

18^ο ΕΤΗΣΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ ΒΟΡΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ



ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 11-13 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2004
ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ «ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ PALACE»

ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΒΙΒΛΙΟ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

Μία
Νέα Ημέρα
Αρχίζει

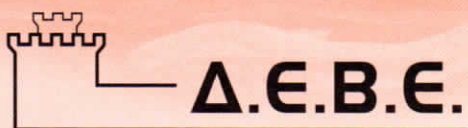
στη ρύθμιση του διαβήτη

GlucoDay[®]

Συνεχής Καταγραφή Υποδόριας Γλυκόζης



MENARINI
diagnostics



18^ο ΕΤΗΣΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ
ΒΟΡΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ
ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΥΗΣ

ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

11 - 13 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2004
ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ «ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ ΠΑΛΛΑΣ»
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

**ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ ΒΟΡΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

Πρόεδρος
Δ. Καραμήτσος

Αντιπρόεδρος
Χ. Μανές

Γραμματέας
Τ. Διδάγγελος

Ταμίας
Κ. Σουλής

Μέλη
Η. Ευθυμίου
Κ. Καζάκος
Γ. Τριανταφύλλου

Την Οργανωτική Επιτροπή του Συνεδρίου
αποτελεί το Δ.Σ. της ΔΕΒΕ

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

FORUM

International Congress Organizers

Μητροπόλεως 24, Θεσσαλονίκη 54624

Τηλ: 2310 257128, 2310 243588

Fax: 2310 231849

E-mail: info@forumcongress.com

Ιστοσελίδα: www.forumcongress.com

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ ΠΡΟΕΔΡΟΥ

Αγαπητοί συνάδελφοι

Η οργανωτική επιτροπή του 18^{ου} ετήσιου συνεδρίου της ΔΕΒΕ έχει την ευχαρίστηση να σας καλωσορίσει στο συνέδριο. Το ετήσιο συνέδριο της ΔΕΒΕ συμπλήρωσε μία ιστορία 17 ετών και έχει εγκαθιδρυθεί στη συνείδηση των ιατρών ως ένας σημαντικός δεσμός που συμβάλλει στην επιστημονική ενημέρωση των συναδέλφων, οι οποίοι ασχολούνται με την αντιμετώπιση διαβητικών ασθενών. Προβλέπεται ότι στο 18^ο συνέδριό μας θα έχουμε τη συμμετοχή πλέον των 900 συνέδρων.

Στο συνέδριο θα γίνουν διαλέξεις, συζητήσεις στοργγύλης τράπεζας, ανακοινώσεις και κλινικά φροντιστήρια. Θα υπάρχουν επίσης δορυφορικά συμπόσια με θέματα κλινικής φαρμακολογίας.

Εκτός από διακεκριμένα μέλη της ΔΕΒΕ που θα είναι ομιλητές και εισηγητές, στο συνέδριο θα συμμετάσχουν ως ομιλητές και γνωστοί Αθηναίοι συνάδελφοι. Ξένος προσκεκλημένος ομιλητής θα είναι η καθηγήτρια M. Cotter.

Με την ευκαιρία αυτή θέλουμε να ευχαριστήσουμε όλους, όσοι συμμετείχαν στο περυσινό συνέδριο της ΔΕΒΕ που έγινε το Νοέμβριο του 2003 και κατά γενική ομολογία είχε ιδιαίτερη επιτυχία, με πολυπληθή συμμετοχή συνέδρων και υψηλό επιστημονικό επίπεδο. Επίσης ευχαριστούμε και όλες τις φαρμακευτικές εταιρίες που συμμετέχουν με παρουσίαση των προϊόντων τους.

Ο Πρόεδρος

Δημ. Θ. Καραμήτσος

Καθηγητής Α.Π.Θ.

Παθολογίας-Διαβητολογίας

Δ/ντής Α΄ Προπ. Παθολ. Κλινικής Νοσ. ΑΧΕΠΑ

ΕΓΓΡΑΦΕΣ

Από Πέμπτη 11 Νοεμβρίου, 08:30 το πρωί.

Η τελετή έναρξης θα γίνει την **Πέμπτη 11 Νοεμβρίου στις 21:00**. Στην τελετή έναρξης θα γίνουν προσφωνήσεις των συνέδρων και θα ομιλήσει ο Καθ. Ι. Τζαφέττας με θέμα το έργο του εθνικού ευεργέτη Ν. Δούμπα. Θα ακολουθήσει δεξίωση.

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

Η συμμετοχή στο συνέδριο ορίστηκε ως εξής:

- Εγγραφές Ιατρών (πριν από τη 10 ^η Σεπτεμβρίου)	60 €
- Εγγραφές Ιατρών (μετά τη 10 ^η Σεπτεμβρίου)	80 €
- Εγγραφές Νοσηλευτών (πριν από τη 10 ^η Σεπτεμβρίου)	20 €
- Εγγραφές Νοσηλευτών (μετά τη 10 ^η Σεπτεμβρίου)	30 €
- Εγγραφές Φοιτητών	20 €

Σε περίπτωση έκδοσης τιμολογίου οι παραπάνω τιμές επιβαρύνονται με Φ.Π.Α. 18%

Οι εγγραφέντες στο συνέδριο, εκτός της συμμετοχής στην τελετή έναρξης, στη δεξίωση υποδοχής της παρακολούθησης του συνεδρίου, της παραλαβής τσάντας με το πρόγραμμα και παροχής καφέδων-αναψυκτικών στα διαλείμματα, μπορούν να πάρουν μέρος και στα δορυφορικά συμπόσια.

Στους εγγραφέντες θα δοθεί πιστοποιητικό συμμετοχής.

Ιστοσελίδα Συνεδρίου

<http://www.forumcongress.com/18deve>

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

FORUM International Congress Organizers

FORUP Travel Services

Μητροπόλεως 24, Θεσσαλονίκη 54624

Τηλ: 2310 257128, 2310 243588, Fax: 2310 231849

E-mail: info@forumcongress.com

LOBBY

NOVO
NORDISK

NOVARTIS HELLAS

PHARMASERVE
LILLY

PFIZER

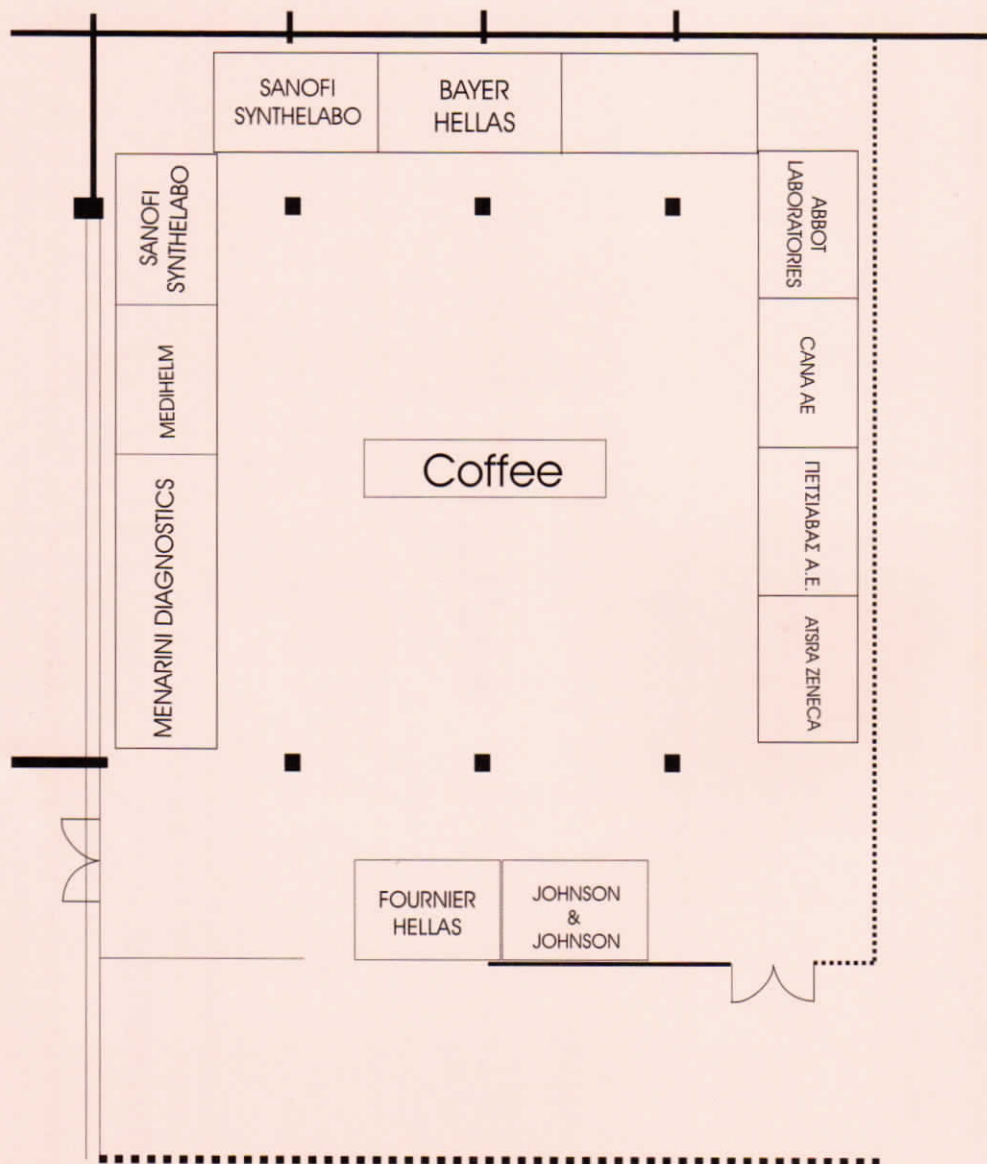
ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ
Δ.Ε.Β.Ε.

GSK

AVENTIS

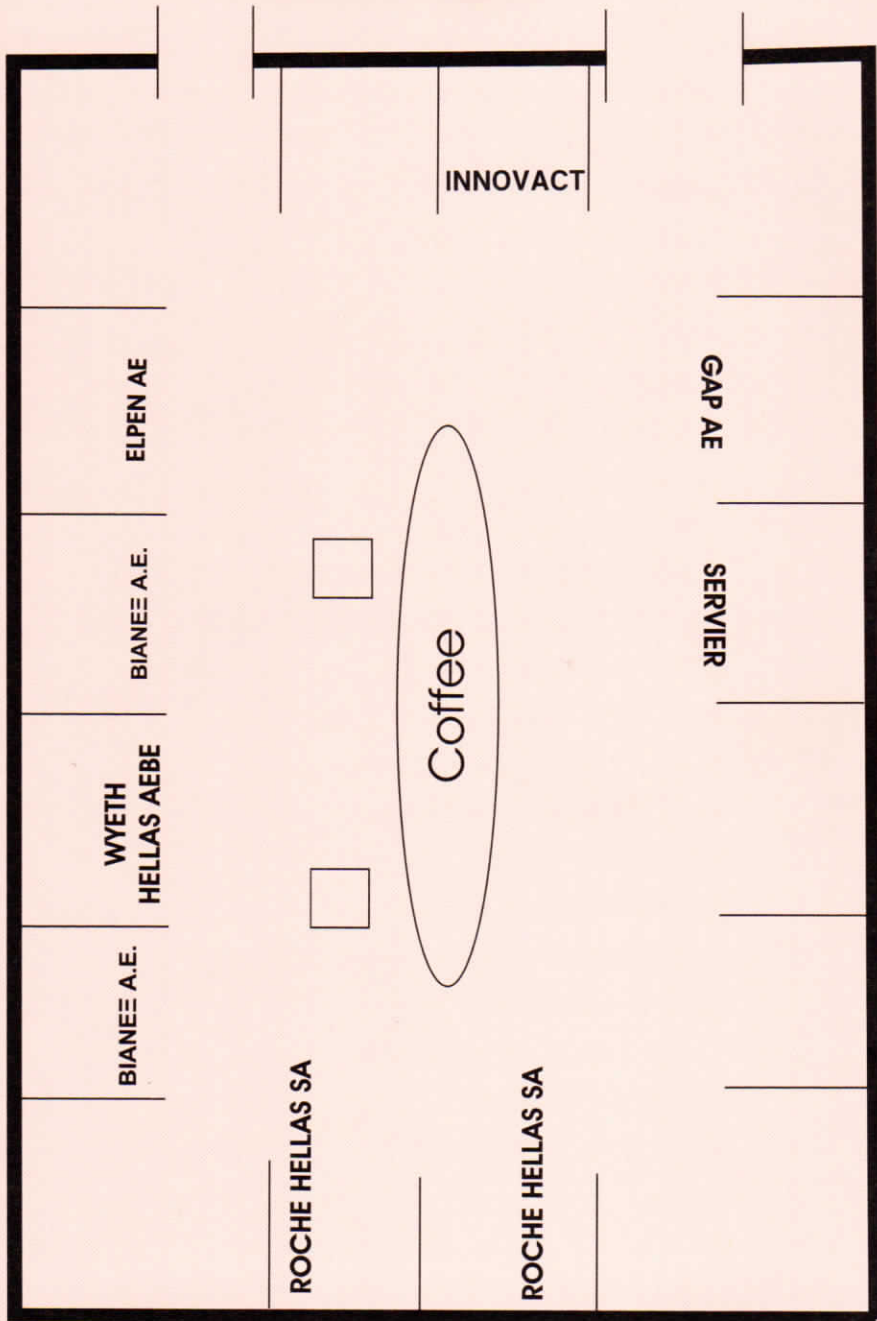
Κάτοψη εκθεσιακού χώρου

ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ Ι



Κάτοψη εκθεσιακού χώρου

ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ II



Ευχαριστούμε το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
που έδωσε υπό την αιγίδα του το Συνέδριο.

Ευχαριστούμε επίσης τις παρακάτω φαρμακευτικές εταιρείες
για την συμμετοχή τους στο Συνέδριο:

ABBOTT LABORATORIES ΕΛΛΑΣ Α.Β.Ε.Ε.

ASTRA ZENECA Α.Ε.

AVENTIS PHARMA Α.Ε.Β.Ε.

BAYER ΕΛΛΑΣ Α.Β.Ε.Ε.

BIANEE Α.Ε.

CANA Α.Ε.

ELPEN Α.Ε.

FOURNIER HELLAS

INNOVACT Α.Ε.

GAP Α.Ε.

GLAXOSMITHKLINE Α.Ε.Β.Ε

JOHNSON & JOHNSON HELLAS Α.Ε.Β.Ε.

MEDIHELM Α.Ε.

MENARINI Diagnostics Α.Ε.Β.Ε.

NOVARTIS (Hellas) Α.Ε.Β.Ε.

NOVO NORDISK HELLAS

ΠΙΕΤΣΙΑΒΑΣ Ν. Α.Ε.

PFIZER HELLAS Α.Ε.

PHARMASERVE-LILLY Α.Ε.Β.Ε.

ROCHE Hellas Α.Ε.

SANOFI-SYNTHELABO Α.Ε.

SERVIER HELLAS

WYETH HELLAS Α.Ε.Β.Ε.

18^ο ΕΤΗΣΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ ΒΟΡΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
11-13 Νοεμβρίου 2004 - Ξενοδοχείο Μακεδονία Παλλάς

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

08:30-09:30 Εγγραφές

09:30-11:00 **ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

Προεδρείο: Γ. Ανθιμίδης – Μ. Τιμοσίδης

1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟΥ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ
Γ. Μαυρίδης, Θ. Βοσνακίδης, Α.Μ. Βασιλείου, Ε. Ρηγάδη, Χ. Συμεωνίδης, Γ. Χατζής, Γ. Λακασάς, Γ. Συμεωνίδης
Β' Παθολογικό Τμήμα και Εξωτερικό Διαβητολογικό Ιατρείο, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Ο Άγιος Δημήτριος»
2. ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ ΤΟΥΣ ΣΤΟ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ
Φ. Ηλιάδης, Μ. Κοσμίδου, Χ. Σαββόπουλος, Ευ. Τσιρογιάννη, Μ. Μπαλταζή, Κ. Τζαβέλλα, Α. Αδαμίδου, Μ. Αλεβίζος
Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Νοσ. ΑΧΕΠΑ, ΑΠΘ
3. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΛΕΥΚΗΣ ΜΠΛΟΥΖΑΣ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΜΕ 24ΩΡΗ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ
Ι. Βαγρόπουλος, Μ. Γιαβροπούλου, Μ. Πρωτόπαπα¹, Ν. Γρηγοριάδης
Υπερτασιολογικό Ιατρείο Α' Παθολογικής Κλινικής και
1. Αιματολογικό εργαστήριο, Γ.Ν Σερρών, Σέρρες
4. ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΜΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
Λ. Μπόργκι, Μ. Πασαλίδου, Κ. Γκαμπράς, Α. Καράλη, Μ. Τσαρτσαρίδου, Μ. Αντωνίου, Μ. Ζιώγα, Ο. Κουτσογιάννης
Κέντρο Υγείας ΙΑΣΜΟΥ
5. Η ΑΝΟΣΟΔΙΕΓΕΡΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΥΠΟΤΡΟΠΩΝ ΤΩΝ ΟΥΡΟΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΜΗ.
Μ. Μπρισιτιάνου, Χ. Πάνου, Λ. Καλοβούλου, Αικ. Παπακωνσταντίνου, Ε. Κατωπόδη, Αικ. Γιαλαμούδη, Α.Γ. Σοφός, Λ. Λαναράς*
*Γ. Ν. Καρπενησιού & Διαβητολογικό Ιατρείο Γ. Ν. Λαμίας
6. ΟΥΛΩΔΗΣ ΦΙΜΩΣΗ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ
Χ. Πάνου, Μ. Μπρισιτιάνου, Αικ. Παπακωνσταντίνου, Ε. Κατωπόδη, Αικ. Γιαλαμούδη, Α.Γ. Σοφός, Λ. Λαναράς*
*Γ. Ν. Καρπενησιού & Διαβητολογικό Ιατρείο Γ. Ν. Λαμίας
7. ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ, ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Χ. Παπαγόρας, Α. Ζιτιρίδου, Αδ. Χατζημανασή, Χ. Καΐρης, Α. Βλαχογιάννης, Σ. Μπριλάκης, Α. Τοπαλίδης

Β' Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Δράμας

8. ΕΠΙΠΕΔΑ ΟΜΟΚΥΣΤΕΪΝΗΣ ΚΑΙ ΥΠΟΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Κ. Καραστέργιου¹, Ι. Δεληθανάσης¹, Μ. Τιμοσίδης², Φ. Λάγρα¹, Ξ. Κροκίδης¹, Α. Παπαδοπούλου³, Π. Παπαδοπούλου-Ζεκεριδου¹

1. Α' Παθολογική Κλινική Γ. Ν. Καβάλας

2. Διαβητολογικό Ιατρείο Γ. Ν. Καβάλας

3. Μικροβιολογικό Εργαστήριο Γ. Ν. Καβάλας

9. ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΥΠΟΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΡΩΜΑΤΩΣΗ ΣΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ

Ευ. Διαμάντη-Κανδαράκη¹, Κ. Αλεξανδράκη¹, Α. Πρωτογέρου², Χ. Παπαμιχαήλ², Π. Κατσιχτη², Μ. Κυριακίδης³, Ι. Λεκάκης²

1. Ενδοκρινολογικό τμήμα Α' Παθολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο «Λαϊκό»

2. Αγγειολογικό Εργαστήριο, Τμήμα Θεραπευτικής Κλινικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Αλεξάνδρα

3. Γ' Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσ. «Σωτηρία»

11:00-12:00 ΟΜΙΛΙΕΣ

Προεδρείο: Η. Ευθυμίου

11:00-11:30 Δευτεροπαθής παγκρεατικός διαβήτης

Α. Βλαχογιάννης

11:30-12:00 Πολυκυστικές ωοθήκες και Σ.Δ.

Α. Τσάπας

12:00-12:30 Διάλειμμα

12:30-14:00 ΟΜΙΛΙΕΣ

Προεδρείο: Εμ. Πάγκαλος – Γ. Συμεωνίδης

12:30-13:00 C- Πεπτίδιο – Κλινικές Εφαρμογές

Ν. Δημιτσικόγλου

13:00-13:30 Ομοκυστεΐνη και διαβήτης

Κ. Σαμαρτζίδης

13:30-14:00 Περιεχειρητική ρύθμιση γλυκαιμίας σε διαβητικά άτομα

Δ. Καραγιάννη

14:00-15:00 Γεύμα

15:00-16:00 **ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ**

Προεδρείο: Α. Χατζητόλιος

«Αντιμετώπιση υπέρτασης σε άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη»

Κ. Παλέτας

17:00-18:30 **ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

Προεδρείο: Κ. Σουλής – Μ. Τσαντ

10. ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Ι. Βαγρόπουλος, Μ. Γιαβροπούλου, Μ. Πρωτόπαπα¹, Ν. Γρηγοριάδης

Υπερτασιολογικό Ιατρείο Α΄ Παθολογικής Κλινικής και

1. Αιματολογικό εργαστήριο, Γ.Ν. Σερρών, Σέρρες

11. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΩΝ ΟΔΗΓΙΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΠΟΛΛΑΠΛΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Γ. Δαμιανίδης¹, Π. Δουϊτσης¹, Ε. Τερζή¹, Α. Σιδηρόπουλος¹, Ν. Κακκαβάς¹, Ν. Λιακόπουλος¹, Ν. Μπαϊμπάς², Ε. Σκεύα², Γ. Στεργίου²

1. Εξωτερικό Ιατρείο Διαβήτη και άλλων Παραγόντων Καρδιαγγειακού Κινδύνου Νοσοκομείο Φλώρινας

2. Κέντρο Υπέρτασης, Γ΄ Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Σωτηρία, Αθήνα

12. ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΕΙΔΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΝΤΟΠΙΣΗΣ ΤΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΒΛΑΒΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑ Η ΟΧΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Χ. Παπαγόρας¹, Λ. Ζιτιρίδου¹, Αδ. Χατζημανασή¹, Χ. Κεφαλίδης¹, Μ. Αντωνίου², Α. Βλαχογιάννης¹, Σ. Μπριλάκης, Α. Τοπαλίδης¹

1. Β΄ Παθολογική Κλινική

2. Ακτινολογικό Εργαστήριο ΓΝ Δράμας

13. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΥΠΕΡΓΛΥΚΑΙΜΙΑΣ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΡΕΙΑΣ ΤΩΝ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΜΕ ΟΞΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Α.Βλαχογιάννης¹, Σ. Μπριλάκης¹, Μ. Αντωνίου², Χ. Παπαγόρας¹, Λ. Ζιτιρίδου¹, Π. Παναγιωτίδης¹, Α. Τοπαλίδου³, Δ. Μελίδης², Α.Τοπαλίδης¹

1. Β΄ Παθολογική Κλινική

2. Ακτινολογικό Εργαστήριο

3. Αιματολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν Δράμας

14. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΟΥ ΠΡΟΦΙΛ ΚΑΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ

Α. Σωτηρόπουλος, Π. Μερκούρης, Σ. Σκούρτης, Ε. Κοντέλα, Ο. Αποστόλου, Ε. Σκληρός, Η. Ταμβάκος, Σ. Παππάς

15. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΙΝΩΔΟΓΟΝΟΥ ΚΑΙ ΟΜΟΚΥΣΤΕΪΝΗΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Π. Παπαδοπούλου-Ζεκερίδου, Ι. Δεληθανάσης, Κ. Καραστεργίου, Φ. Λάγρα, Ε. Κούτσικα, Ι. Κάτσικας, Ν. Λαζαρίδης

Α' Παθολογική Κλινική Γ. Ν. Καβάλας

16. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΜΕΣΟΥ ΟΓΚΟΥ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΤΥΠΟΥ 2

Ν. Παπάνας¹, Γ. Συμεωνίδης², Γ. Μαυρίδης², Ε. Καραβαγγέλη³, Ε. Μαλτέζος¹

1. Β' Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

2. Διαβητολογικό Ιατρείο Β' Παθολογικής Κλινικής ΝΓΝ Θεσ/νίκης «Ο Άγιος Δημήτριος»

3. Αιματολογικό Εργαστήριο ΝΓΝ Θεσ/νίκης «Ο Άγιος Δημήτριος»

17. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΥΠΕΡΓΛΥΚΑΙΜΙΑΣ ΣΤΗΝ ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΜΕΝΗ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗ

Κ. Καζάκος, Κ. Δολιανίτης, Α. Ρωμανίδου, Ι. Γιώβος

Διαβητολογικό Κέντρο Α' Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ. ΓΠΝ ΑΧΕΠΑ

18. ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΑΔΑΝΑΦΙΛΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΤΥΤΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΜΗ

Μ. Μπρισιάνου, Χ. Πάνου, Λ. Καλοβούλου, Ε. Κατωπόδη, Αικ. Γιαλαμούδη, Αικ. Παπακωνσταντίνου, Α.Γ. Σοφός, Λ. Αναράς*

Γ. Ν. Καρπενησιού & Διαβητολογικό Ιατρείο Γ. Ν. Λαμίας

18.30-19.00 Διάλειμμα

19:00-19:30 **ΟΜΙΛΙΑ**

Προεδρείο: Ι. Γιώβος

Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 2 και καρδιοαγγειακός κίνδυνος. Η θέση της Πιογλιταζόνης

Β. Καραμάνος

19:30-21:00 **ΔΟΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ**

«Η σημασία της αντιμετώπισης της παχυσαρκίας για τον έλεγχο του Μεταβολικού Συνδρόμου. Ο ρόλος της Σιμπουτραμίνης»

Πρόεδρος: Φ. Χαρσούλης

Εισηγήσεις:

Στόχοι και θέματα του Συμποσίου

Φ. Χαρσούλης

1η Πανελλήνια επιδημιολογική μελέτη επιπολασμού της παχυσαρκίας σε παιδιά και ενήλικες

Θ. Τζώτζας

Επίδραση της απώλειας βάρους στο μεταβολικό σύνδρομο. Η θέση της Σιμπουτραμίνης

Σ. Παπιάς

Μύθοι και πραγματικότητα για τη Σιμπουτραμίνη και την επίδραση της στο καρδιαγγειακό

K. Narkiewicz

Συζήτηση και συμπεράσματα

21:00 Τελετή έναρξης

21.30-22.15 Ομιλία καθ. Ι. Τζαφέττα

Θέμα: Ο βαρώνος Ν. Δούμπας και η πολυποίκιλη προσφορά του

22:15 – 24:00 Δεξίωση

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 12 Νοεμβρίου 2004

09:00-10:30 **ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

Προεδρείο: Ν. Σάιλερ – Γ. Κούρτογλου

19. ΜΕΙΖΟΝΑ ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΒΑΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Ι. Βαγρόπουλος, Μ. Γιαβροπούλου, Μ. Πρωτόπαπα¹, Ν. Γρηγοριάδης

Υπερτασιολογικό Ιατρείο Α' Παθολογικής Κλινικής

1. Αιματολογικό εργαστήριο, Γ.Ν. Σερρών, Σέρρες

20. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΣΥΜΒΑΜΑΤΩΝ ΜΕ ΤΟ ΦΥΛΟ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Ι. Βαγρόπουλος, Μ. Γιαβροπούλου, Μ. Πρωτόπαπα¹, Ν. Γρηγοριάδης

Υπερτασιολογικό Ιατρείο Α' Παθολογικής Κλινικής

1. Αιματολογικό εργαστήριο, Γ.Ν. Σερρών, Σέρρες

21. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΠΟΡΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΤΟΥΣ

Δ. Κασαράκης, Π. Κελεμπέκογλου, Δ. Χανιωτάκης, Σ. Λαμπρόπουλος,

Γ. Τσιούμας, Γ. Όρλιακλης, Ευμ. Σαρρή, Μ. Κουτμερίδης

Καρδιολογική Κλινική Νοσοκομείου Σερρών

22. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ
Π. Κελεμπέκογλου, Δ. Κασαράκης, Δ. Χανιωτάκης, Π. Καλπίδης, Ευμ. Σαρρή, Π. Λαζαρίδου, Αικ. Σταθεροπούλου, Μ. Κουτμερίδης
Καρδιολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Σερρών
23. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΘΞΕΙΑΣ ΥΠΕΡΓΛΥΚΑΙΜΙΑΣ ΣΤΟ ΘΤ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2
Κ. Καζάκος, Α. Ρωμανίδου, Κ. Δολιανίτης, Ι. Γιώβος
Διαβητολογικό Κέντρο Α΄ Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ. Γ.Π.Ν ΑΧΕΠΑ
24. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΕΦΙΔΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΑΚΡΟΥ ΠΟΔΟΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2
Ν. Παπάνας¹, Κ. Παπαθεοδώρου¹, Δ. Παπάζογλου¹, Δ. Χριστακίδης², Χ. Μοναστηριώτης¹, Ε. Μαλτέζος¹
1. Β΄ Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης
2. Διαβητολογικό Ιατρείο, ΠΓ Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης
25. Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΟΠΑΘΕΙΑΣ ΩΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΜΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ
Ν. Παπάνας¹, Δ. Τζιακάς², Ε. Χατζηνικολάου², Ε. Μαλτέζος¹, Γ. Λουρίδας³, Δ. Χατοέρας²
1. Β΄ Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης
2. Καρδιολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης
3. Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
26. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΣΦΥΡΟΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΔ
Κ. Σουλής, Α. Καρακόζογλου, Μ. Γιακούμπκοβα, Γ. Παυλίδη, Κ. Χουλιάρόπουλος, Σ. Κουκουρίκος
Διαβητολογικό Ιατρείο Β΄ Παθολογική Κλινική Γ.Π.Ν «Γ. Παπανικολάου»
27. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΡΛΙΣΤΑΤΗΣ ΣΤΟΝ ΚΙΝΔΥΝΟ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2. ΜΕΛΕΤΗ ΟΡΛΙΚΑΡΔΙΑ
Τ. Διδάγγελος¹, Α. Θανοπούλου², Σ. Μπούσμπουλας³, Χ. Σαμπάνης¹, Β. Άδυρος¹, Ε. Σπανού², Σ. Παππάς³, Β. Καραμάνος², Δ. Καραμήτσος¹
1. Διαβητολογικό Κέντρο Β΄ΠΠ ΑΠΘ, "Ιπποκράτειο" Νοσ. Θεσ/νίκης
2. Διαβητολογικό Κέντρο Β΄ΠΠ ΕΚΠΑ, "Ιπποκράτειο" Νοσ. Αθήνας
3. Διαβητολογικό Κέντρο Γ΄Π Γενικού Νοσ. Νίκαιας Πειραιώς

10:30-11:00 Διάλειμμα

11:00-12:30 **ΟΜΙΛΙΕΣ**

Προεδρείο: Ι. Γκιρτζής – Κ. Βολιώτης

11:00-11:30 **Εισπνεόμενη ινσουλίνη**

Π. Βασιλειάδης

11:30-12:00 **Κάπνισμα και Σ.Δ. (Νεφροί, Οφθαλμοί, Νεύρα)**

Ι. Σαφλιάνης

12:00-12:30 **Αντιαιμοπεταλική αγωγή στο Σ.Δ.**

Β. Λιμενόπουλος

12:30-14:00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**

«**Διαβητική Νεφροπάθεια**»

Συντονιστής: Δ. Μέμμος

Εισηγήσεις:

Παθολογοανατομικές αλλοιώσεις διαβητικής νεφροπάθειας

Ε. Αλεξόπουλος

Μικρολευκωματινουρία και φυσική εξέλιξη (στάδια) διαβητικής νεφροπάθειας

Ε. Πάγκαλος

Πρόληψη διαβητικής νεφροπάθειας στο Σ.Δ. τύπου 1

Φ. Φιλιππίδης

Πρόληψη διαβητικής νεφροπάθειας στο Σ.Δ. τύπου 2

Α. Λαζαρίδης

Ιδιαιτερότητες στους ασθενείς με τελικό στάδιο διαβητικής νεφροπάθειας σε θεραπεία υποκαταστάσεως της νεφρικής λειτουργίας

Ε. Αλεξόπουλος

14:00-15:00 Γεύμα

15:00-16:00 **ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ**

Προεδρείο: Σ. Παππάς

«**Ρύθμιση γλυκαιμίας στη μονάδα εντατικής θεραπείας**»

Σ. Μπακατσέλος

28. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΥΠΟ ΔΙΣΚΙΑ ΚΑΙ ΥΠΟ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ ΚΑΤΑ ΤΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΕΤΟΣ
Θ. Βοσνακίδης, Γ. Μαυρίδης, Α.Μ. Βασιλείου, Χ. Συμεωνίδης, Ι. Μπανιώτης, Γ. Λακασάς, Γ. Συμεωνίδης
 Β΄ Παθολογικό Τμήμα και Εξωτερικό Διαβητολογικό Ιατρείο (ΕΔΙ), Γ.Ν.Θεσσαλονίκης «Ο Άγιος Δημήτριος»
29. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΤΟΥ ΣΔ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΤΟ ΝΕΦΡΟ ΣΕ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΕΕ
Χ. Σαββόπουλος¹, Μ. Αποστολοπούλου¹, Α. Χατζητόλιος¹, Δ. Βήτος¹, Μ. Κοσμίδου¹, Α. Αναστασιάδου¹, Μ. Μπαλτατζή¹, Χ. Μανές²
 1. Α Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη.
 2. Διαβητολογικό Κέντρο, Β΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Π.Ν. Παπαγεωργίου.
30. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΟΜΟΙΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΦΩΣΦΟΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ
Β. Τοιμικόδημος¹, Ρ. Καλαϊτζίδης¹, Ε. Μπαϊρακτάρη³, Κ. Σιαμόπουλος¹, Μ Ελισάφ¹
 1. Τομέας Παθολογίας και 2. Εργαστήριο Βιολογικής Χημείας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα
31. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΟΦΕΛΟΥΣ ΣΤΗ ΜΙΚΡΟΛΕΥΚΩΜΑΤΟΥΡΙΑ ΚΑΙ ΤΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΝΟΣ ΝΕΟΥ Α-ΜΕΑ, ΤΗΣ ΙΜΙΔΑΠΡΙΛΗΣ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
Α. Χατζητόλιος¹, Χ. Σαββόπουλος¹, Μ. Αποστολοπούλου¹, Μ. Κοσμίδου¹, Μ. Μπαλτατζή¹, Γ. Γιαννακούλας¹, Φ. Ηλιάδης¹, Χ. Μανές²
 1. Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ
 2. Διαβητολογικό Κέντρο, Β΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Π.Ν. Παπαγεωργίου
32. ΛΙΠΟΑΤΡΟΦΙΚΟΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ
Απ. Τσάπας¹, Τ. Διδάγγελος², Α. Νάκου², Ε. Κεχαγιά², Δ. Καραμήτσος²
 1. Β΄ Παθολογική Κλινική ΑΠΘ Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης,
 2. Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσ/νίκης
33. ΙΑΤΡΕΙΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΚΥΗΣΗΣ
Ε. Αθανασίου, J. Montgomery
 Obstetric department, Royal Sussex County Hospital, Brighton, England
34. ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΠΑΧΟΣ ΤΟΥ ΥΠΟΔΟΡΙΟΥ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ ΕΝΑΣ ΠΡΩΙΜΟΣ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΓΙΑ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΤΗ ΜΗΤΕΡΑ;
Θ. Ταντανάσης, Χ. Γιαννούλης, Κ. Παπαθανασίου., Δ. Δόβας, Α.Τολίκας,Ν. Φραγκεδάκης, Ι. Τζαφέττας
 Β΄ Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Α.Π.Θ. Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

17:15-17:45 Διάλειμμα

17:45-18:45 **ΟΜΙΛΙΕΣ**

Προεδρείο: Γ. Κατζός – Γ. Τριανταφύλλου

17.45-18.15 **Σ.Δ. τύπου 2 σε παιδιά και εφήβους**

Αγ. Τσατσούλης

18:15-18:45 **Το οίδημα της ωκράς. Διάγνωση και Αντιμετώπιση**

Π. Μπρατζιτικός

18:45-20:15 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**

«**Το ενδοθήλιο στον Σακχαρώδη Διαβήτη**»

Συντονιστής: Γ. Κρασσάς

Εισηγήσεις:

**Βασικές γνώσεις για τις ελεύθερες ρίζες Οξυγόνου,
τη Βιοχημεία στην κλινική πράξη**

Γ. Κολιάκος

Οξειδωτικό Stress στον Σακχαρώδη Διαβήτη

Μ. Μπουγουλιά

Ενδοθηλιακή δυσλειτουργία στον Σακχαρώδη Διαβήτη

Η. Ευθυμίου

20:15-20:30 Διάλειμμα

20.30-22.00 **ΔΟΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ**

«**Η σημασία της επίτευξης μεταγευματικής ευγλυκαιμίας
στην αντιμετώπιση του διαβήτη τύπου 2**»

Πρόεδρος: Αγ. Τσατσούλης

Εισηγήσεις:

**Παθοφυσιολογικά επακόλουθα της διαταραχής έκκρισης
Ινσουλίνης**

Δ. Παπαχρήστου

Μεταγευματική υπεργλυκαιμία και ενδοθηλιακή δυσλειτουργία

Κ. Σουλής

Η αναγκαιότητα της ρύθμισης της μεταγευματικής υπεργλυκαιμίας στη ρύθμιση του διαβήτη τύπου 2

Ι. Αβραμίδης

22.00-24.00 Δεξίωση

09:00-10:30 ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ*Προεδρείο: Χ. Μανές – Μ. Αλεβίζος*

35. ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ Σ.Δ. ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΟΥ ΚΥ ΙΑΣΜΟΥ
Ο. Κουτσογιάννης, Ι. Κοσμίδης, Λ. Μποργκι, Α. Αλεξούδης, Κ. Γκαμπράς, Μ. Αντωνίου, Θ. Τσαρακτσίδου, Μ. Πασαλίδου
Κέντρο Υγείας ΙΑΣΜΟΥ
36. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ ΤΟΥΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ
Φ. Ηλιάδης, Μ. Κοσμίδου, Κ. Τζαβέλλα, Μ. Μπαλταζή, Ευ. Τσιρογιάννη, Χ. Σαββόπουλος, Α. Αδαμίδου, Μ. Αλεβίζος
Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Νοσ. ΑΧΕΠΑ, ΑΠΘ
37. ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΙΝΤΕΡΦΕΡΟΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ-1 ΚΑΙ ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ
Τ. Διδάγγελος¹, Γ. Τριανταφύλλου², Π. Μπρατζιτικός³, Ι. Τσόρλαλης¹, Χ. Σαμπάνης¹, Δ. Καραμήτσος¹
1. Διαβητολογικό Κέντρο Β΄ΠΠ ΑΠΘ, "Ιπποκράτειο" Νοσ. Θεσ/νίκης,
2. Οφθαλμολογική Κλινική "Ιπποκράτειου" Γ.Π.Ν.Θ.,
3. Α΄ Πανεπιστημιακή Οφθαλμολογική Κλιν. Ν. "ΑΧΕΠΑ"
38. Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΛΗΘΗΚΑΝ ΣΕ ΦΩΤΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΧΟΡΙΟΕΙΔΙΚΗ ΝΕΟΑΓΓΕΙΩΣΗ ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΗΛΙΚΙΑΚΗΣ ΕΚΦΥΛΙΣΗΣ ΩΧΡΑΣ
Γ. Τριανταφύλλου, Α. Τσεκούρα, Ο. Γούλια, Κ. Μαλάμος, Π. Τραϊανίδης
Οφθαλμολογική Κλινική Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης
39. Η ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ GLARGINE ΣΕ ΤΥΠΟΥ 1 ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ
Ν. Σάιλερ, Κ. Κίτσιος, Α. Παπαγεωργίου*, Η. Τσανικίδης, Κ. Βολιώτης
Α΄ & Β΄ Πρ.* Παθολογικές Κλινικές Ιπποκράτειου Νοσ. Θεσ/νίκης
40. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΑΝΑΛΟΓΩΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1
Μ. Ευταξά, Ι. Μάλλιας, Κ. Καρατζίδου, Α. Κλείτσας, Χ. Μηλόπουλος, Κ. Γραϊκός, Λ. Τσάλη, Ε. Πασχαλίδου, Ε.Μ. Πάγκαλος
Α΄ Παθολογική Κλινική Νοσοκ. Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης
41. Η ΡΟΣΙΓΛΙΤΑΖΟΝΗ ΒΕΛΤΙΩΝΕΙ ΤΗΝ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ ΣΤΗΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ ΚΑΙ ΤΟ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΚΑΙ ΑΡΘΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Π. Α. Σαραφίδης¹, Α. Ν. Λαζαρίδης¹, Εμ. Μ. Παγκαλος², Α. Δ. Χίτογλου-Μακέδου³, Κ. Α. Καζάκος¹, Ι. Γιώβος¹, Σ. Καρράς¹, Αχ. Α. Τουρκαντώνης¹

1. Α΄ Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

2. Α΄ Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

3. Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Β΄ Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

42. ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΘΕΙΑΖΟΛΙΝΕΔΙΟΝΩΝ

Χ. Σαμπάνης, Τ. Διδάγγελος, Κ. Τζιόμαλος, Ε. Κεχαγιά, Αικ. Νάκου, Δ. Καραμήτσος

Διαβητολογικό Κέντρο Β΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ., Γ. Π. Νοσοκομείο "Ιπποκράτειο" Θεσσαλονίκης

43. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΡΟΣΙΓΛΙΤΑΖΟΝΗΣ ΣΤΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΚΑΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Π. Α. Σαραφίδης¹, Α. Ν. Λαζαρίδης¹, Α. Δ. Χίτογλου-Μακέδου², Κ.Α. Καζάκος¹, Ι. Γιώβος¹, Τ. Μούσλεχ¹, Λ. Χατζησταυρή¹, Αχ. Α. Τουρκαντώνης¹

1. Α΄ Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

2. Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Β΄ Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

10:30-11:00 ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ

11:00-11:30 Διάλειμμα

11:30-12:15 **ΟΜΙΛΙΑ**

Πρόεδρος: Τ. Διδάγγελος

Mechanisms underlying diabetic complications

Prof. M. Cotter

12:30-14:00 **ΔΟΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ**

«Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 2 και συνυπάρχοντες παράγοντες του Μεταβολικού Συνδρόμου»

Προεδρείο: Μ. Ελισάφ-Χ. Ζαμπούλης

Εισηγήσεις:

Από την αντίσταση στην Ινσουλίνη στο Διαβήτη τύπου 2 και την Καρδιαγγειακή Νόσο

Ι. Γιώβος

Πολυπαραγοντική στρατηγική θεραπείας του Διαβήτη Τύπου 2

Μ. Ελισάφ

Ο ρόλος της Ροσιγλιταζόνης στη θεραπεία του Διαβήτη Τύπου 2 με συνυπάρχοντες παράγοντες του Μεταβολικού Συνδρόμου

Θ. Αλεξανδρίδης

14:00-15:00 Γεύμα

15:00-16:00 **ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ**

Προεδρείο: Τ. Διδάγγελος

«Διαβήτης εγκυμοσύνης-Κύηση σε άτομο με Διαβήτη»

Ε. Αναστασίου

16:00-17:45 **ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

Προεδρείο: Α. Αβραμίδης – Κ. Παζαΐτου

44. ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΠΟ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΣΕ ΔΙΑΣΤΗΜΑ 12 ΕΤΩΝ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΜΗ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΕ ΝΟΜΟ ΤΗΣ Β. ΕΛΛΑΔΟΣ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ - ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Χ. Μανές, Απ. Χατζηπέτρου, Κ. Σιώμος, Δ. Καβάκη, Δ. Καραγιάννη, Π. Μάρας, Ι. Θεοδωρόπουλος, Δ. Σκούτας

Β' Παθολογική Κλινική - Διαβητολογικό Κέντρο-Γ.Π.Ν. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ» Θεσσαλονίκη, Γ.Ν. Νοσοκομείο Βέροιας, Γεν. Νοσοκομείο Νάουσας

45. ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗΣ ΑΓΧΩΔΟΥΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Δ. Κάλφας, Α. Μπάκας, Γ. Κυριακοπούλου, Π. Τάτση, Χ. Γκίνη, Ε. Θασίτου, Π. Καρδάμη, Α. Παπαγιάννη

Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Γιαννιτσών

46. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ, ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ, ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΧΕΙΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Ρ. Πήτα, Α. Θεοφιλίδη, Γ. Κιοσέογλου, Κ. Καζάκου & Ι. Γιώβος

Τμήμα Ψυχολογίας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης και Διαβητολογικό Κέντρο της Παθολογικής Κλινικής του ΓΠΝ Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ

47. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ, ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΤΟ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1

Ρ. Πήτα, Ζ. Κουβάτσου, Γ. Κιοσέογλου, Τ. Διδάγγελος & Δ. Καραμήτσος

Τμήμα Ψυχολογίας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης και Διαβητολογικό Κέντρο της Β' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής του Ιπποκρατείου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης

48. ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΦΥΤΙΚΩΝ ΙΝΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΣΤΑΣΕΩΝ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΥΠΟΥ 2

Χ. Μανές, Α. Ζιώρη, Δ. Καραγιάννη, Α. Χατζητόλιος, Δ. Καραφασούλη, Σ. Παπαντωνίου, Α. Μπίτζιος, Μ. Χασαπίδου

Διαβητολογικό Κέντρο-Β' Παθολογική Κλινική - Γ.Π.Ν. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»
Α' Πανεπιστημιακή Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ-
Τμήμα Διατροφής ΑΤΕΙ - Θεσσαλονίκη

49. ΓΝΩΣΤΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Χ. Μανές, Δ. Καραγιάννη, Α. Ζιώρη, Α. Χατζητόλιος, Δ. Καραφασούλη, Χ. Σαββόπουλος, Χ. Αρσενίου, Μ. Χασαπίδου

Διαβητολογικό Κέντρο-Β' Παθολογική Κλινική - Γ.Π.Ν.«ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»
Α' Πανεπιστημιακή Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ,
Τμήμα Διατροφής ΑΤΕΙ - Θεσσαλονίκη

50. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΣΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ ΚΑΙ ΜΗ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Χ. Μανές, Α. Ζιώρη, Α. Χατζητόλιος, Χ. Μανωλάκη, Δ. Καραφασούλη, Δ. Κωνσταντινίδου, Χ. Σαββόπουλος, Μ. Χασαπίδου

Διαβητολογικό Κέντρο-Β' Παθολογική Κλινική - Γ.Π.Ν. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»
Α' Πανεπιστημιακή Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ,
Τμήμα Διατροφής ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκη

17:45-18:15 Διάλειμμα

18:15-18:45 **ΟΜΙΛΙΑ**

Πρόεδρος: Δ. Καραμήτσος

Ιστορία της Διαβητολογίας στην Ελλάδα
Χ. Τούντας

18:45-20:15 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**

Το ΔΣ απαντά σε διαβητολογικές ερωτήσεις

20.15-20.30 Διάλειμμα

20.30-22.00 **ΔΟΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ**

«Νεότερα Δεδομένα για την Αντιμετώπιση του Διαβητικού Ασθενούς»

Πρόεδρος: Β. Καραμάνος

Εισηγήσεις:

Εναρκτήριοι παρατηρήσεις

Β. Καραμάνος

Διαβητικός ασθενής και Νευροπάθεια

Χ. Μανές

Σύγχρονες Κατευθυντήριες Οδηγίες για την Αντιμετώπιση της Διαβητικής Δυσλιπιδαιμίας

M. Ελισάφ

Νεότερα Κλινικά Δεδομένα για την Αντιμετώπιση της Διαβητικής Δυσλιπιδαιμίας

Σχόλια-Συζήτηση - Συμπεράσματα

B. Άθυρος

22.00-24.00 Δεξίωση

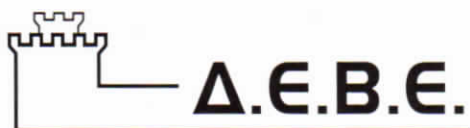
ΚΥΡΙΑΚΗ 14 Νοεμβρίου 2004

BalkanDiab

Με περιορισμένη συμμετοχή,
ανακοινώσεις στην Αγγλική γλώσσα

Έντευκτήριο ΔΕΒΕ: Τσιμισκή 109

10.00-13.00



18^ο ΕΤΗΣΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ
ΒΟΡΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 11 - 13 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2004
ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ «ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ PALACE»

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ

11 - 13 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2004
ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ «ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ ΠΑΛΛΑΣ»
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

**ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟΥ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ
ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ (Ε.Δ.Ι.)**

Γ. Μαυρίδης, Θ. Βουσακίδης, Α.Μ. Βασιλείου, Ε. Ρηγάδη,
Χ. Συμεωνίδης, Γ. Χατζής, Γ. Λακασάς, Γ. Συμεωνίδης

Β' Παθολογικό Τμήμα και Εξωτερικό Διαβητολογικό Ιατρείο,

Γ.Ν.Θεσσαλονίκης «Ο Άγιος Δημήτριος»

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της εργασίας είναι η μελέτη των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών των ασθενών του Ε.Δ.Ι. κατά το τελευταίο έτος.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήθηκαν 310 ασθενείς, 167 άνδρες (53,6%) και 143 γυναίκες (46,4%), με μ.ο. ηλικίας $64,68 \pm 10$ έτη και μέση διάρκεια ΣΔ $10,48 \pm 6$ έτη.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι ασθενείς είχαν μ.ο. BMI $31,33 \pm 5,4$ kg/m² και μέση HbA_{1c} $7,8 \pm 1,8\%$. Ο μ.ο. των λιπιδίων ήταν: LDL-C 142,46 mg/dl και TG 155,4 mg/dl. Μικρολευκωματινουρία είχαν 120 ασθενείς (38,7%), δυσλιπιδαιμία (LDL ± 100 mg/dl) 189 (61%) και διαβητική νεφροπάθεια 73 ασθενείς (23,5%). Αμφιβληστροειδοπάθεια είχαν 104 ασθενείς (33,54%), καταρράκτη 28 (9%), σε φωτοπηξία είχαν υποβληθεί 34 (11%) και μόνο 3 ασθενείς (0,96%) παρουσίαζαν τύφλωση. Περιφερική αγγειοπάθεια είχαν 58 ασθενείς (18,7%), 69 (22,2%) περιφερική νευροπάθεια, ενώ μόλις 2 (0,64%) είχαν υποστεί ακρωτηριασμό δακτύλου. Αρτηριακή υπέρταση είχαν 165 ασθενείς (53,1%) και 82 (26,4%) στεφανιαία νόσο. Η κατανομή των ασθενών ανάλογα με την αγωγή τους ήταν: 60 (19,5%) σουλφονυλουρίες, 48 (15,5%) διγουανίδες, 73 (23,7%) συνδυασμό σουλφονυλουρίας - διγουανίδης, 36 (12%) σουλφονυλουρία με θειαζολοδιπιδόνη (TZDs), 66 (21,5%) ινσουλίνη, 20 (5,8%) συνδυασμό ινσουλίνης - διγουανίδης και 7 (2%) ρυθμιζόνταν μόνο με δίαιτα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

1) Η γλυκαιμική ρύθμιση των ασθενών μας είναι ικανοποιητική σε σχέση με τα βιβλιογραφικά δεδομένα, αλλά απέχει από το επιθυμητό.

2) Παρατηρήθηκε αυξημένη επίπτωση των μακροχρόνιων επιπλοκών του ΣΔ (αμφιβληστροειδοπάθεια, νεφροπάθεια, αγγειοπάθεια και νευροπάθεια).

3) Τα ποσοστά αναπηρίας από ακρωτηριασμό και τύφλωση ήταν πολύ χαμηλά.

**ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥ-
ΠΟΥ 2 ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ ΤΟΥΣ
ΣΤΟ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ**

**Φ. Ηλιάδης, Μ. Κοσμίδου, Χ. Σαββόπουλος, Ευ. Τσιρογιάννη, Μ. Μπαλταζή,
Κ. Τζαβέλλα, Α. Αδαμίδου, Μ. Αλεβίζος**

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, νοσ ΑΧΕΠΑ, ΑΠΘ

ΣΚΟΠΟΣ

Η μελέτη των μεταβολικών χαρακτηριστικών και η καταγραφή των επιπλοκών στους ΣΔ τύπου 2 που προσέρχονται για πρώτη φορά στο ΔΙ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

536 διαβητικοί τύπου 2, 309 γυναίκες (57,65%) και 225 άνδρες (42,35%) προσήλθαν στο Εξωτερικό ΔΙ της Α΄ ΠΡΠ του νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ, την περίοδο 2003-2004.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο μέσος όρος(ΜΟ)ηλικίας: 63,1±12,2 έτη, (ΒΜΙ): 28,7±5,23, περιφ. μέσης: 102,7±12,59 cm, διάρκειας νόσου: 10,1±8,1 έτη, πρωϊνής γλυκόζης: 207±76 mg/dl, HbA_{1c}: 8,1±1,98%, χοληστερίνης (CHO): 231±50,98 mg/dl, τριγλυκεριδίων(TG): 179±127,6 mg/dl, LDL: 142,9±44,74 mg/dl, HDL: 50,11±13,59 mg/dl. Από τους ασθενείς άριστη ρύθμιση του διαβήτη είχαν 115 άτομα (31,5%), μέτρια ρύθμιση 112 άτομα (30,68%) και αρρύθμιστο διαβήτη 138 άτομα (37,8%). 382 άτομα (71,26%) είχαν CHO > 200 mg/dl, 472 (88%) είχαν LDL > 100 mg/dl, από τους οποίους ένα ποσοστό 12% (57 άτομα) ελάμβαναν στατίνη, 257 (47,9%) είχαν TG > 150 mg/dl, και 20 από αυτούς (7%) ήταν σε αγωγή με φιμπράτη. Μόνο 79 ασθενείς (14,7%) είχαν LDL < 100 και από αυτούς 17 (3,6%) ελάμβαναν στατίνες. Μόνο 18,4% των ανδρών (99 άτομα) είχαν HDL > 45 mg/dl και 19,4% των γυναικών (104 άτομα) HDL > 55 mg/dl. Από τους ασθενείς 314 (58,58%) είχαν ΑΥ, 203 γυναίκες και 11 άνδρες. ΣΝ όπως αυτή προκύπτει από το ιστορικό είχαν 61 άτομα (11,38%), 34 γυναίκες και 27 άνδρες. 67 (12,5%) ήταν υπό δίαιτα, 302 (56,34%) υπό αντιδιαβητικά δισκία, 150 (27, 9%) υπό ινσουλίνη και 17 άτομα (3,2 %) σε συνδυασμό ινσουλίνης και δισκίων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών είχαν φτωχή ρύθμιση του διαβήτη τους. Η υπερχοληστερολαιμία είναι η συνηθέστερη ΔΛ στους ΣΔ τύπου 2. Ένα μικρό ποσοστό των ασθενών λαμβάνει υπολιπιδαιμική αγωγή και από αυτούς πολύ λίγοι επιτυγχάνουν το θεραπευτικό στόχο. Οι ΣΔ τύπου 2 με σχέση 1:2 πασχουν από αρτηριακή υπέρταση και με σχέση 1:10 από ΣΝ.

**ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΛΕΥΚΗΣ ΜΠΛΟΥΖΑΣ
ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΜΕ 24ΩΡΗ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗ
ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ**

Ι. Βαγρόπουλος, Μ. Γιαβροπούλου, Μ. Πρωτόπαπα¹, Ν. Γρηγοριάδης

Υπερτασιολογικό Ιατρείο Α' Παθολογικής Κλινικής και

¹ Αιματολογικό εργαστήριο, ΓΝ Σερρών, Σέρρες

ΣΚΟΠΟΣ

Λόγω του φαινομένου της λευκής μπλούζας (WCH), που εμφανίζεται κατά την μέτρηση της αρτηριακής πίεσης στο εξωτερικό ιατρείο, αναφέρεται πως η 24ωρη περιπατητική καταγραφή της αρτηριακής πίεσης (ABPM) και η μέτρηση της ΑΠ στο σπίτι, είναι πιο αξιόπιστες μέθοδοι για την ρύθμιση των υπερτασικών ασθενών. Σκοπός της μελέτης μας ήταν να συγκρίνουμε την μέτρηση της ΑΠ στο ιατρείο με την 24ωρη ABPM σε υπερτασικούς διαβητικούς ασθενείς, με υποψία WCH.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ - ΜΕΘΟΔΟΣ

Έντεκα υπερτασικοί διαβητικοί ασθενείς (1Α, 10Γ, ΜΕ ηλικία= 72 έτη), υπό αντιυπερτασική αγωγή, που για 15 συνεχόμενες ημέρες κατέγραφαν στο σπίτι ΑΠ < 140/90 mmHg και είχαν ΑΠ ιατρείου > 158/90 mmHg, υποβλήθηκαν σε 24ωρη ABPM. Η ΑΠ στο ιατρείο μετρήθηκε με υδραργυρικό σφυγμομανόμετρο και στους δύο βραχίονες, μια φορά την εβδομάδα για τρεις συνεχόμενες εβδομάδες. Η 24ωρη καταγραφή έγινε με την συσκευή Nissei DS-250, με ακουστική και ταλαντωσιμετρική μέθοδο ταυτόχρονα, με μεσοδιαστήματα μέτρησης 30 λεπτών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η αρτηριακή πίεση στο ιατρείο ήταν σημαντικά υψηλότερη. Η μέση συστολική πίεση στο ιατρείο και στην ABPM ήταν σύστοιχα: $203,09 \pm 11,53$ έναντι $145,45 \pm 11,708$ mmHg ($p < 0,001$). Η μέση διαστολική πίεση ιατρείου και ABPM ήταν $93,55 \pm 15,371$ έναντι $77,00 \pm 9,370$ mmHg ($p=0,002$). Η καρδιακή συχνότητα ήταν $86,73 \pm 13,8$ έναντι $72,91 \pm 4,88$ /1' ($p < 0,05$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

1. Σύμφωνα με τα ευρήματά μας σε ασθενείς με φυσιολογικές μετρήσεις αρτηριακής πίεσης στο σπίτι, η 24ωρη καταγραφή αρτηριακής πίεσης είναι πιο αξιόπιστη, από τις μετρήσεις στο ιατρείο, για την ρύθμιση της ΑΠ.
2. Όλοι οι ασθενείς της μελέτης μας είχαν υπέρταση λευκής μπλούζας, αναδεικνύοντας την μέθοδο αξιόπιστη και σε διαβητικούς ασθενείς.

ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΜΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Α. Μπόργκι, Μ. Πασαλίδου, Κ. Γκαμπράς, Α. Καράλη, Μ. Τσαρτσαρίδου,
Μ. Αντωνίου, Μ. Ζιώγα, Ο. Κουτσογιάννης

Κέντρο Υγείας Ιάσμου

ΣΚΟΠΟΣ

Είναι η αναζήτηση της επίπτωσης των λοιμώξεων σε διαβητικούς ασθενείς και μη διαβητικούς.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήθηκαν αναδρομικά τα βιβλιάρια 512 ασθενών που επισκέφτηκαν το Κ. Υ. Ιάσμου κατά το τελευταίο έτος με αιτία λοίμωξης, 256 διαβητικοί -102 άνδρες -(70 μουσουλμάνοι και 32 χριστιανοί) και -154 γυναίκες-(80 μουσουλμάνες και 74 χριστιανές), ηλικίας 25-92 ετών, (μέσης διάρκειας σακχαρώδους διαβήτη 9 έτη) και ισάριθμοι περίπου μη διαβητικοί -122 άνδρες -(70 μουσουλμάνοι και 52 χριστιανοί) και -134 γυναίκες-(80 μουσουλμάνες και 54 χριστιανές) ηλικίας 18-88 ετών. Έγινε ταξινόμηση κατά φύλο, θρησκεία, και εποχή του χρόνου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Βρέθηκαν 35 διαβητικοί με ουρολοίμωξη, 11 με χολοκυστίτιδα, 55 με γαστρεντερίτιδα, 8 με παγκρεατίτιδα, 69 με λοίμωξη αναπνευστικού, 56 με γριππώδη συνδρομή, 8 με θρομβοφλεβίτιδα, 14 με λοιμώξεις μαλακών μορίων. Οι ουρολοιμώξεις είναι πιο συχνές στις γυναίκες μουσουλμάνες κατά στους καλοκαιρινούς μήνες όπως οι γαστρεντερίτιδες, παγκρεατίτιδες και χολοκυστίτιδες φθινόπωρο και άνοιξη. Στους άνδρες χριστιανούς υπερτερούν οι λοιμώξεις του αναπνευστικού στους χειμερινούς μήνες και οι λοιμώξεις μαλακών μορίων στους καλοκαιρινούς. Στους μη διαβητικούς 43 γαστρεντερίτιδες, 14 θρομβοφλεβίτιδες, 45 λοιμώξεις αναπνευστικού, 64 γριππώδεις συνδρομές, 46 ουρολοιμώξεις, 46 χολοκυστίτιδες, 10 παγκρεατίτιδες και 22 λοιμώξεις μαλακών μορίων. Η γριππώδης συνδρομή είναι πιο συχνή στις γυναίκες χριστιανές στους χειμερινούς μήνες ενώ οι λοιμώξεις αναπνευστικού συχνότερη στους άνδρες μουσουλμάνους. Οι ουρολοιμώξεις είναι συχνότερες στους καλοκαιρινούς μήνες στους άνδρες χριστιανούς όπως οι λοιμώξεις μαλακών μορίων, ενώ οι χολοκυστίτιδα είναι πιο συχνή στις γυναίκες μουσουλμάνες. Για την θεραπεία των λοιμώξεων απαιτήθηκαν και νοσηλείες ιδιαίτερα στους διαβητικούς. Στάλθηκαν για νοσηλεία 85 (58 μουσουλμάνοι και 27 χριστιανοί) διαβητικοί και 14 μη διαβητικοί (10 χριστιανοί και 4 μουσουλμάνοι). Θάνατοι 2 σε μη διαβητικούς, 5 σε διαβητικούς (4 μουσουλμάνοι και 1 χριστιανή).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

α) Οι λοιμώξεις αναπνευστικού είναι πιο συχνές στους διαβητικούς χριστιανούς όπως και οι ουρολοιμώξεις στις γυναίκες μουσουλμάνες, β) οι λοιμώξεις των μαλακών μορίων είναι συχνότερες στους μη διαβητικούς χριστιανούς, οι χολοκυστίτιδες στις μουσουλμάνες, γ) οι νοσηλείες είναι πιο συχνές στους διαβητικούς μουσουλμάνους όπως και οι θάνατοι.

**Η ΑΝΟΣΟΔΙΕΓΕΡΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ
ΤΩΝ ΥΠΟΤΡΟΠΩΝ ΤΩΝ ΟΥΡΟΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ
ΔΙΑΒΗΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΜΗ**

Μ. Μπρισιτιάνου, Χ. Πάνου, Λ. Καλοβούλου, Αικ. Παπακωνσταντίνου,
Ε. Κατωπόδη, Αικ. Γιαλαμούδη, Α.Γ. Σοφός, Λ. Λαναράς*

Γ. Ν. Καρπενησίου & Διαβητολογικό Ιατρείο Γ. Ν. Λαμίας*

ΣΚΟΠΟΣ

Οι λοιμώξεις του ουροποιητικού με κυριότερα παθογόνα τα διάφορα στελέχη του *E.coli* αποτελούν συχνό αίτιο νοσηρότητας σε διαβητικούς και μη ασθενείς. Στη μελέτη μας εξετάζεται η αποτελεσματικότητα των της χρήσης βακτηριδιακού εκχυλίσματος 18 οροτύπων *E. Coli* (URO-VAXOM®).

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήθηκαν σε μια 4ετία 80 γυναίκες 20-75 ετών με κλινική εικόνα λοιμώξης κατώτερου ουροποιητικού από *E. coli*. Από αυτές οι 18 (54-75 ετών) είχαν γνωστό σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) τύπου 2 και λάμβαναν αντιδιαβητικά δισκία. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε 2 ομάδες των 40 ασθενών με 9 διαβητικές στην κάθε μια, Α και Β. Η ομάδα Α έλαβε αντιμικροβιακή αγωγή μέχρις αρνητικοποίησης της καλλιέργειας ούρων και ταυτόχρονα Uro-Vaxom (1 λυοφυλιμένο βακτηριακό εκχύλισμα ημερησίως για 3 μήνες). Η ομάδα Β έλαβε μόνον αντιμικροβιακή θεραπεία. Η παρακολούθηση όλων των ασθενών με καλλιέργειες ούρων διήρκεσε 1 έτος

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η αρνητικοποίηση των καλλιιεργειών στην ομάδα Α επιτεύχθηκε σε 10 ημέρες με ύφεση των συμπτωμάτων σε όλες τις ασθενείς. Βεβαιώθηκαν 13 υποτροπές στις μη διαβητικές (42%) και 4 (44%) στις διαβητικές. Στην ομάδα Β η ίαση επιτεύχθηκε ομοίως σε όλες τις ασθενείς. Σημειώθηκαν εντός του έτους 23 υποτροπές στις μη διαβητικές (74%) και 6 (67%) στις διαβητικές. Οι διαφορές είναι στατιστικά σημαντικές ($p < 0,05$) στο σύνολο των ασθενών των ομάδων Α και Β ανεξάρτητα αν είναι διαβητικές ή όχι. Η αγωγή ήταν καλώς ανεκτή σε όλες τις ασθενείς, 5 συνολικά ανέφεραν κεφαλαλγία, καμιά δεν διέκοψε την αγωγή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Με βάση τα παραπάνω αποτελέσματα και την υπάρχουσα βιβλιογραφία τεκμηριώνεται η υποβοηθητική ικανότητα της ανοσοδιέγερσης στη μείωση των υποτροπών των ουρολοιμώξεων των γυναικών. Στις περιπτώσεις με ΣΔ τα αποτελέσματά μας δεν είναι ασφαλή λόγω μικρού αριθμού παρατηρήσεων.

ΟΥΛΩΔΗΣ ΦΙΜΩΣΗ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

**Χ. Πάνου, Μ. Μπρισιτιάνου, Αικ. Παπακωνσταντίνου, Ε. Κατωπόδη,
Αικ. Γιαλαμούδη, Α.Γ. Σοφός, Λ. Λαναράς***

*Γ. Ν. Καρπενησίου & Διαβητολογικό Ιατρείο Γ. Ν. Λαμίας

Μελετάται η ύπαρξη ουλώδους φίμωσης σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ), η αιτιοπαθογένεια και τα παθολογανατομικά ευρήματα.

Στο εξωτερικό ουρολογικό ιατρείο και για μια περίοδο 4 ετών, προσήλθαν 76 ασθενείς με ουλώδη φίμωση 18-75 ετών. Σε όλους έγινε μέτρηση σακχάρου αίματος και ανάλογα με τις αλλοιώσεις της πόσθης ταξινομήθηκαν σε ασθενείς με φλεγμονή, λειχήνα και καρκίνο ή άλλο.

Από το ιστορικό 21 είχαν γνωστό ΣΔ τύπου 2 και λάμβαναν αγωγή. Τέσσερις ακόμη δεν γνώριζαν ότι έπασχαν από ΣΔ και η πρώτη διάγνωση της νόσου έγινε με την ευκαιρία της ουρολογικής εξέτασης για τη φίμωση (τιμές σακχάρου νηστείας > 126 mg/dl). Στην ερώτηση εάν γνώριζαν την ύπαρξη σχέσης μεταξύ φίμωσης και ΣΔ 58 απάντησαν αρνητικά (76% του συνόλου). Περιτομή εκτελέστηκε σε 50 ασθενείς (66%) και οι υπόλοιποι έλαβαν φαρμακευτική αγωγή.

Από τους μη διαβητικούς οι 20 εμφάνιζαν φλεγμονή (βαλανοποσθίτιδα), λειχήνα οι 25 και καρκίνο 1. Από τους διαβητικούς, 18 είχαν φλεγμονή και 7 λειχήνα.

ΣΧΟΛΙΑ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Αν και ο αριθμός των ασθενών είναι μικρός, φαίνεται ότι στους διαβητικούς ασθενείς με φίμωση επικρατεί ως επί το πλείστον η φλεγμονή, ενώ στους μη διαβητικούς ο λειχήνας (μυκητίαση). Στην πρώτη περίπτωση είναι αναγκαία τόσο για την πρόληψη όσο και για τη θεραπεία η καλή ρύθμιση του ΣΔ. Στη δεύτερη περίπτωση, το αίτιο θεωρείται η πλημμελής καθαριότητα της περιοχής. Η εμφάνιση φίμωσης μπορεί να αποτελέσει τη ευκαιρία για τη διάγνωση σακχαρώδους διαβήτη σε άτομα που δεν είχαν ελέγξει ποτέ τη γλυκαιμία τους.

**ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ, ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ
ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΥ
ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ**

**Χ. Παπαγόρας, Α. Ζιτιρίδου, Α.Δ. Χατζημανασή, Χ. Καϊρης,
Α. Βλαχογιάννης, Σ. Μπριλάκης, Α. Τοπαλίδης**

Β' Παθολογική Κλινική ΓΝ Δράμας

ΣΚΟΠΟΣ. Η μελέτη των ασθενών με ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) που νοσηλεύτηκαν σε Παθολογική Κλινική σε σχέση με το φύλο, την ηλικία, την παρουσία υπέρτασης, κολπικής μαρμαρυγής, στεφανιαίας νόσου και με κριτήριο την παρουσία ή όχι σακχαρώδους διαβήτη (ΣΔ).

ΥΛΙΚΟ. 119 ασθενείς που υπέστησαν οποιοδήποτε νευρολογικό σύνδρομο που οφείλεται σε ισχαιμική βλάβη του εγκεφάλου κατά την περίοδο από 1/6/03 ως και 31/5/04.

ΜΕΘΟΔΟΙ. Οι ασθενείς ταξινομήθηκαν 1) σε αυτούς που προηγουμένως έπασχαν από ΣΔ - ΟΜΑΔΑ Α, 2) σε αυτούς που δεν έπασχαν προηγουμένως από ΣΔ - ΟΜΑΔΑ Β και 3) σε αυτούς που το ΑΕΕ ήταν αφορμή για την αποκάλυψη ή εκδήλωση ΣΔ - ΟΜΑΔΑ Γ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ. Η ομάδα Α αποτελούνταν από 37 ασθενείς (31,09%) με μέση ηλικία 73,46 έτη. Από αυτούς οι 16 ήταν άνδρες με μέση ηλικία 72,38 έτη και οι 21 γυναίκες με μέση ηλικία 74,29 έτη. Η μέση τιμή σακχάρου εισαγωγής ήταν 214 mg/dL. Οι ασθενείς της ομάδας Α έπασχαν από αρτηριακή υπέρταση σε ποσοστό 64,86%, από στεφανιαία νόσο σε ποσοστό 24,32% και από κολπική μαρμαρυγή σε ποσοστό 18,92%. Η ομάδα Β αποτελούνταν από 68 ασθενείς (57,14%) με μέση ηλικία 72,01 έτη από τους οποίους οι 35 ήταν άνδρες με μέση ηλικία 69,49 έτη και οι 33 ήταν γυναίκες με μέση ηλικία 74,7 έτη. Η μέση τιμή σακχάρου εισαγωγής ήταν 123,59 mg/dL. Οι ασθενείς της ομάδας Β έπασχαν από υπέρταση σε ποσοστό 63,24%, από στεφανιαία νόσο 22,06% και από κολπική μαρμαρυγή 14,71%. Η ομάδα Γ αποτελούνταν από 14 ασθενείς (11,76%) με μέση ηλικία 75,07 έτη. Από αυτούς οι 9 ήταν άνδρες με μέση ηλικία 74,89 έτη και οι 5 γυναίκες με μέση ηλικία 75,4 έτη. Η μέση τιμή σακχάρου εισαγωγής ήταν 203,07 mg/dL. Οι ασθενείς της ομάδας Γ έπασχαν από υπέρταση σε ποσοστό 50%, από στεφανιαία νόσο 35,71% και από κολπική μαρμαρυγή 28,57%.

Το σύνολο των ασθενών που κατά την έξοδό τους είχαν διάγνωση σακχαρώδους διαβήτη ήταν τελικά 51 ασθενείς ή ποσοστό 42,86%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ. Ο επιπολασμός του ΣΔ μεταξύ ασθενών με ισχαιμικό ΑΕΕ είναι ιδιαίτερα υψηλός. Ωστόσο δεν υπάρχει διαφορά στην αναλογία ανδρών/ γυναικών στις 3 ομάδες ($p > 0,3$, $> 0,3$). Επίσης δεν υπάρχει διαφορά στην ηλικία των ασθενών στις 3 ομάδες ($p: 0,8$, $> 0,3$). Ωστόσο, αν και στις ομάδες των διαβητικών οι άνδρες και οι γυναίκες που παθαίνουν ισχαιμικό ΑΕΕ είναι περίπου της ίδιας ηλικίας ($p: > 0,2$, $> 0,9$), στην ομάδα των μη διαβητικών οι γυναίκες παθαίνουν ΑΕΕ σε μεγαλύτερη ηλικία από τους άνδρες ($p < 0,05$). Τέλος, η σύγκριση των 3 ομάδων ως προς τη συνύπαρξη και άλλων καρδιαγγειακών νοσημάτων (αρτηριακής υπέρτασης, στεφανιαίας νόσου, κολπικής μαρμαρυγής) δεν οδηγεί στη διαπίστωση στατιστικής σημαντικής διαφοράς στον επιπολασμό των νοσημάτων αυτών στις 3 ομάδες ασθενών ($p: > 0,5$, $> 0,3$, $> 0,3$, $> 0,2$, $> 0,5$, $> 0,2$).

ΕΠΙΠΕΔΑ ΟΜΟΚΥΣΤΕΪΝΗΣ ΚΑΙ ΥΠΟΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Κ. Καραστέργιου¹, Ι. Δεληθανάσης¹, Μ. Τιμοσίδης², Φ. Λάγρα¹,
Ξ. Κροκίδης¹, Α. Παπαδοπούλου³, Π. Παπαδοπούλου-Ζεκερίδου¹

¹Α' Παθολογική Κλινική Γ. Ν. Καβάλας

²Παθολόγος, Διαβητολογικό Ιατρείο Γ. Ν. Καβάλας

³Βιοχημικός, Μικροβιολογικό Εργαστήριο Γ. Ν. Καβάλας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υπερομοκυστεΐναμία είναι γνωστό ότι αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα για καρδιαγγειακά νοσήματα. Μελέτες αναφέρουν ότι υπολιπιδαιμικοί παράγοντες, οι φιμπράτες συγκεκριμένα, είναι δυνατό να αυξήσουν την ομοκυστεΐνη πλάσματος, περιορίζοντας το όφελος τους. Ωστόσο, το φαινόμενο αυτό δεν έχει μελετηθεί σε ασθενείς με ΣΔ, που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για καρδιαγγειακά νοσήματα.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήθηκαν 105 ασθενείς με ΣΔ (8 τύπου 1 και 97 τύπου 2), άνδρες 27 (25,7%), γυναίκες 78 (74,3%), στους οποίους προσδιορίστηκε η ομοκυστεΐνη πλάσματος νηστείας και καταγράφηκαν τα δημογραφικά τους στοιχεία και η θεραπευτική τους αγωγή, καθώς και μία ομάδα ελέγχου 21 ατόμων, χωρίς ΣΔ ή ΣΝ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην ομάδα ελέγχου, η ομοκυστεΐνη βρέθηκε 12,2 $\mu\text{mol/L}$ (5,54-30,73, $s_d=5,16$). Αντίστοιχα, 10,82 $\mu\text{mol/L}$ (4,71-19,93, $s_d=3,4$) στους 78 διαβητικούς χωρίς υπολιπιδαιμική αγωγή, 13,21 $\mu\text{mol/L}$ (6,13-55, $s_d=11$) στους 23 που λάμβαναν στατίνη και 16,57 $\mu\text{mol/L}$ (8,06-25,24, $s_d=5,57$) σε 12 ασθενείς που λάμβαναν φιβράτη. Η στατιστική ανάλυση με one way ANOVA και post-hoc ανάλυση, έδειξε ότι η διαφορά μεταξύ των τιμών ομοκυστεΐνης των διαβητικών ασθενών που λαμβάνουν φιβράτη και όσων δεν ακολουθούν υπολιπιδαιμική αγωγή τείνει να γίνει στατιστικά σημαντική ($p=0,07$). Μεταξύ των λοιπών ομάδων, οι διαφορές είναι πολύ μικρότερες ($p=0,331-0,943$).

Όσον αφορά τις τιμές των λιπιδίων, οι ασθενείς σε υπολιπιδαιμική αγωγή είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές ολικής χοληστερόλης σε σχέση με την ομάδα ελέγχου ($p=0,05$ και $p<0,01$). Οι λοιπές συγκρίσεις δεν ανέδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Όπως αναμενόταν, παρατηρήθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ των τιμών της ομοκυστεΐνης και της βιταμίνης B12, σε επίπεδο στατιστικά σημαντικό ($p=0,004$), αν και δεν καταγράφηκε αντίστοιχη συσχέτιση με τα επίπεδα του φυλλικού οξέος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Στη συγκεκριμένη ομάδα ασθενών, η υπολιπιδαιμική θεραπεία με φιβράτη είναι πιθανό να επηρεάζει τα επίπεδα της ομοκυστεΐνης πλάσματος. Στόχος μας είναι η επέκταση της μελέτης σε μεγαλύτερο αριθμό ασθενών, που θα επιτρέπει την εξαγωγή ασφαλέστερων συμπερασμάτων.

ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΥΠΟΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΡΩΜΑΤΩΣΗ ΣΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΩΝ ΩΘΗΚΩΝ

Ε. Διαμάντη-Κανδαράκη¹, Κ. Αλεξανδράκη¹, Α. Πρωτογέρου²,
Χ. Παπαμιχαήλ², Π. Κατούχη², Μ. Κυριακίδης³, Ι. Λεκάκης²

¹ Ενδοκρινολογικό Τμήμα Α' Παθ. Κλινικής Παν. Αθηνών, Νοσ. «Λαϊκό»

² Αγγειολογικό Εργ., Τμήμα Θεραπευτικής Κλιν. Ιατρ. Σχ. Παν. Αθηνών, Νοσ. Αλεξάνδρα

³ Γ' Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο «Σωτηρία»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ. Το Σύνδρομο των Πολυκυστικών Ωθηκών (ΣΠΩ) φέρει αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο εξαιτίας των μεταβολικών διαταραχών που το συνοδεύουν. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η αναζήτηση πρώιμων διαταραχών των περιφερικών αγγείων, μέσω της εκτίμησης της λειτουργικότητας και των δομικών μεταβολών του ενδοθηλίου.

ΜΕΘΟΔΟΣ. Μελετήσαμε 55 γυναίκες, 31 με ΣΠΩ (ηλικίας: 25.52±5.01 έτη, BMI: 29.26±7.46 kg/m²) και 24 μάρτυρες (ηλικίας: 30.04±6.95 έτη; BMI: 26.19±6.72 kg/m²). Η λειτουργικότητα του ενδοθηλίου εκτιμήθηκε με τη δοκιμασία της ενδοθηλιοεξαρτώμενης αγγειοδιαστολής μέσω ροής (flow-mediated vasodilatation- FMD, %) στη βραχιόνιο αρτηρία. Η μη ενδοθηλιοεξαρτώμενη αγγειοδιαστολή εκτιμήθηκε με τη δοκιμασία της επαγόμενης από νιτρώδες αγγειοδιαστολής (nitrate induced dilation- NID, %). Οι δομικές μεταβολές με τη μορφή της υποκλινικής αθηρωμάτωσης εκτιμήθηκαν υπερηχογραφικά με τη μέτρηση του πάχους του συμπλέγματος έσω- μέσω χιτώνα των καρωτίδων (Intima-Media Thickness, IMT, mm) αμφοτερόπλευρα σε όλες τις γυναίκες σε τρία σημεία (κοινή, CC- έσω, IC-βολβός, BC) ενώ υπολογίστηκαν και οι μέσες τιμές (M), αριστερής (L) και δεξιάς αρτηρίας (R). Όλα τα άτομα υποβλήθηκαν σε από του στόματος δοκιμασία ανοχής του σακχάρου (OGTT). Ορμονικός και Μεταβολικός έλεγχος: ολική τεστοστερόνη (T, ng/dl), δεσμευτική σφαιρίνη ορμονών φύλου (SHBG, nmol/L), ινσουλίνη νηστείας (INS, μIU/L), σάκχαρο νηστείας (GLU, mg/dl), ολική χοληστερόλη (TC, mg/dl), τριγλυκερίδια (TG, mg/dl), HDL (mg/dl), LDL (mg/dl). Υπολογίστηκαν οι λόγοι GLU/INS και [(T/SHBG)*100] (FAI, %), το εμβαδόν κάτω από την καμπύλη (AUC) κατά τη δοκιμασία OGTT (AUCGLU) και οι δείκτες ινσουλινοαντοχής HOMA και QUICKI. Μετρήθηκε η συστολική και η διαστολική πίεση (ΣΑΠ, ΔΑΠ) σε όλα τα άτομα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ. Οι τιμές του FMD ήταν στατιστικά μικρότερες στο ΣΠΩ (2.97±4.9% vs. 7.5±0.8%, $P < 0.0001$) ενώ οι τιμές του NID και του IMT ήταν παρόμοιες στις δύο ομάδες. Οι δύο ομάδες δε διέφεραν στις μεταβλητές που ακολουθούν: BMI, συνήθεια του καπνίσματος, ΣΑΠ, ΔΑΠ, GLU, TC, TG, HDL, LDL. Οι γυναίκες με ΣΠΩ είχαν υψηλότερα επίπεδα T ($P < 0.0001$), FAI ($P < 0.0001$), AUCGLU ($P < 0.01$), και HOMA ($P < 0.03$), και μικρότερα SHBG ($P < 0.001$), και QUICKI ($P < 0.004$). Η INS και ο λόγος GLU/INS πλησίαζαν στατιστικά σημαντική διαφορά στις δύο ομάδες ($P < 0.06$ και $P < 0.08$, αντίστοιχα). Το FMD είχε θετική συσχέτιση με το QUICKI ($r = 0.39$, $P < 0.004$) και τη SHBG ($r = 0.35$, $P < 0.01$) και αρνητική με το AUCGLU ($r = -0.37$, $P < 0.008$), τη ΣΑΠ ($r = -0.34$, $P < 0.01$) και το HOMA ($r = -0.28$, $P < 0.04$). Στην ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης το AUCGLU ήταν ο μοναδικός ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας του FMD μεταξύ των BMI, MCC, MIC, MBC, INS, T, SHBG ($P < 0.02$, $b = -0.04$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ. Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε δυσλειτουργία του ενδοθηλίου στο ΣΠΩ, χωρίς να έχουν εμφανιστεί παράλληλα και ενδείξεις πρώιμων δομικών αθηρωματικών βλαβών. Φαίνεται πως στις γυναίκες με ΣΠΩ καρδιαγγειακοί παράγοντες κινδύνου προκαλούν διαταραχές της λειτουργικότητας του ενδοθηλίου, οι οποίες προηγούνται της ανιχνεύσιμης πάχυνσης του τοιχώματος των υπό μελέτη αγγείων.

ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

I. Βαγρόπουλος, Μ. Γιαβροπούλου, Μ. Πρωτόπαπα¹, Ν. Γρηγοριάδης

Υπερτασιολογικό Ιατρείο Α' Παθολογικής Κλινικής και

¹Αιματολογικό εργαστήριο, ΓΝ Σερρών, Σέρρες

ΣΚΟΠΟΣ

Πολυάριθμες κλινικές μελέτες έδειξαν μείωση των καρδιαγγειακών επιπλοκών με τη ρύθμιση της Αρτηριακής Πίεσης. Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η καταγραφή και σύγκριση του ποσοστού των ρυθμιζόμενων υπερτασικών διαβητικών με τους μη διαβητικούς ασθενείς, σε σχέση με τους προδιαθεσικούς παράγοντες κινδύνου και τις καρδιαγγειακές επιπλοκές.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ- ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήθηκαν 722 υπερτασικοί ασθενείς του υπερτασιολογικού εξωτερικού ιατρείου του Γ. Ν. Σερρών - 174 (24,1%) διαβητικοί (57 Α, 117 Γ) και 548 (75,9%) μη διαβητικοί (168 Α, 380 Γ), που ήταν σε αντιυπερτασική αγωγή.

Η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης γινόταν με υδραργυρικό σφυγμομανόμετρο και στους δύο βραχίονες, κάθε μήνα για τρεις συνεχόμενες μήνες.

Ο στόχος της ρύθμισης ήταν <140/90 για τους υπερτασικούς μη διαβητικούς ασθενείς και <130/80 για τους υπερτασικούς διαβητικούς, σύμφωνα με τα κριτήρια της ESH/ISH και JNC 7.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ανάλογα με το φύλο ρύθμιση της ΑΠ είχαν: **1. ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΙ:** Α= 10/57 (17,57%), Γ= 13/117 (11,11%), **2. ΜΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΙ:** Α= 78/168 (46,43%), Γ= 141/380 (37,11%).*

ΣΥΝΟΛΟ ΑΣΘΕΝΩΝ n=722	ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΙ n=174		ΜΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΙ n=548	
	Ρυθμιζ/νοι (n=23) 13,21% %	Μη ρυθμιζ/νοι (n=151) 86,78% %	Ρυθμιζ/νοι (n=219) 39,96% %	Μη ρυθμιζ/νοι (n=329) 60,03% %
Υπερλιπιδαιμία	82,6	88,74	57,07	60,79
Παχυσαρκία*	34,78	55,62	40,63	38,29
ΑΕΕ	8,69	15,23	18,26	6,38
ΣΝ/Εμφραγμα	21,73	13,24	6,39	6,99

* στατιστικά σημαντική διαφορά

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

1. Το ποσοστό των ρυθμιζόμενων υπερτασικών διαβητικών ασθενών απέχει πολύ από τα επιθυμητά επίπεδα.
2. Η παχυσαρκία επηρεάζει αρνητικά σε σημαντικό βαθμό τη ρύθμιση των υπερτασικών διαβητικών ασθενών.
3. Διπλάσιο ποσοστό αρρυθμιστων διαβητικών ασθενών έχει υποστεί ΑΕΕ.
4. Καλύτερη ρύθμιση είχαν οι άνδρες ασθενείς, είτε είχαν είτε δεν είχαν σακχαρώδη διαβήτη.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΩΝ
ΟΔΗΓΙΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΠΟΛΛΑΠΛΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ
ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ**

Γ. Δαμιανίδης¹, Π. Δουϊτσης¹, Ε. Τερζή¹, Α. Σιδηρόπουλος¹,
Ν. Κακκαβάς¹, Ν. Λιακόπουλος¹, Ν. Μπαϊμπάς², Ε. Σκεύα², Γ. Στεργίου²

¹Εξωτερικό Ιατρείο Διαβήτη & άλλων Παραγόντων Καρδιαγγειακού Κινδύνου. Νοσ. Φλώρινας

²Κέντρο Υπέρτασης, Γ' Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσ. Σωτηρία, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ

Πολυδιάστατη εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών για τους κύριους τροποποιήσιμους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου με στόχο την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας ως προς την επίτευξη των συνιστώμενων στόχων σε αρρώστους μεγάλου κινδύνου.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Προοπτική μελέτη πληθυσμού με συμμετοχή διαδοχικών ασθενών που προσήλθαν σε εξωτερικό ιατρείο διαβήτη και άλλων παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου σε νομαρχιακό νοσοκομείο. Εφαρμογή των σύγχρονων κατευθυντήριων οδηγιών για την αντιμετώπιση των παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου από γιατρούς εκπαιδευμένους στις κατευθυντήριες οδηγίες. Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης μετά από 6 μήνες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Αναλύθηκαν δεδομένα 262 ασθενών (μέση ηλικία 64,6±9,9 έτη, 34% άνδρες). Ο επιπολασμός των παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου ήταν: υπέρταση 89,7%, υπερκοληστερολαιμία 88,5%, σακχαρώδης διαβήτης 79%, κάπνισμα 10,7% και παχυσαρκία 88,5%. Μετά εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών επί 6 μήνες (για κάθε άρρωστο) τα ποσοστά επίτευξης των συνιστώμενων στόχων ήταν: υπέρταση 44,2%, υπερκοληστερολαιμία 46%, σακχαρώδης διαβήτης 29,8%, κάπνισμα 28,6% και παχυσαρκία 6,4%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Στην κλινική πράξη η επίτευξη των συνιστώμενων στόχων κατά την ταυτόχρονη εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών για τον έλεγχο πολλαπλών παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου είναι αποτελεσματικότερη στη ρύθμιση της υπέρτασης και της υπερκοληστερολαιμίας, λιγότερο αποτελεσματική στον διαβήτη και το κάπνισμα και ελάχιστη για την παχυσαρκία. Χρειάζεται περισσότερη έρευνα για τα αίτια της συχνής αποτυχίας της εφαρμογής των κατευθυντήριων οδηγιών και την ανεύρεση αποτελεσματικότερης στρατηγικής για την ταυτόχρονη αντιμετώπιση πολλαπλών παραγόντων κινδύνου.

**ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΕΙΔΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΝΤΟΠΙΣΗΣ ΤΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ
ΒΛΑΒΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟ-
ΔΙΟ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑ Η ΟΧΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ**

Χ. Παπαγόρας¹, Λ. Ζιτιρίδου¹, Α.Δ. Χατζημανασή¹, Χ. Κεφαλίδης¹,
Μ. Αντωνίου², Α. Βλαχογιάννης¹, Σ. Μπριλάκης, Α. Τοπαλίδης¹

¹Β' Παθολογική Κλινική,

²Ακτινολογικό Εργαστήριο ΓΝ Δράμας

ΣΚΟΠΟΣ. Η μελέτη των ασθενών που νοσηλεύτηκαν σε Παθολογική Κλινική λόγω ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου σε σχέση με την παρουσία σακχαρώδους διαβήτη (ΣΔ) και τα ευρήματα από τη CT εγκεφάλου.

ΥΛΙΚΟ. 119 ασθενείς που υπέστησαν οποιοδήποτε νευρολογικό σύνδρομο που οφείλεται σε ισχαιμική βλάβη του εγκεφάλου κατά την περίοδο από 1/6/03 ως και 31/5/04.

ΜΕΘΟΔΟΙ. Οι ασθενείς ταξινομήθηκαν 1) σε αυτούς που προηγουμένως έπασχαν από ΣΔ - ΟΜΑΔΑ Α (N=37), 2) σε αυτούς που δεν έπασχαν προηγουμένως από ΣΔ - ΟΜΑΔΑ Β (N=68) και 3) σε αυτούς που το ΑΕΕ ήταν αφορμή για την αποκάλυψη ή εκδήλωση ΣΔ - ΟΜΑΔΑ Γ (N=14). Οι ομάδες μελετήθηκαν ως προς το είδος (οξύ και χρόνια έμφρακτο, λευκοεγκεφαλοπάθεια αρτηριακού τύπου, παροδικό επεισόδιο χωρίς ακτινολογικό εύρημα), την εντόπιση και την πολλαπλότητα των βλαβών που διαπιστώθηκαν στη CT εγκεφάλου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ. Στην Ομάδα Α, επί συνόλου 36 CT εγκεφάλου τα ευρήματα είχαν ως εξής: χρόνια έμφρακτο: 10, οξύ έμφρακτο στο μετωπιαίο/κροταφικό/βρεγματικό λοβό: 14, στον ινιακό λοβό: 4, στην περικολιακή λευκή ουσία και τα βασικά γάγγλια: 7, στο στέλεχος: 0 και στην παρεγκεφαλίδα: 2, λευκοεγκεφαλοπάθεια αρτηριακού τύπου: 13, CT χωρίς εύρημα: 1. Στην Ομάδα Β, επί συνόλου 65 CT εγκεφάλου τα ευρήματα είχαν ως εξής: χρόνια έμφρακτο: 21, οξύ έμφρακτο στο μετωπιαίο/κροταφικό/βρεγματικό λοβό: 28, στον ινιακό λοβό: 4, στην περικολιακή λευκή ουσία και τα βασικά γάγγλια: 14, στο στέλεχος: 2 και στην παρεγκεφαλίδα: 0, λευκοεγκεφαλοπάθεια αρτηριακού τύπου: 17, CT χωρίς εύρημα: 7. Στην Ομάδα Γ, επί συνόλου 11 CT εγκεφάλου τα ευρήματα είχαν ως εξής: χρόνια έμφρακτο: 2, οξύ έμφρακτο στο μετωπιαίο/κροταφικό/βρεγματικό λοβό: 3, στον ινιακό λοβό: 1, στην περικολιακή λευκή ουσία και τα βασικά γάγγλια: 3, στο στέλεχος: 0 και στην παρεγκεφαλίδα: 2, λευκοεγκεφαλοπάθεια αρτηριακού τύπου: 2, Παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο χωρίς ακτινολογικά ευρήματα: 1.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ. Οι ασθενείς των 3 ομάδων δεν παρουσιάζουν σημαντική διαφορά ως προς τον επιπολασμό του χρόνιου εγκεφαλικού εμφράκτου ($p > 0,5$, $> 0,3$) ή της περικολιακής λευκοεγκεφαλοπάθειας αρτηριακού τύπου ($p > 0,2$, $> 0,2$). Όσον αφορά τις επιμέρους εντοπίσεις των οξείων ισχαιμικών βλαβών οι ασθενείς της Ομάδας Α και της Ομάδας Β δε φαίνεται να διαφέρουν μεταξύ τους ($p > 0,2$). Ωστόσο στην Ομάδα Γ φαίνεται ότι είναι συχνότερα τα έμφρακτα της παρεγκεφαλίδας και λιγότερα τα έμφρακτα στην περιοχική αιμάτωσης της μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας, σε σχέση με τους μη διαβητικούς ασθενείς ($0,05 > p > 0,01$).

**ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΥΠΕΡΓΛΥΚΑΙΜΙΑΣ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΡΕΙΑΣ
ΤΩΝ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΜΕ ΟΞΥ
ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ**

Α. Βλαχογιάννης¹, Σ. Μπριλάκης¹, Μ. Αντωνίου², Χ. Παπαγόρας¹,
Λ. Ζιτιρίδου¹, Π. Παναγιωτίδης¹, Α. Τοπαλίδου³, Δ. Μελίδης², Α. Τοπαλίδης¹

¹Β' Παθολογική Κλινική,

²Ακτινολογικό Εργαστήριο,

³Αιματολογικό Εργαστήριο, ΓΝ Δράμας

ΣΚΟΠΟΣ. Να διερευνηθεί αν η υπεργλυκαιμία είναι επιβαρυντικός παράγων στην πρόγνωση ασθενών που υπέστησαν ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ), κατά την οξεία φάση του επεισοδίου.

ΥΛΙΚΟ. 119 ασθενείς που υπέστησαν οποιοδήποτε νευρολογικό σύνδρομο που οφείλεται σε ισχαιμική βλάβη του εγκεφάλου κατά την περίοδο από 1/6/03 ως και 31/5/04.

ΜΕΘΟΔΟΙ. Οι ασθενείς ταξινομήθηκαν 1) σε αυτούς που προηγουμένως έπασχαν από σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) - ΟΜΑΔΑ Α (N=37), 2) σε αυτούς που δεν έπασχαν προηγουμένως από ΣΔ - ΟΜΑΔΑ Β (N=68) και 3) σε αυτούς που το ΑΕΕ ήταν αφορμή για την αποκάλυψη ή εκδήλωση ΣΔ - ΟΜΑΔΑ Γ (N=14). Μελετήθηκε η έκβασή τους κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους και συσχετίσθηκε αυτή με την ύπαρξη ή όχι ΣΔ και με το σάκχαρο εισόδου του ασθενούς.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ. Η έκβαση των ασθενών της ομάδας Α είχε ως εξής: βελτίωση: 31 (83,78%), αμετάβλητος: 2 (5,41%), θάνατος: 4 (10,81%). Η μέση τιμή σακχάρου εισαγωγής ήταν 214 mg/dL στο σύνολο, ενώ μεταξύ αυτών που κατέληξαν η μέση τιμή σακχάρου εισαγωγής ήταν 336,25 mg/dL. Η έκβαση των ασθενών της ομάδας Β είχε ως εξής: βελτίωση: 58 (85,29%), αμετάβλητος: 4 (5,88%), θάνατος: 4 (5,88%). Ένας ασθενής διακομίσθηκε σε κεντρικότερο νοσοκομείο, ενώ ένας ασθενής εξήλθε με ίδια βούληση. Η μέση τιμή σακχάρου εισαγωγής ήταν 123,59 mg/dL στο σύνολο, ενώ μεταξύ αυτών που κατέληξαν η μέση τιμή σακχάρου εισαγωγής ήταν 120,5 mg/dL. Η έκβαση των ασθενών της ομάδας Γ είχε ως εξής: βελτίωση: 8 (57,14%), αμετάβλητος: 1 (7,14%), θάνατος: 5 (35,71%). Η μέση τιμή σακχάρου εισαγωγής ήταν 203,07 mg/dL στο σύνολο, ενώ μεταξύ αυτών που κατέληξαν η μέση τιμή σακχάρου εισαγωγής ήταν 233,6 mg/dL.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ. Η θνητότητα λόγω ισχαιμικού ΑΕΕ στους ασθενείς με ιστορικό ΣΔ ήταν συγκρίσιμη με αυτήν των μη διαβητικών ασθενών ($p>0,3$). Όμως, από τους ασθενείς με ιστορικό ΣΔ αυτοί που κατέληξαν είχαν υψηλότερο σάκχαρο εισαγωγής σε σχέση με αυτούς που επιβίωσαν ($0,01>p>0,001$). Επίσης, το ΑΕΕ συνδυάστηκε με υψηλότερη θνητότητα σε εκείνους τους ασθενείς που δεν είχαν γνωστό από παλαιότερα ΣΔ μεν, αλλά κατά την εισαγωγή τους λόγω του ΑΕΕ η γλυκόζη πλάσματος ήταν σε επίπεδα διαβήτη ($p<0,01$). Επομένως, η έκβαση του ΑΕΕ δε σχετίστηκε με την ύπαρξη ή όχι ΣΔ στο ιστορικό του ασθενούς, όμως η ύπαρξη υψηλής τιμής σακχάρου αίματος κατά την οξεία φάση του ΑΕΕ συνιστά πιθανόν επιβαρυντικό παράγοντα ως προς την έκβαση της νοσηλείας των ασθενών.

**ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟΥ ΠΡΟΦΙΛ ΚΑΙ
ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΜΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ**

Α. Σωτηρόπουλος, Π. Μερκούρης, Σ. Σκούρτης, Ε. Κοντέλα,
Ο. Αποστόλου, Ε. Σκληρός, Η. Ταμβάκος, Σ. Παπάς

Γ' Παθολογικό Τμήμα - Διαβητολογικό κέντρο- Γ.Ν.Νίκαιας - Πειραιά «Αγ. Παντελεήμων»

ΣΚΟΠΟΣ

Είναι η μελέτη της επίπτωσης του σακχαρώδη διαβήτη στο λιπιδαιμικού προφίλ, στις απολιποπρωτεΐνες (apo-A, apo-B, apo-E), στην λιποπρωτεΐνη a (Lp-a), στην ομοκυστεΐνης και στην υπέρταση σε ασθενείς με Στεφανιαία νόσο.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΙ

Μελετήθηκαν 124 τύπου 2 διαβητικοί ασθενείς (ομάδα Α) και 83 μη διαβητικοί ασθενείς (ομάδα Β), όλοι με αποδεδειγμένη στεφανιογραφικά ΣΝ. Οι 2 ομάδες συγκρίθηκαν ως προς το λιπιδαιμικό τους προφίλ καθώς και των απολιποπρωτεϊνών, της Lp-a και της ομοκυστεΐνης.

Η επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 10.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

	Διαβητικοί Ασθ.	Μη Διαβητικοί ασθ.	p
W/H	0,9713	0,9443	p<0,05
ΣΑΠ	144,7	135,29	p<0,05
ΔΑΠ	86,55	84,96	p<0,05
CHOL.	226,8	222,8	N/S
TG	168,79	140,33	p<0,05
HDL	45,13	48,15	N/S
LDL	149,42	144,08	p<0,05
VLDL	33,62	28,16	p<0,05
Apo A	133,59	134,73	N/S
Apo B	122,11	120,91	N/S
Apo E	0,04210	0,04024	N/S
Lp-a	20,189	26,756	p<0,05
Ομοκυστεΐνης	14,497	13,067	p<0,05

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Οι ασθενείς με ΣΔ παρουσίασαν μεγαλύτερο W/H από τους μη διαβητικούς. Επίσης οι τιμές της ΑΠ, Chol, Tg, LDL, Apo E, Apo B και ομοκυστεΐνης βρέθηκαν υψηλότερες σε ασθενείς με ΣΔ. Έτσι από τη μελέτη φαίνεται η σημαντική επίπτωση του ΣΔ και της παχυσαρκία, κυρίως η κεντρικού τύπου παχυσαρκία, στην εμφάνιση ισχυρών παραγόντων κινδύνου για ΣΝ.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΙΝΩΔΟΓΟΝΟΥ ΚΑΙ ΟΜΟΚΥΣΤΕΙΝΗΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Π. Παπαδοπούλου-Ζεκερίδου, Ι. Δεληθανάσης, Κ. Καραστεργίου,
Φ. Λάγρα, Ε. Κούτσικα, Ι. Κάτσικας, Ν. Λαζαρίδης

Α' Παθολογική Κλινική Γ. Ν. Καβάλας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) σχετίζεται άμεσα με αγγειακές επιπλοκές, η παθογένεια των οποίων αποτελεί αντικείμενο εντατικής έρευνας. Η υπερομοκυστιναιμία έχει αναγνωριστεί ως ανεξάρτητος παράγοντας αγγειακού κινδύνου. Το ινωδογόνο ενοχοποιείται για την αγγειακή νόσο εξαιτίας του ρόλου του στον πηκτικό μηχανισμό, την αύξηση της γλοιότητας του αίματος, τον σχηματισμό δικτύου ινικής, την συσσώρευση των αιμοπεταλίων και την ινωδόλυση.

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της μελέτης είναι η προσπάθεια συσχέτισης των επιπέδων ομοκυστεΐνης (Hcy) και ινωδογόνου (Fib) σε διαβητικούς ασθενείς, όπου η αγγειακή νόσος είναι ιδιαίτερα συχνή.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήθηκαν 105 διαβητικοί ασθενείς, 27 άνδρες (24.76%), 78 γυναίκες (75.23%), 8 με ΣΔ τύπου I (7.62%) και 97 με ΣΔ τύπου II (92.38%). Ο μέσος χρόνος από την εμφάνιση του ΣΔ ήταν 12.73 έτη (Sd=7.08). Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 64.6 (16-83) έτη, (Sd=11.9). Η ρύθμιση του ΣΔ γινόταν σε 6 ασθενείς με δίαιτα, 52 με αντιδιαβητικά δισκία, 37 με ινσουλίνη και 6 με δισκία και ινσουλίνη. Η ομάδα ελέγχου αποτελούνταν από 36 υγιή άτομα, 20 άνδρες (55.55%) και 16 γυναίκες (44.45%), με μ.ο. ηλικίας 57.47 έτη (Sd=14.6)

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σε καμία ομάδα δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική (σ.σ.) διαφορά στα επίπεδα των Fib και Hcy ανάμεσα στα δύο φύλα. Μεταξύ της ομάδας ελέγχου και των διαβητικών, διαπιστώθηκε σ.σ. διαφορά στα επίπεδα του Fib ($p=0,029$), όχι όμως και της Hcy. Δεν προέκυψε συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων Fib-Hcy σε καμία ομάδα. Στους διαβητικούς παρατηρήθηκε σ.σ. θετική συσχέτιση ($r=0,234$ με $p=0,022$) ανάμεσα στα επίπεδα Fib και Hb_1A_c , όχι όμως για τα επίπεδα Hcy- Hb_1A_c .

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Στους ασθενείς με ΣΔ, διαπιστώθηκαν αυξημένα επίπεδα Fib και μάλιστα τόσο ψηλότερα, όσο πτωχότερη ήταν η ρύθμιση του. Δεν καταγράφηκαν αυξημένα επίπεδα Hcy στις ομάδες της έρευνας, ούτε διαπιστώθηκε συσχέτιση της με τα επίπεδα του Fib. Ενδεχομένως η Hcy να αυξάνει τον κίνδυνο αγγειακών επιπλοκών, επιδρώντας δυσμενώς στην ινωδόλυση, υπόθεση που χρήζει περαιτέρω έρευνας.

**ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΜΕΣΟΥ ΟΓΚΟΥ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ
ΜΕ ΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΤΥΠΟΥ 2**
Ν. Παπάνας¹, Γ. Συμεωνίδης², Γ. Μαυρίδης², Ε. Καραβαγγέλη³,
Ε. Μαλτέζος¹

¹Β' Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

²Διαβητολογικό Ιατρείο Β' Παθολογικής Κλινικής ΝΓΝ Θεσ/νίκης «Ο Άγιος Δημήτριος»

³Αιματολογικό Εργαστήριο ΝΓΝ Θεσ/νίκης «Ο Άγιος Δημήτριος»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στους διαβητικούς ασθενείς έχει βρεθεί ότι ο μέσος όγκος αιμοπεταλίων (Mean Platelet Volume, MPV) παρουσιάζει θετική συσχέτιση με την εκδήλωση μικροαγγειοπάθειας (αμφιβληστροειδοπάθειας ή μικρολευκωματινουρίας).

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ του MPV και της διάγνωσης περιφερικής νευροπάθειας σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Συμπεριελήφθησαν 108 διαβητικοί τύπου 2 ασθενείς, οι οποίοι χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Στην ομάδα Α εντάχθηκαν 54 ασθενείς (26 άνδρες, 28 γυναίκες) μέσης ηλικίας $69,7 \pm 10,1$ ετών, μέσης διάρκειας διαβήτη $15,8 \pm 5,3$ ετών και μέσης HbA_{1c} $7,9 \pm 1,1\%$ με περιφερική νευροπάθεια. Στην ομάδα Β εντάχθηκαν 54 ασθενείς (25 άνδρες, 29 γυναίκες) μέσης ηλικίας $68,5 \pm 9,8$ ετών, μέσης διάρκειας διαβήτη $15,1 \pm 4,9$ ετών και μέσης HbA_{1c} $8,2 \pm 1,4\%$ χωρίς περιφερική νευροπάθεια. Η συχνότητα αμφιβληστροειδοπάθειας (32 ασθενείς στην ομάδα Α, 30 ασθενείς στην ομάδα Β) και μικρολευκωματινουρίας (18 ασθενείς στην ομάδα Α, 17 ασθενείς στην ομάδα Β) δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων. Όλοι οι ασθενείς είχαν φυσιολογικό αιματοκρίτη και φυσιολογικό αριθμό λευκών αιμοσφαιρίων και αιμοπεταλίων. Η διάγνωση της περιφερικής νευροπάθειας έγινε σύμφωνα με το δείκτη DNI (Diabetic Neuropathy Index). Περιφερική νευροπάθεια θεωρήθηκε ότι είχαν οι ασθενείς με $DNI > 2$. Ο MPV μετρήθηκε σε δείγματα αίματος στα οποία ως αντιπηκτικό χρησιμοποιήθηκε κιτρικό Νάτριο. Κάθε μέτρηση έγινε σε δύο αυτόματους αναλυτές (Sysmex SF 3000 and Cell-Dyn 3700).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Δεν παρατηρήθηκε διαφορά ($p=0,99$) στις τιμές του MPV μεταξύ των δύο αναλυτών. Ο MPV ήταν σημαντικά ($p=0,02$) υψηλότερος στην ομάδα Α ($16,1 \pm 2,1fl$) σε σύγκριση με την ομάδα Β ($10,7 \pm 1,4fl$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μεταξύ ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 σημαντικά υψηλότερες τιμές MPV παρουσιάζουν εκείνοι με περιφερική νευροπάθεια. Το εύρημα αυτό ενδέχεται να αποκτήσει πρακτική σημασία στο μέλλον, αν αποδειχθεί συμμετοχή των αιμοπεταλίων στην παθογένεια της διαβητικής νευροπάθειας.

**ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΥΠΕΡΓΛΥΚΑΙΜΙΑΣ
ΣΤΗΝ ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΜΕΝΗ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗ**

Κ. Καζάκος, Κ. Δολιανίτης, Α. Ρωμανίδου, Ι. Γιώβος
Διαβητολογικό Κέντρο Α΄ Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ ΓΠΝ ΑΧΕΠΑ

ΣΚΟΠΟΣ

Να εξετασθεί εάν η αύξηση των επιπέδων γλυκόζης μετά από του στόματος χορήγηση

75gr γλυκόζης, επηρεάζει τα επίπεδα της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Δεκατρείς ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 και πέντε υγιείς εθελοντές υποβλήθηκαν σε από του στόματος δοκιμασία γλυκόζης (ΔΑΓ). Στη συνέχεια μετρήθηκαν τα επίπεδα γλυκόζης και HbA1c στους χρόνους 0΄, 60΄ και 120΄.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι μεταβολές των επιπέδων της HbA1c μεταξύ του χρόνου 0΄ και 60΄ και μεταξύ του χρόνου 60΄ και 120΄ στην ομάδα των ασθενών με

ΣΔ τύπου 2 δεν ήταν στατιστικά σημαντικές ($p=0,7$ και $p=0,9$ αντίστοιχα). Αντίστοιχα ήταν και τα ευρήματα στην ομάδα των υγιών ατόμων ($p=0,8$ και $p=0,5$ αντίστοιχα). Στην ομάδα των ασθενών με ΣΔ τύπου 2 οι τιμές της HbA1c εμφάνισαν σημαντική συσχέτιση με τις τιμές των επιπέδων της γλυκόζης στους χρόνους 0΄ και 120΄ της ΔΑΓ ($r=0,6$). Στην ομάδα των υγιών εθελοντών παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση των τιμών της HbA1c με τις τιμές της γλυκόζης μόνο στον χρόνο 0΄ ($r=0,8$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η οξεία υπεργλυκαιμία δεν φαίνεται να επηρεάζει τις τιμές της HbA1c. Υπάρχει σημαντική συσχέτιση των τιμών της HbA1c με τα επίπεδα γλυκόζης νηστείας τόσο στους υγιείς όσο και στους ασθενείς με ΣΔ τύπου 2.

**ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΑΔΑΝΑΦΙΛΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΤΥΤΙΚΗ
ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΜΗ**

**Μ. Μπρισιτιάνου, Χ. Πάνου, Λ. Καλοβούλου, Ε. Κατωπόδη,
Αικ. Γιαλαμούδη, Αικ. Παπακωνσταντίνου, Α.Γ. Σοφός, Λ. Λαναράς***

*Γ. Ν. Καρπενησιού & Διαβητολογικό Ιατρείο Γ. Ν. Λαμίας

Μελετάται η αποτελεσματικότητα, η ανεκτικότητα και οι πιθανές παρενέργειες από τη χορήγηση ταδαναφίλης (Cialis®) σε ασθενείς, διαβητικούς και μη, με στυτική δυσλειτουργία.

Η μελέτη αφορά 28 άνδρες ηλικίας 34-60 ετών με στυτική δυσλειτουργία που προσδιορίστηκε με ειδικό ερωτηματολόγιο (Διεθνής Δείκτης Στυτικής Λειτουργίας - IIEF-5). Όλοι είχαν ελεγχθεί προηγούμενα, ώστε να αποκλειστεί η ύπαρξη στεφανιαίας νόσου, νεφρικής και ηπατικής ανεπάρκειας. Από τους 28, οι 10 έπασχαν από σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) τύπου 2 για περισσότερα από 8 χρόνια. Δυο ήσαν σε αγωγή με ινσουλίνη και 8 με αντιδιαβητικά δισκία. Το φάρμακο χορηγήθηκε σε δόση 20 mg δυο φορές την εβδομάδα. Η περίοδος παρακολούθησης ήταν 6-12 μήνες. Από τους μη διαβητικούς ένας δεν επανήλθε και δεν συμπεριλαμβάνεται στη μελέτη.

Από τους 17 μη διαβητικούς, όπως δήλωσαν αλλά και όπως φάνηκε από την εκ νέου συμπλήρωση του ερωτηματολογίου IIEF-5, 8 είχαν πολύ ικανοποιητική στύση, 5 ικανοποιητική (συνολικά 76%), ενώ 4 δεν εμφάνισαν βελτίωση (24%). Από τους διαβητικούς 5 είχαν πολύ ικανοποιητική στύση, 1 ικανοποιητική (συνολικά 60%) και 4 δεν ανταποκρίθηκαν (40%). Οι διαφορές μεταξύ ασθενών με και χωρίς ΣΔ δεν είναι στατιστικά σημαντικές. Οι παρενέργειες ήταν κεφαλαλγία (5 περιπτώσεις), δυσπεψία (3) και εξάψεις (1). Κανείς δεν διέκοψε τη θεραπεία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια της ταδαναφίλης ήταν ικανοποιητική σε διαβητικούς και μη ασθενείς. Οι παρενέργειες ήταν ελαφρές και καλώς ανεκτές.

ΜΕΙΖΟΝΑ ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΒΑΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

I. Βαγρόπουλος, Μ. Γιαβροπούλου, Μ. Πρωτόπαπα¹, Ν. Γρηγοριάδης

Υπερτασιολογικό Ιατρείο Α΄ Παθολογικής Κλινικής και

¹Αιματολογικό εργαστήριο, ΓΝ Σερρών, Σέρρες

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι να καταγράψει και να συγκρίνει την συχνότητα των προδιαθεσικών παραγόντων κινδύνου και των μειζόνων αγγειακών επιπλοκών σε υπερτασικούς διαβητικούς σε σχέση με μη διαβητικούς ασθενείς του ιατρείου μας.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ -ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήσαμε, ανεξάρτητα φύλου και ρύθμισης ΣΔ, 174 υπερτασικούς διαβητικούς ασθενείς, του υπερτασιολογικού ιατρείου του ΓΝ Σερρών, για κάπνισμα, ΣΝ, ΑΕΕ, Υπερλιπιδαιμία (χοληστερίνη >220 και/ή τριγλυκερίδα >150, και/ή LDL>150 mg%), και παχυσαρκία (BMI >30) και τους συγκρίναμε με 548 υπερτασικούς μη διαβητικούς ασθενείς του ίδιου ιατρείου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

ΣΥΝΟΛΟ ΑΣΘΕΝΩΝ = 722	Διαβητικοί ασθενείς=174		Μη διαβητικοί ασθενείς=548	
	n	%	n	%
χωρίς συνοδά νοσήματα	24	11,50	129	23,50
υπερλιπιδαιμία	134	77,01	325	59,30 *
παχυσαρκία BMI> 30	92	52,87	242	44,16 *
υπέρβαροι BMI 25-29,9	61	35,50	234	42,70
υπερλιπιδαιμία+παχυσαρκία	65	31,35	121	22,08
ΑΕΕ	25	14,36	32	5,48 *
Σ/Ν- Έμφραγμα	25	14,36	37	6,75 *
κάπνισμα	16	9,20	75	13,68
υπερλιπιδαιμία + παχυσαρκία + κάπνισμα + ΑΕΕ	3	1,72	0	0
υπερλιπιδαιμία + παχυσαρκία + κάπνισμα + ΣΝ/ΕΜΦΡ	2	1,15	0	0

*στατιστικά σημαντική διαφορά

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

1. Υπερδιπλάσιο ποσοστό των διαβητικών ασθενών είχε υποστεί ΑΕΕ και πάσχει από Σ/Ν σε σχέση με τους μη διαβητικούς.
2. Οι μισοί υπερτασικοί διαβητικοί ασθενείς ήταν παχύσαρκοι, σημαντικά περισσότεροι από τους μη διαβητικούς υπερτασικούς.
3. Τα δύο τρίτα των υπερτασικών διαβητικών ήταν υπερλιπιδαιμικοί.
4. Υπερδιπλάσιο ποσοστό των μη διαβητικών ήταν ελεύθερο συνοδών νοσημάτων και επιπλοκών, σε σύγκριση με τους υπερτασικούς διαβητικούς.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΣΥΜΒΑΜΑΤΩΝ ΜΕ ΤΟ ΦΥΛΟ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Ι. Βαγρόπουλος, Μ. Γιαβροπούλου, Μ. Πρωτόπαπα¹, Ν. Γρηγοριάδης

Υπερτασιολογικό Ιατρείο Α' Παθολογικής Κλινικής και
¹Αιματολογικό εργαστήριο, ΓΝ Σερρών, Σέρρες

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι να καταγράψει την συχνότητα των προδιαθεσικών παραγόντων κινδύνου αλλά και την εμφάνιση καρδιαγγειακών επιπλοκών σε υπερτασικούς διαβητικούς ασθενείς σε σχέση με το φύλο.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ - ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήσαμε την επίπτωση της παχυσαρκίας, υπερλιπιδαιμίας, καπνίσματος, ΑΕΕ και Σ/Ν, σε σχέση με το φύλο, σε 174 υπερτασικούς διαβητικούς ασθενείς (57 Α και 117 Γ) του Εξωτερικού Υπερτασιολογικού Ιατρείου στο Γ. Ν. Σερρών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΙ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

ΣΥΝΟΛΟ ΑΣΘΕΝΩΝ n=174	ΑΝΔΡΕΣ n	n= 57 %	ΓΥΝΑΙΚΕΣ n	n =117 %
ΥΠΕΡΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ	46	80,70	88	75,21
ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ*	21	36,84	71	60,68
ΚΑΠΝΙΣΜΑ*	11	19,29	5	4,27
ΑΕΕ	12	21,05	13	11,11
Σ/Ν- ΕΜΦΡΑΓΜΑ	12	21,05	13	11,11

* στατιστικά σημαντική διαφορά

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

1. Υπερτερούν συντριπτικά σε ποσοστά οι καπνιστές άνδρες.
2. Σημαντικά υψηλότερο ποσοστό υπερτασικών διαβητικών γυναικών εμφανίζουν παχυσαρκία.
3. Η υπερλιπιδαιμία εμφανίζεται σχεδόν με την ίδια συχνότητα στους άνδρες και στις γυναίκες.
4. Στους άνδρες υπερτερούν σε συχνότητα εμφάνισης τα ΑΕΕ και η Σ/Ν, χωρίς όμως στατιστική σημαντικότητα.

**ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΠΟΡΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ
ΜΕΤΑΞΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΜΦΡΑΓΜΑ
ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΤΟΥΣ**

Δ. Κασαράκης, Π. Κελεμπέκογλου, Δ. Χανιωτάκης, Σ. Λαμπρόπουλος,
Γ. Τσιούμας, Γ. Όρλιακλής, Ε. Σαρρή, Μ. Κουτμερίδης

Καρδιολογική Κλινική Νοσοκομείου Σερρών

ΣΚΟΠΟΣ

Να διερευνηθεί ποιες είναι οι διαφορές στις επιπλοκές και στην έκβαση κατά την διάρκεια της νοσηλείας διαβητικών και μη ασθενών με έμφραγμα μυοκαρδίου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήθηκαν 283 ασθενείς με έμφραγμα μυοκαρδίου, εκ των οποίων 108 είχαν σακχαρώδη διαβήτη (Σ/Δ) στην πλειοψηφία από οκταετίας γνωστό, και οι 175 χωρίς Σ/Δ. Καταγράφηκαν όλες οι αρρυθμίες και οι διαταραχές αγωγιμότητας που παρουσιάσθηκαν κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους, καθώς και οποιαδήποτε άλλη επιπλοκή. Επακολούθησε μελέτη των διαφορών μεταξύ των δυο ομάδων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σε σύνολο 283 ασθενών με έμφραγμα μυοκαρδίου

ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	108 ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΙ	175 ΜΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΙ
1 Θάνατοι	14(12,96%)	9(5,14%)
2 Αρρυθμίες	29(26,85%)	49(28%)
3 Διαταραχές αγωγιμότητας	17(15,74%)	11(6,28%)
4 Πνευμονικό οίδημα	23(21,29%)	16(9,14%)
5 Υγρά περικαρδίτιδα	6(5,55%)	8(4,57%)
6 Μετεμφραγματική στηθάγχη	5(4,63%)	11(6,28%)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι θάνατοι στους ασθενείς με έμφραγμα μυοκαρδίου και σακχαρώδη διαβήτη είναι υπερδιπλάσιοι, συγκριτικά με τους μη διαβητικούς. Επίσης υπερδιπλάσια είναι η εμφάνιση πνευμονικού οιδήματος, και των διαταραχών αγωγιμότητας στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη. Οι αρρυθμίες, η υγρά περικαρδίτιδα, και η μετεμφραγματική στηθάγχη παρουσιάζουν μη σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων.

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Π. Κελεμπέκογλου, Δ. Κασαράκης, Δ. Χανιωτάκης, Π. Καλπίδης,
Ε. Σαρρή, Π. Λαζαρίδου, Αικ. Σταθεροπούλου, Μ. Κουτμερίδης

Καρδιολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Σερρών

ΣΚΟΠΟΣ

Να διερευνηθούν οι διαφορές στην συμπτωματολογία προσέλευσης μεταξύ διαβητικών και μη ασθενών με έμφραγμα μυοκαρδίου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήθηκαν 283 ασθενείς με έμφραγμα μυοκαρδίου. Από αυτούς είχαν σακχαρώδη διαβήτη από οκταετίας γνωστό 108 άτομα. Σε όλους πάρθηκε λεπτομερές ιστορικό, και ακολούθησε εκατοστιαία ταξινόμηση του ποσοστού εμφάνισης του κάθε συμπτώματος, και σύγκριση των ποσοστών μεταξύ των δυο ομάδων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Άτυπη εικόνα 27(15,42%) μη διαβητικοί, και 21(19,44%) διαβητικοί

175 Μη διαβητικοί = Ομάδα Α, 108 Διαβητικοί = Ομάδα Β

Σύμπτωμα	A	B	Σύμπτωμα	A	B
1 Εφίδρωση	88,8%	41,6%	10 Δύσπνοια	6,8%	13,9%
2 Οποδοστερνικό άλγος	82,8%	79,6%	11 Αιμωδίες χεριών	8,6%	3,7%
3 Αίσθημα σύσφιξης	36,5%	41,6%	12 Έντονη αδυναμία	5,1%	9,2%
4 Άλγος στα χέρια	26,2%	25,9%	13 Άλγος ώμων	6,3%	6,4%
5 Ναυτία	21,7%	24%	14 Ζάλη	2,8%	10,2%
6 Ραχιαλγία	22,3%	20,4%	15 Καυστικό άλγος	5,7%	5,5%
7 Εμετοί	13,7%	12,9%	16 Δυσφορία	4,6%	6,4%
8 Επιγαστραλγία	12%	14,8%	17 Λιποθυμία	4,5%	4,6%
9 Άλγος στο τράχηλο	12%	13,8%	18 Άλγος γνάθων	2,3%	1,9%

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι διαβητικοί ασθενείς εμφάνισαν συχνότερα άτυπη κλινική εικόνα κατά 4%. Επίσης προσήλθαν σε συχνότητα διπλάσια και τριπλάσια από τους μη διαβητικούς με δύσπνοια (εικόνα πνευμονικού οιδήματος), και ζάλης αντίστοιχα. Αντίθετα οι μη διαβητικοί ασθενείς προσήλθαν με διπλάσια συχνότητα εφίδρωσης, και αιμωδιών των άνω άκρων.

**Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΥΠΕΡΓΛΥΚΑΙΜΙΑΣ ΣΤΟ QT ΔΙΑΣΤΗΜΑ
ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**

Κ. Καζάκος, Α. Ρωμανίδου, Κ. Δολιανίτης, Ι. Γιώβος
Διαβητολογικό Κέντρο Α΄ Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ ΓΠΝ ΑΧΕΠΑ

Είναι γνωστό ότι η παράταση του διαστήματος QT προδιαθέτει σε καρδιακές αρρυθμίες και αιφνίδιο θάνατο.

ΣΚΟΠΟΣ

Να εξετασθεί εάν οι οξείες μεταβολές των επιπέδων γλυκόζης πλάσματος κατά την διάρκεια της από του στόματος δοκιμασίας γλυκόζης μπορούν να επηρεάσουν το διάστημα QT σε ασθενείς με ΣΔ τύπου 2.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Δώδεκα ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 και δώδεκα υγιείς υποβλήθηκαν σε από του στόματος δοκιμασία γλυκόζης (ΔΑΓ) με 75 gr γλυκόζης. Έγιναν ΗΚΓραφήματα στους χρόνους 0΄, 60΄.

120΄ και μετρήθηκαν τα διαστήματα QT και QTc με βάση τον τύπο Bazett ($QTc = QT/RR$). Διάστημα QTc > 440 msec χαρακτηρίστηκε παθολογικά παρατεταμένο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα διαστήματα QTc στους χρόνους 0΄, 60΄ και 120΄ κατά την διάρκεια της ΔΑΓ δεν διέφεραν σημαντικά και στις δύο ομάδες. Παράταση του QTc εμφανίστηκε στο 7,7% στην ομάδα των ασθενών με ΣΔ τύπου 2 και σε κανέναν στην ομάδα των υγιών. Υπήρξε σημαντική συσχέτιση του QTc διαστήματος με τα επίπεδα της γλυκόζης στον χρόνο 0΄ της ΔΑΓ στην ομάδα των ασθενών με ΣΔ τύπου 2 ($p < 0,05$). Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση του QTc διαστήματος με την γλυκόζη στους χρόνους 60΄ και 120΄ και στις δύο ομάδες ($p=0,1$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η χρόνια υπεργλυκαιμία και όχι η οξεία υπεργλυκαιμία φαίνεται ότι επηρεάζει το διάστημα QT στους ασθενείς με ΣΔ τύπου 2.

**ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΕΦΙΔΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΑΚΡΟΥ ΠΟΔΟΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ
ΜΕ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**

Ν. Παπάνας¹, Κ. Παπαθεοδώρου¹, Δ. Παπάζογλου¹, Δ. Χριστακίδης²,
Χ. Μοναστηριώτης¹, Ε. Μαλτέζος¹

¹Β' Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

²Διαβητολογικό Ιατρείο, ΠΓ Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της συσχέτισης ανάμεσα στη διάρκεια του Σακχαρώδους Διαβήτη τύπου 2 και στη διαταραχή της εφίδρωσης του άκρου ποδός.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Συμπεριελήφθησαν 181 διαβητικοί τύπου 2 ασθενείς (87 άνδρες, 94 γυναίκες) μέσης ηλικίας $65,3 \pm 6,8$ ετών και μέσης διάρκειας διαβήτη $17,8 \pm 7,3$ ετών. Οι ασθενείς χωρίστηκαν στις ομάδες Α (68 ασθενείς με διάρκεια διαβήτη ≤ 10 έτη), Β (62 ασθενείς με διάρκεια διαβήτη 11-20 έτη) και Γ (51 ασθενείς με διάρκεια διαβήτη >20 έτη). Η διαταραχή της εφίδρωσης μελετήθηκε με το νέο ειδικό αυτοκόλλητο (Neuropad[®]) στις πελματιαίες επιφάνειες των δύο άκρων ποδών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η συχνότητα διαταραχής της εφίδρωσης ήταν 39,70% στην ομάδα Α, 62% στην ομάδα Β και 90,19% στην ομάδα Γ ($p=0,001$, $\chi^2=31,537$). Ο απαιτούμενος χρόνος μέχρι την πλήρη χρωματική αλλαγή του Neuropad[®] ήταν $9,1 \pm 2,7$ λεπτά στην ομάδα Α, $16,8 \pm 3,3$ λεπτά στην ομάδα Β και $26,8 \pm 4,3$ λεπτά στην ομάδα Γ ($p=0,0001$). Μεταξύ των ασθενών με διαταραχή της εφίδρωσης ο απαιτούμενος χρόνος μέχρι την πλήρη χρωματική αλλαγή ήταν $13,9 \pm 1,3$ λεπτά στην ομάδα Α, $19,7 \pm 2,6$ λεπτά στην ομάδα Β και $30,1 \pm 4,2$ λεπτά στην ομάδα Γ ($p=0,001$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τόσο η συχνότητα, όσο και η βαρύτητα της διαταραχής της εφίδρωσης του άκρου ποδός, όπως διαγιγνώσκονται με το νέο ειδικό αυτοκόλλητο (Neuropad[®]), παρουσιάζουν σημαντική θετική συσχέτιση με τη διάρκεια του Σακχαρώδους Διαβήτη τύπου 2.

Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΟΠΑΘΕΙΑΣ ΩΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΜΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ

**Ν. Παπάνας¹, Δ. Τζιακάς², Ε. Χατζηνικολάου², Ε. Μαλτέζος¹,
Γ. Λουρίδας³, Δ. Χατσέρας²**

¹Β' Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

²Καρδιολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

³Α' Καρδιολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της ευαισθησίας και της ειδικότητας της διάγνωσης περιφερικής αρτηριοπάθειας ως δείκτη βαρύτητας της στεφανιαίας αθηροσκλήρωσης σε διαβητικούς με στεφανιαία νόσο.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Συμπεριελήφθησαν 116 διαβητικοί ασθενείς (80 άνδρες, 36 γυναίκες) μέσης ηλικίας $62,11 \pm 10,2$ ετών και μέσης διάρκειας διαβήτη $14,6 \pm 5,4$ ετών. Ο διαβήτης ήταν τύπου 2 σε 107 ασθενείς και τύπου 1 σε 9 ασθενείς. Όλοι οι ασθενείς έπασχαν από στεφανιαία νόσο, τεκμηριωμένη με στεφανιογραφία. Βαριά στεφανιαία νόσο θεωρήθηκε ότι είχαν οι ασθενείς με νόσο του στελέχους ή νόσο τριών αγγείων ή νόσο του εγγύς τμήματος του προσοδίου κατιόντος. Περιφερική αρτηριοπάθεια διαγνώστηκε κατά τη μέτρηση των δεικτών πίεσεων σύμφωνα με τη μέθοδο Doppler στους ασθενείς με Κνημοβραχιόνιο Δείκτη $<0,9$ και/ή Δακτυλοβραχιόνιο Δείκτη $<0,6$. Οι ασθενείς με Δακτυλοβραχιόνιο Δείκτη $<0,4$ σε ένα τουλάχιστον σκέλος θεωρήθηκε ότι είχαν σοβαρή αρτηριοπάθεια.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η διάγνωση περιφερικής αρτηριοπάθειας είχε ευαισθησία 52,38% και ειδικότητα 69,80% για τη διάγνωση της βαριάς στεφανιαίας νόσου. Η ευαισθησία δεν διέφερε μεταξύ των δύο φύλων, ενώ η ειδικότητα ήταν υψηλότερη στους άνδρες (76,3%) σε σχέση με τις γυναίκες (53,30%). Η διάγνωση σοβαρής περιφερικής αρτηριοπάθειας είχε υψηλότερη ειδικότητα (88,68%), αλλά πολύ χαμηλότερη ευαισθησία (25,40%) για τη διάγνωση της βαριάς στεφανιαίας νόσου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διάγνωση περιφερικής αρτηριοπάθειας παρουσιάζει μέτρια ευαισθησία και ειδικότητα ως δείκτης βαρύτητας της στεφανιαίας αθηροσκλήρωσης σε διαβητικούς με στεφανιαία νόσο.

ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΣΦΥΡΟΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΔ.

**Κ. Σουλής, Α. Καρακόζογλου, Μ. Γιακοσούμποβα, Γ. Παυλίδη,
Κ. Χουλιάρopoulos, Σ. Κουκουρίκος**

Διαβητολογικό Ιατρείο Β' Παθολογική Κλινική ΓΠΝ «Γ. Παπανικολάου»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μελέτη Framingham εκτιμά ότι στο 20% περίπου των ασθενών με περιφερική αγγειοπάθεια (ΠΑ) συνυπάρχει και ΣΔ. Είναι γνωστό επίσης ότι ο ΣΔΤ2 είναι μια πάθηση συχνότατα ασυμπτωματική με συνέπεια να μην είναι επακριβώς γνωστός ο επιπολασμός της ΠΑ στον ΣΔ. Υπολογίζεται ότι η ΠΑ απαντάται σε διπλάσια συχνότητα στους διαβητικούς συγκριτικά με μη-διαβητικά άτομα. Η χρήση του ΣΒΔ για την διάγνωση της ΠΑ σε διάφορες μελέτες έδειξε ότι ο επιπολασμός της είναι 20% σε άτομα ηλικίας άνω των 40 ετών και με ΣΔ.

ΣΚΟΠΟΣ

Η παρούσα ανακοίνωση είναι αρχική παρουσίαση των αποτελεσμάτων της εκτίμησης του ΣΒΔ στους ασθενείς του ιατρείου μας και γίνεται προσπάθεια συσχέτισης του με γνωστούς παράγοντες κινδύνου.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Στην μελέτη μας μέχρι σήμερα μελετήθηκαν 37 ασθενείς (24 άνδρες) μέσης ηλικίας 61,5 ετών (άνδρες 61,8, γυναίκες 60,8, $p=0,790$) με μέση διάρκεια ΣΔ 12,3 έτη (12,3 και 12,2 έτη αντίστοιχα, $p=0,981$). Εξ αυτών 1 είχε ΣΒΔ $< 0,9$ (άνδρας) και στα δύο άκρα (3%), 8 (7 άνδρες και 1 γυναίκα) μόνο σε ένα (22%) και 28 (16 άνδρες και 12 γυναίκες) είχαν ΣΒΔ $> 0,9$ (75%) και στα δύο κάτω άκρα τους ($p=0,21518$). Δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στην ηλικία μεταξύ των ατόμων με ΣΒΔ $< 0,9$ και μεγαλύτερο αυτού ($p=0,0648492$). Όταν όμως εξετάζονταν κατά φύλο παρατηρήθηκε οριακή σημαντικότητα στους άνδρες ($p=0,050154$). Δεν παρατηρήθηκε επίσης καμία συσχέτιση με την διάρκεια του ΣΔ ($p=0,142014$), το κάπνισμα ($p < 0,42$) την υπέρταση ($p < 0,70$) και την δυσλιπιδαιμία ($p < 0,92$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα ευρήματα συμφωνούν με την διαπίστωση και άλλων μελετών ότι το 20% περίπου των διαβητικών έχουν πρόβλημα ΠΑ και δείχνουν την μεγάλη συχνότητα παρουσίας ασυμπτωματικής ΠΑ στα άτομα με ΣΔ ιδίως στις μεγάλες ηλικίας. Τα ευρήματα αυτά συνηγορούν υπέρ της ευρείας χρησιμοποίησης του ΣΒΔ στην καθημερινή πρακτική των διαβητολογικών ιατρείων για την έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπιση των αγγειακών διαταραχών των κάτω άκρων των ατόμων με ΣΔ.

**ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΡΛΙΣΤΑΤΗΣ ΣΤΟΝ ΚΙΝΔΥΝΟ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ
ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ
ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2.**

ΜΕΛΕΤΗ ΟΡΛΙΚΑΡΔΙΑ

Τ. Διδάγγελος¹, Α. Θανοπούλου², Σ. Μπούσμπουλας³, Χ. Σαμπάνης¹,
Β. Αθυρός¹, Ε. Σπανού², Σ. Παππάς³, Β. Καραμάνος², Δ. Καραμήτσος¹

¹Διαβητολογικό Κέντρο Β'ΠΠ ΑΠΘ, "Ιπποκράτειο" Νοσ. Θεσ/νίκης,

²Διαβητολογικό Κέντρο Β'ΠΠ ΕΚΠΑ, "Ιπποκράτειο" Νοσ. Αθήνας,

³Διαβητολογικό Κέντρο Γ'Π Γενικού Νοσ. Νίκαιας Πειραιώς

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το μεταβολικό σύνδρομο έχει συσχετισθεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου ιδιαίτερα σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου-2 (ΣΔΤ2).

ΣΚΟΠΟΣ

Να μελετηθεί η επίδραση της χορήγησης Ορλιστάτης (ΟΡΛ) μαζί με υποθερμιδική δίαιτα (ΥΔ) έναντι ΥΔ μόνης στον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου σε ασθενείς με Μεταβολικό Σύνδρομο (ΜΣ, κριτήρια NCEP-ATP III) και ΣΔΤ2

ΑΣΘΕΝΕΙΣ-ΜΕΘΟΔΟΙ

Στην παρούσα πολυκεντρική, τυχαιοποιημένη (3:1) και ανοικτή μελέτη συμμετείχαν 126 ασθ., που τυχαιοποιήθηκαν σε δύο ομάδες. Η ομάδα Α (94 ασθ., μέσης ηλικίας 57±11 έτη, μέσης γνωστής διάρκειας ΣΔ 8.9±6.4 έτη) έλαβε 360 mg/ημερησίως ΟΡΛ μαζί με ΥΔ, ενώ η ομάδα Β (32 ασθ., μέσης ηλικίας 58±12 έτη, μέσης γνωστής διάρκειας ΣΔ 9.1±6.6 έτη) έλαβε ΥΔ μόνο. Σε όλους τους ασθ. μετρήθηκαν οι ακόλουθες παράμετροι κάθε εξ μήνες: Περίμετρος Μέσης (ΠΜ), Συστολική και Διαστολική Αρτηριακή Πίεση (ΣΑΠ και ΔΑΠ), Γλυκόζη πλάσματος νηστείας, LDL-C, Τριγλυκερίδια, HDL-C, Βάρος Σώματος (ΒΣ), HbA1c, Δείκτης HOMA και ολική χοληστερόλη (ΟΛ.ΧΟΛ.). Όλοι οι ασθ. είχαν τρία ή και περισσότερα κριτήρια του ΜΣ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μετά από εξ μήνες υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ της ομάδας Α και της ομάδας Β στο ΒΣ (87.8±14.65 έν. 83±8, p=0.0001), στην ΠΜ (103±11 έν 101±8, p<0.0001), στην LDL-C (121±36 έν. 143±39, p=0.034), στη ΣΑΠ (129.6±14.6 έν. 135.8±16.9, p=0.024) και στο Δείκτη HOMA (p=0.022), ενώ δεν παρατηρήθηκε διαφορά στα τριγλυκερίδια και την HDL-C. Στο τέλος της μελέτης 65% των ασθ. της ομάδας Α εκπληρούσαν ακόμη τα κριτήρια του ΜΣ έναντι του 91% των ασθ. της ομάδας Β (p < 0.0001).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η χορήγηση ΟΡΛ μαζί με ΥΔ μπορεί να τροποποιήσει τους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου σε ασθ. με ΜΣ και ΣΔΤ2. Αυτή η δράση μπορεί να έχει ευνοϊκή επίδραση μακροχρονίως στη μείωση του αυξημένου καρδιαγγειακού κινδύνου των ασθ. αυτών.

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΥΠΟ ΔΙΣΚΙΑ ΚΑΙ ΥΠΟ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ ΚΑΤΑ ΤΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΕΤΟΣ

**Θ. Βοσνακίδης, Γ. Μαυρίδης, Α.Μ. Βασιλείου, Χ. Συμεωνίδης,
Ι. Μπανιώτης, Γ. Λακασάς, Γ. Συμεωνίδης**

Β' Παθολογικό Τμήμα και Εξωτερικό Διαβητολογικό Ιατρείο (ΕΔΙ),
Γ.Ν.Θεσσαλονίκης «Ο Άγιος Δημήτριος»

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της μελέτης είναι η σύγκριση ασθενών του ΕΔΙ κατά το τελευταίο έτος, ανάλογα με την αγωγή τους.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήθηκαν 283 ασθενείς που χωρίστηκαν σε 2 ομάδες: Στην ομάδα Α συμπεριελήφθησαν 217 ασθενείς (76,68%) υπό υπογλυκαιμικά δισκία, ενώ η ομάδα Β περιελάμβανε 66 ασθενείς (23,32%) υπό ινσουλίνη.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην ομάδα Α 96 ασθενείς ήταν άνδρες (44,25%) και 121 γυναίκες (55,75%) vs 25 άνδρες (37,8%) και 41 γυναίκες (62,2%) στην ομάδα Β. Ο μ.ο. ηλικίας ήταν $70,4 \pm 4$ έτη vs $60,8 \pm 2$ έτη ($p < 0,05$) και η μέση διάρκεια ΣΔ $8,79$ έτη vs $13,39$ έτη ($p < 0,05$). Οι μέσες τιμές στις δύο ομάδες ήταν: HbA_{1C} $7,89$ vs $7,78\%$, BMI $30,4 \pm 5$ vs $29,4 \pm 5$ kg/m^2 , micral test ούρων $95,7$ vs $108,9$ mg/l , $LDL-C$ $139,8$ vs $150,8$ mg/dl ($p < 0,05$) και TG 175 vs 147 mg/dl ($p < 0,05$). Αμφιβληστροειδοπάθεια είχαν 57 (26,2%) vs 30 (45,5%) ασθενείς ($p < 0,05$), καταρράκτη 11 (5%) vs 9 (13,6%), τύφλωση 1 από κάθε ομάδα (0,46 vs 1,5%) και γλαύκωμα 1 ινσουλινοθεραπευόμενος (1,5%). Σε φωτοπηξία υποβλήθηκαν 14 (6,45%) vs 16 (24,2%) ($p < 0,05$). Περιφερική νευροπάθεια είχαν 28 (12,9%) vs 32 (48,5%) ασθενείς ($p < 0,05$), ενώ περιφερική αγγειοπάθεια 21 (9,64%) vs 19 (28,7%) ($p < 0,05$). Δυσλιπιδαιμία ($LDL > 100$ mg/dl) παρουσίαζαν 132 (60,8%) vs 39 (59,1%), αρτηριακή υπέρταση 110 (50,7%) vs 32 (48,5%) και στεφανιαία νόσο 47 (21,6%) vs 17 (25,7%) ασθενείς.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- 1) Στην ομάδα ινσουλίνης οι ασθενείς ήταν μικρότεροι σε ηλικία αλλά είχαν μεγαλύτερη διάρκεια ΣΔ.
- 2) Οι δύο ομάδες εμφάνισαν στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την επίπτωση των μακροχρόνιων επιπλοκών του ΣΔ.
- 3) Οι δύο ομάδες δεν είχαν μεταξύ τους στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τη γλυκαιμική ρύθμιση και το BMI.

**ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΤΟΥ ΣΔ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΤΟ ΝΕΦΡΟ
ΣΕ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟ-
ΝΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΕΕ**

Χ. Σαββόπουλος¹, Μ. Αποστολοπούλου¹, Α. Χατζητόλιος¹, Δ. Βήτος¹,
Μ. Κοσμίδου¹, Α. Αναστασιάδου¹, Μ. Μπαλτατζή¹, Χ. Μανές²

¹ Α Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

² Διαβητολογικό Κέντρο, Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Π.Ν. Παπαγεωργίου

ΣΚΟΠΟΣ. Οι επιπτώσεις του ΣΔ στο νεφρό σε συσχέτιση με το είδος της δε-
ραπείας σε πολυπαραγοντικούς ασθενείς με οξύ ι-ΑΕΕ και ΣΔ τύπου 2.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ. Αναδρομική μελέτη 75 ασθενών (33 Α- 42 Γ) με
ι-ΑΕΕ και ΣΔ, ηλικίας 75,2±7,4. Καταγράφηκε το ποσοστό των συνυπαρχό-
ντων παραγόντων κινδύνου, το είδος αντιδιαβητικής αγωγής και η ανταπό-
κριση σ' αυτήν με μέτρηση της γλυκόζης νήστεως. Η νεφρική λειτουργία εκτι-
μήθηκε με την κάθαρση κρεατινίνης (Cl_{cr}), ενώ οι επιπτώσεις του ΣΔ στο νε-
φρό με μέτρηση μικρολευκωματουρίας σε ούρα 24ώρου και διενέργειας καλ-
λιέργειας ούρων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ. α) 74,7% έπασχαν από ΑΥ, 38,8% από ΣΝ, 18,7% από
ΚΜ και 14,7% από υπερλιπιδαιμία. β) Το 65,3% έπαιρνε αντιδιαβητικά δισκία
και το 34,7% ινσουλίνη. Στους υπό δισκία, διπλή αγωγή (διγουανίδη-σουλφο-
νυλουρία) είχαμε σε 29,3%, ενώ μονοθεραπεία στο 36% (2,7% διγουανίδη και
33,3% σουλφονυλουρίες). Στους ινσουλινοθεραπευόμενους 25,3% ήταν υπό
διφασική ινσουλίνη 30-70, 4% υπό 20-80 και 5,3% υπό ισοφανική. γ) Τα επί-
πεδα γλυκόζης ήταν 177,2±114,7mg/dl, 140,1±60,8 στους υπό διπλή αγωγή,
159,5±52,8 σε μονοθεραπεία και 199±73,4 σε ινσουλινοθεραπεία. δ) Η Cl_{cr}
υπολογίστηκε 60,9±28,9 ml/min στο σύνολο, 74,9±35 στους υπό διπλή αγω-
γή, 69,8±48,6 σε μονοθεραπεία και 76,1±41,8 σε ινσουλινοθεραπεία. ε) Μι-
κρολευκωματουρία (126 mg) παρουσίασε το 18,7%. Ειδικότερα 35,7% αφο-
ρούσε ασθενείς υπό διπλή αγωγή, 35,7% υπό μονοθεραπεία και 28,6% υπό ιν-
σουλινοθεραπεία. στ) Θετική καλλιέργεια ούρων εμφάνισε το 40% (12% άνδρες
και 28% γυναίκες).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ. 1) Η ΑΥ είναι ο κυρίαρχος παράγοντας κινδύνου που
συνυπάρχει στους διαβητικούς ασθενείς. 2) Η πλειοψηφία των ηλικιωμένων
ασθενών με ΣΔ τύπου 2 που εμφανίζουν οξύ ΑΕΕ λαμβάνει αντιδιαβητικά δι-
σκία, κύρια σουλφονυλουρίες. Οι ινσουλινοθεραπευόμενοι λαμβάνουν κυρίως
διφασική ινσουλίνη 30-70. Ωστόσο καμία ομάδα δεν ρυθμίζει επαρκώς το
σάκχαρό της. 3) Υπάρχει σαφής δυσμενής επίδραση στη νεφρική λειτουργία,
ιδιαίτερα στους ινσουλινοθεραπευόμενους, λόγω ίσως της μεγαλύτερης διάρ-
κειας και ανθεκτικότητας της νόσου. 4) Το 1/5 περίπου των ασθενών εμφα-
νίζει μικρολευκωματουρία ανεξάρτητα από το είδος αγωγής, ενώ οι λοιμώξεις
διατηρούν την προτίμηση στο γυναικείο φύλο, με υπερδιπλάσια συχνότητα
προφανώς λόγω των ανατομικών διαφορών στο ουροποιογεννητικό σύστημα.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΟΜΟΙΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΦΩΣΦΟΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Β. Τσιμικόδημος¹, Ρ. Καλαϊτζίδης¹, Ε. Μπαϊρακτάρη³,
Κ. Σιαμόπουλος¹, Μ. Ελισάφ¹

¹Τομέας Παθολογίας και

²Εργαστήριο Βιολογικής Χημείας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ. Το μεταβολικό σύνδρομο αποτελεί ένα σύνολο καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου που πρόσφατα έχει λάβει επιδημικές διαστάσεις. Παρά τις προόδους στην κατανόηση των συνεπειών του μεταβολικού συνδρόμου η παθοφυσιολογία του παραμένει ασαφής. Είναι γνωστό ότι ο φωσφόρος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στο μεταβολισμό της γλυκόζης. Έτσι, έχει διατυπωθεί η άποψη ότι οι διαταραχές του μεταβολισμού του φωσφόρου ενδέχεται να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην παθογένεια της αντίστασης στη δράση της ινσουλίνης και κατά συνέπεια στην εμφάνιση του μεταβολικού συνδρόμου. Ωστόσο, μέχρι σήμερα δεν υπάρχουν επαρκή κλινικά δεδομένα που να τεκμηριώνουν αυτή τη θεωρία.

ΣΚΟΠΟΣ. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση των διαταραχών του μεταβολισμού του φωσφόρου σε ασθενείς με μεταβολικό σύνδρομο.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ. Στη μελέτη συμμετείχαν 255 άτομα. Η διάγνωση του μεταβολικού συνδρόμου βασίστηκε σε πρόσφατα δημοσιευμένα κριτήρια. Τα άτομα με 3 ή περισσότερα κριτήρια αποτέλεσαν την ομάδα του μεταβολικού συνδρόμου (n=64), ενώ τα άτομα με λιγότερα από 3 κριτήρια αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου (n=191).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ. Οι ασθενείς με μεταβολικό σύνδρομο εμφάνισαν σημαντικά χαμηλότερες συγκεντρώσεις φωσφόρου σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (3.04 ± 0.46 vs 3.32 ± 0.48 mg/dl, $p < 0.001$). Μάλιστα, η μείωση των επιπέδων του φωσφόρου στην ομάδα των ασθενών ήταν συνάρτηση του αριθμού των χαρακτηριστικών του μεταβολικού συνδρόμου που εμφάνιζαν οι ασθενείς. Δεδομένου ότι οι τιμές της κλασματικής απέκκρισης του φωσφόρου δεν διέφεραν σημαντικά μεταξύ των ομάδων της μελέτης είναι προφανές ότι τα χαμηλότερα επίπεδα του φωσφόρου στους ασθενείς με μεταβολικό σύνδρομο οφείλονταν σε μειωμένη διαιτητική πρόσληψη ή/και σε εσωτερική αναδιανομή του φωσφόρου. Ταυτόχρονα με τις διαταραχές του μεταβολισμού του φωσφόρου οι ασθενείς με μεταβολικό σύνδρομο εμφάνισαν και σημαντικά χαμηλότερες συγκεντρώσεις μαγνησίου σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (1.64 ± 0.13 vs 1.69 ± 0.14 mEq/l, $p < 0.05$). Τα χαμηλότερα επίπεδα του μαγνησίου οφείλονταν σε παρόμοιους μηχανισμούς με τα χαμηλότερα επίπεδα του φωσφόρου, καθώς και στην διαμέσου της ινσουλίνης αύξηση της νεφρικής αποβολής του μαγνησίου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ. Συμπερασματικά οι ασθενείς με μεταβολικό σύνδρομο εμφανίζουν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα φωσφόρου και μαγνησίου σε σύγκριση με τον υγιή πληθυσμό. Η κλινική σημασία αυτών των διαταραχών, καθώς και η ενδεχόμενη αξιοποίηση τους σαν στόχων προληπτικών ή θεραπευτικών παρεμβάσεων πρέπει να μελετηθεί αναλυτικότερα.

**ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΟΦΕΛΟΥΣ ΣΤΗ ΜΙΚΡΟΛΕΥΚΩΜΑΤΟΥΡΙΑ ΚΑΙ
ΤΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΝΟΣ ΝΕΟΥ
Α-ΜΕΑ, ΤΗΣ ΙΜΙΔΑΠΡΙΛΗΣ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ
ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

Α. Χατζητόλιος¹, Χ. Σαββόπουλος¹, Μ. Αποστολοπούλου¹, Μ. Κοσμίδου¹,
Μ. Μπαλτατζή¹, Γ. Γιαννακούλας¹, Φ. Ηλιάδης¹, Χ. Μανές²

¹ Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ. Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ

² Διαβητολογικό Κέντρο, Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Π.Ν. Παπαγεωργίου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι α-ΜΕΑ είναι ιδιαίτερα χρήσιμοι στη θεραπεία υπερτασικών με επιπρόσθετους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου και επιπλοκές από τα όργανα στόχους. Η συνύπαρξη ΣΔ στους υπερτασικούς αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο αγγειοπάθειας και εκδηλώσεων της όπως το ΑΕΕ και η νεφρική δυσλειτουργία.

ΣΚΟΠΟΣ

Η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας και ασφάλειας της ΙΜ στη λευκωματουρία σε ηλικιωμένους υπερτασικούς ασθενείς με ΑΕΕ και ΣΔ.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ

17 υπερτασικοί διαβητικοί με ΑΕΕ και μικρολευκωματουρία, ηλικίας 72,8±7,29 ετών (14 γυναίκες και 3 άνδρες). Χορηγήθηκε ΙΜ σε ΑΠ > 140/90, είτε ως μονοθεραπεία σε 2 ασθενείς ή σε συνδυασμό με άλλα φάρμακα που ήδη χορηγούνταν σε 15 (ως διπλή αγωγή σε 10, ως τριπλή σε 3 και ως τετραπλή σε 2). Η αποτελεσματικότητα και ασφάλεια της ΙΜ κλινικά και εργαστηριακά εκτιμήθηκαν 7 ημέρες και 2 μήνες από την έναρξη της αγωγής. Η λευκωματουρία και η νεφρική λειτουργία εκτιμήθηκαν στους ίδιους χρόνους με συλλογή ούρων 24ώρου και προσδιορισμό της κάθαρσης κρεατινίνης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

α) Η μέση τιμή ΑΠ μειώθηκε από 161,5±24,35/78,8±10,537 κατά την έναρξη, σε 146±21,564/78,7±11,57 την 7^η ημέρα και σε 132,7±12,02/81,4±8,66 τον 2^ο μήνα. Η ελάττωση της ΑΠ επιτεύχθηκε είτε με μονοθεραπεία ΙΜ σε 2 ασθενείς, είτε με συνδυασμένη θεραπεία της ΙΜ σε 15 ασθενείς. β) Σε κανέναν ασθενή δεν παρατηρήθηκε βήχας ή άλλη ανεπιθύμητη ενέργεια. Σε 4 ασθενείς με συνδυασμένη αγωγή παρατηρήθηκαν ορθοστατικά φαινόμενα που υποχώρησαν με τροποποίηση των δόσεων, χωρίς διακοπή της ΙΜ. γ) Παρατηρήθηκε μείωση της μικρολευκωματουρίας σε όλους τους ασθενείς με διακύμανση της μέσης τιμής από 259,4±4 κατά την έναρξη σε 229,4±63,7 την 7^η ημέρα και σε 189,6±60,7 τον 2^ο μήνα. δ) Η μέση τιμή κάθαρσης κρεατινίνης (72,1±25,09 ml/min) κατά την έναρξη, μετά μικρή επιδείνωση (71,9±22,87 ml/min) την 7^η ημέρα, παρουσίασε σχετική βελτίωση (79,7±24,47 ml/ml) στο τέλος της δίμηνης θεραπείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ΙΜ ως μονοθεραπεία, όσο και σε συνδυασμό με διάφορες κατηγορίες αντιυπερτασικών αποδείχθηκε αποτελεσματική και ασφαλή στη μείωση της ΑΠ σε ηλικιωμένους διαβητικούς με ΑΕΕ. Συγχρόνως, η ΙΜ επέφερε σημαντική βελτίωση της λευκωματουρίας χωρίς επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας.

ΛΙΠΟΑΤΡΟΦΙΚΟΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ

Απ. Τσάπας¹, Τ. Διδάγγελος², Α. Νάκου², Ε. Κεχάγια², Δ. Καραμήτσος²

¹Β' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης,

²Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο λιποατροφικός διαβήτης είναι μία σπάνια μορφή του σακχαρώδη διαβήτη, και χαρακτηρίζεται από πλήρη ή μερική έλλειψη υποδορίου λίπους, μεγάλου βαθμού ινσουλινοαντοχή, μεγάλες ανάγκες σε ινσουλίνη, έλλειψη κετώσεως, υπερλιπιδαιμία και ηπατομεγαλία.

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση ασθενούς με λιποατροφικό διαβήτη.

ΑΣΘΕΝΗΣ - ΜΕΘΟΔΟΣ

Ασθενής 65 ετών με συγγενή λιποατροφία και ΣΔ τύπου 2 από 30ετίας (από 20ετίας υπό ινσουλίνη), προσέρχεται λόγω από έτους δυσκολιών στη ρύθμιση του ΣΔ, παρά τις τροποποιήσεις στα θεραπευτικά σχήματα. Μετά την έναρξη θεραπευτικού σχήματος με τέσσερις ενέσεις ινσουλίνης (τρεις ταχείας δράσης προ των γευμάτων και μία ενδιάμεσης δράσης προ της κατάκλισης) επετεύχθη βελτίωση του γλυκαιμικού ελέγχου, ενώ στο πλαίσιο της διερεύνησης η ασθενής υπεβλήθη σε υπερινσουλιναϊμική ευγλυκαιμική δοκιμασία ινσουλινικού αποκλεισμού.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τη δοκιμασία του ινσουλινικού αποκλεισμού καταδείχθηκε η μεγάλου βαθμού ινσουλινοαντοχή της ασθενούς, η οποία ενοχοποιείται και για τη δυσχέρεια ρύθμισης του ΣΔ. Συγκεκριμένα, παρά την παράταση της δοκιμασίας – και κατά συνέπεια τη χορήγηση θεραπευτικών δόσεων ινσουλίνης ενδοφλεβίως – και την έγχυση γλυκόζης με το μικρότερο δυνατό ρυθμό ($M=0,5 \text{ mg/kg BΣ/min}$), η ασθενής στάθηκε αδύνατο να σταθεροποιηθεί σε ευγλυκαιμικά επίπεδα. Συμπεραίνεται ότι η ασθενής πράγματι ανήκει στην κατηγορία του λιποατροφικού σακχαρώδη διαβήτη που χαρακτηρίζεται από μεγάλη ινσουλινοαντοχή.

ΙΑΤΡΕΙΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΚΥΗΣΗΣ**Ε. Αθανασίου, J. Montgomery**

Obstetric department, Royal Sussex County Hospital, Brighton, England

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην μαιευτική κλινική, υπάρχει ειδικό εξωτερικό ιατρείο για την παρακολούθηση της διαβητικής κύησης σε συνεργασία με την παθολογική. Θελήσαμε να βρούμε τα αποτελέσματα των κυήσεων αυτών κατά την διάρκεια ενός έτους (1/1/1998-31/12/98).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Το σύνολο των γυναικών αυτών ήταν 92. Οι γυναίκες χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Ομάδα I (57) – διαβητικές που έμειναν έγκυες και ομάδα II (35) – γυναίκες που ανέπτυξαν διαβήτη της κύησης.

Η μαιευτική παρακολούθηση γίνονταν ανά δύο εβδομάδες ως την 34^η εβδομάδα κύησης και στην συνέχεια εβδομαδιαία ως τον τοκετό.

Ο στόχος για τα επίπεδα γλυκόζης ήταν 6 ως 8 mmol/l. Υπερηχογραφικά το έμβρυο ελέγχονταν ανά δεύτερη επίσκεψη για τον υπολογισμό του βάρους του με στόχο να μην υπερβαίνει τα 3900 γραμ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

	Ομάδα I N=57	Ομάδα II N=35
Τοκετός (εβδομάδες)	38,2	38,3
Βάρος νεογνού (γραμ)	3250	3378
Νοσηλεία μητέρας(ημέρες)	19,2	21,4
Αυτόματος τοκετός	18	16
Πρόκληση τοκετού	19	6
Βεντούζα/ Εμβρυσουλκός	10	5
Καισαρική τομή	27	13
Μονάδα νεογνών (εισαγωγή)	16	6

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διαβητική κύηση είναι υψηλού κινδύνου και χρειάζεται τακτικότερη παρακολούθηση. Ο έλεγχος της γλυκαιμίας της μητέρας είναι σημαντικότερος. Σχεδόν οι μισές (47%) διαβητικές που μένουν έγκυες έχουν υψηλότερο ποσοστό καισαρικής τομής. Ο τοκετός είναι προτιμότερο να γίνεται κολπικά είτε αυτόματα είτε με πρόκληση η οποία θα πρέπει να μην γίνεται μετά την 39^η εβδομάδα κύησης. Το νεογνό της διαβητικής κύησης δεν χρειάζεται εισαγωγή στην μονάδα σαν ρουτίνα.

**ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΠΑΧΟΣ ΤΟΥ ΥΠΟΔΟΡΙΟΥ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ ΕΝΑΣ ΠΡΩΙΜΟΣ
ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΓΙΑ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΔΙΑΒΗΤΗ
ΣΤΗ ΜΗΤΕΡΑ;**

Θ. Ταντανάσης, Χ. Γιαννούλης, Κ. Παπαθανασίου, Δ. Δόβας, Α. Τολίκας,
Ν. Φραγκεδάκης, Ι. Τζαφέττας

Β' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Α. Π. Θ. Ιπποκράτειο Γενικό Νοσ. Θεσσαλονίκης

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσης πρόδρομης μελέτης ήταν να αξιολογήσει τη σημασία του πάχους του υποδορίου λίπους του εμβρύου ως πρώιμου δείκτη για την εκδήλωση διαβήτη στην έγκυο.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Εξετάσθηκαν υπερηχογραφικά 42 έγκυες γυναίκες με ηλικία κύησης μεταξύ 23 - 32 εβδομάδων. Έγκυες με επιπλοκές κύησης αποκλείσθηκαν της μελέτης. 18 από αυτές ήρθαν πρώτη φορά για εξέταση σε προχωρημένο στάδιο κύησης. Μετά από υπερηχογραφική αξιολόγηση όλες οι έγκυες υποβλήθηκαν σε δοκιμασία ανοχής γλυκόζης (ΔΑΓ). Ανάλογα με τα αποτελέσματα της εξέτασης, χωρίστηκαν σε δυο ομάδες.

(α) Η ομάδα Α αποτελούνταν από 20 γυναίκες με παθολογική ΔΑΓ. Σε 17 από αυτές εντοπίστηκε αυξημένο πάχος υποδορίου λίπους στο έμβρυο. (β) Η ομάδα Β αποτελούνταν από 15 υγιείς έγκυες με έμβρυα που είχαν φυσιολογικό πάχος υποδορίου λίπους πλην δυο περιπτώσεων. 7 γυναίκες αποκλείσθηκαν λόγω μη συμμόρφωσης με τη διαδικασία της έρευνας.

Το πάχος του υποδορίου λίπους μετρήθηκε σε 3 σημεία: (1) στην περίμετρο της κεφαλής (HC), (2) στην περίμετρο της κοιλιάς (AC) και (3) σε επιμήκη διατομή στο ύψος της θωρακικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης (TS). Σε όλες τις μετρήσεις αξιολογήθηκε το παχύτερο σημείο υποδορίου λίπους.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην ομάδα Α: HC: $5,6 \pm 0,3$, AC: $6,2 \pm 0,2$, TS: $6,3 \pm 0,3$, στην ομάδα Β: HC: $3,2 \pm 0,1$, AC: $3,5 \pm 0,2$, TS: $3,3 \pm 0,2$. Οι μετρήσεις ανάμεσα στην Α και Β ομάδα είχαν σημαντική διαφορά της τάξης του $p < 0,001$.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Με βάση τα δεδομένα της παρούσης μελέτης, φαίνεται ότι το πάχος του υποδορίου λίπους στο έμβρυο μπορεί να αποτελέσει έναν πρώιμο δείκτη για εκδήλωση διαβήτη της εγκύου. Ο αριθμός των περιστατικών είναι βέβαια περιορισμένος. Η έρευνα συνεχίζεται ώστε να προκύψουν αξιόπιστα συμπεράσματα.

ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ Σ.Δ. ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΟΥ ΚΥ ΙΑΣΜΟΥ

Ο. Κουτσογιάννης, Ι. Κοσμίδης, Λ. Μπόργκι, Α. Αλεξούδης,
Κ. Γκαμπράς, Μ. Αντωνίου, Θ. Τσαρακτσίδου, Μ. Πασαλίδου

Κέντρο Υγείας Ιάσμου

ΣΚΟΠΟΣ

Η μελέτη της Δ.Α. και των διάφορων παραγόντων σε διαβητικούς ασθενείς κατά το χρονικό διάστημα 1-1-2004 έως 30-6-2004.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Κατά το πρώτο εξάμηνο του 2004 εξετάσθηκαν 97 διαβητικοί ασθενείς, 41 άνδρες και 56 γυναίκες από τους οποίους 78 ήταν χριστιανοί και 19 μουσουλμάνοι 14 με τύπου 1 ΣΔ και 83 με τύπου 2 Σ.Δ. Οι ηλικίες: από 38 έως 76 έτη. Η μελέτη περιλάμβανε 1) μέτρηση οπτικής οξύτητας, 2) τονομέτρηση, 3) βυθοσκόπηση μετά χορήγηση μυδριατικού και επί ενδείξεων έγχρωμη φωτογραφία βυθού και φλουροαγγειογραφία, μέτρηση HbA1c και διάρκεια διαβήτη.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

Από τους 97 ασθενείς σε 58 δεν βρέθηκαν αλλοιώσεις από τους βυθούς, 19 παρουσίασαν ΔΑΥ (διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια υποστρώματος), 7 προπαραγωγική και 7 παραγωγική ΔΑΠ, 6 ωχροπάθεια διαβητική. Από τους 39 διαβητικούς 10 είχαν έκπτωση οράσεως. Στο σύνολο των διαβητικών βρέθηκαν από τις οφθαλμολογικές παθήσεις 6 με καταρράκτη, 7 με γλαύκωμα, 5 με υπερτασική αμφιβληστροειδοπάθεια, 1 νευρίτιδα του οπτικού νεύρου, 1 αποκόλληση υαλοειδούς, 1 μελάνωμα. Σε όλες τις περιπτώσεις η διάρκεια του ΣΔ ήταν > 8 χρόνια, η HbA1c > από 8%, σε 18 από αυτούς συνυπήρχε υπέρταση. Το 38,14% των περιστατικών έπασχε και από υπέρταση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια στους ασθενείς μας συσχετίσθηκε με τον ανεπαρκή γλυκαιμικό έλεγχο όπως και με την διάρκεια του Σ.Δ. Οι συνοδές οφθαλμολογικές παθήσεις εμφανίζουν αυξημένη συχνότητα στους διαβητικούς ασθενείς. Η αρτηριακή υπέρταση συνυπήρχε για 37 περιστατικά με διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια.

**ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑΣ
ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2
ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ ΤΟΥΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ**

Φ. Ηλιάδης, Μ. Κοσμίδου, Κ. Τζαβέλλα, Μ. Μπαλατζή, Ευ. Τσιρογιάννη,
Χ. Σαββόπουλος, Α. Αδαμίδου, Μ. Αλεβίζος

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, νος. ΑΧΕΠΑ, ΑΠΘ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επίπτωση της αμφιβληστροειδοπάθειας στους ασθενείς που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη είναι μεγάλη και ο μακροχρόνιος διαβήτης οδηγεί σε σημαντικό βαθμό σε τύφλωση.

ΣΚΟΠΟΣ

Έγινε καταγραφή του ποσοστού της ΑΜ σε διαβητικούς τύπου 2 που προσήλθαν για πρώτη φορά σε ΔΙ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

536 διαβητικοί ασθενείς τύπου 2, 309 γυναίκες (57,65%) και 225 άνδρες (42,35%) προσήλθαν στο Εξωτερικό ΔΙ της Α΄ ΠΡΠ του νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ την περίοδο 2003-2004. Ο μέσος όρος (ΜΟ): ηλικίας 63,1±12,2 έτη, διάρκειας νόσου 10,1 ±8,17 έτη, πρωϊνής γλυκόζης 207±76 mg/dl και HbA_{1c} 8,13±1,98%.

Έγινε βυθοσκόπηση μετά από μυδρίαση με ατροπίνη. Η συσχέτιση της ΑΜ με τη διάρκεια του διαβήτη, την πρωϊνή τιμή γλυκόζης και της HbA_{1c} έγινε με τη χρήση του χ^2 -test.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

107 (20%) ασθενείς, 46 άνδρες(43%) και 61 γυναίκες (57%), είχαν ευρήματα ΑΜ, και μόνο 23 (22%) από αυτούς ήταν υπό παρακολούθηση. Από αυτούς οι 75 (70%) είχαν επιπλέον αρτηριακή υπέρταση υπό αγωγή. Ο ΜΟ: ηλικίας 63,8±11,7 έτη, διάρκειας νόσου 15,5±8,61 έτη, πρωϊνής γλυκόζης 238,7±90,02 mg/dl και HbA_{1c} 8,6±2,18 %. Η εκδήλωση ΑΜ είχε στατιστικά σημαντική σχέση με την τιμή της πρωϊνής γλυκόζης ($p<0,05$), τη ρύθμιση του διαβήτη ($p<0,0001$) και τη διάρκεια του διαβήτη ($p<0,0001$). Η συνύπαρξη αρτηριακής υπέρτασης επηρεάζει στατιστικά σημαντικά την εκδήλωση ΑΜ ($p<0001$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ΑΜ έχει άμεση σχέση με την την πρωϊνή γλυκόζη, τη HbA_{1c} και τη διάρκεια του διαβήτη. Η αρτηριακή υπέρταση δρα συνεργικά με το διαβήτη, αυξάνοντας τις επιπλοκές από τον αμφιβληστροειδή. Ένα σημαντικό ποσοστό των διαβητικών ασθενών (84 ασθενείς, 78,5%) ήταν αδιάγνωστοι για την αμφιβληστροειδοπάθεια.

**ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗ
ΙΝΤΕΡΦΕΡΟΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ-1
ΚΑΙ ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ**

Τ. Διδάγγελος¹, Γ. Τριανταφύλλου², Π. Μπρατζιτικός³, Ι. Τσόρλαλης¹,
Χ. Σαμπάνης¹, Δ. Καραμήτσος¹

¹Διαβητολογικό Κέντρο Β' ΠΠ ΑΠΘ, "Ιπποκράτειο" Νοσ. Θεσ/νίκης,

²Οφθαλμολογική κλινική "Ιπποκράτειου" Γ.Π.Ν.Θ.,

³Α' Πανεπιστημιακή Οφθαλμολογική Κλιν. Ν."ΑΧΕΠΑ"

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αμφιβληστροειδοπάθεια, η οπτική νευρίτιδα και η απώλεια της οράσεως έχουν αναφερθεί ως σπάνιες ανεπιθύμητες δράσεις της θεραπείας με ιντερφερόνες. Ωστόσο, η επίδραση της χορήγησης ιντερφερόνης Β-1b σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 (**ΣΔΤ1**) και πολλαπλή σκλήρυνση είναι εν πολλοίς άγνωστη.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Ασθενής ηλικίας 32 ετών, άνδρας, με ΣΔΤ1 από 30ετίας, ο οποίος υποβάλλεται σε θεραπεία με τέσσερις ενέσεις ινσουλίνης ημερησίως και παρακολουθείται σε τακτά χρονικά διαστήματα από το 1989 στο Διαβητολογικό Κέντρο, παρουσίασε προ τριετίας προοδευτικά επιδεινούμενη παραγωγική μορφή αμφ/θειας για την οποία υποβλήθηκε τελικώς πριν από ένα χρόνο σε αμφοτερόπλευρη υαλοειδεκτομή. Ο ασθενής παρουσίαζε τις ακόλουθες επιπλοκές λόγω του ΣΔ: αμφ/θεια υποστρώματος και μικρολευκωματινουρία (είναι σε θεραπεία με αναστολέα του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης II). Από το 1996 ο ασθενής παρουσίαζε προοδευτικά επιδεινούμενες εστιακές κρίσεις επιληψίας. Από τον έλεγχο, που έγινε, διαπιστώθηκε η πολλαπλή σκλήρυνση. Από το 2000 ο ασθενής, λόγω επιδείνωσης των κρίσεων, αρχίζει θεραπεία με ιντερφερόνη Β-1b 100 μον./ημέρα παρά ημέρα, ενώ χορηγήθηκε κορτιζόνη IV για μία εβδομάδα το έτος 2001. Η ιντερφερόνη διακόπηκε μετά την υαλοειδεκτομή. Η μέση τιμή της HbA1c από το 1998 μέχρι τώρα (γινόταν ανά τρίμηνο) ήταν 6.1% (Φ.Τ.<5.5).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο μεταβολικός έλεγχος του ασθενούς υπήρξε άριστος και σταθερός κατά τα τελευταία εξ έτη παρακολούθησής του και δεν μπορεί να δικαιολογήσει την αιφνίδια επιδείνωση της αμφ/θειας. Πιθανόν, η χορήγηση της ιντερφερόνης να ήταν η κύρια αιτία της αμφ/θειας, αλλά και ο ΣΔ (λόγω της μακράς διάρκειας) και η ίδια η πολλαπλή σκλήρυνση να συνέβαλαν κατά ένα μέρος.

**Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑΣ
ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΛΗΘΗΚΑΝ ΣΕ ΦΩΤΟΔΥΝΑΜΙΚΗ
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΧΟΡΙΟΕΙΔΙΚΗ ΝΕΟΑΓΓΕΙΩΣΗ ΣΥΝΕΠΕΙΑ
ΗΛΙΚΙΑΚΗΣ ΕΚΦΥΛΙΣΗΣ ΩΧΡΑΣ**

Γ. Τριανταφύλλου, Α. Τσεκούρα, Ο. Γούλια, Κ. Μαλάμος, Π. Τραϊανίδης

Οφθαλμολογική Κλινική Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης

ΣΚΟΠΟΣ

Η μελέτη της εξέλιξης της Διαβητικής Αμφιβληστροειδοπάθειας (ΔΑ) σε 18 ασθενείς μας οι οποίοι υποβλήθηκαν σε Φωτοδυναμική Θεραπεία (ΦΘ) με Βεντεπορφίν (*Visudine*) για χοριοειδική νεοαγγείωση συνεπεία Ηλικιακής Εκφύλισης Ωχράς (ΗΕΩ).

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

18 ασθενείς της Οφθαλμολογικής Κλινικής με τουλάχιστον σοβαρή μη παραγωγική ΔΑ και ιστορικό κλινικά σημαντικού οιδήματος ωχράς παρουσίασαν απώλεια της όρασης λόγω συνύπαρξης χοριοειδικής νεοαγγείωσης συνεπεία ΗΕΩ. Οι ασθενείς αυτοί υποβλήθηκαν κατόπιν συστάσεώς μας σε ΦΘ αλλαχού. Η μελέτη μας περιλαμβάνει φωτογράφιση βυθού και φλουοροαγγειογραφίες πριν και μετά την ΦΘ προκειμένου να προσδιορίσουμε την επίπτωση στην εξέλιξη της διαβητικής των αγγειοπάθειας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κατά την κατά 2,5 έτη παρακολούθηση, η οπτική οξύτητα παρέμεινε σταθερή σε 10 οφθαλμούς, βελτιώθηκε σε 5. και ελαττώθηκε σε 3 οφθαλμούς. Η φλουοροαγγειογραφική παρακολούθηση που έγινε σε διαστήματα από 2 εβδομάδες έως 3 μήνες από την ΦΘ καθώς και στο τέλος της, δεν έδειξε βλάβη της λοιπής αγγείωσης του αμφιβληστροειδούς, ή εξέλιξη της ΔΑ (παρά τον θεωρητικό κίνδυνο μιάς τέτοιας βλαπτικής επίδρασης), ενώ έδειξε περιορισμό ή εξαφάνιση της διαφυγής από την περιοχή της χοριοειδικής νεοαγγείωσης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

18 ασθενείς με ΔΑ οι οποίοι υποβλήθηκαν σε ΦΘ με Βεντεπορφίν δεν παρουσίασαν νέες αγγειακές αμφιβληστροειδικές βλάβες. Δεν παρατηρήθηκαν άλλες άτυπες αντιδράσεις στην χοριοειδική νεοαγγείωση μετά την ΦΘ με Βεντεπορφίν με εξαίρεση 4 υπαμφιβληστροειδικές αιμορραγίες.

Ασθενείς με ΔΑ και χοριοειδική νεοαγγείωση για την οποία υπάρχει ένδειξη ΦΘ πρέπει να υποβάλλονται σε ΦΘ, παρά τον θεωρητικό κίνδυνο μιάς βλαπτικής επίδρασης στην αγγείωση του αμφιβληστροειδούς.

Η ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ GLARGINE ΣΕ ΤΥΠΟΥ 1 ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ

Ν. Σάιλερ, Κ. Κίτσιος, Α. Παπαγεωργίου*, Η. Τσανικίδης, Κ. Βολιώτης

Α' & Β' Πρ.* Παθολογικές Κλινικές Ιπποκρατείου Νοσ. Θεσ/νίκης

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίδρασης της ινσουλίνης Glargine σε τύπου 1 διαβητικούς καθώς και η ανεύρεση της δόσης αυτής σε εντατικοποιημένη θεραπεία.

ΥΛΙΚΟ

Μελετήσαμε 25 τύπου 1 διαβητικούς, 17 άρρενες, μέσης ηλικίας 27,76 ετών (17-48), μέσου BMI $25,2 \pm 3,27$ kg/m², και μέσης διάρκειας διαβήτου $14,6 \pm 5,4$ έτη. Όλοι οι ασθενείς κατά την έναρξη της μελέτης ήταν σε 4-5 ενέσεις ινσουλίνης (3 ταχείας δράσης ή ταχεία ανάλογα και 1-2 ενέσεις ισοφανικής) ενώ μετά η ισοφανική αντικαταστάθηκε από 1 ένεση Glargine. Μετρούσαν 4 φορές ημερησίως την γλυκόζη του αίματός τους και κατέγραφαν τις τιμές και τις υπογλυκαιμίες σε ημερολόγιο.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Χρησιμοποιήθηκε paired student t-test για τις συγκρίσεις της HbA1c και του βάρους προ και μετά την αγωγή με ινσουλίνη Glargine.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Προ της Glargine η μέση HbA1c ήταν $7,4 \pm 1,4\%$ και 2-6 μήνες μετά την εισαγωγή σε Glargine $6,9 \pm 1,6\%$, δηλ. είχαμε πτώση της HbA1c κατά 0,5 ποσοστιαία μονάδα ($p=0,003$). Το μέσο βάρος των ασθενών προ της Glargine ήταν $74,6 \pm 11,4$ kg και μετά $73,7 \pm 10,6$ kg ($p=0,06$ ns). Ελαφρές υπογλυκαιμίες με την Glargine 4 ασθενείς είχαν περισσότερες, 5 τις ίδιες και 16 λιγότερες. Με την Glargine είχαμε μόνο 1 σοβαρή υπογλυκαιμία έναντι 5 σοβαρών υπογλυκαιμιών στο ίδιο χρονικό διάστημα με ισοφανική.

Προ της εισαγωγής της Glargine οι ασθενείς έκαναν συνολικά 61 ± 16 μονάδες ινσουλίνης ημερησίως εκ των οποίων 39% ισοφανική ενώ μετά έκαναν 55 ± 12 μονάδες εκ των οποίων 52% Glargine.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τύπου 1 διαβητικοί σε εντατικοποιημένη θεραπεία με την ινσουλίνη Glargine παρουσιάζουν σημαντική βελτίωση του ελέγχου του διαβήτου τους με πτώση της HbA1c κατά 0,5 ποσοστιαίες μονάδες και λιγότερες υπογλυκαιμίες με λιγότερες συνολικά μονάδες ινσουλίνης ημερησίως χωρίς μεταβολή του βάρους τους.

Η Glargine αντιπροσωπεύει το ήμισυ περίπου της συνολικής ημερησίας δόσης ινσουλίνης.

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΑΝΑΛΟΓΩΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1

Μ. Ευταξά, Ι. Μαλλιάς, Κ. Καρατζίδου, Α. Κλείτσας, Χ. Μηλόπουλος,
Κ. Γραικός, Α. Τσάλη, Ε. Πασχαλίδου, Ε.Μ. Πάγκαλος

Α' Παθολογική Κλινική Νοσ "ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ" Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι γνωστό ότι οι επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη οφείλονται κατά κύριο λόγο στην Υπεργλυκαιμία. Είναι επίσης γνωστό μετά από την μελέτη DCCT ότι η καλύτερη ρύθμιση όπως αυτή μπορεί να φανεί από την γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c) μπορεί να παρατείνει την έναρξη ή ακόμα και την εξέλιξη των επιπλοκών της μικροαγγειοπάθειας. Ήδη τα τελευταία χρόνια γίνεται προσπάθεια μίμησης του φυσιολογικού γλυκαιμικού μοντέλου στους ασθενείς με εντατικοποιημένα σχήματα ινσουλινοθεραπείας.

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι να εκτιμήσουμε την συμβολή ενός καινούργιου εντατικοποιημένου σχήματος με ανάλογα ινσουλίνης τόσο ταχείας (ινσουλίνη lispro) όσο και παρατεταμένης δράσης (ινσουλίνη glargine) τόσο στην ρύθμιση όσο και στην συχνότητα των υπογλυκαιμιών.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Στην μελέτη πήραν μέρος 30 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 που παρακολουθούνται στο διαβητολογικό ιατρείο της κλινικής ηλικίας 36,3 (15 - 70) ετών με διάρκεια διαβήτη $11,8 \pm 6,7$ χρόνια, που ρυθμιζόταν με εντατικοποιημένο σχήμα ινσουλινοθεραπείας με συμβατικές ινσουλίνες. Στους ασθενείς εκτιμήθηκε η συχνότητα των υπογλυκαιμιών και η HbA1c και εν συνεχεία χορηγήθηκαν τα ανάλογα ινσουλίνης. Οι ασθενείς παρακολουθούνται έκτοτε κατά τακτά χρονικά διαστήματα για διάστημα $9,3 \pm 5,5$ μήνες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Παρατηρήθηκε μείωση της HbA1c από $7,76 \pm 1,38$ σε $6,92 \pm 1,07$ ($p < 0,01$) καθώς και μείωση της συχνότητας των υπογλυκαιμιών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά το εντατικοποιημένο σχήμα ινσουλινοθεραπείας με ανάλογα ινσουλίνης συμβάλει αφενός μεν στην καλύτερη ρύθμιση αφετέρου δε στην καλύτερη ποιότητα ζωής των ασθενών.

Η ΡΟΣΙΓΛΙΤΑΖΟΝΗ ΒΕΛΤΙΩΝΕΙ ΤΗΝ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ ΣΤΗΝ ΙΝΟΣΟΥΛΙΝΗ ΚΑΙ ΤΟ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΚΑΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Π.Α. Σαραφίδης¹, Α.Ν. Λαζαρίδης¹, Ε.Μ. Πάγκαλος²,
Α.Δ. Χίτογλου-Μακέδου³, Κ.Α. Καζάκος¹, Ι. Γιώβος¹, Σ. Καρράς¹,
Α.Α. Τουρκαντώνης¹

¹Α' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

²Α' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

³Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Β' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Νοσ. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

ΣΚΟΠΟΣ. Οι δειαζολιδινεδιόνες αποτελούν μια νέα κατηγορία αντιδιαβητικών σκευασμάτων που δρουν μέσω αύξησης της ευαισθησίας των ιστών στην ινσουλίνη. Η παρούσα μελέτη είχε στόχο να διερευνήσει την επίδραση της δειαζολιδινεδιόνης ροσιγλιταζόνης στην ευαισθησία στην ινσουλίνη (ΕΙ) και το γλυκαιμικό έλεγχο σε ασθενείς με αρρυθμιστο σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) τύπου 2 και αρτηριακή υπέρταση και να εξακριβώσει αν οι αλλαγές στις παραπάνω παραμέτρους θα συσχετιζόταν μεταξύ τους.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ. Σε 20 ασθενείς (9 άνδρες και 11 γυναίκες) με ΣΔ τύπου 2 που βρισκόταν ήδη σε 15 mg γλιβενκλαμίδης ημερησίως, χωρίς όμως πλήρη ρύθμιση, προστέθηκαν 4 mg ροσιγλιταζόνης ημερησίως για 26 εβδομάδες. Οι ασθενείς είχαν είτε γνωστή υπέρταση, χωρίς έλεγχο υπό αντιυπερτασική αγωγή, είτε νεοδιαγνωσμένη υπέρταση για την οποία δεν ελάμβαναν αντιυπερτασική θεραπεία. Στην έναρξη και τη λήξη της μελέτης μετρήθηκαν τα επίπεδα σακχάρου και ινσουλίνης νηστείας και γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης των ασθενών, και προσδιορίστηκε η ΕΙ με τη μέθοδο του υπερινσουλιναϊμικού ευγλυκαιμικού clamp και η αντίσταση στην ινσουλίνη με τη μέθοδο του προτύπου ομοιόστασης (HOMA).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ. Στο τέλος της περιόδου παρακολούθησης η ΕΙ παρουσίασε σημαντική αύξηση σχέση με την έναρξη (ο δείκτης M μεταβλήθηκε από $2,49 \pm 0,17$ σε $3,09 \pm 0,18$ $\text{mmol} \cdot \text{min}^{-1}$, $P < 0,001$, ο δείκτης M/I από $2,51 \pm 0,17$ σε $3,14 \pm 0,20$ $\text{mmol} \cdot \text{min}^{-1} \cdot \text{nmol}^{-1} \cdot \text{L}$, $P < 0,001$ και ο δείκτης MCR από $0,50 \pm 0,34$ σε $0,62 \pm 0,03$ $\text{L} \cdot \text{min}^{-1}$, $P < 0,01$). Μετά από στάθμιση των παραπάνω δεικτών με το σωματικό βάρος ή την άλιπη μάζα κάθε ασθενούς, οι μεταβολές τους παρέμειναν επίσης στατιστικά σημαντικές. Αντίστοιχα, ο δείκτης HOMA παρουσίασε σημαντική μείωση (από $6,34 \pm 0,39$ σε $4,40 \pm 0,33$, $P < 0,001$), όπως και τα επίπεδα σακχάρου νηστείας (από $169,1 \pm 7,3$ σε $135,8 \pm 5,6$ mg/dl , $P < 0,001$), ινσουλίνης νηστείας (από $15,7 \pm 1,2$ σε $13,2 \pm 0,9$ $\mu\text{U/ml}$, $P < 0,01$), και γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (από $8,15 \pm 0,24$ σε $7,24 \pm 0,19$ %, $P < 0,001$). Ωστόσο, η μεταβολή της ΕΙ παρουσίασε σημαντική συσχέτιση μόνο με τη μεταβολή της ινσουλίνης και όχι με της μεταβολές του σακχάρου και της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ. Η προσθήκη ροσιγλιταζόνης σε ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 και αρτηριακή υπέρταση οδήγησε σε σημαντική βελτίωση της ΕΙ και του γλυκαιμικού ελέγχου. Η ροσιγλιταζόνη φαίνεται να μπορεί να συνεισφέρει σημαντικά στην αντιμετώπιση των ασθενών με ΣΔ τύπου 2, μέσω ενός νέου μηχανισμού δράσης.

ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΘΕΙΑΖΟΛΙΝΕΔΙΩΝ

Χ. Σαμπάνης, Τ. Διδάγγελος, Κ. Τζιόμαλος, Ε. Κεχαγιά,
Αικ. Νάκου, Δ. Καραμήτσος

Διαβητολογικό Κέντρο Β' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ.,
Γ. Π. Νοσοκομείο "Ιπποκράτειο" Θεσσαλονίκης

Οι θειαζολινεδιόνες (Θ) είναι φάρμακα, που αυξάνουν την ευαισθησία των ιστών στην ινσουλίνη και βελτιώνουν τον γλυκαιμικό έλεγχο σε άτομα με ΣΔ 2. Κύρια ανεπιθύμητη ενέργεια των Θ είναι η κατακράτηση υγρών και η επιβάρυνση της καρδιακής λειτουργίας.

ΣΚΟΠΟΣ

Παρουσίαση επτά ασθενών (ασθ) με ΣΔ τύπου 2 και καρδιακή ανεπάρκεια μετά από έναρξη θεραπείας με Θ.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

7 ασθ. με ΣΔ2 (4 γυναίκες) μέσης ηλικίας 71,1 έτη (εύρος 63-82 έτη), όλοι σε θεραπεία με Θ (5 ασθ. ροσιγλιταζόνη και 2 πιογλιταζόνη), προσήλθαν στην κλινική μας με συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας (2 πνευμονικό οίδημα, 5 συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια). Όλοι οι ασθ. παρουσίαζαν αύξηση βάρους σώματος (ΒΣ) 3-7 kg, οιδήματα κάτω άκρων, δύσπνοια με την κόπωση και ένας ασταθή στηθάγχη. Στεφανιαία νόσο (ΣΝ) (ιστορικό, παθολογικό ΗΚΓ) είχαν 5/7 ασθ., ιστορικό πνευμονικού οιδήματος (ΠΟ) 3/7 ασθ., αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) 6/7 ασθ., φουροσεμίδα λάμβαναν 4/7 ασθ. και 2 ασθ. ινσουλίνη. Το χρονικό διάστημα εμφάνισης συμπτωμάτων από το καρδιαγγειακό σύστημα μετά την έναρξη θεραπείας με Θ ήταν 1,8 μήνες (εύρος 1-3 μήνες). Οι ασθ. τέθηκαν σε θεραπεία καρδιακής ανεπάρκειας και ταυτόχρονα έγινε διακοπή των Θ. Ακολούθησε σταδιακή μείωση ΒΣ, υποχώρηση οιδημάτων και δύσπνοιας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η θεραπεία με Θ αυξάνει τον κίνδυνο καρδιακής ανεπάρκειας σε άτομα με ΣΔ2 και προβλήματα από το καρδιαγγειακό σύστημα. Για τον λόγο αυτό χρειάζεται πολύ καλή εκτίμηση της καρδιακής λειτουργίας πριν από τη χορήγηση Θ και συχνή παρακολούθηση ιδιαίτερα τους πρώτους 3 μήνες μετά την έναρξη θεραπείας με Θ.

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΡΟΣΙΓΛΙΤΑΖΟΝΗΣ ΣΤΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΚΑΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Π.Α. Σαραφίδης¹, Α.Ν. Λαζαρίδης¹, Α.Δ. Χίτογλου-Μακέδου²,
Κ.Α. Καζάκος¹, Ι. Γιώβος¹, Τσαντ Μούσλεχ¹, Λ. Χατζησταυρή¹,
Α.Α. Τουρκαντώνης¹

¹Α' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

²Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Β' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Νοσ. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

ΣΚΟΠΟΣ. Μια σειρά παρενεργειών όπως ηπατοτοξικότητα, κατακράτηση ύδατος, αύξηση βάρους και μείωση των επιπέδων της αιμοσφαιρίνης και του αιματοκρίτη έχουν αναφερθεί κατά τη χρήση των θειαζολιδινεδιονών. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν ο έλεγχος της επίδρασης της θειαζολιδινεδιόνης ροσιγλιταζόνης στους παραπάνω παράγοντες ασφάλειας σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) τύπου 2 και αρτηριακή υπέρταση.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ. Σε 20 ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 που ελάμβαναν ήδη 15 mg γλιβενκλαμίδης ημερησίως, χωρίς όμως πλήρη γλυκαιμική ρύθμιση, προστέθηκαν 4 mg ροσιγλιταζόνης ημερησίως για 26 εβδομάδες. Οι ασθενείς είχαν είτε γνωστή αρρυθμιστή υπέρταση, είτε νεοδιαγνωσμένη υπέρταση για την οποία δεν ελάμβαναν αντιυπερτασική αγωγή. Στην έναρξη και τη λήξη της μελέτης μετρήθηκε το βάρος, το ύψος και ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) των ασθενών, εξετάστηκε η σωματική τους σύσταση με τη μέθοδο της ανάλυσης βιοηλεκτρικής αντίστασης και προσδιορίστηκαν τα επίπεδα της αιμοσφαιρίνης, του αιματοκρίτη, της πυροσταφυλικής (SGPT) και της οξαλοξικής τρανσαμινάσης (SGOT), της γ-γλουταμυλοτρανσφοράσης (γ-GT), της αλκαλικής φωσφατάσης (ALP) και της γαλακτικής δευδρογενάσης (LDH).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ. Στο τέλος της περιόδου παρακολούθησης δεν παρατηρήθηκαν μεταβολές στα επίπεδα των SGPT (από 24,0±2,1 σε 23,4±2,6 U/L, P=0,67), SGOT (από 19,6±1,5 σε 22,6±1,6 U/L, P=0,06), γ-GT (από 18,1±2,8 σε 14,8±1,6 U/L, P=0,06), και ALP (από 83,2±7,1 σε 69,5±4,0 U/L, P=0,07) σε σχέση με την έναρξη, ενώ η LDH παρουσίασε μικρή αύξηση (από 301,2±14,7 σε 353,8±18,1 U/L, P<0,01). Τα επίπεδα της αιμοσφαιρίνης παρουσίασαν μικρή πτώση (από 13,5±0,3 σε 12,9±0,3 g/dL, P<0,01), αλλά ο αιματοκρίτης δεν εμφάνισε σημαντική μεταβολή (από 40,4±0,8 σε 39,7±1,0 %, P=0,37). Στο τέλος της μελέτης κανείς ασθενής δεν εμφάνισε τιμές των παραπάνω παραμέτρων εκτός των φυσιολογικών ορίων, ούτε παρουσίασε συμπτώματα ή σημεία ηπατικής βλάβης ή αναιμίας. Παρατηρήθηκε επίσης σημαντική αύξηση του σωματικού βάρους (από 74,7±2,0 σε 76,3±2,0 kg, P<0,001) και του ΔΜΣ (από 27,4±0,6 σε 28,0±0,7 kg/m², P<0,001) και η ανάλυση βιοαντίστασης αποκάλυψε σημαντική αύξηση των επιπέδων του ολικού σωματικού ύδατος (από 38,3±1,3 σε 40,6±1,4 L, P<0,001), κανείς ασθενής όμως δεν παραπονέθηκε για οίδημα κάτω άκρων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ. Η προσθήκη ροσιγλιταζόνης σε ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 και αρτηριακή υπέρταση δεν επηρέασε την ηπατική λειτουργία, συνδέθηκε όμως με μικρή πτώση της αιμοσφαιρίνης, κατακράτηση ύδατος και αύξηση βάρους. Παρόλο που οι μεταβολές αυτές ήταν καλά ανεκτές, οι παραπάνω παράμετροι πρέπει να ελέγχονται τακτικά κατά τη θεραπεία με θειαζολιδινεδιόνες.

**ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΠΟ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΣΕ ΔΙΑΣΤΗΜΑ 12 ΕΤΩΝ ΣΕ ΔΙΑ-
ΒΗΤΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΜΗ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΕ ΝΟΜΟ ΤΗΣ Β. ΕΛΛΑΔΟΣ**

Αναδρομική – πληθυσμιακή μελέτη

**Χ. Μανές, Απ. Χατζηπέτρου, Κ. Σιώμος, Δ. Καβάκη, Δ. Καραγιάννη,
Π. Μάρας, Ι. Θεοδωρόπουλος, Δ. Σκούτας**

Β' Παθολογική Κλινική - Διαβητολογικό Κέντρο - Γ.Π.Ν. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ» - Θεσσαλονίκη,
Γ.Ν. Νοσοκομείο Βέροιας, Γεν. Νοσοκομείο Νάουσας

Υπάρχουν επιδημιολογικές μελέτες που αναφέρουν αυξημένο κίνδυνο θανάτου από νεοπλασίες σε ασθενείς με διαταραγμένη ανοχή γλυκόζης ή Σακχαρώδη Διαβήτη εντοπίζοντας τον κίνδυνο στην περίπτωση αυτή – ΣΔ - σε ορισμένα είδη νεοπλασμάτων κυρίως του πεπτικού συστήματος.

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί η πιθανή συσχέτιση ΣΔ και αυξημένης θνητότητας από νεοπλασίες (γενικά) ή νεοπλάσματα που εντοπίζονταν σε διάφορα όργανα ή συστήματα.

ΜΕΘΟΔΟΙ

Μελετήθηκαν οι αιτίες θανάτου (τα νεοπλάσματα) σε συγκεκριμένο νομό της Β. Ελλάδος στη 12ετία 1989–2000, σημειώθηκε δε και η συνύπαρξη ΣΔ. Πρωτογενής πηγή πληροφοριών ήταν τα πιστοποιητικά θανάτου της Νομαρχίας και δευτερογενής πηγή το προσωπικό των Διαβητολογικών Ιατρείων του νομού.

Αποτελέσματα: α) Στο χρονικό διάστημα αυτό καταγράφηκαν 10.750 θάνατοι, οι 945 αφορούσαν ασθενείς με ΣΔ. β) Οι θάνατοι από νεοπλασίες ήταν 2.747 (25%) σε ασθενείς χωρίς γνωστό ΣΔ ενώ ήταν 89 (4,12%) σε ασθενείς με ΣΔ ($p<0,05$). Η μέση ηλικία θανάτου (έτη) ήταν αυξημένη στους διαβητικούς ασθενείς σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό ($73,12\pm 9,7$ προς $68,38\pm 13,3$ $p<0,05$). γ) Αναφορικά με τις ειδικές εντοπίσεις βρέθηκε αυξημένη συχνότητα θανάτου από χολάγγειο - Ca σε διαβητικούς ασθενείς (23% προς 9,7% $p<0,05$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Στην παρούσα πληθυσμιακή αναδρομική μελέτη δεν διαπιστώθηκε αυξημένη συχνότητα θανάτων από νεοπλασίες στο διαβητικό πληθυσμό. Βρέθηκε όμως αυξημένη θνητότητα από νεοπλασίες ήπατος – χολαγγείων όπως αναφέρεται και στη βιβλιογραφία.

ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗΣ ΑΓΧΩΔΟΥΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

**Δ. Κάλφας, Α. Μπάκας, Γ. Κυριακοπούλου, Π. Τάτση, Χ. Γκίνη,
Ε. Θασίτου, Π. Καρδάμη, Α. Παπαγιάννη**

Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Γιαννιτσών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή είναι η συχνότερη από όλες τις αγχώδεις διαταραχές (πρώην Νευρώσεις) και συνοπτικά περιγράφεται με υπερβολικό άγχος, στενοχώρια και ανεξέλεγκτη ανησυχία για τα καθημερινά προβλήματα της ζωής.

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της μελέτης υπήρξε η καταγραφή της συνύπαρξης Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής σε άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Το υλικό της μελέτης αποτέλεσε δείγμα 97 ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη, οι οποίοι προσήλθαν στα προγραμματισμένα ραντεβού του Διαβητολογικού Ιατρείου του Νοσοκομείου. Στους ασθενείς αυτούς δόθηκε να συμπληρώσουν ειδικό ερωτηματολόγιο της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας που αφορά την Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή. Κατόπιν από τους ατομικούς φακέλους των ασθενών καταγράφηκαν τα κλινικά και επιδημιολογικά χαρακτηριστικά των. Στη συνέχεια έγινε αξιολόγηση των ερωτηματολογίων και η συσχέτιση παρουσίας ή απουσίας Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής με τα επίπεδα σακχάρου αίματος, τα έτη παρουσίας του Σακχαρώδη Διαβήτη και ο τρόπος αντιμετώπισής του (δίαιτα, χάπια, ινσουλίνη).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Βρέθηκαν 36 (37,11%) ασθενείς με Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή. Ο μέσος όρος των επιπέδων της γλυκοζαιμίας ήταν 196,11 mg/dl και η καταγραφή της έναρξης του Σακχαρώδη Διαβήτη τοποθετείται από 12-ετίας περίπου. Από τους 36 ασθενείς που διαπιστώθηκε η παρουσία Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής το ήμισυ αντιμετωπιζόταν με χάπια και το άλλο ήμισυ με ινσουλίνη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη συσχετίζεται περισσότερο με τα επίπεδα της γλυκοζαιμίας, ενώ δεν έχει σχέση με τον τρόπο αντιμετώπισης του.

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ, ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ, ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΧΕΙΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

P. Πήτα, Α. Θεοφιλίδη, Γ. Κιοσέογλου, Κ. Καζάκος, Ι. Γιώβος

Τμήμα Ψυχολογίας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης και Διαβητολογικό Κέντρο της Παθολογικής Κλινικής του ΓΠΝ Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ

ΣΚΟΠΟΣ

Η έρευνα αποσκοπούσε στη διερεύνηση της ποιότητας ζωής (ΠΖ) ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, όπως αυτή επηρεάζεται από τους παράγοντες της πιθανής κατάθλιψης, της επικείμενης υπογλυκαιμίας και του χειρισμού του διαβήτη από τον ίδιο τον πάσχοντα.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Συμμετείχαν 25 άτομα, με Μ.Ο. ηλικίας 47,82 (εύρος 35-76) και Μ.Ο. διάρκειας νόσου 10,21 (εύρος 3-23) έτη.

Χορηγήθηκαν: το *BDI* για την εκτίμηση της κατάθλιψης, το *QOLID-89* για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής, καθώς και το *Ερωτηματολόγιο ικανοποίησης από τη θεραπεία του διαβήτη*, η *Κλίμακα αξιολόγησης του φόβου για υπογλυκαιμία* και το *Ερωτηματολόγιο ευεξίας* για το χειρισμό του διαβήτη.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων (με τη μέθοδο συσχέτισης με το συντελεστή Spearman) έδειξε ότι η μεταβολή της κατάστασης της υγείας (*QOLID-89*) είναι καθοριστικός παράγοντας για το χειρισμό του διαβήτη, οι άνδρες μάλιστα πίστευαν περισσότερο από τις γυναίκες ότι η υγεία τους θα αλλάξει στο μέλλον. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς (>56 ετών) έδειχναν ικανοποιημένοι από τη θεραπεία τους, συνδέοντάς την με καλύτερη ΠΖ. Οι παράγοντες φύλο και ηλικία δεν επηρέασαν την ευεξία του ατόμου, ενώ υπήρξε αρνητική συσχέτιση μεταξύ της κατάθλιψης και της ΠΖ. Έν γενει, οι γυναίκες έδειχναν να φοβούνται περισσότερο για επικείμενη υπογλυκαιμία από τους άντρες, ενώ η ηλικία έπαιξε καθοριστικό ρόλο για αυτό.

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ, ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΤΟ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1

Ρ. Πήτα, Ζ. Κουβάτσου, Γ. Κιοσέογλου, Τ. Διδάγγελος, Δ. Καραμήτσος
Τμήμα Ψυχολογίας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης και Διαβητολογικό
Κέντρο της Β' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλιν. του Ιπποκρατείου Νοσ. Θεσσαλονίκης

ΣΚΟΠΟΣ

Στόχος της έρευνας ήταν να αξιολογηθούν η κατάθλιψη, οι διατροφικές συνήθειες και η ποιότητα ζωής σε άτομα με διαβήτη τύπου 1 που χρησιμοποιούν φορητή αντλία συνεχούς έγχυσης ινσουλίνης.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Συμμετείχαν 11 άτομα με Μ.Ο. ηλικίας 32.73 (εύρος 21- 45) και διάρκειας νόσου 16.64 (εύρος 5-31) έτη.

Χορηγήθηκαν: το *BDI* για την εκτίμηση της κατάθλιψης, το *QOLID-89* για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής, το *EDI* για τη διερεύνηση των διατροφικών συνηθειών και την εικόνα του σώματος, καθώς και τρία εξειδικευμένα ερωτηματολόγια για το χειρισμό του διαβήτη από τον ασθενή: το *Ερωτηματολόγιο ικανοποίησης από τη θεραπεία του διαβήτη*, η *Κλίμακα αξιολόγησης του φόβου για υπογλυκαιμία* και το *Ερωτηματολόγιο ευεξίας*.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων (με τη μέθοδο συσχέτισης με το συντελεστή Spearman) έδειξε ότι η κατάθλιψη συσχετίζεται με τους παράγοντες του *EDI* «παρόρμηση για λεπτή φιγούρα», «αναποτελεσματικότητα» και «ενδοδοκτική αντίληψη», το φόβο για επικείμενη υπογλυκαιμία, και τους παράγοντες «αντίληψη της κατάστασης υγείας», «συνολική ποιότητα ζωής», και «συναισθηματική ευεξία» από το *QOLID-89*. Η «διαπροσωπική δυσπιστία» (*EDI*) συσχετίζεται με το δείκτη σωματικής μάζας, τη διάρκεια της νόσου και τη συνολική ποιότητα ζωής. Τέλος, το αίσθημα ευεξίας συνδέεται με το βαθμό συμμόρφωσης στις οδηγίες του θεράποντος ιατρού και τον τρόπο διαχείρισης των προβλημάτων που προκύπτουν από το διαβήτη.

ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΦΥΤΙΚΩΝ ΙΝΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΣΤΑΣΕΩΝ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΥΠΟΥ 2

Χ. Μανές, Α. Ζιώρη, Δ. Καραγιάννη, Α. Χατζητόλιος, Δ. Καραφασούλη, Σ. Παπαντωνίου, Α. Μπίτζιος, Μ. Χασαπίδου

Διαβητολογικό Κέντρο - Β' Παθολογική Κλινική - Γ.Π.Ν. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ» - Α' Πανεπιστημιακή Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ - Τμήμα Διατροφής ΑΤΕΙ - Θεσσαλονίκη

Οι επίσημες διατροφικές συστάσεις για τους διαβητικούς ασθενείς περιλαμβάνουν την ημερήσια πρόσληψη 20 gr φυτικών ινών ή επιπλέον για καλύτερη μεταβολική ρύθμιση.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ - ΜΕΘΟΔΟΙ

Ερευνήθηκε στη μελέτη αυτή η ημερήσια πρόσληψη φυτικών ινών και η σχέση της σύνθεσης του ημερήσιου διαιτολογίου με τις επίσημες διατροφικές συστάσεις επιστημονικών εταιρειών σε 57 ασθενείς (άρρηνες 25) με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 χωρίς προηγούμενη ειδική διαιτολογική εκπαίδευση. Η μέση ηλικία και η μέση διάρκεια ΣΔ ήταν $65,09 \pm 10,39$ και $10,23 \pm 9,03$ έτη αντίστοιχα. Έγινε ανάλυση του ημερήσιου διαιτολογίου με τη χρήση του προγράμματος Food Processor. Ασθενείς με ημερήσια πρόσληψη φυτικών ινών >20 gr αποτέλεσαν την ομάδα Α, ενώ όσοι προσλάμβαναν <20 gr φυτικές ίνες αποτέλεσαν την ομάδα Β.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

1) Την ομάδα Α (μέση κατανάλωση φυτικών ινών 33 ± 12 gr και διαλυτών φυτικών ινών $6,7 \pm 3,6$ gr) αποτέλεσαν 25 ασθενείς (άρρηνες=13) με μέση ηλικία και διάρκεια ΣΔ 64 ± 12 και $11,68 \pm 8,72$ έτη αντίστοιχα. Την ομάδα Β αποτέλεσαν 32 ασθενείς (άρρηνες=12) (μέση κατανάλωση φυτικών ινών $14 \pm 3,9$ gr και διαλυτών φυτικών ινών $3,15 \pm 1,8$ gr), μέσης ηλικίας και διάρκειας ΣΔ $65,84 \pm 10,88$ και $9,10 \pm 9,2$ έτη αντίστοιχα. 2) Ο ΔΜΣ και η ημερήσια δερμидική πρόσληψη δεν διέφεραν μεταξύ των 2 ομάδων ($29,62 \pm 5,4$ προς $30,29 \pm 5,85$ και $1772 \pm 317,1$ προς 1691 ± 271 αντίστοιχα $p=NS$) 3) Η ημερήσια (θερμίδες %) πρόσληψη λίπους ήταν υψηλότερη στην ομάδα Β ($41,11 \pm 7,65$ προς $35,17 \pm 6,79$ $p<0,05$), η πρόσληψη υδατανθράκων ήταν υψηλότερη στην ομάδα Α ($50,08 \pm 7,96$ προς $41,17 \pm 9,02$ $p<0,05$) ενώ παρόμοια ήταν η ημερήσια πρόσληψη (θερμίδες %) πρωτεϊνών ($17,03 \pm 5,61$ προς $18,4 \pm 4,37$ $p=NS$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Ασθενείς με αυξημένη κατανάλωση φυτικών ιδίως διαλυτών ινών εμφανίζουν ημερήσια πρόσληψη μακροθρεπτικών ουσιών που προσεγγίζει περισσότερο τις επίσημες διατροφικές συστάσεις για το διαβητικό πληθυσμό.

ΓΝΩΣΤΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Χ. Μανές, Δ. Καραγιάννη, Α. Ζιώρη, Α. Χατζητόλιος, Δ. Καραφασούλη,
Χ. Σαββόπουλος, Χ. Αρσενίου, Μ. Χασαπίδου

Διαβητολογικό Κέντρο – Β' Παθολογική Κλινική - Γ.Π.Ν. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ» -
Α' Πανεπιστημιακή Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ -
Τμήμα Διατροφής ΑΤΕΙ - Θεσσαλονίκη

Η αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα από καρδιαγγειακά αίτια των διαβητικών ασθενών επιβάλλει τον περιορισμό της ημερήσιας πρόσληψης λίπους στην τροφή, ιδίως όταν συνυπάρχουν άλλοι γνωστοί παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ – ΜΕΘΟΔΟΙ

Στην παρούσα μελέτη αναλύθηκαν τα ημερήσια διαιτολόγια 57 ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) τύπου 2 που εξετάσθηκαν για πρώτη φορά στο κέντρο μας. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες με κριτήριο τη γνωστή ή όχι συνύπαρξη άλλων παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου (στεφανιαία νόσος, υπέρταση, δυσλιπιδαιμία κλπ). Στην ομάδα Α, με γνωστή την ύπαρξη παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου περιελήφθησαν 36 ασθενείς (άνδρες 14) με μέση ηλικία και γνωστή διάρκεια ΣΔ $67,47 \pm 9,83$ και $7,59 \pm 7,2$ έτη αντίστοιχα. Η ομάδα Β (N=21, άνδρες=11) περιελάμβανε ασθενείς που δεν γνώριζαν την ύπαρξη άλλων παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου με μέση ηλικία και γνωστή διάρκεια ΣΔ $61 \pm 10,27$ και $11,7 \pm 9,71$ έτη αντίστοιχα. Προσδιορισμός της ημερήσιας πρόσληψης των επιμέρους μακροθρεπτικών ουσιών έγινε με το πρόγραμμα ανάλυσης τροφίμων Food Processor.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

1) Η εκατοστιαία (%) κατανάλωση λίπους (ολικού) δεν διέφερε μεταξύ των ομάδων Α και Β ($38,05 \pm 7,96$ και $39,29 \pm 7,66$) $p=NS$. 2) Ανάλογα ήταν τα αποτελέσματα για την κατανάλωση κεκορεσμένων, μονοακόρεστων και πολυακόρεστων λιπών. 3) Η ημερήσια (%) θερμιδική πρόσληψη από πρωτεΐνες ήταν σημαντικά μειωμένη στην ομάδα Α ($16,7 \pm 4,6$ και $19,57 \pm 5,2$ $p < 0,05$). 4) Δεν υπήρχε σημαντική διαφορά αναφορικά με τη θερμιδική (%) πρόσληψη υδατανθράκων ($46,57 \pm 8,73$ προς $42,5 \pm 10,6$ $p=NS$) και 5) Η ημερήσια θερμιδική πρόσληψη δεν διέφερε μεταξύ των 2 (δύο) ομάδων ($1693,9 \pm 307,2$ προς $1745,83 \pm 291,5$ $p=NS$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η ημερήσια πρόσληψη λίπους εξακολουθεί και είναι σε αυξημένα επίπεδα σε ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 παρά τη γνώση της ύπαρξης και άλλων παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου.

**ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΣΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ ΚΑΙ ΜΗ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**

**Χ. Μανές, Α. Ζιώρη, Α. Χατζητόλιος, Χ. Μανωλάκη, Δ. Καραφασούλη,
Δ. Κωνσταντινίδου, Χ. Σαββόπουλος, Μ. Χασαπίδου**

Διαβητολογικό Κέντρο – Β' Παθολογική Κλινική - Γ.Π.Ν. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ» -
Α' Πανεπιστημιακή Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ –
Τμήμα Διατροφής ΑΤΕΙ - Θεσσαλονίκη

Είναι γνωστό πως μεγάλο ποσοστό ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 είναι παχύσαρκοι.

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της μελέτης ήταν να ερευνηθεί τη σύνθεση του ημερήσιου διαιτολογίου σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 παχύσαρκους και μη.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ-ΜΕΘΟΔΟΙ

Οι ασθενείς χωρίσθηκαν σε 2 (δύο) ομάδες. 1) Στην ομάδα Α περιεληφθησαν ασθενείς με $BMI \geq 30$ ($N=28$, άρρενες=8), με μέση ηλικία και διάρκεια ΣΔ $62,11 \pm 10,05$ και $7,63 \pm 9$ έτη αντίστοιχα και 2) Στην ομάδα Β περιελήφθησαν όσοι ασθενείς είχαν $BMI < 30$ ($N=29$, άρρενες=17), με μέση ηλικία και διάρκεια ΣΔ $67,97 \pm 10,06$ και $12,74 \pm 8,47$ έτη αντίστοιχα. Στις δύο ομάδες αναλύθηκαν τα ημερήσια διαιτολόγια μετά τη λήψη του διατροφικού ιστορικού με το πρόγραμμα Food Processor.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

1) Η ημερήσια θερμιδική πρόσληψη ήταν αυξημένη στην ομάδα Α ($1843,54 \pm 297,7$ προς $1613,9 \pm 250,4$ $p < 0,05$). 2) Η μέση πρόσληψη πρωτεϊνών (gr) ήταν σημαντικά αυξημένη στην ομάδα Α ($83,39 \pm 27,2$ προς $69,87 \pm 21,9$ $p = 0,022$ ενώ αντίστοιχα δεν ήταν αυξημένη σημαντικά η πρόσληψη υδατανδράκων (gr) ($202,57 \pm 42,1$ προς $184,09 \pm 58,9$ $p = NS$). 3) Η πρόσληψη ολικού λίπους ήταν σαφώς αυξημένη στην ομάδα Α ($80,81 \pm 19,9$ προς $67,49 \pm 19$ $p = 0,006$). Παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα για την πρόσληψη κεκορεσμένων, μονοακόρεστων και πολυακόρεστων ($p = 0,024$, $p = 0,014$, $p = 0,0096$ αντίστοιχα). 4) Ανάλογες ήταν και οι διαφορές στις ποσοστιαίες αναλογίες θερμιδικής πρόσληψης από τα μακροθρεπτικά συστατικά χωρίς να φθάσουν όμως σε στατιστικά σημαντικά επίπεδα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Άτομα παχύσαρκα με ΣΔ τύπου 2 εμφανίζουν αυξημένη πρόσληψη θερμίδων που οφείλεται κυρίως στην αυξημένη πρόσληψη λιπών και πρωτεϊνών.

ΕΙΣΗΓΗΤΕΣ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

ΑΒΡΑΜΙΔΗΣ Ι.	Δ/ντής Ενδοκρινολογικής Κλινικής ΓΠΝΘ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
ΑΘΥΡΟΣ Β.	Αναπληρωτής Δ/ντής Β' Πρ. Παθ. Κλινικής ΓΠΝΘ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
ΑΛΕΒΙΖΟΣ Μ.	Αν. Καθηγητής Παθολογίας-Διαβητολογίας ΑΠΘ Γ.Π.Ν.Θ «ΑΧΕΠΑ»
ΑΛΕΞΑΝΔΡΙΔΗΣ Θ.	Παθολόγος-Ενδοκρινολόγος, Αν. Καθηγητής Πανεπιστημίου Πατρών
ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ Ε.	Αν. Καθηγητής Νεφρολογίας, Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Νοσοκ. Θεσσαλονίκης
ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ Ε.	Ενδοκρινολόγος, Επιμελήτρια Α' Υπεύθυνη Διαβητολογικού Κέντρου - Α' Ενδοκρινολογικού Τμήματος Γ.Ν.Α «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»
ΑΝΘΙΜΙΔΗΣ Γ	Παθολόγος-Διαβητολόγος, Α' Δ/ντής ΕΣΥ Γ.Ν. ΠΟΛΥΓΥΡΟΥ
ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΗΣ Π.	Παθολόγος-Διαβητολόγος, Επιμελητής Β' Παθολογικής Κλινικής Ψ.Ν.Θ.
ΒΟΛΙΩΤΗΣ Κ.	Παθολόγος-Διαβητολόγος, Δ/ντής ΕΣΥ, Παθολογική Κλινική, ΓΠΝΘ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
ΒΛΑΧΟΓΙΑΝΝΗΣ Α.	Επιμελητής Α' Β' Παθολογικής Κλινικής Υπεύθυνος Διαβητολογικού Εξωτερικού Ιατρείου Γ.Ν. ΔΡΑΜΑΣ
ΓΩΒΟΣ Ι.	Ενδοκρινολόγος, Αν.Καθηγητής, Α' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Π.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»
ΓΚΙΡΤΖΗΣ Ι.	Ειδικός Παθολόγος Διαβητολόγος, Αλεξανδρούπολη
ΔΗΜΙΤΣΙΚΟΓΛΟΥ Ν.	Παθολόγος Διαβητολόγος Διευθυντής ΕΣΥ Υπεύθυνος ΕΔΙ Νοσ. Σερρών
ΔΙΔΑΓΓΕΛΟΣ Τ.	Παθολόγος-Διαβητολόγος, Επιμελητής ΕΣΥ, Β' Προπ. Κλινική ΑΠΘ, Γ.Π.Ν.Θ. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
ΕΛΙΣΑΦ Μ.	Καθηγητής Παθολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων (Π.Π.Ν.Ι.)
ΕΥΘΥΜΙΟΥ Η.	Ενδοκρινολόγος, Αν. Δ/ντής ΙΚΑ, Β' Νοσοκομείο ΙΚΑ Θεσσαλονίκης
ΖΑΜΠΟΥΛΗΣ Χ.	Καθηγητής Παθολογίας, Β' Προπ. Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Π.Ν.Θ. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Θεσσαλονίκη
ΚΑΖΑΚΟΣ Κ.	Παθολόγος-Διαβητολόγος, Επιστ. Συνεργάτης Διαβητολογικό Κέντρο, Α' Παθολ. Κλινική Γ.Π.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»
ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗ Δ.	Παθολόγος-Διαβητολόγος, Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ, Β' Παθολογική Κλινική ΓΠΝΘ «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»
ΚΑΡΑΜΑΝΟΣ Β.	Αν.Καθηγητής, Διευθυντής Διαβητολογικού Κέντρου Β' Πθ Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Γεν. Νοσοκομείο Αθήνας
ΚΑΡΑΜΗΤΣΟΣ Δ.	Καθηγητής Παθολογίας-Διαβητολογίας Α.Π.Θ, Διευθυντής Α' Προπ. Παθολογικής Κλινικής, Γ.Π.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»

- ΚΑΤΖΟΣ Γ. Παιδίατρος-Ενδοκρινολόγος, Αν. Καθηγητής Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Νοσοκ. Θεσσαλονίκης
- ΚΟΛΙΑΚΟΣ Γ. Αν. Καθηγητής Ιατρικής
- COTTER M. Prof. School of Medical Sciences, University of Aberdeen
- ΚΟΥΡΤΟΓΛΟΥ Γ. Παθολόγος-Διαβητολόγος Κλινική «ΑΓΙΟΣ ΛΟΥΚΑΣ»
- ΚΡΑΣΣΑΣ Γ. Ενδοκρινολόγος, Δ/ντής Ενδοκρινολογικής Κλινικής Νοσοκομείου «ΠΑΝΑΓΙΑ»
- ΛΑΖΑΡΙΔΗΣ Α. Αν. Καθηγητής Γ.Π.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»
- ΛΙΜΕΝΟΠΟΥΛΟΣ Β. Παθολόγος-Διαβητολόγος, Επιμελητής Α΄ ΕΣΥ, ΓΝΝΘ «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»
- ΜΑΝΕΣ Χ. Παθολόγος-Διαβητολόγος, Επιμελητής Α΄, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου Γ.Π.Ν.Θ. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»
- ΜΕΜΜΟΣ Δ. Καθηγητής ΑΠΘ, Δ/ντής Νεφρολογικής Κλινικής «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟΥ» Νοσοκ. Θεσσαλονίκης
- ΜΠΑΚΑΤΣΕΛΟΣ Σ. Παθολόγος-Διαβητολόγος, Δ/ντής ΕΣΥ, Γ.Ν.Ν. ΔΡΑΜΑΣ
- ΜΠΟΥΓΟΥΛΙΑ Μ. Ενδοκρινολόγος, Επιμελήτρια Ενδοκρινολογικής Κλινικής, Β΄ Νοσοκομείο ΙΚΑ Θεσσαλονίκης
- ΜΠΡΑΤΣΙΤΙΚΟΣ Π. Επίκουρος Καθηγητής Οφθαλμολογίας, Α΄ Οφθαλμολογική Πανεπιστημιακή Κλινική Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ»
- NARKIEWICZ K. Professor of Internal Medicine, Department of Hypertension and Diabetology, Medical University of Gdansk, Gdansk, Poland
- ΠΑΓΚΑΛΟΣ Ε. Παθολόγος-Διαβητολόγος, Δ/ντής Α΄ Παθολογικής Κλινικής Γ.Π.Ν.Θ. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ», Θεσσαλονίκη
- ΠΑΖΑΙΤΟΥ Κ. Ενδοκρινολόγος «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ» Νοσοκ. Θεσσαλονίκης
- ΠΑΛΕΤΑΣ Κ. Αν. Καθηγητής Παθολογίας ΑΠΘ, Β΄ Παθολ. Κλινική Γ.Π.Ν.Θ. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
- ΠΑΠΠΑΣ Σ. Παθολόγος-Διαβητολόγος, Δ/ντής Παθολογικής Κλινικής Νοσ. «ΝΙΚΑΙΑΣ»
- ΠΑΠΑΧΡΗΣΤΟΥ Δ. Αν. Καθηγητής, Διευθυντής Ενδοκρινολογικής Κλινικής Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Αλεξανδρουπόλεως
- ΣΑΙΔΕΡ Ν. Επιμελητής Α΄ Παθολογικής Κλινικής Γ.Π.Ν.Θ. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
- ΣΑΜΑΡΤΖΙΔΗΣ Κ. Παθολόγος Διαβητολόγος, Διευθυντής Κέντρου Υγείας Προσοτσάνης
- ΣΑΦΛΙΑΝΗΣ Ι. Παθολόγος-Διαβητολόγος, Αν. Διευθυντής «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ» Νοσοκ. Ατικής
- ΣΟΥΛΗΣ Κ. Παθολόγος-Διαβητολόγος, Επιμελητής Α΄ ΕΣΥ, Β΄ Παθολογική Κλινική Γ.Π.Ν.Θ «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ», Θεσσαλονίκη
- ΣΥΜΕΩΝΙΔΗΣ Γ. Παθολόγος-Διαβητολόγος, Δ/ντής ΕΣΥ, Παθολογική Κλινική ΓΝΝΘ «ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ»

ΤΖΑΦΕΤΑΣ Ι.	Καθηγητής Ιατρικής, Δ/ντής Β' Μαιευτικής-Γυναικολογικής Κλινικής ΑΠΘ
ΤΙΜΟΣΙΔΗΣ Μ.	Α' Παθολογική Κλινική Γ.Ν ΚΑΒΑΛΑΣ
ΤΟΥΝΤΑΣ Χ.	Παθολόγος-Διαβητολόγος, Επικ.Καθηγητής, Διαβητολογικό Ιατρείο «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Νοσοκ. Αθήνα
ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ Γ.	Επιμελητής Οφθαλμολογικής Κλινικής Γ.Π.Ν.Θ. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
ΤΣΑΝΤ Μ.	Ενδοκρινολόγος, Επιστ. Συνεργάτης Διαβητολογικό Κέντρο, Α' Παθ.Κλινική ΑΠΘ, Γ.Π.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»
ΤΣΑΠΑΣ Α.	Λέκτορας, Παθολόγος, Β' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Νοσοκ. Θεσσαλονίκης
ΤΣΑΤΣΟΥΛΗΣ ΑΓ.	Αν.Καθηγητής Παθολογίας – Ενδοκρινολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
ΤΖΩΤΖΑΣ Θ.	Ενδοκρινολόγος, Επιμελητής Ενδοκρινολογικής Κλινικής Νοσοκ. «ΠΑΝΑΓΙΑ» Θεσσαλονίκης
ΦΙΛΙΠΠΙΔΗΣ Φ.	Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής Β' Παθολογικής Κλινικής Γ.Ν.Α. «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ», Πρόεδρος Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρίας
ΧΑΡΣΟΥΛΗΣ Φ	Καθηγητής Παθολογίας, Ενδοκρινολόγος, Β' Προπ. Παθολ. Κλινική
ΧΑΤΖΗΤΟΛΙΟΣ Α.	Επ. Καθηγητής Προπ. Παθολογικής Κλινικής Γ.Π.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Πρόεδρος Α' ΠΕΣΥ

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Αδαμίδου Α. 28, 62
 Αθανασίου Ε. 59
 Άδυρος Β. 53
 Αλεβίζος Μ. 28, 62
 Αλεξανδράκη Κ. 35
 Αλεξούδης Α. 61
 Αναστασιάδου Α. 55
 Αντωνίου Μ. 30, 38, 39, 61
 Αποστολοπούλου Μ. 55, 57
 Αποστόλου Ο. 40
 Αρσενίου Χ. 75
 Βαγρόπουλος Ι. 29, 36, 45, 46
 Βασιλείου Α.Μ. 27, 54
 Βήτος Δ. 55
 Βλαχογιάννης Α. 33, 38, 39
 Βολιώτης Κ. 65
 Βοσνακίδης Θ. 27, 54
 Γιαβροπούλου Μ. 29, 36, 45, 46
 Γιακοσύνγκοβα Μ. 52
 Γιαλαμούδη Αικ. 31, 32, 44
 Γιαννακούλας Γ. 57
 Γιαννούλης Χ. 60
 Γιώβος Ι. 43, 49, 67, 69, 72
 Γκαμπράς Κ. 30, 61
 Γκίνη Χ. 71
 Γούλια Ο. 64
 Γραικός Κ. 66
 Γρηγοριάδης Ν. 29, 36, 45, 46
 Δαμανίδης Γ. 37
 Δεληθανάσης Ι. 34, 41
 Διαμάντη- Κανδαράκη Ε. 35
 Διδάγγελος Τ. 53, 58, 63, 68, 73
 Δόβας Δ. 60
 Δολιανίτης Κ. 43, 49
 Δουϊτσης Π. 37
 Ελισάφ Μ. 56
 Ευταξά Μ. 66
 Ζιτιρίδου Λ. 33, 38, 39
 Ζιώγα Μ. 30
 Ζιώρη Α. 74, 75, 76
 Ηλιάδης Φ. 28, 57, 62
 Θανοπούλου Α. 53
 Θασίτου Ε. 71
 Θεοδωρόπουλος Ι. 70
 Θεοφιλίδη Α. 72
 Καβάκη Δ. 70
 Καζάκος Κ. 43, 49, 72
 Καζάκος Κ.Α. 67, 69
 Καϊρης Χ. 33
 Κακκαβάς Ν. 37
 Καλαϊτζίδης Ρ. 56
 Καλοβούλου Λ. 31, 44
 Καλπίδης Π. 48
 Κάλφας Δ. 71
 Καραβαγγέλη Ε. 42
 Καραγιάννη Δ. 70, 74, 75
 Καρακόζογλου Α. 52
 Κεράλη Α. 30
 Καραμάνος Β. 53
 Καραμήτσος Δ. 53, 58, 63, 68, 73
 Καραστεργίου Κ. 41
 Καραστέργιου Κ. 34
 Καρατζίδου Κ. 66
 Καραφασούλη Δ. 74, 75, 76
 Καρδάμη Π. 71
 Καρράς Σ. 67
 Κασαράκης Δ. 47, 48
 Κάτσικας Ι. 41
 Κατσιχτη Π. 35
 Κατωπόδη Ε. 31, 32, 44
 Κελεμπέκογλου Π. 47, 48
 Κεφαλίδης Χ. 38
 Κεχαγιά Ε. 68, 58
 Κιοσέογλου Γ. 72, 73
 Κίτσιος Κ. 65
 Κλείτοας Α. 66
 Κοντέλα Ε. 40
 Κοσμίδης Ι. 61
 Κοσμίδου Μ. 28, 55, 57, 62
 Κουβάτσου Ζ. 73
 Κουκουρίκος Σ. 52
 Κουτμερίδης Μ. 47, 48
 Κούτσικα Ε. 41
 Κουτσογιάννης Ο. 30, 61

- Κροκίδης Ξ. 34
 Κυριακίδης Μ. 35
 Κυριακοπούλου Γ. 71
 Κωνσταντινίδου Δ. 76
 Λάγρα Φ. 34, 41
 Λαζαρίδης Α.Ν. 67, 69
 Λαζαρίδης Ν. 41
 Λαζαρίδου Π. 48
 Λακασάς Γ. 27, 54
 Λαμπρόπουλος Σ. 47
 Λαναράς Λ. 31, 32, 44
 Λεκάκης Ι. 35
 Λιακόπουλος Ν. 37
 Λουρίδας Γ. 51
 Μαλάμος Κ. 64
 Μαλλιός Ι. 66
 Μαλιέζος Ε. 42, 50, 51
 Μανές Χ. 55, 57, 70, 74, 75, 76
 Μανωλάκη Χ. 76
 Μάρας Π. 70
 Μαυρίδης Γ. 27, 42, 54
 Μελίδης Δ. 39
 Μερκούρης Π. 40
 Μηλόπουλος Χ. 66
 Μοναστηριώτης Χ. 50
 Montgomery J. 59
 Μπαϊμπάς Ν. 37
 Μπαϊρακτάρη Ε. 56
 Μπάκας Α. 71
 Μπαλταζή Μ. 28, 62
 Μπαλτατζή Μ. 55, 57
 Μπανιώτης Ι. 54
 Μπίτζιος Α. 74
 Μπόργκι Λ. 30, 61
 Μπούσμπουλας Σ. 53
 Μπρατζιτικός Π. 63
 Μπριλάκης Σ. 33, 38, 39
 Μπριστιάνου Μ. 31, 32, 44
 Νάκου Α. 58
 Νάκου Αικ. 68
 Όρλιακλής Γ. 47
 Πάγκαλος Ε.Μ. 66, 67
 Παναγιωτίδης Π. 39
 Πάνου Χ. 31, 32, 44
 Παπαγεωργίου Α. 65
 Παπαγιάννη Α. 71
 Παπαγόρας Χ. 33, 38, 39
 Παπαδοπούλου Α. 34
 Παπαδοπούλου-Ζεκερίδου Π. 34, 41
 Παπάζογλου Δ. 50
 Παπαθανασίου Κ. 60
 Παπαθεοδώρου Κ. 50
 Παπακωνσταντίνου Αικ. 31, 32, 44
 Παπαμιχαήλ Χ. 35
 Παπάνας Ν. 42, 50, 51
 Παπαντωνίου Σ. 74
 Παππας Σ. 40, 53
 Πασαλίδου Μ. 30, 61
 Πασχαλίδου Ε. 66
 Παυλίδη Γ. 52
 Πήτα Ρ. 72, 73
 Πρωτογέρου Α. 35
 Πρωτόπαπα Μ. 29, 36, 45, 46
 Ρηγάδη Ε. 27
 Ρωμανίδου Α. 43, 49
 Σαββόπουλος Χ. 28, 55, 57, 62, 75, 76
 Σάιλερ Ν. 65
 Σαμπάνης Χ. 53, 63, 68
 Σαραφίδης Π.Α. 67, 69
 Σαρρή Ε. 47, 48
 Σιαμόπουλος Κ. 56
 Σιδηρόπουλος Α. 37
 Σιώμος Κ. 70
 Σκεύα Ε. 37
 Σκληρός Ε. 40
 Σκούρτης Σ. 40
 Σκούτας Δ. 70
 Σουλής Κ. 52
 Σοφός Α.Γ 31, 32, 44
 Σπανού Ε. 53
 Σταθεροπούλου Αικ. 48
 Στεργίου Γ. 37
 Συμεωνίδης Γ. 27, 42, 54

- Συμεωνίδης Χ. 27, 54
Σωτηρόπουλος Α. 40
Ταμβάκος Η. 40
Ταντανάσης Θ. 60
Τάτση Π. 71
Τερζή Ε. 37
Τζαβέλλα Κ. 28, 62
Τζαφέπας Ι. 60
Τζιακάς Δ. 51
Τζιόμαλος Κ. 68
Τιμοσίδης Μ. 34
Τολίκας Α. 60
Τοπαλίδης Α. 33, 38, 39
Τοπαλίδου Α. 39
Τουρκαντώνης Α.Α. 67, 69,
Τραϊανίδης Π. 64
Τριανταφύλλου Γ. 63, 64
Τσάλη Λ. 66
Τσανικίδης Η. 65
Τσαντ Μούσλεχ 69
Τσάπας Απ. 58
Τσαρακτοΐδου Θ. 61
Τσαρτοαρίδου Μ. 30
Τσεκούρα Α. 64
Τσιμικόδημος Β. 56
Τσιούμας Γ. 47
Τσιρογιάννη Ευ. 28, 62
Τσόρλαλης Ι. 63
Φραγκεδάκης Ν. 60
Χανιωτάκης Δ. 47, 48
Χασαπίδου Μ. 74, 75, 76,
Χατζημανασή Α.Δ. 33, 38
Χατζηνικολάου Ε. 51
Χατζηπέτρου Απ. 70
Χατζής Γ. 27
Χατζησταυρή Λ. 69
Χατζητόλιος Α. 55, 57, 74, 75, 76
Χατοέρας Δ. 51
Χίτογλου-Μακέδου Α.Δ. 67, 69
Χουλιταρόπουλος Κ. 52
Χριστακίδης Δ. 50

Στοιχειοθεσία – Εκτύπωση



UNIVERSITY STUDIO PRESS

Αρμενοπούλου 32 – 546 35 Θεσσαλονίκη
Τηλ. 2310 208 731, 209 837 – Fax 2310 216 647

Βιβλιοδεσία

Γ. Δεληδημητρίου

BIBΛΙΟΔΕΤΙΚΗ

Αγ. Δημητρίου 190 – Τηλ. 2310 216 888

