

ΕΛΛΗΝΙΚΑ

ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΑ

ΧΡΟΝΙΚΑ

ΟΡΓΑΝΟ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Περιεχόμενα

**ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ 33^{ου} ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΕΤΗΣΙΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΓΙΑ ΤΟΝ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ**

66

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

111

HELLENIC DIABETOLOGICAL CHRONICLES

Hellenic Association for the Study and Education of Diabetes Mellitus
Volume 32, Number 2, 2019

ISSN 1106-3270

ΤΟΜΟΣ 32 – ΤΕΥΧΟΣ 2 – 2019

ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ

Τριμηνιαία έκδοση
της Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης και Εκπαίδευσης για τον Σακχαρώδη Διαβήτη
(πρώην Δ.Ε.Β.Ε.)

Ιδιοκτήτης

Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Εκπαίδευσης για τον Σακχαρώδη Διαβήτη
Διαδικτυακός τόπος (Website) <http://www.hasd.gr>

Εκτύπωση

UNIVERSITY STUDIO PRESS
Αρμενοπούλου 32 – τηλ. 2310 209 637 & 2310 209 837, 546 35 Θεσσαλονίκη

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Διευθυντής Σύνταξης: Τριαντάφυλλος Διδάγγελος

Συντακτική Επιτροπή

Μ. Αρχανιωτάκη, Δ. Καραγιάννη, Χ. Μαργαριτίδης
Σπ. Μπακατσέλος, Χ. Σαμπάνης, Κ. Σιώμος

Ειδικοί Σύμβουλοι Συντάξεως

Αβραμίδης Α., Αθυρος Β., Αναστασιάδης Κ., Αρσος Γ., Βακαλοπούλου Σ., Βασιλειάδης Θ.,
Βασιλειάδης Π., Βασιλικός Β., Βέβες Α., Γερμανίδης Γ., Γιουλεμέ Ο., Γιώβος Ι., Δαμιανίδης Γ.,
Δανιηλίδης Μ., Δεληγιάδης Α., Δημητριάδης Γ., Δημητριάδης Χ., Δούμα Σ., Δούμας Μ.,
Ευσταθιάδου Ζ., Ευστρατιάδης Γ., Ζαμπούλης Χ., Ζεμπεκάκης Π., Ζιάκας Α., Ζωγράφου Ι.,
Θανοπούλου Α., Καζάκος Κ., Καϊάφα Γ., Καλεβρόσoglou Ι., Καμπαρούδης Α., Καραγιάννης Α.,
Καραμάνος Δ., Καραμήτσος Θ., Καρατζίδου Κ., Καρβούνης Χ., Κεφαλογιάννης Ν., Κίτα Μ., Κίτσιος Κ.,
Κώτσα Κ., Κώτσης Α., Λαζαρίδης Α., Λιακόπουλος Β., Μαμόπουλος Α., Μελιδώνης Α., Μεταλλίδης Σ.,
Μούσλεχ Ζ., Μπαλατσούκας Δ., Μυγδάλης Η., Μωραλίδης Ε., Πάγκαλος Ε., Παζαϊτου-Παναγιώτου Κ.,
Παπαγιάννη Α., Παπανικολάου Β., Περιφάνης Δ., Πετίδης Κ., Πυρπασοπούλου Α. Σαββόπουλος Χ.,
Σάιλερ Ν., Σαραφίδης Π., Σκούτας Δ., Στάγκου Μ., Τζατζάγου Γ., Τζιόμαλος Κ., Τουλής Δ.,
Τούντας Χ., Τρακατέλλη Χ., Τσάπας Α., Τσαταλάς Κ., Τσατσούλης Α., Τσιρουκίδου Κ.,
Χατζημιλιτιάδης Σ., Χατζητόλιος Α., Χρηστάκης Ι., Χριστάκη Ε., Ψαρρής Π.

Διοικητικό Συμβούλιο

Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης και Εκπαίδευσης για τον Σακχαρώδη Διαβήτη

Πρόεδρος: Χ. Σαμπάνης
Αντιπρόεδρος: Δ. Καραγιάννη
Γεν. Γραμματέας: Σπ. Μπακατσέλος
Ταμίας: Μ. Αρχανιωτάκη
Μέλη: Τ. Διδάγγελος, Χ. Μαργαριτίδης, Κ. Σιώμος

Υπεύθυνος Τυπογραφείου

Λ.Α. Μιχάλης, Αρμενοπούλου 32, 546 35 – Θεσσαλονίκη, Τηλ. 2310 209 637

Εγγραφές, Αλληλογραφία,

Εργασίες για δημοσίευση στον διευθυντή σύνταξης

Τριαντάφυλλος Διδάγγελος
Γραφεία Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης και Εκπαίδευσης για τον Σακχαρώδη Διαβήτη,
Γ. Παπανδρέου 39, 546 46 – Θεσσαλονίκη
Τηλ.: 2310 250 034, Fax: 2310 250 084
E-mail: info@hasd.gr

Ετήσια συνδρομή: 10€

Η συντακτική επιτροπή δεν φέρει ευθύνη για οποιαδήποτε βλάβη ηθική ή σωματική προκληθεί από τη χρήση μεθόδων, προϊόντων ή εφαρμογή ιδεών που περιέχονται στις δημοσιεύσεις. Η έγκριση δημοσίευσης οποιασδήποτε μελέτης ή διαφημιστικού υλικού δεν σημαίνει αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα ή της εταιρείας που διαφημίζει το προϊόν. Η ευθύνη αφορά τους συγγραφείς ή τις διαφημιζόμενες εταιρείες.

HELLENIC DIABETOLOGICAL CHRONICLES

**Quarterly Official Journal
of Hellenic Association for the Study and Education of Diabetes Mellitus**

Ownership

Hellenic Association for the Study and Education of Diabetes Mellitus
<http://www.hasd.gr>

Printing by

UNIVERSITY STUDIO PRESS
32 Armenopoulou str. Tel. 2310 209 637 & 2310 209 837, 546 35 Thessaloniki – Greece

Editor-in-Chief

Triantafyllos Didangelos

Editorial Board

M. Archaniotaki, Sp. Bakatselos, D. Karagianni,
Ch. Margaritidis, Ch. Sampanis, K. Siomos

Special Editing Advisers

Anastasiadis K., Arsos G., Athyros V., Avramidis A., Balatsoukas D., Chatzimiliadis S., Chatzitoliou A., Christaki E., Christakis I., Damianidis G., Daniilidis M., Deligiannis A., Dimitriadis Ch., Dimitriadis G., Douma S., Doulas M., Efstathiadou Z., Efstratiadis G., Germanidis G., Giouleme O., Giovos I., Kaiafa G., Kalevrosoglou I., Kamparoudis A., Karagiannis A., Karamanos D., Karamitsos Th., Karatzidou K., Karvounis Ch., Kazakos K., Kefalogiannis N., Kita M., Kitsios K., Kotsa K., Kotsis A., Lazaridis A., Liakopoulos V., Mamopoulos A., Melidonis A., Metallidis S., Migdalis I., Mouslech Z., Moralidis E., Pangalos E., Papagianni A., Papanikolaou V., Pazaitou-Panagiotou K., Perifanis D., Petidis K., Psarris P., Pырpasopoulou A., Sailer N., Sarafidis P., Savopoulos Ch., Skoutas D., Stangou M., Thanopoulou A., Toulis D., Tountas Ch., Trakatelli C., Tsapas A., Tsatalas K., Tsatsoulis A., Tsiroukidou K., Tzatzagou G., Tziomalos K., Vakalopoulou S., Vasileiadis Th., Vasileiadis P., Vasilikos V., Veves A., Zamboulis Ch., Zempekakis P., Ziakas A., Zografou I.

Executive Board of

Hellenic Association for the Study and Education of Diabetes Mellitus

President: Ch. Sabanis
Vice President: D. Karagianni
Gen. Secretary: Sp. Bakatselos
Treasurer: A. Archaniotaki
Members: T. Didangelos, Ch. Margaritidis, K. Siomos

Every inquiry should be forwarded to Editing Manager

Triantafyllos Didangelos
Hellenic Association for the Study and Education of Diabetes Mellitus Office,
Papandreou Str., 546 46 – Thessaloniki
Tel.: 0030 2310 250 034, Fax: 0030 2310 250 084
E-mail: info@hasd.gr

No responsibility is assumed by the Editorial board for any injury or damages from any use or operation of any methods, products, instructions or ideas contained in the material herein. The responsibility is assumed by the authors or the companies advertising their products.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Στα «*Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά*» της **Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης και Εκπαίδευσης για τον Σακχαρώδη Διαβήτη** (προηγούμενη ονομασία Διαβητολογική Εταιρεία Βόρειας Ελλάδας – ΔΕΒΕ) δημοσιεύονται εργασίες που έχουν διαβητολογικό ενδιαφέρον με κύριο σκοπό την ιατρική εκπαίδευση και επιμόρφωση ιατρών, νοσηλευτών και φοιτητών. Οι εργασίες που δημοσιεύονται ακολουθούν συγκεκριμένη δομή και ανήκουν σε ορισμένους τύπους άρθρων.

Όλα τα άρθρα πρέπει να συνοδεύονται στα **Ελληνικά** και **Αγγλικά** από τα ονόματα συγγραφέων, τον τίτλο του άρθρου, την περίληψη και τις λέξεις-κλειδιά. Εξαιρέση αποτελούν τα «Εκπαιδευτικά άρθρα» τα οποία δεν συνοδεύονται από περίληψη ούτε από βιβλιογραφία, καθώς και οι «Ενδιαφέρουσες δημοσιεύσεις».

ΕΙΔΗ ΑΡΘΡΩΝ ΠΟΥ ΔΗΜΟΣΙΕΥΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ

Άρθρα της σύνταξης: Γράφονται από τον διευθυντή σύνταξης του περιοδικού ή από άλλο πρόσωπο μετά από σχετική ανάθεση που του κάνει ο διευθυντής σύνταξης ή ο πρόεδρος ή το ΔΣ της Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης και Εκπαίδευσης για τον Σακχαρώδη Διαβήτη με απόφασή του. Δεν υπερβαίνουν τις δυο σελίδες.

Ανασκοπήσεις: Γράφονται κατά προτίμηση από έναν/μία συγγραφέα, κατ' εξαίρεση από δύο ή τρεις, ιδίως όταν το θέμα απαιτεί συγγραφείς διαφορετικών ειδικοτήτων. Η έκταση του άρθρου πρέπει να είναι 15 έως 25 σελίδες στις οποίες περιλαμβάνονται η εικονογράφηση, η βιβλιογραφία και στα Ελληνικά και Αγγλικά: η περίληψη, οι λέξεις-κλειδιά, οι συγγραφείς και ο τίτλος του άρθρου.

Επίκαιρα θέματα: Το αντικείμενο των άρθρων της κατηγορίας αυτής μπορεί να είναι διαγνωστικού ή θεραπευτικού περιεχομένου ή και να αφορά οποιονδήποτε τομέα της ιατρικής επιστήμης. Γράφονται για να κάνουν ευρύτερα γνωστό ένα πρόσφατο επίτευγμα στον τομέα που έχουν επιλέξει οι συγγραφείς.

Η έκταση του άρθρου πρέπει να περιορίζεται σε 4-6 περίπου σελίδες με 10-15 βιβλιογραφικές παραπομπές.

Πρωτότυπες εργασίες: Έχουν κλινικό ή εργαστηριακό ή κλινικοεργαστηριακό περιεχόμενο. Το κείμενο περιλαμβάνει βραχεία εισαγωγή, όπου αναφέρεται ο σκοπός της εργασίας, περιγραφή του υλικού και των

μεθόδων, έκθεση των αποτελεσμάτων, συζήτηση στην οποία περιλαμβάνονται και τα τελικά συμπεράσματα. Η περίληψη πρέπει να είναι αυτοτελής και να περιέχει τον σκοπό της εργασίας, τις βασικές μεθόδους που χρησιμοποιήθηκαν, τα κύρια ευρήματα και τα σημαντικότερα συμπεράσματα. Η έκταση του άρθρου δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 14 σελίδες, μαζί με τη βιβλιογραφία.

Ενδιαφέρουσες περιπτώσεις: Σ' αυτές παρουσιάζονται ενδιαφέρουσες ή σπάνιες περιπτώσεις με κλινικές εκδηλώσεις που περιγράφονται για πρώτη φορά, ή περιπτώσεις με ιδιαίτερη ατυπία, καθώς και άλλες στις οποίες χρησιμοποιήθηκαν νέες διαγνωστικές ή θεραπευτικές μέθοδοι ή διατυπώνονται νέες απόψεις για την παθογένειά τους.

Έχουν έκταση έως 5 σελίδες και περιλαμβάνουν σύντομη εισαγωγή, περιγραφή της περίπτωσης, πίνακες ή εικόνες (έως 4), τα κύρια εργαστηριακά ευρήματα, βραχύ σχόλιο-συζήτηση, περιορισμένη βιβλιογραφία (10-15 παραπομπές).

Επιστολές προς τη Σύνταξη: Περιέχουν κρίσεις για δημοσιευμένα άρθρα, παρατηρήσεις για ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων, κρίσεις για το περιοδικό κ.τ.λ. Η έκτασή τους δεν υπερβαίνει τις 400 λέξεις. Ο αριθμός των βιβλιογραφικών παραπομπών δεν πρέπει να υπερβαίνει τις οκτώ.

Εκπαιδευτικά άρθρα: Πρόκειται για σύντομα άρθρα (4-5 σελίδων) που αποσκοπούν στη βασική διαβητολογική εκπαίδευση νέων γιατρών ή φοιτητών. Δεν συνοδεύονται από περίληψη ούτε από βιβλιογραφία.

Ενδιαφέρουσες δημοσιεύσεις: Κατόπιν προσκλήσεως ανατίθεται σε μέλος της εταιρείας να παρουσιάσει τα με ιδιαίτερο ενδιαφέρον αποτελέσματα ερευνών, τα οποία έχουν προσφάτως δημοσιευτεί σε έγκριτα περιοδικά ή ανακοινώθηκαν σε μεγάλα συνέδρια.

ΤΡΟΠΟΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗΣ

Όλα τα άρθρα υποβάλλονται στο ηλεκτρονικό ταχυδρομείο της Εταιρείας (info@hasd.gr) ως συνημμένα αρχεία.

Μετά τον έλεγχο και εφόσον το άρθρο έχει γραφτεί σύμφωνα με τις οδηγίες που παρέχονται προς τους συγγραφείς, στέλνεται για ανεξάρτητη κρίση σε δύο αρμόδιους επιστημονικούς συμβούλους του περιο-

δικού (κριτές) χωρίς να φαίνονται τα ονόματα και η προέλευση της εργασίας.

Οι κρίσεις στη συνέχεια στέλνονται προς τους/τις συγγραφείς προκειμένου να γίνουν οι απαραίτητες τροποποιήσεις. Οι τελικές διορθώσεις που θα κάνει ο/η συγγραφέας σύμφωνα με τις υποδείξεις των κριτών, πρέπει να είναι υπογραμμισμένες ώστε να διευκολυνθεί ο σχετικός έλεγχος. Στη συνέχεια το άρθρο παίρνει σειρά δημοσιεύσεως.

ΒΑΣΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Η γραμματοσειρά του άρθρου πρέπει να είναι Times New Roman, το μέγεθος της γραμματοσειράς δεκατέσσερα (14) και η απόσταση των σειρών πρέπει να είναι 1,5.

Οι σελίδες των άρθρων πρέπει να είναι αριθμημένες διαδοχικά, ξεκινώντας από τη σελίδα τίτλου.

Οι συγγραφείς πρέπει να διατηρούν στο αρχείο τους αντίγραφα όλων των στοιχείων των εργασιών (εργαστηριακές εξετάσεις, απεικονιστικές εξετάσεις, ηλεκτροκαρδιογραφήματα, πορίσματα βιοψιών κ.τ.λ.) τις οποίες θα υποβάλλουν στον διευθυντή σύνταξης εφόσον τους ζητηθεί.

Κάθε άρθρο, ανάλογα με την κατηγορία στην οποία υπάγεται, πρέπει να ακολουθεί τους παρακάτω κανόνες και μορφή:

Πρώτη σελίδα – Σελίδα του τίτλου: Στη σελίδα αυτή αναγράφονται:

- 1) ο τίτλος του άρθρου, ο οποίος πρέπει να είναι κατά το δυνατόν σύντομος (όχι περισσότερες από 20 λέξεις) αλλά κατατοπιστικός,
- 2) το πρώτο όνομα, τα αρχικά του πατρικού (αν το επιθυμείτε), το επίθετο κάθε συγγραφέα και οι υψηλότεροι ακαδημαϊκοί τίτλοι (όχι ο τίτλος της θέσεως),
- 3) το όνομα των κλινικών, εργαστηρίων, τμημάτων ή και ιδρυμάτων στα οποία έγινε η εργασία,
- 4) το όνομα και η διεύθυνση του συγγραφέα που είναι υπεύθυνος για την αλληλογραφία, το e-mail και το τηλέφωνο επικοινωνίας του υπευθύνου σχετικά με την εργασία.

Δεύτερη σελίδα: Περιέχει την περίληψη στα Ελληνικά.

Οι ακόλουθες σελίδες περιέχουν το κείμενο της εργασίας με τον τύπο που ακολουθεί το περιοδικό.

Η τελευταία σελίδα περιέχει τον τίτλο και τα ονόματα του/των συγγραφέων, την Περίληψη στην αγγλική γλώσσα, και τους πρόσθετους Όρους ευρετηρίου στην ελληνική και αγγλική γλώσσα. Η περίληψη δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 300 λέξεις και πρέπει να αναφέρει τον σκοπό της εργασίας, τη βασική μεθοδολογία (ασθενείς ή πειραματόζωα, παρατηρήσεις και αναλυτικές μεθόδους), τα κύρια ευρήματα (δώστε ειδικά στοιχεία και αναφέρετε αν τα ευρήματα είναι στατιστικώς σημαντικά) και τα κύρια συμπεράσματα. Τονίστε τις νέες και σημαντικές πλευρές της μελέτης ή των παρατηρήσεων. Χρησιμοποιήστε μόνο αποδεκτές συντμήσεις.

Κάτω από την περίληψη, σημειώστε και χαρακτηρίστε τρεις έως δέκα πρόσθετους όρους ευρετηρίου, οι οποίοι θα χρησιμοποιηθούν κατά την ετοιμασία του καταλόγου περιεχομένων. Χρησιμοποιήστε όρους οι οποίοι είναι γενικώς αποδεκτοί και χρησιμοποιούνται.

Πρωτότυπες εργασίες

Το κείμενο των κλινικών και πειραματικών εργασιών συνήθως διαιρείται σε τμήματα με τις εξής επικεφαλίδες: *Εισαγωγή, Υλικό – Μέθοδοι, Αποτελέσματα και Συζήτηση*. Μεγάλα άρθρα θα χρειαστούν οπωσδήποτε να καταμηθούν σε τμήματα με καθορισμένο περιεχόμενο προκειμένου να παρουσιαστούν με σαφήνεια, ιδίως τα Αποτελέσματα και η Συζήτηση.

Εισαγωγή: Καθορίστε σαφώς τον σκοπό του άρθρου. Συνοψίστε τον αποχρώντα λόγο της συγγραφής της μελέτης ή της παρατήρησης. Δώστε τις αυστηρώς απαραίτητες βιβλιογραφίες και μην ανασκοπείτε το θέμα εκτενώς.

Υλικό – Μέθοδοι: Περιγράψτε με σαφήνεια τον τρόπο επιλογής του προς μελέτη υλικού (ασθενείς, πειραματόζωα και μάρτυρες). Περιγράψτε τις μεθόδους, τις συσκευές (όνομα και διεύθυνση του κατασκευαστή σε παρένθεση) και τις τεχνικές με αρκετές λεπτομέρειες, ώστε να επιτρέψετε σε άλλους συγγραφείς να αναπαράγουν τα αποτελέσματα. Δώστε βιβλιογραφία για καθιερωμένες μεθόδους, συμπεριλαμβανομένων και των στατιστικών μεθόδων που χρησιμοποιήθηκαν, καθώς και βιβλιογραφίες και βραχεία περιγραφή των μεθόδων, οι οποίες έχουν δημοσιευτεί αλλά δεν είναι γνωστές πολύ καλά. Περιγράψτε καινούριες ή ουσιαστικά τροποποιημένες μεθόδους, εξηγήστε τον λόγο που τις χρησιμοποιήσατε και κάντε μια εκτίμηση των περιορισμών τους.

Περιλάβετε τον αριθμό των παρατηρήσεων και, όταν κρίνεται απαραίτητο, τη στατιστική σημασία τους. Σε ειδικές περιπτώσεις είναι δυνατό να δοθούν λεπτομέρειες με τη μορφή πινάκων, ως παράρτημα, στο τέλος της εργασίας.

Αποτελέσματα: Παρουσιάστε τα αποτελέσματα σε μια λογική σειρά στο κείμενο, τους πίνακες και τα σχεδιαγράμματα. Μην επαναλαμβάνετε στο κείμενο τα στοιχεία που περιλαμβάνονται στους πίνακες ή τα σχεδιαγράμματα: τονίστε ή αναφερθείτε περιληπτικά μόνο στις σημαντικές παρατηρήσεις.

Συζήτηση: Τονίστε τις νέες και σημαντικές απόψεις που υποστηρίζονται από τη μελέτη και τα συμπεράσματα που προκύπτουν. Μην επαναλαμβάνετε λεπτομερώς τα δεδομένα που περιγράφονται στο κεφάλαιο των αποτελεσμάτων παρά μόνο τα κύρια ευρήματα κατά τη συζήτησή τους. Αναφερθείτε στη σημασία που έχουν τα ευρήματά σας, αξιολογώντας παράλληλα και τους περιορισμούς στην ερμηνεία τους και συσχετίστε τα με παρατηρήσεις που αναφέρονται σε άλλες ανάλογες μελέτες. Συνδέστε τα συμπεράσματα με τους στόχους της μελέτης, αλλά αποφύγετε να πάρετε θέση και να βγάλετε συμπεράσματα όταν δεν είναι τεκμηριωμένα και δεν υποστηρίζονται απόλυτα από τα δικά σας δεδομένα. Μην αναφέρετε συμπεράσματα άλλων συγγραφέων τα οποία όμως δεν προκύπτουν ως δεδομένα από την έρευνά σας.

Αποφεύγετε να δηλώνετε ή να διεκδικείτε προτεραιότητα για εργασία η οποία δεν έχει ακόμη ολοκληρωθεί. Κά- ντε νέες υποθέσεις, όταν δικαιολογούνται, αλλά χαρακτηρί- στε τις έτσι σαφώς. Προτάσεις και εισηγήσεις, όταν κρίνε- ται απαραίτητο, μπορούν να περιληφθούν.

Ακολουθείτε το σύστημα Vancouver στην παράθεση των βιβλιογραφικών αναφορών (λεπτομερής περιγραφή παρατίθεται παρακάτω).

Περιορισμοί – μειονεκτήματα. Αναφερθείτε σε μειονε- κτήματα που θεωρείτε ότι έχει η εργασία σας, π.χ., μικρός αριθμός ασθενών, ετερογενές υλικό, μικρή διάρκεια παρα- κολούθησης κ.ο.κ.

Ευχαριστίες: Ευχαριστήστε μόνο τα πρόσωπα τα οποία έχουν ουσιαστική συμβολή στη μελέτη.

Λέξεις-κλειδιά: Γράψτε με προσοχή τις λέξεις-κλειδιά στην ελληνική και αγγλική γλώσσα ώστε να βοηθούν στην αναζήτηση σχετικών δημοσιεύσεων σε μια βάση δεδομένων (επισκεφθείτε την ηλεκτρονική βάση του περιοδικού <http://www.hasd.gr/default.aspx?catid=277>).

Ενδιαφέρουσες περιπτώσεις

Πρέπει να διακρίνονται στην **περίληψη**, στην **εισαγωγή**, στην **περιγραφή της περίπτωσης** (ιστορικό, συμπτώματα προσέλευσης, εργαστηριακός έλεγχος, πορεία νόσου, διαγνωστική λογική, έκβαση) και στη **συζήτηση – συμπε- ράσματα**.

Ανασκοπήσεις

Ακολουθούν έναν επαγωγικό τρόπο παρουσίασης, με επιμέρους επικεφαλίδες, ώστε να διαβάζονται εύκολα. Πρέπει να περιλαμβάνουν πολλές βιβλιογραφικές πα- ραπομπές (συνήθως άνω των πενήντα) και να καλύ- πτουν πλήρως το υπό πραγματέυση θέμα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Παραδείγματα τρόπου γραφής των βιβλιογραφιών (κατά το σύστημα Vancouver):

Βιβλιογραφίες: Αριθμήστε τις βιβλιογραφικές πα- ραπομπές διαδοχικά, με τη σειρά με την οποία αναφέ- ρονται στο κείμενο. Χρησιμοποιήστε για τις βιβλιογρα- φίες στο κείμενο, στους πίνακες και στις λεζάντες, αραβικούς αριθμούς σε εκθέτες (1,2,3 κ.τ.λ.) μετά την τελεία της πρότασης (π.χ. ... διαβητικής κετοξέωσης¹). Αν μια βιβλιογραφία επαναλαμβάνεται ισχύει ο αριθ- μός της πρώτης αναφοράς.

Οι τίτλοι των περιοδικών πρέπει να γράφονται κατά τον καθιερωμένο τρόπο για κάθε περιοδικό, σε συντο- μογραφία αν πρόκειται για λέξεις περισσότερες από μια (σύμφωνα με τον Index Medicus), π.χ., Diabet Med.

Προσπαθήστε να αποφύγετε τη χρησιμοποίηση πε- ριλήψεων (abstracts) ως βιβλιογραφικών παραπομπών. «Αδημοσίευτες παρατηρήσεις» μπορεί να χρησιμοποιο-

ηθούν κατ' εξαίρεση εφόσον έχουν ανακοινωθεί ή αποτέλεσαν τμήμα βιβλίου. Η «προσωπική επικοινωνία» δεν πρέπει να χρησιμοποιείται ως βιβλιογραφία, αν και η παραπομπή σε γραπτή και όχι προφορική επι- κοινωνία μπορεί να αναφερθεί εμβόλιμα στο κείμενο (σε παρένθεση). Εργασίες οι οποίες έχουν γίνει δεκτές προς δημοσίευση, αλλά δεν δημοσιεύθηκαν ακόμη, μπορεί να αναφερθούν στη βιβλιογραφία. Στην περι- πτωση αυτή σημειώστε το περιοδικό και τη φράση "in press" – «υπό δημοσίευση» (σε παρένθεση). Να μην αναφέρεται στις βιβλιογραφίες ο μήνας δημοσίευσης που συχνά παρέχεται στο pubmed. Αρχούν ο τόμος του περιοδικού, ο χρόνος και οι σελίδες του άρθρου. Η τε- λευταία σελίδα αναφέρεται συντετημημένα.

Άρθρα:

Τυπικό άρθρο περιοδικού (Γράψτε όλους τους συγ- γραφείς, εφόσον είναι έξι ή λιγότεροι: όταν είναι επτά ή περισσότεροι, αναφέρετε μόνο τους πρώτους τρεις και προσθέστε «et al» ή «και συν.» αν πρόκειται για ελληνική δημοσίευση):

You CH, Lee KY, Chey WY, Menguy R, et al. Electrogastro- graphic study of patients with unexplained nausea, bloating and vomiting. *Gastroenterology* 1980; 79: 311-4.

Ενσωματωμένος συγγραφέας σε ομάδα εργασίας:

Royal Marsden Hospital Bone-Marrow Transplantation Team. Failure of syngeneic bone marrow graft without pre-con- ditioning in posthepatitis marrow aplasia. *Lancet* 1977; 2: 242-4.

Χωρίς συγγραφέα:

Anonymous. Coffee drinking and cancer of the pancreas (Editorial). *Br Med J* 1981; 283: 628.

Συμπληρωματικό τεύχος περιοδικού:

Mastri AR. Neuropathy of diabetic neurogenic bladder. *Ann Intern Med* 1980; 92: (Suppl. 2): 316-8.

Βιβλία και άλλες μονογραφίες:

Με έναν συγγραφέα:

Eisen HN. Immunology: an introduction to molecular and cellular principles of the immune response. 5th ed. New York: Harper and Row, 1974: 406.

Εκδότης, πρόεδρος μιας ομάδας εργασίας ως συγγραφέας: *Dausset J, Colombani J, eds.* Histocompatibility testing 1972. Copenhagen: Munksgaard, 1973: 12-8.

Κεφάλαιο σε βιβλίο:

Weistein L, Swartz MN. Pathogenic properties of invading mi- croorganisms. In: Sodeman WA Jr, Sodeman WA, eds. Pathologic physiology; mechanisms of disease. Philadelphia: WB Saunders, 1974; 457-72.

Εργασία που περιέχεται σε τόμο πρακτικών:

DuPont B. Bone marrow transplantation in severe combined immunodeficiency with an unrelated MLC compatible donor. In: White HJ, Smith R, eds. Proceedings of the third

annual meeting of the International Society for Experimental Hematology. Houston: International Society for Experimental Hematology, 1974; 44-6.

Μονογραφία σε μια σειρά εκδόσεων:

Hunninghake GW, Gadek JE, Szapiel SV, et al. The human alveolar macrophage. In: Harris CC, ed. Cultured human cells and tissues in biomedical research. New York: Academic Press, 1980; 54-6 (Stoner GD, ed. Methods and perspectives in cell biology; vol 1).

Δημοσίευση επιτροπής:

Ranofsky AL. Surgical operations in short-stay hospitals: United States 1975. Hyattsville, Maryland: National Centre for Health Statistics, 1978; DHEW publication no. (PHS) 78-1785. (Vital and health statistics; series 13; no. 34).

Διδακτορική διατριβή:

Cairns RB. Infrared spectroscopic studies of solid oxygen. Berkeley, California: University of California, 1965. 156 pp. Dissertation.

Άλλα άρθρα

Άρθρο εφημερίδας:

Shaffer RA. Advances in chemistry are starting to unlock mysteries of the brain: discoveries could help cure alcoholism and insomnia, explain mental illness. How the messengers work. Wall Street Journal 1977 Aug 12: 1 (col 1), 10 (col 1).

Άρθρο μη ιατρικού περιοδικού:

Roueché B. Annals of medicine: the Santa Claus culture. The New Yorker 1971 Sept 4: 66-81.

Οδηγίες για πίνακες, σχήματα και εικόνες

Πίνακες: Κάθε πίνακας πρέπει να είναι πλήρης, μαζί με τη λεζάντα του και τις υποσημειώσεις στην ελληνική γλώσσα. Η λεζάντα πρέπει να είναι στο πάνω μέρος του πίνακα και να προηγείται η λέξη «Πίνακας» με τον σχετικό αριθμό του (αραβικοί αριθμοί και όχι λατινικοί). Μην υποβάλλετε τους πίνακες ως φωτογραφίες. Σημειώστε σε κάθε στήλη μια βραχεία ή συντεταγμένη επικεφαλίδα. Γράψτε τις επεξηγηματικές πληροφορίες ως υποσημείωση και όχι στον τίτλο. Εξηγήστε στις υποσημειώσεις όλες τις μη καθιερωμένες συντμήσεις που χρησιμοποιούνται σε κάθε πίνακα. Στις υποσημειώσεις χρησιμοποιήστε τα παρακάτω σύμβολα, με την εξής σειρά: *, **, +, ++, §, §§.

Εικόνες: Υποβάλλετε τις απαραίτητες εικόνες αριθμημένες (περιλαμβάνονται και τα σχήματα). Οι εικόνες πρέπει να αναφέρονται και στο κείμενο, ώστε να γνωρίζει ο υπεύθυνος σελιδοποίησης πού πρέπει να τοποθετηθούν. Τα γράμματα, οι αριθμοί και τα σύμβολα πρέπει να είναι σαφή, ομοιόμορφα και κατάλληλου μεγέθους έτσι ώστε, όταν σμικρυνθούν για τη δημοσίευση, να εξακολουθούν να παραμένουν ευανάγνωστα. Οι τίτλοι και οι λεπτομερείς επεξηγήσεις να γράφονται στις λεζάντες των εικόνων μετά την εικόνα (στο κάτω μέρος) και όχι πάνω στις ίδιες τις εικόνες, και πρέπει να είναι στην ελληνική γλώσσα εκτός από καθιερωμένους όρους σε σύντμηση, π.χ., HDL, TGF κ.τ.λ. Οι εικόνες πρέπει να υποβάλλονται ως χωριστά αρχεία εικόνων.

Μη χρησιμοποιείτε αυτούσια σχήματα ή εικόνες από ξένες δημοσιεύσεις γιατί τότε πρέπει να έχετε την άδεια του ξένου περιοδικού.

Αν υπάρχουν φωτογραφίες ατόμων, θα πρέπει είτε τα πρόσωπά τους να μην διακρίνονται ή να καλύπτονται με παχιά μαύρη επικάλυψη ή αν φαίνονται να συνοδεύονται από γραπτή άδεια των ασθενών για τη δημοσίευση των φωτογραφιών.

Αν μια φωτογραφία έχει δημοσιευθεί κάπου αλλού, σημειώστε στις ευχαριστίες την πηγή προέλευσης. Για όσες εικόνες απαιτείται άδεια από τον συγγραφέα/εκδότη πρέπει οι άδειες να επισυναφθούν στο άρθρο, εκτός και εάν είναι ελεύθερες για χρήση.

Λεζάντες των εικόνων: Οι λεζάντες των εικόνων μπαίνουν κάτω από την εικόνα (αντίθετα από ό,τι συμβαίνει στους πίνακες). Χρησιμοποιήστε για την αρίθμηση αραβικούς αριθμούς. Αν χρησιμοποιήσετε σύμβολα, βέλη, αριθμούς ή γράμματα για να χαρακτηρίσετε τμήματα των εικόνων, σημειώστε τα στο κάτω μέρος μετά την εικόνα και επεξηγήστε τα.

Η τήρηση των παραπάνω οδηγιών είναι απαραίτητη προϋπόθεση για τη δημοσίευση της εργασίας.

Πνευματικά δικαιώματα

Οι εργασίες που δημοσιεύονται στα *Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά* αποτελούν πνευματική ιδιοκτησία του συγγραφέα και του περιοδικού. Η δημοσίευση μιας εργασίας δεν συνεπάγεται αποδοχή των απόψεων των συγγραφέων από μέρους του περιοδικού.

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ 33^{ου} ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΕΤΗΣΙΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Ευγλυκαιμική διαβητική κετοξέωση στο πλαίσιο αντιδιαβητικής αγωγής με εμπαγλιφλοζίνη: Περιγραφή περίπτωσης Α. ΜΠΟΥΛΜΠΟΥ, Θ. ΓΡΙΒΑ, Ι. ΚΑΤΣΙΓΙΑΝΝΗ, Ι. ΚΥΡΙΑΚΟΥ, Χ. ΛΙΛΙΟΣ, Ε. ΜΑΓΓΑΝΑΡΗ, Χ. ΤΣΑΒΟΥΣΟΓΛΟΥ, Β. ΔΟΥΡΛΙΟΥ, Κ. ΚΑΡΑΓΚΟΥΝΗΣ, Κ. ΜΑΧΑΙΡΑ	66
Περιγραφή περίπτωσης ασθενούς με ΣΔ τύπου 1 με διαβητική νεφροπάθεια τελικού σταδίου χωρίς σημεία διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας Α. ΚΟΝΤΑΝΑ, Γ. ΠΟΛΥΧΡΟΝΟΠΟΥΛΟΣ, Δ. ΜΥΛΩΝΑΣ, Σ. ΒΕΝΕΤΗ, Α. ΚΟΣΚΟΣΑΣ, Ε. ΚΑΝΑΚΗΣ, Α. ΧΑΤΖΗΤΟΛΙΟΣ, Τ. ΔΙΔΑΓΓΕΛΟΣ	67
Οδοντοστοματολογικά ευρήματα των ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2 Π. ΔΙΔΑΓΓΕΛΟΥ, Μ. ΒΟΥΡΒΑΧΑΚΗ, Α. ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗΣ, Τ. ΔΙΔΑΓΓΕΛΟΣ, Α. ΧΑΤΖΗΤΟΛΙΟΣ, Α. ΜΑΤΙΑΚΗΣ	68
Εκτίμηση του 10ετούς κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο σε διαβητικούς τύπου 2. Επίτευξη θεραπευτικών στόχων μετά από 48 μήνες παρακολούθησης σε Διαβητολογικό Ιατρείο Σ. ΤΣΟΤΟΥΛΙΔΗΣ, Π. ΧΡΗΣΤΙΑΔΗΣ, Α. ΜΠΙΟΤΣΚΑΡΙΟΒΑ, Σ. ΠΛΕΚΗ, Δ. ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΙΔΟΥ, Ρ. ΜΠΙΕΓΚΟΛΛΙ, Σ. ΦΑΡΔΟΓΙΑΝΝΗ, Α. ΨΑΡΡΑ, Κ. ΓΡΙΒΟΥ	69
Μελέτη του κινδύνου ρυθμού αρτηριακής πίεσης σε ασθενείς με πρόσφατη διάγνωση Σακχαρώδους Διαβήτη Τύπου 2 Β. ΝΙΚΟΛΑΪΔΟΥ, Ε. ΓΚΑΛΙΑΓΚΟΥΣΗ, Ε. ΓΑΒΡΙΗΛΑΚΗ, Π. ΑΝΥΦΑΝΤΗ, Α. ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ, Ι. ΖΩΓΡΑΦΟΥ, Χ. ΣΑΜΠΑΝΗΣ, Σ. ΔΟΥΜΑ	70
Επιδημιολογική μελέτη καταγραφής της τρέχουσας κλινικής διαχείρισης του Σακχαρώδους Διαβήτη Τύπου 2 σε Διαβητολογικό Κέντρο ενός Δευτεροβάθμιου Νοσοκομείου Φ. ΝΙΚΟΛΑΪΔΟΥ, Ι. ΚΩΣΤΟΓΛΟΥ, Ν. ΤΣΙΤΣΙΟΥ, Α. ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ, Π. ΠΑΠΠΑΣ, Α. ΜΠΑΚΑΣ, Ο.-Α. ΠΑΥΛΙΔΟΥ	71
Συγκριτική αξιολόγηση των επιδράσεων της ορθόδοξης νηστείας έναντι κλασικής υποθερμидικής διατροφής στο γλυκαιμικό, λιπιδαιμικό και ανθρωπομετρικό προφίλ: Μια ελεγχόμενη μελέτη διατροφικής παρέμβασης Θ. ΚΟΥΦΑΚΗΣ, Σ. ΚΑΡΡΑΣ, Α. ΑΔΑΜΙΔΟΥ, Β. ΑΝΤΩΝΟΠΟΥΛΟΥ, Π. ΚΑΡΑΛΑΖΟΥ, Α. ΘΥΣΙΑΔΟΥ, Κ. ΜΑΚΕΔΟΥ, Κ. ΚΩΤΣΑ	72
Ανταπόκριση στη χορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή μεταξύ των διαβητικών ασθενών και αυτών με διαβήτη και συνοδές ψυχικές παθήσεις στο Διαβητολογικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου Σ. ΠΑΠΑΛΑΤΟΣ, Α. ΜΠΟΥΡΛΑΚΗΣ	73
Διερεύνηση της φυσικής δραστηριότητας ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2 σε αγροτικό πληθυσμό του Νομού Ροδόπης Σ. ΜΟΛΛΑ, Α. ΤΕΡΖΗ, Γ. ΠΑΡΙΣΙΔΗΣ, Ζ. ΜΑΥΡΙΔΟΥ, Σ. ΡΟΚΚΑ, Τ. ΔΑΛΜΑΤΖΗ	74

Εντοπισμός προδιαβήτη ή αδιάγνωστου διαβήτη στο οδοντιατρείο. Συσχετισμός με την περιοδοντική κατάσταση Α. ΓΡΗΓΟΡΙΑΔΗΣ, Τ. SORSA, Δ. ΣΑΚΕΛΛΑΡΗ	75
Παράγοντες κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου ασθενών με ΣΔ2 Ι. ΚΟΥΤΣΟΝΑΣΙΟΣ, Α. ΜΠΟΥΡΔΑΚΗΣ, Γ. ΦΙΛΗ, Ν. ΝΙΚΑ	76
Μελέτη πιθανής σχέσης των διαταραχών μεταβολισμού της γλυκόζης με τη χρόνια αιμοσιδήρωση, τις θεραπείες αποσιδήρωσης και την παθολογία του παγκρέατος στη μεταγγισιοεξαρτώμενη θαλασσαιμία Χ. ΖΗΣΗΣ, Π. ΖΟΡΜΠΑΣ, Δ. ΑΛΕΞΙΟΥ, Σ. ΚΑΡΑΛΗΣ, Ε. ΒΛΑΧΟΚΩΣΤΑ, Κ. ΚΟΦΙΤΣΑ, Α. ΣΤΑΜΠΕΡΝΑ, Σ. ΜΥΛΩΝΑΣ	77
Διαταραχές μεταβολισμού της γλυκόζης σε μεταγγισιοεξαρτώμενους ασθενείς με Β-θαλασσαιμία: Επιπολασμός, σχέση με το φύλο, την ηλικιακή ομάδα και τον δείκτη μάζας σώματος και η θεραπευτική αντιμετώπιση Χ. ΖΗΣΗΣ, Π. ΖΟΡΜΠΑΣ, Κ. ΚΟΦΙΤΣΑ, Χ. ΜΑΔΕΜΠΛΗΣ, Χ. ΜΥΛΩΝΑ, Α. ΤΖΕΚΑ, Σ. ΜΥΛΩΝΑΣ	79
Ο ρόλος των λιπιδίων και υπόλοιπων παραγόντων στον καρδιαγγειακό κίνδυνο ασθενών με μεταγγισιοεξαρτώμενη Β-θαλασσαιμία Χ. ΖΗΣΗΣ, Π. ΖΟΡΜΠΑΣ, Σ. ΚΑΡΑΛΗΣ, Ε. ΒΛΑΧΟΚΩΣΤΑ, Δ. ΑΛΕΞΙΟΥ, Ν. ΑΓΓΕΛΗΣ, Ε. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΟΥ, Σ. ΜΥΛΩΝΑΣ	81
Σύνδρομο ανήσυχων ποδιών σε ασθενή με Σακχαρώδη Διαβήτη: Μπορεί ένα χρόνια νόσημα να μειώσει τη διαγνωστική μας οξύτητα; Περιγραφή περίπτωσης Δ. ΑΝΥΦΑΝΤΑΚΗΣ, Φ. ΚΑΤΣΑΝΙΚΑΚΗ, Α. ΑΝΥΦΑΝΤΑΚΗΣ, Ε. ΣΥΜΒΟΥΛΑΚΗΣ	83
Ποιότητα ζωής τύπου 2 διαβητικών ασθενών που κατοικούν στην ορεινή Ελλάδα Β. ΣΙΟΝΤΗ, Γ. ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ, Γ. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ, Δ. ΠΕΣΧΟΣ, Μ. ΓΟΥΡΝΗ	84
Μεταβολικές παράμετροι ασθενών με ΣΔ2 και διάρκεια νοσηλείας λόγω λοίμωξης Σ.Σ. ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ, Δ. ΠΟΛΥΖΟΣ, Γ. ΦΙΛΗ, Α. ΜΠΟΥΡΔΑΚΗΣ	85
Συσχέτιση επιπέδων Lp(a) και HbA1c σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2 Δ. ΣΑΚΚΑΣ, Ε.-ΑΙΝ. ΒΕΚΙΑΡΗ, Σ.Ε. ΜΑΥΡΟΥΔΕΑΣ, Α. ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ, Η. ΛΕΦΑΣ, Β. ΑΠΟΣΤΟΛΑΚΗ, Ε. ΜΙΧΑΛΑΚΗ, Α. ΤΡΙΚΑΣ, Α. ΣΙΑΝΝΗ	86
Η κληρονομικότητα και η συσχέτισή της με τον μεταβολικό έλεγχο, τις συννοσηρότητες και τις επιπλοκές του διαβήτη Μ. ΣΤΑΜΑΤΕΛΑΤΟΥ, Α. ΣΕΚΕΡΑΚ, Ι. ΓΙΑΛΑΜΑΣ, Μ. ΔΡΟΥΓΚΑΚΗ, Γ. ΤΖΙΟΜΑΛΟΣ, Ν. ΒΑΣΙΛΑΚΗ, Μ. ΖΟΥΜΑΚΗ, Μ. ΔΑΣΕΝΑΚΗ	87
Είναι απαραίτητη η αυστηρή συμμόρφωση προς τις διατροφικές οδηγίες για την επίτευξη καλού μεταβολικού ελέγχου σε ασθενείς με Διαβήτη Τύπου 2; Ε. ΕΛ ΝΤΕΪΚ, Φ. ΚΥΡΙΑΚΟΥ, Μ. ΝΟΥΤΣΟΥ, Α. ΘΑΝΟΠΟΥΛΟΥ	88
Συσχέτιση της ύπαρξης ιστορικού Σακχαρώδους Διαβήτη ασθενών που υποβάλλονται σε στεφανιογραφικό έλεγχο και του αριθμού των πασχόντων αγγείων κατά τον στεφανιογραφικό έλεγχο Σ. ΜΑΝΤΖΟΥΚΗΣ, Μ. ΓΕΡΑΣΙΜΟΥ	89

Συσχέτιση της ύπαρξης ιστορικού Σακχαρώδους Διαβήτη ασθενών που υποβάλλονται σε στεφανιογραφικό έλεγχο και του SYNTAXSCORE κατά τον στεφανιογραφικό έλεγχο Σ. ΜΑΝΤΖΟΥΚΗΣ, Μ. ΓΕΡΑΣΙΜΟΥ	91
Προοπτική μελέτη παρατήρησης των καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου μέσω του τρόπου ζωής και της συμμόρφωσης στη μεσογειακή διατροφή: Αποτελέσματα από τη μελέτη “PERSEAS” Χ. ΒΟΥΛΓΑΡΗ, Ι. ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ, Χ. ΔΗΜΟΣΘΕΝΟΠΟΥΛΟΣ, Ι. ΝΤΟΥΠΗΣ, Ν. ΠΑΤΣΟΥΡΑΚΟΣ, Ρ. ΕΥΘΥΜΙΑΔΟΥ, Ε. ΧΑΤΖΗΑΓΓΕΛΑΚΗ, Ι. ΚΥΡΙΑΖΗΣ	93
Συσχέτιση δεικτών ινσουλινοαντίστασης με τη γλυκαιμική ρύθμιση και την παρουσία διαβητικών επιπλοκών ΑΙΚ. ΤΡΙΚΚΑΛΙΝΟΥ, Α. ΠΑΠΑΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΥ, Ε. ΚΑΓΚΕΛΑΡΗ, Η. ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΣ, Α. ΓΑΝΩΤΟΠΟΥΛΟΥ, Π. ΓΑΒΡΑ, Ε. ΧΟΥΡΔΑΚΗ, Α. ΚΑΜΑΡΑΤΟΣ, Α. ΜΕΛΙΔΩΝΗΣ	94
Μειωμένη δύναμη δραγμού σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2 Φ. ΜΕΡΜΗΓΚΑΣ, Ε.-Κ. ΣΥΝΤΖΑΝΑΚΗ, Μ. ΜΑΜΑΛΟΥΚΑΚΗ, Μ. ΔΡΑΝΔΑΚΗ, Α. ΦΑΝΤΑΚΗΣ, Α. ΓΚΟΓΚΟΥ	95
Διακύμανση αναγκών ινσουλίνης σε γυναίκες με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 1 κατά τον θηλασμό – αναδρομική μελέτη δεκαετίας Ι. ΚΑΚΟΥΛΙΔΗΣ, Ι. ΗΛΙΑΣ, Α. ΛΙΝΑΡΔΗ, Α. ΜΙΧΟΥ, Α. ΛΕΚΚΟΥ, Ε. ΒΕΝΑΚΗ, Ε. ΚΟΥΚΚΟΥ	96
Παρακολούθηση Σακχαρώδους Διαβήτη κύησης στο τακτικό Διαβητολογικό Ιατρείο Α. ΜΑΚΙΝΑ-ΚΟΥΣΗ, Κ. ΜΑΥΡΟΜΟΥΣΤΑΚΟΥ, Α. ΖΑΠΟΥΝΙΔΟΥ, ΑΙΚ. ΠΑΠΑΦΙΛΙΠΠΟΥ, Χ. ΜΑΖΙΩΤΗ, Χ. ΜΑΧΑΙΡΙΩΤΗΣ, Ζ. ΑΛΕΞΙΟΥ	97
Εκτίμηση ευπάθειας (FRAILTY) και δυνατότητες παρέμβασης για τη βελτίωση ποιότητας ζωής ηλικιωμένων ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη Μ. ΜΑΜΑΛΟΥΚΑΚΗ, Μ. ΔΡΑΝΔΑΚΗ, Ε.-Κ. ΣΥΝΤΖΑΝΑΚΗ, Φ. ΜΕΡΜΗΓΚΑΣ, Α. ΦΑΝΤΑΚΗΣ, Α. ΓΚΟΓΚΟΥ	98
Χαρακτηριστικά συμμόρφωσης με τις οδηγίες αντιγριπικού και αντιπνευμονιοκοκκικού εμβολιασμού ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2 Α. ΚΟΥΤΣΟΒΑΣΙΑΔΗΣ, Α. ΣΩΤΗΡΟΠΟΥΛΟΣ, Δ. ΓΟΥΓΟΥΡΕΛΑΣ, Μ. ΠΑΙΠΙΑ, Δ. ΠΑΠΑΔΑΚΗ, Σ. ΤΣΙΑΓΚΛΗΣ, Σ. ΜΠΟΥΣΜΠΟΥΛΑΣ, Θ. ΠΕΠΠΙΑΣ	99
Συσχέτιση επιπέδων Βιταμίνης D με σωματομετρικούς, δημογραφικούς και εργαστηριακούς παράγοντες, όπως και με τη γλυκαιμική ρύθμιση σε έναν διαβητικό πληθυσμό Γ. ΤΖΙΟΜΑΛΟΣ, Α. ΣΕΚΕΡΑΚ, Ι. ΓΙΑΛΑΜΑΣ, Μ. ΔΡΟΥΓΚΑΚΗ, Ν. ΒΑΣΙΛΑΚΗ, Μ. ΖΟΥΜΑΚΗ, Μ. ΔΑΣΕΝΑΚΗ, Μ. ΣΤΑΜΑΤΕΛΑΤΟΥ	100
Άτυπη εκσεσημασμένη αμφοτερόπλευρη οστεοαρθροπάθεια CHARCOT: Παρουσίαση περίπτωσης Χ. ΛΟΥΠΙΑ, Ε. ΜΕΪΜΕΤΗ, Α. ΚΟΚΑΣ, Ε. ΒΟΓΙΑΤΖΟΓΛΟΥ, Α. ΔΩΝΟΥ, Σ. ΚΑΛΑΝΤΖΗ	101
Ο σημαντικός ρόλος του καρδιολόγου στη διαχείριση νοσηλευομένων με ΣΔ Τύπου 2 σε Καρδιολογική Κλινική Ε. ΜΑΝΔΑΛΑΚΗ, Α. ΤΣΙΡΕΚΑ, Δ. ΚΟΡΕΛΑ, Ν. ΓΡΥΛΛΟΥ, Ε. ΡΟΓΔΑΚΗΣ, Α. ΑΝΥΦΑΝΤΑΚΗΣ, Α. ΠΑΠΠΙΑΣ, Ε. ΦΟΥΚΑΡΑΚΗΣ	102

Επίδρα η χορήγηση α-λιποϊκού οξέος στην ταχύτητα αγωγιμότητας του γαστροκνημίου νεύρου σε ασθενείς με διαβητική περιφερική νευροπάθεια ΑΙΚ. ΤΡΙΚΚΑΛΙΝΟΥ, Α. ΠΑΠΑΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΥ, Ε. ΞΟΥΡΓΙΑ, Σ. ΠΑΠΑΝΤΩΝΙΟΥ, Κ. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ, ΑΙΚ. ΣΕΡΕΤΗ, Α. ΚΑΜΑΡΑΤΟΣ, Α. ΜΕΛΙΔΩΝΗΣ	103
Αποτελεσματικότητα και ασφάλεια μετά από 12μηνη χορήγηση του συμπληρώματος που περιέχει υπεροξειδική δισμουτάση, α-λιποϊκό οξύ, βιταμίνη Β12 και Ακέτυλο L-καρνιτίνη σε ένα δισκίο σε ασθενείς με διαβητική νευροπάθεια Τ. ΔΙΔΑΓΓΕΛΟΣ, Ε. ΚΑΡΛΑΦΤΗ, Ζ. ΚΟΝΤΟΝΙΝΑΣ, Χ. ΜΑΡΓΑΡΙΤΙΔΗΣ, Ε. ΜΑΡΓΑΡΙΤΗ, Κ. ΤΖΙΟΜΑΛΟΣ, Α. ΧΑΤΖΗΤΟΛΙΟΣ	104
Γνώσεις και στάση των διαβητικών ασθενών απέναντι στο κάπνισμα και τον αντικαπνιστικό αγώνα Μ. ΜΠΡΙΣΤΙΑΝΟΥ, Κ. ΣΠΙΑΝΟΣ, Μ. ΚΑΤΣΑΟΥΝΟΥ, Ε. ΠΡΑΤΗΛΑΣ, Α. ΛΑΝΑΡΑΣ	105
Επίδραση της ντουλαγλουτίδης στον γλυκαιμικό έλεγχο και τους καρδιομεταβολικούς παράγοντες κινδύνου σε άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2 υπό αγωγή με λιραγλουτίδη Α. ΣΩΤΗΡΟΠΟΥΛΟΣ, Α. ΚΟΥΤΣΟΒΑΣΙΛΗΣ, Σ. ΤΣΙΑΓΚΛΗΣ, Δ. ΠΑΠΑΔΑΚΗ, ΑΙΚ. ΚΑΤΣΑΒΡΙΑ, Σ. ΜΠΟΥΣΜΠΟΥΛΑΣ, Θ. ΠΕΠΠΑΣ	106
Βελτίωση του γλυκαιμικού ελέγχου και μείωση των υπογλυκαιμιών σε ασθενή με ΣΔ τύπου 2 και στεφανιαία νόσο σε θεραπεία με αντλία συνεχούς έγχυσης ινσουλίνης με σύστημα συνεχούς καταγραφής γλυκόζης και αναστολή στην πρόβλεψη της υπογλυκαιμίας. Περιγραφή περίπτωσης Π. ΓΙΑΝΝΟΥΛΑΚΗ, Ε. ΚΟΤΖΑΚΙΟΥΛΑΦΗ, Ζ. ΚΟΝΤΟΝΙΝΑΣ, Χ. ΜΑΡΓΑΡΙΤΙΔΗΣ, Α. ΧΑΤΖΗΤΟΛΙΟΣ, Τ. ΔΙΔΑΓΓΕΛΟΣ	107
Κλινική αξιολόγηση της επίδρασης ενός κλειστού κυκλώματος ινσουλίνης στη γλυκαιμική ρύθμιση και την ποιότητα ζωής ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 1 Α. ΚΟΥΤΣΟΒΑΣΙΛΗΣ, Α. ΣΩΤΗΡΟΠΟΥΛΟΣ, Μ. ΓΕΡΟΓΙΑΝΝΗ, Μ. ΠΑΠΠΑ, Α. ΤΣΑΚΙΡΗΣ, ΑΙΚ. ΚΑΜΠΟΥΡΕΛΗ, Θ. ΠΕΠΠΑΣ	108
Η επίδραση της δαπαγλιφλοζίνης στην 24ωρη αρτηριακή πίεση ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2: Μια διπλή-τυφλή τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή Ε. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ, Π. ΣΑΡΑΦΙΔΗΣ, Χ. ΛΟΥΤΡΑΔΗΣ, Γ. ΤΖΑΤΖΑΓΟΥ, Κ. ΚΩΤΣΑ, Σ. ΚΑΡΡΑΣ, Χ. ΣΑΜΠΙΑΝΗΣ, Ι. ΖΩΓΡΑΦΟΥ, Ε. ΑΓΓΕΛΟΥΔΗ, Ι. ΜΗΝΟΠΟΥΛΟΥ, Μ. ΘΕΟΔΩΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ, Α. ΤΣΑΠΑΣ, Α. ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗΣ	109
Η επίδραση της δαπαγλιφλοζίνης στην περιπατητική αορτική αρτηριακή πίεση και τους δείκτες αρτηριακής σκληρίας ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2: Μια διπλή-τυφλή τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή Ε. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ, Χ. ΛΟΥΤΡΑΔΗΣ, Κ. ΚΩΤΣΑ, Χ. ΣΑΜΠΙΑΝΗΣ, Γ. ΤΖΑΤΖΑΓΟΥ, Α. ΚΑΡΑΚΟΖΟΓΛΟΥ, Τ. ΔΙΔΑΓΓΕΛΟΣ, Μ. ΘΕΟΔΩΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ, Ι. ΜΗΝΟΠΟΥΛΟΥ, Α. ΤΣΑΠΑΣ, Α. ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗΣ, Π. ΣΑΡΑΦΙΔΗΣ	110
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ	111

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ
33^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΕΤΗΣΙΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ
ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΓΙΑ ΤΟΝ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, 13-17 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2019

ΕΥΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΑΝΤΙΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΜΕ ΕΜΠΑΓΛΙΦΛΟΖΙΝΗ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Α. Μπούλμπου, Θ. Γρίβα, Ι. Κατσιγιάννη, Ι. Κυριάκου, Χ. Λίλιος, Ε. Μαγγανάρη, Χ. Τσαβούσογλου, Β. Δούρλιου, Κ. Καραγκούνης, Κ. Μαχαίρα

Παθολογική Κλινική, ΓΝ «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εμπαγλιφλοζίνη ανήκει στους αναστολείς SGLT-2, κατηγορία αντιδιαβητικών φαρμάκων τα οποία ρυθμίζουν τη γλυκόζη μέσω αναστολής επαναπρόσληψής της από τους συμμεταφορείς νατρίου – γλυκόζης στα εγγύς εσπειραμένα σωληνάκια του νεφρού. Μία από τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων αυτών είναι η ευγλυκαιμική κετοξέωση, η οποία είναι δυνητικά θανατηφόρα. Τα τελευταία χρόνια με την αυξημένη χρήση αυτών των φαρμάκων έχει αυξηθεί η συχνότητα των περιστατικών της ευγλυκαιμικής διαβητικής κετοξέωσης τόσο στον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, όσο και σε μελέτες σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1. Για την ανεπιθύμητη ενέργεια αυτή έχουν ενοχοποιηθεί οι λοιμώξεις, η ελαττωμένη πρόσληψη υδατανδράκων, η λήψη αλκοόλ και η μείωση ή ακόμη και η διακοπή της χορηγούμενης ινσουλίνης.

ΜΕΘΟΔΟΙ

Άνδρας 53 ετών με ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 προσεκομίσθη στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου μας αιτιώμενος επιδεινούμενη δύσπνοια με συνοδούς εμέτους από τετραήμερου. Αναφέρθηκε νοσηλεία εντός της τελευταίας εβδομάδος λόγω λοίμωξης κατωτέρου αναπνευστικού. Η αντιδιαβητική αγωγή του ασθενούς περιελάμβανε συνδυασμό ινσουλίνης, ενώ από μηνός είχε προστεθεί εμπαγλιφλοζίνη και μετφορμίνη. Από την κλινική εξέταση του ασθενούς διαπιστώθηκε ταχύπνοια (RR: 28/λεπτό), σύγχυση, καθώς και παρουσία επιχρίσματος στις παρίσθμιες αμυγδαλές άμφω.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τα αέρια αρτηριακού αίματος που ελήφθησαν κατά την προσέλευση του ασθενούς διαπιστώθηκε μεταβολική οξέωση με $pH=7,088$, $pCO_2=9,4$ mmHg, $HCO_3^-=2,7$ mEq/L, χάσμα ανιόντων ίσο με 17,1 mEq/L και γλυκόζη ορού στα 157 mg/dL. Στη γενική εξέταση ούρων ανευρέθη παρουσία κετονών, ενώ από τον λοιπό εργαστηριακό έλεγχο προέκυψε μικρή αύξηση της CRP (4,1 mg/dl). Με βάση τα ανωτέρω ευρήματα τέθηκε η διάγνωση της ευγλυκαιμικής διαβητικής κετοξέωσης και έγινε έναρξη ενδοφλέβιας ενυδάτωσης, στάγδην χορήγησης ινσουλίνης, καθώς και ενδοφλέβιας αντιβιοτικής αγωγής με πιπερακιλλίνη – ταζομπακτάμη λόγω πρόσφατης νοσηλείας. Σταδιακά αποκαταστάθηκε η οξέωση και ο ασθενής βελτιώθηκε κλινικά και εργαστηριακά (αέρια αρτηριακού αίματος εξόδου: $pH=7,46$, $pCO_2=27$ mmHg, $HCO_3^-=26,2$ mEq/L, χάσμα ανιόντων ίσο με 6 mEq/L).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ευγλυκαιμική διαβητική κετοξέωση αποτελεί μια σοβαρή ανεπιθύμητη ενέργεια της αντιδιαβητικής θεραπείας με αναστολείς SGLT-2, η οποία μπορεί να εξελιχθεί σε θανατηφόρα επιπλοκή, αν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα. Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να είναι ευαισθητοποιημένοι στο ενδεχόμενο εμφάνισης αυτής της επιπλοκής και να ενημερώνουν έγκαιρα τους ασθενείς για τις ανεπιθύμητες ενέργειες των συγκεκριμένων φαρμάκων.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΔ ΤΥΠΟΥ 1 ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΧΩΡΙΣ ΣΗΜΕΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑΣ

**A. Κοντάνα¹, Γ. Πολυχρονόπουλος¹, Δ. Μυλωνάς¹, Σ. Βενέτη¹, Α. Κοσκοσάς²,
Ε. Κανάκης¹, Α. Χατζητόλιος¹, Τ. Διδάγγελος¹**

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

² Α΄ Οφθαλμολογική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στους ασθενείς με ΣΔ τύπου 1 η έναρξη και η εξέλιξη της χρόνιας νεφρικής νόσου (XNN) συνυπάρχει με διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, όπως έχει παρατηρηθεί σε πληθώρα μελετών στο παρελθόν. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, ποσοστό μεγαλύτερο του 95% των ενηλίκων με ΣΔ τύπου 1 και νεφρική νόσο παρουσιάζει ήδη ευρήματα διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας. Σπάνια αναφέρεται η εκδήλωση XNN, ιδίως τελικού σταδίου, χωρίς την παρουσία βλαβών του αμφιβληστροειδούς. Στις περιπτώσεις που συμβαίνει αυτό πιθανολογείται η συνύπαρξη άλλης αιτίας για τη νεφρική νόσο πέραν της διαβητικής σπειραματοσκλήρυνσης.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Ασθενής άνδρας, ηλικίας 39 ετών, με ιστορικό ΣΔ τύπου 1 από 18ετίας, παροξυσμικής κοιλιακής μαρμαρυγής και χρόνιας νεφρικής νόσου (άγνωστης έναρξης) διακομίστηκε στην Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΑΠΘ, Νοσ. «ΑΧΕΠΑ» από περιφερικό νοσοκομείο, για περαιτέρω αντιμετώπιση εμπυρέτου με συνοδό διαβητικό έλκος δεξιού άκρου ποδός και άρδρωση Charcot άμφω. Ο ασθενής παρουσίαζε βαριά περιφερική διαβητική νευροπάθεια, όπως διαπιστώθηκε και από τον έλεγχο αντίληψης ορίων δονήσεων με βυθισιόμετρο, που ήταν 35 V. Από τον εργαστηριακό έλεγχο προσδιορίστηκαν τα εξής: HbA_{1c} 9,6%, Ur 65 mg/dL, Cr 2,92 mg/dL, αλβουμίνη ορού 2,26 g/dL WBC 11,97 K/μL, Hct 30,8%, Hb 10,2 g/dL, CRP 1,59 mg/dL, PCT 7,7 ng/ml και μακροαλβουμινουρία, με 2,08 gr λεύκωμα στη σύλλογή ούρων 24ώρου. Η βυθοσκόπηση δεν ανέδειξε ευρήματα διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας παρά το γεγονός ότι ο ασθενής παρουσίαζε βαριά νεφρική νόσο IV σταδίου με GFR 25,8 ml/min/1,73 m². Στο πλαίσιο διερεύνησης άλλου αιτίου έκπτωσης της νεφρικής λειτουργίας, ακολούθησε πλήρης ανοσολογικός έλεγχος, που ήταν αρνητικός, και εν συνεχεία αποφασίστηκε η διενέργεια βιοψίας νεφρού. Το αποτέλεσμα έδειξε σοβαρού βαθμού αλλοιώσεις χρόνιας σπειραματοσκλήρυνσης, πιθανότατα διαβητικής αιτιολογίας. Λόγω της εμμένουσας υπερκαλιαιμίας και μεταβολικής οξέωσης ο ασθενής εντάχθηκε σε πρόγραμμα τεχνητού νεφρού.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ

Αναφέρουμε την περίπτωση ασθενούς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 με σοβαρά ευρήματα διαβητικής μικροαγγειοπάθειας, όπως νευροπάθεια και τελικού σταδίου νεφροπάθεια απουσία όμως ευρημάτων σημαντικής διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας (παρά το γεγονός ότι η βιοψία νεφρού δεν υπήρξε απόλυτα επιβεβαιωτική).

ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Π. Διδαγγέλου², Μ. Βουρβακάκη², Α. Παπαγιάννης¹, Τ. Διδάγγελος¹,
Α. Χατζητόλιος¹, Α. Ματιάκης²

¹ Διαβητολογικό Κέντρο, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

² Τμήμα Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

ΣΚΟΠΟΣ

Να διερευνηθεί η στοματολογική κατάσταση και να αναφερθούν τα οδοντοστοματολογικά ευρήματα ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔΤ2).

ΑΣΘΕΝΕΙΣ-ΜΕΘΟΔΟΙ

Στην παρούσα ανοικτή μελέτη παρατήρησης, πραγματοποιήθηκε κλινικός ενδοστοματικός έλεγχος 112 ασθενών (53 άνδρες και 59 γυναίκες) με ΣΔΤ2, μέσης ηλικίας $56,8 \pm 10,0$ έτη (εύρος 42 έως 78 έτη) και μέσης διάρκειας ΣΔ $12,6 \pm 8,8$ έτη, οι οποίοι προσέρχονταν για εξέταση στο Διαβητολογικό Κέντρο της Α΄ ΠΡΠ, ΑΠΘ του Νοσοκομείου «ΑΧΕΠΑ». Η ομάδα των ασθενών συγκρίθηκε με ομάδα ελέγχου 40 υγιών ατόμων (20 άνδρες και 20 γυναίκες) αντίστοιχης μέσης ηλικίας $58,1 \pm 9,1$ έτη (εύρος 42 έως 72 έτη). Επίσης μετρήθηκε η HbA1c και λήφθηκε ιατρικό ιστορικό.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τον ενδοστοματικό έλεγχο παρατηρήθηκαν οι ακόλουθες διαταραχές στην ομάδα των ασθενών με ΣΔΤ2: ασθενείς νωδοί ολικά ή μερικά με κύρια αιτία της απώλειας των οδόντων την περιοδοντίτιδα, ξηροστομία, χρόνιο τραυματισμό από οδοντοστοιχίες, ίνωμα εξ ερεθισμού, πτυχωτή γλώσσα, στοματοδυνία (καυσαλγία βλεννογόνου στόματος) και δικτυωτή μορφή ομαλού λειχήνα στον βλεννογόνο των παρειών. Όλα τα ευρήματα από τη σύγκριση μεταξύ των δύο ομάδων ήταν στατιστικά σημαντικά ($p < 0,0001$). Η HbA1c μεταξύ των δύο ομάδων ήταν: $7,9 \pm 1,0\%$ στον ΣΔ έναντι $5,3 \pm 0,5\%$ της ομάδας ελέγχου ($p < 0,0001$). Στην ομάδα των ασθενών μεταξύ ανδρών και γυναικών παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στα ακόλουθα ευρήματα: περιοδοντίτιδα ($p = 0,016$), πτυχωτή γλώσσα ($p < 0,001$) και στην δικτυωτή μορφή ομαλού λειχήνα ($p < 0,001$). Στην ομάδα ελέγχου παρατηρήθηκε: άτομα νωδά μερικά λόγω τερηδόνας και περιοδοντίτιδας. Η παρουσία καρδιαγγειακής νόσου δεν διέφερε μεταξύ των δύο ομάδων ($p = 0,170$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ

Η περιοδοντίτιδα αποτελεί το προεξάρχον οδοντοστοματολογικό εύρημα διαβητικών ασθενών και τη συχνότερη αιτία απώλειας των δοντιών των ασθενών αυτών. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τη διεθνή βιβλιογραφία, η οποία εμφανίζει την περιοδοντίτιδα ως τη σοβαρότερη στοματολογική επιπλοκή του σακχαρώδους διαβήτη.

**ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ 10ΕΤΟΥΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟ
ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΤΥΠΟΥ 2. ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΣΤΟΧΩΝ ΜΕΤΑ
ΑΠΟ 48 ΜΗΝΕΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ**

Σ. Τσοτουλίδης¹, Π. Χρηστίδης¹, Α. Μποτσκარიόβα², Σ. Πλέκη¹, Δ. Καραγιαννίδου²,
Ρ. Μπεγκόλλι², Σ. Φαρδογιάννη¹, Α. Ψαρρά², Κ. Γρίβου²

¹ Διαβητολογικό Ιατρείο, ΓΝ Χαλκιδικής

² ΚΥ Κασσάνδρειας, Χαλκιδική

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι διαβητικοί παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα εμφάνισης αθηρωμάτωσης, η οποία είναι 2-8 φορές μεγαλύτερη συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις στοχεύουν στην αντιμετώπιση όλων των παραγόντων κινδύνου που συμβάλλουν στην εμφάνιση και εξέλιξη της διαβητικής αγγειοπάδειας.

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι η αξιολόγηση της βελτίωσης των τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου σε διαβητικούς που παρακολουθούνται τακτικά σε διαβητολογικό ιατρείο.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Αναδρομική μελέτη παρατήρησης σε τακτικούς ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τ.2 που παρακολουθούνται στο ΓΝ Χαλκιδικής και ΚΥ Κασσάνδρειας την περίοδο 2010-2018. Πραγματοποιήθηκαν 2 μετρήσεις με διαφορά 4 ετών των παραγόντων του καπνίσματος, βάρους (kg), ΔΜΣ (kg/m²), ΣΑΠ (mmHg), ΔΑΠ(mmHg), HbA1c (g/dl), χοληστερίνης (mg/dl), τριγλυκεριδίων (mg/dl), LDL (mg/dl), HDL (mg/dl). Εκτιμήθηκε ο 10ετής κίνδυνος για καρδιαγγειακή νόσο βάσει του ASCVD Risk Estimator του Αμερικανικού Κολλεγίου Καρδιολόγων. Χρησιμοποιήθηκαν παραμετρικές, μη παραμετρικές δοκιμασίες συνεχών, εξαρτημένων μεταβλητών και δοκιμασίες κατηγορικών, εξαρτημένων μεταβλητών. Το όριο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ως $p < 0,05$.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

165 ασθενείς με μέσο όρο ηλικίας 62.55 έτη, εκ των οποίων 99 (60%) γυναίκες. Οι αλλαγές στους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου μεταξύ των δύο μετρήσεων είναι οι ακόλουθες: κάπνισμα (23,03% vs 19,39%, $p=0,03$), βάρος (87,4 vs 85,5, $p_{vs} 32,3$, $p_{vs} 133,88$, $p=0,656$), ΔΑΠ (80,9 vs 78,22, $p=0,015$), HbA1c (7,61 vs 6,73, $p_{vs} 166,89$, $p_{vs} 125,63$, $p=0,022$), LDL (113,95 vs 89,4), HDL (50,42 vs 53,8, $p=0,001$). Ο 10ετής κίνδυνος για καρδιαγγειακή νόσο αυξήθηκε (22,4 vs 26,5, p ($p_{<50} = 0,5626 > 0,05$ & $p_{50-59} = 0,1154 > 0,05$)). Η ποσοστιαία αύξηση του κινδύνου σε αυτές τις ηλικίες ήταν μικρότερη από την αύξηση του κινδύνου σε άτομα ίδιας ηλικίας με ελεύθερο ιστορικό και άριστο μεταβολικό προφίλ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το σύνολο των μεταβλητών παρουσίασε βελτίωση στην 4ετία, με εξαίρεση τη ΣΑΠ η οποία όμως παρέμεινε εντός στόχων. Ο ΔΜΣ παρέμεινε σε επίπεδα παχυσαρκίας. Η τακτική παρακολούθηση συμβάλλει στη βελτίωση των καρδιομεταβολικών παραγόντων κινδύνου, μειώνοντας την πιθανότητα εμφάνισης καρδιαγγειακού συμβάντος.

ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΚΙΡΚΑΔΙΟΥ ΡΥΘΜΟΥ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΟΣΦΑΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Β. Νικολαΐδου¹, Ε. Γκαλιαγκούση¹, Ε. Γαβριηλάκη¹, Π. Ανυφαντή¹,
Α. Τριανταφύλλου¹, Ι. Ζωγράφου², Χ. Σαμπάνης², Σ. Δούμα¹

¹ Γ' Παθολογική Κλινική ΓΝ Παπαγεωργίου, ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

² Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ιπποκράτειο, ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

ΣΚΟΠΟΣ

Η φυσιολογική νυκτερινή πτώση πίεσης (dipping) είναι διαταραγμένη στον Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2). Ωστόσο οι γνώσεις μας είναι περιορισμένες όσον αφορά τα αρχικά στάδια της νόσου. Στόχος είναι η μελέτη του κirkάδιου ρυθμού αρτηριακής πίεσης σε ασθενείς με πολύ πρόσφατη διάγνωση ΣΔ2 και η διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων με χαρακτηριστικά της νόσου και δείκτες καρδιακής λειτουργίας.

ΜΕΘΟΔΟΙ

Ασθενείς με πρόσφατη διάγνωση ΣΔ2 [χρήση της ρεοκαρδιογραφίας, εργαστηριακός έλεγχος και υπολογισμός του δεκαετούς αθηροσκληρωτικού καρδιαγγειακού κινδύνου (ASCVD risk score)].

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μελετήθηκαν 160 άτομα, 80 διαβητικοί και 80 μάρτυρες. Το dipping ήταν χαμηλότερο στους διαβητικούς σε σύγκριση με τους μάρτυρες ($7\pm 8,6\%$ έναντι $12,1\pm 7,6\%$, $p<0,001$). Στο σύνολο του δείγματος το dipping εμφάνιζε αρνητική συσχέτιση με: ηλικία ($p=0,010$), ASCVD risk ($p=0,014$), HbA1c ($p=0,013$) και δετική με: HDL χοληστερόλη ($p=0,014$) και δείκτη ταχύτητας (VI) ($p=0,023$). Μετά από διόρθωση για άλλες μεταβλητές, η HbA1c (adjusted OR: 1,68, $p=0,03$), ο GFR (adjusted OR: 0,975, $p=0,02$) και η επηρεασμένη καρδιακή συσταλτικότητα (VI) (adjusted OR: 0,949, $p=0,004$), συσχετίστηκαν ανεξάρτητα με το non-dipping φαινόμενο. Επιπλέον, η νυκτερινή αρτηριακή πίεση (νΣΑΠ) συσχετίστηκε δετικά με: ASCVD risk ($p=0,003$), BMI ($p=0,020$), HbA1c ($p=0,005$), γλυκόζη νηστείας ($p=0,036$), GFR ($p=0,043$) και αρνητικά με τον VI ($p=0,004$). Πολυπαραγοντική ανάλυση για τη νΣΑΠ έδειξε ότι η συσχέτιση με τη HbA1c ($\beta=0,225$, $p=0,023$), τον GFR ($\beta=0,222$, $p=0,05$) και τον VI ($\beta=-0,317$, $p=0,006$) παρέμεινε στατιστικά σημαντική.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διαταραχή του φυσιολογικού κirkάδιου ρυθμού αρτηριακής πίεσης είναι παρούσα σε πρώιμο στάδιο ΣΔ2 και εμφανίζει συσχέτιση με τη HbA1c ανεξάρτητα από άλλους παράγοντες. Η διαπίστωση ότι το non-dipping φαινόμενο καθώς και η υψηλή νΣΑΠ συσχετίζονται με τον VI αντιπροσωπεύει πιθανώς έναν επιπρόσθετο μηχανισμό ερμηνείας των καρδιαγγειακών συμβαμάτων.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΤΗΣ ΤΡΕΧΟΥΣΑΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΕΝΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Φ. Νικολαΐδου¹, Ι. Κώστογλου², Ν. Τσίτσιου³, Λ. Αθανασίου⁴, Π. Παππάς¹, Α. Μπάκας⁵, Ο.Α. Παυλίδου⁶

¹ ΤΕΠ, ΓΝ Κιλκίς

² Γ.Ν. Ασκληπείο Βούλας

³ Παθολογική Κλινική, ΓΝ Κιλκίς

⁴ Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ασκληπείο Βούλας

⁵ ΤΕΠ, ΓΝ «Ο Άγιος Δημήτριος», Θεσσαλονίκη

⁶ Γ' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΣΚΟΠΟΙ

Μελετήσαμε την κλινική διαχείριση των ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2 ενός εξωτερικού ιατρείου δευτεροβάθμιου νοσοκομείου σε βάθος οκτώ ετών (2012-2019). Εκτιμήσαμε τα επίπεδα γλυκόζης αίματος των ασθενών σε σχέση με τις δραστικές ουσίες που ελάμβαναν τόσο στην αρχή της έρευνας (υγιεινοδιαιτητικά μέτρα, λήψη μιας φαρμακευτικής ουσίας, λήψη δύο και άνω φαρμακευτικών ουσιών και χορήγηση ινσουλίνης) όσο και στο τέλος αυτής. Υπήρξε συσχέτιση μεταξύ της ληφθείσας αγωγής και της εμφάνισης υπογλυκαιμικών επεισοδίων τόσο κατά την έναρξη της περιόδου ελέγχου όσο και στο τέλος της χρονικής περιόδου. Διερεύνηση υπήρξε και ανάμεσα στη ληφθείσα φαρμακευτική αγωγή σε σχέση με τις τιμές της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) κατά την ίδια μέθοδο. Τέλος, υπήρξε μελέτη όσον αφορά την εξέλιξη, χρονικά, των δραστικών ουσιών και των ειδών ινσουλίνης που χορηγούνται σε διαβητικούς ασθενείς.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ

Η παρούσα μελέτη που εκπονήθηκε στο διαβητολογικό ιατρείο του ΓΝ Κιλκίς αποτελεί επιδημιολογική μελέτη καταγραφής της τρέχουσας κλινικής διαχείρισης του σακχαρώδους διαβήτη. Μελετήθηκαν ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 οι οποίοι ήταν εγγεγραμμένοι στο διαβητολογικό ιατρείο του νοσοκομείου από 01-01-2012 έως 15-06-2019 και το επισκέπτονταν τουλάχιστον δυο φορές τον χρόνο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στη φαρμακευτική αγωγή επήλθαν αλλαγές καθότι, ενώ το πρώτο εξάμηνο ελέγχου των ασθενών η δίαιτα και η μονοθεραπεία καταλάμβαναν τα μεγαλύτερα ποσοστά, στο τελευταίο εξάμηνο αυξήθηκαν τα ποσοστά της διπλοθεραπείας και της ινσουλινοθεραπείας και η δίαιτα είχε εκλείψει ως δείκτης. Προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση στη μελέτη ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ της ληφθείσας αγωγής και των τιμών της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c), όσο και της εμφάνισης υπογλυκαιμικών επεισοδίων. Τέλος, η διερεύνηση όσον αφορά τις δραστικές ουσίες των χορηγούμενων σκευασμάτων σε χρονική εξέλιξη έδειξε την αντικατάσταση κάποιων από αυτές με άλλες καινούριες δραστικές ουσίες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Τα τελευταία οκτώ χρόνια, η διαχείριση των ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη έχει υποστεί αλλαγές. Παρότι η αρχική διάγνωση της νόσου εξακολουθεί να συνοδεύεται από συστάσεις για λήψη υγιεινοδιαιτητικών μέτρων και το πρώτο φάρμακο εκλογής παραμένει η μετφορμίνη, πολλές κατηγορίες αντιδιαβητικών δισκίων και σκευασμάτων ινσουλίνης έχουν δώσει τη θέση τους σε νεότερες ουσίες και σχήματα. Οι χορηγούμενες ουσίες έχουν σημαντική επίδραση στις τιμές της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης και στα ποσοστά εμφάνισης υπογλυκαιμιών. Συμβάλλουν στην καλύτερη ρύθμιση της γλυκόζης αίματος, στη μείωση των υπογλυκαιμικών επεισοδίων, στη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου και στη σφαιρικότερη και ασφαλέστερη αντιμετώπιση της νόσου.

**ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΔΡΑΣΕΩΝ ΤΗΣ ΟΡΘΟΔΟΞΗΣ ΝΗΣΤΕΙΑΣ
ΕΝΑΝΤΙ ΚΛΑΣΙΚΗΣ ΥΠΟΘΕΡΜΙΔΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΟ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟ,
ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΟΜΕΤΡΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ: ΜΙΑ ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΗ ΜΕΛΕΤΗ
ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ**

**Θ. Κουφάκης¹, Σ. Καρράς¹, Λ. Αδαμίδου², Β. Αντωνοπούλου¹, Π. Καραλάζου³,
Αικ. Θυσιάδου³, Κ. Μακέδου³, Κ. Κώτσα¹**

¹ Τμήμα Ενδοκρινολογίας και Μεταβολισμού – Διαβητολογικό Κέντρο, Α΄ Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝ ΑΧΕΠΑ, ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

² Τμήμα Διαιτολογίας και Διατροφής, ΠΓΝ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

³ Εργαστήριο Βιοχημείας, Τμήμα Ιατρικής ΑΠΘ, ΠΓΝ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΣΚΟΠΟΣ

Προηγούμενες μελέτες έχουν συσχετίσει την Ορθόδοξη Νηστεία (ΟΝ) με ευνοϊκές επιδράσεις στην ανθρώπινη υγεία. Ωστόσο, συγκριτικές μελέτες ανάμεσα στην ΟΝ και άλλα διατροφικά μοντέλα δεν ήταν μέχρι σήμερα διαθέσιμες. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να προβεί σε μία συγκριτική αξιολόγηση των επιδράσεων στο γλυκαιμικό, λιπιδαιμικό και ανθρωπομετρικό προφίλ ανάμεσα στην ΟΝ και ένα κλασικό μοντέλο υποθερμιδικής διατροφής, όπως αυτό προτείνεται από τις τρέχουσες επιστημονικές συστάσεις.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ

Τον πληθυσμό μελέτης αποτέλεσαν 37 υπέρβαροι, κατά τα άλλα υγιείς, ενήλικες που ακολούθησαν ένα εξατομικευμένο διατροφικό μοντέλο βασισμένο στις αρχές της ΟΝ για 7 εβδομάδες, με στόχο απώλεια βάρους > 0,5 kg/εβδομάδα. Ομάδα ελέγχου αποτέλεσαν 23 υπέρβαροι ενήλικες που ακολούθησαν διαιτολόγιο βασισμένο στις συστάσεις της Αμερικανικής Καρδιολογικής Εταιρείας (ΑΗΑ) για τον έλεγχο του σωματικού βάρους για ίσο χρονικό διάστημα. Οι ακόλουθες παράμετροι συγκρίθηκαν ανάμεσα στις δύο ομάδες πριν και μετά τη διατροφική παρέμβαση: Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), περίμετρος μέσης (ΠΜ), γλυκόζη και ινσουλίνη νηστείας, δείκτες HOMA-B και HOMA-IR, λιπίδια ορού, υψηλής ευαισθησίας C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (hs-CRP).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Πριν την παρέμβαση, η ομάδα της ΟΝ και η ομάδα ελέγχου παρουσίαζαν συγκρίσιμες τιμές σε ό,τι αφορά τον ΔΜΣ (28,6 ± 5,38 vs 26,4 ± 4,11 kg/m², p=0,09), την ΠΜ (91,13 ± 13,69 vs 86,13 ± 10,66 εκ., p=0,14) και την ολική χοληστερίνη (TC) ορού (196,06 ± 34,47 vs 201,26 ± 28,41 mg/dl, p=0,54). Τόσο η ομάδα της νηστείας όσο και η ομάδα ελέγχου παρουσίασαν σημαντικές μειώσεις του ΔΜΣ (28,54 ± 5,45 vs 27,2 ± 5,1 kg/m², p± 4,11 vs 25,81 ± 3,78 kg/m² p=0,001, αντίστοιχα) και της ΠΜ (91,1 ± 13,88 vs 90,3 ± 13,91 εκ., p=0,03 και 86,13 ± 10,66 vs 84,09 ± 9,57 εκ., p=0,009, αντίστοιχα) κατά τη διάρκεια της παρέμβασης. Μετά την παρέμβαση, η ομάδα της ΟΝ μείωσε σημαντικά τις συγκεντρώσεις της TC και LDL χοληστερόλης συγκριτικά με τις αρχικές τιμές (178,4 ± 34,14 vs 197,17 ± 34,3 mg/dl, p± 28,08 vs 122,37 ± 29,7 mg/dl, p<0,001, αντίστοιχα), ενώ η ομάδα ΑΗΑ δεν παρουσίασε αντίστοιχες μειώσεις. Σε καμία από τις δύο ομάδες δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στις τιμές γλυκόζης, ινσουλίνης, hs-CRP, HOMA-B και HOMA-IR, ως αποτέλεσμα της διατροφικής παρέμβασης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ΟΝ θα μπορούσε να αποτελέσει μία εναλλακτική δίαιτα για τον έλεγχο του σωματικού βάρους, παρέχοντας ταυτόχρονα αξιόλογες μειώσεις των λιπιδίων του ορού. Μεγάλες προοπτικές μελέτες απαιτούνται για να αξιολογήσουν περαιτέρω την ασφάλεια και τις επιπτώσεις της ΟΝ στους καρδιομεταβολικούς παράγοντες κινδύνου.

ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΗ ΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΑΥΤΩΝ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ΣΥΝΟΔΕΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΣΤΟ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Σ. Παπαδάτος¹, Α. Μπουρδάκης²

¹ ΕΚΠΑ ΠΓΝ Σωτηρία, Αθήνα

² ΓΝ Τρικάλων

ΣΚΟΠΟΣ

Ως χρόνια νόσος, ο σακχαρώδης διαβήτης πυροδοτεί προβλήματα από την ψυχική σφαίρα διότι επιβάλλει ποικίλους περιορισμούς στην καθημερινή ζωή των ατόμων και αναδύει μακροπρόθεσμους κινδύνους, όπως τον κίνδυνο καρδιαγγειακών και νευρολογικών παθήσεων και επιπλοκών.

Σκοπός της μελέτης είναι να βρεθεί πόσο επηρεάζουν τη ρύθμιση των ασθενών οι ψυχικές διαταραχές.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Υλικό της μελέτης αποτέλεσαν νέοι ασθενείς με ΣΔ2 που παρακολουθούνται σε τακτικές επισκέψεις με ραντεβού ανά τρίμηνο περίπου, το τελευταίο έτος στο Διαβητολογικό Ιατρείο του Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων. Πρόκειται για 250 ασθενείς, 135 άνδρες και 115 γυναίκες. Από αυτούς 46 ασθενείς (8 άνδρες και 38 γυναίκες) παρουσιάζουν διεγνωσμένη υποθεραπεία καταθλιπτικής συνδρομής και αγχώδεις διαταραχές. Σε όλους μετρήθηκε σε κάθε επίσκεψη ΒΜΙ και γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Όλοι δέχθηκαν αμέσως αγωγή ενός φαρμάκου. Από τους 46 ψυχιατρικούς που έκαναν έναρξη αγωγής οι 30 χρειάστηκαν και 2ο φάρμακο και από αυτούς δέχθηκαν οι 24 (Συμμόρφωση 80%). Σε 12 ασθενείς προτάθηκε ινσουλίνη και δέχθηκαν 6 (Συμμόρφωση 50%). Η μείωση του ΒΜΙ στους 46 ήταν λιγότερο από 1 και η μέση μείωση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης 1,5. Στους μη ψυχιατρικούς ασθενείς προτάθηκε και 2ο φάρμακο σε 100 και δέχτηκαν όλοι (Συμμόρφωση 100%). Σε 20 ασθενείς προτάθηκε ινσουλίνη και δέχθηκαν 18 (Συμμόρφωση 90%). Η μέση μείωση του ΒΜΙ ήταν 5-6 σε αυτούς τους ασθενείς και η μέση μείωση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης ήταν 5,5.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι διαβητικοί συχνά παρουσιάζουν ως χρόνιοι πάσχοντες και διαταραχές από την ψυχική σφαίρα όπως κατάθλιψη και αγχώδεις διαταραχές. Οι διαβητικοί ασθενείς με ψυχιατρικό ιστορικό συχνά εμφανίζουν αποτυχία γλυκαιμικού ελέγχου και μείωσης σωματικού βάρους. Βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, των επιπέδων γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) και του ΒΜΙ. Είναι σπουδαίο να τονισθεί ότι η αποτυχία γλυκαιμικού ελέγχου σχετίζεται με οξείες και χρόνιες επιπλοκές, οι οποίες μπορούν να επιδεινώσουν την ήδη υπάρχουσα καταθλιπτική συμπτωματολογία.

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΕ ΑΓΡΟΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΡΟΔΟΠΗΣ

Σ. Μολλά¹, Α. Τερζή², Γ. Παρισίδης³, Ζ. Μαυρίδου⁴, Σ. Ρόκκα⁴, Τ. Δαλματζή⁵

¹ ΠΙ Γρατινής, ΚΥ Σαπών

² ΠΙ Αρριανών, ΚΥ Σαπών

³ ΠΙ Φιλύρας, ΚΥ Σαπών

⁴ ΤΕΦΑΑ, ΔΠΘ

⁵ ΠΙ Ξυλαγανής, ΚΥ Σαπών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΣΚΟΠΟΣ

Η άσκηση προωθείται όλο και περισσότερο ως μέρος της θεραπευτικής αγωγής για την αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη τύπου ΙΙ. Οι επιστημονικές έρευνες υποστηρίζουν ότι τα υψηλά επίπεδα φυσικής δραστηριότητας και η συμμετοχή σε κατάλληλα οργανωμένα προγράμματα άσκησης, συνδέονται με ένα θετικό μεταβολικό προφίλ και ελαχιστοποιούν τον κίνδυνο στους ενήλικες. Σκοπός ήταν να διερευνηθεί η συμμετοχή στη φυσική δραστηριότητα ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου ΙΙ και να εξετασθούν τυχόν διαφορές ως προς το επίπεδο ΦΔ, την ηλικία, τον ΔΜΣ.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 201 (70 άνδρες & 131 γυναίκες) άτομα τρίτης ηλικίας, ασθενείς με διαγνωσμένο ΣΔ ΙΙ, κάτοικοι αγροτικής περιοχής του Ν. Ροδόπης. Ως όργανο μέτρησης για τη συλλογή των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο PASE (Physical Activity Scale for the Elderly; Washburn et al., 1993), σταδμισμένο για τον ελληνικό πληθυσμό (Mihalopoulou et al., 2006). Όλες οι μετρήσεις πραγματοποιήθηκαν στα περιφερικά ιατρεία του Νομού Ροδόπης όπου γινόταν ακριβής καταγραφή του ιατρικού ιστορικού, μετρήσεις γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης και συλλογή σωματομετρικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών. Για τις ανάγκες της έρευνας, τα άτομα του δείγματος χωρίστηκαν ως προς την ηλικία: α) 65 έως 75 ετών (n=107) και β) 75 ετών και πάνω (n=94), ως προς τον Δείκτη Μάζας Σώματος: α) >25 (n=20), β) >30 (n=112) και γ) >35 (n=69) και ως προς το επίπεδο Φυσικής Δραστηριότητας: α) χαμηλό (n=76), β) μέτριο (n=102), γ) κανονικό (n=23).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τις αναλύσεις Independent t-test για ανεξάρτητα δείγματα, προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την ηλικία με τη μικρότερη ηλικιακή ομάδα να παρουσιάζει καλύτερες τιμές μέτρησης της HbA1c. Ακόμη, από τις αναλύσεις διακύμανσης One Way Anova στατιστικά σημαντικές διαφορές παρουσιάστηκαν ως προς τον ΔΜΣ [$F_{(2,198)}=89,73$, $p<,001$] στις τιμές μέτρησης της HbA1c με αυτούς που ήταν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι να έχουν υψηλότερες τιμές γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης και ανάλογα αποτελέσματα προέκυψαν για το επίπεδο της ΦΔ [$F_{(2,198)}=95,53$, $p<,001$], με αυτούς που είχαν υψηλότερα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας να παρουσιάζουν καλύτερες τιμές HbA1c. Τα αποτελέσματα υποστηρίζουν ότι η υιοθέτηση του καρδιακού τρόπου ζωής σε συνδυασμό με την έλλειψη ενημέρωσης για υγιεινή διατροφή και αναφορικά με τους κινδύνους εκδήλωσης της νόσου δρουν επιβαρυντικά σε πληθυσμούς διαβητικών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η υιοθέτηση καρδιακού τρόπου ζωής, σε συνδυασμό με την έλλειψη ενημέρωσης για υγιεινή διατροφή και αναφορικά με τους κινδύνους εκδήλωσης της νόσου δρουν επιβαρυντικά σε πληθυσμούς διαβητικών ασθενών τύπου ΙΙ. Προτείνεται η εφαρμογή εποπτευόμενων προγραμμάτων άσκησης, διαρκής ενημέρωση για υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών συνθηθειών και παρακολούθηση από εξειδικευμένους επιστήμονες για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής της εν λόγω ευπαδούς πληθυσμιακής ομάδας.

ΕΝΤΟΠΙΣΜΟΣ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΗ Ή ΑΔΙΑΓΝΩΣΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΤΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟ. ΣΥΣΧΕΤΙΣΜΟΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Α. Γρηγοριάδης¹, Τ. Sorsa², Δ. Σακελλάρη¹

¹ Εργαστήριο Προληπτικής Οδοντιατρικής, Περιοδοντολογίας και Βιολογίας Εμφυτευμάτων, ΑΠΘ

² Department of Oral Diseases, Karolinska Institutet, Huddinge, Sweden, Department of Oral and Maxillofacial Diseases, Helsinki University and University Hospital, Helsinki, Finland

ΣΚΟΠΟΣ

Η περιοδοντική νόσος και ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) αποτελούν χρόνια νοσήματα τα οποία προσβάλλουν μεγάλο ποσοστό του γενικού πληθυσμού. Η αλληλεπίδραση και η αμφίδρομη σχέση ανάμεσα στις δύο νόσους είναι τεκμηριωμένη. Θα ήταν λοιπόν σημαντικό να μπορεί να εντοπιστεί ο προδιαβήτης και ο αδιάγνωστος ΣΔ στον χώρο του οδοντιατρείου με τη χρήση απλών εξετάσεων.

ΥΛΙΚΑ – ΜΕΘΟΔΟΙ

Η μελέτη αφορά 69 ασθενείς που προσήλθαν στην προπτυχιακή κλινική του Εργαστηρίου Προληπτικής Οδοντιατρικής, Περιοδοντολογίας και Βιολογίας Εμφυτευμάτων του ΑΠΘ και στο Οδοντιατρείο Φρουράς Θεσσαλονίκης του 424 ΓΣΝΕ. Οι ασθενείς αυτοί πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής στη μελέτη με βάση το ερωτηματολόγιο αυξημένου κινδύνου εμφάνισης ΣΔ που προτείνει το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών των ΗΠΑ (Center for Disease Control, CDC). Στους συμμετέχοντες πραγματοποιήθηκαν ο υπολογισμός της τιμής της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA_{1c}) με τον αναλυτή Cobas® και ο ποσοτικός προσδιορισμός της ενεργοποιημένης μεταλλοπρωτεΐνωσης MMP-8 (aMMP-8) με το διαγνωστικό τεστ Periosafe® και τον αναλυτή ORALyzer®. Επιπρόσθετα πραγματοποιήθηκαν κλινικές και ακτινογραφικές μετρήσεις για την εκτίμηση της περιοδοντικής τους κατάστασης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το 27,5% των ασθενών βρέθηκε με αδιάγνωστη υπεργλυκαιμία (HbA_{1c} 5,7%). Με τη χρήση στατιστικών μοντέλων πολλαπλής παλινδρόμησης παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της τιμής της aMMP-8 και του προδιαβήτη ($p < 0,05$), όπως επίσης και με την περιοδοντική κατάσταση σύμφωνα με την ταξινόμηση του 2018. Η ίδια στατιστική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ της ύπαρξης προδιαβήτη και περιοδοντικής κατάστασης ($p < 0,05$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το οδοντιατρείο αποτελεί κατάλληλο χώρο δυνατότητας εντοπισμού αδιάγνωστου ΣΔ και προδιαβήτη μέσω της μέτρησης της τιμής γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA_{1c}) και της συσχέτισής της με τις τιμές της aMMP-8.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΔ2

Ι. Κουτσονάσιος², Α. Μπουρδάκης¹, Γ. Φύλη³, Ν. Νίκα⁴

¹ ΓΝ Τρικάλων

² ΚΥ Πύλης, ΓΝ Τρικάλων

³ ΚΥ Δελβινακίου, ΠΓΝ Ιωαννίνων

⁴ ΚΥ Μετσόβου, ΠΓΝ Ιωαννίνων

ΣΚΟΠΟΣ

Η καταγραφή σε τυχαίο δείγμα ασθενών με πρώτη διάγνωση ΣΔ2 συνυπαρχόντων παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου όπως η αρτηριακή υπέρταση, το σωματικό βάρος (μέτρηση BMI), η δυσλιπιδαιμία και το κάπνισμα.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήθηκαν 300 διαβητικοί ασθενείς που διαγνώστηκαν τον τελευταίο χρόνο σε ιατρεία πρωτοβάθμιας φροντίδας κέντρων υγείας και στο διαβητολογικό ιατρείο ενός δευτεροβάθμιου νοσοκομείου σε τυχαίο δείγμα πληθυσμού ορεινής, ημιορεινής και αστικής περιοχής. Πρόκειται για 180 άνδρες και 120 γυναίκες που ελέχθηκαν επίσης ως προς την ύπαρξη αρτηριακής υπέρτασης (ΑΠ>130/85), δυσλιπιδαιμίας (TCHOL>230, TG>150), αυξημένου BMI (>27), και ως προς το κάπνισμα (>10 τσιγάρα/ημερησίως). Μέση ηλικία 65±4 έτη ίδια και στα δύο φύλα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τους άνδρες δυσλιπιδαιμία βρέθηκε σε 60 (30%), αρτηριακή υπέρταση σε 60 (30%), κάπνισμα σε 90 (50%) και παχυσαρκία σε 90 (50%). Από τις γυναίκες δυσλιπιδαιμία βρέθηκε σε 90 (75%), αρτηριακή υπέρταση σε 40 (30%), κάπνισμα σε 6 (5%) και παχυσαρκία σε 90 (75%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 συχνά εμφανίζουν και άλλους παράγοντες κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου ήδη από τη διάγνωση του διαβήτη. Από το δείγμα μας η υπέρταση απαντά το ίδιο και στα δύο φύλα ενώ η παχυσαρκία και η δυσλιπιδαιμία είναι συχνότερες στις γυναίκες και το κάπνισμα συχνότερο στους άνδρες.

**ΜΕΛΕΤΗ ΠΙΘΑΝΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ
ΤΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΑΙΜΟΣΙΔΗΡΩΣΗ, ΤΙΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ
ΑΠΟΣΙΔΗΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ
ΣΤΗ ΜΕΤΑΓΓΙΣΙΟΕΞΑΡΤΩΜΕΝΗ ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ**

**Χ. Ζήσης^{1,2}, Π. Ζορμπάς², Δ. Αλεξίου², Σ. Καραλής², Ε. Βλαχοκώστα²,
Κ. Κοφίτσα², Α. Σταμπέρνα¹, Σ. Μυλωνάς²**

¹ Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας, ΓΝ Τρικάλων

² Β' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Τρικάλων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στη θαλασσαιμία, βιβλιογραφικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι η εγκατάσταση των διαταραχών μεταβολισμού της γλυκόζης (ΔΜΓ) εξαρτάται από τη βαρύτητα και τη διάρκεια της χρόνιας αιμοσιδήρωσης, ενώ η αποτροπή αυτών βασίζεται στο είδος και την ένταση της θεραπείας αποσιδήρωσης. Υποχώρηση της παθολογικής ανοχής στη γλυκόζη, αλλά και βελτίωση του σακχαρώδους διαβήτη παρατηρούνται μετά από εντατικοποιημένη αποσιδήρωση. Παράλληλα όμως, πιστεύεται ότι η τοξικότητα χηλικών παραγόντων συμβάλλει στην εμφάνιση των ΔΜΓ.

ΣΚΟΠΟΣ

Διερεύνηση πιθανής συσχέτισης των ΔΜΓ με την αιμοσιδήρωση, τις θεραπείες αποσιδήρωσης και την παθολογία του παγκρέατος στους ασθενείς με μεταγγισιοεξαρτώμενη θαλασσαιμία.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Στο δείγμα συμμετείχαν 29 μεταγγισιοεξαρτώμενοι θαλασσαιμικοί ασθενείς της ΜΜΑ του ΓΝ Τρικάλων. Έτσι πραγματοποιήθηκε:

- Υπολογισμός της μέσης τιμής φερριτίνης των τελευταίων 3 ετών και ταξινόμηση με βάση τα επίπεδα (<300/300-1.000/1.000-2.500/>2.500 mg/L).
- Καταγραφή με μέθοδο MRI-T2 του βαθμού αιμοχρωμάτωσης του ήπατος βάσει LIC=[Fe]/ξηρό-βάρος-ήπατος (mg/gr) [LIC<1,5 → φυσιολογικό ήπαρ, 1,5-2,9 → επιτυχής αποσιδήρωση, 3-6,9 → ήπια, 7-14 → μέτρια, >14 → σοβαρή αιμοχρωμάτωση].
- Καταγραφή της θεραπείας αποσιδήρωσης. Σχεδόν οι μισοί λαμβάνουν μονοθεραπεία (PO-δεφεριπρόνη ή PO-δεφερασιρόξη ή SC-δεφεροξαμίνη) και οι άλλοι μισοί συνδυαστική θεραπεία (PO-δεφεριπρόνη & SC-δεφεροξαμίνη).
- Συσχέτιση με την αμυλάση ορού και μελέτη του απεικονιστικού ελέγχου (υπερηχογράφημα, μαγνητική ή/και αξονική) παγκρέατος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι ΔΜΓ ανευρίσκονται βάσει:

1. Φερριτίνης (mg/L):
<300 (φυσιολογική) → 4 στους 4 (100%) [IGT: ΣΔ2 ≈ 3:1 ΜΟ ηλικίας ≈ 48,5 έτη]
300-1.000 → 8 στους 11 (73%) [IGT: ΣΔ2 ≈ 1,6 ΜΟ ηλικίας ≈ 43,2 έτη]
1.000-2.500 → 4 στους 8 (50%) [IGT: ΣΔ2 = 1:1 ΜΟ ηλικίας = 40 έτη]
>2.500 → 2 στους 6 (33%) [100% διαβητικοί ΜΟ ηλικίας = 36,5 έτη]
2. LIC ήπατος:
- <1,5 (φυσιολογικό ήπαρ) → 5 στους 5 (100%) [IGT: ΣΔ2 = 4:1 ΜΟ ηλικίας = 45,6 έτη]
- 1,5-7 (επιτυχημένη αποσιδήρωση → ήπια αιμοσιδήρωση) → 6 στους 8 (75%) [IGT: ΣΔ2 = 2:1 ΜΟ ηλικίας = 46,15 έτη]

- >7 (μέτρια ↔ σοβαρή αιμοσιδήρωση) → 7 στους 16 (43%) [IGT: ΣΔ2 = 2:5
ΜΟ ηλικίας = 37,7 έτη]

3. Θεραπείας αποσιδήρωσης:

i) 9 στους 15 (60%) → από του στόματος ή υποδόρια μονοθεραπεία (ΜΟ ηλικίας ≈ 41,1 έτη)

Συγκεκριμένα:

- 3 στους 4 (75%) → ΡΟ-δεφερασιρόξη [ΣΔ2 = 100% ΜΟ ηλικίας ≈ 45,25 έτη]

- 3 στους 7 (43%) → ΡΟ-δεφεριπρόνη [IGT: ΣΔ2=1:2 ΜΟ ηλικίας ≈ 36,4 έτη]

- 3 στους 4 (75%) → SC-δεφεροξαμίνη [IGT=100% ΜΟ ηλικίας ≈ 45,25 έτη]

ii) 9 στους 14 (64,3%) → συνδυαστική θεραπεία [IGT: ΣΔ2 = 2:1 ΜΟ ηλικίας ≈ 42,2 έτη]

4. Παγκρεατικής νοσηρότητας:

i) 11 ασθενείς (38%) με υποαμυλασαιμία (ένδειξη ανεπάρκειας εξωκρινούς μοίρας παγκρέατος (πάσχοντες ΔΜΓ: μη πάσχοντες = 4:1)

ii) 6 ασθενείς (20,7%) με λιπώδη εκφύλιση ή/και ατροφία παγκρέατος (όλοι με ΔΜΓ & IGT: ΣΔ2 ≈ 2:1)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

1. Σε θαλασσαιμικό πληθυσμό μεγαλύτερης ηλικίας όπως αυτόν της μελέτης (ΜΟ ≈ 42 έτη) διαπιστώθηκε ότι:
 - υπάρχει αντίστροφη σχέση μεταξύ της εμφάνισης των ΔΜΓ και της βαρύτητας της αιμοσιδήρωσης,
 - οι ΔΜΓ προσβάλλουν ακόμα και αυτούς με επαρκή/άριστη αποσιδήρωση, (ωστόσο υπάρχει υπεροχή του ΣΔ2 στους ασθενείς με ανεπαρκή αποσιδήρωση – σοβαρή αιμοσιδήρωση),
 - η παγκρεατική νοσηρότητα αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα,
 - δεν υπάρχει υπεροχή κάποιου μεμονωμένου χηλικού παράγοντα ή της συνδυαστικής θεραπείας έναντι της μονοθεραπείας.
2. Πιθανόν με την πρόοδο της ηλικίας, η χρόνια έκθεση στον σίδηρο οδηγεί σε μη αναστρέψιμη παγκρεατική βλάβη, με πιθανή συμμετοχή μηχανισμών αυτοανοσίας, άμεσης τοξικότητας και παγκρεατικής ίνωσης.
3. Εκτός της συμμόρφωσης με τη θεραπεία αποσιδήρωσης, έχει νόημα η σύσταση για δίαιτα και σωματική άσκηση ή/και έναρξη αντιδιαβητικής αγωγής χωρίς καθυστέρηση.

**ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ ΤΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ
ΣΕ ΜΕΤΑΓΓΙΣΙΟΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ Β-ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ:
ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ, ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΦΥΛΟ, ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ ΚΑΙ
ΤΟΝ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

**Χ. Ζήσης^{1,2}, Π. Ζορμπάς², Κ. Κοφίτσα², Χ. Μαδεμπλής², Χ. Μυλωνά²,
Α. Τζέκα¹, Σ. Μυλωνάς²**

¹ Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας, ΓΝ Τρικάλων

² Β' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Τρικάλων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στη θαλασσαιμία οι διαταραχές μεταβολισμού της γλυκόζης (ΔΜΓ) αποτελούν πλέον συχνές επιπλοκές, ως αποτέλεσμα της επιμήκυνσης του προσδόκιμου επιβίωσης των πασχόντων μετά την εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων θεραπείας (μεταγγίσεις/αποσιδήρωση) και επιπλέον με την υιοθέτηση από αυτούς του σύγχρονου τρόπου ζωής (καρδιακή ζωή/άγχος/κακή διατροφή/παχυσαρκία).

Η διάγνωσή τους βασίζεται στη γλυκόζη νηστείας και στα αποτελέσματα της καμπύλης σακχάρου (OGTT). Διακρίνονται σε:

Προδιαβήτη (IFG = διαταραγμένη γλυκόζη νηστείας & IGT = διαταραγμένη ανοχή στη γλυκόζη)

Σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2)

ΣΚΟΠΟΣ

Η μελέτη των ΔΜΓ των ασθενών με μεταγγισιοεξαρτώμενη θαλασσαιμία σε επαρχιακό νοσοκομείο. Καταγραφή του επιπολασμού, διερεύνηση πιθανής συσχέτισης με συγκεκριμένους αιτιολογικούς παράγοντες.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Στο δείγμα συμμετείχαν 29 μεταγγισιοεξαρτώμενοι θαλασσαιμικοί ασθενείς της ΜΜΑ του ΓΝ Τρικάλων. Οι 4 ασθενείς είχαν γνωστό ιστορικό ΣΔ2 και ελάμβαναν αντιδιαβητική αγωγή. Στους υπόλοιπους 25 ασθενείς, διενεργήθηκε δυο φορές OGTT σε διάστημα δυο ετών.

Ακολούθησε συσχέτιση με:

- το φύλο
 - την ηλικιακή ομάδα [νεαρής (20^ο-40^ο έτος), μέσης & ώριμης ηλικίας (> 60^ο έτος)]
 - τον δείκτη μάζας σώματος (BMI)
- και τέλος καταγράφηκε η θεραπευτική παρέμβαση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

18 πάσχοντες (62%) εμφανίζουν ΔΜΓ. Συγκεκριμένα:

- Προδιαβήτη → 10 ασθενείς (34,5%). ΜΟ ηλικίας ≈ 43,9 έτη

IFG & IGT → 2 & μόνο IGT → 8 ασθενείς

- ΣΔ2 → 8 ασθενείς (27,6%). Οι μισοί είχαν γνωστό ιστορικό & οι άλλο μισοί πληρούσαν κριτήρια της OGTT. ΜΟ ηλικίας ≈ 47,5 έτη

ΔΜΓ εμφανίζονται σε σχέση με:

το φύλο

- 12 στους 16 άνδρες (75%) [IGT: ΣΔ2 ≈ 1:1 ΜΟ ηλικίας ≈ 47,66 έτη]

- 6 στις 13 γυναίκες (46%) [IGT: ΣΔ2 ≈ 2:1 ΜΟ ηλικίας ≈ 41 έτη]

την ηλικιακή ομάδα

– 5 στους 13 (38,5%) νεαρούς ασθενείς. Επιπολασμός ανδρών 3/5 (60%) & γυναικών → 2/8 (25%) και αναλογία IGT: $\Sigma\Delta 2 \approx 1,5$

– 12 στους 14 (85,7%) μεσήλικες. Ο επιπολασμός στα δυο φύλα τείνει περίπου να εξισωθεί [(8/9 άνδρες (88,9%) & 4/5 γυναίκες (80%)] και αναλογία IGT: $\Sigma\Delta 2 \approx 1,4$

– 1 στους 2 άνδρες ώριμης ηλικίας είναι σακχαροδιαβητικός

το BMI

– 4 στους 7 λιποβαρείς (57,14%) [αναλογία IGT: $\Sigma\Delta 2 \approx 1:3$ MO ηλικίας $\approx 43,14$ έτη],

– 10 στους 18 ασθενείς φυσιολογικού σωματικού βάρους (55,55%) [IGT/ $\Sigma\Delta 2 \approx 2,33$ MO ηλικίας $\approx 42,5$ έτη]

– 4 στους 4 υπέρβαρους-παχύσαρκους (100%) [αναλογία IGT: $\Sigma\Delta 2 \approx 1:1$ MO ηλικίας $\approx 35,25$ έτη]

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σε όλους τους ασθενείς με ΔΜΓ προτάθηκε δίαιτα διαβητικού και άσκηση. Στους μισούς με IGT χορηγήθηκε μετφορμίνη. Οι σακχαροδιαβητικοί λαμβάνουν την εξής φαρμακευτική αγωγή:

i) Ενέσιμη: 2/8 ασθενείς

1 → glargine & aspart (βραδεία & ταχεία ινσουλίνη) & 1 → συνδυασμό degludec (βραδεία ινσουλίνη) και λιραγλουτίδη (GLP-1)

ii) Από του στόματος: 5/8 (62,5%) → μετφορμίνη, 4/8 (50%) → εμπαγλιφλοζίνη (SGLT2) 3/8 (37,5%) → σιταγλιπτίνη (DDP-4)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Οι ΔΜΓ προσβάλλουν τους μεταγγισιοεξαρτώμενους θαλασσαιμικούς ασθενείς σε πολύ υψηλότερο ποσοστό από ό,τι τον γενικό πληθυσμό. Πρόκειται συνήθως για ασθενείς μικρότερης ηλικίας, με ελαττωμένο ή φυσιολογικό BMI. Κύριους επιβαρυντικούς παράγοντες αποτελούν το BMI σε νεότερους ασθενείς, αλλά κυρίως η ηλικία. Η υπεροχή των ανδρών έναντι των γυναικών στη μελέτη αυτή πιθανόν να οφείλεται στον μεγαλύτερο μέσο όρο ηλικίας.

Η θεραπεία δεν διαφέρει από εκείνη που εφαρμόζεται στον υπόλοιπο πληθυσμό.

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΛΙΠΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΥΠΟΛΟΙΠΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ
ΣΤΟΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΕΤΑΓΓΙΣΙΟΕΞΑΡΤΩΜΕΝΗ
Β-ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ**

**Χ. Ζήσης², Π. Ζορμπάς¹, Σ. Καραλής¹, Ε. Βλαχοκώστα¹, Δ. Αλεξίου¹, Ν. Αγγέλης¹,
Ε. Δημητριάδου³, Σ. Μυλωνάς¹**

¹ Β' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Τρικάλων

² Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας/ Β' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Τρικάλων

³ Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας, ΓΝ Τρικάλων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στους θαλασσαιμικούς ασθενείς η καρδιακή ανεπάρκεια και η πνευμονική υπέρταση αποτελούν μείζονες καρδιακές επιπλοκές, οι θρομβώσεις είναι συχνές εξαιτίας της υπερπηκτικότητας (π.χ. σπληνεκτομή) και ο βαθμός αιμοσιδήρωσης σχετίζεται με την πρόγνωση (κίνδυνος επιπλοκών, καρδιακής νόσου και θανάτου). Υπάρχουν όμως αρκετές μελέτες που δείχνουν χαμηλή συχνότητα εμφράγματος του μυοκαρδίου και της στεφανιαίας νόσου. Πιθανό προστατευτικό ρόλο παίζουν η χαμηλή αρτηριακή πίεση (ΑΠ) και η χαμηλή ολική και LDL-χοληστερόλη που χαρακτηρίζουν αυτόν τον ιδιαίτερο πληθυσμό.

Πλέον όμως η φυσική γήρανση του θαλασσαιμικού πληθυσμού σε συνδυασμό με τη «φύση» της νόσου (χρόνια αιμόλυση & υπερφόρτωση σιδήρου → ενδοθηλιακή δυσλειτουργία & αγγειακή σκλήρυνση) και με τις περιβαλλοντικές επιδράσεις (καθιστική ζωή/άγχος/κακή διατροφή/κάπνισμα/παχυσαρκία) καθιστούν υπαρκτό τον κίνδυνο αθηρωματικής νόσου. Επιβαρυντικό ρόλο στην αγγειακή παθογένεια διαδραματίζουν η χαμηλή HDL-χοληστερόλη, τα αυξημένα τριγλυκερίδια, η αντίσταση στην ινσουλίνη και ο σακχαρώδης διαβήτης.

ΣΚΟΠΟΣ

Διερεύνηση του λιπιδαιμικού προφίλ και των υπολοίπων παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου και προσέγγιση του κινδύνου αθηρωμάτωσης και καρδιαγγειακής νόσου σε ενήλικες πάσχοντες από μεταγγισιοεξαρτώμενη β-θαλασσαιμία.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

29 είναι οι πολυμεταγγιζόμενοι β-θαλασσαιμικοί ασθενείς που παρακολουθούνται στη ΜΜΑ του ΓΝ Τρικάλων. Βασιζόμενοι στο γεγονός ότι διαπιστώθηκε στεφανιαία νόσος σε 2 από τους 3 πάσχοντες που υποβλήθηκαν σε στεφανιογραφία, πραγματοποιήθηκε καταγραφή:

- Αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) μέσω τακτικών μετρήσεων
- Καπνιστικής συνήθειας
- Διαταραχών Μεταβολισμού Γλυκόζης (ΔΜΓ) και υπολογισμός:
 - Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ),
 - Μέσου όρου (ΜΟ) τιμών ολικής, LDL- & HDL-χοληστερόλης και τριγλυκεριδίων από 2ετίας
 - Δεικτών αθηρογόνου δυσλιπιδαιμίας → Αθηρωματικός δείκτης (Α.Δ. = ολική χοληστερίνη/HDL) & Αθηρογόνος Δείκτης Πλάσματος [ΑΙΡ = Log_{10} (τριγλυκερίδια/HDL-χοληστερόλη)]
 - 10ετούς κινδύνου για αθηροσκληρωτική καρδιαγγειακή νόσο (10 year risk for ASCVD)

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

- 7 πάσχοντες (24,1%) έχουν υπόταση (mmHg), 16 (55,2%) ιδανική ΑΠ (90-119/60-79 mmHg), 3 (10,3%) φυσιολογική ΑΠ (120-129/80-84 mmHg), 2 (6,8%) υψηλή φυσιολογική ΑΠ (130-139/85-89 mmHg & 1 (3,4%) υπέρταση 1ου βαθμού (140-149/90-95 mmHg)
- 9 (31,1%) είναι καπνιστές, 4 (13,8%) πρώην καπνιστές & 16 (55,2%) μη καπνιστές
- 7 (24,1%) είναι ελλιποβαρείς, 18 (62,1%) φυσιολογικού βάρους, 3 (10,3%) υπέρβαροι & 1 (3,44%) παχύσαρκος
- 10 ασθενείς (34,5%) πάσχουν από προδιαβήτη & 8 (27,6%) από ΣΔ2
- Όλοι οι ασθενείς (100%) έχουν χαμηλή: ολική χοληστερόλη (ΜΟ ≈ 111 mg/dl, άνδρες ≈ 107 mg/dl, γυναίκες ≈ 116 mg/dl), LDL-χοληστερόλη (ΜΟ ≈ 57 mg/dl, άνδρες ≈ 56 mg/dl, γυναίκες ≈ 59 mg/dl) & HDL-χοληστερόλη (ΜΟ ≈ 30,9 mg/dl, άνδρες ≈ 26 mg/dl, γυναίκες ≈ 37mg/dl)]
- 7 ασθενείς (24,1%) έχουν υπερτριγλυκεριδαίμια (τριγλυκερίδια > 150 mg/dL)
- 20 είναι οι σπληνεκτομηθέντες (69%) με αντιδραστική θρομβοκυττάρωση & λήψη αντιαιμοπεταλιακού

Όσον αφορά τις ομάδες κινδύνου με βάση τους δείκτες δυσλιπιδαιμίας ΑΔ (Αθηρωματικός δείκτης)

- 3,5-4,4 (χαμηλός κίνδυνος) → 8 ασθενείς (27,59%)
- 4,5-7,1 (μέσος) → 4 ασθενείς (13,8%)
- >7,1 (υψηλός) → 2 άνδρες (6,8%)

AIP (Atherogenic Index of Plasma)

- 0,11-0,21 (μέσος) → 5 ασθενείς (17,3%)
- >0,21 (υψηλός) → 14 ασθενείς (48%)

10 year risk for ASCVD

- 5-7,4% (οριακός) → 5 ασθενείς (17,2%)
- 7,5-19,9% (ενδιάμεσος) → 7 ασθενείς (24,13%)
- ≥20% (υψηλός) → 4 άνδρες ασθενείς (13,8%)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Στους θαλασσαιμικούς ασθενείς θα πρέπει να γίνεται προσεκτική αξιολόγηση του λιπιδαιμικού προφίλ και όλων των υπολοίπων παραγόντων κινδύνου, για την ανίχνευση εκείνων που έχουν αυξημένο κίνδυνο αθηρωματικής νόσου και οι οποίοι πιθανόν να χρειαστούν περαιτέρω διερεύνηση των αγγείων με αναίμακτες (triplex αρτηριών – σπινθηρογράφημα μυοκαρδίου) και μη μεθόδους (στεφανιογραφία-αγγειογραφίες).

**ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΝΗΣΥΧΩΝ ΠΟΔΙΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ:
ΜΠΟΡΕΙ ΕΝΑ ΧΡΟΝΙΟ ΝΟΣΗΜΑ ΝΑ ΜΕΙΩΣΕΙ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΜΑΣ
ΟΞΥΤΗΤΑ; ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ**

Δ. Ανυφαντάκης¹, Φ. Κατσανικάκη¹, Α. Ανυφαντάκης², Ε. Συμβουλάκης³

¹ ΚΥ Κισσάμου, Χανιά, Κρήτη

² Διαβητολογικό Ιατρείο, Βενιζέλειο Πανάνειο ΓΝ Ηρακλείου, Κρήτη

³ Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή Ηρακλείου, Πανεπιστήμιο Κρήτης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΣΚΟΠΟΣ

Το σύνδρομο ανήσυχων ποδιών έχει αυξημένη επίπτωση στον διαβητικό πληθυσμό αλλά παρ' όλα αυτά υπο-διαγιγνώσκεται. Σήμερα υπολογίζεται ότι το 5% του γενικού πληθυσμού πάσχει από το σύνδρομο ενώ μόνο στο 0,5% τίθεται η διάγνωση. Έχει αναφερθεί ότι συχνά συγχέεται αλλά και συνυπάρχει με τη διαβητική νευροπάθεια. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση ενδιαφέρουσας περίπτωσης συνδρόμου ανήσυχων ποδιών σε μια ασθενή με σακχαρώδη διαβήτη.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Γυναίκα ηλικίας 65 ετών με σακχαρώδη διαβήτη ινσουλινο-θεραπευόμενο (υπό αγωγή με insulin glargine 40 UI, metformine 850x2) από 35ετίας προσήλθε στο Κέντρο Υγείας Κισσάμου αναφέροντας δυσκολία έλευσης ύπνου τις βραδινές ώρες τα τελευταία 10 χρόνια. Παράλληλα είχε ένα χρόνιο αίσθημα νυχτερινού καύσου στα κάτω άκρα το οποίο ανακουφιζόταν με την κίνηση και τις οικιακές εργασίες. Η αϋπνία είχε αποδοθεί σε επεισόδια υπογλυκαιμίας και σε διαβητική νευροπάθεια κάτω άκρων για την οποία ελάμβανε ντουλοξετίνη χωρίς βελτίωση. Η αδρή νευρολογική εξέταση δεν ανέδειξε κάποια σημειολογία, το αντανakλαστικό του Αχίλλειου τένοντα δεν ήταν κατηρηγμένο.

Ο εργαστηριακός έλεγχος περιελάμβανε αιματολογικό και βιοχημικό έλεγχο και ήταν φυσιολογικός εκτός από: HbA1c 8,4%, Glu: 201 mg/dl, φερριτίνη 9 mg/dl. Ο έλεγχος θυρεοειδικής λειτουργίας, τα επίπεδα βιταμίνης B12, φυλλικού οξέος, ο ανοσολογικός έλεγχος ήταν φυσιολογικά.

Η παρουσία των 5 βασικών κλινικών κριτηρίων έβαλε στη διαφορική διάγνωση την υποψία του συνδρόμου ανήσυχων ποδιών και χορηγήθηκε πραμιπεξόλη 0,7 mg κάθε βράδυ και πόσιμος γλυκονικός σίδηρος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σε 3 εβδομάδες ο ύπνος της ασθενούς είχε σημαντική βελτίωση ενώ η δυσφορία από τα κάτω άκρα είχε σχεδόν υφεί.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι επαγγελματίες υγείας που διαχειρίζονται ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη οφείλουν να γνωρίζουν το σύνδρομο και να το συμπεριλαμβάνουν στη διαφορική διάγνωση της διαβητικής νευροπάθειας ως μια πιθανή συννοσηρότητα.

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΥΠΟΥ 2 ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΚΑΤΟΙΚΟΥΝ ΣΤΗΝ ΟΡΕΙΝΗ ΕΛΛΑΔΑ

Β. Σιόντη^{1,2}, Γ. Χαραλάμπους¹, Γ. Παπαγεωργίου³, Δ. Πέσχος⁴, Μ. Γουρνή¹

¹ Πανεπιστήμιο Frederick, Λευκωσία, Κύπρος

² ΓΝ «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

³ ΚΥ Δερβίζιανων

⁴ Εργαστήριο Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 (Τ2ΣΔ) είναι μια χρόνια μεταβολική ασθένεια η οποία εξελίσσεται αργά και επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής των διαβητικών ασθενών.

ΣΚΟΠΟΣ

Να εκτιμηθεί η ποιότητα ζωής ασθενών με Τ2ΣΔ οι οποίοι κατοικούν στην ορεινή ηπειρωτική Ελλάδα και οι οποίοι παρακολουθούνται από δομές της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ).

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ

Πραγματοποιήθηκε μια συγχρονική μελέτη με 340 διαβητικούς ασθενείς που προσέρχονται σε δομές της ΠΦΥ στον νομό Ιωαννίνων. Οι ασθενείς συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο ADDQoL-19 το οποίο εκτιμάει τις αντιλήψεις των διαβητικών για την επίπτωση του σακχαρώδους διαβήτη στη ζωή τους και ένα ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων. Επίσης αντλήθηκαν στοιχεία από τον ιατρικό φάκελο των ασθενών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Βρέθηκε ότι ο Τ2ΣΔ έχει αρνητική επίπτωση στην ποιότητα ζωής των ασθενών (93% του πληθυσμού της μελέτης). Ο ΣΔ είχε τη μεγαλύτερη επίπτωση στην «απόλαυση των δραστηριοτήτων του ελεύθερου χρόνου μου» ($-1,200 \pm 1,251$) και στην «ελευθερία να τρώω όπως επιθυμώ» ($-1,088 \pm 1,058$). Σύμφωνα με την πολυμεταβλητή ανάλυση η προσβασιμότητα σε δομές υγείας (πλησιέστερο νοσοκομείο και πλησιέστερη μονάδα ΠΦΥ) συσχετίστηκε με την ποιότητα ζωής ($p < 0,05$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο Τ2ΣΔ έχει αρνητική επίπτωση στην ποιότητα ζωής των ασθενών που ζούνε στην ορεινή Ελλάδα. Η εύκολη πρόσβαση και η καλύτερη διαχείριση των ασθενών στις μονάδες υγείας είναι σημαντική στον έλεγχο της πορείας της νόσου και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΔ2 ΚΑΙ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΛΟΓΩ ΛΟΙΜΩΞΗΣ

Σ.Σ. Παπαδάτος¹, Δ. Πολύζος¹, Γ. Φίλη², Α. Μπουρδάκης³

¹ Γ' Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

² ΤΕΠ Παθολογικό, ΠΓΝ Ιωαννίνων

³ Β' Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Ιατρείο ΓΝ Τρικάλων

ΣΚΟΠΟΣ

Ο έλεγχος της υπόθεσης ότι οι ασθενείς με αρρύθμιστο ΣΔτ2 που νοσηλεύονται για λοίμωξη έχουν παρατεταμένη νοσηλεία. Επίσης εφόσον είναι δυνατόν, η δημιουργία ενός προβλεπτικού μοντέλου σχετικά με τις ημέρες νοσηλείας των διαβητικών ασθενών και βασικών χαρακτηριστικών ρύθμισης του μεταβολισμού τους όπως η HbA1c, η τιμή γλυκόζης στην εισαγωγή και ο BMI.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήθηκαν 50 διαβητικοί ασθενείς που νοσηλεύτηκαν τον τελευταίο χρόνο στην παθολογική κλινική, 24 άνδρες (ηλικία $69,25 \pm 11,5$ ετών, μέση HbA1c $7,69 \pm 0,66$, μέση τιμή γλυκόζης εισαγωγής $223,3 \pm 58,51$, μέσο BMI $30,75 \pm 4,13$) και 26 γυναίκες (ηλικία $76,88 \pm 7,37$ ετών, μέση HbA1c $7,78 \pm 0,8$, μέση τιμή γλυκόζης εισαγωγής $211,54 \pm 62,85$, μέσο BMI $31,85 \pm 4,25$). Δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις παραπάνω ομάδες. Η μέση νοσηλεία για τους άνδρες ήταν $8,04 \pm 3,17$ ημέρες και για τις γυναίκες $8,62 \pm 3,4$ ημέρες. Οι λοιμώξεις που καταγράφηκαν αφορούσαν το ουροποιητικό, το αναπνευστικό, το δέρμα, τα χοληφόρα και το ΚΝΣ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Για το σύνολο των ασθενών φάνηκε θετική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση των ημερών νοσηλείας με τη HbA1c εισαγωγής ($r^2=0,317$, $p=0,025$), τη γλυκόζη εισαγωγής ($r^2=0,385$, $p=0,006$) και το BMI ($r^2=0,292$, $p=0,04$). Στο μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης φάνηκε σημαντική γραμμική συσχέτιση των ημερών νοσηλείας με την τιμή γλυκόζης εισαγωγής ($p=0,006$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι διαβητικοί ασθενείς συχνά εμφανίζουν αποτυχία γλυκαιμικού ελέγχου και μείωση σωματικού βάρους. Οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν συχνά λοιμώξεις για τις οποίες αρκετές φορές χρειάζεται να νοσηλευτούν. Βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της διάρκειας νοσηλείας, των επιπέδων γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c), της τιμής σακχάρου εισαγωγής και του BMI. Είναι γνωστό ότι η αποτυχία γλυκαιμικού ελέγχου σχετίζεται με οξείες και χρόνιες επιπλοκές του διαβήτη και φαίνεται να επιβαρύνει και τη νοσηλεία από λοιμώξεις.

**ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΕΠΙΠΕΔΩΝ Lp(a) ΚΑΙ HbA1c ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**

Δ. Σακκάς¹, Ε.-Αίν. Βεκιάρη¹, Σ.Ε. Μαυρουδέας¹, Α. Σακελλαρίου¹, Η. Λέφας¹,
Β. Αποστολάκη², Ε. Μιχαλάκη¹, Α. Τρίκας², Α. Σιάννη¹

¹ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Ιατρείο ΓΝΑ «Η ΕΛΠΙΣ»

² Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΑ «Η ΕΛΠΙΣ»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η λιποπρωτεΐνη (α) [Lp (a)] είναι ένας ισχυρός, κληρονομικός και κοινός παράγοντας κινδύνου για την αθηροσκληρυντική καρδιαγγειακή νόσο (ASCVD) και αρκετές μελέτες έχουν συσχετίσει τα υψηλά επίπεδα LpA με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2. Το μόριο λιποπρωτεΐνης (α) [Lp (a)] αποτελείται από ένα ομοιάζον με την LDL μόριο ομοιοπολικά δεσμευμένο στην απολιποπρωτεΐνη (α) [apo (a)], μια μεγάλη και υδρόφιλη γλυκοπρωτεΐνη. Το εύρος αναφοράς του εργαστηρίου μας είναι 0,00-30,00 mg/dl.

ΣΚΟΠΟΣ

Η συσχέτιση των επιπέδων Lp(a) με την HbA1c σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή (ινσουλίνη ± δισκία). Στη μελέτη συμμετείχαν 108 άτομα, μέσης ηλικίας 78,2 ± 10 χρόνια που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή (ινσουλίνη ± δισκία) εκ των οποίων οι 51 (47,2%) ήταν άνδρες και οι 57 (52,7%) ήταν γυναίκες.

Η διάρκεια της μελέτης ήταν περίπου 1 έτος και μετρήθηκε το λιπιδαιμικό προφίλ (ολική χοληστερόλη, τριγλυκερίδια, HDL, LDL), η Lp(a) και η HbA1c στους 3, 9 και 12 μήνες.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Οι διαβητικοί ασθενείς χωρίστηκαν σε 2 ομάδες με βάση την HbA1c. Στην ομάδα Α ανήκουν οι σχετικώς ρυθμισμένοι διαβητικοί ασθενείς (48 άτομα) με 6,5% <HbA1c< 7,5%. Στην ομάδα Β ανήκουν οι αρρυθμιστοι ασθενείς (60 άτομα) με HbA1c> 7,5%. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε δίαιτα διαβήτη και τροποποιήθηκε η αντιδιαβητική τους αγωγή με σκοπό τη βέλτιστη ρύθμιση του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ομάδα Α είχε τις ακόλουθες μετρήσεις: Lp(a)=25,92 ± 1,98 mg/dl στους 3 μήνες, Lp(a)=24,33 ± 1,87 mg/dl στους 9 μήνες (p=0,0565), Lp(a)=24,07 ± 1,87 mg/dl στους 12 μήνες (p=0,0336), HbA1c=6,96% ± 0,1 στους 3 μήνες, HbA1c=6,65% ± 0,1 στους 9 μήνες (p=0,026), HbA1c=6,37 ± 0,09 στους 12 μήνες (p=0,0001).

Η ομάδα Β είχε τις ακόλουθες μετρήσεις: Lp(a)=27,69 ± 1,95 mg/dl στους 3 μήνες, Lp(a)=24,46 ± 1,68 mg/dl στους 9 μήνες (p=0,0004), Lp(a)=22,16 ± 1,4 mg/dl στους 12 μήνες (pHbA1c=8,44% ± 0,19 στους 3 μήνες, HbA1c=8,07% ± 0,2 (p=0,013) στους 9 μήνες, HbA1c=7,81% ± 0,2 στους 12 μήνες (p=0,0001).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Φαίνεται ότι υπάρχει συσχέτιση των παθολογικών επιπέδων Lp(a) και των αυξημένων τιμών της HbA1c σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Η επιτυχής ρύθμιση της αντιδιαβητικής αγωγής και η βελτίωση της HbA1c έφερε σημαντική μείωση της Lp(a). Δικαίως λοιπόν η Lp(a) είναι ένας ανεξάρτητος παράγοντας που όμως επηρεάζεται από τον βαθμό ρύθμισης του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2.

Η ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΤΟΝ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ, ΤΙΣ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ

Μ. Σταματελάτου, Α. Σεκεράκ, Ι. Γιαλαμάς, Μ. Δρουγκάκη, Γ. Τζιόμαλος, Ν. Βασιλάκη, Μ. Ζουμάκη, Μ. Δασενάκη

Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Ιατρείο, ΓΝ – ΚΥ Σητείας Κρήτης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΣΚΟΠΟΣ

Το οικογενειακό ιστορικό φαίνεται να αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο ανάπτυξης διαβήτη. Ωστόσο, στην πλειονότητα των περιπτώσεων η αλληλεπίδραση μεταξύ γενετικού υποστρώματος και περιβάλλοντος είναι που τελικά οδηγεί στην ανάπτυξη της νόσου. Σκοπός της μελέτης είναι να εκτιμήσει τον επιπολασμό της κληρονομικότητας και σε τι βαθμό δύναται να επηρεάσει τον μεταβολικό έλεγχο, τις συννοσηρότητες και τις επιπλοκές του διαβήτη.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Στη μελέτη μας συμπεριλήφθησαν 877 άτομα (άνδρες 50,6%) μέσης ηλικίας (mean±sd) (69,75±13,5) με Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) που προσήλθαν διαδοχικά στο διαβητολογικό ιατρείο. Μετρήθηκαν σωματομετρικοί-δημογραφικοί και εργαστηριακοί παράγοντες όπως ηλικία, φύλο, διάρκεια ΣΔ, Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), περιφέρεια μέσης (WC), HbA1c, χοληστερόλη, LDL, HDL, τριγλυκερίδια (Tg), ουρικό οξύ (UA), η παρουσία υπέρτασης, ανάγκη χορήγησης υπολιπιδαιμικής αγωγής και η παρουσία μικροαγγειακών ή μακροαγγειακών επιπλοκών του διαβήτη. Οι ασθενείς χωρίστηκαν κατ' αρχάς Α) σε 2 ομάδες 1) άνευ οικογενειακού ιστορικού, β) με οικογενειακό ιστορικό και στη συνέχεια Β) χωρίστηκαν 1) σε εκείνους με κληρονομικότητα από τον πατέρα, 2) σε εκείνους με κληρονομικότητα από τη μητέρα και για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το SPSS 17. Στατιστική σημαντικότητα $p < 0,05$.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τη μελέτη μας προέκυψε ότι οικογενειακό ιστορικό διαβήτη είχε το 51,65% (n=453). Εξ αυτού, το 10,5% είχε κληρονομικότητα από τον πατέρα (n=92), το 22,2% από τη μητέρα (n=195), το 21,1% είχαν αδέρφια με ΣΔ (n=185), το 8% είχε λοιπούς συγγενείς (n=70) και το 5,8 είχε αμφότερους τους γονείς να πάσχουν από διαβήτη (n=51). Σε σύγκριση του μεταβολικού προφίλ και των επιπλοκών μεταξύ των ομάδων Α προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά, όσον αφορά την ηλικία των ασθενών $p=0,001$, με μικρότερη ηλικία 65,56 των ατόμων με οικογενειακό ιστορικό, έναντι εκείνων άνευ 74,22, τη διάρκεια του διαβήτη $p=0,001$ με μικρότερη διάρκεια διαβήτη 11,32 εκείνων με οικογενειακό ιστορικό, έναντι εκείνων άνευ 13,99 και το ουρικό οξύ $p=0,005$ με υψηλότερες τιμές εκείνων άνευ ιστορικού 5,3, έναντι εκείνων με 5,07, ενώ σε σύγκριση των ομάδων Β προέκυψε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μόνο στις μακροαγγειακές επιπλοκές $p=0,05$, με παρουσία αυτών στο 30,4% των ατόμων με κληρονομικότητα από τη μητέρα, έναντι 19,6% αυτών με κληρονομικότητα από τον πατέρα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης μας τουλάχιστον το 50% των ασθενών με διαβήτη παρουσιάζει οικογενειακό ιστορικό, με τον επιπολασμό της κληρονομικότητας από την πλευρά της μητέρας να είναι διπλάσιος σε σχέση με εκείνη από την πλευρά του πατέρα. Επιπλέον τα άτομα με κληρονομικότητα από την πλευρά της μητέρας φαίνεται να έχουν υψηλότερο ποσοστό μακροαγγειακών επιπλοκών. Από την άλλη μεταξύ των ατόμων με οικογενειακό ιστορικό έναντι εκείνων άνευ, προέκυψε διαφορά μόνον στην ηλικία, τη διάρκεια του διαβήτη και τα επίπεδα του ουρικού οξέος.

ΕΙΝΑΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ Η ΑΥΣΤΗΡΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΠΡΟΣ ΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΚΑΛΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2;

Ε. Ελ Ντέικ, Φ. Κυριάκου, Μ. Νούτσου, Α. Θανοπούλου

Διαβητολογικό Κέντρο, Β' Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΓΝ «Ιπποκράτειο», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ

Η διερεύνηση της συμμόρφωσης των ασθενών με διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2) στις διατροφικές οδηγίες και η σχέση της με τη γλυκαιμική και λιπιδαιμική ρύθμιση.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ

Εκατό εν σειρά εξετασθέντες ασθενείς με ΣΔ2 (54 άνδρες και 46 γυναίκες) ηλικίας $65,6 \pm 11,9$ και ΒΜΙ $28,4 \pm 4,5$ σταθερού τουλάχιστον από έτους, παρακολούθηθηκαν τουλάχιστον για ένα έτος. Οι διατροφικές τους συνήθειες εκτιμήθηκαν με διαιτολογικό ερωτηματολόγιο τεκμηριωμένης αξιοπιστίας. Μετρήθηκαν η HbA1c και τα λιπίδια νηστείας. Οι δερμιακές ανάγκες κάθε ασθενούς υπολογίστηκαν με βάση την εξίσωση κατά WHO/FAO/UNU 1985.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η δερμιακή πρόσληψη ήταν μεγαλύτερη από τις ημερήσιες ανάγκες στο 48% των ασθενών, ενώ κυμαινόταν περί τις ανάγκες (± 100 Kcal) στο 14% και ήταν μικρότερη στο 38%. Η ποιοτική σύνθεση του διαιτολογίου ήταν υδατάνδρακες 42,7%, λίπη 40,5%, πρωτεΐνες 16,8% της συνολικώς προσλαμβανομένης ενέργειας (Ε), ενώ τα κεκορεσμένα λίπη συνεισφέρονταν 11,5% και ο λόγος φυτικού (ελαιόλαδο) προς ζωικό λίπος ήταν 3,1. Το ποσοστό των ασθενών που συμμορφώνονταν ως προς τις διαιτητικές οδηγίες της Ομάδας Διαβήτη και Διατροφής (Diabetes and Nutrition Study Group, DNSG) της EASD ήταν 14% για τους υδατάνδρακες, 9% για τα λίπη και 3% για τις ίνες, αλλά 91% για τις πρωτεΐνες. Η μέση HbA1c δεν διέφερε απ' αυτήν του προηγούμενου έτους 6,86% έναντι 6,74%, $p > 0,05$. Η λιπιδαιμική εικόνα ήταν καλή, CHOL 171,8 mg%, TG 122,7 mg%, HDL 49,2 mg%, LDL 98 mg%, ενώ 55% των ασθενών είχε LDL < 100 mg%. Ο υπολογισμός του Mediterranean Diet Index, δείκτη ο οποίος αντιπροσωπεύει τον βαθμό της συμμόρφωσης στην αρχικά περιγραφείσα μεσογειακή διαίτα (Μελέτη των 7 χωρών), έδειξε ότι το 51% των ασθενών είχε δείκτη ≥ 6 , γεγονός που υποδηλώνει τρόπο διατροφής που προσομοιάζει προς την αρχικά περιγραφείσα μεσογειακή διαίτα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σε ασθενείς με διαβήτη τύπου 2, διατροφή που δεν είναι σύμφωνη προς τις διαιτητικές οδηγίες αλλά προσομοιάζει προς τη μεσογειακή διαίτα είναι συμβατή με καλό έλεγχο τόσο της γλυκόζης όσο και των λιπιδίων.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΥΠΑΡΞΗΣ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΚΑΙ ΤΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΤΩΝ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ

Σ. Μαντζούκης¹, Μ. Γερασίμου²

¹ Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

² Μικροβιολογικό Τμήμα, ΓΝ «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΣΚΟΠΟΣ

Ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) αποτελεί έναν από τους κυριότερους παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο. Διάφορες μελέτες έχουν καταδείξει έως σήμερα την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ ΣΔ και καρδιαγγειακών εκδηλώσεων. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να καταδείξει την πιθανή συσχέτιση μεταξύ της ύπαρξης ιστορικού ΣΔ και του αριθμού πασχόντων στεφανιαίων αγγείων σε ασθενείς που υπεβλήθησαν σε στεφανιογραφία.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ

Υλικό στην παρούσα μελέτη αποτέλεσαν όλοι οι ασθενείς που εισήχθησαν στην Καρδιολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων τη χρονική περίοδο από 16/11/2018 έως 14/1/2019 είτε λόγω οξέος στεφανιαίου συνδρόμου είτε λόγω συμπτωμάτων σταθερής στεφανιαίας νόσου και υποβλήθηκαν σε στεφανιογραφία που ανέδειξε στεφανιαία νόσο. Σε όλους αυτούς τους ασθενείς καταγράφηκε η ύπαρξη ιστορικού ΣΔ καθώς και ο αριθμός νοσούντων αγγείων με βάση τη στεφανιογραφία. Ταυτόχρονα καταγράφηκε η παρουσία άλλων κλασικών παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Συνολικά καταγράφηκαν 92 ασθενείς στο συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Από τη στατιστική ανάλυση προέκυψε ότι 23 από τους 34 συνολικά ασθενείς με ιστορικό ΣΔ έχουν 3 αγγεία (Πίνακας 1). Μάλιστα μετά από πολυωνυμική λογιστική ανάλυση παλινδρόμησης, η ύπαρξη ιστορικού ΣΔ αναδεικνύεται ως σημαντικός προγνωστικός παράγων για σοβαρή αγγειογραφικά στεφανιαία νόσο. Πιο συγκεκριμένα οι ασθενείς που έχουν ιστορικό ΣΔ είναι περίπου 24 φορές πιθανότερο να έχουν 3 αγγεία, σε σχέση με τους ασθενείς χωρίς ΣΔ ($p=0,001$). Το 95% διάστημα εμπιστοσύνης για την εκτίμηση αυτή είναι 3,7 έως 166 φορές περίπου. Και εδώ η μεγάλη αυτή απόκλιση οφείλεται στο σχετικά μικρό πλήθος ασθενών με ΣΔ ανά κατηγορία αριθμού αγγείων (Πίνακας 2, Διάγραμμα 1).

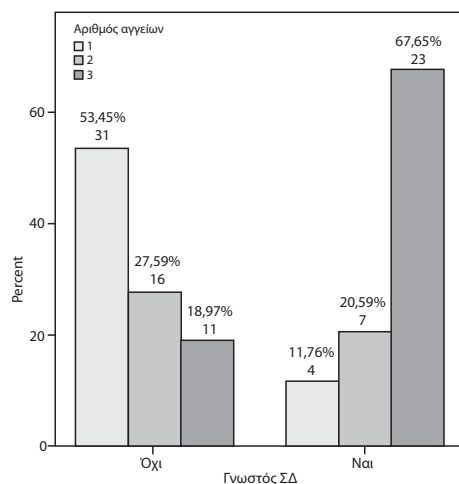
Πίνακας 1. Cross tab
Count

		Γνωστός ΣΔ		Total
		Όχι	Ναι	
Αριθμός αγγείων	1	31	4	36
	2	16	7	23
	3	11	23	34
Total		58	34	92

Πίνακας 2. Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte CarloSig. (2-sided)		
				Significance	95% Confidence Interval	
					LowerBound	UpperBound
Pearson ChiSquare	23,955 ^a	2	0,000	0,000	0,000	0,000
Likelihood Ratio	25,255	2	0,000	0,000	0,000	0,000
Fisher's Exact Test	24,344			0,000	0,000	0,000
Linear-by-Linear Association	23,088 ^c	1	0,000	0,000	0,000	0,000
N of Valid Cases	92					

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,50.
c. The standardized statistic is 4,805.



Διάγραμμα 1

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το ιστορικό ΣΔ φαίνεται να αποτελεί ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα καρδιαγγειακών κλινικών εκδηλώσεων αλλά και αγγειογραφικά σοβαρής στεφανιαίας νόσου όπως αυτή καταδεικνύεται μέσω της μέτρησης του αριθμού πασχόντων αγγείων. Οι ασθενείς με ΣΔ αποτελούν ομάδα υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου και θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με τη δέουσα προσοχή καθώς στην πλειονότητα των περιπτώσεων πάσχουν από πολυαγγειακή νόσο και συνήθως χρήζουν καρδιοχειρουργικής αντιμετώπισης.

**ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΥΠΑΡΞΗΣ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΚΑΙ
ΤΟΥ SYNTAXSCORE ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ**

Σ. Μαντζούκης¹, Μ. Γερασίμου²

¹ Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

² Μικροβιολογικό Τμήμα, ΓΝ «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΣΚΟΠΟΣ

Ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) αποτελεί έναν από τους κυριότερους παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο. Διάφορες μελέτες έχουν καταδείξει έως σήμερα την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ ΣΔ και καρδιαγγειακών εκδηλώσεων. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να καταδείξει την πιθανή συσχέτιση μεταξύ της ύπαρξης ιστορικού ΣΔ και του SYNTAXSCORE σε ασθενείς που υπεβλήθησαν σε στεφανιογραφία.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ

Υλικό στην παρούσα μελέτη αποτέλεσαν όλοι οι ασθενείς που εισήχθησαν στην Καρδιολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων τη χρονική περίοδο από 16/11/2018 έως 14/1/2019 είτε λόγω οξέος στεφανιαίου συνδρόμου είτε λόγω συμπτωμάτων σταθερής στεφανιαίας νόσου και υποβλήθηκαν σε στεφανιογραφία που ανέδειξε στεφανιαία νόσο. Σε όλους αυτούς τους ασθενείς καταγράφηκε η ύπαρξη ιστορικού ΣΔ και υπολογίστηκε το SYNTAXSCORE με βάση τη στεφανιογραφία. Ταυτόχρονα καταγράφηκε η παρουσία άλλων κλασικών παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Συνολικά μελετήθηκαν 93 ασθενείς. Από τη στατιστική ανάλυση προέκυψε ότι οι τιμές του SYNTAXSCORE ήταν σημαντικά υψηλότερες για τους ασθενείς με ιστορικό ΣΔ συγκριτικά με τους ασθενείς χωρίς ΣΔ (Πίνακας 1 και 2). Μάλιστα μετά από λογιστική παλινδρόμηση, η ύπαρξη ιστορικού ΣΔ αναδεικνύεται ως σημαντικός προγνωστικός παράγων για σοβαρή αγγειογραφικά στεφανιαία νόσο. Πιο συγκεκριμένα οι ασθενείς που έχουν ιστορικό ΣΔ είναι περίπου 5,5 φορές πιθανότερο να έχουν SYNTAXSCORE μεγαλύτερο από 22, σε σχέση με τους ασθενείς χωρίς ιστορικό ΣΔ ($p=0,023$) (Διάγραμμα 1).

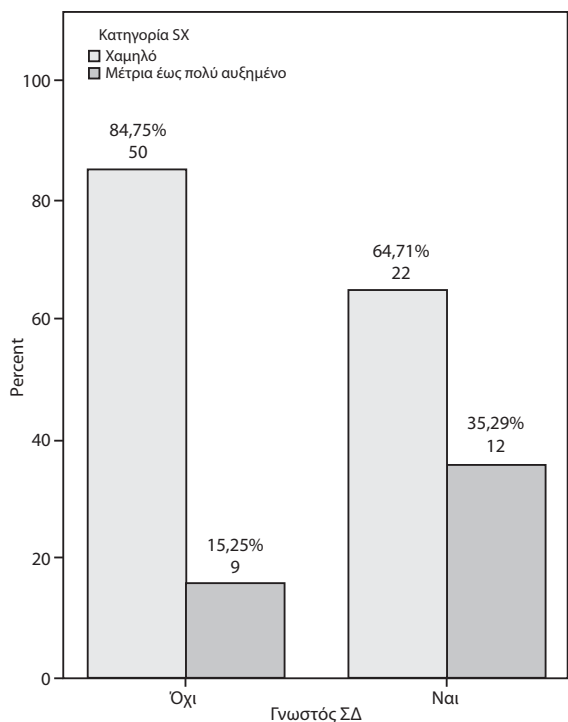
Πίνακας 1. SYNTAXSCORE * Ιστορικό ΣΔ
SYNTAXSCORE I

Ιστορικό ΣΔ	Mean	Std. Deviation	Median	Range	N
Όχι	12,59	9,292	10,00	41	59
Ναι	18,66	11,425	16,50	41	34
Total	14,81	10,483	13,00	45	93

Πίνακας 2. Test Statistics^a
SYNTAXSCORE I

	SYNTAXSCORE I
Meann-Whitney U	676,000
Wilcoxon W	2.446,000
Z	-2,611
Asymp. Sig. (2-tailed)	,009

a; Grouping Variable; Γνωστός ΣΔ



Διάγραμμα 1

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το ιστορικό ΣΔ φαίνεται να αποτελεί ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα καρδιαγγειακών κλινικών εκδηλώσεων αλλά και αγγειογραφικά σοβαρής στεφανιαίας νόσου όπως αυτή καταδεικνύεται μέσω της μέτρησης του SYNTAXSCORE. Οι ασθενείς με ΣΔ αποτελούν ομάδα υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου και θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με τη δέουσα προσοχή.

ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΜΕΣΩ ΤΟΥ ΤΡΟΠΟΥ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ

ΣΤΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΛΕΤΗ “PERSEAS”

Χ. Βούλγαρη¹, Ι. Ιωαννίδης², Χ. Δημοσθενόπουλος³, Ι. Ντούπης⁴, Ν. Πατσουράκος⁵, Ρ. Ευθυμιάδου⁶, Ε. Χατζηαγγελάκη⁷, Ι. Κυριαζής⁸

Εταιρεία Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου για Αγγειακά Νοσήματα – Επιστημονική Ομάδα “PERSEAS”

¹ Ε΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

² Α΄ Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Ιατρείο, ΓΝ Νέας Ιωνίας – Πατησίων «Κωνσταντοπούλειο», Αθήνα

³ Τμήμα Κλινικής Διατροφής, ΓΝ Αθηνών «Λαϊκό», Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

⁴ Διαβητολογικό Ιατρείο, Ναυτικό Νοσοκομείο Σαλαμίνος

⁵ Καρδιολογική Κλινική και Μονάδα Εμφραγμάτων, Τζάνειο ΓΝ Πειραιά

⁶ Τμήμα PET-CT, «Υγεία» Διαγνωστικό και Θεραπευτικό Κέντρο, Αθήνα

⁷ Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Μονάδα Έρευνας και Διαβητολογικό Κέντρο, Ιατρική Σχολή Αθήνας, ΠΓΝ «Αττικό», Αθήνα

⁸ Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Ιατρείο, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΚΑΤ, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΣΚΟΠΟΣ

Ο τρόπος ζωής και η διατροφή είναι τα κύρια αίτια της παχυσαρκίας, των καρδιαγγειακών και νεφρικών νοσημάτων. Η μελέτη “PERSEAS” είναι 5ετής μη παρεμβατική, προοπτική μελέτη παρατήρησης των αγγειακών παραγόντων κινδύνου στον γενικό πληθυσμό της Ελαφονήσου, Λακωνίας. Σκοπός της είναι η διαχρονική καταγραφή των συνηθειών ζωής των κατοίκων της Ελαφονήσου (άσκηση, διατροφή, κάπνισμα, συνηθισμένες ύπνου) και μέσω αυτής της φυσικής εξέλιξης των καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου (υπέρταση, διαβήτης, υπερλιπιδαιμία, παχυσαρκία) και των επιπλοκών τους. Επίσης, η εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση σε θέματα υγείας, με σκοπό τη βελτίωση της πρωτογενούς πρόληψης των καρδιαγγειακών νοσημάτων.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ

Από το 2012 έως και το 2016 πραγματοποιήθηκαν ετήσιες επισκέψεις στο νησί από την ιατρική ομάδα του προγράμματος “PERSEAS” και συμμετείχαν 612 κάτοικοι. Καταγράφηκαν ανά έτος οι συνηθισμένες ζωής και οι μεταβολές των παραγόντων κινδύνου. Χρησιμοποιήθηκαν τα ιατρικά αρχεία της κοινότητας για τη συμπλήρωση των ατομικών αναμνηστικών των κατοίκων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η μεσογειακή διατροφή δεν υιοθετείται πιστά στον πληθυσμό της Ελαφονήσου, αν και δεν έχει εγκαταλειφθεί η καθημερινή χρήση ελαιόλαδου και η κατανάλωση ψαριού (75%). Το δυτικό μοντέλο διατροφής συνοδεύεται από έλλειψη φυσικής δραστηριότητας (8%), αυξημένα ποσοστά παχυσαρκίας (35%), υπέρτασης (50%), υπερλιπιδαιμίας (35%) και διαβήτη τύπου 2 (9%). Οι πιο συχνές καρδιαγγειακές επιπλοκές ήταν η στεφανιαία νόσος (ΣΝ, 6,1%) και η περιφερική αρτηριοπάθεια (ΠΑ, 6,3%). Παρόμοια ήταν η επίπτωση του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ, 1,8%) και της κολπικής μαρμαρυγής (ΚΜ, 2%). Τα ηλικιωμένα άτομα (>65 έτη) εμφάνιζαν συχνότερα ΠΑ [OR, 95% C.I.: 2,49 (1,03-5,98)]. Ο διαβήτης τύπου 2 σχετιζόταν με αύξηση του επιπολασμού του ΑΕΕ [2,61 (1,03-6,74)]. Οι γυναίκες εμφάνιζαν 7 φορές συχνότερα ΑΕΕ, ΣΝ και ΚΜ. Η παχυσαρκία ήταν ο μοναδικός παράγοντας κινδύνου που σχετιζόταν με όλες τις συννοσηρότητες (ΣΝ, ΚΜ, ΑΕΕ, ΠΑ) στα 5 έτη παρατήρησης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Απαιτείται εκπαίδευση για την αλλαγή του τρόπου ζωής και την έγκαιρη θεραπεία των παραγόντων κινδύνου προκειμένου να μειωθεί η καρδιαγγειακή νοσηρότητα στον αγροτικό πληθυσμό της Ελλάδος.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΔΕΙΚΤΩΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΑΝΤΙΣΤΑΣΗΣ ΜΕ ΤΗ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ

Αικ. Τρικκαλινού, Α. Παπαζαφειροπούλου, Ε. Καγκελάρη, Η. Γεωργόπουλος, Α. Γανωτοπούλου, Π. Γαβρά, Ε. Χουρδάκη, Α. Καμαράτος, Α. Μελιδώνης

Α΄ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΣΚΟΠΟΣ

Ο λόγος των επιπέδων των τριγλυκεριδίων προς τα επίπεδα της HDL-χοληστερόλης (TG/HDLC) αποτελεί έμμεσο δείκτη της παρουσίας αντίστασης στην ινσουλίνη. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η συσχέτιση του λόγου TG/HDLC με τη γλυκαιμική ρύθμιση, τη λαμβανόμενη αντιδιαβητική αγωγή και τις διαβητικές επιπλοκές ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2).

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Στη μελέτη εντάχθηκαν 87 ασθενείς (53,6% άνδρες) με ΣΔ2, ηλικίας (\pm τυπική απόκλιση) $64,4 \pm 10,8$ έτη, HbA1c $7,6 \pm 1,7\%$ που προσήλθαν στο Διαβητολογικό Κέντρο του Νοσοκομείου μας το διάστημα Σεπτέμβριος – Δεκέμβριος 2018. Σε όλα τα άτομα της μελέτης έγινε πλήρης αντικειμενική εξέταση, λήψη ατομικού ιστορικού και διενεργήθηκε εργαστηριακός έλεγχος για τον υπολογισμό του λόγου TG/HDLC.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξε ότι ο λόγος TG/HDLC σχετιζόταν θετικά με τα επίπεδα της HbA1c ($\beta=1,02$, $P=0,001$) και τη θεραπεία με την ινσουλίνη ($\beta=4,06$, $P=0,001$). Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ του λόγου TG/HDLC και της από του στόματος αντιδιαβητικής αγωγής, σωματομετρικών παραμέτρων, παρουσίας αρτηριακής υπέρτασης, καπνίσματος και των διαβητικών επιπλοκών τόσο μακροαγγειοπάθειας όσο και μικροαγγειοπάθειας. Όταν στην ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το ανώτερο και κατώτερο τεταρτημόριο του λόγου TG/HDLC δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τη συχνότητα εμφάνισης των διαβητικών επιπλοκών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο λόγος TG/HDLC, δείκτης της παρουσίας αντίστασης στην ινσουλίνη, σχετίσθηκε θετικά με τα επίπεδα της HbA1c και τη θεραπεία με την ινσουλίνη σε δείγμα ασθενών με ΣΔ2. Ίσως, σε ανάλογα σχεδιασμένες προοπτικές μελέτες, να πρέπει να εξετασθεί η προγνωστική ικανότητα του λόγου TG/HDLC για τη σοβαρότητα ή μη του ΣΔ.

ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΔΥΝΑΜΗ ΔΡΑΓΜΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Φ. Μέρμηγκας, Ε.-Κ. Συντζανάκη, Μ. Μαμαλουκάκη, Μ. Δρανδάκη, Α. Φαντάκης, Α. Γκόγκου

Διαβητολογικό Ιατρείο, ΓΝ Χανίων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΣΚΟΠΟΣ

Η δύναμη δραγμού αποτελεί παράμετρο της λειτουργίας των χεριών, επηρεάζεται σημαντικά στον σακχαρώδη διαβήτη και η μείωσή της οδηγεί σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης λειτουργικών ανωμαλιών εξαιτίας της μυϊκής αδυναμίας. Σκοπός μας είναι η μελέτη του προφίλ των ασθενών με μειωμένη δύναμη δραγμού που παρακολουθούνται στο διαβητολογικό ιατρείο.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Σε δείγμα 100 ασθενών άνω των 50 ετών, με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και κριτήρια αποκλεισμού μυοσκελετικά προβλήματα άνω άκρων, κολλαγονικά νοσήματα, γνωστές νευροπάθειες και σοβαρή καρδιακή ανεπάρκεια ή σοβαρή χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, μετρήθηκε η δύναμη δραγμού με τη χρήση δυναμομέτρου. Στους ασθενείς με μειωμένη δύναμη δραγμού ανάλογα με την ηλικία, το φύλο και τον δείκτη μάζας σώματός τους, μελετήθηκαν η διάρκεια νόσου, το γλυκαιμικό τους προφίλ, το κάπνισμα και η ύπαρξη υπέρτασης ή υπερλιπιδαιμίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Καταγράφηκαν 57 ασθενείς, 47 άνδρες και 10 γυναίκες, με μέση ηλικία τα 70 και 67 χρόνια και μέση διάρκεια νόσου 11 και 10 έτη αντίστοιχα. Η μέση τιμή γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης στους άνδρες ήταν 6,5%, ενώ στις γυναίκες 6,8%. Το 20% των γυναικών και 53% των ανδρών ήταν καπνιστές, το 100% των γυναικών είχαν υπέρταση και υπερλιπιδαιμία, ενώ οι άνδρες είχαν κατά 74% υπερλιπιδαιμία και 89% υπέρταση. Από τις γυναίκες, το 50% έκανε χρήση ινσουλίνης, ενώ αντίστοιχα το ποσοστό των ανδρών ήταν 30%. Από τους 5 ασθενείς σε αγωγή με ινσουλίνη, 1 εμφάνιζε δυσκολία στη χρήση των στυλό ή ζητούσε τη βοήθεια τρίτου προσώπου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Παρατηρήθηκε μειωμένη δύναμη δραγμού σε ηλικιωμένους ασθενείς με μεγάλη διάρκεια νόσου, παρά την καλή ανταπόκριση στην αντιδιαβητική θεραπεία, ενώ στο μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών συνυπήρχε υπερλιπιδαιμία και υπέρταση, αλλά και η συνήθεια του καπνίσματος, όπως φαίνεται και από άλλες μελέτες. Η μέτρηση της δύναμης δραγμού σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη μπορεί να συμβάλλει στην ανίχνευση εν δυνάμει λειτουργικών προβλημάτων, τα οποία μπορεί να επηρεάσουν την καθημερινότητα και τη θεραπεία τους, όπως για παράδειγμα τη χρήση των στυλό ινσουλίνης.

**ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ
ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1 ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΘΗΛΑΣΜΟ –
ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΔΕΚΑΕΤΙΑΣ**

I. Κακουλίδης, I. Ηλίας, A. Λιναρδή, A. Μίχου, A. Λέκκου, E. Βενάκη, E. Κούκκου

Τμήμα Ενδοκρινολογίας, Διαβήτη και Μεταβολισμού, ΓΝΜ «Ελενα Βενιζέλου», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο θηλασμός αποτελεί μια περίοδο ιδιαίτερης σημασίας, όσον αφορά στη διαχείριση του γλυκαιμικού προφίλ των γυναικών με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 (ΣΔτ1), σε σχέση με την τιτλοποίηση της ινσουλινοθεραπείας και την αποφυγή επεισοδίων υπογλυκαιμίας. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση της διακύμανσης των αναγκών ινσουλίνης κατά τον θηλασμό σε γυναίκες με ΣΔτ1 και η ανεύρεση πιθανών παραγόντων συσχέτισης.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ

Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη δεκαετίας σε φακέλους ασθενών γυναικών με ΣΔτ1 (με δεδομένα παρακολούθησης πριν, κατά τη διάρκεια μονήρους κύησης και τουλάχιστον 3 μήνες μετά τον τοκετό) οι οποίες θήλασαν κατά τη λοχεία. Περιλήφθηκαν 23 γυναίκες μέσης ηλικίας \pm SD 31,7 \pm 4,1 ετών, αρχικού BMI 25,5 \pm 3,7 kg/m², διάρκειας κύησης 37,5 \pm 1,2 εβδομάδων, με βάρος νεογνού 3.363,9 \pm 691,2 gr. Πραγματοποιήθηκε ANCOVA της μέσης ημερήσιας δόσης ινσουλίνης στη λοχεία με συμπαράγοντα την αποκλειστικότητα ή μη του θηλασμού σε σχέση με την ηλικία, τη διάρκεια κύησης, τη μεταβολή του βάρους στην κύηση, το βάρος νεογνού, την παρουσία θυρεοειδοπάθειας, την εμφάνιση υπογλυκαιμίας και τη μεταβολή της δοσολογίας της ινσουλίνης πριν και κατά την κύηση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η μέση HbA1c προ κύησης ήταν 7,5 \pm 1,5% με μέση ημερήσια δόση ινσουλίνης 48,9 \pm 15,5 U. Κατά την κύηση οι ημερήσιες ανάγκες σε ινσουλίνη αυξήθηκαν σε 91,4 \pm 36,8 U με HbA1c 6,3 \pm 0,7%, ενώ η αύξηση βάρους ήταν 13,7 \pm 5,8 kg. Κατά τη λοχεία 12 γυναίκες θήλασαν αποκλειστικά και 11 μερικώς. Η ημερήσια δόση ινσουλίνης στο τρίμηνο μετά τον τοκετό ήταν 43,7 \pm 13,6 U με HbA1c 7,7 \pm 2,1%. Στην ομάδα των γυναικών που θήλασαν αποκλειστικά σημειώθηκε μείωση 10,7% στη μέση ημερήσια ινσουλίνη συγκριτικά με την προ κύησης τιτλοποίηση, ενώ στην ομάδα που θήλασαν μερικώς η μείωση ήταν 10,8% αντίστοιχα (p=NS). Σε 10/23 καταγράφηκαν επανειλημμένα επεισόδια υπογλυκαιμιών (6 γυναίκες με αποκλειστικό θηλασμό, 4 με μερικό). Οι γυναίκες αυτές εμφάνιζαν την τάση (p=0,10) να είναι νεότερες, με περισσότερα έτη ΣΔτ1 και με μεγαλύτερη πρόσληψη βάρους στην κύηση. Επίσης, διαπιστώθηκε συσχέτιση του αποκλειστικού θηλασμού με τη νεότερη ηλικία (p=0,04), χωρίς ωστόσο περαιτέρω συσχέτιση με την υπογλυκαιμία (p=0,25). Ως προς τις υπόλοιπες παραμέτρους δεν αναδείχθηκαν ιδιαίτερα στατιστικά σημαντικά ευρήματα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η αλλαγή στις δερμιδικές ανάγκες, τη διατροφή, το ωράριο και εν γένει στο μεταβολικό προφίλ των γυναικών με ΣΔτ1 κατά τον θηλασμό, οδηγεί σε επαναπροσέγγιση του θεραπευτικού αλγόριθμου κυρίως ως προς την αποφυγή επεισοδίων υπογλυκαιμίας.

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΥΗΣΗΣ ΣΤΟ ΤΑΚΤΙΚΟ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ

Α. Μακίνα-Κούση¹, Κ. Μαυρομουστάκου¹, Α. Ζαπουνίδου², Αικ. Παπαφιλίππου¹,
Χ. Μαζιώτη¹, Χ. Μαχαιριώτης², Ζ. Αλεξίου¹

¹ Διαβητολογικό Ιατρείο Β' Παθολογική, ΓΝ Θριάσιο, Ελευσίνα

² Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική, ΓΝ Θριάσιο, Ελευσίνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ως Σακχαρώδης Διαβήτης Κύησης (ΣΔΚ) ορίζεται η ποικίλου βαθμού παθολογική ανοχή των υδατανθράκων, που εμφανίζεται για πρώτη φορά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ο ΣΔΚ έχει συνδεθεί με περιγεννητικές επιπλοκές για το νεογνό και για τη μητέρα, ως εκ τούτου η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση είναι ζωτικής σημασίας.

ΣΚΟΠΟΣ

Καταγραφή της παρακολούθησης του ΣΔΚ στο διαβητολογικό ιατρείο. Να συσχετιστεί η εντατικοποιημένη παρακολούθηση με την καλύτερη έκβαση της κύησης.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Η αναδρομική μελέτη διεξήχθη στο ΓΝΕ Θριάσιο από το 2015-2018. Μελετήθηκαν τα δεδομένα των φακέλων των γυναικών με ΣΔΚ, η διάγνωση βασιζόταν στη δοκιμασία ανοχής γλυκόζης που γινόταν μεταξύ 22^{ης} και 24^{ης} εβδομάδας κύησης σε συνεργασία με τη Γυναικολογική Κλινική.

Αξιολογήθηκαν η ηλικία των μητέρων, το σωματικό βάρος, ο δείκτης μάζας σώματος BMI πριν την εγκυμοσύνη και οι εβδομάδες κύησης. Επίσης οι ΗbA1c την 1^η επίσκεψη στο ιατρείο και κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης. Αξιολογήθηκε ακόμη η θεραπευτική αντιμετώπιση, ο τρόπος γέννας και το βάρος του νεογνού.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μελετήθηκαν 101 γυναίκες με ΣΔΚ, η μέση ηλικία τους ήταν 30±1 με μέση τιμή σωματικού βάρους στην αρχή της κύησης 76,9 kg±3,97 kg και ΔΜΣ 28,88 kg/m²±1,13 kg/m². Η διαφορά του σωματικού βάρους στο τέλος της παρακολούθησης ήταν 5,8±3,6 kg. Η μέση τιμή HbA1c ήταν 5,34%±0,1%. Στην πλειοψηφία των γυναικών συστήθηκαν οδηγίες για περιορισμό θερμίδων (με υιοθέτηση μεσογειακής διατροφής) και ήπια άσκηση. Από τις 101 γυναίκες μόνο οι 21 γυναίκες αντιμετωπίστηκαν με ινσουλινοθεραπεία 20,79%. Η μέση τιμή εβδομάδων κύησης ήταν 38,65 w±0,28 w με προωρότητα μόλις 1% και στο 78,37% πραγματοποιήθηκε καισαρική τομή. Τέλος η μέση τιμή βάρους νεογνού ήταν 3,289 kg ±0,104 kg.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η έγκαιρη διάγνωση του ΣΔΚ και η εντατικοποιημένη παρακολούθηση (βασισμένη κυρίως σε δίαιτα και άσκηση) βοήθησαν στην καλύτερη έκβαση της κύησης με λιγότερες επιπλοκές.

**ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΕΥΠΑΘΕΙΑΣ (FRAILTY) ΚΑΙ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ
ΓΙΑ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ**

**Μ. Μαμαλουκάκη, Μ. Δρανδάκη, Ε.-Κ. Συντζανάκη, Φ. Μέρμηγκας,
Α. Φαντάκης, Α. Γκόγκου**

Διαβητολογικό Ιατρείο ΓΝ Χανίων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΣΚΟΠΟΣ

Η σύγχρονη θεραπευτική προσέγγιση ηλικιωμένων ασθενών με διαβήτη τύπου 2 περιλαμβάνει την εκτίμηση της ευπάθειας (frailty). Η σημασία της καταγραφής ασθενών με ευπάθεια έγκειται στις παρεμβάσεις που μπορούμε να κάνουμε για την πρόληψη εμφάνισης σημαντικού βαθμού αναπηρίας.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Σε 53 ασθενείς άνω των 65 ετών, με μέση τιμή γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης 6,9% και μέση διάρκεια διαβήτη 12,5 έτη, καταγράφηκαν ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά, η αντιδιαβητική αγωγή, η τυχόν πολυφαρμακία, οι πρόσφατες νοσηλείες, οι συννοσηρότητες και επιπλοκές του διαβήτη, η ευπάθεια (κλίμακα Edmonton) και ο κίνδυνος σαρκοπενίας (κλίμακα SARC-F και δύναμη δραγμού με χρήση δυναμόμετρου). Ανάλογα με τον βαθμό ευπάθειας έγιναν επλεγμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από το σύνολο των 53 ασθενών, με την κλίμακα Edmonton βρέθηκαν 6 ασθενείς ευάλωτοι και 8 ασθενείς με ευπάθεια διαφόρου βαθμού, ενώ με το Frailtest βρέθηκαν 4 ασθενείς με ευπάθεια και 27 σε πρόδρομο στάδιο ευπάθειας. Με αυξημένο κίνδυνο σαρκοπενίας βρέθηκαν 12 άτομα. Στους παραπάνω δόθηκαν διατροφικές συμβουλές και έγινε αλλαγή τυχόν φαρμάκων που προκαλούν μείωση βάρους. Από τους ευπαθείς ασθενείς (και με τις 2 κλίμακες), 4 εμφανίζουν συχνές υπογλυκαιμίες και σε αυτούς επαναπροσδιορίστηκε η αντιδιαβητική αγωγή και οι γλυκαιμικοί στόχοι. Το 26% των ασθενών σε πρόδρομο στάδιο ευπάθειας και το 12,5% των ευπαθών είχαν συχνές νοσηλείες το τελευταίο έτος. Στο 70,3% των ασθενών καταγράφηκε πολυφαρμακία και έγιναν συστάσεις ορθολογικής χρήσης φαρμάκων ή και αναπροσαρμογή της αγωγής. Όλοι οι ασθενείς με ευπάθεια εμφάνιζαν μικρο- και μακρο-αγγειακές επιπλοκές του διαβήτη και παραπέμφθηκαν στις αντίστοιχες ειδικότητες, ενώ δεν έλειψαν οι παρεμβάσεις προς κοινωνική υποστήριξη τους ή παραπομπή σε ειδικούς για οδηγίες φυσικής δραστηριότητας ή φαρμακευτικής αγωγής για διαταραχές μνήμης ή κατάθλιψης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η εκτίμηση της ευπάθειας σε ασθενείς με διαβήτη είναι ένα ακόμα μέσο πρόληψης και πιο ποιοτικής φροντίδας που πρέπει να ενταχθεί στη θεραπευτική μας προσέγγιση. Οι παρεμβάσεις μας, με τη βοήθειά της, δύναται να οδηγήσουν σε λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας, λιγότερες νοσηλείες καθώς και σε βελτίωση της ποιότητας ζωής και της λειτουργικής κατάστασης των ασθενών μας.

**ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ ΜΕ ΤΙΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΑΝΤΙΓΡΙΠΙΚΟΥ
ΚΑΙ ΑΝΤΙΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΙΚΟΥ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ ΑΤΟΜΩΝ
ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**

**Α. Κουτσοβασίλης¹, Α. Σωτηρόπουλος¹, Δ. Γουγουρέλας², Μ. Παππά¹,
Δ. Παπαδάκη¹, Σ. Τσιαγκλής¹, Σ. Μπούσμπουλας¹, Θ. Πέππας¹**

¹ Γ' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

² ΚΥ Γκούρας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΣΚΟΠΟΣ

Οι διαβητικοί ασθενείς είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς σε λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος. Παρότι ο αντιγριπικός και ο αντιπνευμονιοκοκκικός εμβολιασμός θεωρούνται επιβεβλημένοι, η συμμόρφωση των ασθενών συνήθως δεν βρίσκεται σε ικανοποιητικά επίπεδα.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση της συμμόρφωσης των ατόμων με διαβήτη με τις οδηγίες εμβολιασμού καθώς και η πιθανή επίδραση της συμμόρφωσης με την ανάγκη νοσηλείας και με την έκβαση αυτής το 2013 και το 2018.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Εντάχθηκαν στη μελέτη συνολικά 883 ασθενείς με ΣΔτ2 (508 το 2013 και 375 το 2018). Όλοι οι ασθενείς απάντησαν σε ένα ερωτηματολόγιο σχετικά με τον αντιγριπικό και τον αντιπνευμονιοκοκκικό εμβολιασμό. Καταγράφηκαν όλες οι λοιμώξεις αναπνευστικού καθώς και οι σχετιζόμενες με αυτές νοσηλείες και η έκβαση των νοσηλειών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Αντιγριπικό εμβολιασμό πραγματοποίησε το 52% των ασθενών και αντιπνευμονιοκοκκικό το 31,5% των ασθενών το 2013 ενώ το 2018 αντιγριπικό εμβολιασμό πραγματοποίησε το 60,8% (p=0,035) και πνευμονιοκοκκικό το 44,6% (p=0,028). Οι ασθενείς οι οποίοι πραγματοποίησαν αντιγριπικό εμβολιασμό ήταν πιο ηλικιωμένοι και τις δύο χρονικές στιγμές (p=0,012), με διαβήτη μεγαλύτερης διάρκειας (p=0,009), αρτηριακή υπέρταση (p=0,012) και περισσότερα των δύο συνοδά νοσήματα (p=0,022), στεφανιαία νόσο (p=0,028), αορτοστεφανιαία παράκαμψη (p=0,022) και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (p=0,005). Αυτοί οι οποίοι έλαβαν αντιπνευμονιοκοκκικό εμβολιασμό ήταν μεγαλύτερης ηλικίας (p=0,016), με μεγαλύτερης διάρκειας διαβήτη (p=0,014), στεφανιαία νόσο (p=0,015), αορτοστεφανιαία παράκαμψη (p=0,025) και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (p=0,0001). Η πιθανότητα εμφάνισης λοίμωξης του αναπνευστικού ήταν εξαιρετικά μεγαλύτερη επί απουσίας αντιγριπικού εμβολιασμού (OR=3,891, p=0,001) και αντιπνευμονιοκοκκικού (OR=2,567, p=0,001) και για τις δύο χρονικές στιγμές. Η διάρκεια νοσηλείας ήταν μεγαλύτερη επί απουσίας εμβολιασμού (OR=2,788, p<0,0001).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η συμμόρφωση των ατόμων με διαβήτη με τις οδηγίες αντιγριπικού εμβολιασμού παρουσιάζεται μειωμένη ενώ αυτή του αντιπνευμονιοκοκκικού εμβολιασμού βελτιώνεται. Η απουσία εμβολιασμού επηρεάζει δυσμενώς τη συχνότητα των λοιμώξεων αναπνευστικού, την ανάγκη νοσηλείας καθώς και την έκβαση αυτής.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D ΜΕ ΣΩΜΑΤΟΜΕΤΡΙΚΟΥΣ, ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ, ΟΠΩΣ ΚΑΙ ΜΕ ΤΗ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΣΕ ΕΝΑΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Γ. Τζιόμαλος, Α. Σεκεράκ, Ι. Γιαλαμάς, Μ. Δρουγκάκη, Ν. Βασιλάκη, Μ. Ζουμάκη, Μ. Δασενάκη, Μ. Σταματελάτου

Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Ιατρείο, ΓΝ – ΚΥ Σητείας Κρήτης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΣΚΟΠΟΣ

Από πολλές μελέτες έχει δειχθεί η συσχέτιση μεταξύ έλλειψης της βιταμίνης D με την ανάπτυξη σακχαρώδους διαβήτη, παχυσαρκίας και εν γένει μεταβολικού συνδρόμου μέσω κυρίως αυξημένης αντίστασης στην ινσουλίνη. Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι να διερευνηθεί η επίδραση των επιπέδων βιταμίνης D στη γλυκαιμική ρύθμιση και σε διάφορους δημογραφικούς, σωματομετρικούς και εργαστηριακούς παράγοντες σε έναν πληθυσμό διαβητικών ασθενών.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Κατά την περίοδο 2018-2019 μελετήθηκαν 124 άτομα (άνδρες 28%) μέσης ηλικίας (meansd) (70.5 10.5) με ΣΔ που προσήλθαν διαδοχικά στο διαβητολογικό ιατρείο. Μετρήθηκαν σωματομετρικοί-δημογραφικοί και εργαστηριακοί παράγοντες όπως ηλικία, διάρκεια ΣΔ, κάπνισμα, Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), περιφέρεια μέσης (WC) και περιφέρεια λαιμού (NC), επίπεδα 25 (OH) βιταμίνης D, HbA1c, χοληστερόλη, LDL, HDL, τριγλυκερίδια (Tg), ουρικό οξύ (UA). Εν συνεχεία οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν ως προς τα επίπεδα 25(OH) βιταμίνης D σε τρεις ομάδες: 1) φυσιολογικοί [>30 ng/ml (24%)], 2) ανεπάρκεια [$20-30$ ng/ml (31%)] και 3) έλλειψη [<20 ng/ml (45%)]. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε R 3.5.2.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η συσχέτιση των επιπέδων της βιταμίνης D ανέδειξε στατιστικά σημαντική σχέση με το φύλο ($\rho=-0,178$, $p=0,047$), τον ΔΜΣ ($r=-0,210$, $p=0,019$), την WC ($r=-0,212$, $p=0,018$), την HDL ($r=-0,193$, $p=0,031$) και τη HbA1c ($\rho=-0,185$, $p=0,039$), ενώ δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική σχέση με την ηλικία, τη διάρκεια ΣΔ, το κάπνισμα, τη χοληστερόλη, την LDL, τα Tg και το UA. Η μη παραμετρική ανάλυση διακύμανσης κατά έναν παράγοντα (Kruskal Wallis) μεταξύ των ομάδων βάσει επιπέδων 25(OH) βιταμίνης D ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,01$) μεταξύ 25(OH) βιταμίνης D και επιπέδων HbA1c. Ειδικότερα η ομάδα με έλλειψη 25(OH) βιταμίνης D εμφανίζει 0,8% μεγαλύτερη μέση τιμή HbA1c σε σχέση με την ομάδα ανεπάρκειας 25(OH) βιταμίνης D (post-hocanalysis, Dunn's test $p<0,01$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από τη μελέτη μας επιβεβαιώνεται αρνητική συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων της βιταμίνης D με το φύλο, τους δείκτες παχυσαρκίας, την HDL και τη γλυκαιμική ρύθμιση. Ιδίως όσον αφορά τη γλυκαιμική ρύθμιση διαφαίνεται ότι άτομα με έλλειψη επιπέδων βιταμίνης D έχουν χειρότερη γλυκαιμική ρύθμιση, έναντι των υπολοίπων. Εντούτοις απαιτούνται μεγαλύτερες προοπτικές μελέτες για να διερευνηθεί επακριβώς ο ρόλος της βιταμίνης D στην παθογένεια του ΣΔ και του μεταβολικού συνδρόμου εν γένει.

ΑΤΥΠΗ ΕΚΣΕΣΗΜΑΣΜΕΝΗ ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΟΠΑΘΕΙΑ CHARCOT: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Χ. Λούπα, Ε. Μεϊμέτη, Α. Κόκας, Ε. Βογιατζόγλου, Α. Δώνου, Σ. Καλαντζή

Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού «Δημήτρης Βογιατζόγλου», Νοσοκομειακή Μονάδα «Αμαλία Φλέμινγκ»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΣΚΟΠΟΣ

Η αντιμετώπιση της οστεοαρθροπάθειας Charcot (COA) πρέπει να γίνεται όσο το δυνατόν νωρίτερα, καθόσον η οντότητα αυτή μπορεί να επιφέρει σημαντικές παραμορφώσεις των κάτω άκρων. Όμως, η διάγνωση είναι δυσχερής όταν η COA είναι αμφοτερόπλευρη ή/και άτυπη. Παρουσιάζεται περίπτωση νεαρής διαβητικής ασθενούς με αμφοτερόπλευρη COA, που αρχικά παρουσίασε βελτίωση με αποφόρτιση, αλλά αργότερα εξελίχθηκε σε σοβαρές και μόνιμες αλλοιώσεις λόγω κατάθλιψης και μη συμμόρφωσης.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ

Η Λουίζα Χ, 23 ετών, με ΣΔ1 (HbA1c=14,9%), πωλήτρια (ορθοστασία), με περιφερική νευροπάθεια (μονοϊνίδιο, βιοθεσιόμετρο, NeuroPad®) και αμφιβληστροειδοπάθεια υποστρώματος, προσήλθε με συμμετρικό οίδημα σε αμφότερα τα σφυρά και τους άκρους πόδες (Εικόνα 1) από 8μήνου, χωρίς πυρετό ή άλλη διόγκωση αρθρώσεων και χωρίς ιστορικό εμφανούς κάκωσης. Δείκτες φλεγμονής (WBC, ΤΚΕ, CRP) μόνον οριακά αυξημένοι. Λοιπός εργαστηριακός έλεγχος (συμπεριλαμβανομένης μικροαλβουμίνης ούρων) φυσιολογικός. Στο Triplex αρτηριών κάτω άκρων ανευρέθησαν πολύ υψηλές ταχύτητες ροής στην πρόσδια κνημιαία και ραχιαία αρτηρία (αποδόθηκαν σε αυξημένη πίεση στα αγγεία αυτά λόγω οιδήματος και φλεγμονής). Στην απλή ακτινογραφία κατεδείχθη αμφοτερόπλευρο οίδημα μαλακών μορίων, οστεολύσεις πτέρνης και ελεύθερα οστικά συγκρίματα.

Ετέδη άμεσα σε αποφόρτιση και των δύο άκρων με aircasts. Μετά 3μηνον, το οίδημα είχε υποχωρήσει και οι ακτινολογικές αλλοιώσεις παρέμεναν στάσιμες.

Δυστυχώς, μετά από άλλους 2 μήνες, το οίδημα και τα ακτινολογικά ευρήματα επιδεινώθηκαν, πιθανώς λόγω μη συμμόρφωσης (έφερε τα aircasts διαλειπόντως και περπατούσε μεγάλες αποστάσεις με αθλητικά υποδήματα). Η ασθενής παρουσίαζε κατάθλιψη, ταχυκαρδία (προφανώς λόγω νευροπάθειας του αυτόνομου νευρικού συστήματος) και HbA1c 11%. Της εξηγήθηκε αναλυτικά η κατάσταση και συστήθηκε η συνεχής αποφόρτιση με aircasts. Η ασθενής δεν συμμορφώθηκε τους επόμενους 2 μήνες και έγινε σκέψη για μη αποσπώμενο total contact cast, αλλά η ασθενής δεν προσήλθε στο ραντεβού. Εμφανίστηκε ξανά μετά 2 έτη, με σοβαρές παραμορφώσεις και στους δυο άκρους πόδες, αλλά κυρίως δεξιά (υπεξάρθρωμα, Εικόνα 2), σε αντικαταθλιπτική αγωγή και με HbA1c 8%. Ανέφερε ενδοφθάλμια αιμορραγία, νεφρωσικό σύνδρομο και λοιμώξεις ποδών (πολλαπλές νοσηλείες). Παρουσίαζε επιδείνωση της οστικής καταστροφής αστραγάλου και πτέρνης. Συνεστήθη πλέον χειρουργική αντιμετώπιση σε εξειδικευμένο κέντρο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Παρά τη σπανιότητα της νόσου, οι κλινικοί ιατροί πρέπει να συμπεριλαμβάνουν την COA στη διαφορική διάγνωση οιδήματος, φλεγμονής και παραμορφώσεων σε διαβητικό πόδι.



Εικόνα 1



Εικόνα 2

Ο ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΥ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΜΕ ΣΔ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΕ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Ε. Μανδαλάκη¹, Α. Τσιρέκα², Δ. Κορέλα², Ν. Γρύλλου³, Ε. Ρογδάκης²,
Α. Ανυφαντάκης³, Α. Παππάς³, Ε. Φουκαράκης²

¹ Ιδιωτικό Ιατρείο

² Καρδιολογική, ΓΝ Βενιζέλειο

³ Διαβητολογικό, ΓΝ Βενιζέλειο

ΣΚΟΠΟΣ

Είναι γνωστό ότι οι ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα (ΚΑΝ) πάσχουν συχνά από ΣΔ τύπου 2 (ΣΔ2). Οι κατευθυντήριες οδηγίες EASD/ADA 2018 προτείνουν μέσω αλγορίθμων συγκεκριμένες κατηγορίες φαρμάκων (αναστολείς SGLT2 και GLP-1) σε ασθενείς με ΣΔ2 και ΚΑΝ. Σκοπός ήταν να μελετήσουμε αν η αναγνώριση των ασθενών αυτών στην καρδιολογική κλινική και η άμεση παραπομπή στους διαβητολόγους με το ερώτημα προσαρμογής της αγωγής σύμφωνα με τις οδηγίες, έχει ως αποτέλεσμα την καλύτερη εφαρμογή των οδηγιών.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ

Το υλικό μας αποτέλεσαν 110 ασθενείς (ηλικίας 74,9±8,3 ετών, άνδρες 59) καρδιολογικής κλινικής με ΚΑΝ (στεφανιαία νόσο – ΣΝ 60,9%, καρδιακή ανεπάρκεια – ΚΑ 55,5%, ΑΕΕ 9,1%, περιφερική αποφρακτική αγγειακή – ΠΑΑ 7,3%) και προϋπάρχοντα ΣΔ2 (μέση διάρκεια 13,09±9,25 έτη και μέση HbA1c 7,6±1) που νοσηλεύθηκαν από 15/1 έως 15/3 2019. Αποκλείθηκαν ασθενείς με απορρύθμιση διαβήτη (σάκκαρα νηστείας >250 mg%) και ασθενείς με HbA1c.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στις συγκρινόμενες ομάδες δεν υπήρχαν διαφορές στο φύλο, ηλικία, έτη ΣΔ2, HbA1c, εμφάνιση ΣΝ, ΚΑ, ΑΕΕ, ΠΑΑ, GFR.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ενεργός συμμετοχή του καρδιολόγου στη διαχείριση του νοσηλευόμενου ασθενούς με ΚΑΝ και ΣΔ2 και η στενή συνεργασία με τον διαβητολόγο έχει ως αποτέλεσμα καλύτερη προσαρμογή της θεραπείας στις κατευθυντήριες οδηγίες. Οι τελευταίες βασίζονται στα αποτελέσματα των μελετών καρδιαγγειακής ασφάλειας με νεότερα αντιδιαβητικά φάρμακα, που πέραν της γλυκαιμικής ρύθμισης προσφέρουν και αποδεδειγμένο καρδιαγγειακό όφελος στους ασθενείς αυτούς.

	Ομάδα Α (N=50)	Ομάδα Β (N=60)	p
Φύλο (άνδρες-%)	60	48,3	p=0,25
Ηλικία (έτη)	74,9±8,3	76,1±9,3	p=0,4
Έτη εμφάνισης ΣΔ2 (έτη)	12,4±9,6	13,6±8,9	p= 0,5
HbA1c (%)	7,8 ± 1	7,4±0,8	p= 0,06
ΣΝ (%)	64	58,3	p= 0,56
ΚΑ (%)	48	61,7	p= 0,18
ΑΕΕ (%)	14	5,1	p= 0,18
ΠΑΑ (%)	8	6,8	p= 1
GFR<60 (%)	32,3	35,6	p=0,09
Αρχική διεϊσδυση αναστολέων SGLT2 / αναλόγων GLP1 (%)	18	16,6	p= 0,85

**ΕΠΙΔΡΑ Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ Α-ΛΙΠΟΪΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΣΤΗΝ ΤΑΧΥΤΗΤΑ
ΑΓΩΓΙΜΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΟΚΝΗΜΙΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ;**

Αικ. Τρικκαλινού, Α. Παπαζαφειροπούλου, Ε. Ξουργιά, Σ. Παπαντωνίου,
Κ. Αναγνωστοπούλου, Αικ. Σερέτη, Α. Καμαράτος, Α. Μελιδώνης

Α΄ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΣΚΟΠΟΣ

Η διαβητική νευροπάθεια (ΔΝ) αποτελεί συχνή επιπλοκή που υποβαθμίζει την ποιότητα ζωής των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2). Το α-λιποϊκό οξύ είναι ένα ισχυρό αντιοξειδωτικό η χορήγηση του οποίου έχει συνδεθεί με βελτίωση των συμπτωμάτων της ΔΝ. Σκοπός, συνεπώς, της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της επίδρασης του α-λιποϊκού οξέος στην ταχύτητα αγωγιμότητας του γαστροκνημίου νεύρου σε δείγμα ασθενών με ΣΔ2 και ΔΝ.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Στη μελέτη εντάχθηκαν συνολικά 32 ασθενείς (12 άνδρες) με ΣΔ2, ηλικίας (\pm τυπική απόκλιση) $67,9 \pm 8,6$ έτη, HbA1c $7,1 \pm 1,0\%$, δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) $30,7 \pm 11,2$ Kg/m², διάρκεια ΣΔ2 $14,1 \pm 5,3$. Το 72,7% των ατόμων της μελέτης ελάμβανε αγωγή με αντιδιαβητικά δισκία και το 26,5% ινσουλινοθεραπεία. Όλοι οι ασθενείς της μελέτης υποβλήθηκαν σε πλήρη κλινική εξέταση και μελέτη της ταχύτητας αγωγιμότητας με τη συσκευή NC stat DPN check στους 0 και 2 μήνες, ενώ ελήφθη δείγμα αίματος σε κατάσταση νηστείας κατά την ένταξη των ασθενών στη μελέτη. Επίσης, υπολογίστηκαν ο Δείκτης Συμπτωμάτων Νευροπάθειας (ΔΣΝ) και ο Δείκτης Νευρολογικής Ανικανότητας (ΔΝΑ) στους 0 και 2 μήνες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κατά την ένταξη των ασθενών στη μελέτη οι τιμές της ταχύτητας αγωγιμότητας του γαστροκνημίου νεύρου (sural nerve conduction velocity, SNCV) και το εύρος αισθητικού δυναμικού (amplitude, SNAP) ήταν $3,3 \pm 1,5$ m/s και $45,5 \pm 17,6$ μ V, αντίστοιχα. Μετά από 2 μήνες οι τιμές της ταχύτητας αγωγιμότητας του γαστροκνημίου νεύρου (sural nerve conduction velocity, SNCV) και το εύρος αισθητικού δυναμικού (amplitude, SNAP) ήταν $4,1 \pm 1,6$ m/s και $41,1 \pm 16,0$ μ V, αντίστοιχα. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ 0 και 2 μηνών για την ταχύτητα αγωγιμότητας του γαστροκνημίου νεύρου και το εύρος αισθητικού δυναμικού. Κατά την ένταξη των ασθενών στη μελέτη η τιμή του ΔΣΝ και του ΔΝΑ ήταν αντίστοιχα: $8,6 \pm 2,7$ και $5,4 \pm 1,2$. Μετά από 2 μήνες η τιμή του ΔΣΝ και του ΔΝΑ ήταν αντίστοιχα: $5,6 \pm 2,1$ και $5,5 \pm 1,1$. Στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε μόνο για τον ΔΣΝ (P=0,05).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η χορήγηση α-λιποϊκού οξέος σε ασθενείς με ΣΔ2 και ΔΝ δεν επηρέασε την ταχύτητα αγωγιμότητας του γαστροκνημίου νεύρου και το εύρος αισθητικού δυναμικού. Αντίθετα, συνδυάστηκε με βελτίωση του ΔΣΝ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ 12ΜΗΝΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΟΣ ΠΟΥ ΠΕΡΙΕΧΕΙ ΥΠΕΡΟΞΕΙΔΙΚΗ ΔΙΣΜΟΥΤΑΣΗ, Α-ΛΙΠΟΪΚΟ ΟΞΥ, ΒΙΤΑΜΙΝΗ Β12 ΚΑΙ ΑΚΕΤΥΛΟ-Λ-ΚΑΡΝΙΤΙΝΗ ΣΕ ΕΝΑ ΔΙΣΚΙΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ

Τ. Διδάγγελος, Ε. Καρλάφτη, Ζ. Κοντονίνας, Χ. Μαργαριτίδης, Ε. Μαργαρίτη, Κ. Τζιόμαλος, Α. Χατζητόλιος

Διαβητολογικό Κέντρο, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ ΑΧΕΠΑ, ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

ΣΚΟΠΟΣ

Να μελετηθεί η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια της επίδρασης ενός νέου συνδυασμού τεσσάρων στοιχείων [υπεροξειδική δισμουτάση (SOD), α-λιποϊκό οξύ (ALA), ακέτυλο-L-καρνιτίνη (AC), βιταμίνη Β12 (Vit. Β12)] που περιέχεται σε ένα χάπι, στη Διαβητική Νευροπάθεια (ΔΝ). Είναι ένας συνδυασμός δύο αντιοξειδωτικών μαζί με Vit. Β12 και AC.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ – ΜΕΘΟΔΟΙ

Στην παρούσα διπλή τυφλή μελέτη, ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο, συμμετείχαν 85 ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) τύπου 2 (41 γυναίκες), με μέση ηλικία 64±11 έτη, μέση διάρκεια ΣΔ 15 έτη και οι οποίοι τυχαιοποιήθηκαν σε δύο ομάδες: ομάδα Α: (n=43) έλαβαν το χάπι με τον συνδυασμό των τεσσάρων στοιχείων (SOD, ALA, Vit. Β12, ACL) και ομάδα Β: (n=42) έλαβαν εικονικό φάρμακο. Όλοι οι ασθενείς λάμβαναν θεραπεία είτε με συνδυασμό αντιδιαβητικών φαρμάκων είτε με συνδυασμό ινσουλίνης και φαρμάκων. Η θεραπεία του ΣΔ δεν άλλαξε κατά τους 12 μήνες παρακολούθησης. Χρησιμοποιήθηκαν οι ακόλουθες μέθοδοι για την ανίχνευση της Διαβητικής Νευροπάθειας του Περιφερικού και του Αυτονόμου Νευρικού Συστήματος (ΠΔΝ, ΑΝΣ): Michigan Neuropathy Screening Instrument Questionnaire and Examination (MNSIQ and MNSIE), έλεγχος του ορίου αντίληψης δόνησης με βιοθεσιόμετρο (ΒΙΟ) και καρδιαγγειακές ανακλαστικές δοκιμασίες (CARTs): Μέσος ανυσματικός δείκτης (MCR), δοκιμασία Valsalva (Vals), δείκτης 30:15 και ορθοστατική υπόταση (ΟΗ). Επιπλέον, εξετάσθηκε η αγωγιμότητα του γαστροκνημιαίου νεύρου [ταχύτητα αγωγής (SNCV) και εύρος (SNAP)]. Επίσης, χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια για την αξιολόγηση του πόνου (PS) και την ποιότητα ζωής (QL).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Όλοι οι δείκτες των μετρήσεων μεταξύ των δύο ομάδων, συμπεριλαμβανομένης της HbA1c δεν διέφεραν κατά την έναρξη AnsB, HbA1c (7,2±1,2 vs 6,8±1,2% p=0,207, Vit. Β12 263±100 vs 299±155 pmol/Lp=0,268). Οι ακόλουθοι δείκτες βελτιώθηκαν σημαντικά στην ομάδα Α (αρχή vs τέλος): ΒΙΟ 37±13 vs 16±10 (p<0,001), MNSIQ 6,6±1,6 vs 6,0±1,7 (p=0,003), QL 39,8±10,8 vs 36,2±9,8 (p<0,001), PAIN 20,6±7,9 vs 17,4±7,0 (p<0,001) και SNCV 32,5±23,8 vs 39,4±22,8 m/s (p=0,027), SNAP 6,2±5,1 vs 7,5±6,5 uV (p=0,031). Οι δείκτες των CARTSS και MNSIE δεν διέφεραν στην ομάδα Α (αρχή vs τέλος). Η Vit. Β12 αυξήθηκε σημαντικά στην ομάδα Α 263±100 vs 326,0±108,8 pmol/L (p<0,001) και παρέμεινε αμετάβλητη στην ομάδα Β. Δεν παρατηρήθηκε διαφορά στους δείκτες της περιφερικής νευροπάθειας στη Β ομάδα. Οι δείκτες MCR και Pain επιδεινώθηκαν στην ομάδα Β.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μετά από 12 μήνες παρακολούθησης με τη χορήγηση του συνδυασμού των τεσσάρων συστατικών σε ένα χάπι, παρατηρήθηκε βελτίωση στους δείκτες της περιφερικής νευροπάθειας (περιλαμβανομένου του νευροφυσιολογικού ελέγχου), του πόνου και της ποιότητας ζωής στους ασθενείς με ΣΔ Τύπου 2.

**ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΑΝΤΙΚΑΠΝΙΣΤΙΚΟ ΑΓΩΝΑ**

Μ. Μπρισιτιάνου, Κ. Σπανός, Μ. Κατσαούνου, Ε. Πρατήλας, Λ. Λαναράς

Διαβητολογικό Ιατρείο, ΓΝ Λαμίας

ΣΚΟΠΟΣ

Η εκτίμηση των γνώσεων και της στάσης των διαβητικών ασθενών απέναντι στο κάπνισμα και στον αντικαπνιστικό αγώνα.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Η μελέτη μας πραγματοποιήθηκε με ανώνυμο ερωτηματολόγιο το πρώτο 6μηνο του 2019, σε 542 ασθενείς, 309 άνδρες (57,01 %) και 233 γυναίκες (42,9%), ηλικίας 23-78 ετών, οι οποίοι προσήλθαν για εξέταση στο Διαβητολογικό Ιατρείο και στο Ιατρείο Διαβητικού ποδιού του Νοσοκομείου μας,

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το 97% των ερωτηθέντων συμφωνούσε με την απαγόρευση του καπνίσματος στα νοσοκομεία και 442 ασθενείς (81,5%) με την απαγόρευση σε όλους τους δημόσιους χώρους. Για 102 ασθενείς (18,8%) το κάπνισμα είναι συνήθεια, ενώ για 49 (9,04%) αποτελεί εξάρτηση. 78 διαβητικοί (14,3%) είχαν διακόψει το κάπνισμα μετά από κάποιο καρδιαγγειακό επεισόδιο και 25 (4,6%) με δική τους πρωτοβουλία. Αρκετά καλή γνώση των συνεπειών του καπνίσματος είχαν 329 (60,7%) ερωτηθέντες. Στο ερώτημα στους καπνιστές, εάν θα μπορούσαν να διακόψουν το κάπνισμα, (24,7%) απάντησαν ότι έχουν ανάγκη από τη βοήθεια κάποιου ειδικού. Από το σύνολο των ερωτηθέντων 396 (73,06%) θα συμμετείχαν σε κάποια αντικαπνιστική εκστρατεία.

Την κύρια πηγή ενημέρωσης στο θέμα των συνεπειών του καπνίσματος για το συγκεκριμένο δείγμα της μελέτης μας αποτέλεσε η συζήτηση κατά την επίσκεψη στα ιατρεία μας, η λειτουργία Ιατρείου Διακοπής Καπνίσματος στο Νοσοκομείο Λαμίας, ενώ ακολουθούσε η ενημέρωση από τα ΜΜΕ και το διαδίκτυο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι ερωτηθέντες διαβητικοί συμφωνούν σε μεγάλο ποσοστό με την απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους, έχουν αρκετά καλή γνώση των συνεπειών του καπνίσματος και οι περισσότεροι θα συμμετείχαν σε μια αντικαπνιστική καμπάνια. Επίσης αναδεικνύεται ο ρόλος της ιατρικής κοινότητας για τη σωστή ενημέρωση στον αγώνα κατά του καπνίσματος και ιδιαίτερα στους διαβητικούς ασθενείς, όπου η διακοπή του καπνίσματος αποτελεί έναν σημαντικό πυλώνα στην ολιστική αντιμετώπιση της νόσου τους.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΝΤΟΥΛΑΓΛΟΥΤΙΔΗΣ ΣΤΟΝ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΚΑΡΔΙΟΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΥΠΟ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΛΙΡΑΓΛΟΥΤΙΔΗ

Α. Σωτηρόπουλος, Α. Κουτσοβασίλης, Σ. Τσιαγκλής, Δ. Παπαδάκη, Αικ. Κατσαβρία, Σ. Μπούσμπουλας, Θ. Πέππας

Γ' Παθολογικό Τμήμα & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΣΚΟΠΟΣ

Συχνά οι ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2) ακολουθούν φαρμακευτική αγωγή με συνδυασμό δισκίων και ενέσιμων παραγόντων. Η Λιραγλουτίδη και η Ντουλαγλουτίδη είναι οι πιο δημοφιλείς μακράς δράσης GLP-1 αγωνιστές. Σκοπός της μελέτης είναι η εκτίμηση της ποσοτικής και ποιοτικής επίδρασης της Ντουλαγλουτίδης σε άτομα τα οποία βρίσκονταν υπό αγωγή με Λιραγλουτίδη ανεξάρτητα από τη γλυκαιμική τους ρύθμιση.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ

Εντάχθηκαν στη μελέτη 168 ασθενείς (ηλικίας 56,65±8,43 έτη) υπό αγωγή με Λιραγλουτίδη και έγινε μετάταξή τους σε αγωγή με Ντουλαγλουτίδη σε ασθενείς με HbA1c<7% (Ομάδα Α) και σε ασθενείς με HbA1c>7% (Ομάδα Β). Οι ασθενείς ελάμβαναν την ίδια αγωγή για τουλάχιστον 6 μήνες. Έγινε καταγραφή παραμέτρων γλυκαιμικής ρύθμισης (HbA1c, γλυκόζη νηστείας), καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου [σωματικό βάρος (ΣΒ), περίμετρος μέσης (ΠΜ), αρτηριακή πίεση και λιπιδαιμικοί παράγοντες). Αξιολογήθηκε η ικανοποίηση από τη θεραπεία με το ερωτηματολόγιο DTSQ (Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire), η συμμόρφωση (Morisky 8-Item Medication Adherence Questionnaire) και η ποιότητα ζωής (SF-12). Η περίοδος παρακολούθησης ήταν 24±2 εβδομάδες με αξιολόγηση και στις 12±2 εβδομάδες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική μείωση της HbA1c στην Ομάδα Β στους 3 μήνες και 6 μήνες παρακολούθησης (7,85±0,91 vs 7,07±0,96 vs 6,72±0,78, p= 0,001) αλλά και στην Ομάδα Α (6,52±0,82 vs 6,39±0,93 vs 6,28±0,75, p=0,044). Διαπιστώθηκε μείωση του σωματικού βάρους στην Ομάδα Β (110,54±19,18 vs 107,78±22,59 vs 106,41±23,84, p=0,039), ενώ η μείωση στην Ομάδα Α δεν ήταν στατιστικά σημαντική (98,44±19,23 vs 96,56±22,47 vs 96,22±23,45, p=0,247). Δεν διαπιστώθηκε επίδραση στη συστολική ΑΠ στην Ομάδα Α (p=0,465) και στην Ομάδα Β (p=0,664). Ανάλογα τα αποτελέσματα και για τη διαστολική ΑΠ στην Ομάδα Α (p=0,674) και Β (p=0,593). Η ικανοποίηση από τη θεραπεία σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο DTSQ βελτιώθηκε για την Ομάδα Α (p=0,040) και για την Ομάδα Β (p=0,018) με σημαντικότερη βελτίωση για την Ομάδα Β. Μεγαλύτερος βαθμός συμμόρφωσης σε σύγκριση με την έναρξη της μελέτης διαπιστώθηκε και για την Ομάδα Α (p=0,042) και για την Ομάδα Β (p=0,028) ενώ διαπιστώθηκε και βελτίωση της ποιότητας ζωής σύμφωνα με τα αποτελέσματα της SF-12 για την Ομάδα Α (p=0,044) και για την Ομάδα Β (p=0,021).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η μετάταξη από αγωγή με Λιραγλουτίδη 1,2 mg σε αγωγή με Ντουλαγλουτίδη 1,8 mg οδηγεί σε μείωση της HbA1c ακόμα και σε ασθενείς με HbA1c<7% και σε μείωση του σωματικού βάρους σε άτομα τα οποία δεν έχουν καλή γλυκαιμική ρύθμιση. Οι ασθενείς υπό αγωγή με Ντουλαγλουτίδη έχουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη θεραπευτική τους προσέγγιση, καλύτερη συμμόρφωση και καλύτερη ποιότητα ζωής.

**ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΟΥ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΙ ΜΕΙΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΩΝ
ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΔ ΤΥΠΟΥ 2 ΚΑΙ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ ΣΕ ΘΕΡΑΠΕΙΑ
ΜΕ ΑΝΤΛΙΑ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΕΓΧΥΣΗΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑ ΣΥΝΕΧΟΥΣ
ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΣΤΟΛΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΒΛΕΨΗ
ΤΗΣ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑΣ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ**

Π. Γιαννουλάκη^{1,2}, Ε. Κοτζακιουλάφη¹, Ζ. Κοντονίνας¹, Χ. Μαργαριτίδης¹,
Α. Χατζητόλιος¹, Τ. Διδάγγελος¹

¹ Διαβητολογικό Κέντρο, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΑΠΘ, ΠΓΝ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

² Τμήμα Διαιτολογίας-Διατροφής, ΠΓΝ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα συχνά και σοβαρά υπογλυκαιμικά επεισόδια οδηγούν σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών επεισοδίων, όπως έχει παρατηρηθεί σε αρκετές μελέτες από τη διεθνή βιβλιογραφία, σε άτομα με ήδη εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο. Η υπογλυκαιμία αυξάνει την έκκριση των αντιρροπιστικών ορμονών, όπως επινεφρίνη και νορεπινεφρίνη, οι οποίες προκαλούν αγγειοσυστολή, συσσώρευση των αιμοπεταλίων και ως εκ τούτου θρόμβωση και καρδιακή ισχαιμία. Η θεραπευτική αντιμετώπιση του Σακχαρώδους Διαβήτη (ΣΔ) με το σύστημα της συνεχούς χορήγησης ινσουλίνης υποδορίως με αντλία με ταυτόχρονη χρήση της μέτρησης των επιπέδων της γλυκόζης υποδορίως, έχει παρατηρηθεί ότι μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης υπογλυκαιμίας.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Γυναίκα ηλικίας 55 ετών, σωματικού βάρους 94,5 kg και με Δείκτη Μάζας σώματος 36,9 kg/m² (2^ο βαθμού παχυσαρκία) με ατομικό ιατρικό ιστορικό αρρύθμιστου σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 διάρκειας 18 ετών, εμφάνισε ασταδή στηθάγχη προ 4ετίας και υπέστη διαδερμική ενδοαυλική στεφανιαία αγγειοπλαστική (PTCA) με χρήση πλέγματος (stent). Η ασθενής δεν εμφάνιζε άλλες χρόνιες διαβητικές επιπλοκές. Μετά το πέρας της αγγειοπλαστικής λάμβανε ως φαρμακευτική αγωγή β-αποκλειστές και αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα για τη στεφανιαία νόσο και σχήμα πολλαπλών υποδόριων ενέσεων (3 ενέσεις aspart και μία ένεση degludec) για τη ρύθμιση του ΣΔ2.

Η ασθενής παρουσίαζε κακή γλυκαιμική ρύθμιση (HbA1c=8,6%) με συχνές υπογλυκαιμίες κατά τη διάρκεια του 24ωρου και αποφασίστηκε για την αποφυγή τους να τεθεί σε σχήμα 2 υποδόριων ενέσεων με ινσουλίνη detemir, χωρίς όμως τα επιθυμητά αποτελέσματα. Επιπλέον, μετά την αγγειοπλαστική, η ασθενής εμφάνισε αλλεργία στο stent και συνέχιζε να παρουσιάζει συμπτώματα ασταδούς στηθάγχης. Οι καρδιολόγοι δεν μπορούσαν να προβούν σε καμία περαιτέρω επεμβατική θεραπεία παρά μόνο φαρμακευτική, καθιστώντας την αποφυγή των υπογλυκαιμιών και τη ρύθμιση του διαβήτη ύψιστης κλινικής σημασίας.

Για την επίτευξη καλής γλυκαιμικής ρύθμισης χωρίς υπογλυκαιμίες αποφασίστηκε η ασθενής να μπει σε χρήση αντλίας ινσουλίνης με σύστημα συνεχούς καταγραφής γλυκόζης και αναστολή στην πρόβλεψη της υπογλυκαιμίας [CSII Medtronic Mini Med 640G με Predictive Low-Glucose Management (PLGM)]. Μέσα σε 3 μήνες χρήσης του συστήματος, η HbA1c μειώθηκε κατά 1,4% και οι υπογλυκαιμίες καθώς και τα συμπτώματα ασταδούς στηθάγχης εξαλείφθηκαν.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η χρήση συστημάτων αντλίας συνεχούς έγχυσης ινσουλίνης με συνεχή καταγραφή γλυκόζης και αναστολή βασικού ρυθμού στην πρόβλεψη της υπογλυκαιμίας από ασθενείς με ΣΔ2 και στεφανιαία νόσο πιθανώς να αποτελεί τη βέλτιστη θεραπευτική μέθοδο για τη ρύθμιση του διαβήτη και την επίτευξη θετικών κλινικών εκβάσεων σ' αυτή την ομάδα ασθενών.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΕΝΟΣ ΚΛΕΙΣΤΟΥ ΚΥΚΛΩΜΑΤΟΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΣΤΗ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1

Α. Κουτσοβασίλης, Α. Σωτηρόπουλος, Μ. Γερογιάννη, Μ. Παππά, Α. Τσακίρης,
Αικ. Καμπουρέλη, Θ. Πέππας

Γ' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΣΚΟΠΟΣ

Μεγάλη πρόκληση κατά τη ρύθμιση των ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 είναι η χρήση της τεχνολογίας με τη βοήθεια των αντλιών συνεχούς υποδόριας έγχυσης ινσουλίνης και των συστημάτων συνεχούς καταγραφής γλυκόζης. Η χρήση ενός κατάλληλου λογισμικού όπως το OpenAPS μπορεί να δημιουργήσει ένα υβριδικό κλειστό κύκλωμα μεταξύ της αντλίας και της συνεχούς καταγραφής. Σκοπός της μελέτης η αξιολόγηση της επίδρασης ενός κλειστού κυκλώματος ινσουλίνης με τη χρήση του OpenAPS στη γλυκαιμική χρήση ενηλίκων με ΣΔτ1.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ

Εντάχθηκαν στη μελέτη 51 ασθενείς οι οποίοι ήταν σε αντλία συνεχούς υποδόριας έγχυσης ινσουλίνης. 23 ασθενείς εντάχθηκαν σε κλειστό κύκλωμα ινσουλίνης και 28 συνέχισαν τη χρήση της αντλίας ινσουλίνης χωρίς το κλειστό κύκλωμα. Αξιολογήθηκε η χρήση του κλειστού κυκλώματος στη γλυκαιμική ρύθμιση (HbA1c, γλυκόζη νηστείας, προγευματικές, μεταγευματικές και προ του ύπνου μετρήσεις γλυκόζης) πριν την έναρξη της μελέτης και στις 12±1 και 24±1 εβδομάδες. Επίσης έγινε καταγραφή της δόσης της ινσουλίνης, των υπογλυκαιμικών επεισοδίων και της ικανοποίησης από τη θεραπεία με τη χρήση του DTSQ (Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι ασθενείς οι οποίοι χρησιμοποιούσαν το OpenAPS παρουσίασαν σημαντική μείωση της HbA1c σε 3 και 6 μήνες (7,85±0,91 vs 7,06±0,96 vs 6,70±0,98, p<0,001) ενώ η μείωση της HbA1c στην άλλη ομάδα δεν ήταν στατιστικά σημαντική (7,81±1,07 vs 7,48±1,12 vs 7,37±0,98, p=0,109). Βελτίωση της γλυκόζης νηστείας για την ομάδα του OpenAPS (154,14±26,17 mg/dl vs 128,33±21,41 mg/dl vs 117,74±8,73 mg/dl, p=0,010) ενώ δεν διαπιστώθηκε κάτι ανάλογο στην άλλη ομάδα (p=0,112). Η ομάδα του OpenAPS είχε στατιστικά σημαντική βελτίωση των τιμών γλυκόζης πριν το γεύμα (144,85±27,64 mg/dl vs 139,05±18,06 mg/dl vs 112,16±15,16 mg/dl, p<0,001), μεταγευματικά (p=0,011), πριν το βραδινό (p=0,016) και πριν την κατάκλιση (p=0,028) ενώ βελτίωση για την άλλη ομάδα διαπιστώθηκε για τις μεταγευματικές τιμές μετά το μεσημέρι (p=0,033) και μετά το βραδινό (p=0,039). Στατιστικά σημαντικά λιγότερες υπογλυκαιμίες κατά τη διάρκεια μεταξύ των γευμάτων για την ομάδα του OpenAPS (p<0,0001) καθώς και μεταγευματικά (p=0,010). Οι ασθενείς στην ομάδα του OpenAPS χρειάζονταν λιγότερες μονάδες ινσουλίνης συνολικά (p=0,036), λιγότερες μονάδες για τον βασικό ρυθμό (p=0,031) καθώς και για την κάλυψη των γευμάτων (p=0,040). Μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη θεραπεία με τη χρήση του OpenAPS (p=0,022).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η χρήση ενός κλειστού κυκλώματος ινσουλίνης με τη χρήση ενός κατάλληλου λογισμικού όπως το OpenAPS οδηγεί σε καλύτερη γλυκαιμική ρύθμιση, λιγότερες διακυμάνσεις της γλυκόζης, περισσότερο χρόνο εντός των προκαθορισμένων ορίων καλής γλυκαιμικής ρύθμισης, λιγότερες υπογλυκαιμίες και καλύτερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τη χρήση αντλίας ινσουλίνης χωρίς τη δημιουργία κλειστού κυκλώματος.

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΔΑΠΑΓΛΙΦΛΟΖΙΝΗΣ ΣΤΗΝ 24ΩΡΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2: ΜΙΑ ΔΙΠΛΗ-ΤΥΦΛΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΟΚΙΜΗ

Ε. Παπαδοπούλου¹, Π. Σαραφίδης², Χ. Λουτράδης², Γ. Τζατζάγου³, Κ. Κώτσα⁴, Σ. Καρράς⁴, Χ. Σαμπάνης¹, Ι. Ζωγράφου¹, Ε. Αγγελούδη⁴, Ι. Μηνοπούλου², Μ. Θεοδωρακοπούλου², Α. Τσάπας⁵, Α. Καραγιάννης¹

¹ Β' Προπαιδευτική Παθολογική, ΓΝ Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

² Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝ Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

³ Α' Παθολογική, ΓΝ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

⁴ Α' Παθολογική, ΠΓΝ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

⁵ Β' Παθολογική, ΓΝ Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) αποτελεί τη συχνότερη συνοδό πάθηση σε ασθενείς τύπου 2 σακχαρώδους διαβήτη (ΣΔ), με τον επιπολασμό της να υπολογίζεται σε >90%. Προηγούμενα δεδομένα υποδεικνύουν πως η θεραπεία με αναστολείς του τύπου 2 συμμεταφορέα νατρίου-γλυκόζης (SGLT-2) μπορεί να μειώσει αποτελεσματικά την υπεργλυκαιμία, αλλά να βελτιώσει την ΑΠ ιατρείου. Τα στοιχεία που υπάρχουν για τη δράση των φαρμάκων αυτών στην περιπατητική αρτηριακή πίεση (ΑΠ) είναι περιορισμένα. Σκοπός της μελέτης είναι να εξετάσει την επίδραση της δαπαγλιφλοζίνης στην 24ωρη ΑΠ σε ασθενείς με ΣΔ τύπου 2.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ – ΜΕΘΟΔΟΙ

Σε αυτή τη διπλή-τυφή τυχαίοποιημένη (double-blind randomized) κλινική δοκιμή συμπεριλήφθηκαν 85 ενήλικοι ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 που λάμβαναν μονοθεραπεία ή συνδυασμό δύο αντιδιαβητικών φαρμάκων. Αυτοί τυχαίοποιήθηκαν (αναλογία 1:1) στην ομάδα παρέμβασης (23 άνδρες, 20 γυναίκες), που έλαβε 10 mg δαπαγλιφλοζίνης, και στην ομάδα ελέγχου (21 άνδρες, 21 γυναίκες) που έλαβε εικονικό φάρμακο (placebo) για 12 εβδομάδες. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε 24ωρη ABPM με τη συσκευή Mobil-O-Graph NG στην έναρξη και στο τέλος της μελέτης. Οι στατιστικές δοκιμασίες πραγματοποιήθηκαν με την εφαρμογή της αρχής της «πρόθεσης για θεραπεία» (intention-to-treat).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών δεν διέφεραν μεταξύ των δύο ομάδων στην έναρξη της μελέτης (ηλικία: 61,7±6,7 vs 60,7±9,3, p=0,558). Η 24ωρη ΣΑΠ μειώθηκε σημαντικά στην ομάδα παρέμβασης (128,95±12,58 vs 123,93±11,79, p=0,001), αλλά παρέμεινε αμετάβλητη στην ομάδα ελέγχου (129,02±12,46 vs 128,81±13,57, p=0,875) κατά την παρακολούθηση. Η αντίστοιχη μεταβολή της 24ωρης ΣΑΠ κατά την παρακολούθηση ήταν μεγαλύτερη στην ομάδα παρέμβασης συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (-5,02±9,28 vs -0,21±8,79, p=0,016). Παρομοίως, η 24ωρη-ΔΑΠ μειώθηκε σημαντικά στην ομάδα παρέμβασης (77,30±7,26 vs 75,67±6,26, p=0,038) και ήταν αμετάβλητη στην ομάδα ελέγχου (78,88±8,58 vs 78,93±7,62, p=0,957). Η μείωση της 24ωρης πίεσης παλμού (pulse pressure) κατά την παρακολούθηση ήταν μεγαλύτερη στην ομάδα παρέμβασης συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (-3,28±6,65 vs -0,21±6,33, p=0,032), ενώ ο 24ωρος καρδιακός παλμός παρέμεινε αμετάβλητος και στις δύο ομάδες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η θεραπεία με δαπαγλιφλοζίνη μπορεί να παρέχει στατιστικά σημαντικές και κλινικά χρήσιμες μειώσεις στα επίπεδα της περιπατητικής ΑΠ σε ασθενείς με ΣΔ τύπου 2. Η χρήση της μπορεί να συμβάλει στον αποτελεσματικότερο έλεγχο της ΑΥ σε αυτόν τον πληθυσμό.

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΔΑΠΑΓΛΙΦΛΟΖΙΝΗΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗ ΑΟΡΤΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΣΚΛΗΡΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2: ΜΙΑ ΔΙΠΛΗ-ΤΥΦΛΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΟΚΙΜΗ

Ε. Παπαδοπούλου^{1,2}, Χ. Λουτράδης², Κ. Κώτσα³, Χ. Σαμπάνης¹, Γ. Τζατζάγου⁴, Α. Καρακόζογλου⁴, Τ. Διδάγγελος⁵, Μ. Θεοδωρακοπούλου², Ι. Μηνοπούλου², Α. Τσάπας⁶, Α. Καραγιάννης¹, Π. Σαραφίδης²

¹ Β' Προπαιδευτική Παθολογική, ΓΝ Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

² Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝ Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

³ Α' Παθολογική, ΠΓΝ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

⁴ Α' Παθολογική, ΓΝ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

⁵ Α' Προπαιδευτική Παθολογική, ΓΝ Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

⁶ Β' Παθολογική, ΓΝ Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αορτική αρτηριακή πίεση (ΑΠ) και οι δείκτες αρτηριακής σκληρίας σχετίζονται ανεξάρτητα με τα καρδιαγγειακά συμβάματα και τη θνησιμότητα σε ασθενείς με τύπου 2 σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ). Η θεραπεία με αναστολείς τύπου 2 του συμμεταφορέα νατρίου-γλυκόζης (SGLT-2) σχετίζεται με βελτίωση της επιβίωσης, αλλά η επίδρασή τους σε αυτές τις παραμέτρους δεν έχει αξιολογηθεί. Σκοπός της μελέτης είναι να εξετάσει, για πρώτη φορά, την επίδραση της δαπαγλιφλοζίνης στην περιπατητική αορτική ΑΠ και την αρτηριακή σκληρία σε ασθενείς με ΣΔ τύπου 2.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ – ΜΕΘΟΔΟΙ

Σε μια διπλή-τυφλή τυχαίοποιημένη κλινική δοκιμή (double-blind randomized clinical trial) συμπεριλήφθηκαν 85 ενήλικοι ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 που λάμβαναν μονοθεραπεία ή συνδυασμό δύο αντιδιαβητικών φαρμάκων. Αυτοί τυχαίοποιήθηκαν (αναλογία 1:1) στην ομάδα παρέμβασης (23 άνδρες, 20 γυναίκες), που έλαβε 10 mg δαπαγλιφλοζίνης, και στην ομάδα ελέγχου (21 άνδρες, 21 γυναίκες), που έλαβε εικονικό φάρμακο (placebo) για 12 εβδομάδες. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε 24ωρη ABPM με τη συσκευή Mobil-O-Graph NG στην έναρξη και στο τέλος της μελέτης. Οι στατιστικές δοκιμασίες πραγματοποιήθηκαν με την εφαρμογή της αρχής της «πρόδεσης για θεραπεία» (intention-to-treat).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών δεν διέφεραν μεταξύ των δύο ομάδων στην έναρξη της μελέτης (ηλικία: 61,7±6,7 vs 60,7±9,3, p=0,558). Η 24ωρη αορτική ΣΑΠ μειώθηκε στην ομάδα παρέμβασης και αυξήθηκε ελάχιστα στην ομάδα ελέγχου (-4,23±7,94 vs 0,64±7,66, p=0,037) κατά την παρακολούθηση. Τα επίπεδα της 24ωρης αορτικής ΔΑΠ μειώθηκαν μόνο στην ομάδα παρέμβασης (78,91±7,24 vs 77,19±6,51, p=0,036). Οι συγκρίσεις για τα επίπεδα της αορτικής πίεσης παλμού (PP) ήταν αντίστοιχες. Ο 24ωρος δείκτης ενίσχυσης σταδμισμένος για την καρδιακή συχνότητα [Aix(75)] μειώθηκε οριακά στην ομάδα παρέμβασης (24,51±7,77 vs 23,24±6,89, p=0,053), ενώ ήταν όμοιος στην ομάδα ελέγχου (26,31±6,97 vs 25,29±6,80, p=0,263) κατά την παρακολούθηση. Τέλος, στην ομάδα παρέμβασης παρατηρήθηκε μείωση της 24ωρης ταχύτητας σφυγμικού κύματος (PWV), ενώ στην ομάδα παρέμβαση παρέμεινε αμετάβλητη (-0,16±0,31 vs 0,03±0,27, p=0,004).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η θεραπεία με δαπαγλιφλοζίνη μπορεί να μειώσει αποτελεσματικά τα επίπεδα της περιπατητικής αορτικής ΣΑΠ και ΔΑΠ, καθώς και τα επίπεδα της PWV σε ασθενείς με ΣΔ τύπου 2. Η μείωση στις παραμέτρους αυτές πιθανόν να συμμετέχει ουσιαστικά στη βελτίωση της επιβίωσης που παρατηρείται με τη χρήση των αναστολέων SGLT-2.

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

- Sorsa T. 75
- Αγγέλης Ν. 81
Αγγελούδη Ε. 109
Αδαμίδου Λ. 72
Αθανασίου Λ. 71
Αλεξίου Δ. 77, 81
Αλεξίου Ζ. 97
Αναγνωστοπούλου Κ. 103
Αντωνοπούλου Β. 72
Ανυφαντάκης Α. 83, 102
Ανυφαντάκης Δ. 83
Ανυφαντή Π. 70
Αποστολάκη Β. 86
- Βασιλάκη Ν. 87, 100
Βεκιάρη Ε.-Αίν. 86
Βενάκη Ε. 96
Βενέτη Σ. 67
Βλαχοκώστα Ε. 77, 81
Βογιατζόγλου Ε. 101
Βούλγαρη Χ. 93
Βουρβαχάκη Μ. 68
- Γαβρά Π. 94
Γαβριηλάκη Ε. 70
Γανωτοπούλου Α. 94
Γερασίμου Μ. 89, 91
Γερογιάννη Μ. 108
Γεωργόπουλος Η. 94
Γιαλαμάς Ι. 87, 100
Γιαννουλάκη Π. 107
Γκαλιαγκούση Ε. 70
Γκόγκου Α. 95, 98
Γουγουρέλας Δ. 99
Γουρνή Μ. 84
Γρηγοριάδης Α. 75
Γρίβα Θ. 66
Γρίβου Κ. 69
Γρύλλου Ν. 102
- Δαλματζή Τ. 74
Δασενάκη Μ. 87, 100
Δημητριάδου Ε. 81
Δημοσθενόπουλος Χ. 93
Διδάγγελος Τ. 68, 67, 104, 107, 110
Διδαγγέλου Π. 68
Δούμα Σ. 70
Δούρλιου Β. 66
Δρανδάκη Μ. 95, 98
- Δρουγκάκη Μ. 87, 100
Δώνου Α. 101
- Ελ Ντέικ Ε. 88
Ευθυμιάδου Ρ. 93
- Ζαπουνίδου Α. 97
Ζήσης Χ. 77, 79, 81
Ζορμπάς Π. 77, 79, 81
Ζουμάκη Μ. 87, 100
Ζωγράφου Ι. 70, 109
- Ηλίας Ι. 96
- Θανοπούλου Α. 88
Θεοδωρακοπούλου Μ. 109, 110
Θυσιάδου Αικ. 72
- Ιωαννίδης Ι. 93
- Καγκελάρη Ε. 94
Κακουλίδης Ι. 96
Καλαντζή Σ. 101
Καμαράτος Α. 94, 103
Καμπουρέλη Αικ. 108
Κανάκης Ε. 67
Καραγιάννης Α. 109, 110
Καραγιαννίδου Δ. 69
Καραγκούνης Κ. 66
Καρακόζογλου Α. 110
Καραλάζου Π. 72
Καραλής Σ. 77, 81
Καρλάφη Ε. 104
Καρράς Σ. 72, 109
Κατσαβρία Αικ. 106
Κατσανικάκη Φ. 83
Κατσαούνου Μ. 105
Κατσιγιάννη Ι. 66
Κόκας Α. 101
Κοντάνα Α. 67
Κοντονίνας Ζ. 104, 107
Κορέλα Δ. 102
Κοσκοσάς Α. 67
Κοτζακιουλάφη Ε. 107
Κούκκου Ε. 96
Κουτσοβασίλης Α. 99, 106, 108
Κουτσουνάσιος Ι. 76
Κουφάκης Θ. 72
Κοφίτσα Κ. 77, 79
Κυριαζής Ι. 93
Κυριάκου Ι. 66

- Κυριάκου Φ. 88
Κώστογλου Ι. 71
Κώτσα Κ. 72, 109, 110
Λαναράς Λ. 105
Λέκκου Α. 96
Λέφας Η. 86
Λίλιος Χ. 66
Λιναρδή Α. 96
Λούπα Χ. 101
Λουτράδης Χ. 109, 110
Μαγγανάρη Ε. 66
Μαδεμπλής Χ. 79
Μαζιώτη Χ. 97
Μακέδου Κ. 72
Μακίνα-Κούση Α. 97
Μαμαλονκάκη Μ. 95, 98
Μανδαλάκη Ε. 102
Μαντζούκης Σ. 89, 91
Μαργαρίτη Ε. 104
Μαργαριτίδης Χ. 104, 107
Ματιάκης Α. 68
Μαυρίδου Ζ. 74
Μαυρομουστάκου Κ. 97
Μαυρουδέας Σ.Ε. 86
Μαχαίρα Κ. 66
Μαχαριιώτης Χ. 97
Μεϊμέτη Ε. 101
Μελιδώνης Α. 94, 103
Μέριμηγκας Φ. 95, 98
Μηνοπούλου Ι. 109, 110
Μιχαλάκη Ε. 86
Μίχου Α. 96
Μολλά Σ. 74
Μπάκας Α. 71
Μπεγκόλλι Ρ. 69
Μποτσακαριόβα Α. 69
Μπούλμπου Α. 66
Μπουρδάκης Α. 73, 76, 85
Μπούσμπουλας Σ. 99, 106
Μπρισιτιάνου Μ. 105
Μυλωνά Χ. 79
Μυλωνάς Δ. 67
Μυλωνάς Σ. 77, 79, 81
Νίκα Ν. 76
Νικολαΐδου Β. 70
Νικολαΐδου Φ. 71
Νούτσου Μ. 88
Ντούπης Ι. 93
Ξουργιά Ε. 103
Παπαγεωργίου Γ. 84
Παπαγιάννης Α. 68
Παπαδάκη Δ. 99, 106
Παπαδάτος Σ. 73, 85
Παπαδοπούλου Ε. 109, 110
Παπαζαφειροπούλου Α. 94, 103
Παπαντωνίου Σ. 103
Παπαφιλίππου Αικ. 97
Παππά Μ. 99, 108
Παππιάς Α. 102
Παππιάς Π. 71
Παρισίδης Γ. 74
Πατσουράκος Ν. 93
Παυλίδου Ο.Α. 71
Πέππας Θ. 99, 106, 108
Πέσχος Δ. 84
Πλέκη Σ. 69
Πολύζος Δ. 85
Πολυχρονόπουλος Γ. 67
Πρατήλας Ε. 105
Ρογδάκης Ε. 102
Ρόκκα Σ. 74
Σακελλάρη Δ. 75
Σακελλαρίου Α. 86
Σακκάς Δ. 86
Σαμπάνης Χ. 70, 109, 110
Σαραφίδης Π. 109, 110
Σεκεράκ Α. 87, 100
Σερέτη Αικ. 103
Σιάννη Α. 86
Σιόντη Β. 84
Σπανός Κ. 105
Σταματελάτου Μ. 87, 100
Σταμπέρνα Α. 77
Συμβουλάκης Ε. 83
Συντζανάκη Ε.-Κ. 95, 98
Σωτηρόπουλος Α. 99, 106, 108
Τερζή Α. 74
Τζατζάγου Γ. 109, 110
Τζέκα Α. 79
Τζιόμαλος Γ. 87, 100
Τζιόμαλος Κ. 104
Τριανταφύλλου Α. 70
Τρίκας Α. 86
Τρικκαλινού Αικ. 94, 103
Τσαβούσογλου Χ. 66
Τσακίρης Α. 108
Τσάπας Α. 109, 110
Τσιαγκλής Σ. 99, 106
Τσιρέκα Α. 102
Τσίτσιου Ν. 71
Τσοτουλίδης Σ. 69
Φαντάκης Α. 95, 98
Φαρδογιάννη Σ. 69
Φίλη Γ. 76, 85
Φουκαράκης Ε. 102
Χαραλάμπους Γ. 84
Χατζηαγγελάκη Ε. 93
Χατζητόλιος Α. 67, 68, 104, 107
Χουρδάκη Ε. 94
Χρηστίδης Π. 69
Ψαρρά Α. 69