρήθηκαν αρρυθμιολογικά συμβάματα. Το ΗΚΓ παρουσίασε εξέλιξη με υποχώρηση των ανασπάσεων ST και εμφάνιση αρνητικών κυμάτων Τ. Προγραμματίστηκε μαγνητική τομογραφία καρδιάς σε δεύτερο χρόνο.

Συμπεράσματα:
Η μυοπερικαρδίτιδα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στη διαφορική διάγνωση εφήβων με θωρακικό άλγος και πρόσφατη λοίμωξη συνηθώς ιογενή. Η κλινική εικόνα, το ιστορικό, η ηλεκτροκαρδιογραφική εικόνα και ο βιοχημικός έλεγχος συμβάλλουν στη διάγνωση. Η πλειονότητα των περιπτώσεων διαδράμει καλοηθέστατα ιδίως οι ασθενείς οι οποίοι κατά την αρχική εκτίμηση δεν εμφανίζουν παθολογικά υπερηχοκαρδιογραφικά ευρήματα όπως και στην περίπτωσή μας.


Years
V2
V3
V4
V5
V6
0.67-100Hz AC50 25mm/s 10mm/mV SE-1201 V1.46 SEMIP


I
II
III
aVR
aVL
aVF
10mm/mV
0.67-100Hz AC50 25mm/s 10mm/mV SE-1201 V1.46 SEMIP

OR08 | ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ ΠΟΛΛΑΠΛΩΝ ΒΑΛΒΙΔΩΝ

Δημήτριος Βατίτσης[1], Διαμαντής Κοσμίδης[1], Καπαρελιώτη Αικατερίνη[2], Κωνσταντίνα Σολάκη[1], Αναστασία Μιχαηλίδου[1], Μαρία Σιτμαλίδου[1], Ευτυχία Μπελεβεσλή[1], Χαράλαμπος Στεφανίδης[1], Χρήστος Χατζηελευθερίου[1]

[1] Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Δράμας

[2] ΚΥ Νευροκοπίου

Σκοπός: Η παρουσίαση ενός σπάνιου και σοβαρού περιστατικού λοιμώδους ενδοκαρδίτιδος με προσβολή τριών καρδιακών βαλβίδων σε χρήστη ενδοφλέβιων ουσιών.

Υλικό και μέθοδοι: Άνδρας 44 ετών, χρήστης ενδοφλέβιων ουσιών προσήλθε με εμπύρετο έως 39,8 C με ρίγος από 10 ημερών. Κατά την διερεύνηση διαπιστώθηκαν πολλαπλά αμφοτερόπλευρα πνευμονικά σηπτικά έμβολα. ΤΤΕ ανέδειξε μορφώματα υψηλής υποψίας για εκβλαστήσεις σε 3 αυτόχθονες καρδιακές βαλβίδες (τριγλώχινα, μιτροειδής, αορτική). Καλλιέργειες αίματος ανέδειξαν μικροβιαιμία από MRSA. Την 2η εβδομάδα μετά την έναρξη αντιβιωτικής αγωγής, παρά την αρχική απόκριση, εμφάνισε υποτροπή με εμπύρετο έως 40 C,βλάβες Janeway και οζίδια Osler. Νέος απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε νέα πνευμονικά σηπτικά έμβολα, καθώς και νεφρικά και σπληνικά έμφρακτα.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής διεκομόσθη σε καρδιοχειρουργικό τμήμα όπου υπεβλήθη σε χειρουργική αντιμετώπιση με διπλή αντικατάσταση της αορτικής και της μιτροειδούς βαλβίδος με μηχανικές βαλβίδες, και σε χειρουργικό καθαρισμό με βαλβιδοπλαστική της τριγλώχινας βαλβιδας. Μετά από επιπλεγμένη μετεγχειρητική πορεία, επέστρεψε στην κλινική μας, ολοκλήρωσε την μετεγχειρητική αποκατάσταση, έλαβε εξιτήριο και βρίσκεται υπό τακτική παρακολούθηση στα εξωτερικα ιατρεία.

Συμπέρασμα:Η λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα με προσβολή πολλαπλών καρδιακών βαλβίδων είναι μια σοβαρή και δυνητικά θανατηφόρος νόσος. Η εμβολή σηπτικών εμφράκτων στην πνευμονική ή συστηματική κυκλοφορία αποτελεί σενάριο κλινικής υποτροπής. Η χειρουργική αντιμετώπιση είναι η οριστική θεραπεία.

OR09 | ΟΨΙΜΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΜΕΤΑ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ BENTALL: CASE SERIES

Αναστασία Μιχαηλίδου[1], Κωνσταντίνα Σολάκη[1], Διαμαντής Κοσμίδης[1], Ευτυχία Μπελεβεσλή[1], Βασίλης Χατζηελευθερίου[2], Δημήτριος Βατίτσης[1], Μαρία Σιτμαλίδου[1], Χαράλαμπος Στεφανίδης[1], Χρήστος Χατζηελευθερίου[1]

[1] Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Δραμας

[2] Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ Παπανικολάου

Σκοπός: Η παρουσίαση δυο σπάνιων περιστατικών όψιμης λοίμωξης μετά bentall-επέμβαση, μια σπάνια επιπλοκή, που εμφανίζεται μήνες ή και χρόνια μετά. Συνήθως εμφανίζεται ως όψιμη ενδοκαρδίτιδα προσθετικής βαλβίδας- λοίμωξης προσθετικού αορτικού μοσχεύματος.

Υλικό-μέθοδοι .case-1 Άνδρας 54 ετών, με ιστορικό bental επί διαχωρισμού-τύπου Α προ δεκαετίας εμφανίζει παρατεινόμενο εμπύρετο, πολλαπλά σπληνικά έμβολα (CTκοιλίας-πυέλου), μικροβιαιμία από streptococcus A . TOE αναδεικνύει περιαορτικό πρόσθετο ιστό με εικόνα υπέρ αποστηματοποιησης.

Case-2: Άνδρας 70 ετών, με ιστορικό επέμβασης bental προ δεκαπενταετίας επί διαχωρισμού, σοβαρής υπολειπόμενης αορτοπαθειας, εγκατασταθείσας μυοκαρδιοπάθειας, μετρίας AR με ICD , εισάγεται για διαλείποντα στιγμιότυπα εμπύρετου με θετικούς δείκτες φλεγμονής (CRP=60mg/ml,PCLC=6ng/ml).TTE,TOE, αιμοκαλλιέργειες μη διαγνωστικές. Η PET/CT απεικονίζει παθολογικό εμπλουτισμό σε όλο το μήκος του προσθετικού αορτικού μοσχεύματος.

Αποτελέσματα: τα δυο περιστατικά διακομίστηκαν σε τριτοβάθμιο κέντρο με ΚΔΧ υποστήριξη και συντηρητική τελικά αντιμετώπιση με μακροχρόνια χορήγηση IV αντιβιωσης.

Συμπέρασμα

Οι όψιμες λοιμώξεις μετά Bentall προκαλούνται συνήθως από Gram-θετικούς κόκκους μέσω αιματογενούς διασποράς. Η διάγνωση είναι απαιτητική με «πολυτροπική» προσέγγιση: TTE, TEE για την αναζήτηση εκβλαστήσεων ή αποστημάτων, προηγμένη απεικόνιση : PET/CT ή CTA εντοπισμού λοιμώξεων στο υλικό του μοσχεύματος .

Η Χειρουργική Επέμβαση (redo-Bentall) για την αφαίρεση του μολυσμένου μοσχεύματος και της βαλβίδας, θεωρείται υψηλού κινδύνου, με ποσοστά θνησιμότητας που κυμαίνονται από 14% έως 55%.

OR10 | ΥΠΑΡΧΕΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΩΝ ΕΚΡΟΩΝ ΑΙΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΟ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ?

Αθανασία Βλάχου[1]

[1] Θωρακο-καρδιο χειρουργική κλινική, Π.Γ.Ν.Γ.Παπανικολάου

Η κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ) είναι η πιο συχνή αρρυθμία μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση. Αν και πολλοί παράγοντες κινδύνου έχουν μελετηθεί, δεν έχει αναδειχθεί κανένας ως κύριο αίτιο εμφάνισης της

Σκοπός: Ο σκοπός της μελέτης μας ήταν να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ των εκροών αίματος από το μεσοθωράκιο με την εμφάνιση της μετεγχειρητικής ΚΜ.

Υλικό και μέθοδοι: Από Φεβρουάριο 2021 έως Μάρτιο 2024, 1140 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε καρδιοχειρουργική επέμβαση με καρδιοπνευμονική παράκαμψη(CPB) αξιολογήθηκαν για την εμφάνιση μετεγχειρητικής AF (POAF). Καταγράφηκαν και αναλύθηκαν οι ακόλουθες παράμετροι: ηλικία, φύλο, σακχαρώδης διαβήτης, υπέρταση, κάπνισμα, δυσλιπιδαιμία, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), ιστορικό εγκεφαλικού επεισοδίου, προεγχειρητικό κλάσμα εξώθησης, CPB, τον χρόνο cross clamping της αορτής και της ποσότητας παροχέτευσης αίματος του μεσοθωρακίου. Όλες οι μεταβλητές αναλύθηκαν με χρήση λογιστικής παλινδρόμησης για να αξιολογηθεί η συσχέτισή τους με νεοεμφανιζόμενη AF.

Αποτελέσματα: Συνολικά 388 (33,59%) ασθενείς ανέπτυξαν PAF Στατιστικά σημαντικά ήταν η ηλικία (p = 0,001), υπέρταση (p = 0,001), τ διάρκεια της CPB (p = 0,04), και η ποσότητα της παροχέτευσης αίματος του μεσοθωρακίου (p = 0,04).

Συμπεράσματα: Η εμφάνιση μετεγχειρητικής κολπικής μαρμαρυγής σχετίζεται ισχυρά με την ποσότητα εκροών αίματος από το μεσοθωράκιο.

OR11 | ΑΚΟΥΣΙΑ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗ ΚΑΛΩΔΙΟΥ ΜΟΝΙΜΟΥ ΚΑΡΔΙΑΚΟΥ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗ ΣΤΗΝ ΑΡΙΣΤΕΡΗ ΚΟΙΛΙΑ-ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ;

Ιωακείμ Μήττας[1], Εζγκήλ Ακήφογλου[1], Στυλιανή Μαδυτινού[1], Ελένη Ζιάκα[1], Ιωάννης Κατραντζής[1], Λυδία Μυλωναδάκη[1], Δημήτρης Μακρυγιάννης[1], Ιωάννης Στρατάκης[1], Νικόλαος Καμπουρίδης[1]

[1] Καρδιολογική Κλινική ΓΝ Καβάλας

Εισαγωγή: Η ακούσια εμφύτευση καλωδίου μόνιμου καρδιακού βηματοδότη στην αριστερή κοιλία, αποτελεί μια σπάνια επιπλοκή κατά την επέμβαση εμφύτευσης, η οποία μπορεί να διαπιστωθεί τόσο κατά τη διάρκεια της διαδικασίας όσο και μέρες, μήνες ή χρόνια αργότερα, αναλόγως των κλινικών επιπλοκών. Η διαχείριση μπορεί να ποικίλει ανάλογα με το προφίλ του ασθενούς, το χρόνο παραμονής του καλωδίου και το χειρουργικό κίνδυνο.

Υλικό-Μέθοδοι: Άνδρας ασθενής 85 ετών με ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη τύπου ΙΙ, δυσλιπιδαιμίας, παλαιού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (προ 5ετίας) και μόνιμου καρδιακού βηματοδότη (εμφύτευση DDD-R βηματοδότη προ 13ετίας, αντικατάσταση καλωδίου λόγω θραύσης και αδυναμίας σύλληψης προ ~7ετίας), προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών λόγω αναφερόμενης δύσπνοιας στην ήπια κόπωση από ημερών. Διαπιστώθηκε κλινική συμφόρηση, με παρουσία περιφερικών οιδημάτων, διάταση σφαγίτιδων και ορθόπνοια, ενώ από την ακτινογραφία θώρακος ευρήματα συμβατά με επίταση βρογχαγγειακού δικτύου και συμφόρηση πνευμόνων. Κατόπιν, εισήχθη στην καρδιολογική κλινική, όπου και ετέθη σε διουρητική αγωγή και οξυγονοθεραπεία, με επακόλουθη βελτίωση της κλινικής του εικόνας. Από το διενεργηθέν ηχωκαρδιογράφημα, διαπιστώθηκε αριστερή κοιλία με διατηρημένη συνολική συστολική λειτουργία (LVEF~50%), διάταση του αριστερού κόλπου με συνοδό μετρίου βαθμού έκκεντρη ανεπάρκεια της μιτροειδούς βαλβίδος, ενώ από την τομή των 4 κοιλοτήτων γινόταν αντιληπτή η πορεία καλωδίου μόνιμου καρδιακού βηματοδότη από το δεξιό κόλπο και εμφύτευσή του, δια μέσου του μεσοκολπικού διαφράγματος και της μιτροειδούς βαλβίδος, στο προσθιοπλάγιο τοίχωμα της αριστερής κοιλίας. Λόγω του μακρού χρόνου παραμονής του καλωδίου (>1 έτους), αποφασίστηκε η χορήγηση αντιπηκτικής αγωγής με ασενοκουμαρόλη με στόχο INR 2.5-3.5 έναντι διαδερμικής/χειρουργικής αφαίρεσης του καλωδίου, για την πρόληψη νέου θρομβοεμβολικού επεισοδίου.

Συμπεράσματα: Είναι επιβεβλημένη η διασφάλιση εμφύτευσης των καλωδίων σε ορθή θέση, η οποία μπορεί να επιτευχθεί μέσω χειρισμών τόσο κατά τη διάρκεια της διαδικασίας όσο και αμέσως μετά από αυτή. Σε περιπτώσεις ακούσιας εμφύτευσης στην αριστερή κοιλία, σημαντικό ρόλο για τη μετέπειτα διαχείριση των ασθενών, διαδραματίζει η χρονική στιγμή της διάγνωσης της επιπλοκής, καθώς και το ιστορικό του ασθενούς.

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 22 ΜΑΪΟΥ 2026 | 09:00- 10:30
Πρόεδροι: **Ε. Κουλούρης, Στ. Παπαστεφάνου**

OR12 | ΙΑΤΡΟΓΕΝΗΣ ΠΝΕΥΜΟΘΩΡΑΚΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗ: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Χρήστος Σίμογλου[1], Αθανάσιος Κούκος[2], Ρωμανός Ρωμανίδης[3]

[1]Θωρακοχειρουργός-ΤΕΠ, Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης
[2] ΤΕΠ, Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης

[3] ΤΕΠ, Γενικό Νοσοκομείο Πολυγύρου

Σκοπός:
Η τοποθέτηση μόνιμου καρδιακού βηματοδότη αποτελεί συνήθη και ασφαλή διαδικασία, ωστόσο μπορεί να συνοδευτεί από σπάνιες αλλά δυνητικά σοβαρές επιπλοκές, όπως ο ιατρογενής πνευμοθώρακας. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανάδειξη των διαγνωστικών δυσκολιών και των θεραπευτικών επιλογών μέσω παρουσίασης χαρακτηριστικού περιστατικού.

Υλικό και Μέθοδοι:

Παρουσιάζεται γυναίκα 68 ετών με ιστορικό βραδυαρρυθμίας, η οποία υποβλήθηκε σε τοποθέτηση μόνιμου βηματοδότη. Λίγες ώρες μετά τη διαδικασία εμφάνισε προοδευτική δύσπνοια και ήπιο θωρακικό άλγος. Η αρχική εκτίμηση απέδωσε τα συμπτώματα σε καρδιολογική αιτιολογία. Ωστόσο, η εμμένουσα αναπνευστική δυσχέρεια οδήγησε σε απεικονιστικό έλεγχο.

Αποτελέσματα:
Η ακτινογραφία θώρακος ανέδειξε σημαντικό δεξιό πνευμοθώρακα, πιθανώς σχετιζόμενο με τραυματισμό κατά την παρακέντηση της υποκλείδιας φλέβας. Ακολούθησε άμεση τοποθέτηση θωρακικής παροχέτευσης, με ταχεία βελτίωση της κλινικής εικόνας. Το περιστατικό ανέδειξε τη δυσκολία διαφοροδιάγνωσης μεταξύ καρδιολογικής και αναπνευστικής επιπλοκής, ιδιαίτερα στο άμεσο μετεπεμβατικό στάδιο. Η παρουσία του βηματοδότη περιέπλεξε την κλινική αξιολόγηση και την αρχική διαγνωστική προσέγγιση.

Συμπεράσματα:
Ο ιατρογενής πνευμοθώρακας μετά από καρδιολογικές επεμβάσεις αποτελεί σημαντική αλλά συχνά υποεκτιμημένη επιπλοκή. Η έγκαιρη αναγνώριση απαιτεί υψηλό δείκτη υποψίας, ιδιαίτερα όταν τα συμπτώματα αποδίδονται αρχικά σε καρδιολογικά αίτια. Η στενή συνεργασία μεταξύ καρδιολόγων και θωρακοχειρουργών είναι καθοριστική για την ταχεία και αποτελεσματική αντιμετώπιση. Το περιστατικό υπογραμμίζει τη σημασία της ολοκληρωμένης κλινικής προσέγγισης σε ασθενείς με συνδυασμένη καρδιολογική και θωρακική παθολογία.

OR13 | ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΜΟΝΟ ΜΕ DCB ΚΑΙ ΕΝΔΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΙΡΟΦΙΜΠΑΝΗΣ ΣΕ ΝΕΑΡΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ STEMI ΩΣ ΕΠΙΛΟΓΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΦΥΓΗ ΜΟΝΙΜΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΔΥΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

Αστέριος Καρακάνας[1], Κωνσταντίνος Στάμος [1], Νικόλαος Τσαναξιδης [1], Παναγιώτης Σαββουλίδης [1], Λάμπρος Μόσιαλος [1]

[1] Β' Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΘ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Δύο νέοι ασθενείς (29 ετών άνδρας και 39 ετών γυναίκα), χωρίς σημαντικό ιατρικό ιστορικό αλλά ενεργοί καπνιστές, προσήλθαν με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου με ανάσπαση ST (STEMI). Και στις δύο περιπτώσεις, η στεφανιογραφία ανέδειξε θρομβωτικές αποφρακτικές βλάβες.

Η αντιμετώπιση περιλάμβανε θρομβοαναρρόφηση και ενδοστεφανιαία χορήγηση τιροφιμπάνης, ακολουθούμενη από εφαρμογή μπαλονιού εκλύσεως φαρμάκου (DCB) χωρίς τοποθέτηση stent, με άριστο αγγειογραφικό αποτέλεσμα (ροή TIMI 3).

Κατά την παρακολούθηση και με νέο στεφανιογραφικό έλεγχο στο τρίμηνο, οι ασθενείς παρέμειναν ασυμπτωματικοί, χωρίς ενδείξεις επαναστένωσης ή θρόμβωσης, και με διατηρημένη καρδιακή λειτουργία.

Η στρατηγική χωρίς stent φαίνεται να αποτελεί αποτελεσματική και ασφαλή επιλογή σε επιλεγμένους ασθενείς με υψηλό θρομβωτικό φορτίο, αποφεύγοντας την εμφύτευση μόνιμων υλικών.

OR14 | ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΡΑΔΟΞΗΣ ΕΜΒΟΛΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΝΟΙΚΤΟ ΩΟΕΙΔΕΣ ΤΡΗΜΑ ΚΑΙ ΜΑΖΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ

Κωνσταντίνος Στάμος[1], Αστέριος Καρακάνας[1], Μελάνια Κωνσταντινίδου[1], Ηλίας Ζάρβαλης[1], Λάμπρος Μόσιαλος[1], Ιωάννης Στυλιάδης[1]

[1] Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Η παράδοξη εμβολή μέσω ανοικτού ωοειδούς τρήματος (ΑΩΤ) αποτελεί σπάνια αιτία συστηματικής εμβολής, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχει μαζική πνευμονική εμβολή (ΠΕ). Παρουσιάζεται η περίπτωση 76χρονης γυναίκας με πρόσφατο ιστορικό σαφηνεκτομής, η οποία προσήλθε με παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο (ΠΙΕ). Κατά την εισαγωγή παρατηρήθηκε εμμένουσα υποξυγοναιμία. Ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε εκτεταμένη αμφοτερόπλευρη ΠΕ υψηλού θρομβωτικού φορτίου και σπληνικό έμφρακτο, συμβατό με παράδοξη εμβολή. Το διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα έδειξε μεγάλο PFO με βαθμού IV δεξιά-αριστερή διαφυγή και ανευρυσματικό μεσοκολπικό διάφραγμα. Παρά την έναρξη αντιπηκτικής αγωγής, η ασθενής παρέμεινε σοβαρά υποξαιμική. Το θεραπευτικό δίλημμα αφορούσε τον βέλτιστο χρόνο διαδερμικής σύγκλεισης του PFO λόγω του κινδύνου αποκόλλησης θρόμβου. Μετά από δύο εβδομάδες, η επαναληπτική αξονική πνευμονική αγγειογραφία έδειξε μερική υποχώρηση του θρόμβου και απουσία πνευμονικής υπέρτασης. Ένα μήνα μετά την εισαγωγή, πραγματοποιήθηκε επιτυχής διαδερμική σύγκλειση με συσκευή Amplatzer. Η ασθενής έλαβε διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή και απιξαμπάνη, με άμεση βελτίωση της οξυγόνωσης. Εξήλθε σταθερή μετά από 45 ημέρες. Η περίπτωση υπογραμμίζει τη σημασία της διεπιστημονικής προσέγγισης και της απεικονιστικής παρακολούθησης για τον ασφαλή χρόνο σύγκλεισης του PFO σε ασθενείς με μαζική ΠΕ.

OR15 | ΠΡΩΤΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗΣ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ (TAVI) ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ

Γεώργιος Αηδονίδης[1], Ευστάθιος Ιωαννίδης[1], Αθανάσιος Μπικιάς[1], Παναγιώτης Κόττος[1], Νικόλαος Μελάς[2], Λάμπρος Καραγκούνης[1]

[1]Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Ιατρικό Διαβαλκανικό Θεσσαλονίκης
[2] Α΄ Αγγειοχειρουργική Κλινική, Ιατρικό Διαβαλκανικό Θεσσαλονίκης

ΣΚΟΠΟΣ

Η διαδερμική αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας σε σοβαρή στένωση αορτικής βαλβίδας (TAVI) αποτελεί ευρέως πλέον διαδεδομένη μέθοδος. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η καταγραφή και αξιολόγηση της μεθόδου στα πλαίσια ιδιωτικού καρδιολογικού ιατρείου.

ΥΛΙΚΟ ΜΕΘΟΔΟΣ

Ο πληθυσμός αφορούσε τα περιστατικά ιατρείου εντός πενταετίας που αντιμετωπίστηκαν με τη μέθοδο TAVI. Καταγράφηκαν επιδημιολογικά στοιχεία και τεχνικά στοιχεία των βαλβίδων που επιστρατεύθηκαν. Συγκρίθηκαν κλινικές, υπερηχογραφικές και αιμοδυναμικές παράμετροι πριν και μετά την επέμβαση. Σε χρόνο παρακολούθησης δύο ετών καταγράφηκαν κλινικοί δείκτες καρδιακής ανεπάρκειας και εκδήλωσης στηθάγχης (NYHA και CCS αντίστοιχα), όπως επίσης και καταγραφή επιβίωσης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο πληθυσμός αφορούσε 4 υπερήλικές, ενώ χρησιμοποιήθηκαν 3 διαφορετικοί τύποι διαδερμικών αορτικών βαλβίδων. Συνολικά βελτιώθηκαν όλες οι κλινικές, υπερηχογραφικές και αιμοδυναμικές παράμετροι μετεπεμβατικά. Οι κλινικοί δείκτες εμφανίστηκαν βελτιωμένοι σε χρονικό ορίζοντα καταγραφής 2 ετών. Οι δύο θάνατοι που καταγράφηκαν στη διετία αφορούσαν εξωκαρδιακά αίτια.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η πρώτη εμπερία ιδιωτικού καρδιολογικού ιατρείου στη μέθοδο TAVI καταδεικνύει την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα της μεθόδου. Επιπλέον, η μακροπρόθεσμα θετική πορεία των περιστατικών ενθαρρύνει την εμπέδωση της μεθόδου με διάγνωση, προετοιμασία και διενέργεια της επέμβασης στα πλαίσια καταρτισμένης ιατρικής ομάδας.

OR16 | ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΧΡΟΝΙΑΣ ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ

Χριστίνα Τσιανάκα[1], Ευφροσύνη Γιακουμόγλου[1], Κωνσταντίνος Στάμος[1], Ιωάννης Στυλιάδης[1], Δημήτριος Μ. Φαρμάκης[1]

[1] Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Σκοπός της εργασίας: Διερεύνηση των συμπτωμάτων ασθενούς, γυναίκας, 82 ετών, πρώην καπνίστριας, με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και δυσλιπιδαιμίας, που αναφέρει μετά από νόσηση με Covid-19 εύκολη κόπωση και δύσπνοια προσπαθείας από έτους, που επιδεινώθηκε τους τελευταίους μήνες (NYHA III) και προσήλθε για περαιτέρω διερεύνηση. Είχε υποβληθεί σε σπιρομέτρηση, που ανέδειξε μετρίου βαθμού απόφραξη των μικρών αεραγωγών.

Υλικό και μέθοδοι: ΗΚΓ: SR κφ. ΑΠ= 110/60 mmHg, HR= 68 bpm.

Το echo καρδιάς ανέδειξε φυσιολογικές διαστάσεις και καλή συσταλτικότητα της αριστεράς κοιλίας (EF=60%) με ήπια διαστολική δυσλειτουργία (E<A), φυσιολογικών διαστάσεων αριστερός κόλπος και φυσιολογικές δεξιές κοιλότητες και ήπια AR. Δεν διαπιστώθηκαν ευρήματα ενδεικτικά πνευμονικής υπέρτασης.

Η ασθενής ακολούθως υπεβλήθη σε SPECT μυοκαρδίου στατικό και δυναμικό, που ήταν αρνητικό για αξιόλογη προκλητή ισχαιμία.

Το V/Q scan πνευμόνων ανέδειξε χρονία θρομβοεμβολική νόσο πνευμόνων με πολλαπλά υποτμηματικά ελλείμματα αερισμού και αιμάτωσης (ventilation- perfusion match) στο παρέγχυμα και των δύο πνευμόνων με παρουσία mismatch (καλύτερη η εικόνα του αερισμού) στο πλάγιο βασικό και οπίσθιο βασικό τμήμα του αερισμού του αριστερού κάτω λοβού.

Το triplex φλεβών κάτω άκρων δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα.

Αποτελέσματα: Η ασθενής ετέθη σε αντιπηκτική αγωγή με NOAC και παρουσίασε σημαντική κλινική βελτίωση που διαπιστώθηκε και με επανάληψη του V/Q scan. Έγινε διερεύνηση επίσης για θρομβοφιλία.

Συμπεράσματα: Το περιστατικό αναδεικνύει τη σημασία της διερεύνησης της θρομβοεμβολικής νόσου των πνευμόνων, καθώς η εκδήλωση των συμπτωμάτων λόγω περιφερικών εμφράκτων μετά από νόσηση με Covid-19 μπορεί να διαλάθει της προσοχής.

OR17 | ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΗΜΕΡΗΣΙΩΝ ΚΑΙΡΙΚΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ ΜΕ STEMI ΚΑΙ NSTEMI ΣΤΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ ΚΑΤΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2025

Κωνσταντίνος Στάμος[1], Χριστίνα Τσιανάκα[1], Ευφροσύνη Γιακουμόγλου[1], Ιωάννης Στυλιάδης[1], Δημήτριος Μ. Φαρμάκης[1]

[1] Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή

Οι χαμηλές θερμοκρασίες και οι ισχυροί άνεμοι συνδέονται άμεσα με την εμφάνιση οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου (ΟΕΜ) με βάση την διεθνή βιβλιογραφία.

Σκοπός

της μελέτης η ανάλυση δεδομένων 397 εισαγωγών με ΟΕΜ κατά το 2025 και η συσχέτιση τους με ημερήσιες καιρικές μεταβλητές (θερμοκρασία, υγρασία, βροχή, άνεμοι, πίεση).

Μέθοδοι

Αναδρομική ανάλυση 397 ΟΕΜ (2023-2025), με δεδομένα ασθενών (ηλικία, φύλο,τύπος, εποχή) και καιρικών συνθηκών (LGTS αεροδρόμιο Θεσσαλονίκης).

Χρησιμοποιήθηκαν Spearman συσχετίσεις και threshold ανάλυση για ακραίες συνθήκες.

Αποτελέσματα

Κατά την διάρκεια του φθινόπωρου και του χειμώνα παρατηρείται υψηλότερος επιπολασμός ΟΕΜ (221, 119 φθινόπωρο/102 χειμώνα) , ενώ το καλοκαίρι χαμηλότερος (82). Αυξημένη εμφάνιση STEMI σε ασθενείς που εκτέθηκαν σε ψύχος (<4°C, OR=1.28), ισχυρούς ανέμους (>25kph, OR=1.35) και βροχή. Οι Άνδρες άνω των 65 ετών εμφανίζουν υψηλότερο κίνδυνο (OR~2.1) στο ψύχος και σε ισχυρούς ανέμους.

Συμπεράσματα

Η έκθεση σε ακραίους καιρικούς παράγοντες (αυξημένο ψύχος, ισχυρούς ανέμους) σχετίζονται άμεσα με την εμφάνιση ΟΕΜ. Η προφύλαξη ευάλωτων ομάδων από αυτές τις συνθήκες κρίνεται απαραίτητη.

STEMI	NSTEMI	Total	temp	humidity	windspeed	cloudcover	precip	
STEMI	1.00	0.12	0.78	0.12	-0.08	-0.05	-0.10	0.02
NSTEMI	0.12	1.00	0.75	-0.09	-0.15**	0.03	0.11	-0.04
temp	0.12	-0.09	0.04	1.00	-0.62**	0.15*	-0.68**	-0.12

1. Seasonal Split (Winter/Spring/Summer/Autumn)

Winter (Dec-Feb): **52 STEMI, 50 NSTEMI** (102 total, 48% όλων).
Summer (Jun-Aug): **42 STEMI, 40 NSTEMI** (82 total, 39%) – λιγότερα.
Winter +25% vs Summer (spearman ρ=0.18, p=0.008)

Παράγοντας	**ρ**	**p-value**
Temp (°F)	0.12	0.09
Humidity (%)	-0.08	0.25
Windspeed (mph)	-0.05	0.48
Cloudcover (%)	-0.10	0.15
Precip (in)	0.02	0.78
Παράγοντας	ρ	p-value
Temp (°F)	0.12	0.09
Humidity (%)	-0.08	0.25
Windspeed (mph)	-0.05	0.48
Cloudcover (%)	-0.10	0.15
Precip (in)	0.02	0.78

Κύριο: **Υψηλή υγρασία** (>85%) συνδέεται με **λιγότερα NSTEMI** (ρ=-0.15, p=0.03).

Humidity: OR=0.99/d%, p=0.04 – μείωση STEMI σε υψηλή υγρασία

Lagged Temp (STEMI vs Temp προηγούμενης ημέρας)

ρ = **0.14** (p=0.06) – ελαφρά ισχυρότερο από same-day (0.12). Κρύο χθες → περισσότερα STEMI σήμερα

Trigger (95th %)	STEMI OR (95% CI)	NSTEMI OR	p-value	Lit. Support
Temp min <4°C	1.28 (1.07-1.52)	1.12	0.008	Cold → AMI ↑9-24h sciencedirect+1
Gust >25kph	1.35 (1.15-1.58)	1.05	0.002	Wind ↑ STEMI pmc.ncbi.nlm.nih+1
Precip 24h >12mm	1.22 (1.03-1.44)	1.18	0.021	Extreme rain ↑ elderly/females pubmed.ncbi.nlm.nih+1
Visibility <5km	1.18 (0.98-1.42)	1.25	0.078	Fog/smoke LGTS-All-Reports-for-148497-Thessaloniki-Airport-for-2024.csv

Trigger	<55 OR (STEMI)	≥65 OR (STEMI)	p-interaction
Cold <4°C	1.15 (0.92-1.43)	**1.52 (1.22-1.89)**	0.012 pmc.ncbi.nlm.nih
Gusts >25kph	1.28 (1.05-1.55)	**1.48 (1.21-1.81)**	0.089
Heavy precip >12mm	1.18 (0.95-1.46)	1.28 (1.02-1.60)	0.67

Trigger	Males OR (STEMI)	Females OR (STEMI)	p-interaction
Cold <4°C	**1.45 (1.18-1.78)**	1.05 (0.78-1.42)	0.003 climahealth+1
Gusts >25kph	**1.65 (1.32-2.06)**	1.12 (0.85-1.48)	<0.001 pmc.ncbi.nlm.nih
Precip >12mm	1.15 (0.92-1.44)	**1.38 (1.08-1.76)**	0.045 frontiersin

OR18 | ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΜΟΡΦΩΜΑΤΟΣ ΔΕΞΙΟΥ ΚΟΛΠΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΕΧΙΝΟΚΚΟΚΙΚΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ

Χριστίνα Τσιανάκα[1], Γεώργιος Βογιατζής[1], Ευφροσύνη Γιακουμόγλου[1], Κωνσταντίνος Στάμος[1], Ιωάννης Στυλιάδης[1], Δημήτριος Μ. Φαρμάκης[1]

[1] Β’ Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. "Παπαγεωργίου" Θεσσαλονίκη

Σκοπός

Η διερεύνηση μορφώματος του δεξιού κόλπου, καθώς και η συμβολή του διοισοφάγειου υπερηχοκαρδιογραφήματος στη μορφολογική ανάλυση και τη διαφορική διάγνωση σε ασθενή, γυναίκα, 47 ετών, με γνωστό ιστορικό εχινοκοκκίασης ήπατος υπό θεραπευτική αγωγή.

Αποτελέσματα

Η αξονική τομογραφία ανέδειξε μάζα στον δεξιό κόλπο με πιθανή θρομβωτική αιτιολογία. Η καρδιακή μαγνητική τομογραφία κατέδειξε μόρφωμα εντός του δεξιού κόλπου χωρίς ενδείξεις κακοήθειας. Το διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα ανέδειξε εντός του δεξιού κόλπου επίμηκες ατρακτοειδές κινητό μισχωτό μόρφωμα με ομαλή παρυφή ανομοιογενούς σύστασης με κατά τόπους επασβεστώσεις ιδιαίτερα στην περιφέρειά του, που εξορμάται από την κάτω κοίλη φλέβα. Η MRCP ανέδειξε πολλαπλές κυστικές αλλοιώσεις στο ήπαρ συμβατές με εχινοκοκκική νόσο. Η ασθενής αρνήθηκε να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση.

Συμπέρασμα:

Η περίπτωση αυτή αναδεικνύει τη διαγνωστική πρόκληση μορφώματος δεξιού κόλπου, καθώς η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει τόσο το θρόμβο όσο και την σπανιότατη περίπτωση εκδήλωσης συμπαγούς εχινοκόκκου κύστης ή και μορφώματος άλλης αιτιολογίας. Το διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα συνέβαλε καθοριστικά στη διάγνωση του περιστατικού.

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

ΣΑΒΒΑΤΟ 23 ΜΑΪΟΥ 2026 | 08:30- 10:00
Πρόεδροι: **Γ. Σπυρομήτρος, Ε. Κουλούρης, Ι. Αρβανιτέλλης**

OR19 | ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΜΕ ΣΥΝΥΠΑΡΧΟΝΤΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Χ. Σίμογλου[1], I Bertus[2], Δ. Γυμνόπουλος[3]
[1] Θωρακοχειρουργός, Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης
[2]University Hospital of Bristol, UK
[3] Γενική Κλινική Άγιος Λουκάς, Θεσσαλονίκη

Σκοπός:
Η παρούσα εργασία αποσκοπεί στην ανάδειξη των σύγχρονων προκλήσεων που σχετίζονται με τη διαχείριση θωρακοχειρουργικών περιστατικών σε ασθενείς με συνυπάρχοντα καρδιολογικά νοσήματα. Κατά τη διετία 2024–2025. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην προεγχειρητική εκτίμηση του καρδιαγγειακού κινδύνου, στη διεγχειρητική σταθερότητα και στη μετεγχειρητική παρακολούθηση.

Υλικό και μέθοδοι:

Πραγματοποιήθηκε αναδρομική ανάλυση 86 διαδοχικών θωρακοχειρουργικών περιστατικών που αντιμετωπίστηκαν κατά τη διετία 2024–2025. Τα περιστατικά περιελάμβαναν λοβεκτομές (28%), σφηνοειδείς εκτομές (22%), πλευρεκτομές/αποφλοιώσεις (18%), επεμβάσεις για αυτόματο πνευμοθώρακα (17%) και λοιπές θωρακικές επεμβάσεις (15%). Καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία, συνυπάρχουσες καρδιολογικές παθήσεις (στεφανιαία νόσος, καρδιακή ανεπάρκεια, κολπική μαρμαρυγή και άλλες αρρυθμίες), καθώς και δεδομένα προεγχειρητικής εκτίμησης (triplex καρδιάς, δοκιμασία κόπωσης όπου ενδείκνυται). Αξιολογήθηκαν επίσης οι περιεγχειρητικές επιπλοκές, η ανάγκη για υποστήριξη σε ΜΕΘ και η διάρκεια νοσηλείας.

Αποτελέσματα:
Συνολικά, το 42% των ασθενών εμφάνιζε τεκμηριωμένο καρδιολογικό ιστορικό. Η ομάδα αυτή παρουσίασε υψηλότερη συχνότητα επιπλοκών, όπως αιμοδυναμική αστάθεια (18%), αρρυθμίες (15%) και ισχαιμικά επεισόδια (9%), ιδιαίτερα σε μείζονες επεμβάσεις όπως οι λοβεκτομές. Επιπλέον, παρατηρήθηκε αυξημένη ανάγκη για μετεγχειρητική παρακολούθηση σε μονάδα αυξημένης φροντίδας. Η εφαρμογή συστηματικής προεγχειρητικής καρδιολογικής αξιολόγησης και η στενή συνεργασία μεταξύ θωρακοχειρουργών, καρδιολόγων και αναισθησιολόγων συνέβαλαν σημαντικά στη μείωση της νοσηρότητας και στη βελτίωση των κλινικών εκβάσεων.

Συμπεράσματα:
Η συνύπαρξη καρδιολογικών νοσημάτων σε θωρακοχειρουργικούς ασθενείς αυξάνει σημαντικά την πολυπλοκότητα της διαχείρισης. Η υιοθέτηση εξατομικευμένων θεραπευτικών στρατηγικών, η ενίσχυση της διεπιστημονικής συνεργασίας και η εφαρμογή σύγχρονων πρωτοκόλλων αποτελούν βασικούς παράγοντες για τη βελτίωση της ασφάλειας, της πρόγνωσης και της συνολικής ποιότητας φροντίδας των ασθενών.

OR20 | ΣΙΩΠΗΛΗ ΑΠΕΙΛΗ, ΚΡΙΣΙΜΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ: ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΑΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΚΑΙ ΤΑ ΟΡΙΑ ΤΗΣ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΟΚΕΝΤΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΙΑΤΡΙΚΗ

Χρήστος Σίμογλου[1], Αθανάσιος Κούκος[2], Ρωμανός Ρωμανίδης[3]

[1]Θωρακοχειρουργός-ΤΕΠ, Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης
[2] ΤΕΠ, Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης

[3] ΤΕΠ, Γενικό Νοσοκομείο Πολυγύρου

Σκοπός:
Η περικαρδιακή συλλογή αποτελεί μια δυναμική και δυνητικά θανατηφόρα κατάσταση, της οποίας η κλινική έκφραση κυμαίνεται από ασυμπτωματική παρουσία έως αιφνίδιο καρδιακό επιπωματισμό. Η έγκαιρη αναγνώριση και η άμεση παρέμβαση μέσω περικαρδιοκέντησης μπορεί να είναι σωτήρια, ωστόσο η διαδικασία ενέχει σημαντικές τεχνικές δυσκολίες και κινδύνους. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανάδειξη των πραγματικών προκλήσεων στη διάγνωση και αντιμετώπιση της περικαρδιακής συλλογής, ιδίως σε περιβάλλον επείγουσας φροντίδας.

Υλικό και Μέθοδοι:

Διενεργήθηκε αναδρομική ανάλυση 34 ασθενών με περικαρδιακή συλλογή που αξιολογήθηκαν σε Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών δευτεροβάθμιου νοσοκομείου την περίοδο 2023–2025. Καταγράφηκαν τα αιτιολογικά αίτια, η κλινική εικόνα, τα απεικονιστικά ευρήματα, οι ενδείξεις για επεμβατική παρέμβαση και οι τεχνικές λεπτομέρειες της περικαρδιοκέντησης. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στη χρήση υπερηχογραφικής καθοδήγησης και στις δυσκολίες που σχετίζονται με τον ασθενή και το περιβάλλον.

Αποτελέσματα:
Η περικαρδιακή συλλογή οφειλόταν κυρίως σε κακοήθεια (32,4%), λοιμώδη αίτια (20,6%) και μετεγχειρητικές επιπλοκές. Κλινικά και υπερηχογραφικά σημεία επιπωματισμού καταγράφηκαν στο 41,2% των ασθενών, επιβάλλοντας επείγουσα παρέμβαση. Η περικαρδιοκέντηση πραγματοποιήθηκε στο 55,9% των περιπτώσεων, με υψηλά ποσοστά επιτυχίας υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση. Ωστόσο, τεχνικές προκλήσεις αναδείχθηκαν σε ασθενείς με παχυσαρκία, εντοπισμένες συλλογές και ιστορικό προηγούμενων επεμβάσεων. Επιπλοκές καταγράφηκαν στο 8,8%, χωρίς θανατηφόρα έκβαση.

Συμπεράσματα:
Η περικαρδιοκέντηση δεν αποτελεί απλώς μια τεχνική πράξη, αλλά μια κρίσιμη απόφαση υψηλού ρίσκου που απαιτεί ταχύτητα, ακρίβεια και εμπειρία. Η επιτυχία εξαρτάται από τη σωστή χρονική στιγμή παρέμβασης, την επάρκεια στην υπερηχογραφική καθοδήγηση και τη συνολική κλινική εκτίμηση. Σε περιβάλλοντα περιορισμένων πόρων, η ικανότητα άμεσης λήψης αποφάσεων μπορεί να καθορίσει τη ζωή του ασθενούς. Η συστηματική εκπαίδευση και η ανάπτυξη σαφών πρωτοκόλλων αποτελούν θεμέλιο για τη βελτίωση της ασφάλειας και της έκβασης, μετατρέποντας μια δυνητικά επικίνδυνη πράξη σε σωτήρια παρέμβαση.

OR21 | ΌΤΑΝ Ο ΠΝΕΥΜΟΘΩΡΑΚΑΣ ΜΙΜΕΙΤΑΙ ΟΞΥ ΚΑΡΔΙΑΚΟ ΣΥΜΒΑΝ: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΑΓΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΥΨΗΛΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Χρήστος Σίμογλου[1], Αθανάσιος Κούκος[2], Ρωμανός Ρωμανίδης[3]

[1] Θωρακοχειρουργός-ΤΕΠ, Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης
[2] ΤΕΠ, Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης

[3] ΤΕΠ, Γενικο Νοσοκομείο Πολυγύρου

Σκοπός:
Ο πνευμοθώρακας μπορεί να παρουσιαστεί με άτυπη κλινική εικόνα, ιδιαίτερα σε ασθενείς με υποκείμενα καρδιολογικά νοσήματα, οδηγώντας σε διαγνωστικές καθυστερήσεις και δυνητικά απειλητικές για τη ζωή επιπλοκές. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανάδειξη των διαγνωστικών και θεραπευτικών προκλήσεων μέσω παρουσίασης χαρακτηριστικού περιστατικού.

Υλικό και Μέθοδοι:

Παρουσιάζεται άνδρας 72 ετών με ιστορικό στεφανιαίας νόσου, καρδιακής ανεπάρκειας και μόνιμου βηματοδότη, ο οποίος προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών με έντονη δύσπνοια και θωρακικό άλγος. Η αρχική κλινική εκτίμηση έθεσε ισχυρή υποψία οξέος στεφανιαίου συνδρόμου. Ωστόσο, η επιδείνωση της αναπνευστικής λειτουργίας και η ασυμμετρία των αναπνευστικών ψιθυρισμάτων οδήγησαν σε περαιτέρω απεικονιστικό έλεγχο.

Αποτελέσματα:
Η ακτινογραφία και η αξονική τομογραφία θώρακος ανέδειξαν εκτεταμένο πνευμοθώρακα με στοιχεία τάσης. Ακολούθησε άμεση τοποθέτηση θωρακικής παροχέτευσης με ταχεία κλινική βελτίωση. Το περιστατικό ανέδειξε τη δυσκολία διαφοροδιάγνωσης μεταξύ πνευμοθώρακα και καρδιολογικού επεισοδίου, καθώς και την αυξημένη ευαλωτότητα ασθενών με καρδιολογική συννοσηρότητα σε αιμοδυναμική απορρύθμιση. Η παρουσία βηματοδότη και η υποκείμενη καρδιακή δυσλειτουργία περιέπλεξαν τη διαγνωστική προσέγγιση και τη λήψη αποφάσεων.

Συμπεράσματα:
Ο πνευμοθώρακας μπορεί να αποτελεί «μεγάλο μιμητή» οξέων καρδιολογικών συμβαμάτων, οδηγώντας σε επικίνδυνες καθυστερήσεις. Σε ασθενείς υψηλού καρδιολογικού κινδύνου, η έγκαιρη αναγνώριση απαιτεί υψηλό δείκτη υποψίας και ολοκληρωμένη κλινική εκτίμηση. Η ταχεία απεικονιστική επιβεβαίωση και η άμεση παρέμβαση είναι καθοριστικές για την επιβίωση. Το περιστατικό υπογραμμίζει ότι στο ΤΕΠ, η διάκριση μεταξύ καρδιολογικής και αναπνευστικής αιτιολογίας δεν είναι πάντα προφανής, και η σωστή απόφαση σε κρίσιμο χρόνο μπορεί να αποδειχθεί σωτήρια.

OR22 | ΟΞΕΙΑ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ ΠΡΟΚΑΛΟΥΜΕΝΗ ΑΠΟ ΕΓΧΥΣΗ ΑΜΙΩΔΑΡΟΝΗΣ: ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Ε. Μπαχλιτζανάκη [1], Μ. Στρατινάκη[1], Ε. Παπουτσάκη [1], Α. Νερατζούλης[1], Μ. Πιταροκοίλης[1], Ε. Φουκαράκης[1]

[1] Καρδιολογική Κλινική, Βενιζέλειο Γ.Ν. Ηρακλείου

Σκοπός εργασίας: Η αμιωδαρόνη, ένα αντιαρρυθμικό φάρμακο Class III, χρησιμοποιείται ευρέως σε ασθενείς με κοιλιακή και υπερκοιλιακή αρρυθμιογένεση. Συστήνεται, μεταξύ άλλων, ως μέθοδος φαρμακευτικής ανάταξης παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής, προσφάτου ενάρξεως, ιδίως σε ασθενείς με δομική καρδιοπάθεια. Δυνητικές επιπλοκές αποτελούν η βραδυκαρδία, ο κολποκοιλιακός αποκλεισμός και η υπόταση, ενώ η μακρά διάρκεια δράσης και ο λιπόφιλος χαρακτήρας της, οδηγούν σε συσσώρευση και καταστροφή των ιστών. Σκοπός της παρούσας εργασίας να μελετηθούν περιπτώσεις ασθενών που εμφάνισαν οξύ άλγος στην οσφύ κατά την ενδοφλέβια έγχυση αμιωδαρόνης, στα πλαίσια φαρμακευτικής ανάταξης επεισοδίων κολπικής μαρμαρυγής

Υλικό και μέθοδοι: Έγινε ανασκόπηση χρονικού διαστήματος 2 ετών (2022/2023). Συλλέχθηκαν και καταγράφηκαν πέντε περιπτώσεις ασθενών με οξείας ενάρξεως οσφυαλγία κατά την ενδοφλέβια έγχυση αμιωδαρόνης προς έλεγχο ρυθμού. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν δόση φόρτισης (7mg/kg σε 1-2h) με σκοπό την ανάταξη παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής σε φλεβοκομβικό ρυθμό. Δύο περιστατικά με θήλυ και τρία με άρρεν φύλο. Όλοι οι ασθενείς ανέφεραν γνωστή παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή και τρεις από αυτούς είχαν λάβει ξανά στο παρελθόν αμιωδαρόνη ενδοφλεβίως για ανάταξη σε φλεβοκομβικό ρυθμό, χωρίς παρουσία ανεπιθύμητων επιπλοκών ή πόνου. Στις συννοσηρότητες των ασθενών αναφέρθηκαν αρτηριακή υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, κάπνισμα, καθώς και η παρουσία κακοήθειας, ενώ φαίνεται ότι η πλειοψηφία (τρεις στους πέντε) έπασχαν από σακχαρώδη διαβήτη και στεφανιαία νόσο.

Αποτελέσματα: Η εμφάνιση του άλγους στην οσφύ παρατηρήθηκε, σε διάστημα 15-20 λεπτών από την έναρξη της χορήγησης. Ένας ασθενής παρουσίασε συνοδά αιμοδυναμική αστάθεια. Η διακοπή της ενδοφλέβιας έγχυσης είχε ως αποτέλεσμα ύφεση του άλγους εντός ολίγων λεπτών σε όλους τους ασθενείς, ενώ σε δύο ασθενείς κατέστη δυνατή η επανέναρξη σε μικρότερη ροή με καλή ανοχή. Επί αδυναμίας λήψης αμιωδαρόνης ενδοφλεβίως, η επίτευξη ανάταξης της κολπικής μαρμαρυγής σε φλεβοκομβικό ρυθμό, έγινε με χορήγηση αντιαρρυθμικών Class I, ή με χρήση συγχρονισμένης ηλεκτρικής ανάταξης. Η χορήγησή αμιωδαρόνης από του στόματος, προς διατήρηση του ρυθμού δεν σημείωσε συμπτωματολογία οσφυαλγίας.

Συμπεράσματα: Ανά τη βιβλιογραφία έχουν περιγραφεί ολίγες περιπτώσεις περιστατικών με παρουσία άλγους στην οσφύ ή το επιγάστριο κατά την ενδοφλέβια έγχυση αμιωδαρόνης, με πλήρη ύφεση του ενοχλήματος μερικά λεπτά μετά τη διακοπή της ενδοφλέβιας έγχυσης. Ο υπεύθυνος μηχανισμός πρόκλησης της ανωτέρω συμπτωματολογίας, δεν έχει ακόμη αποσαφηνιστεί, ορίζοντας δυνητικά πεδία μελλοντικής έρευνας.

OR23 | ΗΛΕΚΤΡΙΚΗ ΘΥΕΛΛΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΥΤΟΜΑΤΟ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟΥ ΑΓΓΕΙΟΥ

Ε. Μπαχλιτζανάκη [1], Ε. Χόντα[1], Ε. Ελευθεριάδου[1], Δ. Κορέλα[1], Γ. Αλετράς[1], Σ. Σταυράκης[1], Π. Καφαράκης[1], Γ. Γαρίδας[1], Ζ. Καλλινίκου[1], Ε. Φουκαράκης[1]

[1] Καρδιολογική Κλινική, Βενιζέλειο Γ.Ν. Ηρακλείου

Σκοπός εργασίας

Ο αυτόματος διαχωρισμός στεφανιαίου αγγείου (Spontaneous Coronary - Artery Dissection- SCAD) αποτελεί σπάνια αιτία οξέος στεφανιαίου συνδρόμου (ΟΣΣ), μη αθηρωματικής αιτιολογίας, με συχνότερη εμφάνιση στις γυναίκες (25%). Σκοπός της παρούσας εργασίας η αναφορά σπάνιας εκδήλωσης του SCAD, με παρουσία ηλεκτρικής θύελλας.

Υλικό και μέθοδοι

Ασθενής θήλυ ετών 43, προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) λόγω αναφερόμενου συσφιγκτικού θωρακικού άλγους, προ μιας ώρας. Ατομικό αναμνηστικό με αναφερόμενη δυσλιπιδαιμία υπό αγωγή. Κατά την προσέλευση η ασθενής ήταν ελεύθερη συμπτωμάτων, αιμοδυναμικά σταθερή και χωρίς παθολογικά ευρήματα κατά την κλινική εξέταση. Στο ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) καταγράφεται φλεβοκομβικος ρυθμός με μόλις υποσημαινόμενες ανασπάσεις (<0,5mm) στις απαγωγές II, III, aVF . Υπερηχοκαρδιογράφημα με παρουσία υποκινησίας στο κατώτερο τοίχωμα και ήπια επηρεασμένη συστολική λειτουργικότητα. Νέο ΗΚΓ επί προκάρδιου άλγους, με ανάδειξη ανασπάσεων ST στις απαγωγές II,III, aVF και εικόνα κάτοπτρου στις απαγωγές I, aVL.

Εντός ολίγων λεπτών η ασθενής εμφάνισε αιφνίδια καρδιοαναπνευστική ανακοπή με καταγραφή πολύμορφης κοιλιακής ταχυκαρδίας στο monitor καταγραφής ρυθμού. Χορηγήθηκαν δύο απινιδώσεις και η ασθενής ανέκτησε πλήρως τις αισθήσεις της. Κατά την προετοιμασία για μεταφορά στο Αιμοδυναμικό εργαστήριο, κι ενώ οι ανασπάσεις υποχώρησαν, σημειώνεται επανάληψη του ανωτέρου επεισοδίου πολλάκις (συνολικά πέντε επεισόδια με μεσοδιαστήματα ολίγων λεπτών). Μεταξύ αυτών καταγράφησαν επεισόδια ριπιδοειδούς πολύμορφης κοιλιακής ταχυκαρδίας, κοιλιακής μαρμαρυγής κι εμμένουσας κοιλιακής ταχυκαρδίας, όλα εκ των οποίων ανατάσσονταν πλήρως με την απινίδωση. Η ασθενής ετέθη σε συνεχή έγχυση αμιωδαρόνης και σε αγωγή με αντιαιμοπεταλιακή και αντιπηκτική αγωγή.

Αποτελέσματα

Επείγουσα μεταφορά στην αίθουσα του Αιμοδυναμικού εργαστηρίου, και διενέργεια στεφανιογραφίας αποκάλυψαν διαχωρισμό στην περιφέρεια του οπισθίου κατιόντα κλάδου, χωρίς λοιπές αθηρωματικές βλάβες. Αποφασίστηκε συντηρητική αντιμετώπιση και η ασθενής όντας κλινικά κι αιμοδυναμικά σταθερή μεταφέρθηκε στη Μονάδα παρακολούθησης καρδιοπαθών όπου ετέθη σε αγωγή ως επί ΟΣΣ. Υπεβλήθη σε μαγνητική τομογραφία καρδιάς με παρουσία διατοιχωματικής ισχαιμίας κατωτέρου τοιχώματος. Η ασθενής σταθεροποιήθηκε κλινικά, με πλήρη υποχώρηση των αρρυθμιολογικών συμβαμάτων και του στηθαγχικού άλγους κι έλαβε εξιτήριο μία εβδομάδα μετά. Από την πλήρη διερεύνηση που ακολούθησε προέκυψε υποψία ινομυώδους δυσπλασίας και η ασθενής παρακολουθείται ανά τακτά χρονικά διαστήματα μέχρι και σήμερα.

Συμπεράσματα

Η παρουσία ηλεκτρικής θύελλας δεν είναι συνήθης σε ασθενή με SCAD και η εμφάνισή της σχετίζεται συνήθως με εκτεταμένη ισχαιμία. Ωστόσο, μείζονος σημασίας είναι η άμεση σταθεροποίηση του ασθενούς κι ακολούθως η διάγνωση και κατάλληλη αντιμετώπιση της υποκείμενης νόσου.

OR24 | MORE THAN A FALL: SYNCOPE AS THE SENTINEL SIGN OF TAKOTSUBO CARDIOMYOPATHY

Κωνσταντίνος Λαφαζάνης[1], Νικόλαος Καρσανίδης[1], Στυλιανή Κάτη[1], Στέφανος Παπαδόπουλος[1], Δήμητρα Χούπη[1], Σταύρος Κουτσίδης[1], Κυριάκος Μάριος Οικονόμου[1], Αναστασία Μάτα[1], Γεώργιος Αλμπανίδης[1], Σεβαστή Σακαλλέρου[1], Όλγα Κακοσιμίδη[1], Απόστολος Δικόφτσης[1]

[1] Καρδιολογική, ΓΝ Γιαννιτσών

Purpose

The purpose of this report is to describe a case where an initial syncopal episode led to the diagnosis of Takotsubo Syndrome.

Materials and Methods

An 85-year-old female was presented to the ED due to a syncopal episode following a stressful situation. ECG on admission was characterized by ST elevation V2-V4 and T-wave inversion of the anterior wall and myocardial enzymes elevation. Initial hospital management included TAT, Heart Failure Medication and nitrates and diuretics because of occurrence of pulmonary edema.

An echocardiogram performed showed hypokinesis of the interventricular septum with apical ballooning and hypokinesis of apical lateral walls (LVEF=40%).

The ECGs showed evolving T-wave changes in the inferior and anterior leads, myocardial enzymes remained stable and the patient remained asymptomatic.

Patient follow-up included coronary angiography and CMR with no findings indicative of CAD, or myopericarditis, and full recovery of her cardiac contraction.

Results

Diagnosis of Takotsubo Syndrome was suspected and confirmed based on the presence of transient LV dysfunction, the absence of coronary disease and new ECG abnormalities following a stressful trigger.

Conclusion

This case illustrates that while Takotsubo can present identically to an ACS, the prognosis is generally favorable with supportive care, leading to the complete reversal of myocardial stunning. It underscores the necessity of early angiography to rule out CAD and avoid unnecessary long-term aggressive anticoagulation therapy.

OR25 | ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ PCI ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ STEMI ΛΟΓΩ ΑΥΤΟΜΑΤΟΥ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΡΙΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Ελένη Παστιρματζή[1], Νικόλαος Κατσίκας[1], Κωνσταντίνος Παπακωνσταντίνου[2], Γεώργιος Παπαδόπουλος[1], Νικόλαος Μιχαηλίδης[3], Σωτήριος Ακρίτας[1], Δημήτριος Γιαγκούλης[1], Στέφανος Παπαστεφάνου[1], Γεώργιος Μπομπότης[1]

[1] Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΘ Άγιος Παύλος
[2] Αναισθησιολογική Κλινική, ΓΝΘ 'Παπαγεωργιου'
[3] Κυ Θεσσαλονικης

Σκοπός εργασίας: Ο αυτόματος διαχωρισμός στεφανιαίας αρτηρίας (spontaneous coronary artery dissection, SCAD) αποτελεί σπάνιο αλλά σημαντικό αίτιο οξέος στεφανιαίου συνδρόμου και ειδικότερα STEMI. Η συντηρητική αντιμετώπιση προτιμάται συχνά, ωστόσο σε ασθενείς με εμμένουσα ισχαιμία ή STEMI μπορεί να απαιτηθεί επείγουσα επαναιμάτωση. Σκοπός είναι η παρουσίαση της εμπειρίας μας από τρεις ασθενείς με STEMI λόγω SCAD που υποβλήθηκαν σε επιτυχή PCI.

Υλικό και μέθοδοι: Αναδρομικά αναλύθηκαν τρία περιστατικά ασθενών με κλινική και αγγειογραφική εικόνα συμβατή με SCAD, οι οποίοι προσήλθαν με STEMI και αντιμετωπίστηκαν επεμβατικά στο κέντρο μας. Καταγράφηκαν τα κλινικά χαρακτηριστικά, τα αγγειογραφικά ευρήματα, η επεμβατική στρατηγική και η ενδονοσοκομειακή έκβαση. Έγινε επίσης έλεγχος για συνοδές αγγειοπάθειες.

Αποτελέσματα: Και στους τρεις ασθενείς επιτεύχθηκε επιτυχής επαναιμάτωση με PCI του υπεύθυνου αγγείου, με αποκατάσταση της ροής και ευνοϊκό άμεσο αγγειογραφικό αποτέλεσμα. Δεν καταγράφηκε ενδονοσοκομειακός θάνατος ή μείζων περιεπεμβατική επιπλοκή. Σε έναν ασθενή τεκμηριώθηκε συνύπαρξη ινομυϊκής δυσπλασίας.

Συμπεράσματα: Σε επιλεγμένους ασθενείς με STEMI λόγω SCAD, η PCI είναι εφικτή και μπορεί να οδηγήσει σε επιτυχή άμεση επαναιμάτωση όταν υπάρχει σαφής κλινική ένδειξη. Η συσχέτιση με ινομυϊκή δυσπλασία υπογραμμίζει τη σημασία συστηματικού αγγειακού ελέγχου.

OR26 | ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΑΝΑΤΑΞΗ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ ΤΑΧΕΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΗ ΙΣΧΑΙΜΙΚΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΑΠΙΝΙΔΩΤΗ, ΜΕ ΑΝΤΙΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑΚΗ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ

Γεώργιος Σταυρόπουλος[1], Κωνσταντίνα Σαμαρά [1], Αθανάσιος Σαμαράς[1], Αντώνιος Αντωνιάδης[1], George Dadoush[1], Μαρία Παπαδημητρίου[1], Δήμος Εκκλησίαρχος[1], Σοφία Αλεξίου[1], Παναγιώτης Σταχτέας[1], Νικόλαος Φραγκάκης[1]

[1] Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Σκοπός εργασίας: Παρουσίαση επιτυχούς αποτροπής αιφνιδίου καρδιακού θανάτου, με αντιταχυκαρδιακή βηματοδότηση (ATP) σε ασθενείς με μυοκαρδιοπάθεια μη ισχαιμικής αιτιολογίας.

Υλικό και μέθοδοι: Ασθενείς:

1. Γυναίκα 46 ετών με λαμινοπάθεια (αλλαγή **c.1272+2T>C** στο γονίδιο ***LMNA)*** και απινιδωτή για 1γενή πρόληψη, παρουσίασε επεισόδιο ταχείας εμμένουσας μονόμορφης κοιλιακή ταχυκαρδίας (VT), συχνότητας ≈220 b/min, που ανατάχθηκε επιτυχώς από τον απινιδωτή με ATP. Ασυμπτωματική κατά τη διάρκεια του επεισοδίου.
2. Γυναίκα 41 ετών με διατατική μυοκαρδιοπάθεια,(DCM), λόγω **ακρωτηριαστικής μετάλλαξης Τιτίνης** , φέρει απινιδωτή για 1γενή πρόληψη, παρουσίασε επεισόδιο ταχείας εμμένουσας VT, συχνότητας 260 b/min, που ανατάχθηκε επιτυχώς από τον απινιδωτή με ATP. Ασυμπτωματική κατά τη διάρκεια του επεισοδίου.
3. Άνδρας 50 ετών με (DCM), λόγω μετάλλαξης **δ Σαρκογλυκάνης** , και απινιδωτή (1γενής πρόληψη), παρουσίασε πολλαπλά (7) επεισόδια ταχείας εμμένουσας VT, συχνότητας 240-250 b/min,(ηλεκτρική θύελλα), που ανατάχθηκαν επιτυχώς από τον απινιδωτή με ATP. Ασυμπτωματικός κατά τη διάρκεια των επεισοδίων.
4. Ανδρας 59 ετών, με ιστορικό **υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας**, και απινιδωτή για 1γενή πρόληψη, παρουσίασε πολλαπλά επεισόδια ταχείας εμμένουσας VT, (ηλεκτρική θύελλα), που όλα ανατάχθηκαν επιτυχώς από τον απινιδωτή με ATP.

Αποτελέσματα: Επιτυχής ανώδυνη, ανάταξη υψίσυχνων κακοήθων αρρυθμιών, ισοδυνάμων αιφνιδίου θανάτου, σε ασθενείς με διάφορα υποστρώματα μη ισχαιμικής μυοκαρδιοπάθειας.

Συμπεράσματα: Ανεξαρτήτως υποστρώματος, η αντιταχυκαρδιακή βηματοδότηση ήταν ιδιαίτερα αποτελεσματική στην ανάταξη κοιλιακών ταχυκαρδιών υψηλής συχνότητας αποτρέποντας τον αιφνίδιο θάνατο, απινιδωτικές εκφορτίσεις και τις ανεπιθύμητες επιδράσεις τους σε σειρά ασθενών με μη ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια.

forxiga®
(dapagliflozin)

Forxiga F.C.Tab 10mg/tab Btx28

Κάθε δισκίο περιέχει μονοϋδρική δαπαγλιφλοζίνη με προπανοδιόλη ισοδύναμη με 10 mg δαπαγλιφλοζίνης.
Έκδοχο με γνωστή δράση:
Κάθε δισκίο περιέχει 50 mg λακτόζης.
Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή.

Για την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος
σκανάρετε το παρακάτω QR Code

Σε περίπτωση που επιθυμείτε την έντυπη ΠΧΠ του προϊόντος, ζητήστε την από την γραμματεία του συνεδρίου ή από το stand της AstraZeneca

AstraZeneca
AstraZeneca A.E.,
Αγησιλάου 6-8, 151 23 Μαρούσι, Αθήνα
Τηλ.: 210 6871500
Αρ. Γ.Ε.ΜΗ. 000638901000
www.astrazeneca.gr

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

Forxiga F.C.Tab 10mg/tab Btx28
Λ.Τ.: 42,55€, Ν.Τ.: 26,87€, Χ.Τ.: 30,88€

FOR/00566/1/0226. Exp.Date 02/2028

ΜΙΑ ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΠΟΥ ΑΞΙΖΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΙ[1*]

ΤΟ SHINGRIX **ΣΥΣΤΗΝΕΤΑΙ ΚΑΙ ΑΠΟΖΗΜΙΩΝΕΤΑΙ** ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ **ΕΝΗΛΙΚΕΣ** ΗΛΙΚΙΑΣ **≥60 ΕΤΩΝ** ΚΑΙ ΓΙΑ ΤΑ **ΑΝΟΣΟΚΑΤΕΣΤΑΛΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ** ΗΛΙΚΙΑΣ **≥18 ΕΤΩΝ**[3]

Σύνοψη προφίλ ασφάλειας[1]: Το SHINGRIX αντενδείκνυται σε οποιονδήποτε έχει υπερευαισθησία στις δραστικές ουσίες ή σε κάποιο από τα έκδοχα. Όπως συμβαίνει με όλα τα ενέσιμα εμβόλια, η κατάλληλη ιατρική θεραπεία και επίβλεψη θα πρέπει να είναι πάντα άμεσα διαθέσιμη σε περίπτωση αναφυλακτικού συμβάντος μετά τη χορήγηση του εμβολίου. Σε ενήλικες ηλικίας 50 ετών και άνω οι πιο συχνά αναφερόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες ήταν άλγος στη θέση ένεσης (68,1% συνολικά/δόση, 3,8% σοβαρού βαθμού/δόση), μυαλγία (32,9% συνολικά/δόση, 2,9% σοβαρού βαθμού/δόση), κόπωση (32,2% συνολικά/δόση, 3,0 % σοβαρού βαθμού/δόση) και κεφαλαλγία (26,3% συνολικά/δόση, 1,9% σοβαρού βαθμού/δόση). Οι περισσότερες από αυτές τις ανεπιθύμητες ενέργειες δεν ήταν μεγάλης διάρκειας (διάμεση διάρκεια 2 έως 3 ημέρες). Η διάρκεια των ανεπιθύμητων ενεργειών που αναφέρθηκαν ως σοβαρές ήταν 1 έως 2 ημέρες. Σε ενήλικες ηλικίας ≥18 ετών που έχουν ανοσοανεπάρκεια ή βρίσκονται σε ανοσοκαταστολή λόγω νόσου ή θεραπείας (αναφέρονται ως ανοσοκατεσταλμένοι (IC)), το προφίλ ασφάλειας ήταν σε συμφωνία με εκείνο που παρατηρήθηκε σε ενήλικες ηλικίας 50 ετών και άνω. Υπάρχουν περιορισμένα δεδομένα σε ενήλικες ηλικίας 18-49 ετών με αυξημένο κίνδυνο HZ που δεν είναι IC. Συνολικά, υπήρξε υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης κάποιων ανεπιθύμητων ενεργειών σε νεότερες ηλικιακές ομάδες:

- Μελέτες σε IC ενήλικες ηλικίας ≥18 ετών (συγκεντρωτική ανάλυση): η συχνότητα εμφάνισης πόνου στο σημείο της ένεσης, κόπωσης, μυαλγίας, κεφαλαλγίας, ρίγους και πυρετού ήταν υψηλότερη σε ενήλικες ηλικίας 18-49 ετών σε σύγκριση με αυτούς ηλικίας 50 ετών και άνω .
- Μελέτες σε ενήλικες ηλικίας ≥50 ετών (συγκεντρωτική ανάλυση): η συχνότητα εμφάνισης μυαλγίας, κόπωσης, κεφαλαλγίας, ρίγους, πυρετού και γαστρεντερικών συμπτωμάτων ήταν υψηλότερη σε ενήλικες ηλικίας 50-69 ετών σε σύγκριση με αυτούς ηλικίας 70 ετών και άνω.

Δεν υπάρχουν δεδομένα από τη χρήση του SHINGRIX σε έγκυες γυναίκες. Ως προληπτικό μέτρο, είναι προτιμότερο να αποφεύγεται η χρήση του SHINGRIX κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Είναι άγνωστο εάν το SHINGRIX απεκκρίνεται στο ανθρώπινο γάλα. Όπως συμβαίνει με οποιοδήποτε εμβόλιο, ο εμβολιασμός με SHINGRIX μπορεί να μην έχει ως αποτέλεσμα την προστασία όλων των εμβολιασμένων.

PM-GR-SGX-ADVR-250006 | ΙΣΧΥΣ 03/2026 - 03/2028

* Το SHINGRIX ενδείκνυται για την πρόληψη του έρπητα ζωστήρα και της μεθερπητικής νευραλγίας σε ενήλικες 50 ετών και άνω και ενήλικες 18 ετών και άνω που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο έρπητα ζωστήρα λόγω ανοσοκαταστολής.[1]

† (Συγκεντρωτικά αποτελέσματα από μια μετα-ανάλυση 18 παραγόντων κινδύνου για έρπητα ζωστήρα σε 88 μελέτες παρατήρησης (N=198.751.846 συνολικά, με 3.768.691 περιπτώσεις έρπητα ζωστήρα) σε ασθενείς ηλικίας 3 μηνών έως 104 ετών (η διάμεση ηλικία δεν αναφέρεται). Σε 18 μελέτες εκτιμήθηκε ο RR για έρπητα ζωστήρα σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο.

Βιβλιογραφία: 1. SHINGRIX, Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος, Δεκέμβριος 2025, **2.** Marra F, Parhar K, Huang B, et al. Risk Factors for Herpes Zoster Infection: A Meta-Analysis. Open Forum Infect Dis. 2020 Jan 9;7(1):ofaa005, **3.** Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Ενηλίκων 2025. Χρονοδιάγραμμα και Συστάσεις, Αθήνα, 21/10/2025.

Λ.Τ.: 165,86 €. % επιχορήγησης από τους οργανισμούς κοινωνικών ασφαλίσεων: 100% για τους πληθυσμούς που περιγράφονται στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Ενηλίκων. Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή. Τα ανωτέρω ισχύουν κατά την ημερομηνία σύνταξης της καταχώρησης. Παρακαλούμε επικοινωνήστε με την εταιρεία για επιβεβαίωση πλήρως ενημερωμένων δεδομένων, για οποιαδήποτε πληροφορία ή/και αναφορά Ανεπιθύμητων Ενεργειών στο τηλέφωνο 210 6882100. Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευτείτε την Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος.

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

Για την Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος σκανάρετε το QR code. Σε έντυπη μορφή είναι διαθέσιμη κατόπιν αιτήσεως στην εταιρία.

GlaxoSmithKline ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ Α.Ε.Β.Ε
Λ. Κηφισίας 266, 152 32 Χαλάνδρι, Αθήνα, Τηλ.: 210 6882100
www.gr.gsk.com

Το εμπορικό σήμα ανήκει ή έχει παραχωρηθεί στον Όμιλο Εταιρειών GSK.
© 2026 Όμιλος εταιρειών GSK ή δικαιοπάροχος του Ομίλου GSK.

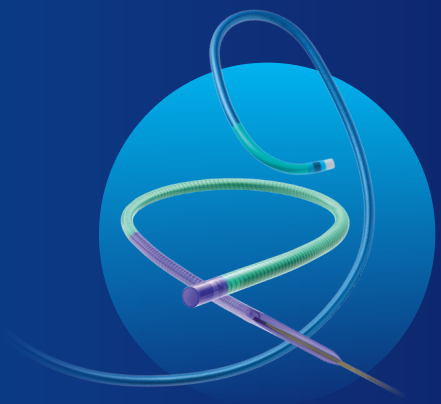
SHINGRIX
(ZOSTER VACCINE RECOMBINANT, ADJUVANTED)
GSK

Medtronic | CATHWORKS®

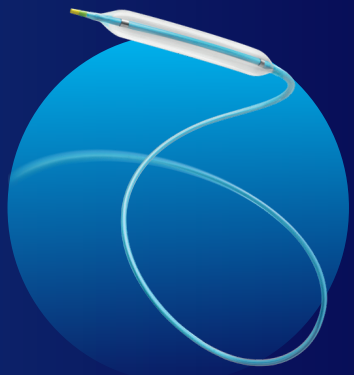
Coronary & Renal Denervation

Your advanced solutions, from diagnosis to care.

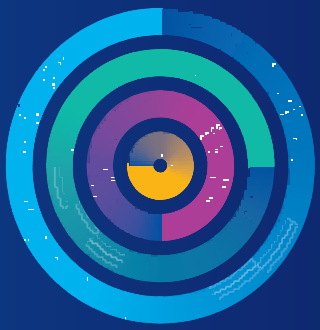
CathWorks FFRangio®* System



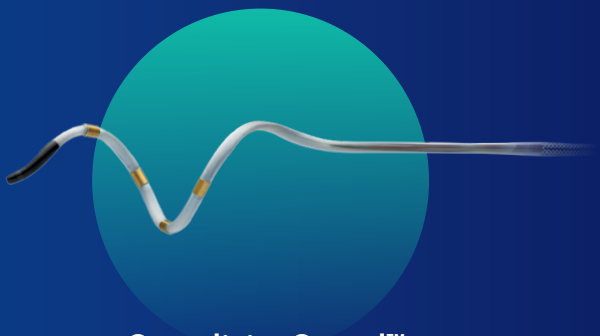
Launcher™ guide catheter
Telescope™ guide extension catheter



SC | NC **Euphora™** Balloon Dilatation Catheters



Prevail™ Paclitaxel Coated PTCA Balloon Catheter



Symplicity Spyral™ Renal Denervation System

Onyx TruStar™ drug-eluting stent (DES)

This material should not be considered the exclusive source of information, it does not replace or supersede information contained in the device manual(s). Please note that the intended use of a product may vary depending on geographical approvals. See the device manual(s) for detailed information regarding the intended use, the implant procedure, indications, contraindications, warnings, precautions, and potential adverse events. For a MRI compatible device(s), consult the MRI information in the device manual(s) before performing a MRI. If a device is eligible for eIFU usage, instructions for use can be found at Medtronic's website manuals.medtronic.com. Manuals can be viewed using a current version of any major internet browser. For best results, use Adobe Acrobat® Reader with the browser. Medtronic products placed on European markets bear the CE mark and the UKCA mark (if applicable). For any further information, contact your local Medtronic representative and/or consult Medtronic's websites.

Europe
Medtronic International Trading Sàrl.
Route du Molliau 31
Case postale
CH-1131 Tolochenaz
www.medtronic.eu
Tel: +41 (0)21 802 70 00
Fax: +41 (0)21 802 79 00

medtronic.eu

For distribution only in markets where the Onyx TruStar™ coronary stent system has been approved. Not for distribution in the US, Canada, Japan, or France. For distribution only in markets where the Prevail™ paclitaxel coated PTCA balloon catheter has been approved. Not for distribution in the USA, Japan, Canada, France and Brazil. For distribution only in markets where the Symplicity Spyral™ multi-electrode renal denervation catheter and Symplicity G3™ renal denervation RF generator have been approved. Not for distribution in the USA, Japan or France. For distribution only in markets where the Euphora™ Semicompliant and NC Euphora™ Noncompliant Balloon Dilatation Catheters have been approved. has been approved. Not for distribution in the USA, Japan or France. For distribution only where the Launcher™ guide catheter and Telescope™ guide extension catheter have been approved.

15540156-en-gb-emea.02 ©2025 Medtronic. All rights reserved. Medtronic, Medtronic logo, and Engineering the extraordinary are trademarks of Medtronic. ™* Third party brands are trademarks of their respective owners. All other brands are trademarks of a Medtronic company.

MERCK

40* YEARS

Concor®

Υπέρταση
Στεφανιαία Νόσος

Emconcor®
BISOPROLOL FUMARATE

Καρδιακή Ανεπάρκεια

Καρδιόσχημο δισκίο για **εύκολη αναγνώριση**

Concor® 5 mg & 10 mg, Emconcor® 2,5 mg & 5 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία.
Ποιοτική και ποσοτική σύνθεση: Concor® 5 mg & 10 mg:κάθε δισκίο περιέχει αντίστοιχα 5mg ή 10 mg bisoprolol fumarate, Emconcor® 2,5 mg & 5 mg:κάθε δισκίο περιέχει αντίστοιχα 2,5 mg ή 5 mg bisoprolol fumarate.

Τρόπος διάθεσης: Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή.
Ενδεικτική ΛΤ: Emconcor® 2,5 mg 2,93€, Emconcor® 5 mg 5,15€. Concor® 5 mg 3,83€, Concor® 10 mg 4,99€

*First Marketing Authorization for Bisoprolol was granted in Germany.

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευτείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος.
Αν επιθυμείτε την έντυπη Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος παρακαλώ επικοινωνήστε με την εταιρεία.

GR-CONCO-00017.12/2025

Emconcor® 2,5mg και 5mg

Concor® 5mg

Concor® 10mg

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

MERCK

Λ. Κηφισίας 41-45
151 23, Μαρούσι, Αθήνα
τηλ: 210 6165100
www.merck.gr

Vyndaqel®
(tafamidis)

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευθείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος που διατίθεται από την εταιρεία.

▼Το φάρμακο αυτό τελεί υπό συμπληρωματική παρακολούθηση. Αυτό θα επιτρέψει το γρήγορο προσδιορισμό νέων πληροφοριών ασφάλειας. Ζητείται από τους επαγγελματίες υγείας να αναφέρουν οποιεσδήποτε πιθανολογούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες. Βλ. παράγραφο 4.8 της Περίληψης Χαρακτηριστικών του Προϊόντος για τον τρόπο αναφοράς ανεπιθύμητων ενεργειών.

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

Pfizer

PP-VYN-GRC-0230-MAY26

Pfizer Ελλάς Α.Ε., Λ. Μεσογείων 243, Ν. Ψυχικό 15451, Αθήνα, Ελλάδα, Τηλ. Επικοινωνίας 210-6785800, Αριθ. Γ.Ε.ΜΗ. 000242901000

ΔΕΙΤΕ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΜΑΣ

PMI SCIENCE

PHILIP MORRIS INTERNATIONAL

Δημιουργούμε ένα μέλλον απαλλαγμένο από το τσιγάρο

Αναπτύσσουμε εναλλακτικά προϊόντα χωρίς καύση και αξιολογούμε τις επιπτώσεις τους στην ατομική και τη δημόσια υγεία χρησιμοποιώντας αυστηρές επιστημονικές μεθόδους

Γνωρίστε το PMI Science

pmiscience.com

PMI Science

@pmiscience

Το παρόν απευθύνεται μόνο σε επιστήμονες και επαγγελματίες στον τομέα της υγείας

SERVIER
moved by you

Ανεξάρτητος Φαρμακευτικός Όμιλος, που διοικείται από ένα μη Κερδοσκοπικό Ίδρυμα

Για την **έγκαιρη διάγνωση**

#BecauseIsayso

#LegsFirst
Μήνας ευαισθητοποίησης για τα πόδια

Φρόντισε ό,τι σε στηρίζει

Για την **αποτελεσματική ρύθμιση** και **παραμονή** στη θεραπεία

COVERSYL® περινδοπρίλη
COVERAM® INITIO περινδοπρίλη αμλοδιπίνη
COVERAM® περινδοπρίλη αμλοδιπίνη
TRIPLIXAM® περινδοπρίλη ινδαπαμίδη αμλοδιπίνη
COSYREL® βισοπρολόλη περινδοπρίλη

LIPOCOMB®* ροσουβαστατίνη εζετιμίμπη
CHOLZET®* ατορβαστατίνη εζετιμίμπη

PROCORALAN® ιβαμπραδίνη

BLOMENSY®* ριβαροξαμπάνη

daflon®

Για τη βελτίωση **προσήλωσης** στην αγωγή

ΧΑΡΤΑ Προσήλωσης στην Αγωγή

Μη γίνεσαι γιατρός του εαυτού σου

ADHERENCE BRIDGE 4U
4 Better Protected Patients

* Κάτοχος Άδειας Κυκλοφορίας: EGIS Pharmaceuticals PLC

COVERSYL (5) mg/tab: ΛΤ 5,20 €, **COVERSYL** (10) mg/tab: ΛΤ 5,66 €. **COVERAM INITIO** (3,5+2,5) mg/tab ΛΤ: 8,12 €, **COVERAM INITIO** (7+5) mg/tab ΛΤ: 10,30 €,**COVERAM** (5+5) mg ΛΤ: 6,92 €, **COVERAM** (5+10) mg ΛΤ: 6,97 €, **COVERAM** (10+5) mg ΛΤ: 10,44 €, **COVERAM** (10+10) mg ΛΤ: 10,53 €, **TRIPLIXAM** (5+1,25+5) mg/tab ΛΤ: 8,85 €, **TRIPLIXAM** (5+1,25+10) mg/tab ΛΤ: 10,57 €, **TRIPLIXAM** (10+2,5+5) mg/tab ΛΤ: 11,96 €, **TRIPLIXAM** (10+2,5+10) mg/tab ΛΤ: 12,94 €, **COSYREL** (5+5) mg/tab ΛΤ €7,31, **COSYREL** (5+10) mg/tab ΛΤ €8,03, **COSYREL** (10+5) mg/tab ΛΤ €9,23, **COSYREL** (10+10) mg/tab ΛΤ €9,17, **LIPOCOMB** (10+10) mg/cap ΛΤ 19,26 €, **LIPOCOMB** (20+10) mg/cap ΛΤ 20,48 €, **LIPOCOMB** (40+10) mg/cap ΛΤ 26,63 €, **CHOLZET** (10+10) mg/cap ΛΤ 18,60 €, **CHOLZET** (20+10) mg/cap ΛΤ 17,87 €, **CHOLZET** (40+10) mg/cap ΛΤ 19,53 €, **PROCORALAN** 5 mg ΛΤ €18,30, **PROCORALAN** 7,5 mg ΛΤ 20,02 €, **BLOMENSY** 2,5 mg/tab ΛΤ €42,08, **BLOMENSY** 10 mg/tab ΛΤ €46,11, **BLOMENSY** 15 mg/tab ΛΤ €41,66, **BLOMENSY** 20 mg/tab ΛΤ €41,66 **DAFLON** (BT X36) Ενδεικτική Λ.Τ. 10,54 €, **DAFLON** (BTX60) Ενδεικτική Λ.Τ. 17,85 €, **DAFLON** (BTX120) Ενδεικτική Λ.Τ. 33,72 €
Σε περίπτωση τροποποίησης του Δ.Τ. ισχύει η νεότερη τιμή.

SERVIER HELLAS ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΕΠΕ
Φραγκοκλησιάς 7, 15125 Μαρούσι.
Τηλ 210 9391000 - www.servier.gr

Για την Περίληψη Χαρακτηριστικών των Προϊόντων, σκανάρετε τον κωδικό QR.
Για την έντυπη μορφή της ΠΧΠ, παρακαλούμε να απευθύνεστε στην Servier HELLAS.

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

25-BUCMVD-C1-08D

INEGY™
(ezetimibe/simvastatin)

EZETROL™
(ezetimibe)
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ ΤΩΝ 14 ΔΙΣΚΙΩΝ

Liptruzet®
(ezetimibe and atorvastatin) tablets
Έτοιμος συνδυασμός εζετιμίμπης και ατορβαστατίνης

10/10mg

10/20mg

10/40mg

&

10/80mg

ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ: Φαρμακευτικά προϊόντα για τα οποία απαιτείται ιατρική συνταγή

Πρίν τη συνταγογράφηση συμβουλευτείτε την περίληψη χαρακτηριστικών των προϊόντων που θα βρείτε στο QR code.
Η ΠΧΠ διατίθεται και σε έντυπη μορφή μετά από αίτημά σας στην Εταιρεία

Φαρμακευτικά προϊόντα τα οποία ενδείκνυνται μόνο για ενήλικες ασθενείς

•LIPTRUZET (10+10)MG/TAB: 32,04€ •LIPTRUZET(10+20)MG/TAB: 30,60€ •LIPTRUZET (10+40) MG/TAB: 30,35€ •LIPTRUZET (10+80)MG/TAB: 32,26€
•INEGY (10+10) MG/TAB: 27,91€ •INEGY (10 +20) MG/TAB: 19,80€ •INEGY(10 +40) MG/TAB: 21,47€
• EZETROL 10MG/TAB : 12,25€

LIPTRUZET INEGY EZETROL

BIANEΞ A.E.
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

Τοπικός Αντιπρόσωπος:
BIANEΞ A.E. - Έδρα : Οδός Βαρυμπόμπης 8, 14671 Ν. Ερυθραία, Κηφισιά
Ταχ. Θυρίδα 52894, 146 10 Ν. Ερυθραία
Τηλ. : 210 8009111• Fax: 210 8071573
E-mail: mailbox@vianex.gr • WEBSITE: www.vianex.gr
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Ακαδήμου 113, 562 24 Εύοσμος Θεσσαλονίκης
Τηλ.: 2310 861683
ΑΡ. Γ.Ε.ΜΗ. 000274201000

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

© 2026 Organon group of companies. All rights reserved.

ORGANON

Κάτοχος Άδειας Κυκλοφορίας :
N.V. Organon, Kloosterstraat 6,
5349 AB Oss,
Ολλανδία.

ME 26026 LIP 3/26 VX-EZA-110028

SANDOZ

Pioneering access for patients[1]

ΥΠΕΡΤΑΣΗ[2-7]

Olmesartan+Amlodipine/Sandoz
olmesartan medoxomil/amlodipine

Olmesartan/Sandoz
olmesartan medoxomil

Olmesartan+HCTZ/Sandoz
olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide

Piramil®
ramipril

Piramil Plus®
ramipril/hydrochlorothiazide

Amlibon® Bes
amlodipine

ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ[8-12]

Ancilleg®
ezetimibe/atorvastatin

Rosuvastatin/Sandoz
rosuvastatin

Ezetimibe+Simvastatin/Sandoz
ezetimibe + simvastatin

Ezetimibe/Sandoz
ezetimibe

Atorvastatin/Sandoz
atorvastatin

ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΑ[13,14]

Rivaroxaban/Sandoz
rivaroxaban

Gribero®
dabigatran etexilate

Βιβλιογραφίες
1. https://www.brandhub.sandoz.com/b/www/c/en-GB/Pages/Section/3?sectionId=14
2. Olmesartan + Amlodipine/Sandoz Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος
3. OLMESARTAN/Sandoz Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος
4. Olmesartan + HCTZ/Sandoz Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος
5. Piramil® Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος
6. Piramil Plus® Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος
7. Amlibon® Bes Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντο
8. Ancilleg Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος
9. Rosuvastatin/Sandoz Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος
10. Ezetimibe+Simvastatin/Sandoz Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος
11. Ezetimibe/Sandoz Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος
12. Atorvastatin/Sandoz Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος
13. Rivaroxaban/Sandoz Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος
14. Gribero Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος

Olmesartan+Amlodipine/Sandoz
Λ.Τ. OLMESARTAN+AMLODIPINE/SANDOZ F.C.TAB (20+5)MG/TAB BTx28 tabs σε blisters: 9.28€
Λ.Τ. OLMESARTAN+AMLODIPINE/SANDOZ F.C.TAB (40+10)MG/TAB BTx28 tabs σε blisters: 9.24€
Λ.Τ. OLMESARTAN+AMLODIPINE/SANDOZ F.C.TAB (40+5)MG/TAB BTx28 tabs σε blisters: 9.24€
K.A.K. Sandoz Pharmaceuticals d.d. Verovškova 57, SI-1000 Ljubljana Σλοβενία
Τρόπος διάθεσης: Με Ιατρική Συνταγή

OLMESARTAN/Sandoz
Λ.Τ. OLMESARTAN/SANDOZ F.C.TAB 10MG/TAB BTx30 tabs σε blisters: 6€
Λ.Τ. OLMESARTAN/SANDOZ F.C.TAB 20MG/TAB BTx30 tabs σε blisters: 6.52€
Λ.Τ. OLMESARTAN/SANDOZ F.C.TAB 40MG/TAB BTx30 tabs σε blisters: 6.88€
K.A.K. Sandoz Pharmaceuticals d.d. Verovškova 57, SI-1000 Ljubljana Σλοβενία
Τρόπος διάθεσης: Με Ιατρική Συνταγή

Olmesartan+HCTZ/Sandoz
Λ.Τ. OLMESARTAN+HCTZ/SANDOZ F.C.TAB (20+12.5)MG/TAB BTx30 tabs σε blisters: 6.42€
Λ.Τ. OLMESARTAN+HCTZ/SANDOZ F.C.TAB (20+25)MG/TAB BTx30 tabs σε blisters: 6.42€
Λ.Τ. OLMESARTAN+HCTZ/SANDOZ F.C.TAB (40+12.5)MG/TAB BTx30 tabs σε blisters: 6.74€
Λ.Τ. OLMESARTAN+HCTZ/SANDOZ F.C.TAB (40+25)MG/TAB BTx30 tabs σε blisters: 6.81€
K.A.K. Sandoz Pharmaceuticals d.d. Verovškova 57, SI-1000 Ljubljana Σλοβενία
Τρόπος διάθεσης: Με ιατρική συνταγή

Piramil®
Λ.Τ. PIRAMIL TABLET 2,5MG/TAB BTx20: 3.59€
Λ.Τ. PIRAMIL TABLET 2,5MG/TAB BTx30:4.77€
Λ.Τ. PIRAMIL TABLET 5MG/TAB BTx20: 4.54€
Λ.Τ. PIRAMIL TABLET 5MG/TAB BTx30: 6.01€
K.A.K. Sandoz GmbH Biochemiestrasse 10, A-6250 Kundl Αυστρία
Τρόπος διάθεσης: Με Ιατρική Συνταγή

Piramil Plus®
Λ.Τ. PIRAMIL PLUS TABLET (5+25)MG/TAB BTx20 tabs σε blisters: 4.23€
Λ.Τ. PIRAMIL PLUS TABLET (5+25)MG/TAB BTx30 tabs σε blisters: 6.02€
K.A.K. Sandoz GmbH Biochemiestrasse 10, A-6250 Kundl Αυστρία
Τρόπος διάθεσης: Με Ιατρική Συνταγή

Amlibon® Bes
Λ.Τ. AMLIBON BES TABLET 10MG/TAB BT x 30 tabs σε blisters: 7.41€
Λ.Τ. AMLIBON BES TABLET 5MG/TAB BT x 30 tabs σε blisters: 5.27€
K.A.K. Sandoz GmbH Biochemiestrasse 10, A-6250 Kundl Αυστρία
Τρόπος διάθεσης: Με Ιατρική Συνταγή

Ancilleg® ezetimibe/atorvastatin
Λ.Τ. ANCILLEG® F.C.TAB (10+10) MG/TAB BT X 30 TABS: 20,82€
Λ.Τ. ANCILLEG® F.C.TAB (10+20) MG/TAB BT X 30 TABS: 19,90€
Λ.Τ. ANCILLEG® F.C.TAB (10+40) MG/TAB BT X 30 TABS: 19,72€
K.A.K. Sandoz GmbH Biochemiestrasse 10, A-6250 Kundl Αυστρία
Τρόπος διάθεσης: Με Ιατρική Συνταγή

Rosuvastatin/Sandoz
Λ.Τ. ROSUVASTATIN/SANDOZ F.C.TAB 5MG/TAB BTx30 TABS: 6,16€
Λ.Τ. ROSUVASTATIN/SANDOZ F.C.TAB 10MG/TAB BTx30 TABS: 13,31€
Λ.Τ. ROSUVASTATIN/SANDOZ F.C.TAB 20MG/TAB BTx30 TABS: 18,75€
Λ.Τ. ROSUVASTATIN/SANDOZ F.C.TAB 40MG/TAB BTx30 TABS: 23,28€
K.A.K. Sandoz Pharmaceuticals d.d. Verovskova 57, SI-1000 Ljubljana Σλοβενία
Τρόπος διάθεσης: Με Ιατρική Συνταγή

Ezetimibe+Simvastatin/Sandoz
Λ.Τ. EZETIMIBE+SIMVASTATIN/SANDOZ TAB (10+10)MG/TAB BTx30 TABS: 20,47€
Λ.Τ. EZETIMIBE+SIMVASTATIN/SANDOZ TAB (10+20)MG/TAB BTx30 TABS: 18,88€
Λ.Τ. EZETIMIBE+SIMVASTATIN/SANDOZ TAB (10+40)MG/TAB BTx30 TABS: 19,92€
K.A.K. Sandoz Pharmaceuticals d.d. Verovškova 57, SI-1000 Ljubljana, Σλοβενία
Τρόπος διάθεσης: Με Ιατρική Συνταγή

Ezetimibe/Sandoz
Λ.Τ. EZETIMIBE/SANDOZ TAB 10MG/TAB BTx30: 17,06€
K.A.K. Sandoz GmbH Biochemiestrasse 10, A-6250 Kundl Αυστρία
Τρόπος διάθεσης: Με Ιατρική Συνταγή

Atorvastatin/Sandoz
Λ.Τ. ATORVASTATIN/SANDOZ F.C.TAB 10MG/TAB BTx30: 7,85€
Λ.Τ. ATORVASTATIN/SANDOZ F.C.TAB 20MG/TAB BTx30 TABS: 8.59€
Λ.Τ. ATORVASTATIN/SANDOZ F.C.TAB 40MG/TAB BTx30 TABS: 9.54€
K.A.K. Sandoz GmbH Biochemiestrasse 10, 6250 Kundl Αυστρία
Τρόπος διάθεσης: Με Ιατρική Συνταγή

Rivaroxaban/Sandoz
Λ.Τ. RIVAROXABAN/SANDOZ F.C.TAB 10MG/TAB BTx10 tabs (10x1)
σε blister (PVC/PVDC/AL): 14,29 €
Λ.Τ. RIVAROXABAN/SANDOZ F.C.TAB 15MG/TAB BTx28 tabs (28x1)
σε blister (PVC/PVDC/AL): 38,75 €
Λ.Τ. RIVAROXABAN/SANDOZ F.C.TAB 20MG/TAB BTx28 tabs (28x1)
σε blister (PVC/PVDC/AL): 38,75 €
K.A.K. Sandoz Pharmaceuticals d.d. Verovškova 57, SI-1000 Ljubljana Σλοβενία
Τρόπος διάθεσης: Με ιατρική συνταγή

Gribero® dabigatran etexilate
Λ.Τ. GRIBERO® CAPS 75MG/CAP BT X 60 CAPS: 38,32 €
Λ.Τ. GRIBERO® CAPS 110MG/CAP BT X 60 CAPS: 37,65 €
Λ.Τ. GRIBERO® CAPS 150MG/CAP BT X 60 CAPS: 38,32 €
K.A.K. Sandoz Pharmaceuticals d.d. Verovškova 57, SI-1000 Ljubljana Σλοβενία
Τρόπος διάθεσης: Με Ιατρική Συνταγή

CVM press ad_April 2026_GR2604024015

Πριν τη συνταγογράφηση, συμβουλευτείτε την Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος που διατίθεται στο εκθετήριο/γραμματεία του συνεδρίου ή σκανάροντας τον παρακάτω σύνδεσμο

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

SANDOZ
Τοπικός Αντιπρόσωπος:
SANDOZ HELLAS ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ Α.Ε.
Φραγκοκκλησιάς 7Β, 151 25 Μαρούσι
Τηλ: +30 216 600 5000