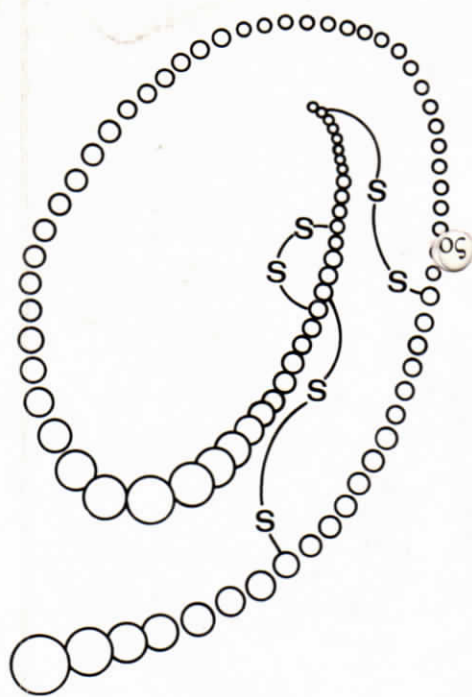


Δ.Ε.Β.Ε.



1ο συνεδριο



ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΗΣ
ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ
ΒΟΡΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Θεσσαλονίκη — 20-21 Νοεμβρη 1987
Ξενοδοχειο «Ηλεκτρα Παλλας»

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

MINODIAB

Glipizide

- Γρήγορη απορρόφηση και έναρξη δράσης.
- Γρήγορη απομάκρυνση και ανενεργοί μεταβολίτες.
- Πλήρης και σταθερή βιοδιαθεσιμότητα.

Το πρότυπο της ινσουλινικής έκκρισης μετά το MINODIAB πλησιάζει πολύ εκεί του μη διαβητικού φυσιολογικού ατόμου.



ΔΕΛΤΙΑΣΕΙΣ
Όπως και οι άλλες σουλφονυλουρίες, το MINODIAB αντενδύκνεται στον ανώτερο-επιφανειακό δεικτή στον καρπο-οξυλικό δεικτή στο διαβητικό κώμα στην κούρα στην περίπτωση διαρκούς προλαΐας ή νεφρικής λειτουργικής ανεπάρκειας στην επηρεασμένη κατάσταση.

ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ

Κατά την διάρκεια θεραπείας με σουλφονυλουρίες μπορεί, μεμονωμένα ή συνδυασμένα, υποκειμενικά φαινόμενα, κυρίως σε εξασθενημένους ασθενείς, σε προχωρημένη ηλικία, σε περιστασιακές διαταραχές φυσιολογικής, σε περιπτώσεις ανισοκύβης διατροφής ή κατακευλευτικής υποσιτισμού λόγω σε περίπτωση προ-διαβητικής πάθησης κλπ / η κλητική, λειτουργικός (έλλειψη ΤΡΟΦΟΔΟΤΙΚΗΣ) Για σπάνια σπάνια φαινόμενα μπορεί να είναι διαταραχές (άνησ, ναυτία και φωνοκωφία) και ηννοεισφαίλου που οφείζονται, ως περισσότερο συχνός, με την δόσολογία και γενικά είναι ανεπιθύμητες μετά την ελάττωσή της, όταν αυτή σφαιρεί με την διατήρηση της μεταβολικής ισορροπίας.

Σε ασθενείς που παίρνουν σουλφονυλουρίες έχουν παρατηρηθεί μερικές φορές δερματικές, αλλεργικές, εμμηνορροϊκές, νεφρικές, που γενικά εφρονίζονται κατά την διάρκεια της θεραπείας.

Παρατηρήθηκαν σπάνια σπινιαί και γενικά ορισμένες διαταραχές του ακοιταστικού.

MONTECROSA GROUP
**FARMITALIA CARLO ERBA
(HELLAS) A.E.**

ΚΑΝΙΓΓΟΣ 27 - 106 82 ΑΘΗΝΑ
ΤΗΛ. 3628162 - 3629667

1ο ΣΥΝΕΔΡΙΟ

της
**ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ
ΒΟΡΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

ος) (M)



20-21 Νοεμβρίου 1987

**Ξενοδοχείο Ηλέκτρα Παλλάς
Θεσσαλονίκη**

νέα ποιότητα στη ζωή των διαβητικών



νέα διάσταση στην ινσουλινοθεραπεία

NovoPen®

συσκευή χορήγησης ινσουλίνης

ακριβές
απλό στη χρήση
σχεδόν ανώδυνο
διακριτικό



NOVO

NOVO INDUSTRI A/S
2880 Bagsvaerd Denmark

Novo Hellas Ltd.
Μεσογείων 2, Πύργος Αθηνών



Α. Νεμ. 43
Α. Νεμ.

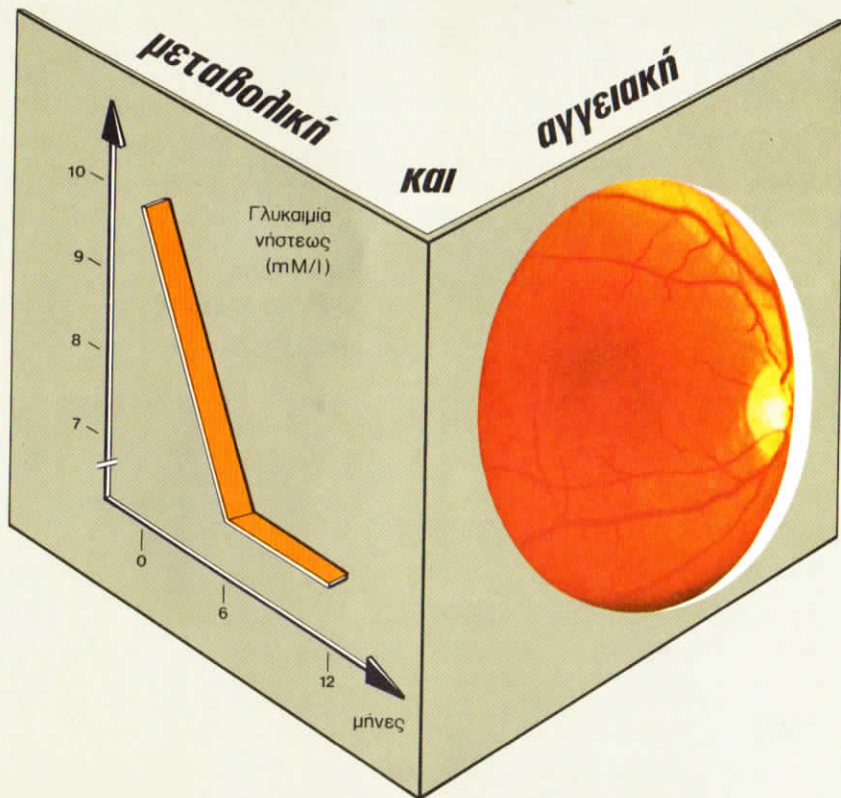
Την Οργανωτική Επιτροπή αποτέλεσε
το πρώτο εκλεγμένο Διοικητικό Συμβούλιο
της Εταιρείας (1987)

- Πρόεδρος : Δ. Καραμήτσος
Αντιπρόεδρος : Μ. Αλεβίζος
Γεν. Γραμματέας : Ν. Παπάζογλου
Ταμίας : Γ. Παπαλεξίου
Μέλη : Α. Αβραμίδης
Α. Νικολακόπουλος
Α. Σπηλιόπουλος

DIAMICRON®

gliclazide

Η πρώτη ολοκληρωμένη θεραπεία



του σ. διαβήτη τύπου II
1-4 δισκία/μέρα

ΣΥΝΟΠΤΙΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

60 ΔΕΚΙΑ
ΧΟΡΗΓΕΙΤΑΙ ΛΙΓΟ ΤΟ ΣΤΟΜΑ

ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ

Η εταιρεία αναπτύσσεται με διεθνή κλίμακα, διαθέτοντας ένα από τα μεγαλύτερα κατασκευαστικά κέντρα φαρμάκων στον κόσμο στην Ελλάδα. Διαθέτουμε ένα από τα μεγαλύτερα κέντρα έρευνας και ανάπτυξης φαρμάκων στην Ελλάδα, με έμφαση στην έρευνα και στην ανάπτυξη νέων φαρμάκων.

ΑΝΤΙΝΕΥΡΙΑΣΕΙΣ

Αντινευρικές επιπτώσεις (δυσκινησία, δόνηση ή κράμπες) μπορεί να εμφανιστούν με τη λήψη του φαρμάκου. Συνιστάται να λαμβάνεται το φάρμακο με γεύμα.

ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΠΕΙΞΕΙΣ

Ανεπιθυμητές ενέργειες, που να επηρεάζουν την ποιότητα ζωής, μπορεί να εμφανιστούν με τη λήψη του φαρμάκου. Συνιστάται να λαμβάνεται το φάρμακο με γεύμα.

ΑΝΑΜΕΣΟΚΡΑΣΕΙΣ

Αναμεσοκράσεις μπορεί να εμφανιστούν με τη λήψη του φαρμάκου. Συνιστάται να λαμβάνεται το φάρμακο με γεύμα.

ΠΡΟΣΟΧΗ ΣΤΗ ΔΟΣΗ

Προσοχή στην δόση, καθώς η υπερβολική δόση μπορεί να προκαλέσει υπογλυκαιμία.

Μην καταναλώνετε αλκοόλ ή λιπαρά φαγητά κατά τη λήψη του φαρμάκου. Επικοινωνήστε με το γιατρό σας.

ΠΡΟΣΟΧΗ

Προσοχή στην δόση, καθώς η υπερβολική δόση μπορεί να προκαλέσει υπογλυκαιμία.

ΥΠΕΡΒΑΣΟΛΟΓΙΑ - ΑΙΣΘΗ

Υπερβασολογία (αίσθημα) μπορεί να εμφανιστεί με τη λήψη του φαρμάκου. Συνιστάται να λαμβάνεται το φάρμακο με γεύμα.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Συμπτώματα που μπορεί να εμφανιστούν με τη λήψη του φαρμάκου.

ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ

Η εταιρεία αναπτύσσεται με διεθνή κλίμακα, διαθέτοντας ένα από τα μεγαλύτερα κατασκευαστικά κέντρα φαρμάκων στον κόσμο στην Ελλάδα.

Les Laboratoires SERVIER
45400 GIDY-FRANCE
ΑΝΤΙΡΡΟΔΙΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Παρασκευή 20 Νοεμβρίου

- 08.30-09.30 ΕΓΓΡΑΦΕΣ ΣΥΝΕΔΡΩΝ
- 09.30 ΠΡΟΣΦΩΝΗΣΗ ΠΡΟΕΔΡΟΥ
κ. Δ. ΚΑΡΑΜΗΤΣΟΥ
- 09.45 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ
- 11.30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ
- 12.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ: ΔΙΑΒΗΤΙΚΑ ΚΩΜΑΤΑ
- 17.00 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ
- 19.00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ
- 19.30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ:
ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ

Σάββατο 21 Νοεμβρίου

- 08.30 ΕΝΑΡΞΗ ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΜΑΘΗΜΑΤΩΝ
- 10.40 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ
- 11.30 ΣΥΝΕΧΕΙΑ ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΜΑΘΗΜΑΤΩΝ
- 13.15 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΓΙΑ ΦΑΓΗΤΟ ΚΑΙ ΚΑΦΕ
- 14.30 ΣΥΝΕΧΕΙΑ ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΜΑΘΗΜΑΤΩΝ
- 16.50 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ
- 18.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ: ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΙΑΒΗΤΗ
- 21.00 ΔΕΙΠΝΟ



ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ Α.Ε.Β.Ε.

ουσιαστική συμβολή στην αντιμετώπιση του διαβήτη

Humulin®

ανθρώπινη βιοσυνθετική ινσουλίνη

- ΠΑΝΟΜΙΟΙΟΥΤΥΠΑ προφίλ (στην υψηλής απόδοσης γρήχρωματογραφίας) της Humulin με την φυσική παγκρεατική ανθρώπινη ινσουλίνη.
- ΠΑΝΟΜΙΟΙΟΥΤΥΠΗ αλληλουχία των αμινοξέων της Humulin με την φυσική παγκρεατική ανθρώπινη ινσουλίνη.
- ΠΑΝΟΜΙΟΙΟΥΤΥΠΗ τριδιάστατη δομή της Humulin με την φυσική παγκρεατική ανθρώπινη ινσουλίνη.

✓ μη ζωικής προέλευσεως

ΜΟΡΦΕΣ:

HUMULIN (Regular)

inj. Fl. 10ml x 40 IU/ML

HUMULIN (NPH)

inj. Fl. 10ml x 40 IU/ML



ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Υπογλυκαιμία
Η Humulin NPH ινσουλίνη δεν πρέπει, σε καμία περίπτωση να χορηγηθεί ενδοφλεβίως.
ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΙΣ
Χρήση κατά την εγκυμοσύνη: Είναι μέλημα κερατοειδούς σκωσας να διατηρείται η αναλογισμω-εξαρτημένη διαβητική ασθενής υπό έλεγχο, καθ' όλη τη διάρκεια της κύησης. Οι απαιτήσεις σε ινσουλίνη είναι δυνατό να ελαττωθούν κατά το πρώτο τρίμηνο, και να αυξηθούν κατά τα δύο επόμενα τρίμηνα της κύησης.
Μετά από άλλες ινσουλίνες: Μερικοί από τους ασθενείς που θα μεταφερθούν από ινσουλίνες ζωικής προέλευσεως σε βιοσυνθετική ανθρώπινη ινσουλίνη (Humulin), ίσως χρειαστεί να μειώσουν την ολική ημερήσια δόση τους, ιδιαίτερα εάν η ρυθμισή τους γίνεται σε επίπεδα που να πλησιάζουν την υπογλυκαιμία. Η ανάγκη για μείωση της δόσεως μπορεί να εμφανιστεί είτε αμέσως, μετά τη μετάβαση, είτε βραδύως, και να απαιτήσει η παράδοση μερικών εβδωμάδων. Υπάρχει κίνδυνος εμφανίσεως υπογλυκαιμίας αν μειωθούν οι ανάγκες του ασθενούς σε ινσουλίνη, και αυτό πρέπει να το γνωρίζουν τόσο ο γιατρός, όσο και ο ασθενής. Ο κίνδυνος

αυτός θεωρείται μηδενικός εάν η συνολική ημερήσια δόση δεν ξεπερνάει τις 40 IU. Ασθενείς με ινσουλινοάνοχο διαβήτη, οι οποίοι παίρνουν πάνω από 100 IU την ημέρα, είναι περισσότερο να εισάγονται στο νοσοκομείο για τη μετάβαση αυτή.
Κατά τη διάρκεια ασθένειας, ή συναισθηματικών καταστάσεων, ή ακόμα και κατά τη χορήγηση φαρμάκων με υπεργλυκαιμική δράση, είναι δυνατό να αυξηθούν οι ημερήσιες ανάγκες του αρρακτού σε ινσουλίνη. Ανάμεσα στα φάρμακα αυτά κύρια θέση κατέχουν τα αντιαιχλητικά, τα καρδιοσπαστικά ή οι θυρεοειδικές ορμόνες.
Οι ανάγκες σε ινσουλίνη μπορεί να μειωθούν επί νεφρικής ή / και ηπατικής ανεπάρκειας, καθώς και κατά τη συγχρονή χορήγηση φαρμάκων με υπογλυκαιμική δράση, όπως οι αναστολείς της Μονο-Αμινο-Οξιδάσης.
ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ
Οι ινσουλίνες ζωικής προέλευσεως είναι δυνατό να προκαλέσουν λιποδυστροφία, αντοχή στην ινσουλίνη και αντιδράσεις υπερευαίσθησης. Η χρήση της Humulin, εξαγοραποιεί τη συχνότητα των ανεπιθυμητων αυτων ενεργειων. Μέχρι σήμερα, τέτοιες αντιδράσεις σπανίως έχουν αναφερθεί.

DIAB-1-5/86

ΑΡ. ΑΔΕΙΑΣ Α6Α/11520/11700/83

**Ο νέος ηλεκτρονικός
μετρητής σακχάρου αίματος.
Η απαραίτητη συσκευή
για τη σωστή ρύθμιση
του σακχαρώδους διαβήτη**

HYPOCOUNT MX

Ηυποκούντ ΜΧ
Ο μετρητής με
δυνατότητα
μνήμης

καλύπτεται από το ΙΚΑ
και τα λοιπά ταμεία

**για τον έλεγχο
του σακχάρου στα ούρα
TES-TAPE**



**Είναι απλό
αποκόψτε - διαβρέξτε
συγκρίνετε**



ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ ΑΕΒΕ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΗ Ε.Ι.Ι. LILLY
Μεσογείων 335 - Χαλάνδρι Ταχ. Θύρες 60006
Αγία Παρασκευή - ΑΤΤΙΚΗ Ταχ. Κωδ. 153 10 - Τηλ. 6726385



ΑΝΑΛΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Deroctyl®

Glibenclamide

Το πρώτο της νεώτερης γενεάς σουλφονουριών
προσφέρει κάτι περισσότερο...



Glibenclamide tabl 5 mg

Η σωστή ρύθμιση συμβάλλει
στην αποφυγή των επιπλοκών



Glibenclamide caps Retard 7,5 mg

εναλλακτική λύση για πιά σωστή ρύθμιση
σε περισσότερες περιπτώσεις



G.A. PHARMACEUTICALS S.A.

Παρασκευή 20 Νοεμβρίου

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

09.45-11.30 Πρόεδρος: Α. ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ

1. Βαθμός ρύθμισης και τύπος θεραπείας σε 1000 διαβητικούς του Ν. Σερρών
Ν. Δημητσίκου, Α. Κωνσταντινίδου-Δημητσίκου, Γ. Μωραΐτης, Π. Ρόζη-Πάνου
Διαβητολογικό Ιατρείο, Γεν. Νοσοκομείο Σερρών
2. Ο βαθμός ρύθμισης 220 Ινσουλινοθεραπευομένων διαβητικών
Ν. Δημητσίκου, Α. Κωνσταντινίδου-Δημητσίκου, Π. Ρόζη-Πάνου, Γ. Μωραΐτης
Διαβητολογικό Ιατρείο Γ.Ν. Σερρών
3. Αίτια πλημμελούς ρύθμισης του σακχαρώδη διαβήτη - Η συμβολή γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1) στην αποκάλυψή τους
Γ.Π. Κυριακίδης, Ε. Σιμαλίδης, Α. Ευαγγέλου, Κ. Χατζηγώγος, Π. Κεκλικιάν-Λαγουδάκη, Ε. Καραβαγγέλη-Βλάτσα, Α. Τζιόβα-Κοτζά, Κ. Βακαλέρης
Β' Παθολογικό Τμήμα - Αιματολογικό Εργαστήριο Γ.Ν.Θ. «Ο Άγιος Δημήτριος», Θεσσαλονίκη

4. Πνευμονομεσοπνευμόνιο και μη τραυματική ραβδομυολύση σε διαβητική Κετοξέωση

Δ. Καραμήτσος, Γ. Κούρτογλου, Φ. Παπαδόπουλος, Ν. Καρατζάς, Ι. Τριαντόπουλος

Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Α.Π.Θ. και Ακτινολογικό Εργαστήριο, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

5. Δερματικές εκδηλώσεις στο σακχαρώδη διαβήτη

Α. Μηνάς, Ν. Παπάζογλου, Δ. Ιωαννίδης, Ε. Παπαδέλη, Χ. Μανές, Ι. Κοντογιάννης

Παθολογική Κλινική Πρώτου Γενικού Νοσοκομείου «Αγ. Παύλος», Θεσσαλονίκη

6. Η οπτική οξύτητα σε διαβητικούς που έχουν υποβληθεί σε παναμφιβληστροειδική φωτοπηξία με Laser

Γ. Τριανταφύλλου, Α. Νικολακόπουλος, Β. Νανάς, Χ. Βαφειάδης

Οφθαλμολογική Κλινική Νοσοκομείου «Άγιος Δημήτριος», Θεσσαλονίκη

11.30 Διάλειμμα

20.00 Στρογγύλη τράπεζα: Διαβητικά κώματα

Συντονιστής: *Μ. Αλεβίζος*

Εισηγητές: *Ν. Γεωργαλά, Σπ. Μπακατσέλος, Ν. Παπάζογλου*

17.00–19.30 Πρόεδρος: Ν. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ

7. Θεραπευτικές ανάγκες και ρύθμιση του σακχαρώδη διαβήτη

Α. Κωνσταντινίδου-Δημητσογιάννη, Ν. Δημητσογιάννη, Γ. Ευστραπάδης, Γ. Μωραϊτης, Π. Ρόζη-Πάνου

Διαβητολογικό Ιατρείο Γ.Ν. Σερρών

8. Σχήματα χωρίς «κρυσταλλική» δεν έχουν θέση στην ινσουλinoθεραπεία νεαρών ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου Ι

Α. Κωνσταντινίδου-Δημητσογιάννη, Ν. Δημητσογιάννη, Π. Ρόζη-Πάνου, Γ. Μωραϊτης

Παιδιατρική Κλινική, Διαβητολογικό Ιατρείο Γ.Ν. Σερρών

9. Συνύπαρξη ιογενούς ηπατίτιδας και σακχαρώδη διαβήτη

Α. Παπαχρήστου, Κατερίνα Παπαγιάννη, Σοφία Ιωαννίδου-Ποθουλάκη, Χ. Καϊσής, Χ. Καλλιγκάτσης και Α. Βουγιούκας

Παθολογική Κλινική Νοσοκομείου Ειδικών Παθήσεων Θεσσαλονίκης

10. Κλινικοεργαστηριακά χαρακτηριστικά υπερήλικων διαβητικών ασθενών

Σ. Μπακατσέλος, Σ. Καλπάκογλου, Ε. Πρόγια, Β. Παπαδημητρίου, Α. Καρακόλιος και Δ. Καραμήτσος

Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ. και Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

11. Επιπτώσεις της χρόνιας περιοδικής αιμοκάθαρσης σε διαβητικούς και μη διαβητικούς ουραιμικούς ασθενείς

Π. Αληβάνης, Β. Δερβενιώτης, Δ. Γρέκας, Α. Παπαγιάννη, Π. Νικολαΐδης, Μ. Πυρπασόπουλος

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης – Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ

12. Συνύπαρξη αγκυλοποιητικής υπερόστωσης και σακχαρώδη διαβήτη

*Λ. Σέπας, Α. Σπηλιόπουλος, Π. Αλεξίου, Ζ. Γιαννόπουλος,
Α. Τουρκαντώνης*

Ρευματολογικό Τμήμα – Ενδοκρινολογικό Τμήμα Α΄ Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ

- 19.00 Διάλειμμα

- 19.30 Στρογγυλή τράπεζα: Διαβητική αμφιβλοπρωτεϊδοπάθεια
Συντονιστής: *Δ. Καραμήτσος*

Εισηγητές: *Δ. Βαμβούκος, Ν. Γεωργιάδης,
Α. Νικολακόπουλος*



ΕΘΝΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ Α.Ε.

ΙΝΣΟΥΛΙΝΕΣ ΥΨΗΛΗΣ ΚΑΘΑΡΟΤΗΤΑΣ



ΕΘΝΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ Α.Ε.

ΧΑΡΟΚΟΠΟΥ 2, 176 71 ΚΑΛΛΙΘΕΑ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ:
ΤΗΛ. 95.95.359

Σάββατο 21 Νοεμβρίου

ΗΜΕΡΙΔΑ ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΜΑΘΗΜΑΤΩΝ ΔΕΒΕ

08.30 Έναρξη. Προεδρείο: Δ. ΚΑΡΑΜΗΤΣΟΣ

Έκκριση ινσουλίνης. Φυσιολογία - Παθοφυσιολογία
Η. Ευθυρίου

Η δράση της ινσουλίνης. Υποδοχείς ινσουλίνης
Α. Φαρμακιώτης

Οι δράσεις των ανταγωνιστικών ορμονών στο μεταβολισμό

Φ. Χαρσούλης

ΗΛΑ στην αιτιολογία του σακχαρώδη διαβήτη
Ζ. Πολυμενίδης

Αυτοανοσοποίηση και σακχαρώδης διαβήτης
Μ. Δανιηλίδης

Παχυσαρκία και κληρονομικότητα στην αιτιολογία σακχαρώδη διαβήτη

Ι. Γιώβος

Το φαινόμενο αντιδράσεως τύπου δισουλφιράμης στο σακχαρώδη διαβήτη

Α. Σπηλιόπουλος

10.40 Διάλειμμα - προσφορά καφέ

11.30 Προεδρείο: Μ. ΑΛΕΒΙΖΟΣ

Διάγνωση σακχαρώδη διαβήτη, δοκιμασία ανοχής γλυκόζης

Β. Τζέτσης

Κλινικές μορφές. Ταξινόμηση σακχαρώδη διαβήτη

Χ. Μανές

Παρακολούθηση ρύθμισης σακχαρώδη διαβήτη (εξετάσεις ούρων και αίματος, δοκιμαστικές ταινίες και συσκευές μετρήσεως γλυκόζης, γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη)

Γ. Παπαλεξίου

Ρύθμιση διαβήτη κατά τις χειρουργικές επεμβάσεις

Ν. Σάιλερ

Αρχές εκπαίδευσης του διαβητικού

Κ. Βολιώτης

13.15 Διάλειμμα - Φαγητό, καφές

14.30 Προεδρείο: Α. ΑΒΡΑΜΙΔΗΣ

Αναίρακτοι μέθοδοι εξετάσεως - ελέγχου κυκλοφορίας κάτω άκρων

Μ. Βρεττός

Επεμβάσεις στην αντιμετώπιση περιφερικής αγγειοπάθειας

Θ. Γερασιμίδης

Το διαβητικό πόδι

Α. Αντωνιάδης

Αντιυπερτασικά φάρμακα και διαβήτη

Χ. Ζαμπούλης

Διαβητική νευροπάθεια

Δ. Καραμήτσος

Προβλήματα οστών

Α. Αβραμίδης

Δερματικές επιπλοκές στο σακχαρώδη διαβήτη

Α. Μηνάς

16.50 Διάλειμμα - Προσφορά καφέ

18.00 Συζήτηση στρογγυλής τράπεζας.

Θέμα: Θεραπεία του διαβήτη

Συντονιστής: *Ν. Παπάζογλου*

Συμμετέχουν: *Μ. Αλεβίζος, Δ. Καραμήτσος,*

Μ. Μαμόπουλος, Α. Σπηλιόπουλος

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

ΒΑΘΜΟΣ ΡΥΘΜΙΣΗΣ ΚΑΙ ΤΥΠΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ 1000 ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΤΟΥ Ν. ΣΕΡΡΩΝ
Ν. Δημητράκογλου, Λ. Κωνσταντινίδου-Δημητράκογλου, Γ. Μωραΐτης, Π. Ρόζη-Πάνου.
Διαβητολογικό Ιατρείο, Γεν. Νοσοκομείο Σερρών.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση του βαθμού ελέγχου σ' ένα μεγάλο αριθμό ασθενών μας. Τελικά επιλέγησαν 1000 άτομα που πληρούσαν τις εξής προϋποθέσεις: Είχαν **1)** περισσότερες από 15 μετρήσεις της γλυκαίμιας νηστείας, **2)** τουλάχιστο ένα προσδιορισμό της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c), **3)** σταθερό τύπο θεραπείας τα τελευταία δύο χρόνια, και **4)** Καταχωρημένα στο ειδικό βιβλιάριο υγείας διαβητικού όλα τα λοιπά γενικά στοιχεία. Οι ασθενείς ταξινομήθηκαν, ανάλογα με τον τύπο θεραπείας τους, στις τρεις κλασικές ομάδες, και τα αποτελέσματα της εκτίμησης φαίνονται στον πίνακα:

	%	ηλικία (έτη)	διάρκεια διαβήτη	BMI (KG/m ²)	γλυκαίμια νηστείας	HbA1c	HbA1c>10 (%)
χωρίς φάρμακα	18,4	60,8	3,3	29,6	145,9	9,1 _± 0,1	18,4
υπογλυκαιμικά από στόμα	59,6	65,8	7,2	28,2	193,3	10,3 _± 0,2	42,4
ινσουλίνη	22,0	56,9	11,9	25,7	217,6	11,8 _± 0,1	77,3

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Δυστυχώς, μια μεγάλη αναλογία των ασθενών μας (43,7% συνολικά) εμφανίζει πτωχή ρύθμιση (HbA1c>10%), και μάλιστα τόσο μεγαλύτερη, όσο πιο αυξημένες είναι οι θεραπευτικές ανάγκες του διαβητικού σύνδρομου. Σε κάθε μια ομάδα χωριστά, ο βαθμός ρύθμισης δεν σχετίζεται με την ηλικία των ασθενών, τη διάρκεια του διαβήτη, ή τον δείκτη μάζας σώματος (BMI).

Ο ΒΑΘΜΟΣ ΡΥΘΜΙΣΗΣ 220 ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ

Ν. Δημητρίκογλου, Α. Κωνσταντινίδου-Δημητρίκογλου, Π. Ρόζη-Πάνου, Γ. Μωραΐτης.

Διαβητολογικό Ιατρείο Γ.Ν.Σερρών.

Παρουσιάζεται ο βαθμός ρύθμισης 220 ινσουλινοθεραπευόμενων διαβητικών, όσο αφορά τις εξείς παραμέτρους: HBA1C - γλυκαιμία νηστείας - BMI - ολικά λιπίδια - χολεστερόλη - τριγλυκερίδια - HDL - LDL - φωσφολιπίδια - αθηρωματικό δείκτη - και τα ηλεκτροφορητικά κλάσματα α-, ρβ-, και β-. Η ρύθμιση διαβαθμίσθηκε, κάπως αυθαίρετα, σε καλή (HBA1C \leq 8%), μέτρια (HBA1C $>$ 8% και \leq 10%), και πτωχή (HBA1C $>$ 10%). Δυστυχώς, μόνο το 2,7% των ασθενών μας είχε καλή ρύθμιση, και μόνο το 24,5% μέτρια.

Στη συνέχεια, οι ασθενείς ταξινομήθηκαν, ανάλογα με το θεραπευτικό τους σχήμα, στις ομάδες: IX1 (μία δόση ινσουλίνης ενδιάμεσης δράσης ημερησίως), IX2 (δύο δόσεις ινσουλίνης ενδιάμεσης δράσης ημερησίως), και 2X2 (δύο δόσεις "διπλής" ινσουλίνης ημερησίως - συνδυασμός "κρυσταλλικής" και ινσουλίνης ενδιάμεσης δράσης). Η ομάδα 2X2 είχε σημαντικά καλύτερη ρύθμιση, όσο αφορά τις περισσότερες από τις προαναφερθείσες παραμέτρους ελέγχου. Εξ άλλου, δεν διαπιστώσαμε καμμία υπεροχή του σχήματος IX2, έναντι του IX1.

Τέλος, παρατηρήσαμε σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στη HBA1C και τη γλυκαιμία νηστείας ($r=0,42$, $p<0,001$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: 1) Μικρό μόνο ποσοστό των ινσουλινοθεραπευόμενων ασθενών μας είναι ρυθμισμένοι. 2) Αν το σχήμα IX1 δεν αρκεί, τότε το σχήμα 2X2 μάλλον, και όχι το IX2, θα πρέπει να είναι το επόμενο βήμα.

ΑΙΤΙΑ ΠΛΗΜΜΕΛΟΥΣ ΡΥΘΜΙΣΗΣ ΤΟΥ ΣΑΚΚΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ - Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΓΛΥΚΟ-
ΖΥΔΙΩΜΕΝΗΣ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ (HbA1) ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΛΥΨΗ ΤΟΥΣ,

Γ.Π.Κυριακίδης, Ε.Σιτμαλίδης, Α.Ευαγγέλου, Κ.Χ"Γώγος, Π.Κεκλικιάν -
Λαγουδάκη, Ε.Καραβαγγέλη-Βλάτσα, Α.Τζιόβα-Κοτζά, Κ.Βακαλέρης

Β' Παθολογικό Τμήμα - Αιματολογικό Εργαστήριο Γ.Ν.Θ. "Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ"
Θεσσαλονίκη.

Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση των αιτίων μή καλής ρύθμισης του Σ.Δ. από πλευράς ασθενούς. Ελέγχθηκαν 102 ασθενείς με πρωτοπαθή Σ.Δ. και οι ερωτήσεις που τέθηκαν ήταν γύρω από τη γνώση της πάθησης και του ρόλου του διαιτολογίου σ' αυτήν. Οι απαντήσεις ήταν άκρως απογοητευτικές. Η πλημμελής ρύθμιση αποκαλύφθηκε με τη χρήση της HbA1. Δεν περιλήφθηκαν στη μελέτη ασθενείς με παθολογικές καταστάσεις που προκαλούν ψευδείς τιμές HbA1. Με ποσοστό < 9% θεωρούνταν καλώς ρυθμισμένοι με 9-11% κακώς και με > 11% απará-δεκτα. Οι ασθενείς που ελάμβαναν δισκία ήταν 82 και εκείνοι που χρησιμοποιούσαν ινσουλίνη 20. Η ηλικία της πρώτης ομάδας ήταν από 42-86 και της δεύτερης από 24-87. Η μόρφωση της πρώτης ομάδας ήταν: Αγράμματοι 25, στοιχειώδης εκπαίδευση 57 και της δεύτερης: Αγράμματοι 5 στοιχειώδης εκπαίδευση 8 και μέση εκπαίδευση 7.

Στην πρώτη ομάδα υπήρξε η ίδια κακή ρύθμιση όσον αφορά την ηλικία και τη μόρφωση. Τα ίδια και στη δεύτερη με μόνη διαφορά την ύπαρξη των ασθενών της μέσης εκπαίδευσης που ήταν καλά ρυθμισμένοι.

Γενικά οι ασθενείς ήταν άρρυθμιστοι και τούτο οφείλεται στην έλλειψη εκπαίδευσης και συνεργατικότητας του ασθενούς. Αυτή η κατάσταση έχει σοβαρές οικονομικές και κοινωνικές προεκτάσεις, γιαυτό προτείνεται η εκπαίδευση των ασθενών βάσει ενός σωστά επεξεργασμένου προγράμματος.

ΠΝΕΥΜΟΜΕΣΟΠΝΕΥΜΟΝΙΟ ΚΑΙ ΜΗ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΡΑΒΔΟΜΥΟΛΥΣΗ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗ

Καραμήτσος Δ., Κούρτογλου Γ., Παπαδοπούλου Φ., Καρατζάς Ν., Τριαντόπουλος Ι. Β' Προπ. Παθολογική Κλινική, Α.Π.Θ., Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσ/νίκη

Σκοπός της ανακοίνωσης είναι να παρουσιασθεί ενδιαφέρουσα περίπτωση διαβητικής κετοξέωσης που εμφάνισε πνευμομεσοπνευμόνιο. Πρόκειται για διαβητικό 23 ετών που νοσηλεύθηκε στην Κλινική με διαβητική κετοξέωση, νεφρική ανεπάρκεια, επίμονους εργώδεις εμέτους και μη τραυματική ραβδομυόλυση. Ο ασθενής είχε βαρείας μορφής αμφιβληστροειδοπάθεια και νευροπάθεια με ιδιαίτερο πρόβλημα γαστροπάρεσης. Η ακρόαση της προκαρδίου χώρας έδινε κριγμώδεις συστολοδιαστολικούς ήχους που προσομοίαζαν σε διακεκομένο ήχο τριβής περικαρδίου. Η ακτ/φία θώρακος έδειχνε αέρα στο μεσοπνευμόνιο. Υπήρχε αζωθαιμία (ουρία 210mg/dl, κρεατινίνη ορού 8,0 mg/dl), οξόνη πλάσματος ++, pH αίματος 7,29, TCO₂ 11,2mmol/L. Υπήρχαν πολύ υψηλές τιμές μυϊκών ενζύμων CPK 1056 U/L, Αλδολάση 25U/L. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε με παρεντερική σίτιση επί 20ήμερο, ενώ η ινσουλίνη χορηγήθηκε στο διάστημα αυτό I.V. με αντλία.

Για μεγάλο διάστημα ο ασθενής είχε ρινογραφιαστικό καθετήρα και έπαιρνε I.V. ισχυρή αντιβίωση. Ρήξη του οισοφάγου δεν διαπιστώθηκε ακτ/κώς, ούτε με οισοφαγοσκόπηση. Με χορήγηση ραδιοϊσοσημασμένου λευκώματος αυγού διαπιστώθηκε βαρεία γαστροπάρεση (T 1/2 463 min, φ.τ. 42-95min).

Ο ασθενής πήρε εξιτήριο από το Νοσοκομείο σε σχετικά καλή κατάσταση και προγραμματίστηκε μελλοντική εφαρμογή θεραπείας υποκατάστασης της νεφρικής του λειτουργίας. Επισημαίνεται η πιθανότητα εμφάνισης πνευμομεσοπνευμονίου σε κετοξέωση λόγω των εμέτων καθώς και η πρόσφατα αναγνωρισμένη συνύπαρξη κετοξέωσης με μη τραυματική ραβδομυόλυση.

Μηνάς Α., Παπάζογλου Ν., Ιωαννίδης Δ., Παπαδέλη Ε., Μανές Χ., Κοντογιάννης Γ.

Παθολογική κλινική Πρώτου Γενικού Νοσ/μείου "Αγ. Παύλος", Θεσσαλονίκη

Σκοπός της μελέτης ήταν η διακρίβωση σε διαβητικούς ορρώστους δερματικών εκδηλώσεων που, είτε ήταν αποτέλεσμα της πρωτοπαθούς πάθησης είτε συνυπήρχαν με το διαβήτη.

Μελετήθηκαν έτσι 416 επιλεγμένα διαβητικά άτομα, στα οποία η νόσος είχε διαπιστωθεί πριν από μήνες ή πολλά χρόνια. Η μελέτη έγινε στα εξωτερικά ιατρεία της παραπάνω Κλινικής.

Τα ευρήματα ήταν: α. Όσον αφορά στις δερματοπάθειες που έχουν άμεση σχέση με τη νόσο, βρέθηκαν να πάσχουν 271 άτομα (65%), με κύριες εκδηλώσεις τις επιμολύνσεις από κηκτικούς, βακτηρίδια και μύκητες (18%), τις επιπλοκές εξαιτίας διαβητικής μικροαγγειοπάθειας (14%), και τις εκδηλώσεις τις οφειλόμενες σε νευροπάθεια (15%). β. Όσον αφορά στις δερματοπάθειες που συνυπάρχουν με τη νόσο, κύρια εκδήλωση ήταν ο γενικευμένος ή εντοπισμένος κνησμός (25%).

Το συμπέρασμα της παραπάνω έρευνας είναι ότι πολλές φορές ο σακχαρώδης διαβήτης εκδηλώνεται ή συνυπάρχει με δερματοπάθειες, η σωστή διάγνωση των οποίων απαλλάσσει τον ασθενή από άσκοπες θεραπείες, γιατί η αντιμετώπιση της κύριας νόσου βοηθάει στην υποχώρηση της δερματοπάθειας.

Η ΟΠΤΙΚΗ ΟΞΥΤΗΤΑ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΥΠΟΒΑΘΕΙ ΣΕ
ΠΑΝΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΙΚΗ ΦΩΤΟΠΗΞΙΑ ΜΕ LASER.

Γ. Τριανταφύλλου, Α. Νικολακόπουλος, Β. Νανάς, Χ. Βαφειάδης.

Νοσοκομείο Άγιος Δημήτριος Θεσ/νίκης.

Από τον Μάιο του 1985 άρχισε στο Νοσ/μείο Άγιος Δημήτριος Θεσ/νίκης μια μελέτη, η οποία βρίσκεται ακόμα σε εξέλιξη, με σκοπό την διερεύνηση της επίδρασης στην οπτική οξύτητα της παναμφιβληστροειδικής φωτοπηξίας με λέιζερ σε όλα τα στάδια της παραγωγικής και της μη παραγωγικής διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας. Από τα III άτομα που ήδη περιλαμβάνει η σειρά επελέγησαν με ορισμένα κριτήρια 74 τα οποία και σας παρουσιάζουμε. Γίνεται συσχετισμός του οπτικού αποτελέσματος (βελτίωση, ίδια κατάσταση, κυμαινόμενη όραση, επιδείνωση) με το στάδιο και την μορφή της αμφιβληστροειδοπάθειας. Γίνεται αντιπαραβολή με διεθνή στατιστικά δεδομένα και επισημαίνονται οι ιδιαιτερότητες του Έλληνα ασθενή. Στα συμπεράσματα υπογραμμίζονται οι δυνατότητες και τα όρια της παναμφιβληστροειδικής φωτοπηξίας στους διαβητικούς.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΚΑΙ ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Λ. Κωνσταντινίδου-Δημητσόκογλου, N. Δημητσόκογλου, Γ. Ευστρατιάδης, Γ. Μωραΐτης, Π. Ρόζη-Πάνου.

Διαβητολογικό Ιατρείο Γ. Ν. Σερρών.

Οι 1000 πρώτοι ασθενείς μας ταξινομήθηκαν κατ' αυξανόμενες θεραπευτικές ανάγκες (αριθμός υπογλυκαιμικών δισκίων/Η, U ινσουλίνης/ΚG/Η), σε 12 θεραπευτικές/δοσολογικές ομάδες, και κάθε μία απ' αυτές κρίθηκε αναδρομικά με ενιαίο πολυπαραμετρικό τρόπο (μέση HbA_{1c}, ποσοστό ασθενών με πτωχή, μέτρια και καλή -βάσει της HbA_{1c}- ρύθμιση, μέση γλυκαιμία νηστείας, ποσοστό ασθενών με υψηλή, μέτρια και ικανοποιητική γλυκαιμία νηστείας). Συμπεράναμε:

1. Συσχέτιση ανάμεσα στη δόση των υπογλυκαιμικών φαρμάκων και τον βαθμό αποτυχίας της ρύθμισης ($r=0,74$, $p<0,05$), ή τη διάρκεια του διαβήτη ($r=0,97$, $p<0,001$), καθώς επίσης και ανάμεσα στη διάρκεια του διαβήτη και το βαθμό αποτυχίας της ρύθμισης κάθε ομάδας ($r=0,86$, $p<0,001$).

2. Οι δοσολογικές ομάδες "4 δισκία/Η" και "0,5-0,8 U ινσουλίνης/ΚG/Η" (χωρίς "κρυσταλλική", χορηγούμενη σε 1 ή 2 δόσεις ημερησίως) εμφανίζουν πολύ πτωχά αποτελέσματα για κάθε παράμετρο κρίσης. Το ίδιο, αν και σε κάπως μικρότερο βαθμό, ισχύει και για τις δοσολογικές ομάδες "3 δισκία/Η", "0,5 U ινσουλίνης/ΚG/Η" και "0,8 U ινσουλίνης/ΚG/Η" (χωρίς "κρυσταλλική", χορηγούμενη σε 1 ή 2 δόσεις ημερησίως).

3. Οι δοσολογικές ομάδες "μόνο δάιτα", "0,5 δισκίο/Η", "1 δισκίο/Η", "1,5 δισκία/Η", και "ινσουλίνη μέσης διάρκειας δράσης ανάμεικτη με κρυσταλλική σε δύο δόσεις ημερησίως" (σχήμα 2Χ2, μέση δόση 0,8 U/ΚG/Η) είναι καθ' όλα αποδεκτές, ενώ οι ομάδες "2 δισκία/Η", και "2,5 δισκία/Η" λιγότερο.

ΣΧΗΜΑΤΑ ΧΩΡΙΣ "ΚΡΥΣΤΑΛΛΙΚΗ" ΔΕΝ ΕΧΟΥΝ ΘΕΣΗ ΣΤΗΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΝΕΑΡΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ Ι.

Λ.Κωνσταντινίδου - Δημητρίκογλου, Ν.Δημητρίκογλου, Π. Ρόζη-Πάνου, Γ.Μωραΐτης.
Παιδιατρική Κλινική/Διαβητολογικό Ιατρείο Γ.Ν Σερρών.

Γίνεται αναλυτική εκτίμηση του βαθμού ρύθμισης 25 νεαρών με ινσουλινεξαρτώμενο (τύπου 1) διαβήτη, και επιχειρείται σύγκριση ανάμεσα σε θεραπευτικά σχήματα με/ και χωρίς "κρυσταλλική" ινσουλίνη.

Οι παράμετροι ελέγχου που μελετήθηκαν είναι: γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HBA1C), γλυκαιμία νηστείας, και λιπίδια (ολικά, χολεστερόλη, τριγλυκερίδια, HDL, LDL, φωσφολιπίδια, και τα ηλεκτροφορητικά κλάσματα α-, ββ-, και β-). Κανείς από τους ασθενείς δεν είχε HBA1C μικρότερη από τη μέση φυσιολογική τιμή+3SD, το 36% είχε μέτρια ρύθμιση (HBA1C >8% και <10%), ενώ το 64% είχε πτωχή (HBA1C >10%).

Κατά τη σύγκριση δύο θεραπευτικών σχημάτων με δύο ενέσεις ινσουλίνης ημερησίως το ένα χωρίς (σχήμα 1Χ2), και το άλλο με "κρυσταλλική" ινσουλίνη (σχήμα 2Χ2), η υπεροχή του δεύτερου (όσο αφορά τα επίπεδα της HBA1C - το ποσοστό των ασθενών με "μέτρια" ρύθμιση) ήταν σαφής ($p < 0,05$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Εάν η καλή ρύθμιση είναι σκοπός της ινσουλινοθεραπείας των νεαρών με διαβήτη τύπου 1, τότε το σχήμα με δύο ενέσεις ημερησίως διπλής ινσουλίνης (διάμεσης δράσης και "κρυσταλλικής") είναι η μέγιστη παραχώρηση του παιδίατρου προς τα παιδιά και τους γονείς τους. Σχήματα χωρίς "κρυσταλλική" ινσουλίνη δεν πρέπει να έχουν θέση στην αντιμετώπιση νεαρών με ινσουλινεξαρτώμενο διαβήτη.

ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΙΟΓΕΝΟΥΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Α. Παπαχρήστου, Κατερίνα Παπαγιάννη, Σοφία Ιωαννίδου-Ποθουλάκη, Χ. Κα-ι-σής, Χ. Καλλιγκάτσος και Α. Βουγιούκας

Παθολογική Κλινική Νοσοκομείου Ειδικών Παθήσεων Θεσ/νίκης

Με σκοπό τη μελέτη των επιπτώσεων της συνύπαρξης ιογενούς ηπατίτιδας (ΙΗ) και σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) στην πορεία και των δύο νοσημάτων, μελετήθηκαν 89 διαβητικοί με οξεία ΙΗ ηλικίας από 15-83 ετών. Οι 67 απ' αυτούς θεωρήθηκαν ως "παλαιοί" διαβητικοί, διότι η διάγνωση του ΣΔ είχε γίνει μέχρι προ εξαμήνου, ενώ οι υπόλοιποι 22 ως "νέοι" διαβητικοί. Τριάντα επιπλέον συγκρίσιμοι ασθενείς με οξεία ΙΗ χωρίς ΣΔ χρησίμευσαν ως μάρτυρες. Τα ευρήματά μας: 1. Η ηπατίτιδα στους ασθενείς με ΣΔ παρουσίασε επιβάρυνση, διότι μόνο σ' αυτούς παρατηρήθηκαν περιπτώσεις με θανατηφόρο κώμα, παρόλο που οι λοιπές παράμετροι δεν είχαν μεγάλη επιβάρυνση. Ιδιαίτερα οι παλαιοί διαβητικοί εμφάνισαν συχνότερα τις επιπλοκές της ηπατίτιδας και σημείωσαν το σύνολο των θανάτων. 2. Το αρχικό ποσοστό της ινσουλινοθεραπείας των ασθενών με ΣΔ διπλασιάστηκε (από 26% σε 52%) κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους για ΙΗ και ελαττώθηκε μερικώς κατά την έξοδο τους. 3. Η έκβαση ήταν καλή στο 83% των ασθενών με ΣΔ και ΙΗ, κακή στο 5.6% ενώ 11.3% είχαν προβλήματα και μετά την έξοδό τους. Συμπερασματικά η πορεία της ΙΗ φαίνεται να επιβαρύνεται από τον ΣΔ, αλλά και ο ΣΔ εμφανίζει κάποια επιβάρυνση, ιδίως στους παλαιούς διαβητικούς, με την έννοια βαρύτερων επιπλοκών και απορρύθμισης.

ΚΛΙΝΙΚΟΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Μπισκατσέλος, Σ., Καλπάκογλου Σ, Πρόγια Ε, Παπαδημητρίου Β, Καρανιόλιος Α, και Καραμήτσος Δ.

Β' Πρωπ. Παθολ. Κλινική Α.Π.Θ. Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσ/νίκη

Από 1.180 διαβητικούς οι 69 (46 ♀, 23 ♂) ήταν υπερήλικες με ηλικία άνω των 70 ετών. Σκοπός της εργασίας ήταν η μελέτη των κλινικών και βιοχημικών χαρακτηριστικών των ασθενών, δεδομένου ότι ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) μειώνει το προσδόκιμο της επιβίωσης ενώ οι ασθενείς μας προσέγγιζαν ή υπερβείναν ήδη τον μέσο όρο ζωής. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν $74,18 \pm 4,6$ (SD) έτη ενώ η γνωστή διάρκεια του ΣΔ ήταν $11,4 \pm 6,4$ έτη. Παχύσαρκοι με βάρος > 20 % του ιδανικού ήταν 12 ♂ και 33 ♀. Καπνιστές ήταν μόνο 10 ♂. Η αρτηριακή πίεση ήταν $171,9 \pm 22$ mmHg η συστολική και $87,64 \pm 12,33$ η διαστολική. Διαλείπουσα χολόληθα είχαν 16 (8 ♂, 8 ♀), στηθάγχη είχαν 14 (3 ♂, 2 ♀), αναμνηστικό εμφράγματος μυοκαρδίου 3 (1 ♂, 2 ♀), αμυβληστροειδοπάθεια 14 και καταρράκτη 17. Η ρύθμιση του ΣΔ ήταν καλή σε 29, μέτρια σε 26 και πτωχή σε 14. Ινσουλινοθεραπεία έκαναν 27, σουλφονουρίες έπαιρναν 40, και μόνο δίαιτα ακολουθούσαν 2 ασθενείς. Εργαστηριακώς είχαμε. Χοληστερόλη $228 \pm 42,5$ mg/dl, Τριγλυκερίδια 211 ± 104 , LDL 142 ± 41 , HDL $44,6 \pm 12$, Ουρία $45,8 \pm 15,1$, Κρεατινίνη $0,91 \pm 0,3$, Ουρικό οξύ $5,23 \pm 1,43$, μετρητό λεύκωμα ούρων είχαν 8 ασθενείς.

Συμπεραίνεται ότι η αποκαυγή καπνίσματος, τα φυσιολογικά λιπίδια, η έλλειψη σημαντικής υπέρτασης, το μικρό ποσοστό στεφανιαίας νόσου, η φυσιολογική νεφρική λειτουργία χαρακτήριζαν τους ασθενείς ως ομάδα και συνέβαλλαν ενδεχομένως στην επιβίωσή τους μετά το 70 έτος.

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΜΗ
ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΟΥΡΑΙΜΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Π. Αληβάνης, Β. Δερβενιώτης, Δ. Γρέκας, Α. Παπαγιάννη, Π. Νικολαΐδης, Μ. Πυρπασόπουλος
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης- Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ

Σκοπός της αναδρομικής αυτής μελέτης ήταν η διερεύνηση της γενικής κλινικής κατάστασης και της συχνότητας των κυριότερων επιπλοκών των διαβητικών και μη διαβητικών ουραιμικών ασθενών, των ενταγμένων σε πρόγραμμα χρόνιας περιοδικής αιμοκάθαρσης. Για τον σκοπό αυτό μελετήθηκαν 16 αιμοκαθαιρόμενοι ουραιμικοί ασθενείς, σε 8 από τους οποίους αιτία της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας ήταν ο σακχαρώδης διαβήτης, ενώ στους υπόλοιπους η νεφρική ανεπάρκεια οφειλόταν σε άλλη αιτία. Η ηλικία, η διάρκεια της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και η διάρκεια της θεραπείας με τον τεχνητό νεφρό, δεν παρουσίαζαν σημαντικές αποκλίσεις στις δύο ομάδες.

Σύμφωνα με τα δεδομένα μας, η γενική κλινική κατάσταση των αρρώστων των δύο ομάδων ήταν περίπου όμοια. Σχετικά με τις επιπλοκές, που συνήθως παρουσιάζουν οι αιμοκαθαιρόμενοι άρρωστοι, η καρδιακή ανεπάρκεια, η στεφανιαία ανεπάρκεια, η υπέρταση, οι συστηματικές λοιμώξεις και οι εκδηλώσεις της νεφρικής οστεοδυστροφίας, δεν παρουσιάσθηκαν με σημαντικές διαφορές στις δύο ομάδες, ενώ αντίθετα, οι επιπλοκές από την αρτηριοφλεβική αναστόμωση και η περιφερική νευροπάθεια ήταν σημαντικά συχνότερες στην ομάδα των διαβητικών ουραιμικών ($p < 0,01$ και $p < 0,05$ αντίστοιχα).

Συμπερασματικά, οι διαβητικοί ουραιμικοί άρρωστοι, που εδώ και πολλά χρόνια έγινε αποδεκτό να υποβάλλονται συστηματικά σε περιοδική αιμοκάθαρση, είχαν τις ίδιες περίπου επιπτώσεις με τους μη διαβητικούς από την χρόνια θεραπεία με τον τεχνητό νεφρό.

ΣΥΝΥΠΑΡΕΗ ΑΓΚΥΛΟΠΟΙΗΤΙΚΗΣ ΥΠΕΡΟΣΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Α. Σέττας, Α. Σπηλιόπουλος, Π. Αλεξίου, Ζ. Γιαννόπουλος, Α. Τουρκαντώνης
Ρευματολογικό Τμήμα - Ενδοκρινολογικό Τμήμα Α' Παθολογικής Κλινικής ΑΠΘ,
Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ

Σε 21 ασθενείς με Διάχυτο Ιδιοπαθή Σκελετική Υπερόστωση ή νόσο του Forestier (DISH), 12 άρρενες και 9 θήλεις ηλικίας από 50-77 ετών, διαπιστώθηκε συνύπαρξη με Σακχαρώδη Διαβήτη στους εννέα. Παρά το ότι πρόσφατα αμφισβητείται η συσχέτιση μεταξύ των δύο νόσων, στους ασθενείς μας ο Σακχαρώδης Διαβήτης ήταν η συχνότερη συνυπάρχουσα νόσος. Από τους 9 ασθενείς με τις δύο νόσους, οι δύο είχαν παράλληλα πυροφωσφορική αρθροπάθεια των κατά γόνυ αρθρώσεων, μια άλλη αρθροπάθεια που έχει αυξημένη συχνότητα στους διαβητικούς ασθενείς. Οι 6 ασθενείς είχαν ήπιο Σακχ. Διαβήτη ρυθμιζόμενο με αντιδιαβητικά δισκία και οι τρεις ελάμβαναν ινσουλίνη. Σε όλους η διάρκεια του Σακχ. Διαβήτη ήταν άνω των 15 ετών. Σε όλους τους ασθενείς έγινε έλεγχος των αντιγόνων ιστοσυμβατότητας. Δεν διαπιστώσαμε αυξημένη συχνότητα του HLA-B27 σύμφωνα και με τα αποτελέσματα άλλων πρόσφατων μελετών.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

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

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

- AMES - Παπαέλληνας
- Boehringer - Farmalex
- Εθνική Φαρμακοβιομηχανία
- Farmitalia
- GAP
- Hoechst
- Lilly - Φαρμασέρβ
- NOVO
- Servier
- Takeda medical

Daonil®

γλιβενκλαμίδη

προσφέρει στο διαβητικό άρρωστο



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

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

Hoechst Ελλάς ΑΒΕΕ

Αθήνα: Ν.Ερυθραία οδός Τατσίου Τηλ.Κέντρο: 8010811
Θεσ/νίκη: Δωδεκανήσου 21 Τηλ. Κέντρο: 522225

