



ΕΛΛΗΝΙΚΑ

ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΑ

ΧΡΟΝΙΚΑ

ΟΡΓΑΝΟ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ 35^{ου} ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΕΤΗΣΙΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ	249
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ	293

HELLENIC DIABETOLOGICAL CHRONICLES

Hellenic Association for the Study and Education of Diabetes Mellitus
Volume 33, Number 4, 2020

ISSN 1106-3270

ΤΟΜΟΣ 33 - ΤΕΥΧΟΣ 4 - 2020

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: <http://www.hasd.gr>

Εκτύπωση

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

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Διευθυντής Σύνταξης: Απόστολος Γ. Τσάπας

Ειδικοί Σύμβουλοι Σύνταξης

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., Καϊάφα Γ., Καλεβρόσσογλου Ι., Καμπαρούδης Α., Καραγιάννης Α., Καραμάνος Δ.,
Καραμήτσος Θ., Καρατζίδου Κ., Καρβούνης Χ., Κεφαλογιάννης Ν., Κίτα Μ., Κίτσιος Κ., Κώτσος Α.,
Λαζαρίδης Α., Λιακόπουλος Β., Μαρμόπουλος Α., Μελιδώνης Α., Μεταλλίδης Σ., Μούσλεχ Ζ.,
Μπαλατσούκας Δ., Μυγδάλης Η., Μωραλίδης Ε., Πάγκαλος Ε., Παζαΐτου-Παναγιώτου Κ.,
Παπαγιάννη Α., Παπανικολάου Β., Περιφάνης Δ., Πετίδης Κ., Πυρπασοπούλου Α., Σαββόπουλος Χ.,
Σάιλερ Ν., Σαραφίδης Π., Στάγκου Μ., Τζατζάγου Γ., Τζιόμαλος Κ., Τουλής Δ., Τούντας Χ.,
Τρακατέλλη Χ., Τσαταλάς Κ., Τσατσούλης Α., Τσιρουκίδου Κ., Χατζημιλιτιάδης Σ.,
Χατζητόλιος Α., Χρηστάκης Ι., Χριστάκη Ε., Ψαρρής Π.

Υπεύθυνος Τυπογραφείου

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

Γραφεία Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης και Εκπαίδευσης για τον Σακχαρώδη Διαβήτη,
Γ. Παπανδρέου 39, 546 36 – 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 εφαρμογών ιδεών που περιέχονται στις δημοσιεύσεις. Η έγκριση δημοσίευσης οποιασδήποτε μελέτης ή διαφημιστικού υλικού δεν σημαίνει αποδοχή των απόψεων του/της συγγραφέα ή της εταιρείας που διαφημίζει το προϊόν. Η ευθύνη αφορά στους/στις συγγραφείς ή στις 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

Website: <http://www.hasd.gr>

Printing by

UNIVERSITY STUDIO PRESS

32 Armenopoulou str., 546 35 – Thessaloniki, Greece, tel.: 2310 209 637 & 2310 209 837

Editor-in-Chief

Apostolos G. Tsapas

Special Editing Advisers

Anastasiadis K., Arsos G., Athyros V., Avramidis A., Balatsoukas D., Chatzimiltiadis S., Chatzitoliou A., Christaki E., Christakis I., Damianidis G., Daniilidis M., Deligiannis A., Dimitriadis Ch., Dimitriadis G., Douma S., Doumas 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., Kefalogiannis N., Kita M., Kitsios 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., Pyrpasopoulou A., Sailer N., Sarafidis P., Savopoulos Ch., Stangou M., Thanopoulou A., Toulis D., Tountas Ch., Trakatelli C., 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.

Hellenic Association for the Study and Education of Diabetes Mellitus Office,

39 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 (ΕΛ.Ε.Μ.Ε.Δ.)* 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 Δ.Σ. της ΕΛ.Ε.Μ.Ε.Δ. 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 περιπτώσεως, 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 παρουσιάζονται αποτελέσματα ερευνών με ιδιαίτερο ενδιαφέρον, 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 περιοδικού (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 γραμματισειρά του άρθρου πρέπει να είναι Calibri, το μέγεθος της γραμματισειράς δώδεκα (12) 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.) τα οποία 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 στατιστικά 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 διαρρέεται σε τμήματα με τις εξής επικεφαλίδες: *Εισαγωγή, Υλικό – Μέθοδοι, Αποτελέσματα και Συζήτηση*. Μεγάλα άρθρα θα χρειαστούν οπωσδήποτε να κατατιμηθούν 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 προτε-

ραιότητα για εργασία η οποία δεν έχει ακόμη ολοκληρωθεί. Κάντε νέες υποθέσεις, όταν δικαιολογούνται, αλλά χαρακτηρίστε τις έτσι σαφώς. Προτάσεις και εισηγήσεις, όταν κρίνεται απαραίτητο, μπορούν να περιληφθούν.

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

Περιορισμοί – μειονεκτήματα. Αναφερθείτε σε μειονεκτήματα που θεωρείτε ότι έχει η εργασία σας, π.χ., μικρός αριθμός ασθενών, ετερογενές υλικό, μικρή διάρκεια παρακολούθησης 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 – συμπεράσματα**.

Ανασκοπήσεις

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

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

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

Βιβλιογραφίες: Αριθμήστε τις βιβλιογραφικές παραπομπές διαδοχικά, με τη σειρά με την οποία αναφέρονται στο κείμενο. Χρησιμοποιήστε για τις βιβλιογραφίες 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 αριθμός της πρώτης αναφοράς.

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

Προσπαθήστε να αποφύγετε τη χρησιμοποίηση περιλήψεων (abstracts) ως βιβλιογραφικών παραπομπών.

«Αδημοσίευτες παρατηρήσεις» μπορεί να χρησιμοποιηθούν 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 επικοινωνία 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 περίπτωση 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 τελευταία σελίδα αναφέρεται συντετημημένα.

Άρθρα:

Τυπικό άρθρο περιοδικού (Γράψτε όλους τους συγγραφείς, 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. Electrogastrographic 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 preconditioning 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:

Weinstein L, Swartz MN. Pathogenic properties of invading microorganisms. 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 αναγράφεται 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 συ-

ντημίες 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 (να είναι γραμμένα στο κάτω μέρος) και όχι πάνω στις ίδιες τις εικόνες, και πρέπει να είναι γραμμένα 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.

Μην 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 35^{ου} ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΕΤΗΣΙΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

- Διερεύνηση κλινικών και γενετικών παραγόντων που προβλέπουν επιτυχή απάντηση στη λιραγλουτίδη σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2**
Α. ΚΥΡΙΑΚΙΔΟΥ, Α. ΚΥΡΙΑΖΟΥ, Θ. ΚΟΥΦΑΚΗΣ, Ι.Μ. ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΗ, Ι. ΑΒΡΑΜΙΔΗΣ,
Σ. ΜΠΑΛΤΑΓΙΑΝΝΗΣ, Δ. ΓΟΥΛΗΣ, Π.Κ. ΚΩΤΣΑ 251
-
- Σύγκριση των επιπέδων της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης σε διαβητικούς ψυχιατρικούς ασθενείς, πριν και κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19**
Μ.Ε. ΑΝΑΓΝΩΣΤΑΚΗ, Δ. ΤΑΜΠΑΚΗ, ΕΙΡ. ΚΟΥΡΑΜΠΠΕ, Ι. ΑΝΑΓΝΩΣΤΑΚΗ,
Γ.-ΕΙΡ. ΠΑΠΑΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΥ 252
-
- Οξειδωτικό στρες και βιοχημικοί δείκτες στον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2**
Μ. ΤΡΑΠΑΛΗ, Θ. ΜΑΥΡΟΓΙΑΝΝΗ, Δ. ΧΑΝΙΩΤΗΣ, Π. ΚΑΡΚΑΛΟΥΣΟΣ 253
-
- Συσχέτιση πολυμορφισμών των γονιδίων των υποδοχέων των ινκρετινικών ορμονών (GLP-1R και GIPR) με τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 σε ηλικιωμένο ελληνικό πληθυσμό**
Μ. ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΗ, Ξ. ΤΣΕΚΜΕΚΙΔΟΥ, Σ. ΠΙΤΣΙΑΒΑ, Θ. ΚΟΥΦΑΚΗΣ, Φ. ΤΣΕΤΣΟΣ,
Μ. ΓΕΩΡΓΙΤΣΗ, Ν. ΠΑΠΑΝΑΣ, Κ. ΚΩΤΣΑ 254
-
- Δυσρύθμιστος σακχαρώδης διαβήτης λόγω σπάνιας περίπτωσης ACTH-εξαρτωμένου συνδρόμου Cushing**
Σ. ΠΙΤΣΙΑΒΑ, Μ. ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΗ, Ε. ΜΕΛΙΔΟΥ, Γ. ΚΑΡΑΛΙΟΛΙΟΣ, Π. ΡΑΚΙΤΖΗ,
Θ. ΠΑΠΑΒΡΑΜΙΔΗΣ, Α. ΧΕΒΑ, Κ. ΚΩΤΣΑ 255
-
- Η επίδραση της βιταμίνης D στα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης ηλικιωμένων ατόμων με προδιαβήτη: Μια τυχαίοποιημένη κλινική δοκιμή**
Ε. ΖΑΡΟΜΥΤΙΔΟΥ, Θ. ΚΟΥΦΑΚΗΣ, Γ. ΔΗΜΑΚΟΠΟΥΛΟΣ, Δ. ΔΡΙΒΑΚΟΥ,
ΣΤ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ, Ι. ΙΑΚΩΒΟΥ, Α. ΓΚΟΤΖΑΜΑΝΗ-ΨΑΡΡΑΚΟΥ, Κ. ΚΩΤΣΑ 256
-
- Συνύπαρξη λοίμωξης από Clostridioides difficile και Salmonella spp σε διαβητικό ασθενή με IPMN παγκρέατος (Intraductal Papillary Mucinous Neoplasm)**
Π. ΚΑΤΣΕΛΗ, Κ. ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΥ, Μ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ, Μ. ΓΙΑΝΝΑΚΑΚΗ,
Ε. ΚΑΤΣΑΝΑΚΗ, Χ. ΣΑΠΟΥΝΑΣ, Α. ΜΑΚΙΝΑ, Ζ. ΑΛΕΞΙΟΥ 257
-
- Μελέτη της συσχέτισης της υπογλυκαιμίας με τη θνητότητα ασθενών με σήψη κατά τη νοσηλεία σε ΜΕΘ μέσω αναδρομικής μελέτης δεδομένων της καθημερινής κλινικής πρακτικής**
Γ. ΔΑΦΟΥΛΑΣ, Η. ΚΑΛΑΜΑΡΑΣ, Κ. ΒΟΤΗΣ, Α. ΜΠΑΡΓΙΩΤΑ 258
-
- Ιστολογικές αλλοιώσεις μαστών σε ινσουλινοθεραπευόμενες ασθενείς. Παρουσίαση περιστατικού κι ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.**
Ε.Ι. ΣΦΗΝΙΑΔΑΚΗ, Ι.Κ. ΣΦΗΝΙΑΔΑΚΗΣ, ΔΠ.Ι. ΣΦΗΝΙΑΔΑΚΗΣ, Δ.Ι. ΣΦΗΝΙΑΔΑΚΗ,
Δ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ-ΔΕΡΒΙΣΟΓΛΟΥ, Κ.Ι. ΣΦΗΝΙΑΔΑΚΗΣ 260
-
- Επιπολασμός συμμόρφωσης στον εμβολιασμό SARS-COV-2 σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2**
Ι. ΚΥΡΙΑΖΗΣ, Δ. ΣΤΕΦΑΝΗ, Κ. ΠΟΛΥΖΟΣ, Ε. ΠΟΥΛΙΟΥ, Κ. ΦΙΛΙΠΠΙΟΥ, Μ. ΟΙΚΟΝΟΜΙΔΗ,
ΣΤ. ΜΠΟΛΗ, Α. ΧΑΤΖΗΚΥΡΙΑΚΟΣ, Ν. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ, Ε. ΣΤΑΜΟΥ, Ε. ΚΑΛΑΦΑΤΗΣ 261
-

Εντοπισμός προδιαβήτη ή αδιάγνωστου διαβήτη στο οδοντιατρείο. Συσχετισμός με την περιοδοντική κατάσταση. Α. ΓΡΗΓΟΡΙΑΔΗΣ, Δ. ΣΑΚΕΛΛΑΡΗ, Ι.Τ. RÄISÄNEN, Ρ. PÄRNÄNEN, Τ. TERVAHARTIALA, Τ. SORSA	262
Μορφολογικές αλλοιώσεις σε ιστούς καρκινώματος παχέος εντέρου (CRC) ασθενών με και χωρίς σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔΤ2) ΣΤ. ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ, ΧΡ. ΜΠΑΛΗ, Ε. ΛΑΜΠΡΗ, Α. ΜΙΤΣΕΛΟΥ, Κ. ΚΑΤΣΑΝΟΣ, Α. ΜΠΟΥΡΔΑΚΗΣ, Β. ΓΑΛΑΝΗ	263
Εκτίμηση ενδοθηλιο-εξαρτώμενης από τη ροή αγγειοδιαστολής και ασύμμετρης διμεθυλαργινίνης σε ασθενείς με πρόσφατη διάγνωση σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 Β. ΝΙΚΟΛΑΪΔΟΥ, Π. ΑΝΥΦΑΝΤΗ, Α. ΛΑΖΑΡΙΔΗΣ, Ι. ΖΩΓΡΑΦΟΥ, Α. ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ, Μ. ΔΟΥΜΑΣ, ΣΤ. ΔΟΥΜΑ, Ε. ΓΚΑΛΙΑΓΚΟΥΣΗ	264
Οικογενειακές συγκρούσεις: μεταβλητή πρόβλεψη της συμμόρφωση στη θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 σε παιδιά και εφήβους Α. ΣΚΟΔΡΑ, Ι. ΚΑΣΙΜΗΣ, Α. ΚΑΤΣΙΜΠΕΛΗ, Α. ΚΑΣΙΔΟΥΛΗ, Β. ΜΑΤΖΙΟΥ, Π. ΠΕΡΔΙΚΑΡΗΣ	265
Συμμόρφωση στην προτεινόμενη φαρμακευτική αγωγή SGLT2-αναστολέων και GLP1 αναλόγων σε διαβητικούς ασθενείς ενός Διαβητολογικού Ιατρείου Γενικού Νοσοκομείου και ιατρείων πρωτοβάθμιας φροντίδας Ι. ΚΟΥΤΣΟΝΑΣΙΟΣ, Γ. ΦΙΛΗ, ΣΤ. ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ, Δ. ΜΠΟΥΡΔΑΚΗ, Α. ΜΠΟΥΡΔΑΚΗΣ	266
Το GDF-15 ως απόκριση στη λιπώδη νόσο του ήπατος και την απώλεια βάρους που προκαλείται μέσω θεραπείας με λιραγλουτίδη ή λορκασερίνη σε ανθρώπους με παχυσαρκία και διαβήτη τύπου 2 Ρ. CHRYSAFI, L.VALENZUELA-VALLEJO, CHR. MANTZOROS	267
Η συμβολή του Ιατρείου Λιπιδίων και Παχυσαρκίας του Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων στον λιπιδαιμικό έλεγχο ασθενών με ή χωρίς σακχαρώδη διαβήτη Α. ΜΠΟΥΡΔΑΚΗΣ, Γ. ΦΙΛΗ, Ι. ΚΟΥΤΣΟΝΑΣΙΟΣ, ΣΤ. ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ	268
Η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια της λιραγλουτίδης για την διαχείριση της παχυσαρκίας σε ασθενείς χωρίς σακχαρώδη διαβήτη. Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση. Θ. ΜΙΧΑΗΛΙΔΗΣ, Ι. ΑΥΓΕΡΙΝΟΣ, Π. ΑΝΥΦΑΝΤΗ, Κ. ΜΑΛΛΑΝΔΡΗΣ, Α. ΛΙΑΚΟΣ, Ε. ΜΠΕΚΙΑΡΗ, Α. ΤΣΑΠΑΣ	269
Οι αλλαγές στη διαιτητική πρόσληψη του ασπαρτικού οξέος κατά τη διάρκεια της διαλειμματικής νηστείας σχετίζονται με βελτίωση των επιπέδων γλυκόζης νηστείας Σ. ΚΑΡΡΑΣ, Θ. ΚΟΥΦΑΚΗΣ, Α. ΑΔΑΜΙΔΟΥ, Γ. ΔΗΜΑΚΟΠΟΥΛΟΣ, Ξ. ΤΣΕΚΜΕΚΙΔΟΥ, Γ. ΚΑΡΑΛΙΟΛΙΟΣ, Ε. ΜΕΛΙΔΟΥ, Κ. ΚΩΤΣΑ	270
Εφαρμογή προγράμματος μεταγευματικής άσκησης σε έγκυο με διαβήτη κύησης: Μελέτη περίπτωσης Τ. ΓΙΑΣΚΕΒΙΤΣ, Κ. ΧΡΥΣΑΝΘΟΠΟΥΛΟΣ, Χ. ΜΗΛΙΩΝΗΣ, Β. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ, Ε. ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΚΗ, Μ. ΜΑΡΙΔΑΚΗ, Α. ΦΙΛΙΠΠΟΥ, Ε. ΚΟΥΚΚΟΥ	271
Μεταβολικές, σωματομετρικές και λειτουργικές αποκρίσεις μετά από εβδομαδιαίο πρόγραμμα καθημερινής βάρδιας σε παχύσαρκους – Προκαταρκτικά δεδομένα Κ. ΧΡΥΣΑΝΘΟΠΟΥΛΟΣ, Κ. ΠΑΤΑΚΙΟΥΤΗΣ, Μ. ΧΩΡΙΑΝΟΠΟΥΛΟΥ, ΣΠ. ΧΑΤΖΗΣΠΥΡΟΥ, ΧΡ. ΑΣΒΕΣΤΗΣ, Ε. ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΚΗ, Θ. ΒΑΣΙΛΑΚΟΠΟΥΛΟΣ, Α. ΦΙΛΙΠΠΟΥ	272

Οι αντιφλεγμονώδεις δράσεις της συστηματικής άσκησης σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2: Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση Γ. ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗ, ΧΡ. ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ, Μ. ΒΑΡΔΑΣ, Ν. ΜΠΑΛΑΣΚΑΣ, Κ. ΑΝΤΩΝΟΠΟΥΛΟΣ, Δ. ΤΑΧΜΑΤΖΙΔΗΣ, Τ. ΔΙΔΑΓΓΕΛΟΣ, Ν. ΚΑΔΟΓΛΟΥ	273
Σύγκριση επίτευξης θεραπευτικών στόχων λιπιδαιμικού προφίλ σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη έναντι εκείνων άνευ Σ. ΑΧΛΑΔΙΑΝΑΚΗ, Ι. ΖΑΦΡΑΣ, Δ. ΣΑΡΙΔΗ, Ν. ΒΑΣΙΛΑΚΗ, Β. ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΣ, Α. ΤΣΑΡΙΤΣ, Μ. ΚΟΥΦΑΛΕΞΗ, Μ. ΣΤΑΜΑΤΕΛΑΤΟΥ	274
Παρουσίαση περιστατικού με διαβητικό έλκος άκρου ποδός Ι. ΚΑΡΥΟΦΥΛΛΗ-ΤΑΜΙΣΟΓΛΟΥ, Ι. ΜΠΕΛΛΟΥ, Γ. ΚΕΛΑΣΙΔΗΣ, Α. ΝΙΚΟΛΑΪΔΗΣ, Α. ΛΑΖΑΡΙΔΗΣ, ΓΛ. ΤΖΑΤΖΑΓΟΥ	275
Συσχέτιση του λόγου τριγλυκεριδίων/HDL με διάφορους καρδιομεταβολικούς παράγοντες κινδύνου σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 Σ. ΑΧΛΑΔΙΑΝΑΚΗ, Ι. ΖΑΦΡΑΣ, Ν. ΒΑΣΙΛΑΚΗ, Β. ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΣ, Δ. ΣΑΡΙΔΗ, Α. ΤΣΑΡΙΤΣ, Μ. ΚΟΥΦΑΛΕΞΗ, Μ. ΣΤΑΜΑΤΕΛΑΤΟΥ	276
Εκτίμηση της συμμόρφωσης στις διεθνείς διατροφικές συστάσεις για παιδιά και εφήβους με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 Ε. ΕΥΣΤΡΑΤΙΟΥ, Ε. ΣΑΚΕΛΛΑΡΗ, ΣΤ. ΓΚΙΖΑ, ΣΤ. ΝΤΟΥΜΑ, Α. ΓΑΛΛΗ-ΤΣΙΝΟΠΟΥΛΟΥ	277
Διατροφικά στοιχεία και συμπεριφορές παιδιών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 με αντλία ινσουλίνης. Συσχετίσεις με δημογραφικά, σωματομετρικά και στοιχεία γλυκαιμικού ελέγχου. Δ. ΜΑΥΡΙΔΟΥ, Κ. ΠΑΠΠΑ, Α. ΤΣΟΚΑ, Μ. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΟΥ, Α. ΧΡΙΣΤΟΦΟΡΙΔΗΣ	278
Μελέτη της επίδρασης των SGLT-2 αναστολέων στην ελαστικότητα του αρτηριακού τοιχώματος μέσω της μεταβολής της ταχύτητας του σφυγμικού κύματος (PWV) σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και καρδιακή ανεπάρκεια με διατηρημένο κλάσμα εξωθήσεως Α.Γ. ΜΑΡΑΘΩΝΙΤΗΣ, Ε. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, Γ. ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. ΜΑΡΑΘΩΝΙΤΗΣ, Δ. ΤΟΥΣΟΥΛΗΣ, Γ. ΣΙΑΣΟΣ, Ε. ΒΑΒΟΥΡΑΝΑΚΗΣ	279
Γλυκαιμικός έλεγχος στον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1: Σύγκριση ασθενών με εντατικοποιημένο σχήμα πολλαπλών ενέσεων ινσουλίνης (MDII) έναντι ασθενών που χρησιμοποιούν αντλία συνεχούς έγχυσης ινσουλίνης (CSII) Α. ΤΣΙΤΣΙΜΠΗΣ, Ε. ΧΕΡΟΛΙΑΔΗ, Ν. ΚΑΛΟΓΕΡΗΣ, Α. ΣΠΑΝΟΥ, Ζ. ΜΟΥΣΛΕΧ, Μ. ΣΩΜΑΛΗ, Γ. ΓΕΩΡΓΙΟΠΟΥΛΟΣ, Α. ΒΡΥΩΝΙΔΟΥ-ΜΠΙΟΜΠΟΤΑ	280
Τα βέλη τάσης ως εργαλείο στο GlucoMen Day CGM για τον ποσοτικό προσδιορισμό των δόσεων εφόδου ινσουλίνης σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 – Πρώιμα αποτελέσματα Γ. ΑΡΓΥΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ, ΣΤ. ΣΙΜΑΤΗ, Μ. ΡΑΥΤΟΠΟΥΛΟΥ, Ε. ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΚΗ, ΣΤ. ΛΙΑΤΗΣ	281
Πρωτοδιάγνωση σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 αυτοάνοσης αιτιολογίας σε έφηβο, επαγομένου από COVID-19 λοίμωξη Π. ΠΑΠΑΛΕΞΗΣ, Α. ΚΑΡΑΜΠΕΛΑ, Β. ΣΙΑΜΠΑΝΟΠΟΥΛΟΥ, Α. ΑΓΓΕΛΟΥΣΗ	282
Η επίδραση της τετράμηνης θεραπείας με ντουλαγλουτίδη ή εμπαγλιφλοζίνη σε δείκτες καρδιαγγειακής και ενδοθηλιακής λειτουργίας σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο Β. ΠΡΕΤΖΑ, Ι. ΟΙΚΟΝΟΜΙΔΗΣ, ΑΙΚ. ΚΟΥΝΤΟΥΡΗ, Κ. ΚΑΤΩΓΙΑΝΝΗΣ, Ε. ΚΟΡΑΚΑΣ, ΧΡ. ΖΟΜΠΟΛΑ, Γ. ΤΣΙΒΓΟΥΛΗΣ, Β. ΛΑΜΠΑΔΙΑΡΗ	283

Ο ρόλος των GLP1 στην ρύθμιση του ΣΔ2 και το όφελός τους στην καρδιακή ανεπάρκεια Κ. ΜΑΥΡΟΜΟΥΣΤΑΚΟΥ, Α. ΜΑΚΙΝΑ-ΚΟΥΣΗ, Β. ΓΙΑΝΝΑΡΗΣ, Μ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ, Ν. ΤΡΙΠΥΛΑ, Κ. ΦΟΥΝΤΟΥΛΑΚΗ, Ζ. ΑΛΕΞΙΟΥ	284
Προγνωστικά μοντέλα καρδιακής ανεπάρκειας σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2: Μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση Γ. ΚΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ, Ι. ΔΟΥΝΔΟΥΛΑΚΗΣ, Κ. ΤΟΥΛΗΣ, Θ. ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗΣ, Α. ΤΣΑΠΑΣ, Α.-ΜΠ. ΧΑΪΔΙΤΣ	286
Εκτίμηση της ηπατικής ίνωσης με τη χρήση του βιοδείκτη FIB-4 σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη έναντι εκείνων άνευ Ι. ΖΑΦΡΑΣ, Σ. ΑΧΛΑΔΙΑΝΑΚΗ, Δ. ΣΑΡΙΔΗ, Ν. ΒΑΣΙΛΑΚΗ, Β. ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΣ, Α. ΤΣΑΡΙΤΣ, Μ. ΚΟΥΦΑΛΕΞΗ, Μ. ΣΤΑΜΑΤΕΛΑΤΟΥ	287
Σακχαρώδης διαβήτης ως πρώτη εκδήλωση NET καρκινώματος νεφρού Α. ΜΑΚΙΝΑ-ΚΟΥΣΗ, Κ. ΜΑΥΡΟΜΟΥΣΤΑΚΟΥ, Μ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ, Γ. ΠΛΥΤΑΣ, Μ.-Ν. ΓΙΑΝΝΑΚΑΚΗ, Ζ. ΑΛΕΞΙΟΥ	288
Διερευνητική μελέτη σχετικά με γνώσεις διαχείρισης της νόσου του σακχαρώδη διαβήτη από γυναίκες εκπαιδευτικούς που εμφάνισαν σακχαρώδη διαβήτη κύησης Β. ΠΟΡΦΥΡΙΑΔΗΣ	289
Συσχέτιση τριγλυκεριδίων με διάφορους καρδιομεταβολικούς παράγοντες κινδύνου σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 Ι. ΖΑΦΡΑΣ, Σ. ΑΧΛΑΔΙΑΝΑΚΗ, Ν. ΒΑΣΙΛΑΚΗ, Β. ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΣ, Δ. ΣΑΡΙΔΗ, Α. ΤΣΑΡΙΤΣ, Μ. ΚΟΥΦΑΛΕΞΗ, Μ. ΣΤΑΜΑΤΕΛΑΤΟΥ	290
Η μελέτη της επίδρασης της πανδημίας COVID-19 στους παράγοντες κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου και στις επιπλοκές των διαβητικών συγκριτικά στην πρωτοβάθμια και στην δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας Α.Μ. ΓΕΩΡΓΙΑΔΟΥ, Χ. ΤΖΟΥΛΑΚΙΤΣΕ, Μ. ΜΑΥΡΙΔΟΥ, Α. ΜΠΟΤΣΚΑΡΙΟΒΑ, Ρ. ΜΠΙΕΓΚΟΛΛΙ, Ι. ΜΑΓΙΑΝΤΑ, Σ. ΔΟΝΟΥΣΗ, Σ. ΤΣΟΤΟΥΛΙΔΗΣ	291
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ	293

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

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, 9-12 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2022

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΓΕΝΕΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΠΡΟΒΛΕΠΟΥΝ
ΕΠΙΤΥΧΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΣΤΗ ΛΙΡΑΓΛΟΥΤΙΔΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**

**Α. Κυριακίδου¹, Α. Κυριάζου¹, Θ. Κουφάκης¹, Ι.Μ. Γραμματίκη¹, Ι. Αβραμίδης²,
Σ. Μπαλταγιάννης³, Δ. Γουλής⁴, Κ. Κώτσα¹**

¹Τμήμα Ενδοκρινολογίας και Μεταβολισμού – Διαβητολογικό Κέντρο,
Α΄ Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

²Διαβητολογικό Κέντρο, Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

³Εξωτερικό Ιατρείο Σακχαρώδη Διαβήτη, Γ.Ν. Καστοριάς

⁴Μονάδα Ενδοκρινολογίας Αναπαραγωγής, Α΄ Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να διερευνήσουμε πιθανή συσχέτιση του πολυμορφισμού rs7202877 (T>G) στο γονίδιο CTBR1/2 και της ανταπόκρισης στη θεραπεία με λιραγλουτιδίνη –αναφορικά τόσο με τη γλυκαιμική ρύθμιση όσο και με τη μείωση του σωματικού βάρους (ΣΒ)– σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Εξετάσαμε αναδρομικά τα αρχεία 116 ασθενών οι οποίοι ήταν σε θεραπεία με λιραγλουτιδίνη για τουλάχιστον 6 μήνες και για τους οποίους υπήρχαν διαθέσιμα δεδομένα για τη φορία του πολυμορφισμού. Ως καλή γλυκαιμική ανταπόκριση στη θεραπεία ορίστηκε: 1. Επίτευξη ή διατήρηση HbA_{1c} < 7% ή 2. Μείωση της HbA_{1c} > 1%. Καλή ανταπόκριση σε ό,τι αφορά τη μείωση του ΣΒ ορίστηκε η απώλεια > 3% αυτού. Τα δεδομένα αξιολογήθηκαν πριν την έναρξη της αγωγής με λιραγλουτιδίνη, στους 3 και 6 μήνες από την έναρξη της θεραπείας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η συχνότητα του ελάσσονος αλληλόμορφου βρέθηκε 16%. 81 (70%) και 77 (66%) ασθενείς ταξινομήθηκαν ως καλοί απαντητές σε ό,τι αφορά τη γλυκαιμία και το ΣΒ, αντίστοιχα. Παρατηρήθηκε μία μη σημαντική τάση για καλύτερη ανταπόκριση στη λιραγλουτιδίνη των φορέων του πολυμορφισμού σε ό,τι αφορά τη γλυκαιμία (OR: 1,25, 95% CI: 0,4, 3,8, P=0,69) και το ΣΒ (OR: 1,12, 95% CI: 0,4, 3,2, P=0,84). Υψηλότερη HbA_{1c} (OR: 1,45, 95% CI: 1,05, 2,1, P=0,048) και χαμηλότερο ΣΒ (OR: 0,97, 95% CI: 0,94, 0,99, P=0,011) κατά την έναρξη της θεραπείας συσχετίστηκαν με καλύτερη γλυκαιμική ανταπόκριση στη λιραγλουτιδίνη. Αντίθετα, το υψηλότερο ΣΒ σχετίστηκε με χειρότερη ανταπόκριση στην απώλεια βάρους (OR: 0,97, 95% CI: 0,95, 0,99, P=0,027).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα ευρήματά μας δεν υποστηρίζουν σημαντικό ρόλο του πολυμορφισμού CTBR1/2 rs7202877 στην ανταπόκριση στην αγωγή με λιραγλουτιδίνη. Ωστόσο, συγκεκριμένα χαρακτηριστικά των ασθενών κατά την έναρξη της θεραπείας μπορούν να αποτελέσουν προβλεπτικούς δείκτες για τη μελλοντική ανταπόκριση σε ό,τι αφορά τη μείωση της γλυκαιμίας και την απώλεια ΣΒ.

**ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΗΣ ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΜΕΝΗΣ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ
ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ, ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ
ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19**

**Μ.Ε. Αναγνωστάκη, Δ. Ταμπάκη, Ειρ. Κουραμπιέ,
Ι. Αναγνωστάκη, Γ.-Ειρ. Παπασπυροπούλου**

Παθολογική Κλινική, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η τρέχουσα πανδημία SARS Covid-19 επηρέασε αρνητικά την πρωτοβάθμια περίθαλψη και τις παρεχόμενες υπηρεσίες των συστημάτων υγείας σε χρονίως πάσχοντες ασθενείς, όπως οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη.

ΣΚΟΠΟΣ

Η σύγκριση της γλυκαιμικής ρύθμισης όπως αυτή καταδεικνύεται από τα επίπεδα της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης HbA1c % σε ψυχιατρικούς ασθενείς που παρακολουθούνται στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής πριν την πανδημία (9/2018 – 2/2020) και κατά την εξέλιξή της (3/2020 – 2/2022).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Η μελέτη έγινε αναδρομικά και περιέλαβε 543 διαβητικούς ασθενείς που εξετάστηκαν στα Εξωτερικά Ιατρεία κατά τα προαναφερόμενα χρονικά διαστήματα. Τα επίπεδα της HbA1c % μετρώταν στο περιφερικό αίμα και υπολογιζόταν ο μέσος όρος τουλάχιστον δύο μετρήσεων για κάθε ασθενή. Η στατιστική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για να συγκριθεί η μέση τιμή της HbA1c % ήταν το paired t-test και το επίπεδο σημαντικότητας το $p < 0,05$.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο μέσος όρος των μέσων τιμών της HbA1c % πριν την πανδημία ήταν 7,22% ενώ (sd 6,6-7,9) ενώ κατά την περίοδο της πανδημίας ήταν 8,56% (sd 7,1-9,9). Το t score υπολογίστηκε 3,3 με επίπεδο σημαντικότητας $p = 0,0165$ ($p < 0,05$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα μελέτη διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική αύξηση της HbA1c % των διαβητικών ασθενών του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου την τελευταία διατροφή, γεγονός που υποδεικνύει επιδείνωση της γλυκαιμικής ρύθμισης της συγκεκριμένης ομάδας ασθενών. Αξίζει να σημειωθεί ότι 24 από τους 543 (4,4%) παρέλειψαν προγραμματισμένη επίσκεψη στην παρακολούθησή τους, ενώ η μεγαλύτερη διακύμανση στις τιμές της HbA1c % κατά το δεύτερο χρονικό διάστημα υποδεικνύει τον ποικίλο τρόπο που επέδρασε η πανδημία στη συμπεριφορά ψυχιατρικών ασθενών.

ΟΞΕΙΔΩΤΙΚΟ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΒΙΟΧΗΜΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΣΤΟΝ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Μ. Τράπαλη, Θ. Μαυρογιάννη, Δ. Χανιώτης, Π. Καρκαλούσος

Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών, Τομέας Ιατρικών Εργαστηρίων,
Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αιγάλεω, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πολλές επιπλοκές του ΣΔτ2, συμπεριλαμβανομένης της αμφιβληστροειδοπάθειας και της νεφρικής ανεπάρκειας, έχουν συσχετιστεί με τον μεταβολισμό της γλυκόζης και των τριγλυκεριδίων. Η υπεργλυκαιμία προκαλεί οξειδωτικό στρες κυρίως λόγω της ενισχυμένης παραγωγής μιτοχονδριακών δραστικών ειδών οξυγόνου ROS, της μη ενζυματικής γλυκοζυλίωσης πρωτεϊνών και της αυτοοξειδωσης γλυκόζης. Τα αυξημένα επίπεδα ελεύθερων λιπαρών οξέων μπορούν να συμβάλλουν στο οξειδωτικό στρες προάγοντας τη μιτοχονδριακή οξείδωση. Επιπλέον το οξειδωτικό στρες που προκαλείται από την υπεργλυκαιμία και τα ελεύθερα λιπαρά οξέα οδηγεί στην ενεργοποίηση οδών σηματοδότησης ευαίσθητων στο στρες, που επιδεινώνουν τόσο την έκκριση όσο και τη δράση της ινσουλίνης και προάγουν την ανάπτυξη ΣΔτ2.

ΣΚΟΠΟΣ

Η παρούσα μελέτη, έχει ως σκοπό την πιθανή συσχέτιση της γλυκόζης Glu, χοληστερόλης Chol, HDL-Chol, LDL-Chol, τριγλυκεριδίων TG, ουρικού οξέος UA πλάσματος και της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης HbA1c με τα επίπεδα οξειδωμένων λιπιδίων σε πλάσμα και σε αιμόλυμα ερυθρών, διαβητικών και φυσιολογικών ασθενών (ΕΗΔΕ 8-11-2021).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Στη μελέτη συμμετείχαν 30 εθελοντές με ΣΔτ2 με επίπεδα Glu πλάσματος > 125 mg% και HbA1c > 7,0% και 30 φυσιολογικοί εθελοντές που αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου. Η οξειδωτική φθορά προσδιορίστηκε με τη μέθοδο του δειοβαρβιτουρικού οξέος TBA. Ο προσδιορισμός μετρά φωτομετρικά τη μηλονική διαλδεϋδη MDA που περιέχεται στο δείγμα, καθώς και την MDA που δημιουργείται από τις λιπιδικές υδροπεροξειδάσες κάτω από τις υδρολυτικές συνθήκες της αντίδρασης. Οι προσδιορισμοί Glu, HDL-Chol, LDL-Chol, TG, UA και HbA1c πραγματοποιήθηκαν σε βιοχημικό αναλυτή.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην ομάδα ελέγχου, τα επίπεδα Glu ήταν 84 ± 8 mg%, TG 78 ± 28 mg%, HDL 57 ± 8 mg%, LDL 115 ± 27 mg%, UA $5,6 \pm 1,5$ mg%, HbA1c $5,4 \pm 0,2\%$, TBA πλάσματος $0,023 \pm 0,013$ μmol/L και TBA αιμόλυματος $0,017 \pm 0,005$ μmol/L. Στην ομάδα των διαβητικών ασθενών, τα επίπεδα Glu ήταν 152 ± 25 mg%, TG 185 ± 50 mg%, HDL 40 ± 10 mg%, LDL 100 ± 40 mg%, UA $6,1 \pm 1,5$ mg%, HbA1c $7,8 \pm 0,2\%$, TBA πλάσματος $0,112 \pm 0,043$ μmol/L και TBA αιμόλυματος $0,015 \pm 0,005$ μmol/L. Τα επίπεδα TBA στην ομάδα ελέγχου ήταν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερα από τα αντίστοιχα στην ομάδα των διαβητικών ασθενών. Στην ομάδα των διαβητικών ασθενών βρέθηκε θετική συσχέτιση Glu-HbA1c ($r=0,889$, p -value<0,001), LDL-Chol ($r=0,686$, p -value=0,01), LDL – HDL ($r=0,649$, p -value=0,016), TG-Glu ($r=0,548$, p -value=0,042), TBA πλάσματος-HbA1c ($r=0,549$, p -value=0,023), TBA πλάσματος – Glu ($r=0,593$, p -value<0,001) και αρνητική συσχέτιση HDL-TG ($r=-0,684$, p -value=0,01), LDL-TG ($r=-0,72$, p -value=0,006). Στην ομάδα ελέγχου βρέθηκε θετική συσχέτιση LDL-Chol ($r=0,964$, p -value<0,001) και TBA αιμόλυματος – TG ($r=0,773$, p -value=0,009).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα μελέτη στον ελληνικό πληθυσμό έδειξε αυξημένα επίπεδα TBA στην ομάδα με ΣΔτ2 και θετική συσχέτιση με τα επίπεδα Glu και HbA1c. Περαιτέρω συσχέτιση με άλλους δείκτες (ινσουλίνη) θα ολοκλήρωνε τη μελέτη.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΩΝ ΤΩΝ ΓΟΝΙΔΙΩΝ ΤΩΝ ΥΠΟΔΟΧΕΩΝ ΤΩΝ ΙΝΚΡΕΤΙΝΙΚΩΝ ΟΡΜΟΝΩΝ (GLP-1R ΚΑΙ GIPR) ΜΕ ΤΟΝ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Μ. Γραμματίκη¹, Ξ. Τσεκμεκίδου¹, Σ. Πιτσιάβα¹, Θ. Κουφάκης¹, Φ. Τσέτσος², Μ. Γεωργίτση², Ν. Παπάνας³, Κ. Κώτσα¹

¹ Τμήμα Ενδοκρινολογίας και Μεταβολισμού, Διαβητολογικό Κέντρο, Α΄ Παθολογική Κλινική Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

² Τμήμα Μοριακής Βιολογίας και Γενετικής, ΔΠΘ, Αλεξανδρούπολη

³ Διαβητολογικό Κέντρο, Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΔΠΘ, Αλεξανδρούπολη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ενσωμάτωση του γενετικού κινδύνου στους ήδη γνωστούς παράγοντες κινδύνου εμφάνισης ΣΔΤ2 μπορεί να βελτιώσει την ανίχνευση, την έγκαιρη διάγνωση αλλά και την εξατομικευμένη θεραπευτική προσέγγιση των ασθενών αυτών. Μελέτες συσχέτισης σε επίπεδο γονιδιώματος έχουν αρχίσει να οριοθετούν τη γενετική αρχιτεκτονική του ΣΔΤ2. Τα σχετιζόμενα με τις ινκρετινικές ορμόνες γονίδια αποτελούν αντικείμενο ευρείας έρευνας.

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της μελέτης είναι η αναγνώριση συγκεκριμένων μονονουκλεοτιδικών πολυμορφισμών (SNPs) των γονιδίων των υποδοχέων των ινκρετινικών ορμονών που θα μπορούσαν να διαδραματίζουν προδιαθεσικό ή προστατευτικό ρόλο στην εκδήλωση ΣΔΤ2.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ

Ο πληθυσμός της μελέτης αποτελείται από 1.285 συμμετέχοντες ηλικίας άνω των 65 ετών, 716 ασθενείς με ΣΔΤ2 και 569 άτομα στην ομάδα ελέγχου (απουσία διαγνωσμένου ΣΔ και HbA1c<6,5% και FPG<126 mg/dl). Έγινε καταγραφή των σωματομετρικών χαρακτηριστικών και προσδιορισμός βιοχημικών παραμέτρων. Απομονώθηκε γενετικό υλικό από ολικό αίμα. Η γονοτύπηση έγινε σε αναλυτή της Illumina Infinium PsychArray. Έγινε επιλογή πολυμορφισμών των γονιδίων των υποδοχέων των ινκρετινικών ορμονών, GLP-1R και GIPR. Ακολούθησε στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων με τα στατιστικά πακέτα SPSS και PLINK. Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος ανάλυσης με μετάθεση η οποία αποτελεί μέθοδο αναφοράς σε γενετικές μελέτες (permutation analysis test). Οι τιμές p<0,05 θεωρήθηκαν σημαντικές.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στον πληθυσμό της μελέτης υπάρχει σαφής αριθμητική υπεροχή των δηλέων. 52,2% της ομάδας των ασθενών και 61,8% της ομάδας ελέγχου ήταν γυναίκες. Μέση χρονική διάρκεια ΣΔΤ2 ήταν τα 14,39±9,29 έτη. Συνολικά μελετήθηκαν 19 γενετικοί τόποι σε 2 διαφορετικά γονίδια (14 γενετικοί τόποι στο γονίδιο GLP-1R και 4 γενετικοί τόποι στο γονίδιο GIPR). Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων της γονοτύπησης ανέδειξε συσχέτιση του πολυμορφισμού rs2143734 (OR=0,824, p=0,017) του γονιδίου GLP-1R με τον ΣΔΤ2.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής αναδεικνύουν έναν πιθανό προστατευτικό ρόλο του γονιδίου GLP-1R στην παθογένεια του ΣΔΤ2. Υπογραμμίζουν την ανάγκη για περαιτέρω έρευνα προς την κατεύθυνση αυτή, αφενός για να επιβεβαιωθούν τα αποτελέσματα σε μεγαλύτερους πληθυσμούς και να διερευνηθούν οι πιθανοί αιτιολογικοί μηχανισμοί που διέπουν τη συσχέτιση αυτή και αφετέρου για την αναγνώριση περισσότερων γενετικών πολυμορφισμών που σχετίζονται με το σύστημα των ινκρετινικών ορμονών, έτσι ώστε να ολοκληρωθεί η χαρτογράφηση της γενετικής του ΣΔΤ2.

ΔΥΣΡΥΘΜΙΣΤΟΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΛΟΓΩ ΣΠΑΝΙΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ACTH-ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ CUSHING

Σ. Πιτσιάβα¹, Μ. Γραμματική¹, Ε. Μελίδου¹, Γ. Καραλιόλιος¹, Π. Ρακιτζή¹,
Θ. Παπαβραμίδης², Α. Χέβα³, Κ. Κώτσα¹

¹ Τμήμα Ενδοκρινολογίας-Μεταβολισμού, Α΄ Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

² Α΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

³ Εργαστήριο Γενικής Παθολογίας & Παθολογικής Ανατομικής ΑΠΘ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΣΚΟΠΟΣ

Παρουσίαση κλινικής περίπτωσης δυσρύθμιστου ΣΔ λόγω εκσεσημασμένης υπερκορτιζολαιμίας από έκτοπη παραγωγή ACTH που εκδηλώθηκε με σοβαρές καρδιαγγειακές επιπλοκές.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Άνδρας ηλικίας 45 ετών, κατά τη διάρκεια διερεύνησης τυχαιώματος επινεφριδίου, διακομίστηκε στη στεφανιαία μονάδα λόγω OEM και καρδιογενούς shock (u/s καρδιάς EF: 20%-25%). Πρόκειται για ασθενή με ατομικό ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και πρόσφατη διάγνωση δυσρύθμιστου ΣΔΤ2 υπό αγωγή με μετφορμίνη, λιραγλουτίδη και βασική ινσουλίνη.

Ο ασθενής εμφάνιζε πανσεληνοειδές προσώπιο, κεντρική κατανομή λίπους, μυϊκή αδυναμία και αδυναμία έγερσης από βαθύ κάδισμα. Στον αρχικό εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε υπεργλυκαιμία (Glu: 341 mg/dl και HbA1c: 12,9%), υποκαλαιμία (K: 2,7 mEq/l), υπερκορτιζολαιμία [κορτιζόλη ορού: 823 nmol/l (ΦΤ: 171-536 nmol/l), κορτιζόλη ούρων 24ώρου: 1.529 nmol/l] και αυξημένη τιμή ACTH: 88,5 pg/ml (ΦΤ: 10-60 pg/ml). Η δοκιμασία overnight καταστολής με 1mg δεξαμεθαζόνης ήταν παθολογική. Η βασική τιμή της ACTH, η απουσία overnight καταστολής της κορτιζόλης με 8 mg δεξαμεθαζόνης, η φυσιολογική απεικόνιση της υπόφυσης σε MRI και το αποτέλεσμα του εκλεκτικού καθετηριασμού λιθοειδών κόλπων που ακολούθησαν, επιβεβαίωσαν τη διάγνωση του συνδρόμου Cushing λόγω έκτοπης παραγωγής ACTH. Για την εντόπιση της έκτοπης εστίας παραγωγής ACTH διενεργήθηκε πλήρης απεικονιστικός έλεγχος. Η CT επινεφριδίων ανέδειξε οζόμορφη πάχυνση των σκελών και των 2 επινεφριδίων, με προέχοντα όζο AP επινεφριδίου (21×25 mm). Στο PET/CT με F-FDG απεικονίστηκαν υπερμεταβολικές οζόμορφες βλάβες επινεφριδίων αμφοτερόπλευρα (SUVmax 7,4 δεξιά και 4,9 αριστερά), εντονότερα όμως ΔΕ. Ακολούθησε εκλεκτικός καθετηριασμός επινεφριδιακών φλεβών με διέγερση με CRH και ταυτόχρονη λήψη ACTH, κορτιζόλης και αλδοστερόνης που έδειξε υπερέκκριση κορτιζόλης και αλδοστερόνης από το AP επινεφρίδιο. Εν αναμονή χειρουργικής επέμβασης αποφασίστηκε θεραπεία με φλουκοναζόλη 100 mg/d με σταδιακή τιτλοποίηση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ανταπόκριση του ασθενούς στη φλουκοναζόλη ήταν άμεση με επάνοδο στα φυσιολογικά των επιπέδων κορτιζόλης και άριστη ρύθμιση του ΣΔΤ2. Έξι μήνες μετά και ενώ οι τιμές της κορτιζόλης ορού μειώθηκαν σημαντικά επαναλήφθηκε απεικονιστικός έλεγχος των επινεφριδίων. Η MRI ανέδειξε μείωση του μεγέθους των βλαβών στο ΔΕ επινεφρίδιο, ενώ τα ευρήματα στο AP επινεφρίδιο δεν είχαν μεταβληθεί. Ο επανέλεγχος με PET/CT έδειξε πλήρη ΔΕ και μερική AP μεταβολική ύφεση των υπερμεταβολικών οζόμορφων βλαβών. Ωστόσο, παρέμενε αυξημένη η τιμή κορτιζόλης ούρων 24ώρου (1.837 nmol/l). Ο ασθενής υποβλήθηκε σε AP επινεφριδεκτομή. Τα ευρήματα της βιοψίας ήταν συμβατά με οζώδη υπερπλασία επινεφριδίων.

Δύο χρόνια μετά, ο ασθενής παραμένει ευγλυκαιμικός και τα επίπεδα κορτιζόλης ορού και ούρων παραμένουν εντός φυσιολογικών ορίων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο δευτεροπαθής ΣΔ λόγω έκτοπης παραγωγής ACTH είναι σπάνιος. Θεραπευτικές επιλογές, όπως η φλουκοναζόλη, και λιγότερο επιθετικές χειρουργικές επεμβάσεις, όπως η ετερόπλευρη επινεφριδεκτομή, μπορούν να βοηθήσουν στη διαχείριση της νόσου και στη ρύθμιση της γλυκαιμίας.

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΗ: ΜΙΑ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΟΚΙΜΗ

Ε. Ζαρομυτίδου¹, Θ. Κουφάκης², Γ. Δημακόπουλος³, Δ. Δριβάκου², Στ. Κωνσταντινίδου⁴, Ι. Ιακώβου⁵, Α. Γκοτζαμάνη-Ψαρράκου⁶, Κ. Κώτσα²

¹ Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

² Τμήμα Ενδοκρινολογίας και Μεταβολισμού – Διαβητολογικό Κέντρο, Α' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

³ BIOSTATS, Ιωάννινα

⁴ Α.Ν. Θεαγένειο, Θεσσαλονίκη

⁵ Β' Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής ΑΠΘ, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

⁶ Τμήμα Ιατρικής ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ

Οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά άγχους και κατάθλιψης, πτωχή συμμόρφωση στη φαρμακοθεραπεία και είναι επιρρεπείς σε ανεπιθύμητες ενέργειες. Είναι συνεπώς σημαντικό να αναπτυχθούν ασφαλείς και αποτελεσματικές παρεμβάσεις για τη μείωση του φορτίου των διαταραχών της διάθεσης σε αυτόν τον πληθυσμό. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί την επίδραση της χορήγησης βιταμίνης D στα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης ηλικιωμένων ατόμων με προδιαβήτη.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Οι συμμετέχοντες τυχαιοποιήθηκαν να λάβουν 25.000 IU βιταμίνης D σε εβδομαδιαία βάση (n=45, μέση ηλικία 73,10±7,16 έτη) ή τίποτα (n=45, μέση ηλικία 74,03 ± 7,64 έτη) επιπροσθέτως των υγιεινοδιαιτητικών μέτρων. Τα ερωτηματολόγια STAI-T/STAI-S και PHQ-9 χρησιμοποιήθηκαν για να αξιολογήσουν τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης αντίστοιχα, πριν τη χορήγηση της βιταμίνης D και στους 6 και 12 μήνες από την έναρξή της. Υψηλότερες τιμές αυτών των ερωτηματολογίων εκφράζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι δύο ομάδες βρέθηκαν να έχουν αντίστοιχα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης κατά την έναρξη της μελέτης. Ωστόσο, η μέση τιμή του STAI-T τόσο στους 6 όσο και στους 12 μήνες βρέθηκε σημαντικά χαμηλότερη στην ομάδα της βιταμίνης D συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (38,02 ± 9,03 vs 43,91 ± 7,18, p=0,003 και 32,35 ± 7,77 vs 44,97 ± 7,78, p<0,001, αντίστοιχα). Παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα και για την τιμή του STAI-S στους 6 και 12 μήνες (37,11 ± 7,88 vs 43,20 ± 9,33, p=0,003 και 32,59 ± 6,45 vs 44,60 ± 9,53, p<0,001, αντίστοιχα). Η ομάδα παρέμβασης παρουσίασε επίσης μικρότερη μέση τιμή του PHQ-9 στους 6 και 12 μήνες σε σχέση με την ομάδα που δεν έλαβε βιταμίνη D (15,69 ± 6,15 vs 19,77 ± 8,96, p=0,021 και 13,52 ± 5,01 vs 20,20 ± 8,67, p<0,001, αντίστοιχα).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σε έναν πληθυσμό σε υψηλό κίνδυνο για την ανάπτυξη διαταραχών της διάθεσης όπως τα ηλικιωμένα άτομα με προδιαβήτη, η βιταμίνη D αποδείχθηκε μία αποτελεσματική και ασφαλής παρέμβαση για τη μείωση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης. Περαιτέρω μελέτες απαιτούνται για να αποσαφηνίσουν τους σχετικούς μηχανισμούς.

**ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ CLOSTRIDIoidES DIFFICILE ΚΑΙ
SALMONELLA SPP ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ IPMN ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ
(INTRADUCTAL PAPILLARY MUCINOUS NEOPLASM)**

Π. Κατσέλη, Κ. Ηλιοπούλου, Μ. Παπαδοπούλου, Μ. Γιαννακάκη, Ε. Κατσανάκη,
Χ. Σαπουνάς, Α. Μακίνα, Ζ. Αλεξίου

Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. «Θριάσιο», Ελευσίνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η λοίμωξη από *Clostridioides difficile* και η λοίμωξη από *Salmonella* (non Typhoidal) έχουν παρόμοιες κλινικές εκδηλώσεις και σπάνια εμφανίζονται ταυτόχρονα. Η λήψη αποφάσεων όσον αφορά την αντιβιοτική θεραπεία είναι δύσκολη όταν και τα δυο παθογόνα βακτηρίδια απομονώνονται στον ίδιο ασθενή. Αν και η *Salmonella* δεν αποτελεί παράγοντα κινδύνου για λοίμωξη από *Clostridioides difficile*, μπορεί να προκαλέσει αλλοιώσεις στην σύσταση της μικροβιακής χλωρίδας του εντέρου και ως εκ τούτου να προκληθεί φλεγμονή. Στη σαλμονέλλωση η χρήση αντιβιοτικών δεν ενδείκνυται εκτός αν υπάρχει αυξημένος κίνδυνος σοβαρής νόσου όπως σε ηλικιωμένους και ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς.

ΣΚΟΠΟΣ

Παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς με ιστορικό πρόσφατης ολικής παγκρεατεκτομής μετά σπληνεκτομής λόγω δηλώδους βλεννώδους νεοπλάσματος παγκρέατος (IPMN) με ταυτόχρονη λοίμωξη από *Clostridioides difficile* και *Salmonella Spp*.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Ασθενής 70 ετών προσεκομίσθη λόγω διαρροϊκών κενώσεων, κοιλιακού άλγους, ναυτίας και υπεργλυκαιμίας από πενθημέρου. Ατομικό αναμνηστικό: στεφανιαία νόσος, σακχαρώδης διαβήτης(2), δυσλιπιδαιμία, χειρουργηθέν IPMN παγκρέατος. Ζωτικά σημεία: ΑΠ: 120/80 mmHg, Σφ: 80/λεπτό, SpO₂: 98%, Θ: 36,8°C. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε άλγος αριστερής πλάγιας κοιλίας με αυξημένους εντερικούς ήχους. Κατά την ακρόαση της καρδιάς και των πνευμόνων καθώς και τον έλεγχο της κοιλίας δεν προέκυψαν παθολογικά ευρήματα. Άμεσα εστάλη γενική, καλλιέργεια, μικροσκοπική και παρασιτολογική εξέταση κοπράνων καθώς και έλεγχος για ανίχνευση αντιγόνου και τοξινών A,B για *Clostridioides difficile* (θετικός). Από την καλλιέργεια κοπράνων απομονώθηκε *Salmonella Spp*. Εργαστηριακός έλεγχος: WBCs: 6,6 k/μL, CRP: 360 mg/dl, TKE: 20 mm, Ινωδογόνο: 620 mg/dl, Glu: 280 mg/dl, Cr: 1,5 mg/dl, Urea: 105 mg/dl, HbA_{1c}: 9%.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο ασθενής ετέθη σε αντιμικροβιακή αγωγή με σιπροφλοξασίνη, μετρονιδαζόλη, βανκομυκίνη από του στόματος και ενδοφλέβια ενυδάτωση με κρυσταλλοειδή. Άμεσα παρουσίασε βελτίωση της κλινικής του εικόνας με σταδιακή ύφεση των διαρροϊκών κενώσεων, πτώση των δεικτών φλεγμονής και βελτίωση του γλυκαιμικού ελέγχου με την εφαρμοζόμενη ινσουλινοθεραπεία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η λοίμωξη από *Clostridioides difficile* προκαλεί σχεδόν 500.000 λοιμώξεις ετησίως παγκοσμίως, σχετίζεται συνήθως με πρόσφατη νοσηλεία, πολλαπλές συννοσηρότητες, χρήση αναστολέων γαστρικού οξέος, ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου και πλέον είναι συχνή και στην κοινότητα. Η *Salmonella* είναι ένα συχνό νόσημα που μεταδίδεται συνήθως με την κατανάλωση μολυσμένων τροφών. Και στις δύο περιπτώσεις οι ηλικιωμένοι και τα ανοσοκατεσταλμένα άτομα είναι πιθανότερο να εμφανίσουν πιο έντονη συμπτωματολογία σε σχέση με έναν ανοσοεπαρκή ξενιστή. Η λήψη αποφάσεων όσον αφορά την αντιβιοτική θεραπεία γίνεται δύσκολη όταν και τα δύο παθογόνα απομονώνονται από τον ίδιο ασθενή. Η υγιεινή των χεριών φαίνεται να είναι ο ακρογωνιαίος λίθος για τη μείωση της μετάδοσης των βακτηριδίων και φυσικά η αποφυγή κατανάλωσης ωμών ή ατελώς μαγειρεμένων τροφών.

**ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΤΗΣ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ
ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΗΨΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ Μ.Ε.Θ., ΜΕΣΩ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗΣ
ΜΕΛΕΤΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΗΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ**

Γ. Δαφούλας¹, Η. Καλαμαράς², Κ. Βότης², Α. Μπαργιώτα¹

¹ Κλινική Ενδοκρινολογίας και Μεταβολικών Νόσων, Π.Γ.Ν. Λάρισας,
Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

² Ινστιτούτο Τεχνολογιών Πληροφορικής και Επικοινωνιών,
Εθνικό Κέντρο Έρευνας και Τεχνολογικής Ανάπτυξης, Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σήψη είναι ένα σοβαρό κλινικό σύνδρομο που τα κριτήρια διάγνωσής του έχουν επικαιροποιηθεί το 2016 (SEPSIS 3), με την ανάγκη καλύτερων διαγνωστικών δεικτών και θεραπευτικών κριτηρίων για τις διάφορες υποομάδες ασθενών να παραμένει. Η υπογλυκαιμία ασθενών σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.), έχει συσχετιστεί ως γενικός προγνωστικός δείκτης θνητότητας καθώς και για ορισμένες υποομάδες ασθενών, αλλά έχει μελετηθεί λίγο σε ασθενείς με σήψη.

ΣΚΟΠΟΣ

Η διερεύνηση της συσχέτισης της υπογλυκαιμίας ασθενών με σήψη σε Μ.Ε.Θ., ως δυνητικού προγνωστικού δείκτη έκβασης (θνητότητας) της νοσηλείας τους.

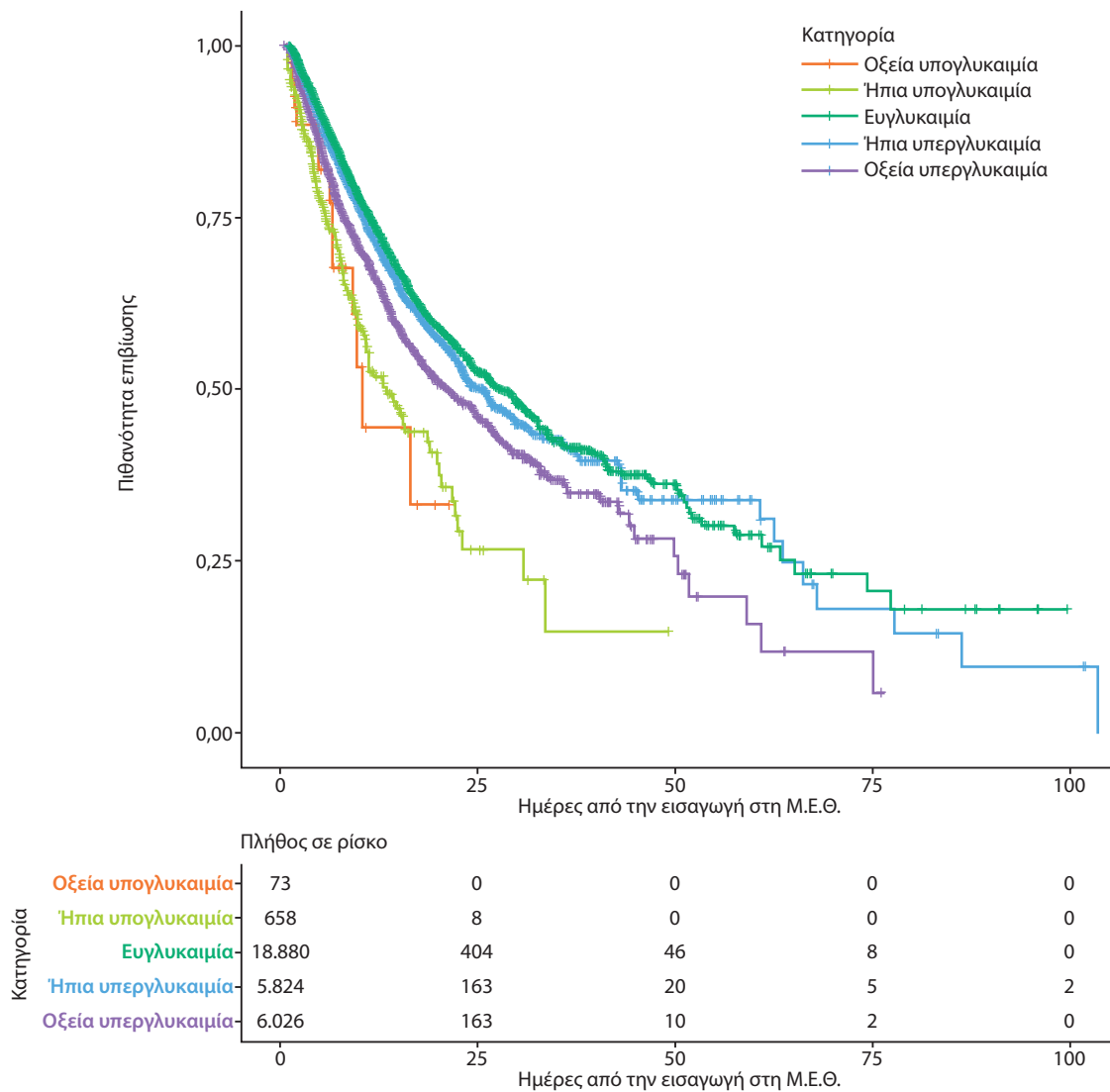
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Αναδρομική μελέτη με δεδομένα της καθημερινής κλινικής πρακτικής (real world data), της διεθνώς ανοικτής πρόσβασης, ανωνυμοποιημένης βάσης δεδομένων Medical Information Mart for Intensive Care IV (MIMIC-IV) του Νοσοκομείου Beth Israel Deaconess Medical Center, ΗΠΑ. Αναλύθηκαν 31.461 νοσηλείες Μ.Ε.Θ. των ετών 2008-2019, ασθενών με σήψη (SEPSIS 3). Χρησιμοποιήθηκε ανάλυση επιβίωσης με τη θνητότητα στη Μ.Ε.Θ. ως μεταβλητή εξόδου, στρωματοποιημένη ανά επίπεδο γλυκόζης (οξεία υπογλυκαιμία: ≤ 40 mg/dL, ήπια υπογλυκαιμία: 41-70 mg/dL, ευγλυκαιμία: 71-140 mg/dL, ήπια υπεργλυκαιμία: 141-180 mg/dL, οξεία υπεργλυκαιμία: ≥ 181 mg/dL) με βάση την αντίστοιχη βιβλιογραφία [Mitsuyama, et al. 2022. Sepsis-associated hypoglycemia on admission is associated with increased mortality in intensive care unit patients. *Acute Medicine & Surgery*, 9(1), e718.] καθώς και το μοντέλο αναλογικού κινδύνου Cox, ανά κατηγορία γλυκόζης, έχοντας ρυθμίσει για την ηλικία, το φύλο, και τους δείκτες OASIS (Oxford Acute Severity of Illness Score) και SOFA (Sequential Organ Failure Assessment). Η μελέτη εγκρίθηκε από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Π.Γ.Ν.Α.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα της μελέτης παρουσιάζονται στους παρακάτω πίνακες:

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Καμπύλες Kaplan-Meier για ασθενείς με σήψη, ανά κατηγορία επιπέδου γλυκόζης.



ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Αποτελέσματα μοντέλου αναλογικού κινδύνου Cox, ανά κατηγορία γλυκόζης, έχοντας ρυθμίσει για την ηλικία, το φύλο και τους δείκτες OASIS και SOFA. Η ευγλυκαιμία είναι η κατηγορία αναφοράς (λόγος κινδύνου 1,00).

Κατηγορία	Λόγος κινδύνου	95% διάστημα εμπιστοσύνης	p-value
Οξεία υπογλυκαιμία	2,02	1,23-3,30	0,01
Ήπια υπογλυκαιμία	1,97	1,68-2,30	p < 0,005
Ευγλυκαιμία	1,00	–	–
Ήπια υπεργλυκαιμία	1,01	0,93-1,09	0,81
Οξεία υπεργλυκαιμία	1,24	1,16-1,34	p < 0,005

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η οξεία και η ήπια υπογλυκαιμία είναι σημαντικά ($p < 0,05$) συσχετισμένες με αυξημένη θνητότητα σε ασθενείς με σήψη, όπως επίσης και η οξεία υπεργλυκαιμία, μετά την προσαρμογή ως προς ηλικία, φύλο, SOFA, OASIS.

**ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ ΜΑΣΤΩΝ
ΣΕ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ.
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ.
Ε.Ι. Σφηνιαδάκη¹, Ι.Κ. Σφηνιαδάκης², Π.Ι. Σφηνιαδάκης³, Δ.Ι. Σφηνιαδάκη⁴,
Δ. Βασιλείου-Δερβίσογλου⁵, Κ.Ι. Σφηνιαδάκης⁶**

¹ Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. «Λαϊκό», Αθήνα

² Γενικός Ιατρός, Αθήνα

³ Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Σόφιας

⁴ Φαρμακοποιός, Αθήνα

⁵ Μικροβιολόγος, Αθήνα

⁶ Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ

Η διαβητική μαστοπάθεια πρόκειται για σπάνια καλοήγη πάθηση του μαστού (εκτιμάται <1% των καλοήθων παθήσεων του μαστού). Εμφανίζεται συνήθως σε γυναίκες προεμμηνόπαυσιακής ηλικίας που πάσχουν από ινσουλινοεξαρτώμενο ΣΔ κυρίως τύπου 1 αλλά και 2. Βασικά ιστολογικά χαρακτηριστικά της διαβητικής μαστοπάθειας είναι η αυξημένη ίνωση με χηλοειδή χαρακτηριστικά, η λεμφοκυτταρική διήθηση γύρω από αιμοφόρα αγγεία, πόρους και λοβία του μαζικού αδένα και αύξηση των ινοβλαστών με επιθηλοειδή στοιχεία. Διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα δημιουργείται μεταξύ διαβητικής μαστοπάθειας και κακοήθειας στον απεικονιστικό έλεγχο, επομένως χρήσιμο εργαλείο αποτελεί η ιστολογική εξέταση της βλάβης του μαστού με βιοψία διά βελόνης.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Περιγράφεται περιστατικό θήλεος ασθενούς 34 ετών, πάσχουσας από ινσουλινοεξαρτώμενο ΣΔ, η οποία προσήλθε λόγω ψηλαφητής σκληρίας στον αριστερό μαστό που έγειρε την υπόνοια κακοήθειας. Η ασθενής υπεβλήθη σε βιοψία της βλάβης διά βελόνης. Μακροσκοπικά, το υλικό αφορούσε σε λευκωπής χροιάς, σκληροελαστικής σύστασης ιστοτεμάχιο. Μικροσκοπικά, παρατηρήθηκε κολλαγονοποιημένο στρώμα με χηλοειδή χαρακτηριστικά, αύξηση των ινοβλαστών και λεμφοκυτταρική διήθηση κυκλοτερώς των αγγείων, των πόρων και των λοβίων του μαζικού αδένα. Δεν αναγνωρίστηκαν έμφρακτα, λιπονέκρωση, στοιχεία αρτηρίτιδας ούτε αυξημένη μιτωτική δραστηριότητα. Δεν ανευρέθησαν στοιχεία κακοήθειας. Η ιστολογική εικόνα ήταν συμβατή με εικόνα διαβητικής μαστοπάθειας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά, η διαβητική μαστοπάθεια είναι σπάνια φλεγμονώδης διαταραχή του μαστού, αγνώστου αιτιολογίας, πιθανόν αποτέλεσμα ανοσολογικής απάντησης στην εξωγενή χορήγηση ινσουλίνης, καλοήθους χαρακτήρα, που διαφοροδιαγιγνώσκεται από κακοήθεια μόνο με ιστολογική εξέταση.

ΕΠΠΟΛΑΣΜΟΣ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ ΣΤΟΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ SARS-COV-2 ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Ι. Κυριαζής¹, Δ. Στεφανή², Κ. Πολύζος², Ε. Πούλιου², Κ. Φιλίππου¹, Μ. Οικονομίδη²,
Στ. Μπόλη², Α. Χατζηκυριάκος², Ν. Παπαδοπούλου², Ε. Στάμου², Ε. Καλαφάτης²

¹ Διαβητολογικό Ιατρείο, Γ.Ν. ΚΑΤ, Αθήνα

² Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. ΚΑΤ, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ

Στην τρέχουσα πανδημία SARS-COV-2, οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη φάνηκε να είναι πιο επιρρεπείς σε σοβαρή λοίμωξη από COVID-19 που σχετίζεται με το οξύ αναπνευστικό σύνδρομο. Διερευνήσαμε τον επιπολασμό της συμμόρφωσης στον εμβολιασμό για SARS-CoV-2 στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 που επισκέφτηκαν τον διαβητολογικό ιατρείο του νοσοκομείου μας, από τον Ιανουάριο έως και τον Μάιο του 2022 χρησιμοποιώντας ένα ερωτηματολόγιο που τους χορηγήθηκε.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Το ερωτηματολόγιο ετέθη σε 343 συμμετέχοντες ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Μετά την προσαρμογή για πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες, χρησιμοποιήθηκε ένα πολυμεταβλητό μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης για την ανάλυση συσχετίσεων μεταξύ της συμμόρφωσης στον εμβολιασμό και των σχετικών παραγόντων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τους 343 συμμετέχοντες (Α 154, Γ 189), το 21,6% δεν είχε προχωρήσει στον απαραίτητο εμβολιασμό. Από αυτούς το 41,8% δεν ήταν απολύτως σίγουροι για την αποτελεσματικότητα του εμβολίου και το 58,2% ήταν σύμφωνα με την απάντησή τους προκατειλημμένοι και ιδιαίτερα επιφυλακτικοί, αν και οι περισσότεροι θεωρούσαν τη μόλυνση από τον SARS-CoV-2 ως σοβαρή [προσαρμοσμένη αναλογία πιθανοτήτων (aOR) = 3,71 -95% διάστημα εμπιστοσύνης (CI): 2,31-6,62, $p < 0,001$]. Την απροθυμία τους και την επιφύλαξή τους για τον εμβολιασμό, την απέδωσαν κυρίως στον προβληματικό τρόπο που τα μέσα μαζικής επικοινωνίας έκαναν την αντίστοιχη ενημέρωση καθώς και στους εκάστοτε «ειδικούς» με τις μεταξύ τους διαφορετικές προσεγγίσεις, τα πωγωνίσματα στα μέτρα πρόληψης κ.τ.λ. Η κατάσταση εμβολιασμού των συγγενών τους, επίσης δεν επηρέασε την προθυμία τους να εμβολιαστούν (aOR = 2,33, 95% CI: 1,37-4,18, $p < 0,001$). Η δε διαφωνία με την άποψη των ιατρών τους, ότι ο εμβολιασμός μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο μόλυνσης από τον SARS-CoV-2 συσχετίστηκε ανεξάρτητα με την άρνησή τους για εμβολιασμό (aOR = 2,22, 95% CI: 1,25-3,79, $p < 0,001$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι ασθενείς με διαβήτη στην πλειοψηφία τους προχώρησαν στον απαραίτητο εμβολιασμό για SARS-COV-2. Ενδεχομένως για μια μεγαλύτερη, καθολικότερη συμμετοχή να έπρεπε να ενημερωθούν περισσότερο από τους οικείους γιατρούς τους σχετικά με την ασφάλεια του εμβολίου SARS-CoV-2.

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

Α. Γρηγοριάδης^{1,2}, Δ. Σακελλάρη¹, Ι.Τ. Räisänen³, Ρ. Pärnänen³,
Τ. Tervahartiala³, Τ. Sorsa^{3,4}

¹ Εργαστήριο Προληπτικής Οδοντιατρικής, Περιοδοντολογίας και Βιολογίας Εμφυτευμάτων,
Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Οδοντιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

² 424 Γ.Σ.Ν.Ε., Θεσσαλονίκη

³ Department of Oral and Maxillofacial Diseases, Head and Neck Center, University of Helsinki and
Helsinki University Hospital, Helsinki, Finland

⁴ Division of Periodontology, Department of Dental Medicine, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Όσο ο διαβήτης αποκτά διαστάσεις παγκόσμιας επιδημίας, εντείνονται οι προσπάθειες έγκαιρου εντοπισμού των αδιάγνωστων περιστατικών και των ατόμων με προδιαβήτη. Η αμφίδρομη σχέση σακχαρώδη διαβήτη – περιοδοντικής νόσου έχει ευρέως τεκμηριωθεί στη βιβλιογραφία. Την τελευταία δεκαετία, έχει διερευνηθεί η δυνατότητα εντοπισμού αυτών των ατόμων στο περιβάλλον του οδοντιατρείου και παραπομπής τους στους ειδικούς για τη σωστή διάγνωση.

ΣΚΟΠΟΣ

Εντοπισμός προδιαβήτη/αδιάγνωστου διαβήτη στο περιβάλλον του οδοντιατρείου και συσχετισμός με την περιοδοντική κατάσταση, προσδιορισμός των επιπέδων της ενεργής μορφής της μεταλλοπρωτεΐνωσης της εξωκυττάριας ουσίας -8 (aMMP-8) στο σάλιο και συσχετισμός του επιπολασμού του προδιαβήτη ή αδιάγνωστου διαβήτη με την παρουσία συγκεκριμένου πολυμορφισμού στο γονίδιο TCF7L2.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Σε 150 συνολικά ασθενείς έγιναν κλινικές και ακτινογραφικές μετρήσεις για εκτίμηση της περιοδοντικής τους κατάστασης, υπολογίστηκαν οι τιμές της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) και της aMMP-8 και πραγματοποιήθηκε εργαστηριακή δοκιμασία ανίχνευσης του πολυμορφισμού rs 7903146 του γονιδίου TCF7L2 που σχετίζεται με την εμφάνιση διαβήτη τύπου 2 (PCR).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

20,67 % των ασθενών βρέθηκε με αδιάγνωστη υπεργλυκαιμία (HbA1c > 5,7 %) και έγινε παραπομπή τους σε ειδικούς ιατρούς. Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση ανάμεσα στα επίπεδα της aMMP-8 και την παρουσία προδιαβήτη (HbA1c 5,7-6,4%) και τον βαθμό φλεγμονής των περιοδοντικών ιστών. Στατιστικά σημαντικές διαφορές διαπιστώθηκαν ακόμη μεταξύ των ατόμων με HbA1c < 5,7 και > 5,7%, όσον αφορά τον δείκτη μάζας σώματος (BMI) (kg/m²), τον αριθμό των δοντιών και την ύπαρξη περιοδοντικών θυλάκων 4 και 5 κιλιοστών (Mann-Whitney και z-test, p < ,05). Η διαγνωστική ικανότητα των τιμών HbA1c > 5,7 μελετήθηκε με τις καμπύλες ROC. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της παρουσίας υπεργλυκαιμίας με τον συγκεκριμένο πολυμορφισμό του γονιδίου TCF7L2.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Ο συνδυασμός του σταδίου της περιοδοντικής νόσου, της ηλικίας, του BMI και της aMMP-8 μπορεί να αποτελέσει μια αποτελεσματική στρατηγική ανίχνευσης οδοντιατρικών ασθενών για προδιαβήτη και αδιάγνωστο διαβήτη και παραπομπή τους στους αντίστοιχους επιστήμονες υγείας για τη διάγνωση.

**ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ ΣΕ ΙΣΤΟΥΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ
ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ (CRC) ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ
ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 (ΣΔΤ2)**

Στ. Παπαδάτος¹, Χρ. Μπαλή², Ε. Λαμπρή³, Α. Μιτσέλου⁴,
Κ. Κατσάνος⁵, Α. Μπουρδάκης¹, Β. Γαλάνη⁶

¹ Διαβητολογικό Ιατρείο, Γ.Ν. Τρικάλων

² Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων

³ Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων

⁴ Εργαστήριο Ιατροδικαστικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

⁵ Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων

⁶ Εργαστήριο Ανατομίας-Ιστολογίας-Εμβρυολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου και ο ΣΔτ2 παρουσιάζουν αυξανόμενη επίπτωση στον δυτικό κόσμο και συνδέονται επιδημιολογικά και παθογενετικά.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Μελετήθηκαν μακροσκοπικά και μικροσκοπικά 46 CRC προερχόμενα από θεραπευτικές κολεκτομές στις οποίες υπεβλήθησαν ασθενείς μέσης ηλικίας 74,1±10 ετών, 57,8% άνδρες, με ΣΔΤ2 (N=15) και χωρίς ΣΔτ2 (N=31). Αρχικά έγινε μακροσκοπική εξέταση των όγκων, εγκλεισμός των ιστών σε κύβους παραφίνης, μικροτόμηση και χρώση Αιματοξυλίνης – Ηωσίνης. Ακολούθησε μικροσκόπηση και μικροσκοπική περιγραφή των ιστοπαθολογικών ευρημάτων από δύο ερευνητές. Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε με το πρόγραμμα IBM SPSS 23.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το μέσο μέγεθος των εξαιρεθέντων όγκων ήταν 4,42 ± 1,75 εκ, το 36,96% είχε χαρακτηριστικά δακτυλιοειδούς όγκου και το 34,78% ελκωτικού. Το 89,13% των όγκων εμφάνιζε διηθητικό πρότυπο εισβολής στους εν τω βάθει ιστούς, ενώ το 97,83% ήταν όγκοι πτωχής και μέσης διαφοροποίησης. Το 78,26% των πρωτοπαδών όγκων κατατάχθηκε στο στάδιο T3. Σε ποσοστό 58,7% τα νεοπλασμάτα εμφάνιζαν αγγειακή διήθηση και σε ποσοστό 67,39% περινευρική διήθηση. Κατά την επεξεργασία των δεδομένων παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του ιστορικού ΣΔτ2 και της εντόπισης των όγκων κατά μήκος του παχέος εντέρου (p=0,004) και μάλιστα η συσχέτιση ΣΔτ2 και εντόπισης όγκου αναδεικνύεται πολύ ισχυρή (Cramer's V = 0, 49). Πιο συγκεκριμένα, φάνηκε πως, σε σχέση με τις υπόλοιπες θέσεις εντόπισης των όγκων, οι ασθενείς με ΣΔτ2 εμφάνιζαν συχνότερα όγκους στο δεξιό κόλον (p=0,002), ενώ οι μη διαβητικοί ασθενείς εμφάνιζαν συχνότερα όγκους στο αριστερό κόλον (p=0,008). Επιπλέον, βρέθηκε πως οι πάσχοντες από ΣΔτ2 εμφάνιζαν συχνότερα όγκους με επεκτεινόμενο πρότυπο εισβολής στους εν τω βάθει ιστούς, ενώ αντίθετα, όσοι όγκοι παρουσίαζαν διηθητικό πρότυπο εισβολής στους εν τω βάθει ιστούς προέρχονταν κυρίως από μη διαβητικούς ασθενείς (p=0,033). Αναφορικά με τη σταδιοποίηση κατά T, φάνηκε πως οι όγκοι με σταδιοποίηση T3 αναπτύχθηκαν κατεξοχήν σε μη διαβητικούς ενώ οι όγκοι που σταδιοποιήθηκαν ως T4 προέρχονταν από ασθενείς με ΣΔτ2 (p=0,028). Από το σύνολο των όγκων που παρατηρήθηκε αγγειακή διήθηση, μόλις το 18,5% ανήκε σε ασθενείς με ΣΔτ2 (p=0,015).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στον υπό εξέταση πληθυσμό, παρατηρούνται σημαντικές διαφορές όσον αφορά τα μικροσκοπικά και μακροσκοπικά χαρακτηριστικά των CRC, που θα μπορούσαν να αποτελούν οδηγό για τους κλινικούς και εργαστηριακούς γιατρούς.

**ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΕΝΔΟΘΗΛΙΟ-ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΗΣ ΑΠΟ ΤΗ ΡΟΗ ΑΓΓΕΙΟΔΙΑΣΤΟΛΗΣ
ΚΑΙ ΑΣΥΜΜΕΤΡΗΣ ΔΙΜΕΘΥΛΑΡΓΙΝΙΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΟΣΦΑΤΗ
ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**

**Β. Νικολαΐδου¹, Π. Ανυφαντή¹, Α. Λαζαρίδης¹, Ι. Ζωγράφου², Α. Τριανταφύλλου¹,
Μ. Δούμας², Στ. Δούμα¹, Ε. Γκαλιαγκούση¹**

¹ Γ' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

² Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ

Η ενδοθηλιακή δυσλειτουργία προηγείται της εμφάνισης κλινικά ανιχνεύσιμης αθηροσκλήρωσης στον Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2) και συνεισφέρει σημαντικά στην ανάπτυξη των αγγειακών επιπλοκών και στη θνητότητα της νόσου. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της λειτουργίας του ενδοθηλίου σε ασθενείς με πρόσφατη διάγνωση ΣΔ2.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Μελετήθηκαν ασθενείς με πρόσφατη διάγνωση ΣΔ2 (<6 μήνες) οι οποίοι δεν λάμβαναν αντιδιαβητική αγωγή (με εξαίρεση τη μετφορμίνη) και εδελοντές συνταριασμένοι ως προς την ηλικία και την αρτηριακή πίεση (ΑΠ). Έγινε καταγραφή σωματομετρικών στοιχείων, ΑΠ (24ωρης και ιατρείου) και αιματολογικών παραμέτρων (λιπίδια, νεφρική λειτουργία, γλυκόζη νηστείας, HBA1c) και εκτιμήθηκε ο 10ετής αθηροσκληρωτικός καρδιαγγειακός κίνδυνος (Atherosclerotic Cardiovascular Disease risk score, ASCVD risk score). Η ενδοθηλιακή λειτουργία εκτιμήθηκε με 2 μεθόδους: την Ασύμμετρη Διμεθυλαργινίνη (Asymmetric Dimethylarginine, ADMA) με ELISA (enzyme-linked immunosorbent assay) και την gold standard αναίμακτη αγγειακή μέθοδο, την ενδοθηλιο-εξαρτώμενη από τη ροή αγγειοδιαστολή (Flow Mediated Dilation, FMD).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μελετήθηκαν 90 άτομα, 33 ασθενείς με ΣΔ2 και 57 μάρτυρες. Οι ασθενείς με ΣΔ2 παρουσίαζαν στατιστικά σημαντική χαμηλότερη τιμή FMD [4,68 (4,58)% έναντι 7,85 (7)%, (p=0,012)] και υψηλότερη τιμή ADMA [0,926±0,569 έναντι 0,468 (0,27), (p=0,032)] σε σύγκριση με τους μάρτυρες. Μάλιστα, διαπιστώθηκε ανεξάρτητη συσχέτιση του ΣΔ2 και της FMD (Beta: -0,278, p=0,012).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι ασθενείς με πολύ πρόσφατη διάγνωση ΣΔ2 παρουσιάζουν επηρεασμένη ενδοθηλιακή λειτουργία, όπως αποδείχτηκε από τα ευρήματα της FMD και της ADMA. Η εκτίμηση αυτή αναδεικνύει την πρόωμη σοβαρή, βλαπτική επίδραση που προκαλεί η υπεργλυκαιμία στο ενδοθήλιο, τονίζοντας την ανάγκη έγκαιρης και αποτελεσματικής ρύθμισής της.

**ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΙΣ: ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΠΡΟΒΛΕΨΗΣ
ΤΗΣ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1
ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ**

Α. Σκόδρα¹, Ι. Κασίμης², Α. Κατσιμπέλη³, Α. Κασιδούλη⁴, Β. Μάτζιου⁵, Π. Περδικάρης⁶

¹ Χειρουργείο, Γ.Ν. «Γ. Γεννηματάς», Θεσσαλονίκη

² Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γ.Ν. «Γ. Χατζηκώστα», Ιωαννίνων

³ Ενδοσκοπικό, Α.Ν. «Θεαγένειο», Θεσσαλονίκη

⁴ MENN, Π.Γ.Ν. Λάρισας

⁵ Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ, Αθήνα

⁶ Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο ΣΔ1 χαρακτηρίζεται ως μια οικογενειακή ασθένεια, δεδομένης της σημασίας που συνδέει την οικογενειακή δυναμική με τη γονική υποστήριξη των παιδιών. Οι απαιτήσεις για τη θεραπεία των ασθενών με ΣΔ1 μπορεί να δημιουργήσουν άγχος και συγκρούσεις μεταξύ γονέα και παιδιού.

ΣΚΟΠΟΣ

Ο σκοπός της ερευνητικής μελέτης ήταν η αξιολόγηση της εμφάνισης συγκρούσεων μεταξύ ατόμων παιδικής και εφηβικής ηλικίας με ΣΔ1 και των γονέων τους στην Ελλάδα, και η επίδραση αυτών των συγκρούσεων στη συμμόρφωση με τη θεραπεία.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Είναι μία συγχρονική μελέτη, κατά την οποία 106 ζεύγη παιδιών/εφήβων και γονέων συμμετείχαν για να διαπιστωθεί η ύπαρξη συγκρούσεων στο οικογενειακό περιβάλλον και ο βαθμός στον οποίο επηρεάζουν τη συμμόρφωση στη θεραπεία του ΣΔ1. Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στην εν λόγω μελέτη ήταν το ερωτηματολόγιο για την «Ποιότητα ζωής παιδιών με Σακχαρώδη Διαβήτη» (PedsQL Diabetes Module Version 3.0), το ερωτηματολόγιο για την «Αυτο-αξιολόγηση Συμμόρφωσης στη θεραπεία του Νεανικού Σακχαρώδη Διαβήτη», το ερωτηματολόγιο για την «Αξιολόγηση της Συνεργασίας μεταξύ γονέων και παιδιών με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1» και το ερωτηματολόγιο CDI-27 (Children's Depression Inventory-27) της Κονας Μ. Η έρευνα διεξήχθη από τον Μάιο έως τον Δεκέμβριο 2021 και συμμετείχαν παιδιά/έφηβοι και οι γονείς τους από όλη τη χώρα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Βρέθηκε καλύτερη συνεργασία μεταξύ γονέων και παιδιών, δηλαδή οι λιγότερες οικογενειακές συγκρούσεις σχετίζονταν με καλύτερη συμμόρφωση των παιδιών στη θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη, με μικρότερο επίπεδο κατάθλιψης, με καλύτερη ποιότητα ζωής ως προς τις δυσκολίες στη θεραπεία της νόσου, με καλύτερη ποιότητα ζωής ως προς τη συμμόρφωση στη θεραπεία της νόσου και με καλύτερη ποιότητα ζωής ως προς την επικοινωνία. Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) όπου προκύπτουν τα εξής: Η αύξηση της ηλικίας των παιδιών σχετιζόταν με αύξηση της κατάθλιψης, ενώ τα αγόρια εμφάνιζαν μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης σε σχέση με τα κορίτσια.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σημαντικό εύρημα το οποίο επιβεβαιώνει και την αρχική ερευνητική υπόθεση της μελέτης αυτής ήταν το γεγονός ότι η καλύτερη συνεργασία μεταξύ γονέων και παιδιών, δηλαδή οι λιγότερες οικογενειακές συγκρούσεις σχετίζονταν με καλύτερη συμμόρφωση των παιδιών στη θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη.

**ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ SGLT2
ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΚΑΙ GLP1 ΑΝΑΛΟΓΩΝ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
ΕΝΟΣ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΙ
ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**

Ι. Κουτσονάσιος¹, Γ. Φίλη², Στ. Παπαδάτος³, Δ. Μπουρδάκη⁴, Α. Μπουρδάκης³

¹ Ιατρείο, Κ.Υ. Πύλης

² Ιατρείο, Κ.Υ. Δελβινακίου

³ Διαβητολογικό Ιατρείο, Γ.Ν. Τρικάλων

⁴ Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ

Τα τελευταία χρόνια με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας έχουν προστεθεί νέες κατηγορίες φαρμάκων με αποδεδειγμένο όφελος στο καρδιαγγειακό, στη νεφρική λειτουργία και στο σωματικό βάρος σε πρώιμα θεραπευτικά βήματα στη θεραπεία των ασθενών με ΣΔ2. Πρόκειται για τους SGLT2 αναστολείς και τα GLP1 ανάλογα. Ένας σημαντικός παράγοντας στη ρύθμιση των ασθενών παραμένει η συμμόρφωσή τους στην προτεινόμενη θεραπεία από τον θεράποντα ιατρό.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Υλικό της μελέτης αποτέλεσαν οι νέοι ασθενείς με ΣΔ2 που διαγνώσθηκαν και παρακολουθούνται σε τακτικές επισκέψεις με ραντεβού ανά τρίμηνο περίπου, το τελευταίο έτος στα ιατρεία πρωτοβάθμιας φροντίδας του Κέντρου Υγείας Δελβινακίου Ιωαννίνων, του Κέντρου Υγείας Πύλης Τρικάλων και στο Διαβητολογικό Ιατρείο του Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων. Πρόκειται για 100 ασθενείς, 70 άνδρες και 30 γυναίκες, σε αγωγή με μετφορμίνη. Από αυτούς 92 ασθενείς δέχθηκαν αμέσως αγωγή με SGLT2 αναστολείς (Συμμόρφωση 92%). Από τους 92 που έκαναν έναρξη αγωγής οι 30 χρειάστηκαν στο τρίμηνο και εβδομαδιαίο GLP1 ανάλογο και από αυτούς δέχθηκαν οι 15 (Συμμόρφωση 50%). Σε 24 ασθενείς προτάθηκε εξαρχής εβδομαδιαίο GLP1 ανάλογο και δέχθηκαν οι 8 (Συμμόρφωση 33%). Τα αντίστοιχα νούμερα για το Διαβητολογικό Ιατρείο ήταν 276 νέοι ασθενείς, 110 άνδρες και 65 γυναίκες, σε αγωγή με μετφορμίνη. Από αυτούς δέχθηκαν αμέσως αγωγή με SGLT2 αναστολείς 272 (Συμμόρφωση 93%). Σε 160 από αυτούς προτάθηκε στο τρίμηνο και εβδομαδιαίο GLP1 ανάλογο και δέχθηκαν οι 96 (Συμμόρφωση 60%) ενώ σε 72 προτάθηκε εξαρχής εβδομαδιαίο GLP1 ανάλογο και δέχθηκαν οι 30 (Συμμόρφωση 40%).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η συμμόρφωση στην πρώιμη έναρξη θεραπείας με SGLT2 αναστολείς είναι πολύ υψηλή τόσο σε μία πρωτοβάθμια όσο και σε μία δευτεροβάθμια δομή υγείας χωρίς να διαφέρει στατιστικά μεταξύ των δυο ιατρείων. Στην προσθήκη εβδομαδιαίου GLP1 αναλόγου υπάρχει στατιστικά σημαντική υπεροχή στην συμμόρφωση όταν προτείνεται μετά τους SGLT2 αναστολείς και όχι αμέσως μετά τη μετφορμίνη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι διαβητικοί ασθενείς είναι ιδιαίτερα συνεργάσιμοι στην έναρξη και τροποποίηση της αντιδιαβητικής θεραπείας τους με προσθήκη SGLT2 αναστολέων ενώ παραμένουν διστακτικοί σε ενέσιμη αγωγή με αποδεδειγμένο όφελος και εύκολη χορήγηση όπως τα εβδομαδιαία GLP1 ανάλογα.

ΤΟ GDF-15 ΩΣ ΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΗ ΛΙΠΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΕΙΤΑΙ ΜΕΣΩ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΛΙΡΑΓΛΟΥΤΙΔΗΉ ΛΟΡΚΑΣΕΡΙΝΗ ΣΕ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ ΜΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

P. Chrysafi, L. Valenzuela-Vallejo, Chr. Mantzoros

Department of Medicine, Beth-Israel Deaconess Medical Center, Harvard Medical School

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο αυξητικός παράγοντας διαφοροποίησης 15 (GDF-15) είναι μια κυτοκίνη απόκρισης στο στρες, που έχει υποτεθεί ότι σχετίζεται με την ρύθμιση του σωματικού βάρους και μεταβολικές νόσους.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Διερευνήσαμε για πρώτη φορά τα επίπεδα στο αίμα του ακέραιου (μη φορέας του πολυμορφισμού rs1058587 που κωδικοποιεί τη μετάλλαξη H202D) και του συνολικού GDF-15 (που μετρήθηκε ανεξάρτητα από τη μετάλλαξη) ως απόκριση στην λιπώδη νόσο του ήπατος, αλλά και πριν και μετά τη θεραπεία με λιραγλουτίδη και λορκασερίνη, παράγοντες που μειώνουν την πρόσληψη τροφής και το σωματικό βάρος. Επιπλέον, πραγματοποιήσαμε διερευνητικές συσχετίσεις του GDF-15 με κλινικές παραμέτρους, ορμόνες, μεταβολίτες και λιπίδια σε ανθρώπους με παχυσαρκία, διαβήτη και λιπώδη νόσο του ήπατος.

Χρησιμοποιήσαμε τέσσερις μελέτες: 1) Μελέτη παρατήρησης ασθενών-μαρτύρων με 273 ασθενείς με λιπώδη νόσο του ήπατος (απλή λιπώδης διήθηση n=109 και στεατοηπατίτιδα n=164) έναντι δύο ομάδων φυσιολογικών μαρτύρων, n=50 με BMI<25 και n=25 με BMI>30. 2) Τυχαιοποιημένη, διπλά-τυφλή, διασταυρούμενης μετάβασης μελέτη με χορήγηση λιραγλουτίδης και εικονικού φαρμάκου για 5 εβδομάδες σε άτομα με παχυσαρκία (n=20), σε κλιμακούμενες δόσεις (0,6 mg/ημέρα την 1^η εβδομάδα, αυξανόμενα ανά εβδομάδα, μέχρι τα 3,0 mg/ημέρα την 5^η εβδομάδα). 3) Τυχαιοποιημένη, διπλά-τυφλή μελέτη με χορήγηση λορκασερίνης 10 mg δύο φορές την ημέρα ή εικονικό φάρμακο για 12 εβδομάδες σε ανθρώπους με παχυσαρκία (n=34). 4) Τυχαιοποιημένη, διπλά-τυφλή, διασταυρούμενης μετάβασης μελέτη με χορήγηση λιραγλουτίδης και εικονικού φαρμάκου για 17 ημέρες σε άτομα με παχυσαρκία και διαβήτη (n=20) σε κλιμακούμενες δόσεις (0,6 mg για 7 ημέρες, 1,2 mg για 7 ημέρες και 1,8 mg για 3 ημέρες). Το συνολικό και άδικο GDF-15 μετρήθηκαν με νέες ενζυμικές ανοσοπροσοφητικές δοκιμασίες. Η ανάλυση των μεταβολιτών και λιπιδίων πραγματοποιήθηκε με φασματοσκοπία πυρηνικού μαγνητικού συντονισμού.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Παρά τις σημαντικές αλλαγές στο σωματικό βάρος, το συνολικό και ανέπαφο GDF-15 δεν μεταβλήθηκαν ως απόκριση στη θεραπεία με λιραγλουτίδη ή λορκασερίνη σε άτομα με παχυσαρκία και διαβήτη. Παρ' όλα αυτά, και τα δύο μόρια συσχετίστηκαν δετικά με τον δείκτη κινδύνου για διαβήτη και αρνητικά με το eGFR.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα ολικά και άδικα επίπεδα GDF-15 δεν μεταβάλλονται ως απόκριση στη θεραπεία με λιραγλουτίδη ή λορκασερίνη και επομένως δεν εμπλέκονται άμεσα στα μεταβολικά μονοπάτια μέσω των οποίων οι αγωνιστές των υποδοχέων GLP1 ή 5-HT2C προκαλούν ελάττωση του σωματικού βάρους. Προκαταρκτικά δεδομένα μας, τα οποία θα ανακοινωθούν στο συνέδριο, δείχνουν ότι το GDF-15 σχετίζεται με λιπώδη νόσο του ήπατος και τα λιπίδια στο αίμα και στο ήπαρ και επομένως συνεχίζουμε μελετώντας το GDF-15 σε άτομα με παχυσαρκία, διαβήτη και λιπώδη νόσο του ήπατος.

**Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΛΙΠΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΤΡΙΚΑΛΩΝ ΣΤΟΝ ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΜΕ Ή ΧΩΡΙΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ**

A. Μπουρδάκης¹, Γ. Φίλη², Ι. Κουτσονάσιος³, Στ. Παπαδάτος¹

¹ Διαβητολογικό Ιατρείο, Γ.Ν. Τρικάλων

² Κ.Υ. Δελβινακίου

³ Ιατρείο, Κ.Υ. Πύλης Τρικάλων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Παρά το ότι ο έλεγχος των λιπιδίων αποτελεί καθημερινή κλινική πράξη, οι στόχοι πολλές φορές δύσκολα επιτυγχάνονται και διατηρούνται. Ειδικά ιατρεία Λιπιδίων-Παχυσαρκίας παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη καρδιαγγειακών παθήσεων που αποδεδειγμένα σχετίζονται με τον σακχαρώδη διαβήτη και τις διαταραχές των λιπιδίων.

ΣΚΟΠΟΣ

Η αξιολόγηση της συμβολής του Ιατρείου Λιπιδίων-Παχυσαρκίας του Γ.Ν. Τρικάλων στη ρύθμιση δυσλιπιδαιμικών ασθενών με ή χωρίς ΣΔ2, με βάση το αν έχουν επιτευχθεί οι τιμές – στόχοι των λιπιδίων μετά από παρακολούθηση ενός έτους.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Δυσλιπιδαιμικοί ασθενείς (N=105) με ΣΔ2 (N1=33) και χωρίς ΣΔ2 (N2=72) με σοβαρή δυσλιπιδαιμία κατά ATP III συμπεριελήφθησαν στη μελέτη. Οι ασθενείς αντιμετωπίζονταν με στατίνη ± αντιδιαβητικό φάρμακο. Καπνιστές και πάσχοντες από χρόνια νεφρική νόσο αποκλείστηκαν. Δεν υπήρξε παρέμβαση στην λαμβανόμενη αντιαιμοπεταλιακή και αντιπερτασική αγωγή των ασθενών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μετά από ένα έτος τακτικής παρακολούθησης 15,2% των διαβητικών και 47,2% των μη διαβητικών ασθενών είχαν πλήρως φυσιολογικό λιπιδαιμικό προφίλ. 20% των διαβητικών και 70,3% των μη διαβητικών ασθενών έχουν επιτύχει την τιμή – στόχο για την LDL ενώ 37,5% των διαβητικών και 70,9% των μη διαβητικών έχουν την επιθυμητή τιμή ολικής χοληστερόλης. Όσον αφορά τα τριγλυκερίδια, τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 22,7% και 51,6% αντίστοιχα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το Ειδικό Ιατρείο Λιπιδίων-Παχυσαρκίας επιτυγχάνει τη ρύθμιση του λιπιδαιμικού προφίλ των μεταβολικών ασθενών του. Παρατηρείται ωστόσο μια στατιστικά σημαντική διαφορά στον έλεγχο των τιμών λιπιδίων μεταξύ διαβητικών και μη διαβητικών δυσλιπιδαιμικών ασθενών (p<0,01) που εν μέρει δικαιολογείται από την παθολογία του σακχαρώδη διαβήτη.

Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Η ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΛΙΡΑΓΛΟΥΤΙΔΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΧΩΡΙΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ. ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ.

**Θ. Μιχαηλίδης^{1,2}, Ι. Αυγερινός^{1,2}, Π. Ανυφαντή^{1,2}, Κ. Μαλανδρής^{1,2}, Α. Λιάκος^{1,2},
Ε. Μπεκιάρη^{1,2}, Α. Τσάπας^{1,2}**

¹ Β' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Μονάδα Τεκμηριωμένης Ιατρικής και Κλινικής Έρευνας, Θεσσαλονίκη
² Διαβητολογικό Κέντρο, Β' Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παχυσαρκία αποτελεί στις μέρες μας μείζον ιατρικό πρόβλημα με οδυνηρές συνέπειες για την υγεία των ασθενών αλλά και για το σύστημα υγείας. Η αλλαγή των διατροφικών συνηθειών αλλά και συνολικά του τρόπου ζωής αποτελεί την πρώτη γραμμή θεραπείας. Εάν αυτή αποτύχει, τότε η χορήγηση φαρμάκων έναντι της παχυσαρκίας είναι η μόνη ουσιαστική μη επεμβατική επιλογή. Η λιραγλουτίδη είναι ένας αγωνιστής του υποδοχέα GLP-1 ο οποίος χρησιμοποιείται ευρέως για τη θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Επιπλέον, έχει λάβει έγκριση και για τη θεραπεία της παχυσαρκίας σε ασθενείς χωρίς σακχαρώδη διαβήτη.

ΣΚΟΠΟΣ

Στόχος της συγκεκριμένης συστηματικής ανασκόπησης και μετα-ανάλυσης είναι η αξιολόγηση της ασφάλειας και αποτελεσματικότητας της λιραγλουτίδης για την θεραπεία της παχυσαρκίας σε μη διαβητικούς ασθενείς.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Αναζητήσαμε στη διεθνή βιβλιογραφία τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές που αξιολόγησαν την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια της λιραγλουτίδης για την απώλεια βάρους σε μη διαβητικούς ασθενείς, συγκριτικά με οποιονδήποτε άλλο φαρμακευτικό παράγοντα ή το εικονικό φάρμακο (placebo).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Συνολικά 6 τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές με 4.957 ασθενείς πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής. Η λιραγλουτίδη μείωσε το σωματικό βάρος των ασθενών κατά 5,58 kg σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο [Weighted Mean Difference (WMD): 95% Confidence Interval (CI) (-5,89, -5,26); p-value<0,0001, I²=0%]. Επιπλέον, μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών πέτυχε απώλεια βάρους τουλάχιστον 5% του σωματικού βάρους [Odds Ratio (OR) 4,63. 95% CI (4,08, 5,27), p-value<0,00001] αλλά και τουλάχιστον 10% του σωματικού τους βάρους [OR: 4,45 95% CI (3,75, 5,29), p-value<0,00001] συγκριτικά με το εικονικό φάρμακο. Ωστόσο, η χορήγηση της λιραγλουτίδης σχετίστηκε με περισσότερα επεισόδια γαστρεντερικών διαταραχών, κυρίως ναυτίας, εμέτων και διάρροιας. Τα επεισόδια υπογλυκαιμίας ήταν σπάνια και κανένα δεν καταγράφηκε ως σοβαρό επεισόδιο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα της μελέτης μας τεκμηριώνουν την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια της λιραγλουτίδης στη θεραπεία μη διαβητικών ασθενών με παχυσαρκία. Βρίσκονται σε συνέχεια με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες οι οποίες ενέκριναν τη χρήση της λιραγλουτίδης για την απώλεια βάρους σε παχύσαρκους ασθενείς χωρίς σακχαρώδη διαβήτη.

ΟΙ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΤΟΥ ΑΣΠΑΡΤΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΝΗΣΤΕΙΑΣ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΝΗΣΤΕΙΑΣ

Σ. Καρράς¹, Θ. Κουφάκης¹, Λ. Αδαμίδου², Γ. Δημακόπουλος³, Ξ. Τσεκμεκίδου¹, Γ. Καραλιόλιος¹, Ε. Μελίδου¹, Κ. Κώτσα¹

¹ Τμήμα Ενδοκρινολογίας και Μεταβολισμού – Διαβητολογικό Κέντρο, Α' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

² Τμήμα Διαιτολογίας και Διατροφής, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

³ BIOSSTATS, Ιωάννινα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ

Δεν είναι απολύτως σαφές το αν η διαιτητική πρόσληψη των αμινοξέων έχει σημαντική επίδραση στην ομοιοστασία της γλυκόζης. Διαθέσιμα δεδομένα καταδεικνύουν πως η διαλειμματική νηστεία (ΔΝ) έχει θετική επίδραση στα επίπεδα γλυκόζης πλάσματος. Ωστόσο, δεν έχει μέχρι σήμερα μελετηθεί αν αυτό σχετίζεται με αλλαγές στη διαιτητική πρόσληψη των αμινοξέων κατά τη διάρκειά της. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να διερευνήσει αν η διαιτητική πρόσληψη αμινοξέων σχετίζεται με το γλυκαιμικό προφίλ υπέρβαρων ατόμων που ακολουθούν ΔΝ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Ανθρωπομετρικοί δείκτες, γλυκόζη νηστείας (ΓΝ), ινσουλίνη νηστείας, ο δείκτης HOMA-IR και η διαιτητική πρόσληψη αμινοξέων μετρήθηκαν σε 14 υπέρβαρα άτομα [μέση ηλικία 46,3 έτη και μέσος δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) 28,3 kg/m²] που ακολούθησαν ένα μοντέλο ΔΝ 16:8. Η αξιολόγηση έλαβε χώρα πριν την έναρξη της δίαιτας, στο τέλος αυτής (7 εβδομάδες) και 5 εβδομάδες αφού οι συμμετέχοντες επέστρεψαν στις τυπικές διατροφικές τους συνήθειες (12 εβδομάδες). Ως ομάδα ελέγχου χρησιμοποιήθηκαν 29 άτομα (μέση ηλικία 49,9 έτη και μέσος ΔΜΣ 29,0 kg/m²) τα οποία ακολούθησαν ορθόδοξη νηστεία (ΟΝ) για το ίδιο χρονικό διάστημα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Και στις δύο ομάδες παρατηρήθηκε μείωση του ΔΜΣ κατά τη διάρκεια της διατροφικής παρέμβασης [ΔΝ: 28,3 ± 6,7 kg/m² (έναρξη) vs 27,5 ± 6,3 kg/m² (7 εβδομάδες), p<0,001 και ΟΝ: 29,0 ± 6,0 kg/m² (έναρξη) vs 28,2 ± 5,4 kg/m² (7 εβδομάδες), p<0,001]. Στην ομάδα της ΔΝ διαπιστώθηκε σημαντική μείωση στην πρόσληψη ασπαρτικού οξέος, αλανίνης και μεθειονίνης. Στην ίδια ομάδα, η ΓΝ μειώθηκε σημαντικά κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης: 90,14 mg/dl (έναρξη) vs 84,50 mg/dl (7 εβδομάδες) vs 83,29 mg/dl (12 εβδομάδες), με τη διαφορά μεταξύ έναρξης και 12 εβδομάδων να είναι στατιστικά σημαντική (p=0,021). Οι αλλαγές στο ασπαρτικό οξύ βρέθηκαν να συσχετίζονται με τις τιμές ΓΝ στην ομάδα ΔΝ: όσο μεγαλύτερη η μείωση μεταξύ έναρξης και 12 εβδομάδων, τόσο χαμηλότερες τιμές ΓΝ αναμένονταν στις 12 εβδομάδες (p=0,039). Ωστόσο, όταν ο ΔΜΣ και το σωματικό λίπος συμπεριελήφθησαν στο μοντέλο, η σημαντικότητα εξασθένησε. Δεν παρατηρήθηκαν συσχετίσεις ανάμεσα στην πρόσληψη αμινοξέων και τις τιμές ινσουλίνης και HOMA-IR.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης υποδηλώνουν πως τα οφέλη της ΔΝ στον μεταβολισμό της γλυκόζης μπορεί να διαμεσολαβούνται από τη μειωμένη πρόσληψη συγκεκριμένων αμινοξέων κατά τη διάρκειά της. Μελλοντικές μελέτες μένουν να αποσαφηνίσουν τους σχετικούς μηχανισμούς.

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑΓΕΥΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΕ ΕΓΚΥΟ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΥΗΣΗΣ: ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Τ. Γιάσκεβιτς¹, Κ. Χρυσανθόπουλος¹, Χ. Μηλιώνης², Β. Παπαδοπούλου²,
Ε. Κωνσταντάκη³, Μ. Μαριδάκη⁴, Α. Φιλίππου¹, Ε. Κούγκου²

¹ Εργαστήριο Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

² Τμήμα Ενδοκρινολογίας, Διαβήτη & Μεταβολισμού, Γ.Ν.Μ. «Ελενα Βενιζέλου», Αθήνα

³ Menarini Diagnostics Greece

⁴ Τομέας Αθλητιατρικής & Βιολογίας της Άσκησης, Σχολή Επιστήμης Φυσικής Αγωγής & Αθλητισμού, ΕΚΠΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η έγκαιρη διάγνωση και ρύθμιση του Σακχαρώδη Διαβήτη Κύησης (ΣΔΚ) είναι μείζονος σημασίας, καθώς έχει ανεπιθύμητες επιδράσεις τόσο στο έμβρυο όσο και στην εγκυμονούσα μητέρα. Η τακτική σωματική δραστηριότητα έχει προταθεί ως προληπτικό ή/και θεραπευτικό μέσο για τη μείωση των επιπλοκών της εγκυμοσύνης και τη βελτίωση της υγείας της μητέρας και του εμβρύου. Πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα υποδηλώνουν ότι η μεταγευματική άσκηση επιφέρει βελτίωση του γλυκαιμικού ελέγχου σε ασθενείς με διαταραχές μεταβολισμού της γλυκόζης. Ωστόσο, ο ρόλος της μεταγευματικής άσκησης στον ΣΔΚ δεν έχει ακόμη μελετηθεί.

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει την επίδραση της μεταγευματικής άσκησης σε έγκυο με ΣΔΚ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Έγκυος καυκάσιας φυλής 38 ετών διαγνώστηκε με ΣΔΚ την 26^η εβδομάδα κύησης. Κατόπιν της διάγνωσης, ακολούθησε πρόγραμμα άσκησης που περιελάμβανε καθημερινή μεταγευματική βάδιση 30 λεπτά πρωί και βράδυ. Η άσκηση διαρκούσε 30 min, με ρυθμό βάδισης 4,2-4,3 km/h και καρδιακή συχνότητα 90-130 παλμοί/min. Αισθητήρας συνεχούς καταγραφής σακχάρου (Continuous Glucose Monitoring) (CGM) (GlucoMen Day, A. Menarini, Diagnostics) τοποθετήθηκε στην εδελόντρια έγκυο και της έγινε ούσταση κατάλληλης διαιτητικής αγωγής.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν χρειάστηκε να χορηγηθεί ινσουλίνη και ο υπερηχογραφικός έλεγχος έδειξε φυσιολογική ποσότητα αμνιακού υγρού και ανάπτυξη εμβρύου. Η αύξηση του σωματικού βάρους της μητέρας έως τον τοκετό ήταν 12 kg, ενώ ο χρόνος γλυκόζης μεσοκυττάριου υγρού (Time in Range – TIR) για τα επίπεδα 70-140 mg/dl ήταν 69,6%, για < 70 mg/dl ήταν 18,9% και για > 140 mg/dl ήταν 11,5%. Το πρόγραμμα άσκησης ακολουθήθηκε με συνέπεια (85%) πραγματοποιώντας συνολικά 71 διπλές συνεδρίες (πρωί-βράδυ) από την 27^η έως την 39^η εβδομάδα, όταν γεννήθηκε με φυσιολογικό τοκετό υγιές (Apgar score 10/10 για το 1^ο και 5^ο λεπτό) άρρεν νεογνό βάρους 2.580 g. Η συνιστώμενη διατροφή ακολουθήθηκε επίσης με συνέπεια κατά δήλωση της εγκύου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η συστηματική μεταγευματική βάδιση, σε συνδυασμό με κατάλληλη διατροφή, επέφεραν αποτελεσματική ρύθμιση του ΣΔΚ της εγκύου χωρίς την ανάγκη χρήσης ινσουλίνης, οδηγώντας σε φυσιολογικό τοκετό και γέννηση υγιούς νεογνού. Τα ανωτέρω δεδομένα αποτελούν μέρος ευρύτερης μελέτης που διερευνά την επίδραση της προγευματικής και μεταγευματικής άσκησης στον ΣΔΚ.

**ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ, ΣΩΜΑΤΟΜΕΤΡΙΚΕΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΟΚΡΙΣΕΙΣ
ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗΣ ΒΑΔΙΣΗΣ
ΣΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ. ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**

Κ. Χρυσανθόπουλος¹, Κ. Πατακιούτης¹, Μ. Χωριανοπούλου¹, Σπ. Χατζησπύρου¹,
Χρ. Αοβέστης¹, Ε. Κωνσταντάκη², Θ. Βασιλακόπουλος¹, Α. Φιλίππου¹

¹ Εργαστήριο Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

² Menarini Diagnostics Greece

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παχυσαρκία παγκοσμίως εξελίσσεται σε πανδημία και είναι συνυφασμένη με καρδιαγγειακά νοσήματα και σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2). Η συστηματική διά βίου άσκηση μειώνει τον μεταβολικό και καρδιαγγειακό κίνδυνο όπως δείχνει πληθώρα επιδημιολογικών και συστηματικών μελετών. Όμως, οι πιθανές αλλαγές που μπορεί να προκαλέσει ένα βραχυχρόνιο πρόγραμμα άσκησης σε παχύσαρκους δεν έχει μελετηθεί ιδιαίτερα.

ΣΚΟΠΟΣ

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να παρουσιάσει τα προκαταρκτικά δεδομένα της επίδρασης ενός καθημερινού εβδομαδιαίου προγράμματος βάδισης σε παχύσαρκα άτομα που δεν παρουσιάζουν συννοσηρότητες.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Επτά εδελοντές (5 άντρες & 2 γυναίκες) 37,4 ± 13,7 ετών, ύψους 1,79 + 0,06 m και Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) 33,6 ± 5,1 kg·m² (Μ.Ο. ± Σταθερό Λάδος), περπάτησαν για επτά συνεχόμενες ημέρες 30 λεπτά πρωί και βράδυ σε ένταση που αντιστοιχούσε στον μέγιστο ρυθμό καύσης λίπους (ΜΕΡΚΛ), όπως αυτός προσδιορίστηκε από εργοσπιρομετρικές διαδικασίες κατά την διάρκεια μιας δοκιμασίας κόπωσης. Οι συμμετέχοντες καθ' όλο το χρονικό διάστημα της παρέμβασης έφεραν αισθητήρα συνεχούς καταγραφής σακχάρου (Continuous Glucose Monitoring) (CGM) (GlucoMen Day, A. Menarini, Diagnostics). Σωματική σύσταση (DEXA) και σωματομετρήσεις επίσης αξιολογήθηκαν πριν και μετά το σύντομο πρόγραμμα άσκησης. Η διατροφή και η σωματική δραστηριότητα ελέγχθηκαν πριν τις αξιολογήσεις.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Δεν παρουσιάστηκαν διαφορές ($p > 0,05$) πριν και μετά την παρέμβαση στο σωματικό βάρος (Πριν: 107,5 ± 18,0, Μετά: 106,6 ± 16,9 kg), στο ποσοστό λίπους (Πριν: 36,3 ± 9,1, Μετά: 36,4% ± 10,0%) και τη μέγιστη πρόσληψη οξυγόνου (Πριν: 28,3 ± 5,7, Μετά: 28,1 ± 6,1 ml/kg/min). Ο ΜΕΡΚΛ αυξήθηκε κατά 25% (Πριν: 0,284 ± 0,118, Μετά: 0,3550 ± 0,163 g/min, $p = 0,032$, $d = 1,04$), ενώ η περιφέρεια μέσης μειώθηκε σημαντικά (Πριν: 112 ± 11, Μετά: 108 ± 11 cm, $p = 0,0005$, $d = 1,63$). Ο χρόνος γλυκόζης ενδιάμεσου υγρού (Time in Range – TIR) για τα επίπεδα 70-140 mg/dl ήταν 88% ± 2%, για < 70 mg/dl ήταν 10% ± 4% και για > 140 mg/dl ήταν 2% ± 2%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ένα καθημερινό πρόγραμμα βάδισης πρωί-βράδυ για μία εβδομάδα δεν προκαλεί αλλαγές στη σωματική σύσταση αλλά βελτιώνει την οξειδωτική ικανότητα σε παχύσαρκα άτομα τα οποία συνήθως παρουσιάζουν την ικανότητα αυτή ιδιαιτέρως χαμηλή λόγω μιτοχονδριακής δυσλειτουργίας.

**ΟΙ ΑΝΤΙΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ
ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2:
ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ**

Γ. Παπαγιάννη¹, Χρ. Παναγιώτου², Μ. Βάρδας², Ν. Μπαλάσκας², Κ. Αντωνόπουλος³,
Δ. Ταχματζίδης¹, Τ. Διδάγγελος¹, Ν. Καδόγλου²

¹ Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

² Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κύπρου

³ Αγγειοχειρουργική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 (ΣΔ2) αποτελεί μία χρόνια πάθηση που χαρακτηρίζεται από ήπια φλεγμονή και σχετίζεται με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο.

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης και μετα-ανάλυσης είναι να εκτιμήσει την επίδραση της συστηματικής αερόβιας άσκησης (ΣΑΑ) επί των φλεγμονωδών δεικτών σε ασθενείς με ΣΔ2.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση στις βιβλιογραφικές πλατφόρμες Pub Med, Web of Science, Embase, και Cochrane Library έως τον Απρίλιο του 2022. Αναζητήθηκαν αποκλειστικά κλινικές, τυχαιοποιημένες, ελεγχόμενες μελέτες με ομάδα ελέγχου που μελέτησαν τις δράσεις της ΣΑΑ επί της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (CRP) και των λιποκινών: αντιπονεκτίνη, ρεζιστίνη, ιντερλευκίνη-6 (IL-6), παράγοντα νέκρωσης όγκου-α (TNF-α) καθώς και τις μεταβολές σε ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά και τον γλυκαιμικό έλεγχο σε ενήλικες ασθενείς με ΣΔ2. Υπολογίστηκε μετά το πέρας του εκάστοτε προγράμματος ΣΑΑ, η συγκεντρωτική εκτίμηση της σταθμισμένης μέσης διαφοράς (weighted mean differences – WMDs) με διάστημα εμπιστοσύνης 95% για όλες τις υπό μελέτη παραμέτρους ανάμεσα στους ασθενείς που ασκήθηκαν και στην ομάδα ελέγχου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Είκοσι έξι μελέτες με συνολικά 1.239 ασθενείς με ΣΔ2 επιλέχθηκαν για τη μετα-ανάλυση. Τα συγκεντρωτικά αποτελέσματα έδειξαν ότι μετά το πέρας του προγράμματος ΣΑΑ οι δείκτες φλεγμονής ήταν σε χαμηλότερα επίπεδα στους ασθενείς που ασκήθηκαν σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου: CRP (mg/L): WMD: -0,91, 95% CIs: -1,43, -0,40, p<0,001, ρεζιστίνη (mg/ml): (WMD: -2,08, 95% CIs: -3,32, -0,84, p<0,001), TNF-α (pg/ml): (WMD: -2,70, 95% CIs: -4,26, -1,14, p<0,001) και IL-6 (pg/ml): (WMD: -1,05, 95% CIs: -1,68, -0,43, p<0,001). Τα αποτελέσματα αυτά συνοδεύονταν από σημαντική βελτίωση της γλυκόζης νηστείας (mg/dl) (WMD: -13,02, 95% CIs: -25,39, -0,66, p=0,04), της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c, %) (WMD: -0,51, 95% CIs: -0,73, -0,28, p<0,001), και του ποσοστού σωματικού λίπους (%) (WMD: 3,14, 95% CI: -4,71, -1,58, p<0,001). Η παρούσα μετα-ανάλυση έδειξε λιγότερο ισχυρές διαφορές για την αντιπονεκτίνη (μg/ml), (WMD: 1,00, 95% CI: -0,12, 2,12, p=0,08) και τον δείκτη μάζας σώματος (kg/m²) (WMD: -1,34; 95% CI: -2,76, 0,08, p=0,06), που όμως τείνει να διαφέρει ανάμεσα στην ομάδα της άσκησης και την ομάδα ελέγχου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ΣΑΑ μπορεί να μειώσει σημαντικά το φορτίο της φλεγμονής σε ασθενείς με ΣΔ2 μειώνοντας τα επίπεδα της CRP, της ρεζιστίνης, του TNF-α και της IL-6 ακόμη και όταν δεν συνοδεύεται από σημαντική μείωση του σωματικού βάρους. Το πραγματικό κλινικό όφελος των αντιφλεγμονωδών δράσεων της ΣΑΑ σε ασθενείς με ΣΔ2 μένει να διερευνηθεί με περαιτέρω κλινικές μελέτες.

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΕΠΙΤΕΥΞΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΣΤΟΧΩΝ ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟΥ ΠΡΟΦΙΛ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΕΝΑΝΤΙ ΕΚΕΙΝΩΝ ΑΝΕΥ

Σ. Αχλαδιανάκη¹, Ι. Ζαφράς¹, Δ. Σαρίδη¹, Ν. Βασιλάκη¹, Β. Βασιλόπουλος¹,
Α. Τσάριτς², Μ. Κουφαλέξη¹, Μ. Σταματελάτου¹

¹ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Ιατρείο, Γ.Ν. – Κ.Υ. Σητείας Κρήτης

² Κ.Υ. – Γ.Ν. Σητείας Κρήτης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι ευρέως γνωστό ότι η καρδιαγγειακή νόσος αποτελεί τη συχνότερη αιτία θνησιμότητας και θνητότητας παγκοσμίως. Η δυσλιπιδαιμία αποτελεί έναν από τους βασικότερους καρδιομεταβολικούς παράγοντες κινδύνου και η επίτευξη των θεραπευτικών στόχων αυτής παραμένει δυσχερής παρά την όποια εξέλιξη της φαρμακευτικής θεραπείας.

ΣΚΟΠΟΣ

Η σύγκριση επίτευξης των θεραπευτικών στόχων λιπιδαιμικού προφίλ βάσει κατευθυντήριων οδηγιών ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) έναντι εκείνων άνευ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Σε μια αναδρομική μελέτη, μετά από συλλογή δεδομένων 750 ασθενών (άνδρες 55,2%), μέσης ηλικίας (mean 74,77±15,44 sd) που νοσηλεύτηκαν στην Παθολογική Κλινική, την τελευταία διετία, μετρήθηκαν σωματομετρικοί-δημογραφικοί και εργαστηριακοί παράγοντες όπως ηλικία, η παρουσία ή όχι διαβήτη, παρουσία Αρτηριακής Υπέρτασης (ΑΥΠ), καπνίσματος, η HbA1c, το λιπιδαιμικό προφίλ (LDL, HDL, NON-HDL, TG). Ο 10ετής καρδιαγγειακός κίνδυνος του πληθυσμού της μελέτης υπολογίστηκε βάσει του score 2. Οι στόχοι του λιπιδαιμικού προφίλ υπολογίστηκαν βάσει των τελευταίων κατευθυντήριων οδηγιών της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής και της Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας. Τα άτομα της μελέτης χωρίστηκαν σε 2 ομάδες: 1) Με ΣΔ (n=302), 2) άνευ (n=447). Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το SPSS17. Στατιστική σημαντικότητα p<0,05.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν 750 άτομα εκ των οποίων το 40,3% είχε ΣΔ και το 59,7% δεν είχε. Επιπλέον εξ αυτών το 81,5% των διαβητικών είχε και υπέρταση, έναντι του 62,7% που δεν ήταν καπνιστές. Ενώ καπνιστές ήταν το 48% των διαβητικών, έναντι του 45,8% που δεν είχαν. Από τους διαβητικούς το 45,2% ήταν εντός στόχου γλυκαιμικής ρύθμισης. Ωστόσο εκ των διαβητικών το 65,9% ελάμβανε στατίνες, ενώ από τους μη διαβητικούς μόνον το 39,7%. Ακόμη από τους διαβητικούς χαμηλού καρδιαγγειακού κινδύνου ήταν το 0,3%, μετρίου το 3%, υψηλού το 12,9% και πολύ υψηλού το 83,8%, ενώ από τους μη διαβητικούς χαμηλού ήταν το 10,5%, μετρίου το 10,7%, υψηλού το 23,9% και πολύ υψηλού το 54,9%. Ερχόμενοι στην επίτευξη των στόχων του λιπιδαιμικού προφίλ το 32,5% της 1^{ης} ομάδας πέτυχε τον στόχο έναντι του 30,8% της 2^{ης} ομάδας όσον αφορά την LDL (odds ratio 0,93 CI 95% 0,67-1,26, p=0,63). Το 39,4% της 1^{ης} ομάδας έναντι του 41,1% της 2^{ης} ομάδας όσον αφορά την NON-HDL (odds ratio 1,07 CI 95% 0,75-1,44, p=0,64). Το 28,5% της 1^{ης} ομάδας έναντι του 40,4% της 2^{ης} ομάδας όσον αφορά την HDL (odds ratio 1,7 CI 95% 1,24-2,32, p=0,0009) και τέλος το 71,5% της 1^{ης} ομάδας, έναντι του 85,8% της 2^{ης} ομάδας (odds ratio 2,22 CI 95% 1,55-318, p=0,0001) όσον αφορά τα TG.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ως αναμένετο οι διαβητικοί ευρίσκοντο σε πολύ υψηλότερο καρδιαγγειακό κίνδυνο έναντι των μη διαβητικών και ενώ λαμβάνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό στατίνες έναντι των μη διαβητικών δεν καταφέρνουν να επιτύχουν τους θεραπευτικούς στόχους. Αφού το 67,5% είναι εκτός επιθυμητού στόχου βάσει κατευθυντήριων οδηγιών για την LDL, το 60,6% για τη NON-HDL, το 71,5% για την HDL και το 28,5% για τα TG, στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους όσον αφορά την HDL και τα TG.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΕΛΚΟΣ ΑΚΡΟΥ ΠΟΔΟΣ

I. Καρσοφύλλη-Ταμίσογλου, I. Μπέλλου, Γ. Κελασίδης, Α. Νικολαΐδης,
Α. Λαζαρίδης, Γλ. Τζατζάγου

Α' Παθολογική Κλινική – Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το έλκος κάτω άκρου αποτελεί μείζονα επιπλοκή του σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) συνεπεία νευροπάδειας και περιφερικής αγγειοπάδειας, που σχετίζεται στενά με φτωχή γλυκαιμική ρύθμιση. Το διαβητικό έλκος δύναται να οδηγήσει σε οστεομυελίτιδα και ακρωτηριασμό με σημαντική θνητότητα, ενώ αποτελεί το συνηθέστερο αίτιο εισαγωγής στο νοσοκομείο για τους διαβητικούς ασθενείς. Η συστηματική περιποίηση και φροντίδα με επουλωτικούς και αντισηπτικούς παράγοντες κι η στοχευμένη αντιβιοτική αγωγή μπορούν να οδηγήσουν στην επούλωσή του.

ΣΚΟΠΟΣ

Παρουσιάζεται η περίπτωση διαβητικού έλκους αριστερού άκρου ποδός στη βάση του 1^{ου} και 2^{ου} μεταταρσίου με συνοδό εικόνα άρθρωσης Charcot, που επουλώθηκε.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Άνδρας, 43 ετών, παχύσαρκος (BMI: 40,5 kg/m²) με ΣΔ τύπου 2 από 2ετίας προσήλθε λόγω έλκους αριστερού κάτω άκρου στη βάση του 1^{ου} και 2^{ου} μεταταρσίου. Από το ιστορικό διαπιστώθηκε δυσλιπιδαιμία υπό αγωγή. Έφερε θετική καλλιέργεια έλκους για χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο ευαίσθητο στη μεδικιλίνη (MSSA) και *Acinetobacter pitii*.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο ασθενής έλαβε στοχευμένα αγωγή με λεβοφλοξασίνη και αμπικιλίνη/σουλβακτάμη βάσει αντιβιογράμματος. Πραγματοποιήθηκε τακτικός χειρουργικός καθαρισμός με αφαίρεση του ουλώδους ιστού και καθημερινή περιποίηση. Διενεργήθηκε ακτινογραφία κάτω άκρου που ανέδειξε διαταραχή της αρχιτεκτονικής του περιφερικού άκρου του 2^{ου} μεταταρσίου και παρουσία οστεοαραιωτικών και οστεοσκληρυντικών στοιχείων επί της περιοχής του 2^{ου} και 3^{ου} μεταταρσίου (εικόνα άρθρωσης Charcot). Επί εξιτηρίου, παραπέμφθηκε στο ιατρείο διαβητικού ποδιού και ετέθη σε διαβητική μπότα για αποφόρτιση της άρθρωσης. Σταδιακά με τοπική περιποίηση με αντισηπτικούς και επουλωτικούς παράγοντες (αφρώδες επίδεμα και τοπική χορήγηση σκευασμάτων αργύρου) παρατηρήθηκε σχεδόν πλήρης επούλωση του έλκους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το διαβητικό έλκος αποτελεί μια σοβαρή επιπλοκή του ΣΔ που δύναται να οδηγήσει σε νοσηλεία του ασθενούς. Η τακτική παρακολούθηση και περιποίηση από μία εξειδικευμένη ομάδα ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο για την αντιμετώπιση τόσο του ίδιου του έλκους όσο και των επιπλοκών του όπως η οστεομυελίτιδα και ο ακρωτηριασμός.

**ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥ ΤΡΙΓΛΥΚΕΡΙΔΙΩΝ/HDL
ΜΕ ΔΙΑΦΟΡΟΥΣ ΚΑΡΔΙΟΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ
ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**

**Σ. Αχλαδιανάκη¹, Ι. Ζαφράς¹, Ν. Βασιλάκη¹, Β. Βασιλόπουλος¹, Δ. Σαρίδη¹,
Α. Τσάριτς², Μ. Κουφαλέξη¹, Μ. Σταματελάτου¹**

¹Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Ιατρείο, Γ.Ν. – Κ.Υ. Σητείας Κρήτης

²Κ.Υ. – Γ.Ν. Σητείας Κρήτης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία ο λόγος TG/HDL φαίνεται να αποτελεί έναν αξιόπιστο δείκτη αντίστασης στην ινσουλίνη και παράλληλα θεωρείται ως παράγοντας κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου, ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας, αλλά και μεταβολικού συνδρόμου. Υπάρχουν μελέτες που ισχυρίζονται ότι τιμές >3 συνδέονται με υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης κάποιου καρδιαγγειακού συμβάντος.

ΣΚΟΠΟΣ

Να εξεταστεί η συσχέτιση του λόγου TG/HDL με διάφορους καρδιομεταβολικούς παράγοντες κινδύνου σε άτομα με ΣΔ2.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Την περίοδο 2018-2022 εξετάστηκαν 898 ασθενείς (άνδρες 48,2%), μέσης ηλικίας (mean 72,18±13,75 sd) με ΣΔ2 που προσήλθαν διαδοχικά στο διαβητολογικό ιατρείο. Μετρήθηκαν σωματομετρικοί-δημογραφικοί και εργαστηριακοί παράγοντες όπως ηλικία, Βάρος Σώματος (ΒΣ), ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), η περιφέρεια μέσης (WC), η HbA1c, το ουρικό οξύ (UA), το λιπιδαιμικό προφίλ (CHOL, LDL, HDL, TG) και ο λόγος TG/HDL, ενώ υπολογίστηκε και η νεφρική λειτουργία GFR σύμφωνα με τον τύπο CKD-EPI. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε 2 ομάδες βάσει των τιμών του λόγου TG/HDL: 1) <3 (n=411), 2) >3 (n=473). Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το SPSS19. Στατιστική σημαντικότητα p<0,05.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο λόγος TG/HDL φάνηκε να συσχετίζεται αρνητικά με την ηλικία, το φύλο, την HDL και θετικά με την WC, το ΒΣ, τον ΔΜΣ, την ολική χοληστερόλη, το UA και την HbA1c, ενώ δεν φάνηκε να συσχετίζεται με τα επίπεδα της LDL και το GFR. Η μη παραμετρική εξέταση Mann whitney U test ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των 2 ομάδων στο φύλο, την ηλικία, τους δείκτες παχυσαρκίας (ΒΣ, ΔΜΣ, WC), την ολική χοληστερόλη, την HDL, το UA, την HbA1c, πλην της LDL και του GFR.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Υψηλότερες τιμές του λόγου TG/HDL διαπιστώνονται σε μικρότερης ηλικίας άτομα, σε υπεροχή του ανδρικού φύλου, με αυξημένο ΒΣ, WC και του ΔΜΣ, υψηλότερες τιμές HbA1c και ολικής χοληστερόλης, ενώ από την άλλη οι τιμές της HDL και του ουρικού οξέος είναι πιο χαμηλές. Η συγχρονική φύση της μελέτης δεν δύναται να οδηγήσει σε περαιτέρω αιτιολογική συσχέτιση.

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ ΣΤΙΣ ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1

Ε. Ευστρατίου, Ε. Σακελλάρη, Στ. Γκίζα, Στ. Ντούμα, Α. Γαλλή-Τσινοπούλου

Μονάδα Σακχαρώδη Διαβήτη Παιδιών και Εφήβων – Collaborative SWEET Center,
Β' Παιδιατρική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας ΑΠΘ, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ

Οι διατροφικές συστάσεις της Διεθνούς Εταιρείας για τον Παιδικό και Εφηβικό Διαβήτη (International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes, ISPAD) προωθούν την υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών συνηθειών και παρέχουν καθοδήγηση για την κατανομή των μακροθρεπτικών συστατικών στο καθημερινό διαιτολόγιο. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της συμμόρφωσης των παιδιών και εφήβων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (ΣΔ1), που λαμβάνουν φροντίδα υγείας σε Μονάδα πιστοποιημένη ως Collaborative SWEET Center, με τις συστάσεις της ISPAD, και η καταγραφή της επίδρασης της διατροφής στον γλυκαιμικό έλεγχο.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Πραγματοποιήθηκε μελέτη ασθενών με ΣΔ1 ηλικίας <18 ετών με βάση ένα τριήμερο ημερολόγιο ζυγισμένων τροφίμων συμπληρωμένο από τους γονείς. Παράλληλα, καταγράφηκαν η ηλικία, η διάρκεια διαβήτη, ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) και η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c). Η ανάλυση ημερολογίου τροφίμων για τη συνολική ενεργειακή πρόσληψη (Ε) και την πρόσληψη μακροθρεπτικών συστατικών και η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκαν με το λογισμικό Athlisis και IBM SPSS 26.0, αντίστοιχα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Συμπεριλήφθηκαν 79 ασθενείς (58,2% αγόρια) με ΣΔ1 ηλικίας $12,7 \pm 4,1$ ετών, με διάρκεια νόσου $4,4 \pm 3,5$ ετών, ΔΜΣ (z score) $0,46 \pm 0,89$ και HbA1c $7,1\% \pm 0,9\%$. Η ανάλυση τροφίμων, ως % Ε πρόσληψη, έδειξε $47,3 \pm 3,76$, $17,4 \pm 3,0$ και $35,2 \pm 3,8$ υδατάνθρακες, πρωτεΐνες και λίπη με $10,5 \pm 1,88$, $4,7 \pm 0,98$ και $16,6 \pm 2,6$ κορεσμένα, πολυακόρεστα και μονοακόρεστα, αντίστοιχα, και $14,6 \pm 3,1$ g/1.000 kcal φυτικές ίνες. Σε 50,7% των συμμετεχόντων η πρόσληψη του λίπους ήταν >35%. Παρατηρήθηκε τάση συσχέτισης των υδατανθράκων με την HbA1c ($r = -0,243$, $p = 0,031$). Κατηγοριοποιώντας τους ασθενείς ανάλογα με τον βέλτιστο γλυκαιμικό έλεγχο (HbA1c <7%, n=36), όσοι κατανάλωναν λιγότερες φυτικές ίνες ήταν πιθανότερο να έχουν HbA1c >7% ($13,0 \pm 2,99$ έναντι $15,5 \pm 3,1$, $p = 0,02$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα παιδιά και οι έφηβοι με ΣΔ1, έχοντας λάβει διατροφική εκπαίδευση στη Μονάδα μας, συμμορφώνονται στην πλειοψηφία με τις συστάσεις της ISPAD, ακόμη και χρόνια μετά τη διάγνωση, εξασφαλίζοντας καλό γλυκαιμικό έλεγχο. Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στη μείωση του ολικού λίπους και ιδιαίτερα των κορεσμένων λιπαρών οξέων.

**ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΠΑΙΔΙΩΝ
ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1 ΜΕ ΑΝΤΛΙΑ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ.
ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΜΕ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ, ΣΩΜΑΤΟΜΕΤΡΙΚΑ ΚΑΙ
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ.**

Δ. Μαυρίδου, Κ. Παππά, Α. Τσόκα, Μ. Δημητριάδου, Α. Χριστοφορίδης

Α' Παιδιατρική Κλινική, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η διατροφή αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την επίτευξη ικανοποιητικού γλυκαιμικού ελέγχου σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 (ΣΔ-1).

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αναδρομική συλλογή και επεξεργασία διατροφικών δεδομένων παιδιών με ΣΔ-1 σε θεραπεία με σύστημα συνεχούς υποδόριας χορήγησης ινσουλίνης (αντλία) και συνεχούς καταγραφής της γλυκόζης (αισθητήρας). Επιπρόσθετα, η συγκριτική ανάλυση των διατροφικών αυτών δεδομένων με σωματομετρικά δεδομένα καθώς και δεδομένα γλυκαιμικού ελέγχου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Ζητήσαμε από τα παιδιά με ΣΔ-1 που βρίσκονται σε αγωγή με αντλία Medtronic Minimed 640G και σύστημα συνεχούς καταγραφής της γλυκόζης Enlite να ανεβάσουν τα δεδομένα τους κατά το 14ήμερο χρονικό διάστημα 21/9/2010 έως 4/10/2010. Αποκλείσθηκαν ασθενείς με μικρή διάρκεια χρήσης αισθητήρα <75%, αδυναμία μεταφόρτωσης δεδομένων, οξεία νόσο ή αγωγή που επηρεάζει τον μεταβολισμό της γλυκόζης κατά το διάστημα της μελέτης και απροθυμία ή άρνηση συμμετοχής. Σωματομετρικά στοιχεία των ασθενών αλλά και η πρόσφατη τιμή HbA1c ανακλήθηκαν από τους ιατρικούς φακέλους των ασθενών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Συμμετείχαν 45 ασθενείς (21 αγόρια) με μ.ο. ηλικίας $12 \pm 4,19$ έτη. Ο ημερήσιος αριθμός γευμάτων (μ.ο. $4,24 \pm 1,00$) συσχετίστηκε αρνητικά με το βάρος ($r = -0,361$, $p = 0,015$), την ηλικία διάγνωσης ($r = -0,550$, $p < 0,001$) αλλά και την HbA1c ($r = -0,302$, $p = 0,044$). Αυξημένη ημερήσια διακύμανση στην ποσότητα των υδατανθράκων (μ.ο. ημερήσιων υδατανθράκων: $194,91 \pm 115,50$ γραμμάρια) συσχετίστηκε τόσο με αυξημένο βάρος ($r = 0,408$, $p = 0,005$), όσο και ύψος ($r = 0,360$, $p = 0,015$) αλλά και με μικρότερο αριθμό μετρήσεων σακχάρου ($r = -0,364$, $p = 0,014$) αλλά και μικρότερη διάρκεια χρήσης του αισθητήρα ($r = -0,412$, $p = 0,005$). Ο λόγος των ημερησίων υδατανθράκων προς τις μονάδες bolus ινσουλίνης, ως ένας δείκτης ευαισθησίας στην ινσουλίνη ήταν αντιστρόφως ανάλογος με το βάρος ($r = -0,385$, $p = 0,009$) αλλά και με την HbA1c ($r = -0,391$, $p = 0,008$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μεγαλύτερος αριθμός ημερησίων γευμάτων σχετίστηκε με μικρότερο βάρος και καλύτερη γλυκαιμική ρύθμιση σε παιδιά και εφήβους με ΣΔ-1. Η διακύμανση των ημερησίων υδατανθράκων συσχετίστηκε με αυξημένο βάρος αλλά και ελαστικότερο έλεγχο του διαβήτη.

**ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΩΝ SGLT-2 ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ
ΣΤΗΝ ΕΛΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΑΡΤΗΡΙΑΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ ΜΕΣΩ
ΤΗΣ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΤΗΣ ΤΑΧΥΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΣΦΥΓΜΙΚΟΥ ΚΥΜΑΤΟΣ (PWV)
ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΚΑΙ
ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΕ ΔΙΑΤΗΡΗΜΕΝΟ ΚΛΑΣΜΑ ΕΞΩΘΗΣΕΩΣ**

**Α.Γ. Μαραθωνίτης¹, Ε. Οικονόμου¹, Γ. Γεωργακόπουλος², Γ. Μαραθωνίτης²,
Δ. Τούσουλης³, Γ. Σιάσος¹, Ε. Βαβουρανάκης¹**

¹ Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία», Αθήνα

² Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμιγκ»
Νοσοκομειακή Μονάδα «Αμαλία Φλέμιγκ», Αθήνα

³ Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ

Πλήθος μεγάλων μελετών έχει επιβεβαιώσει τα τελευταία χρόνια το σημαντικό καρδιαγγειακό όφελος της χορήγησης των SGLT-2 αναστολέων σε διαβητικούς ασθενείς. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αναζήτηση πιθανής μεταβολής των ιδιοτήτων του αρτηριακού τοιχώματος και της αρτηριακής σκληρίας, έπειτα από τη θεραπεία με SGLT-2 αναστολείς.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Στη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 30 ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) τύπου 2 και καρδιακή ανεπάρκεια με διατηρημένο κλάσμα εξωθήσεως, 12 γυναίκες και 18 άνδρες, μέσης ηλικίας $62,87 \pm 7,021$ έτη, HbA1c $7.4 \pm 0,604\%$, BMI $30,08 \pm 3,751$ kg/m² και μέσης διάρκειας ΣΔ $8,33 \pm 2,523$ έτη. Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν σε 2 ομάδες (15 ασθενείς η καθεμία), εκ των οποίων η μία ελάμβανε εμπαγλιφλοζίνη 10 mg ημερησίως για 6 μήνες και η άλλη ομάδα εικονικό φάρμακο. Πραγματοποιήθηκε μέτρηση της ταχύτητας του σφυγμικού κύματος (PWV) στην αρχή της μελέτης και 6 μήνες μετά.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κατά την ένταξη των ασθενών στη μελέτη, η μέση τιμή PWV για την ομάδα που έλαβε εμπαγλιφλοζίνη ήταν $12,11 \pm 0,592$ m/s και για την ομάδα που έλαβε εικονικό φάρμακο $11,86 \pm 0,516$ m/s. Κατά τον επανέλεγχο μετά από 6 μήνες, παρατηρήθηκε μείωση της μέσης τιμής PWV σε $11,73 \pm 0,586$ m/s στους ασθενείς που έλαβαν εμπαγλιφλοζίνη, μεταβολή που αντιστοιχεί σε μείωση κατά 3,13% σε σχέση με την αρχική τιμή ($p < 0,001$). Στην ομάδα που έλαβε εικονικό φάρμακο, κατά τον επανέλεγχο η μέση τιμή PWV μετρήθηκε ίση με $11,9 \pm 0,554$ m/s, μεταβολή που αντιστοιχεί σε αύξηση κατά 0,37% ($p < 0,001$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην ομάδα των ασθενών που έλαβαν εμπαγλιφλοζίνη 10 mg ημερησίως για 6 μήνες σημειώθηκε στατιστικά σημαντική μείωση της ταχύτητας του σφυγμικού κύματος. Όπως γνωρίζουμε, η ταχύτητα σφυγμικού κύματος αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα καρδιαγγειακού κινδύνου και μέτρο της αρτηριακής σκληρίας. Συνεπώς, παραπάνω μελέτη απαιτείται για την ανάδειξη πιθανής συσχέτισης της βελτίωσης της αρτηριακής ενδοτικότητας με την μείωση των καρδιαγγειακών συμβαμάτων που παρατηρείται σε ασθενείς που λαμβάνουν SGLT-2 αναστολείς.

**ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΤΟΝ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1:
ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΝΤΑΤΙΚΟΠΟΙΗΜΕΝΟ ΣΧΗΜΑ ΠΟΛΛΑΠΛΩΝ
ΕΝΕΣΕΩΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ (MDII) ΕΝΑΝΤΙ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝ
ΑΝΤΛΙΑ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΕΓΧΥΣΗΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ (CSII)**

**A. Τσιτσιμπής¹, E. Χερολίδη¹, N. Καλογεράς¹, Λ. Σπανού¹, Ζ. Μούσλεχ²,
M. Σώμαλη¹, Γ. Γεωργιόπουλος³, A. Βρυωνίδου-Μπομποτά¹**

¹ Τμήμα Ενδοκρινολογίας & Μεταβολισμού – Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. «Κοργιαλέναιο-Μπενάκειο», Αθήνα

² Τμήμα Ενδοκρινολογίας & Μεταβολισμού Διαβητολογικό Κέντρο, Euromedica Γενική Κλινική, Θεσσαλονίκη

³ Τμήμα Θεραπευτικής, Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν. «Αλεξάνδρα», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ

Οι ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 (ΣΔτ1) λαμβάνουν εξωγενώς ινσουλίνη, είτε με σχήμα πολλαπλών ενέσεων (MDII) είτε με χρήση αντλίας έγχυσης ινσουλίνης (CSII). Οι πρόσφατες εξελίξεις στις τεχνολογίες της συνεχούς καταγραφής γλυκόζης (CGM) έχουν ωθήσει στην αυξημένη χρήση αυτών για την επίτευξη του επιθυμητού γλυκαιμικού ελέγχου και την ελαχιστοποίηση ή αποφυγή σοβαρής υπογλυκαιμίας. Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στον προσδιορισμό του κλινικού οφέλους των θεραπευτικών επιλογών στον Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 (ΣΔτ1).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Πρόκειται για μία αναδρομική μελέτη κοόρτης 70 ενηλίκων ασθενών με ΣΔτ1 οι οποίοι παρακολουθούνται στα Διαβητολογικά μας Κέντρα, σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη, στο διάστημα 1-2017 έως 5-2021. Το δείγμα χωρίστηκε σε 2 ομάδες ανάλογα με τη θεραπευτική τους επιλογή, δηλαδή MDII (n=40) και CSII (n=30). Όλοι οι ασθενείς εκπαιδεύτηκαν στον υπολογισμό υδατανθράκων και έλαβαν μετρητές συνεχούς καταγραφής γλυκόζης, είτε σε πραγματικό χρόνο (rtCGM) είτε μετά από σάρωση (isCGM). Το 43,3% των ασθενών με CSII έλαβε rtCGM, ενώ σε όλους τους υπόλοιπους τοποθετήθηκε isCGM. Η τιμή της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) καταγράφηκε στην έναρξη της θεραπείας και σε διάστημα παρακολούθησης 6 έως 12 μηνών. Τα δεδομένα των CGM αναλύθηκαν σύμφωνα με προκαθορισμένους γλυκαιμικούς δείκτες: ποσοστό χρόνου εντός γλυκαιμικού στόχου (TIR), κάτω από τον στόχο (TBR) και πάνω από τον στόχο (TAR) σε διάστημα 6 έως 12 μηνών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι ασθενείς των δύο ομάδων δεν διέφεραν ως προς την ηλικία και τη διάρκεια νόσου ($p>0,05$), ενώ ο δείκτης μάζας σώματος ήταν σημαντικά χαμηλότερος στους ασθενείς της ομάδος MDII έναντι των ασθενών της CSII ($25,05\pm 5,97$ vs $28,28\pm 5,92$ kg/m², $p=0,028$). Η μέση τιμή HbA1c, πριν τη θεραπευτική παρέμβαση, ήταν 8,3% για τους ασθενείς σε MDII και 8,34% για τους ασθενείς σε CSII. Μετά από παρακολούθηση 6-12 μηνών, η HbA1c μειώθηκε και στις δύο ομάδες σε 7,48% και σε 7,5% αντίστοιχα, χωρίς όμως σημαντική διαφορά μεταξύ αυτών ($p=0,863$). Από τους προκαθορισμένους γλυκαιμικούς δείκτες, μόνο ο χρόνος κάτω από τον στόχο ήταν σημαντικά χαμηλότερος στους ασθενείς με χρήση αντλίας ινσουλίνης ($2,64\pm 3,80$ vs $5,66\pm 4,94\%$, $p=0,001$). Τέλος, ο χρόνος χρήσης του αισθητήρα βρέθηκε σημαντικά υψηλότερος στους ασθενείς με CSII ($58,94 \pm 1,10$ vs $55,58\pm 17,04$, $p<0,001$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η φροντίδα των ασθενών σε εξειδικευμένα Διαβητολογικά Κέντρα, σε συνδυασμό με τη χρήση CGM, μειώνουν σημαντικά την τιμή της HbA1c. Δεν εντοπίστηκαν διαφορές στον TIR και στην HbA1c ανάμεσα σε ασθενείς με MDII έναντι CSII. Ωστόσο οι ασθενείς με αντλία ινσουλίνης εμφανίζουν σπανιότερα υπογλυκαιμίες και έχουν χαμηλότερο ποσοστό TBR.

**ΤΑ ΒΕΛΗ ΤΑΣΗΣ ΩΣ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΣΤΟ GLUCOMEN DAY CGM
ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΟΣΟΤΙΚΟ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟ ΤΩΝ ΔΟΣΕΩΝ ΕΦΟΔΟΥ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ
ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1 –
ΠΡΩΙΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Γ. Αργυρακοπούλου¹, Στ. Σιμάτη², Μ. Ραυτοπούλου¹, Ε. Κωνσταντάκη³, Στ. Λιάτης²

¹ Διαβητολογικό Κέντρο και Ιατρείο Παχυσαρκίας, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών

² Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. «Λαϊκό», Αθήνα

³ Menarini Diagnostics, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ολοένα αυξανόμενη χρήση των συστημάτων συνεχούς καταγραφής γλυκόζης (CGM) έχει οδηγήσει στην ανάγκη της ορθής χρήσης επιμέρους χαρακτηριστικών τους, όπως τα βέλη τάσης, που βοηθούν τους χρήστες να προβλέπουν βραχυπρόθεσμα τα επίπεδα της γλυκόζης. Η σωστή ερμηνεία τους στην προσαρμογή των δόσεων ινσουλίνης υποβοηθά τη λήψη ορθότερων θεραπευτικών αποφάσεων.

ΣΚΟΠΟΣ

Να διερευνηθεί η επίδραση του συνυπολογισμού των τάσεων της γλυκόζης (όπως αυτές παρέχονται από τα συστήματα CGM) κατά τον καθορισμό των δόσεων εφόδου ινσουλίνης, στον γλυκαιμικό έλεγχο των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, σε σύγκριση με τη συνήδη πρακτική χρήσης των CGM.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Πρόκειται για διασταυρούμενη κλινική μελέτη ανοικτού σχεδιασμού, δύο φάσεων, σε ενήλικα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1. Μετά από επτά ημέρες καταγραφής του ημερησίου προφίλ γλυκόζης 7 σημείων και ρύθμισης των δόσεων ινσουλίνης (περίοδος εισαγωγής), σε κάθε συμμετέχοντα ετέθη CGM πραγματικού χρόνου για 14 ημέρες (φάση 1), κατά τις οποίες ο υπολογισμός των προγευματικών δόσεων ινσουλίνης εφόδου έγινε σύμφωνα με την συνήδη πρακτική: αφενός βάσει της εξατομικευμένης αναλογίας ινσουλίνης-υδατανδράκων του επικείμενου γεύματος και αφετέρου βάσει του εξατομικευμένου παράγοντα ευαισθησίας στην ινσουλίνη για τυχόν απαιτούμενες διορθώσεις της τιμής του σακχάρου. Στη συνέχεια, για τις επόμενες 14 μέρες (φάση 2), οι ασθενείς υπολόγιζαν τις προγευματικές δόσεις της ινσουλίνης εφόδου συνεκτιμώντας (επιπλέον των παραμέτρων της πρώτης φάσης) τα βέλη τάσης, καθοδηγούμενοι από έναν αλγόριθμο λήψης αποφάσεων. Η δόση της βασικής ινσουλίνης, η πρόσληψη θερμίδων και η σωματική δραστηριότητα διατηρήθηκαν σταθερά καθ' όλη τη διάρκεια της μελέτης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Πρώιμη ανάλυση στους 10 πρώτους συμμετέχοντες (5 γυναίκες και 5 άνδρες) μέσης ηλικίας 42,9±14,7 έτη και μέσης διάρκειας διαβήτη 12±9,6 έτη. Ο χρόνος εντός στόχου (TIR) κατά τη φάση 1 ήταν 63,2±7,8% ενώ στη φάση 2 ήταν 66,9±8,8%. Αντίστοιχα, ο χρόνος άνωθεν του στόχου (TAR) βρέθηκε 28,4±11,7% έναντι 24,60±14,2% και ο χρόνος κάτωθεν του στόχου (TBR) ήταν 6,0±4,2% έναντι 5,4±4,7%. Τέλος, η μέση τιμή γλυκόζης κατά τη πρώτη φάση ήταν 150,2±15,1 mg/dl ενώ στη φάση 2 149,1±18,2 mg/dl.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η χρήση ενός αλγορίθμου που αξιοποιεί τα βέλη τάσης της συνεχούς καταγραφής γλυκόζης για τον καθορισμό της προγευματικής δόσης ινσουλίνης συμβάλλει ενδεχομένως στην επίτευξη καλύτερης γλυκαιμικής ρύθμισης.

ΠΡΩΤΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1 ΑΥΤΟΑΝΟΣΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΣΕ ΕΦΗΒΟ, ΕΠΑΓΟΜΕΝΟΥ ΑΠΟ COVID-19 ΛΟΙΜΩΞΗ

Π. Παπαλέξης, Α. Καράμπελα, Β. Σιαμπανοπούλου, Α. Αγγελούση

Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Α΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν. «Λαϊκό», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η συσχέτιση της λοίμωξης από τον SARS-CoV-2, με την πυροδότηση αυτοάνοσων μηχανισμών είναι ήδη γνωστή. Η βιβλιογραφία αναφέρει περιστατικά διάγνωσης αγγειίτιδας και αρθρίτιδας ενώ ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις μυοπάθειες, συστηματικός ερυθηματώδης λύκος και σαρκοείδωση αναφέρθηκαν επίσης σε περιορισμένο αριθμό ασθενών, καθώς και μεμονωμένες περιπτώσεις συστηματικής σκληρύωσης. Άλλη μελέτη έδειξε ελαφρώς υψηλότερο επιπολασμό αιμολυτικής αναιμίας, ιδιοπαθούς θρομβοπενικής πορφύρας και δερματικών βλαβών με εικόνα αυτοάνοσων νοσημάτων σε γυναίκες με COVID-19. Στη βιβλιογραφία μέχρι τώρα έχουν δημοσιευθεί 19 περιστατικά με πρωτοδιάγνωση Σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (ΣΔτ1), σχετιζόμενου με λοίμωξη Covid ή με mRNA εμβολιασμό. 55,6% αφορά γυναίκες και 44,4% άνδρες, μέσης ηλικίας: 7,90 (\pm 4,3).

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της μελέτης είναι η παρουσίαση ενός ενδιαφέροντος κλινικού περιστατικού εφήβου με πρωτοδιάγνωση σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, ύστερα από λοίμωξη COVID-19 και η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, σχετικά με παρόμοια κλινικά περιστατικά και τους πιθανούς παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Πραγματοποιήθηκε συστηματική αναζήτηση της βιβλιογραφίας, μέσω της ηλεκτρονικής βάσης PubMed χρησιμοποιώντας τις εξής λέξεις-κλειδιά: ΣΔ, υπεργλυκαιμία COVID-19, εμβολιασμός, πρωτοεμφανιζόμενος διαβήτης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ασθενής 16 ετών, με συμπτώματα αδυναμίας, κόπωσης, πολουρίας και πολυδιψίας με απώλεια σωματικού βάρους έως 2 κιλών την τελευταία εβδομάδα. Στα επείγοντα εμφανίζει θετικό μοριακό τεστ στο φαρυγγικό επίχρισμα σε ποσότητα: 198.952.905 copies/mL και νοσηλεύεται στη Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων-COVID-19, του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Λαϊκό», τον Ιανουάριο 2022. Ο βιοχημικός του έλεγχος αποκαλύπτει υπεργλυκαιμία (γλυκόζη έως 380 mg/dl) με σοβαρή οξέωση, θέτοντας τη διάγνωση διαβητικής κετοξέωσης και πρωτοδιάγνωσης ΣΔ (οξόνη ούρων: 150 mg/dl, pH αρτηριακού αίματος: 6,84, pCO₂=23, HCO₃⁻=3,9, γαλακτικό οξύ= 4,2). Περαιτέρω έλεγχος ανέδειξε χαμηλή τιμή C-πепτιδίου=0,36 ng/ml και τιμή γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης HbA_{1c}=12,5%, ενώ τα θετικά αντισώματα Anti-GAD αντισώματα (43,7 U/ml) και θετικά Αντι-IA2 (1,8 U/ml), επιβεβαίωσαν τη διάγνωση του ΣΔ τύπου 1. Πραγματοποιήθηκε επίσης δοκιμασία γλυκαγόνης με επίπεδα C-πепτιδίου= 1,56 ng/ml στα 0΄ λεπτά, 1,89 ng/ml στα 5΄ λεπτά και 1,83 ng/ml στα 10΄, μετά τη χορήγηση γλυκαγόνης (Glucagen). Έγινε έναρξη ινσουλινοθεραπείας στον ασθενή με ινσουλίνη τόσο μακράς, όσο και βραχείας διάρκειας δράσης. Η βιβλιογραφία ανέδειξε μία περιγραφή περιστατικού με παρόμοια κλινική εικόνα με τη μελέτη μας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο ασθενής της μελέτης μας, πρωτοδιαγνώστηκε με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, αυτοάνοσης αιτιολογίας, με νοσηλεία λόγω διαβητικής κετοξέωσης, με πιθανή πυροδότηση αυτοάνοσης από επιβεβαιωμένη COVID-19 λοίμωξη και μάλιστα με αρκετά υψηλό ιικό φορτίο.

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΤΕΤΡΑΜΗΝΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΝΤΟΥΛΑΓΛΟΥΤΙΔΗΉ ΕΜΠΑΓΛΙΦΛΟΖΙΝΗ ΣΕ ΔΕΙΚΤΕΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΚΑΙ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΚΑΙ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ.

Β. Πρέτζα¹, Ι. Οικονομίδης², Αικ. Κουντούρη¹, Κ. Κατωγιάννης², Ε. Κόρακας¹, Χρ. Ζόμπολα³, Γ. Τσιβγούλης³, Β. Λαμπαδιάρη¹

¹ Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΕΚΠΑ, Γ.Ν. «Αττικόν», Αθήνα

² Β΄ Καρδιολογική Κλινική, ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Αθήνα

³ Β΄ Νευρολογική Κλινική, ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ

Οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2) που έχουν υποστεί ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΙΑΕΕ) παρουσιάζουν επηρεασμένους δείκτες καρδιαγγειακής και ενδοθηλιακής λειτουργίας. Τα ανάλογα Glucagon-Like-peptide-1 (GLP-1) και οι αναστολείς sodium-glucose-contrasporter-2 (SGLT-2) μειώνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών επιπλοκών. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της επίδρασης της ντουλαγλουτιδης και της εμπαγλιφλοζίνης στην αρτηριακή σκληρία, στην παραμόρφωση της αριστερής κοιλίας και στον ενδοθηλιακό γλυκοκάλυκα σε ασθενείς με ΣΔτ2 και ΙΑΕΕ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν συνολικά 81 ασθενείς με ΣΔτ2 και ΙΑΕΕ οι οποίοι έλαβαν ντουλαγλουτιδή (n=27), εμπαγλιφλοζίνη (n=27) ή ινσουλίνη (n=27). Στην αρχή και μετά από 4 μηνών θεραπεία μετρήσαμε: α) την καρωτιδο-μηριαία ταχύτητα του σφυγμικού κύματος (PWV-Complior ALAM), β) την κεντρική συστολική αρτηριακή πίεση (cSBP), γ) τον δείκτη ενίσχυσης του αορτικού σφυγμικού κύματος (AIx), δ) τη συνολική επιμήκη παραμόρφωση της αριστερής κοιλίας (GLS) και ε) το Perfused boundary Region (PBR) των υπογλώσσιων αγγείων (δείκτη του πάχους του γλυκοκάλυκα), (Microscan, Glucocheck).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι ομάδες κατά την ένταξή τους στη μελέτη δεν διέφεραν ως προς την ηλικία, το φύλο, την HbA1c και τους δείκτες καρδιαγγειακής και ενδοθηλιακής λειτουργίας (p>0,05). Μετά από 4 μήνες θεραπεία οι ασθενείς που έλαβαν εμπαγλιφλοζίνη ή ντουλαγλουτιδή παρουσίασαν σημαντική μείωση των PWV (12,98±3,23 vs 11,62±1,74m/s, p=0,017, 14,77±1,97 vs 13,59±2,20 m/s, p=0,042 αντίστοιχα), cSBP (132,15±14,03 vs 120,27±10,05 mmHg, p=0,035, 139±7,25 vs 129±7,75 mmHg, p=0.045 αντίστοιχα), AIx (17.10±17.83 vs 5,97±28,99, p=0,028, 8,59±20 vs 7,46±6,36, p=0,039 αντίστοιχα) και GLS (-16,87±3,28 vs -18,76±3,35, p=0,001, -16,31±3,42 vs -17,48±3,14, p=0,004 αντίστοιχα) συγκριτικά με τους ασθενείς που έλαβαν ινσουλίνη. Οι τιμές του PBR βελτιώθηκαν μόνο στους ασθενείς που έλαβαν ντουλαγλουτιδή (2,10±0,16 vs 2,00±0,14, p=0,025 vs εμπαγλιφλοζίνη: 2,04±0,23 vs 2,00±0,11, p=0,696 vs ινσουλίνη: 2,13±0,3 vs 2,15±0,3, p=0,567).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ντουλαγλουτιδή και η εμπαγλιφλοζίνη βελτιώνουν την αρτηριακή σκληρία και την παραμόρφωση του μυοκαρδίου της αριστερής κοιλίας, ωστόσο μόνο η ντουλαγλουτιδή βελτιώνει τον ενδοθηλιακό γλυκοκάλυκα σε ασθενείς με ΣΔτ2 και ΙΑΕΕ μετά από 4 μήνες θεραπείας.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ GLP1 ΣΤΗΝ ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΣΔ2 ΚΑΙ ΤΟ ΟΦΕΛΟΣ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Κ. Μαυρομουστάκου¹, Α. Μακίνα-Κούση¹, Β. Γιάνναρης², Μ. Παπαδοπούλου¹,
Ν. Τριφυλά¹, Κ. Φουντουλάκη², Ζ. Αλεξίου¹

¹ Διαβητολογικό Ιατρείο, Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο»

² Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι GLP-1 αγωνιστές είναι κλινικά αποτελεσματικοί στην θεραπεία των ασθενών με ΣΔΤ2 ως προσθήκη στην αρχική θεραπεία του διαβήτη όταν αποτυγχάνει η θεραπεία με μεταφορμίνη ως μονοθεραπεία. Έχει αποδειχθεί το όφελός τους στην ολιστική αντιμετώπιση του ΣΔΤ2 (γλυκαιμική ρύθμιση, απώλεια βάρους, αρτηριακή πίεση κ.ά.), η ασφάλειά τους καθώς και η συμβολή τους στη βελτίωση καρδιαγγειακών νοσημάτων.

ΣΚΟΠΟΣ

Να μελετηθεί ο ρόλος της προσθήκης των GLP-1 αγωνιστών στην ρύθμιση των ασθενών με ΣΔΤ2 και το όφελός τους στη βελτίωση της καρδιαγγειακής λειτουργίας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήθηκαν 23 ασθενείς κατά την παρακολούθηση στο διαβητολογικό ιατρείο. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά δεδομένα τους στην πρώτη επίσκεψη και στην επόμενη επίσκεψη που διεξήχθη 4 έως 6 μήνες μετά. Καταγράφηκαν μελετώντας τους φακέλους τους: η ηλικία, το φύλο, το σωματικό βάρος ο χρόνος διάρκειας διαβήτη, οι τιμές νεφρικής λειτουργίας και στοιχεία από το ατομικό αναμνηστικό για συννοσηρότητες (αρτηριακή υπέρταση, στεφανιαία νόσος, καρδιακή ανεπάρκεια κ.ά.). Σε όλους τους ασθενείς έγινε προσθήκη των GLP1 στη θεραπεία τους και από τους 23 ασθενείς που αναφέρουμε στη μελέτη οι 10 ήταν ασθενείς στους οποίους ζητήθηκε διαβητολογική εκτίμηση από το Ιατρείο Καρδιακής Ανεπάρκειας. Στους παραπάνω ασθενείς εκτός των άλλων καταγράφηκαν δεδομένα καρδιακής λειτουργίας [τιμές proBNP και στοιχεία υπερηχογραφήματος καρδιάς (κλάσμα εξώθησης κ.ά.)] κατά την πρώτη επίσκεψη και 4 με 6 μήνες μετά.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι ασθενείς με ατομικό ιστορικό καρδιακής ανεπάρκειας μετά τη διάρκεια 4 ή 6 μηνών από την προσθήκη GLP1 στην αγωγή τους μείωσαν το ProBNP κατά μέσο όρο 2.086 pg/ml (56%) και βελτίωσαν το κλάσμα εξώθησης με αύξηση κατά μέσο όρο 14% (31%).

ΟΜΑΔΑ ΜΕ GLP1

CHOL	200 mg/dl ± 31,3 mg/dl
TRIGL	172,4 mg/dl ± 91,2 mg/dl
HDL	58,1 mg/dl ± 38,3 mg/dl
LDL	104,3 mg/dl ± 25,0 mg/d
ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΣΔ	11,3 έτη ± 6,1 έτη
ΒΑΡΟΣ ΠΡΙΝ	99 kg ± 20,1 kg
ΒΑΡΟΣ ΜΕΤΑ	92,9 kg ± 20,7 kg
ΗΛΙΚΙΑ	57,5 ετών ± 11,3 ετών
ΥΨΟΣ	1,7 m ± 0,07 m
ΓΛΥΚΟΖΗ	158,9 mg/dl ± 59,8 mg/dl

ΟΜΑΔΑ ΜΕ GLP1

ΚΡΕΑΤΙΝΙΝΗ ΠΡΙΝ	0,8 mg/dl ± 0,2 mg/dl
ΚΡΕΑΤΙΝΙΝΗ ΜΕΤΑ	0,8 mg/dl ± 0,1 mg/dl
ΟΥΡΙΑ ΠΡΙΝ	34,4 mg/dl ± 11,4 mg/dl
ΟΥΡΙΑ ΜΕΤΑ	34,7 mg/dl ± 10,0 mg/dl
HBA1C ΠΡΙΝ	8,11% ± 1,77%
HBA1C ΜΕΤΑ	6,70% ± 1,02%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ/ΑΝΔΡΕΣ	63%/37%
proBNP ΠΡΙΝ	3.717 pg/ml ± 1.543 pg/ml
proBNP ΜΕΤΑ	1.631 pg/ml ± 613 pg/ml
ΚΛΑΣΜΑ ΕΞΩΘΗΣΗΣ ΠΡΙΝ	31% ± 6%
ΚΛΑΣΜΑ ΕΞΩΘΗΣΗΣ ΜΕΤΑ	45% ± 7%

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια και σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 σε συνδυασμό με την προσθήκη GLP1 στην αγωγή τους βελτίωσε σημαντικά την καρδιακή τους λειτουργία.

ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2: ΜΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ

Γ. Κωστόπουλος¹, Ι. Δουνδουλάκης², Κ. Τουλής¹, Θ. Καραγιάννης³,
Α. Τσάπας³, Α.-Μπ. Χάιδιτς⁴

¹ Τμήμα Ενδοκρινολογίας, 424 Γ.Σ.Ν.Ε., Θεσσαλονίκη

² Α' Καρδιολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Αθήνα

³ Διαβητολογικό Κέντρο, Β' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

⁴ Εργαστήριο Υγιεινής, Κοινωνικής-Προληπτικής Ιατρικής και Ιατρικής Στατιστικής, ΑΠΘ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ

Η καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) αποτελεί μία από τις πρωιμότερες εκδηλώσεις καρδιαγγειακής νόσου στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2) και συσχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα. Η πρόληψη και αντιμετώπιση της ΚΑ είναι εφικτή, εφόσον διαγνωσθεί νωρίς. Συνεπώς, η διαστρωμάτωση των ασθενών με τη βοήθεια κλινικών προγνωστικών μοντέλων καθίσταται αναγκαία. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η συστηματική ανασκόπηση, κριτική αξιολόγηση και εκτίμηση της προγνωστικής ικανότητας και γενικευσιμότητας όλων των δημοσιευμένων προγνωστικών μοντέλων ΚΑ σε ασθενείς με ΣΔ2.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Πραγματοποιήθηκε συστηματική βιβλιογραφική αναζήτηση σε πέντε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (Medline, Embase, CentralRegister of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Scopus) μέχρι και τις 12 Ιουλίου 2022, για τον εντοπισμό μελετών ανάπτυξης ή/και επικύρωσης προγνωστικών μοντέλων για την έκβαση της ΚΑ σε ασθενείς με ΣΔ2. Η εξαγωγή των δεδομένων εστιάστηκε στα γενικά χαρακτηριστικά των μελετών, τις μεθόδους ανάπτυξης των μοντέλων καθώς και στα μέτρα αξιολόγησης της προγνωστικής ικανότητας του μοντέλου (διακριτική ικανότητα και βαθμονόμηση). Για τα προγνωστικά μοντέλα με πολλαπλές μελέτες επικύρωσης πραγματοποιήθηκε μετα-ανάλυση τυχαίων επιδράσεων ώστε να υπολογιστεί η αθροιστική διακριτική ικανότητα (pooled C-statistic) των μοντέλων. Παράλληλα, η σύνθεση των αντίστοιχων μέτρων βαθμονόμησης έγινε περιγραφικά. Η αξιολόγηση του κινδύνου συστηματικού σφάλματος και της ισχύος της τεκμηρίωσης πραγματοποιήθηκαν με το εργαλείο PROBAST και το σύστημα GRADE, αντίστοιχα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Συνολικά ανευρέθηκαν 55 μελέτες που περιέγραφαν την ανάπτυξη 58 προγνωστικών μοντέλων: 1) μοντέλα που αναπτύχθηκαν σε ασθενείς με ΣΔ2 για την πρόβλεψη της ΚΑ (n=43), 2) μοντέλα που αναπτύχθηκαν αρχικώς σε άλλους πληθυσμούς και επικυρώθηκαν σε ασθενείς με ΣΔ2 (n=3) και 3) μοντέλα που αναπτύχθηκαν αρχικώς για άλλες καρδιαγγειακές εκβάσεις και επικυρώθηκαν για την έκβαση της ΚΑ σε ασθενείς με ΣΔ2 (n=12). Τα μοντέλα RECODE [C-statistic = 0,75 95% CI (0,72, 0,78), 95% PI (0,68, 0,81), υψηλή ποιότητα τεκμηρίωσης], TRS-HFDM [C-statistic = 0,75 95% CI (0,69, 0,81), 95% PI (0,58, 0,87), χαμηλή ποιότητα τεκμηρίωσης] και WATCH-DM [C-statistic = 0,70 95% CI (0,67, 0,73), 95% PI (0,63, 0,76), μέτρια ποιότητα τεκμηρίωσης] παρουσίασαν την καλύτερη διακριτική ικανότητα. Επίσης, το μοντέλο QDiabetes-HF εμφάνισε ικανοποιητική προγνωστική ικανότητα, αλλά επικυρώθηκε μόνο σε έναν ανεξάρτητο πληθυσμό και συνεπώς, δεν συμπεριελήφθη στη μετα-ανάλυση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η συστηματική αναζήτηση ανίχνευσε αρκετά προγνωστικά μοντέλα ΚΑ σε ασθενείς με ΣΔ2. Παρ' όλα αυτά, μόνο 4 παρουσίασαν ενθαρρυντική ικανότητα πρόβλεψης και θα μπορούσαν κατ' επέκταση να ενταχθούν στην καθημερινή κλινική πράξη.

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΙΝΩΣΗΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΒΙΟΔΕΙΚΤΗ FIB-4 ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΕΝΑΝΤΙ ΕΚΕΙΝΩΝ ΑΝΕΥ

Ι. Ζαφράς¹, Σ. Αχλαδιανάκη¹, Δ. Σαρίδη¹, Ν. Βασιλάκη¹, Β. Βασιλόπουλος¹,
Α. Τσάριτς², Μ. Κουφαλέξη¹, Μ. Σταματελάτου¹

¹ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Ιατρείο, Γ.Ν. – Κ.Υ. Σητείας Κρήτης

² Κ.Υ. – Γ.Ν. Σητείας Κρήτης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο δείκτης FIB-4 χρησιμοποιείται με σκοπό την εκτίμηση της ηπατικής ίνωσης. Τιμές <1,45 αποκλείουν την ίνωση, ενώ τιμές > 3,25 υποδηλώνουν κίρρωση. Οι ενδιάμεσες τιμές δεν φαίνεται να είναι διαγνωστικές. Ο επιπολασμός της μη αλκοολικής λιπώδους νόσου του ήπατος (NAFLD) σε άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) φτάνει στο 55,5% παγκοσμίως. Οπότε η χρήση μη επεμβατικών δεικτών που θα θέσουν τη διάγνωση ίνωσης, χωρίς την ανάγκη βιοψίας κρίνεται υψίστης σημασίας.

ΣΚΟΠΟΣ

Εκτίμηση του βαθμού ηπατικής ίνωσης με τη χρήση του δείκτη FIB-4 σε άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) έναντι εκείνων άνευ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Σε μια αναδρομική μελέτη, μετά από συλλογή δεδομένων 750 ασθενών (άνδρες 55,2%), μέσης ηλικίας (mean 74,77±15,44 sd) που νοσηλεύτηκαν στην Παθολογική Κλινική, την τελευταία διατροφή, μετρήθηκαν σωματομετρικοί-δημογραφικοί και εργαστηριακοί παράγοντες όπως ηλικία, η παρουσία ή όχι διαβήτη, παρουσία Αρτηριακής Υπέρτασης (ΑΥΠ), καπνίσματος, η HbA1c, το λιπιδαιμικό προφίλ (LDL, HDL, NON-HDL, TG). Τα άτομα της μελέτης χωρίστηκαν σε 2 ομάδες: 1) Με ΣΔ (n=302) και 2) άνευ (n=447). Ενώ στη συνέχεια αυτές οι 2 ομάδες χωρίστηκαν περαιτέρω σε 3 υποομάδες βάσει του υπολογισμού του δείκτη FIB-4 η καθεμία: 1) <1,45, 2) >1,45 και <3,25, 3) >3,25. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το SPSS17. Στατιστική σημαντικότητα p<0,05.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στη μελέτη μας ΣΔ είχε το 40,3%. Εκ των οποίων μετά τον διαχωρισμό βάσει του δείκτη FIB-4 είχε α) n=124 (41,1%), β) n=139 (46%), γ) n=39 (12,9%), έναντι στους μη διαβητικούς α) n=167 (37,4%), β) n=208 (46,5%), γ) n=72 (16,1%). Η μη παραμετρική ανάλυση Kruskal Wallis μεταξύ των ομάδων ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά στους μεν διαβητικούς όσον αφορά το λιπιδαιμικό προφίλ ((LDL, HDL, NON-HDL, TG), την ηλικία, τη νεφρική λειτουργία (GFR) και τη λήψη στατινών, ενώ δεν έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά τη γλυκαιμική ρύθμιση, το φύλο, την παρουσία υπέρτασης ή καπνίσματος. Από την άλλη στους μη διαβητικούς στατιστικά σημαντική διαφορά υπήρξε στο λιπιδαιμικό προφίλ ((LDL, HDL, NON-HDL, TG), την ηλικία, τη νεφρική λειτουργία (GFR), την παρουσία υπέρτασης ενώ δεν φάνηκε να επηρεάζεται από τη λήψη στατινών, το φύλο ή το κάπνισμα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ηλικία, το λιπιδαιμικό προφίλ και η νεφρική λειτουργία φαίνεται να επηρεάζουν τον δείκτη ίνωσης FIB-4, ενώ δεν φαίνεται να επηρεάζεται από το φύλο ή το κάπνισμα ανεξάρτητα από την παρουσία διαβήτη ή μη. Από την άλλη η λήψη στατινών στους διαβητικούς και η παρουσία υπέρτασης στους μη διαβητικούς φαίνεται επίσης να τον επηρεάζουν.

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΝΕΤ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΝΕΦΡΟΥ

Α. Μακίνα-Κούση¹, Κ. Μαυρομουστάκου¹, Μ. Παπαδοπούλου², Γ. Πλυτάς²,
Μ.-Ν. Γιαννακάκη¹, Ζ. Αλεξίου²

¹ Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο», Αθήνα

² Διαβητολογικό Ιατρείο, Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι νευροενδοκρινικοί όγκοι (NETs) είναι νεοπλάσματα που προκύπτουν από κύτταρα του ενδοκρινικού και νευρικού συστήματος. Πολλοί είναι καλοήθεις, ενώ μερικοί είναι κακοήθεις. Πιο συχνά συμβαίνουν στο γαστρεντερικό σύστημα, όπου συχνά καλούνται καρκινοειδείς όγκοι αλλά επίσης στον πνεύμονα και σε υπόλοιπα όργανα.

ΣΚΟΠΟΣ

Περιγραφή περιστατικού με NET καρκίνωμα νεφρού που ως πρώτη εκδήλωση είχε τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Πρόκειται για ασθενή 64 ετών, άνδρα που εξετάστηκε στο διαβητολογικό ιατρείο λόγω αυξημένων τιμών σακχάρου νηστείας (134, 145). Ο ασθενής προσκόμισε παθολογικές τιμές σακχάρου νηστείας και HbA1c =7,2%. Ανέφερε επίσης αδυναμία, καταβολή, απώλεια βάρους τους τελευταίους μήνες.

Από το ατομικό του αναμνηστικό και από το κληρονομικό του ιστορικό δεν αναφέρεται σακχαρώδης διαβήτης στους γονείς, αδέρφια και λοιποί εξ αίματος συγγενείς. Έπασχε από αρτηριακή υπέρταση υπό θεραπεία.

Από τον υπόλοιπο εργαστηριακό έλεγχο ουρία=43 mg/dl, κρεατινίνη=0,8 mg/dl, Hct=39%, Hgb=12,8 g/dl, TKE=42 mm.

Με βάση τα στοιχεία του τέθηκε η διάγνωση ΣΔ2, ο ασθενής τέθηκε σε δίαιτα κι εδόθησαν οδηγίες για αλλαγή τρόπου ζωής και Μετφορμίνη per os.

Στο πλαίσιο ελέγχου ζητήθηκε ένα US άνω κοιλίας ήπατος, χοληφόρων, παγκρέατος νεφρών: δεν παρατηρήθηκαν παθολογικά ευρήματα από ήπαρ, πάγκρεας, σπλήνα και αριστερού νεφρού όμως στον δεξιό νεφρό παρατηρήθηκε συμπαγής σχηματισμός σχετικά σαφών ορίων, με ήπα εσωτερική ανομοιογένεια και επαρκή αγγείωση. Για περαιτέρω διερεύνηση ο ασθενής υποβλήθηκε σε CT Α-Κ κοιλίας που επιβεβαιώθηκε η μάζα νεφρού με μια πιθανή εστία δευτεροπαδούς εντόπισης στο ήπαρ. Μετά από ουρολογική εκτίμηση αποφασίστηκε η νεφρεκτομή.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από την ανατομοπαθολογική εκτίμηση της μάζας βρέθηκε NET καρκίνωμα. Για περαιτέρω διερεύνηση στάλθηκαν χρωμογρανίνη Α =7 pmol/l (ισχυρή υποψία νευροενδοκρινούς όγκου), VMA ούρων φυσιολογική τιμή (φτ), επίπεδα ινσουλίνης, c-peptide, γαστρίνης, σωματοστατίνης (φτ) επίσης ή ειδική νευρωτική εναλάση για όλα τα παραπάνω φυσιολογικά επίπεδα (φτ). Το σπινθηρογράφημα με Tc tectrotyde (-). Ο ασθενής τέθηκε σε μικρή δόση βασικής ινσουλίνης και για την κύρια νόσο έλαβε ΧΜΘ και εν συνεχεία ανάλογα σωματοστατίνης με καλά αποτελέσματα (υπό ογκολογική παρακολούθηση).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ύπαρξη NET καρκινώματος με υψηλό τίτλο χρωμογρανίνης Α έχει συνδεθεί με την εμφάνιση ΣΔ 2. Σημαντική σε κάθε πρωτοδιάγνωση ΣΔ η λήψη ιστορικού και ο ενδελεχής έλεγχος.

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΓΝΩΣΕΙΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ
ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΑΠΟ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥΣ
ΠΟΥ ΕΜΦΑΝΙΣΑΝ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΥΗΣΗΣ**

Β. Πορφυριάδης

Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης Ανατολικής Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην παρούσα εργασία διερευνήθηκε η ποιότητα των γνώσεων σχετικά με τη διαχείριση της νόσου του Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) από γυναίκες εκπαιδευτικούς που εργάζονταν σε σχολεία της ανατολικής Θεσσαλονίκης, όπου κάποιες από αυτές είχαν εμφανίσει Σακχαρώδη Διαβήτη Κύησης (ΣΔΚ).

ΣΚΟΠΟΣ

Ο σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνήσει τις γνώσεις και τη διαχείριση της νόσου του ΣΔ από γυναίκες εκπαιδευτικούς της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης οι οποίες παρουσίασαν ΣΔΚ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Η εργασία πραγματοποιήθηκε με ερευνητική μέθοδο. Χρησιμοποιήθηκαν, ένα δημογραφικό ερωτηματολόγιο και ένα αξιολόγησης της γνώσης του ΣΔ με 20 ερωτήσεις *Michigan Revised Diabetes Knowledge Test (MRDKS)* στην ελληνική γλώσσα. Απάντησαν 50 γυναίκες εκπαιδευτικοί. Η στατιστική ανάλυση έγινε με SPSS 27, όπου πραγματοποιήθηκαν οι δοκιμασίες Frequency, Crosstabulation, Cronbach alpha και (PCA).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην έρευνα συμμετείχαν γυναίκες (n=50), με Μ.Ο. ηλικίας τα 46,82 έτη. Το 48% ήταν πάνω από 51 ετών. Ήταν δημόσιοι υπάλληλοι (100%), ενώ το 60% κατείχε το βασικό πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Από το δείγμα το 18% εμφάνισε ΣΔ. Το 14% αυτών ΣΔ τύπου 2 (ΣΔτ2), από 25 ετών και πάνω εμφάνισε τη νόσο το 14%, δεν ανακαλύφθηκε τυχαία το 16%. Για (n=7) οδηγήθηκαν σε εξέταση λόγω κληρονομικότητας (14%). Στο συνολικό δείγμα το (24%) εκδήλωσε ΣΔΚ, ένα 8% εμφάνισε ΣΔ μετά την κύηση, (n=2) είχαν ΣΔΚ και εμφάνισαν μετέπειτα ΣΔτ2 και 6% έχει τέκνο στην οικογένεια με ΣΔ.

Ο συντελεστής *Cronbach alpha* εκτιμήθηκε ως $a=0,672$ και η ανάλυση *EFA-PCA* εκτιμήθηκε για όλο το *MRDKS*, $KMO=0,613$, οι 6 πρώτοι παράγοντες (65,345%) έχουν τιμή πάνω από 1.

Συγκριτικά, οι περιπτώσεις που σχετίζονται με τη νόσο σε σχέση με το πλήθος των ερωτηδισιών έχουμε για n=15 το *Cronbach alpha*=0,806.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

24/50 ήταν 51 ετών και πάνω. Όλο το δείγμα δούλευε στη δημόσια εκπαίδευση, (n=30) κατέχουν βασικό τίτλο σπουδών, (n=9) έπασχαν από Σ.Δ. κυρίως από Σ.Δ.τ.2 (n=7), (n=12) εμφάνισαν ΣΔΚ, (n=4) εμφάνισαν ΣΔ μετά την κύηση. Υπάρχει υψηλότερη δυναμική στις ερωτήσεις για την πρόληψη, από το δείγμα που νοσεί, παρατηρώντας ότι κατέχουν περισσότερες γνώσεις σχετικά με την ασθένεια. Το αποτέλεσμα του επιπέδου αξιοπιστίας του *MRDKS* είναι ικανοποιητικό με συντελεστή *A-Cronbach* $a=0,672$, όσο και το (PCA) με $KMO=0,613$. Παρατηρείται ότι το ερωτηματολόγιο μπορεί να χρησιμοποιηθεί με τις 6 ερωτήσεις από τις 20. 1=(4,4), 2=(2,4), 3=(1,8), 4=(1,6), 5=(1,5), 6=(1,1). Η ποιότητα του ερωτηματολογίου είναι σαφώς καλύτερη όταν απευθύνεται σε σχετιζόμενα με τη νόσο άτομα, ενώ για την παρούσα μελέτη 15 δείγματα έχουν συσχέτιση με τη νόσο του ΣΔ.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΡΙΓΛΥΚΕΡΙΔΙΩΝ ΜΕ ΔΙΑΦΟΡΟΥΣ ΚΑΡΔΙΟΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

**I. Ζαφράς¹, Σ. Αχλαδιανάκη¹, Ν. Βασιλάκη¹, Β. Βασιλόπουλος¹, Δ. Σαρίδη¹,
Α. Τσάριτς², Μ. Κουφαλέξη¹, Μ. Σταματελάτου¹**

¹ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Ιατρείο, Γ.Ν.- Κ.Υ. Σητείας Κρήτης

² Γ.Ν.- Κ.Υ. Σητείας Κρήτης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υπερτριγλυκεριδαιμία είναι η πιο συχνή διαταραχή λιπιδίων που ανευρίσκεται σε άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2). Επιπλέον αποτελεί ανεξάρτητο καρδιομεταβολικό παράγοντα αύξησης του καρδιαγγειακού κινδύνου.

ΣΚΟΠΟΣ

Να εξεταστεί η συσχέτιση των τριγλυκεριδίων με διαφόρους καρδιομεταβολικούς παράγοντες κινδύνου σε άτομα με ΣΔ2.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Σε μια συγχρονική μελέτη, που συμπεριέλαβε 898 ασθενείς (άνδρες 48,2%), μέσης ηλικίας (mean 72,18±13,75 sd) με ΣΔ2 που προσήλθαν διαδοχικά στο διαβητολογικό ιατρείο, μετρήθηκαν σωματομετρικοί-δημογραφικοί και εργαστηριακοί παράγοντες όπως ηλικία, Βάρος Σώματος (ΒΣ), ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), η περιφέρεια μέσης (WC), η HbA1c, το ουρικό οξύ (UA), το λιπιδαιμικό προφίλ (CHOL, LDL, HDL, TG) και υπολογίστηκε η νεφρική λειτουργία GFR σύμφωνα με τον τύπο CKD-EPI. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε 3 ομάδες βάσει των επιπέδων των τριγλυκεριδίων: 1) <150 mg/dl (n=553), 2) 151-300 mg/dl (n=284), 3) >300 (n=61). Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το SPSS17. Στατιστική σημαντικότητα p<0,05.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα τριγλυκερίδια φάνηκε να συσχετίζονται αρνητικά με την ηλικία και την HDL, ενώ θετικά με την WC, το ΒΣ, τον ΔΜΣ, την ολική χοληστερόλη, το UA και την HbA1c, ενώ δεν φάνηκε να συσχετίζονται με τα επίπεδα της LDL, το φύλο και το GFR. Η μη παραμετρική εξέταση Kruskal-Wallis μεταξύ των ομάδων ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά στο φύλο, την ηλικία, τους δείκτες παχυσαρκίας (ΒΣ, ΔΜΣ, WC), την ολική χοληστερόλη, την HDL, το UA, την HbA1c και το GFR, πλην της LDL.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Υψηλότερες τιμές τριγλυκεριδίων διαπιστώνονται σε μικρότερης ηλικίας άτομα, σε υπερόχη του ανδρικού φύλου, με αυξημένο ΒΣ, υψηλότερες τιμές HbA1c και ουρικού οξέος, όπως και παραδόξως καλύτερη νεφρική λειτουργία, ενώ από την άλλη οι τιμές της HDL είναι πιο χαμηλές. Η συγχρονική φύση της μελέτης δεν δύναται να οδηγήσει σε περαιτέρω αιτιολογική συσχέτιση.

**Η ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19
ΣΤΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ
ΣΤΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ
ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

**Α.Μ. Γεωργιάδου¹, Χ. Τζουλακίτζε², Μ. Μαυρίδου², Α. Μποσκαρίοβα¹,
Ρ. Μπεγκόλλι¹, Ι. Μαγιάντα², Σ. Δονούση¹, Σ. Τσοτουλίδης^{1,2}**

¹ Κέντρο Υγείας Κασσανδρείας Χαλκιδικής

² Διαβητολογικό Ιατρείο, Γενικό Νοσοκομείο Χαλκιδικής

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ

Η πανδημία της Covid-19 και ο επακόλουθος περιορισμός μετακινήσεων και συγχρωτισμού, περιόρισε και την πρόσβαση ατόμων με χρόνιες παθήσεις στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία της επικράτειας. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να μελετηθεί ο αντίκτυπος της πανδημίας στα μεσοδιαστήματα παρακολούθησης διαβητικών ασθενών, στη ρύθμιση της νόσου και των παραγόντων κινδύνου και οι τυχόν διαφορές αυτών μεταξύ ασθενών παρακολουθούμενων σε Κέντρο Υγείας και σε επαρχιακό Νοσοκομείο.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Αναζητήθηκαν ασθενείς του διαβητολογικού ιατρείου του ΓΝ Χαλκιδικής (ομάδα Α) και του ΚΥ Κασσανδρείας (ομάδα Β) που είχαν παρακολουθήσει πριν και τουλάχιστον ένα χρόνο μετά το lockdown. Καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία, ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ), η διάρκεια του διαβήτη, η ΣΑΠ, η ΔΑΠ, η HbA1c%, το λιπιδαιμικό προφίλ, ο GFR, οι καπνιστικές συνήθειες, ο ACR, και εκτιμήθηκε η νευροπάθεια με το δείκτη συμπτωμάτων νευροπάθειας και το δείκτη νευρολογικής δυσλειτουργίας. Η κανονικότητα των συνεχών μεταβλητών ελέγχθηκε με τη δοκιμασία Kolmogorov-Smirnov (επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,05$).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Καταγράφηκαν 171 ασθενείς (48% άνδρες), 81 στην ομάδα Α και 90 στην ομάδα Β με μέση ηλικία $65,62 \pm 9,45$ έτη και διάμεση διάρκεια νόσου 11,62 (1-40) έτη. Οι δύο ομάδες δε διέφεραν μεταξύ τους ως προς φύλο, ηλικία, μεσοδιαστήματα επισκέψεων, διάρκεια του διαβήτη, ΔΜΣ, HbA1c, ΣΑΠ, ΔΑΠ, GFR, την ACR και λιπίδια. Κατά τη δεύτερη επίσκεψη στην ομάδα Α παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική αύξηση στις τιμές της ΣΑΠ και της ΔΑΠ και στατιστικά σημαντική μείωση σε GFR και HDL. Στην ομάδα Β παρουσιάστηκε μικρή αλλά στατιστικά σημαντική μείωση του ΔΜΣ και στατιστικά σημαντική αύξηση της HbA1c, της ΔΑΠ και της ACR.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Επιδείνωση της γλυκαιμικής ρύθμισης παρατηρήθηκε στην ομάδα Β παρά την πώση του ΔΜΣ. Αύξηση των τιμών της αρτηριακής πίεσης παρατηρήθηκε και στις δύο ομάδες, στην ομάδα Β όμως μόνο στη ΔΑΠ. Όσον αφορά τα λιπίδια οι τιμές τους ήταν αμετάβλητες εκτός από την HDL, η οποία μειώθηκε στην ομάδα Α. Επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας παρατηρήθηκε και στις δύο ομάδες, με μείωση του GFR στη Α και αύξηση του ACR στην Β. Η εμπειρία της πανδημίας αποδεικνύει την σημασία της τακτικής παρακολούθησης των διαβητικών για τη ρύθμιση της νόσου και την πρόληψη των επιπλοκών.

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

- Chrysafi P. 267
Mantzoros Chr. 267
Pärnänen P. 262
Räisänen I.T. 262
Sorsa T. 262
Tervahartiala T. 262
Valenzuela-Vallejo L. 267
- Αβραμίδης Ι. 251
Αγγελούση Α. 282
Αδαμίδου Α. 270
Αλεξίου Ζ. 257, 284, 288
Αναγνωστάκη Ι. 252
Αναγνωστάκη Μ.Ε. 252
Αντωνόπουλος Κ. 273
Ανυφαντή Π. 264, 269
Αργυρακοπούλου Γ. 281
Ασβέστης Χρ. 272
Αυγερινός Ι. 269
Αχλαδιανάκη Σ. 274, 276, 287, 290
- Βαβουρανάκης Ε. 279
Βάρδας Μ. 273
Βασιλάκη Ν. 274, 276, 287, 290
Βασιλακόπουλος Θ. 272
Βασιλείου-Δερβίσογλου Δ. 260
Βασιλόπουλος Β. 274, 276, 287, 290
Βότης Κ. 258
- Βρουωνίδου-Μπομπότα Α. 280
- Γαλάνη Β. 263
Γαλλή-Τσινοπούλου Α. 277
Γεωργακόπουλος Γ. 279
Γεωργιάδου Α.Μ. 291
Γεωργιόπουλος Γ. 280
Γεωργίτση Μ. 254
Γιαννακάκη Μ. 257
Γιαννακάκη Μ.-Ν. 288
Γιάνναρης Β. 284
Γιάσκεβιτς Τ. 271
Γκαλιαγκούση Ε. 264
Γκίζα Στ. 277
Γκοτζαμάνη-Ψαρράκου Α. 256
Γουλής Δ. 251
Γραμματίκη Ι.Μ. 251
Γραμματίκη Μ. 254, 255
Γρηγοριάδης Α. 262
- Δαφούλας Γ. 258
Δημακόπουλος Γ. 256, 270
Δημητριάδου Μ. 278
Διδάγγελος Τ. 273
Δονούση Σ. 291
Δούμα Στ. 264
Δούμας Μ. 264
Δουνδουλάκης Ι. 286

- Δριβάκου Δ. 256
- Ευστρατίου Ε. 277
- Ζαρομυτίδου Ε. 256
- Ζαφράς Ι. 274, 276, 287, 290
- Ζόμπολα Χρ. 283
- Ζωγράφου Ι. 264
- Ηλιοπούλου Κ. 257
- Ιακώβου Ι. 256
- Καδόγλου Ν. 273
- Καλαμαράς Η. 258
- Καλαφάτης Ε. 261
- Καλογεργής Ν. 280
- Καραγιάννης Θ. 286
- Καραλιόλιος Γ. 255, 270
- Καράμπελα Α. 282
- Καρχαλούσος Π. 253
- Καρχάς Σ. 270
- Καρνοφύλλη-Ταμίσογλου Ι. 275
- Κασιδούλη Α. 265
- Κασίμης Ι. 265
- Κατσανάκη Ε. 257
- Κατσάνος Κ. 263
- Κατσέλη Π. 257
- Κατσιμπέλη Α. 265
- Κατωγιάννης Κ. 283
- Κελασίδης Γ. 275
- Κόρακας Ε. 283
- Κούγκου Ε. 271
- Κουντούρη Αικ. 283
- Κουραμπιέ Ειρ. 252
- Κουτσουνάσιος Ι. 266, 268
- Κουφάκης Θ. 251, 254, 256, 270
- Κουφαλέξη Μ. 274, 276, 287, 290
- Κυριαζής Ι. 261
- Κυριάζου Α. 251
- Κυριακίδου Α. 251
- Κωνσταντάκη Ε. 271, 272, 281
- Κωνσταντινίδου Στ. 256
- Κωστόπουλος Γ. 286
- Κώτσα Κ. 251, 254, 255, 256, 270
- Λαζαρίδης Α. 264, 275
- Λαμπαδιάρη Β. 283
- Λαμπρή Ε. 263
- Λιάκος Α. 269
- Λιάτης Στ. 281
- Μαγιάντα Ι. 291
- Μακίνα Α. 257
- Μακίνα-Κούση Α. 284, 288
- Μαλανδρής Κ. 269
- Μαραθωνίτης Α.Γ. 279
- Μαραθωνίτης Γ. 279
- Μαριδάκη Μ. 271
- Μάτζιου Β. 265
- Μαυρίδου Δ. 278
- Μαυρίδου Μ. 291
- Μαυρογιάννη Θ. 253
- Μαυρομουστάκου Κ. 284, 288
- Μελίδου Ε. 255, 270
- Μηλιώνης Χ. 271
- Μιτσέλου Α. 263
- Μιχαηλίδης Θ. 269
- Μούσλεχ Ζ. 280
- Μπαλάσκας Ν. 273
- Μπαλή Χρ. 263
- Μπαλταγιάννης Σ. 251
- Μπαργιώτα Α. 258
- Μπεγκόλλι Ρ. 291
- Μπεκιάρη Ε. 269
- Μπέλλου Ι. 275
- Μπόλη Στ. 261
- Μποτσοκαρίοβα Α. 291

- Μπουρδάκη Δ. 266
Μπουρδάκης Α. 263, 266, 268
- Νικολαΐδης Α. 275
Νικολαΐδου Β. 264
Ντούμα Στ. 277
- Οικονομίδη Μ. 261
Οικονομίδης Ι. 283
Οικονόμου Ε. 279
- Παναγιώτου Χρ. 273
Παπαβραμίδης Θ. 255
Παπαγιάννη Γ. 273
Παπαδάτος Στ. 263, 266, 268
Παπαδοπούλου Β. 271
Παπαδοπούλου Μ. 257, 284, 288
Παπαδοπούλου Ν. 261
Παπαλέξης Π. 282
Παπάνας Ν. 254
Παπασπυροπούλου Γ.-Ειρ. 252
Παππά Κ. 278
Πατακιούτης Κ. 272
Περδικάρης Π. 265
Πιτσιάβα Σ. 254, 255
Πλυτάς Γ. 288
Πολύζος Κ. 261
Πορφυριάδης Β. 289
Πούλιου Ε. 261
Πρέτζα Β. 283
- Ρακιτζή Π. 255
Ραυτοπούλου Μ. 281
- Σακελλάρη Δ. 262
Σακελλάρη Ε. 277
Σαπουνάς Χ. 257
Σαρίδη Δ. 274, 276, 287, 290
- Σιαμπανοπούλου Β. 282
Σιάσος Γ. 279
Σιμάτη Στ. 281
Σκόδρα Α. 265
Σπανού Λ. 280
Σταματελάτου Μ. 274, 276, 287, 290
Στάμου Ε. 261
Στεφανή Δ. 261
Σφηνιαδάκη Δ.Ι. 260
Σφηνιαδάκη Ε.Ι. 260
Σφηνιαδάκης Ι.Κ. 260
Σφηνιαδάκης Κ.Ι. 260
Σφηνιαδάκης Π.Ι. 260
Σώμαλη Μ. 280
- Ταμπάκη Δ. 252
Ταχματζίδης Δ. 273
Τζατζάγου Γλ. 275
Τζουλακίτζε Χ. 291
Τουλής Κ. 286
Τούσουλης Δ. 279
Τράπαλη Μ. 253
Τριανταφύλλου Α. 264
Τριπυλά Ν. 284
Τσάπας Α. 269, 286
Τσάριτς Α. 274, 276, 287, 290
Τσεκμεκίδου Ξ. 254, 270
Τσέτσος Φ. 254
Τσιβγούλης Γ. 283
Τσιτσιμπής Α. 280
Τσόκα Α. 278
Τσοτουλίδης Σ. 291
- Φίλη Γ. 266, 268
Φιλίππου Α. 271, 272
Φιλίππου Κ. 261
Φουντουλάκη Κ. 284
- Χάιδιτς Α.-Μπ. 286

Χανιώτης Δ. 253

Χατζηκυριάκος Α. 261

Χατζησπίρου Σπ. 272

Χέβα Α. 255

Χερολίδη Ε. 280

Χριστοφορίδης Α. 278

Χρυσανθόπουλος Κ. 271, 272

Χωριανοπούλου Μ. 272