

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

ΓΕΩΡΓΙΟΣ Σ. ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Πανεπιστημιακή Αγγειοχειρουργική Κλινική Δ.Π.Θ

ΔΠΘ/ΔΔΚ/ΤΔΑ/20340/1895/473

Προκήρυξη θέσης μέλους Διδακτικού Ερευνητικού Προσωπικού (Δ.Ε.Π.) Καθηγητή πρώτης βαθμίδας του Τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης, με γνωστικό αντικείμενο “Αγγειοχειρουργική”
[ΦΕΚ: Τεύχος Γ’ 267/05.03.2019]

ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ: 30 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2019

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

» Κατάθεση δικαιολογητικών στην πλατφόρμα Arella, 24-05-2019

	Σελίδα
■ ΣΥΝΟΠΤΙΚΟ ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ	3
■ ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ	
Α. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	4
Β. ΣΠΟΥΔΕΣ	4
Γ. ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ-ΚΛΙΝΙΚΟ ΕΡΓΟ	4
Δ. ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ-ΕΙΔΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ	7
Ε. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΟ-ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ	7
ΣΤ. ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ-ΔΙΔΑΚΤΙΚΟ ΕΡΓΟ	24
Ζ. ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ (ΕΣΩΤΕΡΙΚΟ-ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ)	26
Η. ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΕΜΕΙΡΙΑ	37
■ ΤΙΤΛΟΙ-ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ	
ΠΛΗΡΕΙΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ ΣΕ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ (σε περιοδικά indexed)	39
Συγκεντρωτικός πίνακας δημοσιεύσεων-αναφορών (citations) σε Scopus	87
Πλήρης ανάλυση αναφορών (citations) σε βιβλία	93
ΠΛΗΡΕΙΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ (βάση Ιατροτέκ)	96
■ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΣΕ ΔΙΕΘΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ	100
■ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑ	105
■ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΔΙΕΘΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ	112
■ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	116

ΣΥΝΟΠΤΙΚΟ ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Όνοματεπώνυμο: Γεώργιος Σ. Γεωργιάδης

Έτος γέννησης: 1967

Μέση εκπαίδευση: 6^ο Γυμνάσιο Λεμεσού (Αθηναΐδιο)

Πανεπιστημιακή εκπαίδευση: 1986-1992, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
Βαθμός πτυχίου “ΛΙΑΝ ΚΑΛΩΣ” (7)

Παρούσα θέση: Αναπληρωτής Καθηγητής στην Πανεπιστημιακή Αγγειοχειρουργική Κλινική του Δ.Π.Θ (από Ιούλιος/2015)

Τίτλοι: Άδεια άκησης Ιατρικού επαγγέλματος (Ιούλιος/1996)

Ειδικότητα Αγγειοχειρουργικής (Ιούλιος/2000)

Διδάκτωρ Παν/μίου Αθηνών (Βαθμός “ΑΡΙΣΤΑ”, Φεβρουάριος/2005)

Προϋπηρεσία:

5/1992-12/1993: Ειδικευόμενος Γενικής Χειρουργικής στη Χειρουργική κλινική του Γ.Ν.Ν Διδυμοτείχου (Δ/ντής: Αντώνιος-Απόστολος Τέντες)

1/1994-1/1996: Ειδικευόμενος Γενικής Χειρουργικής στη Α΄ Χειρουργική του Αριστοτελείου Παν/μίου Θεσσαλονίκης, στο νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ (Δ/ντής: Καθηγητής Βασίλειος Δαλαΐνας)

4/1996-4/2000: Ειδικευμένος Αγγειοχειρουργικής στην Αγγειοχειρουργική κλινική του Ν.Ε.Ε.Σ Αθηνών (Δ/ντής: Νικόλαος Δουνδουλάκης)

8/2000-8/2001: Αγροτικός ιατρός με απόσπαση στη Χειρουργική κλινική του Γ.Ν.Ν. Διδ/χου (Δ/ντής: Α.Α Τέντες) και στη Πανεπιστημιακή Αγγειοχειρουργική κλινική του Δ.Π.Θ στο Π.Π.Γ.Ν. Αλεξ/πολης (Δ/ντής: Αναπλ. Καθηγητής Μιλτιάδης Λαζαρίδης) ως ειδικός Αγγειοχειρουργός

9/2001-9/2002: Επικουρικός ιατρός με βαθμό Επιμελητή Β΄ στη Πανεπιστημιακή Αγγειοχειρουργική κλινική του Δ.Π.Θ στο Π.Π.Γ.Ν. Αλεξ/πολης ως ειδικός Αγγειοχειρουργός (Δ/ντής: Αναπλ. Καθηγητής Μιλτιάδης Λαζαρίδης)

10/2002-4/2003: Άμισθος Επιστημονικός συνεργάτης της κλινικής “Κυανός Σταυρός” στην Αθήνα

4/2003-4/2004: Επικουρικός ιατρός με βαθμό Επιμελητή Β΄ στη Πανεπιστημιακή Αγγειοχειρουργική κλινική του Δ.Π.Θ στο Π.Π.Γ.Ν. Αλεξ/πολης ως ειδικός Αγγειοχειρουργός (Δ/ντής: Αναπλ. Καθηγητής Μιλτιάδης Λαζαρίδης)

4/2004-3/2006: Επιμελητής Β΄ επί θητεία, στη Πανεπιστημιακή Αγγειοχειρουργική κλινική του Δ.Π.Θ στο Π.Π.Γ.Ν. Αλεξ/πολης ως ειδικός Αγγειοχειρουργός (Δ/ντής: Αναπλ. Καθηγητής Μιλτιάδης Λαζαρίδης)

3/2005-6/2005: Θέση διδακτικού προσωπικού Π.Δ. 407/80 (απόφαση Πρυτάνεως με αρ. πρωτ.: 46184, 29-03-2005).

3/2006-7/2010: Λέκτορας στην Πανεπιστημιακή Αγγειοχειρουργική κλινική του Δ.Π.Θ (Δ/ντής: Καθηγητής Μιλτιάδης Λαζαρίδης)

8/2010-3/2014: Επίκουρος Καθηγητής στην Πανεπιστημιακή Αγγειοχειρουργική κλινική του Δ.Π.Θ (Δ/ντής: Καθηγητής Μιλτιάδης Λαζαρίδης)

3/2014-6/2015: Μόνιμος Επίκουρος Καθηγητής στην Πανεπιστημιακή Αγγειοχειρουργική κλινική του Δ.Π.Θ (Δ/ντής: Καθηγητής Μιλτιάδης Λαζαρίδης)

7/2015-8/2016: Αναπληρωτής Καθηγητής στην Πανεπιστημιακή Αγγειοχειρουργική κλινική του Δ.Π.Θ (Δ/ντής: Καθηγητής Μιλτιάδης Λαζαρίδης)

1/9/2016-σήμερα: Αναπληρωτής Καθηγητής και Διευθυντής της Πανεπιστημιακής Αγγειοχειρουργικής κλινικής του Δ.Π.Θ

Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμος, πατέρας τριών παιδιών

Διεύθυνση κατοικίας: Αλεξάνδρου Παπαναστασίου 7, Αλεξανδρούπολη, 68131, ΕΛΛΑΔΑ

ΑΝΑΛΥΤΙΚΟ ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

A. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Όνοματεπώνυμο: Γεώργιος Σ. Γεωργιάδης

Χρόνος και τόπος γεννήσεως: 3 Οκτωβρίου 1967, Λεμεσός, ΚΥΠΡΟΣ

Υπηκοότητα: Κυπριακή

Μέση εκπαίδευση: 6^ο Γυμνάσιο-Λύκειο Λεμεσού (Αθηνάϊδιο)

Πανεπιστημιακή εκπαίδευση: 1986-1992, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης (Α.Π.Θ.)

Παρούσα θέση: *Αναπληρωτής Καθηγητής στην Πανεπιστημιακή Αγγειοχειρουργική Κλινική του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης (Δ.Π.Θ.) από 30/06/2015 έως και σήμερα
*Διευθυντής της Πανεπιστημιακής Αγγειοχειρουργικής Κλινικής του Δ.Π.Θ. από 01/09/2016 έως σήμερα

Τίτλοι: Άδεια άκησης Ιατρικού επαγγέλματος (7/1996, με τελευταία ανανέωση στις 2/2/2006) [πιστοποιητικό № **A1**]
Ειδικότητα Αγγειοχειρουργικής, 27/7/2000, γνωμοδότηση ΚΕΣΥ 2716/14-7-00 [πιστοποιητικό № **A2**]
Διδάκτωρ Παν/μίου Αθηνών (Βαθμός “ΑΡΙΣΤΑ”, 08/02/2005) [πιστοποιητικό № **A3**]

Ξένες γλώσσες: Αγγλικά

Οικογενειακή κατάσταση: Παντρεμένος με την κ. Δελμήτη Χριστίνα, νοσηλεύτρια ΔΕ. Πατέρας τριών παιδιών: της Ευανθίας (12/11/2004), της Τατιάνας (21/8/2006) και του Δημήτριου (19/2/2010).

Διεύθυνση: Αλεξάνδρου Παπαναστασίου 7, Αλεξανδρούπολη, Τ.Κ. 68131, ΕΛΛΑΔΑ

E-mail: ggeorgia@med.duth.gr
georgiadis.vasc@gmail.com

Τηλέφωνο-FAX: +30 2551037171 (οικία)
+30 2551030338, 2551353123, 2551353125 (γραφείο στο ΠΓΝ Έβρου-Φορέας Αλεξανδρούπολης)

Κινητό: +30 6944299711

B. ΣΠΟΥΔΕΣ

1986-1992:

Ιατρική Σχολή Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

Πτυχίο Ιατρικής Σχολής την εικοστή τέταρτη Μαρτίου 1992 με βαθμό “ΛΙΑΝ ΚΑΛΩΣ” (επτά, 7). [πιστοποιητικό № **B1**]

Γ. ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ-ΚΛΙΝΙΚΟ ΕΡΓΟ

■ Από τη λήψη του πτυχίου μέχρι τη λήψη της ειδικότητας

1. Ειδικευόμενος ιατρός στην Χειρουργική κλινική του Γ.Ν.Ν. Διδυμοτείχου (σύνολο: 1 έτος, 7 μήνες, 7 ημέρες):

25/5/1992-24/5/1993, Δ/19834/12-05-1992

25/5/1993-23/11/1993, Δ5/14237/12-03-1993 (1^η παράταση)

24/11/1993-31/12/1993, Δ5/58275/30-11-1993 (2^η παράταση)

[πιστοποιητικά № **Γ1**, **7**]

2. Ειδικευόμενος ιατρός στην Α' Χειρουργική κλινική του Α.Π.Θ. στο Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης (σύνολο: 2 έτη):

12/1/1994-11/1/1996, ΔΓ/67446/07-01-1994 [πιστοποιητικό № **Γ2**]

Κατά την παρουσία μου στη Α' Χειρουργική κλινική του Γ.Π.Ν. ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης ως ειδικευόμενος Γενικής Χειρουργικής, συμμετείχα σε όλες τις εργασίες της υπαγόμενης στην Α' Χειρουργική, Αγγειοχειρουργικής κλινικής, με ιδιαίτερη εξειδίκευση στις αγγειακές προσπελάσεις και στην αντιμετώπιση επιπλοκών αιμοκαθαιρόμενων ασθενών.

Διετέλεσα επίσης υπεύθυνος της Μονάδος Εντατικής Θεραπείας της Α΄ Χειρουργικής κλινικής, για χρονικό διάστημα 16 (δεκαέξι) μηνών, με εξιδίκευση στη νοσηλεία κυρίως αγγειοχειρουργικών περιστατικών. [πιστοποιητικά № 3, 4, 5]
Υπήρξα επίσης μέλος της Αγγειοχειρουργικής ομάδας της κλινικής “Άγιος Λουκάς” υπό την επίβλεψη του τέως Αναπληρωτή Καθηγητή και νύν Καθηγητή Αγγ/κής κ. Δ. Κισκίνη (12/1/1994-11/1/1996). [πιστοποιητικό № 4]

3. Ειδικευόμενος ιατρός στην Αγγειοχειρουργική Κλινική του Π.Γ.Ν. Αθηνών Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ. (σύνολο: 4 έτη):

18/4/1996-17/4/2000, ΔΥ/13γ/46091/16-04-1996 [πιστοποιητικό № Γ3]

Περιλαμβάνει εκπαίδευση στην:

- Χειρουργική Κλινική Θώρακος Γενικού Περιφερειακού Νοσοκομείου Αθηνών Ευαγγελισμός: 2/1/1998-3/7/1998 (Εξάμηνο Χειρουργικής Θώρακος) [πιστοποιητικά № Γ3.1]
- Β΄ Καρδιοχειρουργική Κλινική Γενικού Περιφερειακού Νοσοκομείου Αθηνών Ευαγγελισμός: 1/7/1999-31/12/1999 (Εξάμηνο Καρδιοχειρουργικής) [πιστοποιητικά № Γ3.2]
- Ε΄ Χειρουργική Κλινική Γ.Π.Ν. Ιπποκράτειο Θεσσαλονίκης: 15/2/2000-15/3/2000 (Εκπαίδευση στην Ενδαγγειακή Χειρουργική) [πιστοποιητικά № Γ3.3, 6]

και στο:

- Εργαστήριο Ιατρικής Απεικόνισης-Μονάδα Ψηφιακής Αγγειογραφίας-Επεμβατικής Ακτινολογίας: 5/7/1998-5/10/1998 (Εκπαίδευση στις επεμβατικές μεθόδους απεικόνισης και θεραπείας) [πιστοποιητικό № Γ3.4]

■ **Μετά την ειδικότητα**

4. Εκπλήρωση της υπηρεσίας υπαίθρου στο Κέντρο Υγείας Ορεστιάδας (Υ10γ/14845/15-5-00) από 25/8/2000 μέχρι και 24/8/2001, με απόσπαση στη Χειρουργική Κλινική του Γ.Ν.Ν. Διδυμοτείχου (Υ10γ/32552/9-11-00) για χρονικό διάστημα 6 (έξι) μηνών και απόσπαση στην Πανεπιστημιακή Αγγειοχειρουργική Κλινική του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης στο Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης (Υ10γ/6697/14-3-01) για χρονικό διάστημα 6 (έξι) μηνών ως Ειδικός Αγγειοχειρουργός

Εργάστηκα στο Γ.Ν.Ν.Διδυμοτείχου όλο το χρονικό διάστημα της υπηρεσίας υπαίθρου ήτοι δύο εξάμηνα συμμετέχοντας ως Ειδικός Αγγειοχειρουργός στο πρόγραμμα εφημεριών του νοσοκομείου και καλύπτοντας την περιοχή του Βόρειου Έβρου σε καθημερινή βάση. Επίσης πραγματοποιήσα αρκετές αγγειοχειρουργικές επεμβάσεις ποικίλης βαρύτητας κάτω από τακτικές και έκτακτες συνθήκες.

Για πρώτη φορά ίδρυσα και οργάνωσα τόσο στο Γ.Ν.Ν. Διδυμοτείχου, όσο και στο Κέντρο Υγείας Ορεστιάδας εξωτερικά ιατρεία για αγγειοχειρουργικούς ασθενείς μία φορά την εβδομάδα σε κάθε ίδρυμα, εξυπηρετώντας τους κατοίκους του Βόρειου Έβρου (εξετάστηκαν περισσότεροι από 1500 ασθενείς). Παρακολούθησα τα μετεκπαιδευτικά μαθήματα της Χειρουργικής κλινικής του Γ.Ν.Ν. Διδυμοτείχου (σειρά 2000-2001), σε ορισμένα δε από τα οποία, υπήρξα ομιλητής σε θέματα που αφορούν την Αγγειοχειρουργική επιστήμη.

[πιστοποιητικά № Γ4, Γ5, Γ6, Γ7, 1, 7]

5. Επιμελητής Β΄ Αγγειοχειρουργικής (θεσμός επικουρικών ιατρών-1^η θητεία, σύνολο: 1 έτος) από 24/9/2001 μέχρι 24/9/2002 (Υ10α/32672/14-9-2001) στην Πανεπιστημιακή Αγγειοχειρουργική Κλινική του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης [πιστοποιητικό № Γ8, Γ12]

6. Άμισθος επιστημονικός συνεργάτης της Κλινικής “ΚΥΑΝΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ” στην Αθήνα (σύνολο: 6 μήνες), ως σύμβουλος επί Αγγειοχειρουργικών θεμάτων από 20/10/2002-20/04/2003 [πιστοποιητικό № Γ9]

7. Επιμελητής Β΄ Αγγειοχειρουργικής (θεσμός επικουρικών ιατρών-2^η θητεία, σύνολο: 1 έτος) από 30/04/2003 μέχρι 30/4/2004 (Υ10α/ΓΠοικ.38933/21-04-2003) στην Πανεπιστημιακή Αγγειοχειρουργική κλινική του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης [πιστοποιητικό № Γ10, Γ12]

8. Επιμελητής Β΄ Αγγειοχειρουργικής επί θητεία (σύνολο: 5 μήνες) από 16/09/2004-21/03/2006 στην Πανεπιστημιακή Αγγειοχειρουργική Κλινική του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης [ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ ΘΕΣΗ ΔΙΔΑΚΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ από 3/2005-6/2005, Π.Δ. 407/80 (απόφαση Πρυτάνεως με αρ. πρωτ.: 46184, 29-03-2005)] [πιστοποιητικά № Γ11, Γ12]

9. Λέκτορας Αγγειοχειρουργικής (σύνολο: 4 έτη, 4 μήνες και 24 ημέρες): από 22/03/2006-02/08/2010 (Πρυτανική πράξη με αριθ. Α5609/22.03.2006, ΦΕΚ διορισμού: 64/09.03.2006 τ. Ν.Π.Δ.Δ.) στην Πανεπιστημιακή Αγγειοχειρουργική Κλινική του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης

10. Επίκουρος Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής (σύνολο: 3 έτη, 7 μήνες και 17 ημέρες): από 03/08/2010-20/03/2014 (Πρυτανική πράξη με αριθ. 14018/20.07.2010, ΦΕΚ διορισμού: 683/03.08.2010 τ.Γ΄) στην Πανεπιστημιακή Αγγειοχειρουργική Κλινική του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης

11. Μόνιμος Επίκουρος Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής (σύνολο: 15 μήνες και 9 ημέρες): από 21/03/2014-29/06/2015 (Πρυτανική πράξη με αριθ. Α3320/21.03.2014, ΦΕΚ διορισμού: 433/08.03.2014 τ.Γ΄) στην Πανεπιστημιακή Αγγειοχειρουργική Κλινική του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης

12. Αναπληρωτής Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής (σύνολο: 3 έτη και 11 μήνες): από 30/06/2015-29/05/2019 (Πρυτανική πράξη με αριθ. Α4420/29.04.2015, ΦΕΚ διορισμού: 524/08.06.2015 τ.Γ΄) στην Πανεπιστημιακή Αγγειοχειρουργική Κλινική του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης

Κατά την προϋπηρεσία μου στα νοσοκομεία

Γ.Ν.Ν. Διδυμοτείχου-Χειρουργική Κλινική (ως αποσπασμένος Αγροτικός Ιατρός)[†] και

Π.Π.Γ.Ν. Αλεξ/πολης-Παν/κή Αγγ/κή Κλινική (ως αποσπασμένος Αγροτικός Ιατρός,^{#1} ως Επικουρικός-1^η θητεία,^{#2} ως Επικουρικός-2^η θητεία,^{#3} ως Επιμελητής Β΄ επι θητεία,^{\$} ως Λέκτορας,^{‡1} ως Επίκουρος Καθηγητής,^{‡2} ως Μόνιμος Επίκουρος Καθηγητής^{‡3} και ως Αναπληρωτής Καθηγητής^{‡4}) πέραν της παρακολούθησής των ασθενών, συμμετείχα στις εξής εργασίες:

[Γ.Ν.Ν. Διδ/χου][†]

- Εφημερίες καθημερινές καλύπτοντας όλα τα τακτικά και έκτακτα αγγειοχειρουργικά περιστατικά
- Πρόγραμμα χειρουργείων ως χειρουργός σε Αγγειοχειρουργικά περιστατικά (N=98 επεμβάσεις) και ως Α΄ Βοηθός σε Γενικής Χειρουργικής περιστατικά
- Πρόγραμμα τακτικών εξωτερικών ιατρείων μια φορά την εβδομάδα στο Κ.Υ. Ορεστιάδας και μια φορά την εβδομάδα στο Γ.Ν.Ν. Διδυμοτείχου [πιστοποιητικά № Γ5, 7]

[Π.Π.Γ.Ν Αλεξ/πολης]^{#1}

- Πρόγραμμα εξωτερικών ιατρείων, πρόγραμμα χειρουργείου και εκπαιδευτικό πρόγραμμα της Πανεπιστημιακής Αγγειοχειρουργικής κλινικής (Δ/ντής: Αναπληρωτής Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής, Μιλτιάδης Λαζαρίδης). Πραγματοποίησα αρκετές Αγγειοχειρουργικές επεμβάσεις ποικίλης βαρύτητας (N=100 επεμβάσεις), σε αρκετές συμμετείχα ως Α΄ Βοηθός ή ως εκπαιδευτής, ενώ για χρονικό διάστημα ενός έτους διενήργησα μεγάλο αριθμό αγγειακών προσπελάσεων αιμοκαθαιρόμενων ασθενών, καλύπτοντας χειρουργικά τις Μονάδες Τεχνητού Νεφρού Καβάλας, Δράμας, Ξάνθης, Κομοτηνής και Αλεξανδρούπολης.
- Επίσης συμμετείχα στη προπτυχιακή εκπαίδευση των φοιτητών Ιατρικής, στα πλαίσια του επιλεγόμενου μαθήματος της Αγγειοχειρουργικής (4^ο έτος σπουδών, Η΄ ή Θ΄ εξάμηνο), παρουσιάζοντας ως ομιλητής αρκετά θέματα της ύλης του. [πιστοποιητικά № Γ6, Γ7, 1]

[Π.Π.Γ.Ν Αλεξ/πολης]^{#2, #3, \$, ‡1-4}

- Πλήρης ένταξη στο πρόγραμμα εφημεριών του νοσοκομείου.
- Πρόγραμμα χειρουργείων ως χειρουργός (N > 3000 επεμβάσεις). Ενδεικτικά αναφέρω την τελευταία 10/ετία.[¥]

* 2009=245

* 2010=275

* 2011=234

* 2012=242

* 2013=357

* 2014=359

* 2015=300

* 2016=416

* 2017=330

* 2018=321

* 2019=130 (μέχρι 30 Απριλίου)[¥]

Α΄ Βοηθός ή εκπαιδευτής σε Αγγειοχειρουργικά περιστατικά.

Κατά τη θητεία μου στην Πανεπιστημιακή Αγγ/κή κλινική του ΔΠΘ [12 κλίνες, επεμβάσεις την τελευταία 12/ετία=484/2008, 503/2009, 503/2010, 490/2011, 539/2012, 677/2013, 536/2014, 661/2015, 694/2016, 723/2017, 702/2018 και 305/2019 (μέχρι και 23-05-2019)] απέκτησα σημαντική εμπειρία εκτελώντας όλο το φάσμα των συμβατικών αγγειοχειρουργικών επεμβάσεων (συμπεριλαμβανομένων επανεπεμβάσεων με ανοικτές χειρουργικές ή υβριδικές τεχνικές, κάθε είδους παρακαμπτήριων επεμβάσεων άνωθεν/κάτωθεν του βουβωνικού συνδέσμου, αποκαταστάσεων εκλεκτικών και ραγέντων υπονεφρικών και παρανεφρικών/υπερνεφρικών ανευρυσμάτων, εκλεκτικών και επείγουσών ανοικτών μετατροπών μετά από EVAR, συνδυασμένων ενδαρτηρεκτομών καρωτίδων με στεφανιαίες παρακάμψεις, αορτοκαρωτιδικών παρακάμψεων, θωρακοκοιλιακών ανευρυσμάτων, αποκατάσταση μολυσμένων αορτικών προθέσεων-ΑΕΕ, αποκαταστάσεων μυκωτικών ανευρυσμάτων κοιλιακής αορτής, αποκατάσταση ανευρυσμάτων έσω καρωτίδας-όγκων καρωτιδικού σωματίου, αποκατάσταση συνδρόμου θωρακικής εξόδου, αποκατάσταση τραυματικών ΑΦΕ, αποκατάσταση αγγειακών τραυμάτων σε ενήλικες και παιδιά, αποκατάσταση ψευδών ανευρυσμάτων), και κατά τα τελευταία 13 χρόνια, εκτελώντας μεγάλο φάσμα ενδοαυλικών επεμβάσεων [ενδαγγειακή αποκατάσταση ανευρυσμάτων κοιλιακής αορτής-κατιούσας θωρακικής αορτής (εκλεκτικά και ραγέντα) και σπλαγχνικών ανευρυσμάτων, αγγειοπλαστική/stenting καρωτίδων, ενδαγγειακή αποκατάσταση ενδοδιαφυγών τύπου Ia, Ib, II και III, ενδαγγειακή αποκατάσταση διατριπαινόντων ελκών θωρακικής και κοιλιακής αορτής, αγγειοπλαστική ή/και stenting στενωτικών και αποφρακτικών βλαβών κλάδων του αορτικού τόξου (υποκλείδιος-καρωτίδα-άνωνυμος) και αορτολαγονίου-μηρογιννακού αρτηριακού άξονα, είτε μεμονωμένα είτε σε συνδυασμό με ανοικτή αποκατάσταση-υβριδικές τεχνικές, αγγειοπλαστική κνημιαίων αρτηριών, ενδοαυλική αποκατάσταση τραυματικών κακώσεων αρτηριών (π.χ. ρήξεις κατιούσας θωρακικής αορτής, υποκλείδιου αρτηρίας, λαγονίων αγγείων), αγγειοπλαστική-stenting νεφρικών αρτηριών, υβριδική αποκατάσταση καρωτιδικής νόσου, ενδαγγειακή αποκατάσταση ΑΦΕ, εμβολισμός ανευρυσμάτων κ.λ.π.]. Την τελευταία διετία η ενδαγγειακή εμπειρία περιλαμβάνει και τοποθέτηση φίλτρων κάτω κοίλης φλέβας, αποκατάσταση

αορτικού διαχωρισμού τύπου Β καθώς και ανευρυσμάτων αορτικού τόξου/κατιούσας θωρακικής με υβριδικές τεχνικές (καρωτιδο-υποκλειδίου παράκαμψη σε συνδυασμό με τεχνική καπνοδόχου).

- Ανάλυση μεγάλου μέρους του τομέα δημιουργίας και διόρθωσης αγγειακών προσπελάσεων σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς της ευρύτερης Περιφέρειας Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης.
- Πρόγραμμα τακτικών εξωτερικών ιατρείων δύο φορές την εβδομάδα (+ απογευματινών ιατρείων μια φορά την εβδομάδα, ήδη μετά το διορισμό στη βαθμίδα του Λέκτορα Αγγ/κής).
- Κάλυψη επειγόντων Αγγ/κών περιστατικών: Σε χρονικές περιόδους απουσίας του πρώην Διευθυντή μου, τον αντικατέστησα ως υπεύθυνος της Παν/κής Αγγ/κής κλινικής.⁵ Από τον Σεπτέμβριο του 2016 καλύπτω καθημερινά, διοικητικά και κλινικά, την Αγγειοχειρουργική Κλινική ως Διευθυντής.
- Συμμετοχή στα κλινικά και ερευνητικά πρωτόκολλα [ενδεικτικά: EAGLE (Endurant for Challenging Anatomy Global Experience), Protocol Number: ART108053].
- Συμμετοχή στην προπτυχιακή εκπαίδευση φοιτητών [4^ο έτος σπουδών-κατ' επιλογήν μάθημα Αγγειοχειρουργικής (ακαδημαϊκά έτη: 2001-02, 2002-03), 4^ο έτος σπουδών-υποχρεωτικό μάθημα Αγγειοχειρουργικής (ακαδημαϊκά έτη: 2003/04, 2004/05, 2005/06, 2006/07, 2007/08, 2008/09, 2009/10, 2010/11, 2011/12, 2012/13, 2013/14, 2014/15, 2015/16, 2016/17, 2017/18, 2018/19)].

Σε χρονικές περιόδους απουσίας του πρώην Διευθυντή μου, κατά τη διάρκεια της θητείας μου ως Επιμελητής Β', ως Λέκτορας, ως Επίκουρος Καθηγητής, ως Μόνιμος Επίκουρος Καθηγητής και ως Αναπληρωτής Καθηγητής Αγγ/κής, τον αντικατέστησα ως Επιστημονικά υπεύθυνος της Πανεπιστημιακής Αγγειοχειρουργικής Κλινικής.⁵

Από 1-9-2016 είμαι Διευθυντής της Πανεπιστημιακής Αγγειοχειρουργικής Κλινικής του ΔΠΘ [ιδρύθηκε με το ΠΔ 91/2000 (ΦΕΚ 177/2-8-2000) υπουργική απόφαση εγκατάστασης: Υ4α /29261/03 (ΦΕΚ 750/11-6-2003), εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας: - ΠΔ 191/2000, ΦΕΚ 1771/2-8-2000] που είναι η μοναδική Αγγειοχειρουργική Κλινική στην ευρύτερη περιοχή της Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης και παρέχει πλέον πλήρεις Αγγειοχειρουργικές υπηρεσίες σε πληθυσμό που υπερβαίνει τους 600.000 κατοίκους.

[πιστοποιητικά № Γ8, Γ10, Γ11, Γ12, Γ13, Γ15, 1]

[ενδεικτικό πιστοποιητικό № Γ14]⁵

- Συμμετοχή στη Γενική Συνέλευση του Τμήματος Ιατρικής (από 01-09-2007 έως 31-08-2008) ως ένα από τα μέλη Δ.Ε.Π. του Χειρουργικού Τομέα στη βαθμίδα του Λέκτορα (αρ. πρωτ.: 1258 του Χειρουργικού Τομέα, 13/07/2007).
- Συμμετοχή στη Γενική Συνέλευση του Τμήματος Ιατρικής (από 01-09-2012 έως 31-07-2013 και από 1-09-2013-31/07/2014) ως ένα από τα μέλη Δ.Ε.Π. του Χειρουργικού Τομέα στη βαθμίδα του Επίκουρου Καθηγητή.
- Συμμετοχή στη Γενική Συνέλευση του Τμήματος Ιατρικής (από 01-12-2018 έως 31-10-2019) ως ένα από τα μέλη Δ.Ε.Π. του Χειρουργικού Τομέα στη βαθμίδα του Αναπληρωτή Καθηγητή (απόφαση Χειρουργικού Τομέα: 10/12/2018).
- Συντονιστής εφημερίας του ΠΓΝ Έβρου (φορέας Αλεξανδρούπολης) αν τακτά χρονικά διαστήματα.

⁵: Όλα τα χειρουργεία που πραγματοποίησα την τελευταία 10/ετία (Οκτώβριος 2009-Μάιος 2019), είναι διαθέσιμα στους εισηγητές-εκλέκτορες εάν ζητηθούν {είναι καταχωρημένα σε στατιστικό πρόγραμμα (STATISTICA) με πλήρη ανάλυση των δεδομένων-παραμέτρων [ονοματεπώνυμο ασθενούς, ηλικία-φύλο, ΑΜΚΑ, Α.Μ., πιθανή συμμετοχή σε πρωτόκολλο, ημ. εισόδου-εξόδου, συνοδά προβλήματα, αντιαιμοπεταλιακή/αντιπηκτική αγωγή, προηγηθείσες Αγγ/κές παρεμβάσεις, κλινική εικόνα, ευρήματα απεικονιστικού ελέγχου (+ κωδικός), τύπος αγγειακής παθολογίας, επέμβαση (+ κωδικός), στοιχεία επέμβασης (+ είδος αναισθησίας, + είδος μοσχεύματος-ενδομοσχεύματος-ενδονάρθηκα-αεροθαλάμου), ΜΤΧ κατάσταση, επιπλοκές, έκβαση νόσου, follow-up]}

■ Δ. ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ-ΕΙΔΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

1. Από 12/01/1994-11/01/1996

- Υπεύθυνος Μονάδος Εντατικής Θεραπείας Α' Χειρουργικής κλινικής Γ.Π.Ν. ΑΧΕΠΑ για χρονικό διάστημα 16 μηνών (Δ/ντής: ο Καθηγητής κ. Β.Η. Δαλαΐνας). Εξειδίκευση σε νοσηλεία Αγγειοχειρουργικών περιστατικών [πιστοποιητικό № Γ2, 3, 4]
- Μέλος της Αγγειοχειρουργικής ομάδος της κλινικής Άγιος Λουκάς Θεσσαλονίκης υπό την διεύθυνση του τέως Αναπληρωτή Καθηγητή και νύν Καθηγητή Αγγ/κής κ. Δ. Κισκίνη (12/01/1994-11/01/1996 = 2 έτη) [πιστοποιητικό № 4]
- Συμμετοχή στην ομάδα αγγειακών προσπελάσεων σε χρόνια αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς του Γ.Π.Ν. ΑΧΕΠΑ [πιστοποιητικό № 3]

2. Από 25/08/2000-24/08/2001

- Υπεύθυνος απογευματινών ιατρείων Αγγειοχειρουργικής στο Κ.Υ. Ορεστιάδας [πιστοποιητικό № Δ1]

■ Ε. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΟ-ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

- Έναρξη του ερευνητικού έργου αποτελεί η εκπόνηση Διδακτορικής διατριβής στην Α' Χειρουργική κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών (Καθηγητής ΗΛΙΑΣ ΜΠΑΣΤΟΥΝΗΣ) με θέμα "Πρωτογενής υποβοηθούμενη και δευτερογενής βατότητα αγγειακών Α-Φ επεμβάσεων σε χρόνια αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς". Βαθμός: "ΑΡΙΣΤΑ". [πιστοποιητικό № Α3]
- Η συνέχιση του ερευνητικού έργου κατευθύνεται:

(1) στην κλινική εφαρμοσμένη έρευνα σε διάφορους τομείς Αγγειοχειρουργικού ενδιαφέροντος με ιδιαίτερη έμφαση στις υβριδικές επεμβάσεις,^{#1} στις αγγειακές προσπελάσεις σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς,^{#2} στους δείκτες καρδιοαγγειακής νοσηρότητας σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, στη πρώιμη ενδαρτηρεκτομή/stenting καρωτίδας, στο αρτηριακό τραύμα, στις μηροπεριφερικές παρακάμψεις, στο διαβητικό πόδι, στην ενδοαυλική αποκατάσταση υπονεφρικών ανευρυσμάτων κοιλιακής αορτής (ΑΚΑ),^{#3} στα διατιτραίνοντα έλκη αορτής, στις ανοικτές μετατροπές μετά από EVAR,^{#4} την ανοικτή ενδαρτηρεκτομή καρωτίδας,^{#5} στο εμβολικό stroke και την επιπολής φλεβική θρόμβωση. Τα αποτελέσματα αρκετών από τις παραπάνω ερευνητικές δραστηριότητες έχουν δημοσιευτεί σε περιοδικά του εξωτερικού. Ενδεικτικά αναφέρω ότι για τις αγγειακές προσπελάσεις ολοκληρώνεται επίσης το 2019 μια μεγάλη κλινική μελέτη που αφορά τα αποτελέσματα των χειρουργικών διορθώσεων σε μεγάλο αριθμό Α-Φ επικοινωνιών. Έχει ήδη ολοκληρωθεί και μεγάλη μελέτη που αφορά τα μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα αποτελέσματα από τη χρήση του ενδομοσχεύματος EndurantTM για την ενδοαγγειακή αντιμετώπιση ΑΚΑ. Ως βασικός ερευνητής-επιστημονικά υπεύθυνος συμμετέχω και στην πολυκεντρική Ευρωπαϊκή προοπτική μελέτη EAGLE (Endurant for Challenging Anatomy Global Experience) που αφορά στη χρήση του ιδίου μοσχεύματος σε ασθενείς που έχουν υπονεφρικό ΑΚΑ, με εκθρική όμως αορτολαγνίου ανατομία. Αναμένεται η συγγραφή τουλάχιστον δυο μελετών (EAGLE/EXTREME) στις οποίες θα συμμετέχω ως ένας από τους βασικούς συντελεστές.

[2] στην εργαστηριακή έρευνα σε διάφορους τομείς Αγγειοχειρουργικού ενδιαφέροντος, όπως ενδεικτικά π.χ. μέτρηση βιοχημικών παραμέτρων στο αίμα και ιστούς σε ασθενείς πριν και μετά από EVAR, σε ασθενείς με μικρά ΑΚΑ που βρίσκονται υπό παρακολούθηση με U/S ή CT κοιλίας, σε ασθενείς ετερόπλευρη έκδηλη ανεπάρκεια της μείζονος σαφηνούς φλέβας κ.λ.π.

Την τρέχουσα χρονική περίοδο το ερευνητικό έργο εστιάζεται μεταξύ άλλων και στη διεξοδική μελέτη κυτταρογενετικών παραγόντων που αφορούν τον λιπώδη ιστό σε συσχέτισμό με την αθηροσκληρωτική νόσο. Επιπρόσθετα στα πλαίσια άλλου έργου μελετούμε μοριακά τα μικρά ΑΚΑ, την ενδεχόμενη συσχέτιση με απεικονιστικά δεδομένα όπως U/S ή CTA κοιλιακής αορτής και την αναγνώριση βιοδεικτών για τα ΑΚΑ.

^{#1-5}: αναμένεται να υποβληθούν για κρίση σε έγκριτα περιοδικά

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ (για την Αγγειοχειρουργική Κλινική του ΔΠΘ)^{1,2,3,5,6} Η ΣΥΜΜΕΤΕΧΩΝ⁴ ΣΕ ΧΡΗΜΟΤΟΔΟΤΟΥΜΕΝΑ^{#1} Η ΜΗ^{#2} ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ/ΚΛΙΝΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ/ΜΕΛΕΤΕΣ

- #1ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗΣ-ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ EAGLE Registry**
Εκπόνηση μελέτης: Catharina Hospital, Eindhoven, The Netherlands
(Θετική γνωμοδότηση Επιστημονικού Συμβουλίου ΕΣ3/Θ18/10-04-2013, απόφαση Δ.Σ.4/Θ62/03.07.2013)
Η μελέτη περατούται το 2020
- #2ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΤΙΚΗ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ “ΚΑΤΑΜΕΤΡΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΩΝ ΜΕΤΑΛΛΟΠΡΩΤΕΙΝΑΣΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΤΟΥΣ ΣΤΟ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟ ΑΙΜΑ ΚΑΙ ΣΤΟ ΒΟΥΒΟΝΙΚΟ ΙΣΤΟ, ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΕΝΔΟΑΥΛΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ, ΚΑΙ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΙΘΑΝΗΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΑΠΩΤΕΡΗΣ ΕΝΔΟΔΙΑΦΥΓΗΣ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΤΥΠΩΝ”**
(Θετική γνωμοδότηση Επιστημονικού Συμβουλίου ΕΣ1/Θ29/14-02-2012, απόφαση ΔΣ12/Θ11/20.6.2012)
ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗΣ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ ΒΙΟΧΗΜΙΑΣ ΤΟΥ ΔΠΘ (Καθηγητής Βιοχημείας κ. Ιωάννης Τέντες)
- #2ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΤΙΚΗ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ “ΠΕΡΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΚΑΙ ΛΕΜΦΑΓΓΕΙΟΓΕΝΕΣΗ ΣΤΗΝ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗ: ΕΝΑΣ ΠΙΘΑΝΟΣ ΡΟΛΟΣ ΣΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΣΤΑΘΕΙΑ ΤΗΣ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΥΝΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΩΝ ΚΑΡΩΤΙΔΩΝ”**
(Θετική γνωμοδότηση Επιστημονικού Συμβουλίου ΕΣ6/Θ21/31-08-2016, απόφαση ΔΣ25/Θ65/19-09-2016)
ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗΣ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ ΔΠΘ (Καθηγητές κ.κ. Κωνσταντίνος Κωνσταντινίδης και Δημήτριος Τζιακάς)
- #1ΕΠΙΠΟΛΗΣ ΦΛΕΒΙΚΗ ΘΡΟΜΒΩΣΗ: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ, ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΡΟΦΙΛ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ”**
Μελέτη SeVen (κωδικός: 2015/01)
(Θετική γνωμοδότηση Επιστημονικού Συμβουλίου ΕΣ8/22-09-2015, απόφαση ΔΣ14/Θ23/18-05-2016, κωδικός 2015/01)
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ ΔΠΘ (Καθηγητής: Μιλτιάδης Λαζαρίδης)
- #2ASYMPTOMATIC CAROTID SURGERY TRIAL-2”**
ACST-2 Trial, www.acst-2.org (Εκπόνηση: Nuffield Department of Surgical Sciences/University of Oxford, UK)
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ ΔΠΘ (Αναπληρωτής Καθηγητής: Γεώργιος Γεωργιάδης)
- #1ΕΠΙΠΟΛΗΣ ΦΛΕΒΙΚΗ ΘΡΟΜΒΩΣΗ: SeVen-extension”**
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ ΔΠΘ (Αναπληρωτής Καθηγητής: Γεώργιος Γεωργιάδης)

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΧΡΗΜΟΤΟΔΟΤΟΥΜΕΝΑ^{#1} Η ΜΗ^{#2} ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ/ΚΛΙΝΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

- #1ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ “ΘΑΛΗΣ-ΔΗΜΟΚΡΙΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΡΑΚΗΣ-ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΛΙΠΩΔΟΥΣ ΙΣΤΟΥ ΣΤΗΝ ΑΘΗΡΟΓΕΝΕΣΗ ΜΕΣΩ ΑΝΟΣΟΡΥΘΜΙΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΟΣΟΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗΣ”**
(ΕΣΠΑ 2007-2013, Κωδικός ΟΠΣ: 379527)

ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗΣ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ ΔΠΘ (Καθηγητές κ.κ. Κωνσταντίνος Κωνσταντινίδης και Δημήτριος Τζιακός)

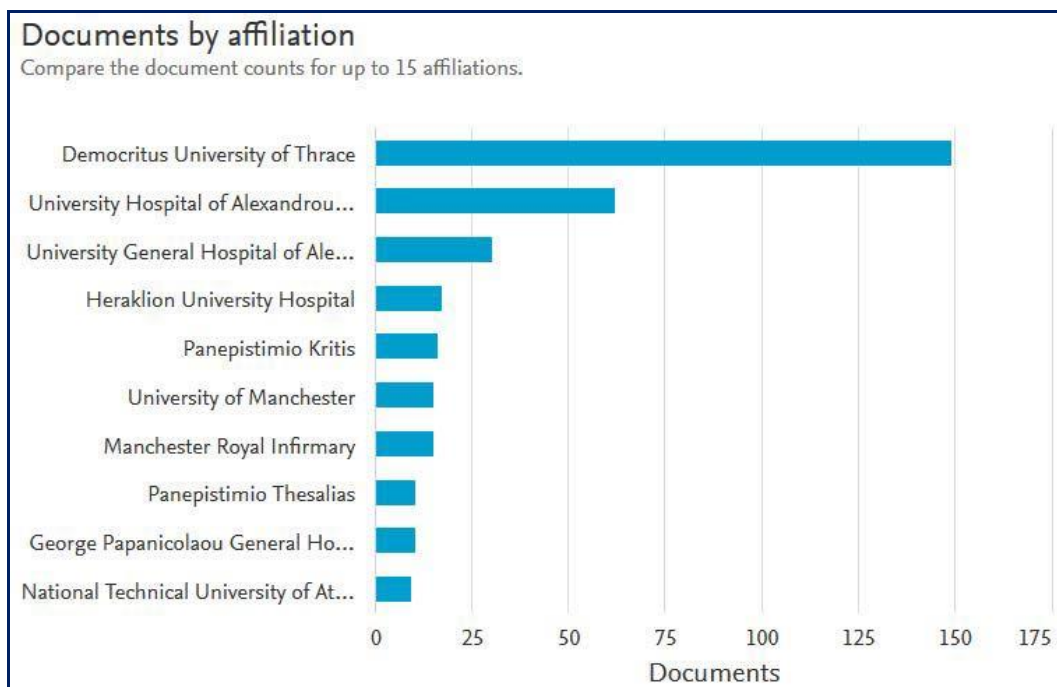
Από την συνεργασία αυτή προέκυψε η κάτωθι δημοσίευση που έγινε δεκτή στο μεγάλης διεθνούς απήφησης περιοδικό *“Circulation”* με τίτλο: *“Lysed erythrocyte membranes activity promote vascular calcification: possible role of erythrocyte-derived nitric oxide”*

2. **#2 ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΜΗ ΠΑΡΕΜΒΑΤΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ “Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΤΗΣ ΑΞΟΝΙΚΗΣ ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΤΟΥ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ ΔΙΧΑΛΩΤΟΥ ΕΝΟΣ-ΤΕΜΑΧΙΟΥ (unibody) ΑΟΡΤΙΚΟΥ ΕΝΔΟΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ePTFE ΜΕ ΑΟΡΤΙΚΗ ΠΡΟΕΚΤΑΣΗ ΑΠΟ Dacron”**
(Θετική γνωμοδότηση Επιστημονικού Συμβουλίου ΕΣ6/Θ18/31-08-2016, απόφαση ΔΣ25/Θ62/19-09-2016)
ΜΕΡΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΕΙΤΑΙ ΣΤΟ ΠΓΝ ΕΒΡΟΥ (ΦΟΡΕΑΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ)

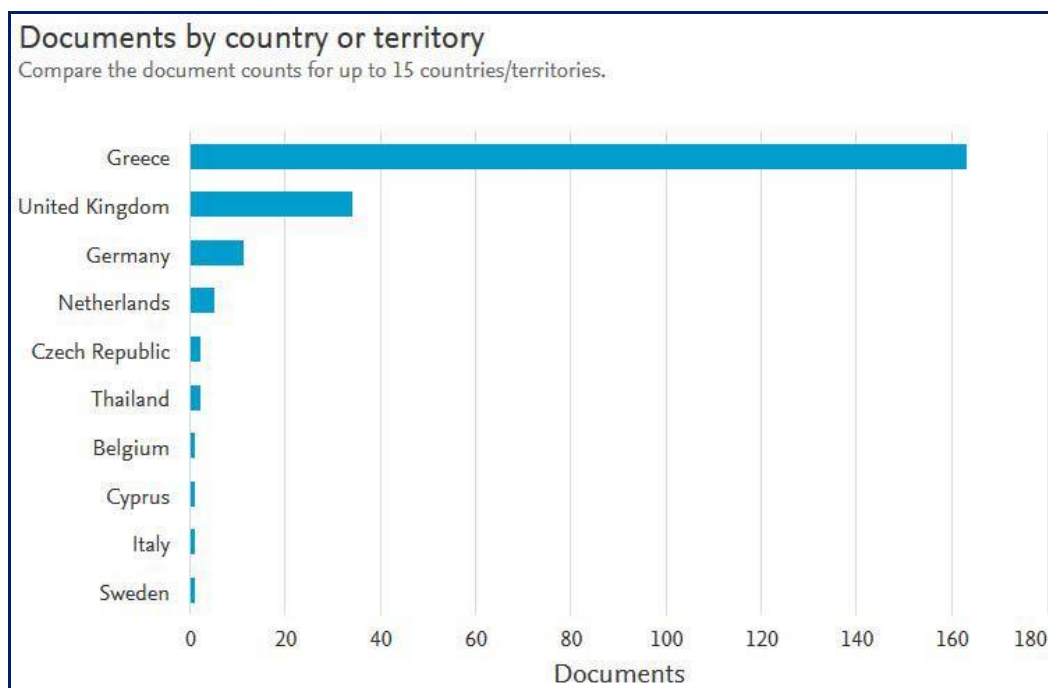
ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΑ ΕΠΙΣΗΣ:

- Έχουν ολοκληρωθεί και δημοσιευτεί εργαστηριακές μελέτες που αφορούν
 - (1) το συσχετισμό βιοχημικών παραμέτρων της καρωτιδικής αθηρωματικής πλάκας και του περιφερικού αίματος με φαινόμενα που συμβαίνουν στη ίδια την καρωτιδική πλάκα σε ανοικτή αποκατάσταση νόσου καρωτίδων,
 - (2) τις αλλαγές της ενδοεγκεφαλικής αιματικής ροής και
 - (3) τις αλλαγές της περιμετρικής και οπισθοβολβικής οφθαλμικής αιματικής ροής που εμφανίζονται μετά από ανοικτή αποκατάσταση της καρωτιδικής νόσου,
 - (4) τον συσχετισμό του κνημοβραχιόνιου δείκτη πίεσης με τις μικροαγγειακές επιπλοκές σε διαβητικούς ασθενείς,
 - (5) τη σύγκριση των επιπέδων των μεταλλοπρωτεϊνών και των αναστολέων τους στο περιφερικό αίμα ασθενών με ΑΚΑ ή με βουβωνοκήλη,
 - (6) την συσχέτιση του πολυμορφισμού του γονιδίου της αγγειοτασίνης-μετατρεπτικού ενζύμου με την ανευρυσματική νόσο της αορτής και την εμφάνιση βουβωνοκήλης,
 - (7) τη συσχέτιση των επιπέδων των μεταλλοπρωτεϊνών στο περιφερικό αίμα με την εμφάνιση ενδοδιαφυγής μετά από EVAR,
 - (8) την επίδραση της χρήσης των αντιαμπεταλικών φαρμάκων στην προθρομβωτική διάθεση μετά από EVAR και
 - (9) την επίδραση της επασβεστώσης του μέσου χιτώνα της κερκιδικής αρτηρίας (σκληρυνση Monckeberg) στη βατότητα των αυτόλογων αρτηριοφλεβικών επικοινωνιών Brescia-Cimino σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς με τελικού σταδίου νεφρική ανεπάρκεια.
 - (10) την μελέτη του carotid intima-media thickness ως ανεξάρτητου προγνωστικού παράγοντα καρδοαγγειακής νοσηρότητας/θνητότητας σε ασθενείς με ΣΔ/ΧΝΑ.
- Έχουν ολοκληρωθεί και δημοσιευτεί κλινικές μελέτες που αφορούν
 - (1) την συνδυασμένη εφαρμογή αυτόλογων αυξητικών παραγόντων και οξειδωμένης αναγεννητικής κυτταρίνης σε διαβητικά έλκη των κάτω άκρων,
 - (2) την επίπτωση των ΑΚΑ σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργική αποκατάσταση βουβωνοκήλης σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν βουβωνοκήλη και εξετάζονται για ΑΚΑ με υπερηχογράφημα κοιλίας (screening),
 - (3) τα αποτελέσματα της ενδοαγγειακής αποκατάστασης διατηρημένων ελκών της υπονεφρικής αορτής,
 - (4) την σύγκριση της διασταυρούμενης και ευθείας διαμόρφωσης των ενδοπροθέσεων κατά την ενδοαυλική αποκατάσταση υπονεφρικών ανευρυσμάτων κοιλιακής αορτής,
 - (5) τα άμεσα και απώτερα αποτελέσματα υβριδικών επεμβάσεων επαναιμάτωσης στα κάτω άκρα (διάσωση σκέλους, βατότητα παρέμβασης, θνητότητα) σε ασθενείς που προσέρχονται με οξεία ισχαιμία σταδίου I, IIa και IIb και
 - (6) την ασφάλεια της πρώιμης ενδαρτηρεκτομής της καρωτίδας σε ασθενείς με συμπτωματική στένωση (διεθνής πολυκεντρική μελέτη).
 - (7) την επίπτωση της υποτροπής του stroke και της θνητότητας στον Έβρο (Registry).
 - (8) την έκβαση του stroke συνεπεία εμβολικού επεισοδίου αγνώστου αιτιολογίας.
- Έχουν ολοκληρωθεί και δημοσιευτεί επίσης αρκετές υπολογιστικές μελέτες που αφορούν
 - (1) την αιμοδυναμική συμπεριφορά αυτόλογων αγγειακών προσπελάσεων σε νεφροπαθείς,
 - (2) την σύγκριση της αιμοδυναμικής συμπεριφοράς ενδομοσχευμάτων σε ευθεία και διασταυρούμενη διαμόρφωση στο χώρο (δυνάμεις μετατόπισης στον κεντρικό αυχένα και στα σκέλη),
 - (3) την θεωρητική αιμοδυναμική συμπεριφορά 4^{ης} γενιάς τριών τεμαχίων ενδομοσχεύματος (Ovation® Prime stent-graft) κατά την ενδοαυλική αντιμετώπιση παρανεφρικών ΑΚΑ με την τεχνική Chimney,
 - (4) την θεωρητική αιμοδυναμική συμπεριφορά 4^{ης} γενιάς τριών τεμαχίων ενδομοσχεύματος (Treovance® stent-graft) κατά την ενδοαυλική αντιμετώπιση ΑΚΑ σε ποικίλες περιπτώσεις αλλαγής του λόγου μήκους κυρίως σώματος/μήκους λαγονίων σκελών (δυνάμεις μετατόπισης που δρουν στο ενδομόσχευμα) και
 - (5) την αιμοδυναμική συμπεριφορά θωρακοκοιλιακών ενδομοσχευμάτων με πλάγιους κλάδους, σε διάφορες χωροταξικές θέσεις των τελευταίων.
- Έχουν ολοκληρωθεί και δημοσιευτεί σε συνεργασία με Αγγ/κή Κλινική της Αθήνας
 - (1) κλινική έρευνα που αφορά τα αποτελέσματα από την τοποθέτηση ενός νέου ενδομοσχεύματος (Aorfix™) για την ενδοαγγειακή αντιμετώπιση υπονεφρικών ΑΚΑ σε ασθενείς με “εχθρική” αορτολαγόνιο ανατομία (γωνιώση κεντρικού αυχένα >60° ή/και σοβαρή ελίκωση-γωνιώση των λαγονίων αρτηριών)
 - (2) κλινική έρευνα που αφορά τα αποτελέσματα από την διαδερμική τοποθέτηση ενδομοσχευμάτων για την αντιμετώπιση ΑΚΑ.

- Έχει επίσης ολοκληρωθεί και δημοσιευτεί σε συνεργασία με Αγγκή Κλινική του εξωτερικού (Manchester), συγκριτική κλινική έρευνα που αφορά την ενδοαγγειακή αντιμετώπιση υπονεφρικών ΑΚΑ με δυο τύπους ενδομοσχευμάτων (Endurant vs Zenith).
- Έχει ολοκληρωθεί και δημοσιευτεί σε συνεργασία με Αγγ/κή Μονάδα της Θεσσαλονίκης,
 - (1) μεγάλη κλινική μελέτη που διερεύνει τυχόν διαφορές από την εφαρμογή σε υπονεφρικά ΑΚΑ, μιας νέας διχαλωτής ενδοπρόθεσης (Endurant™ I) σε ασθενείς με “φιλική” και “εχθρική” ανατομία της υπονεφρικής αορτής, και
 - (2) κλινική μελέτη που ανέλυσε τα αποτελέσματα από την άμεση εφαρμογή ενδοαγγειακών τεχνικών σε ασθενείς που προσέρχονται με αγγειακό τραύμα και αιμορραγικό shock.



(1) Συνεργασία Αγγειοχειρουργικής Κλινικής Δ.Π.Θ. με άλλα Πανεπιστήμια/Αγγειοχειρουργικά κέντρα



(2) Συνεργασία Αγγειοχειρουργικής Κλινικής Δ.Π.Θ. με άλλα Πανεπιστήμια/Αγγειοχειρουργικά κέντρα

- Έχει ολοκληρωθεί ερευνητική μελέτη των άσηπτων φλεγμονωδών αντιδράσεων και των διαταραχών των φλεγμονωδών παραγόντων που εμφανίζονται κατά και μετά την ενδοαγγειακή αποκατάσταση των υπονεφρικών ΑΚΑ. Για την ίδια επίσης αορτική παθολογία έχει ολοκληρωθεί πρόσφατα (2010 μέχρι 2018) ένα ερευνητικό πρωτόκολλο που θα διερευνήσει πιθανούς συσχετισμούς της ενδοδιαφυγής μετά από ενδοαγγειακή αποκατάσταση υπονεφρικών ΑΚΑ και των διαταραχών του συνδετικού ιστού τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά (έχει υποβληθεί για κρίση).

■ Συμμετοχή στη συγγραφή Ελληνικού επιστημονικού βιβλίου

- ❑ Ν. Μπέσιας, Γ. Γεωργιάδης
A-V shunt για χρόνια αιμοκάθαρση
Βιβλίο μετεκπαιδευτικών μαθημάτων Αγγειοχειρουργικής (σειρά 1996-1997), σελ. 415-420
- ❑ Γ. Γεωργιάδης
Αρτηριο-Φλεβικές Επικοινωνίες: Μολύνσεις συνθετικών υποκατάστατων
ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΟΙ ΜΟΛΥΝΣΕΙΣ ΤΩΝ ΣΥΝΘΕΤΙΚΩΝ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΩΝ ΤΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ ΚΑΙ Η ΤΑΚΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥΣ Έκδοση Αγγειοχειρουργικού Τμήματος Κωνσταντοπούλειο ΓΝ Ν. Ιωνίας Αγία Όλγα, σελ. 113-127, Αθήνα 2003
- ❑ Μ. Λαζαρίδης, Α. Γιαννούκας, Γ. Γεωργιάδης
“Αγγειακές προσπελάσεις” σε νεφροπαθείς τελικού σταδίου
Στο: Αθανάσιος Γιαννούκας, Μιλτιάδης Λαζαρίδης Επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης. ABC των Αρτηριακών και Φλεβικών Παθήσεων (Πρωτότυπη έκδοση στην Αγγλική γλώσσα: Richard Donnelly, Nick J M London, Editors. ABC of Arterial and Venous Disease). Athens: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνος Α.Ε., 2009. p. 81-83.
[πιστοποιητικό № E1]
- ❑ Γ. Γεωργιάδης Ε. Γεωργακαράκος, Ν. Παπάνας
Πόσο συχνή είναι η αρτηριακή θρόμβωση;
ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ Έκδοση του Ινστιτούτου Αγγειακών παθήσεων
σελ. 34-38, Ιωάννινα 2011
- ❑ Γ. Γεωργιάδης Ε. Γεωργακαράκος, Ν. Παπάνας
Προφύλαξη για αρτηριακή θρόμβωση
ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ Έκδοση του Ινστιτούτου Αγγειακών παθήσεων
σελ. 59-62, Ιωάννινα 2011
(τα αντίστοιχα πιστοποιητικά είναι στη διάθεση των εισηγητών-εκλεκτόρων εάν ζητηθούν)

■ Συμμετοχή στη συγγραφή ή μετάφραση ξενόγλωσσου επιστημονικού βιβλίου

- ❑ Miltos K. Lazarides, George S. Georgiadis
Redo surgery for failing and failed haemodialysis accesses
In: Geroulakos G, Reddy D, Editors. Reinterventions in Vascular and Endovascular Surgery. Athens: P.M.P Paschalidis Medical Publications, 2008. p. 127-133.
[πιστοποιητικό № E2]
cited by: Georgiadis GS, Antoniou GA, Lazarides MK. Optimal management of upper limb venous aneurysms in association with a vascular access. In: Piergiorgio C, Giannoukas AD, Moll FL, Veller M editors. Vascular aneurysms. University of Thessaly Press, 2009 p. 399-412
- ❑ Theodossios P. Perdikides, Efthimios Avgerinos, Vasilios Tzilalis, Nikolaos Bessias, George Georgiadis, Konstantinos Lagios
Endograft fixation on the aortic bifurcation for better stability. Composite endoprosthesis
In: Theodossios P. Perdikides, Wolf J. Stelter, Frank J, Veith, Geoffrey H. White, Editors. Advances in Endovascular Management of Abdominal Aortic Aneurysms. Athens: P.M.P Paschalidis Medical Publications, 2009. p. 119-125.
[πιστοποιητικό № E3]
- ❑ Miltos Lazarides, George Antoniou, George Georgiadis, Athanasios Giannoukas
Lower extremity vascular access
In: Jan Tordoir, Editor. Vascular Access. Turin: Edizioni Minerva Medica, 2009. p. 115-125.
[πιστοποιητικό № E4]
- ❑ Lazarides MK, Nikolopoulos E, Georgiadis GS
Popliteal artery aneurysms: the advantages of open surgical repair
In: Piergiorgio C, Giannoukas AD, Moll FL, Veller M, Editors. Vascular Aneurysms. Volos-Greece: University of Thessaly Press, 2009. p. 355-361.
[πιστοποιητικό № E5]
- ❑ Georgiadis GS, Antoniou GA, Lazarides MK
Optimal management of upper limb venous aneurysms in association with a vascular access
In: Piergiorgio C, Giannoukas AD, Moll FL, Veller M, Editors. Vascular Aneurysms. Volos-Greece: University of Thessaly Press, 2009. p. 399-412.
[πιστοποιητικό № E6]

- ❑ Miltos Lazarides, George Georgiadis, Evangelos Nikolopoulos
Surgical intervention for vascular access infection
In: Jan Tordoir, Editor. Best practice in vascular access. Turin: Edizioni Minerva Medica, 2010. p. 151-159.
[πιστοποιητικό № E7]
- ❑ George A. Antoniou, George S. Georgiadis
Role of Matrix Metalloproteinases and Aortic Wall Degradation in Abdominal Aortic Aneurysms
In: Vascular Access. Turin: Edizioni Minerva Medica, 2010. p. 151-159. E.A. Gabriel, S.A. Gabriel, Editors. Inflammatory Response in Cardiovascular Surgery. London: Springer-Verlag, 2013. In press. DOI 10.1007/978-1-4471-4429-8_7
[πιστοποιητικό № E8]
- ❑ Efstratios Georgakarakos, Antonios Xenakis, George S. Georgiadis, Konstantinos Kapoulas, Evangelos Nikolopoulos, Miltos Lazarides
Studying the Flow Dynamics Within Endografts in Abdominal Aortic Aneurysms
In: Aneurysms, 2012. p. 151-168. Yasuo Murai (Ed). <http://www.intechopen.com/books>. InTech, DOI: 10.5772/46034.
[πιστοποιητικό № E9]
- ❑ Γεώργιος Σ. Γεωργιάδης, Χρήστος Αργυρίου
Αρχές Χειρουργικής. Θεωρία και Πράξη (3^η Ελληνική έκδοση, Copyright 2018, ISBN: 978-960-583-153-0)
Επιμέλεια-μετάφραση του 21^{ου} κεφαλαίου: Αγγειακή και ενδαγγειακή χειρουργική (A.W. Bradbury, T.J. Cleveland) (Πρωτότυπη έκδοση στην Αγγλική γλώσσα: O. James Garden, Andrew W. Bradbury, John L. R. Forsythe, Rowan W. Parks, Editors. Principles of Surgery. 6th edition). Athens: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνος Α.Ε., 2018. p. 356-391.
[πιστοποιητικό № E10]

■ **Συμμετοχή σε 7/μελείς εξεταστικές επιτροπές διδακτορικών διατριβών που έχουν περατωθεί:**

1. Πατέρας Δ. Ιωάννης: “Εκτίμηση κόστους-αποτελεσματικότητας της ενδαγγειακής αποκατάστασης του ανευρύσματος της κοιλιακής αορτής” [(Βαθμός “ΑΡΙΣΤΑ”, 07/02/2011)(EKT DOI: 10.12681/eadd/27312)(Ορισμός 7/μελούς εξεταστικής επιτροπής: Αριθ. Πρωτ. 516, 04-11-2010)].
2. Αντωνίου Γεώργιος: “Επιπολασμός ανευρυσμάτων κοιλιακής αορτής σε ασθενείς με κήλες του κοιλιακού τοιχώματος και ο ρόλος των μεταλλοπρωτεϊνών σαν κοινός παθογενετικός μηχανισμός διαταραχής του συνδετικού ιστού” [(Βαθμός “ΑΡΙΣΤΑ”, 09/03/2011)(EKT DOI: 10.12681/eadd/25579)(Ορισμός 7/μελούς εξεταστικής επιτροπής: Αριθ. Πρωτ. 2211, 08-03-2011)].
3. Σκούτας Π. Δημήτριος: “Σακχαρώδης Διαβήτης: νευροπαθητικά και ισχαιμικά έλκη κάτω άκρων. Παθογένεια-Συμβολή στην αντιμετώπιση και εξέλιξη” (Βαθμός “ΑΡΙΣΤΑ”, 2011)(Ορισμός 7/μελούς εξεταστικής επιτροπής: Αριθ. Πρωτ. 2211, 07-10-2010).
4. Καμβύσης Γ. Δημήτριος: “Μελέτη των ελαστικών ιδιοτήτων της αορτής και της συνακόλουθης εμφάνισης υπέρτασης σε νεαρούς ασθενείς με τοποθέτηση θωρακικού ενδαγγειακού μοσχεύματος λόγω τραυματικής ρήξης” [(Βαθμός “ΑΡΙΣΤΑ”, 2013)(EKT DOI: 10.12681/eadd/29337)].
5. Λειβαδίτης Στ. Κωνσταντίνος: “Η επίδραση της τακτικής παρακολούθησης στην επιβίωση των αρτηριοφλεβικών (ΑΦ) προσπελάσεων σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς” (Βαθμός “ΑΡΙΣΤΑ”, 11-01-2018).

■ **Μέλος 3/μελούς συμβουλευτικής επιτροπής διδακτορικών διατριβών που έχουν περατωθεί:**

Αργυρίου Χρήστος: “Μελέτη των χαρακτηριστικών του σφυγμικού κύματος και άλλων αιμοδυναμικών παραμέτρων του καρδιαγγειακού συστήματος στην απόφραξη της υπονεφρικής κοιλιακής αορτής” (Βαθμός “ΑΡΙΣΤΑ”, Φεβρουάριος 2017).

■ **Μέλος 3/μελούς συμβουλευτικής επιτροπής διδακτορικών διατριβών υπό εκπόνηση:**

Καπούλας Κωνσταντίνος: “Ανευρύσματα σε αγγειακές προσπελάσεις: μακροπρόθεσμα αποτελέσματα της χειρουργικής και επεμβατικής αντιμετώπισης” (Ορισμός 3/μελούς εξεταστικής επιτροπής: Αριθ. Πρωτ. 3025, 10-03-2010).

■ **Επιβλέπων καθηγητής 3/μελούς συμβουλευτικής επιτροπής διδακτορικών διατριβών υπό εκπόνηση:**

1. Σχορετσανίτης Νικόλαος: “Μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα αποτελέσματα από τη χρήση του ενδομοσχεύματος Endurant® στην ενδοαυλική αντιμετώπιση ανευρυσμάτων της κοιλιακής αορτής” [ΕΣ2/05-04-2012, ορισμός 3/μελούς επιτροπής: 31-05-2012 (αρ. 2772)]. Εγκρίθηκε 2/ετής παράταση.
2. Τασοπούλου Καλλιόπη-Μαρία: “Μοριακή μελέτη των μικρών ανευρυσμάτων κοιλιακής αορτής και αναζήτηση βιοδεικτών για την ανευρυσματική νόσο της κοιλιακής αορτής” (ΔΠΘ/ΤΙΑΤΡ/13378/989/01-11-2018, ΕΣ10/05/24-10-2018).

■ **Επιβλέπων καθηγητής μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας που έχει περατωθεί (ΠΜΣ στη Βιοηθική):**

Ρήγα Α. Χαρίκλεια: “Βαθμός γνώσης παραβάσεων δεοντολογίας στις επιστημονικές δημοσιεύσεις σε ειδικευόμενους ιατρούς” (2018).

■ **Συμμετοχή σε Ελληνικές Επιστημονικές εταιρείες:**

1. Ελληνική Αγγειοχειρουργική Εταιρεία (από το 1996)

2. Ελληνική Αγγειολογική Εταιρεία (από το 2000)
3. Ιατρική Εταιρεία Θράκης (από το 2003)
4. Χειρουργική Εταιρεία Βορείου Ελλάδος (από το 2001)

■ Κριτής (Reviewer) σε Επιστημονικά περιοδικά Index Medicus

- ☐ *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, Eur J Vasc Endovasc Surg* (13 Review)
 - ☐ *Journal of Vascular and Interventional Radiology, JVIR* (4 Review)
 - ☐ *Journal of Endovascular Therapy, J Endovasc Ther* (3 Review)
 - ☐ *Vascular and Endovascular Surgery, Vasc Endovasc Surg* (3 Review)
 - ☐ *Hemodialysis International, Hemodial Int* (2 Review)
 - ☐ *Nephrology Dialysis Transplantation, Nephrol Dial Transplant* (1 Review)
 - ☐ *Archives of Medical Research, Arch Med Res* (1 Review)
 - ☐ *Medical Science Monitor, Med Sci Monit* (1 Review)
 - ☐ *American Journal of Kidney Diseases, AJKD* (1 Review)
 - ☐ *Journal of Medical Case Reports, J Med Case Reports* (1 Review)
 - ☐ *Journal of Biomechanics, J Biomechanics* (1 Review)
 - ☐ *BiomedCentral Surgery, BMC Surgery* (1 Review)
 - ☐ *Computational and Mathematical Methods in Medicine, Comput Math Methods Med* (1 Review)
 - ☐ *Acta Radiologica, Acta Radiol* (1 Review)
 - ☐ *Vascular, Vascular*, (1 Review)
 - ☐ *Expert Review of Medical Devices, Expert Rev Med Devices* (1 Review)
 - ☐ *Cardiovascular Journal of South Africa, Cardiovasc J Afr* (1 Review)
 - ☐ *International Journal of Vascular Medicine, Int J Vasc Med* (1 Review)
 - ☐ *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* (1 Review)
 - ☐ *Journal of International Medical Research, J Int Med Res* (1 Review)
 - ☐ *Hellenic Journal of Vascular and Endovascular Surgery, HJVES* (1 Review)
- (τα αντίστοιχα πιστοποιητικά είναι στη διάθεση των εισηγητών-εκλεκτόρων εάν ζητηθούν)

■ Συνεκδότης/Μέλος Συντακτικής Ομάδας περιοδικού

- ☐ Hellenic Journal of Vascular and Endovascular Surgery, HJVES
Associate Editor: George S. Georgiadis (Section: Vascular Access)
(Editor-in-Chief: Prof. Miltiadis Matsagkas)
- ☐ International Journal of Lower Extremity Wounds, IJLEW
Associate Editor: George S. Georgiadis
(Editor-in-Chief: Prof. Nikolaos Papanas)

■ Πλήρεις εργασίες δημοσιευμένες στην Αγγλική: 181 (4 in press articles)

Επιστημονικά περιοδικά με κριτές που συμπεριλαμβάνονται στο INDEX MEDICUS:
177 (including 2 commentaries not shown in PubMed)

■ Πλήρεις εργασίες δημοσιευμένες στην Ελληνική: 23

- ☐ Ελληνικά επιστημονικά περιοδικά με κριτές: 8
- ☐ Πλήρεις δημοσιευμένες εργασίες σε τόμους πρακτικών-βιβλίων: 15

■ Ανακοινώσεις σε Διεθνή συνέδρια: 47

■ Ανακοινώσεις σε Ελληνικά Συνέδρια: 67

■ Λειτουργία Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών: 1

Έχει ήδη ξεκινήσει το Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών με τίτλο “ΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ”

Διευθυντής προγράμματος: Γεώργιος Σ. Γεωργιάδης, Αναπληρωτής Καθηγητής ΔΠΘ
Αριθμ. Απόφ. 79/57/24-04-2018 (διάρκεια: 2 διδακτικά εξάμηνα, συνολική διάρκεια: 5 έτη)
ΦΕΚ 3730/31-08-2018, τ.Β’

Έναρξη του ΠΜΣ: Μάρτιος 2019

[ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ “ΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ” ΕΙΝΑΙ Η ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ, ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΕΔΙΟ ΤΩΝ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΕΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ. ΣΚΟΠΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΕΙΝΑΙ Η ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΜΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΞΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΩΝ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΤΩΝ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΕΩΝ (ΥΒΡΙΔΙΚΩΝ, ΣΥΝΘΕΤΩΝ ΚΑΙ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΩΝ) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ]

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΔΗΜΟΚΡΕΙΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΡΑΚΗΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ
6th km ALEXANDROUPOLIS-
MAKRIS
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ



HELLENIC REPUBLIC
DEMOCRITUS UNIVERSITY OF
THRACE
UNIVERSITY CAMPUS
6th km ALEXANDROUPOLIS-
MAKRIS
GR 681 00 ALEXANDROUPOLI
SCHOOL OF MEDICINE
SECRETARIAT

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

Προς
Το Γραφείο μεταπτυχιακών σπουδών

Κοινοποίηση

- Δομή Απασχόλησης και Σταδιοδρομίας Δ.Π.Θ.
- Διεύθυνση Ακαδημαϊκών Θεμάτων
- Αναπληρωτή Καθηγητή κ. Γεώργιο Γεωργιάδη

ΘΕΜΑ: Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για συμμετοχή στο
Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών με τίτλο «Αγγειακές
Προσπελάσεις σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια τελικού
σταδίου»

Η Συνέλευση του Τμήματος Ιατρικής στην αριθ. 2/30 Οκτωβρίου
2018 συνεδρίασε της, αφού έλαβε υπόψη:

1. Την αριθ. 78/57/24-4-2018 Απόφαση της Συγκλήτου του Δ.Π.Θ.
(ΦΕΚ 2670/Β/6-7-2018) «Έγκριση επανίδρυσης Προγράμματος
Μεταπτυχιακών Σπουδών με τίτλο «Αγγειακές Προσπελάσεις σε
ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου»
2. Τις διατάξεις του άρθρου 34 του Ν. 4485/2018 (114 Α')
3. Την αριθ. 79/57/24 Απριλίου 2018 Απόφαση της Συγκλήτου του
Δ.Π.Θ. (ΦΕΚ 3730/Β/31-8-2018) «Έγκριση του Κανονισμού του
Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών με τίτλο: «Αγγειακές
προσπελάσεις σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου»
του Τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του
Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης».

Πληροφορίες
Τηλ.: 25510/30900
Fax: 25510/30922
E-mail: secr@med.duth.gr

Information
tel: +3025510/30900
fax: +3025510/30922
E-mail

5. Το αριθ. ΔΠΘ/ΤΙΑΤΡ/4205/317/20-9-2018 έγγραφο του
Αναπληρωτή Καθηγητή κ. Γεώργιο Γεωργιάδη

αποφάσισε να εγκρίνει τη συνημμένη πρόσκληση εκδήλωσης
ενδιαφέροντος για συμμετοχή στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
με τίτλο «Αγγειακές προσπελάσεις σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια
τελικού σταδίου».

Ο Πρύτανης
Μιχαήλ Σ. Παπακούδης
Καθηγητής Χειρουργικής

■ Συμμετοχή ως διδάσκων σε Προγράμματα Μεταπτυχιακών Σπουδών: 6 (σε ένα Επιστημονικά
Υπεύθυνος/Διευθυντής)[#]

**Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών, Χειρουργική Ήπατος-Χοληφόρων-Παγκρέατος (Αριθμ. απόφ.
76/57/24.4.2018)** (εγκεκριμένο από το ΥΠ Ε Π Θ)

Β' Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική Δ.Π.Θ (Διευθυντής: Καθηγητής Χειρουργικής κ. Κωνσταντίνος Σιμόπουλος)
ΘΕΜΑ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ: "Υποκατάστατα αγγείων και τεχνικές αναστομών στην χειρουργική του παγκρέατος και
χοληφόρων"

Ακαδημαϊκά έτη: 2012-2013, 2013-2014, 2015-2016, 2016-2017, 2017-2018

**Διακρατικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Αγγειοχειρουργική, Ενδαγγειακές Τεχνικές (ΦΕΚ Τεύχος
Β' 4499/11.10.2018, επανίδρυση)**

Αγγειοχειρουργική Κλινική Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών Π.Γ.Ν. "Αττικών" [Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής: κ.
Χρήστος Λιάπης (μέχρι το 2014) και κ. Γεώργιος Γερούλακος (μέχρι σήμερα)] σε συνεργασία με το Department of
Surgical Sciences University of Milano-Bicocca

ΘΕΜΑ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ: "Στενωμένες και ελικοειδείς λαγόνιες αρτηρίες (Ενότητα: Ενδαγγειακή αντιμετώπιση
ανευρυσμάτων αορτής: εχθρική ανατομία)"

Ακαδημαϊκά έτη: 2012-2013, 2013-2014, 2015-2016, 2016-2017, 2017-2018, 2018-2019

**Διακρατικό Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών, Υπερηχογραφική Λειτουργική Απεικόνιση για την
Πρόληψη και Διάγνωση των Αγγειακών Παθήσεων (ΦΕΚ Τεύχος Β 441/24-03-2015)**

Αγγειοχειρουργική Κλινική Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας Καθηγητής: Αθανάσιος Γιαννούκας) σε συνεργασία
με το Τμήμα Ιατρικής του Università degli Studi di Genova Ιταλίας (Professor: Domenico Palombo)

ΘΕΜΑ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ: "Τύποι αρτηριοφλεβικών επικοινωνιών (Ενότητα: αρτηριοφλεβικές επικοινωνίες)"

Ακαδημαϊκά έτη: 2015-2016, 2016-2017, 2017-2018

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών, Κλινική Χειρουργική Ανατομία (Αριθμ. απόφ. 47/57/24.4.2018)

Εργαστήριο Ανατομίας Δ.Π.Θ (Διευθυντής: Καθηγήτρια Ανατομίας: κ. Φίσκα Αλεξάνδρα)

ΘΕΜΑΤΑ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ:

1. Ανατομία και χειρουργικές/ενδαγγειακές τεχνικές αποκατάστασης της ανευρυσματικής νόσου του αορτολαγόνιου
αρτηριακού άξονα
2. Ανατομία και χειρουργικές/ενδαγγειακές τεχνικές αποκατάστασης της αποφρακτικής νόσου του αορτολαγόνιου
αρτηριακού άξονα

Ακαδημαϊκά έτη: 2016-2017, 2017-2018, 2018-2019

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών, Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια (Αριθμ. απόφ. 39/57/24.4.2018)

Πανεπιστημιακή Νευρολογική Κλινική του ΔΠΘ (Καθηγητής: κ. Κωνσταντίνος Βαδικόλιας)

ΘΕΜΑ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ: **“Ενδαρτηρική-αρτηριοπλαστική καρωτίδας”**

Ακαδημαϊκά έτη: 2016-2017, 2017-2018, 2018-2019

#Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών, Αγγειακές Προσπελάσεις σε Ασθενείς με Ανεπάρκεια Τελικού Σταδίου (Αριθμ. απόφ. 79/57/24.4.2018)(ΦΕΚ 3730/31-08-2018, τ.Β΄)

Πανεπιστημιακή Αγγειοχειρουργική Κλινική ΔΠΘ (Αναπληρωτής Καθηγητής: κ. Γεώργιος Γεωργιάδης)

ΘΕΜΑΤΑ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ (μέχρι και 5/2019):

1. Ιστορική αναδρομή στον τεχνητό νεφρό και τις πρώτες αγγειακές προσπελάσεις
 2. Είδη αυτόλογων (autogenous) αγγειακών προσπελάσεων”
 3. Είδη προσθετικών (prosthetic) αγγειακών προσπελάσεων/κατηγορίες συνθετικών αρτηριοφλεβικών μοσχευμάτων”
- Ακαδημαϊκό έτος: 2018-2019

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΕΘΝΙΚΟΝ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΝ ΑΘΗΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΙΑΝ. ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»

UNIVERSITY OF MILANO
BICOCCA, MONZA, ITALY
SCHOOL OF MEDICINE AND SURGERY
(DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA)

ΚΟΙΝΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΕΝΔΑΡΤΗΡΙΑΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ»

ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Βεβαιώνεται ότι ο Αναπληρωτής Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής κ. Γεωργιάδης Γεώργιος του Σωφρονίου, συμμετείχε ως Διδάσκων από το Ακαδημαϊκό έτος 2012-2013 έως και σήμερα στο Κοινό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Ενδαρτηρικές Τεχνικές», που διαργανώνεται από την Ιατρική Σχολή του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών σε συνεργασία με το Πανεπιστήμιο του Μιλάνου-Bicocca.

Ο Πρόεδρος της Συντονιστικής Επιτροπής

ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
ΕΠΙΘΕΤΟ ΟΝΟΜΑΤΕΡΓΑΝΟΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΙΑΝ. ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
24.03.14

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΔΗΜΟΚΡΕΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΡΑΚΗΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ
68100 ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ

HELLENIC REPUBLIC
DEMOCRITUS UNIVERSITY OF
THRACE
UNIVERSITY CAMPUS
GR 681 00 ALEXANDROUPOLI
SCHOOL OF MEDICINE
SECRETARIAT

ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Όπως προκύπτει από το αρχείο του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών του Τμήματος Ιατρικής του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης με τίτλο «Χειρουργική Ηπατος-Χοληφόρων-Παγκρέατος» και σύμφωνα με τις αριθ. 10/18-07-2013 (η απόφαση ίσχυσε και για το Ακαδημαϊκό έτος 2013-14), 1/7-10-2014, 3/24-11-2015, 2/04-10-16 και 4/19-12-2017 αποφάσεις της Γενικής Συνέλευσης Ειδικής Σύθεσης του Τμήματος, ο κ. ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ Γεώργιος είναι διδάσκων, για τα Ακαδημαϊκά έτη 2012-13, 2013-14, 2014-15, 2015-16, 2016-17 και 2017-18 στο παραπάνω Π.Μ.Σ.

Ο Πρόεδρος Τον Τμήματος

Μιχαήλ Σ. Παπακούδης
Καθηγητής Χειρουργικής



ΔΙΑΚΡΑΤΙΚΟ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
σε συνεργασία με το
UNIVERSITA' DEGLI STUDI
DI GENOVA



Αρ. Πρωτ.: 818
Λάρισα, 08/04/2019

Βεβαίωση Διδασκαλίας

Βεβαιώνεται ότι ο κ. Γεώργιος Γεωργιάδης, Αναπληρωτής Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής, του Τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης, δίδαξε τα ακαδημαϊκά έτη 2015-2016 και 2016-2017 το θέμα:

«Τύποι αρτηριοφλεβικών επικοινωνιών»

στα πλαίσια του υποχρεωτικού μαθήματος (ΜΑ07):

«Αρτηριοφλεβικές επικοινωνίες»

του Διακρατικού Διατμηματικού Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών (ΔΔΠΜΣ), μεταξύ του τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας και του Τμήματος Ιατρικής του Università degli studi di Genova Ιταλίας, με τίτλο (ΦΕΚ Β 441/24-3-2015):

«Υπερηχογραφική λειτουργική απεικόνιση για την πρόληψη και διάγνωση των αγγειακών παθήσεων» (Advanced Ultrasonic Functional Imaging and Research for Prevention and Diagnosis of Vascular Diseases).

Η βεβαίωση χορηγείται για κάθε νόμιμη χρήση.

Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος
του ΔΔΠΜΣ

Καθ. Αθανάσιος Γιαννούκας
Αθανάσιος Α. Γιαννούκας
Επιστημονικός Υπεύθυνος
Διακρατικού Διατμηματικού
Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών

Ο Πρόεδρος της Ιατρικής Σχολής
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
Αθανάσιος Α. Γιαννούκας
Αθανάσιος Α. Γιαννούκας
Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής

Καθ. Αθανάσιος Γιαννούκας

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΔΗΜΟΚΡΕΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΡΑΚΗΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ
68100 ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ



HELLENIC REPUBLIC

DEMOCRITUS UNIVERSITY OF
THRACE
UNIVERSITY CAMPUS
GR 681 00 ALEXANDROUPOLI
SCHOOL OF MEDICINE
SECRETARIAT

ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Όπως προκύπτει από το αρχείο του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Κλινική Χειρουργική Ανατομία» του Τμήματος Ιατρικής του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης και σύμφωνα με τις αριθ. 1/13-09-2016, 1/26-09-2017 και 4/18-12-2018 αποφάσεις της Συνέλευσης του Τμήματος, ο κ. ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ Γεώργιος είναι διδάσκων για τα Ακαδημαϊκά έτη 2016-17, 2017-18, και 2018-19 στο παραπάνω Π.Μ.Σ.

Ο Πρόεδρος του Τμήματος

Μιχαήλ Σ. Πιττακούδης
Μιχαήλ Σ. Πιττακούδης
Καθηγητής Χειρουργικής



ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΔΗΜΟΚΡΕΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΡΑΚΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ «ΚΛΙΝΙΚΗ - ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ»
Διευθύντρια: Αν. Καθηγήτρια Φίκα Αίκα



Αλεξ/πολη, 8-4-2019
Αρ. πρωτ. 199

ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Βεβαιώνεται ότι ο κ. Γεωργιάδης Γεώργιος Αν. Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής του Ιατρικού Τμήματος του Δ.Π.Θ., συμμετείχε από την έναρξη λειτουργίας του 1^{ου} κύκλου σπουδών στο πλαίσιο διδασκαλίας του Π.Μ.Σ. του Εργαστηρίου Ανατομίας, με τίτλο «Κλινική - Χειρουργική Ανατομία», για τα ακαδημαϊκά έτη 2016-17, 2017-18 και 2018-2019, με απόλυτη επιτυχία, αποσπώντας τα καλύτερα σχόλια από τους μεταπτυχιακούς φοιτητές.

Εκτίθουμε να συνεχισθεί η συνεργασία μας και στους επόμενους κύκλους σπουδών του Π.Μ.Σ.

Η Επιστημονική Υπεύθυνη

Αν. Καθηγήτρια Ανατομίας Αίκα Φίκα
Αν. Καθηγήτρια Ανατομίας Αίκα Φίκα

Εργαστήριο Ανατομίας, Ιατρική Σχολή Δ.Π.Θ., 7ο Κόμβο Προκλιμακίων
Πανεπιστημιούπολη, 68100, Αλεξανδρούπολη
Τ. 255 10 30539 | info@anatomy-duth.gr | www.anatomy-duth.gr

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΔΗΜΟΚΡΕΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΡΑΚΗΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ
68100 ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ



HELLENIC REPUBLIC

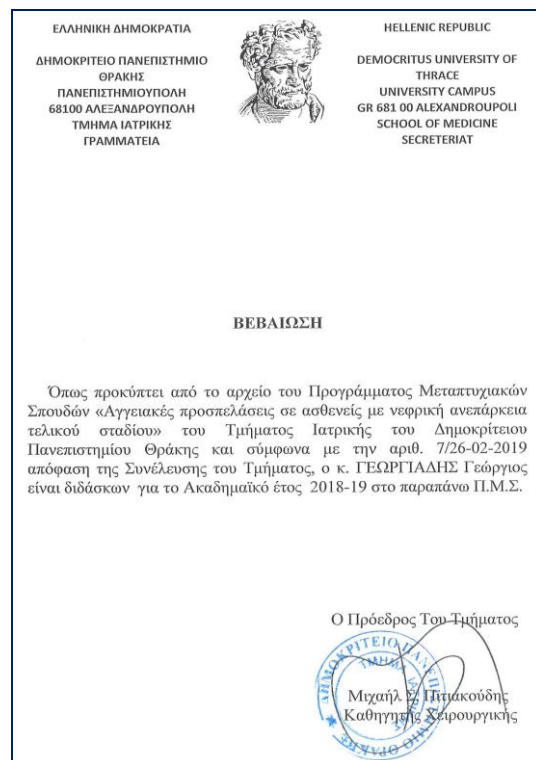
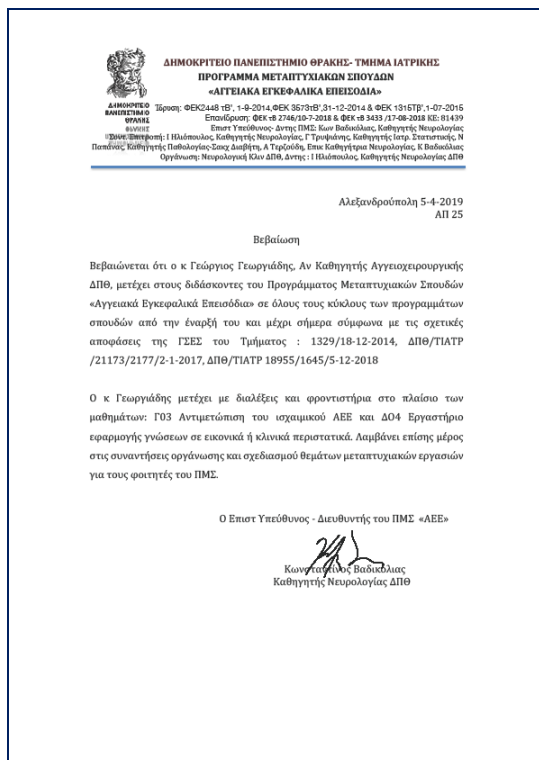
DEMOCRITUS UNIVERSITY OF
THRACE
UNIVERSITY CAMPUS
GR 681 00 ALEXANDROUPOLI
SCHOOL OF MEDICINE
SECRETARIAT

ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Όπως προκύπτει από το αρχείο του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια» του Τμήματος Ιατρικής του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης και σύμφωνα με τις αριθ. 4/16-12-2014, 5/20-12-2016 αποφάσεις της Γενικής Συνέλευσης Ειδικής Σύνθεσης και την αριθ. 2/30-10-2018 απόφαση της Συνέλευσης Ειδικής του Τμήματος, ο κ. ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ Γεώργιος είναι διδάσκων για τα αντίστοιχα Ακαδημαϊκά έτη στο παραπάνω Π.Μ.Σ.

Ο Πρόεδρος του Τμήματος

Μιχαήλ Σ. Πιττακούδης
Μιχαήλ Σ. Πιττακούδης
Καθηγητής Χειρουργικής



■ Συμμετοχή σε συμπόσια, ημερίδες, διημερίδες, συνέδρια και μεταπτυχιακά προγράμματα σπουδών ως προσκεκλημένος ομιλητής ή εκπαιδευτής: **103 (12 σε Διεθνή Συνέδρια). Σε άλλα 14 προεδρείο (3 Διεθνή Συνέδρια).**

- Χειρουργική αποκατάσταση χρόνιας μεσεντερίου ισχαιμίας**
Ν. Μπέσινας, Κ. Δερβίσης, Γ. Γεωργιάδης, Ι. Γουρνεζάκης, Ε. Κανελλόπουλος, Ν. Δουνδουλάκης
Αγγειοχειρουργική συνάντηση
Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Γ' Χειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο ΝΘΑ, ΣΩΤΗΡΙΑ
- Χρόνια φλεβική ανεπάρκεια-Φλεβική θρόμβωση**
Ημερίδα για τις φλεβικές παθήσεις
Ορεστιάδα, 17 Δεκεμβρίου 2000
- Νεώτερη αντιμετώπιση ανευρυσμάτων κοιλιακής αορτής**
- Χειρουργική καρωτίδων
Επιστημονική ημερίδα: "Χειρουργική καρδιάς-θώρακος-αγγείων: Τι νεώτερο"
Επιστημονική Επιτροπή Γ.Ν.Ν. Διδυμοτείχου
Διδυμότειχο, 17 Μαρτίου 2001
- Κιρσοί και επιπολής φλεβική θρόμβωση**
Συμπόσιο: "Φλεβικές παθήσεις: Αμφιλεγόμενα θέματα"
Αγγειοχειρουργική Κλινική Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης
Αλεξανδρούπολη, 5 Μαΐου 2001
- Προεδρείο στη συζήτηση POSTER (Αγγειολογία) στο 27° Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο**
Αθήνα, 12 Μαΐου 2001
- Αρτηριο-φλεβικές επικοινωνίες: Μολύνσεις συνθετικών υποκατάστατων**
Αγγειοχειρουργική συνάντηση: Οι μολύνσεις των συνθετικών υποκαταστάτων των αγγείων και η τακτική αντιμετώπισης τους
Αθήνα (Κωνσταντοπούλειο-Αγία όλγα ΓΝ Ν. Ιωνίας), 12 Δεκεμβρίου 2002
1° Βραβείο καλύτερης ομιλίας
- Προεδρείο στη διάλεξη "Διάγνωση και θεραπεία εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης" του Επίκουρου καθηγητή Αγγειοχειρουργικής κ. Αράπογλου στο 30° Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο**
Αθήνα, 30 Απριλίου 2004
- Χειρουργική αντιμετώπιση αποφράξεων στον αορτολαγόνιο άξονα**
"Συχνά επαναλαμβανόμενες λανθασμένες διαγνωστικές και θεραπευτικές πρακτικές"

Σχολιασμός ενδιαφέροντων περιστατικών

Μονοθεματική επιστημονική συνάντηση: Αποφρακτική αρτηριοπάθεια κάτω άκρων
Αλεξανδρούπολη, 15 Μαΐου 2004

9. Ανατομική αρτηριών άνω και κάτω άκρων

Μετεκπαιδευτικά μαθήματα στους υπερίχους των αγγείων (Από την Ελληνική Αγγειοχειρουργική Εταιρεία)
Αθήνα (Κωσταντοπούλιο Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας), 4-5 Φεβρουαρίου 2006

10. Πρακτική άσκηση/workshop αγγειοχειρουργικών τεχνικών

Αγγειοχειρουργική ημερίδα με πρακτική άσκηση σε προπλάσματα
Θεματολογία:

- **Ενδαρτηρεκτομή καρωτίδος** (Γ. Γεωργιάδης, Μ. Λαζαρίδης)
- **Μηροπεριφερική παράκαμψη** (Γ. Γεωργιάδης, Μ. Λαζαρίδης)

Αλεξανδρούπολη, 17 Ιουνίου 2006

11. Συντηρητική αγωγή στη χρόνια φλεβική ανεπάρκεια

Αγγειοχειρουργική ημερίδα με πρακτική άσκηση σε προπλάσματα (Συμμετοχή της Ελληνικής Φλεβικής Εταιρείας)
Αλεξανδρούπολη, 17 Ιουνίου 2006

12. Διαγνωστική προσέγγιση της ΠΑΝ: Συμπτωματολογία και κλινική εξέταση

Κλινικό φροντιστήριο: Περιφερική αρτηριακή νόσος (ΠΑΝ): ώρα για δράση
(Υπο την αιγίδα της Ελληνικής Αγγειοχειρουργικής Εταιρείας)
Αλεξανδρούπολη, 12 Μαΐου 2007

13. Φαρμακευτική θεραπεία στη χρόνια φλεβική ανεπάρκεια

2^ο Συμπόσιο Αγγειοχειρουργικής-Αγγειολογίας (Με Διεθνή Συμμετοχή)
(Υπο την αιγίδα της Ελληνικής Αγγειοχειρουργικής, Αγγειολογικής και Φλεβολογικής Εταιρείας)
Λάρισα, 1-3 Ιουνίου 2007

Στο ίδιο Συμπόσιο Ειδικός Σχολιαστής στις πιο κάτω Στρογγυλές Τράπεζες:

- Πρόοδοι στην συντηρητική αντιμετώπιση της Αθηροθρόμβωσης
- Πρόοδοι στην αντιμετώπιση των φλεβικών κίρσων των κάτω μελών & 2 επεμβάσεις σε απ' ευθείας μετάδοση από το χειρουργείο του ΠΓΝ Λάρισας

14. Ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής

Μεταπτυχιακό εκπαιδευτικό πρόγραμμα της Παν/κής Αναισθησιολογικής Κλινικής:
Ακαδημαϊκά θέματα πέρα από τη ρουτίνα της κλινικής πράξης
Αλεξανδρούπολη, 20 Ιουνίου 2007

15. Γράμματα στον εκδότη, άρθρα σύνταξης, κατευθυντήριες οδηγίες

Σεμινάριο Αγγειοχειρουργικής: Ακαδημαϊκά θέματα πέρα από τη ρουτίνα της κλινικής πράξης
Αλεξανδρούπολη, 18 Οκτωβρίου 2007

16. Όγκος καρωτιδικού σωματίου σε καρίτσι 13 ετών

Αγγειοχειρουργική συνάντηση: "Ιδιαίτερες περιπτώσεις και επιπλοκές στην ενδοαγγειακή και κλασσική
Αγγειοχειρουργική"
Αθήνα (Κωνσταντοπούλειο-Αγία όλγα ΓΝ Ν. Ιωνίας), 20 Οκτωβρίου 2007

17. Κακώσεις αγγείων

6^ο Ορθοπαιδικό συμπόσιο "Ο πολυτραυματίας ασθενής"
Αλεξανδρούπολη, 30 Νοεμβρίου-2 Δεκεμβρίου 2007

18. Surgical planning workshop[†]

Annual Course of the Vascular Access Society (VAS). Evidence based access surgery
Alexandroupolis, Greece, 18-19 April, 2008

[†]Two presentations

19. Co-chair in the XXIII World Congress of the International Union of Angiology workshop[‡]

[‡]During the Oral Presentation session entitled "Access Surgery"
Athens, Greece, 21-25 June 2008

20. Προεδρείο στην επιστημονική νοσηλευτική διημερίδα "Η νοσηλευτική σήμερα: εξέλιξη και πρόκληση" στη στρογγυλή τράπεζα με θέμα "Το διαβητικό πόδι"

Αλεξανδρούπολη, 17 και 18 Οκτωβρίου 2008

21. "Χειρουργική τεχνική (Αορτο-μονό μόσχευμα & μηρο-μηριαία παράκαμψη). Ενδείξεις-Βατότητα"

Αγγειοχειρουργική συνάντηση "Ενδαγγειακή αντιμετώπιση ανευρυσμάτων κοιλιακής αορτής-5/ετής εμπειρία στην Ελλάδα"
Αθήνα (Κωνσταντοπούλειο-Αγία όλγα ΓΝ Ν. Ιωνίας), 25 Οκτωβρίου 2008

22. **“Μετεγχειρητική παρακολούθηση ασθενών μετά από EVAR με CT και US”**
Ημερίδα Αγγειοχειρουργικής Εταιρείας “Ενδαυλική αποκατάσταση ανευρυσμάτων κοιλιακής αορτής”
Αθήνα, 24 Ιανουαρίου 2009
23. **Optimal management of upper limb venous aneurysms in association with a vascular access**
Advances and controversies in the management of vascular aneurysms
LIVES2009, Larissa International Vascular Endovascular Symposium
Larissa, Greece, 29-31 May, 2009
24. **The open procedure. Inflammatory AAA**
An update to abdominal aortic aneurysms
IVEC2009, Ioannina Vascular Endovascular Course
Ioannina, Greece, 6 & 7 Nov, 2009
25. **False aneurysms in a-v fistulae and grafts**
Controversies in vascular access (Round table VII)
12^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειολογίας-Αγγειοχειρουργικής (Με Διεθνή συμμετοχή)
Αθήνα, 21-24 Ιανουαρίου, 2010
26. **False aneurysms in a-v fistulae and grafts**
LIVE2010, 1^ο Περιφερειακό Συνέδριο Αγγειολογίας-Αγγειοχειρουργικής (Με Διεθνή συμμετοχή)
Κέρκυρα, 27-30 Μαΐου, 2010
27. **Σχόλιασμός στρογγυλής τράπεζας με θέμα “Φλεβική ανεπάρκεια κάτω άκρων”**
Αγγειοχειρουργική διημερίδα Αχαϊκές χειρουργικές ημέρες
Πάτρα, 27 και 28 Μαρτίου 2010
28. **Ανευρυσματική νόσος της καρωτίδας-αντιμετώπιση**
Αγγειοχειρουργική συνάντηση “Καρωτιδική νόσος: Διαγνωστική προσπέλαση-Ενδείξεις. Κλασσική ή Ενδοαγγειακή προσπέλαση”
Αθήνα (Κωνσταντοπούλειο-Αγία όλγα ΓΝ Ν. Ιωνίας), 27 Νοεμβρίου 2010
29. **Εκπαιδευτής για την ενδαρτηρεκτομή της καρωτίδας στα πλαίσια του LIVES 2011**
LIVE2011 (Leading Innovation in Vascular and Endovascular Surgery)
Χαλκιδική, 5-8 Μαΐου 2011
30. **Τραύματα περιφερικών αγγείων**
Μετεκπαιδευτικό πρόγραμμα Αγγειοχειρουργικής Κλινικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
Λάρισα, 25 Μαΐου 2011
31. **Η συμβολή της Αγγειοχειρουργικής: παρακαμπτήριες επεμβάσεις**
Διαβητικό πόδι: έλκη στα κάτω άκρα-πρόληψη ακρωτηριασμών
Αλεξανδρούπολη, 21 & 22 Οκτωβρίου 2011
32. **Τι είναι η περιφερική αρτηριακή νόσος και πως αντιμετωπίζεται**
Ημερίδα για το κοινό στα πλαίσια της 10^{ης} Πανελλήνιας διημερίδας: Διαβητικό πόδι: έλκη στα κάτω άκρα-πρόληψη ακρωτηριασμών
Αλεξανδρούπολη, 23 Οκτωβρίου 2011
33. **Πόσο συχνή είναι η αρτηριακή θρόμβωση**
1^ο Εκπαιδευτικό σεμινάριο στη θρόμβωση και την αντιθρομβωτική αγωγή
Ιωάννινα, 4 & 5 Νοεμβρίου 2011
34. **Προφύλαξη για αρτηριακή θρόμβωση**
1^ο Εκπαιδευτικό σεμινάριο στη θρόμβωση και την αντιθρομβωτική αγωγή
Ιωάννινα, 4 & 5 Νοεμβρίου 2011
35. **Ενδιαφέρουσες περιπτώσεις στην Αγγ/κή**
Πρόγραμμα Μαθημάτων της Ελληνικής Εταιρείας Αγγειακής και Ενδοαγγειακής Χειρουργικής 2011-2012
2 Φεβρουαρίου 2012 (με τη χρήση διαδικτύου)
36. **Επιπολής φλεβική θρόμβωση. Κρύβει κινδύνους;**
13^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειακής και Ενδοαγγειακής Χειρουργικής
Αθήνα, 22-24 Μαρτίου 2012
37. **Experience from popliteal artery injury in knee dislocation**
“The art of surgery today. The last supper” (organized by the International Collage of Surgeons)
Thessaloniki, 4-5 May 2012

- 38. Managing the complications and salvaging the access (MASTERCLASS, Vascular access)**
LIVE 2012 (Leading Innovative Vascular Education)-(organized by the Institute of Vascular Diseases [IVD Greece] in collaboration with the Stony Brook University [Medical Center, New York, USA])
Alexandroupolis, 24-27 May 2012
- 39. Τραυματικές αγγειακές βλάβες**
Εκπαιδευτικό Σεμινάριο “Κακώσεις - Κατάγματα Κάτω Άκρων” (οργάνωση από την Παν/κή Ορθοπεδική Κλινική του ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης)
ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης, 29 Ιουνίου - 1 Ιουλίου 2012
- 40. Επιδημιολογία και διάγνωση της αρτηριακής θρόμβωσης**
2^ο Εκπαιδευτικό σεμινάριο στη θρόμβωση και την αντιθρομβωτική αγωγή
Ιωάννινα, 9 & 10 Νοεμβρίου 2012
- 41. Επιδημιολογία και διάγνωση της αρτηριακής θρόμβωσης**
3^ο Εκπαιδευτικό σεμινάριο στη θρόμβωση και την αντιθρομβωτική αγωγή
Αθήνα, 8 & 9 Φεβρουαρίου 2013
- 42. Late open conversion after endovascular aorticaneurysm repair with the Ovation endograft**
LIVE2013 (Leading Innovative Vascular Education)-(organized by the Institute of Vascular Diseases [IVD Greece] in collaboration with the Stony Brook University [Medical Center, New York, USA])
Thessaloniki, 23-25 May 2013
- 43. Οξεία αρτηριακή θρόμβωση στην περιφερική κυκλοφορία**
4^ο Εκπαιδευτικό σεμινάριο στη θρόμβωση και την αντιθρομβωτική αγωγή (στα πλαίσια του Διεθνούς Αγγειοχειρουργικού Συνεδρίου “XXIII Mediterranean Congress of Angiology and Vascular Surgery [MLAVS 2013], Volos- Greece, 4 & 5 Oct 2013)
Βόλος, 4 & 5 Οκτωβρίου 2013
- 44. Οξεία αρτηριακή θρόμβωση στην περιφερική κυκλοφορία (Ενότητα: Τι πρέπει να γνωρίζουμε για την αρτηριακή θρόμβωση)**
5^ο Εκπαιδευτικό σεμινάριο στη θρόμβωση και την αντιθρομβωτική αγωγή
Αλεξανδρούπολη 14 & 15 Φεβρουαρίου 2014
- 45. Τροποποίηση της αντιπηκτικής αγωγής στην περιεγχειρητική περίοδο (Ενότητα: Η φλεβική θρομβοεμβολική νόσος και η τροποποίηση της αντιθρομβωτικής αγωγής κατά τη διάρκεια επεμβατικών πράξεων)**
Ημερίδα αφιερωμένη στη σωστή χρήση των αντιαιμοπεταλιακών και αντιπηκτικών φαρμάκων στην καθημερινή κλινική πράξη (Οργάνωση: Ινστιτούτο Μελέτης και Εκπαίδευσης στη Θρόμβωση και την Αντιθρομβωτική Αγωγή [ΙΜΕΘΑ])
Καβάλα 28 Σεπτεμβρίου 2014
- 46. Περιφερική αρτηριακή νόσος των κάτω άκρων**
Ομιλία για το κοινό της Ξάνθης στα πλαίσια του Εθνικού Διαδημοτικού Δικτύου Υγιών Πόλεων - Προαγωγής Υγείας
Ξάνθη, 27 Νοεμβρίου 2013
- 47. Ενδοαυλική αντιμετώπιση ανευρύσματος κοιλιακής αορτής: πρέπει να γίνεται Α. όταν είναι εφικτό Β. στους ασθενείς υψηλού κινδύνου (Βήμα αντικρουόμενων απόψεων)**
14^ο Πανελλήνιο συνέδριο Αγγειακής και Ενδαγγειακής Χειρουργικής
Αθήνα, 13-16 Μαρτίου 2014
- 48. Κλινική προεγχειρητική κλινική εκτίμηση-Επιπλοκές και χειρουργική αντιμετώπιση**
“Κλινικό φροντιστήριο: Αγγειακή Προσπέλαση” (Οργάνωση: Παν/κή Νεφρολογική Κλινική του ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης στα πλαίσια του 18^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Νεφρολογίας, 13-17 Μαΐου 2014)
Αλεξανδρούπολη, 17 Μαΐου 2014
- 49. Υποκατάστατα αγγείων και τεχνικές αναστομών στη χειρουργική του παγκρέατος και χοληφόρων**
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ “ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΗΠΑΤΟΣ-ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ-ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ” ΤΗΣ Β’ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ ΔΠΘ (Καθηγητής: Κωνσταντίνος Σιμόπουλος)
Αλεξανδρούπολη, 29 Μαΐου 2014 (ακαδημαϊκό έτος 2013-2014)
- 50. Τραυματικές αγγειακές βλάβες άνω άκρου**
Εκπαιδευτικό Σεμινάριο “Κακώσεις - Κατάγματα Άνω Άκρων” (οργάνωση από την Παν/κή Ορθοπεδική Κλινική του ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης)(9 CME-CPD credits)
ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης, 22 Ιουνίου 2014
- 51. Στενωμένες και ελικωμένες λαγόνιες αρτηρίες (Ενότητα: ενδαγγειακή αντιμετώπιση ανευρυσμάτων αορτής: εχθρική ανατομία)**
ΔΙΑΚΡΑΤΙΚΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ “ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ” ΤΗΣ ΠΑΝ/ΚΗΣ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ (Καθηγητής: Χρήστος Λιάπης)
Αθήνα, 17 Οκτωβρίου 2014

52. **Υποκατάστατα αγγείων και τεχνικές αναστομώνσεων στη χειρουργική του παγκρέατος και χοληφόρων**
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ “ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΗΠΑΤΟΣ-ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ-ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ” ΤΗΣ Β’ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ ΔΠΘ (Καθηγητής: Κωνσταντίνος Σιμόπουλος)
Αλεξανδρούπολη, 25 Απριλίου 2015 (ακαδημαϊκό έτος 2014-2015)
53. **Στενωμένες και ελικομένες λαγόνιες αρτηρίες (Ενότητα: ενδαγγειακή αντιμετώπιση ανευρυσμάτων αορτής: εχθρική ανατομία)**
ΔΙΑΚΡΑΤΙΚΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ “ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ” ΤΗΣ ΠΑΝ/ΚΗΣ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ (Καθηγητής: Γεώργιος Γερουλάκος)
Αθήνα, 16 Οκτωβρίου 2015
54. **Αγγειακά τραύματα άνω θωρακικού στομίου/ωμικής-μασχαλιαίας ζώνης: 1η συνεδρία: αγγειακό τραύμα (Α)**
Επιστημονική διημερίδα: Σύγχρονα θέματα αγγειοχειρουργικής: επείγουσα αγγειοχειρουργική και καινοτομίες Αγγειακές Ημέρες Αχέπα
Θεσσαλονίκη, 11&12 Δεκεμβρίου 2015
55. **Τραυματική ρήξη-διατομή θωρακικής αορτής (Στρογγυλή τράπεζα με θέμα: Ρήξη αορτής-Παθήσεις αορτής**
Εκαπιδευτική διημερίδα: Προκλήσεις στη χειρουργική της αορτής
Αθήνα, 22&23 Ιανουαρίου 2016
56. **Επίδραση της θεωρίας του αγγειοσώματος στην στρατηγική αντιμετώπισης της κρίσιμης ισχαιμίας. Είναι πάντα ικανοποιητικά τα αποτελέσματα; [Ενότητα: περιφερική αρτηριακή νόσος (II), κρίσιμα θέματα στην αντιμετώπιση της κρίσιμης ισχαιμίας]**
15^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειολογίας-Αγγειακής και Ενδαγγειακής Χειρουργικής
Αθήνα, 31 Μαρτίου-2 Απριλίου 2016
57. **Προεδρείο στη στρογγυλή τράπεζα: διάγνωση και αντιμετώπιση της καρωτιδικής νόσου**
15^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειολογίας-Αγγειακής και Ενδαγγειακής Χειρουργικής
Αθήνα, 31 Μαρτίου-2 Απριλίου 2016
58. **Τύποι αρτηριοφλεβικών επικοινωνιών (Ενότητα: αρτηριοφλεβικές επικοινωνίες)**
ΔΙΑΚΡΑΤΙΚΟ ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ “ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ” ΤΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗΣ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ (Καθηγητής: Αθανάσιος Γιαννούκας) σε συνεργασία με το Τμήμα Ιατρικής του Università degli Studi di Genova Ιταλίας (Professor: Domenico Palombo)
Λάρισα, 15 Απριλίου 2016
59. **Υποκατάστατα αγγείων και τεχνικές αναστομώνσεων στη χειρουργική του παγκρέατος και χοληφόρων**
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ “ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΗΠΑΤΟΣ-ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ-ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ” ΤΗΣ Β’ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ ΔΠΘ (Καθηγητής: Κωνσταντίνος Σιμόπουλος)
Αλεξανδρούπολη, 13 Απριλίου 2016 (ακαδημαϊκό έτος 2015-2016)
60. **Στενωμένες και ελικομένες λαγόνιες αρτηρίες (Ενότητα: ενδαγγειακή αντιμετώπιση ανευρυσμάτων αορτής: εχθρική ανατομία)**
ΔΙΑΚΡΑΤΙΚΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ “ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ” ΤΗΣ ΠΑΝ/ΚΗΣ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ (Καθηγητής: Γεώργιος Γερουλάκος)
Αθήνα, 7 Οκτωβρίου 2016
61. **Προάγοντας νεότερες γνώσεις σε διαχρονικές αγγειακές παθήσεις: ανευρύσματα αορτής και περιφερική αρτηριακή νόσος**
Ενημερωτική εκδήλωση για το κοινό του Διδυμοτείχου στα πλαίσια του Ελληνικού Διαδημοτικού Δικτύου Υγιών Πόλεων - Προαγωγής Υγείας
Διδυμότειχο, 3 Δεκεμβρίου 2016
62. **Λοιμώξεις αγγειακών προσπελάσεων στη στρογγυλή τράπεζα: 7^η συνεδρία: αγγειοχειρουργική και λοιμωξιολογία (III)**
Διεπιστημονική Αγγειοχειρουργική, Αγγειακές Ημέρες Αχέπα
Θεσσαλονίκη, 9&10 Δεκεμβρίου 2016
63. **Προεδρείο στην 3^η συνεδρία: αγγειοχειρουργική και ογκολογία (III)**
Διεπιστημονική Αγγειοχειρουργική, Αγγειακές Ημέρες Αχέπα
Θεσσαλονίκη, 9&10 Δεκεμβρίου 2016
64. **Τύποι και επιπλοκές αρτηριοφλεβικών επικοινωνιών**
Ημερίδα Ενημέρωσης του Συλλόγου Νεφροπαθών Αλεξ/πολης “Εισαγωγή στην Εξωνεφρική Κάθαρση”
Αλεξανδρούπολη 14 Ιανουαρίου 2017
65. **Περιφερική αρτηριακή νόσος στο σακχαρώδη διαβήτη**

66. **Ενδοδιαφυγή τύπου Ib μετά από EVAR με σωληνωτά ενδομοσχεύματα σε σύνδρομο Marfan (Δορυφορικό συμπόσιο: EVAR & TEVAR Custom made Bolton program)**
“Ενδαγγειακή αντιμετώπιση ανευρυσμάτων κοιλιακής και θωρακικής αορτής” Παρουσίαση περιπτώσεων & λήψη κλινικών αποφάσεων
Λάρισα 10&11 Φεβρουαρίου 2017
67. **Υποκατάστατα αγγείων και τεχνικές αναστομών στην χειρουργική του παγκρέατος και χοληφόρων**
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ “ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΗΠΑΤΟΣ-ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ-ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ” ΤΗΣ Β΄ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ ΔΠΘ (Καθηγητής: Κωνσταντίνος Σιμόπουλος)
Αλεξανδρούπολη, 5 Απριλίου 2017 (ακαδημαϊκό έτος 2016-2017)
68. **Σχολιαστής στη στρογγυλή τράπεζα “Αντιμετώπιση ραγέντος ανευρύσματος κοιλιακής αορτής-τρέχουσα θέση” (Ενότητα: ανευρύσματα αορτής)**
16^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειολογίας-Αγγειακής και Ενδαγγειακής Χειρουργικής
Αθήνα, 3-5 Μαρτίου 2017
69. **Αντιπαράθεση: Παρέμβαση στην επιπολής μηριαία αρτηρία: Παράκαμψη (Γεωργιάδης Γ.), Αγγειοπλαστική (Σφυρόερας Γ.)**
16^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειολογίας-Αγγειακής και Ενδαγγειακής Χειρουργικής
Αθήνα, 3-5 Μαρτίου 2017
70. - **Ανατομία και χειρουργικές/ενδαγγειακές τεχνικές αποκατάστασης της ανευρυσματικής νόσου του αορτολαγόνιου αρτηριακού άξονα**
- **Ανατομία και χειρουργικές/ενδαγγειακές τεχνικές αποκατάστασης της αποφρακτικής νόσου του αορτολαγόνιου αρτηριακού άξονα**
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ “ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ” ΤΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΤΟΥ ΔΠΘ (Καθηγήτρια: Αλίκη Φίσκα)
Αλεξανδρούπολη, 12 Μαρτίου 2017
71. **Ovation stent graft (Συνεδρία VI: Ανευρύσματα κοιλιακής αορτής I)**
I.N.V.E.S.T. Meeting 2017, Improvements & news in vascular & endovascular surgery
Thessaloniki, Greece, 16&17 September 2017
72. **Στενωμένες και ελκωμένες λαγόνιες αρτηρίες (Ενότητα: ενδαγγειακή αντιμετώπιση ανευρυσμάτων αορτής: εχθρική ανατομία)**
ΔΙΑΚΡΑΤΙΚΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ “ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ” ΤΗΣ ΠΑΝ/ΚΗΣ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ (Καθηγητής: Γεώργιος Γερουλάκος)
Αθήνα, 13 Οκτωβρίου 2017
73. **Προεδρείο στην 5^η συνεδρία: Διεγχειρητικές μέθοδοι εγκεφαλοαγγειακής παρακολούθησης**
Επιστημονική εκδήλωση: Σύγχρονη αγγειοδιαγνωστική και νέες εξελίξεις στην αγγειοχειρουργική
Αγγειακές Ημέρες Αχέπα
Θεσσαλονίκη, 8&9 Δεκεμβρίου 2017
74. **Επείγουσα ανοικτή αποκατάσταση λοίμωξης διχαλωτής αορτικής πρόθεσης σε δύο περιπτώσεις με τη χρήση της μηριαίας φλέβας (Στρογγυλό τραπέζι: ανοικτή αποκατάσταση ανευρύσματος κοιλιακής-θωρακικής αορτής)**
Αντιμετώπιση ανευρυσμάτων κοιλιακής και θωρακικής αορτής: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ & ΛΗΨΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ
Αθήνα, 19-20 Ιανουαρίου 2018
75. **Ενδαγγειακή αποκατάσταση ΑΚΑ με εξατομικευμένη ενδοπρόθεση σε ασθενή που φέρει stent κοινών λαγόνιων αμφοτερόπλευρα (Δορυφορικό συμπόσιο: Custom made solutions for EVAR)**
Αντιμετώπιση ανευρυσμάτων κοιλιακής και θωρακικής αορτής: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ & ΛΗΨΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ
Αθήνα, 19-20 Ιανουαρίου 2018
76. **Διορθωτικές επεμβάσεις σε αγγειακές προσπελάσεις με την χρήση του ενδομοσχεύματος Viabahn (Δορυφορικό συμπόσιο: Gore products in advanced cases)**
Αντιμετώπιση ανευρυσμάτων κοιλιακής και θωρακικής αορτής: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ & ΛΗΨΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ
Αθήνα, 19-20 Ιανουαρίου 2018
77. **Προεδρείο στην ενότητα διαλέξεων με θέμα: Ενδαγγειακή αποκατάσταση ανευρύσματος κοιλιακής αορτής**
Αντιμετώπιση ανευρυσμάτων κοιλιακής και θωρακικής αορτής: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ & ΛΗΨΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ
Αθήνα, 19-20 Ιανουαρίου 2018

- 78. Διάλεξη: Λοιμώξεις αορτικών προθέσεων και ενδοπροθέσεων (Λοιμώξεις στην αγγειοχειρουργική)**
17^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειακής και Ενδαγγειακής Χειρουργικής-Αγγειολογίας
Θεσσαλονίκη, 15-18 Μαρτίου 2018
- 79. Προεδρείο στις ελεύθερες ανακοινώσεις: “Ιδιαίτεροι προβληματισμοί στην αγγειοχειρουργική”**
17^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειακής και Ενδαγγειακής Χειρουργικής-Αγγειολογίας
Θεσσαλονίκη, 15-18 Μαρτίου 2018
- 80. Προεδρείο στην ενότητα διαλέξεων με θέμα: “Αγγεικές προσπελάσεις”**
17^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειακής και Ενδαγγειακής Χειρουργικής-Αγγειολογίας
Θεσσαλονίκη, 15-18 Μαρτίου 2018
- 81. - Ανατομία και χειρουργικές/ενδαγγειακές τεχνικές αποκατάστασης της ανευρυσματικής νόσου του αορτολαγόνιου αρτηριακού άξονα**
- Ανατομία και χειρουργικές/ενδαγγειακές τεχνικές αποκατάστασης της αποφρακτικής νόσου του αορτολαγόνιου αρτηριακού άξονα
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ “ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ” ΤΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΤΟΥ ΔΠΘ
(Καθηγήτρια: Αλίκη Φίσκα)
Αλεξανδρούπολη, 25 Μαρτίου 2018
- 82. Υποκατάστατα αγγείων και τεχνικές αναστομών στην χειρουργική του παγκρέατος και χοληφόρων**
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ “ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΗΠΑΤΟΣ-ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ-ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ” ΤΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ ΔΠΘ (Καθηγητής: Κωνσταντίνος Σιμόπουλος)
Αλεξανδρούπολη, 18 Απριλίου 2018 (ακαδημαϊκό έτος 2017-2018)
- 83. Τύποι αρτηριοφλεβικών επικοινωνιών (Ενότητα: αρτηριοφλεβικές επικοινωνίες)**
ΔΙΑΚΡΑΤΙΚΟ ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ “ΥΠΕΡΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ” ΤΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗΣ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ (Καθηγητής: Αθανάσιος Γιαννούκας) σε συνεργασία με το Τμήμα Ιατρικής του Università degli Studi di Genova Ιταλίας (Professor: Domenico Palombo)
Λάρισα, 20 Απριλίου 2018
- 84. Συντονιστής πρόεδρος στο Medical Debate: Νόσος των καρωτίδων, αγγειοχειρουργική vs επεμβατική ακτινολογία**
1^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Φοιτητών Ιατρικής “Λεύκιππος”
Αλεξανδρούπολη, 20-22 Απριλίου 2018
- 85. Satellite meet the Experts Session: Treatment of dysfunctional AV access “The surgical treatment”**
LIVE2018 (Leading Innovative Vascular Education)-(organized by the Institute of Vascular Diseases [IVD Greece] in collaboration with the Stony Brook University [Medical Center, New York, USA])
Patras, 24-26 May 2018
- 86. Satellite Session Igiassi s.a.: Two years' experience with InCraft stent graft**
LIVE2018 (Leading Innovative Vascular Education)-(organized by the Institute of Vascular Diseases [IVD Greece] in collaboration with the Stony Brook University [Medical Center, New York, USA])
Patras, 24-26 May 2018
- 87. Satellite Session: Hot topics in vascular access: Discussion-2min comments from G. Georgiadis**
LIVE2018 (Leading Innovative Vascular Education)-(organized by the Institute of Vascular Diseases [IVD Greece] in collaboration with the Stony Brook University [Medical Center, New York, USA])
Patras, 24-26 May 2018
- 88. Μακρο-επανασυγκολλήσεις των άκρων**
2^ο Σεμινάριο μικροχειρουργικής
Αλεξανδρούπολη, 25&26 Μαΐου 2018
- 89. Προεδρείο στη 1^η Πανελλήνια εκπαιδευτική ημερίδα: Ραγέντα ανευρύσματα κοιλιακής αορτής (2^ο Μέρος: Θεωρητική εκπαίδευση)**
Αθήνα, 13 Οκτωβρίου 2018
- 90. Στενωμένες και ελικωμένες λαγόνιες αρτηρίες (Ενότητα: ενδαγγειακή αντιμετώπιση ανευρυσμάτων αορτής: εχθρική ανατομία)**
ΔΙΑΚΡΑΤΙΚΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ “ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ” ΤΗΣ ΠΑΝ/ΚΗΣ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ (Καθηγητής: Γεώργιος Γερουλάκος)
Αθήνα, 19 Οκτωβρίου 2018
- 91. ΠΑΝ: ανοικτή και υβριδική αποκατάσταση (στρογγυλό τραπέζι: Αγγειοχειρουργική)**
23^η Επιστημονική Εκδήλωση Διαβητικό πόδι: έλκη στα κάτω άκρα- πρόληψη ακρωτηριασμών
Αλεξανδρούπολη, 26-28 Οκτωβρίου 2018

92. **Προεδρείο στην 23^η επιστημονική εκδήλωση: Διαβητικό πόδι: έλκη στα κάτω άκρα- πρόληψη ακρωτηριασμών στη στρογγυλή τράπεζα με θέμα “Παρουσίαση περιστατικών”**
Αλεξανδρούπολη, 27 Οκτωβρίου 2018
93. **Προεδρείο στην 3^η συνεδρία(Α): Σπλαγχνικά/περιφερικά ανeurύσματα**
Επιστημονική εκδήλωση: Ανευρυσματική νόσος, μη αθηρωματικές αγγειοπάθειες, καινοτομίες στην αγγειοχειρουργική
Αγγειακές Ημέρες Αχέπα
Θεσσαλονίκη, 8 Δεκεμβρίου 2018
94. **Όγκοι καρωτιδικού βολβού/τριγώνου: συχνότητα, διάγνωση, κλινικές επιπτώσεις, αντιμετώπιση [4^η συνεδρία(Α)]**
Επιστημονική εκδήλωση: Ανευρυσματική νόσος, μη αθηρωματικές αγγειοπάθειες, καινοτομίες στην αγγειοχειρουργική
Αγγειακές Ημέρες Αχέπα
Θεσσαλονίκη, 8 Δεκεμβρίου 2018
95. **Σύνδρομο θωρακικής εξόδου (Στρογγυλή τράπεζα: Σύνδρομο συμπίεσης. Θεραπεία και πρόγνωση)**
18^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειολογίας Αγγειακής & Ενδαγγειακής Χειρουργικής
Αθήνα, 15-18 Μαρτίου 2018
96. **Επιβλέπων καθηγητής στη στρογγυλή τράπεζα (IV) διαλέξεων από φοιτητές ιατρικής: Κατευθυντήριες οδηγίες στην Αγγειοχειρουργική**
ΘΕΜΑ 1^ο: Αγγειακή προσπέλαση νεφροπαθών (φοιτητής ΔΠΘ: Ν. Παπαθεοδώρου)
ΘΕΜΑ 2^ο: Καρωτιδική ενδαρτηριακτομή και αγγειοπλαστική καρωτίδων με μπαλόνι και στέντ (φοιτητής ΔΠΘ: Μ. Πεσματζόγλου)
18^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειολογίας Αγγειακής & Ενδαγγειακής Χειρουργικής-
Αθήνα, 14-16 Μαρτίου 2019
97. **Moderator: Lower limb arterial disease symposium**
LIVE2019 (Leading Innovative Vascular Education)-(organized by the Institute of Vascular Diseases [IVD Greece] in collaboration with the Hellenic Society of Vascular and Endovascular Surgery, the Stony Brook University [Medical Center, New York, USA]), the International Symposium on Endovascular Therapeutics and the Intervention Master Aortic Course
Larissa, 9-11 May 2019
98. **Moderator: Clinical Cases 1: Abdominal aorta**
LIVE2019 (Leading Innovative Vascular Education)-(organized by the Institute of Vascular Diseases [IVD Greece] in collaboration with the Hellenic Society of Vascular and Endovascular Surgery, the Stony Brook University [Medical Center, New York, USA]), the International Symposium on Endovascular Therapeutics and the Intervention Master Aortic Course
Larissa, 9-11 May 2019
99. **Endovascular management of chronic iliofemoral venous thrombosis: A systematic review and meta-analysis (e-Poster Presentation)**
CX Charing Cross International Symposium 2019
London, 15-18 April 2019
100. **Ιστορική αναδρομή στον τεχνητό νεφρό και τις πρώτες αγγειακές προσπελάσεις (1^η συνάντηση, 29-31 Μαρτίου 2019)**
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ “ΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ”
ΤΗΣ ΠΑΝ/ΚΗΣ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ ΔΠΘ (Αναπληρωτής Καθηγητής: Γεώργιος Γεωργιάδης)
Αλεξανδρούπολη, 30 Μαρτίου 2019
101. **Είδη αυτόλογων (autogenous) αγγειακών προσπελάσεων (3^η συνάντηση, 17-19 Μαΐου 2019)**
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ “ΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ”
ΤΗΣ ΠΑΝ/ΚΗΣ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ ΔΠΘ (Αναπληρωτής Καθηγητής: Γεώργιος Γεωργιάδης)
Αλεξανδρούπολη, 18 Μαΐου 2019
102. **Είδη προσθετικών (prosthetic) αγγειακών προσπελάσεων/κατηγορίες συνθετικών αρτηριοφλεβικών μοσχευμάτων (3^η συνάντηση, 17-19 Μαΐου 2019)**
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ “ΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ”
ΤΗΣ ΠΑΝ/ΚΗΣ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ ΔΠΘ (Αναπληρωτής Καθηγητής: Γεώργιος Γεωργιάδης)
Αλεξανδρούπολη, 18 Μαΐου 2019
103. **Σχολιαστής στη στρογγυλή τράπεζα “Εξελίξεις, έρευνα και εκπαίδευση στο χειρουργικό τομέα”**
5^ο Συνέδριο Εκπαίδευσης και Έρευνας
Αλεξανδρούπολη, 17-19 Μαρτίου 2019
(τα αντίστοιχα πιστοποιητικά είναι στη διάθεση των εισηγητών-εκλεκτόρων εάν ζητηθούν)

■ Συμμετοχή σε επιστημονικές ή οργανωτικές επιτροπές συνεδρίων

- 12^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΑΓΓΕΙΟΛΟΓΙΑΣ-ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ, Αθήνα, 21-24 Ιανουαρίου 2010
- LIVE 2010, 1ο Περιφερειακό Συνέδριο Αγγειολογίας-Αγγειοχειρουργικής (Με Διεθνή συμμετοχή), Corfu, 27-30 May, 2010
- 13^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΚΑΙ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ, Αθήνα, 22-24 Μαρτίου 2012
- XXIII Mediterranean Congress of Angiology and Vascular Surgery (MLAVS 2013), Volos-Greece, 4 & 5 Oct 2013
- 23^ο ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ: Διαβητικό πόδι: έλκη στα κάτω άκρα-πρόληψη ακρωτηριασμών, Αλεξανδρούπολη, 26-28 Οκτωβρίου 2018
- 3^ο ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ και ΕΡΕΥΝΑΣ της ΙΑΤΡΙΚΗΣ του Δ.Π.Θ., Αλεξανδρούπολη, 8-10 Απριλίου 2016
- LIVE2015 (Leading Innovative Vascular Education)-(organized by the Institute of Vascular Diseases [IVD Greece] in collaboration with the Stony Brook University [Medical Center, New York, USA]), Κρήτη, 21-23 Μαΐου 2015
(e-Poster Presentation Session: Chairmen-Review Committee: A. Tassiopoulos (USA), S. Elias (USA), G. Georgiadis (Greece))
- LIVE2017 (Leading Innovative Vascular Education)-(organized by the Institute of Vascular Diseases [IVD Greece] in collaboration with the Stony Brook University [Medical Center, New York, USA]), Θεσσαλονίκη, 11-14 Μαΐου 2017
- 1^ο ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ “ΛΕΥΚΙΠΠΟΣ”, Αλεξανδρούπολη, 20-22 Απριλίου 2018
- 14ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΑΓΓΕΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ, Αθήνα, 6-7 Μαρτίου 2015
- 5^ο ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ και ΕΡΕΥΝΑΣ της ΙΑΤΡΙΚΗΣ του Δ.Π.Θ., Αλεξανδρούπολη, 17-18 Μαΐου 2019
(τα αντίστοιχα πιστοποιητικά είναι στη διάθεση των εισηγητών-εκλεκτόρων εάν ζητηθούν)

■ ΣΤ. ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ-ΔΙΔΑΚΤΙΚΟ ΕΡΓΟ

■ Συμμετοχή σε εκπαιδευτικά προγράμματα ειδικευομένων και ειδικευμένων ιατρών ως ομιλητής:

1. Μετεκπαιδευτικά μαθήματα Γ.Ν.Ν. Διδυμοτείχου
Σειρά 2000-2001
Χειρουργική κλινική Γ.Ν.Ν. Διδυμοτείχου
2. Μετεκπαιδευτικά μαθήματα Αγγειοχειρουργικής
Αγγειοχειρουργική κλινική Δ.Π.Θ, 2001
3. Αγγειοχειρουργική ημερίδα με πρακτική άσκηση σε προπλάσματα (με συμμετοχή της Φλεβολογικής Εταιρείας)
Εκπαίδευση ειδικευομένων ιατρών σε προπλάσματα (προσομοίωση κλασσικών αγγειοχειρουργικών επεμβάσεων)
Αλεξανδρούπολη, 17 Ιουνίου 2006
 - ο Εκπαίδευση στην ενδαρτηρεκτομή καρωτίδας
 - ο Εκπαίδευση στην μηροπεριφερική παράκαμψη
4. Κλινικό εργαστήριο: Αγγειακές χειρουργικές (εκπαίδευση ειδικευομένων ιατρών σε προπλάσματα (προσομοίωση κλασσικών αγγειοχειρουργικών επεμβάσεων)
2^ο Συμπόσιο Αγγειοχειρουργικής-Αγγειολογίας (με Διεθνή συμμετοχή)
(Υπο την αιγίδα της Ελληνικής Αγγειοχειρουργικής, Αγγειολογικής και Φλεβολογικής Εταιρείας,)
Λάρισα, 1-3 Ιουνίου 2007
 - ο Εκπαίδευση στην ενδαρτηρεκτομή καρωτίδας
 - ο Εκπαίδευση στην μηροϊγνυακή άνωθεν του γόνατος παράκαμψη
 - ο Εκπαίδευση στην μηροπεριφερική παράκαμψη
 - ο Εκπαίδευση στην αποκατάσταση ανευρύσματος κοιλιακής αορτής
5. Κλινικό φροντιστήριο: Αγγειακή προσπέλαση (εκπαίδευση ειδικευομένων ιατρών σε προπλάσματα (προσομοίωση κλασσικών αγγειοχειρουργικών επεμβάσεων)
16^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειολογίας-Αγγειακής και Ενδαγγειακής Χειρουργικής
Αθήνα, 3-5 Μαρτίου 2018
6. Εκπαιδευτικά μαθήματα Αναισθησιολογίας
Κλινική Αναισθησιολογίας και Μονάδας Πόνου Δ.Π.Θ.
 - ο Ομιλία με θέμα: Ανευρύσματα (εκπαιδευτικό πρόγραμμα 2015-2016)
7. Εκπαιδευτικά μαθήματα Ορθοπαιδικής
Κρατική Ορθοπαιδική Κλινική (ΕΣΥ) του ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης
 - * Ομιλία με θέμα: Αγγειακές κακώσεις άνω άκρων (εκπαιδευτικό πρόγραμμα 2017-2018, 25 Ιανουαρίου 2018)
8. Εκπαιδευτικά μαθήματα Αγγειοχειρουργικής
Πανεπιστημιακή Αγγειοχειρουργική Κλινική του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
 - * Ομιλία με θέμα: Χρειάζεται ο εμβολισμός της έσω λαγονίου αρτηρίας πριν την ενδοαγγειακή αποκατάσταση ανευρύσματος κοιλιακής αορτής που επεκτείνεται στην κοινή λαγονία αρτηρία και τότε μπορεί να γίνει με ασφάλεια; Σύγχρονες προσεγγίσεις του προβλήματος (17 Μαρτίου 2016)
9. Εκπαιδευτικά μαθήματα Καρδιολογίας (ακαδημαϊκά έτη 2016-17 και 2017-2018, 2018-2019)
Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική του “Δημοκρίτειου” Πανεπιστημίου Θράκης
 - * Διάλεξη με θέμα: Καρωτιδική νόσος-μέθοδοι αντιμετώπισης και ανασκόπηση της τρέχουσας βιβλιογραφίας
 - * Διάλεξη με θέμα: Οξεία και χρόνια αντιμετώπιση πολυαγγειακού ασθενούς
 - * Διάλεξη με θέμα: Περιφερική αποφρακτική αρτηριοπάθεια και συστηματική εμβολική νόσος

10. Εκπαιδευτικά μαθήματα Νεφρολογίας (ακαδημαϊκά έτη 2015-16, 2016-2017, 2017-2018, 2018-2019)
Πανεπιστημιακή Νεφρολογική Κλινική του “Δημοκρίτειου” Πανεπιστημίου Θράκης
 - * Διάλεξη με θέμα: Φροντίδα και αντιμετώπιση του αγγειακού ασθενούς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια
 - * Διάλεξη με θέμα: Τύποι αγγειακών προσπελάσεων-επιπλοκές, διορθωτικές παρεμβάσεις, κατευθυντήριες οδηγίες
11. Σεμιναριακά μαθήματα στη “Χειρουργική αγγειακής προσπέλασης των νεφροπαθών
Αγγειοχειρουργική Κλινική ΔΠΘ
ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης, Ιανουάριος-Ιούνιος 2013
 - * Διάλεξη με θέμα: ΑΦ μοσχεύματα στο άνω άκρο
 - * Διάλεξη με θέμα: Redo προσπελάσεις-το πρόβλημα της στένωσης
 - * Διάλεξη με θέμα: Ενδαγγειακές τεχνικές στην διόρθωση “προσπελάσεων”
 - * Διάλεξη με θέμα: Επιπλοκές “προσπελάσεων”: ανευρύσματα

■ Συμμετοχή στην προπτυχιακή εκπαίδευση φοιτητών Ιατρικής Σχολής:

1. Συνδιδασκαλία του **κατ’ επιλογήν** μαθήματος “Αγγειοχειρουργική” του 4^{ου} έτους σπουδών (Η’ εξάμηνο) της Ιατρικής Σχολής του ΔΠΘ για τις ακαδημαϊκές περιόδους 2000-2001, 2001-2002 και 2002-2003.
2. Συνδιδασκαλία του **υποχρεωτικού** μαθήματος “Αγγειοχειρουργική” (πρακτική άσκηση σε θαλάμους) του 4^{ου} έτους σπουδών της Ιατρικής Σχολής του ΔΠΘ για την ακαδημαϊκή περίοδο 2003-2004, 2004-2005,[†] 2005-2006, 2006-2007, 2007-2008, 2008-2009 και 2009-2010 (Η’ εξάμηνο), 2010-2011 και 2011-2012 (Θ’ εξάμηνο) και 2013-2014, 2014-2015, 2015-2016, 2016-2017, 2017-2018 και 2018-σήμερα (Η’ εξάμηνο).
3. Συνδιδασκαλία του μαθήματος “Γενική Χειρουργική” του 6^{ου} έτους σπουδών της Ιατρικής Σχολής του ΔΠΘ για την ακαδημαϊκή περίοδο 2003-2004, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007, 2008-2009, 2009-2010, 2010-2011, 2011-2012, 2012-2013, 2013-2014, 2014-2015, 2015-2016, 2016-2017 και 2017-2018 στην Β’ Πανεπιστημιακή Χειρουργική κλινική (Δ/ντής: ο Καθηγητής Χειρουργικής Κων/νος Σιμόπουλος).
4. Εκπαιδευτής στο 1ο Πανελλήνιο Συνέδριο Φοιτητών Ιατρικής “Λεύκιππος” (Αλεξανδρούπολη, 20-22 Απριλίου 2018) με Hands-on workshops στην ενδαγγειακή αποκατάσταση
 - WK08A: Οι φοιτητές προσεγγίζουν την ενδαγγειακή αποκατάσταση υπονεφρικών ανευρυσμάτων της κοιλιακής αορτής με την πρακτική άσκηση στα ενδομοσχεύματα Endurant™ IIs, TREO®, Nellix®, Zenith®, GORE® EXCLUDER® C3.
 - WK08B: Οι φοιτητές τις ενδαγγειακές τεχνικές αντιμετώπισης κισρών (κατάλυση με Laser, με ραδιοσυχνότητες, σύγκλειση με κόλλα).
 - WK08Γ: Οι φοιτητές προσεγγίζουν την ενδαγγειακή αποκατάσταση ανευρυσμάτων της θωρακικής αορτής με την πρακτική άσκηση στα ενδομοσχεύματα Valiant™ RELAY®PLUS, GORE® TAG®, Zenith Alpha™

[†]: Την αντίστοιχη χρονική περίοδο (από 15-03-2005 μέχρι 30-06-2005) κατείχα θέση διδακτικού προσωπικού Π.Δ. 407/80 (απόφαση Πρυτάνεως με αρ. πρωτ.: 46184, 29-03-2005).

■ Εκπαίδευση ειδικευομένων ιατρών άλλων ειδικοτήτων (6/μηνο Αγγειοχειρουργικής)[#]

- * Μουσταφά Ερχάν, ειδικευόμενος Γενικής Χειρουργικής (από 01/04/2015 έως 31/09/2015)
- * Εσεμπίδης Άγισείλαος, ειδικευόμενος Γενικής Χειρουργικής (από 01/04/2016 έως 31/09/2016)
- * Τζατζαΐρης Θεμιστοκλής, ειδικευόμενος Ορθοπαιδικής (από 01/09/2016 έως 01/03/2017)
- * Κρόνη Μαρία, ειδικευόμενη Ορθοπαιδικής (από 03/01/2017 έως 30/06/2017)
- * Μπόζ Αλή, ειδικευόμενος Γενικής Χειρουργικής (από 01/10/2017 έως 31/04/2018)
- * Μπανταλιάν Εδουάρδος, ειδικευόμενος Γενικής Χειρουργικής (από 01/06/2018 έως 30/11/2018)
- * Αντωνοπούλου Μαρία, ειδικευόμενη Γενικής Χειρουργικής (από 01/11/2018 έως 30/04/2019)
- * Κουγιουμτζής Ιωάννης, ειδικευόμενος Ορθοπαιδικής (από 01/11/2018 έως 30/04/2019)
- * Κοφίνα Κωνσταντίνια, ειδικευόμενη Γενικής Χειρουργικής (από 25/03/2019 έως 25/09/2019)

Όλοι οι ειδικευόμενοι συμμετείχαν υπό την καθοδήγηση μου ενεργά σε όλες τις δραστηριότητες της Κλινικής, [πρόγραμμα ενεργών εφημεριών, επισκέψεις στους θαλάμους των εσωτερικών ασθενών, τακτικά εξωτερικά ιατρεία, πρόγραμμα χειρουργείου (τακτικά και κυρίως επείγοντα)] ενώ συμμετείχαν ως Α΄ ή Β΄ Βοηθοί σε ικανό φάσμα αγγειοχειρουργικών επεμβάσεων, ανοικτών και ενδαγγειακών, και εκτέλεσαν υπό επίβλεψη (δική μου και των συναδέλφων μου) μερικές μικρής βαρύτητας αγγειοχειρουργικές επεμβάσεις. Πραγματοποίησαν εφημερίες στη Αγγειοχειρουργική Κλινική του Δ.Π.Θ. και είχαν την δυνατότητα να εμπλουτίσουν τις γνώσεις του σε ότι αφορά την σωστή κλινική διάγνωση/ιεράρχηση προτεραιοτήτων, αντιμετώπιση καθώς και μετεγχειρητική φροντίδα περιστατικών από όλο το φάσμα της ανοικτής/ενδαγγειακής Αγγειοχειρουργικής.
(τα αντίστοιχα πιστοποιητικά είναι στη διάθεση των εισηγητών-εκλεκτόρων εάν ζητηθούν)

■ Ζ. ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια-μαθήματα-φροντιστήρια

Ελληνικά μετεκπαιδευτικά σεμινάρια: 33

- 6^ο Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο Αναισθησιολογίας και Εντατικής Θεραπείας
2-3 Δεκεμβρίου 1995, Θεσσαλονίκη
- Μετεκπαιδευτικά μαθήματα Αγγειολογίας-Αγγειοχειρουργικής
Νοσοκομείο Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού Κοργιαλένιο-Μπενάκειο
10/1996-5/1997, Αθήνα
Συμμετοχή στην εξεταστική δοκιμασία με επιτυχία
- “Σύγχρονες απόψεις στην αντιμετώπιση του πολυτραυματία”
Ελληνική Χειρουργική και Αναισθησιολογική Εταιρεία
Νοσοκομείο Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού Κοργιαλένιο-Μπενάκειο
12&13 Μαρτίου 1999, Αθήνα
- Εμφύτευση Ενδαγγειακών Μοσχευμάτων (AneuRx-Talent , Medtronic)
Ελληνική Αγγειολογική και Ελληνική Αγγειοχειρουργική Εταιρεία
7^ο Πανελλήνιο συνέδριο Αγγειολογίας-Αγγειοχειρουργικής
22 Ιανουαρίου 2000, Θεσσαλονίκη
- Μετεκπαιδευτικά μαθήματα του Χειρουργικής
Χειρουργική κλινική
Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Διδυμοτείχου
Έτος 2000-2001
- 2^ο Σεμινάριο Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης στην Νεφρολογία
“Η Αγγειακή Προσπέλαση στην Αιμοκάθαρση”
Πανεπιστημιακή Αγγειοχειρουργική κλινική Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης
Πανεπιστημιακή Νεφρολογική κλινική Δ.Π.Θ.
Παθολογική-Νεφρολογική κλινική Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
31 Μαρτίου&1 Απριλίου 2001, Αλεξανδρούπολη
- Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο Ενδοноσοκομειακών Χειρουργικών Λοιμώξεων
Α΄ Πανεπιστημιακή Χειρουργική κλινική Δ.Π.Θ.
9-12 Νοεμβρίου 2001, Αλεξανδρούπολη
- Εκπαιδευτικό σεμινάριο “Μηχανικής Συρραφής” για προχωρημένες χειρουργικές επεμβάσεις Γενικής Χειρουργικής
Β΄ Πανεπιστημιακή Χειρουργική κλινική Δ.Π.Θ. (Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής)
16 Δεκεμβρίου 2001, Αλεξανδρούπολη
- Εκπαιδευτικό σεμινάριο “Βασικές αρχές στη Λαπαροσκοπική Χειρουργική”
Β΄ Πανεπιστημιακή Χειρουργική κλινική Δ.Π.Θ. (Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής)
23 Φεβρουαρίου 2002, Αλεξανδρούπολη
- Εκπαιδευτικό σεμινάριο “Προχωρημένη Λαπαροσκοπική Χειρουργική Ι”
Β΄ Πανεπιστημιακή Χειρουργική κλινική Δ.Π.Θ. (Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής)
25 Μαΐου 2002, Αλεξανδρούπολη
- 5^η Μετεκπαιδευτική συνάντηση Αναισθησιολόγων Περιφέρειας Ανατολικής Μακεδονίας-Θράκης “Προεκλαμψία-Εκλαμψία: Αιτιολογία-Παθοφυσιολογία, Αντιμετώπιση-Monitoring, Αναισθησιολογική αντιμετώπιση”
12 Δεκεμβρίου 2002, Κομοτηνή
- 6^η Μετεκπαιδευτική συνάντηση Αναισθησιολόγων Περιφέρειας Ανατολικής Μακεδονίας-Θράκης “Επικοινωνιακή σημειολογική προσέγγιση σε ιδιαίτερα προβλήματα στην αναισθησία: Πρωτόκολλο προαναισθητικής αντιμετώπισης ασθενών με αλλεργία, πνευμονοπάθεια, βηματοδότη, υπο αντιπηκτική αγωγή που προγραμματίζονται για περιοχική αναισθησία”
29 Μαρτίου 2003, Κομοτηνή
- 7^η Μετεκπαιδευτική συνάντηση Αναισθησιολόγων Περιφέρειας Ανατολικής Μακεδονίας-Θράκης “Επικοινωνιακή σημειολογική προσέγγιση σε ιδιαίτερα προβλήματα στην αναισθησία: Πρωτόκολλο προαναισθητικής αντιμετώπισης ασθενών με διαταραχές ενδοκρινών αδένων”
22 Νοεμβρίου 2003, Αλεξανδρούπολη
- 8^η Μετεκπαιδευτική συνάντηση Αναισθησιολόγων Περιφέρειας Ανατολικής Μακεδονίας-Θράκης “Κάταγμα περί το ισχίο-Η περιεχειρητική φροντίδα”
28 Φεβρουαρίου 2004, Ξάνθη
- 9^η Μετεκπαιδευτική συνάντηση Αναισθησιολόγων Περιφέρειας Ανατολικής Μακεδονίας-Θράκης “Ο ασθενής με κρανιοεγκεφαλική κάκωση”
4 Δεκεμβρίου 2004, Καβάλα

- Σεμινάριο Ακτινοπροστασίας “Σύγχρονη Τεχνογνωσία”
Β΄ Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής
10 Δεκεμβρίου 2005, Αθήνα (Αρεταίειο Νοσοκομείο)
- 12^η Μετεκπαιδευτική συνάντηση Αναισθησιολόγων Περιφέρειας Ανατολικής Μακεδονίας-Θράκης “Πρωτόκολλα προαναισθητικής φροντίδας”
11 Μαρτίου 2006, Αλεξανδρούπολη
- Επιστημονική συνάντηση της Αναισθησιολογικής Κλινικής του Δ.Π.Θ. και της Ελληνικής Εταιρείας Πόνου με θέμα “Νευροπαθητικός πόνος: το πρόβλημα. Γκαμπαπεντίνη: η λύση;”
1 Απριλίου 2006, Αλεξανδρούπολη
- 2^ο Εκπαιδευτικό σεμινάριο “Χειρουργικές τεχνικές ενδοουρολογίας. Ζωντανές χειρουργικές επιδείξεις (Live)”
16 Δεκεμβρίου 2006, Αλεξανδρούπολη
- Κλινικό φροντιστήριο “Περιφερική Αρτηριακή Νόσος (ΠΑΝ): ώρα για δράση”
Αλεξανδρούπολη, 12 Μαΐου, 2007
(υπο την αιγίδα της Ελληνικής Αγγειοχειρουργικής Εταιρείας)
- Επιστημονικό Σεμινάριο-Κλινικό Φροντιστήριο “Εφαρμογή της υπερηχογραφίας σε περιφερικούς νευρικούς αποκλεισμούς: από τη θεωρία στην πράξη”
(οργάνωση: Αναισθησιολογική Κλινική του ΔΠΘ & το Αναισθησιολογικό Τμήμα του ΠΓΝ Αθηνών “Γεώργιος Γεννηματάς”) Αλεξανδρούπολη, 23 Ιουνίου 2007
- Σεμινάριο Αγγειοχειρουργικής “Ακαδημαϊκά θέματα πέρα από τη ρουτίνα της κλινικής πράξης”
Αλεξανδρούπολη, 19 Οκτωβρίου 2007
- 2^ο Διαπανεπιστημιακό Σεμινάριο Ωτορινολαρυγγολογίας: Σεμινάριο Ενδοσκοπικής Χειρουργικής, Ρινοπλαστικής, Παρωτιδεκτομής, Ωτοπλαστικής
ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης, 10-14 Σεπτεμβρίου 2008
- 3^ο Διαπανεπιστημιακό Σεμινάριο Ωτορινολαρυγγολογίας
ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης, 6-10 Οκτωβρίου 2010
- 1^ο “Εκπαιδευτικό σεμινάριο στη θρόμβωση και την αντιθρομβωτική αγωγή”
Ιωάννινα, 4&5 Νοεμβρίου 2011
- Εκπαιδευτικό Σεμινάριο “Κακώσεις - Κατάγματα Κάτω Άκρων” (οργάνωση: Παν/κή Ορθοπεδική Κλινική του ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης)
ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης, 29 Ιουνίου-1 Ιουλίου 2012
- 2^ο “Εκπαιδευτικό σεμινάριο στη θρόμβωση & την αντιθρομβωτική αγωγή”
Ιωάννινα, 9&10 Νοεμβρίου 2012
- 3^ο “Εκπαιδευτικό σεμινάριο στη θρόμβωση & την αντιθρομβωτική αγωγή” (Οργάνωση: Ινστιτούτο Αγγειακών Παθήσεων [ΙΑΠ] και Ελληνική Φλεβολογική Εταιρεία) σε συνεργασία με το Ινστιτούτο Μελέτης και Εκπαίδευσης στη Θρόμβωση και την Αντιθρομβωτική Αγωγή και το Stony Brook University Medical Center, New York, USA)
Αθήνα 8&9 Φεβρουαρίου 2013
- Εκπαιδευτικό σεμινάριο “Κακώσεις-κατάγματα άνω άκρων” (οργάνωση από την Παν/κή Ορθοπεδική Κλινική του ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης)*
ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης, 21-22 Ιουνίου 2014
*Η διημερίδα μοριοδοτήθηκε με 9 μόρια ΣΙΕ συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης από τον Π.Ι.Σ. (CME credits)
- 5^ο “Εκπαιδευτικό σεμινάριο στη θρόμβωση & την αντιθρομβωτική αγωγή” [Οργάνωση: Ινστιτούτο Αγγειακών Παθήσεων (ΙΑΠ) σε συνεργασία με την Αγγειοχειρουργική Κλινική του Δ.Π.Θ., το Ινστιτούτο Μελέτης και Εκπαίδευσης στη Θρόμβωση και την Αντιθρομβωτική Αγωγή (ΙΜΕΘΑ) και το Stony Brook University Medical Center, New York, USA]
Αλεξανδρούπολη, 14-15 Φεβρουαρίου 2014
*Η διημερίδα μοριοδοτήθηκε από τον Π.Ι.Σ. (CME credits)
- Workshop “Αντιμετώπιση ανεπάρκειας επιπολής φλεβών: σκληρυντική θεραπεία-αφρός-laser-συνεχής ενδοαυλική έγχυση σκληρυντικής ουσίας (MOCA)
Στα πλαίσια του 16^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Αγγειολογίας-Αγγειακής και Ενδαγγειακής Χειρουργικής
Αθήνα, 4 Μαρτίου 2017
- Σεμινάριο “Επάρκειας γνώσεων και κατάρτισης σε θέματα ακτινοπροστασίας”
(ΚΥΑ 1014(ΦΟΡ)94/6.3.2001(Β΄16) “Έγκριση κανονισμών ακτινοπροστασίας”, §1.1.7.ε)

Ελληνική Εταιρεία Αγγειακής και Ενδαγγειακής Χειρουργικής/Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής της Ιατρικής Σχολής
Ε.Κ.Π.Α. /Ελληνική Επιτροπή Ατομικής Ενέργειας (Ε.Ε.Α.Ε.) /Αγγειοχειρουργική Μονάδα - Β' Χειρουργικής Κλινικής
Ιατρικής

Α.Π.: Ε.Β/430/12597/2017

Αθήνα, 16 Οκτωβρίου 2017'



- Εκπαιδευτικό σεμινάριο “Κακώσεις-κατάγματα άνω άκρων” (οργάνωση από την Παν/κή Ορθοπεδική Κλινική του ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης)*

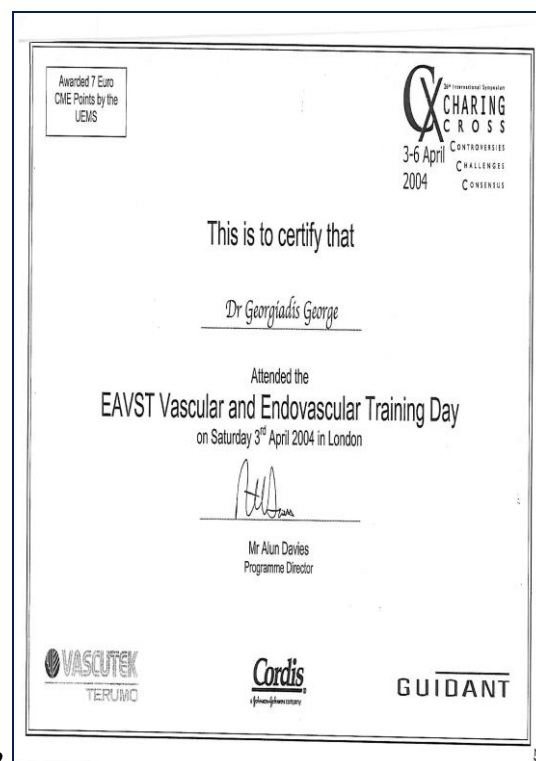
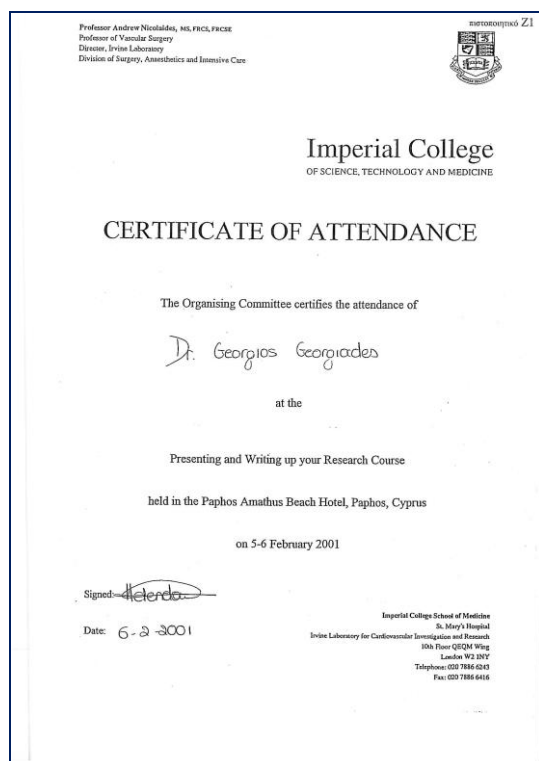
Αλεξανδρούπολη, 29 Ιουνίου-1 Ιουλίου 2018

*Η διημερίδα μοριοδοτήθηκε με 16 μόρια ΣΙΕ συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης από τον Π.Ι.Σ. (CME credits)

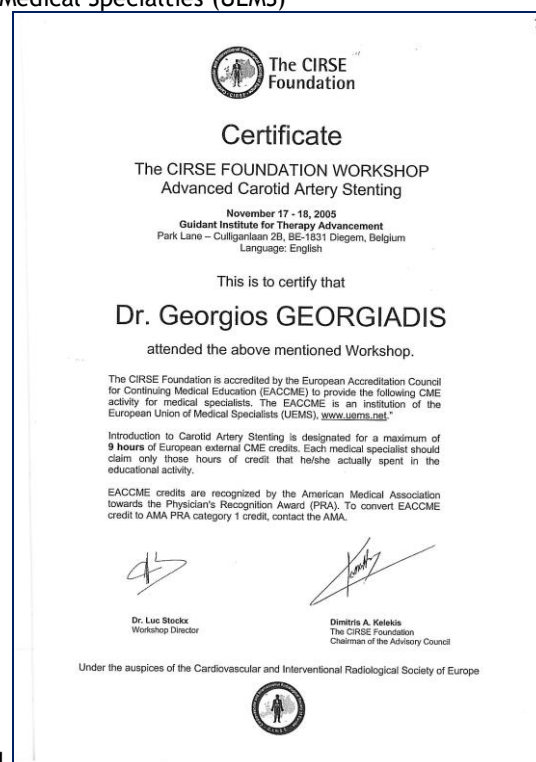
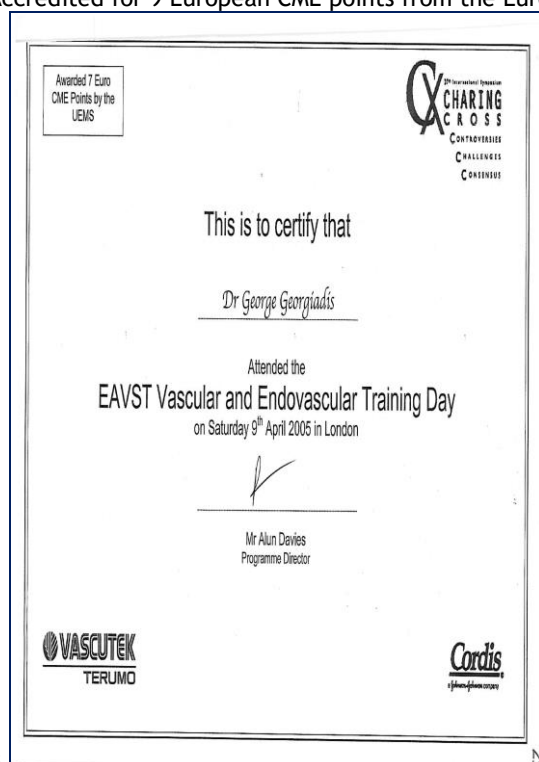
❖ (τα λοιπά αντίστοιχα πιστοποιητικά είναι στη διάθεση των εισηγητών-εκλεκτόρων εάν ζητηθούν)

Διεθνή μετεκπαιδευτικά σεμινάρια/workshops: 24

1. Presenting and writing up your Research Course
Imperial Collage School of Medicine, St. Mary's Hospital
Paphos-Cyprus, February 5&6 2001
2. EAVST Vascular and Endovascular Training Day[†]
26th CHARING CROSS INTERNATIONAL SYMPOSIUM
“Vascular and Endovascular Challenges”
London-England, April 3, 2004
[†]Approved for 7 European CME points from the European Board of Vascular Surgery (UEMS)



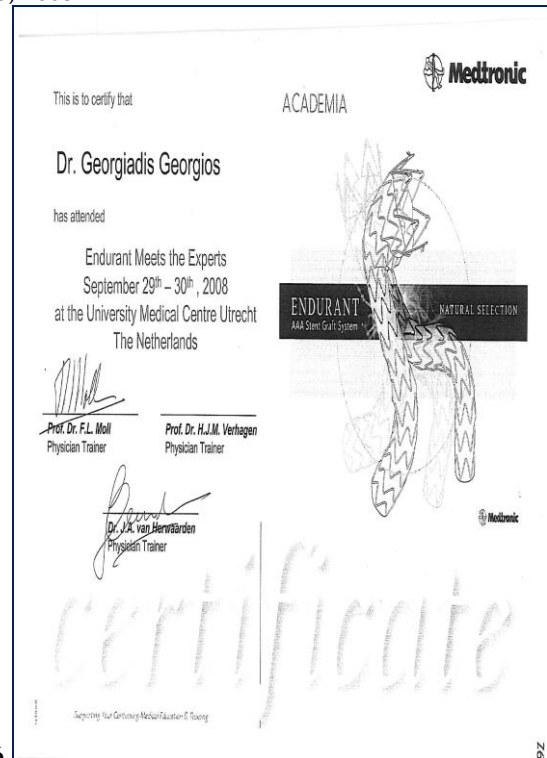
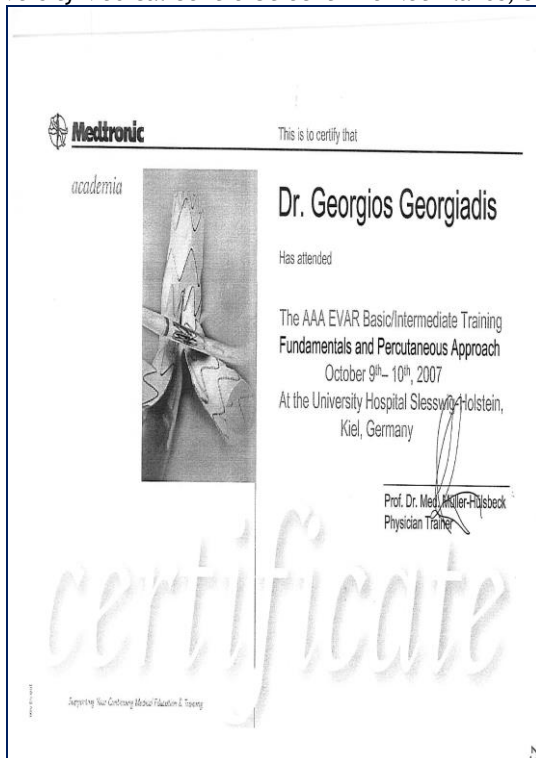
3. EAVST Vascular and Endovascular Training Day[†]
27th CHARING CROSS INTERNATIONAL SYMPOSIUM
"Towards Vascular and Endovascular consensus"
London-England, April 9, 2005
[†]Approved for 7 European CME points from the European Board of Vascular Surgery (UEMS)
4. The CIRSE FOUNDATION WORKSHOP
Advanced Carotid Artery Stenting
Brussels-Belgium, November 17&18, 2005
[†]Accredited for 9 European CME points from the European Union of Medical Specialties (UEMS)



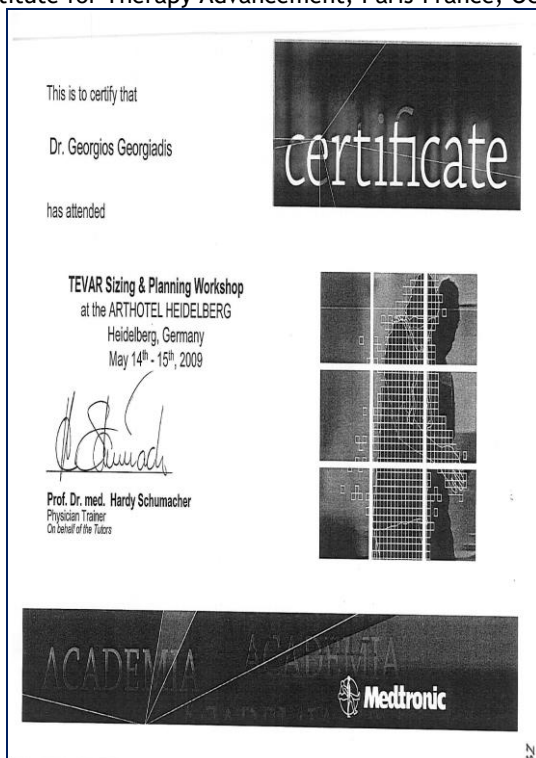
5. The AAA Basic/Intermediate Training
Fundamentals and Percutaneous Approach

Kiel-Germany, October 9&10, 2007

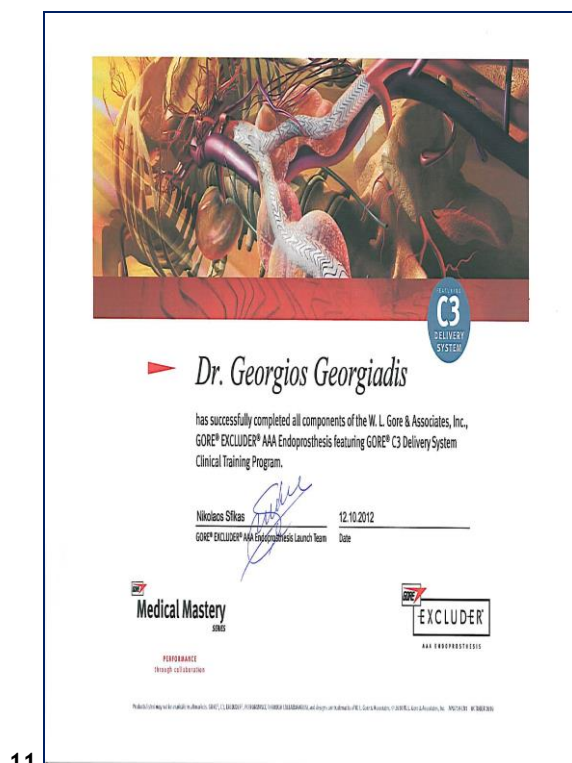
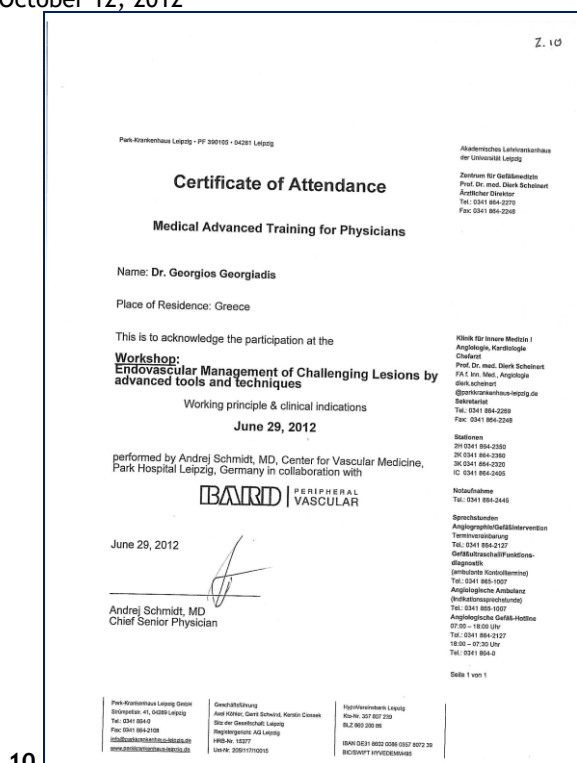
6. The AAA AdvanceTraining
Endurant Meets the Experts Workshop
University Medical Centre Utrecht-The Netherlands, September 29&30, 2008



7. International VIP Event/Medtronic Santa Rosa visit
Santa Rosa-USA, November 17, 2008
8. TEVAR Sizing & Planning Workshop
Heidelberg-Germany, May 14&15, 2009
9. Ischemic Foot Course
Institute for Therapy Advancement, Paris-France, Oct 24&25, 2011



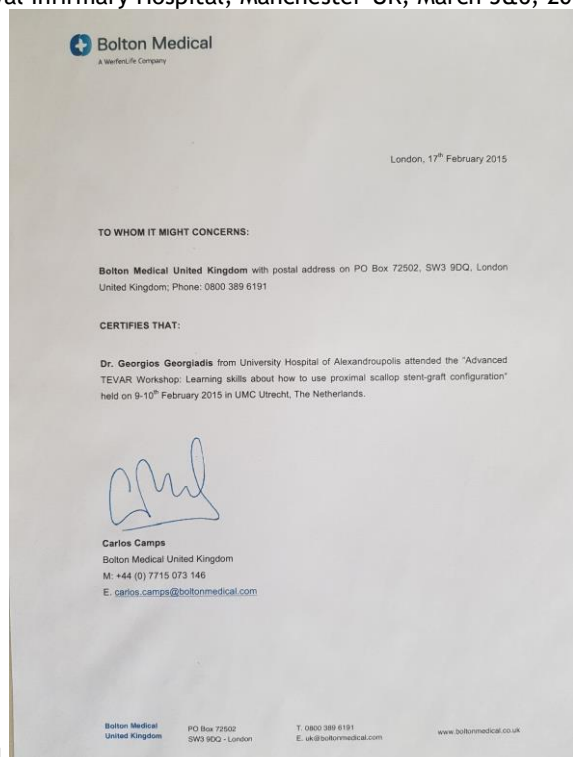
10. Medical Advanced Training for Physicians. Workshop: "Endovascular Management of Challenging Lesions by advanced tools and techniques"
Park Hospital, Leipzig-Germany, June 29, 2012
11. Clinical Training Program: GORE® EXCLUDER® AAA Endoprosthesis featuring GORE® C3 Delivery System
October 12, 2012



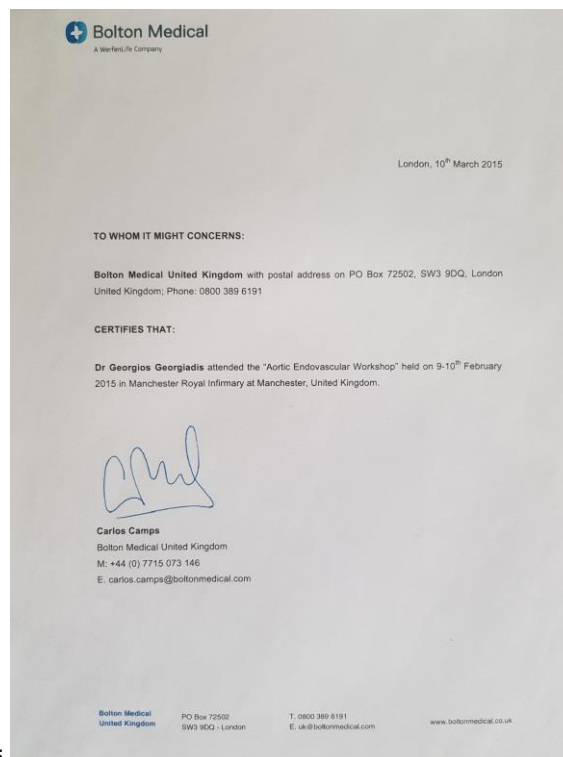
12. Workshop on endovascular techniques for challenging cases
Centre Cardiologique du Nord Saint Denis, Paris-France, July 11, 2014
13. AAA EVAR advanced training (Endurant II endograft)
UMC Utrecht-The Netherlands, January 19&20, 2015



14. Advanced TEVAR Workshop: Learning skills about how to use proximal scallop stent-graft configuration (Bolton Relay)
UMC Utrecht-The Netherlands, February 9&10, 2015
15. Aortic Endovascular Workshop (Bolton Treovance endograft)
 - a. EVAR precase planning workshop with Osirix
 - b. EVAR live cases
 Royal Infirmary Hospital, Manchester-UK, March 5&6, 2015



14



15

16. BTK Techniques Workshop & Round Table
Naples-Italy, October 5-7, 2015
17. ECD on GORE® EXCLUDER® Iliac Branch Endoprosthesis
Thessaliniki-Greece, October 13, 2016
18. EVMC 2.0 (Endovascular Masterclass) workshop organized by Medtronic in cooperation with Prof. G. Torsello
Mestre/Venice-Italy, December 14&15, 2017

17



19. Training on the use of ClariVein®
MEDICON Poliklinika Budejovicka
Prague-Czech Republic, June 24, 2017

20. LUTONIX® SUMMIT South Region
Rome-Italy, October 10&11, 2017

19



20



21. Challenging anatomy
- #Practical EVAR workshop: GORE® EXCLUDER® AAA Endoprosthesis featuring GORE® C3 Delivery System Clinical Training Program
 - #Practical workshop: Iliac branching techniques
 - ECD: Conformable Gore® Tag® thoracic endoprosthesis
- #: Policlinico Sant'Orsola Malpighi

Bologna-Italy, 11-13 March 2018

22. Below the Knee (BTK) Management Workshop
Policlinico Abano interventional radiology unit, Abano Terme-Italy, February 22&23, 2018



21



22

23. Lombard Medical Live Case Altura Masterclass
Pauls Stradins Clinical University Hospital, Riga-Letvia, October 16&17, 2018
24. BTK-CLI Endovascular Management Workshop
Paris-France, November 19&20, 2018



23



24

Μετεκπαίδευση στην Ελλάδα

❖ Εκπαίδευση στη Ενδαγγειακή χειρουργική

15/02/2000 μέχρι 15/03/2000

Ε΄ Χειρουργική κλινική του Α.Π.Θ.

Γ.Π.Ν. Θεσσαλονίκης “Ιπποκράτειο”

Ασχολήθηκα με το κλινικό έργο συμμετέχοντας σε όλες τις εκδηλώσεις του τμήματος υπό την καθοδήγηση του τότε Επίκουρου Καθηγητή κ. Κωνσταντίνου Παπάζογλου.

Συμμετείχα σε αρκετές ενδαγγειακές επεμβάσεις, κυρίως αποκατάσταση υπονεφρικών ανευρυμάτων της κοιλιακής αορτής και περιφερικής αρτηριακής νόσου των κάτω άκρων.

[πιστοποιητικά № Γ3, Γ3.3, 6]

Μετεκπαίδευση στο Εξωτερικό

❖ Εκπαίδευση στην ενδαγγειακή χειρουργική

01/09/2014 μέχρι 30/09/2014

Universitäts Freiburg-Bad Krozingen, Herzzentrum

BAD KROZINGEN, GERMANY

Klinik für Kardiologie und Angiologie II

Angiologie

Abteilungschefarzt

Prof. Dr. Med. Thomas Zeller (Professor of Angiology at Albert-Ludwigs University of Freiburg and Head of Department of Angiology at Universitäts - Herzzentrum Freiburg, Bad Krozingen, Germany)

Ασχολήθηκα κυρίως με το κλινικό έργο συμμετέχοντας σε όλες τις εκδηλώσεις του τμήματος, έχοντας σε ορισμένες περιπτώσεις και αυτοτελή δράση.

*Συμμετείχα ως Α΄ βοηθός,^{*1} συνολικά σε περισσότερες από 240 διαδερμικά^{*2} εκτελούμενες ενδαγγειακές επεμβάσεις που έλαβαν χώρα στις πολλαπλές αίθουσες του αγγειογράφου/υβριδικές αίθουσες του Νοσοκομείου [EVAR, TEVAR, επείγουσα αποκατάσταση ρήξης λαγονίου αρτηρίας μετά από TAVI, stenting καρωτίδας, PTA/stenting κλάδων αορτικού τόξου και μεσεντερικών αγγείων, PTA/stenting αορτολαγονίου, μηροϊγνυακού και κνημιαίου αρτηριακού άξονα που περιελάμβαναν και χρήση συσκευών επενεισόδου και ενδαγγειακών υπερήχων (IVUS), επεμβάσεις ενδοαυλικής αθηρεκτομής και laser αθηρεκτομής, επεμβάσεις με χρήση μηχανικής θρομβεκτομής/θρομβοαναρρόφησης/διακαθετήριας θρομβόλυσης σε θρόμβωση stent/ενδομοσχευμάτων/συνθετικών μοσχευμάτων, ενδαγγειακή αποκατάσταση εν αποτυχία ευρισκομένων ή θρομβωμένων μοσχευμάτων αιμοκάθαρσης], ενώ είχα την δυνατότητα να εξασκηθώ στη χρήση πολυάριθμων συσκευών σύγκλεισης.*

^{*1}: σε μερικές ως ο κύριος επεμβατικός αγγειολόγος υπό την επίβλεψη του Καθηγητή Thomas Zeller

^{*2}: υποβοηθούμενη παρακέντηση με χρήση υπερήχων

[πιστοποιητικό № H1]

❖ Εκπαίδευση στην ενδαγγειακή χειρουργική και προχωρημένες αγγειοχειρουργικές τεχνικές

01/01/2015 μέχρι 31/06/2015 (έγκριση Δ.Π.Θ.: αρ. πρωτ.: 2724, 2-5-2014, Γ.Σ. 8/29 Απριλίου)

Utrecht University Medical Center

UTRECHT, THE NETHERLANDS

Devision of Surgery

Vascular Surgery

Prof. Frans L. Moll, MD, PhD

Head Department of Surgery Head Vascular Surgery

Ασχολήθηκα κυρίως με το κλινικό και συγγραφικό έργο συμμετέχοντας σε όλες τις εκδηλώσεις του τμήματος, ενώ ταυτόχρονα συμμετείχα και σε κλινικά πρωτόκολλα.

Παρακολούθησα μεγάλο αριθμό ενδαγγειακών^{§1} και συμβατικών αγγειοχειρουργικών^{§2} επεμβάσεων ενώ σε αρκετές από αυτές συμμετείχα ως Α΄ βοηθός

^{§1}: αποκατάσταση θωρακοκοιλιακών, θωρακικών και κοιλιακών ανευρυσμάτων (EVAR, Ch-EVAR, FEVAR, branch-EVAR, TEVAR, custom-made TEVAR, Ch-TEVAR)(van Herwarden), ενδαγγειακή αποκατάσταση αορτολαγονίου/μηροϊγνυακής παθολογίας.

^{§2}: αποκατάσταση καρωτιδικής νόσου με πολλαπλά συστήματα εγκεφαλικής παρακολούθησης, αποκατάσταση συνδρόμου θωρακικής εξόδου (TOS) με διαμασχαλιαία προσπέλαση (Καθηγητής Frans Moll), παρακαμπτήριες επεμβάσεις, ανοικτή αποκατάσταση υπονεφρικών/παρνεφρικών ανευρυσμάτων κοιλιακής αορτής (AKA), επεμβάσεις ανοικτής μετατροπής AKA μετά από EVAR, hand assisted λήψη νεφρικών μοσχευμάτων και μεταμοσχεύσεις νεφρού, αγγειακές προσπελάσεις σε νεφροπαθείς.

[πιστοποιητικό № H2]



UNIVERSITÄTS FREIBURG · BAD KROZINGEN HERZZENTRUM

Universitäts-Herzzentrum Freiburg · Bad Krozingen
Stübing 15 · 79189 Bad Krozingen
Dr. George Georgiadis
Assistant Professor of Vascular Surgery
DEMOCRITUS University of Thrace
University General Hospital of Alexandroupolis
Greece

Bad Krozingen
Klinik für Kardiologie und Angiologie II
Angiologie
Abteilungschefarzt
Prof. Dr. med. Thomas Zeller
Telefon +49 7633 402-2431
Telefax +49 7633 402-2439
thomas.zeller@
universitaets-herzzentrum.de

September 30, 2014 zell-vob

Certificate

to prove a One-Month-Fellowship

for Dr. George Georgiadis, Vascular Surgeon at DEMOCRITUS University of Thrace, Greece, as a Visiting Physician in the Department of Angiology at the Universitäts-Herzzentrum Freiburg · Bad Krozingen

This is to certify that Dr. George Georgiadis observed and participated in the treatment of various interventions during the time frame September 1 – 30, 2014 as a visiting physician in the cathlab of the Department of Angiology at the Universitäts-Herzzentrum Freiburg · Bad Krozingen. He was involved in a wide range of intervention cases under my supervision or on supervision of our senior physicians, respectively. Dr. Georgiadis performed every day in the cathlab and had the opportunity to participate in nearly 250 endovascular procedures (we are performing about 2600 interventional procedures per year). This includes carotid artery and subclavian artery interventions, hemodialysis shunt procedures, endoprosthesis implantation in TAA and AAA, renal artery and visceral artery revascularization procedures, all kinds of revascularization procedures of the legs including PTA, stent placement, endoprosthesis placement, stentgraft implantation, atherectomy, mechanical thrombectomy, thrombus aspiration and local lysis.

Prof. Dr. Thomas Zeller

Head Physician, Department of Angiology



Universitäts-Herzzentrum
Freiburg · Bad Krozingen GmbH
Stübing 15
79189 Bad Krozingen
Telefon +49 7633 402-0
Telefax +49 7633 402-2439
www.universitaets-herzzentrum.de

Träger: Universitätsklinikum Freiburg AG
Benedikt Kreuz Rehabilitationszentrum für
Herz- und Kreislauferkrankungen
Aufsichtsrat: Dr. Ekkehard Menck (Vorsitzender)
Geschäftsführung
Ärztlicher Direktor Prof. Dr. Dr. h.c. Jörg Rüdiger Sievert,
Kaufmännischer Direktor Bernd Sehnert

Anlagenort:
Freiburg im Breisgau
HRB 707318
Stz der Gesellschaft Freiburg
IK 20083450
UST-ID-Nr.: DE278721109



UMC Utrecht

TO WHOM IT MAY CONCERN

Our reference FM/shs
Date 1 July 2015

Division of Surgery

Vascular Surgery

Prof. Frans L. Moll, MD PhD
Head Department of Surgery
Head Vascular Surgery

Tel +31 88 75 56965
Fax +31 88 75 55017
f.l.moll@umcutrecht.nl

It is my great pleasure to write for Dr. George S. Georgiadis, Associate Professor of Vascular Surgery in "Democritus" University of Thrace, Greece, who spent some considerable time with us from 01/01/2015 to 01/07/2015.

During this period he had an outstanding performance taking part in all clinical and research activities of our department. Specifically, he actively participated in a wide range of vascular operations with emphasis on fenestrated and branched (+ hybrid) EVAR for the treatment of complex abdominal and thoracoabdominal aortic aneurysms, on abdominal and thoracic aorta endografting for atherosclerotic aneurysms (EVAR, TEVAR) as well as on surgical treatment of thoracic outlet syndrome (including cervical and first rib resection) and renal transplantation. Last but not least his research activity during his 6 month sabbatical in our department was remarkable with at least 3 major review articles (submitted for consideration) pending in his scientific armamentarium.

Overall, Dr. Georgiadis proved himself as a very reliable, hard-working and diligent physician and by all means our mutual fertile collaboration was a great pleasure.

Sincerely yours,

Professor Frans L. Moll, MD PhD
Head Department of Surgery
Head Vascular Surgery

Visiting address:
Heideberglaan 100
3584 CX Utrecht
The Netherlands

Correspondence:
G04.129
P.O. Box 85500
3508 GA Utrecht
The Netherlands

www.umcutrecht.nl

Page 1

Η. ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΟ-ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΕΡΓΟ

9/2016-σήμερα: Διευθυντής της Πανεπιστημιακής Αγγειοχειρουργικής Κλινικής του “Δημοκρίτειου” Πανεπιστημίου Θράκης

- Ανάθεση της Διεύθυνσης της Πανεπιστημιακής Αγγειοχειρουργικής Κλινικής (ΠΑΚ) [Ιδρύθηκε με το ΠΔ 91/2000 (ΦΕΚ 177/2-8-2000), Υπουργική Απόφαση Εγκατάστασης: Υ4α /29261/03 (ΦΕΚ 750/11-6-2003), Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας: ΠΔ 191/2000, ΦΕΚ 1771/2-8-2000] την 1^η Σεπτεμβρίου 2016 μετά την συνταξιοδότηση του πρώην Διευθυντή μου Καθηγητή κ. Μιλτιάδη Λαζαρίδη. Η ΠΑΚ στελεχώνεται από 3 μέλη ΔΕΠ [έναν Αναπληρωτή (Διευθυντής), ένα Μόνιμο Επίκουρο Καθηγητή (κ. Ευστράτιος Γεωργακαράκος) και ένα Επίκουρο Καθηγητή (κ. Χρήστος Αργυρίου)] και έναν Επικουρικό ιατρό με βαθμό Επιμελητή Β΄ ΕΣΥ (κ. Ανδρέας Κουτσουμπέλης). Η Κλινική λειτουργεί με ανεξάρτητες ημέρες χειρουργείου και τακτικά εξωτερικά ήδη μετά την αυτοτελή εγκατάσταση της στο νέο Παν/κό Νοσ/μείο (Ιανουάριος/2003). Στην ΠΑΚ διατίθενται 11 τραπέζια χειρουργείου ανά μήνα [(7 για περιστατικά που απαιτούν παρουσία αναισθησιολόγου και 4 για περιστατικά που διενεργούνται υπό τοπική αναισθησία (αγγειοπλαστικές/χειρουργικές προσπελάσεις νεφροπαθών)]. Με δικές μου ενέργειες ο αριθμός των κλινών αυξήθηκε από 10 σε 12 τα τελευταία 2 χρόνια. Η ΠΑΚ καλύπτει όλη την Περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης, εφημερεύει σε καθημερινή βάση, και αντιμετωπίζει μεγάλο αριθμό περιστατικών ποικίλης βαρύτητας. Εκτελούνται τουλάχιστον 700 επεμβάσεις το χρόνο (στοιχεία τελευταίας 3/ετίας), εκ των οποίων αρκετές σε επείγουσα βάση που αφορούν όλο το φάσμα της Αγγειοχειρουργικής (ανοικτές, ενδαγγειακές και υβριδικές όλων των κατηγοριών, βλ. σελ. 86). Αξίζει να σημειωθεί ότι τόσο οι τακτικές όσο και οι επείγουσες παρεμβατικές αγγειακές τεχνικές εκτελούνται με διαρκώς αυξανόμενο ρυθμό (στατιστικά στοιχεία ΠΓΝΑ 2016 και 2017). Επιπρόσθετα η ΠΑΚ διαθέτει “Αγγειολογικό εργαστήριο” εξοπλισμένο με φορητές συσκευές Doppler και συσκευή έγχρωμης Doppler υπερηχογραφίας. Σε τακτική βάση εξετάζουμε τουλάχιστον 180-200 περιστατικά κάθε μήνα. Η κλινική κρίθηκε κατάλληλη για πλήρη άσκηση στην ειδικότητα της Αγγειοχειρουργικής (1713/18-11-04 ΦΕΚ τεύχος Β) και έχει δύο εγκεκριμένες θέσεις ειδικευομένων. Με δικές μου ενέργειες εξασφάλισα συναίνεση στη μετατροπή μιας θέσης ειδικευόμενου ιατρού ειδικότητας Καρδιοχειρουργικής, που έχει συσταθεί με παλαιότερη Υπουργική απόφαση, σε μια θέση ειδικευόμενου ιατρού ειδικότητας Αγγειοχειρουργικής, από τον Διευθυντή της Καρδιοχειρουργικής Κλινικής (ΔΣ9/Θ14/18-04-2019). Επιπρόσθετα, αρκετοί ειδικευόμενοι άλλων ειδικοτήτων (Γενική Χειρουργική/Ορθοπαιδική) σύμφωνα με τον κανονισμό της αντίστοιχης ειδικότητας αποσπώνται στην ΠΑΚ

πραγματοποιώντας το κατ' επιλογήν εξάμηνο της Αγγειοχειρουργικής (έως 2 ετησίως). Στην ΠΑΚ εκπαιδεύονται, επίσης τεταρτοετείς φοιτητές του Ιατρικού τμήματος του ΔΠΘ (8 ώρες διδασκαλίας/εβδομάδα).

2006-2019: Ανάπτυξη της Ενδαγγειακής Χειρουργικής στο ΔΠΘ

- Υπήρξε ο πρωτεργάτης της ανάπτυξης της ενδαγγειακής χειρουργικής στο ΔΠΘ. Από το 2006 άρχισε σταδιακά (με την συνδρομή έμπειρων συναδέλφων από τη Θεσσαλονίκη-με δική μου πρωτοβουλία) και αναπτύχθηκε πλήρως στην συνέχεια η ενδαγγειακή αντιμετώπιση κοιλιακών και θωρακικών ανευρυσμάτων, ενώ ήδη εφαρμοζόταν σε συνεργασία με το Ακτινολογικό Εργαστήριο (2004-2006), η διαδερμική αγγειοπλαστική/stenting σε πολλές περιπτώσεις ασθενών με χρόνια αποφρακτική αρτηριοπάθεια. Με προσωπικές ενέργειες εξασφαλίστηκε η προμήθεια κινητού ψηφιακού ακτινολογικού μηχανήματος τελευταίας τεχνολογίας (C-arm), ακτινολογικής χειρουργικής τράπεζας (αναμένονται μέσω ΕΣΠΑ 2013-2020: στολές ακτινοπροστασίας, εγχυτής υψηλών πιέσεων, υπερηχοτομογράφος), και κατέστη πλέον δυνατή από το 2008 η πραγματοποίηση όλων των ενδαγγειακών επεμβάσεων στο φυσικό τους χώρο, το χειρουργείο. Επιπλέον σχετικά πρόσφατα η Αγγειοχειρουργική Κλινική εφοδιάστηκε με ειδικό software για την εκτίμηση και μέτρηση των ανευρυσμάτων και εν γένει των αγγειακών παθήσεων για τον σωστό σχεδιασμό των ενδαγγειακών επεμβάσεων. Πρόσφατα επίσης εγκαινιάστηκε και η αίθουσα εκπαίδευσης της Κλινικής, η ανακαίνιση της οποίας έγινε επίσης με δική μου πρωτοβουλία (μέσω χορηγιών στον ΕΛΚΕ). Επίσης, στα πλαίσια προγραμμάτων ΕΣΠΑ 2014-2020 κατέθεσα ολοκληρωμένη πρόταση για την δημιουργία υβριδικής αίθουσας στο χώρο του χειρουργείου. Πολύ πρόσφατα, με δική μου πρωτοβουλία εξασφάλισα τη συμμετοχή συναδέλφων από άλλα νοσοκομεία της χώρας (αρ. απόφασης Διοικητικού Συμβουλίου ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης: 33^ο/ΔΣ4^ο/27-02-2019), στην εκπαίδευση των ιατρών της κλινικής μας σε νέες ενδαγγειακές τεχνικές (stenting καρωτίδων, θεραπεία κισμών).

2015-2021: Επιστημονικά υπεύθυνος εκπαιδευτικού και ερευνητικού προγράμματος στην Επιτροπή Ερευνών του ΔΠΘ

- Είμαι υπεύθυνος του έργου “Ανάπτυξη εκπαιδευτικών και ερευνητικών δραστηριοτήτων της Αγγειοχειρουργικής Κλινικής του ΔΠΘ” με κωδικό 81514 που σκοπό έχει να εκπαιδεύσει νέους ιατρούς στο εξωτερικό, να οργανώσει υψηλού κύρους επιστημονικά συνέδρια/εκδηλώσεις, να προάγει την έρευνα σε νέους τομείς της, να υποστηρίξει την ενημέρωση και εκπαίδευση νέων αγγειοχειρουργών στην αντιμετώπιση αγγειακών παθήσεων με ενδαγγειακές/υβριδικές τεχνικές και παράλληλα να υποστηρίξει την καταγραφή, επεξεργασία, παρουσίαση και δημοσίευση αποτελεσμάτων από την εφαρμογή των τεχνικών αυτών σε Ελληνικά ή Διεθνή συνέδρια και έγκυρα ιατρικά περιοδικά αντίστοιχα, αλλά και τη συγγραφή διδακτορικών διατριβών.

2019-2024: Διευθυντής του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών με τίτλο “ΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ”

- Αριθμ. Απόφ. 79/57/24-04-2018 (διάρκεια: 2 διδακτικά εξάμηνα, συνολική διάρκεια: 5 έτη), ΦΕΚ 3730/31-08-2018, τ.Β', έναρξη του ΠΜΣ: Μάρτιος 2019
[ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ: η μεταπτυχιακή διδασκαλία, έρευνα και πρακτική εκπαίδευση στο επιστημονικό πεδίο των Αγγειακών Προσπελάσεων σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου. Σκοπός του προγράμματος είναι η κατάρτιση των συμμετεχόντων με όλες τις επιστημονικά τεκμηριωμένες γνώσεις στην εξάσκηση και χειρουργική κατάρτιση των διαφόρων εναλλακτικών και διαφορετικών τεχνικών των αγγειακών προσπελάσεων (υβριδικών, σύνθετων και ενδαγγειακών) σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου]

2017-2018: Συντονιστής^{#1}/μέλος εισηγητικής επιτροπής^{#2} ή μέλος εκλεκτορικού σώματος^{#3} για την εκλογή μελών ΔΕΠ (δεν περιλαμβάνονται συμμετοχές ως αναπληρωματικό μέλος)

- ^{#2}Μέλος εισηγητικής επιτροπής: Ορίστηκε από το εκλεκτορικό σώμα (ΔΠΘ/ΤΙΑΤΡ/46266/5052/1-6-2017) σύμφωνα με την υπ αριθμ. ΔΠΘ/ΤΙΑΤΡ/50041/5463/23-6-2017 απόφαση της από 22 Ιουνίου 2017 συνεδρίασης για την μονιμοποίηση του κ. Ευστράτιου Γεωργακαράκου στη βαθμίδα του Επίκουρου Καθηγητή [αρ. Φ.122.1/6/14241/Ζ2/27.01.2017 (ΦΕΚ: 225/τα, Β'/31-1-2017)] του Χειρουργικού Τομέα του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης αντίστοιχα με γνωστικό αντικείμενο “Αγγειοχειρουργική” (κωδικός θέσης ΑΠΕΛΛΑ: APP1835)
- ^{#1}Συντονιστής εισηγητικής επιτροπής: Ορίστηκε από το εκλεκτορικό σώμα (ΔΠΘ/ΤΙΑΤΡ/45130/4970/26-5-2017) για την πλήρωση μίας θέσεως ΔΕΠ του Τομέα Χειρουργικής στη βαθμίδα του Επίκουρου Καθηγητή (ΦΕΚ: Γ 1270/13.12.2016) με γνωστικό αντικείμενο “Αγγειοχειρουργική” (κωδικός θέσης ΑΠΕΛΛΑ: APP203)
- ^{#3}Μέλος εκλεκτορικού σώματος: Ορίστηκε για την εξέλιξη Επίκουρου Καθηγητή στη βαθμίδα του Αναπληρωτή Καθηγητή στο γνωστικό αντικείμενο “Καρδιοχειρουργική” (ΦΕΚ 1121/09-11-2017)(κωδικός θέσης ΑΠΕΛΛΑ: APP3450)
- ^{#3}Μέλος εκλεκτορικού σώματος: Ορίστηκε για την εξέλιξη Επίκουρου Καθηγητή στη βαθμίδα του Αναπληρωτή Καθηγητή στο γνωστικό αντικείμενο “Αγγειοχειρουργική” (ΦΕΚ 320/03-04-2017)(κωδικός ΑΠΕΛΛΑ: APP1339)

2001-2018: Συμμετοχή σε διαγωνισμούς ως πρόεδρος και μέλος επιτροπών αξιολόγησης

- Κατά την διάρκεια της απασχόλησης μου στο Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης και στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Έβρου, συμμετείχα μετά από ορισμό από τα αρμόδια όργανα σε πολυάριθμους διαγωνισμούς, είτε ως πρόεδρος, είτε ως μέλος των αρμοδίων επιτροπών αξιολόγησης.

2007-2018: Μέλος Γενικής Συνέλευσης του Τμήματος Ιατρικής του ΔΠΘ

- Από 01-09-2007 έως 31-08-2008) ως ένα από τα μέλη Δ.Ε.Π. του Χειρουργικού Τομέα στη βαθμίδα του Λέκτορα (αρ. πρωτ.: 1258 του Χειρουργικού Τομέα, 13/07/2007).
- Από 01-09-2012 έως 31-07-2013 και από 1-09-2013-31/07/2014 ως ένα από τα μέλη Δ.Ε.Π. του Χειρουργικού Τομέα στη βαθμίδα του Επίκουρου Καθηγητή.
- Από 01-12-2018 έως 31-10-2019) ως ένα από τα μέλη Δ.Ε.Π. του Χειρουργικού Τομέα στη βαθμίδα του Αναπληρωτή Καθηγητή (απόφαση Χειρουργικού Τομέα: 10/12/2018)

2016-2019: Συντονιστής Εφημερίδας του ΠΓΝΑ

- Συντονιστής εφημερίδας του ΠΓΝ Έβρου (φορέας Αλεξανδρούπολης) ανα τακτά χρονικά διαστήματα (καθορίζεται από την ιατρική υπηρεσία).

ΑΝΑΛΥΤΙΚΟ ΥΠΟΜΝΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΕΥΜΕΝΟΥ ΕΡΓΟΥ ΤΙΤΛΟΙ-ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Ι. ΠΛΗΡΕΙΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ ΣΕ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ ΜΕ ΚΡΙΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ ΣΤΟ

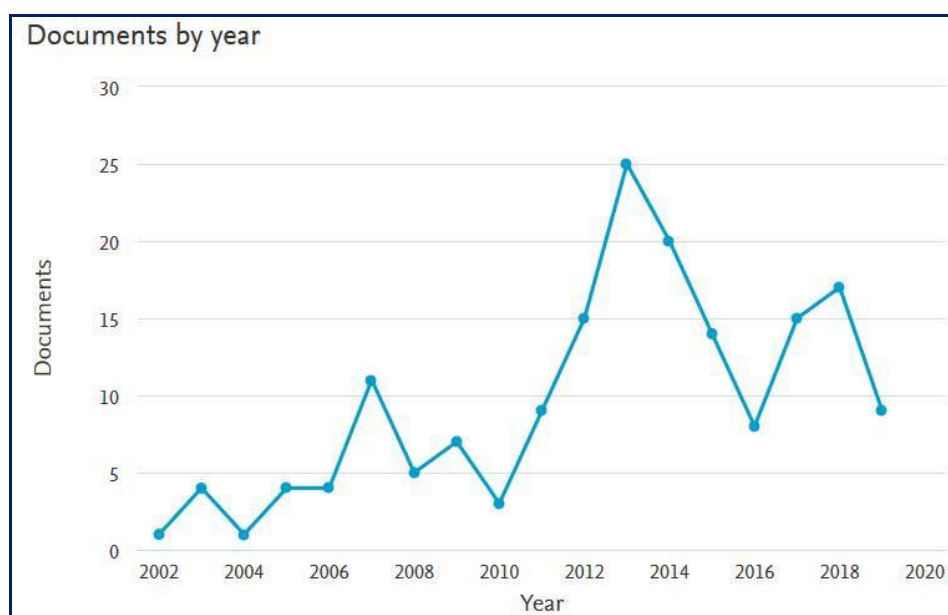
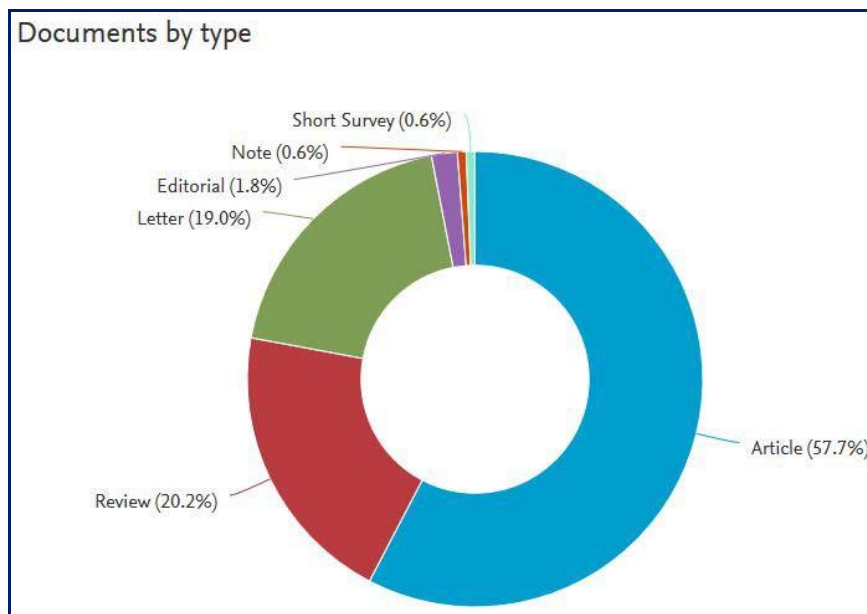
INDEX MEDICUS: **181** (*in press: 4*)

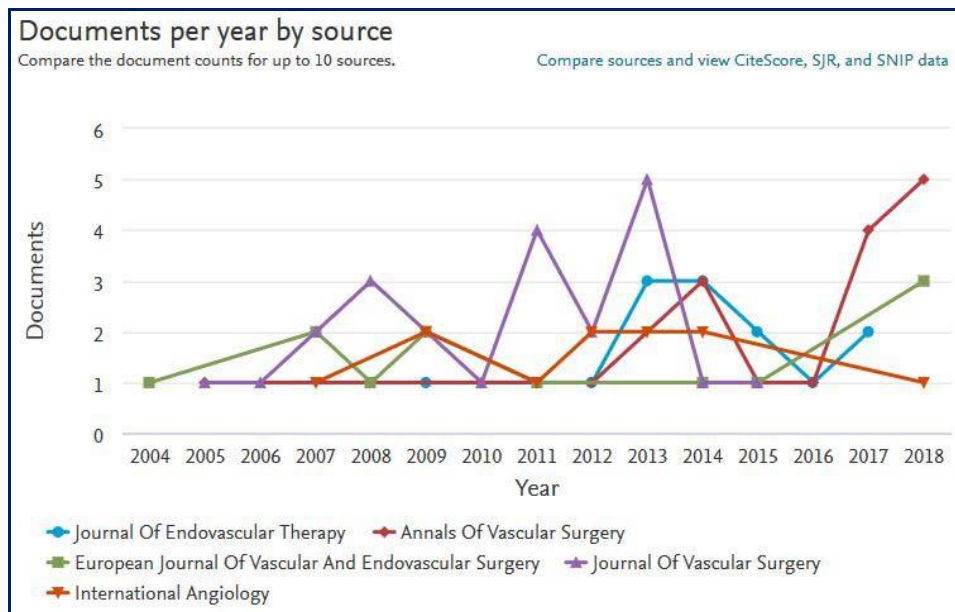
Citations (Scopus) = 2012

Citations (in Books) = 88

Σύνολο = 2100

h-factor=25





In Press Articles (4)

1. Papanas N, Georgiadis GS, Demetriou M, Lazarides MK, Maltezos E.
Creating a Successful Poster: "Beauty Is Truth, Truth Beauty"
Int J Lower Extr Wounds 2019; May 9.
doi.org/10.1177/1534734619836018
2. Georgakarakos E, Koutsoumpelis A, Tasopoulou KM, Georgiadis GS.
Tips to ensure optimal ring apposition of the Ovation Stent Graft in challenging necks of abdominal aortic aneurysms.
Aorta 2019; *in press*
3. Argyriou C, Georgiadis GS.
Validation of duplex ultrasound graft surveillance in the immediate postoperative period.
Aorta 2019; *in press*
4. Antoniou GA, Georgiadis GS.
"Regarding "A systematic review and meta-analysis of one-stage versus two-stage brachiobasilic arteriovenous fistula creation" J Vasc Surg. 2018;68(1):285-297"
J Vasc Surg 2019; *in press*

Published Articles [177: including 2 Medline articles not shown in PubMed database(see page 86)]

» Με τη σειρά που εμφανίζονται στην Ιατρική βάση δεδομένων PubMed

» Search for: Georgiadis GS or Georgiadis G and Tentos or Georgiadis G and Lazarides M (last Medline access: 15-05-2019)

» Με κόκκινο χρώμα οι αναφορές του άρθρου [Citations] (last Scopus access: 30-04-2019)

- HIGHLY CITED RESEARCH [AWARDED NOVEMBER, 2016 (A META-ANALYSIS OF OUTCOMES OF ENDOVASCULAR ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM REPAIR IN PATIENTS WITH HOSTILE AND FRIENDLY NECK ANATOMY)]
- ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ ΠΟΥ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ ΣΕ YEAR BOOK OF VASCULAR SURGERY: **5**
- ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ ΠΟΥ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ ΣΕ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ: **18**

1. Tsivgoulis G, Kargiotis O, Katsanos AH, Patousi A, Mavridis D, Tsokani S, Pikilidou M, Birbilis T, Mantatzis M, Zompola C, Triantafyllou S, Papanas N, Skendros P, Terzoudi A, Georgiadis GS, Maltezos E, Piperidou C, Tsioufis K, Heliopoulos I, Vadikolias K.
Incidence, characteristics and outcomes in patients with embolic stroke of undetermined source: A population-based study.
J Neurol Sci 2019 Apr 6;401:5-11.
doi: 10.1016/j.jns.2019.04.008
[0]

Embolic stroke of undetermined source (ESUS) represents a subgroup of cryptogenic ischemic stroke (CS) distinguished by high probability of an underlying embolic mechanism. There are scarce population-based data regarding the incidence, characteristics and outcomes of ESUS. Consecutive patients included with first-ever ischemic stroke of undetermined cause in the previously published population-based Evros Stroke Registry were further subdivided into ESUS and non-ESUS CS. Crude and adjusted [according to the European Standard Population (ESP), WHO and Segi population] incidence rates (IR) for ESUS and non-ESUS CS were calculated. Baseline characteristics, admission stroke severity (assessed using NIHSS-score), stroke recurrence and functional outcomes

[determined by modified Rankin Scale (mRS) scores], were recorded during the 1-year follow-up period. We identified 21 and 242 cases with ESUS (8% of CS) and non-ESUS CS. The crude and ESP-adjusted IR for ESUS were 17.5 (95%CI: 10-25) and 16.6 (95%CI: 10-24) per 100,000 person-years. Patients with ESUS were younger ($p < .001$) and had lower median admission NIHSS-scores ($p < .001$). Functional outcomes were more favorable in ESUS at 28, 90 and 365 days. ESUS was independently ($p = .033$) associated with lower admission NIHSS-scores (unstandardized linear regression coefficient: -13.34;95%CI: -23.34, -3.35) on multiple linear regression models. ESUS was not related to 1-year stroke recurrence, mortality and functional improvement on multivariable analyses. In conclusion we found that ESUS cases represented 8% of CS patients in this population-based study. Despite the fact that ESUS was independently related to lower admission stroke severity, there was no association of ESUS with long-term outcomes.

[πιστοποιητικό № 1]

2. Georgakarakos E, Anastasiadou E, Papoutsi M, Koufopoulos G, Georgiadis GS.

Tips and tricks for facilitating teaching of Doppler waveforms and ankle-brachial index in undergraduate level: A practical guide.

J Vasc Nurs 2019 Mar;37(1):64-68.

doi: 10.1016/j.jvn.2018.10.003

[0]

Although the measurement of ankle-brachial index (ABI) is considered a fundamental skill in assessment and diagnosis of peripheral arterial disease and a predictive tool for cardiovascular events, real-world practice shows that the experience of many health professionals is far from ideal. Not only teaching and practice of ABI measurement in undergraduate medical curricula are limited but various mistakes in the process of calculation, estimation, and interpretation of ABI results in the postgraduate practice have also been documented. Because vascular surgery is a core subject in our medical school, we deal with the difficulties and challenges that undergraduate medical students and nurses face to measure and comprehend ABI. We came up with useful tips and maneuvers to overcome these difficulties. Accordingly, this article provides twelve easy-to-follow useful tips to enhance and facilitate the teaching and comprehension of ABI. Moreover, it favors the simultaneous teaching of Doppler arterial waveform examination as a means to facilitate accurate interpretation and validation of ABI results.

[πιστοποιητικό № 2]

3. Roumeliotis A, Roumeliotis S, Panagoutsos S, Theodoridis M, Argyriou C, Tavridou A, Georgiadis GS.

Carotid intima-media thickness is an independent predictor of all-cause mortality and cardiovascular morbidity in patients with diabetes mellitus type 2 and chronic kidney disease.

Ren Fail 2019 Nov;41(1):131-138.

doi: 10.1080/0886022X.2019.1585372

[0]

Background: Intima-Media-Thickness of the carotid artery wall (cIMT) is a strong predictor of cardiovascular (CV) disease. The aim of this study was to investigate the significance of cIMT as an independent prognostic factor for CV morbidity and mortality in patients with chronic kidney disease (CKD) and diabetes mellitus type 2 (DM2).

Methods: The study included 142 diabetic patients in different stages of CKD. Patients were categorized into two groups according to low (≤ 0.86 mm) or high cIMT (> 0.86 mm), respectively. CV events and death from all causes were registered during a seven-year follow-up.

Results: Mean age, BMI and duration of diabetes were 68 years (range: 45-90), > 30 kg/m² and 15 years (range: 5-40), respectively. Patients with increased cIMT were older, suffered from a lower estimated glomerular filtration rate (eGFR), peripheral atherosclerosis and plaque presence in either carotid artery. Increased BMI (beta = -0.29, $p = .01$), lower eGFR (beta = 0.353, $p = .003$) and male gender (beta = -0.339, $p = .005$) were found to predict increased cIMT. Predictors of all-cause mortality in Cox proportional hazard models were low eGFR and high cIMT with HR = 0.96 (CI = 0.94-0.98), $p < .001$ and HR = 2.9 (CI = 1.03-7.99), $p = .04$, respectively. The risk of future CV event was determined by albuminuria and cIMT with HR = 1 (CI = 1.0-1.0), $p < .001$ and HR = 2.04 (CI = 1.1-3.78), $p = .02$, respectively. Patients with high cIMT presented significantly higher all-cause mortality and a new CV event ($p = .005/p = .018$, respectively).

Conclusions: cIMT is a strong and independent predictor of CV morbidity and mortality, and should be considered a valuable tool for the stratification of CV risk in patients with CKD and DM2.

[πιστοποιητικό № 3]

4. Georgakarakos E, Xenakis A, Georgiadis GS.

Computational comparison between a classic bifurcated endograft and a customized model with "dog bone"-shaped limbs.

J Endovasc Ther 2019 Apr;26(2):250-257.

doi: 10.1177/1526602819834713

[0]

Purpose: To use computational simulations to compare the hemodynamic characteristics of a classic bifurcated stent-graft to an equally long endograft design with "dog bone"-shaped limbs (DB), which have large diameter proximal and distal ends and significant narrowing at the midsection to accommodate aneurysms with an extremely narrow bifurcation.

Materials and Methods: A 3-dimensional model was constructed using commercially available validated software. Inlet and outlet diameters were 28 and 14 mm, respectively. The total length of both models was kept constant to 180 mm, but the main body of the DB model was 20 mm shorter than the bifurcated endograft. The iliac limbs of the DB model had a 9-mm stenosis over a 30-mm segmental length in the midsection. Flow was quantified by time-averaged wall shear stress, oscillatory shear index (OSI), and relative residence time (RRT). The displacement forces in newtons (N) and maximum wall shear stress (WSS) in pascals (Pa) were compared during a cardiac cycle at 3 segments (main body, bifurcation, and iliac limbs) of both models with computational fluid dynamics analysis.

Results: The DB accommodation was associated with higher forces at the main body (range 3.15-4.9 N) compared with the classic configuration (1.56-2.34 N). On the contrary, the forces at the bifurcation (3.81-5.98 vs 3.76-5.54 N) and at the iliac limbs (0.34-0.85 vs 0.49-0.74 N) were comparable for both models. Accordingly, maximum WSS was detected at the iliac sites for both models throughout the cardiac cycle. The highest values were detected at peak systole and equaled 26.6 and 12 Pa for the DB and bifurcated configurations, respectively. The narrow segments in the DB model displayed high stress values but low OSI and very low RRT.

Conclusion: The DB accommodation seems to correlate with higher displacement forces at the main body and higher stresses at the iliac limbs. Consequently, regular imaging follow-up of the DB design deems necessary to delineate its mid- and long-term clinical performance.
[πιστοποιητικό № 4]

5. Tziakas D, Chalikias G, Pavlaki M, Kareli D, Gogiraju R, Hubert A, Böhm E, Stamoulis P, Drosos I, Kikas P, Mikroulis D, Giatromanolaki A, Georgiadis G, Konstantinou F, Argyriou C, Münzel T, Konstantinides S, Schäfer K.
Lysed erythrocyte membranes promote vascular calcification: Possible role of erythrocyte-derived nitric oxide.
Circulation 2019 Feb 5.
doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.118.037166

[0]

Background: Intraplaque hemorrhage promotes atherosclerosis progression, and erythrocytes may contribute to this process. In this study we examined the effects of red blood cells on smooth muscle cell mineralization and vascular calcification and possible mechanisms involved.

Methods: Erythrocytes were isolated from human and murine whole blood. Intact and lysed erythrocytes and their membrane fraction or specific erythrocyte components, were examined in vitro using diverse calcification assays, ex vivo using the murine aortic ring calcification model, and in vivo after murine erythrocyte membrane injection into neointimal lesions of hypercholesterolemic apolipoprotein E-deficient mice. Vascular tissues (aortic valves, atherosclerotic carotid artery specimens, abdominal aortic aneurysms) were obtained from patients undergoing surgery.

Results: The membrane fraction of lysed, but not intact human erythrocytes promoted mineralization of human arterial smooth muscle cells (HASMCs) in culture, as shown by Alizarin red and van Kossa stain and increased alkaline phosphatase activity, and by increased expression of osteoblast-specific transcription factors (e.g. RUNX2, osterix) and differentiation markers (e.g. osteopontin, osteocalcin and osterix). Erythrocyte membranes dose-dependently enhanced calcification in murine aortic rings, and extravasated CD235a-positive erythrocytes or Perl's iron-positive signals co-localized with calcified areas or osteoblast-like cells in human vascular lesions. Mechanistically, the osteoinductive activity of lysed erythrocytes was localized to their membrane fraction, did not involve membrane lipids, heme or iron, and was enhanced after removal of the nitric oxide (NO) scavenger hemoglobin. Lysed erythrocyte membranes enhanced calcification to a similar extent as the NO donor DETA-NO, and their osteoinductive effects could be further augmented by arginase-1 inhibition (indirectly increasing NO bioavailability). On the other hand, the osteoinductive effects of erythrocyte membranes were reduced in HASMCs treated with the NO scavenger PTIO or following inhibition of NO synthase or the NO receptor soluble guanylate cyclase. Erythrocytes isolated from eNOS-deficient mice exhibited a reduced potency to promote calcification in the aortic ring assay and after injection into murine vascular lesions.

Conclusions: Our findings in cells, genetically modified mice and human vascular specimens suggest that intraplaque hemorrhage with erythrocyte extravasation and lysis promotes osteoblastic differentiation of smooth muscle cells and vascular lesion calcification, and also support a role for erythrocyte-derived NO.

[πιστοποιητικό № 5]

6. Argyriou C, Schoretzanitis N, Kantartzi K, Panagoutsos S, Souftas VD, Lazarides MK, Georgiadis GS.
Use of a temporary shunt to preserve the patency of a hemodialysis graft while performing ipsilateral axillo-femoral bypass.
J Vasc Access 2019 Jan 8;1129729818820205.
doi: 10.1177/1129729818820205

[1]

Increased blood flow in the subclavian artery feeding a vascular access for hemodialysis can rarely induce steal phenomena in the vertebral and internal mammary artery leading to potentially life-threatening conditions. On the contrary, transient interruption of blood flow in the subclavian artery feeding a dialysis arteriovenous fistula can theoretically induce access thrombosis. Here, we describe a technical maneuver preserving continuous ipsilateral upper arm access flow when constructing a unilateral axillo-femoral polytetrafluoroethylene bypass operation for critical limb ischemia in a hemodialysis patient.

[πιστοποιητικό № 6]

7. Koutsoumpelis A, Argyriou C, Tasopoulou KM, Georgakarakos EI, Georgiadis GS.
Novel oral anticoagulants in peripheral artery disease. Current evidence.
Curr Pharm Des 2018;24(38):4511-4515.
doi: 10.2174/1381612825666181226151959

[1]

Background: Peripheral artery disease is a common manifestation of systemic atherosclerosis which strongly correlates to cardiovascular morbidity and mortality. In addition, the progression of peripheral artery disease leads to an increased risk of limb loss. In order to reduce these events, the benchmark of treatment and research over the last years has been the antiplatelet therapy which aims at inhibition of platelet aggregation. Over the last years, new studies combining antiplatelet agents in different therapeutic schemes have been proven efficacious. Unfortunately, patients remain still at high risk of CV events. Novel Oral Anticoagulants have been introduced as alternatives to warfarin, in the prevention and treatment of venous thromboembolism. The rationale of using medication which acts on platelet activation and the coagulation pathway of thrombosis has led investigators to examine the role of Noac's in preventing CV events in patients with peripheral artery disease, stable or unstable.

Methods: The aim of this study is to review the current evidence with respect to recently published studies concerning the use of Novel anticoagulants in peripheral artery disease.

Results: The Compass trial has shown that a combination of rivaroxaban with traditional therapy may produce promising results in reducing amputation rates, stroke, cardiac events, and mortality, however, there are still safety issues with bleeding requiring acute care. The ePAD study has provided us with insight concerning safety and efficacy after peripheral angioplasty or stenting and actually the need for further research. The Voyager Pad study, following the steps of Compass, is studying the effect and safety of the addition of rivaroxaban to traditional therapy in the highest risk population aka patients undergoing peripheral revascularization. The evidence concerning patients with concomitant atrial fibrillation appears to be insufficient, however, recent guidelines propose the use of novel oral anticoagulants.

Conclusion: For the time being, novel oral anticoagulants in combination with aspirin may provide an alternative treatment in PAD, however, it is deemed necessary to identify patient subgroups who will benefit the most.

8. Koutsoumpelis A, Georgakarakos E, Tasopoulou KM, Kontopodis N, Argyriou C, Georgiadis GS.

A clinical update on the mid-term clinical performance of the Ovation endograft.

Expert Rev Med Devices 2019 Jan;16(1):57-62.

doi: 10.1080/17434440.2019.1555467

[0]

The Ovation stent-graft uncouples the steps of fixation and sealing via a pair of polymer-filled inflatable rings. Apart from the well-documented early results, newer data emerged for mid-term results of Ovation and are presented in this review. Areas covered: Aim of this article was to report all current studies with the mid-term results of the particular endograft, the incidence of complications and failure and discuss their management.

Expert Commentary: The Ovation stent-graft exhibits very satisfactory clinical mid-term results in abdominal aortic aneurysms treated within the instructions-for-use. It can also have a very promising role in challenging neck anatomies with conical shape and presence of thrombus or calcification. However, this should be not considered a panacea and long-term results are needed to validate this intriguing aspect.

[πιστοποιητικό № 8]

9. Georgakarakos E, Koutsoumpelis A, Popidis S, Tasopoulou KM, Georgiadis GS

A complex case of synchronous thoracic and abdominal endoleak repair with custom-made Relay Nbs thoracic stent graft and abdominal open reconstruction.

Ann Vasc Surg 2018 Nov 26. pii: S0890-5096(18)30874-4

doi: 10.1016/j.avsg.2018.08.101

[0]

A 71-year old patient with previous thoracic aneurysm endovascular repair (TEVAR) and endovascular abdominal aneurysm repair (EVAR) presented with simultaneous type-III endoleak from the thoracic components and type-Ia endoleak from migration of the abdominal endograft, leading to enlargement of both aneurysms. A custom-made reverse tapered RELAY NBS thoracic endograft was used to bridge the thoracic stent-grafts. While a low-flow type 3 endoleak persisted in the immediate postoperative phase, due to incomplete apposition of the new stent-graft, further deployment of its Nitinol skeleton resulted in resolution of the endoleak at 1-week follow-up. The abdominal aneurysm enlargement was corrected via excision of the central segment of the abdominal endograft, preservation of the distal main body and limbs and interposition of a short Dacron tube graft.

[πιστοποιητικό № 9]

10. Roussopoulou A, Tsiygoulis G, Krogias C, Lazaris A, Moulakakis K, Georgiadis GS, Mikulik R, Kakisis JD, Zompola C, Faissner S, Chondrogianni M, Liantinioti C, Hummel T, Safouris A, Matsota P, Voumvourakis C, Lazarides M, Geroulakos G, Vasdekis SN.

Safety of urgent endarterectomy in acute non-disabling stroke patients with symptomatic carotid artery stenosis: an international multicenter study.

Eur J Neurol 2019 Apr;26(4):673-679.

doi: 10.1111/ene.13876

[0]

Background & Purpose: International recommendations advocate that carotid endarterectomy (CEA) should be performed within two weeks from the index event in symptomatic carotid artery stenosis (sCAS) patients. However, there are controversial data regarding the safety of CEA performed during the first two days of ictus. The aim of this international, multicenter study was to prospectively evaluate the safety of urgent (0-2 days) in comparison to early (3-14 days) CEA in patients with sCAS.

Methods: Consecutive patients with non-disabling (mRS-scores $\leq$ 2) acute ischemic strokes (AIS) or Transient Ischemic Attacks (TIA) due to sCAS ($\geq$ 70%) underwent urgent or early CEA at five tertiary-care stroke centers during a six-year period. The primary outcome events included stroke, myocardial infarction (MI) or death during the 30-day follow-up period.

Results: A total of 311 patients with sCAS underwent urgent (n=63) or early (n=248) CEA. The two groups did not differ in baseline characteristics with the exception of crescendo TIAs (21% in urgent vs. 7% in early CEA; p=0.001). The 30-day rates of stroke did not differ (p=0.333) between patients with urgent (7.9%; 95%CI: 3.1%-17.7%) and early (4.4%; 95%CI: 2.4%-7.9%) CEA. The mortality and MI rates were similar between the two groups. The median length of hospitalization was shorter in urgent CEA [6 days (IQR 4-6) vs. 10 days (IQR 7-14); p<0.001].

Conclusions: Our findings highlight that urgent CEA performed within two days from the index event is related to a non-significant increase in the risk of peri-procedural stroke. The safety of urgent CEA requires further evaluation in larger datasets. This article is protected by copyright. All rights reserved.

[πιστοποιητικό № 10]

11. Georgiadis GS, Argyriou C, Kantartzi K, Georgakarakos EI.

Which is the most powerful adverse factor for autogenous access patency between diabetes and high arterial calcification burden?

Ren Fail 2018 Nov;40(1):455-457.

doi: 10.1080/0886022X.2018.1497518

[0]

No abstract

[πιστοποιητικό № 11]

12. Georgiadis GS, Argyriou C.

Use of a temporary vascular shunt across the knee joint for proximal arterial injury of the extremity.

Eur J Vasc Endovasc Surg 2018 Dec;56(6):902.

doi: 10.1016/j.ejvs.2018.08.038

[1]

13. Argyriou C, Drosos G, Tottas S, Tasopoulou KM, Kougioumtzis I, Georgiadis GS
A rare case of tibioperoneal arterial trunk entrapment caused by a fibular osteochondroma.
Ann Vasc Surg 2019 Feb;55:308.e11-308.e16.
doi: 10.1016/j.avsg.2018.06.024

[0]

Background: Osteochondromas or exostoses are the most common benign tumors of the bones, which appear during the growth period. The involvement of lower extremities is common, particularly in metaphyseal structures of the femur and humerus and around the knee joint. However, the incidence of the development of the tumor at the proximal fibula is rare. The most common signs and symptoms of the disease are pain, pulsatile mass, limb swelling, neurologic sequelae, bursa formation with subsequent bursitis, and impairment of the developmental growth. Vascular complications are rare, yet osteochondromas can cause catastrophic arterial complications threatening the life of the patient if they occur and can include vessel perforation and thrombosis, arterial thromboembolic events, and pseudoaneurysm formation.

Methods: We report a case of a 24-year-old male patient presenting with tibioperoneal arterial trunk entrapment caused by a massive osteochondroma derived from the proximal fibula. A combined vascular-orthopedic approach was initiated with the excision of the tumor, in which the neurovascular structures (tibial nerve, popliteal artery and vein, anterior tibial artery, and tibioperoneal trunk) were carefully recognized and protected.

Results: The postoperative course of the patient was uneventful.

Conclusions: High clinical suspicion of a vascular complication should be raised by physicians when investigating a young patient with a suspected osseous tumor in the popliteal fossa and symptomatology of concurrent peripheral arterial disease. Prompt surgical management is crucial for the salvage of the affected limb in cases of arterial involvement. Furthermore, quick surgical exposure of the mass and regular postoperative follow-up check minimizes the risk of irreparable impairments and tumor recurrence.

[πιστοποιητικό № 13]

14. Tsigvoulis G, Katsanos AH, Patousi A, Pikilidou M, Birbilis T, Mantatzis M, Yavropoulou M, Zompola C, Triantafyllou S, Papanas N, Skendros P, Terzoudi A, Georgiadis GS, Zebekakis P, Maltezos E, Piperidou C, Heliopoulos I, Vadikolias K.
Stroke recurrence and mortality in northeastern Greece: the Evros Stroke Registry.
J Neurol 2018 Oct;265(10):2379-2387.
doi: 10.1007/s00415-018-9005-6

[4]

Up to date there is no population-based study from Greece providing long-term data on incidence of both all-cause mortality and stroke recurrence for patients with first ever stroke (FES). Adult patients with FES were registered during a 24-month period (2010-2012) and followed-up for 12 months. We calculated cumulative incidences of stroke mortality and recurrence. Univariable and multivariable Cox proportional hazards regression analyses were used to identify independent determinants of 1-year mortality and 1-year stroke recurrence. We prospectively documented 703 first ever stroke cases (mean age 75 ± 12 years; 52.8% males; ischemic stroke 80.8%, intracerebral hemorrhage 11.8%, subarachnoid hemorrhage 4.4%, undefined 3.0%) with a total follow-up time of 119,805 person-years. The cumulative incidence rates of mortality of all FES patients at 28 days, 3 months and 1 year were 21.3% (95% CI 18.5-24.5%), 26% (95% CI 22.9-29.4%) and 34.7% (95% CI 31.3-38.3%), respectively. The risk of 1-year mortality was independently ($p < 0.05$) associated with advancing age, history of hypertension, increased stroke severity on admission, and hemorrhagic FES type. Cumulative 1-year stroke mortality differed according to both index FES type (ischemic vs. hemorrhage; $p < 0.001$), but also across different ischemic stroke subtypes ($p = 0.025$). The cumulative incidence rates of recurrent stroke at 28 days, 3 months and 1 year were 2.0% (95% CI 1.2-3.6%), 4.2% (2.8-6.2%) and 6.7% (5.1-8.8%), respectively. Comparable to other population-based surveys, our study reports 1-year mortality and stroke recurrence rates in patients with FES. These findings highlight the need for effective secondary prevention strategies in a border region of southeastern Europe, which exhibits very high FES incidence rates.

[πιστοποιητικό № 14]

15. Georgiadis GS, Argyriou C, Koutsoumpelis A, Konstantinou F, Chloropoulou P, Chrisafis I, Souftas V.
Revised endografting for a giant descending thoracic aorta aneurysm due to synchronous type III/Ib endoleak, causing dysphagia.
Ann Vasc Surg 2018 Nov;53:272.e11-272.e17.
doi: 10.1016/j.avsg.2018.05.052

[1]

Purpose: Although surgical resection and graft replacement therapy for thoracic aortic aneurysms has advanced greatly over the last 20 years, significant perioperative morbidity and mortality still occur, particularly in patients considered high risk due to significant coexisting medical illness or previous operations performed for the treatment of intrathoracic disease.

Case Report: The case described is that of a patient with a giant (13.8cm) symptomatic descending thoracic aorta (DTA) aneurysm, previously treated endovascularly 15 years ago. The expanding aneurysm was due to undiagnosed synchronous type III/Ib endoleak resulting in chronic malnutrition and eventually dysphagia and dyspnea due to compressive symptoms of the oesophagus. Besides the risk of rupture, dyspnea and dysphagia with progressive weight loss were significant indications necessitating repair. Regarding his major comorbidities, the patient was identified as high-risk for open surgical repair, therefore an endovascular option was offered. Two Valiant tube endografts were inserted and deployed successfully without complications. Postoperatively, upper gastro-intestinal endoscopy imaging that was performed to the patient revealed marked persistent stenosis of the esophagus despite aneurysm pressure relief. However, at the multidisciplinary team meeting, an esophageal stenting was ruled out due to the risk of stent fracture and esophageal perforation with its devastating complications. Therefore, a conservative management was deemed appropriate for the patient taking into consideration the risks of prolonged hospitalization and malnourishment coupled with an unpredictable clinical course regarding the remission of the symptoms. Despite the slight gradual clinical improvement in the immediate postoperative period, the patient passed away at the 40th postoperative day due to hospital acquired pneumonia.

Conclusion: Following endovascular repair of giant DTA aneurysms compressing the esophagus, significant symptomatic improvement should not be always expected due to the large residual thrombotic aneurysm sac. Although compression symptoms can be managed

conservatively in patients deemed at high risk for esophageal perforation, postoperative course and management is of paramount importance and should be treated on an individual basis.
[πιστοποιητικό № 15]

16. Argyriou C, Georgiadis GS, Lazarides MK.
Vascular access guidelines: do we need better evidence?
Eur J Vasc Endovasc Surg 2018 Jul 19. pii: S1078-5884(18)30354-X.
doi: 10.1016/j.ejvs.2018.05.031

[0]

No abstract
[πιστοποιητικό № 16]

17. Tasopoulou KM, Argyriou C, Mantatzis M, Kantartzis K, Passadakis P, Georgiadis GS.
Endovascular repair of an inadvertent right vertebral artery rupture during dialysis catheter insertion.
Ann Vasc Surg 2018 Aug;51:324.e11-324.e16.
doi: 10.1016/j.avsg.2018.02.022

[0]

Central venous (CV) catheterization is not only an invaluable diagnostic modality but also an essential therapeutic tool for the treating physician, enabling rapid and reliable intravenous administration of drugs and fluids, providing venous access to patients undergoing long-term continuous or repeated intravenous treatment such as chemotherapy, or it can be used for hemodialysis in patients suffering from acute or chronic renal disease. On the other hand, CV catheterization can lead to a wide range of life-threatening complications for the patient especially if left untreated or become late-diagnosed. In particular, arterial injuries are among the most feared complications that require early clinical suspicion for prompt diagnosis and management. We report the case of a 79-year-old female dialysis patient who suffered from a vertebral artery (VA) injury complicated by a herald bleeding on the third postintervention day after an internal jugular vein dialysis catheter replacement. The patient initially presented neurological signs of a stroke and urgently treated endovascularly after immediate diagnosis of VA rupture was made. Imaging techniques are evidence-based tools that help minimize these mechanical complications, including inadvertent arterial puncture and therefore should be practiced and taught in training programs to avoid the potentially devastating consequences of CV catheterization.
[πιστοποιητικό № 17]

18. Lazarides MK, Argyriou C, Koutsoumpelis A, Georgakarakos EI, Georgiadis GS.
Thigh arteriovenous grafts. Quantitative comparison with alternative options: A meta-analysis.
J Vasc Access 2018 Sep;19(5):430-435.
doi: 10.1177/1129729818762991

[0]

Thigh arteriovenous grafts are required in a number of patients with exhausted upper extremity veins and comprise 1%-5% of the total access procedures performed. Alternative autogenous lower extremity options are the rarely used sapheno-tibial arteriovenous fistulae, the saphenous vein transpositions, and the femoral vein transpositions. The latter have proven to be the most durable lower limb access procedures, with low infection rates and their primary patency rates ranged from 74% up to 87% at 2 years. Synthetic thigh grafts are suitable for patients who are not good candidates for any upper limb or any autogenous lower limb access and their secondary patency rates ranged from 54% up to 83% at 2 years. Thigh grafts often get infected and their average weighed infection rate in 920 such grafts included in eight large series was 22.9%. A literature search was performed to evaluate thigh grafts compared with alternative options using meta-analysis. Lower limb accesses were found superior compared to HeRO® device regarding 1-year primary failure rate (odds ratio=0.28, confidence interval=0.09-0.88, p=0.03) and additionally autogenous lower limb accesses were found superior compared to thigh grafts regarding the 1-year primary failure rate (odds ratio=6.54, confidence interval=2.29-18.72, p=0.0005).
[πιστοποιητικό № 18]

19. Georgakarakos E, Tasopoulou KM, Koutsoumpelis A, Georgiadis GS
The Importance of profunda femoris artery justifies further the endovascular approach in critical limb ischemia.
Ann Vasc Surg 2018 May;49:318-319.
doi: 10.1016/j.avsg.2017.11.048

[0]

No abstract
[πιστοποιητικό № 19]

20. Argyriou C, Georgiadis GS, Kontopodis N, Pherwani AD, Van Herwaarden JA, Hazenberg CEVB, Antoniou GA.
Screening for abdominal aortic aneurysm during transthoracic echocardiography: a systematic review and meta-analysis.
Eur J Vasc Endovasc Surg 2018 Apr;55(4):475-491.
doi: 10.1016/j.ejvs.2018.01.003

[2]

Background: Screening for abdominal aortic aneurysm (AAA) during transthoracic echocardiography (TTE) may be an effective targeted screening strategy. **Objective:** The aim was to assess the feasibility of AAA screening during TTE and to estimate the prevalence of AAA in patients undergoing TTE. **Methods:** Electronic bibliographic sources were interrogated using a combination of free text and controlled vocabulary searches to identify studies reporting on AAA screening during TTE. The review was conducted according to the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) statement standards. Fixed effect or random effects models were used to calculate pooled prevalence estimates.

Results: Twenty observational cohort studies were identified reporting a total of 43,341 participants (23,291 men and 20,050 women). Hypertension was reported in 41% (95% CI 38-43), hypercholesterolemia in 31% (95% CI 29-32), diabetes mellitus in 20% (95% CI 19-22), and tobacco use in 37% (95% CI 35-38). The aorta was visualised in 86% (95% CI 84-88) of the screened population. The pooled prevalence of AAA in the entire screened population was 0.033 (95% CI 0.024-0.044). The pooled prevalence of AAA in men was 0.046 (95% CI 0.032-0.065) and in women it was 0.014 (95% CI 0.008-0.022). The mean age of participants in whom an AAA was detected ranged across the studies from 66 to 85 years. The mean diameter of the aneurysm identified ranged across the studies from 35 mm to 45 mm. Clinical outcomes in participants with a detected AAA were poorly reported.

Conclusions: Screening for AAA during TTE may identify a population group with a high risk of AAA in whom targeted screening may be beneficial. Further research is required to investigate the cost-effectiveness and clinical benefits of AAA screening in this setting.

[πιστοποιητικό № 20]

21. Georgiadis GS, Argyriou C, Valsamidou CD, Nikova AS, Lazarides MK
A Custom-made Treovance® abdominal aortic aneurysm endograft to correct late failure of trombone technique with a tube endograft.

Ann Vasc Surg 2018 May;49:311.e1-311.e9.

doi: 10.1016/j.avsg.2017.10.029

[0]

Background: Unfavorable anatomy is one of the major limitations of endovascular aortic aneurysm repair (EVAR) with specifically adverse proximal neck morphology excluding many patients from receiving the standard endograft devices. Thoracic tube endografts have been used to overcome the issue of wide infrarenal necks, either as a sole device (single tubes or double tubes using the trombone technique) or as the proximal part of a bifurcated device fixed to the aortic bifurcation or infrarenally oriented. However, custom-made large proximal diameter bifurcated endograft designs have never been used.

Methods: We present the case of a 56-year-old man with Marfan syndrome, suffering abdominal aortic aneurysm (AAA) enlargement from a type Ib endoleak after previous EVAR with 2 Endofit tube endografts (trombone technique). He was considered unfit for open surgery while possible alternatives such as fenestrated endovascular AAA repair and chimney technique were excluded.

Results: The patient was treated with a custom-made 44-mm proximal diameter, bifurcated Bolton Medical Treovance device with technical and clinical success. No immediate or perioperative complications were noted. Follow-up after 6 months showed graft patency and no endoleak of any type.

Conclusions: This alternative technique for hostile proximal neck management is promising and needs long-term follow-up; an issue which is discussed within the broader context of custom-made device regulations.

[πιστοποιητικό № 21]

22. Schoretsanitis N, Argyriou C, Nikova AS, Valsamidou CD, Georgakarakos EI, Lazarides MK, Georgiadis GS.
Positional changes of an Endurant endograft leading to simultaneous ipsilateral iliac limb obstruction and contralateral type IIIa endoleak.

Ann Vasc Surg 2018 Apr;48:252.e9-252.e14.

doi: 10.1016/j.avsg.2017.10.025

[0]

We report the case of a 79-year-old man who was admitted to our department with acute limb ischemia due to the occlusion of the left iliac limb of an Endurant endograft. The admission computed tomography angiography revealed also a type IIIa endoleak due to modular disconnection of the iliac extensions from the right iliac limb of the endograft main body. Interestingly, during the 4-year post-endovascular aneurysm repair period, an increased kinking of the right limb has been observed leading to an almost cross-limb configuration of the limbs at the time of complications. To our knowledge, this is the first case in the literature of the simultaneous presence of limb thrombosis and late type IIIa endoleak with this particular device. The ischemia was treated with a femoro-femoral cross-over bypass, and the endoleak was corrected with the position of 2 Endurant iliac limb extensions bridging the dislocated endograft pieces.

[πιστοποιητικό № 22]

23. Giannoukas A, Karathanos C, Nikolakopoulos K, Georgiadis GS, Maltezos C, Ioannou C, Vasdekis S, Trelopoulos G; SeVEN Collaborators.

Tinzaparin in intermediate dose for the treatment of superficial vein thrombosis: results from an observational multicenter study-SeVEN study.

Phlebology 2018 Oct;33(9):636-645.

doi: 10.1177/0268355517748540

[0]

Objectives: Low-molecular-weight heparins are recommended in the treatment of superficial vein thrombosis but with low grade of evidence. This study was conducted to assess the treatment outcomes of acute superficial vein thrombosis with intermediate dose of Tinzaparin.

Methods: Retrospective analysis of records from outpatients over a period of 16 months treated in seven centers with Tinzaparin 0.5 ml (10,000 anti-Xa IU) once daily for a period that was at the treating physician's discretion. All the patients were followed up for at least 12 weeks.

Results: A total of 296 patients (189 females, mean age 57.4 years) were included. Two thirds of the patients (191/296, 64.5%) received treatment for approximately five weeks (mean 36.9 days) and the remaining (105/296, 35.5%) for a shorter period (mean 16.2 days). There was no difference in patients' characteristics between the two treatment duration groups. The presence of thrombus above the knee and restricted daily activity were associated with longer period of treatment. Only one case with minor bleeding was observed. Recurrence of thrombosis over a 12-week follow-up period occurred in 6% (superficial vein thrombosis in 14 (4.7%), deep vein thrombosis in 3 (1%) and thrombus extension in the superficial veins in 1 (0.3%)). Recurrence was not related to the duration of treatment.

Conclusions: Intermediate dose of Tinzaparin was an effective and safe treatment for superficial vein thrombosis in the setting of real world practice. Location of thrombus and status of patients' mobilization were associated with longer duration of treatment. Future prospective randomized studies are needed to corroborate these findings.

[πιστοποιητικό № 23]

24. Georgakarakos E, Kratimenos T, Koutsoumpelis A, Georgiadis GS.
The Bolton Treo endograft for treatment of abdominal aortic aneurysms: just another trimodular platform?
Expert Rev Med Devices 2018 Jan;15(1):5-14.
doi: 10.1080/17434440.2018.1419864
[4]

The Treo abdominal aortic stent graft system (Bolton Medical, Barcelona, Spain) is a trimodular endovascular endoprosthesis recently introduced for the endovascular repair of abdominal aortic aneurysms (AAA). It presents some unique structural characteristics such as the combination of suprarenal and infrarenal fixation, variability of the main-body length, lock-stent mechanism in the iliac limbs to enhance their stability.

Areas covered: This article discusses the technical features and clinical performance of Treo as well as the interesting hemodynamic consequences of its design.

Expert commentary: The Treo aortic stent-graft provides accurate deployment, secure proximal seal and fixation as well as efficient conformability in angulated necks. Early results drawn from single-center studies are promising with acceptable technical and clinical success. Moreover, the custom-made solution provided with the Treo platform is one of the most intriguing challenges in current endovascular era and is expected to broaden significantly the armamentarium of endovascular specialists.

[πιστοποιητικό № 24]

25. Chalikias G, Kikas P, Thomaidis A, Serif L, Georgiadis GS, Tziakas D.
A patient with an extensive coronary artery thrombus.
Hellenic J Cardiol 2018 Nov-Dec;59(6):347-348.
doi: 10.1016/j.hjc.2017.11.002
[0]

No abstract

[πιστοποιητικό № 25]

26. Georgakarakos E, Xenakis A, Georgiadis GS
Estimating the hemodynamic influence of variable main body-to-iliac limb length ratios in aortic endografts.
Int Angiol 2018 Feb;37(1):41-45.
doi: 10.23736/S0392-9590.17.03883-4
[2]

Background: We conducted a computational study to assess the hemodynamic impact of variant main body-to-iliac limb length (L1/L2) ratios on certain hemodynamic parameters acting on the endograft (EG) either on the normal bifurcated (Bif) or the cross-limb (Cx) fashion.

Methods: A customary bifurcated 3D model was computationally created and meshed using the commercially available ANSYS ICEM (Ansys Inc., Canonsburg, PA, USA) software. The total length of the EG, was kept constant, while the L1/L2 ratio ranged from 0.3 to 1.5 in the Bif and Cx reconstructed EG models. The compliance of the graft was modeled using a Fluid Structure Interaction method. Important hemodynamic parameters such as pressure drop along EG, wall shear stress (WSS) and helicity were calculated.

Results: The greatest pressure decrease across EG was calculated in the peak systolic phase. With increasing L1/L2 it was found that the Pressure Drop was increasing for the Cx configuration, while decreasing for the Bif. The greatest helicity (4.1 m/s²) was seen in peak systole of Cx with ratio of 1.5 whereas its greatest value (2 m/s²) was met in peak systole in the Bif with the shortest L1/L2 ratio (0.3). Similarly, the maximum WSS value was highest (2.74Pa) in the peak systole for the 1.5 L1/L2 of the Cx configuration, while the maximum WSS value equaled 2 Pa for all length ratios of the Bif modification (with the WSS found for L1/L2=0.3 being marginally higher). There was greater discrepancy in the WSS values for all L1/L2 ratios of the Cx bifurcation compared to Bif.

Conclusions: Different L1/L2 ratios are shown to have an impact on the pressure distribution along the entire EG while the length ratio predisposing to highest helicity or WSS values is also determined by the iliac limbs pattern of the EG. Since current custom-made EG solutions can reproduce variability in main-body/iliac limbs length ratios, further computational as well as clinical research is warranted to delineate and predict the hemodynamic and clinical effect of variable length ratios.

[πιστοποιητικό № 26]

27. Lazarides MK, Argyriou C, Antoniou GA, Georgakarakos E, Georgiadis GS.
Lack of evidence for use of heparin-bonded grafts in access surgery: a meta-analysis.
Semin Vasc Surg 2016 Dec;29(4):192-197.
doi: 10.1053/j.semvascsurg.2016.08.003
[3]

The aim of this study was to evaluate the efficacy of heparin-bonded vascular grafts to offer improved outcomes compared with standard prosthetic grafts in access surgery. A systematic review and meta-analysis was performed and eight studies (seven observational studies and one randomized controlled trial) were included. The pooled 6-month and 1-year primary patency was not significantly different between heparin-bonded arteriovenous (AV) grafts and standard prosthetic AV grafts in seven studies reporting on 1,209 access procedures. The assisted primary patency and secondary patency at 1-year was not significantly different either. Heparin-bonded AV grafts offer no distinct advantage over standard prosthetic AV grafts and their preferential use in access surgery cannot be recommended based on the available evidence.

[πιστοποιητικό № 27]

28. Argyriou C, Georgiadis GS, Lazarides MK, Georgakarakos E, Antoniou GA.
Endograft infection after endovascular abdominal aortic aneurysm repair: A systematic review and meta-analysis.
J Endovasc Ther 2017 Oct;24(5):688-697.
doi: 10.1177/1526602817722018
[14]

■ **REF 55:** ADULT AND PEDIATRIC ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS DURING VASCULAR AND IR PROCEDURES: A SOCIETY OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY PRACTICE PARAMETER UPDATE ENDORSED BY THE CARDIOVASCULAR AND INTERVENTIONAL RADIOLOGICAL SOCIETY OF EUROPE AND THE CANADIAN ASSOCIATION FOR INTERVENTIONAL RADIOLOGY

Purpose: To report a meta-analysis of the published evidence on the outcomes of aortic endograft infection after endovascular aneurysm repair (EVAR).

Methods: A search of electronic information sources (PubMed/MEDLINE, SCOPUS, CENTRAL) and bibliographic reference lists identified 12 studies reporting on 362 patients (mean age 72 years; 279 men). The methodological quality of the selected studies was assessed using the Newcastle-Ottawa scale. Endpoints were 30-day/in-hospital mortality and follow-up mortality. Pooled estimates are reported with the 95% confidence interval (CI). The review was registered at the International Prospective Register of Systematic Reviews in Health and Social Care (CRD42016034166).

Results: The incidence of graft infection after EVAR was 0.6% (95% CI 0.4% to 0.8%). The time from implantation to diagnosis ranged from 1 to 128 months (mean 25). The majority of patients (293, 81%) underwent surgical treatment (95% CI 77% to 83%); 9 (2.5%) patients (95% CI 21% to 43%) received conservative treatment. Aortic replacement with a prosthetic graft was performed in 58% (95% CI 52% to 62%), whereas cryopreserved allografts and autologous grafts were used in 31% (95% CI 28% to 33%) and 11% (95% CI 8% to 14%), respectively. Less than half of the patients (40%) had emergency surgery. The pooled estimate of 30-day/in-hospital mortality was 26.6% (95% CI 16.9% to 39.2%). The pooled 30-day/in-hospital mortality for 9 patients treated conservatively was 63.3% (95% CI 30.7% to 87.0%). The pooled overall follow-up mortality was 45.7% (95% CI 36.4% to 55.4%) vs 58.6% (95% CI 28.8% to 83.3%) for the 9 patients receiving conservative treatment.

Conclusion: Aortic endograft infection is a rare complication after EVAR. Surgical treatment with complete explantation of the infected endograft seems to be the optimal management in selected patients. Supportive medical treatment without surgical intervention has a significant associated mortality.

[πιστοποιητικό № 28]

29. Argyriou C, Papisideris C, Antoniou GA, Georgakarakos E, Papanas N, Lazarides MK, Georgiadis GS.

The effectiveness of various interventions versus standard stripping in patients with varicose veins in terms of quality of life.

Phlebology 2018 Aug;33(7):439-450.

doi: 10.1177/0268355517720307

[2]

Purpose: Lower limb varicose veins have a significant effect upon the quality of life and a considerable socioeconomic impact despite their relatively benign nature. The aim of this study is to compare the effects of various therapeutic strategies among patients with varicose veins to surgical ligation and vein stripping on the basis of quality of life.

Methods: PubMed/Medline and Scopus databases were systemically searched from 1 January 2000 until 23 December 2015 for studies reporting outcome on the quality of life of different treatment techniques for varicose veins. We used Cohen's d to make the outcomes of the reported scales comparable. Heterogeneity was calculated with the use of the Q statistic and the I².

Results: A total of 1047 participants were randomized across all analyzed trials. The number of participants in a single trial ranged from 30 to 308. The majority of participants in any trial were C2 on the CEAP scores. Overall, the quality of evidence was low. For the meta-analysis performed at 12 months postintervention (seven studies, n = 1047 patients) and after random effects meta-analyses due to high heterogeneity, no differences are observed between intervention and surgical ligation and vein stripping. The pooled estimate is -0.001 and the 95% confidence interval is -0.069 to 0.067 with a p = 0.98. In the case of the 24 months, postintervention analysis (six studies, n = 840 patients) the inference is almost identical. The effect of various interventional modes of treatment compared to surgical ligation and vein stripping is negligible in terms of clinical outcomes and quality of life so that surgical ligation and vein stripping versus the other interventional procedures were equally effective approaches to treat great saphenous vein incompetence in terms of quality of life measurements.

Conclusion: The procedures were at least equally efficient in treating patients with varicose vein disease in terms of quality of life assessment tools at 12 and 24 months compared to surgical ligation and vein stripping.

[πιστοποιητικό № 29]

30. Georgakarakos E, Pitoulis G, Schoretsanitis N, Argyriou C, Mavros DM, Lazarides MK, Georgiadis GS.

Early results of the Bolton Treovance endograft in the treatment of abdominal aortic aneurysms.

J Endovasc Ther 2017 Aug;24(4):559-565.

doi: 10.1177/1526602817713736

[4]

Purpose: To present early results with the Treovance aortic stent-graft in the treatment of abdominal aortic aneurysms (AAAs).

Methods: Between October 2013 and January 2016, 35 consecutive AAA patients (mean age 74±7.7 years; 32 men) were treated with Treovance. The maximum diameter of the treated AAA was 60±9 cm. Nine (25%) patients presented with concomitant iliac aneurysms. Seven (20%) AAAs had infrarenal neck angulation >60°. The infrarenal neck length and diameter were 21.6±12.6 mm and 25.7±4.6 mm, respectively. Sixteen (45%) AAAs had a reversed tapered neck contour. Six (17%) and 9 (25%) patients showed severe or moderate iliac tortuosity, respectively. Primary endpoints were endoleak, reintervention, and aneurysm-related death.

Results: Primary technical success was 94% due to 2 intraoperative type Ia endoleaks, which were successfully treated with a proximal aortic extension (100% assisted primary technical success). Local dissection was encountered in 5 (7%) of 70 femoral artery access sites in 4 patients. During a mean 12-month follow-up (range 6-24), clinical success was 97%. No type I or III endoleak, death, AAA rupture, open conversion, or device-related serious adverse events were documented. Four type II endoleaks were detected; one resolved spontaneously at 12 months and 2 remained stable, while one associated with AAA sac enlargement was treated successfully with embolization of the lumbar arteries (3% reintervention rate).

Conclusion: Treovance shows accurate deployment even through angulated and tortuous iliac vessels and presents satisfactory conformability in highly angulated necks with acceptable clinical results. Future development to lower the profile and increase the flexibility of its delivery system will enhance its applicability in cases of narrow access vessels.

[πιστοποιητικό № 30]

31. Saengprakai W, van Herwaarden JA, Georgiadis GS, Slisat Korn W, Moll FL.

Clinical outcomes of hypogastric artery occlusion for endovascular aortic aneurysm repair.

Minim Invasive Ther Allied Technol 2017 Dec;26(6):362-371.

doi: 10.1080/13645706.2017.1326385

[2]

Purpose: To determine the midterm outcomes of internal iliac artery (IIA) coverage by a stent-graft in endovascular aortic aneurysm repair (EVAR) under specific anatomic and technical circumstances.

Material and Methods: From January 2003 until January 2014, 57 patients with aortoiliac aneurysms, including 20 with 24 IIA aneurysms (IIAAs), underwent EVAR with IIA coverage. IIAA diameter change or IIA thrombosis, buttock claudication, type II endoleak, and secondary interventions related to the IIA were studied. **Results:** Twenty-five of the 37 patients without IIAA were embolized prior to stent-graft placement, all unilateral, and in 12, the IIA orifice was only overstented. Buttock claudication occurred in only nine (20%) of the embolization patients (9/49 IIA's) ($p = .14$), while one IIA-related type II endoleak, occurred in the nonembolization group ($p = .16$). In patients with IIAA(s), the aneurysm diameter decreased in 16 cases (67%). Buttock claudication occurred in 75% of bilateral, and in 14.6% of unilateral embolizations ($p = .046$).

Conclusions: Carefully selected patients with aortoiliac aneurysm without IIAA may safely undergo hypogastric artery overstenting without preemptive embolization during EVAR. IIA embolization is associated with buttock claudication and should be avoided if possible. Otherwise, at least one IIA should be preserved.

[πιστοποιητικό № 31]

32. McAnelly SL, Hajibandeh S, Hajibandeh S, Georgiadis GS, Antoniou SA, Madan M, Antoniou GA.

Bypass surgery with heparin-bonded grafts for chronic lower limb ischemia.

Ann Vasc Surg 2017 Aug;43:328-346.

doi: 10.1016/j.avsg.2017.03.169

[1]

Background: Our objective was to assess the effects of heparin-bonded grafts in infrainguinal bypass surgery for patients with peripheral arterial disease of the lower limbs.

Methods: We searched electronic information sources (MEDLINE, EMBASE, CINAHL, CENTRAL) and bibliographic lists of relevant articles to identify studies reporting comparative outcomes of heparin-bonded grafts in patients undergoing infrainguinal bypass. We used the Cochrane collaboration tool for risk of bias assessment of randomized controlled trials (RCTs) and the Newcastle-Ottawa scale to assess the methodological quality of observational studies. Dichotomous outcome measures were calculated using odds ratio (OR) and 95% confidence interval (CI). Summary estimates of ORs were determined using the fixed-effect or random-effects model. The study protocol was registered in PROSPERO (CRD42016039185).

Results: We included 11 articles (3 RCTs) in qualitative and quantitative synthesis reporting a total of 2892 bypasses. Seven studies compared heparin-bonded grafts with vein grafts and another four compared heparin-bonded grafts with standard prosthetic grafts. We noted heterogeneity in disease severity and distal anastomotic level. We found a significantly lower perioperative mortality (OR, 2.30; 95% CI: 1.11-4.77), a trend toward better limb salvage at 1 year (OR, 0.50; 95% CI: 0.25-0.99), and a significantly higher limb salvage rate at 3 years (OR, 0.40; 95% CI: 0.23-0.69) in patients undergoing a vein bypass compared to those treated with heparin-bonded grafts. No differences were identified in graft patency or survival between the heparin-bonded and vein bypass graft group. No differences in primary patency were identified between heparin-bonded grafts and standard prosthetic grafts.

Conclusions: Heparin-bonded grafts showed comparable results to autologous vein in terms of graft patency and survival but lower limb salvage rates.

[πιστοποιητικό № 32]

33. Argyriou C, Georgakarakos E, Georgiadis GS, Schoretsanitis N, Lazarides MK.

The Effect of Revascularization on the Hemodynamic Profile of Patients with Infraarenal Aortic Occlusion.

Ann Vasc Surg 2017 Aug;43:210-217.

doi: 10.1016/j.avsg.2016.11.025

[0]

Background: Patients undergoing revascularization for infraarenal aortic occlusion (IAO) have been reported to present improved survival rates compared to those treated conservatively. Aim of this study was to investigate the hemodynamic changes induced after revascularization for IAO, as expressed with pulse wave velocity (PWV), augmentation index (Aix), augmentation pressure (AP), and pulse wave reflection coefficient (RC).

Materials and Methods: Twelve patients underwent revascularization (9 aortobifemoral/aortobiiliac bypasses, 2 primary iliac stenting, and 1 hybrid procedure of unilateral aortoiliac stenting and crossover bypass). Calculation of hemodynamic parameters was performed in all patients preoperatively, at 1 month, and 1 year postoperatively. Pulse wave analysis was performed noninvasively with a novel validated brachial cuff-based automatic oscillometric device (Mobil-O-Graph; IEM, Stolberg, Germany). The estimated hemodynamic parameters were Aix, AP, RC, and PWV. Data were analyzed with the Friedman analysis of variance test.

Results: Aix decreased significantly at 1 month and further at 1 year postoperatively compared to preoperative values (24 ± 11 and 17 ± 13 vs. 34 ± 13.5 , respectively, $P = 0.0006$). AP decreased at 1 month and 1 year postoperatively compared to preoperative values (6.5 ± 4 mm Hg and 8 ± 6.5 mm Hg vs. 13 ± 12 mm Hg, respectively, $P = 0.045$). RC decreased also at 1-month and 1-year postoperatively compared to preoperative values (62 ± 5.5 , 64 ± 4.3 vs. 73 ± 5.1 , respectively, $P = 0.002$). However, changes in PWV were less prominent in this short-term postoperative period.

Conclusions: Improved hemodynamic profile may theoretically contribute to the enhanced survival rates of these patients.

[πιστοποιητικό № 33]

34. Antoniou GA, Georgiadis GS, Antoniou SA, Makar RR, Smout JD, Torella F.

Bypass surgery for chronic lower limb ischaemia.

Cochrane Database Syst Rev 2017 Apr 3;4:CD002000.

doi: 10.1002/14651858.CD002000.pub3

[7]

Background: Bypass surgery is one of the mainstay treatments for patients with critical lower limb ischaemia (CLI). This is the second update of the review first published in 2000.

Objectives: To assess the effects of bypass surgery in patients with chronic lower limb ischaemia. **Search Methods:** For this update, the Cochrane Vascular Group searched its trials register (last searched October 2016) and the Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) in the Cochrane Library (last searched Issue 9, 2016).

Selection Criteria: We selected randomised controlled trials of bypass surgery versus control or any other treatment. The primary outcome parameters were defined as early postoperative non-thrombotic complications, procedural mortality, clinical improvement, amputation, primary patency, and mortality within follow-up.

Data Collection and Analysis: For the update, two review authors extracted data and assessed trial quality. We analysed data using odds ratio (OR) and 95% confidence intervals (CIs). We applied fixed-effect or random-effects models.

Main Results: We selected 11 trials reporting a total of 1486 participants. Six trials compared bypass surgery with percutaneous transluminal angioplasty (PTA), and one each with remote endarterectomy, thromboendarterectomy, thrombolysis, exercise, and spinal cord stimulation. The quality of the evidence for the most important outcomes of bypass surgery versus PTA was high except for clinical improvement and primary patency. We judged the quality of evidence for clinical improvement to be low, due to heterogeneity between the studies and the fact that this was a subjective outcome assessment and, therefore, at risk of detection bias. We judged the quality of evidence for primary patency to be moderate due to heterogeneity between the studies. For the remaining comparisons, the evidence was limited. For several outcomes, the CIs were wide. Comparing bypass surgery with PTA revealed a possible increase in early postinterventional non-thrombotic complications (OR 1.29, 95% CI 0.96 to 1.73; six studies; 1015 participants) with bypass surgery, but bypass surgery was associated with higher technical success rates (OR 2.26, 95% CI 1.49 to 3.44; five studies; 913 participants). Analyses by different clinical severity of disease (intermittent claudication (IC) or CLI) revealed that peri-interventional complications occurred more frequently in participants with CLI undergoing bypass surgery than PTA (OR 1.57, 95% CI 1.09 to 2.24). No differences in periprocedural mortality were identified (OR 1.67, 95% CI 0.66 to 4.19; five studies; 913 participants). The primary patency rate at one year was higher after bypass surgery than after PTA (OR 1.94, 95% CI 1.20 to 3.14; four studies; 300 participants), but this difference was not shown at four years (OR 1.15, 95% CI 0.74 to 1.78; two studies; 363 participants). No differences in clinical improvement (OR 0.65, 95% CI 0.03 to 14.52; two studies; 154 participants), amputation rates (OR 1.24, 95% CI 0.82 to 1.87; five studies; 752 participants), reintervention rates (OR 0.76, 95% CI 0.42 to 1.37; three studies; 256 participants), or mortality within the follow-up period (OR 0.94, 95% CI 0.71 to 1.25; five studies; 961 participants) between surgical and endovascular treatment were identified. No differences in subjective outcome parameters, indicated by quality of life and physical and psychosocial well-being, were reported. The hospital stay for the index procedure was reported to be longer in participants undergoing bypass surgery than in those treated with PTA. In the single study (116 participants) comparing bypass surgery with remote endarterectomy of the superficial femoral artery, the frequency of early postinterventional non-thrombotic complications was similar in the treatment groups (OR 1.11, 95% CI 0.53 to 2.34). No mortality within 30 days of the index treatment or during stay in hospital in either group was recorded. No differences were identified in patency (OR 1.66, 95% CI 0.79 to 3.46), amputation (OR 1.70, 95% CI 0.27 to 10.58), and mortality rates within the follow-up period (OR 1.66, 95% CI 0.61 to 4.48). Information regarding clinical improvement was unavailable. No differences in major complications (OR 0.66, 95% CI 0.34 to 1.31) or mortality (OR 2.09, 95% CI 0.67 to 6.44) within 30 days of treatment between surgery and thrombolysis (one study, 237 participants) for chronic lower limb ischaemia were identified. The amputation rate was lower after bypass surgery (OR 0.10, 95% CI 0.01 to 0.80). No differences in late mortality were found (OR 1.56, 95% CI 0.71 to 3.44). No data regarding patency rates and clinical improvement were reported. Technical success resulting in blood flow restoration was higher after bypass surgery than thromboendarterectomy for aorto-iliac occlusive disease (one study, 43 participants) (OR 0.01, 95% CI 0 to 0.17). The periprocedural mortality (OR 0.33, 95% CI 0.01 to 8.65), follow-up mortality (OR 3.29, 95% CI 0.13 to 85.44), and amputation rates (OR 0.47, 95% CI 0.08 to 2.91) did not differ between treatments. Clinical improvement and patency rates were not reported. Comparing surgery and exercise (one study, 75 participants) did not identify differences in early postinterventional complications (OR 7.45, 95% CI 0.40 to 137.76) and mortality (OR 1.55, 95% CI 0.06 to 39.31). The remaining primary outcomes were not reported. There was no difference in maximal walking time between exercise and surgery (1.66 min, 95% CI -1.23 to 4.55). Regarding comparisons of bypass surgery with spinal cord stimulation for CLI, there was no difference in amputation rates after 12 months of follow-up (OR 4.00, 95% CI 0.25 to 63.95; one study, 12 participants). The remaining primary outcome parameters were not reported.

Authors' Conclusions: There is limited high quality evidence for the effectiveness of bypass surgery compared with other treatments; no studies compared bypass to optimal medical treatment. Our analysis has shown that PTA is associated with decreased peri-interventional complications in participants treated for CLI and shorter hospital stay compared with bypass surgery. Surgical treatment seems to confer improved patency rates up to one year. Endovascular treatment may be advisable in patients with significant comorbidity, rendering them high risk surgical candidates. No solid conclusions can be drawn regarding comparisons of bypass surgery with other treatments because of the paucity of available evidence. Further large trials evaluating the impact of anatomical location and extent of disease and clinical severity are required.

[πιστοποιητικό № 34]

35. Schoretsanitis N, Georgakarakos E, Argyriou C, Ktenidis K, Georgiadis GS.
A critical appraisal of endovascular stent-grafts in the management of abdominal aortic aneurysms.
Radiol Med 2017 Apr;122(4):309-318.
doi: 10.1007/s11547-017-0724-z
[5]

Endovascular repair of abdominal aortic aneurysms has widely replaced the open surgical repair due to its minimal invasive nature and the accompanying lower perioperative mortality and morbidity. During the past two decades, certain improvements and developments have provided a wide variety of endograft structural designs and geometric patterns, enabling the physician to approach a more patient-specific treatment of AAA. This review presents the currently available aortic endografts and describes the clinical, technical and mechanical characteristics of them.

[πιστοποιητικό № 35]

36. Georgiadis GS, Kantartzis K, Argyriou C.
Complex revision operations should be performed only by vascular surgeons and a few expert nephrologists.
J Vasc Access 2017 Jan;18(1):e6-e7.
doi: 10.5301/JVA.5000636
[2]

Comment on: Vascular access scenario in Italy: evolution and comparison by two surveys (1998-2013). [*J Vasc Access* 2016]
[πιστοποιητικό № 36]

37. Georgakarakos E, Georgiadis GS.
Towards improvement of facilitating the contralateral limb cannulation of currently available endografts for the treatment of abdominal aortic aneurysms: First innovate then intervene!
Med Hypotheses 2017 Jan;98:87-88.
doi: 10.1016/j.mehy.2016.11.011
[0]

38. Georgakarakos E, Argyriou C, Schoretsanitis N, Georgiadis GS
Custom-made conical endograft in the treatment of saccular abdominal aortic aneurysms with tight and calcified distal neck: Thinking out of the box.
Ann Vasc Surg 2017 Feb;39:291.e15-291.e19.
doi: 10.1016/j.avsg.2016.08.018
[4]

Background: To describe the use of the combination of a conical custom-made TREO® (TREO CM) stent graft in the treatment of a saccular abdominal aortic endograft (AAA) with long but tight and calcified distal neck.

Material and Methods: A 65-year-old female patient was treated for a saccular 5.2 cm AAA with a 3-cm long but calcified and tight (16 mm) distal neck, precluding the safe use of a bifurcated endograft. Because the patient refused an open surgery, a conical TREO CM endograft was manufactured with 20% proximal oversizing, whereas the 3-cm caudal sealing segment demonstrated a conical configuration comprising a 2-cm and 1-cm nitinol-supported zones of 20% and 10% oversizing, respectively, to avoid excessive strain and incomplete expand at the most distal calcified area, leading ultimately to an insidious infolding and consequent type Ib endoleak. A 24 × 40 mm Treovance aortic cuff was centrally deployed resulting in a 30 mm overlap with the main endograft. *Results:* After 6 months, there was complete sealing, and the AAA sac has been shrunk to 45 mm.

Conclusions: The use of a conical TREO CM endograft with a proximal cuff provides a firm fixation centrally and a sufficient distal sealing design in AAAs with calcified and tight distal aorta, constituting a reliable alternative to bifurcated endografts or aortouniliac configurations followed by crossover adjuncts.

[πιστοποιητικό № 38]

39. Georgakarakos E, Argyriou C, Georgiadis GS, Lazarides MK.
Pulse wave analysis after treatment of abdominal aortic aneurysms with the Ovation device.
Ann Vasc Surg 2017 Apr;40:146-153.
doi: 10.1016/j.avsg.2016.07.080
[1]

Background: Ovation aortic stent-graft system is a new device for the endovascular treatment of Abdominal Aortic Aneurysms achieving fixation via a 35-mm long, rigid anchored suprarenal stent and sealing stent at the infrarenal level by a means of a polymer-filling pair of inflatable O-rings, which cause narrowing of flow lumen and regional stenosis. Thus, concerns have been raised regarding hemodynamic consequences associated with this new design. Our preliminary report showed no significant increase of aortic pulse wave velocity (aPWV) immediately after implantation of the ovation in 3 patients. We studied further the hemodynamic implications of the Ovation implantation in 6 patients for a follow-up of 6 months.

Methods: A brachial cuff-based automatic oscillometric device (Mobil-O-Graph; IEM, Stolberg, Germany) was used to perform noninvasively pulse wave analysis and stiffness estimation. Measurements were held preoperatively in 6 patients treated for abdominal aortic aneurysm, at the end of the first postoperative week, first and sixth postoperative month. Changes in systolic and diastolic blood pressure (cSyst, cDiast), heart rate, aPWV, augmentation index (AI@75), augmentation pressure (AP), and in the amplitude ratio of the reflected-to-forward pressure waves (reflection magnitude, RM) were recorded and compared. Significant change in any parameter was examined via analysis of variance repeated measures.

Results: The cSyst was 132 ± 19.6 , 127 ± 17.63 , 131.3 ± 19.96 , and 129.83 ± 31.72 mm Hg ($P = 0.81$) and cDiast was 88 ± 10.58 , 86.83 ± 11.72 , 89.83 ± 16.01 , and 98.5 ± 24.56 mm Hg ($P = 0.40$). The heart rate showed an increasing yet nonsignificant tendency (67 ± 10.60 , 75.1 ± 8.63 , 74.33 ± 8.89 , and 70.66 ± 6.65 beats/min, 0.27). The aPWV remained constant (11.61 ± 1.88 , 11.6 ± 1.74 , 11.8 ± 2.08 , and 11.85 ± 2.30 m/sec, $P = 0.79$). Similarly, RM (71.16 ± 9.94 , 60.66 ± 11.79 , 61.5 ± 14.47 , and 64.5 ± 3.78), AI@75 (33.83 ± 12.25 , 22.16 ± 7.93 , 27.83 ± 11.23 , and 19.5 ± 14.72), and AP (18.33 ± 10.36 , 9.83 ± 4.91 , 11.5 ± 9.22 , and 12 ± 15.08 mm Hg) remained practically unaltered during the follow-up period (P value: 0.79, 0.25, 0.10, and 0.27), respectively.

Conclusions: The implantation of the Ovation stent graft does not cause increase in aortic stiffness or in pulse wave reflection in the mid-period. The rationale of investigating noninvasively the impact of aortic stent grafts on the mechanical properties and the hemodynamic parameters should be encouraged because such findings may contribute to further development of newer endograft designs.

[πιστοποιητικό № 39]

40. Georgiadis GS, Kantartzis K, Antoniou GA.
Plain pelvic/aorta radiographs as a simple guideline to predict vascular macro-calcifications; one step earlier or a late sign to best weight the enemy of coronary calcification and mortality?
Hemodial Int 2017 Jan;21(1):142-144.
doi: 10.1111/hdi.12485
[0]

Comment on: Both pelvic radiography and lateral abdominal radiography correlate well with coronary artery calcification measured by computed tomography in hemodialysis patients: A cross-sectional study. [*Hemodial Int* 2016]

[πιστοποιητικό № 40]

41. Georgiadis GS, Antoniou GA, Kantartzis K, Georgakarakos EI, Argyriou C, Passadakis P, Lazarides MK.
Comparison of standard forearm prosthetic loop grafts to composite semiloop forearm grafts ("semi-grafts") in hemodialysis patients: A prospective study.
Hemodial Int 2017 Apr;21(2):274-283.
doi: 10.1111/hdi.12482
[0]

Introduction: To prospectively assess the performance of composite semiloop antebrachial grafts ("semi-grafts," SGs) in hemodialysis patients.

Methods: Eighty-five patients who received 67 loop antebachial grafts (LG-group) and 25 antebachial semigrfts (SG-group) were enrolled. SGs were defined as those originating from the brachial artery and anastomosed with the proximal mature mid-antebachial cephalic vein. Cephalic vein length should be at least 10 cm in length and of ≥ 5 mm in diameter for inclusion in the SG-group. LG-group included all possible outflow vein options of minimum diameter 3 mm. Kaplan-Meier statistics was used for comparison of groups.

Findings: Main indication for a SG was a failing radiocephalic fistula with extensive distal cephalic vein stenosis not amenable to correction or failed after endovascular repair or requiring long interposition grafting. The mean follow-up period was 20.16 ± 22.6 and 29.6 ± 36.7 months for the LG- and SG-group, respectively ($P = 0.14$). Forty-two patients died during the follow-up. Primary patency (up to first intervention or failure) at 6 and 12 months for LG- vs. SG-group was 93.9% vs. 83.7% and 47% vs. 55.8% ($P = 0.08$). Secondary patency (up to abandonment) was 58.2% vs. 61.1% and 36% vs. 45.8% at 12 and 24 months ($P = 0.18$). Mortality at 48 months was 22.4% (LG-group) and 24% (SG-group) ($P = 0.9$).

Discussion: There was a trend toward better primary and secondary patency rates for the SGs especially in the long-term. This is a valuable option in selected patients that access surgeons and nephrologists should be aware of.

[πιστοποιητικό № 41]

42. Georgakarakos E, Georgiadis GS, Christopoulos DC, Lazarides MK.

Vascular educational needs in the "real world" and teaching of vascular surgery in medical schools.

Angiology 2017 Feb;68(2):93-95.

doi: 10.1177/0003319716651753

[2]

No abstract

[πιστοποιητικό № 42]

43. Georgakarakos E, Georgiadis GS, Argyriou C, Schoretsanitis N, Antoniou GA, Lazarides MK.

Preliminary single-center experience with the Bolton Treovance endograft in the treatment of abdominal aortic aneurysms.

Ann Vasc Surg 2016 Jul;34:68-74.

doi: 10.1016/j.avsg.2015.12.026

[8]

Background: Our aim was to present our preliminary experience with the recently introduced Treovance aortic stent-graft device (Bolton Medical, Barcelona, Spain) in the treatment of abdominal aortic aneurysm (AAA).

Methods: Eight patients underwent treatment of an infrarenal AAA (mean maximum diameter, 56.4 ± 6.8 mm) with the Treovance device. Iliac tortuosity was considered mild, moderate, or severe when ≥ 1 angulation of $45-90^\circ$, 1 angulation $\geq 90^\circ$, or ≥ 2 angulations $\geq 90^\circ$, respectively, were present.

Results: Mild angulation of the infrarenal neck ($10-45^\circ$) was present in 7 patients, whereas the remaining patient had severe infrarenal neck angulation (65°). Three patients had severe iliac tortuosity. Primary technical success was achieved in all but 1 patient in whom a type Ia endoleak was identified on completion angiogram. The endoleak was successfully treated with a proximal aortic cuff. A femoral access complication occurred in 1 patient. Mean follow-up was 6.8 months (range, 1-12). No device-related serious adverse events or rupture occurred during the given follow-up period. The only type II endoleak identified resolved spontaneously within 12 months.

Conclusions: The Treovance abdominal stent-graft system seems to guarantee an accurate, safe, and effective deployment in AAA even through angulated and tortuous iliac vessels. Although our preliminary results are promising, follow-up data are needed to establish the durability of this new-generation endovascular device in standard or challenging anatomies.

[πιστοποιητικό № 43]

44. Georgiadis GS, van Herwaarden JA, Antoniou GA, Giannoukas AD, Lazarides MK, Moll FL.

Fenestrated stent grafts for the treatment of complex aortic aneurysm disease: A mature treatment paradigm.

Vasc Med 2016 Jun;21(3):223-238.

doi: 10.1177/1358863X16631841

[10]

The introduction of fenestrated stent grafts (SGs) to treat abdominal aortic aneurysms (AAAs) with short proximal necks began in 1999. Nowadays, the whole visceral aorta can be treated totally by endovascular means. The established use of fenestrated devices to treat complex AAAs as a first-line management option has been previously reported. An up-to-date evaluation of the literature was performed including all types of publications regarding the use of fenestrated technology to repair complex AAAs. Fenestrated repair is now an established alternative to hybrid/chimney/snorkel repairs. However, specific criteria and prerequisites are required for the use and improvement of this method. Multiple device morphologies have been used incorporating the visceral arteries in various combinations. This modular strategy connects different devices (bridging covered stents and bifurcated SGs) with the aortic main body, thus excluding the aneurysm from the circulation. Precise deployment of the fenestrated SG is mandatory for successful visceral vessel revascularization. Accurate SG sizing and customization, a high level of technical skill, and facilities with modern imaging techniques including 3D road mapping and dedicated hybrid rooms are required. Most experience has been with the custom-made Zenith Cook platform, although off-the-shelf devices have been recently implanted. More complex repairs have been performed over the last few years, but device complexity has also increased. Perioperative, mid-term, and a few recently reported long-term results are encouraging. Secondary interventions remain the main problem, similar to that observed after traditional endovascular abdominal aortic aneurysm repair (EVAR).

[πιστοποιητικό № 44]

45. Schoretsanitis N, Argyriou C, Georgiadis GS, Lazarides MK, Georgakarakos E.

Hostile neck in abdominal aortic aneurysms: Does it still exist?

Vasc Endovascular Surg 2016 May;50(4):208-210.

doi: 10.1177/1538574416637447

[2]

No abstract

[πιστοποιητικό № 45]

46. Georgiadis GS, van Herwaarden JA, Saengprakai W, Georgakarakos EI, Argyriou C, Schoretsanitis N, Giannoukas AD, Lazarides MK, Moll FL.

Endovascular treatment of complex abdominal and thoracoabdominal type IV aortic aneurysms with fenestrated technology.

J Cardiovasc Surg (Torino) 2017 Aug;58(4):574-590.

doi: 10.23736/S0021-9509.16.09098-4

[6]

The establishment use of fenestrated and branched devices to treat complex aortic aneurysms as a first-line management option has been previously reported. This article reviews the current literature of the use of fenestrated devices to treat complex abdominal and thoracoabdominal type IV aortic aneurysms as a first-line management option. A literature search was performed. This review particularly focuses on all the aspects of the use and results of fenestrated stent-grafts (SGs) in patients with complex abdominal and type IV thoracoabdominal aortic aneurysms and summarizes the available evidence. The use of fenestrated SGs for complex aortic aneurysm disease has grown enormously the last years. SGs with fenestrations, scallops and occasionally branches have to be customized to each patient's anatomy and precisely deployed in vivo. Bridging covered stents between the main graft and the target vessels eventually exclude the aneurysm preserving blood flow to vital organs. Multiple device morphologies have been used incorporating the visceral arteries in various combinations. High technical success rates and satisfactory perioperative outcomes are described as well as mid- and long-term success and durability including target vessel and branch stent perfusion, data emerging mainly from high volume specialized centers. Percentage of target vessel successfully perfused was reported between 90.5 and 100%. 30-day mortality is reported between 0% and 4.1% while the lowest type 1 or type 3 endoleak rates were 2.5% and 1.3% respectively. Migration rates are kept below 3%. Renal failure was the most frequent complication reported. Advances in SG technology have reduced but not eliminated secondary interventions. Outcomes depend mostly on proximal extension of the disease which increases also the complexity of the repair. High level of expertise and organizational facilities are required for better mid- and long-term outcomes. Fenestrated EVAR (fEVAR) has been shown to be safe and effective in the short and mid-term follow-up. Remaining issues including secondary interventions and the need for follow-up are still within the range of those reported for EVAR. These, continue to plague fEVAR for complex abdominal or type IV thoracoabdominal aortic aneurysms.

[πιστοποιητικό № 46]

47. Georgakarakos E, Argyriou C, Georgiadis GS, Ioannou CV, Lazarides MK.

Immediate hemodynamic changes after revascularization of complete infrarenal aortic occlusion: A classic issue revisited.

Med Hypotheses 2016 Feb;87:22-27.

doi: 10.1016/j.mehy.2015.12.012

[2]

Chronic total occlusion of the infrarenal aorta (CTOA) is a rare disease, characterized by severe impairment of limb perfusion. It is advocated that revascularization may improve survival rates, presumably due to improved cardiovascular performance; however no experimental or clinical data exist to identify a clear causative correlation and provide a relevant pathophysiologic background. Therefore we conducted a pilot study based on pulse wave analysis to detect the hemodynamic changes immediately after revascularization, in a group of six consecutive patients with CTOA. All patients were subjected to non-invasive measurements 1 day before surgery and at the end of the 1st postoperative month. Pulse wave analysis was performed noninvasively with a novel validated brachial cuff-based automatic oscillometric device. All patients had markedly preoperative high Augmentation Index (adjusted at heart rate 75 beats/min, AI@75). The AI@75 decreased from 46 ± 6.6 preoperatively to 24 ± 5.7 (p 0.0002). Wave reflection magnitude decreased from $72.3 \pm 5.2\%$ to $63 \pm 6.7\%$ (p 0.02). Cardiac index increased from 2.8 ± 1.2 to 3.4 ± 1.2 l/min $\times$ 1/m² (p 0.41). Pulse wave velocity remained practically unchanged post-interventionally. These findings show that central aorta hemodynamics can be improved immediately following revascularization procedures in patients with complete occlusion of the entire length of the infrarenal aorta and can constitute the background of improved postoperative life-expectancy.

[πιστοποιητικό № 47]

48. Georgakarakos E, Ioannou CV, Georgiadis GS, Storck M, Trellopoulos G, Koutsias S, Lazarides MK.

The ovation abdominal stent graft for the treatment of abdominal aortic aneurysms: current evidence and future perspectives.

Expert Rev Med Devices 2016;13(3):253-262.

doi: 10.1586/17434440.2016

[16]

The Ovation Abdominal Stent Graft System is a trimodular endoprosthesis recently introduced for the endovascular repair of abdominal aortic aneurysm (AAA). It uncouples the stages of stent-graft fixation and sealing with the suprarenal fixation achieved with a long, rigid anchored stent while the sealing onto the neck is accomplished via a pair of polymer-filled inflatable rings that accommodate to each patient's individual anatomy. Moreover, the lack of Nitinol support enables lower profiles of the endograft's delivery system, thus facilitating the navigation through angulated and stenosed iliac vessels. Ovation's novel design expands further the AAA eligibility to endovascular repair. This article discusses the clinical and hemodynamic consequences of the Ovation design and contributes to better understanding of current and future implications.

[πιστοποιητικό № 48]

49. Georgakarakos E, Argyriou C, Georgiadis GS, Lazarides MK.

Non-invasive pulse wave analysis in a thrombus-free abdominal aortic aneurysm after implantation of a nitinol aortic endograft.

Front Surg 2016 Jan 11;2:68.

doi: 10.3389/fsurg.2015.00068. eCollection 2015

[0]

Endovascular aneurysm repair has been associated with changes in arterial stiffness, as estimated by pulse wave velocity (PWV). This marker is influenced by the medical status of the patient, the elastic characteristics of the aneurysm wall, and the presence of

intraluminal thrombus. Therefore, in order to delineate the influence of the endograft implantation in the early post-operative period, we conducted non-invasively pulse wave analysis in a male patient with an abdominal aortic aneurysm containing no intraluminal thrombus, unremarkable past medical history, and absence of peripheral arterial disease. The estimated parameters were the systolic and diastolic pressure calculated at the aortic level (central pressures), PWV, augmentation pressure (AP) and augmentation index (AI), pressure wave reflection magnitude (RM), and peripheral resistance. Central systolic and diastolic pressure decreased post-operatively. PWV showed subtle changes from 11.6 to 10.6 and 10.9 m/s at 1-week and 1-month, respectively. Accordingly, the AI decreased from 28 to 14% and continued to drop to 25%. The AP decreased gradually from 15 to 6 and 4 mmHg. The wave RM dropped from 68 to 52% at 1-month. Finally, the peripheral resistance dropped from 1.41 to 0.99 and 0.85 $\text{dyn} \times \text{s} \times \text{cm}^{-5}$. Our example shows that the implantation of an aortic endograft can modify the pressure wave reflection over the aortic bifurcation without causing significant alterations in PWV.

[πιστοποιητικό № 49]

50. Georgiadis GS, Georgakarakos EI, Schoretzanitis N, Argyriou CC, Antoniou GA, Lazarides MK.
Valve-like and protruding calcified intimal flap complicating common iliac arteries kissing stenting.

Case Rep Vasc Med 2015;2015:451962.

doi: 10.1155/2015/451962

[0]

Endovascular therapy for iliac artery chronic total occlusions is nowadays associated with low rates of procedure-related complications and improved clinical outcomes, and it is predominantly used as first-line therapy prior to aortobifemoral bypass grafting. Herein, we describe the case of a patient presenting with an ischemic left foot digit ulcer and suffering complex aortoiliac lesions, who received common iliac arteries kissing stents, illustrating at final antegrade and retrograde angiograms the early recognition of a blood flow obstructing valve-like calcified intimal flap protruding through the stent struts, which was obstructing antegrade but not retrograde unilateral iliac arterial axis blood flow. The problem was resolved by reconstructing the aortic bifurcation at a more proximal level. Completion angiogram verified normal patency of aorta and iliac vessels. Additionally, a severe left femoral bifurcation stenosis was also corrected by endarterectomy-arterioplasty with a bovine patch. Postintervention ankle brachial pressure indices were significantly improved. At the 6-month and 2-year follow-up, normal peripheral pulses were still reported without intermittent claudication suggesting the durability of the procedure. Through stent-protruding calcified intimal flap, is a very rare, but existing source of antegrade blood flow obstruction after common iliac arteries kissing stents.

[πιστοποιητικό № 50]

51. Georgiadis GS, van Herwaarden JA, Antoniou GA, Hazenberg CE, Giannoukas AD, Lazarides MK, Moll FL.
Systematic review of off-the-shelf or physician-modified fenestrated and branched endografts.

J Endovasc Ther 2016 Feb;23(1):98-109.

doi: 10.1177/1526602815611887

[33]

Purpose: To determine the safety and efficacy of off-the-shelf fenestrated/branched grafts (OSFGs) and physician-modified stent-grafts (PMSGs) for the treatment of complex abdominal aortic aneurysms. **Methods:** A systematic search of the MEDLINE database via PubMed from January 2001 through March 2015 retrieved 23 relevant articles evaluating the clinical outcomes following the management of patients with pararenal or thoracoabdominal aortic aneurysms. The 15 articles on PMSGs and 8 on OSFGs contained data on 308 patients (mean age 72.93 ± 2.89 years; 213 men). The safety endpoint was major adverse events; the efficacy outcome measure was clinical treatment success (aneurysm exclusion without type I/III endoleak, permanent paralysis, long-term dialysis, or unresolved major complications). Extracted outcome data were pooled and compared between groups; data are given as the pooled proportions and 95% confidence interval (CI). Clinical data are presented as the weighted mean.

Results: Of the 308 patients analyzed, almost one third were operated on an emergency basis. The mean aneurysm diameters were 75.9 ± 17.3 mm (range 56-115) for the PMSGs and 68.1 ± 13.7 mm (range 60-100) for the OSFGs. A total of 936 renal and visceral vessels were targeted. Major adverse events (safety) occurred in 24 (12.8%) PMSG patients (95% CI 8.6% to 18.7%) and in 9 (7.4%) OSFG patients (95% CI 3.7% to 14%). Clinical treatment success (efficacy) was observed in 171/187 (91.4%) PMSG patients (95% CI 86.2% to 94.9%) and in 115/121 (95%) OSFG patients (95% CI 89.1% to 98.0%). Corresponding cumulative 30-day target vessel and branch stent perfusion rates were 97.2% (95% CI 95.1% to 98.4%) and 97.6% (95% CI 95.5% to 98.8%) for the PMSG group and 99.6% (95% CI 98.3% to 99.9%) and 98.4% (95% CI 96.5% to 99.4%) for the OSFG group. Six (3.2%) deaths occurred in the PMSG group only; 2 (1.1%) were aneurysm related. Overall branch patency was recorded in 443/458 (96.7%) and in 468/478 (97.9%) of target vessels in the PMSG and OSFG groups, respectively.

Conclusion: Off-the-shelf and physician-modified technology seems effective and safe, in both the elective and acute settings, for the treatment of complex aortic aneurysms. Future research within a randomized trial should investigate the true limitations of these devices.

[πιστοποιητικό № 51]

52. Argyriou C, Georgiadis GS, Georgakarakos EI, Roumeliotis S, Roumeliotis A, Kikas P, Tziakas D, Lazarides MK.
Applying evidence-based medicine in actual clinical practice: Can we bridge the gap? A review of the literature.

Hellenic J Cardiol 2015 Sep-Oct;56(5):373-378.

doi:

[0]

No abstract

[πιστοποιητικό № 52]

53. Antoniou GA, Georgiadis GS, Antoniou SA, Neequaye S, Brennan JA, Torella F, Vallabhaneni SR.
Late rupture of abdominal aortic aneurysm after previous endovascular repair: A systematic review and meta-analysis.

J Endovasc Ther 2015 Oct;22(5):734-744.

doi: 10.1177/1526602815601405

[44]

■ **REF 32: THE SOCIETY FOR VASCULAR SURGERY PRACTICE GUIDELINES ON THE CARE OF PATIENTS WITH AN ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM [J VASC SURG 2018;67(12):2-77e2]**

Purpose: To report a systematic literature review of late rupture of abdominal aortic aneurysm (AAA) after endovascular aneurysm repair (EVAR) and the results of a pooled analysis of causes, treatment, and outcomes.

Methods: Electronic information sources and bibliographic reference lists were interrogated using a combination of free text and controlled vocabulary searches; 11 articles were ultimately identified that fulfilled the inclusion criteria. The articles reported a total of 190 patients who were included in the qualitative and quantitative synthesis. Mortality within 30 days or during the admission with aneurysm rupture was a primary endpoint; major perioperative morbidity was a secondary endpoint. A meta-analysis was performed for 30-day/in-hospital mortality using the random effects model.

Results: A total of 152 ruptures occurred after 16,974 EVAR procedures reported by 8 of the case series, giving an incidence of 0.9% [95% confidence interval (CI) 0.77 to 1.05]. The mean time to rupture was 37 months. Twenty-nine percent (95% CI 20 to 39) of the patients had at least one previous secondary endovascular intervention following the initial EVAR, and 37% (95% CI 30 to 45) were not compliant with surveillance. Type I and III endoleaks were the predominant causes of rupture. Open surgical treatment was undertaken in 61% (95% CI 53 to 68) of the patients who underwent treatment. The pooled estimate for perioperative mortality was 32% (95% CI 24 to 41). A significantly lower mortality was found with endovascular treatment than open surgical management ($p=0.027$). *Conclusion:* Graft-related endoleaks appear to be the predominant causes of late aneurysm rupture. Quality of and compliance with post-EVAR surveillance are important factors in late rupture; a large proportion of late ruptures are amenable to endovascular treatment.

[πιστοποιητικό № 53]

54. Georgakarakos E, Xenakis A, Bisdas T, Georgiadis GS, Schoretsanitis N, Antoniou GA, Lazarides M.

The shear stress profile of the pivotal fenestrated endograft at the level of the renal branches: A computational study for complex aortic aneurysms.

Vascular 2016 Aug;24(4):368-377.

doi: 10.1177/1708538115598726

[1]

Purpose: This study investigated the impact of the variant angulations on the values and distribution of wall shear stress on the renal branches and the mating vessels of a pivotal fenestrated design.

Methods: An idealized endograft model of two renal branches was computationally reconstructed with variable angulations of the left renal branch. These ranged from the 1:30' to 3:30' o'clock position, corresponding from 45° to 105° with increments of 15°. A fluid-structure-interaction analysis was performed to estimate the wall shear stress. *Results:* The proximal part of the renal branch preserved quite constant wall shear stress. The transition zone between its distal end and the renal artery showed the highest values compared to the proximal and middle segments, ranging from 8.9 to 12.4 Pa. The lowest stress values presented at 90° whereas the highest at 45°. The post-mating arterial segment showed constantly low stress values regardless of the pivotal branch angle (6.3 to 6.6 Pa). The 45° configuration showed a distribution of the highest stress posteriorly whereas the 105°-angulation anteriorly. *Conclusions:* The variant horizontal branch orientation influences the wall shear stress distribution across its length and affects its values only at its transition with the mating vessel. These findings and their potential association with adverse effects deserve further clinical validation.

[πιστοποιητικό № 54]

55. Argyriou C, Schoretsanitis N, Georgakarakos EI, Georgiadis GS, Lazarides MK.

Preemptive open surgical vs. endovascular repair for juxta-anastomotic stenoses of autogenous AV fistulae: a meta-analysis.

J Vasc Access 2015 Nov-Dec;16(6):454-458.

doi: 10.5301/jva.5000444

[4]

■ REF 433: SPANISH CLINICAL GUIDELINES ON VASCULAR ACCESS FOR HEMODIALYSIS (NEPHROLOGIA 2017;37 SUPPL 1:1-191)

Purpose: There is controversy about the best mode of preemptive repair of juxta-anastomotic stenoses in radial-cephalic arteriovenous fistula (AVFs). The aim of the present review was to compare the outcome of surgical vs. endovascular repair of those AVF stenoses.

Methods: A systematic review and meta-analysis was performed for studies comparing the outcome of open surgical vs. endovascular preemptive repair of AVF stenoses located in the juxta-anastomotic region. A search was carried out in April 2015. The analyzed outcome measures were the primary patency at 12 and 18 months and the assisted primary patency at 24 months. In addition, assessment of the methodological quality of the included studies was carried out. *Results:* Four non-randomized cohort studies (297 patients) were analyzed. A random effects model was used to pool the data. The pooled odds ratio (OR and 95% confidence intervals) for the primary patency at 12 and at 18 months was 0.42 (0.25-0.72) and 0.33 (0.2-0.56), respectively, showing statistically significant higher patency of the surgically repaired group. The pooled OR for the assisted primary patency at 24 months was 0.53 (0.28-0.98) also in favor of the surgically repaired group ($p<0.04$). *Conclusions:* The available evidence, based on non-randomized cohort studies, suggests that surgery is the best way to treat 'juxta-anastomotic' stenotic lesions in distal radial-cephalic AVFs, although angioplasty remains a valuable but less durable option in this location of the stenosis.

[πιστοποιητικό № 55]

56. Lazarides MK, Georgiadis GS, Georgakarakos EI.

Author's reply to: "Comment on: What is the best training for vascular access surgery?"

J Vasc Access 2015 Sep 29;16(5):e101.

doi: 10.5301/jva.5000437

[0]

Comment on: What is the best training for vascular access surgery? [J Vasc Access. 2015]

[πιστοποιητικό № 56]

57. Schoretsanitis N, Moustafa E, Beropoulos E, Argyriou C, Georgiadis GS, Georgakarakos E.

Traumatic pseudoaneurysm of the superficial palmar arch: A case report and review of the literature.

J Hand Microsurg 2015 Jun;7(1):230-232.

doi: 10.1007/s12593-015-0183-5

[0]

58. Georgakarakos E, Raptis A, Schoretsanitis N, Bisdas T, Beropoulos E, Georgiadis GS, Matsagkas M, Xenos M.
Studying the interaction of stent-grafts and treated abdominal aortic aneurysms: time to move caudally!
J Endovasc Ther 2015 Jun;22(3):413-420.
doi: 10.1177/1526602815583494
[5]

Since the advent of endovascular repair of aortic aneurysms (EVAR), clinical focus has been on preventing loss of sealing at the level of the infrarenal neck, which leads to type I endoleak and repressurization of the aneurysm sac. Enhanced mechanisms for central fixation and seal have consequently lowered the incidence of migration and endoleaks. However, endograft limb thrombosis and its causal mechanisms have not been addressed adequately in the literature. This article reviews the pathophysiological mechanisms associated with limb thrombosis in order to facilitate better clinical judgment to prevent iliac adverse effects.
[πιστοποιητικό № 58]

59. Georgakarakos E, Schoretsanitis N, Souftas VD, Argyriou C, Moustafa E, Georgiadis GS, Lazarides MK.
Emergent conversion of the Ovation Stent Graft System to aortouniliac modification via occlusion of a unilateral internal iliac artery with a stentgraft as a bailout solution.
Vascular 2015 Aug;23(4):440-443.
doi: 10.1177/1708538115585072
[4]

Purpose: To present a case of inadvertent collapse of the contralateral limb gate caused by misorientation during the deployment of the Ovation Abdominal Stent Graft System in a narrow aortic lumen and the bailout conversion to aortouniliac modification, using a covered stent to exclude the orifice of the internal iliac artery (IIA).
Technique description: Despite the repeated efforts from the femoral and brachial site, the collapsed/occluded contralateral limb gate could not be catheterized. In order to exclude successfully the orifice of the IIA, an oversized stentgraft was placed immediately at the common-to-external iliac artery (CIA-EIA) transition followed by peripheral ligation of the latter. The procedure was completed with crossover femorofemoral bypass.
Conclusion: Occlusion the IIA orifice with an oversized stentgraft in the CIA-EIA transition can be considered as a safe, simple, fast, and efficient bailout maneuver, followed by EIA ligation and crossover bypass.
[πιστοποιητικό № 59]

60. Georgiadis GS, Charalampidis DG, Argyriou C, Georgakarakos EI, Lazarides MK.
The necessity for routine pre-operative ultrasound mapping before arteriovenous fistula creation: A meta-analysis.
Eur J Vasc Endovasc Surg 2015 May;49(5):600-605.
doi: 10.1016/j.ejvs.2015.01.012
[22]

- **REF 109:** VASCULAR ACCESS: 2018 CLINICAL PRACTICE GUIDELINES OF THE EUROPEAN SOCIETY FOR VASCULAR SURGERY [EUR J VASC ENDOVASC SURG 2018;55(6):757-818]
- **REF 47:** SPANISH CLINICAL GUIDELINES ON VASCULAR ACCESS FOR HEMODIALYSIS (NEPHROLOGIA 2017;37 SUPPL 1:1-191)

Objective/Background: Existing guidelines suggest routine use of pre-operative color Doppler ultrasound (DUS) vessel mapping before the creation of arteriovenous fistulae (AVF); however, there is controversy about its benefit over traditional clinical examination or selective ultrasound use.
Methods: This was a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials (RCTs) comparing routine DUS mapping before the creation of AVF with patients for whom the decision for AVF placement was based on clinical examination and selective ultrasound use. A search of MEDLINE/PubMed, SCOPUS, and the Cochrane Library was carried out in June 2014. The analyzed outcome measures were the immediate failure rate and the early/midterm adequacy of the fistula for hemodialysis. Additionally, assessment of the methodological quality of the included studies was carried out.
Results: Five studies (574 patients) were analyzed. A random effects model was used to pool the data. The pooled odds ratio (OR) for the immediate failure rate was 0.32 (95% confidence interval [CI] 0.17-0.60; $p < .01$), which was significantly in favor of the DUS mapping group. The pooled OR for the early/midterm adequacy for hemodialysis was 0.66 (95% CI 0.42-1.03; $p = .06$), with a trend in favor of the DUS mapping group; however, subgroup analysis revealed that routine DUS mapping was more beneficial than selective DUS ($p < .05$).
Conclusion: The available evidence, based mainly on moderate quality RCTs, suggests that the pre-operative clinical examination should always be supplemented with routine DUS mapping before AVF creation. This policy avoids negative surgical explorations and significantly reduces the immediate AVF failure rate.
[πιστοποιητικό № 60]

- Η ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ ΑΥΤΗ (ΠΕΡΙΛΗΨΗ, ΣΕΛ. 271-272) ΑΝΕΦΕΡΘΗΚΕ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΑΣΤΗΚΕ ΣΤΟ ΒΙΒΛΙΟ YEAR BOOK OF VASCULAR SURGERY 2016 (ΤΟΜΟΣ ΜΕ ΤΑ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΑΡΘΡΑ ΤΗΣ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ, ΠΑΓΚΟΣΜΙΩΣ, ΠΟΥ ΕΚΔΙΔΕΤΑΙ ΚΑΘΕ ΧΡΟΝΟ).

Objective/Background.—Existing guidelines suggest routine use of pre-operative color Doppler ultrasound (DUS) vessel mapping before the creation of arteriovenous fistulae (AVF); however, there is controversy about its benefit over traditional clinical examination or selective ultrasound use.

Methods.—This was a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials (RCTs) comparing routine DUS mapping before the creation of AVF with patients for whom the decision for AVF placement was based on clinical examination and selective ultrasound use. A search of MEDLINE/PubMed, SCOPUS, and the Cochrane Library was carried out in June 2014. The analyzed outcome measures were the immediate failure rate and the early/midterm adequacy of the fistula for hemodialysis. Additionally, assessment of the methodological quality of the included studies was carried out.

Results.—Five studies (574 patients) were analyzed. A random effects model was used to pool the data. The pooled odds ratio (OR) for the immediate failure rate was 0.32 (95% confidence interval [CI] 0.17–0.60; $p < .01$), which was significantly in favor of the DUS mapping group. The pooled OR for the early/midterm adequacy for hemodialysis was 0.66 (95% CI 0.42–1.03; $p = .06$), with a trend in favor of the DUS mapping group; however, subgroup analysis revealed that routine DUS mapping was more beneficial than selective DUS ($p < .05$).

Conclusion.—The available evidence, based mainly on moderate quality RCTs, suggests that the pre-operative clinical examination should always be supplemented with routine DUS mapping before AVF creation. This

policy avoids negative surgical explorations and significantly reduces the immediate AVF failure rate.

► Hemodialysis access surgery can be a vexing challenge for surgeons with persistently high rates of failure to mature and primary failure for arteriovenous fistulae (AVF). Although routine use of preoperative duplex ultrasound examination (DUS) of the upper extremities is recommended by current guidelines, including the Disease Outcomes Quality Initiative, consensus Level I evidence of its benefit is unfortunately lacking. It may seem intuitive that DUS would more accurately identify veins suitable for use in constructing an AV fistula, but there is also the question of whether DUS might “convince” the surgeon to attempt AVF with a marginal vein that otherwise is unimpressive on physical examination alone. Evidence from many randomized control trials (RCTs) has been conflicted when comparing routine preoperative DUS with physical examination either alone or with selective DUS. This meta-analysis of 5 RCTs found a statistically significant higher odds ratio of immediate failure rate that favored routine use of DUS compared with physical examination with selective DUS. Although this result will not settle the issue, it lends further support that DUS, at least as a supplement to a careful preoperative physical examination, should be recommended for all patients intending to undergo arteriovenous fistula creation for hemodialysis access.

M. Williams, MD

61. Georgiadis GS, Argyriou C, Antoniou GA, Kantartzis K, Kriki P, Theodoridis M, Thodis E, Lazarides MK. **Upper limb vascular calcification score as a predictor of mortality in diabetic hemodialysis patients.**

J Vasc Surg 2015 Jun;61(6):1529-1537.

doi: 10.1016/j.jvs.2015.01.026

[5]

Objective: This study evaluated the correlation between an upper limb vascular calcification (Vc) score (VcS) and late all-cause mortality in diabetic hemodialysis patients with distal upper limb arteries medial wall sclerosis (Mönckeberg disease).

Methods: We retrospectively reviewed Vc in bilateral upper limb plain radiographs and in duplex ultrasound images performed before radial-cephalic fistula (RCF) creation in diabetic hemodialysis patients. Only medial linear calcifications outlining the vessel wall were considered positive on X-ray images, whereas for ultrasound reviews, only continuous highly echogenic plaques producing bright white echos with shadowing were considered to be medial calcification. A VcS was then applied in each patient. Every half of each of the three main arterial conduits (brachial, radial, and ulnar arteries) in each arm was counted as 1 if it contained ≥ 6 cm of linear calcification, whereas absence of calcification or minimum calcification (length < 6 cm) was counted as 0. Long-term all-cause mortality was compared between patients with a low or moderate VcS < 8 (group I), patients with a high VcS ≥ 8 (group II), and patients with VcS = 0 (control group). Kaplan-Meier statistics were used for comparisons among the groups.

Results: Nineteen patients had a VcS < 8 , 21 had VcS ≥ 8 , and 43 patients had VcS = 0. The study patients had a mean age of 68 ± 10 years (range, 42–83 years; $P = .23$). Before early conversion to a RCF, dialysis therapy in 59 (71.1%) had already been initiated through central venous catheters (CVCs). The mean follow-up for groups I, II, and controls was 41.4 ± 41.2 months (range, 4–144 months), 34.15 ± 31.3 months (range, 1–108 months), and 66.7 ± 32.5 months (range, 12–126 months), respectively ($P = .0009$). Forty-seven patients died during the follow-up period (12 in group II and 24 in the controls; $P = .88$). Survival rates at 12, 24, 36, and 48 months were 78.3%, 65.7%, 54.8%, and 48.1% for group I; 75.2%, 58.8%, 49.3%, and 42% for group II; and 97.7%, 93.1%, 76.8%, and 71.8% for the control group, respectively ($P = .013$ for all groups; $P = .044$ for group II vs controls). Patients with (subgroups) or without CVCs at baseline had similar late mortality rates. Patients with CVCs/Vc had lower survival rates than those with CVCs/no Vc at 1 year (73.3% vs 96.5%) and at 3 years (47.7% vs 75.8%; $P = .038$). CVCs were related to increased risk of death only in subgroup II patients compared with the subcontrol group patients (75.4% vs 37.9% at 5 years, respectively; $P = .034$).

Conclusions: Diabetic hemodialysis patients exposed to high levels of upper extremity arterial medial VcSs upon receiving RCFs have an increased long-term mortality risk compared with diabetic hemodialysis patients with no Vc and receiving the same access. Patients with CVCs/Vc had the lowest survival rates.

[πιστοποιητικό № 61]

62. Georgiadis GS, Charalampidis D, Argyriou C, Antoniou GA, Georgakarakos EI, Argyropoulou PI, Stakos D, Lazarides MK. **Saddle aortic bifurcation and iliaofemoral arteries tandem embolism in a child with dilated cardiomyopathy.**

Vasa 2015 Mar;44(2):145-150.

doi: 10.1024/0301-1526/a000421

[0]

No abstract

[πιστοποιητικό № 62]

63. Lazarides MK, Georgiadis GS, Georgakarakos EI. **What is the best training for vascular access surgery?**

J Vasc Access 2015;16 Suppl 9:S16-19.

doi: 10.5301/jva.5000345

[4]

Questions have been raised whether there is a lack of appropriate training in access creation and maintenance, and if training juniors in arteriovenous (AV) fistulas may affect the outcome. A survey was undertaken to study “experts” opinion in access training using a closed questionnaire. The majority of “experts” consented that there is a lack of appropriate training in access creation and maintenance in a great extent, although they located the main deficit regarding access training in the preoperative planning and decision making. Regarding the second question, a literature search revealed only four studies, comparing the outcomes of AV fistulas

created either by consultant surgeons or trainees. A meta-analysis performed revealed that 1-year patency rate was not statistically significant different among access procedures created either by consultants or trainees. Access surgery shares the same basic principles with vascular surgery and provides a valuable workload for the trainees and is a necessity to become a building component in all "core" vascular curricula; the required skills can be acquired with the trainees operating independently simple cases, as the latter is not leading to suboptimal outcomes.
[πιστοποιητικό № 63]

64. Lazarides M, Georgiadis G, Argyriou C.
Safety issues in surgical and endovascular techniques to rescue failing or failed arteriovenous fistulas and arteriovenous grafts.

Contrib Nephrol 2015;184:153-163.

doi: 10.1159/000365912

[3]

A great variety of thrombotic and nonthrombotic events may complicate all types of vascular access (VA) procedures. Thrombotic events are the most frequent complication, caused by stenoses in various locations, representing a common problem for arteriovenous fistulas (AVFs) and arteriovenous grafts (AVGs). Monitoring AVF with physical examination by trained physicians represents an accurate method for diagnosis of malfunction. AVF stenoses >50% in diameter should be treated either by surgical or endovascular means when accompanied with access malfunction. Aneurysms and infections represent the most frequent nonthrombotic VA complications. Access-related aneurysms do not represent per se an indication for intervention; however, anastomotic aneurysms and those with skin erosion should be repaired urgently to avoid rupture. Infections of AVFs are extremely rare, while AVG could be complicated either with postoperative infections attributable to the initial procedure with an early onset and more frequently with late infections caused by punctures, with an annual rate of 5%. Treatment options for AVG infections comprise total or subtotal graft excision or partial excision of the involved segment only, the latter representing a VA salvage procedure but with a significantly higher risk of recurrence.

[πιστοποιητικό № 64]

65. Antoniou GA, Antoniou SA, Georgakarakos EI, Sfyroeras GS, Georgiadis GS.
Bibliometric analysis of factors predicting increased citations in the vascular and endovascular literature.

Ann Vasc Surg 2015 Feb;29(2):286-292.

doi: 10.1016/j.avsg.2014.09.017

[16]

Background: Dissemination of research findings in the scientific community is reflected by the citation count. Our objective was to investigate the relative citation impact of vascular research studies and identify potential predictors of increased citation rates. **Methods:** Articles published in leading journals of vascular and general surgery (Journal of Vascular Surgery, European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, Journal of Endovascular Therapy, Annals of Vascular Surgery and Annals of Surgery, British Journal of Surgery, Journal of the American College of Surgeons, and JAMA Surgery) during a 4-month period were identified through electronic databases. Variables potentially associated with increased citation rates, including subject, design, title characteristics, article length, bibliographic references, authorship, geographic distribution, interdisciplinary collaboration, article access, and funding, were assessed in univariate and multiple linear regression models through December 2012.

Results: A total of 226 articles with a total number of 4,605 citations were identified. Univariate analysis revealed that endovascular-related studies, study design, studies reporting design in the title, long articles, and studies with high number of references were associated with higher citation rates. On multivariate analysis, 3 variables were found to independently predict the number of citations: study subject (endovascular-related studies; regression coefficient [95% confidence interval], 0.474 [0.240-0.708]; $P < 0.001$); study design (randomized controlled trial; regression coefficient [95% confidence interval], 0.575 [0.145-1.005]; $P = 0.009$); and article length (number of pages; regression coefficient [95% confidence interval], 0.069 [0.016-0.123]; $P = 0.011$).

Conclusions: Authors involved in vascular research may enhance the impact of their work by embarking on research strategies of high methodologic quality and pursuing work related with new technologies and evolving endovascular therapies.

[πιστοποιητικό № 65]

66. Antoniou GA, Fisher RK, Georgiadis GS, Antoniou SA, Torella F.
Statin therapy in lower limb peripheral arterial disease: Systematic review and meta-analysis.

Vascul Pharmacol 2014 Nov;63(2):79-87.

doi: 10.1016/j.vph.2014.09.001

[25]

Objective: To investigate and analyse the existing evidence supporting statin therapy in patients with lower limb atherosclerotic arterial disease.

Methods: A systematic search of electronic information sources was undertaken to identify studies comparing cardiovascular outcomes in patients with lower limb peripheral arterial disease treated with a statin and those not receiving a statin. Estimates were combined applying fixed- or random-effects models.

Results: Twelve observational cohort studies and two randomised trials reporting 19,368 patients were selected. Statin therapy was associated with reduced all-cause mortality (odds ratio 0.60, 95% confidence interval 0.46-0.78) and incidence of stroke (odds ratio 0.77, 95% confidence interval 0.67-0.89). A trend towards improved cardiovascular mortality (odds ratio 0.62, 95% confidence interval 0.35-1.11), myocardial infarction (odds ratio 0.62, 95% confidence interval 0.38-1.01), and the composite of death/myocardial infarction/stroke (odds ratio 0.91, 95% confidence interval 0.81-1.03), was identified. Meta-analyses of studies performing adjustments showed decreased all-cause mortality in statin users (hazard ratio 0.77, 95% confidence interval 0.68-0.86).

Conclusions: Evidence supporting statins' protective role in patients with lower limb peripheral arterial disease is insufficient. Statin therapy seems to be effective in reducing all-cause mortality and the incidence cerebrovascular events in patients diagnosed with peripheral arterial disease.

[πιστοποιητικό № 66]

67. Argyriou C, Georgiadis GS, Mantatzis M, Schoretsanitis NG, Antoniou GA, Papadopoulou MZ, Vogiatzaki T, Lazarides MK.
Hybrid reconstruction of the upper limb in a patient with chronic limb ischemia.

Vascular 2015 Dec;23(6):653-656.

doi: 10.1177/1708538114560459

[0]

Aim: Hybrid vascular interventions performed in patients with chronic limb ischemia are considered minimally invasive techniques for treating complex multilevel arterial occlusive disease.

Methods: We report the case of a 42-year-old woman with a critical upper limb ischemia, who underwent angioplasty and secondary stenting of the distal-third of the axillary artery followed by a brachial-brachial bypass using an autologous graft.

Results: The patient had an uneventful recovery. To our knowledge, this is the first case reported in the literature of hybrid vascular reconstruction in the upper limb due to atherosclerosis.

Conclusion: Hybrid revascularization procedure in the upper limb is technically feasible, safe for the patient, and should become a part of the armamentarium of the modern vascular surgeon.

[πιστοποιητικό № 67]

68. Antoniou GA, Georgakarakos EI, Antoniou SA, Georgiadis GS.
Multidisciplinary care as a holistic approach to the management of vascular disease.

Int Angiol 2014 Oct;33(5):494-496.

doi:

[3]

No abstract

[πιστοποιητικό № 68]

69. Antoniou GA, Ahmed N, Georgiadis GS, Torella F.
Is endovascular repair of ruptured abdominal aortic aneurysms associated with improved in-hospital mortality compared with surgical repair?

Interact Cardiovasc Thorac Surg 2015; 20(1): 135-139.

doi: 10.1093/icvts/ivu329

[8]

■ **REF 19: THE SOCIETY FOR VASCULAR SURGERY PRACTICE GUIDELINES ON THE CARE OF PATIENTS WITH AN ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM [J VASC SURG 2018;67(12):2-77e2]**

A best evidence topic in vascular surgery was constructed according to a structured protocol. The question addressed was whether patients with ruptured abdominal aortic aneurysm (AAA) treated with endovascular aneurysm repair (EVAR) have improved in-hospital outcomes compared with conventional surgical repair. The reported search retrieved 1398 reports, of which 6 papers were thought to represent the best available evidence to answer the study question. Three randomized trials were identified. The first was a pilot trial conducted in a single centre in the UK, which recruited 32 patients and found similar 30-day mortality in the patient groups. The second trial, conducted in Netherlands, recruited 116 patients anatomically suitable for EVAR. This trial found no significant difference in the composite of death and severe complications within 30 days of intervention between patients subjected to EVAR and those undergoing open repair (42 vs 47%; absolute risk reduction 5.4%, 95% confidence interval: -13% to +23%). The IMPROVE trial, based on a pragmatic design, demonstrated similar 30-day mortality in the 613 patients randomized to endovascular strategy or open repair (35.4 vs 37.4%, $P = 0.62$). The average hospital costs within the first 30 days of randomization were similar between the randomized groups, with an incremental cost-saving for the endovascular strategy vs open repair of £1186. Meta-analysis of all three randomized trials in a Cochrane review found no difference in 30-day or in-hospital mortality between EVAR and open repair (odds ratio: 0.91, 95% confidence interval: 0.67-1.22; $P = 0.52$). In contrast, a systematic review and meta-analysis, mainly of observational, cohort studies, and another large, nationwide study demonstrated EVAR to be associated with improved in-hospital results compared with open repair, as expressed by mortality, severe complications, length of hospital stay and proportion of patients discharged home. Even though randomized trials demonstrate equivalent in-hospital mortality with EVAR and open repair, large-scale, nationwide, observational studies and meta-analyses have shown EVAR to confer improved in-hospital mortality and morbidity in patients with favourable aneurysm morphology stable enough to undergo imaging. Reconfiguration of acute aortic services and establishment of standardized institutional protocols might be advisable for improvements in the management of ruptured AAA.

[πιστοποιητικό № 69]

70. Georgiadis GS, Antoniou GA, Trellopoulos G, Georgakarakos EI, Argyriou C, Lazarides MK.
Troubleshooting techniques for the Endurant™ device in endovascular aneurysm repair.

Cardiovasc J Afr 2014 Sep 2;25:1-5.

doi:10.5830/CVJA-2014-049

[1]

Endovascular aortic aneurysm repair with the Endurant™ stent-graft system has been shown to be safe and effective in high-risk surgical patients with complex suprarenal and/or infrarenal abdominal aortic aneurysm anatomy. The wireformed M-shaped stent architecture and proximal springs with anchoring pins theoretically permit optimal sealing in shorter and more angulated proximal aneurysm necks even under off-label conditions. Nonetheless, extremely difficult anatomical situations and inherent graft system-related limitations must be anticipated. Herein, we describe our techniques to overcome the capture of the tip sleeve within the suprarenal bare-stent anchoring pins, other endograft segments, and native vessels.

[πιστοποιητικό № 70]

71. Georgakarakos E, Georgiadis GS, Ioannou CV.
Finite element analysis methods in clinical practice: we have nothing to fear but fear itself!

J Endovasc Ther 2014 Aug;(4):565-567.

doi:10.1583/14-4695C.1

[1]

No abstract

[πιστοποιητικό № 71]

72. Georgakarakos E, Xenakis A, Georgiadis GS, Argyriou C, Manopoulos C, Tsangaris S, Lazarides MK.

Computational estimation of the influence of the main body-to-iliac limb length ratio on the displacement forces acting on an aortic endograft; theoretical application to Bolton Treovance abdominal stent-graft.

Int Angiol 2014 Oct;33(5):480-484.

doi:

[5]

Aim: The influence of the relative iliac limb length of an endograft (EG) on the displacements forces (DF) predisposing to adverse effects are underappreciated in the literature. Therefore, we conducted a computational study to estimate the magnitude of the DF acting over an entire reconstructed EG and its counterparts for a range of main body-to-iliac limb length (L1/L2) ratios.

Methods: A customary bifurcated 3D model was computationally created and meshed using the commercially available ANSYS ICEM (Ansys Inc., Canonsburg, PA, USA) software. Accordingly, Fluid Structure Interaction was used to estimate the DF. The total length of the EG, was kept constant, while the L1/L2 ratio ranged from 0.3 to 1.5.

Results: The increase in L1/L2 affected slightly the DF on the EG (ranging from 3.8 to 4.1N) and its bifurcation (4.0 to 4.6N). However, the forces exerted at the iliac sites were strongly affected by the L1/L2 values (ranging from 0.9 to 2.2N), showing a parabolic pattern with a minimum for 0.6 ratio.

Conclusion: It is suggested that the hemodynamic effect of the relative limb lengths should not be considered negligible. A high main body-to-iliac limb length ratio seems to favor hemodynamically a low bifurcation but attenuates the main body-iliac limbs modular stability. Further clinical studies should investigate the relevant value of these findings. The Bolton Treovance device is presented as a representative, improved stentgraft design that takes into account these hemodynamic parameters in order to achieve a promising, improved clinical performance.

[πιστοποιητικό № 72]

73. Georgakarakos E, Gasser TC, Xenos M, Kontopodis N, Georgiadis GS, Ioannou CV.

Applying finding of computational studies in vascular clinical practice: fact, fiction, or misunderstanding?

J Endovasc Ther 2014 June;21(3):434-438.

doi:10.1583/14-4718E.1

[4]

No abstract

[πιστοποιητικό № 73]

74. Georgakarakos E, Trellopoulos G, Georgiadis GS, Kontopodis N, Ioannou CV.

The chimney technique with the Ovation abdominal stent graft system: An ideal platform for self-expandable renal stents.

Cardiovasc Intervent Radiol 2014 Oct;37(5):1393-1394.

Comment on "Endovascular aortic repair with the chimney technique using the ultra low-profile Ovation stent-graft for juxtarenal aneurysms having small iliac access vessels". [*Cardiovasc Intervent Radiol* 2014]

doi:110.1007/s00270-014-0911-4

[1]

No abstract

[πιστοποιητικό № 74]

75. Tsigvoulis G, Krogias C, Georgiadis GS, Mikulik R, Safouris A, Meves SH, Voumvourakis K, Haršány M, Staffa R, Papageorgiou SG, Katsanos AH, Lazaris A, Mumme A, Lazarides M, Vasdekis SN.

Safety of early endarterectomy in patients with symptomatic carotid artery stenosis: an international multicenter study.

Eur J Neurol 2014 Oct;21(10):1251-e76.

doi:10.1111/ene.12461

[26]

Background and purpose: Although the latest recommendations suggest that carotid endarterectomy (CEA) should be performed in symptomatic carotid artery stenosis (sCAS) patients within 2 weeks of the index event, only a minority of patients undergo surgery within the recommended time-frame. The aim of this international multicenter study was to prospectively evaluate the safety of early CEA in patients with sCAS in everyday clinical practice settings.

Methods: Consecutive patients with non-disabling acute ischaemic stroke (AIS) or transient ischaemic attack (TIA) due to sCAS ($\geq 70\%$) underwent early (≤ 14 days) CEA at five tertiary-care stroke centers during a 2-year period. Primary outcome events included stroke, myocardial infarction (MI) or death occurring during the 30-day follow-up period and were defined according to the International Carotid Stenting Study criteria.

Results: A total of 165 patients with sCAS [mean age 69 ± 10 years; 69% men; 70% AIS; 6% crescendo TIA; 8% with contralateral internal carotid artery (ICA) occlusion] underwent early CEA (median elapsed time from symptom onset 8 days). Urgent CEA (≤ 2 days) was performed in 20 cases (12%). The primary outcomes of stroke and MI were 4.8% [95% confidence interval (CI) 1.5%-8.1%] and 0.6% (95% CI 0%-1.8%). The combined outcome event of non-fatal stroke, non-fatal MI or death was 5.5% (95% CI 2.0%-9.0%). Crescendo TIA, contralateral ICA occlusion and urgent CEA were not associated ($P > 0.2$) with a higher 30-day stroke rate.

Conclusions: Our findings indicate that the risk of early CEA in consecutive unselected patients with non-disabling AIS or TIA due to sCAS is acceptable when the procedure is performed within 2 weeks (or even within 2 days) from symptom onset.

[πιστοποιητικό № 75]

76. Lazarides MK, Georgiadis GS, Argyriou C.

Aneurysm formation and infection in AV prosthesis.

J Vasc Access 2014 15Suppl 7:S120-124.

doi:10.5301/jva.5000228

[7]

■ REF 607: SPANISH CLINICAL GUIDELINES ON VASCULAR ACCESS FOR HEMODIALYSIS (NEPHROLOGIA 2017;37 SUPPL 1:1-191)

In contrast to autogenous arteriovenous (AV) fistulae where true aneurysms are the most frequent type, aneurysms in prosthetic AV grafts are mostly false aneurysms and less frequently anastomotic ones. Indications for repair comprise false aneurysms exceeding twofold the graft diameter, those with rapid enlargement or with skin thinning or erosion, the ruptured, those causing pain or severely limiting the cannulable area and the infected ones. They can be managed either with conventional surgery or with endovascular techniques; However, conventional surgery represents the current standard treatment consisting of either aneurysm resection and interposition graft in situ or resection/exclusion and bypass via a new route to avoid a potentially contaminated area.
[πιστοποιητικό № 76]

77. Antoniou GA, Georgakarakos EI, Antoniou SA, Georgiadis GS.

Does endovascular treatment of infra-inguinal arterial disease with drug-eluting stents offer better results than angioplasty with or without bare metal stents?

Interact Cardiovasc Thorac Surg 2014 Aug;19(2):282-285.

doi:10.1093/icvts/ivu093

[4]

A best evidence topic in vascular and endovascular surgery was developed according to a structured protocol. The question addressed was whether treatment of infra-inguinal arterial occlusive disease with drug-eluting stents (DESs) provides improved outcomes compared with bare metal stents (BMSs) or percutaneous balloon angioplasty (PTA) alone. Altogether, 136 papers were found using the reported searches, of which 5 provided the best evidence to answer the question. All papers represent either level 1 or 2 evidence. The authors, journal, date, country of publication, patient group studied, study type, relevant outcomes and results of these papers are tabulated. Main outcome measures varied among the studies, and included patency, in-stent restenosis, target lesion revascularization, major adverse events, clinical improvement and limb salvage. Evidence on the comparative efficacy of DESs in femoro-popliteal arterial disease is mainly based on two randomized, controlled trials. Paclitaxel-eluting stents were evaluated in the Zilver PTX trial and demonstrated superior 2-year results to either BMSs or PTA, as indicated/shown by patency (DES vs PTA, 74.8 vs 26.5%, $P < 0.01$), clinical benefit (DES vs PTA, $P < 0.01$) and event-free survival (DES vs PTA, 86.6 vs 77.9%, $P = 0.02$). However, the SIROCCO trial found that the sirolimus-eluting stent did not exhibit statistically significant differences in 2-year in-stent restenosis (22.9 vs 21.1%) and target lesion revascularization (6 vs 13%) compared with the BMS. Treatment of infra-popliteal arterial disease with DESs was related with superior outcomes to those of BMSs, as indicated/shown by patency, freedom from target lesion revascularization and freedom from major adverse events. Furthermore, the ACHILLES trial, the only published trial comparing the infra-popliteal DES with PTA, revealed lower angiographic restenosis (22.4 vs 41.9%, $P = 0.019$) and greater vessel patency (75 vs 57.1%, $P = 0.025$) in the DES group at 1 year. However, data related to clinical parameters in patients with critical limb ischaemia secondary to infrageniculate arterial disease, such as limb salvage and ulcer healing, are insufficient. In conclusion, treatment of infra-inguinal arterial disease with DES is safe and seems to be superior to treatment with PTA alone or BMS. The role of DES in sustained improvement in clinical outcome end-points, such as limb salvage, remains to be elucidated.

[πιστοποιητικό № 77]

78. Georgiadis GS, Georgakarakos EI, Antoniou GA, Panagoutsos S, Argyriou C, Mourvati E, Passadakis P, Lazarides MK.

Correlation of pre-existing radial artery macrocalcifications with late patency of primary radiocephalic fistulas in diabetic hemodialysis patients.

J Vasc Surg 2014 Aug;60(2):462-470.

doi:10.1016/j.jvs.2014.02.042

[29]

Objective: The aim of this study was to evaluate the impact of pre-existing radial artery macrocalcification (Mönckeberg type of arteriosclerosis) on patency rates of radiocephalic fistulas (RCFs) in diabetic end-stage renal disease (ESRD) patients undergoing hemodialysis.

Methods: In this observational prospective study, the long-term patency rates (primary outcome measures) of RCFs in ESRD diabetics who had Mönckeberg radial (±brachial) artery disease (calcified [C] group) were compared with those obtained in ESRD diabetics who had healthy, noncalcified vessels before RCF construction (healthy [H] group). Vessel calcification was assessed by plain two-dimensional radiography. For inclusion in the C-group, uniform linear railroad track-type macrocalcifications of at least 6 cm in length, in the medial wall of the radial artery ipsilateral to RCF creation, were required. Patients were included in the H-group if the radial artery ipsilateral to the RCF creation was free of any macrocalcification, of either intima or media type. Any intimal-like plaque with irregular and patchy distribution was an exclusion criterion for both groups. Patients in both groups also were required to have suitable upper limb vascular anatomy on the basis of ultrasound imaging before RCF creation (cephalic vein of minimum diameter of 1.6 mm, without stenosis or thrombosis in all outflow areas, and radial artery of minimum diameter of 1.5 mm, without proximal hemodynamically significant stenosis). Secondary outcome measures included all-cause mortality. Kaplan-Meier statistics were used for comparison between groups.

Results: The arm radiograph at the site of possible fistula construction showed abnormality in 39 patients (C-group, 47 RCFs), whereas 33 patients had noncalcified ("healthy") vascular anatomy (H-group, 40 RCFs). Mean duration of the diabetic disease at the time of RCF creation was 8.9 ± 5.6 years (range, 2-25 years) for the H-group and 14 ± 9.9 years (range, 1-40 years) for the C-group ($P = .018$). The mean follow-up period for H-group and C-group was 51.9 ± 35.9 months (range, 0.1-126 months) and 26.1 ± 31.6 months (range, 0.1-144 months), respectively ($P = .0006$). Forty-four patients died during the follow-up period. Primary patency rates at 12, 24, 36, and 48 months for C-group vs H-group were 50.2% vs 80%, 36.5% vs 72.3%, 32.4% vs 67.9%, and 29.1% vs 59.3% ($P = .0019$). Respective values for secondary patency rates were 52.4% vs 87.5%, 40.9% vs 82.4%, 36.6% vs 78.1%, and 33.2% vs 72.8% ($P = .00064$). Patient survival rates at 24 and 48 months were 56.1% and 46.4% for C-group and 92.4% and 67.4% for H-group, respectively ($P = .05$).

Conclusions: ESRD diabetics with radial artery Mönckeberg calcifications receiving RCFs had worse late clinical outcomes compared with ESRD diabetics with healthy distal arm vessels receiving the same access. The long-term benefit of RCFs may be lost in diabetics with extensively calcified vessels, and preferably the brachial artery should be used instead.

[πιστοποιητικό № 78]

79. Georgakarakos E, Xenakis A, Manopoulos C, Georgiadis GS, Argyriou C, Tsangaris S, Lazarides MK.

Studying the flow dynamics in an aortic endograft with crossed-limbs.

Int J Artif Organs 2014 Jan;37(1):81-87.

doi:10.5301/ijao.5000292

[4]

Purpose: To evaluate the flow phenomena within an aortic endograft with crossed-limbs, comparing to an endograft with the ordinary limb bifurcation.

Methods: An endograft model with crossed-limbs was computationally reconstructed based on Computed Tomography patient-specific data, using commercially available software. Accordingly, its analogue model was reconstructed in the ordinary fashion (ordinary bifurcation). Computational fluid dynamics analysis was performed to determine and compare the flow fields, velocity profiles, pressure and shear stress distribution throughout the different parts of both endograft configurations, in different phases of the cardiac cycle.

Results: The flow patterns between the "Ballerina" and the classic endograft were similar, with flow disturbance near the inlet zone at late diastole and smooth flow patterns during the systolic phase. Both configurations presented similar pressure distribution patterns throughout the cardiac cycle. The highest and lowest pressures were demonstrated in the inlet-main body area and the iliac limbs, respectively. Marked differences were observed in the velocity profiles of the proximal limb segments between the two configurations, mostly in the peak- and end-systolic phase. The regions of lower velocities correlated well to low shear values. Differences in the shear stress distribution were noted between the two configurations in the systolic and, predominantly, in the diastolic phase.

Conclusions: There are differences in the velocity profiles and shear distribution between the limbs of the two endograft configurations. The pathophysiologic implication of our findings and their possible association with clinical events, such as thrombus apposition, deserves further investigation.

[πιστοποιητικό № 79]

80. Georgiadis GS, Charalampidis D, Georgakarakos EI, Antoniou GA, Trellopoulos G, Vogiatzaki T, Lazarides MK
Open conversion after endovascular aortic aneurysm repair with the Ovation Prime™ endograft.

Int J Artif Organs 2014 Feb;37(2):177-181.

doi:10.5301/ijao.5000267

[7]

Advances in abdominal aortic aneurysm (AAA) endograft device technology have contributed to improved outcomes and durability of endovascular aortic aneurysm repair (EVAR), even in complex infrarenal aortic anatomies. However, stent graft failure secondary to endoleaks, migration, endotension and sac enlargement are persistent problems that can result in aneurysm rupture following EVAR. A symptomatic infrarenal AAA (4mm proximal neck) was treated initially with an Ovation Prime™ device (TriVascular, Inc., Santa Rosa, CA) in an off-label fashion, leading to type Ia endoleak moderately reduced by additional proximal neck ballooning. A failed Chimney technique to the single patent, but severely stenosed, right renal artery preceded the use of this device. A large type Ia endoleak was evident at 6-month follow-up, but following a failed supplementary endovascular intervention with coils to seal the endoleak, the patient presented with hemorrhagic shock from AAA rupture, requiring urgent open conversion. Intraoperatively it was impossible to explant this new type of endograft. Circumferential tying of the infrarenal aorta with a Teflon band was unable to stop the bleeding. However, after dividing the body of the stent-graft below the two proximal polymer rings, the endoleak was successfully treated by suturing the graft with the proximal aortic neck. The procedure was completed with extension of the stump to the common femoral arteries using a bifurcated Dacron prosthesis. The body of an Ovation Prime™ endograft may be impossible to explant in open conversion conditions. Large prospective studies with longer follow-up are required to adequately reflect the behavior of this particular device.

[πιστοποιητικό № 80]

81. Argyriou C, Georgakarakos E, Georgiadis GS, Antoniou GA, Schoretsanitis N, Lazarides MK.
Hybrid revascularization procedures in acute limb ischemia.

Ann Vasc Surg 2014 Aug;28(6):1456-1462.

doi:10.1016/j.avsg.2014.01.019

[6]

Background: Although the clinical efficacy of hybrid procedures in patients with chronic limb ischemia has been well reported in the literature, sufficient evidence is lacking in the acute setting. Our aim was to evaluate the immediate and midterm clinical results on 28 patients with acute lower limb ischemia treated with hybrid reconstructions on emergent basis, from January 2010 to March 2013 in our tertiary referral vascular center.

Methods: A total of 28 patients (31 operated limbs) underwent emergent hybrid revascularization, with endovascular treatment performed proximally or distally to the site of open reconstruction. The median follow-up period was 6 months (range: 1-26). The immediate technical success was clinically and hemodynamically evaluated with an ankle brachial pressure index (ABPI) measurement. Six-month overall patency, limb salvage, and survival rate were also estimated. All analyses were performed with Kaplan-Meier life table method, using the STATISTICA 7.0 statistical program.

Results: Twenty-seven patients presented with grade IIb and 1 with grade III ischemia, respectively. Technical success was achieved in all patients, whereas hemodynamic improvement rate was achieved in 98%. ABPI preoperatively was increased from 0.14 ± 0.1 to 0.69 ± 0.28 postoperatively ($P < 0.05$). Perioperative morbidity and mortality rates were 21% and 11% respectively. Six-month overall patency, limb salvage, and survival rate were 86%, 92%, and 79%, respectively.

Conclusions: Hybrid revascularization in immediately threatened limbs provides an effective and durable option with acceptable mortality and amputation rate in these high-risk patients. These findings should be further confirmed by larger scale clinical studies.

[πιστοποιητικό № 81]

82. Trellopoulos G, Georgakarakos E, Pelekas D, Papachristodoulou A, Argyriou C, Georgiadis GS.
Chimney and periscope technique for emergent treatment of spontaneous aortic rupture.

Ann Vasc Surg 2014 Jul;28(5):1324-1328.

doi:10.1016/j.avsg.2014.01.013

[1]

Aortic rupture comprises a potentially fatal condition necessitating emergent treatment. Endovascular sealing of the rupture site is often combined with the use of chimney- and periscope stent placement to preserve perfusion of aortic branches. We present a case of successful endovascular management of contained aortic rupture in a 78-year-old patient. The left brachial access facilitated stenting of the celiac and superior mesenteric arteries, whereas the left femoral route served stenting of the renal artery. One-month follow-up confirmed complete sealing, stent patency, and absence of endograft migration. The combined periscope and chimney technique is feasible and effective in the emergency setting.

[πιστοποιητικό № 82]

83. Lazarides MK, Georgiadis GS, Charalampidis DG, Antoniou GA, Georgakarakos EI, Trellopoulos G.
Impact of long-term warfarin treatment on EVAR durability: a meta-analysis.
J Endovasc Ther 2014 Feb;21(1):148-153.
doi:10.1583/13-4461R.1
[13]
- Purpose:* To evaluate whether postoperative long-term oral anticoagulation affects the durability of endovascular aneurysm repair (EVAR) and whether it is associated with an increased incidence of endoleak and subsequent need for reintervention.
Methods: A literature search was performed to identify studies of abdominal aortic aneurysm patients undergoing EVAR including an arm receiving warfarin postoperatively and reporting the frequency of any endoleaks and/or persistent type II endoleaks and reinterventions. The search identified 81 articles, of which 5 observational cohort studies ultimately met the inclusion criteria.
Results: Postoperative anticoagulation was required in 219 (14.6%) of the 1499 patients in the selected studies. The pooled effects analysis found that EVAR patients receiving long-term warfarin postoperatively had significantly more endoleaks of any type (OR 1.77, 95% CI 1.26 to 2.48, $p=0.001$) as well as persistent type II endoleaks (OR 1.58, 95% CI 1.05 to 2.37, $p=0.03$) compared with patients not on anticoagulation; however, there was no statistically significant difference in the reintervention rate between the groups.
Conclusion: Long-term anticoagulation in EVAR patients was associated with a statistically significant increase in any endoleak and persisting type II endoleaks, although it was not linked to an increased risk of reintervention. Close monitoring for EVAR patients who require long-term oral anticoagulation is advised.
[πιστοποιητικό № 83]
84. Georgiadis GS, Antoniou GA, Argyriou C.
Authors response to letter to the editor re: "Surgical or endovascular therapy of abdominal penetrating ulcers and their natural history: a systematic review".
J Vasc Interv Radiol 2014 Feb;25(2):325-326.
doi:10.1016/j.jvir.2013.11.001
[0]
- No abstract
[πιστοποιητικό № 84]
85. Georgakarakos E, Trellopoulos G, Pelekas D, Schoretsanitis N, Georgiadis GS, Ioannou CV.
The chimney technique with the Ovation Trivascular device: new kid on the block!
Ann Vasc Surg 2014 May;28(4):1080-1081.
Comment on "The chimney technique in endovascular aortic aneurysm repair: late ruptures after successful single renal chimney stent grafts". [*Ann Vasc Surg* 2013]
doi:10.1016/j.avsg.2013.12.004
[1]
- No abstract
[πιστοποιητικό № 85]
86. Georgiadis GS, Georgakarakos EI, Antoniou GA, Trellopoulos G, Argyriou C, Nikolopoulos ES, Charalampidis D, Schoretsanitis NG, Lazarides MK.
Clinical outcomes after crossed-limb vs conventional endograft configuration in endovascular AAA repair.
J Endovasc Ther 2013 Dec;20(6):853-862.
doi:10.1583/13-4286MR.1
[8]
- Purpose:* To report a case controlled analysis of endovascular aneurysm repair (EVAR) outcomes using the crossed-limb (CxL) endovascular configuration vs. the straight-limb configuration (SLC).
Methods: From January 2007 to July 2012, 27 patients (25 men; mean age 73.7 ± 7.2 years, range 53-82) were treated by EVAR with the CxL technique. These patients were matched anatomically with 27 patients (27 men; mean age 72.4 ± 7.4 years, range 52-86) who underwent EVAR using the same endograft and the standard SLC within a ± 6 -month period. Primary outcome measures included technical and clinical success and freedom from graft limb thrombosis, any type of endoleak, early or late secondary interventions, and aneurysm-related death estimated using the Kaplan-Meier method.
Results: The median follow-up periods for the CxL and SLC groups were 29.9 (range 6-54) and 33.5 (range 6-59) months, respectively ($p=0.81$). The technical success rate was 100% in both groups, but mean procedure times were significantly longer in the CxL group (116.3 vs. 90.7 minutes, $p=0.035$). Twelve intraoperative endoleaks (3 each for types Ia, Ib, II, and IV) occurred but without any difference between groups ($p=0.51$). One CxL group patient died in the early postoperative period (aneurysm-related) and another had an early graft limb thrombosis. One late type Ib intraoperative endoleak was recorded in the SLC group ($p=0.51$). For the CxL vs. SLC groups, the 1-year rates for freedom from endograft limb thrombosis (94% vs. 96%), any type of endoleak (96% vs. 96%), early or late reintervention (94% vs. 96%), and aneurysm-related death (94% vs. 96%) were not significantly different. Respective values at 36 months were 82% vs. 82%, 85% vs. 84%, 81% vs. 78%, and 83% vs. 84% ($p>0.05$). Clinical success rates at 12 months for the CxL and SLC groups were 91% and 100% ($p>0.05$), respectively, whereas at 36 months, the rates were 83% and 90% ($p>0.05$).
Conclusion: No difference was found between the crossed-limb technique and the conventional endograft position as regards short- or midterm clinical outcomes.
[πιστοποιητικό № 86]
87. Antoniou GA, Georgiadis GS, Sfyroeras GS, Kuhan G, Antoniou SA, Murray D.
Carotid stenting may be safer than carotid endarterectomy in patients with contralateral carotid occlusion.
Int Angiol 2013 Dec;32(6):605-607.
doi:
[0]

88. Georgakarakos E, Xenakis A, Georgiadis GS, Argyriou C, Antoniou GA, Schoretsanitis N, Lazarides MK
The Hemodynamic Impact of Misalignment of Fenestrated Endografts: A Computational Study.
Eur J Vasc Endovasc Surg 2013 Feb;47(2):151-159.
doi:10.1016/j.ejvs.2013.09.029
[21]

Objective: The hemodynamic consequences of misaligned stent-grafts (SG) in fenestrated endografts (EG) have not been adequately studied. Our aim was to study the hemodynamic effects of positional variations of SG, investigating the potential influence on the total displacement forces acting on the EG and the shear stress values at the stented segments.

Methods: This was a computational study. An idealized EG model with two renal fenestrations was computationally reconstructed and centrally extended up to the suprarenal level to treat a suprarenal aneurysm. The misalignment of SG was represented by a variable take-off angle between the SG and the EG centerline axis, corresponding to angles of 90°, 176°, 142°, 38°, and 4°, respectively. Accordingly, the maximum EG displacement forces and the shear stress within the stented segments were calculated, using commercially available software.

Results: The variable positions of the SG caused no effect on the maximum displacement force acting on the EG, being quite steady and equal to 5.55 N. On the contrary, the values of maximum shear stress acting on the stented segments were influenced by their orientation. The narrow transition zone between the distal end of the mating stent and the target artery showed higher stresses than any other segment. The right-angle take off SG position (90°) was associated with the lowest stresses (12.5 Pa), whereas the highest values were detected at 38° and 142° (16.5 and 16.1 Pa, respectively). The vessel segments distal to the SG exhibited constantly lower stress values (1.9-2.2 Pa) than any other segment.

Conclusion: We detected differences in the values of shear stress exerted on the stented arteries, depending on different positions that SG can adapt after the deployment of fenestrated EG. The pathophysiologic implication of our findings and their potential association with clinical events deserve further investigation and clinical validation.

[πιστοποιητικό № 88]

89. Antoniou GA, Georgiadis GS, Georgakarakos EI, Antoniou SA, Bessias N, Smyth JV, Murray D, Lazarides MK.
Meta-analysis and meta-regression analysis of outcomes of carotid endarterectomy and stenting in the elderly.
JAMA Surg 2013 Dec;148(12):1140-1152.
doi: 10.1001/jamasurg.2013.4135
[32]

Importance: Uncertainty exists about the influence of advanced age on the outcomes of carotid revascularization.

Objective: To undertake a comprehensive review of the literature and conduct an analysis of the outcomes of carotid interventions in the elderly.

Design and setting: A systematic literature review was conducted to identify articles comparing early outcomes of carotid endarterectomy (CEA) or carotid stenting (CAS) in elderly and young patients.

Main outcomes and measures: Combined overall effect sizes were calculated using fixed or random effects models. Meta-regression models were formed to explore potential heterogeneity as a result of changes in practice over time.

Results: Our analysis comprised 44 studies reporting data on 512,685 CEA and 75,201 CAS procedures. Carotid stenting was associated with increased incidence of stroke in elderly patients compared with their young counterparts (odds ratio [OR], 1.56; 95% CI, 1.40-1.75), whereas CEA had equivalent cerebrovascular outcomes in old and young age groups (OR, 0.94; 95% CI, 0.88-0.99). Carotid stenting had similar peri-interventional mortality risks in old and young patients (OR, 0.86; 95% CI, 0.72-1.03), whereas CEA was associated with heightened mortality in elderly patients (OR, 1.62; 95% CI, 1.47-1.77). The incidence of myocardial infarction was increased in patients of advanced age in both CEA and CAS (OR, 1.64; 95% CI, 1.57-1.72 and OR, 1.30; 95% CI, 1.16-1.45, respectively). Meta-regression analyses revealed a significant effect of publication date on peri-interventional stroke ($P = .003$) and mortality ($P < .001$) in CAS.

Conclusions and relevance: Age should be considered when planning a carotid intervention. Carotid stenting has an increased risk of adverse cerebrovascular events in elderly patients but mortality equivalent to younger patients. Carotid endarterectomy is associated with similar neurologic outcomes in elderly and young patients, at the expense of increased mortality.

[πιστοποιητικό № 89]

90. Trellopoulos G, Georgiadis GS, Nikolopoulos ES, Kapoulas KC, Georgakarakos EI, Lazarides MK.
Antiplatelet treatment and prothrombotic diathesis following endovascular abdominal aortic aneurysm repair.
Angiology 2013 Oct;65(9):783-787.
doi: 10.1177/0003319713505139
[2]

Prothrombotic diathesis expressed by elevated levels of coagulation-specific biomarkers has been reported in patients with abdominal aortic aneurysm (AAA) and after AAA endovascular repair (EVAR). This study investigates the effect of antiplatelet agents (APLs) on the prothrombotic diathesis in the post-EVAR period. Forty elective EVAR patients had thrombin-antithrombin complex, d-dimer, fibrinopeptide A, and high-sensitivity C-reactive protein measured before, at 24 hours, 1 month, and 6 months after EVAR. Patients receiving APLs postoperatively were compared with those not receiving APLs. All biomarkers were above the normal limits preoperatively and increased significantly 24 hours postoperatively followed by a drop at 1 and 6 months. No statistically significant changes were noted among patients receiving APLs in comparison with those not receiving APLs. The preoperative and postoperative prothrombotic diathesis of AAA following EVAR was confirmed in line with other reports. There was however no significant alteration of the examined biomarkers in patients receiving APLs.

[πιστοποιητικό № 90]

91. Antoniou GA, Georgiadis GS, Antoniou SA, Pavlidis P, Maras D, Sfyroeras GS, Georgakarakos EI, Lazarides MK.
Endovascular repair for ruptured abdominal aortic aneurysm confers an early survival benefit over open repair.
J Vasc Surg 2013 Oct;58(4):1091-1105.
doi: 10.1016/j.jvs.2013.07.109
[53]

■ **REF 18: THE SOCIETY FOR VASCULAR SURGERY PRACTICE GUIDELINES ON THE CARE OF PATIENTS WITH AN ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM** [J VASC SURG 2018;67(12):2-77e2]

Background: Despite the intuitive advantages of endovascular repair (EVAR) of ruptured abdominal aortic aneurysms (AAAs), uncertainty remains about the optimal management in the absence of convincing high-quality evidence. Our objective was to undertake a comprehensive literature review and perform a meta-analysis of outcome data of treatment modalities for ruptured AAAs. **Methods:** Systematic searches were conducted of electronic information sources to identify studies comparing perioperative outcomes of EVAR and open repair for AAA rupture. Summary estimates of odds ratios (ORs) or standardized mean difference and 95% confidence intervals (CIs) were obtained with a random-effects model. Meta-regression models were formed to explore potential heterogeneity as a result of changes in practice over time.

Results: We selected 41 studies for analysis. The entire meta-analysis population comprised 59,941 patients (8201 EVAR patients and 51,740 open repair patients). EVAR was associated with a significantly lower incidence of in-hospital mortality (OR, 0.56; 95% CI, 0.50-0.64; $P < .01$; meta-analysis of risk-adjusted observational studies and randomized controlled trials: OR, 0.58; 95% CI, 0.46-0.73; $P < .01$). EVAR patients had a significantly decreased risk of developing respiratory complications (OR, 0.59; 95% CI, 0.49-0.69; $P < .01$) and acute renal failure (OR, 0.65; 95% CI, 0.55-0.78; $P < .01$) and a trend toward a reduced incidence of cardiac complications (OR, -0.02; 95% CI, -0.03 to 0.00; $P = .05$) and mesenteric ischemia (OR, 0.66; 95% CI, 0.44-1.00; $P = .05$). Patients treated with EVAR had significantly less requirements of intraoperative blood transfusion (standardized mean difference, -0.88; 95% CI, -1.06 to -0.70; $P < .01$). Random-effects meta-regression revealed no statistical evidence for an association between death and year of publication ($P = .19$).

Conclusions: Our analysis provides evidence to motivate the adoption of an EVAR-first policy in a nonelective setting and the establishment of standardized protocols for the management ruptured AAAs.

[πιστοποιητικό № 91]

92. Georgakarakos E, Georgiadis G, Lazarides MK.
Peripheral vascular ultrasound examinations are important in ultrasound training for medical students.

Acad Med 2013 Sep;88(9):1198.

doi: 10.1097/ACM.0b013e31829e8501

[4]

No abstract

[πιστοποιητικό № 92]

93. Antoniou GA, Karkos CD, Antoniou SA, Georgiadis GS.
Can an accessory renal artery be safely covered during endovascular aortic aneurysm repair?

Interact Cardiovasc Thorac Surg 2013 Dec;17(6):1025-1027.

doi: 10.1093/icvts/ivt382

[9]

■ **REF 78: SHORT VERSION OF THE S3 GUIDELINE ON SCREENING, DIAGNOSIS, THERAPY AND FOLLOW-UP OF ABDOMINAL AORTIC ANEURYSMS** [GEFÄSSCHIRURGIE (<https://doi.org/10.1007/s00772-018-0465-x>)]

A best evidence topic was constructed according to a structured protocol. The question addressed was whether coverage of an accessory renal artery (ARA) in patients undergoing endovascular aortic aneurysm repair (EVAR) is associated with increased risk of renal impairment. Altogether, 106 papers were located using the reported searches, of which 5 represented the best evidence to answer the question. The authors, journal, date and country of publication, study type, patient group studied, relevant outcomes parameters and results of these papers are tabulated. Our best evidence analysis included 116 patients who had one or more ARA excluded during EVAR. Segmental renal infarction occurred in varying numbers of patients (ranging from 0 to 84%). The authors consistently demonstrate that loss of renal mass is not associated with functional renal impairment, expressed by various outcome parameters such as serum creatinine, glomerular filtration rate (GFR), renal failure requiring dialysis and worsening hypertension. Comparisons of groups of patient with covered or preserved ARAs by one of the selected studies showed no difference in any of these renal outcome parameters, apart from a significantly higher renal infarct volume in the former group ($P < 0.001$). Subgroup analysis of patients with pre-existing renal dysfunction ($GFR < 60 \text{ ml/h/m}^2$) showed no difference in GFR change when comparing covered with uncovered ARA patient cohorts. No type II endoleak related to the covered ARA was reported in any of these studies. In conclusion, current evidence supports the safety of coverage of ARAs located in the proximal fixation zone to achieve seal in EVAR.

[πιστοποιητικό № 93]

94. Georgiadis GS, Antoniou GA, Georgakarakos EI, Nikolopoulos ES, Papanas N, Trellopoulos G, Iatrou C, Papadopoulou MZ, Lazarides MK.

Surgical or endovascular therapy of abdominal penetrating aortic ulcers and their natural history: A systematic review.

J Vasc Interv Radiol 2013 Oct;24(10):1437-1449.e3.

doi: 10.1016/j.jvir.2013.05.067

[2]

Little is known regarding the outcomes of endovascular and surgical treatment of penetrating ulcers in the abdominal aorta. The potential benefit of conservative management of asymptomatic disease is also debatable. A systematic review of the literature was undertaken to investigate these issues.

[πιστοποιητικό № 94]

95. Antoniou GA, Murray D, Antoniou SA, Kuhan G, Georgiadis GS.
The angiosome-model as an effective paradigm to improve clinical outcomes of infra-popliteal revascularization.

Int Angiol 2013 Aug;32(4):443-445.

[0]

No abstract

[πιστοποιητικό № 95]

96. Georgakarakos E, Charalampidis D, Kakagia D, Georgiadis GS, Lazarides MK, Papanas N.
Current achievements with topical negative pressure to improve wound healing in dehiscent ischemic stumps of diabetic patients: a case series.

Int J Low Extrem Wounds 2013 Jun;12(2):138-145.

doi: 10.1177/1534734613483769

[6]

Negative pressure wound therapy has been increasingly used either as a primary or as an adjunctive therapeutic measure to treat a variety of recalcitrant wounds during the past years. It is thought to act by creating a local environment that promotes cell proliferation, angiogenesis, and granulation tissue formation, leading to accelerated wound healing to the point of spontaneous closure or reducing the wound size to facilitate significantly further surgical reconstruction. This case series presents our preliminary experience with the use of a Topical Negative Pressure system in the treatment of challenging ischemic wounds of diabetic patients. It aims to underscore its beneficial effects and explore its potential role in the management of ischemic amputated stumps to avoid ipsilateral re-amputation at a higher level.

[πιστοποιητικό № 96]

97. Georgakarakos EI, Xenakis A, Kapoulas KC, Tsangaris S, Georgiadis GS, Lazarides MK.
A computational study of the factors influencing pressure in arteriovenous fistulae venous aneurysms.

J Vasc Access 2013 Oct-Dec;14(4):325-329.

doi: 10.5301/jva.5000144

[2]

Purpose: To investigate the factors influencing the hydrostatic pressure exerted within the venous aneurysms (VA) of an arteriovenous fistula (AVF).

Methods: Ideal models of a side-to-end brachial-cephalic AVF were computationally constructed and typical values for the length and the local diameters were considered for both the artery and vein sections of the models. Three VA configurations were reconstructed (spherical, fusiform and curved) and hydrostatic pressure was assessed with respect to different degrees of the outflow vein stenosis, ranging from 25% to 95%, and VA maximum diameters, using validated, commercially available software.

Results: The pressure in the VA was steady (1200 Pa) for venous outflow stenoses up to 75%. For stenoses greater than 75% an exponential pressure rise was observed, reaching 1500 Pa for stenoses of 95%. Neither the VA configuration nor its maximum diameter affected the pressure values exerted within the VA or the point of the pressure upstroke.

Conclusions: Our study supports the presence of a critical stenotic outflow vein diameter beyond which there is an exponential VA pressure increase, influenced neither by the shape nor the size of the VA. Whether the prompt, non-invasive detection of this finding can contribute or lead to the determination of a criterion for early intervention in VAs before clinical complications are developed, should be investigated by future studies.

[πιστοποιητικό № 97]

98. Georgakarakos E, Xenakis A, Manopoulos C, Georgiadis GS, Tsangaris S, Lazarides M.
Geometric factors affecting the displacement forces in an aortic endograft with crossed limbs: a computational study.

J Endovasc Ther 2013 Apr;20(2):191-199.

doi: 10.1583/1545-1550-20.2.191

[10]

Purpose: To compare the hemodynamic behavior between an aortic endograft model in the "crossed-limbs" configuration and the customary bifurcated deployment position under the influence of several geometric factors.

Methods: A crossed-limbs graft and its analogue model with uncrossed limbs were computationally reconstructed. The displacement forces acting over the entire endograft and at the bifurcation and iliac sites separately were calculated using a fluid structure interaction simulation under a range of specific geometric characteristics, namely, the lateral and anteroposterior (AP) neck angulation, the iliac bifurcation angulation, and the endograft curvature.

Results: The variations of lateral neck angulation caused a constantly higher total displacement force for the crossed-limbs graft, whereas the force at the bifurcation of the two configurations differed only within a narrow range of 30° to 50°. On the contrary, the displacement force at the iliac site was higher in the crossed-limbs configuration only with lateral neck angulation >50°, reaching its highest value at 70°. The variations of AP neck angulation also caused higher total displacement forces in the crossed-limbs graft. Increasing AP neck angulation values caused generally lower forces at the crossed iliac limbs and higher at its bifurcation, respectively, compared to the uncrossed limbs model. Similarly, the influence of high iliac bifurcation angulation and endograft curvature was associated with slightly elevated forces over the entire crossed-limbs graft and its bifurcation, whereas the opposite held true at the iliac site.

Conclusion: Apart from minor differentiations due to geometric alterations, the customary bifurcated and crossed-limbs endografts present similar hemodynamic performance. Further clinical studies should be conducted to confirm the clinical applicability of these findings.

[πιστοποιητικό № 98]

99. Antoniou GA, Kuhan G, Sfyroeras GS, Georgiadis GS, Antoniou SA, Murray D, Serracino-Inglott F.
Contralateral occlusion of the internal carotid artery increases the risk of patients undergoing carotid endarterectomy.

J Vasc Surg 2013 Apr;57(4):1134-1145.

doi: 10.1016/j.jvs.2012.12.028

[34]

Background: Controversy exists about whether occlusion of the contralateral internal carotid artery in patients undergoing carotid endarterectomy (CEA) is associated with a worse perioperative prognosis and outcome.

Methods: A systematic review of electronic information sources was undertaken to identify studies comparing perioperative and early outcomes of CEA in patients with occluded and patent contralateral carotid arteries. The methodologic quality of selected studies was independently appraised by two reviewers. Fixed- and random-effects models were applied to synthesize outcome data.

Results: Our literature search located 46 articles eligible for inclusion in the review and analysis. The total population comprised 27,265 patients having undergone 28,846 CEAs (occluded contralateral artery group, 3120; patent contralateral artery group, 25,726). Patients with an occluded contralateral carotid artery had increased incidence of stroke (odds ratio [OR], 1.65, 95% confidence interval [CI], 1.30-2.09), transient ischemic attack (OR, 1.57, 95% CI, 1.11-2.21), stroke/transient ischemic attack (OR, 1.52; 95% CI, 1.21-1.90), and death (OR, 1.76; 95% CI, 1.19-2.59) ≤ 30 days of treatment compared with those with a patent contralateral vessel. No difference in the incidence of myocardial infarction between the two groups was identified (OR, 1.45; 95% CI, 0.73-2.89).

Conclusions: Patients undergoing CEA in the presence of an occluded contralateral carotid artery had increased perioperative and early postoperative risk. Our analysis is limited by heterogeneity in symptom status and practices of intraoperative cerebral protection among the studies. Careful consideration should be given in this subgroup of patients with regard to selection and perioperative and postoperative care to minimize the risk.

[πιστοποιητικό № 99]

100. Georgiadis GS, Antoniou GA, Georgakarakos EI.

Hybrid endografts are effective in distal and proximal fixation zones and in intermediate docking areas in endovascular aortic aneurysm repair.

J Vasc Interv Radiol 2013 Mar;24(3):449-450.

doi: 10.1016/j.jvir.2012.11.014

Comment on "Coupling bifurcated stent-grafts to overcome anatomic limitations of endovascular repair of abdominal aortic aneurysms". [*J Vasc Interv Radiol* 2012]

[0]

No abstract

[πιστοποιητικό № 100]

101. Georgakarakos E, Georgiadis GS, Kontopodis N, Ioannou CV.

Interpretation of the relationship between changes in pulse wave velocity and vascular interventions: a word of caution.

J Endovasc Ther 2013 Feb;20(1):125-128.

doi: 10.1583/12-4126L

Comment on "Changes in aortic pulse wave velocity of patients undergoing endovascular repair of abdominal aortic aneurysms". [*J Endovasc Ther* 2012]

[3]

No abstract

[πιστοποιητικό № 101]

102. Georgiadis GS, Trellopoulos G, Antoniou GA, Georgakarakos EI, Nikolopoulos ES, Pelekas D, Pitta X, Lazarides MK.

Endovascular therapy for penetrating ulcers of the infrarenal aorta.

ANZ J Surg 2013 Oct;83(10):758-763.

doi: 10.1111/ans.12074

[6]

Background: We sought to investigate the short- and mid-term results of the endovascular repair of infrarenal abdominal penetrating aortic ulcers (aPAUs).

Methods: Patients with infrarenal aPAUs treated by endovascular means between March 2004 and June 2012 were recruited. Pre-interventional imaging included computed tomography (CT) or CT angiography. Endoprostheses were chosen and deployed according to standard elective endovascular aneurysm repair anatomical requirements. Endpoints included 30-day survival, in-hospital mortality, 1-year PAU-related mortality, 1-year all-cause mortality, freedom from death and freedom from cumulative complication and interventions. Statistically, the Kaplan-Meier method was applied.

Results: Nineteen patients (18 men, median age 70 years (interquartile range, IQR = 59-75)) suffering aPAUs (n = 29, infrarenal = 25) were detected. The median co-morbid severity scoring was 1.0 (IQR = 0.4-1.4). The median follow-up period was 33 months (IQR = 8-51.5). Furthermore, 94.7% of patients had hypertension. Fourteen patients (73.7%) had symptoms, including four of them admitted with shock from large-contained PAU rupture. Endoluminal stent grafting was successfully delivered in all patients. In-hospital mortality was 10.5%. Two patients required secondary interventions (10.5%). The 30-day survival, 1-year PAU-related mortality and 1-year all-cause mortality were 94.7%, 89.5% and 89.5%, respectively. Freedom from death and freedom from cumulative complications and interventions was 86.4% and 86.4%, 78.9% and 78.9%, and 67.9% and 71.2% at 12, 24 and 36 months, respectively.

Conclusions: Urgent and elective endovascular repair of aPAUs can be achieved with high technical success. The significant co-morbid status of the treated patients is illustrated in the considerable in-hospital mortality and underlines the advantage of such treatment over open surgical repair.

[πιστοποιητικό № 102]

103. Georgiadis GS, Trellopoulos G, Antoniou GA, Georgakarakos EI, Nikolopoulos ES, Iatrou C, Lazarides MK.

Hybrid endografts combinations for the treatment of endoleak in endovascular abdominal aortic aneurysm repair.

Int J Artif Organs 2013 Jan;36(1):28-38.

doi: 10.5301/ijao.5000137

[3]

Hybrid endografting in endovascular abdominal aortic aneurysm repair (EVAR) is defined as the process of placing a series of two or more different types of covered stents, usually to treat a complex abdominal aortic aneurysm (AAA) or a primary or secondary endoleak. We describe the treatment of a type III, a type Ib, and a type Ia endoleak in three patients respectively, using hybrid solutions, assembling components from different manufacturers. An update of the current clinical and experimental evidence on the application of anatomically compatible, hybrid endograft systems in conventional EVAR is also provided.

104. Antoniou GA, Georgiadis GS, Antoniou SA, Kuhan G, Murray D.
A meta-analysis of outcomes of endovascular abdominal aortic aneurysm repair in patients with hostile and friendly neck anatomy.
J Vasc Surg 2013 Feb;57(2):527-538.
 doi: 10.1016/j.jvs.2012.09.050
 [127]

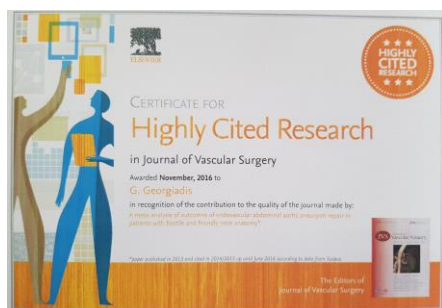
Background: An increasing number of abdominal aortic aneurysms with unfavorable proximal neck anatomy are treated with standard endograft devices. Skepticism exists with regard to the safety and efficacy of this practice.

Methods: A systematic review of the literature was undertaken to identify all studies comparing the outcomes of endovascular aneurysm repair (EVAR) in patients with hostile and friendly infrarenal neck anatomy. Hostile neck conditions were defined as conditions that were not consistent with the instructions for use of the endograft devices employed in the selected studies. Outcome data were pooled, and combined overall effect sizes were calculated using fixed or random effects models.

Results: Seven observational studies reporting on 1559 patients (hostile anatomy group, 714 patients; friendly anatomy group, 845 patients) were included. Patients with hostile anatomy required an increased number of adjunctive procedures to achieve proximal seal compared with patients with friendly anatomy (odds ratio [OR], 3.050; 95% confidence interval [CI], 1.884-4.938). Although patients with unfavorable neck anatomy had an increased risk of developing 30-day morbidity (OR, 2.278; 95% CI, 1.025-5.063), no significant differences in the incidence of type I endoleak and reintervention rates within 30 days of treatment between the two groups were identified (OR, 2.467 and 1.082; 95% CI, 0.562-10.823 and 0.096-12.186). Patients with hostile anatomy had a fourfold increased risk of developing type I endoleak (OR, 4.563; 95% CI, 1.430-14.558) and a ninefold increased risk of aneurysm-related mortality within 1 year of treatment (OR, 9.378; 95% CI, 1.595-55.137).

Conclusions: Insufficient high-level evidence for or against performing standard EVAR in patients with hostile neck anatomy exists. Our analysis suggests EVAR should be cautiously used in patients with anatomic neck constraints.

[πιστοποιητικό № 104]



HIGHLY CITED RESEARCH

105. Lazarides MK, Georgiadis GS, Georgakarakos EI, Papadaki EG.
Regarding "Symptomatic venous thromboembolism after femoral vein harvest".
J Vasc Surg 2013 Jan;57(1):299-300.
 doi: 10.1016/j.jvs.2012.06.111
 Comment on "Symptomatic venous thromboembolism after femoral vein harvest". [*J Vasc Surg* 2012]
 [2]

No abstract

[πιστοποιητικό № 105]

106. Antoniou GA, Georgiadis GS, Glancz L, Delbridge M, Murray D, Smyth JV, Lazarides MK, Serracino-Inglott F.
Outcomes of endovascular aneurysm repair with 2 different endograft systems with suprarenal fixation in patients with hostile infrarenal aortic anatomy.
Vasc Endovascular Surg 2013 Jan;47(1):9-18.
 doi: 10.1177/1538574412467859
 [5]

Objective: To evaluate 2 different aortic endograft systems with suprarenal fixation in patients with unfavorable neck morphology.

Methods: A prospective observational study assigning patients with abdominal aortic aneurysm with unfriendly neck anatomy treated with 2 different endograft systems (Endurant and Zenith) was conducted. The log-rank test was applied to investigate the differences in cumulative outcome parameters.

Results: Successful endograft implantation was achieved in all patients. Requirement for troubleshooting techniques was similar in the 2 groups ($P = .156$ and $P = .081$, respectively). In-hospital procedure-related morbidity occurred in 7 patients (Zenith vs Endurant, $P = .690$). Freedom from any type of endoleak and overall mortality did not differ significantly between the groups (log-rank test, $P = .068$ and $P = .087$). Reinterventions were more commonly required in the Zenith group (log-rank test, $P = .041$), and were all nongraft/aneurysm-related.

Conclusions: Similar performances of the Zenith and the Endurant endograft systems were demonstrated.

[πιστοποιητικό № 106]

107. Antoniou GA, Chalmers N, Georgiadis GS, Lazarides MK, Antoniou SA, Serracino-Inglott F, Smyth JV, Murray D.
A meta-analysis of endovascular versus surgical reconstruction of femoropopliteal arterial disease.
J Vasc Surg 2013 Jan;57(1):242-53.
 doi: 10.1016/j.jvs.2012.07.038
 [58]

REF 31: GERMAN GUIDELINE ON THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PERIPHERAL ARTERY DISEASE-A COMPREHENSIVE UPDATE 2016 [*VASA* 2017;46(2):79-86]

Background: Controversy exists as to the relative merits of surgical and endovascular treatment of femoropopliteal arterial disease.
Methods: A systematic review of the literature was undertaken to identify studies comparing open surgical and percutaneous transluminal methods for the treatment of femoropopliteal arterial disease. Outcome data were pooled and combined overall effect sizes were calculated using fixed or random effects models.

Results: Four randomized controlled trials and six observational studies reporting on a total of 2817 patients (1387 open, 1430 endovascular) were included. Endovascular treatment was accompanied by lower 30-day morbidity (odds ratio [OR], 2.93; 95% confidence interval [CI], 1.34-6.41) and higher technical failure (OR, 0.10; 95% CI, 0.05-0.22) than bypass surgery, whereas no differences in 30-day mortality between the two groups were identified (OR, 0.92; 95% CI, 0.55-1.51). Higher primary patency in the surgical treatment arm was found at 1 (OR, 2.42; 95% CI, 1.37-4.28), 2 (OR, 2.03; 95% CI, 1.20-3.45), and 3 (OR, 1.48; 95% CI, 1.12-1.97) years of intervention. Progression to amputation was found to occur more commonly in the endovascular group at the end of the second (OR, 0.60; 95% CI, 0.42-0.86) and third (OR, 0.55; 95% CI, 0.39-0.77) year of intervention. Higher amputation-free and overall survival rates were found in the bypass group at 4 years (OR, 1.31; 95% CI, 1.07-1.61 and OR, 1.29; 95% CI, 1.04-1.61, respectively).

Conclusions: High-level evidence demonstrating the superiority of one method over the other is lacking. An endovascular-first approach may be advisable in patients with significant comorbidity, whereas for fit patients with a longer-term perspective a bypass procedure may be offered as a first-line interventional treatment.

[πιστοποιητικό № 107]

108. Georgakarakos E, Papanas N, Papadaki E, Georgiadis GS, Maltezos E, Lazarides MK.

Endovascular treatment of critical ischemia in the diabetic foot: new thresholds, new anatomies.

Angiology 2012 Nov;64(8):583-591.

doi: 10.1177/0003319712465172

[14]

This review discusses the role of endovascular treatment in diabetic patients with critical limb ischemia (CLI). Angioplasty of the femoropopliteal region achieves similar technical success and limb salvage rates in diabetic and nondiabetic patients. Angioplasty in as many as possible tibial vessels is accompanied by more complete and faster ulcer healing as well as better limb salvage rates compared to isolated tibial angioplasty. Targeted revascularization of a specific vessel responsible for the perfusion of a specific ulcerated area is a promising new approach: it replaces revascularization of the angiographically easiest-to-access tibial vessel, even if this is not directly responsible for the perfusion of the ulcerated area, by revascularization of area-specific vascular territories. In conclusion, the endovascular approach shows very high efficacy in ulcer healing for diabetic patients with CLI. Larger prospective studies are now needed to estimate the long-term results of this approach.

[πιστοποιητικό № 108]

109. Tsigoulis G, Mantatzis M, Vadikolias K, Heliopoulos I, Charalampopoulos K, Mitsoglou A, Georgiadis GS, Giannopoulos S, Piperidou C.

Internal carotid artery dissection presenting as new-onset cluster headache.

Neurol Sci 2013 Jul;34(7):1251-1252.

doi: 10.1007/s10072-012-1204-9

[3]

No abstract

[πιστοποιητικό № 109]

110. Antoniou GA, Georgiadis GS, Antoniou SA, Murray D, Smyth JV, Serracino-Inglott F, Paraskevas KI.

Plasma matrix metalloproteinase 9 levels may predict endoleaks after endovascular aortic aneurysm repair.

Angiology 2013 Jan;64(1):49-56.

doi: 10.1177/0003319712458537

[5]

A simple, noninvasive and cost-effective diagnostic test for the detection of endoleaks after endovascular aneurysm repair (EVAR) would complement (or even replace) current surveillance modalities. We reviewed the literature for studies correlating circulating levels of matrix metalloproteinases (MMPs)/tissue inhibitors of MMPs with the presence of endoleaks after EVAR. An electronic search of databases was performed to identify studies reporting circulating concentrations of MMPs in patients with and without an endoleak after EVAR. Four studies were identified. Patients with an endoleak had higher plasma MMP-9 levels compared with those without an endoleak. Two studies that also evaluated plasma MMP-3 levels after EVAR suggest that these levels may also be higher in patients with an endoleak. Preliminary evidence suggests that MMP-9 levels are increased in patients developing an endoleak after EVAR. Larger studies are required to confirm or refute our findings.

[πιστοποιητικό № 110]

111. Antoniou GA, Antoniou SA, Georgiadis GS, Antoniou AI.

A contemporary perspective of the first aphorism of Hippocrates.

J Vasc Surg 2012 Sep;56(3):866-868.

doi: 10.1016/j.jvs.2012.05.002

[7]

No abstract

[πιστοποιητικό № 111]

112. Georgakarakos E, Xenakis A, Manopoulos C, Georgiadis GS, Tsangaris S, Lazarides MK.

Modeling and computational analysis of the hemodynamic effects of crossing the limbs in an aortic endograft ("ballerina" position).

J Endovasc Ther 2012 Aug;19(4):549-557.

doi: 10.1583/12-3820.1

[13]

Purpose: To evaluate the displacement forces acting on an aortic endograft when the iliac limbs are crossed ("ballerina" position).
Methods: An endograft model was computationally reconstructed based on data from a patient whose infrarenal aortic aneurysm had an endovascular stent-graft implanted with the iliac limbs crossed. Computational fluid dynamics analysis determined the maximum displacement force on the endograft and separately on the bifurcation and iliac limbs. Its analogue model was reconstructed for comparison, assuming the neck, main body, and total length constant but considering the iliac limbs to be deployed in the usual bifurcated mode. Calculations were repeated after developing "idealized" models of both the bifurcated and crossed-limbs endografts with straight main bodies and no neck angulation or curved iliac segments.
Results: The vector of the total force was directed antero-caudal for both the typical bifurcated and the crossed-limbs configurations, with the forces in the latter slightly reduced and the vertical component accounting for most of the force in both configurations. Idealized crossed-limbs and bifurcated configurations differed only in the force on the iliac limbs, but this difference disappeared in the realistic models.
Conclusion: Crossing of the iliac limbs can slightly affect the direction of the displacement forces. Although this configuration can exert larger forces on the limbs than in the bifurcated mode, this effect can be blunted by concomitant modifications in the geometry of the main body and other parts of the endograft, making its hemodynamic behavior resemble that of a typically positioned endograft.
 [πιστοποιητικό № 112]

113. Nikolopoulos ES, Charalampidis DG, Georgakarakos EI, Georgiadis GS, Lazarides MK.

Thromboprophylaxis practices following varicose veins surgery.

Perspect Vasc Surg Endovasc Ther 2012 Jun;24(2):80-86.

doi: 10.1177/1531003512454581

[3]

Objective: It is not clear whether patients undergoing varicose veins operations should receive thromboprophylaxis. A nationwide survey was conducted to assess thromboprophylaxis practice patterns in patients undergoing conventional vein surgery or endovenous procedures.

Methods: A questionnaire was e-mailed to all members of the Greek Society of Vascular and Endovascular Surgery (n = 163).

Results: In all, 68 members (42%) returned the survey, and 53% reported that they were not performing endovenous procedures. Thromboprophylaxis was used routinely by 52% after conventional surgery and 58% after endovenous procedures. Low-molecular-weight heparin was the preferred type of prophylaxis. Risk factors justifying thromboprophylaxis varied considerably among respondents. Postoperative duplex was performed routinely by 48% following stripping and by 76% following endovascular procedures.

Conclusion: Thromboprophylaxis practices following varicose veins procedures vary among vascular surgeons in Greece. This reflects the uncertainty regarding the exact incidence of thromboembolic events in the existing literature as well as the absence of specific guidelines.

[πιστοποιητικό № 113]

114. Tsigvoulis G, Heliopoulos I, Vadikolias K, Flamouridou M, Tsakalidimi S, Georgiadis GS, Mantatzis M, Piperidou C.

Bilateral atherosclerotic internal carotid artery occlusion causing acute bihemispheric infarctions.

Neurol Sci 2013 Jun;34(6):1005-1007.

doi: 10.1007/s10072-012-1158-y

[1]

No abstract

[πιστοποιητικό № 114]

115. Antoniou GA, Georgiadis GS, Serracino-Inglott F.

Expanding the hybrid concept for the treatment of vascular disease.

Int Angiol 2012 Aug;31(4):402-403

doi:

[0]

No abstract

[πιστοποιητικό № 115]

116. Papanas N, Georgiadis GS, Maltezos E, Lazarides MK.

Writing a research abstract: eloquence in miniature.

Int Angiol 2012 Jun;31(3):297-302.

doi:

[5]

Abstracts are summaries, usually of a full article or conference presentation, and may be classified into structured and unstructured ones. The former have a predefined layout necessitating the use of headings. Most journals and conferences now use the structured abstract format. Research abstracts are increasingly vital for scientific communication and are expected to continue playing a key role for the dissemination of medicine in the near future. Abstracts take time and need meticulous preparation. They must aptly summarise the content of the study or presentation and avoid vague statements and poor style. Moreover, they must comply with provided instructions. Finally, they should be pleasant to read and encourage study of the corresponding full work.

[πιστοποιητικό № 116]

117. Georgakarakos E, Georgiadis GS, Nikolopoulos E, Trellopoulos G, Kapoulas K, Lazarides M.

Technical advances with newer aortic endografts provide additional support to withhold the early endovascular repair of small abdominal aortic aneurysms until it is really needed.

Vasc Endovascular Surg 2012 Jul;46(5):374-377.

doi: 10.1177/1538574412445601

[0]

The idea of early endovascular aortic repair (EVAR) of "small" abdominal aortic aneurysms (AAAs) has gained attention over "watchful waiting," mostly due to the concern for losing the anatomic suitability for endovascular repair over time. Generally, small AAAs have longer, smaller, less angulated necks, and less tortuous iliac arteries than larger ones. Though the borderline anatomic characteristics were assumed to be contraindications for older generation endografts, the modifications of modern devices seem promising to overcome those limitations, in order to treat the small AAAs when reaching the 5.5 cm threshold. Moreover, early endovascular intervention has been proven neither cost effective nor beneficial for the patients' quality of life. This article evaluates the technical progress that could overcome the difficulties of those small AAAs that present technically demanding anatomies, thus advocating endovascular intervention when they reach the diameter threshold.
[πιστοποιητικό № 117]

118. Tiaka EK, Papanas N, Manolakis AC, Georgiadis GS.
Epidermal growth factor in the treatment of diabetic foot ulcers: An update.
Perspect Vasc Surg Endovasc Ther 2012 Mar;24(1):37-44.
doi: 10.1177/1531003512442093
[41]

Management of diabetic foot ulcers remains a rather challenging task. Epidermal growth factor (EGF) plays a central role in wound healing. It acts on epithelial cells and fibroblasts promoting restoration of damaged epithelium. However, its bioavailability is impaired in chronic diabetic foot ulcers. Current evidence suggests that application of human recombinant EGF in addition to standard treatment is able to achieve both partial and complete healing and to prevent foot amputations. Its efficacy has been tested at various concentrations and by various administration routes (topical application and intralesional injection). Intralesional injection has better availability on the deep wound layers, but pain at the injection site is a common complaint. Generally, adverse events have been minor to mild. Finally, numerous issues need to be further clarified before widespread use of EGF becomes possible in everyday practice. Such issues include optimal dosage and administration route, characteristics of the ulcers most likely to heal (severity and ischemic/neuropathic or both), and cost-effectiveness.
[πιστοποιητικό № 118]

119. Georgakarakos EI, Georgiadis GS, Kapoulas KC, Ioannou CV.
The expression of matrix metalloproteinases may be influenced by mechanical loading and intraluminal thrombus.
Ann Vasc Surg 2012 Apr;26(3):444-445.
doi: 10.1016/j.avsg.2011.04.013
Comment on "A randomized placebo controlled trial of the effect of preoperative statin use on matrix metalloproteinases and tissue inhibitors of matrix metalloproteinases in areas of low and peak wall stress in patients undergoing elective open repair of abdominal aortic aneurysm". [*Ann Vasc Surg* 2011]
[0]

No abstract
[πιστοποιητικό № 119]

120. Georgakarakos E, Georgiadis GS, Ioannou CV, Kapoulas KC, Trellopoulos G, Lazarides M.
Aneurysm sac shrinkage after endovascular treatment of the aorta: Beyond sac pressure and endoleaks.
Vasc Med 2012 Jun;17(3):168-173.
doi: 10.1177/1358863X11431293
[17]

The isolation of the aneurysm sac from systemic pressure and its consequent shrinkage are considered criteria of success after endovascular repair (EVAR). However, the process of shrinkage does not solely depend on the intrasac pressure, the predictive role of which remains ambiguous. This brief review summarizes the additional pathophysiological mechanisms that regulate the biomechanical properties of the aneurysm wall and may interfere with the process of aneurysm sac shrinkage.
[πιστοποιητικό № 120]

121. Georgakarakos E, Georgiadis GS, Xenakis A, Kapoulas KC, Lazarides MK, Tsangaris AS, Ioannou CV.
Application of bioengineering modalities in vascular research: evaluating the clinical gain.
Vasc Endovascular Surg 2012 Feb;46(2):101-108.
doi: 10.1177/1538574412436699
[3]

Using knowledge gained from bioengineering studies, current vascular research focuses on the delineation of the natural history and risk assessment of clinical vascular entities with significant morbidity and mortality, making the development of new, more accurate predictive criteria a great challenge. Additionally, conclusions derived from computational simulation studies have enabled the improvement and modification of many biotechnology products that are used routinely in the treatment of vascular diseases. This review highlights the promising role of the bioengineering applications in the vascular field.
[πιστοποιητικό № 121]

122. Antoniou GA, Lazarides MK, Patera S, Antoniou SA, Giannoukas AD, Georgiadis GS, Veletza SV.
Assessment of insertion/deletion polymorphism of the angiotensin-converting enzyme gene in abdominal aortic aneurysm and inguinal hernia.
Vascular 2013 Feb;21(1):1-5.
doi: 10.1258/vasc.2011.0a0322
[9]

The aim of the paper is to determine whether the angiotensin-converting enzyme (ACE) gene insertion/deletion (I/D) polymorphism is associated with abdominal aortic aneurysm (AAA) and inguinal hernia. A case-control study was conducted in 264 subjects: 65 patients with AAA, 91 patients with inguinal hernia, 19 patients with both AAA and hernia, and 89 controls were investigated for the ACE I/D

polymorphism. Genotype analysis was performed using a polymerase chain reaction technique. Significant differences in the genotype between the patient groups and controls were identified (aneurysm versus control, $P = 0.011$; aneurysm plus hernia versus control, $P = 0.022$; hernia versus control, $P = 0.001$), whereas no differences were found within patient groups. Patients with AAA and/or hernia had an increased prevalence of I/D heterozygosity, which persisted even after adjusting for differences in confounding clinical variables (aneurysm versus control, OR 0.3, 95% CI 0.2-0.8, $P = 0.005$; aneurysm plus hernia versus control, OR 0.3, 95% CI 0.1-0.9, $P = 0.040$; hernia versus control, OR 0.4, 95% CI 0.2-0.7, $P = 0.004$). In conclusion, an association between the heterozygote ACE I/D state and the presence of AAA and/or hernia was identified. The role of the ACE I/D polymorphism in aneurysm and hernia needs further investigation.

[πιστοποιητικό № 122]

123. Trellopoulos G, Georgiadis GS, Aslanidou EA, Nikolopoulos ES, Pitta X, Papachristodoulou A, Lazarides MK. **Endovascular management of peripheral arterial trauma in patients presenting in hemorrhagic shock.**

J Cardiovasc Surg (Torino) 2012 Aug;53(4):495-506.

doi:

[16]

Aim: This study investigated patients who sustained peripheral arterial trauma, presented with clinical signs of shock, and underwent urgent endovascular repair (endo-R).

Methods: Eighteen patients (11 men) aged 62.8 ± 17.5 y (range: 24-78 years) with severe peripheral arterial injuries or spontaneous ruptures who presented with clinical signs of shock were treated on an emergency basis at two institutions from August 2003 to August 2009. The injury mechanism and clinical presentation were assessed in all patients. The time interval from the initial event to the procedure, the time interval from hemodynamic instability to endo-R (HI-to-endo-RTI), the artery involved in the approach to the injured vessel, the method of endo-R, and the endo-R duration were recorded. Stent grafting and/or embolization of the injured vessel were performed. The outcome was assessed mainly by clinical examination and duplex scanning. The duration of follow-up ranged from 6 d to 60 mo (27.4 ± 17.8 mo, mean $\pm$ SD).

Results: Mechanisms of injury included 13 iatrogenic (9 catheter-related) injuries, 2 spontaneous hemorrhages, and 1 case each of gunshot wound, fall injury, and car accident. Traumatic lesions were in the external carotid (N.=1), vertebral (N.=1), subclavian (N.=3), common iliac (N.=1), external iliac (N.=5), internal iliac (N.=3), profunda femoral (N.=1), superficial femoral (N.=2), and popliteal (N.=1) arteries. Stent grafts and embolotherapy were successfully deployed in 12 and 4 patients, respectively, with complete exclusion of the bleeding site. One patient received both treatments and another patient received balloon occlusion therapy. Technical success with no procedural complications occurred in all cases. The mean event-to-procedure time interval, HI-to-endo-RTI, and operative time were 147 min, 42.2 ± 48.2 min (range: 3-180 min), and 40.0 ± 29.6 min (range: 5-110 min), respectively. Thirteen patients had an uneventful postoperative course while three patients died (mortality rate: 17%). One patient had below-knee amputation and another one suffered hemiparesis (morbidity rate: 11%). The durations of the hospital and intensive-care-unit stays were 16.6 ± 19.5 d (range: 2-62 d) and 6.4 ± 14.6 d (range: 0-60 d), respectively. The follow-up duration was 27.4 ± 17.8 mo (range: 0.2-60 mo). Freedom from early or late endo-R major events occurred in 71.4% and 65.6% of cases at 6 mo and 12 mo, respectively, and the rate of primary patency of endografts was 91.7% and 81.8%.

Conclusion: Endo-R of traumatic non-aortic arterial injuries or spontaneous ruptures might be considered as a treatment option-in preference to open repair-even in emergency settings such as in shock patients. However, the safety of endovascular treatment in unstable trauma patients must be proved after comparison with open surgical treatment.

[πιστοποιητικό № 123]

124. Georgakarakos EI, Kapoulas KC, Georgiadis GS, Tsangaris AS, Nikolopoulos ES, Lazarides MK. **An overview of the hemodynamic aspects of the blood flow in the venous outflow tract of the arteriovenous fistula.**

J Vasc Access 2012 Jul-Sep;13(3):271-278.

doi: 10.5301/jva.5000037

[11]

Upper limb vein aneurysms complicate all types of autogenous arteriovenous fistulae (AVF) and comprise false aneurysms secondary to venipuncture trauma as well as true aneurysms, characterized by dilatation of native veins. The dilatation of a normal vein and the development of a true aneurysm are strongly influenced by local hemodynamic factors affecting the flow in the drainage venous system and are also the target of operative interventions. This review article focuses on the description of these hemodynamic aspects which all physicians involved in the management of dialysis patients should be aware of. Furthermore, it delineates their complicated interactions and also highlights their utility in clinical decision-making and therapeutic management.

[πιστοποιητικό № 124]

125. Antoniou GA, Murray D, Georgiadis GS, Antoniou SA, Schiro A, Serracino-Inglott F, Smyth JV. **Percutaneous transluminal angioplasty and stenting in patients with proximal vertebral artery stenosis.**

J Vasc Surg 2012 Apr;55(4):1167-1177.

doi: 10.1016/j.jvs.2011.09.084

[20]

Background: Atherosclerotic occlusive disease of the proximal vertebral artery is an important cause of cerebrovascular ischemic events with a significant associated morbidity and mortality. Endovascular treatment has emerged as a promising tool of the therapeutic armamentarium, along with medical therapy and surgical reconstruction. Our objective was to systemically review the pertinent evidence on the endovascular management of proximal vertebral artery disease and perform an analysis of the published outcomes.

Methods: A systematic review of the literature identified all studies reporting percutaneous transluminal angioplasty or stenting, or both, for proximal vertebral artery stenosis. Web-based search engines were searched using the Medical Subject Headings terms "vertebral artery," "angioplasty," and "stents" in all possible combinations. Studies comprising a series of at least five patients were considered for analysis. Periprocedural transient ischemic attack and stroke and death from any cause ≤ 30 days of treatment were defined as the primary outcome end points.

Results: One randomized controlled trial comparing angioplasty and stenting of the proximal vertebral artery and medical therapy was identified. No comparative studies of endovascular treatment and open surgical repair were found. Forty-two selected studies reported endovascular treatment (angioplasty or stenting, or both) of 1117 vertebral arteries in 1099 patients. The weighted mean technical

success rate was 97% (range, 36%-100%). Periprocedural transient ischemic attack occurred in 17 patients (1.5%). The combined stroke and death rate was 1.1%. Recurrent symptoms of vertebrobasilar insufficiency developed in 65 of 967 patients (8%) within a reported follow-up of 6 to 54 months. Restenosis developed in 183 of 789 patients (23%) who underwent follow-up imaging (range, 0%-58%). Reintervention for recurrent disease during follow-up occurred in 86 patients (9%; range, 0%-35%).

Conclusions: There is limited comparative evidence on the efficacy of medical, surgical, and endovascular treatment of proximal vertebral artery disease. Percutaneous transluminal angioplasty and stenting has low periprocedural neurologic adverse events and mortality.

[πιστοποιητικό № 125]

126. Perdikides TP, Georgiadis GS, Avgerinos ED, Paraskevas KI, Siafakas KX, Katsargyris A, Fotis T, Lagios KG.

Percutaneous endovascular treatment of aortic aneurysms: Clinical evaluation and literature results.

Minim Invasive Ther Allied Technol 2011 Sep;21(5):342-350.

doi: 10.3109/13645706.2011.638642

[7]

In this study we aimed to evaluate the efficiency of percutaneous endovascular aortic aneurysm repair (p-EVAR). Anatomically selected patients treated with a single 10Fr Perclose Prostar XL vascular closure device (VCD) were examined. Primary success rate and common femoral artery (CFA) open conversion (OC) requirement per sheath size used were recorded. A literature review on p-EVAR results was also performed. One-hundred patients were enrolled. Successful p-EVAR was achieved in 183 of the 196 CFA access sites (93.4%), and was specifically 85.9% and 98.3% for sheaths ≥ 20 Fr and ≤ 18 Fr respectively. There were 13 periprocedural complications (bleeding = 10, arterial dissection and thrombosis = 1, pseudoaneurysm = 2) all leading to OC. Use of ≥ 20 Fr sheaths had significantly higher OC rate ($P < .05$). Reconstruction was achieved with primary repair ($N = 11$) and patch angioplasty ($N = 2$). Mean hospital stay was 1.8 days. The literature review (vascular closure of 2921 CFA access sites) revealed an overall technical success rate of 92.3%. Device related- were more common than patient related-OCs ($P < .05$). p-EVAR procedures are safe and feasible. Sheath size is a significant predictor of OC rate and more OCs might be expected with very large (≥ 20 Fr) sheath sizes.

[πιστοποιητικό № 126]

127. Kapoulas KC, Georgakarakos EI, Georgiadis GS, Lazarides MK.

Modification of the trap door technique to treat venous aneurysms in arteriovenous fistulae.

J Vasc Access 2011 Apr-Jun;13(2):256-8.

doi: 10.5301/jva.5000026

[3]

We present a modification of the "trap door" technique to treat true venous aneurysms which complicate vascular access arteriovenous fistula. The technique provides wide exposure of the aneurysm, facilitating aneurysmorrhaphy and permitting the exploitation of any adequate venous length for autologous reconstruction of the venous outflow. Furthermore, by precluding the proximity of the newly-reconstructed venous segments to the incised skin, their level of compromise from tissue scarring or infection is prevented.

[πιστοποιητικό № 127]

128. Georgiadis GS, Antoniou GA, Papaioakim M, Georgakarakos E, Trellopoulos G, Papanas N, Lazarides MK.

A meta-analysis of outcome after percutaneous endovascular aortic aneurysm repair using different size sheaths or endograft delivery systems.

J Endovasc Ther 2011 Aug;18(4):445-459.

doi: 10.1583/11-342.1

[36]

Purpose: To determine via a meta-analysis if the success rates for percutaneous EVAR using the "preclose" technique with suture-mediated vascular closure devices (SMCDs) are higher for smaller sheaths (≤ 18 -F outer diameter (OD)) than for larger sheaths (≥ 20 -F).

Methods: All English-language studies on percutaneous EVAR outcomes related to sheath sizes published between 1999 and August 30, 2010, were searched using MEDLINE and SCOPUS. Randomized trials, retrospective or prospective observational studies, and original articles (including a review) were included. The search identified 32 relevant full-text studies; data on percutaneous EVAR outcomes per sheath size category (≤ 18 -F and ≥ 20 -F OD) were included in the final meta-analysis of data from 17 studies (1 randomized controlled trial and 8 retrospective and 8 prospective cohort observational studies). The final analysis included 1440 patients and 2447 femoral access sites. Primary success was defined as closure of a common femoral artery arteriotomy without the need for any adjunctive surgical or endovascular procedure.

Results: Pooled data revealed that success rates were significantly better when percutaneous EVAR was performed with ≤ 18 -F sheaths than with ≥ 20 -F sheaths (odds ratio 1.78, 95% confidence interval 1.24 to 2.54, $p = 0.002$). This benefit, although not significant, was more pronounced when multiple rather than single pre-applied SMCDs were deployed (odds ratio 2.16 vs. 1.64, respectively; $p = 0.353$).

Conclusion: When considering primary success, it appears that larger-bore femoral access sheaths (≥ 20 -F) introduced for percutaneous EVAR after pre-application of SMCDs are predictors of primary failure and the need for conversion to a femoral cutdown. More advanced large-bore SMCDs are required to further reduce the necessity for conversion. Planned use of multiple SMCDs might be more beneficial when ≤ 18 -F sheaths are required.

[πιστοποιητικό № 128]

129. Antoniou GA, Georgiadis GS, Antoniou SA, Granderath FA, Giannoukas AD, Lazarides MK.

Abdominal aortic aneurysm and abdominal wall hernia as manifestations of a connective tissue disorder.

J Vasc Surg 2011 Oct;54(4):1175-1181.

doi: 10.1016/j.jvs.2011.02.065

[44]

Background: Abdominal aortic aneurysms (AAAs) and abdominal wall hernias represent chronic degenerative conditions. Both aortic aneurysms and inguinal hernias share common epidemiologic features, and several investigators have found an increased propensity for hernia development in patients treated for aortic aneurysms. Chronic inflammation and dysregulation in connective tissue metabolism constitute underlying biological processes, whereas genetic influences appear to be independently associated with both disease states. A literature review was conducted to identify all published evidence correlating aneurysms and hernias to a common pathology.

Methods: PubMed/Medline was searched for studies investigating the clinical, biochemical, and genetic associations of AAAs and abdominal wall hernias. The literature was searched using the MeSH terms "aortic aneurysm, abdominal," "hernia, inguinal," "hernia, ventral," "collagen," "connective tissue," "matrix metalloproteinases," and "genetics" in all possible combinations. An evaluation, analysis, and critical overview of current clinical data and pathogenic mechanisms suggesting an association between aneurysms and hernias were undertaken.

Results: Ample evidence lending support to the clinical correlation between AAAs and abdominal wall hernias exists. Pooled analysis demonstrated that patients undergoing aortic aneurysm repair through a midline abdominal incision have a 2.9-fold increased risk of developing a postoperative incisional hernia compared with patients treated for aortoiliac occlusive disease (odds ratio, 2.86; 95% confidence interval, 1.97-4.16; $P < .00001$), whereas the risk of inguinal hernia was 2.3 (odds ratio, 2.30; 95% confidence interval, 1.52-3.48; $P < .0001$). Emerging evidence has identified inguinal hernia as an independent risk factor for aneurysm development. Although mechanisms of extracellular matrix remodeling and the imbalance between connective tissue degrading enzymes and their inhibitors instigating inflammatory responses have separately been described for both disease states, comparative studies investigating these biological processes in aneurysm and hernia populations are scarce. A genetic predisposition has been documented in familial and observational segregation studies; however, the pertinent literature lacks sufficient supporting evidence for a common genetic basis for aneurysm and hernia.

Conclusions: Insufficient data are currently available to support a systemic connective tissue defect affecting the structural integrity of the aortic and abdominal wall. Future investigations may elucidate obscure aspects of aneurysm and hernia pathophysiology and create novel targets for pharmaceutical and gene strategies for disease prevention and treatment.

[πιστοποιητικό № 129]

■ Η ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ ΑΥΤΗ (ΠΕΡΙΛΗΨΗ) ΑΝΕΦΕΡΘΗΚΕ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΑΣΤΗΚΕ ΣΤΟ ΒΙΒΛΙΟ YEAR BOOK OF VASCULAR SURGERY 2012 (ΤΟΜΟΣ ΜΕ ΤΑ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΑΡΘΡΑ ΤΗΣ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ, ΠΑΓΚΟΣΜΙΩΣ, ΠΟΥ ΕΚΔΙΔΕΤΑΙ ΚΑΘΕ ΧΡΟΝΟ).
[πιστοποιητικό № 1.62a]

130. Lazarides MK, Georgiadis GS, Antoniou GA, Mikroulis DA.

Regarding "creating functional autogenous vascular access in older patients".

J Vasc Surg 2011 Aug;54(2):597; author reply 597-598.

doi: 10.1016/j.jvs.2011.03.277

Comment on "Creating functional autogenous vascular access in older patients". [*J Vasc Surg* 2011]

[2]

No abstract

[πιστοποιητικό № 130]

131. Georgiadis GS, Trellopoulos G, Antoniou GA, Gallis K, Nikolopoulos ES, Kapoulas KC, Pitta X, Lazarides MK.

Early results of the Endurant endograft system in patients with friendly and hostile infrarenal abdominal aortic aneurysm anatomy.

J Vasc Surg 2011 Sep;54(3):616-627.

doi: 10.1016/j.jvs.2011.03.235

[53]

Objective: To evaluate and compare the outcome after endovascular abdominal aortic aneurysm repair (EVAR) with the newly released Endurant endograft system in patients with different aortoiliac anatomic characteristics.

Methods: We conducted a prospective observational study assigning patients with infrarenal abdominal aortic aneurysm (AAA) treated with the Endurant endoprosthesis from February 2009 to March 2010. Two groups were studied, according to the presence of a friendly (group I [GI] = 43) or hostile (group II [GII] = 34) infrarenal aortoiliac anatomy. Hostile profile was defined as any (or combination) of the following measurements: 5 mm $\leq$ proximal neck length (Lpr) $\leq$ 12 mm, 60° < proximal neck angle (A°pr) $\leq$ 90° and 60° < any iliac axis angle (A°iliac) $\leq$ 90°. Primary end points included technical and clinical success, freedom from early or late secondary interventions, any type of endoleak, and aneurysm-related death. All outcome measures were calculated using the Kaplan-Meier method and the log rank test was applied for comparisons between the groups.

Results: The mean comorbid severity scoring was higher in GII ($P = .018$). The mean follow-up period in GI and GII was 12.9 $\pm$ 3.9 months ($\pm$ SD, range: 6.4-19.8) and 12.4 $\pm$ 4 months (range: 4.2-19.6), respectively. Two unplanned conversions to aortouniliac configurations were required in GI. The technical success rate in GI and GII was 95.4% and 100%, respectively. The requirement for intentional occlusion of the internal iliac artery, the requirement for cross-limb technique, the necessity of troubleshooting techniques, the procedure and radiation times, the frequency of postimplantation syndrome, and mean hospital stay were significantly higher in GII ($P = .028$, $P = .013$, $P = .005$, $P = .037$, $P < .001$, $P = .032$, $P = .021$, respectively). Two patients of GI died in the early postoperative period (one aneurysm but not device-related death), whereas no deaths in GII were recorded, yielding an overall 30-day mortality rate of 2.3%. No type I/III endoleaks were recorded up to the end of the study. Freedom from any type of endoleak, early or late secondary interventions, and aneurysm-related death at 12 months were found in 93.2%, 87.1%, and 93.3% of GI patients; respective values for GII were 86% ($P = .21$), 93.4% ($P = .066$), and 93.4%. The clinical success rate was 82.1% and 100% at 12 months for GI and GII, respectively.

Conclusions: Early (12 months) results suggest similar clinical performance of the Endurant stent graft system in endovascular treatment of AAAs with friendly and hostile anatomies, however, demonstrating more intra- and perioperative adversities for the last group. Larger prospective studies or even randomized trials comparing different new generation graft models are required to evaluate the comparable long-term results and possible expansion of EVAR indications for this specific endograft in adverse anatomies.

[πιστοποιητικό № 131]

132. Antoniou GA, Tentes IK, Antoniou SA, Georgiadis GS, Giannoukas AD, Simopoulos C, Lazarides MK.

Circulating matrix metalloproteinases and their inhibitors in inguinal hernia and abdominal aortic aneurysm.

Int Angiol 2011 Apr;30(2):123-129.

doi:

[14]

Aim: There is evidence supporting the role of matrix metalloproteinases (MMPs) and their inhibitors (TIMPs) in aortic and abdominal wall connective tissue degeneration, resulting in aneurysm and hernia formation. Furthermore, clinical association studies have demonstrated increased prevalence of abdominal wall hernias in patients with aortic aneurysms. Our objective was to estimate the

levels of MMPs and TIMPs in the blood of patients with aortic aneurysm and inguinal hernia, in order to investigate whether there is potential pathogenic linkage of impaired collagen metabolism.

Methods: Plasma concentrations of MMP-9, MMP-2, TIMP-1 and TIMP-2 were quantified using ELISA in 33 male patients with abdominal aortic aneurysm and 91 male patients with inguinal hernia. They were consecutive patients undergoing repair during the study period. The same substances were measured in 35 healthy male controls.

Results: MMP-9 and MMP-2 concentrations were lower in the plasma of patients with inguinal hernia and abdominal aortic aneurysm than controls, with hernia patients having the lowest circulating levels. The levels of TIMP-2 were significantly elevated in patients with inguinal hernia and significantly reduced in patients with aortic aneurysm, whereas opposite correlations were found for circulating TIMP-1.

Conclusion: Different patterns of circulating MMP and TIMP levels were found in patients with aneurysm and hernia compared with controls. Underlying pathogenic processes implicating MMPs and TIMPs in connective tissue metabolism are expressed by differing plasma levels in the two disease states. Further research including combined plasma and tissue analyses is required to further investigate potential common pathogenesis of these diseases.

[πιστοποιητικό № 132]

133. Georgakarakos E, Ioannou CV, Georgiadis GS, Kapoulas K, Schoretsanitis N, Lazarides M.
Expanding current EVAR indications to include small abdominal aortic aneurysms: A glimpse of the future.
Angiology 2011 Aug;62(6):500-503.

doi: 10.1177/0003319711398651

[6]

The traditional criterion of maximum transverse diameter is not sufficient to differentiate the small abdominal aortic aneurysms (AAAs) that are either prone to rupture or prone to enlarge rapidly. Wall stress may be a more reliable indicator with respect to these tasks. We review the importance of geometric features in rupture- or growth-predictive models and stress the need for further evaluation and validation of geometric indices. This study may lead to identifying those small AAAs that could justify early endovascular intervention.

[πιστοποιητικό № 133]

134. Georgakarakos EI, Georgiadis GS, Schoretsanitis NG, Kapoulas KC, Lazarides MK.
Composite PTFE-transposed superficial femoral vein for lower limb arteriovenous access.
J Vasc Access 2011 Jul-Sep;12(3):253-257.

doi: 10.5301/JVA.2011.6387

[6]

Purpose: We report our experience in creating a composite loop of transposed superficial femoral vein (tSFV) and polytetrafluoroethylene (PTFE) synthetic graft for lower limb access. The indication for surgery was exhaustion of access sites in both upper limbs.

Methods: Surgery was performed on 3 male patients. All patients had an ankle brachial index =0.9. The SFV was mobilized up to adductor canal, with ligation of all small tributary branches, up to the level below the profunda femoral vein, then tunneled medially to the skin. A 6-mm PTFE graft was tunneled laterally, deep in the subcutaneous plane in loop fashion to the end of the tSFV, where a beveled end-to-end anastomosis was created.

Results: The blood flow in both fistulas increased gradually to 0.7-1.3 l/min postoperatively. No clinical manifestation indicative of lower limb ischemia, lymphorrhea, or infection was documented. No signs related to chronic venous hypertension were noticed.

Conclusions: Our initial experience shows that the creation of a composite PTFE-tSFV conduit is a promising technique, since it can be constructed without compromising the distal perfusion, and without infectious complications.

[πιστοποιητικό № 134]

135. Antoniou GA, Giannoukas AD, Georgiadis GS, Antoniou SA, Simopoulos C, Prassopoulos P, Lazarides MK.
Increased prevalence of abdominal aortic aneurysm in patients undergoing inguinal hernia repair compared with patients without hernia receiving aneurysm screening.
J Vasc Surg 2011 May;53(5):1184-1188.

doi: 10.1016/j.jvs.2010.11.053

[16]

Background: The introduction of screening programs for abdominal aortic aneurysm (AAA) is being contemplated by health services in several countries. The correlation between aortic aneurysm and abdominal wall hernias is well reported, and inguinal hernia has been identified as a risk factor for aortic aneurysm. However, the prevalence of AAA in patients with inguinal hernia has not been adequately documented. This study evaluated whether patients with inguinal hernia are at increased risk of having an AAA compared with patients without hernia receiving aneurysm screening.

Methods: Men aged >55 undergoing primary inguinal hernia repair underwent ultrasound imaging of the abdominal aorta to screen for aneurysm. A reference group was selected from men without clinical evidence of inguinal hernia participating in an AAA screening program. Prevalence and odds ratios of AAA in the two groups were calculated.

Results: The study cohort comprised 235 patients with inguinal hernia and 203 controls. The mean $\pm$ SD aortic diameter was 22 ± 9 mm in patients with inguinal hernia vs 20 ± 6 mm for controls ($P = .045$). The prevalence of AAA was 8.1% in the hernia group and 3.9% in the control group (adjusted odds ratio, 3.9; 95% confidence interval, 1.6-9.5; $P = .039$). For aneurysms >4 cm, the prevalence was 5.1% in those with an inguinal hernia and 1.5% in those without an inguinal hernia (adjusted odds ratio, 4.7; 95% confidence interval, 1.2-18.5, $P = .025$).

Conclusion: Inguinal hernia was a significant risk factor for AAA. Entry into a screening program of men aged >55 admitted for inguinal hernia repair should be considered.

[πιστοποιητικό № 135]

136. Georgiadis GS, Nikolopoulos E, Papanas N, Mourvati E, Panagoutsos S, Lazarides MK.
A hybrid approach to salvage a failing long-standing autogenous aneurysmal fistula in a hemodialysis patient.
Int J Artif Organs 2010 Nov;33(11):819-823.

doi:

[4]

Very few studies have addressed the repair of autogenous and prosthetic-related false arteriovenous access (AVA) aneurysms in hemodialysis patients. Surgical management of complicated AVA-related aneurysms remains the gold standard method although covered stents have recently been introduced for the exclusion of such aneurysms, offering a minimally invasive therapy. In this paper, we describe a combination of open and endovascular repair for treating an anastomotic and a puncture-site aneurysm to salvage a failing long-standing autogenous radial-cephalic fistula in the wrist. Resection of the anastomotic aneurysm and reconstruction of the anastomosis proximally was initially performed. Via the first cm of the anastomosis, a Fluency® stent graft (SG) was inserted and it successfully excluded the mid-outflow vein false aneurysm. Such hybrid therapies may be the future of AVA revisions and this trend should not be overlooked by nephrologists and vascular surgeons.
[πιστοποιητικό № 136]

137. Georgiadis GS, Antoniou GA, Lazarides MK.
Percutaneous access for endovascular aortic aneurysm repair. Potential predictors of success must be reappraised.
Eur J Vasc Endovasc Surg 2011 Feb;41(2):295.
Comment on "Percutaneous access for endovascular aneurysm repair: a systematic review". [*Eur J Vasc Endovasc Surg* 2010]
doi: 10.1016/j.ejvs.2010.10.013
[3]

No abstract
πιστοποιητικό № 137]

138. Trellopoulos G, Georgiadis GS, Nikolopoulos ES, Lazarides MK.
Current tips for ensuring successful transfemoral short limb cannulation in modular aortic endografts: a new method for incorporation in practice.
Perspect Vasc Surg Endovasc Ther 2009 Dec;21(4):232-236.
doi: 10.1177/1531003510365002
[7]

One of the most crucial steps in endovascular infrarenal abdominal aortic aneurysm repair is the short limb catheterization of the modular device and the confirmation of the intrastent position of the guidewire. Failed connection of the contralateral iliac limb to the main body because of malposition of the catheterizing guidewire may lead to serious complications. A new method confirming successful passage of the guidewire in the short leg of the main body of the modular stent graft, thus ensuring that the extension will be accurately docked within the short limb, is described in detail. Furthermore, current tips for ensuring successful short limb cannulation are also described in brief.
[πιστοποιητικό № 138]

139. Trellopoulos G, Georgiadis GS, Kapoulas KC, Pitta X, Zervidis I, Lazarides MK.
Emergency endovascular treatment of early spontaneous nonaneurysmal popliteal artery rupture in a patient with Salmonella bacteremia.
J Vasc Surg 2010 Sep;52(3):751-757.
doi: 10.1016/j.jvs.2010.04.031
[6]

Rupture of a nonaneurysmal popliteal artery and subsequent pseudoaneurysm formation is an exceedingly rare event after bacteremia caused by Salmonella spp. Only a few cases have been reported in the literature. Moreover, spontaneous popliteal artery rupture resulting from this pathology, to our knowledge, has not been reported. We describe an early spontaneous rupture of the popliteal artery complicated by acute compartment syndrome in a 67-year-old man who had recently experienced fever, chills, and diarrheal syndrome and had sustained episodes of bacteremia infection, with isolation of S enteritidis. Immediate endovascular sealing of the bleeding site was achieved with a covered stent, and his recovery was uneventful. The long-term durability of endovascular repair in this type of pathology remains to be determined, however.
[πιστοποιητικό № 139]

140. Papanas N, Georgiadis GS, Maltezos E, Lazarides MK
Letters to the editor: definitely not children of a lesser god.
Int Angiol 2009 Oct;28(5):418-420.
doi:
[3]

Letters to the editor are brief texts that are published in a special section of medical journals. There are two types of letters to the editor: the observation and the comment. The former presents original work, while the latter constitutes criticism on work already published in the same journal. Although short, letters to the editor require as much effort and discipline in writing as, indeed, any other manuscript. Clarity and brevity should be their principal values. It is also important to comply with the journals' instructions for correspondence. Thus, eloquent letters to the editor may promote knowledge and enable fruitful exchange of ideas.
[πιστοποιητικό № 140]

141. Perdikides T, Georgiadis GS, Avgerinos ED, Fotis T, Verikokos C, Hopkinson BR, Lagios K.
The Aorfix stent-graft to treat infrarenal abdominal aortic aneurysms with angulated necks and/or tortuous iliac arteries: Midterm results.
J Endovasc Ther 2009 Oct;16(5):567-576.
doi:10.1583/09-2822.1
[34]

Purpose: To present performance data on the use of the Aorfix stent-graft in patients with hostile infrarenal abdominal aortic aneurysm (AAA) anatomy.

Methods: A study protocol was designed to examine the safety and efficacy of the Aorfix endovascular stent-graft in AAA patients who had a proximal neck diameter between 18 and 30 mm, neck angulation between 60° and 90°, and/or severe iliac artery angulation/tortuosity. Between September 2005 and April 2009, 20 men (mean age 72.467.7 years, range 55-89) were enrolled in the study. The mean AAA diameter was 61.8±14.9 mm (range 45.5-102). The mean angulation of the proximal neck was 61.9°±16.5° (range 30°-90°); in the iliac arteries, the angulation was 59.9°±16.3° (range 30°-85°) for the left and 60.9°±17.6° (range 28°-90°) on the right. Fourteen (70%) patients had >60° proximal neck angulation. Outcome measures were analyzed using life-table analysis.

Results: The graft was successfully implanted in all but 1 patient (technical success 95%); failure to cannulate the contralateral iliac limb resulted in conversion to aortomonoiliac stentgraft placement. In 1 patient, bilateral renal artery stent rescue was performed due to severe procedure-related stenosis. Occlusion of an internal iliac artery was noted in 2 patients. Mean follow-up was 26.9 months (range 4.5-43.5). No aneurysm-related rupture or death occurred. Two endoleaks were observed: 1 type I without migration at 3 years and 1 type II at 13 months. Freedom from any type of endoleak was 91.6% at 1 year and 75.9% at 2 years. Freedom from any early or late intervention was 88.8% at 1 year and 76.0% at 2 years. Aneurysm sac shrinkage (>5 mm) was evident in 79% (11/14) of the cases reaching 12-month follow-up.

Conclusion: The Aorfix device seems to be safe and reliable in purely complex infrarenal AAA anatomy, demonstrating good short and midterm clinical outcomes. Further larger or multicenter studies are needed to confirm the suitability of the Aorfix stent-graft in hostile infrarenal AAA anatomy.

[πιστοποιητικό № 141]

142. Georgiadis GS, Lazarides MK.

Comment on "Management of limb ischaemia in the neonate and infant" (Eur J Vasc Endovasc Surg 2009;38:61-65). A proposed algorithm for optimal results.

Eur J Vasc Endovasc Surg 2009 Oct;38(4):531-532.

Comment on "Management of limb ischaemia in the neonate and infant". [*Eur J Vasc Endovasc Surg* 2009]

doi:10.1016/j.ejvs.2009.06.012

[2]

Πρόκειται για γράμμα στον εκδότη όπου, επι τη ευκαιρία μιας δικής μας παλαιότερης δημοσίευσης (Lazarides et al., *J Vasc Surg* 2006;43:72-76) και της ανασκόπησης των συγγραφέων του άρθρου που σχολιάζουμε, σχετικά με χειρουργική και συντηρητική θεραπεία τραυματικής ισχαιμίας των κάτω άκρων σε παιδιά ηλικίας <13 έτη, προτείνουμε ένα συνοπτικό τρόπο θεραπευτικής προσέγγισης του προβλήματος (αλγόριθμος), έτσι ώστε να βελτιωθούν τα κλινικά αποτελέσματα..

[πιστοποιητικό № 142]

143. Antoniou GA, Lazarides MK, Georgiadis GS, Sfyroeras GS, Nikolopoulos ES, Giannoukas AG.

Lower-extremity arteriovenous access for haemodialysis: a systematic review.

Eur J Vasc Endovasc Surg 2009 Sep;38(3):365-372.

doi:10.1016/j.ejvs.2009.06.003

[62]

■ REF 101: VASCULAR ACCESS: 2018 CLINICAL PRACTICE GUIDELINES OF THE EUROPEAN SOCIETY FOR VASCULAR SURGERY [*EUR J VASC ENDOVASC SURG* 2018;55(6):757-818]

■ REF 173: SPANISH CLINICAL GUIDELINES ON VASCULAR ACCESS FOR HEMODIALYSIS [*NEPHROLOGIA* 2017;37 SUPPL 1:1-191]

Background: The lower extremity is increasingly used as an access site in end-stage renal disease patients. However, reports present conflicting results, creating confusion regarding the feasibility and outcomes. Our objective is to review the available literature and analyse the patency rates and complications of various types of lower-extremity arteriovenous access.

Methods: An Internet-based literature search was performed using MEDLINE to identify all published reports on lower-extremity vascular access. The analysis involved studies comprising at least 10 arteriovenous accesses with both inflow and outflow vessels in the lower extremity, and reporting on patency rates and access-related complications. The weighted mean patency rates were calculated, and the chi-square (c2) test was used to evaluate the differences in the complication rates in the subgroups of patients identified.

Results: Three main types of lower-extremity vascular access were identified: the upper thigh prosthetic, the mid-thigh prosthetic and the femoral vein transposition arteriovenous access. There are limited data on saphenous vein loop grafts, which report poor results. The weighted mean primary patency rates at 12 months were 48%, 43% and 83%, respectively. The weighted mean secondary patency rates at 12 months were 69%, 67% and 93%, respectively. Access loss as a result of infection was more common in upper thigh and mid-thigh grafts than femoral vein transposition arteriovenous access (18.40%, 18.33% vs. 1.61%; $P < 0.05$). Ischaemic complications rates were higher in autologous than prosthetic arteriovenous access (20.97% vs. 7.18%, $P < 0.05$).

Conclusions: Lower-extremity vascular access has acceptable results in terms of patency, with femoral vein transposition having better patency rates than femoral grafts. Autologous access is associated with less infective complications, however, at the expense of increased ischaemic complications rates. Further research with randomised trials is required to assess the outcomes of lower-extremity vascular access.

[πιστοποιητικό № 143]

■ ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΑΥΤΗΣ ΕΠΙΛΕΓΘΗΚΕ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΕΥΤΗΚΕ ΣΤΟ *J Vasc Surg* 2009 Sep;50(3):704 (Impact Factor 3.294) ΩΣ ΜΙΑ ΑΠΟ ΤΙΣ 8 ΚΑΛΥΤΕΡΕΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ ΤΟΥ ΤΕΥΧΟΥΣ ΤΟΥ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΟΥ ΜΗΝΑ ΤΟΥ *Eur J Vasc Endovasc Surg*. (*Eur J Vasc Endovasc Surg* 2009 Sep;38(3):365-372.

[πιστοποιητικό № 143a]

144. Georgiadis GS, Tzilalis VD, Arvanitis DP, Lazarides MK.

Arterial spasm mimicking superficial femoral artery trauma. Report of a case.

Int Angiol 2009 Jun;28(3):241-244.

doi:

[1]

The existence of traumatic arterial spasm in large arteries is questionable in current literature. We report a case of a 19-year old man with comminuted unstable femur fracture who presented with an ischemic foot. Localized arterial spasm was revealed in the middle

portion of the superficial femoral artery triggered by the external pressure of a spicular bone segment was revealed by arteriography. Complete resolution of ischemic symptoms followed fracture reduction. Traumatic arterial spasm although rare does exist.
[πιστοποιητικό № 144]

145. Skoutas D, Papanas N, Georgiadis GS, Zervas V, Manes C, Maltezos E, Lazarides MK.

Risk factors for ipsilateral reamputation in patients with diabetic foot lesions.

Int J Low Extrem Wounds 2009; Jun;8(2):69-74.

doi: 10.1177/1534734609334808

[28]

This study aimed to examine the rates and risk factors for ipsilateral re-amputation in 121 patients with diabetic foot and prior amputation. Twenty-six (21.5%) patients required re-amputation during a mean follow-up of 18 months. Most re-amputations were performed within the first 6 months of the initial amputation. Re-amputation was more common among patients in whom the initial amputation had only affected one or two toes. Age (hazard ratio: 1.06) and heel lesions (hazard ratio: 2.69) were significantly associated with re-amputation. There is a high risk of re-amputation in the diabetic foot, especially within the first 6 months of the initial amputation, mainly due to poor selection of the original amputation level in an effort to save a greater part of the lower extremity. Patients 70 years and those with heel lesions are at greatest risk of re-amputation.

[πιστοποιητικό № 145]

146. Lazarides MK, Georgiadis GS, Papasideris CP, Trellopoulos G, Tzilalis VD.

Transposed brachial-basilic arteriovenous fistulas versus prosthetic upper limb grafts: a meta-analysis.

Eur J Vasc Endovasc Surg 2008 Nov;36(5):597-601.

doi:10.1016/j.ejvs.2008.07.008

[21]

■ REF 205: VASCULAR ACCESS: 2018 CLINICAL PRACTICE GUIDELINES OF THE EUROPEAN SOCIETY FOR VASCULAR SURGERY [EUR J VASC ENDOVASC SURG 2018;55(6):757-818]

■ REF 163: SPANISH CLINICAL GUIDELINES ON VASCULAR ACCESS FOR HEMODIALYSIS (NEPHROLOGIA 2017;37 SUPPL 1:1-191)

Background: Controversy exists regarding the best type of arteriovenous (AV) fistula to be formed in secondary and tertiary access procedures when primary fistulas have failed. This meta-analysis aimed to compare transposed brachial-basilic AV fistulas (BBAVFs) with upper limb AV prosthetic grafts.

Methods: A literature search of the MEDLINE and SCOPUS databases was performed to identify comparative studies reporting outcomes for both BBAVFs with upper limb AV prosthetic grafts. Meta-analysis techniques were applied to identify differences in outcomes between the two groups regarding primary and secondary 1-year failure rates.

Results: Eleven relevant studies, involving 1509 patients, met the inclusion criteria and were incorporated in the final analysis; however, only one was randomised controlled trial. The pooled odds' ratio (OR) estimate for the primary and secondary failure rates at 1 year was 0.67 (CI 0.41e1.09) and 0.88 (CI 0.69e1.12), respectively, showing no difference in the outcome between the two groups. The re-intervention rate was higher for prosthetic grafts (0.54 per BBAVF versus 1.32 per graft). In a small subgroup of two studies comparing BBAVFs with forearm grafts the pooled estimate for 1-year primary failure rate was in favour of the BBAVF group (OR 0.3, CI 0.15e0.58, pZ0.0004) suggesting that forearm grafts were inferior having a 3-fold risk of failure at 1 year.

Conclusion: This analysis supports the use of BBAVF early in difficult access cases prior to the use of prosthetic grafts. However, the latter conclusion is debatable due to heterogeneity, small size and non-randomised design of the included studies.

[πιστοποιητικό № 146]

■ ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΑΥΤΗΣ ΕΠΙΛΕΓΘΗΚΕ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΕΥΤΗΚΕ ΣΤΟ J Vasc Surg 2008 Nov;48(5):1356 (Impact Factor 3.294) ΩΣ ΜΙΑ ΑΠΟ ΤΙΣ 8 ΚΑΛΥΤΕΡΕΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ ΤΟΥ ΤΕΥΧΟΥΣ ΤΟΥ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΟΥ ΜΗΝΑ ΤΟΥ Eur J Vasc Endovasc Surg. (Eur J Vasc Endovasc Surg 2008 Nov;36(5):597-601.

[πιστοποιητικό № 146a]

147. Lazarides MK, Georgiadis GS, Stamos DN

Regarding "Radiocephalic and brachiocephalic arteriovenous fistula outcomes in the elderly".

J Vasc Surg 2008 Jul;48(1):251.

doi:10.1016/j.jvs.2008.03.053

[0]

Πρόκειται για γράμμα στον εκδότη σχετικά με τα αποτυπωμένα σε άρθρο των Weale et al. στο *J Vasc Surg* 2008;47:144-150 σχόλια που αναφέρονται σε πρόσφατη δική μας μετά-ανάλυση επίσης στο *J Vasc Surg* (Lazarides et al., 2007;45:420-426). Ουσιαστικά οι ίδιοι συγγραφείς που αμφισβητούν την άποψη μας, εύρημα της μετά-ανάλυσης, ότι ηλικιωμένοι ασθενείς με ΧΝΑ ωφελούνται από τη διενέργεια πρωτογενών αυτόλογων Α-Φ επικοινωνιών στον βραχίονα (brachial-cephalic fistula) αντί του καρπού (radial-cephalic fistula), με βασικό μετρούμενο μέγεθος τη πρωτογενή βατότητα στον ένα χρόνο, έχουν επίσης καταλήξει στο ίδιο αποτέλεσμα στο άρθρο τους. Στο γράμμα αυτό, προσθέτοντας στη μετά-ανάλυση και το άρθρο των Weale et al., διαπιστώνουμε ότι εξακολουθεί να υπερέχει η πρωτογενής αυτόλογη Α-Φ επικοινωνία στο βραχίονα έναντι της αντίστοιχης στον καρπό σε ηλικιωμένους ασθενείς με ΧΝΑ, γεγονός που επιβεβαιώνει την ορθότητα του ισχυρισμού μας

[πιστοποιητικό № 147]

148. Georgiadis GS, Lazarides MK, Panagoutsos SA, Kantartzi KM, Lambidis CD, Stamos DN, Vargemezis VA.

Surgical revision of complicated false and true vascular access-related aneurysms.

J Vasc Surg 2008 Jun;47(6):1284-1291

doi:10.1016/j.jvs.2008.01.051

[62]

■ REF 477: VASCULAR ACCESS: 2018 CLINICAL PRACTICE GUIDELINES OF THE EUROPEAN SOCIETY FOR VASCULAR SURGERY [EUR J VASC ENDOVASC SURG 2018;55(6):757-818]

■ REF 601: SPANISH CLINICAL GUIDELINES ON VASCULAR ACCESS FOR HEMODIALYSIS (NEPHROLOGIA 2017;37 SUPPL 1:1-191)

Purpose: This prospective observational study examined the effect of revision surgery in patients who present solely with complicated arteriovenous access (AVA)-related aneurysms.

Methods: The demographics and comorbid conditions of 44 hemodialysis access patients who presented with complicated true or false AVA-related aneurysms and underwent revision surgery during a 7-year period were prospectively entered into our AVA database. Also recorded were AVA characteristics before and after revision. Arteriovenous access anatomy was evaluated preoperatively using color Doppler ultrasonography, and AVA adequacy was assessed in all patients postoperatively after the first needle puncture and every month thereafter. Postintervention access function and primary patency rates were analyzed. Patency was evaluated using the Kaplan-Meier method and compared between groups of patients with different AVA characteristics before and after revision using the log-rank test.

Results: The cases of initial AVA with complicated aneurysms comprised 16 radiocephalic, 8 brachiocephalic, 2 basilic vein transposition, and 18 prosthetic fistulas (7 and 11 of the lower and upper arm, respectively), of which 42 were dysfunctional and 2 had thrombosed early at presentation. Primary indications for revision were danger of aneurysm rupture in 26, duplication in graft aneurysm diameter in 18, painful aneurysm in 12, stenosis due to partial aneurysm thrombosis in 12, shortness of the potential cannulation area in 12, aneurysm enlargement in 4, infected aneurysm in 2, and completely thrombosed aneurysm in 2. The mean postintervention primary patencies were 93%, 82%, 57%, and 32% at 3, 6, 12, and 24 months, respectively. The outcomes were better in autogenous than prosthetic corrections, in true than false aneurysms, in patients with two or fewer than more than 2 previous AVAs on revised arms, and in forearm than upper-arm corrections ($P = .0197$, $P = .004$, $P = .0022$, and $P = .0225$, respectively).

Conclusions: Surgical revision of complicated false and true AVA-related aneurysms reveals acceptable postintervention primary patency rates and therefore is justified. This outcome measure was superior in the following specific groups of corrections: autogenous were better than prosthetic, true aneurysms were better than false aneurysms, patients with one or two previous AVAs in the revised arm were better than those with more than two previous accesses in the revised arm, and finally, forearms were better than those in the upper arm.

[πιστοποιητικό № 148]

149. Georgiadis GS, Lazarides MK, Tsalkidis A, Argyropoulou P, Giatromanolaki A.
Carotid body tumor in a 13-year-old child: Case report and review of the literature.

J Vasc Surg 2008 Apr;47(4):877-883.

doi:10.1016/j.jvs.2007.10.040

[23]

Carotid body tumor (CBT), an extra-adrenal paraganglioma, represents an uncommon entity arising in chemoreceptor tissue located at the carotid bifurcation. Only a few cases have been reported in the literature in the pediatric age group less than 14 years of age, primarily as case reports. Surgical excision is advisable in almost all ages, however, in childhood, it is known to carry risks and difficulties due to the smaller size of the involved anatomical structures. We report an unusual case of a large (50 X 43 X 30 mm) carotid paraganglioma of Shamblyn type III in a 13-year-old female, living at high altitude until the age of 9 years. This cervical mass was present, but smaller in size, several years before admission. However, an intense hypoxic stimulus at high altitude for 2 months at the age of 13 years probably induced a fast growing period of the lesion. The tumor was removed en bloc with the involved carotid segments and vascular continuity was restored by means of a common carotid to internal carotid saphenous vein interposition graft. No malignant behavior or regional metastatic spread of the resected mass was demonstrated. Furthermore, no inheritance pattern between family members was confirmed. A clinical update on CBTs in childhood a propos of this case report is undertaken.

[πιστοποιητικό № 149]

150. Antoniou GA, Georgiadis GS, Souftas VD, Deftereos SP, Lazarides MK.
Reversal of deep vein reflux after successful stenting in a patient with venous hypertension after thigh access graft creation.

Vasc Endovascular Surg 2007 Dec-2008 Jan;41(6):547-50.

doi:10.1177/1538574407305459

[2]

Presented here is a case of reversal of deep vein reflux after successful stenting in a patient with venous hypertension and valve incompetence after thigh angioaccess creation. The patient with exhausted upper-extremity access sites underwent a loop graft in the upper thigh. Six months later, the patient developed leg edema and significant femoral vein reflux on duplex ultrasound. Fistulography revealed an iliac vein stenosis, which was treated successfully with stenting. The edema and reflux on duplex promptly resolved. In similar cases, reflux may be a consequence of functional valve incompetence and can be reverted by timely treating the underlying stenosis.

[πιστοποιητικό № 150]

151. Kakagia DD, Kazakos KJ, Xarchas KC, Karanikas M, Georgiadis GS, Tripsiannis G, Manolas C.
Synergistic action of protease-modulating matrix and autologous growth factors in healing of diabetic foot ulcers. A prospective randomized trial.

J Diabetes Complications 2007 Nov-Dec;21(6):387-391.

doi:10.1016/j.jdiacomp.2007.03.006

[46]

This study tests the hypothesis that addition of a protease-modulating matrix enhances the efficacy of autologous growth factors in diabetic ulcers. Fifty-one patients with chronic diabetic foot ulcers were managed as outpatients at the Democritus University Hospital of Alexandroupolis and followed up for 8 weeks. All target ulcers were ≥ 2.5 cm in any one dimension and had been previously treated only with moist gauze. Patients were randomly allocated in three groups of 17 patients each: Group A was treated only with the oxidized regenerated cellulose/collagen biomaterial (Promogran, Johnson & Johnson, New Brunswick, NJ), Group B was treated only with autologous growth factors delivered by Gravitational Platelet Separation System (GPSk, Biomet), and Group C was managed by a combination of both. All ulcers were digitally photographed at initiation of the study and then at change of dressings once weekly. Computerized planimetry (Texas Health Science Center ImageTool, Version 3.0) was used to assess ulcer dimensions that were analyzed for homogeneity and significance using the Statistical Package for Social Sciences, Version 13.0. Post hoc analysis revealed that there was significantly greater reduction of all three dimensions of the ulcers in Group C compared to Groups A and B (all $P < .001$). Although reduction of ulcer dimensions was greater in Group A than in Group B, these differences did not reach statistical

significance. It is concluded that protease-modulating dressings act synergistically with autologous growth factors and enhance their efficacy in diabetic foot ulcers
[πιστοποιητικό № 151]

152. Maltezos CK, Papanas N, Papas TT, Georgiadis GS, Dragoumanis CK, Marakis J, Maltezos E, Lazarides MK.
Changes in blood flow of anterior and middle cerebral arteries following carotid endarterectomy: a transcranial Doppler study.
Vasc Endovascular Surg 2007 Oct-Nov;41(5):389-396.
doi:10.1177/1538574407302850
[13]

Aim: The aim of the present study was to evaluate the changes in blood flow of anterior and middle cerebral arteries following carotid endarterectomy, using transcranial Doppler (TCD) flow studies.

Patients and methods: This study included 100 patients (72 men, mean age 65 years) who underwent carotid endarterectomy because of high-grade carotid stenosis or symptoms of ischemic stroke. Endarterectomy was performed by a distal shunt between the common carotid and internal carotid arteries. Blood flow in the anterior and middle cerebral arteries was assessed by TCD preoperatively and also in the postoperative period (1st and 4th day; 1st, 6th, and 12th month). Collateral circulation in the Willis circle was evaluated by common carotid compression.

Results: Patients with bilateral carotid stenosis $\geq 70\%$ exhibited a significantly increased flow velocity in the ipsilateral anterior cerebral artery (ACA), middle cerebral artery (MCA), and in the contralateral ACA. Patients with entirely occluded contralateral internal carotid artery showed the most pronounced changes in cerebral hemodynamics. Blood flow velocities returned to the preoperative values at 1 to 12 months following endarterectomy. Hyperperfusion syndrome was manifested in 14 patients, who exhibited significantly higher flow velocities in the ipsilateral MCA compared with asymptomatic patients.

Conclusions: A transient bilateral increase of blood flow velocity in the anterior part of the Willis circle may often occur in the immediate postoperative period following carotid endarterectomy. Although its clinical significance is not entirely understood, this increase may be associated with cerebral hyperperfusion syndrome.

[πιστοποιητικό № 152]

153. Georgiadis GS, Bessias NC, Pavlidis PM, Pomoni M, Batakis N, Lazarides MK.
Infected false aneurysms of the limbs secondary to chronic intravenous drug abuse: analysis of perioperative considerations and operative outcomes.
Surg Today 2007 Oct;37(10):837-844.
doi:10.1007/s00595-006-3495-z
[9]

Purpose. To discuss the perioperative considerations and operative outcomes of 26 intravenous (i.v.) drug abusers who presented with infected false aneurysms of the limbs.

Methods. The subjects were 20 men and 6 women with pseudoaneurysms (mean age 34 years, range 19-53 years). The femoral and brachial arteries were most commonly involved. All patients, except for those with active bleeding, underwent digital subtraction angiography or Doppler ultrasonography, or both. Treatment consisted of excision and ligation of the aneurysm and local debridement, followed by revascularization with a vein graft or vein patch angioplasty.

Results. The presenting symptoms and signs included a pulsatile mass (69%), ischemic pain (23%), active bleeding (38.5%), signs of inflammation (61.5%), and positive blood culture (31%). Bleeding complications developed in two patients, who underwent subsequent extra-anatomic bypass. One of these patients had hip disarticulation and eventually died. None of the remaining patients had claudication or required an amputation. The mean follow-up period was 24 months (range: 3-50 months). Only five (19.2%) patients received drug rehabilitation, whereas the remaining patients admitted to continued drug abuse after discharge from hospital.

Conclusions. Limb salvage with immediate revascularization is safe and achieves functionality; therefore, its use is justified. Recidivism and continued abuse is the usual consequence after discharge from hospital, making recovery difficult.

[πιστοποιητικό № 153]

154. Georgiadis GS.
Regarding "Infected femoral artery pseudoaneurysm in drug addicts: The beneficial use of the internal iliac artery for arterial reconstruction".
J Vasc Surg 2007 Sep;46(3):613.
doi:10.1016/j.jvs.2007.04.065
[1]

Πρόκειται για γράμμα στον εκδότη όπου εκφράζονται αντιρρήσεις σχετικά με την επικρατούσα προκτική της απλής απολίνωσης των μηριαίων αγγείων σε χρήστες ναρκωτικών ουσιών που προσέρχονται με επιπεπλεγμένα ψευδή ανευρύσματα στη βουβωνική περιοχή λόγω άστοχων παρακεντήσεων στις μηριαίες αρτηρίες. Υποστηρίζουμε ότι αυτή η πρακτική δυνητικά οδηγεί σε σοβαρές μορφές διαλείπουσας κωλότητας τα νέα αυτά άτομα, και στην ουσία περιορίζει τη συνήθη δραστηριότητα τους και δυσχαιρένει την προσπάθειά τους να επανενταχθούν ξανά στο κοινωνικό σύνολο. Η επαναιμάτωση των κάτω άκρων όμως, για παράδειγμα, με χρήση της έσω λαγονίου αρτηρίας (αυτόλογο μόσχευμα ανθεκτικό σε μολύνσεις) που εφαρμόζουν οι συγγραφείς (Klonaris et al., *J Vasc Surg* 2007;45:498-504), και με την οποία συμφωνούμε, φαίνεται ότι μπορεί να αποτρέψει την ΔΧ αλλά και να ελαχιστοποιήσει την πιθανότητα μόλυνσης της παράκαμψης.

[πιστοποιητικό № 154]

155. Papanas N, Symeonidis G, Mavridis G, Georgiadis GS, Papas TT, Lazarides MK, Maltezos E.
Ankle-brachial index: a surrogate marker of microvascular complications in type 2 diabetes mellitus?
Int Angiol 2007 Sep;26(3):253-257.
[20]

Aim: The aim of this study was to investigate the potential role of ankle-brachial index (ABI) as a marker of microvascular disease in patients with type 2 diabetes mellitus. **Methods:** This study included 126 type 2 diabetic patients (64 male and 62 female) with an age of 66.6 $\pm$ 5.3 years (mean $\pm$ -SD) and diabetes duration of 13.2 $\pm$ 4.1 years. ABI was measured with a Doppler device. The exclusion

criterion was the medial arterial calcification. Patients were also examined for microalbuminuria, retinopathy and peripheral neuropathy. **Results:** ABI was significantly lower in patients with microalbuminuria than in those without microalbuminuria (0.91 ± 0.17 vs 1.05 ± 0.13 , $P=0.004$), in patients with retinopathy than in those without retinopathy (0.91 ± 0.18 vs 1.06 ± 0.1 , $P=0.005$), as well as in patients with neuropathy than in those without neuropathy (0.94 ± 0.17 vs 1.06 ± 0.11 , $P=0.001$). Sensitivity and specificity of ABI <0.9 were 48.8% and 87.9% respectively for microalbuminuria, 39.1% and 93% respectively for retinopathy and 47% and 90.7% respectively for neuropathy. In multiple regression analysis, significant predictor of microalbuminuria was diabetes duration ($P=0.0014$), significant predictor of retinopathy was diabetes duration ($P=0.001$), while significant predictors of neuropathy were diabetes duration ($P=0.001$), male sex ($P=0.001$) and presence of retinopathy ($P=0.047$). **Conclusion:** ABI is significantly lower in patients with than in those without microvascular complications of type 2 diabetes. An ABI <0.9 has a low to modest sensitivity, but a high specificity for the diagnosis of these complications. Our results suggest a potential role for ABI as a surrogate marker of microvascular complications in type 2 diabetic patients.

[πιστοποιητικό № 155]

156. Lazarides MK, Nikolopoulos ES, Antoniou GA, Georgiadis GS, Simopoulos CE.

Publications in Vascular Journals: Contribution by Country.

Eur J Vasc Endovasc Surg 2007 Aug;34(2):243-245.

doi:10.1016/j.ejvs.2007.03.008

[7]

The geographical origin of all published papers in four major vascular journals as well as the “vascular papers” in two high impact “general” surgical journals during a four year period (2003-2006) were examined by search of their electronic editions. As an index of high quality papers, the randomized controlled trials (RCT's) by country were also examined. A total of 3422 papers were searched in the four vascular journals (115 RCT's) while 144 “vascular” papers (19 RCT's) were located in the two “general” surgical journals. It was not surprising that USA and western European countries were having the largest contribution to the vascular literature.

[πιστοποιητικό № 156]

157. Kozobolis VP, Detorakis ET, Georgiadis GS, Achtopoulos AA, Papas TT, Lazarides MK.

Perimetric and retrobulbar blood flow changes following carotid endarterectomy.

Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol 2007 Nov;245(11):1639-1645.

doi:10.1007/s00417-007-0589-2

[15]

Background: Carotid stenosis can produce visual changes. This study examines perimetric and retrobulbar blood flow changes following carotid endarterectomy (CEA) in patients without visual symptoms.

Methods: Sixteen patients (13 male, three female) with bilateral carotid stenosis were included. Patients with a history of ophthalmic disease, including glaucoma, were excluded. Peak systolic velocity (PSV) in the ophthalmic artery (OA), central retinal artery (CRA), and short posterior ciliary arteries (SPCAs) was measured preoperatively and 12 months following CEA with color Doppler imaging (CDI), using a 7.5 MHz probe, at both the side operated upon and its fellow side. Automated static perimetry (Octopus 500 perimeter, G1x program) was performed at the same intervals. Mean sensitivity (MS), mean defect (MD), loss variance (LV) and corrected loss variance (CLV) were recorded.

Results: Preoperative PSV in the OA was significantly lower in the side operated on. Preoperative perimetric parameters were significantly compromised, compared with normative data, in both eyes. Postoperatively, PSV had significantly improved in all vessels examined in the carotid that was operated on, but only in the OA and SPCAs in the fellow side. MD had significantly improved postoperatively for both eyes, whereas improvement in the other perimetric parameters examined was not statistically significant.

Conclusions: Perimetric changes occur in carotid stenosis. CEA results in the improvement of retrobulbar blood flow and perimetric parameters. Further research will be required to determine whether perimetric parameters may be used as additional indicators for carotid endarterectomy

[πιστοποιητικό № 157]

158. Papas TT, Georgiadis GS, Maltezos CK, Lazarides MK.

Adventitial cystic disease of the popliteal artery: a potential cause of intermittent claudication.

Wien Klin Wochenschr 2007 Apr;119(5-6):186-188.

doi:10.1007/s00508-007-0772-9

[5]

Adventitial cystic disease (ACD) is an uncommon and rare vascular entity characterized by a highly viscous and mucinous cyst located in the adventitia of an artery. Although first described in the external iliac artery, the disease is more frequently sited in the popliteal artery. ACD characteristically occurs in young adults, mostly male, with intermittent claudication as the initial presenting symptom. As the cyst enlarges, it leads to vascular compression with stenosis or occlusion. Because cystic formation of the popliteal artery is uncommon, the disease is often unrecognized. We report a case of popliteal artery ACD in a 54-year-old woman who was successfully treated surgically.

[πιστοποιητικό № 158]

159. Lazarides MK, Georgiadis GS, Antoniou GA, Stamos DN.

A meta-analysis of dialysis access outcome in elderly patients.

J Vasc Surg 2007 Feb;45(2):420-426e2.

doi:10.1016/j.jvs.2006.10.035

[169]

■ REF 97: VASCULAR ACCESS: 2018 CLINICAL PRACTICE GUIDELINES OF THE EUROPEAN SOCIETY FOR VASCULAR SURGERY [EUR J VASC ENDOVASC SURG 2018;55(6):757-818]

■ REF 64: SPANISH CLINICAL GUIDELINES ON VASCULAR ACCESS FOR HEMODIALYSIS (NEPHROLOGIA 2017;37 SUPPL 1:1-191)

Background: Many authors report inferior patency rates of distal arteriovenous fistulas in elderly patients and others present contradictory results. A meta-analysis of available evidence was performed to assess (1) whether non-elderly adults have the same risk of forearm arteriovenous fistula failure as elderly patients with end-stage renal disease and (2) whether such a distal access has the same risk of failure as more proximal access procedures or grafts in elderly patients.

Methods: A literature search was performed using the MEDLINE and SCOPUS electronic databases. The analysis involved studies that comprised subgroups of elderly patients and compared their outcomes with those of non-elderly adults. Articles comparing patency rates of radial-cephalic and proximal fistulas or grafts in elderly patients were also included. Thirteen relevant studies (all cohort observational studies, 11 retrospective) were identified and included in the final analysis.

Results: The meta-analysis revealed a statistically significantly higher rate of radial-cephalic arteriovenous fistula failure in elderly patients compared with non-elderly adults at 12 (odds ratio [OR], 1.525; $P = .001$) and 24 months (OR, 1.357, $P = .019$). The primary radial-cephalic arteriovenous fistula failure rate was also in favor of the non-elderly adults (OR, 1.79; $P = .012$). Secondary analysis revealed a pooled effect in favor of the elbow brachiocephalic fistulas that was statistically significant ($P = .004$) compared with distal fistulas in elderly patients.

Conclusion: This meta-analysis found an increased risk of radial-cephalic fistula failure in elderly patients and significant benefit from the creation of proximal autologous brachiocephalic fistulas. If confirmed by further prospective studies, these differences should be considered when planning a vascular access in incident elderly patients.

[πιστοποιητικό № 159]

160. Georgiadis GS, Souftas VD, Papas TT, Lazarides MK, Prassopoulos P.
Inferior epigastric artery aneurysms. Review of the literature and case report.

Eur J Vasc Endovasc Surg 2006 Feb;33(2):182-186

doi:10.1016/j.ejvs.2006.08.006

[20]

A case report is presented of a IEA false aneurysm successfully embolized in a 50-year old man following a blunt abdominal injury. A literature review revealed another 15 cases. Most cases were iatrogenic (13/16) complicating abdominal wall procedures. Treatment options included open surgery (8 cases), percutaneous coil embolization (6), ultrasound guided thrombin injection or ultrasound guided compression (2). The selected treatment (surgical or non-surgical) was not affected by the size of the aneurysm ($p > 0.6$) and was successful in all patients. However two of the non-surgically removed lesions (25%) remained unchanged in size for a long time causing discomfort. IEA false aneurysms represent an uncommon entity. Open surgery for IEA false aneurysms is easy and cheap. Endovascular approaches can lead to a long delay in resolution of the problem.

[πιστοποιητικό № 160]

161. Lazarides MK, Georgiadis GS, Papas TT, Nikolopoulos ES, Vretzakis G, Simopoulos CE.
The effect of different teaching methods on final year medical students' skills in examining arteries and veins.

Med Teach 2006 Aug;28(5):486.

doi:10.1080/01421590600626054

[0]

Πρόκειται για αυθύπαρκτο γράμμα στον εκδότη (δεν αποτελεί απάντηση ή σχόλιο σε άρθρο άλλου συγγραφέα) στο οποίο επισημαίνεται η ανάγκη της καλύτερης εκπαίδευσης των φοιτητών Ιατρικής στο μάθημα της Αγγειοχειρουργικής, δεδομένου ότι η τελευταία πλήν της αλματώδους ανάπτυξης της, αποτελεί και μονο-ειδικότητα σε αρκετές χώρες της Ευρώπης. Η πρόταση αυτή επήλθε μετά από διενέργεια ερωτηματολογίου σε φοιτητές Ιατρικής που διδάσκονταν (ομάδα I) ή όχι (ομάδα II) το μάθημα της Αγγειοχειρουργικής, σχετικά με την ικανότητα εξέτασης αρτηριών και φλεβών με χρήση της συσκευής Doppler. Πιο επαρκείς απαντήσεις εδόθησαν από φοιτητές της ομάδας I, δηλαδή από αυτούς που διδάσκονταν το μάθημα της Αγγειοχειρουργικής (υποχρεωτικό ή επιλεγόμενο).

[πιστοποιητικό № 161]

162. Lazarides MK, Georgiadis GS, Papas TT, Nikolopoulos ES.
Diagnostic criteria and treatment of Buerger's disease: a review.

Int J Low Extrem Wounds 2006 Jun;5(2):89-95.

doi:10.1177/1534734606288817

[43]

Buerger's disease is an inflammatory occlusive disorder affecting the small and medium-size arteries and veins of young, predominantly male, smokers. The disorder has been identified as an autoimmune response triggered when nicotine is present. Tobacco abuse is the major contributing risk factor; however, smoking seems to be a synergistic factor rather than the cause of the disease. The traditional diagnosis of Buerger's disease is based on 5 criteria (smoking history, onset before the age of 50 years, infrapopliteal arterial occlusive disease, either upper limb involvement or phlebitis migrans, and absence of atherosclerotic risk factors other than smoking). As there is no specific diagnostic test and an absence of positive serologic markers, confident clinical diagnosis should be made only when all these 5 criteria have been fulfilled although not universally accepted. The angiographic findings in Buerger's disease ("corkscrew," "spider legs," or "tree roots") are helpful but not pathognomonic. A wide spectrum of medical or surgical therapeutic options have been proposed; however, total abstinence from tobacco use remains the only means of stopping the disease progression. The initial management of patients with Buerger's disease should be conservative. Because several arteries may be unaffected, claudicants should be encouraged to walk, whereas patients with "critical" ischemia should be admitted for bed rest in the hospital. Bypass grafting is seldom an option, as the location of the lesions distally leaves little to bypass because of lack of target vessels. A literature review revealed only a few series reporting vascular reconstruction (mainly femorodistal bypasses) in Buerger's disease. Bypass patency rates were suboptimal; however, the corresponding limb salvage rates were satisfactory. A possible explanation is that patent grafts, even over a short period of time, are sufficient to allow healing of ulcers in patients with Buerger's disease.

[πιστοποιητικό № 162]

163. Georgiadis GS, Deftereos SP, Eleftheriadou E, Zacharouli D, Lazarides MK.
Delayed presentation of a posterior tibial false aneurysm.

Surgery 2006 Mar;139(3):446-447.

doi:10.1016/j.surg.2004.09.014

[12]

Πρόκειται για περιγραφή μιας σπάνιας περίπτωσης απώτερης εμφάνισης ανευρύσματος της οπίσθιας κνημιαίας αρτηρίας σε νεαρό ασθενή μετά από προηγούμενα τραυματική κάκωση της περιοχής της γαστροκνημίας προ 4 ετών.

[πιστοποιητικό № 163]

164. Lazarides MK, Georgiadis GS, Papas TT, Gardikis S, Maltezos C.

Operative and nonoperative management of children aged 13 years or younger with arterial trauma of the extremities.

J Vasc Surg 2006 Jan;43(1):72-76; discussion 76.

doi:10.1016/j.jvs.2005.09.031

[34]

Background: Previous studies have suggested that open repair of arterial injuries in very young children often leads to less satisfactory outcomes. The aim of this study is to describe a decade's experience in the management of pediatric arterial trauma of the limbs, with an additional specific objective to evaluate the long-term outcome of arterial traumas in preschool children treated conservatively.

Methods: Hospital charts were reviewed for all children aged <13 years with arterial trauma of the extremities who underwent operative or nonoperative treatment. Twenty-three children were located who had arterial traumas equally divided between the upper extremity (13) and lower extremity (10).

Results: The method of treatment was either open surgical repair or medical treatment consisting of systematic heparin administration. In 11 of 12 school-aged children (>6 years; mean age, 10 years), open surgical repair was performed. In six of 11 preschool children (<6 years; mean, 3.2 years) medical treatment was offered. Open repair was deferred in all children <2.5 years. Autologous vein interposition grafting was the most common surgical procedure and was performed in 10 patients. There were no deaths, and 87% limb salvage (21/23) was achieved. Two patients, both in the surgical arm, underwent lower limb amputation. The long-term outcome of those treated conservatively was excellent in all but one child, in whom minor limb-length discrepancy was detected.

Conclusion: Surgical repair can be performed in school-aged children as in adults. Surgical treatment of arterial injuries in neonates, infants, and those children <2.5 years old might best be deferred in ischemic but nonthreatened limbs. In a nonthreatened ischemic extremity in this age group, systemic heparinization is an alternative safe method of management. Limb loss is rare if distal Doppler signals are present; but as children grow, limb shortening is a threat. In preschool children, the risks of an open surgical repair must be weighed against any potential benefits.

[πιστοποιητικό № 164]

■ Η ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ ΑΥΤΗ (ΠΕΡΙΛΗΨΗ) ΑΝΕΦΕΡΘΗΚΕ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΑΣΤΗΚΕ ΣΤΟ ΒΙΒΛΙΟ YEAR BOOK OF VASCULAR SURGERY 2008 (ΤΟΜΟΣ ΜΕ ΤΑ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΑΡΘΡΑ ΤΗΣ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΠΟΥ ΕΚΔΙΔΕΤΑΙ ΚΑΘΕ ΧΡΟΝΟ).

[πιστοποιητικό № 164a]

165. Georgiadis GS, Lazarides MK, Polychronidis A, Simopoulos K.

Surgical treatment of femoral artery infected false aneurysms in drug abusers.

ANZ Journal of Surgery 2005 Nov;75(11):1005-1010.

doi:10.1111/j.1445-2197.2005.03578.x

[25]

Πρόκειται για ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά με τη χειρουργική τακτική αντιμετώπισης ψευδών ανευρυσμάτων στα μηριαία αγγεία σε χρήστες ναρκωτικών ουσιών, μετά από άστοχες παρακεντήσεις. Η ανασκόπηση αφορά άρθρα που είναι γραμμένα στην Αγγλική γλώσσα και που παρουσιάζουν αποτελέσματα χειρουργικής αντιμετώπισης τουλάχιστον τεσσάρων ψευδοανευρυσμάτων στα μηριαία αγγεία. Δίδεται έμφαση κυρίως στην αντιπαράθεση που επικρατεί διεθνώς σχετικά με την ορθότερη χειρουργική θεραπευτική πρακτική μετά την εμφάνιση τέτοιας επιπλοκής.

[πιστοποιητικό № 165]

166. Georgiadis GS, Lazarides MK

The significance of medial sural artery integrity in popliteal artery trauma: a case report.

Int J Low Extrem Wounds 2005 Dec;4(4):255-257.

doi:10.1177/1534734605282596

[1]

Two patients with popliteal artery trauma who underwent secondary amputations due to refractory calf sepsis despite a patent arterial repair are presented in this case report. The medial sural artery, the main arterial supply of the medial head of the gastrocnemius, was surgically severed in both patients owing to the use of a continuous medial incision from the supra level to infragenicular level. The compromised arterial supply of the medial head of the gastrocnemius muscle may have contributed to the devitalization of the muscle and the subsequent calf sepsis, and it is speculated that this was related to the unfavorable outcome

[πιστοποιητικό № 166]

167. Tziakas DN, Lazarides MK, Tentes IK, Georgiadis GS, Eleftheriadou E, Chalikias GK, Kortsaris A, Hatseras DI.

Gelatinases (MMP-2 and MMP-9) induce carotid plaque instability but their systemic levels are not predictive of the local events.

Ann Vasc Surg 2005 Jul;19(4):529-533.

doi:10.1007/s10016-005-5018-6

[17]

Matrix metalloproteinases (MMPs) appear to play a central role in atherosclerotic plaque remodeling; however, the relationship of increased MMP levels in inducing carotid plaque instability remains controversial. We investigated whether gelatinases (MMP-2 and MMP-9) are implicated in carotid intraplaque hemorrhage and whether their serum levels may predict local carotid events. Nineteen carotid specimens obtained by endarterectomy of 18 patients were studied. The presence of gross intraplaque hemorrhage was recorded before plaque removal and quantification of MMP-2, MMP-9, and tissue inhibitor of metalloproteinase-1 (TIMP-1) in extracts from (1) the more stenotic area of the plaque, (2) the periphery of the plaque, and (3) serum was performed by enzyme-linked immunosorbent assay. MMP-9 levels measured in extracts from the most stenotic area were significantly higher in patients with intraplaque hemorrhage ($p = 0.007$); however, serum levels showed no difference, while those taken from the periphery of the lesion

were also increased but did not reach a statistically significant level ($p = 0.06$). An increase in MMP-2 values was observed in the periphery of the lesion ($p = 0.04$) in patients with intraplaque hemorrhage. TIMP-1 levels showed no difference between the two groups regardless of the presence or absence of intraplaque hemorrhage. No significant differences in MMP levels were observed between symptomatic and asymptomatic patients. Increased levels of MMPs, particularly MMP-9, have been implicated in carotid intraplaque hemorrhage without their serum levels being predictive of local events.
[πιστοποιητικό № 167]

168. Georgiadis GS, Lazarides MK, Lambidis CD, Panagoutsos SA, Kostakis AG, Bastounis EA, Vargemezis VA.
Use of short PTFE segments (<6cm) compares favorably with pure autologous repair in failing or failed thrombosed native arteriovenous fistulas.

J Vasc Surg 2005 Jan;41(1):76-81.

doi:10.1016/j.jvms.2004.10.034

[29]1

■ REF 488: SPANISH CLINICAL GUIDELINES ON VASCULAR ACCESS FOR HEMODIALYSIS (NEPHROLOGIA 2017;37 SUPPL 1:1-191)

Objective: The re-establishment of patency in a stenosed or thrombosed native arteriovenous fistula (AVF) is fundamental to regaining adequate hemodialysis through the same cannulable vein. Many surgeons have been reluctant to use even small segments of synthetic grafts in AVF revisions because of a perception that these would lead to poor results; however, studies comparing various treatment options are scarce. This study compared the use of short (<6 cm) polytetrafluoroethylene (PTFE) segments with pure autologous repair in stenosed or thrombosed native fistulas.

Methods: The cumulative postintervention primary patency rates of two groups of hemodialysis patients receiving different surgical revision operations of their vascular accesses were prospectively compared. Group I ($n = 30$) comprised patients who presented with stenosed or thrombosed native fistulas and received short (2 to 6 cm) interposition PTFE grafts placed after the stenosed or thrombosed outflow vein segment was resected. These short PTFE grafts were not used for cannulation. Group II ($n = 29$) comprised patients who presented with dysfunctional or failed AVFs and underwent various types of pure autogenous corrections. AVF dysfunction or thrombosis was detected with clinical examination and color duplex ultrasound scanning. In all cases, on-table arteriography-fistulography was performed before surgical repair. Access adequacy was assessed in all patients postoperatively after the first puncture and every month thereafter (mean follow up 16.7 months).

Results: No statistically significant difference in patency was observed between the two groups. Postintervention cumulative patencies were 100%, 88%, and 82% for group I and 90%, 82%, and 71% for group II at 6, 12, and 18 months, respectively ($P = .8$).

Conclusions: Short (<6 cm) interposition PTFE segments used for the revision of failing or failed AVFs compare favorably to purely native repair and do not alter the autologous behavior of the initial access. These short PTFE revisions resulted in satisfactory midterm primary patency without further consumption of the venous capital by harvesting segments of vein from other locations and without compromising more proximal access sites. This practice is recommended and is justified as part of an aggressive access salvage policy addressed by many authors so far.

[πιστοποιητικό № 168]

■ Η ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ ΑΥΤΗ (ΠΕΡΙΛΗΨΗ) ΑΝΕΦΕΡΘΗΚΕ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΑΣΤΗΚΕ ΣΤΟ ΒΙΒΛΙΟ YEAR BOOK OF VASCULAR SURGERY 2006 (ΤΟΜΟΣ ΜΕ ΤΑ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΑΡΘΡΑ ΤΗΣ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΠΟΥ ΕΚΔΙΔΕΤΑΙ ΚΑΘΕ ΧΡΟΝΟ).

[πιστοποιητικό № 168a]

■ Η ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ ΑΥΤΗ ΠΡΟΣΤΕΘΗΚΕ ΣΤΑ UPDATES ΤΟΥ ΔΙΤΟΜΟΥ ΒΙΒΛΙΟΥ ΤΗΣ ΑΓΓ/ΚΗΣ VASCULAR SURGERY 6TH EDITION (EDITOR: RUTHERFORD RB)

In: Section XVII ARTERIOVENOUS HEMODIALYSIS ACCESS > 117 Strategies of Arteriovenous Dialysis Access > STRATEGIES OF PROSTHETIC ACCESS INSERTION

UPDATE

Date Added: 23 December 2005

Short polytetrafluoroethylene segments compare favorably to pure native repair in failing or failed native arteriovenous fistulas.

The native arteriovenous fistula (AVF) still remains the first-line preferred option for patients undergoing dialysis; however, mature AVF can become stenosed or thrombosed. In these cases, re-establishing patency is vital for regaining adequate hemodialysis through the same cannulable vein. National Kidney Foundation-Dialysis Outcomes Quality Initiative (NKF-DOQI) guidelines recommend elective surgical or endovascular repair in poorly functioning AVFs, because these procedures preserve other vascular access sites for future use. However, studies comparing the various treatment options are limited. In one study, 59 patients who underwent surgical revision of their failing or failed accesses were either treated with short-length (2 cm to 6 cm) interposition polytetrafluoroethylene (PTFE) grafts ($n = 30$) or various types of pure autogenous corrections in which no prosthetic material was used ($n = 29$). Clinical endpoints included AVF dysfunction or thrombosis, which were detected by clinical examination and color Doppler ultrasound scanning. In patients treated with short PTFE segments, post-intervention primary cumulative patency was 100% at 6 months, 88% at 12 months, and 82% at 18 months, compared with 90%, 82%, and 71% for subjects treated with procedures that did not use prosthetic material at the same time points. However, these differences were not statistically significant ($p = 0.8$). The use of the short PTFE interposition grafts did not affect infection rates. This study showed that short interposition PTFE segments were just as successful for the revision of failing or failed AVFs as purely native repair and do not alter the autologous behavior of the initial access.

Georgiadis GS, Lazarides MK, Lambidis CD et al: Use of short PTFE segments (< 6 cm) compares favorably with pure autologous repair in failing or thrombosed native arteriovenous fistulas. *J Vasc Surg* 41:76-81, 2005.

169. Lazarides MK, Georgiadis GS.
Re: Arguments regarding the "all autogenous" vascular access policy.

Eur J Vasc Endovasc Surg 2004 Jan;27(1):104-105.

doi:10.1016/j.ejvs.2003.09.009

[5]

Πρόκειται για γράμμα στον εκδότη όπου εκφράζονται αντιρρήσεις σχετικά με την άποψη που συχνά διατυπώνεται ότι με επιμονή και καλή χειρουργική τεχνική είναι δυνατή σε κάθε αιμοκαθαιρόμενο ασθενή η δημιουργία αυτόλογης Α-Φ επικοινωνίας. Διατυπώνεται η άποψη ότι σε ειδικές ομάδες ασθενών όπως οι υπερήλικες έχει θέση και η πρωτογενής δημιουργία προσθετικών Α-Φ επικοινωνιών, στους τελευταίους η διατήρηση κεντρικών θέσεων για μελλοντικές προσπελάσεις δεν έχει νόημα λόγω του περιορισμένου προσδόκιμου επιβίωσης.
[πιστοποιητικό № 169]

170. Lazarides MK, Staramos DN, Kopadis G, Maltezos C, Tzilalis VD, Georgiadis GS.
Onset of arterial 'steal' following proximal angioaccess: immediate and delayed types.

Nephrol Dial Transplant 2003 Nov;18(11):2387-2390.

doi:10.1093/ndt/fgf346

[64]

- REF 266: VASCULAR ACCESS: 2018 CLINICAL PRACTICE GUIDELINES OF THE EUROPEAN SOCIETY FOR VASCULAR SURGERY [EUR J VASC ENDOVASC SURG 2018;55(6):757-818]
- REF 91: SPANISH CLINICAL GUIDELINES ON VASCULAR ACCESS FOR HEMODIALYSIS (NEPHROLOGIA 2017;37 SUPPL 1:1-191)
- REF 7: CLINICAL PRACTICE GUIDELINE [COMPLICATIONS OF VASCULAR ACCESS (GUIDELINES 8.1-8.3)], VASCULAR ACCESS FOR HEMODIALYSIS (UK RENAL ASSOCIATION 6TH EDITION)

Background: Critical hand ischaemia following angioaccess is a potentially devastating complication and timely surgical repair is necessary to prevent permanent sequelae. However, the duration of the post-operative surveillance needed to exclude its occurrence has not been determined.

Methods: A retrospective review conducted over a 10-year period revealed 28 patients with critical hand ischaemia following access and surgical repair. The initial access that resulted in the limb-threatening 'steal' included 10 autologous brachiocephalic arteriovenous (AV) fistulae and 18 AV bridge grafts. The two groups of patients, those with autologous AV fistulae and those with AV bridge grafts, were compared regarding the time elapsed from the initial access to the correction procedure, the systolic pressure index between the two forearms and the existence of tissue loss.

Results: There was a highly significant difference in the time elapsed from the creation of the initial access to the revision procedure among the two groups, the median time being 2 days in the AV graft group and 165 days in the autologous group ($P < 0.00001$). The method of treatment was the distal revascularization-interval ligation (DRIL) procedure in the majority of patients (23 of 28), with immediate relief of ischaemic symptoms in all and a mid-term 1 year patency of 69%.

Conclusions: Severe steal develops immediately following AV bridge grafting and patients should be closely monitored during the first 24 h; surveillance is not indicated beyond 1 month. In contrast, steal following formation of proximal autogenous fistulae may be either of immediate or of 'late' onset, months or years after the creation of the fistulae, and lifelong monthly surveillance is recommended. Close monitoring is also recommended after any subsequent surgical or interventional correcting procedure for all access types. DRIL is the procedure of choice in limb-threatening severe steal.

[πιστοποιητικό № 170]

171. Georgiadis GS, Polychronidis A.
Access surgery and the role of nephrologists.

Am J Kidney Dis 2003 May;41(5):1126.

doi:10.1016/S0272-6386(03)00294-4

[2]

Πρόκειται για γράμμα στον εκδότη όπου εκφράζονται ερωτηματικά σχετικά με το αν ο "μέσος νεφρολόγος" είναι σε θέση να εκτελεί εκτός από τις πρωτογενείς Α-Φ επικοινωνίες για χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση, και τις διορθώσεις που απαιτούνται σε περίπτωση επιπλοκών. Επισημαίνεται επίσης ότι η εμπειρία μεμονωμένων Νεφρολογικών τμημάτων στη διενέργεια πρωτογενών Α-Φ επικοινωνιών, δεν αποτελεί τον κανόνα.

[πιστοποιητικό № 171]

172. Lazarides MK, Tzilalis VD, Georgiadis GS, Georgopoulos SE, Arvanitis DP.
Femoro-anterior tibial reconstructions using cuffed PTFE grafts: routing alternatives.

Vasa 2003 Feb;32(1):22-25.

[2]

Background: The anterior tibial is the less often used artery for distal anastomosis in infrapopliteal bypass with synthetic grafts; however, several investigators argue against even an attempt to use non-autologous material for such distal reconstructions. Only few studies report patency rates mixing-up popliteal below-knee and various crural bypasses.

Patients and Methods: Nineteen consecutive femoral-anterior tibial cuffed PTFE bypass grafts, either via the lateral ($n = 15$) or interosseous ($n = 4$) route, were inserted in a 10-years period.

Results: The 1-year and 2-year primary patency rate was 71% and 53%, respectively. It is noteworthy that in one patient a graft positioned via the lateral route remained patent for ten years. No complications were observed regarding the routing methods, whatever increased operating time was required in the interosseous route cases. The 3-year cumulative survival rate for this particular group of patients was 32%.

Conclusions: Our data indicate that femoral-anterior tibial bypasses using cuffed PTFE grafts via the lateral route result in an acceptable medium-term patency. As such patients have a limited life expectancy, these procedures should be performed when an autologous vein is not available, as opposed to primary amputation.

[πιστοποιητικό № 172]

173. Georgiadis GS, Lazarides MK, Didilis VN, Mikroulis DA, Bougioukas GI.
Treatment of femoral artery thrombosis following intra-aortic balloon insertion leaving the catheter in place.

J Cardiovasc Surg (Torino). 2003 Feb;44(1):149-150.

[1]

Πρόκειται για αυθύπαρκτο γράμμα στον εκδότη (δεν αποτελεί απάντηση ή σχόλιο σε άρθρο άλλου συγγραφέα). Παρουσιάζεται ενδιαφέρουσα περίπτωση όπου περιγράφεται μια τεχνική χειρουργικής αντιμετώπισης μηριαίας θρόμβωσης οφειλόμενης σε

ενδοαορτικό μπαλόνι που τοποθετήθηκε διαδερμικά σε αθηρωματική μηριαία αρτηρία. Εγινε θρομβεκτομή ενώ ο καθετήρας παρέμεινε in situ.
[πιστοποιητικό № 173]

174. Tentes AA, Tripsiannis G, Markakidis SK, Karanikiotis CN, Tzegas G, Georgiadis G., Avgidou K.
Peritoneal cancer index: a prognostic indicator of survival in advanced ovarian cancer.
Eur J Surg Oncol. 2003 Feb;29(1):69-73.
doi:10.1053/ejso.2002.1380
[66]

Aim: The peritoneal cancer index (PCI) has been used for the detailed evaluation of the peritoneal spread in tumors of gastrointestinal origin and has been found to be a prognostic indicator of survival. The aim of this study was the identification of the significance of the peritoneal cancer index in advanced ovarian cancer.

Methods: From 1990 to 2001, 60 women, mean age 65+/-10.84 (41-86), were treated for advanced ovarian cancer. The performance status (Karnofsky performance scale), age, prior surgery score (PSS), peritoneal cancer index (PCI), tumor volume, tumor grade, residual tumor, the presence of ascites, treatment with adjuvant chemotherapy, histopathologic subtype and FIGO stage were retrospectively correlated to survival using univariate model of statistical analysis.

Results: Hospital mortality and morbidity were 11.7 and 16.7% respectively. The recurrence rate was 23.3%. Overall 5-year survival rate was 41% and mean survival 63+/-8 months. The peritoneal cancer index was related to survival (P=0.0253). The other favorable clinical prognostic indicators of survival were low grade and small volume tumors, treatment with adjuvant chemotherapy and complete cytoreductive surgery (P<0.05).

Conclusions: The peritoneal spread in advanced ovarian cancer can be assessed in detail using the peritoneal cancer index. It is a significant prognostic factor of survival and is useful in identifying subgroups.

>>>Πρόκειται περί αναδρομικής μελέτης κατά την οποία εκτιμάται η προγνωστική αξία του περιτοναϊκού δείκτη καρκινωμάτωσης (ΠΔΚ) σε προχωρημένο καρκίνο ωοθηκών. Σε μια χρονική περίοδο 11 ετών (1990-2001) 60 γυναίκες με προχωρημένο καρκίνο ωοθηκών που αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά, διερευνήθηκαν με βάση τον ΠΔΚ αλλά και άλλες κλινικές παραμέτρους (κλίμακα Karnofsky, ηλικία, δείκτης προηγηθέντων επεμβάσεων, έκταση του όγκου, βαθμός διαφοροποίησης του όγκου, υπολειπόμενος όγκος, παρουσία ασκίτη, θεραπεία με συμπληρωματική χημειοθεραπεία, ιστοπαθολογική εικόνα και στάδιο FIGO). Βρέθηκε ότι ο ΠΔΚ έχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την επιβίωση. Επίσης η χαμηλής διαφοροποίησης όγκοι, η μικρής έκτασης όγκοι, η θεραπεία με συμπληρωματική χημειοθεραπεία και η πλήρης κυτταρομειωτική χειρουργική αφαίρεση του όγκου σχετίζονται στατιστικώς σημαντικά με την επιβίωση.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Ο περιτοναϊκός δείκτης καρκινωμάτωσης μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την επιλογή αρρώστων που ωφελούνται από την κυτταρομειωτική χειρουργική.

[πιστοποιητικό № 174]

175. Lazarides MK, Georgiadis GS, Tzilalis VD.
Diabetes should not preclude efforts for creation of a primary radiocephalic fistula.
Nephrol Dial Transplant. 2002 Oct;17(10):1852-1853. author reply 1853-1854.
[5]

Πρόκειται για γράμμα στον εκδότη όπου εκφράζονται αμφιβολίες σχετικά με την από πολλούς συγγραφείς διατυπωμένη άποψη να επιχειρείται σαν πρώτη αγγειακή “προσπέλαση” στους διαβητικούς κεντρική αρτηριοφλεβική επικοινωνία αντί για κερκίδο-κεφαλική άμεση Α-Φ επικοινωνία στον καρπό (τύπου Brescia-Cimino).

[πιστοποιητικό № 175]

176. Georgiadis GS, Trellopoulos G, Nikolopoulos ES, Lazarides MK.
Last word.
Perspect Vasc Surg Endovasc Ther. 2002; published online 19 May 2010
doi: 10.1177/1531003510372415
[0]

Πρόκειται για απάντηση σε σχολιασμό (commentary) που αφορά πρόσφατα δημοσιευμένο πλήρες άρθρο μας (αρ. 138).
[πιστοποιητικό № 176]

177. Georgiadis GS, Nikolopoulos E, Papanas N, Lazarides MK.
Haskal ZJ, Trerotola S, Dolmatch B, et al. Stent graft versus balloon angioplasty for failing dialysis-access grafts. N Engl J Med. 2010;362:494-503
Perspect Vasc Surg Endovasc Ther. 2010;22(3):200-203
[0]

Πρόκειται για σχολιασμό (commentary) σε άρθρο άλλου συγγραφέα, το οποίο περιλαμβάνει και μετα-ανάλυση μελετών παρατήρησης που συγκρίνουν την χειρουργική με την ενδοαγγειακή θρομβεκτομή μοσχευμάτων αιμοκάθαρσης.
[πιστοποιητικό № 177]

- (τα πλήρη άρθρα των πιο πάνω δημοσιεύσεων μπορεί να αναζητηθούν με την μορφή pdf, στα πιστοποιητικά [ΤΟΜΟΣ IIIa, IIIb και IIIγ])

Ακολουθεί συγκεντρωτικός πίνακας των ξενόγλωσσων δημοσιεύσεων[†]

► Με τη σειρά που εμφανίζονται στην Ιατρική βάση δεδομένων PubMed

(τελευταία πρόσβαση στις 30 Απριλίου 2019 με αναζήτηση: Georgiadis GS, or Georgiadis G and Tentis or Georgiadis G and Lazarides M)

ΔΕΝ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ ΤΑ ΑΡΘΡΑ *IN PRESS*

	Περιοδικό	Έτος δημοσίευσης	Μήνας δημοσίευσης	Impact factor [†]	1 ^ο όνομα	2 ^ο όνομα	3 ^ο όνομα	Τελευταίο όνομα	Corresponding author	Βιβλιογραφική αναφορά (citation in Scopus)	Βιβλιογραφική αναφορά (citation in Book)
1	J Neurol Sc	2019	Apr	2.448	-	-	-	-	-	0	0
2	J Vasc Nurs	2019	Mar		-	-	-	X	-	0	0
3	Ren Fail	2019	Nov	2.732	-	-	-	X	X	0	0
4	J Endovasc Ther	2019	Apr	1.440	-	-	-	X	-	0	0
5	Circulation	2019	Feb	18.88	-	-	-	-	-	0	0
6	J Vasc Access	2019	Jan	1.306	-	-	-	X	X	1	0
7	Curr Pharm Des	2018	Dec	2.757	-	-	-	X	-	1	0
8	Expert Rev Med Devices	2019	Jan	2.094	-	-	-	X	-	0	0
9	Ann Vasc Surg	2018	Nov	1.363	-	-	-	X	-	0	0
10	Eur J Neurol	2018	Nov	4.621	-	-	-	-	-	0	0
11	Ren Fail	2018	Nov	1.440	X	-	-	-	X	0	0
12	Eur J Vasc Endovasc Surg	2018	Sep	3.877	X	-	-	-	X	1	0
13	Ann Vasc Surg	2018	Sep	1.363	-	-	-	X	X	0	0
14	J Neurol	2018	Oct	3.783	-	-	-	-	-	4	0
15	Ann Vasc Surg	2018	Nov	1.363	X	-	-	-	X	1	0
16	Eur J Vasc Endovasc Surg	2018	Oct	3.877	-	X	-	-	-	0	0
17	Ann Vasc Surg	2018	Aug	1.363	-	-	-	X	X	0	0
18	J Vasc Access	2018	Sep	1.306	-	-	-	X	-	0	0
19	Ann Vasc Surg	2018	May	1.363	-	-	-	X	-	0	0
20	Eur J Vasc Endovasc Surg	2018	Apr	3.877	-	X	-	-	X	2	1
21	Ann Vasc Surg	2018	May	1.363	X	-	-	-	X	0	0
22	Ann Vasc Surg	2018	Apr	1.363	-	-	-	X	X	0	0
23	Phlebology	2018	Oct	1.513	-	-	-	-	-	0	0
24	Expert Rev Med Devices	2018	Jan	2.094	-	-	-	X	-	4	0
25	Hellenic J Cardiol	2017	Nov	1.890	-	-	-	X	-	0	0
26	Int Angiol	2018	Feb	1.156	-	-	-	X	-	2	0
27	Semin Vasc Surg	2016	Dec	1.291	-	-	-	X	-	3	0
28	J Endovasc Ther	2017	Oct	2.732	-	X	-	-	X	14	2
29	Phlebology	2018	Aug	1.513	-	-	-	X	X	2	0
30	J Endovasc Ther	2017	Aug	2.732	-	-	-	X	-	4	0
31	Minim Invasive Ther Allied Technol	2017	Dec	1.333	-	-	X	-	X	2	0
32	Ann Vasc Surg	2017	Aug	1.363	-	-	-	-	-	1	0
33	Ann Vasc Surg	2017	Aug	1.363	-	-	X	-	-	0	0
34	Cochrane Database Syst Rev	2017	Apr	6.754	-	X	-	-	-	7	0
35	Radiol Med	2017	Apr	1.819	-	-	-	X	-	5	0
36	J Vasc Access	2017	Jan	1.306	X	-	-	-	X	2	0
37	Med Hypotheses	2017	Jan	1.120	-	X	-	-	-	0	0
38	Ann Vasc Surg	2017	Feb	1.363	-	-	-	X	-	4	0
39	Ann Vasc Surg	2017	Apr	1.363	-	-	X	-	-	1	0
40	Hemodial Int	2017	Jan	1.237	X	-	-	-	X	0	0
41	Hemodial Int	2017	Apr	1.237	X	-	-	-	X	0	0
42	Angiology	2017	Feb	3.022	-	X	-	-	-	2	0
43	Ann Vasc Surg	2016	Jul	1.363	-	X	-	-	-	8	0
44	Vasc Med	2016	Jun	2.393	X	-	-	-	X	10	0

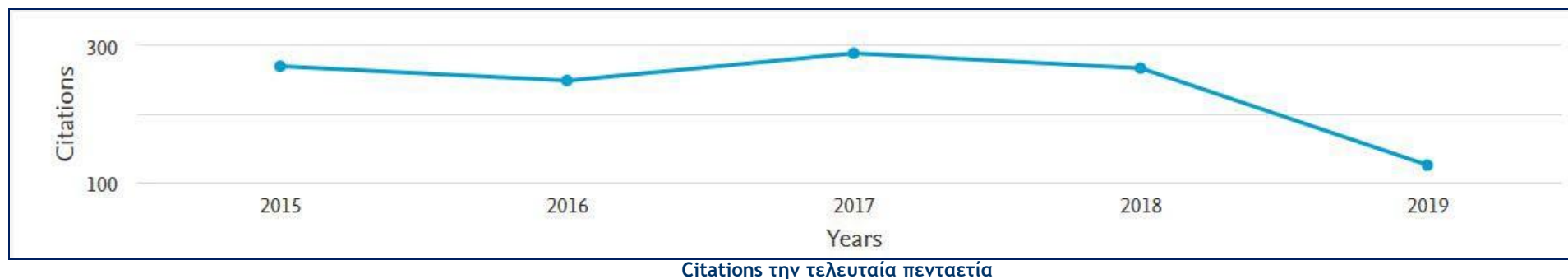
45	Vasc Endovascular Surg	2016	May	0.872	-	-	X	-	-	2	0
46	J Cardiovasc Surg (Torino)	2017	Aug	1.195	X	-	-	-	X	6	0
47	Med Hypotheses	2016	Feb	1.120	-	-	X	-	-	2	0
48	Expert Rev Med Devices	2016	Feb	2.094	-	-	X	-	-	16	1
49	Front Surg	2016	Jan	-	-	-	X	-	-	0	0
50	Case Rep Vasc Med	2015	Dec	-	X	-	-	-	X	0	0
51	J Endovasc Ther	2016	Feb	2.732	X	-	-	-	X	33	3
52	Hellenic J Cardiol	2015	Sep-Oct	1.890	-	X	-	-	X	0	0
53	J Endovasc Ther	2015	Oct	2.732	-	X	-	-	-	44	1
54	Vascular	2016	Aug	1.089	-	-	-	-	X	1	0
55	J Vasc Access	2015	Nov-Dec	1.306	-	-	-	-	-	4	0
56	J Vasc Access	2015	Sep	1.306	-	X	-	-	-	0	0
57	J Hand Microsurg	2015	Jun	-	-	-	-	-	-	0	0
58	J Endovasc Ther	2015	Jun	2.732	-	-	-	-	-	5	0
59	Vascular	2015	Aug	1.089	-	-	-	-	-	4	0
60	Eur J Vasc Endovasc Surg	2015	May	3.877	X	-	-	-	X	22	2
61	J Vasc Surg	2015	Jun	3.294	X	-	-	-	X	5	0
62	Vasa	2015	Mar	1.120	X	-	-	-	X	0	0
63	J Vasc Access	2015	Mar	1.306	-	X	-	-	-	4	0
64	Contrib Nephrol	2015	Feb	0.931	-	X	-	-	-	3	0
65	Ann Vasc Surg	2015	Feb	1.363	-	-	-	X	-	16	0
66	Vascul Pharmacol	2015	Nov	3.607	-	-	X	-	-	25	0
67	Vascular	2015	Dec	1.089	-	X	-	-	X	0	0
68	Int Angiol	2014	Oct	1.156	-	-	-	X	-	3	0
69	Interact Cardiovasc Thorac Surg	2014	Oct	1.756	-	-	X	-	-	8	0
70	Cardiovasc J Afr	2014	Sep	1.022	X	-	-	-	X	1	0
71	J Endovasc Ther	2014	Aug	2.732	-	X	-	-	-	1	0
72	Int Angiol	2014	Oct	1.156	-	-	X	-	-	5	0
73	J Endovasc Ther	2014	Jun	2.732	-	-	-	-	-	4	0
74	Cardiovasc Intervent Radiol	2014	Oct	2.210	-	-	X	-	-	1	0
75	Eur J Neurol	2014	Oct	4.621	-	-	X	-	-	26	1
76	J Vasc Access	2014	Apr	1.306	-	X	-	-	-	7	0
77	Interact Cardiovasc Thorac Surg	2014	Aug	1.756	-	-	-	X	-	4	0
78	J Vasc Surg	2014	Aug	3.294	X	-	-	-	X	29	1
79	Int J Artif Organs	2014	Jan	1.133	-	-	-	-	-	4	0
80	Int J Artif Organs	2014	Feb	1.133	X	-	-	-	X	7	0
81	Ann Vasc Surg	2014	Aug	1.363	-	-	X	-	-	6	0
82	Ann Vasc Surg	2014	Jul	1.363	-	-	-	X	-	1	0
83	J Endovasc Ther	2014	Feb	2.732	-	X	-	-	-	13	0
84	J Vasc Interv Radiol	2014	Feb	2.758	X	-	-	-	X	0	0
85	Ann Vasc Surg	2014	May	1.363	-	-	-	-	-	1	0
86	J Endovasc Ther	2013	Dec	2.732	X	-	-	-	X	8	0
87	Int Angiol	2013	Dec	1.156	-	X	-	-	-	0	0
88	Eur J Vasc Endovasc Surg	2014	Feb	3.877	-	-	X	-	-	21	0
89	JAMA Surg	2013	Dec	8.500	-	X	-	-	-	32	0
90	Angiology	2014	Oct	3.022	-	X	-	-	-	2	0
91	J Vasc Surg	2013	Oct	3.294	-	X	-	-	-	53	0
92	Acad Med	2013	Sep	4.801	-	X	-	-	-	4	0

93	Interact Cardiovasc Thorac Surg	2013	Dec	1.756	-	-	-	X	-	9	0
94	J Vasc Interv Radiol	2013	Oct	2.758	X	-	-	-	X	7	0
95	Int Angiol	2013	Aug	1.156	-	-	-	X	-	0	0
96	Int J Low Extrem Wounds	2013	Jun	1.212	-	-	-	-	-	6	0
97	J Vasc Access	2013	Oct-Dec	1.306	-	-	-	-	-	2	0
98	J Endovasc Ther	2013	Apr	2.732	-	-	-	-	-	10	0
99	J Vasc Surg	2013	Apr	3.294	-	-	-	-	-	34	0
100	J Vasc Interv Radiol	2013	Mar	2.758	X	-	-	-	X	0	0
101	J Endovasc Ther	2013	Feb	2.732	-	X	-	-	-	3	0
102	ANZ J Surg	2013	Oct	1.586	X	-	-	-	X	6	0
103	Int J Artif Organs	2013	Jan	1.133	X	-	-	-	X	3	0
104	J Vasc Surg	2013	Feb	3.294	-	X	-	-	-	127	12
105	J Vasc Surg	2013	Jan	3.294	-	X	-	-	-	2	0
106	Vasc Endovasc Surg	2013	Jan	0.872	-	X	-	-	-	5	1
107	J Vasc Surg	2013	Jan	3.294	-	-	X	-	-	58	1
108	Angiology	2012	Nov	3.022	-	-	-	-	-	14	0
109	Neurol Sci	2013	Jul	2.285	-	-	-	-	-	3	0
110	Angiology	2013	Jan	3.022	-	X	-	-	-	5	0
111	J Vasc Surg	2012	Sep	3.294	-	-	X	-	-	7	0
112	J Endovasc Ther	2012	Aug	2.732	-	-	-	-	-	13	1
113	Perspect Vasc Surg Endovasc Ther	2012	Jun	-	-	-	-	-	X	3	0
114	Neurol Sci	2013	Jun	2.285	-	-	-	-	-	1	0
115	Int Angiol	2012	Aug	1.156	-	X	-	-	-	0	0
116	Int Angiol	2012	Jun	1.156	-	X	-	-	-	5	0
117	Vasc Endovasc Surg	2012	Jul	0.872	-	X	-	-	-	0	0
118	Perspect Vasc Surg Endovasc Ther	2012	Mar	-	-	-	-	X	X	41	0
119	Ann Vasc Surg	2012	Apr	1.363	-	X	-	-	-	0	0
120	Vasc Med	2012	Jun	2.393	-	X	-	-	-	17	1
121	Vasc Endovasc Surg	2012	Feb	0.872	-	X	-	-	-	3	1
122	Vascular	2013	Feb	1.089	-	-	-	-	-	9	0
123	J Cardiovasc Surg (Torino)	2012	Aug	1.195	-	X	-	-	X	16	1
124	J Vasc Access	2012	Jul-Sep	1.306	-	-	X	-	-	11	0
125	J Vasc Surg	2012	Apr	3.294	-	-	X	-	-	20	1
126	Minim Invasive Ther Allied Technol	2012	Sep	1.333	-	X	-	-	X	7	1
127	J Vasc Access	2012	Apr-Jun	1.306	-	-	X	-	-	3	0
128	J Endovasc Ther	2011	Aug	2.732	X	-	-	-	X	36	7
129	J Vasc Surg	2011	Oct	3.294	-	X	-	-	-	44	2
130	J Vasc Surg	2011	Aug	3.294	-	X	-	-	-	2	0
131	J Vasc Surg	2011	Sep	3.294	X	-	-	-	X	53	4
132	Int Angiol	2011	Apr	1.156	-	-	-	-	-	14	0
133	Angiology	2011	Aug	3.022	-	-	X	-	-	6	0
134	J Vasc Access	2011	Jul-Sep	1.306	-	X	-	-	-	11	0
135	J Vasc Surg	2011	May	3.294	-	-	X	-	-	16	3
136	Int J Artif Organs	2010	Nov	1.133	X	-	-	-	X	4	1
137	Eur J Vasc Endovasc Surg	2011	Feb	3.877	X	-	-	-	X	3	1
138	Perspect Vasc Surg Endovasc Ther	2009	Dec	-	-	X	-	-	X	7	0
139	J Vasc Surg	2010	Sep	3.294	-	X	-	-	X	6	0

140	Int Angiol	2009	Oct	1.156	-	X	-	-	-	3	0
141	J Endovasc Ther	2009	Oct	2.732	-	X	-	-	X	34	3
142	Eur J Vasc Endovasc Surg	2009	Oct	3.877	X	-	-	-	X	2	0
143	Eur J Vasc Endovasc Surg	2009	Sep	3.877	-	-	X	-	-	62	6
144	Int Angiol	2009	Jun	1.156	X	-	-	-	X	1	0
145	Int J Low Extrem Wounds	2009	Jun	1.212	-	-	X	-	-	28	0
146	Eur J Vasc Endovasc Surg	2008	Nov	3.877	-	X	-	-	-	21	0
147	J Vasc Surg	2008	Jul	3.294	-	X	-	-	-	0	0
148	J Vasc Surg	2008	Jun	3.294	X	-	-	-	X	62	5
149	J Vasc Surg	2008	Apr	3.294	X	-	-	-	X	23	0
150	Vasc Endovasc Surg	2007	Dec/08-Jan	0.872	-	X	-	-	-	2	1
151	J Diabetes Complications	2007	Nov-Dec	2.792	-	-	-	-	-	46	0
152	Vasc Endovasc Surg	2007	Oct-Nov	0.872	-	-	-	-	-	13	0
153	Surg Today	2007	Oct	2.501	X	-	-	-	X	9	0
154	J Vasc Surg	2007	Sep	3.294	X	-	-	-	X	1	0
155	Int Angiol	2007	Sep	1.156	-	-	-	-	-	20	0
156	Eur J Vasc Endovasc Surg	2007	Aug	3.877	-	-	-	-	-	7	0
157	Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol	2007	Nov	2.249	-	-	X	-	-	15	0
158	Wien Klin Wochenschr	2007	Apr	1.003	-	X	-	-	-	5	0
159	J Vasc Surg	2007	Feb	3.294	-	X	-	-	-	169	3
160	Eur J Vasc Endovasc Surg	2007	Feb	3.877	X	-	-	-	X	20	0
161	Med Teach	2006	Aug	2.450	-	X	-	-	-	0	0
162	Int J Low Extrem Wounds	2006	Jun	1.212	-	X	-	-	-	43	2
163	Surgery	2006	Mar	3.574	X	-	-	-	-	12	0
164	J Vasc Surg	2006	Jan	3.294	-	X	-	-	X	34	2
165	ANZ Journal of Surgery	2005	Nov	1.586	X	-	-	-	X	25	0
166	Int J Low Extrem Wounds	2005	Dec	1.212	-	X	-	-	-	1	0
167	Ann Vasc Surg	2005	Jul	1.363	-	-	-	-	-	17	0

168	J Vasc Surg	2005	Jan	3.294	X	-	-	-	X	29	6
169	Eur J Vasc Endovasc Surg	2004	Jan	3.877	-	X	-	-	-	5	0
170	Nephrol Dial Transplant	2003	Nov	4.602	-	-	-	X	-	64	8
171	Am J Kidney Dis	2003	May	7.543	X	-	-	-	X	0	0
172	Vasa-Eur J Vasc Med	2003	Feb	1.210	-	-	X	-	-	2	1
173	J Cardiovasc Surg (Torino)	2003	Feb	1.195	X	-	-	-	X	1	0
174	Eur J Surg Oncol	2003	Feb	3.688	-	-	-	-	-	66	0
175	Nephrol Dial Transplant	2002	Oct	4.602	-	X	-	-	-	1	1
176	Perspect Vasc Surg Endovasc Ther	2010	May	-	X	-	-	-	X	0	0
177	Perspect Vasc Surg Endovasc Ther	2010	Nov	-	X	-	-	-	X	0	0
Σύνολο:				399.448	41	52	25	21	58		
Mean impact factor				2,282							
Citations (Scopus)										2012	
Citations (Books)										88	
h-factor:										25	

‡: με βάση διαθέσιμα στοιχεία του 2018 (ISI Impact factors)



ΑΝΑΦΟΡΕΣ (CITATIONS) ΤΩΝ ΠΛΗΡΩΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΜΕΝΩΝ ΑΡΘΡΩΝ ΣΕ ΒΙΒΛΙΑ
ΠΛΗΡΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗ

(Α/Α)(αριθμός δημοσίευσης που αναφέρεται), βλέπε πίνακα σελ. 88-92

- ▣ (1)(175) Bakran A, Mickley V, Passlick-Deetjen J (Eds). Management of the Renal Patient: Clinical algorithms on vascular access for haemodialysis. Pabst Science Publishers, 2003 p. 129
- ▣ (2)(170) Mickley V. Steal syndrome: the sword of Damocles of arteriovenous access surgery. In: Branchereau A, Jacobs M editors. Unexpected challenges in Vascular Surgery. 1st ed., Wiley- Blackwell, 2005 p.
- ▣ (3)(168) Weiswasser JM, Sidavy AN. Section XVII: Arteriovenous hemodialysis access, 117: Strategies of of arteriovenous dialysis access. In: Rutherford RB (Ed). Vascular Surgery. 6th ed. 2005, p. 1675.
- ▣ (4)(170) Brooks MJ, Davies AH. Ischemic complications of vascular access surgery. In: Davies AH (Ed). Fast Facts: Vascular Surgery Highlights 2005—06. 1st ed., Health Press Limited, 2006 p. 28-36
- ▣ (5)(168) Moneta GL (Ed). YEAR BOOK: Year Book of Vascular Surgery, Mosby, Inc., 2006 p. 302.
- ▣ (6)(170) Lazarides MK, Tzialis VD. Acute ischemia of the upper extremity following graft arteriovenous fistulae. In: Geroulakos G, van Urk H, Hobson II RW (Eds). Vascular Surgery: Cases, questions and commentaries. 2nd ed., Springer-Verlag, London, UK, 2006 p. 359-364.
- ▣ (7)(164) Moneta GL (Ed). YEAR BOOK: Year Book of Vascular Surgery, Mosby, Inc., 2008 p. 270-271.
- ▣ (8)(168) Lazarides MK, Georgiadis GS. Redo surgery for failing and failed haemodialysis accesses. In: Geroulakos G, Reddy D (Eds). Reinterventions in vascular and endovascular surgery. P.M.P. Paschalidis Medical Publications, 2008 p. 127-133.
- ▣ (9)(170) Lazarides MK, Georgiadis GS. Redo surgery for failing and failed haemodialysis accesses. In: Geroulakos G, Reddy D (Eds). Reinterventions in vascular and endovascular surgery. P.M.P. Paschalidis Medical Publications, 2008 p. 127-133.
- ▣ (10)(148) Georgiadis GS, Antoniou GA, Lazarides MK. Optimal management of upper limb venous aneurysms in association with a vascular access. In: Piergiorgio C, Giannoukas AD, Moll FL, Veller M (Eds). Vascular aneurysms. University of Thessaly Press, 2009 p. 399-412
- ▣ (11)(168) Georgiadis GS, Antoniou GA, Lazarides MK. Optimal management of upper limb venous aneurysms in association with a vascular access. In: Piergiorgio C, Giannoukas AD, Moll FL, Veller M (Eds). Vascular aneurysms. University of Thessaly Press, 2009 p. 399-412
- ▣ (12)(170) Lazarides M, Antoniou G, Georgiadis G, Giannoukas A. Lower extremity vascular access. In: Tordoir J (Ed). Vascular access. Edizioni Minerva Medica, 2009 p. 117-125.
- ▣ (13)(168) Lazarides M, Antoniou G, Georgiadis G, Giannoukas A. Lower extremity vascular access. In: Tordoir J (Ed). Vascular access. Edizioni Minerva Medica, 2009 p. 117-125.
- ▣ (14)(150) Lazarides M, Antoniou G, Georgiadis G, Giannoukas A. Lower extremity vascular access. In: Tordoir J (Ed). Vascular access. Edizioni Minerva Medica, 2009 p. 117-125.
- ▣ (15)(170) Schild F, Fuller JC, Collier P. What Causes AV Access Related Hand Ischemia? In: Selected short papers from the Sixth Annual Controversies in Dialysis Access, 12-13 November 2009 The Westin St. Francis San Francisco, California 2009 p. 268-269.
- ▣ (16)(148) Shemesh D, Zaghal I, Berelowitz D, Verstandig A, Olsha O. Endovascular management of access aneurysms. In: Tordoir J (Ed). Best practice in vascular access. Edizioni Minerva Medica, 2010 p. 123-136.
- ▣ (17)(148) Mickley V. Surgical management of access aneurysms. In: Tordoir J (Ed). Best practice in vascular access. Edizioni Minerva Medica, 2010 p. 137-144.
- ▣ (18)(143) Lazarides MK, Georgiadis GS, Nikolopoulos E. Surgical intervention for vascular access infection. In: Tordoir J (Ed). Best practice in vascular access. Edizioni Minerva Medica, 2010 p. 151-159.
- ▣ (19)(172) Lazarides MK, Georgiadis GS, Nikolopoulos E. Surgical intervention for vascular access infection. In: Tordoir J (Ed). Best practice in vascular access. Edizioni Minerva Medica, 2010 p. 151-159.
- ▣ (20)(170) Hassanein A, Wilson SA. Dialysis-access associated ischemic steal syndrome. In: Wilson SA (Ed). Vascular-Access principles and practices. 5th ed., Lippincot Williams, Philadelphia, USA, 2010 p. 178-181.
- ▣ (21)(141) Goncalves FB, Voute MT, de Vries JPPM, van Keulen JW, Dekker H, Moll FL, van Herwaarden JA, Verhagen HJM. Is extreme angulation of the proximal aortic aneurysm neck still a contra-indication for EVAR? Does it last? In: Greenhalgh RM (Ed). Vascular and Endovascular Consensus Update. BIBA Publishing, London, UK, 2011, p. 253-263.
- ▣ (22)(120) Efstratios Georgakarakos, Antonios Xenakis, George S. Georgiadis, Konstantinos Kapoulas, Evangelos Nikolopoulos, Miltos Lazarides. Chapter 8. Studying the Flow Dynamics Within Endografts in Abdominal Aortic Aneurysms. In: Aneurysms, 2012 Aug 29th, Yasuo Murai (Ed). <http://www.intechopen.com/books>. InTech, <http://dx.doi.org/10.5772/46034>, p. 151-168.
- ▣ (23)(121) Efstratios Georgakarakos, Antonios Xenakis, George S. Georgiadis, Konstantinos Kapoulas, Evangelos Nikolopoulos, Miltos Lazarides. Chapter 8. Studying the Flow Dynamics Within Endografts in Abdominal Aortic Aneurysms. In: Aneurysms, 2012 Aug 29th, Yasuo Murai (Ed). <http://www.intechopen.com/books>. InTech, <http://dx.doi.org/10.5772/46034>, p. 151-168.
- ▣ (24)(131) Ten Raa S, Gonçalves FB, Rouwet EV, Hendriks JM, Verhagen HJM. Indications for EVAR: do we need to follow instructions for use? In: Jean-Paul PM de Vries (Ed). Latest insights into abdominal aortic aneurysms and endovascular repair. Edizioni Minerva Medica, Turin, 2012 p. 47-57.
- ▣ (25)(137) Ippoliti A, Pratesi G, Barbante M, Morelli M, Patacconi D, Watchouang SB. Complications of percutaneous access: results of p-EVAR. Pratesi C, Pulli R (Eds). Management of complications after EVAR and TEVAR. Edizioni Minerva Medica, Torino, 2012 p. 17-28.
- ▣ (26)(128) Biasi L, Tecchio T, Azzarone M, de Troia A, Vezzosi M, Mottini F, Nabulsi B, Lazzolino L, Rossi C, Salcuni PF. Percutaneous endovascular aortic aneurysm repair (p-EVAR) vs open femoral access (o-EVAR). A prospective, non-randomized, comparative study and review of the literature. In: Pratesi C, Pulli R (Eds). Management of complications after EVAR and TEVAR. Edizioni Minerva Medica, Torino, 2012 p. 290-293.
- ▣ (27)(141) Bastos Gonçalves F, de Vries J-P. PM, Voute MT, Hendriks JM, Rouwet EV, ten Raa S, Moll FL, van Herwaarden JA, H. Verhagen H JM. ...In extremely angulated proximal AAA necks? In: Jean-Pierre Becquemin (Ed). Controversies and Updates in Vascular Surgery 2012. Divine [id], Marseille-France, 2012 p. 87-96.
- ▣ (28)(128) Perini P, Maurel B, Sobocinski J, Guillou M, Azzaoui R, Midulla M, Haulon S. Ultrasound-guided puncture for EVAR. In: Jean-Pierre Becquemin (Ed). Controversies and Updates in Vascular Surgery 2012. Divine [id], Marseille-France, 2012 p. 134-143.
- ▣ (29)(143) Bourquelot P, Rawa M, Van Laer O. Long-term results of femoral vein transposition for autogenous arteriovenous hemodialysis access. In: Jean-Pierre Becquemin (Ed). Controversies and Updates in Vascular Surgery 2012. Divine [id], Marseille-France, 2012 p. 271-277.
- ▣ (30)(143) Gibbons CP. PTFE grafts. In: Jean-Pierre Becquemin (Ed). Controversies and Updates in Vascular Surgery 2012. Divine [id], Marseille-France, 2012 p. 278-281.
- ▣ (31)(135) Moneta GL (Ed). YEAR BOOK: Year Book of Vascular Surgery, Mosby, Inc., 2012

- (32)(131) Jackson BM, Fairman RM. Suprarenal fixation is required for EVAR. The advantages afforded with suprarenal fixation when treating abdominal aortic aneurysms. In: Endovascular Today Europe (www.evtoday.com). EVAR: New device options offer solutions for more AAA patients, but questions regarding ideal applications remain.. Bryn Mawr Communications II LLC, Wayne, USA, 2012 March p. 46,48,50,51.
- (33)(104) Tsilimparis N, Kölbel T. What signs indicate a compromised seal zone? How to achieve an adequate seal zone from the aortic arch to the iliac bifurcation. In: Endovascular Today Europe (www.evtoday.com). Keys to a durable endovascular repair. Bryn Mawr Communications II LLC, Wayne, USA, 2013 Nov p. 9-14.
- (34)(104) Amir H, Malkawi AH, Thompson MM, Loftus IM. Standard EVAR for the 10-mm neck. A comprehensive strategy composed of the essential experience and technology needed to achieve satisfactory outcomes when treating short-necked aneurysms. In: Endovascular Today Europe (www.evtoday.com). EVAR: past-present-future. Bryn Mawr Communications II LLC, Wayne, USA, 2013 Feb p. 51-54,56,58.
- (35)(128) Krajcer Z. A less-invasive protocol for EVAR. Can lower-profile endografts improve the safety and efficiency of EVAR? In: Endovascular Today Europe (www.evtoday.com). Expanding EVAR safely. Bryn Mawr Communications II LLC, Wayne, USA, 2013 Sept p. 17-19.
- (36)(128) Kansai N, Krajcer Z. Bringing PEVAR into mainstream aortic aneurysm repair. Critical factors for success: the importance of device attributes and physician experience. In: Endovascular Today Europe (www.evtoday.com). The state of CAS (Featured Technology Section). Bryn Mawr Communications II LLC, Wayne, USA, 2013 Sept p. 28-30.
- (37)(104) Malkawi AH, Thompson MM, Loftus IA. Standard EVAR for the 10-mm neck: A comprehensive strategy composed of the essential experience and technology needed to achieve satisfactory outcomes when treating short-necked aneurysms. In: Endovascular Today Europe (www.evtoday.com). EVAR Past-present-future. Volume 1, No 2., Bryn Mawr Communications II LLC, Wayne, USA, 2013 p. 41-47.
- (38)(104) Knowles M, Baig S, Timaran CH. Beyond standard EVAR. With the progressive nature of aortic disease, fenestrated EVAR might be the best option for treating infrarenal AAAs with marginal short necks. In: Endovascular Today Europe (www.evtoday.com). Keys to a durable endovascular repair. Bryn Mawr Communications II LLC, Wayne, USA, 2013 Nov p. 15-19.
- (39)(148) Sessa C, Guelle N, DeLambert A, Pichot A, Cochet E, Ducos C, Palacin P. Surgery of angioaccess venous aneurysms and pseudoaneurysms. CAVC Congress book 2013
- (40)(126) Wyatt MG, Rose JD. Peripheral and abdominal aortic aneurysms. In: Beard JD, Gaines PA, Loftus I (Eds). Vascular and Endovascular Surgery. 5th ed., Saunders Elsevier, Edinburg, UK, 2014 p. 226-245.
- (41)(128) Wyatt MG, Rose JD. Peripheral and abdominal aortic aneurysms. In: Beard JD, Gaines PA, Loftus I (Eds). Vascular and Endovascular Surgery. 5th ed., Saunders Elsevier, Edinburg, UK, 2014 p. 226-245.
- (42)(159) Brown PTW, Mitchel DC. Central venous and dialysis access. In: Beard JD, Gaines PA, Loftus I (Eds). Vascular and Endovascular Surgery. 5th ed., Saunders Elsevier, Edinburg, UK, 2014 p. 279-297.
- (43)(168) Brown PTW, Mitchel DC. Central venous and dialysis access. In: Beard JD, Gaines PA, Loftus I (Eds). Vascular and Endovascular Surgery. 5th ed., Saunders Elsevier, Edinburg, UK, 2014 p. 279-297.
- (44)(159) Huber TS. Chapter 73. Hemodialysis access: general considerations. In: Cronewett JL, Johnston KW (Eds). Rutherford's Vascular Surgery, 7th ed., Saunders Elsevier, Philadelphia, USA, 2014 p. 1082-1098.
- (45)(162) Akar AR, Durdu S. Chapter 79. Thromboangiitis obliterans (Buerger's disease). In: Cronewett JL, Johnston KW (Eds). Rutherford's Vascular Surgery, 7th ed., Saunders Elsevier, Philadelphia, USA, 2014 p. 1167-1186.
- (46)(164) Kauvar DS, Kraiss LW. Chapter 179. Vascular trauma: extremity. In: Cronewett JL, Johnston KW (Eds). Rutherford's Vascular Surgery, 7th ed., Saunders Elsevier, Philadelphia, USA, 2014 p. 2485-2500.
- (47)(125) Morasch MD. Chapter 107. Vertebral Artery Disease. In: Cronewett JL, Johnston KW (Eds). Rutherford's Vascular Surgery, 7th ed., Saunders Elsevier, Philadelphia, USA, 2014 p. 1640-1658.
- (48)(104) Krajcer Z. The Gore Excluder AAA endoprosthesis with C3 delivery system: results in high-volume centers. In: Setacci C (Ed). Recent developments in T/EVAR. Edizioni Minerva Medica, Turin, Italy, 2014 p. 50-61.
- (49)(143) Harris LM. Chapter 77. Hemodialysis Access Nonthrombotic Complications. In: Cronewett JL, Johnston KW (Eds). Rutherford's Vascular Surgery, 7th ed., Saunders Elsevier, Philadelphia, USA, 2014 p. 1135-1152.
- (50)(162) Putz R, Kröger K(*), Schilling T, Nowak G, Koch D, Koch M. Superficial thrombophlebitis (section: clinical picture*). In: Zeller T, Cissarek T, Gray WA, Kröger K (Eds). Vascular medicine. Theory and practice, 2nd ed. Thieme publishers, Stuttgart Germany, 2014 p. 389-396.
- (51)(112) Rolls AE, Riga CV, Rudarakanchana N, Lee SL, Albayati M, Hamady M, Bicknell CD, Cheshire NJ. Planning for EVAR: the role of modern software. In: Setacci (Eds). Recent developments in T/EVAR. Edizioni Minerva Medica; Torino, 2014 p. 1-9.
- (52)(104) Rhee RY. Challenges of EVAR in highly angulated and short infrarenal neck anatomies. This difficult clinical presentation remains one of the few roadblocks to a higher standard of success with endovascular repair. In: Endovascular Today Europe (www.evtoday.com). Proven performance across indications. Bryn Mawr Communications II LLC, Wayne, USA, 2014 Suppl Feb p. 20-22.
- (53)(131) Rhee RY. Challenges of EVAR in highly angulated and short infrarenal neck anatomies. This difficult clinical presentation remains one of the few roadblocks to a higher standard of success with endovascular repair. In: Endovascular Today Europe (www.evtoday.com). Proven performance across indications. Bryn Mawr Communications II LLC, Wayne, USA, 2014 Suppl Feb p. 20-22.
- (54)(106) Tang X, Fu W, Wang Y. Managing difficult aortic necks. A perspective from a Chinese vascular program. In: Endovascular Today Europe (www.evtoday.com). EVAR 2014. Current Global Perspectives on AAA Treatment. Bryn Mawr Communications II LLC, Wayne, USA, 2014 Feb p. 83-87.
- (55)(104) Ouriel K. ActiveSeal™ endograft technology and aneurysm sac regression. New core lab analysis provides insight into clinical benefits. In: Endovascular Today Europe (www.evtoday.com). Anatomic fixation and ActiveSeal. Bryn Mawr Communications II LLC, Wayne, USA, 2014 Jul p. 11-13.
- (56)(141) Rhee RY. Infrarenal fixation is all that is necessary. Essential factors determining EVAR durability at the proximal sealing zone. In: Endovascular Today Europe (www.evtoday.com). EVAR: Infrarenal Versus Suprarenal Fixation. Bryn Mawr Communications II LLC, Wayne, USA, 2014 Feb p. 83-87.
- (57)(104) Ouriel K. ActiveSeal™ endograft technology and aneurysm sac regression. New core lab analysis provides insight into clinical benefits. In: Endovascular Today Europe (www.evtoday.com). Anatomic fixation and ActiveSeal. The decade of advancements in endovascular AAA repair. Bryn Mawr Communications II LLC, Wayne, USA, 2014 Jul p. 11-13
- (58)(104) Rhee RY. Taking advantage of opportunities to maximize infrarenal seal. Advantages and applicability of the Gore® C3® delivery system. In: Endovascular Today Europe (www.evtoday.com). Trusted Performance. Durable solutions for thoracic and abdominal aortic repair. Bryn Mawr Communications II LLC, Wayne, USA, 2015 Mar p. 23-26.
- (59)(131) Rhee RY. Taking advantage of opportunities to maximize infrarenal seal. Advantages and applicability of the Gore® C3® delivery system. In: Endovascular Today Europe (www.evtoday.com). Trusted Performance. Durable solutions for thoracic and abdominal aortic repair. Bryn Mawr Communications II LLC, Wayne, USA, 2015 Mar p. 23-26.

- (60)(48) Lazarides MK. Controversy: What's next when upper limb access sites are exhausted? Lower limb femoral vein transposition is the best choice. In: Controversies and Updates in Vascular Surgery Abstract Book 2015, p. 50.
- (61)(148) Morsy M. Lecture: Treatment of aneurysmal angioaccess: What is better to keep a functioning haemodialysis access? In: Controversies and Updates in Vascular Surgery Abstract Book 2015, p. 54-55.
- (62)(136) Morsy M. Lecture: Treatment of aneurysmal angioaccess: What is better to keep a functioning haemodialysis access? In: Controversies and Updates in Vascular Surgery Abstract Book 2015, p. 54-55.
- (63)(143) Scholz H. Chapter 3.3. AV fistulas in the cubital fossa and in the upper arm. In: Scholz H (Ed). Arteriovenous access surgery. Ensuring adequate vascular access for hemodialysis 1st ed. Springer-Verlag Berlin Heidelberg Germany, 2015 p. 11-55.
- (64)(104) Gimenez-Gaibar A, Gonzalez-Canas E, Solanich-Valldaura T, Herranz-Pinilla Carolina. Anaconda™ AAA stent graft system for infrarenal neck angulations up to 90°. A clinical case report demonstrating endovascular aneurysm repair in an elderly patient with hostile neck anatomy. In: Endovascular Today Europe (www.evtoday.com). EVARlution. More options and more solutions to treat complex AAA anatomy. Bryn Mawr Communications II LLC, Wayne, USA, 2016 Nov p. 18-20
- (65)(128) Krajcer WZ. 20 Years of PEVAR, 20 questions with Zvonimir Krajcer. One of the pioneers in percutaneous endovascular aneurysm repair shares thoughts on the early days of the procedure, how it has evolved over 2 decades, and what may come next. In: Endovascular Today Europe (www.evtoday.com). Interventional oncology. A closer look. Bryn Mawr Communications II LLC, Wayne, USA, 2016 Sep p. 39-43
- (66)(75) Loftus IM, Paraskevas KI. Urgent carotid endarterectomy does not increase risk and will prevent more strokes. In: Greenhalgh RM (Ed). Vascular and Endovascular Consensus Update. BIBA Publishing, London, UK, 2016, p. 31-35.
- (67)(104) Shih M, Rhee R. Achieving precise placement, optimal seal and conformability in challenging aortic anatomies. In: Greenhalgh RM (Ed). Vascular and Endovascular Consensus Update. BIBA Publishing, London, UK, 2016, p. 299-303.
- (68)(60) Passman M, Black III JH, Corriere MA, Peterson BG, Starnes BW (Eds). YEAR BOOK: Year Book of Vascular Surgery, Mosby, Inc., 2016 p. 271-272
- (69)(51) Verzini F, Loschi D, Lenti M. Chapter 9. Thoraco-abdominal aneurysms. Follow-up interventions. In: Mangialardi N, Setacci C (Eds). Advanced endovascular procedures for complex aortic diseases, 1st ed., Edizioni Minerva Medica, Torino, Italy, 2017 p. 169-173.
- (70)(51) Tadiello M, Giannace G, de Donato G, Setacci F, Benevento D, Galzerano G, Alberti A, Volpe P, Setacci C. Chapter 10. Para and juxtarenal aneurysms. Branched and fenestrated endografts. In: Mangialardi N, Setacci C (Eds). Advanced endovascular procedures for complex aortic diseases, 1st ed., Edizioni Minerva Medica, Torino, Italy, 2017 p. 178-185.
- (71)(135) Marilen Christiane Hartz. Retrospektive Analyse der Entstehung von Narbenhernien nach offener Reparatur des infrarenalen Aortenaneurysmas. In: Thesis for doctoral (Advisor: Matthias Glanemann), Jan 2017.
- (72)(129) Marilen Christiane Hartz. Retrospektive Analyse der Entstehung von Narbenhernien nach offener Reparatur des infrarenalen Aortenaneurysmas. In: Thesis for doctoral (Advisor: Matthias Glanemann), Jan 2017.
- (73)(28) Dias NV, Sonesson B, Resch T. Choosing the right option for treating EVAR Failure: When to use and avoid endovascular options. A review of the various indications for reintervening after infrarenal EVAR and the technical options available. In: Endovascular Today Europe (www.evtoday.com). Abdominal aortic approaches. Bryn Mawr Communications II LLC, Wayne, USA, 2018 Mar p. 75-78.
- (74)(107) Marone EM. S.M.A.R.T.® Flex Vascular Stent System: Two-year experience in treating femoropopliteal lesions. In: Endovascular Today Europe (www.evtoday.com). Abdominal aortic approaches. Bryn Mawr Communications II LLC, Wayne, USA, 2018 Mar p. 26-28.
- (75)(104) Mc Farland G, Lee JT. What Constitutes a Compromised Aortic Neck in 2018? Anatomic risk factors associated with an increased risk of proximal seal failure with standard EVAR in the era of device and technique advancement In: Endovascular Today Europe (www.evtoday.com). Abdominal aortic approaches. Bryn Mawr Communications II LLC, Wayne, USA, 2018 Mar p. 75-78.
- (76)(51) El Batti S, Prent A, Mastracci TM. Fenestrated options for treating compromised AAA necks. An overview of today's available devices to overcome a hostile neck. In: Endovascular Today Europe (www.evtoday.com). Abdominal aortic approaches. Bryn Mawr Communications II LLC, Wayne, USA, 2018 Mar p. 68-70.
- (77)(123) Mahnken AH. Chapter: Interventionelle Therapie. In: Pape Hans-Christoph, Hildebrand F, Ruchholtz S (Eds). Management des Schwerverletzten 1st ed. DOI: 10.1007/978-3-662-54980-3_22. Springer Berlin Heidelberg Germany, 2018 p. 281-291.
- (78)(159) Pirozzi N, Scrivano J, Pirozzi R. Chapter 5. VA in the elderly. In: Castelli P, Setacci C (Eds). Vascular access for hemodialysis, 1st ed., Edizioni Minerva Medica, Torino, Italy, 2018 p. 22-24.
- (79)(170) Pirozzi N, Scrivano J, Pirozzi R. Chapter 5. VA in the elderly. In: Castelli P, Setacci C (Eds). Vascular access for hemodialysis, 1st ed., Edizioni Minerva Medica, Torino, Italy, 2018 p. 22-24.
- (80)(135) Tajabadi Z, Babakkhodadadi, Garshasbi M, Jie T. A Case Report of Abdominal Aortic Aneurysm presenting as an Inguinal Mass. In: International Journal of Clinical and Medical Cases (Boffin Access-Open Access Journal/ISSN 2517-7346).
- (81)(129) Tajabadi Z, Babakkhodadadi, Garshasbi M, Jie T. A Case Report of Abdominal Aortic Aneurysm presenting as an Inguinal Mass. In: International Journal of Clinical and Medical Cases (Boffin Access-Open Access Journal/ISSN 2517-7346).
- (82)(60) Clausen LL. Chapter 9. Ultrasound mapping. In: Castelli P, Setacci C (Eds). Vascular access for hemodialysis, 1st ed., Edizioni Minerva Medica, Torino, Italy, 2018 p. 34-36.
- (83)(78) Nodari F, Bonardelli S. Chapter 12. Upper arm AVF. Is it always the first choice?. In: Castelli P, Setacci C (Eds). Vascular access for hemodialysis, 1st ed., Edizioni Minerva Medica, Torino, Italy, 2018 p. 50-52.
- (84)(143) Nodari F, Bonardelli S. Chapter 12. Upper arm AVF. Is it always the first choice?. In: Castelli P, Setacci C (Eds). Vascular access for hemodialysis, 1st ed., Edizioni Minerva Medica, Torino, Italy, 2018 p. 50-52.
- (85)(20) Depus S, et al. Chapter: Abdominelles Aortenaneurysma (AAA): Leitlinien und Studienlage. In: Debus ES, Grundmann RT (Eds). Evidenzbasierte Gefachirurgie 2nd ed. DOI: 10.1007/978-3-662-57709-7_5. Springer-Verlag Berlin and Heidelberg GmbH & Co. K, Germany, 2019 p. 65-85.
- (86)(28) Depus S, et al. Chapter: Abdominelles Aortenaneurysma (AAA): Leitlinien und Studienlage. In: Debus ES, Grundmann RT (Eds). Evidenzbasierte Gefachirurgie 2nd ed. DOI: 10.1007/978-3-662-57709-7_5. Springer-Verlag Berlin and Heidelberg GmbH & Co. K, Germany, 2019 p. 65-85.
- (87)(128) Makaloski V, Tsilimparis N, Kölbel T. Comparison of fascial closure technique to cut-down in TEVAR. In: Greenhalgh RM (Ed). Vascular and Endovascular Consensus Update. BIBA Publishing, London, UK, 2019, p. 73-78.
- (88)(53) Brizzi V, Gonthier C, Midy D, Ducasse E, Berard X. Late secondary rupture after EVAR: 10 years' experience. In: Greenhalgh RM (Ed). Vascular and Endovascular Consensus Update. BIBA Publishing, London, UK, 2019, p. 159-164.

II. ΠΛΗΡΕΙΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ®: 23

(®περιοδικά που περιλαμβάνονται στη βάση ΙΑΤΡΟΤΕΚ)

□ Επιστημονικά περιοδικά με κριτές: 8

1. Χ. Καλπακλής, Ν. Παπαδόπουλος, Γ. Γεωργιάδης, Γ. Δουρίδας, Α.Α. Τέντες
To Helicobacter Pylori στην αιμορραγία του πεπτικού έλκους

Κλινική εργασία

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ, Τόμος 59, Τεύχος 5 (Σεπ-Οκτ 1993), σελ. 400-404

Σκοπός της μελέτης ήταν να βρεθεί η σχέση του Helicobacter Pylori (HP) με την αιμορραγία του πεπτικού έλκους. Μελετήθηκαν 271 ασθενείς από τους οποίους οι 71 είχαν ως εκδήλωση αιμορραγία του έλκους. Οι θετικοί και οι αρνητικοί στο HP ασθενείς χωρίστηκαν σε αυτούς που αιμορράγησαν και σ' αυτούς που είχαν άλλη εκδήλωση του πεπτικού έλκους. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι ασθενείς που είναι θετικοί στο HP έχουν μικρότερη πιθανότητα να αιμορραγήσουν από τους αρνητικούς είτε πάσχουν από έλκος στομάχου είτε 12/δακτύλου. Το HP δεν σχετίζεται με τη χειρουργική ή συντηρητική αντιμετώπιση του έλκους. Οι θετικοί στο HP ασθενείς εμφανίζουν συχνότερα δυσπλαστικές αλλοιώσεις και μεταπλασία του γαστρικού βλεννογόνου.

2. Μ.Α. Σιών, Α. Χατζητόλιος, Γ. Γεωργιάδης, Δ. Σοφianού, Γ. Ζιάκας, Β. Δαλαίνας
Η δραστηριότητα και η ασφάλεια της κεφεπίμης στη θεραπεία νοσοκομειακών και εξωνοσοκομειακών λοιμώξεων

Ερευνητική εργασία

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ, Τόμος 62, Τεύχος 5 (Σεπ-Οκτ 1996), σελ. 428-432

Στη μελέτη αυτή αξιολογήθηκε η δραστηριότητα της κεφεπίμης ως μονοθεραπείας, σε 50 ασθενείς (28 άνδρες, 22 γυναίκες) με σοβαρές νοσοκομειακές (Ν) και εξωνοσοκομειακές (Ε) λοιμώξεις. Ανιχνεύθηκαν 56 εστίες λοίμωξης, εκ των οποίων οι 21 αφορούσαν το κατώτερο αναπνευστικό (12Ν, 9Ε), οι 19 το ουροποιητικό (9Ν, 10Ε), οι 8 ενδοκοιλιακά όργανα (5Ν, 3Ε) και οι υπόλοιπες 8 μικροβιακές-σηψαιμίες (7Ν, 1Ε). Όλοι οι απομονωθέντες παθογόνοι μικροοργανισμοί ήταν ευαίσθητοι στην κεφεπίμη που χορηγήθηκε σε δόσεις 2gr/12h ή 2gr/8h και μέση διάρκεια χορήγησης 8.22 ημέρες. Η συνολική κλινική ίαση ήταν 88%, 89.28% για τις νοσοκομειακές λοιμώξεις και 86.28% για τις εξωνοσοκομειακές. Τα παθογόνα μικρόβια εκριζώθηκαν σε όλες τις περιπτώσεις, εκτός μιας ασθενούς με σηψαιμία, η οποία απεβίωσε, πριν να γίνει μικροβιολογική επανεκτίμηση. Η κεφεπίμη ήταν καλά ανεκτή από όλους τους ασθενείς, ενώ σε 4 από αυτούς (8%) παρατηρήθηκαν αύξηση των τρανσαμινασών (2), μείωση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων (1) και θρομβοπενία (1). **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η κεφεπίμη φαίνεται ότι είναι ασφαλής και δραστική ως μονοθεραπεία των συνηθών λοιμώξεων και η κλινική ίαση και η εκρίζωση των μικροβίων επιτυγχάνεται με χαμηλές σχετικά δόσεις.

3. Α.Α. Τέντες, Σ. Μαγκακίδης, Γ. Γεωργιάδης, Κ. Στάμου, Ε. Κεσσίδης
Η τεχνική Nuttall στην αντιμετώπιση της μέσης υπομφαλίου μετεγχειρητικής κοιλιοκήλης
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ, Τόμος 6, Τεύχος 3 (Σεπ-Δεκ), σελ. 158-160, Θεσ/νίκη, 2001

Σκοπός της εργασίας ήταν η διερεύνηση των απώτερων επιπλοκών των ασθενών με μεγάλες υπομφαλίες μετεγχειρητικές κοιλιοκήλες, που αντιμετωπίστηκαν με την τεχνική Nuttall. Κατά την περίοδο 1991-2000, αντιμετωπίστηκαν 14 ασθενείς (μέσης ηλικίας 62.6±14.4 χρόνια) με την τεχνική Nuttall. Όλοι οι χειρουργηθέντες ασθενείς παρακολουθούνται με μέσο χρόνο παρακολούθησης 77.9±32.5 μήνες. Κανείς από αυτούς δεν παρουσίασε υποτροπή της κήλης. Η τεχνική Nuttall είναι μια εναλλακτική μέθοδος αντιμετώπισης των μεγάλων υπομφαλίων κοιλιοκήλων που με την αντιμετάθεση των ορθών κοιλιακών και χωρίς την παρεμβολή προσθετικού υλικού, αποτελεί "φυσική μέθοδο αποκατάστασης" του προβλήματος των ασθενών. Η μακρά παρακολούθηση των χειρουργηθέντων δείχνει ότι τα αποτελέσματα είναι καλά.

4. Α.Α. Τέντες, Σ.Κ. Μαγκακίδης, Χ.Ν. Καρανικιώτης, Α. Φίσκα, Γ. Γεωργιάδης, Μ. Μηνάς, Θ. Δημητρίου
Μεσοθηλίωμα περιτοναίου
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ, Τόμος 3, Τεύχος 1, σελ. 41-43, Θεσ/νίκη 2003

Το μεσοθηλίωμα περιτοναίου είναι μια σπάνια μορφή κακοήθειας των ορογόνων υμένων, που αποτελεί το 1/3 περίπου του συνόλου των μεσοθηλιωμάτων και η πρόγνωση του είναι γενικά κακή. Για την αντιμετώπιση του έχουν εφαρμοστεί πολλοί τρόποι θεραπείας. Η επικρατούσα γνώμη είναι ότι η επαρκής κυτταρομείωση σε συνδυασμό με ενδοπεριτοναϊκή χημειοθεραπεία, αποτελεί την καλύτερη μέθοδο θεραπείας. Παρουσιάζεται περίπτωση μεσοθηλιώματος του ιδίως ελαιοειδούς χιτώνα του όρχεος, που μετά από πλήρη εξαίρεση και συμπληρωματική συστηματική χημειοθεραπεία, υποτροπίασε στο περιτόναιο, 5 χρόνια μετά την αρχική επέμβαση και στη συνέχεια αντιμετωπίστηκε με κυτταρομείωση και ενδοπεριτοναϊκή χημειοθεραπεία.

5. Σ. Γαρκίης, Γ. Γεωργιάδης, Α. Καμπούρη, Ε. Ευσταθίου, Ε. Ελευθεριάδου, Χ. Σουλτανίδης, Σ. Μποταίτης, Χ. Λίμας, Χ. Μαλτέζος, Μ. Λαζαρίδης
Αρτηριακό τραύμα στα παιδιά. Ανάλυση 21 περιπτώσεων
ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ, Τόμος 27, Συμπληρωματικό Τεύχος 1, σελ. 85-92, Αθήνα 2004

Πρόκειται περί αναδρομικής μελέτης κατά την οποία παρουσιάζονται 21 παιδιά με αρτηριακό τραύμα. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε ομάδες ανάλογα με την ηλικία τους: Νεογνά (γέννηση-ενός μηνός, n=4), βρέφη (ενός μηνός-2 χρόνια, n=1), προσχολική ηλικία (2-6 χρόνων, n=3) και σχολική ηλικία (6-13 χρόνια, n=13). Η κάκωση ήταν ιατρογενής σε 7 περιπτώσεις, σε 8 ήταν αποτέλεσμα τραυματισμού με οξυαίμο όργανο και σε 6 απότοκη αμβλύως τραύματος. Η διάγνωση τέθηκε κυρίως από την κλινική εικόνα, ενώ τρεις ασθενείς υποβλήθηκαν σε αγγειογραφικό έλεγχο. Εννέα ασθενείς (εκ των οποίων οι 6 ηλικίας <6ετών) αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά με τη χορήγηση ηπαρίνης, ενώ στους υπόλοιπους ασθενείς η αρτηριακή βλάβη αποκαταστάθηκε χειρουργικά (τελικτοτελική αναστόμωση [3], φλεβική παράκαμψη [7], απολίνωση[2]). Δύο παιδιά υπέστησαν ακρωτηριασμό μέλους λόγω καθυστερημένης διάγνωσης, ενώ σε άλλα δύο διαπιστώθηκε νευρομυϊκό έλλειμμα. Η ανεπιτυχής έκβαση (ακρωτηριασμός) βρέθηκε στατιστικά να είναι εξίσου κατανομημένη ανάμεσα σε παιδιά ηλικίας >6ετών και <6ετών (fisher exact test p=1).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Καθώς η πλειοψηφία των παιδιών ηλικίας μέχρι 6 χρόνων αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά με πολύ καλά πρώιμα αποτελέσματα, η μη χειρουργική αντιμετώπιση σε αυτές τις ηλικίες είναι μια αποδεκτή λύση.

6. Σ. Γαρδίκης, Γ. Γεωργιάδης, Ε. Ευσταθίου, Α. Καμπούρη, Ε. Ελευθεριάδου, Χ. Σουλτανίδης, Σ. Μποταίτης, Χ. Λίμας, Σ. Περεντέ, Α. Πολυχρονίδης, Χ. Μαλτέζος, Μ. Λαζαρίδης, Κ. Σιμόπουλος
Αρτηριακό τραύμα στα παιδιά. Ανάλυση 21 περιπτώσεων
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ, Τεύχος 1, Ιούλιος-Αύγουστος-Σεπτέμβριος, σελ. 26-30, Αθήνα 2004

Πρόκειται περί αναδημοσίευσης μετά από πρόσκληση της προηγούμενης (αριθμός 5) μελέτης

7. Γαλανόπουλος ΝΓ, Γεωργιάδης ΓΣ, Καμπάκης ΓΠ
Διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση της αρτηρίτιδας Takayasu
Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2006; 23(2):140-148.

Στην παρούσα μελέτη επιχειρείται ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά με τη κλινική συμπτωματολογία, διάγνωση, θεραπεία και πρόγνωση της αρτηρίτιδας Takayasu (AT). Η αρτηρίτιδα Takayasu αποτελεί μια σπάνια κοκκιωματώδη αγγειίτιδα της αορτής και των κλάδων της και πιθανόν και της πνευμονικής αρτηρίας, που προσβάλλει νεαρής ως μέσης ηλικίας άτομα, κυρίως γυναίκες. Οι περισσότεροι ασθενείς έχουν συνδυασμό στενωτικών και ανευρυσματικών βλαβών. Η νόσος, μπορεί να εκφραστεί ανάλογα με την εντόπιση, έκταση και σοβαρότητα της αγγειακής προσβολής, με συστηματικές εκδηλώσεις, απουσία ή ελάττωση των αρτηριακών σφύξεων, διαλείπουσα χωλότητα άκρων, νεφροαγγειακή υπέρταση, εγκεφαλική δυσλειτουργία, αμφιβλοστροειδοπάθεια, συμπτώματα από το γαστρεντερικό (κοιλιακό πόνο, ναυτία, εμετό, διάρροια), συμπτώματα από την καρδιακή λειτουργία όπως δύσπνοια, καρδιακή ανεπάρκεια, στηθάγχη ή έμφραγμα καθώς και συμπτώματα από τους πνεύμονες όπως αιμόπτυση και ανάπτυξη πνευμονικής υπέρτασης. Χωρίς θεραπεία εμφανίζει βαριά πρόγνωση που όμως έχει εξαιρετικά βελτιωθεί με τη χορήγηση κορτικοστεροειδών σε συνδυασμό πιθανόν με ανοσοκατασταλτικά καθώς και με την έγκαιρη αγγειοχειρουργική παρέμβαση.

8. Γ.Σ. Γεωργιάδης, Κ.Μ. Κανταρτζή, Β.Α. Βαργεμέζης, Μ.Κ. Λαζαρίδης
Η ιστορία των αγγειακών προσπελάσεων σε χρόνια αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς.
Από τον Willem J. Kolff μέχρι τις ημέρες μας
Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2007; 24(4):389-397.

The introduction of hemodialysis for the treatment of chronic renal failure represents one of the most important medical milestones of the 20th century. In 1943 Willem J. Kolff constructed the first artificial kidney machine, which definitely marks the beginning of dialysis history. Following the introduction of long-term intermittent hemodialysis, patients with end-stage renal disease (ESRD) who used to die in the early days of their illness, are now provided with better survival and quality of life. However the development of hemodialysis therapy was not feasible until the introduction firstly of the external arteriovenous shunt, by Quinton et al in 1960, but mainly of the endogenous arteriovenous fistula, by Appel et al in 1966. Unfortunately, although subcutaneous prosthetic grafts appeared few years later (1973), since those pioneering days until the introduction of DOQI (American recommendations for renal disease), only a few paces forward have been taken. In this review, the story is described of vascular access in hemodialysis patients from the early days of Willem J. Kolff up to the present.

□ Πλήρεις δημοσιευμένες εργασίες σε βιβλία-τόμους πρακτικών: 15

1. Α. Χατζημπαλόγλου, Ν. Σαρατζής, Ι. Μώρος, Γ. Γεωργιάδης, Α. Ιωαννίδης, Α. Μπαλίτας, Β. Δαλαΐνας
Επικουρική θρομβόλυση και χειρουργική θεραπεία στην αντιμετώπιση των ανευρυσμάτων της ιγνυακής αρτηρίας
ΤΙΜΗΤΙΚΟΣ ΤΟΜΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΟΥ ΓΕΡΑΣΙΜΟΥ ΜΑΚΡΗ: σελ. 49-53, Θεσσαλονίκη, 1996

Τα ανευρύσματα της ιγνυακής αρτηρίας είναι τα πλέον συχνά των περιφερικών αρτηριακών ανευρυσμάτων και αφορούν κατά κανόνα άνδρες. Στη μελέτη αυτή περιγράφονται 10 άνδρες ηλικίας 40-86 ετών που είχαν 13 ανευρύσματα της ιγνυακής αρτηρίας και αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά. Σε τρεις ασθενείς τα ανευρύσματα είχαν αμφοτερόπλευρη εντόπιση, σε δυο συνυπήρχε ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής και σε έναν συνυπήρχε ανεύρυσμα αριστερής κοινής λαγονίου αρτηρίας. Ο αγγειογραφικός έλεγχος ανέδειξε γενικευμένη αρτηριομεγαλία σε τέσσερις ασθενείς (40%) και θρόμβωση του ανευρύσματος ιγνυακής αρτηρίας σε έξι (60%). Προεγχειρητική διακαθετήρια ενδοαρτηριακή θρομβόλυση επιχειρήθηκε σε 4 ασθενείς (σε 3 από αυτούς επιτυχής διάλυση της επιπολής μηριαίας αρτηρίας). Η αντιμετώπιση περιελάμβανε 13 μηροϊγνυακές (MI) παρακάμψεις (PTFE [9], μείζον σαφηνής φλέβα [3], ομφαλική φλέβα [1]). Διάσωση του σκέλους επιτεύχθηκε σε όλους τους ασθενείς (100%) με μηδενική θνητότητα. Μετά από μέσο χρόνο παρακολούθησης 22 μήνες, δεν χρειάστηκε να γίνει κανένας ακρωτηριασμός. Σε έναν ασθενή απαιτήθηκε πλαστική της περιφερικής αναστόμωσης ενώ σε έναν άλλο απαιτήθηκε νέα MI παράκαμψη. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Σε ασθενείς με ανεύρυσμα ιγνυακής αρτηρίας είναι απαραίτητος ο λεπτομερής έλεγχος για την πιθανή συνύπαρξη και άλλων ανευρυσμάτων. Σε επιλεγμένες περιπτώσεις η προεγχειρητική διακαθετήρια θρομβόλυση είναι ασφαλής και μπορεί να αποκαταστήσει τη ροή του αίματος στην επιπολή μηριαία αρτηρία καθώς και στις περιφερικότερες του ανευρύσματος αρτηρίες. Η χειρουργική θεραπεία επιβάλλεται τόσο στα ασυμπτωματικά όσο και στα συμπτωματικά ανευρύσματα της ιγνυακής αρτηρίας για τη πρόληψη των ισχαιμικών επιπλοκών και την εξασφάλιση της βιωσιμότητας του άκρου αντίστοιχα.

2. Κ. Λαμπίδης, Ε. Κανελλόπουλος, Γ. Γεωργιάδης, Ι. Γουρνιεζάκης, Θ. Πεردικίδης, Π. Παυλίδης, Ε. Κατσούλη, Ν. Δουνδουλάκης
Συμπτωματική οξεία θρόμβωση καρωτίδας μετά ενδοαρτηρεκτομή
ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΚΑΙ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ: σελ. 67-70, Αθήνα, 1999

Οξεία απόφραξη της καρωτίδας μπορεί να προκληθεί από διάφορες αιτίες, η σημαντικότερη των οποίων είναι η θρόμβωση μιας στενωτικής αθηροσκληρωτικής βλάβης στον καρωτιδικό δίασμο. Άλλες αιτίες περιλαμβάνουν τη θρόμβωση μετά από αρτηριογραφία, τη θρόμβωση μετά από ενδοαρτηρεκτομή, τον διαχωρισμό, το τραύμα, την ακτινοβολία και διάφορες

υπερπηκτικές καταστάσεις. Στη παρούσα μελέτη περιγράφεται η έκβαση 4 ασθενών (επι συνόλου 648 ασθενών που υποβλήθηκαν σε 716 ενδαρτηρεκτομές καρωτίδας σε μια περίοδο 10 ετών) που ανέπτυξαν οξεία νευρολογική σημειολογία (ήπιο AEE [1], βαρύ AEE [2], παροδικά ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια [1]) 4 ώρες έως και 7 ημέρες μετεγχειρητικά. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν άμεσα σε Duplex scanning ενώ δυο ασθενείς υποβλήθηκαν και σε αρτηριογραφία. Η χειρουργική αντιμετώπιση περιελάμβανε απλή θρομβεκτομή σε έναν ασθενή, θρομβεκτομή και νέα αρτηριοπλαστική σε δύο και θρομβεκτομή και συρραφή του τραυματισμένου οπίσθιου τοιχώματος σε έναν. Πλήρης υποχώρηση των συμπτωμάτων παρατηρήθηκε σε δυο ασθενείς (με το ήπιο AEE και τα TIA's αντίστοιχα) ενώ στους άλλους δυο δεν παρατηρήθηκε καμμία βελτίωση μετεγχειρητικά. Από αυτούς (με το βαρύ AEE) ένας κατέληξε την 28^η μετεγχειρητική ημέρα. Στη παρούσα μελέτη επιχειρείται επίσης ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η οξεία θρόμβωση της καρωτίδας μετά από ενδαρτηρεκτομή αποτελεί σοβαρή επιπλοκή που συνοδεύεται από υψηλή θνητότητα και νοσηρότητα ακόμη και μετά από επείγουσα επανεγχείρηση και αποκατάσταση της βατότητας του αγγείου. Παρόλα αυτά, η άμεση επανεγχείρηση φαίνεται να αποτελεί την πλέον κατάλληλη αντιμετώπιση για ένα πολύ σημαντικό αριθμό ασθενών των οποίων διαφορετικά η έκβαση πιθανόν να ήταν σοβαρού βαθμού νευρολογική βλάβη ή θάνατος.

3. Ε. Κανελλόπουλος, Ι. Γουρνιεζάκης, Κ. Λαμπίδης, Γ. Γεωργιάδης, Χ. Ηλίας, Ν. Μπέσις, Ν. Δουνδουλάκης

Η ρήξη ανευρύσματος της κοιλιακής αορτής-Υπάρχουν περιθώρια μείωσης της θνητότητας στην σημερινή Ελληνική πραγματικότητα;

ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΚΑΙ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ: σελ. 104-106, Αθήνα, 1999

Πρόκειται περί αναδρομικής μελέτης κατά την οποία 141 ασθενείς που προσήλθαν με διάγνωση ρήξεως ανευρύσματος κοιλιακής αορτής (ΑΚΑ) και αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά, χωρίζονται σε δυο ομάδες ανάλογα με τη χρονική περίοδο κατά την οποία προσήλθαν στο νοσοκομείο. Η ομάδα Α περιλαμβάνει 47 ασθενείς (43 άνδρες και 4 γυναίκες) που προσήλθαν την χρονική περίοδο 1989-1993. Η δεύτερη ομάδα περιλαμβάνει 94 ασθενείς (86 άνδρες και 8 γυναίκες) που προσήλθαν τη χρονική περίοδο 1994-1998. Οι ασθενείς της ομάδας Α και Β αποτελούν το 27.1% και 32.1% αντίστοιχα του συνόλου των ασθενών που αντιμετωπίστηκαν για ΑΚΑ τις προαναφερθείσες χρονικές περιόδους. Περισσότεροι ασθενείς στην ομάδα Β σε σχέση με την ομάδα Α, οδήγηθηκαν άμεσα στο χειρουργείο ακόμα και με την υποψία ρήξεως του ΑΚΑ χωρίς περαιτέρω καθυστέρηση μετά τον βασικό έλεγχο. Η θνητότητα στην ομάδα Α ήταν 53.2% και στην ομάδα Β 34%. Λαμβάνοντας υπόψη ότι η χειρουργική ομάδα του νοσοκομείου παρέμεινε σταθερή κατά τη διάρκεια της μελέτης με ενιαία τακτική στην αντιμετώπιση της ρήξεως ΑΚΑ, θεωρείται πιθανόν, ότι η καλύτερη έκβαση των ασθενών της ομάδας Β οφείλεται αφ' ενός μεν στην αθροιστική εμπειρία όλης της χειρουργικής ομάδας αφετέρου δε στον ταχύτερο και επιθετικότερο τρόπο αντιμετώπισης των ασθενών, έστω και με μόνη την υποψία ρήξεως ΑΚΑ.

4. Γ. Γεωργιάδης, Κ. Λαμπίδης, Ε. Κανελλόπουλος, Ι. Γουρνιεζάκης, Χ. Ηλίας, Ν. Μπέσις, Ν. Δουνδουλάκης

Αορτοεντερική επικοινωνία , σπάνια αλλά δραματική επιπλοκή

ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΚΑΙ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ: σελ. 132-135, Αθήνα, 1999

Η δευτεροπαθής αορτοεντερική επικοινωνία (ΑΕΕ) είναι μια σπάνια αλλά δραματική επιπλοκή και πρέπει πάντα να συμπεριλαμβάνεται στη διαγνωστική φάρετρα του κάθε γιατρού ειδικά μετά από περιπτώσεις αιμορραγίας από το πεπτικό σύστημα σε ασθενείς με προηγηθείσα αορτική επέμβαση. Η έκβαση μιας μικρής σειράς ασθενών (6) που προσήλθαν με αιμορραγία από το πεπτικό σύστημα συνεπεία ΑΕΕ και αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά, περιγράφεται στη παρούσα μελέτη. Η πρωτογενής αορτική επέμβαση ήταν τοποθέτηση ευθείας πρόθεσης σε 5 ασθενείς και διχαλωτής πρόθεσης σε έναν ασθενή, για αντιμετώπιση ανευρύσματος κοιλιακής αορτής (ΑΚΑ). Ο μέσος χρόνος εμφάνισης της επιπλοκής της ΑΕΕ από την αρχική επέμβαση ήταν 3 μήνες (4-60 μήνες). Δυο ασθενείς προσήλθαν με αιματέμεση, δυο με ερυθρομέλαινες κενώσεις και ένας με αιματοχεσία-αιματέμεση. Η επιλογή της χειρουργικής θεραπείας έγινε με βάση τη γενική κατάσταση του ασθενούς και τον βαθμό της λοίμωξης (δυσνηκτικά μολυσμένο περιβάλλον, χαμηλού profil λοίμωξη) αλλά και το προσδόκιμο επιβίωσης. Η αντιμετώπιση συνίστατο σε συρραφή της όπης του 12/δακτύλου και του αορτικού μοσχεύματος και συγκάλυψη με τμήμα επιπλόου (3), αφαίρεση του μοσχεύματος και παράθεση νέου με συγκάλυψη των αναστομώσεων με επίπλου (2) και συρραφή του κολοβώματος της αορτής και σύγκλιση του 12/δακτύλου-συγκάλυψη με επίπλου (1). Η νοσοκομειακή θνητότητα ήταν 16.7% (1/6). Δυο ασθενείς κατέληξαν από άλλη αιτία, 3 και 12 μήνες μετά την επέμβαση. Επισημαίνεται μετά από ανάλυση των διαθέσιμων διαγνωστικών και θεραπευτικών επιλογών της βιβλιογραφίας σχετικά με την ΑΕΕ, ότι η συνιστώσα της αιμορραγίας και της λοίμωξης πρέπει να αντιμετωπίζονται από κοινού, πάντα με κριτήριο τον άρρωστο. Σε κάθε περίπτωση αιμοδυναμικής κατέρρευσης συνεπεία μαζικής αιμορραγίας, η επείγουσα λαποτομία αποτελεί τη μοναδική επιλογή του αγγειοχειρουργού.

5. Γ. Γεωργιάδης, Κ. Λαμπίδης, Ε. Κανελλόπουλος, Ι. Γουρνιεζάκης, Χ. Ηλίας, Ε. Τζιβίσκος, Ν. Μπέσις, Ν. Δουνδουλάκης

Αγγειακές προσπελάσεις για χρόνια αιμοκάθαρση σε υπερήλικες ασθενείς

ΘΕΜΑΤΑ ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗΣ: Τόμος 1, σελ. 127-129, Αθήνα, 2000

Αναδρομική μελέτη κατά την οποία αναλύθηκαν τα αποτελέσματα της διενέργειας Α-Φ επικοινωνιών σε υπερήλικες αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Σε μια περίοδο 6 ετών, 42 υπερήλικες ασθενείς (6.6%) υποβλήθηκαν σε 49 Α-Φ επικοινωνίες (πρωτογενείς ή δευτερογενείς) για χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση. Από αυτούς, οι 33 ήταν άνδρες και οι 9 γυναίκες μέσης ηλικίας 79 έτη (75-85 χρόνια). Διενεργήθηκαν 22 αυτόλογες Α-Φ επικοινωνίες (15 fistula Brescia-Cimino και 7 βραχιονοκεφαλικές) και 20 προσθετικές (19 a-v loop shunt αντιβραχίου και ένα a-v shunt βραχίονα). Επιπλοκές παρουσίασαν 5 ασθενείς (12%, θρόμβωση=2, ύγρωμα=1, κλινικά σημαντικό σύνδρομο υποκλοπής [1], μόλυνση[1]) που αντιμετωπίστηκαν με διενέργεια νέων Α-Φ επικοινωνιών σε συνδυασμό με διόρθωση της επιπλοκής, στις περιπτώσεις όπου απαιτήθηκε. Το χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης σ' αυτή την ομάδα των ασθενών προδικάζει την διενέργεια "αξιόπιστων" Α-Φ επικοινωνιών αφού οι υπερήλικες δύσκολα ανέχονται μια νέα επέμβαση. Στην περίπτωση θρόμβωσης, προτείνεται η διενέργεια νέας Α-Φ επικοινωνίας.

6. Γ. Γεωργιάδης, Κ. Λαμπίδης, Θ. Πεردικίδης, Π. Παυλίδης, Κ. Δερβίσης, Ν. Μπέσις, Κ. Παπαιωάννου, Β. Σκούτας, Ν. Δουνδουλάκης

Ενδαρτηρεκτομή καρωτίδων σε υπερήλικες ασθενείς

ΘΕΜΑΤΑ ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗΣ: Τόμος 1, σελ. 326-328, Αθήνα, 2000

Πρόκειται περι αναδρομικής μελέτης που εξετάζει την αντιμετώπιση της καρωτιδικής νόσου σε υπερήλικες ασθενείς (ηλικία >75 ετών). Σε μια περίοδο 71 μηνών (Ιανουάριος 1994-Νοέμβριος 1999) και επι συνόλου 527 ενδαρτηρεκτομών καρωτιδίων, ποσοστό 15.3% αφορούσε 77 υπερήλικες ασθενείς (64 άνδρες και 13 γυναίκες, μέσης ηλικίας 78 χρόνια). Από αυτούς, οι 63 (81.8%) ήταν συμπτωματικοί με στένωση >80% της έσω καρωτιδας (ICA). Οι υπόλοιποι 14 (18.2%) ήταν ασυμπτωματικοί με στένωση της ICA που υπερβαίνει το 90% (σε 8 near occlusion βλάβη). Σε τέσσερις ασθενείς (3 ασυμπτωματικούς και έναν ασυμπτωματικό) διαπιστώθηκε σημαντικό βαθμού στένωση και στην ετερόπλευρη ICA. Σε δύο επίσης, συνυπήρχε και γωνίωση-ελίκωση της πάσχουσας έσω καρωτιδας. Σε 54 ασθενείς διενεργήθηκε ενδαρτηρεκτομή-αρτηριοπλαστική (PTFE) της ICA, σε 25 ενδαρτηρεκτομή-απ' ευθείας συρραφή της ICA και σε 2 ενδαρτηρεκτομή-αρτηριοπλαστική (PTFE) και ευθειασμός της ICA. Άμεσα μετεγχειρητικά, ένας ασθενής (1.3%) παρουσίασε ημιπάρση συνεπεία οξείας θρόμβωσης της ICA, τρεις ασθενείς (3.7%) παρουσίασαν σύνδρομο επαναιμάτωσης, 5 ασθενείς (6.2%) καρδιολογικές επιπλοκές, ενώ σε 7 (8.6%) χρειάστηκε ενδοφλέβια χορήγηση αντιυπερτασικών ουσιών για τον έλεγχο σοβαρής υπέρτασης. Ένας ασθενής κατέληξε (με την οξεία θρόμβωση) την 10^η μετεγχειρητική ημέρα (θνητότητα=1.3%). Σε σχέση με τις αντίστοιχες επιπλοκές σε ασθενείς ηλικίας <75 ετών που υποβλήθηκαν σε παρόμοιες επεμβάσεις για καρωτιδική νόσο δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές. Μετά από follow-up δυο ετών, 52 ασθενείς (67.5%) παρέμειναν ασυμπτωματικοί ενώ μόνο 7 (9%) υποβλήθηκαν σε αποκατάσταση στένωσης της ετερόπλευρης καρωτιδος **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η χειρουργική αποκατάσταση της καρωτιδικής νόσου όπου ενδείκνυται, έχει θέση και σε υπερήλικες ασθενείς, αφού όπως ανακύπτει, η περιεγχειρητική νοσηρότητα-θνητότητα βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα. Η ηλικία από μόνη της δεν αποτελεί κριτήριο επιλογής των ασθενών για ενδαρτηρεκτομή καρωτιδίων δεδομένου ότι οι περισσότεροι παραμένουν ασυμπτωματικοί και μπορεί να έχουν μια καλή ποιότητα ζωής.

7. Γ. Γεωργιάδης, Ι. Γουρνιεζάκης, Ε. Κανελλόπουλος, Κ. Λαμπίδης, Χ. Ηλίας, Π. Παυλίδης, Ν. Δουνδουλάκης

Μασχαλομηνιαία παράκαμψη: Μία εναλλακτική οδός στην επαναιμάτωση των κάτω άκρων σε υπερήλικες ασθενείς

ΘΕΜΑΤΑ ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗΣ: Τόμος 1, σελ. 329-331, Αθήνα, 2000

Πρόκειται περί αναδρομικής μελέτης όπου περιγράφεται η εμπειρία από την εφαρμογή της μασχαλομηνιαίας παράκαμψης σε υπερήλικες ασθενείς. Από το 1994 μέχρι το 1999, 80 ασθενείς, εκ των οποίων οι 58 ήταν ηλικίας >75 ετών, έτυχαν μασχαλομηνιαίας παράκαμψης στα πλαίσια επαναιμάτωσης των κάτω άκρων. Οι ενδείξεις τοποθέτησης μασχαλομηνιαίου μοσχεύματος στους υπερήλικες ήταν η αορτολαγόνιος απόφραξη (10), η κρίσιμη ισχαιμία των κάτω άκρων (25), η οξεία θρόμβωση της κοιλιακής αορτής (19), η θρόμβωση δικαλωτής πρόθεσης (2) και η μόλυνση αορτικού μοσχεύματος (2). Σε 46 περιπτώσεις χρησιμοποιήθηκαν και οι δυο μηνιαίες αρτηρίες ως αγγεία απορροής. Επιπλοκές παρουσίασαν έξι ασθενείς (θρόμβωση της πρόθεσης [3], μόλυνση τμήματος της πρόθεσης [2], περιμοσχευματική συλλογή-ύγρωμα [1]). Ένας ασθενής κατέληξε λόγω συνδρόμου ανεπάρκειας πολλαπλών οργάνων (θνητότητα 1.7%). Η πρωτογενής βατότητα της μασχαλομηνιαίας (ή διμηνιαίας) παράκαμψης στους 24 μήνες ανήλθε στο 75% (83% follow-up). Σε αυτό το χρονικό διάστημα παρατηρήθηκαν τρεις νέες θρομβώσεις ενώ τέσσερις ασθενείς κατέληξαν από άλλη αιτία (επιβίωση στα δύο χρόνια 79%). **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η μασχαλομηνιαία παράκαμψη έχει θέση στην επαναιμάτωση των άκρων σε υπερήλικες ασθενείς ιδιαίτερα σε καταστάσεις βαρείας ισχαιμίας όπου ο χαρακτήρας του επειγόντος δεν επιτρέπει καλή προετοιμασία των ασθενών. Η συντόμευση του χειρουργικού χρόνου, η αποφυγή της ενδοκοιλιακής προσπέλασης, η ηπιότερη αναισθησία καθώς και η ελαχιστοποίηση του μετεγχειρητικού άλγους και της νοσηρότητας της ίδιας της επέμβασης, προσφέρουν τα μέγιστα στους ασθενείς της τρίτης ηλικίας.

8. Ι. Γουρνιεζάκης, Γ. Γεωργιάδης, Ε. Κανελλόπουλος, Χ. Ηλίας, Π. Παυλίδης, Ν. Δουνδουλάκης
Οξεία ισχαιμία και εμβολεκτομή ως προσπάθεια επαναιμάτωσης των άκρων σε υπερήλικες
ΘΕΜΑΤΑ ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗΣ: Τόμος 2, σελ. 197-198, Αθήνα, 2000

Πρόκειται περί αναδρομικής μελέτης επεμβάσεων που εκτελούνται στα άνω και κάτω άκρα συνεπεία εμβολικού επεισοδίου σε ασθενείς της τρίτης ηλικίας (>75 ετών). Οι πιο συχνές εμβολεκτομές εκτελέστηκαν στα μηνιαία αγγεία (54.8%) και στη βραχιόνιο αρτηρία (23.8%). Τα έμβολα είχαν κυρίως καρδιακή προέλευση. Επι συνόλου 42 υπερήλικων ασθενών που υποβλήθηκαν σε εμβολεκτομή, μόνο ένας κατέληξε λόγω συνδρόμου επαναιμάτωσης και οξεία νεφρική ανεπάρκεια (θνητότητα=2.3%). Σε 12 ασθενείς η εμβολεκτομή συνδυάστηκε με αρτηριοπλαστική (PTFE) των μηνιαίων αγγείων, ενώ σε τρεις με σύστοιχη μηρογυναική παράκαμψη άνωθεν του γόνατος. Δεν απαιτήθηκε κανένας ακρωτηριασμός. Η εμβολεκτομή προσφέρει άμεση αποκατάσταση με χαμηλό δείκτη θνητότητας ακόμη και σε υπερήλικες ασθενείς.

9. Ι. Γουρνιεζάκης, Ε. Κανελλόπουλος, Γ. Γεωργιάδης, Χ. Ηλίας, Ν. Μπέσις, Ν. Δουνδουλάκης
Αγγειοχειρουργικές επεμβάσεις στην τρίτη ηλικία
ΘΕΜΑΤΑ ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗΣ: Τόμος 2, σελ. 198-199, Αθήνα, 2000

Πρόκειται περί αναδρομικής μελέτης των αγγειοχειρουργικών επεμβάσεων σε ασθενείς της τρίτης ηλικίας (>75 ετών). Επισημαίνεται ότι μεγάλο ποσοστό των επεμβάσεων αυτών αποτελούν οι εξωανατομικές παρακάμψεις (29%), γεγονός που δηλώνει την ιδιαίτερη σημασία που αποδίδεται σε αυτές, ως εναλλακτικές επιλογές επαναιμάτωσης των άκρων στην ομάδα αυτή των ασθενών. Από την άλλη, οι περιεγχειρητικές επιπλοκές στο σύνολο των επεμβάσεων σε ασθενείς της τρίτης ηλικίας, δεν βρέθηκε να διαφέρουν των αντίστοιχων σε ασθενείς ηλικίας <75 ετών πράγμα που αποδόθηκε στη σωστή προεγχειρητική προετοιμασία αλλά κυρίως στη σωστή μετεγχειρητική υποστήριξη στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

10. Α.Α. Τέντες, Σ. Μαρκακίδης, Χ. Καρανικιώτης, Α. Φίσκα, Ι. Λάμπρου, Ε. Σταματάκης, Μ. Μηνάς, Ο. Δαβιδούδη, Γ. Γεωργιάδης, Θ. Δημητρίου
Καρκίνος παγκρέατος
ΕΞΕΛΙΞΙΣ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ, σελ. 498-499, Αθήνα, 2000

Τα καρκινώματα του παγκρέατος ανεξαρτήτως εντόπισης, έχουν κακή πρόγνωση γιατί είναι επιθετικά ή γιατί κατά τη στιγμή της διάγνωσης είναι συνήθως προχωρημένα. Έτσι μικρό ποσοστό ασθενών έχει την τύχη να υποβληθεί σε ριζική εξαίρεση και να αναμένει αξιοπρεπή πρόγνωση. Σκοπός της εργασίας ήταν η αναδρομική μελέτη των ασθενών με καρκίνο παγκρέατος και η διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με την πρόγνωση της νόσου. Το χρονικό διάστημα 1987-1999, αντιμετωπίστηκαν 73 ασθενείς με καρκίνο παγκρέατος. Μελετήθηκαν το στάδιο της νόσου, το εξαιρέσιμο του όγκου, η νοσηρότητα και η νοσοκομειακή θνητότητα, η ανατομική εντόπιση του όγκου, το είδος και η ριζικότητα της επέμβασης και διερευνήθηκε η συσχέτιση τους με την επιβίωση. Διαπιστώθηκε ότι η επιβίωση των ασθενών σταδίου Ι και ΙΙ ήταν στατιστικώς σημαντικά μεγαλύτερη της αντίστοιχης

ασθενών σταδίου III και IV ($p=0.0162$). Επίσης βρέθηκε οριακή διαφορά στην επιβίωση των ασθενών με όγκους διαμέτρου $<2\text{cm}$ και $>2\text{cm}$ ($p=0.0495$). Η ύπαρξη μεταστάσεων, η διήθηση των λεμφαδένων και η ανατομική εντόπιση των όγκων δεν είναι παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση. Ο σημαντικότερος παράγοντας που επηρεάζει την πρόγνωση είναι η δυνητικά θεραπευτική επέμβαση.

11. Α.Α. Τέντες, Σ. Μαρκακίδης, Χ. Καρανικιώτης, Α. Φίσκα, Ι. Λάμπρου, Ε. Σταματάκης, Μ. Μηνάς, Ο. Δαβιδουδή, Γ. Γεωργιάδης, Θ. Δημητρίου
Καρκίνος ωοθηκών
ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ, σελ. 544-546, Αθήνα, 2000

Ο καρκίνος των ωοθηκών είναι κακοήθεια που συνήθως κατά τη στιγμή της πρώτης διάγνωσης έχει ήδη καταλάβει τις περιτοναϊκές επιφάνειες, διότι είναι νόσος που κατεχοχύν εκδηλώνεται τοπικο-περιοχικά. Ο δείκτης περιτοναϊκής καρκινωμάτωσης είναι ένας ευφυής τρόπος δια του οποίου κρίνεται η έκταση και η κατανομή της περιτοναϊκής κακοήθειας, αλλά για τον καρκίνο των ωοθηκών, δεν υπάρχουν στοιχεία που να αποδεικνύουν ότι αυτός αποτελεί προγνωστικό παράγοντα της νόσου. Σκοπός της εργασίας ήταν να διερευνηθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν την επιβίωση σε καρκίνο ωοθηκών, συμπεριλαμβανομένου και του δείκτη περιτοναϊκής καρκινωμάτωσης. Μελετήθηκαν 42 γυναίκες με καρκίνο ωοθηκών σε μια περίοδο 10 ετών (1989-1999). Οι περισσότερες από αυτές ήταν προχωρημένου σταδίου, με περιτοναϊκή καρκινωμάτωση. Περισσότερες από τις μισές είχαν ασκίτη αλλά όμως καλή φυσική κατάσταση (Karnofski performance status). Ο δείκτης προηγηθέντων επεμβάσεων (PSS) ήταν 1 σε 40 ασθενείς (95.2%) ενώ ο δείκτης περιτοναϊκής καρκινωμάτωσης (PCI) ήταν >8 σε 32 ασθενείς (76.2%). Από τους παράγοντες που μελετήθηκαν, βρέθηκε ότι ο δείκτης των προηγηθέντων επεμβάσεων και το μέγεθος των εμφυτεύσεων επηρεάζουν την επιβίωση ($p=0.0314$ και $p<0.001$ αντίστοιχα). Ο πιο σημαντικός παράγοντας επιβίωσης διαπιστώθηκε ότι ήταν η επάρκεια της κυτταρομείωσης ($p<0.00001$).

12. Ε. Νικολόπουλος, Γ. Γεωργιάδης, Γ. Αντωνίου, Ε. Ελευθεριάδου, Μ. Λαζαρίδης
Ανευρύσματα ιγνυακής αρτηρίας. Η εμπειρία μας στην Αγγ/κή κλινική του Δ.Π.Θ.
ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΛΛΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ
Έκδοση Αγγειοχειρουργικού Τμήματος Κωνσταντοπούλειο ΓΝ Ν. Ιωνίας Αγία Όλγα,
Αθήνα 2005

Πρόκειται περί ανάλυσης των αποτελεσμάτων μικρής σειράς ανευρυσμάτων της ιγνυακής αρτηρίας που αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά στην Αγγ/κή κλινική του Δ.Π.Θ. σε μια χρονική περίοδο 5 ετών. Γίνεται επίσης ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά με τα νεώτερα δεδομένα που αφορούν τη διάγνωση και την αντιμετώπιση των ανευρυσμάτων της ιγνυακής αρτηρίας γενικότερα.

13. Γ. Γεωργιάδης, Ε. Γεωργακαράκος, Ν. Παπάνας
Πόσο συχνή είναι η αρτηριακή θρόμβωση
ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ
Εκπαιδευτικό σεμινάριο στη θρόμβωση και την αντιθρομβωτική αγωγή
Ιωάννινα, 4 & 5 Νοεμβρίου 2011

Πρόκειται για συγγραφή του πιο πάνω θέματος στο βιβλίο του συνεδρίου

14. Γ. Γεωργιάδης, Ε. Γεωργακαράκος, Ν. Παπάνας
Προφύλαξη για αρτηριακή θρόμβωση
ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ
Εκπαιδευτικό σεμινάριο στη θρόμβωση και την αντιθρομβωτική αγωγή
Ιωάννινα, 4 & 5 Νοεμβρίου 2011

Πρόκειται για συγγραφή του πιο πάνω θέματος στο βιβλίο του συνεδρίου

15. Γ. Γεωργιάδης, Ε. Νικολόπουλος
Επιπολής φλεβική θρόμβωση. Κρύβει κινδύνους;
13^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειακής και Ενδαγγειακής Χειρουργικής
Αθήνα, 22-24 Μαρτίου 2012

Πρόκειται για συγγραφή του πιο πάνω θέματος στο βιβλίο του συνεδρίου

(τα αντίστοιχα πιστοποιητικά είναι στη διάθεση των εισηγητών-εκλεκτόρων εάν ζητηθούν)

III. ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΣΕ ΔΙΕΘΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ: 46

1. C. Lambides, Th. Perdikides, G. Georgiades, E. Kanellopoulos, I. Gourniezakis, N. Bessias, P. Pavlides, N. Doundoulakis
Emergency Carotid Surgery after Penetrating Injuries
Abstract p.36.
2nd European Congress of Trauma & Emergency Surgery
Oct.1997, Athens, Greece
In the European Journal of Emergency Surgery and Intensive Care Supplements Vol XX (1997) No: 3, pp. 36]

2. Β. Ευαγγελοπούλου, Γ. Γεωργιάδης, Ε. Φραγκουλίδου, Α. Αμυγδάλου, Μ. Πατράνη
Ο ρόλος της προεγχειρητικής πνευμονολογικής εκτίμησης σε Αγγειοχειρουργικούς ασθενείς
Περίληψη: σελ. 42
1^ο Παγκύπριο συνέδριο Αναισθησιολογίας
28-31 Μαΐου 1998, Λάρνακα, Κύπρος
3. E. Kanellopoulos, N. Bessias, C. Papaioannou, C. Lambidis, G. Georgiades, I. Gourniezakis, E. Katsouli, N. Doundoulakis
Surgical therapy for chronic mesenteric ischemia-A parity that should not lead to myths
Abstract FC11: p. 75
13th Congress of the European Chapter of the International Union of Angiology
26-30 May 1999, Rhodes, Greece
4. I. Gourniezakis, C. Lambidis, E. Kanellopoulos, G. Georgiades, C. Ilias, D. Foniadaki, E. Tziviskou, N. Doundoulakis
Investigation in the diagnosis of DVT and D-Dimer Assay
Abstract FC18: p. 82
13th Congress of the European Chapter of the International Union of Angiology
26-30 May 1999, Rhodes, Greece
5. I. Gourniezakis, E. Kanellopoulos, C. Lambidis, G. Georgiades, P. Pavlidis, V. Skoutas, N. Doundoulakis
Thromboprophylaxis in vascular surgery
Abstract FC19: p. 83
13th Congress of the European Chapter of the International Union of Angiology
26-30 May 1999, Rhodes, Greece
6. Γ. Γεωργιάδης, Α. Πατσαλίδης, Κ. Λαμπίδης, Ε. Κανελλόπουλος, Π. Παυλίδης, Ν. Μπέσις, Ν. Δουνδουλάκης
Αρτηριακές επιπλοκές σε χρήστες ναρκωτικών ουσιών (τοξικομανείς)
Περίληψη: σελ. 63
4^ο Ελλαδο-Κυπριακό Χειρουργικό Συνέδριο
27-31 Οκτωβρίου 1999, Λευκωσία, Κύπρος
7. Γ. Γεωργιάδης, Ε. Κανελλόπουλος, Κ. Λαμπίδης, Ι. Γουρνιεζάκης, Π. Παυλίδης, Ν. Μπέσις, Ν. Δουνδουλάκης
Μόλυνση Α-Υ μοσχευμάτων σε ασθενείς υπό χρόνια αιμοκάθαρση
Περίληψη: σελ. 64
4^ο Ελλαδο-Κυπριακό Χειρουργικό Συνέδριο
27-31 Οκτωβρίου 1999, Λευκωσία, Κύπρος
8. Γ. Γεωργιάδης, Κ. Λαμπίδης, Ι. Γουρνιεζάκης, Ε. Κανελλόπουλος, Χ. Ηλίας, Ν. Μπέσις, Ν. Δουνδουλάκης
Θρομβωτικές επιπλοκές αγγειακών προσπελάσεων σε χρόνια αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς
Περίληψη: σελ. 65
4^ο Ελλαδο-Κυπριακό Χειρουργικό Συνέδριο
27-31 Οκτωβρίου 1999, Λευκωσία, Κύπρος
9. Γ. Γεωργιάδης, Ι. Γουρνιεζάκης, Ε. Κανελλόπουλος, Κ. Λαμπίδης, Ν. Μπέσις, Π. Παυλίδης, Κ. Παπαιωάννου, Ν. Δουνδουλάκης
Το αγγειακό τραύμα και η αντιμετώπιση του στο Αγγειοχειρουργικό τμήμα του νοσοκομείου Ερυθρός Σταυρός
Περίληψη: σελ. 18
4^ο Ελλαδο-Κυπριακό Χειρουργικό Συνέδριο
27-31 Οκτωβρίου 1999, Λευκωσία, Κύπρος
10. G. Georgiades, M. Lazarides, N. Besias, V. Tzialis, J. Dayantas, N. Doundoulakis
Hand ischaemia following upper limb a-v access surgery
XI Congress of the Mediterranean League of Angiology and Vascular Surgery
May 30-June 2, 2001, Chios, Greece
11. A. Tentis, G. Georgiadis, G. Tripsianis, S. Markakidis, C. Karanikiotis, G. Tzegas
Urogenital morbidity following extended lymph node dissection of the retroperitoneal area
XI European Congress of Surgical Clinical Oncology
17-20 April, 2002, Lille, France
12. A. Tentis, G. Tripsianis, S. Markakidis, C. Karanikiotis, G. Tzegas, G. Georgiadis
Peritoneal cancer index (PCI): a prognostic indicator of survival in advanced ovarian cancer
XI European Congress of Surgical Clinical Oncology
17-20 April, 2002, Lille, France
13. G. Georgiadis, A. Patsalides, M. Pomoni, N. Besias, P. Pavlides, S. Makris, S. Papadoulas, N. Batakis
Acute arterial complications related to drug abuse. Is emergency angiography necessary in this selected group of patients?
XII Mediterranean Congress of Angiology and Vascular Surgery

22-26 May, 2002, Paphos, Cyprus

14. A. Patsalides, G. Georgiadis, K. Papadopoulos, M. Pomoni, , P. Pavlides, N. Besias, G. Zervakis, N. Batakis
The Radiologist role in the evaluation of acute arterial or venous complications in intravenous drug users. Our experience during the last six years
XII Mediterranean Congress of Angiology and Vascular Surgery
22-26 May, 2002, Paphos, Cyprus
15. S. Gardikis, M. Lazarides, S. Perente, G. Georgiadis, C. Maltezos, V. Tzilalis, J. Dayantas
Arterial injury in childhood: analysis of twenty one patients
5th European Congress of Trauma and Emergency Surgery
1-5 October, 2002, Istanbul, Turkey
16. Georgiadis G, Dimitriadis G, Tripsianis G, Markakidis S, Touloupidis S, Tentes A
Sexual dysfunction after extensive retroperitoneal lymph node dissection for distal colonic malignancies. A12-year retrospective study in 106 patients
XVIIIth EAU (European Association of Urology) Congress
12-15 March, 2003, Madrid, Spain
[In European Radiology Supplements 2 (2003) No: 1, pp. 177]
17. Panagoutsos S, Yannatos E, Kantartzi K, Georgiadis GS, Theodoridis M, Channi T, Passadakis P, Vargemezis V
Vascular access surveillance and monitoring by using an ultrasound technique
6th Congress of the Balkan cities Association of Nephrology, dialysis, Transplantation and Artificial Organs (BANTAO)
6-9 October, 2003, Verna, Bulgaria
18. Passadakis P, Panagoutsos S, Yannatos E, Sivridis D, Georgiadis GS, Theodoridis A, Thodis E, Vargemezis V
Superior vena cava syndrome as long-term complication of internal jugular vein cannulation in HD patients
6th Congress of the Balkan cities Association of Nephrology, dialysis, Transplantation and Artificial Organs (BANTAO)
6-9 October, 2003, Verna, Bulgaria
19. Terzoudi SA, Georgiadis GS, Papas TT, Eleftheriadou E, Lazarides MK
Surgical correction of isolated superficial reflux in chronic venous leg ulceration offers favourable ulcer healing with no mid-term recurrences
6th Annual Meeting
European Venous Forum
24-26 June, 2005, Heraklion, Crete, Greece
20. Antoniou G, Georgiadis G, Souftas V, Deftereos S, Papas T, Lazarides M.
Reversal of deep vein reflux after successful stenting in a patient with venous hypertension following thigh access graft creation
5th International Congress of the Vascular Access Society (VAS)
Angioaccess for hemodialysis
11-13 June, 2007, Nice, France
21. Nikolopoulos ES, Eleftheriadou E, Papasideris C, Zervas V, Tzilalis VD, Georgiadis GS, Lazarides MK.
Nonoperative management of arterial trauma of the extremities in preschool children
XIII World Congress of the International Union of Angiology
21-25 June, 2008, Athens, Greece
22. Georgiadis GS, Souftas V, Nikolopoulos ES, Kapoulas K, Zervas V, Lazarides MK.
Respiratory arrest from spontaneous rupture of right subclavian artery, in a woman with type I Recklinghausen syndrome
AVEM 2009 (Aristotle Vascular Experts' Meeting)
12-14 March, 2009, Thessaloniki, Greece
23. Perdikides T, Georgiadis GS, Lagios K, Avgerinos ED, Fotis T, Hopkinson BR.
Treating angulated necks and tortuous iliacs in infrarenal abdominal aortic aneurysmal disease using the Aorfix™ stent graft
CIRSE 2009 (No: 869 abstract, P31, page 94 at pdf programme)
19-23 September, 2009, Lisbon, Portugal
24. Antoniou SA, Antoniou GA, Tentes IK, Georgiadis GS, Giannoukas AD, Simopoulos C, Lazarides MK.
Circulation matrix metalloproteinases and their inhibitors as markers of systemic collagen disorder
10th Meeting on Advances in Understanding Aortic Diseases (X. AUAD)
11-12 September, 2009, Hamburg, Germany

25. Papanas N., Georgiadis G.S., Tsaroucha A., Kakagia D., Ververidis A., Zervas V., Souftas V., Zisimopoulos A., Courcoutsakis N., Bogiatzi C., Pitiakoudis M., Veretas A.D., Lazarides M.K., Prassopoulos P., Maltezos E., Simopoulos E.
The spectrum of the diabetic foot: first epidemiological observations from a northern Grek centre
45th Annual Meeting of the European Diabetes Epidemiology Group
15-18 May, 2010, Porto Heli, Germany
26. Goatman C., Antoniou G.A., Antoniou S.A., Kuhan G., Georgiadis G.S., Murray D.
The angiosome model as an effective paradigm to improve clinical outcomes of infra-popliteal revascularization
ASiT Conference
5-7 April, 2013, Manchester, UK
27. Georgakarakos E., Xenakis A., Georgiadis G.S., Argyriou C., Schoretsanitis N., Lazarides M.
The hemodynamic impact of misalignment of branched endografts: a computational study
e-Poster Presentation
LIVE 2013 (Leading Innovative Vascular Education)
23-25 May, 2013, Thessaloniki, Greece
28. Georgakarakos E., Xenakis A., Manolopoulos C., Georgiadis G.S., Argyriou C., Tsangaris S., Lazarides M.
The influence of inlet-to-outlet diameter ratio on the displacement forces acting on an aortic endograft: a computational study
LIVE 2013 (Leading Innovative Vascular Education)
23-25 May, 2013, Thessaloniki, Greece
29. Georgakarakos E., Xenakis A., Manolopoulos C., Georgiadis G.S., Argyriou C., Tsangaris S., Lazarides M.
Studying the flow dynamics in an aortic endograft with crossed-limbs
e-Poster Presentation
LIVE 2013 (Leading Innovative Vascular Education)
23-25 May, 2013, Thessaloniki, Greece
30. Georgakarakos E, Xenakis A, Georgiadis GS, Argyriou C, Schoretsanitis N, Lazarides MK
The hemodynamic impact of misalignment of branched endografts: a computational study
ESVS Spring Meeting (Topics on Vascular Biology, Materials and Devices)
24&25 May, 2013, Frankfurt, Germany
31. Tsigoulis G, Krogias C, Georgiadis GS, Mikulik R, Athanasiadis D, Safouris A, Meves SH, Vadikolias K, Voumvourakis K, Harsany M, Heliopoulos I, Papageorgiou S, Georgakarakos E, Tampaki EC, Lazaris A, Piperidou C, Stamboulis E, Stefanis L, Lazarides M, Vasdekis SN.
Safety of early and urgent carotid endarterectomy (CEA) in symptomatic carotid artery stenosis: an international multicenter study
Stroke 2014; 45(Suppl 1): A57
32. Georgakarakos E, Argyriou C, Ioannou CV, Georgiadis GS, Trellopoulos G, Lazarides M.
Non-invasive assessment of hemodynamic changes after aortobifemoral bypass in patients with juxtarenal aortic occlusion: a preliminary study.
ESVS spring meeting
16&17 May, 2014, London, UK
33. Souftas VD, Korodimos P, Kosmidou M, Mpantis A, Georgiadis G, Prassopoulos P.
Percutaneous treatment of a postoperative ureteral-aneurysmal sac fistula created after abdominal aortic rupture surgery
CIRSE 2014 (Innovation Education Intervention)
13-17 September, 2014, Glasgow, UK
34. Georgakarakos E, Georgiadis GS, Argyriou C, Schoretsanitis N, Lazarides MK
Initial single center experience with the Bolton Treovance endograft in the management of Abdominal Aortic Aneurysms
Poster Presentation
5th Munich Vascular Conference
27&28 November, 2015, Munich, Germany
35. Georgakarakos E, Georgiadis GS, Argyriou C, Schoretsanitis N, Lazarides MK
Initial single center experience with the Bolton Treovance endograft in the management of Abdominal Aortic Aneurysms
Poster Presentation
65th International Congress of the European Society for Cardiovascular and Endovascular Surgery (ESCVS),
21-24 April, 2016, Belgrade, Serbia

36. Argyriou C, Georgakarakos E, Georgiadis GS, Schoretsanitis N, Lazarides MK.
The effect of revascularization on the hemodynamic profile of patients with infrarenal aortic occlusion
Poster Presentation
65th International Congress of the European Society for Cardiovascular and Endovascular Surgery (ESCVS),
21-24 April, 2016, Belgrade, Serbia
37. Argyriou C, Georgakarakos E, Georgiadis GS, Schoretsanitis N, Lazarides MK.
The effect of revascularization on the hemodynamic profile of patients with infrarenal aortic occlusion
Poster Presentation
38th Charing Cross International Symposium (Vascular and Endovascular Challenges Update)
26-29 April, 2016, London, UK
38. Georgakarakos E., Georgiadis G.S., Schoretsanitis N., Argyriou C., Lazarides M.K.
Preliminary single-center experience with the Bolton Treovance endograft in the treatment of abdominal aortic aneurysm
e-Poster Presentation
LIVE 2016 (Leading Innovative Vascular Education)
26-28 May, 2016, Ioannina, Greece
39. A. Giannoukas, S. Kakkos, G. Georgiadis, C. Maltezos, C. Karathanos, M. Matsagkas, G. Papadopoulos, C. Ioannou, K. Spanos, S. Mastoraki, S. Vasdekis, G. Treloupoulos, M. Lazarides, I. Tsolakis
Treatment of superficial vein thrombosis with intermediate doses of tinzaparin. The Seven study.
Abstract session 1
17th Meeting of the European Venous Forum jointly organised with the Venous Forum of the Royal Society of Medicine,
7-9 July, 2016, London, UK
40. A. Giannoukas, S. Kakkos, G. Georgiadis, C. Maltezos, C. Karathanos, M. Matsagkas, G. Papadopoulos, C. Ioannou, K. Spanos, S. Mastoraki, S. Vasdekis, G. Treloupoulos, M. Lazarides, I. Tsolakis
Intermediate doses of Tinzaparin for the treatment of Superficial Vein Thrombosis: Results from an observational National multicentre study - The SEVEN study
Abstract session 04
IUA-SFMV 2016, Vascular without borders (XXVII World Congress of the International Union of Angiology)
5-8 October, 2016, Lyon, France
41. Georgakarakos E., Anastasiadou E., Papoutsis M., Koufopoulos G., Georgiadis G.
Tips and tricks for facilitating teaching of Doppler waveforms and ankle brachial-index in undergraduate level: a practical guide
LIVE 2016 (Leading Innovative Vascular Education)
24-26 May, 2018, Patras, Greece
42. Argyriou C., Tasopoulou K-M., Popidis S., Georgakarakos E., Koutsoumpelis A., Georgiadis G.S.
Recreated carotid artery rupture with pseudoaneurysm formation due post-endarterectomy patch infection-combined surgical and endovascular management. A case report
e-Poster Presentation
LIVE 2018 (Leading Innovative Vascular Education)
24-26 May, 2018, Patras, Greece
43. C. Krogias, A. Lazaris, K. Moulakakis, G. Georgiadis, R. Mikulik, J. Kakisis, M. Chondrogianni, C. Liantinioti, C. Zompola, T. Hummel, M. Lazarides, G. Geroulakos, S. Vasdekis, G. Tsivgoulis
Safety of urgent endarterectomy performed within two days from the index event in patients with symptomatic carotid artery stenosis: an international multicentre study
4th European Stroke Organization Conference
14-16 May, 2018, Gothenburg, Sweden
44. Tasopoulou KM, Argyriou C, Mantatzis M, Kantartzi K, Passadakis P, Georgiadis GS.
Endovascular management of an iatrogenic vertebral artery injury following internal jugular venous catheterization
(Selected abstracts challenging cases - carotid/iliac/renal)
LEIPZIG INTERNATIONAL COURSE 2018
30 January-2 February, 2018, Leipzig, Germany
45. Georgakarakos E, Xenos, Georgiadis GS.
Computational comparison between the Altura aortic endograft configuration and the classic bifurcated designs
(Scientific Session 8: Aorta and its branches)
SITE 2019: International Symposium on Endovascular Therapeutics
27-29 March, 2019, Barcelona, Spain

46. Argyriou C, Georgiadis GS.
Endovascular management of chronic iliofemoral venous thrombosis. A systematic review and meta-analysis (Scientific Session 1, Prize session)
e-Poster Presentation
40th Charing Cross International Symposium (Controversies, Challenges, Consensus)
15-18 April, 2019, London, UK

 (τα αντίστοιχα πιστοποιητικά είναι στη διάθεση των εισηγητών-εκλεκτόρων εάν ζητηθούν)

IV. ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑ: 67

1. Χ. Καλπακλής, Α.Α. Τέντες, Σ. Μαρκακίδης, Γ. Γεωργιάδης, Γ. Δουρίδας, Μ. Αλεάντ
Επανεγχειρήσεις χοληφόρων
Περίληψη 105: Ελληνική Ιατρική, Ιαν.-Φεβ. 1993, τόμος 59, τεύχος 1, σελ. 35
8^ο Βορειοελλαδικό Συνέδριο
20-22 Μαΐου 1993, Θεσσαλονίκη
2. Α.Α. Τέντες, Χ. Καλπακλής, Γ. Γεωργιάδης, Γ. Δουρίδας, Σ. Μαρκακίδης
Χειρουργική χοληφόρων ταυτόχρονη με άλλες ενδοκοιλιακές επεμβάσεις
Περίληψη 332: Ελληνική Ιατρική, Ιαν.-Φεβ. 1993, τόμος 59, τεύχος 1, σελ. 91
8^ο Βορειοελλαδικό Συνέδριο
20-22 Μαΐου 1993, Θεσσαλονίκη
3. Γ. Γεωργιάδης, Ε. Γκίτη, Ι. Σπαθόπουλος, Κ. Αυγίδου, Χ. Καλπακλής, Α.Α. Τέντες
Πρωτοπαθή καρκινώματα χοληδόχου κύστεως
Περίληψη: σελ. 44
4^η Πανελλήνια συνάντηση χειρουργικής ήπατος-χοληφόρων-παγκρέατος
17-19 Σεπτεμβρίου 1993, Αλεξανδρούπολη
4. Γ. Γεωργιάδης, Ε. Γκίτη, Ι. Σπαθόπουλος, Κ. Αυγίδου, Χ. Καλπακλής, Α.Α. Τέντες
Χολοπεπτικά συρίγγια
Περίληψη: σελ. 63
4^η Πανελλήνια συνάντηση χειρουργικής ήπατος-χοληφόρων-παγκρέατος
17-19 Σεπτεμβρίου 1993, Αλεξανδρούπολη
5. Χ. Καλπακλής, Γ. Γεωργιάδης, Ι. Σπαθόπουλος, Ε. Γκίτη, Α.Α. Τέντες
Συνύπαρξη χολολιθίασης και πεπτικού έλκους
Περίληψη: σελ. 91
4^η Πανελλήνια συνάντηση χειρουργικής ήπατος-χοληφόρων-παγκρέατος
17-19 Σεπτεμβρίου 1993, Αλεξανδρούπολη
6. Α. Χατζημπαλόγλου, Ν. Σαρατζής, Π. Κουριδάκης, Α. Ιωαννίδης, Γ. Γεωργιάδης, Α. Μπαλίτας Ι. Χατζής, Μ. Τάνος, Β. Δαλαΐνας
Μετάθεση βασιλικής φλέβας: Αγγειακή προσπέλαση για αιμοκάθαρση
Περίληψη V1: σελ. 155
3^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειολογίας-Αγγειοχειρουργικής
19-21 Ιανουαρίου 1996, Αθήνα
7. Κ. Λαμπίδης, Θ. Περδικίδης, Γ. Γεωργιάδης, Ε. Κανελλόπουλος, Ι. Γουρnieζάκης, Ν. Μπέσις, Κ. Παπαιωάννου, Ν. Δουνδουλάκης
Επείγουσα χειρουργική καρωτίδος
Περίληψη 27: σελ. 68
4^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειολογίας-Αγγειοχειρουργικής
24-26 Ιανουαρίου 1997, Αθήνα
8. Γ. Γεωργιάδης, Θ. Περδικίδης, Κ. Λαμπίδης, Ε. Κανελλόπουλος, Ι. Γουρnieζάκης, Κ. Δερβίσης, Ν. Μπέσις, Ν. Δουνδουλάκης
Χειρουργική θεραπεία χρόνιας εντερικής ισχαιμίας-Περιγραφή μίας περίπτωσης
Περίληψη 18: σελ. 59
4^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειολογίας-Αγγειοχειρουργικής
24-26 Ιανουαρίου 1997, Αθήνα
9. Ε. Κανελλόπουλος, Θ. Περδικίδης, Γ. Γεωργιάδης, Κ. Λαμπίδης, Ι. Γουρnieζάκης, Κ. Δερβίσης, Β. Σκούτας, Ν. Δουνδουλάκης
Ρήξη ανευρύσματος κοιλιακής αορτής σε υπερήλικες ασθενείς
Περίληψη 50: σελ. 93
4^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειολογίας-Αγγειοχειρουργικής

10. Κ. Λαμπίδης, Γ. Γεωργιάδης, Δ. Χαρίτος, Ε. Κατσούλη, Ε. Διαμαντόπουλος, Ν. Δουνδουλάκης
Αρχικά αποτελέσματα από την πρώτη εφαρμογή στην Ελλάδα της επισκληρίδιας ηλεκτρικής διέγερσης του νωτιαίου μυελού (Spinal Cord Stimulation) στην κρίσιμη ισχαιμία των άκρων
Περίληψη 8: σελ. 56
5° Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειολογίας-Αγγειοχειρουργικής
23-25 Ιανουαρίου 1998, Αθήνα
11. Γ. Γεωργιάδης, Ν. Μπέσις, Κ. Λαμπίδης, Ε. Κανελλόπουλος, Θ. Πεردικίδης, Κ. Δερβίσης, Ν. Δουνδουλάκης
Λοιμώξεις μοσχευμάτων Αορτολαγόνιου άξονα. Η εμπειρία μίας δεκαετίας
Περίληψη 63: σελ. 111
5° Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειολογίας-Αγγειοχειρουργικής
23-25 Ιανουαρίου 1998, Αθήνα
12. Ε. Κανελλόπουλος, Κ. Δερβίσης, Π. Παυλίδης, Γ. Γεωργιάδης, Κ. Παπαιωάννου, Β. Σκούτας, Ν. Δουνδουλάκης
Εγχειρητική θνητότητα μετά από επεμβάσεις για Αορτολαγόνιο απόφραξη (Α.Λ.Α.) και Ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής (Α.Κ.Α.)
Περίληψη P88: σελ. 136
5° Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειολογίας-Αγγειοχειρουργικής
23-25 Ιανουαρίου 1998, Αθήνα
13. Γ. Γεωργιάδης, Ε. Κανελλόπουλος, Ν. Μπέσις, Κ. Δερβίσης, Π. Παυλίδης, Ι. Γουρnieζάκης, Ν. Δουνδουλάκης
Ανευρύσματα ιγνυακής αρτηρίας. Εμπειρία μίας εικοσαετίας
Περίληψη P92: σελ. 140
5° Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειολογίας-Αγγειοχειρουργικής
23-25 Ιανουαρίου 1998, Αθήνα
14. Γ. Γεωργιάδης, Ν. Μπέσις, Β. Λαοπόδης, Θ. Πεردικίδης, Ι. Γουρnieζάκης, Ν. Δουνδουλάκης
Ρήξη μεταστατικού καρκινώματος επινεφριδίων, πρωτοπαθής εστία: πνεύμονες. Περιγραφή μίας περίπτωσης
Περίληψη 55: σελ. 148
7° Πανελλήνιο Συνέδριο Κλινικής Ογκολογίας
2-4 Απριλίου 1998, Θεσσαλονίκη
15. Κ. Λαμπίδης, Ε. Κανελλόπουλος, Γ. Γεωργιάδης, Ι. Γουρnieζάκης, Θ. Πεردικίδης, Π. Παυλίδης, Ν. Δουνδουλάκης
Οξεία απόφραξη καρωτίδος μετά ενδαρτηρεκτομή
Περίληψη 24: σελ. 69
6° Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειολογίας-Αγγειοχειρουργικής
22-24 Ιανουαρίου 1999, Αθήνα
16. Κ. Λαμπίδης, Γ. Γεωργιάδης, Ε. Κανελλόπουλος, Ι. Γουρnieζάκης, Ν. Μπέσις, Δ. Χαρίτος, Ν. Δουνδουλάκης
Η επισκληρίδια διέγερση του νωτιαίου μυελού στην κρίσιμη ισχαιμία των άκρων
Περίληψη 37: σελ. 82
6° Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειολογίας-Αγγειοχειρουργικής
22-24 Ιανουαρίου 1999, Αθήνα
17. Γ. Γεωργιάδης, Κ. Λαμπίδης, Ε. Κανελλόπουλος, Ι. Γουρnieζάκης, Χ. Ηλίας, Ν. Μπέσις, Ν. Δουνδουλάκης
Αορτοεντερική επικοινωνία, σπάνια αλλά δραματική επιπλοκή
Περίληψη 111: σελ. 156
6° Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειολογίας-Αγγειοχειρουργικής
22-24 Ιανουαρίου 1999, Αθήνα
18. Ε. Κανελλόπουλος, Ι. Γουρnieζάκης, Κ. Λαμπίδης, Γ. Γεωργιάδης, Χ. Ηλίας, Ν. Μπέσις, Ν. Δουνδουλάκης
Η ρήξη ανευρύσματος της κοιλιακής αορτής-Υπάρχουν περιθώρια μείωσης της θνητότητας στην σημερινή Ελληνική πραγματικότητα;
Περίληψη 116: σελ. 161
6° Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειολογίας-Αγγειοχειρουργικής
22-24 Ιανουαρίου 1999, Αθήνα
19. Κ. Λαμπίδης, Γ. Γεωργιάδης, Ε. Κανελλόπουλος, Ι. Γουρnieζάκης, Χ. Ηλίας, Ν. Μπέσις, Π. Παυλίδης, Ν. Δουνδουλάκης
Η αντιμετώπιση της οξείας συμπτωματικής μετεγχειρητικής θρόμβωσης μετά από ενδαρτηρεκτομή της καρωτίδας
Περίληψη P32: σελ. 25
1° Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειακών Εγκεφαλικών Νόσων
29 Σεπτεμβρίου-1 Οκτωβρίου 1999, Θεσσαλονίκη
20. Γ. Γεωργιάδης, Κ. Λαμπίδης, Θ. Πεردικίδης, Π. Παυλίδης, Κ. Δερβίσης, Ν. Μπέσις, Κ. Παπαιωάννου, Β. Σκούτας, Ν. Δουνδουλάκης

Ενδαρτηρεκτομή καρωτίδων σε υπερήλικες ασθενείς

Περίληψη: σελ. 67

6° Πανελλήνιο Συνέδριο Γεροντολογίας-Γηριατρικής
20-22 Ιανουαρίου 2000, Αθήνα

21. Γ. Γεωργιάδης, Κ. Λαμπίδης, Ε. Κανελλόπουλος, Ι. Γουρnieζάκης, Χ. Ηλίας, Ε. Τζιβίσκου, Ν. Μπέσις, Ν. Δουνδουλάκης
Αγγειακές προσπελάσεις για χρόνια αιμοκάθαρση σε υπερήλικες ασθενείς
Περίληψη: σελ. 67
6° Πανελλήνιο Συνέδριο Γεροντολογίας-Γηριατρικής
20-22 Ιανουαρίου 2000, Αθήνα
22. Γ. Γεωργιάδης, Ι. Γουρnieζάκης, Ε. Κανελλόπουλος, Κ. Λαμπίδης, Χ. Ηλίας, Π. Παυλίδης, Ν. Δουνδουλάκης
Μασχαλομηριαία παράκαμψη: Μία εναλλακτική οδός στην επαναιμάτωση των κάτω άκρων σε υπερήλικες ασθενείς
Περίληψη: σελ. 68
6° Πανελλήνιο Συνέδριο Γεροντολογίας-Γηριατρικής
20-22 Ιανουαρίου 2000, Αθήνα
23. Ι. Γουρnieζάκης, Κ. Λαμπίδης, Ε. Κανελλόπουλος, Γ. Γεωργιάδης, Χ. Ηλίας, Ν. Μπέσις, Ν. Δουνδουλάκης
Αγγειοχειρουργικές επεμβάσεις στην τρίτη ηλικία
Περίληψη: σελ. 70
6° Πανελλήνιο Συνέδριο Γεροντολογίας - Γηριατρικής
20-22 Ιανουαρίου 2000, Αθήνα
24. Ι. Γουρnieζάκης, Γ. Γεωργιάδης, Ε. Κανελλόπουλος, Κ. Λαμπίδης, Χ. Ηλίας, Π. Παυλίδης, Ν. Δουνδουλάκης
Εμβολεκτομή και οξεία ισχαιμία των άκρων
Περίληψη: σελ. 68
6° Πανελλήνιο Συνέδριο Γεροντολογίας-Γηριατρικής
20-22 Ιανουαρίου 2000, Αθήνα
25. Κ. Λαμπίδης, Σ. Μπουκουβάλας, Γ. Γεωργιάδης, Κ. Παπαιωάννου, Ε. Κατσούλη, Ν. Δουνδουλάκης
Η συνεχής καταγραφή του κορεσμού της Hb στο σφαγιτιδικό βολβό (SjVO2) για την εκτίμηση της εγκεφαλικής αιμάτωσης κατά την διάρκεια ενδαρτηρεκτομής της καρωτίδας
Περίληψη 021: σελ. 22
7° Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειολογίας-Αγγειοχειρουργικής
20-23 Ιανουαρίου 2000, Θεσσαλονίκη
26. Γ. Γεωργιάδης, Ι. Γουρnieζάκης, Ε. Κανελλόπουλος, Κ. Λαμπίδης, Χ. Ηλίας, Ν. Μπέσις, Π. Παυλίδης, Ν. Δουνδουλάκης
Επιπλοκές αγγειακών προσπελάσεων σε χρόνια αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς
Περίληψη 091: σελ. 109
7° Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειολογίας-Αγγειοχειρουργικής
20-23 Ιανουαρίου 2000, Θεσσαλονίκη
27. Γ. Γεωργιάδης, Ε. Κανελλόπουλος, Κ. Λαμπίδης, Ι. Γουρnieζάκης, Ν. Μπέσις, Π. Παυλίδης, Κ. Παπαιωάννου, Ν. Δουνδουλάκης
Το αγγειακό τραύμα και η αντιμετώπιση του. Υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης;
Περίληψη 116: σελ. 131
7° Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειολογίας-Αγγειοχειρουργικής
20-23 Ιανουαρίου 2000, Θεσσαλονίκη
28. Κ. Λαμπίδης, Μ. Γρηγοριάδου, Γ. Γεωργιάδης, Χ. Ηλίας, Ν. Μπέσις, Ε. Διαμαντόπουλος, Ν. Δουνδουλάκης
Η εφαρμογή της επισκληρίδιας ηλεκτρικής διέγερσης του νωτιαίου μυελού στη μη χειρουργήσιμη κρίσιμη ισχαιμία των άκρων
Περίληψη 128: σελ. 151
7° Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειολογίας-Αγγειοχειρουργικής
20-23 Ιανουαρίου 2000, Θεσσαλονίκη
29. Χ. Ηλίας, Γ. Γεωργιάδης, Ε. Κανελλόπουλος, Ι. Γουρnieζάκης, Κ. Λαμπίδης, Π. Παυλίδης, Ν. Μπέσις, Ν. Δουνδουλάκης
Εξωανατομικές παρακάμψεις. Εμπειρία μίας πενταετίας-[1996 1999]
Περίληψη 130: σελ. 153
7° Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειολογίας-Αγγειοχειρουργικής
20-23 Ιανουαρίου 2000, Θεσσαλονίκη
30. Ε. Μπουκουβάλας, Κ. Μανδραγός, Μ. Πομώνη, Κ. Λαμπίδης, Γ. Γεωργιάδης, Π. Μπεχράκης
Πολλαπλή ανευρυσματική νόσος. Περιγραφή μίας περίπτωσης
Περίληψη 011: σελ. 169

31. Γ. Γεωργιάδης, Α. Φωτιάδου, Ν. Κουτουβίδης, Χ. Ηλίας, Π. Παυλίδης, Ν. Δουνδουλάκης
Μετεγχειρητική φροντίδα και ψυχιατρική υποστήριξη σε χρήστες ναρκωτικών ουσιών μετά την χειρουργική αποκατάσταση ψευδών ανευρυσμάτων
Περίληψη ΑΑ059: σελ. 65
16° Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής
5-9 Μαΐου 2000, Πάφος, Κύπρος
32. Γ. Γεωργιάδης, Ι. Γουρνιτζάκης, Ε. Κανελλόπουλος, Ν. Μπέσις, Ν. Δουνδουλάκης
Λαγονοεντερικό συρίγγιο συνεπεία ρήξεως σκωληκοειδούς απόφυσης. Περιγραφή μιάς σπάνιας περίπτωσης
Περίληψη 8: σελ. 10
15° Βορειοελλαδικό Συνέδριο
11-13 Μαΐου 2000, Θεσσαλονίκη
33. Γ. Γεωργιάδης, Ε. Κατσούλη, Κ. Λαμπίδης, Χ. Ηλίας, Β. Σκούτας, Ν. Δουνδουλάκης
Ενδαρτηρεκτομή καρωτίδων: Ποια μετεγχειρητική παρακολούθηση απαιτείται;
Περίληψη 34: σελ. 17
15° Βορειοελλαδικό Συνέδριο
11-13 Μαΐου 2000, Θεσσαλονίκη
34. Γ. Γεωργιάδης, Ε. Κανελλόπουλος, Κ. Λαμπίδης, Ι. Γουρνιτζάκης, Χ. Ηλίας, Ν. Δουνδουλάκης
Σύνδρομο υποκλοπής μετά από αγγειακή προσπέλαση για χρόνια αιμοκάθαρση-κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών
Περίληψη 37: σελ. 18
15° Βορειοελλαδικό Συνέδριο
11-13 Μαΐου 2000, Θεσσαλονίκη
35. Γ. Γεωργιάδης, Κ. Λαμπίδης, Ε. Κανελλόπουλος, Ν. Μπέσις, Π. Παυλίδης, Κ. Παπαιωάννου, Β. Σκούτας, Ν. Δουνδουλάκης
Διατιτραίνων τραύμα καρωτίδας: Εφιάλης για τον Αγγειοχειρουργό;
Περίληψη 369: σελ. 95
26° Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο
16-20 Μαΐου 2000, Αθήνα
36. Γ. Γεωργιάδης, Ε. Κανελλόπουλος, Ι. Γουρνιτζάκης, Κ. Λαμπίδης, Ν. Μπέσις, Π. Παυλίδης, Ν. Δουνδουλάκης
Ανευρύσματα καρωτίδων: Η δική μας εμπειρία
Περίληψη 370: σελ. 95
26° Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο
16-20 Μαΐου 2000, Αθήνα
37. Γ. Γεωργιάδης, Α. Πατσαλίδης, Χ. Ηλίας, Ι. Γουρνιτζάκης, Μ. Πομώνη, Π. Παυλίδης, Ν. Δουνδουλάκης
Ψευδές ανεύρυσμα βραχιονίου αρτηρίας σε χρήστη ναρκωτικών ουσιών: Παρουσία στο τραύμα βελόνας παρακέντησης, ένας υπαρκτός κίνδυνος
Περίληψη 372: σελ. 95
26° Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο
16-20 Μαΐου 2000, Αθήνα
38. Γ. Γεωργιάδης, Ε. Κανελλόπουλος, Κ. Λαμπίδης, Ι. Γουρνιτζάκης, Χ. Ηλίας, Π. Παυλίδης, Κ. Παπαιωάννου, Ν. Δουνδουλάκης
Χειρουργική αποκατάσταση της ελίκωσης σε νόσο καρωτίδων
6° Ελληνο-Ιταλικό Συνέδριο Αγγειολογίας-Αγγειοχειρουργικής και Γενικής Χειρουργικής
5-12 Ιουλίου 2000, Μύκονος
39. Γ. Γεωργιάδης, Κ. Λαμπίδης, Ε. Κανελλόπουλος, Χ. Ηλίας, Ι. Γουρνιτζάκης, Π. Παυλίδης, Ν. Μπέσις, Ν. Δουνδουλάκης
Νόσος Büerger: Μελέτη 27 περιπτώσεων
6° Ελληνο-Ιταλικό Συνέδριο Αγγειολογίας-Αγγειοχειρουργικής και Γενικής Χειρουργικής
5-12 Ιουλίου 2000, Μύκονος
40. Γ. Γεωργιάδης, Χ. Ηλίας, Ε. Κανελλόπουλος, Κ. Λαμπίδης, Ι. Γουρνιτζάκης, Ν. Μπέσις, Ν. Δουνδουλάκης
Οξεία και χρόνια ισχαιμία των άνω άκρων μη τραυματικής αιτιολογίας
6° Ελληνο-Ιταλικό Συνέδριο Αγγειολογίας-Αγγειοχειρουργικής και Γενικής Χειρουργικής
5-12 Ιουλίου 2000, Μύκονος
41. Α.Α. Τέντες, Σ. Μαρκακίδης, Χ. Καρανικιώτης, Α. Φίσκα, Ι. Λάμπρου, Ε. Σταματάκης, Μ. Μηνάς, Ο. Δαβιδούδη, Γ. Γεωργιάδης,
Θ. Δημητρίου

Καρκίνος Παγκρέατος

Περίληψη 424: σελ. 222

XXII Πανελλήνιο Συνέδριο Χειρουργικής

18-22 Νοεμβρίου 2000, Αθήνα

42. Α.Α. Τέντες, Σ. Μαρκακίδης, Χ. Καρανικιώτης, Α. Φίσκα, Ι. Λάμπρου, Ε. Σταματάκης, Μ.Μηνάς, Ο. Δαβιδούδη, Γ. Γεωργιάδης, Θ. Δημητρίου
Καρκίνος Ωοθηκών
Περίληψη 460 : σελ. 240
XXII Πανελλήνιο Συνέδριο Χειρουργικής
18-22 Νοεμβρίου 2000 , Αθήνα
43. Γ. Γεωργιάδης, Σ. Μαρκακίδης, Η. Φίτζιος, Α.Α. Τέντες
Επίπτωση των φλεβικών παθήσεων στον αγροτικό πληθυσμό του Βόρειου Έβρου
Περίληψη 035: σελ. 102
5^ο Συνέδριο Χειρουργικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος
31 Οκτωβρίου-3 Νοεμβρίου 2001, Θεσσαλονίκη
44. Γ. Γεωργιάδης, Σ. Μαρκακίδης, Χ. Καρανικιώτης, Μ. Μηνάς, Ε. Κεσσίδης, Β. Αδαμόπουλος, Χ. Στάικος, Α.Α. Τέντες
Ουρογεννητικές επιπλοκές μετά από εκτεταμένο λεμφαδενικό καθαρισμό του οπισθοπεριτοναϊκού χώρου
Περίληψη 042: σελ. 109
5^ο Συνέδριο Χειρουργικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος
31 Οκτωβρίου-3 Νοεμβρίου 2001, Θεσσαλονίκη
45. Σ. Παπαδάκης, Θ. Μιτσιτίσκας, Γ. Γεωργιάδης, Σ. Μαρκακίδης, Η. Φίτζιος, Ν. Δελαπόρτας, Α.Α. Τέντες
Συχνότητα δευτεροπαθών οστικών μεταστάσεων σαν πρώτο σημείο υποτροπής συμπαγών όγκων
Περίληψη 074: σελ. 141
5^ο Συνέδριο Χειρουργικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος
31 Οκτωβρίου-3 Νοεμβρίου 2001, Θεσσαλονίκη
46. Σ. Μαρκακίδης, Γ. Γεωργιάδης, Κ. Κιρμανίδης, Α. Κουκουλομάτη, Α.Α. Τέντες
Συχνότητα λοιμώξεων σε ΜΕΘ Χειρουργικής κλινικής
7^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Χειρουργικών Λοιμώξεων
9 Νοεμβρίου-11 Νοεμβρίου 2001, Αλεξανδρούπολη
47. Ε. Νικολόπουλος, Α. Πουλημένου, Ε. Ελευθεριάδου, Γ. Γεωργιάδης, Β. Τζίλαλης, Μ. Λαζαρίδης
Κατευθυντήριες οδηγίες στην Αγγειακή προσπέλαση
8^ο Επιστημονικό Συνέδριο Φοιτητών Ελλάδας
19-21 Απριλίου 2002, Ιωάννινα
48. Ε. Γιαννάτος, Σ. Παναγιώτσος, Γ. Γεωργιάδης, Ε. Βασιλείου, Π. Πασαδάκης, Μ. Λαζαρίδης, Β. Βαργεμέζης
Η εκτίμηση της λειτουργίας των αρτηριοφλεβικών επικοινωνιών με την υπερηχογραφική εκτίμηση της ροής-αραίωσης (Ultrasound dilution) σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς
12^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νεφρολογίας
29 Μαΐου-1 Ιουνίου 2002, Ιωάννινα
49. Κ. Καμπούρη , Γ. Γεωργιάδης, Ε. Ευσταθίου, Ε. Ελευθεριάδου, Μ. Κιρμανίδης, Χ. Σουλτανίδης, Σ. Γαρδίκης, Χ. Λίμας, Χ. Μαλτέζος, Μ. Λαζαρίδης
Αρτηριακό τραύμα στα παιδιά. Εμπειρία 10 χρόνων
25^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Χειρουργικής Παίδων
31 Οκτωβρίου-2 Νοεμβρίου 2003, Αθήνα
50. Γ. Αντωνίου, Κ. Τσακιρίδης, Ε. Ελευθεριάδου, Φ. Κωνσταντίνου, Ε. Νικολόπουλος, Θ. Παπάς, Γ. Γεωργιάδης, Β. Διδίλης, Μ. Λαζαρίδης
Ο ρόλος της τηλεμετρίας σε αγγειοχειρουργικές επεμβάσεις
Περίληψη: σελ. 70
10^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειολογίας-Αγγειοχειρουργικής (με Διεθνή συμμετοχή)
20-22 Ιανουαρίου 2006, Αθήνα
51. Ε. Νικολόπουλος, Σ. Τερζούδη, Ε. Ελευθεριάδου, Γ. Αντωνίου, Θ. Παπάς, Γ. Γεωργιάδης, Μ. Λαζαρίδης
Έχει θέση η χειρουργική αντιμετώπιση φλεβικών ελκών που οφείλονται σε ανεπάρκεια του επιπολής φλεβικού δικτύου;
Περίληψη: σελ. 85
10^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειολογίας-Αγγειοχειρουργικής (με Διεθνή συμμετοχή)
20-22 Ιανουαρίου 2006, Αθήνα
52. Σουφτάς Β, Μανταζής Μ, Κοζαδίνος Α, Γεωργιάδης Γ, Παπάς Θ, Λαζαρίδης Μ, Πρασόπουλος Π.

Ψευδοανεύρυσμα της κάτω επιγαστρίου αρτηρίας με αρτηριοφλεβική επικοινωνία: θεραπεία με διακαθετήριο εμβολισμό

Περίληψη: σελ. 178

15^ο Πανελλήνιο Ακτινολογικό Συνέδριο

13-16 Δεκεμβρίου 2006, Αθήνα

53. Κακαγιά Δ, Καζάκος Κ, Ξαρχάς Κ, Καρανίκας Μ, Γεωργιάδης Γ, Τρυφιάνης Γ, Τσεπελίδης Κ, Μανωλάς Κ.
Συνεργική δράση τροποποιητή των πρωτεασών με αυτόλογους αυξητικούς παράγοντες σε διαβητικά έλκη του ποδός. Προοπτική τυχαιοποιημένη μελέτη.
Περίληψη: σελ. 64
Πανελλήνιο Συνέδριο Επούλωσης Τραυμάτων και Ελκών
15-17 Μαρτίου 2007, Αθήνα
54. Νικολόπουλος Ε, Λαζαρίδης Μ, Γεωργιάδης Γ, Παπασιδέρης Χ, Τρελλόπουλος Γ, Τζιλαλής Β.
Η μετάθεση της βασιλικής φλέβας σε σύγκριση με αρτηριοφλεβικές επικοινωνίες με χρήση συνθετικών μοσχευμάτων στο άνω άκρο: μετανάλυση των αποτελεσμάτων
Περίληψη: σελ.
3^ο Συμπόσιο Αγγειοχειρουργικής-Αγγειολογίας
1 Μαΐου 2008, Λάρισα
1^ο Βραβείο
55. Σκούτας Δ, Παπάνας Ν, Καραγιάννη Δ, Γεωργιάδης Γ, Μεσημέρης Θ, Καραμόσχος Κ, Σουλής Κ, Παπάζογλου Ν, Μανές Χ, Λαζαρίδης Μ.
Η πορεία και η έκβαση του διαβητικού ποδιού: εξαετής παρακολούθηση (πολυκεντρική μελέτη)
Περίληψη: σελ. 47
11^ο Πανελλήνιο Διαβητολογικό Συνέδριο
25-29 Μαρτίου 2009, Αλεξανδρούπολη
56. Τρελλόπουλος Γ, Νικολόπουλος Ε, Φυντανίδου Β, Γεωργιάδης Γ, Καπούλας Κ, Χαλβατζούλης Λ, Ανανιάδου Ο, Μεγαλόπουλος Α, Λαζαρίδης Μ.
Ενδαγγειακή αντιμετώπιση διατιτράινόντων αθηροσκληρωτικών ελκών κοιλιακής αορτής-μια σπάνια αλλά απειλητική για τη ζωή οντότητα;
Περίληψη: σελ. 167
12^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειολογίας-Αγγειοχειρουργικής (με Διεθνή συμμετοχή)
21-24 Ιανουαρίου 2010, Αθήνα
57. Γεωργιάδης Γ, Τρελλόπουλος Γ, Νικολόπουλος Ε, Ασλανίδου Ε, Πίττα Ξ, Καπούλας Κ, Μεγαλόπουλος Α, Καλπακίδης Β, Λαζαρίδης Μ.
Επείγουσα ενδαγγειακή αντιμετώπιση ασθενών με τραύματα περιφερικών αρτηριών που παρουσιάζονται σε κατάσταση υπογκαιμικής καταπληξίας
Περίληψη: σελ. 202
12^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειολογίας-Αγγειοχειρουργικής (με Διεθνή συμμετοχή)
21-24 Ιανουαρίου 2010, Αθήνα
58. Αντωνίου Γ.Α, Τέντες Ι.Κ, Αντωνίου Σ.Α, Γεωργιάδης Σ.Γ, Νικολόπουλος Ε, Γιαννούκας Α.Δ., Σιμόπουλος Κ, Λαζαρίδης Μ.
Μεταλλοπρωτεϊνάσες και αναστολείς τους στον ορό ασθενών με βουβωνοκήλη και ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής
Περίληψη: σελ. 169
12^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειολογίας-Αγγειοχειρουργικής (με Διεθνή συμμετοχή)
21-24 Ιανουαρίου 2010, Αθήνα
59. Παπάνας Ν, Γεωργιάδης Γ.Σ., Τσαρούχα Α.Κ., Κακαγιά Δ., Βερβερίδης Α., Ζέρβας Β., Σουφτάς Β., Ζησιμόπουλος Α., Κουρκουτσάκης Ν., Μπογιατζή Χ., Πιτσιάβα Δ., Πιτιακούδης Μ., Βερέτας Δ.Α., Λαζαρίδης Μ.Κ., Πρασόπουλος Π., Μαλτέζος Ε., Σιμόπουλος Κ.
Το φάσμα του διαβητικού ποδιού: πρώτες παρατηρήσεις ειδικού εξωτερικού ιατρείου
Περίληψη: σελ. 28
2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού (με Διεθνή συμμετοχή)
15-17 Απριλίου 2010, Αθήνα
60. Νικολόπουλος Ε, Αντωνίου Γ, Καπούλας Κ, Γεωργακαράκος Ε, Ζέρβας Β, Τρελλόπουλος Γ, Λαζαρίδης Μ, Γεωργιάδης Γ.
Υβριδικά μοσχεύματα για την αντιμετώπιση ενδοδιαφυγών μετά από EVAR
Περίληψη: σελ. 174
13^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειακής και Ενδαγγειακής Χειρουργικής
22-24 Μαρτίου 2012, Αθήνα
61. Αντωνίου ΓΑ, Γεωργιάδης ΓΣ, Chalmers N, Smyth JV, Αντωνίου ΣΑ, Serracino-Inglott F, Murray D, Λαζαρίδης ΜΚ
Ενδαγγειακή έναντι χειρουργικής αποκατάστασης μηρο-ιγνυακής αρτηριακής νόσου: Μετα-ανάλυση

Περίληψη: σελ. 204
13^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειακής και Ενδαγγειακής Χειρουργικής
22-24 Μαρτίου 2012, Αθήνα

62. Παπάνας Ν., Κύρογλου Σ., Γεωργιάδης ΓΣ., Κακαγιά Δ., Κυργιαννάκη Β., Γεωργακαράκος Ε., Λαζαρίδης Μ., Μαλτέζος Ε.
Εντόπιση νευροπαθητικού έλκους διαβητικού ποδιού
3^ο Πανελλήνιο Συνέδριο (Εταιρεία Μελέτης Διαβητικού Ποδιού) με Διεθνή Συμμετοχή
9-11 Φεβρουαρίου 2012, Αθήνα
63. G. Trellopoulos, E. Georgakarakos, D. Pelekas, A. Papachristodoulou, C. Argyriou, G. Georgiadis.
Chimney and periscope technique for treatment of spontaneous aortic rupture
Int Angiol 2014; 33(Suppl 1 to issue 2): 20
Abstract book (14th Panhellenic Congress of Vascular and Endovascular Surgery)
13-16 Μαρτίου 2014, Αθήνα
64. G. Antoniou, S. Antoniou, E. Georgakarakos, G. Sfyroeras, G. Georgiadis.
Bibliometric analysis of factors predicting increased citations in the vascular literature
Int Angiol 2014; 33(Suppl 1 to issue 2): 22
Abstract book (14th Panhellenic Congress of Vascular and Endovascular Surgery)
13-16 Μαρτίου 2014, Αθήνα
65. Χούσκο ΜΑ, Μυλοπούλου Θ, Δάλλα Β, Γεωργιάδης Γ, Σουφτάς Β, Αρελάκη Σ, Ρίτης Κ, Σκένδρος Π
Περίληψη: σελ. 95
Όγκος καρωτιδικού σωματίου ως αίτιο εμπυρέτου αδιευκρίνιστης αιτιολογίας
2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης στην Εσωτερική Παθολογία (με Διεθνή συμμετοχή)
24-28 Φεβρουαρίου 2016, Θεσσαλονίκη
63. Γεωργακαράκος Ε., Γεωργιάδης Γ., Σχορετσανίτης Ν., Αργυρίου Χ., Τσιόκανη Μ., Λαζαρίδης Μ.Κ.
Πρώιμα αποτελέσματα από τη χρήση του αορτικού ενδομοσχεύματος TREOVANCE στην αντιμετώπιση υπονεφρικών ανευρυσμάτων της κοιλιακής αορτής
Θωρακική/Κοιλιακή αορτή: ΕΑ28, σελ. 27
15^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειακής και Ενδαγγειακής Χειρουργικής-Αγγειολογίας
31 Μαρτίου-2 Απριλίου 2016, Αθήνα
64. Αργυρίου Χ., Γεωργακαράκος Ε., Γεωργιάδης Γ., Σχορετσανίτης Ν., Λαζαρίδης Μ.Κ.
Μεταβολές στο αιμοδυναμικό προφίλ μετά από επαναιμάτωση των ασθενών με υπονεφρική απόφραξη της κοιλιακής αορτής
Βασική γνώση-έρευνα/Ανευρύσματα αορτής: ΕΑ44, σελ. 35
15^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειακής και Ενδαγγειακής Χειρουργικής-Αγγειολογίας
31 Μαρτίου-2 Απριλίου 2016, Αθήνα
65. Αργυρίου Χ., Τασοπούλου Μ.Κ., Ποπίδης Σ., Κουτσομπέλης Α., Γεωργακαράκος Ε., Γεωργιάδης Γ.
Αποτελεσματικότητα της ενδαγγειακής θεραπείας στην αντιμετώπιση της χρόνιας λαγονομηριαίας φλεβοθρόμβωσης-μία συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση
Φλεβικές παθήσεις: ΕΑ33, σελ. 33
17^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειακής και Ενδαγγειακής Χειρουργικής-Αγγειολογίας
15-18 Μαρτίου 2018, Θεσσαλονίκη
66. Γεωργακαράκος Ε., Ξενάκης Α., Γεωργιάδης Γ.
Αιμοδυναμική σύγκριση μεταξύ δικαλωτού ενδομοσχεύματος κλασσικής διαμόρφωσης και μοντέλου στενών σκελών (DOG-BONE)
Βασική έρευνα: ΕΑ63, σελ. 43
17^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειακής και Ενδαγγειακής Χειρουργικής-Αγγειολογίας
15-18 Μαρτίου 2018, Θεσσαλονίκη
66. Πατούση Α., Καργιώτης Ο., Κατσάνος Α., Μαυρίδης Δ., Τσοκάνη Σ., Ποικιλίδου Μ., Μπιρμπίλης Θ., Μαντατζής Μ., Ζόμπολα Χ., Τριανταφύλλου Σ., Παπάνας Ν., Σκένδρος Π., Τερζούδη Α., Γεωργιάδης Γ., Μαλτέζος Ε., Πιπερίδου Χ., Τσιούφης Κ., Ηλιόπουλος Ι., Βαδικόλιας Κ., Τσιβγούλης Γ.
Επίπτωση, χαρακτηριστικά και έκβαση σε ασθενείς με εμβολικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο αδιευκρίνιστης προέλευσης: μια πληθυσμιακή μελέτη
7^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειακών Εγκεφαλικών Νόσων
1-4 Νοεμβρίου 2018, Θεσσαλονίκη
67. Πατούση Α., Κατσάνος Α., Ποικιλίδου Μ., Μπιρμπίλης Θ., Μαντατζής Μ., Γιαβροπούλου Μ., Ζόμπολα Χ., Τριανταφύλλου Σ., Παπάνας Ν., Σκένδρος Π., Τερζούδη Α., Γεωργιάδης Γ., Ζεμπεκάκης Π., Μαλτέζος Ε., Πιπερίδου Χ., Ηλιόπουλος Ι., Βαδικόλιας Κ., Τσιβγούλης Γ.
Επίδημιολογική καταγραφή ΑΕΕ στο Νομό Έβρου: απώτερη επιβίωση και κίνδυνος εκδήλωσης υποτροπιάζοντος ΑΕΕ

(τα αντίστοιχα πιστοποιητικά είναι στη διάθεση των εισηγητών-εκλεκτόρων εάν ζητηθούν)

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ/ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΔΙΕΘΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ: 61

1. 2nd BALKAN CONGRESS OF ANGIOLOGY AND VASCULAR SURGERY
Thessaloniki-Greece, September 22-25, 1994
2. 7th MEDITERRANIAN CONGRESS OF ANGIOLOGY AND VASCULAR SURGERY
Limassol-Cyprus, March 23-26, 1996
3. SECOND GREEK - GERMAN VASCULAR SYMPOSIUM
Chalkidiki-Greece, June 6-9, 1996
4. 8th WORLD CONGRESS ON PAIN
Vancouver, BC, Canada, August 17-22, 1996
5. 13th CONGRESS OF THE EUROPEAN CHAPTER OF THE INTERNATIONAL UNION OF ANGIOLOGY
Rhodes-Greece, May 26-30, 1999
6. 4th GREEK-GERMAN VASCULAR SYMPOSIUM
Athens-Greece, June 18-19, 1999
7. 4^ο ΕΛΛΑΔΟ-ΚΥΠΡΙΑΚΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
Λευκωσία-Κύπρος, 27-31 Οκτωβρίου, 1999
8. CONGRESS OF STROKE PREVENTION IN PATIENTS WITH ASYMPTOMATIC CAROTID DISEASE[†]
Paphos-Cyprus, 3-6 February, 2001
[†]Approved for 18 European CME points from the European Board of Vascular Surgery (UEMS)
9. VII CONGRESS OF THE EUROPEAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE
Palermo-Italy, April 1-5, 2001
10. XI CONGRESS OF THE MEDITERRANEAN LEAGUE OF ANGIOLOGY AND VASCULAR SURGERY
Chios-Greece, 30 May-2 June, 2001
11. 24th CHARING CROSS INTERNATIONAL SYMPOSIUM[†]
“Evidence for Vascular or Endovascular Reconstruction”
London-England, April 8-9, 2002
[†]Approved for 17 European CME points from the European Board of Vascular Surgery (UEMS)
12. XII MEDITERRANIAN CONGRESS OF ANGIOLOGY AND VASCULAR SURGERY[†]
Paphos-Cyprus, May 22-26, 2002
[†]Approved for 17 European CME points from the European Board of Vascular Surgery (UEMS)
13. 4th HELLENIC-TURKISH INTER-UNIVERSITY ORTHOPAEDIC MEETING
Alexandroupolis-Greece, June 13-15, 2002
14. 4th HELLENIC REGIONAL HAEMOVIGILANCE MEETING
Alexandroupolis-Greece, September 26-28, 2002
15. 6th GREEK-GERMAN VASCULAR SYMPOSIUM
“New developments in Vascular Medicine”
Athens-Greece, September 25-27, 2003
16. 26th CHARING CROSS INTERNATIONAL SYMPOSIUM[†]
“Vascular and Endovascular Challenges”
London-England, April 3-6, 2004
[†]Approved for 26 CME points from the European Vascular Continuing Medical Education (EVCME) Committee
[†]Approved for 27 CME points from the Royal College of Surgeons, incorporating the Royal College of Radiologists
17. BEATING BLOOD CLOTS IN COPENHAGEN. AN INTERNATIONAL SYMPOSIUM
Copenhagen-Danmark, September 25, 2004
18. 27th CHARING CROSS INTERNATIONAL SYMPOSIUM[†]

“Towards Vascular and Endovascular Consensus”

London-England, April 9-12, 2005

†Approved for 46.5 CME points from the European Vascular Continuing Medical Education (EVCME) Committee

†Approved for 47 CME points from the Royal College of Surgeons, incorporating the Royal College of Radiologists

19. MEET (MULTIDISCIPLINARY EUROPEAN ENDOVASCULAR THERAPY) 2005 Congress[†]
Cannes-France, June 9-12, 2005
†Accredited for 24 EVCME credit hours
20. ICCA V-5th INTERNATIONAL COURSE ON CAROTID ANGIOPLASTY AND OTHER CEREBROVASCULAR INTERVENTIONS
Frankfurt-Germany, October 27-29, 2005
†Accredited for 18 CME credits from the European Board for Accreditation in Cardiology (EBAC)
21. EVC MEETING 2006
Amsterdam-The Netherlands, 11-13, 2006
†Approved for 15 European CME points from the European Vascular Committee for Continuous Medical Education of the European Division and Board of Vascular Surgery.
22. AVEM 2006 Aristotle Vascular Experts' Meeting[†]
Thessaloniki, May 29-30, 2006
†Awarded 12 CME points by the Panhellenic Medical Association (recognized from EACCME-UEMS)
23. 16th CONGRESS OF THE MEDITERRANEAN LEAGUE OF ANGIOLOGY & VASCULAR SURGERY[†]
Crete-Greece June 9-12, 2006
†Approved for ? European CME points from the European Board of Vascular Surgery (UEMS)
24. 29th CHARING CROSS INTERNATIONAL SYMPOSIUM[†]
“More Vascular and Endovascular Controversies”
London-England, April 14-17, 2007
†Approved for 30 CME points from the European Vascular Continuing Medical Education (EVCME) Committee
25. 17th CONGRESS OF THE EUROPEAN CHAPTER OF THE INTERNATIONAL UNION OF ANGIOLOGY in conjunction with the XVIIIMLAVS 2007 CONGRESS OF THE MEDITERRANEAN LEAGUE OF ANGIOLOGY AND VASCULAR SURGERY
Lefkosia-Cyprus, April 25-28, 2007
†Approved for 30 European CME points from the European Board of Vascular Surgery (UEMS).
25. ESVS XXI ANNUAL MEETING
Madrid-Spain, September 20-23, 2007
†Approved for 20 European CME points from the CME Committee of the European Board of Vascular Surgery (UEMS).
27. 30th CHARING CROSS INTERNATIONAL SYMPOSIUM[†]
“Vascular and Endovascular Consensus Update”
London-England, April 12-15, 2008
†Approved for 32 CME points from the European Vascular Continuing Medical Education (EVCME) Committee
28. ANNUAL COURSE OF THE VASCULAR ACCESS SOCIETY (VAS)[†]
“Evidence based access surgery”
Alexandroupolis, Greece, April 18-19, 2008
†This course will be provided with Continuing Medical Education Credits by the European Accreditation Council of the European Union of Medical Specialists (U.E.M.S.).
29. GEST 2008[†]
“Global Embolization Symposium and Technologies”
Barcelona, Spain, June 5-8, 2008
†EACCME credits are recognized by the American Medical Association towards the Physician's Recognition Award (PRA).
30. XXIII WORLD CONGRESS OF THE INTERNATIONAL UNION OF ANGIOLOGY[†]
Athens, Greece, June 21-25, 2008
†The Congress has been accredited by the EACCME-UEMS with 22 CME-CPD credits.
31. 35th ANNUAL VASCULAR AND ENDOVASCULAR ISSUES, TECHNIQUES AND HORIZONS (VEITH SYMPOSIUM)[†]
New York, USA, November 19-23, 2008
†The Activity was designated for 52 AMA PRA Category 1 CreditsTM.
32. CONTROVERSIES & UPDATES IN VASCULAR SURGERY (CACVS 2009)[†]
Paris, France, January 30-31, 2009
York, USA, November 19-23, 2008

†The Congress has been accredited by EVCME 18 credits

33. AVEM 2009, ARISTOTLE VASCULAR EXPERTS' MEETING
Thessaloniki, Greece, March 12-14, 2009
†The Congress has been accredited by EVCME 18 credits
34. LIVES2009, LARISSA INTERNATIONAL VASCULAR ENDOVASCULAR SYMPOSIUM
Advances and controversies in the management of vascular aneurysms
Larissa, Greece, 29-31 May, 2009
†The Congress has been accredited by 15 CME credits
35. 18TH EUROCHAP (European Chapter Congress of the International Union of Angiology) & XIX MLAVS (Annual meeting of the Mediterranean League of Angiology and Vascular Surgery)[†]
Palermo, Italy, 24-27 Oct, 2009
†The Congress has been accredited by the EACCME-UEMS with 22 CME-CPD credits.
36. IVEC 2009, IOANNINA VASCULAR ENDOVASCULAR COURSE
An update to abdominal aortic aneurysms
Ioannina, Greece, 6 & 7 Nov, 2009
†The Congress has been accredited by 9 CME credits
37. 32nd CHARING CROSS INTERNATIONAL SYMPOSIUM[†]
"Vascular and Endovascular Challenges Update"
London-England, 10th-15th April 2010
†Approved for 33 CME points from the European Vascular Continuing Medical Education (EVCME) Committee
38. 2nd Annual Meeting of the Balkan Venous Forum
Athens-Greece, 21st-22nd January 2010
†Approved for 33 CME points from the European Vascular Continuing Medical Education (EVCME) Committee
38. 33rd CHARING CROSS INTERNATIONAL SYMPOSIUM[†]
"Vascular and Endovascular Challenges Update"
London-England, 9th-12th April 2011
†Approved for 18 CME points from the European Vascular Continuing Medical Education (EVCME) Committee
39. LIVE2011 (Leading Innovative Vascular Education)-(organized by the Institute of Vascular Diseases [IVD Greece] in collaboration with the Stony Brook University [Medical Center, New York, USA])[†]
Halkidiki-Greece, 5-8 May 2011
†Accredited by UEMS for 18 CME European CME credits (ECMEC) by the European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME)
40. ESVS XXV ANNUAL MEETING[†]
Athens-Greece, September 22-25, 2011
†Approved for 20 European CME points from the CME Committee of the European Board of Vascular Surgery (UEMS).
41. LINC 2012 Interventional course[†]
Leipzig-Germany, 25th-28th Jan 2012
†LINC 2012 has been accredited by the Sächsische Landesärztekammer with 24 CME points, by the Swiss Society for Angiology with 30 CME points and by the Dutch Association for Surgery with 20 accreditation points in Category I.
42. "The art of surgery today. The last supper" (organized by the 1st Department of Aristotle University of Thessaloniki in cooperation with the International College of Surgeons)
Thessaloniki-Greece, 4th-5th May 2012
43. LIVE2012 (Leading Innovative Vascular Education)-(organized by the Institute of Vascular Diseases [IVD Greece] in collaboration with the Stony Brook University [Medical Center, New York, USA])[†]
Alexandroupolis-Greece, 24-27 May 2012
†Accredited by UEMS for 15 CME European CME credits (ECMEC) by the European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME)
44. EACTS Techno-College (Annual Meeting of Society for Cardiothoracic Surgeons)
Barcelona, Spain, 27-31 October 2012
†Accredited by UEMS for 15 CME European CME credits (ECMEC) by the European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME)
45. LINC 2013 Interventional course[†]
Leipzig-Germany, 23rd-26th Jan 2013

†LINC 2013 has been accredited by the Sächsische Landesärztekammer with 24 CME points, by the Swiss Society for Angiology with 30 CME points and by the Dutch Association for Surgery with 20 accreditation points in Category I

46. CIRSE 2013, The annual meeting and postgraduate course of the Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe[†]
Barcelona-Spain, 14-18 September 2013
†CIRSE 2013 is designated for a maximum of 26 hours of European external CME credits
47. LIVE 2013 (Leading Innovative Vascular Education)-(organized by the Institute of Vascular Diseases [IVD Greece] in collaboration with the Stony Brook University [Medical Center, New York, USA])[†]
Thessaloniki, Greece, 23-25 May 2013
†Accredited by UEMS for 15 CME European CME credits (ECMEC) by the European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME)
47. XXIII Mediterranean Congress of Angiology and Vascular Surgery (MLAVS 2013)[†]
Volos- Greece, 4 & 5 Oct 2013
†The Congress has been accredited by the EACCME-UEMS with 16 CME-CPD credits
48. 36th CHARING CROSS INTERNATIONAL SYMPOSIUM[†]
“Vascular and Endovascular Consensus Update”
London-England, 5th-8th April 2014
†Approved for 18 CME credits from the European Vascular Continuing Medical Education (EVCME) Committee
49. 18th European Vascular Course (EVC) 2014[†]
Maastricht, The Netherlands, 12-14 May 2014
†The Congress has been accredited by the EACCME-UEMS with 16 CME-CPD credits
50. LIVE 2014 (Leading Innovative Vascular Education)-(organized by the Institute of Vascular Diseases [IVD Greece] in collaboration with the Stony Brook University [Medical Center, New York, USA])[†]
Athens, Greece, 22-24 May 2014
†Accredited by UEMS for 16 CME European CME credits (ECMEC) by the European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME)
51. LIVE 2016 (Leading Innovative Vascular Education)-(organized by the Institute of Vascular Diseases [IVD Greece] in collaboration with the Stony Brook University [Medical Center, New York, USA])[†]
Ioannina, Greece, 26-28 May 2016
†Accredited by UEMS for CME European CME credits (ECMEC) by the European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME)
52. 19th International Experts Symposium “Critical issues in aortic endografting 2015”[†]
Liverpool, UK, 15&15 May 2015
48. LINC 2017 Interventional course[†]
Leipzig-Germany, 24rd-27th Jan 2017
†LINC 2017 has been accredited by the Sächsische Landesärztekammer with 21 CME points, by the Swiss Society for Angiology with 34 CME points, the Dutch Association for Surgery with 20 accreditation points in Category I and the Belgian Society for Vascular Surgery (BSVS) with 32 CME points.
53. LIVE 2017 (Leading Innovative Vascular Education)-(organized by the Institute of Vascular Diseases [IVD Greece] in collaboration with the Stony Brook University [Medical Center, New York, USA])[†]
Thessaloniki, Greece, 11-14 May 2017
†Accredited by UEMS for 16 CME European CME credits (ECMEC) by the European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME)
54. I.N.V.E.S.T. Meeting 2017, Improvements & news in vascular & endovascular surgery[†]
Thessaloniki, Greece, 16&17 September 2017
†Μοριοδότηση με 12 CME-CPD credits από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο
55. LIVE 2018 (Leading Innovative Vascular Education)-(organized by the Institute of Vascular Diseases [IVD Greece] in collaboration with the Stony Brook University [Medical Center, New York, USA])[†]
Patras, Greece, 24-26 May 2018
†Accredited by UEMS for CME European CME credits (ECMEC) by the European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME)
56. 18th Annual Meeting of the European Venous Forum (EVF)-9th Annual Meeting of the Balkan Venous Forum[†]
Porto, Portugal, 29 June-1 July 2017
†Accredited for CME European CME credits (ECMEC) by the European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME)

57. 19th Annual Meeting of the European Venous Forum (EVF)-9th Annual Meeting of the Balkan Venous Forum-Hellenic Phlebological Society Summit[†]
Athens, Greece, 28-30 June 2018
[†]Accredited for 19 CME European CME credits (ECMEC) by the European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME)
58. 19th Meeting of the European Venous Forum (EVF)-9th Annual Meeting of the Balkan Venous Forum-Hellenic Phlebological Society Summit[†]
Athens, Greece, 28-30 June 2018
[†]Accredited for 19 CME European CME credits (ECMEC) by the European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME)
59. LINC 2019 Interventional course[†]
Leipzig-Germany, 25th-29th Jan 2019
[†]LINC 2019 has been accredited by the Sächsische Landesärztekammer with 21 CME points, by the Swiss Society for Angiology with 31 CME points and the Dutch Association for Surgery with 20 accreditation points in Category I
60. 40th CHARING CROSS INTERNATIONAL SYMPOSIUM[†]
“Controversies, Challenges, Consensus”
London-England, 15th-18th April 2019
[†]Accredited by the European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME[®]) with 28 European CME credits (ECMEC[®]s)
61. LIVE 2019 (Leading Innovative Vascular Education)-(organized by the Institute of Vascular Diseases [IVD Greece] in collaboration with the Hellenic Society of Vascular and Endovascular Surgery, the Stony Brook University [Medical Center, New York, USA], the International Symposium on Endovascular Therapeutics and the Intervention Master Aortic Course)[†]
Larisa, Greece, 9-11 May 2019
[†]Accredited by UEMS for CME European CME credits (ECMEC) by the European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME)

 (τα αντίστοιχα πιστοποιητικά είναι στη διάθεση των εισηγητών-εκλεκτόρων εάν ζητηθούν)

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ/ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΗΜΕΡΙΔΩΝ/ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ/ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΕΚΔΗΛΩΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: 91

1. 2^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ
Θεσσαλονίκη, 16-18 Νοεμβρίου 1989
2. 11^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ
Θεσσαλονίκη, 31 Οκτωβρίου-4 Νοεμβρίου 1990
3. 1^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ
Θεσσαλονίκη, 4&5 Μαΐου 1990
4. 8^ο ΒΟΡΕΙΟΕΛΛΑΔΙΚΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
Θεσσαλονίκη, 20-22 Μαΐου 1993
5. 4^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΗΠΑΤΟΣ-ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ-ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ
Αλεξανδρούπολη, 17-19 Σεπτεμβρίου, 1993
6. 1^ο ΕΛΛΗΝΟ-ΙΤΑΛΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΑΓΓΕΙΟΛΟΓΙΑΣ-ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ
Αρχαία Ολυμπία, 21-25 Μαΐου, 1995
7. 3^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΑΓΓΕΙΟΛΟΓΙΑΣ-ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ
Αθήνα, 19-21 Ιανουαρίου, 1996
8. 4^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΑΓΓΕΙΟΛΟΓΙΑΣ-ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ
Αθήνα, 24-26 Ιανουαρίου, 1997
9. ΗΜΕΡΙΔΑ: ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΕΙΣ ΣΕ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΣ
Τήνος, 31 Δεκεμβρίου, 1997
10. 5^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΑΓΓΕΙΟΛΟΓΙΑΣ-ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ
Αθήνα, 23-25 Ιανουαρίου, 1998
11. 7^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ
Θεσσαλονίκη, 2-4 Απριλίου, 1998
12. XXI ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ
Αθήνα, 18-22 Νοεμβρίου, 1998
13. 6^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΑΓΓΕΙΟΛΟΓΙΑΣ-ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ
Αθήνα, 22-24 Ιανουαρίου, 1999
14. 5^ο ΕΛΛΗΝΟ - ΙΤΑΛΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΑΓΓΕΙΟΛΟΓΙΑΣ-ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ
ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ
Βόλος-Σκιάθος, 30 Ιουνίου-7 Ιουλίου, 1999
15. 6^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ-ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗΣ

- Αθήνα, 20-22 Ιανουαρίου, 2000
16. 7° ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΑΓΓΕΙΟΛΟΓΙΑΣ-ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ
Θεσσαλονίκη, 20-23 Ιανουαρίου, 2000
 17. 16° ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ
Κύπρος, 5-9 Μαΐου, 2000
 18. 15° ΒΟΡΕΙΟΕΛΛΑΔΙΚΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
Θεσσαλονίκη, 11-13 Μαΐου 2000
 19. 26° ΕΤΗΣΙΟ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
Αθήνα, 16-20 Μαΐου, 2000
 20. 6° ΕΛΛΗΝΟ-ΙΤΑΛΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΑΓΓΕΙΟΛΟΓΙΑΣ-ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ
Μύκονος, 5-12 Ιουλίου, 2000
 21. XII ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
Αθήνα, 18-22 Οκτωβρίου, 2000
 22. XXII ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ
Αθήνα, 18-22 Νοεμβρίου, 2000
 23. ΣΥΜΠΟΣΙΟ “ΦΛΕΒΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ-ΑΜΦΙΛΕΓΟΜΕΝΑ ΘΕΜΑΤΑ”
Αλεξανδρούπολη, 5 Μαΐου, 2001
 24. 27° ΕΤΗΣΙΟ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
Αθήνα, 8-12 Μαΐου, 2001
 25. 15° ΔΙΑΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ
Αλεξανδρούπολη, 18-20 Μαΐου, 2001
 26. 5° ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ
Αλεξανδρούπολη, 31 Οκτωβρίου-3 Νοεμβρίου, 2001
 27. 7° ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ
Αλεξανδρούπολη, 9-11 Νοεμβρίου, 2001
 28. 9° ΕΤΗΣΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ
Αλεξανδρούπολη, 30 Νοεμβρίου & 1 Δεκεμβρίου, 2001
 29. 8° ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΑΓΓΕΙΟΛΟΓΙΑΣ-ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ
Αθήνα, 25-27 Ιανουαρίου, 2002
 30. 3^η ΗΜΕΡΙΔΑ ΤΟΥ 492 Γ.Σ.Ν. ΜΕ ΘΕΜΑ “ΙΛΙΓΓΟΣ”
Αλεξανδρούπολη, 9 Φεβρουαρίου, 2002
 31. 8° ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
Ιωάννινα, 19-21 Απριλίου, 2002
 32. 21^η ΕΑΡΙΝΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΕΛΛΗΝΩΝ ΝΕΥΡΟΛΟΓΩΝ
Αλεξανδρούπολη, 17&18 Μαΐου, 2002
 33. 7^η ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΗΠΑΤΟΣ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ & ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ
ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ
Αλεξανδρούπολη, 19-21 Σεπτεμβρίου, 2002
 34. 10° ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ
Αλεξανδρούπολη, 1-3 Νοεμβρίου, 2002
 35. ΣΥΜΠΟΣΙΟ “Ο ΠΟΛΥΑΓΓΕΙΑΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ”
Αθήνα, 30 Νοεμβρίου 2002
 36. ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ: ΟΙ ΜΟΛΥΝΣΕΙΣ ΤΩΝ ΣΥΝΘΕΤΙΚΩΝ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΩΝ ΤΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ ΚΑΙ Η
ΤΑΚΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥΣ
Αθήνα, 12 Δεκεμβρίου 2002
 37. ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΟΘΩΡΑΚΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ
Αλεξανδρούπολη, 16&17 Μαΐου 2003
 38. 3^η ΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΠΡΩΚΤΟΥ
Αλεξανδρούπολη, 26&27 Σεπτεμβρίου 2003
 39. ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ ΟΥΡΟΛΙΘΙΑΣΙΚΗ ΝΟΣΟΣ: ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ
Αλεξανδρούπολη, 10-12 Οκτωβρίου 2003
 40. ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
Αλεξανδρούπολη, 13-16 Νοεμβρίου 2003
 41. 3^η ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ ΓΙΑ ΤΗΝ HIV ΛΟΙΜΩΞΗ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΟΥ AIDS
Αλεξανδρούπολη, 1 Δεκεμβρίου 2003
 42. ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ: ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΚΑΙ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΤΟΥ ΓΟΝΑΤΟΣ
Αλεξανδρούπολη, 13 Δεκεμβρίου 2003
 43. 11^ο ΕΤΗΣΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ
ΕΠΙΚΑΙΡΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ
Αλεξανδρούπολη, 23&24 Ιανουαρίου 2004
 44. 9° ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ-ΑΓΓΕΙΟΛΟΓΙΑΣ
Αθήνα, 23-25 Ιανουαρίου, 2004
 45. ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ ΜΕ ΠΑΙΔΟΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ
Αλεξανδρούπολη, 4 Δεκεμβρίου 2004
 46. 12^ο ΕΤΗΣΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ
ΕΠΙΚΑΙΡΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ
Αλεξανδρούπολη, 21&22 Ιανουαρίου 2005
 47. ΕΤΗΣΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΕΝΔΟΜΥΕΛΙΚΩΝ ΥΛΩΣΕΩΝ
Πάτρα, 28&29 Ιανουαρίου, 2005

48. 16^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ
Μύκονος, 11-15 Μαΐου 2005
49. Η ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ
Αθήνα 14&15 Οκτωβρίου 2005
50. 7^ο ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ
Αλεξανδρούπολη, 31 Οκτωβρίου-3 Νοεμβρίου, 2005
51. ΗΜΕΡΙΔΑ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ “ΤΕΧΝΟΓΝΩΣΙΑ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ”[†]
Αθήνα, 10 Δεκεμβρίου 2005
[†]Μοριοδοτούμενη από την Ευρωπαϊκή Ένωση με 6 μόρια (CME credits)
52. 13^ο ΕΤΗΣΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ
ΕΠΙΚΑΙΡΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ
Αλεξανδρούπολη, 21&22 Ιανουαρίου 2006
53. ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ με πρακτική άσκηση σε προπλάσματα
Αλεξανδρούπολη, 17 Ιουνίου 2006
54. 16^ο ΔΙΑΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑΣ
Αλεξανδρούπολη, 22-24 Σεπτεμβρίου 2006
[†]Μόρια συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης (CME credits): 15
55. 6^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΘΩΡΑΚΟΣ ΚΑΡΔΙΑΣ & ΑΓΓΕΙΩΝ
Θεσσαλονίκη, 9-11 Νοεμβρίου 2006
56. ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΗΣ ΕΧΙΝΟΚΟΚΚΙΑΣΕΩΣ
Αλεξανδρούπολη, 16-17 Μαρτίου 2007
57. 2^ο ΣΥΜΠΟΣΙΟ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ-ΑΓΓΕΙΟΛΟΓΙΑΣ[†]
Λάρισα, 1-3 Ιουνίου 2007
[†]Μόρια συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης (CME credits): 12
58. ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ “Ιδιαίτερες περιπτώσεις και επιπλοκές στην ενδοαγγειακή και κλασσική
Αγγειοχειρουργική”
Αθήνα, 20 Οκτωβρίου 2007
59. 6^ο ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ ““Ο πολυτραυματίας ασθενής”
Αλεξανδρούπολη, 30 Νοεμβρίου-2 Δεκεμβρίου 2007
[†]Μόρια συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης (CME credits): 6
60. 11^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ-ΑΓΓΕΙΟΛΟΓΙΑΣ
Θεσσαλονίκη, 18-20 Ιανουαρίου 2008
[†]Μόρια συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης (CME credits): ?
61. ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ 20 + 1 ΧΡΟΝΙΑ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ* “Αποτίμηση, εξελίξεις και μέλλον”
Αλεξανδρούπολη, 21&22 Μαρτίου 2008
[†]Η διημερίδα μοριοδοτήθηκε με μόρια συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης από τον Π.Ι.Σ. (CME credits): ?
62. ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ “Η Νοσηλευτική σήμερα: εξέλιξη και πρόκληση”
Αλεξανδρούπολη, 19 & 20 Σεπτεμβρίου 2008
63. ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ “Ενδοαγγειακή αντιμετώπιση ανευρυσμάτων κοιλιακής αορτής-5/ετής εμπειρία
στην Ελλάδα”
Αθήνα, 25 Οκτωβρίου 2008
64. 11^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ[†]
Αλεξανδρούπολη, 25-29 Μαρτίου 2009
[†]Μόρια συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης (ΣΙΜΕ/CME-CPD): 24
65. 12^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΑΓΓΕΙΟΛΟΓΙΑΣ-ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ
Αθήνα, 21-24 Ιανουαρίου 2010
[†]Μόρια συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης (CME-CPD credits σύμφωνα με κριτήρια της EACCME-UEMS): 21
66. 10^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΗΠΑΤΟΣ-ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ-ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ
Αλεξανδρούπολη, 14&15 Μαΐου 2010
67. ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ ΑΧΑΙΚΕΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΗΜΕΡΕΣ[†]
Πάτρα, 27&28 Μαΐου 2010
[†]Μόρια συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης (CME credits): 9
68. ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ “ Καρωτιδική νόσος: Διαγνωστική προσπέλαση - Ενδείξεις. Κλασσική ή
Ενδοαγγειακή προσπέλαση”
Αθήνα, 27 Νοεμβρίου 2010
69. 3^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΦΛΕΒΟΛΟΓΙΑΣ
Αθήνα, 21&22 Ιανουαρίου 2011
70. ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ ΓΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ: Έλκη στα κάτω άκρα-πρόληψη ακρωτηριασμών
Αλεξανδρούπολη, 21&22 Οκτωβρίου 2011
71. ΗΜΕΡΙΔΑ ΓΙΑ ΤΟ ΚΟΙΝΟ ΓΙΑ ΤΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ
Αλεξανδρούπολη, 23 Οκτωβρίου 2011
68. 5^η ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ: “Η αντιμετώπιση παιδιών & εφήβων με σχιστίες”
ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης, 12 Νοεμβρίου 2011
72. 13^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΚΑΙ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ
Αθήνα, 22-24 Μαρτίου 2012
[†]Μόρια συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης (CME-CPD credits) σύμφωνα με τα κριτήρια της EACCME-UEMS: 18
73. 14^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΚΑΙ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ
Αθήνα, 13-16 Μαρτίου 2014
74. 18^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑΣ

- Αλεξανδρούπολη, 13-17 Μαΐου 2014
75. ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗΣ: “Αποφρακτική αρτηριοπάθεια κάτω άκρων”
Αθήνα, 29 Νοεμβρίου 2014
 76. ΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΑΧΕΠΑ 2014[†]
Θεσσαλονίκη, 12&13 Δεκεμβρίου 2014
[†]Μόρια συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης (CME-CPD credits): 9
 77. ΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΑΧΕΠΑ 2015: Σύγχρονα θέματα αγγειοχειρουργικής, επείγουσα αγγειοχειρουργική και καινοτομίες[†]
Θεσσαλονίκη, 11&12 Δεκεμβρίου 2015
[†]Μόρια συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης (CME-CPD credits) από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο σύμφωνα με τα κριτήρια EACCME-UEMS: 6
 78. ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ “Προκλήσεις στη χειρουργική της αορτής”
Αθήνα, 22&23 Ιανουαρίου 2016
 79. ΗΜΕΡΙΔΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΝΕΦΡΟΠΑΘΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ “Εισαγωγή στην Εξωνεφρική Κάθαρση”
Αλεξανδρούπολη 14 Ιανουαρίου 2017
 80. ΔΙΗΜΕΡΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ “Σακχαρώδης διαβήτης: Νέοι ορίζοντες, καινοτόμες λύσεις”
Αλεξανδρούπολη 27&28 Ιανουαρίου 2017
 81. ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ “Ενδαγγειακή αντιμετώπιση ανευρυσμάτων κοιλιακής και θωρακικής αορτής”
Παρουσίαση περιπτώσεων & λήψη κλινικών αποφάσεων
Λάρισα 10&11 Φεβρουαρίου 2017
 82. 16^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΑΓΓΕΙΟΛΟΓΙΑΣ-ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΚΑΙ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ[†]
Αθήνα, 3-5 Μαρτίου 2017
[†]Μόρια συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο(CME-CPD credits): 18
 83. 4^ο ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΑΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΟΥ ΔΗΜΟΚΡΙΤΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΡΑΚΗΣ[†]
Αλεξανδρούπολη, 5-7 Μαΐου 2017
[†]Μόρια συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης (CME credits): 15
 84. ΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΑΧΕΠΑ 2017: Σύγχρονη αγγειοδιαγνωστική και νέες εξελίξεις στην αγγειοχειρουργική
Θεσσαλονίκη, 9 Δεκεμβρίου 2017
 85. ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ “Αντιμετώπιση ανευρυσμάτων κοιλιακής και θωρακικής αορτής: Παρουσίαση περιπτώσεων και λήψη κλινικών αποφάσεων”
Αθήνα 19&20 Ιανουαρίου 2018
 86. 17^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΚΑΙ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ-ΑΓΓΕΙΟΛΟΓΙΑΣ
Θεσσαλονίκη, 15-18 Μαρτίου 2018
[†]Μόρια συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης (CME credits): 26
 87. 23^η ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ: Διαβητικό πόδι: έλκη στα κάτω άκρα-πρόληψη ακρωτηριασμών
Αλεξανδρούπολη, 26-28 Οκτωβρίου 2018
 88. 10^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ “Θεραπεία καρδιαγγειακών νοσημάτων/Υγιής καρδιά σε κάθε ηλικία”[†]
Αλεξανδρούπολη 8-10 Φεβρουαρίου 2019
[†]Μόρια συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης (CME-CPD credits): 14
 89. 18^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΑΓΓΕΙΟΛΟΓΙΑΣ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ & ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ[†]
Αθήνα, 14-16 Μαρτίου 2019
[†]Μόρια συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης από τον Πανελλήνιο Ιατρικό σύλλογο (CME-CPD credits): 23
 90. ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ 2nd State of the art “Περιεγχειρητικό monitoring αναπνευστικής λειτουργίας”[†]
Αλεξανδρούπολη, 28&29 Μαρτίου 2019
[†]Μόρια συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης (CME-CPD credits): 9
 91. 5^ο ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΑΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΟΥ ΔΗΜΟΚΡΙΤΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΡΑΚΗΣ[†]
Αλεξανδρούπολη, 17&18 Μαΐου 2019
[†]Μόρια συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης (CME credits): 16



(τα αντίστοιχα πιστοποιητικά είναι στη διάθεση των εισηγητών-εκλεκτόρων εάν ζητηθούν)