

 Δ.Ε.Β.Ε.

# 9<sup>ο</sup> ΕΤΗΣΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΒΟΡΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

**10 – 11 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 1995**

**ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ • ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ «ΗΛΕΚΤΡΑ ΠΑΛΛΑΣ»**

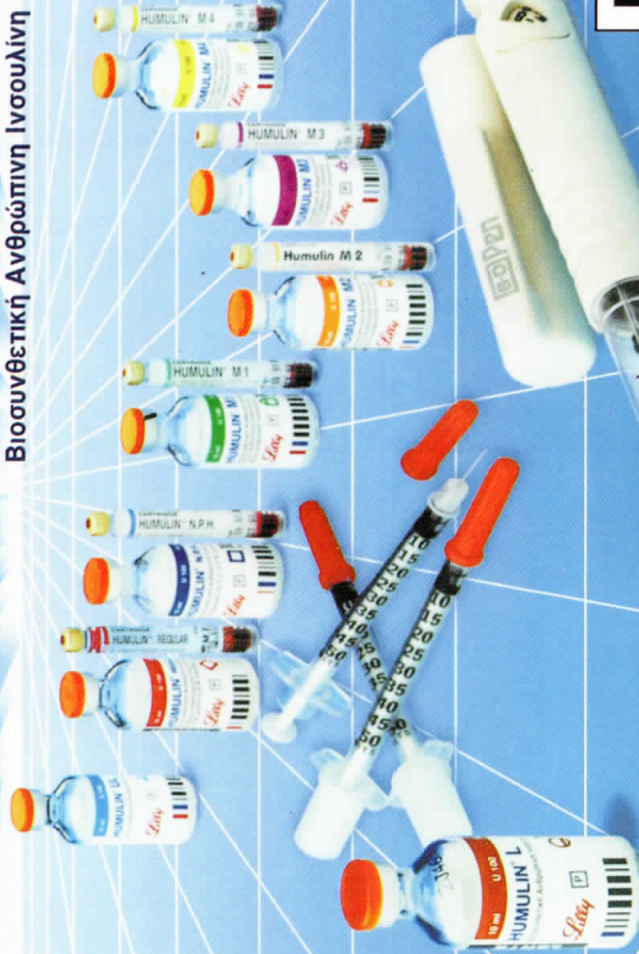
**ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ**



**ΚΑΘΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΣ  
ΕΧΕΙ ΤΗΝ ΔΙΚΗ ΤΟΥ**

**HUMULIN**

**Βιοσυμβατική Ανθρώπινη Ινσουλίνη**



ΜΕΤΕΠΙΣΤΑΣΙΑ: ΙΑΚΑΝΟΥΡ - ΤΑΙΣΡΗΦ 8000.  
ΑΡΧ. ΑΡΧΑΓΕΥΣ - ΑΥΤΗΝ - ΤΑΜ - ΚΟΛ 103 10. ΤΗΛ. ΕΠΙΧΕΙΡ.  
ΤΗΜΕΤΡΟ ΒΕΛΟΝΩΣ ΝΕΥΝΟΥ 289 ΤΑΜ ΚΟΛ 26407. ΤΗΛ. 8000.

**B-D**

6-HUM-U-100-7/93

Πέννες και σύριγγες Lilly

**9ο ΣΥΝΕΔΡΙΟ**

της  
**ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ  
ΒΟΡΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

**Δ.Ε.Β.Ε.**

**10 - 11 Νοεμβρίου 1995**

**Ξενοδοχείο Ηλέκτρα Παλλάς  
Θεσσαλονίκη**

# **NovoPen® 1.5 και Penfill®** **η τέχνη στη ρύθμιση του διαβήτη**



Την Οργανωτική Επιτροπή αποτέλεσε  
**το Διοικητικό Συμβούλιο της Εταιρείας**

Πρόεδρος : Δ. Καραμήτσος

Αντιπρόεδρος : Μ. Αλεβίζος

Γεν. Γραμματέας : Ν. Παπάζογλου

Ταμίας : Κλ. Βολιώτης

Μέλη : Α. Νικολακόπουλος

Ε. Πάγκαλος

Γ. Παπαδόπουλος

# Daonil®

δραστική ουσία: γλιβενκλαρίδη

# Daopar®

δραστικές ουσίες:  
γλιβενκλαρίδη + υβροχλωρ. φαινφορμίνη



## Τα αντιδιαβητικά δισκία της Hoechst

30 δισκία Daonil 5 mg

30 δισκία Daopar των 2,5 + 25 mg

Περισσότερες πληροφορίες στη διάθεσή σας

Hoechst Roussel ABEE

Αθήνα: Ν. Ερυθραία, οδός Τατοΐου Τηλ. Κέντρο: 8009111 Θεσσαλονίκη: Αιγαίου 102 Τηλ. 421287

Hoechst 

DAN./DAP./1/2.93

**ΣΥΝΟΠΤΙΚΟ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ**

# Daonil®

δραστική ουσία: γλιβενκλαμίδη

# Daopar®

δραστικές ουσίες:  
γλιβενκλαμίδη + υδροχλωρ. φαινοφρηνή



## Τα αντιδιαβητικά δισκία της Hoechst

30 δισκία Daonil 5 mg

30 δισκία Daopar των 2,5 + 25 mg

Περισσότερες πληροφορίες στη διάθεσή σας

Hoechst Roussel ABEE

Αθήνα: Ν. Ερυθραία, οδός Τατοΐου Τηλ. Κέντρο: 8009111 Θεσσαλονίκη: Αιγαίου 102 Τηλ. 421287

Hoechst 

DAN./DAP./1/2.93

**ΣΥΝΟΠΤΙΚΟ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ**

## **Παρασκευή 10 Νοεμβρίου**

---

09.00 – 10.30 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ  
10.30 – 11.00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ  
11.00 – 12.15 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ  
12.15 – 12.35 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ 20΄  
12.35 – 14.00 ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ  
17.00 – 18.00 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ  
18.00 – 19.00 ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ  
19.00 – 19.30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ 30΄  
19.30 – 20.30 ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ

## **Σάββατο 11 Νοεμβρίου**

---

09.00 – 10.15 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ  
10.15 – 10.30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ 30΄  
10.30 – 12.00 ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ  
12.00 – 12.20 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ 20΄  
12.20 – 14.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ  
14.30 – 16.00 ΓΕΥΜΑ ΣΤΟ ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ  
16.00 – 17.00 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ  
17.00 – 18.00 ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ  
18.00 – 18.30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ 30΄  
18.30 – 20.15 ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ  
20.15 ΛΗΞΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ  
ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ ΠΡΟΕΔΡΕΙΟΥ

# GLUCOMETER ELITE®

(Γκλουκομίτρο Ελίτ)

## Μοναδικό!

### Η καλύτερη επιλογή στον έλεγχο του διαβήτη

ΜΕ ΤΗΝ ΕΓΓΥΗΣΗ ΤΗΣ BAYER

ΑΝΩΔΥΝΑ

ΑΠΛΑ


ΑΞΙΟΠΙΣΤΑ



*Χωρίς πονοπία  
Χωρίς προβλήματα...*

**ΑΝΑΛΥΤΙΚΟ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ**

**Η ΕΛΙΤΕ ΤΩΝ ΜΕΤΡΗΤΩΝ ΣΑΚΧΑΡΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ**

Bayer Διαγνωστικά 

Bayer Ελλάς ΑΒΕΕ, Ακακίων 54α, 151 25 Μαρούσι, τηλ. 68.41.202.  
Γραφείο ενημέρωσης για το διαβήτη: Α. Μεσογειών 59, Αμπελόκηποι, τηλ. 77.98.706.  
Γραφείο Β. Ελλάδας: 17ο χλμ. Θεσ/νίκης - Ν. Μουδανιών 57001, Θεσσαλονίκη, τηλ. 0392 - 71.694





5. Η δοκιμασία γλουκαγόνου - γλυκόζης στην εκτίμηση της εφειδρείας των β-κυττάρων σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη  
*Κ. Καζάκος, Ζ. Μουσλέχ, Ε. Τίγκα, Μ. Κουκουρικού, Η. Γεωργιάδης, Κ. Σαμαριζίδης, Α. Κανάκης, Ι. Γιώβος*  
Α΄ Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Διαβητολογικό Κέντρο Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ

6. Λήψη βοτάνων από τους διαβητικούς  
*Δ. Σιμελίδης, Κ. Αποστολίδου, Ε. Βαδαρλής*  
Εξωτερικό Διαβητολογικό Ιατρείο του Νομαρχιακού Γενικού Νοσοκομείου Κοζάνης

10.30 – 11.00 Διάλειμμα

11.00 – 12.15 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Προεδρείο : Γ. ΚΟΥΡΤΟΓΛΟΥ

7. Οξυγόνωση των ιστών και υπερβαρική οξυγονοθεραπεία σε παθήσεις των κάτω άκρων διαβητικών ασθενών  
*Χ. Μανές, Θ. Μεσημέρης, Θ. Μελέκος, Γ. Βοσκόπουλος, Ε. Παπαδέλη, Μ. Βούκιας, Ν. Παπάζογλου*  
Διαβητολογικό Κέντρο και μονάδα υπερβαρικής οξυγονοθεραπείας Α΄ Γ.Ν. «Άγιος Παύλος»

8. Διαστάσεις αριστερού κόλπου και ρύθμιση του σακχαρώδη διαβήτη  
*Α. Δούρας, Χ. Λούπα, Δ. Βογιατζόγλου, Μ. Κοντογιάννη, Δ. Χρυσός*  
Β΄ Καρδιολογική Κλινική & Διαβητολογικό Ιατρείο Β΄ Παθολογικής Κλινικής Ν.Γ.Ν.Μ. «Α. Φλέμιγκ», Αθήνα

9. Διαταραχή της διαστολικής λειτουργίας της αριστεράς κοιλίας σε ασθενείς με διαβητική αμφιβλοπρωτεϊδοπάθεια  
*Α. Δούρας, Χ. Λούπα, Δ. Βογιατζόγλου, Μ. Κοντογιάννη, Δ. Χρυσός*  
Β΄ Καρδιολογική Κλινική & Διαβητολογικό Ιατρείο Β΄ Παθολογικής Κλινικής Ν.Γ.Ν.Μ. «Α. Φλέμιγκ», Αθήνα

10. Δερματικές εκδηλώσεις επί διαβητικών  
*Χ. Σολομωνίδης, Δ. Σιμελίδης, Ζ. Αντωνόπουλος, Ε. Βαδαρλής*  
Ιατρεία Διαβητολογικό & Δερματολογικό Μαματσαίου Νοσοκομείου Κοζάνης

11. Εξέλιξη της όρασης διαβητικών ασθενών με αμφιβλοπρωτεϊδοπάθεια υποστρώματος και κλινικά σημαντικό οίδημα ώχρας (CSME) μετά Laser φωτοπηξία  
*Γ. Τριανταφύλλου, Ε. Μωλέ, Χ. Μουρατίδης, Α. Αχταρόπουλος*  
Οφθαλμολογική Κλινική Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης

12.15 – 12.35 Διάλειμμα

12.35 – 14.00 ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ

Προεδρείο : Φ. ΧΑΡΣΟΥΛΗΣ

Νεώτερες απόψεις για το μεταβολισμό των υδατανθράκων  
*Τ. Διδάγγελος*

Ο ρόλος των κυτοκινών στο σακχαρώδη διαβήτη  
*Γ. Σκαραγκάς*

16.30 – 18.00 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Προεδρείο : Χ. ΜΑΝΕΣ

12. Φιμπρονεκτινή πλάσματος και διαβητική νευροπάθεια  
*Γ. Σκαραγκάς, Ε. Ρεπάντα, Ι. Τσίτσιος, Ν. Παπάζογλου, Δ. Χα-  
τσέρας, Ν. Γκότσης*  
Παθολογική Κλινική και Αιματολογικό Εργαστήριο Νοσοκομείου  
Άγιος Παύλος Θεσσαλονίκης (Συγκρότημα Φράγκων) Προπ. Παθο-  
λογική Κλινική Δημοκριτείου Πανεπιστημίου
13. Ο επιπολασμός της (χρόνιας αισθητικοκινητικής συμμετρι-  
κής) περιφερικής διαβητικής (πολύ) νευροπάθειας (ΠΔΝ)  
*Ν. Δημητσίκου, Λ. Κωνσταντινίδου, Κ. Γεωργηφένδης, Β.  
Πετρά, Π. Παπασικονόμου, Κ. Μόσχου*  
Διαβητολογικό Ιατρείο Νοσοκομείου Σερρών
14. Επίπτωση περιφερικής νευροπάθειας σε ασθενείς του διαβη-  
τολογικού ιατρείου μας  
*Σ. Παππάς, Α. Σωτηρόπουλος, Η. Ταμβάκος, Α. Τσακίρης, Ε.  
Σκληρός, Χ. Ατσάλη, Π. Χωμενίδης, Α. Γκρόζου, Δ. Κατσαδώ-  
ρος*  
Διαβητολογικό Ιατρείο Β΄ Παθολογικής Κλινικής Περ. Γεν. Νοσοκο-  
μείου Νικαίας - Πειραιάς
15. ΗΚΓ-ΦΙΚΟ διάστημα QTc και διαβητική νευροπάθεια αυτό-  
νομου Ν.Σ.  
*Ν. Δημητσίκου, Λ. Κωνσταντινίδου, Κ. Γεωργηφένδης, Ε.  
Γουναρίδης, Σ. Παπαδόπουλος, Ε. Γάκος*  
Διαβητολογικό Ιατρείο Νοσοκομείου Σερρών
16. Το βαθύ κάθισμα (Squatting test) ως ανιχνευτική δοκιμασία  
της νευροπάθειας του αυτόνομου νευρικού συστήματος  
*Ν. Δημητσίκου, Λ. Κωνσταντινίδου, Μ. Κουιμερίδης, Κ. Γε-  
ωργηφένδης, Α. Καρακόλιος, Θ. Μηλίδης*  
Διαβητολογικό Ιατρείο Νοσοκομείου Σερρών

17. Η φυσική εξέλιξη των δοκιμασιών του ΦΝΣ του κυκλοφορι-  
κού σε διαβητικούς ασθενείς

*Τ. Διδάγγελος, Γ. Κούρτογλου, Δ. Ρωμανίδου, Δ. Καραμήτσος*  
Διαβητολογικό Κέντρο Β΄ Προπ. Παθολογικής Κλινικής Νοσοκομείο  
Ιπποκράτειο Θεσσαλονίκης

18.00 – 19.00 ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ

Προεδρείο : Η. ΕΥΘΥΜΙΟΥ

Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και σακχαρώδης δια-  
βήτης

*Ι. Γιώβος*

Οι ενδοκρινικές μεταβολές της εφηβείας και επι-  
δράσεις στο σακχαρώδη διαβήτη

*Η. Ευθυμίου*

19.00 – 19.30 Διάλειμμα 30΄

19.30 – 20.30 ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ

Προεδρείο : Κ. ΒΟΛΙΩΤΗΣ

Αυτόνομο νευρικό σύστημα και έκκριση γλυκαγό-  
νης και ινσουλίνης

*Χ. Μανές*

Έλλειψη αντίληψης υπογλυκαιμίας σε διαβητι-  
κούς υπό ινσουλinoθεραπεία

*Ε. Πάγκαλος*

09.00 – 10.15 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Προεδρείο : Σ. ΜΠΑΚΑΤΣΕΛΟΣ

18. Λιπίδια και αποπρωτεΐνες ορού σε σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Σχέση με γλυκαιμική ρύθμιση, παχυσαρκία και κατανομή του σωματικού λίπους  
*Χ. Μανές, Χ. Ζηκίδου, Ε. Μαρίνος, Στ. Παπαστεφάνου, Γ. Καλογερούδης, Ε. Γεωργακοπούλου, Ν. Παπάζογλου*  
Διαβητολογικό Κέντρο και Μικροβιολογικό Εργαστήριο Α' Γ.Ν. «Άγιος Παύλος» (Β' Συγκρότημα)
19. Προγνωστική αξία των ενδογενών παραγόντων πήξεως - ινωδολύσης, της λιποπρωτεΐνης [α] και του ινωδογόνου, σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη  
*Απ. Ευθυμιάδης, Φ. Σουγιουλτζόγλου, Κ. Αροδίτης, Γ. Τσάπας*  
Ιατρείο Μελέτης Διαταραχών Λιπιδίων Β' Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ. Ιπποκράτειο Γεν. Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
20. Επίπεδα μαγνησίου ορού σε σακχαρώδη διαβήτη τύπου II σε σχέση με φυσιολογικά άτομα  
*Χ. Λούπα, Ι. Μανώλης, Γ. Εμμανουήλ, Δ. Βογιατζόγλου*  
Διαβητολογικό Ιατρείο Β' Παθολογικής Κλινικής & Βιοχημικό Εργαστήριο Ν.Γ. Ν. Μελισσίων «Α. Φλέμιγκ», Αθήνα
21. Το μαγνήσιο σε τύπου II διαβήτη: Υπάρχει σχέση με τη διάρκεια της νόσου ή την καλή ρύθμιση;  
*Χ. Λούπα, Ι. Μανώλης, Γ. Εμμανουήλ, Δ. Βογιατζόγλου*  
Διαβητολογικό Ιατρείο Β' Παθολογικής Κλινικής & Βιοχημικό Εργαστήριο Ν.Γ. Ν. Μελισσίων «Α. Φλέμιγκ», Αθήνα

22. Η συντήρηση του αποτελέσματος ολιγοθερμιδικής διαίτας υπό D-φαινφλουραμίνη

*Δ. Δημητρίου, Γ. Κούρτογλου, Σ. Μπακατσέλος, Τ. Διδάγγελος, Δ. Καραμήτσος*

Διαβητολογικό Κέντρο Β' Προπ. Παθολογικής Κλινικής Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκη

10.15 – 10.30 Διάλειμμα

10.30 – 12.00 ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ

Προεδρείο : Χ. ΖΑΜΠΟΥΛΗΣ

Αντιυπερτασική θεραπεία στους διαβητικούς  
*Σ. Μπακατσέλος*

Διάσωση οπτικής οξύτητας μετά από φωτοπηξία Laser

*Α. Νικολακόπουλος*

12.00 – 12.20 Διάλειμμα 20'

12.20 – 14.00 Στρογγυλή Τράπεζα: Σύνδρομα οφειλόμενα σε γενετική βλάβη του μορίου της ινσουλίνης ή του υποδοχέα της

Συντονιστής: *Ι. Γιώβος*

Εισηγητές: *Ι. Γιώβος, Ζ. Μούσαλεχ, Κ. Καζάκος*

14.30 – 16.00 Γεύμα στο ξενοδοχείο

16.00 – 17.00 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Προεδρείο : Μ. ΑΛΕΒΙΖΟΣ

23. Επιδημιολογία σακχαρώδη διαβήτη στην Ελλάδα. V Νομός Ροδόπης

*Ν. Παπάζογλου, Χ. Μανές, Α. Κιρκούδης, Ε. Μαρίνος, Ε. Παπαδέλη, Κ. Σουλής, Μ. Βουκιάς, Ο. Κουτσογιάννης*

Διαβητολογικό Κέντρο ΓΝΘ «Άγιος Παύλος»

24. Επιδημιολογία σακχαρώδη διαβήτη στην Ελλάδα. VI Νομός Σερρών  
*N. Παπάζογλου, N. Δημητσοκόγλου, X. Μανές, K. Σουλής, I. Κοντογιάννης, Γ. Σκαραγκάς, Δ. Καραγιάννη, Θ. Μηλίδης*  
Διαβητολογικό Κέντρο ΓΝΘ «Άγιος Παύλος»
25. Καρδιαγγειακές επιπλοκές και παράγοντες κινδύνου σε τύπου I διαβητικούς ασθενείς (ΔΑ) (Ευρήματα εκ της Eurodiab Complications Study)  
*N. Παπάζογλου, K. Σουλής, X. Μανές, Γ. Σκαραγκάς, I. Κοντογιάννης, A. Ιωαννίδης, K. Βολουδάκης, B. Ηλιάδης*  
Παθολογική Κλινική, Διαβητολογικό Κέντρο και Καρδιολογική Κλινική του Α' Γ.Ν. Άγιος Παύλος
26. Επιδημιολογία, εκδηλώσεις και αίτια υπογλυκαιμίας διαβητικών ασθενών (NIDDM) εισαγομένων στο Νοσοκομείο  
*Σ. Παππάς, Θ. Πέππας, A. Σωτηρόπουλος, X. Δρακούλης, O. Αποστόλου, I. Τσακανίκας, B. Ανεμοδουρά, I. Κυριαζής, Δ. Κατσαδώρος*  
B' Παθολογική Κλινική Περ. Γεν. Νοσοκομείου Νικαίας, Πειραιάς

17.00 – 18.00 ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ

Προεδρείο : Γ. ΠΑΠΑΛΕΞΙΟΥ

Η μικρολευκωματινουρία στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2

*N. Σάιλερ*

Αυτοέλεγχος στο σακχαρώδη διαβήτη

*Γ. Κούρτογλου*

18.00 – 18.30 Διάλειμμα 30'

18.30 – 20.15 ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ

Προεδρείο : Δ. ΚΑΡΑΜΗΤΣΟΣ

Λιπιδαιμικοί αιμορεολογικοί παράγοντες κινδύνου σε διαβητικούς ασθενείς

*Δ. Μιχαϊλίδης*

Υπολιπιδαιμική θεραπεία σε διαβητικούς

*Γ. Παπαδόπουλος*

Θα ακολουθήσει παρουσίαση περιπτώσεων υπερλιπιδαιμιών διαβητικών ασθενών και συζήτηση

Λήξη συνεδρίου – Χαιρετισμός προεδρείου

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

---

*Ευχαριστούμε τις παρακάτω φαρμακευτικές εταιρείες που συμμετέχουν στο συνέδριο με stand ή με διαφημίσεις στο πρόγραμμα.*

- Bayer - Diagnostics
- Bayer - Pharma
- Farmalex
- Farmaserv - Lilly
- Farmitalia
- Gap
- Hoechst - Roussel ABEE
- Johnson and Johnson
- Menarini
- Novo-Nordisk
- Parke Davis
- Sanofi Hellas
- Servier Hellas
- Wyeth

**ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ  
ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ**

ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΗΣ ΦΙΜΠΡΟΝΕΚΤΙΝΗΣ ΤΟΥ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗ  
ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ (ΔΝΦ)

Γ. ΣΚΑΡΑΓΚΑΣ, Ε. ΡΕΠΑΝΤΑ, Ν. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ, Δ. ΧΑΤΣΕΡΑΣ, Ν. ΓΚΟΤΣΗΣ

Παθολογική Κλινική και Αιματολογικό Εργαστήριο Νοσοκομείου ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ Θεσσαλονίκης (Συγκρότημα Φράγιων)  
Προπ. Παθολογική Κλινική Δημοκριτείου Πανεπιστημίου

Η πάχυνση των βασικών αγγειακών μεμβρών αποτελεί ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της διαβητικής μικροαγγειοπάθειας (ΔΜΙΑ) και η φιβρονεκτίνη αποτελεί δομικό συστατικό τους. Σε ασθενείς με ΔΜΙΑ έχουν περιγραφεί διαταραχές στα επίπεδα της φιβρονεκτίνης του πλάσματος.

Με σκοπό να μελετήσουμε τα επίπεδα της φιβρονεκτίνης του πλάσματος στη ΔΝΦ, μετρήσαμε την φιβρονεκτίνη (μέθοδος νεφελομετρίας) σε 40 διαβητικούς με ΔΝΦ (18Α, 22Γ), σε 75 διαβητικούς χωρίς ΔΜΙΑ (29Α, 46Γ) και σε 100 υγιείς (46Α, 54Γ). Παράλληλα υπολογίσθηκαν η ΗβΑ<sub>1</sub>, ο ΒΜΙ και η εκτίμηση της λευκωματινουρίας έγινε με νεφελομετρική μέθοδο.

Τα αποτελέσματα ήταν 1) για την ομάδα των διαβητικών με ΔΝΦ  $\bar{x}=37.66 \pm 3.36$  SD, 2) για την ομάδα των διαβητικών χωρίς ΔΜΙΑ  $\bar{x}=31.13 \pm 3.53$  SD και 3) για την ομάδα των υγιών  $\bar{x}=31.67 \pm 4.80$  SD. Διαπιστώνεται μία στατιστικώς σημαντική διαφορά ( $p < 0.001$ ) στα επίπεδα της φιβρονεκτίνης του πλάσματος μεταξύ της ομάδος των διαβητικών με ΔΝΦ και των ομάδων των διαβητικών χωρίς ΔΜΙΑ και των υγιών ( $t=8.89$  για 75 vs 40 και  $t=7.04$  για 100 vs 40).

Διαπιστώνονται αυξημένα επίπεδα φιβρονεκτίνης του πλάσματος στους ασθενείς με ΔΝΦ που πιθανώς συμβάλλουν στη παθογένεια της ΔΜΙΑ αφού η φιβρονεκτίνη αποτελεί βασικό δομικό συστατικό της βασικής μεμβράνης των μικρών αγγείων και αφού το μόριο της φιβρονεκτίνης έχει ένα πλήθος βιολογικών ιδιοτήτων που συμβάλλουν προς την κατεύθυνση αυτή.

ΑΠΟΒΟΛΗ ΛΕΥΚΩΜΑΤΙΝΗΣ ΣΤΑ ΟΥΡΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ  
ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΥΠΟΥ Ι ΜΕ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΟΥ ΜΙΚΡΟΤΕΡΗ (Ή  
ΙΣΗ) ΤΩΝ 5 ΕΤΩΝ.

Ν. Παπάζογλου, Χ. Μανές, Ε. Παπαδέλη, Δ. Καραγιάννη, Σ.  
Γκουτκίδου, Γ. Σταγκίδης, Αικ Σακαλλέρου, Δ. Κουγιουμτζόγλου

ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ Α. ΓΕΝ. ΝΟΣ.. «ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ»

Παλαιότερες έρευνες θεωρούσαν σπάνια την εμφάνιση μικρολευκωματινουρίας σε ασθενείς με ΣΔ τύπου Ι και διάρκεια νόσου μικρότερη των 6 ετών. Η Eurodiab Complications Study έδειξε πως αυξημένη αποβολή λευκωματινής (AER 20-200μg/min) εμφανίζεται σε 17,8% των ασθενών (διάρκεια ΣΔ ≤5 ετών).

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διαπίστωση της συχνότητας εμφάνισης αυξημένου AER του αντίστοιχου πληθυσμού στο Βορειοελλαδικό χώρο (όπου το Διαβητολογικό κέντρο του Γ.Ν. «Άγιος Παύλος» είχε την ευθύνη διεξαγωγής της έρευνας). Συμμετείχαν 105 ασθενείς συνολικά εκ των οποίων οι 22 (άρ=11 - θήλεις=11) είχαν διάρκεια ΣΔ ≤5 ετών με μέση ηλικία 29±4,9 έτη. Στην ομάδα των ασθενών αυτών μετρήθηκε η αποβολή λευκωματινής σε 24ωρη συλλογή ούρων με ανοσοθωλοσιμετρία, η Α.Π., η HbA<sub>1c</sub>, τα λιπίδια του ορού και σημειώθηκε η ύπαρξη καπνίσματος (ή όχι).

Αποτελέσματα: 7 ασθενείς -ομάδα Α- (31,8%) εμφάνιζαν AER 23-197μg/min, ενώ 15 (ομάδα Β) είχαν AER 0-16μg/min. Η ρύθμιση (HbA<sub>1c</sub>) δεν διέφερε μεταξύ των δυο ομάδων. Παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο όπως το κάπνισμα, τα λιπίδια και η ΑΠ (συστολική - διαστολική) δεν διέφεραν επίσης μεταξύ των 2 ομάδων. Σύγκριση της ομάδας Α με την αντίστοιχη ομάδα του ευρωπαϊκού χώρου έδειξε πως στον ευρωπαϊκό χώρο υπήρχαν ψηλότερες τιμές χοληστερόλης ορού (171,3±20,6 προς 185,31±42,5), ενώ αντίστοιχα η ρύθμιση ήταν πιο ικανοποιητική συγκριτικά με τους δικούς μας ασθενείς (HbA<sub>1c</sub> 7,2±2,5 προς 9,85±2,57 p<0,05).

Συμπέρασμα: α) Η αυξημένη αποβολή λευκωματινής στα ούρα διαβητικών τύπου Ι με μικρή διάρκεια νόσου είναι αρκετά συχνή. Η προγνωστική σημασία όμως του φαινομένου αυτού οφείλει να καθορισθεί σε προοπτικές μελέτες. β) Παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη καρδιαγγειακής νόσου πρέπει να αναζητούνται σε ανάλογες περιπτώσεις.

Η ΝΕΦΡΙΚΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ.

Α. Δημητριάδης, Ι. Πετρίδης, Μ. Κληρίδου, Σ. Χατζηλαμπρινού, Μ. Ρίκα.

Α΄ Παθολογική Κλινική, ΝΓΝ "Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ", Θεσσαλονίκη.

Η νεφρική ανεπάρκεια είναι σχετικά συχνή επιπλοκή στον νεανικό Σακχαρώδη Διαβήτη (τύπου Ι). Στον Σακχαρώδη Διαβήτη ενηλίκων (τύπου ΙΙ) η επίδραση παραγόντων όπως η ηλικία, η αθηροσκλήρωση, η αρτηριακή υπέρταση κλπ, που από μόνοι τους μπορεί να οδηγήσουν σε νεφρική ανεπάρκεια, δυσχεραίνει την εκτίμηση της συχνότητας αυτής της επιπλοκής. Σκοπός της εργασίας είναι η εκτίμηση της νεφρικής λειτουργίας σε ηλικιωμένους διαβητικούς και της επίδρασης άλλων επιβαρυντικών παραγόντων.

Μελετήθηκαν αναδρομικά οι φάκελοι 129 διαβητικών (52 άνδρες, 77 γυναίκες) ηλικίας άνω των 60 ετών (μέση ηλ. 71,4, διακ. 60-90), που νοσηλεύτηκαν κατά την τριετία 1991-1993. Νεφρική ανεπάρκεια (N.A) (κρεατινίνη ορού >1.40) είχαν 58 ασθενείς (45%). Συγκριτικά με τους υπόλοιπους 71 (ΥΓ) δεν διέφεραν ως προς την ηλικία, το φύλο, το βάρος σώματος, τα επίπεδα σακχάρου και λιπιδίων και τη φαρμακευτική αγωγή. Οι ασθενείς με NA είχαν συχνότερα αρτηριακή υπέρταση (72,4% έναντι 50,7% των ΥΓ, p<0,012) καθώς και λευκωματουρία (μετρητό: 52% έναντι 14%, p<0,01, ίχνη: 24% έναντι 31%, p: N.S, όχι: 24% έναντι 55%, p<0,001). Αντίστροφα οι τιμές κρεατινίνης ήταν υψηλότερες στους υπερτασικούς (2,86 ± 2,94 έναντι 1,43 ± 0,83 mg%, p<0,001) καθώς και σ'αυτούς με λευκωματουρία (μετρητό: 3,83 ± 3,37, ίχνη: 1,85 ± 1,74, όχι: 1,45 ± 1,10, p<0,001) Από πολυπαραγοντική ανάλυση βρέθηκε σημαντική (p<0,0001) αλληλεπίδραση αρτηριακής πίεσης, λευκωματουρίας και κρεατινίνης, καθώς και μεταξύ είδους θεραπείας (δίαιτα, φάρμακα, ινσουλίνη), λευκωματουρίας και κρεατινίνης (p<0,02). Η ηλικία δεν επηρεάζει σαν ανεξάρτητη μεταβλητή την πολυπαραγοντική συσχέτιση.

Θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι σε ηλικιωμένους διαβητικούς με νεφρική ανεπάρκεια, που βρίσκονται υπό αγωγή με ινσουλίνη, η συνύπαρξη λευκωματουρίας είναι σαφώς ενδεικτική υποκείμενης διαβητικής και όχι άλλου τύπου νεφροπάθειας.

ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΕ ΤΥΠΟΥ Ι  
ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

**Ν. Παπάζογλου, Χρ. Μανες, Ε. Σωσσιδου, Γ. Σκαραγκάς,  
Ι. Κοντογιάννης, Σ. Γκουτκίδου, Μ. Βουκίας.**

Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο Α.Γ.Ν. «ΑΓΙΟΣ  
ΠΑΥΛΟΣ»

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να εξετασθεί η σχέση μεταξύ εγκυμοσύνης και επιπολασμού των χρόνιων επιπλοκών (αμφιβληστροειδοπάθεια - μικρολευκωματινουρία) του Σακχ. Διαβήτη (ΣΔ) σε τύπου Ι ασθενείς (στα πλαίσια της Eurodiab Complications Study). Ελέγχθηκαν συνολικά 57 ασθενείς μέσης ηλικίας  $33,95 \pm 12,93$ , διάρκειας νόσου  $14,15 \pm 8,6$  έτη και μέσης  $HbA_{1c}$   $9,63 \pm 1,98$  %. Στον πληθυσμό αυτό α) καταγράφηκε ο αριθμός των κήσεων μετά την εμφάνιση του ΣΔ, β) προσδιορίστηκαν η ύπαρξη αμφιβληστροειδοπάθειας και η αποβολή λευκωματίνης στα ούρα.

Αποτελέσματα: 1) Γυναίκες με αναφερόμενη κύηση στο ιστορικό (Ομάδα Α)  $n=21$  (36,8%) και χωρίς ιστορικό κύησης (Ομάδα Β)  $n=36$  (63,2%). 2) Αμφιβληστροειδοπάθεια εμφάνιζαν 38,8% στην ομάδα Α και 31,43% στην ομάδα Β. 3) Αποβολή λευκωματίνης στα ούρα  $\geq 20$   $\mu g/min$  εμφάνιζαν 33,33% στην ομάδα Α και 34,11% στην ομάδα Β. Σε μονοπαραγοντική στατιστική ανάλυση ( $\chi^2$ -test) δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στον επιπολασμό της αμφιβληστροειδοπάθειας και της αυξημένης αποβολής λευκωματίνης μεταξύ των ομάδων Α και Β ( $p>0,05$ ). Σε πολυπαραγοντική ανάλυση όπου συνεκτιμήθηκαν η διάρκεια νόσου, η ρύθμιση και η ηλικία δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση της εγκυμοσύνης στην εμφάνιση των χρόνιων επιπλοκών ( $p>0,05$ ).

Συμπέρασμα: Από τα στοιχεία της παρούσας μελέτης δεν φαίνεται να υπάρχει αξιόλογη επίδραση της εγκυμοσύνης στην εμφάνιση των χρόνιων επιπλοκών σε ασθενείς με τύπου Ι ΣΔ.

Η ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΓΛΟΥΚΑΓΟΝΟΥ-ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΣΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΦΕΔΡΕΙΑΣ  
ΤΩΝ  $\beta$ -ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

**ΚΑΖΑΚΟΣ Κ, ΜΟΥΣΛΕΧ Ζ, ΤΙΓΚΑ Ε, ΚΟΥΚΟΥΡΙΚΟΥ Μ, ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ Η,  
ΣΑΜΑΡΤΖΙΔΗΣ Κ, ΚΑΝΑΚΗΣ Α, ΓΙΩΒΟΣ Ι.**

Α' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ, ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ  
ΑΧΕΠΑ

Το επίπεδο της λειτουργικής εφεδρείας των  $\beta$ -κυττάρων σε διαβητικούς ασθενείς αποτελεί σημαντική πληροφορία και βασική προϋπόθεση στη λήψη της απόφασης για έναρξη ινσουλινοθεραπείας. Η αντικειμενική εκτίμηση του παράγοντα αυτού αποτελεί ακόμη πεδίο αμφισβήτησης λόγω απουσίας πρακτικά εφαρμόσιμης μεθοδολογίας. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η συγκριτική εκτίμηση της δοκιμασίας συνδυασμένης χορήγησης γλουκαγόνου και γλυκόζης αφ'ενός και της δοκιμασίας χορήγησης γλουκαγόνου αφ'ετέρου στην έκκριση του C-πεπτιδίου από τα  $\beta$ -κύτταρα. Μελετήθηκαν 6 ινσουλινοεξαρτώμενοι (IDDM), 20 μη-ινσουλινοεξαρτώμενοι (NIDDM) διαβητικοί (6 μόνον σε διαίτα(Δ), 8 σε υπογλυκαιμικά δισκία (ΥΔ), 6 σε ινσουλίνη (ΙΘ)) και 6 ασθενείς με δυσανεξία στη γλυκόζη (IGT). Οι ασθενείς υποβλήθηκαν στις δύο δοκιμασίες με τυχαία σειρά και μεσοδιάστημα μίας εβδομάδος. Μετά 12ωρη νηστεία χορηγήθηκε 1mg γλουκαγόνου ΕΦ (Γ) στην πρώτη δοκιμασία και 1mg γλουκαγόνου και 20 ml γλυκόζης 2.8M ΕΦ στη δεύτερη (ΓΓ). Δείγματα αίματος για μέτρηση γλυκόζης και C-πεπτιδίου λήφθηκαν σε χρόνο 0' και 6'. Στη δοκιμασία Γ τα επίπεδα του C-πεπτιδίου μεταβλήθηκαν από  $2.49 \pm 0.16$  σε  $2.41 \pm 0.4$  ng/ml, από  $6.6 \pm 1.12$  σε  $11.76 \pm 2.4$  ( $p<0.01$ ), από  $4.33 \pm 0.59$  σε  $5.31 \pm 0.8$  ( $p<0.02$ ), από  $5.62 \pm 0.46$  σε  $7.13 \pm 0.8$  ( $p<0.01$ ) και από  $4.18 \pm 1.45$  σε  $5.34 \pm 2.4$  ( $p<0.01$ ) στις ομάδες IDDM, Δ, ΥΔ, ΙΘ και IGT αντίστοιχα. Στη δοκιμασία ΓΓ τα επίπεδα του C-πεπτιδίου μεταβλήθηκαν από  $2.49 \pm 0.16$  σε  $2.34 \pm 0.4$  ng/ml, από  $6.6 \pm 1.12$  σε  $8.05 \pm 2.6$ , από  $4.33 \pm 0.59$  σε  $6.15 \pm 0.8$  ( $p<0.01$ ), από  $5.62 \pm 0.46$  σε  $7.8 \pm 0.6$  ( $p<0.001$ ) και από  $4.18 \pm 1.45$  σε  $7.24.34 \pm 1.6$  ( $p<0.001$ ) στις ομάδες IDDM, Δ, ΥΔ, ΙΘ και IGT αντίστοιχα. Η συνδυασμένη χορήγηση ΓΓ είχε καλύτερη ανταπόκριση των  $\beta$ -κυττάρων πλὴν των NIDDM ασθενών που βρίσκονται σε διαίτα όπου η ανταπόκριση στη δοκιμασία Γ είχε καλύτερο αποτέλεσμα. Συμπεράσματα: Η δοκιμασία ΓΓ πλεονεκτεί γενικά της απλής διέγερσης με Γ. Σε αντίθεση με ορισμένες μελέτες, σε ασθενείς με μη-ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη που αντιμετωπίζονται με διαίτα μόνο η διαφορά των δύο δοκιμασιών φαίνεται να εξασθενεί.



ΛΗΨΗ ΒΟΤΑΝΩΝ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ

Δ.ΣΙΜΕΛΙΔΗΣ, Κ.ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΟΥ, Ε.ΒΑΔΑΡΛΗΣ

ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΤΟΥ ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΟΥ  
ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΟΖΑΝΗΣ

Σε 410 διαβητικούς ασθενείς με διαβήτη τύπου II, 167 άνδρες και 243 γυναίκες, απευθύνθηκε ειδικό ερωτηματολόγιο σχετικό με τη χρήση ή μη βοτάνων από τους ίδιους.

167 (41%) από το σύνολο των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι έκαναν χρήση ενός ή περισσότερων βοτάνων, για σύντομο ή μακρό χρονικό διάστημα, για βελτίωση ή ίαση του διαβήτη. 26 από αυτούς διέκοψαν τη φαρμακευτική αγωγή τους κατά τη χρήση των βοτάνων και 70 (29%) από αυτούς που δεν πήραν βότανα πιστεύουν στις θεραπευτικές τους ιδιότητες.

Δε βρέθηκε σημαντική διαφορά όσον αφορά το φύλο, τις γραμματικές γνώσεις και το τόπο κατοικίας των διαβητικών που έκαναν χρήση βοτάνων.

Τα βότανα που συχνότερα χρησιμοποιήθηκαν ήταν βασιλιά (ζήγρα, βατόμουρο), δεντρολίβανο, χαμέντρο και διάσος. Ο συνήθης τρόπος λήψης είναι το βράσιμο με νερό και η πόση 1-3 φλυτζανιών τσαγιού ή καφέ την ημέρα.

Συμπεραίνεται ότι το 58% των διαβητικών μας πιστεύει στις θεραπευτικές ιδιότητες των βοτάνων και παρά τις αξιόλογες προόδους της επιστήμης στη θεραπευτική αγωγή του σακχαρώδη διαβήτη ποσοστό 41% έκανε χρήση βοτάνων. Χρειάζεται συνεχής, σαφής, υπεύθυνη και σε κλίμα εμπιστοσύνης ενημέρωση των διαβητικών ασθενών για τα αποτελέσματα της απερίσκεπτης χρήσης βοτάνων.

ΟΞΥΓΟΝΩΣΗ ΤΩΝ ΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΥΠΕΡΒΑΡΙΚΗ  
ΟΞΥΓΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ  
ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Χ. Μανές, Θ. Μεσημέρης, Θ. Μελέκος, Γ. Βοσκόπουλος, Ε. Παπαδέλη, Μ. Βούκιας, Ν. Πατάζογλου

Διαβητολογικό κέντρο και μονάδα υπερβαρικής οξυγονοθεραπείας  
Α.Γ.Ν. «ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ»

Η ιστική υποξία θεωρείται πολύ σημαντικός παράγων στην εμφάνιση παθήσεων των κάτω άκρων σε διαβητικούς ασθενείς. Ως εκ τούτου η χορήγηση οξυγόνου με υψηλή πίεση (αύξηση διάχυσης O<sub>2</sub> στους ιστούς) έχει προταθεί σαν συμπληρωματική θεραπευτική αγωγή στην αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν α) η εκτίμηση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων της υπερβαρικής οξυγονοθεραπείας σε συνδυασμό με τις συνηθισμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις σε παθήσεις «διαβητικού ποδιού» και β) η έρευνα για παράγοντες που θα μπορούσαν να προκαθορίσουν το τελικό αποτέλεσμα. Στη μελέτη περιελήφθησαν 23 διαβητικοί ασθενείς (τύπου 2 n=19, άνδρες η=16), ηλικίας 58,87±9,74 και διάρκειας νόσου 13±8,5 έτη. Η κλινική εξέταση περιελάμβανε εκτίμηση της βαρύτητας α) του έλκους (κατάταξη κατά Wagner) β) της διαβητικής νευροπάθειας (προσδιορισμός δείκτη νευρικής δυσλειτουργίας - ΔΝΔ και ουδού αντίληψης δονήσεων - ΟΑΔ) και γ) της περιφερικής αγγειακής νόσου (κλινικά και με προσδιορισμό του σφυροβραχιόνιου δείκτη). Μετρήθηκε επίσης η διαδερμική PO<sub>2</sub> σε φυσιολογικές συνθήκες (1 ATA) και σε υπεροξία (εισπνοή O<sub>2</sub> σε 2,4 ATA).

Αποτελέσματα: α) Έλκη (κατά Wagner) βαθμού (βθ) 4 n=4, βθ 3 n=6, βθ 2 n=10, βθ 1 n=3, β) Έλκη νευροπαθητικά n=8, νευροϊσχαιμικά n=12, ισχαιμικά n=3. Ίαση επιτεύχθηκε σε 14 έλκη (61%) - ομάς Α, βελτίωση σε 5 (21%) - ομάς Β και αποτυχία σε 4 (18%) - ομάς Γ. Δεν υπήρχαν διαφορές μεταξύ ομάδας Α και Β αναφορικά με την ηλικία, διάρκεια νόσου, γλυκόζη αίματος, ΔΝΔ, ΟΑΔ, PO<sub>2</sub> (κφ συνθήκες 65±40 mm Hg προς 69±26 p NS) και PO<sub>2</sub> σε υπεροξία (465±275 προς 402±135 mm Hg, p NS). Στη σύγκριση των ομάδων Α και Γ διαπιστώθηκε υψηλότερη PO<sub>2</sub> σε υπεροξία στην ομάδα Α (465±275 προς 203±106 p<0,05), ενώ οι υπόλοιποι παράγοντες δεν εμφάνιζαν διαφορές.

Συμπέρασμα: Η χορήγηση υπερβαρικού οξυγόνου αποτελεί χρήσιμη θεραπευτική προσέγγιση (συμπληρωματική) στις παθήσεις του διαβητικού ποδιού. Ασθενείς με μειωμένη ιστική οξυγόνωση σε υπεροξία δεν ανταποκρίνονται στη θεραπευτική αυτή προσέγγιση.

## ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΚΟΙΛΙΟΥ ΚΑΙ ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Α. Δούρας, Χ. Λούπα, Α. Βογιατζόγλου, Μ. Κοντογιάννη, Α. Χρυσός

Β' Καρδιολογική Κλινική & Διαβητολογικό Ιατρείο Β' Παθολογικής Κλινικής Ν.Γ.Ν.Μ. "Α.ΦΛΕΜΙΓΚ", Αθήνα

**Εισαγωγή :** Είναι γνωστό ότι ο αριστερός κόλπος (ΑΚ) διατείνεται επί διαταραχών της διαστολικής λειτουργίας της αριστερής κοιλίας. Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να μελετηθεί το μέγεθος του ΑΚ σε σχέση με τη σωστή ρύθμιση του σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ).

**Μέθοδος - ασθενείς :** Μελετήθηκαν 16 διαβητικοί ασθενείς (Α), τύπου Ι και ΙΙ, ηλικίας  $56.9 \pm 2.25$  ετών (μέση τιμή  $\pm$  σταθερό σφάλμα,  $x \pm SE$ ), που δεν είχαν παθήσεις που επηρεάζουν τη διαστολική λειτουργία της αριστεράς κοιλίας (αρτηριακή υπέρταση, βαλβιδοπάθειες, στεφανιαία νόσο). Ελήφθη η τιμή της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c), ως δείκτης καλής μακροχρόνιας ρύθμισης του ΣΔ (σωστή ρύθμιση  $\leq 6.5\%$ ). Επίσης υπολογίστηκε η διάμετρος του ΑΚ σε cm με διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα από την αριστερή παραστερνική λήψη και από το βραχύ άξονα στο επίπεδο της αορτής και ελήφθη η μέση τιμή αυτών ( $PT \leq 4cm$ ). Οι Α χωρίστηκαν στην ομάδα Ι με HbA1c  $\leq 6.5\%$  και στην ομάδα ΙΙ με HbA1c  $> 6.5\%$ . Η στατιστική ανάλυση έγινε με δοκιμασία Student's t-test και με υπολογισμό συντελεστή συσχέτισης (r).

**Αποτελέσματα :** Η HbA1c κυμάνθηκε από 5 έως 17.2% ( $x \pm SE : 8.44 \pm 0.76$ ).

Στην ομάδα Ι υπήρχαν 4 Α. Οι διαστάσεις του ΑΚ κυμάνθηκαν από 3.8 έως 4.5 cm ( $x \pm SE : 3.9 \pm 0.19$ ).

Στην ομάδα ΙΙ υπήρχαν 12 Α. Οι διαστάσεις του ΑΚ κυμάνθηκαν από 3.2 έως 4.4 cm ( $3.95 \pm 0.13$ ).

Μεταξύ των Α της ομάδας Ι και ΙΙ δεν ευρέθη σημαντική διαφορά ως προς το μέγεθος του ΑΚ.

Δεν ευρέθη επίσης σημαντική συσχέτιση μεταξύ των τιμών της HbA1c και του μεγέθους του ΑΚ ( $r=0.24$ ).

**Συμπέρασμα :** Φαίνεται ότι το μέγεθος του αριστερού κόλπου δεν εξαρτάται από τη σωστή ρύθμιση του σακχαρώδη διαβήτη.

## ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΑΜΦΙΒΑΝΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ

Α. Δούρας, Χ. Λούπα, Α. Βογιατζόγλου, Μ. Κοντογιάννη, Α. Χρυσός  
Β' Καρδιολογική Κλινική & Διαβητολογικό Ιατρείο Β' Παθολογικής Κλινικής Ν.Γ.Ν.Μ. "Α.ΦΛΕΜΙΓΚ", Αθήνα

Είναι γνωστό ότι στον σακχαρώδη διαβήτη παρουσιάζεται διαταραχή της διαστολικής λειτουργίας της αριστεράς κοιλίας (ΑΚ) και αγγειοπάθεια, με συχνή την εμφάνιση αλλοιώσεων από το βυθό του οφθαλμού. Στην παρούσα εργασία διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ της εμφάνισης των αγγειακών αλλοιώσεων από το βυθό και των διαταραχών της διαστολικής λειτουργίας (ΔΔΛ) της ΑΚ.

Μελετήθηκαν 19 διαβητικοί ασθενείς (Α) τύπου Ι και ΙΙ, ηλικίας  $54.2 \pm 2.5$  ετών (μέση τιμή  $\pm SE$ ), οι οποίοι δεν είχαν παθήσεις που διαταράσσουν την διαστολική λειτουργία της ΑΚ. Σε όλους έγινε βυθοσκόπηση. Από το δισδιάστατο υπερηχογράφημα στη λήψη 4 κοιλοτήτων με το παλμικό Doppler έγινε καταγραφή της διαμυρσοειδικής ροής (ΔΜΡ). Η εκτίμηση της διαστολικής λειτουργίας της ΑΚ έγινε από τους : Χρόνο ισοογκωτικής χάλασης (ΙΟΧ), χρόνο επιβράδυνσης (ΧΕ) του κύματος Ε της ΔΜΡ & λόγο κύματος Ε προς Α της ΔΜΡ. Η διαταραχή της διαστολικής λειτουργίας αξιολογήθηκε από την παρουσία ενός τουλάχιστον παθολογικού δείκτη, με φυσιολογικές τιμές : ΙΟΧ  $\leq 90msec$ , ΧΕ  $\leq 230msec$ ,  $E/A \geq 1$ . Στατιστική επεξεργασία έγινε με τη μέθοδο του  $\chi^2$ .

**Αποτελέσματα :** Επί φυσιολογικού βυθού οι δείκτες διαστολικής λειτουργίας κυμάνθηκαν : ΙΟΧ :  $70-120msec$  ( $x \pm SE : 101.15 \pm 3.45$ ), ΧΕ :  $150-265msec$  ( $223.07 \pm 8.79$ ),  $E/A : 0.66-1.3$  ( $0.97 \pm 0.05$ ). Επί παθολογικού βυθού : ΙΟΧ :  $65-100msec$  ( $80.83 \pm 7.68$ ), ΧΕ :  $160-260msec$  ( $198.33 \pm 15.14$ ),  $E/A : 0.82-2.43$  ( $1.19 \pm 0.25$ ). Α με φυσιολογικό βυθό & διαταραχή διαστολικής λειτουργίας : 12. Α με φυσιολογικό βυθό & φυσιολογική διαστολική λειτουργία : 1. Α με παθολογικό βυθό & διαταραχή της διαστολικής λειτουργίας : 2. Α με παθολογικό βυθό & φυσιολογική διαστολική λειτουργία : 4. Η συσχέτιση μεταξύ των ευρημάτων εκ του βυθού και των δεικτών διαστολικής λειτουργίας έδειξε ότι επί ασθενών με φυσιολογικό βυθό (13, 68.5%) παρατηρείται διαταραχή της διαστολικής λειτουργίας ( $\chi^2=10.71$ ,  $p<0.005$ ). Εκ των τριών δεικτών της διαστολικής λειτουργίας, μόνη η ΙΟΧ ήταν παρατεταμένη σε ποσοστό 93% (13/14) σε ασθενείς με διαταραγμένη γενικά τη διαστολική λειτουργία, και σε ποσοστό 84.6% (11/13) στους ασθενείς με φυσιολογικό βυθό ( $\chi^2=7.65$ ,  $p<0.01$ ). **Συμπέρασμα :** Φαίνεται ότι η διαταραχή της διαστολικής λειτουργίας της ΑΚ και κυρίως η παράταση της ΙΟΧ είναι συχνό εύρημα στους διαβητικούς ασθενείς και προηγείται των αλλοιώσεων εκ του βυθού.

ΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΕΠΙ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ

Χ. ΣΟΛΟΜΩΝΙΔΗΣ, Δ. ΣΙΜΕΛΙΔΗΣ, Ζ. ΑΝΤΩΝΟΠΟΥΛΟΣ  
Ε. ΒΑΔΑΡΑΗΣ

ΙΑΤΡΕΙΑ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ & ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ  
ΜΑΜΑΤΣΕΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΟΖΑΝΗΣ

Σκοπός της έρευνας ήταν η καταγραφή των δερματικών εκδηλώσεων στους ασθενείς του Διαβητολογικού Ιατρείου Νοσ. Κοζάνης.

Εξετάστηκαν έτσι επί τετράμηνο 750 διαβητικά άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη (Σ.Δ.) τύπου ΙΙ. Από αυτά διαπιστώθηκε ότι 226 είχαν ένα ή και περισσότερα δερματικά νοσήματα. Για την αξιολόγηση δεν λήφθηκε υπ' όψη το είδος της θεραπείας, η διάρκεια του διαβήτη και ο βαθμός μεταβολικού ελέγχου.

Βρέθηκαν λοιπόν ως προς τις συσχετιζόμενες με τον διαβήτη δερματοπάθειες (στο σύνολο των εξετασθέντων): α) με "σαφή σχέση" 17,6%, β) με "συνύπαρξη" 5,4%, γ) από "λοιμώξεις" 28,7%, δ) "οφειλόμενες στην θεραπεία" 0,1%. Απο πλευράς συμπτωμάτων, ο κνησμός ήταν το κύριο εύρημα σε αντίθεση με το μικρότερο ποσοστό των άλλων υποκειμενικών ενοχλημάτων. Επιπλέον, ο αριθμός των τυχαία ανευρεθέντων (μή σχετιζομένων) δερματοπαθειών, κάθε άλλο παρά αμεληταίος ήταν.

Το συμπέρασμα που εξάγεται είναι ότι προκύπτουν κάποιες αποκλίσεις από ανάλογες παρατηρήσεις, ενώ θα ήταν ευχής έργο να υπάρξουν και δεδομένα αναφοράς σε επίπεδο επικράτειας.

ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΟΡΑΣΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ ΥΠΟΣΤΡΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ ΟΙΔΗΜΑ ΩΧΡΑΣ (CSME) ΜΕΤΑ LASER ΦΩΤΟΠΗΞΙΑ

Γ. Τριανταφύλλου, Ε. Μωλέ, Χ. Μουρατίδης, Α. Αχταρόπουλος

Οφθαλμολογική Κλινική Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης

**Εισαγωγή:** Κατά πάγια αρχή της κλινικής μας από την αρχή του 1992 το κλινικά σημαντικό οίδημα ωχράς (CSME) ανάλογα με τον φλουροαγγειογραφικό του χαρακτήρα αντιμετωπίζεται το μεν εστιακό με εστιακή Laser φωτοπηξία, το δε διάχυτο με Grid Pattern. Πρώ του 1992 με σχετικά ασαφή κριτήρια, το οίδημα της ωχράς αντιμετωπιζόταν με εστιακή φωτοπηξία και φωτοπηξία σε σχήμα πετάλου.

**Σκοπός:** Η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της ως ανω τεχνικής στην εξέλιξη της οπτικής οξύτητας.

**Υλικό-Μέθοδος:** 288 ασθενείς με CSME υποβλήθηκαν από την αρχή του 1992 σε Laser φωτοπηξία (186 εστιακή και 102 Grid Pattern). Αποκλείσθηκαν οι περιπτώσεις στις οποίες κρίθηκε σκόπιμη σε οποιοδήποτε στάδιο η εφαρμογή παναμφιβληστροειδικής φωτοπηξίας.

**Ευρήματα:** Κατά τον χρόνο της παρακολούθησης παρατηρήθηκε σοβαρή απώλεια οπτικής οξύτητας μόνο στο 8,06% των περιστατικών που υποβλήθηκαν σε εστιακό Laser και στο 13,11% των περιστατικών που υποβλήθηκαν σε Grid Pattern.

**Συμπεράσματα:** Λαμβάνοντας υπ όψιν ότι χωρίς αγωγή παρατηρείται σοβαρή απώλεια της όρασης στην διητία στο 25% των αντίστοιχων περιστατικών τα αποτελέσματα κρίνονται απόλυτα ικανοποιητικά. Γίνεται σύγκριση με τα αποτελέσματα παλαιότερων σειρών του Νοσοκομείου μας και με αποτελέσματα από την διεθνή βιβλιογραφία.

ΦΙΜΠΡΟΝΕΚΤΙΝΗ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ

Γ. ΣΚΑΡΑΓΚΑΣ, Ε. ΡΕΠΑΝΤΑ, Ι. ΤΣΙΠΤΣΙΟΣ, Ν. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ,  
Δ. ΧΑΤΣΕΡΑΣ, Ν. ΓΚΟΤΣΗΣ

Παθολογική Κλινική και Αιματολογικό Εργαστήριο Νοσοκομείου ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ Θεσσαλονίκης (Συγκρότημα Φράγγων)  
Προπ. Παθολογική Κλινική Δημοκριτείου Πανεπιστημίου

Με σκοπό να μελετήσουμε τα επίπεδα της φιβρονεκτίνης του πλάσματος, μιας γλυκοπρωτεΐνης η οποία παράγεται από το αγγειακό ενδοθήλιο, μετρήσαμε τα επίπεδα της φιβρονεκτίνης (μέθοδος νεφελομετρίας) σε 30 διαβητικούς με διαβητική νευροπάθεια (ΔΝΕΥ) (17Α, 13Γ), σε 75 διαβητικούς χωρίς διαβητική μικροαγγειοπάθεια (ΔΜΙΑ) (29Α, 46Γ) και σε 100 υγιείς (46Α, 54Γ). Υπολογίσθηκαν επίσης η ΗΒΑ<sub>1c</sub> ο ΒΜΙ, ενώ η εκτίμηση της νευροπάθειας έγινε με κλινική και νευροφυσιολογική μελέτη των αισθητικών και κινητικών νεύρων.

Τα αποτελέσματα ήταν 1) για την ομάδα των διαβητικών με ΔΝΕΥ  $\bar{x}=38.17 \pm 3.48SD$ , 2) για την ομάδα των διαβητικών χωρίς ΔΜΙΑ  $\bar{x}=31.13 \pm 3.53SD$  και 3) για την ομάδα των υγιών  $\bar{x}=31.67 \pm 4.80SD$ . Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p < 0.001$ ) στα επίπεδα της φιβρονεκτίνης του πλάσματος μεταξύ της ομάδας των διαβητικών με ΔΝΕΥ και των ομάδων των διαβητικών χωρίς ΔΜΙΑ και των υγιών ( $t=8.55$  για 75 vs 30 και  $t=6.24$  για 100 vs 30).

Στους ασθενείς με ΔΝΕΥ τα επίπεδα της φιβρονεκτίνης του πλάσματος είναι αυξημένα, αποτελούν ένα καλό δείκτη της ΔΜΙΑ και ως εκ των ιδιοτήτων του μόριου της φιβρονεκτίνης και εκ του γεγονότος ότι αποτελεί βασικό συστατικό της βασικής αγγειακής μεμβράνης πιθανώς ενέχεται στην παθογένεια της ΔΜΙΑ.

Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ (ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΙΣΘΗΤΙΚΟΚΙΝΗΤΙΚΗΣ ΣΥΜΜΕΤΡΙΚΗΣ) ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ (ΠΟΛΥ)ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ (ΠΔΝ).

Δημητρίογλου Ν., Κωνσταντινίδου Λουκία, Γεωργηφένδης Κ., Πετρά Βασιλική, Παπαϊοκονόμου Παν., Μόσχου Κυριακή.

Διαβητολογικό Ιατρείο Νοσοκομείου Σερρών.

ΣΚΟΠΟΣ της μελέτης είναι η εκτίμηση του επιπολασμού (prevalence) της περιφερικής διαβητικής νευροπάθειας (ΠΔΝ). ΥΛΙΚΟ/ΜΕΘΟΔΟΣ. Η εκμείωση των ειδικών συμπτωμάτων και η κλινική εξέταση για την αναζήτηση των νευρολογικών σημείων της ΔΠΝ, εφαρμόσθηκαν σε 760 συνολικά διαβητικά άτομα, 465 (61,1%) γυναίκες και 295 άνδρες, ηλικίας (X+SD) 56,2+10,9 ετών, με (γνωστή) διάρκεια διαβήτη 9,9+6,5 έτη, από τα οποία, τα 692 (91,0%) τύπου II. Τα συμπτώματα βαθμολογήθηκαν από 0-9 με βάση τη φύση τους (καυσαλγίες, αιμαδιές, μυρμηκιάσεις/κράμπες, κόπωση, άλγος / άλλα), την εντόπισή τους (πέλμα, άκρος πούς / γαστροκνημία / γόνα, μηρός), την ημερήσια διακύμανσή της έντασης (νύκτα / ημέρα ή/και νύκτα / ημέρα), τη διατάραξη του ύπνου (ναι / όχι) και την ένταση της τελευταίας. Τα νευρολογικά σημεία βαθμολογήθηκαν από 0-10 με βάση τη φύση τους (κατάργηση αχίλλειου αντ/κού / κατάργηση επιπολής άλγους, επιπολής αφής, δονησιασθησίας) και την έκταση της εντόπισής τους (ένα μόνο ή δύο κάτω άκρα), και ταξινομήθηκαν σε ελαφρά (3-5), μέτρια (6-8) και βαρεία (9-10). Ως πάσχοντες από ΠΔΝ θεωρήθηκαν όσοι εμφάνιζαν μέτρια τουλάχιστο κλινικά σημεία με ή χωρίς συμπτώματα) ή ελαφρά κλινικά σημεία σε συνδυασμό με μέτρια τουλάχιστο (>5) συμπτώματα.

ΕΥΡΗΜΑΤΑ/ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ. Ο ολικός επιπολασμός της ΠΔΝ στον πληθυσμό αυτό είναι 33,9%. Η ηλικία των διαβητικών, η διάρκεια του διαβήτη, και η συνύπαρξη άλλων επιπλοκών (αμφιβληστροειδοπάθεια, λευκωματουρία) επηρεάζουν σημαντικά τον επιπολασμό της ΠΔΝ. Στις διακυμάνσεις της διάρκειας του διαβήτη από <4, μέχρι >15 έτη, ο επιπολασμός μεταβάλλεται από 18,1% μέχρι 56,4%, αντίστοιχα. Στις διακυμάνσεις της ηλικίας από <45 μέχρι >60 έτη, ο επιπολασμός κυμαίνεται από 13,0% μέχρι 41,9%, αντίστοιχα. Τέλος η συνύπαρξη άλλων επιπλοκών αυξάνει τον επιπολασμό της ΠΔΝ στο 60,2%, ενώ η απουσία τον μειώνει στο 8,4%.

**ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΜΑΣ.**

Σ. Παππάς, Α. Σωτηρόπουλος, Η. Ταμβάκος, Α. Τσακίρης, Ε. Σκληρός, Χ. Ατσάλη, Π. Χωμεΐδης, Α. Γκρόζου, Α. Κατσαδώρας.  
Διαβητολογικό Ιατρείο Β Παθολογικής Κλινικής Περ. Γεν. Νοσοκομείου Νικαίας-Πειραιάς.

**Σκοπός** της εργασίας ήταν η διαπίστωση της συχνότητας περιφερικής νευροπάθειας και των ελκών στα πόδια διαβητικών ασθενών που παρακολουθούνται στο ιατρείο μας.  
**Ασθενείς-Μέθοδοι:** Μελετήσαμε 724 NIDDM ασθενείς. (Ανδρες: 322, Γυναίκες : 402), μέσης ηλικίας  $63.8 \pm 11.2$  έτη και μέσης διάρκειας διαβήτη  $12.6 \pm 7.7$  έτη (Εύρος 1-39 έτη). Η διάγνωση της νευροπάθειας έγινε βάσει της κλινικής συμπτωματολογίας, της νευρολογικής σημειολογίας (αισθητικές και κινητικές διαταραχές) και ηλεκτροφυσιολογικού ελέγχου. Καταγράφησαν οι περιπτώσεις ελκών με την εξέταση και το ιστορικό. Έγινε συσχέτιση της συνύπαρξης νευροπάθειας και αμφιβληστροειδοπάθειας καθώς και της γλυκαιμικής ρύθμισης ( γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη) στους διαβητικούς με 5 χρόνια νευροπάθειας . Η στατιστική ανάλυση έγινε με τις μεθόδους  $\chi^2$  και t-test.

**Αποτελέσματα:** 1. Διαπιστώθηκε διαβητική περιφερική νευροπάθεια (ΔΠΝ) σε 192 ασθενείς (26.5%) και ελκών στα πόδια σε 29 (4%) Στους ασθενείς με ΔΠΝ διαπιστώθηκε: α. παρουσία πόνου σε 102 ασθενείς (53.1%), παραισθησίες σε 117 (60.9%) και μυϊκή αδυναμία σε 77 (40.1%) β. παθολογικές δοκιμασίες αισθητικότητας σε 138 ασθενείς (71.8%) και κατάργηση ή μείωση αντανακλαστικών Αχιλλείου 159 (82.8%) και επιγονατίδος 92 (47.9%). γ. Σε 122 από τους 192 ασθενείς με ΔΠΝ έγινε ηλεκτροφυσιολογικός έλεγχος και ευρέθηκε παθολογικός σε 99 (81.1%). 2. Η HbA1-c βρέθηκε  $11.7 \pm 3.3$  στους ασθενείς με ΔΠΝ έναντι 8.08 των ασθενών χωρίς ΔΠΝ (p ,0.05) 3. Διαπιστώθηκε συνύπαρξη Δ.νευροπάθειας σε 19 ασθενείς με ΔΠΝ (9.8%) έναντι 46 άνευ ΔΠΝ (p =NS). Όσον αφορά την διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια διαπιστώθηκε σε 67 ασθενείς με ΔΠΝ (34.9%) έναντι 42 (26.7%) άνευ ΔΠΝ (p,0.05)

**Συμπεράσματα:** Στους NIDDM ασθενείς που παρακολουθούμε στο ιατρείο μας διαπιστώθηκε: 1. Η συχνότης ΔΠΝ σε ποσοστό 26.5% και ελκών σε 4%. 2. Η παρουσία της ΔΠΝ σχετίζεται με την κακή γλυκαιμική ρύθμιση των ασθενών.

**ΗΚΓ-ΦΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ QTc ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΑΥΤΟΝΟΜΟΥ Ν.Σ**

Δημητρίογλου Ν., Κωνσταντίνίδου Λουκία, Γεωργιφέν-δης Κ., Γουναρίδης Ε., Παπαδόπουλος Σ., Γάκος Ευκλ..

Διαβητολογικό Ιατρείο Νοσοκομείου Σερρών.

Τόσο η διαβητική νευροπάθεια του αυτόνομου νευρικού συστήματος (ΔΝΑΝΣ), όσο και η παράταση του QT διαστήματος ενοχοποιούνται για αιφνίδιους θάνατους. ΣΚΟΠΟΣ της μελέτης είναι η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στην επιμήκυνση του QT στο ΗΚΓ, και τη ΔΝΑΝΣ. ΥΛΙΚΟ/ΜΕΘΟΔΟΙ. Σε α) 150 μη διαβητικά άτομα (ομάδα ελέγχου), 30 για κάθε μία από τις 5 δεκαετίες ηλικιών από 16-65 ετών, 15 για κάθε φύλο, καθώς και σε β) 318 διαβητικά άτομα (ομάδα διαβητικών), 252 τύπου 2, 186 γυναίκες, ηλικίας (x+SD)  $51,9 \pm 11,4$  ετών, διάρκειας διαβήτη  $9,8 \pm 6,1$  έτη, έγιναν: 1) Μέτρηση του QT στην απαγωγή μετά σαφέστερο τέλος του T (συνήθως στην AVL, όπου το U είναι ισοηλεκτρικό) και διόρθωση για τη στιγμιαία καρδιακή συχνότητα (QTc). 2) Δοκιμασία βαθέος καθίσματος (Squatting test) (ΔΒΚ) για την ανίχνευση παθολογικής αντίδρασης του Παρα-(Π) ή/και του Συμπαθητικού (Σ) ΑΝΣ. Ως πάσχοντες από ΔΝΑΝΣ θεωρήθηκαν οι διαβητικοί με πολύ μικρό βαθμό (<10%) αντίδρασης στη ΔΒΚ, τόσο του Σ, όσο και του Π. ΕΥΡΗΜΑΤΑ. (1) Στο σύνολό τους, αλλά και σε κάθε ηλικιακή ομάδα, οι διαβητικοί έχουν πιο παρατεταμένο QTc σε σχέση με την αντίστοιχη ομάδα ελέγχου (p<0,001). QTc  $\geq 410$ ,  $\geq 420$ ,  $\geq 440$ , και  $\geq 460$  ms εμφανίζει το 56,6%, 41,1%, 20,4%, και 9,1% των διαβητικών, αντίστοιχα, ενώ οι ίδιες αναλογίες για την ομάδα ελέγχου είναι πολύ μικρότερες (p<0,001). (2) Σε κάθε ηλικιακή ομάδα, οι διαβητικοί με ΝΑΝΣ είχαν πιο παρατεταμένο QTc σε σχέση με τους διαβητικούς χωρίς ΝΑΝΣ (p<0,05- <0,001). (3) Το αθροιστικό (Σ+Π) score της ΝΑΝΣ εμφανίζει μέτρια αρνητική συσχέτιση προς τη διάρκεια του QTc (r=0,483, p<0,001), δηλαδή όσο μεγαλύτερη η δυσλειτουργία του ΑΝΣ, τόσο πιο παρατεταμένο το QTc. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ. Η παράταση του διαστήματος QT αποτελεί ΗΚΓφικό σύμπτωμα και της ΔΝΑΝΣ.

ΤΟ ΒΑΘΥ ΚΑΘΙΣΜΑ(Squatting test) ΩΣ ΑΝΙΧΝΕΥΤΙΚΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΥΤΟΝΟΜΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Δημητρίκογλου Ν., Κωνσταντινίδου Λουκία, Κουτμερίδης Μ., Γεωργηφένδης Κ., Καρακόλιος Απ., Μηλίδης Θ.,

Διαβητολογικό Ιατρείο νοσοκομείου Σερρών.

ΣΚΟΠΟΣ της μελέτης είναι η ανάπτυξη μιάς απλής μεθόδου για την ανίχνευση της διαβητικής νευροπάθειας του αυτόνομου νευρικού συστήματος(NANΣ). Το βαθύ κάθισμα(BK) προκαλεί τόσο μια αρχική κινητοποίηση του παρασυμπαθητικού(Π), όσο και μία επακόλουθη - αμέσως μετά την ανόρθωση - του συμπαθητικού(Σ) και μπορεί να εφαρμοσθεί για την εκτίμηση της λειτουργικής τους ακεραιότητας. ΥΛΙΚΟ /ΜΕΘΟΔΟΙ. Υπό συνεχή ΗΚΓφική καταγραφή υπολογίσθηκε η παράταση του R-R κατά το BK και η βράχυνσή του κατά την ανόρθωση, σε σχέση με τη βασική του διάρκεια(πριν το BK), και έτσι εκτιμήθηκε η Π(BK-Π) και η Σ(BK-Σ) αντίδραση στη δοκιμασία σε 150 μη διαβητικά άτομα(ομάδα ελέγχου)-30 για κάθε 10ετία ηλικιών από 16-65 ετών, 15 για κάθε φύλο - καθώς και σε 318 διαβητικά άτομα -252 τύπου 2, 186 γυναίκες, ηλικίας (X+SD) 51,9+11,4 ετών και διάρκειας διαβήτη 9,8+6,1 έτη(ομάδα διαβητικών). Η όλη διαδικασία διαρκεί περί τα 4 min. ΕΥΡΗΜΑΤΑ. (1) Στην ομάδα ελέγχου παρατηρήθηκε μία προϊούσα έκπτωση της αθροιστικής(Π+Σ) απαντητικότητας του ANΣ στη δοκιμασία BK με την πρόοδο της ηλικίας απο 48,5%... σε 43,2%... σε 40,0%... σε 34,5% για τις ομάδες ηλικιών 26-35 ... 36-45 ... 46-55 ... και 56-65, αντίστοιχα. (2) Τα διαβητικά άτομα είχαν στο συνολό τους πολύ μικρότερο score αθροιστικής αντίδρασης στη δοκιμασία, σε σύγκριση με παρόμοιας ηλικίας μη διαβητικά (20,1%+13,0 εναντι 39,8%+10,0,  $p<0,001$ ): το ίδιο και σε κάθε δεκαετία ηλικιών. (3)Επειδή σε κανένα άτομο της ομάδας ελέγχου, ούτε η BK-Π, ούτε η BK-Σ ήταν <10%, η ανίχνευση της διαβητικής NANΣ έγινε με κριτήριο το όριο αυτό. Μ' αυτό το κριτήριο, NANΣ εμφανίζει το 28,3% των διαβητικών που μελετήσαμε, αλλά ο επιπολασμός είναι μεγαλύτερος όταν συνυπάρχουν και άλλες επιπλοκές(περιφερική νευροπάθεια, αμφιβληστροειδοπάθεια, λευκωματουρία), ή η ηλικία των διαβητικών ή η διάρκεια του διαβήτη είναι μεγάλη. (4) Η αξιοπιστία (επαναληψιμότητα), ευαισθησία, ειδικότητα και διαγνωστική αξία της δοκιμασίας BK εκτιμήθηκαν σε ξεχωριστή μελέτη ως μέτριες μέχρι ικανοποιητικές, αλλά η απλότητα και ευχρηστία της είναι πολύ μεγάλη. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ. Η δοκιμασία BK είναι απλή και χρήσιμη στην ανίχνευση της ΔNANΣ.

Η ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΔΟΚΙΜΑΣΙΩΝ ΤΟΥ ΦΝΣ ΤΟΥ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟΥ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Τ. Διδάγγελος, Γ. Κούρτογλου, Ρωμανίδου, Δ. Καραμήτσος.

Διαβητολογικό Κέντρο Β' Προπ. Παθολογικής. Κλινικής Νοσοκομείο Ιπποκράτειο Θεσσαλονίκης

Σκοπός της εργασίας ήταν η παρακολούθηση των δοκιμασιών ελέγχου του φυτικού νευρικού συστήματος του κυκλοφορικού(ΦΝΣΚ) σε διαβητικούς ασθενείς επί ένα χρόνο. Μελετήθηκαν 25 ασθενείς, 7 τύπου 1 και 18 τύπου 2 με μέση διάρκεια σακχαρώδη διαβήτη(ΣΔ) 17.75(εύρος 10-41 έτη). Η HBA1c παρέμεινε ουσιαστικά ίδια (πριν  $9.15\pm 0.35$  vs  $9.13\pm 0.33$  μετά). Χρησιμοποιήθηκε για την καταγραφή των μεταβολών του καρδιακού ρυθμού η συσκευή Monitor one NDX (πέντε μέθοδοι ανάλυσης) και οι μεταβολές της αρτηριακής πίεσης κατά την ορθόσταση. Κριτήρια επιλογής ήταν ηλικία < των 65 ετών, διάρκεια ΣΔ > 10 έτη και μία τουλάχιστον δοκιμασία ΦΝΣΚ παθολογική. Αποτελέσματα: Επιδείνωση παρατηρήθηκε στο δείκτη εκπνοής/εισπνοής(E/I) (από  $1.070\pm 0.007$  σε  $1.057\pm 0.005$ ,  $p<0.0009$ ). Οι υπόλοιποι δείκτες, άνυσμα κυκλικών μεταβολών R-R, SD των R-R διαστημάτων, δοκιμασία Valsalva και η μεταβολή σφύξεων και αρτηριακής πίεσης από την ύπτια στην όρθια θέση παρουσίασαν μικρές μεταβολές μη στατιστικά σημαντικές. Η δοκιμασία Valsalva είχε μεγάλη μεταβλητότητα. Συμπεράσματα. Ένας χρόνος παρακολούθησης είναι μάλλον μικρό διάστημα για να φανούν σαφείς διαφορές. Ο δείκτης E/I φαίνεται να είναι η πιο ευαίσθητη δοκιμασία. Η δοκιμασία Valsalva είναι αρκετά ασταθής. Όσοι ασθενείς είχαν παθολογικές δοκιμασίες στην αρχή εξακολούθησαν να έχουν και στους 12 μήνες.

ΛΙΠΙΔΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΠΡΩΤΕΪΝΕΣ ΟΡΟΥ ΣΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2. ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ, ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΛΙΠΟΥΣ

Χ. Μανές, Χ. Ζηκίδου, Εμ. Μαρίνος, Στ. Παπαστεφάνου, Γ. Καλογερούδης, Ε. Γεωργακοπούλου, Ν. Παπάζογλου  
ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΚΑΙ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ Α' Γ.Ν. «ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ» (Β' ΣΥΓΚΡΟΤΗΜΑ)

Οι διαταραχές των λιπιδίων και των αποπρωτεϊνών του ορού σε ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 σχετίζονται άμεσα με την ανάπτυξη αθηρωμάτωσης, που αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου σ' αυτήν την ομάδα. Επιπλέον μεγάλο ποσοστό των ασθενών αυτών είναι παχύσαρκοι.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να προσδιορισθούν τα επίπεδα λιπιδίων και αποπρωτεϊνών του ορού σε μη ινσουλινοεξαρτώμενους διαβητικούς ασθενείς (ΜΙΕΣΔ) σε σχέση με τη γλυκαιμική ρύθμιση, την ύπαρξη παχυσαρκίας και την κατανομή του σωματικού λίπους. Έλαβαν μέρος 67 ΜΙΕΣΔ (θήλειες n=34) με ηλικία 58,19±8,79 και διάρκεια νόσου 6,93±6,30.

Προσδιορίστηκαν: ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ), η σχέση περιμέτρου μέσης/ισχίων (Μ/Ι), τα επίπεδα HbA<sub>1c</sub>, λιπιδίων και αποπρωτεϊνών Α και Β ορού. Οι ασθενείς διαιρέθηκαν σε ομάδες αναφορικά α) με τη ρύθμιση (ομάδα Α - ανεπαρκής ρύθμιση - HbA<sub>1c</sub> >7,5% και ομάδα Β αποδεκτή ρύθμιση HbA<sub>1c</sub> ≤7,5%), β) με την ύπαρξη παχυσαρκίας (ομάδα Α<sub>1</sub> με ΔΜΣ≥29 και ομάδα Β<sub>1</sub> με ΔΜΣ<29) και γ) με την σχέση Μ/Ι (ομάδα Α<sub>2</sub> με Μ/Ι ≥0,95 για τους άνδρες και ≥0,85 για τις γυναίκες και ομάδα Β<sub>2</sub> με Μ/Ι <0,95 και <0,85 αντίστοιχα).

Αποτελέσματα: Δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων Α και Β στα επίπεδα των λιπιδίων και των αποπρωτεϊνών του ορού καθώς και μεταξύ των ομάδων Α<sub>1</sub> και Β<sub>1</sub> αναφορικά με τις ίδιες παραμέτρους. Ωστόσο οι ασθενείς της ομάδας Α<sub>2</sub> σε σύγκριση με την ομάδα Β<sub>2</sub> εμφάνιζαν αυξημένες τιμές χοληστερόλης (257,9±62,49 προς 231±43,87, p<0,05), τριγλυκεριδίων (165,2±66,63 προς 105,7±40,62, p<0,001), αθηρωματογόνου δείκτη (6,52±2,40 προς 5,26±2,20, p<0,05) και αποπρωτεϊνης Β (164,97±43,75 προς 116,98±32,21, p<0,001).

Συμπέρασμα: Η προσπάθεια για καλή ρύθμιση (γλυκόζης και λιπιδίων) και επίτευξη του επιθυμητού βάρους για τους ασθενείς με τύπου 2 ΣΔ οφείλει να είναι εντατικότερη για τα άτομα με ανδροειδή παχυσαρκία, ιδίως αναφορικά με τον κίνδυνο αθηρωμάτωσης.

ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΩΝ ΕΝΔΟΓΕΝΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΗΞΕΩΣ - ΙΝΩΔΟΥΣΗΣ, ΤΗΣ ΔΙΠΙΠΡΩΤΕΪΝΗΣ [α] ΚΑΙ ΤΟΥ ΙΝΩΔΟΓΟΝΟΥ, ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ.

Απ. Ευθυμιάδης, Φιλίτσα Σουγιουλτζόγλου, Κ. Αροδίτης, Γ. Τσάπας.

Ιατρείο Μελέτης Διαταραχών Λιπιδίων Β' Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ. Ιπποκράτειο Γεν. Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης.

Σκοπός της εργασίας μας είναι η διερεύνηση της προγνωστικής αξίας των ενδογενών παραγόντων πήξεως - ινωδόλυσης [ αντιθρομβίνης III [AT-III], του ενεργοποιητή και αναστολέα του πλασμινογόνου [ t-PA και PAI-1], της Lp [α] και του ινωδογόνου, σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη.

Υλικό και μέθοδοι: Μελετήθηκαν 113 άτομα και των δύο φύλων [Α=73, Γ=40, μέσης ηλικίας 44,2±8,76 ετών], τα οποία κατατάξαμε σε τρεις ομάδες: Ομάδα Α: 20 υγιείς ενήλικες [Α=11, Γ=9, μέσης ηλικίας 33,1±6,8 έτη], οι οποίοι αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου. Ομάδα Β: 54 ασθενείς [Α=32, Γ=22, μέσης ηλικίας 51,1±8,5 ετών], οι οποίοι έπασχαν από σακχαρώδη διαβήτη τύπου II και δέν εμφανίζαν κλινικές εκδηλώσεις μακροαγγειακής νόσου. Τέλος, ομάδα Γ, 39 ασθενείς [Α=30, Γ=9, μέσης ηλικίας 48,41±10,98 ετών], οι οποίοι έπασχαν από σακχαρώδη διαβήτη ενηλίκων και εμφάνιζαν κλινικές και ΗΚΓ/κές εκδηλώσεις στεφανιαίας νόσου.

Σε όλα τα άτομα γινόταν λήψη φλεβικού αίματος για προσδιορισμό στον ορό γλυκόζης αίματος και Lp (α), ενώ στο πλάσμα ινωδογόνου, AT-III, PAI-1 και t-PA.

Αποτελέσματα: 1. Οι τιμές της γλυκόζης αίματος στους ασθενείς της ομάδας Β και Γ υπήρξαν αυξημένες [191,1±65,67 και 185,53±60,77 mg/dl, αντίστοιχα] συγκριτικά με της ομάδας ελέγχου [102,84±11,9 mg/dl], με στατιστική σημαντικότητα. 2. Οι διακυμάνσεις των τιμών του ινωδογόνου [428,46±82,81 mg/dl], της Lp (α) [21,18±2,1 mg/dl], του PAI-1 [60,2±22,31 ng/dl], και του t-PA [23,1±8,7 mg/dl] στους ασθενείς της ομάδας Γ κυμάνθηκαν σε υψηλότερα επίπεδα, συγκριτικά με τις αντίστοιχες της ομάδας Β [377,69±98,17 mg/dl, 16,4±2,2 mg/dl, 57,12±20,21 ng/dl, και 23,1±8,74 mg/dl,] και της ομάδας ελέγχου [248,6±38,9 mg/dl, 12,5±1,2 mg/dl, 18,6±6,8 ng/dl, 6,9±1,9 mg/dl]. 3. Αντιθέτως, οι τιμές της AT-III κυμάνθηκαν σε χαμηλότερα επίπεδα στους ασθενείς της ομάδας Γ, με στεφανιαία νόσο, [78,9±22,3%], συγκριτικά με τους ασθενείς της ομάδας Β [86,62±19,19%] και την ομάδα ελέγχου [99,6±6,8%].

Συμπεράσματα: Ο προσδιορισμός των ενδογενών παραγόντων πήξεως ινωδόλυσης βρέθηκε ότι είναι διαταραγμένος στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, ακόμη περισσότερο σε αυτούς με εκδηλώσεις μακροαγγειακής νόσου, γεγονός που μπορεί να θεωρηθεί ως προγνωστικός δείκτης στην εξέλιξη της νόσου.

**ΕΠΙΠΕΔΑ ΜΑΓΝΗΣΙΟΥ ΟΡΟΥ ΣΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ II ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΑ ΑΤΟΜΑ**

**Χ. Λούπα, Ι. Μανώλης, Δ. Βογιατζόγλου**  
*Διαβητολογικό Ιατρείο Β' Παθολογικής Κλινικής & Βιοχημικό Εργαστήριο Ν. Γ. Ν. Μελισσίων "Α. ΦΛΕΜΙΓΚ", Αθήνα*

Τα τελευταία χρόνια, το ενδιαφέρον πολλών ερευνητών έχει στραφεί στο Μαγνήσιο (Mg). Από πολλούς τείνει να γίνει αποδεκτό ότι στον σακχαρώδη διαβήτη υπάρχει υπομαγνησιαιμία που ενδεχομένως σχετίζεται με τη διάρκεια της νόσου και την γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c). Στην παρούσα εργασία μελετήθηκαν τα επίπεδα ολικού Mg ορού σε διαβητικά άτομα τύπου II και συγκρίθηκαν με τις αντίστοιχες τιμές υγιών μαρτύρων.

Εξετάστηκαν 100 ασθενείς με τύπου II διαβήτη (50 άνδρες & 50 γυναίκες), με εύρος ηλικιών 37-90 έτη και μέση τιμή ηλικίας 65.48 έτη. Επίσης εξετάστηκαν 100 υγιείς μάρτυρες, του ίδιου φύλου & ηλικιακής 5ετίας με τους ασθενείς μας (μέση τιμή ηλικίας μαρτύρων 66.2 έτη). Αποκλείστηκαν άτομα με διάρροιες, ρινογαστρικό καθετήρα, νεφρική ανεπάρκεια, υποσιτιζόμενα, καταχραστές οινοπνεύματος ή λαμβάνοντα αμινογλυκοσίδες. Σε ασθενείς & μάρτυρες προσδιορίστηκαν τα επίπεδα ολικού Mg ορού με χρωματομετρική μέθοδο σε αυτόματο αναλυτή (διπλοί προσδιορισμοί). Η σύγκριση έγινε με τη δοκιμασία t-test του Student. Η τιμή Mg ορού των διαβητικών ατόμων ήταν χαμηλότερη από αυτή των υγιών μαρτύρων (μέσες τιμές  $\pm$  SD :  $2.04 \pm 0.25$  και  $2.13 \pm 0.22$  αντίστοιχα, και η διαφορά ήταν στατιστικά σημαντική ( $t=2.46$ ,  $p=0.015$ ).

**Συμπερασματικά**, παρά την χαμηλή ευαισθησία της μετρήσεως του εξωκυτταρίου Mg (μετράται μόνον το 1% του ολικού Mg του σώματος), οι τιμές Mg των διαβητικών ατόμων υπήρξαν σαφώς χαμηλότερες από τις αντίστοιχες υγιών μαρτύρων. Αυτό ενέχει ιδιαίτερη σημασία, καθόσον ο ρόλος του Mg στην παθογένεια της υπερέτασης, δυσλιπιδαιμίας, αρτηριοσκληρύνσεως & καρδιακών αρρυθμιών έχει αποδειχθεί σημαντικός τα τελευταία χρόνια.-

**ΤΟ ΜΑΓΝΗΣΙΟ ΣΕ ΤΥΠΟΥ II ΔΙΑΒΗΤΗ : ΥΠΑΡΧΕΙ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ Ή ΤΗΝ ΚΑΛΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ;**

**Χ. Λούπα, Ι. Μανώλης, Γ. Εμμανουήλ, Δ. Βογιατζόγλου**  
*Διαβητολογικό Ιατρείο Β' Παθολογικής Κλινικής & Βιοχημικό Εργαστήριο Ν. Γ. Ν. Μελισσίων "Α. ΦΛΕΜΙΓΚ", Αθήνα*

Η συμμετοχή του Μαγνησίου (Mg) σε πλήθος νοσολογικών νοσημάτων ερευνάται επισταμένως τα τελευταία έτη. Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μία πάθηση που, για πολλούς ερευνητές, ευθύνεται για υπομαγνησιαιμία (με παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς που ερευνώνται), η οποία ενδεχομένως σχετίζεται με τη διάρκεια της νόσου και την γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c). Αυτή ακριβώς η ενδεχόμενη συσχέτιση των επιπέδων ολικού Mg ορού σε τύπου II διαβητικά άτομα με την καλή ρύθμιση (σαν κριτήριο της οποίας θεωρήθηκε η HbA1c) και την διάρκεια της νόσου διερευνήθηκε στην παρούσα εργασία.

Μελετήθηκαν 100 ασθενείς (50 άνδρες & 50 γυναίκες) με τύπου II διαβήτη, με εύρος ηλικιών 37-90 έτη, μέση τιμή ηλικίας 65.48 έτη & διάμεσο 66 έτη. Αποκλείστηκαν άτομα με παράγοντες ενδεχομένως επηρεάζοντες το Mg. Μία ασθενής με σημαντική υπομαγνησιαιμία επίσης εξαιρέθηκε. Το ολικό Mg ορού προσδιορίστηκε με χρωματομετρική μέθοδο σε αυτόματο αναλυτή (οι προσδιορισμοί έγιναν εις διπλούν), και η HbA1c με στήλες κατιονανταλλακτικής ρητίνης. Στη συνέχεια έγινε προσπάθεια ανευρέσεως συσχετίσεως των τιμών Mg με τις τιμές HbA1c και τη διάρκεια του διαβήτου, με υπολογισμό του συντελεστή συσχέτισεως r κατά Pearson. Όμως δεν προέκυψε συσχέτιση με καμία από τις 2 αυτές παραμέτρους (για την HbA1c  $r=0.0104$  και  $p=1.00$ , και για τη διάρκεια διαβήτου  $r=0.1587$  και  $p=0.477$ ).

**Συμπερασματικά**, φαίνεται ότι η τιμή ολικού Mg ορού των διαβητικών ατόμων δεν σχετίζεται ούτε με τη διάρκεια της νόσου, ούτε με την καλή ή όχι ρύθμιση αυτής.-



## Η ΣΥΝΤΗΡΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ ΟΛΙΓΟΘΕΡΜΙΔΙΚΗΣ ΔΙΑΙΤΑΣ ΥΠΟ D-ΦΑΙΝΦΛΟΥΡΑΜΙΝΗ

Δ. Δημητρίου, Γ. Κούρτογλου, Σ. Μπακατσέλος  
Τ. Διδάγγελος, Δ. Καραμήτσος.

Διαβητολογικό Κέντρο Β' Προπ. Παθολογικής Κλινικής  
Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη.

Το σωματικό βάρος που χάνεται μετά από δίαιτες αδυνατίσματος συνήθως επανακτάται μετά τη διακοπή τους. Σκοπός της εργασίας ήταν να μελετηθεί η επίδραση της d-φαινφλουραμίνης στη συντήρηση του αποτελέσματος ολιγοθερμιδικής πρωτεϊνικής διαίτας. Το πρωτόκολλο περιλάμβανε 3 μήνες διαίτας 800-900 θερμίδων και άλλα δύο τρίμηνα, διασταυρούμενα, το ένα των οποίων υπό d-φαινφλουραμίνη με οδηγίες συντήρησης του βάρους. Ξεκίνησαν τη μελέτη 66 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και ολοκλήρωσαν τους 9 μήνες παρακολούθησης 21 ασθενείς. Στην πρώτη φάση της μελέτης διέκοψαν 29 ασθενείς. Οκτώ διέκοψαν τη διαίτα ενώ δεν έπαιρναν και 8 ενώ έπαιρναν d-φαινφλουραμίνη, οι 4 λόγω ανεπιθυμητών ενεργειών. Υπό τη λήψη φαρμάκου παρατηρήθηκε μέση απώλεια βάρους 2.5 Kg ( $p=0.0067$ ), ενώ χωρίς λήψη φαρμάκου αύξηση 0.5 Kg. ( $p=NS$ ) Υπό λήψη φαρμάκου έχασαν βάρος 15 ασθενείς και 6 έβαλαν βάρος. Χωρίς φάρμακο μετά το αρχικό τρίμηνο έχασαν βάρος 7 ασθενείς και 14 έβαλαν ( $x_2=6.1$  &  $p=0.036$ ). Συμπεραίνουμε ότι η d-φαινφλουραμίνη προσφέρει αισθητή βοήθεια στη συντήρηση του αποτελέσματος διαίτας αδυνατίσματος. Όμως, μόνο το 75% των ασθενών βοηθούνται από τη λήψη d-φαινφλουραμίνης. Ανεπιθύμητες ενέργειες που οδήγησαν σε διακοπή του φαρμάκου είχαμε στο 14% των ασθενών.

## ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ Ν ΝΟΜΟΣ ΡΟΔΩΝΗΣ

Παπάζογλου Ν, Μανές Χ, Κιρκουδης Α, Μαρίνος Ε,  
Παπαδέλη Ε, Σουλής Κ, Βουκιάς Μ, Κουτσογιάννης Ο.

Διαβητολογικό Κέντρο ΓΝΘ "Άγιος Παύλος"

Στα πλαίσια επιδημιολογικών μελετών που διεξάγονται από το Διαβητολογικό Κέντρο μας σε διάφορες περιοχές της Βόρειας Ελλάδας, προσδιορίστηκε ο επιπολασμός των γνωστών περιπτώσεων ΣΔ στον Νομό Ροδόπης (πληθυσμός μικτός, αγροτικός και αστικός). Κατεβλήθη προσπάθεια καταγραφής όλων των γνωστών διαβητικών ασθενών (ΔΑ) στο σύνολο του νομού Ροδόπης (συνολικός πληθυσμός 103.190 - απογραφή 1991, άρρενες 50.783, θήλειες 52.407). Καταγράφηκαν 1894 ΔΑ (752 άρρενες-39,7%, 1142 θήλειες-60,3%). Ο επιπολασμός του ΣΔ στον γενικό πληθυσμό του νομού Ροδόπης είναι 1,8%, άνδρες 1,5%, γυναίκες 2,1%. Ειδικότερα ο επιπολασμός στον μουσουλμανικό πληθυσμό είναι 1,2% και στον χριστιανικό 2,4%. Η μέση ηλικία κατά το πέρας της μελέτης ήταν 65,7 (65,1-66,3) έτη, άρρενες 64,9 (64,0-65,8) θήλειες 66,2 (65,5-66,9). Η μέση ηλικία κατά τον χρόνο διάγνωσης του ΣΔ ήταν 57,0 (56,4-57,6) έτη, άρρενες 56,3 (55,3-57,3), θήλειες 57,5 (56,7-58,3). Η μέση διάρκεια του ΣΔ ήταν 8,7 (8,4-9) έτη, άρρενες 8,5 (8-9), γυναίκες 8,8 (8,4-9,2). Το ποσοστό της παχυσαρκίας στον διαβητικό πληθυσμό ( $BMI \geq 30$ ) συνολικά ήταν 30,4% (άνδρες 17,9%, γυναίκες 38,4%). Ο BMI παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών ομάδων θεραπείας (Δίαιτα > αντιδιαβητικά δισκία > ινσουλίνη). Τα αποτελέσματα της έρευνας μας συμφωνούν συγκρινόμενα με ανάλογες από τον Ελλαδικό χώρο και την Μεσόγειο. Επιπλέον επιβεβαιώνεται ο αυξημένος επιπολασμός παχυσαρκίας στον διαβητικό πληθυσμό.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ VI  
ΝΟΜΟΣ ΣΕΡΡΩΝ

Παπάζογλου Ν, Δημητσίκογλου Ν, Μανές Χ, Σουλής Κ, Κοντογιάννης Ι, Σκαραγκάς Γ, Καραγιάννη Δ, Μηλίδης Β.

Διαβητολογικό Κέντρο ΓΝΘ "Άγιος Παύλος"

Στα πλαίσια επιδημιολογικών μελετών που διεξάγονται από το Διαβητολογικό Κέντρο μας σε διάφορες περιοχές της Β. Ελλάδας, προσδιορίσθηκε ο επιπολασμός των γνωστών περιπτώσεων ΣΔ στον Νομό Σερρών (πληθυσμός μικτός, αγροτικός και αστικός). Κατεβλήθη προσπάθεια καταγραφής όλων των γνωστών διαβητικών ασθενών (ΔΑ) στο σύνολο του νομού Σερρών (συνολικός πληθυσμός 192.2828 απογραφή 1991, άρρενες 95.338, θήλειες 97.490). Καταγράφηκαν 3512 ΔΑ (1423 άρρενες-40,5%, 2089 θήλειες-59,5%). Ο επιπολασμός του ΣΔ στον γενικό πληθυσμό του νομού Σερρών είναι 1,82%, άνδρες 1,45%, γυναίκες 2,08.1%. Η μέση ηλικία ήταν 66,1 (65,7-66,5) έτη, άρρενες 64,5 (63,8-65,2), θήλειες 67,2 (66,6-67,7). Η μέση ηλικία κατά τον χρόνο διάγνωσης του ΣΔ ήταν 56,0 (55,6-56,4) έτη, άρρενες 55,1 (54,4-55,8), θήλειες 56,6 (56,1-57,1). Η μέση διάρκεια του ΣΔ ήταν 10,2 (10,0-10,4) έτη, άρρενες 9,5 (9,1-9,9), γυναίκες 10,7 (10,4-11,0). Το ποσοστό της παχυσαρκίας στον διαβητικό πληθυσμό (BMI ≥ 30) συνολικά ήταν 36,7% (άνδρες 25,3%, γυναίκες 44,5%). Ο BMI παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών ομάδων θεραπείας (δίαιτα > αντιδιαβητικά δισκία > ινσουλίνη). Τα αποτελέσματα της έρευνας μας συμφωνούν συγκρινόμενα με ανάλογες από τον Ελλαδικό χώρο και την Μεσόγειο. Επιπλέον επιβεβαιώνεται ο αυξημένος επιπολασμός παχυσαρκίας στον διαβητικό πληθυσμό.

ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΕΠΙΛΟΚΕΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΤΥΠΟΥ Ι ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ (ΔΑ) (Ευρήματα εκ της Eurodiab Complicatio Study).

Ν.ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ,Κ.ΣΟΥΛΗΣ,Χ.ΜΑΝΕΣ,Γ.ΣΚΑΡΑΓΚΑΣ,Ι.ΚΟΝΤΟΓΙΑΝΝΗΣ,Α.ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ,Κ.ΒΟΛΟΥΔΑΚΗΣ,Β.ΗΛΙΑΔΗΣ.

Εκ της Παθολογικής Κλιν. και του Διαβητολογικού Κέντρου και της Καρδιολογικής Κλιν. του Α' Γ.Ν.ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ .

Στα πλαίσια πολυκεντρικής μελέτης (Eurodiab complications study) ερευνήθηκε ο επιπολασμός της καρδιαγγειακής νόσου (ΚΑΝ) και παραγόντων κινδύνου σε ΔΑ τύπου Ι στον Βορειοελλαδικό χώρο.

Στην μελέτη έλαβαν μέρος 105 ΔΑ (49 άρρενες, 56 θήλειες), ηλικίας 32=10,3 ετών και διάρκειας ΣΔ 12+7,8 ετών. Στο σύνολο των ΔΑ μετρήθηκε η αρτηριακή πίεση (ΑΠ), εκτιμήθηκε η ύπαρξη ΚΑΝ και άλλων παραγόντων κινδύνου ( BMI,πηλίκου Μ/Ι, λιπιδαιμικής εικόνας, καπνίσματος). Ο επιπολασμός της ΚΑΝ ήταν 8,6+0,03 και της υπέρτασης 27,6+0,5. Ο BMI βρέθηκε 23,9+3,6, το ηλικίον Μ/Ι 0,82+0,15. Χοληστερόλη 208,5+50,6 και HDL 55,6+35,6. Καπνιστές ήταν το 41% + 0,05 των ΔΑ. Μέση ημερήσια δοσολογία ινσουλίνης ήταν 0,64+0,17 U/Kg/Day, και HbA1c 9,7+2. Τα αποτελέσματα συγκρίθηκαν με τις μέσες τιμές της πολυκεντρικής μελέτης.

Διαπιστώσαμε περισσότερους υπέρτασικούς ΔΑ (P<0,01), καπνιστές (P<0,05) και υψηλότερα επίπεδα HbA1c (P<0,001). Αντίθετα μικρότερη βρέθηκε η δοσολογία της ινσουλίνης (P<0,002), ενώ η σχέση Μ/Ι ήταν μικρότερη (P<0,02). Δεν παρατηρήθηκε στατιστική διαφορά στις υπόλοιπες υπο μελέτη παραμέτρους.

**Συμπέρασμα :** Ο επιπολασμός της ΚΑΝ στους ΔΑ τύπου Ι της Β. Ελλάδας δεν διαφέρει σημαντικά απο αυτόν της συνολικής μελέτης, ενώ παρατηρείται σημαντικά μεγαλύτερος αριθμός υπέρτασικών και καπνιστών ΔΑ. Ο μεταβολικός έλεγχος υπολείπεται του συνολικού, η μέση δόση ινσουλίνης είναι μικρότερη, ενώ αναφορικά με την σωματική κατανομή του λίπους στον πληθυσμό μας υπερτερεί η γυναικείου τύπου.

## ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ, ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ -ΚΑΙ ΛΙΓΙΑ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ (NIDDM) ΕΙΣΑΓΟΜΕΝΩΝ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ.

Σ. Παπιάς, Θ. Πέππας, Α. Σωτηρόπουλος, Χ. Δρακούλης, Ο. Αποστόλου, Ι. Τσακανίκας, Β. Ανεμοδουρά, Ι. Κυριαζής, Α. Κατσαδόρος.  
Β Παθολογική Κλινική Περ. Γεν. Νοσοκομείου Νικαίας-Πειραιάς.

Σκοπός της εργασίας ήταν να μελετηθούν τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά διαβητικών ασθενών που εισάγονται στο νοσοκομείο λόγω υπογλυκαμίας, καθώς και οι εκδηλώσεις και τα αίτια αυτής.

Ασθενείς-Μέθοδοι: Μελετήσαμε προοπτικά όλους τους διαβητικούς ασθενείς που εισήχθησαν στην Κλινική μας την τριετία 1992-94, λόγω σοβαρής υπογλυκαμίας (Σάκχαρο προσελεύσεως < 40 mg/dl και ημικωματώδη ή κωματώδη κατάσταση). Κατεγράφησαν δημογραφικά στοιχεία, είδος θεραπείας, κλινική συμπτωματολογία και εικόνα, αίτια εμφάνισης υπογλυκαμίας, η παρακολούθηση ή μη σε Διαβητολογικό ιατρείο και το επίπεδο γνώσεων στον σακχαρώδη διαβήτη.

Αποτελέσματα: Διαπιστώθηκαν 121 εισαγωγές λόγω υπογλυκαμίας (Ανδρες: 48, Γυναίκες: 73, Μέσης ηλικίας  $68 \pm 14.6$  έτη). Το σύνολο των νοσηλευθέντων διαβητικών ασθενών κατά την τριετία αυτή ήταν 2130 (23.8% του συνόλου των εισαγωγών). Η συχνότης των εισαγωγών για υπογλυκαμία ήταν 5,7%. Ινσουλινοθεραπευόμενοι ήταν 41 (34%) ενώ δισκία ελάμβαναν 80 ασθενείς (66%). Ημικωματώδη κατάσταση εμφάνισαν 24 (19.8%) και κώμα 97 ασθενείς (80.2%). Συχνότερα συμπτώματα από τα αδρενεργικά ήταν η εφίδρωση (62%) και η αδυναμία (36%) από δε τα νευρογλυκολεπικά η σύγχυση (46%) και πνευματική αμβλύτης (13%). Κυριότερα αίτια εμφάνισης υπογλυκαμίας υπήρξαν η παράλειψη γεύματος (33%), η νεφρική ανεπάρκεια (29%), η λανθασμένη δόση (10%) και η λήψη αλκοόλ (8%). Εκ των ασθενών, 40 άτομα (33%) δεν είχαν λάβει στοιχειώδη μόρφωση (αναλφάβητοι). Παρακολούθηση σε Διαβητολογικό ιατρείο είχαν 25 ασθενείς (20.8%). Το επίπεδο γνώσεων για τον διαβήτη ήταν γενικά χαμηλό (33% καμμία γνώση, 54% μέτρια και καλή 12,5%)

Συμπεράσματα: Η υπογλυκαμία είναι υπολογίσιμο και σημαντικό αίτιο εισαγωγής διαβητικών ασθενών σε νοσοκομείο. Συχνότερα αίτια αυτής είναι η παράλειψη γεύματος και η νεφρική ανεπάρκεια. Η παρακολούθηση των ασθενών στα διαβητολογικά ιατρεία και, κυρίως, η καλύτερη εκπαίδευση και ενημέρωση των πάνω στον διαβήτη πρέπει να αποτελούν τους επιδιωκόμενους στόχους για να ελαττωθεί η συχνότης και η σοβαρότης της υπογλυκαμίας.

## ΟΜΙΛΗΤΕΣ – ΕΙΣΗΓΗΤΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

---

ΔΙΔΑΓΓΕΛΟΣ ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΣ

Παθολόγος συνεργάτης  
Διαβητολογικού Κέντρου  
Β' Πρ. Παθ. Κλινικής  
Ιπποκράτειο Νοσοκομείο  
Θεσσαλονίκης

ΓΙΩΒΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Επικ. Καθηγητής ΑΠΘ  
Ενδοκρινολόγος  
Α' Παθολ. Κλιν. Νοσοκ. ΑΧΕΠΑ

ΕΥΘΥΜΙΟΥ ΗΛΙΑΣ

Ενδοκρινολόγος  
Β' Νοσοκομείο ΙΚΑ Θεσ/νίκης

ΚΑΖΑΚΟΣ ΚΥΡΙΑΚΟΣ

Παθολόγος  
Συνεργάτης Διαβητολογικού Κέντρου  
Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ.  
Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ

ΚΟΥΡΤΟΓΛΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Παθολόγος, ΕΜΥ  
Β' Προπ. Παθολ. Κλιν. ΑΠΘ  
Θεσσαλονίκη

ΜΑΝΕΣ ΧΡΗΣΤΟΣ

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

Dr D.P. MICHAILIDIS

BSc, MSc, MD, MRCPath, FRSH  
Senior Lecturer and  
Honorary Consultant  
Depart. of Chemical pathology and  
Human metabolism  
Royal Free Hospital School  
of Medicine

ΜΟΥΣΛΕΧ ΖΑΔΑΛΛΑ

Ενδοκρινολόγος  
Συνεργάτης Διαβητολογικού Κέντρου  
Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ.  
Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ

ΜΠΑΚΑΤΣΕΛΟΣ ΣΠΥΡΟΣ

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

ΝΙΚΟΛΑΚΟΠΟΥΛΟΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ

Επιμελητής Α' ΕΣΥ, Οφθαλμίατρος  
Γ.Ν. «Άγιος Δημήτριος»

ΠΑΓΚΑΛΟΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ

Επιμελητής Α' ΕΣΥ, Παθολόγος  
Υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου  
Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου»

ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ  
Παθολόγος, Επιμελητής  
Διαβητολογικό Ιατρείο  
Β' Νοσοκομείο ΙΚΑ

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

ΣΚΑΡΑΓΚΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ  
Επιμελητής ΕΣΥ  
Παθολόγος - Αιματολόγος  
Παθολογική Κλινική  
Νοσοκομείου «Άγιος Παύλος»  
(Φράγκου) Θεσσαλονίκη

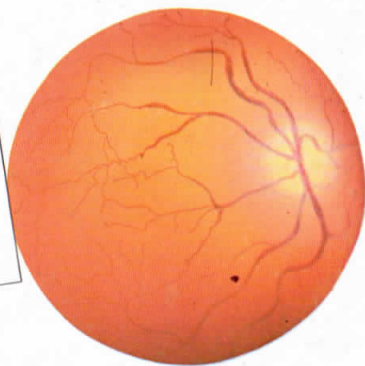
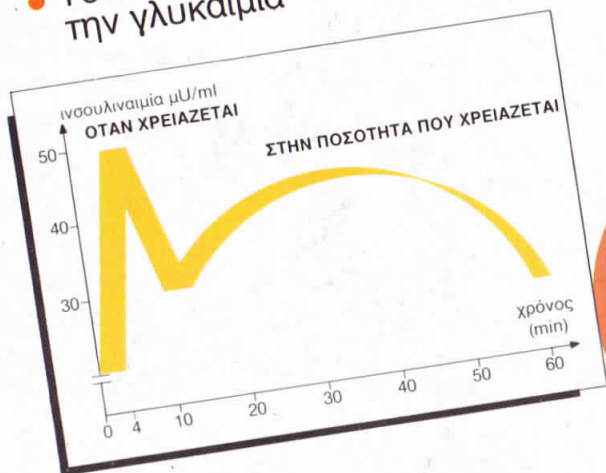
# Μεταβολική και Αγγειακή Αγωγή του Διαβήτη

# DIAMICRON®

gliclazide

## ΝΕΑ 1248

- Το Diamicron ρυθμίζει την γλυκαιμία



- Το Diamicron βελτιώνει την οφθαλμολογική πρόγνωση

**Ενδειξη :** Μη ισογλυκαιμιοεξαρτώμενος σακχαρώδης διαβήτης. **Αντενδείξεις** Ισογλυκαιμιοεξαρτώμενος διαβήτης, βαριάς μορφής κέτωση, οξέωση, διαβητικό προκώμα και κόμα, εγκυμοσύνη, βαριάς μορφής νεφρική ή ηπατική ανεπάρκεια. **Ανεπιθύμητες ενέργειες :** Γαστρεντερικές διαταραχές. Ήπιες νευρολογικές εκδηλώσεις. Σπάνιες τοξικές επιδράσεις στο αιμοποιητικό σύστημα γενικά αντιστρεπτές (παροδική λευκοπενία, θρομβοπενία, ακοκκιωκυτταραιμία, απλαστική αναιμία, αιμολυτική αναιμία). **Αλληλεπιδράσεις :** Τα διουρητικά και τα βαρβιτουρικά μπορεί να μειώσουν τη δράση του φαρμάκου. Η υπογλυκαιμική του δράση μπορεί να ενισχυθεί από παράγωγα της πυραζόλης, σαλικυλικά, φαινυλβουταζόνη αντιβιοτικά σουλφοναμίδια, β-αναστολείς και αναστολείς της ΜΑΟ. **Δοσολογία και Χορήγηση :** 2 δισκία των 80 mg ημερησίως στις περισσότερες περιπτώσεις, είτε 1-4 δισκία ανάλογα με την ανταπόκριση της γλυκόζης του αίματος ΠΑΝΤΟΤΕ σε 2 λήψεις. **Υπερδοσολογία :** Το κύριο σύμπτωμα της είναι η υπογλυκαιμία, σε σοβαρές περιπτώσεις μείωσης της συνείδησης, είναι απαραίτητη η άμεση ενδοφλέβια χορήγηση υπέρτονου διαλύματος γλυκόζης (10% ή 30%). **Συσκευασία :** Κουτιά των 60 δισκίων.

ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ ΣΤΟΝ ΚΑΤΑΛΟΓΟ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΤΟΥ ΙΚΑ.

## DIAMICRON®

2 δισκία την ημέρα  
στην πλειοψηφία  
των περιπτώσεων

Les Laboratoires Servier  
45520 Gidy - France

Υπευθυνος κυκλοφορίας:  
ΣΕΡΒΙΕ ΕΛΛΑΣ ΕΠΕ  
X & Α Μουρούση 10, 157 73 Ζωγράφου  
Τηλ. 77.92.613