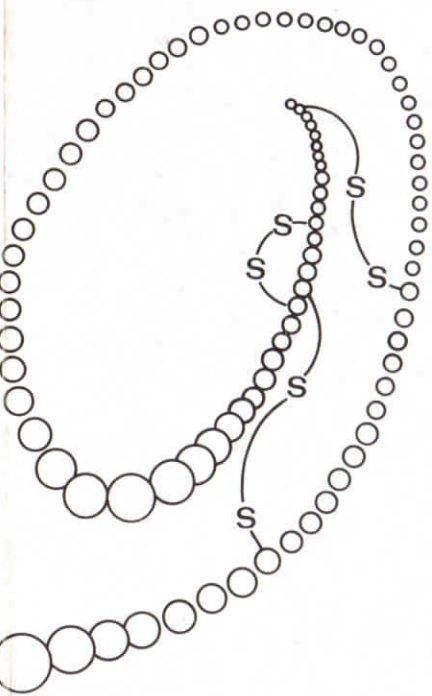




# Δ.Ε.Β.Ε.



## 2ο συνεδριο

ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΗΣ  
ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ  
ΒΟΡΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

4-5 ΝΟΕΜΒΡΗ 1988  
ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ «ΗΛΕΚΤΡΑ ΠΑΛΛΑΣ»  
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

# ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ουσιαστική συμβολή  
στην ιατροφαρμακευτική  
περιθώπιση



# Humulin®



## βιοσυνθετική ανθρώπινη ινσουλίνη



✓ μη ζωικής προελεύσεως

- η μόνη βιοσυνθετική ανθρώπινη ινσουλίνη
- χωρίς παγκρεατικές ζωικές προσμειξεις
- χωρίς επιπλοκές
- με χαμηλή αντιγονικότητα
- με απεριόριστες δυνατότητες παραγωγής
- πανομοιότυπη με την ανθρώπινη ινσουλίνη ως προς την αλληλουχία των αμινοξέων και τη χρωματογραφική και κρυσταλλογραφική δομή

### ΜΟΡΦΕΣ

- **HUMULIN REGULAR**  
ενέσιμο φιαλίδιο 10 ml x 40 I.U./ml  
Κρυσταλλική ινσουλίνη  
ταχείας δράσεως  
με σχετικά βραχεία διάρκεια  
δραστηριότητας (6-8 ώρες)
- **HUMULIN NPH**  
ενέσιμο φιαλίδιο 10 ml x 40 I.U./ml  
Ινσουλίνη ενδιάμεσης δράσεως  
με μακρά διάρκεια δραστηριότητας  
(18-24 ώρες)

HMN-3-10/88

### ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

**ΑΝΤΙΝΑΘΙΞΕΙΣ** - Υπεργλυκαιμία  
**ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΙΣ** - Η χρήση Humulin® NPH απαιτείται να γίνεται με μεγάλη ευλάβεια, ή σε ελάχιστη

**Χρήση κατά την εγκυμοσύνη** - Είναι μέτρια κεφαλαλγικός, υπέρτατος, και διαταράσσει το πεπτικό σύστημα των ασθενών, ενώ ελέγχος σε όλα τα στάδια της κύησης. Οι υπέρτατοι σε ηπατική γένεση και ελάττωτοι κατά το πρώτο τρίμηνο και οι εισφύρατοι κατά το δύο επόμενα τρίμηνα της κύησης.

**Μεταβολή από άλλες ποσότητες** - Μόλις από τους ασθενείς που με το συνηθισμένο επίπεδο δόσης, αρχικά ελέγχονται σε βέλτεστη ή επιθυμητή κατάσταση (Humulin® τους), χρειάζεται να μετακινούνται στην ολική ημερήσια δόση τους, ιδιαίτερα στη περίπτωση τους, γίνεται

σε επίπεδο που πλησιάζουν την υπηλίκωσή τους. Η αντίληψη για μεταβολή της δουλότητας μπορεί να εμφανιστεί είτε αμέσως μετά τη μεταβολή είτε βραδύτερα κατά τη διάρκεια της ημέρας. Υπάρχει κίνδυνος υποβάθμισης στην κατάσταση και με αυξανόμενη ηλικία τους ασθενείς, και αυτό πρέπει να το γνωρίζουν τόσο οι γιατροί, όσο και οι ασθενείς. Οι κίνδυνος επίσης βραχυπρόθεσμα, στη περίπτωση παραπάνω δόσης δεν ξεπερνά τις 40 IU. Ασθενείς με υποκλιμακωτή βλάβη ή σε άλλα επίπεδα πάνω από 100 IU την ημέρα είναι προτιμότερο να εισαχθούν στο νοσοκομείο για τη μεταβολή τους.

Κατά τη διάρκεια ασθενούς, ή αναρρώσεως και κατάστασης που ακολουθεί μετά τη χειρουργική φαρμάκων με σπάνια έλλοψη της ή και δυνατότητα να αυξηθούν οι ημερήσιες δόσεις, που οφείλονται σε υποκλίση. Αυτά είναι από φάρμακα κατά κύριο λόγο κατά

φύση του ασθενούς, τα καρδιακά φάρμακα και τα φαρμακεία ηπατικής γένεσης.

Οι ασθενείς σε κατάσταση μεταρρύθμισης για ασθενείς, ή και ασθενείς με υποκλίση, καθώς και κατά την υποκλίση πρέπει να φορούν με υπηλίκωσή τους, όπως οι ασθενείς με MAO.

**ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ** - Οι ασθενείς ζουν, αρκούντως, όπως είναι δυνατόν να πραγματοποιήσουν τη ζωή τους, σε κατάσταση και ανεπάρκειας, υποκλίσεως. Η χρήση της Humulin® απαιτείται στο πλαίσιο της συνεργασίας των ασθενών και των γιατρών. Μεγάλη σημασία έχουν οι υποκλίσεις, οι οποίες έχουν υποκλίση.

2ο ΣΥΝΕΔΡΙΟ

της  
ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ  
ΒΟΡΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ



4 - 5 Νοεμβρίου 1988

Ξενοδοχείο Ηλέκτρα Παλλάς  
Θεσσαλονίκη



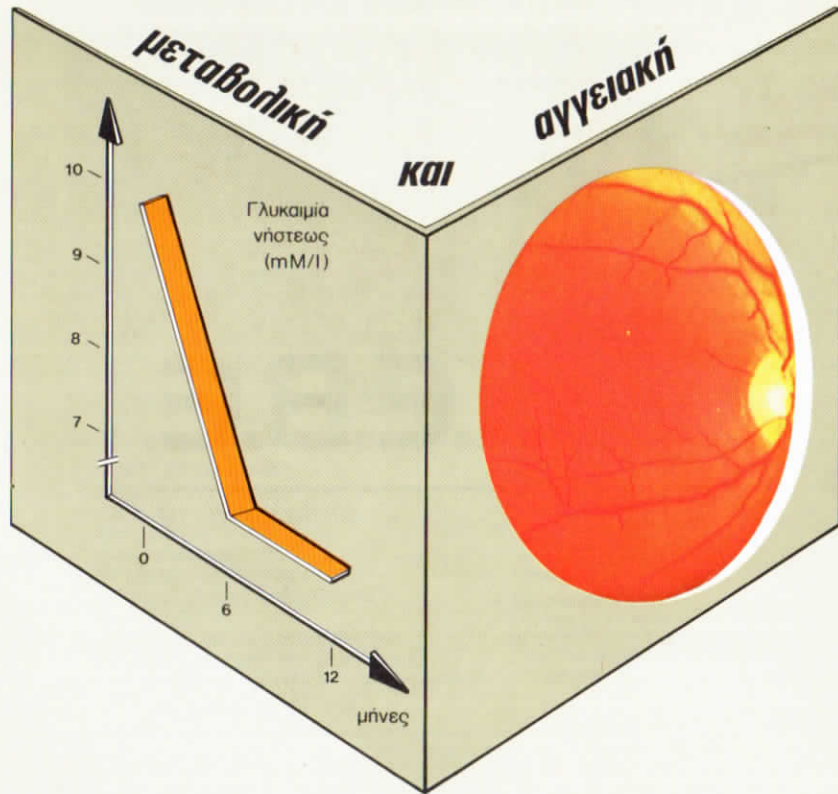
ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ Α.Ε.Β.Ε. ΑΠΟΚΛ. ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΙ ΕΛΙ LILLY  
ΜΕΣΟΓΕΙΩΝ 335 - ΧΑΛΑΝΔΡΙ - ΤΑΧ. ΟΥΡ. 60005  
ΑΓΙΑ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ - ΑΤΤΙΚΗ - ΤΑΧ. ΚΩΔ. 153 10 - ΤΗΛ. 6726385  
ΓΡΑΦΕΙΟ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ: Ν. ΕΓΝΑΤΙΑ 269 - ΤΑΧ. ΚΩΔ. 54249 - ΤΗΛ. 303350



# DIAMICRON<sup>®</sup>

gliclazide

## Η πρώτη ολοκληρωμένη θεραπεία



## του σ. διαβήτη τύπου II

1-4 δισκία/μέρα

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

**60 ΔΙΣΚΙΑ**  
**ΧΟΡΗΓΕΙΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΣΤΟΜΑ**

**ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑ**  
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑ ΔΙΑΒΙΟΝ  
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑ ΔΙΑΒΙΟΝ

**ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΗ ΔΡΑΣΗ**  
Το Diamicron ανήκει στην κατηγορία των σουλφονυλίουρικών, των οποίων η δράση βασίζεται στην αγωγή της γλυκόζης από το αίμα.

**ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑ**  
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑ ΔΙΑΒΙΟΝ

**ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ**  
Αντενδείκνυται η χορήγηση του Diamicron σε ασθενείς με σοβαρή νεφρική ανεπάρκεια (κρεατινίνη αίματος > 3 mg/dl), σε ασθενείς με σοβαρή ηπατική ανεπάρκεια (bilirubina αίματος > 3 mg/dl), σε ασθενείς με ιστορικό ή τρέχον γαστρικό έλκος, σε ασθενείς με ιστορικό ή τρέχον αλκοολισμό, σε ασθενείς με ιστορικό ή τρέχον σακχαρώδη διαβήτη με κίνδυνο υπογλυκαιμίας, σε ασθενείς με ιστορικό ή τρέχον αναιμίας, σε ασθενείς με ιστορικό ή τρέχον αναιμίας, σε ασθενείς με ιστορικό ή τρέχον αναιμίας.

**ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑ**  
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑ ΔΙΑΒΙΟΝ

**ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ**  
Το Diamicron χορηγείται με τη μορφή δισκίων 300 mg. Η δοσολογία είναι 1-4 δισκία ανά μέρα, χωριστά από τα γεύματα.

**ΥΠΕΡΔΟΣΟΛΟΓΙΑ - ΑΓΩΓΗ**  
Η υπερδΟΣΟΛΟΓΙΑ του Diamicron μπορεί να προκαλέσει υπογλυκαιμία. Τα συμπτώματα της υπερδΟΣΟΛΟΓΙΑς είναι: κεφαλαλγία, ναυτία, έμετος, διάρροια, αδυναμία, απώλεια συνείδησης, κώμα.

**ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑ**  
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑ ΔΙΑΒΙΟΝ

**Les Laboratoires SERVIER**  
45400 GIDY-FRANCE  
ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ  
SERVIER S.A.S. ΕΠΕ  
Γαλλοφάνη 10, Αθήνα 157 73 Τηλ. 7792813

# Ινσουλίνες **NORDISK**

Η συμβολή της Nordisk στην έρευνα και θεραπεία του διαβήτη

- ▶ Παραγωγή ινσουλίνης από το 1923.
- ▶ Ίδρυση του κέντρου έρευνας και θεραπείας του διαβήτη το 1932.
- ▶ Η πρώτη οργάνωση στον κόσμο που παρήγαγε ινσουλίνη παρατεταμένης δράσης - τη γνωστή ισοφανική ινσουλίνη NPH (Ουδέτερη Πρωταμινική Hagedorn), που πήρε το όνομα του ιδρυτή της Nordisk, που την ανακάλυψε, του δόκτωρα H.C. Hagedorn.
- ▶ Η πρώτη οργάνωση στον κόσμο που υιοθέτησε αποκλειστικά τη χοίρεια ινσουλίνη, επειδή αποδεδειγμένα είναι η λιγότερο ανοσολογική.
- ▶ Το 1974 εισήγαγε την υψηλής καθαρότητας χοίρεια ινσουλίνη.
- ▶ Το 1972 διερεύνησε την ανθρώπινη ινσουλίνη.
- ▶ Το 1981 άρχισε παραγωγή ανθρώπινης ινσουλίνης σε βιομηχανική κλίμακα.
- ▶ Ινσουλίνη για συνεχή υποδόρια έγχυση (θεραπεία με αντλία ινσουλίνης).

Σκευάσματα ανθρώπινης και χοίρειας Ινσουλίνης, υψηλής καθαρότητας - pH 7,3 του Οίκου **NORDISK GENTOFTE**

**Insulin Velosulin<sup>™</sup> Human**  
40 iu/ml.

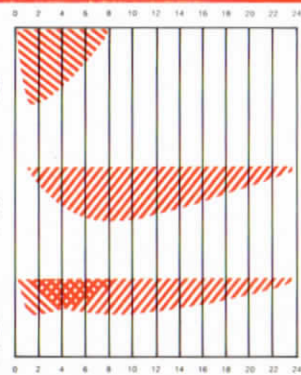
Διαυγές διάλυμα κρυσταλλικής Ινσουλίνης, pH 7,3. Η δράση επί του ζαχάρου αίματος αρχίζει μετά μισή ώρα και διαρκεί 8 ώρες. Μέγιστη αποτελεσματικότητα μεταξύ 1ης και 3ης ώρας.

**Insulin Insulatard<sup>™</sup> Human**  
40 iu/ml.

Εναιώρημα μικροκρυσταλλικής Ινσουλίνης (ισοφανική, NPH), pH 7,3. Η δράση επί του ζαχάρου αίματος αρχίζει μετά 1 1/2 ώρα και διαρκεί 24 ώρες. Μέγιστη αποτελεσματικότητα μεταξύ 4ης και 12ης ώρας.

**Insulin Mixtard<sup>™</sup> Human**  
40 iu/ml.

Μίγμα που περιέχει 30% Velosulin Human και 70% Insulatard Human, pH 7,3. Η δράση επί του ζαχάρου αίματος αρχίζει μετά μισή ώρα και διαρκεί 24 ώρες. Μέγιστη αποτελεσματικότητα μεταξύ 4ης και 8ης ώρας.



**Insulin VELOSULIN<sup>™</sup> Nordisk, 40 μονάδες/ml.**

Η δράση επί του ζαχάρου αίματος αρχίζει μετά μισή ώρα και διαρκεί 8 ώρες. Μέγιστη αποτελεσματικότητα μεταξύ 1ης και 3ης ώρας.

**Insulin INSULATARD<sup>™</sup> Nordisk, 40 μονάδες/ml.**

Εναιώρημα μικροκρυσταλλών πρωταμινικής ινσουλίνης. Η δράση επί του ζαχάρου αίματος αρχίζει μετά 1 1/2 ώρα και διαρκεί 24 ώρες. Μέγιστη αποτελεσματικότητα μεταξύ της 4ης και 12ης ώρας.

**Insulin MIXTARD<sup>™</sup> Nordisk, 40 μονάδες/ml.**

Μίγμα που περιέχει 30% VELOSULIN (12 i.u./ml.) και 70% INSULATARD (28 i.u./ml). Η δράση επί του ζαχάρου αίματος αρχίζει μετά μισή ώρα και διαρκεί 24 ώρες. Μέγιστη αποτελεσματικότητα μεταξύ της 4ης και 8ης ώρας.



**NORDISK GENTOFTE A/S ΔΑΝΙΑ**

ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΙ:

**ΛΕΟ ΕΛΛΑΣ ΕΠΕ.**

Λ. ΣΥΓΓΡΟΥ 228 - 176 72 ΚΑΛΛΙΘΕΑ

ΤΗΛ: 9580504/5/6

## ΣΥΝΟΠΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Κλινικά αποδεδειγμένη δράση  
στη μικροκυκλοφορία

**τώρα**  
με ΑΠΛΟΥΣΤΕΡΗ ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ

2 ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ



**Loftyl**<sup>®</sup>  
bufloamedil

**300**  
*Bid.*

Το bufloamedil χαρακτηρίζεται από τους χαρακτηριστικούς του υψηλούς επιπέδους και παρατεταμένης δράσης που τον επιβάλλει ως φάρμακο επιλογής.  
**ΕΠΙΔΡΑΣΗ:** Προσφέρει αντιφλεγμονώδη με βελτιωτική της ποιότητας του υαρού, επί τη βάση της επίθεσης, δράση που παρέχει. Ομαλοποιεί λειτουργία της σπινθηράδας ή σπινθηράδας φλεγμονής, βελτιώνοντας καλύτερα στην ταχύτερη ή αργότερη, και είναι ιδιαίτερα σημαντικό και λειτουργική αντιμετώπιση ή και αποκατάσταση σύνδεσμων και ούλων στην οστεοαρθρίτιδα.  
**ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ:** Το bufloamedil αντιδράσει με αλληλεπίδραση με τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται ταυτόχρονα με αυτό. Είναι αντιφλεγμονώδες φάρμακο, κατά την χρήση ή σε συνδυασμό με αντιβιοτικά φάρμακα. Ως έπαισμα το σπινθηράδα, σπινθηράδα, προσφέρει αντιφλεγμονώδη δράση κατά της οστεοαρθρίτιδας, ταυτόχρονα, ανακουφίζει από τον πόνο.  
**ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ:** Πρέπει να συνιστάται η χρήση bufloamedil ταχύτερα με ή χωρίς αντιβιοτικά ή αντιφλεγμονώδη φάρμακα και ιδιαίτερα στα άτομα που υποφέρουν από βρογχίτιδα χρόνια. Πρέπει να τηρείται η δοσολογία που αναφέρεται και να μην υπερβαίνει την ημερήσια δόση των 600 mg.  
**ΕΠΙΔΡΑΣΗ:** Προσφέρει αντιφλεγμονώδη με βελτιωτική της ποιότητας του υαρού, επί τη βάση της επίθεσης, δράση που παρέχει. Ομαλοποιεί λειτουργία της σπινθηράδας ή σπινθηράδας φλεγμονής, βελτιώνοντας καλύτερα στην ταχύτερη ή αργότερη, και είναι ιδιαίτερα σημαντικό και λειτουργική αντιμετώπιση ή και αποκατάσταση σύνδεσμων και ούλων στην οστεοαρθρίτιδα.

σε άλλες μορφές, ταυτόχρονη εισαγωγή αυτών ή ταυτόχρονη εισαγωγή του bufloamedil.  
**ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ:** Κατά την χρήση του bufloamedil, είναι σημαντικό να λαμβάνεται υπόψη η ανάγκη για την αποφυγή της υπερδοσολογίας του bufloamedil και να τηρείται η δοσολογία που αναφέρεται και να μην υπερβαίνει την ημερήσια δόση των 600 mg.  
**ΕΠΙΔΡΑΣΗ:** Προσφέρει αντιφλεγμονώδη με βελτιωτική της ποιότητας του υαρού, επί τη βάση της επίθεσης, δράση που παρέχει. Ομαλοποιεί λειτουργία της σπινθηράδας ή σπινθηράδας φλεγμονής, βελτιώνοντας καλύτερα στην ταχύτερη ή αργότερη, και είναι ιδιαίτερα σημαντικό και λειτουργική αντιμετώπιση ή και αποκατάσταση σύνδεσμων και ούλων στην οστεοαρθρίτιδα.

**ΔΟΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ:** Δοσολογία: 3 x 300 mg την ημέρα (900 mg ημερησίως). Κατά την χρήση του bufloamedil, είναι σημαντικό να λαμβάνεται υπόψη η ανάγκη για την αποφυγή της υπερδοσολογίας του bufloamedil και να τηρείται η δοσολογία που αναφέρεται και να μην υπερβαίνει την ημερήσια δόση των 600 mg.  
**ΕΠΙΔΡΑΣΗ:** Προσφέρει αντιφλεγμονώδη με βελτιωτική της ποιότητας του υαρού, επί τη βάση της επίθεσης, δράση που παρέχει. Ομαλοποιεί λειτουργία της σπινθηράδας ή σπινθηράδας φλεγμονής, βελτιώνοντας καλύτερα στην ταχύτερη ή αργότερη, και είναι ιδιαίτερα σημαντικό και λειτουργική αντιμετώπιση ή και αποκατάσταση σύνδεσμων και ούλων στην οστεοαρθρίτιδα.

**ΔΟΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ:** Δοσολογία: 3 x 300 mg την ημέρα (900 mg ημερησίως). Κατά την χρήση του bufloamedil, είναι σημαντικό να λαμβάνεται υπόψη η ανάγκη για την αποφυγή της υπερδοσολογίας του bufloamedil και να τηρείται η δοσολογία που αναφέρεται και να μην υπερβαίνει την ημερήσια δόση των 600 mg.  
**ΕΠΙΔΡΑΣΗ:** Προσφέρει αντιφλεγμονώδη με βελτιωτική της ποιότητας του υαρού, επί τη βάση της επίθεσης, δράση που παρέχει. Ομαλοποιεί λειτουργία της σπινθηράδας ή σπινθηράδας φλεγμονής, βελτιώνοντας καλύτερα στην ταχύτερη ή αργότερη, και είναι ιδιαίτερα σημαντικό και λειτουργική αντιμετώπιση ή και αποκατάσταση σύνδεσμων και ούλων στην οστεοαρθρίτιδα.

ABBOTT LABORATORIES (ΕΛΛΑΣ) ΑΒΕΕ  
ΑΘΗΝΑ: Λεωφ. Συγγρού 194, 176 71, Καλλιθέα, Τηλ.: 9516511  
ΘΕΣΣΟΝΙΚΗ: Λεωφ. Μ. Αλεξάνδρου 15, 546 40, Τηλ.: 810470

100  
Εισαγ. Χρόνια  
Παράδοση  
Στην Υγεία της Γυναίκας  
Σ' όλο τον Κόσμο  
1988 - 1988

**Παρασκευή 4 Νοεμβρίου**

- 08.30-10.00 ΕΓΓΡΑΦΕΣ ΣΥΝΕΔΡΩΝ
- 10.00-12.00 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ
- 12.00-12.30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ
- 12.30-13.20 ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ
- 15.00-17.00 ΚΛΙΝΙΚΑ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΑ
- 17.30-19.15 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ
- 19.15-19.45 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ
- 19.45-20.15 ΔΙΑΛΕΞΗ P.J. WATKINS

**Σάββατο 5 Νοεμβρίου**

(Μετεκπαιδευτική ημερίδα)

- 08.45-10.25 ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ
- 10.25-11.00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ
- 11.00-12.30 ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ
- 12.30-13.00 ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ ΜΕΛΩΝ ΔΕΒΕ
- 13.00-15.00 ΓΕΥΜΑ ΣΤΟ ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ
- 15.00-17.00 ΚΛΙΝΙΚΑ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΑ
- 17.30-18.45 ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ
- 18.45-19.15 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ
- 19.15-20.30 ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ

**επανακυκλοφορεί**

**Euglykon**®  
GLIBENCLAMIDE

## **ΔΥΟ ΛΟΓΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΦΑΡΜΑΛΕΞ Α.Ε.**

Η γλιβενκλαμίδη αποτελεί τον κύριο εκπρόσωπο των σουλφονουριών της δεύτερης γενιάς. Είναι προϊόν της επίσημης συνεργασίας δύο Γερμανικών Φαρμακευτικών Εταιρειών, της Boehringer Mannheim και της Hoechst, που μετά από δοκιμασία 8.000 συνολικά ουσιών, έδωσε τελικά το 1969 καρπό. Έκτοτε ο αντίκτυπος της ουσίας στο χώρο της θεραπευτικής του σακχαρώδους διαβήτη, είναι σε όλους γνωστός.

**Η ΦΑΡΜΑΛΕΞ Α.Ε.** θέλοντας να περάσει μια νέα γενικά αντίληψη στο χώρο της ιατρικής ενημέρωσης, επανακυκλοφορεί το **Euglykon**®, σαν μέρος μιας ολόκληρης σειράς προϊόντων για την καλύτερη διάγνωση, θεραπεία και έλεγχο της νόσου. Η σειρά αυτή αποτελείται επί πλέον από βοηθήματα που ελέγχουν εύκολα το σάκχαρο αίματος και ούρων και μπορούν να χρησιμοποιηθούν άνετα από ασθενή και γιατρό (Haemo-Glukotest 20-800 R\*, Glukotest, Gluketur, Reflux-II).

Τα παραπάνω σε συνδυασμό με ένα προσεγμένο πληροφοριακό υλικό σε θέματα πρακτικού ενδιαφέροντος για το σακχαρώδη διαβήτη, συνιστούν τον πυρήνα της νέας αντίληψης.  
Από σήμερα λοιπόν ξεκινάμε την καινούργια μας προσπάθεια.



**Boehringer Mannheim GmbH**  
Δυτ. Γερμανία



Αντιπρόσωπος:

**ΦΑΡΜΑΛΕΞ Α.Ε.**

Τσάχα 15-17 Αθήνα 115 10 - Τηλ. 6445 612  
Στρατ. Ταρογιάννη 3 Θεσσαλονίκη 546 21 - Τηλ. 267 626

## **ΑΝΑΛΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ**

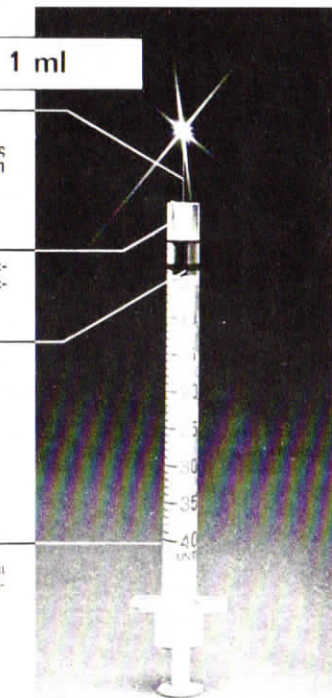
# σύριγγες **B-D** PLASTIPACK

## 1 ml/40 units ινσουλίνης

### ΥΠΕΡΛΕΠΤΗ ΒΕΛΟΝΑ

### MICRO-FINE **IV**

**ΝΕΑ**



1 ml

**MICRO-FINE**  
υπερλεπτή βελόνα...  
πολλές τάξεις μεγέθους  
λεπτότερη από κάθε άλλη

**ΧΩΡΙΣ ΝΕΚΡΟ ΟΓΚΟ**  
δηλαδή χωρίς κενό με-  
ταξύ εμβόλου και βε-  
λόνας

**ΔΙΠΛΗ ΚΕΦΑΛΗ**  
εμβόλου

**ΕΥΑΝΑΓΝΩΣΤΗ**  
**ΚΛΙΜΑΚΑ**  
με μεγάλα διαστήματα και  
καλοτυπωμένους αριθ-  
μούς

Οι σύριγγες Becton-Dickinson B-D® ινσουλίνης τύπου PLASTIPACK με βελόνα MICRO-FINE δε μοιάζουν με καμία από τις σύριγγες ινσουλίνης που κυκλοφορούν στην Ελλάδα μέχρι σήμερα. Κατασκευάζονται στην Αμερική και θεωρούνται σ' όλο το κόσμο **καλύτερες σύριγγες ινσουλίνης που υπάρχουν στο εμπόριο**. Τα βασικά τους πλεονεκτήματα είναι:

**\* Υπερλεπτή βελόνα**

που σημαίνει ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΑΝΩΔΥΝΗ ένεση και αυτό χωρίς κίνδυνο απόφαξης της βελόνας, χωρίς κίνδυνο να σπάσει λόγω της πολύ μεγάλης αντοχής και ελαστικότητας της. Οι βελόνες MICRO-FINE® είναι κάτι το μοναδικό, ένα ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟ ΕΥΕΡΓΕΤΗΜΑ για το διαβητικό.

**\* Χωρίς νεκρό όγκο**

που σημαίνει **οικονομία στο φάρμακο της ινσουλίνης**, 4-5 δρχ. ανά ένεση που αποσβένει το μεγαλύτερο μέρος της διαφοράς τιμής πωλήσεως, που η υψηλή ποιότητα επιβάλλει στις σύριγγες B-D®. Ακόμη σημαίνει **μεγαλύτερη ακρίβεια αναμίξεως** ινσουλινών και **μικρότερη πιθανότητα σχηματισμού φουσαλλιδιών**.

**\* Διπλή κεφαλή εμβόλων**

για να γλιστρά το εμβόλο μαλακά και με πλήρη στεγανότητα.

**\* Ευανάγνωστη κλίμακα**

για να μπορείτε να κανονίζετε εύκολα την ακριβή δόση που θέ-  
λετε.

**ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ**

κάθε σύριγγα φέρει 2 πλαστικά καπάκια, ένα πάνω από τη βελόνα και ένα στο πίσω μέρος της, για προστασία της στειρότητας.

**Όσο τα καπάκια βρίσκονται στη θέση τους, η στειρότητα της σύριγγας διαρκεί απεριόριστο χρόνο.** Δέκα σύριγγες συσκευάζονται σε μια μικρή πλαστική σακούλα & αποτελούν μια βολική συσκευασία PLASTIPACK®.

Δέκα PLASTIPACK® συσκευάζονται σ' ένα χαρτόκουτο των 100 σύριγγων.

ΓΕΝΙΚΟΙ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΙ: Π. ΜΑΡΙΝΟΠΟΥΛΟΣ & ΣΙΑ Ο.Ε.  
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ: Λ. ΙΩΝΙΑΣ 36Α - ΑΛΙΜΟΣ ΤΗΛ. 9933.700, 9933.800, 9933.900

ΔΙΑΝΟΜΗ ΣΤΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ: Δίκτυο πωλήσεων ΦΑΜΑΡ Α.Ε.  
ΤΗΛΕΦΩΝΑ: ΑΘΗΝΩΝ 9825521 - ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ 767680  
**για να βρήκατε τις σύριγγες B-D® και στη γειτονιά σας.**

Παρασκευή 4 Νοεμβρίου

## ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

10.00-12.00 Πρόεδρος: Δ. ΚΑΡΑΜΗΤΣΟΣ

1. Επιδημική παρωτίτιδα και σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 (IDDM)

**Β. Κιοσές, Τ. Διδάγγελος, Γ. Άρσος, Δ. Κολοκοτρώνη, Α. Παπαρήστου, Γ. Τόλιας, Α. Βουγιούκας και Β. Δανιηλίδης**

Παθολογική Κλινική και Μικροβιολογικό Εργαστήριο Νοσοκομείου Ειδικών Παθήσεων Θεσσαλονίκης

2. Αρχικά συμπτώματα διαβήτη σε 418 ασθενείς

**Μ. Αλεβίζος, Δ. Καλαμπαλικά, Α. Αδαμίδου**

Α΄ Παθολογική Προπαιδευτική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

3. Συνύπαρξη υπερθυρεοειδισμού και σακχαρώδους διαβήτη: διαγνωστικά και θεραπευτικά προβλήματα

**Η. Ευθυρίου, Β. Μπαμπάσης, Ν. Ποντικίδης, Θ. Καλτσάς, Φ. Παπαδοπούλου**

Ενδοκρινολογική Κλινική Β΄ Νοσοκομείου ΙΚΑ «Παναγία» Θεσσαλονίκης

4. Επιδημιολογικές παρατηρήσεις για την υπέρταση των διαβητικών τύπου II

**Δ. Καραμήτσος, Σ. Μπακατσέλος, Β. Κλεισιάρης, Γ. Παπαλεξίου, Χ. Ζαμπούλης**

Β΄ Προπ. Παθολογική Κλινική ΑΠΘ Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Νοσοκομείο Λάρισας, Κεντρικό Νοσοκομείο



5. Συνδυασμένη θεραπεία (= ινσουλίνη + υπογλυκαιμικά από το στόμα) στο διαβήτη τύπου 2

*N. Δημητσίκογλου, Α. Κωνσταντινίδου-Δημητσίκογλου, Γ. Ευστρατιάδης, Π. Ρόζη-Πάνου*

Διαβητολογικό Ιατρείο, Γ.Ν. Σερρών

6. Συνύπαρξη σακχαρώδους διαβήτη και ασυμπτωματικής χολολιθίασης. Ο ρόλος των λιπιδίων

*I. Ουβένης\*, Κ. Σιδηρόπουλος\*, Ε. Βλαχογιάννης\*, I. Κιριμλίδης\*\*, Κ. Βολιώτης\**

Α΄ Παθολογική Κλινική\*, Ακτινολογικό Εργαστήριο\*\* Ιπποκρατείου Νοσοκομείου Θεσ/νίκης

7. Ασυμπτωματική μικροβιουρία σε νοσηλευόμενους ασθενείς με Σ. Διαβήτη

*Σ.Ι. Γρηγοράκης, Ε. Αργυράκη, Ε. Κωνσταντάς*

Β΄ Παθολογική Κλινική Νοσοκομείο Βόλου

8. Εκτίμηση του μεγέθους του εμφράγματος του μυοκαρδίου σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη

*Χ. Κυρπιζίδης, Α. Μπουφίδου, Α. Νικολαΐδης, Γ. Μούριτζιος, Χ. Χρυσόπουλος, Γ. Παπαζαχαρίου*

Καρδιολογική Κλινική Β. Νοσοκ. ΙΚΑ Θεσ/νίκης

12.00–12.30 Διάλειμμα

12.30–17.00 Πρόεδρος: Α. ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ

Παθογένεια υπέρτασης στους διαβητικούς

*Α. Λαζαρίδης*

Διαβητική νεφροπάθεια. Δυνατότητες επιβράδυνσης εξέλιξης και αντιμετώπιση στο τελικό στάδιο

*Π. Ανάσης*

15.00–16.00 ΚΛΙΝΙΚΑ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΑ

*Α. Νικολακόπουλος: Βυθοσκόπηση*

16.00–17.00 *N. Παπάζογλου: Διαβήτη και διαίτα*

17.00–17.30 Διάλειμμα

17.30–19.15 Πρόεδρος: Ν. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ

9. Λανθάνοντες διαβητικοί

*Δ. Μηλαράκης*

Κιλκίς

10. Έλεγχος σχέσης ευρημάτων βυθοσκόπησης και Α.Π. σε 220 διαβητικούς

*I.A. Γκιριτζής, Σ.Γ. Χαριτούδης*

Ιατρείο Παρακολούθησης Διαβητικών Ι.Κ.Α. Αλεξανδρούπολης

11. Συσχέτιση της χοληστερόλης των λιποπρωτεϊνών υψηλής πυκνότητας (HDL-C) και της περιφερικής αγγειακής νόσου σε μη ινσουλινοεξαρτώμενους διαβητικούς

*H.N. Μυγδάλης, Α. Κούρτη, Γ. Βουδούρης, Μ. Σαμαρτζής*

Β΄ Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Ιατρείο, ΝΙΜΤΣ, Αθήνα

12. Λειτουργικότητα της αριστεράς κοιλίας σε διαβητικούς ασθενείς με αμφιβληστροειδοπάθεια

*Χ. Ραΐδης, Ν. Παπάζογλου, Στ. Γιουτίκας, Χ. Μανές, Γ. Σκαραγκάς, I. Κοντογιάννης, Α. Χατζηαχμέτ*

Καρδιολογικό τμήμα Πολυϊατρείου Αστυνομίας Θεσ/νίκης, Διαβητολογικό τμήμα Α΄ Γεν. Νοσοκομείου Άγιος Παύλος Θεσ/νίκης

13. Συσχέτιση επιπέδων της GH και του σακχάρου σε μεγαλακρικούς ασθενείς

*H. Ευθυμιου, N. Ποντικίδης, M. Μειδάνη, Θ. Καλτσάς, Φ. Παπαδοπούλου, Β. Μπαμπάσης, Κ. Παζαίτου*

Ενδοκρινολογική Κλινική, Β' Γεν. Νοσοκομείου ΙΚΑ, «Παναγία», Θεσσαλονίκη

14. Ο ουδός αντίληψης ηλεκτρικών ώσεων στην ανίχνευση της περιφ. διαβητικής νευροπάθειας

*N. Δημητσίκου, Λ. Κωνσταντινίδου-Δημητσίκου, Γ. Ευστραπάδης, Αικ. Δημητσίκου*

Διαβητολογικό ιατρείο, ιατρείο Πόνου, Γ.Ν. Σερρών

15. Παρατηρήσεις από την εφαρμογή σχήματος εντατικοποιημένης ινσουλινοθεραπείας 4 ενέσεων/24ωρο

*Δ. Καραμήτσος, Σ. Μπακατσέλος, Ι. Τσούση*

Β' Προπ. Παθολ. Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο

19.15-19.45 Διάλειμμα

19.45-20.15 Clinical effects of autonomic neuropathy  
*P.J. Watkins*

# 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 εκείνη του μη διαβητικού φυσιολογικού ατόμου.



**MINODIAB®**

glipizide

30 δισκία 5 mg

**ΑΝΤΙΕΠΙΣΤΑΣΗ**  
Όπως και οι άλλες σουλφονυλμυδικές το MINODIAB ανταγωνίζεται στον υποκαυκρινιζόμενο δεσφίτη στον εστρώσαντο δισκίτη στο διαβητικό και στο υγιές άτομο στην ημερήσια δοσολογία 5 mg τριημέρι ή 15 mg ημερησίως ανεπιτηνικά στην εμμεταβολική κατάσταση.

**ΑΝΤΙΣΤΑΝΤΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ**  
Είναι η δύναμη βελτιστική με σουλφονυλμυδική ομάδα, υδατοδιαλυτή, εκδηλώνεται υποκαυκρινιζόμενη καθώς σε εξοχλημένης σάκχαις σε παρατεταμένη δράση σε περιστασιακή έντονη βλάβη ηυποκαυκρινιζόμενη σε περιστασιακή βλάβη δράσης ή κτηνοκαυκρινιζόμενη κτηνοκαυκρινιζόμενη στην ημερήσια δοσολογία 5 mg τριημέρι ή 15 mg ημερησίως (HPLC: ΓΡΟΚΙΣΙΟΛΙΠΙΖΙΔΗ). Για άτομα που η βλάβη τους είναι βλάβη οξεία ή χρόνια ηυποκαυκρινιζόμενη και ηυποκαυκρινιζόμενη που οξεία ή χρόνια, τις ηυποκαυκρινιζόμενες με την δύναμη και γενικά στην κατάσταση, μετά την επίτευξη της απόλυτης ανίχνευσης με την δύναμη της ηυποκαυκρινιζόμενης.

Σε άτομα που ηυποκαυκρινιζόμενες είναι παρατηρήσιμη μικρή ποσότητα βλάβη οξεία ή χρόνια, με βλάβη, που γενικά κτηνοκαυκρινιζόμενη και ηυποκαυκρινιζόμενη που οξεία ή χρόνια, τις ηυποκαυκρινιζόμενες με την δύναμη και γενικά στην κατάσταση, μετά την επίτευξη της απόλυτης ανίχνευσης με την δύναμη της ηυποκαυκρινιζόμενης.



FARMITALIA CARLO ERBA  
(HELLAS) A.E.

ΚΑΝΙΤΣΟΣ 27 - 106 82 ΑΘΗΝΑ



## Η θεραπεία των ερπητικών λοιμώξεων



THE WELLCOME  
FOUNDATION LTD

Η ΠΡΩΤΟΠΟΡΟΣ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΙΩΝ

# ZOVIRAX<sup>®</sup>

acyclovir

από κατασκευαστή

Για περισσότερες πληροφορίες: Γραφεία Επιστημονικής Ενημέρωσης:  
ΑΘΗΝΑ: Μεσογείων 237, 154 51 Τηλ.: 67.23.825 - 67.26.301 - 64.74.372

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Ικτινίου 8, 546 22 Τηλ.: 275.263

Γεν. Αντ/ποι: ΜΙΝΕΡΒΑ Φαρμακ. α.ε. - Αθήνα - Τηλ.: 57.11.211-4

01-10.000 ZOVIRAX 4/88

## Σάββατο 5 Νοεμβρίου

(Μετεκπαιδευτική ημερίδα)

Α΄ Προεδρείο: Φ. ΧΑΡΣΟΥΛΗΣ

- 08.45-09.10 Εξωπαγκρεατική δράση σουλφονουλουριών  
*Γ. Γιώβος*
- 09.10-09.35 Φαρμακοκινητική και όργανα στόχοι ινσουλι-  
νης  
*Φ. Χαρσούλης*
- 09.35-10.00 Διαβήτης και μυϊκή άσκηση  
*Χ. Μανές*
- 10.00-10.25 Διαβήτης και οινόπνευμα  
*Γ. Παπαλεξίου*
- 10.25-11.00 Διάλειμμα

Β΄ Προεδρείο: Α. ΑΒΡΑΜΙΔΗΣ

- 11.00-11.30 Νεότερες απόψεις για τη διαίτα του διαβητι-  
κού  
*Ν. Κατσιλάμπρος*
- 11.30-12.00 Διαβήτης και καρδιοπάθειες  
*Β. Καραμάνος*
- 12.00-12.30 Εκπαίδευση του διαβητικού. Θεωρία και πρά-  
ξη  
*Κ. Βολιώτης*
- 12.30-13.00 Γενική συνέλευση μελών ΔΕΒΕ
- 13.00-15.00 Φαγητό

#### ΚΛΙΝΙΚΑ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΑ

- 15.00–16.00 Αντιμετώπιση ΣΔ τύπου II  
*Μ. Αλεβίζος*
- 16.00–17.00 Η ινσουλινοθεραπεία στην πράξη  
*Δ. Καραμήτσος*
- 17.00–17.30 Διάλειμμα

#### Γ΄ Προεδρείο : Α. ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ

- 17.30–17.55 Γλυκοζυλιωμένη Hb και φρουκτοζαμίνη  
*Ν. Σάιλερ*
- 17.55–18.20 Μικρολευκωματουρία στους διαβητικούς  
*Α. Σπηλιόπουλος*
- 18.20–18.45 Σακχαρώδης διαβήτης και θυρεοειδής. Συνύ-  
παρξη και κλινικές επιπτώσεις  
*Η. Ευθυμίου*
- 18.45–19.15 Διάλειμμα

#### Δ΄ Προεδρείο : Μ. ΑΛΕΒΙΖΟΣ

- 19.15–19.40 Υπερλιπιδαιμίες και σακχ. διαβήτης  
*Α. Αβραμίδης*
- 19.40–20.05 Ρευματικές εκδηλώσεις διαβήτη  
*Ν. Δημητσίκου*
- 20.05–20.30 Μεταμόσχευση παγκρέατος  
*Α. Αντωνιάδης*

β

## ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

ΕΠΙΔΗΜΙΚΗ ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ  
ΤΥΠΟΥ 1 (IDDM)

Κιοσές Β, Διδάγγελος Τ, Άρσος Γ, Κολοκοτρώνη Δ,  
Παπαχρήστου Α, Τόλιας Γ, Βουγιούκας Α και Δανι-  
ηλίδης Β.

Παθολογική Κλινική και Μικροβιολογικό Εργαστή-  
ριο Νοσοκομείου Ειδικών Παθήσεων Θεσσαλονίκης

Σκοπός της προγραμματισμένης εργασίας αυτής  
ήταν η ανεύρεση αιτιολογικής σχέσης μεταξύ της  
επιδημικής παρωτίτιδας και του σακχαρώδους δι-  
αβήτη ινσουλινοεξαρτώμενου (τύπου 1 - IDDM).

Μελετήθηκαν 42 άρρωστοι και των δύο φύλων η-  
λικίας 15-40 χρόνων (μέση ηλικία 22 χρόνων) που  
νοσηλεύθηκαν στην Παθολογική Κλινική του Νοσο-  
κομείου Ειδικών Παθήσεων Θεσσαλονίκης (ΝΕΠΘ)  
για επιδημική παρωτίτιδα κατά την χρονική πε-  
ρίοδο από 1.1.1987 μέχρι 30.6.1988. Οι άρρωστοι  
υποβλήθηκαν σε δοκομασία ανοχής γλυκόζης (ΔΑΓ)  
δύο φορές. Η πρώτη ΔΑΓ έγινε αμέσως μετά την  
υποχώρηση των οξέων συμπτωμάτων της παρωτίτι-  
δας και η δεύτερη μετά από πάροδο τριών μηνών.

Στα ευρήματα δεν παρατηρήθηκε καμία ΔΑΓ δια-  
ταραγμένη (IGTT) ή παθολογική.

Συμπερασματικά δεν φαίνεται να υπάρχει αιτι-  
ολογική σχέση μεταξύ επιδημικής παρωτίτιδας και  
σακχαρώδους διαβήτη

ΑΡΧΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΕ 418 ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Μ. Αλεβίζος, Δ. Καλαμαλικά, Α. Αδαμίδου

Α' Παθολογική Προπαιδευτική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ.

Μελετήσαμε τη συχνότητα των συμπτωμάτων κατά την εμφάνιση του διαβήτη σε 418 ασθενείς, για να διαπιστώσουμε εάν η μεταξύ τους αναλογία έχει μεταβληθεί τα τελευταία χρόνια σε σχέση με παλαιότερα. Η μελέτη περιλάμβανε αρρώστους που ανέπτυξαν διαβήτη στη χρονική περίοδο από το 1973 μέχρι το 1984. Η ηλικία των ασθενών κυμαινόταν από την πρώτη μέχρι την όγδοη δεκαετία. Το συχνότερο σύμπτωμα ήταν η πολυουρία - πολυδιψία, κυρίως στις νεότερες ηλικίες. Κατά σειρά συχνότητας, αλλά σε μικρότερα ποσοστά, ακολούθησαν: η απώλεια βάρους, που παρουσίασε προοδευτική μείωση με την πάροδο της ηλικίας, η θλεγμονή των νεφρικών οργάνων, που ήταν συχνότερη στη μέση ηλικία, η τυχαία διάγνωση που, αν και συνηθισμένη στη μεγάλη ηλικία, εμφανίστηκε σχετικά συχνά και στις μικρότερες, η ζάλη που παρουσιάστηκε στη μέση και μενάλη ηλικία και η αδυναμία, κυρίως στις νεαρότερες ηλικίες. Σε λίγες περιπτώσεις εμφανίστηκε πολυμαγία, πυοδερματίτις, νενικευμένος κνησμός, διαταραχή στην όραση διοπτρικού τύπου, ανορεξία, καθώς και άλλα σπάνια συμπτώματα. Τα κυριότερα συμπεράσματα της μελέτης είναι ότι, σημαντικός αριθμός νεαρών διαβητικών ατόμων στερείται συμπτωμάτων και ότι η ζάλη είναι συχνό σύμπτωμα στον διαβήτη.

ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΥΠΕΡΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΟΥ: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ.

Ευθυμίου Η., Μπαμπάσης Β., Ποντικίδης Ν., Κατσάς Θ., Παπαδοπούλου Φ.

Ενδοκρινολογική Κλινική Β' Νοσοκομείο ΙΚΑ "ΠΑΝΑΓΙΑ" Θεσσαλονίκης

Από την ανάλυση μεγάλων σειρών ασθενών στη βιβλιογραφία, έχει διαπιστωθεί πως η συχνότητα Σ.Δ. είναι διπλάσια (2,4%) στους υπερθυρεοειδικούς ασθενείς σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Το ποσοστό αυτό αυξάνεται μέχρι και στο 7% όταν η θυρεοειδοπάθεια συνυπάρχει με Σ.Δ. τύπου Ι μέσα στα πλαίσια του Σύνδρομο Αυτοάνοσου Πολυενδοκρινικής Ανεπάρκειας. Η συνύπαρξη όμως δύο κατ'εξοχήν "καταβολικών" νοσημάτων δημιουργεί αυξημένα διαγνωστικά και κυρίως θεραπευτικά προβλήματα. Στη παρούσα εργασία παρουσιάζουμε 4 αντιπροσωπευτικές περιπτώσεις συνύπαρξης υπερθυρεοειδισμού (ν. Graves') και Σ.Δ. α) Περίπτωση υποτροπής υπερ/σμού και σύγχρονης πρώτης εκδήλωσης Σ.Δ. τύπου Ι με διαβ. κετοξέωση, β) Περίπτωση εμφάνισης υπερ/σμού σε ασθενή με Σ.Δ. τύπου Ι που προκάλεσε διαβ. κετοξέωση, γ) Περίπτωση απορρύθμισης Σ.Δ. τύπου Ι χωρίς διαβ. κετοξέωση, από την εμφάνιση υπερ/σμού και δ) Περίπτωση εξαιρετικής ινσουλινοαντοχής σε ασθενή με Σ.Δ. τύπου ΙΙ εξαιτίας υπερ/σμού. Συζητούνται τα διαγνωστικά και θεραπευτικά προβλήματα που αντιμετωπίσαμε και γίνεται προσπάθεια ερμηνείας των παθοφυσιολογικών μηχανισμών που εμπλέκονται.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ  
ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΤΥΠΟΥ ΙΙ.

Καραμήτσος Δ, Μπακατσέλος Σ, Κλεισιάρης Β,  
Παπαλεξίου Γ, Ζαμπούλης Χ.

Β' Προπ. Παθ. Κλινική ΑΠΘ Ιπποκράτειο Νοσοκο-  
μείο, Νοσοκομείο Λάρισας, Κεντρικό Νοσοκομείο

Σε αναδρομική εξέταση στοιχείων 1283 διαβητικών  
τύπου ΙΙ (ΣΔ ΙΙ) και μετά αποκλεισμό νεφροπαθών,  
υπερηλίκων και ασθενών με ελλιπή στοιχεία, παρέμειναν  
προς μελέτη 1005 ασθενείς. Από αυτούς 414 (41,2%)  
ήταν υπέρτασικοί (ΥΤ), 94 ♂, 320 ♀. Από τους νορμο-  
τασιικούς (ΝΤ) ήταν 218 ♂ και 373 ♀. Στο σύνολο  
των γυναικών υπέρταση είχαν το 46,17% ενώ στο σύνολο  
των ανδρών 30,12% (P<0,001).

Σε προσχεδιασμένη μελέτη αφού αποκλείστηκαν ασθενείς  
με έκδηλη νεφροπάθεια ή δευτεροπαθή υπέρταση εξε-  
τάστηκαν τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά 242 ΣΔ  
ΙΙ, μέση ηλικίας 59,2±7,8 ετών. Από αυτούς ΥΤ ήταν  
149 (32 ♂, 117 ♀) και ΝΤ ήταν 93 (29 ♂, 64 ♀). Η μέση  
ηλικία διάγνωσης του ΣΔ ΙΙ ήταν 50,62±10,93 έτη,  
η μέση ηλικία διάγνωσης της υπέρτασης ήταν 55,03±  
9,35 έτη. Η υπέρταση εμφανίστηκε πριν από τη διάγνωση  
ΣΔ στο 32,5% και μετά τη διάγνωση στο 56,5%. Διάγνωση  
ΣΔ και υπέρτασης στον ίδιο χρόνο έγινε σε ποσοστό  
11%. Η μέση ηλικία των ΝΤ ήταν 57,44±7,9 έτη και των  
ΥΤ 60,3±7,4 (P<0,01). Κληρονομικό θετικό για υπέρταση  
είχαν 61 ΥΤ (40,9%) και 18 ΝΤ (19,35%) (P<0,001).  
Ο ΔΜΣ στους ΥΤ ήταν 27,9±3,9 και τους ΝΤ 27,1±3,5  
(P>0,05). Το 77% των ΥΤ γυναικών εμφάνισε την υπέρταση  
κατά ή μετά την εμμηνόπαυση. Συμπεραίνεται ότι η  
υπέρταση εμφανίζεται με αυξημένη συχνότητα στους  
διαβητικούς, ιδίως στις γυναίκες και ότι κληρονομικοί  
παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο αλλά όχι αποκλει-  
στικό.

ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (=ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ + ΥΠΟΓΛΥΚΑΙ-  
ΜΙΚΑ ΑΠΟ ΤΟ ΣΤΟΜΑ) ΣΤΟ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2.

Ν. Δημητρίκογλου, Λ. Κωνσταντινίδου-Δημητρί-  
κογλου, Γ. Ευστρατιάδης, Π. Ρόζη-Πάνου.

Διαβητολογικό Ιατρείο, Γ.Ν. Σερρών.

ΣΚΟΠΟΣ της μελέτης είναι η εκτίμηση της απο-  
τελεσματικότητας της συνδυασμένης θεραπείας  
(ΣΘ), με ινσουλίνη παρατεταμένης δράσης (ΙΠΔ)  
και υπογλυκαιμικά από το στόμα (ΟΗΑ), σε πε-  
ριπτώσεις δευτερογενούς αποτυχίας των τελευ-  
ταίων, στην αντιμετώπιση διαβητικών τύπου 2.  
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ. 60 μη παχύσαρκοι διαβητι-  
κοί τύπου 2, με δευτερογενή αποτυχία στο συν-  
δυασμό σουλφονυλουριών - διγουανιδών και  
πτωχή αρχική ρύθμιση, μετατάχθηκαν σε μονο-  
θεραπεία με ΙΠΔ (Ultratard ΗΜ 0,38 ± 0,07 U/  
kg/24hrs), για δύο μήνες. Στη συνέχεια, προ-  
στέθηκε στην αγωγή και μία μέτρια δόση (1,92  
± 0,07 tabs/24hrs) σταθερού συνδυασμού γλιβεν-  
κλαμίδης/φενφορμίνης, και οι ασθενείς παρα-  
κολουθήθηκαν για άλλους δύο μήνες. Στο τέλος  
του πρώτου και δεύτερου δίμηνου προσδιορί-  
θηκε η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1) και  
ο δείκτης μάζας σώματος (ΒΜΙ), ενώ η γλυκαι-  
μία νηστείας (fbg) προσδιοριζόνταν κάθε 15 με-  
ρες περίπου.

ΕΥΡΗΜΑΤΑ. Με μόνη την ινσουλινοθεραπεία με  
ΙΠΔ (τέλος πρώτου δίμηνου), η fbg και HbA1  
βελτιώθηκαν σημαντικά (213,2 mg/dl και 10,35%  
έναντι 275,7 mg/dl και 11,99%, αντίστοιχα -  
p<0,001). Με την πρόσθεση των ΟΗΑ, η βελτί-  
ωση της γλυκαιμικής ρύθμισης, στο τέλος του  
δεύτερου δίμηνου, ήταν ακόμη μεγαλύτερη (fbg  
=179,3 mg/dl, HbA1=9,56% - p<0,001). Ο ΒΜΙ  
αυξήθηκε ελαφρά. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ. Η ΣΘ αποτε-  
λεί ικανοποιητικό τρόπο αντιμετώπισης της  
δευτερογενούς αποτυχίας των ΟΗΑ.

ΣΥΝΥΠΑΡΕΞΗ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ (ΣΔ)  
ΚΑΙ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗΣ ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗΣ  
(Α.ΧΟΛ). Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΛΙΠΙΔΙΩΝ.

Ι. Ουβένης\*, Κ. Σιδηρόπουλος\*, Ε. Βλαχογιάννης\*, Ι.  
Κιριμιλίδης\*\*, Κ. Βολιώτης\*

Απο την Α' Παθολογική Κλινική\* και το Ακτινολογικό  
Εργαστήριο\*\* του Ιπποκρατείου Νοσοκομείου  
Θεσ/νίκης.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η συχνότητα Α.ΧΟΛ σε ασθενείς με ΣΔ.

**ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ:** Σε 40 ασθενείς με ΣΔ μέσης ηλικίας 66 ετών προσδιορίστηκαν τα λιπίδια του ορού: χοληστερόλη (CHOL), τριγλυκερίδια (TG), φωσφολιπίδια (PL), HDL-CHOL, LDL-CHOL, HDL-PL και ο δείκτης CHOL/HDL-CHOL ( $\Delta$ ) ενώ παράλληλα οι ασθενείς ερευνήθηκαν για Α.ΧΟΛ και Στεφανιαία Νόσο (ΣΝ).

Παρατηρήθηκε ότι στο 70% των ασθενών υπήρχε Α.ΧΟΛ και στο 75% Σ.Ν. Η παρατήρηση αυτή επέτρεψε το διαχωρισμό τους σε 3 ομάδες: 1η ομάδα με ΣΔ, Α.ΧΟΛ και ΣΝ, 2η ομάδα με ΣΔ και Α.ΧΟΛ και 3η ομάδα με ΣΔ και ΣΝ. Τα επίπεδα των λιπιδίων των παραπάνω ομάδων συγκρίθηκαν με τα λιπίδια 20 μαρτύρων και 22 μη διαβητικών ασθενών (4η ομάδα) με συμπτωματική χολολιθίαση (Σ.ΧΟΛ) παρομοίας ηλικίας και σχέσης βάρους/ύψους.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Παρατηρήθηκε στην 1η ομάδα:

1) αύξηση των CHOL ( $P < 0,05$ ), TG ( $P < 0,05$ ), LDL-CHOL ( $P < 0,01$ ) του  $\Delta$  ( $P < 0,01$ ) και ελάττωση της HDL-CHOL ( $P < 0,01$ ) σε σχέση με τους μάρτυρες και 2) αύξηση των CHOL ( $P < 0,01$ ), TG ( $P < 0,01$ ) και  $\Delta$  ( $P < 0,05$ ) σε σχέση με την 4η ομάδα. Στην 2η ομάδα αύξηση του δείκτη  $\Delta$  ( $P < 0,05$ ) και ελάττωση της HDL-CHOL ( $P < 0,01$ ) σε σχέση με τους μάρτυρες και στην 3η ομάδα αύξηση των TG ( $P < 0,01$ ) σε σχέση με τους μάρτυρες και την 4η ομάδα. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές μεταβολές των παραμέτρων που προσδιορίστηκαν μεταξύ των τριών ομάδων με ΣΔ.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Συζητείται η συχνότητα, Α. ΧΟΛ στους διαβητικούς και ο ρόλος των λιπιδίων και συμπεραίνεται ότι η αυξημένη συχνότητα Α.ΧΟΛ στους διαβητικούς συνυπάρχει με διαταραχή του μεταβολισμού των λιποπρωτεϊνών και ΣΝ.

ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΜΙΚΡΟΒΙΟΥΡΙΑ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟ-  
ΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ.

Σ.Ι.Γρηγοράκης, Ε.Αργυράκη, Ε.Κωνσταντάς

Β' Παθολογική Κλινική Νοσοκομείου Βόλου

Μελετάται η ύπαρξη ασυμπτωματικής μικροβιουρίας σε ομάδα 100 σακχαροδιαβητικών ασθενών (33 άνδρες, 67 γυναίκες) ηλικίας 20-80 ετών και συγκρίνεται με δεύτερη ομάδα 100 μη σακχαροδιαβητικών ασθενών (68 άνδρες, 32 γυναίκες) ηλικίας 20-80 ετών επίσης, που νοσηλεύθηκαν σε Παθολογική Κλινική του Νοσοκομείου Βόλου από Σεπτέμβριο 1987 ως το Σεπτέμβριο του 1988. Διαπιστώθηκε μεγάλο ποσοστό ασυμπτωματικής μικροβιουρίας στην πρώτη ομάδα (23%)  $P < 0,001$ , με κύριο μικρόβιο το E.coli (65,2%) ιδιαίτερα σε απορρυθμισμένους διαβητικούς (27,6%) και ηλικίας άνω των 50 ετών. Δεν διαπιστώθηκε στατιστική διαφορά μεταξύ φύλων ή θεραπευτικής αγωγής του σακχαρώδη διαβήτη. Τα αποτελέσματα συζητούνται και συγκρίνονται με εκείνα των άλλων μελετών.



ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΜΕΓΕΘΟΥΣ ΤΟΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Χ.Κυρπιζίδης ,Α.Μπουφίδου , Α.Νικολαΐδης, Γ.Μούρτζιος , Χ.Χρυσόπουλος ,Γ.Παπαζαχαρίου.

Καρδιολογική Κλινική Β.Νοσοκ.ΙΚΑ Θεσ/νίκης

Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι να συγκριθεί το μέγεθος της εμφραγματικής περιοχής ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη και ασθενών χωρίς σακχαρώδη διαβήτη που εμφάνισαν έμφραγμα μυοκαρδίου.

Η εμφραγματική περιοχή υπολογίστηκε με βάση τα ΗΚΓ/κα κριτήρια του QRS SCOPING SYSTEM κατά SELVESTER.

Εξήντα ασθενείς με ΣΔ συγκρίθηκαν με 60 ασθενείς χωρίς ΣΔ. Η μέση ηλικία και στις δύο ομάδες ήταν 66,4 έτη ενώ ως προς το φύλο οι 34 ήταν άνδρες και οι 26 γυναίκες.

Οι ασθενείς με ΣΔ που εμφάνισαν έμφραγμα μυοκαρδίου είχαν μέγεθος εμφραγματικής περιοχής που συγκέντρωνε κατά μέσο όρο 4,9 βαθμούς ,ενώ οι ασθενείς χωρίς ΣΔ είχαν μέγεθος που συγκέντρωνε 3,3 βαθμούς.Σημαντική διαφορά υπήρχε μεταξύ διαβητικών και μη διαβητικών γυναικών ως προς την έκταση του εμφράγματος.

Με βάση τα στοιχεία αυτά φαίνεται ότι οι ασθενείς με ΣΔ ιδίως οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερο μέγεθος εμφραγματικής περιοχής, γεγονός που έχει μεγάλη σημασία στην βαρύτητα και την πρόγνωση του εμφράγματος του μυοκαρδίου.

ΛΑΝΘΑΝΟΝΤΕΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΙ

Δ.Σ.Μηλαράκης

Κιλκίς

Σκοπός της εργασίας ήταν η ανεύρεση λανθανόντων διαβητικών και η εξέλιξή τους. Στην έρευνα πήραν μέρος 925 κάτοικοι του Ν.Κιλκίς, ενήλικες, από 16-75 ετών.

Μέθοδος:Σε κάθε ενήλικα,νήστη,που ερχόταν στο ιατρείο για εξέταση γινόταν μέτρηση σακχάρου του αίματος.Με διαδοχικές επαναληπτικές εξετάσεις απομονώθηκαν 68 άτομα που παρουσίαζαν σταθερά τιμές σακχάρου αίματος μεταξύ 105-120mg/dl.Στα άτομα αυτά έγινε ΔΑΓ.

Αναλυτικότερα,Παθολογική ΔΑΓ εμφάνισαν

1)Στην ομάδα ηλικίας <20	: 0
2) " 20-29	: 2 (1,47%)
3) " 30-49	: 3 (1,15%)
4) " 50-64	: 11(3,1%)
5) " 64-75	: 14(8,6%)

Συνολικά παθολογική ΔΑΓ , βρέθηκε σε ποσοστό 3,2% των ατόμων που πήραν μέρος στην έρευνα.

Εμφάνισαν κλινικό ΣΔ ,σε διάστημα ενός έτους

α)από τα 2 άτομα της ομάδας 20-29	1(50%)
β)από τα 3 άτομα της ομάδας 30-49	2(66,6%)
γ)από τα 11 άτομα της ομάδας 50-64	4(36,3%)
δ)από τα 14 άτομα της ομάδας 65-75	6(42,8%)

Συμπερασματικά ,από τα παραπάνω,καταφαίνεται η μεγάλη χρησιμότητα της ανεύρεσης λανθανόντων διαβητικών με την ΔΑΓ,ιδιαιτέρα στις ηλικίες από 20-50 ετών.

ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΧΕΣΗΣ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΒΥΘΟΣΚΟΠΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ 220 ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ

Ι.Α.Γκιρτζής , Σ.Γ.Χαριτούδης

Ιατρείο Παρακολούθησης Διαβητικών ΙΚΑ Αλεξ/πολης

Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν ο έλεγχος και η διερεύνηση ύπαρξης σχέσης μεταξύ των οφθαλμολογικών βυθοσκοπικών ευρημάτων και της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) σε συνάρτηση με την ηλικία των διαβητικών και την διάρκεια του διαβήτη.

Ελέγχθηκαν 220 διαβητικοί, 93 άνδρες (Α), 127 γυναίκες (Γ) ηλικίας από 35-75 χρόνων στους οποίους στην πρώτη επίσκεψη στο Ιατρείο έγιναν 1.Καταγραφή ηλικίας και διάρκειας του διαβήτη με τα λοιπά στοιχεία ελέγχου στη κάρτα διαβητικού, 2.Τρείς διαδοχικές μετρήσεις της ΑΠ, 3.Μέτρηση γλυκαιμίας νηστείας, 4.Λεπτομερής βυθοσκοπικός έλεγχος από τον οφθαλμίατρο μας. Τα αποτελέσματα του ελέγχου φαίνονται στον πίνακα:

	Βυθός		ηλικία		δάρκεια διαβήτη		Αρτηριακή πίεση					
	Α	Γ	Α	Γ	Α	Γ	Φυσιολ.		Οριακή		Υπέρταση	
Κ.Φ.	398	354	597	59,0	5,7	6,4	56,8	51,1	32,4	4,0	10,8	8,9
Α.Σ.	27,9	33,0	64,4	58,2	5,6	6,4	26,9	7,2	42,4	61,9	30,7	30,9
Δ.Α.	32,3	31,6	65,2	62,7	8,9	12,8	16,6	7,5	40,0	42,5	43,4	50,0

Συμπερασματικά παρατηρείται μία μετακίνηση του (%) πληθυσμού προς τις στήλες της υπέρτασης κυρίως σε εμφανίζοντες διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, εύρημα που φαίνεται να έχει κάποια σχέση με την ηλικία και τη διάρκεια του διαβήτη.

Υπόμνημα: Κ.Φ.=Φυσιολογικοί, Α.Σ.=Αρτηριοσπλήρυνση, Δ.Α.=Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗΣ ΤΩΝ ΛΙΠΟΠΡΩΤΕΪΜΩΝ ΥΨΗΛΗΣ ΠΥΚΝΟΤΗΤΑΣ (HDL-C) ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΕ ΜΗ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ.

Μυγδάλης Η.Ν., Κούρτη Α., Βουδούρης Γ., Σαμαρτζής Μ.

Β'Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Ιατρείο, ΝΙΜΤΣ, Αθήνα.

Σκοπός της παρουσιαζόμενης προσχεδιασμένης μελέτης ήταν η εκτίμηση του βαθμού πιθανής συσχέτισης μεταξύ της χοληστερόλης των λιποπρωτεϊνών υψηλής πυκνότητας (HDL-C) και της περιφερικής αγγειακής νόσου (ΠΑΝ), σε διαβητικά άτομα. Μελετήθηκαν 80 μή ινσουλινοεξαρτώμενοι διαβητικοί ηλικίας  $\leq 70$  έτη και διάρκειας διαβήτη  $\geq 5$  έτη που θεραπεύονταν με φάρμακα τύπου σουλφονυλουρίας, με υπερηχογραφία τύπου Doppler. Υπήρχαν 42 γυναίκες (20 με ΠΑΝ και 22 χωρίς ΠΑΝ) και 38 άνδρες (18 με ΠΑΝ και 20 χωρίς ΠΑΝ) με παρόμοια χαρακτηριστικά για κάθε ομάδα σε ότι αφορούσε την ηλικία, το δείκτη μάζας σώματος, τη διάρκεια του διαβήτη και το μεταβολικό έλεγχο που εκτιμήθηκε με τιμές γλυκόζης αίματος νηστείας και γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης. Δείγματα αίματος μετρήθηκαν μετά από ολονύκτια νηστεία. Τα επίπεδα της HDL-C ήταν σημαντικά χαμηλότερα στις γυναίκες με ΠΑΝ ( $38.9 \pm 7.9$  mg/dl) απ'ότι στις γυναίκες χωρίς ΠΑΝ ( $52.8 \pm 12.8$  mg/dl),  $p < 0.001$ . Τα χαμηλά επίπεδα HDL-C συνοδεύονταν με σημαντικά υψηλές τιμές τριγλυκεριδίων (Tg) στην ομάδα των διαβητικών γυναικών με ΠΑΝ ( $p < 0.001$ ). Στην ομάδα των ανδρών διαβητικών δεν διαπιστώθηκε συσχέτιση μεταξύ επιπέδων HDL-C ή Tg και αγγειακής νόσου. Συμπεραίνεται ότι σε διαβητικές γυναίκες, η ΠΑΝ συνοδεύεται με χαμηλά επίπεδα HDL-C και υψηλές τιμές Tg.

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ .

Ραΐδης Χ , Παπάζογλου Ν , Γιουτίκας Σ , Μανές Χ , Σκαραγκάς Γ , Κοντογιάννης Ι , Χατζηραχμέτ Α .

Καρδιολογικό τμήμα Πολυιατρείου Αστυν.Θεσ/νίκης  
Διαβητολογικό τμήμα Α'Γ.Ν."Άγιος Παύλος",Θεσ/νίκης

Η λειτουργικότητα της αριστερής κοιλίας (ΑΚ) , μελετήθηκε σε 21 διαβητικούς ασθενείς (12 άνδρες , και 9 γυναίκες) , ηλικίας 57 (41-68) ετών με διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια.Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της ηχοκαρδιογραφίας 2D και M-MODE και τα ευρήματα συγκρίθηκαν με 13 φυσιολογικούς μάρτυρες . Δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στην αορτική έκφυση (ΑΟ =  $3,0 \pm 0,4$  ΟΜ , φυσιολογικές τιμές =  $2,9 \pm 0,5$  ΟΜ) , τον τελοδιαστελικό όγκο ( EDV= $103 \pm 4$  ΜΛ , φυσιολογικές τιμές  $115 \pm 5$  ΜΛ ,  $P>0,05$  ) , στο κλάσμα εξώθησης ( EF= $69 \pm 1\%$  , φυσ.τιμές  $68 \pm 1$  ,  $P>0,05$  ) και την επιφάνεια του αριστερού κόλπου (AK= $10,9 \pm 0,5$  CM<sup>2</sup> , φυσιολ. τιμές= $9,9 \pm 0,5$  CM<sup>2</sup> ,  $P>0,05$  ). Το πάχος του κάτω τοιχώματος της ΑΚ βρέθηκε μεγαλύτερο (OT= $10,1 \pm 0,2$  ΜΜ , φυσιολ.τιμές= $9,4 \pm 0,2$  ΜΜ,  $P<0,05$ ), ενώ του μεσοκοιλιακού διαφράγματος φυσιολογικό (ΜΔ= $10,4 \pm 0,3$  ΜΜ , φυσιολ.τιμές  $10,5 \pm 0,2$  ΜΜ ,  $P>0,05$  ). Ο χρόνος διάνοιξης της μιτροειδούς βαλβίδας (S<sub>2</sub> ΟΜ) που αντιστοιχεί στον χρόνο ισομετρικής χάλασης της ΑΚ ήταν παρατεταμένος (S<sub>2</sub>ΟΜ= $72,2$  ΜSEC , φυσιολ.τιμές= $62,0 \pm 1,0$  ΜSEC ,  $P<0,05$  ) . Η δοκιμασία HANDGRIP που έγινε σε 11 από τους ασθενείς δεν προκάλεσε παθολογική απάντηση στους δείκτες συσταλτικότητας της ΑΚ. Συμπεραίνεται ότι σε διαβητικούς με μιχροαγγειοπάθεια διαπιστώνονται προβλήματα στη διατασιμότητα της ΑΚ ενώ η συσταλτικότητα της διατηρείται φυσιολογική αιόμη και μετά φόρτιση.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΗΣ GH ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΟΥ ΣΕ ΜΕΓΑΛΑΚΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Ευθυμίου Η., Ποντικίδης Ν., Μειδάνη Μ., Καλτσάς Θ., Παπαδοπούλου Φ., Μπαμπάσης Β., Παζαΐτου Κ.

Ενδοκρινολογική Κλινική, Β' Γεν.Νοσοκομείο ΙΚΑ, "ΠΑΝΑΓΙΑ", Θεσσαλονίκης

Είναι γνωστό ότι οι μεγαλακρικοί ασθενείς εμφανίζουν σε υψηλότερο ποσοστό Σ.Διαβήτη (Σ.Δ.) και Μειωμένη Ανοχή Υδατανθράκων (Μ.Α.Υ.), που αποδίδεται στην αυξημένη ενδογενή έκκριση της GH. Στη βιβλιογραφία όμως δεν φαίνεται να υπάρχει ομοφωνία, όσον αφορά τη συσχέτιση των επιπέδων της GH και του βαθμού διαταραχής του μεταβολισμού των υδατανθράκων. Προκειμένου να διερευνηθεί αυτή η συσχέτιση, μελετήσαμε 31 μεγαλακρικούς ασθενείς (15Α, 16Γ), Μ.Ο. ηλικίας 49(33-70) ετών, πριν υποστούν οποιαδήποτε θεραπεία, με δοκιμασία ανοχής γλυκόζης ΟGTT και σύγχρονη μέτρηση της GH. Σύμφωνα με τα κριτήρια του WHO οι ασθενείς ταξινομήθηκαν ως: α) Σ.Δ. 8(5Α, 3Γ-25,8%), β) Μ.Α.Υ. 8(5Α, 3Γ-25,8%) και γ) Μη Διαβητικοί (Μ.Δ.) 15(5Α, 10Γ - 48,4%). Ανάλογα δε με την ελάχιστη τιμή στο ΟGTT ταξινομήθηκαν σε 3 υποομάδες: GH<5, 5<GH<10, GH>10 ng/ml. Από τους 8 με Σ.Δ., 7(4Α, 3Γ-87,5%) είχαν GH>10 και 1 (12,5%), GH μεταξύ 5 και 10 ng/ml. Από τους 15 Μ.Δ. ασθενείς, 6(3Α, 3Γ-40%) είχαν GH>10, 6(2Α, 4Γ-40%) μεταξύ 5 και 10 και 3(3Γ-20%) GH<5 ng/ml. Αντίθετα από τους 16 με GH>10, 7(4Α, 3Γ-43,8%) είχαν Σ.Δ., 3(3Γ-18,8%) Μ.Α.Υ. και 6(3Α, 3Γ-37,4%) ήσαν Μ.Δ. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους 15 ασθενείς με GH<10 ήσαν: 6,6%, 33,3%, 60,1%. Συμπεραίνεται ότι: α) Το ποσοστό Σ.Δ. και Μ.Α.Υ. ανέρχεται σε 51,6% αντίστοιχο της βιβλιογραφίας, β) φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση Σ.Δ. και Μ.Α.Υ. και της GH μετά ΟGTT και γ) Το ποσοστό Σ.Δ. και Μ.Α.Υ. είναι υψηλότερο στους άνδρες μεγαλακρικούς - 66,6% συγκριτικά με τις γυναίκες 37,6%.

Ο ΟΥΔΟΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ ΗΛΕΚΤΡΙΚΩΝ ΩΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡ. ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ

Ν. Δημητσίκογλου, Λ. Κωνσταντινίδου-Δημητσίκογλου, Γ. Ευστρατιαδης, Αικ. Δημητσίκογλου

Διαβητολογικό / Ιατρείο Πόνου, Γ.Ν. Σερρών.

ΣΚΟΠΟΣ της μελέτης είναι η ανάπτυξη μίας ταχείας, απλής και εύκολα προσιτής μεθόδου, για την ανίχνευση (screening) της περιφερικής διαβητικής νευροπάθειας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ. Ο ουδός αντίληψης ηλεκτρικών ώσεων (ΟΑΗΩ), για δεδομένη κυματομορφή, και κάτω από σταθερές συνθήκες πειραματικής διάταξης, καθορίσθηκε σε 240 φυσιολογικά και 440 διαβητικά άτομα. Χρησιμοποιήθηκε μιά συσκευή διαδερμικής ηλεκτρικής διέγερσης νεύρων (TENS).

ΕΥΡΗΜΑΤΑ. 1) Τα διαβητικά άτομα, ως σύνολο έχουν υψηλότερο ΟΑΗΩ, σε σύγκριση με φυσιολογικά, ίδιας ηλικίας και φύλου. 2) Τα ασυμπτωματικά διαβητικά έχουν υψηλότερο ΟΑΗΩ από τα φυσιολογικά, και χαμηλότερο από τα διαβητικά με συμπτώματα περιφερικής νευροπάθειας. 3) Οι συμπτωματικοί διαβητικοί με ήπια συμπτώματα διαβητικής νευροπάθειας έχουν χαμηλότερο ΟΑΗΩ, σε σύγκριση με εκείνους που έχουν μέτρια ή έντονα συμπτώματα. 4) Οι διαβητικοί με μικρο- ή μακρολευκωματουρία, καθώς και αυτοί με μεγάλη διάρκεια διαβήτη, έχουν υψηλό ΟΑΗΩ. 5) Μη διαβητικά αλκοολικά άτομα έχουν υψηλό ΟΑΗΩ, και διαβητικά αλκοολικά πολύ υψηλό. 6) Μη διαβητικά άτομα με διάφορες γνωστές νευροπάθειες έχουν υψηλό ΟΑΗΩ. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ. Η εκτίμηση του ΟΑΗΩ αποτελεί μιά απλή και ταχεία μέθοδο για την άρρή διάγνωση της διαβητικής νευροπάθειας, επιτρέπουσα και κάποια διαβάθμιση της διαταραχής.

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΧΗΜΑΤΟΣ ΕΝΤΑΤΙΚΟΠΟΙΗΜΕΝΗΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ 4 ΕΝΕΣΕΩΝ/24ΩΡΟ.

Καραμήτσος Δ, Μπακατσέλος Σ, Τσούση Ι.

Β' Προπ. Παθολ. Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο

Από το Σεπτέμβριο 1977 μέχρι και τον Αύγουστο 1988 εφαρμόστηκε σχήμα εντατικοποιημένης ινσουλινοθεραπείας πολλαπλών ενέσεων (ΕΠΙ) σε 31 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) τύπου Ι (Τρεις ενέσεις ταχείας δράσης ινσουλίνης και προ του ύπνου ένεση ΝΡΗ). Δύο ασθενείς δεν δέχθηκαν να συνεχίσουν το σχήμα ΕΠΙ μετά τη δοκιμαστική εφαρμογή 7 ημερών. Προϋπόθεση για την εφαρμογή σχήματος ΕΠΙ θεωρήθηκε ο αυτοέλεγχος του σακχάρου αίματος τουλάχιστον μια μέρα/7ήμερο σε 4 στιγμιότυπα. Από τους 29 ασθενείς οι 27 χρησιμοποιούν για τις ενέσεις συσκευή NOVOPEN, ένας PENJECT, και ένας κοινές σύριγγες. Η μέση ηλικία των 29 ασθενών είναι  $28,9 \pm 10,4$  έτη (εύρος 15-56), η διάρκεια του ΣΔ ήταν κατά την έναρξη του σχήματος ΕΠΙ  $10,43 \pm 6,95$  έτη και η διάρκεια θεραπείας με ΕΠΙ  $6,5 \pm 3,5$  μήνες, εύρος 2-12. Το σωματικό βάρος των ασθενών ήταν πριν από την εφαρμογή ΕΠΙ  $67,97 \pm 10,33$  Kg και μετά  $69,3 \pm 10,45$  Kg ( $P > 0,05$ ) Το σωματικό βάρος αυξήθηκε πάντως στους 20 ασθενείς. Οι δόσεις ινσουλίνης πριν από την εφαρμογή ΕΠΙ ήταν  $49,8 \pm 15,8$  iu/24ωρο και με την ΕΠΙ  $50,6 \pm 15,7$  iu/24ωρο ( $P > 0,05$ ) Η τιμή της HbA<sub>1c</sub> πριν από ΕΠΙ ήταν  $10,8 \pm 1,74\%$  και μετά  $9,64 \pm 1,16\%$  ( $P < 0,01$ ) Με το σχήμα ΕΠΙ μειώθηκε η συχνότητα των νυχτερινών υπογλυκαιμιών. Μια βαριά υπογλυκαιμία συνέβη στην αρχή της αγωγής. Η συσκευή NOVOPEN θεωρήθηκε σημαντική διευκόλυνση και συνέβαλε στην αποδοχή του αυξημένου αριθμού ενέσεων. Συμπερασματικά, το σχήμα ΕΠΙ έχει σημαντικά πλεονεκτήματα, με τη χρήση μικροσυσκευών γίνεται καλώς αποδεκτό και θεωρείται ότι έχει ένδειξη σε επιλεγμένες περιπτώσεις ΣΔ τύπου Ι παράλληλα με αυτοέλεγχο του σακχάρου αίματος.

## **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.

- Abbot
- Αραμπατζόγλου ΑΦΟΙ Ο.Ε.
- Bayer - Ames
- Boehringer - Φαρμαλέξ
- Εθνική Φαρμακοβιομηχανία
- Farmitalia
- Hoechst
- Lilly - Φαρμασέρβ
- Μαρινόπουλος
- Nordisk
- Novo
- Πετσιάβας
- Searle
- Servier
- Wellcome





**Insulin NOVO HM Penfill®  
+ NovoPen®**  
**η εύκολη ινσουλινοθεραπεία.**

**NOVO**

NOVO INDUSTRI A/S  
2880 Bagsvaerd Denmark

Novo Hellas Ltd.  
Μεσογείων 2, Πύργος Αθηνών  
Αθήνα 115 27, Τηλ. 7780301



# 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 ινσουλινοεξαρτώμενος ζαχαροδιαβήτης (τύπος I), διαβήτης επιπλεγμένος με κετοοξέωση ή κώμα, κύηση, σε εγχειρήσεις διαβητικών και σε άρρωστους με διαταραχή της ηπατικής, νεφρικής ή επιπλοκώδους 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 υπερευαισθησίας (συνήθως στις πρώτες 6-8 εβδομάδες της θεραπείας) περιλαμβάνουν παροδικά εξανθήματα που σπάνια μπορούν να εξελισσονται σε πολύμορφο ερύθημα και αποφολιδωτική δερματίτιδα, φωτοευαισθησία, 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 οιοπνεύματος (αντίδραση δισουλφιδράμης) είναι ασύνηθες 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 Τατοίου Τηλ Κέντρο: 8010811  
Θεσ/νίκη: Δωδεκανήσου 21 Τηλ. Κέντρο: 522225

