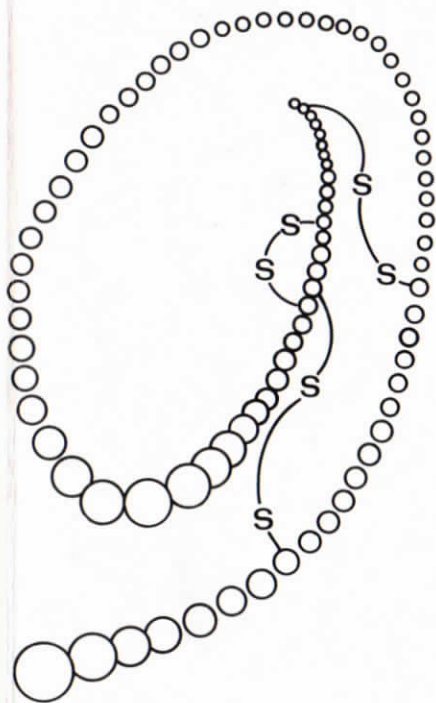




# Δ.Ε.Β.Ε.



## 5ο συνεδριο

ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΗΣ  
ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ  
ΒΟΡΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

8 - 9 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 1991  
ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ «ΗΛΕΚΤΡΑ ΠΑΛΛΑΣ»  
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

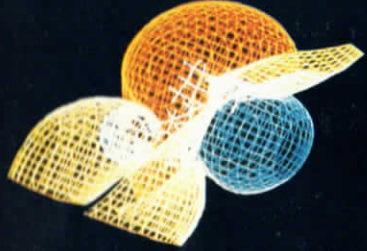
# ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

**1 δισκίο  
την ημέρα**

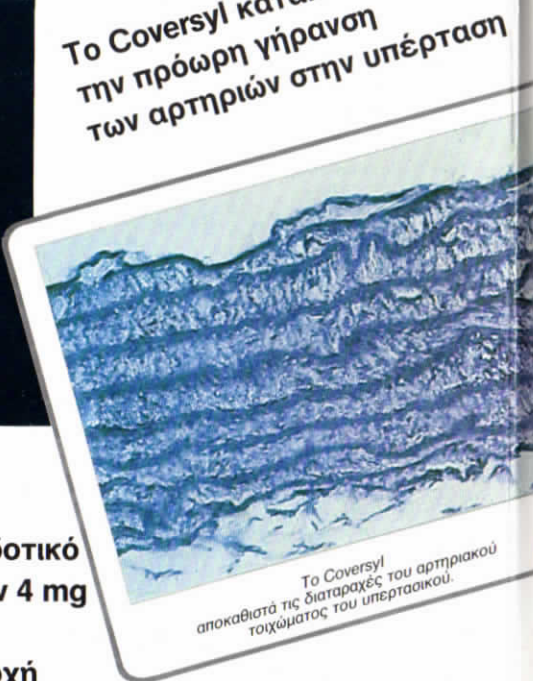
**νέες διαστάσεις στην αγωγή της υπέρτασης  
με αναστολέα του μετατρεπτικού ενζύμου**

**COVERSYL® 4 mg**  
PERINDOPRIL

**Το Coversyl καταπολεμά  
την πρόωγη γήρανση  
των αρτηριών στην υπέρταση**



Τριδιάστατη αναπαράσταση του ηλεκτρικού πεδίου του μορίου του Coversyl.



**Το Coversyl  
αποκαθίπτει τη διαταραχή του αρτηριακού  
τοίχματος του υπέρτασιου.**

- Το Coversyl είναι πολύ αποδοτικό**
- δρα στην ελάχιστη δόση των 4 mg**
- δρα παρατεταμένα**
- εξασφαλίζει εξαιρετική ανοχή**

**ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΙΑ** • Φάρμακο Ελλάς δεν έχει διπλό κωδικό ποσοτισμού αλλά τη Ρηντοπρίλη στο εμπορικό όνομά της, γεγονός που της επιτρέπει να συγκριθεί με τα άλλα φάρμακα της ίδιας ουσίας. Τα φάρμακα της Ελλάς είναι τα καλύτερα στην αγορά, με την καλύτερη ποιότητα και την καλύτερη τιμή. Τα φάρμακα της Ελλάς είναι τα καλύτερα στην αγορά, με την καλύτερη ποιότητα και την καλύτερη τιμή. Τα φάρμακα της Ελλάς είναι τα καλύτερα στην αγορά, με την καλύτερη ποιότητα και την καλύτερη τιμή. Τα φάρμακα της Ελλάς είναι τα καλύτερα στην αγορά, με την καλύτερη ποιότητα και την καλύτερη τιμή.

**υγείας είναι η αποκατάσταση της κερματικής αρτηριακής παροχής.** Το Ρηντοπρίλη είναι το ένα μόνο φάρμακο που καταπολεμά την πρόωγη γήρανση των αρτηριών στην υπέρταση. Η πρόωγη γήρανση των αρτηριών στην υπέρταση είναι η αιτία των καρδιακών παθήσεων και των εγκεφαλικών επεισοδίων. Τα φάρμακα της Ελλάς είναι τα καλύτερα στην αγορά, με την καλύτερη ποιότητα και την καλύτερη τιμή. Τα φάρμακα της Ελλάς είναι τα καλύτερα στην αγορά, με την καλύτερη ποιότητα και την καλύτερη τιμή. Τα φάρμακα της Ελλάς είναι τα καλύτερα στην αγορά, με την καλύτερη ποιότητα και την καλύτερη τιμή.

K. MATHIASZ, HOK 037/0000

**5ο ΣΥΝΕΔΡΙΟ**

---

**της  
ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ  
ΒΟΡΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**



**8-9 Νοεμβρίου 1991**

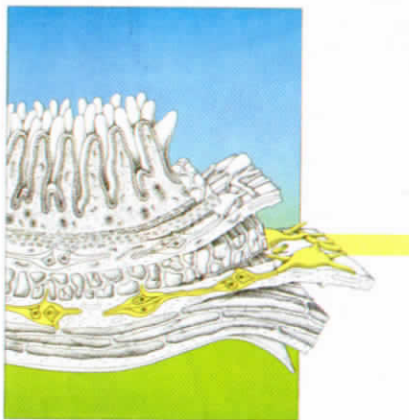
---

**Ξενοδοχείο Ηλέκτρα Παλλάς  
Θεσσαλονίκη**

ΑΙΣΘΗΜΑ ΒΑΡΟΥΣ ΣΤΟ ΣΤΟΜΑΧΙ,  
ΜΕΤΕΩΡΙΣΜΟΣ,  
ΠΡΩΡΟΣ ΚΟΡΕΣΜΟΣ, ΝΑΥΤΙΑ,  
ΕΠΙΓΑΣΤΡΙΚΟ ΑΛΓΟΣ Η ΚΑΥΣΟΣ,  
ΟΠΙΣΘΟΣΤΕΡΝΙΚΟΣ ΚΑΥΣΟΣ,  
ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΔΑ, ΑΝΑΓΩΓΗ, ...

TRADEMARK  
**Alimix**  
ΣΙΖΑΠΡΙΔΗ

Το διακεκριμένο κινητικό φάρμακο του ανώτερου  
γαστρεντερικού συστήματος.



Ενδείξεις: Οίσοφαγίτις, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, λειτουργικές δυσπεπτικές διαταραχές, γαστροπύρεση, καθ' ἑξίν δυσκοιλιότητα, Αντενδύξεις. Δεν υπάρχουν γνωστές αντενδείξεις. **Ανεπιθύμητες ενέργειες:** Σύμφωνα με τη φαρμακολογία του δόση μπορεί να παρατηρηθούν παροδικές κοιλιακές αισθήσεις, θορύβουχοι ή διάρροια. Σε μεμονωμένες περιπτώσεις ανεφάρθη ήπια παροδική κεφαλαλγία ή καρδιαρία. Έχουν παρατηρηθεί μεμονωμένες περιπτώσεις επιληπτικών σπασμών, χωρίς όμως να είναι βέβαια η σχέση τους με το Alimix. Έχουν αναφερθεί μεμονωμένα περιστατικά επιδράσεως επί του ΚΝΣ π.χ. αφιχνόια κρίσεις σπασμών και εξωπυραμιδικές επιδράσεις. Ιδιαίτερες προφυλάξεις κατά την χρήση: Καμία. Χρήση κατά τη διάρκεια εγκυμοσύνης και θηλασμού. Εγκυμοσύνη: Πάρα το γεγονός ότι στα πειραματόζωα δεν υπάρχει ένδειξη για πρωτοπαθή επίδραση στη γονιμότητα, ούτε εμβρυοτοξική ή τερατογόνο δράση, θα πρέπει να αντισταθίζονται προσεκτικά τα θεραπευτικά οφέλη και οι δυνατοί κίνδυνοι πριν την χορήγηση του Alimix κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ιδίως κατά το πρώτο τρίμηνο. **Θηλάζουσες μητέρες:** Παρόλο που η απέκκριση του φαρμάκου στο μητρικό γάλα είναι πάρα πολύ περιορισμένη, δεν συνιστάται ο θηλασμός κατά τη διάρκεια της λήψεως του Alimix. **Αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα και ουσίες:** - Η επιτάχυνση της γαστρικής κένωσης η οποία προκαλείται από το Alimix μπορεί να επηρεάσει τον ρυθμό απορρόφησης άλλων φαρμάκων. Η απορρόφηση των φαρμάκων από το στομάχι μπορεί να ελαττωθεί, ενώ η απορρόφηση των φαρμάκων από το λεπτό έντερο μπορεί να επιταχυνθεί (π.χ. φενδοβαζολίνη, αντιπηκτικά, παρακεταμόλη, Η<sub>2</sub>-ανασταλείς). Σε ασθενείς που λαμβάνουν αντιπηκτικά ο χρόνος πήξεως μπορεί να αυξηθεί κατά 11. Συνιστάται ο έλεγχος του χρόνου πήξεως μια εβδομάδα μετά την έναρξη ή τη διακοπή της αγωγής με Alimix, ώστε να γίνει προσαρμογή της δόσης του αντιπηκτικού εάν είναι απαραίτητο. Η κατασταλτική δράση των βενζοδιαζεπινών και της αλκοόλης μπορεί να επιταχυνθεί. - Τα αποτελέσματα της δράσεως του Alimix στην γαστρεντερική κινητικότητα κατά το μεγαλύτερο μέρος τους αναστέλλονται από αντιχολινηργικά φάρμακα. Στην περίπτωση φαρμάκων δια τα οποία χρειάζεται εξοικονόμηση της δόσεως, θα ήταν χρήσιμο να μετράνται τα επίπεδα αυτών των φαρμάκων στο πλάσμα όταν χορηγείται ταυτόχρονα το Alimix. **Ειδικές προειδοποιήσεις:** Πρέπει να χορηγείται με προσοχή στους ασθενείς στους οποίους μια αύξηση της γαστρεντερικής κινητικότητας θα μπορούσε να είναι επιβλαβής, εκανόντης οδηγίας και χρήσεως μηχανισμών. Το Alimix δεν προβάλλει την ψυχοκινητική λειτουργία και δεν προκαλεί καταστολή ή υπνηλία. Το Alimix ωστόσο μπορεί να επιταχύνει την απορρόφηση ορισών κατασταλτικών του ΚΝΣ, όπως π.χ. των βαρbitουρικών και της αλκοόλης. Γι' αυτό συνιστάται προσοχή όταν χορηγείται Alimix ταυτόχρονα μ' αυτές τις ουσίες.

Για περισσότερες πληροφορίες για την αναγραφή απευθυνθείτε στην:

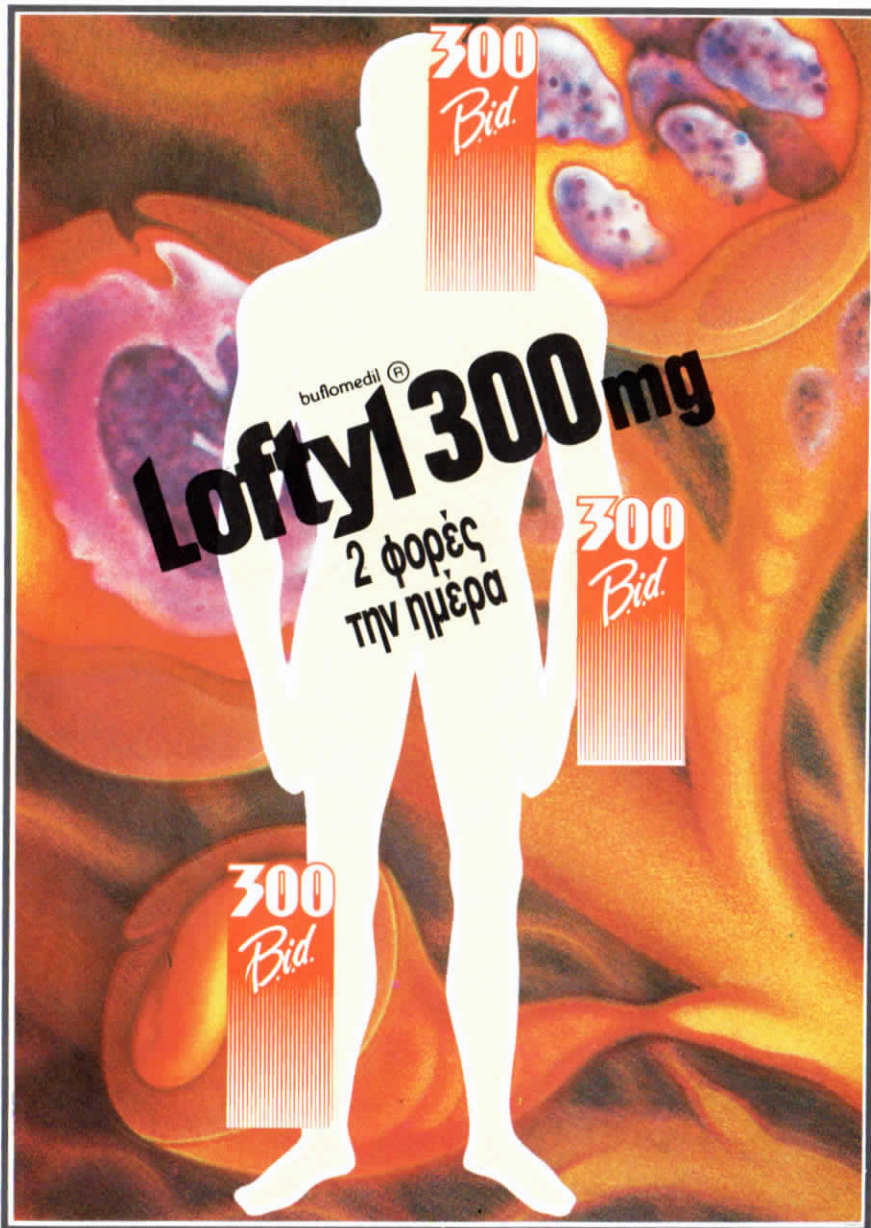
**JANSEN**  
PHARMACEUTICA

ΓΙΑΝΣΙΕΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.Β.Ε.  
Λεωφ. Κηφισίας 282, 152 32 Καλάνδρι, Τηλ. 6832904  
Πλ. Συντριβανίου 4, 546 21 Θεσσαλονίκη, Τηλ. 260607

Την Οργανωτική Επιτροπή αποτέλεσε  
το Διοικητικό Συμβούλιο της Εταιρείας

Πρόεδρος : **Ν. Παπάζογλου**  
Αντιπρόεδρος : **Μ. Αλεβίζος**  
Γεν. Γραμματέας : **Χρ. Μανές**  
Ταμίας : **Κλ. Βολιώτης**  
Μέλη : **Α. Αβραμίδης**  
**Δ. Καραμήτσος**  
**Β. Τζέτζης**

**ΣΥΝΟΠΤΙΚΟ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ**



## Παρασκευή 8 Νοεμβρίου

- 
- 08.00–08.30 ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΤΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
- 08.30 ΠΡΟΣΦΩΝΗΣΗ ΠΡΟΕΔΡΟΥ –  
ΕΝΑΡΞΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ
- 08.45–10.00 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ
- 10.00–10.20 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ
- 10.20–11.45 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ
- 11.45–12.15 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ
- 12.15–13.30 ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ
- 15.00–16.30 ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ
- 16.30–17.00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ
- 17.00–19.00 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ
- 19.00–19.30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ
- 19.30–21.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ



## **Σάββατο 9 Νοεμβρίου**

---

09.00-10.10 ΒΡΑΧΕΙΕΣ ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

10.10-10.30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

10.30-11.30 ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

11.30-12.00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

12.00-13.00 ΟΜΙΛΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΗ  
κ. ΧΑΡ. ΜΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΥ

15.00-16.00 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

16.00-16.30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

16.30-18.00 ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

18.00-18.30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

18.30-20.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

## **ΑΝΑΛΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ**

## **ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

08.45–10.00 Προεδρείο : **Ν. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ**  
**Σ. ΜΠΑΚΑΤΣΕΛΟΣ**

1. Νεώτερες απόψεις στην εφαρμογή των Laser στην  
διαβητική αμφιβλοπτροειδοπάθεια

*Α. Νικολακόπουλος, Β. Νανάς, Ε. Καλδή, Α. Παπαδό-  
πουλος, Α. Στεπανιάν*

Οφθαλμολογική Κλινική του Γ.Ν. «Ο Άγιος Δημήτριος»  
Θεσσαλονίκη

2. Χολοστεάτωμα και σακχαρώδης διαβήτης

*Μ. Τοφαλίδης, Ν. Μπενής, Γ. Νούσιος, Δ. Γενναδίου*

Ω.Ρ.Λ. Κλινική Ιπποκράτειου Γ.Π.Ν. Θεσσαλονίκης

3. Γλυκοζυλιωμένα αιμοσφαιρίνη και κάπνισμα

*Ε. Ρεπαντά, Γ. Σκαραγκάς, Κ. Ζαφειρίου, Ι. Κοντογιάν-  
νης, Μ. Βούκιας, Ε. Γεωργακοπούλου, Ν. Παπάζογλου*

Αιματολογικό Εργαστήριο και Παθολογική Κλινική Α΄ Γ.  
Νοσ. «Άγιος Παύλος» Θεσσαλονίκης (Συγκρότημα Φρά-  
γκων)

4. Ποιοτικός έλεγχος τριών μετρητών σακχάρου αίμα-  
τος και συσχέτιση με μεθόδους αναφοράς

*Γ. Παπαδόπουλος, Α. Κατσαβέλη, Σ. Μπακατσέλος, Τ.  
Διδάγγελος, Γ. Κούρτογλου, Δ. Καραμήτσος*

Διαβητολογικό Κέντρο Β΄ Προπ. Παθολ. Κλινικής  
Ιπποκράτειο Γ.Π.Ν Θεσσαλονίκης



5. Η επίδραση του άρτου και του ελαιολάδου στο επίπεδο γλυκόζης του αίματος

*Μ. Αλεβίζος, Μ. Αρχανιωτάκη, Α. Καβανόζη-Αλεβίζου*

Α΄ Παθολογική Προπαιδευτική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου, Νοσ/μείο ΑΧΕΠΑ

10.00–10.20 Διάλειμμα

## Παρασκευή 8 Νοεμβρίου

---

10.20–11.45 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Προεδρείο : Δ. ΚΑΡΑΜΗΤΣΟΣ, Ν. ΣΑΪΛΕΡ

6. Ο ρόλος της σεροτονίνης στην αρτηριακή υπέρταση ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ)

*Σ. Αντωνίου, Ε. Μαλακά, Δ. Συρεγγέλας, Σ. Τουρτούρης, Α. Δημητριάδης*

Α΄ Παθολογική Κλινική, Ν.Γ. Νοσοκομείου «Ο Άγιος Δημήτριος» Θεσσαλονίκη

7. Αποτελεσματικότητα, ανοχή και ασφάλεια της περινδοπρίλης στην αντιμετώπιση της υπέρτασης διαβητικών τύπου II

*Σ. Μπακατσέλος, Α. Σάτσογλου, Γ. Κούρτογλου, Τ. Διδάγγελος, Χ. Χατζηκωνσταντίνου, Δ. Καραμήτσος*

Διαβητολογικό Κέντρο Β΄ Προπ. Παθολ. Κλινικής ΑΠΘ Βιοχημικό Εργαστήριο, Ιπποκρ. Νοσοκομείο Θεσ/νίκης

8. Θεραπευτική αντιμετώπιση της διάρροιας των διαβητικών με κλονιδίνη

*Α. Ντόβας, Α. Χαχόπουλος*

Β΄ Παθολογική Κλινική Περιφ. Νοσοκομείου Λάρισας

9. Σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) και επικίνδυνη υπερκαλιαιμία

*Σ. Αντωνίου, Γ. Κυριαζόπουλος, Ν. Χατζησάββας, Ι. Πετρίδης, Σ. Τουρτούρης, Α. Δημητριάδης*

Α΄ Παθολογική Κλινική Ν.Γ. Νοσοκομείου, «Ο Άγιος Δημήτριος» Θεσσαλονίκη

10. Χορήγηση Acirίμοx σε υπερλιπιδαιμικούς ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II

*Γ. Κούρτογλου, Σ. Μπακατσέλος, Α. Σάτσογλου, Χ. Χατζηκωνσταντίνου, Τ. Διδάγγελος, Δ. Καραμήτσος*

Διαβητολογικό Κέντρο Β΄ Προπ. Παθολ. Κλινικής, Βιοχημικό εργαστήριο, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο

11.45-12.15 Διάλειμμα

12.15-13.30 Εισηγήσεις. Προεδρείο: Φ. ΧΑΡΣΟΥΛΗΣ

Σιωπρές επιπλοκές στο σακχαρώδη διαβήτη

*Π. Χριστακόπουλος*

Η σημασία της ροής του αίματος στη διαβητική αγγειοπάθεια

*Γ. Παπαλεξίου*

15.00-16.30 Κλινικό Φροντιστήριο: «Ομιλείτε με τους ειδικούς»

Συντονιστής: *Ν. Παπάζογλου*

*Συμμετέχουν με εισηγήσεις διάρκειας 5' (ο χρόνος θα διατεθεί κυρίως για ερωτήσεις των συναδέλφων του ακροατηρίου)*

Γενικές αρχές διαίτας

*Ν. Παπάζογλου*

Στόχοι ρύθμισης - αυτοέλεγχος

*Δ. Καραμήτσος*

Θεραπεία με δισκία

*Μ. Αλεβίζος*

Ινσουλινοθεραπεία

*Κ. Βολιώτης*

Προβλήματα εκπαίδευσης του διαβητικού  
*Χ. Τούντας*

Πρόβλεψη - προειδοποίηση - αντιμετώπιση επιπλοκών

*Π. Χριστακόπουλος*

16.30-17.00 Διάλειμμα

## Παρασκευή 8 Νοεμβρίου

---

17.00–19.00 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Προεδρείο : Μ. ΑΛΕΒΙΖΟΣ, Χ. ΜΑΝΕΣ

1. Ο χρόνος δια την χειρουργική παρέμβαση στην βαρεια μορφή της διαβητικής αμφιβλ/θειας

*Η. Φερέτης, Α. Φερέτης, Α. Φωτιάδου, Ε. Χατζησπάσου, Δ. Σμουστόπουλος*

Μονάδα Υαλοειδούς, Οφθαλμολογικό Τμήμα και Ακτινολογικό Τμήμα Ν.Ε.Ε.Σ.

2. Σακχαρώδης διαβήτης και ακουσολογικά προβλήματα

*Μ. Τοφαλίδης, Γ. Νούσιος, Ι. Ξανθόπουλος, Ν. Σάιλερ, Γ. Κόντζογλου, Θ. Σαμπατακάκης, Γ. Σαγαράκης*

Ω.Ρ.Λ. Κλινική «Ιπποκράτειου» Γ.Π.Ν.Θ.

3. Ρύθμιση του Σ.Δ. τύπου ΙΙ με ινσουλίνη και επίπεδα οστεοκαλσιίνης του ορού

*Ε. Ανδρέου, Α. Τερτίπη, Α. Παπιάς, Π. Γεωργιάδης, Λ. Παπαγρηγορίου, Χ. Κωνσταντάκη, Ε. Αδάμου, Ε. Βουνισέα, Φ. Μαλανδρινού, Ε. Κωνσταντέλλου, Δ. Τσικαλάκης, Φ. Καλδρυμίδης και Π. Συγκελλάκης*

Γ.Π.Α.Ν.Π. «Μεταξά» και Ενδοκρ/κό Τμήμα Ελληνικού Αντικαρκινικού Ινστιτούτου «Ο Άγιος Σάββας» Αθηνών

4. Οδοντιατρική εκτίμηση παιδιών με ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη

*Κ. Θεοδωροπούλου-Παπαδημητρίου, Κ. Κάσσιου, Γ. Μασούλας, Χ. Μπαρτσόκας*

Διαβητολογικό Κέντρο Νοσοκομείου Παιδων «Π. και Α. Κυριακού», Οδοντιατρική Σχολή

5. Διαβήτης και χειρουργικές επεμβάσεις: διαβητολογική αντιμετώπιση

*Α. Σάτσογλου, Σ. Μπακατσέλος, Γ. Κούρτογλου, Ε. Μπίλλη, Π. Ταμπακούδης, Δ. Καραμήτσος*

Διαβητολογικό Κέντρο Β' Προπ. Παθολ. Κλινικής Α.Π.Θ.  
Ιπποκρ. Νοσ. και Α' Γυναικ. Μαιευτ. Κλινική Α.Π.Θ.

6. Πρώιμη θνητότης διαβητικών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (Α.Ε.Ε.)

*Σ. Παππάς, Θ. Πέππας, Η. Ταμβάκος, Χ. Δρακούλης, Γ. Δόνας, Β. Ζαφείρη, Δ. Κατσαδώρος*

Β' Παθ/κό Τμήμα Περ. Γεν. Νοσ. Νικαίας - Πειραιώς

7. Εμφυσηματική πνευμονοφρίτις. Αναφορά περιπτώσεων

*Σ. Παππάς, Χ. Μπιλίνης, Μ. Μηναδάκη, Α. Σωτηρόπουλος, Κ. Παπαθεοδώρου, Ν. Μαραβέγιας, Δ. Κατσαδώρος*

Β' Παθ/κό Τμήμα Περ. Γεν. Νοσ. Νικαίας - Πειραιώς

8. Επίπτωση αυτοαντισωμάτων σε ασθενείς με IDDM

*Π. Μπούρα, Χ. Μανές, Ε. Ζαχαριουδάκη, Α. Χατζηαχμέτ, Ν. Παπάζογλου, Γ. Τσάπας*

Εργαστήριο Κλινικής Ανοσολογίας Β' Παθολογικής Α.Π.Θ. Παθολ. Κλινική, Διαβητολογική μονάδα Α' Γ.Ν. «Άγ. Παύλος»

9. Προϋποθέσεις απόκτησης και διατήρησης άδειας οδηγού διαφόρων τύπων οχημάτων από διαβητικούς ασθενείς

*Ν. Παπάζογλου, Γ. Σκαραγκάς, Κ. Σουλής, Ι. Κοντογιάννης, Α. Λιούτας, Δ. Καραγιάννη*

Παθολογική Κλινική, Διαβητολογική Μονάδα, Α' Γεν. Νοσ. «Άγ. Παύλος» Θεσσαλονίκης

- 19.30–21.00 Στρόγγυλη Τράπεζα: Υπερλιπιδαιμία και σακχαρώδης διαβήτης

Συντονιστής: *Δ. Καραμήτσος*

Συμμετέχουν: *Σ. Μπακατσέλος*

*Γ. Κούρτογλου*

*Τ. Διδάγγελος*

## **Σάββατο 9 Νοεμβρίου**

---

09.00-10.10 Εισηγήσεις. Προεδρείο : Α. ΑΒΡΑΜΙΔΗΣ

Αιμοπεταλιακή λειτουργία και αλληλεπιδράσεις αιμοπεταλίων - πλάσματος στην αρτηριοσκλήρυνση και στο σακκ. διαβήτη

*Γ. Σκαραγκάς*

Οικονομικά, κοινωνικά και εργασιακά προβλήματα στο σακκ. διαβήτη

*Κ. Σουλής*

Νέες θεραπευτικές (φαρμακευτικές) προσεγγίσεις στο σακκ. διαβήτη

*Χ. Μανές*

Σύνθεση ινσουλίνης, προΐνσουλίνης και C-πεπτιδίου

*Ν. Σάιλερ*

10.00-10.30 Διάλειμμα

10.30-11.30 Εισηγήσεις. Προεδρείο : Η. ΕΥΘΥΜΙΟΥ

Τοξικότητα της ινσουλίνης και της γλυκόζης

*Χ. Τούντας*

Ανοσολογική άμυνα και λοιμώξεις στο σακκ. διαβήτη

*Μ. Ραμπούλου-Γιγή*

11.30-12.00 Διάλειμμα

12.00-13.00 Ομιλία Καθηγ. κ. ΧΑΡ. ΜΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΥ

Μεταμόσχευση παγκρέατος και νησιδίων

15.00-16.00 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Προεδρείο : Κ. ΒΟΛΙΩΤΗΣ, Β. ΤΖΕΤΖΗΣ

1. Επίπτωση μακροαγγειοπάθειας κ. άκρων σε διαβητικούς  
*Α. Ευθυμιάδης, Ν. Παπάζογλου, Χ. Μανές, Κ. Τζούνας, Ε. Παπαδέλη, Τ. Παπαφωτίου, Φ. Δημητρίου*  
Παθολογική Κλινική, Διαβητολογική Μονάδα Α΄ Γ. Νοσοκ. «Άγιος Παύλος»
2. Η εντόπιση της χρόνιας αποφρακτικής αρτηριοπάθειας των κάτω άκρων σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη  
*Δ. Παπαδημητρίου, Δ. Παπαγεωργίου, Κ. Βαλογιάννη, Π. Μελίδου, Ν. Γαλάνης*  
Γεν. Κεντρικό Νοσοκομείο, Β΄ Χειρουργική Κλινική Α.Π.Θ. - Β΄ Παθολογική Κλινική
3. Η επίπτωση του σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) στην εξέλιξη της χρόνιας αποφρακτικής αρτηριοπάθειας των κάτω άκρων (ΧΑΑ)  
*Δ. Παπαγεωργίου, Γ. Παπαλεξίου, Π. Μελίδου, Β. Μπουλούκος, Ε. Λιασίδου, Δ. Παπαδημητρίου*  
Γεν. Κεντρικό Νοσοκομείο, Β΄ Χειρουργική Κλινική Α.Π.Θ. - Β΄ Παθολογική Κλινική
4. Σχέση μεταξύ σφυροβραχιονίου δείκτη και αρτηριακής παροχής σε πόδια διαβητικών  
*Μ. Βρεττός, Χ. Σπυρίδης, Ε. Σμπαρούνη, Χ.Ν. Σμπαρούνης*  
Β΄ Προπ. Χειρ/κή Κλινική Ιπποκράτειο Γ. Νοσ/μείο Θεσ/νίκης

16.00-16.30 Διάλειμμα

16.30-18.00 Εισηγήσεις.

Προεδρείο : Π. ΧΡΙΣΤΑΚΟΠΟΥΛΟΣ  
ΧΑΡ. ΤΟΥΝΤΑΣ

Διαβήτης και γαστρεντερικό σύστημα  
*Ελ. Γιαννούλης*

Διαβητική αγγειοπάθεια, Διαβητικό πόδι  
*Δ. Κισκίνης*

Σύνδρομα αντίστασης στην ινσουλίνη  
*Φ. Χαρσούλης*

Εμπλοκές εκ των οφθαλμών - διαβητική αμφιβλοπρωειδοπάθεια - αντιμετώπιση  
*Ν. Στάγκος*

18.00-18.30 Διάλειμμα

18.30-20.00 Στρόγγυλη Τράπεζα: Μεταβολισμός ασβεστίου και οστών στο σακχαρώδη διαβήτη

Συντονιστής: *Α. Αβραμίδης*

Συμμετέχουν: *Μ. Κήτα*

*Ε. Τριανταφυλλίδου*

*Γ. Σαντίκ*

*Σ. Κουκουβίτης*

**ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ  
ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ**

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΑΚΟΥΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ.

Τοφαλίδης Μ., Νούσιος Γ., Ξανθόπουλος Ι., Σαΐλερ Ν.,

Κόντζογλου Γ., Σαμπαταϊάκης Θ., Σαγαράκης Γ.

Ω.Ρ.Λ. Κλινική "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟΥ" Γ.Π.Ν.Θ.

Η περιφερική νευροπάθεια, στους ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη (Σ.Δ.) είναι πρόβλημα που συνήθως αφορά τα άκρα, αλλά μπορεί επίσης να επηρεάσει και τα κρανιακά νεύρα. Η νευροαισθητήρια βαρικοΐα σαν αποτέλεσμα τριχοειδικής αγγειοπάθειας, (που είναι μια από τις βλάβες του Σ.Δ.) δύσκολα μπορεί να τεκμηριωθεί. Στην παρούσα εργασία μελετήθηκε μια ομάδα 60 ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη, ανεξάρτητα από την ηλικία, τον τύπο, την διάρκεια και την βαρύτητα της νόσου, σε σχέση με τα αιουολογικά προβλήματα. Ο αιουολογικός έλεγχος περιελάμβανε την τονική αιουομετρία και σε επιλεγμένες περιπτώσεις την τυμπανομετρία. Στόχος της εργασίας ήταν η διερεύνηση της ύπαρξης νευροαισθητήριας βαρικοΐας στον πληθυσμό των ασθενών αυτών. Από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι ένα σημαντικό ποσοστό αυτών των ασθενών ( $\approx$  40%), παρυσιάζουν νευροαισθητήρια βαρικοΐα.



ΧΟΛΟΣΤΕΑΤΩΜΑ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Τοφαλίδης Μ., Μπενής Ν., Νούσιος Γ., Γενναδίου Δ.

Ω.Ρ.Λ. Κλινική "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟΥ" Γ.Π.Ν.Θ.

Το χολοστεάτωμα μέσου ωτός όταν συνυπάρχει με Σακχαρώδη Διαβήτη (Σ.Δ.), γίνεται μια ιδιαίτερα σοβαρή πάθηση που λόγω της πτώσης της γενικής κατάστασης και των τοπικών μεταβολικών διαταραχών μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα επιπλοκές που δύσκολα ελέγχονται. Στην εργασία αυτή παρουσιάζεται η εμπειρία από την αντιμετώπιση 12 ασθενών με χολοστεάτωμα και Σακχαρώδη Διαβήτη, σε σύνολο 48 ασθενών με χολοστεάτωμα. Από αυτούς επιπλοκές παρουσίασαν: ένας (1) εγκεφαλικό απόστημα, δύο (2) πάρεση του προσωπικού και δύο (2) σιγμοειδίτιδα με σηπτικό πυρετό. Η αντιμετώπιση έγινε με χειρουργική επέμβαση και συγκεκριμένα στους έξι (6) με ριζική λιθομαστοειδεκτομή, στους τρεις (3) με προσπάθεια σύγχρονης αποκατάστασης της κοιλότητας του μέσου ωτός και της αιουσιτικής λειτουργίας, και στους άλλους τρεις (3) με τροποποιημένη λιθομαστοειδεκτομή. Στόχος της εργασίας είναι να τονισθεί η σοβαρότητα της πάθησης σε συνύπαρξη με Σακχαρώδη Διαβήτη, και να δοθούν κατευθυντήριες γραμμές στη διαφορική διάγνωση των επιπλοκών της. Η έγκαιρη διάγνωση και η γρήγορη αντιμετώπιση δίνουν την καλύτερη δυνατή λύση σε μια εύκολα παραβλεπόμενη και δύσκολα ελεγχόμενη κατάσταση.

ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΜΕΝΗ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Ε.ΡΕΠΑΝΤΑ, Γ.ΣΚΑΡΑΓΚΑΣ, Κ.ΖΑΦΕΙΡΙΟΥ, Ι.ΚΟΝΤΟΓΙΑΝΝΗΣ

Μ.ΒΟΥΚΙΑΣ, Ε.ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΥ, Ν.ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ

Αιματολογικό Εργαστήριο και Παθολογική Κλινική  
Α'Γ.Νοσ."ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ" Θεσσαλονίκης (Συγκρότημα Φράγκων)

Σκοπός της εργασίας ήταν να εκτιμηθεί κατά πόσο το κάπνισμα επηρεάζει τα επίπεδα της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης  $A_1$  ( $HbA_1$ ), σε υγιή μη διαβητικά άτομα και η σημασία των ευρημάτων για τους διαβητικούς ασθενείς.

Μετρήθηκαν τα επίπεδα της  $HbA_1$  σε 185 υγιή μη διαβητικά άτομα ηλικίας 20-40 ετών ( $31.6 \pm 5.2$ ) από τα οποία αποκλείσθηκαν παράγοντες που θα επηρέαζαν τις τιμές της. Από αυτά 98 άτομα, 58 άνδρες και 40 γυναίκες ήταν καπνιστές των 20-30 τσιγάρων ημερησίως, ενώ τα υπόλοιπα 87 άτομα, 49 άνδρες και 38 γυναίκες αντίστοιχης ηλικίας με τους καπνιστές, ήταν μη καπνιστές και απετέλεσαν την ομάδα ελέγχου. Για τον προσδιορισμό της  $HbA_1$  χρησιμοποιήθηκε η χρωματογραφική μέθοδος ανταλλαγής ιόντων σε στήλες (Helena Glyco Hb Quick Column) με φυσιολογικές τιμές για το εργαστήριό μας 4.8-7.8%.

Τα επίπεδα της  $HbA_1$  βρέθηκαν για μεν την ομάδα των μη καπνιστών  $5.52 \pm 0.52\%$  στους άνδρες και  $5.44 \pm 0.53\%$  στις γυναίκες, για δε την ομάδα των καπνιστών  $6.12 \pm 0.55\%$  στους άνδρες και  $5.89 \pm 0.56\%$  στις γυναίκες. Οι διαφορές ανάμεσα σε άνδρες καπνιστές και μη καπνιστές είναι στατιστικά σημαντικές ( $p < 0.01$ ), όπως και στις γυναίκες ( $p < 0.01$ ) αν και σ'αυτές υπήρχε μικρότερη διαφορά.

Το κάπνισμα αυξάνει τα επίπεδα της  $HbA_1$  στους υγιείς μη διαβητικούς καπνιστές άνδρες και γυναίκες μέσα στα φυσιολογικά όρια. Αν δεχθούμε ότι η γλυκοζυλίωση της αιμοσφαιρίνης αποτελεί δείκτη ρύθμισης, τα ευρήματά μας αποτελούν πειραματική απόδειξη ότι το κάπνισμα επιδρώντας επί τα χείρω στην ρύθμιση συμβάλλει στην ανάπτυξη των γνωστών επιπλοκών.

ΠΟΙΟΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΡΙΩΝ ΜΕΤΡΗΤΩΝ ΣΑΚΧΑΡΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΜΕΘΟΔΟΥΣ ΑΝΑΦΟΡΑΣ

Παπαδόπουλος Γ., Κατσαβέλη Α., Μπακατσέλος Σ., Διδάγγελος Τ., Κούρτογλου Γ., Καραμήτσος Δ.

Διαβητολογικό Κέντρο Β' Προπ. Παθολ. Κλινικής

Έγινε ποιοτικός έλεγχος σε τρία φωτοανακλασόμετρα για μέτρηση σακχάρου αίματος. Χρησιμοποιήθηκαν οι μετρητές One touch (OT), Reflolux (R) Glucometer (G) και συγκρίθηκαν με μεθόδους αναφοράς God Perid (GP) σε τριχοειδικό αίμα και του αυτόματου αναλυτή (A) του εργαστηρίου. Οι μέσες τιμές γλυκόζης +SE από 51 διαβητικά άτομα έδειξαν:

OT	R	G	GP	A
180,36	183,54	184,09	167,39	196,43
±9,51	±10,28	±9,19	±9,64	±10,48

Μελέτη της επαναληψιμότητας (εις δεκαπλούν προσδιορισμός) σε τρία διαφορετικά επίπεδα τιμών μας έδωσαν τους παρακάτω συντελεστές μεταβλητότητας %.

	OT	R	G	GP	A
Χαμηλές τιμές (≈100mg)	7,13	7,85	7,90	1,90	2,67
Μεσαίες τιμές (≈200mg)	3,16	2,83	4,86	2,96	3,02
Υψηλές τιμές (≈300mg)	3,17	2,35	4,47	3,53	3,04

Συμπεραίνεται ότι και οι τρεις μετρητές είναι αρκετά αξιόπιστοι με πιθανή υπεροχή του Reflolux στην επαναληψιμότητα μεσαίων και υψηλών τιμών. Δεν υπάρχουν στατιστικές διαφορές μεταξύ των μετρητών αλλά υπάρχουν μεταξύ των μετρητών και των μεθόδων αναφοράς. Η GP μετράει χαμηλότερα από τους μετρητές και ο αναλυτής υψηλότερα, αλλά οι διαφορές δεν είναι κλινικώς σημαντικές.

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΑΡΤΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΕΛΑΙΟΛΑΔΟΥ ΣΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ

Μιλτιάδης Αλεβίζος. Μαριάνθη Αργανιωτάκη, Αριστέα Καβανόζη-Αλεβίζου.

Α' Παθολογική Προπαιδευτική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου - Νοσ/μείο ΑΧΕΠΑ

Μελετήθηκε η επίδραση του άρτου και του ελαιόλαδου ξεχωριστά και σε συνδυασμό στη γλυκόζη του αίματος σε 25 διαβητικούς ασθενείς. Σε δέκα από αυτούς χορηγήθηκαν την πρώτη ημέρα 130 gr άρτου. Η μέση τιμή της γλυκόζης στις 2 ώρες αυξήθηκε κατά 140 mg% ενώ στις 5 ώρες η αύξηση ήταν μόνο 20 mg%. Τη δεύτερη ημέρα χορηγήθηκε ισοθερμική ποσότητα ελαιόλαδου. Η μέση τιμή της γλυκόζης στις 2 ώρες αυξήθηκε κατά 11 mg% ενώ στις 5 ώρες παρουσίασε μείωση κατά 50 mg%. Σε 15 άλλους διαβητικούς χορηγήθηκε την πρώτη ημέρα η μισή ποσότητα άρτου ενώ τη δεύτερη προσετέθη ισοθερμική ποσότητα ελαιόλαδου. Με μόνο τον άρτο η τιμή της γλυκόζης στις 2 ώρες αυξήθηκε κατά 134 mg% ενώ στις 5 ώρες η μέση τιμή γλυκόζης ήταν μόνο κατά 36 mg% ψηλότερη της αρχικής. Με προσθήκη ελαιόλαδου η τιμή της γλυκόζης στις 2 ώρες αυξήθηκε κατά 80% ενώ στις 5 ώρες ήταν μόνο κατά 20mg% ψηλότερη της αρχικής. Τα συμπεράσματα από τη μελέτη είναι:

- 1). Τα 67,5 gr άρτου δεν προκάλεσαν διαφορά στην αύξηση της γλυκόζης σε σύγκριση με τα 130 gr άρτου.
- 2) Η προσθήκη ελαιόλαδου στον άρτο είχε σαν αποτέλεσμα μικρότερη άνοδο της γλυκόζης του αίματος από τη λήψη μόνο άρτου- με άγνωστο μηχανισμό.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΣΕΡΟΤΟΝΙΝΗΣ ΣΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ( ΣΔ )

Αντωνίου Σ., Μιαλακά Ε. Συρεγγέλας Δ. Τουρτούρης Σ., Δημητριάδης Α.

Α΄ Παθολογική Κλινική, Ν.Γ.Νοσοκομείο "Ο Άγιος Δημήτριος" Θεσσαλονίκη

Η σεροτονίνη (5-HT) απελευθερώνεται κυρίως από τα αιμοπετάλια και μεταβολίζεται από τα ενδοθηλιακά κύτταρα σε 5-υδροξυ-ινδολοξικό οξύ (5-HIAA) που αποβάλλεται στο σύνολό του με τα ούρα. Η ελεύθερη στο πλάσμα 5-HT, και συνεπώς και το 5-HIAA των ούρων, θα αναμενόταν αυξημένη σε διαβητικούς με τη γνωστή υπερευαισθησία των αιμοπεταλίων και τη μικροαγγειοπάθεια. Μετρήθηκε με FRIA η 24ωρη απέκκριση του 5-HIAA σε 9 υγιή άτομα και 11 με ΣΔ συγκρίσιμης ηλικίας και φύλου. Η επιλογή των ατόμων έγινε με βάση προκαθορισμένα κριτήρια ( <65 χρ., χωρίς νεφρική ανεπάρκεια και αντιυπερτασική αγωγή) ενώ η προετοιμασία περιλάμβανε 3ήμερη αποχή από τροφές και φάρμακα που επηρεάζουν τις μετρήσεις. Δεν υπήρχαν διαφορές στην απέκκριση του 5-HIAA (mg/24ωρο) μεταξύ ομ.ελέγχου και ομ.ΣΔ (4,49±1,87 έναντι 4,21±1,46). Παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ 5-HIAA και Συστολικής Αρτ.Πίεσης (ΣΑΠ) τόσο στην ομ.ελέγχου (r =0.554, NS) όσο και στην ομ.ΣΔ (r =0.638, p<0,05). Διαβητικοί ασθενείς με ΣΑΠ ≥ 150(6 ασθ.) είχαν μεγαλύτερη απέκκριση 5-HIAA απ' ότι οι υπόλοιποι ασθενείς (5.30±1.25 έναντι 2.91± 0.98, p <0.01).

Φαίνεται ότι η 5-HT που ενοχοποιείται για την αρτ.υπέρταση κυρίως των ηλικιωμένων, παίζει ανάλογο ρόλο και την αρτ.υπέρταση στο ΣΔ, στοιχείο που μένει να διερευνηθεί τόσο παθοφυσιολογικά όσο και θεραπευτικά.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ, ΑΝΟΧΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΠΕΡΙΝΔΟΠΡΙΔΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΤΥΠΟΥ ΙΙ

Σ.Μπακατσέλλος, Α.Σάτσογλου, Γ.Κούρτογλου, Τ.Διδάγγελος, Χ.Χατζηκωνσταντίνου, Δ.Καραμήτσος.

Διαβητολογικό Κέντρο Β΄ Προπ. Παθολ. Κλινικής ΑΠΘ Βιοχημικό Εργαστήριο, Ιπποκρ. Νοσοκομείο Θεσ/κης

Μελετήθηκε η αποτελεσματικότητα, η ανοχή και η ασφάλεια κατά τη χορήγηση περινδοπρίλης (Π) σε υπερτασικούς με ΣΔ τύπου ΙΙ (διαστολική ΑΠ >95 mmHg). Η Π χορηγήθηκε σε 26 ασθενείς αλλά ολοκλήρωσαν τη συμμετοχή τους οι 20 ( 2 ♀, 18 ♂) μέσης ηλικίας 60.15 έτη (49-70). Η μέση διάρκεια της υπέρτασης ήταν 8.65 έτη (1-29) και η μέση διάρκεια του ΣΔ ήταν 11.3 έτη (4-20). Ενδεκα άτομα είχαν υπερτασικό βυθό σταδίου Ι και δύο άτομα σταδίου ΙΙ. Η Π χορηγήθηκε με αυστηρό πρωτόκολλο σε δόση 4-8mg για 3 μήνες μετά από ένα μήνα μη λήψης φαρμάκου και ένα μήνα λήψης placebo. Η ΑΠ καταγράφηκε ως ακολούθως:

	Προ αγωγής	3ο μήνα	τελική διαφορά
ΣΑΠ.Υ.	177.2	160.2	-17.0 (p<0.01)
ΔΑΠ.Υ.	101.4	92.9	- 8.5 (p<0.001)
ΣΑΠ.Ο.	168.4	153.1	-15.3 (p<0.01)
ΔΑΠ.Ο.	100.3	88.4	-11.9 (p<0.001)

Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές μεταβολές καρδιακού ρυθμού, δείκτη μάζας σώματος, ηλεκτρολυτών, λιπιδίων, παραμέτρων νεφρικής και ηπατικής λειτουργίας και HbA1. Συμπεραίνεται ότι η περινδοπρίλη είναι ασφαλής και αποτελεσματική ως μονοθεραπεία στην ήπια και μέτρια υπέρταση διαβητικών τύπου ΙΙ.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΡΡΟΙΑΣ ΤΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ  
ΜΕ ΚΛΟΝΙΔΙΝΗ

A. Ντόβας και A. Χαχοπούλου

B' Παθολογική Κλινική Περιφ. Νοσοκομείου Λάρισας

Σκοπός της παρούσης εργασίας ήταν η μελέτη και αξιολόγηση της επίδρασης της κλονιδίνης, ενός ειδικού  $\alpha_2$  αδρενεργού ανταγωνιστού, στη διάρροια των διαβητικών. Υλικό - Μέθοδος: Μελετήθηκαν συνολικά 5 ασθενείς, άρρενες, ηλικίας 50 - 55 ετών, πάσχοντες από Σ. Διαβήτη ινσουλινοεξαρτώμενο και χρονολογούμενο από 15/ετίας περίπου. Οι ασθενείς ενεφάνιζαν κενώσεις >10 ημερησίως, υδαρούς περιεχομένου. Η διάρροια εχρονολογείτο από 3/μήνου τουλάχιστον, δεν ήταν όμως συνεχής αλλά διαλείπουσα, ενώ συνυπήρχαν και άλλες επιπλοκές απότοκες του Σ. Διαβήτη (ορθοστατική υπόταση, ανικανότητα, ταχυκαρδία, κτλ).

Η διάρροια απεδόθη στον Σ. Διαβήτη εξ αποκλεισμού. Στους μελετηθέντες ασθενείς χορηγήθηκε κλονιδίνη σε αρχική δόση 0.1 MGR X2 ημερησίως με προοδευτική στη συνέχεια αύξηση σε 0.5 MGR X2 ημερησίως εντός χρονικού διαστήματος 72 ωρών. Η θεραπεία διήρκεσε 3 εβδομάδες. Στη συνέχεια το φάρμακο αποσύρθηκε προοδευτικά εντός διαστήματος 72 ωρών.

Αποτελέσματα: Παρατηρήθηκε ελάττωση του αριθμού των κενώσεων σε 2 - 3 ημερησίως. Τρεις ασθενείς μετά τη διακοπή της θεραπείας επανεμφάνισαν διάρροια μικροτέρας όμως εντάσεως και συχνότητας.

Στους άλλους 2 ασθενείς, λόγω υποτροπής της διάρροιας με τους ίδιους χαρακτήρες προς την αρχική, χορηγήθηκε εκ νέου κλονιδίνη στην ίδια δόσολογία και για χρονικό διάστημα 3 εισέτι εβδομάδων, με αποτέλεσμα την εκ νέου ελάττωση του αριθμού και του όγκου των κενώσεων. Δεν παρατηρήθηκαν αξιόλογες παρενέργειες εκ της χρήσεως του φαρμάκου.

Συμπέρασμα: Η κλονιδίνη μπορεί να αποβή χρήσιμη στην αντιμετώπιση της διάρροιας των διαβητικών. Δυνατόν όμως να απαιτηθή εξατομίκευση της δόσεως και της χρονικής διάρκειας θεραπείας σε κάθε περίπτωση.

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ (ΣΔ) ΚΑΙ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΗ  
ΥΠΕΡΚΑΛΙΑΙΜΙΑ

Αντωνίου Σ., Κυριαζόπουλος Γ., Χατζησάββας Ν., Πετρίδης Ι., Τουρτούρης Σ., Δημητριάδης Α.

A' Παθολογική κλινική Ν.Γ. Νοσοκομείο  
"Ο Άγιος Δημήτριος" Θεσσαλονίκη

Στο ΣΔ η υπεργλυκαιμία (υπερσωμωτικότητα), η ινσουλινοπενία και η συχνή συνύπαρξη του συνδρόμου του υπορενιναμικού υποαλδοστερονισμού συμβάλλουν στην εμφάνιση υπερκαλιαιμίας. Υπάρχουν ασθενείς με ΣΔ όπου η υπερκαλιαιμία θα μπορούσε να γίνει επικίνδυνη και γιατί; Η απάντηση θα ήταν σημαντική για την πρόληψη.

Σε μελέτη 34 ασθενών με Κ ορού >6.5 mEq /L, οι 15 (44%) έπασχαν από ΣΔ (8 με ινσουλίνη και 7 χωρίς). Ήταν 7 άνδρες και 8 γυναίκες μ.ηλικίας 67 χρ. (54-81) με Κ 6.5-8.76 (7.29±0.73, M±SD). Όλοι είχαν νεφρική ανεπάρκεια (κρεατινίνη 1.5-8.6 mg/dl, M±SD 4.16±2.03) από διαβητική νεφροπάθεια (9), αποφρακτικού τύπου (4) και νεφροσκληρωσία (2). Τα φάρμακα που έπαιρναν ήταν δακτυλίτιδα (8 ασθεν.) φουροσεμίδα (3), σπιρονολακτόνη (2), αμιλορίδη (2) ενώ 7/9 ασθ. με διαβητική νεφροπάθεια έπαιρναν καπτοπρίλη ή εναλαπρίλη (ΑΜΕ). Όλοι, πλην ενός, είχαν μεταβολή οξέωσης. Σοβαρότερη υπερκαλιαιμία (>7.5 mEq /L) είχαν κυρίως ασθενείς με ολιγουρία και /ή βαρεία οξέωση, καθώς και με λήψη ΑΜΕ. Με συντηρητική θεραπεία (14 ασθ.) ή περιτοναϊκή κάθαρση (1) το κάλιο μειώθηκε σε 24 ώρες σε 6.13±0.81 (p 0.01). Κανένας ασθενής δεν απεβίωσε από υπερκαλιαιμία.

Οι διαβητικοί αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου για σοβαρή υπερκαλιαιμία. Σ' αυτούς, οι ΑΜΕ θα πρέπει να χρησιμοποιούνται με σύνεση, ειδικά σε ηλικιωμένους με νεφρική ανεπάρκεια και / ή οξέωση.

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑCΙΡΙΜΟΧ ΣΕ ΥΠΕΡΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟΥΣ  
ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ ΙΙ

Γ.Κούρτογλου, Σ.Μπακατσέλος, Α.Σάτσογλου,  
Χ.Χατζηκωνσταντίνου, Τ.Διδάγγελος, Δ.Καραμήτσος.

Διαβητολογικό Κέντρο Β' Προπ. Παθολ. Κλινικής  
Βιοχημικό εργαστήριο, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο

Χορηγήθηκε Αcιρίμοχ σε 35 ασθενείς με ΣΔ  
τύπου ΙΙ και υπερλιπιδαιμία τύπου ΙΙ ή ΙV κατά  
Fredrickson, μέσης ηλικίας 58.4 (εύρος 38-69) και  
μέσης διάρκειας ΣΔ 11.97 έτη (εύρος 2-30).  
Οι ασθενείς μετά από τήρηση υπολιπιδαιμικής  
δίαιτας επί ένα τουλάχιστον μήνα άρχιζαν να  
παίρνουν Αcιρίμοχ σε δόση 500-750 mg σύμφωνα  
με συγκεκριμένο πρωτόκολλο. Δεν περιλήφθηκαν  
ασθενείς με ιδιαίτερα απορρυθμισμένο ΣΔ. Πέντε  
ασθενείς διέκοψαν τη λήψη του φαρμάκου, οι δύο  
εξαιτίας ανεπιθύμητων ενεργειών και οι τρεις  
λόγω μη συμμόρφωσης. Αποτελέσματα: (mg/dl)

	Αρχική	μετά 3 μήνες	%διαφορά	p
Χοληστερόλη:	267	244	- 8.7	<0.001
Τριγλυκερίδια:	345	226	-35	<0.001
HDL	35	43	+21.5	<0.001

Το σάκχαρο αίματος και η HbA1 βελτιώθηκαν ε-  
λαφρώς. Από τους 32 ασθενείς ανεπιθύμητες ενέρ-  
γειες εμφάνισαν: Έξαψη προσώπου επτά (22%), γα-  
στρικό φόρτο ή πόνο έξι (19%), ναυτία δύο, υπνη-  
λία ένας, ίλιγγο ένας και διάρροια ένας.  
Συμπεραίνεται ότι το φάρμακο είναι αποτελεσμα-  
τικό στην πτώση των τριγλυκεριδίων και στην  
αύξηση της HDL αλλά σε σημαντικό ποσοστό οι  
ασθενείς παραπονούνται για έξαψη προσώπου, ή  
στομαχικές ενοχλήσεις κυρίως στην αρχική περίο-  
δο της θεραπείας.

Ο ΧΡΟΝΟΣ ΔΙΑ ΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΒΑΡΕΙΑ ΜΟΡΦΗ  
ΤΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΑΜΦΙΒΛ|ΑΣ

Η.ΦΕΡΕΤΗΣ, Α.ΦΕΡΕΤΗΣ, Ανδρομάχη ΦΩΤΙΑΔΟΥ, Ευτέρπη ΧΑΤΖΗ-  
ΕΠΑΣΟΥ, ΚΑΙΛΙΑ ΞΕΜΟΥΣΤΟΠΟΥΛΟΣ

ΜΟΝΑΔΑ ΥΑΛΟΕΙΔΟΥΣ | ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ & ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟ  
ΤΜΗΜΑ Ν.Ε.Ε.Ε.Ε.Σ.

Η Υπερπλαστική Διαβητική αμφιβληστροειδοπά-  
θεια αποτελεί μια από τις σοβαρότερες οφθαλμο-  
λογικές παθήσεις που μπορούν να προσβάλλουν σε  
μεγάλο βαθμό έως και τύφλωση τον ασθενή. Η  
έρευνα για την παθοφυσιολογία της πάθησης συνε-  
χίζεται.

Όσον αφορά την αντιμετώπισή της, εφ' όσον δια-  
γνωσθεί έγκαιρα και εφαρμοσθεί σωστή θεραπεία  
είναι επιτυχής σε ικανοποιητικό βαθμό.

Στην απλή διαβητική αμφ|θεια η αντιμετώπιση  
είναι η φωτοπηξία του αμφ|δούς με LASER ενώ  
στην βαρεία μορφή η αντιμετώπιση είναι φωτοπη-  
ξία ή εγχείρηση (Υαλοειδεκτομή) εφ' όσον προκύ-  
ψουν επιπλοκές. Στην παρούσα εργασία παρουσιάζ-  
ουμε την εμπειρία μας από την εφαρμογή χει-  
ρουργικής επέμβασης σε διάφορες μορφές-στάδια  
υπερπλαστικής διαβητικής αμφ|θειας, τα αποτε-  
λέσματα και το σκεπτικό μας για τον πιο κατάλ-  
ηλο χρόνο εφαρμογής της χειρουργικής επέμβα-  
σης (Υαλοειδεκτομής).

Σημαντικό ρόλο στην απόφαση για την υαλοει-  
δεκτομή είχε ο έλεγχος της υαλοειδικής κοιλό-  
τητας με Β-υπερηχογραφία.

ΝΕΩΤΕΡΕΣ ΑΠΟΦΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ LASER  
ΣΤΗΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ

Νικολακόπουλος Α., Νανάς Β., Καλδή Ε., Παπαδόπουλος Α., Στεπανιά Α.,

Από την Οφθαλμολογική κλινική του Γ.Ν.  
"Ο Άγιος Δημήτριος" Θεσ/νίκη.

Στην οφθαλμολογική κλινική του Αγίου Δημητρίου Θεσ/νίκης λειτουργεί από το 1985 διαβητολογικό τμήμα, όπου γίνεται προσπάθεια αντιμετώπισης των επιπλοκών της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας, με παρακολούθηση, αγγειογραφικό έλεγχο, εφαρμογή LASER και τέλος χειρουργικά με βιτρεκτομή.

Κατά τη διάρκεια της εφαρμογής των ακτίνων LASER δημιουργήθηκε η ανάγκη της επανεκτίμησης των κανόνων εφαρμογής σύμφωνα με την εμπειρία μας και με τις νεώτερες πολυκεντρικές μελέτες.

Ήδη από το 1988 διαπιστώσαμε μεγαλύτερη συχνότητα οιδημάτων χωράς σε μάτια που είχαν υποστεί PANRETINAL LASER από ότι σε μάτια χωρίς LASER στο ίδιο στάδιο, με ανακοίνωση στο πανελλήνιο οφθαλμολογικό συνέδριο το 1989.

Η έγκαιρη αντιμετώπιση του οιδήματος με εκλεκτική φωτοπηξία με GREEN LASER βελτιώνει την πρόγνωση. Η χορήγηση ασπιρίνης δεν βελτιώνει την πρόγνωση αλλά και δεν επηρεάζει αρνητικά με αιμορραγίες.

Από το 1989 έως σήμερα εφαρμόσαμε τη φωτοπηξία με GREEN LASER στην χωρά, σε 180 ασθενείς, και αναλύουμε τα αποτελέσματα, σε σύγκριση με την παλαιότερη εργασίας μας όσον αφορά το ποσοστό των οιδημάτων και τη διατήρηση της οπτικής οξύτητας.

ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ Σ.Δ. ΤΥΠΟΥ II ΜΕ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ ΚΑΙ ΕΠΙΠΕΔΑ  
ΟΣΤΕΟΚΑΛΣΙΝΗΣ ΤΟΥ ΟΡΟΥ

Ε. Ανδρέου, Α. Τερτίπη, Α. Παππάς, Π. Γεωργιάδης, Λ. Παπαγρηγορίου, Χ. Κωνσταντάκη, Ή. Αδάμτσυ, Ε. Βουνισέα, Φ. Μαλανδογιάννη, Ε. Κωνσταντέλλου, Δ. Τσιγκαλάκης, Φ. Καλδρυμίδης και Π. Συγκελλάκης.

Γ.Π.Α.Ν.Π. "Μεταξά" και Ενδοκρ/κό τμήμα Ελληνικού Αντικαρκινικού Ίνστιτούτου "Ο Άγιος Ελένης" Αθηνών.

Εξετάσαμε τις μεταβολές των επιπέδων της οστεοκαλσίνης (BGP) του ορού καθώς και τις πιθανές συσχετίσεις τους με άλλες βιοχημικές παραμέτρους ασθενών με Σ.Δ. τύπου II, πριν και μετά την ρύθμιση με ινσουλίνη.

Για το σκοπό αυτό μελετήσαμε 39 άτομα, 19 φυσιολογικά (ομάδα Α) και 20 με ινσουλινοθεραπευόμενο Σ.Δ. (ομάδα Β). Και στις δυο ομάδες προσδιορίστηκαν: η οστεοκαλσίνη και η παραθορμόνη του ορού με RIA, η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη του ορού και η υδροξυπρολίνη των ούρων με ιοντοανταλλακτικές τεχνικές και η αλκαλική φωσφατάση του ορού.

Πριν την ρύθμιση του Σ.Δ., τα άτομα της ομάδας Β παρουσίαζαν σημαντική ( $P < 0,01$ ) αύξηση της BGP του ορού ( $\chi \pm SE: 10,74 \pm 1,87$  NG/ML) σε σχέση με την ομάδα Α ( $4,46 \pm 0,42$ ). Μετά την ρύθμιση του Σ.Δ. τα επίπεδα της BGP του ορού της ομάδας Β ήταν χαμηλότερα σε σχέση με τα πριν την ρύθμιση. Μάλιστα δε, βρέθηκαν ακόμα χαμηλότερα και από εκείνα της ομάδας Α. Επί πλέον, στους ασθενείς (ομάδα Β) πριν την ρύθμιση, παρατηρήθηκε σημαντική γραμμική συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης και της BGP του ορού ( $r = 0,63$   $P < 0,01$ ), καθώς και ασθενέστερη συσχέτιση ( $P < 0,05$ ) μεταξύ της BGP και των: παραθορμόνης - αλκαλικής φωσφατάσης - υδροξυπρολίνης ούρων.

Συμπεραίνουμε ότι η BGP (και ενδεχομένως και η οστεοπαράγωγη) είναι αυξημένη στον αρρυθμιστο Σ.Δ. και ελατώνεται με την ρύθμιση.

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ  
ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

ΚΩΝ/ΝΤΙΑ ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΥ-ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ, Κ. ΚΑΣΣΙΟΥ,  
Γ. ΜΑΣΟΥΛΑΣ, Χ. ΜΠΑΡΤΣΟΚΑΣ

Διαβητολογικό Κέντρο Νοσοκομείου Παιδων "Π & Α. Κυριακού", Οδοντιατρική Σχολή

Σκοπός της εργασίας: Μεταξύ των πολλών χρονίων επιπλοκών του Σακχαρώδους Διαβήτη τύπου I περιλαμβάνονται κι επιπλοκές από τη στοματική κοιλότητα. Ιδιαίτερα η περιοδοντική νόσος είναι σοβαρή κι οδηγεί συχνά σε απώλεια οδόντων. Με σκοπό να εκτιμήσουμε την κατάσταση των οδόντων των παιδιών με Σακχ. Διαβήτη τύπου I μελετήσαμε:

Υλικό και μέθοδοι: 46 παιδιά ηλικίας 4-19 ετών που παρακολουθούνται στο Διαβητολογικό Κέντρο του Νοσοκομείου μας. Ελήφθησαν υπόψη οι παράμετροι: ηλικία, φύλο, διάρκεια νόσου, ανάπτυξη, ρύθμιση του Διαβήτη, ύπαρξη άλλων επιπλοκών. Παράλληλα μελετήθηκαν 46 παιδιά-μάρτυρες αναλόγου ηλικίας φύλου και κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Στους ασθενείς προσδιορίστηκαν: ο ουλικός δείκτης, και ο δείκτης πλάκας και έγινε σύγκριση των μέσων όρων των δεικτών αυτών μεταξύ: - των διαβητικών παιδιών (ομάδα Δ) και των μαρτύρων (Ομάδα Μ) - των διαβητικών παιδιών με διάρκεια νόσου κάτω των 5 ετών (Ομάδα Δ1) και άνω των 5 ετών (Ομάδα Δ2) - των διαβητικών παιδιών με καλή ρύθμιση (Ομάδα Δ3) και με κακή ρύθμιση (Ομάδα Δ4). Αποτελέσματα: - και οι δύο δείκτες παρουσιάζονται αυξημένοι στην ομάδα Δ σε σχέση με την ομάδα Μ, - η ομάδα Δ1 παρουσιάζει αυξημένους, σε σχέση με την ομάδα Δ2 δείκτες και, - η ομάδα Δ3 έχει υψηλότερες τιμές δεικτών σε σχέση με την Δ4.

Συμπεράσματα: Από τη σύγκριση των τιμών μεταξύ των ομάδων Δ και Μ προκύπτει ότι υπάρχει συσχετισμός μεταξύ διαβήτη και περιοδοντικής νόσου, όπως και σε άλλες πρόσφατες μελέτες έχει υποστηριχθεί. Η παρουσία υψηλότερων τιμών στις ομάδες Δ1 και Δ3 σε σχέση με τις Δ2 & Δ4 αντίστοιχα, δεν συμφωνεί προς τις μέχρι σήμερα κρατούσες απόψεις. Το θέμα πρέπει να ερευνηθεί περαιτέρω.

ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ: ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Α. Σάτσογλου, Σ. Μπακατσέλος, Γ. Κούρτογλου,  
Π. Ταμπακούδης, Ε. Μπίλλη, Δ. Καραμήτσος

Διαβητολογικό Κέντρο Β' Προπ. Παθολ. Κλινικής ΑΠΘ  
Ιπποκρ. Νοσ. και Α' Γυναικ. Μαιευτ. Κλινικής ΑΠΘ

Σκοπός της εργασίας ήταν να μελετηθούν τα αποτελέσματα της τακτικής που ακολουθούμε κατά τη διαβητολογική αντιμετώπιση των χειρουργούμενων διαβητικών. Υλικό: Μελετήθηκαν σε προοπτική εργασία 91 χειρουργηθέντες διαβητικοί ασθενείς. Οι επεμβάσεις ήταν: Γυναικολογικές 38, Καισαρικές τομές 20, και Γενικής Χειρουργικής 33. Οι ασθενείς είχαν: 16 τύπο I ΣΔ, 67 τύπο II και 8 διαβήτη κήσεως. Ινσουλινοθεραπεία πριν από την εγχείρηση έκαναν 79 ασθενείς. Η ηλικία τους ήταν 52.7 ± 16.2 έτη και η διάρκεια του ΣΔ 8+8 έτη. Αποτελέσματα: Ο χρόνος νοσηλείας μετά την επέμβαση ήταν 8.4 ± 2.6 μέρες γενικά και 8.16 ± 1.66 στις μαιευτικές-γυναικολογικές επεμβάσεις (Μ.Γ.Ε) Σε ομάδα 58 μαρτύρων Μ.Γ.Ε ο χρόνος μετεγχειρητικής νοσηλείας ήταν ελάχιστα μικρότερος (7.58 ± 0.9. p < 0.05). Το σάκχαρο αίματος εισόδου στο Νοσοκομείο ήταν 165 ± 67 (mg/dl), προεγχειρητικώς 145 ± 52, μετά το χειρουργείο 175 ± 53, έξι ώρες μετά 180 ± 58, 24 ώρες μετά 164 ± 50.6 Σ και 72 ώρες μετά 151 ± 51. Οι ασθενείς έπαιρναν στο χειρουργείο δεξτρόζη 5% iv σε ρυθμό 8.3 g/h, μαζί με ινσουλίνη 17.9 ± 6 iu/L. Επιπλοκές: Τέσσερις ασθενείς διαπύηση τραύματος και ένας ουρολοίμωξη. Στους μάρτυρες μία διαπύηση και μία ουρολοίμωξη (διαφορά μη σημαντική). Συμπεράσματα: Οι διαβητικοί που χειρουργούνται δεν εμφανίζουν σε αξιολογικό ποσοστό μετεγχειρητικές επιπλοκές αρκεί να γίνεται επαρκής ρύθμιση του ΣΔ. Η τακτική που ακολουθούμε κρίνεται ικανοποιητική.

ΠΡΩΙΜΗ ΘΝΗΤΟΤΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΟ  
ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ (Α.Ε.Ε.)

Σ. ΠΑΠΠΑΣ, Θ. ΠΕΠΠΑΣ, Η. ΤΑΜΒΑΚΟΣ, Χ. ΔΡΑΚΟΥΑΝΗΣ,  
Γ. ΔΟΝΑΣ, Β. ΖΑΦΕΙΡΗ, Δ. ΚΑΤΣΑΔΩΡΟΣ.

Β' Παθ/κό τμήμα Περ. Γεν. Νοσ. Νικαίας - Πειραιώς

Σκοπός της εργασίας ήταν η μελέτη της πρώιμης θνητότητας Π.Θ. (θάνατος στην οξεία φάση) των Διαβητικών Α με Α.Ε.Ε., και η πιθανή συσχέτισή της με συνυπάρχοντες παράγοντες κινδύνου. Σε αναδρομική μελέτη, εξετάστηκαν 1.228 ασθενείς με Α.Ε.Ε., που νοσηλεύθηκαν από το 1987-1991. Οι Δ ασθενείς ήσαν 458 (39.65%). Αποτελέσματα: α) Η Π.Θ. βρέθηκε 24.6% στους Δ έναντι 15.9% στους μη Δ ( $P < 0.001$ ), β) Αναλογία Γυναικών Δ. ήτο 55.2% έναντι 47.35% των μη Δ ( $P < 0.001$ ), γ) Η μέση ηλικία εμφάνισης Α.Ε.Ε. ήταν 73.25% έτη στους Δ έναντι 74.9 στους μη Δ ( $P < 0.01$ ), δ) Η παρουσία παραγόντων κινδύνου ήταν: Αρτ. πίεση 67.8% στους Δ έναντι 62.64% στους μη Δ ( $P < 0.1$ ). Η Στεφ. Νόσος 40.9% έναντι 27.8%  $P < 0.001$ . Το έμφραγμα 11.3% έναντι 7.86%  $P < 0.1$ . Η Υπερλιπιδαιμία 48.11% έναντι 37.16%  $P < 0.01$ , PLT ↑ 19.33% έναντι 15.47%  $P < 0.1$  ενώ για τα ευρήματα CT, αρρυθμίας και προηγούμενου Α.Ε.Ε. δεν διαπιστώθηκαν διαφορές, στατιστικά σημαντικές. Συμπεράσματα: 1) Οι Δ με Α.Ε.Ε. παρουσιάζουν αυξημένη πρώιμη θνητότητα, έναντι των μη Δ, 2) Τα Α.Ε.Ε. εμφανίζονται σε μικρότερη ηλικία στους Δ και συχνότερα στις γυναίκες Δ, 3) Η Α.Π., Σ.Ν., έμφραγμα Υπερλιπιδαιμία, PLT ↑, βρίσκονται σε μεγαλύτερη συχνότητα στους Δ με Α.Ε.Ε., 4) Δεν διαπιστώθηκε διαφορά στην συσχέτιση των ανωτέρω παραγόντων μεταξύ επιβιωσάντων και αποβιωσάντων διαβητικών με Α.Ε.Ε.

ΕΜΦΥΣΜΑΤΙΚΗ ΠΥΕΛΟΝΕΦΡΙΤΙΣ. ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩ

Σ. ΠΑΠΠΑΣ, Χ. ΜΠΙΛΙΝΗΣ, Μ. ΜΗΝΑΔΑΚΗ, Α. ΣΩΤΗΡΟΠΟΥΛΟΣ  
Κ. ΠΑΠΑΘΕΟΔΩΡΟΥ, Ν. ΜΑΡΑΒΕΛΙΑΣ, Δ. ΚΑΤΣΑΔΩΡΟΣ

Β' Παθ/κό τμήμα Περ. Γεν. Νοσ. Νικαίας - Πειραιώς

Η Εμφυσηματική Πυελονεφρίτις Ε.Π. οξεία, μεγάλης θνητότητας, νεκρωτική φλεγμονή, χαρακτηρίζεται από παραγωγή αέρα ενδονεφρικά και περινεφρικά. Σπάνια (76 περ. μέχρι σήμερα) εμφανίζεται κυρίως σε Διαβητικούς (87% των περ.) Περιγραφή περίπτωση Περιγράφεται σπάνια στην Ελλάδα περίπτωση Ε.Π. που νοσηλεύσαμε πρόσφατα. Γυναίκα Διαβητική 49 ετών εισήχθη επειγόντως με Διάγνωση οξείας πυελονεφρίτιδος (πυρετός-ρίγος-εμετοί-κοιλιακό άλγος-πυουρία). Έναρξη συντηρητικής αγωγής. (Αντιβίωση-Υγρά-Ινσουλίνη) Επόμενη ημέρα εργαστηριακή κλινική επιδεινωση. Ακτινολογικά (Rö κοιλίας - Νεφροτομογραφία) διαπιστούται αέρας στην αρ. νεφρική χώρα. Η διάγνωση της Ε.Π. επιβεβαιώνεται από την παρουσία αέρα, ενδονεφρικά με US, CT, και ανιούσα πυελογραφία. Απομονώνεται σε καλλιέργειες ούρων-αίματος E. COLI. Συνέχιση αγωγής, επιδεινωση και εντός 48H, χειρ/κή αντιμετώπιση (αρ. νεφρεκτομή). Ιστολογική, εξαιρεθέντος νεφρού, επιβεβαίωση διάγνωση Ε.Π. Συζήτηση: Παρέχεται συσχέτιση Διαγνωστικών και Ιστολογικών Δεδομένων μας με τα αντίστοιχα της Διεθνούς βιβλιογραφίας. Συζητείται η σχετική βιβλιογραφία για τους Παθογενετικούς μηχανισμούς της νόσου και σχολιάζονται τα δεδομένα της Διαγνωστικής Προσέγγισης και Θεραπευτικής αντιμετώπισης. Συμπέρασμα: Στην περίπτωση μας, η πρόωρη Διαγνωστική και έγκαιρος χειρ/κή αντιμετώπιση (αρ. νεφρεκτομή) απέβη θετική και σωτήρια για τον ασθενή μας.



ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΑΥΤΟΑΝΤΙΣΤΡΩΜΑΤΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙDDM

Π. Μπούρα, Χ. Μανές, Ε. Ζαχαριουδάκη, Α. Χατζηαχμέτ, Ν Παπάζογλου, Γ. Τσάπας

Εργαστήριο κλινικής παθολογίας Β1Α Παθολογικής Α.Π.Θ. Παθολ. κλινική-Διαβητολογική μονάδα Α'Γ.Ν. 'ΑΓ.ΠΑΥΛΟΣ

Ο ινσουλινοεξαρτώμερος διαβήτης τύπου Ι (ΙDDM), ως οργανοειδικό αυτοάνοσο νόσημα, δυνατόν να συνυπάρχει με άλλα αυτοάνοσα νοσήματα. Σκοπός της μελέτης αυτής, ήταν η αναζήτηση στον όρο ασθενών με ΙDDM αυτοαντισωμάτων που ενέχονται στις εκδηλώσεις άλλων αυτοάνοσων παθήσεων και προσιωνίζουν προδιάθεση προς αυτές. Μελετήσαμε: Α) 109 ασθενείς με ΙDDM, 52 άνδρες και 57 γυναίκες, 13 - 58 ετών, Β) 50 ασθενείς με ΝΙDDM, Γ) 30 υγιείς ενήλικες. Οι ομάδες Β και Γ χρησίμευσαν ως μάρτυρες. Στα παραπάνω άτομα ελέγχθηκε η παρουσία αυτοαντισωμάτων έναντι: του πυρήνα (ANA), μιτοχονδρίων (AMA), λείων μυϊκών ινών (ASMA), τοιχωματικών κυττάρων στομάχου (APCA), μυοκαρδίου (AMCA), θυροειδούς (ABA). Χρησιμοποιήθηκε μέθοδος έμμεσου ανοσοφθορισμού και έμμεσης αιμοσυγκόλλησης. Από τα αποτελέσματα προέκυψαν τα εξής:

ομάδα	τύπος αυτοαντισωμάτων					
	ANA	AMA	ASMA	APCA	AMCA	ABA
Α	25	3	3	2	2	10
Β	4	-	-	-	-	-
Γ	-	-	-	-	-	-

Συζητούνται πιθανοί συσχετισμοί και ερμηνείες του αυτοάνοσου profil των ασθενών και τίθεται η προοπτική μακροπρόθεσμης παρακολούθησής τους σε οικογενειακή βάση για έγκαιρο εντοπισμό προδιαθετημένων για άλλα αυτοάνοσα νοσήματα.

ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΑΠΟΚΤΗΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΟΔΗΓΟΥ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΤΥΠΩΝ ΟΧΗΜΑΤΩΝ ΑΠΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Ν.ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ,Γ.ΣΚΑΡΑΓΚΑΣ,Κ.ΣΟΥΛΗΣ,Ι.ΚΟΝΤΟΓΙΑΝΝΗΣ, Α.ΛΙΟΥΤΑΣ,Δ.ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗ

Παθολογική Κλινική-Διαβητολογική Μονάδα-Α'Γεν Νοσ."ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ"Θεσσαλονίκης

Η εργασία αυτή βασίζεται σε πρωτόκολλο της WHO επί του οποίου η έρευνα ευρίσκεται εν εξελίξει σ'όλες τις χώρες επιρροής της.

Σκοπός έρευνας είναι η μελέτη του ισχύοντος καθεστώτος για την απόκτηση και διατήρηση άδειας οδηγού διαφόρων οχημάτων από διαβητικούς ασθενείς και η διακρίβωση και συμπλήρωση της υπάρχουσας Ελληνικής νομοθεσίας (ΦΕΚ 831-τεύχος 2-§1|22-11-84) με στόχο την δυνατή αποφυγή ατυχημάτων.

Υλικό και μέθοδος:Διερευνήθη η ισχύουσα κατάσταση στην απόκτηση αδειών οδηγήσεως και στον επανέλεγχο ικανότητας των οδηγών τόσο στην Διεύθυνση Συγκοινωνιών όσο και:ΟΣΕ, ΚΤΕΛ,ΟΑΣΘ,Πυροσβεστική Υπηρεσία,Αερολέσχη,ΟΑ,ΤΑΣΙ,Ενωση οδηγών φορτηγών και Ένοπλες Δυνάμεις,με βάση Ειδικό Ερωτηματολόγιο.

Ευρήματα:Η κάλυψη του προβλήματος είναι πλήρης στις Ένοπλες Δυνάμεις και στην ΟΑ,ενώ μερική και ανεπαρκής στον ΟΣΕ,Πυροσβεστική και Αερολέσχη.Αντίθετα ουδεμία πρόνοια λαμβάνεται στον ΟΑΣΘ,ΚΤΕΛ,τους οδηγούς ΤΑΣΙ και φορτηγών όπου ο αριθμός των υπηρετούντων διαβητικών είναι άγνωστος.

Συμπέρασμα:Η ισχύουσα νομοθεσία που αφορά τους διαβητικούς δεν καλύπτει το πρόβλημα ιδιαίτερα σ'ότι αφορά την εκπαίδευση και τον επανέλεγχο των διαβητικών οδηγών.Προτείνεται η θέσπιση Ειδικού τύπου Ιατρικής γνωμάτευσης ανά εξάμηνο για διαβητικούς από διαβητολογικά ιατρεία Νοσοκομείων για την μέγιστη δυνατή πρόληψη ατυχημάτων,ιδιαίτερα από υπογλυκαιμία και έκπτωση όρασης.

ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΜΑΚΡΟΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΑΣ Κ. ΑΚΡΩΝ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

ΕΥΘΥΜΙΑΔΗΣ Α., ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ Ν., ΜΑΝΕΣ Χ., ΤΖΟΥΝΑΣ., ΠΑΠΑΔΕΛΗ Ε., ΠΑΠΑΦΩΤΙΟΥ Ε., ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Φ.

Παθολογική κλινική-διαβητολογική μονάδα Α'Γ.Ν. ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ

Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε με βάση το πρωτόκολλο της WHO σχετικά με τη μακροαγγειοπάθεια (ΜΑΚ) των κάτω άκρων σε διαβητικούς αρρώστους.

Σκοπός η αποκάλυψη των περιπτώσεων ΜΑΚ κ. άκρων με στόχο την καλύτερη αντιμετώπισή τους προς αποφυγή επιπλοκών.

Υλικό και μέθοδοι: Μελετήθηκαν συνολικά 841 διαβητικοί ασθενείς με προκαθορισμένο ερωτηματολόγιο της WHO. Οι 764 (90.84%) απάντησαν αρνητικά στο ερωτηματολόγιο και αποκλείστηκαν από την περαιτέρω μελέτη. Οι υπόλοιποι 77 ασθενείς εξετάσθηκαν κλινικά και αγγειολογικά (μέτρηση αρτ. πίεσεως κ. άκρων, σε διαφορετικά επίπεδα για τον προσδιορισμό του δείκτη σφυρών και έλεγχος με υπερήχους ροής Doppler με καταγραφή καμπύλης). Σ'όλους τους ασθενείς ελέγχθηκε η διάρκεια του Σ/Δ, η χρήση καπνού, η ηλικία, το φύλο και το είδος της θεραπευτικής αγωγής.

Αποτελέσματα - Συμπεράσματα: Από την αγγειολογική μελέτη των 77 ατόμων διαπιστώθηκε πως: α) τα 28 είχαν δείκτη σφυρών >1 με καμπύλες στις επιπολής κνημιαίες και ιγνυακές αποπεπλατωσμένες ή δικόρυφες (παθολογικές), β) 7 άτομα είχαν δείκτη σφυρών 0.80-1 και γ) τα υπόλοιπα 42 είχαν δείκτη σφυρών <0.80. Η εξέταση με υπερήχους ροής Doppler υπήρξε σαφώς παθολογική σε όλους τους ασθενείς.

Η ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΟΠΑΘΕΙΑΣ ΤΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Δ. Παπαδημητρίου, Δ. Παπαγεωργίου, Κ. Βαλογιαννη, Παγ. Μελίδου

Ν. Γαλάνης

Γεν. Κεντρικό Νοσ/μείο, Β' Χειρ/κή Κλινική Α.Π.Θ. Β' Παθ/κή

Κλινική

#### ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της εργασίας είναι ο προσδιορισμός του επιπέδου εντόπισης της χρόνιας αποφρακτικής αρτηριοπάθειας (ΧΑΑ) των κάτω άκρων σύμφωνα με την ταξινόμηση-κατά Durling συγκριτικά σε διαβητικούς και μη διαβητικούς ασθενείς, στο II στάδιο κατά Fontaine της αρτηριακής νόσου.

#### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήθηκαν 50 διαβητικοί και ισάριθμοι μη διαβητικοί ασθενείς. Η αξιολόγηση των ασθενών έγινε με κλινικά κριτήρια, με μέτρηση του δείκτη πίεσης και τμηματικό προσδιορισμό των πιέσεων. Επιπλέον σε 40 ασθενείς συμπληρώθηκε η μελέτη μας με ψηφιακή αφαιρετική αγγειογραφία.

#### ΕΥΡΗΜΑΤΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Διαπιστώθηκε ότι:

α) Οι μη διαβητικοί ασθενείς εμφανίζουν συχνότερα ΧΑΑ σε ένα επίπεδο και κυρίως το αορτολαγόνιο.

β) Οι διαβητικοί ασθενείς σε σχέση με τους μη διαβητικούς εμφανίζουν συχνότερα πολλαπλές εντοπίσεις κυρίως στο μηροϊγνυακό επίπεδο και περιφερικότερα.

Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ (ΣΔ) ΣΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΟΠΑΘΕΙΑΣ ΤΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ(ΧΑΑ),

Δ. Παπαγεωργίου, Γ. Παπαλεξίου, Π. Μελίδου, Β. Μπουλούκος, Ε. Λιασίδου, Δ. Παπαδημητρίου.

Γεν. Κεντρικό Νοσοκομείο, Β' Χειρουργική Κλινική Α.Π.Θ.- Β' Παθολογική Κλινική.

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη αυτή αποσκοπεί να διερευνήσει την επίπτωση του Σ/Δ στην εξέλιξη της Χ.Α.Α. σε ασθενείς Διαβητικούς και μή.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη διάρκεια της τελευταίας πενταετίας μελετήθηκαν δύο ομάδες ασθενών με διαλείπουσα χολότητα. Η ομάδα με Σ/Δ περιελάμβανε 50 ασθενείς (44♂, 6♀), μέσης ηλικίας  $67 \pm 8$  ετών, ενώ η ομάδα χωρίς Σ/Δ περιελάμβανε 65 ασθενείς (60♂, 5♀) μέσης ηλικίας  $64 \pm 9$  ετών. Η μελέτη αφορούσε την παρακολούθηση της εξέλιξης της Χ.Α.Α. με ανά δίμηνο κλινική εξέταση, προσδιορισμού του Δείκτη πίεσης (Δ.Π) με το υπερηχητικό αιματοτάχυμετρο (Doppler) και έλεγχο των επιβαρυντικών παραγόντων.

ΕΥΡΗΜΑΤΑ: Η μέση τιμή των τριγλυκεριδίων ορού βρέθηκε σημαντικά υψηλότερη στην ομάδα με Σ/Δ ( $P < 0,01$ ) ενώ η μέση τιμή της HDL βρέθηκε υψηλότερη στην ομάδα χωρίς Σ/Δ ( $P < 0,05$ ).

Οι καπνιστές στην ομάδα χωρίς Σ/Δ ήταν σημαντικώς περισσότεροι ( $P < 0,0001$ ). Η μέση τιμή του Δ.Π. στην πρώτη εξέταση τόσο στους Διαβητικούς όσο και στους μη Διαβητικούς δεν διαφέρει. Στο μέσον της χρονικής περιόδου παρακολούθησης, παρατηρήθηκε μείωση της μέσης τιμής του Δ.Π. στο ένα άκρο των ασθενών της ομάδος με Σ/Δ ( $P < 0,05$ ), ενώ στο τέλος η μείωση αφορούσε και τα δύο άκρα ( $P < 0,05, P < 0,01$ ).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Ο Σ/Δ φαίνεται ότι δρά σαν παράγων "πολλαπλασιασμού" επιταχύνοντας την εξέλιξη της Χ.Α.Α. και αποτελεί τον δυσμενέστερο σε σχέση με τους άλλους, επιβαρυντικό παράγοντα.

ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΣΦΥΡΟΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΚΑΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣΣΕ ΠΟΔΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ

Μ. Βρεττός, Χ. Σπυρίδης, Ε. Σμπαρούνη, Χ. Ν. Σμπαρούνης

Β' Προπ. Χειρ/κή Κλινική Ιπποκράτειο Γ. Νοσοκομ. Θεσ/νίκης

Στα πλαίσια κλινικής και παρακλινικής μελέτης καταγράφηκε προσπάθεια να ερευνηθεί αν υπάρχει σχέση μεταξύ σφυροβραχιόνιου δείκτη (ΣΒΔ) και της αρτηριακής παροχής (ΑΠ) στα πόδια διαβητικών, οι οποίοι δεν παρουσιάζαν υποκειμενικές ή αντικειμενικές εκδηλώσεις χρόνιας περιφερικής αρτηριοσκληρωτικής νόσου. Εξετάστηκαν συνολικά 102 πόδια σε 51 άτομα (40 γυναίκες, 11 άνδρες) ηλικίας 38-81 ετών. Ο αρτηριακός δείκτης υπολογίσθηκε με αισκουή υπερήχων (Directional Doppler) ενώ η αρτηριακή παροχή με αισκουή υπερήχων παλμικής εκπομπής (Pulsed Doppler). Οι μετρήσεις έγιναν στη ραχιαία του πεδός και την οπίσθια κνημιαία αρτηρία περιφερικά των αγγείων. Κατά την στατιστική επεξεργασία των ευρημάτων ερευνηθήκη ο συντελεστής συσχέτισης ( $r$ ) μεταξύ ΣΒΔ και ΑΠ. Η τιμή του συντελεστού συσχέτισης, για τον αριθμό των αγγείων που μελετήθηκαν δεν ήταν στατιστικώς σημαντική ( $p < 0,05$ ). Συμπεραίνεται ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δύο παραμέτρων που μελετήθηκαν και κατά συνέπεια, όταν κρίνεται αναγκαίο, πρέπει να χρησιμοποιούνται και οι δύο μέθοδοι.

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Ευχαριστούμε τον ΕΟΦ για την άδεια χρηματοδότησης και συμμετοχής στο συνέδριο φαρμακευτικών οίκων.

Ευχαριστούμε τους παρακάτω φαρμακευτικούς οίκους για τη συμμετοχή τους με εκθέσεις προϊόντων ή διαφημίσεις στο πρόγραμμα του συνεδρίου.

- **Abbot**
- **Bayer - Ames**
- **Beecham**
- **Βιοδυναμική ΑΕ**
- **Farmaserb - Lilly**
- **Farmitalia**
- **Hoechst**
- **GAP**
- **JANSSEN**
- **Johnson and Johnson**
- **Novo**
- **Servier**
- **Wellcome Foundation**
- **Wyeth**
- **Searle**

## ΟΜΙΛΗΤΕΣ – ΕΙΣΗΓΗΤΕΣ ΘΕΜΑΤΩΝ

ΑΒΡΑΜΙΔΗΣ ΑΒΡΑΑΜ

Διευθ. Ενδοκρινολογικής Κλινικής  
Ιπποκράτειο Γ.Ν. Θεσ/νίκης

ΑΛΕΒΙΖΟΣ ΜΙΑΤΙΑΔΗΣ

Επικ. Καθηγητής ΑΠΘ  
Α΄ Προπ. Παθολογική Κλινική  
Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ

ΒΟΛΙΩΤΗΣ ΚΛΕΩΝ

Δ/ντής Παθολογικής Κλινικής  
Ιπποκράτειο Γ.Ν. Θεσ/νίκης

ΓΙΑΝΝΟΥΛΗΣ ΕΛΕΥΘ.

Επικ. Καθηγητής ΑΠΘ  
Α΄ Παθολογική Κλινική  
Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ

ΔΙΔΑΓΓΕΛΟΣ ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΣ

Επιστημονικός Συνεργάτης  
Διαβητολογικού Κέντρου  
Ιπποκράτειο Γ.Ν. Θεσ/νίκης

ΚΑΡΑΜΗΤΣΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

Επικ. Καθηγητής ΑΠΘ  
Παθολογίας – Διαβητολογίας  
Β΄ Προπ. Παθ/κή Κλινική  
Ιπποκράτειο Νοσοκομείο  
Θεσσαλονίκης

ΚΗΤΑ ΜΑΡΙΝΑ

Ειδικ. Βοηθός  
Ενδοκρινολογικής Κλινικής  
Ιπποκράτειο Γ.Ν. Θεσ/νίκης

ΚΙΣΚΙΝΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

Αγγειοχειρουργός  
Επικ. Καθηγητής Α.Π.Θ.

ΚΟΥΚΟΥΒΙΤΗΣ ΣΤΕΡΓΙΟΣ

Ειδικ. Βοηθός  
Ενδοκρινολογικής Κλινικής  
Ιπποκράτειο Γ.Ν. Θεσσαλονίκης

ΚΟΥΡΤΟΓΛΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Παθολόγος – ΕΜΥ

ΜΑΝΕΣ ΧΡΗΣΤΟΣ

Επιμελητής Β΄ ΕΣΥ, Παθολόγος  
Α΄ Γ.Ν. «Άγιος Παύλος»

ΜΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΣ ΧΑΡΑΛΑ-  
ΜΠΟΣ

Τακτικός Καθηγητής Παθολογίας  
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

ΜΠΑΚΑΤΣΕΛΟΣ ΣΠΥΡΟΣ

Επιμελητής Β΄ ΕΣΥ, Παθολόγος  
Β΄ Προπ. Παθ/κή Κλινική  
Ιπποκράτειο Γ.Ν. Θεσ/νίκης

ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

Διευθ. Παθολογικής Κλινικής  
Α΄ Γ.Ν. «Άγιος Παύλος»

ΠΑΠΑΛΕΞΙΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Διευθ. ΕΣΥ Κ.Υ. Διαβατών  
Παθολόγος

ΡΑΠΤΟΠΟΥΛΟΥ-ΓΙΓΗ ΜΑΡΙΑ  
Αν. Καθηγήτρια Παθολογίας Α.Π.Θ.  
Ιπποκράτειο Γ.Ν. Θεσ/νίκης

ΣΑΪΛΕΡ ΝΙΚΟΛΑΟΣ  
Επιμελητής Β' ΕΣΥ, Παθολόγος  
Ιπποκράτειο Γ.Ν. Θεσσαλονίκης

ΣΑΝΤΙΚ ΓΑΣΑΝ  
Ειδ. Βοηθός Ενδοκριν. Κλινικής  
Ιπποκράτειο Γ.Ν. Θεσ/νίκης

ΣΚΑΡΑΓΚΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ  
Επιμελητής Α' ΕΣΥ, Παθολόγος  
Α' Γ.Ν. «Άγιος Παύλος»

ΣΟΥΛΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ  
Επιμελητής Β' ΕΣΥ, Παθολόγος  
Γ. Ν. «Γ. Παπανικολάου»

ΣΤΑΓΚΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ  
Τακτικός Καθηγητής Οφθαλμολογίας  
Πανεπιστήμιο Θράκης

ΤΟΥΝΤΑΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ  
Επικ. Καθηγητής Παθολογίας  
Παν/μίου Αθηνών  
Διαβητολογικό Κέντρο  
Ιπποκράτειο Γ.Ν. Αθήνα

ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΟΥ ΕΡΙΦΥΛΛΗ  
Ειδ. Βοηθός Ενδοκριν. Κλινικής  
Ιπποκράτειο Γ.Ν. Θεσσαλονίκης

ΧΑΡΣΟΥΛΗΣ ΦΑΙΔΩΝ  
Ενδοκρινολόγος  
Επικ. Καθηγητής Ενδοκρινολογίας  
Β' Προπ. Παθ/κή Κλινική  
Ιπποκράτειο Γ.Ν. Θεσ/νίκης

ΧΡΙΣΤΑΚΟΠΟΥΛΟΣ ΠΑΡΙΣ  
Υφηγητής, Παθολόγος  
Δ/ντής Παθολογικής Κλινικής  
Ν.Ε.Ε.Σ. Αθήνα

  
**UNIVERSITY STUDIO PRESS**  
Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων & Περιοδικών  
Κων. Μελενίκου 15 - τηλ. 209 637 & 209 837 - Θεσ/νίκη

**Daonil**<sup>®</sup>  
γλιβενκλαμίδη

προσφέρει  
στο διαβητικό  
άρρωστο



- εξαιρετο μεταβολικό έλεγχο
- σταθερότητα αποτελεσματικότητας
- μη κατακράτηση υγρών από αντιδιουρητική δράση
- καμιά αύξηση σωματικού βάρους
- ελάχιστες παρενέργειες
- εξωπαγκρεατική δράση
- δράση στους ινσουλινοκούς υποδοχείς
- αναστολή της συγκόλλησης των αιμοπεταλίων

**Σύνθεση:** Κάθε δισκίο περιέχει 5 mg γλιβενκλαμίδη. **Ενδείξεις:** Μη ινσουλινοεξαρτώμενος ζαχαροδιαβήτης (τύπος II). **Αντενδείξεις:** Ινσουλινοεξαρτώμενος ζαχαροδιαβήτης (τύπος I), διαβήτης επιπλεκόμενος με κετοοξέωση ή κόμα, κύηση, σε εγχειρήσεις διαβητικών και σε άρρωστους με διαταραχή της ηπατικής, νεφρικής ή επινεφριδικής λειτουργίας· στις περιπτώσεις αυτές η θεραπεία με ινσουλίνη είναι αναγκαία. **Ανεπιθύμητες ενέργειες:** Κυρίως δερματικές, από το γαστρεντερικό και το αιμοποιητικό σύστημα· περιγράφονται ναυτία, τάση για εμετό ή και εμετοί, αίσθημα γαστρικού φόρτου, πίεση στη στομαχική χώρα ή και επιγαστραλγία. Οι αντιδράσεις υπερευαισθησίας (συνήθως στις πρώτες 6-8 εβδομάδες της θεραπείας) περιλαμβάνουν παροδικά εξανθήματα που σπάνια μπορούν να εξελισσονται σε πολύμορφο ερύθημα και αποφολιδωτική δερματίτιδα, φωτοευαισθησία, πυρετό και ίκτερο. Οι τοξικές επιδράσεις στο αιμοποιητικό σύστημα (παροδική λευκοπενία, θρομβοπενία) είναι γενικά σπάνιες. Επίσης μπορούν να παρατηρηθούν ήπιες νευρολογικές διαταραχές (αδυναμία, παραισθήσεις). Ερύθημα προσώπου μετά από λήψη ιονοεντύματος (αντίδραση διουλφωράμης) είναι ασύνηθες στη θεραπεία με γλιβενκλαμίδη. Επίσης η γλιβενκλαμίδη στερείται οποιασδήποτε αντιδιουρητικής ενέργειας (αντίθετα ευκολύνει την απέκκριση ύδατος από τα νεφρά). **Δόση:** Η ρύθμιση του διαβητικού άρρωστου είναι έργο μόνο του γιατρού. Η δόση ρυθμίζεται με βάση τα αποτελέσματα από τον έλεγχο του μεταβολισμού (ζάχαρο στο αίμα και στα ούρα) και στην αρχή υπολογίζεται σε 1/2 - 1 (2,5 - 5,0 mg) δισκίο την ημέρα. Η καθημερινή αυτή δόση μπορεί να αυξηθεί με ιατρική εντολή μέχρι 3 δισκία (15 mg). **Μορφές εμπορίου:** 30 δισκία

Hoechst Ελλάς ABEE

Αθήνα: Ν.Ερυθραία οδός Ταταίου Τηλ Κέντρο: 8010811  
Θεσ/νίκη: Δωδεκανήσου 21 Τηλ Κέντρο: 522226

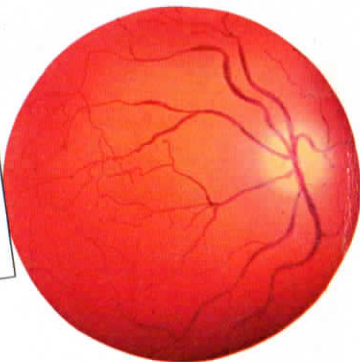
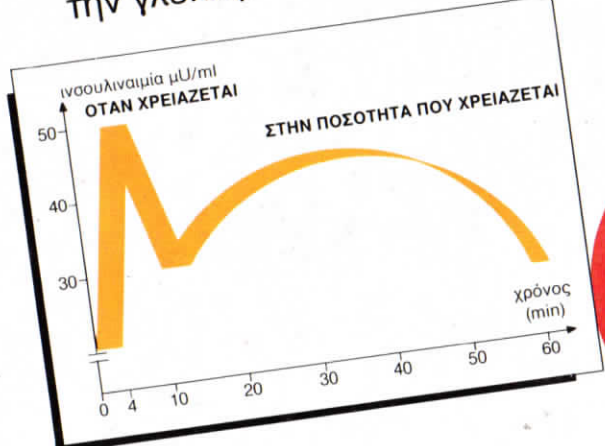


# Μεταβολική και Αγγειακή Αγωγή του Διαβήτη

# DIAMICRON®

gliclazide

- Το Diamicron ρυθμίζει την γλυκαιμία



- Το Diamicron βελτιώνει την οφθαλμολογική πρόγνωση

**Επίσης:** Το Diamicron, όπως και τα άλλα υπογλυκαιμικά φάρμακα, χρησιμοποιείται στη θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη για τις περιπτώσεις ασθενών με μη ινσουλινοεξαρτημένο σακχαρώδη διαβήτη (διαβήτη της ώριμης ηλικίας). Σακχαρώδη διαβήτη τύπου II εφόσον η κατάλληλη αγωγή με διαίτα και η απώλεια βάρους (σε παραμορφωμένους διαβητικούς) απαιτούν στην αποσπασμένη ρύθμιση του διαβήτη **Ανεπιθύμητες** ινσουλινοεξαρτημένου σακχαρώδη διαβήτη (τύπου II, διαβήτη επιπλεγμένος με κετοεξέση ή κίμα, κίση, σε εγκυμονούσες διαβητικές και σε διαβήτη που επιπλέκεται με διαταραχές της ρύθμισης νεφρικής ή επινεφριδίων λειτουργίας. Στις περιπτώσεις αυτές, η θεραπεία με ινσουλίνη είναι αναγκαία. Επίσης, οι σουλφονουλαμίδες αντενδείκνυνται και σε άλλες ύδατες καταστάσεις, όπως π.χ. το έμφραγμα του μυοκαρδίου, κίματα άλλης φύσεως, μη σχετιζόμενα με τη διαβητική κατάσταση του ασθενούς, βαρές ή παρατεταμένες λοιμώξεις, τραυματισμοί (στης περιπτώσεως αυτές επίσης η ινσουλινοθεραπεία είναι απαραίτητη με παραδοτική δόση) και αντιδιαβητικών δισκίων **Ανεπιθύμητες ενέργειες:** Από πλευράς τοξικών επιδράσεων ή ανεπιθύμητων ενεργειών,

οι σουλφονουλαμίδες (και ιδιαίτερα οι σουλφονουλαμίδες «λεύτερες γενεές») γίνονται γενικά καλά ανεκτές από τους διαβητικούς. Σε σπάνιες περιπτώσεις, οι παρενέργειες είναι τόσο σοβαρές που να αναγκάζουν σε διακοπή του φαρμάκου. Οι πιο συνήθεις ανεπιθύμητες ενέργειες είναι από το γαστρεντερικό σύστημα (αναφέρονται αίσθημα γαστρικού φόρτου ή και επιγαστράλγια και καιμιά φορά ναύτιο, ίσως για εμετό ή και εμετό). Επίσης μπορεί να παρατηρηθούν ήπιες νευρολογικές εκδηλώσεις (ιδανόμια, παροσμίες). Οι τοξικές επιδράσεις στο αιμοποιητικό σύστημα (παροσμίες λευκαπενία θρομβοπενία, αιμοκυτταραιμία, απλαστική αναιμία, αιμολυτική αναιμία) είναι γενικά σπάνιες. Σπάνιες είναι και οι αντιδράσεις υπερευαίσθησης (αυτιτίτιδας, στις πρώτες 6-8 εβδομάδες της θεραπείας), οι οποίες περιλαμβάνουν παρόμοια εξανθήματα που σπάνια εξελίσσονται σε πολυμορφο ερύθημα και αποσφολαινωτή δερματίτιδα, φωτοευαισθησία, πυρετό και κίμα. **Προσοχή στη Χρήση, Προφυλάξεις:** Απαγορεύεται ιδιαίτερα η χορήγηση σε διαβητικούς με καρδιαγγειακή νόσο. Επίσης σε ηλικιωμένα άτομα λόγω αυξημένου κινδύνου σοβαρών υπογλυκαιμικών, ιδιαίτερα όταν η αγωγή με τις

σουλφονουλαμίδες συνοδεύεται με ασυνήθιστα μεγάλη κόπωση ή με παράληψη γευμάτων ή γεύμα με ακανόνιστη λίγη τροφή (το κίμα συμμάχημα της υπογλυκαιμίας είναι έντονο αίσθημα πόνου, κεφαλαλγία, αυξημένη νευρική κούραση, κατάσταση γενικής αποσπασσης, τρέμος, επιβράση, αίσθημα πάλιν, ταχυκαρδία, μείωση αποδοτικότητας). **Χρήση κατά την κύση και θηλασμό:** Η χρήση του Diamicron κατά τη διάρκεια της κύησης και του θηλασμού αντενδείκνυται. Ο σακχαρώδης διαβήτης της κύησης θεραπεύεται με ινσουλίνη. **Δοσολογία και τρόπος χρήσης:** Στις περισσότερες περιπτώσεις, 2 δισκία την ημέρα σε 2 λίγες. Η δοσολογία μπορεί να κυμαίνεται από 1 έως 4 δισκία την ημέρα (80-320 mg), ανάλογα με τη βαρύτητα του διαβήτη. **ΠΑΝΤΟΤΕ σε 2 λίγες. Υπερδοσολογία, Αγωγή:** Η υπερβολή της δόσης οδηγεί κυρίως σε υπογλυκαιμικά φαινόμενα. Σε σοβαρές περιπτώσεις, κι εφόσον εμφανιστούν διαταραχές της συνείδησης, συνιστάται άμεση ενδοφλέβια χορήγηση υπερτονικού διαλύματος γλυκόζης 10 ή 30%, και εισαγωγή σε νοσοκομείο. Τηλ. Κέντρου Αιλιτηρίων: 7793 777. **Συσκευασία:** Κουτί των 60 δισκίων (blister 3 x 20).

**DIAMICRON** gliclazide

2 δισκία την ημέρα  
στην πλειοψηφία  
των περιπτώσεων



Les Laboratoires Servier  
Gidy - France

Αντιπροσωπεία για την Ελλάδα  
**ΣΕΡΒΙΕ ΕΛΛΑΣ ΕΠΕ**  
Κ & Α. Μουρκουσιού 10 15773 Ζωγράφου.