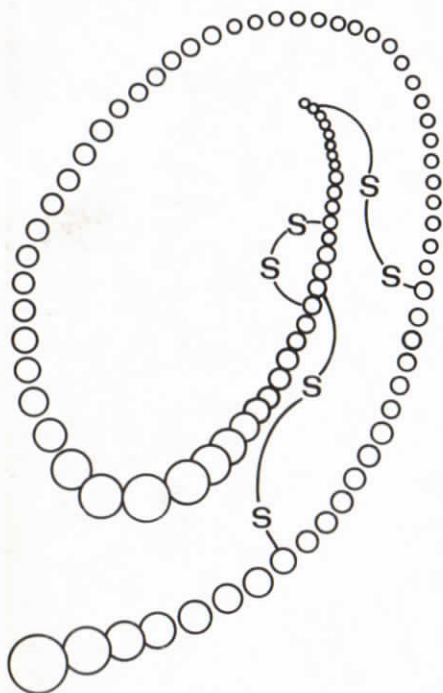


Δ.Ε.Β.Ε.



4ο συνεδριο

ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΗΣ
ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ
ΒΟΡΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

9-10 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 1990
ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ «ΗΛΕΚΤΡΑ ΠΑΛΛΑΣ»
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

NovoLet™

Νέα διάσταση στην ινσουλινοθεραπεία



Actrapid® HM Pen™
Protaphane® HM Pen™
PenMix™ 30 Pen™

NOVO

NOVO INDUSTRI A/S
2880 Bagsvaerd Denmark

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

4ο ΣΥΝΕΔΡΙΟ

της
**ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ
ΒΟΡΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

Δ.Ε.Β.Ε.

9 - 10 Νοεμβρίου 1990

**Ξενοδοχείο Ηλέκτρα Παλλάς
Θεσσαλονίκη**

TRADEMARK
Aseranox

ketanserin

Ο ΠΡΩΤΟΣ

**ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΗΣ S₂ ΤΗΣ
ΣΕΡΟΤΟΝΙΝΗΣ**

**ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ**

- Αποτελεσματικός σε μονοθεραπεία και σε συνδυασμό
- Δραστικός σε ήπια, μέτρια και βαρεία υπέρταση



Την Οργανωτική Επιτροπή αποτέλεσε
το Διοικητικό Συμβούλιο της Εταιρείας

Πρόεδρος : Ν. Παπάζογλου
Αντιπρόεδρος : Μ. Αλεβίζος
Γεν. Γραμματέας : Χρ. Μανές
Ταμίας : Κλ. Βολιώτης
Μέλη : Α. Αβραμίδης
Δ. Καραμήτσος
Β. Τζέτζης

buflomedil®

Lofty 300 mg

2 φορές
την ημέρα

300 Bid.

300 Bid.

300 Bid.

**ΣΥΝΟΠΤΙΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ**



ABBOTT LABORATORIES (HELLAS) ABEΕ
ΑΘΗΝΑ: Α. Συγγρού 194, 176 71 Καλλιθέα, Τηλ.: 9516511
ΘΕΣΣΟΝΙΚΗ: Ασφα. Μ. Αλεξάνδρου 15, 546 40, Τηλ.: 810470

Παρασκευή 9 Νοεμβρίου

- 08.00-08.30 ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΤΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
- 08.30 ΠΡΟΣΦΩΝΗΣΗ ΠΡΟΕΔΡΟΥ -
ΕΝΑΡΞΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ
- 08.45-10.40 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ
- 10.40-11.00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ
- 11.00-12.15 ΒΡΑΧΕΙΕΣ ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ
- 12.15-12.30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ
- 12.30-14.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ
- 15.00-16.30 ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ
- 16.30-17.00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ
- 17.00-19.00 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ
- 19.00-19.30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ
- 19.30-21.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Σάββατο 10 Νοεμβρίου

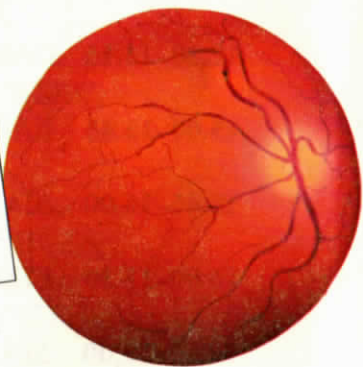
- 08.30-10.00 ΒΡΑΧΕΙΕΣ ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ
- 10.00-10.30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ
- 10.30-12.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ
- 12.00-12.30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ
- 12.30-13.15 ΟΜΙΛΙΑ ΚΑΘΗΓ. κ. Σ. ΡΑΠΤΗ
- 15.00-15.45 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ
- 15.45-16.00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ
- 16.00-18.30 ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ
- 18.30-19.00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ
- 19.00-20.30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Μεταβολική και Αγγειακή Αγωγή του Διαβήτη

DIAMICRON®

gliclazide

- Το Diamicron ρυθμίζει την γλυκαιμία



- Το Diamicron βελτιώνει την οφθαλμολογική πρόγνωση

ΑΝΑΛΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Ενδείξεις: Το Diamicron, όπως και τα άλλα υπογλυκαιμικά φάρμακα, χρησιμοποιείται στη θεραπευτική του σακχαρώδη διαβήτη για τις περιπτώσεις ασθενών με μη ινσουλινοληρσιμάνο σακχαρώδη διαβήτη (διαβήτη της ώριμης ηλικίας - Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου II) εφόσον η κατάλληλη αγωγή με διαίτα και η απώλεια βάρους (σε παχυσαρκούς διαβητικούς) απαιτούν την προσθήκη φαρμάκων του διαβήτη. **Αντενδείξεις:** Ινσουλινοληρσιμάνο σακχαρώδη διαβήτη (Τύπος I), διαβήτη επιπλεγμένος με κетоξίνωση ή κώμα, κίπωση, σε εγχείρησης, διαβήτη και σε διαβήτη που επιπλέεται με διαταραχές της ηπατικής, νεφρικής ή επινεφριδικής λειτουργίας. Στις περιπτώσεις αυτές, η θεραπεία με ινσουλίνη είναι αναγκαία. Επίσης, οι σουλφονουλεϊδικές αντενδεδεικνύονται και σε άλλες οξείες καταστάσεις, όπως π.χ. το έμφραγμα του μυοκαρδίου, κίωμα άλλης φύσεως, μη σχετιζόμενο με τη διαβητική κατάσταση του ασθενούς, βλάβες ή παρεπιδόμενες λοιμώξεις, τραυματισμοί (στις περιπτώσεις αυτές επίσης η ινσουλinoθεραπεία είναι απαραίτητη) με παρόντιν δοσολογία των αντιδιαβητικών δισκίων. **Ανεπιθύμητες ενέργειες:** Από μικρούς τοξικών επιδράσεων ή ανεπιθύμητων ενεργειών, οι σουλφονουλεϊδικές (και ιδιαίτερα οι σουλφονουλεϊδικές «δευτερές Γενιές») γίνονται γενικά, κατά συνέπεια, από τους διαβητικούς. Σε σπάνιες περιπτώσεις, οι παρεπιδόμενες είναι τόσο σοβαρές που να αναγκάζουν σε διακοπή του φαρμάκου. Οι πιο συνθηματικές ανεπιθύμητες ενέργειες είναι από το γαστρεντερικό σύστημα (αναφρακτικό στέγνωμα, γαστρικοί πόνοι) ή και επηρεασμένα και κίωμα φέρει ναυτία, ίσως για εμετό ή και εμετό). Επίσης μπορεί να παρατηρηθούν ήπιες νευρολογικές εκδηλώσεις (δύσπνοια, παρασθησές). Οι τοξικές επιδράσεις στο αιματοποιητικό σύστημα παραοξείνωση, λευκοπενία, θρομβοπενία, ακακκοκυτταροπία, απλαστική αναιμία, αιματοκρίτη αναιμία είναι γενικά σπάνιες. Σπάνιες είναι και οι αντιδράσεις υπερευαίσθησης (αυθιγής στις πρώτες 6-8 εβδομάδες της θεραπείας), οι οποίες περιλαμβάνουν παροδικά εξανθήματα που σπάνια εξαλείφονται σε πολυμερική ερυθρίνη και σπορφύλλωση. Δερματίτιδα φωτοευαίσθησης, πυρετός και κίωμα. **Προσοχή στη χρήση, Προφυλάξεις:** Απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή σε διαβητικούς με καρδιαγγειακή νόσο. Επίσης σε ηλικιωμένους άτομα λόγω αυξημένου κινδύνου σοβαρών υπογλυκαιμίας, ιδιαίτερα όταν η αγωγή με τις

σουλφονουλεϊδικές συνοδεύεται με ασυνήθιστα μεγάλη κόπωση ή με παράλειψη γευμάτων ή γενικά με ακανόνιστη λήψη τροφής (τα κύρια συμπτώματα της υπογλυκαιμίας είναι έντονο αίσθημα πείνας, κίωμα, κίωμα, αυξημένη νευρικότητα, κατάσταση γενικά ανησυχίας, τρόμος, εφίδρωση, αίσθημα παλμών, ταχυκαρδία, μείωση αποδοτικότητας). **Χρήση κατά την κύηση και θηλασμό:** Η χρήση του Diamicron κατά τη διάρκεια της κύησης και του θηλασμού αντενδεδεικνύεται. Ο σακχαρώδης διαβήτης της κύησης θεραπεύεται με ινσουλίνη. **Δοσολογία και τρόπος χορήγησης:** Στις περισσότερες περιπτώσεις, 2 δισκία την ημέρα σε 2 λήψεις. Η δοσολογία μπορεί να κυμαίνεται από 1 έως 4 δισκία την ημέρα (80-320 mg), ανάλογα με τη βλάβη του διαβήτη. **DIAMICRON TE σε 2 λήψεις. Υπερδοσολογία, Αγωγή:** Η υπέρβαση της δόσης οδηγεί κυρίως σε υπογλυκαιμικά φαινόμενα. Σε σοβαρές περιπτώσεις, κ.ε.φ. όταν εμφανιστούν διαταραχές της συνείδησης, συνιστάται άμεση ενδοφλέβια χορήγηση υπερτονίου διαλυμάτων γλυκόζης 10 ή 30% και εισαγωγή σε νοσοκομείο. Τηλ. Κέντρου Διηθητηρίων 7793.777. **Συσκευασία:** Κουτί των 60 δισκίων (plaster 3 x 20).

σουλφονουλεϊδικές συνοδεύεται με ασυνήθιστα μεγάλη κόπωση ή με παράλειψη γευμάτων ή γενικά με ακανόνιστη λήψη τροφής (τα κύρια συμπτώματα της υπογλυκαιμίας είναι έντονο αίσθημα πείνας, κίωμα, κίωμα, αυξημένη νευρικότητα, κατάσταση γενικά ανησυχίας, τρόμος, εφίδρωση, αίσθημα παλμών, ταχυκαρδία, μείωση αποδοτικότητας). **Χρήση κατά την κύηση και θηλασμό:** Η χρήση του Diamicron κατά τη διάρκεια της κύησης και του θηλασμού αντενδεδεικνύεται. Ο σακχαρώδης διαβήτης της κύησης θεραπεύεται με ινσουλίνη. **Δοσολογία και τρόπος χορήγησης:** Στις περισσότερες περιπτώσεις, 2 δισκία την ημέρα σε 2 λήψεις. Η δοσολογία μπορεί να κυμαίνεται από 1 έως 4 δισκία την ημέρα (80-320 mg), ανάλογα με τη βλάβη του διαβήτη. **DIAMICRON TE σε 2 λήψεις. Υπερδοσολογία, Αγωγή:** Η υπέρβαση της δόσης οδηγεί κυρίως σε υπογλυκαιμικά φαινόμενα. Σε σοβαρές περιπτώσεις, κ.ε.φ. όταν εμφανιστούν διαταραχές της συνείδησης, συνιστάται άμεση ενδοφλέβια χορήγηση υπερτονίου διαλυμάτων γλυκόζης 10 ή 30% και εισαγωγή σε νοσοκομείο. Τηλ. Κέντρου Διηθητηρίων 7793.777. **Συσκευασία:** Κουτί των 60 δισκίων (plaster 3 x 20).

DIAMICRON
gliclazide

2 δισκία την ημέρα
στην πλειοψηφία
των περιπτώσεων



Les Laboratoires Servier
Gidy - France

Αντιπρόσωπος για την Ελλάδα:
SERBIE ELLAS EPE
X & A. Μουρούση 10 15773 Ζωγράφου

K. ΦΩΤΙΣΤΑΣ

ΣΥΡΙΓΓΕΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ

B-D MICRO-FINE IV

1cc - 40 u



- Έχουν την λεπτότερη βελόνα (28G 1/2).
- Έχουν την καλύτερη διεισθητικότητα στους ιστούς για να μην τραυματίζουν.
- Δεν έχουν νεκρό όγκο μεταξύ εμβόλου και βελόνας για ακρίβεια δόσης και οικονομία φαρμάκου.
- Γι' αυτό τις συνιστούν όλοι οι διαβητολόγοι και τις προτιμούν οι περισσότεροι διαβητικοί.

**ΟΙ ΜΟΝΕΣ ΜΕ ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΗ
ΚΑΙ ΟΔΗΓΙΕΣ ΧΡΗΣΕΩΣ
ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ**

ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΟΙ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΙ - ΕΙΣΑΓΩΓΕΙΣ
Π. ΜΑΡΙΝΟΠΟΥΛΟΣ & ΣΙΑ Ο.Ε.
Λ. ΙΩΝΙΑΣ 36 - ΑΛΙΜΟΣ
ΤΗΛ: 9933700 - 9933800 - 9933900

ΧΟΝΔΡΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ
ΦΑΜΑΡ Α.Ε.

Π. ΜΑΡΙΝΟΠΟΥΛΟΥ 7 - ΚΑΛΑΜΑΚΙ
ΤΗΛ. ΑΘΗΝΩΝ: 9825521 ΤΗΛ. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ: 777680



Παρασκευή 9 Νοεμβρίου

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

08.45-10.40 Προεδρείο: Ν. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ, Ι. ΓΙΩΒΟΣ

1. Μεταβολές των επιπέδων της HDL και του δείκτη αθηρωματογένεσης σε διαβητικούς αρρώστους (ΔΑ) μετά την χορήγηση μπεζαφιμπράτης

Γ. Σκαραγκάς, Ι. Κοντογιάννης, Π. Τσοκάνη, Φ. Δημητρίου, Χ. Ζηκίδου, Ε. Γεωργακοπούλου, Ν. Παπάζογλου

Παθολογική Κλινική και Βιοχημικό Εργαστήριο, Α' Γεν. Νοσ. Άγιος Παύλος Θεσσαλονίκης

2. Το υπολιπιδαιμικό αποτέλεσμα της GEMFIBROSIL χωρίς επίδραση στη γλυκαιμία, σε διαβητικούς (Τ.Π) με δευτεροπαθή ανεπάρκεια στα δισκία

Κ. Βολιώτης, Α. Ντάμσα, Λ. Γεροντίδης, Π. Κούγιας
Α' Παθ/κή Κλινική Ιπποκρατείου Γ.Π.Ν. Θεσσαλονίκης

3. Στοματική μονιλίαση σε μη ινσουλινοεξαρτώμενους διαβητικούς

Ν. Σάϊλερ, Αικ. Μπόνη, Αλκ. Σκεντέρη, Λ. Γεροντίδης, Ζ. Σάββα, Κ. Βολιώτης

Α' Παθολογική Κλινική και Κυτταρολογικό Εργαστήριο Ιπποκρατείου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης

4. Η νόσος του DUPUYTREN σε διαβητικούς ασθενείς
- Ι. Πετριδης, Γ. Πανίδης, Σ. Ντουλγκέρης, Γ. Κούλαλης, Α. Δημητριάδης*

Α' Παθολογικό και Ορθοπαιδικό Τμήμα, Ν. Γ.Ν. «Ο Άγιος Δημήτριος» Θεσσαλονίκης

15.00-16.30 Κλινικό Φροντιστήριο: Θεραπευτικά προβλήματα στο διαβήτη

Συντονιστής: *Μ. Αλεβίζος*

Διγουανίδες

Ν. Σάϊλερ

Σουλφονουλουρίες

Β. Τζέτζης

Υπογλυκαιμία

Σπ. Μπακατσέλος

Υπεροσμωτικό κώμα - γαλακτική οξέωση

Εμ. Πάγκαλος

Διαβητική οξέωση

Μ. Αλεβίζος

16.30-17.00 Διάλειμμα

Παρασκευή 9 Νοεμβρίου

17.00-19.00 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Προεδρείο : Δ. ΚΑΡΑΜΗΤΣΟΣ

1. Η αναιμία σε διαβητικούς αρρώστους
Θ. Τσικρίκας, Κ. Καραμήτσος, Ε. Μακρή-Καλογήρου, Ηλ. Μαγαλιός, Στ. Σπανοδήμος, Αν. Καπετανάκης
Α΄ Παθ. Κλιν. Π. Γ. Νοσ. Λάρισας
2. Αντιμετώπιση νεοαγγειακού γλαυκώματος με ενδοκυκλοφωτοπηξία
Η. Φερέτης, Μ. Τσακρή-Παϊζή, Θ. Πουλάκη
Μονάδα μικροχειρουργικής υαλοειδούς - Οφθαλμ/κό Τμήμα ΝΕΕΣ
3. Ο σακχαρώδης διαβήτης παράγων αυξημένης θνητότητας στα επαναλαμβανόμενα θρομβοεμβολικά εγκεφαλικά επεισόδια
Ε.Ν. Καραδελόγλου, Κ.Θ. Παναγιωτακοπούλου, Κ.Α. Τσιρώνης, Γ.Ν. Καλλέργης, Γ.Ι. Μηλιός, Π.Δ. Χριστακόπουλος
Α΄ Παθ. Τμ. Νοσ. Ελλ. Ερυθρού Σταυρού, Αθήνα
4. Η θεραπευτική ευαισθησία κοινών λοιμώξεων σε διαβητικούς ασθενείς
Α.Κ. Αδάμαντος, Α.Ε. Αλαβέρας, Κ. Ντελάκη, Α. Παντελεάκη, Σ. Μπαζαίος, Π.Δ. Χριστακόπουλος
Α΄ Παθ. Τμ. Νοσ. Ελλ. Ερυθρού Σταυρού, Αθήνα
5. Αξιοπιστία μιας τιμής μικρολευκωματινουρίας για τον καθορισμό του βαθμού της διαβητικής νεφροπάθειας
Ν. Μπίκας, Κ. Βασιλειάδης, Χ. Βασιλόπουλος, Α. Νι-

κου, *Ε. Αναγνώστου-Κακκαρά, Ν. Θαλασσινός*
Ενδοκρινολογικό Τμήμα και Βιοχημικό Εργαστήριο,
Γ.Π.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

6. Συσχέτιση των τιμών της αλκαλικής και όξινης φωσφατάσης των πολυμορφοπυρήνων (ΑΦΠ, ΟΦΠ) και της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HBA_{1c}) στον σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ)

Ε. Ανδρέου, Ν. Τσαβαρή, Ε. Βαριάμη, Α. Κερασώτης, Ε. Γανωτάκης, Κ. Καραϊσκος, Χ. Κωνσταντάκη, Φ. Καλδρυμίδης, Π. Κοσμίδης

Ενδοκρινολογική Κλινική ΓΠΑΝ Μεταξά Πειραιά – Β΄ Παθολογική Κλινική ΓΠΑΝ Μεταξά Πειραιά

7. Ισικά αποθέματα της βιταμίνης C (VIT. C) στους διαβητικούς ασθενείς: παρατηρήσεις στην απορρόφηση της από το γαστρεντερικό σύστημα

Ι. Μαγούλα, Ν. Παπάζογλου, Χ. Μανές, Ι. Κουντουράς, Ε. Παπαδέλη, Α. Χατζηαχμέτ, Ε. Σκαραγκά, Γ. Τσάπας
Παθ. Κλιν. Α΄ Γ. Νοσοκομείου «Άγιος Παύλος» – Β΄ Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ.

8. Χορήγηση Μαγνησίου (Mg) σε διαβητικούς: βελτιώνει την ρύθμιση;

Κ. Καραϊσκος, Α. Τερτίπη, Α. Παππάς, Ε. Ανδρέου, Χ. Κωνσταντάκη, Μ. Ζαχαρίου, Π. Γεωργιάδης, Λ. Παπαγρηγορίου, Φ. Καλδρυμίδης

Ενδοκρινολογική Κλινική Γ.Π.Α.Ν. «Μεταξά» Πειραιάς

9. Η επίδραση της Ιμιρεστάτης στα επίπεδα σορβιτόλης των ερυθρών αιμοσφαιρίων διαβητικών ασθενών

Α.Ε. Ράπτης, Ι. Ιωάννου, Ε. Γκόγκα, Γ. Γιαννόπουλος, Σ.Α. Ράπτης

Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Παν/μίου Αθηνών,
Γ.Π.Ν. «Ο Ευαγγελισμός»

10. Νόσος του Möckenberg

Δ. Παπαδημητρίου, Δ. Παπαγεωργίου, Φ. Κουφίδης, Κ. Βαλογιάννη, Α. Μπουσουλέγκας, Ν. Γαλάνης

Β΄ Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ – ΓΚΝΘ

11. Σακχαρώδης διαβήτης και κίρρωση του ήπατος

Α. Ντόβας, Β. Κλεισιάρης

Β΄ Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Ιατρείο Περιφ. Γεν. Νοσοκομείου Λάρισας

19.00–19.30 Διάλειμμα

19.30–21.00 Στρόγγυλη Τράπεζα: Παχυσαρκία

Συντονιστής: *Α. Αβραμίδης*

Εισηγητές: *Α. Αντωνιάδης*

Μ. Μπενρουμπή

Α. Αργυρόπουλος

Κ. Χριστιανόπουλος

Σάββατο 10 Νοεμβρίου

08.30-10.00 Εισηγήσεις. Προεδρείο : Μ. ΑΛΕΒΙΖΟΣ

Σακχαρώδης διαβήτης και συνθετικά παράγωγα σωματοστατίνης

Η. Ευθυμίου

Λιπιδεική νεκροβίωση των διαβητικών αρρώστων

Αρ. Μηνάς

Διαταραχές του μεταβολισμού των υδατανθράκων επί χρόνιας ηπατικής νόσου - Ηπατική λειτουργία στον σακχαρώδη διαβήτη

Ε. Γιαννούλης

Δευτεροπαθής αποτυχία της δια δισκίων θεραπείας

Κ. Βολιώτης

Θεραπευτικά σφάλματα κατά την ινσουλινοθεραπεία

Δ. Καραμήτσος

10.00-10.30 Διάλειμμα

10.30-12.00 Στρογγυλή Τράπεζα: Βιταμίνες - Ιχνοστοικεία και διαβήτης

Συντονιστής: *Γ. Τσάπας*

Εισηγητές: *Ι. Μαγούλα-Παπαδοπούλου*

Κ. Παλέτας

Γ. Σκαραγκάς

12.00-12.30 Διάλειμμα

12.30-13.15 Σύγχρονες και μελλοντικές εξελίξεις στην
θεραπεία του διαβητικού συνδρόμου
(Διάλεξη)
Σ. Ράπτης

15.00-15.45 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Προεδρείο : Δ. ΚΑΡΑΜΗΤΣΟΣ

1. Συμμόρφωση στη διαίτα ασθενών με σακχαρώδη
διαβήτη τύπου II

*Δ. Καραμήτσος, Σ. Μπακατσέλος, Μ. Τιμοσίδης, Γ.
Ανθιμίδης*

Β' Π.Π.Κλ., Διαβητολογικό Κέντρο, Ιπποκράτειο Νοσοκο-
μείο και Διαβητολογικά Ιατρεία Καβάλας και Πολυγύρου

2. Συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή ασθενών με
σακχαρώδη διαβήτη τύπου II

*Μ. Τιμοσίδης, Σ. Μπακατσέλος, Γ. Ανθιμίδης, Δ. Κα-
ραμήτσος*

Β' Π.Π.Κλ., Διαβητολογικό Κέντρο, Ιπποκράτειο Νοσοκο-
μείο και Διαβητολογικά Ιατρεία Καβάλας και Πολυγύρου

3. Σύγκριση σχημάτων ινσουλινοθεραπείας σε διαβητι-
κούς τύπου II

*Ν. Δημητσογιάννου, Γ. Μωραΐτης, Π. Ρόζη, Α. Κωνστα-
ντινίδου, Γ. Μανδάρη, Κ. Κρυωνά*

Διαβητολογικό Ιατρείο Γ.Ν. Σερρών

15.45-16.00 Διάλειμμα

16.00-18.30 Εισηγήσεις. Προεδρείο : Α. ΑΒΡΑΜΙΔΗΣ
Ν. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ

Επιδημιολογία του διαβήτη

Γ. Παπαλεξίου

Παθογένεια του διαβητικού συνδρόμου τύ-
που II

Ι. Γιώβος

Παθογένεια του διαβητικού συνδρόμου τύ-
που I

Κ. Σουλής

Αυξητικοί παράγοντες τύπου ινσουλίνης

Φ. Χαρσούλης

Διαβητικές νευροπάθειες

Η. Μυγδάλης

Η διατροφή σαν παράγοντας κινδύνου για τις
επιπλοκές του διαβήτη

Β. Καραμάνος

18.30-19.00 Διάλειμμα

19.00-20.30 Στρόγγυλη Τράπεζα:

Διαβητική νεφροπάθεια

Συντονιστής: *Μ. Παπαδημητρίου*

Εισηγητές: *Ε. Αλεξόπουλος*

Σ. Μπακατσέλος

Β. Παπανικολάου

Γ. Σακελλαρίου

Δ. Τσακίρης

**ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ
ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ**

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΗΣ HDL ΚΑΙ ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΟΥ ΑΘΗΡΩΜΑΤΟΓΕΝΕΣΗΣ ΣΕ ΔΙΑΤΗΤΙΚΟΥΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥΣ (ΔΑ) ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΜΠΕΖΑΦΙΜΠΡΑΤΗΣ

Γ. Σκιασαγκιάς, Ι. Κωντογιάννης, Π. Τσοκάνη, Φ. Δημητρίου, Χ. Ζηϊτίδου, Ε. Γεωργακοπούλου, Ν. Παπαζογλου

Εκ της Παθολογικής Κλινικής και του Βιοχημικού Εργαστηρίου του ΑΓΓΕΝ ΝΟΣΙΑΤΟΣ ΠΑΥΛΟΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Μελετήθηκαν οι μεταβολές των επιπέδων της HDL λιποπρωτεΐνης και του δείκτη αθηρωματογένεσης σε 21 από 256 εξετασθέντες ΔΑ, ηλικίας 55-79 ετών με ικανοποιητική ρύθμιση γλυκαιμίας (HbA_{1c} 7-10%) σε πρώτη φάση, επί 2 μήνες, μόνο με δίαιτα και στην συνέχεια χορηγώντας μπεζαφιμπράτη 400mg ημερησίως επί 3 μήνες. Στόχος της μελέτης υπήρξε η διαπίστωση ευεργετικών αποτελεσμάτων του φαρμάκου στα επίπεδα της HDL και του δείκτη αθηρωματογένεσης.

Αποτελέσματα: Διαπιστώθηκαν μικρές διακυμάνσεις της HDL κατά την φάση της δίαιτας ($43,24 \pm 3,15$) έναντι της αρχικής τιμής ($41,90 \pm 2,96$) ($P > 0,05$). Οι τιμές όμως της HDL αυξήθηκαν ($52,76 \pm 2,74$) σημαντικά ($P < 0,05$) τόσο σε σύγκριση με τις αρχικές όσο και την μετά την φάση της δίαιτας ύστερα από την χορήγηση της μπεζαφιμπράτης. Την ίδια πορεία ακολούθησε και ο δείκτης αθηρωματογένεσης.

Συμπέρασμα: Επιβεβαιώνεται ότι η μπεζαφιμπράτη ασκεί ευεργετική επίδραση στην εξέλιξη της αθηρωμάτωσης επιδρώντας στη σχέση ολικών λιποπρωτεϊνών με την αύξηση της HDL και την μείωση του δείκτη αθηρωματογένεσης.

ΤΟ ΥΠΟΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΤΗΣ GEMFIBROSIL ΧΩΡΙΣ ΕΠΙ-
ΔΡΑΣΗ ΣΤΗ ΓΛΥΚΑΙΜΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ (ΤΡΟΠΕΙ) ΜΕ ΔΕΥΤΕΡΟ-
ΠΛΗΘΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΤΑ ΔΙΣΚΙΑ.....

Βολιώτης Κ., Ντάρσά Α., Γεροντίδης Α., Κούγας Π.

Α' Παθ|κή Κλινική Ιπποκράτειου Π.Π.Ν. Θεσ|νίκης.

Σκοπός. Να διαπιστωθεί αν η χορήγηση της Gemfibrosil έ-
χει ευνοϊκή επίδραση στη ρύθμιση του σακχάρου με την
βελτίωση των τιμών των λιπιδίων του ορού, σε διαβητικούς
που εμφανίζουν δευτεροπαθή αποτυχία των αντιδιαβητικών
δισκίων.

Υλικό-Μέθοδος. Σε 12 διαβητικούς τύπου II, με προφανή
δευτεροπαθή αποτυχία των δισκίων και με λιπιδαιμική ει-
κόνα IIB, χορηγήθηκε παράλληλα με την αντιδιαβητική α-
γωγή Gemfibrosil 600 mg X 2 για 60 ημέρες. Προσδιορισμοί
τιμών: T.CH, TG, HDL-CH, LDL-CH, VLDL, σακχάρου και του
δείκτη $\Delta \left(\frac{T.CH}{HDL-CH} \right)$ έγιναν πριν από την χορήγηση του φαρ-
μάκου (1ο δείγμα), την 20η (2ο δείγμα), 40η (3ο δείγμα)
και 60η (4ο δείγμα) ημέρα της χορήγησης. Μέτρηση της
HbA_{1c} στο 1ο και 4ο δείγμα.

Αποτελέσματα. Α) Σύγκριση τιμών T.CH : 1ο δείγμα VS 4ο
στατιστικά σημαντική διαφορά (P<0.05). Β) Σύγκριση τιμών
TG και VLDL : 1ο δείγμα VS 2ο στατιστικά σημαντική δια-
φορά (P<0.05), 1ο VS 3ο και 4ο δείγμα στατιστικά λίαν
σημαντική διαφορά (P<0.01). Ενώ οι τιμές των HDL-CH και
LDL-CH στατιστικά δεν παρουσίασαν διαφορά, ο δείκτης Δ
εμφάνισε σημαντική διαφορά (P<0.05) μεταξύ 1ου και 4ου
δείγματος. Διαφορές τιμών σακχάρου και HbA_{1c} όπως και
λοιπές συγκρίσεις τιμών στατιστικά μη σημαντικές.
Συμπεράσματα. Η χορήγηση της Gemfibrosil παράλληλα με την
συνήθη με δισκία αντιδιαβητική αγωγή δεν φαίνεται να α-
σκει ευνοϊκή επίδραση στην ρύθμιση του σακχάρου, στο
χρονικό διάστημα και στα άτομα που μελετήθηκαν, παρά την
σημαντική βελτίωση της λιπιδαιμικής τους εικόνας.

ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΜΟΝΙΛΙΑΣΗ ΣΕ ΜΗ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΞΕΑΡΤΩΜΕ-
ΝΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ

Ν. Σάιερ, Αικ. Μπόνη*, Γ. Αλκ. Σκεντέρη*,

Α. Γεροντίδης, Ζ. Σάββα*, Κ. Βολιώτης

Α' Παθολογική Κλινική και Κυτταρολογικό Εργαστήριο* Ιπποκρατείου Νοσοκομείου Θεσ/νίκης

Πιστεύεται ότι η στοματική μονιλίαση συμβαίνει συχνά στους διαβητικούς και μάλιστα πολλές φορές χωρίς κλινικά ευρήματα. Για να εκτιμήσουμε αυτό, συγκρίναμε την συχνότητα ασυμπτωματικής στοματικής μονιλιασεως σε 87 μη ινσουλινοεξαρτώμενους διαβητικούς και σε 20 υγιείς μάρτυρες παρόμοιας ηλικίας. Εξαιρέθηκαν από την μελέτη άτομα που ήταν σε κορτικοστεροειδή ή άλλα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα ή είχαν ιστορικό κακοήθειας ή προσφάτου λήψεως αντιβιοτικών.

Ελήφθησαν επιχρίσματα από την γλώσσα και την στοματική κοιλότητα και εξετάσθηκαν κυτταρολογικώς με τη μέθοδο Παπανικολάου και όχι με καλλιέργεια λόγω της δυνατότητας που παρέχει η πρώτη μέθοδος για ακριβέστερο και ταχύτερο προσδιορισμό του τύπου των αποικιών των μυκήτων.

Συνολικά, βρέθηκε σημαντική διαφορά στοματικής μονιλιασης μεταξύ διαβητικών (21,84%) και μαρτύρων (0%) ($p < 0.001$). Στην ομάδα των διαβητικών δεν βρέθηκε καμιά σχέση μεταξύ μονιλιάσεως και γλυκόζης πλάσματος ή αμφιβληστροειδοπάθειας.

Συμπερασματικά στους μη ινσουλινοεξαρτώμενους διαβητικούς υπάρχει προδιάθεση για στοματική μονιλίαση και η προδιάθεση αυτή είναι ανεξάρτητη από την ρύθμιση του σακχαρώδη διαβήτη.

Η ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ DUPUYTREN ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Ι.Πετρίδης, Γ.Πανίδης, Σ.Ντουλγκέρης, Γ.Κούλαλης,
Α.Δημητριάδης.

Α' Παθ/κό και Ορθο/κό Τμήμα, Ν.Γ.Ν^ο ΑΓ.ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ^οΘΕΣ/ΚΗΣ

Η νόσος DUPUYTREN (N.D.) σε άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη (Σ.Δ.) αποτελεί συχνό εύρημα με ευρείες όμως διακυμάνσεις (1,6-32%) και άγνωστη αιτιοπαθογένεια. Θελήσαμε να μελετήσουμε τη συχνότητα για N.D. σε Έλληνες ασθενείς με Σ.Δ.

Μελετήθηκαν 70 ανεπίλεκτοι ασθενείς (22ο-48ο) μέσης ηλικίας 68,3 ετών (17-80) που εξετάστηκαν από την ίδια ομάδα γιατρών. Η διάγνωση της N.D. στηριζόταν στην κλινική διαπίστωση ρίκνωσης της παλαμιαίας απονεύρωσης, ανεύρωση οζιδίων, σύγκληψη δακτύλων.

Σημεία N.D. βρέθηκαν σε 32 ασθενείς (88,3%) και αφορούσε κυρίως τις γυναίκες. Η N.D. ήταν συχνότερη σε ασθενείς με Σ.Δ. πάνω από 5 χρόνια (63 ασθενείς έναντι 7). Όλοι οι ασθενείς με ιστορικό εμφράγματος ή καρδ. ανεπάρκειας είχαν σημεία N.D. καθώς και το 98% αυτών με αγγειακό εγκεφαλικό αλλά με ήπιες εκδηλώσεις. Τα στοιχεία στη N.D. αφορούσαν συχνότερα τους μεσοπαράμους δακτύλους και ήταν συνήθως ήπια. Αλλοιώσεις που να απαιτούν χειρουργική θεραπεία δεν είχε κανένας ασθενής. Δεν βρέθηκε συσχέτιση της μορφής του Σ.Δ. με τη συχνότητα της N.D.

Από τα δεδομένα μας φαίνεται ότι η N.D. παρατηρείται σε υψηλή συχνότητα στον Σ.Δ. αλλά είναι ήπια. Η κλινική διαπίστωση N.D. πρέπει να οδηγεί στην αναζήτηση της ύπαρξης και αδιάγνωστου Σ.Δ. -

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΟΥ ΑΥΤΟΝΟΜΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ (ΑΝΣ) ΚΑΙ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΒΑΚΤΗΡΙΟΥΡΙΑ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

Πόγκαλος Εμ., Γεωργιάδης Ηλ., Κεραμίδας Ζ., Τσούφα Σ.,
Τσιτομίδου Ρ. Μηλιώης Αν.

Α' Γυναικολογική κλινική Γενικού Περιφερειακού Νοσοκομείου
"Ιταλικολάου" Θεσ/νίκης Δ/ντής Αν. Μηλιώης

Σκοπός της εργασίας ήταν να διεπιστώσουμε κατά πόσον η αυξημένη συχνότητα της ασυμπτωματικής βακτηριουρίας στους διαβητικούς ασθενείς σχετίζεται με την αυτονόμη νευροπάθεια.

Στην μελέτη πήραν μέρος 70 γυναίκες με σκχαρώδη διαβήτη ηλικίας 55-1^η2,1 χρόνια με διάρκεια διαβήτη 9,2^η7,5 χρόνια και με γλυκοσυλιμένη αιμοσφαιρίνη 9,45^η2,09%. Για τον έλεγχο του ΑΝΣ χρησιμοποιήθηκαν οι εξής δοκιμασίες: α) Οι μεταβολές του καρδιακού ρυθμού με την δοκιμασία VALSALVA, την βεθετό ενοπνοή και την μετάβαση από την κατακλιμένη στην ορθία θέση και β) Οι μεταβολές της αρτηριακής πίεσης με την εφαρμογή δύναμης επί δυναμομέτρου χειρός και με την μετάβαση από την κατακλιμένη στην ορθία θέση. Η κάθε δοκιμασία βαθμολογήθηκε με 0, 1/2 και 1 εφόσον ήταν φυσιολογική, οριστική, ή παθολογική αντίστοιχα και ο κάθε ασθενής με το άθροισμα των βαθμών που έπεινε από κάθε δοκιμασία. Κατά τον υπερηχογραμικό έλεγχο της ουροδόχου κύστεως στους ασθενείς με βακτηριουρία δεν βρέθηκε υπόλειμμα ούρων στην κύστη.

Από τις 40 ασθενείς ασυμπτωματική βακτηριουρία με αριθμό αποικιών μεγαλύτερο του 10⁵ διαπιστώθηκε στους 10 (25%). Η βαθμολογία που προέκυψε από τις δοκιμασίες ελέγχου του ΑΝΣ ήταν 1,43^η0,72 για τους ασθενείς με βακτηριουρία και 1,42^η0,93 για τους ασθενείς χωρίς βακτηριουρία. Η στατιστική ανάλυση με το STUDENT'S T TEST δεν έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων (P>0,1)

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι η διαταραχή του ΑΝΣ εφόσον δεν έχει καταλήξει σε νευρογενή κύστη δεν ενοχοποιείται για την ύπαρξη βακτηριουρίας

ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΕΣ ΣΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ

ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΙ ΕΦΗΒΩΝ

Μ. Παπαδοπούλου-Κεχαγιούλου, Θ. Καραγκιόλο-
γλου-Λαμπούδη, Γ. Κατζός, Ολ. Πεκίδου-Παμπούκα

Α Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσ/νίκης

Σκοπός της μελέτης είναι να επισημανθούν ενδεικτικά οι ανάγκες των διαβητικών παιδιών κι εφήβων, όπως αξιολογούνται από τους γονείς τους.

Οι γονείς 59 ασθενών ηλικίας 6-18 χρόνων συμπλήρωσαν ανώνυμο ερωτηματολόγιο που αφορούσε θέματα σχετικά με την παρακολούθηση, ενημέρωση κι' εκπαίδευση του παιδιού και της οικογένειας, την ψυχολογική υποστήριξη και την συμβολή του συλλόγου γονέων διαβητικών παιδιών κι εφήβων στην αντιμετώπιση των προβλημάτων.

Από τις απαντήσεις οι γονείς εκτιμούν ότι: α) η συχνή ιατρική παρακολούθηση προηγείται στις ανάγκες, ενώ ακολουθούν στο ίδιο ποσοστό η εκπαίδευση και η ψυχολογική υποστήριξη, β) η ενημέρωση στη θεραπεία του διαβήτη έχει μεγαλύτερη σημασία απ'ότι σε θέματα διατροφολογίου και ψυχολογικών-οικογενειακών προβλημάτων, γ) οι ανάγκες των διαβητικών καλύπτονται πληρέστερα στο ειδικό ενδοκρινολογικό ιατρείο απ'ότι στο γενικό παιδιατρικό ή το ιδιωτικό ιατρείο, δ) οι κύριοι σκοποί του συλλόγου είναι να προάγει τη γνώση και πληροφόρηση για το διαβήτη και να ενθαρρύνει τη βελτίωση παροχής υπηρεσιών, ενώ η επικοινωνία ατόμων με το ίδιο πρόβλημα ακολουθεί και ε) ο σύλλογος χρειάζεται περισσότερη βοήθεια από την Πολιτεία και τους γιατρούς απ'ότι από τα μέλη του.

Επίσης δεν διαπιστώθηκε διαφορά στις προτεραιότητες των αναγκών, όταν επιχειρήθηκε να συσχετισθούν τ'αποτελέσματα με την ηλικία των ασθενών. Συμπερασματικά φαίνεται ότι οι γονείς δίνουν προτεραιότητα στην επιστημονικοτεχνική αντιμετώπιση του διαβήτη ενώ το ενδιαφέρον τους για την εκπαίδευση και ψυχολογική υποστήριξη είναι περιορισμένο.

ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α-
ΦΡΟΝΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ) ΤΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΡΡΩΣΤΩΝ

Χ. Μανές, Ν. Παπάζογλου, Κ. Σουλής, Α. Χατζηαχμέτ, Κ.
Τζούνας, Α. Κιούτας, Τ. Παπαμιτσο

Εκ της παθολογικής κλινικής του Α' Γ.Ν. ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Η παρούσα μελέτη αποτελεί προσπάθεια υπολογισμού του κόστους της εξωνοσοκομειακής φροντίδας για τους διαβητικούς ασθενείς.

Σε τυχαίο δείγμα διακισίων (200) διαβητικών (τύπου I και τύπου II) υπολογίσθηκε το κόστος της φαρμακευτικής αντιμετώπισης της νόσου και των επιπλοκών της καθώς επίσης και το κόστος των απαραίτητων βιοχημικών και μη εξετάσεων για την παρακολούθηση της πορείας του Σακχαρώδη διαβήτη.

Συγκεκριμήθηκε επίσης και η αντιμετώπιση επιπλοκών που έχουν ως βάση την μακροαγγειοπάθεια.

Το πρώτο μισό μελέτης βασίσθηκε σε ανάλογο της μεσογει-
ακής ομάδας για την έρευνα του Διαβήτη.

Συμπεράσματα

α) Είδος θεραπευτικής αγωγής. Οι ινσουλινοθεραπευόμενοι εμφανίζουν μεγαλύτερο μηνιαίο κόστος κατ' άτομο (53,6\$) από τους μη ινσουλινοθεραπευόμενους (29,4\$). Διαφορά στατιστικά σημαντική $p < 0,001$.

β) Φύλο - Ηλικία. Στις γυναίκες άνω των 65 ετών εμφανίζεται μεγαλύτερο μηνιαίο κόστος (39,74\$), ενώ το μικρότερο στους άνδρες κάτω των 65 ετών (31,07\$). Διαφορές μη στατιστικά σημαντικές.

γ) Η αντιμετώπιση της μακροαγγειοπάθειας καλύπτει το 1/4 του συνολικού κόστους.

Ο ΔΕΙΚΤΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Δ. Παπαγεωργίου, Γ. Παπαλεξίου, Ε. Καλαϊτζής, Β. Μιμίκου, Δ. Παπαδημητρίου

Β' Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ-Διαβητολογικό τμήμα ΓΚΝΘ

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη της αιμοδυναμικής συμπεριφοράς των κάτω άκρων σε ασθενείς με Σ/Δ και χωρίς προηγούμενο ιστορικό χρόνιας αποφρακτικής αρτηριοπάθειας των κάτω άκρων.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ-ΕΥΡΗΜΑΤΑ: Μελετήθηκαν 75 ασθενείς με ιστορικό Σ.Δ. από 7-20 έτη. Οι ασθενείς ελέχθησαν κλινικά και με υπερηχητικό αιματοταχύμετρο (Doppler). Καταγράφηκαν οι δείκτες πίεσης (Δ.Π.) και παρακολουθούνται έκτοτε ανά τρίμηνο. 28 ασθενείς εμφάνισαν επιδείνωση με ένδειξη συντηρητικής αγωγής και 47 ασθενείς παρέμειναν σταθεροί χωρίς ανάγκη φαρμακευτικής υποστήριξης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ασθενείς με Σ.Δ. και επαρκή υγιεινοδιατροφική αγωγή και φαρμακευτική ρύθμιση του ΣΔ δεν εμφανίζουν κλινική επιδείνωση της χρόνιας αποφρακτικής παρά την στατιστική επιβάρυνση που τους συνοδεύει

ΟΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΙ ΝΕΥΡΩΝ ΣΤΗΝ ΕΠΩΔΥΝΗ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ.

Δημητρίκογλου Ν., Ι. Βαβαλέκας

Διαβητολογικό και Ιατρείο Πόνου Γ.Ν. Σερρών.

Ο χρόνιος πόνος μερικών υπεραλγητικών καταστάσεων βελτιώνεται μακροπρόθεσμα με επανειλημμένους αποκλεισμούς (ΕΑ) των υπεύθυνων νεύρων. Στην παρούσα μελέτη, οι ΕΑ με τοπικά αναισθητικά (ΤΑ) δοκιμάζονται, στην αντιμετώπιση των ενοχλημάτων της επώδυνης περιφερικής διαβητικής νευροπάθειας (ΕΠΔΝ). Είκοσι πέντε διαβητικοί με βαρεία ΕΠΔΝ, μη απαντώντας σε πιά κλασσικές θεραπείες, υποβλήθηκαν σε 4-7 συνολικά αποκλεισμούς τριών ή περισσότερων (ανάλογα με την κατανομή του πόνου) από τα εξής νεύρα, με αραιωμένη λιδοκαΐνη (0,66%): Γαστροκνημιαίο, επιπολής περνιαίο, σαφηνές, και κνημιαίο νεύρο στο ύψος της ποδοκνημικής άρθρωσης, εν τω βάθει περνιαίο στη γωνία μεταξύ 1ου-2ου μεταταρσίου, κοινό περνιαίο και σαφηνές στο ύψος του γόνατος, και έσω και έξω δερματικά νεύρα της γαστροκνημίας στο ύψος των γαστέρων του γαστροκνήμιου. Τα αποτελέσματα εκτιμήθηκαν με οπτικο-αναλογική κλίμακα (0-25-50-75-100), και, για χρόνο παρακολούθησης 3-5,5 μήνες, μέχρι τώρα, είχαν ως εξής: Βελτίωση κατά 75-100% είχαν 8 (32%) ασθενείς, και κατά 50-75%, 9 (36%). Στους υπόλοιπους 8 (32%) ασθενείς η απάντηση στη θεραπεία δεν ήταν ικανοποιητική (βελτίωση κατά 25-50%) ή ήταν βραχυπρόθεσμη μόνο. Συμπεραίνεται ότι οι ΕΑ με ΤΑ αποτελούν ικανοποιητική θεραπεία για τα 2/3 περίπου των απογοητευμένων εκείνων διαβητικών με βαριά, ανυποχώρητη, ΕΠΔΝ.

Η ΑΝΑΙΜΙΑ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥΣ

Θ.Τσικρίκας,Κ.Καραμήτσος,Ειρήνη Μακρή-Καλογήρου
Ηλ.Μαγαλιός,Στ.Σπανοδόχμος, Αν.Καπετανάκης.

Α΄Παθ.Κλιν.Π.Γ.Νοσ.Λάρισας

Η αναιμία αποτελεί ένα από τα προβλήματα του διαβητικού αρρώστου (Δ.Α) κατά τη διαδρομή της νόσου η οποία μπορεί να είναι ποικίλης αιτιοπαθογένειας όπως σιδηροπενική αναιμία, χρ. νεφρ. ανεπάρκεια κ.λ.π Η εργασία έχει για σκοπό να ταξινομήσει τη συνοδό αναιμία σε 62 Δ.Α που νοσηλεύτηκαν κατά τη διάρκεια του 1989 34 Α, 28 Γ ηλικίας 37-87 χρονών.Κριτήριο για την ύπαρξη αναιμίας θεωρήσαμε για τους Α Η_τ < 40% και για τις Γ < 36%.

Εξετάζονταν εκτός του ιστορικού και της αντικειμενικής εξέτασης η γεν.αίματος με αυτόματο αναλυτή, η ουρία, η κρεατινίνη, ο Fe ορού, η μορφολογία του περιφερικού αίματος και του μυελού, ο Fe μυελού ο έλεγχος των συστημάτων ακτινολογικός και ενδοσκοπικός και το θεραπευτικό κριτήριο.Κανένας από τους ΔΑ δεν υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση. Αποτελέσματα: Αναιμία βρέθηκε σε 19 Δ.Α (30,6%).Απ'αυτούς σε 9 (47,3%) η αναιμία οφείλονταν σε χρονία νεφρ. ανεπάρκεια.Από τις τελευταίες σε μια συνυπήρχε και ικανός βαθμός μικροαγγειοπαθητικής αιμολυτικής αιμίας.Σε 6 (31.5%) Δ.Α η αναιμία ήταν σιδηροπενική σε 3(15,7%) συνυπήρχε μυελοδυσπλασία και σε 1 (0,5%) άρρωστο η αναιμία ήταν μικτού τύπου, σιδηρ + έλλειψη Β12, ανεπεία παλαιάς γαστρεκτομής.

Συμπεράσματα: 1. Η αναιμία που συνοδεύει τους Δ.Α είναι ποικίλης αιτιολογίας 2. Συχνότερο αίτιο είναι η χρ. νεφρ. ανεπάρκεια 3. Ο κλινικός ιατρός θα πρέπει να έχει υπόψη την αιτιοπαθογένεια της συνοδού αναιμίας σ'αυτούς τους αρρώστους για να προχωρήσει στους κατάλληλους θεραπευτικούς χειρισμούς.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΝΕΟΑΓΓΕΛΑΚΟΥ ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΟΣ ΜΕ ΕΝΔΟΚΥΚΛΟΦΩΤΙΣΗ

Η. ΦΕΡΕΤΗΣ - Μ. ΤΣΑΚΡΗ-ΠΑΪΖΗ - Θ. ΠΟΥΛΑΚΗ

ΜΟΝΑΔΑ ΜΙΚΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΥΑΛΟΕΙΔΟΥΣ-ΟΦΘΑΛΜΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΝΕΕΣ

Παρουσιάζουμε την εμπειρία μας από την εφαρμογή ενδοφωτοπηξίας στις ακτινοειδείς προβολές του κυκλικού σώματος, σε δύο περιπτώσεις αυξημένης ενδοφθάλμιας πίεσης επί ασθενών με διαθητική αμφιβληστροειδοπάθεια (νεοαγγειακό γλαύκωμα).

Για την αντιμετώπιση του χρόνιου γλαυκώματος υφίσταται σήμερα φαρμακευτική αγωγή και χειρουργική θεραπεία.

Τελευταία έχει προστεθεί LASER ακτινοβολία στο TRABECULUM για ελάττωση της ενδοφθάλμιας πίεσεως. Υπάρχει όμως το νεοαγγειακό γλαύκωμα όπου τα ανωτέρω αναφερθέντα σχήματα θεραπείας δεν αποδίδουν.

Σε δύο τέτοιες περιπτώσεις εφαρμόστηκε ενδολεΐζερ ακτινοβολία σε 20-25 περίπου ακτινοειδείς προβολές του κυκλικού σώματος, ενώ ο ασθενής είχε υποβληθεί αρχικά και κατά τον ίδιο χρόνο σε PARS-PLANA υαλοειδεκτομή.

Η ενδοφθάλμια πίεση ελαττώθηκε σημαντικά στο ένα περιστατικό (25 χιλ. υπό φαρμακευτική αγωγή-αντιγλαυκωματικά κολύρια) ενώ στο άλλο περιστατικό έγινε και συμπληρωματική κυκλοκρυσπηξία.

Ο ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΠΑΡΑΓΩΝ ΑΥΞΗΜΕΝΗΣ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑΣ ΣΤΑ
ΕΠΑΝΑΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΑ ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ

Ε.Ν. Καραδελόγλου, Κ.Θ. Παναγιωτακοπούλου, Κ.Α. Τσιρώνης
Γ.Ν. Καλλεργής, Γ.Ι. Μηλιός, Π.Δ. Χριστοακόπουλος

Α' Παθ. Τμ. Νοσ. Ελλ. Ερυθρού Σταυρού, Αθήνα

Σκοπός της εργασίας ήταν να διερευνηθεί αν ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) που θεωρείται σημαντικός παράγων κινδύνου για την εμφάνιση θρομβοεμβολικών αγγειακών επεισοδίων (ΘΕΕ) αποτελεί και παράγοντα κινδύνου τόσο για την εξέλιξη των επεισοδίων αυτών όσο και για την εμφάνιση νέων.

Μελετήθηκαν 494 ασθενείς με ΘΕΕ, 203 άνδρες και 291 γυναίκες. Από τους άνδρες 56 (28%) και τις γυναίκες 96 (33%) είχαν ΣΔ. Στους άνδρες μη διαβητικούς 27% είχαν και δεύτερο ΘΕΕ και 8% είχαν τρία ή και περισσότερα ενώ στους διαβητικούς τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 23% και 9%. Στις μη διαβητικές γυναίκες δεύτερο ΘΕΕ είχε το 21% και τρία και περισσότερα το 8% ενώ στις διαβητικές τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 23% και 15%. Ο μέσος όρος επεισοδίων ανήρχετο σε 1.50 και στους μη διαβητικούς και στους διαβητικούς άνδρες ενώ ήταν 1.45 για τις μη διαβητικές γυναίκες και 1.65 για τις διαβητικές. Η θνητότητα στο πρώτο επεισόδιο ήταν 33% για τους μη διαβητικούς άνδρες και 34% για τους διαβητικούς, ενώ στις γυναίκες μη διαβητικές και διαβητικές αντίστοιχα ήταν 29% και 25%. Στο δεύτερο και στα εν συνεχεία επεισόδια ήταν 28% και 33% για τους μη διαβητικούς άνδρες και 46% και 60% για τους διαβητικούς ενώ για τις μη διαβητικές γυναίκες 24% και 33% και για τις διαβητικές 36% και 21%.

Συμπέρασμα: Ο ΣΔ δεν φαίνεται να αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για την επανάληψη ΘΕΕ. Είναι όμως παράγων κινδύνου για αυξημένη θνητότητα μεταξύ εκείνων που παρουσιάζουν υποτροπές ΘΕΕ.

Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ ΚΟΙΝΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Α.Κ. Αδάμαντος, Α.Ε. Αλαβέρας, Κ. Ντελάκη, Α. Παντελεάκη,
Σ. Μπαζαϊός, Π.Δ. Χριστοακόπουλος

Α' Παθ. Τμ. Νοσ. Ελλ. Ερυθρού Σταυρού, Αθήνα

Σκοπός η εργασία είχε να διερευνηθεί εάν οι διαβητικοί ασθενείς που θεωρούνται ευάλωτοι στις λοιμώξεις είναι και ανθεκτικοί στη θεραπεία.

Από 6418 νοσοκομειακούς ασθενείς 5528 ήταν μη διαβητικοί και 890 διαβητικοί. Από τους μη διαβητικούς το 22.4% και από τους διαβητικούς οι 37.1% νοσηλεύθηκαν για κοινές λοιμώξεις. Από αυτούς 34 με ουρολοίμωξη (10 άνδρες και 24 γυναίκες) και 20 με λοίμωξη του αναπνευστικού (9 άνδρες και 11 γυναίκες) όλοι με διαβήτη συγκρίθηκαν με ίσο αριθμό μη διαβητικών, ίδιου φύλου ίδιας ηλικίας και με τις ίδιες ακριβώς λοιμώξεις, όσον αφορά τον αριθμό των αντιβιοτικών που δόθηκαν, τις ημέρες που διήρκεσε ο πυρετός και τις ημέρες νοσηλείας, στοιχεία που χρησιμοποιήθηκαν ως κριτήρια για την εκτίμηση της ανθεκτικότητας στη θεραπεία. Έτσι στους άνδρες διαβητικούς με ουρολοίμωξεις δόθηκαν 1.60 ± 0.16 αντιβιοτικά, ο πυρετός διήρκεσε 4.1 ± 1.0 ημέρες και η νοσηλεία 9.6 ± 0.8 ημέρες, ενώ στους αντίστοιχους μη διαβητικούς τα ανάλογα δεδομένα ήταν 1.80 ± 0.25 , 3.5 ± 0.7 και 8.0 ± 0.6 . Στις γυναίκες διαβητικές 1.96 ± 0.25 , 5.4 ± 1.1 και 10.7 ± 1.3 και τις αντίστοιχες μη διαβητικές 1.88 ± 0.16 , 4.5 ± 0.6 και 12.3 ± 0.9 . Στους άνδρες διαβητικούς με λοίμωξη του αναπνευστικού τα ανάλογα στοιχεία ήταν 2.11 ± 0.31 , 4.7 ± 1.5 και 12.2 ± 2.4 ενώ στους μη διαβητικούς 2.22 ± 0.46 , 7.2 ± 1.4 και 12.9 ± 2.4 . Στις γυναίκες διαβητικές 2.00 ± 0.47 , 4.4 ± 0.3 και 10.0 ± 0.9 ενώ στις μη διαβητικές 1.73 ± 0.20 , 3.6 ± 0.6 και 11.5 ± 0.7 .

Συμπέρασμα: Οι διαβητικοί ασθενείς είναι πιο ευπρόσβλητοι σε κοινές λοιμώξεις αλλά η ευαισθησία τους στη θεραπεία δεν διαφέρει εκείνης επί μη διαβητικών.

ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΜΙΑΣ ΤΙΜΗΣ ΜΙΚΡΟΛΕΥΚΩΜΑΤΙΝΟΥΡΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΘΟΡΙΣΜΟ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΤΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑΣ

N. Μπίκας, Κ. Βασιλειάδης, Χ. Βασιλόπουλος, Α. Νίκου, Ε. Αναγνώστου-Καικάρη, Ν. Θελάσσινος

Ενδοκρινολογικό Τμήμα και Βιοχημικό Εργαστήριο, Γ.Π.Ν.Α. "Ο Ευαγγελισμός", Αθήνα

Επειδή σήμερα η πρόγνωση και η αντιμετώπιση του διαβητικού ασθενούς εξαρτάται και από την ύπαρξη διαβητικής νεφροπάθειας (ΔΝ), θελήσαμε να διαπιστώσουμε την αξιοπιστία μίας τιμής μικρολευκωματινουρίας (ΜΛ) ως προς την αξιολόγηση της ΔΝ. Για το σκοπό αυτό σε 123 διαβητικούς (29 τύπου I και 94 τύπου II, 59 αρ. και 64 θηλ., ηλ.: 16-73 ετών) προσδιορίστηκε, σε διάστημα 6 μηνών, η ΜΛ σε περισσότερες από μία (σε 96 ασθενείςΧ2, σε 19Χ3 και σε 8/ >4) συλλογές ούρων 24h. Όλοι οι ασθενείς είχαν Φ. Τ. ουρίας ή κρεατινίνη αίματος και δεν παρουσίαζαν κετοξέωση ή ουρολοιμώση. Ο προσδιορισμός της ΜΛ (σε mg/24h) έγινε με ανοσοθολωσιμετρική μέθοδο.

Με βάση την πρώτη μέτρηση ΜΛ οι ασθενείς κατετάγησαν σε 3 ομάδες: 72 (ομάδα Α) με Φ.Τ. ΜΛ (<30mg/24h), 39 (ομάδα Β) με αρχόμενη ΔΝ (ΜΛ 30-300mg/24h) και 12 (ομάδα Γ) με πρωτεϊνουρία (ΜΛ >300mg/24h).

(1) Με την επανάληψη της συλλογής ούρων 24h και τον εκ νέου προσδιορισμό της ΜΛ η κατάταξη άλλαξε συνολικά σε 48 από τους 123 διαβητικούς (39%). Βρέθηκε ότι, ανάλογα με τον αριθμό των συλλογών ούρων που πραγματοποιήθηκαν, ομάδα άλλαξαν: α) στους 96 διαβητικούς με δύο συλλογές οι 32 (33,3%) και β) στους 27 με τρεις ή περισσότερες συλλογές οι 16 (59,3%). (2) Με βάση την πρώτη τιμή ΜΛ, κατηγορία άλλαξαν: α) 14 διαβητικοί από την ομάδα Α (19,4%), β) 24 από την ομάδα Β (61,5%) και γ) 10 από την ομάδα Γ (83,3%).

Συμπερασματικά: 1) Η κατάταξη του διαβητικού με βάση μία τιμή ΜΛ είναι αρκετά δυσχερής, αφού σε 39% των ασθενών ο ένας προσδιορισμός της αποδείχθηκε ανεπαρκής. 2) Φαίνεται ότι, με την προϊούσα επιβάρυνση της ΔΝ απαιτούνται επανειλημμένοι προσδιορισμοί της ΜΛ για τον οριστικό καθορισμό του σταδίου της ΔΝ.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΤΙΜΩΝ ΤΗΣ ΑΛΚΑΛΙΚΗΣ ΚΑΙ ΟΞΙΝΗΣ ΦΩΣΦΑΤΑΣΗΣ ΤΩΝ ΠΟΛΥΜΟΡΦΟΠΥΡΗΝΩΝ (ΑΦΠ, ΟΦΠ) ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΛΥΚΟΖΥΜΑΤΩΜΕΝΗΣ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ (ΗΒΑ) ΣΤΟΝ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ (ΣΔ).

Ε. Ανδρέου(1), Ν. Τσαβαρής(2), Ε. Βασιλάκη, Α. Κερασιώτης(1), Ε. Γιαννάκης, Κ. Καρατσόκος(1), Χ. Κωνσταντάκη(1), Ε. Καλδρυμίδης(1), Π. Κοσμίδης(2)

(1) Ενδοκρινολογική Κλινική ΓΠΑΝ ΜΕΤΑΞΑ ΠΕΙΡΑΙΑ. (2) Β' Παθολογική Κλινική ΓΠΑΝ ΜΕΤΑΞΑ ΠΕΙΡΑΙΑ.

Έχει βρεθεί ότι η ΑΦΠ μεταβάλλεται παράλληλα με την ΗΒΑΙC (N. TSAVARIS ET AL ACTA HEMAT. IN PRESS). Μελετήσαμε πιθανή παρόμοια μεταβολή της ΟΦΠ, παράλληλα με την ΗΒΑΙC και ΑΦΠ. Το υλικό περιελάμβανε 45 διαβητικούς ασθενείς (ΔΑ) (τύπου I, II) με ΗΒΑΙC 8,00%, 40 ΔΑ (τύπου II) με ΗΒΑΙC 8,00% και 30 φυσιολογικούς μάρτυρες. Η δραστηριότητα της ΑΦΠ και της ΟΦΠ μελετήθηκε με ημιποσοτική κυτταροχημική μέθοδο (RUTENBURG ET AL 1960), ενώ προσδιορίστηκε παράλληλα η ΗΒΑΙC. Έγινε συσχέτιση της δραστηριότητας των δύο ενζύμων σε συνάρτηση με την ΗΒΑΙC. Ανεξάρτητα από τον τύπο του ΣΔ και την θεραπεία, η τιμή της ΑΦΠ αυξάνει παράλληλα με την ΗΒΑΙC, ανεξάρτητα από την τιμή του σακχάρου του αίματος. Αντίθετα, η ΟΦΠ δεν παρουσίασε καμιά συσχέτιση με την ΗΒΑΙC.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η ΑΦΠ παρακολουθεί τις μεταβολές της ΗΒΑΙC, σε αντίθεση με την ΟΦΠ που δεν φαίνεται να συσχετίζεται. Η παρατήρηση απαιτεί περαιτέρω μελέτη.

ΙΣΤΙΚΑ ΑΠΟΘΕΜΑΤΑ ΤΗΣ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ C (VIT C) ΣΤΟΥΣ ΛΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ: ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Ι. Μαγούλα, Ν. Παπάζογλου, Χ. Μανές, Ι. Κουντουράς, Ε. Παπαδέλη, Α. Χατζηαχμέτ, Ε. Σικαράγια, Μ. Τσάπας

Παθ. Κλιν. Α Γ. Νοσοκομείου "Άγιος Παύλος"
Β Παθολογική Κλινική ΑΠΘ

Σε 45 ενήλικες διαβητικούς και 65 φυσιολογικούς μάρτυρες μελετήσαμε τα επίπεδα της Vit C στο πλάσμα και τα λευκοκύτταρα. Τα επίπεδα πλάσματος των ασθενών δεν διέφεραν από αυτά των μαρτύρων (1.48 + 0.41 και 1.26 + 0.42 mg/dl αντίστοιχα). Αντίθετα σημαντικά χαμηλότερα ήταν τα επίπεδα της Vit C των λευκών στους διαβητικούς (17.20 + 4.04 έναντι 45.60 + 17.30 µg/10 λευκά).

Η χορήγηση Per os 1 g "Cebion" επί 10ήμερο σε 15 διαβητικούς (συνολική δόση 10g, που είναι 6/πλάσια περίπου της ολικής δεξαμενής του οργανισμού), ενώ αύξησε τα επίπεδα της Vit C του πλάσματος σημαντικά, (ΜΟ:1.92 + 0.29, p<0.02), ώστε να ξεπεραστεί ο ουδός της νεφρικής αποβολής της (=2.0 mg/dl), δεν μετέβαλε τα επίπεδά της στα λευκά (από 15.66 + 4.21 σε 17.28 + 3.22 μετά τη φόρτωση, p = NS).

Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν διαταραχή της πρόσληψης της Vit C από τους ιστούς των διαβητικών που θα πρέπει να συσχετισθεί με την υπεργλυκαιμία (όλοι οι διαβητικοί, εκτός από 4 είχαν επίπεδα HbA1 > 8%), η οποία πιθανότατα ανταγωνίζεται την είσοδό της στα κύτταρα.

Η σημασία αυτής της "ιστικής ένδειας" είναι προφανής, εάν ληφθεί υπ όψιν ο ρόλος της Vit C στις οξειδοαναγωγικές αντιδράσεις (δέσμευση ελευθέρων ριζών-μικροαγγειοπάθεια) και στους μηχανισμούς άμυνας.

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΜΑΓΝΗΣΙΟΥ (Mg) ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ: ΒΕΛΤΙΩΝΕΙ ΤΗΝ ΡΥΘΜΙΣΗ;

Κ. ΚΑΡΑΪΣΚΟΣ, Α. ΤΕΡΤΙΠΗ, Α. ΠΑΠΙΔΑΣ, Ε. ΑΝΔΡΕΟΥ, Χ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΚΗ, Μ. ΖΑΧΑΡΙΟΥ, Π. ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ, Λ. ΠΑΠΑΓΡΗΓΟΡΙΟΥ, Φ. ΚΑΛΔΡΥΜΙΔΗΣ

ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Γ.Π.Α.Ν. (ΜΕΤΑΞΑ) ΠΕΙΡΑΙΑΣ

Έχει αποδειχθεί ότι η προσθήκη Mg στην δίαιτα των διαβητικών, βελτιώνει την ρύθμισή τους και την υπερλιπιδαιμία. Στην παρούσα μελέτη χορηγήσαμε Mg υπό την μορφή του ασπαρτικού άλατος, σε δόση 30 mg την ημέρα, διαιρεμένη σε τρεις ίσες δόσεις, σε οκτώ μή ινσουλινοεξαρτώμενους διαβητικούς, χωρίς διαβητικές επιπλοκές, ηλικίας 59.2±4.4 ετών, κατά διασταυρούμενο και ελεγχόμενο με placebo τρόπο. Η μελέτη μας έγινε σε δύο περιόδους, διάρκειας δύο μηνών εκάστη, που ακολουθούσαν μια αρχική περίοδο κυμαινόμενης διάρκειας, μεταβολικής σταθεροποίησης. Οι ασθενείς που ελάμβαναν Mg κατά την πρώτη περίοδο, έλαβαν placebo κατά την δεύτερη και αυτοί που ελάμβαναν placebo κατά την πρώτη, έλαβαν Mg κατά την δεύτερη περίοδο. Οι μεταβολικές παράμετροι των ασθενών ελαμβάνοντο στην αρχή της πρώτης περιόδου, στο τέλος της, και στο τέλος της δεύτερης περιόδου.

Το Mg του πλάσματος παρουσίασε στατιστικά σημαντική άνοδο στο τέλος της περιόδου που οι ασθενείς ελάμβαναν Mg (P<0.01). Η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη ελαττώθηκε από 8.65% που ήταν στην αρχή της περιόδου που οι ασθενείς ελάμβαναν Mg και 8.6%±0.82 στο 7.98±0.68 στο τέλος της περιόδου χορήγησης Mg (P<0.05), ενώ η αρτηριακή πίεση, το ασβέστιο η χοληστερόλη τα τριγλυκερίδια και η HDL-χοληστερόλη του πλάσματος, παρουσίασαν μια μη στατιστικά σημαντική βελτίωση.

Με βάση τα αποτελέσματά μας, μπορούμε να πούμε ότι η χορήγηση Μαγνησίου στους διαβητικούς συμβάλει στην καλύτερη ρύθμιση του διαβήτη, και ασκεί επίσης και ήπια υπολιπιδαιμική και αντιυπερτασική δράση.

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΙΜΙΡΕΣΤΑΤΗΣ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΣΟΡΒΙΤΟΛΗΣ ΤΩΝ
ΕΡΥΘΡΩΝ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Α. Ε. Ράπτης, Ι. Ιωάννου, Ε. Γκόγκα, Γ. Γιαννόπουλος,
Σ. Α. Ράπτης

Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Παν/μίου Αθηνών,
ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΥΛΙΠΙΣΜΟΣ

Η χορήγηση των αναστολέων της αναγωγής της αλδόζης εφαρμόζεται ήδη στην θεραπεία της διαβητικής νευροπάθειας. Οι μέχρι σήμερα χρησιμοποιηθέντες αναστολείς χορηγούνται σε υψηλές δόσεις (250mg) για να είναι δραστικοί. Η αποτελεσματικότητά τους ελέγχεται με την μείωση των μικρών σορβιτόλης στα ερυθρά αιμοσφαίρια (Σ.Ε.Α.). Σε 22 διαβητικούς ασθενείς τύπου ΙΙ, οι οποίοι χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες (Α, Β, Γ) χορηγήθηκε εφ' άπαξ ημερησίως για 4 εβδομάδες Ιμιρεστάτη (ομάδα Α: 0,1, ομάδα Β: 2mg) ή placebo (ομάδα Γ). Ανά 7ήμερο προσδιορίστηκαν επίπεδα Σ.Ε.Α., Ιμιρεστάτης και γλυκόζης στον ορό, καθώς και βιοχημικές παράμετροι. Στην ομάδα Β μετά μία εβδομάδα θεραπείας τα επίπεδα Ιμιρεστάτης ήταν $83,4 \pm 29,7 \text{ ng/ml}$ φθάνοντας στα υψηλότερα επίπεδα την 3η εβδομάδα $167,5 \pm 90,4 \text{ ng/ml}$, παραμένοντας την 4η εβδομάδα στα $146 \pm 58,8 \text{ ng/ml}$. Στην ομάδα Α οι τιμές ήταν $4,4 \pm 1,6$ και $7,8 \pm 3,4 \text{ ng/ml}$ μετά 1 και 4 εβδομάδες αντίστοιχα. Τα επίπεδα Σ.Ε.Α. μετρούμενα σαν μεταβολές από την βασική τιμή ($\pm 95\%$ όρια αξιοπιστίας) ήταν: $-11,2$ (από $-18,8$ έως $-3,6$) και $-9,8$ (από $-16,7$ έως $-2,9$) nmol/gHb μετά 3 εβδομάδες θεραπείας και $-16,7$ (από $-23,7$ έως $-9,7$) και $-5,8$ (από $-12,7$ έως $1,1$) nmol/gHb μετά 4 εβδομάδες θεραπείας στη Β και Α ομάδα αντίστοιχως. Κατά την διάρκεια της μελέτης τα επίπεδα του σακχάρου αίματος ήταν σταθερά και όλες οι βιοχημικές παράμετροι παρέμειναν αμετάβλητες. Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι σε αντίθεση με τους ήδη χρησιμοποιηθέντες αναστολείς της αναγωγής της αλδόζης η Ιμιρεστάτη είναι δραστική στις μικρές δόσεις των 0,1 και 2 mg ημερησίως καθώς και ακίνδυνη.

ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΜÖCKENBERG

Δ. Παπαδημητρίου, Δ. Παπαγεωργίου, Φ. Κουφίδης, Κ. Βαλογιάννη, Α. Μπουσουλέγκας, Ν. Γαλάνης

Β' Χειρουργική Κλινική Α.Π.Θ.-ΓΚΝΘ.

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη της συχνότητας της νόσου των κλινικών εκδηλώσεων της διαγνωστικής μεθοδολογίας και της θεραπευτικής αντιμετώπισης σε σχέση και με την εξέλιξη του Σακχαρώδη Διαβήτη (Σ.Δ.)

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ-ΕΥΡΗΜΑΤΑ: Σε σύνολο 75 ασθενών με Σ.Δ. χωρίς ιστορικό χρόνιας αποφρακτικής αρτηριοπάθειας, που ελέχθηκαν στα Τ.Ε.Ι. εντοπίστηκαν 10 ασθενείς με πίεση στα σφυρά $>250 \text{ mmHg}$. Ο ακτινολογικός έλεγχος που ακολούθησε αποκάλυψε την παρουσία επασβετώσεων κατά μήκος των μειζδων αρτηριακών στελεχών των κάτω άκρων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Όλοι οι ασθενείς παρακολουθούνται σε τακτά ανά 3μηνο χρονικά διαστήματα και λαμβάνουν πεντοξυφιλίνη και η ρύθμιση του Σ.Δ. επιτυγχάνεται με χορήγηση αντιδιαβητικών (ΙΝΣ: 3 Per os: 7). Όλοι εμφανίζουν βελτίωση ή σταθεροποίηση και κανείς δεν εμφάνισε επιδείνωση που να απαιτήσει χειρουργική αποκατάσταση.

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΚΙΡΡΩΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Α. Ντόβας και Β. Κλεισιάρης

Β' Παθολογική κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών Περιφ. Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας

Η συχνότητα του Σ. Διαβήτη, σύμφωνα με τα βιβλιογραφικά δεδομένα κυμαίνεται περί το 3% επί του συνόλου του γενικού πληθυσμού.

Σκοπός της παρούσης εργασίας ήταν η εκτίμηση της συχνότητας του Σ. Διαβήτη στους κίρρωτικούς ασθενείς.

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήθηκαν συνολικά 150 κίρρωτικοί ασθενείς (110 άνδρες και 40 γυναίκες), ηλικίας 30-75 ετών. Σύμφωνα με τα προκύψαντα στοιχεία από τη μελέτη των διαφόρων αιτιολογικών παραγόντων, οι κίρρωτικοί ασθενείς χωρίστηκαν στις ακόλουθες 4 ομάδες: 1) την ομάδα Α, σχετιζόμενη με τη χρόνια κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών (65 ασθενείς, ποσοστό 43,3%), 2) την ομάδα Β, σχετιζόμενη με τον ιδίο της ηπατίτιδος (35 ασθενείς, ποσοστό 23,3%), 3) την ομάδα Γ, κρυπτογενούς αιτιολογίας (40 ασθενείς, ποσοστό 26,7%) και 4) την ομάδα Δ, σχετιζόμενη με ωρισμένους ειδικούς αιτιολογικούς παράγοντες (νόσος WILSON, πρωτοπαθής χολική κίρρωση κτλ) (10 ασθενείς, ποσοστό 6,7%). Στους μελετηθέντες έγινε προσδιορισμός της τιμής του σακχάρου αίματος σε δύο διαφορετικούς χρόνους, νήστεων δντων των ασθενών. Ως ανώτερη φυσιολογική τιμή σακχάρου θεωρήθηκε η τιμή των 120 ΜGR/DL.

Αποτελέσματα: Τά αποτελέσματα εμφανίζονται στον πίνακα.

Ομάδα ασθενών	Αριθμός ασθενών	Ποσοστό	Ασθενείς με Σ. Διαβήτη	Ποσοστό
A	65	43,3%	20	30,8%
B	35	23,3%	9	26 %
Γ	40	26,7%	10	25 %
Δ	10	6,7%	3	33,3%
ΣΥΝΟΛΟ	150	100 %	42	28 %

Συμπέρασμα: Οι πάσχοντες από κίρρωση του ήπατος ποικίλλης αιτιολογίας παρουσιάζουν Σ. Διαβήτη σε πολλαπλάσια συχνότητα σε σχέση με το γενικό πληθυσμό.

ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΣΤΗ ΔΙΑΙΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ ΙΙ

Δ.Καραμήτσος, Σ.Μπακατσέλος, Μ.Τιμοσίδης, Γ.Ανθιμίδης

Β' Π.Π.Κλ., Διαβητολογικό Κέντρο, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο και Διαβητολογικά Ιατρεία Καβάλας και Πολυγύρου

Μελετήθηκε με ερωτηματολόγιο η συμμόρφωση στη δίαιτα 300 ασθενών με ΣΔ τύπου ΙΙ. Οι ασθενείς απάντησαν και βαθμολογήθηκαν με τυποποιημένο τρόπο για τη συμμόρφωσή τους στην τήρηση της δίαιτας (θερμίδες, υδατάνθρακες, γλυκά). Βαθμός 1=πτωχή, 2=μέτρια, 3=καλή, 4=πολύ καλή. Στη γενική βαθμολογία 49,3% των ασθενών κυμάνθηκε από 9-12 βαθμούς, 46,3% από 5-8 βαθμούς και 4,3% από 1-4 βαθμούς. Η συμμόρφωση αναλυτικά φαίνεται στον πίνακα:

Επί % κατανομή συμμόρφωσης στη δίαιτα

Συμμόρφωση	Θερμίδες	Υδατάνθρακες	Γλυκά
Πολύ καλή	43,0	24,3	27,3
Καλή	31,7	31,3	25,3
Μέτρια	22,3	37,0	22,7
Πτωχή	3,0	7,3	24,7

Εντυπωσιάζει το μεγάλο ποσοστό που έχει μέτρια και πτωχή συμμόρφωση όσον αφορά τα γλυκά. Η συσχέτιση της ηλικίας με τη συμμόρφωση στη δίαιτα έδειξε με τη μέθοδο πολυωνυμικής γραμμικής παλινδρόμησης στατιστική διαφορά P=0,037 και γραφική παράσταση που δείχνει χειρότερη συμμόρφωση στις ηλικίες <40 ετών και >75 ετών. Συμπεραίνεται ότι πρέπει να καταβληθεί προσπάθεια για βελτίωση της συμμόρφωσης των ασθενών στη δίαιτα (εκπαίδευση, επανεκπαίδευση, τροποποίηση διαιτολογικής συμπεριφοράς).

ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ ΙΙ

Μ.Τιμοσίδης, Σ.Μπακατσέλος, Γ.Ανθιμίδης, Δ.Καραμήτσος

Β' Π.Π.Κλ., Διαβητολογικό Κέντρο, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο και Διαβητολογικά Ιατρεία Καβάλας και Πολυγύρου

Μελετήθηκε με ερωτηματολόγιο η συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή 300 ασθενών με ΣΔ τύπου ΙΙ. Οι ασθενείς απάντησαν και βαθμολογήθηκαν με τυποποιημένο τρόπο για τη συμμόρφωσή τους στη φαρμακευτική αγωγή (αντιδιαβητικά φάρμακα, αντιυπερτασικά-καρδιολογικά, ινσουλίνη). Βαθμοί συμμόρφωσης 1=πτωχή, 2=μέτρια, 3=καλή, 4=πολύ καλή. Η βαθμολογία συμμόρφωσης φαίνεται στον πίνακα:

Βαθμολογία	Αντιδιαβητικά	Λοιπά φάρμακα	Ινσουλίνη
Πολύ καλή	47,4	52,8	85,5
Καλή	24,5	25,9	13,2
Μέτρια	21,5	14,3	1,2
Πτωχή	6,6	6,9	0

Η στατιστική επεξεργασία δεν έδειξε διαφορές στη συμμόρφωση μεταξύ per os φαρμάκων αλλά καλύτερη συμμόρφωση στην ινσουλινοθεραπεία. Συσχέτιση ηλικίας με τη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή έδειξε ότι όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο πέφτει η συμμόρφωση. Η διαμονή των ασθενών σε χωριό ή πόλη καθώς και το μορφωτικό τους επίπεδο είναι άσχετο με τη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή. Συμπεραίνεται ότι μόνο το 50% περίπου των ασθενών έχει πολύ καλή συμμόρφωση στην per os φαρμακευτική αγωγή και 85% στην ινσουλίνη. Άρα πρέπει να καταβληθεί προσπάθεια για βελτίωση στη συμμόρφωση των ασθενών στη φαρμακευτική αγωγή.

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΣΧΗΜΑΤΩΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΤΥΠΟΥ 2

Δημητρίκογλου Ν., Μωραΐτης Γ., Ρόζη Π., Κωνσταντινίδου Α., Μανδαρή Γ., Κρυωνά Κ.

Διαβητολογικό Ιατρείο Γ.Ν. Σερρών.

Επτά σχήματα ινσουλινοθεραπείας συγκρίνονται μεταξύ τους, σε ισάριθμες ομάδες εκ 5 ατόμων, διαβητικών τύπου 2: Συνεχής υποδόρια έγχυση (ΣΥΕΙ), πολλαπλές (4) ενέσεις (ΠΕΙ), μικτή ινσουλίνη (30% βραχείας δράσης) πρωί-απόγευμα και ΝΡΗ την νύκτα (2Χ2+1Χ1), μικτή ινσουλίνη πρωί-απόγευμα (2Χ2), ΝΡΗ ινσουλίνη πρωί-απόγευμα (1Χ2), Lente το πρωί (1Χ1), και Ultratard + υπογλυκαιμικά από το στόμα (ΙΝΣ+ΥΠΓΛ). Οι 35 διαβητικοί της μελέτης ήταν τύπου 2 στη φάση της αποτυχίας των ΥΠΓΛ, είχαν παρόμοια μέση πρωινή γλυκαιμία νηστείας (263-310 mg/dl) και HbA1 (11,9-13,40%) στο τελευταίο 3-μηνο, δεν ήταν παχύσαρκοι (BMI ≤ 26,4 kg/m²), είχαν μεγάλη διάρκεια διαβήτη (8-17 έτη), παρόμοια ηλικία (52-70 έτη), την ίδια συμμετοχή των φύλων (3Γ/2Α) σε κάθε ομάδα, έπαιρναν ινσουλίνη για πρώτη φορά, έδωσαν παρόμοια απάντηση (πρωινή γλυκαιμία νηστείας 90-140 mg/dl) στην ίδια Ι.Ν. ινσουλινοθεραπεία, χορηγηθείσα σε σταθερό ρυθμό, σε ίσο χρονικό διάστημα, ως αρχική θεραπεία, και πήραν την ίδια συνολική ημερήσια S.C. δόση ινσουλίνης (0,40 U/kg/24hr, εκτός από την ομάδα ΙΝΣ+ΥΠΓΛ που πήρε μικρότερη - 0,30 U/kg/24hr). Η μέση γλυκαιμία των 7 πρώτων 24ωρων (7Χ7= 49 στιγματότυπα), σε νοσοκομειακό περιβάλλον ήταν η υψηλότερη για τα σχήματα ΠΕΙ και ΣΥΕΙ, και η υψηλότερη για τα σχήματα ΙΝΣ+ΟΗΑ, 1Χ1, και 1Χ2. Τα σχήματα 2Χ2+1 και 2Χ2 κατείχαν ενδιάμεση θέση. Συμπεραίνεται ότι πράγματι οι περισσότερες ενέσεις ινσουλίνης τη μέρα επιτυγχάνουν καλύτερη γλυκαιμική ρύθμιση.

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**
- **Bayer - Ames**
- **Beecham**
- **Boehringer - Φαρμαλέζ**
- **JANSSEN**
- **Farmitalia**
- **Hoechst**
- **Μαρινόπουλος**
- **Novo**
- **Searle**
- **Servier**
- **Wellcome Foundation**

ΟΜΙΛΗΤΕΣ – ΕΙΣΗΓΗΤΕΣ ΘΕΜΑΤΩΝ

ΑΒΡΑΜΙΔΗΣ ΑΒΡΑΑΜ

Διευθ. Ενδοκρινολογικής Κλινικής
Ιπποκράτειο Γ.Ν. Θεσ/νίκης

ΑΛΕΒΙΖΟΣ ΜΙΑΤΙΑΔΗΣ

Επικ. Καθηγητής ΑΠΘ
Α' Προπ. Παθολογική Κλινική
Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ

ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ Ε.

Επικ. Καθηγητής ΑΠΘ
Νεφρολογίας - Παθολογίας
Νεφρολογική Κλινική
Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσ/νίκης

ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ Α.

Αναπλ. Καθηγητής Χειρ/κής ΑΠΘ
Δ/ντής Κλινικής Μεταμοσχεύσεων
Ιπποκράτειο Νοσοκομείο

ΑΡΓΥΡΟΠΟΥΛΟΣ Α.

Δ/ντής Ενδοκρινολογικής Κλινικής
Γεν. Κρατ. Νοσοκομείου Πειραιώς

ΒΟΛΙΩΤΗΣ ΚΛΕΩΝ

Δ/ντής Παθολογικής Κλινικής
Ιπποκράτειο Γεν. Νοσ/μείο
Θεσσαλονίκης

ΓΙΑΝΝΟΥΛΗΣ ΕΛΕΥΘ.

Επικ. Καθηγητής ΑΠΘ
Α' Παθολογικής Κλινικής ΑΠΘ
Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ

ΓΙΩΒΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Επικ. Καθηγητής ΑΠΘ
Α' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ
Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ

ΕΥΘΥΜΙΟΥ ΗΛΙΑΣ

Δ/ντής Ενδοκρινολογικής Κλινικής
Β' Νοσοκομείο ΙΚΑ

ΚΑΡΑΜΑΝΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

Επικ. Καθηγητής
Β' Παθολογική Κλινική Παν/μίου
Αθηνών, Ιπποκράτειο Γ.Ν. Αθηνών

ΚΑΡΑΜΗΤΣΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

Επικ. Καθηγητής ΑΠΘ
Παθολογίας - Διαβητολογίας
Β' Προπ. Παθ/κή Κλινική
Ιπποκράτειο Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης

ΚΑΡΝΕΖΗ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ

Οδοντίατρος
Γναθοχειρουργός

ΚΑΣΣΙΟΥ ΚΟΡΙΝΑ

Επιμ. Α' ΕΣΥ
Α' Παιδιατρική Κλινική
Ν. Παιδων «Αγλαΐα Κυριακού»

ΚΑΤΖΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Επικ. Καθηγητής
Παιδίατρος Ενδοκρινολόγος
Α' Παιδιατρική Κλινική
Ιπποκράτειο Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης

ΛΕΚΙΔΟΥ ΟΛΓΑ

Επιμελήτρια Β'
Γ' Παιδιατρικής Κλινικής
Ιπποκράτειο Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης

ΜΑΓΟΥΛΑ ΦΙΓΕΝΕΙΑ
Επικ. Καθηγήτρια
Β' Παθολογικής Κλινικής ΑΠΘ

ΜΑΝΕΣ ΧΡΗΣΤΟΣ
Επιμελητής Β' ΕΣΥ
Α' Γ.Ν. «Άγιος Παύλος»

ΜΗΝΑΣ ΑΡΙΣΤΙΠΠΟΣ
Αναπληρ. Καθηγητής Δερματολογίας
Διευθ. Δερματολογικής Κλινικής
ΑΠΘ

ΜΠΑΚΑΤΣΕΛΟΣ ΣΠΥΡΟΣ
Επιμελητής Β' Παθολόγος
Β' Προπ. Παθ/κή Κλινική
Ιπποκράτειο Νοσ/μείο Θεσ/νίκης

ΜΠΑΡΤΣΟΚΑΣ ΧΡΗΣΤΟΣ
Διευθυντής Α' Παιδ. Κλινικής
Νοσοκ. Παιδων «Αγλαΐα Κυριακού»

ΜΠΕΝΡΟΥΜΠΗ ΜΑΡΙΑ
Δ/ντρια Διαβητολογικού Ιατρείου
Πολυκλινική Αθηνών

ΜΥΓΔΑΛΗΣ ΗΛΙΑΣ
Επιμ. Α' ΕΣΥ
Παθολογική Κλινική
Νοσοκομείο ΝΙΜΤΣ Αθηνών

ΠΑΓΚΑΛΟΣ ΕΜΜΑΝ.
Επιμελητής Α' Παθολόγος
Α' Παθολογική Κλινική
Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου»
Θεσσαλονίκη

ΠΑΛΕΤΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤ.
Επικ. Καθηγητής
Β' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ

ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΕΝΕΛΑΟΣ
Αναπλ. Καθηγητής
Διευθ. Νεφρολογικού Τμήματος ΑΠΘ

ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΣ
Επικ. Καθηγητής
Διευθ. Παθολογικής Κλινικής
Α' Γ.Ν. «Άγιος Παύλος»

ΠΑΠΑΛΕΞΙΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
Δ/ντής ΕΣΥ Κ.Υ. Διαβατών
Παθολόγος

ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ
Επιμ. Α' Χειρουργός
Κλινική Μεταμοσχεύσεων
Ιπποκράτειο Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης

ΡΑΪΔΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ
Αμ. Επίκουρος Καθηγητής
Καρδιολογίας ΑΠΘ

ΡΑΠΤΗΣ ΣΩΤΗΡΙΟΣ
Καθηγητής Παν/μίου Αθηνών
Διευθ. Β' Προπ. Κλινικής
ΓΠΝ «Ευαγγελισμός»

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

ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
Επικ. Καθηγητής ΑΠΘ
Νεφρολογίας - Παθολογίας
Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσ/νίκης

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

ΣΟΥΛΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ
Επιμελητής Β' ΕΣΥ, Παθολόγος
Γ. Ν. «Γ. Παπανικολάου»

ΤΖΕΤΖΗΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ
Επιμελητής Παθολογικής Κλινικής
Β. Ν. ΙΚΑ «Παναγία»

ΤΣΑΚΙΡΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ
Επιμ. Α', Νεφρολόγος
Νεφρολογικού Τμήματος
Ιπποκράτειο Νοσ/μείο Θεσ/νίκης

ΤΣΑΠΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
Αναπλ. Καθηγητής ΑΠΘ
Διευθ. Β' Παθολογικής Κλινικής ΑΠΘ
Ιπποκράτειο Γ.Ν. Θεσσαλονίκης

ΧΑΡΣΟΥΛΗΣ ΦΑΙΔΩΝ
Ενδοκρινολόγος
Επικ. Καθηγητής Ενδοκρινολογίας
Β' Προπ. Παθ/κή Κλινική
Ιπποκράτειο Νοσ/μείο Θεσ/νίκης

ΧΡΙΣΤΙΑΝΟΠΟΥΛΟΣ Κ.
Δ/ντής Παιδοψυχιατρικού Τμήματος
Ιπποκράτειο Γ.Ν. Θεσσαλονίκης



UNIVERSITY STUDIO PRESS

Εκτυπώσεις Επιστημονικών Βιβλίων & Εντύπων

Κων. Μελενίκου 15 - τηλ. 209 637 & 209 837 - Θεσ/νίκη

Daonil®

γλιβενκλαμίδη

προσφέρει στο διαβητικό άρρωστο



- εξαίρετο 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 II). **Αντενδείξεις:** Ινσουλινοεξαρτώμενος ζαχαροδιαβήτης (τύπος I), διαβήτης επιπλεκόμενος με κετοοξύωση ή κώμα, κύηση, 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 υπερευαισθησίας (συνήθως στις πρώτες 6-8 εβδομάδες της θεραπείας) περιλαμβάνουν παροδικά εξανθήματα που σπάνια μπορούν να εξελιχθούν 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). Ερυθματα προσώπου μετά από λήψη οιοσπινεμάτος (αντίδραση δισουλφιδράμης) είναι ασυνήθεις 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) δισκία την ημέρα. Η καθημερινή αυτή δόση μπορεί να αυξηθεί με ιατρική εντολή μέχρι 3 δισκία (15 mg). **Μορφές εμπορίου:** 30 δισκία

Hoechst Έλλάς ΑΒΕΕ

Αθήνα: Ν Ερυθραία οδός Τατοίου Τηλ Κέντρο: 8010811
Θεσ/νίκη: Δωδεκανησου 21 Τηλ Κέντρο: 522225



Bayer



ames

Glucometer με μνήμη



Ζάχαρο αίματος σε 50"
με ακρίβεια και εμπιστοσύνη

Bayer



Αντιπροσωπία για την Ελλάδα
Bayer Επιθα Α.Ε. Ακακίων 54α 151 25 Μαρούσι
Τηλ. 6841202

Διαγνωστικά ames